



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΒΕΤΙΑ**

ΜΟΣΧΟΦΙΔΟΥ Β. ΜΑΡΙΑ-ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΒΕΤΙΑ**

ΜΟΣΧΟΦΙΔΟΥ Β. ΜΑΡΙΑ-ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | iv |
| Περίληψη | v |
| Abstract | vii |
| Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή | 1 |
| A. Γενικό Μέρος | 3 |
| Κεφάλαιο 2. Καρκίνος του Μαστού | 4 |
| 2.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία..... | 4 |
| 2.2 Παράγοντες Κινδύνου | 6 |
| 2.3 Πρόληψη και Προσυμπτωματικός Έλεγχος..... | 7 |
| 2.4 Διάγνωση..... | 9 |
| 2.5 Σταδιοποίηση | 9 |
| 2.6 Οι Επιπτώσεις της Νόσου στη Ζωή της Ασθενούς | 11 |
| Κεφάλαιο 3. Ποιότητα Ζωής | 13 |
| 3.1 Ορισμοί | 13 |
| 3.2 Αξιολόγηση και Βαθμολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής..... | 14 |
| 3.3 Δείκτες της Ποιότητας Ζωής..... | 14 |
| 3.4 Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής | 15 |
| Κεφάλαιο 4. Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής | 17 |
| 4.1 Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής στο Γενικό Πληθυσμό | 17 |
| 4.2 Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού | 18 |
| Κεφάλαιο 5. Πολιτικές Υγείας | 24 |
| 5.1 Το Κοινωνικό Κράτος..... | 24 |
| 5.1.1 Το Σύστημα Υγείας στην Ελβετία | 25 |
| 5.1.2 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα | 26 |
| 5.2 Συγκριτική Αξιολόγηση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας σε Ελλάδα και Ελβετία..... | 28 |
| 5.3 Συγκριτική Αξιολόγηση των Εθνικών Σχεδίων Δράσεων για τον Καρκίνο σε Ελλάδα και Ελβετία..... | 29 |
| B. Ειδικό Μέρος | 32 |
| Κεφάλαιο 6. Σχεδιασμός της Μελέτης | 33 |
| 6.1 Υλικό και Μέθοδος..... | 33 |

| | |
|--|------------|
| 6.2 Κριτήρια Ένταξης και Αποκλεισμού των Ασθενών | 34 |
| 6.3 Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής..... | 34 |
| 6.4 Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής..... | 36 |
| 6.5 Χώρος Μελέτης..... | 37 |
| 6.6 Ηθικά Θέματα | 39 |
| 6.7 Στατιστική Ανάλυση | 39 |
| Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα | 42 |
| 7.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά..... | 42 |
| 7.2 Ικανοποίηση | 44 |
| 7.3 Συσχετίσεις της Ποιότητας Ζωής με τις Ανεξάρτητες Μεταβλητές | 51 |
| 7.3.1 Ερωτηματολόγιο QLQ-30v3 | 51 |
| 7.3.2 Ερωτηματολόγιο QLQ-BR23 | 96 |
| Κεφάλαιο 8. Συζήτηση | 117 |
| 8.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων..... | 117 |
| 8.2 Κλινική Αξιοποίηση Αποτελεσμάτων..... | 124 |
| Κεφάλαιο 9. Επίλογος | 125 |
| 9.1 Συμπεράσματα | 125 |
| Βιβλιογραφία | 127 |
| Ελληνόγλωσση..... | 127 |
| Ξενόγλωσση..... | 128 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγια | 143 |
| A.1 Ερωτηματολόγιο Προσδιοριστών για την Ελλάδα | 144 |
| A.2 Ερωτηματολόγιο Προσδιοριστών για την Ελβετία στο Γαλλόφωνο καντόνι..... | 149 |
| A.3 Ερωτηματολόγιο προσδιοριστών για την Ελβετία στο Γερμανόφωνο καντόνι | 154 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Άδειες Διεξαγωγής Μελέτης | 159 |
| B.1 Άδεια – Α.Ν.Θ. Θεαγένειο | 160 |
| B.2 Άδεια – Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης | 161 |
| B.3 Άδεια Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων στην Ελλάδα | 162 |
| B.4 Άδεια Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων Ελβετία | 163 |
| Συντομογραφίες | 164 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβήκατέστη δυνατή χάρη στη συμβολή 191 ασθενών, που σε μια δύσκολη χρονική στιγμή της ζωής τους ανταποκρίθηκαν θερμά και μου εμπιστεύτηκαν τα δεδομένα τους πάνω στα οποία στηρίχθηκε η παρούσα μελέτη.

Σε αυτές τις ασθενείς θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες για τη διαθεσιμότητα τους. Πέρα από την ακαδημαϊκές γνώσεις κατά τη συγγραφή, οι συναντήσεις αυτές είχαν μεγάλο διδακτικό όφελος.

Η ευγνωμοσύνη μου επεκτείνεται και σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που με οποιοδήποτε τρόπο συνέβαλαν σε αυτή την μεταπτυχιακή διατριβή. Ειδική μνεία στους Dr. Didier Schaad(Clinique La Source, Λωζάνης), Κωνσταντίνο Παπαζήση (Γενική κλινική Θεσσαλονίκης) για τη χορήγησητης άδειασστις αντίστοιχες κλινικές, τον Christophe Brégand και την EniKassimidis για τον έλεγχο των μεταφράσεων.

Το μεγαλύτερο ευχαριστώ, το οφείλω στον επιβλέποντα καθηγητή μου Πέτρο Γαλάνη, ο οποίος αποτέλεσε κίνητρο για τη διεξαγωγή της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής και με στήριξε ουσιαστικά στα δύσκολα σημεία της.Η ευρεία γνώση και ο επιστημονικός τρόπος σκέψης του, πρόσθεσαν την αξία, που διεύρυναν την μελέτη, πέρα από τον ορίζοντα των δικών μου αναζητήσεων.Τον ευχαριστώ θερμά.

Τέλος, οφείλω ένα βαθύ ευχαριστώ στους γονείς μου Βασίλη και Μαρίνα, για την αδιάλειπτη υποστήριξη τους, στη κάθε μου προσπάθεια.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς είναι δυνατόν να διαμορφωθούν οι κατάλληλες συνθήκες για τη βελτίωση της.

Σκοπός: Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού και η εύρεση των προσδιοριστών της ποιότητας αυτής.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη στην οποία μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 191 γυναίκες με καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου (0-ΙΙΒ) (98 ασθενείς από την Ελλάδα και 93 ασθενείς στην Ελβετία). Οι ασθενείς βρίσκονταν 1-5 έτη μετά τη διάγνωση και τη βασική θεραπεία, ενώ πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ανώνυμα το ερωτηματολόγιο European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά και κλινικά τους χαρακτηριστικά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBMSPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Το 35,6% των ασθενών είχαν υποβληθεί σε προστατευτική ριζική μαστεκτομή, το 28,3% είχαν υποστεί μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού, το 31,4% είχαν υποστεί ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα και το 4,7% δεν είχαν υποστεί επέμβαση. Η μέση ηλικία των ασθενών στην Ελλάδα ήταν 56,1 έτη, ενώ στην Ελβετία ήταν 55,6 έτη. Το 95,7% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 72,4%. Το 43% των ασθενών στην Ελβετία δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 7,1% ($p < 0,001$). Οι ασθενείς στην Ελβετία ενημερώνονταν συχνότερα για τη νόσο τους σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα ($p = 0,001$). Οι μη εργαζόμενες πριν από τη διάγνωση της νόσου και οι επισκέπτριες σε μη κυβερνητικές οργανώσεις είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας ($p = 0,004$ και $p = 0,01$ αντιστοίχως). Επιπλέον, η αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής κατάστασης υγείας ($p = 0,024$) ενώ η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου με μείωση της ($p = 0,036$). Η αύξηση της ηλικίας, η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος, η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οικογένεια και η αύξηση της ικανοποίησης από την υποστήριξη του κράτους σχετιζόταν

με μείωση της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου ($p=0,004$, $p=0,049$, $p=0,05$ και $p=0,001$ αντιστοίχως). Οι ασθενείς στην Ελλάδα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών και μεγαλύτερη βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελβετία ($p=0,022$ και $p<0,001$ αντιστοίχως). Οι ασθενείς στην Ελβετία είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής εικόνας σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα ($p=0,007$).

Συμπεράσματα: Η εύρεση των προσδιοριστών της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. Προς την κατεύθυνση αυτή μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά τόσο οι κρατικοί φορείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας, ενώ άλλοι παράγοντες όπως η οικογένεια και το περιβάλλον φαίνεται να διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, προσδιοριστές, Ελβετία, Ελλάδα

Abstract

Introduction: Quality of life in breast cancer patients is an important public health issue since it is possible to create the appropriate conditions in order to improve it.

Aim: To estimate the quality of life in breast cancer patients and to identify determinants of this quality.

Methods: We conducted a cross-sectional study and study population consisted of 191 breast cancer patients early stage (0-IIIB) (98 in Greece and 93 in Switzerland). Patients were 1-5 years after diagnosis and basic treatment, while we used a convenience sample. Patients filled anonymously the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) to estimate quality of life and a questionnaire with demographic data, clinical data and health services access. Data analysis was performed with statistical package IBM SPSS 21.0.

Results: Thirty-five point six percent of patients had undergone preventive radical mastectomy, 28.3% had undergone mastectomy with plastic surgery, 31.4% had undergone surgery with depletion of axilla or biopsy of lymphs and 4.7% did not undergo surgery. Mean age of patients in Greece was 56.1 years, while in Switzerland was 55.6 years. Ninety-five point seven percent of patients in Switzerland and 72.4% in Greece were a lot/very satisfied with health care services. Forty-three percent of patients in Switzerland and 7.1% in Greece stated that they did not meet problems during their disease course ($p < 0.001$). Patients in Switzerland informed about their disease more frequently than those in Greece ($p = 0.001$). Unemployed before diagnosis and patients visiting non government associations had higher total health score ($p = 0.004$ and $p = 0.01$ respectively). Also, increased monthly income were associated with increased total health score ($p = 0.024$) while the increased educational level with decreased ($p = 0.036$). Increased age, increased body mass index, increased family satisfaction and increased satisfaction from state were associated with decreased score on functional role ($p = 0.004$, $p = 0.049$, $p = 0.05$ and $p = 0.001$ respectively). Patients in Greece had higher score on financial difficulties scale and higher score on undesirable outcomes because of drugs therapy scale ($p = 0.022$ and $p < 0.001$ respectively). Patients in Switzerland had higher score on body image scale ($p = 0.007$).

Conclusions: Identification of determinants of quality of life in breast cancer patients is decisive in order to improve health of these patients. Health professionals and governmental actions could help in that way. while other factors such as family and the environment seem to play an equally important role.

Keywords: breast cancer, quality of life, determinants, Switzerland, Greece

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες αποτελεί έναν μεγάλο κίνδυνο για τη δημόσια υγεία των περισσότερων ανεπτυγμένων κρατών. Στην Ευρώπη είναι η πρώτη σε επίπτωση μορφή καρκίνου ανεξαρτήτως φύλου (Ferlayetal., 2013), ενώ στις ΗΠΑ αναμένονταν 232.670 νέα περιστατικά για το 2014, αριθμός που αντιστοιχεί στο 29% των νέων περιστατικών καρκίνου στις γυναίκες για το έτος αυτό (Siegeletal., 2014).

Η μείωση της θνησιμότητας κυρίως χάρη στις προόδους στον τομέα της φαρμακολογίας και της έγκαιρης διάγνωσης (DeVita&Chu, 2008; EarlyBreastCancerTrialists' CollaborativeGroup, 2005) είχε ως αποτέλεσμα την μετατόπιση ενός μέρους του ερευνητικού ενδιαφέροντος από τους τρόπους παράτασης του προσδόκιμου ζωής στην καλύτερη ποιότητα ζωής κατά την επιβίωση (Choetal., 2014; Fallow & Jenkins, 2014).

Επομένως ένα σημαντικό θέμα στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι η ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ευρύτερη έννοια του όρου ποιότητα ζωής δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, ενώ ο όρος ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (health related QoL) περιγράφει τις επιπτώσεις που έχει μια νόσος ή η θεραπεία της στην καθημερινότητα του ασθενούς (Δαρβίρη, 2009).

Εφαλτήριο για την επιλογή του θέματος της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση της νόσου σε παγκόσμιο επίπεδο, στην οποία παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Το συγκεκριμένο θέμα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς στην Ελλάδα, ωστόσο τα τελευταία χρόνια φαίνεται να προκαλεί όλο και περισσότερο το ερευνητικό ενδιαφέρον στην διεθνή βιβλιογραφία.

Στη μελέτη μας, διερευνήσαμε τους προσδιοριστές της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου (0-IIb) και ιδιαίτερα το διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον μεταξύ των δυο χωρών. Πιο συγκεκριμένα η μελέτη δομείται σε τρεις άξονες: (α) Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών (β) Διερεύνηση των προσδιοριστών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (γ) Σύγκριση των προσδιοριστών αυτών μεταξύ των δυο χωρών. Χωρίζεται σε δύο μέρη, το πρώτο μέρος είναι το γενικό και αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο που στηρίχτηκε η μελέτη, με σημαντικότερο το κεφάλαιο τέσσερα, στο

οποίο παρουσιάζονται οι προσδιοριστές της ΠΖ (ποιότητας ζωής) που εντοπίστηκαν κατά τη νασκόπηση της βιβλιογραφίας και αποτέλεσαν τη βάση για τη συγγραφή του ερωτηματολογίου, ενώ στο δεύτερο μέρος, το ειδικό, περιγράφονται τα βασικά στοιχεία του τρόπου διεξαγωγής της έρευνας, η περιγραφή της καθώς επίσης παρατίθενται, συνεξετάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα, καταλήγοντας στα συμπεράσματα και τις προτάσεις για στρατηγικές προσανατολισμένες στην ειδική κατηγορία ασθενών.

Αφενός η εύρεση των προσδιοριστών (δημογραφικά στοιχεία, σύστημα υγείας, διαφορετική κουλτούρα κ.ά.) θα παίξει καθοριστικό ρόλο για την χάραξη των κατάλληλων πολιτικών υγείας. Αφετέρου, τα ευρήματα αυτά αναμένεται να έχουν και κλινική σημασία λόγω του ότι οι μελετώμενοι προσδιοριστές ενδεχομένως να μπορούν να τροποποιηθούν με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Έρευνες έχουν δείξει πως διάφοροι παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών μεταβάλλονται μέσα από ψυχολογικές παρεμβάσεις (Antonietal., 2006; Khodabakhshietal., 2015; Pelekasisetal., 2015), έχοντας επίδραση και στην επιβίωση των ασθενών (Stagletal., 2015). Συνεπώς, η ανάδειξη παραγόντων που συνδέονται με μια φτωχή ποιότητα ζωής είναι ιδιαίτερης κλινικής σημασίας και πρέπει να αποτελέσει στόχο μελλοντικών παρεμβατικών προγραμμάτων.

Α. Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 2. Καρκίνος του Μαστού

2.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Πέραν της τεράστιας προαναφερθείσας επίπτωσης του γυναικείου καρκίνου του μαστού (Ferlayetal., 2013; Siegeletal., 2014), ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η εξέταση του σε ένα ευρύτερο φάσμα. Η παγκόσμια περιγραφική επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού δεν είναι απόλυτα γνωστή λόγω της έλλειψης στοιχείων από διάφορες περιοχές του κόσμου όπως η Αφρική και οι νησιωτικές χώρες του Ειρηνικού Ωκεανού (Brayetal., 2015; Shinetal., 2012). Δημοσιεύσεις που βασίζονται σε επιδημιολογικά δεδομένα, νοσοκομειακά στοιχεία και παθολογοανατομικά ευρήματα από τις αναπτυσσόμενες χώρες παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για το μέγεθος του προβλήματος σε παγκόσμιο επίπεδο (Boring etal., 1992).

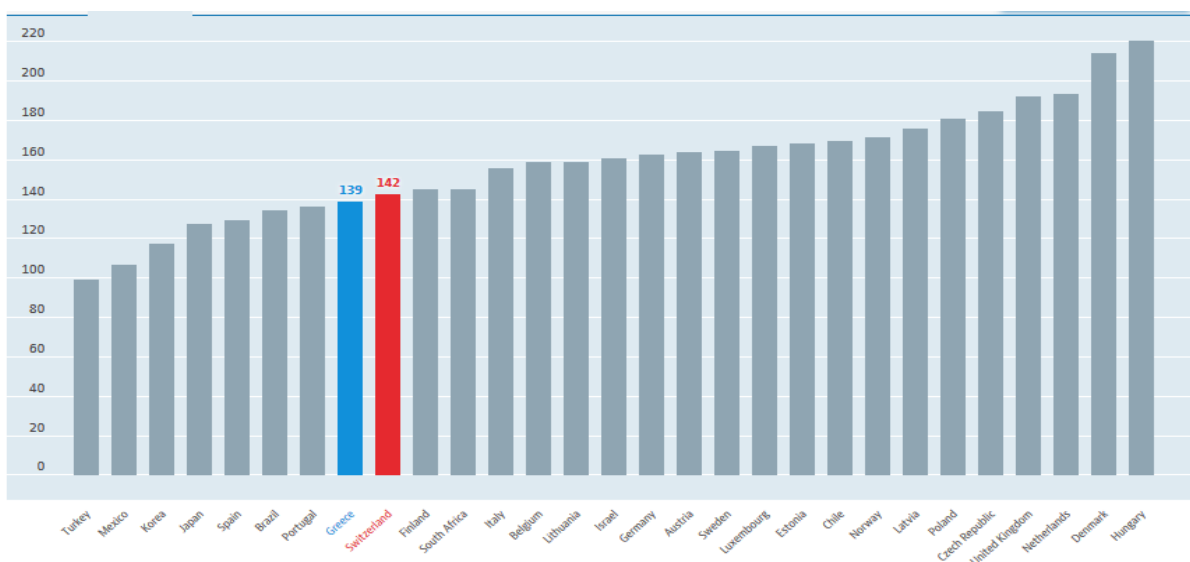
Αναμφισβήτητα, η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι μία στις οκτώ γυναίκες θα νοσήσει από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της (Taoetal., 2014), ενώ στην Αυστραλία μεταξύ 1990-2011 ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου αυξήθηκε κατά 2,5 φορές (Maxwell, 2014).

Στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού είναι η πρώτη σε επίπτωση και θνησιμότητα μορφή καρκίνου για τις γυναίκες (Ferlayetal., 2013), η συχνότητα είναι ιδιαίτερα χαμηλή συγκριτικά με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, έχοντας ωστόσο σχεδόν τον ίδιο αριθμό θανάτων με τις χώρες υψηλής συχνότητας (διάγραμμα 1). Μια πιθανή αιτία είναι η διάγνωση των ασθενών σε αρκετά προχωρημένο στάδιο, κάτι που οδηγεί σε μειωμένο προσδόκιμο ζωής των ασθενών αυτών και έχει ως αφετηρία της την έλλειψη επαρκούς προσυμπτωματικού ελέγχου. Πράγματι, κάτι τέτοιο είναι εξαιρετικά πιθανόν αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η Ελλάδα δεν κατάφερε να ενσωματώσει στην υγειονομική της πολιτική τον προσυμπτωματικό έλεγχο, παρά τη σύσταση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του 2003 (Γενική Γραμματεία Ισότητας, 2010).

Αναλύσεις σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα (Tomimaga, 1985). Πιθανολογείται ότι η γεωγραφική αυτή διαφοροποίηση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού οφείλεται σε περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες και όχι σε γενετικούς (Tomimaga, 1985).

Για την ερμηνεία της γεωγραφικής μεταβλητότητας έχουν μελετηθεί παράγοντες του περιβάλλοντος που σχετίζονται με διαφορετικά σωματομετρικά χαρακτηριστικά των αντίστοιχων πληθυσμών, καθώς και ορισμένες αναπαραγωγικές και διατροφικές παράμετροι, που πιθανώς να επηρεάζουν τα επίπεδα των κυκλοφορούντων οιστρογόνων (Tonioleotal, 1995).

Διάγραμμα 1: Θάνατοι από καρκίνο στις γυναίκες το 2012 στις χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: oecd.org, 2012

Σύμφωνα με το παραπάνω διαγράμμα και σε σύμπλευση με τα δεδομένα από άλλες μελέτες (Torre et al., 2016), η επίπτωση του καρκίνου εμφανίζει μεγάλη γεωγραφική διακύμανση. Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο συγκριτικά με την Κίνα, την Ιαπωνία, αλλά και την Τουρκία, στοιχείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, δεν φαίνεται πως επιδρά κατά κάποιο τρόπο στην έναρξη της νόσου, κάτι που επιβεβαιώνεται από μια μεγάλη επιδημιολογική ανάλυση στις ΗΠΑ (n=147.202) (Hartz & He, 2013). Εντούτοις, έχει διαπιστωθεί πως οι οικονομικές αντιξοότητες

νώρις στη ζωή του ατόμου σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου μετέπειτα στη ζωή, όπως φαίνεται μέσα από μια μελέτη στις ΗΠΑ (n=4.275) (Pudrovska et al., 2012).

2.2 Παράγοντες Κινδύνου

Έχουν καταγραφεί συγκεκριμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου, χωρίς να έχει διευκρινισθεί μέχρι σήμερα η ακριβής αιτιολογία της. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα καταδεικνύουν πως οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου είναι οι εξής:

1. Μεγάλος κίνδυνος

- Το φύλο (99% γυναίκες, 1% άνδρες) (Siegeletal., 2014)
- Ηλικία (50-70 ετών) (Americancancersociety, 2009; Siegeletal, 2014;Daoudetal, 2016)
- Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού (Mohammadbeigi etal., 2015; Ribeiroetal., 2016)
- Το ιστορικό καρκίνου στον άλλο μαστό (Gogasetal., 1993)
- Οι καλοήθειες παθήσεις του μαστού με ατυπία στην ιστολογική εξέταση (Socolovetal., 2015)
- Τα έντονα στρεσογόνα γεγονότα (Pantetal.,2009)
- Η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς σε σχέση με γυναίκες που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ, όσες καταναλώνουν 35-44 γραμμάρια και >45 γραμμάρια ανά ημέρα έχουν σχετικό κίνδυνο εμφάνισης 1,32 και 1,46 αντίστοιχα (Hamajima etal., 2002)

2. Μικρόςκίνδυνος

- Hέναρξηεμμηνουρύσεωςσεμικρήλικία
(CollaborativeGrouponHormonalFactorsinBreastCancer, 2012)
- Ηεμμηνόπαυσησεμεγάληλικία (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2012)
- Ηπαχυσαρκία (Argolo et al., 2015; Mohammadbeigi et al., 2015)
- Η ακτινοβολία (Yaffe&Mainprize, 2011)

- Η χρήση ορμονικών σκευασμάτων ή αντισυλληπτικών για πολλά χρόνια και από μικρή ηλικία (Charltonetal., 2014).
- Το κάπνισμα, το οποίο αν και συνδέεται με ένα πλήθος άλλων νεοπλασιών, έχει μικρή επιβαρυντική επίδραση ως προς την έναρξη του καρκίνου του μαστού, καθώς οι καπνίστριες έχουν έναν ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο από όσες δεν έχουν καπνίσει ποτέ (Hamajima etal., 2002).

2.3 Πρόληψη και Προσυμπτωματικός Έλεγχος

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ένα ποσοστό που υπερβαίνει το 30% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα (WHO,2010). Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστά την έναρξη της μηνιαίας αυτοεξέτασης των μαστών στην ηλικία των 20 ετών. Με τον τρόπο αυτό, αυξάνεται η πιθανότητα διάγνωσης όγκων στα αρχικά στάδια με αποτέλεσμα την καλύτερη πρόγνωση. Ο γενικός κανόνας είναι σε ασυμπτωματικές γυναίκες να γίνεται η πρώτη μαστογραφία μεταξύ 35 και 40 ετών. Το Αμερικάνικο Κολέγιο Ραδιολογίας και η Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση συνιστούν τη διενέργεια προληπτικής μαστογραφίας από την ηλικία των 40 ετών, με συχνότητα κάθε 1 ή 2 έτη, αναλόγως του ατομικού κινδύνου καρκίνου του μαστού μέχρι την ηλικία των 50 ετών και ετησίως μετά την ηλικία των 50 ετών (ASCO, 2009).

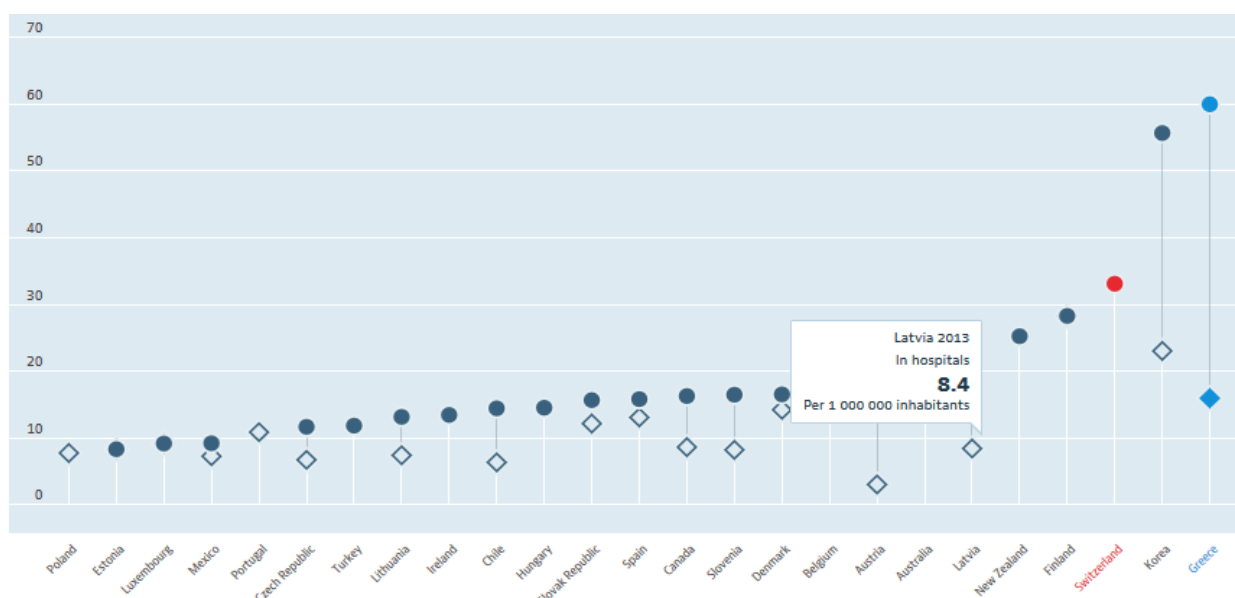
Οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν υιοθετήσει προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού ως έναν αποτελεσματικό τρόπο για την ανίχνευση της ασθένειας σε πρώιμο στάδιο, χρησιμοποιώντας εργαλεία όπως μηχανήματα μαστογραφίας, μαγνητικούς τομογράφους, υπέρηχους και ελαστογραφίες (διάγραμμα 2). Η ελαστογραφία αποτελεί νεώτερη μέθοδο απεικόνισης του μαστού κατά την οποία μια βλάβη χαρακτηρίζεται με βάση τον βαθμό της ελαστικότητάς της. Λειτουργεί όπως το συμβατικό υπερηχογράφημα αλλά προσθέτει και την παράμετρο της δράσης της εξωτερικής πίεσης στη μάζα και δίνει μια εικόνα συνδυασμού με και χωρίς πίεση του μαστού. Ο συνδυασμός της ελαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος έχει καλύτερα αποτελέσματα στην εντόπιση του καρκίνου του μαστού και δυνητικά έχει τη δυνατότητα μείωσης άσκοπων βιοψιών (Schaefer, 2009).

Πίνακας 1. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά και κόστος απεικονιστικών μεθόδων καρκίνου μαστού.

| | Ευαισθησία | Ειδικότητα | Κόστος |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| Μαστογραφία | | | |
| Lord 2007 | 25-59% | 95% | Χαμηλό |
| Berman 1998 | >80% | >95% | |
| Υπέρηχος | | | |
| (Kolb 2002) | 97% | 80-93% | Χαμηλό |
| Μαγνητική τομογραφία | | | |
| (Enriquez 2009, Lord 2007) | 93-100% | 37-100% | Υψηλό |
| Ελαστογραφία | | | |
| (Itoh 2006) | 86.5% | 89.8% | Χαμηλό (?) |

Πηγή: Σπυροπούλου, 2010

Διάγραμμα 2. Μηχανήματα μαστογραφίας σε διάφορες χώρες.



Πηγή: ecd.org, 2012

Το διάγραμμα 2 δείχνει τον αριθμό των μηχανημάτων μαστογραφίας το 2012 ανά 1.000.000 κατοίκους σε ενδονοσοκομειακές εγκαταστάσεις και εξωτερικά ιατρεία. Αξιοσημείωτη είναι η μεγάλη διαφορά μεταξύ των δυο χωρών, με την Ελλάδα να κυμαίνεται ακόμα και στα υψηλότερα επίπεδα από όλες τις χώρες του ΟΑΣΣΑ.

2.4 Διάγνωση

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από την ηλικία και το ιστορικό της κάθε γυναίκας. Βασίζεται κυρίως στην κλινική εξέταση (ψηλάφηση), τον υπέρηχο και την μαστογραφία, η οποία έχει ακρίβεια περίπου 95% και σε συνδυασμό με τον υπέρηχο οδηγεί σε μια υψηλής ακρίβειας διάγνωση. Σε περίπτωση που εντοπιστεί κάτι ύποπτο ακολουθεί η παρακέντηση με λεπτή βελόνα για κυτταρολογική εξέταση ή η παρακέντηση με ειδική βελόνα για ιστολογική εξέταση και ενδεχομένως και η ανοιχτή βιοψία στο χειρουργείο. Η οριστική διάγνωση γίνεται μόνο με βιοψία, που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση πριν τη χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του όγκου (Perryetal., 2008)

2.5 Σταδιοποίηση

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την απόφαση της θεραπείας που θα λάβει η ασθενής, είναι το στάδιο της νόσου. Η σταδιοποίηση καθορίζεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM (American Joint Committee, 2010). Με βάση τα κριτήρια αυτά, ο καρκίνος του μαστού σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M). Υπάρχουν, τα εξής πέντε στάδια:

Στάδιο 0: εντοπίζεται στο σημείο προέλευσης του όγκου και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται.

Στάδιο I: ο όγκος είναι μεγέθους 2 cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς.

Στάδιο IIA: ο όγκος είναι 2–5 cm χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες.

Στάδιο IIB: όγκος 2–5 cm με θετικούς λεμφαδένες ή όγκος >5 cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Στάδιο IIIA: όγκος >5 cm και διακρίνεται η προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς.

Στάδιο IIIB: προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και όγκος που επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.

Στάδιο IV: διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού (American Joint Committee, 2010).

Πίνακας 2. Ποσοστό πενταετούς επιβίωσης ασθενών ανά στάδιο.

| Στάδιο | 5ετή ποσοστά επιβίωσης |
|--------|------------------------|
| 0 | 93% |
| I | 88% |
| IIA | 81% |
| IIB | 74% |
| IIIA | 67% |
| IIIB | 41% |
| IIIC | 49% |
| IV | 15% |

Πηγή: Healthview, 2012

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι εκτός από το στάδιουπάρχουν και οι διάφοροι υπότυποι που επηρεάζουν την τροπή της νόσου όπως ο ορμονοεξαρτώμενος. Ο συγκεκριμένος υπότυπος είναι ο πιο συχνός και βιολογικά χαρακτηρίζεται από την πρωτεϊνική (συχνά αυξημένη) έκφραση του υποδοχέα των οιστρογόνων και για το λόγο αυτό ονομάζεται και καρκίνος θετικός σε υποδοχείς οιστρογόνων (ER+). Η παρουσία του υποδοχέα των οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα τα καθιστά ικανά να αποκρίνονται σε μια ορμόνη που ονομάζεται οιστραδιόλη (E2) επάγοντας, μεταξύ άλλων, τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό τους. Η πλειονότητα των καρκίνων του συγκεκριμένου υπότυπου ανταποκρίνονται σε θεραπείες που στοχεύουν στο να ‘διαρραγούν’ οι ‘σχέσεις’ του συγκεκριμένου υποδοχέα με την ορμόνη του. Ωστόσο, περίπου το ένα τρίτο αυτών των καρκίνων υποτροπιάζουν ή και δεν ανταποκρίνονται στις θεραπείες με αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, τη δημιουργία μη ιάσιμων μεταστάσεων που είναι η κύρια αιτία θανάτου.

Πίνακας 3. Αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού (2012) στις ανεπτυγμένες χώρες, ανά στάδιο αρχικής διάγνωσης.

| | Στάδιο I | Στάδιο II | Στάδιο III | Στάδιο IV |
|------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| ΗΠΑ | 108.620 (49,7) | 72.180 (33,1) | 27.150 (12,4) | 10.420 (4,8) |
| Ευρώπη | 100.360 (42,2) | 104.570 (44,0) | 18.550 (7,8) | 14.090 (5,9) |
| - Γαλλία | 23.820 (43,7) | 25.100 (46,0) | 2.510 (4,6) | 3.130 (5,7) |
| - Γερμανία | 26.180 (38,5) | 26.660 (39,2) | 10.760 (15,8) | 4.370 (6,4) |
| - Ιταλία | 20.220 (43,9) | 21.140 (45,9) | 2.110 (4,6) | 2.630 (5,7) |
| - Ισπανία | 9.800 (43,6) | 10.340 (46,0) | 1.040 (4,6) | 1.300 (5,8) |
| - Ηνωμ. Βασίλειο | 20.340 (43,8) | 21.330 (45,9) | 2.130 (4,6) | 2.660 (5,7) |
| Ιαπωνία | 17.650 (29,6) | 31.120 (52,1) | 7.170 (12,0) | 2.870 (4,8) |
| Σύνολο | 226.630 (44) | 207.770 (40,4) | 52.870 (10,3) | 27.380 (5,3) |

Πηγή: Healthview, 2012

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται ο αριθμός των νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού (2012) στις ανεπτυγμένες χώρες, ανά στάδιο αρχικής διάγνωσης.

2.6 Οι Επιπτώσεις της Νόσου στη Ζωή της Ασθενούς

Οι πρόοδοι στο τομέα της επεμβατικής ιατρικής επιτρέπουν σήμερα σε πολλές γυναίκες να υποβάλλονται σε ελάχιστον χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού, ακολουθούμενες από συμπληρωματική ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία (Buchholzetal., 2009; Devita&Chu, 2008; Florescuetal., 2011). Αυτό ωστόσο δεν σημαίνει πως η ασθένεια δεν έχει μια τεράστια αρνητική επίδραση στην αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση της γυναίκας, κυρίως λόγω της σύνδεσης της νόσου με ένα όργανο ταυτισμένο με τη γυναικεία σεξουαλική ταυτότητα (Berterö, 2002). Συνδέεται επίσης με μη προσαρμοστικές αντιλήψεις όπως η αίσθηση βάρους ως προς την οικογένεια και οι αλλαγές της σεξουαλικής αποδοχής από το σύντροφο (Ashing-Giwaetal., 2004). Ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς σε αρχικό στάδιο παρουσιάζουν πιο θετική ψυχική προσαρμογή σε σχέση με τις ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο (Aarstadetal., 2011; Kwanetal., 2010).

Σε κάθε περίπτωση, ως αποτέλεσμα των συνεπειών που επιφέρει η νόσος επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική υγεία των ασθενών και η ψυχική προσαρμογή τους στην ασθένεια, με το άτομο να αναζητά κάποιες μεθόδους διαχείρισης του φορτίου της ασθένειας, όπως η θρησκεία, ώστε να πετύχει μια καλύτερη προσαρμογή (Stantonetal., 2002).

Η έννοια της ψυχικής προσαρμογής στην ασθένεια αναφέρεται στις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών και στον τρόπο που οι ασθενείς ανταποκρίνονται συναισθηματικά στις απαιτήσεις που συνεπάγεται η νόσος (Glinder et al., 1999). Για παράδειγμα, αρκετές ασθενείς βιώνουν έντονο άγχος, κατάθλιψη, θυμό, έλλειψη ελπίδας και αισθήματα ντροπής ή αναξιότητας (Holland et al., 2003). Οι αντιδράσεις αυτές, όταν είναι σε υψηλά επίπεδα, θεωρούνται από πολλούς ερευνητές ως ενδείξεις αρνητικής ψυχικής προσαρμογής στην ασθένεια (Hipkins et al., 2004).

Η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας συνδέονται επίσης με συμπτώματα της ασθένειας (πόνος, εξάντληση κτλ.), τα οποία δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητα των ασθενών όπως οι μειωμένες δραστηριότητες, η οικονομική επιβάρυνση λόγω της ασθένειας, οι πιθανές αλλαγές στην επαγγελματική ζωή κ.ά. (Lindbohm et al., 2014; Saito et al., 2014; Sitzia & Huggins, 1998).

Με βάση τα ανωτέρω, δεν είναι ξεκάθαρο το αν είναι εφικτός ένας διαχωρισμός μεταξύ ψυχικής, σωματικής, ψυχοκοινωνικής, σεξουαλικής και επαγγελματικής διάστασης της ασθένειας. Συνεπώς, η εξέταση της ποιότητας ζωής στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών ίσως να έχει κάποια ιδιαίτερη αξία αφού συμπεριλαμβάνει το σύνολο των επιπτώσεων οι οποίες έχουν ως αφετηρία την ασθένεια, χωρίς απαραίτητα να τις αντιμετωπίζει ως ξεχωριστά επιμέρους φαινόμενα.

Κεφάλαιο 3. Ποιότητα Ζωής

3.1 Ορισμοί

Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερεύνητους (Treasury Board of Canada Secretariat, 2003).

Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων (Lamaui, 1992). Ενώ ο Höhnquist (1981) θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής.

Σύμφωνα με τη θεώρηση των Felce&Perry (1995), η ποιότητα ζωής έχει πέντε διαστάσεις:

- Τη διάσταση της σωματικής υγείας, με την έννοια της απουσίας νόσου.
- Της υλικής ευημερίας, εννοώντας την κατοχή των απαραίτητων αγαθών και πόρων.
- Της κοινωνικής ευημερίας, δηλαδή ενός υγιούς κοινωνικού δικτύου, φίλων, συγγενών με τους οποίους το άτομο συνδέεται κ.ά.
- Της συναισθηματικής ευημερίας, με παράγοντα ιδιαίτερης βαρύτητας την απουσία ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψη).
- Της αυτό-ανάπτυξης και των δραστηριοτήτων του ατόμου, με την έννοια των χόμπυ, της συνεχούς εξέλιξης, της μόρφωσης κ.ά.

Κατά συνέπεια, η ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι μια ευρεία έννοια και συμπεριλαμβάνει αρκετές διαφορετικές παραμέτρους που ενδεχομένως αλληλεπιδρούν. Για παράδειγμα, η διάγνωση μιας νόσου ενδεχομένως να συμβάλλει στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής μετρά ένα ευρύ πολυδιάστατο φαινόμενο με

αρκετές αλληλοσυσχετιζόμενες παραμέτρους, χωρίς ωστόσο να είναι πάντα απαραίτητα τόσο ξεκάθαρη η σχέση μεταξύ αιτίου και αιτιατού.

3.2 Αξιολόγηση και Βαθμολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Για να αποφευχθεί η ασάφεια μεταξύ της γενικής έννοιας ποιότητας ζωής και των απαιτήσεων που υπάρχουν στην κλινική ιατρική και στις κλινικές δοκιμές εισήχθη η έννοια της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» (ΣΥΠΖ) (healthrelatedqualityoflife) (Fayers, 2006). Η ΣΥΠΖ αναφέρεται στην επίδραση που έχει η υγεία του ατόμου στη λειτουργικότητα του και στη σωματική, ψυχική και κοινωνική του ευεξία (Fayers, 2006).

Ο Υφαντόπουλος και ο Σαρρής (2001) περιγράφουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ως μια αποκλειστικά προσωπική αντίληψη και επικεντρώνονται στην επίδραση που επιφέρει στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής ενός ατόμου η νόσος, καθώς επίσης και το βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση με τις συνθήκες ζωής του. Επιπρόσθετα, αναφέρουν τις τρεις σημαντικότερες διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής,

- τη σωματική-φυσική υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου στις καθημερινές του δραστηριότητες,
- την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου, που συμπεριλαμβάνει στοιχεία όπως ο αυτοσεβασμός, η ευτυχία και η ικανοποίηση του ατόμου
- την κοινωνική διάσταση, με την έννοια της συζυγικής, κοινωνικής και επαγγελματικής προσαρμογής.

3.3 Δείκτες της Ποιότητας Ζωής

Όπως προαναφέρθηκε, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και εξαρτάται από επιμέρους παράγοντες.

Ο Υφαντόπουλος και ο Σαρρής (2001) αναφέρουν τους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες για την μέτρηση της. Η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στο αίσθημα ευημερίας, στη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία και στην ικανοποίηση που αντλούν τα άτομα από

το περιβάλλον τους. Αντίθετα, η αντικειμενική διάσταση αναφέρεται στους κοινωνικούς δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης και κοινωνικής ευημερίας, περιλαμβάνει τον πολιτικό και κοινωνικό βίο, τις οικονομικές εξελίξεις, τις προοπτικές ανάπτυξης μιας περιοχής, τις διαστάσεις του φυσικού περιβάλλοντος, τα συλλογικά και ατομικά δικαιώματα, την εθνική ταυτότητα, την υγειονομική κατάσταση ενός τόπου. (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Σε έναν παρόμοιας φιλοσοφίας διαχωρισμό προχωρά και ο Maclaren (1996), ο οποίος αναφέρει ότι οι αντικειμενικοί δείκτες μετρούν συγκεκριμένες διαστάσεις του χώρου κατοικίας, τις πραγματικές συνθήκες ζωής, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και του φυσικού περιβάλλοντος, της οικονομίας καθώς και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Αντίθετα, οι υποκειμενικοί δείκτες προέρχονται από ξιολογικές κρίσεις των πολιτών, βασίζονται στις προσωπικές εκτιμήσεις των ατόμων για την ποιότητα ζωής τους, το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την ζωή, τις απόψεις τις επιδιώξεις και τις επιθυμίες τους, καθώς και τη συναισθηματική τους κατάσταση.

Ο Flanagan (1982) επιχειρεί μια διαφορετική προσέγγιση ταξινομώντας 15 παράγοντες της ποιότητας ζωής σε 5 κατηγορίες: σωματική και υλική, ευημερία-οικονομική, άνεση-ασφάλεια και υγεία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους, κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες-συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες, προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση-δημιουργικότητα-αυτογνωσία-εμπειρία-πνευματική ανάπτυξη και τέλος ελεύθερο χρόνο-αναψυχή-δραστηριότητες.

Συμπερασματικά, οι υποκειμενικοί δείκτες (συναισθηματική και κοινωνική ευεξία) και οι αντικειμενικοί (σωματική κατάσταση-ικανότητα για εργασία, οικονομική κατάσταση) αξιολογούνται μέσω γενικών και ειδικών εργαλείων μέτρησης. Οι ερωτούμενοι καλούνται να επιλέξουν την απάντηση στο κάθε ερώτημα από μια διατεταγμένη κλίμακα με αύξοντες αριθμούς. Στη συνέχεια, αθροίζεται το σκορ των ερωτημάτων δίνοντας μία αδρή βαθμολογία, η οποία συνήθως σταθμίζεται σε μια κλίμακα εύρους από το 0 έως το 100 και ορίζεται ως σταθμισμένη βαθμολογία. Αυτή η διαδικασία επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών εργαλείων μέτρησης που πιθανώς έχουν διαφορετικό αριθμό ερωτημάτων ή/και τα ερωτήματα υπάγονται σε διαφορετικό αριθμό κατηγοριών.

3.4 Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Τα ειδικά εργαλεία μέτρησης έχουν δημιουργηθεί για την εκτίμηση της ευεξίας και της λειτουργικότητας συγκεκριμένων ομάδων ασθενών. Σήμερα υπάρχουν πολλά σταθμισμένα

ερωτηματολόγια τα οποία μετράνε την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και θα μπορούσαμε να τα ταξινομήσουμε στις εξής κατηγορίες:

- ✓ Ανάδιάσταση, όπως το Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983). Τα εργαλεία αυτά μετρούν συγκεκριμένες διαστάσεις όπως για παράδειγμα τη κατάθλιψη των συμμετεχόντων και καταγράφουν επομένως ένα μέρος της συνολικότερης ποιότητας ζωής του ατόμου.
- ✓ Ανά σύμπτωμα, όπως το Fatigue Symptom Inventory (Haanetal., 1998), τα οποία επίσης μετρούν μια συγκεκριμένη μόνο διάσταση της ποιότητας ζωής.
- ✓ Ανά ανάγκες πληθυσμού ασθενών, όπως το ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων του Anderson, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως σε ασθενείς με καρκίνο (Cleelandetal., 2000).

Τα ανωτέρω εργαλεία όπως είναι φανερό μελετούν μία μόνο από τις πτυχές της ποιότητας ζωής. Αντίθετα προς αυτές τις προσεγγίσεις ερωτηματολόγια όπως το ερωτηματολόγιο των 30 ερωτήσεων του European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) (Aronson et al., 1993) καταγράφουν όλα τα παραπάνω, συμπεριλαμβάνοντας επίσης ένα πλήθος άλλων παραμέτρων που όλες μαζί συναποτελούν την ποιότητα ζωής. Με βάση αυτό το ερωτηματολόγιο ερωτήσεις σχετικά με τον πόνο, τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική προσαρμογή, την κόπωση, τη συνολική κατάσταση υγείας, τη ναυτία και τον έμετο, την απώλεια της όρεξης, τη δύσπνοια, τη δυσκοιλιότητα και τον ύπνο οικοδομούν τη συνολικότερη ποιότητα ζωής ενός ασθενούς. Ένα εξίσου δημοφιλές εργαλείο είναι το Short Form Health (SF-36), το οποίο χρησιμοποιείται τόσο σε κλινικούς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς (Brazieretal., 1992).

Κεφάλαιο 4. Προσδιοριστέζτης Ποιότητας Ζωής

4.1 Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής στο Γενικό

Πληθυσμό

Προσδιοριστής (determinant) είναι το χαρακτηριστικό (συγγενές, περιβαλλοντικό ή συμπεριφοράς) των ατόμων από το οποίο εξαρτάται (σχετίζεται ή συναρτάται) η συχνότητα εμφάνισης της μελετώμενης έκβασης (Γαλάνης & Σπάρος 2012). Η έκβαση μπορεί να είναι η εμφάνιση μιας πάθησης, η ίαση, ο θάνατος κ.ά.

Ως προς την ποιότητα ζωής, οι προσδιοριστές είναι συχνά συνάρτηση των χαρακτηριστικών του υπό μελέτη πληθυσμού. Ωστόσο, προσδιοριστές υπάρχουν και για το γενικό πληθυσμό και δεν συναντώνται αποκλειστικά σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Για παράδειγμα, μια μελέτη στη Γερμανία (n=2.469), κατέληξε στο ότι οι άντρες είχαν καλύτερη ποιότητας ζωής σε σχέση με τις γυναίκες (Hinzetal., 2014). Σε κάθε περίπτωση, τα ευρήματα αυτά δύσκολα θα μπορούσαν να έχουν κάποια αξιοποίηση κατά την κλινική πρακτική, η οποία οφείλει να επικεντρωθεί στην καταγραφή παραγόντων (π.χ. άγχος) που αν βελτιωθούν τότε κάποιοι παράγοντες υψηλού ενδιαφέροντος και αξίας (π.χ. προσδόκιμο ζωής) πιθανώς να μεταβληθούν.

Συμφώνα με τον Υφαντόπουλος & Σαρής, (2001), η υγεία και η ποιότητα ζωής λόγω της πολυσυνθετότητας των θεωρητικών τους οικοδομημάτων επηρεάζονται από κάποιους προσδιοριστές, οι οποίοι μπορούν να καταταχθούν στις ακόλουθες κατηγορίες.

-Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες και βιοτικό επίπεδο: Κατοικία, κάλυψη των αναγκών στέγασης, ένδυσης και σίτισης, τρόπος διαβίωσης, οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες.

-Ιατρικοί παράγοντες: Αξιοπρεπής υγιεινή και ιατροφαρμακευτική φροντίδα, επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών παροχών, ύπαρξη πρόνοιας, ίση και εύκολη παροχή και

προσβασιμότητα στις παροχές υγείας, εξέλιξη επιδημιολογικών, ιατρικών και πρακτικών γνώσεων.

-Κοινωνικές παράμετροι: Κοινωνική προσφορά και ασφάλεια, εργασία, κοινωνική διαστρωμάτωση, κοινωνικές σχέσεις και σχέσεις παραγωγής, κοινωνικός σεβασμός, συνεργασία και αλληλεγγύη.

-Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, εκπαίδευση και μορφωτικό επίπεδο, νοοτροπίες στάσεις και τάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και αποδοχή, άσκηση κοινωνικών ρόλων.

-Φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες: Οργανωτική σχέση μεταξύ φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, επίπεδο οικολογικής προστασίας και βαθμός της οικολογικής ρύπανσης.

-Γεωφυσικοί παράγοντες: Πρώτες ύλες, φυσικός πλούτος, κλιματολογικές και καιρικές συνθήκες.

-Δημογραφικοί παράγοντες: Μετανάστευση, αστυφιλία, αστική και αγροτική πυκνότητα, ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, ηλικία, φύλο, επάγγελμα.

-Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο οικονομικής και πολιτικής ανάπτυξης, εισόδημα, οικονομική ανάπτυξη (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

4.2 Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής σε Γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού

Λόγω της σημαντικότητας της ποιότητας ζωής και της πολυσυνθετότητας του φαινομένου ένα κομμάτι της βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί στον εντοπισμό και την κατηγοριοποίηση παραγόντων που συνδέονται με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Οι προσδιοριστές της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι οι εξής:

- Ηλικία

Μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα βρήκε πως η ηλικία δεν είχε κάποια σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, αναδεικνύοντας έτσι πιθανώς πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που επιδρούν ως συγχυτικές μεταβλητές στη σχέση ηλικίας και

ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα (Eskitzisetal., 2016). Ανεξαρτήτως ηλικίας, σε βάθος χρόνου η ποιότητα ζωής παρουσιάζεται με τη μορφή ανεστραμμένου U, καθώς φθίνει στη περίοδο μετά τη διάγνωση για να βελτιωθεί εκ νέου με τη πάροδο του χρόνου (Bourdonetal., 2016). Τα ανωτέρω δεδομένα δεν πρέπει να οδηγήσουν σε μια θεωρητική υπεραπλούστευση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Μια έρευνα στις ΗΠΑ (n=1.131) κατέδειξε πως οι γυναίκες άνω των 65 έχουν σημαντικά υψηλότερα σκορ σε παραμέτρους της ποιότητας ζωής σχετιζόμενες με την αυτοεικόνα και την εικόνα του σώματος, ενώ νεότερες σε ηλικία γυναίκες, κυρίως αυτές κάτω των 50 ετών, έχουν υψηλότερα σκορ σωματικής και σεξουαλικής λειτουργικότητας (Sioetal., 2014). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι ιδιαίτερης αξίας, καθώς έρχονται σε αντίθεση με παραδοσιακές θεωρήσεις του γήρατος, όπως αυτή του Erikson (1950), που αντιμετώπισαν την πορεία προς το γήρας ως φθίνουσα σε όλα τα επίπεδα. Επιπλέον, ακόμα και αν θεωρηθεί πως μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων δεν υπάρχουν κάποιες σημαντικές διαφορές ως προς το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής, αυτό δεν αποκλείει σημαντικές διαφορές μεταξύ υποκλιμάκων, οι οποίες ενδεχομένως να υπάρχουν και πριν την εμφάνιση της νόσου.

- Εκπαιδευτικό επίπεδο

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής τους. Μια πρόσφατη ανάλυση γυναικών που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή στη Πολωνία επιβεβαίωσε αυτή την υπόθεση (Kamińska etal., 2015). Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται επίσης με μη υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας μετά τη διάγνωση της νόσου, κάτι που ενδεχομένως να θέσει σε περαιτέρω κίνδυνο τη σωματική υγεία των ασθενών. Για παράδειγμα, η ανάλυση συμμετεχόντων ενός παρεμβατικού προγράμματος φυσικής δραστηριότητας κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας φανέρωσε πως οι γυναίκες χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου είχαν χαμηλότερη πιθανότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα σε σχέση με αυτές που ήταν υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (Waartetal., 2015).

- Εργασιακή κατάσταση

Μετά τη διάγνωση της νόσου είναι αναγκαία η ενασχόληση με ένα πλήθος δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανόμενης και της εργασίας, προς όφελος της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Μια μελέτη σε σχετικό πληθυσμό φανέρωσε πως η ποιότητα ζωής ήταν χαμηλότερη για αυτές που δεν εργάζονταν σε σχέση με τις εργαζόμενες (Lindbohm etal., 2014). Δεδομένου πως η

επαγγελματική κατάσταση φαίνεται να μεταβάλλεται μετά τη διάγνωση, με φαινόμενα όπως η παραίτηση, η πρόωρη συνταξιοδότηση και η αδυναμία εύρεσης νέας απασχόλησης να είναι αρκετά συχνά (Lindbohm et al., 2014; Saito et al., 2014), φαντάζει αναγκαία η ενίσχυση της μη αποχώρησης από την εργασία προς όφελος της ποιότητας ζωής της ασθενούς.

- Οικονομικό επίπεδο

Εκτός της εργασιακής κατάστασης, και το οικονομικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Συγχρονικές μελέτες σε διαφορετικές περιοχές του κόσμου, όπως η ΗΠΑ (n=216), το Νεπάλ (n=100) και η Κίνα (n=1.160) επιβεβαιώνουν αυτή την υπόθεση καταδεικνύοντας μια θετική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής (Casso et al., 2004; Manandhar et al., 2014; Yan et al., 2016).

- Κάπνισμα

Αν και η σχέση μεταξύ καπνίσματος και ποιότητας ζωής δεν δείχνει να έχει μελετηθεί επαρκώς από τη βιβλιογραφία, μια ανάλυση μεγάλης επιδημιολογικής παρακολούθησης στις ΗΠΑ. (n=1.920) φανέρωσε πως η καπνιστική συνήθεια ήταν αρνητικώς συσχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής των ασθενών (Janget al., 2011). Επιπλέον, μια παρόμοιας στόχευσης μελέτη στο Ιράν κατέδειξε πως η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επίσης σχετιζόταν αρνητικά με την καπνιστική συνήθεια (Ahmad Kiadaliri, 2012).

- Τύπος θεραπείας

Σύμφωνα με μια από τις πρώτες έρευνες στην εξέταση της επίδρασης διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ο Hoskins (1997) κατέληξε στο ότι γυναίκες που λάμβαναν χημειοθεραπεία είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για υψηλότερες τιμές ψυχολογικού στρες (άγχους και κατάθλιψης) σε σχέση με γυναίκες οι οποίες λάμβαναν άλλες θεραπευτικές αγωγές. Τα δεδομένα αυτά δεν επιβεβαιώνουν βέβαια τη συνολική έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αφού η ψυχική υγεία είναι μία από τις επιμέρους παραμέτρους της ποιότητας ζωής. Μεταγενέστερη έρευνα με τη χρήση του SF, το οποίο αποτελεί ένα ευρύτατα χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, φανέρωσε πως η διάσταση της ποιότητας ζωής που σχετιζόταν με τη σωματική υγεία και τη λειτουργικότητα ήταν επίσης πιο περιορισμένη για γυναίκες οι οποίες λάμβαναν χημειοθεραπευτική αγωγή σε σύγκριση με τις υπόλοιπες (Tiezziet al., 2016).

- Τύπος χειρουργείου

Σύμφωνα με μελέτες διαπιστώθηκε ότι η αποκατάσταση του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή είχε θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους, κυρίως στην εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα και την αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν είτε μόνο σε μαστεκτομή είτε σε συντηρητική χειρουργική επέμβαση του μαστού. Επίσης, η αποκατάσταση του μαστού είχε θετική επίδραση στο αισθητικό αποτέλεσμα, γεγονός που συνδέεται με μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014). Σε παρόμοια μελέτη στο Μεξικό με 139 γυναίκες διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν υποστεί τμηματοκτομή, είχαν καλύτερη αποδοχή της νόσου ψυχολογικά και ότι η συνολική κατάσταση της υγείας τους δεν είχε διαφορά μεταξύ των γυναικών με ολική μαστοκτομή. Υπήρχε ωστόσο διαφορά στη συνολική κατάσταση της υγείας των γυναικών ηλικίας άνω των 50 ετών, οι οποίες είχαν υποστεί μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση (Cortés-Flores et al., 2014). Παρόμοια μελέτη στην Ασία έδειξε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Breast Conserving Surgery (BCS) είχαν καλύτερη λειτουργική κατάσταση και λιγότερο συχνά συμπτώματα συγκριτικά με τις ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Modified Radical Mastectomy (MRM) (Acil et al., 2014). Τα ανωτέρω φανερώνουν πως οι υποκατηγορίες και διαφορές μίας μόνο εκ των θεραπευτικών μεθόδων, εν προκειμένω της χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου, ενδεχομένως να έχουν μεγάλη επίδραση στη συνολική ποιότητα ζωής τους.

- Κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (οικογένεια, φίλοι κ.ά.)

Πρόσφατη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία με 505 γυναίκες 0, 6 έτη μετά τη διάγνωση της νόσου (Leung et al., 2016), έδειξε ότι οι γυναίκες που δεν είχαν σύντροφο είχαν χειρότερη σωματική και ψυχική ποιότητα ζωής, από εκείνες που είχαν, με την έλλειψη κοινωνικής στήριξης να έχει επίδραση. Προγενέστερες αναλόγως μεθοδολογικά αξιόπιστες ερευνητικές ενέργειες είχαν καταλήξει σε παρεμφερή συμπεράσματα. Σε μια έρευνα με ακόμα μεγαλύτερο δείγμα (n=3.139), βρέθηκε ότι όχι μόνο η παρουσία ενός συντρόφου, αλλά και αυτή των φίλων και των συγγενών είχε θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων (Kroenke et al., 2013). Επιπλέον, το κοινωνικό δίκτυο μαζί με την αίσθηση αβεβαιότητας μπορούν να επεξηγήσουν το 27,2% της διακύμανσης της ποιότητας ζωής στο δείγμα που εξετάστηκε (Sammacco, 2001), καταδεικνύοντας έτσι το μεγάλο βαθμό επίδρασης της κοινωνικής δικτύωσης στη ποιότητα ζωής των ασθενών. Συνεπώς, το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι σημαντικός

παραγόντας για την παροχή κοινωνικής υποστήριξης και διατήρησης της ευημερίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της ασθενούς.

- Σχέση γιατρού-ασθενούς

Πέραν της παροχής θεραπευτικής φροντίδας και της συμβουλευτικής ως προς την επιλογή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων, ο θεράπων ιατρός ενός ασθενούς έχει άμεση επίδραση στην ψυχική του υγεία και σε άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με τη συνολικότερη ποιότητα ζωής του (DiMatteoetal, 2002). Σε σύμπλευση με αυτή τη θεώρηση, μια έρευνα στις ΗΠΑ κατέδειξε πως η παροχή από μέρους του θεράποντος ιατρού επαρκούς πληροφόρησης στον ασθενή συνδεόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμα και πέντε χρόνια μετά την αρχική διάγνωση της νόσου (Malyetal., 2015)., Προγενέστερη μελέτη στην ίδια χώρα κατέληξε στο ότι οι ασθενείς που συζητούσαν με το γιατρό τους, τις ανησυχίες τους και στους οποίους επεξηγούνταν επαρκώς λεπτομέρειες σχετικά με την πορεία της νόσου τους είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις υπόλοιπες (Kwanetal., 2013). Μια άλλη έρευνα στη Γερμανία κατέληξε στη θετική επίδραση μιας καλής σχέσης μεταξύ ιατρού-ασθενούς στην ποιότητα ζωής τις ασθενούς (Farinetal, 2013). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και μια έρευνα στη Κίνα με 215 ασθενείς, η οποία βρήκε ότι γυναίκες που ανέφεραν μια καλή συμπεριφορά από τους γιατρούς είχαν υψηλότερη βαθμολογία συνολικής ποιότητας ζωής (OR = 4,65, 95% ΔΕ: 1,68 - 12,86), κοινωνικής ευημερίας (OR = 5,88, 95%2,16 - 16,05), συναισθηματικής ευεξίας (OR = 4,77, 95% ΔΕ: 1,92 - 11,88) και λειτουργικής ευημερίας (OR = 5,26, 95% ΔΕ: 1,90 - 14,52) σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν λάβει χειρότερη αντιμετώπιση από το γιατρό τους. Ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση, η καλή στάση των γιατρών οδήγησε σε υψηλότερες βαθμολογίες (Zhouetal., 2014). Έρευνες και στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου κατέδειξαν, μεταξύ άλλων, ως προσδιοριστικό παράγοντα ικανοποίησης των ασθενών τον χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση και τις εξηγήσεις που έδωσε σχετικά με το νόσημα τους (Μακρής και συν., 2011).

- Διατροφικές συνήθειες

Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει τη σχέση της διατροφικής συνήθειας με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού όπως των Mohammadietal, (2014) που κατέλεξε ότι οι ασθενείς που άλλαξαν τις διατροφικές τους συνήθειες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις ασθενείς που δεν τις άλλαξαν καθόλου. Οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών μετρήθηκαν

και σε παρόμοιες μελέτες καταλήγοντας στο ίδιο συμπέρασμα. (Sheeanetal., 2015; Wayneetal., 2006).

- Φυσική δραστηριότητα

Η σχέση της φυσικής δραστηριότητας με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού έχει εξεταστεί μέσα από αρκετές διαφορετικές μελέτες. Μια μετα-ανάλυση 19 διαφορετικών παρεμβατικών προγραμμάτων κατέληξε σε μεγάλο βαθμό επίδρασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Zengetal., 2014). Κατά συνέπεια, φαίνεται πως υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα που τεκμηριώνουν την ευεργετική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

- Ασφαλιστική κάλυψη

Η ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών φαίνεται πως έχει κάποια επίδραση στα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε για πρώτη φορά μέσα από μια ποιοτική έρευνα σε Λατινοαμερικάνες των ΗΠΑ, οι οποίες ανέφεραν την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη ως έναν παράγοντα που επιδρά σημαντικά σε ψυχικές και σωματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους (Ashingetal., 2006). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και μέσα από μια μεταγενέστερη ποσοτική μελέτη στην Κορέα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής (Leeetal., 2014).

Κεφάλαιο 5. Πολιτικές Υγείας

5.1 Το Κοινωνικό Κράτος

Η κοινωνική πολιτική αναφέρεται τόσο σε ένα σύνολο μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης, όσο και σε ένα αντικείμενο μελέτης και ανάλυσης των επιμέρους πολιτικών που τη συγκρατούν. Οι τομείς της κοινωνικής πολιτικής εντοπίζονται σε πολιτικές για την υγεία, στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, στην απασχόληση, στην εκπαίδευση κ.ά. Οι παραπάνω πολιτικές έχουν ως σκοπό να προστατέψουν τους πολίτες και τους εργαζόμενους από τους κοινωνικούς κινδύνους των σύγχρονων κοινωνιών (Νικολέτζος και συν., 2013).

Η κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας καταστρατηγεί τις προσωπικές ελευθερίες και επιλογές του ατόμου, επιβάλλει δηλαδή ένα συγκεκριμένο τρόπο και είδος παροχών και υπηρεσιών και λειτουργεί προς όφελος της καπιταλιστικής κοινωνίας δημιουργώντας έναν υγιή και σωματικά άρτιο εργάτη η μισθωτό προς εκμετάλλευση από το κεφάλαιο (Νικολέτζος και συν., 2013).

Το καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι και το ακριβότερο, κάτι που ωστόσο δεν είναι απαραίτητο. Αυτό που οφείλει κάθε σύστημα υγείας δημόσιο ή ιδιωτικό, να κάνει είναι να στοχεύει σε υπηρεσίες ποιοτικές (Νικολέτζος και συν., 2013). Εξάλλου, σε δεύτερο χρόνο η πρόληψη και η θεραπεία των χρόνιων νοσημάτων προστατεύει την αποδοτικότητα των πολιτών ως εργαζόμενων, που αποτελούν το ανθρώπινο κεφάλαιο της εκάστοτε κοινωνίας (Δαρβίρη, 2009).

Η έννοια της ποιότητας είναι δύσκολη στον ορισμό της, αλλά συμπεριλαμβάνει την αποδοτική χρήση των πόρων (σχετίζεται με θέμα κόστους), με την κλινική αποτελεσματικότητα (το βέλτιστο κλινικό αποτέλεσμα) (Νικολέτζος και συν., 2013).

5.1.1 Το Σύστημα Υγείας στην Ελβετία

Σύμφωνα με το ισχύον Ομοσπονδιακό Σύνταγμα της Ελβετίας του 1848, που τροποποιήθηκε στις 29 Μαΐου 1874, το πολίτευμα της χώρας είναι ομοσπονδιακή κοινοβουλευτική δημοκρατία. Η Ελβετική Ομοσπονδία αποτελείται από 26 διοικητικές ενότητες, 20 καντόνια και 6 ημικαντόνια, που υποδιαιρούνται σε κοινότητες. Τα ημικαντόνια έχουν τις ίδιες λειτουργίες και την ίδια νομική υπόσταση με τα καντόνια (Biller-Andorno &, Zeltner, 2015).

Το ισχύον σύστημα στην Ελβετική Συνομοσπονδία στηρίζεται σε 3 «πυλώνες»: τον δημόσιο/ομοσπονδιακό, την επαγγελματική ασφάλιση και την ιδιωτική πρωτοβουλία. Ο πρώτος πυλώνας ανήκει στην κατηγορία «paygo», ενώ οι υπόλοιποι αυτο-χρηματοδοτούνται (Biller-Andorno &, Zeltner, 2015).

Η Ελβετία, με μόνιμο πληθυσμό 8.000.000, έχει δαπάνες για την υγεία, που αντιπροσώπευαν το 11,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) το 2012, ποσοστό που είναι παρόμοιο με επίπεδα δαπανών στον Καναδά, τη Γαλλία και τη Γερμανία. Το ελβετικό σύστημα υγείας έχει κατ' επανάληψη αναφερθεί από σχολιαστές ως πιθανό μοντέλο για τις ΗΠΑ (Biller-Andorno & Zeltner, 2015).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τις 26 διοικητικές ενότητες, μία σε κάθε καντόνι. Η κάθε μια είναι υπεύθυνη για τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας, την μερική χρηματοδότηση των νοσοκομείων και την παροχή επιδοτήσεων για τα ασφάλιστρα. Η διακυβέρνηση της Ελβετίας συνεπάγεται με την άμεση συμμετοχή του πολίτη, αφού οποιαδήποτε αλλαγή στην πολιτική για την υγεία γίνεται με δημοψήφισμα. Συνολικά, ο τομέας της υγείας θεωρείται ως μια ακμάζουσα βιομηχανία και μια ισχυρή κινητήρια δύναμη για την οικονομική ανάπτυξη και την ευημερία της χώρας (Biller-Andorno &, Zeltner, 2015).

Οι ασθενείς του Ελβετικού συστήματος επιφέρουν σημαντικές ίδιες πληρωμές (out-of-pocket) δαπάνες, με το ένα τρίτο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης να προέρχεται από τον επιμερισμό του κόστους (copayments) και άλλες ιδιωτικές πληρωμές, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ. Παρά τον προσανατολισμό στην αγορά, το σύστημα εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη χρηματοδότηση των φορολογουμένων, η οποία αντιπροσώπευε το 31% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη το 2012 (Biller-Andorno &, Zeltner, 2015).

Προκλήσεις

- Δημογραφικές αλλαγές του πληθυσμού

Οι απαιτήσεις μιας κοινωνίας που γερνάει ενισχύουν την ανάγκη να παρέχει όχι μόνο μια καλή περίθαλψη, αλλά και κοινωνικές υπηρεσίες και νοσηλευτική φροντίδα.

➤ Κόστος

Το 2013, η ιδιωτική νοσηλευτική φροντίδα κόστισε στη χώρα 3,5 δισεκατομμύρια φράγκα (περίπου 3,9€ δισεκατομμύρια).

➤ Προσωπικό

Το 30% του συνόλου των γιατρών που εργάζονται στην Ελβετία δεν είναι ελβετικής καταγωγής.

➤ Υπερκατανάλωση

Λόγω της ολοκληρωμένης φροντίδας που παρέχει η ασφάλιση υγείας και την υψηλή ποσότητα των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν στοιχεία προσφοράς που προκαλούνται από την υπερκατανάλωση.

➤ Ενδονοσοκομιακή περίθαλψη

Τα Κεντρικά Ενοποιημένα Νοσήλεια (DRGs) εισήχθησαν στο σύστημα πληρωμών το 2012 ως κίνητρο για μεγαλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Αναμένεται να φανεί αν τα νέα οικονομικά δεδομένα, θα οδηγήσουν σε συμβιβασμούς με την ποιότητα.

Μια συνολικότερη επισκόπηση των ανωτέρω δεδομένων καταδεικνύει πως το σύστημα υγείας της Ελβετίας ανταποκρίνεται όντως στις ανάγκες των πολιτών χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει πως είναι απαραίτητα αποδοτικό, καθώς το τεράστιο κόστος λειτουργίας του εγγυάται την αποτελεσματικότητά του, χωρίς να εγγυάται την αποδοτικότητά του (DePietroetal., 2015).

Συμπερασματικά το ελβετικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι δαπανηρό και έχει περιθώρια βελτίωσης. Ο συνδυασμός του «φιλελευθερισμού», της αλληλεγγύης, του σεβασμού επιλογής, της αυτονομίας και της ατομικής ευθύνης φαίνεται να λειτουργεί για την Ελβετία.

5.1.2 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας αποτελεί το βασικό πάροχο των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες της χώρας. Η οικονομική επιβίωση του βασίζεται σε κεφάλαια του

προϋπολογισμού, των ασφαλιστικών ταμείων των ασφαλισμένων, αλλά και σε ιδιωτικές πληρωμές από μέρους των ίδιων. Ακόμα και όσοι ασφαλισμένοι επιθυμούν να χρησιμοποιούν αποκλειστικά το δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας είναι έμμεσα αναγκασμένοι να απευθύνονται σε ιδιωτικούς πάροχους υπηρεσιών υγείας για διάφορους λόγους, κυρίως για διαγνωστικές εξετάσεις (Economou, 2010).

Η ιστορική αφετηρία του συστήματος υγείας του ελληνικού κράτους με την έννοια που είναι γνωστό και αντιληπτό σήμερα μπορεί να τοποθετηθεί χρονικά στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983 (Economou, 2010; Tountasetal., 1995). Η δημιουργία του αποτέλεσε μια προσπάθεια αντιμετώπισης του κατακερματισμού της διοικητικής οργάνωσης του συστήματος υγείας, της κακής διαχείρισης των ήδη χαμηλών δαπανών για την υγεία, της επέκτασης του ιδιωτικού φορέα στο χώρο της υγείας και του χαμηλού επιπέδου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο, το Ε.Σ.Υ. δεν κατάφερε απαραίτητα να αντιμετωπίσει τα προβλήματα λόγω των οποίων δημιουργήθηκε (Economou, 2010; Tountasetal., 1995).

Ως μια δεύτερη ιστορική τομή μπορεί να θεωρηθεί η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, που ξεκίνησε την 1η Ιανουαρίου του 2012 και οι υπηρεσίες του άρχισαν να παρέχονται μέσα από τα Κρατικά Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ, τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και τους συμβεβλημένους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς, συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ.

Ένα διαχρονικό πρόβλημα του συστήματος υγείας είναι η ασυνέχεια των μεταρρυθμίσεων. Στη μετά την ίδρυση του ΕΣΥ χρονική περίοδο έχουν σχεδιαστεί αρκετά στρατηγικά πλάνα μετασχηματισμού του συστήματος υγείας, τα οποία εν συνεχεία εγκαταλείφθηκαν ή εφαρμόστηκαν δίχως να πετύχουν τους στόχους τους. Η ασυνέχεια στη μεταρρυθμιστική πορεία του συστήματος υγείας της χώρας αποτελεί ίσως το βασικότερο πρόβλημα το οποίο ευθύνεται για τα επιμέρους προβλήματα του συστήματος υγείας της Ελλάδας (Economou, 2010).

Οι τομές αυτές φαίνεται πως δεν έχουν καταφέρει να ενισχύσουν την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας της χώρας. Πρόσφατες μελέτες με τη χρήση της μεθόδου περιβάλλουσας ανάλυσης δεδομένων έχουν καταδείξει την υπο-αποδοτικότητα του εθνικού συστήματος υγείας, καθώς ο λόγος των εισροών προς τις εκροές φανερώνει πως υπάρχει μια κακή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων σε σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα (Kounetas&Papathanasopoulos, 2013; Mitropoulosetal., 2013; Oikonomouetal., 2015). Εν μέρει, η ευθύνη για αυτή την υπο-αποδοτικότητα οφείλεται στους υπεράριθμους ιατρούς που

απασχολούνται στο δημόσιο σύστημα υγείας και στη μη επιτυχημένη κεντρική διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Economou, 2010).

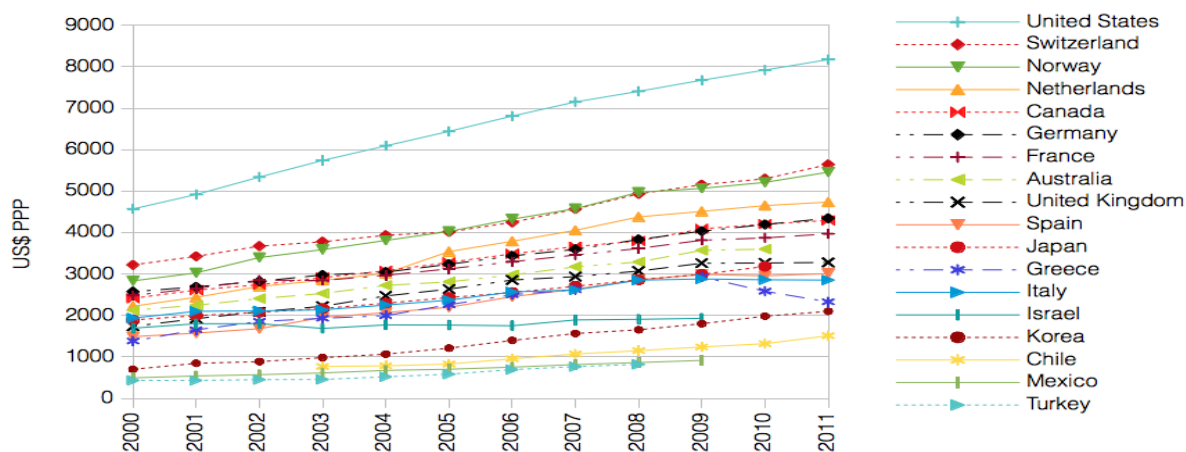
Η κατάσταση του συστήματος υγείας της χώρας φαίνεται να επιδεινώνεται ακόμα περισσότερο λόγω της υπάρχουσας πολιτικοοικονομικής κατάστασης. Παρόλα αυτά, μια ανάλυση δεικτών ενδεικτικών της υγείας των πολιτών όπως η θνησιμότητα, η επίπτωση μεταδιδόμενων νοσημάτων, η συχνότητα εμβολιασμών και η αυτό-αναφερόμενη υγεία δεν επιβεβαιώνουν κάποια συνέπεια στην υγεία των πολιτών λόγω των πολιτικών λιτότητας (Taria Granados & Rodriguez, 2015). Ενδέχεται ωστόσο οι περικοπές δαπανών για διάφορους τομείς του συστήματος υγείας (π.χ. πρωτοβάθμια περίθαλψη) να έχουν ως συνέπεια μια μεταγενέστερη αύξηση των χρόνιων νοσημάτων που θα έχει ως αποτέλεσμα τόσο την αύξηση της θνησιμότητας, όσο και την περαιτέρω οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας της χώρας (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

5.2 Συγκριτική Αξιολόγηση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας σε Ελλάδα και Ελβετία

Μια συγκριτική αξιολόγηση των ανωτέρω θα μπορούσε να αναδείξει μερικές βασικές διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων υγείας. Αρχικώς, σε αντίθεση με το ελληνικό σύστημα υγείας, το σύστημα υγείας της Ελβετίας δεν χαρακτηρίζεται από ασυνέχεια των μεταρρυθμίσεων, κάτι που φαίνεται να έχει συμβάλει στην αποτελεσματικότητά του. Επιπλέον, το ελβετικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από υπερ-δαπάνες, ενώ το ελληνικό σύστημα υγείας επί του παρόντος στοχεύει σε περικοπή των δαπανών για την υγεία, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει πως κατά το παρελθόν διατίθενταν ένα αξιοσημείωτο ποσοστό του προϋπολογισμού για το σύστημα υγείας. Ακόμα, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών του ελβετικού συστήματος υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό, σε αντίθεση με τα ελληνικά δεδομένα.

Διάγραμμα 3. Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.

Health Expenditure per capita, OECD Statistics 2013



Πηγή: OECD's iLibrary, <http://stats.oecd.org>

Τέλος, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 3, οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο στην Ελβετία είναι από τις υψηλότερες συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ της Ελλάδας καταγραφούν μια απότομη καθοδική πτώση λαμβάνοντας την τελευταία θέση από όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

5.3 Συγκριτική Αξιολόγηση των Εθνικών Σχεδίων Δράσεων για τον Καρκίνο σε Ελλάδα και Ελβετία

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση αποτελούν τον πρώτο άξονα δράσης υψηλής προτεραιότητας και στις δυο χώρες. Στην Ελλάδα, κύριος στόχος προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η μείωση της έκθεσης του πληθυσμού στους γνωστούς παράγοντες κινδύνου, που ευθύνονται για τον καρκίνο και επιπρόσθετα, η αύξηση της συμμετοχής του πληθυσμού σε δράσεις και προγράμματα ατομικού και ομαδικού προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα είδη καρκίνου. Ωστόσο τα νέα κοινωνικό-οικονομικά δεδομένα στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την υποχρηματοδότηση στην υγεία και την πολιτική αστάθεια διαμόρφωσαν ένα δυσμενές περιβάλλον με σοβαρές παθογένειες στη διαχείριση και την ομαλή εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο. Στην Ελβετία, παράλληλα, διαπιστώθηκε μεγάλη ανομοιογένεια μεταξύ των καντονιών με άμεση συνέπεια τις ανισότητες για την έγκυρη διάγνωση.

Στην Ελλάδα, δεν υπήρχε μέχρι πρόσφατα κάποιο κρατικό πρόγραμμα διαγνωστικών ελέγχων, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα τη διενέργεια των ελέγχων από πάροχους υγείας του ιδιωτικού τομέα (Vrachnis & Vlachadis, 2015). Η κατάσταση αυτή άλλαξε μετά τα μέσα του 2014 όπου ξεκίνησε η διενέργεια εξετάσεων από τους πάροχους υπηρεσιών υγείας του δημοσίου, κυρίως λόγω της αδυναμίας των πολιτών να ανταπεξέλθουν στο κόστος του προσυμπτωματικού ελέγχου λόγω της δεινής οικονομικής κατάστασης της ελληνικής κοινωνίας (Tsounis et al., 2014).

Οι μεταρρυθμίσεις στο πεδίο αυτό ξεκίνησαν στην πραγματικότητα λίγα χρόνια νωρίτερα με το 2011 να θεωρείται ως καθοριστικό έτος στις πολιτικές αποφάσεις για την αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ελλάδα λόγω της εκπόνησης ενός στρατηγικού σχεδίου από το Υπουργείο Υγείας της χώρας με στόχο τον περιορισμό του καρκίνου (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015). Το σχέδιο επικεντρώθηκε στους εξής βασικούς στόχους:

- Στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση μέσα από τη μείωση της συχνότητας των επιβλαβών συμπεριφορών των πολιτών που θεωρούνται εν δυνάμει ογκογεννητικές (π.χ. κατανάλωση αλκοόλ) και την αύξηση της συχνότητας των διαγνωστικών ελέγχων, που έχει ως αποτέλεσμα τη διάγνωση του καρκίνου σε πρώιμα στάδια και αποβλέπει μια καλύτερη πρόγνωση για τον ασθενή.
- Στην αντιμετώπιση του καρκίνου μέσα από την αύξηση της ποιότητας της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.
- Στην καλύτερη ανταπόκριση της πολιτείας στη διαχείριση της νόσου, για παράδειγμα μέσω της εξασφάλισης της ευκολίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας για όλους τους πολίτες.

Σε κάθε περίπτωση, θα ήταν αρκετά νωρίς για οποιαδήποτε συζήτηση επί των αποτελεσμάτων του σχεδίου αυτού αφού ορισμένες παράμετροι του, κυρίως η μείωση της επίπτωσης μέσα από τον περιορισμό των επιβλαβών συμπεριφορών υγείας, θα αποδείξουν την αποτελεσματικότητά τους σε βάθος χρόνου.

Στον ίδιο χρονικό ορίζοντα υλοποιήθηκε στην Ελβετία ένα ανάλογο πρόγραμμα (Programmenationalcontrolecancer 2011-2015) οι στόχοι του οποίου ήταν οι εξής:

- Η πρόληψη μέσα από τη μείωση των τροποποιήσιμων συμπεριφορικών παραγόντων που οδηγούν στη νόσο.
- Η αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου, ιδίως με τη μείωση των μεγάλων διαφορών που προκαλούν ανισότητες στη γερμανόφωνη Ελβετία, όπου λιγότερο από τις

μισές γυναίκες προβαίνουν σε προσυμπτωματικό έλεγχο σε αντίθεση με την γαλλόφωνη όπου τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα.

- Η προώθηση της έρευνας με υποστήριξη από την κυβέρνηση και η έμφαση στη διαχείριση των μελετών με επικέντρωση στις ανάγκες της ασθενούς.
- Η αποκατάσταση των ασθενών μέσω εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε ογκολογικά κέντρα αποκατάστασης.
- Η παρηγορητική αγωγή με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλούνται λόγω της ασθένειας.
- Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών από όλα τα καντόνια στις θεραπευτικές υπηρεσίες με έμφαση στην αυτοδιάθεση της ασθενούς. Η ηθική υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια της νόσου και η παροχή συμβουλών από εξειδικευμένο προσωπικό (νοσηλευτές εξειδικευμένοι στην ογκολογία) στους ασθενείς και στους συγγενείς τους. Η προώθηση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και της ψυχοογκολογίας στο πλαίσιο της γενικότερης υποστηρικτικής φροντίδας των ασθενών.

Ο εθνικός αυτός σχεδιασμός δείχνει να διαχωρίζει έννοιες όπως η ψυχο-ογκολογία που αφορά καθαρά την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών αυτών, από την υποστηρικτική φροντίδα, που εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο υποστηρικτικών χειρισμών (π.χ. αντιεμετικά φάρμακα), όντας έτσι σε σύμπλευση με σύγχρονες τάσεις της έρευνας και της κλινικής πρακτικής στα πεδία αυτά (Breitbart & Alice, 2009; Hui & Bruera, 2016).

Σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, ως αποτέλεσμα του σχεδίου δράσης της Ελβετίας, επιδημιολογικές μελέτες εξέτασης της συχνότητας του για κοινές μορφές καρκίνου όπως του παχέος εντέρου και του προστάτη φανερώνουν πως η συχνότητα διαγνωστικών εξετάσεων ανά άτομο έχει πολλαπλασιαστεί σε σχέση με προγενέστερα δεδομένα (Guessous et al., 2016; Fedewa et al., 2015).

Τα δεδομένα των δύο χωρών δεν είναι απαραίτητα αντιθετικά, καθώς οι στόχοι βρίσκονται προς την ίδια κατεύθυνση. Ίσως μια διαφοροποίηση να είναι η θεώρηση μέσα από το πρόγραμμα της Ελβετίας της υποστηρικτικής αγωγής ως κάτι το μη διαχωρίσιμο από το συνολικό θεραπευτικό μοντέλο, κάτι που βρίσκεται σε σύμπλευση με σύγχρονες τάσεις που θεωρούν την παρέμβαση σε επίπεδο υποστηρικτικής φροντίδας και αποκατάστασης ως μέρος της ίδιας της θεραπευτικής διαδικασίας (Maizes et al., 2009).

Β. Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 6. Σχεδιασμός της Μελέτης

6.1 Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτό αναφοράς. Ο αριθμός των ασθενών που κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη ήταν 260 τελικά, δέχτηκαν να συμμετάσχουν 191 ασθενείς με καρκίνο του μαστού $n=98$ από ογκολογικές μονάδες της Ελλάδας και $n=93$ από μονάδες της Ελβετίας με το ποσοστό συμμετοχής να είναι 73,5% ($n=191/260$). Το δείγμα επιλέχθηκε με την εφαρμογή δειγματοληψίας ευκολίας και για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με τις ασθενείς.

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε μεταξύ Νοεμβρίου και Ιανουαρίου 2015, και διαπιστώθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των ερωτηματολογίων. Η διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε μεταξύ Ιανουαρίου και Απριλίου 2016 μετά τη λήψη άδειας από την επιτροπή έρευνας και δεοντολογίας των νοσοκομείων διεξαγωγής της έρευνας. Οι ασθενείς που προσέρχονταν για θεραπεία ή προγραμματισμένο ραντεβού, αφότου διαπιστωνόταν πως πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού, ενημερώνονταν για τους σκοπούς και τα πλαίσια της μελέτης. Εφόσον συμφωνούσαν να συμμετάσχουν και έδιναν την προφορική τους συγκατάθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα, ακολούθως συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια με τη βοήθεια του ερευνητή όπου ήταν απαραίτητο. Σε όλους τους ασθενείς τονιζόταν η ανωνυμία της συμμετοχής τους στην έρευνα, καθώς και το ότι μπορούσαν να μην συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ακόμα και αν είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στους συμμετέχοντες δεν δόθηκε κάποια αποζημίωση ή ανταμοιβή για τη συμμετοχή στη μελέτη, παρά μόνο σε όσους επιθυμούσαν τα στοιχεία επικοινωνίας για την αποστολή των αποτελεσμάτων μετά την ολοκλήρωση της μελέτης.

6.2 Κριτήρια Ένταξης και Αποκλεισμού των Ασθενών

Τα κριτήρια ένταξης των ασθενών στη μελέτη ήταν τα εξής:

1. Ασθενείς ανεξαρτήτου ηλικίας, αρχικού σταδίου καρκίνου του μαστού χωρίς μετάσταση ένα έως πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπεία.
2. Τύπος θεραπείας: Επικουρική χημειοθεραπεία με τουλάχιστον 4 κύκλους για 3 μήνες, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

Ως προς τα κριτήρια αποκλεισμού, τέθηκαν τα εξής:

1. Ασθενείς που υποτροπίασαν.
2. Ασθενείς που δεν είχαν υποβληθεί ακόμα σε χημειοθεραπεία.

6.3 Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής

Για τον εντοπισμό των πιθανών προσδιοριστών της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν προγενέστερα βιβλιογραφικά δεδομένα τα οποία προέκυψαν μέσα από μια κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Κριτήρια εισαγωγής μελετών αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα, τα οποία εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα σε μια οποιαδήποτε ανεξάρτητη μεταβλητή και την ποιότητα ζωής οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν PubMed και Scopus. Οι μελέτες περιλάμβαναν ενήλικες γυναίκες αρχικού σταδίου με καρκίνο του μαστού. Ως κριτήρια αποκλεισμού τέθηκαν οι μελέτες που είχαν ασθενείς με καρκίνο του μαστού διαφορετικού σταδίου νόσου και ένα ή περισσότερα δείγματα ασθενών με άλλη μορφή καρκίνου χωρίς τον διαχωρισμό τους σε ομάδες ανάλογα με το είδος του καρκίνου. Μόνο οι μελέτες που δημοσιεύτηκαν μετά το 2000 συμπεριλήφθηκαν, λόγω της αλλαγής των χημειοθεραπευτικών σχημάτων κατά τη δεκαετία του 1990, που ενδεχομένως να οδήγησε σε αλλαγή της θεραπείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών (DeVita&Chu, 2008).

Με βάση τα αποτελέσματα της κριτικής ανασκόπησης, βρέθηκαν οι ακόλουθοι προσδιοριστές:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά:

- Ηλικία.

- Δείκτης μάζας σώματος.
- Τόπος διαμονής.
- Εθνικότητα.
- Εκπαιδευτικό επίπεδο.
- Επάγγελμα.
- Οικονομική κατάσταση.

Κλινικά χαρακτηριστικά:

- Τύπος χειρουργείου.
- Προσυμπτωματικός έλεγχος.

Χαρακτηριστικά που αφορούν στάσεις αναφορικά με θέματα διατροφής και υγείας

- Καπνιστική συνήθεια.
- Αλκοόλ.
- Διατροφικές συνήθειες.

Χαρακτηριστικά που αφορούν το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (φίλοι, οικογένεια)

- Βαθμός στήριξης της οικογένειας.
- Βαθμός στήριξης από το κράτος.
- Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις
- Ενημέρωση για τις εξελίξεις σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.

Χαρακτηριστικά που αφορούν την ικανοποίηση από το σύστημα υγείας

- Προβλήματα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία της χώρας.
- Σχέση ιατρού και ασθενή.

Η ικανοποίηση από την οικογένεια μετρήθηκε με 2 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση είναι καθόλου (=1), λίγο (=2), μέτρια (=3), αρκετά (=4) και πολύ (=5).¹ Η βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις 2 ερωτήσεις και λαμβάνει τιμές 2 έως 10, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μετρήθηκε με 7 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση είναι καθόλου (=1), λίγο (=2), μέτρια (=3), αρκετά (=4) και πολύ (=5). Η βαθμολογία ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις 7 ερωτήσεις και λαμβάνει τιμές 7 έως 35, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

6.4 Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν μέσω της ελληνικής, γαλλικής και γερμανικής μετάφρασης το ερωτηματολόγιο Quality of Life Questionnaire (QLQ-30 version 3) και το ερωτηματολόγιο QLQ-BR23. Το QLQ-30v3 αποτελείται από 30 ερωτήσεις που δημιουργούν τις παρακάτω κλίμακες:

- Συνολική κατάσταση υγείας: ερωτήσεις 29 και 30.
- Σωματικός ρόλος: ερωτήσεις 1 έως 5.
- Λειτουργικός ρόλος: ερωτήσεις 6 και 7.
- Συναισθηματικός ρόλος: ερωτήσεις 21 έως 24.
- Γνωστικός ρόλος: ερωτήσεις 20 και 25.
- Κοινωνικός ρόλος: ερωτήσεις 26 και 27.
- Κόπωση: ερωτήσεις 10, 12 και 18.
- Ναυτία και έμετος: ερωτήσεις 14 και 15.
- Πόνος: ερωτήσεις 9 και 19.
- Δύσπνοια: ερώτηση 8.
- Αϋπνία: ερώτηση 11.
- Απώλεια βάρους: ερώτηση 13.
- Δυσκοιλιότητα: ερώτηση 16.

¹ Οι κλίμακες Likert αφορούν σε διατάξιμες μεταβλητές (ordinal variates), στις οποίες η σειρά ή, αλλιώς, η διάταξη μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών έχει σημασία, έτσι ώστε οι μεγαλύτερες αριθμητικές τιμές να αντιπροσωπεύουν την παρουσία ενός χαρακτηριστικού σε μεγαλύτερο βαθμό και οι μικρότερες την παρουσία του ίδιου χαρακτηριστικού σε μικρότερο βαθμό. (Γαλάνης, 2011).

- Διάρροια: ερώτηση 17.
- Οικονομικές δυσκολίες: ερώτηση 28.

Κάθε κλίμακα λαμβάνει τιμές 0-100. Για τις κλίμακες ρόλων, η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ για τις κλίμακες συμπτωμάτων, η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει περισσότερα συμπτώματα και επομένως χειρότερη ποιότητα ζωής.

Το QLQ-BR23 αφορά συγκεκριμένα στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού και αποτελείται από 23 ερωτήσεις που δημιουργούν τις παρακάτω κλίμακες:

- Σωματική εικόνα: ερωτήσεις 9 έως 12.
- Σεξουαλική δραστηριότητα: ερωτήσεις 14 και 15.
- Σεξουαλική απόλαυση: ερώτηση 16.
- Μελλοντική αντίληψη: ερώτηση 13.
- Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της φαρμακευτικής αγωγής: ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 6, 7 και 8.
- Συμπτώματα στον μαστό: ερωτήσεις 20 έως 23.
- Συμπτώματα στα χέρια: ερωτήσεις 17, 18 και 19.
- Αναστάτωση λόγω της απώλειας μαλλιών: ερώτηση 5.

Κάθε κλίμακα λαμβάνει τιμές 0-100. Για τις λειτουργικές κλίμακες (πρώτες 4), η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ για τις κλίμακες συμπτωμάτων, η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει περισσότερα συμπτώματα και επομένως χειρότερη ποιότητα ζωής.

6.5 Χώρος Μελέτης

Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα στην Ελβετία και την Ελλάδα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις εξής ογκολογικές μονάδες: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois de Lausanne (CHUV), Universitätsspital Zürich, Inselspital Bern, Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Clinique La Source de Lausanne, Αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης-Θεαγένειο, Γενικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Γενική κλινική Euromedika Θεσσαλονίκης, Αντικαρκινικό νοσοκομείο Αθηνών Άγιος Σάββας και Μετροπόλιταν Ιδιωτική κλινική Αθηνών. Στην Ελλάδα το δείγμα προήλθε 80% από τα δημόσια νοσοκομεία και 20% από τις ιδιωτικές κλινικές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελβετία ήταν 55% και 45%. Η

δειγματοληψία από ένα πλήθος διαφορετικών νοσοκομείων στόχευσε στη μείωση του σφάλματος επιλογής της μελέτης.

Στην περίπτωση της Ελβετίας, οι επίσημες γλώσσες ανάλογα με τη γεωγραφική θέση του καντονιού είναι η γερμανική (ομιλούμενη από το 63% του πληθυσμού), η γαλλική (20,4%), η ιταλική (6,5%) και η ρετορομανική (<0,5%), γλώσσα που μιλούν οι κάτοικοι του νοτιοανατολικού καντονιού Γκράουμπιντεν.

Το δείγμα του πληθυσμού για την Ελβετία (n=93) επιλέχθηκε από τη Λωζάνη (γαλλόφωνο, 60%), τη Γενεύη (γαλλόφωνο, 5%), τη Ζυρίχη (γερμανόφωνο, 20%) και τη Βέρνη (γερμανόφωνο, 15%). Από τα 14 μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία επιλέχτηκαν 4 δημόσια με με βασικό κριτήριο των αριθμό των περιστατικών. (πίνακας 4).

Πίνακας 4: Λίστα νοσοκομείων στην Ελβετία.

| | Όνομα Νοσοκομείου | Καντόνι | Περιπτώσεις | Πόλη | Γλώσσα |
|----|--|---------|-------------|--------------|---------|
| 1 | Lindenhof AG | BE | 713 | Berne | GE (FR) |
| 2 | CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois | VD | 569 | Lausanne | FR |
| 3 | Universitätsspital Zürich | ZH | 562 | Zürich | GE |
| 4 | Luzerner Kantonsspital | LU | 560 | Luzerne | GE |
| 5 | Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG | GE | 521 | Genève | FR |
| 6 | EOC Ente ospedaliero cantonale | TI | 464 | Bellinzona | IT |
| 7 | Kantonsspital St. Gallen | SG | 444 | St Gall | GE |
| 8 | Universitätsspital Basel | BS | 404 | Bâle (Basel) | GE (FR) |
| 9 | Klinik Hirslanden AG | ZH | 391 | Zürich | GE |
| 10 | Hôpital du Valais - Centre hospitalier du centre du Valais (CHCVs) | VS | 364 | Sion | FR |
| 11 | Inselspital Bern | BE | 358 | Berne | GE (FR) |

| | | | | | |
|----|--|-------|-----|------------|----|
| 12 | Kantonsspital Aarau AG | AG | 354 | Aarau | GE |
| 13 | Spital Thurgau Kantonsspitaler Frauenfeld & Münsterlingen | AG TG | 337 | Frauenfeld | GE |
| 14 | Kantonsspital Winterthur | ZH | 310 | Winterthur | GE |

6.6 Ηθικά Θέματα

Η 4^η Υγειονομική περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης του Υπουργείου Υγείας και η αρχή προστασίας δεδομένων στην Ελλάδα χορήγησαν την απαιτούμενη άδεια για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης για το αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεαγένιο και το Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη, ενώ για τα υπόλοιπες ογκολογικές μονάδες δόθηκε η έγκριση μετά από απόφαση του επιστημονικού και διοικητικού συμβούλιου του κάθε νοσοκομείου ξεχωριστά.

Για την Ελβετική ομοσπονδία, η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν διαφορετική. Η Ελβετική επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας ερευνών για τον άνθρωπο "Swiss Ethical Committees" μετά από την υποβολή ηλεκτρονικής αίτησης και την κατάθεση όλων των απαραίτητων εγγράφων χορήγησε την απαιτούμενη άδεια για τη διεξαγωγή της μελέτης για όλα τα καντόνια της ομοσπονδίας με τον εξής αριθμό μητρώου της μελέτης: *Project: Risk Factors of Quality of Life in Patients with Breast Cancer in Greece and Switzerland* (2016-00499).

Για τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, έτσι ώστε να διασφαλιστεί το απόρρητο των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου. Δηλώθηκε εγγράφως ότι με την ολοκλήρωση της έρευνας θα κατατεθεί έκθεση των αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων στα νοσοκομεία επιλογής καθώς και στην 4^η Υγειονομική περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης του Υπουργείου Υγείας (βλ. παράρτημα Β).

6.7 Στατιστική Ανάλυση

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το είδος της επέμβασης, η ικανοποίηση από την οικογένεια, η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες

υπηρεσίες υγείας, ο βαθμός ενημέρωσης και η συμμετοχή σε αθλητικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Η ικανοποίηση από την εργασία δεν χρησιμοποιήθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή, καθώς εάν χρησιμοποιούνταν δεν θα συμπεριλαμβάνονταν στην ανάλυση οι ασθενείς που δεν εργάζονταν.

Οι εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης ήταν οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια QLQ-30v3 και QLQ-BR23 που καταγράφουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας ποσοτικής μεταβλητής που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα

7.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 191 ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Το 35,6% (n=68) των ασθενών είχαν υποβληθεί σε προστατευτική ριζική μαστεκτομή, το 28,3% (n=54) είχαν υποστεί μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού, το 31,4% (n=60) είχαν υποστεί ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα και το 4,7% (n=9) δεν είχαν υποστεί επέμβαση.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών στην Ελλάδα και την Ελβετία.

Η μέση ηλικία των ασθενών στην Ελλάδα ήταν 56,1 έτη, ενώ στην Ελβετία ήταν 55,6 έτη. Το 63,4% των ασθενών στην Ελβετία ήταν ανώτερης εκπαίδευσης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν μόλις 26,5%. Το 20,4% των ασθενών στην Ελλάδα ήταν άνεργες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν μόλις 2,2%.

Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος των ασθενών στην Ελλάδα ήταν μεγαλύτερος σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος των ασθενών στην Ελβετία (27,4 kg/m² έναντι 24,9). Το 81,6% των ασθενών στην Ελλάδα επισκέπτονταν δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν μόλις 35,5%.

Το μέσο μηνιαίο εισόδημα των ασθενών στην Ελβετία ήταν πολύ μεγαλύτερο από το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών στην Ελλάδα (5463€ έναντι 965€). Εντούτοις, το 27,5% των ασθενών στην Ελλάδα αυτο-αξιολόγησαν την οικονομική τους κατάσταση ως πολύ κακή/κακή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν 52,7%.

Το 54,8% των ασθενών στην Ελβετία δεν κάπνισαν ποτέ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 49%. Το 57% των ασθενών στην Ελβετία άλλαξαν αρκετά/πολύ τις διατροφικές τους συνήθειες έπειτα από τη διάγνωση της νόσου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 47%.

Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

| Χαρακτηριστικό | Ελλάδα | Ελβετία |
|---|-------------|-------------|
| | N (%) | N (%) |
| Περιοχή διαμονής | | |
| Αστική | 89 (90,8) | 93 (100) |
| Αγροτική | 9 (9,2) | 0 (0,0) |
| Ηλικία ^a | 56,1 (14,7) | 55,6 (15,6) |
| Νοσηλεία σε | | |
| Ιδιωτική κλινική | 18 (18,4) | 60 (64,5) |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 80 (81,6) | 33 (35,5) |
| Βάρος (kg) ^a | 71,5 (13,8) | 70,1 (12,6) |
| Ύψος (cm) ^a | 1,6 (0,1) | 1,6 (0,9) |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) ^a | 27,4 (6,6) | 24,9 (5,1) |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Άγαμη | 10 (10,2) | 2 (2,2) |
| Έγγαμη | 70 (71,4) | 49 (52,7) |
| Σε συμβίωση | 4 (4,1) | 21 (22,6) |
| Διαζευγμένη | 7 (7,1) | 11 (11,8) |
| Χήρα | 7 (7,1) | 10 (10,8) |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | | |
| Κατώτερη | 26 (26,5) | 5 (5,4) |
| Μέση | 37 (37,8) | 21 (22,6) |
| Ανώτερη | 26 (26,5) | 59 (63,4) |
| Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου | 9 (9,2) | 8 (8,6) |
| Κάτοχος διδακτορικού τίτλου | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Επάγγελμα | | |
| Ιδιωτική υπάλληλος | 16 (16,3) | 32 (34,4) |
| Δημόσια υπάλληλος | 10 (10,2) | 11 (11,8) |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 19 (19,4) | 13 (14) |
| Άνεργη | 20 (20,4) | 2 (2,2) |
| Συνταξιούχος | 33 (33,7) | 35 (37,6) |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | |
| Ναι | 61 (62,2) | 67 (72,0) |
| Όχι | 37 (37,8) | 26 (28,0) |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | |
| Ναι | 26 (26,5) | 67 (72,0) |
| Όχι | 72 (73,5) | 40 (43,0) |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | | |
| Πολύ κακή | 5 (5,1) | 15 (16,1) |

| | | |
|--|-----------|-------------|
| Κακή | 22 (22,4) | 34 (36,6) |
| Ούτε καλή/ούτε κακή | 36 (36,7) | 39 (41,9) |
| Καλή | 25 (25,5) | 4 (4,3) |
| Πολύ καλή | 8 (8,2) | 1 (1,1) |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) ^a | 965 (709) | 5463 (1092) |
| Καπνιστική συνήθεια | | |
| Πρώην καπνίστρια | 32 (32,7) | 31 (33,3) |
| Τωρινή καπνίστρια | 14 (14,3) | 11 (11,8) |
| Ποτέ καπνίστρια | 48 (49) | 51 (54,8) |
| Κατανάλωση αλκοόλ | | |
| Κάθε μέρα τουλάχιστον ένα-δυο ποτήρια | 2 (2,0) | 2 (2,2) |
| Κάθε μέρα ένα ποτήρι | 2 (2,0) | 5 (5,4) |
| Μια φορά την εβδομάδα τουλάχιστον ένα-δύο ποτήρια | 13 (13,3) | 23 (24,7) |
| Μια φορά τον μήνα τουλάχιστον ένα-δύο ποτήρια | 32 (32,7) | 22 (23,7) |
| Καθόλου | 49 (50,0) | 41 (44,1) |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | | |
| Καθόλου | 20 (20,4) | 13 (14) |
| Λίγο | 14 (14,3) | 11 (11,8) |
| Μέτρια | 18 (18,4) | 16 (17,2) |
| Αρκετά | 18 (18,4) | 22 (23,7) |
| Πολύ | 28 (28,6) | 31 (33,3) |
| Είδος επέμβασης | | |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 24 (24,5) | 44 (47,3) |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 27 (27,6) | 27 (29) |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένων | 40 (40,8) | 20 (21,5) |
| Μη επέμβαση | 7 (7,1) | 2 (2,2) |

^a μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

7.2 Ικανοποίηση

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον και την εργασία. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης αναφορικά με την εργασία ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Το 84,7% των ασθενών στην Ελλάδα ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τον βαθμό στήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν 77,3%. Το 75,3% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τον

βαθμό συνεισφοράς τους στις οικογενειακές υποχρεώσεις, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 71,4%.

Το 79,2% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τις εργασιακές σχέσεις με τους συναδέλφους τους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 69,2%. Το 83% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τα ωράρια εργασίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 30,8%. Το 90,6% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τις οικονομικές απολαβές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 57,7%. Το 90,6% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τις οικονομικές απολαβές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 57,7%. Το 90,6% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τις συνθήκες εργασίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 50%.

Πίνακας 6. Η ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον και την εργασία.

| Ικανοποίηση από | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|---|------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Τον βαθμό στήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος | | | | | |
| Ελλάδα | 2 (2,0) | 3 (3,1) | 10 (10,2) | 24 (24,5) | 59 (60,2) |
| Ελβετία | 3 (3,2) | 1 (1,1) | 17 (18,3) | 36 (38,7) | 36 (38,7) |
| Τον βαθμό στις συνεισφορές στις οικογενειακές υποχρεώσεις | | | | | |
| Ελλάδα | 2 (2,0) | 8 (8,2) | 18 (18,4) | 44 (44,9) | 26 (26,5) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 4 (4,3) | 19 (20,4) | 46 (49,5) | 24 (25,8) |
| Τις εργασιακές σχέσεις με τους συναδέλφους | | | | | |
| Ελλάδα | 0 (0,0) | 2 (7,7) | 6 (23,1) | 7 (26,9) | 11 (42,3) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 2 (3,8) | 9 (17,0) | 19 (35,8) | 23 (43,4) |
| Τα ωράρια εργασίας | | | | | |
| Ελλάδα | 4,1 (15,4) | 3 (11,5) | 11 (42,3) | 4 (15,4) | 4 (15,4) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 9 (17,0) | 24 (45,3) | 20 (37,7) |
| Τις οικονομικές απολαβές | | | | | |
| Ελλάδα | 1 (3,8) | 4 (15,4) | 6 (23,1) | 9 (34,6) | 6 (23,1) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (9,4) | 26 (49,1) | 22 (41,5) |
| Τις συνθήκες εργασίας | | | | | |
| Ελλάδα | 2 (7,7) | 2 (7,7) | 9 (34,6) | 7 (26,9) | 6 (23,1) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 1 (1,9) | 4 (7,5) | 22 (41,5) | 26 (49,1) |

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας ήταν 0,74 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου

Το 88,2% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τη συμπεριφορά του ιατρού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 82,6%. Το 93,6% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από την επικοινωνία με τον ιατρό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 78,6%. Το 96,8% των ασθενών στην Ελβετία ήταν

αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από την επιστημονική κατάρτιση του ιατρού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 90,8%.

Το 95,7% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 72,4%. Το 73,2% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από την προσβασιμότητα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 60,2%. Το 82,8% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τον χρόνο αναμονής για ραντεβού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 42,8%. Το 53,8% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 58,1%.

Πίνακας 7. Η ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας.

| Ικανοποίηση από | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|--|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------|
| Τη συμπεριφορά του ιατρού | | | | | |
| Ελλάδα | 2 (2,0) | 6 (6,1) | 9 (9,2) | 17 (17,3) | 64 (65,3) |
| Ελβετία | 1 (1,1) | 2 (2,2) | 8 (8,6) | 20 (21,5) | 62 (66,7) |
| Την επικοινωνία με τον ιατρό | | | | | |
| Ελλάδα | 0 (0,0) | 7 (7,1) | 14 (14,3) | 24 (24,5) | 53 (54,1) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 6 (6,5) | 29 (31,2) | 58 (62,4) |
| Την επιστημονική κατάρτιση του ιατρού | | | | | |
| Ελλάδα | 1 (1,0) | 2 (2,0) | 6 (6,1) | 21 (21,4) | 68 (69,4) |
| Ελβετία | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (3,2) | 22 (23,7) | 68 (73,1) |
| Τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας | | | | | |
| Ελλάδα | 1 (1,0) | 6 (6,1) | 20 (20,4) | 40 (40,8) | 31 (31,6) |
| Ελβετία | 1 (1,1) | 0 (0,0) | 3 (3,2) | 34 (36,6) | 55 (59,1) |
| Την προσβασιμότητα | | | | | |
| Ελλάδα | 7 (7,1) | 14 (14,3) | 18 (18,4) | 20 (20,4) | 39 (39,8) |
| Ελβετία | 1 (1,1) | 8 (8,6) | 16 (17,2) | 22 (23,7) | 46 (49,5) |
| Τον χρόνο αναμονής για ραντεβού | | | | | |
| Ελλάδα | 14 (14,3) | 21 (21,4) | 21 (21,4) | 25 (25,5) | 17 (17,3) |
| Ελβετία | 5 (5,4) | 4 (4,3) | 7 (7,5) | 24 (25,8) | 53 (57,0) |
| Το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας | | | | | |
| Ελλάδα | 10 (10,2) | 11 (11,2) | 20 (20,4) | 36 (36,7) | 21 (21,4) |
| Ελβετία | 3 (3,2) | 13 (14,0) | 27 (29,0) | 33 (35,5) | 17 (18,3) |

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το σημαντικότερο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το 43% των ασθενών στην Ελβετία δήλωσαν ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 7,1% ($p < 0,001$). Τα σημαντικότερα προβλήματα στην Ελλάδα ήταν η έλλειψη οργάνωσης και ο μεγάλος χρόνος αναμονής, ενώ στην Ελβετία ήταν το κόστος.

Πίνακας 8. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το σημαντικότερο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

| Σημαντικότερο πρόβλημα | Ελλάδα | Ελβετία |
|-----------------------------------|---------------|----------------|
| Έλλειψη οργάνωσης | 29 (29,6) | 3 (3,2) |
| Υψηλό κόστος | 14 (14,3) | 27 (29,0) |
| Μεγάλος χρόνος αναμονής | 26 (26,5) | 7 (7,5) |
| Συμπεριφορά του προσωπικού | 6 (6,1) | 6 (6,5) |
| Έλλειψη φαρμάκων | 4 (4,1) | 3 (3,2) |
| Έλλειψη προμηθειών και προσωπικού | 5 (5,1) | 2 (2,2) |
| Όλα τα παραπάνω | 7 (7,1) | 5 (5,4) |
| Κανένα από τα παραπάνω | 7 (7,1) | 40 (43,0) |

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ενημέρωσή τους για τον καρκίνο του μαστού, την επίσκεψη τους σε μη κυβερνητικές οργανώσεις και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Οι ασθενείς στην Ελβετία ενημερώνονταν συχνότερα για τη νόσο τους σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Οι ασθενείς στην Ελβετία ενημερώνονταν συχνότερα για τη νόσο τους από το κράτος, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και το διαδίκτυο σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Οι ασθενείς στην Ελβετία επισκέπτονταν συχνότερα τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και ήταν περισσότερες ικανοποιημένες από αυτές σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Οι ασθενείς στην Ελβετία ήταν περισσότερες ικανοποιημένες από την υποστήριξη του κράτους σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Οι ασθενείς στην Ελβετία

συμμετείχαν συχνότερα σε κοινωνικές δραστηριότητες σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα.

Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ενημέρωσή τους για τον καρκίνο του μαστού, την επίσκεψη τους σε μη κυβερνητικές οργανώσεις και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες.

| Συχνότητα ενημέρωσης | Απάντηση | | | | | Τιμή p |
|---|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ | |
| Ελλάδα | 16 (16,8) | 15 (15,8) | 20 (21,1) | 25 (26,3) | 19 (20,0) | 0,001^a |
| Ελβετία | 4 (4,4) | 12 (13,2) | 11 (12,1) | 32 (35,2) | 32 (35,2) | |
| Ενημέρωση από το κράτος | Όχι | Ναι | | | | <0,001^b |
| Ελλάδα | 85 (86,7) | 13 (13,3) | | | | |
| Ελβετία | 58 (62,4) | 35 (37,6) | | | | |
| Ενημέρωση από μη κυβερνητικές οργανώσεις | Όχι | Ναι | | | | <0,001^b |
| Ελλάδα | 80 (81,6) | 18 (18,4) | | | | |
| Ελβετία | 32 (34,4) | 61 (65,6) | | | | |
| Ενημέρωση από το διαδίκτυο | Όχι | Ναι | | | | 0,02^b |
| Ελλάδα | 52 (53,1) | 46 (46,9) | | | | |
| Ελβετία | 33 (35,5) | 60 (64,5) | | | | |
| Ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό | Όχι | Ναι | | | | 0,5^b |
| Ελλάδα | 28 (28,6) | 70 (71,4) | | | | |
| Ελβετία | 23 (24,7) | 70 (75,3) | | | | |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | Όχι | Ναι | | | | <0,001^b |
| Ελλάδα | 74 (75,5) | 24 (24,5) | | | | |
| Ελβετία | 31 (33,3) | 62 | | | | |

| | | | | | | |
|---|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------|------------------------------|
| | | (66,7) | | | | |
| Ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες των μη κυβερνητικών οργανώσεων/συλλόγων | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ | 0,006^α |
| Ελλάδα | 1 (4,2) | 4 (16,7) | 8 (33,3) | 7 (29,2) | 4 (16,7) | |
| Ελβετία | 2 (3,2) | 4 (6,5) | 8 (12,9) | 19 (30,6) | 29 (46,8) | |
| Ικανοποίηση από τον βαθμό υποστήριξης του κράτους για την ασθένειά σας (επιδόματα, κοινωνικές δράσεις, ειδικά βοηθήματα) | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ | <0,001^β |
| Ελλάδα | 41 (41,8) | 29 (29,6) | 19 (19,4) | 8 (8,2) | 1 (1,0) | |
| Ελβετία | 9 (9,7) | 9 (9,7) | 18 (19,4) | 32 (34,4) | 25 (26,9) | |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (μαγειρική, σεμινάρια ενημέρωσης, ταξίδια, εκδρομές, αθλητισμός κ.ά.) | Όχι | Ναι | | | | <0,001^α |
| Ελλάδα | 55 (59,1) | 38 (40,9) | | | | |
| Ελβετία | 25 (31,3) | 55 (68,8) | | | | |

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

^α έλεγχος χ^2 για τάση

^β έλεγχος χ^2

7.3 Συσχετίσεις της Ποιότητας Ζωής με τις Ανεξάρτητες Μεταβλητές

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι συσχετίσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών ανάμεσα στις κλίμακες του QLQ-30 και του Br-23.

7.3.1 Ερωτηματολόγιο QLQ-30v3

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο QLQ-30 ήταν 0,83 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Συνολική κατάσταση υγείας

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας.

Πίνακας 10. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία συνολική κατάστασης υγείας (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,002^a |
| Ελλάδα | 58,0 (22,0) | |
| Ελβετία | 67,6 (18,9) | |
| Ηλικία | -0,15 ^b | 0,044^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,17^a |
| Ιδιωτική κλινική | 65,2 (18,7) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 60,9 (22,5) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,05 ^b | 0,52 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,18^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 59,0 (17,1) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 63,8 (22,2) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,11 ^γ | 0,14^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,006^a |
| Ναι | 56,7 (19,6) | |
| Όχι | 65,6 (21,3) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,007^α |
| Ναι | 59,2 (21,3) | |
| Όχι | 67,5 (19,9) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,16 ^γ | 0,03^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,29 ^γ | 0,001^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,78 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 64,1 (20,6) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 60,7 (20,2) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 63,3 (21,3) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,02 ^γ | 0,78 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | 0,15 ^γ | 0,04^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,73 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 64,8 (19,1) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 62,3 (25,9) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 60,8 (18,6) | |
| Μη επέμβαση | 60,1 (21,2) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 0,12 ^β | 0,097^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,24 ^β | 0,001^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,005^α |
| Όχι | 58,8 (22,0) | |
| Ναι | 67,3 (19,3) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,08 ^γ | 0,29 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,17 ^γ | 0,02^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,32 ^α |
| Όχι | 70,7 (20,2) | |
| Ναι | 63,7 (20,6) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνολικής κατάστασης υγείας και 14 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Μη εργαζόμενες πριν από τη διάγνωση της νόσου σε σχέση με εργαζόμενες | 10,8 | 3,6 έως 18,0 | 0,004 |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,002 | 0,000 έως 0,004 | 0,024 |
| Επισκέπτριες σε μη κυβερνητικές οργανώσεις σε σχέση με μη επισκέπτριες | 10,2 | 2,5 έως 18,0 | 0,010 |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -5,2 | -10,0 έως 0,3 | 0,036 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι μη εργαζόμενες πριν από τη διάγνωση της νόσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας σε σχέση με τις εργαζόμενες.
- Αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής κατάστασης υγείας.
- Οι επισκέπτριες σε μη κυβερνητικές οργανώσεις είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας σε σχέση με τις μη επισκέπτριες.

- Αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συνολικής κατάστασης υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 19% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνολικής κατάστασης υγείας.

Σωματικός ρόλος

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικού ρόλου.

Πίνακας 12. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικού ρόλου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία σωματικού ρόλου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|---------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,38 ^a |
| Ελλάδα | 67,3 (17,9) | |
| Ελβετία | 72,4 (18,2) | |
| Ηλικία | -0,027 ^b | <0,001 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,031 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 73,1 (18,2) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 67,3 (17,9) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,28 ^b | <0,001 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,77 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 70,3 (18,0) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 69,4 (18,3) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,11 ^γ | 0,13 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,187 ^a |
| Ναι | 67,2 (16,9) | |
| Όχι | 70,9 (18,7) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,012 ^a |
| Ναι | 66,9 (17,7) | |
| Όχι | 73,6 (18,3) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,09 ^γ | 0,901 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,24 ^γ | 0,09 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,10 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 73,9 (18,1) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 69,7 (16,4) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 67,7 (18,6) | |

| | | |
|--|-------------------|------------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,07 ^γ | 0,34 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | 0,08 ^γ | 0,26 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,17^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 70,7 (19,4) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 65,3 (16,8) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 72,7 (17,3) | |
| Μη επέμβαση | 68,1 (20,5) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 0,15 ^β | 0,037^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,15 ^β | 0,35 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,018^α |
| Όχι | 67,8 (18,9) | |
| Ναι | 73,1 (17,3) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,18 ^γ | 0,01^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,29 ^γ | <0,001^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,05^α |
| Όχι | 67,8 (18,9) | |
| Ναι | 73,2(17,3) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σωματικού ρόλου και 14 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικού ρόλου.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|---|--------------------------|--|-------------------|
| Μη εργαζόμενες πριν από τη διάγνωση της νόσου σε σχέση με εργαζόμενες | 9,7 | 3,3 έως 16,2 | 0,003 |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,001 | 0,000 έως 0,003 | 0,05 |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 2,8 | 0,04 έως 5,6 | 0,047 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι μη εργαζόμενες πριν από τη διάγνωση της νόσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικού ρόλου σε σχέση με τις εργαζόμενες.
- Αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σωματικού ρόλου.
- Αύξηση του βαθμού ενημέρωσης για τη νόσο σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σωματικού ρόλου.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικού ρόλου.

Λειτουργικός ρόλος

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία λειτουργικού ρόλου.

Πίνακας 14. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία λειτουργικού ρόλου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία λειτουργικού ρόλου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|------------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,002^a |
| Ελλάδα | 62,0 (26,8) | |
| Ελβετία | 73,1 (22,1) | |
| Ηλικία | -0,24 ^b | <0,001^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,01^a |
| Ιδιωτική κλινική | 73,8 (22,2) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 63,7 (26,5) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,28 ^b | <0,001^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,07^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 61,7 (24,3) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 69,3 (25,3) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,09 ^γ | 0,22 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,310 ^a |
| Ναι | 64,8 (25,1) | |
| Όχι | 68,8 (25,3) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,093^a |
| Ναι | 64,9 (24,2) | |
| Όχι | 71,1 (26,2) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,03 ^γ | 0,714 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,20 ^γ | 0,026^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,77 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 69,3 (23,6) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 65,3 (24,5) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 67,0 (26,8) | |

| | | |
|--|-------------------|--------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,07 ^γ | 0,34 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | 0,09 ^γ | 0,20 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | <0,001 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 73,3 (22,9) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 65,4 (23,5) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 66,1 (26,0) | |
| Μη επέμβαση | 44,4 (33,3) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 0,16 ^β | 0,023^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,19 ^β | 0,10^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,504 ^α |
| Όχι | 66,3 (24,6) | |
| Ναι | 68,8 (26,0) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,26 ^γ | <0,001 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,13 ^γ | 0,07^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,64 ^α |
| Όχι | 66,2 (26,4) | |
| Ναι | 68,1 (24,9) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία λειτουργικού ρόλου.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Ηλικία | -0,42 | -0,71 έως -0,14 | 0,004 |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,68 | -1,36 έως -0,003 | 0,049 |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 3,1 | 0,00 έως 6,3 | 0,05 |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 5,2 | 2,2 έως 8,2 | 0,001 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου.
- Αύξηση του δείκτη μάζας σώματος σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου.
- Αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οικογένεια σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου.
- Αύξηση της ικανοποίησης από την υποστήριξη του κράτους σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 26% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου.

Συναισθηματικός ρόλος

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

Πίνακας 16. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,024^a |
| Ελλάδα | 39,4 (19,7) | |
| Ελβετία | 33,1 (18,4) | |
| Ηλικία | 0,21 ^b | 0,004^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,12^a |
| Ιδιωτική κλινική | 33,7 (17,6) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 38,2 (20,3) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,10 ^b | 0,16^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,25 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 39,1 (20,9) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 35,5 (18,7) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,12 ^γ | 0,09^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,11^a |
| Ναι | 39,6 (19,5) | |
| Όχι | 34,8 (19,2) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,206 ^a |
| Ναι | 37,9 (19,3) | |
| Όχι | 34,3 (19,2) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,07 ^γ | 0,34^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,22 ^γ | 0,015^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,546 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 33,9 (17,8) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 36,3 (20,3) | |

| | | |
|--|--------------------|------------------------------|
| Ποτέ καπνίστρια | 37,3 (20,1) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,02 ^γ | 0,78 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,11 ^γ | 0,13^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,13^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 33,2 (20,1) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 39,0 (17,7) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 38,9 (18,9) | |
| Μη επέμβαση | 27,8 (22,8) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,12 ^β | 0,113^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,34 ^β | <0,001^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,397 ^α |
| Όχι | 37,5 (20,1) | |
| Ναι | 35,0 (18,4) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,21 ^γ | <0,001^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,15 ^γ | 0,04^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,20 ^α |
| Όχι | 38,3 (18,1) | |
| Ναι | 34,5 (20,5) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Γνωστικός ρόλος

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γνωστικού ρόλου.

Πίνακας 17. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γνωστικού ρόλου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία γνωστικού ρόλου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,904 ^a |
| Ελλάδα | 68,0 (26,8) | |
| Ελβετία | 68,4 (22,5) | |
| Ηλικία | -0,08 ^b | 0,266 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,79 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 68,8 (22,2) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 67,8 (26,5) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,64 ^b | 0,38 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,78 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 67,3 (25,9) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 68,5 (24,5) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,04 ^γ | 0,60 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,404 ^a |
| Ναι | 70,4 (25,1) | |
| Όχι | 67,2 (24,7) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,886 ^a |
| Ναι | 68,5 (25,3) | |
| Όχι | 67,9 (24,1) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,05 ^γ | 0,498 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,02 ^γ | 0,863 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,028^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 75,4 (23,5) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 63,3 (26,8) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 66,0 (24,0) | |

| | | |
|--|-------------------|--------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,08 ^γ | 0,25 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | 0,10 ^γ | 0,19^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,30 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 69,1 (24,3) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 63,3 (24,3) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 70,6 (26,3) | |
| Μη επέμβαση | 76,0 (18,8) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 0,12 ^β | 0,114^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,13 ^β | 0,075^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,428 ^α |
| Όχι | 69,5 (26,4) | |
| Ναι | 66,7 (22,7) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,08 ^γ | 0,29 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,16 ^γ | 0,03^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,87 ^α |
| Όχι | 71,0 (25,4) | |
| Ναι | 70,4 (23,2) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας γνωστικού ρόλου και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 18. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γνωστικού ρόλου.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|-------------------------------|--------------------------|--|-------------------|
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 3,6 | 0,9 έως 6,3 | 0,009 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση του βαθμού ενημέρωσης για τη νόσο σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας γνωστικού ρόλου.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γνωστικού ρόλου.

Κοινωνικός ρόλος

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κοινωνικού ρόλου.

Πίνακας 19. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κοινωνικού ρόλου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία κοινωνικού ρόλου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|------------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,009^a |
| Ελλάδα | 67,0 (17,8) | |
| Ελβετία | 72,0 (22,8) | |
| Ηλικία | -0,15 ^b | 0,037^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,03^a |
| Ιδιωτική κλινική | 72,0 (23,0) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 64,0 (25,2) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,29 ^b | <0,001^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,35 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 70,2 (21,1) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 66,3 (25,7) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,05 ^γ | 0,48 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,080^a |
| Ναι | 65,9 (25,1) | |
| Όχι | 68,0 (24,4) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,161^a |
| Ναι | 65,2 (24,6) | |
| Όχι | 70,3 (24,6) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,066 ^γ | 0,365 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,12 ^γ | 0,180^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,453 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 70,9 (24,5) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 65,3 (25,0) | |

| | | |
|--|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ καπνίστρια | 66,3 (24,7) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,12 ^γ | 0,09^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | 0,22 ^γ | <0,001^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,05^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 69,4 (25,2) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 59,6 (26,4) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 71,7 (22,0) | |
| Μη επέμβαση | 68,5 (17,6) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 0,16 ^β | 0,032^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,29 ^β | <0,001^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,332 ^α |
| Όχι | 65,7 (24,1) | |
| Ναι | 69,2 (25,2) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,03 ^γ | <0,001^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,24 ^γ | 0,041^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,11^α |
| Όχι | 64,8 (24,2) | |
| Ναι | 70,8 (25,3) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας κοινωνικού ρόλου και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 20.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,84 | -1,5 έως -0,1 | 0,019 |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 4,1 | 1,0 έως 7,1 | 0,010 |
| Ασθενείς με μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού σε σχέση με ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο | -14,3 | -24,5 έως -3,8 | 0,008 |
| Ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή σε σχέση με ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο | -11,8 | -21,2 έως -2,4 | 0,015 |

Πίνακας 20. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κοινωνικού ρόλου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση του δείκτη μάζας σώματος σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας κοινωνικού ρόλου.
- Αύξηση της ικανοποίησης από την υποστήριξη του κράτους σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας κοινωνικού ρόλου.
- Οι ασθενείς με μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού και οι ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή είχαν μικρότερη βαθμολογία κοινωνικού ρόλου σε σχέση με τις ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κοινωνικού ρόλου.

Κόπωση

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κόπωσης.

Πίνακας 21. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κόπωσης.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία κόπωσης (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,979 ^α |
| Ελλάδα | 43,6 (2,3) | |
| Ελβετία | 43,7 (17,2) | |
| Ηλικία | 0,17 ^β | 0,020^β |
| Νοσηλεία σε | | 0,89 ^α |
| Ιδιωτική κλινική | 43,4 (16,4) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 43,8 (22,8) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,12 ^β | 0,89 ^β |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,99 ^α |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 43,7 (19,7) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 43,7 (20,8) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,02 ^γ | 0,77 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,042^α |
| Ναι | 48,0 (21,6) | |
| Όχι | 41,6 (20,0) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,041^α |
| Ναι | 46,2 (22,9) | |
| Όχι | 40,1 (15,8) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,05 ^γ | 0,507 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,01 ^γ | 0,933 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,751 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 43,2 (19,3) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 40,9 (18,9) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 44,3 (21,9) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,05 ^γ | 0,46 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,09 ^γ | 0,21 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 1,00 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 44,0 (22,4) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 43,2 (19,6) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 43,9 (19,7) | |
| Μη επέμβαση | 43,2 (18,0) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,11 ^β | 0,116^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,01 ^β | 0,94 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,337 ^α |
| Όχι | 45,0 (21,4) | |
| Ναι | 42,1 (19,3) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,08 ^γ | 0,30 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,00 ^γ | 0,98 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,57 ^α |
| Όχι | 44,3 (21,8) | |
| Ναι | 42,5 (18,9) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας κόπωσης και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 22.

Πίνακας 22. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κόπωσης.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|-----------------------------|--------------------------|--|-------------------|
| Ηλικία | 0,24 | 0,05 έως 0,43 | 0,015 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας κόπωσης.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κόπωσης.

Ναυτία και έμετος

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ναυτία και έμετου.

Πίνακας 23. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ναυτία και έμετου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία ναυτία και έμετου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|--------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,229 ^α |
| Ελλάδα | 18,5 (23,4) | |
| Ελβετία | 14,87 (18,1) | |
| Ηλικία | 0,01 ^β | 0,915 ^β |
| Νοσηλεία σε | | 0,61 ^α |
| Ιδιωτική κλινική | 15,8 (17,9) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 17,4 (22,9) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,39 ^β | 0,59 ^β |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,34 ^α |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 14,1 (22,2) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 17,6 (20,7) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,04 ^γ | 0,57 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,350 ^α |
| Ναι | 18,8 (21,9) | |
| Όχι | 15,7 (20,6) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,388 ^α |
| Ναι | 17,9 (22,0) | |
| Όχι | 15,2 (19,7) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,01 ^γ | 0,908 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,06 ^γ | 0,534 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,841 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 16,1 (21,6) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Τωρινή καπνίστρια | 18,7 (20,0) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 16,0 (20,3) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,01 ^γ | 0,89 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,12 ^γ | 0,11^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,11^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 16,9 (21,5) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 21,9 (20,9) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 12,2 (19,9) | |
| Μη επέμβαση | 14,8 (22,7) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,09 ^β | 0,200 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,15 ^β | 0,044^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,950 ^α |
| Όχι | 16,7 (20,6) | |
| Ναι | 16,9 (21,8) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,08 ^γ | 0,26 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,18 ^γ | 0,02^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,41 ^α |
| Όχι | 17,5 (24,0) | |
| Ναι | 14,9 (18,13) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ναυτίας και έμετου και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για

τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 24.

Πίνακας 24. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ναυτίας και έμετου.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|---|--------------------------|--|---------------|
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,7 | -1,3 έως -0,05 | 0,034 |
| Ασθενείς με ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα σε σχέση με ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο | -7,0 | -13,5 έως -0,5 | 0,034 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ναυτίας και έμετου.
- Οι ασθενείς με ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα είχαν μικρότερη βαθμολογία ναυτίας και έμετου σε σχέση με τις ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ναυτίας και έμετου.

Πόνος

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πόνου.

Πίνακας 25. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πόνου.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία πόνου (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|------------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,005^a |
| Ελλάδα | 34,3 (25,9) | |
| Ελβετία | 24,7 (20,3) | |
| Ηλικία | 0,18 ^b | 0,012^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,03^a |
| Ιδιωτική κλινική | 25,21 (20,9) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 32,7 (25,2) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,31 ^b | <0,001^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,51 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 27,6 (20,9) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 30,3 (24,47) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,09 ^γ | 0,24 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,341 ^a |
| Ναι | 32,0 (24,8) | |
| Όχι | 28,5 (23,4) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,133^a |
| Ναι | 31,8 (23,9) | |
| Όχι | 26,6 (23,5) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,01 ^γ | 0,92 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,12 ^γ | 0,178^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,588 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 28,3 (22,7) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 26,0 (23,1) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Ποτέ καπνίστρια | 31,0 (24,9) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,02 ^γ | 0,81 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,20 ^γ | 0,01^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,17^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 25,0 (22,2) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 34,6 (24,2) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 30,8 (24,1) | |
| Μη επέμβαση | 27,8 (28,9) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,01 ^β | 0,912 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,12 ^β | 0,094^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,678 ^α |
| Όχι | 30,3 (23,4) | |
| Ναι | 28,8 (24,4) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,18 ^γ | 0,02^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,16 ^γ | 0,03^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,42 ^α |
| Όχι | 31,2 (25,1) | |
| Ναι | 28,3 (23,15) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας πόνου και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 26.

Πίνακας 26. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία πόνου.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Ηλικία | 0,4 | 0,07 έως 0,6 | 0,014 |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 1,0 | 0,4 έως 1,7 | 0,001 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας πόνου.
- Αύξηση του δείκτη μάζας σώματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας πόνου.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 14% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας πόνου.

Δύσπνοια

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία δύσπνοιας.

Πίνακας 27. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία δύσπνοιας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία δύσπνοια (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|-------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,332 ^a |
| Ελλάδα | 38,4 (31,5) | |
| Ελβετία | 34,4 (25,2) | |
| Ηλικία | 0,02 ^b | 0,764 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,69 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 35,4 (24,81) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 37,1 (31,1) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,10 ^b | 0,15^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,62 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 28,2 (31,8) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 35,9 (27,6) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,07 ^γ | 0,31 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,278 ^a |
| Ναι | 39,7 (28,6) | |
| Όχι | 34,9 (28,6) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,556 ^a |
| Ναι | 37,5 (29,0) | |
| Όχι | 35,0 (28,2) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,08 ^γ | 0,31 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,01 ^γ | 0,877 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,66 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 38,1 (28,0) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 23,0 (29,6) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 37,0 (28,9) | |

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,12 ^γ | 0,11^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,08 ^γ | 0,25 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,01^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 32,4 (29,9) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 43,2 (29,4) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 37,2 (25,4) | |
| Μη επέμβαση | 22,2 (28,9) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,10 ^β | 0,16^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,09 ^β | 0,24 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,599 ^α |
| Όχι | 37,4 (29,9) | |
| Ναι | 35,3 (27,2) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,02 ^γ | 0,83 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,06 ^γ | 0,38 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,84 ^α |
| Όχι | 36,7 (27,9) | |
| Ναι | 35,9 (28,3) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας δύσπνοιας και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 28.

Πίνακας 28. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία δύσπνοιας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Ασθενείς με μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού σε σχέση με ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο | 9,5 | 0,5 έως 18,7 | 0,039 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ασθενείς με μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία δύσπνοιας σε σχέση με τις ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας δύσπνοιας.

Αϋπνία

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αϋπνίας.

Πίνακας 29. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αϋπνίας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία αϋπνίας (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,801 ^α |
| Ελλάδα | 27,2 (28,5) | |
| Ελβετία | 26,1 (28,5) | |
| Ηλικία | 0,17 ^β | 0,021^β |
| Νοσηλεία σε | | 0,20 ^α |
| Ιδιωτική κλινική | 23,5 (25,8) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 28,9 (30,3) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,07 ^β | 0,32 ^β |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,79 ^α |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 27,6 (28,9) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 26,4 (28,7) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,05 ^γ | 0,50 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,039^α |
| Ναι | 32,8 (30,2) | |
| Όχι | 23,7 (27,5) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,157^α |
| Ναι | 29,2 (30,4) | |
| Όχι | 23,2 (25,8) | |
| Αυτό-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,02 ^γ | 0,841 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,02 ^γ | 0,842 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,813 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 24,3 (27,6) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 26,7 (30,4) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Ποτέ καπνίστρια | 27,2 (28,7) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,14 ^γ | 0,06^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,1 ^γ | 0,17^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,21 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 22,5 (30,2) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 32,7 (28,6) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 25,0 (26,5) | |
| Μη επέμβαση | 33,3 (28,8) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,23 ^β | 0,002^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,17 ^β | 0,020^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,880 ^α |
| Όχι | 27,0 (28,2) | |
| Ναι | 26,4 (29,4) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,02 ^γ | 0,80 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,06 ^γ | 0,42 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,81 ^α |
| Όχι | 25,8 (28,5) | |
| Ναι | 26,9 (28,0) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας αϋπνίας και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία αϋπνίας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -4,8 | -7,8 έως -1,7 | 0,002 |
| Ηλικία | 0,4 | 0,2 έως 0,7 | 0,003 |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -4,5 | -8,6 έως 0,4 | 0,002 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οικογένεια σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας αϋπνίας.
- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας αϋπνίας.
- Αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας αϋπνίας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 9% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας αϋπνίας.

Απώλεια βάρους

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία απώλειας βάρους.

Πίνακας31. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία απώλεια βάρους.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία απώλεια βάρους (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,309 ^a |
| Ελλάδα | | |
| Ελβετία | 28,6 (26,7) | |
| Ηλικία | | 0,018^b |
| Νοσηλεία σε | 33,0 (31,5) | 0,77 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 31,6 (28,87) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 30,8 (29,7) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,03 ^b | 0,68 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,29 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 26,9 (23,7) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 32,2 (30,9) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,02 ^γ | 0,79 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,346 ^a |
| Ναι | 28,0 (29,5) | |
| Όχι | 32,3 29,3) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,972 ^a |
| Ναι | 30,8 (29,1) | |
| Όχι | 31,0 (29,6) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,02 ^γ | 0,829 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,11 ^γ | 0,214 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,98 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 30,7 (30,1) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 28,0 (28,3) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 32,3 (29,5) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,16 ^γ | 0,03^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,08 ^γ | 0,27 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,23 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 28,4 (28,4) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 37,7 (29,7) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 27,2 (30,2) | |
| Μη επέμβαση | 33,3 (23,6) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,10 ^β | 0,186^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,03 ^β | 0,64 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,109^α |
| Όχι | 34,0 (30,0) | |
| Ναι | 27,1 (28,2) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,04 ^γ | 0,59 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,16 ^γ | 0,03^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,34 ^α |
| Όχι | 27,9 (31,6) | |
| Ναι | 32,2 (28,0) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας απώλειας βάρους και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 32.

Πίνακας 32. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία απώλειας βάρους.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|-----------------------------|--------------------------|--|-------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | -5,4 | -9,6 έως -1,2 | 0,012 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας απώλειας βάρους.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας απώλειας βάρους.

Δυσκοιλιότητα

Στον πίνακα 33 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία δυσκοιλιότητας.

Πίνακας 33. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία δυσκοιλιότητας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία δυσκοιλιότητας (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,014^a |
| Ελλάδα | 27,8 (33,3) | |
| Ελβετία | 17,5 (22,8) | |
| Ηλικία | 0,08 ^b | 0,267 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,11^a |
| Ιδιωτική κλινική | 18,8 (24,9) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 25,6 (31,4) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,18 ^b | 0,16 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,81 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 21,9 (28,0) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 23,1 (29,6) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,12 ^γ | 0,11^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,971 ^a |
| Ναι | 22,8 (29,2) | |
| Όχι | 22,9 (29,2) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,169^a |
| Ναι | 25,3 (30,4) | |
| Όχι | 19,4 (27,0) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,08 ^γ | 0,268 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,09 ^γ | 0,332 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,60 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 22,2 (28,7) | |

| | | |
|--|--------------------|---------------------|
| Τωρινή καπνίστρια | 17,3 (29,1) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 23,9 (29,4) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,01 ^γ | 0,86 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,04 ^γ | 0,56 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,23 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 16,7 (21,9) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 27,2 (32,4) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 21,7 (29,3) | |
| Μη επέμβαση | 51,9 (37,7) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,01 ^β | 0,889 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,06 ^β | 0,379 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,407 ^α |
| Όχι | 24,4 (31,1) | |
| Ναι | 20,9 (26,6) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,22 ^γ | <0,001 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,10 ^γ | 0,16 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,11 ^α |
| Όχι | 26,7 (32,0) | |
| Ναι | 19,3 (27,0) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας δυσκολιότητας και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 34.

Πίνακας 34. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία δυσκοιλιότητας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|---------------|
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,9 | 0,2 έως 1,7 | 0,017 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση του δείκτη μάζας σώματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας δυσκοιλιότητας.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας δυσκοιλιότητας.

Διάρροια

Στον πίνακα 35 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία διάρροιας.

Πίνακας 35. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία διάρροιας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία διάρροιας (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,183^a |
| Ελλάδα | 15,6 (24,6) | |
| Ελβετία | 11,4 (18,7) | |
| Ηλικία | 0,07 ^b | 0,35 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,97 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 13,6 (21,1) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 13,5 (21,1) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,15 ^b | 0,04^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,64 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 14,9 (22,9) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 13,2 (21,2) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,01 ^γ | 0,90 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,863 ^a |
| Ναι | 13,2 (21,2) | |
| Όχι | 13,8 (21,9) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,536 ^a |
| Ναι | 12,8 (20,6) | |
| Όχι | 14,8 (23,1) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,02 ^γ | 0,760 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,06 ^γ | 0,516 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,38 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 11,6 (19,1) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 18,7 (23,7) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 13,19 (22,2) | |

| | | |
|--|--------------------|---------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | -003 ^γ | 0,69 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,21 ^γ | <0,001 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,25 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 10,3 (18,4) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 17,3 (23,1) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 15,0 (24,1) | |
| Μη επέμβαση | 7,4 (14,7) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,05 ^β | 0,526 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,07 ^β | 0,339 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,844 ^α |
| Όχι | 13,3 (22,0) | |
| Ναι | 14,0 (21,4) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,05 ^γ | 0,53 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,14 ^γ | 0,05 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,28 ^α |
| Όχι | 12,1 (22,0) | |
| Ναι | 15,8 (22,3) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας διάρροιας και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 36.

Πίνακας 36. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία διάρροιας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -2,9 | -5,0 έως 0,8 | 0,007 |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -2,9 | -5,2 έως -0,6 | 0,014 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας διάρροιας.
- Αύξηση του βαθμού ενημέρωσης για τη νόσο σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας διάρροιας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 6% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας διάρροιας.

Οικονομικές δυσκολίες

Στον πίνακα 37 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών

Πίνακας 37. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| Χώρα διαμονής | | <0,001^a |
| Ελλάδα | 43,5 (32,5) | |
| Ελβετία | 24,3 (27,8) | |
| Ηλικία | 0,06 ^b | 0,430 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,01^a |
| Ιδιωτική κλινική | 26,9 (31,3) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 39,2 (30,9) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,15 ^b | 0,04^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,15^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 28,4 (30,3) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 36,1 (31,9) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,18 ^γ | 0,01^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,826 ^a |
| Ναι | 34,9 (31,9) | |
| Όχι | 13,9 (31,6) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,043^a |
| Ναι | 38,1 (31,9) | |
| Όχι | 28,7 (30,5) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,16 ^γ | 0,026^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,38 ^γ | <0,001^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,738 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 32,8 (29,0) | |

| | | |
|--|--------------------|------------------------------|
| Τωρινή καπνίστρια | 38,7 (29,9) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 34,3 (33,8) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,05 ^γ | 0,53 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,18 ^γ | 0,01^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,73 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 29,4 (32,3) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 35,8 (28,1) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 37,8 (33,3) | |
| Μη επέμβαση | 37,0 (35,1) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | 0,04 ^β | 0,588 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,29 ^β | <0,001^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,116^α |
| Όχι | 37,5 (32,6) | |
| Ναι | 30,2 (30,1) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,28 ^γ | <0,001^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,24 ^γ | <0,001^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,03^α |
| Όχι | 39,2 (32,2) | |
| Ναι | 28,7 (29,8) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας οικονομικών δυσκολιών και 14 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 38.

Πίνακας 38. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|---------------|
| Ασθενείς στην Ελλάδα σε σχέση με ασθενείς στην Ελβετία | 15,1 | 2,2 έως 27,9 | 0,022 |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -5,1 | -9,6 έως -0,6 | 0,027 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ασθενείς στην Ελλάδα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελβετία.
- Αύξηση της ικανοποίησης από την υποστήριξη του κράτους σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας οικονομικών δυσκολιών.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 16% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας οικονομικών δυσκολιών.

7.3.2 Ερωτηματολόγιο QLQ-BR23

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για το ερωτηματολόγιο QLQ- BR23 ήταν 0,87 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Σωματική εικόνα

Στον πίνακα 39 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικής εικόνας.

Πίνακας 39. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικής εικόνας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία σωματικής εικόνας (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|------------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,049^a |
| Ελλάδα | 43,5 (32,5) | |
| Ελβετία | 29,3 (23,5) | |
| Ηλικία | -1,15 ^b | 0,040^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,18^a |
| Ιδιωτική κλινική | 30,0 (22,8) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 35,1 (27,5) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,11 ^b | 0,14^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,20 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 28,9 (23,8) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 34,4 (26,4) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,01 ^γ | 0,94 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | <0,001^a |
| Ναι | 24,3 (26,9) | |
| Όχι | 37,4 (24,2) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,308 ^a |
| Ναι | 31,3 (27,2) | |

| | | |
|--|--------------------|------------------------------|
| Όχι | 35,3 (23,6) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,05 ^γ | 0,026^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,03 ^γ | <0,001^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,74 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 37,7 (25,9) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 43,3 (29,0) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 27,2 (23,6) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,25 ^γ | 0,53 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,11 ^γ | 0,01^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,47 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 30,3 (27,1) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 37,3 (32,7) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 30,1 (24,9) | |
| Μη επέμβαση | 48,1 (29,4) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,04 ^β | 0,59^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,20 ^β | <0,001^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,217^α |
| Όχι | 35,2 (27,9) | |
| Ναι | 30,5 (23,0) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,10 ^γ | <0,001^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,02 ^γ | <0,001^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,95 ^α |
| Όχι | 33,0 (26,0) | |
| Ναι | 32,8 (25,6) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Επειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σωματικής εικόνας και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 40.

Πίνακας 40. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικής εικόνας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|---|-------------------------|---|------------------|
| Ασθενείς στην Ελβετία σε σχέση με ασθενείς στην Ελλάδα | 9,7 | 2,7 έως 16,6 | 0,007 |
| Μη εργαζόμενες πριν από τη διάγνωση της νόσου σε σχέση με εργαζόμενες | 11,0 | 3,4 έως 18,7 | 0,005 |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -4,6 | -8,2 έως -1,0 | 0,012 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ασθενείς στην Ελβετία είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής εικόνας σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα.
- Οι ασθενείς που δεν εργάζονταν πριν από τη διάγνωση της νόσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής εικόνας σε σχέση με τις ασθενείς που εργάζονταν.
- Αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας σωματικής εικόνας.

- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 15% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικής εικόνας.

Σεξουαλική δραστηριότητα

Στον πίνακα 41 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σεξουαλικής δραστηριότητας.

Πίνακας 41. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σεξουαλικής δραστηριότητας.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία σεξουαλικής δραστηριότητας (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|---------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,580 ^a |
| Ελλάδα | 43,5 (32,5) | |
| Ελβετία | 30,2 (30,5) | |
| Ηλικία | -0,33 ^b | <0,001 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,45 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 29,4 (28,7) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 33,0 (33,4) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,06 ^b | 0,45 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,01 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 20,9 (27,7) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 35,1 (32,1) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,11 ^γ | 0,14 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | <0,001 ^a |
| Ναι | 18,8 (30,5) | |
| Όχι | 37,9 (30,4) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,023 ^a |
| Ναι | 27,2 (32,2) | |
| Όχι | 37,8 (29,9) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,01 ^γ | 0,19 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,06 ^γ | 0,496 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,030 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 38,1 (35,6) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Τωρινή καπνίστρια | 37,3 (28,6) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 25,5 (29,2) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,21 ^γ | <0,001 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,21 ^γ | <0,001 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,08^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 25,2 (28,9) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 39,5 (30,9) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 30,6 (33,9) | |
| Μη επέμβαση | 38,9 (33,3) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,05 ^β | 0,482 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,13 ^β | 0,068^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,357 ^α |
| Όχι | 29,7 (31,1) | |
| Ναι | 34,0 (32,3) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,12 ^γ | 0,10^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,04 ^γ | 0,58 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,57 ^α |
| Όχι | 28,3 (31,3) | |
| Ναι | 31,0 (30,9) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σεξουαλικής δραστηριότητας και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 42.

Πίνακας 42. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σεξουαλικής δραστηριότητας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|---|--------------------------|--|-------------------|
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -4,3 | -7,1 έως -1,4 | 0,004 |
| Ηλικία | -0,55 | -0,85 έως -0,26 | <0,001 |
| Ασθενείς χωρίς επέμβαση σε σχέση με ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 9,2 | 0,5 έως 17,9 | 0,037 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Οι ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σεξουαλικής δραστηριότητας σε σχέση με τους ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 19% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σεξουαλικής δραστηριότητας.

Σεξουαλική απόλαυση

Στον πίνακα 43 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σεξουαλικής απόλαυσης.

Πίνακας 43. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σεξουαλικής απόλαυσης.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία σεξουαλικής απόλαυσης (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|--------------------------|
| Τόπος διαμονής | | 0,159^a |
| Ελλάδα | 43,5 (32,5) | |
| Ελβετία | 49,6 (33,2) | |
| Ηλικία | -0,13 ^b | 0,20 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,15^a |
| Ιδιωτική κλινική | 49,2 (34,8) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 59,0 (33,3) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | -0,09 ^b | 0,36 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,19^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 45,6 (29,8) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 56,9 (34,9) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | 0,04 ^γ | 0,73 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,660 ^a |
| Ναι | 57,9 (34,9) | |
| Όχι | 54,1 (34,2) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,584 ^a |
| Ναι | 56,7 (34,5) | |
| Όχι | 52,9 (34,1) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,23 ^γ | 0,02^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,03 ^γ | 0,828 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,15^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 60,4 (35,0) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 66,4 (36,7) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 48,1 (33,0) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,01 ^γ | 0,93 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,05 ^γ | 0,59 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,66 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 53,8 (37,2) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 54,9 (35,7) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 52,7 (30,8) | |
| Μη επέμβαση | 73,3 (27,9) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,01 ^β | 0,936 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,10 ^β | 0,305 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,528 ^α |
| Όχι | 56,8 (35,2) | |
| Ναι | 52,5 (33,1) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,04 ^γ | 0,71 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | 0,06 ^γ | 0,56 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,65 ^α |
| Όχι | 50,4 (34,1) | |
| Ναι | 53,6 (32,7) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σεξουαλικής απόλαυσης και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Μελλοντική αντίληψη

Στον πίνακα 44 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία μελλοντικής αντίληψης.

Πίνακας 44. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία μελλοντικής αντίληψης.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία μελλοντικής αντίληψης (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,211 ^a |
| Ελλάδα | 65,9 (32,82) | |
| Ελβετία | 60,6 (26,4) | |
| Ηλικία | -0,06 ^b | 0,452 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,13^a |
| Ιδιωτική κλινική | 59,4 (29,7) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 66,0 (29,8) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,02 ^b | 0,76 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,66 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 61,7 (29,5) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 63,9 (30,2) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,15 ^γ | 0,04^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,326 ^a |
| Ναι | 60,3 (31,0) | |
| Όχι | 64,8 (29,4) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,198^a |
| Ναι | 61,0 (32,8) | |
| Όχι | 66,7(25,0) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,11 ^γ | 0,13^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,11 ^γ | 0,231 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,95 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 63,5 (28,9) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 61,3 (34,3) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 63,3 (30,7) | |

| | | |
|--|--------------------|--------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,14 ^γ | 0,06^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,08 ^γ | 0,29^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,11 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 56,4 (31,2) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 66,7 (27,5) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 68,3 (29,7) | |
| Μη επέμβαση | 63,0 (30,9) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,13 ^β | 0,081^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,17 ^β | 0,22 ^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,692 ^α |
| Όχι | 64,1 (32,3) | |
| Ναι | 62,4 (27,0) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,18 ^γ | 0,01^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,12 ^γ | 0,10^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,77 ^α |
| Όχι | 62,1 (30,8) | |
| Ναι | 63,4 (29,9) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας μελλοντικής αντίληψης και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της φαρμακευτικής αγωγής

Στον πίνακα 45 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω φαρμακευτικής αγωγής.

Πίνακας 45. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω φαρμακευτικής αγωγής.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω φαρμακευτικής αγωγής. (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|--------------------------|
| Τόπος διαμονής | | 0,002^a |
| Ελλάδα | 43,5 (32,5) | |
| Ελβετία | 31,9 (15,7) | |
| Ηλικία | 0,14 ^b | 0,05^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,07^a |
| Ιδιωτική κλινική | 33,2 (18,1) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 38,0 (18,1) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,15 ^b | 0,04^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,97 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 36,2 (16,9) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 36,0 (18,8) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,00 ^γ | 0,97 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,182^a |
| Ναι | 33,6 (15,0) | |
| Όχι | 37,3 (19,6) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,049^a |
| Ναι | 28,3 (18,0) | |
| Όχι | 33,0 (18,4) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,07 ^γ | 0,37 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,14 ^γ | 0,125^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,529 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 34,4 (18,2) | |

| | | |
|--|--------------------|------------------------------|
| Τωρινή καπνίστρια | 39,2 (15,6) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 36,3 (19,2) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,06 ^γ | 0,42 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,16 ^γ | 0,03^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,15^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 34,1 (17,2) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 39,8 (17,2) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 33,9 (19,9) | |
| Μη επέμβαση | 43,4 (19,1) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,03 ^β | 0,654 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,19 ^β | 0,009^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,531 ^α |
| Όχι | 36,9 (16,5) | |
| Ναι | 35,2 (20,3) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,20 ^γ | <0,001^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,17 ^γ | 0,02^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,17^α |
| Όχι | 37,6 (18,7) | |
| Ναι | 33,6 (18,3) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 46.

Πίνακας 46. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|--|--------------------------|--|-------------------|
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -1,9 | -3,7 έως -0,05 | 0,045 |
| Ασθενείς στην Ελλάδα σε σχέση με ασθενείς στην Ελβετία | 11,6 | 6,1 έως 17,1 | <0,001 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Αύξηση της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.
- Οι ασθενείς στην Ελλάδα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελβετία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.

Συμπτώματα στον μαστό

Στον πίνακα 47 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων μαστού.

Πίνακας 47. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων μαστού.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία συμπτωμάτων μαστού (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|-------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,582 ^a |
| Ελλάδα | 22,3 (22,5) | |
| Ελβετία | 20,7 (16,6) | |
| Ηλικία | 0,05 ^b | 0,539 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,15^a |
| Ιδιωτική κλινική | 19,0 (18,3) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 23,2 (20,7) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,04 ^b | 0,61 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,47 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 19,7 (17,4) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 22,1 (20,6) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,01 ^γ | 0,94 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,776 ^a |
| Ναι | 22,1 (22,5) | |
| Όχι | 21,2 (18,4) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,906 ^a |
| Ναι | 21,7 (21,5) | |
| Όχι | 21,3 (17,3) | |
| Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,06 ^γ | 0,39 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,03 ^γ | 0,720 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,434 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 18,5 (17,3) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 20,3 (16,5) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 22,6 (21,4) | |

| | | |
|--|--------------------|------------------------------|
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,17 ^γ | 0,02^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,14 ^γ | 0,06^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,02^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 16,5 (15,4) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 28,1 (20,4) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 21,0 (23,2) | |
| Μη επέμβαση | 23,1 (10,8) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,14 ^β | 0,057^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | -0,25 ^β | <0,001^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,327 ^α |
| Όχι | 20,2 (18,7) | |
| Ναι | 23,1 (21,1) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,07 ^γ | 0,35 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,21 ^γ | <0,001^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,61 ^α |
| Όχι | 22,1 (20,8) | |
| Ναι | 20,5 (19,6) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συμπτωμάτων στον μαστό και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 48.

Πίνακας 48. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συμπτωμάτων στον μαστό.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p |
|---|--------------------------|--|-------------------|
| Ασθενείς χωρίς επέμβαση σε σχέση με ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 6,5 | 0,8 έως 12,2 | 0,025 |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ασθενείς χωρίς επέμβαση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συμπτωμάτων στον μαστό σε σχέση με τις ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συμπτωμάτων στον μαστό.

Συμπτώματα στα χέρια

Στον πίνακα 49 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων στα χέρια.

Πίνακας 49. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συμπτωμάτων στα χέρια.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία συμπτωμάτων στα χέρια. (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|--|-------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,61 ^a |
| Ελλάδα | 30,2 (25,13) | |
| Ελβετία | 28,4 (21,51) | |
| Ηλικία | 0,11 ^b | 0,13^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,30 ^a |
| Ιδιωτική κλινική | 27,2 (22,41) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 30,8 (24,03) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,79 ^b | 0,28 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,75 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 28,3 (22,31) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 29,6 (23,8) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,09 ^γ | 0,92 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση της νόσου | | 0,522 ^a |
| Ναι | 30,9 (26,4) | |
| Όχι | 28,6 (21,9) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,756 ^a |
| Ναι | 29,8 (24,0) | |
| Όχι | 28,7 (22,7) | |
| Αυτό-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | 0,01 ^γ | 0,96 ^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | -0,13 ^γ | 0,13^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,38 ^δ |
| Πρώην καπνίστρια | 26,8 (21,9) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 25,3 (24,7) | |

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Ποτέ καπνίστρια | 31,1 (23,7) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | 0,04 ^γ | 0,55 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή αυτό διάγνωσης αυτό νόσου | -0,10 ^γ | 0,16^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,13^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 24,3 (20,8) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 34,0 (22,2) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 30,0 (26,0) | |
| Μη επέμβαση | 34,6 (27,5) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,07 ^β | 0,38 ^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από αυτό υπηρεσίες υγείας | -0,14 ^β | 0,07^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,40 ^α |
| Όχι | 28,0 (23,2) | |
| Ναι | 30,9 (23,6) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | -0,17 ^γ | 0,82 ^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,09 ^γ | 0,21 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,07^α |
| Όχι | 32,6 (23,1) | |
| Ναι | 26,2 (23,0) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συμπτωμάτων στα χέρια και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Αναστάτωση λόγω απώλειας μαλλιών

Στον πίνακα 50 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αναστάτωσης λόγω απώλειας μαλλιών.

Πίνακας 50. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία αναστάτωσης λόγω απώλειας μαλλιών.

| Χαρακτηριστικό | Μέση βαθμολογία αναστάτωσης λόγω απώλειας μαλλιών (τυπική απόκλιση) | Τιμή p |
|--|---|--------------------------|
| Χώρα διαμονής | | 0,243 ^a |
| Ελλάδα | 50,0 (39,84) | |
| Ελβετία | 57,6 (29,01) | |
| Ηλικία | -0,03 ^b | 0,788 ^b |
| Νοσηλεία σε | | 0,07^a |
| Ιδιωτική κλινική | 60,5 (30,18) | |
| Δημόσιο νοσοκομείο | 48,6 (37,93) | |
| Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²) | 0,012 ^b | 0,90 ^b |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 0,75 ^a |
| Άγαμη/διαζευγμένη/χήρα | 55,2 (36,5) | |
| Έγγαμη/σε συμβίωση | 52,9 (35,1) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | -0,00 ^γ | 0,97 ^γ |
| Εργασία πριν από τη διάγνωση αυτό νόσου | | 0,138^a |
| Ναι | 46,5 (37,6) | |
| Όχι | 56,8 (33,1) | |
| Εργασία τη στιγμή αυτή | | 0,026^a |
| Ναι | 47,7 (37,9) | |
| Όχι | 62,4 (29,2) | |
| Αυτό-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης | -0,12 ^γ | 0,19^γ |
| Μηνιαίο εισόδημα (€) | 0,04 ^γ | 0,74 ^γ |
| Καπνιστική συνήθεια | | 0,81 ^δ |

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Πρώην καπνίστρια | 52,4 (36,9) | |
| Τωρινή καπνίστρια | 50,0 (32,8) | |
| Ποτέ καπνίστρια | 55,5 (34,7) | |
| Κατανάλωση αλκοόλ | -0,10 ^γ | 0,28 ^γ |
| Αλλαγή διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου | -0,11 ^γ | 0,20 ^γ |
| Είδος επέμβασης | | 0,277 ^δ |
| Προστατευτική ριζική μαστεκτομή | 56,4 (35,4) | |
| Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού | 51,0 (33,9) | |
| Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα | 56,3 (36,4) | |
| Μη επέμβαση | 27,8 (32,8) | |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από την οικογένεια | -0,14 ^β | 0,13^β |
| Βαθμολογία ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας | 0,14 ^β | 0,14^β |
| Επίσκεψη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις | | 0,788 ^α |
| Όχι | 52,7 (38,1) | |
| Ναι | 54,4 (31,7) | |
| Ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους | 0,15 ^γ | 0,01^γ |
| Βαθμός ενημέρωσης για τη νόσο | -0,08 ^γ | 0,37 ^γ |
| Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες | | 0,69 ^α |
| Όχι | 51,6 (36,1) | |
| Ναι | 54,3 (35,0) | |

^α έλεγχος χ^2

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας αναστάτωσης λόγω απώλειας μαλλιών και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Κεφάλαιο 8. Συζήτηση

8.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Η μέση ηλικία των ασθενών στην παρούσα μελέτη ήταν 55,8 έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην ηλικιακή ομάδα 50-54 ετών είναι υψηλή (Daoud, 2016; Siegeletal. 2014).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης, η αύξηση της ηλικίας των γυναικών σχετίζονταν σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα ζωής μέσω της αύξησης των βαθμολογιών της αϋπνίας, της κόπωσης και του πόνου όπως επίσης και μέσω της μείωσης της βαθμολογίας του λειτουργικού ρόλου και της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών (Sioetal. 2014). Ειδικά σε σχέση με έρευνα των Gavrić et al. (2015) με μέση ηλικία των ασθενών τα 51,8 έτη, διαπιστώθηκε ότι οι τιμές ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες για την κόπωση, την αϋπνία και τον πόνο, ευρήματα που συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, στην παρούσα μελέτη, το 63,4% των ασθενών στην Ελβετία ήταν ανώτερης εκπαίδευσης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν μόλις 26,5%. Βρήκαμε ότι η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συνολικής κατάστασης υγείας. Σε αντίθεση έρχεται η μελέτη των Luetal. (2016) όπου η ποιότητα ζωής δεν σχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία, την εκπαίδευση, το στάδιο της νόσου, τη μαστεκτομή και τη χημειοθεραπεία.

Αρκετά συνειδητοποιημένες ως προς τις στάσεις ζωής φαίνεται να είναι οι ασθενείς και στις δυο χώρες, καθώς το 54,8% των ασθενών στην Ελβετία δεν κάπνισαν ποτέ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 49%. Το 57% των ασθενών στην Ελβετία άλλαξαν αρκετά/πολύ τις διατροφικές τους συνήθειες έπειτα από τη διάγνωση της νόσου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 47%. Η αύξηση της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών από τη

στιγμή της διάγνωσης της νόσου σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας διάρροιας και ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής. Η αύξηση της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου σχετίζονταν θετικά με την αύξηση της βαθμολογίας σεξουαλικής δραστηριότητας. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με παρόμοιες μελέτες (Gongetal 2014, Mohammadi et al., 2014, Wayne et al., 2009).

Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση, το 20,4% των ασθενών στην Ελλάδα ήταν άνεργες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν μόλις 2,2%. Βρήκαμε επίσης ότι οι ασθενείς που δεν εργάζονταν πριν από τη διάγνωση της νόσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικού ρόλου και σωματικής εικόνας σε σχέση με τις ασθενείς που εργάζονταν. Σε αντίθεση έρχεται η μελέτη του Ganesh (2016) διαπίστωσε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού βελτιώνεται από την αύξηση της απασχόλησης (Ganesh, 2016).

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ημέτρηση της κατανάλωσης αλκοόλ όπου βρήκαμε ότι σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας σωματικής εικόνας και της αϋπνίας και αύξηση της βαθμολογίας απώλειας βάρους δηλώνοντας την αρνητική σχέση του αλκοόλ με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν έχει εξεταστεί η σχέση αυτή. Αντιθέτως δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ καπνιστικής συνήθειας και ποιότητας ζωής των ασθενών. Σε συμφωνία βρίσκεται το εύρημα αυτό με μελέτη στις ΗΠΑ (Jangetal, 2011). Όχι όμως και με αντίστοιχη μελέτη στο Ιράν η οποία κατέληξε πως η ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζονταν αρνητικά με την καπνιστική συνήθεια (Kiadaliri, 2012).

Σε μεγάλο αριθμό μελετών έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών (Jangetal 2005, Cui et al., 2004). Οι περισσότεροι παράγοντες αφορούν το μηνιαίο εισόδημα, τις πληρωμές ανά μήνα για ιατρικά έξοδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Εξουδετερώνοντας τους πιθανούς συγχυτές, βρήκαμε ότι η αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος σχετίζεται με την αύξηση της ποιότητας ζωής. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό και με το γεγονός ότι οι ασθενείς στην Ελλάδα είχαν περισσότερες οικονομικές δυσκολίες σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελβετία, δείχνει την επιρροή στην ποιότητα ζωής των ασθενών στην Ελλάδα. Το υψηλότερο εισόδημα σχετίστηκε με υψηλότερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς και στη μελέτη του Lu (2016). Το μέσο μηνιαίο εισόδημα των ασθενών στην Ελβετία ήταν πολύ μεγαλύτερο από το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών στην Ελλάδα (5463€ έναντι 965€). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, το ποσοστό των ασθενών που αυτό-αξιολογούν την κατάστασή τους ως κακή/πολύ κακή είναι σχεδόν

διπλάσιο (52,7%) στην Ελβετία απ' ότι στην Ελλάδα (27,5). Πιθανώς αυτό να σχετίζεται με τον υποκειμενικό χαρακτήρα της ικανοποίησης από το εισόδημα, η οποία δεν συμβαδίζει απαραίτητα με το πραγματικό εισόδημα του ατόμου και οικοδομείται μέσα από μια σειρά γνωστικών διαδικασιών (π.χ. κοινωνική σύγκριση) (Clarcketal., 2008). Τα ίδια ευρήματα αναφέρθηκαν επίσης από τους Esbensen etal.(2004), οι οποίοι βρήκαν ότι η κακή οικονομική κατάσταση σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής. Το οικογενειακό εισόδημα επηρεάζει σημαντικά τη συνολική ποιότητα ζωής, όπως σημειώνουν οι Pandey et al. (2006). Η πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα σχετίζεται με την ικανότητα των μορφωμένων γυναικών να κατανοήσουν τη φύση της ασθένειας και να συμμορφωθούν με το θεραπευτικό πλάνο περισσότερο από αυτούς που έχουν και μικρότερη οικονομική δυνατότητα, αλλά και περιορισμένη γνώση.

Βρήκαμε επίσης ότι οι ασθενείς στην Ελβετία ενημερώνονταν συχνότερα σε θέματα καρκίνου από το κράτος, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και το διαδίκτυο σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Χαύξηση του βαθμού ενημέρωσης για τη νόσο σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σωματικού ρόλου και γνωστικού ρόλου και με μείωση της βαθμολογίας διάρροιας. Οι ασθενείς στην Ελβετία (62%) επισκέπτονταν συχνότερα τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και ήταν περισσότερο ικανοποιημένες και ενημερωμένες από αυτές σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα (24%). Οι ασθενείς στην Ελβετία (55%) συμμετείχαν συχνότερα σε κοινωνικές δραστηριότητες σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα (38%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι επισκέπτριες σε μη κυβερνητικές οργανώσεις είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνολικής κατάστασης υγείας σε σχέση με τις μη επισκέπτριες. Σχετικές μελέτες δεν εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία, καθώς ο συγκεκριμένος προσδιοριστής διερευνήθηκε για πρώτη φορά.

Επιπλέον, βρήκαμε ότι η αύξηση της ικανοποίησης από την υποστήριξη του κράτους σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας λειτουργικού και κοινωνικού ρόλου και με μείωση της βαθμολογίας των οικονομικών δυσκολιών. Οι ασθενείς στην Ελβετία ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από την υποστήριξη του κράτους σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην ελλιπή ενημέρωση των ασθενών στην Ελλάδα, καθώς βρήκαμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών δεν γνώριζαν τα δικαιώματά τους σχετικά με τα προγράμματα, τις δράσεις και τα ειδικά βοηθήματα που παρέχει το κράτος στην ειδική κατηγορία πολιτών, με συνέπεια να ταλαιπωρούνται και να μην λαμβάνουν την υποστήριξη που θα μπορούσαν να έχουν σε αυτή τη δύσκολη χρονική στιγμή της ζωής τους. Ακόμα όμως και όσες τα γνώριζαν, δήλωσαν ότι είναι παρά πολύ χρονοβόρα και δύσκολη η διαδικασία και δεν μπορούν να ενεργοποιήσουν τη διαδικασία για να λάβουν όσα δικαιούνται.

Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος των ασθενών στην Ελλάδα ήταν μεγαλύτερος σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος των ασθενών στην Ελβετία (27,4 kg/m² έναντι 24,9). Οι ασθενείς στην Ελβετία είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής εικόνας σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελλάδα. Η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος σχετιζόταν με μείωση της βαθμολογίας του λειτουργικού και κοινωνικού ρόλου. Αύξηση του δείκτη μάζας σώματος σχετιζόταν με αύξηση της βαθμολογίας πόνου και της βαθμολογίας δυσκοιλιότητας. Η Ελλάδα βρίσκεται ανάμεσα στις χώρες με τον υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος στην Ευρώπη (OECD, 2014). Συνεπώς ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος δεν έχει μόνο αρνητική επίδραση στην έκβαση της θεραπείας (Gevorgyan, 2016; Nicholsetal., 2009), αλλά σχετίζεται και με την χαμηλή ποιότητα ζωής (Rahman et al., 2014).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά ισχυρή σχέση μεταξύ του τύπου του χειρουργείου και της ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού και οι ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή είχαν μικρότερη βαθμολογία κοινωνικού ρόλου σε σχέση με τις ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο. Επίσης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα είχαν μικρότερη βαθμολογία ναυτίας και έμετου σε σχέση με τις ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο. Μια εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι το γεγονός ότι ένα ποσοστό των ασθενών που δεν είχαν υποβληθεί σε επέμβαση ήταν κυρίως λόγω του αρχικού σταδίου σε μη επιθετικούς καρκινούς οι οποίοι όμως λάμβαναν πιο ενισχυμένα χημειοθεραπευτικά σχήματα.

Οι ασθενείς με μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία δύσπνοιας σε σχέση με τις ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση. Οι ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σεξουαλικής δραστηριότητας σε σχέση με τις ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή. Οι ασθενείς χωρίς επέμβαση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συμπτωμάτων στον μαστό σε σχέση με τις ασθενείς με προστατευτική ριζική μαστεκτομή.

Αναφορικά με τις θεραπευτικές μεθόδους, τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν ότι η ογκεκτομή πραγματοποιείται συχνότερα στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ελβετία. Το 41,6% των ασθενών στην Ελλάδα είχαν υποβληθεί σε ογκεκτομή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν 25%. Η προτίμηση στην ογκεκτομή είναι κάτι που στηρίζεται από την μελέτη των Hwang et al. (2013), στην οποία οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου που

είχαν υποβληθεί σε ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία είχαν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από εκείνες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Επιπλέον, σε μελέτη της Jacobs (2007) βρέθηκε ότι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ογκεκτομή είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με αυτές που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Μάλιστα η Jacobs διαπίστωσε ότι οι χειρουργοί και η κοινωνία ενθαρρύνουν τις ασθενείς να προτιμήσουν τη διατήρηση του μαστού, επειδή πιστεύουν ότι οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας ζωής, μικρότερη σεξουαλική δυσλειτουργία και μικρότερη κατάθλιψη, ευρήματα που βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Moghimi et al. (2012), που ήταν η πρώτη ανάλυση αποκατάστασης του μαστού, που αντιπροσωπεύει τα χαρακτηριστικά των τάσεων της επιστημονικής έρευνας σχετικά με την ογκεκτομή και τη σημασία της για τη διατήρηση καλύτερης ποιότητας ζωής, κυρίως στο ψυχολογικό κομμάτι, για τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Επίσης, σε έρευνα των Gavrić et al. (2015) διαπιστώθηκε ότι η ογκεκτομή συνίσταται συχνότερα από τη μαστεκτομή, κάτι που συμβαδίζει και με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Συνεπώς αν και φαίνεται πως η Ελβετία έχει ένα καλύτερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την Ελλάδα, προκαλεί εντύπωση το γεγονός πως στην Ελβετία προτιμάται μια θεραπευτική μέθοδος που δεν αποτελεί την πιο στοχευμένη επιλογή προς όφελος της επιβίωσης και της διατήρησης ενός υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής για τις ασθενείς.

Οι ασθενείς στην Ελλάδα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με τις ασθενείς στην Ελβετία. Τα συμπτώματα πιθανώς να οφείλονταν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής, καθώς παράμετροι της ποιότητας ζωής (π.χ. κατάθλιψη) σχετίζονταν με συμπτώματα της θεραπείας (π.χ. κόπωση).

Βρήκαμε ότι η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με μείωση της βαθμολογίας ναυτίας και εμέτου. Σημαντικό ποσοστό (43%) των συμμετεχόντων στην Ελβετία δήλωσε ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν εξαιρετικά μικρό (7,1%). Τα σημαντικότερα προβλήματα στην Ελλάδα ήταν η έλλειψη οργάνωσης και ο μεγάλος χρόνος αναμονής, ενώ στην Ελβετία ήταν το κόστος. Επιπλέον, το 82,8% των ασθενών στην Ελβετία που ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τον χρόνο αναμονής για ραντεβού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 42,8%. Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να δοθεί άμεση επίλυση, καθώς ο χρόνος αναμονής έναρξης θεραπείας είναι καθοριστικός παράγοντας για τους ογκολογικούς ασθενείς καθώς επηρεάζει άμεσα την τροπή της νόσου.

Το 53,8% των ασθενών στην Ελβετία ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 58,1%. Παρότι η οικονομική κρίση υφίσταται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, οι Ελληνίδες δείχνουν περισσότερο ικανοποιημένες συγκριτικά με τις Ελβετίδες ασθενείς, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στην καθολική ασφαλιστική κάλυψη του μεικτού συστήματος υγείας για τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας που έχει η υιοθετήσει η Ελλάδα έναντι του ιδιωτικού συστήματος της Ελβετίας ακόμα πιο ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το δείγμα προέρχεται και από ασθενείς ιδιωτικών κλινικών.

Αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον, προέκυψε ότι η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οικογένεια σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας λειτουργικού ρόλου και με μείωση της βαθμολογίας της αϋπνίας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 84,7% των ασθενών στην Ελλάδα ήταν αρκετά/πολύ ικανοποιημένες από τον βαθμό στήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελβετία ήταν 77,3% γεγονός που επιβεβαιώνει τον ισχυρό οικογενειακό θεσμό των ελληνικών οικογενειών έναντι των ελβετικών και είναι εύρημα ιδιαίτερης σημασίας δεδομένης της συσχέτισης της ποιότητας ζωής των ασθενών με την οικογενειακή τους υποστήριξη

Πρόσφατη μελέτη για τη διερεύνηση των προσδιοριστών για την ποιότητα ζωής των ασθενών στην Κίνα των Yanbetal. (2016) βρήκε ότι η επαρκής κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη, το υψηλό εισόδημα των νοικοκυριών και η ιατρική ασφάλιση με χαμηλή συμπληρωμή σχετίζονταν με σημαντικά βελτιωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η παρούσα μελέτη έρχεται σε συμφωνία με τα παραπάνω αποτελέσματα. Επίσης, η βελτίωση του οικογενειακού εισοδήματος, οι διατροφικές συνήθειες και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας μπορεί να έχει αντίκτυπο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια των φάσεων της θεραπείας (Rahman etal., 2014). Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την παρούσα μελέτη.

Περιορισμοί της μελέτης

Οι περιορισμοί της συγκεκριμένης μελέτης σχετίζονται με την εσωτερική και την εξωτερική της εγκυρότητα. Ως προς την εσωτερική εγκυρότητα, δεν φαίνεται πως υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος κίνδυνος. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ήταν ικανοποιητικές, ενώ η διερεύνηση ενός μεγάλου εύρους προσδιοριστών της ποιότητας ζωής οι οποίοι προέκυψαν από προγενέστερα βιβλιογραφικά

δεδομένα μειώνει την πιθανότητα παρουσίας συγχυτών που δεν εξετάστηκαν και θα ήταν εν δυνάμει απειλητικοί για την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας. Η χρήση του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου με την παρουσία του ερευνητή μείωσε το συστηματικό σφάλμα πληροφορίας, καθώς τα ερωτηματολόγια με μορφή συνέντευξης θεωρούνται ως ένας πιο μεθοδολογικά ασφαλής τρόπος εξέτασης ενός φαινομένου (Robson, 2002). Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε ένα συγχρονικό σχεδιασμό μελέτης, δηλαδή η πληροφορία αντλήθηκε μια συγκεκριμένη στιγμή στο χρόνο. Επομένως, η αιτιώδης επίδραση των προσδιοριστών για την ποιότητα ζωής των ασθενών δεν μπορεί να αξιολογηθεί σε βάθος χρόνου. Πρόκειται βεβαίως για ένα γενικότερο μειονέκτημα των συγχρονικών μελετών και όχι της συγκεκριμένης μελέτης. Η εφαρμογή της πολυμεταβλητής παλινδρόμησης συνέβαλε στην εξουδετέρωση των πιθανών συγχυτών, αυξάνοντας την εγκυρότητα της μελέτης. Τέλος ένας ακόμα περιορισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί ο χώρος διεξαγωγής της μελέτης, στα νοσοκομεία εν ώρα θεραπείας όπου η ψυχολογία των ασθενών μπορεί πιθανόν να επηρέασε τις απαντήσεις τους.

Αντίθετα, η εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης είναι πιο περιορισμένη. Ένα ενθαρρυντικό στοιχείο για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων είναι η αποφυγή της εξέτασης ενός δείγματος με πολύ αυστηρά χαρακτηριστικά (π.χ. τις γυναίκες που λάμβαναν χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής ή αυτές ενός συγκεκριμένου ηλικιακού εύρους), κάτι που θα μείωνε σημαντικά τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, καθώς δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί εύκολα πως οι ίδιες σχέσεις που βρέθηκαν στη μελέτη μας θα ίσχυαν και για γυναίκες διαφορετικών πληθυσμών. Επίσης, η δειγματοληψία από ένα πλήθος διαφορετικών νοσοκομείων στόχευσε στη μείωση του σφάλματος επιλογής. Ωστόσο, η εξωτερική εγκυρότητα μειώνεται από το σχετικά μικρό δείγμα ασθενών, καθώς ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος θα παρείχε επαρκή στατιστική ισχύ για να αξιολογήσει ταυτόχρονα την ανεξάρτητη επίδραση πολλών παραγόντων που μπορούν να έχουν επιπτώσεις για τα μέτρα της ΠΖ. Στην περίπτωση αυτή, προτείνεται η διεξαγωγή παρόμοιων μελετών με μεγαλύτερο πληθυσμό-δείγμα, έτσι ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Ενδιαφέρον θα ήταν επίσης σε μια μελλοντική έρευνα να εξεταστούν και οι υπόλοιποι πιθανοί προσδιοριστές όπως η εναλλακτική ιατρική η οποία δεν μετρήθηκε λόγω της ιδιαιτερότητας του πληθυσμού-πηγή που προερχόταν από δημόσια νοσοκομεία και κλινικές καθώς και η ασφαλιστική κάλυψη, διότι η διαφοροποίηση της μεταξύ των δύο χωρών δεν ήταν δυνατόν να καταστεί συγκρίσιμη και να οδηγήσει σε ασφαλεί συμπεράσματα.

8.2 Κλινική Αξιοποίηση Αποτελεσμάτων

Η κλινική αξιοποίηση των αποτελεσμάτων είναι ιδιαίτερης αξίας λόγω της επίδρασης του ψυχολογικού φορτίου της ασθένειας στη σωματική υγεία και την επιβίωση των ασθενών. Η σχέση αυτή έχει ήδη αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία και δεν ισχύει μόνο για την περίπτωση του καρκίνου του μαστού (Erpleinetal., 2011), αλλά και για ασθενείς με άλλες νεοπλασίες (Applewhiteetal., 2016; Earlametal., 1996; Grandeetal., 2009; Lisetal., 2006).

Μέχρι πρόσφατα η επίδραση αυτή ήταν γνωστή μέσα από προοπτικές μελέτες και δεν υπήρχαν αξιόπιστα δεδομένα για τη μεταβολή της θνησιμότητας μέσα από τη βελτίωση των παραμέτρων της ποιότητας ζωής των ασθενών (Deng&Cassileth, 2014; Lutgendorf&Andersen, 2015). Τα δεδομένα αυτά άλλαξαν μετά τη δημοσίευση της μελέτης των Stagletal. (2015), οι οποίοι βρήκαν μειωμένη 11-ετή θνητότητα των γυναικών μέσα από ένα πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφοράς παρέμβασης κατά την περίοδο λήψης επικουρικής θεραπείας. Προγενέστερες έρευνες της ίδιας ομάδας είχαν καταδείξει την επίδραση του προγράμματος στα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και στην ανοσολογική απόκριση των ασθενών (Antoni, 2013; Antonietal., 2009; McGregoretal., 2004).

Η εξέταση των προσδιοριστών έχει ιδιαίτερη αξία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών. Στις γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις σε καρκινοπαθείς, χρησιμοποιούνται γωνιακές και συμπεριφορικές τακτικές με στόχο την αλλαγή των στρεβλώσεων, την τροποποίηση των δυσλειτουργικών καταστάσεων και της υιοθέτησης πιο προσαρμοστικών σκέψεων, συμπεριφορών και στρατηγικών (Goldenetal., 1992). Ο εντοπισμός των προσδιοριστών που οδηγούν σε χαμηλή ποιότητα ζωής ενδεχομένως να μπορεί να καθοδηγήσει την κλινική συνέντευξη για τον εντοπισμό παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ασθενών κερδίζοντας χρόνο μέχρι τον εντοπισμό των παραγόντων αυτών σε σχέση με μια κλινική συνέντευξη χωρίς τη γνώση των πιθανών παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής.

Κεφάλαιο 9. Επίλογος

9.1 Συμπεράσματα

Η ικανοποίηση από την υποστήριξη του κράτους και της οικογένειας, ο τύπος χειρουργείου, δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η εκπαίδευση, ο δείκτης μάζας σώματος, η ηλικία και οι οικονομικές δυσκολίες, οι συνήθειες σε θέματα υγείας (αλκοόλ, διατροφή), η ενημέρωση και οι επισκέψεις στις ΜΚΟ αλλά και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται με τη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Αναγνωρίζεται δηλαδή ότι σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ποιότητας ζωής παίζουν τόσο κοινωνικοί όσο και γνωστικοί παράγοντες, γεγονός που συνάδει με τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Καλύτερη ποιότητα ζωής φαίνεται να έχουν οι γυναίκες που άλλαξαν τις διατροφικές τους συνήθειες, είχαν υποστήριξη από το κράτος και την οικογένεια, είχαν μικρότερο δείκτη μάζας σώματος, δεν καταναλώναν αλκοόλ, ήταν περισσότερο ενημερωμένες, και είχαν υψηλό μηνιαίο εισόδημα. Οι επισκέψεις στις ΜΚΟ αλλά και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται επίσης θετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Η σπουδαιότητα της παρούσας μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι η εύρεση των προσδιοριστών της ποιότητας της ζωής είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών υγείας. Με τον τρόπο αυτό θα δοθεί η δυνατότητα στις ασθενείς, στους επαγγελματίες υγείας, και στους αρμόδιους φορείς να διαμορφώσουν κατάλληλες συμπεριφορές και να λάβουν τα απαιτούμενα μέτρα για την ορθή αντιμετώπιση ενός από τα σοβαρότερα σημερινά προβλήματα δημόσιας υγείας.

Προτάσεις

Είναι απαραίτητη η δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων μαστού στις αστικές περιοχές της Ελλάδος, καθώς επίσης η θέσπιση δεικτών αξιολόγησης και η εφαρμογή κινήτρων απόδοσης

προσωπικού για την ανύψωση του ηθικού και την αύξηση της παραγωγικότητας. Επιπλέον, πρέπει να εφαρμοστούν κλινικά πρωτόκολλα και μηχανισμοί ελέγχου και να πραγματοποιούνται εξειδικευμένα σεμινάρια για την αντιμετώπιση της πλημμελούς εκπαίδευσης του προσωπικού.

Η εκπαίδευση και η ενημέρωση των ασθενών κρίνεται αναγκαία, καθώς διαπιστώθηκε ότι σημαντικό ποσοστό όχι μόνο δεν ενημερωνόταν για τις εξελίξεις της νόσου αλλά δεν γνωρίζει τα βασικά του δικαιώματα.

Τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να επενδύσουν σε προγράμματα για να καθορίσουν πώς οι ασθενείς αξιολογούν τις εμπειρίες τους, γεγονός που θα προσφέρει πολύτιμη πληροφορία για να πραγματοποιηθούν μετασχηματιστικές αλλαγές στις υπηρεσίες φροντίδας

Επιπλέον, η χρηματοδότηση και η ενδυνάμωση του ρόλου των ΜΚΟ από το κράτος για περισσότερες δράσεις και ενημέρωση των ασθενών φαίνεται από το παράδειγμα της Ελβετίας, ότι θα μπορούσε να συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Τέλος οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες των ασθενών και να γνωρίζουν τους προσδιοριστές της ποιότητας ζωής. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στην Ελλάδα προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο αλλά και οι ενδεδειγμένοι τρόποι για την αντιμετώπιση των σχετικών ζητημάτων.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Γαλάνης, Π. & Σπάρος, Α.Δ. (2012). *Κλινική και επιδημιολογική έρευνα. Βασικές έννοιες. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις: Αθήνα.*

Γαλάνης Π. (2011). Διαχείριση μεταβλητών και δεδομένων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50:132–146.

Γιαννακού, Κ & Κνέκνας Ε. (2014). Η Επίδραση της Αποκατάστασης του Μαστού σε Γυναίκες μετά από Μαστεκτομή σε Σχέση με την Ποιότητα Ζωής. *Νοσηλευτική* 53(2), 133-140.

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

Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2011). Επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28: 234-244

Νικολέτζος, Α., Θεοδωράκης, Π. Μινογιάννης, Π. (2013). Ανοιχτο Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κοινωνικο Κρατός, σημειώσεις στα πλαίσια του μαθήματος πολιτική υγείας και πολιτική.

Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς Ν. (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4): 480-488

ΠΟΥ, (2011). Η επιδημία του καπνίσματος στην Ελλάδα.

ΠΟΥ, (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece.

Σπυροπούλου, Δ. (2010). Πιθανότητα Εμφάνισης Ακτινικής Πνευμονίτιδας σε Σχέση με τον Ακτινοβολούμενο Όγκο Πνεύμονα: Σύγκριση των Μεθόδων Εξομοίωσης και Κλινικά Ευρήματα σε Ασθενείς με Καρκίνο του Μαστού. Πανεπιστήμιο Πατρών Σχολές Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Διδακτορική Διατριβή.

Τούντας, Ι. (2001). *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Έκθεση του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας*, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.

Ξενόγλωσση

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B. &etal. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-76.

Aarstad, A. K., Beisland, E., Osthus, A. A. & Aarstad, H. J. (2011). Distress, quality of life, neuroticism and psychological coping are related in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 50, 390-398.

Abu-Helalah, M., Al-Hanaqta, M., Alshraideh, H., Abdulbaqi, N. & Hijazeen, J. (2014). Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(14), 5927-36.

Acil, H. & Cavdar, I. (2014). Comparison of quality of life of Turkish breast cancer patients receiving breast conserving surgery or modified radical mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(13), 5377-81.

Ahmad Kiadaliri, A., Bastani, P. & Ibrahimipour, H. (2012). Health-related quality of life of breast cancer patients in Iran: pooled analysis using generalized estimating equations. *Asian Pac J Cancer Prev*, 13(3), 941-4.

Almyroudi, A., Degner, L.F., Paika, V., Pavlidis, N. & Hyphantis, T. (2011). Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psychooncology*, 20(8), 871-9..

American Joint Committee on Cancer. (2010). Implementing the Seventh Edition of the AJCC Cancer Staging Manual. Webinar Series.

American Society of Clinical Oncology. (2009). Annual Meeting, 21 April 2009.

Anagnostopoulos, F., Niakas, D. & Pappa, E. (2005). Construct validation of the greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 14(8), 1959-1965.

- Anderkova, L., Elfmarková, N., Svěrák, T. & et al. (2016). Change in Quality of Life Measured over Time in Czech Women with Breast Cancer. *Klin Onkol*, 29(2), 113-121.
- Antoni, M.H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain Behav Immun*, 30 Suppl, S88-98.
- Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A. & et al. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*, 23(5), 580-91.
- Antoni, M.H., Lechner, S.C., Kazi, A. & et al. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1143-52.
- Applewhite, M.K., James, B.C., Kaplan, S.P. & et al. (2016). Quality of Life in Thyroid Cancer is Similar to That of Other Cancers with Worse Survival. *World J Surg*, 40(3), 551-61.
- Argolo, D.F., Iyengar, N.M. & Hudis, C.A. (2015). Obesity and Cancer: Concepts and Challenges. *Indian J Surg Oncol*, 6(4), 390-8.
- Arora, N.K., Finney Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R. & Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 16(5), 474-86.
- Ashing-Giwa, K.T., Padilla, G.V., Bohórquez, D.E., Tejero, J.S. & Garcia, M. (2006). Understanding the breast cancer experience of Latina women. *J Psychosoc Oncol*, 24(3), 19-52.
- Ashing-Giwa, K.T., Padilla, G., Tejero J. & et al. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology*, 13(6), 408-28.
- Biller-Andorno, N. & Zeltner, T. (2015). Individual Responsibility and Community Solidarity--The Swiss Health Care System. *N Engl J Med*, 373(23), 2193-7.
- Boring, C. C., Squires, T.S. & Tong, T. (1992). Cancer statistics, 1992. *CA Cancer J Clin*, 42(1), 19-38.
- Bourdon, M., Blanchin, M. & Tessier, P. (2016). Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients. *Qual Life Res*, 2016 Feb 17. [Epub ahead of print]

- Bray, F., Ferlay, J., Laversanne, M. & et al. (2015). Cancer Incidence in Five Continents: Inclusion criteria, highlights from Volume X and the global status of cancer registration. *Int J Cancer*, 137(9), 2060-71.
- Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.M. & et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*, 305(6846), 160-4.
- Breitbart, W.S. & Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry*, 17(6), 361-76.
- Buchholz, T. (2009). Radiation therapy for early-stage breast cancer after breast-conserving surgery. *N Engl J Med*, 360, 63-70.
- Carlsson, M. & Hamrin, E. (1996). Measurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res*, 5:265-74.
- 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 Qual Life Outcomes*, 2:25.
- Charlton, B.M., Rich-Edwards J.W., Colditz G.A. & et al. (2014). Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the Nurses' Health Study: prospective cohort study. *BMJ*, 349, 6356.
- Cheema, B.S., Kilbreath, S.L., Fahey, P.P., Delaney, G.P. & Atlantis, E. (2014). Safety and efficacy of progressive resistance training in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*, 148(2), 249-68.
- Cho, J., Jung, S.Y., Lee, J.E. & et al. (2014). A review of breast cancer survivorship issues from survivors' perspectives. *J Breast Cancer*, 17(3), 189-99.
- Clark, A.E., Frijters, P. & Shields, M.A. (2008). Relative Income, Happiness and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles. *Journal of Economic Literature*, 46(1), 95-144.
- Cleeland, C.S., Mendoza, T.R. & Wang, X.S. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*, 89(7), 1634-46.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2012). Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol*, 13(11), 1141-51.

- Cortés-Flores, A.O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández del Valle, C.J. & et al. (2014). Quality of life among women treated for breast cancer: a survey of three procedures in Mexico. *Aesthetic Plast Surg*, 38(5), 887-95.
- Cui, Y. & Shu, X.O. (2004). The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast Cancer Res Treat*, 87, 135–47.
- Daoud J, Ben Kridis W, Elloumi F, Ayedi I, Mnejja W, Yaiche O, Frikha M. (2016). A Comparative Study of Breast Cancer Screening By Age Across 10000 tunisian women, 2016 *Rev Recent Clin Trials*. [Epub ahead of print].
- Deng, G. & Cassileth, B. (2014). Integrative oncology: an overview. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2014, 233-42.
- De Pietro, C., Camenzind, P. & Sturny, I. (2015). Switzerland: Health System Review. *Health Syst Transit*, 17(4), 1-288.
- DeVita, V.T. & Chu, E. (2008). A history of cancer chemotherapy. *Cancer Res*, 68(21), 8643-53.
- DiMatteo, M.R. & Martin, L.R. (2002). *Health Psychology*. Person Education: Boston.
- Dossus, L., Boutron-Ruault, M.-C., Kaaks, R. & et al. (2014). Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: Results from the EPIC cohort. *Int J Cancer*, 134: 1871–1888.
- Earlam, S., Glover, C., Fordy, C., Burke, D. & Allen-Mersh, T.G. (1996). Relation between tumor size, quality of life, and survival in patients with colorectal liver metastases. *J Clin Oncol*, 14(1), 171-5.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). (2005). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*, 365(9472), 1687-717.
- Economou, C. (2010). Greece: Health system review. *Health Syst Transit*, 12(7), 1-177.
- Epplein, M., Zheng, Y., Zheng, W. & et al. (2009) Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J Clin Oncol*, 29(4), 406-12.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York, WW: Norton.

Esbensen, B.A., Osterlind, K., Roer, O. & Hallberg, I.R. (2004). Quality of life of elderly persons with newly diagnosed cancer. *Eur J Cancer Care*, 13:443–53

Eskitzis, P., Zafrakas, M. & Papanicolaou, A. (2016). Quality-of-life changes over time in breast cancer patients undergoing breast-conserving surgery: a prospective study in Greece. *Arch Gynecol Obstet*, 2016 Apr 16. [Epub ahead of print]

Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2014). Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? *J Natl Cancer Inst*, 107(1), 335.

Farin, E. & Nagl, M. (2013). The patient-physician relationship in patients with breast cancer: influence on changes in quality of life after rehabilitation. *QualLifeRes*, 22(2), 283-94.

Fayers, P. & Machin, D. (2006). *Ποιότητα ζωής. Αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία*. University Studio Press: Θεσσαλονίκη.

Fedewa, S.A., Cullati, S., Bouchardy, C. & et al. (2015). Colorectal Cancer Screening in Switzerland: Cross-Sectional Trends (2007-2012) in Socioeconomic Disparities. *PLoS One*, 10(7), e0131205.

Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, 16(1), 51-74.

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J. & et al. (2013) Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*, 49, 1374-403.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63(2), 56-59.

Florescu, A., Amir, E., Bouganim, N. & Clemons M. (2011). Immune therapy for breast cancer in 2010—hype or hope? *Current Oncology*, 18, 9–18.

Ganesh, S. (2016). Quality of Life among Breast Cancer Patients In Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(4), 1677-84.

Gevorgyan, A., Bregni, G., Galli, G. & et al. (2016). Body mass index and clinical benefit of fulvestrant in postmenopausal women with advanced breast cancer. *Tumori*, 2016 May 10:0. doi: 10.5301/tj.5000515. [Epub ahead of print]

Gavric, Z. & Vukovic-Kostic, Z. (2015). Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Glob J Health Sci*, 8(9), 52792.

- Glinder, J.G. & Compas, B.E. (1999). Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: a prospective study of psychological adjustment. *Health Psychol*, 18(5), 475-81.
- Gogas, J., Markopoulos, C., Skandalakis, P. & Gogas, H. (1993). Bilateral breast cancer. *Am Surg*, 59(11), 733-5.
- Golden, L.W., Gersh, W.D. & Robbins, D.M. (1992). *Psychological Treatment of Cancer Patients. A Cognitive-Behavioral Approach*. Allyn & Bacon: Boston.
- Gong, X., Wang, J., Chen, X. & et al. (2014). Associations between vegetables and fruit intake and quality of life in breast cancer patients. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 48(11), 990-4.
- Grande, G.E., Farquhar, M.C., Barclay, S.I. & Todd, C.J. (2009). Quality of life measures (EORTC QLQ-C30 and SF-36) as predictors of survival in palliative colorectal and lung cancer patients. *Palliat Support Care*, 7(3), 289-97.
- Guessous, I., Cullati, S., Fedewa, S.A. & et al. (2016). Prostate cancer screening in Switzerland: 20-year trends and socioeconomic disparities. *Prev Med*, 82:83-91.
- Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K. & et al. (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*, 87(11), 1234-45.
- Haan, D.M., Jacobsen, P.B., Azzarello, L.M. & et al. (1998). Measurement of fatigue in cancer patients: development and validation of the Fatigue Symptom Inventory. *Qual Life Res*, 7(4), 301-10.
- Hartz, A.J. & He, T. (2013). Cohort study of risk factors for breast cancer in post menopausal women. *Epidemiol Health*, 35:e2013003.
- Hinz, A., Kohlmann, T., Stöbel-Richter, Y., Zenger, M. & Brähler, E. (2014). The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population. *Qual Life Res*, 23(2), 443-7.
- Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N., Jayson, G. (2004). Social support, anxiety, and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9, 569-581.

- Holland, K. D., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 15-29.
- Hörnquist, J.O. (1981). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2):57-61.
- Hoskins, C.N. (1997). Breast cancer treatment-related patterns in side effects, psychological distress, and perceived health status. *Oncol Nurs Forum*, 24, 1575-83.
- Hui D. & Bruera E. (2016). Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*, 13(3):159-71.
- Hwang, E. S., Lichtensztajn, D. Y., Gomez, S. L., Fowble, B. & Clarke, C. A. (2013). Survival after lumpectomy and mastectomy for early stage invasive breast cancer. *Cancer*, 119, 1402–1411.
- International Agency for Research Cancer (IARC). (2008). *Cancer Mondial*.
- Jacobs, L.K. (2007). Lumpectomy or mastectomy: is quality of life the tie-breaker? *Ann Surg Oncol*, 14(11), 3035-6.
- Jang, S., Prizment, A., Haddad, T., Robien, K. & Lazovich, D. (2011). Smoking and quality of life among female survivors of breast, colorectal and endometrial cancers in a prospective cohort study. *J Cancer Surviv*, 5(2), 115-22.
- Janz, N.K., Mujahid, M., Lantz, P.M. & et al. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res*, 14, 1467–79.
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Kukielka-Budny, B. & et al. (2015). Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med*, 22(4), 724-30.
- Kiadaliri A, Bastani P, Ibrahimipour H. (2012) Health-related quality of life of breast cancer patients in Iran: pooled analysis using generalized estimating equations. *Asian Pac J Cancer Prev*. (3):941-4.

Khodabakhshi Koolae, A., Falsafinejad, M.R. & Akbari, M.E. (2015). The Effect of Stress Management Model in Quality of Life in Breast Cancer Women. *Iran J Cancer Prev*, 8(4), e3435.

Kounetas, K. & Papathanassopoulos, F. (2013). How efficient are Greek hospitals? A case study using a double bootstrap DEA approach. *Eur J Health Econ*, 14(6), 979-94.

Kroenke, C.H., Kwan, M.L., Neugut, A.I. & et al. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat*, 139(2), 515-27.

Kwan, M.L., Ergas, I.J., Somkin, C.P. & et al. (2010). Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study. *Breast Cancer Res Treat*, 123(2), 507-24.

Kwan, M.L., Tam, E.K., Ergas, I.J. & et al. (2013). Patient-physician interaction and quality of life in recently diagnosed breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 139(2), 581-95.

Lamau, L. (1992). The Idea of Quality of life in the Health Field. The Quality of life in the Mediterranean Countries, First Mediterranean Meeting in Bioethics, Instituto Siciliano di Bioetica, 47-68.

Lavdaniti, M. Tsiligiri, M. Manousaridou, E. & et al. (2015). Quality of life assessment in Greek breast cancer patients six months after chemotherapy based on an SF-36 questionnaire. *European Journal of Cancer*, 51(3), S255.

Lee, J.A., Kim, S.Y., Kim, Y. & et al. (2014). Comparison of health-related quality of life between cancer survivors treated in designated cancer centers and the general public in Korea. *Jpn J Clin Oncol*, 44(2), 141-52.

Leung, J., Smith, M.D., McLaughlin, D. & et al. (2016). Inequalities in long term health-related quality of life between partnered and not partnered breast cancer survivors through the mediation effect of social support. *Psychooncology*, 2016 Apr 6. doi: 10.1002/pon.4131

Lindbohm, M.L., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K., Gudbergsson, S. & Gunnarsdottir, H. (2014). Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psychooncology*, 23(6), 634-41.

- Lis, C.G., Gupta, D., Granick, J. & Grutsch, J.F. (2006). Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer? *Support Care Cancer*, 14(11), 1104-10.
- Lu, Q., You, J., Kavanagh, A. & et al. (2016). Differences in quality of life between American and Chinese breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 2016 Apr 6. [Epub ahead of print]
- Lutgendorf, S.K. & Andersen, B.L. (2015). Biobehavioral approaches to cancer progression and survival: Mechanisms and interventions. *Am Psychol*, 70(2), 186-97.
- McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S.M., Blomberg, B.B. & Carver, C.S. (2006). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res*, 56(1), 1-8.
- Maizes, V., Rakel, D. & Niemiec, C. (2009). Integrative medicine and patient-centered care. *Explore (NY)*, 5(5), 277-89.
- Maly, R.C., Liu, Y., Liang, L.J. & Ganz, P.A. (2015). Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer*, 121(6), 916-26.
- Manandhar, S., Shrestha, D.S., Taechaboonsermsk, P., Siri, S. & Suparp, J. (2014). Quality of life among breast cancer patients undergoing treatment in national cancer centers in Nepal. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(22), 9753-7.
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S. & Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psychooncology*, 8(6), 467-73.
- Maxwell, S., O'Leary, P., Slevin, T. & Moorin, R. (2014). The increase in cancer prevalence and hospital burden in Western Australia, 1992-2011. *Popul Health Metr*, 12(1), 33.
- McLaren, P. (1996). Multicultural education, critical pedagogy and the politics of difference, New York: *State University of New York Press*
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Sissouras, A. (2013). Managing for efficiency in health care: the case of Greek public hospitals. *Eur J Health Econ*, 14(6), 929-38.
- Moghimi, M., Fathi, M., Marashi, A. & et al. (2012). A scientometric analysis of 20 years of research on breast reconstruction surgery: a guide for research design and journal selection. *Arch Plast Surg*, 40(2), 109-15.

Mohammadbeigi, A., Mohammadsalehi, N., Valizadeh, R., Momtaheni, Z., Mokhtar, M. & Ansari, H. (2015). Lifetime and 5 years risk of breast cancer and attributable risk factor according to Gail model in Iranian women. *J Pharm Bioallied Sci*, 7(3), 207-11.

Mohammadi, S., Sulaiman, S., Koon, P.B., Amani, R. & Hosseini, S.M. (2014). Impact of healthy eating practices and physical activity on quality of life among breast cancer survivors. *Asian Pac Journ Cancer Prev*, 14(1), 481-7.

Nichols, H.B., Trentham-Dietz, A., Egan, K.M. & et al. (2009). Body mass index before and after breast cancer diagnosis: associations with all-cause, breast cancer, and cardiovascular disease mortality. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18(5), 1403-9.

Oikonomou, N., Tountas, Y., Mariolis, A., Souliotis, K., Athanasakis, K. & Kyriopoulos, J. (2015). Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece. *Health Care Manag Sci*, 2015 Apr 26. [Epub ahead of print]

Pandey, M., Thomas, B.C., Ramdas, K. & Ratheesan, K. (2006) Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 36, 468–72.

Pant, S. & Ramaswamy, B. (2009). Association of major stressors with elevated risk of breast cancer incidence or relapse. *Drugs Today (Barc)*, 45, 115-26.

Pelekasis, P., Zisi, G., Koumarianou, A. & et al. (2015). Forming a Stress Management and Health Promotion Program for Women Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Integr Cancer Ther*, 15(2), 165-74.

Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg, S., Holland, R. & von Karsa, L. (2008). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol*, 19(4), 614-22.

Programme national contre le cancer 2011-2015

Pudrovskaja, T., Anishkin, A. & Shen, Y. (2012). Early-Life Socioeconomic Status and the Prevalence of Breast Cancer in Later Life. *Res Aging*, 34(3), 302-320.

Razdan, S.N., Patel, V., Jewell, S. & McCarthy, C.M. (2016). Quality of life among patients after bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient-reported outcomes. *Qual Life Res*, 25(6), 1409-21.

- Rahman, M. M., Rosu S., D. J. Strauss O. C. (2014). Western Blot Analysis. ResearchGate.
- Reece, J.C., Chan, Y.F., Herbert, J., Gralow, J. & Fann, J.R. (2008) Course of depression, mental health service utilization and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(4), 376-81.
- Reimer, T. & Gerber, B. (2010). Quality-of-life considerations in the treatment of early-stage breast cancer. *Drugs Aging*, 27(10), 791-800.
- Ribeiro, M.H., da Silva, M.A., Muniz Filho, W.E. & et al. (2016). Family history in breast cancer in São Luís, Maranhão, Brazil. *BMC Res Notes*, 9(1), 155.
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Malden, MA: Blackwell.
- Saito, N., Takahashi, M., Sairenchi, T. & Muto, T. (2014). The impact of breast cancer on employment among Japanese women. *J Occup Health*, 56(1), 49-55.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, 24(3), 212-9.
- Schaefer, F.K., Waldmann, A., Katalinic, A., et al. (2009). Influence of additional breast ultrasound on cancer detection in a cohort study for quality assurance in breast diagnosis--analysis of 102,577 diagnostic procedures. I. ;20(5):1085-92.
- Sheean, P., Kabir, C., Rao, R., Hoskins, K. & Stolley, M. (2015). Exploring Diet, Physical Activity, and Quality of Life in Females with Metastatic Breast Cancer: A Pilot Study to Support Future Intervention. *J Acad Nutr Diet*, 115(10), 1690-8.
- Shin, H.R., Carlos, M.C. & Varghese, C. (2012). Cancer control in the Asia Pacific region: current status and concerns. *Jpn J Clin Oncol*, 42(10), 867-81.
- Siegel, R., Ma, J., Zou, Z. & Jemal, A. (2014). Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*, 64:9-29.
- Simou, E. & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*, 115(2-3), 111-9.

- Sio, T.T., Chang, K., Jayakrishnan, R. & et al. (2014). Patient age is related to decision-making, treatment selection, and perceived quality of life in breast cancer survivors. *World J Surg Oncol*, 12, 230.
- Sitzia, J. & Huggins, L. (1998). Side effects of cyclophosphamide, methotrexate, and 5-fluorouracil (CMF) chemotherapy for breast cancer. *Cancer Pract*, 6(1), 13-21.
- Socolov, D., Anghelache, I., Ilea, C., Socolov, R. & Carauleanu, A. (2015). Benign breast disease and the risk of breast cancer in the next 15 years. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 119(1), 135-40.
- Stagl, J.M., Lechner, S.C., Carver, C.S. & et al. (2015). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral stress management in breast cancer: survival and recurrence at 11-year follow-up. *Breast Cancer Res Treat*, 154(2), 319-28.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. & Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology*, 11(2), 93-102.
- Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z. & Zhao, J. (2014). Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. *Cell Biochem Biophys*, 2014 Dec 28. [Epub ahead of print]
- Tapia Granados, J.A. & Rodriguez, J.M. (2015). Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy*, 119(7), 941-53.
- Tiezzi, M.F., de Andrade, J.M. & Romão, A.P. (2016). Quality of Life in Women With Breast Cancer Treated With or Without Chemotherapy. *Cancer Nurs*, 2016 Apr 11. [Epub ahead of print]
- Tominaga, S. (1985). Cancer incidence in Japanese in Japan, Hawaii, and United States. *Natl Cancer Inst Monogr*, 69, 83-92.
- Toniolo, P.G., Levitz, M., Zeleniuch-Jacquotte, A. & et al. (1995). A prospective study of endogenous estrogens and breast cancer in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst*, 87(3), 190-7.
- Torre, L.A., Siegel, R.L., Ward, E.M. & Jemal, A. (2016). Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends-An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, (1), 16-27.

Tountas, Y., Stefannson, H. & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: planning and implementation of a national health system. *Int J Health Plann Manage*, 10(4), 283-304.

Treasury Board of Canada Secretariat. (2003). Workshop on Quality of Life, Report Ottawa, Ontario.

Trejo-Ochoa, J.L., Maffuz-Aziz, A., Said-Lemus, F.M., et al. (2013). Impact on quality of life with breast reconstructive surgery after mastectomy for breast cancer. *Ginecol Obstet Mex*, 81, 510–8.

Tsounis, A., Sarafis, P., Alexopoulos, E.C. (2014). Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. *Lancet*, 384(9960), 2110.

van Waart, H., van Harten, W.H., Buffart, L.M., Sonke, G.S. & Stuiver, M.M., Aaronson, N.K. (2015). Why do patients choose (not) to participate in an exercise trial during adjuvant chemotherapy for breast cancer? *Psychooncology*, 2015 Aug 17. doi: 10.1002/pon.3936.

Vrachnis, N. & Vlachadis, N. (2015). Guidelines on cervical and breast cancer screening in Greece. *Lancet*, 385(9970), 772.

Wayne, S.J., Baumgartner, K., Baumgartner, R.N., Bernstein, L., Bowen, D.J. & Ballard-Barbash, R. (2009). Diet quality is directly associated with quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*, 96(3), 227-32.

Yaffe, M.J. & Mainprize, J.G. (2011). Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening. *Radiology*, 258(1), 98-105.

Yan, B., Yang, L.M., Hao, L.P. Yang, C., Quan.,L.,Wang H.L., Wu Z., Li X.P., Gao T.Y. Yu-Tang Gao, Sum Q, J.M Yuan (2016). Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. *PLoS One*, 11(4), e0153714.

Zeng, Y., Huang, M., Cheng, A.S., Zhou, Y. & So, W.K. (2014). Meta-analysis of the effects of exercise intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer*, 21(3), 262-74.

Zhou, Q., Shen, J.C., Liu, Y.Z., Lin, G.Z., Dong, H. & Li, K. (2014). Effects of doctor-patient communication on quality of life among breast cancer patients in southern China. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(14), 5639-44.

Ziegler, R.G. & Hoover, R.N. (1993). Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. *J Natl Cancer Inst*, 85(22), 1819-27.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *ActaPsychiatricaScandinavica*, 67(6), 361–370.

Από Διαδίκτυο

Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015*, διαθέσιμο στο www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDrasis_24selido.pdf τελευταία πρόσβαση 5 Ιουνίου, 2015.

Γενική Γραμματεία Ισότητας, Υπουργείο Εσωτερικών, Ισότητα Φύλων, Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες, διαθέσιμο στο <http://www.isotita.gr/var/uploads/MELETES/2016/EXECUTIVE%20SUMMARY%20-%20Ygeia.pdf> τελευταία πρόσβαση 2 Απριλίου 2016.

Americancancersociety (2009)
Breastcancer&Figures διαθέσιμο στο <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2009/index> τελευταία πρόσβαση 2 Απριλίου 2016.

Eurostat
(2010), online available at http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Causes_of_death_statistics/ τελευταία πρόσβαση 1 Φεβρουαρίου 2016.

OECD Report (2015), online available at <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf> τελευταία πρόσβαση 1 Φεβρουαρίου 2016.

World Health Organization (2016), online available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> τελευταία πρόσβαση 5 Φεβρουαρίου 2016.

World Health Organization (2010), 10 Facts about Cancer.
online available at <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/index.html> , τελευταία πρόσβαση 21 Απριλίου 2016.

Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011-2015 (2015), online available at http://www.oncosuisse.ch/file/oncosuisse/nkp/20112015/vollversion/NKP_Vollversion_frz.p, τελευταία πρόσβαση 10 Δεκεμβρίου 2015.

Healthview,(2009)

online available at http://www.healthview.gr/sites/default/files/advanced_breast_cancer.pdf, τελευταία πρόσβαση 21 Δεκεμβρίου 2015.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγια

A.1 Ερωτηματολόγιο Προσδιοριστών για την Ελλάδα



Ελβετία 11/ 01 / 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

MSc «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας»

Αγαπητές Κυρίες,

Σας παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγα λεπτά από το χρόνο σας (περίπου 10 λεπτά) για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου.

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της έρευνας που διεξάγεται στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου στο τμήμα « Πολιτική Υγείας και σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας». Το αντικείμενο της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έως πέντε έτη μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπεία. Επίσης, θα διερευνηθούν οι προσδιοριστές της ποιότητας ζωής στην συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Το νοσοκομείο έχει χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις, λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. **Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.** Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Τα αποτελέσματα της μελέτης, θα είναι στην διάθεση σας μετά την ολοκλήρωση της σε περίπτωση που το επιθυμείτε. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιαδήποτε ερώτηση.

Στοιχεία επικοινωνίας και αποστολής του ερωτηματολογίου:

Μοσχοφίδου Μαρία

κιν: 0030 6951318814 - 0041 076 525 13 09

E-mail :mmarievi@yahoo.gr

Διεύθυνση: Route d'Yverdon 5 CP 1033 Cheseaux-sur-Lausanne

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας

και το διαθέσιμο χρόνο σας

ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ :

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΒΑΡΟΣ :kg

ΥΨΟΣ :cm

1) Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμη
- Έγγαμη
- Σε συμβίωση
- Διαζευγμένη
- Χήρα

2) Εκπαίδευση

- Κατώτερη
- Μέση
- Ανώτερη
- Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
- Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

3) Επάγγελμα

- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Δημόσιος υπάλληλος
- Αυτό-αποσχολούμενη
- Άνεργη
- Συνταξιούχος

4) Μηνιαίο καθαρό εισόδημα: (ευρώ ή ch)

5) Αυτο-αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης:

- Πολύ κακή Κακή Ούτε καλή/ούτε κακή Καλή Πολύ καλή

6) Είστε καπνίστρια;

- Πρώην
- Τωρινή
- Δεν έχω καπνίσει ποτέ

- 7) Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ ;
- Κάθε μέρα τουλάχιστον ένα- δυο ποτήρια
- Κάθε μέρα ένα ποτήρι
- Μια φορά την εβδομάδα τουλάχιστον ένα- δύο ποτήρια
- Μια φορά τον μήνα τουλάχιστον ένα- δύο ποτήρια
- Καθόλου
- 8) Σε πιο βαθμό έχετε αλλάξει τις διατροφικές σας συνήθειες από τότε που έγινε η διάγνωση της νόσου σας;
- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ
- 9) Παρακάτω συμπληρώστε μόνο σε περίπτωση που έχετε υποβληθεί σε χειρουργική παρέμβαση, το είδος:
- Προστατευτική ριζική μαστεκτομή
- Μαστεκτομή με ταυτόχρονη ανάπλαση του μαστού
- Ογκεκτομή με κένωση μασχάλης ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα

10)

| Πόσο ικανοποιημένη είστε από: | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|---|---------|------|--------|--------|------|
| Τον βαθμόστήριξης του οικογενειακού περιβάλλοντος σας; | | | | | |
| Τον βαθμό της συνεισφοράς σας στις οικογενειακές υποχρεώσεις; | | | | | |

11) Εργαζόσασταν πριν από τη διάγνωση της νόσου σας;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

Αυτή την περίοδο εργάζεστε ;

- ΝΑ ΟΧΙ

| Εάν εργάζεστε, πόσο ικανοποιημένη είστε από: | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|---|---------|------|--------|--------|------|
| Τις εργασιακές σχέσεις με τους συναδέλφους σας; | | | | | |
| Τα ωράρια εργασίας; | | | | | |
| Τις οικονομικές απολαβές; | | | | | |
| Τις συνθήκες εργασίας; | | | | | |

12)

| Πόσο ικανοποιημένη είστε από: | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|---|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------|
| Τη συμπεριφορά του ιατρού σας; | | | | | |
| Την επικοινωνία με τον ιατρό σας; | | | | | |
| Την επιστημονική κατάρτιση του ιατρού σας; | | | | | |
| Τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας; | | | | | |
| Την προσβασιμότητα; | | | | | |
| Τον χρόνο αναμονής για ραντεβού; | | | | | |
| Το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας; | | | | | |

13) Ποιο θεωρείτε ότι είναι το σημαντικότερο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία της χώρας σας;

- Έλλειψη οργάνωσης
 Υψηλό κόστος
 Μεγάλος χρόνος αναμονής
 Εξυπηρέτηση του προσωπικού
 Κανένα
 Άλλο (αναφέρετε) :

14) Επισκέπτεστε μη κυβερνητικές οργανώσεις ή συλλόγους για την ασθένεια σας;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

| Πόσο ικανοποιημένη είστε από: | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πολύ |
|---|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------|
| Τις προσφερόμενες υπηρεσίες των μη κυβερνητικών οργανώσεων/συλλόγων; | | | | | |
| Τον βαθμό υποστήριξης του κράτους για την ασθένεια σας (επιδόματα, κοινωνικές δράσεις, ειδικά βοηθήματα); | | | | | |

15) Πόσο συχνά ενημερώνεστε για τις εξελίξεις σχετικά με τον καρκίνο του μαστού;

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

Ποιες είναι οι πηγές ενημέρωσης σας; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Από το κράτος
 Από μη κυβερνητικές οργανώσεις
 Ίντερνετ
 Από τον γιατρό σας
 Άλλο (αναφέρετε) :

16) Συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες όπως μαγειρική, σεμινάρια ενημέρωσης, ταξίδια, εκδρομές, αθλητισμός κ.ά.;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που διαθέσατε!

Α.2 Ερωτηματολόγιο

Προσδιοριστών για την Ελβετία στο Γαλλόφωνο καντόνι



Suisse le 11.01. 2016

Université Ouverte de Chypre

MSc«Politiques de santé et planification

Mesdames,

Merci de prendre quelques minutes de votre temps (environ 10 minutes) pour remplir les deux questionnaires suivants.

Ces questionnaires font partie de la recherche menée dans le cadre d'une thèse à l'Université Ouverte de Chypre dans la "politique de santé et planification". L'objet de l'étude est d'évaluer la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein au stade précoce, un an à cinq ans après le diagnostic et le traitement initial. Nous explorerons également les déterminants de la qualité de la vie dans ce groupe de patientes.

S'il vous plaît, répondez sincèrement à toutes les questions, il n'y a pas de réponse vraie ou fausse. **Le questionnaire est anonyme, votre participation est volontaire et vos réponses sont strictement confidentielles. Il ne sera pas publié, mais sera utilisé exclusivement à des fins de recherche.** Votre participation **la plus rapide possible** est essentielle pour la réussite de cette étude. Les résultats de l'étude seront disponibles à la fin de celle-ci si vous le voulez. Vous pouvez me contacter pour toute question.

Information de contact et d'envoi du questionnaire:

Maria-Evi Moschofidou

Tél: 076 525 13 09

E-mail :mmarievi@yahoo.gr

Adresse: Route d'Yverdon 5 CP 1033 Cheseaux-sur-Lausanne

Merci d'avance pour votre participation et du temps que vous allez nous accorder !

Pays d'origine:

Lieu de résidence :

Centre médical de santé : Clinique privée
 Hôpital public

Année de naissance :.....

Poids:kg

Taille:cm

1)Etat civil:

- Célibataire
- Mariée
- En concubinage
- Divorcée
- Veuve

2)Niveau scolaire

- Ecole obligatoire
- Gymnase / CFC
- Université
- Master
- Doctorat

3)Profession

- Employé privé
- Fonctionnaire
- Indépendant
- Au chômage
- Retraité

4) Revenu mensuel net: CHF

5) Auto-évaluationde la situation économique:

- Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très
mauvaise

6) Etes-vous fumeur ?

- Je l'ai été
- Je le suis
- Je n'ai jamais fumé

7) A quelle fréquence buvez-vous de l'alcool ?

- Chaque jour, au moins de un à deux verres

- Chaque jour, un verre
- Une fois par semaine, au moins de un à deux verres
- Une fois par mois, au moins de un à deux verres
- Jamais

8) Dans quelle mesure avez-vous changé vos habitudes alimentaires après le diagnostic de votre maladie ?

- Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Enormément

9) Si vous avez subi une intervention chirurgicale, merci d'indiquer le type:

- Mastectomie radicale de protection
- mastectomie avec reconstruction simultanée du sein
- tumorectomie avec axillaire de vidange ou de la lymphé biopsie du ganglion sentinelle

10)

| Comment êtes-vous satisfait : | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Enormément |
|--|-------------|--------|-------------|----------|------------|
| Du degré de soutien de votre milieu familial? | | | | | |
| De votre niveau de contribution aux obligations de la famille? | | | | | |

11) Vous travailliez avant le diagnostic de votre maladie?

- Oui Non

Et actuellement ?

- Oui Non

| Si vous travaillez, comment êtes-vous satisfait: | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Enormément |
|--|-------------|--------|-------------|----------|------------|
| Des relations avec vos collègues de travail? | | | | | |
| Des heures de travail ? | | | | | |
| De votre salaire ? | | | | | |
| Des conditions de travail ? | | | | | |

12)

| Comment êtes-vous satisfait: | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beau | Enormément |
|------------------------------|-------------|--------|-------------|------|------------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|--|
| | | | | coup | |
| Du comportement de votre médecin? | | | | | |
| De la communication avec votre médecin? | | | | | |
| Des compétences médicales de votre médecin? | | | | | |
| Des services de santé fournis? | | | | | |
| De l'accessibilité aux services de santé? | | | | | |
| Le temps d'attente pour les rendez-vous? | | | | | |
| Le coût de la prestation des soins de santé? | | | | | |

13) Qu'est-ce que vous considérez être le problème le plus important dans les services de santé offerts dans les hôpitaux suisses?

- Manque d'organisation
- Le coût élevé
- Long temps d'attente
- Comportement du personnel
- Aucun
- Autre (précisez) :

14) Est-ce que vous êtes en contact avec des associations liées à votre maladie?

- Oui
- Non

| Comment êtes-vous satisfait : | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Beaucoup | Enormément |
|--|--------------------|---------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| Les services d'associations? | | | | | |
| Le degré de soutien de l'Etat pour votre maladie (prestations, activités sociales, subventions spéciales)? | | | | | |

15) A quelle fréquence vous tenez-vous au courant des développements sur le cancer du sein?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

Quelles sont vos sources d'information? (vous pouvez choisir plus d'un) :

- De l'État

- Associations
- Internet
- Devotre médecin
- Autre (précisez):

16) Vous participez à des activités sociales telles que la cuisine, des séminaires d'information, voyages, randonnées, sports, etc. ?

- Oui Non

Veillez maintenant passer au 2^{ème} questionnaire.

Merci beaucoup pour votre temps!

Α.3 Ερωτηματολόγιο προσδιοριστών για την Ελβετία στο Γερμανόφωνο καντόνι



Schweiz 11.01. 2016

Offene Universität von Zypern

MSc«Gesundheitspolitik und Planung»

Sehr geehrte Damen,

Vielen Dank, dass sie sich die Zeitnehmen (ca. 10 Minuten), die folgenden zwei Fragebögen auszufüllen.

Diese Fragebögen sind Teil einer Forschung zum Abschluss einer Diplomarbeit an der Offene Universität von Zypern im Bereich «Gesundheitspolitik und Planung». Das Ziel der Studie ist die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen im frühen Stadium, ein bis fünf Jahren nach der Diagnose und Erstbehandlung, zu bewerten. Wir werden auch die Determinanten der Lebensqualität in dieser Gruppe von Patienten erforschen.

Es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen einfach und ehrlich. **Der Fragebogen ist anonym, die Teilnahme ist freiwillig und Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt. Die Informationen werden nicht veröffentlicht, sondern ausschließlich für die Studie verwendet.** Ihre schnellstmögliche Teilnahme ist von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg dieser Studie.

Wenn Sie es wünschen, können wir die Ergebnisse der Studie gerne mit Ihnen teilen. Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zu Verfügung.

Kontaktinformationen und Versand des Fragebogens:

Maria-Evi Moschofidou

Tél: 076 525 13 09

E-mail :mmarievi@yahoo.gr

Adresse: Route d'Yverdon 5 CP 1033 Cheseaux-sur-Lausanne

Vielen Dank im Voraus für Ihre Teilnahme und für Ihre Zeit

Ursprungsland:

Wohnsitz: :

Pflegezentrum : Privatklinik
 Öffentlichen Krankenhaus

Geburtsjahr :.....

Gewicht:.....kg

Größe:cm

1) Familienstand :

- Ledig
- Verheiratet
- Konkubinats
- Geschieden
- Witwe

2) Ausbildung:

- Grundschule
- Gymnasium / EFZ
- Universität
- Bachelor/Master
- Ph.D.

3) *Beruf:*

- Angestellte
- Beamtin/Kader
- Selbständig
- Arbeitslos
- Pensioniert

4) Monatliches Brutoeinkommen: CHF

5) Selbstbewertung vom persönlichen finanziellen Zustand:

- Sehr gut Gut Mittel Schlecht Sehr schlecht

6) Sind Sie Raucherin?

- Ich habe in der Vergangenheit geraucht
- Ja ich rauche
- Ich habe nie geraucht

- 7) Wie oft trinken Sie Alkohol?
- Jeden Tag meistens mehr als ein Glas
 - Jeden Tag ein Glas
 - Mindestens ein bis zwei Gläsern pro Woche,
 - Mindestens ein bis zwei Gläsern pro Monat,
 - Nie
- 8) Haben Sie Ihre Essgewohnheiten nach der Diagnose Ihrer Krankheit verändert?
- Gar nicht Ein wenig Mittelmässig Viel Ganz
- 9) Wenn Sie eine Operation gehabt haben, danke für den Typ zu spezifizieren:
- Radikale Mastektomie Schutz
 - Mastektomie bei gleichzeitiger Brustrekonstruktion
 - Lumpektomie mit axillären Lymphdrainage oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
- 10)

| Sind Sie mit folgendes zufrieden? | Gar nicht | Einwenig | Mittelmäßig | Sehr | Ganz |
|--|-----------|----------|-------------|------|------|
| Die Unterstützung die Sie von Ihrer Familie bekommen | | | | | |
| Ihren Beitrag zur Verpflichtungen der Familie | | | | | |

- 11) Haben Sie vor der Krankheit gearbeitet?
- Ja Nein
- Arbeiten Sie jetzt wieder?
- Ja Nein

| Wenn Sie Arbeiten, Wie sind Sie zufrieden mit: | Gar nicht | Einwenig | Mäßig | Sehr | Ganz |
|--|-----------|----------|-------|------|------|
| Den Kollegenbeziehungen | | | | | |
| Der Arbeitszeit? | | | | | |
| Dem Gehalt | | | | | |
| Den Arbeitsbedingungen? | | | | | |

12)

| Sind Sie mit folgendes zufrieden: | Gar nicht | EinWenig | Mittelmässig | Sehr | Ganz |
|---|------------------|-----------------|---------------------|-------------|-------------|
| Das Verhalten von Ihrem Arzt? | | | | | |
| Die Kommunikation mit Ihrem Arzt? | | | | | |
| Die fachlichen Fähigkeiten von Ihrem Arzt? | | | | | |
| Der Bundesamt für Gesundheit | | | | | |
| Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen? | | | | | |
| Die Wartezeit für Termine? | | | | | |
| Die Kosten für die Gesundheitsdienstleistung? | | | | | |

13) Was ist für Sie das größte Problem bei der Dienstleistung in Schweizer Spitälern?

- Der Mangel an Organisation
- Die hohen Kosten
- Lange Wartezeiten
- Verhalten des Personals
- Keine
- Sonstige (angeben):.....

14) Sind Sie in Kontakt mit Verbänden oder Stiftungen die mit Ihrer Krankheit im Zusammenhang sind?

- Ja
- Nein

| Sind sie mit folgendes zufrieden. : | Gar nicht | EinWenig | Mittelmässig | Sehr | Ganz |
|--|------------------|-----------------|---------------------|-------------|-------------|
| Die Leistungen vom Verband oder der Stiftung | | | | | |
| Der staatlichen Unterstützung für Ihre Krankheit (Aktivitäten, spezielle Stipendien, etc.) | | | | | |

15) Haben Sie sich über die Entwicklung von Brustkrebs erkundigt und wieoft?

- Gar nicht Wenig Mittelmässig Sehr Ganz

Was sind Ihre Informationsquellen? (Sie können mehr als eine wählen):

- Staat
 Verbände/Stiftungen
 Internet
 Der Arzt
 Sonstiges (angeben)::

16) Nehmen Sie an sozialen Aktivitäten teil, sowie Kochen, Sport, Ausflüge, Seminare usw?

- Ja Nein

Bitte gehen Sie zur zweite Umfrage.

Vielen Dank für Ihre Zeit!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Άδιες Διεξαγωγής Μελέτης

Β.1 Άδεια – Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

1367



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 4^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Π
15.3.16
2

| | |
|-----------------------|---------|
| ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ | ΘΕΑΓ. |
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΚΗΣ | |
| Αρθ πρωτ | 3745 |
| Ημερνια παραλαβης | 15/3/16 |
| Αριθμός | |

Θεσσαλονίκη, 10/3/2016

Αρ. Πρωτ. 6573

+2

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 16
Ταχ. Κώδικας : 546 23 Θεσσαλονίκη
Πληροφορίες : Γκιρτζιμάνη Χρ.
Τηλέφωνο : 2313 327.876
Fax : 2313 327. 845
e-mail : girtzimani@4ype.gr

Προς :
ΑΝΘ ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου
Δυναμικού

Θέμα: Έγκριση αιτήματος της κας Μαρίας Μοσχοφίδου για διανομή ερωτηματολογίων στο Νοσοκομείο σας

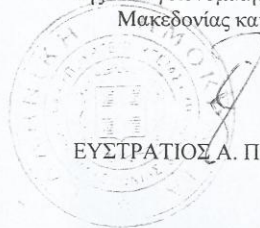
Σχετ: Το υπ' αριθμ. πρωτ. 878/22.2.2016 έγγραφο του Νοσοκομείου σας

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού εγγράφου σας, που αφορά το αίτημα της κας **Μαρίας Μοσχοφίδου**, φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας, μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων από τους ασθενείς του Νοσοκομείου σας, με θέμα: «*Προσδιοριστές της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα και την Ελβετία*», σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η χορήγηση των ερωτηματολογίων και η διεξαγωγή της ανωτέρω έρευνας στο Νοσοκομείο σας.

Λάβετε υπόψη σας ότι πριν την έναρξη της έρευνας απαιτείται ρητή δήλωση της ερευνήτριας ότι για τη διεξαγωγή της δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου σας, θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Με την ολοκλήρωση της έρευνας η ερευνήτρια υποχρεούται να καταθέσει έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων στο Νοσοκομείο καθώς και στην 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Μακεδονίας και Θράκης

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ Α. ΠΛΩΜΑΡΙΤΗΣ



B.2 Άδεια –Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία συζητήθηκαν τα παρακάτω θέματα της Ημερήσιας Διάταξης:

ΘΕΜΑ 2^ο : ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΘΕΜΑ 2.5^ο : ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ κας ΜΟΣΧΟΦΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ

Το Ε.Σ. αφού έλαβε υπ' όψη την υπ' αριθ. πρωτ. 303/20-04-2016 αίτηση της κας Μοσχοφίδου Μαρίας, φοιτήτριας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, του Ανοικτού Πανεπιστήμιου Κύπρου, σχετικά με την έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής της με θέμα: «Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς με Καρκίνο του Μαστού στην Ελλάδα και Ελβετία».

Ακαδημαϊκά υπεύθυνος του προγράμματος είναι ο Αναπληρωτής Καθηγητής κος Μάμας Θεόδωρος και επιβλέπων είναι ο Καθηγητής Γαλάνης Πέτρος.

Έχει την έγκριση του Καθηγητή κου Παπανδρέου Χρήστου, Διευθυντή της Κλινικής Παθολογικής Ογκολογίας Α.Π.Θ. του Νοσοκομείου μας.

Η αιτούσα δηλώνει ότι το Νοσοκομείο μας δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά από την διεξαγωγή της έρευνας.

Ομόφωνα γνωμοδοτεί

Υπέρ της έγκρισης διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής με θέμα: «Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς με Καρκίνο του Μαστού στην Ελλάδα και Ελβετία», της κας Μοσχοφίδου Μαρίας, φοιτήτριας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας», της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, του Ανοικτού Πανεπιστήμιου Κύπρου.

Β.3 Άδεια Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων στην Ελλάδα

Άδεια λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 2472/1997

ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΜΕ ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΑΡΘΡΟ 7 Ν. 2472/1997

Η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα συνεδρίασε σε σύνθεση Τμήματος στην έδρα της την Τετάρτη, 1.6.2016 και ώρα 10:00 μετά από πρόσκληση του Προέδρου της, για να εξετάσει την με αρ. πρωτ. της Αρχής Γ/ΕΙΣ/3112/17.5.2016 αίτηση του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου σχετικά με τη χορήγηση άδειας από την Αρχή, προκειμένου να επιτρέψει στην ερευνήτρια Μαρία Μοσχοφίδου την πρόσβαση στο αρχείο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου για τη συλλογή ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων υγείας για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας στην Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, ΠΜΣ «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» με θέμα «Προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής σε Ασθενείς με Καρκίνο του Μαστού στην Ελλάδα και Ελβετία» με επιβλέποντα Καθηγητή τον Θεόδωρο Μάμα.

Παρέστησαν ο Πρόεδρος Πέτρος Χριστόφορος, και τα αναπληρωματικά μέλη Γρηγόριος Λαζαράκος, ως εισηγητής, και Παναγιώτης Ροντογιάννης, σε αντικατάσταση των τακτικών μελών Αναστασίου – Ιωάννη Μεταξά, και Αντωνίου Συμβώνη αντίστοιχα, οι οποίοι, αν και εκλήθησαν νομίμως εγγράφως δεν παρέστησαν λόγω κωλύματος. Δεν παρέστησαν αν και εκλήθησαν νομίμως το τακτικό μέλος Δημήτριος Μπριόλας και το αναπληρωματικό μέλος αυτού Χαράλαμπος Ανθόπουλος.

Η Αρχή αφού άκουσε τον εισηγητή Γ. Λαζαράκο και τη βοηθό εισηγήτρια Φ. Παναγοπούλου, η οποία παρέστη χωρίς δικαίωμα ψήφου και αποχώρησε μετά τη συζήτηση της υποθέσεως και πριν από τη διάσκεψη και τη λήψη αποφάσεως, σκέφτηκε σύμφωνα με το νόμο και αποφάσισε τη χορήγηση της παρακάτω άδειας ίδρυσης και λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα, σύμφωνα με τα οριζόμενα στη διάταξη του άρθρου 7 παρ. 2 στοιχ. α' του ν. 2472/1997.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ: Μαρία Μοσχοφίδου

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ: Rouled Yverrun, 5, Λωζάνη, Ελβετία,
1033

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ: Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Περιφερειακή Οδός Θεσσαλονίκης, Νέα Ευκαρπία, 56403 Θεσσαλονίκη

ΕΙΔΟΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: απλά και ευαίσθητα δεδομένα υγείας (είδος πάθησης, συμπτώματα κ.α.) ασθενών του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου που πάσχουν από καρκίνο του μαστού.

ΣΚΟΠΟΣ: Επιστημονική Έρευνα. Εντοπισμός και καταγραφή της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού.

ΠΗΓΕΣ: Τα δεδομένα θα συλλεχθούν από 100 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου κατόπιν συμπληρώσεως ερωτηματολογίου.

Risk Factors of Quality of Life in Patients with Breast Cancer in Greece and Switzerland

open university of cyprus

Project ID: 2016-00499

Research Project Application Form

Screen 1

Your application concerns

Research involving persons, but not a clinical trial

Ethics Committee

Commission cantonale d'Éthique de la Recherche sur l'être humain Vaud (CER-VD)

How many research sites in Switzerland are involved in the project?

several sites in Switzerland

Region(s) of responsibility for additional research sites

Commission cantonale d'Éthique de la Recherche sur l'être humain Vaud (CER-VD)

Title

Risk Factors of Quality of Life in Patients with Breast Cancer in Greece and Switzerland

Short title

Risk Factors of Quality of Life in Patients with Breast Cancer in Greece and Switzerland

Who initiated the project?

investigator

Will this project be used to obtain a degree? (Master/PhD/other)

yes

MD Master

Information on Financing

Source(s)

No funding

Συντομογραφίες

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΜΚΟ: Μη Κυβερνητικός Οργανισμός

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΖ: Ποιότητα Ζωής

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΥΠΖ: Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητας Ζωής

BCS: Breast Conserving Surgery

DRGs: Diagnosis-RelatedGroup

EORTC QLQ: European Organization for Research and Treatment of Cancer

MRM: Modified Radical Mastectomy

Paygo: Payasyougo

QoL : QualityofLife

TMN: Tumor, Metastasis Node ,

WHO: World Health Organization

Ελληνοαγγλική Ορολογία

Προσδιοριστής =Determinant

Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής= Healthrelatedqualityoflife

Αγγλοελληνική Ορολογία

Copayments=Επιμερισμός του κόστους

Diagnosis-relatedgroup=Κεντρικά ενοποιημένα νοσήλεια

Payasyougo=Ανταποδοτικόσύστημα

Out of pocket payments =Ίδιεςπληρωμές