

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

**“ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥΣ
ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ”**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΜΙΧΑΛΑΚΕΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΚΟΥΝΕΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2018

Πίνακας περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ο Καρκίνος του Μαστού	5
1.1 Ορισμός και επιδημιολογία	5
1.2 Παράγοντες Κινδύνου	8
1.3 Τύποι καρκίνου του μαστού	10
1.4 Στάδια Καρκίνου του μαστού	14
1.5 Διάγνωση	18
1.6 Θεραπεία	21
1.6.1 Χειρουργική Επέμβαση	22
1.6.2 Ακτινοθεραπεία	22
1.6.3 Συστημικές Θεραπείες	23
1.7 Πρόληψη.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού	24
2.1 Ιστορική Αναδρομή της ποιότητας ζωής.....	24
2.2 Ορισμός Ποιότητας ζωής	26
2.2.1 Γενική Ποιότητα Ζωής.....	26
2.2.2 Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	27
2.3 Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	28
2.3.1 Γενικές μετρήσεις των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς (γενικά PROMs)	30
2.3.2 Μετρήσεις που σχετίζονται ειδικά με μια συγκεκριμένη ασθένεια (ειδικά για κάποια ασθένεια PROMs)	31
2.4 Ποιότητα ζωής σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού	32
2.4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελετών για την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η Μεθοδολογία της Έρευνας	37

3.1. Το Ερευνητικό Εργαλείο	38
3.2. Ο Πληθυσμός και το Δείγμα της Έρευνας	39
3.3. Διεξαγωγή της Έρευνας	39
3.4. Ανάλυση Δεδομένων	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Ευρήματα της Έρευνας	40
4.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων.....	40
Α. Δημογραφικά / Νοσολογικά Στοιχεία	40
Β. Σωματική Υγεία	50
Γ. Ψυχική Υγεία	52
Ερώτηση 11.....	52
Δ. Σωματικός Πόνος.....	54
Ε. Κοινωνικές Σχέσεις.....	56
4.2. Συγκριτική Στατιστική Ανάλυση.....	60
Παραγοντική Ανάλυση	60
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα της έρευνας.....	77
Βιβλιογραφία.....	80
Ξενόγλωσση	80
Ελληνική	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα πολύ σημαντικό είδος καρκίνου λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισής του στο γυναικείο πληθυσμό και λόγω των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας που παρουσιάζει. Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε πολυάριθμες κατηγορίες, τόσο σε κλινικό όσο και σε μοριακό επίπεδο, και κάθε τύπος και υπότυπος απαιτούν διαφορετικό χειρισμό. Σήμερα, η διαδικασία της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού έχει εξελιχθεί σε μεγάλο βαθμό, ενώ εντοπίζονται και πολυάριθμες, διαφορετικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επέμβασης, της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να στοχεύσει στην αποκλειστική αφαίρεση του όγκου, διατηρώντας τον μαστικό ιστό, αλλά μπορεί να οδηγήσει και σε ολική μαστεκτομή.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί από μόνη της ένα πολύ σοβαρό γεγονός στη ζωή μιας γυναίκας που αλλάζει όλη την ψυχολογία της, τις σκέψεις της, την αυτοπεποίθησή της, την κοινωνική της ζωή, ενώ πολύ μεγάλος είναι ο φόβος για την εξέλιξη της νόσου, ακόμη και για το θάνατο. Κατά την πάροδο του χρόνου, και καθώς η ασθενής υποβάλλεται σε μια τουλάχιστον θεραπεία, τα προερχόμενα από τον καρκίνο προβλήματα αυξάνονται, αφού εμφανίζονται και οι επιπτώσεις των θεραπειών, όπως είναι ο πόνος, τα συμπτώματα κατάθλιψης, η δυσφορία, το άγχος, και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα της ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού πλήττεται σημαντικά και επηρεάζεται από όλους τους αρνητικούς παράγοντες που προκαλούνται από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των μεταβολών που υφίσταται η ζωής τους ύστερα από τη στιγμή της διάγνωσης. Η συγκεκριμένη εργασία αποτελείται από 2 επιμέρους τμήματα: το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος, πραγματοποιείται ενδελεχής μελέτη του καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένων των τύπων του, των σταδίων του, των τρόπων διάγνωσης και θεραπείας, και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, και στην προκειμένη περίπτωση, με τον καρκίνο του μαστού. Ακολούθως, στο ερευνητικό μέρος, διεξάγεται έρευνα προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση του καρκίνου του μαστού και της διάγνωσής του στη ζωή των γυναικών και στην ποιότητα της ζωής τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ο Καρκίνος του Μαστού

1.1 Ορισμός και επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός τύπος καρκίνου λόγω της

υψηλής συχνότητας εμφάνισής του και του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας με το οποίο σχετίζεται. Ο τύπος αυτός καρκίνου αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας από 50 ετών, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Ekwueme *et al*, 2014).

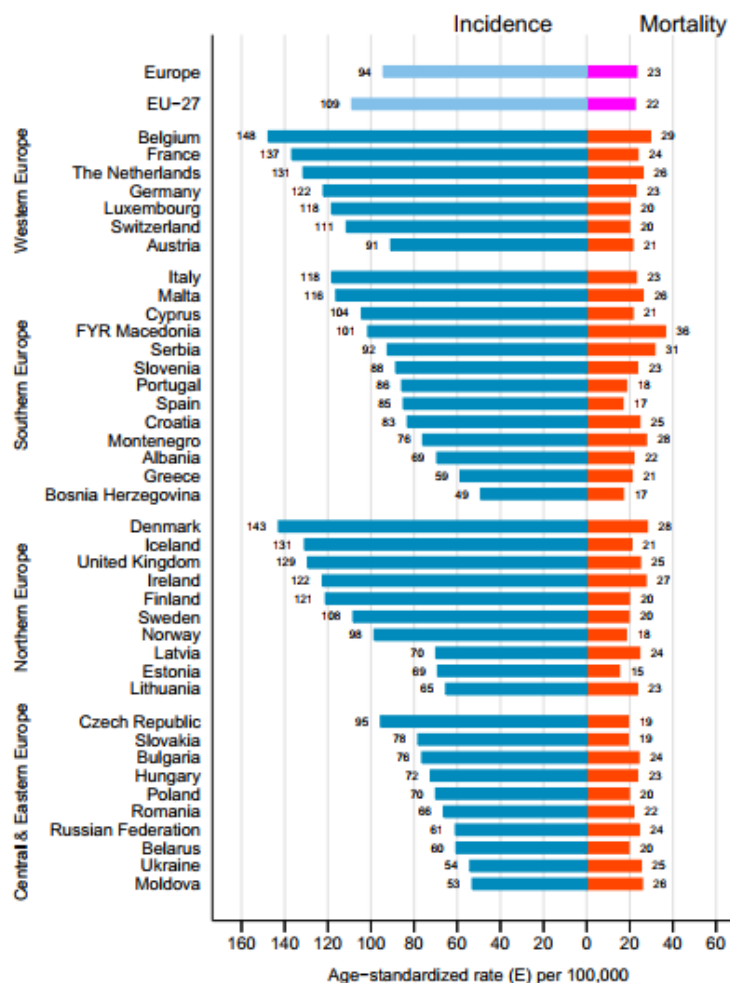
Από το 1970 έως και το 2008, το ποσοστό θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού μεταξύ των νέων γυναικών ισούταν με 12,02/100.000, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο στις χώρες που βρίσκονταν βορειοανατολικά (Ekwueme *et al*, 2014).

Πιο πρόσφατα, το 2012, στην Ευρώπη παρουσιάστηκαν συνολικά 3,4 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου, εκ των οποίων το υψηλότερο ποσοστό το κατείχε ο καρκίνος του μαστού, με 464.000 περιστατικά (13,5% του συνόλου των περιστατικών). Το ίδιο έτος, ο αριθμός των ατόμων που οδηγήθηκαν σε θάνατο λόγω του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου ανέρχεται στις 131.000 γυναίκες (7,5% του συνόλου των θανάτων λόγω καρκίνου το 2012 σε όλη την Ευρώπη) (Ferlay *et al*, 2013).

Ειδικά στο γυναικείο πληθυσμό, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί με διαφορά τον πιο συχνό τύπο νεοπλασίας που διαγιγνώσκεται, καθώς το ποσοστό του καρκίνου αυτού ισούται με το 28,8% όλων των περιπτώσεων καρκίνου που εμφανίζονται στο γυναικείο φύλο. Παράλληλα, ο καρκίνος του μαστού είναι η 1^η με διαφορά αιτία θνησιμότητας των γυναικών,

μεταξύ όλων των τύπων καρκίνου στο ίδιο φύλο, με ποσοστό 16,8% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου (Ferlay *et al*, 2013).

Παρόλο που ο καρκίνος του μαστού είναι με διαφορά ο πιο συχνός τύπος καρκίνου σε όλη την Ευρώπη, φαίνεται πως υπάρχει μια σχέση του καρκίνου αυτού με συγκεκριμένες γεωγραφικές θέσεις. Έτσι, παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις Δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες, και κυρίως στη Γαλλία, στο Βέλγιο και στην Ολλανδία, και στη Νότια Ευρώπη, και ειδικά στη Φιλανδία, στην Ισλανδία, στη Δανία και στις σκανδιναβικές χώρες. Αντιθέτως, η συχνότητα των περιστατικών καρκίνου του μαστού στις ανατολικές χώρες της Ευρώπης, όπως είναι η Μολδαβία και η Ουκρανία, είναι πολύ χαμηλότερη (Ferlay *et al*, 2013). Όσον αφορά στα ποσοστά θνησιμότητας λόγω του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη, εκείνα είναι πολύ υψηλότερα στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Δανία και το Βέλγιο, και στις νότιες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σερβία. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας που παρατηρείται στις βόρειες χώρες οφείλονται στην υψηλή συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό, ενώ, αντιθέτως, η υψηλή θνησιμότητα που παρατηρείται στις νότιες χώρες οφείλεται περισσότερο στη δυσμενή επιβίωση των ασθενών, και όχι τόσο στην υψηλή συχνότητα διάγνωσης των ατόμων με καρκίνο του μαστού (Ferlay *et al*, 2013).



Εικόνα 1 Τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και θνησιμότητας λόγω του καρκίνου του μαστού, στις διάφορες χώρες της Ευρώπης, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία του 2012 (Ferlay *et al*, 2013).

Εκτός, όμως, από την Ευρώπη, ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να αποτελεί μια πολύ συχνή ασθένεια με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και στον υπόλοιπο πλανήτη. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ, μόνο για το έτος 2013, αναμένονταν 232,340 νέες περιπτώσεις επιθετικής μορφής καρκίνου του μαστού, καθώς και 39.620 θάνατοι λόγω της ασθένειας αυτής. Είναι γεγονός πως σήμερα, μία στις 8 γυναίκες στις ΗΠΑ αναπτύσσει καρκίνο του μαστού τουλάχιστον μία φορά στη ζωή της. Κατά το διάστημα 2006 έως 2010, η πιθανότητα αυτή εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αυξήθηκε με την πάροδο του χρόνου ελάχιστα στις γυναίκες Αμερικανικής και Αφρικανικής καταγωγής, ενώ μειώθηκε στις Ισπανόφωνες γυναίκες. Αντιθέτως, η ίδια παρέμεινε σταθερή στις γυναίκες Ασιατικής – Αμερικανικής καταγωγής, στις Ινδιάνες της Αμερικής, στις λευκές γυναίκες και στις ιθαγενείς της Αλάσκας (DeSantis *et al*, 2014).

Η συχνότητα εμφάνισης ή θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού έχει μελετηθεί εκτενώς, τόσο συνολικά στις ηπείρους όσο και σε μεμονωμένες χώρες. Σύμφωνα με σχετική έρευνα, ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται στην «1^η θέση» μεταξύ των 5 συχνότερων τύπων καρκίνων στη Βραζιλία και στις επιμέρους περιοχές της, με εξαίρεση τη Βόρεια περιοχή της (Kluthcovsky *et al*, 2014). Η Λατινική Αμερική εμφανίζει επίσης το υψηλότερο ποσοστό διάγνωσης καρκίνου του μαστού μεταξύ των γυναικών που διαμένουν εκεί, ενώ σημαντικές διαφορές στη συχνότητα διάγνωσης, στη θνησιμότητα, στην πρόγνωση αλλά και τα κλινικά χαρακτηριστικά σημειώνονται μεταξύ των γυναικών με διαφορετική εθνικότητα ή φυλή. Επιπλέον, οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας έχουν αυξημένες πιθανότητες διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, συγκριτικά με τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, ενώ οι γυναίκες που κατοικούν στη Λατινική Αμερική εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα διάγνωσης του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο, σε σύγκριση με τις γυναίκες της Δύσης (Amadou *et al*, 2014).

Το Ιράν αποτελεί μια άλλη χώρα που πλήττεται από τον καρκίνο του μαστού, καθώς εκτός από τη ήδη υψηλά ποσοστά διάγνωσης και θνησιμότητας που σημειώνει ο τύπος αυτός καρκίνου, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και οι επιπτώσεις συνεχώς αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων, πιθανόν λόγω της έλλειψης ενημέρωσης των γυναικών σχετικά με τα σημάδια και τους παράγοντες κινδύνου της συγκεκριμένης ασθένειας (Sharifian *et al*, 2015). Αντίθετα, στην Κολομβία, υπολογίζεται πως παρά την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, υπάρχει σημαντική μείωση του ποσοστού θνησιμότητας και βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών αυτών, γεγονότα που συνδέονται άμεσα με τις καλύτερες μεθόδους ανίχνευσης της νόσου και τις σημαντικές προόδους που έχουν σημειωθεί στη θεραπεία της (Bravo *et al*, 2014).

1.2 Παράγοντες Κινδύνου

Εκτός από τις διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ των διάφορων χωρών και φυλών σχετικά με τη συχνότητα και τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού, υπάρχουν και άλλοι πολυάριθμοι παράγοντες που διαφοροποιούν τη σοβαρότητα, τα κλινικά χαρακτηριστικά, το βαθμό επίπτωσης και τη θνησιμότητα που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη νόσο. Οι

βασικότεροι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με τον καρκίνο του μαστού είναι οι ακόλουθοι (Λάγιου, 2008):

- Η ηλικία.
- Το φύλο. Σύμφωνα με μελέτες, οι γυναίκες παρουσιάζουν τουλάχιστον 100 φορές υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού συγκριτικά με το αρσενικό φύλο.
- Το ύψος. Το υψηλότερο ύψος των ατόμων έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
- Το βάρος γέννησης του ατόμου.
- Η παχυσαρκία που εμφανίζεται στην περίοδο μετά την εμμηνόπαυση.
- Η ηλικία εμμηναρχής. Πολλοί τύποι καρκίνου του μαστού έχουν συσχετιστεί με τις γυναικείες ορμόνες, και με την έκθεση του οργανισμού σε αυτές. Στο πλαίσιο αυτό, έχει δειχθεί πως η μικρότερη ηλικία εμμηναρχής σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Dossus & Benusiglio, 2015).
- Η ηλικία και το είδος της εμμηνόπαυσης. Η καθυστέρηση της εμμηνόπαυσης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Dossus & Benusiglio, 2015).
- Η ύπαρξη μιας μεγάλης μάζας μαζικού αδένου στη μαστογραφία, η οποία χαρακτηρίζεται και ως υψηλού κινδύνου.
- Ο χρόνος εγκυμοσύνης.
- Η ηλικία της πρώτης κύησης. Οι γυναίκες που διανύουν την πρώτη τους εγκυμοσύνη σε μεγάλη ηλικία εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Dossus & Benusiglio, 2015).
- Ο αριθμός των τέκνων.
- Η ηλικία των επόμενων κυήσεων.
- Η έκθεση σε εξωγενείς ορμόνες, όπως συμβαίνει κατά τη λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων. Η έκθεση εξωγενών ορμονών έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Dossus & Benusiglio, 2015).
- Η κατανάλωση αλκοόλ.
- Ο θηλασμός.
- Η φυσική σωματική κατάσταση του ατόμου.
- Η πρόσληψη ελαιόλαδου και φυτικών τροφίμων.
- Η λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.

- Η παρουσία νεοπλασματος στον άλλο μαστό.
- Γενετικοί παράγοντες. Πολλοί τύποι καρκίνου του μαστού οφείλονται σε μεταλλάξεις γονιδίων, τα οποία υπό ορισμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οδηγούν σε εμφάνιση ενός συγκεκριμένου τύπου καρκίνου του μαστού. Ειδικά ύστερα από τις προσπάθειες αλληλούχησης των καρκινικών γονιδιωμάτων, έχουν εντοπιστεί πολυάριθμα καινούρια καρκινικά γονίδια που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού (Stefansson *et al*, 2015++-).
- Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία.
- Η οικονομική κατάσταση.
- Οικογενειακό ιστορικό. Η παρουσία στην οικογένεια ενός μέλους που είχε εμφανίσει στο παρελθόν καρκίνο του μαστού, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

1.3 Τύποι καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού εμπεριέχει πολυάριθμους διαφορετικούς τύπους, οι οποίοι έχουν προκύψει κυρίως μέσω των “διαφορετικών «εξελικτικών μονοπατιών» που αντανακλούν τα διαφορετικά πρότυπα των μεταλλαγμένων καρκινικών γονιδίων, και ενδεχομένως με την επιπρόσθετη συμβολή διάφορων επιγενετικών μεταβολών” (Stefansson *et al*, 2015).

Σε κλινικό, λοιπόν, επίπεδο, ο καρκίνος του μαστού αναγνωρίζεται ως μια ετερογενή ασθένεια, η οποία μπορεί να διακριθεί σε διάφορους τύπους ανάλογα με τα διάφορα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει. Διάφοροι τύποι καρκίνου του μαστού μπορούν να προκύψουν ανάλογα με τα διαφορετικά αίτια πρόκλησής τους, με τα διαφορετικά προγνωστικά χαρακτηριστικά, ή / και με άλλα διακριτά βιολογικά χαρακτηριστικά (Anderson *et al*, 2014).

Ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από την ανώμαλη ανάπτυξη επιθηλιακών κυττάρων, τα οποία εντοπίζονται στην τελική πορολοβιακή μονάδα. Στις περιπτώσεις όπου εντοπίζεται πολλαπλασιασμός μη φυσιολογικών, επιθηλιακών κυττάρων αποκλειστικά στο χώρο της βασικής μεμβράνης και δεν υπάρχει εισβολή των κυττάρων αυτών σε άλλα στρώματα, γίνεται λόγος για *in situ* καρκίνωμα, το οποίο μπορεί να είναι είτε λοβιακό (“Lobular Carcinoma In Situ”, LCIS) είτε πορογενές (“Ductal Carcinoma In Situ”, DCIS)

(Bartlett *et al*, 2014; Γεωργίου, 2017). Συνήθως το *in situ* καρκίνωμα θεωρείται ως ο πρόδρομος του διηθητικού καρκινώματος (Bartlett *et al*, 2014). Μεταξύ των δύο ειδών, συχνότερο είναι το πορογενές *in situ* καρκίνωμα, το οποίο ισοδυναμεί με το ¼ περίπου των περιπτώσεων καρκίνου όπου η διάγνωση πραγματοποιείται κατά τον προληπτικό έλεγχο, και με το 4% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου όπου η διάγνωση πραγματοποιείται λόγω της εμφάνισης σχετικών συμπτωμάτων (Γεωργίου, 2017).

Η ακριβής παθολογική εκτίμηση του πορογενούς *in situ* καρκινώματος του μαστού είναι κρίσιμη για την εξέλιξη του ασθενούς, καθώς αυτή θα αποκλείσει την ύπαρξη επιθετικής μορφής καρκίνου και θα καθορίσει την καλύτερη δυνατή θεραπεία (Bartlett *et al*, 2014). Δεδομένου του υψηλότερου κινδύνου μετάστασης και ακολούθως θανάτου που σχετίζεται με τον επιθετικό τύπο καρκίνου, συγκριτικά με το *in situ* καρκίνωμα, στις περιπτώσεις των γυναικών που διαγιγνώσκονται με επιθετικό καρκίνωμα του μαστού, συνιστάται η εφαρμογή επιπρόσθετης θεραπείας, όπως είναι η ορμονική θεραπεία και η χημειοθεραπεία. Στο πλαίσιο αυτό, η σωστή διάκριση μεταξύ επιθετικού και *in situ* καρκινώματος αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική διαδικασία που δεν επιδέχεται κανένα απολύτως λάθος. Παρόλα αυτά, πολλές φορές προκύπτει λανθασμένη ταξινόμηση του καρκινώματος, η οποία οφείλεται είτε σε σφάλματα δειγματοληψίας είτε σε λάθη ερμηνείας (Bartlett *et al*, 2014). Έτσι, οι διάφορες παραλλαγές στο χειρισμό του ιστού, η ποικιλία των πρωτοκόλλων πολλαπλασιασμού, καθώς και οι διαφορές στην έκταση του δείγματος που υποβάλλεται σε μικροσκοπική αξιολόγηση, αποτελούν ακόμη και σήμερα σοβαρές προκλήσεις για τους κλινικούς ιατρούς που καλούνται να διαγνώσουν ένα πορογενές *in situ* καρκίνωμα του μαστού. Για το λόγο αυτό, συνιστάται μικροσκοπική εξέταση ολόκληρης της ανώμαλης περιοχής, καθώς και όλων των περιοχών οξείας βλάβης που εντοπίζονται (Lester *et al*, 2009).

Σε ιστολογικό επίπεδο, το πορογενές *in situ* καρκίνωμα του μαστού παρουσιάζει διάταξη και παραμόρφωση των γειτονικών λοβιακών μονάδων και των πόρων από καρκινικά κύτταρα που διαθέτουν την ίδια μορφολογία. Βάσει της μορφολογίας των «μικροαποτιτανώσεων» αυτών, το πορογενές *in situ* καρκίνωμα του μαστού είναι δυνατόν να διακριθεί σε 3 επιμέρους ιστολογικούς τύπους (Γεωργίου, 2017):

- Comedo. Ο ιστολογικός τύπος comedo περιλαμβάνει διακλαδούμενες αποτιτανώσεις, νέκρωση μεγάλης έκτασης και μεγάλο βαθμό διαφοροποίησης.

- Non – Comedo. Οι non – comedo υπότυποι του πορογενούς *in situ* καρκινώματος του μαστού, οι οποίοι δε σχετίζονται με επικείμενο επιθετικό καρκίνο, έχουν σημειώσει τα τελευταία χρόνια τις υψηλότερες αυξήσεις σε συχνότητα εμφάνισης (Kerlikowske, 2010). Οι τύποι αυτοί περιλαμβάνουν το συμπαγή τύπο, το μικρο – θηλώδες και τον ηθμοειδή τύπο (Patani *et al*, 2011).

Σε κάθε περίπτωση, επισημαίνεται πως οι αλλοιώσεις του όγκου συχνά παρουσιάζουν υψηλή μορφολογική και αρχιτεκτονική ετερογένεια, γεγονός που δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την κατάταξη του όγκου σε κάποιον υπότυπο του πορογενούς *in situ* καρκινώματος του μαστού (Patani *et al*, 2011).

Αντίθετα, όταν τα κύτταρα του όγκου δε συγκρατούνται αποκλειστικά στη βασική μεμβράνη, αλλά μεταφέρονται και στους γειτονικούς, φυσιολογικούς ιστούς, τότε γίνεται λόγος για διηθητικό καρκίνωμα (Γεωργίου, 2017). Όπως συμβαίνει και με το *in situ* καρκίνωμα, έτσι και ο διηθητικός τύπος καρκίνος του μαστού είναι δυνατόν να διακριθεί σε 2 επιμέρους, βασικούς ιστολογικούς τύπους: στο διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (“Invasive Ductal Carcinoma, IDC”) και στο διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα (“Invasive Lobular Carcinoma, ILC”) (Dossus & Benusiglio, 2015). Οι δύο αυτοί τύποι καρκίνου διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τους παράγοντες κινδύνου, ενώ το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα εμφανίζεται σε πολύ υψηλότερη συχνότητα από το λοβιακό καρκίνωμα, καθώς καταλαμβάνει περίπου το 90% του συνόλου των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού (Li & Daling, 2007). Οι ασθενείς με λοβιακό καρκίνωμα διαγιγνώσκονται συνήθως 3 χρόνια αργότερα από εκείνους με πορογενή καρκίνωμα, και σε πιο προχωρημένο στάδιο, με υψηλότερο βαθμό διήθησης και με μεγαλύτερο μέγεθος όγκου (Li *et al*, 2005). Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα σχετίζεται ισχυρά με έκθεση σε γυναικείες ορμόνες, όπως συμβαίνει κατά τη λήψη ορμονικής θεραπείας κατά την εμμηνόπαυση (Dossus & Benusiglio, 2015).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί πως εκτός από το λοβιακό *in situ* καρκίνωμα, υπάρχει και η «άτυπη λοβιακή υπερπλασία» (“Atypical Lobular Hyperplasia”, ALH), η οποία παρουσιάζει μια διόγκωση ενός λοβίου με αρκετά ομοιόμορφη σύσταση που αποτελείται από κύτταρα με ωοειδείς, στρογγυλής μορφής ή κανονικούς πυρήνες. Παρόλο που συνήθως κάθε λοβιακή μονάδα παρουσιάζει έναν αρκετά ομοιόμορφο κυτταρικό πληθυσμό, πολλές φορές συναντάται ένας βαθμός διαφοροποίησης μεταξύ των επιμέρους λοβιακών μονάδων (Γεωργίου, 2017). Όπως συμβαίνει και με το λοβιακό καρκίνωμα *in situ*, η άτυπη λοβιακή υπερπλασία αποτελεί μια αρκετά σπάνια μορφή καρκίνου του μαστού, και

σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μεταγενέστερη εμφάνιση καρκίνου του μαστού και κακοήθειας (Clauser *et al*, 2016).

Με βάση τα διαφορετικά πρότυπα έκφρασης των οιστροϋποδοχέων ERs και της ενίσχυσης του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα 2, HER2, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διακριθεί σε 3 βασικούς υπότυπους: στον «ER θετικό υπότυπο», στον «HER2 ενισχυμένο υπότυπο» και στον «τριπλό αρνητικό υπότυπο (Triple Negative Breast Cancer)», ο οποίος είναι αρνητικός τόσο για το ER όσο και για την ενίσχυση του HER2. Κάθε υπότυπος μπορεί να διακριθεί και σε άλλους υποτύπους, ανάλογα με άλλα χαρακτηριστικά (Furth, 2014). Συγκεκριμένα, ο θετικός για το ER υπότυπος διακρίνεται σε 2 επιμέρους υπότυπους (“luminal A” & “luminal B”), ενώ ο τριπλά αρνητικός υπότυπος μπορεί να διαχωριστεί σε 6 επιμέρους υπότυπους (Furth, 2014).

Αναλυτικότερα, ο υπότυπος Luminal A αποτελεί το πιο συχνό υπότυπο του συγκεκριμένου καρκίνου, και παρουσιάζεται με συχνότητα περίπου ίση με 75%. Τα κύτταρα του υποτύπου αυτού εμφανίζουν σχετικά χαμηλό αναπτυξιακό ρυθμό και μικρότερο βαθμό επιθετικότητας, σε σύγκριση με τα κύτταρα που χαρακτηρίζουν τους υπόλοιπους υπότυπους. Η πρόγνωση για τον υπότυπο αυτό είναι ευνοϊκή, διότι η έκφραση των ορμονικών υποδοχέων προδιαθέτει μια θετική απόκριση του οργανισμού στην ορμονική θεραπεία που θα ακολουθηθεί (Furth, 2014).

Ο Luminal B υπότυπος διαφέρει από τον luminal A ως προς τα επίπεδα έκφρασης του HER2, τα οποία είναι υψηλά, και ως προς τα επίπεδα έκφρασης ενός δείκτη που υποδηλώνει την αυξημένη παρουσία ενεργά πολλαπλασιαζόμενων κυττάρων, του Ki67. Ο συγκεκριμένος υπότυπος είναι σε γενικά πλαίσια περισσότερο επιθετικός από τον luminal A και αντιπροσωπεύει περίπου το 1 / 10 των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού (Furth, 2014).

Ο τριπλά αρνητικός υπότυπος αντιπροσωπεύει επίσης περίπου το 11% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και οφείλει το όνομά του στην εξαιρετικά χαμηλή έκφραση, η οποία φτάνει έως και τη μηδενική έκφραση, 3 σημαντικών βιολογικών δεικτών: του HER2, των ERs και των υποδοχέων προγεστερόνης (PRs). Ο υπότυπος αυτός εμφανίζει υψηλή τάση μετάστασης και υψηλούς αναπτυξιακούς ρυθμούς, ενώ γενικά η πρόγνωσή του σε σύγκριση με άλλους υπότυπους είναι χειρότερη (Furth, 2014).

Τέλος, ο HER2 ενισχυμένο υπότυπος αποτελεί τον πιο σπάνιο υπότυπο με συχνότητα εμφάνισης ίση περίπου με 4%. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη ανάπτυξη του όγκου και υψηλή

επιθετικότητα. Η πρόγνωση δεν είναι πολύ καλή, ωστόσο, έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες αντιστρέφουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις απώλειες που προκύπτουν από την υπερέκφραση του HER2 (Furth, 2014).

1.4 Στάδια Καρκίνου του μαστού

Οι διαδικασίες της διάγνωσης, της πρόγνωσης και της θεραπείας διευκολύνονται σε μεγάλο βαθμό από την κατάταξη ενός περιστατικού καρκίνου του μαστού σε ένα συγκεκριμένο στάδιο. Το πιο δημοφιλές σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού είναι το TNM (Tumor – Node - Metastasis), το οποίο προτάθηκε πριν από 59 περίπου χρόνια, από την Αμερικανική Επιτροπή του Καρκίνου (American Joint Committee on Cancer, AJCC) και παραμένει έως σήμερα το πιο χρήσιμο κλινικά σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου (Orucevic *et al*, 2015). Το παραδοσιακό αυτό σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού βασίζεται αποκλειστικά σε ανατομικούς παράγοντες, όπως είναι το μέγεθος του όγκου, οι απομακρυσμένες μεταστάσεις και η τυχόν εμπλοκή των περιφερειακών λεμφαδένων (Uehiro *et al*, 2014).

Όσον αφορά το μέγεθος του όγκου, αξιοποιούνται οι ακόλουθοι συμβολισμοί (Γεωργίου, 2017; Edge *et al*, 2010; Orucevic *et al*, 2015; Uehiro *et al*, 2014):

- Tx. Ο συγκεκριμένος συμβολισμός υποδηλώνει πως ο πρωτοπαθής όγκος που εντοπίστηκε δεν είναι δυνατόν να αξιολογηθεί.
- T0. Το T0 υποδηλώνει την απουσία πρωτοπαθούς όγκου.
- Tis. Η συγκεκριμένη ένδειξη αντιστοιχεί στην ύπαρξη καρκινώματος *in situ*, είτε λοβιακού είτε πορογενούς, ή στην ύπαρξη της νόσου Paget της θηλής, χωρίς να υπάρχει όγκος. Στο σημείο αυτό, αναφέρεται πως η νόσος Paget όπου υπάρχει όγκος ακολουθεί επίσης σταδιοποίηση, εξαρτώμενη από το μέγεθος του ευρεθέντος όγκου.
- T1. Το στάδιο T1 αναφέρεται σε όγκους με απειροελάχιστη διάμετρο έως και όγκους με διάμετρο ίση με 2 εκατοστά. Το T1 διακρίνεται σε 4 επιμέρους κατηγορίες - στάδια: το T1mic, όπου παρατηρείται μικροδιήθηση μέγιστης διαμέτρου 0,1 εκατοστού ή ακόμη μικρότερη, το T1a, όπου υπάρχει όγκος με μέγιστη διάμετρο μεταξύ 0,1 και 0,5 εκατοστών, το T1b, όπου εντοπίζεται όγκος με μέγιστη διάμετρο από 0,5 εκατοστών έως και 1 εκατοστού, και το T1c, όπου υπάρχει όγκος με μέγιστη διάμετρο μεταξύ ενός και 2 εκατοστών.

- T2. Το στάδιο αυτό υποδεικνύει την ύπαρξη όγκου με μέγιστη διάμετρο μεταξύ 2 και 5 εκατοστών.
- T3. Το στάδιο T3 αντιστοιχεί στην ύπαρξη όγκου με μέγιστη διάμετρο μεγαλύτερη από 5 εκατοστά.
- T4. Το στάδιο T4 υποδεικνύει την ύπαρξη όγκου, ανεξαρτήτου μεγέθους, ο οποίος επεκτείνεται άμεσα είτε στο δέρμα είτε στο θωρακικό τοίχωμα του ασθενούς, το οποίο περιλαμβάνει τον οδοντωτό μυ, τους μεσοπλεύριους μύες και τις πλευρές. Το συγκεκριμένο στάδιο μπορεί να διακριθεί σε 4 επιμέρους υποστάδια: το T4a, όπου ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα, το T4b, όπου παρατηρείται η ύπαρξη περιφερικών όζων στο δέρμα του μαστού, εξέλκωσης του δέρματος του μαστού ή οιδήματος, το T4c, όπου υπάρχουν ενδείξεις που συνδυάζουν τα δύο προηγούμενα υποστάδια, και τέλος, το T4d, όπου εντοπίζεται καρκίνωμα φλεγμονώδες.

Αναφορικά με την παθολογοανατομική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού, αξιολογούνται οι εξής συμβολισμοί (Γεωργίου, 2017; Edge *et al*, 2010; Orucevic *et al*, 2015; Uehiro *et al*, 2014):

- pNx. Η συγκεκριμένη ένδειξη ισοδυναμεί με την αδυναμία αξιολόγησης των περιοχικών λεμφαδένων. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε διότι δεν έχει πραγματοποιηθεί αφαίρεσή τους ώστε να διεξαχθεί η παθολογοανατομική μελέτη, είτε διότι οι λεμφαδένες είχαν αφαιρεθεί σε προγενέστερη χρονική στιγμή.
- pN0. Η ένδειξη αυτή υποδηλώνει την απουσία μεταστάσεων στους περιοχικούς λεμφαδένες.
- pN0 (i-). Η συγκεκριμένη ένδειξη δηλώνει την απουσία μεταστάσεων στους περιοχικούς λεμφαδένες σε ιστολογικό επίπεδο, καθώς και την ύπαρξη αρνητικής ανοσοϊστοχημείας.
- pN0 (i+). Ο δεδομένος συμβολισμός υποδεικνύει την ύπαρξη καρκινικών κυττάρων μέγιστης διαμέτρου 0,2 χιλιοστών στους περιοχικούς λεμφαδένες, τα οποία εντοπίστηκαν με τη βοήθεια ανοσοϊστοχημείας ή μέσω της χρώσης αιμοτοξυλίνης – ηωσίνης.
- pN0 (mol-). Η ένδειξη αυτή ισοδυναμεί με την απουσία μεταστάσεων στους περιοχικούς λεμφαδένες σε ιστολογικό επίπεδο, καθώς και με αρνητικά μοριακά αποτελέσματα (με RT – PCR (Reverse Transcription – Polymerase Chain Reaction)).

- pN0 (mol+). Η ένδειξη αυτή ισοδυναμεί και πάλι με την απουσία μεταστάσεων στους περιφερικούς λεμφαδένες σε ιστολογικό ή ανοσοϊστοχημικό επίπεδο, αλλά τα αποτελέσματα από την RT – PCR είναι θετικά.
- pN1. Ο συμβολισμός pN1 αντιστοιχεί στην ύπαρξη μεταστάσεων ή μικρομεταστάσεων σε ένα έως και τρεις μασχαλιαίους λεμφαδένες, ή / και σε μεταστάσεις στους έσω μαστικούς λεμφαδένες, οι οποίες, όμως, δεν εντοπίστηκαν κλινικά αλλά με τη βοήθεια της βιοψίας του λεμφαδένα του φρουρού.
- pN1mi. Η συγκεκριμένη ένδειξη αντιστοιχεί στην ύπαρξη μικρομεταστάσεων, οι οποίες είναι είτε περισσότερες από 200 κύτταρα, αλλά μικρότερες από 2 χιλιοστά, ή / και μεγαλύτερες από 0,2 χιλιοστά.
- pN1a. Ο συμβολισμός αυτός υποδεικνύει την ύπαρξη μεταστάσεων σε ένα έως τρεις μασχαλιαίους λεμφαδένες, εκ των οποίων η μία τουλάχιστον είναι μεγαλύτερη από 2 χιλιοστά.
- pN1b. Η συγκεκριμένη ένδειξη δηλώνει την ύπαρξη μεταστάσεων στους έσω μαστικούς λεμφαδένες, με παράλληλη ύπαρξη μακρομεταστάσεων και μικρομεταστάσεων, οι οποίες εντοπίστηκαν με τη βοήθεια βιοψίας στο λεμφαδένα φρουρού, και όχι σε κλινικό επίπεδο.
- pN1c. Η συγκεκριμένη ένδειξη αντιστοιχεί στην ύπαρξη μεταστάσεων σε έναν έως και τρεις λεμφαδένες της μασχαλιαίας περιοχής, καθώς και στους έσω μαστικούς λεμφαδένες, με παράλληλη ύπαρξη μακρομεταστάσεων και μικρομεταστάσεων, οι οποίες εντοπίστηκαν με τη βοήθεια βιοψίας στο λεμφαδένα φρουρού, και όχι σε κλινικό επίπεδο.
- pN2. Ο συγκεκριμένος συμβολισμός αντιστοιχεί στην ύπαρξη μεταστάσεων σε τέσσερις έως εννέα μασχαλιαίους λεμφαδένες ή σε έσω μαστικούς λεμφαδένες που εντοπίστηκαν κλινικά, χωρίς, ωστόσο, να ανιχνεύεται διήθηση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.
- pN2a. Η συγκεκριμένη ένδειξη υποδηλώνει την ύπαρξη μεταστάσεων σε τέσσερις έως εννέα μασχαλιαίους λεμφαδένες, με έναν τουλάχιστον όγκο με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 χιλιοστά.
- pN2b. Ο συγκεκριμένος συμβολισμός αναφέρεται στην ύπαρξη μεταστάσεων στους έσω μαστικούς λεμφαδένες που είναι ανιχνεύσιμοι σε κλινικό επίπεδο, χωρίς, ωστόσο, να υπάρχει διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων.
- pN3. Η συγκεκριμένη ένδειξη αντιστοιχεί στην ύπαρξη τουλάχιστον δέκα μεταστάσεων στους υποκλείδιους λεμφαδένες, στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή

στου έσω μαστικού λεμφαδένες, οι οποίοι εντοπίζονται κλινικά, με ταυτόχρονη συνύπαρξη τουλάχιστον ενός θετικού λεμφαδένα στα επίπεδα I ή II στη μασχάλη, τουλάχιστον τριών θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στην περιοχή της μασχάλης, και έσω μαστικών λεμφαδένων με μακρομεταστάσεις ή μικρομεταστάσεις.

- pN3a. Η συγκεκριμένη ένδειξη αντιστοιχεί στην ύπαρξη μεταστάσεων σε τουλάχιστον δέκα μασχαλιαίους λεμφαδένες, με περισσότερες από μία εστία διήθησης, διαμέτρου άνω των 2 χιλιοστών, ή σε υποκλείδιους λεμφαδένες, επιπέδου III.
- pN3b. Ο συμβολισμός αυτός δηλώνει την ύπαρξη μεταστάσεων σε έσω μαστικούς λεμφαδένες που ανιχνεύονται σε κλινικό επίπεδο, με ταυτόχρονη ύπαρξη τουλάχιστον ενός θετικού λεμφαδένα στη μασχάλη, ή τουλάχιστον τριών θετικών λεμφαδένων στη μασχάλη και στην έσω μαστική περιοχή, με μακρομεταστάσεις ή μικρομεταστάσεις.
- pN3c. Η συγκεκριμένη ένδειξη ισοδυναμεί με την παρουσία μεταστάσεων στους σύστοιχους, υπερκλείδιους λεμφαδένες.

Οι κατηγορίες που προκύπτουν ανάλογα με τους λεμφαδένες στις περιφερικές περιοχές είναι οι ακόλουθες (Γεωργίου, 2017; Edge *et al*, 2010; Orucevic *et al*, 2015; Uehiro *et al*, 2014):

- NX. Η συγκεκριμένη ένδειξης υποδηλώνει την αδυναμία αξιολόγησης των περιοχικών λεμφαδένων. Αυτό συχνά συμβαίνει στην περίπτωση όπου εκείνοι έχουν αφαιρεθεί σε προγενέστερο χρόνο.
- N0. Η ένδειξη αυτή ισοδυναμεί με την παντελή απουσία μεταστάσεων στους περιοχικούς λεμφαδένες.
- N1. Η ένδειξη N1 δηλώνει την ύπαρξη μετάστασης στους κινητούς, σύστοιχους λεμφαδένες της μασχαλιαίας περιοχής.
- N2. Η συγκεκριμένη ένδειξη υποδηλώνει την ύπαρξη μετάστασης στους σύστοιχους λεμφαδένες της μασχαλιαίας περιοχής, οι οποίοι βρίσκονται σε καθηλωμένη θέση σε γειτονικές δομές, ή ο ένας πάνω στον άλλον.
- N3. Η ένδειξη N3 δηλώνει την ύπαρξη μετάστασης στους σύστοιχους λεμφαδένες που βρίσκονται στην έσω μαστική περιοχή.

Τέλος, αναφορικά με την αξιολόγηση των απομακρυσμένων μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού, χρησιμοποιούνται τρεις βασικοί συμβολισμοί (Γεωργίου, 2017; Edge *et al*, 2010; Orucevic *et al*, 2015; Uehiro *et al*, 2014):

- MX. Η συγκεκριμένη ένδειξη δηλώνει την ύπαρξη μιας μετάστασης σε απομακρυσμένο σημείο, η οποία, ωστόσο, δεν είναι δυνατόν να αξιολογηθεί.
- M0. Η ένδειξη αυτή υποδηλώνει την απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων στον ασθενή.
- M1. Η ένδειξη M1 δηλώνει την ύπαρξη μίας τουλάχιστον, αξιολογήσιμης, απομακρυσμένης μετάστασης.

Το σύστημα TNM αποτελεί ένα σύστημα σταδιοποίησης που μπορεί να εφαρμοστεί για όλες τις περιοχές καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια επιλεκτική και προσεκτική προσθήκη μη ανατομικών προγνωστικών παραγόντων σε πολλούς τύπους καρκίνου. Με αυτόν τον τρόπο, το TNM σύστημα σταδιοποίησης επιτυγχάνει το συνεχή εκσυγχρονισμό του και την αέναη εξέλιξή του, αντανακλώντας όλες τις προόδους που πραγματοποιούνται σε τεχνολογικό και κλινικό επίπεδο για τον καρκίνο (Orucevic *et al*, 2015). Ωστόσο, όσον αφορά ειδικά στον καρκίνο του μαστού, το AJCC δεν έχει προβεί σε μεταβολή του συστήματος TNM, με ενσωμάτωση των εκφράσεων του υποδοχέα του αυξητικού επιδερμικού παράγοντα HER2, του υποδοχέα προγεστερόνης PR και του οιστρογονικού υποδοχέα ER, καθώς και των προφίλ έκφρασης πολλαπλών γονιδίων. Οι συγκεκριμένοι βιοδείκτες είναι πολύ σημαντικοί σήμερα για τη φροντίδα του καρκίνου του μαστού, κατέχουν υψηλή προγνωστική αξία για τον τρόπο αντιμετώπισής του, και συνεισφέρουν σημαντικά προς την εξέλιξη της εξατομικευμένης ιατρικής (Kelly & Buzdar, 2013). Έτσι, η προσθήκη αυτών των βιοδεικτών στο σύστημα TNM αναμένεται να βελτιώσει την προγνωστική ακρίβεια του αποτελέσματος του συγκεκριμένου συστήματος (Edge *et al*, 2010).

1.5 Διάγνωση

Παλαιότερα, ο καρκίνος του μαστού συνηθιζόταν να διαγιγνώσκεται από την παρουσία μιας «ψηλαφητής μάζας» στο μαστό της γυναίκας, και το στάδιο αυτό ήταν συνήθως προχωρημένο. Ωστόσο, στη σημερινή εποχή, στις ανεπτυγμένες χώρες, η πλειοψηφία των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκονται με τη χρήση της συμπτωματικής,

μαστογραφίας, η οποία, σε συνδυασμό με την ευρεία εφαρμογή των παρεμβάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου, έχουν οδηγήσει σε εντοπισμό πολλών περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε πολύ λιγότερο προχωρημένο στάδιο (Meade & Dowling, 2012).

Σε γενικά πλαίσια, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει μια τριπλή αξιολόγηση στα «κέντρα» του καρκίνου του μαστού. Η τριπλή αυτή αξιολόγηση αποτελείται από την κλινική εξέταση, την ακτινολογική απεικόνιση και τη διάγνωση του ιστού (Meade & Dowling, 2012).

Η απεικόνιση του μαστού περιλαμβάνει το υπερηχογράφημα του μαστού, τη μαστογραφία, και σε ορισμένες περιπτώσεις, την απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού του μαστού (Breast Magnetic Resonance Imaging, Breast MRI) (Meade & Dowling, 2012).

Η μαστογραφία παραμένει το πιο συχνό και σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με όχι τόσο πυκνό μαστικό ιστό, και ιδίως σε γυναίκες ύστερα από την εμμηνόπαυση. Ωστόσο, το εργαλείο αυτό δεν είναι τόσο ευαίσθητο και αξιόπιστο, με αποτέλεσμα την ύπαρξη πολλαπλών προβλημάτων (Meade & Dowling, 2012). Συγκεκριμένα, ένα ποσοστό περισσότερο του 20% των ατόμων που ελέγχονται σε μαστογραφία δέχονται ένα ψευδώς θετικό αποτέλεσμα, ενώ, παράλληλα, το 10% των καρκίνων του μαστού δε γίνονται αντιληπτά από τη συγκεκριμένη μέθοδο (Benson *et al*, 2009). Επιπροσθέτως, η απλή μαστογραφία εκθέτει τον ασθενή σε μια μικρή ποσότητα ακτινοβολίας, η οποία, ωστόσο, μπορεί με τις επαναλαμβανόμενες εφαρμογές της μεθόδου, να λειτουργήσει προσθετικά και να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Bjurstam *et al*, 2003). Βέβαια, και πάλι τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής τακτικού ελέγχου με μαστογραφία, ιδίως στις γυναίκες άνω των 40 ετών, είναι πολύ υψηλότερα και σημαντικότερα από τα μειονεκτήματα, και ως εκ τούτου, η μαστογραφία εξακολουθεί να αποτελεί μια σημαντική μέθοδο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού (Παναγιωτόπουλος, 2017).

Στις περιπτώσεις γυναικών με πυκνό μαστικό ιστό, το πιο χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο είναι ο υπέρηχος (Meade & Dowling, 2012). Ο υπέρηχος προτιμάται στις περιπτώσεις αυτές από τη μαστογραφία, διότι η τελευταία παρουσιάζει μειωμένη ικανότητα ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού, λόγω της έλλειψης αντίθεσης μεταξύ του «λευκού» ιστού του μαστού και του επίσης «λευκού» καρκίνου του μαστού που απεικονίζονται (Brem *et al*, 2015). Η σύγκριση των «συμβατικών μεθόδων διάγνωσης» με φυσική εξέταση και μαστογραφία, με το συνδυασμό μαστογραφίας με υπέρηχο, έδειξε πως στη δεύτερη

περίπτωση, η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού ήταν πολύ πιο ευαίσθητη (Kolb *et al*, 2002). Έτσι, σήμερα, ο υπέρηχος ολόκληρου του μαστού έχει ενταχθεί πλέον στην κλινική πρακτική, και αξιοποιείται για τη μέτρηση του μεγέθους του όγκου και επιτρέπει την αξιολόγηση των λεμφαδένων στις γύρω περιοχές (Meade & Dowling, 2012). Παράλληλα, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει την ευεργετική του επίδραση στην πρόληψη και διάγνωση του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου. Ωστόσο, δεδομένου ότι η αξιολόγηση και ερμηνεία των εικόνων του υπέρηχου πραγματοποιούνται από τεχνολόγους και ακτινολόγους, υπάρχει ακόμη υψηλός κίνδυνος λανθασμένης εκτίμησης του δείγματος. Το συγκεκριμένο πρόβλημα αναμένεται να αντιμετωπιστεί τόσο από την αύξηση της εμπειρίας των ατόμων που εξειδικεύονται στο συγκεκριμένο αντικείμενο, όσο και από την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τα οποία θα είναι σε θέση να ανιχνεύουν τις βλάβες στον ιστό, με αυξημένη ειδικότητα και ευαισθησία (Brem *et al*, 2015).

Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση και το χαρακτηριστικό του καρκίνου του μαστού, για την αξιολόγηση του βαθμού της επέκτασης της νόσου, της καθοδήγησης της βιοψίας, καθώς και την εκτίμηση της απόκρισης του όγκου και του οργανισμού στη θεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής (Roganovic *et al*, 2015). Πρόκειται για μια τεχνική χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των γυναικών με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού, όπως συμβαίνει στις θετικές για το γονίδιο BRCA γυναίκες, καθώς και όταν οι άλλες, συμβατικές διαγνωστικές μέθοδοι αποτυγχάνουν ή δεν διευκρινίζουν επακριβώς εάν ο ασθενής χρειάζεται χειρουργική επέμβαση ή όχι (Meade & Dowling, 2012). Η ευαισθησία της μαγνητικής τομογραφίας προσεγγίζει πολλές φορές ακόμη και το 100%, γεγονός που αυξάνει τη χρησιμότητα του συγκεκριμένου εργαλείου και εξηγεί γιατί είναι απαραίτητο για την εύρεση του σταδίου του καρκίνου πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας. Ωστόσο, ένας σημαντικός περιορισμός της μαγνητικής τομογραφίας είναι χαμηλής προς μέτρια ειδικότητα που εμφανίζει, η οποία μπορεί να διακυμανθεί από 40% έως και 97%. Η χαμηλή αυτή ειδικότητα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε λάθος διάγνωση και συνεπώς, σε υπερβολική θεραπεία του ασθενούς (Roganovic *et al*, 2015).

Η διάγνωση των ιστών πραγματοποιείται επίσης με τη βοήθεια βιοψίας του πυρήνα του όγκου. Τα πιο επιθετικά καρκινώματα του μαστού περιλαμβάνουν πολλούς ιστολογικούς υπότυπους, με κυρίαρχο το διηθητικό, πορογενές καρκίνωμα (Meade & Dowling, 2012). Η κλινική, χειρωνακτική εξέταση του δείγματος της βιοψίας του μαστού αποτελεί μια αρκετά χρονοβόρα διαδικασία, η οποία οδηγεί πολλές φορές σε εσφαλμένη διάγνωση, λόγω των λεπτομερειών που γίνονται αντιληπτές με διαφορετικό τρόπο από παρατηρητή σε

παρατηρητή (Saha *et al*, 2016). Για το λόγο αυτό, απαιτείται η πιο προσεκτική εξέταση των βιοψιών σε ειδικά μικροσκόπια. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε καθημερινό, κλινικό επίπεδο, πραγματοποιείται με το σύστημα Bloom – Richardson – Elston ή με το σύστημα βαθμολόγησης του Nottingham (Nottingham grading system, NGS), το οποίο αξιοποιεί την ανάλυση εικόνων μικροσκοπίας από τους παθολόγους. Το NGS θεωρείται ακόμη ο «χρυσός κανόνας» για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς είναι ένα αξιόπιστο σύστημα βαθμολόγησης, και είναι επίσης ιδιαίτερα δημοφιλές μεταξύ των παθολόγων (Saha *et al*, 2016).

1.6 Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού παρέχει σήμερα πολυάριθμες, διαφορετικές επιλογές, και περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία, και τη συστηματική θεραπεία, όπως είναι η ορμονική θεραπεία, η χημειοθεραπεία και η βιολογική θεραπεία (Meade & Dowling, 2012).

Ο καθορισμός της καταλληλότερης θεραπείας για τον κάθε ασθενή εξαρτάται από πολυάριθμους παράγοντες, ενώ, παράλληλα, λαμβάνεται υπόψη και το τι θα επακολουθήσει ύστερα από την εκάστοτε θεραπεία. Οι γυναίκες που βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο του καρκίνου του μαστού, δηλαδή εκείνες που διαγιγνώσκονται με μικρούς όγκους που είναι αρνητικοί για τους λεμφαδένες ή με πορογενές *in situ* καρκίνωμα, συνήθως υποβάλλονται αρχικά σε χειρουργική επέμβαση (Matsen & Neumayer, 2013). Αντιθέτως, στους ασθενείς με μεγάλους σε μέγεθος όγκους, ή με καρκίνο όπου εμπλέκεται και ο ιστός του δέρματος, προτείνεται συχνά η εισαγωγική χημειοθεραπεία διότι η αντίδραση σε αυτή παρέχει πολύτιμες, προγνωστικές πληροφορίες. Τα άτομα που πάσχουν από φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού πρέπει πάντοτε να λαμβάνουν πρώτα χημειοθεραπεία. Τέλος, σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε ασθενείς με θετικά ορμονικούς όγκους, παρέχεται ως μοναδική θεραπεία η ενδοκρινική θεραπεία (Matsen & Neumayer, 2013).

Σχεδόν πάντοτε, η ακτινοθεραπεία παρέχεται ύστερα από την ολοκλήρωση μιας χειρουργικής επέμβασης ή της χημειοθεραπείας (Matsen & Neumayer, 2013).

1.6.1 Χειρουργική Επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση με στόχο τη διατήρηση του μαστού αποτελεί σήμερα τη βασική τεχνική αντιμετώπισης των αρχικών σταδίων του καρκίνου του μαστού, η οποία παρέχει στους ασθενείς καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα, καλύτερη επιβίωση και καλύτερη ποιότητα ζωής (Meade & Dowling, 2012; Sun *et al*, 2014). Η συγκεκριμένη επέμβαση διευκολύνεται στην περίπτωση μεγάλου μεγέθους όγκων που εντοπίζονται κατά τον προληπτικό έλεγχο, με την εφαρμογή αρχικά μιας εισαγωγικής θεραπείας, η οποία μειώνει το μέγεθος του όγκου και επιτρέπει τη διεξαγωγή της εγχείρησης με παράλληλη διατήρηση των μαστών. Ωστόσο, η επιλογή των ασθενών στις οποίες θα διατηρηθεί ο μαστός πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, διότι πολλές φορές απαιτείται η ύπαρξη αρκετών χειρουργικών περιθωρίων για τη μείωση του κινδύνου της επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού, και η απουσία τους ενδέχεται να οδηγήσει σε άσχημα αισθητικά αποτελέσματα (Park *et al*, 2000).

Η μαστεκτομή αποτελεί μια διαδικασία που ενδείκνυται στις περιπτώσεις πολυκεντρικής, επιθετικής μορφής καρκίνου, φλεγμονώδους καρκίνου, εκτενών ενδοπορογενών καρκινωμάτων και μεγάλων πρωτογενών όγκων που δε μειώνονται από την εισαγωγική χημειοθεραπεία (Benson *et al*, 2009).

Στη σημερινή εποχή, οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε ολική μαστεκτομή προβαίνουν σε άμεση ανακατασκευή των μαστών. Οι επιλογές για την αποκατάσταση των μαστών είναι πολυάριθμες, αλλά εκείνη η μέθοδος που θα επικρατήσει δεν έγκειται μόνο στην προσωπική άποψη της ασθενούς, αλλά κυρίως στην ανάγκη για εφαρμογή ακτινοθεραπείας ύστερα από την ολική μαστεκτομή. Μια από τις πιο δημοφιλείς μεθόδους ανακατασκευής που χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα είναι οι υποδόριες μαστεκτομές με επακόλουθη ανακατασκευή του μαστού (Benson *et al*, 2009).

1.6.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως ύστερα από τη διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων που διατηρούν το μαστό και είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι φαίνεται πως μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του καρκίνου του ιστού μέσα στα επόμενα 10 έτη στο μισό, καθώς και τον κίνδυνο θανάτου μέσα στα επόμενα 15 χρόνια κατά ένα ποσοστό ίσο με 20% (Darby *et al*, 2011).

Παρά τις συνεχείς επιστημονικές προσπάθειες, δεν έχουν καθοριστεί μέχρι σήμερα τα κριτήρια εκείνα που θα διακρίνουν τις ομάδες ασθενών που ενώ έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση με διατήρηση του μαστού, δε χρειάζονται ακτινοθεραπεία (Meade & Dowling, 2012).

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες διαφορετικές τεχνικές ακτινοθεραπείας, όπως είναι η ενδοεγχειρητική ακτινοθεραπεία, η μερική ακτινοθεραπεία μαστού και η ταχεία επανακτινοβόληση, οι οποίες επιλέγονται ανάλογα με την περίπτωση του κάθε ασθενούς (Meade & Dowling, 2012).

1.6.3 Συστημικές Θεραπείες

Παλαιότερα, η χημειοθεραπεία παρεχόταν σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ετερογένεια και η φαινοτυπική ποικιλομορφία του συγκεκριμένου καρκίνου, και συνεπώς, πολλοί ασθενείς εκτίθονταν σε υπερβολική θεραπεία (Meade & Dowling, 2012).

Η απόφαση σχετικά με το εάν μια ασθενής με καρκίνο του μαστού θα υποβληθεί σε κάποια συστηματική θεραπεία και σε ποια από όλες τις διαθέσιμες, εξαρτάται από τον τύπο και το μοριακό υπότυπο του κάθε καρκίνου. Αναλυτικότερα, υπάρχουν υπότυποι που είναι ανθεκτικοί στη χημειοθεραπεία αλλά πιο ευαίσθητοι απέναντι στην ενδοκρινική θεραπεία, ενώ άλλοι που παρουσιάζουν αυξημένη θεραπεία στη χημειοθεραπεία (Meade & Dowling, 2012). Έτσι, επιβάλλεται η πολύ προσεκτική διάγνωση του τύπου και του υπότυπου του καρκίνου, έτσι ώστε να επιλεγθεί η καταλληλότερη για τον ασθενή θεραπευτική αντιμετώπιση.

1.7 Πρόληψη

Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας του Καρκίνου, κάθε γυναίκα 40 ετών και άνω πρέπει να πραγματοποιεί ετησίως προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία και κλινικές εξετάσεις του μαστού. Επιπλέον, οι γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20 και 40 ετών πρέπει να διεξάγουν κλινικές εξετάσεις του μαστού κάθε 3 χρόνια, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 50 έως 74 ετών πρέπει να διεξάγουν μαστογραφική εξέταση κάθε 2 έτη (Matsen & Neumayer, 2013).

Ωστόσο, η προληπτική μαστογραφία αποτελεί μια εξέταση όχι και τόσο ακριβή και αποτελεσματική, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλά προβλήματα. Η ευαισθησία της συγκεκριμένης μεθόδου είναι μικρότερη από 70%, ενώ το 30% του πληθυσμού που πραγματοποιεί τον προληπτικό έλεγχο με τη συγκεκριμένη μέθοδο οδηγείται σε αυξημένο ψυχολογικό στρες και σε δαπανηρές, επεμβατικές διαδικασίες, λόγω κάποιου ψευδώς θετικού αποτελέσματος (Matsen & Neumayer, 2013). Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να έχει λυθεί έως ένα σημείο σήμερα με την ανάπτυξη και τη χρήση της μαγνητικής απεικόνισης συντονισμού, η οποία συνιστάται για τον προληπτικό έλεγχο των νέων γυναικών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, λόγω οικογενειακού ιστορικού ή άλλων προδιαθεσιακών παραγόντων (Granader *et al*, 2008).

Στη σημερινή εποχή, ο προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική διαδικασία για την υγεία των γυναικών, ακόμη και για την ίδια τους τη ζωή. Η υψηλή αυτή σημασία του προληπτικού ελέγχου έγκειται στο γεγονός πως η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, παρέχει τη δυνατότητα έγκαιρης, και συνεπώς, αποτελεσματικότερης θεραπείας του προβλήματος.

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι γυναίκες στις οποίες ο καρκίνος του μαστού έγινε αντιληπτός κατά τη διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων, παρουσιάζουν γενικά υψηλότερη συχνότητα πενταετούς συνολικής επιβίωσης από εκείνες τις γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού από αντικειμενική εξέταση ή απεικόνιση εκτός προληπτικού ελέγχου (Cedolini *et al*, 2014). Επιπλέον, ο προληπτικός έλεγχος έχει συσχετιστεί με μικρότερο μέγεθος όγκου και με λιγότερες μεταστάσεις στους λεμφαδένες (Nagtegaal & Duffy, 2013).

Ανεξάρτητα, λοιπόν, με την ηλικία των γυναικών, ο τακτικός έλεγχος του μαστού έχει μια πολύ σημαντική, θετική επίδραση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, και ακολούθως, στην πρόγνωση του και στη θεραπεία του (Cedolini *et al*, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού

2.1 Ιστορική Αναδρομή της ποιότητας ζωής

Ο όρος «ποιότητα της ζωής» (“Quality of Life”, QoL) χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο τις τελευταίες 4 δεκαετίες, τόσο στην ιατρική, όσο και στη φιλοσοφική βιβλιογραφία (Pennachini *et al*, 2011).

Οι πρώτες αναφορές που σημειώνονται στην ιατρική βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής σημειώνονται το 1960 (Karimi & Brazier, 2016). Συγκεκριμένα, κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ του 1960 και του 1970, προέκυψαν πολυάριθμες, νέες τεχνολογίες στον ιατρικό τομέα, οι οποίες έθεσαν νέα ερωτήματα στους ιατρούς. Για τη λήψη, λοιπόν, των καλύτερων δυνατών αποφάσεων για τα ιατρικά ζητήματα, αξιοποιήθηκε αυτή η νέα παράμετρος, η ποιότητα της ζωής (Pennachini *et al*, 2011).

Στο πλαίσιο αυτό, πολλοί ερευνητές εστίασαν το ενδιαφέρον τους στην κατασκευή διάφορων ειδικών εργαλείων για τη μέτρηση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Ωστόσο, όλα αυτά τα εργαλεία παρουσίασαν ορισμένα μεθοδολογικά και εννοιολογικά προβλήματα, τα οποία κατέστησαν τη χρήση της ποιότητας ζωής στον τομέα της ιατρικής ακόμα πιο δύσκολη (Pennachini *et al*, 2011).

Οι ιατρικοί επιστήμονες διχάστηκαν απέναντι στην ποιότητα της ζωής, καθώς ορισμένοι τη χαρακτήρισαν ως «ένα ιδιοσυγκρασιακό μυστήριο», ενώ άλλοι τη θεωρούσαν ένα χρήσιμο εργαλείο για την ενσωμάτωση της άποψης του ίδιου του ασθενή στην κλινική πρακτική, και ενθάρρυναν τη βελτίωση του ορισμού και της μεθοδολογίας του συγκεκριμένου μέτρου (Pennachini *et al*, 2011).

Το 1990, κάποιοι φιλόσοφοι συσχέτισαν την ποιότητα ζωής με την υγεία και την ευτυχία, ενώ το ενδιαφέρον των ερευνητών για τα θεωρητικά ζητήματα που σχετίζονταν με την ποιότητα της ζωής ξεκίνησε από τότε να μειώνεται. Σε κάθε περίπτωση, όμως, σήμερα ο όρος της ποιότητας της ζωής εξακολουθεί να υφίσταται και να χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πρακτική (Pennachini *et al*, 2011). Έτσι, στη σύγχρονη εποχή, η ποιότητα ζωής ισούται με ένα βασικό στόχο και ένα ιδιαίτερα εκτιμώμενο κριτήριο αξιολόγησης των ιατρικών παρεμβάσεων, ιδίως όταν εκείνες δεν εφαρμόζονται επαρκώς (Woopen, 2014). Πολλές κλινικές μελέτες πλέον επιλέγουν ως μέτρο της αποτελεσματικότητας της μεθόδου που διερευνούν την ποιότητα ζωής, ενώ, παράλληλα, σε ορισμένες περιπτώσεις, η τελευταία έχει ενταχθεί και στα κριτήρια που ελέγχονται για την παροχή άδειας κυκλοφορίας σε νέα φαρμακευτικά προϊόντα (O’ Boyle, 1997).

2.2 Ορισμός Ποιότητας Ζωής

Στην ιατρική είναι δυνατόν να διακριθούν σε δύο βασικές έννοιες της ποιότητας ζωής: η γενική ποιότητα ζωής και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία του ατόμου (ή η ειδική για μια ασθένεια ποιότητα της ζωής) (Woorpen, 2014).

2.2.1 Γενική Ποιότητα Ζωής

Παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες των ιατρών και των φιλοσόφων να ορίσουν την ποιότητα της ζωής, δεν υπάρχει ένας ομόφωνος ορισμός για τη συγκεκριμένη έννοια (Woorpen, 2014).

Βέβαια, κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολυάριθμοι αξιόλογοι ορισμοί της ποιότητας ζωής που λαμβάνονται υπόψη έως σήμερα. Πιο συγκεκριμένα, το 1985, ο Ferrans όρισε την ποιότητα ζωής ως «την αίσθηση ευημερίας ενός ατόμου που προέρχεται από την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά του απέναντι στους διάφορους τομείς της ζωής του που είναι σημαντικοί για τον ίδιο (Ferrans, 1985). Επίσης, σύμφωνα με τον Meeburg (1993), η ποιότητα ζωής αποτελεί «ένα συναίσθημα συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή, όπως καθορίζεται από ένα άτομο σε «ψυχική ενεργότητα και επαγρύπνηση», του οποίου η ζωή αξιολογείται» (Meeburg, 1993).

Το 1999, η ποιότητα της ζωής ορίστηκε από τον Haas ως «μια πολυδιάστατη αξιολόγηση των τρέχοντων περιστάσεων της ζωής ενός ατόμου στο πλαίσιο της κουλτούρας στην οποία έχει επιλέξει να ζει και των αξιών που κατέχει» (Haas, 1999). Υπό αυτήν την έννοια, η ποιότητα της ζωής αποτελεί κυρίως μια υποκειμενική αίσθηση ευεξίας, η οποία λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες σωματικές, διανοητικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ζωής του εκάστοτε ατόμου (Poradzisz & Florczak, 2013).

Συνολικά, γίνεται φανερό πως όλοι οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί για την ποιότητα της ζωής είναι καθολικοί και μοιράζονται ορισμένα κοινά γνωρίσματα, όπως είναι η υποκειμενικότητα, η ικανοποίηση και η πολυμορφικότητα. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει μέχρι σήμερα κανένας κοινά αποδεκτός από όλους ορισμός της ποιότητας ζωής, ούτε ένα συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησής της που να αξιοποιείται από όλους (Poradzisz & Florczak, 2013).

2.2.2 Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (“Health – Related Quality of Life”, HRQoL) αποτελεί μια διακριτή έννοια από την ποιότητα της ζωής, καθώς αναφέρεται σε ένα περιορισμένο τμήμα της τελευταίας. Συγκεκριμένα, η ποιότητα της ζωής που σχετίζεται με την υγεία δεν περιλαμβάνει ορισμένες πτυχές της γενικής έννοιας της ποιότητας ζωής, όπως είναι οι αντιλήψεις σχετικά με το άμεσο περιβάλλον, το εισόδημα, η στέγαση και η εκπαίδευση (O’ Boyle, 1997).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία επίσης παρουσιάζει πολυάριθμα προβλήματα στον ορισμό της και έχει οριστεί από πολλούς ερευνητές με διαφορετικό τρόπο.

Αρχικά, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως «το πόσο καλά ένα άτομο λειτουργεί στη ζωή του και ως η αντιλαμβανόμενη από το ίδιο ευημερία του στον κοινωνικό, τον ψυχικό και το σωματικό τομέα της ζωής του» (Hays & Reeve, 2010). Στο συγκεκριμένο ορισμό, η λειτουργία του ατόμου αναφέρεται στην ικανότητα του ίδιου να διεξάγει ορισμένες προκαθορισμένες δραστηριότητες, ενώ η ευημερία του αφορά στα υποκειμενικά συναισθήματα που αναπτύσσει και ενδεχομένως εκδηλώνει το άτομο (Hays & Reeve, 2010; Karimi & Brazier, 2016).

Ένας άλλος ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τη συσχετίζει άμεσα με τη γενική ποιότητα ζωής, όπου η τελευταία είναι «μια ολοκληρωμένη έννοια που ενσωματώνει όλους τους παράγοντες (υγείας, πολιτικούς, οικονομικούς κ.α.) που επηρεάζουν τη ζωή ενός ανθρώπου», ενώ η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιλαμβάνει «μόνο τους παράγοντες εκείνους που αφορούν στην υγεία του ατόμου» (Torrance, 1987).

Σύμφωνα με τους Gold *et al* (1996), η ποιότητα της ζωής που συνδέεται με την υγεία αφορά στις αξίες εκείνες που σχετίζονται με τις διαφορετικές καταστάσεις υγείας του ανθρώπου (Gold *et al*, 1996).

Μια άλλη προσέγγιση του ορισμού της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι εκείνη που υποστηρίζει πως η ίδια εστιάζει μόνο σε εκείνες τις παραμέτρους της ποιότητας της ζωής που επηρεάζονται από την υγεία του ατόμου. Έτσι, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία αφορά «τους παράγοντες της αντίληψης από το ίδιο το άτομο της

ευημερίας του που σχετίζεται ή επηρεάζεται από την παρουσία μιας ασθένειας από τη θεραπευτική διαδικασία αυτής» (Ebrahim, 1995).

Τέλος, επισημαίνεται πως πολλές φορές η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής χρειάζεται να οριστεί βάσει μιας συγκεκριμένης ασθένειας. Για παράδειγμα, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία νέων ατόμων με χρόνια νόσο ορίζεται ως μια δυναμική, υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια που είναι μοναδική για το κάθε άτομο, και περιλαμβάνει πτυχές τόσο της σωματικής, όσο και της κοινωνικής και της ψυχολογικών λειτουργίας των νέων (Taylor *et al*, 2008). Επιπλέον, η συγκεκριμένη κατηγορία ποιότητας ζωής εξαρτάται από το στάδιο της ασθένειας, καθώς και από την πορεία της αναφορικά με ένα συγκεκριμένο άτομο. Έτσι, περιλαμβάνει την επίτευξη των προσωπικών στόχων και προσδοκιών, καθώς και τους περιορισμούς που θέτει η ίδια η ασθένεια και η θεραπεία της στη ζωή του ατόμου (Poradzisz & Florczak, 2013).

2.3 Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για την προσέγγιση του «βάρους» που εναποθέτει μια ασθένεια στη ζωή του ασθενούς. Το βάρος αυτό δεν περιλαμβάνει μόνο τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και τις ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου στον ασθενή, την επίδραση που έχει εκείνη στις καθημερινές του δραστηριότητες, ακόμη και την ποιότητα του ύπνου του (Dietz de Loos *et al*, 2013). Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Είναι δυνατό δύο ασθενείς που παρουσιάζουν παρόμοια κλινική σοβαρότητα και συμπτώματα μιας νόσου, να βιώνουν πολύ διαφορετικά την κατάσταση αυτή και ως εκ τούτου, να επηρεάζεται με διαφορετικό τρόπο η καθημερινή τους ζωή, η ψυχολογία τους, και εν τέλει, η ποιότητα ζωής τους (Salvilla *et al*, 2014).

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής πραγματοποιείται με τη βοήθεια των «μετρήσεων των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς» (“Patient – reported outcome measurements”, PROMs).

Ουσιαστικά πρόκειται για ειδικά ερωτηματολόγια που αποσκοπούν στην παροχή μιας ολοκληρωμένης, ποσοτικοποιημένης και σταθερής εκδοχής των σωματικών συμπτωμάτων των ασθενών, αλλά και των ψυχοκοινωνικών και σωματικών επιπτώσεων μιας ασθένειας και της θεραπείας της στους ασθενείς (Dietz de Loos *et al*, 2013).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως τα εργαλεία της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαφέρουν σημαντικά από τα εργαλεία αξιολόγησης και μέτρησης των συμπτωμάτων, καθώς τα πρώτα αποσκοπούν στην παροχή μιας συνολικής αξιολόγησης για τη σωματική, ψυχοκοινωνική και λειτουργική ποιότητα ζωής, ενώ τα δεύτερα εστιάζουν μόνο στα συμπτώματα της νόσου (Dietz de Loos *et al*, 2013).

Έχουν προσδιοριστεί δύο κύριοι λόγοι για τους οποίους υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης και χρήσης των εργαλείων μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αρχικά, ο πρώτος κύριος λόγος είναι η ανάγκη διάκρισης των ανθρώπων σε επιμέρους ομάδες, ανάλογα με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους, ενώ ο δεύτερος αναφέρεται στην ανάγκη αξιολόγησης του βαθμού στον οποίο η ποιότητα της ζωής μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου σε ένα συγκεκριμένο άτομο, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, όταν ένας άνθρωπος δέχεται μια νέα θεραπεία (Poradzisz & Floreczak, 2013). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό διότι πολλές φορές οι θεραπείες που παρέχονται σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες εστιάζουν, εκτός από τη σωματική, και στην ψυχολογική υποστήριξή τους, και επιδιώκουν τη σταδιακή αύξηση της ζωής τους. Έτσι, λοιπόν, εκτός από τις επιμέρους μετρήσεις και εξετάσεις που πραγματοποιούνται για να διαπιστωθεί η βελτίωση της σωματικής υγείας του ασθενούς, συχνά εφαρμόζονται και μετρήσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών, πριν και μετά τη θεραπεία, έτσι ώστε να προσδιοριστεί η επίδραση της τελευταίας στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών.

Κάθε εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής οφείλει να είναι έγκυρο, αναπαραγώγιμο και εύκολα ερμηνεύσιμο. Ορισμένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι κατασκευασμένα ειδικά για τη «διάκριση» των ατόμων, καθώς παρουσιάζουν υψηλή αξιοπιστία ως προς την ανίχνευση των διαφορών μεταξύ των ανθρώπων, αλλά δε σημειώνουν μεταβολές κατά την εφαρμογή τους στο ίδιο πρόσωπο, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Poradzisz & Floreczak, 2013). Αυτά τα εργαλεία, λοιπόν, εξυπηρετούν σε μεγάλο βαθμό τον πρώτο βασικό λόγο μέτρησης της ποιότητας ζωής, αλλά δεν παρέχουν καμία βοήθεια στο δεύτερο λόγο, ο οποίος σήμερα καθίσταται και ο πιο σημαντικός, δεδομένης της εξαιρετικά υψηλής αύξησης των χρόνιων νόσων και των συνεχών προσπαθειών της επιστημονικής κοινότητας να αυξάνουν την ποιότητα ζωής των χρόνια ασθενών. Στο πλαίσιο, λοιπόν, των σύγχρονων αναγκών, ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής πρέπει να χαρακτηρίζεται από «ανταποκρισιμότητα», δηλαδή να μπορεί να μετράει την πραγματική αλλαγή που σημειώνεται στο ίδιο άτομο, το οποίο επηρεάζεται είτε

αρνητικά είτε θετικά από μια εξέλιξη στην ασθένειά του ή από την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπείας (Poradzisz & Florczak, 2013).

Οι «μετρήσεις των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς» (PROMs) μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές κατηγορίες (Dietz de Loos *et al*, 2013):

- Στις γενικές μετρήσεις (γενικά PROMs), και
- Στις μετρήσεις που σχετίζονται ειδικά με μια συγκεκριμένη ασθένεια (ειδικά για κάποια ασθένεια PROMs).

2.3.1 Γενικές μετρήσεις των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τους ίδιους τους ασθενείς (γενικά PROMs)

Τα γενικά PROMs μετρούν τη συνολική, γενική ποιότητα ζωής των ατόμων και επιτρέπουν τη διεξαγωγή συγκρίσεων μεταξύ διάφορων καταστάσεων ή θεραπειών, ενώ, παράλληλα, είναι ευαίσθητα στις περιπτώσεις συνύπαρξης δύο ή περισσότερων ασθενειών σε ένα άτομο (Dietz de Loos *et al*, 2013). Με αυτόν τον τρόπο, παρέχουν τη δυνατότητα προσδιορισμού τόσο της επίδρασης των διάφορων νόσων στους ασθενείς, όσο και της σχέσης μεταξύ κόστους και χρησιμότητας των διάφορων παρεμβάσεων. Η συνολική αυτή εικόνα που παρέχουν συνεισφέρει στην καλύτερη και αντικειμενικότερη λήψη αποφάσεων σχετικά με μια θεραπευτική παρέμβαση (Dietz de Loos *et al*, 2013).

Το πιο συχνό και ευρέως γνωστό εργαλείο μέτρησης της γενικής ποιότητας ζωής των ανθρώπων είναι το ερωτηματολόγιο SF – 36 (Medical Outcomes Study Short – Form 36 – Item Health Survey, SF – 36) (Dietz de Loos *et al*, 2013). Πρόκειται για ένα από τα πιο εκτεταμένα γενικά εργαλεία αξιολόγησης της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, και έχει αξιοποιηθεί ευρέως για σοβαρές ασθένειες, όπως οι καρδιακές παθήσεις, όπου εντοπίζει τις μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Najafi *et al*, 2009). Είναι έγκυρο, αξιόπιστο και αποτελεσματικό, και για το λόγο αυτό, έχει μεταφραστεί σε πολυάριθμες γλώσσες ώστε να χρησιμοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο (Dietz de Loos *et al*, 2013).

Ένα ιδιαίτερο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι το ερωτηματολόγιο WHOQOL – BREF. Το ερωτηματολόγιο WHOQOL – BREF αποτελεί τη σύντομη μορφή του εργαλείου WHOQOL – 100 και αναπτύχθηκε από την WHOQOL ομάδα που εργαζόταν

σε 15 διεθνή κέντρα ταυτοχρόνως, σε μια συλλογική προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης της γενικής ποιότητας ζωής των ατόμων, το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε όλες τις χώρες και σε όλους τους πολιτισμούς (Najafi *et al*, 2009). Η πολυδιάστατη φύση της ποιότητας ζωής στο συγκεκριμένο σύντομο εργαλείο μέτρησης βασίζεται στη δομή του, η οποία διακρίνεται σε 4 βασικούς τομείς: στις καθημερινές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη σωματική υγεία του ατόμου, στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, στην ψυχολογική σωματική εμφάνιση και εικόνα, και στις οικονομικές και περιβαλλοντικές πτυχές της ζωής του ατόμου (Najafi *et al*, 2009).

Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι αξιόπιστο και έγκυρο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων (Najafi *et al*, 2009). Ωστόσο, η καταλληλότητα της χρήσης του στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι αμφιλεγόμενη, καθώς ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν πως δεν ενδείκνυται για την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, ενώ άλλες επισημαίνουν την ισοδυναμία των αποτελεσμάτων του με εκείνα ειδικών ερωτηματολογίων (Huang *et al*, 2006; Jamali & Biglari, 2015).

Ένα άλλο γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι εκείνο που προτάθηκε από τους Ferrans & Powers (1985), το οποίο υπολογίζει μια αριθμητική τιμή για κάθε τομέα της ζωής, βασιζόμενο τόσο στη σημαντικότητα του ίδιου όσο και στην ικανοποίηση του ατόμου από αυτόν (Ferrans & Powers, 1985). Ωστόσο, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν αξιοποιείται τόσο ευρέως όπως συμβαίνει με τα δύο προηγούμενα εργαλεία μέτρησης.

Ωστόσο, ανεξαρτήτως με το εκάστοτε ερωτηματολόγιο που επιλέγεται, αξίζει να σημειωθεί πως τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ενδέχεται να αποβούν μη λειτουργικά σε μικρές αλλαγές της σχετιζόμενης με της υγείας ποιότητας ζωής του ασθενούς, οι οποίες, ωστόσο, μπορεί να είναι πολύ σημαντικές για τον ίδιο τον ασθενή. Έτσι, τα εργαλεία αξιολόγησης της γενικής ποιότητας ζωής δεν ενδείκνυται για τη χρήση σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η ατομική αξιολόγηση των κλινικών αποτελεσμάτων του ασθενούς (Dietz de Loos *et al*, 2013).

2.3.2 Μετρήσεις που σχετίζονται ειδικά με μια συγκεκριμένη ασθένεια (ειδικά για κάποια ασθένεια PROMs)

Τα ειδικά PROMs αποτελούν εξειδικευμένα ερωτηματολόγια που απευθύνονται μόνο σε ασθενείς που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια. Βασικός σκοπός αυτών των

ερωτηματολογίων είναι η εύρεση ορισμένων βαθύτερων αλλαγών στην ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίες ενδεχομένως να μη γίνονται αντιληπτές από τα γενικά ερωτηματολόγια (Dietz de Loos *et al*, 2013; Salvilla *et al*, 2014).

Ένα καλά σχεδιασμένο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής που αναπτύσσεται για μια συγκεκριμένα ασθένεια πρέπει να βασίζεται στις επιστημονικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί και έχουν δημοσιευθεί στη σχετική βιβλιογραφία για τη δεδομένη νόσο, στα αποτελέσματα και στις εμπειρίες των εξειδικευμένων και έμπειρων κλινικών ιατρών, καθώς και στις απόψεις και τις εμπειρίες των ασθενών (Dietz de Loos *et al*, 2013).

Ωστόσο, επισημαίνεται πως τα συγκεκριμένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από μια δεδομένη νόσο ενδέχεται μερικές φορές να οδηγήσουν σε λανθασμένα αποτελέσματα, διότι δε λαμβάνουν υπόψη ορισμένους εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι η συνύπαρξη μιας δεύτερης νόσου στον ίδιο ασθενή, η οποία αναμφίβολα επηρεάζει επιπρόσθετα την ψυχολογία του και την καθημερινότητά του (Salvilla *et al*, 2014).

2.4 Ποιότητα ζωής σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού

Στη σημερινή εποχή, η σημαντική πρόοδος που έχει σημειωθεί στην τεχνολογία, στην επιστήμη της ιατρικής, στον προληπτικό έλεγχο των γυναικών για καρκίνο του μαστού, στις μεθόδους διάγνωσης, αλλά και στις θεραπευτικές επιλογές, έχουν οδηγήσει στη σημαντική μείωση του ρυθμού θνησιμότητας (Chopra & Kamal, 2012). Ένας μακροχρόνιος επιζών του καρκίνου του μαστού ορίζεται ως «ένα άτομο που έχει επιβιώσει 5 και περισσότερα έτη από τη χρονική στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου (Mols *et al*, 2005).

Ωστόσο, η αύξηση αυτή της επιβίωσης των ασθενών οδηγεί αναπόφευκτα και στην υψηλή επίδραση της ίδιας της νόσου και της θεραπείας της στα επόμενα έτη ζωής του ασθενούς. Αναλυτικότερα, οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του έχουν επηρεάσει τόσο θετικά όσο και αρνητικά την ανάρρωση και την ποιότητα ζωής των ατόμων που επιβιώνουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια (Chopra & Kamal, 2012).

Τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής των επιζώντων από τον καρκίνο του μαστού διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων, και επηρεάζονται σημαντικά από τα διάφορα στάδια του καρκίνου του μαστού, τη χρονική στιγμή στην οποία υπήρξε η πρώτη

επανεμφάνιση του καρκίνου του μαστού, το εάν ύστερα από την αρχική θεραπεία υπήρξε κάποιο χρονικό διάστημα χωρίς καρκίνο του μαστού, καθώς και από το χρόνο για το οποίο ένα άτομο ήταν «ελεύθερο» από τον καρκίνο του μαστού ύστερα από τη θεραπεία του (Chopra & Kamal, 2012).

Οι μακροπρόθεσμες δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επιζώντες από τον καρκίνο του μαστού διαφέρουν σημαντικά από εκείνες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας. Οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, ύστερα από τη στιγμή της διάγνωσης, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σωματικών δυσκολιών, όπως είναι ο πόνος, οι διαταραχές ύπνου και η κόπωση, αλλά και ψυχολογικών προβλημάτων, όπως είναι οι αρνητικές σκέψεις, τα προβλήματα σχετικά με την εικόνα του σώματός τους, η αίσθηση μοναξιάς, η κατάθλιψη, ο φόβος για την επανεμφάνιση του καρκίνου και για τον θάνατο, και το υπερβολικό άγχος, τα οποία αναπόφευκτα επηρεάζουν την συνολική επιβίωσή τους και την ποιότητα της ζωής τους (Chopra & Kamal, 2012).

Παράλληλα, η εύρεση και εφαρμογή των νέων προγραμμάτων θεραπείας έχουν μειώσει τη θνησιμότητα, αλλά έχουν αυξήσει την τοξικότητα και τις άγνωστες πολλές φορές, μακροπρόθεσμες παρενέργειες, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών που επιβίωσαν ύστερα από τον καρκίνο του μαστού (Montazeri, 2008).

Οι διαφορετικές θεραπείες που αξιοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, όπως είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η ορμονική θεραπεία, και η χειρουργική επέμβαση, συνδέονται με διαφορετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Montazeri, 2008; Chopra & Kamal, 2012).

Συγκεκριμένα, η χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού έχει συσχετιστεί με διαρκή αποτελέσματα, όπως είναι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, η κόπωση και ο έντονος πόνος. Αντίθετα, οι θεραπείες που είναι πιο τοξικές, σχετίζονται με άλλου είδους μακροπρόθεσμες συνέπειες, όπως είναι τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, η κόπωση, το λεμφοίδημα, η αύξηση του σωματικού βάρους και ο πόνος. Η ακτινοθεραπεία οδηγεί σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης σαρκωμάτων, η χρήση ανθρακυκλινών οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακών προβλημάτων, και η χρήση αναστολέων αρωματάσης συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο απώλειας καταγμάτων και οστών (Chopra & Kamal, 2012).

Οι Ferrell *et al* (1996) πρότειναν ένα μοντέλο για την ποιότητα ζωής των επιζώντων ασθενών με καρκίνο του μαστού, το οποίο βασιζόταν σε τέσσερις βασικούς παράγοντες:

- Στη σωματική ευημερία
- Στην κοινωνική ευημερία
- Στην πνευματική ευημερία, και
- Στην ψυχολογική ευημερία.

2.4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελετών για την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού

Μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες με σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, είτε κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας, όσο και ύστερα από την ολοκλήρωση των συγκεκριμένων διαδικασιών.

Οι Huang *et al* (2013) πραγματοποίησαν μια έρευνα με στόχο την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού σε διαφορετικά TNM στάδια, καθώς και την αξιολόγηση της αξίας του εργαλείου EQ – 5D (EuroQol Five Dimension Indicator) στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των Κινέζων ασθενών με καρκίνο του μαστού. Για το σκοπό αυτό, επιλέχθηκαν τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής QLICP – BR (Quality of Life Instruments for Cancer Patients – Breast Cancer) και EQ – 5D, τα οποία συμπληρώθηκαν από 178 γυναίκες που επιβίωσαν από τον καρκίνο του μαστού, κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ Μαρτίου και Σεπτεμβρίου του 2010. Το μισό περίπου δείγμα (45,5%) της συγκεκριμένης μελέτης αποτελούνταν από γυναίκες που βρίσκονταν στο στάδιο II του καρκίνου του μαστού, το 28,1% του δείγματος αντιστοιχούσε σε γυναίκες που βρίσκονταν στα στάδια III και IV, ενώ το 26,4% αντιστοιχούσε σε γυναίκες του σταδίου 0 και I. Οι υψηλότερες τιμές του εργαλείου QLICP – BR σημειώθηκαν για τις γυναίκες που βρίσκονταν στο στάδιο 0 και I, ενώ καθώς αυξανόταν το στάδιο του καρκίνου του μαστού, σταδιακά μειώνονταν και οι τιμές του σκορ του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (Huang *et al*, 2013). Αναλυτικότερα, οι ασθενείς του σταδίου 0 και I σημείωσαν υψηλότερο συνολικό σκορ, αλλά και υψηλότερο σκορ στον κοινωνικό τομέα από τους ασθενείς του σταδίου II, ενώ οι ίδιοι σημείωσαν επίσης υψηλότερο σκορ στον κοινωνικό, στον ψυχολογικό και στο σωματικό τομέα από τις γυναίκες του σταδίου III και IV. Συνολικά, η ποιότητας ζωής των ασθενών που βρίσκονταν στα αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού είναι πολύ καλύτερη από

εκείνη των ασθενών που βρίσκονται στα τελευταία στάδια. Συνεπώς, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Παράλληλα, τα αποτελέσματα από το εργαλείο EQ – 5D ήταν παρόμοια με εκείνα του QLICP – BR, γεγονός που ενισχύει την αξία και την αποτελεσματικότητα του ερωτηματολογίου EQ – 5D για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Huang *et al*, 2013).

Οι Denieffe *et al* (2014) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο τη διερεύνηση των συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο του μαστού πριν τη θεραπεία τους και τις επιπτώσεις των συγκεκριμένων συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής τους. Τα βασικότερα συμπτώματα που καταγράφηκαν σε ένα δείγμα 94 γυναικών ήταν ο πόνος, η κατάθλιψη, η κόπωση, και οι διαταραχές ύπνου, εκ των οποίων η κόπωση ήταν εκείνη που επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού φαίνεται να έχει μια μέτρια συσχέτιση με τη συναισθηματική λειτουργία, και μια αδύναμη συσχέτιση με την κοινωνική και τη σωματική λειτουργία των ασθενών. Συνολικά, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως τα συμπτώματα που βιώνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής τους (Denieffe *et al*, 2014).

Οι Sun *et al* (2014) διεξήγαγαν μια συγχρονική μελέτη με στόχο την εκτίμηση των διαφορών στην ποιότητα ζωής μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για τη διατήρηση του στήθους, σε ολική μαστεκτομή και σε άμεση ανακατασκευή του μαστού ύστερα από ολική μαστεκτομή. Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 407 γυναίκες, εκ των οποίων οι 254 είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση χωρίς την απώλεια κάποιου μαστού, οι 122 σε ολική μαστεκτομή, και οι 31 σε ανακατασκευή των μαστών ύστερα από ολική αφαίρεση (Sun *et al*, 2014). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες που δεν υπέστησαν ολική μαστεκτομή παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα ως προς διάφορα χαρακτηριστικά, όπως η αυτοπεποίθηση, η εικόνα του σώματος, η συναισθηματική και κοινωνική τους λειτουργία, τα συμπτώματα του βραχίονα και οι οικονομικές δυσκολίες, από εκείνες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή, ανεξαρτήτως από το εάν προέβησαν σε ανακατασκευή των μαστών. Επιπλέον, οι γυναίκες που επέλεξαν την ανακατασκευή των μαστών ύστερα από τη χειρουργική επέμβαση παρουσίασαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα ως προς τα συμπτώματα του βραχίονα από την ομάδα των γυναικών που υπέστησαν πλήρη μαστεκτομή. Συνολικά, λοιπόν, η ποιότητα ζωής των γυναικών που υποβάλλονται σε εγχείρηση χωρίς μαστεκτομή είναι πολύ

υψηλότερη από εκείνη των γυναικών που υποβάλλονται σε ολική μαστεκτομή, ενώ, παράλληλα, η απόφαση για ανακατασκευή των μαστών ύστερα από την ολική μαστεκτομή δεν φαίνεται να αυξάνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των γυναικών που υποβάλλονται σε ολική μαστεκτομή (Sun *et al*, 2014).

Οι Luutonen *et al* (2014) πραγματοποίησαν μια μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ύστερα από την ολοκλήρωση της επικουρικής θεραπείας, δηλαδή της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας που εφαρμόζονται ύστερα από τη χειρουργική επέμβαση. Το δείγμα αποτελούνταν από 273 ασθενείς, ενώ το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής που αξιοποιήθηκε ήταν το 15D. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν πως στις γυναίκες όλων των ηλικιών, η ύπαρξη του καρκίνου του μαστού είχε επηρεάσει πολλές διαστάσεις του εργαλείου 15D, όπως είναι η ζωτικότητα, η κατάθλιψη, η σεξουαλική δραστηριότητα, το άγχος, και ο ύπνος, ενώ η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά, με στατιστικά σημαντικό τρόπο, από τα συμπτώματα κατάθλιψης, και σχετίζεται ισχυρά με την μαστεκτομή. Έτσι, λοιπόν, γίνεται φανερό πως η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν επηρεάζεται μόνο από τις επιπτώσεις της επικουρικής θεραπείας, αλλά και από το είδος της χειρουργικής επέμβασης που έχει προηγηθεί, δηλαδή εάν πρόκειται για εγχείρηση με διατήρηση του μαστού ή για μαστεκτομή (Luutonen *et al*, 2014).

Οι Scleife *et al* (2014) διερεύνησαν εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που νοσηλεύονται. Το δείγμα αποτελούνταν από 107 άτομα, ενώ το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ήταν το EORTC QLQ – C30. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δείχθηκε πως εμφανίζουν χειρότερα σκορ από το γενικό πληθυσμό σε όλους τους τομείς του εργαλείου μέτρησης, ενώ η καλύτερη ποιότητα ζωής είναι δυνατόν να προβλεφθεί σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική στήριξη. Στο πλαίσιο αυτό, χρειάζεται η δημιουργία κοινωνικών δικτύων μεταξύ των ασθενών, έτσι ώστε να ενισχυθεί η κοινωνική στήριξή τους και να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής τους (Scleife *et al*, 2014).

Οι Hwang *et al* (2014) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο τον προσδιορισμό των συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης, των βαθμών του πόνου, και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού ύστερα από ορμονική θεραπεία, καθώς και τον καθορισμό εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. Σε ένα

δείγμα 110 γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε ορμονική θεραπεία, τα κυριότερα προβλήματα ήταν ο πόνος και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης, ενώ η ποιότητα ζωής τους φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, την απασχόληση της ασθενούς και από την οικονομική της κατάσταση (Hwang *et al*, 2014).

Οι You & Lu (2014) διεξήγαγαν μια μελέτη προκειμένου να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ των κοινωνικών περιορισμών και της προσαρμογής των ασθενών στον καρκίνο του μαστού, και των υποκείμενων ψυχολογικών μονοπατιών μεταξύ των επιζώντων ασθενών με καρκίνο του μαστού. Σε δείγμα 120 ατόμων, διαπιστώθηκε η ύπαρξη μιας αρνητικής σχέσης ανάμεσα στους κοινωνικούς περιορισμούς και στην ποιότητα ζωής. Η σχέση αυτή διαμεσολαβείται από τις ενοχλητικές σκέψεις και τις αρνητικές επιπτώσεις της νόσου του καρκίνου του μαστού, ενώ η συσχέτιση των ενοχλητικών σκέψεων με την ποιότητα ζωής διαμεσολαβείται πλήρως από την αρνητική και τη θετική επίδραση. Με αυτόν τον τρόπο, επισημαίνεται η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων και της προσαρμογής μέσω των συναισθηματικών και γνωστικών οδών (You & Lu, 2014).

Οι Kaminska *et al* (2015) επιχείρησαν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή σε εγχείρηση με διατήρηση του μαστού. Το δείγμα αποτελούνταν συνολικά από 179 άτομα, ενώ το εργαλείο που αξιοποιήθηκε για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ήταν το QLQ – C30. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ποιότητα ζωής των γυναικών του δείγματος επηρεάστηκαν σημαντικά και από τους δημογραφικούς και από τους κοινωνικούς παράγοντες, ανεξάρτητα από το είδος της χειρουργικής επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν. Ωστόσο, υψηλότερο ήταν το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους στην ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, τα οποία και επηρέασαν σημαντικά τη γενική ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ατόμων. Συνολικά, λοιπόν, η μαστεκτομή φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού (Kaminska *et al*, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η Μεθοδολογία της Έρευνας

Η κατάλληλη ερευνητική μέθοδος επιλέχθηκε με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς επίσης και για την εξυπηρέτηση των στόχων της έρευνας. Η παρούσα έρευνα πρωτογενών στοιχείων χαρακτηρίζεται ως ποσοτική και η διεξαγωγή της γίνεται με

την χρήση ερωτηματολογίου, εργαλείο που χρησιμοποιείται κατά κόρων σε παρόμοιου είδους έρευνες (De Vaous, 2007).

Γενικός στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο του μαστού και το κατά πόσο έχει αλλάξει η ζωή τους μετά τη διάγνωση.

Επιπλέον, σχηματίστηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές ερωτήσεις:

- Ποια τα επίπεδα σωματικής υγείας των ερωτώμενων;
- Ποια τα επίπεδα ψυχικής υγείας των ερωτώμενων;
- Ποια τα επίπεδα σωματικού πόνου των ερωτώμενων;
- Σε τί επίπεδο βρίσκονται οι κοινωνικές σχέσεις των ατόμων;
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με το είδος της θεραπείας;
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των ερωτώμενων με την σωματική τους υγεία;
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των ερωτώμενων με την ψυχική τους υγεία;
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του είδους της θεραπείας που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι με την σωματική τους υγεία;
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του είδους της θεραπείας που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι με το εισόδημά τους;

3.1. Το Ερευνητικό Εργαλείο

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο ως το εργαλείο συλλογής των δεδομένων της έρευνας. Για τη συλλογή δεδομένων της έρευνας κατασκευάστηκε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο με βάση προηγούμενες έρευνες στο πεδίο της διερεύνησης της ποιότητας ζωής και της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο του

μαστού. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», καθώς επίσης και σε κάποιους ασθενείς στην Αθήνα.

3.2. Ο Πληθυσμός και το Δείγμα της Έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας αναφέρεται στο τμήμα του ευρύτερου πληθυσμού, που μπορεί να συμμετέχει στην έρευνα, δηλαδή τα υποψήφια στοιχεία, που μπορούν να επιλεγούν για τη δημιουργία του δείγματος (De Vaus, 2007). Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός στόχος είναι οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Το δείγμα της έρευνας ήταν δείγμα ευχέρειας 91 ατόμων.

3.3. Διεξαγωγή της Έρευνας

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της δειγματοληψίας, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Χρονικά η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τις 15 Φεβρουαρίου έως τις 10 Μαρτίου 2018 και το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 91 ερωτώμενους.

Ο ερευνητής σε αρκετές περιπτώσεις ήταν παρών κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξασφαλίζοντας την κατανόηση την απάντηση όλων των ερωτήσεων, αποφεύγοντας έτσι πιθανές παρερμηνείες και απώλεια δεδομένων κατά τη συμπλήρωση. Επίσης, επισήμανε στους ερωτώμενους πως τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και πως τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

3.4. Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων που παρείχε η έρευνα πρωτογενών στοιχείων έγινε με τη χρήση του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης SPSS.

Για την ανάλυση των δεδομένων και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε χρήση:

- Πινάκων συχνοτήτων και μέσων όρων
- Συγκριτικής στατιστικής ανάλυσης για την διαπίστωση τυχόν στατιστικής σημαντικότητας στη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

Το παραμετρικό τεστ Pearson correlation, η ανάλυση διακύμανσης ANOVA και ο στατιστικός έλεγχος χ^2 επιλέχθηκαν για την εξακρίβωση των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων. Η επιλογή των τεστ έγινε με βάση το επίπεδο μέτρησης των μεταβλητών. Συγκεκριμένα το παραμετρικό τεστ Pearson για τη συσχέτιση μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, η ανάλυση διακύμανσης ANOVA για τη συσχέτιση μίας ποσοτικής και μίας ποιοτικής μεταβλητής και ο στατιστικός έλεγχος χ^2 για τη συσχέτιση δύο ποιοτικών μεταβλητών. Η διαδικασία ελέγχου υπόθεσης χρησιμοποιήθηκε για την εξακρίβωση των συσχετίσεων και επαναλήφθηκε για κάθε ζευγάρι μεταβλητών.

Η διαδικασία ελέγχου-υπόθεσης που ακολουθήθηκε (με επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε 0.05) ήταν η εξής:

- H_0 = Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών.
- H_1 = Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Ευρήματα της Έρευνας

4.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων

A. Δημογραφικά / Νοσολογικά Στοιχεία

1. Ηλικία

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει το μέσο όρο, την τυπική απόκλιση, την ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφορικά με την ηλικία των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 56.2 έτη (Τ.Α. = 10.69), ο νεότερος ερωτώμενος ήταν 33 ετών ενώ ο μεγαλύτερος 77 ετών.

Πίνακας 1: Ηλικία

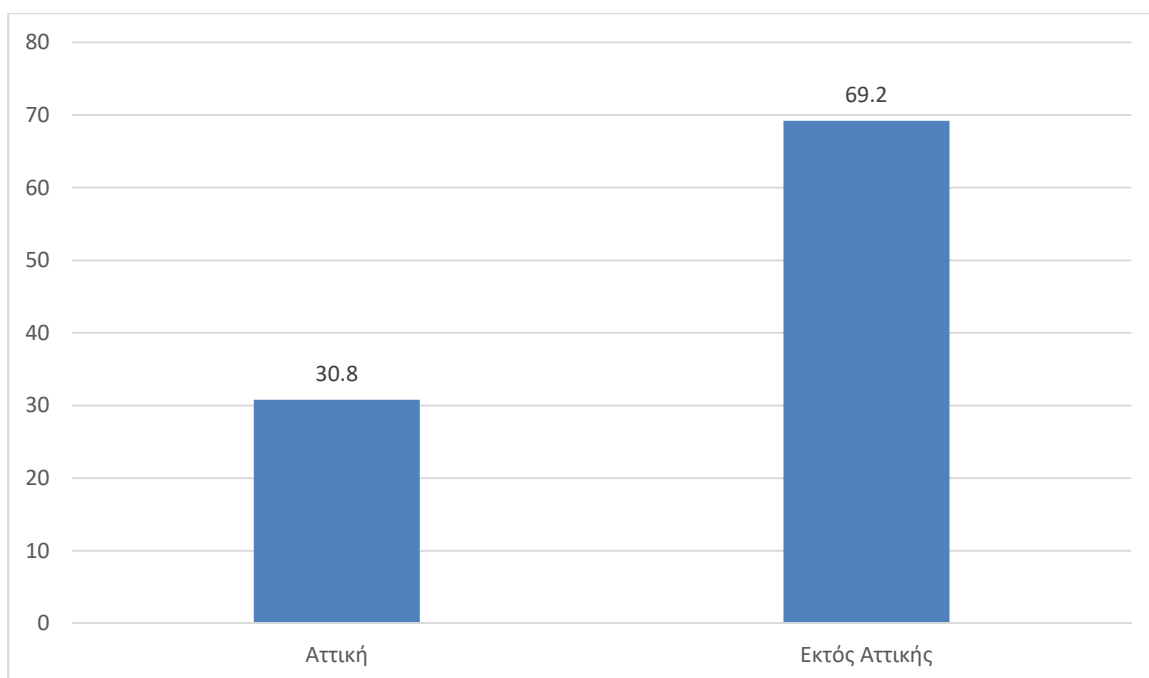
	N	Ελαχ.	Μεγ.	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	91	33.00	77.00	56.2088	10.69529

2. Τόπος Διαμονής

Αναφορικά με τον τόπο διαμονής των ερωτώμενων, 69.2% διαμένει εκτός Αττικής και 30.8% στην Αττική (Πίνακας 2, Διάγραμμα 1).

Πίνακας 2: Τόπος διαμονής

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αττική	28	30.8	30.8	30.8
Εκτός Αττικής	63	69.2	69.2	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



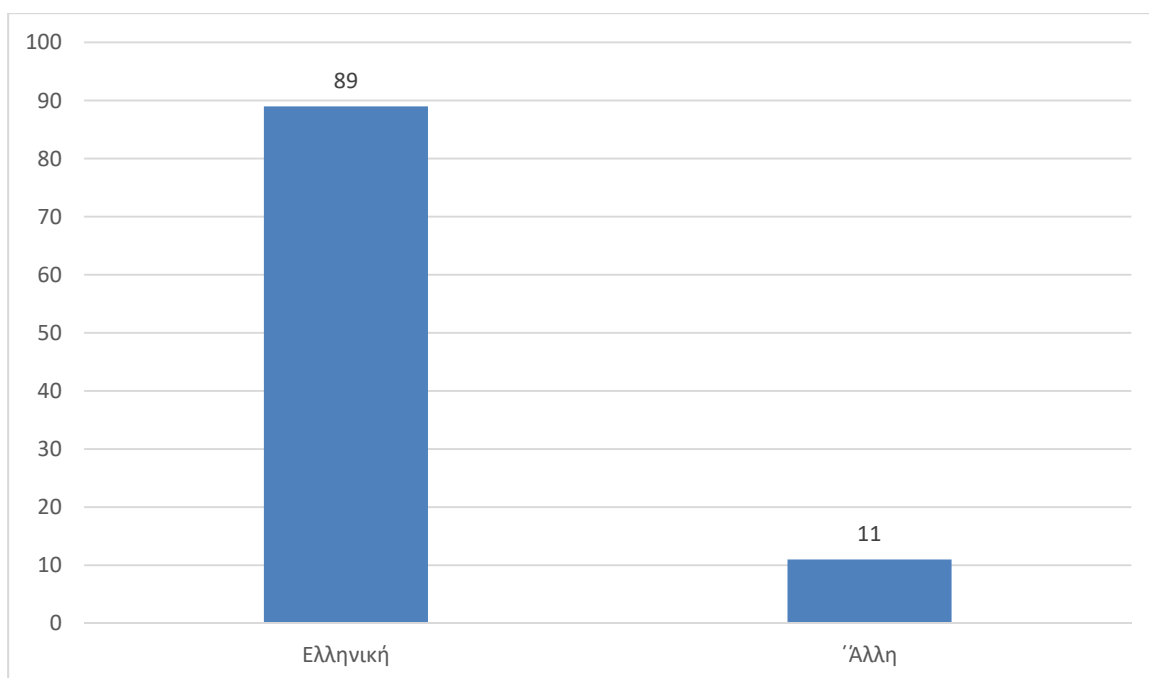
Διάγραμμα 1

3. Υπηκοότητα

Σχετικά με την υπηκοότητα των ερωτώμενων, το δείγμα αποτελείται κατά 89% από συμμετέχοντες με Ελληνική υπηκοότητα ενώ 11% είχαν άλλη υπηκοότητα (Πίνακας 3, Διάγραμμα 2).

Πίνακας 3: Υπηκοότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ελληνική	81	89.0	89.0	89.0
Άλλη	10	11.0	11.0	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



Διάγραμμα 2

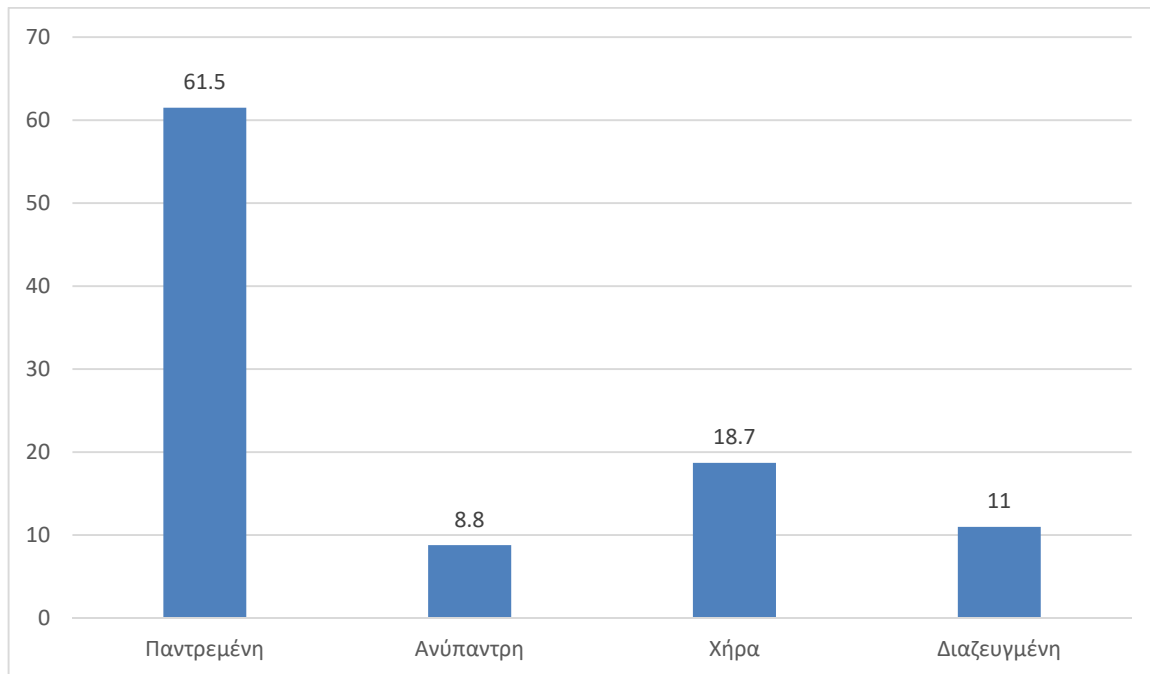
4. Οικογενειακή Κατάσταση

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, 61.5% ήταν παντρεμένοι, 18.75 χήροι, 11% διαζευγμένοι ενώ μόλις 8.85 ήταν ανύπαντροι (Πίνακας 4, Διάγραμμα 3).

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Παντρεμένη	56	61.5	61.5	61.5
Ανύπαντρη	8	8.8	8.8	70.3
Χήρα	17	18.7	18.7	89.0

Διαζευγμένη	10	11.0	11.0	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



Διάγραμμα 3

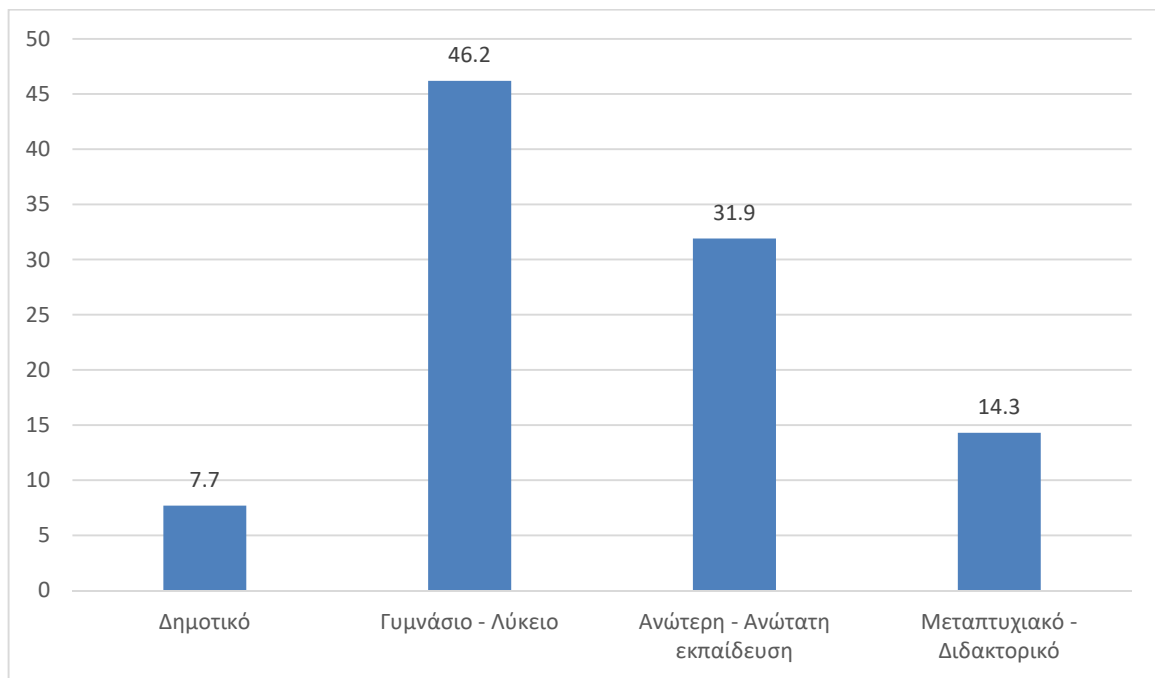
5. Εκπαίδευση

Ο Πίνακας 5 και το Διάγραμμα 4 παρουσιάζουν τις συχνότητες και το ποσοστό αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (46.2%) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου – Λυκείου, 31.9% είχαν λάβει ανώτερη – ανώτατη εκπαίδευση, 14.3% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος, ενώ 7.7% ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

Πίνακας 5: Εκπαίδευση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Δημοτικό	7	7.7	7.7	7.7

Γυμνάσιο - Λύκειο	42	46.2	46.2	53.8
Ανώτερη - Ανώτατη εκπαίδευση	29	31.9	31.9	85.7
Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	13	14.3	14.3	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



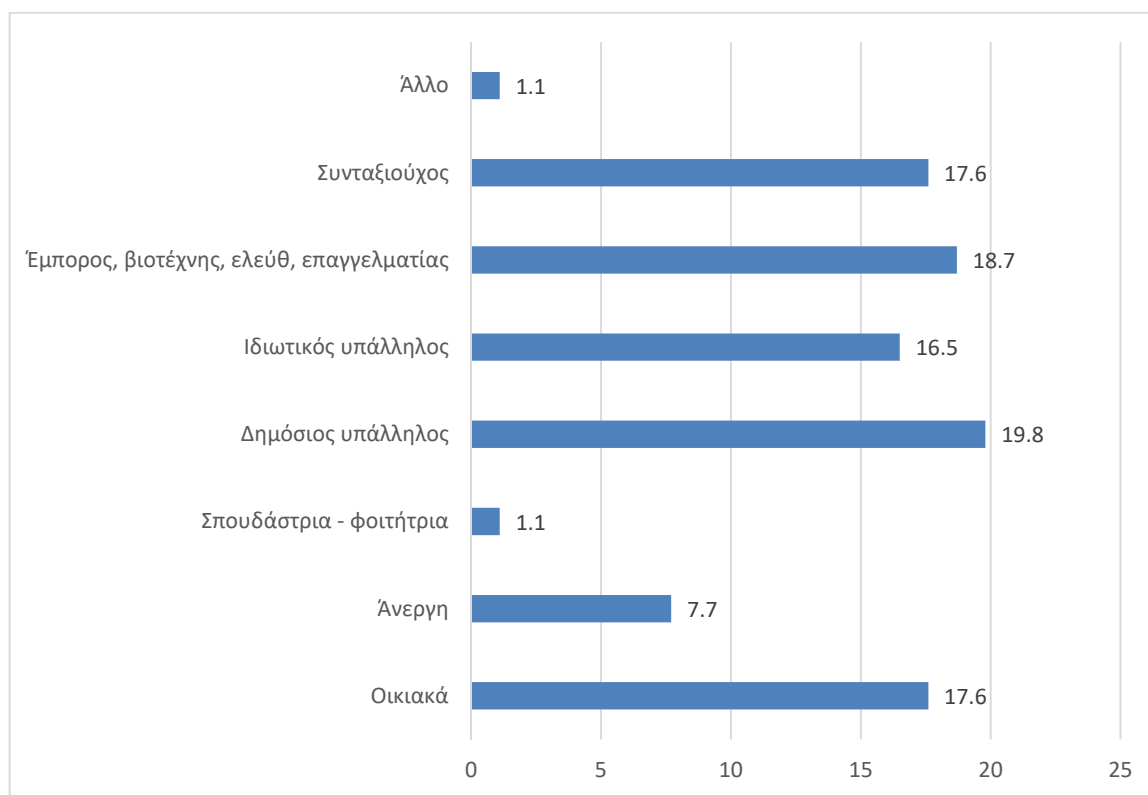
Διάγραμμα 4

6. Επάγγελμα

Ο Πίνακας 6 και το Διάγραμμα 5 παρουσιάζουν τις συχνότητες και το ποσοστό αναφορικά με το επάγγελμα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (19.8%) ήταν Δημόσιοι υπάλληλοι, και ακολούθως 18.7% ήταν έμποροι, βιοτέχνες, και ελεύθεροι επαγγελματίες, 17.6% ήταν συνταξιούχοι, ενώ 16.5% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Πίνακας 6: Επάγγελμα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Οικιακά	16	17.6	17.6	17.6
Άνεργη	7	7.7	7.7	25.3
Σπουδάστρια - φοιτήτρια	1	1.1	1.1	26.4
Δημόσιος υπάλληλος	18	19.8	19.8	46.2
Ιδιωτικός υπάλληλος	15	16.5	16.5	62.6
Έμπορος, βιοτέχνης, ελεύθ. επαγγελματίας	17	18.7	18.7	81.3
Συνταξιούχος	16	17.6	17.6	98.9
Άλλο	1	1.1	1.1	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



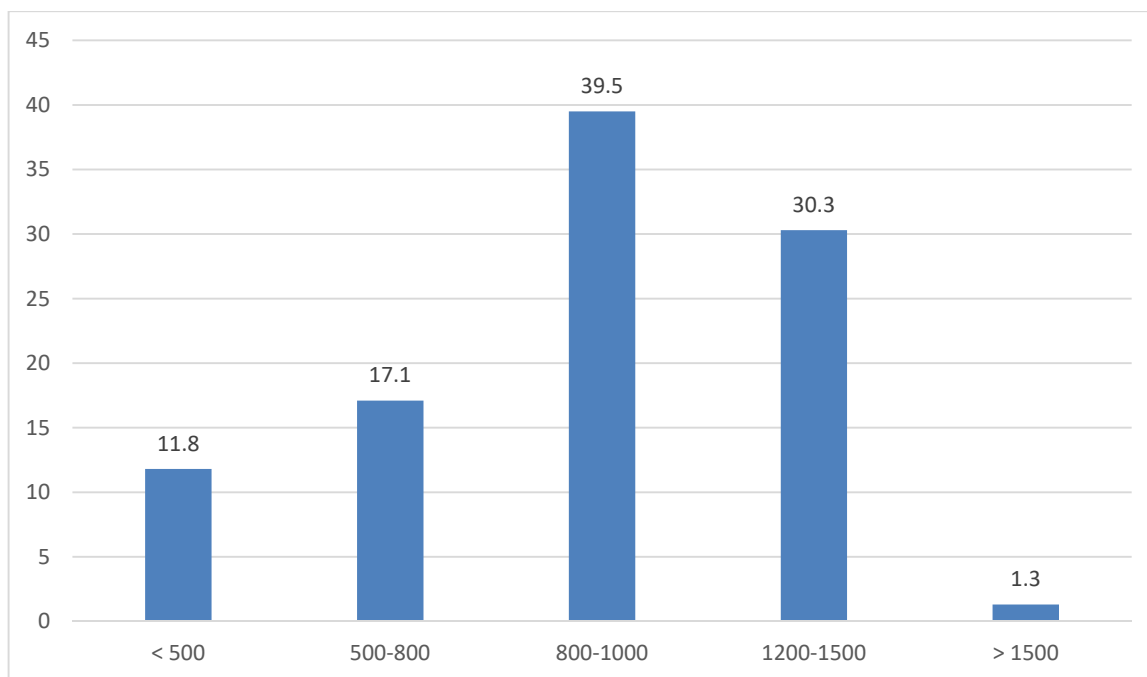
Διάγραμμα 5

7. Μηνιαίο εισόδημα

Ο Πίνακας 7 και το Διάγραμμα 6 παρουσιάζουν τις συχνότητες και το ποσοστό αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39.5%) έχει μηνιαίο εισόδημα από 800 έως 1000 ευρώ, και ακολούθως 30.3% από 1200 έως 1500 ευρώ, ενώ 28.9% λαμβάνει κάτω από 800 ευρώ.

Πίνακας 7: Μηνιαίο εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
< 500	9	9.9	11.8	11.8
500-800	13	14.3	17.1	28.9
800-1000	30	33.0	39.5	68.4
1200-1500	23	25.3	30.3	98.7
> 1500	1	1.1	1.3	100.0
Σύνολο	76	83.5	100.0	
Δ/Α	15	16.5		
Σύνολο	91	100.0		



Διάγραμμα 6

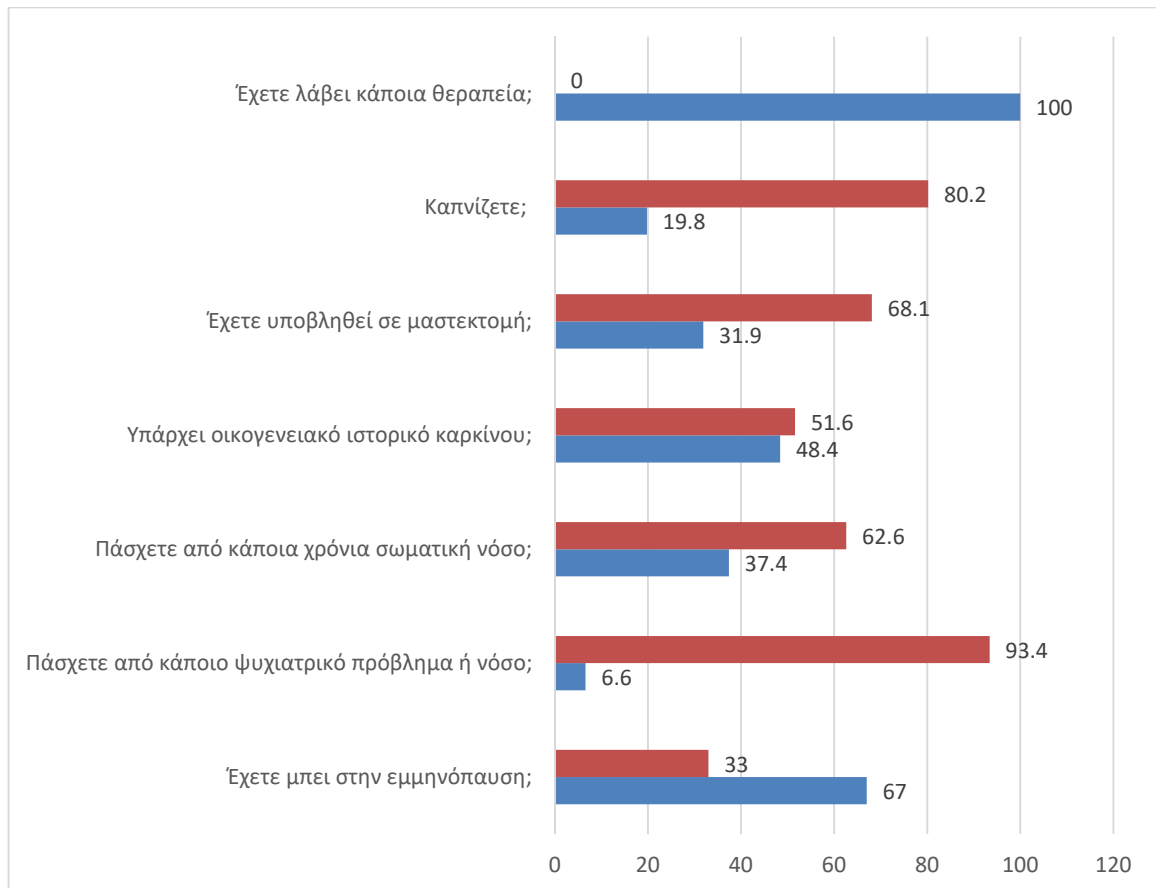
Ερώτηση 8. Κατάσταση υγείας

Ο Πίνακας 8 και το Διάγραμμα 7 παρουσιάζουν τις συχνότητες και το ποσοστό αναφορικά με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με την υγεία τους. Συγκεκριμένα, όλοι οι ερωτώμενοι έχουν λάβει κάποια θεραπεία, και ακολούθως 67% έχει μπει στην εμμηνόπαυση, στο 48.4% υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, 37.4% πάσχει από κάποια χρόνια σωματική νόσο, 31.9% έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, 19.8% καπνίζει, ενώ μόλις 6.6% πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα ή νόσο.

Πίνακας 8: Κατάσταση Υγείας

	Ναι	Όχι
i. Έχετε μπει στην εμμηνόπαυση;	67	33
ii. Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα ή νόσο;	6.6	93.4
iii. Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	37.4	62.6
iv. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου;	48.4	51.6

v.	Έχετε υποβληθεί σε μαστεκτομή;	31.9	68.1
vi.	Καπνίζετε;	19.8	80.2
vii.	Έχετε λάβει κάποια θεραπεία;	100	-



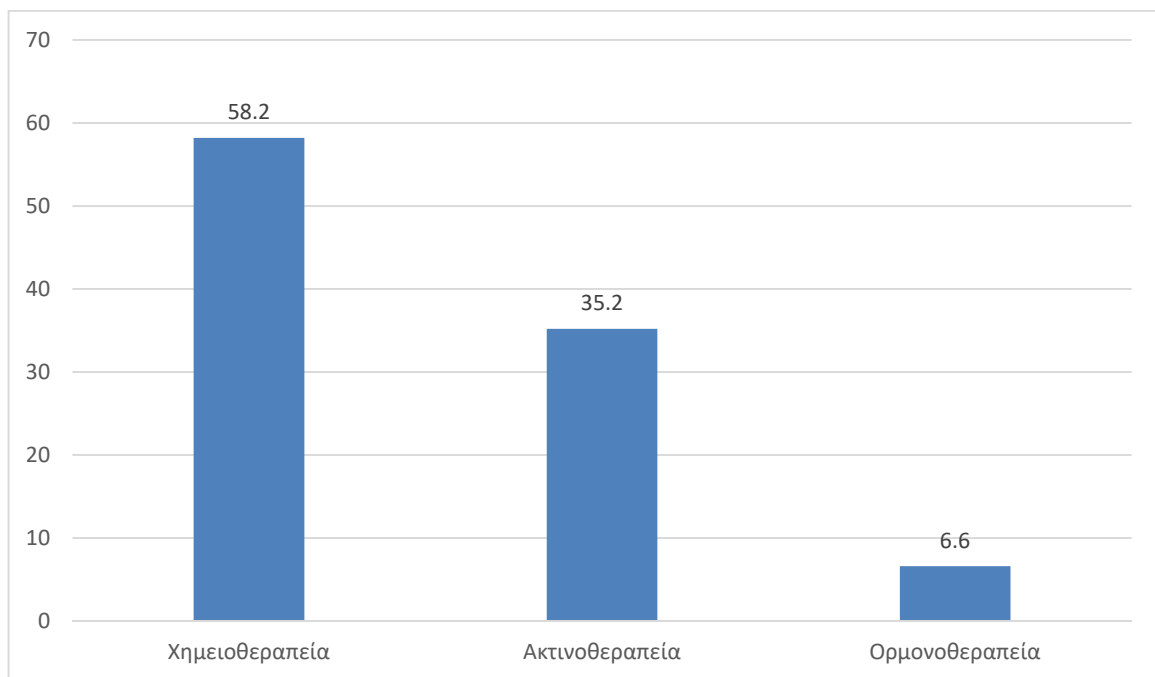
Διάγραμμα 7

8. Είδος θεραπείας

Ο Πίνακας 9 και το Διάγραμμα 8 παρουσιάζουν τις συχνότητες και το ποσοστό αναφορικά με το είδος της θεραπείας που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58.2%) συμμετέχει σε χημειοθεραπεία, και ακολούθως 35.2% σε ακτινοθεραπεία, ενώ 6.6% ορμονοθεραπεία.

Πίνακας 9: Είδος θεραπείας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Χημειοθεραπεία	53	58.2	58.2	58.2
Ακτινοθεραπεία	32	35.2	35.2	93.4
Ορμονοθεραπεία	6	6.6	6.6	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



Διάγραμμα 8

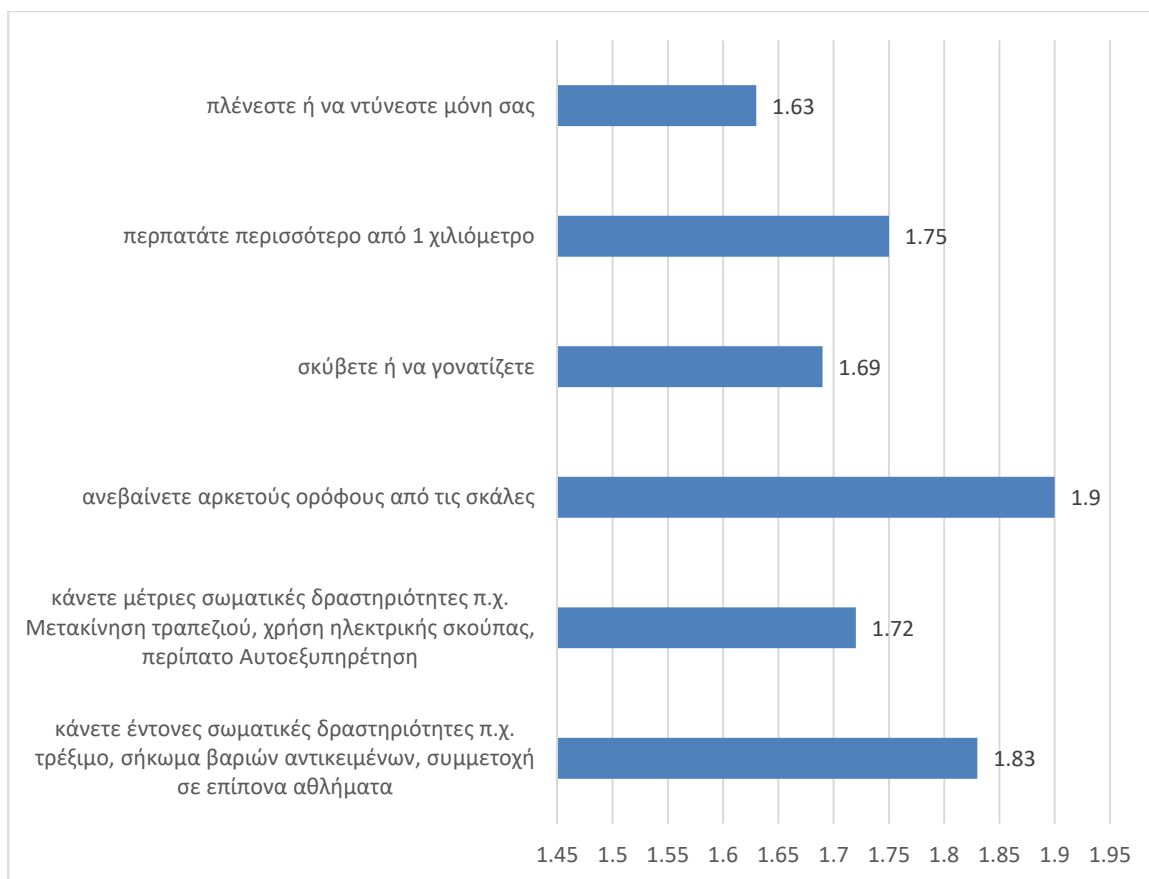
Β. Σωματική Υγεία

Ερώτηση 10.

Ο Πίνακας 10 και το Διάγραμμα 9 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τη σωματική τους υγεία. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο βαθμό ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες ($M = 1.90$) και ακολούθως κάνουν έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα ($M = 1.83$). Αντιθέτως σε μικρότερο βαθμό σκύβουν ή να γονατίζουν ($M = 1.69$) και κάνουν μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, αυτοεξυπηρέτηση ($M = 1.72$).

Πίνακας 10: Σωματική Υγεία

		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	Μέσος όρος
i.	κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα	20.9	41.8	37.4	1.83
ii.	κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο αυτοεξυπηρέτηση	22	28.6	49.5	1.72
iii.	ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες	28.6	33	38.5	1.90
iv.	σκύβετε ή να γονατίζετε	47.3	36.3	16.5	1.69
v.	περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο	20.9	34.1	45.1	1.75
vi.	πλένεστε ή να ντύνεστε μόνη σας	25.3	13.2	61.5	1.63



Διάγραμμα 9

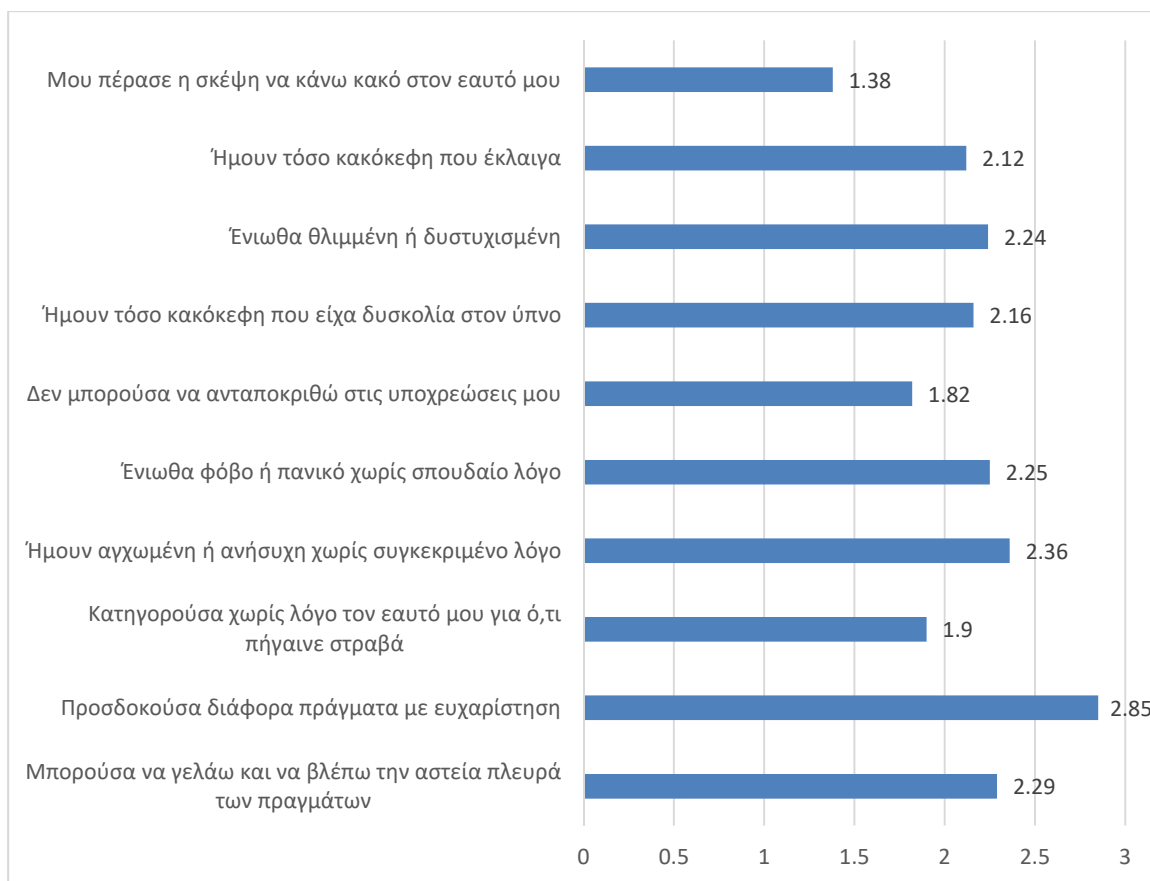
Γ. Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 11.

Ο Πίνακας 11 και το Διάγραμμα 10 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ψυχική τους υγεία. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο βαθμό προσδοκούσαν διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση ($M = 2.85$) και ακολούθως ήταν αγχωμένοι ή ανήσυχοι χωρίς συγκεκριμένο λόγο ($M = 2.36$), και μπορούσαν να γελάνε και να βλέπουν την αστεία πλευρά των πραγμάτων ($M = 2.29$). Αντιθέτως σε μικρότερο βαθμό τους πέρασε η σκέψη να κάνουν κακό στον εαυτό τους ($M = 1.38$) και δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους ($M = 1.82$).

Πίνακας 11: Ψυχική Υγεία

		Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου	Μέσος όρος
i.	Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων	6.6	34.1	41.8	17.6	2.29
ii.	Προσδοκούσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση	26.4	37.4	31.9	4.4	2.85
iii.	Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά	7.7	11	45.1	36.3	1.90
iv.	Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο	12.1	28.6	42.9	16.5	2.36
v.	Ένιωθα φόβο ή πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο	9.9	26.4	42.9	20.9	2.25
vi.	Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου	5.5	11	44	39.6	1.82
vii.	Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο	8.8	20.9	48.4	22	2.16
viii.	Ένιωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη	11	19.8	51.6	17.6	2.24
ix.	Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα	11	14.3	50.5	24.2	2.12
x.	Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου	2.2	2.2	27.5	68.1	1.38



Διάγραμμα 10

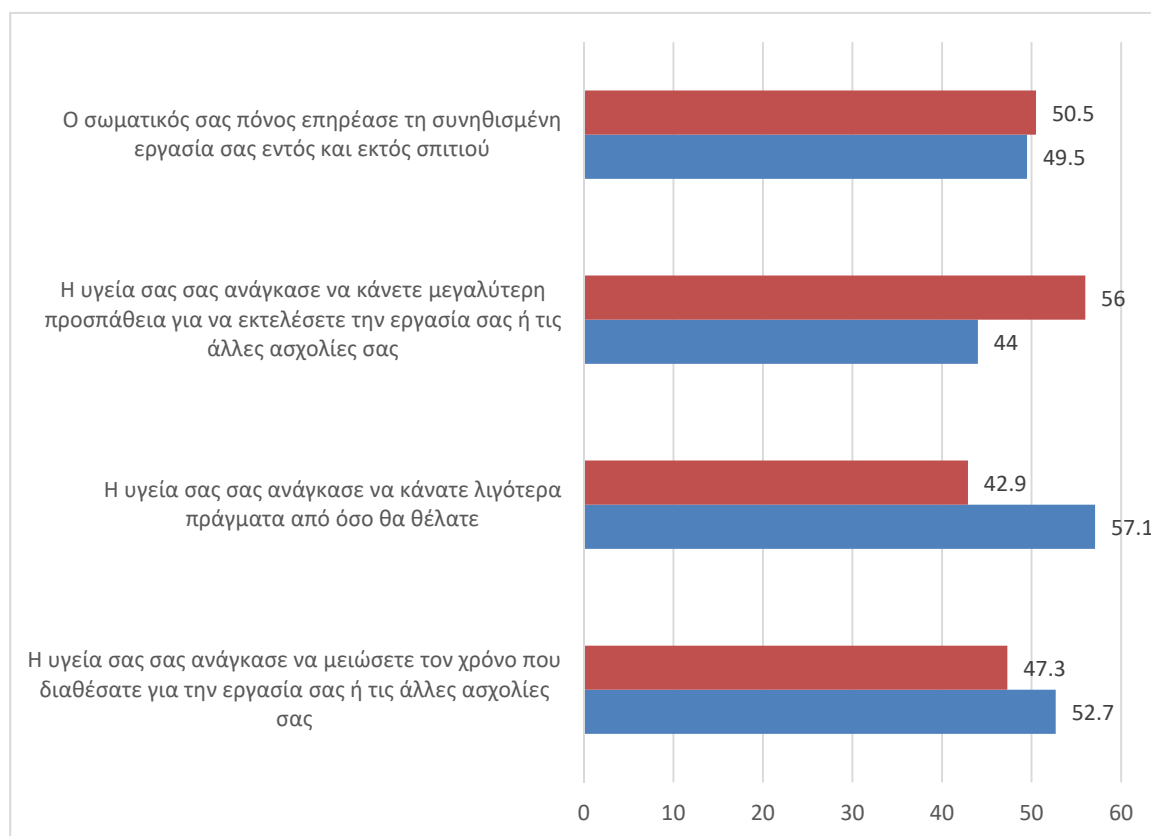
Δ. Σωματικός Πόνος

Ερώτηση 12.

Ο Πίνακας 12 και το Διάγραμμα 11 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τον σωματικό πόνο. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο βαθμό δήλωσαν πως η υγεία τους, τους ανάγκασε να κάνουν λιγότερα πράγματα από όσο θα ήθελαν (57.1%) και ακολούθως πως η υγεία τους, τους ανάγκασε να μειώσουν τον χρόνο που διαθέτουν για την εργασία τους ή τις άλλες ασχολίες τους (52.7%). Αντιθέτως, σε μικρότερο ποσοστό δήλωσαν πως η υγεία τους, τους ανάγκασε να κάνουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσουν την εργασία τους ή τις άλλες ασχολίες τους (44%).

Πίνακας 12: Σωματικός πόνος

		Ναι	Όχι
i.	Η υγεία σας σας ανάγκασε να μειώσετε τον χρόνο που διαθέσατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	52.7	47.3
ii.	Η υγεία σας σας ανάγκασε να κάνετε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	57.1	42.9
iii.	Η υγεία σας σας ανάγκασε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	44	56
iv.	Ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού	49.5	50.5



Διάγραμμα 11

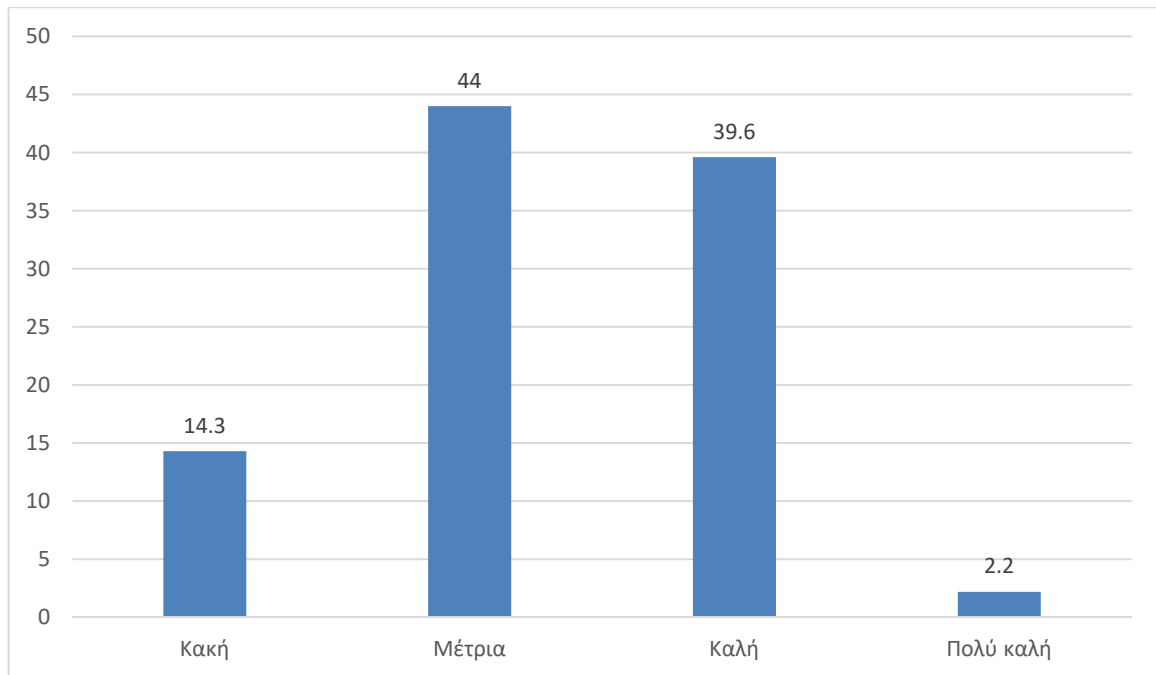
Ε. Κοινωνικές Σχέσεις

13. Γενική κατάσταση της υγείας

Ο Πίνακας 13 και το Διάγραμμα 12 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με γενική κατάσταση της υγείας τους. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (44%) δήλωσε πως η υγεία του είναι μέτρια, 39.6% πως είναι καλή ενώ μόλις στο 14.3% του δείγματος είναι κακή.

Πίνακας 13: Γενική κατάσταση της υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Κακή	13	14.3	14.3	14.3
Μέτρια	40	44.0	44.0	58.2
Καλή	36	39.6	39.6	97.8
Πολύ καλή	2	2.2	2.2	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



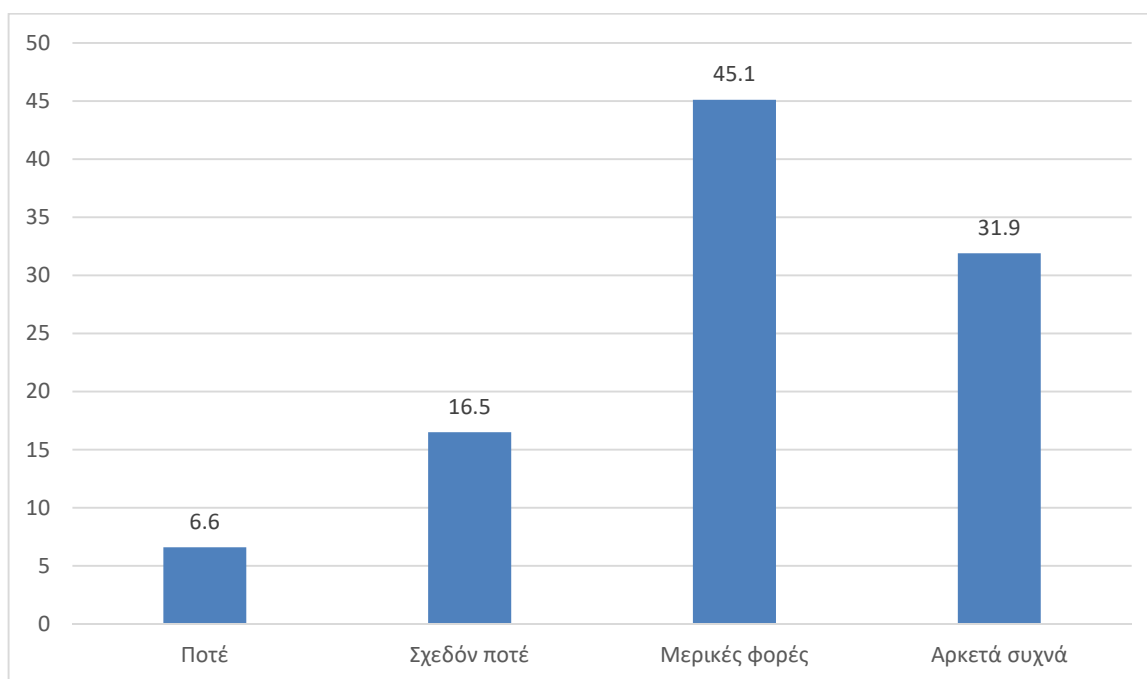
Διάγραμμα 12

14. Πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ

Ο Πίνακας 14 και το Διάγραμμα 13 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά η υγεία τους ή η ψυχολογική τους κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες (π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ.). Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (45.1%) δήλωσε πως η υγεία του ή η ψυχολογική του κατάσταση μερικές φορές επηρεάζει τις κοινωνικές του δραστηριότητες και ακολούθως 31.9% πως αυτό γίνεται αρκετά συχνά.

Πίνακας 14: Επιρροή κοινωνικών δραστηριοτήτων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ποτέ	6	6.6	6.6	6.6
Σχεδόν ποτέ	15	16.5	16.5	23.1
Μερικές φορές	41	45.1	45.1	68.1
Αρκετά συχνά	29	31.9	31.9	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



Διάγραμμα 13

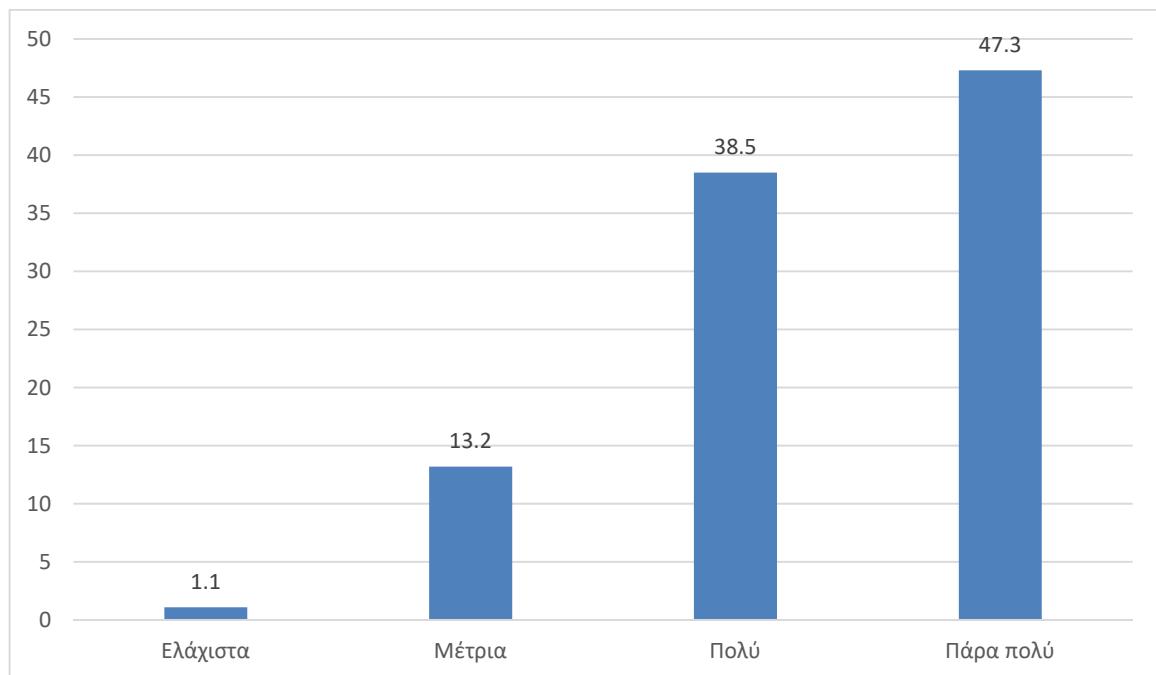
15. Κατά πόσο η οικογένειά σας, σας στήριξε μετά τη διάγνωση της νόσου;

Ο Πίνακας 15 και το Διάγραμμα 14 παρουσιάζουν τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το κατά πόσο η οικογένειά τους, τους στήριξε μετά τη διάγνωση της νόσου. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (85.8%)

δήλωσε πως η οικογένειά τους, τους στήριξε από πολύ έως πάρα πολύ ενώ 13.2% πως αυτό έγινε σε μέτριο βαθμό.

Πίνακας 15: Στήριξη οικογένειας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ελάχιστα	1	1.1	1.1	1.1
Μέτρια	12	13.2	13.2	14.3
Πολύ	35	38.5	38.5	52.7
Πάρα πολύ	43	47.3	47.3	100.0
Σύνολο	91	100.0	100.0	



Διάγραμμα 14

4.2. Συγκριτική Στατιστική Ανάλυση

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου.

Παραγοντική Ανάλυση

Ελέγχοντας αρχικά την καταλληλότητα των δεδομένων μας για μια τέτοια ανάλυση. Θα γίνει χρήση του κριτηρίου σφαιρικότητας του Bartlett και την στατιστική συνάρτηση Kaiser-Meyer-Olkin (παίρνει τιμές από 0 έως και 1), οι οποίες σε συνδυασμό οδηγούν στην καταλληλότητα ή μη των δεδομένων μας.

Παρατηρούμε ότι το σχετικό τεστ δίνει τα εξής αποτελέσματα,

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.828
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1515.843
	df	253
	Sig.	.000

Προκύπτουν έτσι ότι η τιμή του δείκτη $KMO = 0.828 > 0.6$ και $p = 0.000 + e < 0.05$ και άρα δεχόμαστε την καταλληλότητα των δεδομένων μας. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι κατάλληλες τιμές του KMO για να δώσουν αξιοπιστία στην Παραγοντική Ανάλυση είναι αυτές που είναι γύρω στο 0.8 και μεγαλύτερες από αυτό. Για να βρούμε τον επακριβή αριθμό των κατάλληλων παραγόντων θα χρησιμοποιήσουμε το κριτήριο του Kaiser κατά το οποίο ο αριθμός των παραγόντων είναι ίσος με τον αριθμό των ιδιοτιμών που είναι μεγαλύτερες της μονάδος στον πίνακα συσχετίσεων.

Προκύπτει ο παρακάτω πίνακας,

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7.736	33.634	33.634	7.736	33.634	33.634	5.998	26.077	26.077
2	3.813	16.579	50.213	3.813	16.579	50.213	3.279	14.257	40.334
3	2.612	11.359	61.572	2.612	11.359	61.572	3.055	13.283	53.616
4	1.410	6.132	67.703	1.410	6.132	67.703	3.006	13.072	66.688
5	1.157	5.028	72.732	1.157	5.028	72.732	1.390	6.044	72.732
6	.877	3.814	76.546						
7	.834	3.625	80.171						
8	.657	2.856	83.027						
9	.570	2.480	85.507						
10	.495	2.150	87.657						
11	.420	1.826	89.483						
12	.378	1.643	91.126						
13	.348	1.514	92.640						
14	.286	1.244	93.884						
15	.266	1.157	95.041						
16	.214	.930	95.971						
17	.198	.862	96.834						
18	.163	.709	97.542						
19	.140	.609	98.152						
20	.129	.562	98.714						
21	.113	.490	99.204						
22	.103	.446	99.650						

23

.080

.350

100.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Από αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι ο αριθμός των παραγόντων ορίζεται να είναι 5, με αυτούς τους παράγοντες να εξηγούν αθροιστικά το 72.73% της συνολικής διακύμανσης (της μεταβλητότητας του δείγματος) καθώς και στην πρώτη στήλη αναγράφονται οι ιδιοτιμές του κάθε παράγοντα με το ποσοστό της διακύμανσης που κάθε ιδιοτιμή ερμηνεύει.

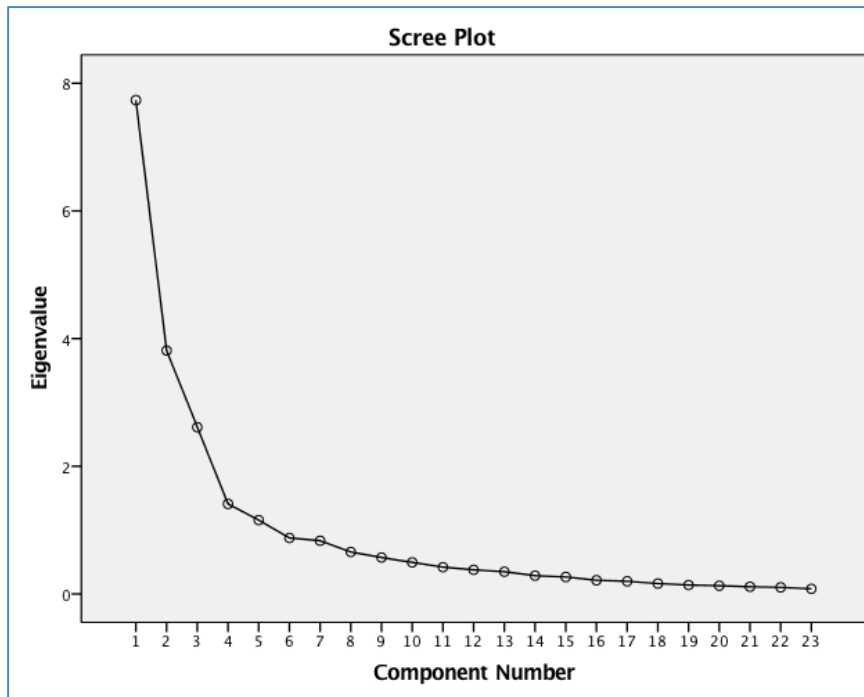
Από τον πίνακα Rotated Component Matrix φαίνεται πως εκφράζεται κάθε μία μεταβλητή με τη χρήση των 5 παραγόντων που εμφανίστηκαν. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές συμβατικές πηγές, ψηφιακές πηγές, διαπροσωπικές πηγές σχετίζονται αρνητικά με τον δεύτερο παράγοντα.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1 (Ψυχική υγεία)	2 (Σωματική υγεία)	3 (Κοινωνικές σχέσεις)	4 (Σωματικός πόνος)
Er11.9	.861			
Er11.5	.838			
Er11.8	.820			
Er11.7	.802			
Er11.4	.797			
Er11.10	.704			
Er11.6	.698			
Er11.3	.692			
Er14			.673	

Ep11.1	-.633		
Ep10.2		.878	
Ep10.6		.830	
Ep10.4		.824	
Ep10.3		.885	
Ep10.5		.861	
Ep10.1		.844	
Ep13			-.464
Ep12.2			.798
Ep12.4			.772
Ep12.1			.748
Ep12.3			.715
Ep15			-.712
Ep11.2	.706		

Επομένως, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται πως οι παράγοντες επιβεβαιώνουν τις κυρίως ενότητες του ερωτηματολογίου και αποτελούνται από τις αρχικά σχεδιασμένες ερωτήσεις.



Συσχέτιση ηλικίας με το είδος θεραπείας

Όπως προκύπτει από την ανάλυση διασποράς (ANOVA) το p-value (0.624) είναι μεγαλύτερο του α (0.05) επομένως συμπεραίνουμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση και πως οι κλάσεις της μεταβλητής “είδος θεραπείας” δεν διαφέρουν σε σχέση με την ηλικία τους.

ANOVA

Ηλικία

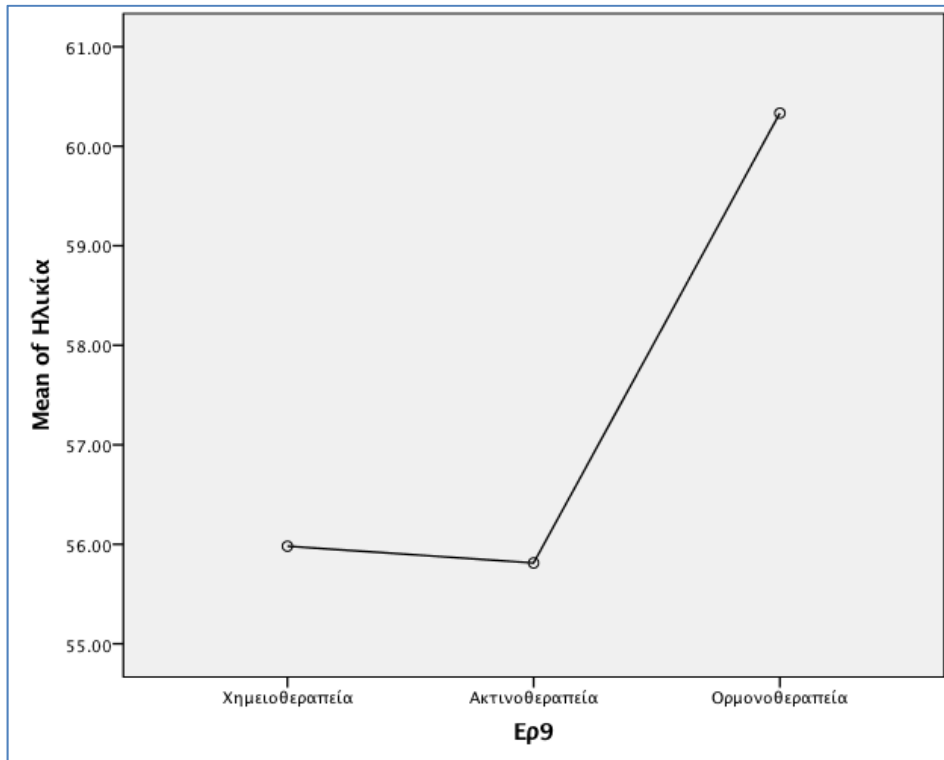
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	109.844	2	54.922	.475	.624
Within Groups	10185.189	88	115.741		
Total	10295.033	90			

Επίσης, όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα μέσω των όρων οι γυναίκες που έχουν λάβει ορμονοθεραπεία εμφανίζουν τον υψηλότερο μέσο όρο ηλικίας (60.33 έτη) έναντι των υπόλοιπων και ακολουθούν οι γυναίκες που έχουν λάβει χημειοθεραπεία (55.98 έτη) και τέλος οι γυναίκες που έχουν λάβει ακτινοθεραπεία (55.81).

Περιγραφή

Ηλικία

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	95% Confidence Interval for Mean		Ελαχ.	Μεγ.
					Χαμηλό τερο όριο	Υψηλότερο όριο		
Χημειοθεραπεία	53	55.9811	11.57665	1.59018	52.7902	59.1721	33.00	77.00
Ακτινοθεραπεία	32	55.8125	9.99496	1.76688	52.2089	59.4161	34.00	70.00
Ορμονοθεραπεία	6	60.3333	4.88535	1.99444	55.2065	65.4602	55.00	68.00
Total	91	56.2088	10.69529	1.12117	53.9814	58.4362	33.00	77.00



Συσχέτιση ηλικίας και σωματικής υγείας

Όπως προκύπτει από το παραμετρικό τεστ Pearson υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των ατόμων με το εάν οι ερωτώμενοι δυσκολεύονταν να:

- κάνουν έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα ($p < 0.05$, θετική αδύναμη σχέση καθώς $r = 0.247$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να κάνουν έντονες σωματικές δραστηριότητες.
- κάνουν μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο Αυτοεξυπηρέτηση ($p < 0.01$, θετική αδύναμη σχέση καθώς $r = 0.553$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να κάνουν μέτριες σωματικές δραστηριότητες.
- ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες ($p < 0.01$, θετική μέτρια σχέση καθώς $r = 0.389$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες.

- σκύβουν ή να γονατίζουν ($p < 0.01$, θετική μέτρια σχέση καθώς $r = 0.536$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να σκύβουν ή να γονατίζουν.
- περπατούν περισσότερο από 1 χιλιόμετρο ($p < 0.01$, θετική μέτρια σχέση καθώς $r = 0.379$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να περπατούν περισσότερο από 1 χιλιόμετρο.
- πλένουν ή να ντύνονται μόνη τους ($p < 0.01$, θετική μέτρια σχέση καθώς $r = 0.477$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να πλένουν ή να ντύνονται μόνη τους.

Συσχετίσεις

		Ηλικία	Ερ10_1	Ερ10_2	Ερ10_3	Ερ10_4	Ερ10_5	Ερ10_6
Ηλικία	Pearson Correlation	1	.247*	.533**	.389**	.536**	.379**	.477**
	Sig. (2-tailed)		.018	.000	.000	.000	.000	.000
	N	91	91	91	91	91	91	91
Ερ10_1	Pearson Correlation		1	.219*	.735**	.248*	.616**	-.214*
	Sig. (2-tailed)			.037	.000	.018	.000	.042
	N		91	91	91	91	91	91
Ερ10_2	Pearson Correlation			1	.330**	.846**	.159	.720**
	Sig. (2-tailed)				.001	.000	.133	.000
	N			91	91	91	91	91
Ερ10_3	Pearson Correlation				1	.335**	.799**	-.083
	Sig. (2-tailed)					.001	.000	.435
	N				91	91	91	91
Ερ10_4	Pearson Correlation					1	.178	.693**
	Sig. (2-tailed)						.092	.000
	N					91	91	91

Eρ10_5	Pearson Correlation						1	-.148
	Sig. (2-tailed)							.161
	N						91	91
Eρ10_6	Pearson Correlation							1
	Sig. (2-tailed)							
	N							91

*. Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.05 (2-tailed).

**. Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Συσχέτιση ηλικίας με την ψυχική υγεία

Όπως προκύπτει από το παραμετρικό τεστ Pearson υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των ατόμων με το ότι:

- Προσδοκούσαν διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση ($p < 0.01$, θετική μέτρια σχέση καθώς $r = 0.305$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό προσδοκούσαν διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση.
- Κατηγορούσαν χωρίς λόγο τον εαυτό τους για ό,τι πήγαινε στραβά ($p < 0.05$, θετική αδύναμη σχέση καθώς $r = 0.223$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό κατηγορούσαν χωρίς λόγο τον εαυτό τους για ό,τι πήγαινε στραβά.
- Δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους ($p < 0.01$, θετική μέτρια σχέση καθώς $r = 0.299$). Επομένως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

Συσχετίσεις

		Ηλικία	Ερ11_1	Ερ11_2	Ερ11_3	Ερ11_4	Ερ11_5	Ερ11_6	Ερ11_7	Ερ11_8	Ερ11_9	Ερ11_10
Ηλικία	Pearson Correlation	1	-.062	.305**	.223*	.175	.014	.299**	.174	-.067	-.075	.202
	Sig. (2-tailed)		.562	.003	.033	.096	.895	.004	.100	.526	.480	.055
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91
Ερ11_1	Pearson Correlation		1	.182	-.502**	-.469**	-.380**	-.400**	-.494**	-.373**	-.532**	-.378**
	Sig. (2-tailed)			.084	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N		91	91	91	91	91	91	91	91	91	91
Ερ11_2	Pearson Correlation			1	.069	.139	.161	.164	.164	.076	.065	.179
	Sig. (2-tailed)				.518	.190	.127	.119	.120	.476	.540	.089
	N			91	91	91	91	91	91	91	91	91
Ερ11_3	Pearson Correlation				1	.647**	.590**	.652**	.598**	.449**	.433**	.652**
	Sig. (2-tailed)					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N				91	91	91	91	91	91	91	91
Ερ11_4	Pearson Correlation					1	.775**	.615**	.644**	.593**	.573**	.560**
	Sig. (2-tailed)						.000	.000	.000	.000	.000	.000

	N					91	91	91	91	91	91	91
Ep11_5	Pearson Correlation						1	.589**	.624**	.697**	.684**	.575**
	Sig. (2-tailed)							.000	.000	.000	.000	.000
	N						91	91	91	91	91	91
Ep11_6	Pearson Correlation							1	.754**	.560**	.483**	.660**
	Sig. (2-tailed)								.000	.000	.000	.000
	N							91	91	91	91	91
Ep11_7	Pearson Correlation								1	.676**	.622**	.596**
	Sig. (2-tailed)									.000	.000	.000
	N								91	91	91	91
Ep11_8	Pearson Correlation									1	.764**	.523**
	Sig. (2-tailed)										.000	.000
	N									91	91	91
Ep11_9	Pearson Correlation										1	.585**
	Sig. (2-tailed)											.000
	N										91	91

Eρ11_10	Pearson Correlation										1
	Sig. (2-tailed)										
	N										91

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

*. Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.05 (2-tailed).

Συσχέτιση του είδους της θεραπείας με τη σωματική υγεία

Όπως προκύπτει από την ανάλυση διασποράς (ANOVA) το p-value είναι μεγαλύτερο του α (0.05) σε όλες τις περιπτώσεις επομένως συμπεραίνουμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση και πως οι κλάσεις της μεταβλητής “είδος θεραπείας” δεν διαφέρουν σε σχέση με την σωματική υγεία.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ep10_1	Between Groups	.536	2	.268	.472	.625
	Within Groups	49.991	88	.568		
	Total	50.527	90			
Ep10_2	Between Groups	.352	2	.176	.268	.766
	Within Groups	57.780	88	.657		
	Total	58.132	90			
Ep10_3	Between Groups	.638	2	.319	.472	.625
	Within Groups	59.472	88	.676		
	Total	60.110	90			
Ep10_4	Between Groups	.874	2	.437	.793	.456
	Within Groups	48.510	88	.551		
	Total	49.385	90			
Ep10_5	Between Groups	.077	2	.039	.062	.940
	Within Groups	54.604	88	.620		
	Total	54.681	90			
Ep10_6	Between Groups	1.429	2	.714	.958	.387
	Within Groups					
	Total					

Within Groups	65.604	88	.745	
Total	67.033	90		

Παρά ταύτα, για το δείγμα της έρευνας, όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα μέσων όρων οι γυναίκες που έχουν λάβει ορμονοθεραπεία εμφανίζουν υψηλότερη δυσκολία σχετικά με το να ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες και να περπατούν περισσότερο από 1 χιλιόμετρο. Αντιθέτως, οι ερωτώμενοι που έχουν λάβει χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία δυσκολεύονται περισσότερο σχετικά με το να κάνουν έντονες και μέτριες σωματικές δραστηριότητες, να σκύβουν ή να γονατίζουν, και να πλένονται ή να ντύνονται μόνοι τους.

Περιγραφή

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα	95% Confidence Interval for Mean		Ελαχ.	Μεγ.
					Χαμηλότερο όριο	Υψηλότερο όριο		
Er10_1 Χημειοθεραπεία	53	1.7736	.77563	.10654	1.5598	1.9874	1.00	3.00
Ακτινοθεραπεία	32	1.9375	.71561	.12650	1.6795	2.1955	1.00	3.00
Ορμονοθεραπεία	6	1.8333	.75277	.30732	1.0433	2.6233	1.00	3.00
Total	91	1.8352	.74928	.07855	1.6791	1.9912	1.00	3.00
Er10_2 Χημειοθεραπεία	53	1.7547	.78215	.10744	1.5391	1.9703	1.00	3.00
Ακτινοθεραπεία	32	1.7188	.85135	.15050	1.4118	2.0257	1.00	3.00
Ορμονοθεραπεία	6	1.5000	.83666	.34157	.6220	2.3780	1.00	3.00
Total	91	1.7253	.80369	.08425	1.5579	1.8927	1.00	3.00
Er10_3 Χημειοθεραπεία	53	1.8302	.82592	.11345	1.6025	2.0578	1.00	3.00
Ακτινοθεραπεία	32	2.0000	.84242	.14892	1.6963	2.3037	1.00	3.00

	Ορμονοθεραπεία	6	2.0000	.63246	.25820	1.3363	2.6637	1.00	3.00
	Total	91	1.9011	.81724	.08567	1.7309	2.0713	1.00	3.00
Ερ10_4	Χημειοθεραπεία	53	1.7358	.71120	.09769	1.5398	1.9319	1.00	3.00
	Ακτινοθεραπεία	32	1.6875	.78030	.13794	1.4062	1.9688	1.00	3.00
	Ορμονοθεραπεία	6	1.3333	.81650	.33333	.4765	2.1902	1.00	3.00
	Total	91	1.6923	.74075	.07765	1.5380	1.8466	1.00	3.00
Ερ10_5	Χημειοθεραπεία	53	1.7358	.78816	.10826	1.5186	1.9531	1.00	3.00
	Ακτινοθεραπεία	32	1.7813	.79248	.14009	1.4955	2.0670	1.00	3.00
	Ορμονοθεραπεία	6	1.8333	.75277	.30732	1.0433	2.6233	1.00	3.00
	Total	91	1.7582	.77947	.08171	1.5959	1.9206	1.00	3.00
Ερ10_6	Χημειοθεραπεία	53	1.7358	.88036	.12093	1.4932	1.9785	1.00	3.00
	Ακτινοθεραπεία	32	1.5313	.84183	.14882	1.2277	1.8348	1.00	3.00
	Ορμονοθεραπεία	6	1.3333	.81650	.33333	.4765	2.1902	1.00	3.00
	Total	91	1.6374	.86302	.09047	1.4576	1.8171	1.00	3.00

Συσχέτιση είδους θεραπείας με το μηνιαίο εισόδημα

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, οι ερωτώμενοι που λαμβάνουν ως θεραπεία ορμονοθεραπεία στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (50%) έχουν μηνιαίο εισόδημα από 1200 έως 1500 ευρώ, ενώ οι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων που κάνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία έχουν μηνιαίο εισόδημα από 800 έως 1000 ευρώ.

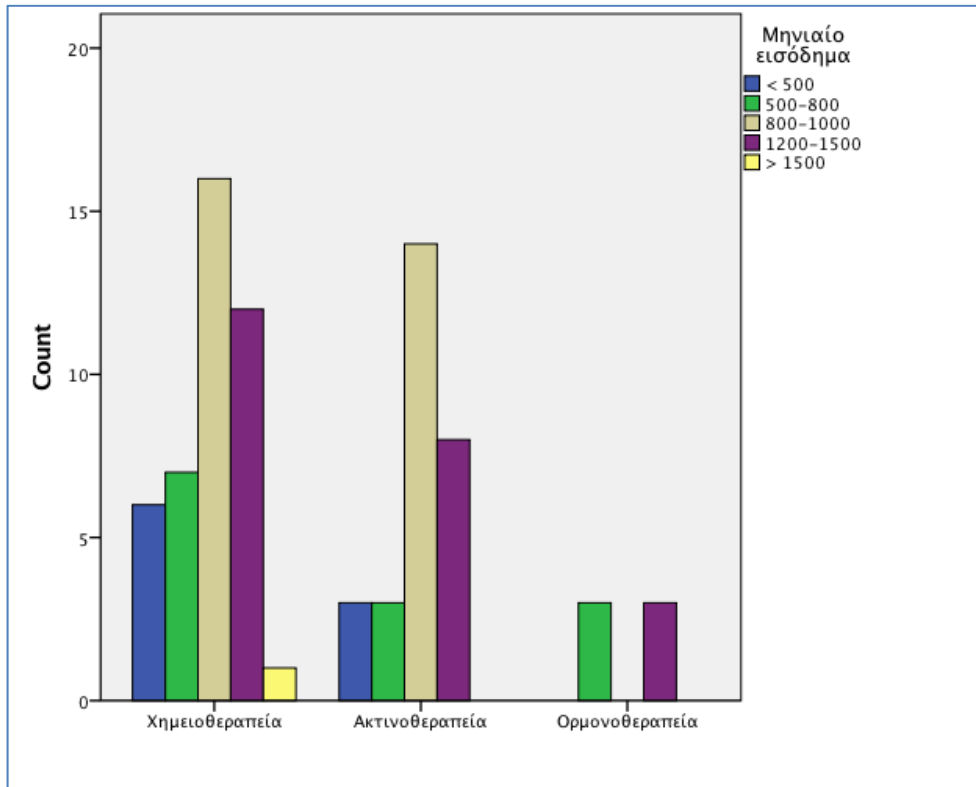
Συσχέτιση είδους θεραπείας με το μηνιαίο εισόδημα

			Μηνιαίο_εισόδημα					Total
			< 500	500-800	800-1000	1200-1500	> 1500	
Ερ9	Χημειοθεραπεία	Count	6	7	16	12	1	42
		%	14.3%	16.7%	38.1%	28.6%	2.4%	100.0%
	Ακτινοθεραπεία	Count	3	3	14	8	0	28
		%	10.7%	10.7%	50.0%	28.6%	0.0%	100.0%
	Ορμονοθεραπεία	Count	0	3	0	3	0	6
		%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%
Total		Count	9	13	30	23	1	76
		%	11.8%	17.1%	39.5%	30.3%	1.3%	100.0%

Όπως φαίνεται από τον στατιστικό έλεγχο χ^2 , το p-value (.248) είναι μεγαλύτερο του α (0.05) επομένως συμπεραίνουμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση και πως το είδος της θεραπείας δεν σχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.244	8	.248
Likelihood Ratio	12.295	8	.139
Linear-by-Linear Association	.149	1	.699
N of Valid Cases	76		



Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από ερωτώμενους με μέση ηλικία τα 56.2 έτη, 69.2% διαμένει εκτός Αττικής, 89% ήταν συμμετέχοντες με Ελληνική υπηκοότητα, και 61.5% ήταν παντρεμένοι. Ακόμα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (46.2%) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου – Λυκείου, και 31.9% είχαν λάβει ανώτερη – ανώτατη εκπαίδευση, 19.8% ήταν Δημόσιοι υπάλληλοι, και ακολούθως 18.7% ήταν έμποροι, βιοτέχνες, και ελεύθεροι επαγγελματίες, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39.5%) έχει μηνιαίο εισόδημα από 800 έως 1000 ευρώ, και ακολούθως 30.3% από 1200 έως 1500 ευρώ, ενώ 28.9% λαμβάνει κάτω από 800 ευρώ. Επιπροσθέτως, όλοι οι ερωτώμενοι έχουν λάβει κάποια θεραπεία, και ακολούθως 67% έχει μπει στην εμμηνόπαυση, στο 48.4% υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, 37.4% πάσχει από κάποια χρόνια σωματική νόσο, 31.9% έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, 19.8% καπνίζει, ενώ μόλις 6.6% πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα ή νόσο. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58.2%) συμμετέχει σε χημειοθεραπεία, και ακολούθως 35.2% σε ακτινοθεραπεία, ενώ 6.6% ορμονοθεραπεία.

Σε αναλογία με τις ερευνητικές ερωτήσεις βρέθηκε πως:

- Ποια τα επίπεδα σωματικής υγείας των ερωτώμενων;

Οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο βαθμό ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες και ακολούθως κάνουν έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα. Αντιθέτως σε μικρότερο βαθμό σκύβουν ή να γονατίζουν και κάνουν μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, αυτοεξυπηρέτηση.

- Ποια τα επίπεδα ψυχικής υγείας των ερωτώμενων;

Οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο βαθμό προσδοκούσαν διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση και ακολούθως ήταν αγχωμένοι ή ανήσυχοι χωρίς συγκεκριμένο λόγο, και μπορούσαν να γελάνε και να βλέπουν την αστεία πλευρά των πραγμάτων.

Αντιθέτως σε μικρότερο βαθμό τους πέρασε η σκέψη να κάνουν κακό στον εαυτό τους και δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

- Ποια τα επίπεδα σωματικού πόνου των ερωτώμενων;

Οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο βαθμό δήλωσαν πως η υγεία τους, τους ανάγκασε να κάνουν λιγότερα πράγματα από όσο θα ήθελαν (57.1%) και ακολούθως πως η υγεία τους, τους ανάγκασε να μειώσουν τον χρόνο που διαθέτουν για την εργασία τους ή τις άλλες ασχολίες τους (52.7%). Αντιθέτως, σε μικρότερο ποσοστό δήλωσαν πως η υγεία τους, τους ανάγκασε να κάνουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσουν την εργασία τους ή τις άλλες ασχολίες τους (44%).

- Σε τί επίπεδο βρίσκονται οι κοινωνικές σχέσεις των ατόμων;

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (44%) δήλωσε πως η υγεία του είναι μέτρια, 39.6% πως είναι καλή ενώ μόλις στο 14.3% του δείγματος είναι κακή. Ακολούθως, 45.1% δήλωσε πως η υγεία του ή η ψυχολογική του κατάσταση μερικές φορές επηρεάζει τις κοινωνικές του δραστηριότητες και ακολούθως 31.9% πως αυτό γίνεται αρκετά συχνά. Τέλος, 85.8% δήλωσε πως η οικογένειά τους, τους στήριξε από πολύ έως πάρα πολύ κατά την ασθένεια.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με το είδος της θεραπείας;

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των ερωτώμενων με την σωματική τους υγεία;

Συγκεκριμένα βρέθηκε πως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να κάνουν έντονες σωματικές δραστηριότητες, τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να κάνουν μέτριες σωματικές δραστηριότητες, τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να ανεβαίνουν αρκετούς ορόφους από τις σκάλες, τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να σκύβουν ή να γονατίζουν, τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να περπατούν περισσότερο από 1 χιλιόμετρο, και τέλος πως όσο

μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο μεγαλύτερη και η δυσκολία τους να πλένουν ή να ντύνονται μόνη τους.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας των ερωτώμενων με την ψυχική τους υγεία;

Συγκεκριμένα βρέθηκε πως όσο μεγαλύτερη η ηλικία των ερωτώμενων τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό προσδοκούσαν διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση, τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό κατηγορούσαν χωρίς λόγο τον εαυτό τους για ό,τι πήγαινε στραβά και τέλος τόσο σε μεγαλύτερο βαθμό δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του είδους της θεραπείας που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι με την σωματική τους υγεία;

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση.

- Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του είδους της θεραπείας που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι με το εισόδημά τους;

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Amadou, A., Torres – Mejia, G., Hainaut, P., Romieu, I. (2014). Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. *Salud publica de Mexico*, 56(5), pp.547-554.

Anderson, W.F., Rosenberg, P.S., Prat, A., Perou, C.M., Sherman, M.E. (2014). How many etiological subtypes of breast cancer: two, three, four, or more? *Journal of the National Cancer Institute*, 106(8).

Bartlett, J.M., Nofech – Moses, S., Rakovitch, E. (2014). Ductal carcinoma in situ of the breast: can biomarkers improve current management? *Clinical chemistry*, 60(1), pp.60-67.

Benson, J.R., Jatoi, I., Keisch, M., Esteva, F.J., Makris, A., Jordan, V.C. (2009). Early breast cancer. *Lancet*, 373(9673), pp.1463-1479.

Bjurstam, N., Bjorneld, L., Warwick, J., Sala, E., Duffy, S.W., Nystrom, L., Walker, N., Cahlin, E., Eriksson, O., Hafstrom, L.O., Lingaas, H., Mattsson, J., Persson, S., Rundenstam, C.M., Salander, H., Save – Soderbergh, J. (2003). The Gothenburg breast screening trial. *Cancer*, 97(10), pp.2387-2396.

Bravo, L.E., Garcia, L.S., Carrascal, E., Rubiano, J. (2014). Burden of breast cancer in Cali, Colombia: 1962-2012. *Salud Publica de Mexico*, 56(5), pp.448-456.

Brem, R.F., Lenihan, M.J., Lieberman, J., Torrente, J. (2015). Screening breast ultrasound: past, present, and future. *AJR American Journal of Roentgenology*, 204(2), pp.234-240.

Cedolini, C., Bertozzi, S., Londero, A.P., Bernardi, S., Seriau, L., COncina, S., Cattin, F., Risaliti, A. (2014). Type of breast cancer diagnosis, screening, and survival. *Clinical Breast Cancer*, 14(4), pp.235-240.

Chopra, I., Kamal, K.M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long – term breast cancer survivors. *Health and Quality of life outcomes*, 10, pp.14.

Clauser, P., Marino, M.A., Baltzer, P.A., Bazzocchi, M., Zuiani, C. (2016). Management of atypical lobular hyperplasia, atypical ductal hyperplasia, and lobular carcinoma in situ. *Expert review of anticancer therapy*, 16(3), pp.335-346.

Darby, S., McGale, P., Correa, C., Taylor, C., Arriagada, R., Clarke, M., Cutter, D., Davies, C., Ewertz, M., Godwin, J., Gray, R., Pierce, L., Whelan, T., Wang, Y., Peto, R. (2011). Effect of radiotherapy after breast – conserving surgery on 10 – year recurrence and 15 – year breast cancer death: meta – analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet*, 378(9804), pp.1707-1716.

Denieffe, S., Cowman, S., Gooney, M. (2014). Symptoms, clusters and quality of life prior to surgery for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), pp.2491-2502.

DeSantis, C., Ma, J., Bryan, L., Jemal, A. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *CA Cancer Journal for clinicians*, 64(1), pp.52-62.

Dietz de Loos, D.A., Seqboer, C.L., Gevorgyan, A., Fokkens, W.J. (2013). Disease – specific quality – of – life questionnaires in rhinitis and rhinosinusitis: review and evaluation. *Current allergy and asthma reports*, 13(2), pp.162-170.

Dossus, L., Benusiglio, P.R. (2015). Lobular breast cancer: incidence and genetic and non – genetic risk factors. *Breast Cancer Research*, 17, pp.37.

Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41(10), pp.1383-1394.

Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. (2010). *AJCC Cancer Staging Manual, 7th edition*. New York: Springer.

Ekwueme, D.U., Guy, G.P., Rim, S.H., White, A., Hall, I.J., Fairley, T.L., Dean, H.D. (2014). Health and economic impact of breast cancer mortality in young women, 1970-2008. *American Journal of preventive medicine*, 46(1), pp.71-79.

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

Ferrans, C.E. (1985). *Psychometric assessment of a quality of life index*. Illinois: Unpublished doctoral dissertation.

Ferrans, C.E., Powers, M.J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), pp.15-24.

Ferrell, B.R., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis – Green, S., Schaffner, M.L. (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer Practice*, 4, pp.331-340.

Furth, P.A. (2014). STAT signaling in different breast cancer sub-types. *Molecular and cellular endocrinology*, 382(1), pp.612-615.

Gold, M.R., Patrick, D.L., Torrance, G.W., Fryback D., Hadorn, D.C., Kamlet, M., Daniels, N., Weinstein, M.C. (1996). *Identifying and valuing outcomes*. In: Gold, M.R., Siegel, J.E., Russell, L.B., Weinstein, M.C. (eds). *Cost – effectiveness in health and medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Granader, E.J., Dwamena, B., Carlos, R.C. (2008). MRI and mammography surveillance of women at increased risk for breast cancer: recommendations using an evidence – based approach. *Academic Radiology*, 15(12), pp.1590-1595.

Haas, B.K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21, pp.728-742.

Hays, R.D., Reeve, B.B. (2010). *Measurement and modeling of health – related quality of life*. In: Killewo, J., Heggenhougen, H.K., Quah, S.R. (eds). *Epidemiology and demography in public health*. San Diego: Academic Press.

Huang, I.C., Wu, A.W., Frangakis, C. (2006). Do the SF – 36 and WHOQOL – BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan Population. *Quality of Life Research*, 15, pp.15-24.

Huang, R., Huang, Y., Tao, P., Li, H., Wang, Q., Li, H., Li, J.Y. (2013). Evaluation of the quality of life in patients with breast cancer at different TNM stages after standardized treatment. *Zhonghua zhong liu za zhi*, 35(1), pp.71-77.

Hwang, E., Yi, M. (2014). Factors influencing quality of life in patients with breast cancer on hormone therapy. *Journal of Korean Academic Nursing*, 44(1), pp.108-117.

Jamali, R., Biglari, M. (2015). The comparison of WHOQOL – BREF with Disease Specific Health Related Quality of Life Questionnaire in Irritable Bowel Syndrome. *Acta medica Iranica*, 53(11), pp.717-724.

Kaminska, M., Ciszewski, T., Kukielka – Budny, B., Kubiowski, T., Baczewska, B., Makara – Studzinska, M., Staroslawska, E., Bojar, I. (2015). Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 22(4), pp.724-730.

Karimi, M., Brazier, J. (2016). Health, Health – Related Quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), pp.645-649.

Kelly, C.M., Buzdar, A.U. (2013). Using multiple targeted therapies in oncology: considerations for use, and progress to date in breast cancer, *Drugs*, 73, pp.505-515.

Kerlikowske, K. (2010). Epidemiology of ductal carcinoma in situ. *Journal of the National Cancer Institute*, 2010(41), pp.139-141.

Kluthcovsky, A.C., Faria, T.N., Carneiro, F.H., Strona, R. (2014). Female breast cancer mortality in Brazil and its regions. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 60(4), pp.387-393.

Kolb, T.M., Lichy, J., Newhouse, J.H. (2002). Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology*, 225, pp.165-175.

Lester, S.C., Bose, S., Chen, Y.Y., Connolly, J.L., de Baca, M.E., Fitzgibbons, P.L., Hayes, D.F., Kleer, C., O' Malley, F.P., Page, D.L., Smith, B.L., Weaver, D.L., Winer, E., Members of the Cancer Committee, College of American Pathologists.

(2009). Protocol for the examination of specimens from patients with ductal carcinoma in situ of the breast. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 133, pp.15-25.

Li, C.I., Uribe, D.J., Daling, J.R. (2005). Clinical characteristics of different histologic types of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 93, pp.1046-1052.

Li, C.I., Daling, J.R. (2007). Changes in breast cancer incidence rates in the United States by histologic subtype and race / ethnicity, 1995 to 2004. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 16, pp.2773-2780.

Luutonen, S., Sintonen, H., Stormi, T., Salminen, E. (2014). Health – related quality of life during adjuvant radiotherapy in breast cancer. *Quality of life research*, 23(4), pp.1363-1369.

Matsen, C.B., Neumayer, L.A. (2013). Breast cancer: a review for the general surgeon. *JAMA Surgery*, 148(10), pp.971-979.

Meade, E., Dowling, M. (2012). Early breast cancer: diagnosis, treatment and survivorship. *British Journal of nursing*, 21(17), pp.S4-S8.

Meeburg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, pp.32-38.

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

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

Nagtegaal, I.D., Duffy, S.W. (2013). Reduction in rate of node metastases with breast screening: consistency of association with tumor size. *Breast Cancer Research and Treatment*, 137(3), pp.653-663.

Najafi, M., Sheikhvatan, M., Montazeri, A., SHEikhfathollahi, M. (2009). Reliability of World Health Organization's Quality of Life – BREF versus Short Form 36 Health

Survey questionnaires for assessment of quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of cardiovascular medicine*, 10(4), pp.316-321.

O' Boyle, C.A. (1997). Measuring the quality of later life. *Philosophical transactions of the Royal Society of London*, 352(1363), pp.1871-1879.

Orucevic, A., Chen, J., McLoughlin, J.M., Heidel, R.E., Panella, T., Bell, J. (2015). Is the TNM staging system for breast cancer still relevant in the era of biomarkers and emerging personalized medicine for breast cancer – an institution's 10 – year experience. *Breast Journal*, 21(2), pp.147-154.

Park, C.C., Mitsumori, M., Nixon, A., Recht, A., Connolly, J., Gelman, R., Silver, B., Hetelekidis, S., Abner, A., Harris, J.R., Schnitt, S.J. (2000). Outcome at 8 years after breast – conserving surgery and radiation therapy for invasive breast cancer: influence of margin status and systemic therapy on local recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 18(8), pp.1668-1675.

Patani, N., Khaled, Y., AL Reefy, S., Mokbel, K. (2011). Ductal carcinoma in – situ: an update for clinical practice. *Surgical oncology*, 20(1), pp.e23-e31.

Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M.M., De Marinis, M.G. (2011). A brief history of the Quality of life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica terapeutica*, 162(3), pp.e99-e103.

Poradzisz, M., Florczak, K.L. (2013). Quality of life: input or outcome? *Nursing science quarterly*, 26(2), pp.116-120.

Roganovic, D., Ddjilas, D., Vujnovic, S., Pavic, D., Stojanov, D. (2015). Breast MRI, digital mammography and breast tomosynthesis: comparison of three methods for early detection of breast cancer. *Bosnian journal of basic medical sciences*, 15(4), pp.64-68.

Saha, M., Mukherjee, R., Chakraborty, C. (2016). Computer – aided diagnosis of breast cancer using cytological images: A systematic review. *Tissue Cell*, 48(5), pp.461-474.

Salvilla, S.A., Dubois, A.E., Flokstra – de Blok, B.M., Panesar, S.S., Worth, A., Patel, S., Muraro, A., Halcken, S., Hoffmann – Sommergruber, K., DunnGalvin, A.,

Schleife H., Sachtleben C, Finck Barbosa C, Singer S. Hinz A. (2014) Anxiety Expression and quality of life in german ambulatory breast cancer patients, *Breast Cancer* (21)2 pp.208-213

Sharifian, A., Pourhoseingholi, M.A., Emadedin, M., Rostami Nejad, M., Ashtari, S., Hajizadeh, N., Firouzei, S.A., Hosseini, S.J. (2015). Burden of Breast cancer in Iranian Women is increasing. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 16(12), pp.5049-5052.

Stefansson, O.A., Moran, S., Gomez, A., Sayols, S., Arribas – Jorba, C., Sandoval, J., Hilmarsdottir, H., Olafsdottir, E., Tryggvadottir, L., Jonasson, J.G., Eyfjord, J., Esteller, M. (2015). A DNA methylation – based definition of biologically distinct breast cancer subtypes. *Molecular Oncology*, 9(3), pp.555-568.

Sun, Y., Kim, S.W., Heo, C.Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C.K., Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(1), pp.22-27.

Taylor, R.M., Gibson, F., Franck, L.S. (2008). A concept analysis of health – related quality of life in young people with chronic illness. *Journal of clinical nursing*, 17(14), pp.1823-1833.

Torrance, G.W. (1987). Utility approach to measuring health – related quality of life. *Journal of Chronic Disease*, 40(6), pp.593-600.

Uehiro, N., Horii, R., Iwase, T., Tanabe, M., Sakai, T., Morizono, H., Kimura, K., Iijima, K., Miyagi, Y., Nishimura, S., Makita, M., Ito, Y., Akiyama, F. (2014). Validation study of the UICC TNM classification of malignant tumors, seventh edition, in breast cancer. *Breast Cancer*, 21(6), pp.748-753.

Woopen, C. (2014). The significance of quality of life – an ethical approach. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, 108(2-3), pp.140-145.

You, J., Lu, Q. (2014). Social constraints and quality of life among Chinese – speaking breast cancer survivors: a mediation model. *Quality of life research*, 23(9), pp.2577-2584.

Ελληνική

Γεωργίου, Γ. (2017). *Ο ρόλος των επιπέδων της λεπτίνης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού*. Αθήνα: Διδακτορική Διατριβή.

Λάγιου, Α. (2008). Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(6), pp.742-748.

Μπούρης, Π.Θ. (2017). *Δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ της σηματοδότησης των Era, των αυξητικών παραγόντων και των μορίων του εξωκυττάριου χώρου στην επιθετική συμπεριφορά των καρκινικών κυττάρων μαστού*. Πάτρα: Διδακτορική Διατριβή.

Παναγιωτόπουλος, Ν. (2017). *Η σημασία της διήθησης των αγγείων στην περιφέρεια του όγκου και η συσχέτιση της ανοσοϊστοχημικής έκφρασης αυτού με την πρόγνωση στο διηθητικό πορογενή καρκίνο του μαστού*. Αθήνα: Διδακτορική Διατριβή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. Δημογραφικά / Νοσολογικά Στοιχεία

1. Ηλικία:

2. Τόπος Διαμονής: Αττική Εκτός Αττικής

3. Υπηκοότητα: Ελληνική Άλλη

4. Οικογενειακή Κατάσταση: Παντρεμένη Ανύπαντρη Χήρα
 Διαζευγμένη

5. Εκπαίδευση: Δημοτικό Γυμνάσιο – Λύκειο Ανώτερη – Ανώτατη
Εκπαίδευση Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό

6. Επάγγελμα: Οικιακά Άνεργη Σπουδάστρια – Φοιτήτρια
 Δημόσιος Υπάλληλος Ιδιωτικός Υπάλληλος Έμπορος, Βιοτέχνης,
Ελεύθ. Επαγγελματίας Συνταξιούχος Άλλο. Παρακαλώ διευκρινίστε

7. Μηνιαίο εισόδημα: < 500€ 500 – 800€ 800 – 1200€
 1200 – 1500€ >1500€

8. Παρακαλώ συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
i.	Έχετε μπει στην εμμηνόπαυση;		
ii.	Πάσχετε από κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα ή νόσο;		
iii.	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;		
iv.	Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου;		

v.	Έχετε υποβληθεί σε μαστεκτομή;		
vi.	Καπνίζετε;		
vii.	Έχετε λάβει κάποια θεραπεία;		

9. Αν λαμβάνετε θεραπεία, τι είδους θεραπεία λαμβάνεται;

Χημειοθεραπεία Ακτινοθεραπεία Ορμονοθεραπεία

B. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

10. Παρακαλώ συμπληρώστε στον παρακάτω πίνακα κατά πόσο η υγεία σας σας περιορίζει να:

		ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ
i.	κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα			
ii.	κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο Αυτοεξυπηρέτηση			
iii.	ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες			
iv.	σκύβετε ή να γονατίζετε			
v.	περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο			
vi.	πλένεστε ή να ντύνεστε μόνη σας			

Γ. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

11. Παρακαλώ συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

		ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ
i.	Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την				

	αστεία πλευρά των πραγμάτων				
ii.	Προσδοκούμε διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση				
iii.	Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά				
iv.	Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο				
v.	Ένιωθα φόβο ή πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο				
vi.	Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου				
vii.	Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο				
viii.	Ένιωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη				
ix.	Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα				
x.	Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου				

Δ. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

12. Παρακαλώ συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
i.	Η υγεία σας σας ανάγκασε να μειώσετε τον χρόνο που διαθέσατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας		
ii.	Η υγεία σας σας ανάγκασε να κάνετε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε		
iii.	Η υγεία σας σας ανάγκασε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας		
iv.	Ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού		

E. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

13. Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι :

- Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή

14. Πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ

- Αρκετά συχνά Μερικές φορές Σχεδόν ποτέ
 Ποτέ

15. Κατά πόσο η οικογένειά σας, σας στήριξε μετά τη διάγνωση της νόσου;

- Πάρα πολύ Πολύ Μέτρια Ελάχιστα
 Καθόλου

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας!