



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

## **ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**<<Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ  
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ  
ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ>>**



### **ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:**

- 1. ΘΡΟΥΒΑΛΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ Α.Μ.5417**
- 2. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΠΟΓΚΑ Α.Μ.5620**
- 3. ΠΕΡΑΚΑΚΗΣ ΜΑΝΩΛΗΣ Α.Μ. 6529**

### **ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :**

- 1. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΜΑΡΚΑΚΗ**

# Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή .....	6
2. Ανατομία του μαστού .....	8
2.1 Μορφολογία.....	8
2.2 Κατασκευή.....	10
2.3 Αγγεία και νεύρα του μαστού .....	12
3. Άγχος ασθενών με καρκίνο του μαστού.....	14
3.1 Κατάθλιψη και άγχος .....	14
3.2 Άγχος κατά τη χημειοθεραπεία .....	16
4. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού.....	23
4.1 Ποιότητα ζωής .....	23
4.2 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού.....	24
4.3 Ποιότητα ζωής μεταξύ νεοδιαγνωσθέντων ασθενών .....	25
4.4 Ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.....	26
4.4.1 Πρωτοβάθμια θεραπεία.....	26
4.4.2 Συντηρητική θεραπεία .....	27
4.4.3 Συμπτώματα.....	28
4.4.4 Η ψυχική υγεία και οι συνολικές επιπτώσεις.....	29
4.4.5 Κοινωνική λειτουργία και ρόλος .....	29
4.4.6 Φροντίδα φροντιστών .....	30
4.5 Ποιότητα ζωής μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας .....	31
5. Ερωτηματολόγιο .....	33
6. Μεθοδολογία και στατιστικά αποτελέσματα .....	38
6.1 Μεθοδολογία .....	38
6.2 Στατιστική παρουσίαση στοιχείων .....	41
6.2.1 Μέρος πρώτο ερωτηματολογίου: Γενικές ερωτήσεις ασθενών ....	41

6.2.2 Μέρος δεύτερο ερωτηματολογίου: Συμπτώματα και προβλήματα που παρουσιάστηκαν .....	56
6.2.3 Δείκτες που προκύπτουν από το πρώτο και δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου.....	68
6.2.4 Έλεγχοι ανεξαρτησίας δεικτών-ηλικίας .....	80
6.2.5 Έλεγχοι ανεξαρτησίας δεικτών μεταξύ τους.....	82
7.Αποτελέσματα .....	83
8. Συζήτηση και προτάσεις για έρευνα.....	85
8.1 Συζήτηση .....	85
8.2 Προτάσεις για έρευνα .....	87
Βιβλιογραφία .....	88
Ξενόγλωσση .....	88
Ελληνική .....	90



## Περίληψη

**Σκοπός:** Στην παρούσα εργασία μας, επιχειρείται να κατανοηθεί το άγχος και η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία καθώς και η διερεύνηση τυχών συσχετίσεων μεταξύ αυτών, το οποίο αποτελεί μια πάθηση της σύγχρονης εποχής όπου η συχνότητα του στην χώρα μας και οι παρενέργειες στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών αυξάνεται συνεχώς.

**Υλικό και μέθοδος:** Διεξήχθη μια σύγχρονη μελέτη στην κοινότητα από το 2017 μέχρι το 2018 και συγκεκριμένα στο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Βενιζέλειο), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) και το Κέντρο ημερήσιας νοσηλείας Νίκος Κούρκουλος (Ογκολογικού Νοσοκομείου Αγίου Σάββα) στην Αθήνα, σε δείγμα των 196 γυναικών που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών EORTC QLQ- C30 και η συμπληρωματική κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών EORTC QLQ-BR23.

**Αποτελέσματα:** Κατά την διάρκεια της έρευνας μας παρατηρήθηκε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών μας (75%) ανέφερε ανησυχία για την μελλοντική τους υγεία, καθώς και ένας σχετικά μεγάλος αριθμός (45,9%) γυναικών ανέφερε ότι η οικογενειακές τους σχέσεις επηρεάζονται από την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και προκαλούν ενδοοικογενειακές διαταραχές και μείωση της συναισθηματικής ευημερίας. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι το 61,73% των ασθενών ανέφερε ότι αντιμετώπισαν δυσκολίες στην κοινωνική τους ζωή και την εργασιακή τους δραστηριότητα, ενώ ένα 72,96% βρίσκεται σε κατάσταση μελαγχολίας.

**Συμπεράσματα:** Με γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού για την επίδραση της νόσου και της θεραπείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο του μαστού καθίστανται ικανοί και άξιοι για την παροχή υψηλών υπηρεσιών ποιότητας φροντίδας. Η καλύτερη στήριξη σε ασθενείς οι οποίοι είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο να παρουσιάσουν ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή μετά από αυτή, όπως και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για καλύτερευση των συμπτωμάτων για όσους

τις χρειάζονται καθίστανται αναγκαία. Είναι σημαντικό οι ανάγκες αυτών των γυναικών να αναλύονται σε βάθος, ώστε να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι συνέπειες του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας. Η μείωση του άγχους και γενικότερα η καλύτερη ποιότητα ζωής θα είναι εφικτό με την ύπαρξη ενός διαλόγου και μιας σωστής επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών. Η βάση για την εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας που θα έχουν στόχο την αύξηση ευημερίας των ατόμων αυτών μπορούν να αποτελέσουν τα ευρήματα αυτά της έρευνας.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος μαστού, ποιότητα ζωής, άγχος, χημειοθεραπεία

## 1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας μικρός όγκος μικρού μεγέθους στην αρχή, με ασαφή όρια σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω στον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού.. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο γυναικείο καρκίνο διεθνώς (29%) και κατέχει τη 2η αιτία θανάτου( 16%), μετά από αυτόν του πνεύμονα. Σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών αποτελεί τη πιο συχνή αιτία θανάτου, ενώ 1 στις 12 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο μαστού στη διάρκεια της ζωής της.

Η χημειοθεραπεία είναι ένας ευρέως διαδεδομένος και σύγχρονος τρόπος για τη καταπολέμηση του CA μαστού. Η χημειοθεραπεία μπορεί να θεραπεύσει τον καρκίνο, να εμποδίσει την εξάπλωση του, να επιβραδύνει την εξάπλωση του, να καταστρέψει καρκινικά κύτταρα που μπορεί να έχουν εξαπλωθεί σε σημεία οργανισμού διαφορετικά από αυτό του αρχικού όγκου, να ανακουφίσει συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος. Σαν μέθοδος επιφέρει επιδράσεις στο τρόπο ζωής της ασθενούς. Γίνεται εμφάνιση αλλαγών σχετικά με τις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες καθώς παρατηρείται μείωση και αποπροσανατολισμός από διάφορες άλλες δραστηριότητες λόγω της θεραπείας.

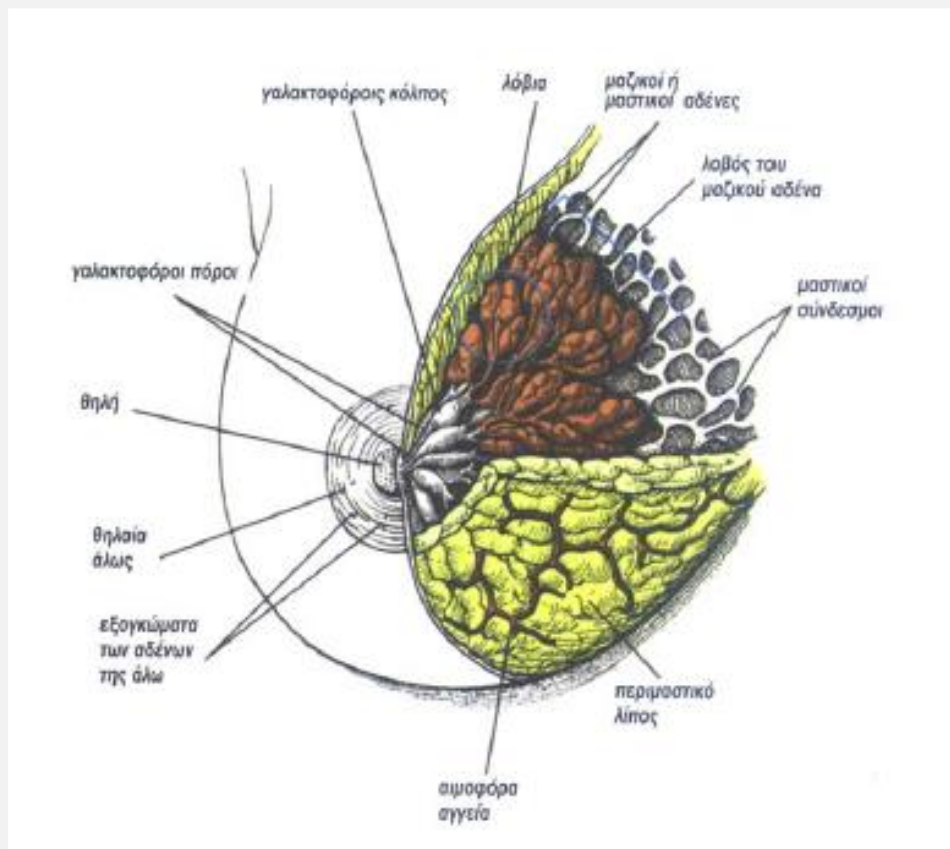
Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού, ορίζεται σαν υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας. Γυναίκες που εργάζονται αναγκάζονται να χάσουν εργάσιμες μέρες λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας ή

συνάντησης τους με το γιατρό τους. Μερικές γυναίκες αναγκάζονται να προγραμματίσουν τη ζωή τους γύρω από τη θεραπεία τους ή όταν προγραμματίζονται οι δραστηριότητες τους μόνο ημέρες που γνωρίζουν ότι η ναυτία τους θα είναι σε επίπεδο ελέγχου ή αποφεύγουν πλέον τόσο τις κοινωνικές συναντήσεις. Επίσης παρατηρούνται αλλαγές στις οικογενειακές και σεξουαλικές τους σχέσεις. Πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι η συζυγική αλλά και η οικογενειακή κατάσταση αλλάζει προς το χειρότερο, παίρνοντας πολλές φορές τη μορφή συχνών καβγάδων και διαφωνιών. Πολλές γυναίκες δε θέλουν ή δε μπορούν να συζητήσουν τις αντιδράσεις τους σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική τους αγωγή σε μέλη οικογένειας ή και σε φίλους. Άλλες ασθενείς βρίσκουν ότι οι οικογένειες τους τις αποφεύγουν ή νιώθουν ενοχή για τον περιορισμό άλλων μελών της οικογένειας από κοινωνική συμμετοχή σε δρώμενα λόγω της δικής τους ασθένειας. Μαζί με τις αλλαγές στο τρόπο ζωής που οδηγούν σε αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς αυξάνεται και το επίπεδο της συναισθηματικής εξάντλησης.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπέδων του άγχους και της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνου του μαστού που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Η διερεύνηση γίνεται μέσα από την ανασκόπηση υπάρχουσών μελετών.

## 2. Ανατομία του μαστού

Στη γυναίκα οι μαστοί αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος. Είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2<sup>η</sup>- 3<sup>η</sup> και 6<sup>η</sup> – 7<sup>η</sup> πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και τη πρόσθια μασχालιά γραμμή. Αναπτύσσονται στη γυναίκα κατά τη διάρκεια της ήβης. Οι μαστοί είναι όργανα που χρησιμεύουν για να παράγουν γάλα.



### 2.1 Μορφολογία

Για την περιγραφή του μαστού διακρίνουμε δυο επιφάνειες, την πρόσθια, την οπίσθια, καθώς και μια περιφέρεια.



A) Η ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα, στο μέσο περίπου του οποίου παρατηρούνται η θηλή και η θηλαία άλως.

Η θηλή του μαστού βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από τη μέση του στήθους και είναι ένα κυλινδρικό ή κωνικό δέρμα του δέρματος, το οποίο έχει ρωγμές στην κορυφή όπου υπάρχουν 15 με 20 στόμια για την αποβολή των γαλακτοφόρων πόρων. Το ύψος της θηλής είναι κατά μέσο όρο 1 έως 1,5 cm και αυξάνεται ο θηλασμός, που χαρακτηρίζεται από την άφθονη παρουσία μελανίνης, που της δίνει ένα καφέ χρώμα. Η θέση της θηλής σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή και εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού.

Η θηλαία άλως είναι μια υποτροπική και ελαφρώς φλεγμονώδης περιοχή γύρω από τη θηλή, η οποία χαρακτηρίζεται από το καφέ χρώμα της. Η διάμετρος του είναι 1,5 έως 6 cm. Η εξωτερική επιφάνεια του φωτοστέφανο των θηλαστικών δείχνει 10 έως 15 μικρές αράχνες, τα οζίδια αλόης, διατεταγμένα σε κύκλο γύρω από τη θηλή. Αυτά τα οζίδια υποστηρίζονται από τους μονόγαμους αδένες, οι οποίοι είναι κυρίως οστεογονικοί αλλά και σμηγματογόνες γαλακτικές αδένες. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μετά τον 16ο αιώνα, οι βλαστοί Montgomery σχηματίζονται στο φωτοστέφανο. Από αυτές, παράγεται μια ελαιώδης ουσία, η οποία διατηρεί την θηλή και την θηλαία άλω ελαστική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του νηπιαγωγείου.

B) Η ΟΠΙΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, είναι ελαφρά υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

Γ) Η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα (Χατζημπούγιας, 2002).

## 2.2 Κατασκευή

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και από το μαστικό ή μαζικό αδένα.

A) ΤΟ ΔΕΡΜΑ: Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό διαφανές και έχει σμηγματογόνους και πολλούς ιδρωτοποιούς αδένες, συνδέεται δε στενά με το περιμαστικό λίπος.

Ειδικά στη θηλή και στη θηλαία άλω, υπάρχουν πολλά κύτταρα χρωστικής ουσίας που δίνουν τη σκουρότερη επιδερμίδα αυτών των περιοχών σε σχέση με το περιβάλλον δέρμα. Ακόμα και στο χόριο του δέρματος αυτών των θέσεων υπάρχουν πολλές ίνες άπαχου μυός που προκαλούν σκλήρυνση αυτών των δομών κατά τη διάρκεια της κόπωσης ή του θηλασμού.

B) ΤΟ ΠΕΡΙΜΑΣΤΙΚΟ ΛΙΠΟΣ: Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και στο μαστικό αδένα, όπου μέσα σε αυτό ευρίσκεται ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια στιβάδα του, από την οποία περνάνε συνδετικές ίνες που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper καθώς και την οπίσθια στιβάδα που αναφέρθηκαν παραπάνω εάν φιλτραριστούν με καρκίνο, χάνουν την ελαστικότητά τους με αποτέλεσμα τη μείωση τους. Έχουμε λοιπόν δερματική βλάβη, η οποία αποτελεί σοβαρό κλινικό σημείο, στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Γ) Ο ΜΑΣΤΙΚΟΣ Ή ΜΑΖΙΚΟΣ ΑΔΕΝΑΣ: Αυτός αποτελεί δισκοειδή αδένα, που στην άτοκο βρίσκεται πίσω από τη θηλαία άλω και μόλις υπερβαίνει τα όρια της στη γυναίκα που γέννησε το μέγεθος του είναι αρκετά μεγαλύτερο και το σχήμα του ανώμαλο. Σε διατομή ο μαστικός αδένας είναι λευκωπός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος, που είναι υποκίτρινο και μαλακό.

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα είναι υπόκυρτη και ανώμαλη ενώ παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος επεκτείνονται οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού, που διαιρούν τον αδένα σε 15 με 20 λοβούς.

Η οπίσθια επιφάνεια του χωρίζεται από την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός με λίγο ινολιπώδη ιστό. Η περιφέρεια τέλος παρουσιάζει προς τα έσω τη στερνική απόφυση, ενώ προς τα έξω την άνω και κάτω μασχालιαία απόφυση.

Οι λοβοί του μαστικού αδένα είναι πυραμοειδούς μορφής με την κορυφή στη θηλή, από την οποία βγαίνει ένα στέλεχος γαλακτοπαραγωγής. Οι λοβοί του αδένα αποτελούνται από αρκετούς λοβούς, που σχηματίζονται σε συστάδες γύρω από μικρούς πόρους. Αυτές οι ομάδες ονομάζονται κυψελίδες. Αυτά περιέχουν κυτταρικά κύτταρα που παράγουν γάλα και καλούνται λοβούς. Αυτά περιβάλλουν μυοεπιθηλιακά κύτταρα, τα οποία, με συστολές, προάγουν το γάλα στους αποβολικούς πόρους. Μικρά γαλακτοκομικά δηλητήρια ενώνουν μαζί για να σχηματίσουν ένα μεγάλο πόρο για κάθε λοβό, το οποίο διευρύνεται πριν εκτονωθεί στη θηλή, σχηματίζοντας μια μικρή δεξαμενή όπου αποθηκεύεται το γάλα.

Δ) *ΜΥΕΣ*: Οι μύες που βρίσκονται στην περιοχή του μαστού είναι: 1) ο μείζων θωρακικός, 2) ο ελάσσων θωρακικός, 3) ο πρόσθιος οδοντωτός, 4) ο πλατύς ραχιαίος, 5) ο κορακοβραχιόνιος, 6) ο υποπλάτιος και 7) ο έξω λοξός κοιλιακός μυς (Χατζημπούγιας, 2002).

### **2.3 Αγγεία και νεύρα του μαστού**

#### **A) ΑΡΤΗΡΙΕΣ**

Οι αρτηρίες που έρχονται σε επαφή με το στήθος προέρχονται από τον εσωτερικό μαστικό, πλευρικό και άνω θωρακικό, θωρακικό κλάδο του ακρομεθώρου, τους κλώνους των μεσοσπονδύλιων αρτηριών και την υποπλακουντιακή αρτηρία, οι οποίοι αναδιαμορφώνονται ανατομικά και σχηματίζουν ένα πυκνό δίκτυο γύρω από τα γαλακτοκομικά και τα αδενοκύτταρα.

#### **B) ΦΛΕΒΕΣ**

Το στήθος έχει ένα πλούσιο φλεβικό δίκτυο που είναι ξεχωριστό σε επιφανειακό και βαθύ. Τα επιφανειακά σώματα εκτοξεύονται στην εσωτερική μαστική φλέβα. Τα οστά ακολουθούν τρεις κύριες οδούς: 1) την εσωτερική μαστική φλέβα, 2) τη μασχालιαία φλέβα και 3) τις μεσοσπονδύλιες φλέβες.

#### **Γ) ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ**

Το πλούσιο λεμφικό δίκτυο του μαστού, δηλαδή το δέρμα και ο μαστικός αδένας, αποστραγγίζει τη λεμφαία σε δύο κατευθύνσεις: 1) προς τα έξω στους μασχالياίους αδένες και 2) προς τα μέσα προς τους λεμφαδένες της εσωτερικής μαστικής αρτηρίας.

#### Δ) ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ

Οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται στους: 1) μασχالياίους, 2) υπερκλείδιους 3) της έσω μαστικής.

#### Ε) ΝΕΥΡΩΣΗ

Το νεύρο του στήθους είναι κατασκευασμένο από το νεύρο, το θωρακικό ή το νεύρο του Bell και το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Χατζημπούγιας, 2002).

### 3. Άγχος ασθενών με καρκίνο του μαστού

#### 3.1 Κατάθλιψη και άγχος

Για την κατάθλιψη και το άγχος, βρέθηκαν 341 αποτελέσματα από το 2003 έως το 2013. Από τις 341 μελέτες, 17 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης αυτής της ανασκόπησης (Bower και συν, 2000. Burgess και συν, 2005. Horwood και συν, 2007. Jiaojiiao και συν, 2011). Από τις 17 μελέτες, 9 μελέτες αξιολόγησαν μόνο την κατάθλιψη (Badger και συν, 2004. Karakoyun-Celik και συν, 2010. Katon & Ciechanowski, 2002. Kerr και συν, 2003. Naeem και συν, 2008. Kissane και συν, 2004. Fann και συν, 2008. Kroenke και συν, 2006. Casso και συν, 2004. Love και συν, 2004). Από τις 17 μελέτες, 5 πραγματοποιήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο (Burgess και συν, 2005. Karakoyun-Celik και συν, 2010) 5 μελέτες στην Κίνα, 2 στις ΗΠΑ, 2 στην Αυστραλία (Love και συν, 2004), 1 στην Ταϊλάνδη (Lueboonthavatchai, 2007), 1 στην Τουρκία (Alacacioglu και συν, 2009) και 1 στη Μαλαισία (Saniah & Zainal, 2010). Από τις 17 μελέτες, 9 μελέτες ακολούθησαν σχεδίαση περιγραφικής διατομεακής έρευνας συγκριτική μελέτη διατομής χρησιμοποιήθηκε σε 2 μελέτες 2 μελέτες που ακολουθήθηκαν κατά μήκος σχεδιασμός παρατηρησιακής κοόρτης χρησιμοποιήθηκε σε 2 μελέτες και μόνο 1 μελέτη ακολούθησε σχεδίαση συσχετισμού. Μόνο τέσσερις μελέτες είχαν μέγεθος δείγματος μικρότερο από 100. Οι περισσότερες από τις μελέτες χρησιμοποίησαν την κλίμακα ανησυχίας και κατάθλιψης του νοσοκομείου (HADS) για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης (Vahdaninia και συν, 2010. So και συν, 2009. Rodgers και συν, 2005). Η επικράτηση της

κατάθλιψης στον καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο κυμαίνεται από 9,6% έως 33% (Burgess και συν, 2005. Kissane και συν, 2004. Ell και συν, 2005) και το άγχος στον καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο αναφέρεται ότι είναι 34% (Ell και συν, 2005). Τρεις μελέτες ανέφεραν την επικράτηση της κατάθλιψης σε προχωρημένο στάδιο των σταδίων και κυμαίνονται από 6,5% έως 61% (Kissane και συν, 2004. Love και συν, 2004. Slovacek και συν, 2009).

Καμία από τις μελέτες που περιλαμβάνονται σε αυτή την ανασκόπηση δεν ανέφερε την επικράτηση του άγχους σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου του μαστού (Badger και συν, 2007. Rodgers και συν, 2005. Yan-li και συν, 2008). Μόνο μία μελέτη ανέφερε διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης σε κακοήθεις και καλοήθεις όγκους: 38,4% κατάθλιψη σε ασθενείς με κακοήθεις όγκους και 20,8% κατάθλιψη σε ασθενείς με καλοήθεις όγκους (Yen και συν, 2006). Δύο μελέτες ανέφεραν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού στο στάδιο 0-III κυμαίνεται από 13-30% (Ell και συν, 2005 Chen και συν, 2010). Η επικράτηση της κατάθλιψης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι 19,1% 29% (Alacacioglu και συν, 2009. Saniah & Zainal, 2010) και άγχος 24,1%, ενώ στις γυναίκες 6 μήνες μετά τη χημειοθεραπεία ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι 10% και ο άγχος 46,4% (Rodgers και συν, 2005). Η επικράτηση της κατάθλιψης σε γυναίκες που παρακολουθούνται για θεραπεία καρκίνου του μαστού είναι 29%, ενώ ο επιπολασμός του άγχους βαθμού I είναι 2,5%, το άγχος βαθμού II είναι 77%, το άγχος βαθμού III είναι 19% (Karakoyun-Celik και συν, 2010), ενώ η επικράτηση της κατάθλιψης στις

γυναίκες με καρκίνο του μαστού η ολοκλήρωση της θεραπείας είναι 22,2% και η ανησυχία είναι 38,4% (Vahdaninia και συν, 2010).

### 3.2 Άγχος κατά τη χημειοθεραπεία

Το άγχος στους ασθενείς με καρκίνο είναι ένα θέμα μεγάλης σημασίας: προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι αυτή η ιδιαίτερη συγκίνηση δεν είναι μόνο εξαιρετικά κοινή σε αυτή την ομάδα ασθενών (Burgess et al., 2005, Lewis et al., 2014) (Greer et al., 2008), τα αποτελέσματα των ασθενών, όπως οι έμπειρες παρενέργειες (Van Esch et al., 2010, Whitford and Olver, 2012) et al., 2011), ακόμη και επιβίωση (García-Torres and Alós, 2014). Ένα χρήσιμο θεωρητικό πλαίσιο για την έρευνα του άγχους καθ 'όλη τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου είναι το μοντέλο άγχους του Spielberger (Spielberger, 1989, Spielberger et al., 1983), που διαφοροποιεί το άγχος της κατάστασης και των χαρακτηριστικών.

Το άγχος αντιπροσωπεύει μία παροδική συναισθηματική κατάσταση ως αντίδραση σε έναν συγκεκριμένο παράγοντα άγχους, π.χ. να διαγνωσθεί με καρκίνο και να κυμαίνεται διαχρονικά. Το άγχος της συμπεριφοράς, από την άλλη πλευρά, είναι μια σταθερή ευαισθησία ή προδιάθεση για την εμπειρία άγχους και θεωρείται παράγοντας ευπάθειας για ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο άγχος. Η διάκριση αυτή έχει δοκιμαστεί εμπειρικά και υποστηρίζεται συνεχώς από έρευνα με διάφορους πληθυσμούς, από ψυχιατρικές, ψυχοσωματικές και ιατρικές ομάδες ασθενών μέχρι το γενικό πληθυσμό (Spielberger and Reheiser, 2009). Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το μοντέλο όταν διερευνούμε τις εμπειρίες των ασθενών με καρκίνο μπορεί να βοηθήσει να



διακρίνει την επιρροή της προδιάθεσης του άγχους των ασθενών και του άγχους ως αντίδραση σε ένα αγχωτικό συμβάν ζωής.

Στο πλαίσιο της περίθαλψης για τον καρκίνο, το άγχος υψηλών συνηθειών συχνά συνοδεύεται από κακή κατάσταση υγείας, καθώς και από αρνητικές αντιλήψεις και προσδοκίες για το μέλλον (Van Esch et al., 2011). Μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως πρόδρομος για την ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και κόπωσης (Lockefeer and Vries, 2013). Είναι σημαντικό ότι καμία μελέτη μέχρι σήμερα δεν έχει διερευνηθεί εάν το άγχος της συμπεριφοράς παραμένει σταθερό όταν υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο, όπως προβλέπεται από τη θεωρία του Spielberger (Spielberger, 1989, Spielberger et al., 1983).

Οι Lewis και συν (2014) επανεξέτασαν τα επίπεδα άγχους 213 ασθενών με μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Σε αυτήν την ομάδα ασθενών, αρχικά το υψηλό άγχος μειώθηκε ραγδαία με την έναρξη της θεραπείας, υποδηλώνοντας επιδράσεις εξοικείωσης. Στις γυναίκες που έχουν προγραμματιστεί να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία για καρκίνο του μαστού, το χρονικό σημείο πριν από τον πρώτο κύκλο θεραπείας αναγνωρίστηκε επίσης ως το πλέον άγχος που προκαλεί (Jacobsen et al., 1993). Τα επίπεδα άγχους και η χημειοθεραπεία συνέβαλαν σημαντικά σε υψηλότερα επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Spielberger και συν, 1983).

Οι Burgess και συν (2010) υπογραμμίζουν τη σημασία της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης σε ασθενείς με καρκίνο καθώς το άγχος παραμένει υψηλό ακόμα και μετά τη διακοπή / ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας. Αυτό όμως απαιτεί μια λεπτομερή κατανόηση των υποκείμενων διαδικασιών και

των προ-δρομέων υψηλότερων επιπέδων άγχους. Περαιτέρω, η διάσπαση της επίδρασης των παραγόντων κατάστασης (π.χ. διάγνωση, έναρξη θεραπείας, επιβάρυνση συμπτωμάτων) και υποκείμενα χαρακτηριστικά ενός ατόμου (π.χ. γενική προδιάθεση άγχους, εμπειρία συμπτωμάτων) μπορεί να συμβάλει στον εντοπισμό κρίσιμων χρονικών στιγμών και ομάδων ασθενών που χρειάζονται περισσότερο παρεμβάσεις.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο διαδεδομένος τύπος καρκίνου στις γυναίκες, με εκτιμώμενο ποσοστό εμφάνισης 1,7 εκατομμυρίων περιπτώσεων ανά έτος παγκοσμίως (Torre et al., 2015). Η εξέταση της εμπειρίας των ασθενών είναι χρήσιμη ως προηγούμενη διαχρονική έρευνα επικεντρωμένη κυρίως στο άγχος στους θηλυκούς ασθενείς με καρκίνο του μαστού (π.χ. Burgess et al., 2005, Jacobsen, Bonbjerg, & Redd, 1993, Lewis et al., 2014, Lim, Kamala Devi, & Ang, 2011, Van Esch κ.ά., 2011). Από τη μία πλευρά, αυτό είναι λογικό, καθώς οι γυναίκες συνήθως αναφέρουν περισσότερα προβλήματα άγχους (McLean & Anderson, 2009), αλλά επιπλέον η καταμέτρηση των αρσενικών ασθενών σε αυτή τη μελέτη επιτρέπει τον έλεγχο τέτοιων επιδράσεων λόγω φύλου. Πέρα από αυτό, οι εμπειρίες από καρκίνο διαφέρουν για διαφορετικά είδη καρκίνου και επομένως είναι σκόπιμο να διερευνηθούν διαφορετικές ομάδες ασθενών (LeMasters, Madhavan, Sambamoorthi, & Kurian, 2013). Τέλος, εξετάζοντας ιδιαίτερα τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για την εξερεύνηση του άγχους προτείνεται ότι αυτή η θεραπεία προκαλεί υψηλότερα επίπεδα άγχους από άλλους τύπους θεραπείας (Lim et al., 2011), πιθανώς λόγω των συχνά δυσχερειών και δυνητικά απειλητικών για τη ζωή παρενεργειών (Du, Osborne, & Goodwin, 2008).

Η μείωση των επιπέδων άγχους όταν υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, μπορεί να οφείλεται στην υψηλή συνολική κατάσταση απόδοσης του τρέχοντος δείγματος ασθενών. Αυτό το κλινικό χαρακτηριστικό έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με χαμηλό άγχος (Bodurka-Bevers et al., 2000), πιθανώς επειδή τέτοιοι ασθενείς δεν αναπτύσσουν πολλές παρενέργειες όπως ασθενείς με χαμηλότερη κατάσταση απόδοσης. Μια άλλη εξήγηση για τις παρατηρούμενες εξελίξεις μπορεί να είναι η προσαρμογή: μετά τον αρχικό φόβο των άγνωστων διαδικασιών θεραπείας, οι ασθενείς έγιναν πιο εξοικειωμένοι με τη χημειοθεραπεία, μειώνοντας τις ανησυχίες. Το επιχείρημα αυτό υποστηρίζεται από την παρατήρηση ότι η λήψη σχετικών πληροφοριών φαίνεται σημαντική για τη διευκόλυνση της προσαρμογής των ασθενών (Ream and Richardson, 1996).

Οι Lien και συν (2009) βρήκαν παρόμοιες διαδικασίες προσαρμογής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο. Τόνισαν την κοινωνική στήριξη ως σημαντικό οδηγό προσαρμογής και εξασθένησης του άγχους. Οι αρνητικές συσχετίσεις έχουν αναφερθεί μεταξύ της αυτοεκτίμησης των ασθενών και των αξιολογήσεων ανησυχίας όταν υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία (Cohen, 2014), γεγονός που υποδηλώνει ότι η απόκτηση εμπειρίας και εμπιστοσύνης στις ικανότητες αντιμετώπισης μπορεί να μειώσει τις ανησυχίες των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί επίσης να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη θεραπεία με χημειοθεραπεία και μπορεί να συνέβαλαν στην παρατηρούμενη πτωτική τάση στις αξιολογήσεις άγχους.

Οι Jacobsen και συν (1993) ανέφεραν ότι το άγχος στις γυναίκες που έλαβαν χημειοθεραπεία για καρκίνο του μαστού ήταν υψηλότερο πριν από τον πρώτο

κύκλο τους και ότι το άγχος των χαρακτηριστικών και οι παρενέργειες προέβλεπαν το άγχος αργότερα. Μια διασταυρούμενη έρευνα σε άντρες με καρκίνο του προστάτη που υποβάλλονταν σε ριζική θεραπεία, βρήκε υψηλά συσχετιστικά στοιχεία για το άγχος της κατάστασης και των χαρακτηριστικών και μια μείωση του κρατικού άγχους με την πάροδο του χρόνου (Taoka et al., 2014). Παρόλο που η ηλικία αποδίδεται συχνά στην επίδραση του άγχους κατά τη θεραπεία του καρκίνου (Cohen, 2014, Jacobsen et al., 1993), αυτό δεν συμβαίνει στο σημερινό δείγμα, αν και καλύπτεται ένα ευρύ φάσμα ηλικιών. Διαπιστώσαμε ότι μάλλον τα φυσικά συμπτώματα που υφίστανται κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας επηρεάζουν τη γενική ευπάθεια των ατόμων να αντιδρούν αγχωτικά, εξηγώντας γιατί παρεμβάσεις που ασχολούνται με παρενέργειες χημειοθεραπείας είναι επίσης αποτελεσματικές στη μείωση του άγχους (Vasterling et al., 1993, Yoo et al., 2005). Ωστόσο, όταν το φορτίο των συμπτωμάτων και το άγχος των χαρακτηριστικών συρρικνώθηκαν μαζί σε επίπεδα κρατικού άγχους, εξαφανίστηκαν τα περιστασιακά αγχογόνα αποτελέσματα του φορτίου των συμπτωμάτων. Αυτό το εύρημα εγείρει την υπόθεση ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να είναι ισχυρότερες επιρροές μεταβλητές απόκρισης του στρες από τους παράγοντες κατάστασης, όπως το φορτίο συμπτωμάτων χημειοθεραπείας (Du, Osborne, & Goodwin, 2008).

Επιπρόσθετα, η σημαντική συσχέτιση του άγχους με την αντιληπτή επιβάρυνση των συμπτωμάτων κατά την έναρξη θα μπορούσε επίσης να ερμηνευτεί ως η «πρόοδος» του ασθενούς στην υπερβολική αναφορά / εμπειρία μακροχρόνιων σωματικών συμπτωμάτων, γεγονός που μπορεί να ισχύει για ορισμένους τύπους προσωπικότητας (Shun et al. 2014, Zhang και

συν, 2016). Είναι ενδιαφέρον να υποθέσουμε ότι η σχέση μεταξύ των επιπέδων άγχους που σχετίζονται με την προσωπικότητα και των επιπέδων άγχους κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλείται από την ανησυχία για τα αναμενόμενα σωματικά συμπτώματα και το σχετικό φορτίο ή τη σωματοποίηση άγχους που εκδηλώνεται με ορισμένα συμπτώματα κούραση).

Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε μια μείωση του άγχους στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Schneider και συν, 2016). Αυτό διαφωνεί με το θεωρητικό υπόβαθρο, το μοντέλο άγχους του Spielberger, το οποίο θεωρεί ότι το άγχος των χαρακτηριστικών είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας που δεν είναι πιθανό να μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου (Spielberger and Reheiser, 2009, Spielberger, 1989, Spielberger κ.ά., 1983). Τα ερευνητικά στοιχεία που διευκολύνουν την ερμηνεία αυτής της αλλαγής στο άγχος των χαρακτηριστικών προέρχονται από ποιοτικές μελέτες που διερευνούν την εμπειρία και τη νοημοσύνη των ασθενών με καρκίνο. Σε μια διαχρονική μελέτη συνέντευξης 12 γυναικών με καρκίνο του μαστού (McCann et al., 2010), η ασθένειά τους εμφανίστηκε ως μια εμπειρία αλλαγής ζωής: παρουσιάζοντας ως βιογραφική αναστάτωση, οι ασθενείς έπρεπε να επαναδιαπραγματευτούν την ταυτότητά τους για να κάνουν τη μετάβαση σε ένα μέλλον ζωής με καρκίνο. Παρόμοιες διεργασίες βαθιάς προσαρμογής έχουν αποδειχθεί σε άλλες μελέτες ασθενών με προστάτη (Navon και Morag, 2004) και καρκίνο στο τελευταίο στάδιο (Reeve et al., 2010). Φαίνεται πιθανό ότι τέτοιες εκτεταμένες αλλαγές στη ζωή ενός ατόμου μπορούν να επηρεάσουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η ευπάθεια ενός ατόμου να βιώσει άγχος (Schneider και συν, 2016).

Ένα εναλλακτικό ερευνητικό πεδίο προς μελέτη όταν προσπαθούμε να εξηγήσουμε τις παρατηρούμενες αλλαγές στο άγχος των χαρακτηριστικών με την πάροδο του χρόνου είναι η έρευνα ανθεκτικότητας. Οι τρέχουσες αποδείξεις υποδεικνύουν ότι η ανθεκτικότητα ως βασικό χαρακτηριστικό ή χαρακτηριστικό μπορεί να διευκολύνει την αντιμετώπιση του καρκίνου, αλλά μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα μιας επιτυχούς προσαρμογής στο «τραύμα» της διάγνωσης και της θεραπείας για καρκίνο (Jacelon, 1997. Molina et al. 2014). Δεδομένου ότι η ανθεκτικότητα παρακολουθείται από θετικές συναισθηματικές εμπειρίες και μπορεί να είναι μια πιο κοινή αντίδραση σε τραυματικές εμπειρίες από ό, τι γενικώς πιστεύεται (Bonanno, 2004), είναι λογικά συνεπής η μείωση της ευπάθειας των ατόμων στην εμπειρία άγχους κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου.

## 4. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού

### 4.1 Ποιότητα ζωής

Η βάση δεδομένων Google scholar έδωσε 1140 αποτελέσματα για "ποιότητα ζωής και καρκίνο του μαστού". Από τις 1140 μελέτες, 9 μελέτες πληρούν τα κριτήρια ένταξης για αυτήν την ανασκόπηση, επειδή εξαιρέθηκαν μελέτες που διερευνούν τις επιδράσεις συγκεκριμένων τύπων θεραπειών στην ποιότητα ζωής. Τέσσερις μελέτες διεξήχθησαν στις ΗΠΑ (Ganz και συν, 2004. Avis και συν, 2005. Casso και συν, 2004. Sammarco & Konecny, 2008), δύο στην Αυστραλία (Aranda και συν, 2005. Grabsch και συν, 2006), μία στη Γερμανία (Kerr και συν, 2003), μία στο Ηνωμένο Βασίλειο (Horwood και συν, 2007) και μία στο Ιράν (Ardebil και συν, 2011). Τέσσερις μελέτες χρησιμοποίησαν σχεδιασμό περιγραφικής διατομεακής έρευνας (Aranda και συν, 2005. Ardebil και συν, 2011. Grabsch και συν, 2006. Horwood και συν, 2007), τρεις μελέτες ακολούθησαν συγκριτικό σχεδιασμό εγκάρσιας τομής (Ganz και συν, 2004. Avis και συν, 2005. Casso και συν, 2004), μία μελέτη που χρησιμοποιήθηκε διαμήκης σχεδίαση (Kerr και συν, 2003) και μία μελέτη που χρησιμοποίησε συσχετιστικό σχεδιασμό (Sammarco & Konecny, 2008). Το Ερωτηματολόγιο-Core 30 από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου - Ποιότητα Ζωής (EORTC-QLQ-C30) χρησιμοποιήθηκε στις περισσότερες από τις μελέτες (Aranda και συν, 2005. Grabsch και συν, 2006. Horwood και συν, 2007. Kerr και συν, 2003). Μελέτη που περιελάμβανε πρώιμους ασθενείς με καρκίνο του μαστού ( $p < 0,001$ ) (Horwood και συν, 2007) καθώς και μελέτη που περιελάμβανε συμμετέχοντες μετά από 4 χρόνια

διάγνωσης καρκίνου του μαστού ανέφερε σημαντική εξασθένηση στην ποιότητα ζωής ( $p < 0,01$ ) (Kerr και συν, 2003). Μελέτη που διερευνά τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού που βρίσκονται στη μέση της θεραπείας του καρκίνου ανέφερε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης (Ardebil και συν, 2011), ενώ η μελέτη που αφορά ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της θεραπείας με καρκίνο ανέφερε προβλήματα στη σωματική λειτουργία.

#### **4.2 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού**

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες παγκοσμίως. Περίπου 230.480 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού και 39.520 θάνατοι αναμένονται μεταξύ των γυναικών στις ΗΠΑ το 2011.16 Περίπου το 78% των νέων περιπτώσεων και το 87% των θανάτων από καρκίνο του μαστού το 2011 θα εμφανιστούν σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω. Εκτός από τους επεμβατικούς καρκίνους του μαστού, περίπου 57.650 νέες διαγνώσεις του *in situ* καρκίνου του μαστού αναμένονται μεταξύ των γυναικών στις ΗΠΑ το 2011 (DeSantis και συν, 2011).

Σήμερα, οι έρευνες για την ποιότητα ζωής (QoL) αποτελούν σημαντικό ζήτημα στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα στην ογκολογική έρευνα. Ο καρκίνος επηρεάζει διαφορετικές πτυχές της ποιότητας ζωής και ο καρκίνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα σε όλο τον κόσμο. Ο χρόνος διάγνωσης, τα αρχικά στάδια της θεραπείας και οι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι δύσκολες στιγμές για τους ασθενείς τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, η κακή προσαρμογή και η μείωση της



QoL σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν εύκολα να συμβούν (Terol και συν, 2000. Redeker και συν, 2000). Ως εκ τούτου, είναι κρίσιμο για τους επαγγελματίες της υγείας να εξοικειωθούν με τις επιπτώσεις της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του στην ποιότητα QoL των ασθενών.

### **4.3 Ποιότητα ζωής μεταξύ νεοδιαγνωσθέντων ασθενών**

Η αρχική διάγνωση έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί κατάσταση σοκ, φόβου και δυσπιστίας, δημιουργώντας έτσι όχι μόνο ψυχολογική κρίση αλλά και υπαρξιακή. Οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν τουλάχιστον κάποια ψυχοκοινωνική δυσφορία κατά τη διάρκεια της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Το επίπεδο δυσφορίας ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα και μπορεί να διαφέρει για τον κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια της διάγνωσης. Η κακουχία που σχετίζεται με τον καρκίνο μπορεί να αναμένεται να διαλυθεί με το χρόνο για την πλειοψηφία των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο. Για άλλους, όμως, αυτή η διαταραχή μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά την άνεση, την ποιότητα ζωής και την ικανότητα να λαμβάνει τις κατάλληλες αποφάσεις θεραπείας και να ακολουθεί τη θεραπεία (Irvine και συν, 1991. Massie & Holland, 1991).

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές πτυχές του καρκίνου του μαστού υποδεικνύει ότι η μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών προσαρμόζεται καλά στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και διαχειρίζεται τις σύνθετες και μερικές φορές επιθετικές θεραπείες που συνδέονται με την πρωτογενή θεραπεία και τις υποτροπιάζουσες ασθένειες

(Bloom και συν, 1987. Ashing-Giwa και συν, 2004. Ganz και συν, 1996. Ganz και συν, 1998. Ganz και συν, 2002. Maunsell και συν, 1992. Schag και συν, 1993). Για μια μειοψηφία Ωστόσο, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού συμβάλλει στη σημαντική ψυχοκοινωνική δυσχέρεια που μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής.

## **4.4 Ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας**

### **4.4.1 Πρωτοβάθμια θεραπεία**

Μόλις αποφασιστεί το σχέδιο θεραπείας, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού μπορεί να αισθανθούν κάποια ανακούφιση από το άγχος και την αγωνία, αλλά ενδέχεται να προκύψουν νέοι φόβοι για την πρόβλεψη και τη λήψη της σχεδιαζόμενης θεραπείας. Η χειρουργική επέμβαση, ιδιαίτερα η εξέταση του φωτός και η μασχαλιαία ανατομή, εκτελείται συχνά σε εξωτερικό ιατρείο ή σε διαδικασία σύντομης παραμονής. Ακόμη και η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο για μαστεκτομή έχει μειωθεί από αυτή της μόλις πριν από λίγα χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να είναι διαθέσιμος για να βοηθήσει τη γυναίκα στο σπίτι, ιδιαίτερα με οικιακά καθήκοντα ή άλλες δραστηριότητες που απαιτούν κινητικότητα βραχίονα, και παρέχουν κάποια νοσηλευτική φροντίδα (π.χ. χειρουργική αποχέτευση και επιδέσμους). Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή και άμεση ανασυγκρότηση, ειδικά με πτερύγια μαλακών ιστών από την κοιλιά, θα έχουν μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και πιο παρατεταμένη αποκατάσταση από τη χειρουργική επέμβαση. Μια γυναίκα πρέπει να βοηθηθεί για να καταλάβει τι πρέπει να

περιμένει με κάθε μία από αυτές τις διαδικασίες, και αυτή η προετοιμασία είναι σημαντική για την ψυχολογική της ευημερία και ανάκτηση (Wickman, 1995).

#### **4.4.2 Συντηρητική θεραπεία**

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών βοηθημάτων, από tamoxifen ως μονοθεραπεία, σε σύνθετα σχήματα χημειοθεραπείας με ή χωρίς tamoxifen, σε νεότερες ορμονικές θεραπείες. Συνιστάται σε μια γυναίκα να λαμβάνει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες και διαβουλεύσεις πριν ξεκινήσει μια πορεία ανοσολογικής θεραπείας. Αυτό βοηθά να διασφαλιστεί ότι κατανοεί ποιες είναι οι καταλληλότερες για 'αυτήν, δεδομένης της ειδικής ιατρικής, προσωπικής και κοινωνικής κατάστασής της (McQuellon και συν, 1995. Llewellyn-Thomas και συν, 1991). Η διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών είναι συχνά αγχωτική, αλλά συνήθως οδηγεί σε καλύτερη κατανόηση και αποδοχή της θεραπείας σχέδιο (Till και συν, 1992. Yellen & Cella, 1995).

Η μεγαλύτερη ανοχή στη χημειοθεραπεία είναι καλά ανεκτή και οι γυναίκες συχνά συνεχίζουν πολλές από τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους (φροντίδα παιδιών, οικιακές δραστηριότητες, αμειβόμενη απασχόληση), αν και συχνά σε μειωμένο χρονοδιάγραμμα, ειδικά τροποποιημένα από τη θεραπεία θεραπείας. Η δυσκολία εδώ είναι ότι ο λήπτης της ανοσοενισχυτικής θεραπείας είναι κάποιος που προσπαθεί να αναρρώσει φυσικά και ψυχολογικά από μια διάγνωση καρκίνου και χειρουργικής επέμβασης και προσθέτει επιπλέον συναφή φυσικά συμπτώματα για μια περίοδο από τέσσερις έως έξι μήνες. Αν και οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι μια λογική ασφαλιστική πολιτική «κερδίζει» την επακόλουθη επανεμφάνιση του καρκίνου του μαστού, η ανοσολογική θεραπεία μειώνει σημαντικά την

ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής (Till και συν, 1992. Yellen & Cella, 1995).

Μετά το αρχικό σοκ της διάγνωσης και της προσαρμογής στη θεραπεία, μεγάλο μέρος της δυσφορίας συνδέεται με αποφάσεις που μπορεί να παρεμποδίσουν την ποιότητα ζωής και την ανάγκη προσαρμογής σε τέτοιες φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές. Είδος χειρουργικής επέμβασης, επιλογή χημειοθεραπείας όταν είναι αποδεκτές περισσότερες από μία επιλογές, τύπος ακτινοθεραπείας (εξωτερική ακτίνα, βραχυθεραπεία) και η απόφαση να παραιτηθούν από την ορμονική καταστολή είναι μερικά από τα θέματα που έχουν συναισθηματικές συνέπειες επειδή επηρεάζουν το άγχος, τη διάθεση και αντοχή (Wickman, 1995. McQuellon και συν, 1995. Llewellyn-Thomas και συν, 1991).

#### **4.4.3 Συμπτώματα**

Τα συμπτώματα, όπως οι καυτές λάμπες στη θεραπεία με ταμοξιφαίνη, έχουν αναφερθεί ότι μειώνουν τη γενική ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, είτε άμεσα είτε μέσω σχετιζόμενου διαταραγμένου ύπνου και κόπωσης (Stein και συν, 2000). Η κόπωση από τη θεραπεία, ειδικά σε συνδυασμό με πόνο ή άλλα συμπτώματα, αυξάνουν το άγχος και την κατάθλιψη (Stone και συν, 2000). Σε μια μελέτη εγκάρσιας διατομής 841 ασθενών, ο πόνος, η κόπωση και η αϋπνία σχετίζονταν σημαντικά με την απώλεια της φυσικής λειτουργίας, ακόμη και μετά τον έλεγχο της θεραπείας του καρκίνου και των συννοσηρότητας (Given και συν, 2001). Σε μία μονοετή παρακολούθηση στην ίδια ομάδα, η χημειοθεραπεία σχετίζεται με αναφορές κόπωσης βραχυπρόθεσμα, αλλά όχι μετά από 1 έτος μετά τη θεραπεία (Given και συν, 2001).

#### **4.4.4 Η ψυχική υγεία και οι συνολικές επιπτώσεις**

Οι διαδικασίες φροντίδας, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος σαν ένα είχαν επιλογή θεραπείας, είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης των αποτελεσμάτων της υγείας. Για παράδειγμα, σε μία κοόρτη γυναικών ασθενών, η επιλογή συνδέθηκε ανεξάρτητα με αναφορές για καλύτερη ψυχική υγεία (Mandelblatt και συν, 2003). Πρόσφατα, οι Keating και οι συνάδελφοί του (2002) επέκτειναν αυτά τα αποτελέσματα και απέδειξαν ότι η συμφωνία μεταξύ της επιθυμητής και της πραγματικής λήψης αποφάσεων ήταν πιο σημαντική από την ίδια την ίδια τη διαδικασία. Η λήψη χημειοθεραπείας (ναι έναντι όχι) δεν σχετίζεται με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ψυχικής υγείας εκτός από την αντίληψη ότι ο καρκίνος του μαστού είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή κάποιου, ακόμη και αφού εξέτασε το στάδιο και άλλους παράγοντες. αυτή η αρνητική επίδραση ήταν δυσφορία για το κέρδος βάρους που σχετίζεται με τη χημειοθεραπεία (McInnes & Knobf, 2001).

#### **4.4.5 Κοινωνική λειτουργία και ρόλος**

Οι κοινωνικές λειτουργίες και οι ρόλοι συνδέονται άρρηκτα με την κοινωνική υποστήριξη και ολοκλήρωση πριν από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Οι επιζώντες του καρκίνου του μαστού, οι οποίοι είναι πιο κοινωνικά ολοκληρωμένοι πριν από τη διάγνωσή τους, αναφέρουν καλύτερη λειτουργία και ζωτικότητα μετά τη θεραπεία από ό, τι οι λιγότερο κοινωνικά ολοκληρωμένες γυναίκες (Michael και συν, 2002). Στην πραγματικότητα, ο Michael και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι η κοινωνική ενσωμάτωση αντιπροσωπεύει μεγαλύτερη διακύμανση στην ποιότητα ζωής από την ίδια τη θεραπεία.

Ως αποτέλεσμα, άλλοι έχουν αναπτύξει παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης που απευθύνονται σε επιζώντες με καρκίνο του μαστού με κακή υποστήριξη. Σε μια πρόσφατη, τυχαιοποιημένη, προοπτική μελέτη, η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων γυναικών βελτιώθηκε όταν επικοινωνούσαμε με έναν κοινοτικό διευθυντή περιπτώσεων νοσοκόμων, οι οποίοι παρείχαν βοήθεια για τη διαχείριση συνωστισμένων συνθηκών, βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες (ADL) και βοήθεια στην πλοήγηση στο σύστημα υγείας (Jennings-Sanders & Anderson, 2003).

#### **4.4.6 Φροντίδα φροντιστών**

Υπάρχει μια μικρή ποσότητα δεδομένων σχετικά με την επίδραση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας στα μέλη της οικογένειάς τους και τους φροντιστές τους. Το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία και οι εμπειρίες από θλίψη από το παρελθόν έχουν συνδεθεί με αυξημένη δυσφορία και θλίψη σε φροντιστές που ζουν στην οικογένεια καρκινοπαθών (Gilbar & Ben-Zur, 2002). Σε μία μελέτη, οι κόρες και οι αδελφές των γυναικών με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονταν ότι οι ανάγκες ενημέρωσης και υποστήριξης δεν πληρούνται ικανοποιητικά (Chalmers και συν, 2003). Σε μια άλλη έκθεση, ο Northouse και οι συνάδελφοί του (2002) διαπίστωσαν ότι τα μέλη των οικογενειών ασθενών με υποτροπιάζουσα νόσο γνώρισαν μειώσεις στην συναισθηματική ευημερία και ότι ο αρνητικός αντίκτυπος διαμεσολαβήθηκε από την ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίσει την κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη. Συνολικά, είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση των αναγκών του φροντιστή και την ανάπτυξη

κατάλληλων παρεμβάσεων για τους ηλικιωμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

#### **4.5 Ποιότητα ζωής μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας**

Στο τέλος της πρωτοπαθούς θεραπείας με καρκίνο του μαστού, είτε αυτό συμβαίνει μετά από έξι εβδομάδες ακτινοθεραπείας είτε μετά από 4-6 μήνες χημειοθεραπείας ανοσοενισχυτικού, οι περισσότερες γυναίκες δοκιμάζουν ένα μίγμα από ενθουσιασμό, φόβο και αβεβαιότητα (Rowland & Massie, 1989). Αν και έχουν κατακτηθεί πολλές πτυχές του θεραπευτικού σχήματος, έχουν λίγη προετοιμασία και πληροφορίες για να τους καθοδηγήσουν στην ανάκτηση τους από τη θεραπεία. Η μεταβατική περίοδος μετά τη θεραπεία είναι μια εποχή σημαντικής ψυχοκοινωνικής δυσφορίας. Η παράδοξη αύξηση του άγχους παρατηρήθηκε στο τέλος τόσο της ακτινοβολίας όσο και της συστηματικής χημειοθεραπείας (Holland & Rowland, 1991). Παρ' όλα αυτά, πολλές γυναίκες βρίσκουν θετικό νόημα και περιγράφουν την μετατραυματική ανάπτυξη από την εμπειρία του καρκίνου. Παρ' όλα αυτά, ο φόβος επανάληψης είναι συχνά ένα κυρίαρχο συναίσθημα που είναι δύσκολο να ελέγχου, ιδιαίτερα πριν ή κατά τη διάρκεια των επισκέψεων παρακολούθησης.

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις πρόσφατες επιδράσεις της θεραπείας του καρκίνου του μαστού και την ποιότητα ζωής των μακροχρόνιων επιζώντων πέρα από την οξεία φάση της θεραπείας. Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες έχουν συγκρίνει επιζώντες με καρκίνο του μαστού με υγιείς ηλικιακά προσαρμοσμένους πληθυσμούς γυναικών και έχουν βρει λίγες διαφορές στη μακροχρόνια σωματική ή συναισθηματική τους ευημερία (Andersen και συν,

1989. Dorval και συν, 1998). Μια πρόσφατη μελέτη μακροχρόνιας προσαρμογής των γυναικών 20 χρόνια μετά τη θεραπεία σε μια μεγάλη πολυκεντρική κλινική δοκιμή διαπιστώθηκε ότι οι ανησυχίες για τον καρκίνο είναι αμελητέες. Ωστόσο, το 18% των γυναικών εμφάνισαν συμπτώματα μετά το τραυματικό στρες και πολλά ανέφεραν λεμφοίδημα (27%) και μούδιασμα (20%) ως επίμονα προβλήματα (Kornblith και συν, 2003). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν επικουρική θεραπεία μπορεί να έχουν περισσότερη φυσική αναστάτωση από εκείνες που δεν λαμβάνουν περαιτέρω θεραπεία και ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν χημειοθεραπεία μπορεί να έχουν περισσότερη σεξουαλική δυσλειτουργία και ενδεχομένως πιο γνωστική δυσλειτουργία από τους επιζώντες που δεν έλαβαν παρόμοια θεραπεία (Ahles και συν, 2002. Brezden και συν, 2000. Meyerowitz και συν, 1999. Schagen και συν, 1999. van Dam και συν, 1998). Με τον αυξανόμενο αριθμό επιζώντων καρκίνου του μαστού, καθώς και αυξημένη χρηματοδότηση της έρευνας με στόχο πληθυσμού, θα προκύψουν νέα στοιχεία σχετικά με αυτές τις γνωστικές και ψυχοκοινωνικές ανησυχίες (Gotay & Muraoka, 1998).



## 5. Ερωτηματολόγιο

### Παράρτημα 1: EORTC QLQ-C30 (έκδοση 2.0)

Μας ενδιαφέρουν κάποια πράγματα για σας και την υγεία σας. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις μόνη σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα

Δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις. Οι πληροφορίες που παρέχετε θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικά

Ημερομηνία γέννησης (ημέρα/μήνας/έτος): \_\_\_\_\_

Σημερινή ημερομηνία (ημέρα/μήνας/έτος): \_\_\_\_\_

	Ναι	Όχι
1. Δυσκολεύεστε να κάνετε έντονες δραστηριότητες;	1	2
2. Δυσκολεύεστε να περπατάτε μεγάλες αποστάσεις;	1	2
3. Δυσκολεύεστε να κάνετε μικρές αποστάσεις έξω από το σπίτι;	1	2
4. Χρειάζεστε να κάθεστε στο κρεβάτι ή στην καρέκλα την περισσότερη ημέρα;	1	2
5. Χρειάζεστε βοήθεια με το να τρώτε ,να κάνετε μπάνιο ή να χρησιμοποιήσετε την τουαλέτα;	1	2

Κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
6. Ήσασταν περιορισμένη στο να κάνετε την δουλειά σας ή κάποια καθημερινή σας δραστηριότητα;	1	2	3	4
7. Ήσασταν περιορισμένη στην εκπλήρωση κάποιου χόμπι ή άλλης καθημερινής δραστηριότητας;	1	2	3	4
8. Δυσκολευόσασταν να αναπνεύσετε;	1	2	3	4
9. Είχατε πόνο;	1	2	3	4

10. Χρειαστήκατε να ξεκουραστείτε;	1	2	3	4
11. Είχατε δυσκολίες στο να κοιμηθείτε;	1	2	3	4
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;	1	2	3	4
13. Χάσατε την όρεξη σας για φαγητό;	1	2	3	4
14. Είχατε ναυτία;	1	2	3	4
15. Κάνατε εμετό;	1	2	3	4
16. Είχατε δυσκοιλιότητα;	1	2	3	4
17. Είχατε διάρροια;	1	2	3	4
18. Ήσασταν κουρασμένη;	1	2	3	4
19. Ο πόνος επηρέασε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;	1	2	3	4
20. Είχατε δυσκολία στο να συγκεντρωθείτε , βλέποντας τηλεόραση ή διαβάζοντας ένα περιοδικό;	1	2	3	4
21. Είχατε υπέρταση;	1	2	3	4
22. Ήσασταν σε ανησυχία;	1	2	3	4
23. Αισθανθήκατε νευρική;	1	2	3	4
24. Αισθανθήκατε μελαγχολικά;	1	2	3	4
25. Είχατε δυσκολία στο να θυμάστε πράγματα;	1	2	3	4
26. Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας περίθαλψη επίδρασε στην οικογενειακή σας ζωή;	1	2	3	4
27. Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας περίθαλψη επίδρασε στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;	1	2	3	4
28. Η φυσική σας κατάσταση ή η ιατρική σας περίθαλψη δημιούργησε οικονομικές δυσκολίες;	1	2	3	4

Στις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό ανάμεσα στο 1 και στο 7 το οποίο σας αντιπροσωπεύει καλύτερα

29. Πως θα αξιολογούσατε την ολική σας υγεία κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Φτωχή Άψογη

30. Πως θα αξιολογούσατε την ολική ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Φτωχή Άψογη

### **Παράρτημα 2: EORTC QLQ-BR23**

Οι ασθενείς μερικές φορές αναφέρουν ότι έχουν τα ακόλουθα συμπτώματα ή προβλήματα. Παρακαλείστε να αναφέρετε το βαθμό στον οποίο έχετε βιώσει αυτά τα συμπτώματα ή προβλήματα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

Κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
31. Είχατε ξηρό στόμα;	1	2	3	4
32. Το φαγητό και το ποτό είχαν ασυνήθιστη γεύση;	1	2	3	4
33. Τα μάτια σας πονούσαν . ήταν ερεθισμένα ή υγρά;	1	2	3	4
34. Είχατε απώλεια μαλλιών;	1	2	3	4
35. Απαντήστε αυτήν την ερώτηση μόνο αν είχατε απώλεια μαλλιών. Ήσασταν στενοχωρημένη με την απώλεια των μαλλιών σας;	1	2	3	4
36. Αισθανθήκατε άρρωστη ή αδιάθετη;	1	2	3	4
37. Είχατε εξάψεις;	1	2	3	4
38. Είχατε πονοκέφαλους;	1	2	3	4

39. Αισθανθήκατε λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της αρρώστιας σας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
40. Αισθανθήκατε λιγότερο γυναίκα ως αποτέλεσμα της αρρώστιας σας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
41. Δυσκολευόσασταν να δείτε τον εαυτό σας γυμνό;	1	2	3	4
42. Είσαστε δυσαρεστημένη με το σώμα σας;	1	2	3	4
43. Ανησυχείτε για την μελλοντική σας υγεία;	1	2	3	4

Κατά την διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
44. Σε ποιο βαθμό ενδιαφερθήκατε για σεξ;	1	2	3	4
45. Σε ποιο βαθμό ήσασταν σεξουαλικά ενεργή (με ή χωρίς συνουσία);	1	2	3	4
46. Απαντήστε αυτό το ερώτημα μόνο αν ήσασταν σεξουαλικά ενεργή: Σε ποιο βαθμό το σεξ ήταν απολαυστικό για σας;	1	2	3	4

Κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
47. Είχατε κάποιο πόνο στο χέρι ή στον ώμο	1	2	3	4
48. Είχατε πρησμένα χέρια;	1	2	3	4
49. Ήταν δύσκολο να σηκώσετε το χέρι σας ή να το μετακινήσετε πλάγια;	1	2	3	4
50. Είχατε πόνο στην περιοχή του προσβλημένου στήθους;	1	2	3	4
51. Η περιοχή του προσβλημένου στήθους ήταν πρησμένη;	1	2	3	4

52. Η περιοχή του προσβλημένου στήθους ήταν υπερευαίσθητη;	1	2	3	4
53. Είχατε δερματικά προβλήματα στην περιοχή του προσβλημένου στήθους (π.χ. φαγούρα , ξηρότητα);	1	2	3	4

## 6. Μεθοδολογία και στατιστικά αποτελέσματα

### 6.1 Μεθοδολογία

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το στατιστικό πρόγραμμα Stata καθώς και λογισμικό υπολογιστικών φύλλων.

Στο πρώτο μέρος της ανάλυσης δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος ενώ στη συνέχεια υπολογίζονται τα διαστήματα εμπιστοσύνης για τον πληθυσμό και δημιουργούνται οι δείκτες.

Στο ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 αξιολογείται η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Οι δείκτες που προκύπτουν είναι λειτουργικοί δείκτες (φυσικός, ρόλων, γνωστικός, συναισθηματικός, κοινωνικός), δείκτες συμπτωμάτων καθώς και ένας δείκτης ολικής ποιότητας υγείας.

Το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-BR23 έχει σκοπό να διερευνήσει πτυχές του καρκίνου του μαστού που δεν καλύπτονται από το ερωτηματολόγιο QLQ-C30. Αποτελείται από 23 ερωτήσεις, κλειστού τύπου. Ειδικότερα πρόκειται για ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής της κλίμακας Likert. Οι δείκτες που προκύπτουν αφορούν τα συστηματικά συμπτώματα, την εικόνα του ασθενούς για το σώμα του, την σεξουαλικότητα, συμπτώματα σχετικά με τα χέρια καθώς και συμπτώματα σχετικά με το στήθος.

Όλοι οι δείκτες έχουν τιμές στο διάστημα [0,100]. Ένας υψηλός δείκτης σε λειτουργικό δείκτη δείχνει υψηλή λειτουργικότητα του ασθενούς, ο υψηλός δείκτης ολικής ποιότητας ζωής δείχνει υψηλή ποιότητα ζωής ενώ οι υψηλές τιμές σε δείκτες συμπτωμάτων δείχνουν υψηλό επίπεδο εκδήλωσης συμπτωμάτων. Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα αναφερθούν αναλυτικά όλοι οι δείκτες που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο.

Για να κατασκευαστούν οι δείκτες ακολουθείται ο ακόλουθος αλγόριθμος. Αρχικά εκτιμάται η μέση τιμή των πρωτογενών δεδομένων στα ερωτήματα που συναποτελούν το δείκτη ( raw score). Στη συνέχεια λαμβάνει χώρα ένας

γραμμικός μετασχηματισμός της παραπάνω μέσης τιμής, ώστε να κανονικοποιηθεί και να παίρνει τιμές στο διάστημα  $[0,100]$ , προκειμένου να είναι συγκρίσιμα τα δεδομένα. Επιπλέον η κανονικοποίηση δίνει τη δυνατότητα χρήσης εργαλείων επαγωγικής στατιστικής που δεν θα μπορούσε ο ερευνητής να χρησιμοποιήσει, μιας και τα δεδομένα αυτά αναφέρονται σε ποιοτικές μεταβλητές..

Για την κανονικοποίηση λειτουργικών δεικτών χρησιμοποιείται ο τύπος  $score = \{1 - (RS -$

$1) / range\} * 100$  ενώ για τους δείκτες συμπτωμάτων ο τύπος  $score = \{(raw\ score - 1) / range\} * 100$ , όπου

το range συμβολίζει το εύρος των απαντήσεων.

Στη συνέχεια πραγματοποιείται έλεγχος ανεξαρτησίας με χρήση του τεστ  $\chi^2$ . Η διαδικασία  $\chi^2$  είναι από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Η διατύπωση των υποθέσεων ενός ερευνητή γενικά έχει την ακόλουθη μορφή:  
Μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ): οι δυο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους  
Εναλλακτική υπόθεση ( $H_1$ ): οι δυο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι εξαρτημένες



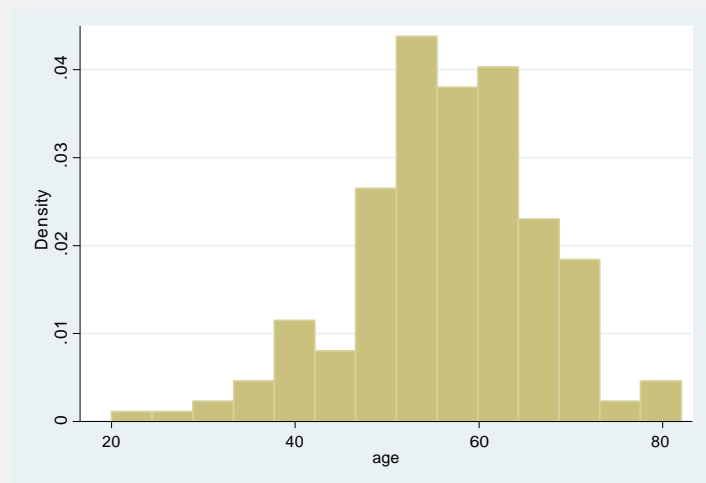
## 6.2 Στατιστική παρουσίαση στοιχείων

### 6.2.1 Μέρος πρώτο ερωτηματολογίου: Γενικές ερωτήσεις ασθενών

#### Ηλικίες

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.1 Ηλικίες

Κλάσεις ηλικίας	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα
<30	2	1,02
30-40	10	5,1
40-50	30	15,31
50-60	77	39,29
60-70	59	30,1
>70	18	9,18
	196	100



	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	[95% Δ.Ε]	
					ελάχιστο	μέγιστο
Ηλικία	56.53571	10.16246	20	82	55.10411	57.96732

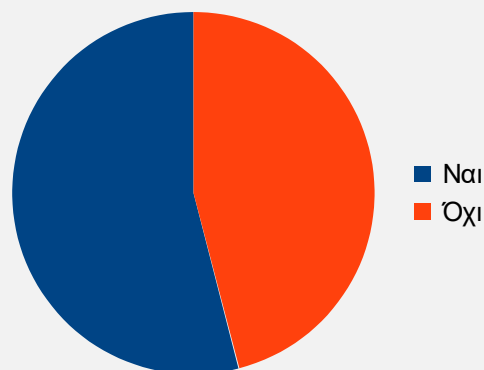
Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 196 ασθενείς. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι 56,5 έτη, με τυπική απόκλιση 10,16. Η μέγιστη ηλικία είναι 82 και η ελάχιστη 20. Προκύπτει λοιπόν ένα εύρος 62 ετών. Με 95% διάστημα εμπιστοσύνης εκτιμάται ότι η μέση ηλικία των ασθενών θα βρίσκεται στο διάστημα 55 και 58 έτη. Καθώς υπήρξαν πολλές μεμονωμένες παρατηρήσεις ηλικιών, δημιουργήθηκαν διαστήματα ηλικιών (κλάσεις), όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2.1 καθώς και στο αντίστοιχο ραβδόγραμμα.

### Φυσική Λειτουργικότητα

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.2

Δυσκολία σε έντονες δραστηριότητες

Δυσκολία σε έντονες δραστηριότητες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Ναι	106	54,08
Όχι	90	45,92
Σύνολο	196	100

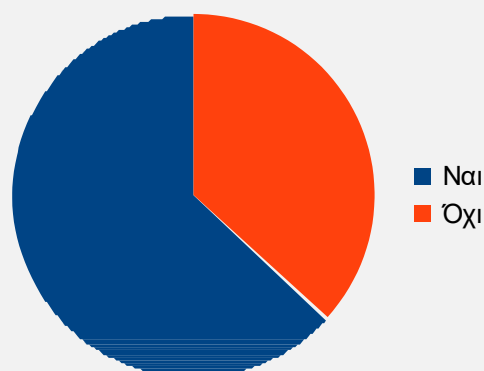


Στην πρώτη ερώτηση διερευνάται κατά πόσον οι ασθενείς δυσκολεύονται να κάνουν έντονες δραστηριότητες. Το 54% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά ενώ το 46% δεν δυσκολεύεται να κάνει έντονες δραστηριότητες.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.3

Δυσκολία βαδίσματος μεγάλων αποστάσεων

Δυσκολία βαδίσματος μεγάλων αποστάσεων	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Ναι	124	63,27
Όχι	72	36,73
Σύνολο	196	100

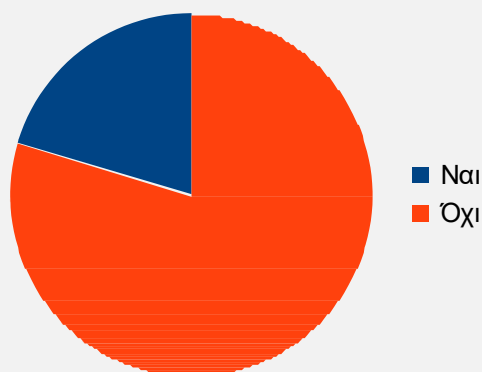


Στην ερώτηση σχετικά με το περπάτημα μεγάλων αποστάσεων μεγαλύτερο μέρος απάντησε καταφατικά. Ειδικότερα το 63,27 των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά, αντίθετα από το 36,73% που δεν παρουσιάζει δυσκολία.

#### Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.4

##### Δυσκολία βαδίσματος μικρών αποστάσεων

Δυσκολία βαδίσματος μικρών αποστάσεων	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Ναι	40	20,41
Όχι	156	79,59
Σύνολο	196	100

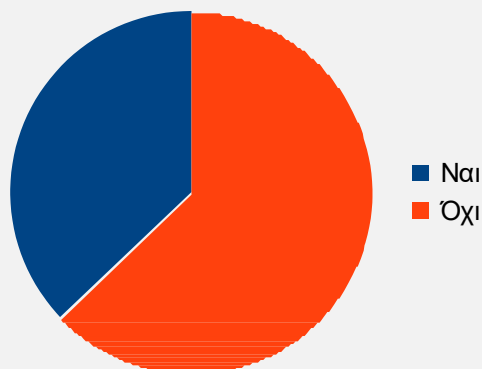


Στις μικρότερες αποστάσεις λιγότεροι ασθενείς παρουσίασαν δυσκολία. Μόλις το 20,41% των ερωτηθέντων παρουσιάζει δυσκολία στο να κάνει μικρές αποστάσεις έξω από το σπίτι, ενώ το 79,59% δεν ανέφερε τέτοια δυσκολία.

#### Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.5

##### Ανάγκη παραμονής στο κρεβάτι ή στην καρέκλα

Ανάγκη παραμονής στο κρεβάτι ή στην καρέκλα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Ναι	73	37,24
Όχι	123	62,76
Σύνολο	196	100

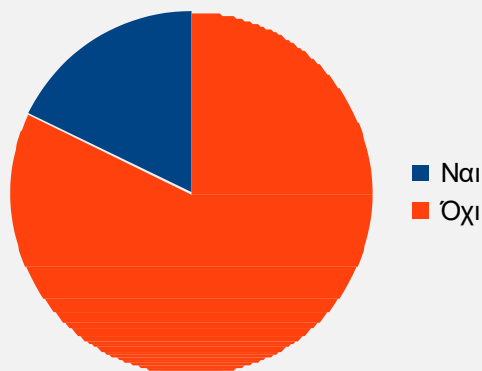


Το 37,24% του δείγματος ανέφερε ότι χρειάζεται να κάθεται στο κρεβάτι ή στην καρέκλα την περισσότερη ημέρα. Αντίθετα το 62,76% των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά στην ερώτηση.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.6

Βοήθεια για καθημερινές ανάγκες

Βοήθεια για καθημερινές ανάγκες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα (%)
Ναι	35	17,86
Όχι	161	82,14
Σύνολο	196	100



Κάποιοι ασθενείς ανέφεραν ότι χρειάζονται βοήθεια για να ικανοποιήσουν βασικές καθημερινές ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα το 17,86% των ασθενών ανέφερε ότι χρειάζεται βοήθεια για να φάει, να κάνει μπάνιο ή να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, σε αντίθεση με το 82,14% των ασθενών που δεν έχρηζαν τέτοιας βοήθειας.

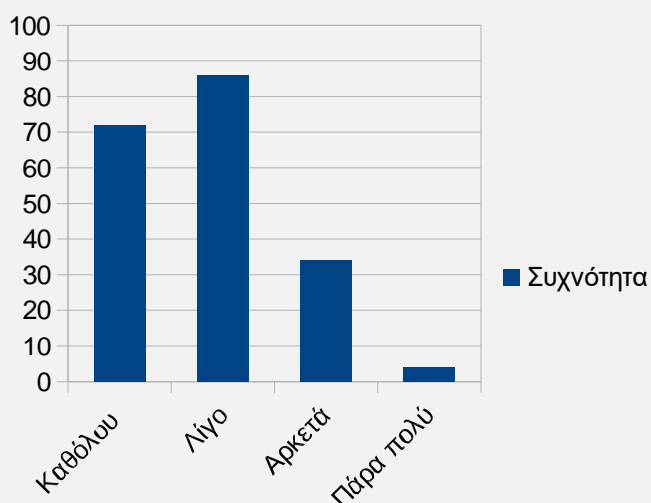
Στις ακόλουθες ερωτήσεις οι ασθενείς κλήθηκαν να ανακαλέσουν γεγονότα της περασμένης εβδομάδας. Όλες οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις σχεδιασμένες στην κλίμακα Likert, όπου το 1 υποδηλώνει “καθόλου”, το 2 “λίγο”, το 3 “αρκετά” ενώ το 4 “πάρα πολύ”.

Στοιχεία περασμένης εβδομάδας

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.7

Περιορισμοί στη δουλειά/δραστηριότητες

Περιορισμοί δουλειάς/δραστηριοτήτων	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	72	36,73
Λίγο	86	43,88
Αρκετά	34	17,35
Πάρα πολύ	4	2,04
Σύνολο	196	100

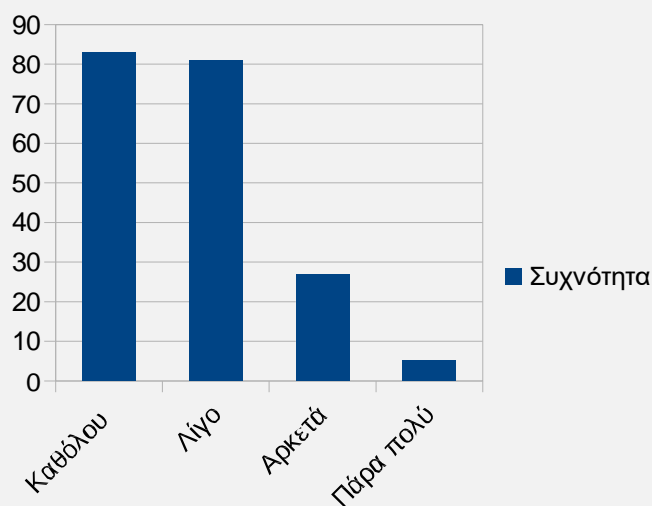


Το 63,27 των ασθενών αντιμετώπισε σε κάποιο βαθμό περιορισμό στο να κάνει τη δουλειά του ή κάποια καθημερινή του δραστηριότητα, ενώ το 36,73% δεν ανέφερε κάποιον τέτοιον περιορισμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.8

Περιορισμοί στα χόμπι/δραστηριότητες

Περιορισμοί χόμπι/δραστηριοτήτων	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	83	42,35
Λίγο	81	41,33
Αρκετά	27	13,78
Πάρα πολύ	5	2,55
Σύνολο	196	100

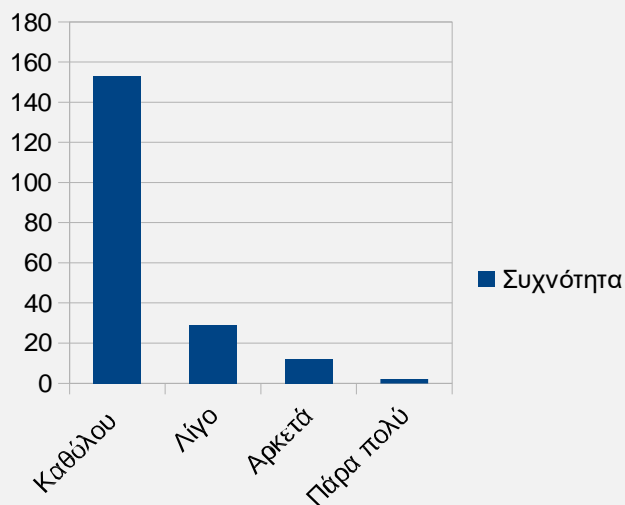


Λιγότεροι είναι αυτοί που αισθάνθηκαν περιορισμό στην εκπλήρωση κάποιου χόμπι ή άλλης καθημερινής δραστηριότητας, με το 57,65% να αντιμετωπίζει σε κάποιο βαθμό, ενώ το 42,35% να μην αντιμετωπίζει καθόλου περιορισμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.9

Δυσκολία στην αναπνοή

Δυσκολία στην αναπνοή	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	153	78,06
Λίγο	29	14,80
Αρκετά	12	6,12
Πάρα πολύ	2	1,02
Σύνολο	196	100

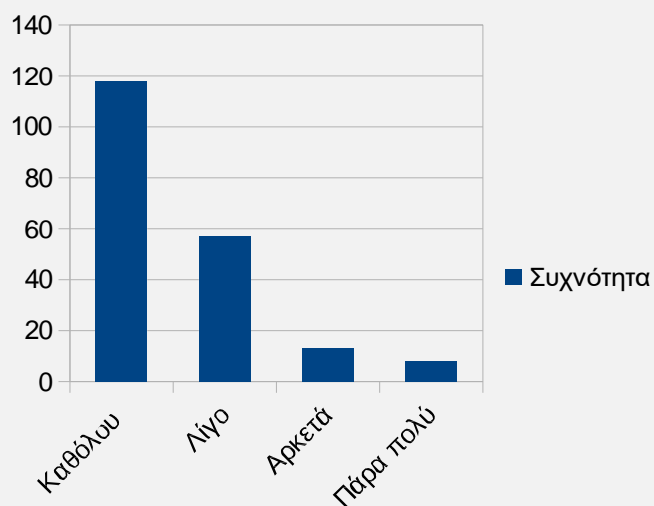


Το 78,06 των ερωτηθέντων δεν ανέφερε δυσκολία στην αναπνοή κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Αντίθετα το 21,94% δυσκολεύτηκε στην αναπνοή σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.10

Εκδήλωση πόνου

Εκδήλωση πόνου	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	118	60,20
Λίγο	57	29,08
Αρκετά	13	6,63
Πάρα πολύ	8	4,08
Σύνολο	196	100

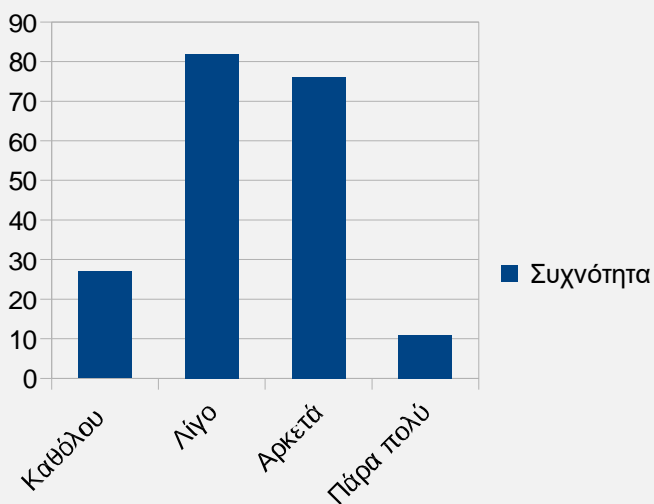


Περισσότεροι ήταν οι ασθενείς που ανέφεραν εκδήλωση πόνου κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, με το 39,8% να αναφέρει εκδήλωση πόνου σε κάποιο βαθμό. Μάλιστα, το 10,71% των ασθενών ανέφερε ότι πονούσε αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.11

Ανάγκη για ξεκούραση

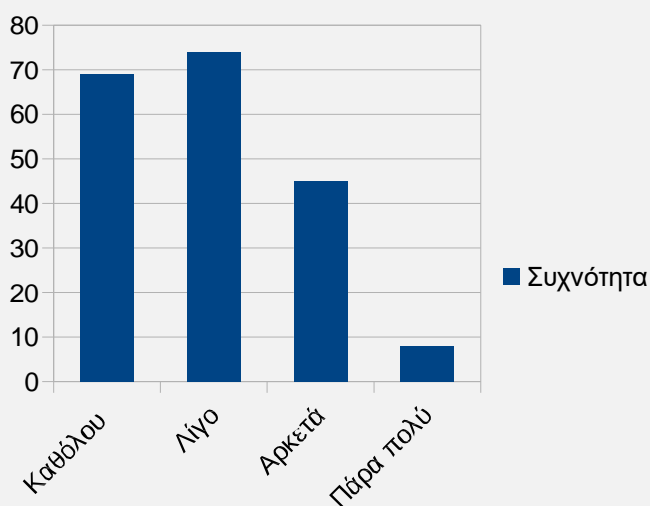
Ανάγκη για ξεκούραση	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	27	13,78
Λίγο	82	41,84
Αρκετά	76	38,78
Πάρα πολύ	11	5,61
Σύνολο	196	100



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε ότι χρειάστηκε να ξεκουραστεί την προηγούμενη εβδομάδα. Το 41,84% των ερωτηθέντων συμφώνησε με την παραπάνω πρόταση λίγο, το 38,78% αρκετά ενώ το 5,61% πάρα πολύ. Μόνο 13,78 των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν χρειάστηκαν καθόλου ξεκούραση.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.12 Αϋπνία

Αϋπνία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	69	35,20
Λίγο	74	37,76
Αρκετά	45	22,96
Πάρα πολύ	8	4,08
Σύνολο	196	100

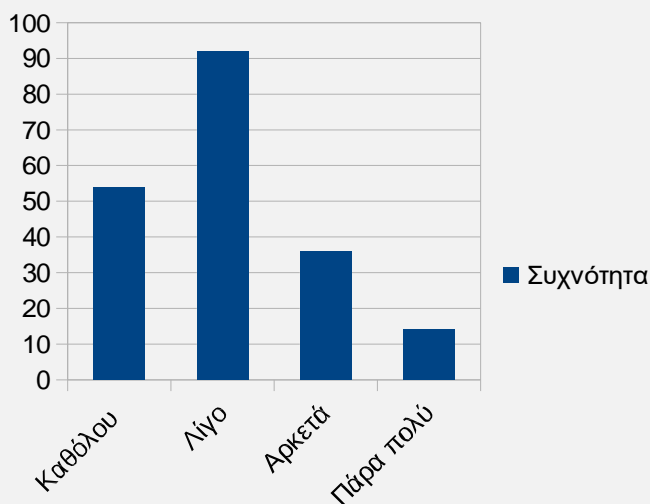


Το 35,20% των ερωτηθέντων δεν παρουσίασε κάποια δυσκολία στο να κοιμηθεί την περασμένη εβδομάδα. Αντίθετα, το 64,8% των ερωτηθέντων παρουσίασε δυσκολία σε κάποιο βαθμό, με την πλειοψηφία αυτών να αναφέρει λίγο ή αρκετά (37,76% και 22,96% αντίστοιχα).

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.13

Αίσθηση αδυναμίας

Αίσθηση αδυναμίας	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	54	27,55
Λίγο	92	46,94
Αρκετά	36	18,37
Πάρα πολύ	14	7,14
Σύνολο	196	100

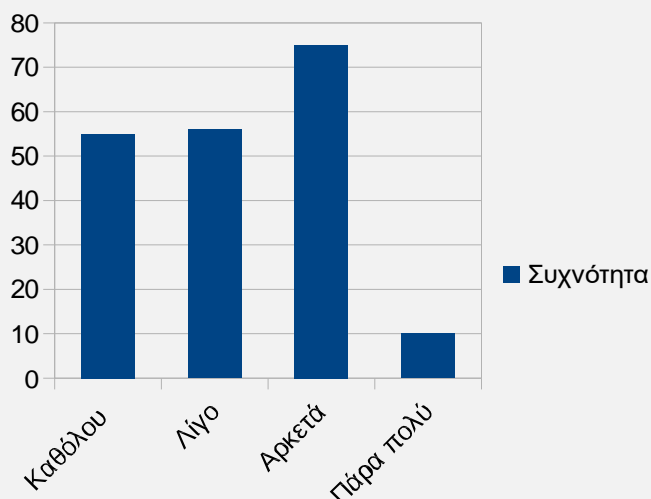


Πολλοί ασθενείς ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν αδυναμία κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Πιο συγκεκριμένα το 46,94 συμφώνησε με αυτή την πρόταση λίγο, το 18,37% αρκετά, το 7,14 πάρα πολύ, ενώ το 27,55% του δείγματος δεν παρουσίασε αυτή την παρενέργεια καθόλου.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.14

Απώλεια όρεξης για φαγητό

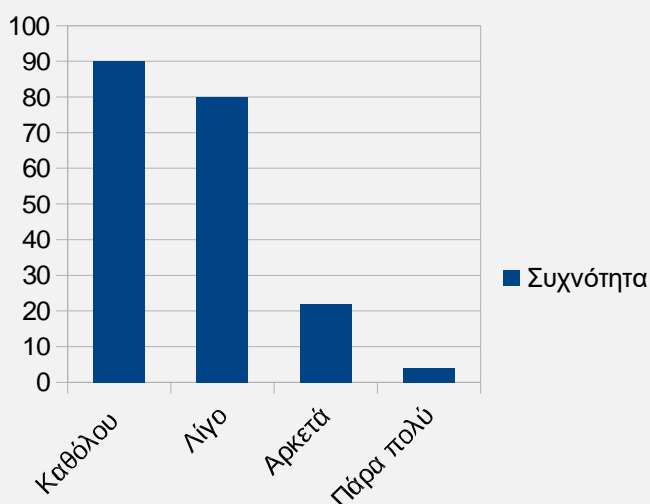
Απώλεια όρεξης για φαγητό	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	55	28,06
Λίγο	56	28,57
Αρκετά	75	38,27
Πάρα πολύ	10	5,10
Σύνολο	196	100



Το 71,94% των ερωτηθέντων ανέφερε σαν παρενέργεια την απώλεια όρεξης σε κάποιο βαθμό. Μάλιστα επικρατούσα τιμή σε αυτή την ερώτηση ήταν η απάντηση αρκετά με 38,27%. Αντίθετα το 28,06% δεν παρατήρησε αλλαγή στην όρεξή του για φαγητό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.15 Ναυτία

Ναυτία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	90	45,92
Λίγο	80	40,82
Αρκετά	22	11,22
Πάρα πολύ	4	2,04
Σύνολο	196	100



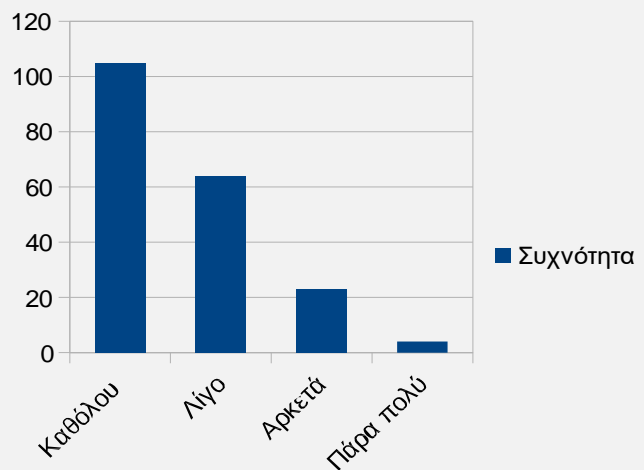
Το 45,92% των ερωτηθέντων δεν ανέφερε τη ναυτία σαν παρενέργεια κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Το 40,82% εκδήλωσε ναυτία λίγο, ενώ το 13,26% αρκετά ή πάρα πολύ.



Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.16

Εμετός

Εμετός	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	105	53,57
Λίγο	64	32,65
Αρκετά	23	11,73
Πάρα πολύ	4	2,04
Σύνολο	196	100

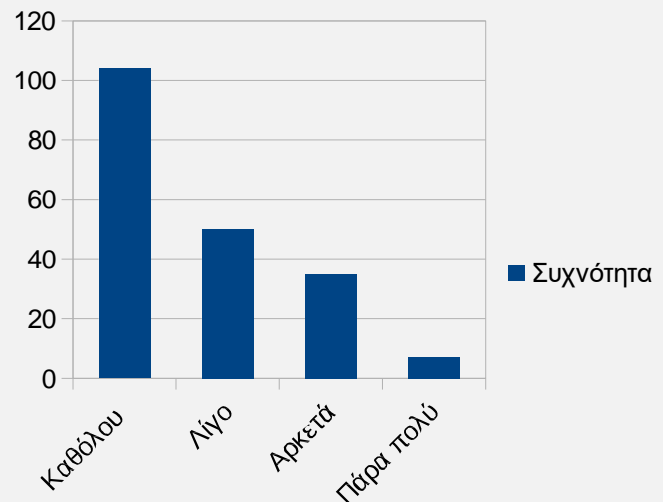


Λιγότεροι ερωτώμενοι παρουσίασαν εμετούς, με το 53,57 του δείγματος να αναφέρει πως δεν παρουσίασε καθόλου, Αντίθετα το 32,65% ανέφερε λίγο, ενώ το 13,77% αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.17

Δυσκοιλιότητα

Δυσκοιλιότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	104	53,06
Λίγο	50	25,51
Αρκετά	35	17,86
Πάρα πολύ	7	3,57
Σύνολο	196	100

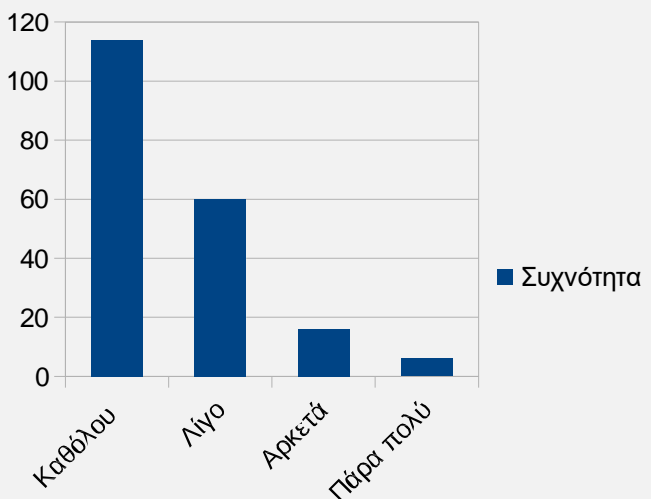


Στην ερώτηση που αφορά δυσκοιλιότητα κατά την προηγούμενη εβδομάδα το 53,06% ανέφερε πως δεν παρουσίασε καθόλου, το 25,51% παρουσίασε λίγο,. Ενώ το 21,43% αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.18

Διάρροια

Διάρροια	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	114	58,16
Λίγο	60	30,61
Αρκετά	16	8,16
Πάρα πολύ	6	3,06
Σύνολο	196	100

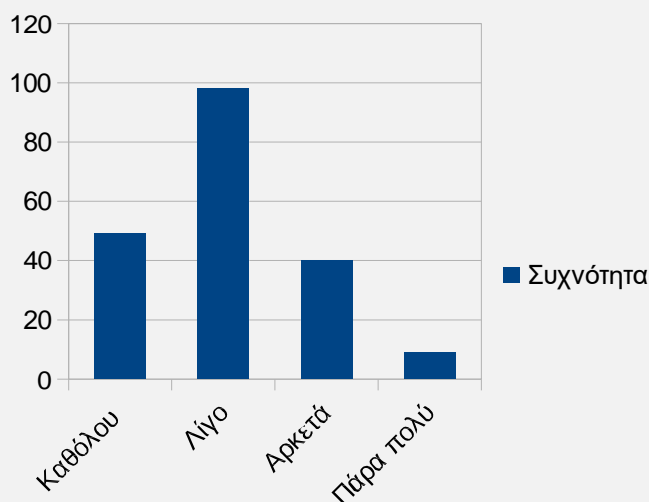


Σπανιότερη ήταν η εκδήλωση διάρροιας στους ερωτώμενους, με το 58,16 να αναφέρει καθόλου διάρροιες την περασμένη εβδομάδα. Το 30,61% ανέφερε λίγο, ενώ το 11,22% αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.19

Κούραση

Κούραση	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	49	25
Λίγο	98	50
Αρκετά	40	20,41
Πάρα πολύ	9	4,59
Σύνολο	196	100

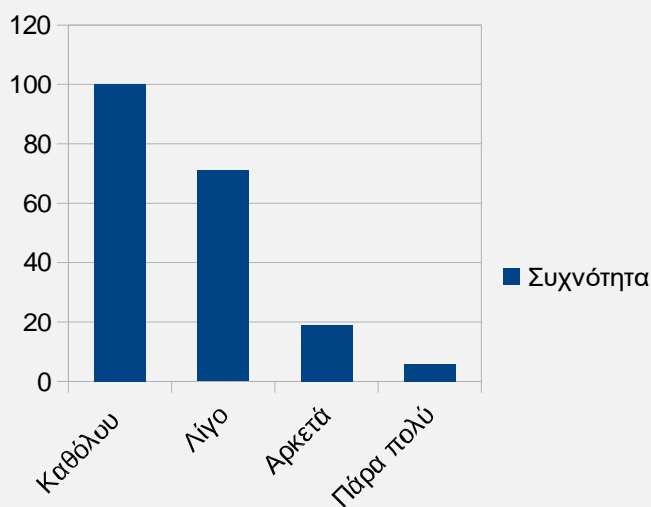


Αντίστροφη είναι η εικόνα στο ερώτημα αν οι ασθενείς αισθάνονταν κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Μόνο το 25% ανέφερε καθόλου κούραση ενώ η πλειοψηφία των ασθενών 50% ανέφερε λίγο.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.20

Επιρροή πόνου στις δραστηριότητες

Ναυτία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	100	51,02
Λίγο	71	36,22
Αρκετά	19	9,96
Πάρα πολύ	6	3,06
Σύνολο	196	100

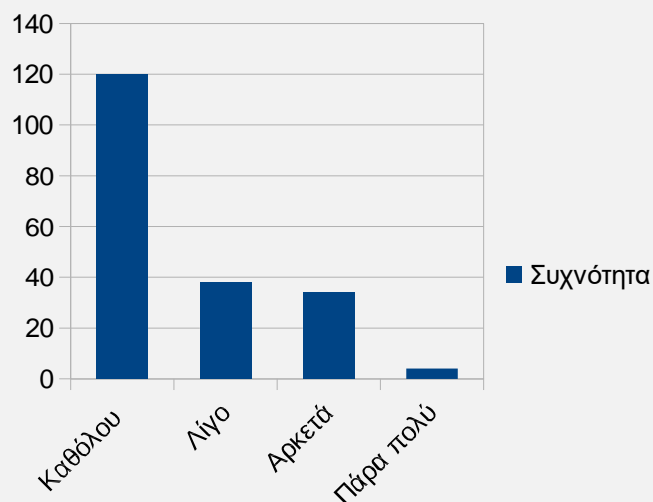


Το 51,02 των ασθενών ανέφερε ότι ο πόνος δεν επηρέασε τις καθημερινές τους δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας, ενώ το 48,98% ανέφερε επιρροή σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.21

Δυσκολία συγκέντρωσης

Δυσκολία συγκέντρωσης	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	120	61,22
Λίγο	38	19,39
Αρκετά	34	17,35
Πάρα πολύ	4	2,04
Σύνολο	196	100

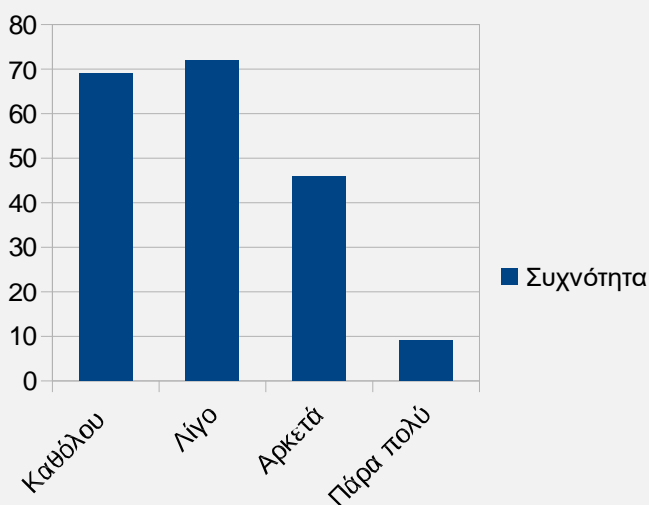


Λιγότεροι ασθενείς παρουσίασαν δυσκολία στο να συγκεντρωθούν βλέποντας τηλεόραση ή διαβάζοντας ένα περιοδικό, με το 61,22% των ασθενών να αναφέρει καθόλου. Λίγο απάντησε το 19,39% των ασθενών, αρκετά το 17,35% και πάρα πολύ το 2,04%

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.22

Υπερένταση

Υπερένταση	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	69	35,20
Λίγο	72	36,73
Αρκετά	46	23,47
Πάρα πολύ	9	4,59
Σύνολο	196	100

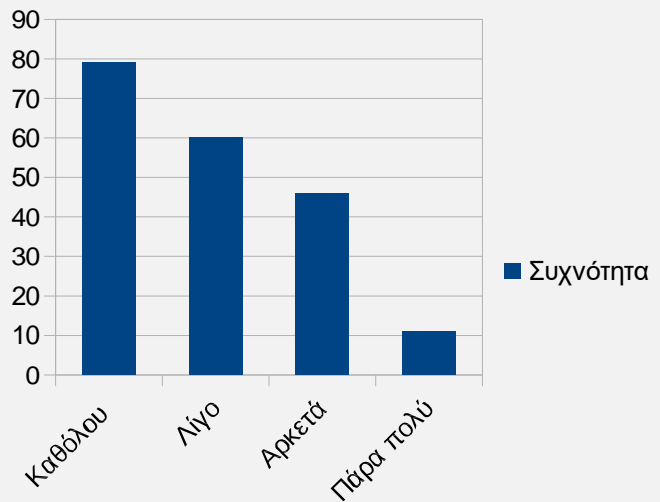


Πολλοί ασθενείς ανέφεραν πως είχαν υπερένταση κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Το 36,73% ανέφερε λίγο, το 23,47% αρκετά και το 4,59% πάρα πολύ. Αντίθετα το 35,2% των ασθενών δεν είχε υπερένταση κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.23

Ανησυχία

Ανησυχία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	79	40,31
Λίγο	60	30,61
Αρκετά	46	23,47
Πάρα πολύ	11	5,61
Σύνολο	196	100

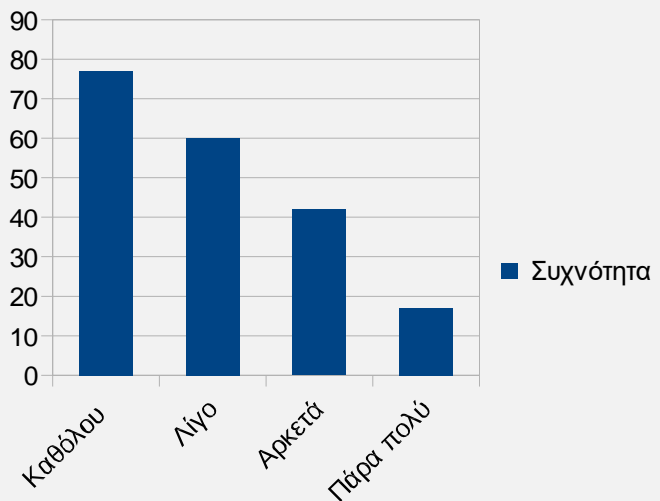


Ανησυχία παρουσίασε το 59,69% των ασθενών , ενώ το 40,31% δεν την ανέφερε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.24

Νευρικότητα

Νευρικότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	77	39,29
Λίγο	60	30,61
Αρκετά	42	21,43
Πάρα πολύ	17	8,67
Σύνολο	196	100

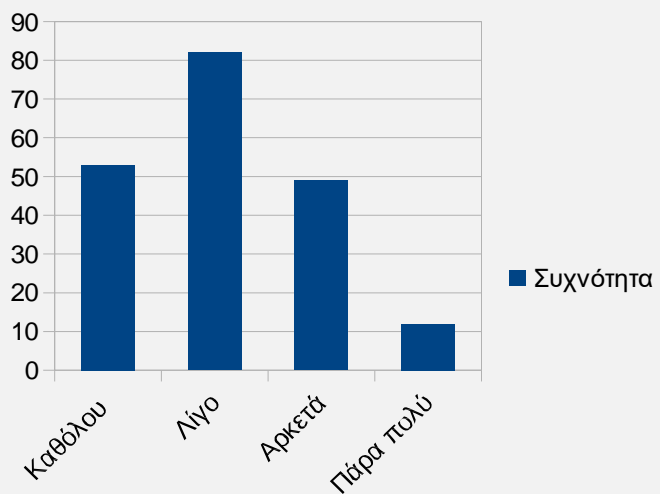


Παρόμοια είναι η συχνότητα της νευρικότητας. Το 39,29% των ασθενών δεν παρουσίασε νευρικότητα, ενώ το 60,71% παρουσίασε νευρικότητα σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.25

Μελαγχολία

Μελαγχολία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	53	27,04
Λίγο	82	41,84
Αρκετά	49	25
Πάρα πολύ	12	6,12
Σύνολο	196	100

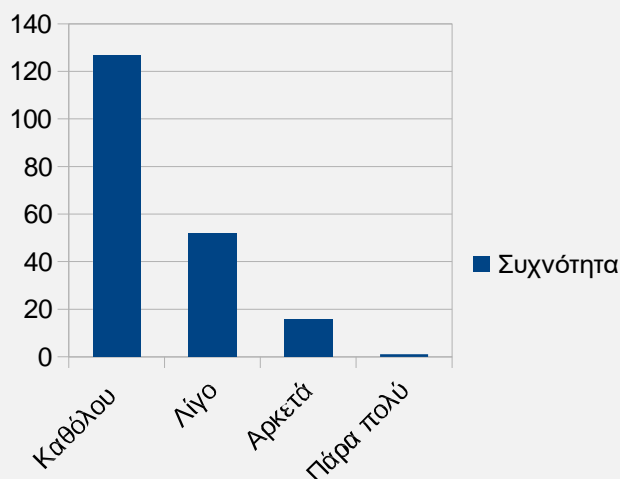


Πολλοί ασθενείς ένιωσαν μελαγχολία κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας με το 41,84% να αναφέρει λίγο, το 25% αρκετά και το 6,12% πάρα πολύ. Αντίθετα το 27,04% των ασθενών δεν ανέφεραν μελαγχολία.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.26

Δυσκολία μνήμης

Δυσκολία μνήμης	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	127	64,80
Λίγο	52	26,53
Αρκετά	16	8,16
Πάρα πολύ	1	0,51
Σύνολο	196	100

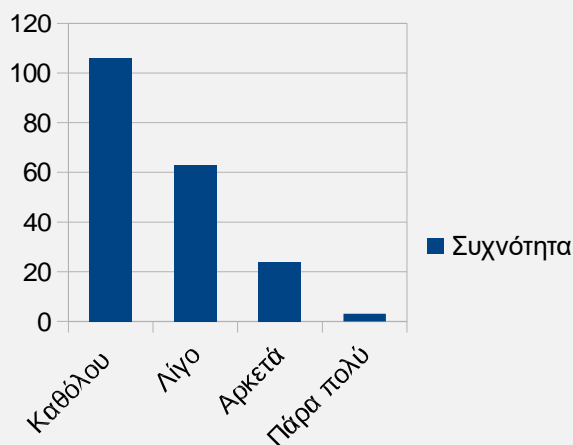


Το 64,8 των ασθενών δεν παρουσίασε καμία δυσκολία στο να θυμάται πράγματα. Αντίθετα το 26,53% ανέφερε λίγη δυσκολία και το 8,16% αρκετή.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.27

Επιρροή στην οικογενειακή ζωή

Επιρροή στην οικογενειακή ζωή	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	106	54,08
Λίγο	63	32,14
Αρκετά	24	12,24
Πάρα πολύ	3	1,53
Σύνολο	196	100

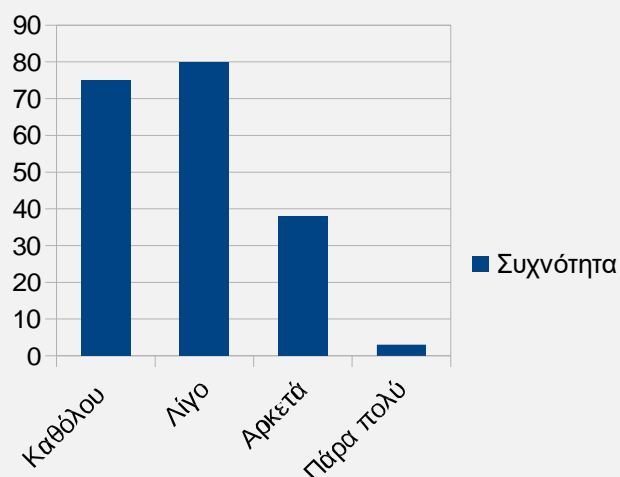


Το 54,08% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους περίθαλψη δεν επέδρασε στην οικογενειακή τους ζωή, αντίθετα με το 45,92 που ανέφερε επίδραση σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.28

Επιρροή στην κοινωνική ζωή

Επιρροή στην κοινωνική ζωή	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	75	38,27
Λίγο	80	40,82
Αρκετά	38	19,39
Πάρα πολύ	3	1,53
Σύνολο	196	100

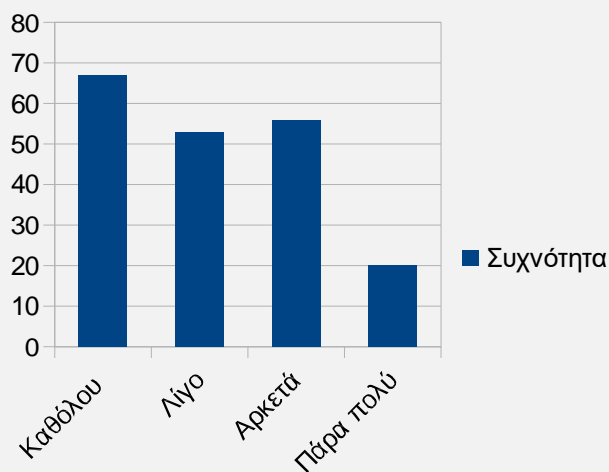


Ως προς την κοινωνική του ζωή, λόγω της φυσικής τους κατάστασης ή της ιατρικής τους περίθαλψης επίδραση ανέφερε το 61,73%, ενώ το 38,27% δεν ανέφερε καμία επίδραση.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.29

Οικονομικές Δυσκολίες

Οικονομικές Δυσκολίες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	67	34,18
Λίγο	53	27,04
Αρκετά	56	28,57
Πάρα πολύ	20	10,20
Σύνολο	196	100

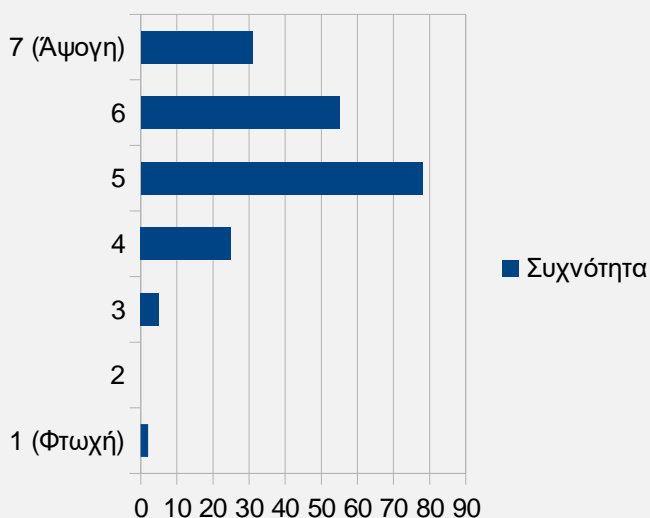


Οι απαντήσεις αναφορικά με το αν η φυσική κατάσταση ή η ιατρική περίθαλψη δημιούργησε οικονομικές δυσκολίες, ήταν πιο ομοιόμορφα κατανεμημένες, με το 34,18% να απαντάει καθόλου, το 27,04% λίγο, το 28,57% αρκετά και το 10,20% πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.30

Αξιολόγηση ολικής υγείας

Αξιολόγηση ολικής υγείας	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
1 (Φτωχή)	2	1,02
2	0	0
3	5	2,55
4	25	12,76
5	78	39,80
6	55	28,06
7 (Άψογη)	31	15,82
Σύνολο	196	100

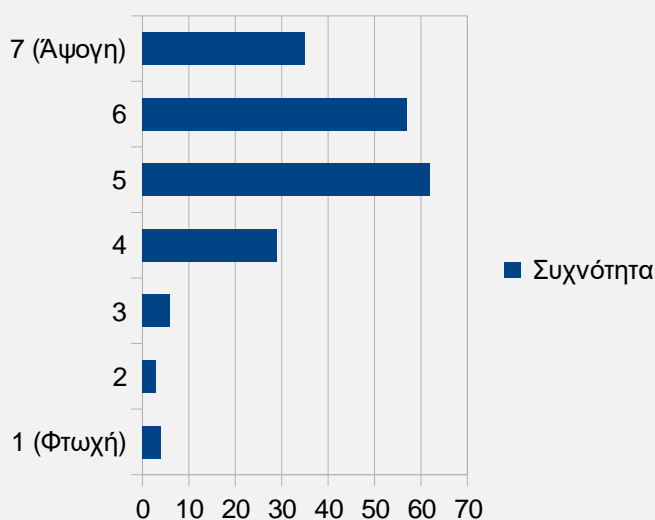


Οι ασθενείς αξιολόγησαν την ολική τους υγεία κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας θετικά, καθώς το 83,68% των ερωτηθέντων απάντησε στο θετικό μέρος της κλίμακας. Το μέσο της κλίμακας αντιπροσωπεύει το 12,76% των ασθενών, ενώ 3,57% των ερωτηθέντων θεωρεί την ολική τους υγεία πιο φτωχή.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.31

Αξιολόγηση ολικής ποιότητας ζωής

Αξιολόγηση ολικής ποιότητας ζωής	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
1 (Φτωχή)	4	2,04
2	3	1,53
3	6	3,06
4	29	14,80
5	62	31,63
6	57	29,08
7 (Άψογη)	35	17,86
Σύνολο	196	100



Όταν οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν την ολική ποιότητα ζωής τους κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, θετική ή μάλλον θετική αξιολόγηση επέλεξε το 78,57% των

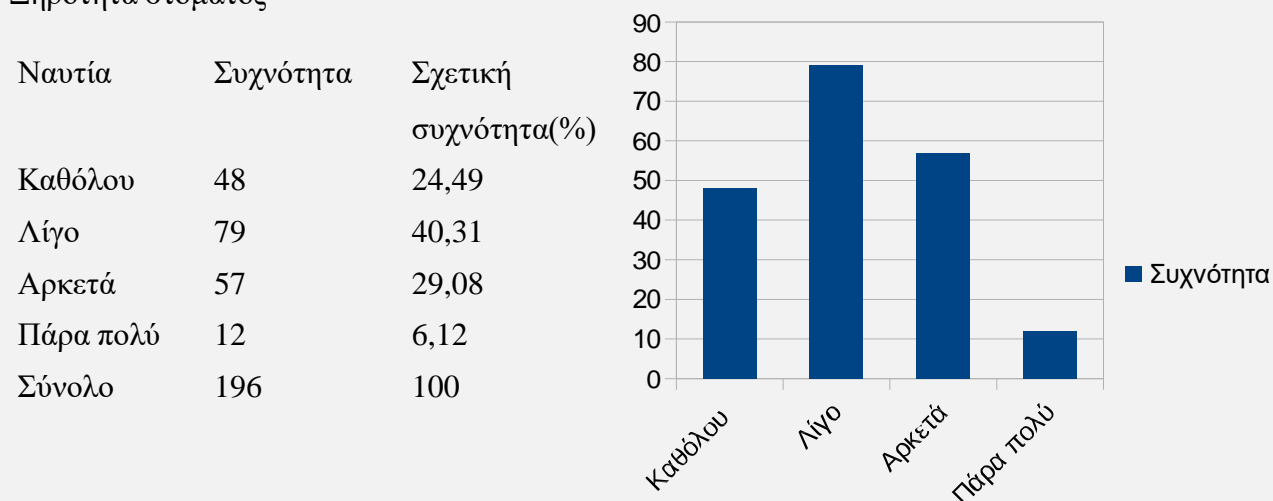
ερωτηθέντων. Το μέσο της κλίμακας επέλεξε το 14,8% των ερωτηθέντων ενώ το 6,63% των ερωτηθέντων την αξιολόγησε αρνητικά ή μάλλον αρνητικά.

### 6.2.2 Μέρος δεύτερο ερωτηματολογίου: Συμπτώματα και προβλήματα που παρουσιάστηκαν

Οι ασθενείς μερικές φορές αναφέρουν ότι έχουν τα ακόλουθα συμπτώματα ή προβλήματα. Έτσι στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου ερευνάται ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς βίωσαν αυτά τα συμπτώματα ή προβλήματα.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.32

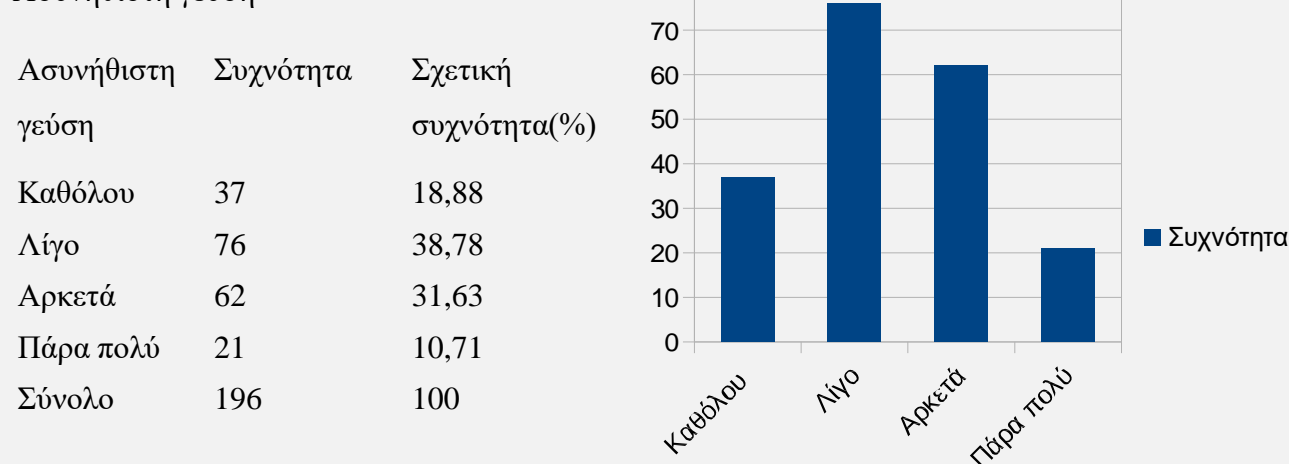
#### Ξηρότητα στόματος



Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας το 24,49% δεν είχε καθόλου ξηρότητα στόματος, το 40,31% ανέφερε ότι είχε το σύμπτωμα λίγο, ενώ το 35,92% αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.33

#### Ασυνήθιστη γεύση



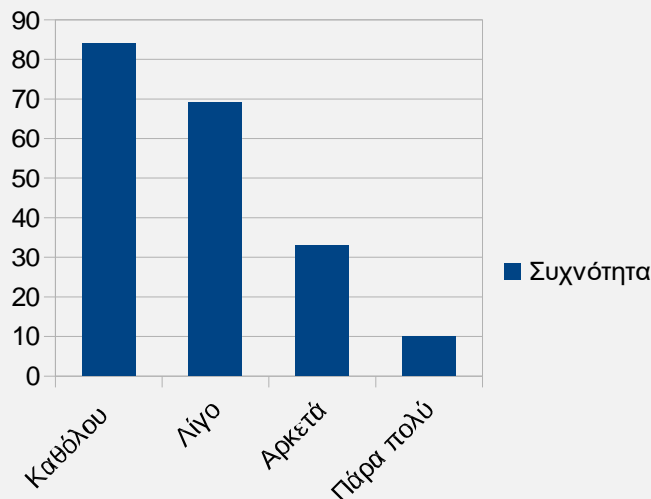


Το 81,2% των ασθενών ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας το φαγητό και το ποτό είχαν ασυνήθιστη γεύση σε κάποιο βαθμό. Αντίθετα το 18,8% των ασθενών δεν ανέφερε το παραπάνω πρόβλημα.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.34

Ενοχλήσεις στα μάτια

Ενοχλήσεις στα μάτια	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	84	42,86
Λίγο	69	35,20
Αρκετά	33	16,84
Πάρα πολύ	10	5,10
Σύνολο	196	100

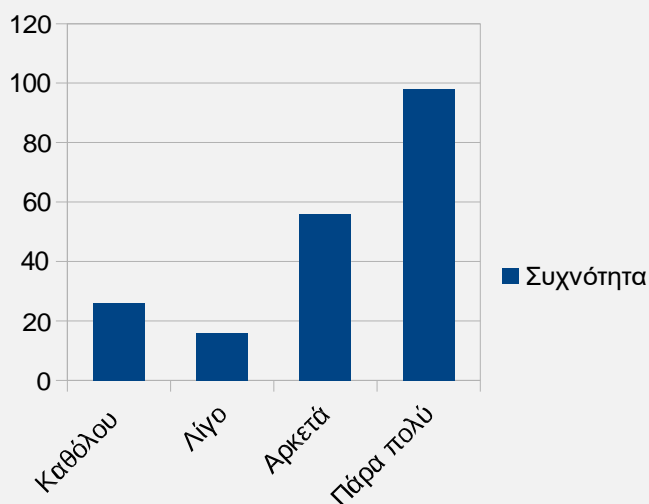


Το 57,14% των ασθενών ανέφερε ότι αντιμετώπισε πρόβλημα με τα μάτια τους σε κάποιο βαθμό και πιο συγκεκριμένα τα μάτια τους πονούσαν, ήταν ερεθισμένα ή υγρά.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.35

Απώλεια μαλλιών

Απώλεια μαλλιών	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	26	13,27
Λίγο	16	8,16
Αρκετά	56	28,57
Πάρα πολύ	98	50
Σύνολο	196	100

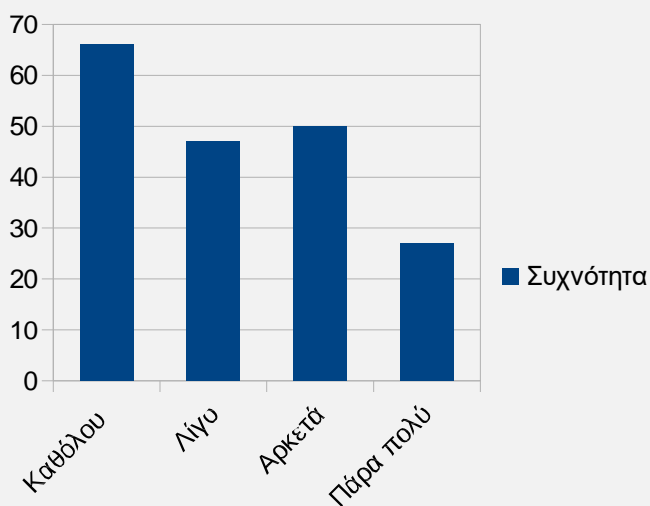


Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είχε απώλεια μαλλιών. Μάλιστα το 50% αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας είχε το πρόβλημα πάρα πολύ, το 28,57% αρκετά, λίγο το 8,16% ενώ 13,27% των ασθενών δεν παρουσίασαν το πρόβλημα.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.36

Στενοχώρια για απώλεια μαλλιών

Στενοχώρια για απώλεια μαλλιών	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	66	34,74
Λίγο	47	24,74
Αρκετά	50	26,32
Πάρα πολύ	27	14,21
Σύνολο	190	100

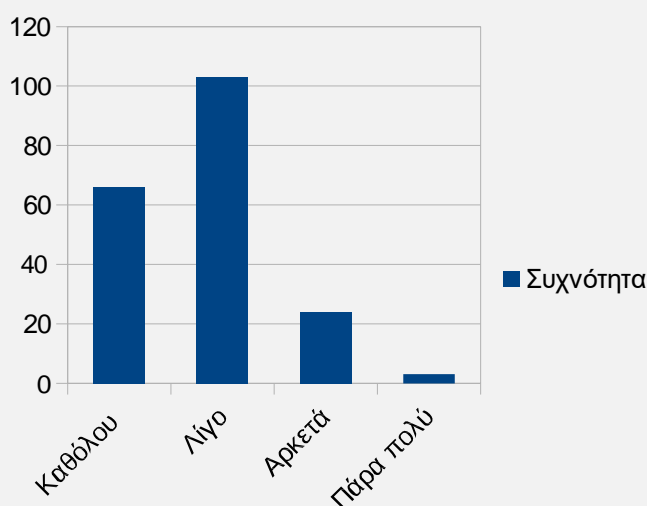


Οι περισσότεροι από τους ασθενείς στενοχωρήθηκαν σε κάποιο βαθμό από την απώλεια των μαλλιών τους. Αντίθετα το 34,74% δεν επηρεάστηκε από αυτό το σύμπτωμα.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.37

Αδιαθεσία

Αδιαθεσία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	66	33,67
Λίγο	103	52,55
Αρκετά	24	12,24
Πάρα πολύ	3	1,53
Σύνολο	196	100

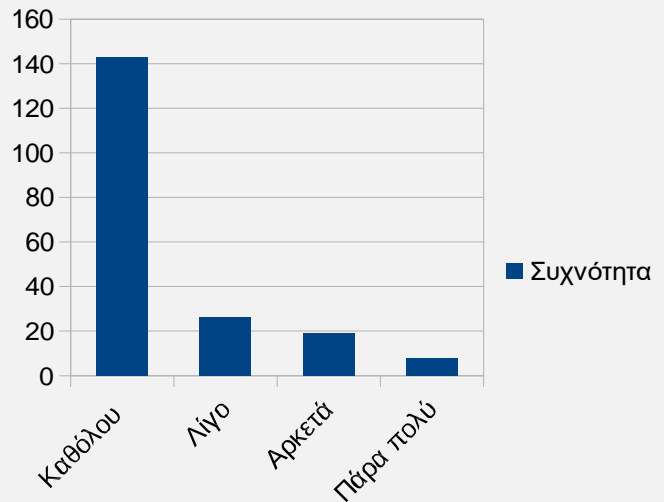


Το 66,33% των ασθενών αισθάνθηκαν άρρωστοι ή αδιάθετοι, ενώ το 33,67% δεν ανέφερε αίσθηση αδιαθεσίας κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.38

Εξάψεις

Εξάψεις	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	143	72,96
Λίγο	26	13,27
Αρκετά	19	9,69
Πάρα πολύ	8	4,08
Σύνολο	196	100

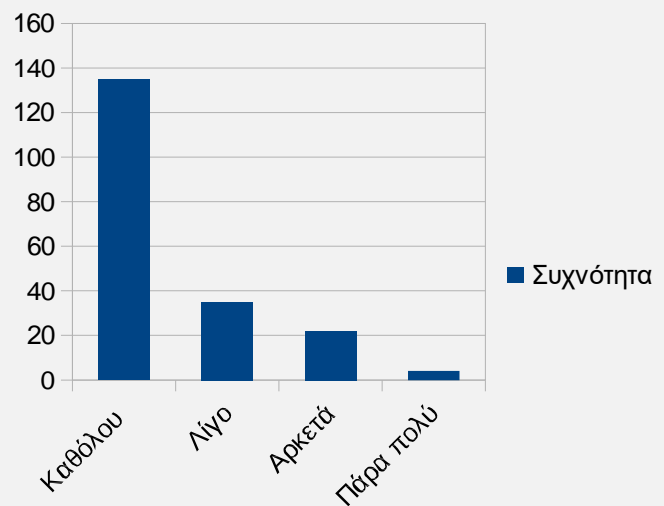


Η πλειοψηφία των ασθενών, 72,96% δεν αντιμετώπισαν εξάψεις, ενώ το 27,04% είχε εξάψεις σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.39

Πονοκέφαλοι

Πονοκέφαλοι	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	135	68,88
Λίγο	35	17,86
Αρκετά	22	11,22
Πάρα πολύ	4	2,04
Σύνολο	196	100

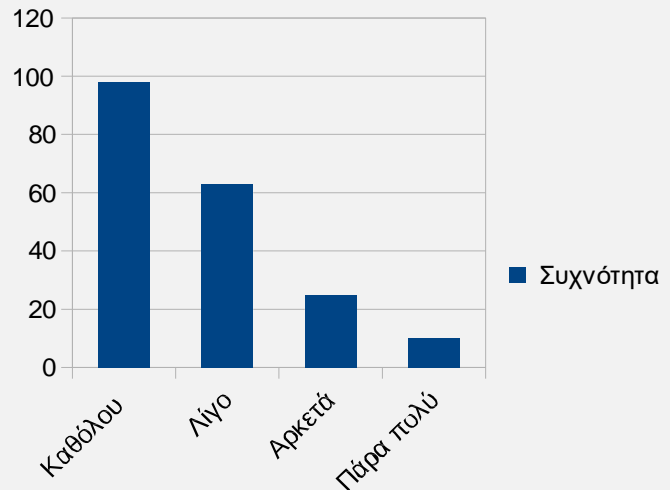


Περισσότεροι ήταν οι ασθενείς που ανέφεραν πονοκεφάλους, με το 31,12% των ασθενών να παρουσιάζει το σύμπτωμα σε κάποιο βαθμό, Το 68,88% των ασθενών ανέφερε καθόλου στην σχετική ερώτηση.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.40

Λιγότερο ελκυστική

Λιγότερο ελκυστική	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	98	50
Λίγο	63	32,14
Αρκετά	25	12,76
Πάρα πολύ	10	5,10
Σύνολο	196	100

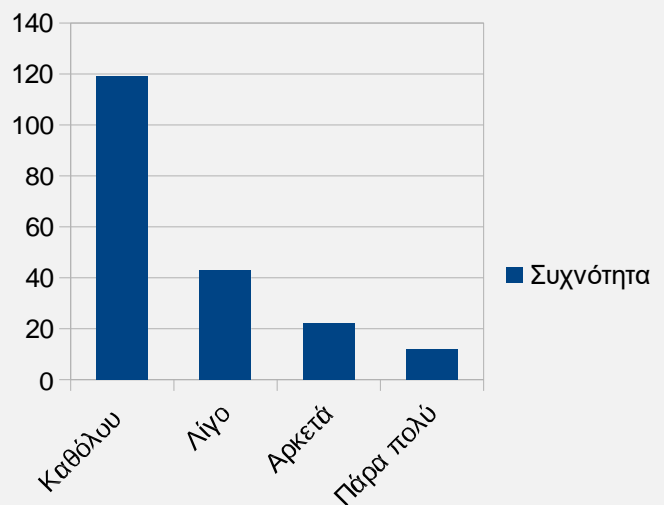


Στην ερώτηση για το αν οι ασθενείς αισθάνθηκαν λιγότερο ελκυστικοί ως αποτέλεσμα της αρρώστιας ή της θεραπείας τους, το δείγμα ήταν διχοτομημένο, με το 50% εξ αυτών να απαντάει καθόλου και 50% να συμφωνεί με την παραπάνω πρόταση σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.41

Λιγότερο γυναίκα

Λιγότερο γυναίκα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	119	60,71
Λίγο	43	21,94
Αρκετά	22	11,22
Πάρα πολύ	12	6,12
Σύνολο	196	100

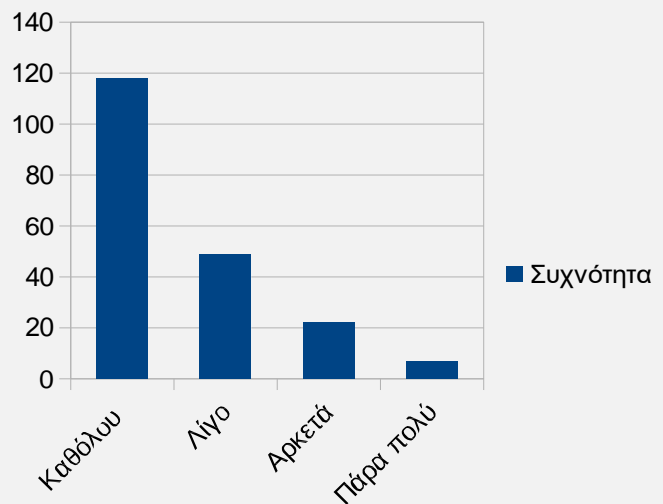


Το 39,29% των ερωτηθέντων συμφώνησε σε κάποιο βαθμό με την πρόταση ότι αισθάνθηκε λιγότερο γυναίκα ως αποτέλεσμα της αρρώστιας τους ή της θεραπείας τους, ενώ το 60,71% διαφώνησε.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.42

Κακή αυτοεικόνα

Κακή αυτοεικόνα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	118	60,20
Λίγο	49	25
Αρκετά	22	11,22
Πάρα πολύ	7	3,57
Σύνολο	196	100

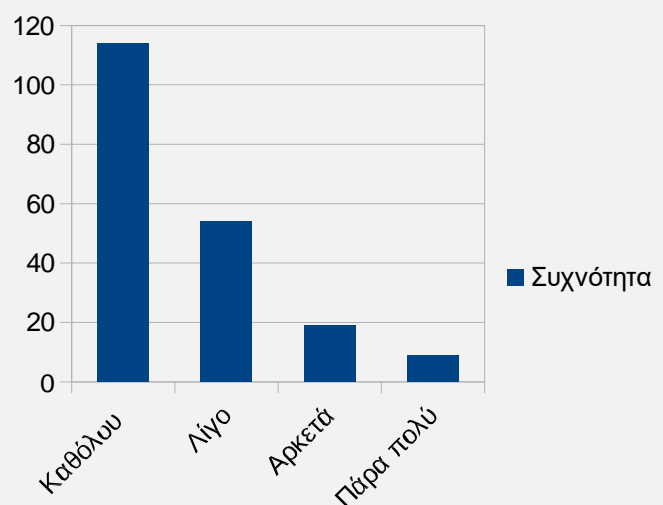


Το 39,80% των ασθενών ανέφερε ότι δυσκολεύονται σε κάποιο βαθμό να δουν τον εαυτό τους γυμνό, ενώ το 60,20 δεν συμφωνεί με την παραπάνω πρόταση.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.43

Δυσαρέσκεια με το σώμα

Δυσαρέσκεια με το σώμα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	114	58,16
Λίγο	54	27,55
Αρκετά	19	9,69
Πάρα πολύ	9	4,59
Σύνολο	196	100

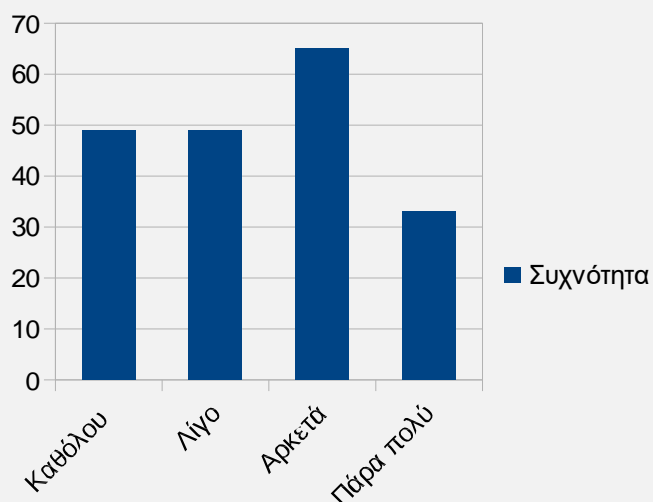


Παρόμοιες είναι οι συχνότητες σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους. Ειδικότερα, το 58,16% δεν αισθάνεται δυσαρέσκεια με το σώμα τους, ενώ το 41,84% αισθάνεται δυσαρέσκεια σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.44

Άγχος για μελλοντική υγεία

Άγχος για μελλοντική υγεία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	49	25
Λίγο	49	25
Αρκετά	65	33,16
Πάρα πολύ	33	16,84
Σύνολο	196	100

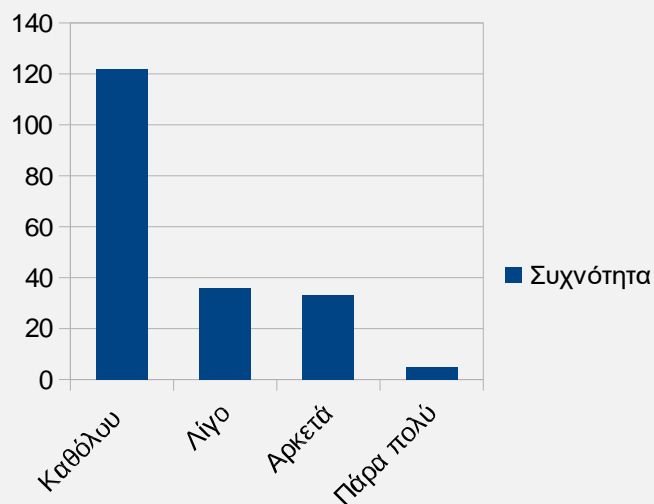


Η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε ανησυχία για την μελλοντική τους υγεία. Πιο συγκεκριμένα, το 25% ανέφερε ότι δεν ανησυχεί καθόλου, 25% ότι ανησυχεί λίγο, ενώ το υπόλοιπο 50% ανησυχεί αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.45

Ενδιαφέρον για σεξ

Ενδιαφέρον για σεξ	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	122	62,24
Λίγο	36	18,37
Αρκετά	33	16,84
Πάρα πολύ	5	2,55
Σύνολο	196	100

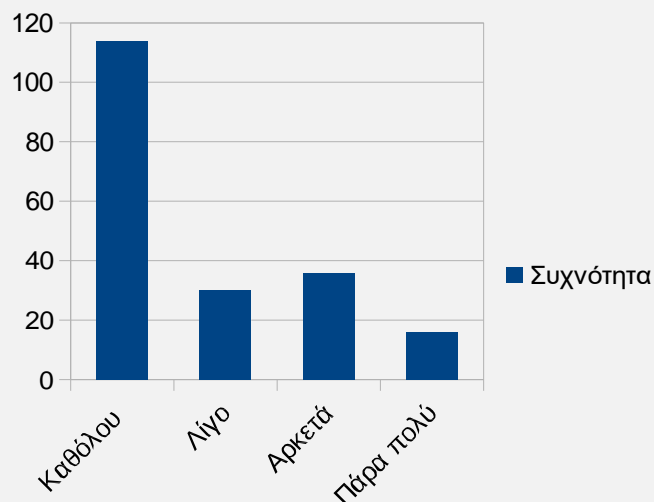


Το 62,24% των ασθενών ανέφεραν πως κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων δεν εκδήλωσαν καθόλου ενδιαφέρον για σεξ. Το 18,37% των ασθενών ενδιαφέρθηκε λίγο, ενώ το 19,39% αρκετά ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.46

Σεξουαλικά ενεργή

Σεξουαλικά ενεργή	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	114	58,16
Λίγο	30	15,31
Αρκετά	36	18,37
Πάρα πολύ	16	8,16
Σύνολο	196	100

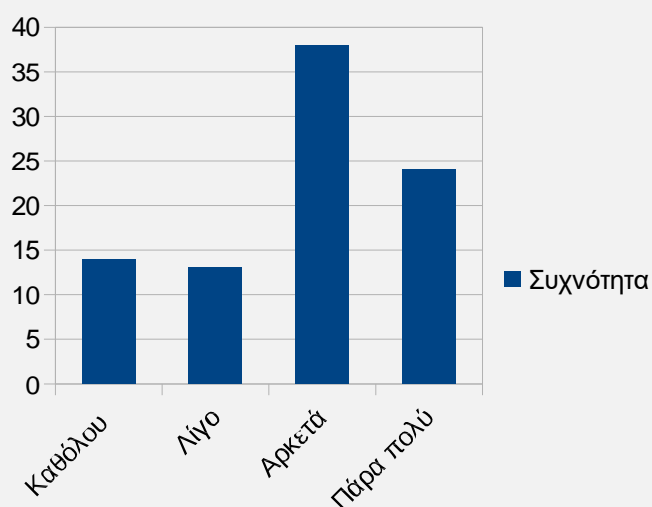


Το 58,16% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν ήταν καθόλου σεξουαλικά ενεργοί. Αντίθετα το 41,84% ανέφερε πως ήταν σεξουαλικά ενεργοί σε κάποιο βαθμό, με ή χωρίς συνουσία.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.47

Απόλαυση σεξ

Απόλαυση σεξ	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	14	15,73
Λίγο	13	14,61
Αρκετά	38	42,7
Πάρα πολύ	24	26,97
Σύνολο	89	100

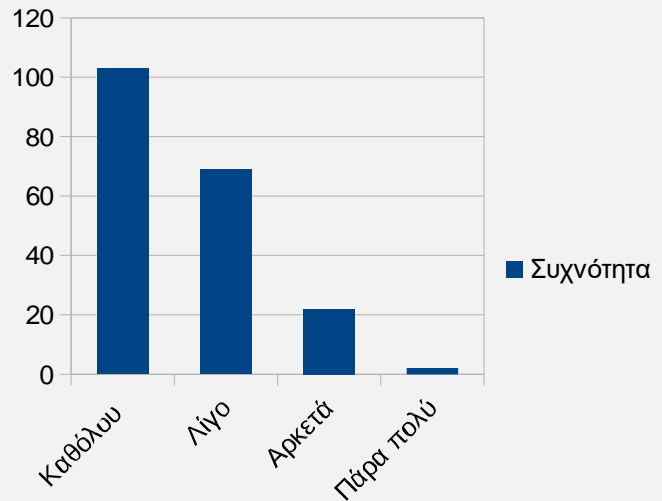


Από εκείνους που ήταν σεξουαλικά ενεργοί, το 26,97% και 42,7% των ασθενών απάντησε πως το σεξ ήταν πάρα πολύ ή αρκετά απολαυστικό για αυτούς αντίστοιχα. Καθόλου απολαυστικό δεν ήταν για το 15,73% των σεξουαλικά ενεργών ασθενών.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.48

Πόνος σε χέρια/ώμους

Πόνος σε χέρια/ώμους	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	103	52,55
Λίγο	69	35,2
Αρκετά	22	11,22
Πάρα πολύ	2	1,02
Σύνολο	196	100

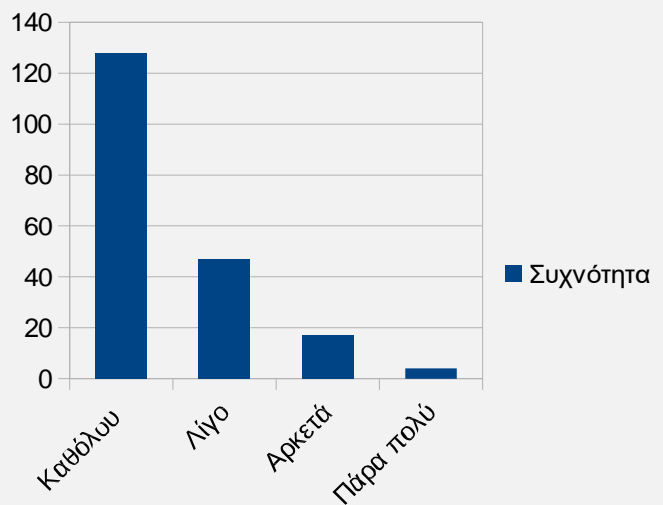


Το 52,55% του δείγματος δεν ανέφερε κάποιο πόνο στο χέρι ή στον ώμο κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Το 35,2% ανέφεραν λίγο, το 11,22 αρκετά και το 1,02 πάρα πολύ αναφορικά με το ίδιο σύμπτωμα.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.49

Πρησμένα χέρια

Δυσανεξία με το σώμα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	128	65,31
Λίγο	47	23,98
Αρκετά	17	8,67
Πάρα πολύ	4	2,04
Σύνολο	196	100



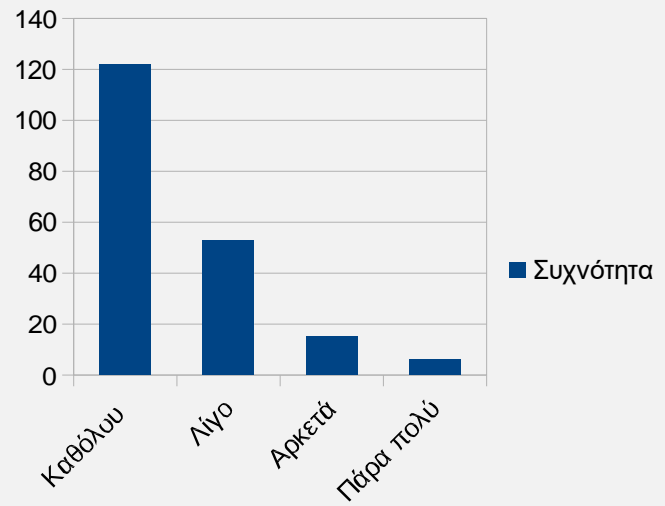
Το 34,69% των ασθενών ανέφερε πρησμένα χέρια σε κάποιο βαθμό.



Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.50

Δυσκολία κίνησης χεριού

Δυσκολία κίνησης χεριού	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	122	62,24
Λίγο	53	27,04
Αρκετά	15	7,65
Πάρα πολύ	6	3,06
Σύνολο	196	100

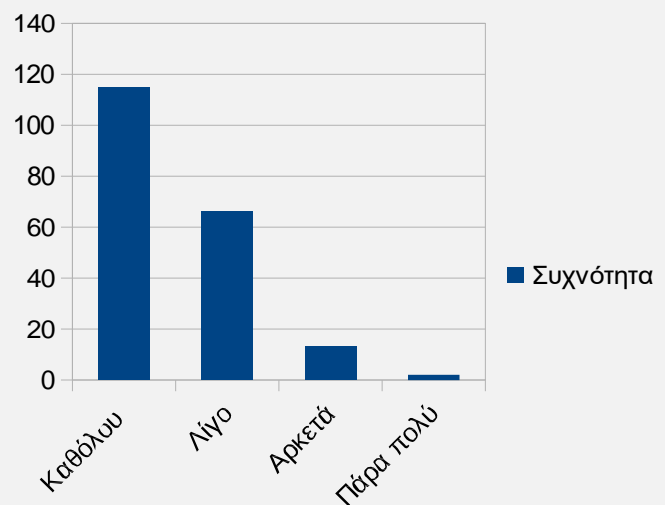


Το 62,24% των ασθενών δεν παρουσίασαν δυσκολία να σηκώσουν το χέρι τους ή να το μετακινήσουν πλάγια. Αντίθετα το 27,04% των ασθενών ανέφερε λίγη δυσκολία, και το 10,71% αρκετή ή πάρα πολύ.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.51

Πόνος στο στήθος

Πόνος στο στήθος	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	115	58,67
Λίγο	66	33,67
Αρκετά	13	6,63
Πάρα πολύ	2	1,02
Σύνολο	196	100

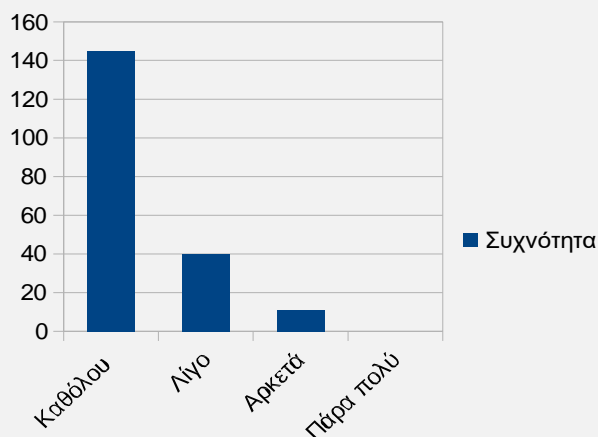


Παρατηρούμε πως σχεδόν το 60% του δείγματος δεν είχε πόνο στο στήθος κατά την τελευταία εβδομάδα ενώ μόνο το 8% των ερωτηθέντων είχε πόνο στο στήθος σε κάποιο βαθμό.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.52

Πρήξιμο στήθους

Πρήξιμο στήθους	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	145	73,98
Λίγο	40	20,41
Αρκετά	11	5,61
Πάρα πολύ	0	0
Σύνολο	196	100

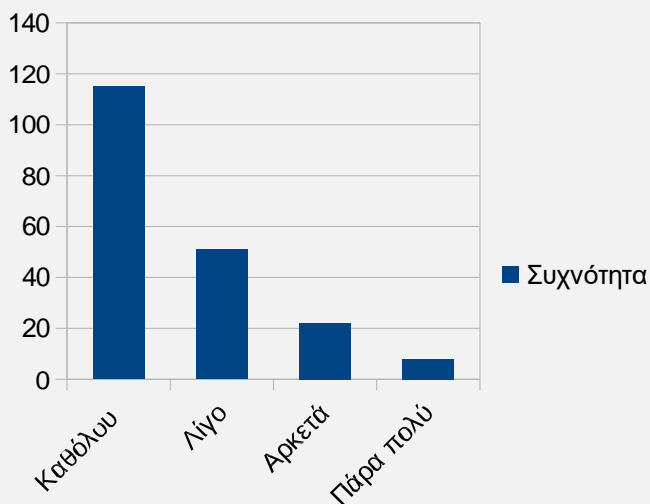


Αντίστοιχα το 74% περίπου των ερωτηθέντων δεν είχε πρήξιμο στο προσβεβλημένο στήθος ενώ το 20% των ασθενών εμφάνισαν λίγο πρήξιμο στο στήθος

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.53

Υπερευαισθησία στήθους

Υπερευαισθησία στήθους	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	115	58,67
Λίγο	51	26,02
Αρκετά	22	11,22
Πάρα πολύ	8	4,08
Σύνολο	196	100

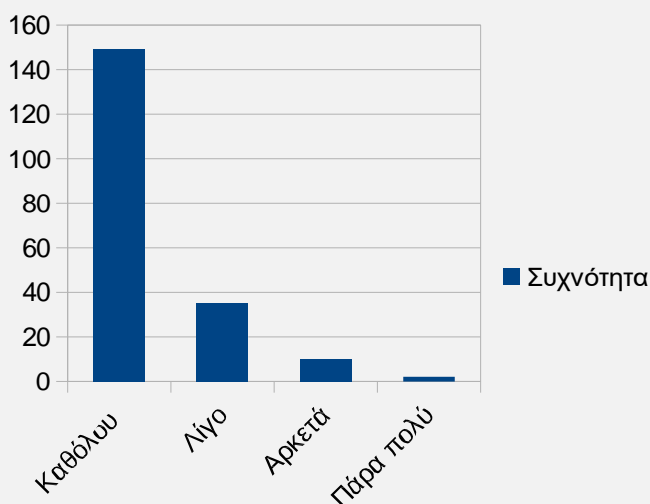


Όπως ήταν αναμενόμενο από τα στοιχεία της προηγούμενης ερώτησης μόνο το 4,08% του δείγματος ανέφερε πάρα πολύ υπερευαισθησία στο στήθος ενώ το 37% λίγη έως αρκετή.

Πίνακας/Διάγραμμα 6.2.54

Δερματικά προβλήματα στήθους

Δερματικά προβλήματα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα(%)
Καθόλου	149	76,02
Λίγο	35	17,86
Αρκετά	10	5,10
Πάρα πολύ	2	1,02
Σύνολο	196	100



Από το διάγραμμα παρατηρούμε πως το 76% του δείγματος-ασθενών δεν παρουσίασαν κανέναν δερματικό πρόβλημα στην περιοχή του στήθους κατά την τελευταία εβδομάδα ενώ το 24% ανέφερε κάποιο δερματικό πρόβλημα.

### 6.2.3 Δείκτες που προκύπτουν από το πρώτο και δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου

Οι δείκτες που προκύπτουν είναι η απώλεια όρεξης, η δυσκοιλιότητα, διάρροια, οικονομικές δυσκολίες, δύσπνοια, πόνος, ναυτία-εμετός, κούραση, ολική ποιότητα υγείας, φυσική, γνωστική, κοινωνική, σεξουαλική και συναισθηματική λειτουργικότητα, λειτουργικότητα ρόλων, αυτοεικόνα, απόλαυση σεξ, προσδοκίες, συστηματικά συμπτώματα, συμπτώματα στήθους, χεριού, ανησυχία για το μέλλον, αϋπνία. Στη συνέχεια παρουσιάζεται ένας πίνακας που αποτελείται από τους δείκτες και σε ποιες ερωτήσεις σχηματίστηκαν. Αρχικά εκτιμάται η μέση τιμή στα ερωτήματα που συναποτελούν το δείκτη (raw score). Στη συνέχεια λαμβάνει χώρα ένας γραμμικός μετασχηματισμός της παραπάνω μέσης τιμής, ώστε να κανονικοποιηθεί με τιμές 0 έως 100. Για την κανονικοποίηση λειτουργικών δεικτών χρησιμοποιείται ο τύπος  $score = \{1 - (RS - 1) / range\} * 100$  ενώ για τους δείκτες συμπτωμάτων ο τύπος  $score = \{(raw\ score - 1) / range\} * 100$ , όπου το range συμβολίζει το εύρος των απαντήσεων.

Δείκτης	Ερωτήσεις ερωτηματολογίου
Απώλεια όρεξης	13
Δυσκοιλιότητα	16
Διάρροια	17
Οικονομικές δυσκολίες	28
Δύσπνοια	8
Πόνος	9 και 19
Ναυτία-εμετός	14 και 15
Κούραση	10, 12 και 18
Ολική ποιότητα υγείας	29 και 30
Φυσική λειτουργικότητα	1 έως 5
Λειτουργικότητα ρόλων	6 και 7
Συναισθηματική λειτουργικότητα	21 έως 24
Γνωστική λειτουργικότητα	20 και 25
Κοινωνική λειτουργικότητα	26 και 27
Εικόνα σώματος	39 έως 42
Σεξουαλική λειτουργικότητα	44 έως 45
Απόλαυση σεξ	46
Προσδοκίες	43
Συστηματικά συμπτώματα	31 έως 34 και 36, 37, 38
Συμπτώματα στήθους	50 έως 53
Συμπτώματα χεριού	47 έως 49
Ανησυχία για το μέλλον	35
Αϋπνία	11

Κατασκευάζοντας τους δείκτες οι ποιοτικές μεταβλητές μετασχηματίστηκαν σε ποσοτικές προκειμένου να βρεθεί η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση του δείγματος και εν συνεχεία να υπολογιστεί το διάστημα εμπιστοσύνης για τον πληθυσμό.

### Μέτρα θέσης/διασποράς δεικτών

*Πίνακας 6.2.55 Μέτρα θέσης/διασποράς δεικτών*

Δείκτης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% Δ.Ε		Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
			Ελάχιστο	Μέγιστο		
Απώλεια όρεξης	40.13605	2.169062	35.85822	44.41389	0	100
Δυσκολιότητα	23.97959	2.099108	19.83972	28.11946	0	100
Διάρροια	18.70748	1.838478	15.08163	22.33334	0	100
Οικονομικές δυσκολίες	38.26531	2.40349	33.52513	43.00548	0	100
Δύσπνοια	10.03401	1.49849	7.078685	12.98934	0	100
Πόνος	19.89796	1.706383	16.53262	23.2633	0	100
Ναυτία-εμετός	21.93878	1.667076	18.65096	25.22659	0	100
Κούραση	38.43537	1.608199	35.26368	41.60707	0	100
Ολική ποιότητα υγείας	72.40646	1.306896	69829	74.98393	0	100
Φυσική λειτουργικότητα	38.57143	1.981072	34.66435	42.47851	0	100
Λειτουργικότητα ρόλων	73.12925	1.752397	69.67317	76.58534	0	100
Συναισθηματική λειτουργικότητα	66.53912	1.838829	62.91257	70.16566	0	100
Γνωστική λειτουργικότητα	82.56803	1.360258	79.88532	85.25073	0	100
Κοινωνική λειτουργικότητα	75.76531	1.582533	72.64423	78.88638	16.66667	100
Εικόνα σώματος	78.78401	1.674165	75.48222	82.08581	0	100
Σεξουαλική λειτουργικότητα	77.29592	2.104321	73.14577	81.44607	0	100
Απόλαυση σεξ	39.70037	3.568342	32.60905	46.7917	0	100
Προσδοκίες	52.72109	2.480776	47.82849	57.61368	0	100
Συστηματικά συμπτώματα	34.45092	1.191586	32.10087	36.80097	0	100
Συμπτώματα στήθους	14.45578	1.113347	12.26003	16.65153	0	95.2381
Συμπτώματα χεριού	17.74376	1.414207	14.95466	20.53287	0	66.66667
Ανησυχία για το μέλλον	40	2.587615	34.89568	45.10432	0	88.88889
Αϋπνία	31.97279	2.057897	27.9142	36.03138	0	100

Στον παραπάνω πίνακα<sup>1</sup> συνοψίζονται τα βασικά μέτρα θέσης και διασποράς αναφορικά με τους δείκτες. Ενδεικτικά για τον δείκτη “απώλεια όρεξης” έχουμε τις εξής παρατηρήσεις: Η μέση τιμή του δείκτη “απώλεια όρεξης” του δείγματος είναι 40,14, με τυπική απόκλιση 2,17. Η μέγιστη τιμή 1Ερμηνεία δεικτών:Ένας υψηλός δείκτης σε λειτουργικό δείκτη δείχνει υψηλή λειτουργικότητα του ασθενούς, ο υψηλός δείκτης ολικής ποιότητας ζωής δείχνει υψηλή ποιότητα ζωής ενώ οι υψηλές τιμές σε δείκτες συμπτωμάτων δείχνουν υψηλό επίπεδο εκδήλωσης συμπτωμάτων

του δείκτη είναι 100 και η ελάχιστη 0. Με 95% διάστημα εμπιστοσύνης εκτιμάται ότι Η μέση τιμή του δείκτη “απώλεια όρεξης” των ασθενών θα βρίσκεται στο διάστημα 35,86 και 44,41.

### Πίνακες/διαγράμματα συχνοτήτων

#### **Πίνακας 6.2.56 Αϋπνία**

Αϋπνία	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	69	35.20	35.20
33.33	74	37.76	72.96
66.66	45	22.96	95.92
100	8	4.08	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Στον δείκτη αϋπνίας παρατηρούμε ότι το 35,2% του δείγματος είχε τιμή 0. Το 37,76% τιμή 33,3 και το 22,96% τιμή 66,6. Η μέγιστη τιμή του δείκτη σημειώθηκε στο 4,08% του δείγματος.

#### **Πίνακας 6.2.57 Απώλεια όρεξης**

Απώλεια όρεξης	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	55	28.06	28.06
33.33	56	28.57	56.63
66.66	75	38.27	94.90
100	10	5.10	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Στον δείκτη απώλειας όρεξης επικρατούσα τιμή είναι το 66,6 με 38,27%, ενώ το 0 και το 33,3 συγκεντρώνουν ποσοστά 28,06 και 28,57 αντίστοιχα.

#### **Πίνακας 6.2.58 Δυσκοιλιότητα**

Δυσκοιλιότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	104	53.06	53.06
33.33333	50	25.51	78.57
66.66667	35	17.86	96.43
100	7	3.57	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 53,06 των ερωτηθέντων σημείωσε τιμή 0 στον δείκτη, ενώ το 25,51% τιμή 33,3. Το αποτέλεσμα

είναι εύλογο καθώς στην ερώτηση από την οποία έχει προκύψει ο δείκτης, οι τιμές 1, 2, είχαν τη μεγαλύτερη συχνότητα.

#### **Πίνακας 6.2.59 Διάρροια**

		Σχετική	Αθροιστική
Διάρροια	Συχνότητα	συχνότητα	συχνότητα
0	114	58.16	58.16
33.33	60	30.61	88.78
66.66	16	8.16	96.94
100	6	3.06	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Όμοια με τον δείκτη δυσκοιλιότητας, ο δείκτης διάρροιας έχει τιμή 0-33,3 για το 88,78% των ερωτηθέντων, γεγονός που υποδηλώνει χαμηλή εκδήλωση του αντίστοιχου συμπτώματος,.

#### **Πίνακας 6.2.60 Οικονομικές Δυσκολίες**

		Σχετική	Αθροιστική
Οικονομικές	Συχνότητα	συχνότητα	συχνότητα
δυσκολίες			
0	67	34.18	34.18
33.33	53	27.04	61.22
66.66	56	28.57	89.80
100	20	10.20	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Στον δείκτη οικονομικών δυσκολιών, το 34,18 του δείγματος σημειώνει τιμή 0, το 27,04% τιμή 33,3, το 28,57% τιμή 66,6 ενώ υτοί για τους οποίους ο δείκτης παίρνει την μέγιστη τιμή αντιπροσωπεύουν το 10,20% του δείγματος.

#### **Πίνακας 6.2.61 Δύσπνοια**

		Σχετική	Αθροιστική
Δύσπνοια	Συχνότητα	συχνότητα	συχνότητα
0	153	78.06	78.06
33.33	29	14.80	92.86
66.66	12	6.12	98.98
100	2	1.02	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Καθότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν ανέφεραν το σύμπτωμα της δύσπνοιας κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας στο ερωτηματολόγιο, ο σχετικός δείκτης έχει χαμηλές τιμές, με το 78,06% να παίρνει την ελάχιστη τιμή, ενώ το 14,8% τιμή 33,3.

#### **Πίνακας 6.2.62 Πόνος**

Πόνος	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	85	43.37	43.37
16.66	43	21.94	65.31
33.33	42	21.43	86.73
50	10	5.10	91.84
66.66	6	3.06	94.90
83.33	7	3.57	98.47
100	3	1.53	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Για το 86,73% των ερωτηθέντων ο δείκτης πόνου που προέκυψε πήρε τιμές έως και 33,3. 5,10% των ερωτηθέντων είχαν τιμή στο δείκτη 5,10%.

#### **Πίνακας 6.2.63 Ναυτία-έμετος**

Ναυτία/ Εμετός	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	82	41.84	41.84
16.66	24	12.24	54.08
33.33	60	30.61	84.69
50	13	6.63	91.33
66.66	13	6.63	97.96
83.33	1	0.51	98.47
100	3	1.53	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 91,33% των ασθενών είχε δείκτη ναυτίας-εμετού μέχρι και 50.



**Πίνακας 6.2.64 Κούραση**

Κούραση	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	12	6.12	6.12
11.11	24	12.24	18.37
22.22	28	14.29	32.65
33.33	36	18.37	51.02
44.44	44	22.45	73.47
55.55	25	12.76	86.22
66.66	13	6.63	92.86
77.77	5	2.55	95.41
88.88	5	2.55	97.96
100	4	2.04	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 73,47% των ασθενών είχε δείκτη κούρασης έως 45.

**Πίνακας 6.2.65 Ολικής υγείας**

Ολικής υγείας	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	1	0.51	0.51
8.33	1	0.51	1.02
25	1	0.51	1.53
33.33	6	3.06	4.59
41.66	4	2.04	6.63
50	15	7.65	14.29
58.33	18	9.18	23.47
66.66	45	22.96	46.43
75	34	17.35	63.78
83.33	34	17.35	81.12
91.66	11	5.61	86.73
100	26	13.27	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 93,37% των ασθενών είχε δείκτη ολικής υγείας από 50 και άνω.

### **Πίνακας 6.2.66 Φυσική λειτουργικότητα**

Φυσική λειτουργικότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	45	22.96	22.96
20	26	13.27	36.22
40	55	28.06	64.29
60	40	20.41	84.69
80	28	14.29	98.98
100	2	1.02	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 64,29% των ασθενών είχαν δείκτη φυσικής λειτουργικότητας έως και 40.

### **Πίνακας 6.2.67 Λειτουργικότητα ρόλων**

Λειτουργικότητα ρόλων	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	2	1.02	1.02
16.66	4	2.04	3.06
33.33	21	10.71	13.78
50	17	8.67	22.45
66.66	61	31.12	53.57
83.33	27	13.78	67.35
100	64	32.65	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Ο δείκτης λειτουργικότητας ρόλων παρουσίασε καλύτερη εικόνα καθώς το 86,22 είχε τιμές άνω του 33,3.

**Πίνακας 6.2.68 Συναισθηματική λειτουργικότητα**

Συναισθηματική λειτουργικότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	3	1.53	1.53
8.33	3	1.53	3.06
16.66	5	2.55	5.61
25	3	1.53	7.14
33.33	17	8.67	15.82
41.66	16	8.16	23.98
50	13	6.63	30.61
58.33	17	8.67	39.29
66.66	25	12.76	52.04
75	26	13.27	65.31
83.33	16	8.16	73.47
91.66	20	10.20	83.67
100	32	16.33	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 76,02% των ασθενών είχε δείκτη συναισθηματικής λειτουργίας από 50 και άνω.

**Πίνακας 6.2.69 Γνωστική λειτουργικότητα**

Γνωστική λειτουργικότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
16.66	1	0.51	0.51
33.33	8	4.08	4.59
50	6	3.06	7.65
66.66	56	28.57	36.22
83.33	38	19.39	55.61
100	87	44.39	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Ο δείκτης γνωστικής λειτουργικότητας είχε την καλύτερη εικόνα καθώς το 92,35% είχε δείκτη άνω του 50.

**Πίνακας 6.2.70 Κοινωνική λειτουργικότητα**

Κοινωνική λειτουργικότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	1	0.51	0.51
16.66	2	1.02	1.53
33.33	12	6.12	7.65
50	29	14.80	22.45
66.66	43	21.94	44.39
83.33	48	24.49	68.88
100	61	31.12	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 22,45% των ασθενών παρουσιάζουν δείκτη κοινωνικής λειτουργικότητας έως και 45.

**Πίνακας 6.2.71 Εικόναςώματος**

Εικόνα σώματος	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	2	1.02	1.02
8.33	3	1.53	2.55
16.66	2	1.02	3.57
33.33	7	3.57	7.14
41.66	3	1.53	8.67
50	14	7.14	15.82
58.33	11	5.61	21.43
66.66	24	12.24	33.67
75	7	3.57	37.24
83.33	26	13.27	50.51
91.66	37	18.88	69.39
100	60	30.61	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Ο δείκτης εικόνας σώματος, έχει περισσότερες διακριτές τιμές, καθώς έχει προκύψει από περισσότερες ερωτήσεις. Για το 84,18% του δείγματος προέκυψε δείκτης εικόνας σώματος άνω του 50.

**Πίνακας 6.2.72 Σεξουαλική λειτουργικότητα**

Σεξουαλική λειτουργικότητα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	3	1.53	1.53
16.66	11	5.61	7.14
33.33	21	10.71	17.86
50	17	8.67	26.53
66.66	21	10.71	37.24
83.33	17	8.67	45.92
100	106	54.08	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Το 26,35% των ασθενών είχε δείκτη σεξουαλικής λειτουργικότητας έως και 50.

**Πίνακας 6.2.73 Απόλαυση στο σεξ**

Απόλαυση στο σεξ	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	24	26.97	26.97
33.33	38	42.70	69.66
66.66	13	14.61	84.27
100	14	15.73	100.00
Σύνολο	89	100.00	

Για το 69,66% των ασθενών προέκυψε δείκτης απόλαυσης του σεξ έως και 33,3.

**Πίνακας 6.2.74 Προσδοκίες**

Προσδοκίες	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	33	16.84	16.84
33.33	65	33.16	50.00
66.66	49	25.00	75.00
100	49	25.00	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Ο δείκτης προσδοκιών δεν παρουσίασε υψηλή ασυμμετρία. Το 25% των ασθενών είχε δείκτη 100,

ίδιο ποσοστό δείκτη 66,6 ενώ το 16,84% είχε μηδενική τιμή στο δείκτη.

**Πίνακας 6.2.75 Συστηματικά συμπτώματα**

Συστηματικά συμπτώματα	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0-10	9	4,59	4,59
10-20	32	16,33	20,92
20-30	46	23,47	44,39
30-40	47	23,98	68,37
40-50	30	15,31	83,67
50-60	18	9,18	92,86
60-70	7	3,57	96,43
70-80	3	1,53	97,96
80-90	2	1,02	98,98
90-10	2	1,02	100
Σύνολο	196	100	

Ο δείκτης συστηματικών συμπτωμάτων παρουσιάζει μεγάλη πυκνότητα στις χαμηλότερες τιμές του. Το 7,14% των ασθενών έχει δείκτη άνω του 60.

**Πίνακας 6.2.76 Συμπτώματα στήθους**

Συμπτώματα στήθους	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	62	31.63	31.63
8.33	48	24.49	56.12
16.66	35	17.86	73.98
25	21	10.71	84.69
33.33	10	5.10	89.80
41.66	10	5.10	94.90
50	5	2.55	97.45
58.33	1	0.51	97.96
66.66	4	2.04	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Για το 73,98% των ασθενών προέκυψε δείκτης συμπτωμάτων στήθους μικρότερος του 20.

**Πίνακας 6.2.77 Συμπτώματα χεριού**

Συμπτώματα χεριού	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	66	33.67	33.67
11	41	20.92	54.59
22	53	27.04	81.63
33	16	8.16	89.80
44	3	1.53	91.33
56	3	1.53	92.86
67	9	4.59	97.45
78	3	1.53	98.98
89	2	1.02	100.00
Σύνολο	196	100.00	

Παρόμοια είναι η εικόνα και στον δείκτη συμπτωμάτων χεριού, όπου το 81,63% των ασθενών έχει τιμή έως 22.

**Πίνακας 6.2.78 Ανησυχία για μαλλιά**

Ανησυχία μαλλιών	Συχνότητα	Σχετική συχνότητα	Αθροιστική συχνότητα
0	66	34.74	34.74
33.33	47	24.74	59.47
66.66	50	26.32	85.79
100	27	14.21	100.00
Σύνολο	190	100.00	

Το 34,74% των ασθενών είχε δείκτη ανησυχίας από την απώλεια μαλλιών 0, το 24,74% 33,33, ενώ τιμή δείκτη 100 είχε το 14,21% των ασθενών.

## 6.2.4 Έλεγχοι ανεξαρτησίας δεικτών-ηλικίας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τους ελέγχους ανεξαρτησίας της ηλικίας με τους δείκτες που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο. Η διατύπωση των υποθέσεων ενός ερευνητή έχει τη μορφή: Μηδενική υπόθεση (H0): οι δυο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι δυο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι εξαρτημένες. Εάν το p value/prob είναι μικρότερο του 5% τότε απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε την εναλλακτική, δηλαδή οι μεταβλητές θα είναι εξαρτημένες.

### Πίνακας 6.2.79 τεστ Chi2 δεικτών με την μεταβλητή ηλικία

Δείκτης	chi2	prob
Αϋπνία	143.4643	0,4260
Απώλεια όρεξης	173.9397	<b>0,0310</b>
Δυσκοιλιότητα	205.9037	<b>0,0000</b>
Διάρροια	187.1035	<b>0,0060</b>
Οικονομικές δυσκολίες	149.5990	0,2940
Δύσπνοια	129.8441	0,7400
Πόνος	382.7018	<b>0,0000</b>
Ναυτία-Εμετός	283.1561	0,4690
Κούραση	422.6980	0,4950
Ολικής υγείας	655.2455	<b>0,0000</b>
Φυσική λειτουργικότητα	279.4067	<b>0,0250</b>
Λειτουργικότητα ρόλων	284.6176	0,4450
Συναισθηματική λειτουργικότητα	507.7498	0,9570
Γνωστική λειτουργικότητα	426.5754	<b>0,0000</b>
Κοινωνική λειτουργικότητα	333.8479	<b>0,0180</b>
Εικόνα σώματος	576.6605	<b>0,0350</b>
Σεξουαλική λειτουργικότητα	324.6430	<b>0,0410</b>
Απόλαυση στο σεξ	113.1397	0,3480
Προσδοκίες	162.7100	0,1020
Συστηματικά συμπτώματα	893.6073	<b>0,0110</b>
Συμπτώματα στήθους	458.2828	<b>0,0020</b>
Συμπτώματα χεριού	411.5964	0,1000
Ανησυχία μαλλιών	139.9779	0,4370



### Ερμηνεία πίνακα

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας  $\chi^2$  δεν φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των μεταβλητών: αϋπνία, οικονομικές δυσκολίες, δύσπνοια, ναυτία-εμετός, κόπωση, λειτουργικότητα ρόλων, συναισθηματική λειτουργικότητα, απόλαυση στο σεξ, προσδοκίες, ανησυχία μαλλιών, συμπτώματα χεριού. Δηλαδή δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και οι παραπάνω μεταβλητές με την ηλικία είναι ανεξάρτητες.

Αντίθετα, από τα αποτελέσματα παρατηρούμε σημαντικά στατιστική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των μεταβλητών: απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα, διάρροια, πόνος, ολικής υγείας, φυσική λειτουργικότητα, γνωστική λειτουργικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, εικόνα σώματος, σεξουαλική λειτουργικότητα, συστηματικά συμπτώματα, συμπτώματα στήθους, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Δηλαδή απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε την εναλλακτική σε κάθε έλεγχο.

## 6.2.5 Έλεγχοι ανεξαρτησίας δεικτών μεταξύ τους

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας κρίνονται αναγκαίοι κάποιοι έλεγχοι ανεξαρτησίας μεταξύ των δεικτών.

### Πίνακας 6.2.80 τεστ Chi2 δεικτών

<i>Συσχέτιση μεταβλητών</i>	<b>chi2</b>	<b>p value/ prob</b>
Συναισθηματική λειτουργικότητα- ολική υγεία	222.8902	0,0000
Συναισθηματική λειτουργικότητα- προσδοκίες	82.1866	0,0000
Συναισθηματική λειτουργικότητα- κούραση	282.5232	0,0000
Συναισθηματική λειτουργικότητα- εικόνα σώματος	221.7959	0,0000
Συμπτώματα στήθους- ολική υγεία	176.4973	0,0000
Συμπτώματα χεριού- ολική υγεία	97.9416	0,2200
Ολική υγεία- κοινωνική λειτουργικότητα	221.6437	0,0000
Ολική υγεία- κούραση	250.3696	0,0000
Πόνος- φυσική λειτουργικότητα	96.8310	0,0000
Κούραση- φυσική λειτουργικότητα	150.3882	0,0000
Αϋπνία -φυσική λειτουργικότητα	56.0623	0,0000
Κοινωνική λειτουργικότητα- λειτουργικότητα ρόλων	124.7922	0,0000

### Ερμηνεία πίνακα

Διατυπώνοντας τις υποθέσεις έχουμε την μηδενική υπόθεση (H0): οι δυο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και την εναλλακτική υπόθεση (H1): οι δυο μεταβλητές που εξετάζουμε είναι εξαρτημένες. Εάν το p value/prob είναι μικρότερο του 5% τότε απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε την εναλλακτική, δηλαδή οι μεταβλητές θα είναι εξαρτημένες.

Παρατηρούμε πως όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5% εκτός από τους δείκτες συμπτώματα χεριού – δείκτη ολικής υγείας οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι.

## 7.Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών είναι ανήσυχο. Συγκεκριμένα το 75% των ασθενών ανησυχεί για την μελλοντική τους υγεία σε κάποιο βαθμό αναφερόμενοι συχνά σε φοβία για μετάσταση. Ένα 25% από την άλλη πλευρά δεν ανησυχεί για την μελλοντική του υγεία τόσο, δεν νιώθει άγχος, αντίθετα μας μίλησε για μια δοκιμασία που μπορεί να νικήσει.

Στη συνέχεια αναλύθηκαν τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι ασθενείς κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας σε σχέση με την οικογένεια τους και τις κοινωνικό-οικονομικές τους δομές. Ένα 45,92% των ασθενών ανέφερε ότι λόγω της κατάστασης τους υπήρχαν ενδοοικογενειακά προβλήματα, αναφερόμενοι αρκετά σε καυγάδες και συγκρούσεις μεταξύ παιδιών και συζύγων. Το υπόλοιπο 54,08% ανέφερε ότι δεν υπήρχαν προβλήματα στην οικογένεια λόγω της κατάστασης τους αλλά αρκετή συμπόνια και κουράγιο. Το 61,73% των ασθενών ανέφερε κάποια επίδραση ως προς την κοινωνική τους ζωής σε κάποιο βαθμό κυρίως οι γυναίκες οι οποίες εργάζονταν ή είχαν αρκετές δραστηριότητες που πλέον δεν μπορούσαν να ακολουθήσουν. Αντίθετα το 38,27% δεν ανέφερε καμία επίδραση αλλά και κανένα κοινωνικό αποκλεισμό. Ως προς οικονομικές δυσκολίες που αντιμετώπισαν τα άτομα αυτά, το 65,81% ανέφερε ότι είχε επίδραση σε μεγάλο βαθμό και ήταν και ο κύριος λόγος τσακωμών στην οικογένεια καθώς η θεραπεία τους είναι αρκετά δαπανηρή. Το υπόλοιπο 34,19 είχε σε ένα πιο μικρό βαθμό δυσκολία καθώς είτε είχαν μια ικανοποιητική ασφαλιστική κάλυψη είτε ήταν οικονομικά ευκατάστατοι.

Όσον αφορά το συναισθηματικό επίπεδο των γυναικών που νοσούν είναι αρκετά καταβεβλημένο. Οι περισσότερες γυναίκες καταβάλλουν προσπάθεια στο να μπορέσουν να διαχειριστούν την ασθένεια όπως οι ίδιες μας εξομολογήθηκαν. Το 72.96% νιώθει μελαγχολία σε μεγάλο βαθμό. Μας είπαν ότι ένιωθαν λιγότερο θηλυκές και ελκυστικές. Πολλές από τις ασθενείς αρνούνται να δεχτούν την υπάρχουσα εικόνα του σώματος τους και έχουν πάψει πλέον να κοιτάνε τον καθρέφτη τους εδώ και καιρό. Σεξουαλικά είναι σε μικρό βαθμό ενεργές, και δεν νιώθουν καθόλου απολαυστική την πράξη. Θεωρούν ότι έχουν δεδομένη την απόρριψη από το σύντροφο τους και έτσι βυθίζονται στην θλίψη. Το 27.04% των γυναικών από την άλλη δεν πάσχουν από μελαγχολία η θλίψη πέρα από πολύ λίγες φορές όπως μας είπαν. Αισθάνονται το ίδιο ελκυστικές και δεν έχουν κανένα απολύτως πρόβλημα με το ότι δείχνει το σώμα τους λίγο διαφορετικό από πριν όπως το χαρακτήρισαν. Η σεξουαλική τους ζωή δεν έχει αλλάξει στο ελάχιστο καθώς απολαμβάνουν ακόμα την πράξη. << δεν έχω επιτρέψει εγώ να συμβεί>> μια χαρακτηριστική φράση που ακούσαμε από αρκετές γυναίκες.

Δυσκολίες βιώνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της νόσου αλλά και της θεραπείας. Ένα κοινό σύμπτωμα όλων των γυναικών είναι ο πόνος και οίδημα στην

προσβληθείσα περιοχή δηλαδή το μαστό, καθώς συνοδεύεται και από πονοκεφάλους η και εξάψεις πολλές φορές και κυρίως ανήμερα και την επομένη της χημειοθεραπείας. Επίσης κοντά στο 37.24% των ασθενών αντιμετώπιζαν πολλά κινητικά προβλήματα ειδικά τις πρώτες μέρες, αφού όπως μας εξομολογήθηκαν δεν ήταν σε θέση να αυτό εξυπηρετηθούν στις καθημερινές ανάγκες τους. Μέσα στις καθημερινές ανάγκες τους ήταν και το φαγητό. Το 71.94% των γυναικών μας είπαν ότι είχαν απώλεια όρεξης. Η αίσθηση της γεύσης τους είχε μειωθεί σημαντικά και αυτό τους οδήγησε στο να απεχθάνονται όπως χαρακτηριστικά είπαν το φαγητό. Το υπόλοιπο όμως 28.06% δεν άλλαξε καθόλου τις διατροφικές συνήθειες του αλλά είχε παρατηρήσει και αύξηση του βάρους του.

Όλες οι γυναίκες σαν παρενέργεια της χημειοθεραπείας τους είχαν την απώλεια μαλλιών. Σημαντικό ποσοστό της τάξης του 34.74% δεν είχαν κανένα πρόβλημα σε αυτό καθώς μας είπαν ότι είναι το λιγότερο που τους ενοχλεί και ότι βρίσκουν λύση σε μοδάτες για κείνες περούκες. Από την άλλη πλευρά το υπόλοιπο 65.26% των γυναικών νιώθει σε μεγάλο βαθμό στεναχώρια διότι δεν άντεχαν να αντικρίζουν τον εαυτό τους χωρίς μαλλιά. Σημαντικό εδώ είναι να σημειωθεί ότι σε πολλές γυναίκες η απώλεια μαλλιών ήταν ο κυρίως παράγοντας για να απομονωθούν κοινωνικά καθώς οι περούκα τους δημιουργούσε δερματικά προβλήματα.

Σαν γενικό συμπέρασμα της έρευνας οι γυναίκες είναι αναγκασμένες να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που υπάρχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον και στον κοινωνικό τους περίγυρο. Το άγχος και το συναισθηματικό φόρτος τους αυξάνεται με αποτέλεσμα να μειώνεται η συναισθηματική τους ευημερία και η ποιότητα ζωής τους να επιδεινώνεται.

## 8. Συζήτηση και προτάσεις για έρευνα

### 8.1 Συζήτηση

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία για τη διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία παρατηρήσαμε πως ο δείκτης ανησυχία για το μέλλον εμφανίζεται στους ασθενείς σε ένα επίπεδο του 38,4% (Vahdaninia και συν, 2010) ενώ στο δείγμα της παρούσας εργασίας βρέθηκε περίπου 52,70%. Η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε ανησυχία για την μελλοντική τους υγεία. Πιο συγκεκριμένα, το 25% ανέφερε ότι δεν ανησυχεί καθόλου, 25% ότι ανησυχεί λίγο, ενώ το υπόλοιπο 50% ανησυχεί αρκετά ή πάρα πολύ.

Σύμφωνα με τους Northouse και συν (2002) η οικογενειακές σχέσεις επηρεάζονται από την εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε κάποιο μέλος της οικογένειας μειώνοντας την συναισθηματική ευημερία. Πράγματι στην σχετική ερώτηση του ερωτηματολογίου της έρευνας το 54,08% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι η φυσική τους κατάσταση ή η ιατρική τους περίθαλψη δεν επέδρασε στην οικογενειακή τους ζωή, αντίθετα με το 45,92 που ανέφερε επίδραση σε κάποιο βαθμό.

Σε μια άλλη έρευνα επισημαίνεται πως οι ασθενείς παρουσιάζουν κάποια προβλήματα μετά την θεραπεία τους όπως λεμφοίδημα (πρήξιμο στο χέρι ή στο προσβεβλημένο στήθος) σε ένα επίπεδο 27%(Kornblith και συν, 2003). Από το ερωτηματολόγιο προέκυψε ότι το 34,69% των ασθενών ανέφερε πρησμένα χέρια σε κάποιο βαθμό. Αντίστοιχα το 74% περίπου των ερωτηθέντων δεν είχε πρήξιμο στο προσβεβλημένο στήθος ενώ το 20% των ασθενών εμφάνισαν λίγο πρήξιμο στο στήθος

Στο πλαίσιο της περίθαλψης για τον καρκίνο, το άγχος υψηλών συνηθειών συχνά συνοδεύεται από κακή κατάσταση υγείας, καθώς και από αρνητικές αντιλήψεις και προσδοκίες για το μέλλον (Van Esch et al., 2011). Μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως πρόδρομος για την ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και κόπωσης (Lockfeer and Vries, 2013). Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε για τους δείκτες συναισθηματική λειτουργικότητα και δείκτης ολικής υγείας παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών.

Επίσης, έχουν αναφερθεί συσχετίσεις μεταξύ της αυτοεκτίμησης των ασθενών και των αξιολογήσεων ανησυχίας όταν υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία (Cohen, 2014). Πράγματι, στο δείγμα μας με τον έλεγχο ανεξαρτησίας βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη συναισθηματικής λειτουργικότητας και αυτοεικόνας.

Σε μια άλλη έρευνα παρόλο που η ηλικία αποδίδεται συχνά στην επίδραση του άγχους κατά τη θεραπεία του καρκίνου (Cohen, 2014, Jacobsen et al., 1993), αυτό δεν συνέβη. Σύμφωνα με τον

έλεγχος ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε για τους δείκτες συναισθηματική λειτουργικότητα και ηλικία δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών.

Τα συμπτώματα, όπως οι καυτές λάμπες στη θεραπεία με ταμοξιφαίνη, έχουν αναφερθεί ότι μειώνουν τη γενική ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, είτε άμεσα είτε μέσω σχετιζόμενου διαταραγμένου ύπνου και κόπωσης (Stein και συν, 2000). Η κόπωση από τη θεραπεία, ειδικά σε συνδυασμό με πόνο ή άλλα συμπτώματα, αυξάνουν το άγχος και την κατάθλιψη (Stone και συν, 2000). Πράγματι ο έλεγχος ανεξαρτησίας επιβεβαίωσε τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση των συμπτωμάτων (δείκτης συμπτωμάτων στήθους) με τον δείκτη ολικής υγείας.

Τέλος, σε μια μελέτη εγκάρσιας διατομής 841 ασθενών, ο πόνος, η κόπωση και η αϋπνία σχετίζονταν σημαντικά με την απώλεια της φυσικής λειτουργίας, ακόμη και μετά τον έλεγχο της θεραπείας του καρκίνου και των συννοσηρότητας (Given και συν, 2001). Πράγματι ο έλεγχος ανεξαρτησίας επιβεβαίωσε τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του δείκτη πόνου, του δείκτη κούρασης και του δείκτη αϋπνία με τον δείκτη φυσικής λειτουργικότητας.

## 8.2 Προτάσεις για έρευνα

Θα ήταν χρήσιμο και ενδιαφέρον να γίνει συλλογή δημογραφικών στοιχείων όπως τόπος διαμονής (αστική ή όχι) εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων, μορφωτικό επίπεδο ώστε να διερευνηθεί αν οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν κάποιον από τους δείκτες. Ενδεικτικά μέσω μιας λογιστικής παλινδρόμησης με τους παραπάνω παράγοντες και του δείκτη ολικής υγείας θα ήταν δυνατή η ερμηνεία του δείκτη ολικής υγείας.

Ένα ακόμη αξιόλογο στοιχείο για την ερμηνευτικότητα των δεικτών θα αποτελούσε η πληροφόρηση για παρουσία άλλων παθήσεων (όπως διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή πίεση).

Θεωρούμε ότι η σχετική εμπειρία από άτομο του οικογενειακού ή ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος που είχε νοσήσει πιθανόν να του πρόσφερε γνώση και εξοικείωση με τον καρκίνο. Έτσι η πληροφορία για το αν υπάρχει σχετική εμπειρία στη ζωή του ασθενούς θα ήταν δυνατόν να ερμηνεύσει κάποιους από τους δείκτες.

Τέλος, παρότι η στατική παρουσίαση της εικόνας του ασθενούς μας παρέχει πολλές πληροφορίες το άγχος και την ποιότητα ζωής των ασθενών, η δυναμική συλλογή δεδομένων θα μας προσέδιδε μια πιο ολιστική εικόνα.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

1. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, et al. Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol* 2002;20:485-93.
2. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Yilmaz U (2009) Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands. *Med Oncol* 26: 415-419.
3. Andersen BL, Anderson B, de Prose C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer. II. Psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:692-7.
4. Aranda S, Schofield P, Weih L, Yates P, Milne D, et al. (2005) Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 14: 211-222.
5. Ardebil St, Bouzari Z, Shenash MH, Zeinalzadeh M, Barat S (2011) Depression and health related quality of life in breast cancer patients. *Academic Journal of Cancer Research* 4: 43-46.
6. Ashing-Giwa KT, Padilla G, Tejero J. Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology* 2004;13:408-28.
7. Avis NE, Crawford S, Manuel J (2005) Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 23: 3322-3330.



8. Badger T, Segrin C, Dorros SM, Meek P, Lopez AM (2007) Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs Res* 56: 44-53.
9. Badger TA, Braden CJ, Mishel MH, Longman A (2004) Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: patterns over time. *Res Nurs Health* 27: 19-28.
10. Barraclough J, Osmond C, Taylor I, Perry M, Collins P (1993) Life events and breast cancer prognosis. *BMJ* 307: 325.
11. Bodurka-Bervers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C.L., Fitzgerald, M.A., Wolf, J.K., de Moor, C., Gershenson, D.M., 2000. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol. Oncol.* 78, 302–308. doi:10.1006/gyno.2000.5908
12. Bonanno, G. a, 2004. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol.* 59, 20–28. doi:10.1037/1942-9681.S.1.101
13. Brewin, C.R., Gregory, J.D., Lipton, M., Burgess, N., 2010. Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychol. Rev.* 117, 210–232. doi:10.1037/a0018113
14. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, et al. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 330: 702.
15. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A., 2005. Depression and anxiety in women with early breast

cancer: five year observational cohort study. BMJ 330, 702.

doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3

16. Casso D, Buist DS, Taplin S (2004) Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. Health Qual Life Outcomes 2: 25.

## Ελληνική

1. Αγγελοπούλου, Ζ., Καραγκούνη, Γ., Κωτσάκου, Ε. (2013) “Άγχος / Κατάθλιψη
2. Γυναικών με Καρκίνο Μαστού και Επιπτώσεις στην Οικογένεια “ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 52 (1): 35-42
3. Ε. Κόνιαρη (1991) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ , Νοσηλευτική Παρέμβαση Αθήνα Εκδόσεις ΒΗΤΑ σελ 136-137
4. Παπανικολάου Ν & Παπανικολάου Α (1994) : Γυναικολογία ΑΘΗΝΑ Εκδόσεις: “Γρηγόριος Παρησιανός” σελ 446, 3<sup>η</sup> έκδοση
5. Πετρής (2004) ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ Αθήνα εκδόσεις :ΕΛΛΗΝ σελ 87, 5<sup>η</sup> έκδοση
6. Χατζημπούγιας Ι. (2002). Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. Εκδόσεις Γιώργος Μαντατογιάννης.