



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, σχετιζόμενη με την
χημειοθεραπεία, σε γυναίκες με καρκίνο μαστού
στην Κύπρο»**

Κλεοπάτρα Δημοσθένους

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Χριστίνα Οικονομοπούλου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Δεκέμβριος 2010

Formatted: Greek (Greece)

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**«Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, σχετιζόμενη με την
χημειοθεραπεία, σε γυναίκες με καρκίνο μαστού
στην Κύπρο»**

Κλεοπάτρα Δημοσθένους

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. Χριστίνα Οικονομοπούλου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Δεκέμβριος 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ).....	5
ABSTRACT	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
2. Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΩΣ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ	10
2.1 Βασικές Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής	12
2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας και Ποιότητας Ζωής	12
2.3 Δείκτες της Ποιότητας Ζωής.....	13
3. ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	15
4. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΚΟΡΥΦΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗ ΝΕΑ ΧΙΛΙΕΤΙΑ -«Ο ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΙΣΙΩΝ».....	17
5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
5.1 Κατασκευή μαστού και καρκινογένεση	19
5.1.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού	20
5.1.2.1 Μη τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου	21
5.1.2.2 Τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου.....	23
5.1.3 Διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού	25
5.1.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	29
5.1.4.1 Χειρουργική προσέγγιση.....	29
5.1.4.2 Ακτινοθεραπεία.....	30
5.1.4.3 Επικουρική Ορμονοθεραπεία.....	31
5.1.4.4 Επικουρική Χημειοθεραπεία.....	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	33
6.1. Σκοπός της μελέτης.....	33
6.2 Σχεδιασμός της μελέτης	34
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ	35
7.1 Υλικό και Μέθοδος	35
7.1.1. Κριτήρια συμμετοχής στο δείγμα.....	38
7.2 Υπολογισμός της Βαθμολογίας.....	39
8. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	39
8.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	40
8.1.1 Δημογραφικά και Άλλα Στοιχεία	40
8.2. Ευρήματα της Έρευνας και τα δημογραφικά ευρήματα	43
8.2.1 Αναλυτική περιγραφή και σύγκριση των αποτελεσμάτων όλων των τομέων ξεχωριστά των δύο ερωτηματολογίων QLQ C-30 και BR-23, πριν και μετά την θεραπεία.....	48

8.2.1.1 Φυσική Λειτουργικότητα	48
8.2.1.2 Ρόλος στη ζωή	48
8.2.1.3 Συναισθηματική Κατάσταση	48
8.2.1.4 Λειτουργίες Αντίληψης	48
8.2.1.5 Κοινωνική Λειτουργικότητα	48
8.2.1.6 Κόπωση	48
8.2.1.7 Πόνος.....	49
8.2.1.8 Ναυτία και Εμετός.....	49
8.2.1.9 Δύσπνοια	49
8.2.1.10 Αϋπνία	49
8.2.1.11 Απώλεια της όρεξης	49
8.2.1.12 Δυσκολιότητα.....	49
8.2.1.13 Διάρροια.....	49
8.2.1.14 Οικονομικές Δυσκολίες.....	50
8.2.1.15 Συνολική Ποιότητα Ζωής.....	50
8.2.1.16 Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας.....	50
8.2.1.17 Εικόνα του σώματος.....	50
8.2.1.18 Μελλοντική προοπτική.....	50
2.1.19 Σεξουαλική Λειτουργικότητα & Ευχαρίστηση	51
8.2.1.20 Συμπτωματολογία από το μπράτσο	51
8.2.1.21 Συμπτωματολογία από το μαστό	51
8.2.2 Συσχετίσεις μεταξύ των τομέων του QLQ C30 και του BR23 κατά την περίοδο μετά την θεραπεία- Περιγραφή αποτελεσμάτων.....	51
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	57
10. ΕΝ ΚΑΤΑΚΛΕΙΔΙ.....	69
Βιβλιογραφία.....	71

ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ)

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί παγκοσμίως, τη συχνότερη διάγνωση καρκίνου στις γυναίκες. Η χημειοθεραπεία με τη σειρά της, αποτελεί την πιο διαδεδομένη, και ενδεδειγμένη μορφή επικουρικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματά της, σε σχέση με τα υψηλά ποσοστά ίασης και γενικότερα τη συμβολή της, στην επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης η χημειοθεραπεία έχει συσχετιστεί με την κλινική τοξικότητα και άλλες σημαντικές παρενέργειες, οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, σε επίπεδο σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό.

Η έννοια της «Ποιότητας Ζωής», άρχισε να προσελκύει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα να αυξάνονται όλο και περισσότερο οι μελέτες σχετικά με τον καρκίνο οι οποίες περιλαμβάνουν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικού σταδίου, κατά τις δύο χρονικές περιόδους πριν και μετά τη χημειοθεραπεία και στη συνέχεια σύγκριση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, κατά τις δύο αυτές φάσεις. Παράλληλα, γίνεται διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των τομέων των δύο ερωτηματολογίων, καθώς επίσης, πέρα από την καταγραφή των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών στοιχείων και την διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων τους με τα αποτελέσματα της έρευνας.

Υλικό και Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριο-Σεπτέμβριο 2010. Το υλικό αποτέλεσαν 59 γυναίκες ηλικίας 31-76 ετών, με καρκίνο μαστού I-II και III σταδίου, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και εν συνεχεία σε επικουρική χημειοθεραπεία.. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το γενικό ερωτηματολόγιο μέτρησης ποιότητας ζωής QLQ C30 παράλληλα με το ειδικό ερωτηματολόγιο για τον καρκίνο του μαστού BR23 και τα δύο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου (EORTC). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS-17.

Αποτελέσματα: Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού εκτιμήθηκε χειρότερη κατά την περίοδο μετά την χημειοθεραπεία σε σχέση με αυτήν πριν την θεραπεία. Παράλληλα επιδείνωση παρουσίασαν όλοι οι λειτουργικοί τομείς, καθώς επίσης και η πλειοψηφία των σχετικών με τους τομείς συμπτωμάτων.

Τα ευρήματα της μελέτης, η οποία είναι από τις πρώτες που διενεργούνται στην Κύπρο, σχετικά με το θέμα αυτό, δε διαφοροποιούνται από αυτά άλλων μελετών. Ωστόσο είναι παρήγορο και αξίζει να επισημανθεί ότι δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές σε ότι

αφορά την διαταραχή του κοινωνικού ρόλου και την οικονομική κατάσταση, γεγονός που αποδίδεται στην δομή της Κυπριακής Κοινωνίας και στο υψηλό επίπεδο κάλυψης των αναγκών υγείας από το υπάρχον σύστημα υγείας.

Συμπεράσματα: Οι προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας, πρέπει να στραφούν προς την ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών ξεφεύγοντας από το ιατροκεντρικό μοντέλο προσέγγισης. Οι εμπειρίες και οι υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους αλλά και με τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τη θεραπευτική ομάδα, ώστε να μπορούν να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις αυτών των παραγόντων στην ποιότητα ζωής τους και τελικά να συνεκτιμηθούν μέσα στα πλαίσια ολόκληρου του θεραπευτικού πλάνου.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος του μαστού, Ποιότητα Ζωής και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common cancer diagnosed among women, while chemotherapy is the most widespread and recommended adjuvant treatment for early breast cancer. Despite the encouraging results of the treatment as such and the prolongation of the life expectancy, chemotherapy has been associated with clinical toxicity and other side effects, which provoke negative effects on women's quality of life, regarding their somatic, psychological and social functions. It's been only during the last decades, that measuring quality of life has been the focus of clinical practice and research.

The Aim: The aim of the study was to evaluate and assess the quality of life of patients with early stage breast cancer, during the periods prior and after chemotherapy and to compare the quality of life differences over the two periods. Simultaneously, a research is being carried out regarding the correlations of the sectors, concerning the two post treatment collected questionnaires, as well as the recording of the socio-economic and demographic data, which might have been interrelated with the different sectors of the questionnaires.

Method and Materials: The research was carried out in the Bank of Cyprus Oncology Centre, during the period between February-September 2010. In the study were enrolled 59 women with breast cancer of stages I-II and III, who had surgery followed by adjuvant chemotherapy. Quality of life was measured, using the European Organisation for research and treatment of cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ- C30) and the supplementary measure for breast cancer (QLQ-BR23). The Statistical analysis was carried out with the statistics package SPSS-17.

Results and conclusions: The quality of life of the patients with breast cancer was estimated to be decreased after chemotherapy compared to that, prior to chemotherapy. In the same manner, all functional aspects were negatively impaired, as well as the majority of the scores regarding symptoms. Health professionals should focus their efforts, to the holistic approach of the patients and a multidimensional care plan.

The findings of the study, which is the first of its kind in Cyprus, do not revile major differences, compared to other similar studies. However, it is relieving and needs to be emphasized that there were not found any, significant changes regarding the social function and economic situation of the patients. This reflects to the Cypriot socioeconomic structure and the existing high level health system, which successfully manage to cover patients' needs.

Experiences and subjective evaluations of the patients, about their health status and the treatment they are receiving, should be taken into serious consideration by the therapeutic team. Consequently, health professionals will be prepared to evaluate the impact of these parameters on the quality of life of the patients, and therefore create the best possible targeted interventional programs for them.

Key Words: Breast Cancer, Quality of Life, Health Related Quality of Life, QLQ C30, BR23

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), χαρακτηρίζει τον καρκίνο, ως μια επερχόμενη νέα επιδημία, γεγονός το οποίο συμμερίζεται το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου και γι' αυτό άλλωστε μετά από πολλές προσπάθειες έχει καταλήξει επίσημα, στην δημοσιοποίηση μίας ολοκληρωμένης Στρατηγικής Αντιμετώπισης του Καρκίνου για την Κύπρο. Η στρατηγική αυτή, αποσκοπεί μεταξύ άλλων, στην πρόληψη, τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας, αλλά και την προσθήκη αξίας στην ποιότητα της ζωής των καρκινοπαθών σε όλα τα στάδια της ασθένειάς τους, μια παράμετρο η οποία θα απασχολήσει την παρούσα εργασία σε βάθος.¹

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού καταλαμβάνει την τρίτη θέση μεταξύ όλων των μορφών καρκίνου και την συχνότερη διάγνωση καρκίνου στις γυναίκες. Προσβάλλει περίπου 1 στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά ανεπτυγμένες χώρες, ενώ την ίδια στιγμή αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο.² Ίσως άλλωστε και για αυτό να έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη κακοήθεια ενώ η ιατρική επιστήμη συνεχίζει τον αγώνα με στόχο την καλύτερη αντιμετώπισή του.

Αν και ο αριθμός των κρουσμάτων παρουσιάζει συνεχή αυξητική τάση, εντούτοις τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσιάζουν μια σταθερότητα η οποία καταδεικνύει ουσιαστικά την βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης.³

Η βελτίωση αυτή, μπορεί να συνδεθεί τόσο με την έγκαιρη διάγνωση, κυρίως μέσω του μαστογραφικού ελέγχου, όσο και με την καλύτερη σταδιοποίηση, παρακολούθηση και τις νέες τάσεις και εφαρμογές πιο εντατικών και συχνών χημειοθεραπευτικών πρωτοκόλλων, με νέα αλλά και παλιά αντι-νεοπλασματικά φάρμακα. Επίσης, οι νέοι συνδυασμοί φαρμάκων σε υψηλότερες δόσεις, ο περιορισμός της ακτινοβολίας, οι λιγότερο ακρωτηριαστικές επεμβάσεις και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών συμβάλλουν στην εν λόγω βελτίωση.⁴

Είναι λοιπόν κατανοητό, επιστημονικώς τεκμηριωμένο και ευρέως αποδεκτό, πως η χημειοθεραπεία, αποτελεί μια από τις πλέον ενδεδειγμένες μορφές θεραπείας, η οποία όμως έχει συσχετιστεί άμεσα με την κλινική τοξικότητα και άλλες σημαντικές παρενέργειες.

Βέβαια, στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου ο ασθενής δεν πρέπει να παραμελείται, τόσο από ψυχολογικής πλευράς και συναφών συναισθημάτων που πιθανόν να

βιώνει, όσο και από φυσικής/σωματικής δύναμης, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέρχεται των κοινωνικών του ρόλων και υποχρεώσεων, οι οποίοι βεβαίως εξακολουθούν να υφίστανται. Στο σημείο αυτό υπεισέρχονται οι έννοιες «Ποιότητας Ζωής» και «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής», έννοιες που εισήλθαν στον χώρο της ιατρικής μόλις τις τελευταίες δεκαετίες και άρχισαν να προβληματίζουν αλλά και να προσελκύουν το ενδιαφέρον όχι μόνο της ιατρικής κοινότητας αλλά και του κοινού γενικότερα.

Η ολοκληρωμένη προσέγγιση του αποτελέσματος της χημειοθεραπείας, προϋποθέτει τη θεώρηση της επίδρασης αυτής, όχι μόνο στην παράταση της επιβίωσης του ασθενούς αλλά και στην ποιότητα ζωής του. Συνεπώς, οι προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας, πρέπει να συμπεριλαμβάνουν, τόσο τις εμπειρίες και τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τη νόσο, όσο και με το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται, ώστε να μπορούν να εκτιμήσουν τις επιπτώσεις αυτών των παραγόντων στην ποιότητα ζωής τους και τελικά οι δυο αυτοί παράγοντες, να συνεκτιμηθούν μέσα στα πλαίσια ολόκληρου του θεραπευτικού πλάνου. Έτσι, συμβάλουν ουσιαστικά στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των παρενεργειών από τις χημειοθεραπείες, και στη μετέπειτα πρόληψη αυτών, με αποτέλεσμα την επίτευξη μιας επιτυχούς και αποτελεσματικής θεραπείας.

Αυτό το ενδιαφέρον, θα οδηγήσει την ιατρική κοινότητα προς την ολιστική θεώρηση της υγείας ξεφεύγοντας από την ανθρωποκεντρική προσέγγιση αυτής και τους ασθενείς να αρχίσουν να εστιάζουν το ενδιαφέρον τους όχι μόνο στο θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά και στη συνολική βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

2. Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΩΣ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Η ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού επηρεάζεται και καθορίζεται από ένα πλήθος παραγόντων συμπεριλαμβανομένων: κοινωνικών, πολιτικών, οικονομικών, πολιτιστικών (αξίες, συμπεριφορές, εμπειρίες κλπ), περιβαλλοντικών κλπ. Εξυπακούεται βέβαια, πως για την διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής χρειάζεται κάθε κράτος να στηρίζει σε γερά θεμέλια το σύστημα δημόσιας υγείας του, καθώς δεν νοείται οικονομική και κοινωνική πρόοδος εάν δεν διασφαλίζεται η υγεία των πολιτών.

Στα πλαίσια των πιο πάνω, βρίσκει απήχηση, η έννοια της «Κοινωνικής Ποιότητας» η οποία προτάθηκε για πρώτη φορά, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τον Ιούνιο του 1997, κατά τη διάρκεια της Γερμανικής προεδρίας.⁵ Στη συνέχεια, το 1998 στο Άμστερνταμ μια ομάδα επιστημόνων, ως εκπρόσωποι των κοινωνικών επιστημών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα πλαίσια πρότασής τους για μια κοινή προσέγγιση οικονομικής, κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής, συμπεριέλαβαν την «Κοινωνική Ποιότητα» ως βασική συνιστώσα για τη χάραξη Ευρωπαϊκής πολιτικής.

Συγκεκριμένα επισήμαναν και όρισαν την κοινωνική ποιότητα ως «το μέγεθος κατά το οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και την οικονομική ζωή των κοινωνιών όπου διαβιούν, κάτω από συνθήκες που επιτρέπουν την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και των προσωπικών ικανοτήτων τους».² Ταυτόχρονα καθόρισαν τέσσερις βασικές συνιστώσες στις οποίες-πρέπει να βασίζεται:

- ✚ Το βαθμό οικονομικής ασφάλειας
- ✚ το επίπεδο κοινωνικής ένταξης
- ✚ την έκταση της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης και
- ✚ το επίπεδο υγείας των πολιτών της Ευρώπης

Λαμβάνοντας υπόψη, την αλληλοσύνδεση και αλληλεξάρτηση της κοινωνικής ποιότητας και της ποιότητας ζωής των πληθυσμών, για να επιτευχθεί η ύπαρξη αλλά και η βελτίωση αυτών, πρέπει οι προσπάθειες όλων των εμπλεκομένων, να εστιαστούν στον πυρήνα αυτών των εννοιών, ο οποίος αποτελείται από το άτομο ως οντότητα, την υγεία και την ποιότητα ζωής του.

Ο άνθρωπος αποτελεί βιοψυχοκοινωνικό ον, το οποίο αναζητά την ολοκλήρωση και την ποιότητα της ζωής του μέσα από τη διασύνδεση και εξισορρόπηση το υ εσωτερικού του κόσμου και του ευρύτερου εξωτερικού που τον περιβάλλει.

Συνεπώς, η διερεύνηση και εκτίμηση της ποιότητας της ζωής, πρέπει να αποτελεί, τη συνισταμένη της προσέγγισης και ανάλυσης όλων των διαστάσεων (υποκειμενικών και αντικειμενικών) της ζωής. Στις πιο βασικές από αυτές κατατάσσονται, η αυτοβιόμηνη υποκειμενική ευεξία, η σωματική και ψυχο-κοινωνική ευεξία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ικανοποίηση των αναγκών, η συσχέτιση και αλληλεξάρτηση διαστάσεων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του ατόμου.³ Ωστόσο, η υγεία θεωρείται η σημαντικότερη επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του ανθρώπου και την υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής του, χωρίς να μειώνεται η σημαντικότητα και συμβολή των παραπάνω.⁴

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας (WHO), ορίζει την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής καλής κατάστασης και όχι απλώς την απουσία μιας ασθένειας...»⁵, ενώ, ορίζει ως ποιότητα ζωής «την υποκειμενική αντίληψη του κάθε ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, όσο και από τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα του».⁶ Η ποιότητα ζωής, στο συγκεκριμένο ορισμό, αποτελεί μια υποκειμενική έννοια, αφού δίνει έμφαση και επιτρέπει στο άτομο να αξιολογεί και να κρίνει το ίδιο, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ποιότητα ζωής του.

Από την άλλη πρέπει να επισημάνουμε την «επιδημιολογική μετάβαση», αποτέλεσμα των τεχνολογικών και επιστημονικών εξελίξεων, η οποία χαρακτηρίζεται από τη μείωση της θνησιμότητας και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και την επικράτηση των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων.

Ως επακόλουθο αυτών, άρχισε σταδιακά, να θεωρείται αναγκαία η διασφάλιση της ποιότητας στα χρόνια τα οποία προστέθηκαν στην ανθρώπινη ζωή. Η ποιότητα ζωής, αποτελεί μια ευρεία και πολυδιάστατη έννοια, η οποία συναντάται και ορίζεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο στο οποίο αναφέρεται, για αυτό και μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός, ειδικά αφού βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας.⁷

Στο πλαίσιο των πιο πάνω αναφορών, επιβεβαιώνεται η θέση, πως το σύμπλοκο «υγεία-κοινωνία- ποιότητα ζωής», αποτελεί ένα πολυδιάστατο, πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους διαμορφώνουν τις κοινωνικές- οικονομικές- πολιτιστικές και ψυχολογικές διαστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν το σύγχρονο κοινωνικό άτομο.^{3 σ. 43}

2.1 Βασικές Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής

Σε μια έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης οι Andrews και Whitney⁸ εντόπισαν 800 πιθανές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι οποίες διαχωρίστηκαν σε περίπου 100 τομείς της ζωής λόγω των αλληλοεπικαλύψεων⁹. Διαχρονικά, πολλοί ερευνητές συσχέτισαν την ποιότητα ζωής με την ικανοποίηση από τη ζωή, την ευτυχία, την αυτοεκτίμηση, την ηθική κλπ. γεγονός, το οποίο επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά την υποκειμενικότητα αλλά και πολυπλοκότητα προσδιορισμού και ορισμού της έννοιας καθαυτής.

Κοινώς αποδεκτό, είναι το γεγονός πως η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και πολλές από τις διαστάσεις του και όχι μόνο η φυσική, επηρεάζονται άμεσα σε περίπτωση αρρώστιας ή θεραπείας. Σήμερα, τις σημαντικότερες και πιο συχνά αναφερόμενες ως διαστάσεις της ποιότητας ζωής αποτελούν^{9,10,11}:

- ✚ Η **φυσική ευεξία** την οποία ορισμένοι διαχωρίζουν σε λειτουργική ικανότητα και σωματική ή οργανική υγεία. Αφορά την εκτίμηση του ασθενή για την υγεία του (παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων), καθώς και την ικανότητά του να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες (εργασία, αυτοφροντίδα κλπ).
- ✚ Η **κοινωνική ευεξία**, η οποία αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο είναι ικανοποιημένο από τη ζωή του και στο βαθμό επίτευξης άσκησης των κοινωνικών του δραστηριοτήτων και ρόλων, τις οικογενειακές και επαγγελματικές σχέσεις του κλπ.
- ✚ Η **ψυχική ευεξία**, από την οποία κάποιος ξεχωρίζει την πνευματική ευεξία ως μια ξεχωριστή διάσταση, που αναφέρεται στην ψυχική ειρήνη και θρησκευτικότητα. Αν και η πνευματικότητα συνήθως παραγνωρίζεται, εντούτοις έχει διαπιστωθεί πως κερδίζει έδαφος και επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής, στις περιπτώσεις όπου η σωματική λειτουργικότητα βρίσκεται υπό απειλή.¹² Στα πλαίσια της ψυχικής ευεξίας, διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου, σε σχέση με την κατάθλιψη, το άγχος, τον θυμό, τον προσωπικό έλεγχο, την ικανότητα προσαρμογής στις διάφορες αλλαγές κλπ.

2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας και Ποιότητας Ζωής

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, αποδεικνύεται ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα δυναμικό πολυδιάστατο και υποκειμενικό μέγεθος, το οποίο διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις, καθώς και με τις αντιδράσεις του ατόμου στα διάφορα ερεθίσματα και επιρροές από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων.^{13,3,9} Οι παράγοντες αυτοί χαρακτηρίζονται ως προσδιοριστικοί για την υγεία και την ποιότητα ζωής, καθώς φαίνεται να τεκμηριώνεται από διάφορες έρευνες, η επιρροή τους και η άμεση σε

ορισμένες περιπτώσεις συσχέτιση τους με το επίπεδο ποιότητας ζωής των ατόμων ή ομάδων πληθυσμών.⁹ Οι παράγοντες αυτοί ομαδοποιούνται ως εξής³:

(α) **Κοινωνικοοικονομική δομή και η λειτουργία της κοινωνίας:** κοινωνική διαστρωμάτωση, τρόπος παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, σχέσεις παραγωγής.

(β) **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες:** επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τρόποι διανομής εισοδήματος, οργάνωση και προγραμματισμός, των τομέων της οικονομίας.

(γ) **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:** τρόπος ζωής, χαρακτηριστικά κατοικίας, κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες.

(δ) **Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** κουλτούρα (ήθη, έθιμα και νοοτροπίες), κοινωνική συμπεριφορά αναλφαβητισμός, επίπεδο εκπαιδευτικού συστήματος, τάσεις και στάσεις, άσκηση κοινωνικών ρόλων.

(ε) **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων και επίπεδο περιβαλλοντικής μόλυνσης.

(στ) **Γεωφυσικοί παράγοντες:** φυσικός πλούτος, παραγωγικότητα γης, πρώτες ύλες, κλιματολογικές συνθήκες.

(ζ) **Δημογραφικοί παράγοντες:** ρυθμός πληθυσμιακής αύξησης, πληθυσμιακή κατανομή σε αστικές και αγροτικές περιοχές, σύνθεση πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.α.

(η) **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Μπορεί κανείς να συμπεράνει, πως όσο περισσότεροι από τους πιο πάνω παράγοντες για ένα άτομο ή πληθυσμό, ικανοποιούνται, αναλόγως τόσο υψηλότερη θα χαρακτηρίζεται και η ικανοποίηση από τη ζωή τους και την ποιότητα ζωής τους.

Formatted: Font color: Auto

2.3 Δείκτες της Ποιότητας Ζωής

Για την καλύτερη κατανόηση των δεικτών ποιότητας ζωής, θα γίνει μια απλή αναφορά στους δείκτες υγείας. Οι δείκτες υγείας αντιπροσωπεύουν δεδομένους αριθμούς, οι οποίοι μας επιτρέπουν να παρακολουθούμε και να αξιολογούμε σε βάθος χρόνου, την κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Διακρίνονται σε θετικούς(γεννητικότητα), αρνητικούς(νοσηρότητα, θνησιμότητα) και σε αυτόν της υποκειμενικής αντίληψης των ατόμων για την υγεία, η οποία αποσκοπεί στην μέτρηση της ποιότητας ζωής, χωρίς μέχρι σήμερα να έχει βρεθεί ένας κοινός και ευρέως αποδεκτός δείκτης υγείας.

Ωστόσο, οι προηγούμενες αναφορές σχετικά με τους παράγοντες και τις διαστάσεις που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής, οδηγούν στο συμπέρασμα και δικαιολογούν την ύπαρξη των δύο βασικών δεικτών της ποιότητας ζωής: τους υποκειμενικούς-ατομικούς δείκτες και τους αντικειμενικούς-κοινωνικούς δείκτες.^{9,3} Η πρώτη διάσταση σχετικά με τους υποκειμενικούς-ατομικούς δείκτες, αναφέρεται στην ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του, την αίσθηση ευεξία και γενικότερα σε όλα όσα συνεπάγονται από την ψυχική, πνευματική, κοινωνική ακόμα και σωματική ευεξία.

Οι αντικειμενικοί-κοινωνικοί δείκτες αναφέρονται κυρίως στους κοινωνικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και δημογραφικούς παράγοντες, σε συνάρτηση πάντοτε με τους δείκτες υγείας και τους υγειονομικούς παράγοντες.

Οι υποκειμενικοί δείκτες χαρακτηρίζονται περισσότερο ως ποιοτικοί και αντιπροσωπεύουν γενικότερα τις αντιλήψεις του ατόμου, γι' αυτό και είναι δύσκολο να μετρηθούν και να αξιολογηθούν, ενώ από την άλλη οι αντικειμενικοί ή κοινωνικοί δείκτες χαρακτηρίζονται ως ποσοτικοί και συνεπώς πιο εύκολα μετρήσιμοι.¹⁴

3. ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οι εξελίξεις στην ιατρική, η καθιέρωση θεραπευτικών πράξεων για την ίαση αλλά και στις περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών, την παράταση της ζωής, οδήγησαν στη μείωση της θνησιμότητας, καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Αυτά, αποτέλεσαν ερέθισμα για τους επιστήμονες του τομέα της υγείας, ώστε να ξεφύγουν από το κατεστημένο βιοϊατρικό μοντέλο και την αξιολόγηση, μόνο των μετρήσιμων βιολογικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Αυτό, στη συνέχεια οδήγησε στην εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας ζωής μέσα στο χώρο της υγείας και την σταδιακή αντιμετώπιση των ασθενών σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του.

Ο αριθμός των κλινικών σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών με νεοπλασία υπό θεραπεία, παρουσιάζει σημαντική αύξηση από τη δεκαετία του '80. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των σχετικών μελετών που περιλαμβάνει την «ποιότητα ζωής» στα κύρια ή δευτερεύοντα ερευνητικά πεδία ανήλθε στο 8,2% το 1997 από 1,5% το 1980. Η αύξηση αυτή αναδεικνύει την προοδευτικά αυξανόμενη ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας για τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της νόσου και της ολιστικής αντιμετώπισής της.¹⁵

Σήμερα, η μέτρηση της ποιότητας ζωής θεωρείται ως μείζων στόχος εκτίμησης για όλες τις κλινικές δοκιμές καινούριων φαρμάκων ή θεραπευτικών σχημάτων. Ιδιαίτερα σε χρόνιες ασθένειες, όπου δεν υπάρχει θεραπεία, αλλά κάθε ιατρική πράξη στοχεύει στον έλεγχο των συμπτωμάτων και την παράταση ζωής, τότε η διατήρηση, βελτίωση ή και ανάκτηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντικό σκοπό.²

Καθώς όμως, η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευρύτερη και πολυδιάστατη έννοια, που επηρεάζεται από οικονομικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες κλπ, οι οποίοι στο χώρο της υγείας δε θεωρούνται απαραίτητοι για την μέτρηση ή αξιολόγηση της εξέλιξης μιας ασθένειας, εισήχθη μια δεύτερη περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία.^{14,2}

Έτσι, παρουσιάστηκε η έννοια «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής», η οποία συναντάται στους χώρους υγείας, σε κλινικές μελέτες, αλλά και στην καθημερινή ιατρική πράξη, δυστυχώς, ακόμη σε πολύ μικρό βαθμό. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως^{16,14}: ***«η υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης της νόσου ή της θεραπείας στη φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και σωματική λειτουργικότητα και ευεξία του ατόμου».***

Από τον ορισμό γίνεται αντιληπτό, ότι όπως η ποιότητα ζωής, έτσι και η σχετιζόμενη με την υγεία αποτελεί ένα σύνθετο εννοιολογικό φαινόμενο το οποίο προσδιορίζεται και επηρεάζεται ταυτόχρονα από τρεις τουλάχιστον διαστάσεις: α)τη σωματική, β)τη ψυχολογική και γ)την κοινωνική οι οποίες επηρεάζονται με τη σειρά τους από τις διάφορες ιατρικές, θεραπευτικές παρεμβάσεις.¹⁰ Πέρα από τις τρεις κύριες διαστάσεις, υπάρχουν και κάποιες άλλες επιμέρους, ο ι ο π έ σ ω σ τ ό ω , ανάλογα με την κατηγορία ασθενών στην οποία αναφέρονται, προκύπτουν ως σημαντικές (π.χ σε ορισμένες μορφές καρκίνου, ύστερα από ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, η διάσταση της σεξουαλικότητας αποτελεί σοβαρή διάσταση της ζωής του ατόμου, η οποία επηρεάζεται με αποτέλεσμα να επηρεάζει και την συνολική ποιότητα ζωής του).

Η εισαγωγή της συγκεκριμένης έννοιας, αποτελεί βασικό συμπλήρωμα στα ήδη υφιστάμενα εργαλεία και μεθόδους μέτρησης των φυσικών και βιολογικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα να μπορεί να χρησιμοποιείται ως προγνωστικός παράγοντας, ως παρέμβαση ή ως εκτίμηση αποτελέσματος μιας παρέμβασης. Περιγράφει και μεταφέρει την υποκειμενική αλλά πολύτιμη εκτίμηση του ασθενή, σχετικά με τις επιπτώσεις της οποιασδήποτε ιατρικής πράξης και πως αυτός τη βιώνει. Αυτό ενισχύεται και από την βιβλιογραφία¹⁷, στην οποία αναφέρεται πως δεν υπάρχει μια σταθερή γραμμική σχέση μεταξύ συμπτωμάτων, περιορισμένης λειτουργικότητας, αναπηρίας και απώλειας της ποιότητας ζωής.

Οι αντιλήψεις για την υγεία, η ευεξία, η ικανοποίηση για την ζωή δε συμβαδίζουν πάντοτε με τα συμπτώματα και τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου, όπως επίσης δεν είναι άμεσες και αντιστοίχως ανάλογες με τις τυχόν υπάρχουσες φυσικές και βιολογικές ανωμαλίες. Αντιθέτως, οι επιδράσεις των βιολογικών δυσλειτουργιών στην ποιότητα ζωής, επηρεάζονται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς-πολιτισμικούς παράγοντες¹⁴, γι' αυτό άλλωστε και αποτελεί δυναμική έννοια, η εκτίμηση της οποίας μεταβάλλεται ποικιλοτρόπως και ασταμάτητα.

4. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΚΟΡΥΦΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗ ΝΕΑ ΧΙΛΙΕΤΙΑ-«Ο ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΙΣΙΩΝ»

Στις 3 και 4 Φεβρουαρίου 2000, μία ομάδα επιστημόνων από όλο τον κόσμο, ύστερα από πρωτοβουλία των G. Hortobagyi και D. Khayat η οποία υποστηρίχθηκε από τον ΠΟΥ και άλλους μεγάλους αντικαρκινικούς οργανισμούς, διαμόρφωσε ένα κείμενο θέσεων και πολιτικών κατά του καρκίνου στη νέα χιλιετία, ευρύτερα γνωστό ως "Ο Καταστατικός Χάρτης των Παρισίων". Ο Χάρτης αποτελείται από δέκα άρθρα που καλύπτουν όλες τις πλευρές της ογκολογικής φροντίδας έτσι όπως αυτές πρέπει να προσδιορίζονται από τις σύγχρονες ανάγκες ενός σύγχρονου κόσμου.

Βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης προσπάθειας είναι η καθολικότητα της αποδοχής της και η μεθοδολογία της που χαρακτηρίζεται από την πρόβλεψη για ενεργό συμμετοχή όλων των πολιτών, γεγονός που εκτιμάται ότι θα οδηγήσει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (κρατικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς) σε δημιουργική διεθνή συνεργασία για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Βασικές αρχές πάνω στις οποίες διαμορφώθηκαν τα άρθρα του καταστατικού χάρτη είναι η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών, η διαφύλαξη της ποιότητας ζωής τους, η απάλειψη των προκαταλήψεων κλπ.

Συγκεκριμένα και σχετικό με το υπό μελέτη θέμα μας, είναι το άρθρο VIII, το οποίο αναφέρεται και τοποθετεί τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ως μείζονα στόχο στον αγώνα κατά του καρκίνου. Από μόνη της η διάγνωση του καρκίνου συνοδεύεται από αμέτρητες κοινωνικό-οικονομικές, σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, οι οποίες επιδεινώνονται από τις παρενέργειες των θεραπευτικών ιατρικών πράξεων.

Επειδή τα κλινικά αποτελέσματα μπορούν να επηρεαστούν από τη συνολικά καλή κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς, η διατήρησης της ποιότητας ζωής σε όλες της, τις διαστάσεις (φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές), θα πρέπει να αποτελεί τόσο ιατρική, όσο και ανθρωπιστική προτεραιότητα.

Με βάση το άρθρο VIII του καταστατικού χάρτη, όλοι οι συμβαλλόμενοι δεσμεύονται να επιδιώξουν τους ακόλουθους στόχους, για να αυξηθεί η δέσμευση σε θέματα ποιότητας ζωής στον αγώνα κατά του καρκίνου:

«1. Βελτίωση της ολοκληρωμένης φροντίδας των ανθρώπων με καρκίνο, που συμπεριλαμβάνει την υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα μέσω ειδικών θεραπευτικών χειρισμών.

2. Αναγνώριση σε κλινικό και πολιτικό επίπεδο της σημασίας της ποιότητας ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από το στάδιο και την πρόγνωση της νόσου, και της ολοκληρωμένης υποστηρικτικής φροντίδας στους καρκινοπαθείς, ειδικά σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να επιτευχθεί θεραπεία.

3. Θέση σε προτεραιότητα της ποιότητας της ζωής ως τελικό στόχο κλειδί στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων αλλά και στην φροντίδα του ασθενή.

4. Επιθετική και συνεχιζόμενη ανάπτυξη επιστημονικών μέσων για τον υπολογισμό και την αποτίμηση της ποιότητας ζωής στα νοσηλευτικά κέντρα.

5. Εντατική εκπαίδευση των λειτουργών υγείας και των καρκινοπαθών τόσο για την ανάγκη όσο και για τις ευκαιρίες αποτελεσματικού ελέγχου του πόνου στον καρκίνο σε κάθε στάδιο της νόσου και της θεραπείας. Ο καρκινικός πόνος επηρεάζει έντονα την ποιότητα της ζωής και συχνά υποβαθμίζεται πολύ και δεν αντιμετωπίζεται σωστά, ακόμα και όταν είναι δυνατόν να ελεγχθεί καταλλήλως.

6. Η επιδίωξη καλύτερης κατανόησης καθώς και αλλαγής των στάσεων σε ότι αφορά το θάνατο και τη διαδικασία θανάτου, ώστε να διασφαλιστεί ότι το τέλος της ζωής είναι αποδεκτό ως μια φυσική εμπειρία που μπορεί και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ιατρικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά και πνευματικά. Η ιδανική ιατρική φροντίδα του καρκινοπαθή που πεθαίνει πρέπει να είναι αποτελεσματική, ανθρώπινη και ευσπλαχνική».¹⁸

5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Από τα πανάρχαια χρόνια, ο μαστός απεικονίζεται σε έργα τέχνης και αγάλματα και ταυτίζεται με την θηλυκότητα, την ομορφιά, τον έρωτα, τη γονιμότητα και τη συμβολή του στην επιβίωση του ανθρώπινου είδους, γι' αυτό και φυλάγεται από τον άνθρωπο μέχρι σήμερα ως κόρη οφθαλμού.¹⁹

Ωστόσο, το αναντικατάστατο αυτό κομμάτι, της γυναικείας φύσης, δεν μένει ανεπηρέαστο από τη σύγχρονη επιδημία του 20^{ου} αιώνα, τον καρκίνο, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις, προκειμένου να σωθεί η ζωή της ασθενούς, η ιατρική αναγκάζεται και προβαίνει σε ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, με όσα αρνητικά αυτές συνεπάγονται.

Ο καρκίνος βέβαια, δεν ταλανίζει μόνο το γυναικείο πληθυσμό, με τον καρκίνο του μαστού, καθώς παίρνει παντός είδους μορφές, απειλητικές για τον άνθρωπο και τη ζωή του και ενοχοποιείται για το 13% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Ακόμα πιο δυσοίωνη είναι η πρόβλεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, πως μέχρι το 2030, οι θάνατοι από καρκίνο θα φθάσουν διεθνώς τα 12 εκατομμύρια.²⁰

Ο καρκίνος του μαστού, λόγω της μεγάλης επίπτωσης και της υψηλής θνησιμότητας, αποτελεί το είδος καρκίνου, το οποίο έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη νεοπλαστική κακοήθεια, δίνοντας, μια πλειάδα πληροφοριών γύρω από αυτόν.

Έτσι, οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών γύρω από την επιδημιολογία, τους παράγοντες κινδύνου, τη θεραπεία και την πρόληψη έχουν συμβάλει στην επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο μαστού, είτε με πλήρη ίαση, είτε με σταθεροποίηση της εξέλιξης της νόσου. Φαίνεται πια ότι η πρόωπη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία, μπορούν να επιτύχουν πλήρη ίαση σε αρκετά ψηλά ποσοστά.

Όμως, αρκετοί από τους παράγοντες κινδύνου, δεν μπορούν να μεταφραστούν σε μέτρα και πολιτικές πρόληψης, γιατί απλά κάποιος από αυτούς (πχ. ηλικία, φύλο, κληρονομικότητα κλπ.), ξεπερνούν την ανθρώπινη δυνατότητα για αποφυγή ή τροποποίησή τους.²¹

Τέλος, παρά τις εξελίξεις της επιστήμης, υπάρχουν στάδια στα οποία μπορούμε να παρέμβουμε μόνο παρηγορητικά.

5.1 Κατασκευή μαστού και καρκινογένεση

Ο καρκίνος του μαστού αναφέρεται στα νεοπλάσματα τα οποία δημιουργούνται και προέρχονται από τους μαστικούς ιστούς.

Ο μαστός αποτελείται κυρίως από λιπώδη ιστό, ο οποίος περιλαμβάνει ένα δίκτυο λοβών που με τη σειρά τους αποτελούνται από σωληνοφόρους σχηματισμούς τα λοβίδια, τα οποία

περιέχουν τους γαλακτοπαραγωγούς αδένες. Περίπου 90% των καρκίνων του μαστού, εντοπίζονται στο εσωτερικό των γαλακτοφόρων πόρων ή στους λοβούς οι οποίοι τροφοδοτούν τους πόρους με γάλα.²² Ως εκ τούτου, ανάλογα με το μέρος προέλευσης τους κατατάσσονται σε Πορογενή και Λοβιακά.

Αν και ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, για την καλύτερη κατανόηση του θέματος, θεωρείται σκόπιμη μια βραχεία περιγραφή της διαδικασίας της καρκινογένεσης.

Τα κύτταρα αποτελούν το Α και το Ω του ανθρώπινου σώματος. Μέσα από τη φυσιολογική διαδικασία ανάπτυξης, διαίρεσης- πολλαπλασιασμού, θανάτου και αντικατάστασής τους ανά κανονικά διαστήματα, καταφέρνουν να διατηρούν τους ιστούς και κατ' επέκταση τα όργανα του σώματος, σε υγιή κατάσταση.

Αξιοσημείωτη βέβαια, είναι η σημασία των γονιδίων τα οποία κατά κύριο λόγο ευθύνονται για τον έλεγχο και την ισορροπία ανάμεσα στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και την κυτταρική καταστροφή. Όταν όμως υπάρξει γονιδιακή μετάλλαξη (συγκεκριμένα για τον μαστό είναι γνωστά τα γονίδια p53, BRCA1 και BRCA2) κληρονομική ή επίκτητη από εξωγενείς παράγοντες, τότε παρατηρείται διαταραχή της ισορροπίας αυτής.²³

Σε τέτοια περίπτωση, τα κύτταρα αλλάζουν σχήμα και συμπεριφέρονται διαφορετικά, με αποτέλεσμα ο αριθμός των κυττάρων που παράγονται να υπερσκελίζει τον αριθμό των κυττάρων που καταστρέφονται την ίδια χρονική στιγμή, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη νεοπλασμάτων. Αν τα κύτταρα αυτά βρίσκονται οργανωμένα και έγκλειστα εντός ορίων, τότε χαρακτηρίζονται ως καλοήθεις όγκοι. Σε αντίθεση όμως, εάν αυτά διεισδύουν και καταστρέφουν τη δομή και τα όρια του ήδη σχηματισμένου όγκου, τότε προκαλούν διασπορά των κυττάρων σε άλλα μέρη του σώματος, τα οποία εν συνεχεία αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα και άμεσα σχηματίζουν δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς).^{24,25,26,27}

5.1.2 Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο καρκίνο (περίπου 27% των διαγνώσεων) μεταξύ όλων των ειδών καρκίνου και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, με πρώτο τον καρκίνο του πνεύμονα.

Παρόλα αυτά, για τις γυναίκες ηλικίας 45 μέχρι 64 ετών, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου, με πρόσφατους υπολογισμούς να δείχνουν κατά μέσο όρο, 48 θανάτους γυναικών ετησίως ανά 100.000 γυναίκες, της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.^{39,40} Αν και σπάνια, εντούτοις παρουσιάζονται περιστατικά γυναικών κάτω των 30, ενώ ποσοστό 5% όλων των καρκίνων του μαστού, αντιπροσωπεύει τα περιστατικά <40ετών.²³ Ανεξάρτητα από αυτό, η επίπτωση

της νόσου εμφανίζει μια αυξητική πορεία μέχρι την ηλικία των 50 ή καλύτερα την περιεμμηνόπαυσιακή περίοδο και στη συνέχεια ο ρυθμός αύξησης μειώνεται αισθητά.^{41,42}

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει κατά μέσο όρο 1 στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά ανεπτυγμένες χώρες, με ποσοστό επιβίωσης στα 5 χρόνια που πλησιάζει το 70%.²¹ Αν και τα στατιστικά καταδεικνύουν μια διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών με τις τελευταίες να είναι σε καλύτερη μοίρα εντοίως, παρατηρείται και αναμένεται μια περαιτέρω αύξηση των κρουσμάτων.^{20,23,43,41} Παρόλα αυτά, οι Ηνωμένες Πολιτείες, την τελευταία δεκαετία (1999-2006) παρουσίασαν μια αξιοσημείωτη μείωση (2%) των περιστατικών, η οποία φαίνεται να συνδέεται με την ταυτόχρονη μείωση χορήγησης ορμονικής υποκατάστασης (HRT) στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.^{44,31}

Στην Κύπρο βάσει των στατιστικών στοιχείων του 2006, παρουσιάζονται περίπου 400 νέα περιστατικά ετησίως με 2% από αυτά να αφορούν άνδρες, ενώ παράλληλα σημειώνονται περίπου 90 θάνατοι ετησίως.⁴⁵ Σε αντίθεση με την αυξανόμενη επίπτωση της νόσου, οι δείκτες θνησιμότητας παρουσιάζουν μια σταθερή και σε ορισμένες χώρες πτωτική τάση, λόγω της έγκαιρης μαστογραφικής διάγνωσης και την συνεχή εξέλιξη και βελτίωση της θεραπευτικής αγωγής και πιθανότατα όχι σε επιδημιολογικές αλλαγές της νόσου.^{21,43}

Οι διάφορες έρευνες γύρω από την επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού, δεν έχουν καταλήξει μέχρι σήμερα σε μια σαφή αιτιολογία για τη συγκεκριμένη νόσο. Παρά το γεγονός αυτό, οι επιστήμονες σε μια διαχρονικά αξιόλογη προσπάθεια, κατάφεραν να εντοπίσουν, να απομονώσουν και να εξετάζουν, την πιθανή συσχέτιση μιας ομάδας παραγόντων, με τον αυξανόμενο κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει σε κάποια φάση της ζωής την συγκεκριμένη νόσο.

Οι παράγοντες διαχωρίζονται σε τροποποιημένους και μη τροποποιημένους και αυτονόητα οι πρώτοι μπορούν να προληφθούν και να αποφευχθούν, ενώ για τους δεύτερους δεν είναι δυνατή η ανθρώπινη παρέμβαση, ίσως όμως μελλοντικά για κάποιους από αυτούς, τα δεδομένα να διαφοροποιηθούν χάρις στην εξέλιξη της ιατρικής, της βιοϊατρικής, της γενετικής, της φαρμακοβιομηχανίας κλπ.

5.1.2.1 Μη τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου

- ✚ ΦΥΛΟ - Το γυναικείο φύλο από μόνο του αποτελεί ένα βασικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Βέβαια, ο καρκίνος του μαστού αφορά και τον ανδρικό πληθυσμό, με συχνότητα εμφάνισης όμως 100 φορές μικρότερη από αυτή του γυναικείου πληθυσμού. Στατιστικά διαφαίνεται μια σταθερότητα των ανδρικών περιστατικών τα

τελευταία 30 χρόνια, ενώ η πρόγνωση και η επιβίωση των περιστατικών αυτών κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με αυτών των γυναικών.^{46,47,48}

✚ **ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ – ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΦΥΣΙΚΑ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ** - Η πρόωπη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, ως επακόλουθο της παρατεταμένης έκθεσης του οργανισμού στις γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνης), γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία ανάπτυξη καρκίνου του μαστού^(31, 43, 21). Κάθε χρόνος καθυστέρησης της εμμηναρχής υπολογίζεται να μειώνει κατά 5% τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.^{43,46}

Το αντίστοιχο 3% αύξησης της πιθανότητας ανάπτυξης της νόσου, έχουν οι γυναίκες οι οποίες βιώνουν καθυστερημένα την εμμηνόπαυση. Γυναίκες οι οποίες έχουν φυσιολογική έμμηνο ρύση για 40 ή περισσότερα χρόνια διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, συγκριτικά με αυτές που έχουν για λιγότερο από 30 χρόνια. Τα ίδια αποτελέσματα προκύπτουν και μετά από ιατρικός προκαλούμενη εμμηνόπαυση. Η αρνητική επιρροή της πρόωμης εμμηναρχής, αλλά και η θετική επιρροή της εμμηνόπαυσης, γίνονται κατανοητές μέσα από τα ποσοστά επίπτωσης της νόσου σε σχέση με τις διάφορες ηλικιακές ομάδες.^{43,46}

✚ **ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΙ, ΦΥΛΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ** - Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού, παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ των διαφόρων χωρών. Επίσης, γίνεται αισθητή μια αύξηση του ρυθμού επίπτωσης της νόσου στις περισσότερες από τις ανεπτυγμένες χώρες και μείωση στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και στις Ασιατικές χώρες, οι οποίες χαρακτηρίζονται με τους χαμηλότερους δείκτες επίπτωσης του καρκίνου του μαστού.^{43,49}

Η υψηλότερη επίπτωση της νόσου εμφανίζεται κυρίως στην Βόρεια και Δυτική Ευρώπη, στις ΗΠΑ και στον Καναδά, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η διαφορά επίπτωσης φτάνει μέχρι και 6 φορές περισσότερη, από αυτήν, της Ασίας και της Αφρικής.^{50,48,51}

Την ίδια στιγμή όμως παρατηρούνται και φυλετικές διαφορές, με τις λευκές Αμερικάνες να έχουν ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο από τις Αφρο-Αμερικάνες, ενώ οι δεύτερες να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πεθάνουν από τη νόσο. Παράλληλα, κάποιες άλλες μετρήσεις, δείχνουν πώς οι νέγρες της Αφρικής έχουν μικρότερα ποσοστά νοσηρότητας και από τις δύο προηγούμενες ομάδες.^{42,43,48}

Αν και δεν υπάρχουν σαφή και απόλυτα στο χείρα για τις παρατηρούμενες διεθνώς διαφοροποιήσεις, θα μπορούσε κανείς να αποδώσει μέρος αυτών των διακυμάνσεων, σε

διαφοροποιήσεις του μακρο και μικρο περιβάλλοντος. Αυτό, θα μπορούσε εν μέρει να υποστηριχτεί από τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε σε Γιαπωνέζες, οι οποίες μετανάστευσαν στις ΗΠΑ, μια χώρα υψηλότερο κινδύνου η οποία κατέδειξε πως η επίπτωση εξομοιώνεται με αυτήν της χώρας φιλοξενίας, μια με δύο γενεές αργότερα.^{42,43,21}

- ✚ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ - Ο οικογενειακός καρκίνος του μαστού ορίζεται ως ο καρκίνος ασθενούς με μια ή περισσότερες συγγενείς 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού που έχουν νοσήσει από τον ίδιο καρκίνο, ο οποίος δεν εμπίπτει σε κανένα κληρονομικό σύνδρομο και στον οποίο δεν ανιχνεύεται καμία από τις μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1/BRCA2.^{52,σ.314} Έρευνες καταδεικνύουν πως γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν διπλάσιες πιθανότητες να νοσήσουν, ενώ την ίδια στιγμή διαπιστώνεται πως 5-10% των γυναικών που διαγιγνώσκονται με τη νόσο αυτή, έχουν βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.^{44,21,52,53}

Ωστόσο, δεν είναι πάντοτε εφικτός ο διαχωρισμός του οικογενειακού και του κληρονομικού καρκίνου του μαστού. Στις οικογένειες όπου εντοπίζεται κληρονομικότητα, συνήθως μεταβιβάζεται και στις επόμενες γενεές, ενώ αναμένεται πως οι μισές από τις απογόνους θα νοσήσουν. Στην καλύτερη κατανόηση της κληρονομικότητας, συνέβαλε η αποκάλυψη των γονιδίων BRCA1/BRCA2 και του p-53 τα οποία φαίνεται να συμβάλουν στην πρόιμη διαδικασία ογκογένεσης του βασικού τύπου καρκίνου του μαστού.

Επίσης, οι μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 ενοχοποιούνται για αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης της νόσου, η οποία κυμαίνεται από 59-87% και σχετίζεται με το 45% των οικογενών καρκίνων του μαστού, ενώ του BRCA2 από 38-80% με συσχέτιση ενός επιπλέον 35% των οικογενών καρκίνων του μαστού.^{52,54} Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί πως οι φορείς μεταλλάξεων των BRCA, διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης και άλλων καρκίνων σε χαμηλότερα ποσοστά, κυρίως όμως αυτού των ωοθηκών.^{52,43}

5.1.2.2 Τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου

- ✚ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ - Έρευνες που έχουν γίνει, επιβεβαιώνουν τη σχέση του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, με αυτή της συμπεριφοράς των γυναικών που σχετίζεται με την αναπαραγωγική τους ζωή, την ηλικία απόκτησης του πρώτου τους παιδιού, καθώς και την στάση τους απέναντι στο θηλασμό, αν θα το επιλέξουν.

Σε όσο μικρότερη ηλικία μια γυναίκα έχει την πρώτη της τελειόμηνη κύηση, τόσο μεγαλύτερη και παρατεταμένη, είναι η προστασία της μακροπρόθεσμα, ενώ αυτό μεταβάλλεται ανάλογα από την ηλικία εμμηναρχής μέχρι αυτήν της πρώτης εγκυμοσύνης.⁴⁹ Αντίθετα, γυναίκες οι οποίες έκαναν παιδί μετά την ηλικία των 30, βρίσκονται σε ελαφρώς πιο αυξημένο κίνδυνο, με κάθε χρόνο καθυστέρησης να αυξάνει τον κίνδυνο κατά 3%.^{21,48}

Περαιτέρω, στατιστικά συνδέουν την ατοκία με 30% αύξηση του κινδύνου σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν, ενώ για κάθε τελειόμηνη κύηση μετά την πρώτη, η γυναίκα επωφελείται με 7% μείωση του κινδύνου.³¹

Οι γνώμες και οι απόψεις δίστανται σχετικά με το κατά πόσον ο θηλασμός παρέχει κάποιου είδους προστασίας, ενώ φαίνεται να συγκλίνουν προς την λίγη έως μη αξιολογήσιμη και μόνο κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Παρόλα αυτά, υπάρχουν στοιχεία από κάποιες έρευνες, οι οποίες υποστηρίζουν πως εάν ο θηλασμός κρατήσει για μεγάλο διάστημα (>18 μήνες), τότε μπορεί να δώσει προστασία ύψους μέχρι και 30%.⁴³

- ✚ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ - Το σωματικό βάρος και συγκεκριμένα η παχυσαρκία αποτελούν άλλο ένα παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Η συσχέτιση των δύο, είναι αποτέλεσμα ορμονικών επιδράσεων, αφού παθοφυσιολογικά η αυξημένη μάζα σώματος επιδρά στην αυξημένη μεταβολή της αρωματάσης σε οιστραδιόλη, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, έως και 2 φορές περισσότερο σε μια παχύσαρκη σε σχέση με μια λεπτή μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα.^{23,42}

Παράλληλα, με την παχυσαρκία οι διατροφικές συνήθειες σταδιακά αποδεικνύεται να σχετίζονται με την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης της νόσου. Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν πως η πρόσληψη βιταμίνης Α και η κατανάλωση ικανοποιητικών ποσοτήτων φρούτων και λαχανικών μειώνουν τον κίνδυνο⁴². Επίσης, αν και δεν υπάρχουν αποτελέσματα ερευνών τα οποία να ενοχοποιούν την υψηλή κατανάλωση λιπαρών, εντούτοις δεν αποκλείουν την πιθανή προστασία αυτών που καταναλώνουν ελάχιστες ποσότητες.^{55,56}

Άλλοι πιθανοί παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως σχετίζονται με την αύξηση του κινδύνου είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Το κάπνισμα, αν και ενοχοποιείται για την αύξηση κινδύνου ανάπτυξης όλων των νεοπλασιών, εντούτοις για τον καρκίνο του μαστού αναφέρεται να σχετίζεται σε ένα μικρό βαθμό, χωρίς αυτό να τεκμηριώνεται στατιστικά. Αντιθέτως, η κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετισθεί και τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία με διάφορους τύπους νεοπλασμάτων αλλά και γενικότερα άλλες ασθένειες, γι' αυτό και θα πρέπει να αποφεύγεται.⁵⁷ Ενδεικτικά, αναφέρεται πως η κατανάλωση αλκοόλ ανάλογα με την ποσότητα και τη συχνότητα, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από 2% μέχρι και 55%.^{58,42}

- ✚ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΑΣΚΗΣΗ – Σε συνδυασμό με την παχυσαρκία και τις διατροφικές συνήθειες, οι έρευνες στρέφουν την προσοχή τους και τείνουν να συσχετίσουν μαζί με αυτές και τον παράγοντα της φυσικής σωματικής άσκησης, η συμβολή της οποίας είναι ευεργετική για την υγεία των ανθρώπων. Το άγχος, η εργασία και γενικότερα οι

πολλαπλές ευθύνες που έχει κάθε πολίτης τη σημερινή εποχή, του περιορίζουν τη δυνατότητα να εντάξει την άσκηση στην καθημερινή του ρουτίνα, καταλήγοντας σε ένα ολοένα και περισσότερο καθιστικό τρόπο ζωής ο οποίος στη συνέχεια υποβοηθά στην αύξηση του φαινομένου της παχυσαρκίας.

Μελέτες υποστηρίζουν, πως η άσκηση επιδρά θετικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει και στη διατήρηση του σωματικού βάρους⁵³. Αναφέρεται επίσης, πώς ο συστηματικός αθλητισμός από μικρή ηλικία μπορεί να συμβάλλει στην καθυστέρηση της εμμηναρχής, ενώ πιστεύεται παράλληλα πως προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες αθλούνται από νεαρή ηλικία και για όλη τους τη ζωή, ίσως έχουν το μέγιστο όφελος σε σχέση με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.⁵⁹ Επιπλέον, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μπορεί να μειωθεί από 20% μέχρι και 80% σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες ασκούνται.^{42,60}

✚ ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ - Η χορήγηση ορμονικής υποκατάστασης κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο, ενοχοποιείται άμεσα και θέτει σε περαιτέρω κίνδυνο γυναίκες οι οποίες εκ των πραγμάτων βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο τη συγκεκριμένη περίοδο. Υπάρχουν δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν πως η χρήση τους για μια 10ετία, θέτει σε κίνδυνο 35% μεγαλύτερο από μια γυναίκα που δεν έκανε χρήση.⁴³ Υποστηρίζεται επίσης, πως ο κίνδυνος αυξάνεται περισσότερο εάν πρόκειται για χορήγηση συνδυασμού οιστρογόνων και προγεστερόνης, όπως επίσης η επιρροή είναι μεγαλύτερη στις παχύσαρκες γυναίκες. Επιβαρυντικός παράγοντας θεωρείται και χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων, των οποίων ωστόσο η επίδραση φαίνεται να είναι σχετικά μικρή και να περιορίζεται στο χρονικό διάστημα κατανάλωσης σε αντίθεση με αυτών της ορμονικής υποκατάστασης τα οποία φαίνεται να έχουν μακροχρόνια επίδραση.⁵³

5.1.3 Διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Όσο νωρίτερα εντοπιστεί μια ασθένεια και ειδικότερα ο καρκίνος, τόσο πιο αποτελεσματική δύναται να είναι η θεραπευτική προσέγγισή της. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να γίνει με την μαστογραφία, ευρέως διαδεδομένη μέθοδο διαλογής για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, που συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας, ενώ παράλληλα η έγκαιρη διάγνωση σε πρώιμο στάδιο της νόσου, οδηγεί κατά κανόνα σε ίαση.²⁸

Επιπρόσθετα, ο μαστογραφικός έλεγχος, αποτελεί για πολλές ανεπτυγμένες χώρες μέρος των προγραμμάτων διαλογής και πληθυσμιακού ελέγχου (screening). Αξίζει να σημειωθεί πως στην Κύπρο έχει καθιερωθεί το πρόγραμμα μαστογραφικού ελέγχου από το 2003 που εφαρμόστηκε σε δοκιμαστική φάση, με στόχο την σταδιακή επέκταση του προγράμματος και

την παγκύπρια κάλυψη του πληθυσμού.²⁹ Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε, αφού σήμερα το πρόγραμμα καλύπτει με επιτυχία όλες τις επαρχίες.

Παράλληλα, παρατηρούνται περιπτώσεις γυναικών, οι οποίες οδηγήθηκαν στη διάγνωση της νόσου, με αυτοεξέταση ή με κλινική εξέταση από ιατρό. Αν και η αποτελεσματικότητά των τελευταίων μεθόδων, δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά, εντούτοις ανεπιφύλακτα συστήνονται από τους ιατρούς, ως οι πλέον ενδεδειγμένες συμπληρωματικές εξετάσεις πέρα από την μαστογραφία και τον υπέρηχο.³⁰

Παρόλα αυτά, τα ιστολογικά δεδομένα των αλλοιώσεων του μαστού και η τελική διάγνωση είναι ευθύνη του παθολογοανατόμου. Στοιχεία από τη μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση του όγκου, θα συνοδεύουν δια βίου την ασθενή, ενώ πρωταρχικής σημασίας είναι η σωστή εκτίμηση της αλλοίωσης η οποία και θα οδηγήσει στη σωστή σταδιοποίηση και ταξινόμηση του όγκου. Μέθοδοι προσέγγισης για τη διάγνωση μιας αλλοίωσης αποτελούν: η ταχεία βιοψία, η βιοψία με λεπτή βελόνα (FNA), η βιοψία με κόπτουσα βελόνα, η ανοικτή βιοψία και το χειρουργικό παρασκεύασμα τμηματεκτομής ή μαστεκτομής με ή χωρίς λεμφαδένες μασχάλης.³¹

Από την ιστολογική εξέταση δίνονται πληροφορίες για την ταξινόμηση των ασθενών σε προγνωστικές ομάδες αλλά και ομάδες πρόβλεψης ανταπόκρισης σε θεραπείες, στοιχεία ιδιαίτερα σημαντικά για τους ειδικούς ογκολόγους, οι οποίοι θα αποφασίσουν για το είδος θεραπείας ή και τον συνδυασμό πέραν του ενός είδους θεραπείας.

Ο καρκίνος του μαστού ταξινομείται σε 2 κύριες ομάδες, τον διηθητικό και τον μη διηθητικό και κάθε μια από αυτές περιλαμβάνει επιμέρους τύπους, που αναφέρονται σχηματικά παρακάτω:

A. ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (CA (NOS)):

- ✚ Πορογενής καρκίνος (ca in situ)
- ✚ Λοβιακός καρκίνος
- ✚ Νόσος Paget θηλής μη διηθητικός
- ✚ Ενδοκυστικός θηλώδης καρκίνος

B. ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

- ✚ Διηθητικός πορογενής
- ✚ Διηθητικός πορογενής με εκτεταμένο % DCIS
- ✚ Διηθητικός λοβιακός
- ✚ Βλενώδης και

✚ άλλες πιο σπάνιες μορφές καρκίνου.

Αν και η λεπτομερής ανάλυση των διαγνωστικών και προγνωστικών παραμέτρων οι οποίοι καθορίζουν τα διάφορα στάδια του καρκίνου του μαστού ξεπερνά τους στόχους της παρούσας εργασίας, εντούτοις, κρίνεται αναγκαία η παράθεση του Πίνακα-1 στον οποίο παρουσιάζεται συνοπτικά, το διεθνώς αναγνωρισμένο και χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού από το National Cancer Institute. Στη συνέχεια στον Πίνακα-2, παρουσιάζεται το σύστημα ταξινόμησης με βάση την σταδιοποίηση TNM.^{32,22}

Πίνακας 5.1. Η ταξινόμηση TNM, συνεξετάζει 3 διαφορετικούς παραμέτρους σχετικούς με τον όγκο: το Μέγεθος, την Διήθηση Λεμφαδένων και την ύπαρξη Μεταστάσεων

Μέγεθος Όγκου (T)

Tx	Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση του όγκου	
T0	Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου	
Tis	Καρκίνωμα σε πόρο ή λοβίο, ή νόσος του Paget της θηλής, χωρίς διήθηση υγιούς ιστού	<ul style="list-style-type: none"> • DCIS-Πορογενής καρκίνος • LCIS-Λοβιώδης καρκίνος • Νόσος Paget
T1	Όγκος με μέγιστη διάταση <2εκ.	<ul style="list-style-type: none"> • T1 mic Μικροδιήθηση <0,1εκ. στη μεγαλύτερη του διάσταση • T1a Όγκος 0, 1-0,5εκ. στη μεγαλύτερη του διάσταση • T1b Όγκος 0, 5-1,0εκ. στη μεγαλύτερη του διάσταση • T1c Όγκος 1-2εκ. στη μεγαλύτερη του διάσταση
T2	Όγκος με μέγιστη διάταση 2-5εκ.	
T3	Όγκος με μέγιστη διάταση >5εκ.	
T4	Όγκος ανεξαρτήτως διαστάσεων με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα	<ul style="list-style-type: none"> • T4a-Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα, χωρίς συμμετοχή των θωρακικών μυών • T4b-Οίδημα με υφή πορτοκαλιού) ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δορυφόρα λεμφοζίδια που περιορίζονται στον ίδιο μαστό • T4c-Συνδυασμός 4a+4b • T4d-Φλεγμονώδης καρκίνος

Διήθηση Λεμφαδένων (N)

Nx	Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση διήθησης τοπικών λεμφαδένων	
----	---------------------------------------------------------	--

N0	Δεν υπάρχει διήθησης τοπικών λεμφαδένων	
N1	Διήθηση κινητών σύστοιχων μασχαλιαίων αδένων	
N2	Διήθηση συμφύομενων σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων ή Κλινικά εμφανείς σύστοιχοι έσω μαστικοί λεμφαδένες	N2a- Διήθηση σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων συμφύομενων μεταξύ τους ή με άλλες δομές της περιοχής N2b- Διήθηση σύστοιχων κλινικά εμφανών έσω μαστικών λεμφαδένων χωρίς τη συμμετοχή μασχαλιαίων λεμφαδένων
N3	Διήθηση σύστοιχων υποκλειδίων λεμφαδένων +/- συμμετοχή μασχαλιαίων λεμφαδένων ή Διήθηση έσω μαστικών λεμφαδένων με κλινικά εμφανή διήθηση των μασχαλιαίων ή Διήθηση σύστοιχων υπερκλειδίων λεμφαδένων +/- συμμετοχή έσω μαστικών ή μασχαλιαίων λεμφαδένων	N3a- Διήθηση σύστοιχων υποκλειδίων λεμφαδένων N3b- Διήθηση έσω μαστικών και μασχαλιαίων λεμφαδένων N3c- Διήθηση σύστοιχων υπερκλειδίων λεμφαδένων

Μεταστάσεις (M)

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

Πηγή: Μεταφρασμένος πίνακας από το National Cancer Institute, Breast Cancer, 2007

Πίνακας 5.2. Σταδιοποίηση TNM

Στάδιο	Μέγεθος Tα	Λεμφαδένες N	Μεταστάσεις M
Στάδιο 0	Tis	N0	M0
Στάδιο I	T1	N0	M0
Στάδιο IIa	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Στάδιο IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Στάδιο IIIa	T0	N2	M0

	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Στάδιο IIIB	T4	Οποιοδήποτε N	M0
	Οποιοδήποτε T	N3	M0
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

Πηγή: Μεταφρασμένος πίνακας από το National Cancer Institute, Breast Cancer, 2007

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διαχωριστεί σε δύο ομάδες. Η μια αντιπροσωπεύει τα στάδια I και II, όπου δύναται η αντιμετώπισή τους να είναι χειρουργική, ενώ τα στάδια III και IV τα οποία χαρακτηρίζονται ως μεταστατικά είναι συνήθως μη χειρουργήσιμα και αποτελούν τη δεύτερη ομάδα.

Η θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού (Στάδια I-II), στοχεύει αφενός, στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχώριων διηθημένων λεμφαδένων και αφετέρου, στην καταπολέμηση των απομακρυσμένων, μη ορατών μεταστάσεων, εάν βέβαια αυτές υπάρχουν.

Για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας, οι παθολόγοι - ογκολόγοι πρέπει, να συνυπολογίζουν τόσο τη διαφοροποίηση και τη σταδιοποίηση του όγκου, όσο και το κατά πόσο ο όγκος είναι ορμονοεξαρτώμενος ή όχι, την ηλικία της ασθενούς (προ ή μετά έμμηνοπαυσιακή) και τέλος εάν υπάρχουν οποιεσδήποτε γενετικές και κληρονομικές πληροφορίες. Η θεραπεία μπορεί να είναι:

- ✚ Χειρουργική θεραπεία
- ✚ Ακτινοθεραπεία
- ✚ Ορμονοθεραπεία
- ✚ Χημειοθεραπεία
- ✚ Νεώτερες θεραπείες με βιολογικούς παράγοντες (target treatment)

καθώς και διάφοροι συνδυασμοί των παραπάνω.

5.1.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

5.1.4.1 Χειρουργική προσέγγιση

Από την εποχή που ο Halsted (1891) περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί πολλές δεκαετίες περίπου η εγχείρηση αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.¹⁹

Στην συνέχεια, η εισαγωγή της συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας επικράτησε ως πρώτη επιλογή τουλάχιστον για καρκίνους αρχικών σταδίων, αφού διάφορες μελέτες απέδειξαν την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής. Η μέθοδος αυτή πλεονεκτεί έναντι των άλλων σε σχέση με το κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμά της και κατά συνέπεια την αποφυγή του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.³³

- ✚ **Ριζική μαστεκτομή:** Περιλαμβάνει αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζωνων και ελάσσωνων), καθώς και καθαρισμό των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η συγκεκριμένη μέθοδος, εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών. Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις, είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί το μείζονα θωρακικό μυ.
- ✚ **Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή:** Περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου, στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σ' αυτές τις περιπτώσεις.
- ✚ **Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή:** περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης ή αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυός για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης.
- ✚ **Απλή μαστεκτομή:** περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.
- ✚ **Τμηματική μαστεκτομή:** περιλαμβάνει την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας είτε με εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου, είτε με ευρεία τοπική εκτομή του όγκου με αφαίρεση του γύρω υγιούς αδενικού ιστού έκτασης 2εκ περίπου και καθαρισμό σύστοιχης μασχάλης ή λεμφαδένα φρουρού.

5.1.4.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία εμφανίστηκε το 1920, και από τότε μέχρι σήμερα με τη μεσολάβηση μιας τεράστιας εξέλιξης και τελειοποίησης θεωρείται ως μια θεραπευτική μέθοδος, η οποία καταστρέφει τον όγκο αλλά και υγιείς ιστούς.

Η ακτινοθεραπεία είναι δυνατό να είναι:

- ✚ **Ριζική** (αποτελεί τη μόνη θεραπεία με στόχο την ίαση κάποιων συγκεκριμένων νεοπλασμάτων)

- ✚ **Μετεγχειρητική** (για τον καρκίνο του μαστού αποτελεί επιλογή, συνήθως όπου προβλέπεται αυξημένη πιθανότητα τοπικής ή περιοχικής υποτροπής
- ✚ **Προεγχειρητική** (όπου ενδείκνυται σμίκρυνση του όγκου, ώστε αυτός να καταστεί χειρουργήσιμος ή να ελαττωθεί το μεταστατικό δυναμικό των κακοηθών κυττάρων.
- ✚ **Συνδυασμένη με χημειοθεραπεία** (με κύριο στόχο την βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος, μια επιλογή η οποία γίνεται συχνά για τον καρκίνο του μαστού)

Ένα από τα βασικότερα μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας είναι η καρδιοτοξικότητα, ιδιαίτερα όταν αφορά όγκους του αριστερού μαστού, ωστόσο χάρις στις τεχνολογικές εξελίξεις τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζεται σημαντικά μειωμένη. Λιγότερο σημαντικά αν και συχνότερα εμφανιζόμενα ως επακόλουθα της ακτινοθεραπείας, αναφέρονται τα τοπικά δερματικά εγκαύματα, η κόπωση κλπ, τα οποία υποχωρούν μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας και την παρέλευση χρονικού διαστήματος.

5.1.4.3 Επικουρική Ορμονοθεραπεία

Η επικουρική ορμονοθεραπεία χορηγείται σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο του μαστού, με σκοπό την καταστολή της βιοσύνθεσης των οιστρογόνων, ενώ σε περίπτωση συνδυασμού της με χημειοθεραπεία στοχεύει στην συνέργια και αύξηση της αποτελεσματικότητας της τελευταίας.

Η Ταμοξιφένη αποτελεί, ένα από τα καλύτερα και διεθνώς διαδεδομένα αντιορμονικά σκευάσματα μέχρι σήμερα με τις λιγότερες παρενέργειες για τις ασθενείς, πλην του κινδύνου υπερπλασίας του ενδομητρίου και της αύξησης του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου. Ωστόσο, τα αποτελέσματα διαφόρων μεγάλων μελετών και πιο πρόσφατα η δημοσίευση το 2005 από το EBCTCG (Early Breast Cancer Trialists Cooperative Group) κατέδειξε 12% απόλυτη μείωση του κινδύνου υποτροπής στα 15 χρόνια και 9% μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού.^{34,35,36}

5.1.4.4 Επικουρική Χημειοθεραπεία

Γενική είναι η διαπίστωση, κατά την τελευταία δεκαετία, ότι μεγάλος αριθμός ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο μαστού εμφανίζει μη κλινικά φανερές μεταστάσεις, κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου.

Σημαντική βελτίωση από πλευράς υποτροπής και πενταετούς επιβίωσης επιτυγχάνεται όταν η χειρουργική θεραπεία ακολουθείται από επικουρική συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία, η οποία ενδείκνυται να αρχίζει 4-6 βδομάδες μετά το χειρουργείο και προηγείται χρονικά της ακτινοθεραπείας. Συγκεκριμένα σε ασθενείς με νόσο T1N0, η πενταετής επιβίωση φτάνει μέχρι και το 95%. Τα τελευταία χρόνια στις χημειοθεραπείες

έχουν εισαχθεί οι ανθρακυκλίνες και οι ταζάνες. Τα πλέον συνηθέστερα και διεθνώς διαδεδομένα σχήματα επικουρικής κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας είναι:

- ✚ Το CAF ή FAC ή FEC (συνδυασμός κυκλοφωσφαμίδης με μια ανθρακυκλίνη και 5-φλουο-ουρακίλη)
- ✚ Το TAC (συνδυασμός Δοσιταξέλης-δόξορουπικίνης και κυκλοφωσφαμίδης) και
- ✚ Το AC-T (συνδυασμός δοξορουπικίνης και κυκλοφωσφαμίδης ακολουθούμενος από πακλιταξέλη)

Τα σχήματα αυτά συνήθως χορηγούνται ανά 21 ημέρες για 6-8 κύκλους, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθούν ανά 15 μέρες σε υψηλότερες σχετικά δόσεις (dose dense).

Δυστυχώς, παρά τις εξελίξεις και βελτιώσεις οι οποίες έχουν σημειωθεί με το πέρασμα του χρόνου, η χημειοθεραπεία δεν έχει σταματήσει να αποτελεί υπέρ-θεραπεία, λόγω των πολλών και σε αρκετές περιπτώσεις έντονων ανεπιθύμητων παρενεργειών οι οποίες την συνοδεύουν και αναπόφευκτα ταλαιπωρούν τους ασθενείς.

Επίσης, ανάλογα με τις ενδείξεις έκφρασης του γονιδίου HER-2 το οποίο παρατηρείται σε 20-25% των καρκίνων του μαστού, χορηγείται το μονοκλωνικό αντίσωμα trastuzumab (HERCEPTIN), το οποίο αποτελεί τη μόνη μέχρι σήμερα εγκεκριμένη μοριακά στοχευμένη θεραπεία με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα.³⁷ Η συγκεκριμένη θεραπεία αν και έχει χαρακτηριστεί ως μη ιδιαίτερα τοξική, ωστόσο έχει συνδεθεί με την πρόκληση καρδιοτοξικότητας σε ορισμένες ασθενείς, έτσι για όσο διάστημα χορηγείται, απαιτείται συστηματικός καρδιολογικός έλεγχος.³⁸

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η εκτίμηση της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

1. Να μελετηθεί η ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.
2. Να μελετηθούν οι μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τις δύο φάσεις: προ-χημειοθεραπείας και μετά τη χορήγηση χημειοθεραπείας.
3. Να μελετηθούν και να περιγραφούν οι συσχετίσεις των τομέων του ερωτηματολογίου QLQ C30 το οποίο αξιολογεί την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και του ερωτηματολογίου BR23 εξειδικευμένο στον καρκίνο του μαστού το οποίο αξιολογεί τις διάφορες επιπτώσεις της χημειοθεραπείας κατά την περίοδο μετά από αυτήν.
4. Να καταγραφούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με καρκίνο μαστού και να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση τους με τα σχετικά αποτελέσματα.

Είναι γεγονός πως οι σχετιζόμενες με τη χημειοθεραπεία παρενέργειες αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο το οποίο αναμφισβήτητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίοι αναγκάζονται να υποβληθούν σε αυτή. Πολλές φορές οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν από αυξημένη τοξικότητα η οποία επηρεάζει τόσο τη ψυχολογία όσο και τις διάφορες λειτουργίες της καθημερινής τους ζωής.

Αν και μέχρι πρόσφατα, πρώτιστος στόχος των κλινικών μελετών ήταν η εκτίμηση της τοξικότητας και της επιβίωσης, τα τελευταία χρόνια ο χώρος της ογκολογίας προσανατολίζεται στην ένταξη των παραμέτρων της ποιότητας ζωής στις κλινικές μελέτες. Η εφαρμογή της εκτίμησης της ποιότητας ζωής στις κλινικές μελέτες απαιτεί προσεκτικό και ορθολογικό σχεδιασμό σε όλα της τα στάδια, από το σχεδιασμό του πρωτοκόλλου έως την ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής έχουν δημιουργηθεί διάφορα εργαλεία – ερωτηματολόγια τα οποία καλύπτουν πολλούς τομείς όπως τις φυσικές και κοινωνικές λειτουργίες αλλά και τη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, την απόκτηση και την ανταλλαγή εμπειριών, οι διάφορες επιστημονικές ομάδες οδηγήθηκαν στην αναθεώρηση

πολλών από αυτών αλλά και στο συμπέρασμα πως στον τομέα της ογκολογίας θεωρείται αποτελεσματικότερη η χρήση δύο ερωτηματολογίων

Κατά συνέπεια, δημιουργήθηκαν αρκετά γενικά ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής, ενώ πρόσφατα έχουν σχεδιαστεί και ειδικά ερωτηματολόγια σχετικά με την εντόπιση της νόσου ή το είδος θεραπείας, τα οποία βοηθούν στη διαπίστωση και μέτρηση ιδιαίτερων επιπτώσεων της νόσου ή της θεραπείας. Η συλλογή και ο συνδυασμός των πληροφοριών οδηγούν σε μια ικανοποιητική εικόνα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, της οποίας υπό αξιολόγηση ομάδας ασθενών.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δε βρέθηκαν ανάλογες μελέτες, τόσο στον κυπριακό όσο και στον ελλαδικό χώρο, παρά μόνο κάποιες μελέτες που διερευνούν διάφορες παθήσεις, που δε συμπεριλαμβάνουν τις νεοπλασίες, σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών. Συνεπώς, το θέμα της παρούσας μελέτης αποέλεσε πρόκληση για την ερευνήτρια, καθώς τα αποτελέσματα της θα αποτελούν αφενός τα πρώτα δεδομένα για την Κύπρο και την Ελλάδα και αφετέρου θα αναδείξουν προβλήματα και τομείς που πιθανόν να ελκύσουν το ενδιαφέρον άλλων ερευνητών για περαιτέρω διερεύνηση.

6.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, στο χρονικό διάστημα από τον Φεβρουάριο έως τον Σεπτέμβριο του 2010. Το Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου είναι νοσηλευτήριο εξειδικευμένο στην θεραπεία του καρκίνου και λειτουργεί από το 1998. Προσφέρει σύγχρονες ογκολογικές υπηρεσίες:

- Ακτινοθεραπείας
- Χημειοθεραπείας
- Ορμονοθεραπείας
- Νοσηλεία εσωτερικών ασθενών
- Διαγνωστικών εξετάσεων, όπως, αιματολογικές και ακτινοδιαγνωστικές κλπ.

(<http://www.bococ.org.cy/>)

Σε αυτό αντιμετωπίζονται κατά πλειοψηφία τα περισσότερα ογκολογικά περιστατικά του νησιού, συμπεριλαμβανομένων και αυτών του καρκίνου του μαστού. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών του κέντρου έχει ξεπεράσει τις 19,000, εκ των οποίων περισσότεροι από το 25% αφορούν περιστατικά με καρκίνο μαστού, γι' αυτό και έχει επιλεγεί ως αντικείμενο της μελέτης.

Field Code Changed

Αφού ενημερώθηκε η διοίκηση στο Νοσοκομείο και έδωσε τη συγκατάθεση της για την διεξαγωγή της έρευνας, στη συνέχεια οι ασθενείς ενημερώθηκαν, από την ερευνήτρια, για το είδος και το σκοπό της μελέτης. Η ενημέρωση αυτή κρίθηκε σκόπιμο και έγινε κατά την πρώτη τους επίσκεψη στο Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου σε ιδιαίτερο δωμάτιο, πριν από την λήψη της πρώτης τους χημειοθεραπείας.

Όσες ασθενείς έδωσαν τη συγκατάθεση τους προφορικά, προχώρησαν την ίδια χρονική στιγμή στη συμπλήρωση των δύο ερωτηματολογίων QLQ C-30 και QLQ BR-23. Η ερευνήτρια προσωπικά έδινε τα πρώτα ερωτηματολόγια με τις απαραίτητες επεξηγήσεις που τυχόν χρειάζονταν οι ασθενείς για την συμπλήρωσή τους. Κατά τη διάρκεια διαμονής τους στο τμήμα, οι ασθενείς είχαν το χρόνο να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και τα επέστρεφαν και πάλι στην ερευνήτρια πριν την αποχώρησή τους από το τμήμα.

Τα ερωτηματολόγια, για σκοπούς αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων δόθηκαν σε 2 φάσεις συνολικής διάρκειας 8 μηνών δηλαδή: προ της χημειοθεραπείας και στο τέλος της χημειοθεραπείας ανάλογα με τη διάρκεια του χημειοθεραπευτικού σχήματος που λάμβαναν.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην τήρηση των αρχών ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα, όπως και στην ανωνυμία και εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων.

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

7.1 Υλικό και Μέθοδος

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Έρευνα και τη Θεραπεία του καρκίνου ιδρύθηκε το 1962 ως ένας διεθνής μη κερδοσκοπικός οργανισμός. Στόχος του είναι η ανάπτυξη, η κινητοποίηση και ο συντονισμός διαφόρων ομάδων από την ογκολογική επιστήμη, για τη διεξαγωγή κλινικών μελετών. Οι διάφορες έρευνες υλοποιούνται κυρίως μέσα από τη διεξαγωγή μεγάλων, τυχαιοποιημένων, πολυκεντρικών κλινικών μελετών.

Το 1974 δημιουργήθηκε το Κεντρικό Γραφείο Συγκέντρωσης Δεδομένων, το οποίο αναλαμβάνει τις μελέτες 2^{ης} και 3^{ης} φάσης, από το σχεδιασμό μέχρι και τη δημοσίευση των τελικών αποτελεσμάτων. Το 1980 ο EORTC δημιούργησε την ομάδα για την ποιότητα ζωής, με αποτέλεσμα το 1986 να ξεκινήσει ένα ερευνητικό πρόγραμμα το οποίο στόχευε στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου εργαλείου για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που παίρνουν μέρος στις κλινικές μελέτες. Δημιουργήθηκε έτσι το γενικό ερωτηματολόγιο QLQ C30, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 2200 δημοσιευμένες μελέτες.

Για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας διατριβής έγινε επιλογή δύο σταθμισμένων ερωτηματολογίων για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του καρκίνου (EORTC), για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Το ένα ήταν το γενικό ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου (EORTC), το EORTC QLQ C30 το οποίο εκτιμά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Το δεύτερο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ειδικό ερωτηματολόγιο QLQ BR-23, σχετικό με τον καρκίνο του μαστού το οποίο εκτιμά τις παρενέργειες από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία), την εικόνα σώματος και τη σεξουαλική λειτουργικότητα. Τόσο το γενικό ερωτηματολόγιο QLQ C30 όσο και το ειδικό QLQ BR-23 υπήρχαν επίσημα μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα.

α) Περιγραφή ερωτηματολογίου EORTC QLQ C30

Το γενικό ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C30 διαμορφώθηκε αρχικά το 1993, μέσα από τη συνεργασία ερευνητικών ομάδων από διάφορες χώρες με αποτέλεσμα να είναι εύχρηστο σε ομάδες ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 600 μεγάλες κλινικές μελέτες και είναι πλήρως σταθμισμένο όσον αφορά τα ψυχομετρικά του χαρακτηριστικά. Επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα για άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες. Έχει μεταφραστεί σε 59 γλώσσες συμπεριλαμβανομένης της ελληνικής και είναι κατανοητό από τους ασθενείς και σχετικά σύντομο (με μέσο όρο χρόνου συμπλήρωσης 7-12 λεπτά).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες εντάσσονται σε 4 κατηγορίες:

1. Λειτουργικοί Τομείς

Οι λειτουργικοί τομείς είναι πέντε, καλύπτονται συνολικά από 16 ερωτήσεις και η εκτίμηση του καθενός από αυτούς γίνεται με περισσότερες από μια ερωτήσεις:

- ✚ Φυσικές λειτουργίες (5 ερωτήσεις - QLQ1-5)
- ✚ Ρόλος στη ζωή (2 ερωτήσεις – QLQ6-7)
- ✚ Συναισθηματική κατάσταση (4 ερωτήσεις – QLQ21-24)
- ✚ Λειτουργίες αντίληψης (2 ερωτήσεις – QLQ20 & QLQ25)
- ✚ Κοινωνικότητα (2 ερωτήσεις – QLQ26-27)

2. Τομείς συμπτωμάτων

Οι τομείς των συμπτωμάτων είναι 3 και καλύπτονται συνολικά από 7 ερωτήσεις

- ✚ Κόπωση (3 ερωτήσεις – QLQ10, QLQ12 & QLQ18)

- ✚ Πόνος (2 ερωτήσεις – QLQ9 & QLQ19)
- ✚ Ναυτία και εμετός (2 ερωτήσεις – QLQ14-15)

3. Ξεχωριστά Θέματα

Υπάρχουν 6 ερωτήσεις που καλύπτουν ξεχωριστά θέματα:

- ✚ Δύσπνοια – QLQ8
- ✚ Αϋπνία – QLQ11
- ✚ Απώλεια της όρεξης – QLQ13
- ✚ Δυσκοιλιότητα – QLQ16
- ✚ Διάρροια – QLQ17
- ✚ Οικονομικές δυσκολίες – QLQ28

5. Τέλος η **συνολική ποιότητα ζωής** καλύπτεται από 2 ερωτήσεις (QLQ29-30).

β) Περιγραφή ερωτηματολογίου QLQ BR-23

Το ειδικό αυτό ερωτηματολόγιο απευθύνεται συγκεκριμένα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Οι λόγοι επιλογής του εν λόγω ερωτηματολογίου ήταν οι παρακάτω:

- ✚ Αποτελεί συμπληρωματικό του γενικού ερωτηματολογίου QLQ C30
- ✚ Είναι σταθμισμένο όσον αφορά τα ψυχομετρικά του χαρακτηριστικά
- ✚ Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλές ομάδες ασθενών με καρκίνο του μαστού, με διαφορετικές εντοπίσεις, στάδιο και είδος θεραπείας (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία).

Το ερωτηματολόγιο QLQ BR-23 αποτελείται από 22 ερωτήσεις (οι οποίες αριθμούνται ως συνέχεια του QLQ C-30, αρχίζοντας από το 31) που εξετάζουν 9 τομείς συμπτωμάτων:

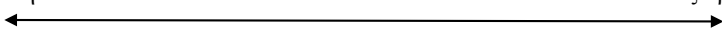
- ✚ Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας (7 ερωτήσεις – BR31-34 & BR36-38)
- ✚ Εικόνα του σώματος (4 ερωτήσεις – BR39-42)
- ✚ Τριχόπτωση & σχετική με αυτή ανησυχία (1 ερώτηση – BR35)
- ✚ Μελλοντική προοπτική (1 ερώτηση – BR43)
- ✚ Σεξουαλική λειτουργικότητα & Ευχαρίστηση (3 ερωτήσεις – BR44-46)
- ✚ Συμπτωματολογία από το μπράτσο (3 ερωτήσεις – BR47-49)
- ✚ Συμπτωματολογία από το μαστό (4 ερωτήσεις – BR50-53)

Οι απαντήσεις και στα δύο ερωτηματολόγια δίνονται με κλίμακες του Likert 4 σημείων ως ακολούθως:

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1	2	3	4

Εξαίρεση αποτελούσαν οι δύο ερωτήσεις του ερωτηματολογίου QLQ C30 (QLQ29-30), οι οποίες δίνονται με κλίμακες του Likert 7 σημείων ως ακολούθως:

1	2	3	4	5	6	7	
Πολύ Κακή							Εξαιρετική



7.1.1.Κριτήρια συμμετοχής στο δείγμα

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών στην έρευνα ήταν τα παρακάτω:

- ✚ Γυναίκες ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου I, II & III επιβεβαιωμένο με βιοψία και οι οποίες μετά την αρχική χειρουργική παρέμβαση θα υποβάλλονταν σε επικουρική θεραπεία.
- ✚ Να μην έχουν νοσηλευτεί άλλη φορά στο παρελθόν για το ίδιο νόσημα και να έχουν ικανοποιητική ικανότητα επικοινωνίας.
- ✚ Να έχουν Κυπριακή Υπηκοότητα και η μητρική τους γλώσσα να είναι η ελληνική.

Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν τα παρακάτω δημογραφικά στοιχεία με σκοπό τη δυνατότητα διερεύνησης πιθανής επίδρασης τους στην ποιότητα ζωής.

- ✚ Ηλικία
- ✚ Τόπος διαμονής
- ✚ Οικογενειακή κατάσταση
- ✚ Αριθμός παιδιών
- ✚ Επίπεδο μόρφωσης
- ✚ Εισόδημα
- ✚ Ηλικία εμμηναρχής
- ✚ Ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης
- ✚ Κάπνισμα
- ✚ Κατανάλωση Αλκοόλ
- ✚ Θηλασμός

- ✚ Λήψη ορμονικών υποκατάστατων
- ✚ Είδος χειρουργικής επέμβασης
- ✚ Λεμφαδενικός καθαρισμός

7.2 Υπολογισμός της Βαθμολογίας

Για την στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-17 και ακολούθησε ο υπολογισμός της βαθμολογίας για όλους τους τομείς σύμφωνα με την τυποποιημένη διαδικασία που καθορίζεται από τον EORTC (Παράρτημα 1).

Για όλους τους τομείς και τα ξεχωριστά θέματα τόσο για το γενικό ερωτηματολόγιο QLQ C30, όσο και για το ειδικό ερωτηματολόγιο BR23, ο υπολογισμός της βαθμολογίας εκφράστηκε σε κλίμακα από το 0 μέχρι το 100. Στο γενικό ερωτηματολόγιο QLQ C30, σχετικά με τους λειτουργικούς τομείς, η υψηλή βαθμολογία αντιπροσωπεύει καλύτερη λειτουργική κατάσταση. Το ίδιο ισχύει για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων σχετικά με την ποιότητα ζωής.

Αντίθετα, η υψηλή βαθμολογία στους τομείς συμπτωμάτων μεταφράζεται αντιστρόφως ανάλογα. Όσο πιο ψηλή είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα και κατά συνέπεια τόσο χειρότερη η ποιότητα ζωής.

Το ίδιο ισχύει για όλους τους τομείς το ειδικού ερωτηματολογίου BR23 καθώς δεν υπάρχουν λειτουργικοί τομείς. Συνεπώς, οι υψηλές βαθμολογίες, αντιπροσωπεύουν υψηλότερο βαθμό προβλημάτων με επακόλουθη επιβάρυνση της ποιότητας ζωής.

Ενημέρωση και έγκριση της έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και τη Θεραπεία του καρκίνου με την επακόλουθη άδεια χρήσης του γενικού και ειδικού ερωτηματολογίου QLQ C30 και QLQ BR-23 αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, όπως ήδη αναφέρθηκε, για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από τη Διεύθυνση του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου στο οποίο και έλαβε χώρο.

8. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική στατιστική δοκιμασία, γνωστή ως Έλεγχος των προσημασμένων Τάξεων Μεγέθους του Wilcoxon (Wilcoxon signed rank test) κατά ζεύγη. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο ο έλεγχος βασίζεται στις τάξεις μεγέθους των παρατηρήσεων και όχι στις παρατηρήσεις αυτές καθαυτές γι' αυτό και δεν χρειάζεται καμιά προϋπόθεση σχετική με την κατανομή των παρατηρήσεων. Ο έλεγχος εδώ βασίζεται

στη διάμεσο και όχι στο μέσο όρο του δείγματος, έτσι η μόνη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη συμμετρίας της κατανομής.

Κυριότερο πλεονέκτημα των μη παραμετρικών ελέγχων όπως είναι η στατιστική δοκιμασία Wilcoxon, αποτελεί η δυνατότητα εφαρμογής της στις περιπτώσεις όπου οι ποιοτικές μεταβλητές διατεταγμένες κλίμακας έχουν τη μορφή: Καθόλου, Λίγο, Αρκετά, Πολύ. Για τους πιο πάνω λόγους επιλέχθηκε για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης εργασίας, η μέθοδος Wilcoxon ως η καταλληλότερη του είδους της.⁶¹

8.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων

8.1.1 Δημογραφικά και Άλλα Στοιχεία

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 59 γυναίκες Ελληνο-Κυπριακής καταγωγής, με καρκίνο του μαστού (I-II-III σταδίων, επιβεβαιωμένο με βιοψία), χωρίς μεταστατική νόσο, οι οποίες χειρουργήθηκαν και οι οποίες κατά τη διάρκεια της εν λόγω έρευνας υποβλήθηκαν σε επικουρική χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς αυτές αποτελούσαν νέα περιστατικά κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας εργασίας.

Η προσέγγιση των ασθενών γινόταν μετά από την μελέτη του ιατρικού τους φακέλου και της επιβεβαίωσης της διάγνωσης αλλά και κάλυψης των κριτηρίων επιλογής του δείγματος μελέτης. Οι ασθενείς προσεγγίζονταν προσωπικά από την ερευνήτρια και ενημερώνονταν για το σκοπό και τους στόχους της μελέτης σε ιδιαίτερο δωμάτιο. Στην περίπτωση που ήταν σύμφωνες γινόταν η συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου από τις ίδιες τις ασθενείς γεγονός το οποίο αποτελούσε και την συναίνεση για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πριν την έναρξη χημειοθεραπείας, συμπληρωνόταν επίσης, ένα επιπρόσθετο φύλλο δημογραφικών και άλλων σχετικών με τον καρκίνο του μαστού στοιχείων. Τα ποσοστιαία αποτελέσματα σε σχέση με τον συνολικό αριθμό του δείγματος, παρατίθενται στον πίνακα 8.1 και περιγράφονται στη συνέχεια.

Πίνακας 8.1. Δημογραφικά και Άλλα στοιχεία

	Συνολικός Αρ. Ασθενών Σ=59	%
Ηλικιακή κατανομή		
30-39	5	8,5
40-49	16	27,1
50-59	19	32,2
60-80	19	32,2
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
Δημοτικό	9	15,3

Λύκειο	31	52,5
Πανεπιστήμιο	19	32,2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμη	53	89,8
Άλλοι Άγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα)	5	8,5
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ/ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ		
>2000	40	67,8
<2000	19	32,2
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Πόλη	49	83,1
Χωριό	10	16,9
ΚΑΠΝΙΣΜΑ		
Ναι	11	18,6
Όχι	48	81,4
ΑΛΚΟΟΛ		
Ναι	1	1,7
Όχι	58	98,3
ΕΙΔΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ		
Ολική Μαστεκτομή	25	42,4
Συντηρητική Θεραπεία	34	57,6
ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ		
Ναι	59	100
Όχι		
ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ		
<12	24	40,7
>12	35	59,3
ΗΛΙΚΙΑ 1^{ης} ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ		
<30	43	72,9
>30	10	16,9
ΠΟΤΕ	6	10,2
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ		
≥3	22	37,3
<3	31	52,5
0	6	10,2
ΘΗΛΑΣΜΟΣ		
Ναι	41	69,5
Όχι	18	30,5
ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ		
Ναι	12	20,3
Όχι	47	79,7
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ		
Ναι	26	44,1
Όχι	32	54,2
ΣΧΗΜΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ		
FEC/TAXOTERE	23	39,0
AC/TAXOL	22	37,3
TAC	2	3,4
TC	8	13,6
FEC	4	6,8

Ο μέσος όρος **ηλικίας** ήταν 53,66 έτη, και η ηλικία των ασθενών του δείγματος διακυμάνθηκε από 31 μέχρι 76 έτη.

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση καταγράφεται στην ηλικιακή ομάδα 50-76 ετών, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 64,4%. Αν και ο ρυθμός εμφάνισης της νόσου, τείνει να χαμηλώνει, όσων μετακινείται προς τις νεαρότερες ηλικίες (<50), εντούτοις το ποσοστό 27,1% το οποίο αντιπροσωπεύει τις ηλικίες 40-49 ετών, είναι αρκετά υψηλό και παράλληλα ανησυχητικό.

Σχετικά με την **μόνιμη κατοικία**, διαπιστώνεται πως η πλειοψηφία των ασθενών (83,1%) διαμένει στις πόλεις, ενώ μόνο 10 ασθενείς (16,9%) διαμένουν σε χωριά.

Όσον αφορά στο **μορφωτικό επίπεδο** των ασθενών, το 15,3% αυτών είναι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, το 52,5% να είναι απόφοιτοι Λυκείου και το υπόλοιπο 32,2% έχουν πανεπιστημιακή μόρφωση.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία ήταν παντρεμένες με σημαντικό ποσοστό 89,8%. Από το σύνολο των ασθενών το 52,5 % είχαν 1-2 παιδιά, ενώ εξίσου σημαντικό ήταν και το ποσοστό του 37,3% των πολύτεκνων γυναικών. Επιπλέον, υπήρξαν 6 άτεκνες γυναίκες ασθενείς.

Ως προς τα αποτελέσματα σχετικά με τις επιβαρυντικές συνήθειες όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, εντύπωση προκαλεί ότι, μόνο το 18,6% ήταν καπνίστριες, ενώ το αποτέλεσμα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ δεν παρουσιάζει στατιστική σημασία-(αναφέρεται πως μη φυσιολογική κατανάλωση αλκοόλ, θεωρείται σημαντική και καταγράφεται, από τους ιατρούς στο εν λόγω νοσοκομείο, αυτή πέραν της κοινωνικής κατανάλωσης).

Σε όλες τις γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, η αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας έγινε με χειρουργική θεραπεία. Οι 2 5 από αυτές (42,4%), υποβλήθηκαν σε **ολική μαστεκτομή**, ενώ το 57,6% αντιμετωπίστηκαν με **συντηρητική θεραπεία**, όπου στις περισσότερες των περιπτώσεων διενεργήθηκε μερική μαστεκτομή. Πέραν τούτου, το γεγονός πως σε όλα τα περιστατικά πραγματοποιήθηκε **λεμφαδενικός καθαρισμός**, αποτελεί επιβεβαίωση της εφαρμογής ορθής χειρουργικής πρακτικής.

Παράλληλα, καταγράφηκαν δεδομένα σχετικά με την εμμηνόρροια, την πρώτη εγκυμοσύνη, το θηλασμός, τη χρήση ορμονικών υποκατάστατων και το οικογενειακό ιστορικό, καθώς επίσης και το σχήμα χημειοθεραπείας. Φαίνεται άλλωστε, μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση

η οποία προηγήθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας, πώς τα πιο πάνω, σχετίζονται με την εμφάνιση ή την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η καταγραφή έγινε, σε περίπτωση τυχόν προκύπτουσας ανάγκης συσχέτισης των πιο πάνω, με κάποια από τα αποτελέσματα.

Η εμμηναρχή εμφανίζεται ελαφρώς συχνότερα (59,3%) κατά το 12^ο έτος και πάνω απ' αυτό, ενώ για το υπόλοιπο 40,7% καταγράφηκε να εμφανίζεται κάτω των 12 ετών.

Η ηλικία των γυναικών κατά την πρώτη τους εγκυμοσύνη, παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών οι οποίες διάνυσαν την πρώτη τους εγκυμοσύνη πριν το 30^ο έτος της ηλικίας τους (72,9) και σε αυτές οι οποίες έμειναν έγκυες μετά το 30^ο έτος (16,9). Εξίσου σημαντική, ήταν η διαφορά μεταξύ των γυναικών που θήλασαν (69,5%), από εκείνες που δεν θήλασαν (20,3%).

Σε σχέση με την χρήση ορμονικών υποκατάστατων, 12 γυναίκες (20,3%) ανέφεραν ότι έλαβαν ορμονικά υποκατάστατα σε κάποια περίοδο της ζωής τους, ενώ οι υπόλοιπες ποτέ.

Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, το 44,1% δήλωσε πως έχει στην οικογένεια συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού. Θα πρέπει να αναφερθεί, πώς μόνο σε μια ασθενή δεν υπήρχε αναφορά σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό.

Τέλος, από την ανάλυση των ποσοστών και τον διαχωρισμό των ασθενών, σε σχέση με το σχήμα χημειοθεραπείας που έλαβαν, διαπιστώθηκε πως τα συχνότερα σχήματα χημειοθεραπείας αποτέλεσαν αυτά των: Taxotere-FEC (39%) και Taxol-AC (37,3%) αντίστοιχα, ενώ σε χαμηλότερα ποσοστά κυμάνθηκε η χορήγηση χημειοθεραπευτικών σχημάτων, όπως TC (13,6%), FEC (6,8%) και TAC (3,4%).

8.2. Ευρήματα της Έρευνας και τα δημογραφικά ευρήματα

Για τους σκοπούς της εργασίας προτεραιότητα δόθηκε στη διερεύνηση και απόδειξη με στατιστικό έλεγχο υποθέσεων, ότι οι διάφορες παράμετροι της σχετιζόμενης με την υγεία ποότητας ζωής μετά τη θεραπεία είναι κατά μέση βαθμολογία (mean rank) στατιστικά σημαντικά διαφορετικές από τις πρώτες μετρήσεις πριν τη θεραπεία (Πίνακας 8.2).

Επισημαίνεται ότι όλες οι ακόλουθες παράμετροι είναι κατά ζεύγη, και στατιστικώς συσχετισμένα διότι επαναλαμβάνονται στα ίδια άτομα, δηλαδή είναι απαντήσεις των απόψεων «πριν» και «μετά». Χρησιμοποιείται ο Προσημικός Βαθμολογικός Έλεγχος του Wilcoxon (Wilcoxon Signed Ranks Test) και θεωρούνται ως στατιστικά σημαντικές τις απαντήσεις όπου η τιμή p (p-value) είναι ίση ή μικρότερη (\leq) του 0,05.

Πίνακας 8.2. Αποτελέσματα στατιστικής σημαντικότητας με το Προσημικό Βαθμολογικό Έλεγχο Wilcoxon

Τομείς Γενικού Ερωτηματολογίου QLQ C-30	Z	Asymp. Sig.(2-tailed) p-value ≤0,05
Φυσικές Λειτουργίες 2 - Φυσικές Λειτουργίες 1	-3,510	,001
Ρόλος Ζωής 2 - Ρόλος Ζωής 1	-,448	,654
Συναισθηματική κατάσταση 2 - Συναισθηματική κατάσταση	-,322	,747
Λειτουργίες Αντίληψης 2 - Λειτουργίες Αντίληψης 1	-2,354	,019
Κοινωνικότητα 2 - Κοινωνικότητα 1	-4,003	,001
Κόπωση 2 - Κόπωση 1	4,099	,001
Συνολική Ποιότητα Ζωής 2 - Συνολική Ποιότητα Ζωής 1	-2,110	,035
Πόνος 2 - Πόνος 1	-1,497	,134
Ναυτία & Εμετός 2 - Ναυτία & Εμετός 1	-2,070	,038
Τομείς Ειδικού Ερωτηματολογίου QLQ για το μαστό BR-23	Z	Asymp. Sig. (2-tailed) p≤0,05
Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω θεραπείας 2 - Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω θεραπείας 1	-5,171	,001
Εικόνα του σώματος 2 - Εικόνα του σώματος 1	-3,736	,001
Σεξουαλική λειτουργικότητα & Ευχαρίστηση 2 - Σεξουαλική λειτουργικότητα & Ευχαρίστηση 1	-,601	,548
Συμπτωματολογία από το μπράτσο 2 - Συμπτωματολογία από το μπράτσο 1	-,885	,376
Συμπτωματολογία από το μαστό 2 - Συμπτωματολογία από το μαστό 1	-2,004	,045

Όλα τα αποτελέσματα σχετικά με τους τομείς λειτουργικότητας αλλά και των συμπτωμάτων, τα οποία προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων QLQ C-30 κατά τις χρονικές περιόδους πριν και μετά την χημειοθεραπεία, φαίνονται στον Πίνακα 8.3. Αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα, με τις τιμές του μέσου όρου (mean), της τυπικής απόκλισης (Standard Deviation-SD), καθώς επίσης και την αντίστοιχη τιμή p, η οποία καθορίζει κατά πόσο υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά ή όχι στα εν λόγω αποτελέσματα.

Πίνακας 8.3. Αποτελέσματα των παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής

Αποτελέσματα παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	Αποτελέσματα ΠΡIN από την έναρξη της χημειοθεραπείας Mean (SD)	Αποτελέσματα ΜΕΤΑ το τέλος της χημειοθεραπείας Mean (SD)	Στατιστική σημαντικότητα $p \leq 0,05$
Συνολική ποιότητα ζωής	69,35 (24,4)	60,5 (27,14)	,035
Φυσική Λειτουργικότητα	85,8 (12,8)	77,2 (17,5)	,001
Ρόλος στη ζωή	71,5 (27,86)	69 (31,59)	,654
Συναισθηματική λειτουργικότητα	72,6 (21,77)	73,44 (25,77)	,747
Γνωστική λειτουργικότητα/ Αντίληψη	86,72 (16,6)	80,5 (20,56)	,019
Κοινωνική λειτουργικότητα	89,26 (18,25)	73,45 (27)	,001
Κόπωση	24,3 (20,68)	42,75 (27,74)	,001
Ναυτία-Εμετός	6,78 (14,88)	11,9 (18,58)	,057
Πόνος	14,12 (16,9)	18,1 (21,28)	,134
Δύσπνοια	14,12 (22,52)	25,42 (27,91)	,001
Αϋπνία	25,42 (28,64)	33,33 (29,68)	,05
Απώλεια Όρεξης	3,95 (13,95)	16,4 (24,27)	,001
Δυσκοιλιότητα	10,73 (21,83)	20,34 (30,33)	,033
Διάρροια	6,78 (1,34)	16,95 (26,53)	,015
Οικονομικές Δυσκολίες	11,29 (26,7)	16,95 (29,92)	,190

Παρά τις διαφορές οι οποίες εντοπίζονται στις τιμές πριν και μετά τη χημειοθεραπεία, οι ασθενείς βρέθηκε ότι παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία σε όλους τους λειτουργικούς τομείς, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ικανοποιητικό βαθμό λειτουργικότητας. Η υψηλή βαθμολογία στους λειτουργικούς τομείς αντιπροσωπεύει καλύτερη λειτουργική κατάσταση.

Την υψηλότερη βαθμολογία (89,26) πριν από τη θεραπεία παρουσιάζει η κοινωνικότητα, ενώ κατά τη χρονική περίοδο μετά τη θεραπεία την υψηλότερη βαθμολογία παρουσιάζει ο τομέας της αντίληψης. Τις ίδιες χρονικές περιόδους πριν και μετά αντίστοιχα, τη χαμηλότερη βαθμολογία παρουσίασε ο τομέας της συναισθηματικής λειτουργικότητας (72,6) και ο ρόλος στην ζωή (69).

Σχετικά με τη θετική εκτίμηση των ασθενών, για τη συνολική ποιότητα ζωής τους, οι τιμές παρουσιάστηκαν κατά μέσο όρο 69,35 πριν τη θεραπεία και 60,5 μετά τη θεραπεία. Η υψηλή βαθμολογία στον τομέα της ποιότητας ζωής, αντιπροσωπεύει καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σχετικά με τους τομείς των συμπτωμάτων, οι τιμές κατά τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου πριν από τη χημειοθεραπεία κυμάνθηκαν σε χαμηλά επίπεδα, γεγονός το οποίο υποδηλώνει μικρό βαθμό προβλημάτων. Την υψηλότερη βαθμολογία εμφάνισαν η αϋπνία (25,2) και η κόπωση (24,3), ενώ τη χαμηλότερη (3,95) παρουσίασαν οι τομείς: ανορεξία, ναυτία-έμετος, και διάρροια με, κατά μέσο όρο, τιμή 6,78.

Στη συνέχεια, κατά την ανάλυση του δεύτερου ερωτηματολογίου, το οποίο αντιστοιχεί στην περίοδο μετά την θεραπεία, τα δεδομένα μετατοπίζονται σε υψηλότερες σχετικά βαθμολογίες, υποδηλώνοντας επιδείνωση των συμπτωμάτων, όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο. Την υψηλότερη βαθμολογία (42,75) εμφανίζει και πάλι ο τομέας της κόπωσης, ενώ ακολουθούν τα συμπτώματα της αϋπνίας (33,33) και της δύσπνοιας (25,42). Τη χαμηλότερη βαθμολογία παρουσίασαν ο τομέας της ναυτίας-εμετού (11,9) και σχεδόν ισόβαθμα τα συμπτώματα ανορεξίας (16,4), διάρροιας, αλλά αξίζει να τονισθεί και το θέμα των οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας της νόσου και των θεραπειών (16,95). Από όλους τους τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30, στατιστικά σημαντική επιδείνωση με $p \leq 0,05$, παρουσίασαν όλοι οι τομείς, πλην αυτών του πόνου και των οικονομικών δυσκολιών.

Στον Πίνακα 8.4 παρουσιάζονται, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του ειδικού ερωτηματολογίου για τον καρκίνο του μαστού BR-23, πριν και μετά την θεραπεία.

Πίνακας 8.4. Αποτελέσματα των παραμέτρων που προκύπτουν από το ειδικό ερωτηματολόγιο BR-23

Αποτελέσματα των παραμέτρων που προκύπτουν από το	Αποτελέσματα ΠΡIN από την έναρξη	Αποτελέσματα από την της	Αποτελέσματα ΜΕΤΑ το τέλος της χημειοθεραπείας	Στατιστική σημαντικότητα $p \leq 0,05$
---------------------------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------

ειδικό ερωτηματολόγιο BR-23	χημειοθεραπείας Mean (SD)	Mean (SD)	
Εικόνα σώματος	78,59 (23,52)	61,58 (28,66)	,000
Μελλοντική προοπτική	43,5 (34,6)	43,5 (34,04)	,946
Ανεπιθύμητες ενέργειες από την συστηματική θεραπεία	12,02 (13,21)	36,96 (21,02)	,000
Συμπτώματα από τον μαστό	18,1 (17,79)	13,56 (11,876)	,045
Συμπτώματα από το μπράτσο	18,56 (15,52)	16,01 (14,91)	,376
Ανησυχία λόγω τριχόπτωσης	-	36,54 (39,75)	-
Σεξουαλική λειτουργικότητα	70,40 (28,45)	76,83 (26,80)	,083
Σεξουαλική ευχαρίστηση	45,37 (28,89)	53,54 (32,21)	,415

Οι τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου BR-23, αναφέρονται σε συμπτώματα, γι' αυτό και όσο πιο υψηλή παρουσιάζεται η βαθμολογία, τόσο σημαντικότερος είναι ο βαθμός των συμπτωμάτων τα οποία αντιπροσωπεύει.

Στις μετρήσεις της παρούσας εργασίας, χαμηλότερη βαθμολογία κατά την περίοδο πριν την θεραπεία, παρουσίασε ο τομέας σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη συστηματική θεραπεία (12,02) και ακολούθησαν αυτοί των συμπτωμάτων από τον μαστό (18,1) και το μπράτσο (18,56). Υψηλότερη ωστόσο βαθμολογία την ίδια χρονική περίοδο παρουσίασε ο τομέας σχετικά με την εικόνα του σώματος (78,59) και ακολούθως αυτός της σεξουαλικής λειτουργικότητας (70,40), όπως άλλωστε αναμενόταν.

Κατά την ανάλυση του δεύτερου ερωτηματολογίου, μετά τη θεραπεία, χαμηλότερη βαθμολογία παρουσίασε και πάλιν, ο τομέας των συμπτωμάτων από τον μαστό (13,56) και το μπράτσο (16,01). Την ίδια στιγμή υψηλότερη βαθμολογία και συνεπώς μεγαλύτερο βαθμό προβλημάτων παρουσίασε και πάλι ο τομέας της σεξουαλικής λειτουργικότητας (76,83) και της εικόνας του σώματος (61,58). Ωστόσο από τους πιο πάνω τομείς, στατιστικά σημαντικά

είναι τα αποτελέσματα των τομέων σχετικά με την εικόνα του σώματος, των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία και των συμπτωμάτων από το μαστό, με $p \leq 0,05$.

8.2.1 Αναλυτική περιγραφή και σύγκριση των αποτελεσμάτων όλων των τομέων ξεχωριστά των δύο ερωτηματολογίων QLQ C-30 και BR-23, πριν και μετά την θεραπεία

8.2.1.1 Φυσική Λειτουργικότητα

Η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη στη χρονική περίοδο μετά τη θεραπεία (77,2) σε σχέση με την περίοδο πριν τη θεραπεία (85,8). Η τιμή p του ελέγχου είναι ίση με 0,00 και συνεπώς υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.2 Ρόλος στη ζωή

Ο ρόλος στη ζωή, δεν εκτιμήθηκε επιδεινωμένος, καθώς με βάση την τιμή ελέγχου $p=0,654$ όπου $p \geq 0,05$, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.3 Συναισθηματική Κατάσταση

Η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών επίσης δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,747$). Συνεπώς μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι η διάμεση βαθμολογία στην ομάδα «μετά» (73,44) κυμαίνεται στα ίδια πλαίσια με την ομάδα «πριν» (72,6).

8.2.1.4 Λειτουργίες Αντίληψης

Οι λειτουργίες αντίληψης κατά την περίοδο μετά τη θεραπεία (80,5), σε σχέση με το χρόνο πριν από αυτή (86,72), παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,019$).

8.2.1.5 Κοινωνική Λειτουργικότητα

Η κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινώθηκε (73,45) κατά το χρονικό διάστημα της χημειοθεραπείας, σε σχέση με αυτό πριν την έναρξη της θεραπείας (89,26), με στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,000$).

8.2.1.6 Κόπωση

Η τιμή p του ελέγχου, στην περίπτωση της κόπωσης των ασθενών είναι ίση με 0,00 και συνεπώς υπάρχει στατιστική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων. Με βεβαιότητα μπορούμε να πούμε και αυτό επιβεβαιώνεται από την κατά μέσο όρο τιμή κόπωσης μετά τη θεραπεία βρέθηκε (42,75), ενώ η τιμή η οποία καταγράφηκε πριν την έναρξη της συστηματικής θεραπείας ήταν (24,3).

8.2.1.7 Πόνος

Σχετικά με τον πόνο δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με τιμή ελέγχου p ίση με 0,134.

8.2.1.8 Ναυτία και Εμετός

Καταγράφεται επιδείνωση, με κατά μέσο όρο τιμή πριν την θεραπεία (6,78) και μετά από αυτήν (11,9), όπως ήταν αναμενόμενο. Η τιμή p καταγράφεται μικρότερη του 0,05 ($p=0,038$), γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.9 Δύσπνοια

Επίσης καταγράφεται επιδείνωση κατά τη χρονική περίοδο μετά την χημειοθεραπεία (25,42), σε σχέση με αυτήν πριν από την έναρξη θεραπείας (14,12). Η τιμή p του ελέγχου είναι ίση με 0,001 και συνεπώς επιβεβαιώνεται η στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.10 Αϋπνία

Και εδώ παρατηρείται επιδείνωση μετά το πέρας της θεραπείας (33,33), σε σχέση με πριν (25,42) και αυτό επιβεβαιώνεται με την τιμή p να είναι ίση με 0,05 και κατά συνέπεια, εμφάνιση στατιστικά σημαντικής διαφοράς.

8.2.1.11 Απώλεια της όρεξης

Στις μετρήσεις σχετικά με την απώλεια της όρεξης η τιμή p είναι ίση με 0,00 και συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων. Ως εκ τούτου, με βεβαιότητα μπορούμε να πούμε πως η διάμεση βαθμολογία στην ομάδα «μετά» (16,4) είναι μεγαλύτερη και επιδεινωμένη, συγκριτικά με αυτήν της ομάδας «πριν» τη θεραπεία (3,95).

8.2.1.12 Δυσκοιλιότητα

Καταγράφεται επιδείνωση κατά την περίοδο μετά (20,34) σε σχέση με πριν (10,73), με στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας $p \leq 0,05$ ($p=0,033$).

8.2.1.13 Διάρροια

Η διάρροια των ασθενών κατά το χρονικό διάστημα μετά τη χημειοθεραπεία (16,95), σε σχέση με αυτό πριν από τη χημειοθεραπεία (6,78), παρουσίασε επίσης επιδείνωση. Η τιμή ελέγχου p είναι ίση με 0,015 αποδεικνύοντας στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.14 Οικονομικές Δυσκολίες

Στον τομέα σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες των ασθενών σε σχέση με την νόσο, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά κατά τις δύο χρονικές περιόδους πριν και μετά τη θεραπεία. Αυτό ίσως να εξηγείται από την κάλυψη του κόστους θεραπείας από το κράτος και παράλληλα το γεγονός ότι η Κύπρος είναι ένα μικρό νησί όπου οι αποστάσεις δεν είναι μεγάλες. Συνεπώς δεν προκύπτουν για τους ασθενείς σημαντικά πρόβλετα έξοδα μετακινήσεων και κυρίως διαμονής. Η τιμή ελέγχου p παρουσίασε αποτέλεσμα 0,19, επιβεβαιώνοντας τη μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.15 Συνολική Ποιότητα Ζωής

Η συνολική ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά την περίοδο μετά τη θεραπεία (60,5), σε σχέση με την περίοδο πριν την θεραπεία (69,35). Αυτό καταδεικνύει και η τιμή $p=0,035$ και συνεπώς $p \leq 0,05$, επιβεβαιώνοντας την στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων.

8.2.1.16 Ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας

Καταγράφεται επιδείνωση, όπως εξάλλου αναμενόταν. Η τιμή p του ελέγχου είναι ίση με 0,038 ($<0,05$) και επομένως μπορεί να ληφθεί με βεβαιότητα πως η διάμεση βαθμολογία στην ομάδα «μετά» η οποία ήταν ίση με 36,96 είναι μεγαλύτερη από αυτή «πριν» τη θεραπεία η οποία παρουσιάστηκε ίση με 12,02.

8.2.1.17 Εικόνα του σώματος

Η εικόνα του σώματος παρουσιάζεται βελτιωμένη κατά τη περίοδο μετά τη χημειοθεραπεία (61,58), σε σχέση με αυτή πριν από τη χημειοθεραπεία (78,59). Αυτό επιβεβαιώνεται στατιστικά, με την τιμή ελέγχου p να είναι ίση με το 0,00 και επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολόγηση των δύο ομάδων. Κρίνεται σκόπιμο στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως στους τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου BR23, καθώς δεν υπάρχουν λειτουργικοί τομείς, όλοι οι τομείς αντιπροσωπεύουν προβλήματα και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής, με αποτέλεσμα οι χαμηλότερες βαθμολογίες να αντιπροσωπεύουν βελτίωση των προβλημάτων, ενώ αντίστοιχα οι υψηλότερες επιδείνωση των προβλημάτων.

8.2.1.18 Μελλοντική προοπτική

Η βαθμολόγηση του τομέα σχετικά με την μελλοντική προοπτική παρουσιάζεται ακριβώς ίδια στις δύο περιόδους πριν και μετά την θεραπεία και αυτό επιβεβαιώνεται με απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς με το p να πλησιάζει την μονάδα (0,94).

2.1.19 Σεξουαλική Λειτουργικότητα & Ευχαρίστηση

Η τιμή p του ελέγχου της παραμέτρου που αναφέρεται στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ευχαρίστηση είναι μεγαλύτερη του 0,05 με αποτέλεσμα να μην επιβεβαιώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,548$). Παρόλα αυτά, η υψηλή βαθμολογία τόσο πριν όσο και μετά την θεραπεία, δημιουργεί ερωτήματα τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και πιστεύεται πως σχετίζονται άμεσα με την κουλτούρα των ατόμων και τις προκαταλήψεις, που δεν επιτρέπουν ούτε στους ιατρούς, ούτε στους ασθενείς να συζητήσουν και να βγουν στην επιφάνεια οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος.

8.2.1.20 Συμπτωματολογία από το μπράτσο

Η συμπτωματολογία από το μπράτσο αποτελεί άλλη μια παράμετρο η οποία δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη χρονική περίοδο πριν και μετά τη θεραπεία. Η τιμή ελέγχου p ήταν ίση με 0,376 συνεπώς μεγαλύτερη του 0,05.

8.2.1.21 Συμπτωματολογία από το μαστό

Κατά την εκτίμηση και σύγκριση του παράγοντα σχετικά με τη συμπτωματολογία από το μαστό πριν (18,1) και μετά (13,56) από τη χημειοθεραπεία παρατηρήθηκε σχετική βελτίωση. Αυτό τεκμηριώνεται στατιστικώς με την τιμή ελέγχου p να είναι μικρότερη του 0,05 ($p=0,045$).

8.2.2 Συσχετίσεις μεταξύ των τομέων του QLQ C30 και του BR23 κατά την περίοδο μετά την θεραπεία- Περιγραφή αποτελεσμάτων

Στον Πίνακα-8.5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις συσχετίσεις μεταξύ των τομέων του QLQ C30 και του BR23. Οι συσχετίσεις με βαθμό σημαντικότητας $p<0,005$ εμφανίζονται με δύο αστερίσκους και με $p<0,05$ με ένα αστερίσκο. Στην αναλυτική παρουσίαση των συσχετίσεων αναφέρονται τόσο αυτές με βαθμό σημαντικότητας $p<0,005$ οι οποίες χαρακτηρίζονται ως πολύ σημαντικές, όσο και οι λιγότερο σημαντικές οι οποίες εκφράζονται με τιμή $p<0,05$. Ο αριθμός στην παρένθεση είναι ο συντελεστής συσχέτισης Spearman.

Η μέθοδος μη παραμετρικών συσχετίσεων Spearman ελέγχει την ισχύ του ερωτηματολογίου και με αυτή επιτυγχάνεται η αναζήτηση συσχετίσεων ανάμεσα στους τομείς των δύο ερωτηματολογίων, ενώ ταυτόχρονα ελέγχεται εάν δύο μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους.

Σε περίπτωση που υπάρχει θετική συσχέτιση, τότε υπάρχει η τάση, όταν αυξάνεται ή μειώνεται η τιμή της μιας μεταβλητής, να ακολουθείται αναλογικά από την άλλη, ενώ σε περίπτωση αρνητικής συσχέτισης, αυτή η τάση είναι αντιστρόφως ανάλογη (δηλ. μια ψηλή τιμή μιας

μεταβλητής συνδέεται με χαμηλή τιμή της άλλης. Σε περίπτωση ανυπαρξίας συσχέτισης, τότε οι τιμές των δύο μεταβλητών δεν αλληλοεπηρεάζονται.

Σχετικά με ερωτηματολόγια τα οποία συγκροτούνται από λειτουργικούς τομείς και τομείς συμπτωμάτων, είναι αναμενόμενη και σημαντική η ανεύρεση συσχετίσεων μεταξύ των τομέων που έχουν λογική σύνδεση μεταξύ τους. Είναι έκδηλο ότι οι συσχετίσεις πρέπει να είναι θετικές των τομέων λειτουργικότητας και συμπτωμάτων και αρνητική μεταξύ των τομέων λειτουργικότητας και συμπτωμάτων. Δηλαδή επιβεβαιώνεται η λογική υπόθεση ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός των προβλημάτων τόσο χειρότερη είναι η λειτουργική κατάσταση στους διάφορους τομείς οι οποίοι συνθέτουν την ποιότητα ζωής.

Πίνακας 8.5. Συσχετίσεις τομέων των δύο ερωτηματολογίων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1)

Κατά τις συσχετίσεις του τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής με τους τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου BR23 (Πίνακας 8.5), προέκυψε ως σημαντικά αρνητική, η συσχέτιση με τον τομέα των ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της θεραπείας.

Ο τομέας των **φυσικών λειτουργιών** εκτός από τον τομέα της συνολικής ποιότητας ζωής, παρουσίασε σημαντικά θετική συσχέτιση ($p < 0,005$) με όλους τους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30. Αναλυτικά, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν για τον τομέα σχετικά με τον ρόλο στη ζωή (0,353), της συναισθηματικής κατάστασης (0,377), της αντίληψης (0,415) και της κοινωνικότητας (0,659).

Σε σχέση με τους τομείς των συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30, ο τομέας των φυσικών λειτουργιών παρουσίασε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με τους τομείς της κόπωσης (-0,629), του πόνου (-0,430), της δύσπνοιας (-0,391) και της απώλειας της όρεξης (-0,430), ενώ λιγότερο σημαντικές ($p < 0,05$) αλλά αρνητικές ήταν και οι συσχετίσεις με τους τομείς της δυσκοιλιότητας (-0,278) και των οικονομικών δυσκολιών (-0,278).

Από τους τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου σημαντικά αρνητική συσχέτιση ($p < 0,005$) παρουσίασε ο τομέας των ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω θεραπείας (-0,542) και λιγότερο σημαντική αρνητική συσχέτιση ($p < 0,05$) παρουσίασαν οι τομείς των συμπτωμάτων από το μπράτσο και το μαστό με τιμές συντελεστή συσχέτισης -0,304 και -0,308, αντίστοιχα.

Σχετικά με τον τομέα του **ρόλου στη ζωή** έχει ήδη αναφερθεί η σημαντικά θετική συσχέτιση ($p < 0,005$) του με τον τομέα των φυσικών λειτουργιών. Πέρα από αυτήν, παρουσίασε σημαντική θετική συσχέτιση ($p < 0,005$) με το λειτουργικό τομέα της αντίληψης και λιγότερο σημαντική θετική συσχέτιση με $p < 0,05$ εμφάνισε με τον τομέα της κοινωνικότητας.

Σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30, εμφάνισε σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον τομέα της κόπωσης (-0,343) και του πόνου (-0,293), ενώ λιγότερο σημαντική αλλά εξίσου αρνητική ήταν η συσχέτιση με τον τομέα των οικονομικών δυσκολιών. Πέρα από τα πιο πάνω δεν παρουσιάστηκε οποιαδήποτε άλλη σημαντική συσχέτιση με τους τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30, ενώ καμία συσχέτιση δεν εντοπίστηκε σε σχέση με τους τομείς του ειδικού ερωτηματολογίου BR23.

Ο τομέας της **συναισθηματικής κατάστασης**, εκτός από τη θετική συσχέτιση του με τον τομέα των φυσικών λειτουργιών, σημαντική θετική συσχέτιση ($p < 0,005$) παρουσίασε και με τον τομέα της αντίληψης (0,451), καθώς επίσης και με αυτόν της κοινωνικότητας (0,521).

Παράλληλα, ο τομέας της συναισθηματικής κατάστασης παρουσίασε έντονες αρνητικές συσχετίσεις με του τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30.

Αναλυτικότερα, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν για τον τομέα της κόπωσης -0,621, του πόνου -0,605, της δύσπνοιας -0,522 και της απώλειας της όρεξης -0,496. Σημαντικά αρνητική συσχέτιση ($p < 0,005$) του τομέα συναισθηματικής κατάστασης, παρουσιάστηκε επίσης σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων του ειδικού ερωτηματολογίου και πιο συγκεκριμένα με αυτόν σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία (-0,363) και των συμπτωμάτων από τον μαστό (-0,463).

Ο τομέας της **αντίληψης** παρουσίασε σημαντικά θετική συσχέτιση με όλους τους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30. Πέρα από τη συσχέτιση με τους τομείς που ήδη αναφέρθηκαν: της συναισθηματικής λειτουργικότητας, των φυσικών λειτουργιών και του ρόλου στη ζωή, παρουσιάστηκε επίσης σημαντική συσχέτιση ($p < 0,005$) με τον τομέα της κοινωνικότητας (0,530).

Επίσης, αρκετές υπήρξαν και οι σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις του συγκεκριμένου τομέα σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30. Αναλυτικότερα, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν για την κόπωση -0,526, τη δύσπνοια -0,338, την αϋπνία -0,341, την απώλεια της όρεξης -0,479 και τη διάρροια -0,375, ενώ επίσης αρνητικές αλλά λιγότερο σημαντικές εμφανίστηκαν οι συσχετίσεις με τον τομέα της ναυτίας-εμετού -0,279, του πόνου -0,291 και των οικονομικών δυσκολιών -0,271.

Με τους τομείς των συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BR23, προέκυψαν σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις με τον τομέα των ανεπιθύμητων ενεργειών από την θεραπεία (-0,425) και τα συμπτώματα από τον μαστό (-0,399).

Ο τομέας της **κοινωνικότητας** παρουσίασε σημαντικά θετική συσχέτιση με όλους τους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30, πλην αυτού του ρόλου για τη ζωή.

Με τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30, παρουσίασε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0,005$) με τους τομείς κόπωσης (-0,670), της δύσπνοιας (-0,359), της απώλειας της όρεξης (-0,608) και των οικονομικών δυσκολιών (-0,422). Εξίσου αρνητικές, αλλά λιγότερο σημαντικές με ($p < 0,05$) εμφανίστηκαν οι συσχετίσεις με τους τομείς της ναυτίας-εμετού (-0,324), της αϋπνίας (-0,312), του πόνου (-0,314), της δυσκοιλιότητας (-0,269) και της διάρροιας (-0,265).

Με τους τομείς του ερωτηματολογίου BR23 σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις ($p<0,005$) παρουσίασαν ο τομέας των ανεπιθύμητων από τη θεραπεία ενεργειών (-0,654) και ο τομέας των συμπτωμάτων από τον μαστό (-0,344).

Ο τομέας της **κόπωσης** παρουσίασε συνολικά τις πιο σημαντικά θετικές συσχετίσεις με όλους του λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30. Σημαντική θετική συσχέτιση ($p<0,005$) εμφανίστηκε με τους τομείς συμπτωμάτων του πόνου (0,474), της δύσπνοιας (0,454), της απώλειας της όρεξης (0,490) και του τομέα συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BR23 των ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω θεραπείας (0,585).

Ο τομέας της **ναυτίας και του εμετού** δεν εμφάνισε καμία σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30. Θετική συσχέτιση παρουσίασε μόνο με τους τομείς της αϋπνίας (0,337), της απώλειας της όρεξης (0,405) και των οικονομικών δυσκολιών (0,340).

Ο τομέας του **πόνου** εμφάνισε σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς των φυσικών λειτουργιών, του ρόλου για τη ζωή και των συναισθημάτων, ενώ λιγότερο σημαντικές αλλά αρνητικές ήταν και οι συσχετίσεις του με τους τομείς της αντίληψης και της κοινωνικότητας.

Παράλληλα, σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρουσίασε με τον τομέα της δύσπνοιας (0,658) και της απώλειας της όρεξης (0,448). Επίσης, θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε και με τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BR23, σχετικά με τον τομέα των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία (0,505), των συμπτωμάτων από το μπράτσο (0,552) και το μαστό (0,564).

Ο τομέας της **δύσπνοιας** παρουσίασε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p<0,005$) με όλους σχεδόν τους τομείς λειτουργικότητας, εκτός από αυτόν του ρόλου για τη ζωή και της συνολικής ποιότητας ζωής. Θετικές ωστόσο συσχετίσεις εμφανίστηκαν σε σχέση με τον τομέα της απώλειας της όρεξης (0,473), του πόνου (0,658) και της κόπωσης (0,454). Επίσης θετικές και σημαντικές συσχετίσεις ($p<0,005$) παρουσίασαν οι τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BR23, του τομέα των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία (0,474), των συμπτωμάτων από το μπράτσο (0,455) και τον μαστό (0,470).

Ο τομέας της **αϋπνίας** παρουσίασε αρνητική συσχέτιση μόνο με δύο λειτουργικούς τομείς, της αντίληψης (-0,341) και της κοινωνικότητας (-0,312). Θετική συσχέτιση παρουσίασε μόνο με δύο από τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30, αυτούς της απώλειας της όρεξης (0,336) και της ναυτίας και του εμετού (0,337).

Ο τομέας της **απώλειας της όρεξης** παρουσίασε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με αρκετούς από τους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30, πλην των τομέων του ρόλου για τη ζωή και της συνολικής ποιότητας ζωής. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις, εμφανίστηκαν σε σχέση με τους τομείς της κόπωσης (0,490), της ναυτίας και του εμετού (0,405), του πόνου (0,448), της δύσπνοιας (0,473) και της αϋπνίας (0,336). Επίσης θετικές συσχετίσεις με τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BR23, εμφάνισαν οι τομείς των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία (0,533), των συμπτωμάτων από το μπράτσο (0,384) και το μαστό (0,358).

Ο τομέας των **ανεπιθύμητων ενεργειών από την θεραπεία**, παρουσιάζει πλην του τομέα των ρόλων για τη ζωή σημαντικά αρνητική συσχέτιση ($p < 0,005$) με όλους του άλλους λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30. Παράλληλα, εμφανίζονται σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τους τομείς συμπτωμάτων του QLQ C30, της κόπωσης (0,585), του πόνου (0,505), της δύσπνοιας (0,474), της απώλειας της όρεξης (0,533), των οικονομικών δυσκολιών (0,366) και της τριχόπτωσης (0,428) η οποία εμπίπτει στους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BR23.

Ο τομέας των **συμπτωμάτων από το μαστό** παρουσιάζει σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς των συναισθημάτων (-0,463), της αντίληψης (-0,399) και της κοινωνικότητας (-0,344). Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τους τομείς του πόνου (0,564), της δύσπνοιας (0,470) και της απώλειας της όρεξης (0,358), οι οποίες παρουσιάζονται αντίστοιχα σημαντικές στις συσχετίσεις του τομέα των **συμπτωμάτων από το μπράτσο** με τους τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30 (με αντίστοιχες τιμές 0,552, 0,455 και 0,384).

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα εργασία αποτυπώνει την ποιότητα ζωής, πριν και μετά την χημειοθεραπεία, 59 περιπτώσεων Κύπριων γυναικών με καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου I-II και III, χωρίς παρουσία απομακρυσμένων μεταστατικών εστιών. Όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν για πρώτη

φορά σε επικουρική χημειοθεραπεία, μετά από χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής (τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής, μερικής μαστεκτομής ή ογκεκτομής).

Σε όλες δε τις ασθενείς του δείγματος, διενεργήθηκε λεμφαδενικός καθαρισμός, σύμφωνα με τις επιταγές της ορθής χειρουργικής πρακτικής .

Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αλλαγών, σε βασικούς τομείς λειτουργικότητας (φυσικής, συναισθηματικής, των ρόλων κοινωνικής κλπ) σε δύο φάσεις: πριν την χημειοθεραπεία και μετά το τέλος αυτής, συνολικής διάρκειας 8 μηνών.

Έχει υποστηριχθεί από τους Van der Streeg και συν (2004), πως η ποιότητα ζωής συνδέεται άμεσα με το είδος θεραπείας (πχ. χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία κλπ) και την πιο αρνητική επίδραση έχει η χημειοθεραπεία.⁶² Το εύρημα των εν λόγω ερευνητών συνάδει με τα σχετικά ευρήματα της παρούσας έρευνας σύμφωνα με τα οποία, όπως ήταν αναμενόμενο, η χημειοθεραπεία επέδρασε αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Συνολικά, η **σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής** εκτιμήθηκε χειρότερη, κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας σε σχέση με πριν από αυτήν. Το γεγονός αυτό ήταν αναμενόμενο και βρίσκει σύμφωνες και άλλες μελέτες που ασχολήθηκαν με το ίδιο θέμα στο διεθνή χώρο.^{63,64} Είναι γεγονός, πως κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της διάγνωσης και της θεραπείας, δημιουργούνται πολλά και αλληπάλληλα προβλήματα (πχ. ψυχοσωματικά, κοινωνικά κλπ), τα οποία οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίσουν. Βεβαίως, τόσο οι επαγγελματίες υγείας, όσο και η οικογένεια και η κοινωνία γενικότερα θα πρέπει να είναι στο πλάι αυτών των ατόμων.

Ενθαρρυντικό και παρήγορο είναι το γεγονός πως στην Κύπρο υπάρχει μεγάλη ευαισθητοποίηση τόσο από πλευράς της Πολιτείας, όσο και από τους διάφορους συλλόγους και πρωτοβουλίες, όπως η Europa Donna, ο αντικαρκινικός σύνδεσμος, ο σύνδεσμος καρκινοπαθών και φίλων κλπ, οι οποίοι ευαισθητοποιούν, ενημερώνουν και πραγματοποιούν φιλανθρωπικές εκδηλώσεις, με στόχο τη συλλογή χρημάτων, για την υποστήριξη καρκινοπαθών οι οποίοι έχουν διάφορες ανάγκες (πχ. φυσιοθεραπεία, ψυχολογική στήριξη, κατ'οίκον φροντίδα κλπ). Ωστόσο, υπάρχουν ακόμα τεράστια περιθώρια βελτίωσης και οργάνωσης αυτών των συνδέσμων. Μεγαλύτερη έμφαση, οργάνωση αλλά και επέκταση θα πρέπει να δοθεί στον τομέα της κατ' οίκον υποστήριξης των ασθενών αυτών, καθ' όλη την πορεία της νόσου τους, αλλά και στις περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου, με την στήριξη της οικογένειας, ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει των δύσκολων σταδίων. Αναγκαία, επίσης είναι η λειτουργία κάποιων μικρών δορυφορικών ημερήσιων νοσηλευτηρίων, τα οποία θα

στηρίζουν τις επαρχίες και θα σταδιακά θα οδηγήσουν στην αποσυμφόρηση των μεγάλων νοσοκομείων.

Παρόλα αυτά όμως και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η αρχική χειροτέρευση της ποιότητας ζωής, στη συνέχεια ανακάμπτει και βελτιώνεται, σε επίπεδο ανάλογο με αυτά του γενικού πληθυσμού περίπου 12 μέχρι 18 μήνες μετά την διάγνωση.^{65,66} Αυτό προκύπτει ως επακόλουθο του θετικού αποτελέσματος, το οποίο απορρέει από την εξέλιξη της θεραπείας, η οποία αποδεικνύεται πολύ συχνά αποτελεσματική και βοηθά πολλές ασθενείς να θεραπευτούν⁶⁷. Αυτό υποστηρίζουν και οι Floortje M. et al.(2005), δηλώνοντας πως οι γυναίκες οι οποίες επιβιώνουν από τον καρκίνο του μαστού 5-10 χρόνια μετά, απολαμβάνουν τελικά αρκετά υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση πάντοτε με το αντίστοιχο επίπεδο του γενικού πληθυσμού.⁶⁸

Στη συνέχεια της ανάλυσης, διερευνήθηκαν και αποτυπώθηκαν αριθμητικά οι επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι οποίες είναι καθοριστικές για την ποιότητα ζωής στο σύνολο της. Θα μπορούσε κανείς να πει, πως σε κάποιες περιπτώσεις η παρουσία ενός και μόνο συμπτώματος σε έντονο βαθμό, μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην μείωση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου.

Χαρακτηριστικά οι Spangola και συν (2003), αναφέρουν πως σε μια τέτοια περίοδο όπως αυτή της διάγνωσης και ειδικότερα της θεραπείας, είναι σχεδόν απίθανο η ποιότητα ζωής να μην επηρεαστεί αρνητικά, φέρνοντας στην επιφάνεια προβλήματα σχετικά με τους διάφορους τομείς, οι οποίοι χαρακτηρίζουν την ποιότητας ζωής, όπως οι φυσικές, ψυχικές λειτουργικότητες, οι αντιλήψεις σχετικά με την εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα κλπ.⁶⁹

Η **φυσική λειτουργικότητα** αποτελεί ένα από τους 5 κύριους τομείς της ποιότητας ζωής, ο οποίος βρέθηκε, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=0,000$), επιδεινωμένος κατά τη χρονική περίοδο της χημειοθεραπείας, σε σχέση με την περίοδο πριν από αυτήν.

Το εύρημα αυτό δεν αποτελεί έκπληξη γιατί δεν υπάρχει αμφιβολία πως η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις τοξικότερες για τον οργανισμό θεραπείες. Οι ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, βιώνουν ένα πλήθος παρενεργειών, οξείας μορφής και μη, σε συνδυασμό με αυτές της ίδιας της νόσου, αλλά και των μετεγχειρητικών προβλημάτων, οι οποίες όχι απλά βιώνονται από την ασθενή σαν απειλές για τη ζωή της, αλλά πολλές φορές την συνθλίβουν σαν οντότητα. Συνεπώς, είναι αναμενόμενο τα άτομα αυτά να μειώσουν τους ρυθμούς λειτουργίας τους σε όλα τα επίπεδα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης στον «τομέα λειτουργικότητας» πριν και μετά τη χορήγηση χημειοθεραπείας: 85,8% έναντι 77,2%, αντικατοπτρίζουν ένα αρκετά υψηλό και ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας, το οποίο θα μπορούσε να συσχετιστεί με το σχετικά νεαρής ηλικίας δείγμα ασθενών. Το ποσοστό αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, πλην αυτής των Safaee και συν (2008), οι οποίοι κατέληξαν σε ποσοστό 57,31% αρκετά πιο χαμηλό από τις άλλες έρευνες. Επιπλέον, από τη διεθνή βιβλιογραφία τεκμηριώνεται η θετική συσχέτιση μεταξύ των φυσικών και των συναισθηματικών λειτουργιών, παρατήρηση που επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, μέσα από ανάλογη θετική συσχέτιση του τομέα φυσικής λειτουργικότητας με όλους τους άλλους λειτουργικούς τομείς ^(63,64,67).

Παράλληλα, οι Schou και συν (2005), υποστηρίζουν πώς ο τομέας των φυσικών λειτουργιών, αποτελεί ένας από τους τομείς της ποιότητας ζωής, ο οποίος παρά τη μείωση που παρουσιάζει σε περίοδο *in vivo* η θεραπεία, η διάγνωση κλπ, εντούτοις, κυμαίνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας και συνήθως σε περίοδο 12-18 μηνών επανέρχεται σε φυσιολογικά ποσοστά, συγκρινόμενα με τον γενικό πληθυσμό.⁷⁰

Αντίθετα σε μια προσπάθεια αξιολόγησης των επιπτώσεων της χημειοθεραπείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, οι οποίες επιβίωσαν πάνω από 5 χρόνια, βρέθηκε ότι η χημειοθεραπεία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής αλλά και ειδικότερα τον τομέα των φυσικών λειτουργιών. Παράλληλα, οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως τα συμπτώματα μπορεί να συνεχίσουν να υφίστανται ακόμα και να χειροτερέψουν σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και μετά πάροδο 5 μέχρι και 10 χρόνων μετά τη διάγνωση.⁷¹

Σχετικά με τη **λειτουργικότητα των ρόλων** στη ζωή δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή πριν και μετά την χημειοθεραπεία. Τα καταγραφέντα ποσοστά είναι παρόμοια με αυτά άλλων μελετών και σχετικά καταδεικνύουν μια μέτρια λειτουργικότητα. Αναφέρεται πως, η χημειοθεραπεία όχι μόνο ενοχοποιείται για τη μείωση της λειτουργικότητας των ρόλων και γενικότερα των διαφόρων λειτουργιών, αλλά επίσης η αρνητική της δράση υφίσταται μέχρι και ενάμισι χρόνο μετά το τέλος της.⁷⁰

Βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση της λειτουργικότητας των ρόλων με την ηλικία, καθώς η ομάδα ασθενών πάνω των 50 ετών σημείωσε υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τις ασθενείς κάτω των 50.

Επίσης, σημαντική διαφορά παρατηρείται σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης όπου σημειώνονται σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις δυο ομάδες του δείγματος, οι οποίες δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου και πανεπιστημίου, σε σχέση με την Τρίτη ομάδα του δείγματος, η οποία συμπεριλάμβανε απόφοιτους δημοτικής εκπαίδευσης.

Αναφέρεται στη βιβλιογραφία, πώς οι νεαρότερες ηλικίες ασθενών (κάτω των 50), παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, ενώ οι πιο ώριμες σε ηλικία ασθενείς (πάνω των 50), έχουν συσχετιστεί με αυξημένες δραστηριότητες και επαφές, με καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας, ποιότητας ζωής και λειτουργικότητας γενικότερα.⁷²

Συμπεραίνεται, από τα πιο πάνω πως η διαμόρφωση και η δυναμικότητα του χαρακτήρα κάθε από μου/ασθενή, αλλά και η εδραίωση και αποδοχή του από το κοινωνικό σύνολο που το περιβάλλει, το ενδυναμώνουν και του δίνουν δύναμη να αντεπεξέλθει των καταστάσεων και να αντιμετωπίσει αυτή τη δύσκολη φάση της ζωής του, ως ένα μεταβατικό στάδιο το οποίο πρόκειται να αφήσει πίσω του με το πέρασμα της θεραπείας. Επίσης, ο τομέας αυτός παρουσίασε θετική συσχέτιση με τον λειτουργικό τομέα της αντίληψης και με τον τομέα της κοινωνικότητας τομείς που και πάλιν σχετίζονται θετικά με τις πιο ώριμες ηλικίες πάνω των πενήντα.

Σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου QLQ C30, προκύπτει σημαντική αρνητική συσχέτιση με το ντομέα της κόπωσης και του πόνου, οι οποίοι—είχαν αρνητική επίδραση στην λειτουργικότητα των ρόλων, αφού αφορούν ενασχολήσεις τόσο σε επαγγελματικό, όσο και σε διάφορες ενασχολήσεις προσωπικού ενδιαφέροντος, που προϋποθέτουν καλή φυσική αλλά και συναισθηματική κατάσταση. Συναφώς αναφέρεται ότι το σύμπτωμα της κόπωσης έχει συσχετιστεί αρνητικά με την ποιότητα ζωής, αφού επηρεάζει τους τομείς συναισθηματικής και ψυχικής λειτουργικότητας, καθώς επίσης επιδρά ανασταλτικά στην πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων.⁷³

Η **συναισθηματική λειτουργικότητα** αποτέλεσε ένα από τους τομείς, στον οποίον καταγράφηκαν υψηλές βαθμολογίες πριν τη χημειοθεραπεία και οι οποίες δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά μετά τη χημειοθεραπεία. Η συναισθηματική λειτουργικότητα συνίσταται από συναισθήματα όπως η στεναχώρια και η κατάθλιψη, περιλαμβάνοντας επίσης και το βαθμό αίσθησης της υπερέντασης και το πόσο ευέξαπτος είναι κάποιος. Αυτά, σε συνδυασμό με την παρούσα κατάσταση ή γενικότερα ως χαρακτήρας του ασθενή;

Τα πιο πάνω εύκολα μπορεί να συνδεθούν με τη διαδικασία διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας σε όλα τα επίπεδα, η κόπωση, ο πόνος, η αλωπεκία, καθώς επίσης, η έλλειψη κατανόησης πολλές φορές από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή ακόμα και η κοινωνική απομόνωση λόγω προκαταλήψεων και φόβων, αποτελούν κάποιους από τους σημαντικότερους παράγοντες οι οποίοι επιδρούν αρνητικά στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.⁶³

Επιπρόσθετα, τα πιο πάνω αποτελούν συναισθήματα με τα οποία, οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο, έρχονται αντιμέτωποι, άλλοι σε έντονο βαθμό και κάποιοι άλλοι με διαφορετική ιδιοσυγκρασία και αυτοέλεγχο σε μικρότερο βαθμό. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της εν λόγω εργασίας, καταδεικνύουν πως ουσιαστικά παρέμειναν αμετάβλητα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p>0,05$), σε αντίθεση με κάποιες άλλες μελέτες όπου διαπιστώνονται σημαντικά χαμηλότερες μετρήσεις. Το σημείο αυτό αξίζει να διερευνηθεί περισσότερο. Ίσως, οι διαφορές αυτές σχετίζονται με την κουλτούρα, την αντίληψη και γενικότερα το πολιτισμικό προφίλ διαφόρων ομάδων. Μια άλλη εκτίμηση της αμετάβλητης βαθμολογίας, είναι το γεγονός πως οι δύο χρονικές περίοδοι πριν και μετά την χημειοθεραπεία χαρακτηρίζονται σχετικά κοντινές για μια τόσο σημαντική αλλαγή στη ζωή κάποιου ατόμου.

Συναφώς, αναφέρεται στη βιβλιογραφία πως η διάγνωση της νόσου, ο φόβος και οι ανησυχίες σχετικά με το θάνατο και την πιθανότητα επανεμφάνισης της ασθένειας, οι αλλαγές από την χειρουργική επέμβαση στην εικόνα του σώματος και οι επιπτώσεις της στη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα της γυναίκας αποτελούν παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν πολύ σοβαρά τις ισορροπίες των συναισθημάτων.⁷⁴

Κατά συνέπεια, η έκρηξη συναισθημάτων η οποία προκλήθηκε κατά την περίοδο της διάγνωσης και του χειρουργείου, αποτυπώθηκε στο πρώτο ερωτηματολόγιο και ως εκ τούτου, δεν επηρεάστηκαν περαιτέρω από την χημειοθεραπεία που ακολούθησε.

Ωστόσο, η συναισθηματική λειτουργικότητα στη συγκεκριμένη εργασία αποτυπώνεται ως αρκετά καλή, λόγω της υψηλής της βαθμολογίας και αυτό χρήζει περαιτέρω ανάλυσης. Ίσως η απάντηση να βρίσκεται στις βάσεις της κυπριακής νοοτροπίας και κουλτούρας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονους οικογενειακούς δεσμούς αλλά και δεσμούς φιλίας, αλληλεγγύης και στήριξης των συναθρώπων, χωρίς τον ανασταλτικό παράγοντα των αποστάσεων, ο οποίος συνήθως συναντάται σε χώρες του εξωτερικού. Έτσι, οι ασθενείς βρίσκουν υποστήριξη και

βοήθεια σε πολλά επίπεδα, από πολλούς δικούς τους ανθρώπους, χωρίς ωστόσο αυτό να αποτελεί και τον κανόνα. Αυτό άλλωστε υποστηρίζεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία.^{68,75}

Η **γνωστική λειτουργικότητα** αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε θέματα συγκέντρωσης και μνήμης. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε στατιστικά σημαντική ($p < 0,019$), μείωση της βαθμολογίας κατά την περίοδο μετά την χημειοθεραπεία. Βιβλιογραφικά αναφέρεται, πώς οι γνωστικές λειτουργίες επηρεάζονται από την χημειοθεραπεία, ακόμα και σε μακροχρόνια βάση, σε χρονικό διάστημα 1 έως και 10 χρόνια. Κυρίως έχει παρατηρηθεί πως οι δεξιότητες που επηρεάζονται είναι αυτές της προσοχής, της μάθησης και της ταχύτητας λειτουργίας, ενώ τονίζεται πως αυτά δε σχετίζονται με κανένα τρόπο με δημογραφικά χαρακτηριστικά, κλινικά στοιχεία ή με το αρχικό επίπεδο αντίληψης.⁷⁶

Η **κοινωνική λειτουργικότητα** αποτελεί τον τομέα που αναλύθηκε και κατέδειξε στατιστικά σημαντικά ($p \leq 0,05$), τη μεγαλύτερη μάλιστα πτωτική αλλαγή από την περίοδο πριν την χημειοθεραπεία, σε αυτήν μετά την χημειοθεραπεία και σε σχέση με όλους τους άλλους τομείς, οι οποίοι σχολιάστηκαν πιο πάνω. Παρουσίασε σημαντικά θετικές συσχετίσεις με όλους του τομείς, εκτός από αυτόν της λειτουργικότητας των ρόλων, ενώ παράλληλα παρουσίασε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με τα συμπτώματα της κόπωσης, της δύσπνοιας, της απώλειας της όρεξης και των οικονομικών δυσκολιών.

Αναφέρεται, συναφώς, στη διεθνή βιβλιογραφία, πως η κοινωνική λειτουργικότητα επηρεάζεται αρνητικά από τη χημειοθεραπεία, ενώ κάποιοι τη συνδέουν και με την ηλικία υποστηρίζοντας πως αυτή επηρεάζεται περισσότερο στις νεαρότερες ασθενείς.⁷⁰

Στην περίπτωση του δείγματος της παρούσας εργασίας δεν παρατηρείται συσχέτιση με την ηλικία. Βρέθηκε όμως να σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο και μάλιστα μειώνεται σημαντικά στην ομάδα δημοτικής εκπαίδευσης. Επίσης, στην ίδια βιβλιογραφική πηγή⁷⁰ αναφέρεται συσχέτιση της μειωμένης κοινωνικής λειτουργικότητας με το φόβο και την απαισιοδοξία, παράγοντες οι οποίοι οδηγούν τα άτομα στην αναβολή και μείωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων.

Θα μπορούσε να σκεφτεί κανείς πως το σημείο αυτό έρχεται σε αντιπαράθεση με τα σχόλια τα οποία προηγήθηκαν σχετικά με την κυπριακή κουλτούρα και νοοτροπία, ωστόσο στην περίπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας το άτομο έχει να αντιμετωπίσει μέσα από τις κοινωνικές του δραστηριότητες, πέρα από την οικογένεια και τους φίλους και το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ίσως οι διάφορες μεταβολές λόγω της χημειοθεραπείας όπως η απώλεια

των μαλλιών αλλά και γενικότερα η κόπωση και πολλές φορές, η σωματική και ψυχική εξάντληση, να μην αφήνουν στην ασθενή περιθώρια δραστηριοποίησης και επαφών, πέρα από το στενό της περιβάλλον. Αυτό άλλωστε, είναι κατανοητό και θα έλεγε κανείς πως πρόκειται για ένα μεταβατικό στάδιο, στο οποίο η ίδια η ασθενής θα πρέπει να προσαρμοστεί και να αποδεχτεί, έτσι ώστε να μπορέσει να νιώσει δυνατή και έτοιμη να το προβάλλει θετικά προς τον περίγυρο της.

Στη συνέχεια της εργασίας αναλύθηκαν με βάση το ερωτηματολόγιο όλοι οι τομείς των συμπτωμάτων, ωστόσο κρίνεται σκόπιμο να συζητηθούν μόνο αυτοί οι οποίοι παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές και αξίζει να αναφερθούν.

Η **κόπωση** όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, αποτελεί ένα από τα συμπτώματα των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο ως αποτέλεσμα ανεξαρτήτου τύπου επικουρικής θεραπείας (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κλπ), και το οποίο μπορεί να ταλαιπωρεί τα άτομα αυτά για χρόνια μετά το τέλος των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Πρόκειται για μία έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί αφού βασίζεται στην υποκειμενική περιγραφή του κάθε ατόμου και πώς αυτό την βιώνει.

Παρόλα αυτά, ένας παλιός ορισμός από την Aistars (1987), αναφέρεται στη σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση ως «την κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά αισθήματα γενικευμένης κούρασης, αδυναμίας, εξάντλησης και έλλειψης ενέργειας. Αποδίδεται σε παρατεταμένη πίεση που οφείλεται άμεσα ή έμμεσα στην ασθένεια, με αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικής ικανότητας με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής».⁷³

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας, βρέθηκε ότι η κόπωση επιδεινώθηκε για τις ασθενείς και αυτό συμφωνεί με ανάλογα ευρήματα, άλλων ερευνητών.^{64,63} Παράλληλα, τα αποτελέσματα από τις σημαντικά θετικές συσχετίσεις με όλους του λειτουργικούς τομείς του ερωτηματολογίου QLQ C30, επιβεβαιώνουν τον πιο πάνω ορισμό, σχετικά με την επίδραση της κόπωσης στις λειτουργικότητες και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με όλους του τομείς λειτουργικότητας και αυτήν της ποιότητας ζωής. Αυτό ενισχύεται μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου αναφέρεται πως η κόπωση επηρεάζει το άτομο ως ψυχοκοινωνική οντότητα και η κατανόηση της έννοιας, δύναται να συμβάλει στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση της.^{77,78}

Η **ναυτία και ο εμετός** προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία και αποτελούν χαρακτηριστικά συμπτώματα αυτής. Ωστόσο όμως και σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνητών, κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επιδείνωση των συμπτωμάτων ($p > 0,05$). Αυτό, πιθανώς να οφείλεται στη βελτίωση των αντιεμετικών φαρμάκων που υπάρχουν σήμερα στην αγορά. Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί πώς, στο Ογκολογικό Κέντρο όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα, αναγράφεται η ενδεικνυόμενη αντιεμετική αγωγή, η οποία τις περισσότερες φορές αποτελείται από συνδυασμό διαφόρων φαρμάκων (άμεσης και βραχείας δράσης), καθώς επίσης δίνεται και η ανάλογη αντιεμετική αγωγή για το σπίτι, με λεπτομερή περιγραφή και πληροφόρηση (γραπτή και προφορική) του ασθενή, τόσο από τον ιατρό όσο και από το φαρμακείο. Διασφαλίζεται έτσι μέσα από ξεκάθαρες οδηγίες, η αμφίδρομη ελαχιστοποίηση του λάθους και από μέρους του ιατρού αλλά και του ασθενή.

Ο τομέας του **πόνου** ήταν από τους λίγους τομείς που δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική μεταβολή από την περίοδο πριν στην περίοδο μετά την θεραπείας ($p > 0,05$). Πρέπει να αναφερθεί πως και στα ευρήματα άλλων σχετικών μελετών ο πόνος παρουσιάζει πολλές και διαφορετικές μετρήσεις, το οποίο φαίνεται να χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.^{63,64,79,80} Παρόλα αυτά, καταγράφηκαν έντονα θετικές συσχετίσεις με τους λειτουργικούς τομείς των φυσικών λειτουργιών, του ρόλου για τη ζωή και των συναισθημάτων, καθώς επίσης με τον τομέα της δύσπνοιας και της απώλειας της όρεξης.

Επίσης, θετική συσχέτιση καταγράφηκε σε σχέση με τους τομείς συμπτωμάτων του τομέα των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία, των συμπτωμάτων από το μπράτσο και το μαστό, του ερωτηματολογίου BR23. Όμως, πρέπει να αναφερθεί ότι ο πόνος ανεξαρτήτως βαθμού, επηρεάζει τις ασθενείς σε ζωτικής σημασίας λειτουργίες της ζωής και παράλληλα συνεργεί στην ενδυνάμωση κάποιων άλλων συμπτωμάτων. Αυτό διαπιστώνεται και από τους Amir & Ramati (2002), οι οποίοι αναφέρουν πως ένα από τα κυριότερα συμπτώματα που προκύπτουν από τις θεραπείες και τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, τη φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα αλλά και τον ύπνο.⁸¹

Η **δύσπνοια και η αϋπνία** αποτέλεσαν δύο συμπτώματα στα οποία εντοπίστηκε επιδείνωση και μάλιστα στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$). Για την **αϋπνία** αναφέρεται πως σχετίζεται με την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων, το έντονο στρες, αλλά και με κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα (πχ. κορτικοστεροειδή) και αποτελεί συχνό φαινόμενο για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, που συχνά μετατρέπεται σε χρόνιο σύμπτωμα.^{82,83} Αναφέρεται παράλληλα, πώς η αϋπνία σχετίζεται άμεσα με την κόπωση και τον πόνο, γι' αυτό και η έγκαιρη διαπίστωση και

αντιμετώπιση της, θα έχει ευρύτερα θετικά αποτελέσματα, με τελική βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής.⁸³

Επίσης, στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών, προκύπτει μια σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και αϋπνίας, όπου οι ασθενείς με πανεπιστημιακή μόρφωση παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο πρόβλημα αϋπνίας. Πιθανολογείται ότι το εύρημα αυτό σχετίζεται με την ικανότητα διερεύνησης και συλλογής πολλών πληροφοριών σχετικά με τη ασθένεια τους, με αποτέλεσμα να αγχώνονται περισσότερο, να ανησυχούν για το μέλλον γνωρίζοντας τα ενδεχόμενα μελλοντικής επανεμφάνισης της νόσου - συν την αρνητική και ψυχοφθόρα επίδραση της χημειοθεραπείας.

Οι τομείς των συμπτωμάτων σχετικά με την **απώλεια της όρεξης**, τη **διάρροια** και τη **δυσκοιλιότητα**, παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αλλαγή ($p \leq 0,05$) κατά την περίοδο μετά τη χημειοθεραπεία. Τα ποσοστά και των τριών συμπτωμάτων, χαρακτηρίζονται σχετικά χαμηλά και συμφωνούν με αυτά άλλων ερευνών, γι' αυτό και κρίνεται σκόπιμο να μην αναλυθούν περαιτέρω. Άλλωστε αυτά σχετίζονται άμεσα με τις παρενέργειες της θεραπείας και συνήθως επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα με το τέλος αυτής.

Παρόλο που αναμφισβήτητα η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες συστηματικές θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού, εντούτοις δεν έχουν, επιτυχώς, αντιμετωπιστεί μέχρι σήμερα οι τοξικές και άλλες παρενέργειες της (ψυχολογικές, κοινωνικές κλπ) που ταλαιπωρούν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Η εκτίμηση των **ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της θεραπείας** παρουσίασε μια έντονη και στατιστικά σημαντική αύξηση μετά την θεραπεία ($p \leq 0,05$), η οποία άλλωστε ήταν αναμενόμενη και μπορεί να συγκριθεί με ανάλογες έρευνες και αποτελέσματα.^{63,80} Το ποσοστό των **ανεπιθύμητων ενεργειών σχετιζόμενων με τη θεραπεία** παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p \leq 0,05$), όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο και συμβατό με τα αποτελέσματα σχετικών μελετών^(63,80)

Η κλίμακα αυτή, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι παρουσίασε σημαντική αρνητική συσχέτιση ($p \leq 0,01$) με όλους τους λειτουργικούς τομείς. Η παρατήρηση αυτή αποδεικνύει μια γενικότερη πτώση φυσικών και συναισθηματικών λειτουργιών που παράλληλα με την επιδείνωση των επιμέρους συμπτωμάτων επιδρούν αρνητικά στην συνολική ποιότητα ζωής.

Οι επιπτώσεις από τη διάγνωση μέχρι και τη θεραπεία είναι συνεχείς και αλληπάλλληλες. Η χειρουργική επέμβαση με τον ακρωτηριασμό ενός τόσο πολύτιμου για μια γυναίκα, μέρους του σώματος της, με αντίκτυπο στη θηλυκότητα και σεξουαλικότητα της, τραυματίζει κλονίζει ανεπανόρθωτα την ίδια την υπόστασης της, ως γυναίκας, μάνας και συντρόφου.

Στη συνέχεια, ακολουθεί η χημειοθεραπεία αν αυτή ενδείκνυται, με αποτέλεσμα τις γνωστές παρενέργειες της τοξικότητάς της, με την απώλεια των μαλλιών και με τις εμμηνοπαυσιακές διαταραχές. Όλα αυτά, είναι αρκετά από μόνα τους, αλλά και σε συνδυασμό να επηρεάσουν μια γυναίκα για την εικόνα του σώματός της.⁸⁴ Ως εκ τούτου, δεν αποτελεί έκπληξη, αλλά αναμενόμενο αποτέλεσμα ο τομέας σχετικά με την **εικόνα του σώματος** να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική επιδείνωση ($p \leq 0,05$).

Παράλληλα και σύμφωνα με τους Pandey και οι συνεργάτες του (2006), η χειρουργική αντιμετώπιση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών, με αυτές στις οποίες διενεργήθηκε μερική μαστεκτομή να παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα.⁸⁵ Στην παρούσα έρευνα, αρχικά υπήρχε μια ελάχιστη διαφορά (βελτίωση) στις γυναίκες με μερική μαστεκτομή ενώ κατά τη δεύτερη αξιολόγηση δεν παρατηρήθηκε διαφορά.

Οι Nano και οι συνεργάτες του (2005), υποστηρίζουν πως αν και δεν υπάρχει διαφορά στις δύο ομάδες σε σχέση με την ολική ποιότητα ζωής, ωστόσο υπάρχει σημαντική διαφορά ποσοστών στον τομέα σχετικά με την εικόνα του σώματος μεταξύ γυναικών οι οποίες υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή με ταυτόχρονη αποκατάσταση και σε αυτές που υποβλήθηκαν μόνο σε ολική μαστεκτομή.⁸⁶

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει, ότι οι ασθενείς κάτω των 50 ετών, αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα σχετικά με την επιδείνωση της εικόνα του σώματος τους και κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής τους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα αναφερόμενα στην σχετική βιβλιογραφία.^{87,79}

Από τα παραπάνω, προκύπτει η αναγκαιότητα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού και όλης της θεραπευτικής ομάδας, η οποία ασχολείται με την θεραπεία γυναικών με καρκίνο του μαστού, με στόχο την καλύτερη δυνατή και πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση τους.

Συναφώς αναφέρεται ότι στο Ογκολογικό Κέντρο όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα, παρέχεται ψυχολογική στήριξη στους εσωτερικούς ασθενείς κατά κύριο λόγο, από τον

ψυχολόγο του κέντρου. Ωστόσο, για όλους τους ασθενείς, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης, μέσα από μια αξιόλογη και αξιέπαινη συνεργασία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Κέντρου, με τους κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους των διαφόρων αντικαρκινικών συνδέσμων. Οι υπηρεσίες αυτές, παρέχονται σε όλες τις πόλεις, ακόμη και κατ' οίκον όπου αυτό ενδείκνυται, με στόχο πάντοτε την βέλτιστη δυνατή στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η κατάλληλη και έγκαιρη πληροφόρηση των ασθενών, σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου, της θεραπείας και όλων όσων συνεπάγονται αυτής, στην ποιότητα ζωής τους, πιθανόν να συμβάλει στην προετοιμασία αλλά και στην αποδοχή, όσων πρόκειται να επακολουθήσουν⁸⁸. Θα μπορούσε κάλλιστα να γίνεται, μια πιο συστηματική προσέγγιση και στήριξη των νεαρότερων ασθενών χωρίς ωστόσο, να υποβαθμίζονται οι ανάγκες όλων των υπολοίπων ηλικιών.

10. EN ΚΑΤΑΚΛΕΙΔΙ

Τα τελευταία χρόνια η έννοια της ποιότητας ζωής έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και γενικότερα αυτών οι οποίοι προέρχονται από το χώρο των επιστημών υγείας. Παράλληλα, έχει αποδειχθεί, πως η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, μπορεί να συμβάλει θετικά στα θεραπευτικά αποτελέσματα ακόμη και να θεωρηθεί ως προγνωστικός παράγοντας.

Η σωστή χρήση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων από τις μετρήσεις της ποιότητας ζωής, μπορούν να αναδείξουν τις σύνθετες και πολλαπλές ανάγκες των ασθενών και να δημιουργήσουν νέες κατευθύνσεις για καλύτερες και πιο αποτελεσματικές θεραπείες με βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και παράλληλα βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η ανάγκη για περισσότερη διερεύνηση της ποιότητας ζωής, προέκυψε από διάφορους και εξίσου σημαντικούς λόγους:

- Ο αριθμός των γυναικών που προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού αυξάνεται συνεχώς.
- οι εξελίξεις στο χώρο των επιστημών της υγείας συνέβαλαν στην έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, με αποτέλεσμα την επιμήκυνση του χρόνου ζωής με επακόλουθη την ανάγκη, για εστίαση στην ποιότητα των χρόνων αυτών που τελικά οι ασθενείς κερδίζουν.
- είναι αντιληπτό πως ο καρκίνος του μαστού δεν προσβάλλει και δεν αποκόπτει από την γυναίκα μόνο τον μαστό της, ο οποίος αποτελεί κομμάτι του εαυτού της. Επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ζωής της σωματικές, ψυχικές κλπ, απειλώντας την ταυτότητα της και σπρώχνοντας την σε υπαρξιακά ερωτήματα τα οποία θα τη φέρουν αντιμέτωπη με τους φόβους της και όλα όσα θα πρέπει να αντιμετωπίσει.

Είναι αυτονόητο ότι ο καρκίνος του μαστού και κάθε μορφή καρκίνου μετατρέπεται σε οικογενειακή αρρώστια, αφού μέσα από αυτόν, αναπόφευκτα, επηρεάζονται οι οικογενειακές ισορροπίες, λόγω του πολύπλευρου πάντα ρόλου που χαρακτηρίζει μια γυναίκα ως σύζυγο, μητέρα, εργαζόμενη κλπ.

Τα πιο πάνω, οδηγούν στο συμπέρασμα, πως μέσα από μια ολοκληρωμένη προσέγγιση και κατανόηση της ποιότητας ζωής, η οποία περιλαμβάνει τη σωματική, κοινωνική και ψυχική λειτουργία του κάθε ατόμου, με κατάλληλη και επαρκή ενημέρωση της ίδιας και του οικογενειακού της περίγυρου, οι γυναίκες αυτές, πιθανότατα θα βιώσουν πιο ανώδυνα το δύσκολο αυτό στάδιο της ζωής τους. Η ομάδα επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι σε θέση

να δίνει σωστή και ολοκληρωμένη πληροφόρηση, προλαμβάνοντας έτσι προβλήματα και ανάγκες που πιθανόν να προκύψουν, παρέχοντας έγκαιρα την καταλληλότερη βοήθεια.

Κύριος σκοπός και στόχος είναι η δημιουργία των καλύτερων δυνατών συνθηκών ώστε οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού να μπορούν να αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους, να ανταποκρίνονται στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους, στους διάφορους ρόλους της ζωής τους και τελικά να καταφέρουν να επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα ζωής τους που είχαν πριν από τη διάγνωση της νόσου.

Βιβλιογραφία

1. **Yfantopoulos J.** The "social" quality of life. Arch Hellen Med 2000; 18:108-113.
2. **Υφαντόπουλος ΝΓ.** Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007; 24(1):6-18.
3. **Σαρρής Μ.** Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 2001
4. **Rokeach J.** The Nature of Human Values. New York: Free Press/Macmillan; 1973.
5. **WHOQOL.** Measuring Quality of Life, The World Health Organization of life instruments [Internet]. Available from: http://www.who.int/evidence/assessment_instruments_qol/index.htm.
6. Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντη Π. Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Πάτρα: Έλληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 1999.
7. **Ρουμελιώτου Μ, Παπάνης Ε.** Ποιότητα Ζωής - Ελληνική Κοινωνική Έρευνα. [Internet]. 22 Σεπτέμβριος 2007 [Cited 20 Ιούνιος 2010]. Available from: http://www.epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5311.html.
8. **Andrews F, Whitney SB.** Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality. New York : Plenum Press; 1974.
9. **Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ.** Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 1997.
10. **Παπαγεωργίου Δ, Κουτελέκος Ι.** Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. Το βήμα του Ασκληπείου 2009; 8(4): 291-303.
11. **Οικονόμου ΒΓ, Καλόφωνος ΠΧ.** Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών στα πλαίσια της κλινικής έρευνας. Βήμα Κλινικής Ογκολογίας 2003; 2(3/4):248-257.
12. **Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S.** Measuring quality of life in cancer patients. Journal of Clinical Oncology 1989; 7:959-968.
13. **Κατσαραγάκης Σ, Πατηράκη Ε.** Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Νοσηλευτική 2007; 46:77-87.
14. **Pais-Ribeiro LJ.** Quality of life is a primary end-point in clinical settings. Clinical Nutrition 2004; 23:121-130.
15. **Οικονόμου ΒΓ, Καλόφωνος ΠΧ.** Ποιότητα Ζωής In: Μπαρμπουνής Β, Φούντζηλας Γ. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2006.
16. **Fallowfield JL.** Evolution of breast cancer treatments: current options and quality-of-life considerations. European Journal of Oncology Nursing 2004; 8S: S75-S82.

17. **Wilson IB, Cleary DC.** Linking clinical variables with health related quality of life. *JAM.* 1995; 273:59-65.
18. Παγκόσμια Συνάντηση κορυφής κατά του καρκίνου στη Νέα Χιλιετία. Ογκολογική Ενημέρωση Ιανουάριος-Μάρτιος 2000; 2(1).
19. **Μάλλιου Σ, Αγνάτη Ν, Παυλίδης Ν, Καππάς Α, Κριαράς Ι, Γερούλάνος Σ.** Ιστορία της Ιατρικής: Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2006; 23 (3):260-278.
20. **World Health Organisation.** WHO / Cancer [Internet]. February 2009 [Cited: 10 May 2010]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>.
21. **Λάγιου Α.** Ανασκόπηση: Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008; 25(6):742-748.
22. **Αρμόνης ΝΒ.** Ο Καρκίνος του Μαστού [Internet]. 12 Ιανουάριος 2010 [Cited: 4 Μαΐου 2010] Available from: <http://www.ika.gr/gr/infopages/healthservices/medmat/breastcancer.pdf>.
23. **Wikipedia.** Breast Cancer [Internet]. 7 March 2010 [Cited: 18 April 2010] Available from:<http://www.en.wikipedia.org/>
24. **Γιάνης ΠΦ.** Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Εκδοτικός οίκος Α. Α. Λιβάνη; 2006.
25. **Henry J.** The British Medical Association - New Guide to Medicines & Drugs. London: Dorling Kinderley Limited; 1996.
26. **Weiss M.** What is breast cancer? [Internet]. 25 November 2008 [Cited: 10 May 2010]. Available from: <http://www.brestcancer.org/>
27. **Τζανίνης Δ.** Βασικές Αρχές Χημειοθεραπείας. In: Φούντζηλας Γ, Μπαρμπούνης Β. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2006.
28. **Hackshaw A.** EUSOMA review of mammography screening. *Annals of Oncology* 2003; 14 (8):1193-1195.
29. **Υπουργείο Υγείας Κυπριακής Δημοκρατίας.** Ετήσια Έκθεση. Λευκωσία: Υπουργείο Υγείας; 2006.
30. **Σπυριδόπουλος Β, Πετρίδου Ε.** Έλεγχος του καρκίνου - Δυνατότητες προληπτικής παρέμβασης. In: Φούντζηλας Γ, Μπαρμπούνης Β. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου, Α' ΤΟΜΟΣ. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2006.
31. **Αραπαντώνη-Δαδιώτη Π.** Επιδημιολογία - Ιστοπαθολογία. In: Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας. Καρκίνος Μαστού & Εισαγωγή στην Κλινική Έρευνα. Αθήνα: s.n.; 2008. p.28-39.

32. National Cancer Institute. Breast Cancer [Internet]. 2007[Cited: 14 May 2010]. Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/HealthProfessional/page4>.
33. **Μπατσής Χ.** Χειρουργική καρκίνου μαστού. In: Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας , Καρκίνος Μαστού & Εισαγωγή στην Κλινική Έρευνα. Αθήνα: Ελληνική Ακαδημία Ογκολογίας; 2008.
34. **Μπαρμπούνης ΠΒ.** Ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού, In: Φούντζηλας Γ, Μπαρμπούνης Β. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2006.
35. **Μπαρμπούνης Β.** Συστηματική Θεραπεία Πρώιμης Νόσου- Επικουρική συστηματική θεραπεία. In: Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας. Καρκίνος Μαστού & Εισαγωγή στην Κλινική Έρευνα. Αθήνα: Ελληνική Ακαδημία Ογκολογίας; 2008 .
36. **Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).** Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: An overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 365:1687–1717.
37. **Ζαφράκας Μ, Τσαλίκης Τ, Παπαδόπουλος Α, Σύρτης Α, Ταρλατζής Β.** Επικουρική θεραπεία του καρκίνου του μαστού: βασικές αρχές. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία* 2009; 21 (2):164-169.
38. **Romond EH, Perez EA, Bryant J, Suman VJ eds.** Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *N England J Med* 2005; 353:1673-1684.
39. Significant differences among member States, two third of deaths due to disease of the circulatory system and cancer. Luxembourg: Eurostat Press Office; 2006.
40. **Marchionni L, Wilson RF, Wolf AC, Marinopoulos S, Parmigiani G, Bass EB et al.** Systematic review:gene expression profiling assays in early-stage breast cancer. *Annals of Internal Medicine* 2008; 148 (5):358-369.
41. **Goldhirsch A.** Breast Cancer, In: Cavalli F, Hansen H, Kaye BS. Textbook of Medical Oncology. London: Martin Dunitz Ltd; 1997.
42. **Bonadonna G, Hortobagyi NG, Gianni MA.** Textbook of Breast Cancer- A Clinical Guide to Therapy. London: Martin Dunitz; 1997.
43. **Key JT, Verkasalo KP and Banks E.** Reviews: Epidemiology of breast cancer 2001; 2.
44. Breast Cancer Statistics. [Internet]. January 2010 Available from: <http://www.breastcancer.org> [Cited: 10 May 2010]
45. Στατιστικά για τον καρκίνο στην Κύπρο [Internet]. Available from: <http://www.bestrong.org.gr>. [Cited: 5 May 2010].

46. **Henderson E.B, Feigelson SH.** Epidemiology and screening. In: Bonadonna G, Hortobagyi N.G, Massimo GA. Textbook of Breast Cancer- A Clinical Guide to Therapy. London: Martin Dunitz; 1997.
47. **American Cancer Society.** Detail Guide: Breast Cancer in Men - What are the ket statistics about breast cancer in men? [Internet] 14 January 2010 Available from: <http://www.acsevents.org>. [Cited: 13 May 2010].
48. What are the Risk Factors for Breast Cancer? [Internet] 18 September 2009 [Cited: 13 May 2010] Available from: <http://www.cancer.org>.
49. **Colditz AG.** Epidemiology and Prevention of Breast Cancer. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention 2005; 14 (4):768-772.
50. **Tyczynski J.E, Bray F, Parkin D.M.** Breast Cancer. 2002.
51. **BreastCancer.org.** Breast Cancer Risk Factors [Internet] 25 November 2008 [Cited: 10 May 2010]. Available from: <http://www.breastcancer.org>.
52. **Χρ, Πανόπουλος.** Γενετική Προδιάθεση του Καρκίνου. In: Μπαρμπουνης Β, Φούντζηλας Γ. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2006.
53. **Pisani P.** Breast Cancer- Causes and risk factors [Internet]. [Cited: 10 May 2010]. Available from: EUPHIX (www.euphix.org).
54. **Παπαζήσης Κ, Κοντοβίνης Λ.** Βιολογία - Διάγνωση: Καρκινογένεσης. In:Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας. Καρκίνος Μαστού & Εισαγωγή στην Κλινική Έρευνα. Αθήνα: Ελληνική Ακαδημία Ογκολογίας; 2008 .
55. **Key JT, Allen EN, Spencer AE, Travis CR.** Nutrition and Breast Cancer. The Breast 2003; 12:412-416.
56. **Gonzalez AC.** Nutrition and Cancer:the current epidemiological evidence. British Journal of Nutrition 2006; 96 (1):S42-S45.
57. **Boffetta P, Hashibe M, Vecchia LC, Zatonski W and Rehm J.** The burden of cancer attributable to alcohol drinking 2006; 119:884-887.
58. **Khan N, Afaq F, Mukhtar H.** Lifestyle as risk factor for cancer: Evidence from human studies. Cancer Letters 2009; 293(2010):133-143.
59. **Maruti SS, Willett WC, Feskanich D, Rosner B, Colditz GA.** A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer. Oxford University Press 2008; 100 (10):728-737.

60. **Manninkhof EM, Elias SG, Vlems FA, van der Tweel I, Schuit AJ, Voskuil DW, van Leeuwen FE.** Physical activity and breast cancer: a systemic review. *Epidemiology* 2007; 18 (1):137-157.
61. **Μ, Τσαγγής.** Στατιστική με τη χρήση του SPSS15.
62. **Van der Steeg AFW, De Vries J, Roukema JA.** Quality of life and health status in breast carcinoma. *EJSO* 2004; 30:1051-1057.
63. **Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S.** Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BioMed Cancer* 2008; 8:330.
64. **Safae A, Moghimi-ehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee , Pourhoseingholi MA.** Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer* 2008; 45(3):107-111.
65. **Perry S, Kowalski TL, Chang CH.** Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5:24.
66. **Ganz PA, Poland JH, Meyerwitz BE, Desmond K.** Impact of adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Cancer Res* 1998; 152:39-49.
67. **Θεοφίλου Π.** Καρκίνος του Μαστού και Ποιότητα Ζωής- Ανασκόπηση Μελετών της τελευταίας δεκαετίας. *Επιθεώρηση Υγείας Νοέμβριος-Δεκέμβριος* 2009; 20(121).
68. **Floortje M, Vingerhoets Ad JJM, Jan Willem Coebergh, Lonneke V, Van de Poll-Franse.** Quality of life among long-term breastcancer survivors:a systematic review. *European Journal of Cancer* 2005; 41:2613-2619.
69. **Spangola S, James Z, Karlynn BS, Craig H, Gary C, Frank B.** The satisfaction with life domains scail for breast cancer. *The British Journal* 2003; 9:463.
70. **Schou I, Ekeberg O, Sandvik L, Hjermstad MJ, Ruland MC.** Multiple predictors of health -related quality of life inn early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared to the general population. *Quality of Life Research* 2005; 14:1813-1823.
71. **Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, et al.** Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Nat. Cancer Inst.* 2002; 94:39-49.
72. **Shapino LS, Lopez MA, Schwartz EA, Bootzin R, Figueredo JA et al.** Quality of life and breast cancer: Relationship to Psychosocial Variables. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57(4):501-519.
73. **Λαβδανιτη Μ, Δαφνή Ο, Σωτηροπούλου Α, Λεμονίδου Χ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε.** Η βιωμένη εμπειρία της κόπωσης σε ελληνίδες ασθενείς με καρκίνο μαστού. *Νοσηλευτική* 2008; 47(4):517-527.

74. **Montazeri A.** Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2008; 27:32.
75. **Bloom JR, Stewart SL, Chang S, et al.** Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology* 2004; 13:147-160.
76. **Wefel JS, Lenzi R, Theriault R, Davis RN, Meyers CA.** The cognitive sequelae of standard dose adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: results of a retrospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer* 2004; 100:2292-2299.
77. **Nail LM.** Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29:537-543.
78. **Ahlberg K, Gaston JF, Mock V.** Assessment and management of cancer related fatigue in adults. *Lancet* 2003; 362:640-650.
79. **Casso D, Buist SMD, Taplin S.** Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40-49. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:25.
80. **Φασόη-Μπαρκά ΓΓ, Κελέση-Σταυροπούλου ΝΜ, Κουτσοπούλου-Σοφικίτη Β, και συν.** Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών, με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση. *Το Βήμα του Ασκληπιού Ιανουάριος-Μάρτιος 2010*; 9(1):76-99.
81. **Amir M, Ramati A.** Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord* 2002; 16:195-206.
82. **Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin MC.** Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Insomnia in the Context of Breast Cancer. *SLEEP* 2001; 24(5):583-590.
83. **Theobald ED.** Cancer Pain, Fatigue, Distress and Insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone* 2004; 6(1):15-21.
84. **Oktay JS.** Psychological aspects of breast cancer. *Lippincotts Primary Care Practice* 1998; 2(2):149-159.
85. **Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Patheesan K.** Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 36(7):468-472.
86. **Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Winefield HR.** Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *ANZ J Surg.* 2005; 75(11):940-947.
87. **Avis NE, Grawford S, Manuel J.** Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23(15):3322-3330.

