



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Ποιότητα Ζωής Κυπρίων Γυναικών με Καρκίνο του
Μαστού: Σύγκριση Ανάμεσα σε Νεαρές και Μεγαλύτερες σε
Ηλικία Γυναίκες*

Αννα Μαρία Κώττη Κιτρομηλίδου

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Κώστας Κωνσταντίνου

Μάιος, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Ποιότητα Ζωής Κυπρίων Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού: Σύγκριση
Ανάμεσα σε Νεαρές και Μεγαλύτερες σε Ηλικία Γυναίκες*

Άννα Μαρία Κώττη Κιτρομιλίδου

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Κώστας Κωνσταντίνου

Μάιος, 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	iv
Summary.....	v
Ευχαριστίες.....	vi
Πίνακες.....	vii
Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο Δεύτερο - Καρκίνος.....	4
2.1 Καρκίνος.....	4
2.2 Καρκίνος του Μαστού.....	6
2.1.1 Μαστός: Ιστορική Αναδρομή.....	6
2.1.2. Μορφολογία και Καρκίνος του Μαστού.....	7
2.1.3 Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά.....	8
2.1.4 Διαγνωστική Προσέγγιση.....	9
2.1.5 Σταδιοποίηση της Νόσου.....	11
2.1.6 Θεραπευτική Προσέγγιση.....	11
2.1.7 Παράγοντες Κινδύνου.....	11
2.1.7.1 Μεταβλητοί Παράγοντες Κινδύνου.....	12
2.1.7.2 Αμετάβλητοι Παράγοντες Κινδύνου.....	14
Κεφάλαιο Τρίτο - Ποιότητα Ζωής.....	17
3.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής.....	17
3.2 Παράγοντες που Προσδιορίζουν και Επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής.....	18
3.3 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	19
3.4 Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής.....	21
3.5 Ποιότητα Ζωής και Καρκίνος.....	22
3.5.1 Επιπτώσεις της Χειρουργικής Παρέμβασης στην Ποιότητα Ζωής.....	23
3.5.2 Επιπτώσεις της Χημειοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής.....	25
3.5.3 Επιπτώσεις της Ορμονοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής.....	28

3.5.4 Επιπτώσεις της Ακτινοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής	29
3.6 Καρκίνος του Μαστού και Ποιότητα Ζωής Νεαρών Γυναικών.....	30
Κεφάλαιο Τέταρτο - Σχεδιασμός και Μεθοδολογία.....	33
4.1 Σκοπός – Στόχοι.....	33
4.2 Σχεδιασμός Μελέτης	34
4.3 Μεθοδολογία	35
4.3.1 Ερωτηματολόγια.....	35
4.3.1.1 Περιγραφή Ερωτηματολογίου QLQ-C30	35
4.3.1.2 Περιγραφή Ερωτηματολογίου QLQ-BR23	37
4.3.1.3 Δημογραφικά Στοιχεία και Ιατρικό Ιστορικό	38
4.3.1.4 Βαθμολόγηση Ερωτηματολογίων.....	39
4.3.2 Δείγμα.....	41
4.3.3 Στατιστική Ανάλυση.....	41
Κεφάλαιο Πέμπτο - Αποτελέσματα.....	43
5.1 Δημογραφικά Στοιχεία	43
5.2 Ιατρικό Ιστορικό.....	45
5.3 Ερωτηματολόγιο QLQ-C30.....	47
5.3.1 Λειτουργικοί Τομείς (Functional Scales)	48
5.3.2 Τομείς Συμπτωμάτων (Symptom Scales).....	50
5.3.3 Ξεχωριστά Θέματα	51
5.3.4 Γενικά Σχόλια για το Ερωτηματολόγιο QLQ-C30.....	52
5.4 Ερωτηματολόγιο QLQ-BR23	52
5.5 Σύγκριση της Ποιότητας Ζωής Ανάμεσα σε Γυναίκες Άνω και Κάτω των 50 Ετών	55
5.6 Παράγοντες που Συμβάλλουν στην Κακή Ποιότητα Ζωής Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού.....	58
5.7 Συσχετίσεις Μεταξύ των Τομέων των Ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23.....	59
5.7.1 Συνολική Ποιότητα Ζωής – QoL.....	59
5.7.2 QLQ-C30 - Λειτουργικοί Τομείς.....	59
5.7.2.1 Φυσικές Λειτουργίες.....	59

5.7.2.2 Ρόλος στη Ζωή.....	59
5.7.2.3 Συναισθηματικές Λειτουργίες.....	60
5.7.2.4 Λειτουργίες Αντίληψης.....	60
5.7.2.5 Κοινωνικότητα.....	60
5.7.3 QLQ-C30 – Τομείς Συμπτωμάτων.....	60
5.7.3.1 Κόπωση.....	60
5.7.3.2 Ναυτία και Εμετός.....	61
5.7.3.3 Πόνος.....	61
5.7.4 QLQ-C30 – Ξεχωριστά Θέματα.....	61
5.7.5 QLQ-BR23 – Λειτουργικοί Τομείς.....	61
5.7.5.1 Εικόνα Σώματος.....	61
5.7.5.2 Σεξουαλική Λειτουργικότητα.....	62
5.7.5.3 Σεξουαλική Ικανοποίηση.....	62
5.7.5.4 Μελλοντική Προοπτική.....	62
5.7.5.5 Ανεπιθύμητες Συνέπειες από τη Θεραπεία.....	62
5.7.5.6 Συμπτωματολογία από το Μαστό.....	63
5.7.5.7 Συμπτωματολογία από το Μπράτσο.....	63
5.7.5.8 Ανησυχία Λόγω Τριχόπτωσης.....	63
5.7.6 Συσχετίσεις Τομέων των Δυο Ερωτηματολογίων με τα Δημογραφικά Στοιχεία.....	67
Κεφάλαιο Έκτο - Συζήτηση.....	73
Βιβλιογραφία.....	84
Παραρτήματα.....	93

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται ως η επερχόμενη επιδημία του σύγχρονου δυτικού κόσμου. Έχει εξελιχθεί σε μείζον θέμα Δημόσιας Υγείας και αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό. Η αντιμετώπιση του επιβάλλει τη χρήση διάφορων θεραπευτικών προσεγγίσεων οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Η έννοια της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας αποτελεί σημαντική παράμετρο για την επιλογή και αξιολόγηση θεραπευτικών σχημάτων και έχει καθιερωθεί ως η καταλληλότερη μέθοδος εκτίμησης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού αφορά την υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης της νόσου καθώς και των θεραπευτικών προσεγγίσεων στη σωματική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα των πασχουσών.

Σκοπός: Κύριος στόχος της μεταπτυχιακής διατριβής ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των Κυπρίων γυναικών με καρκίνο μαστού καθώς και η σύγκριση της ποιότητας ζωής των νεαρών γυναικών με καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες. Παράλληλα, ένας επιμέρους στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των τομέων των δύο ερωτηματολογίων (QLQ-C30 και QLQ-BR23) που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών καθώς επίσης και των δημογραφικών στοιχείων σε μια προσπάθεια σκιαγράφησης του κοινωνικού προφίλ των γυναικών με χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Μεθοδολογία: Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ Μαρτίου και Μαΐου 2012. Το υλικό αποτέλεσαν 137 γυναίκες, μέλη της Euroa Donna Κύπρου απ' όλες τις επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των συμμετεχουσών, οι οποίες ήταν ασθενείς με καρκίνο του μαστού, χρησιμοποιήθηκαν το γενικό ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής QLQ-C30 παράλληλα με το ειδικό ερωτηματολόγιο για τον καρκίνο του μαστού QLQ-BR23, και τα δύο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC). Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η γλώσσα προγραμματισμού R.

Αποτελέσματα: Η ποιότητα ζωής των Κυπρίων ασθενών με καρκίνο μαστού εκτιμήθηκε ως αρκετά ικανοποιητική. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ποιότητα ζωής των νεαρών και των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, τόσο ο συναισθηματικός όσο και ο κοινωνικός τομέας και ο τομέας αντίληψης και εκτέλεσης ρόλων εκτιμήθηκαν θετικότερα από τις μεγαλύτερες γυναίκες, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού βιώνουν δυσκολότερα τη διάγνωση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται επηρεάζουν μέχρι ενός βαθμού τη συνολική ποιότητα ζωής των Κυπρίων γυναικών. Οι νεαρότερες γυναίκες έχουν περισσότερο επηρεασμένους τους ψυχοσυναισθηματικούς και κοινωνικούς τομείς καθώς και τους τομείς αντίληψης και εκτέλεσης ρόλων ενώ οι μεγαλύτερες γυναίκες τους τομείς των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να αντιμετωπίζονται συστηματικά και συνολικά από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως τα αναφερόμενα ψυχοσυναισθηματικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Summary

Background: Breast cancer is one of the commonest cancers that affect the female population. It has been characterized as the upcoming epidemic of the western world and has evolved into a major public health issue. Breast cancer treatment involves a range of therapeutic approaches that despite their medical efficiency, have negative impact on women's quality of life. Treatments affect both functional as well as psychosocial aspects of women's life.

Quality of life is a broad multidimensional concept and an important consideration in medical care. It is also an essential tool in assessing treatment's efficiency. Health related quality of life of women with breast cancer subjectively evaluates the effects of the disease and its therapeutical approaches onto the physical, psychological and social functioning of the patients.

Aim: The main aim of this postgraduate thesis was to evaluate and assess the quality of life of Cypriot women with breast cancer and to compare the younger women's quality of life with that of the older ones. An additional aim of this study was to investigate the correlations between the different sectors of the two questionnaires (QLQ-C30 and QLQ-BR23) that were used for assessment of quality of life as well as the recording of the women's sociodemographic data in an attempt to portrait the social profile of women who recorded low quality of life.

Materials and Methods: The study was carried out between March and May 2012. A total of 137 women with breast cancer from all major towns of Cyprus, which were members of Europa Donna Cyprus participated in the study. Quality of life was assessed, using the European Organisation's for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) and the supplementary breast cancer questionnaire (QLQ-BR23). Statistical analysis was performed using the statistical package R.

Results: Quality of life of Cypriot breast cancer patients was evaluated as satisfactory. No statistically significant differences were observed between the quality of life of young women compared with that of the older ones. However emotional, social, cognitive and functioning roles were ranked higher by older women, confirming the hypothesis that younger women face difficulties in coping with the disease and its treatments.

Conclusions: Breast cancer diagnosis and its associated treatments have to a certain extent negative impact on the quality of life of Cypriot women. Young women have more needs in the psychological, social, cognitive and role performance functioning while older women report more organic symptoms.

Healthcare professionals must approach breast cancer patients systematically and collectively in an attempt to readily detect and treat the emerging psychological, emotional, social and organic symptoms, aiming to improve and upgrade their quality of life.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους οι όποιοι συνέβαλαν στην εκπλήρωση αυτή της διατριβής.

- Το Δρ. Κώστα Κωνσταντίνου, τον επιβλέπων καθηγητή αυτής της διατριβής για την συμπαράσταση και καθοδήγηση του.
- Τη φίλη Δρ. Βιολέττα Χριστοφίδου Αναστασιάδου για την στήριξη και συμπαράσταση.
- Την Κα. Στέλλα Κιτρομηλίδου η οποία ανέλαβε την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.
- Την Κα Μαρία Λοϊζίδου για την πολύτιμη στήριξη και ανεξάντλητη υπομονή.
- Τις γυναίκες της Europa Donna Κύπρου που έλαβαν μέρος στην έρευνα.
- Και τέλος την οικογένεια μου και ιδιαίτερα το σύζυγο μου Χρίστο και το γιο μου Ηλία για την υπομονή και την κατανόηση που έδειξαν και τη συνεχή ηθική υποστήριξη που μου παρείχαν.

Πίνακες

Πίνακας 1:	Συνηθέστερες Μορφές Καρκίνου στην Κύπρο μεταξύ 1998 και 2005	5
Πίνακας 2:	Επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζώης των Νεαρών Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού ..	32
Πίνακας 3:	Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών της Μελέτης	43
Πίνακας 4:	Ιατρικό Ιστορικό Ασθενών	45
Πίνακας 5:	Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου QLQ-C30	47
Πίνακας 6:	Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου QLQ-BR23	52
Πίνακας 7:	Αποτελέσματα Σύγκρισης Τομέων των Ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23 Ανάμεσα σε Γυναίκες <50 και >50 Ετών.....	56
Πίνακας 8:	Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου QLQ-BR23 (συσχετίσεις ανάμεσα στις επιλεγμένες μεταβλητές)	64
Πίνακας 9:	Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με τη Θεραπεία.....	67
Πίνακας 10:	Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με την Ηλικία	68
Πίνακας 11:	Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με το Μορφωτικό Επίπεδο	70
Πίνακας 12:	Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με την Οικονομική Κατάσταση της Οικογένειας της Ασθενούς.....	71

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Στις μέρες μας ο καρκίνος έχει εξελιχθεί σε μείζον θέμα Δημόσιας Υγείας και αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στο γενικό πληθυσμό. Χαρακτηρίζεται ως η επερχόμενη επιδημία του σύγχρονου δυτικού κόσμου, με αποτέλεσμα οι κυβερνήσεις των Ευρωπαϊκών χώρων, κατ' εντολή του Συμβουλίου της Ευρώπης, να έχουν προχωρήσει στην εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου με στόχο την μείωση του άχθους του καρκίνου. Οι στρατηγικές αποσκοπούν στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, ορθή αντιμετώπιση, μείωση της νοσηρότητας, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς και στην ανακουφιστική θεραπεία και την προαγωγή της έρευνας στον τομέα της ογκολογίας. Το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου εξάγγελε το 2009 την Εθνική Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου η οποία είναι βασισμένη σε 4 άξονες: Πρόληψη και Προγράμματα Πληθυσμιακού Ελέγχου, Διάγνωση και Θεραπεία, Ανακουφιστική Φροντίδα / Αποκατάσταση και Έρευνα.

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες και τη δεύτερη αιτία θανάτου (Μάλλιου και συν., 2006, Harper et al., 2009). Στην Κύπρο συνιστά το 36.7% του συνόλου των ετήσιων νέων περιστατικών καρκίνου. Επίσης το 27% του συνόλου των ετήσιων θανάτων γυναικών οφείλονται στον καρκίνο γενικότερα (Υπουργείο Υγείας, 2010). Από εκτιμήσεις φαίνεται ότι το 26.4% των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων του μαστού αφορούν γυναίκες κάτω των 50 ετών (Avis, Crawford & Manuel, 2005). Επίσης ένα ποσοστό της τάξης του 5% όλων των καρκίνων του μαστού, αφορά νεαρές γυναίκες κάτω των 40 ετών (Bonadonna, Hortobagyi & Gianni, 1997).

Η φύση της ασθένειας, η ιδιαιτερότητα του καρκίνου, η άγνωστη αιτιολογία, οι επεμβατικές, πολύπλοκες και διαχρονικές θεραπείες καθώς και η αβεβαιότητα που συντροφεύει δια βίου την ασθενή διαφοροποιούν τη νόσο αυτή από κάθε άλλη χρόνια ασθένεια, δημιουργώντας τόσο σωματικές όσο και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Το νεαρό της ηλικίας κατά την διάγνωση έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου και μειωμένη επιβίωση (Dow & Lafferty, 2000). Όλα τα προαναφερθέντα δημιουργούν άμεσες και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευρεία, πολυδιάστατη, υποκειμενική και ευμετάβλητη έννοια καθώς περιλαμβάνει τόσο επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις όσο και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και βιώματα (Υφαντόπουλος, 2001). Η

σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική εκτίμηση της επίπτωσης της ασθένειας ή της ιατρικής παρέμβασης στη φυσική/σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Οι δυο αυτές έννοιες (ποιότητα ζωής και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής) εισήχθησαν τα τελευταία χρόνια στο χώρο της υγείας και αποτελούν σημαντικά εργαλεία στα χέρια των επαγγελματιών υγείας καθώς και των τεχνοκρατών για την αναθεώρηση και αναβάθμιση της προσφερόμενης φροντίδας.

Ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί περισσότερο από κάθε άλλη ασθένεια. Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και του ποσοστού επιβίωσης καθώς και η επίδραση του καρκίνου του μαστού στην ποιότητα ζωής των γυναικών έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών ανά το παγκόσμιο. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες εκτίμησης της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού (Ganz et al., 2004, Casso, Buist & Taplin, 2003, Engel et al., 2004). Οι μελέτες αυτές είτε εστιάζονται στη συνολική επίπτωση της διάγνωσης στην ποιότητα ζωής των γυναικών είτε διερευνούν τις επιπτώσεις των θεραπευτικών παρεμβάσεων ή και μεμονωμένες επιπτώσεις όπως σωματικές/λειτουργικές, ψυχοσυναισθηματικές και κοινωνικές σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Συνοπτικά, τα ευρήματα των μελετών αυτών επιβεβαιώνουν ότι η διάγνωση της νόσου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών (Knobf, 2007). Επίσης, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις επηρεάζουν τις γυναίκες σε σωματικό, ψυχολογικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο με συνέπεια τη μείωση της ποιότητας ζωής τους (Montazeri, 2008).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη κακοήθεια που προσβάλλει τις Κύπριες γυναίκες (Αρχείο Καρκίνου Κυπριακής Δημοκρατίας, 2010). Η μελέτη των επιπτώσεων που επιφέρει η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου σε τοπικό επίπεδο είναι επιτακτική για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Στην Κύπρο έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, δύο έρευνες εκτίμησης της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού: η έρευνα της Δημοσθένους (2010), που ασχολήθηκε με την εκτίμηση της ποιότητα ζωής των γυναικών που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία και η έρευνα του Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών RUBSI του Πανεπιστημίου Λευκωσίας (2011) η οποία ασχολήθηκε με τις εμπειρίες των γυναικών με καρκίνο του μαστού και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους.

Η παρούσα έρευνα έρχεται να συμπληρώσει τις πιο πάνω έρευνες εκτιμώντας την ποιότητα ζωής των Κυπρίων γυναικών με καρκίνο μαστού και συγκρίνοντας την ποιότητα ζωής των νεαρών γυναικών (κάτω των 50 ετών) με καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες. Η ποιότητα ζωής των νεαρών γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν έχει μελετηθεί προηγουμένως σε τοπικό επίπεδο. Οι νεαρές γυναίκες διαφέρουν στον χειρισμό που υπόκεινται από τους θεράποντες ιατρούς μια και οι θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται τείνουν να είναι

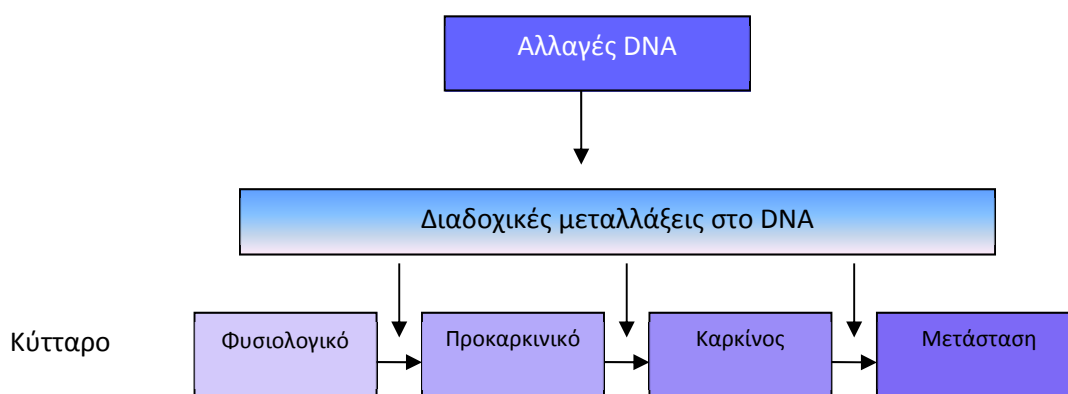
επιθετικότερες σε σχέση με τις μεγαλύτερες γυναίκες. Οι όγκοι του μαστού που εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία είναι συνήθως μεγαλύτεροι, με επιθετικά χαρακτηριστικά και προσβάλλουν τους λεμφαδένες της περιοχής (Barnadas & Vasquez, 2010). Παρά την αύξηση της επιβίωσης των νεαρών γυναικών με καρκίνο του μαστού που οφείλεται κυρίως στις αποτελεσματικότερες θεραπείες, αναμένεται ότι ο καρκίνος του μαστού επιφέρει μεγαλύτερη ψυχολογική νοσηρότητα και υποδεέστερη ποιότητα ζωής στις νεαρές γυναίκες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες. Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή θα επιβεβαιώσει ή θα απορρίψει την πιο πάνω υπόθεση και θα αναδείξει τις επιπτώσεις που επιφέρει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην ποιότητα ζωής των Κυπρίων γυναικών, τόσο των νεαρών όσο και των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών.

Καρκίνος

2.1 Καρκίνος

Ο καρκίνος σήμερα μαζί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου στο γενικό πληθυσμό. Ο καρκίνος είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα που μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός, η εξάπλωση και η διήθηση των μη φυσιολογικών κυττάρων ενός οργάνου ή ιστού αποτελούν τα κυριότερα χαρακτηριστικά του.

Η καρκινογένεση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που οφείλεται σε συσσωρευμένα σφάλματα/βλάβες του γενετικού υλικού (DNA). Οι κυριότερες πηγές βλαβών του DNA είναι δυο, οι ενδογενείς που προκαλούνται κατά τη διάρκεια κυτταρικών διαδικασιών όπως είναι η αντιγραφή του DNA, και οι εξωγενείς που προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες όπως η υπεριώδης ακτινοβολία, οι τοξίνες και το κάπνισμα. Η καρκινογένεση ξεκινά από ένα κύτταρο του οποίου το DNA έχει υποστεί μετάλλαξη. Στην ενεργοποίηση της διαδικασίας συμβάλλουν μια σειρά από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σε κυτταρικό επίπεδο όταν οι βλάβες στο DNA δεν επιδιορθωθούν, οδηγούμαστε σε εσφαλμένη αντιγραφή του DNA και δημιουργία μεταλλάξεων. Το DNA ενός φυσιολογικού κύτταρου πρέπει να υποστεί διαδοχικές μεταλλάξεις προκειμένου να εξελιχτεί από φυσιολογικό σε μεταστατικό καρκινικό κύτταρο (Hanahan & Weinberg, 2000) (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Κυτταρική Μετάλλαξη και Καρκινογένεση

Ο καρκίνος χαρακτηρίζεται από τον ακατάπαυστο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Τα κύτταρα δεν ακολουθούν το φυσιολογικό κυτταρικό κύκλο, αλλά αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα με αποτέλεσμα ο αριθμός των κυττάρων που παράγεται να υπερβαίνει τον αριθμό των κυττάρων που γερνά και καταστρέφεται. Τα πλεονάζοντα κύτταρα συσσωρεύονται και σχηματίζουν όγκους (Hanahan & Weinberg, 2000). Η μη ελεγχόμενη ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων έχει ως αποτέλεσμα την εισβολή και καταστροφή των παρακείμενων ιστών, και την τελική εξάπλωση του καρκίνου σε άλλα σημεία του σώματος που αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα και άμεσα σχηματίζουν δευτερεύοντες όγκους (μετάσταση).

Υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί τύποι καρκίνου που κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το μέρος του σώματος και τον τύπο του ιστού που προσβάλλουν. Για κάθε μορφή καρκίνου αντιστοιχεί διαφορετικός τρόπος αντιμετώπισης και θεραπείας. Οι συνηθέστερες μορφές καρκίνου στην Κύπρο είναι του μαστού, του προστάτη, του εντέρου, του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστης και του θυρεοειδούς αδένου (Πίνακας 1). Πιο κάτω, αναλύονται τα βιοϊατρικά και επιδημιολογικά δεδομένα του καρκίνου του μαστού, στον οποίο εστιάζεται η παρούσα έρευνα.

Πίνακας 1: Συνηθέστερες Μορφές Καρκίνου στην Κύπρο Μεταξύ 1998 και 2005. Στον πίνακα συνοψίζονται ο συνολικός αριθμός διαγνωσμένων περιστατικών ανά έτος βάση του Αρχείου Καρκίνου της Κυπριακής Δημοκρατίας.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Μαστός	273	281	292	280	281	345	371	386
Προστάτης	147	154	243	216	223	220	296	307
Έντερο	177	194	209	182	190	200	240	261
Πνεύμονας	110	128	152	145	149	144	146	155
Κύστη	137	119	122	99	101	111	108	111
Σύνολο	1576	1553	1673	1588	1697	1811	1961	2082

2.2 Καρκίνος του Μαστού

2.1.1 Μαστός: Ιστορική Αναδρομή

Από τις αρχαιότερες καλλιτεχνικές του αναζητήσεις, ο άνθρωπος όχι μόνο παρατήρησε αλλά και αναπαράστησε μέσα από τις διάφορες μορφές τέχνης το μαστό. Ο μαστός αποτελεί αιώνιο στοιχείο της γυναικείας φύσης και κουβαλά μια πλούσια πολιτισμική ιστορία. Από τα αρχαία χρόνια ο μαστός ταυτίστηκε με τη θηλυκότητα, τη μητρότητα, τη γαλουχία, την ομορφιά, τον έρωτα, την αγνότητα και την ευγονία (Μάλλιου και συν., 2006). Αποτέλεσε πηγή έμπνευσης και εξυμνήθηκε από σπουδαίους συγγραφείς, ζωγράφους, γλύπτες και αγιογράφους. Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν οι πίνακες των Ντα Βίντσι, Φουκέ και Μιχαήλ Άγγελου όπου απεικονίζεται ο γυμνός μαστός, γλυπτά και αγγειογραφίες της αρχαίας περιόδου που παριστάνουν θεές ή απλές γυναίκες να έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την αποκάλυψη του μαστού και ορισμένες σπάνιες εικόνες της Θεοτόκου, της βυζαντινής περιόδου, που απεικονίζουν την Παναγία με γυμνό μαστό να θηλάζει τον Ιησού. Επιπλέον έχουν γραφτεί αρκετοί ύμνοι για το σύμβολο αυτό της ομορφιάς και της γονιμότητας που επιβεβαιώνει την τρυφερότητα και την αγάπη (Μάλλιου και συν., 2006).

Παρότι ο μαστός αποτέλεσε πηγή έμπνευσης και εξυμνήθηκε δια μέσου των αιώνων, υπάρχουν μαρτυρίες και παραδείγματα που επισκιάζουν την αγνή αντίληψη για το γυναικείο αυτό στοιχείο. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελούν οι κακώσεις και οι ακρωτηριασμοί των μαστών των Χριστιανών γυναικών κατά τους αιώνες των διωγμών, που αποτελούσαν ένα συχνό μαρτύριο εκείνης της εποχής. Επίσης, την εποχή της τουρκοκρατίας ο Αλή Πασάς των Ιωαννίνων τιμωρούσε τις γυναίκες που αρνούνταν να του δώσουν τις κόρες τους για το χαρέμι του κόβοντάς τους τις θηλές τους.

Ωστόσο ο μαστός δεν έμεινε ανεπηρέαστο από διάφορες ασθένειες. Από αρχαιοτάτων χρόνων οι παθήσεις του μαστού αποτελούσαν μια από τις πιο συχνές νόσους για τις οποίες οι άνθρωποι αναζητούσαν τη βοήθεια των θεών. Αυτό καταδεικνύεται από τα αναθήματα που ανευρέθηκαν σε Ασκληπιεία της Αρχαίας Ελλάδας και απεικονίζουν μαστούς (Μάλλιου και συν., 2006).

Ο καρκίνος του μαστού περιγράφεται από την αρχαιότητα. Ιστορικά στοιχεία που αποδεικνύουν την παρουσία καρκίνου εντοπίστηκαν σε απολιθωμένα ανθρώπινα οστά καθώς και σε μούμιες (Nerlich et al., 2006). Ο Ιπποκράτης (460-377 π. Χ.) ήταν ο πρωτοπόρος στην περιγραφή του καρκίνου του μαστού και ακολούθησαν αρκετοί άλλοι επιφανείς ιατροί της αρχαίας Ελλάδας, της Ελληνορωμαϊκής περιόδου και του Βυζαντίου όπως ο Celsus, ο Λεωνίδης και ο Περγαμηνός, που ασχολήθηκαν και περιέγραψαν επεμβάσεις αφαίρεσης όγκων μαστού (Μάλλιου και συν., 2006). Ιστορικά, μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η θεραπεία του καρκίνου του μαστού γινόταν με ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις. Η πεποίθηση ότι το νόσημα αυτό ήταν τοπικό και ότι ο ριζικός

καθαρισμός του γυναικείου σώματος από το μαστό θα ήταν αποτελεσματικός, επικράτησε για αρκετά χρόνια. Παρ' όλες τις ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, οι γυναίκες πέθαιναν από τις απομακρυσμένες μεταστάσεις που δυστυχώς δεν θεράπευε η χειρουργική προσέγγιση. Έτσι ξεκίνησε η αναζήτηση συστηματικών θεραπειών και ο συνδυασμός θεραπειών που θα αντιμετώπιζαν αποτελεσματικά την εξέλιξη της νόσου.

Στην σημερινή εποχή ο μαστός εξακολουθεί να συνδέεται με τη θηλυκότητα, την ομορφιά, τη γονιμότητα, τη μητρότητα και τη σεξουαλικότητα. Επίσης, εξακολουθεί να χαρακτηρίζει τη γυναικεία ταυτότητα, και δεν μένει ανεπηρέαστος από τις επιδράσεις του συγχρόνου τρόπου ζωής και την επιδημία του 20^{ου} αιώνα, τον καρκίνο.

2.1.2. Μορφολογία και Καρκίνος του Μαστού

Ο μαστικός αδένας βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα πίσω από την θηλαία άλω. Αποτελείται από λιπώδη ιστό, γαλακτοπαραγωγικούς λοβούς μέσα στους οποίους παράγεται το γάλα και γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στους γαλακτοφόρους κόλπους. Οι γαλακτοφόροι κόλποι αποθηκεύουν το γάλα και κατά τη διάρκεια του θηλασμού το απελευθερώνουν (Boron & Boulraep, 2008). Περίπου 85% των καρκίνων του μαστού εντοπίζονται στους γαλακτοφόρους πόρους (Berg & Hutter, 1995) και αντίστοιχα 10% στους λοβούς (Agrino et al., 2004) και κατατάσσονται σε πορογενές και λοβιακό καρκίνωμα του μαστού.

Το πορογενές καρκίνωμα προέρχεται από τα κύτταρα των πόρων του μαστικού αδένου και διαχωρίζεται σε διηθητικό ή μη διηθητικό (in situ IS). Το μη διηθητικό καρκίνωμα δεν διαπερνά την μεμβράνη του πόρου και μπορεί να θεωρηθεί ως τοπικό καρκίνωμα, ιάσιμο με την κατάλληλη θεραπευτική και χειρουργική αντιμετώπιση. Μεγάλο ποσοστό των καρκίνων ξεκινά ως μη διηθητικό και μεταλλάσσεται με τον καιρό σε διηθητικό. Ο όρος διηθητικός αναφέρεται στην εξάπλωση του αρχικού καρκίνου προς τους γειτονικούς ιστούς. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα αποτελεί τον πιο κοινό τύπο καρκίνου του μαστού (80% έως 95% όλων των κρουσμάτων της νόσου) και διακρίνεται σε grade I, II και III ανάλογα με το βαθμό διήθησης (Tavassoli & Devilee, 2003).

Το λοβιακό καρκίνωμα διακρίνεται επίσης σε διηθητικό ή μη διηθητικό. Το μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (LCIS) αντιμετωπίζεται ως μια προκαρκινική κατάσταση. Οι αλλοιώσεις που καταγράφονται στα κύτταρα των λοβίων υποδηλώνουν ότι ο καρκίνος μπορεί να εξελιχτεί στο

μέλλον. Ο συνδυασμός του LCIS με το διηθητικό καρκίνο δημιουργεί ένα πρωτοπαθή όγκο του μαστού (Tavassoli & Devilee, 2003).

Άλλοι πιο σπάνιοι τύποι καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν το φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, το φυλλοειδή κυστεοσάρκωμα και τη νόσο του Paget.

2.1.3 Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά

Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και φαίνεται ότι προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Το γεγονός αυτό πιθανόν να συσχετίζεται με χαρακτηριστικά του δυτικού τρόπου ζωής όπως είναι η ηλικία του πρώτου τοκετού, ο αριθμός τοκετών, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ (Larsen et al., 2011). Από το δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα, τα κρούσματα καρκίνου του μαστού αυξάνονται με γρήγορους ρυθμούς. Σύμφωνα με την ΠΟΥ ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει το γυναικείο πληθυσμό (29%) και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο (16%) (Μάλλιου και συν., 2006).

Για τις γυναίκες ηλικίας 40 και 50 ετών, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία θανάτου (Marchionni et al., 2008, McPherson, Steel & Dixon, 2000). Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σταθερά μέχρι την ηλικία των 50 ετών, στη συνέχεια ο ρυθμός αύξησης της επίπτωσης μειώνεται αισθητά γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου (Goldhirsch, 1997). Από εκτιμήσεις φαίνεται ότι το 26.4% των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων του μαστού αφορούν γυναίκες κάτω των 50 ετών (Avis, Crawford & Manuel, 2005). Σπάνια παρουσιάζονται περιστατικά καρκίνου του μαστού σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, ενώ ένα ποσοστό της τάξης 5% όλων των καρκίνων του μαστού, αντιπροσωπεύει περιστατικά νεαρών γυναικών κάτω των 40 ετών (Bonadonna, Hortobagyi & Gianni, 1997).

Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση που παρατηρείται στο ποσοστό επιβίωσης από καρκίνο του μαστού. Η Soerjomataram και συν. (2008), υποστηρίζουν ότι το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης όλων των γυναικών με καρκίνο του μαστού φτάνει το 85%, ενώ το ποσοστό δεκαετούς επιβίωσης ανέρχεται στο 77%. Σημειώνεται ότι οι πολύ νεαρές γυναίκες έχουν φτωχότερη πρόγνωση.

Τα πιο πάνω στοιχεία δεν ισχύουν σε όλες τις χώρες. Τα δεδομένα καταδεικνύουν την ύπαρξη διαφοράς στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, με τις τελευταίες να είναι σε καλύτερη μοίρα (Key et al., 2001, Goldhirsch, 1997). Περισσότερα

από τα μισά περιστατικά καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε βιομηχανικά αναπτυγμένες δυτικές χώρες ενώ η κεντρική Αφρική, η Κίνα και η Ιαπωνία συγκεντρώνουν το χαμηλότερο ποσοστό (Parkin et al., 2005). Οι διεθνείς διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στους δείκτες καρκίνου του μαστού οφείλονται σε διαφορές σε αναπαραγωγικούς και τους ορμονικούς παράγοντες καθώς και στη διαθεσιμότητα υπηρεσιών έγκαιρης διάγνωσης (Jemal et al., 2011). Από την άλλη, οι δείκτες θνησιμότητας παρουσιάζουν μια σταθερή ή ακόμα σε κάποιες χώρες μια πτωτική τάση ως αποτέλεσμα των πληθυσμιακών ανιχνευτικών προγραμμάτων, της έγκαιρης διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης (Λάγιου, 2008, Key et al., 2001).

Στην Ευρώπη, το 2008, διαγνώστηκαν πέραν των 421,000 νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού και σημειώθηκαν 129,000 θάνατοι (Ferlay, Parkin & Steliarova-Fourcher, 2010). Στις ΗΠΑ, την αντίστοιχη περίοδο, καταγράφηκαν 184,450 νέα περιστατικά και 40,930 θάνατοι (American Cancer Society, 2008). Στην Κύπρο, ο καρκίνος του μαστού συνιστά το 38% των ετήσιων νεοδιαγνωσμένων περιστατικών καρκίνου που προσβάλλουν το γυναικείο πληθυσμό. Το 2011 παρουσιάστηκαν 578 νέα περιστατικά γυναικών, και καταγράφηκαν 78 θάνατοι. Το ποσοστό επίπτωσης της νόσου στην Κύπρο ανέβηκε σταδιακά από 61 ανά 100,000 πληθυσμού το 1998 σε 72 ανά 100,000 πληθυσμού το 2006. Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα με εκείνα των χωρών της Νότιας Ευρώπης (Υπουργείο Υγείας, 2011).

Λόγω της μεγάλης του επίπτωσης και της υψηλής του θνησιμότητας ο καρκίνος του μαστού έχει ερευνηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη κακοήθεια. Οι έρευνες γύρω από την επιδημιολογία, τους παράγοντες κινδύνου, τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση καθώς και την πρόληψη έχουν συμβάλει θετικά στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο μαστού και στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Είναι αποδεδειγμένο ότι η πρόωπη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία, μπορούν να επιφέρουν σταθεροποίηση της εξέλιξης της νόσου μέχρι και πλήρη ίαση (Lu et al., 2009).

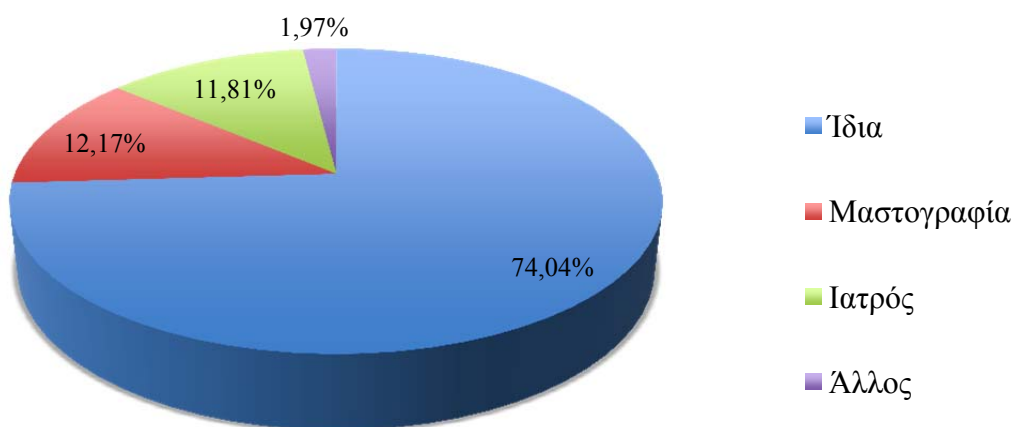
2.1.4 Διαγνωστική Προσέγγιση

Μέχρι σήμερα, η μαστογραφία παραμένει η καλύτερη και συχνότερη σε χρήση διαγνωστική μέθοδος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού (Smith et al., 2003). Στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ανιχνευτικού πληθυσμιακού έλεγχου. Ωστόσο από μελέτες που διεξήχθησαν τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ προκύπτει ότι ο επικρατέστερος τρόπος εντοπισμού του όγκου στο μαστό είναι από τις ίδιες τις γυναίκες και όχι μέσα από το μαστογραφικό έλεγχο (Εικόνα 2), με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην αντιμετώπιση του όγκου και τον

αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μεταστάσεων (Coates, 2001, Κεραμόπουλλος και συν., 2005). Η πρόωμη μαστογραφική διάγνωση θα μπορούσε να αποτρέψει την εκδήλωση μεταστάσεων και την κακή πορεία της νόσου.

Το υπερηχογράφημα μαστών αποτελεί εξέταση που άλλοτε υπερτερεί και άλλοτε συμπληρώνει την κλασική μαστογραφία στη διερεύνηση της παθολογίας του μαστού μια και μπορεί να διαχωρίσει τις κυστικές από τις συμπαγείς αλλοιώσεις. Η χρήση των υπέρηχων ως διαγνωστικό εργαλείο είναι σημαντική και συνιστάται ειδικά στις νεαρές γυναίκες με πυκνό μαστικό αδένα και στις εγκύους. Ο μαστογραφικός έλεγχος σε συνδυασμό με τους υπέρηχους ανιχνεύει το 95% των μη ψηλαφητών όγκων (Μαλαχιάς, 2006). Η κλινική εξέταση από ιατρό θεωρείται η πλέον ενδεδειγμένη συμπληρωματική εξέταση πέραν από τη μαστογραφία και τον υπέρηχο (Σπυριδόπουλος & Πετρίδου, 2006).

Τρόποι Εντοπισμού του Όγκου σε 1067 Γυναίκες



Εικόνα 2: Τρόποι Εντοπισμού Όγκων (Πηγή: Διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα, (Κεραμόπουλλος και συν., 2005)

Με τον εντοπισμό του όγκου ή της αλλοίωσης στο μαστογραφικό / υπερηχογραφικό έλεγχο, επιβάλλεται η περαιτέρω διερεύνηση με βιοψία. Οι μέθοδοι βιοψίας που χρησιμοποιούνται σήμερα περιλαμβάνουν: τη βιοψία με λεπτή βελόνα (FNA), τη βιοψία με κόπτουσα βελόνα (Core biopsy) υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, τη στερεοτακτική βιοψία με τη χρήση μαμοτόμου (SUROS), την ταχεία βιοψία, την ανοικτή βιοψία και τη χειρουργική προσέγγιση (ογκεκτομή ή μαστεκτομή με αφαίρεση του λεμφαδένα φρουρού ή λεμφαδενικό καθαρισμό) (Αραπαντώνη-Δαδιώτη, 2008).

2.1.5 Σταδιοποίηση της Νόσου

Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε καρκίνο πρώιμου σταδίου, όταν ο όγκος περιορίζεται μόνο στο μαστό. Ο τοπικά προχωρημένος καρκίνος αναφέρεται στην εξάπλωση του όγκου από τα όρια του μαστού στο θωρακικό τοίχωμα. Όταν ο καρκίνος εξαπλώνεται, μέσα από το λεμφικό και κυκλοφοριακό σύστημα, σε άλλα σημεία του σώματος τότε αναφερόμαστε σε μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Η ταξινόμηση της νόσου σχετίζεται άμεσα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των λεμφαδένων (N) και την ύπαρξη μεταστάσεων (M) (Παράρτημα 1, Πίνακες 1, 2 και 3). Η σωστή εκτίμηση της αλλοίωσης, η μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση του όγκου και η ιστολογική εξέταση δίνουν πληροφορίες για την ταξινόμηση και σταδιοποίηση της νόσου. Επίσης διαχωρίζει τους ασθενείς σε προγνωστικές ομάδες και ομάδες πρόβλεψης ανταπόκρισης σε θεραπείες, στοιχεία ιδιαίτερα σημαντικά για τους ογκολόγους, οι οποίοι θα αποφασίσουν για το είδος της θεραπείας ή και τον συνδυασμό θεραπειών.

2.1.6 Θεραπευτική Προσέγγιση

Οι πλείστοι καρκίνοι του μαστού αντιμετωπίζονται σήμερα με ένα συνδυασμό θεραπειών που περιλαμβάνει τη χειρουργική παρέμβαση, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία και σε κάποιες περιπτώσεις τη στοχευμένη θεραπεία (targeted therapy) (Παράρτημα 2). Για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας, οι θεράποντες γιατροί συνυπολογίζουν την ηλικία και το ατομικό ιστορικό της ασθενούς, τον τύπο του όγκου (ανοσοϊστοχημεία), το ορμονικό του προφίλ καθώς και τη σταδιοποίηση του όγκου (Dragun et al., 2012). Στόχος της θεραπείας του καρκίνου του μαστού είναι η αποκοπή της πορείας της νόσου διατηρώντας ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής της γυναίκας.

2.1.7 Παράγοντες Κινδύνου

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδοθεί η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε συγκεκριμένη και σαφή αιτιολογία. Φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολυπαραγοντική νόσος στην ανάπτυξη της οποίας συμβάλλουν τόσο γενετικοί όσο και ορμονικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Η επίπτωση της νόσου στις γυναίκες υψηλού κινδύνου με ένα ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες είναι από 2 μέχρι 5 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τις γυναίκες που διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο. Πάρα ταύτα σε ποσοστό 70% με 80% των ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν εντοπίζεται η ύπαρξη κάποιου επιβαρυντικού παράγοντα (Ράπτη, 2007).

Οι παράγοντες κίνδυνου διαχωρίζονται σε 2 κύριες κατηγορίες, τους μεταβλητούς και τους αμετάβλητους.

2.1.7.1 Μεταβλητοί Παράγοντες Κινδύνου

Οι μεταβλητοί παράγοντες κινδύνου είναι εκείνοι που μπορούν να τροποποιηθούν και να αποφευχθούν μέσα από συγκεκριμένα προληπτικά μέτρα. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι παράγοντες που συσχετίζονται με τον τρόπο διαβίωσης π.χ. η άσκηση, το σωματικό βάρος, η διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ, η ηλικία τεκνοποίησης και ο θηλασμός.

Διάφορες έρευνες υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών όπως είναι η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, κόκκινου κρέατος και λίπους με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η ικανοποιητική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών πλούσιων σε βιταμίνη Α, C και Ε μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου και έχουν επιπλέον προστατευτική δράση (Hunter & Willett, 1993, Bonadonna, Hortobagyi & Gianni, 1997). Η διαιτητική πρόσληψη φυτικών ινών έχει μελετηθεί ως ένας παράγοντας που μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Διάφορες μελέτες που διενεργήθηκαν υποστηρίζουν ότι μια διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας (Baghurst & Rohan, 1994). Η υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος έχει ενοχοποιηθεί για τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Οι έρευνες που διενεργήθηκαν απέδειξαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται με την αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος (περισσότερο από 5 φορές την εβδομάδα) (Taylor et al., 2007). Επίσης, αν και τα αποτελέσματα των ερευνών είναι διφορούμενα, οι ερευνητές παρόλο που δεν ενοχοποιούν την υψηλή κατανάλωση λιπαρών στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, εντούτοις δεν αποκλείουν την πιθανή προστασία αυτών που καταναλώνουν ελάχιστες ποσότητες (Key et al., 2003, Gonzalez, 2006).

Επιπλέον, στις διατροφικές συνήθειες συμπεριλαμβάνεται και η κατανάλωση αλκοόλ. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει συσχετισθεί και τεκμηριωθεί ότι η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων νεοπλασμάτων. Ενδεικτικά, αναφέρεται πως η κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται για την πρόκληση του 4% των καρκίνων του μαστού που καταγράφονται στις ανεπτυγμένες χώρες (Seitz et al., 2012).

Η έλλειψη άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες οδηγούν στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος. Οι επιδημιολογικές μελέτες ολοένα και περισσότερο συνδέουν την παχυσαρκία με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ιδίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, η αύξηση βάρους, η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI), το πηλίκο διαμέτρου μέσης προς διάμετρο λεκάνης καθώς και η περιφέρεια της μέσης

συνδέονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το αυξημένο σωματικό λίπος επιδρά στην αυξημένη μεταβολή της αρωματάσης σε οιστραδιόλη συμβάλλοντας στην αύξηση των οιστρογόνων που πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου (Bonadonna et al., 1997, Hunter & Willett, 1993, Willett, 2001).

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την ευεργετική επίδραση της άσκησης στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού καθώς ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, μειώνει το σωματικό λίπος και επηρεάζει τα επίπεδα ορμονών (Oliveira & Christos, 1997, Hoffman-Goetz et al., 1998). Είναι γνωστό ότι με τακτική σωματική άσκηση ο μαστικός αδένας αντιδρά με λιγότερη ευαισθησία στα οιστρογόνα μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από 20% μέχρι και 80% (Vogel, 2008, Bonadonna, Hortobagyi & Gianni, 1997, Monninkhof et al., 2007). Παράλληλα η αύξηση της πρωτεΐνης IGFBP-3 που προκαλείται από τη σωματική άσκηση, μειώνει τις αυξητικές δράσεις της πρωτεΐνης IGF-1 στον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Άλλες πιθανές εξηγήσεις για τις ευεργετικές αντικαρκινικές δράσεις της σωματικής άσκησης περιλαμβάνουν την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και την αύξηση της ευαισθησίας του οργανισμού στην ινσουλίνη (Renehan et al., 2004).

Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού, ο αριθμός των κυήσεων, ο θηλασμός και η χρονική του διάρκεια καθώς και η χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων συσχετίζονται άμεσα με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Enger et al., 1997).

Από πρόσφατη ανάλυση 47 επιδημιολογικών ερευνών φάνηκε ότι για κάθε παιδί που αποκτά μια γυναίκα ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού μειώνεται κατά 7%. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που απέκτησαν παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία έχουν κατά 27% αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται κατά 3% με κάθε χρόνο καθυστέρησης απόκτησης παιδιού (Λάγιου, 2008, Ma et al., 2006, McPherson et al., 2000).

Όσον αφορά το μητρικό θηλασμό, η μελέτη του Cancer Research UK (2002) κατέδειξε την προστατευτική του ιδιότητα και συγκεκριμένα ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού για μια γυναίκα μειώνεται κατά 4.3% για κάθε χρόνο θηλασμού. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν την προστατευτική δράση του θηλασμού κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο (Bernier et al., 2000), άλλες πάλι υποστηρίζουν ότι ο θηλασμός για μεγάλο χρονικό διάστημα ή ο θηλασμός περισσότερων των τριών παιδιών προσφέρει υψηλό ποσοστό προστασίας (Zheng et al., 2001, Key et al., 2001).

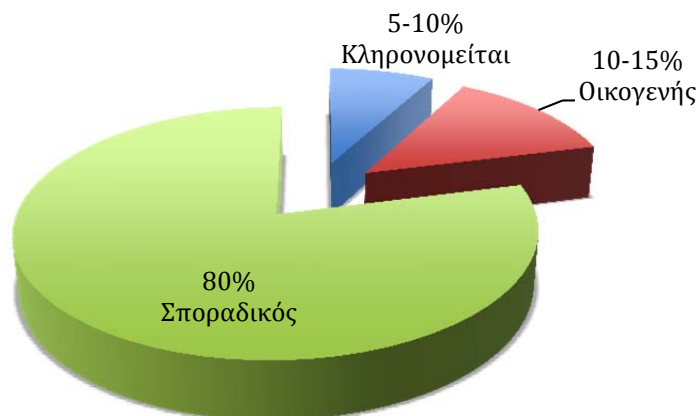
Η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών και η χρήση σκευασμάτων ορμονικής υποκατάστασης που περιέχουν οιστρογόνα, και προγεστερόνη, στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται να συσχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Dumitrescu & Cotarla, 2005).

2.1.7.2 Αμετάβλητοι Παράγοντες Κινδύνου

Στους αμετάβλητους παράγοντες κινδύνου ανήκουν παράγοντες οι οποίοι είναι μη τροποποιήσιμοι και δεν μπορούν να αποτελέσουν στόχους παρέμβασης και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Σε αυτούς περιλαμβάνονται το φύλο, η ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, γεωγραφικοί παράμετροι και το οικογενειακό ιστορικό.

Το οικογενειακό ιστορικό είναι ο κυριότερος αμετάβλητος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών καρκίνου του μαστού είναι τυχαίο και σποραδικό. Αριθμητικά αντιστοιχεί στο 75% με 80% του συνόλου. Το υπόλοιπο 25% είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού περιβαλλοντικής επιβάρυνσης και γενετικής προδιάθεσης και αναφέρεται στον οικογενή καρκίνο του μαστού (McPherson, Steel & Dixon, 2000) (Εικόνα 3). Έρευνες δείχνουν πως οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ διαπιστώνεται πως 5-10% των όλων των περιστατικών έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου (Λάγιου, 2008, Πανόπουλος, 2006). Επιπλέον ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται περισσότερο στα άτομα που έχουν πρωτοβάθμια συγγένεια με άτομα που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση (Ράπτη, 2007).

Στατιστικά, οι πιθανότητες σε μία οικογένεια να υπάρχει κληρονομικός καρκίνος του μαστού αυξάνονται όταν υπάρχουν τουλάχιστον 4 μέλη της ευρύτερης οικογένειας με καρκίνο του μαστού ή στην οικογένεια υπάρχουν 2 περιστατικά καρκίνου του μαστού και 2 των ωοθηκών (Πανόπουλος, 2006). Ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 5 με 10% όλων των καρκίνων του μαστού αποδίδεται σε γενετικούς παράγοντες και σε γονιδιακές μεταλλάξεις (Bennet, Gattas & Teh, 1999). Μεταλλάξεις στα γονίδια *BRCA1* και *BRCA2* καθώς και στα γονίδια *p53*, *CHEK2* και *PTEN* ευθύνονται για μεγάλο ποσοστό του κληρονομικού καρκίνου του μαστού (Weber & Nathanson, 2000, Turnbull & Rahnan, 2008). Γυναίκες που φέρουν μετάλλαξη στα γονίδια *BRCA1* ή *BRCA2* έχουν πιθανότητα 60 με 80% να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού (Ράπτη, 2007). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι φορείς μεταλλάξεων των γονιδίων *BRCA1* και *BRCA2*, διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης και άλλων μορφών καρκίνου όπως π.χ. καρκίνου των ωοθηκών και του προστάτη καθώς και Fanconi Anaemia (Πανόπουλος, 2006).



Εικόνα 3: Ποσοστά Σποραδικού, Κληρονομικού και Οικογενούς Καρκίνου του Μαστού (Ellsworth et al., 2010).

Οι ενδοκρινικοί παράγοντες παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αρκετές μελέτες κατέδειξαν άμεση συσχέτιση μεταξύ της πρόωρης εμμηναρχίας, της όψιμης εμμηνόπαυσης και του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού έχουν οι γυναίκες που εμφανίζουν έμμηνη ρύση στην ηλικία των 10 ετών και γυναίκες που έχουν καθυστερημένη εμμηνόπαυση (Berkey et al., 1999, Kelsey & Horn-Ross, 1993). Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνος καθυστέρησης της εμμηναρχίας μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 5% (Key et al., 2001).

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι η κυστική νόσος των μαστών που αποτελεί μια συχνή καλοήγη νόσο των μαστών. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων ή και των αδενικών λοβίων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Ράπτη, 2007).

Το φύλο και η ηλικία αποτελούν δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που προδιαθέτουν τα άτομα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί μια σταθερή αύξηση στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού σε μεγαλύτερες γυναίκες. Μόνο 15% του συνόλου των ασθενών αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών (Ράπτη, 2007). Οι γυναικείοι μαστοί εκτίθενται μηνιαίως στην επίδραση των ορμονών κατά τα χρόνια της έμμηνου ρύσης, καθιστώντας την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τους άντρες.

Τέλος, οι γεωγραφικοί παράγοντες φαίνεται να μεταβάλλουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Οι δείκτες νοσηρότητας, επίπτωσης και θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού έχουν

σαφή διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα. Παρατηρείται ότι στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης, με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, το επίπεδο νοσηρότητας είναι αρκετά υψηλότερο σε σχέση με τις χώρες της Ανατολής και της Αφρικής, ενώ οι δείκτες θνησιμότητας των δυτικών χωρών είναι χαμηλότεροι από τους αντίστοιχους της Αφρικής καθώς η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση συμβάλλει στη μείωση των θανάτων (Colditz, 2005). Οι χώρες της Ασίας χαρακτηρίζονται από χαμηλό δείκτη επίπτωσης της νόσου.

Ποιότητα Ζωής

3.1 Ορισμός Ποιότητας Ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής (ΠΖ) έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα διαχρονικά. Ο Αριστοτέλης, ο Shaw, ο McCall και άλλοι ερευνητές ασχολήθηκαν με την έννοια της ποιότητας ζωής και έδωσαν τη δική τους ερμηνεία συσχετίζοντας την ανάμεσα σε άλλα με την ευτυχία, την αυτοεκτίμηση, την ηθική, την υγεία και τη δυνατότητα εκπλήρωσης διαφόρων κοινωνικών ρόλων (Θεοφίλου, 2010).

Με το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πόλεμου η κατοχή χρήματος, ισχύος και υλικών αγαθών σηματοδοτούσε την ΠΖ. Στη δεκαετία του '60, η υγεία και η διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση συμπεριλήφθηκαν στην έννοια της ΠΖ. Στη δεκαετία του '70 δόθηκε επιπλέον έμφαση στην συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ευεξία και ισορροπία. Στην εποχή που διανύουμε είναι κοινά αποδεκτό ότι η υγεία και η ΠΖ αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο. Η ποιότητα ζωής, αποτελεί μια ευρεία, πολυδιάστατη, υποκειμενική και ευμετάβλητη έννοια καθώς περιλαμβάνει τόσο επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, όσο και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και βιώματα (Υφαντόπουλος, 2001). Για το λόγο αυτό, μέχρι και σήμερα δεν έχει βρεθεί ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός.

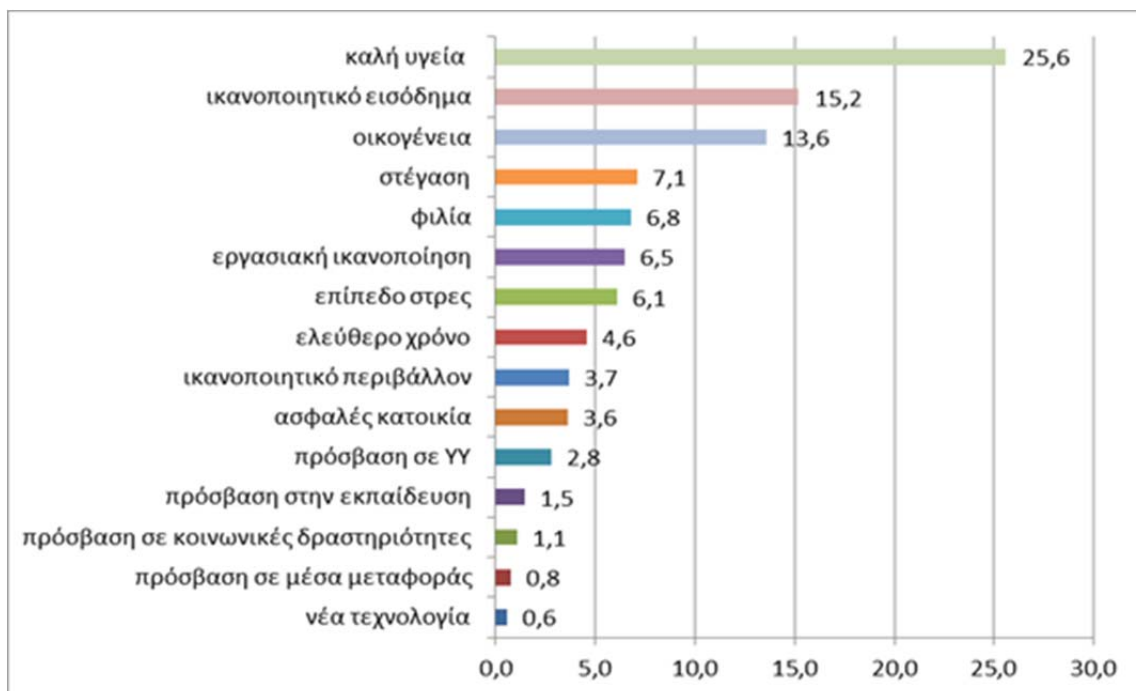
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όρισε την ΠΖ ως «την υποκειμενική αντίληψη του κάθε ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (WHOQOL Group, p. 1404). Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, η έννοια της ΠΖ είναι υποκειμενική και ευμετάβλητη αφού επιτρέπει στον άνθρωπο να αξιολογεί ο ίδιος, σύμφωνα με τις δικές του αξίες, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ποιότητα ζωής του. Η ολοκλήρωση του ατόμου και η κατάκτηση υψηλού επιπέδου ΠΖ αναζητείται μέσα από τη εξισορρόπηση του εσωτερικού του κόσμου και της κοινωνίας στην οποία ζει και εργάζεται. Η προσέγγιση και ανάλυση όλων των διαστάσεων της ζωής αποτελούν βασική προϋπόθεση για τη διερεύνηση και την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής.

3.2 Παράγοντες που Προσδιορίζουν και Επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής

Η ΠΖ διαμορφώνεται ανάλογα με τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία των ανθρώπων και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζουν και αναπτύσσουν σχέσεις. Η υγεία θεωρείται ως η σημαντικότερη προϋπόθεση για την ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Πάρα ταύτα έχουν εντοπιστεί αρκετοί άλλοι παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν τόσο άμεσα όσο και έμμεσα την ΠΖ (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2006, Σαρρής, 2001). Όσοι περισσότεροι από τους πιο κάτω παράγοντες ικανοποιούνται, τόσο καλύτερη χαρακτηρίζεται η ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής των ατόμων (Σαρρής, 2001, σελ. 254).

- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** τρόπος διαβίωσης, διατροφικές συνήθειες, οικιστικό περιβάλλον, κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, και γενικότερη κατανάλωση υπηρεσιών
- **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες:** επίπεδο κοινωνικής, οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, εισοδηματική κατανομή
- **Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** Πολιτιστική μόρφωση, επίπεδο εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, τρόπος άσκησης κοινωνικών ρόλων, χαρακτηριστικά κοινωνικών σχέσεων, κουλτούρα και θρησκευτικές πεποιθήσεις
- **Περιβαλλοντικοί και γεωφυσικοί παράγοντες:** επίπεδο προστασίας οικολογικού συστήματος, περιβαλλοντική ρύπανση, κλιματολογικές συνθήκες/αλλαγές και γεωφυσικός πλούτος
- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** σύστημα υγείας (ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής/ νοσοκομειακής περίθαλψης), εξέλιξη και εφαρμογή νέων ιατροφαρμακευτικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων
- **Δημογραφικοί Παράγοντες:** ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία και επάγγελμα.

Ο Υφαντόπουλος (2001) υποστηρίζει ότι υπάρχουν πολλαπλές παράμετροι που προσδιορίζουν την ΠΖ, ωστόσο τονίζει τον πρωταρχικό ρόλο που διαδραματίζει η υγεία στην αναβάθμιση της ΠΖ (Εικόνα 4).



Εικόνα 4: Παράμετροι που Συμβάλλουν στην ΠΖ στην Ε.Ε. (Υφαντόπουλος, 2001)

3.3 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Στις μέρες μας είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο του οποίου η λειτουργία διέπεται από τις αρχές της καθολικότητας, της εξατομίκευσης και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου ανθρώπου (Σαρρής, 2001). Συνεπώς η ΠΖ είναι μια σύνθετη έννοια και ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με πολλαπλές αλληλένδετες διαστάσεις που κεντρίζει το ερευνητικό ενδιαφέρον. Για να περιοριστεί το εύρος της έννοιας της ΠΖ στα θέματα που αφορούν την υγεία γεννήθηκε ο όρος σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ). Ο όρος αυτός περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις, οι πιο συχνά αναφερόμενες εκ των οποίων σύμφωνα με τους Παπαγεωργίου και Κουτελέκο (2009, σελ. 294) είναι οι εξής:

- Η **σωματική/φυσική ευεξία** που αφορά την εκτίμηση του ατόμου για το επίπεδο της υγείας του (απουσία σωματικών δυσχερειών) καθώς και της ικανότητας του για εργασία, αυτοεξυπηρέτηση και φροντίδα

- Η **ψυχική ευεξία** που αναφέρεται στη δυνατότητα προσαρμογής του ατόμου σε καταστάσεις, δεδομένα και αλλαγές, στη διαχείριση του άγχους, του στρες, του θυμού, η γνωσιακή λειτουργία και στη γενικότερη διάθεση του
- Η **κοινωνική ευεξία** που αφορά την εκτέλεση και ικανοποίηση των διάφορων ρόλων (οικογενειακός, επαγγελματικός, φιλικός, κοινωνικός) καθώς και το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από την ίδια του τη ζωή
- Η **πνευματική ευεξία** που αναφέρεται στη θρησκευτικότητα και στη ψυχική εσωτερική ηρεμία και γαλήνη.

Πέρα από τον πυρήνα των τεσσάρων διαστάσεων της ΣΥΠΖ υπάρχουν επιπρόσθετα ειδικότερα θέματα που αφορούν λειτουργικούς τομείς και σχετίζονται με συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, όπως είναι οι ασθενείς με καρκίνο, στους οποίους για παράδειγμα η σεξουαλική λειτουργικότητα επηρεάζεται από τις επεμβάσεις ακρωτηριασμού. Η εκτίμηση της ΣΥΠΖ συνεπάγεται την πλήρη αξιολόγηση της υγείας του ατόμου σε όλες τις διαστάσεις (Παπαγεωργίου & Κουτελέκος, 2009).

Συνοπτικά, η ΣΥΠΖ είναι η υποκειμενική εκτίμηση της επίπτωσης της ασθένειας ή της ιατρικής παρέμβασης στη φυσική/σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Η ΣΥΠΖ διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις καθώς και τις αντιδράσεις του ατόμου στα γεγονότα που τον επηρεάζουν.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αντίληψη της έννοιας της ΣΥΠΖ μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και τροποποιείται με την ηλικία. Οι νεαροί ενήλικες έχουν διαφορετική αντίληψη για το τι είναι ευεξία και ΠΖ από τους γηραιότερους, καθώς έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες σχετικά με τη φυσική και λειτουργική τους κατάσταση.

Ο καθορισμός της ΣΥΠΖ των ασθενών, αποτελεί σημαντική παράμετρο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και στη δημιουργία νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων, συνεισφέροντας έτσι στη συνεχή βελτίωση της ζωής των ασθενών. Επίσης αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τη διαμόρφωση κατάλληλης πολιτικής υγείας.

3.4 Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής

Ενώ η εκτίμηση της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης ενός πληθυσμού είναι σχετικά εύκολη διαδικασία, η εκτίμηση της ΠΖ είναι περιπλοκή λόγω του πολυπαραγοντικού κοινωνικού της χαρακτήρα. Η εκτίμηση του επιπέδου ΠΖ είναι εφικτή μόνο μέσα από τη μελέτη των σωματικών και ψυχονοητικών αναγκών του ατόμου καθώς και των κοινωνικοοικονομικών, οικολογικών και πολιτισμικών μεταβλητών του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει, και τη συσχέτιση τους με τους υγειονομικούς παράγοντες και τους δείκτες υγείας (Σούλλης, 1998).

Βάση των διαστάσεων και των παραγόντων που προσδιορίζουν την ΠΖ καθορίστηκαν δυο βασικές κατηγορίες δεικτών ποιότητας ζωής, οι αντικειμενικοί-κοινωνικοί και οι υποκειμενικοί-ατομικοί δείκτες. Οι δυο αυτές κατηγορίες δεικτών αποτελούν σημαντικά εργαλεία εκτίμησης της ΠΖ (Σούλλης, 1991). Οι κοινωνικοί δείκτες ΠΖ συσχετίζουν τις κοινωνικοοικονομικές, περιβαλλοντικές και δημογραφικές παραμέτρους με υγειονομικούς παράγοντες και τους δείκτες υγείας ενός πληθυσμού. Οι δείκτες αυτοί είναι αντικειμενικοί, μετρήσιμοι και συμβάλλουν στην αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού. Οι κοινωνικοί δείκτες ΠΖ χαρακτηρίζονται ως ποσοτικοί και συνεπώς πιο εύκολα μετρήσιμοι. Από την άλλη, οι ατομικοί δείκτες αναφέρονται στην ικανοποίηση του ατόμου σε σωματικό, ψυχικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Οι υποκειμενικοί αυτοί δείκτες χαρακτηρίζονται ως ποιοτικοί, διαμορφώνονται και διατυπώνονται ανάλογα με τις ατομικές αντιλήψεις και μεταβάλλονται με το χρόνο, γι' αυτό και είναι δύσκολο να μετρηθούν και να αξιολογηθούν.

Τα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ έχουν σταδιακά αναπτυχθεί με στόχο την ευκολότερη και αντικειμενικότερη χρήση τους στην εκτίμηση της νόσου, της θεραπείας και των άλλων παραμέτρων που επηρεάζουν την ΠΖ. Υπάρχουν περισσότερα από 800 εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ, διαχωρίζονται στα γενικά και στα ειδικά εργαλεία και στοχεύουν στην εκτίμηση συγκεκριμένων διαστάσεων της ποιότητας ζωής ή στη γενικότερη εκτίμηση της ζωής. Η αξιοπιστία, η εγκυρότητα, η ανταποκρισιμότητα, η ειδικότητα και η ευαισθησία είναι μερικά από τα βασικά και απαραίτητα χαρακτηριστικά όλων αυτών των εργαλείων μέτρησης (Σαρρής, 2001).

Τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ΠΖ εκτιμούν τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του ατόμου και βασίζονται σε μια γενικευμένη αντίληψη της ΠΖ. Αξιολογούν πολλαπλές πλευρές του επιπέδου υγείας, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο ή τη νόσο των ατόμων. Σε αυτά τα εργαλεία περιλαμβάνεται το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire GHQ), που επικεντρώνεται κυρίως στην αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ΠΖ και η Επισκόπηση Υγείας του

Nottingham (The Nottingham Health Profile) που στοχεύει στη σύντομη και περιεκτική περιγραφή των σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών διαστάσεων της υγείας. Τα δυο αυτά γενικά εργαλεία μέτρησης της ΠΖ διαθέτουν καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Δημητρόπουλος, Νταγάνου & Αλεξιάς, 2012).

Τα ειδικά εργαλεία μέτρησης, παρότι προσομοιάζουν τα γενικά ερωτηματολόγια σε ότι αφορά τη δομή και τη χρήση, είναι σχεδιασμένα ώστε να χρησιμοποιούνται στη μελέτη μιας συγκεκριμένης πάθησης ή ομάδας ασθενών. Τέτοια ερωτηματολόγια είναι το Ερωτηματολόγιο Στηθάγχης του Seattle (Seattle Angina Questionnaire, SAQ) που εξετάζει το σωματικό περιορισμό, την αντίληψη για την νόσο και την ικανοποίηση από την θεραπεία και το ειδικό ερωτηματολόγιο Χρόνιας Νόσου του Αναπνευστικού (Chronic Respiratory Disease Questionnaire CRQ) που μετρά τη σωματική και ψυχοσυναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα (Δημητρόπουλος, Νταγάνου & Αλεξιάς, 2012). Τα ερωτηματολόγια QLQ-C30 και QLQ-BR23 μετρούν τις λειτουργικές, κοινωνικές, ψυχοσυναισθηματικές και σεξουαλικές λειτουργικότητες των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Chen et al., 2010, Rowen et al., 2011).

3.5 Ποιότητα Ζωής και Καρκίνος

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις πλέον συχνά εκδηλωμένες νόσους του 21^{ου} αιώνα. Από τη στιγμή της διάγνωσης συνοδεύεται από συναισθήματα φόβου, άγχους, αβεβαιότητας και ανασφάλειας (Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010). Η συνειδητοποίηση της εκδήλωσης μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, η αβεβαιότητα της πρόγνωσης και της εξέλιξης της νόσου καθώς και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μέτρων, οι ανεπιθύμητες παρενέργειες και ο φόβος για ένα επικείμενο οδυνηρό θάνατο είναι μερικοί από τους παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά στη σταθερή επιδείνωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα (Σαρρής, 2001).

Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου σε συνδυασμό με την άγνωστη του αιτιολογία διαφοροποιούν τη νόσο αυτή από κάθε άλλη αρρώστια για έναν επιπλέον λόγο, αυτό του κοινωνικού στιγματισμού. Η προκαλούμενη εκδήλωση συναισθημάτων φόβου για ένα πιθανόν επερχόμενο οδυνηρό τέλος οδηγεί στην υιοθέτηση συμπεριφορών προς τους ασθενείς που τους στιγματίζουν και τους ξεχωρίζουν από τους υπόλοιπους χρόνιους ασθενείς (Σαρρής, 2001). Σε μια προσπάθεια διατήρησης της προσωπικής αντίληψης περί αφθαρσίας και σωματικής ακεραιότητας το περιβάλλον των ασθενών κάποτε τους απομονώνει ή τους αποφεύγει στιγματίζοντας τους (Σαρρής, 2001). Ο στιγματισμός ενισχύεται από την αινιγματική αιτιολογία του καρκίνου και την αβεβαιότητα της πρόγνωσης του. Αυτό σε συνδυασμό με τις οργανικές, ψυχοσυναισθηματικές και

κοινωνικές επιπτώσεις που έχουν οι ασθενείς με καρκίνο επιτείνει σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό την επιδείνωση της ΠΖ τους.

Η ΠΖ των καρκινοπαθών είναι ένας τομέας μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος καθώς ο αριθμός των πασχόντων και των επιζώντων αυξάνεται συνεχώς λόγω των σύγχρονων θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Οι επιπτώσεις των θεραπευτικών μέτρων αντιμετώπισης του καρκίνου, που συχνά είναι μακροχρόνιες, έχουν καταλυτικές επιδράσεις στην ΠΖ του πάσχοντα. Η χειρουργική αντιμετώπιση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία, όπως αναλύονται πιο κάτω, βελτιώνουν το προσδόκιμο ζωής του ατόμου με καρκίνο αλλά με μεγάλο κόστος για την ΠΖ του. Επιπρόσθετα οι σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του καρκίνου μπορούν να επιφέρουν οικονομικές δυσκολίες τόσο στον πάσχοντα όσο και στην οικογένεια του (Youngblood et al., 1994, van't Spijker, Trisjburg & Duinevenvoorden, 1997).

3.5.1 Επιπτώσεις της Χειρουργικής Παρέμβασης στην Ποιότητα Ζωής

Η χειρουργική επέμβαση επηρεάζει τη σωματική λειτουργία και συντελεί στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου με ποικίλες επιπτώσεις στη σωματική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής του ατόμου (Σαρρής, 2001). Οι επιπτώσεις των χειρουργικών χειρισμών για αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού εκτείνονται από την αλλαγή της αρχιτεκτονικής του μαστού στην περίπτωση της ογκεκτομής, μέχρι τον ακρωτηριασμό κατά την ολική μαστεκτομή. Οι ψυχοκοινωνικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι χειρουργικές θεραπείες του καρκίνου του μαστού επηρεάζουν την ΠΖ των γυναικών καθώς η αφαίρεση του στήθους, το οποίο είναι ταυτισμένο με τη γυναίκεια φύση, πυροδοτεί αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις.

Μελέτη που έγινε το 2004 στις ΗΠΑ με δείγμα 558 γυναικών με καρκίνο του μαστού κατέδειξε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή είχαν αρνητικά επηρεασμένη τη φυσική τους κατάσταση ένα χρόνο μετά την επέμβαση σε σύγκριση με αυτές που είχαν υποβληθεί σε ογκεκτομή. Οι γυναίκες αυτές ανέφεραν επίσης περισσότερο πόνο, μυϊκή ακαμψία και γενικευμένη κόπωση ενώ η ψυχοσυναισθηματική τους λειτουργία ήταν στα ίδια επίπεδα με αυτές που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή (Ganz et al., 2004). Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη των Casso, Buist & Taplin το 2003 σε δείγμα 217 νεαρών γυναικών κάτω των 50 ετών που έγινε στην Ουάσινγκτον.

Επιπλέον, ψυχοκοινωνικές έρευνες κατέδειξαν ότι οι χειρουργικές θεραπείες του καρκίνου του μαστού επηρεάζουν την ΠΖ καθώς η αφαίρεση του στήθους, το οποίο είναι ταυτισμένο με τη

γυναίκεια φύση και την εικόνα του σώματος, πυροδοτεί αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Επιπρόσθετα συνδέουν την απώλεια του μαστού με την έννοια του στιγματισμού και αυτό επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ τόσο του ατόμου όσο και του κοινωνικού του περιγύρου. Πιο συγκεκριμένα ο Veiga και συν. το 2004 σύγκριναν δείγμα 25 γυναικών που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή με αποκατάσταση μαστού με τη μέθοδο του TRAM flap (Transverse Rectus Abdominus Myocutaneous Flap – χειρουργική προσέγγιση για ανάπλαση του μαστού με αυτόλογο μόσχευμα) με 25 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε απλή μαστεκτομή. Η μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν κάνει ανάπλαση μαστού είχαν καλύτερη φυσική, και ψυχοκοινωνική κατάσταση καθώς και θετικότερη αντίληψη του επίπεδου υγείας διαχρονικά, γεγονός που συνέβαλε θετικά στην ΠΖ τους. Ο Engel και συν. (2004) χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο του EORTC (QLQ-C30) που αποσκοπεί στην όσο το δυνατό ακριβέστερη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, έφεραν στην επιφάνεια μέσα από την πενταετή μελέτη τους, και δείγμα 990 γυναικών, τις επιπτώσεις που επιφέρει μια μαστεκτομή στην ΠΖ. Στη σύγκριση των γυναικών με μαστεκτομή με αυτές που είχαν υποβληθεί σε ογκεκτομή διαφάνηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών με μαστεκτομή βιώνει συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη, αδυναμία προσαρμογής), δυσκολίες αποδοχής του νέου σωματικού ειδώλου, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και δυσκολία στην εκτέλεση των ρόλων οι οποίες δεν βελτιώνονταν με την πάροδο του χρόνου. Αρκετές άλλες μελέτες υποστηρίζουν τα πιο πάνω. Η Metcalfe και συν. (2012) υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή χρειάζονται ψυχοσυναισθηματική στήριξη. Η Nesvold και συν. (2010) συμπέραναν ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή έχουν φτωχότερη ΠΖ ειδικότερα όταν παρουσιάζουν προβλήματα κινητικότητας από το μπράτσο και τον ώμο. Τέλος, ο Ohsumi και συν. (2009) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ογκεκτομή έχουν καλύτερη συνολική ΠΖ από αυτές που υποβάλλονται σε μαστεκτομή.

Άλλες έρευνες μελέτησαν τις επιπτώσεις της μαστεκτομής και της αλλαγής του σωματικού ειδώλου σε σχέση με την σεξουαλικότητα. Η ερευνητική ανασκόπηση των Gilbert, Ussher και Perz (2010) επιβεβαιώνει ότι η μαστεκτομή και η αναπόφευκτη αλλαγή του σωματικού ειδώλου προκαλούν δυσμενείς επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών. Οι Avis, Crawford και Manuel (2005) συμπέραναν ότι η μαστεκτομή συνδέεται με περισσότερα προβλήματα στην εικόνα του σώματος και στη σεξουαλική διάθεση απ' ότι η χημειοθεραπεία, παρόλο που η χημειοθεραπεία προκαλεί εντονότερη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Εκτός από τις επιπτώσεις που επιφέρουν στην ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, οι χειρουργικές επεμβάσεις επηρεάζουν την ΠΖ ασθενών και με άλλα είδη καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα, ο Nugent και συν. (1999), οι οποίοι μελέτησαν την ΠΖ ατόμων με καρκίνο του

εντέρου που υποβλήθηκαν σε κολοστομία (δείγμα 542 ατόμων) κατέδειξαν ότι η ΠΖ των ατόμων αυτών επηρεάζεται σημαντικά καθώς βιώνουν τόσο ψυχοσυναισθηματικές/σεξουαλικές όσο και φυσικές δυσλειτουργίες. Το 2003 μέσα από μια συγκριτική μελέτη που διενέργησαν ο Engel και συν. διαφάνηκε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του παχέως εντέρου που δεν έφεραν στομία είχαν καλύτερη ΠΖ τους ασθενείς που είχαν είτε προσωρινή είτε μόνιμη στομία. Η Μπελλάλη και συν. (2011) διερεύνησαν την επίδραση της χειρουργικής παρέμβασης (λαρυγγεκτομής) στην ΠΖ ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο QLQ-C30 της EORTC που στοχεύει στην διερεύνηση της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο, σε δείγμα 128 ατόμων, διαφάνηκε ότι οι επιπτώσεις της θεραπευτικής προσέγγισης επηρεάζουν μερικές από τις πιο σημαντικές ανθρώπινες λειτουργίες όπως είναι η λεκτική επικοινωνία και η κοινωνική αλληλεπίδραση αλλά και βασικές ζωτικές λειτουργίες όπως είναι η αναπνοή και η πρόσληψη τροφής επιβαρύνοντας σημαντικά το επίπεδο ΠΖ (Μπελλάλη και συν., 2011).

3.5.2 Επιπτώσεις της Χημειοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής

Η χημειοθεραπεία σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα παρενεργειών όπως η ναυτία, ο εμετός, η αδυναμία, η κόπωση, η αλωπεκία, η λευκοπενία, προβλήματα σεξουαλικότητας, γονιμότητας κ.α. Παράλληλα λόγω της κλινικής τοξικότητας και των πολλαπλών της παρενεργειών επιφέρει σημαντικές αλλαγές τόσο στον τρόπο ζωής όσο και στην εικόνα του σώματος πλήττοντας τη θηλυκότητα, τη μητρότητα και τη σεξουαλικότητα των γυναικών, προκαλώντας αρνητικές επιπτώσεις σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖ των πασχόντων (Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010). Ένα ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία βιώνουν κατάθλιψη, έντονο άγχος, δυσκολίες αποδοχής του νέου σωματικού ειδώλου, αδυναμία προσαρμογής στα νέα δεδομένα, μειωμένη αυτοεκτίμηση και απόρριψη.

Η κόπωση είναι ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα που εμφανίζεται στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, με συχνότητα εμφάνισης που κυμαίνεται μεταξύ 80% και 96% (Λαβδανίτη και συν., 2008). Η παρουσία κόπωσης επηρεάζει τη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, τις νοητικές ικανότητες και επιδρά στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου με αποτέλεσμα την αρνητική επίπτωση στην ΠΖ των ασθενών με καρκίνο. Σε μελέτη της Λαβδανίτη και συν. (2008) που αποσκοπούσε στην περιγραφή της εμπειρίας της κόπωσης σε δείγμα Ελληνίδων ασθενών με καρκίνο του μαστού (106 γυναικών) φάνηκε ότι η κόπωση επηρεάζει τόσο τη φυσική λειτουργικότητα όσο και την συναισθηματική διάθεση. Παρόμοια έρευνα διενεργήθηκε από την Πολυκανδριώτη και συν. (2008) σε δείγμα 159 ασθενών με καρκίνο.

Η έρευνα αποσκοπούσε στην αξιολόγηση του βαθμού κόπωσης που βιώνουν οι υποβαλλόμενοι σε χημειοθεραπεία ασθενείς. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν υψηλό ποσοστό κόπωσης (70% με 90%). Ο βαθμός έντασης φαίνεται να σχετίζεται με τον τύπο του καρκίνου, τη διάρκεια της νόσου, τα χορηγούμενα φαρμακευτικά σχήματα και τη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς. Η συχνότητα εμφάνισης κόπωσης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού αναφέρεται ότι κυμαίνεται από 28% μέχρι 91%. Το αίσθημα της κόπωσης επηρεάζει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών και επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις συνθήκες δραστηριοποίησης των ατόμων αυτών. Επιπλέον, η κόπωση παρεμβαίνει στην επαγγελματική δραστηριοποίηση των ασθενών με αποτέλεσμα τη δημιουργία οικονομικών δυσκολιών τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του (Hofman et al., 2007).

Η Donovan και συν. (2004) υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία βιώνουν περισσότερη κόπωση από αυτές που κάνουν ακτινοθεραπεία. Η μελέτη των Casso, Buist & Tarlin (2003) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού οφείλουν να αναγνωρίσουν τα σημάδια κόπωσης τους και να παρεμβαίνουν άμεσα, βελτιώνοντας την ΠΖ τους. Συνολικά έχει εκτιμηθεί ότι το 1/3 των ασθενών με καρκίνο βιώνει κόπωση, η όποια ενδέχεται να μετατραπεί σε χρόνια κατάσταση και να επιμείνει ακόμα και μερικά χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας. Όλα τα προαναφερθέντα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η χρονιότητα της κόπωσης που επιφέρει η χημειοθεραπεία προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ζωής επηρεάζοντας σημαντικά την ΠΖ.

Η αλωπεκία ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας επηρεάζει τα μέγιστα την ΠΖ των ασθενών λόγω του ότι πλήττει αισθητά την αυτοεκτίμηση και την εικόνα του σώματος τους και μεταβάλλει την εμφάνιση και τις κοινωνικές τους συνήθειες. Επιπλέον η αλωπεκία στιγματίζει τους ασθενείς με καρκίνο καθώς τους κάνει εύκολα αναγνωρίσιμους. Η αλωπεκία ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας πλήττει αισθητά την αυτοεκτίμηση και την εικόνα της γυναίκας. Ο Fobair και συν. (2006), σε μια μελέτη 546 γυναικών με καρκίνο του μαστού υπό χημειοθεραπεία έδειξαν έντονη συσχέτιση μεταξύ της απώλειας μαλλιών και της αλλαγής του σωματικού ειδώλου με τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και τις διαταραχές στη ψυχική υγεία. Ο Del Mastro και συν. (2002), κατέληξαν σε πανομοιότυπα συμπεράσματα υποστηρίζοντας επιπλέον ότι η αλωπεκία αυξάνει τη ψυχολογική απόγνωση των ασθενών. Από βιβλιογραφική ανασκόπηση διαφάνηκε ότι η αλωπεκία που προκλήθηκε από χημειοθεραπεία επηρεάζει την ΠΖ των ατόμων καθώς έχει αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση, την αποδοχή του σωματικού ειδώλου και στη ψυχοσυναισθηματική, κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα (Lemieux, Maunsell & Provencher, 2008). Όλα τα πιο πάνω αποτελούν παραμέτρους που επιβαρύνουν σημαντικά την ΠΖ των γυναικών.

Η σεξουαλικότητα είναι ένας τομέας που επηρεάζεται αρνητικά από τη χημειοθεραπεία. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που ασχολούνται με την αξιολόγηση των σεξουαλικών διαταραχών που προκύπτουν από τις αντικαρκινικές θεραπείες. Υπολογίζεται ότι μετά από την ολοκλήρωση των θεραπειών, οι σεξουαλικές διαταραχές ανέρχονται σε ποσοστό μεταξύ 20% και 100% (Mercadante et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα η Ganz και συν. το 2002, σε μελέτη με δείγμα 817 γυναικών κατέληξαν ότι οι γυναίκες που δεν είχαν υποβληθεί σε συστηματική χημειοθεραπεία είχαν καλύτερη ΠΖ (5 με 10 χρόνια μετά την διάγνωση του καρκίνου). Η μελέτη της Ganz και συν., υποστηρίζει ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία είχαν φτωχότερη σεξουαλική λειτουργικότητα. Η μελέτη της Donnovan και συν., το 2004 απέδειξε την επίπτωση της χημειοθεραπείας στο αίσθημα της κόπωσης. Παρόμοια ευρήματα είχε και η μελέτη των Casso, Buist και Tarlin το 2003.

Η μελέτη της Ganz και συν. (2002) υποστηρίζει ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία είχαν φτωχή ψυχοσυναισθηματική και σεξουαλική λειτουργικότητα, ανεξαρτήτως της χειρουργικής επέμβασης στην οποία είχαν υποβληθεί. Σε έτερη μελέτη που έγινε στη Γερμανία συγκρίθηκαν παράμετροι ΠΖ σε 990 γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή έναντι συντηρητικής ογκοεκτομής. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι γυναίκες με μαστεκτομή είχαν υποδεέστερη εικόνα σώματος και ανέφεραν σεξουαλική δυσλειτουργία (Engel et al., 2004). Ο Broeckel και συν. (2002) μελέτησαν τη σεξουαλική λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και τα μεταεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα σε δυο ομάδες γυναικών (58 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 61 γυναίκες από το γενικό πληθυσμό). Από τα συμπεράσματα βρέθηκε ότι οι γυναίκες με εμπειρία καρκίνου του μαστού ανέφεραν σεξουαλική δυσλειτουργία, δυσκολία επίτευξης οργασμού, ξηρότητα κόλλπου και επηρεασμό σχέσεων μεταξύ του ζευγαριού.

Η σχετιζόμενη με τη χημειοθεραπεία ΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο έχει μελετηθεί από τη Δημοσθένους (2010) με τη χρήση των ερωτηματολογίων μέτρησης ΠΖ QLQ-C30 και QLQ-BR23, του EORTC. Από τη μελέτη αυτή διαφάνηκε ότι η ΠΖ των ασθενών με καρκίνο μαστού στην Κύπρο είναι χειρότερη την περίοδο που ακολουθεί τη χημειοθεραπεία. Επίσης, παρατηρήθηκε επιδείνωση όλων των λειτουργικών τομέων καθώς επίσης και της πλειοψηφίας των σχετικών με τον τομέα συμπτωμάτων παραμέτρων ως επακόλουθο της χημειοθεραπείας, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές σε ότι αφορά τη διαταραχή του κοινωνικού ρόλου και την οικονομική κατάσταση των ασθενών, γεγονός που αποδόθηκε στη δομή της Κυπριακής Κοινωνίας και στο υψηλό επίπεδο κάλυψης των αναγκών υγείας από το σύστημα υγείας της Κύπρου.

3.5.3 Επιπτώσεις της Ορμονοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής

Γυναίκες με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν ορμονοθεραπεία υποστηρίζουν ότι επηρεάζεται η ΠΖ. Αρκετές γυναίκες σταματούν αυτούσια την ορμονική τους θεραπεία πριν τη συμπλήρωση της, λόγω των πολλαπλών παρενεργειών που βιώνουν (Henry & Stearns, 2011). Αναφέρουν προβλήματα στο σεξουαλικό τομέα καθώς και στη φυσική και ψυχοκοινωνική τους λειτουργία (μυοσκελετικά άλγη, αύξηση σωματικού βάρους, αγγειοκινητικά συμπτώματα, ακράτεια ούρων, αϋπνία και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα). Αυτά διαφαίνονται στη μελέτη NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (Land et al., 2006) όπου έλαβαν μέρος 19747 Αμερικανίδες με καρκίνο του μαστού που ήταν υπό ορμονοθεραπεία με σκευάσματα ταμοξιφένης και ραλοξιφένης. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και μελέτες με μικρότερο δείγμα όπως του Boehm και συν. (2009), σε δείγμα 136 γυναικών που λάμβανε ταμοξιφένη, και η έρευνα της Schidler και συν. (2010) σε δείγμα 179 γυναικών που λάμβαναν ορμονοθεραπεία. Η έρευνα του Desai και συν. (2013), με δείγμα 413 γυναίκες που λάμβαναν αναστολείς της αρωματάσης, έδειξε ότι το 50% του δείγματος υπέφερε από αϋπνία γεγονός που δυσχέραινε την ΠΖ τους. Η έρευνα της Breckenridge και συν. (2010), με δείγμα 77 γυναικών με καρκίνο του μαστού που λάμβαναν ορμονοθεραπεία, κατέδειξε ότι η ορμονοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα μνήμης και αντίληψης καθώς και συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η Ganz (2012) προσθέτει ότι η πρόωρη εμμηνόπαυση που προκαλείται από την ορμονοθεραπεία προκαλεί έντονα αγγειοκινητικά συμπτώματα, αϋπνία και κακή ποιότητα ύπνου στις νεαρές γυναίκες επηρεάζοντας την αντιληπτική τους λειτουργικότητα και αυξάνοντας τα επίπεδα κόπωσης τους.

Όσον αφορά την σεξουαλική λειτουργικότητα, η ορμονοθεραπεία επηρεάζει αρνητικά τον τομέα αυτό (Baumgart et al., 2013). Η χρήση αναστολέων της αρωματάσης αυξάνει την κολπική ξηρότητα με αποτέλεσμα τη δυσπαρευνία και την σεξουαλική δυσλειτουργία (Moegele et al., 2012, Gallichio et al., 2012). Έρευνα που διενεργήθηκε σε 186 νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού έδειξε την αρνητική επίδραση που έχει η ορμονοθεραπεία στην σεξουαλική λειτουργικότητα. Σ' αυτή την έρευνα, οι γυναίκες που λάμβαναν ορμονοθεραπεία ανέφεραν περισσότερα σεξουαλικά προβλήματα σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες του δείγματος (Safarinejad, Shafiei & Safarinejad, 2013).

Μια άλλη έρευνα με δείγμα 2748 γυναικών που αποσκοπούσε στην καταγραφή των περιστατικών καταγμάτων σε ασθενείς που λάμβαναν επικουρική ορμονοθεραπεία κατέδειξε ότι η χρήση της λετροζόλης αυξάνει τον κίνδυνο καταγμάτων σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού προχωρημένης ηλικίας (Neuner et al., 2011).

3.5.4 Επιπτώσεις της Ακτινοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής

Στους ασθενείς με καρκίνο, οι σύνηθες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε άμεσες και χρόνιες. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες παρενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι: οι δερματικές αντιδράσεις και αλλοιώσεις, η ναυτία, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η αλλαγή στην αισθητικότητα, το οίδημα και το λεμφοίδημα (Λαβδανίτη & Πατηράκη-Κουρπανή, 2006).

Μελέτες που περιλάμβαναν ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή της μήτρας που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, συμπέραναν ότι έχει αρνητική επίπτωση στην ΠΖ των ασθενών μια και υφίσταται αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργικότητά τους (Bukovic et al., 2005, Hannoun-Levi et al., 2005).

Ο Hickok και συν. (2005), στα πλαίσια μιας περιγραφικής μελέτης 372 ατόμων που ήταν υπό ακτινοθεραπευτική αγωγή διαπίστωσαν εκδήλωση κόπωσης ποικίλου βαθμού η οποία επηρέαζε την ΠΖ των ασθενών, ειδικά στο φυσικό και κοινωνικό τομέα. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε η ποσοτική έρευνα της Donovan και συν. (2004) σε δείγμα 134 γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ο Garrett και συν. (2011) μελέτησαν την επίπτωση της ακτινοθεραπείας στις διαταραχές ύπνου. Από την μελέτη τους φάνηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζει διαταραχές ύπνου τόσο κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όσο και αργότερα. Η Ganz και συν. (2013) υποστήριξαν ότι η ακτινοθεραπεία επηρεάζει τη λεκτική μνήμη. Οι Λαβδανίτη & Πατηράκη-Κουρπανή, έκαναν μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της ακτινοθεραπείας και της κόπωσης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ένταση της κόπωσης αυξάνεται προοδευτικά και φτάνει στα μέγιστα επίπεδα κατά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας. Η κόπωση παραμένει ακόμα και μετά το τέλος της αγωγής επηρεάζοντας την ΠΖ των γυναικών (Λαβδανίτη & Πατηράκη-Κουρπανή, 2006).

Εκτός από τις επιπτώσεις που επιφέρει η ακτινοθεραπεία στην ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, επηρεάζει αρνητικά και την ΠΖ ασθενών και με άλλα είδη καρκίνου. Η χρήση της ακτινοθεραπείας στους καρκίνους του προστάτη, του ενδομήτριου και του πρωκτού επιφέρει προβλήματα ακράτειας, και σεξουαλικής λειτουργικότητας (Damast et al., 2012, Vomvas et al., 2012, Herman et al., 2013, Spratt et al., 2013).

3.6 Καρκίνος του Μαστού και Ποιότητα Ζωής Νεαρών Γυναικών

Η πορεία που χαράσσει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού από την ανακάλυψη του όγκου μέχρι την επιβεβαίωση της διάγνωσης, τη θεραπεία και την αποκατάσταση είναι επώδυνη και θυελλώδης. Η διάγνωση φέρνει πρόωρα τις νεαρές γυναίκες αντιμέτωπες με τη θνητή τους φύση. Όλα τα δεδομένα της ζωής τους από εκείνη την στιγμή ανατρέπονται και τίποτα δεν μπορεί να θεωρηθεί πλέον δεδομένο καθώς το άγχος, η ανασφάλεια και ο φόβος για μια πιθανή υποτροπή αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα που θα τις συνοδεύει δια βίου.

Από εκτιμήσεις φαίνεται ότι το 26.4% των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων του μαστού αφορούν γυναίκες κάτω των 50 ετών (Avis, Crawford & Manuel, 2005). Επίσης ένα ποσοστό της τάξης του 5% όλων των καρκίνων του μαστού, αφορά νεαρές γυναίκες κάτω των 40 ετών (Bonadonna, Hortobagyi & Gianni, 1997). Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού σε ηλικία κάτω των 35 φαίνεται να έχουν φτωχότερη πρόγνωση. Επιπλέον, το νεαρό της ηλικίας έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου και μειωμένη επιβίωση (Dow & Lafferty, 2000, Gabriel & Domechek, 2010). Από έρευνα του Voogd και συν. (2001) φαίνεται ότι οι νεαρές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή έχουν 9 φορές περισσότερο κίνδυνο για επανεμφάνιση της νόσου σε σχέση με τις μεγαλύτερες γυναίκες.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται στις νεαρές γυναίκες τείνουν να είναι επιθετικότερες, καθώς οι όγκοι σε αυτή την ηλικία συνήθως είναι μεγαλύτεροι με επιθετικά χαρακτηριστικά προσβάλλοντας τους λεμφαδένες της περιοχής (Barnadas & Vasquez, 2010). Οι νεαρές γυναίκες ως επί το πλείστον υποβάλλονται σε όλο το φάσμα των θεραπειών (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία).

Από τις έρευνες του Kroman και συν. (2004) και της Beadle και συν. (2010) φαίνεται ότι οι νεαρές γυναίκες υποβάλλονται συχνότερα σε μαστεκτομή σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες λόγω του μεγέθους και του επιθετικού προφίλ των όγκων. Οι νεαρές γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή βιώνουν συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες αποδοχής του νέου σωματικού ειδώλου, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και δυσκολία στην εκτέλεση των ρόλων (Avis, Crawford & Manuel, 2005).

Η ορμονοθεραπεία έχει ως στόχο την αναστολή της παράγωγης οιστρογόνων εμποδίζοντας έτσι τη δράση τους στα καρκινικά κύτταρα. Οι νεαρές γυναίκες που υποβάλλονται σε αυτή τη θεραπεία μπαίνουν πρόωρα στην εμμηνόπαυση με όλα τα συνωδά συμπτώματα και παρενέργειες. Οι σεξουαλικές διαταραχές που βιώνουν οι νεαρές γυναίκες ως αποτέλεσμα της πρόωρης

εμμηνόπαυσης ερευνηθήκαν από την Fobair και συν. (2005). Από την έρευνα αυτή φάνηκε ότι το 28% του δείγματος αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα στο σεξουαλικό τομέα. Η Ganz και συν. (2003) υποστηρίζουν ότι οι νεαρές γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση αναφέρουν επιδεινωμένη ΠΖ λόγω της μετάβασης στην εμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης στις νεαρές γυναίκες τείνουν να έχουν εντονότερη ισχύ (Axelrod et al., 2008) επηρεάζοντας αρνητικά την ΠΖ.

Μια άλλη διάσταση που συμβάλλει στην επιδείνωση της ΠΖ των νεαρών γυναικών είναι η υπογονιμότητα που προκαλείται από τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της νόσου. Η απώλεια της γονιμότητας επιφέρει έντονο στρες ειδικά στις νεαρές γυναίκες που δεν πρόλαβαν να τεκνοποιήσουν (Peate et al., 2009)

Οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στη διαχείριση του άγχους και του στρες που τις διακατέχει. Σε έρευνα με δείγμα 577 νεαρών γυναικών φάνηκε ότι οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού αναφέρουν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα (Wenzel et al., 1999). Επιπλέον, έχουν να διαδραματίσουν πολλαπλούς ρόλους και να φέρουν εις πέρας περισσότερες υποχρεώσεις όπως καριέρα/εργασία, φροντίδα και ανατροφή μικρών παιδιών, φροντίδα της οικογενείας και συζυγικές/κοινωνικές υποχρεώσεις. Επίσης φαίνεται από μελέτες ότι οι νεαρές γυναίκες τείνουν στο να ενσωματώνουν στην καθημερινότητα τους και επιπρόσθετες υποχρεώσεις ως ένα μέσο αντιμετώπισης της απειλητικής ασθένειας (Dow & Lafferty, 2000). Για παράδειγμα, ο Engel και συν. (2004) έδειξαν ότι οι νεαρότερες σε ηλικία γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερες επιπτώσεις τόσο στο ψυχοκοινωνικό όσο και στον οικονομικό τομέα. Επιπλέον, η αντίληψη των νεαρών γυναικών για τη μελλοντική προοπτική της υγείας τους είναι χαμηλή. Ο φόβος επανάληψης της νόσου είναι ένας αρκετά στρεσογόμος παράγοντας. Η Vickberg (2003) μέσα από τη μελέτη της απέδειξε ότι οι νεαρές γυναίκες έχουν έντονες ανησυχίες και προοδευτικά αυξανόμενο άγχος για τυχόν επανάληψη ή υπότροπη της νόσου.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε νεαρές γυναίκες έχει πολλαπλές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ΠΖ τους. Στον Πίνακα 2 συνοψίζονται οι επιπτώσεις αυτές στο φυσικοσωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό τομέα.

Πίνακας 2: Επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζώης των Νεαρών Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού (Bloom et al., 2004)

Τομέας	Επιπτώσεις
Φυσικοσωματικός	Επιθετικότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις με τα συνεπακόλουθα: ναυτία, εμετοί κόπωση, αλωπεκία, λευκοπενία. Πρόωρη εμμηνόπαυση, υπογονιμότητα οστεοπόρωση, καρδιοτοξικότητα προβλήματα ύπνου, αρθραλγία, μυαλγία λεμφοίδημα, αύξηση σωματικού βάρους κ.α.
Ψυχολογικός	1/3 των νεαρών γυναικών παρουσιάζουν κατάθλιψη, ψηλά επίπεδα άγχους και στρες και προβλήματα αποδοχής σωματικού τους ειδώλου με συνεπακόλουθο σεξουαλικά προβλήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόρριψη
Κοινωνικός	Επίπτωση στην εργασία, δυσκολία ανεύρεσης εργασίας, δυσμενής μεταχείριση στις προαγωγές, θέματα ασφάλισης ζωής και υγείας, δυσκολία στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος. Επιπτώσεις στην εκτέλεση των κοινωνικών ρόλων όπως φροντίδα των παιδιών/συντρόφου κ.α.
Πνευματικός	Επαναπροσδιορισμός των πνευματικών και φιλοσοφικών απόψεων αναφορικά με τη ζωή και το θάνατο

Σχεδιασμός και Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός – Στόχοι

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων που επιφέρει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην ΠΖ των Κυπρίων γυναικών, με ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον στη ΠΖ των νεαρών γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογήθηκε η ΠΖ 137 Κυπρίων γυναικών με καρκίνο του μαστού (78 γυναικών κάτω των 50 ετών και 59 άνω των 50 ετών) με τη χρήση των ερωτηματολογίων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του καρκίνου (EORTC) QLQ-C30 και QLQ-BR23 ως εργαλεία μέτρησης της ΠΖ. Οι στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Να μελετηθεί η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε διάφορες θεραπείες.
2. Να μελετηθούν οι διαφορές στην ποιότητα ζωής των ασθενών συγκρίνοντας τις επιπτώσεις του καρκίνου στις νεαρές γυναίκες με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.
3. Να περιγραφούν οι συσχετίσεις των τομέων του ερωτηματολογίου QLQ-C30 (αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο) και του ερωτηματολογίου QLQ-BR23 (ειδικά διατυπωμένο ερωτηματολόγιο εξειδικευμένο στον καρκίνο του μαστού).
4. Να συσχετιστούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο μαστού με την ΠΖ.

Στο στάδιο της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, που έχει ως στόχο την αποκοπή της πορείας της νόσου, κάθε θεραπευτικό μέτρο επιφέρει μια σειρά επιπλοκών και προβλημάτων τα οποία οι γυναίκες καλούνται να αντιμετωπίσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η παρεισφρητικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων, η αυξημένη τοξικότητα των χημειοθεραπειών και των ακτινοθεραπειών καθώς και οι ορμονικές μεταβολές που προκαλούνται λόγω των ορμονικών θεραπειών επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική δραστηριότητα των γυναικών παρεμβαίνοντας στην καθημερινότητα τους και επιδεινώνοντας την ΠΖ τους.

Με αυτά τα δεδομένα η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού δε θα πρέπει να μονοπωλείται από την επιτυχή εξασφάλιση εκείνων των προϋποθέσεων που διασφαλίζουν μόνο την διακοπή της πορείας της νόσου αλλά θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και την ΠΖ των ασθενών. Παρά τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών μέτρων τόσο στο επίπεδο της πρόγνωσης όσο

στο επίπεδο της μείωσης των παρενεργειών, φαίνεται ότι οι ψυχοσωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις παραμένουν σε πλήρη ισχύ με έντονη παρουσία στους πάσχοντες (Σαρρής, 2001).

Οι κλινικές μελέτες που εφαρμόζονται στον τομέα της ογκολογίας θέτουν ως μείζον στόχο τη μέτρηση της ΠΖ με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών και την καλύτερη κατανόηση των αναγκών τους. Στις μέρες μας, η μέτρηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι το επίκεντρο της κλινικής πράξης καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2006).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δε βρέθηκαν μελέτες που να σύγκριναν την ΠΖ των νεαρών γυναικών με καρκίνο του μαστού με αυτή των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών, τόσο στον κυπριακό όσο και στον ελλαδικό χώρο. Η διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης αποτέλεσε πρόκληση για την ερευνήτρια καθώς τα αποτελέσματα αναμένεται να αναδείξουν προβλήματα και τομείς που χρειάζονται αντιμετώπιση και βελτίωση καθώς και πιθανόν να εγείρουν το ενδιαφέρον άλλων ερευνητών ώστε να διερευνήσουν το συγκεκριμένο τομέα.

4.2 Σχεδιασμός Μελέτης

Η ερεύνα διεξήχθη μεταξύ Μαρτίου και Μαΐου 2012 μέσω της EUROPA DONNA Κύπρου.

Η EUROPA DONNA Κύπρου ιδρύθηκε το 2000, με πρωταρχικό στόχο να σπάσει τη σιωπή γύρω από την ασθένεια του καρκίνου του μαστού. Η EUROPA DONNA Κύπρου είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας EUROPA DONNA, της Ευρωπαϊκής Οργάνωσης για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η οποία αριθμεί 45 κράτη μέλη. Σήμερα, η EUROPA DONNA Κύπρου αριθμεί πάνω από 4,000 μέλη από όλη την Κύπρο, και λειτουργούν τέσσερα σπίτια, ένα σε κάθε επαρχία, με πρωταρχικό στόχο την ενημέρωση, την πρόληψη και την υποστήριξη γύρω από τον καρκίνο του μαστού.

Η EUROPA DONNA Κύπρου έχει στόχο να προωθεί και να διεκδικεί ώστε να εφαρμοστεί και στην Κύπρο αυτό που έχουν καταφέρει άλλες ευρωπαϊκές χώρες:

- Η λειτουργία ποιοτικά ελεγχόμενων προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου
- Η δημιουργία εξειδικευμένου κέντρου μαστού
- Η εφαρμογή όλων των ευρωπαϊκών ψηφισμάτων για τον καρκίνο του μαστού

Επίσης, προσφέρει προγράμματα στήριξης γυναικών με καρκίνο του μαστού όπως είναι τα προγράμματα Επιστήθιες Φίλες και ΣτηρίΖΩ.

Αρχικά έγινε γραπτή επικοινωνία με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και εξασφαλίστηκε άδεια διεξαγωγής της έρευνας (Παράρτημα 3). Στη συνέχεια ενημερώθηκε το Διοικητικό Συμβούλιο της EUROPA DONNA το οποίο έδωσε με τη σειρά του τη συγκατάθεση του για τη διεξαγωγή της έρευνας αποστέλλοντας τα ερωτηματολόγια QLQ-C30 και QLQ-BR23 σε 500 μέλη τους με τυχαία δειγματοληψία. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν γραπτώς για το είδος και το σκοπό της μελέτης. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην τήρηση των αρχών που διέπουν την έρευνα (ηθικής και δεοντολογίας) όπως και στη διαβεβαίωση των συμμετεχόντων για την τήρηση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των προσωπικών τους δεδομένων.

4.3 Μεθοδολογία

4.3.1 Ερωτηματολόγια

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο σταθμισμένα ερωτηματολόγια (επίσημα μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του καρκίνου (EORTC), ως εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, το QLQ-C30 και το QLQ-BR23 (Παράρτημα 4). Τα ερωτηματολόγια αυτά αποσκοπούν στην όσο το δυνατό ακριβέστερη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

4.3.1.1 Περιγραφή Ερωτηματολογίου QLQ-C30

Το QLQ-C30 είναι ένα γενικό ερωτηματολόγιο του EORTC το οποίο εκτιμά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών με καρκίνο. Έχει χρησιμοποιηθεί σε εκατοντάδες κλινικές μελέτες και είναι πλήρως σταθμισμένο. Έχει μεταφραστεί σε 59 γλώσσες και είναι πολύ κατανοητό από τους χρήστες. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις (Q1-Q30) διανεμημένες σε τέσσερις κατηγορίες μελέτης (5 λειτουργικούς τομείς, 3 τομείς συμπτωμάτων, ένα τομέα συνολικής ποιότητας ζωής και 6 ξεχωριστά θέματα). Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και είναι σταθμισμένα.

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων Q1-Q28 του ερωτηματολογίου δίνονται σε κλίμακα Likert 4 σημείων ως ακολούθως:

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1	2	3	4

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων Q29-Q30 δίνονται σε αντίστοιχη κλίμακα 7 σημείων ως ακολούθως:

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ κακή						Εξαιρετική

Περιγραφικά οι ερωτήσεις του QLQ-C30 διερευνούν τα ακόλουθα:

Λειτουργικοί Τομείς (Functional Scales):

- Φυσικές λειτουργίες (Physical functioning): 5 ερωτήσεις, Q1-Q5
- Ρόλος στη ζωή (Role functioning): 2 ερωτήσεις, Q6-Q7
- Συναισθηματική κατάσταση (Emotional functioning): 4 ερωτήσεις, Q21-Q24
- Λειτουργίες αντίληψης (Cognitive functioning): 2 ερωτήσεις, Q20 και Q25
- Κοινωνικότητα (Social functioning): 2 ερωτήσεις, Q26-Q27

Τομείς Συμπτωμάτων (Symptom Scales):

- Κόπωση (Fatigue): 3 ερωτήσεις, Q10, Q12 και Q18
- Ναυτία και εμετός (Nausea and vomiting): 2 ερωτήσεις, Q14 και Q15
- Πόνος (Pain): 2 ερωτήσεις, Q9 και Q19

Τομέας Συνολικής Ποιότητας Ζωής (Global Health Status / QoL):

- 2 ερωτήσεις, Q29 και Q30

Ξεχωριστά Θέματα (Items)

- Δύσπνοια (Dyspnoea): 1 ερώτηση, Q8
- Αϋπνία (Insomnia): 1 ερώτηση, Q11
- Απώλεια της όρεξης (Appetite loss): 1 ερώτηση, Q13
- Δυσκοιλιότητα (Constipation): 1 ερώτηση, Q16
- Διάρροια (Diarrhoea): 1 ερώτηση, Q17
- Οικονομικές δυσκολίες (Financial difficulties): 1 ερώτηση, Q28

4.3.1.2 Περιγραφή Ερωτηματολογίου QLQ-BR23

Το QLQ-BR23 είναι ένα ειδικό ερωτηματολόγιο συμπληρωματικό του γενικού ερωτηματολογίου QLQ-C30 και απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Μπορεί να δοθεί ανεξάρτητα από το στάδιο και το είδος της θεραπείας στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Στόχος του ερωτηματολογίου είναι η διερεύνηση και εκτίμηση των επιπτώσεων των διάφορων θεραπευτικών σχημάτων (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία) στην καθημερινότητα των ασθενών.

Περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις (BR1-BR23) οι οποίες καλύπτουν 4 λειτουργικούς τομείς και 4 τομείς συμπτωμάτων και ξεχωριστά θέματα που αξιολογούν συμπτώματα της ασθένειας, παρενέργειες της θεραπείας, την εικόνα του σώματος, τη σεξουαλική λειτουργία αλλά και την προοπτική για το μέλλον των ασθενών.

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου δίνονται σε κλίμακα Likert 4 σημείων. Περιγραφικά οι ερωτήσεις του QLQ-BR23 διερευνούν τα ακόλουθα:

Λειτουργικοί Τομείς (Functional Scales):

- Εικόνα σώματος (Body image): 3 ερωτήσεις, Q9-Q12
- Σεξουαλική δραστηριότητα (Sexual functioning): 2 ερωτήσεις, Q14-Q15
- Σεξουαλική ευχαρίστηση (Sexual enjoyment): 1 ερώτηση, Q16
- Μελλοντική προοπτική (Future perspective): 1 ερώτηση, Q13

Σημείωση: Η ερώτηση Q16 η οποία αφορά τη σεξουαλική ευχαρίστηση δεν είναι εφαρμόσιμη εάν η απάντηση στην ερώτηση 15 η οποία αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα είναι καθόλου.

Τομείς Συμπτωμάτων και Ξεχωριστά Θέματα (Symptom Scales/ Items):

- Ανεπιθύμητες παρενέργειες λόγω της θεραπείας (Systemic therapy side effects): 7 ερωτήσεις, BR1-BR4, BR6-BR8
- Συμπτωματολογία από το μαστό (Breast symptoms): 4 ερωτήσεις, BR20-BR23
- Συμπτωματολογία από το μπράτσο (Arm symptoms): 3 ερωτήσεις, BR17-BR19
- Ανησυχία σχετικά με τριχόπτωση (Upset by hair loss): 1 ερώτηση, BR5

Σημείωση: Η ερώτηση 5 η οποία αφορά την ανησυχία σχετικά με την τριχόπτωση δεν είναι εφαρμόσιμη εάν η απάντηση στην ερώτηση 4, η οποία αφορά την τριχόπτωση, είναι καθόλου.

Υψηλή βαθμολογία στους λειτουργικούς τομείς (functioning scales) και στον τομέα συνολικής ποιότητας ζωής (global health status/QoL) αντικατοπτρίζει καλύτερο/πιο υγιές επίπεδο λειτουργίας και καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ υψηλή βαθμολογία στους τομείς συμπτωμάτων και στα ξεχωριστά θέματα (symptom scales/items) αντικατοπτρίζει υψηλό επίπεδο συμπτωματολογίας και προβλημάτων.

Τα ερωτηματολόγια εξασφαλίστηκαν μετά από αίτηση της ερευνήτριας στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου.

4.3.1.3 Περιγραφή Τρίτου Μέρους Ερωτηματολογίου - Δημογραφικά Στοιχεία και Ιατρικό Ιστορικό

Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία:

- Ηλικιακή κατανομή
- Μορφωτικό επίπεδο
- Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμη, άγαμη, διαζευγμένη, χήρα)
- Αριθμός παιδιών

- Τόπος διαμονής
- Εργασία
- Ετήσιο εισόδημα οικογένειας
- Λήψη επαγγελματικής ή/και οικογενειακής/φιλικής υποστήριξης

και το παρακάτω ιατρικό ιστορικό:

- Ηλικία που έγινε η διάγνωση
- Είδος χειρουργικής αντιμετώπισης
- Κατά πόσο έγινε και πότε αποκατάσταση μαστού
- Στάδιο θεραπείας
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ή/και καρκίνου του μαστού/ωοθηκών

4.3.1.4 Βαθμολόγηση Ερωτηματολογίων

Η βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων έγινε με συγκεκριμένους κανόνες βαθμολόγησης (scoring rules) οι οποίοι δίνονται από τον EORTC.

Όπως έχει προαναφερθεί, υψηλή βαθμολογία στους λειτουργικούς τομείς (functioning scales) και στον τομέα συνολικής ποιότητας ζωής (global health status / QoL) αντικατοπτρίζει καλύτερο/πιο υγιές επίπεδο λειτουργίας και καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ υψηλή βαθμολογία στους τομείς συμπτωμάτων και στα ξεχωριστά θέματα (symptom scales / items) αντικατοπτρίζει υψηλό επίπεδο συμπτωματολογίας και προβλημάτων. Έτσι, οι λειτουργικοί τομείς και οι τομείς συμπτωμάτων βαθμολογούνται διαφορετικά. Σημειώνεται εδώ ότι εξαίρεση αποτελούν οι ερωτήσεις BR14, BR15 και BR16 οι οποίες αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα και ευχαρίστηση. Οι ερωτήσεις αυτές για να ερμηνευθούν ως ερωτήσεις λειτουργικών τομέων βαθμολογούνται ως τομείς συμπτωμάτων. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της φύσης των ερωτήσεων και της σωστής ερμηνείας των απαντήσεων των ασθενών.

Για κάθε ερωτηματολόγιο, τόσο για τους λειτουργικούς, όσο και για τους τομείς συμπτωμάτων, πρώτα υπολογίζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων της ασθενούς στις ερωτήσεις που αποτελούν

κάθε τομέα. Έτσι συναθροίζεται το λεγόμενο Raw Score του αντίστοιχου τομέα, είτε λειτουργικού είτε συμπτωμάτων. Ακολούθως, η βαθμολογία (score) υπολογίζεται διαφορετικά ανάλογα με τον τομέα, όπως έχει ήδη περιγραφεί.

Σημειώνεται εδώ ότι υπάρχουν ερωτηματολόγια στα οποία σε ορισμένες ερωτήσεις οι ασθενείς δεν απάντησαν και άρα υπάρχουν ελλιπή στοιχεία. Αυτό μπορεί να συνέβη για διάφορους λόγους. Η εμπειρία με τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια δείχνει ότι κάποιες ερωτήσεις δεν απαντώνται είτε τυχαία είτε για συγκεκριμένους λόγους. Ένας λόγος για τον οποίο μια ασθενής ενδεχομένως να μην απάντησε σε ορισμένες ερωτήσεις είναι η σωματική καταπόνηση ή η συναισθηματική ευαλωσία κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Άλλοι λόγοι μη απάντησης συγκεκριμένων ερωτήσεων είναι η ασθενής να ένιωθε άβολα να απαντήσει ερωτήσεις αναφορικά με σεξουαλικά ή οικονομικά θέματα ή να θεώρησε ότι κάποια ερώτηση αποτελούσε παραβίαση των προσωπικών της δεδομένων. Τέλος, μπορεί μια ασθενής απλά να μην κατάλαβε κάποια ερώτηση και κατά συνέπεια να μην την απάντησε.

Θεωρητικά για να γίνει σωστότερη στατιστική ανάλυση πρέπει να διαχωριστεί εάν κάποια ερώτηση δεν απαντήθηκε τυχαία ή για κάποιο συγκεκριμένο λόγο. Ωστόσο, πρακτικά δεν μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσο μια ερώτηση δεν απαντήθηκε τυχαία ή όχι και κατά συνέπεια θεωρούμε ότι απαντήσεις που λείπουν είναι τυχαία. Σε αυτές τις περιπτώσεις και όταν τουλάχιστον οι μισές ερωτήσεις σε κάθε τομέα έχουν απαντηθεί, το Raw score του τομέα υπολογίζεται σαν ο μέσος όρος των ερωτήσεων που έχουν απαντηθεί. Επίσης, εάν σε κάποια ερώτηση υπάρχουν δύο κυκλωμένες απαντήσεις, τότε επιλέγεται η απάντηση η οποία αντιστοιχεί σε χειρότερη ποιότητα ζωής.

Για τους λειτουργικούς τομείς, η βαθμολογία (score) υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας την ακόλουθη εξίσωση:

$$\text{Score} = \{1 - (\text{Raw score} - 1) / \text{range}\} \times 100$$

όπου το range είναι το εύρος των τιμών των πιθανών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση, δηλαδή η διαφορά ανάμεσα στη μέγιστη και την ελάχιστη πιθανή τιμή της κάθε απάντησης. Όπως προαναφέρθηκε για όλες τις ερωτήσεις οι πιθανές απαντήσεις κυμαίνονται από το 1 μέχρι το 4, με εξαίρεση 2 ερωτήσεις των οποίων οι πιθανές απαντήσεις εκτιμούνται από το 1 μέχρι το 7. Από εδώ συμπεράνουμε ότι το εύρος των απαντήσεων στη μεν πρώτη περίπτωση είναι $4-1=3$ και στη δευτέρα περίπτωση $7-1=6$.

Για τους τομείς συμπτωμάτων και για τον τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής η βαθμολογία υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας την παρακάτω εξίσωση:

$$\text{Score} = \{(\text{Raw score} - 1) / \text{range}\} \times 100$$

Με τις παραπάνω μεθόδους βαθμολόγησης για τους λειτουργικούς τομείς και τους τομείς συμπτωμάτων, η βαθμολογία εκφράζεται σε κλίμακα από το 0 μέχρι το 100.

Ως προβληματική θεωρείται η βαθμολογία κάτω από το 33 για τους λειτουργικούς τομείς και τον τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής, ενώ για τους τομείς συμπτωμάτων, προβληματική θεωρείται βαθμολογία μεγαλύτερη του 66.

4.3.2 Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 137 γυναίκες. Συνολικά διανεμήθηκαν 500 ερωτηματολόγια που είχαν αποσταλεί ταχυδρομικώς μέσω της EUROPA DONNA Κύπρου. Η επιλογή των ασθενών έγινε τυχαία μέσα από τον κατάλογο των γυναικών μελών της EUROPA DONNA. Έγινε προσπάθεια να σταλούν ερωτηματολόγια σε όλες τις επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου. Το ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν της τάξης του 27.4%.

4.3.3 Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η γλώσσα προγραμματισμού R. Η R παρέχεται δωρεάν στο διαδίκτυο και τα τελευταία χρόνια απολαμβάνει ιδιαίτερης δημοτικότητας ως η καταλληλότερη επιλογή για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων λόγω της μεγάλης της ποικιλίας υπολογιστικών και γραφικών απεικονίσεων, κλασικών στατιστικών τεχνικών αλλά και προηγμένων στατιστικών αναλύσεων όπως είναι η ανάλυση γραμμικών και μη γραμμικών μοντέλων, χρονοσειρών, πολυμεταβλητών δεδομένων και άλλα. Επιπλέον, ένα από τα ισχυρότερα πλεονεκτήματα της σε σχέση με άλλες γλώσσες προγραμματισμού και στατιστικά πακέτα, είναι ότι αναβαθμίζεται συνεχώς από τους ίδιους τους χρήστες της μέσω διαφόρων καινούργιων πακέτων συναρτήσεων που οι ίδιοι δημιουργούν. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στους χρήστες να χρησιμοποιούν λογισμικό το οποίο είναι συνεχώς αναβαθμισμένο, προσθέτοντας πλεονέκτημα στην λειτουργικότητα και δημοτικότητα της R.

Για να βρεθούν οι συσχετίσεις ανάμεσα στους τομείς των δύο ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Charles Spearman το 1904 και αποτελεί ένα μη παραμετρικό μέτρο συσχέτισης δύο μεταβλητών. Η έννοια του μη παραμετρικού μέτρου συσχέτισης είναι ότι, είναι

δυνατόν να ληφθεί η ακριβής κατανομή της δειγματοληψίας χωρίς να εξαρτάται από την από κοινού κατανομή των δύο μεταβλητών, γεγονός που κάνει το συντελεστή συσχέτισης Spearman ιδανικό σε περιπτώσεις ποιοτικών μεταβλητών διάταξης όπως και στην παρούσα μελέτη (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman αξιολογεί το πόσο καλά μπορεί να περιγραφεί η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών μέσω μιας μονότονης συνάρτησης (αύξουσας ή φθίνουσας).

Ο συντελεστής παίρνει τιμές στο κλειστό διάστημα $[-1,1]$. Το πρόσημο του συντελεστή δείχνει την κατεύθυνση της τάσης που υπάρχει ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Μηδενική συσχέτιση Spearman, δηλαδή $\rho=0$, δείχνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Θετική συσχέτιση, δηλαδή $0<\rho<1$ δείχνει ότι υπάρχει η τάση η μία μεταβλητή να αυξάνεται ενώσω αυξάνεται η άλλη, ενώ αρνητική συσχέτιση, δηλαδή $-1<\rho<0$ δείχνει ότι υπάρχει η τάση η μία μεταβλητή να μειώνεται ενώσω αυξάνεται η άλλη. Όσο η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι πιο κοντά στο 1 ή στο -1 τόσο πιο ισχυρά θετική ή αντίστοιχα αρνητική είναι η συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.

Ο έλεγχος που έγινε αναφορικά με τους τομείς των δύο ερωτηματολογίων ήταν είχε σαν μηδενική υπόθεση τη μη ύπαρξη συσχέτισης και ως εναλλακτική υπόθεση την ύπαρξης συσχέτισης. Αναλυτικά διερευνήθηκε το ενδεχόμενο της τάσης μεγαλύτερες ή μικρότερες τιμές της μιας μεταβλητής να αντιστοιχούν σε μεγαλύτερες τιμές της άλλης μεταβλητής.

Ο έλεγχος αυτός παρουσιάζεται μαθηματικά ως ακολούθως:

H_0 : μη ύπαρξη συσχέτισης vs. H_1 : ύπαρξη συσχέτισης

σε κάποιο επίπεδο σημαντικότητας α . Αν για παράδειγμα στο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$, γίνει ο έλεγχος αυτός σε μεγάλο (τείνοντας στο άπειρο) αριθμό δειγμάτων, τότε στο 95% αυτών των ελέγχων θα απορριφθεί η μηδενική υπόθεση της μη ύπαρξης συσχέτισης, γεγονός που καταδεικνύει ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στους δύο τομείς. Από την εφαρμογή του παραπάνω ελέγχου σε όλα τα ζεύγη ανά δύο των τομέων των δύο ερωτηματολογίων προκύπτει ένα p-value. Αυτή η τιμή δηλώνει το μικρότερο επίπεδο σημαντικότητας για το οποίο απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση. Κατά συνέπεια, σε μεγαλύτερο επίπεδο σημαντικότητας από το p-value η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται ενώ σε μικρότερο επίπεδο σημαντικότητας δεν απορρίπτεται.

Τιμές $p\text{-value}<0.005$ αντιστοιχούν σε ισχυρή συσχέτιση, ενώ τιμές $p\text{-value}<0.05$ αντιστοιχούν σε ελαφρά συσχέτιση.

Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 137 γυναίκες. Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη συνοψίζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών της Μελέτης

	Αριθμός Ασθενών Σ=137	Ποσοστό (%)
ΗΛΙΚΙΑ		
30-39	27	19.71
40-49	51	37.22
50-59	32	23.36
60-65	13	9.49
Άνω των 65	14	10.22
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
Δημοτικό	9	6.57
Γυμνάσιο	13	9.49
Λύκειο / Τεχνική Σχολή	42	30.65
Κολέγιο	23	16.79
Πανεπιστήμιο	50	36.5
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμη	110	80.29
Άγαμη	8	5.84
Διαζευγμένη	12	8.76
Χήρα	7	5.11
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ		
≥3	45	32.84
<3	78	56.94
0	14	10.22
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΕΠΑΡΧΙΑ)		
Λευκωσία	77	56.20
Λεμεσός	21	15.33

	Αριθμός Ασθενών Σ=137	Ποσοστό (%)
Λάρνακα	25	18.25
Πάφος	9	6.57
Αμμόχωστος	5	3.65
ΠΕΡΙΟΧΗ (ΑΣΤΙΚΗ / ΑΓΡΟΤΙΚΗ)		
Αστική	119	86.86
Αγροτική	18	13.14
ΕΡΓΑΣΙΑ		
Κυβερνητικός Υπάλληλος	37	27
Ημικρατικός Υπάλληλος	5	3.65
Τραπεζιτικός Υπάλληλος	9	6.57
Ιδιωτικός Υπάλληλος	37	27
Αυτοεργοδοτούμενος	10	7.31
Συνταξιούχος	17	12.41
ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ*		
Μέχρι €5000	14	10.53
€5.000 - €9.999	11	8.27
€10.000€ - €19.999	34	25.56
€20.000€ - €30.000	41	30.83
Περισσότερα από €30.000	33	24.81
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ**		
Ναι	62	45.59
Όχι	75	54.41
ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ / ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ		
Ναι	119	87.5
Όχι	17	12.5

*4 γυναίκες δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση

**2 γυναίκες δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 3, η μεγαλύτερη συγκέντρωση γυναικών παρατηρείται στις ηλικίες 40-59 (37.22%), αν και το ποσοστό που εμφανίζεται στην κατηγορία 30-39 (19.71%) είναι αρκετά μεγάλο. Οι περισσότερες γυναίκες, σε ποσοστό 53.29%, έχουν αποφοιτήσει από Ανώτερα ή Ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Κολέγιο/ Πανεπιστήμιο), ενώ το 40.14% των γυναικών έχουν φοιτήσει σε σχολές Μέσης Εκπαίδευσης (Γυμνάσιο/ Λύκειο/ Τεχνική Σχολή). Όσον αφορά την

οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών, η πλειοψηφία είναι παντρεμένες, με ποσοστό 80.29%. Επίσης, το 89.78% έχουν παιδιά, από τις οποίες το 56.94% έχουν λιγότερα από 3. Σχετικά με τη μόνιμη κατοικία, διαπιστώνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών (56,20%) διαμένει στη Λευκωσία, με τις περισσότερες γυναίκες να διαμένουν σε αστικές περιοχές. Τέλος, το 27% των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη εργάζεται στο δημόσιο και 27% στον ιδιωτικό τομέα.

Αναφορικά με τα κοινωνικά δίκτυα, παρατηρείται ότι το 87.5% των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη έχει στήριξη από το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον, ενώ παράλληλα το 45.59% των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη δέχθηκε και επαγγελματική ψυχολογική υποστήριξη.

5.2 Ιατρικό Ιστορικό

Το ιατρικό ιστορικό των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη συνοψίζεται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4: Ιατρικό Ιστορικό Ασθενών

	Αριθμός Ασθενών Σ=137	Ποσοστό (%)
ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ		
Κάτω των 30	5	3.65
30-39	35	25.55
40-49	59	43.06
50-59	26	18.98
60-65	6	4.38
Άνω των 65	6	4.38
ΕΙΔΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ		
Ολική Μαστεκτομή	73	53.48
Μερική Μαστεκτομή	21	15.33
Ογκεκτομή	43	31.39
Καμία Επέμβαση	0	0
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ		
Έγινε Άμεσα	38	28.36
Έγινε σε Μετέπειτα Στάδιο	31	23.13
Δεν Έγινε Αποκατάσταση Μαστού Ακόμα	24	17.81
Δεν θα Γίνει Αποκατάσταση Μαστού	41	30.60

	Αριθμός Ασθενών Σ=137	Ποσοστό (%)
ΣΤΑΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΤΩΡΑ		
Χημειοθεραπεία	32	23.36
Ακτινοθεραπεία	10	7.30
Ορμονοθεραπεία	51	37.23
Καμία Θεραπεία	43	31.39
Άλλη Θεραπεία	1	0.72
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ / ΩΟΘΗΚΩΝ		
Ναι	49	36.30
Όχι	86	63.70
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΛΛΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ		
Ναι	47	34.31
Όχι	90	65.69

Οι περισσότερες γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, με ποσοστό 43.06%, έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο σε ηλικία 40-49 ετών, ενώ ακολουθεί με ποσοστό 25.55% η ηλικία των 30-39. Ένα ποσοστό γύρω στο 19% των γυναικών διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού σε ηλικία 50-59 ετών, ενώ 8.76% των γυναικών διαγνώστηκε σε ηλικία άνω των 60 ετών και 3.65% σε ηλικία κάτω των 30 ετών. Παρατηρείται επίσης ότι σε πιο μεγάλες ηλικίες η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού μειώνεται σε σχέση με την ηλικιακή κατανομή των 40-49 στην οποία υπάρχει το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της νόσου. Συνολικά, το 87.50% των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη έχει διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού σε ηλικία μεταξύ 30 και 59 ετών.

Σχετικά με το είδος της αντιμετώπισης του καρκίνου, σε όλες τις γυναίκες στο δείγμα η αντιμετώπιση έγινε χειρουργικά. Περισσότερες από τις μισές γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη (53.48%) υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή, το 15.33% σε μερική μαστεκτομή και το 31.39% σε ογκεκτομή.

Αναφορικά με την αποκατάσταση του μαστού, στο 30.6% των γυναικών που έλαβαν μέρος στη μελέτη δε θα γίνει αποκατάσταση μαστού ενώ σε ποσοστό 28.36% των συμμετεχόντων έγινε άμεσα αποκατάσταση μαστού. Στο 23.13% των γυναικών η αποκατάσταση έγινε σε μετέπειτα στάδιο και στο 17.81% δεν έγινε αποκατάσταση μαστού μέχρι την περίοδο που διεξαγόταν η έρευνα.

Το 37.23% των ασθενών ήταν στο στάδιο της ορμονοθεραπείας κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, το 31.39% δε δεχόταν καμιά θεραπεία, το 23.36% των γυναικών έκαναν χημειοθεραπεία και το 7.3% ακτινοθεραπεία. Μόνο μία ασθενής ακολουθούσε εναλλακτική θεραπεία (Άλλη θεραπεία στο ερωτηματολόγιο 50).

Σχετικά με την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού παρατηρείται ότι το 36.3% και το 34.31% των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη έχουν άτομα στο οικογενειακό τους περιβάλλον με καρκίνο του μαστού/ωοθηκών και άλλους τύπους καρκίνου αντίστοιχα.

5.3 Ερωτηματολόγιο QLQ-C30

Οι βαθμολογίες για κάθε τομέα των ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23, που έχουν ως στόχο την αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, έχουν υπολογιστεί ακολουθώντας τη μέθοδο που έχει περιγραφεί στην ενότητα 5.3.1.4. Στον Πίνακα 5 συνοψίζονται οι βαθμολογίες (μέσος, διάμεσος, τυπική απόκλιση, min, max) των τομέων του ερωτηματολογίου QLQ-C30.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου QLQ-C30

	Min	Μέσος όρος	Διάμεσος	Max	Τυπική απόκλιση
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ					
Φυσικές Λειτουργίες	26.67	73.87	80	100	18.68
Ρόλος στη Ζωή	0	60.29	50	100	32.21
Συναισθηματική Κατάσταση	8.33	62.15	66.67	100	24.33
Λειτουργίες Αντίληψης	0	73.36	66.67	100	21.53
Κοινωνικότητα	16.67	67.76	66.67	100	26.21
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ					
Global Health Status/QoL	0	65.51	66.67	100	20.84
ΤΟΜΕΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ					
Κόπωση	0	42.25	33.33	100	25.09
Ναυτία και Εμετός	0	9.85	0	100	19.86
Πόνος	0	28.95	33.33	100	24.02
ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ					
Δύσπνοια	0	22.55	33.33	100	25.62

	Min	Μέσος όρος	Διάμεσος	Max	Τυπική απόκλιση
Αϋπνία	0	31.14	33.33	100	30.84
Απώλεια της Όρεξης	0	11.68	0	100	21.99
Δυσκοιλιότητα	0	33.33	33.33	100	30.25
Διάρροια	0	5.45	0	100	16.29
Οικονομικές Δυσκολίες	0	18.49	0	100	22.11

5.3.1 Λειτουργικοί Τομείς (Functional Scales)

Στον Πίνακα 5 παρατηρείται ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας για τις φυσικές λειτουργίες είναι 73.87. Ο μέσος όρος δηλαδή της βαθμολογίας για τις φυσικές λειτουργίες είναι αρκετά ψηλός, κάτι που συνεπάγεται καλή φυσική λειτουργία των ασθενών. Σημειώνεται ότι στους λειτουργικούς τομείς, υψηλότερη βαθμολογία σημαίνει καλύτερη λειτουργικότητα. Από το ιστόγραμμα της βαθμολογίας για τις φυσικές λειτουργίες (Εικόνα 5), φαίνεται ότι οι περισσότερες βαθμολογίες είναι μεγαλύτερες του 50. Μόνο μία βαθμολογία είναι προβληματική (κάτω από 33) και 6 οριακές (33.3).

Αναφορικά με το ρόλο στη ζωή, υπήρχε μία περίπτωση στην οποία και οι δύο ερωτήσεις που αποτελούν τον τομέα αυτό ήταν ελλιπείς, η ασθενής δηλαδή δεν απάντησε σε καμιά από τις δύο ερωτήσεις. Υπήρχαν επίσης ακόμη δύο περιπτώσεις με ελλιπείς απαντήσεις για τις οποίες όμως η βαθμολογία μπορούσε να υπολογιστεί καθώς ο αριθμός των ελλειπόντων απαντήσεων δεν ξεπερνούσε το μισό των ερωτήσεων που συνιστούν τον τομέα. Από τον Πίνακα 5 φαίνεται ότι τόσο κατά μέσο όρο αλλά και ως προς τη διάμεσο, ο ρόλος στη ζωή παίρνει υψηλή βαθμολογία. Από την Εικόνα 5 φαίνεται ότι η βαθμολογία συγκεντρώνεται περισσότερο στις τιμές μεταξύ 30 και 50, ενώ υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση και στην κατηγορία 90 με 100, που είναι ιδιαίτερα υψηλή.

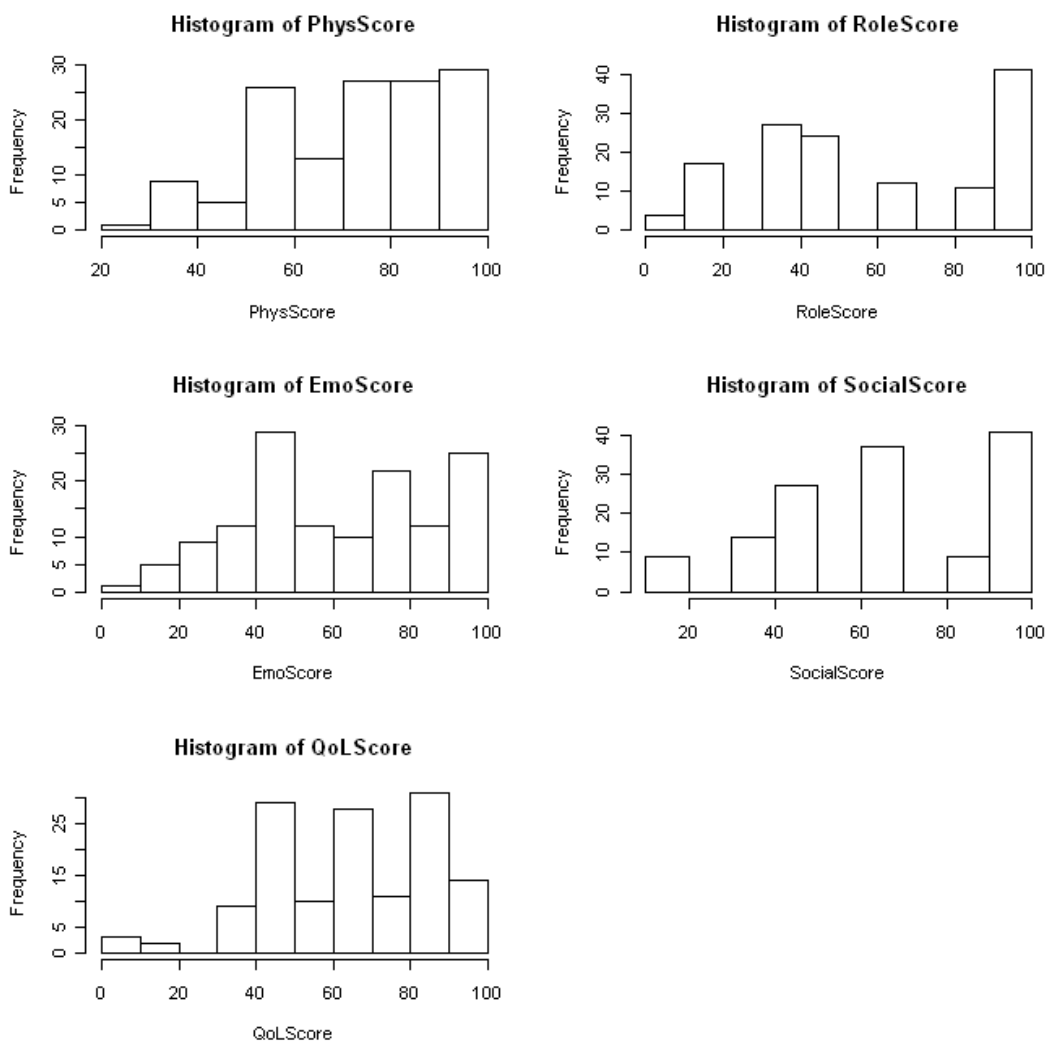
Υπήρχαν 3 περιπτώσεις με ελλιπείς απαντήσεις σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση. Οι ελλιπείς απαντήσεις δεν ξεπερνούσαν το μισό του πλήθους των ερωτήσεων του τομέα. Από τον πίνακα 5 παρατηρείται ότι τόσο ο μέσος όρος όσο και η διάμεσος της βαθμολογίας για τη συναισθηματική κατάσταση είναι σχετικά υψηλοί, 62.15 και 66.67 αντίστοιχα. Από το ιστόγραμμα (Εικόνα 5) φαίνεται ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στη βαθμολογία 40-50, ενώ μεγάλη συγκέντρωση παρατηρείται και σε βαθμολογίες 70-80 αλλά και 90-100.

Σχετικά με τις λειτουργίες αντίληψης, υπήρχαν 4 περιπτώσεις ελλιπών απαντήσεων. Από τον Πίνακα 5 φαίνεται ότι κατά μέσο όρο η βαθμολογία είναι 73.36, ενώ η διάμεσος είναι 66.67. Από

το ιστόγραμμα (Εικόνα 5) φαίνεται ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται σε βαθμολογίες μεγαλύτερες του 60, ενώ σε μόλις 2 περιπτώσεις παρατηρούνται προβληματικές βαθμολογίες κάτω του 33.

Στην περίπτωση της κοινωνικότητας δεν υπήρχαν ελλιπείς απαντήσεις. Παρατηρείται ότι τόσο κατά μέσο όρο όσο και ως προς τη διάμεσο η κοινωνικότητα βαθμολογείται γύρω στο 67.

Στον τομέα που αφορά τη συνολική ποιότητα ζωής δεν υπήρχαν ελλιπείς απαντήσεις. Από τον πίνακα 5 φαίνεται ότι η μέση βαθμολογία είναι 65.51 και η διάμεσος 66.67. Επιπλέον, από το ιστόγραμμα (Εικόνα 5), η μεγάλη συγκέντρωση παρατηρείται στις βαθμολογίες 40-50, 60-70 και 80-90, επομένως οι ασθενείς βαθμολογούν αρκετά ψηλά την ποιότητα ζωής τους.



Εικόνα 5: Κατανομή της Βαθμολογίας των Λειτουργικών Τομέων του Ερωτηματολογίου QLQ-C30

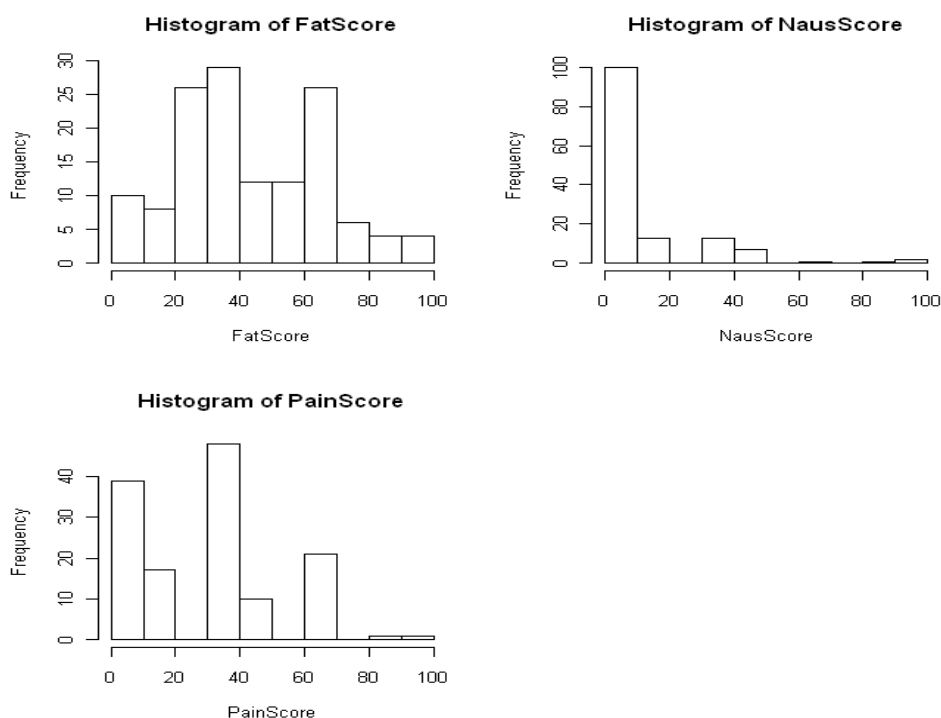
5.3.2 Τομείς Συμπτωμάτων (Symptom Scales)

Σημειώνεται ότι στους τομείς συμπτωμάτων αλλά και στα ξεχωριστά θέματα, υψηλή βαθμολογία (>66) αντιστοιχεί σε χειρότερη συμπτωματολογία.

Στην περίπτωση της κόπωσης, παρατηρείται ότι ο μέσος όρος βαθμολογίας είναι το 42.25 και η διάμεσος 33.33. Από το ιστόγραμμα (Εικόνα 6) φαίνεται ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στις βαθμολογίες 20-40 (στο διάστημα αυτό περιέχεται η διάμεσος), ωστόσο μεγάλη συγκέντρωση παρατηρείται στις βαθμολογίες μεταξύ 60 και 70, κάτι που δείχνει μεγαλύτερη κόπωση σε αρκετές ασθενείς.

Τόσο από τον Πίνακα 5 όσο και από το ιστόγραμμα (Εικόνα 6), παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση για τη ναυτία και τον εμετό είναι στη βαθμολογία 0. Αυτό δείχνει ότι δεν υπάρχει ουσιαστική συμπτωματολογία ναυτίας και εμετού.

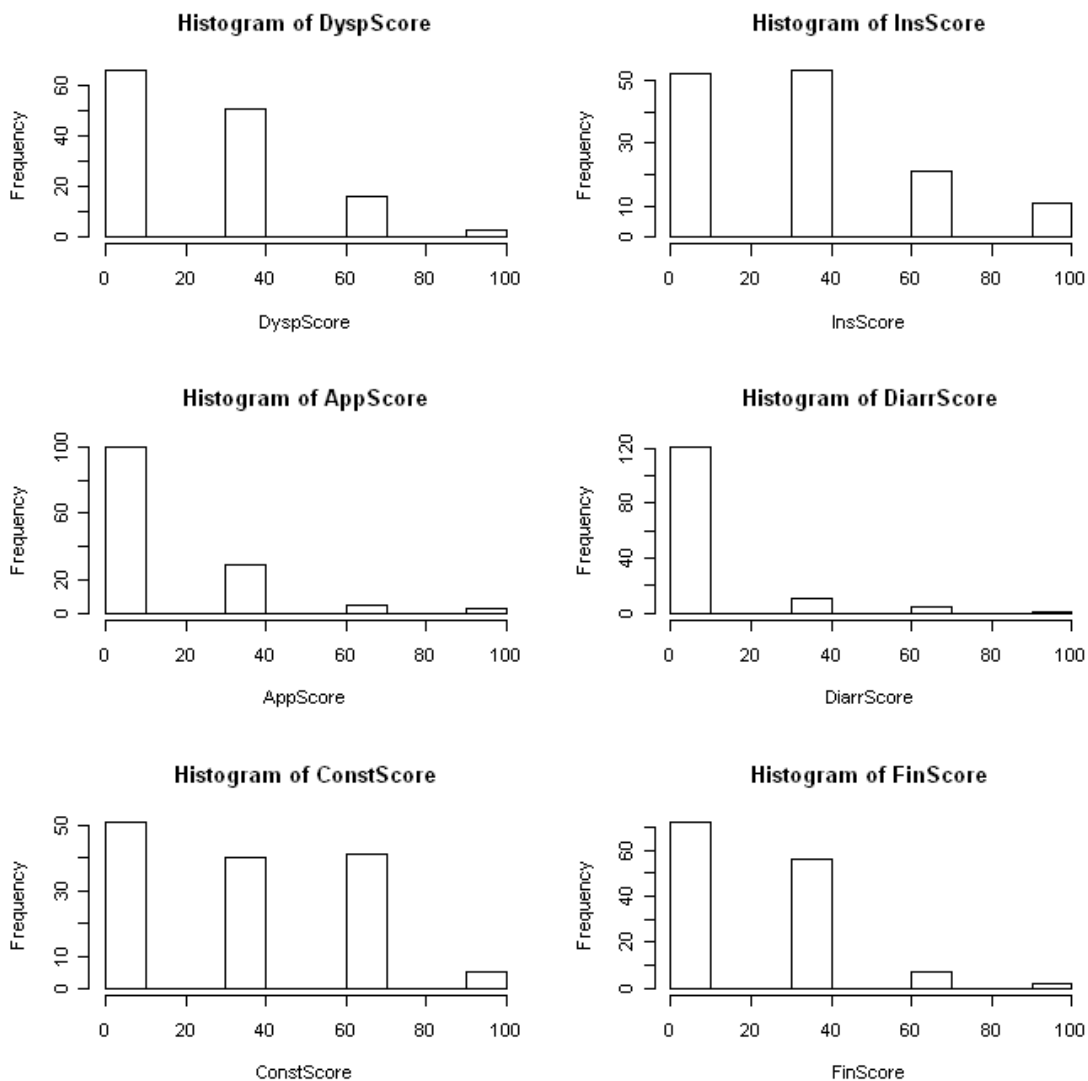
Σχετικά με τον πόνο, ο μέσος όρος βαθμολογίας είναι 28.95 και η διάμεσος 33.33. Από το ιστόγραμμα (Εικόνα 6) παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση είναι στο 33.33. Υπάρχει επίσης μεγάλη συγκέντρωση στο 0. Παρατηρείται επιπλέον μεγάλη συγκέντρωση στο 66.66, το οποίο είναι μια οριακά προβληματική βαθμολογία. Υπενθυμίζεται ότι βαθμολογία μεγαλύτερη του 66 στους τομείς συμπτωμάτων θεωρείται προβληματική.



Εικόνα 6: Κατανομή Βαθμολογίας του Τομέα Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου QLQ-C30

5.3.3 Ξεχωριστά Θέματα

Η Εικόνα 7 συνοψίζει την κατανομή της βαθμολογίας αναφορικά με τα ξεχωριστά θέματα του ερωτηματολογίου QLQ-C30. Σχετικά με τη δύσπνοια, η βαθμολογία με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι το 0 ενώ η βαθμολογία των 33.33 είναι η επόμενη βαθμολογία με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Υπάρχει επίσης μια ερώτηση η οποία δεν απαντήθηκε. Στην περίπτωση της αϋπνίας παρατηρείται επίσης ότι οι περισσότερες τιμές είναι μικρότερες του 33.33 ενώ στην περίπτωση της απώλειας της όρεξης, η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στο 0. Σχετικά με τη δυσκοιλιότητα, η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στη βαθμολογία 0, ωστόσο ιδιαίτερος ψηλές βαθμολογίες παρατηρούνται και στις βαθμολογίες μεταξύ 30-40 και 60-70. Για τη διάρροια, παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση είναι στο 0. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση για τις οικονομικές δυσκολίες παρατηρείται στις βαθμολογίες κάτω του 40.



Εικόνα 7: Κατανομή της Βαθμολογίας των ξεχωριστών Θεμάτων του Ερωτηματολογίου QLQ-C30

5.3.4 Γενικά Σχόλια για το Ερωτηματολόγιο QLQ-C30

Σε όλους τους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου αλλά και στον τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής, οι βαθμολογίες υποδεικνύουν καλή λειτουργία και υψηλό δείκτη ποιότητας ζωής. Επίσης, όσον αφορά τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα, δεν παρατηρείται μεγάλη συμπτωματολογία, εκτός από την περίπτωση του πόνου, στην οποία παρατηρήθηκε μεγάλη συγκέντρωση οριακά στην προβληματική βαθμολογία.

5.4 Ερωτηματολόγιο QLQ-BR23

Στον Πίνακα 6 συνοψίζονται οι βαθμολογίες (μέσος, διάμεσος, τυπική απόκλιση, min, max) των τομέων του ερωτηματολογίου QLQ-BR23. Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί ειδικά την ΠΖ γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε συνδυασμό με το ερωτηματολόγιο QLQ-C30 δίνει μια πιο σφαιρική αξιολόγηση της ΠΖ αυτών των γυναικών.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου QLQ-BR23

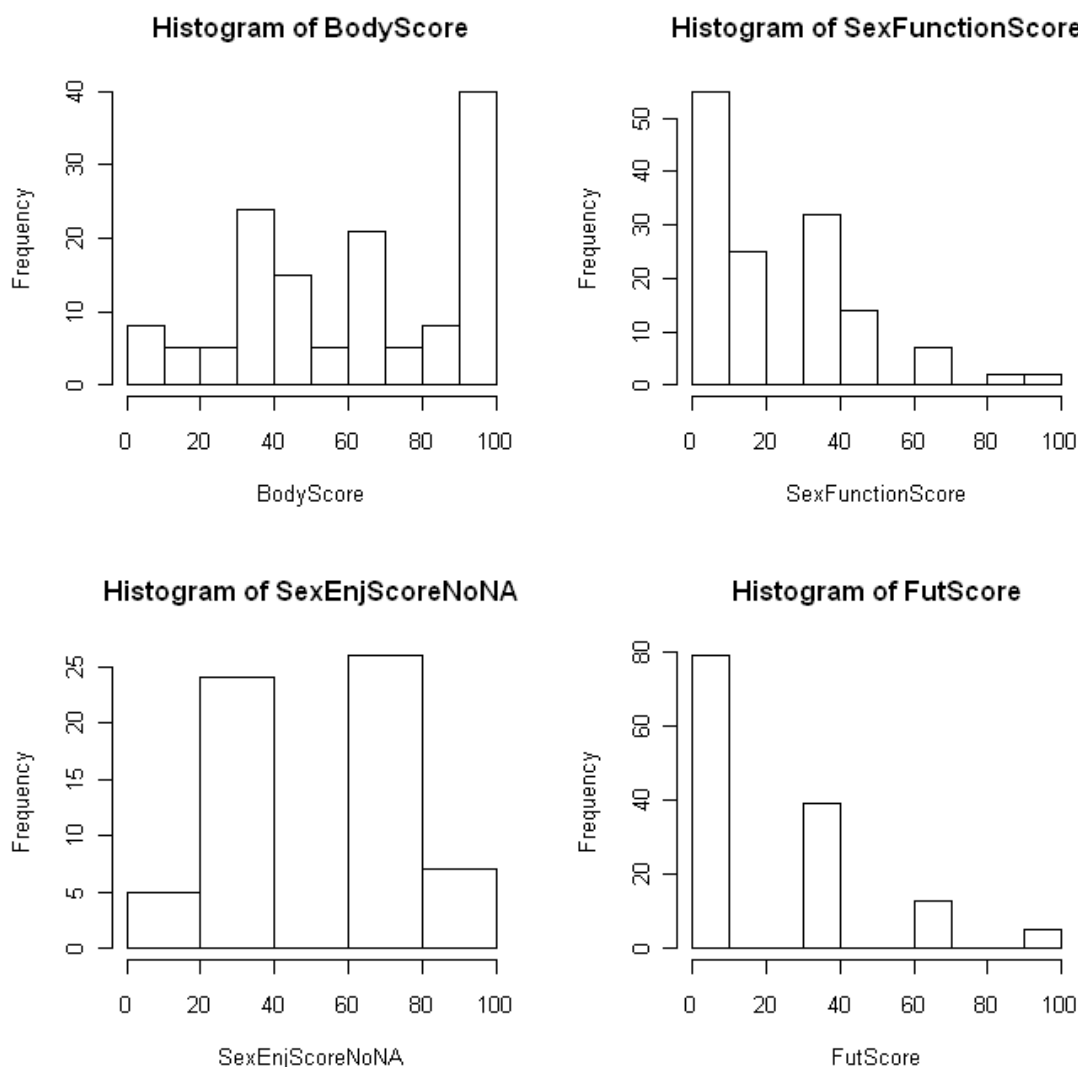
	Min	Μέσος όρος	Διάμεσος	Max	Τυπική απόκλιση
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ					
Εικόνα του Σώματος	0	61.27	66.67	100	30.23
Σεξουαλική Δραστηριότητα	0	22.02	16.67	100	23.65
Σεξουαλική Ευχαρίστηση	0	52.15	66.67	100	26.74
Μελλοντική Προοπτική	0	19.61	0	100	27.06
ΤΟΜΕΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ					
Ανεπιθύμητες Παρενέργειες λόγω Θεραπείας	0	24.88	19.05	80.95	18.68
Συμπτωματολογία από το Μαστό	0	22.81	16.67	83.33	20.27
Συμπτωματολογία από το Μπράτσο	0	29.12	22.22	88.89	22.51
Ανησυχία Σχετικά με Τριχόπτωση	0	47.37	33.33	100	36.16

Σημειώνεται ότι σχετικά με την ερώτηση η οποία αφορά τη σεξουαλική ευχαρίστηση, αυτή είναι μη εφαρμόσιμη (Not Applicable) εάν η απάντηση στην ερώτηση 14 που αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα είναι «Καθόλου». Στο δείγμα της μεταπτυχιακής διατριβής υπάρχουν 75 περιπτώσεις στις οποίες η ερώτηση αυτή είναι μη εφαρμόσιμη. Σημειώνεται επίσης ότι η ερώτηση

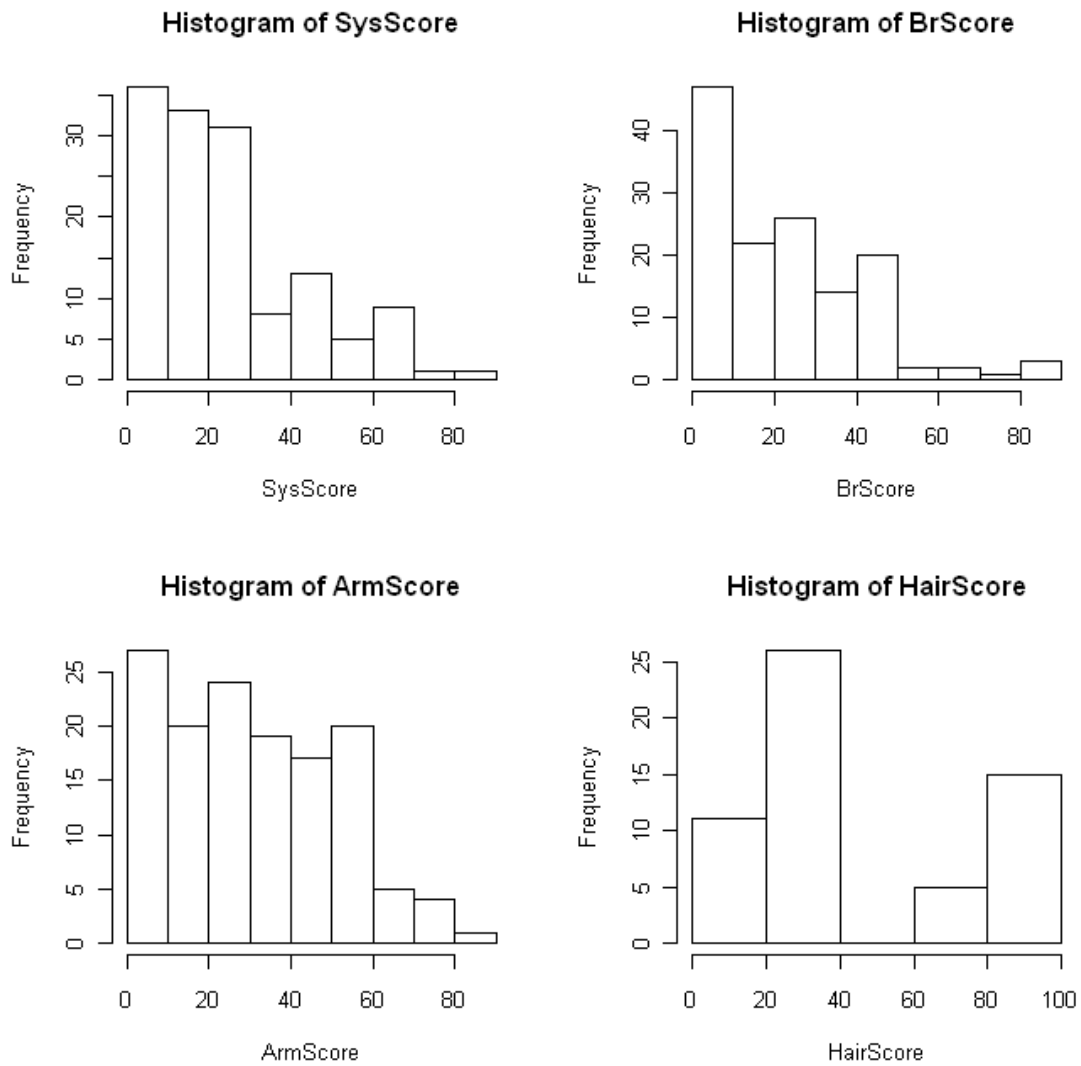
η οποία αφορά την ανησυχία σχετικά με την τριχόπτωση είναι μη εφαρμόσιμη (Not Applicable) εάν η απάντηση στην ερώτηση BR4 είναι «καθόλου».

Οι Εικόνες 8 και 9 παρουσιάζουν την κατανομή της βαθμολογίας για τους λειτουργικούς τομείς και τους τομείς συμπτωμάτων / ξεχωριστών θεμάτων του ερωτηματολογίου QLQ-BR23.

Παρατηρούμε ότι στις περιπτώσεις στις οποίες οι γυναίκες έχουν σεξουαλική δραστηριότητα, κατά μέσο όρο η βαθμολογία για την σεξουαλική ευχαρίστηση είναι 52.15 και ως προς τη διάμεσο 66.67. Από την Εικόνα 8 φαίνεται ότι μεγάλη συγκέντρωση είναι μεταξύ 20-40 και 60-80. Επίσης αναφορικά με το θέμα της υγείας της ασθενούς στο μέλλον, οι περισσότερες γυναίκες έχουν ανησυχία, αφού η μεγαλύτερη συγκέντρωση είναι στο 0.



Εικόνα 8: Κατανομή της Βαθμολογίας των Λειτουργικών Τομέων του Ερωτηματολογίου QLQ-BR23



Εικόνα 9: Κατανομή της Βαθμολογίας του Τομέα Συμπτωμάτων / Ξεχωριστών Θεμάτων του Ερωτηματολογίου QLQ-BR23

5.5 Σύγκριση της Ποιότητας Ζωής Ανάμεσα σε Γυναίκες Άνω και Κάτω των 50 Ετών

Ένας από τους στόχους της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφορών στην ΠΖ ανάμεσα σε δυο ομάδες γυναικών, τις γυναίκες που ήταν κάτω των 50 ετών με αυτές που ήταν άνω των 50 ετών. Για το σκοπό αυτό, τα δεδομένα της μελέτης χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την αντίστοιχη ηλικία. Συνολικά, στη μελέτη έλαβαν μέρος 78 γυναίκες (56.9%) οι οποίες ήταν κάτω των 50 ετών και 59 γυναίκες (43.1%) με ηλικία άνω των 50 ετών. Στον Πίνακα 7 παραθέτονται οι τομείς των δύο ερωτηματολογίων και οι βαθμολογίες που συγκέντρωσε ο κάθε τομέας ανά ηλικιακή κατηγορία (<50 και >50 ετών).

Από τον Πίνακα 7, φαίνεται ότι όσον αφορά τις φυσικές λειτουργίες δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις νεαρές και στις μεγαλύτερες γυναίκες μια και οι αντίστοιχοι μέσοι όροι είναι πολύ κοντά. Ο ρόλος στη ζωή βαθμολογήθηκε ελαφρώς ψηλότερα από τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες. Επίσης, η συναισθηματική λειτουργικότητα είναι υψηλότερη στις γυναίκες άνω των 50 ετών σε σχέση με τις νεαρότερες γυναίκες. Σχετικά με τις λειτουργίες αντίληψης και κοινωνικότητας, φαίνεται ότι κατά μέσο όρο η βαθμολογία είναι αρκετά ψηλότερη στις μεγαλύτερες γυναίκες. Η συνολική ποιότητα ζωής των γυναικών ηλικίας κάτω των 50 εμφανίζεται να είναι ελαφρώς καλύτερη από την αντίστοιχη ποιότητα ζωής των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών ως προς τον μέσο όρο. Ωστόσο, δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την διάμεσο των δύο κατηγοριών.

Σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων, ως προς την κόπωση και τη ναυτία, οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συμπτωματολογία, ενώ ως προς τον πόνο, περισσότερα συμπτώματα παρουσιάζουν οι νεαρότερες γυναίκες. Οι γυναίκες με ηλικία άνω των 50, εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα ως προς τη δύσπνοια, την αϋπνία και τη διάρροια, ενώ οι νεαρότερες ηλικιακά γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερες βαθμολογίες ως προς την απώλεια της όρεξης και τη δυσκοιλιότητα. Επιπρόσθετα, οι νεαρότερες γυναίκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες.

Σχετικά με τους λειτουργικούς τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου BR23 παρατηρείται ότι ως προς την εικόνα του σώματος αλλά και τη μελλοντική προοπτική, οι μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία. Καλύτερη σεξουαλική λειτουργικότητα και ευχαρίστηση παρουσιάζουν οι γυναίκες κάτω των 50 ετών. Σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα, οι μεγαλύτερες γυναίκες (άνω των 50 ετών) παρουσιάζουν περισσότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες λόγω της θεραπείας αλλά και εντονότερη συμπτωματολογία από το

μπράτσο και το μαστό απ' ότι οι νεαρότερες γυναίκες (κάτω των 50 ετών). Αντίθετα, οι νεαρότερες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανησυχία που οφείλεται στην τριχόπτωση απ' ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες.

Πίνακας 7: Αποτελέσματα Σύγκρισης Τομέων του Ερωτηματολογίου QLQ-C30 και QLQ-BR23 Ανάμεσα σε Γυναίκες <50 και >50 Ετών.

	Ηλικία	Min	Μέσος όρος	Διάμεσος	Max	Τυπική απόκλιση
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ QLQ-C30						
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ						
Φυσικές Λειτουργίες	<50	26.67	74.10	80	100	18.79
	>50	33.33	73.56	80	100	18.69
Ρόλος στη Ζωή	<50	0	58.76	50	100	33.09
	>50	0	62.36	66.67	100	31.15
Συναισθηματική Κατάσταση	<50	8.33	59.9	58.33	100	26.60
	>50	16.67	65.11	66.67	100	20.81
Λειτουργίες Αντίληψης	<50	16.67	65.11	66.67	100	20.53
	>50	16.67	78.53	83.33	100	21.90
Κοινωνικότητα	<50	16.67	64.96	66.67	100	26.94
	>50	16.67	71.47	66.67	100	24.96
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ						
Global Health Status/QoL	<50	0	68.38	66.67	100	19.20
	>50	8.33	61.72	66.67	100	22.43
ΤΟΜΕΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ						
Κόπωση	<50	0	41.88	33.33	88.89	21.78
	>50	0	42.75	33.33	100	29.09
Ναυτία και Εμετός	<50	0	8.97	0	83.3	17.55
	>50	0	11.02	0	100	22.66
Πόνος	<50	0	31.20	33.33	100	24.52
	>50	0	25.99	33.33	66.67	23.22
ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ						
Δύσπνοια	<50	0	20.94	16.67	66.7	23.48
	>50	0	24.71	33.33	100	28.31

	Ηλικία	Min	Μέσος όρος	Διάμεσος	Max	Τυπική απόκλιση
Αϋπνία	<50	0	27.78	33.33	100	29.14
	>50	0	35.59	33.33	100	32.67
Απώλεια της Όρεξης	<50	0	12.82	0	100	20.97
	>50	0	10.17	0	100	23.37
Δυσκοιλιότητα	<50	0	37.61	33.33	100	28.61
	>50	0	27.68	33.33	100	31.65
Διάρροια	<50	0	2.56	0	66.67	10.43
	>50	0	9.04	0	100	21.29
Οικονομικές Δυσκολίες	<50	0	19.23	0	100	23.12
	>50	0	17.51	0	66.67	20.86
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ QLQ-BR23						
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ						
Εικόνα του Σώματος	<50	0	55.34	58.33	100	31.21
	>50	0	69.25	66.67	100	27.14
Σεξουαλική Δραστηριότητα	<50	0	27.14	25	100	26.20
	>50	0	15.25	16.67	66.67	17.86
Σεξουαλική Ευχαρίστηση	<50	0	58.54	66.67	100	26.65
	>50	0	39.68	33.33	66.67	22.65
Μελλοντική Προοπτική	<50	0	17.09	0	100	26.18
	>50	0	22.99	16.67	100	28.07
ΤΟΜΕΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ						
Ανεπιθύμητες Παρενέργειες λόγω Θεραπείας	<50	0	23.78	19.05	76.19	17.99
	>50	0	26.33	23.81	80.95	19.60
Συμπτωματολογία από το Μαστό	<50	0	21.26	16.67	83.33	20.31
	>50	0	24.86	25	83.33	20.21
Συμπτωματολογία από το Μπράτσο	<50	0	27.64	22.22	77.78	22.13
	>50	0	31.07	33.33	88.89	23.05
Ανησυχία Σχετικά με Τριχόπτωση	<50	0	54.17	33.33	100	36.66
	>50	0	38.67	33.33	100	34.26

5.6 Διερεύνηση Παραγόντων που Συμβάλλουν στην Κακή Ποιότητα Ζωής Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού

Μέσα από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων προέκυψε ότι 14 από τις 137 γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, δηλαδή μόλις το 10.2% του συνόλου, εκτίμησαν την ΠΖ τους με βαθμολογία χαμηλότερη του 33. Σε μια προσπάθεια να γίνει περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη μείωση της ΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού έγινε ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την ομάδα αυτών των γυναικών και παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- 1) Οι περισσότερες γυναίκες (8) ήταν απόφοιτες μέσης εκπαίδευσης (λυκείου ή τεχνικής σχολής), 4 ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι υπόλοιπες 2 γυναίκες είχαν φοιτήσει στη δημοτική εκπαίδευση.
- 2) Όλες οι γυναίκες είχαν παιδιά και μάλιστα οι μισές από αυτές είχαν 3 ή περισσότερα παιδιά.
- 3) Οι περισσότερες γυναίκες είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω των 20.000 ευρώ.
- 4) Οι περισσότερες γυναίκες δεν έλαβαν επαγγελματική ψυχολογική στήριξη.
- 5) Όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε κάποιου είδους επέμβαση, οι πλείστες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, και περισσότερες από τις μισές δεν είχαν κάνει αποκατάσταση μαστού.
- 6) Αρκετές γυναίκες (6 από τις 14) κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν στο στάδιο της χημειοθεραπείας.
- 7) Όλες οι γυναίκες είχαν στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον περιστατικά καρκίνου.
- 8) Σε σχέση με τους λειτουργικούς τομείς του γενικού ερωτηματολογίου QLQ-C30, παρατηρήθηκε ότι ο περισσότερο επηρεαζόμενος λειτουργικός τομέας ήταν ο τομέας που αφορά το ρόλο στη ζωή, αφού 7 από τις 14 γυναίκες παρουσίασαν προβληματική βαθμολογία στον τομέα αυτό. Επιπλέον, 6 από τις 14 γυναίκες παρουσίασαν προβληματική βαθμολογία στον τομέα της κοινωνικότητας και 5 ως προς τη συναισθηματική κατάσταση.
- 9) Ως προς τους τομείς συμπτωμάτων, σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών εμφανίζεται προβληματική βαθμολογία αναφορικά με την κόπωση.
- 10) Σε σχέση με τους λειτουργικούς τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου QLQ-BR23, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών εμφανίζει μεγάλη ανησυχία σε σχέση με την μελλοντική προοπτική ενώ αρκετές γυναίκες εμφανίζουν χαμηλή βαθμολογία ως προς την εικόνα του σώματος τους. Σε σχέση με την σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση μόλις 3 γυναίκες έδειξαν ενδιαφέρον για το σεξ.
- 11) Οι περισσότερες γυναίκες είχαν πρόβλημα τριχόπτωσης, και αρκετές από αυτές ανησυχούσαν.

5.7 Συσχετίσεις Μεταξύ των Τομέων των Ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Spearman για τους τομείς των ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23.

5.7.1 Συνολική ποιότητα ζωής – QoL

Ο τομέας της συνολικής ποιότητας ζωής (QoL), παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τους λειτουργικούς τομείς και ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τους τομείς συμπτωμάτων των δύο ερωτηματολογίων. Επιπλέον παρουσιάζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τη δύσπνοια, την αϋπνία, την απώλεια της όρεξης και τις οικονομικές δυσκολίες και ελαφρά αρνητική συσχέτιση με τη δυσκοιλιότητα και τη διάρροια. Οι ισχυρότερες θετικές συσχέτισεις παρουσιάζονται με τις φυσικές ($\rho=0.648$), συναισθηματικές ($\rho=0.636$) και κοινωνικές ($\rho=0.593$) λειτουργίες και αντίστοιχα οι ισχυρότερες αρνητικές συσχέτισεις παρουσιάζονται με την κόπωση ($\rho=-0.675$) και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες λόγω της θεραπείας ($\rho=-0.545$). Αν πάρουμε για παράδειγμα τις φυσικές λειτουργίες με τις οποίες βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση ($\rho=0.648$), αυτό σημαίνει ότι όσο πιο ικανοποιητικές είναι οι φυσικές λειτουργίες τόσο πιο υψηλό είναι και το επίπεδο ποιότητας ζωής.

5.7.2 QLQ-C30 - Λειτουργικοί Τομείς

5.7.2.1 Φυσικές Λειτουργίες

Ο τομέας των φυσικών λειτουργιών παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων, κυριότερα με τις συναισθηματικές ($\rho=0.633$) και κοινωνικές ($\rho=0.607$) λειτουργίες. Εξαιρέση αποτελεί ο τομέας της σεξουαλικής ικανοποίησης με τον οποίο δεν βρέθηκε συσχέτιση. Ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τους τομείς συμπτωμάτων και των δύο ερωτηματολογίων με ισχυρότερες τη συσχέτιση με την κόπωση ($\rho=-0.769$) και τον πόνο ($\rho=-0.622$). Ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε επίσης με όλα τα ξεχωριστά θέματα του ερωτηματολογίου QLQ-C30 εκτός από τη δυσκοιλιότητα και τη διάρροια με τις οποίες παρουσίασε ελαφρά αρνητική συσχέτιση.

5.7.2.2 Ρόλος στη Ζωή

Ο ρόλος στη ζωή παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων και τη συνολική ποιότητα ζωής. Επίσης παρουσιάζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τους τομείς συμπτωμάτων του γενικού ερωτηματολογίου QLQ-C30, τη δύσπνοια, την αϋπνία, την απώλεια της όρεξης, τη δυσκοιλιότητα, τις οικονομικές δυσκολίες, τις ανεπιθύμητες συνέπειες

λόγω της θεραπείας και τη συμπτωματολογία από το μπράτσο, ενώ λιγότερο αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν με τη συμπτωματολογία από το μαστό και την απώλεια μαλλιών. Ο ρόλος στη ζωή δεν παρουσίασε συσχέτιση με τη διάρροια και τη σεξουαλική ικανοποίηση.

5.7.2.3 Συναισθηματικές Λειτουργίες

Ο τομέας των συναισθηματικών λειτουργιών παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων, εκτός από τη σεξουαλική ικανοποίηση με την οποία δεν υπήρξε συσχέτιση. Η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε με τον τομέα της κοινωνικότητας ($\rho=0.672$). Ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα και των δύο ερωτηματολογίων με ισχυρότερες τις συσχετίσεις με την κόπωση ($\rho=-0.719$) και τον πόνο ($\rho=-0.663$). Ελαφρώς αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε με τη διάρροια.

5.7.2.4 Λειτουργίες Αντίληψης

Βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις λειτουργίες αντίληψης και τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων, εκτός από τη σεξουαλική ικανοποίηση. Ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρουσιάζεται και με τους τομείς συμπτωμάτων των δύο ερωτηματολογίων και τα ξεχωριστά θέματα εκτός από τη δυσκοιλιότητα με την οποία δεν βρέθηκε συσχέτιση.

5.7.2.5 Κοινωνικότητα

Σχετικά με τον τομέα της κοινωνικότητας, δεν βρέθηκε συσχέτιση με τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη διάρροια, ενώ ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάζεται με όλους τους υπόλοιπους λειτουργικούς τομείς και τη συνολική ποιότητα ζωής και ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρουσιάζεται με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα. Η ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση παρουσιάζεται με τις οικονομικές δυσκολίες ($\rho=-0.669$).

5.7.3 QLQ-C30 – Τομείς Συμπτωμάτων

5.7.3.1 Κόπωση

Ο τομέας της κόπωσης παρουσιάζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων, εκτός από τη σεξουαλική ικανοποίηση με την οποία δεν παρουσιάζει συσχέτιση. Συγκεκριμένα, οι ισχυρότερες αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάζονται με τις φυσικές λειτουργίες $\rho=-0.679$, τις συναισθηματικές λειτουργίες $\rho=-0.719$ και την κοινωνικότητα $\rho=-0.613$. Ελαφρά θετική συσχέτιση παρουσιάζεται με τη διάρροια ενώ ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάζεται με τους υπόλοιπους τομείς συμπτωμάτων και των δύο ερωτηματολογίων.

5.7.3.2 Ναυτία και Έμετος

Ο τομέας της ναυτίας και του έμετου παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με τους τομείς συμπτωμάτων και των δύο ερωτηματολογίων εκτός από τη συμπτωματολογία από το μπράτσο με την οποία παρουσίασε ελαφρά θετική συσχέτιση και τη διάρροια με την οποία δεν παρουσίασε συσχέτιση. Ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων αν και με τη σεξουαλική δραστηριότητα και τη μελλοντική προοπτική βρέθηκε μόνο ελαφρά αρνητική συσχέτιση.

5.7.3.3 Πόνος

Σχετικά με τον πόνο, παρατηρήθηκε ότι ισχυρά αρνητικές συσχετίσεις εμφανίζονται με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα οι ισχυρότερες αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάζονται με τις φυσικές λειτουργίες $\rho=-0.622$, τις συναισθηματικές λειτουργίες $\rho=-0.663$ και τις λειτουργίες αντίληψης $\rho=-0.582$. Επίσης, σημαντικά θετικές συσχετίσεις παρουσιάζονται με τους τομείς συμπτωμάτων, με τον τομέα της συμπτωματολογίας από το μπράτσο να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συσχέτιση ($\rho=0.644$). Εξαίρεση αποτελούν η σεξουαλική ικανοποίηση και η διάρροια με τις οποίες δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση.

5.7.4 QLQ-C30 – Ξεχωριστά Θέματα

Σχετικά με τη δύσπνοια, η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρουσιάζεται με την κόπωση και τις επιπτώσεις από τη θεραπεία. Κατά τα άλλα παρουσιάζονται θετικές συσχετίσεις με τους τομείς συμπτωμάτων και αρνητικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς όπως αναμενόταν.

Η αϋπνία παρουσιάζει την μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση με τις συναισθηματικές λειτουργίες και η απώλεια της όρεξης με τη ναυτία.

Σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες, παρατηρείται σημαντικά αρνητική συσχέτιση με τους λειτουργικούς τομείς των δύο ερωτηματολογίων με ισχυρότερες τις συσχετίσεις με την κοινωνικότητα ($\rho=-0.669$) και τις συναισθηματικές λειτουργίες ($\rho=-0.627$). Σημαντική θετική συσχέτιση παρατηρείται με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα.

5.7.5 QLQ-BR23 – Λειτουργικοί Τομείς

5.7.5.1 Εικόνα Σώματος

Παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση με τον τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής αλλά και τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων εκτός από τη σεξουαλική ικανοποίηση με την οποία υπάρχει ελαφρά θετική συσχέτιση. Παρατηρήθηκε επίσης ισχυρή αρνητική συσχέτιση με

τους τομείς συμπτωμάτων και των δύο ερωτηματολογίων. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με τη διάρροια.

5.7.5.2 Σεξουαλική Λειτουργικότητα

Όσον αφορά τη σεξουαλική λειτουργικότητα, ισχυρή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων, με ισχυρότερη τη συσχέτιση με τη σεξουαλική ικανοποίηση ($\rho=0.699$) και τις φυσικές λειτουργίες ($\rho=0.517$). Ελαφρά αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τη ναυτία και την ανησυχία από την απώλεια μαλλιών ενώ ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τους υπόλοιπους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα και των δύο ερωτηματολογίων. Τέλος, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με τη διάρροια.

5.7.5.3 Σεξουαλική Ικανοποίηση

Η σεξουαλική ικανοποίηση παρουσίασε ισχυρά θετική συσχέτιση με την σεξουαλική λειτουργικότητα και τη συνολική ποιότητα ζωής και ελαφρά θετική συσχέτιση με την εικόνα του σώματος. Ελαφρά αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε με την συμπτωματολογία από το μπράτσο ενώ με όλους τους υπόλοιπους τομείς δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση.

5.7.5.4 Μελλοντική Προοπτική

Ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων, με ισχυρότερες τις συσχετίσεις με την εικόνα του σώματος ($\rho=0.584$), τις φυσικές λειτουργίες ($\rho=0.543$) και την κοινωνικότητα ($\rho=0.530$). Σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν με τους τομείς συμπτωμάτων και των δύο ερωτηματολογίων εκτός από την ναυτία και τη δυσκοιλιότητα με τις οποίες παρουσιάστηκε ελαφρά αρνητική συσχέτιση. Δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση με τη συμπτωματολογία από το μαστό. Οι ισχυρότερες αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν με την κόπωση ($\rho=-0.560$) και την ανησυχία από την απώλεια μαλλιών ($\rho=-0.559$).

5.7.5.5 Ανεπιθύμητες Συνέπειες από τη Θεραπεία

Σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν με τους λειτουργικούς τομείς και των δύο ερωτηματολογίων. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις προέκυψαν με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα και των δύο ερωτηματολογίων με εξαίρεση τη διάρροια και τη συμπτωματολογία από το μαστό με τα οποία υπάρχει ελαφρά θετική συσχέτιση. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με τη σεξουαλική ικανοποίηση.

5.7.5.6 Συμπτωματολογία από το Μαστό

Βρέθηκαν σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς των δύο ερωτηματολογίων εκτός από το ρόλο στη ζωή και τις λειτουργίες αντίληψης με τα οποία υπάρχει ελαφρά αρνητική συσχέτιση. Σημαντικά θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα εκτός από τη ναυτία, τη δυσκοιλιότητα και τις ανεπιθύμητες συνέπειες από τη θεραπεία με τα οποία υπάρχει ελαφρά θετική συσχέτιση. Δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση με τη διάρροια, τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη μελλοντική προοπτική.

5.7.5.7 Συμπτωματολογία από το Μπράτσο

Σχετικά με τη συμπτωματολογία από το μπράτσο δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση με τη δυσκοιλιότητα, τη διάρροια και την ανησυχία από την απώλεια μαλλιών. Ελαφρά αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε με τη σεξουαλική ικανοποίηση ενώ ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε με όλους τους υπόλοιπους λειτουργικούς τομείς και ισχυρή θετική συσχέτιση με όλους τους υπόλοιπους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα και των δύο ερωτηματολογίων.

5.7.5.8 Ανησυχία Λόγω Τριχόπτωσης

Όσον αφορά την ανησυχία λόγω τριχόπτωσης, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής, τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη συμπτωματολογία από το μαστό. Αρνητική συσχέτιση φαίνεται με το ρόλο στη ζωή και τη σεξουαλική λειτουργία και σημαντική αρνητική συσχέτιση με τους υπόλοιπους λειτουργικούς τομείς. Σημαντική θετική συσχέτιση παρουσιάζεται με τους τομείς συμπτωμάτων και τα ξεχωριστά θέματα εκτός από τη δυσκοιλιότητα, τη διάρροια και τη συμπτωματολογία από το μπράτσο με τα οποία υπάρχει λιγότερο σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 8: Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου QLQ-BR23 (συσχετίσεις ανάμεσα στις επιλεγμένες μεταβλητές)

	Φυσικές λειτουργίες	Ρόλος στη ζωή	Συναισθηματική Κατάσταση	Λειτουργίες Αντίληψης	Κοινωνικότητα	QoL
Φυσικές Λειτουργίες	1	0.533	0.663	0.487	0.607	0.648
Ρόλος στη Ζωή		1	0.558	0.342	0.587	0.521
Συναισθηματική Κατάσταση			1	0.520	0.672	0.636
Λειτουργίες Αντίληψης				1	0.425	0.381
Κοινωνικότητα					1	0.593
QoL						1
	Κόπωση	Ναυτία	Πόνος	Δύσπνοια	Αϋπνία	Απώλεια Όρεξης
Φυσικές Λειτουργίες	-0.679	-0.352	-0.622	-0.541	-0.288	-0.465
Ρόλος στη Ζωή	-0.592	-0.309	-0.409	-0.381	-0.397	-0.363
Συναισθηματική Κατάσταση	-0.719	-0.432	-0.663	-0.524	-0.521	-0.471
Λειτουργίες Αντίληψης	-0.599	-0.328	-0.582	-0.343	-0.157	-0.446
Κοινωνικότητα	-0.613	-0.408	-0.489	-0.432	-0.351	-0.421
QoL	-0.675	-0.469	-0.519	-0.529	-0.413	-0.486
Κόπωση	1	0.546	0.619	0.602	0.556	0.642
Ναυτία		1	0.331	0.461	0.404	0.652
Πόνος			1	0.493	0.315	0.486
Δύσπνοια				1	0.414	0.548
Αϋπνία					1	0.383
Απώλεια Όρεξης						1

	Δυσκοιλιότητα	Διάρροια	Οικονομικές Δυσκολίες	Εικόνα Σώματος	Σεξουαλική Δραστηριότητα	
Φυσικές Λειτουργίες	-0.192	-0.223	-0.541	0.511	0.517	
Ρόλος στη Ζωή	-0.305	-0.128	-0.453	0.399	0.325	
Συναισθηματική Κατάσταση	-0.336	-0.177	-0.627	0.489	0.409	
Λειτουργίες Αντίληψης	-0.310	-0.019	-0.418	0.318	0.244	
Κοινωνικότητα	-0.288	-0.150	-0.669	0.648	0.355	
QoL	-0.200	-0.220	-0.454	0.406	0.435	
Κόπωση	0.393	0.214	0.493	-0.465	-0.405	
Ναυτία	0.284	0.093	0.328	-0.336	-0.278	
Πόνος	0.301	0.031	0.474	-0.432	-0.333	
Δύσπνοια	0.253	0.140	0.380	-0.257	-0.334	
Αϋπνία	0.190	0.236	0.369	-0.248	-0.312	
Απώλεια Ορεξής	0.323	0.041	0.405	-0.350	-0.303	
Δυσκοιλιότητα	1	-0.337	0.194	-0.268	-0.250	
Διάρροια		1	0.246	-0.086	-0.017	
Οικονομικές Δυσκολίες			1	-0.534	-0.496	
Εικόνα Σώματος				1	0.369	
Σεξουαλική Δραστηριότητα					1	
	Σεξουαλική Ευχαρίστηση	Μελλοντική Προοπτική	Παρενέργειες	Συμπτωματολογία Μαστός	Συμπτωματολογία Μπράτσο	Τριχόπτωση
Φυσικές Λειτουργίες	0.198	0.543	-0.487	-0.286	-0.563	-0.414
Ρόλος στη Ζωή	0.089	0.427	-0.330	-0.199	-0.363	-0.322
Συναισθηματική Κατάσταση	0.075	0.507	-0.616	-0.347	-0.478	-0.434

	Σεξουαλική Ευχαρίστηση	Μελλοντική Προοπτική	Παρενέργειες	Συμπτωματολογία Μαστός	Συμπτωματολογία Μπράτσο	Τριχόπτωση
Λειτουργίες Αντίληψης	-0.105	0.340	-0.462	-0.193	-0.447	-0.421
Κοινωνικότητα	0.047	0.530	-0.466	-0.350	-0.375	-0.473
QoL	0.366	0.468	-0.545	-0.361	-0.503	-0.218
Κόπωση	-0.096	-0.560	0.662	0.314	0.450	0.585
Ναυτία	-0.168	-0.187	0.512	0.213	0.274	0.511
Πόνος	-0.028	-0.448	0.546	0.511	0.644	0.495
Δύσπνοια	-0.045	-0.321	0.583	0.222	0.398	0.354
Αϋπνία	-0.225	-0.251	0.530	0.293	0.263	0.410
Απώλεια Όρεξης	-0.138	-0.369	0.478	0.317	0.402	0.504
Δυσκοιλιότητα	-0.002	-0.204	0.220	0.207	0.080	0.281
Διάρροια	0.146	-0.262	0.168	0.022	0.118	0.040
Οικονομικές Δυσκολίες	0.055	-0.413	0.459	0.318	0.395	0.334
Εικόνα Σώματος	0.276	0.584	-0.340	-0.426	-0.417	-0.618
Σεξουαλική Δραστηριότητα	0.699	0.260	-0.359	-0.281	-0.377	-0.302
Σεξουαλική Ευχαρίστηση	1	0.181	-0.098	-0.180	-0.346	0.266
Μελλοντική Προοπτική		1	-0.460	-0.156	-0.367	
Παρενέργειες			1	0.221	0.416	0.588
Συμπτωματολογία μαστός				1	0.534	0.184
Συμπτωματολογία μπράτσο					1	0.263
Τριχόπτωση						1

p-value < 0.005	Ισχυρή Αρνητική Συσχέτιση
p-value < 0.005	Ισχυρή Θετική Συσχέτιση
p-value < 0.05	Ελαφρώς Αρνητική Συσχέτιση
p-value < 0.05	Ελαφρώς Θετική Συσχέτιση
	Δεν υπάρχει Συσχέτιση

Spearman correlation coefficient: 0 – 0.19

5.7.6 Συσχετίσεις Τομέων των Δύο Ερωτηματολογίων με τα Δημογραφικά Στοιχεία

Οι Πίνακες 9-12 παρουσιάζουν τις συσχετίσεις ανάμεσα στους τομείς των δύο ερωτηματολογίων, τα δημογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό. Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τις συσχετίσεις των τομέων των δύο ερωτηματολογίων με τη θεραπεία. Οι επιλογές αναφορικά με τη θεραπεία ανάμεσα στις οποίες είχαν να επιλέξουν οι γυναίκες οι οποίες έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν: χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, καμία θεραπεία και άλλη θεραπεία, με την επιθετικότητα της θεραπείας να μειώνεται.

Πίνακας 9: Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με τη Θεραπεία

	Φυσικές Λειτουργίες	Ρόλος στη Ζωή	Συναισθηματική Κατάσταση	Λειτουργίες Αντίληψης	Κοινωνικότητα
Θεραπεία	-0.506	-0.387	-0.470	-0.295	-0.468
	QoI	Κόπωση	Ναυτία	Πόνος	Δύσπνοια
Θεραπεία	-0.401	0.499	0.352	0.357	0.293
	Αϋπνία	Απώλεια Όρεξης	Δυσκοιλιότητα	Διάρροια	Οικονομικές Δυσκολίες
Θεραπεία	0.293	0.423	0.277	0.157	0.354
	Εικόνα Σώματος	Σεξουαλική Δραστηριότητα	Σεξουαλική Ευχαρίστηση	Μελλοντική Προοπτική	Παρενέργειες
Θεραπεία	-0.432	-0.343	0.015	-0.486	0.463
	Συμπτωματολογία Μαστός	Συμπτωματολογία Μπράτσο	Τριχόπτωση		
Θεραπεία	0.099	0.181	0.450		

Στον Πίνακα 9, είναι σημειωμένες με κόκκινο οι ισχυρότερες αρνητικές συσχετίσεις με τη θεραπεία ($p < 0.005$). Όσο δηλαδή αυξάνεται η επιθετικότητα της θεραπείας (καμία θεραπεία → ορμονοθεραπεία → ακτινοθεραπεία → χημειοθεραπεία), τόσο μειώνονται οι φυσικές λειτουργίες, ο ρόλος στη ζωή, οι συναισθηματικές λειτουργίες, η αντίληψη, η κοινωνικότητα και η συνολική ποιότητα ζωής (όσον αφορά τους τομείς του γενικού ερωτηματολογίου QLQ-C30). Επίσης, σε σχέση με τους τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου QLQ-BR23, όσο αυξάνεται η επιθετικότητα της θεραπείας τόσο χειρότερη είναι η εικόνα του σώματος, η σεξουαλική λειτουργικότητα και η μελλοντική προοπτική.

Παράλληλα παρατηρούνται σημαντικά θετικές συσχετίσεις ($p < 0.005$) με τους τομείς συμπτωμάτων. Όσο δηλαδή αυξάνεται η επιθετικότητα της θεραπείας τόσο αυξάνεται και η συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η επιθετικότητα της θεραπείας τόσο αυξάνονται

τα συμπτώματα κόπωσης, ναυτίας, πόνου, δύσπνοιας, απώλειας της όρεξης, δυσκοιλιότητας, τριχόπτωσης, οι ανεπιθύμητες επιπτώσεις από τη θεραπεία αλλά και οι οικονομικές δυσκολίες.

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις με την ηλικία. Η πρώτη γραμμή (ηλικία διάγνωσης) αντιστοιχεί στην ηλικιακή κατανομή που έγινε η διάγνωση (κάτω των 30 → 30-39 → 40-49 → 50-59 → 60-65 → άνω των 65) ενώ η δεύτερη γραμμή (ηλικία) αντιστοιχεί στην ηλικιακή κατανομή της ασθενούς τη μέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Τέλος, η τρίτη γραμμή (ηλικία=ηλικία διάγνωσης) παρουσιάζει τις συσχετίσεις των γυναικών για τις οποίες η ηλικιακή τους κατανομή κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συμπίπτει με την ηλικιακή τους κατανομή κατά τη διάγνωση.

Πίνακας 10: Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με την Ηλικία

	Φυσικές Λειτουργίες	Ρόλος στη Ζωή	Συναισθηματική Κατάσταση	Λειτουργίες Αντίληψης	Κοινωνικότητα
Ηλικία Διάγνωσης	-0.329	-0.168	-0.090	-0.010	-0.023
Ηλικία	-0.096	-0.026	0.081	0.155	0.162
Ηλικία=Ηλικία Διάγνωσης	-0.293	-0.085	-0.076	-0.061	0.034
	QoL	Κόπωση	Ναυτία	Πόνος	Δύσπνοια
Ηλικία Διάγνωσης	-0.364	0.269	0.175	0.114	0.214
Ηλικία	-0.181	0.025	0.039	-0.052	0.070
Ηλικία=Ηλικία Διάγνωσης	-0.466	0.360	0.163	0.178	0.267
	Αϋπνία	Απώλεια Όρεξης	Δυσκοιλιότητα	Διάρροια	Οικονομικές Δυσκολίες
Ηλικία Διάγνωσης	0.180	0.147	-0.087	0.260	0.0422
Ηλικία	0.149	-0.013	-0.219	0.189	-0.044
Ηλικία=Ηλικία Διάγνωσης	0.255	0.175	-0.152	0.310	0.092
	Εικόνα Σώματος	Σεξουαλική Δραστηριότητα	Σεξουαλική Ευχαρίστηση	Μελλοντική Προοπτική	Παρενέργειες
Ηλικία Διάγνωσης	0.012	-0.278	-0.203	-0.207	0.248
Ηλικία	0.235	-0.224	-0.274	0.114	0.042
Ηλικία=Ηλικία Διάγνωσης	0.181	-0.238	-0.047	-0.193	0.135
	Συμπτωματολογία Μαστός	Συμπτωματολογία Μπράτσο	Τριχόπτωση		
Ηλικία Διάγνωσης	0.165	0.218	0.152		
Ηλικία	0.127	0.139	-0.148		
Ηλικία=Ηλικία Διάγνωσης	0.132	0.313	0.066		

Παρατηρείται ότι σε σχέση με την ηλικία διάγνωσης, υπάρχει μια ισχυρά αρνητική συσχέτιση ($p < 0.005$) με τις φυσικές λειτουργίες, τη σεξουαλική λειτουργία αλλά και τη συνολική ποιότητα ζωής. Σε όσο μεγαλύτερη δηλαδή ηλικία έγινε η διάγνωση τόσο χειρότερες ήταν οι φυσικές λειτουργίες, η σεξουαλική δραστηριότητα και γενικά η ποιότητα ζωής. Εξαιτίας του ότι σε αρκετές περιπτώσεις (93 από τα 137 ερωτηματολόγια) η ηλικία διάγνωσης συμπίπτει με την ηλικία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η τρίτη γραμμή του πίνακα 10 περιέχει τις συσχετίσεις που προκύπτουν εάν ληφθούν ως δείγμα τα ερωτηματολόγια στα οποία η ηλικία διάγνωσης συμπίπτει με την ηλικία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($p < 0.005$) με τις φυσικές λειτουργίες και τη συνολική ποιότητα ζωής, ενώ με τη σεξουαλική δραστηριότητα παρατηρείται ελαφρά και όχι ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($p < 0.05$). Σημειώνεται ότι ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($p < 0.005$) ως προς τη συνολική ποιότητα ζωής παρατηρήθηκε με την ηλικία διάγνωσης και την ηλικία στις περιπτώσεις όπου η ηλικία διάγνωσης συμπίπτει με την ηλικία διάγνωσης. Ελαφρά αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0.05$) μόνο με την ηλικία διάγνωσης παρατηρούνται σε σχέση με το ρόλο στη ζωή και τη μελλοντική προοπτική. Ελαφρά αρνητική συσχέτιση ($p < 0.05$) παρατηρείται επίσης μεταξύ της δυσκοιλιότητας και της ηλικίας, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα δυσκοιλιότητας εμφανίζονται σε νεαρότερες ηλικίες. Όσον αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα, ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($p < 0.005$) παρατηρήθηκε με την ηλικία διάγνωσης ενώ με την ηλικία παρουσιάζεται ελαφρά αρνητική συσχέτιση ($p < 0.05$). Ισχυρά θετικές συσχετίσεις ($p < 0.005$) με την ηλικία διάγνωσης παρουσιάζονται με την κόπωση, τη διάρροια και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες λόγω της θεραπείας. Αυτά τα συμπτώματα δηλαδή ήταν πιο έντονα σε πιο μεγάλες ηλικιακά γυναίκες. Με την ηλικία διάγνωσης ελαφρά θετική συσχέτιση ($p < 0.05$) παρουσιάζεται με τη συμπτωματολογία από το μπράτσο, αν όμως η ανάλυση περιοριστεί στις περιπτώσεις στις οποίες η ηλικία συμπίπτει με την ηλικία διάγνωσης, τότε η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρά θετική ($p < 0.005$). Θετικές συσχετίσεις ($p < 0.05$) με την ηλικία διάγνωσης παρουσιάζονται επίσης με την ναυτία και την δύσπνοια. Στις περιπτώσεις στις οποίες η ηλικία συμπίπτει με την ηλικία διάγνωσης παρατηρείται επίσης θετική συσχέτιση και με την αϋπνία ($p < 0.05$). Τέλος, θετική συσχέτιση ($p < 0.05$) παρατηρείται μεταξύ της εικόνας του σώματος και της ηλικίας, με τις πιο μεγάλες ηλικιακά γυναίκες να έχουν καλύτερη εικόνα σώματος.

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των τομέων των δύο ερωτηματολογίων με το μορφωτικό επίπεδο. Η διαβάθμιση σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο είναι Δημοτικό → Γυμνάσιο → Λύκειο/Τεχνική Σχολή → Κολέγιο → Πανεπιστήμιο.

Πίνακας 11: Συσχετίσεις Ανάμεσα στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με το Μορφωτικό Επίπεδο

	Φυσικές Λειτουργίες	Ρόλος στη Ζωή	Συναισθηματική Κατάσταση	Λειτουργίες Αντίληψης	Κοινωνικότητα
Μορφωτικό Επίπεδο	0.176	0.100	0.163	-0.076	0.011
	QoL	Κόπωση	Ναυτία	Πόνος	Δύσπνοια
Μορφωτικό Επίπεδο	0.264	-0.192	-0.193	-0.098	-0.263
	Αϋπνία	Απώλεια Όρεξης	Δυσκοιλιότητα	Διάρροια	Οικονομικές Δυσκολίες
Μορφωτικό Επίπεδο	-0.253	-0.247	0.035	-0.209	-0.067
	Εικόνα Σώματος	Σεξουαλική Δραστηριότητα	Σεξουαλική Ευχαρίστηση	Μελλοντική Προοπτική	Παρενέργειες
Μορφωτικό Επίπεδο	0.012	0.239	0.301	0.144	-0.258
	Συμπτωματολογία Μαστός	Συμπτωματολογία Μπράτσο	Τριχόπτωση		
Μορφωτικό Επίπεδο	-0.090	-0.174	-0.270		

Παρατηρούνται ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0.005$) με τη δύσπνοια και την αϋπνία, όσο δηλαδή υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιο λίγα είναι τα συμπτώματα δύσπνοιας και αϋπνίας. Επιπλέον, αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0.05$) παρατηρούνται με την κόπωση, τη ναυτία, τη διάρροια, τη συμπτωματολογία από το μπράτσο και την τριχόπτωση. Αντίθετα, θετικές συσχετίσεις ($p < 0.05$) παρατηρούνται με τις φυσικές και τις συναισθηματικές λειτουργίες αλλά και τη σεξουαλική ικανοποίηση. Ισχυρά θετικές συσχετίσεις ($p < 0.005$) παρατηρούνται με τη συνολική ποιότητα ζωής και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Γυναίκες δηλαδή με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν καλύτερες φυσικές και συναισθηματικές λειτουργίες, σεξουαλική δραστηριότητα αλλά και συνολική ποιότητα ζωής.

Ο Πίνακας 12 παρουσιάζει τις συσχετίσεις των τομέων των δύο ερωτηματολογίων με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας της ασθενούς.

Πίνακας 12: Συσχετίσεις Ανάμεσα Στους Τομείς των 2 Ερωτηματολογίων με την Οικονομική Κατάσταση της Οικογένειας της Ασθενούς

	Φυσικές Λειτουργίες	Ρόλος στη Ζωή	Συναισθηματική Κατάσταση	Λειτουργίες Αντίληψης	Κοινωνικότητα
Εισόδημα	0.101	0.077	0.083	-0.068	-0.041
	QoL	Κόπωση	Ναυτία	Πόνος	Δύσπνοια
Εισόδημα	0.245	-0.096	0.010	-0.151	-0.172
	Αϋπνία	Απώλεια όρεξης	Δυσκοιλιότητα	Διάρροια	Οικονομικές δυσκολίες
Εισόδημα	-0.121	-0.047	0.156	-0.089	0.052
	Εικόνα Σώματος	Σεξουαλική Δραστηριότητα	Σεξουαλική Ευχαρίστηση	Μελλοντική Προοπτική	Παρενέργειες
Εισόδημα	-0.176	0.194	0.147	0.162	-0.219
	Συμπτωματολογία Μαστός	Συμπτωματολογία Μπράτσο	Τριχόπτωση		
Εισόδημα	-0.053	-0.158	-0.094		

Ισχυρή θετική συσχέτιση ($p < 0.005$) παρατηρείται μόνο με τη συνολική ποιότητα ζωής, όσο δηλαδή μεγαλύτερο είναι το ετήσιο εισόδημα τόσο καλύτερη είναι και η ποιότητα ζωής της ασθενούς. Αντίθετα, αρνητικές συσχέτισεις ($p < 0.05$) παρατηρούνται με τη δύσπνοια, την εικόνα του σώματος και τις ανεπιθύμητες συνέπειες λόγω της θεραπείας.

Συνοπτικά, παρόλο που μόλις το 10.2% των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα βαθμολόγησαν την ΠΖ τους ως φτωχή, εντοπίστηκαν κάποιοι παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή ΠΖ. Αναμφισβήτητα οι παράγοντες αυτοί χρήζουν περαιτέρω μελέτης και διερεύνησης και μπορούν από μόνοι τους να αποτελέσουν θέμα μιας επόμενης ερευνητικής εργασίας.

Όλες οι γυναίκες που είχαν κακή ΠΖ βίωναν αλλαγή του σωματικού τους ειδώλου είτε λόγω της χειρουργικής επέμβασης στην οποία είχαν υποβληθεί, είτε λόγω της μη αποκατάστασης του μαστού ή και εξ' αιτίας της τριχόπτωσης ως άμεσου επακόλουθου της χημειοθεραπείας. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι γυναίκες που δήλωσαν κακή ΠΖ τη χρονική περίοδο που συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο βρίσκονταν στη φάση της χημειοθεραπείας και βίωναν τις παρενέργειες της.

Επίσης σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι όλες οι γυναίκες με κακή ΠΖ ήταν άνω των 40 ετών, είχαν παιδιά και μάλιστα οι μισές από αυτές είχαν 3 ή περισσότερα παιδιά, ενώ το οικογενειακό τους εισόδημα ήταν χαμηλό.

Οι πλείστες γυναίκες δεν έπαιρναν επαγγελματική ψυχολογική στήριξη, ανησυχούσαν ιδιαίτερα για τη μελλοντική τους προοπτική, ενώ είχαν βιώσει τη διάγνωση του καρκίνου με το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον.

Συζήτηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία αποτελεί ένα σύνθετο βιολογικό και ψυχοκινητικό φαινόμενο και ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και λειτουργικότητας και όχι μόνο ως η απλή απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας (Σαρρής, 2001). Η υγεία, με την ευρύτερη της έννοια θεωρείται ως η σημαντικότερη προϋπόθεση που καθορίζει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου.

Η ΠΖ είναι μια πολυδιάστατη έννοια, μέσω της οποίας εκτιμάται η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της ποιότητας ζωής έχει εισαχθεί στο χώρο της υγείας και αποτελεί σημαντική παράμετρο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και στη δημιουργία νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων και τεχνολογικών βοηθημάτων. Επίσης έχει καθιερωθεί ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος εκτίμησης της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας.

Είναι γνωστό ότι οι χρόνιες νόσοι, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου, εκτός από τη νοσηρότητα έχουν και σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του πάσχοντος και κατ' επέκταση στην ΠΖ του. Συνεπώς, η αξιολόγηση της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ολοκληρωμένης φροντίδας τους. Για το λόγο αυτό, στις μέρες μας έχουν ενσωματωθεί ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην περίθαλψη των ασθενών με καρκίνο, με στόχο τη βελτίωση της ΠΖ τους.

Στα πλαίσια της μελέτης της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο διεκπεραιώθηκε η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, κύριος στόχος της οποίας ήταν η μελέτη της ΠΖ γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και η αξιολόγηση των αλλαγών που επιφέρει η διάγνωση σε βασικές πτυχές της ΠΖ όπως η φυσική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Ένας επιπρόσθετος στόχος, ήταν η σύγκριση των επιπτώσεων της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στην ΠΖ των νεαρών γυναικών σε σχέση με τις γηραιότερες.

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στα πλαίσια της μελέτης αυτής κατέδειξε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο έχουν συνολικά αρκετά υψηλά επίπεδα ΠΖ (66.67). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ουσιαστικά μια επιβεβαίωση των όσων γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την επίδραση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στην ΠΖ των ασθενών. Συγκεκριμένα, ο Mols και συν. (2005) διενέργησαν μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση 10 μελετών που αξιολογούσαν την ΠΖ γυναικών με καρκίνο του

μαστού, συμπέραναν ότι οι γυναίκες αυτές απολαμβάνουν ένα σχετικά υψηλό επίπεδο ΠΖ συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι μελέτες της Joly και συν. (2000) και των Cimprich, Ronis και Martinez-Ramos (2002).

Οι νεαρές ασθενείς βαθμολόγησαν τη συνολική ΠΖ τους με 68.38 και οι μεγαλύτερες με 61.72. Επομένως μέσα από τη μελέτη προκύπτει ότι οι νεαρότερες γυναίκες φαίνεται να έχουν καλύτερη συνολική ΠΖ σε σχέση με τις μεγαλύτερες. Το εύρημα αυτό είναι αντίθετο με την αρχική υπόθεση ότι τα επίπεδα της ΠΖ των νεαρότερων γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού είναι χαμηλότερα σε σχέση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες και χρήζει περαιτέρω μελέτης ώστε να διασαφηνιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην καλύτερη ΠΖ των νεαρών γυναικών. Το εύρημα ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες έχουν υποδεέστερη ΠΖ, επιβεβαιώνεται στη μελέτη των Cimprich, Ronis και Martinez-Ramos (2002) η οποία υποστηρίζει ότι η ηλικία διάγνωσης επηρεάζει συνολικά την ΠΖ και ότι οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται σε πιο προχωρημένη ηλικία έχουν χειρότερη συνολική ΠΖ σε σχέση με τις νεαρότερες γυναίκες. Αυτό πιθανόν να απορρέει από το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, πέραν από την διάγνωση, έχουν και άλλα επιπρόσθετα προβλήματα υγείας που τις ταλαιπωρούν. Παρόμοιο εύρημα κατέγραψε και η παρούσα εργασία συσχετίζοντας την ηλικία με την ΠΖ.

Η φυσική λειτουργικότητα αποτελεί σημαντικό πυλώνα της ΠΖ. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαφαίνεται ότι οι συμμετέχουσες έχουν ένα αρκετά υψηλό επίπεδο φυσικής λειτουργικότητας καθώς βαθμολογήθηκε με 80. Ο τομέας αυτός παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με τις συναισθηματικές και τις κοινωνικές λειτουργίες. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με ευρήματα παρόμοιων μελετών. Συγκεκριμένα, ο Schou και συν. (2005) απέδειξαν ότι ο τομέας των φυσικών λειτουργιών των γυναικών με καρκίνο του μαστού κυμαίνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα παρά τις παρενέργειες των διαφόρων θεραπειών. Από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η φυσική λειτουργικότητα μειώνεται αρχικά κατά την περίοδο της διάγνωσης και της χημειοθεραπείας και ακολούθως βελτιώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο καθώς οι γυναίκες βιώνουν την ανακοίνωση της διάγνωσης με πολύ άγχος, μια και η πολύπλοκη φύση της ασθένειας δημιουργεί μεγάλη ανασφάλεια. Παρότι η χημειοθεραπεία έχει συμβάλει θετικά στη θεραπεία του καρκίνου, οι ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία βιώνουν και ταλαιπωρούνται από συμπτώματα που σχετίζονται με την τοξικότητα της χορηγούμενης θεραπείας. Ένα πλήθος παρενεργειών όπως είναι η κόπωση, ο πόνος, η αϋπνία και ο εμετός αποτελούν ουσιαστικό εμπόδιο στην εκτέλεση των διάφορων καθημερινών δραστηριοτήτων και θέτουν φυσικούς περιορισμούς. Συνεπώς, είναι αναμενόμενο να επηρεάζεται αρνητικά το επίπεδο λειτουργικότητας. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με εκείνο της μελέτης της Byar και συν.

(2006). Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν αρνητικά επηρεασμένη τη φυσική τους λειτουργικότητα. Αυτό αποδίδεται στις επιθετικότερες θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται (Wenzel et al. 1999, Bloom et al., 2004). Από την παρούσα μελέτη δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στα επίπεδα της φυσικής λειτουργικότητας ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού και στις γηραιότερες.

Η διάγνωση της νόσου, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και οι αλλαγές που επιφέρουν στην εικόνα του σώματος καθώς και ο φόβος και η ανησυχία για την πιθανότητα επανεμφάνισης της ασθένειας αποτελούν παράγοντες που αναμφισβήτητα διαταράσσουν τις ισορροπίες των συναισθημάτων. Η συναισθηματική λειτουργικότητα περιλαμβάνει συναισθήματα όπως η στεναχώρια, η κατάθλιψη, η υπερένταση και η ευερεθιστικότητα. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παρατηρήθηκε ένα σχετικά υψηλό επίπεδο συναισθηματικής λειτουργικότητας στις Κύπριες γυναίκες με καρκίνο του μαστού (66.67). Οι νεαρές γυναίκες βαθμολόγησαν την συναισθηματική τους λειτουργικότητα με 59.9 ενώ οι μεγαλύτερες με 65.11. Η διαφορά στην συναισθηματική κατάσταση των νεαρών γυναικών πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νεαρές γυναίκες έχουν εντονότερες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις. Οι επιθετικότερες θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται και οι παρενέργειες από αυτές χαρακώνουν την συναισθηματική τους λειτουργία.

Επίσης, παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής λειτουργικότητας και του τομέα της κοινωνικότητας και των συναισθηματικών λειτουργιών και αρνητική συσχέτιση με τους τομείς συμπτωμάτων, ειδικότερα με τον πόνο και την κόπωση. Οι Wong-Kim και Bloom (2005) υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη διάγνωση και τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, στενοχώριας, υπερέντασης και τα μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Από την μελέτη τους φάνηκε ότι οι νεαρότερες γυναίκες έχουν εντονότερες ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις μια και είναι σε δυσμενέστερη θέση λόγω του τύπου του καρκίνου που τις προσβάλλει και της επιθετικότητας των θεραπειών στις οποίες υποβάλλονται. Επίσης οι νεαρότερες γυναίκες επωμίζονται πολλαπλούς ρόλους όπως της εργαζόμενης, της μητέρας και της συντρόφου. Επιπλέον οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η διακύμανση της κατάθλιψης εξαρτάται από τα διαθέσιμα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα. Αυτό πιθανόν να δίνει και την εξήγηση για τα υψηλά αποτελέσματα που καταγράφηκαν στην παρούσα μελέτη, καθώς η κυπριακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται από εντόνους οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς. Η παροχή στήριξης και αλληλεγγύης αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα των Κυπρίων, γεγονός που βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση και προσαρμογή. Αξιοσημείωτη είναι και η προσφορά επαγγελματικής ψυχολογικής υποστήριξης στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τους διάφορους συνδέσμους ασθενών και φίλων, όπως η EUROPA DONNA Κύπρου, ο Αντικαρκινικός Σύνδεσμος και ο

Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων, η οποία συμβάλλει θετικά στη βελτίωση της συναισθηματικής λειτουργικότητας αυτών των γυναικών.

Η έρευνα κατέδειξε σχετικά μέτρια βαθμολογία στον τομέα της λειτουργικότητας των ρόλων (50). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε παρόμοιο πληθυσμό οι οποίες καταδεικνύουν μέτρια λειτουργικότητα ανάμεσα σε γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού. Ο Arndt και συν. (2004) υποστηρίζουν ότι η γενική εικόνα της ΠΖ βελτιώνεται με την πάροδο ενός έτους από τη διάγνωση και την ολοκλήρωση της βραχυπρόθεσμης θεραπείας, φθάνοντας μάλιστα στα επίπεδα του γενικού πληθυσμού. Πάρα ταύτα, οι συναισθηματικοί, αντιληπτικοί και κοινωνικοί τομείς καθώς και ο τομέας της λειτουργικότητας των ρόλων υπολείπονται σημαντικά, ιδιαίτερα στις νεαρές γυναίκες. Οι επιπτώσεις της διάγνωσης επεκτείνονται στην εκτέλεση των διάφορων ρόλων της ζωής τους. Ο Schou και συν. (2005) αποδίδουν τη μείωση της λειτουργικότητας των ρόλων στις αρνητικές επιπτώσεις των θεραπειών, ειδικότερα της χημειοθεραπείας. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες φαίνεται να αντεπεξέρχονται καλύτερα στην εκτέλεση των ρόλων τους (Arndt et al., 2004). Στη παρούσα εργασία οι νεαρές γυναίκες αξιολόγησαν τη λειτουργικότητα των ρόλων με 58.76 ενώ οι πιο ώριμες με 62.36. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα της έρευνας των Arndt και συν. (2004). Επίσης μέσα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προκύπτει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τους τομείς των συμπτωμάτων ειδικότερα της κόπωσης και του πόνου. Αυτό έχει αρνητική επίδραση στον τομέα λειτουργικότητας των ρόλων μια και η κόπωση και ο πόνος έχουν ανασταλτική επίπτωση στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ρόλων (Schou et al., 2005).

Οι λειτουργίες αντίληψης περιλαμβάνουν θέματα μάθησης, μνήμης, προσοχής και συγκέντρωσης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των λειτουργιών αντίληψης, των λειτουργικών τομέων και του είδους της θεραπείας. Η βαθμολόγηση του τομέα αυτού ήταν σχετικά υψηλή (66.67), με την επιμέρους βαθμολογία για τις νεαρές γυναίκες να είναι 65.11 και 78.53 για τις μεγαλύτερες γυναίκες. Φαίνεται ότι οι λειτουργίες αντίληψης είναι αρκετά υψηλότερες στις μεγαλύτερες γυναίκες. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στις επιθετικότερες θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται οι νεαρές. Ένας δεύτερος λόγος για αυτή τη διαφορά μπορεί να είναι τα αυξημένα επίπεδα στρες και ψυχοσυναισθηματικής δυσλειτουργίας που βιώνουν οι νεαρότερες γυναίκες. Η Schidler και συν. (2010) υποστηρίζουν ότι η ορμονοθεραπεία επηρεάζει τις λειτουργίες αντίληψης καθώς στην έρευνά τους παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της λεκτικής μνήμης στις γυναίκες που λάμβαναν ταμοξιφένη. Επίσης, τα χημειοθεραπευτικά σχήματα φαίνεται να προκαλούν νευροτοξικότητα και το φαινόμενο chemobrain (δυσκολία στην εκμάθηση, στην προσοχή και συγκέντρωση και στην ταχύτητα αντίληψης) σε ένα ποσοστό της τάξης του 17-

75% των γυναικών. Κατ' επέκταση, έχουν αρνητική επίδραση στη λειτουργικότητα των ρόλων και στην κοινωνική λειτουργικότητα (Wefel et al., 2004).

Η κοινωνική λειτουργικότητα είναι ένας τομέας που επηρεάζεται άμεσα από τη διάγνωση του καρκίνου και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που ακολουθούν τη διάγνωση. Στην παρούσα έρευνα ο τομέας της κοινωνικής λειτουργικότητας βαθμολογήθηκε με 66.67 με τις νεαρές γυναίκες να βαθμολογούν τον τομέα αυτό με 64.96 και τις μεγαλύτερες με 71.47. Ισχυρή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε με όλους τους λειτουργικούς τομείς και την συνολική ποιότητα ζωής ενώ ισχυρή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τους τομείς συμπτωμάτων. Η ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με τις οικονομικές δυσκολίες.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι η κοινωνικότητα επηρεάζεται αρνητικά από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Η απώλεια μαλλιών, η ναυτία, η κόπωση και ο πόνος είναι μερικά από τα συμπτώματα που δρουν ανασταλτικά στον τομέα της κοινωνικότητας (Agora et al., 2001) καθώς επηρεάζουν τη δυνατότητα εκτέλεσης διαφόρων δραστηριοτήτων. Επιπλέον, ο φόβος και η ανασφάλεια που δημιουργούνται με τη διάγνωση έχουν άμεση συσχέτιση με την περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα, μια και το στρες αποτελεί ένα αποτρεπτικό παράγοντα (Schou et al., 2005). Η διαφορά στην βαθμολογία της κοινωνικότητας που παρατηρήθηκε μεταξύ των δυο ομάδων γυναικών που μελετήθηκαν, πιθανόν να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ψυχοσυναισθηματικής δυσλειτουργίας που βιώνουν οι νεαρότερες γυναίκες, καθώς λόγω των πολλαπλών ρόλων που καλούνται να διαδραματίσουν μειώνεται η δυνατότητα τους για κοινωνική λειτουργικότητα.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η ισχυρή αρνητική συσχέτιση που παρατηρήθηκε ανάμεσα στον τομέα της κοινωνικότητας και των οικονομικών δυσκολιών. Αυτό πιθανόν να πηγάζει από το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού αρκετές γυναίκες υποαπασχολούνται με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα οικονομικής φύσης με άμεσο επακόλουθο τη μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα. Η καλή οικονομική κατάσταση εξασφαλίζει περισσότερες προοπτικές για κοινωνικοποίηση και είναι ένας παράγοντας που δρα ανασταλτικά στην περιθωριοποίηση.

Στη συνέχεια θα συζητηθούν οι τομείς του ερωτηματολογίου που παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

Η κόπωση είναι ένα υποκειμενικό σύμπτωμα και αποτελεί ένα από τα πιο συχνά κλινικά προβλήματα των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε από το

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) το 2002, η σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση είναι ένα συνηθισμένο, επίμονο και υποκειμενικό αίσθημα κούρασης, αδυναμίας και έλλειψης ενέργειας που οφείλεται στον καρκίνο ή στη θεραπεία του και επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητα των ασθενών σε όλους τους τομείς, με σημαντικές επιπτώσεις στην ΠΖ τους. Η κόπωση αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία με συχνότητα εμφάνισης 80-96%. Επίσης, αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που αναφέρουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού με συχνότητα εμφάνισης 28-91% (Λαβδανίτη και συν., 2008). Η παρουσία κόπωσης επηρεάζει τη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, τις νοητικές ικανότητες, τη λειτουργικότητα και επιδρά στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων των γυναικών με καρκίνο του μαστού, επιφέροντας σημαντικές επιπτώσεις στην ΠΖ τους. Η κόπωση μπορεί να ταλαιπωρεί τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού ακόμα και αρκετά χρόνια μετά το τέλος των θεραπειών (Ganz et al., 2002). Αυτό φάνηκε και από τις συσχετίσεις ηλικίας-κόπωσης της παρούσας μελέτης.

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαφάνηκε ότι αρκετές γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ισχυρίστηκαν αίσθημα έντονης κόπωσης. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας της κόπωσης τις ήταν το 42.24, με τις νεαρές γυναίκες να βαθμολογούν τα επίπεδα κόπωσης με 41.88 και τις μεγαλύτερες με 42.75. Δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων. Παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και όλων των λειτουργικών τομέων των δυο ερωτηματολογίων καθώς και της ΠΖ, και ισχυρή θετική συσχέτιση με τον τομέα των συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται επίσης στη διεθνή βιβλιογραφία (Joly et al., 2000, Byar et al., 2006).

Η κλίμακα του έμετου και της ναυτίας κατέγραψε χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνοντας ουσιαστικά την απουσία συμπτωματολογίας. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι το 70% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία δοκιμάζονται από τη συμπτωματολογία της ναυτίας και του έμετου (Enblom et al. 2009, Ryan, 2010). Οι χαμηλές βαθμολογίες ναυτίας και έμετου που καταγράφηκαν στα πλαίσια της παρούσας μελέτης πιθανόν να σχετίζονται με το γεγονός ότι το δείγμα ήταν μικρό και οι ασθενείς που ήταν υπό χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία αντιστοιχούσαν στο 31.6% του δείγματος. Επιπλέον, η συμπερίληψη συστηματικής αντιεμετικής φαρμακευτικής αγωγής στα πρωτόκολλα θεραπείας συμβάλλει στη μείωση αυτών των ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Ο πόνος δε φαίνεται να επηρεάζει ιδιαίτερα τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο. Συγκεκριμένα ο τομέας του πόνου δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικά ευρήματα (η

βαθμολόγηση του κυμαινόταν στο 33.33), αντικατοπτρίζοντας ουσιαστικά την απουσία πόνου σε μια μεγάλη μερίδα των συμμετεχόντων. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με διεθνείς έρευνες οι οποίες κατέληξαν σε αντίθετα συμπεράσματα (Casso, Buist & Tarplin, 2004, Ganz et al., 2004, Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010) και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Σημειώνεται ότι στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν περιπτώσεις όπου η βαθμολόγηση του πόνου θεωρήθηκε οριακά προβληματική. Από τις γυναίκες που παρουσίασαν συμπτώματα πόνου οι νεαρότερες είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο (31.20) σε αντίθεση με τις μεγαλύτερες (25.99). Το επίπεδο πόνου στις νεαρότερες γυναίκες πιθανόν να οφείλεται στις επιθετικότερες μορφές θεραπείας (μαστεκτομή, χημειοθεραπεία). Θετικές συσχετίσεις καταγράφηκαν στον τομέα των συμπτωμάτων με τη μεγαλύτερη θετική συσχέτιση να παρατηρείται με τη συμπτωματολογία από το μπράτσο ($\rho=0.644$). Τα ευρήματα αυτά πιθανόν να οφείλονται στη μερίδα του δείγματος που βρισκόταν στη φάση αμέσως μετά τη χειρουργική παρέμβαση ή στη φάση της ακτινοθεραπείας και αυτό φαίνεται από τη συσχέτιση της θεραπείας με τον πόνο.

Αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν με τις φυσικές και συναισθηματικές λειτουργίες, τις λειτουργίες αντίληψης και τη συνολική ΠΖ, επιβεβαιώνοντας το αρνητικό αντίκτυπο που έχει ο πόνος στην ΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Αυτά τα ευρήματα είναι συμβατά με άλλες έρευνες του ίδιου τομέα. Σχετικά με τη δύσπνοια, η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε με την κόπωση και τις επιπτώσεις από τη θεραπεία. Όπως αναμενόταν, παρουσιάστηκαν θετικές συσχετίσεις με τους τομείς συμπτωμάτων και αρνητικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς.

Αναφορικά με τη δύσπνοια και την αϋπνία, οι μεγαλύτερες γυναίκες σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά από τις νεαρότερες (24.71 και 35.59 αντίστοιχα). Η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε με την κόπωση και τις επιπτώσεις από τη θεραπεία. Επιπλέον, η δυσκοιλιότητα σημείωσε ισχυρή θετική συσχέτιση με την κόπωση και αρνητική συσχέτιση με τον τομέα της συναισθηματικής λειτουργίας. Επίσης, παρουσιάστηκαν θετικές συσχετίσεις με τους τομείς συμπτωμάτων και αρνητικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς. Η κατάλληλη αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων αναμφισβήτητα θα συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Οι υπόλοιποι τομείς (απώλεια όρεξης, διάρροια και οικονομικές δυσκολίες) κατέγραψαν χαμηλούς μέσους όρους και για το λόγο αυτό δεν θα επεκταθεί η συζήτηση τους. Σημειώνεται ότι από τον τομέα των συμπτωμάτων και των ξεχωριστών θεμάτων, η κόπωση κατέγραψε τον υψηλότερο μέσο όρο, επιβεβαιώνοντας τη συσχέτιση της κόπωσης με τον καρκίνο του μαστού και τις θεραπείες του.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι διάφορες θεραπείες που εφαρμόζονται επηρεάζουν γενικότερα την εικόνα σώματος των γυναικών. Η τοξικότητα της χημειοθεραπείας μπορεί να επιφέρει αλωπεκία και εμμηνοπαυσιακές διαταραχές, επιδεινώνοντας σε μεγάλο βαθμό την εικόνα του σώματος των ασθενών και επηρεάζοντας αρνητικά την ΠΖ τους. Τα ευρήματα αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής έδειξαν ένα σχετικά υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος (66.67). Είναι επίσης σημειωτέο ότι ένα ποσοστό των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα είχαν μέτρια εικόνα του σώματος. Η σύγκριση της εικόνας του σώματος μεταξύ νεαρών και μεγαλύτερων γυναικών ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές (69.32 σε σχέση με 55.34). Οι νεαρές γυναίκες δείχνουν να τους απασχολεί περισσότερο η εικόνα σώματος τους, έχουν περισσότερες προσδοκίες και οι αλλαγές που επιφέρει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην εικόνα σώματος τους αναμφισβήτητα τις επηρεάζουν αρνητικά. Αυτό φαίνεται από τη διαφορά στη βαθμολόγηση που σημειώνεται μεταξύ των δυο ομάδων γυναικών.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού (ογκεκτομή ή μαστεκτομή) συντελούν στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου με ποικίλες επιπτώσεις στη σωματική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Σαρρής, 2001). Η Ganz και συν. (2004), όπως και οι Casso, Buist και Tarlin (2004) υποστηρίζουν ότι η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού επηρεάζει την ΠΖ. Ο Engel και συν. το 2004 ερεύνησαν τις επιπτώσεις που επιφέρει μια μαστεκτομή στην ΠΖ. Μεγάλο ποσοστό των γυναικών με μαστεκτομή βιώνει συναισθηματικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη, αδυναμία προσαρμογής) καθώς και δυσκολίες αποδοχής του νέου σωματικού ειδώλου. Αυτό διαφαίνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου καταγράφηκαν θετικές συσχετικές με τον τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής και τους υπόλοιπους λειτουργικούς τομείς, και αρνητικές συσχετίσεις με την εικόνα του σώματος.

Οι εμμηνοπαυσιακές διαταραχές που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία επηρεάζουν αρνητικά την ΠΖ των γυναικών ιδιαίτερα των νεαρών. Αυτές οι διαταραχές σε συνδυασμό με τη δυσκολία αποδοχής του νέου σωματικού ειδώλου επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο ΠΖ και την σεξουαλική δραστηριότητα. Έρευνες κατέδειξαν ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Gilbert, Ussher & Perz, 2010). Η χημειοθεραπεία σχετίζεται επίσης με προβλήματα σεξουαλικού πόνου, μειωμένης διάθεσης και μειωμένης ευχαρίστησης. Επιπλέον η αρνητική εικόνα του σώματος και οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές επιδεινώνουν την κατάσταση.

Στην παρούσα έρευνα οι νεαρές γυναίκες βαθμολόγησαν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα με 27.14 ενώ οι μεγαλύτερες με 15.25. Σημειώνεται ότι περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες απάντησαν αρνητικά σε σχέση με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Από αυτές που απάντησαν

θετικά, η συχνότητα φαίνεται να είναι μειωμένη, ενώ η σεξουαλική ευχαρίστηση βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, με τις νεαρότερες γυναίκες να απολαμβάνουν το σεξ σε μεγαλύτερο βαθμό (58.54) σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες (39.68)

Επίσης καταγράφηκαν αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στη σεξουαλική δραστηριότητα και το είδος της θεραπείας καθώς και με την ηλικία και τον τομέα της συμπτωματολογίας. Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε με το μορφωτικό επίπεδο και τους λειτουργικούς τομείς.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις με τα δημογραφικά δεδομένα, βρέθηκαν ισχυρές θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο, το εισοδηματικό επίπεδο και τις φυσικές και συναισθηματικές λειτουργίες, τη σεξουαλική δραστηριότητα και την συνολική ΠΖ. Αρνητικές συσχετίσεις καταγράφηκαν στους τομείς των συμπτωμάτων, των ανεπιθύμητων συνεπειών από την θεραπεία και της εικόνας του σώματος

Από τις 137 γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, μόλις 14, δηλαδή το 10.2% του συνόλου, εκτίμησαν την ΠΖ τους με βαθμολογία χαμηλότερη του 33. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε προσπάθεια σκιαγράφησης του κοινωνικού προφίλ των γυναικών αυτών, παρόλο που ο αριθμός τους είναι πολύ μικρός ώστε να εξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα.

Συνοπτικά οι γυναίκες με κακή ΠΖ που έλαβαν μέρος στη μελέτη αυτή είχαν χαμηλό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, δεν ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και δεν είχαν λάβει επαγγελματική ψυχολογική στήριξη. Επίσης οι πλείστες γυναίκες βρίσκονταν στο στάδιο της χημειοθεραπείας και είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή χωρίς να έχει γίνει αποκατάσταση μαστού. Σε σχέση με τους λειτουργικούς τομείς των δυο ερωτηματολογίων παρατηρήθηκε ότι ο περισσότερο επηρεαζόμενος λειτουργικός τομέας για τις γυναίκες με κακή ΠΖ ήταν ο τομέας που αφορούσε το ρόλο στη ζωή του γενικού ερωτηματολογίου και ο τομέας της μελλοντικής προοπτικής του ειδικού ερωτηματολογίου. Τα πιο πάνω ευρήματα χρήζουν περαιτέρω μελέτης και διερεύνησης.

Συμπεράσματα

Την τελευταία δεκαετία το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών καθώς αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα αξιολόγησης της θεραπείας και της έκβασης των χρόνιων ασθενών.

Οι έρευνες που είχαν ως στόχο τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο ανέδειξαν τις σύνθετες και πολλαπλές ανάγκες που προκύπτουν ως φυσικό επακόλουθο της διάγνωσης και των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, οι έρευνες αυτές χάραξαν νέες κατευθυντήριες γραμμές για αποτελεσματικότερες θεραπείες και στοχευμένες ιατρικές / νοσηλευτικές / ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Από την παρούσα μελέτη, κύριος στόχος της οποίας ήταν η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο, διαφάνηκε ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που ακολουθούνται επηρεάζουν τη συνολική ποιότητα ζωής των Κυπρίων γυναικών. Η ποιότητα ζωής βαθμολογήθηκε σχετικά ψηλά και δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις νεαρές και τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες. Ωστόσο, διαφάνηκε ότι οι νεαρότερες γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τη διάγνωση και τη θεραπεία και χρήζουν περαιτέρω φροντίδα και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση. Συνοπτικά οι νεαρότερες γυναίκες φαίνεται ότι παρουσιάζουν ιδιαίτερες ανάγκες στους ψυχοσυναισθηματικούς, κοινωνικούς, αντιληπτικούς τομείς καθώς και στον τομέα της εκτέλεσης ρόλων. Προβλήματα όπως ο πόνος, η κόπωση, η επιβαρυνόμενη εικόνα σώματος, οι εμμηνοπαυσιακές διαταραχές και η μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα επιδρούν αρνητικά στους προαναφερθέντες τομείς. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες φαίνεται να έχουν περισσότερες ανάγκες στους τομείς των συμπτωμάτων καθώς παρουσιάζουν εντονότερα συμπτώματα δύσπνοιας, αϋπνίας, παρενέργειες από την θεραπεία καθώς και συμπτωματολογία από το μπράτσο και το μαστό.

Τα πιο πάνω οδηγούν στο συμπέρασμα πως είναι αναγκαία η συστηματική αξιολόγηση των γυναικών με καρκίνο του μαστού και η ανάπτυξη στρατηγικών αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης των αναδυόμενων πολυσύνθετων αναγκών τους. Η επίγνωση των ειδικών και πολύπλευρων αναγκών που προκύπτουν ανά κατηγορία ασθενών, καθώς και η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή αποδοτικότερων μέτρων αντιμετώπισης αυτών των αναγκών, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τις νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν μια ολοκληρωμένη εξατομικευμένη

υψηλής ποιότητας φροντίδα καλύπτοντας τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Οι κατάλληλες παρεμβάσεις θα συμβάλουν στη δημιουργία εκείνων των συνθηκών που θα εξασφαλίζουν στις γυναίκες τη δυνατότητα ανταπόκρισης στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους στους πολύπλευρους ρόλους που καλούνται να επιτελέσουν και θα βελτιώσουν αισθητά την ποιότητα ζωής τους.

Εν κατακλείδι, ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να παίρνει διαστάσεις επιδημίας στον δυτικό κόσμο. Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών έχει συμβάλλει στη μετατροπή της ασθένειας σε χρόνια νόσο. Είναι χρέος των επαγγελματιών υγείας να προσεγγίζουν συστηματικά και συνολικά τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού έτσι ώστε να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως τα αναφερόμενα ψυχοσυναισθηματικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Σημειώνεται ότι είναι αναγκαίο να διεξαχθούν πιο εκτεταμένες έρευνες οι οποίες θα περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και θα μπορέσουν να προσδιορίσουν τις καταλληλότερες μεθόδους παρέμβασης που θα συμβάλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αναγκών τόσο των νεαρών γυναικών όσο και των μεγαλύτερων γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Βιβλιογραφία

- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures (2008). Atlanta: American Cancer Society.
- Arndt, V., Merx, H., Sturmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H. & Brenner, H. (2004). Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer*, 40(5), 673-680.
- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., McTavish, F., Cella, D.F., Pingree, S., Mendenhall, J.H. & Mahvi, D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer*, 92(5), 1288-1298.
- Arpino, G., Bardou, V.J., Clark, G.M. & Elledge, R.M. (2004). Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Research*, 6(3), R149-156.
- Avis, N.E., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.
- Axelrod, D., Smith, J., Kornreich, D., Grinstead, E., Singh, B., Cangiarella, J. & Guth A.A. (2008). Breast cancer in young women. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(6), 1193-1203.
- Baghurst, P.A. & Rohan T.E. (1994). High-fiber diets and reduced risk of breast cancer. *International Journal of Cancer*, 56(2), 173-176.
- Barnadas, A. & Vazquez, C. (2010). Breast cancer in young women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 123(1), Supplement.
- Baumgart, J., Nilsson, K., Evers, A.S., Kallak, T.K. & Poromaa, I.S. (2013). Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause*, 20(2), 162-168.
- Beadle, B.M., Woodward, W.A., Tucker, S.L., Outlaw, E.D., Allen, P.K., Oh, J.L., Strom, E.A., Perkins, G.H., Tereffe, W., Yu, T.K., Meric-Bernstam, F., Litton, J.K. & Buchholz, T.A. (2009). Ten-year recurrence rates in young women with breast cancer by locoregional treatment approach. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, 73(3), 734-744.
- Bennett, I.C., Gattas, M. & Teh, B.T. (1999). The genetic basis of breast cancer and its clinical implications. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 69(2), 95-105.
- Berg, J.W. & Hutter, R.V. (1995). Breast cancer. *Cancer*, 75, 257-269.
- Berkey, C.S., Frazier, A.L., Gardner, J.D. & Colditz G.A. (1999). Adolescence and breast carcinoma risk. *Cancer*, 85(11), 2400-2409.
- Bernier, M.O., Plu-Bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L. & Thalabard, J.C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer: a meta analysis of published studies. *Human Reproduction Update*, 6(4), 374-386.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S. & Banks, P.J (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology* 13(3), 147 -160.
- Boehm, D.U., Lebrecht, A., Eckhardt, T., Albrich, S., Schmidt, M., Siggelkow, W., Kandelhardt, E. & Koelbl, H. (2009). Quality of life and adjuvant tamoxifen treatment in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 18(5), 500-506.
- Bonadonna, G., Hortobagyi, G.N. & Gianni, A.M. (1997). *Textbook of Breast Cancer - A Clinical Guide to Therapy*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Boron, W.F. & Boulpaep, E.L. (2008). *Medical Physiology*, 2nd Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.

- Breckenridge, L.M., Bruns, G.L., Todd, B.L. & Feuerstein, M. (2012). Cognitive limitations associated with tamoxifen and aromatase inhibitors in employed breast cancer survivors. *Psychooncology*, 21(1), 43-53.
- Broeckel, J.A., Thors, C.L., Jacobsen, P.B., Small, M. & Cox C.E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 75(3), 241-248.
- Bukovic, D., Fajdic, J., Hrgovic, Z., Kaufmann, M., Hojsak, I. & Stanceric T. (2005). Sexual dysfunction in breast cancer survivors. *Onkologie*, 28(1), 29-34.
- Byar, K., Berger, A.M, Bakken, S.L & Cetak, M.A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), E18-26.
- Casso, D., Buist, D.S. & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 25.
- Chen, C.M., Cano, S.J., Klassen, A.F., King, T., McCarthy, C., Cordeiro, P.G., Morrow, M. & Pusic, A.L. (2010). Measuring quality of life in oncologic breast surgery: A systematic review of patient-reported outcome measures. *The Breast Journal*, 16(6), 587-597.
- Cimprich, B., Ronis, D.L. & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors, *Cancer Practice*, 10(2), 85-93.
- Coates, R.J., Uhler, R.J., Brogan, D.J., Gammon, M.D., Malone, K.E., Swanson, C.A., Flagg, E.W. & Brinton L.A. (2001). Patterns and predictors of the breast cancer detection methods in women under 45 years of age (United States). *Cancer Causes Control*, 12(5), 431-442.
- Colditz, A.G. (2005). Epidemiology and prevention of breast cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14(4), 768-772.
- Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J.E., Horning, S.J., Itri, L.M., Johnson, D.H., Miaskowski, C., Scherr, S.L., Portenoy, R.K. & Vogelzang, N.J. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist*, 5(5), 353-360.
- Damast, S., Alektiar, K.M., Goldfarb, S., Eaton, A., Patil, S., Mosenkis, J., Bennett, A., Atkinson, T., Jewell, E., Leitao, M., Barakat, R., Carter, J. & Basch E. (2012). Sexual functioning among endometrial cancer patients treated with adjuvant high-dose-rate intra-vaginal radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*Physics*, 84(2):187-193.
- Del Mastro, L., Costantini, M., Morasso, G., Bonci, F., Bergaglio, M., Banducci, S., Viterbori, P., Conte, P., Rosso, R. & Venturini, M. (2002). Impact of two different dose-intensity chemotherapy regimens on psychological distress in early breast cancer patients. *European Journal of Cancer*. 38(3), 359-366.
- Desai, K., Mao, J.J., Su, I., Demichele, A., Li, Q., Xie, S.X. & Gehrman, P.R. (2013). Prevalence and risk factors for insomnia among breast cancer patients on aromatase inhibitors. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 43-51.
- Donovan, K.A., Jacobsen, P.B., Andrykowski, M.A., Winters E.M., Balducci, L., Malik, U., Kenady, D. & McGrath P. (2004). Course of fatigue in women receiving chemotherapy and/or radiotherapy for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(4), 373-80.
- Dow, K.H. & Lafferty, P. (2000) Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women after breast-conserving surgery and radiation therapy, *Oncology Nursing Forum*, 27(10),1555-1564.

- Dragun, A.E., Huang, B., Tucker, T.C. & Spanos W.J. (2012). Increasing mastectomy rates among all age groups for early stage breast cancer: a 10-year study of surgical choice. *The Breast Journal*, 18(4), 318-325.
- Dumitrescu, R. G. & Cotarla, I. (2005). Understanding breast cancer risk – where do we stand in 2005? *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 9(1), 208-221.
- Ellsworth, R.E., Decewicz, D.J., Shriver, C.D. & Ellsworth, D.L. (2010). Breast Cancer in the Personal Genomics Era. *Current Genomics*, 11(3), 146-161.
- Enblom, A., Bergius Axelsson, B., Steineck, G., Hammar, M. & Borjeson, S. (2009). One third of patients with radiotherapy-induced nausea consider their antiemetic treatment insufficient. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 23-32.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., & Holzelsou, D. (2003). Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Annals of Surgery*, 238(2), 203-213.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. & Holzelsou, D. (2004) Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.
- Enger, S.M., Ross, R.K, Henderson, B. & Bernstein, L. (1997). Breastfeeding history, pregnancy experience and risk of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 76(1), 118-123.
- Ferlay, J., Parkin, D.M. & Steliarova-Foucher E. (2010). Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 46(4), 765-781.
- Fobair, P., Steward, S.L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks, P.J. & Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579-594.
- Gallicchio, L., MacDonald, R., Wood, B., Rushovich, E. & Helzlsouer, K.J. (2012). Menopausal-type symptoms among breast cancer patients on aromatase inhibitor therapy. *Climacteric*, 15(4), 339-349.
- Ganz, P.A, Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. & Belin, T.R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Ganz, P.A., Greendale, G.A., Petersen, L., Kahn, B. & Bower, J.E. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., & Belin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
- Ganz, P.A. (2012). "Doctor, will the treatment you are recommending cause chemobrain?". *Journal of Clinical Oncology*, 30(3), 229-231.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Castellon, S.A., Oppenheim, A., Bower, J.E., Silverman, D.H., Cole, S.W., Irwin, M.R., Ancoli-Israel, S. & Belin, T.R. (2013). Cognitive complaints after breast cancer treatments: Examining the relationship with neuropsychological test performance. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(11), 791-801.
- Garrett, K., Dhruva, A., Koettters, T., West, C., Paul, S.M., Dunn, L.B., Aouizerat, B.E., Cooper, B.A., Dodd, M., Lee, K., Wara, W., Swift, P. & Miaskowski, C. (2011). Differences in sleep disturbance and fatigue between patients with breast and prostate cancer at the initiation of radiation therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(2), 239-250.

- Gilbert, E., Ussher, J.M & Perz J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407.
- Goldhirsch, A. (1997). Breast Cancer. In: F. Cavalli, H. Hansen, B.S, Kaye (Eds), *Textbook of Medical Oncology*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Gonzalez, A.C. (2006). Nutrition and cancer: the current epidemiological evidence. *British Journal of Nutrition*, 96(Suppl 1), S42-S45.
- Hanahan, D. & Weinberg, R.A. (2000). The Hallmarks of Cancer. *Cell*, 100(1), 57–70.
- Hannoun-Levi, J.M. (2005). Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function. *Cancer Radiotherapy*, 9(3), 175-182.
- Harper, S., Lynch, J., Meersman, S.C., Breen, N., Davis, W.W. & Reichman, M.C. (2009). Trends in Area-Socioeconomic and Race-Ethnic Disparities in Breast Cancer Incidence, Stage at Diagnosis, Screening, Mortality, and Survival among Women Ages 50 Years and Over (1987-2005). *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 18(1), 121-131.
- Henry, N.L. & Stearns, V. (2011). One size does not fit all: quality of life during adjuvant aromatase inhibitor therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 125(3), 751-753.
- Herman, J.M., Narang, A.K., Griffith, K.A., Zalupski, M.M., Reese, J.B., Gearhart, S.L., Azad, N.S., Chan, J., Olsen, L., Efron, J.E., Lawrence, T.S. & Ben-Josef, E. (2013). *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, 85(1), e15-19.
- Hickok, J.T., Roscoe, J.A., Morrow, G.R., Mustian, K., Okunieff, P. & Bole, C.W. (2005). Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. *Cancer*, 104(8), 1772-1778.
- Hoffman-Goetz, L., Apter, D., Demark-Wahnefried, W., Goran, M.I., McTiernan, A. & Reichman, M.E. (1998). Possible mechanisms mediating an association between physical activity and breast cancer. *Cancer*, 83(3 Suppl), 621-628.
- Hofman, M., Ryan, J.L., Figueroa-Moseley, C.D., Jean-Pierre, P. & Morrow, G.R. (2007). Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The Oncologist*, 12 Suppl 1, 4-10.
- Hunter, D.J., & Willett, W.C. (1993). Diet, Body Size, and breast cancer. *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 110-132.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M.M, Ferlay, J., Ward, E. & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69-190.
- Joly, F., Espie, M., Marty, M., Heron, J.F. & Henry-Amar, M. (2000). Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy, *British Journal of Cancer*, 83(5), 577-582.
- Kelsey, J.L. & Horn-Ross, P. L. (1993). Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 7-16.
- Key, T.J., Verkasalo, P.K. & Banks, E. (2001). Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncology*, 2(3), 133-140.
- Knobf, M.T. (2001). The menopausal symptom experience in young mid-life women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(3), 201-210.
- Knobf, M.T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.
- Kroman, N., Holtveg, H., Wohlfahrt, J., Jensen, M.B., Mouridsen, H.T., Blichert-Toft, M. & Melbye, M. (2004). Effect of breast-conserving therapy versus radical mastectomy on prognosis for

young women with breast carcinoma. *Cancer*, 100(4), 688-693.

Land, S.R., Wickerham, D.L., Constantino, J.P., Ritter, M.W., Vogel, V.G., Lee, M., Pajon, E.R., Wade, J.L. 3rd, Dakhil, S., Lockhart, J.B. Jr, Wolmark, N. & Ganz, P.A. (2006). Patient-reported symptoms and quality of life during treatment with tamoxifen or raloxifene for breast cancer prevention: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. *The Journal of the American Medical Association*, 295(23), 2742-2751.

Larsen, S.B., Olsen, A., Lynch, J., Christensen, J., Overvad, K., Tjønneland, A., Johansen, C. & Dalton, S.O. (2011). Socioeconomic position and lifestyle in relation to breast cancer incidence among postmenopausal women: a prospective cohort study, Denmark, 1993-2006. *Cancer Epidemiology*, 35(5), 438-441.

Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology*. 17(4), 317-328.

Lu, W.L., Jansen, L., Post, W.J., Bonnema, J., Van de Velde, J.C. & De Bock, G.H. (2009). Impact on survival of early detection of isolated breast recurrences after the primary treatment for breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 114(3), 403-412.

Ma, H., Bernstein, L., Pike, M.C. & Ursin, G. (2006). Reproductive factors and breast cancer risks according to estrogen and progesterone receptor status : A meta-analysis of epidemiological studies. *Breast Cancer Research*, 8(4), R43.

Marchionni, L., Wilson, R.F., Wolff, A.C., Marinopoulos, S., Parmigiani, G., Bass E.B. & Goodman, S.N. (2008). Systematic review: gene expression profiling assays in early-stage breast cancer. *Annals of Internal Medicine*, 148(5), 358-369.

McPherson, K., Steel, C.M. & Dixon, J.M. (2000). ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 321(7261), 624-628.

Mercadante, S., Vitrano, V. & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Supportive Care in Cancer*, 18(6), 659-665.

Metcalf, K.A., Semple, J., Quan, M.L., Vadaparampil, S.T., Holloway, C., Brown, M., Bower, B., Sun, P. & Narod, S.A. (2012). Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Annals of Surgical Oncology*, 19(1), 233-241.

Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W. & van de Poll-Franse, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 41(17), 2613-2619.

Monninkhof, E.M., Elias, S.G., Vlems, F.A., van der Tweel, I., Schuit, A.J., Voskuil, D.W., van Leeuwen F.E. & TFPAC (2007). Physical activity and breast cancer: a systematic review. *Epidemiology*, 18(1), 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, 1-31.

Moegle, M., Buchholz, S., Seitz, S. & Ortmann, O. (2012). Vaginal estrogen therapy in postmenopausal breast cancer patients treated with aromatase inhibitors. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285(5), 1397-1402.

Nerlich, A.G., Rohrbach H., Bachmeier, B. & Zink, A. (2006). Malignant tumors in two ancient populations: An approach to historical tumor epidemiology. *Oncology Reports*, 16(1), 197-202.

- Nesvold, I.L., Fossa, S.D., Holm, I., Naume, B. & Dahl, A.A (2010) Arm/shoulder problems in breast cancer survivors are associated with reduced health and poorer physical quality of life. *Acta Oncologica*, 49(3), 347-353.
- Neuner, J.M., Yen, T.W., Sparapani, R.A., Laud, P.W. & Nattinger, A.B. (2011). Fracture risk and adjuvant hormonal therapy among a population-based cohort of older female breast cancer patients. *Osteoporosis International*, 22(11), 2847-2855.
- Nugent, K.P., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R. & Johnson, C.D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 42(12), 1569-1574.
- Ohsumi, S., Shimozuma, K., Morita, S., Hara, F., Takabatake, D., Takashima, S., Taira, N., Aogi, K. & Takashima, S. (2009). Factors associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(8), 491-496.
- Oliveria, S.A. & Christos, P.J. (1997). The epidemiology of physical activity and cancer. *Annals of the New York Academy of Science*, 833, 79-90.
- Parkin, D.M., Bray, F., Ferlay, J. & Pisani P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), 74-108.
- Peate, M., Meiser, B., Hickey, M. & Friedlander, M. (2009). The fertility-related concerns, needs and preferences of younger women with breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 116(2), 215-223.
- Renehan, A.G., Zwahlen, M., Minder, C., O'Dwyer, S.T., Shalet, S. & Egger, M. (2004). Insulin-like growth factor (IGF)-I, IGF binding protein-3, and cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. *The Lancet*, 363(9418), 1346-1353.
- Rowen, D., Brazier, J., Young, T., Gaugris, S., Craig, B.M., King, M.T. & Velikova, G. (2011). Deriving a preference-based measure for cancer using the EORTC QLQ-C30. *Value in Health*, 14(5), 721-731.
- Ryan, J.L (2010). Treatment of chemotherapy-induced nausea in cancer patients. *European Oncology*, 6(2),14-16.
- Safarinejad, M.R., Shafiei, N. & Safarinejad, S. (2013). Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology*, 22(6), 1242-1248.
- Schilder, C., Seynaeve, C., Beex, L.V, Boogerd, W., Linn, S.C., Gundy, C.M., Huizenga, H.M., Nortier, J.W., van de Velde, C.J., van Dam, F.S. & Schagen S.B. (2010). Effects of tamoxifen and exemestane on cognitive functioning of postmenopausal patients with breast cancer: results from the neuropsychological side study of the tamoxifen and exemestane adjuvant multinational trial. *Journal of Clinical Oncology*, 28(8), 1294-1300.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermland, M.J. & Ruland, M.C. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared to the general population. *Quality of Life Research*, 14(8),1813-1823.
- Seitz, H.K., Pelucchi, C., Bagnardi, V. & La Vecchia C. (2012). Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 204-212.
- Smith, R.A., Saslow, D., Sawyer, K.A., Burke, W., Costanza, M.E., Evans, W.P. 3rd, Foster, R.S. Jr, Hendrick, E., Eyre, H.J., Sener, S., American Cancer Society High-Risk Work Group, American Cancer Society Screening Older Women Work Group, American Cancer Society Mammography Work Group, American Cancer Society Physical Examination Work Group, American Cancer Society New Technologies Work Group & American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group (2003). American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003 (2003). *CA: A*

Cancer Journal for Clinicians, 53(3), 141-169.

Soerjomataram, I., Louwman, M.W., Ribot, J.G., Roukema, J.A. & Coebergh, J.W. (2008). An overview of prognostic factors for long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 107(3), 309-330.

Spratt, D.E., Pei, X., Yamada, J., Kollmeier, M.A., Cox, B. & Zelefsky, M.J. (2013). Long-term survival and toxicity in patients treated with high-dose intensity modulated radiation therapy for localized prostate cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics*, 85(3),686-692.

Tavassoli, F.A. & Devilee, P. (2003). World Health Organisation Classification of tumours. In: *Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs*. Lyon: IARC Press.

Taylor, E.F., Burley, V.J., Greenwood, D.C. & Cade, J.E. (2007). Meat consumption and risk of breast cancer in the UK Women's Cohort Study. *British Journal of Cancer*, 96(7), 1139-1146.

Thewes, B., Meiser, B., Taylor, A., Phillips, K.A., Pendlebury, S., Capp, A., Dalley, D., Goldstein, D., Baber, R. & Friedlander, M.L. (2005). Fertility- and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of early breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(22), 5155-5165.

Turnbull, C. & Rahnan, N. (2008). Genetic predisposition to breast cancer: past, present and future. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 9,321-345.

van't Spijker, A., Trisjburg, R.W. & Duinevenvoorden, H.J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(13) 280-293.

Veiga, D.F., Sabino Neto, M., Ferreira, L.M., Garcia, E.B., Veiga Filho, J., Novo, N.F. & Rocha, J.L. (2004). Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery*, 57(3), 252-257.

Vickberg, S.M. (2003). The concerns about recurrence scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24.

Vogel, V.G. (2000). Breast cancer prevention: a review of current evidence (2000). *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 50(3), 156-170.

Vomvas, D., Iconomou, G., Soubasi, E., Leotsinidis, M., Kalofonos, H.P., Beratis, S., Kardamakis, D. & Assimakopoulos, K. (2012). Assessment of sexual function in patients with cancer undergoing radiotherapy-a single centre prospective study. *Anticancer Research*, 32(2), 657-664.

Voogd, A.C., Nielsen, M., Peterse, J.L., Blichert-Toft, M., Bartelink, H., Overgaard, M., van Tienhoven, G., Andersen, K.W., Sylvester, R.J. & van Dongen, J.A.(2001). Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast-conserving therapy or mastectomy for stage I and II breast cancer: pooled results of two large European randomized trials. *Journal of Clinical Oncology*, 19(6), 1688-1697.

Walsh, S.R., Manuel, J.C. & Avis, N.E (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, Systems, & Health*, 23(1), 80-93.

Weber, B.L. & Nathanson, K.L. (2000). Low penetrance genes associated with increased risk for breast cancer. *European Journal of Cancer*. 36(10), 1193-1199.

- Wefel, J.S., Lenzi, R., Theriault, R.L., Davis, R.N. & Meyers, C.A. (2004). The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: results of a retrospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer*, 100(11), 2292-2299.
- Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, M.J., Cella, D., Garrett, K.M., Kluhsman, B.C., Crane, L.A. & Marcus, A.C. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86(9), 1768-1774.
- Wenzel, L., Vergote, I. & Cella, D. (2003). Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: special considerations for patient care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 83 Suppl 1, 211-229.
- WHOQOLGroup. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Willett, W.C. (2001). Diet and breast cancer. *Journal of Internal Medicine*, 249(5), 395-411.
- Wong-Kim, E.C & Bloom, J.R (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 14(7), 564-573.
- Yfantopoulos, J. & Sarris, M. (2001). Health related quality of life. Measurement methodology. *Archives of Hellenic Medicine*, 8(3), 218-229.
- Yfantopoulos, J. (2001). Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 114-130.
- Yfantopoulos, J. (2001). The "social" quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 108-113.
- Youngblood, M., Williams, P.D., Eyles, H., Waring, J. & Runyon, S. (1994). A comparison of two methods of assessing cancer therapy-related symptoms. *Cancer Nursing*, 17(1), 37-44.
- Zheng, T., Holford, T.R., Mayne, S.T., Owens, P.H., Zhang, Y., Zhang, B., Boyle, P. & Zahm, S.H. (2001). Lactation and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. *British Journal of Cancer*, 84(11), 1472-1476.
- Αραπαντώνη-Δαδιώτη, Π. (2008). Επιδημιολογία-Ιστοπαθολογία. In: Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας (Eds.). *Καρκίνος Μαστού & Εισαγωγή στην Κλινική Έρευνα* (pp. 28-39). Αθήνα.
- Δημοσθένους, Κ. (2010). Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, σχετιζόμενη με χημειοθεραπεία, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλλης Σ. (2001). Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. In: Μ. Σαρρής & Σ. Σούλλης (Eds), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Θεοφίλου, Π. (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. *e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, 17, 43-53.
- Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α. & Μάντη Π. (1999). Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κεραμόπουλλος, Α., Λούβρου, Α., Αμπελά, Κ., Βουρλή, Γ., Μπαλάς, Δ., Κεραμόπουλλος, Δ., Γάκη, Β., Δημητρακάκης, Κ., Μπέμπη, Μ. & Μπερδάκης, Ν. (2005). Διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(1), 66-72.
- Λαβδανίτη, Μ. & Πατηράκη-Κουρπανή Ε. (2006). Τα ερευνητικά δεδομένα μελετών της κόπωσης γυναικών με καρκίνο μαστού υπό ακτινοθεραπεία. *Νοσηλευτική*, 45(4), 458-469.

- Λαβδανίτη, Μ., Δαφνή, Ο., Σωτηροπούλου, Α., Λεμονίδου, Χ. & Πατηράκη Ε. (2008). Η βιωμένη εμπειρία της κόπωσης σε Ελληνίδες ασθενείς με καρκίνο μαστού. *Νοσηλευτική*, 47(4), 517-527.
- Λάγιου, Α., (2008). Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(6), 742-748.
- Μαλαχίας, Γ. (2006). Η θέση της υπερηχογραφικής εξέτασης του μαστού σήμερα, η ανίχνευση των παθήσεων του σε συνδυασμό με τη μαστογραφία, *Ιατρονετ*, accessed March 2013.
- Μάλλιου, Σ., Αγνάντη, Ν., Παυλίδης, Ν., Καππάς, Α., Κριαράς, Ι. & Γερούλιανος, Σ. (2006). Η Ιστορία του καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(3), 260-278.
- Μάντη, Π. & Τσελέπη Χ. (2000). In: Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, Εκδόσεις Ανοικτού Πανεπιστημίου Πάτρας.
- Μπελλάλη, Θ.Χ., Αβραμικά, Μ.Γ., Μαστροκόστας, Α.Γ. & Γκριζιώτη Μ.Χ. (2011). Μελέτη της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του λάρυγγα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(4), 515-529.
- Οικονόμου, Β.Γ. & Καλόφωνος (2006). Π.Χ. Ποιότητα Ζωής. In: Γ. Φούντζηλας & Β. Μπαρμπούνης (Eds.), *Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Πανόπουλος, Χ. (2006). Γενετική προδιάθεση του καρκίνου. In: Γ. Φούντζηλας & Β. Μπαρμπούνης (Eds.), *Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Παπαγεωργίου, Δ. & Κουτελέκος, Ι. (2009). Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), 291-303.
- Πολυκανδριώτη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Κουκουλάρης, Δ., Αλεξάκη, Ε., Βαγενά, Γ., Κυρίτση, Ε. & Παπαγεωργίου, Δ. (2009). Εκτίμηση της κόπωσης σε χημειοθεραπευόμενους ασθενείς. *Νοσηλευτική*, 48(2), 207-216.
- Ράπτη, Σ. (2007). *Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Γ*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σπυριδόπουλος, Β. & Πετρίδου Ε. (2006). Έλεγχος του καρκίνου - Δυνατότητες προληπτικής παρέμβασης. In: Γ. Φούντζηλας & Β. Μπαρμπούνης (Eds.), *Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου, Α' ΤΟΜΟΣ*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Σούλλης, Σ. (1991). *Δημογραφία και Υγεία*. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.
- Σούλλης, Σ. (1998). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Φασόη-Μπαρκά, Γ., Κελέση-Σταυροπούλου, Μ., Κουτσοπούλου-Σοφικίτη, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε., Μπίρμπας, Κ. & Κατοστάρας Θ. (2010). Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα χρόνο μετά την διάγνωση, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 76-99.

Παράρτημα 1

Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού

Πίνακας 1: Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού με το σύστημα TNM συσχετίζει το μέγεθος του όγκου, την πιθανή διήθηση των λεμφαδένων και την ύπαρξη μεταστάσεων (National Cancer Institute, Breast Cancer, 2012)

Μέγεθος Όγκου T

T0	Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου
Tis	Καρκίνωμα σε πόρο ή λοβίο, ή νόσος του Paget της θηλής, χωρίς διήθηση υγιούς ιστού
T1	Όγκος με μέγιστη διάταση <2 cm
T2	Όγκος διάταση 2-5 cm
T3	Όγκος διάταση >5 cm
T4	Όγκος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα

Διήθηση Λεμφαδένων (N)

N0	Δεν υπάρχει διήθησηςτοπικών λεμφαδένων
N1	Διήθηση κινητών σύστοιχων μασχαλιαίων αδένων
N2	Διήθηση συμφύομενων σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων
N3	Διήθηση υποκλείδιων λεμφαδένων και πιθανή συμμετοχή μασχαλιαίων λεμφαδένων

Μεταστάσεις (M)

Mx	Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η ύπαρξη τυχόν απομακρυσμένων μεταστάσεων
M0	Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Πίνακας 2: Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού TNM (National Cancer Institute, Breast Cancer, 2012)

	Μέγεθος	Λεμφαδένες	Μετάσταση
Στάδιο 0	Tis	N0	M0
Στάδιο I	T1	N0	M0
Στάδιο IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Στάδιο IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Στάδιο IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Στάδιο IIIb	T4	N 0 μέχρι 3	M0
	T 0 μέχρι 4	N3	M0
Στάδιο IV	T 0 μέχρι 4	N 0 μέχρι 3	M1

Πίνακας 3: Ποσοστά 5 ετούς επιβίωσης σύμφωνα με την σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού (National Cancer Institute, Breast Cancer, 2012)

Στάδιο	Ποσοστό 5 ετούς επιβίωσης
Στάδιο 0	100%
Στάδιο I	98%
Στάδιο II	88%
Στάδιο IIIa	56%
Στάδιο IIIb	49%
Στάδιο IV	16%

Παράρτημα 2

Θεραπευτική Προσέγγιση Καρκίνου του Μαστού

Πίνακας 4: Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

<p><u>Χειρουργική Προσέγγιση</u>: αποσκοπεί στην αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και κάποιων λεμφαδένων. Στόχος της επέμβασης είναι η διατήρηση του μαστού όπου ενδείκνυται</p>	<p>Ριζική Μαστεκτομή Εκτεταμένη Ριζική Μαστεκτομή Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή Απλή μαστεκτομή Ογκεκτομή</p>
<p><u>Ακτινοθεραπεία</u>: είναι βασική θεραπεία όταν προηγείται επέμβασης διατήρησης μαστού. Έχει σκοπό την τοπική καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων</p>	<p>Ριζική Μετεγχειρητική Προεγχειρητική Σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία</p>
<p><u>Επικουρική Χημειοθεραπεία</u>: έχει σκοπό την καταστροφή καρκινικών κυττάρων που πιθανόν να έχουν διαφύγει από τον πρωτοπαθή όγκο και απειλούν με μεταστατικές εστίες</p>	<p>CAF ή FAC ή FEC (συνδυασμός κυκλοφωσφαμίδης με μια ανθρακυκλίνη και 5-φλουουρακίλη) TAC (συνδυασμός Δοσιταξέλης-δόξορουπικίνης και κυκλοφωσφαμίδης) και AC-T (συνδυασμός δοξορουπικίνης και κυκλοφωσφαμίδης ακολουθούμενος από πακλιταξέλη)</p>
<p><u>Επικουρική Ορμονοθεραπεία</u>: χορηγείται σε όγκους με θετική έκφραση των ορμονικών υποδοχέων, στόχος της η δέσμευση της δράσης των οιστρογόνων</p>	<p>Αντι-οιστρογόνο π.χ. Ταμοξιφενή Αναστολείς γοναδοτροφινών π.χ. Γοσερελίνη Αναστολείς της Αρωματάσης π.χ. Αναστραζόλη</p>
<p><u>Νεώτερες Θεραπείες με Βιολογικούς Παράγοντες (Targeted Treatment)</u>: χορηγείται σε ασθενείς με όγκους θετικούς στην πρωτεΐνη HER2. Έχει σκοπό την ενίσχυση του ανοσολογικού συστήματος</p>	<p>Μονοκλωνικό αντίσωμα trastuzumab (HERCEPTIN)</p>

**Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας από την Εθνική
Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2012.01.18

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

08 Φεβρουαρίου 2012

Κυρία Άννα Μαρία Κώττη Κιτρομηλίδου
Αποστόλου Μελαχρινού 7
2049 Στρόβολος
Λευκωσία

Αξιότιμη κυρία Κιτρομηλίδου,

Θέμα: «Μελέτη της ποιότητας ζωής των γυναικών με εμπειρία καρκίνου του μαστού»

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 06 Φεβρουαρίου 2012 για το πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, περίληψη ερευνητικής πρότασης, επιστολή ενημέρωσης προς συμμετέχοντες και ερωτηματολόγια: EORT QLQ-C30 και EORT QLQ – BR23) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

Παράρτημα 4

Άδειες Χρήσης και Ερωτηματολόγια EORTC

Dear Anna Maria,

Thank you for your request and your interest in our measures.

To obtain a copy of the QLQ-C30 and other validated modules, which are copyrighted instruments, please visit our website, http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_downloads.htm where you will be able to fill in a download request.

The use of the questionnaire/modules is free of charge for academic users.

Please feel free to contact me again if you should need anything further.

Kind regards,

Rossella

Rossella Guzzo Foliaro
EORTC, Quality of Life Department Assistant
Tel: +32 2 77416 78
Fax: +32 (0) 2 779 4568
Avenue E. Mounier 83/11 • 1200 Brussels • Belgium
rossella.guzzo@eortc.be
<http://groups.eortc.be/qol>
50 years of Progress Against Cancer [1962–2012]

From: anna maria kotti [<mailto:amkotti@cytanet.com.cy>]
Sent: Friday, 18 November, 2011 19:46
To: Rossella Guzzo
Subject: questionnaire

Dear Ms. Guzzo,

My name is Anna Maria Kitromilidou and I am a student at Cyprus Open University. Currently I am carrying out my post graduate thesis and the subject I chose to study is the quality of life of young women diagnosed with breast cancer. I would really be very grateful if you could send me the questionnaire QLQ30 BR23 in Greek. Please inform me of any special issues I have to take into account.

Thank you,

Best regards
Anna Maria Kitromilidou.

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms.
Firstname: Anna Maria
Lastname: Kotti Kitromilidou
Hospital/Institution: Makarios Hospital
Address: 7 Apostolou Melachrinou street
County/State:
Postal Code: 2049
Country: Cyprus
Phone: 0035799512225
Fax:
Email: amkotti@cytanet.com.cy
Protocol: Quality of life and young women with breast cancer

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Greek
Breast Module (BR23) in Greek
QLQ-C30 Scoring Manual
Scoring Instructions: Breast BR23

URLs:

<http://www.eortc.be/home/gol/files/C30/QLQ-C30%20Greek.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/BR23/BR23%20Greek.pdf>
<http://www.eortc.be/home/gol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/home/gol/files/ScoringInstructions/BR23_summary.pdf

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be


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:

Την χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος):

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος): 31

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως κουβαλώντας 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:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
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. Πονούσατε;	1	2	3	4
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	1	2	3	4
11. Είχατε απόνειες;	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

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
16. Είχατε δυσκολιότητα;	1	2	3	4
17. Είχατε διάρροια;	1	2	3	4
18. Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;	1	2	3	4
19. Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;	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</u> σας ζωή;	1	2	3	4
27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις <u>κοινωνικές</u> σας εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);	1	2	3	4
28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία 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 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
31. Το στόμα σας ήταν ξηρό;	1	2	3	4
32. Τα τρόφιμα και τα ποτά που καταναλώσατε είχαν διαφορετική γεύση απ' ό,τι συνήθως;	1	2	3	4
33. Τα μάτια σας πονούσαν, ήταν ερεθισμένα ή πιο υγρά;	1	2	3	4
34. Είχατε τριχόπτωση;	1	2	3	4
35. Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε τριχόπτωση: Η τριχόπτωση σας προκάλεσε ανησυχία;	1	2	3	4
36. Αισθανθήκατε άρρωστη ή αδιάθετη;	1	2	3	4
37. Είχατε εξάψεις;	1	2	3	4
38. Είχατε πονοκεφάλους;	1	2	3	4
39. Είχατε την αίσθηση ότι η εμφάνισή σας ήταν λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
40. Είχατε την αίσθηση ότι η θηλυκότητά σας είχε ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
41. Δυσκολεύοσασταν να κοιτάξετε το σώμα σας γυμνό;	1	2	3	4
42. Αισθανόσασταν απογοήτευση με το σώμα σας;	1	2	3	4
43. Σας ανησυχούσε το θέμα της υγείας σας στο μέλλον;	1	2	3	4

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

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

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