
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Ίρις-Μαρία Κούμουλου

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2025



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Αποτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε
ασθενείς με καρκίνο μαστού**

Ίρις-Μαρία Κούμουλου, Α.Μ.: ΟΔΥ/2113

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ραϊκού Μαρία
(Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς)

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2025

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**Assessment of health related quality of life in breast cancer
patients**

Iris-Maria Koumoulou

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

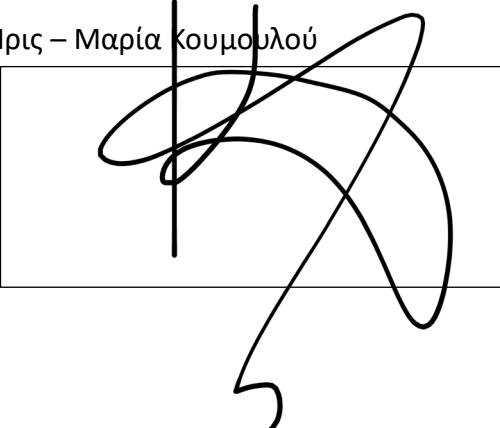
Piraeus, Greece, 2025

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ίρις – Μαρία Κουμουλού

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is stylized and appears to be 'Irini Maria Koumoulou'. A vertical line is drawn through the signature, and a long, sweeping stroke extends from the bottom right of the box.

Στην οικογένειά μου...

Ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Στη μεταπτυχιακή μου πορεία, ήταν καθοριστική η συμβολή των καθηγητών μου για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ιδιαίτερως, όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου, Ράϊκου Μαρία για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγησή της σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας. Ειδικότερα, ήταν πάντα παρούσα, ενώ παράλληλα συνέβαλε καθοριστικά με τις εύστοχες και ουσιαστικές παρατηρήσεις της.

Τέλος, πρέπει να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για τη συμπαράσταση και την υπομονή που επέδειξε από την πρώτη στιγμή που ξεκίνησε το μεταπτυχιακό πρόγραμμα μέχρι και την ολοκλήρωσή του.

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	6
Περίληψη	11
Abstract.....	12
Συνοτομογραφίες	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
1.1 Εισαγωγή	16
1.2 Ανατομία του μαστού	17
1.3 Καλοήθεις Παθήσεις του Μαστού.....	20
1.4 Κακοήθεις παθήσεις του μαστού	25
1.5 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά καρκίνου μαστού-παράγοντες κινδύνου	27
1.6 Θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	38
2.1 Ο ορισμός της υγείας	38
2.2 Η έννοια της σχετιζόμενης ποιότητας ζωής και οι προσδιοριστικοί παράγοντες	40
2.3 Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	77
4.1. Σκοπός.....	77
4.2 Μεθοδολογία και υλικό	77
4.2.1 Δείγμα	77
4.2.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	77
4.2.3 Ερωτηματολόγιο έρευνας	78
4.2.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	78
4.3 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	80
5.1 Περιγραφική ανάλυση.....	80
5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία	81
5.2 Ιατρικό ιστορικό	87
4.2.1 Θεραπευτικά σχήματα ασθένειας	93
5.3 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος με βάση το EQ5D-3L	98
5.4 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος με βάση το EORTC QLQ-C30	105
5.4.1 Κατανομή του δείγματος με βάση το EORTC QLQ-C30	105
5.5 Γραμμική παλινδρόμηση	136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	138
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	141
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	141
Ελληνική Βιβλιογραφία	144
Παράρτημα Α:	145

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 5.1: Εθνικότητα ερωτηθέντων.....	81
Πίνακας 5.2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων	82
Πίνακας 5.3: Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων	83
Πίνακας 5.4: Εργασιακή κατάσταση ερωτηθέντων.....	84
Πίνακας 5.5: Ασφαλιστική κατάσταση ερωτηθέντων	85
Πίνακας 5.6: Καπνιστική συνήθεια ερωτηθέντων	86
Πίνακας 5.7: Έτος διάγνωσης καρκίνου ερωτηθέντων	87
Πίνακας 5. 8: Πρώτη διάγνωση καρκίνου ερωτηθέντων	88
Πίνακας 5.9: Ύπαρξη ταυτόχρονων ασθενειών ερωτηθέντων.	89
Πίνακας 5.10: Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις ερωτηθέντων.....	90
Πίνακας 5.11: Ημέρες νοσηλείας λόγω νόσου των ερωτηθέντων.....	91
Πίνακας 5.12: Χρονική στιγμή διεξαγωγής χειρουργείου για τη νόσο	92
Πίνακας 5.13: Είδος θεραπείας για τη νόσο των ερωτηθέντων	94
Πίνακας 5.14: Στάδιο εφαρμογής θεραπείας	95
Πίνακας 5.15: Χρήση θεραπείας πρώτης γραμμής για την καταπολέμηση της νόσου	96
Πίνακας 5.16: Τριχόπτωση λόγω θεραπείας των ερωτηθέντων.....	97
Πίνακας 5.17: Κατάσταση κινητικότητας των ερωτηθέντων.....	98
Πίνακας 5.18: Κατάσταση αυτοεξυπηρέτησης των ερωτηθέντων.....	99
Πίνακας 5.19: Εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων των ερωτηθέντων	100
Πίνακας 5.20: Αίσθηση πόνου ερωτηθέντων	101
Πίνακας 5.21: Κατάσταση άγχους/κατάθλιψης των ερωτηθέντων	102
Πίνακας 5.22: Κλίμακα VAS	103
Πίνακας 5.23: Eq-5d index.....	104
Πίνακας 5.24: Ενόχληση ερωτηθέντων σχετικά με την κοπιαστικές εργασίες	105
Πίνακας 5.25: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μεγάλο περίπατο	106
Πίνακας 5.26: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μικρό περίπατο	107
Πίνακας 5.27: Χρόνος παραμονής σε κρεβάτι ή καρέκλα.....	108
Πίνακας 5.28: Χρειάζεστε βοήθεια για τις καθημερινές σας δραστηριότητες.....	109
Πίνακας 5.29: Περιορίσατε κάτι στη εργασία σας ή σε καθημερινές ασχολίες	110
Πίνακας 5.30: Περιορίσατε κάτι σε ερασιτεχνικές ασχολίες ή σε ασχολίες ελεύθερου χρόνου	111
Πίνακας 5.31: Λαχανιάσατε.....	112
Πίνακας 5.32: Νιώσατε πόνο.....	113
Πίνακας 5.33: Αίσθηση πόνου ερωτηθέντων	114
Πίνακας 5.34: Πρόβλημα με τον ύπνο	115

Πίνακας 5.35: Αίσθημα Αδυναμίας.....	116
Πίνακας 5.36: Ανορεξία	117
Πίνακας 5.37: Τάση εμετού	118
Πίνακας 5.38: Κάνατε εμετό.....	119
Πίνακας 5.39: Αίσθηση δυσκοιλιότητας.....	120
Πίνακας 5.40: Αίσθηση διάρροιας	121
Πίνακας 5.41: Αίσθημα κόπωσης	122
Πίνακας 5.42: Αίσθημα πόνου σε καθημερινές ασχολίες.....	123
Πίνακας 5.43: Αίσθηση αδυναμίας συγκέντρωσης ή παρακολούθησης	124
Πίνακας 5.44: Νιώσατε υπερένταση.....	125
Πίνακας 5.45: Αίσθημα στεναχώριας.....	126
Πίνακας 5.46: Αισθανόσασταν ευέξαπτος	127
Πίνακας 5.47: Αίσθημα κατάθλιψης	128
Πίνακας 5.48: Αίσθημα δυσκολίας να θυμηθείτε πράγματα.....	129
Πίνακας 5.49: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην οικογενειακή σας ζωή.....	130
Πίνακας 5.50: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην κοινωνική σας ζωή	131
Πίνακας 5.51: Η θεραπεία σας προξένησε οικονομικές δυσκολίες.....	132
Πίνακας 5.52: Πως θα εκτιμούσατε την υγεία σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7).....	133
Πίνακας 5.53: Πως θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7).....	134
Πίνακας 5.54: Γραμμική παλινδρόμηση.....	137

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Γράφημα 5.1: Εθνικότητα ερωτηθέντων.....	81
Γράφημα 5.2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων	82
Γράφημα 5.3: Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων	83
Γράφημα 5.4: Εργασιακή κατάσταση ερωτηθέντων.....	84
Γράφημα 5.5: Ασφαλιστική κατάσταση ερωτηθέντων	85
Γράφημα 5.6: Καπνιστική συνήθεια ερωτηθέντων	86
Γράφημα 5.7: Έτος διάγνωσης καρκίνου ερωτηθέντων	87
Γράφημα 5.8: Πρώτη διάγνωση καρκίνου ερωτηθέντων	88
Γράφημα 5.9: Ύπαρξη ταυτόχρονων ασθενειών ερωτηθέντων.....	89
Γράφημα 5.10: Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις ερωτηθέντων.....	90
Γράφημα 5.11: Ημέρες νοσηλείας λόγω νόσου των ερωτηθέντων.....	91
Γράφημα 5.12: Χρονική στιγμή διεξαγωγής χειρουργείου για τη νόσο	92
Γράφημα 5.13: Είδος θεραπείας για τη νόσο των ερωτηθέντων	94
Γράφημα 5.14: Στάδιο εφαρμογής θεραπείας	95
Γράφημα 5.15: Χρήση θεραπείας πρώτης γραμμής για την καταπολέμηση της νόσου	96
Γράφημα 5.16: Τριχόπτωση λόγω θεραπείας των ερωτηθέντων.....	97
Γράφημα 5.17: Κατάσταση κινητικότητας των ερωτηθέντων.....	98
Γράφημα 5.18: Κατάσταση αυτοεξυπηρέτησης των ερωτηθέντων.....	99
Γράφημα 5.19: Εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων των ερωτηθέντων	100

Γράφημα 5.20: Αίσθηση πόνου ερωτηθέντων.....	101
Γράφημα 5.21: Κατάσταση άγχους/κατάθλιψης των ερωτηθέντων	102
Γράφημα 5.22: Κλίμακα VAS	103
Γράφημα 5.23: Eq-5d index.....	104
Γράφημα 5.24: Ενόχληση ερωτηθέντων σχετικά με κοπιαστικές εργασίες.....	105
Γράφημα 5.25: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μεγάλο περίπατο	106
Γράφημα 5.26: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μικρό περίπατο	107
Γράφημα 5.27: Χρόνος παραμονής σε κρεβάτι ή καρέκλα.....	108
Γράφημα 5.28: Χρειάζεστε βοήθεια για τις καθημερινές σας δραστηριότητες	109
Γράφημα 5.29: Περιορίσατε κάτι στη εργασία σας ή σε καθημερινές ασχολίες.....	110
Γράφημα 5.30: Περιορίσατε κάτι σε ερασιτεχνικές ασχολίες ή σε ασχολίες ελεύθερου χρόνου	111
Γράφημα 5.31: Λαχανιάσατε.....	112
Γράφημα 5.32: Νιώσατε πόνο.....	113
Γράφημα 5.33: Ανάγκη από ξεκούραση.....	114
Γράφημα 5.34: Πρόβλημα με τον ύπνο	115
Γράφημα 5.35: Αίσθημα Αδυναμίας	116
Γράφημα 5.36: Ανορεξία	117
Γράφημα 5.37: Τάση εμετού	118
Γράφημα 5.38: Κάνατε εμετό.....	119
Γράφημα 5.39: Αίσθημα δυσκοιλιότητας	120
Γράφημα 5.40: Αίσθηση διάρροιας	121
Γράφημα 5.41: Αίσθημα κόπωσης	122
Γράφημα 5.42: Αίσθημα πόνου σε καθημερινές ασχολίες.....	123
Γράφημα 5.43: Αίσθηση αδυναμίας συγκέντρωσης ή παρακαλούθησης.....	124
Γράφημα 5.44: Νιώσατε υπερένταση.....	125
Γράφημα 5.45: Αίσθημα στεναχώριας	126
Γράφημα 5.46: Αισθανόσασταν ευέξαπτος	127
Γράφημα 5.47: Αίσθημα κατάθλιψης	128
Γράφημα 5.48: Αίσθημα δυσκολίας να θυμηθείτε πράγματα	129
Γράφημα 5.49: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην οικογενειακή σας ζωή.....	130
Γράφημα 5.50: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην κοινωνική σας ζωή	131
Γράφημα 5.51: Η θεραπεία σας προξένησε οικονομικές δυσκολίες.....	132
Γράφημα 5.52: Πως θα εκτιμούσατε την υγεία σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7).....	133
Γράφημα 5.53: Πως θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7).....	134

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Η ανατομία του μαστού	18
Εικόνα 2: Λεμφικό σύστημα στον μαστό	19

Αποτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο μαστού

Σημαντικοί Όροι: Καρκίνος Μαστού, EQ5D, EORTC QLQ-C30, Ποιότητα Ζωής, Σχετιζόμενη με την Υγεία

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι συνυφασμένη με την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Στόχος της εργασίας είναι η αποτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών βάσει των εργαλείων EQ5D-5L και EORTC QLQ-C30. Επιπροσθέτως, καθίστανται σαφείς οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ανθρώπων που νοσούν, δίνοντάς μας τη δυνατότητα να κατανοήσουμε τις ανάγκες τους και να σχεδιάσουμε ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας που θα τους καλύπτει καθολικά.

Κατά το πρώτο μέρος της εργασίας, περιγράφεται πλήρως η νόσος του καρκίνου των μαστών βάσει βιβλιογραφικής έρευνας, όπως επίσης και η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, που αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της, γίνεται στατιστική ανάλυση των 100 ερωτηματολογίων που έχουν απαντηθεί από ασθενείς της ογκολογικής κλινικής του νοσοκομείου «ΜΕΤΑΞΑ» της Αττικής. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα από την 01/01/2024 έως την 01/05/2024. Τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν ήταν η ελληνική έκδοση του EQ5D-5L και του EORTC QLQ-C30, αλλά και ένα ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας εντάσσοντας κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία σχετιζόμενα με τη νόσο. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, επιβεβαίωσαν τις βιβλιογραφικές πηγές και ως αποτέλεσμα η γραμμική παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε στο eq5d-index με Μ.Ο. 3,4 μας έδωσε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 5% την ανεξάρτητη μεταβλητή που αφορούσε το χειρουργείο λίγο καιρό πριν, την απώλεια μαλλιών και τα πρώτα στάδια χημειοθεραπείας. Οι γυναίκες που είχαν πρόσφατα χειρουργηθεί πρόσφορα παρουσίασαν χειρότερη ποιότητα ζωής από αυτές που είχαν χειρουργηθεί προγενέστερα. Οι γυναίκες επίσης που παρουσίασαν απώλεια μαλλιών είχαν επίσης χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες που δεν παρουσίασαν απώλεια μαλλιών. Τέλος, όσες γυναίκες βρισκόντουσαν σε αρχικά στάδια χημειοθεραπείας παρουσίασαν καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με γυναίκες πιο προχωρημένου σταδίου χημειοθεραπειών.

Assessment of health related quality of life in breast cancer patients

Keywords: Breast Cancer, EQ5D, EORTC QLQ-C30, Health-Related Quality of Life

Abstract

This thesis deals with health-related quality of life in patients suffering from breast cancer. The aim of the work is to assess the health-related quality of life of these patients based on the EQ5D-5L and EORTC QLQ-C30 tools in order to determine the factors that influence the quality of life of these people so that we can understand their needs and design an integrated care system that will cover them in their entirety. In the first part of the work, which constitutes its bibliographic part, the disease is described, as well as the meaning associated with healthy quality of life. In the second part of the work, which is the research part of it, a statistical analysis is made of the 100 questionnaires they have answered by patients of his oncology clinic "METAXA" hospital of Attica. The collection of questionnaires took time from 01/01/2024 to 01/05/2024. The questionnaires distributed were Greek version of the EQ5D-5L as well as the EORTC QLQ-C30 and a questionnaire designed for purposes of this paper and contained social, demographic and disease-related features. The results obtained confirmed the literature sources and as a result, the linear regression performed on the eq5d-index with M.O. 3.4 gave us a statistically significant at the 5% level for the independent variable related to surgery shortly before, hair loss and the early stages of chemotherapy. Women who had recently had proximal surgery had worse quality of life than those who had had surgery earlier. Women who experienced hair loss also had worse quality of life than women who did not experience hair loss. Finally, women who were in the early stages of chemotherapy had a better quality of life than women in the more advanced stages of chemotherapy.

Συντομογραφίες

Διευκρινίζεται ότι εντός του κυρίου κειμένου αναγράφονται οι συντομογραφίες που αφορούν ονόματα και έννοιες σχετικά με την ποιότητα ζωής.

Ελληνική Συντομογραφία	Αγγλική Συντομογραφία	Ελληνική Ορολογία	Αγγλική Ορολογία (Εγχώρια Ορολογία)
	ABS		Association of Breast Surgery
	AHRQ		Agency for Healthcare Research and Quality
	AJCC		American Joint Committee on Cancer
	ASCO		American Society of Clinical Oncology
	BC		Breast Cancer
	CARG		Cancer and Aging Research Group
	CI		Cancer Incidents
	CINAHL		Cumulative Index to the Nursing and Allied Health Literature
	CHR		Common Human Right
	CRASH		Chemotherapy Risk Assessment Scale of High
	CT		Computed Tomography
	DIF		Differentiation-Inducing Factor
	ECOG		Eastern Cooperative Oncology Group
	EQ-5D-5L		EuroQuol EQ-5D (Questionnaire)

	EORTC		European Organization for Research Treatment of Cancer
	EWB		Emotional Well – Being
	FACT B		Functional Assessment of Cancer Therapy B
	FACT G		Functional Assessment of Cancer Therapy G
	FOP-Q-SF		Fear of Progression in Breast Cancer Patients (Questionnaire
	FWB		Financial Well - Being
	GA		Geriatric Assessment
	HADS		Hospitality Anxiety and Depression Scale
	HCPS		Healthcare Professionals
	HGS		High Grade Serous
	IADL		Instrumental Activities of Daily Living
	IT		Interception Targeted
	MBC		Metastatic Breast Cancer
	NCP		National Contact Points
	NIS		National Inpatient Sample
	OARs		Organs at Risk
	OR		Odds Ratios
	PIF		Proteolysis Inducing Factor
	PRO		Patient Reported Outcome
	PROM		Patient – Reported Outcome Measures

	PSQI		Pittsburgh Sleep Quality Index
	PWB		Psychological Well – Being
	QoL		Quality of Life
	SAS		Suite of Analytics Software
	SD		Stable Disease
	SF		Social Functionality
	SFWB		Social / Family Well – Being (Health Care)
	SIOG		International Society of Geriatric Oncology
	SPPB		Short Physical Performance Battery
	TNM		Tumour, Node and Metastasis
	TUG		Timed to Get up and Go

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Εισαγωγή

Ο μαστός αποτελεί για τη γυναίκα σύμβολο του κάλλους και της γονιμότητας. Από τα αρχαία χρόνια έως και σήμερα, η γυναίκα πασχίζει να διατηρεί την αισθητική του μαστού της, αλλά και την ακεραιότητά του. Ας αναφέρουμε εδώ ότι αυτός είναι και ο λόγος που η πλαστική του στήθους αναπτύχθηκε επιστημονικά με γοργούς ρυθμούς. Ο καρκίνος του μαστού αναφέρεται από την αρχαιότητα και είχε περιγραφεί από τους αρχαίους Αιγύπτιους. Παράλληλα, ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.), ο γνωστότερος Έλληνας ιατρός, ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε γραπτώς τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». (<https://www.mednet.gr/archives/2006-3/pdf/260.pdf>).

Ο όρος «καρκίνος του μαστού» αναφέρεται στην ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου παγκοσμίως και είναι η πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων στο γυναικείο πληθυσμό. Προκαλείται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων που ως αποτέλεσμα προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού και ουσιαστικά αποτελεί κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα εξάπλωσης σε γειτονικούς ιστούς σε δυσάρεστες συνέπειες για ολόκληρο τον οργανισμό. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άρρενες είναι υπαρκτή, αλλά πολύ μικρή. Όσον αφορά τις γυναίκες, όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό. Για τον δυτικό κόσμο, ο καρκίνος του μαστού είναι δεύτερος σε συχνότητα εμφανιζόμενος καρκίνος ως αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21355457/>)

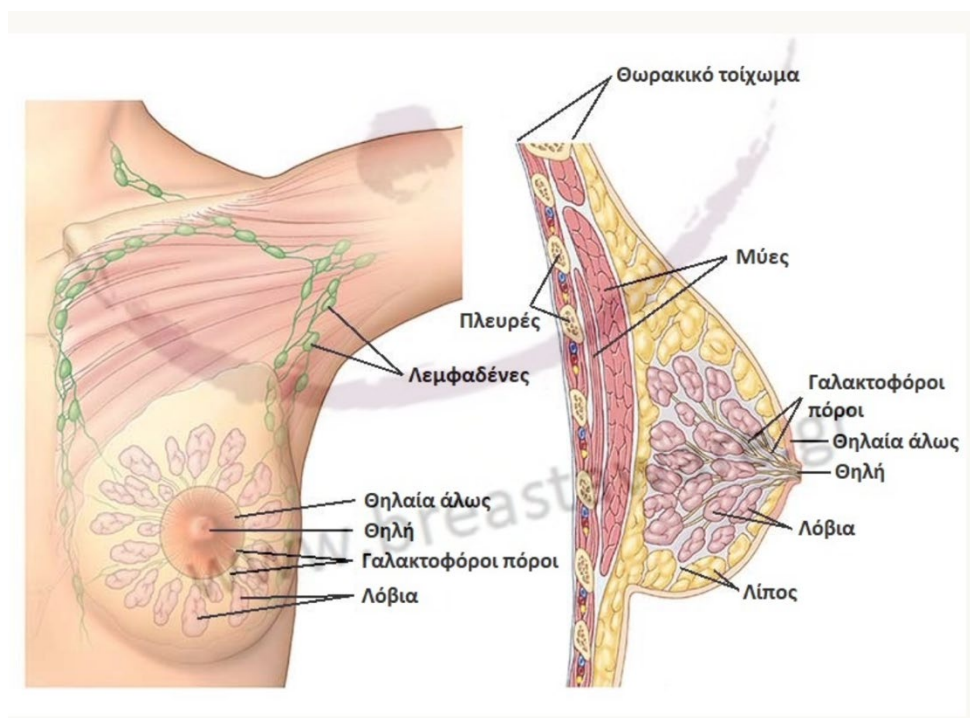
Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμοι τρόποι να περιορισθεί η καρκινογένεση στο μαστό, όχι όμως να λυθεί το πρόβλημα, αφού την ακριβή αιτία του δεν τη γνωρίζουμε. Οι σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού βασίζονται στην πρόοδο της μαστογραφίας και της κυτταρολογίας σε συνδυασμό με την προληπτική κλινική εξέταση των μαστών από έμπειρο ειδικό μαστολόγο, η οποία συνίσταται στις γυναίκες από την ηλικία των 30 ετών.

1.2 Ανατομία του μαστού

Ο μαστός, όπως προαναφέραμε, συμβολίζει την ομορφιά και τη θηλυκότητα της γυναίκας. Ειδικότερα, οι μαστοί είναι εξωγενείς αδένες, των οποίων η ανάπτυξη ξεκινάει κυρίως κατά την εφηβική ηλικία. Στους τελευταίους μήνες κύησης και γαλουχίας, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστο. Το σχήμα των μαστών αλλάζει αναλογικά με την ηλικία και τις ορμονικές διακυμάνσεις των γυναικών. Η μαστική περιοχή βρίσκεται έξω από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και περιέχει τους μύες: μείζονα θωρακικό, ελάσσονα θωρακικό και υποκλείδιο. Και οι τρεις αυτοί μύες εκφύονται από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και καταδύονται σε οστά του άνω άκρου. Ο μαστός αποτελείται από τους μαστικούς αδένες, το αντίστοιχο δέρμα και συνδετικούς ιστούς. Οι μαστικοί αδένες είναι τροποποιημένοι ιδρωτοποιοί αδένες στην επιπολή σωματική περιτονία, μπροστά από τους θωρακικούς μύες και το θωρακικό τοίχωμα.

Οι μαστικοί αδένες αποτελούνται από μια σειρά πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων. Τα στοιχεία αυτά αθροίζονται και σχηματίζουν 15 έως 20 γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι εκβάλουν ξεχωριστά ο καθένας τους στη θηλή. Τα ανατομικά στοιχεία του μαστού, επτά ή οκτώ λοβοί έως και είκοσι, αποτελούν τμήματα σε χαλαρά συνδεδεμένους πόρους. Κάθε τμήμα αρχίζει από τους περιφερειακούς κλάδους και καταλήγει σε ένα μεγάλο συλλεκτικό πόρο, του οποίου το εκφορητικό στόμιο καταλήγει στη θηλή. Η θηλή περιβάλλεται από μια κυκλική σκουρόχρωμη περιοχή του δέρματος, που ονομάζεται «θηλαία άλως». Οι ενδολοβιακοί τελικοί πόροι καταλήγουν στις παραλοβιακές μονάδες, από όπου αναπτύσσονται οι συχνότερες καλοήθεις και κακοήθεις εξεργασίες. Οι πόροι και τα λοβία του μαστικού αδένος περιβάλλονται από ένα καλά αναπτυγμένο στρώμα συνδετικού ιστού.

Εικόνα 1: Η ανατομία του μαστού



Πηγή: <https://www.breast-glyfada.gr/mastos/anatomia-anaptuksh/>

Αρτηριακή τροφοδοσία

Η αρτηριακή τροφοδοσία και η αποχέτευση του μαστού μπορούν να προέλθουν από πολλαπλές οδούς. Ειδικότερα:

1. Στα πλάγια, αγγεία από τη μασχαλιαία αρτηρία
2. Προς τα έσω από κλάδους της έσω θωρακικής αρτηρίας
3. Τη δεύτερη έως τέταρτη μεσοπλεύρια αρτηρία, μέσω κλάδων που διαπερνούν το θωρακικό τοίχωμα και τους υπερκείμενους μύες.

Φλεβική αποχέτευση

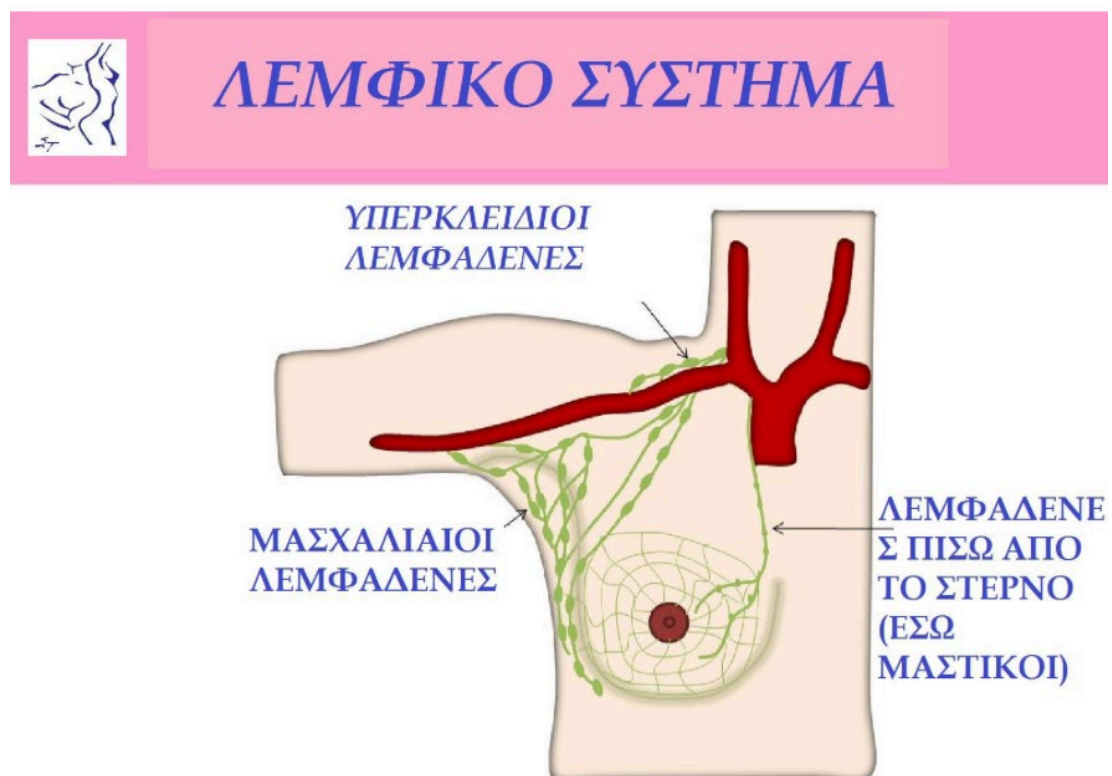
Οι φλέβες που αποχετεύουν το μαστό, συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στη μασχαλιαία, την έσω θωρακική και τις μεσοπλεύριες φλέβες.

Νεύρωση

Η νεύρωση του μαστού προέρχεται από πρόσθιους και πλάγιους υποδόριους κλάδους του δεύτερου έως έκτου μεσοπλεύριου. Η θηλή νευρώνεται από το τέταρτο μεσοπλεύριο νεύρο.

Η λεμφική αποχέυση του μαστού γίνεται ως εξής (εικόνα 2):

Εικόνα 2: Λεμφικό σύστημα μαστού



Η λέμφος του μαστού παροχετεύεται από επιφανειακό και εν τω βαθεί λεμφικό πλέγμα, τα οποία αναστομώνονται. Τα λεμφαγγεία του στερούνται βαλβίδων. Πιο συγκεκριμένα:

- Το 75% περίπου με λεμφαγγεία που αποχετεύουν προς τα πλάγια και άνω στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

- Στο μεγαλύτερο μέρος της, η υπόλοιπη αποχέτευση γίνεται στους παραστερνικούς λεμφαδένες, που εντοπίζονται στο βάθος του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και σχετίζεται με την έσω θωρακική αρτηρία.
- Ένα μέρος της αποχέτευσης μπορεί να γίνει με λεμφαγγεία, τα οποία συνοδεύουν τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών και συνδέονται με μεσοπλεύριους λεμφαδένες που εντοπίζονται κοντά στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών.

Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες αποχετεύουν στα υποκλείδια στελέχη, οι παραστερνικοί στα βρογχομεσοπνευμόνια στελέχη και οι μεσόπλευροι λεμφαδένες είτε στο θωρακικό πόρο, είτε στα βρογχομεσοπνευμόνια στελέχη. Έτσι υπάρχουν κλινικά 3 ομάδες λεμφαδένων. Στην εικόνα 2, διακρίνονται:

1. Οι υποκλείδιοι
2. Οι μασχαλιαίοι με τους Rotter
3. Οι έσω μαστικοί

1.3 Καλοήθειες Παθήσεις του Μαστού

Ιναδενώματα

Ιναδενώματα είναι καλοήθειες όγκοι, που παρουσιάζονται συνήθως κατά την 3η δεκαετία της ζωής των γυναικών. Τα ιναδενώματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες τα περιπορικά και ενδοπορικά. Στα περιπορικά ο ινώδης ιστός συμπίεζει τους πόρους σε λεπτούς επιμηκυσμένους χώρους. (Bottles et al.,1989) Τα ιναδενώματα συχνά παρουσιάζονται στην κύηση (Rosai J.,2011). Κατά την κλινική εξέταση, ψηλαφάται ευκίνητη μάζα σφαιρική, ελαστικής σύστασης. Εντοπίζεται συχνά στον αριστερό μαστό, και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο αυτού. (Bottles et al.,1989) Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής τους είναι ελάχιστος, ενώ μπορεί να υποστούν αγγειακή απόφραξη κατά την διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας και να ακολουθήσει ασβεστοποίηση τους στο μέλλον.

Νεανικά ιναδενώματα

Εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες κάτω των 20 ετών. Συνηθέστερα εμφανίζονται 1-3 χρόνια μετά την εμμηναρχή (Pike AM, Oberman HA.,1985) και ψηλαφάται ως ένας μονήρης, ανώδυνος και ευκίνητος όγκος, ο οποίος μεγεθύνεται απότομα προκαλώντας ασυμμετρία του μαστού και ραβδώσεις του δέρματος.

Γιγάντια ιναδενώματα

Αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας υπό την επίδραση των γυναικείων ορμονών. Μπορεί να υποστραφούν σε μέγεθος μετά την κύηση και το θηλασμό. Ωστόσο, αν παραμείνουν σε μέγεθος, ακολουθείται χειρουργική αφαίρεση και βιοψία.

Κύστες του μαστού

Οι κύστες, ιστολογικά, είναι υπερπλασία του επιθηλίου και του στρώματος του μαστού. Εμφανίζονται τόσο κατά την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας, όσο και μετεμμηνοπαυσιακά. Είναι καλά καθοριζόμενες, κινητές, μονήρεις ή πολλαπλές, ετερόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες βλάβες του μαστού, οι οποίες διακρίνονται με υπερηχογραφικό έλεγχο. Η αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης, η βιοψία του όγκου για τον αποκλεισμό κακοήθειας κρίνεται επιβεβλημένη. Αν η κύστη δεν προκαλεί συμπτώματα, η εξαίρεσή της δεν απαιτείται, εκτός αν παρουσιάζει και συμπαγή στοιχεία ταυτόχρονα.

Αιμάτωμα του μαστού

Προέρχονται είτε από κακώσεις με αμβλέα και οξέα όργανα, είτε ιατρογενώς (βιοψία όγκων ή εξαίρεση αυτών), εκδηλώνονται ως επώδυνες μάζες στο μαστό, συχνά συνοδεύονται με εκχυμώσεις του δέρματος. Αγωγή με αναλγητικά και πιεστική περίδεση ανακουφίζει την ασθενή σημαντικά. Σε περίπτωση που εγείρεται υπόνοια κακοήθειας, η βιοψία κρίνεται απαραίτητη.

Λιπώδης νέκρωση του μαστού

Συνήθως εμφανίζεται σε υπέρβαρες γυναίκες με ευμεγέθεις μαστούς. Είναι μια άσηπτη σαπυνοποίηση του λίπους υπό την επίδραση της λιπάσης του αίματος και των παρακείμενων ιστών. Μπορεί να παρουσιαστεί φλεγμονή, πορεκτασία ή ακτινοθεραπεία είτε μετά από τραυματισμό ή κάκωση του μαστού, είτε μετά τη

βιοψία ή τη χειρουργική επέμβαση μείωσης του μαστού. Υπερηχογραφικά απεικονίζεται μια μάζα γεμάτη με υγρό, με ηχογενή σκιά, η οποία μεταβάλλει τα χαρακτηριστικά της κατά την μετακίνηση της ασθενούς. Η βιοψία καθορίζει την τελική διάγνωση.

Μετακτινική ουλή

Απεικονίζεται τυχαία σε προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο. Είναι καλοήθης αλλοίωση με διάμετρο <1 cm. Ιστολογικά παρουσιάζει ανάπτυξη ίνωσης και ελάστωσης κεντρικά, ενώ περιφερικά υπερπλασία και μικροκυστικές μεταβολές.

Εκτασία των πόρων

Είναι καλοήθης αλλοίωση που σχετίζεται με την απώλεια της ελαστικής από το τοίχωμα των πόρων του μαστού, η οποία οδηγεί σε διάσταση και βράχυνση των πόρων. Εμφανίζεται σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας, οι οποίες προσέρχονται με συμπτώματα τυρώδους έκκρισης από τον μαστό. Υπερηχογραφικά παρατηρείται εικόνα μίας σωληνώδους δομής, η οποία ξεκινά από τη θηλή.

Φυλλοειδής όγκος

Όγκος προερχόμενος από μονοκλωνικά κύτταρα του στρώματος. Είναι ψηλαφητό, σφαιρικό, μαλακό, ανώδυνο μόρφωμα του μαστού, το οποίο αναφέρεται συχνά ότι αυξάνεται απότομα σε μέγεθος κατά τους τελευταίους μήνες. Συχνά προκαλεί έντονη διάταση του υπερκειμένου δέρματος και κιρσοειδή μορφή στις φλέβες που πορεύονται κάτω από αυτό. Η απουσία ύποπτων μασχαλαίων λεμφαδένων απομακρύνει την σκέψη από την πιθανότητα κακοήθειας. Η μαστογραφία εμφανίζει καλά καθοριζόμενο σφαιρικό σχήμα, σε αντίθεση με το ιναδένωμα, οι φυλλοειδείς όγκοι σπανίως παρουσιάζουν επασβεστώσεις. Διαγνωστική αξία έχουν η μαστογραφία και υπερηχογραφική εικόνα του όγκου, που έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα ιναδενώματα. Αυτό το γεγονός συχνά οδηγεί στη χειρουργική εξαίρεση του όγκου μετά την οποία παρουσιάζεται υποτροπή της νόσου. Πολύ σπάνια εμφανίζονται μεταστάσεις στους περιφερικούς λεμφαδένες, σε περίπτωση που αυτές εξαιρεθούν, συνήθως αποδεικνύεται πως πρόκειται για υπερπλαστικούς και όχι διηθημένους λεμφαδένες.

Περιπορική μαστίτιδα

Συχνά παρουσιάζεται σε νέες ηλικίες και θεωρείται ότι επιβαρυντικός παράγοντας είναι το κάπνισμα που προκαλεί βλάβη στους υποθηλαίους πόρους. Το κύριο σύμπτωμα είναι ο πόνος, που εντοπίζεται κάτωθεν της θηλαίας άλω και συνοδεύεται από έκκριση της θηλής, η διάταση συχνά συνυπάρχει με τη μαστίτιδα. Κατά την κλινική εξέταση ψηλαφάται επώδυνη μάζα οπισθοθηλαίως. Υπερηχογραφικός έλεγχος αποκαλύπτει διατεταγμένο πόρο με παχύ τοίχωμα, ενώ αν είναι χρόνια πάθηση - επασβεστώσεις στη μαστογραφία. Η αντιμετώπιση είναι συχνά συντηρητική – λήψη αντιβιοτικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ενώ σε συχνές υποτροπές της νόσου γίνεται χειρουργική εξαίρεση του πόρου με ταυτόχρονη αναστροφή του πόρου.

Θήλωμα

Τα ενδοπορικά θηλώματα εμφανίζονται στις γυναίκες όλων των ηλικιών και αποτελούν τη συχνότερη αιτία ορώδους και οροαιματιστής έκκρισης από το μαστό. Μπορεί να εμφανιστεί με αμιγώς αιματηρή έκκριση και με ψηλαφητό σχήμα. Η θεραπεία εκλογής είναι η εκτομή. Τα ενδοπορικά θηλώματα δεν μπορούν να εμφανιστούν ως πολλαπλά, συχνά στο ίδιο πόρο-πολλαπλή θηλωμάτωση. Ενδείκνυται στενή μαστογραφική παρακολούθηση των γυναικών με πολλαπλή θηλωμάτωση, λόγω του αυξημένου κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής. Σε νεαρές γυναίκες σπάνια παρουσιάζεται η νεανική θηλωμάτωση, χωρίς έκκριση από τη θηλή. Η νεανική θηλωμάτωση συνήθως είναι τυχαίο υπερηχογραφικό εύρημα, το οποίο απεικονίζεται ως μία υποηχοϊκή βλάβη με μικρές κύστες και διατεταμένους πόρους.

Σκληρυντική αδένωση

Η σκληρυντική αδένωση ιστολογικά είναι ενδολοβιδιακή ένωση και αύξηση του αριθμούς των μικρών πόρων και των κυψελίδων. Κατά την κλινική εξέταση, είναι σκληρής σύστασης και η ψηλάφηση είναι επώδυνη. Μαστογραφικά απεικονίζεται ως μία περιοχή ασύμμετρης πυκνότητας με παρακείμενες επασβεστώσεις. Λήψη βιοψίας επιβεβαιώνει τη διάγνωση και παρά το γεγονός ότι η πάθηση αυτή έχει ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, δεν χρήζει περεταίρω αντιμετώπισης. (Jensen RA et al.,1989)

Επιθηλιακή υπερπλασία

Η επιθηλιακή υπερπλασία προσβάλλει τους πόρους, ιστολογικά είναι αύξηση των κύτταρα της επιθηλιακής σειράς στον τελικό πόρο του μαστού. Η υπερπλασία μπορεί να συνοδεύεται με ατυπία κυττάρων, η οποία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκινογένεσης. Συνήθως είναι μαστογραφικό εύρος στον προληπτικό έλεγχο της γυναίκας.

1.4 Κακοήθεις παθήσεις του μαστού

Οι κακοήθεις παθήσεις του μαστού διακρίνονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τον ιστό προέλευσης. Αναλυτικότερα:

1. Καρκίνος προερχόμενος από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού (καρκίνωμα)
2. Καρκίνος προερχόμενος από τα κύτταρα στρώματος του μαστού (σάρκωμα)

Ιστολογικοί τύποι του καρκινώματος του μαστού:

1. Καρκίνωμα μη περαιτέρω καθοριζόμενο
2. Πορογενές καρκίνωμα

2.1. Ενδοεπιθηλιακό πορογενές καρκίνωμα

2.2. Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα με επιφύλαξη του ενδοπορικού στοιχείου

2.3. Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα. Προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψελών, είναι δυνατό να αρχίσει από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. Ιστολογικά τα καρκινωματώδη κύτταρα τοποθετούνται σε χορδές δύο ή τριών στοιβάδων, σε φωλίες, σε παχιές στοιβάδες, σε σωληνάρια ή σε κυψελίδες, συχνά υπάρχουν όλα τα παραπάνω στοιχεία μαζί. Ανάλογα με το βαθμό κακοήθειας, τα κακοήθη κύτταρα διατάσσονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς. Σε διατομή, ο όγκος παρουσιάζει σκληρή ύφη.

2.4. Comedo. Είναι τύπος του πορογενούς καρκινώματος (in situ), στον οποίο τα καρκινικά κύτταρα αθροίζονται εντός του πόρου κατά ομάδες και παρουσιάζονται στοιχεία νέκρωσης.

2.5. Φλεγμονώδες. Το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού είναι ένας επιθετικός όγκος του μαστού με κακή πρόγνωση. Είναι ένας μεγάλος όγκος που διηθεί ολόκληρο το μαστό και ο μαστός παρουσιάζει χαρακτηριστική εικόνα με διηθημένο δέρμα, επειδή συνυπάρχει διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος. Χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα του δέρματος, αίσθημα θερμότητας, γρήγορη αύξηση του όγκου του μαστού και αίσθημα κνησμού. Η θεραπεία είναι συστηματική. Σκοπός της η μείωση

του όγκου του μαστού, προκειμένου, αν είναι δυνατόν, να διενεργηθεί χειρουργική αλλαγή αργότερα.

2.6. Μυελώδεις. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι μεγάλα, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια (συγκύτια) και διατάσσονται σε συμπαγείς βλάστες, που περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασμοκυτταρικές αθροίσεις. Το 60% εμφανίζεται σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός, καλά περιγεγραμμένος όγκος, μαλακής σύστασης και μεγάλου μεγέθους. Παρατηρούνται και περιοχές νέκρωσης του όγκου. Συνήθως, είναι καλής πρόγνωσης.

2.7. Βλεννώδεις. Χαρακτηρίζεται από παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννας από καρκινωματώδη κύτταρα, τα οποία παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας. Έχει σχετικά καλή πρόγνωση.

2.8. Θηλώδεις. Είναι σπάνιος όγκος και αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων του μαστού. Κλινικά παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή.

2.9. Σκίρρο

2.10. Σωληνώδεις. Παρουσιάζει σωληνώδεις σχηματισμούς των καρκινωματωδών κύτταρα, τα νεοπλασματικά κύτταρα έχουν μικρού βαθμού ατυπία και λίγες πυρηνοκινησίες. Έχει καλή πρόγνωση.

2.11. Άλλοι τύποι.

3. Λοβιακό καρκίνωμα. Το λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα, σε συχνότητα έως και 60%, είναι πολυεστιακό ή/και αμφοτερόπλευρο (Φωτίου Σ.,2008)

Το χαρακτηριστικό του είναι ο τρόπος διάταξης του καρκίνου, των καρκινικών κυττάρων, που είναι μικρού μεγέθους. Στη περιφέρεια του όγκου, μπορεί να βρεθούν εστίες in situ καρκινώματος.

4. Αδιαφοροποίητος καρκίνος.

5. Ειδική κατηγορία είναι ο καρκίνος της θηλής του μαστού-νόσου του Paget. Η θηλή παρουσιάζει οίδημα, ερυθρότητα με στοιχεία εξέλκωσης ή αιμορραγίας. Θεωρείται

ότι προκαλείται από τα καρκινικά κύτταρα που μεταναστεύουν από τους γαλακτοφόρους πόρους προς το δέρμα της θηλής Seetharam S, et al.,2009)

6. Μη επιθηλιακοί όγκοι του μαστού: φυλλοειδή κυστεοσαρκώματα, που μπορούν να παρουσιάζουν χαρακτήρες λιποσαρκώματος, ινοσαρκώματος, χονδροσαρκώματος, αγγειοσαρκώματος, ραβδομυοσαρκώματος. Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική εξαίρεση του όγκου με υγιή όρια ή μαστεκτομή. Ελάχιστα προσφέρουν η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

1.5 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά καρκίνου μαστού-παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού έχει μελετηθεί περισσότερο από κάθε άλλο καρκίνο ή κακοήθεια. Η σημασία των παραγόντων της αναπαραγωγής στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού άρχισε να διαφαίνεται ήδη από τον 18ο αιώνα, όταν παρατηρήθηκε για πρώτη φορά ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν περισσότερο συχνός στις μοναχές σε σχέση με τις άλλες γυναίκες. Τον 20ο αιώνα, η εκτεταμένη χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων, που ξεκίνησε τη δεκαετία του 1960, σε συνδυασμό με τη μετέπειτα αυξανόμενη χρήση της μετεμμηνοπαυσιακής ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης, διαμόρφωσαν καταστάσεις, που ως ένα βαθμό διατηρούν τα χαρακτηριστικά «επιδημιολογικού πειράματος» και αξιοποιήθηκαν κατάλληλα στην αξιολόγηση της αιτιολογικής συσχέτισης μεταξύ αναπαραγωγικών και ορμονικών παραγόντων και κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου 1 στις 10 γυναίκες στις υγειονομικά αναπτυσσόμενες χώρες και έχει τεκμαρτή πενταετή επιβίωση που πλησιάζει το 70%, όντας περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το 1/5 των περιπτώσεων στις γυναίκες. (Richie RC, Swanson JO.,2003) Το σχήμα της καμπύλης της κατά την ηλικία επίπτωσης είναι γενικά παρόμοιο μεταξύ των χωρών. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία (σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών), αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου (Parkin DM, et al, 2002).

Παράγοντες κινδύνου (μείζων προς ελάχιστο κίνδυνο)

- Φύλο
- Ηλικία
- Μετεμμηνοπαυσιακή παχυσαρκία
- Βάρος γέννησης
- Άτυπη υπερπλασία μαζικού αδένα
- Μαστογραφία υψηλού κινδύνου (μεγάλη μάζα μαζικού αδένα)
- Ηλικία εμμηναρχής, ηλικία εμμηνόπαυσης, είδος εμμηνόπαυσης
- Ηλικία 1ης εγκυμοσύνης, ηλικία άλλων κυήσεων, αριθμός παιδιών
- Εγκυμοσύνη
- Θηλασμός
- Εθνικότητα
- Χρήση αντισυλληπτικών δισκίων
- Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης
- Κατανάλωση οινοπνεύματος, φυτικά τρόφιμα και ελαιόλαδο, ιονίζουσα
- ακτινοβολία, φυσική δραστηριότητα, οικογενειακό ιστορικό
- Γονίδια

1. Νεόπλασμα στον άλλον μαστό
2. Η νόσος είναι 100 φορές συχνότερη στις γυναίκες
3. Λιγότερο από 1% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού συμβαίνει στις γυναίκες κάτω των 25 ετών. Μετά τα 30, όμως, υπάρχει ταχεία αύξηση της επίπτωσης και με εξαίρεση μιας μικρής σταθεροποίησης μεταξύ των 45 και 50, αυτή η επίπτωση αυξάνει σταθερά με την πρόοδο της ηλικίας.
4. Στο 5% έως 10% των ασθενών της νόσου μπορεί να οφείλεται σε γενετική προδιάθεση(Φωτίου Σ.,2008). Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενή πρώτου βαθμού αποτελεί έναν τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου. Μεταξύ γυναικών, αν η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού σε νεαρή ηλικία, τότε ο σχετικός κίνδυνος είναι σημαντικά υψηλότερος 9 (Hankinson S, Hunter D., 2002) Οι πιο συχνές μεταλλάξεις σχετικά τα ογκοκατασταλτικά γονίδια BRCA1 και BRCA2 (κίνδυνος ανάπτυξη 60%-80% & 40%-80% αντίστοιχα) (Φωτίου Σ., 2008) Άλλα υπεύθυνα γονίδια θεωρούνται τα PTEN, ATM και P53 ογκοκατασταλτικά γονίδια.
5. Πρώιμη εμμηναρχή (<12 έτη) / καθυστερημένη εμμηνόπαυση (>55 έτη). Πρόωρη εμμηναρχή σχετίζεται με πιο αρχόμενη εμφάνιση τακτικών εμμηνορρυσιακών κύκλων, έτσι ο μαστός εκτίθεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη δράση ωοθηκικών ορμονών.
6. Παχυσαρκία μετεμμηνοπαυσιακά, ίσως λόγω αυξημένων επιπέδων οιστρογόνων. Το αυξημένο BMI κατά την εμμηνόπαυση αυξάνει κίνδυνο για καρκίνο του μαστού λόγω της αύξησης των ενδογενών στρογόνων (αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη). Αντιθέτως, στη νεαρή ηλικία το αυξημένο βάρος «χαμηλώνει» τον κίνδυνο, ίσως λόγω μείωσης ωοθηλακιορρηκτικών κύκλων, που οδηγεί σε μικρότερη έκθεση στις ωοθηκικές ορμόνες. (World Cancer Research Fund. Diet, 2007)
7. Ιστορικό ακτινοβολήσης στο θώρακα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά η αύξηση είναι μικρή.
8. Η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει επίσης τον κίνδυνο της νόσου, ενώ η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ελαιόλαδου, καθώς και η σωματική άσκηση, θεωρείται ότι τον μειώνουν (Hankinson S, Hunter D., 2002).

9. Η σωματική άσκηση. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η γυμναστική ελαττώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού περιορίζοντας τις αποθήκες λίπους, οι οποίες τους μετατρέπουν την ανδροστενδιόνη σε οιστρόνη. Επίσης, η άσκηση ελαττώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η υπερινσουλιναίμια έχει συνδεθεί με τον καρκίνο του μαστού. (Ferlay J, et al., 2012)
10. Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού. Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν περίπου 50 % κίνδυνο ανάπτυξης μικροσκοπικού καρκίνου του μαστού στον ετεροπλευρό μαστό. (Φωτίου Σ.2008)
11. Χρήση ορμονικής υποκατάστασης (HRT), φαρμάκων γονιμότητας και αντισυλληπτικών χαπιών. Τα κύτταρα του μαστικού αδένου περιέχουν άφθονους ορμονικούς υποδοχείς και σήμερα πλέον έχει γίνει αποδεκτό ότι η επίδραση, τόσο των οιστρογόνων, όσο και της προγεστερόνης στην πρόοδο της νόσου είναι σημαντική. Για αυτό το λόγο, σε οιστρογονοεξαρτώμενες μορφές του καρκίνου του μαστού, χορηγείται ορμονική θεραπεία με ταμοξιφαίνη ή αναστολείς της αρωματάσης. Τελευταία μάλιστα έχει προταθεί η επέκταση της θεραπείας αυτής στα 10 χρόνια, καθώς φαίνεται ότι μειώνει την πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου και κίνδυνο θανάτου από αυτήν.[22] Η εξωσωματική γονιμοποίηση σχετίζεται με μία παροδική, αλλά μεγάλη και σημαντική άνοδο των επιπέδων των κυκλοφορούντων οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της ωοθηκικής διέγερσης, αλλά και σε μεγάλη άνοδο των επιπέδων της προγεστερόνης κατά τη διάρκεια της υποστήριξης της ωχρινικής φάσης. Η ερώτηση που γεννάται είναι η εξής. Η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων, μαζί με τις αλλαγές σε άλλες αναπαραγωγικές ορμόνες, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση;

Παρά το γεγονός ότι τα φάρμακα υπογονιμότητας έχουν μια αναγνωρισμένη επίδραση πάνω στην ωοθλακιορρηξία και σε όλες τις ορμονικές παραμέτρους της γυναίκας, πολύ λίγες μελέτες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν την πιθανή συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τα φάρμακα υπογονιμότητας. Μειονεκτήματα των μελετών αυτών αποτελούν ο περιορισμένος αριθμός

περιπτώσεων καρκίνου, οι ασαφείς ενδείξεις χορήγησης των φαρμάκων και η αδυναμία ελέγχου για συνύπαρξη άλλων πιθανών παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Kállén B, et al.,2011).

Πολυάριθμες μελέτες, οι οποίες έχουν κατά καιρούς ασκήσει κριτική στη μεθοδολογία, και άλλες, οι οποίες ασχολήθηκαν με την υπο-ανάλυση συγκεκριμένων πληθυσμών των μελετών αυτών, αναφέρουν ότι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να έχει ετερογενή δράση (Slanger TE, et al.,2009).Φάνηκε ότι η μονοθεραπεία με οιστρογόνα, σε γυναίκες με ιστορικό υστερεκτομής, έχει προστατευτική δράση στον καρκίνο του μαστού. Αντίθετα, η μακροχρόνια θεραπεία με συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερινοειδούς αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, ο κίνδυνος επανέρχεται στα αναμενόμενα επίπεδα μετά τη διακοπή της θεραπείας. Για αυτόν το λόγο, σήμερα η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης θεωρείται ασφαλής επιλογή σε υγιείς, εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 60 ετών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση για χρονικό διάστημα μικρότερο των 10 ετών, οι οποίες έχουν ιστορικό καρκίνου του μαστού και καρδιακής νόσου. Εκτεταμένες έρευνες της τελευταίας 20ετίας έχουν δείξει ότι τα αντισυλληπτικά είναι γενικά ασφαλή. Τα αντισυλληπτικά δισκία ενοχοποιούνται ως αίτιο καρκινογένεσης, χωρίς να υπάρχουν τεκμηριωμένες αποδείξεις. Τα αποτελέσματα των μελετών, ως προς την επίδραση των αντισυλληπτικών στην ανάπτυξη του μαστού, παρουσιάζεται αντικρουόμενα. Φαίνεται ότι υπάρχει μια μικρή αύξηση στην επίπτωση του μαστού στις πρόσφατα χρήσεις, που η διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων δεν ξεπερνά τα 10 έτη. Πρόσφατη μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι δεν αποδεικνύεται κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων (Cibula D, et al.,2010).Οι άτοκες γυναίκες έχουν πιο μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες που έχουν γεννήσει. Θεωρείται ότι πολλαπλασιασμός κυττάρων του μαστικού αδένα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ακολουθείται από διαφοροποίηση τους σε ώριμα κύτταρα έτοιμα να παράγουν γάλα. Αυτός ο πολλαπλασιασμός κυττάρων μπορεί να αναπτυχθεί στην αύξηση των μεταλλάξεων και έτσι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού για την επόμενη δεκαετία. Μετά τη διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστικού αδένα κατά την εγκυμοσύνη, τα κύτταρα αυτά έχουν μεγαλύτερο κυτταρικό κύκλο και μένουν για

περισσότερο χρόνο στη φάση G1, όπου γίνονται επιδιορθώσεις βλαβών του DNA. Στη συνέχεια, αυτά τα κύτταρα υποβάλλονται στον κίνδυνο να επιταθούν με την αυξητική δράση της κύησης στα μαστικά κύτταρα (Eliassen AH, et al., 2006). Μεγαλύτερος αριθμός των κυήσεων ελαττώνει τον κίνδυνο του καρκίνου και θετική επίδραση φαίνεται να παίζουν τα μικρότερα μεσοδιαστήματα μεταξύ των τοκετών. Όπως προαναφέρθηκε ο θηλασμός παίζει προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και ο κίνδυνος ελαττώνεται με την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού. Η αυξημένη πυκνότητα μαστού στη μαστογραφία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες, οι γυναίκες με πυκνό μαστό έχουν 4πλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Επίσης η πυκνότητα αυξάνει στο 25-30% των γυναικών που ξεκινούν ορμονική υποκατάσταση, ενώ το αντίστροφο συμβαίνει σε γυναίκες που υποβάλλονται σε αγωγή με ταμοξιφαίνη ή ραλοξιφαίνη (Boyd NF, et al., 2007). Οι υπερπλασίες μαστικού αδένα με ατυπία, πορώδη και λοβιακή είναι βλάβες παρόμοιες με το καρκίνωμα *in situ*. Αυτές οι βλάβες αυξάνουν τον κίνδυνο κατά 3,5-6 φορές.

1.6 Θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κυριότεροι είναι το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος μετά τη διάγνωση, το είδος του όγκου και το ορμονικό προφίλ.

Χειρουργική

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι κυρίως χειρουργική. Οι μέθοδοι της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την έκταση της εκτομή διακρίνονται ως εξής:

- Η βιοψία έχει αντικατασταθεί από την ευρεία τοπική εκτομή.
- Ευρεία τοπική εκτομή-ογκεκτομή κατά την οποία αφαιρείται μόνο ο όγκος σε υγιή όρια με παραμονή του μεγαλύτερου μέρους του μαστού (breast conserving surgery, BCS). Η απόσταση από τον όγκο που θεωρείται ασφαλής ως χειρουργικό όριο αποτελεί αντικείμενο διαφωνίας στη βιβλιογραφία με το 1 εκατοστό να θεωρείται ικανοποιητική απόσταση στις περισσότερες μελέτες. Ένα είδος της ογκεκτομής θεωρείται και η τεταρτημαστεκτομή, όπου αφαιρείται το τεταρτημόριο του μαστού που φέρει τον όγκο. Αντενδείξεις για αυτήν τη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας είναι: όγκοι μεγαλύτεροι από 5 εκ., μικρό μέγεθος μαστών, πολυεστιακή νόσος, αδυναμία επίτευξης καθαρών χειρουργικών ορίων, η ανεπάρκεια ακτινοθεραπευτικής κάλυψης, κύηση, ιστορικό ακτινοβολίας στην περιοχή, η επιθυμία της ασθενούς να υποβληθεί σε μαστεκτομή.

Μαστεκτομή

Υπάρχουν διάφορα είδη μαστεκτομής:

- κλασική ριζική μαστεκτομή
- εκτεταμένη ολική μαστεκτομή
- τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
- μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος
- υποδόριος μαστεκτομή.

Η ριζική μαστεκτομή περιλαμβάνει αφαίρεση ολόκληρου του μαστού μαζί με τον μείζονα θωρακικό μυ και αφαίρεση των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Στη συνέχεια άρχισαν να εφαρμόζονται λιγότερο ριζικές τεχνικές, όπως τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αφού γίνεται αφαίρεση του μαστού έως την περιτόνια του μείζονα θωρακικού μυός, καθώς επίσης και αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η προσπάθεια διατήρησης του δέρματος, με ή χωρίς τη θηλή και τη θηλαία άλω, εφαρμόζεται κυρίως στις περιπτώσεις που επιλέγεται να γίνει άμεση αποκατάσταση του μαστού. Κατά την υποδόριο μαστεκτομή, το υπερκείμενο δέρμα αποκολλάται από το μαστικό αδένα και αφαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος μαστικός αδένας, παραμένει τμήμα μαστικού αδένα κάτω από το σύμπλεγμα

θηλής-θηλαία άλω, για να διατηρηθεί η αιμάτωση της θηλής και να αποφευχθεί νέκρωση. Η υποδόρια μαστεκτομή ενδείκνυται σε γυναίκες πολύ υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοβολία του μαστού γίνεται συνήθως με συνολική δόση 45 έως 50 Gy σε 25 συνεδρίες των 1,8 έως 2 Gy (5 φορές την εβδομάδα για 5 εβδομάδες). Μετά την αφαίρεση του όγκου, ακολουθεί χορήγηση ακτινοβολίας με σκοπό την ελάττωση της πιθανότητας τοπικής υποτροπής της νόσου. Επιβεβαιώθηκε ότι η ακτινοβολία του μαστού μετά ογκεκτομή αυξάνει σημαντικά την επιβίωση, σε σύγκρισή με την ογκεκτομή μόνον. Κατά τη διεγχειρητική ακτινοβολία, χορηγείται μία εφάπαξ δόση ακτινοβολίας, η οποία αυξάνει την πιθανότητα τοπικής εκρίζωσης της νόσου σε σύγκριση με τη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία που χορηγείται αρκετές

εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Απόλυτες αντενδείξεις για εφαρμογή ακτινοβολίας αποτελούν η κύηση και προηγηθείσα ακτινοβολήση της περιοχής. Σχετικές αντενδείξεις αποτελούν το σκληρό δέρμα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική νόσος και η αδυναμία τοποθέτησης του σώματος σε ύπτια θέση που χρειάζεται για τη λήψη της ακτινοβολίας. Πρώιμες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας είναι το αίσθημα κόπωσης, το οίδημα και ο ερεθισμός του δέρματος. Μακροχρόνιες επιπλοκές είναι το κακό αισθητικό αποτέλεσμα λόγω ίνωσης, μετακτινική πνευμονίτιδα, περικαρδίτιδα και κάταγμα πλευρών. Η ακτινοβολία αποτελεί ένα αναπόσπαστο τμήμα της χειρουργικής διατήρησης του μαστού. Μειώνει της τοπικές υποτροπές, βελτιώνει τη συνολική επιβίωση με μικρό κόστος επιπλοκών. Η χορήγηση μετεχειρητικής ακτινοβολίας ενδείκνυται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού με πτωχά προγνωστικά στοιχεία, όπως όγκος πάνω από 5 εκ., με 4 και άνω διηθημένους λεμφαδένες, όγκος με συμμετοχή του δέρματος ή/και της εν τω βάθει θωρακικής περιτονίας και υπολειμματική μετά τη μαστεκτομή νόσο.

Επικουρική Χημειοθεραπεία

Η επικουρική χημειοθεραπεία προσφέρει μείωση των υποτροπών και αυξάνει την επιβίωση, επειδή μπορεί να εξαφανίσει της μικρομεταστάσεις ή να περιορίσει την ανάπτυξή τους. Τα κυτταροτοξικά φάρμακα και ο συνδυασμός τους, χρησιμοποιούνται κυρίως σε περιπτώσεις όγκων με αρνητικούς ER και PR υποδοχείς, καθώς και για επιθετικούς όγκους με πολύ μικρό προσδόκιμο επιβίωσης για την ασθενή. Τέτοια φάρμακα είναι η κυκλοφωσφαμίδη, η μεθοτρεξάτη, η φθοριουρακίλη και η ομάδα της αδριαμικίνης. Τα διάφορα θεραπευτικά σχήματα παρουσιάζουν μικρές διαφορές, με αποτέλεσμα να μην έχει βρεθεί ο ιδανικός συνδυασμός μέχρι σήμερα. Οι ενδείξεις χορήγησης συστηματικής χημειοθεραπείας είναι: προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, γυναίκες εμμηνοπαυσιακές με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής νόσου (Φωτίου Σ.,2008).

Επικουρική Ορμονοθεραπεία

Ο Ιπποκράτης πρώτος σύνδεσε τον καρκίνο του μαστού με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας και με την έμμηνο ρύση της. Είναι γνωστό ότι τα οιστρογόνα αυξάνουν τον αριθμό των μιτώσεων στον ιστό των πόρων όσο και των κυψελίδων, η μιτωτική δραστηριότητα αυξάνει στην εκκριτική φάση του κύκλου. Θεωρείται ότι τελικά και η προγεστερόνη αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Surakasula A, et al.,2014). Η ταμοξιφαίνη αποτελεί το καλύτερα μελετημένο φάρμακο για τον καρκίνο του μαστού. Είναι εκλεκτικός τροποποιητής των οιστρογονικών υποδοχέων (Selective Estrogen Receptor Modulators, SERMs). Είναι μη στεροειδικό φάρμακο που συνδέεται με τους οιστρογονικούς υποδοχείς και παρουσιάζει αντιοιστρογονικές και οιστρογονικές επιδράσεις, ανάλογα με τους ιστούς στους οποίους δρα. Οι κυριότερες παρενέργειες των SERMs είναι τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του ενδομητρίου, η εμφάνιση καταρράκτη ή αμφιβληστροειδοπάθειας, μυϊκά άλγη, διαταραχή στον έλεγχο της ουροδόχου κύστης. Από τα αποτελέσματα των μελετών, η ταμοξιφαίνη φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο για οιστρογονεξαρτώμενο καρκίνο του μαστού κατά 48%, ενώ για τη ραλοξιφαίνη αναφέρονται ποσοστά 55-75%, ανάλογα και με τη διάρκεια της λήψης (συνιστώνται τα 5 έτη). Φαίνεται ότι η ταμοξιφαίνη και η ραλοξιφαίνη ελαττώνουν τον κίνδυνο διηθητικού οιστρογονεξαρτώμενου καρκίνου του μαστού σε παρόμοια βαθμό, αλλά η ραλοξιφαίνη έχει μικρότερη τοξικότητα από την ταμοξιφαίνη, ειδικά στη μήτρα (Vogel VG.,2011). Η μείωση του κινδύνου με τη λήψη SERMs αφορά αποκλειστικά στον οιστρογονεξαρτώμενο καρκίνο, χωρίς καμία επίδραση στους ER(-) όγκους (Cuzick J, et all.,2013). Η παύση στη λειτουργία των ωοθηκών σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού μπορεί να γίνει με ωοθηκεκτομή ή ακτινοβολήση. Εκτός από τις ωοθήκες, οιστρογόνα παράγονται και στα επινεφρίδια, το ήπαρ και το λίπος με την αρωματοποίηση των ανδρογόνων. Αυτό το φαινόμενο οδήγησε σε παραγωγή φαρμάκων που αναστέλλουν τη δράση της αρωματάσης εμποδίζοντας την περιφερική στεροειδογένεση από τα ανδρογόνα, αναστέλλοντας τον πολλαπλασιασμό των οιστρογονο-εξαρτώμενων καρκινικών κυττάρων. Η χορήγηση των αναστολέων του ενζύμου επικεντρώνεται στις

μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες η παραγωγή των οιστρογόνων προέρχεται από την εκτός ωοθηκών μετατροπή της επινεφριδιακής ανδροστενδιόνης σε οιστριόνη. Οι αναστολείς αρωματάσης αξιολογήθηκαν στη μεταστατική νόσο, στην επικουρική θεραπεία και την προφύλαξη από καρκίνο του μαστού. Η χορήγηση συμπληρωματικής θεραπείας με εκλεκτικούς ρυθμιστές οιστρογονικών υποδοχέων σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και με αναστολείς αρωματάσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες διαρκούσε για 5 χρόνια, σε νεότερα δεδομένα η αποτελεσματικότητα φαίνεται να αυξάνεται με χορήγησή τους μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, που μπορεί να φτάσει και τα 10 έτη (Petrelli F, et al.,2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ο ορισμός της υγείας

Η υγεία, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός υπόκειται διαμάχη, καθώς μπορεί να έχει περιορισμένη αξία, όσον αφορά την εφαρμογή του. Η υγεία μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα προσαρμογής και διαχείρισης των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών προκλήσεων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (World Health Organization 2006).

Ο ορισμός αυτός στο εννοιολογικό του επίπεδο αντιμετωπίζει τα σοβαρότερα προβλήματα που τον βλάπτουν κυρίως, όταν η σύγκρουση μεταξύ των αναγκών υγείας και οι πόροι έχουν καταστεί υψίστης σημασίας, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Στην πραγματικότητα, μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας αντιστοιχεί πολύ πιο κοντά στην ευτυχία παρά στην υγεία. Αυτές οι δύο λέξεις ορίζονται από τις ξεχωριστές εμπειρίες στη ζωή. Για παράδειγμα, μία κατάλληλη αναφορά του Sigmund Freud, ο οποίος ορίζει την ευτυχία και την υγεία σαν δύο διαφορετικά κομμάτια που έχουν σύνδεση μεταξύ τους λόγω των ανθρώπινων εμπειριών. Ο ίδιος περιγράφει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος πούρων, τονίζοντας «Έμαθα ότι η υγεία έχει ένα συγκεκριμένο κόστος. Έτσι είμαι τώρα καλύτερα από ότι ήμουν πριν, αλλά όχι πιο ευτυχισμένος» (Freud S.,1930).

Τόσο η υγεία όσο και η ευτυχία είναι δύο ξεχωριστές έννοιες, που η σχέση τους δεν είναι ούτε σταθερή, ούτε συνεχής. Αν κάποιος πάσχει από μια σοβαρή ασθένεια, είναι πιθανό να είναι λιγότερο ευτυχισμένος, αλλά όταν κάποιος δεν πάσχει από μια σοβαρή ασθένεια δεν είναι απαραίτητα ευτυχισμένος. Κοινά υπαρξιακά προβλήματα που αφορούν συναισθήματα, πάθη, προσωπικές αξίες και ερωτήσεις σχετικά με το νόημα της ζωής μπορούν να κάνουν τις μέρες κάποιου λιγότερο ευτυχισμένες ή ακόμα και ειλικρινά άβολες, αλλά δεν μπορούν να αντιστοιχούν σε προβλήματα υγείας. Η διάκριση μεταξύ υγείας και ευτυχίας είναι ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά τα δικαιώματα που απαιτούν κοινωνική προστασία μεριμνώντας για την

αποτελεσματική και πλήρη υλοποίησή τους. Ενώ μπορεί να υποστηριχθεί ότι η υγεία είναι ένα καθολικό ανθρώπινο δικαίωμα, φαίνεται αδύνατο να φτιάξουμε ένα επιχείρημα ότι η ευτυχία (χωρίς υλικές και κοινωνικές προϋποθέσεις) είναι το ίδιο, απλά επειδή η ευτυχία δεν μπορεί να παραδοθεί ή να επιβληθεί σε ένα άτομο από οποιαδήποτε κοινωνική δράση. Η ευτυχία είναι αυστηρά υποκειμενική τόσο ως επίτευγμα, όσο ως εκτίμηση (Finberg J., 1973). Η αποτυχία να διακρίνει κανείς την υγεία από την ευτυχία έχει τέσσερις κύριες συνέπειες. Πρώτον, οποιαδήποτε διαταραχή στην ευτυχία, μπορεί να θεωρηθεί και ως πρόβλημα υγείας. Δεύτερον, επειδή η αναζήτηση της ευτυχίας είναι ουσιαστικά απεριόριστη, η αναζήτηση για την υγεία γίνεται επίσης απεριόριστη. Αυτό νομιμοποιεί μια απεριόριστη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Φυσικά, ορισμένοι άνθρωποι μπορούν να αποφασίσουν ότι θέλουν να επιδιώξουν την ευτυχία, καθώς και την υγεία με ιατρικά μέσα, όπως και άλλοι άνθρωποι να το κάνουν μέσα από τη μουσική, τη θρησκεία ή την αγάπη. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι μπορεί να επιθυμούν να έχουν τα χαρακτηριστικά τους χειρουργικά επανασχεδιασμένα, ώστε να ταιριάζουν σε κάποιο αισθητικό ιδεώδες. Αλλά αυτή η προτίμηση αντιπροσωπεύει έναν προσωπικό τρόπο που ορίζει την ευτυχία και όχι ένα παγκόσμιο δικαίωμα στην υγεία. Τρίτον, ένα σημείο που σπάνια σημειώνεται, προσαρμόζοντας την ευτυχία στην υγεία και το αντίστροφο, ως ένα καθολικό δικαίωμα του ανθρώπου αποτελεί μία υποκειμενική και συντηρητική άποψη της ευτυχίας στην κοινωνία. Αυτό υποτιμά την προσωπική αυτονομία και θα μπορούσε να εδραιωθεί μόνο σε ολοκληρωτικά καθεστώτα. Τελευταίο και σημαντικότερο, προσπαθώντας να εγγυηθεί κανείς την ανέφικτη ευτυχία για κάθε πολίτη, θα αφαιρέσει αναπόφευκτα τους πόρους

και θα θέσει σε κίνδυνο τις πιθανότητες να εξασφαλιστεί σταδιακά η εφικτή δικαιοσύνη και ισότητα στην υγεία. Το απαραίτητο και το τεράστιο έργο της μείωσης των ανισοτήτων και της επίτευξης ίσων ευκαιριών στην υγεία, είναι ένας λόγος για αναδιατύπωση των προγραμμάτων δράσης του ΠΟΥ, που γίνεται αδύνατο, εάν δεν είναι καν σαφές τι χρειάζεται για να υλοποιηθεί αυτό (World Health Organization.,1996).

Για να αφαιρέσει κανείς τη θεμελιώδη αμφισημία της ευτυχίας σε σχέση με την υγεία, θα ήταν χρήσιμη η περιγραφή της υγείας, όπως για παράδειγμα, «Η υγεία είναι μια προϋπόθεση για καλή διαβίωση χωρίς ασθένεια ή αναπηρία και έναν

βασικό και καθολικό ανθρώπινο δικαίωμα». Αυτή η περιγραφή δεν έρχεται σε αντίθεση με τον

ορισμό της ΠΟΥ, αλλά μάλλον παρέχει μια ενδιαμέση ιδέα που συνδέει το ιδανικό του ΠΟΥ με τον πραγματικό κόσμο της υγείας και των ασθενειών, που μπορεί να μετρήσει τους κατάλληλους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και ποιότητας ζωής. Αφαιρώντας την ασάφεια μεταξύ υγείας και ευτυχίας και τονίζοντας την υγεία ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, παρέχει ένα κριτήριο αναφοράς για να εκτιμήσει σε ποιο βαθμό τα προγράμματα για την υγεία ενσωματώνουν και πληρούν τις απαιτήσεις της δικαιοσύνης και της ισότητας στην υγεία.

2.2 Η έννοια της σχετιζόμενης ποιότητας ζωής και οι προσδιοριστικοί παράγοντες

Βασικούς παράγοντες μέτρησης υγείας του πληθυσμού αποτελούν οι δείκτες σχετικά με το προσδόκιμο ζωής και τις αιτίες θανάτου του πληθυσμού. Δεδομένου ότι οι παραπάνω δείκτες μπορούν να μας προσφέρουν πολύ βασικές πληροφορίες για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, δεν μας δίνουν καμία πληροφορία σχετικά με την ποιότητα των φυσικών, ψυχικών και κοινωνικών ερεθισμάτων στη ζωή του ατόμου. Το αυξημένο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού μας επισημαίνει την ανάγκη για περαιτέρω πολιτική υγείας, όπως για παράδειγμα την ποιότητα ζωής του εκάστοτε ατόμου. Το 1995 ο ΠΟΥ αναγνώρισε τη σημασία της βελτιωμένης ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Η ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί τόσο στο πλαίσιο της υγείας, όσο και μιας συγκεκριμένης ασθένειας και ορίζεται ως ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (ΣΥΠΖ), με σκοπό να την διαφοροποιήσουμε από τις διάφορες εκφάνσεις της ποιότητας ζωής. Έτσι αναφερόμενοι στο όρο ΣΥΠΖ μπορούμε να ενσωματώσουμε τη πνευματική, τη συναισθηματική, τη σωματική και την κοινωνική λειτουργία. Μια άλλη έκφανση της ΣΥΠΖ είναι η ευημερία, η οποία συνήθως σχετίζεται με μέτρα που αφορούν θετικές πτυχές της ζωής ενός του ατόμου. Χαρακτηριστικά θα λέγαμε είναι τα θετικά συναισθήματα και η ικανοποίηση από τη ζωή.

Σε πρώτο στάδιο η έννοια της ΣΥΠΖ χρησιμοποιήθηκε, για να μετρήσει αποτελέσματα σε χρόνιες παθήσεις, σε θεραπείες, αλλά και σε αναπηρίες. Επιπλέον, τα ινστιτούτα, όπως Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας (NIH) - όπως το Εθνικό Ινστιτούτο

Καρκίνου (NCI) - και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) - όπως το Εθνικό Κέντρο για την Κλινική Πρόληψη της χρόνιας νόσου και προαγωγή της υγείας (NCCDRHP) - συμπεριέλαβαν στην αξιολόγηση και τη βελτίωση της ΣΥΠΖ και την ευημερία ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία (World Health Organization 2005).

2.3 Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ

Η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες του χώρου της υγείας, καθώς παρέχει μια σφαιρική εικόνα των επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας του ατόμου, χωρίς να περιορίζεται σε έναν απλό διαγνωστικό-κλινικό έλεγχο. Η αποτίμηση της ΣΥΠΖ σε έναν ασθενή μπορεί να αναδείξει την επίδραση της νόσου σε πολλαπλά επίπεδα- σωματικό, ψυχικό, αλλά και κοινωνικό, το οποίο δεν μπορεί να αποτυπωθεί μόνο μέσω κλινικής εξέτασης (Θεοδωροπούλου, Ε., κλπ.2012).

Η συγκεκριμένη μέθοδος αξιολόγησης έχει αναδειχθεί τις τελευταίες δεκαετίες προσθέτοντας έναν καθαρά ανθρωποκεντρικό παράγοντα στο τομέα της υγείας. Δεδομένου ότι η μέτρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους. Η επιλογή των εργαλείων ορίζεται από το σκοπό-στόχο της μελέτης. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι ερωτηματολόγια τα οποία απεικονίζουν διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορούν βάσει των απαντήσεων να αποτιμήσουν ποσοτικά δεδομένα. Υπάρχουν 2 ειδών ερωτηματολόγια για τη μέτρηση του γενικού επιπέδου υγείας (γενικά ερωτηματολόγια), αλλά και συγκεκριμένων ομάδων ασθενειών (ειδικά ερωτηματολόγια)(Γ.Υφαντόπουλος, Μ. Σαρρής.,2001). Τα γενικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται σε όλες τις καταστάσεις και τις νόσους και προσδιορίζουν γενικά τη ΣΥΠΖ. Τα ειδικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ΣΥΠΖ διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: (α) Ειδικά ερωτηματολόγια για μία συγκεκριμένη νόσο, όπως π.χ. την φλεγμονώδη εντεροπάθεια, (<http://mail.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/267.pdf>) (β) ειδικά ερωτηματολόγια για μία ορισμένη παράμετρο υγείας, όπως η ψυχολογική ευημερία, (γ) ειδικά ερωτηματολόγια για ένα ορισμένο σημείο του σώματος και (δ) εξατομικευμένα ερωτηματολόγια. Τα ειδικά ερωτηματολόγια μετρούν ένα

συγκεκριμένο εύρος της ποιότητας ζωής και όχι σε συνολικό παγκόσμιο επίπεδο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στην αποτίμηση της ΣΥΠΖ μετρούν λίγο ή πολύ το σύνολο ή τις επιμέρους διαστάσεις της ΣΥΠΖ. Αρκετά από τα ερωτηματολόγια αυτά είναι μεταφρασμένα και εγκυροποιημένα και στην ελληνική γλώσσα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σε μια προσέγγιση να κατανοήσουμε πόσο συνυφασμένη είναι η ποιότητα ζωής με τις πάσχουσες ασθενείς του καρκίνου του μαστού, αρκεί να ανατρέξουμε σε έρευνες και μελέτες που μας αποδεικνύουν την ύπαρξη ποιότητας ζωής και το βαθμό της.

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού (BC) είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες σε παγκόσμια κλίμακα. Σε μια περιεκτική ανασκόπηση των πρωτότυπων άρθρων που δημοσιεύθηκαν από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Οκτώβριο του 2021 από βάσεις δεδομένων, όπως Embase, Scopus, PubMed και Web of Science με βάση τη δήλωση Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, συμπεραίνεται ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τις πάσχουσες από τον καρκίνο του μαστού (BC) παγκοσμίως και υπάρχουν αρκετές συνέπειες για την ανάπτυξη παρεμβάσεων πολιτικής για την αποτελεσματική βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με BC. Με αυτόν τον τρόπο, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να δίνουν επαρκείς συμβουλές στους ασθενείς τους με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Αναφορικά με την έρευνα, εξετάστηκαν συνολικά 9.012 ασθενείς με καρκίνο μαστού. Η βαθμολογία QoL που υπολογίστηκε από το EORTC QLQ-C30 ήταν 64,72 (95% CI 59,24 έως 70,20), ενώ η βαθμολογία που λήφθηκε από το FACT-B ήταν 84,39 (95 % CI 64,24 έως 104,54) και οι βαθμολογίες από QLQ-BR23 και SF-36 ήταν 66,33 (95% CI 62,76 έως 69,90) και 57,23 (95% CI 47,65 έως 66,82), αντίστοιχα. Μια μετα-ανάλυση επιβεβαίωσε μια σημαντική άμεση σχέση μεταξύ της βαθμολογίας QoL των ασθενών με BC και της ηλικίας τους ($p=0,03$). Απόρροια της παραπάνω έκθεσης είναι πως οι βαθμολογίες της ποιότητας ζωής των ασθενών που είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία ήταν υψηλότερες εν συγκρίσει με τις ασθενείς που βρίσκονται επί του παρόντος υπό θεραπεία (Akbar Javan Biparva, 2022).

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι τα τεστ ποιότητας ζωής αποτελούν τη βάση για την αξιολόγηση της κατάστασης των ογκολογικών ασθενών. Μέσα από απόκτηση πολύτιμων πληροφοριών από τους ασθενείς για τα συμπτώματα της νόσου, τις

αρνητικές επιπτώσεις της θεραπείας και την αξιολόγηση των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών πτυχών, αφουγκραζόμαστε την οπτική των ασθενών του καρκίνου των μαστών. Για τις ασθενείς, την οικογένεια και τους φροντιστές, η συνεκτίμηση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής από τις ίδιες τις πάσχουσες κατά τη διάρκεια της νόσου, έχει θετική επίδραση στην ευημερία τους. Η συνεκτίμηση αυτή γίνεται σπουδαίος αρωγός, καθώς συμβάλλει και στην ικανοποίηση από τη διεπιστημονική και την ολιστική ογκολογική φροντίδα.

Μια πληθυσμιακή συγχρονική μελέτη, πολλαπλών περιοχών έλαβε χώρα μεταξύ ασθενών με καρκίνο στο Ογκολογικό Κέντρο Podkarpackie, Clinical Provincial Hospital στο Rzeszów το 2018–2020. Στόχος είναι να αποτιμηθεί η ποιότητα ζωής τους. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στηρίχθηκε σε μια κλινική συνέντευξη. Βασικό εργαλείο ήταν το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L, η Κατάσταση Απόδοσης Karnofsky, η λίστα ελέγχου συμπτωμάτων, την Εκτίμηση Συμπτωμάτων του Edmonton και την Οπτική Αναλογική Κλίμακα.

Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με καρκίνο κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής τους. Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, ήταν σημαντικό να συμπεριληφθούν ασθενείς με αρκετά σταθερά χαρακτηριστικά. Οι επιλέξιμοι ασθενείς πήραν έναν αριθμό πληροφοριών από τον ιατρό τους, ο οποίος είναι μέλος της ερευνητικής ομάδας. Η επιστολή, που εμπεριείχε τις απαραίτητες προς τους ασθενείς πληροφορίες, τους ενημέρωνε σχετικά με τους σκοπούς και τους στόχους της έρευνας, το περιεχόμενό της και μια φόρμα συγκατάθεσης, για να συμπληρωθεί από τον ενδιαφερόμενο ασθενή. Σε περίπτωση ένστασης ή απόρριψης, υπήρχε και ένα φύλλο μη συναίνεσης.

Με τη συγκατάθεση του ασθενούς, ξεκινά η συνέντευξη στην κλινική από έναν ερευνητή, η οποία διαρκεί 40 λεπτά. Στη διάρκειά της, αν ο ασθενής νιώσει κόπωση, υπάρχει μέριμνα, καθώς η συνέντευξη χωρίστηκε σε μέρη, ώστε να υπάρχει ψυχοσωματική άνεση για κάθε ασθενή. Η επιλογή του κάθε ασθενούς έγινε από το ογκολογικό τμήμα σε ασθενείς εντός τριών μηνών από τη διάγνωση. Οι κύριοι παράγοντες συμμετοχής στη μελέτη ήταν η διάγνωση καρκίνου τουλάχιστον τρεις μήνες πριν από τη μελέτη, το προσδόκιμο ζωής να είναι άνω των 6 μηνών, η ηλικία των ασθενών να είναι άνω των 18 ετών, η χημειοθεραπεία, η έλλειψη ιστορικού

άλλων χρόνιων παθήσεων και η επίγνωση της διάγνωσης. Επίσης, επιλέχθηκαν ασθενείς με συμπαγή καρκίνο, διότι οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες συνήθως έχουν πολύ διαφορετική πορεία ποιότητας ζωής, όπως επίσης και πρόγνωση σε σύγκριση με αυτούς με συμπαγείς όγκους. Δεν έγιναν δεκτοί στη μελέτη οι ασθενείς των οποίων η διάγνωση καρκίνου ήταν μικρότερη των τριών μηνών, καθώς η αρχική περίοδος διάγνωσης και θεραπείας συνυφαίνεται με τεράστιο ψυχολογικό φόρτο και την ανάγκη προσαρμογής στη νέα κατάσταση. Οι λόγοι αυτοί ίσως προκαλούσαν σφάλματα στα αποτελέσματα. Επίσης, αποκλείστηκαν οι ασθενείς που ήταν πολύ σωματικά άρρωστοι, συναισθηματικά ταλαιπωρημένοι, οι κάτω των 18 ετών ή οι μη εγγράμματοι στα πολωνικά, εκείνοι που βρίσκονται σε ξενώνα ή κατ' οίκον φροντίδα ή λαμβάνουν μόνο θεραπεία παρηγορητικής φροντίδας για περισσότερες από 2 εβδομάδες.

Όταν ο ασθενής υπέγραφε το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης, ακολουθούσε η συλλογή πληροφοριών από τον ίδιο αναφορικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του, το ιστορικό της οικογένειας και τα συμπτώματα κατά το πρώτο στάδιο που κίνησαν υποψίες στον ασθενή, την αντίληψη των συμπτωμάτων και την αντίδρασή του κατά την ενημέρωσή του.

Ταυτοχρόνως, έπρεπε να συμπληρωθεί από τον ασθενή το ερωτηματολόγιο σχετικά με την ποιότητα ζωής του που συνδέεται με την υγεία. Κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής EQ-5D-5L, η Κατάσταση Απόδοσης Karnofsky, μία λίστα ελέγχου συμπτωμάτων, η Εκτίμηση Συμπτωμάτων του Edmonton και η Οπτική Αναλογική Κλίμακα. Αν ο ασθενής πληρούσε τις προϋποθέσεις για θεραπευτική χειρουργική θεραπεία, η αρχική συνέντευξη έλαβε χώρα τον μήνα που ακολούθησε το εξιτήριο μετά την επέμβαση. Τα κλινικά αρχεία αναθεωρήθηκαν, επίσης, για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη συννοσηρότητα κατά τη διάγνωση, τα χαρακτηριστικά του όγκου κατά τη διάγνωση, τη θεραπεία που ελήφθη, τις επισκέψεις στο νοσοκομείο και τις διερευνητικές διαδικασίες κατά την παρακολούθηση.

Στη μελέτη συμμετείχαν 800 ασθενείς, με 60% γυναίκες και 40% άνδρες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο, που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Ο νεότερος ήταν 26 ετών και ο μεγαλύτερος 75 ετών. Το 58% ήταν κάτοικοι της υπαίθρου και το 42%

κάτοικοι της πόλης. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν SD 54,52 (8,86) έτη. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν βάσει του δημόσιου συστήματος υγείας.

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί πως το ερωτηματολόγιο εγκρίθηκε από κλινική ψυχολόγο, εργαζόμενο σε ογκολογική κλινική. Περιείχε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, απλής επιλογής και πολλαπλής επιλογής, επιτρέποντας τη λήψη καταγεγραμμένων και επιδημιολογικών πληροφοριών, καθώς και την αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, των ψυχολογικών, σωματικών, καθημερινών, σεξουαλικών και πνευματικών αναγκών, καθώς και των αναγκών περίθαλψης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 28% (95% CI (διάστημα εμπιστοσύνης): 27–30) των ασθενών δήλωσαν την ικανότητα να εκτελούν κανονική φυσική δραστηριότητα. Στην αξιολόγηση του προφίλ, της ποιότητας ζωής και των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του EQ-5D-5L, απεδείχθη ότι οι ασθενείς αντιμετώπιζαν τα πιο σοβαρά προβλήματα αναφορικά με την αυτοφροντίδα (81%, 95% CI: 76–89) και το αίσθημα άγχους. και καταθλιπτικό (63%, 95% CI: 60–68).

Επίσης, η παρούσα έρευνα απέδειξε ότι ο καρκίνος έχει αναμφίβολα αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών, κάτι που σχετίζεται με την ίδια τη διαδικασία της νόσου, τη θεραπεία που χρησιμοποιείται και τη διάρκεια της νόσου.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να υπογραμμισθεί πως η ποιότητα ζωής στον καρκίνο είναι μια δυναμική, πολυδιάστατη έννοια, αναφερόμενη στο σύνολο των πτυχών της ζωής και τις ανθρώπινες επιταγές, αξιολογώντας συνεχώς τις διαδικασίες εξισορρόπησης μεταξύ της πραγματικής κατάστασης και της ιδανικής κατάστασης σε μια δεδομένη στιγμή. Η ποιότητα ζωής είναι ένα υποκειμενικό συναίσθημα, που καθορίζεται κυρίως από ατομικές ανάγκες, πεποιθήσεις, αξίες και στάσεις. Ταυτοχρόνως είναι μια τιμή που αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Αναλύοντας μια πρόσφατη βιβλιογραφία, δείχνει ότι οι καρκινοπαθείς μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές κατηγορίες αναγκών. Η ασθένεια είναι μια δυσάρεστη εμπειρία στην οποία κάθε άτομο αντιδρά ξεχωριστά. Οι ψυχικές αντιδράσεις ταυτίζονται με το χαρακτήρα κάθε ατόμου και την αντίληψη που έχει επί του θέματος υγείας του. Η ψυχική κατάσταση είναι μεταβαλλόμενη με το χρόνο, την πορεία της νόσου και τη θεραπεία. Ωστόσο, η θετική στάση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της ανάρρωσης και της πλήρους ίασης της ασθενούς.

Αδήριτη ανάγκη είναι η παραδοχή από όλους μας πως η ποιότητα ζωής συνήθως κρίνεται υποκειμενικά από την ασθενή. Σε περίπτωση που αυτό καταστεί ανέφικτο, τότε το ρόλο αυτό έχει ο γιατρός, ο νοσηλευτής ή ο φροντιστής (Anna Lewandowska, 2020).

Μελετώντας μια ακόμη έρευνα, παρατηρήσαμε πως στόχο είχε την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων διαδικτυακών ομαδικών συναντήσεων για ασθενείς με καρκίνο του μαστού στην ενεργό φάση της θεραπείας. Οι συνεδρίες ομαδικής θεραπείας λάμβαναν χώρα σε εβδομαδιαία βάση, συγχρονισμένα και διαδικτυακά, μέσω του Zoom. Συνολικά ήταν 12 συναντήσεις διάρκειας περίπου 2,5 ωρών ανά συνεδρία, μεταξύ Δεκεμβρίου 2021 και Φεβρουαρίου 2022. Μέσα από αυτές τις συνεδρίες, γινόταν η συλλογή των θεμάτων συζήτησης, τα οποία επέλεγαν οι συμμετέχοντες, η δομή της ομάδας, ενώ ακολουθούσε αποτίμηση των αποτελεσμάτων, τα οποία προέκυψαν στις κύριες κλίμακες αξιολόγησης-παρακολούθησης της ποιότητας ζωής και των κινήτρων συμμετοχής των ασθενών στη θεραπευτική ομάδα.

Εδώ πρέπει να υπογραμμισθεί ότι στο σύνολό τους οι ασθενείς βρίσκονταν στην ενεργό φάση της θεραπείας. Είναι δηλαδή στο στάδιο της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας ή της ορμονοθεραπείας. Η βασικότερη επιδίωξη της ομαδικής θεραπείας ήταν η μείωση του στρες, η οποία συνυφαίνεται με τη νόσο.

Και σε αυτήν την έρευνα, σημαντικό ρόλο παίζουν η μέθοδος και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε. Ειδικότερα, υπήρχαν ψυχολογικά τεστ ABS, EQ-5D-5L, HADS—Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης και το ερωτηματολόγιο υποτροπής φόβου. Τα ερωτηματολόγια διενεμήθηκαν κατά το αρχικό και τελικό στάδιο της θεραπευτικής παρέμβασης. Πριν δημιουργηθεί η ομάδα, οι ασθενείς συμμετείχαν σε ατομικές διαδικτυακές συναντήσεις με τον θεραπευτή τους. Οι προκατακτικές συναντήσεις βοηθούσαν τον θεραπευτή στην αξιολόγηση της προσωπικότητας του κάθε ατόμου και τη δημιουργία της ήρεμης θεραπευτικής συμμαχίας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στη θεραπεία και στην έρευνα των ασθενών ήταν η υπογραφή του εγγράφου συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης. Η παρέμβαση αξιολογήθηκε στην τελική φάση μέσω ερωτηματολογίου ανατροφοδότησης. Όταν η ομάδα σχηματίστηκε και οι συμμετέχοντες υπέγραψαν

ένα έγγραφο συγκατάθεσης, ύστερα από ενδελεχή ενημέρωση, οι ίδιοι συμφώνησαν να καταγραφούν οι συνεδρίες.

Ειδικότερα, η ομάδα θεραπείας αποτελείται από εννέα ασθενείς με καρκίνο του μαστού στην ενεργό φάση της θεραπείας, μεταξύ των ηλικιών 32 και 55 ετών, μέσης-ανώτερης εκπαίδευσης, παντρεμένοι, με ανήλικα και ενήλικα παιδιά, οι οποίοι ζουν σε διαφορετικές πόλεις της Ρουμανίας: Βουκουρέστι, Μπακάου, Ialomița, Constanța, Galați, Timișoara και Odorheiu Secuiesc.

Τα ψυχολογικά τεστ που χρησιμοποιήθηκαν στην αξιολόγηση της ομάδας ήταν το Ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L (για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού), το HADS-(κλίμακα που μετρά τον βαθμό άγχους και της κατάθλιψης), το ερωτηματολόγιο φόβου υποτροπής (FoP-Q -SF). Χρησιμοποιώντας αυτά τα δείγματα, αξιολογήθηκαν τα συγκεκριμένα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας, οι παράγοντες προσωπικότητας και οι συμπεριφορικές αντιδράσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις.

Αφού έγινε σύγκριση των αρχικών και τελικών αποτελεσμάτων των ψυχολογικών τεστ που χορηγήθηκαν, διαπιστώθηκε βελτίωση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Επίσης, παρατηρήθηκε κλινικά σημαντική μείωση στις περιοχές του πόνου και της κατάθλιψης. Ταυτοχρόνως, υπήρξε αξιόλογη αύξηση της αντίληψης της ευημερίας, μείωση των βαθμολογιών FoP και άνοδος του επιπέδου ορθολογισμού, η οποία σχετίζεται με τη νόσο. Συμπερασματικά, για τους ασθενείς με καρκίνο, η ομαδική θεραπεία απεδείχθη χρήσιμη για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Παρόλο που έλαβε χώρα διαδικτυακά, παρείχε ένα ασφαλές περιβάλλον, στο οποίο μπορούσαν να μοιραστούν συναισθήματα. Υπήρχε στενή συνάφεια μεταξύ των βαθμολογιών που λήφθηκαν στις κλίμακες FoP-Q και HADS. Θα πρέπει να τονιστεί πως υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ του FoP και της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα σε αυτές τις κλίμακες αποτιμήθηκαν καλά μαζί με τα αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής EQ-5D-5L. Το θετικότερο απότοκο είναι ότι οι ασθενείς δήλωσαν ισχυρότεροι στη μάχη κατά του καρκίνου, πιο σίγουροι και καλύτερα ενημερωμένοι (Ciuhu A.N., et al,2015)(Elena Gabriela Vâlcu, 2023).

Και στην επόμενη έρευνα, αφορμή στάθηκε ότι σε όλες τις χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ρουμανίας, ο πιο κοινός τύπος καρκίνου μεταξύ των γυναικών είναι ο καρκίνος του μαστού. Οι στατιστικές δείχνουν ότι, στις γυναίκες της Ευρώπης, ο καρκίνος του μαστού είναι ο κορυφαίος τύπος καρκίνου όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης και την μία από τις κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο. Το 2012, τα περιστατικά του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη έχει φτάσει σε επίπεδο ρεκόρ 463,8 γυναικών από 100.000, ενώ η θνησιμότητα ήταν 131,2 γυναίκες στις 100.000. Στη Δυτική Ευρώπη, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού έχει φτάσει τα 90 νέα περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ετησίως και η θνησιμότητα είναι 38,4 ανά 100.000 γυναίκες, ανά έτος (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2013). Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στις χώρες της Κεντρικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, η Ρουμανία έχει την υψηλότερη επίπτωση καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μεταξύ όλων αυτών των καταστάσεων. Στη Ρουμανία, το 2006 η επίπτωση του καρκίνου του μαστού ήταν 50,56 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες και η θνησιμότητα ήταν 23,88 ανά 100.000 γυναίκες.

Η βιολογική επιθετικότητα του όγκου είναι εξαρτώμενη από πολλούς παράγοντες. Ένας κύριος παράγοντας είναι η ηλικία του ασθενούς. Οι μελέτες δείχνουν καλύτερη πρόγνωση σε γυναίκες άνω των 45 ετών σε σχέση με γυναίκες κάτω των 40 ετών, οι οποίες έχουν χειρότερη πρόγνωση. Σε πολύ νεαρές γυναίκες, κάτω των 35 ετών, η πρόγνωση είναι η δυσκολότερη, διότι τείνουν να αναπτύσσουν τοπικά-περιφερειακή και μακρινή υποτροπή.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην υποτροπή της νόσου και συνολικά στην επιβίωση είναι το μέγεθος του όγκου. Ωστόσο, όσο σημαντικό είναι το μέγεθος του όγκου υπάρχει και η κατάσταση των μασχαλαίων λεμφαδένων. Οι όγκοι μεγαλύτεροι από 2 εκατοστά δίνουν ενδιάμεσο ή υψηλό κίνδυνο, ακόμη και απουσία άλλων προγνωστικών παραγόντων κινδύνου.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω, διενεργήθηκε η παρούσα έρευνα. Μέρος στην έρευνα αυτή πήραν 304 με καρκίνο του μαστού που νοσηλεύτηκαν και χειρουργήθηκαν από την ίδια χειρουργική ομάδα, στο διάστημα 2010 – 2013. Οι ασθενείς ήταν 42 ηλικίας μεταξύ 26 και 45 ετών. Ειδικότερα, έξι από αυτές είχαν καρκίνωμα in situ (intraductal in situ καρκίνωμα και comedocarcinoma), έντεκα είχαν

ενδοπορικό θηλώματα με περιοχές μη διηθητικού καρκινώματος, επτά είχαν θηλώματα με in situ καρκίνωμα εντός κυστικής βλάβης και δεκαοκτώ ασθενείς είχαν διηθητικά καρκινώματα. Οι ασθενείς με μη διηθητικά καρκινώματα ήταν αντιμετωπίζονται συντηρητικά με τετραδεκτομή και μικροαγωγοεκτομή, με 3 έως 5 ημέρες από νοσηλεία και απλή εξέλιξη. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως τα έξοδα νοσηλείας σε αυτές τις περιπτώσεις ανήλθαν σε 275 ευρώ ανά ασθενή. Για ασθενείς με διάγνωση επεμβατικού μαστού νεόπλασμα έγινε ριζική μαστεκτομή με μασχαλιαία λεμφαδένα και η νοσηλεία διήρκησε 7 έως 8 ημέρες. Οι ασθενείς που χρειάζονται παρατεταμένες εκτομές στον μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ (6 περιπτώσεις) είχαν μεγαλύτερη νοσηλεία, οι οποίες διήρκησαν 9 έως 10 ημέρες. Η υπόλοιπη κάλυψη δερματικών ελαττωμάτων ήταν απαραίτητη σε 4 περιπτώσεις. Η μέση διάρκεια της επέμβασης αυξήθηκε κατά 60 λεπτά και η μέση περίοδος νοσηλείας κυμάνθηκε μεταξύ 12 και 16 ημερών με προσαρμοσμένο κόστος νοσηλείας από 660 έως 880 ευρώ. Οι ασθενείς που παρουσίασαν αιμορραγία ή υπήρχαν μολυσμένοι τοπικά προχωρημένοι όγκοι του μαστού έλαβαν θεραπευτική ή προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών μαζί με χειρουργική θεραπεία. Κάθε ασθενής, με επεμβατικό νεόπλασμα του μαστού που απαιτούσε μασχαλιαίους λεμφαδένες, έπρεπε να ακολουθήσει προφυλακτική θεραπεία του λεμφοιδήματος των άνω άκρων, που συνίσταται έγκαιρη χορήγηση κλασματοποιημένης ηπαρίνης και μικρονισμένων φλαβονοειδών (Detralex®), ξεκινώντας με την ημέρα λειτουργίας για διάστημα 14 έως 21 ημερών, σε ελαστική συμπίεση του στήθους και βραχίονας για 14 μετεγχειρητικές ημέρες και επίσης σε φυσικοθεραπευτικά μέτρα.

Συγκεφαλαιωτικά, όπως προκύπτει από τη μελέτη, οι νεαρές γυναίκες, που διαγνώστηκαν πρώιμα με καρκίνο του μαστού, επωφελήθηκαν από τη μειωμένη κλίμακα χειρουργικής επέμβασης, τη σύντομη νοσηλεία και το μειωμένο κόστος θεραπείας. Επιπλέον, σε αυτές τις περιπτώσεις μια επικουρική ογκολογική θεραπεία ήταν περιττή. Οι περισσότερες από αυτές τις γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού δεν παρουσίασαν καμία σοβαρή ψυχολογική διαταραχή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ακόμα, έχει παρατηρηθεί πως και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, είχαν μια ικανοποιητική ψυχολογική άνεση, με αποτέλεσμα την ταχεία κοινωνική και οικογενειακή επανένταξη και γρήγορη επανέναρξη των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της εργασίας. Βάσει των συγκεκριμένων

αποτελεσμάτων, πιστοποιείται πως η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμα στάδια έχει σημαντικά οφέλη για τις ασθενείς σε όλα τα επίπεδα. Δυστυχώς, ο διηθητικός καρκίνος του μαστού σε νεαρές γυναίκες διαγιγνώσκεται συνήθως σε προχωρημένα στάδια. Στην παρούσα έρευνα, σχεδόν οι μισές γυναίκες διαγνώστηκαν προχωρημένα στάδια. Σε νεαρές ασθενείς η δομή του μαστικού αδένα καθιστά δύσκολη τη διάγνωση όγκων του μαστού σε πρώιμα στάδια. Από την άλλη πλευρά, στη χώρα που διεξάγεται η έρευνα (Ρουμανία) δεν υπάρχουν προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου και ενημερωτικής εκστρατείας για τη σημασία της αυτόματης ψηλάφησης στη νόσο του μαστού. Στην έρευνα, επίσης, πιστοποιείται πως οι γυναίκες δεν λαμβάνουν κλινική εξέταση μαστού πριν την εγκυμοσύνη ή την εμφύτευση σιλικόνης. Αυτό συνέβη και σε τέσσερις γυναίκες – ασθενείς της παρούσας έρευνας.

Η παρούσα έρευνα αποδεικνύει πως η συχνότητα του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού σε νεαρές γυναίκες αντιπροσωπεύει σχεδόν τις μισές περιπτώσεις που αναλύθηκαν σε αυτή τη μελέτη, γεγονός που δημιουργήθηκε από την απουσία προγραμμάτων ελέγχου. Η ριζική χειρουργική του μαστού, οι μακροχρόνιες επικουρικές θεραπείες, η διακοπή της επαγγελματικής ενασχόλησης και η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, ακόμη και από τον σύντροφο της ζωής, έχει αρνητικό ψυχολογικό αντίκτυπο ιδιαίτερα στο στάδιο της νεαρής γυναίκας. Το προσδόκιμο ζωής στην περίπτωση των ασθενών με διηθητικό καρκίνο του μαστού είναι πολύ χαμηλότερη σε σύγκριση με την πρώιμο καρκίνο του μαστού, παρά την δαπανηρή επικουρική θεραπεία. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι παρόντες ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να ενσωματωθούν ενεργά στην κοινωνικοοικονομική ζωή, γεγονός που ενισχύει τον αρνητικό ψυχολογικό αντίκτυπο. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, η οποία βρίσκεται σε πλήρη συμμόρφωση με την εξειδικευμένη βιβλιογραφία, στην περίπτωση των γυναικών με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού, το κόστος των ακολουθούμενων θεραπειών ήταν σχετικά υψηλό. Ακόμα, οι περισσότερες ασθενείς προτιμούσαν τη συνταξιοδότηση, παρά το νεαρό της ηλικίας τους. Συνυπολογίζοντας, λοιπόν, όλες αυτές τις πτυχές, πιστεύεται ότι μέσω της έγκαιρης ενημέρωσης, η ανίχνευση των πρώτων σταδίων της

ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή, θα αντιπροσώπευαν μια από τις καλύτερες λύσεις για την πρόωμη ανίχνευση καρκίνου του μαστού (Diaconu C., et al.,2014).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, κατά το έτος 2020, διεξήχθη η επόμενη έρευνα που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία σε επιζώντες από τον καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με μη καρκινικούς ελέγχους.

Στην παρούσα μελέτη, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία υψηλής ποιότητας σχετικά με την ποιότητα ζωής, το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού και γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου. Στόχος ήταν η αντιμετώπιση μέσω σύγκρισης των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από ασθενείς μεταξύ επιζώντων από καρκίνο του μαστού και γυναικών χωρίς ιστορικό καρκίνου του μαστού.

Οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού και οι γυναίκες χωρίς προηγούμενο καρκίνο επιλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων πρωτοβάθμιας περίθαλψης Datalink GOLD του Ηνωμένου Βασιλείου για την κλινική πρακτική, η οποία περιλαμβάνει δεδομένα ηλεκτρονικών αρχείων υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης βάσει πληθυσμού. Οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού και οι μάρτυρες ταυτίστηκαν συχνότερα με την ηλικία και την πρακτική της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με επικυρωμένα όργανα μέσω ταχυδρομικού ερωτηματολογίου. Τα μοντέλα γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν, για να εκτιμήσουν προσαρμοσμένες συσχετίσεις μεταξύ της επιβίωσης του καρκίνου του μαστού και των αποτελεσμάτων.

Από τη μελέτη αυτή, απεδείχθη ότι στο σύνολο των 356 επιζησάντων καρκίνου του μαστού (8,1 χρόνια μετά τη διάγνωση) και των 252 γυναικών χωρίς κάποιον προηγούμενο καρκίνο, οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής στους τομείς των γνωστικών προβλημάτων (προσαρμοσμένο β ($\alpha\beta$) = 1,4, $p = 0,01$), τη σεξουαλική λειτουργία ($\alpha\beta = 1,7$, $p = 0,02$) και την κόπωση ($\alpha\beta = 1,3$), $p = 0,01$), όμως δεν είχαν καμία διαφορά στα αρνητικά συναισθήματα, τα θετικά συναισθήματα, τον πόνο ή την κοινωνική αποφυγή. Οι επιζώντες από καρκίνο του

μαστού είχαν υψηλότερες πιθανότητες οριακού πιθανού άγχους (βαθμολογία ≥ 8) (προσαρμοσμένο OR = 1,47, 95%CI: 1,15-1,87), αλλά όχι διαφορές στην κατάθλιψη. Το προχωρημένο στάδιο της διάγνωσης και η χημειοθεραπεία συσχετίστηκαν με φτωχότερη ποιότητα ζωής.

Εν κατακλείδι, σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς ιστορικό καρκίνου, οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού αναφέρουν περισσότερα προβλήματα με τη γνωστική λειτουργία, τη σεξουαλική λειτουργία, την κόπωση και το άγχος, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος τους ήταν προχωρημένος ή/και θεραπεύτηκε με χημειοθεραπεία. Ακόμα, πρέπει να επισημανθεί ότι οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού με πιο προχωρημένη νόσο και/ή υποβάλλονται σε θεραπεία με χημειοθεραπεία θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά και, όταν είναι δυνατόν, να προσφέρεται τεκμηριωμένη παρέμβαση για κόπωση, γνωστική δυσλειτουργία και σεξουαλικά προβλήματα (Helena Carreira, et al.,2020).

Σχετικά με την επομένη έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων του Εθνικού Δείγματος Εσωτερικών Νοσοκομείων (NIS) 2010–2014 για τη λήψη ενός πληθυσμού, η οποία σχετίστηκε με το γυναικείο μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Τα δεδομένα NIS λαμβάνονται από τον Οργανισμό Έρευνας Υγείας and Quality (AHRQ)'s Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) και δεν είναι μόνο ένα από τα μεγαλύτερα διαθέσιμα δημόσια δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά περιέχει επίσης όλα τα αρχεία εσωτερικών ασθενών σε νοσοκομεία των ΗΠΑ που πληρώνουν.

Για την έρευνα, εξετάστηκαν τα χαρακτηριστικά του τελικού συνόλου δεδομένων που περιελάμβανε χαρακτηριστικά ασθενών και νοσοκομείων με χρήση παρηγορητικής φροντίδας. Τα χαρακτηριστικά του ασθενή και του νοσοκομείου παρουσιάστηκαν σταθμισμένα ως προς τη συχνότητα (ποσοστό) ή μέσο όρο (SD). Για τη διερεύνηση των διαφορών της ομάδας (αν η λήψη παρηγορητικής φροντίδας), χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμές RaoScott Chi-Square για κατηγορικές μεταβλητές.

Χρησιμοποιήθηκαν και συνυπολογίστηκαν η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης της έρευνας, οι λόγοι πιθανοτήτων και το διάστημα εμπιστοσύνης 95% (ORs και 95% CI) για τη λήψη παρηγορητικής φροντίδας για ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Μέσω πολλαπλών μεταβλητών έρευνα γραμμικής ανάλυσης

παλινδρόμησης, εξετάστηκε, επίσης, η επίδραση της παρηγορητικής φροντίδας τόσο στη διάρκεια παραμονής, όσο και στις χρεώσεις νοσηλείας. Όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας στατιστικό λογισμικό SAS (έκδοση 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, ΗΠΑ). Οι στατιστικές δοκιμές που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν όλες διπλής όψης και η στατιστική σημασία ήταν υπολογίζεται στην τιμή $p < 0,05$. Αυτή η μελέτη συμμορφώθηκε με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι και τα δεδομένα που χρησιμοποιήσαμε σε αυτήν τη μελέτη ήταν δευτερεύοντα δεδομένα, στην οποία όλα τα δεδομένα του ασθενούς ήταν κρυπτογραφημένα και δεν μπορούσαν να αναγνωριστούν. Αυτή η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Θεσμικής Αναθεώρησης του Πανεπιστημίου Soonchunhyang (202109-SB-083).

Αναλυτικότερα, δόθηκαν 5.209 εξιτήρια σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού βάσει των δεδομένων NIS 2010–2014. Το 19,0% είχε παρηγορητική φροντίδα. Μεταξύ των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού που πέθαναν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, περισσότεροι από τους μισούς έλαβαν παρηγορητική φροντίδα (55,4%). Μεταξύ αυτών που δεν πέθαναν, το 12,7% έλαβε ανακουφιστική φροντίδα. Ωστόσο, οι ασθενείς με καρκίνο που πέθαναν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους είχαν πολλές πιθανότητες να λάβουν παρηγορητική φροντίδα εν συγκρίσει με εκείνους που βρίσκονται ακόμα στη ζωή. (OR: 6,59, 95% CI: 5,50–7,90). Εδώ θα πρέπει να παρατηρηθεί πως οι μαύροι ασθενείς συσχετίστηκαν με λιγότερες πιθανότητες χρήσης παρηγορητικής φροντίδας σε σύγκριση με τους λευκούς. Επίσης, οι ασθενείς με Medicare ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν παρηγορητική φροντίδα, ενώ οι ασθενείς με άλλα είδη ασφάλισης συσχετίστηκαν με υψηλότερες πιθανότητες χρήσης παρηγορητικής φροντίδας. Η παρηγορητική φροντίδα χρησιμοποιήθηκε σημαντικά λιγότερο πιθανό σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση (OR: 0,07, 95% CI: 0,04–0,12) ή χημειοθεραπεία (OR: 0,69, 95% CI: 0,50–0,94) κατά την ίδια εισαγωγή. Η χρήση παρηγορητικής φροντίδας ήταν σημαντικά υψηλότερη στα αστικά εκπαιδευτικά νοσοκομεία σε σύγκριση με τα αγροτικά νοσοκομεία (OR: 1,38, 95% CI: 1,09–1,74).

Ακόμα, βάσει αποτελεσμάτων, πιστοποιείται ότι οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού που έλαβαν παρηγορητική φροντίδα αυξήθηκαν κατά 7,6% από το 2010 έως το 2014. Αυξήθηκε η χρήση της παρηγορητικής φροντίδας από χρόνο σε χρόνο μεταξύ του μεταστατικού καρκίνου του μαστού ασθενείς ήταν συνεπής με

προηγούμενες αμερικανικές μελέτες σχετικά με τη χρήση της παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με άλλα ιατρικά ζητήματα. Μεταξύ των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού που πήραν εξιτήριο από αμερικανικά νοσοκομεία, το 19,0% έλαβαν παρηγορητική φροντίδα, σημειώνοντας αύξηση από 14,3% το 2010 σε 21,9% το 2014. Αξίζει να σημειωθεί πως μεταξύ όλων των καρκινοπαθών, το 9,9% έλαβαν παρηγορητική φροντίδα και εκείνοι με καρκίνο προχωρημένου σταδίου εμφάνισαν

αύξηση της παρηγορητικής φροντίδας από 3,0% το 2005 σε 15,5% το 2014. Αυτό σημαίνει πως το 4,3% του συνόλου του καρκίνου του μαστού οι ασθενείς έλαβαν παρηγορητική φροντίδα. Ωστόσο, τα δεδομένα τους δεν έκαναν διάκριση μεταξύ των σταδίων των υποκειμένων

του καρκίνου. Το ποσοστό λήψης σκληρής ανακουφιστικής φροντίδας αυξήθηκε σε αυτή τη μελέτη, καθώς περνούσαν τα χρόνια, ενώ η πλειονότητα των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού δεν έλαβαν παρηγορητική φροντίδα. Σύμφωνα με την τρίτη έκδοση των κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής για την ποιοτική ανακουφιστική φροντίδα (κατευθυντήριες οδηγίες NCP) που συντάχθηκαν από το National Consensus Project για την Ποιοτική Ανακουφιστική Φροντίδα το 2013, ασθενείς με καρκίνο σοβαρά ή σε τελικό στάδιο που δεν είναι πιθανό να αναρρώσουν πρέπει να έχουν παρηγορητική φροντίδα. Η παρηγορητική φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται από μια ικανή διεπιστημονική ομάδα που μπορεί να επικεντρωθεί σε διαφορετικές πτυχές της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς και να παρέχει φροντίδα σε συνδυασμό με τον ασθενή και τις προτιμήσεις, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις της οικογένειάς τους. Παροχή σωματικής άνεσης, διαχείρισης πόνου και συμπτωμάτων, ψυχολογική αξιολόγηση, εκπαίδευση ασθενών, υπηρεσίες πένθους, περιβάλλον θεραπείας χωρίς αποκλεισμούς, πολιτισμικά και γλωσσικά ικανή φροντίδα και εργαλεία αντιμετώπισης, κατανόηση της κοινωνικής δομής και των πνευματικών αναγκών του ασθενούς, προώθηση ενός ειρηνικού και αξιοπρεπούς θανάτου και πρόσβαση στη νομική και ηθική παρηγορητική φροντίδα.

Οι οδηγίες NCP τονίζουν τη σημασία της διασφάλισης ότι στο μέλλον, όλες οι γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού θα έχουν πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα. Η χρήση της παρηγορητικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού ήταν σημαντικά υψηλότερη στις αστικές περιοχές

στα εκπαιδευτικά νοσοκομεία, σε σύγκριση με τα αγροτικά νοσοκομεία. Αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες που έχουν δείξει ότι η γενική πρακτική της παρηγορητικής φροντίδας χρησιμοποιείται συχνότερα σε αστικά νοσοκομεία και εκπαιδευτικά νοσοκομεία.

Ο τύπος του νοσοκομείου και η γεωγραφική θέση είναι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα της παρηγορητικής φροντίδας. Μια μελέτη που εξέτασε τη διαθεσιμότητα παρηγορητικής φροντίδας στα νοσοκομεία των ΗΠΑ διαπίστωσε ότι τα μη επαγγελματικά νοσοκομεία ήταν πιο πιθανό να υπάρχει παρηγορητική φροντίδα σε σύγκριση με τα επαγγελματικά νοσοκομεία και το ίδιο ισχύει για τις μητροπολιτικές περιοχές σε σύγκριση σε αγροτικές περιοχές. Ακόμα, τα αποτελέσματα της μελέτης απέδειξαν ότι ένας πολύ μικρός αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών υποβλήθηκε σε νοσοκομείο χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία ήταν λιγότερο πιθανό να λάβουν παρηγορητική φροντίδα. Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού έχουν τέσσερα πρότυπα κλινικής εξέλιξης: αργή, σταδιακή, ταχεία και de novo κακή κατάσταση. Σε κάθε μοτίβο του, η εξέλιξη έχει μια οξεία και μια σταθερή φάση. Η παροχή και η ανάγκη για παρηγορητική φροντίδα καθορίζονται με βάση την κατάσταση εξέλιξης και τη φάση που βιώνει ο ασθενής. Τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν ένα κενό στον καρκίνο σχετικά με τη διαχείριση της φροντίδας και τονίζουν τη σημασία της έναρξης της θεραπείας παρηγορητικής φροντίδας νωρίς, αμέσως μετά τη μεταστατική διάγνωση καρκίνου, δεδομένης της ευεργετικής φύσης του, όπως φαίνεται από προηγούμενες έρευνες. Μεταξύ των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, εντοπίσαμε διαφορές σχετικά με τη λήψη παρηγορητικής φροντίδας. Όπως τονίστηκε και παραπάνω, οι ασθενείς με Medicare και οι μαύροι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν ανακουφιστική φροντίδα από τους λευκούς ασθενείς. Σε άλλες μελέτες, υπογραμμίζονται η έλλειψη επίγνωσης, η έλλειψη γνώσης, ο φόβος που μπορεί να επισπεύσει τον θάνατο και η αμφιβολία που μπορεί να προκαλέσει μπορεί να αναγκάσει τους παρόχους να παρέχουν ανεπαρκή φροντίδα μπορεί να σχετίζονται με χαμηλότερη φροντίδα για τους μαύρους ασθενείς.

Πηγαίνοντας ένα βήμα παρακάτω, θα πρέπει να παραδεχτούμε πως πρέπει να υπάρχει επέκταση των προγραμμάτων παρηγορητικής φροντίδας, επειδή αυτή η υπηρεσία υποχρησιμοποιείται στο Medicare

δικαιούχοι. Επιπλέον, η λήψη παρηγορητικής φροντίδας συσχετίστηκε με χαμηλότερη ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα (OR=6,59), η οποία είναι συνεπής με προηγούμενες μελέτες για διαφορετικούς καρκίνους και καταστάσεις, όπου η παρηγορητική και ανακουφιστική. Η περίθαλψη συνιστάται πιθανότατα σε ασθενείς που είναι άρρωστοι στο τελικό στάδιο ή ως έσχατη λύση. Η ανακουφιστική φροντίδα έχει αποδειχθεί ωφέλιμη για ασθενείς με καρκίνους πρώιμου σταδίου ή σε συνδυασμό με την παραδοσιακή θεραπεία.

Επιπροσθέτως, πολλές μελέτες, που άπτονται του θέματος, δείχνουν ότι η παρηγορητική φροντίδα προορίζεται συνήθως για τους ηλικιωμένους. Η κατάσταση αυτή συντηρεί την υποβάθμιση της παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς που μπορούν να ωφεληθούν σημαντικά από αυτήν. Χωρίς την προοπτική καλύτερων ευκαιριών, η χρήση της παρηγορητικής φροντίδας μπορεί στη συνέχεια να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL).

Χρήζει αναφοράς το γεγονός ότι οι νοσοκομειακές χρεώσεις μειώθηκαν σημαντικά κατά 6.099\$ για ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα, σε σύγκριση με εκείνους που δεν τη λαμβάνουν.

Συνοψίζοντας, ένας μικρός αριθμός μελετών έχει επικεντρωθεί στην παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς με μεταστατική νόσο καρκίνος του μαστού. Αυτή η μελέτη επικεντρώνεται στη χρήση της παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού και ως εκ τούτου μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις συνέπειες τόσο της καθυστερημένης ενσωμάτωσης, όσο και της επιλογής να μην ενσωματωθούν αυτή η υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης. Οι κλινικοί γιατροί που παρέχουν φροντίδα σε καρκινοπαθείς και σε εξαιρετικά ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούν τα οφέλη από τη χρήση της παρηγορητικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τους θεραπευτικούς στόχους των ασθενών.

Συμβουλευτικά ως απόρροια της παρούσας έρευνας, συνάγεται το αποτέλεσμα πως πρέπει να διεξαχθεί πρόσθετη έρευνα σχετικά με αυτό το θέμα, καθώς τα ευρήματά της έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας και καλύτερες εμπειρίες για καρκινοπαθείς (Kim S.J., et al.,2023).

Η επόμενη μελέτη έχει στόχο και εκείνη την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία (HRQOL) των εξωτερικών ασθενών που λαμβάνουν

αντικαρκινική θεραπεία. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η παρατηρητική, συγχρονική, μονοκεντρική μελέτη που αξιολόγησε την HRQOL σε καρκινοπαθείς που δέχονται αντινεοπλασματική θεραπεία.

Πιο συγκεκριμένα, έλαβαν μέρος στην έρευνα 184 ασθενείς, από τον Απρίλιο μέχρι το Δεκέμβριο του 2018. Μια συνολική διαδοχική δειγματοληψία ασθενών που πληρούσαν κριτήρια επιλεξιμότητας (ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 18 ετών, οποιοσδήποτε συμπαγής όγκος υπό ενεργή αντινεοπλασματική θεραπεία, που περιλαμβάνει συμβατική χημειοθεραπεία, στοχευμένη θεραπεία και ανοσοθεραπεία) πραγματοποιήθηκε στην Ιατρική Ογκολογική Υπηρεσία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου (CHU) Ποντεβέδρα, Ισπανία. Απορρίφθηκαν όλοι οι ασθενείς που έλαβαν ακτινοθεραπεία κατά την αρχική αξιολόγηση και όσοι δεν μπορούσαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια PRO.

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές στο Medical Oncology Service Day Hospital και στο Νοσοκομείο Διανομής Αντικαρκινικών Φαρμάκων βοήθησαν στην πρόσληψη ασθενών. Και σε αυτή τη μελέτη, κρίθηκε αναγκαία η συγκατάθεση κάθε ασθενούς στις διαδικασίες μελέτης. Ο υπεύθυνος γιατρός προχώρησε τους ασθενείς, ύστερα από την αξιολόγηση των κριτηρίων τους. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν το FACT-G, το οποίο περιλαμβάνει μια συνολική βαθμολογία (εύρος κλίμακας 0 – 108, η υψηλότερη βαθμολογία την καλύτερη ποιότητα ζωής) και 4 βαθμολογίες υποκλίμακα: σωματική ευεξία (PWB, εύρος 0-28), κοινωνική-οικογενειακή (SFWB, εύρος 0-28), συναισθηματική ευεξία (EWB, εύρος 0-24) και λειτουργική ευεξία (FWB, εύρος 0-28). Για τη χρήση του ερωτηματολογίου έπρεπε να υπάρξει σχετική άδεια. Εν συνεχεία, οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Αναλυτικότερα, η κλίμακα ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Scale Of Performance Status (PS) ήταν υπεύθυνη για την ποσοτικοποίηση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών. Το στάδιο του όγκου προσδιορίστηκε βάσει της TNM της Αμερικανικής Μικτής Επιτροπής για τον Καρκίνο (AJCC). Η συλλογή των δεδομένων έγιναν με βάση τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι ασθενείς συμμετείχαν σε συνέντευξη και δέχτηκαν ανασκόπηση του ιατρικού τους ιστορικού. Στην παρούσα έρευνα, η ποιότητα ζωής σε καρκινοπαθείς αξιολογήθηκε κατά τη φάση της θεραπείας τους. Οι υψηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν στον τομέα SFWB και οι χαμηλότερες στους τομείς FWB και EWB. Ακόμα, υπήρχαν και οι

ικανοί παράγοντες της HRQOL, διαπιστώνοντας ότι η γενική ποιότητα ζωής, μετρούμενη με FACT-G, συσχετίστηκε στατιστικά με το στάδιο του όγκου, την κατάσταση απόδοσης (ECOG) και τον αριθμό και τη σοβαρότητα των ΑΕ. Αντίθετα, δεν συσχετίστηκε με τον τύπο του όγκου, τον τύπο θεραπείας ή τη διάρκεια και τον αριθμό των προηγούμενων γραμμών θεραπείας που ελήφθησαν. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι μεταβλητές που σχετίζονται με τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής με τη μορφή κλίσης ήταν το στάδιο του όγκου και η κατάσταση απόδοσης (ECOG). Το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε επίσης με χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν ότι παρά τις μεγάλες προόδους στη γνώση της βιολογίας του όγκου, την ανάπτυξη πολλαπλών νέων φαρμάκων και τη βελτίωση της υποστηρικτικής φροντίδας, αυτοί οι παράγοντες παραμένουν ως καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής στην καθημερινή κλινική πράξη. Το ερωτηματολόγιο FACT-G ανέπτυξε,

επικύρωσε και απέδειξε ότι η κλίμακα ήταν σε θέση να διακρίνει τους ασθενείς με βάση το στάδιο της νόσου και την κατάσταση απόδοσης.

Βρήκαν επίσης ότι η ευαισθησία FACT-G στο στάδιο παρατηρήθηκε όχι μόνο στη συνολική βαθμολογία, αλλά και στους τομείς PWB και FWB. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι στη μελέτη μας οι περισσότεροι ασθενείς είχαν προχωρημένη νόσο (77,7% στάδιο IV) και ένας από τους πιο επηρεασμένους τομείς ήταν ο τομέας PWB. Το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε με χαμηλότερο HRQOL.

Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της μέτρησης της HRQOL στην καθημερινή κλινική πρακτική σε εξωτερικούς ασθενείς που λαμβάνουν αντικαρκινική θεραπεία. Στη μελέτη αυτή, οι χαμηλότερες βαθμολογίες λήφθηκαν στους τομείς FWB και EWB. Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν το γεγονός ότι στον πληθυσμό της μελέτης θα μπορούσαν να υπάρχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες σε αυτές τις συγκεκριμένες περιοχές. Ένα άλλο εύρημα της μελέτης είναι ότι υπάρχουν προληπτικά μέτρα για ορισμένες από τις πιο συχνές ΑΕ, που μπορούν σαφώς να έχουν αντίκτυπο στην HRQOL. Αυτά τα αποτελέσματα μας τόνωσε την κοινή εργασία με την ογκολογική νοσηλευτική στην περιπατητική φροντίδα και να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και πληροφοριών σχετικά με προληπτικά μέτρα που σχετίζονται με τις ΑΕ.

Δεδομένου ότι δεν υπήρχαν δεδομένα για την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παρείχαν χρήσιμες πληροφορίες για τους τομείς που χρήζουν μεγαλύτερης έμφασης και, μαζί τη βοήθεια των νοσηλευτών, να αναπτυχθούν συστάσεις για ασθενείς για την πρόληψη και τη διαχείριση ανεπιθύμητων ίσως ενεργειών (Hae-Jin Suh Oh, A. 2021).

Ακόμα, μία έρευνα, που είχε ως απώτερο σκοπό την αποτίμηση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών, είναι εκείνη που έλαβε χώρα σε 200 καρκινοπαθείς. Με κάποια τροποποίηση, το ερωτηματολόγιο QoL του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC QLQ-C30) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς. Η ποιότητα ζωής στα περισσότερα άτομα (66%) ήταν αρκετά ευνοϊκή.

Αποτιμώντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ανακαλύπτουμε πως βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ του τύπου καρκίνου, της έντασης του πόνου και της κόπωσης. Ωστόσο, καμία από τις δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα) δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου QoL σε ασθενείς με ≤ 2 κύκλους CT ή/και με 3-5 κύκλους ($p < 0,001$).

Συμπερασματικά, ο καρκίνος αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα υγείας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Μια κατάλληλη θεραπεία που μπορεί να παρέχει φροντίδα στους καρκινοπαθείς είναι η αξονική τομογραφία. Ένας κύκλος CT μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους (Heydarnejad MS, et al., 2011).

Άλλη μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διεξήχθη το 2021, για να αξιολογηθούν τα στοιχεία της αποτελεσματικότητας της χρήσης ρουτίνας των PROM (patient-reported outcome measures) στην καθημερινή φροντίδα του καρκίνου όσον αφορά τα αποτελέσματα των ασθενών, τις εμπειρίες των ασθενών και τους δείκτες διαδικασίας και να προσδιοριστεί το αποτέλεσμα της παροχής ανατροφοδότησης σχετικά με τα ευρήματα PROM στους ασθενείς και / ή επαγγελματίες υγείας (HCPs).

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν μια συστηματική αναζήτηση. Οι μελέτες ήταν επιλέξιμες για συμπερίληψη όταν χρησιμοποίησαν μια PROM ως παρέμβαση, με ή χωρίς ανατροφοδότηση σε ασθενείς και/ή HCP, σε σύγκριση με τη μη χρήση PROM,

και χρησιμοποίησαν μια PROM ως παρέμβαση με ανατροφοδότηση σε ασθενείς και /ή HCP, σε σύγκριση με τη χρήση ενός PROM χωρίς την παροχή ανατροφοδότησης σε ασθενείς και/ή HCP.

Σε μια αποτίμηση των αποτελεσμάτων, εξετάστηκαν 8341 αναφορές, από τις οποίες 22 αρχικές μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Οι περισσότερες μελέτες βρήκαν θετική επίδραση στην επιβίωση, τα συμπτώματα, την HRQoL και την ικανοποίηση των ασθενών. Γενικά, η χρήση ανατροφοδότησης προς τον ασθενή και/ή τους HCP σχετικά με τα αποτελέσματα PROM οδήγησε σε καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων, HRQoL, ικανοποίηση ασθενούς και επικοινωνία ασθενούς-γιατρού. Η πλειονότητα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν είχαν ανεπαρκή ισχύ για τον εντοπισμό σημαντικών διαφορών στα αποτελέσματα που αξιολογήθηκαν.

Αυτή η ανασκόπηση δείχνει ότι βρέθηκαν κυρίως θετικά ευρήματα στη χρήση ενός PROM στην καθημερινή φροντίδα του καρκίνου. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν πιο θετικά αποτελέσματα όταν παρέχεται ανατροφοδότηση σε ασθενείς ή/και επαγγελματίες υγείας, και επομένως συνιστάται ιδιαίτερα να γίνεται πάντα αυτό (Graupner C. et al.,2021).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί πως μελέτες δείχνουν ότι η πρώιμη, ολοκληρωμένη παρηγορητική φροντίδα (PC) βελτιώνει την ποιότητα ζωής (QoL) και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (EoL) για ασθενείς με καρκίνους κακής πρόγνωσης. Ωστόσο, προσφέρεται η βέλτιστη στρατηγική για την παροχή Η/Υ για όσους πάσχουν από προχωρημένους καρκίνους που βιώνουν δύσκολες εκφάνσεις της ασθένειας, όπως ο μεταστατικός καρκίνος του μαστού (MBC), παραμένει άγνωστη. Πιο συγκεκριμένα, έγινε δοκιμή σχετικά με την επίδραση μιας παρέμβασης Η/Υ στην τεκμηρίωση των συζητήσεων περί φροντίδας EoL, των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς και της χρήσης του ξενώνα σε αυτόν τον πληθυσμό. Αναλύοντας τη μέθοδο της παρούσας έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2021, παρατηρήθηκαν πως οι ασθενείς με MBC και κλινικούς δείκτες κακής πρόγνωσης (n=120) χωρίστηκαν τυχαία, για να λάβουν παρέμβαση με υπολογιστή εξωτερικού (n=61) ή συνήθη φροντίδα (n=59) μεταξύ 2 Μαΐου 2016 και 26 Δεκεμβρίου, 2018, σε ακαδημαϊκό κέντρο καρκίνου. Ακολούθησαν 5 δομημένες επισκέψεις Η/Υ με

επίκεντρο τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση, την προγνωστική ευαισθητοποίηση, τη λήψη αποφάσεων και τον προγραμματισμό EoL. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα ήταν η τεκμηρίωση των συζητήσεων φροντίδας EoL στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας (EHR). Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα περιελάμβαναν την αναφορά ασθενών για συζητήσεις με κλινικούς γιατρούς σχετικά με τη φροντίδα EoL, την ποιότητα ζωής και τα συμπτώματα διάθεσης στις 6, 12, 18 και 24 εβδομάδες μετά την έναρξη και τη χρήση του ξενώνα.

Σχετικά με τα αποτελέσματα, το ποσοστό των συζητήσεων περί φροντίδας EoL που τεκμηριώθηκε στο EHR ήταν υψηλότερο μεταξύ των ασθενών παρέμβασης έναντι εκείνων που έλαβαν συνήθη φροντίδα (67,2% έναντι 40,7%, $P=.006$), συμπεριλαμβανομένου ενός υψηλότερου ποσοστού ολοκλήρωσης μιας φόρμας Ιατρικών Παραγγελιών για Θεραπεία Διατηρούμενης της Ζωής (39,3% έναντι 13,6%, $P=.002$). Οι ασθενείς παρέμβασης ήταν επίσης πιο πιθανό να αναφέρουν ότι συζητούσαν τις επιθυμίες τους για φροντίδα EoL με τον γιατρό τους (αναλογία πιθανοτήτων [OR], 3,10; 95% CI, 1,21-7,94; $P=.019$) και να λάβουν υπηρεσίες ξενώνα (OR, 4,03; 95% CI, 1,10-14,73, $P=.035$) σε σύγκριση με ασθενείς με συνήθη φροντίδα. Οι ομάδες μελέτης δεν διέφεραν ως προς την ποιότητα ζωής που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς ή τα συμπτώματα διάθεσης.

Είναι κοινώς παραδεκτό, μετά από τη συγκεκριμένη έρευνα, πως η παρούσα παρέμβαση Η/Υ συνέβαλε καταλυτικά και αύξησε σημαντικά τα ποσοστά συζήτησης και τεκμηρίωσης σχετικά με τη φροντίδα EoL και την παροχή υπηρεσιών ξενώνα μεταξύ ασθενών με MBC, αποδεικνύοντας ότι το PC μπορεί να προσαρμοστεί, για να καλύψει τις ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας ασθενών με μεγαλύτερη τροχιά νόσου (Greer J.A., et al.,2021).

Σκοπός της επόμενης μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ποιότητα ζωής μεταξύ των μακροχρόνια επιζώντων από καρκίνο του μαστού και ο εντοπισμός των ειδικών πτυχών της ποιότητας ζωής που επηρεάστηκαν σε αυτούς τους επιζώντες. Περιγράφουμε επίσης παράγοντες πρόβλεψης της ποιότητας ζωής. Οι δημοσιευμένες ερευνητικές εκθέσεις περιλαμβάνονταν, εάν περιέγραφαν την ποιότητα ζωής των επιζώντων από καρκίνο του μαστού που είχαν διαγνωστεί τουλάχιστον πέντε χρόνια νωρίτερα. Η μεθοδολογική ποιότητα των 10 επιλεγμένων

μελετών, που διεξήχθησαν μεταξύ 1997 και 2004, ήταν υψηλή σύμφωνα με έναν κατάλογο προκαθορισμένων κριτηρίων. Οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν ότι οι μακροχρόνιες επιζώντες από καρκίνο του μαστού παρουσίασαν καλή συνολική ποιότητα ζωής. Ωστόσο, σχεδόν όλες οι μελέτες ανέφεραν ότι οι επιζώντες από καρκίνο του μαστού αντιμετώπισαν ορισμένα συγκεκριμένα προβλήματα (π.χ. χοντρό και επώδυνο χέρι και προβλήματα με τη σεξουαλική λειτουργία). Η τρέχουσα ιατρική κατάσταση, το ποσό της κοινωνικής υποστήριξης και το τρέχον επίπεδο εισοδήματος ήταν ισχυροί θετικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής και η χρήση επικουρικής χημειοθεραπείας εμφανίστηκε ως αρνητικός προγνωστικός παράγοντας. Απαιτείται περισσότερη έρευνα σχετικά με τις ειδικές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των επιζώντων προκειμένου να μπορέσει να σχεδιαστεί κατάλληλες μελέτες παρέμβασης. Αν μη τι άλλο, αυτή η ανασκόπηση δείχνει ότι η εστίαση στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού είναι σημαντική κατά την αξιολόγηση της πλήρους έκτασης της θεραπείας του καρκίνου (Mols,F.V.F.,2005).

Μια ακόμα έρευνα έλαβε χώρα, βασιζόμενη σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1974 έως το 2007. Η στρατηγική αναζήτησης περιλάμβανε έναν συνδυασμό λέξεων-κλειδιών «ποιότητα ζωής» και «καρκίνος μαστού» ή «καρκίνωμα μαστού». Εντοπίστηκαν συνολικά 971 αναφορές και μετά την εξαίρεση των διπλότυπων, εξετάστηκαν οι περιλήψεις 606 αναφορών. Από αυτές, αποκλείστηκαν επίσης περιλήψεις συνεδριάσεων, συντακτικά άρθρα, σύντομοι σχολιασμοί, επιστολές, περιλήψεις λανθασμένων και διατριβών και εργασίες που εμφανίστηκαν στο διαδίκτυο και είχαν ευρετηριαστεί πριν από τη δημοσίευση. Οι υπόλοιπες 477 εργασίες εξετάστηκαν. Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται και παρουσιάζονται σε διάφορους τίτλους: εργαλεία που χρησιμοποιούνται, μελέτες επικύρωσης, θέματα μετρήσεων, χειρουργική θεραπεία, συστημικές θεραπείες, ποιότητα ζωής ως προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης, ψυχολογική δυσφορία, υποστηρικτική φροντίδα, συμπτώματα και σεξουαλική λειτουργία.

Χρησιμοποιήθηκαν πολλά έγκυρα όργανα για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου, το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής για τον Καρκίνο του Πυρήνα (EORTC QLQ-C30), το ειδικό συμπληρωματικό μέτρο για τον καρκίνο του μαστού

(EORTC QLQ-BR23) και το ερωτηματολόγιο Γενικής Θεραπείας Χρόνιας Ασθένειας Λειτουργικής Αξιολόγησης (FACIT-G) της ενότητας για τον καρκίνο του μαστού (FACIT-B) αποδείχτηκαν ότι είναι τα πιο κοινά και καλά ανεπτυγμένα εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Οι διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις οδήγησαν σε σχετικά παρόμοια αποτελέσματα όσον αφορά τις αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής, αν και οι ασθενείς με μαστεκτομή σε σύγκριση με τους ασθενείς με χειρουργική επέμβαση συντήρησης ανέφεραν συνήθως χαμηλότερη εικόνα σώματος και σεξουαλική λειτουργία. Συστημικές θεραπείες - σχεδόν όλες οι μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ίσως εμφανίσουν αρκετές παρενέργειες και συμπτώματα, τα οποία επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον, οι επικουρικές ορμονικές θεραπείες εντοπίστηκαν ότι έχουν παρόμοιο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, αν και σε γενικές γραμμές συσχετίστηκαν με βελτιωμένη επιβίωση. Η ποιότητα ζωής ως προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης - παρόμοια με γνωστούς ιατρικούς παράγοντες, τα δεδομένα ποιότητας ζωής σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού βρέθηκαν να είναι προγνωστικά και προγνωστικά του χρόνου επιβίωσης. Η ψυχολογική δυσφορία-άγχος και η κατάθλιψη βρέθηκαν να είναι κοινά μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού ακόμη και χρόνια μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Επίσης, βρέθηκε ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες προβλέπουν την επακόλουθη ποιότητα ζωής ή ακόμα και τη συνολική επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Υποστηρικτικές-κλινικές θεραπείες προβαίνουν στην παροχή συμβουλών, στην παροχή κοινωνικής υποστήριξης και την άσκηση επιδιώκοντας να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής.

Αναφορικά με τα συμπτώματα που επιφέρει ο καρκίνος του μαστού, αυτά είναι ο πόνος, η κόπωση, η νοσηρότητα του βραχίονα και τα μετεμμηνοπαυσιακά. Τα παρόντα συμπτώματα ήταν από τα πιο κοινά συμπτώματα που αναφέρθηκαν από ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Όπως συνιστάται, η αναγνώριση και η διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων είναι ένα σημαντικό ζήτημα, καθώς τέτοια συμπτώματα βλάπτουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η σεξουαλική λειτουργία των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερα των νεότερων ηλικιακά, είναι

περιορισμένη, ενώ οι ίδιοι υποφέρουν από κακή σεξουαλική λειτουργία που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Καταληκτικά, υπήρχε αρκετά εκτενής βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Οι συγκεκριμένες εργασίες συνέβαλαν σημαντικά στη βελτίωση της φροντίδας του καρκίνου του μαστού, αν και ήταν δύσκολο να προσδιοριστεί το ακριβές όφελος. Ωστόσο, τα δεδομένα ποιότητας ζωής παρείχαν επιστημονικά εχέγγυα στη λήψη κλινικών αποφάσεων και μετάγγισαν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες ασθενών με καρκίνο του μαστού σε όλα τα στάδια της ασθένειάς τους: κατά τη διάρκεια της διάγνωσης της νόσου, της θεραπείας, του χρόνου επιβίωσης χωρίς νόσο και των υποτροπών. Στον αντίποδα, η εύρεση λύσεων με επίκεντρο τον ασθενή για επιλογή βέλτιστων θεραπειών βάσει στοιχείων, ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, επικοινωνίας ασθενούς-ιατρού, κατανομή πόρων και υπόδειξη ερευνητικών προτεραιοτήτων ήταν αδύνατη. Παρόλα αυτά είναι αδήριτη ανάγκη να γίνεται περισσότερη ποιοτική έρευνα για την καλύτερη κατανόηση του θέματος. Τέλος, μελετώντας την ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, θα πρέπει να χαίρουν μεγαλύτερης προσοχής ζητήματα που άπτονται της νόσου, των παρενεργειών, των συμπτωμάτων της ασθένειας στη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και τη σεξουαλική λειτουργία του ασθενούς(Montazeri,A., 2007).

Ο καρκίνος είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, αλλά το βάρος του δεν είναι ομοιόμορφο. Αυτή η θεωρία αποτελεί κίνητρο για την επόμενη έρευνα. Ειδικότερα, το GLOBOCAN 2020 ενημέρωσε πρόσφατα για τις εκτιμήσεις σχετικά με την επιβάρυνση που προκαλεί ο καρκίνος. Η συγκεκριμένη μελέτη συνοψίζει τα πιο πρόσφατα μεταβαλλόμενα προφίλ επιβάρυνσης με καρκίνο παγκοσμίως και στην Κίνα, καθώς επίσης, συγκρίνει τα δεδομένα καρκίνου της Κίνας με εκείνα άλλων περιοχών.

Η έρευνα έγινε μέσω μιας περιγραφικής δευτερογενούς ανάλυσης των δεδομένων GLOBOCAN 2020. Για να αποτυπωθεί το μεταβαλλόμενο παγκόσμιο προφίλ των κορυφαίων τύπων καρκίνου το 2020 σε σύγκριση με το 2018, ταξινομήθηκαν και απαριθμήθηκαν οι περιπτώσεις και οι θάνατοι το 2018 από το GLOBOCAN 2018. Ακόμη, συνυπολογίστηκε η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και τη θνησιμότητα από

την Έκθεση Εθνικού Μητρώου Καρκίνου του 2015 στην Κίνα κατά την ταξινόμηση των κορυφαίων τύπων καρκίνου με νέα κρούσματα και θανάτους. Για τους κορυφαίους τύπους καρκίνου ανάλογα με το φύλο στην Κίνα, έγινε σύνοψη των εκτιμώμενων αριθμών επίπτωσης και θνησιμότητας και υπολογισμός του ποσοστού της Κίνας και των παγκόσμιων νέων κρουσμάτων και θανάτων.

Ο καρκίνος του μαστού εκτόπισε τον καρκίνο του πνεύμονα για να γίνει ο κορυφαίος διαγνωσμένος καρκίνος παγκοσμίως το 2020. Οι καρκίνοι του πνεύμονα, του ήπατος, του στομάχου, του μαστού και του παχέος εντέρου ήταν οι πέντε κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο, μεταξύ των οποίων ο καρκίνος του ήπατος άλλαξε θέση στην κατάταξη, από τον τρίτο υψηλότερο καρκίνο σε θνησιμότητα το 2018, μεταπήδησε στη δεύτερη υψηλότερη το 2020. Η Κίνα αντιπροσώπευε το 24% των νεοδιαγνωσθέντων περιπτώσεων και το 30% των θανάτων που σχετίζονται με καρκίνο παγκοσμίως το 2020. Μεταξύ των 185 χωρών που περιλαμβάνονται στη βάση δεδομένων, το τυποποιημένο για την ηλικία ποσοστό επίπτωσης της Κίνας (204,8 ανά 100.000) κατέλαβε την 65η θέση και το τυποποιημένο για την ηλικία ποσοστό θνησιμότητας (129,4 ανά 100.000) κατέλαβε την 13η θέση. Τα δύο ποσοστά ήταν πάνω από τον παγκόσμιο μέσο όρο. Ο καρκίνος του πνεύμονα παρέμεινε ο πιο κοινός τύπος καρκίνου και η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στην Κίνα. Ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού έγινε ο πιο συχνός τύπος καρκίνου μεταξύ των γυναικών, εάν η επίπτωση ήταν στρωματοποιημένη ανά φύλο. Τα περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου και του καρκίνου του μαστού αυξήθηκαν γρήγορα. Οι κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο διέφεραν ελάχιστα στην κατάταξη από το 2015 έως το 2020 στην Κίνα. Οι καρκίνοι του γαστρεντερικού, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων του στομάχου, του παχέος εντέρου, του ήπατος και του οισοφάγου, συνέβαλαν σε ένα τεράστιο βάρος καρκίνου και για τα δύο φύλα.

Συνοπτικά, η επιβάρυνση του καρκίνου του μαστού αυξάνεται παγκοσμίως. Η Κίνα βρίσκεται σε μετάβαση του καρκίνου με αυξανόμενη επιβάρυνση του καρκίνου του πνεύμονα, του γαστρεντερικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού. Το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο στην Κίνα είναι υψηλό. Και από αυτή την έρευνα, συνάγεται το ίδιο συμπέρασμα, απαιτούνται επειγόντως ολοκληρωμένες στρατηγικές για να στοχεύσουν τα μεταβαλλόμενα προφίλ της Κίνας όσον αφορά το βάρος του καρκίνου (Wei Cao, H.-D. C.-W.-Q, 2021).

Λίγα χρόνια πριν, το 2017, διεξήχθη μία ακόμη έρευνα, η οποία στόχευε να περιγράψει τις δραστηριότητες, τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) ενός μεγάλου δείγματος ηλικιωμένων ενηλίκων (ηλικίας ≥ 65) με καρκίνο. Επιπλέον, ήθελε να εντοπίσει τις συσχετίσεις με δημογραφικά στοιχεία, τον τύπο του καρκίνου, τις συννοσηρικές καταστάσεις και την ικανότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες και λειτουργική κατάσταση.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι συνδέθηκε με το Μητρώο Υγείας/Κοόρτη Επιβίωσης Καρκίνου, που είναι μια θεσμική βάση δεδομένων σχεδιασμένη, για να βοηθήσει την έρευνα για την επιβίωση από τον καρκίνο. Το μητρώο περιλαμβάνει τρεις μετρήσεις HRQOL που αναφέρονται από ασθενείς: FACT-G και PROMIS® Global μέτρα για τη σωματική και ψυχική υγεία. Άλλα μέτρα που περιλαμβάνονται στο μητρώο είναι ο τύπος καρκίνου, η ημερομηνία από τη διάγνωση, ο αριθμός συννοσηρών καταστάσεων και ειδικών καταστάσεων και οι περιορισμοί τους στην καθημερινή δραστηριότητα και η ημερήσια δραστηριότητα/λειτουργία που αναφέρεται από τον ίδιο τον εαυτό.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 768 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με καρκίνο, μέσης ηλικίας 72 ετών, 60% γυναίκες και 90% λευκοί. Μέσες βαθμολογίες για HRQOL: FACT-G (85, εύρος: 25-108), PROMIS-φυσικός (48, εύρος: 16-67) και, PROMIS-νοητικός (51, εύρος: 21-67). Σε πολυμεταβλητά μοντέλα, η μαύρη φυλή, μία ή περισσότερες συννοσηρικές παθήσεις και ο καρκίνος του γαστρεντερικού ($p < .05$) και τα μειωμένα επίπεδα δραστηριοτήτων/λειτουργίας που αναφέρθηκαν από τον ασθενή συσχετίστηκαν ανεξάρτητα με κακή HRQOL ($p < .0001$).

Μέσα από την ανωτέρω έρευνα, οι ηλικιωμένοι μαύροι ενήλικες με καρκίνο, εκείνοι που έχουν υψηλή επιβάρυνση συννοσηρότητας, με καρκίνους του γαστρεντερικού και εκείνοι που αναφέρουν μειωμένη ικανότητα συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες/λειτουργία ανέφεραν φτωχότερο HRQOL. Καθώς η γηριατρική ογκολογία προσπαθεί να εντοπίσει ποιος μπορεί να χρειάζεται υποστηρικτικές υπηρεσίες, αυτή η μελέτη έδειξε ότι ένα επίπεδο δραστηριοτήτων και λειτουργικής ικανότητας που αναφέρθηκε από έναν ασθενή συνδέθηκε ανεξάρτητα με τη σωματική, διανοητική και ειδική για τον καρκίνο HRQOL (L Bryant, et al., 2017).

Με αφόρμηση τον αριθμό των επιζώντων από καρκίνο που αυξάνεται συνεχώς λόγω της προόδου στη θεραπεία ασθενών με καρκίνο, διεξάγεται και η επόμενη μελέτη.

Θα πρέπει να επισημανθεί στο σημείο αυτό ότι στις ανεπτυγμένες χώρες, έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες για την ποιότητα ζωής (QoL) των επιζώντων από καρκίνο. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα ζωής των επιζώντων από καρκίνο στην Κένυα. Ως εκ τούτου, ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής των επιζώντων από καρκίνο στην Κένυα.

Η μέθοδος και σε αυτή την έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα, για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένας περιγραφικός σχεδιασμός διατομής. Οι συμμετέχοντες ήταν 108 ενήλικες που επιβίωσαν από καρκίνο. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο QoL Patient/Cancer Survivor.

Σχετικά με τα αποτελέσματα, τα ευρήματα υποδεικνύουν μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και ηλικίας ($r_s = -.055$ $p < .05$), οικογενειακής κατάστασης ($r_s = .490$ $p < .01$), εισοδήματος ($r_s = .228$ $p < .05$), σταδίου καρκίνου διάγνωση ($r_s = -.269$ $p < .01$), έτος διάγνωσης καρκίνου ($r_s = -.295$ $p < .01$), θρησκευτική πίστη ($r_s = -.279$ $p < .01$) και η θρησκεία στην οποία ανήκε ($r_s = -.198$ $p < .05$). Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η ηλικία, το στάδιο της διάγνωσης του καρκίνου, η άδεια θεραπείας, το μορφωτικό επίπεδο και η θρησκευτική πεποίθηση είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής στους επιζώντες του καρκίνου.

Ως απόρροια των παραπάνω, τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία των βασικών παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε επιζώντες από καρκίνο στην Κένυα. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου, τη θεραπεία και την πνευματική υποστήριξη μεταξύ των επιζώντων του καρκίνου θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής (Mary Kung'u, L. O., 2022).

Τον Μάιο του 2021 δημοσιεύεται, μία έρευνα με αφορμή το ότι οι περισσότεροι ενήλικες με καρκίνο είναι ηλικίας άνω των 65 ετών και αυτή η συνθήκη αναμένεται να αυξηθεί εκθετικά τα επόμενα δέκα έτη. Σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες, οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να έχουν συν-νοσηρότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο για ανεπιθύμητες παρενέργειες εξαιτίας των αντικαρκινικών θεραπειών, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργικής έκπτωσης. Η λειτουργική έκπτωση περιλαμβάνει κενά σε μια πληθώρα ικανοτήτων που συνυφαίνονται με την κάλυψη

αναγκών της καθημερινότητας. Στις ανάγκες αυτές μπορούμε να εντάξουμε τις σωματικές, τις κοινωνικές, τις πνευματικές, τις ψυχολογικές και τις διανοητικές, οι οποίες είναι διαδεδομένες στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Επίσης, οι ηλικιωμένοι με καρκίνο έχουν σύνδρομο υψηλότερου επιπολασμού γηριατρικής, εντάσσοντας παράλληλα και τη λειτουργική έκπτωση, την αδυναμία και τις πτώσεις, σε σύγκριση με τους μη πάσχοντες. Η ευθραυστότητα, ένα κλινικό σύνδρομο, μπορεί να οριστεί ως μια κρίσιμη εξάντληση του φυσιολογικού αποθέματος, στο οποίο ακόμη και μικρές πιέσεις μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές και μη αναστρέψιμες βλάβες στη λειτουργική κατάσταση.

Η λειτουργική κατάσταση είναι μια σημαντική ανησυχία μεταξύ των ηλικιωμένων που πάσχουν από καρκίνο, καθώς σχετίζεται με τη δυσμενή έκβαση της συγκεκριμένης ασθένειας. Το πιο βασικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους είναι η απουσία της λειτουργικότητάς τους, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και οδηγώντας στην ιδρυματοποίηση τους, καθώς οι ηλικιωμένοι χρήζουν άμεσης βοήθειας υγειονομικής περίθαλψης.

Εδώ θα πρέπει να καταστεί σαφές πως οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ηλικιωμένους με καρκίνο θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την έννοια της λειτουργικής κατάστασης και οι επιπτώσεις της. Δηλαδή, η κατανόηση για την αξιολογική κατάσταση του ασθενούς συμβάλλει στον εντοπισμό και την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων που μπορούν να βελτιστοποιήσουν την πορεία της θεραπείας και της υποστηρικτικής φροντίδας και μέριμνάς του. Η International Society of Geriatric Oncology (SIOG) και η American Society of Clinical Oncology (ASCO) έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές που αναγνωρίζουν τη λειτουργική κατάσταση ως πυρήνα τομέα γηριατρικής αξιολόγησης (GA) και εγκρίνουν τη χρήση του για τον προσδιορισμό της φροντίδας για ηλικιωμένους με καρκίνο. Επιπλέον, λόγω της σημαντικής αλληλεπίδρασης μεταξύ της λειτουργικής κατάστασης, του καρκίνου, των αντικαρκινικών θεραπειών και των αποτελεσμάτων που αναφέρονται από τους ασθενείς, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει επίσης να δώσουν προτεραιότητα στην επικοινωνία μεταξύ της διεπαγγελματικής ομάδας που εμπλέκεται στη φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών. Η λειτουργική κατάσταση θα πρέπει να αποτελεί βασική

προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας και τους ερευνητές στον τομέα της γηριατρικής ογκολογίας. Σε αυτήν την αφηγηματική ανασκόπηση, παρέχουμε μια επισκόπηση της λειτουργικής κατάστασης μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο, συμπεριλαμβανομένων των προγνωστικών παραγόντων, του προσυμπτωματικού ελέγχου και των εργαλείων αξιολόγησης, συζητάμε τον αντίκτυπο της λειτουργικής έκπτωσης στα αποτελέσματα των ασθενών και περιγράφουμε τον ρόλο μεμονωμένων μελών της διεπαγγελματικής ομάδας υγειονομικής περίθαλψης στην αντιμετώπιση θεμάτων λειτουργικής κατάστασης σε αυτούς τους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης μιας συνεργατικής προσέγγισης φροντίδας του καρκίνου με στόχο τη διατήρηση της λειτουργικότητας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης μιας συνεργατικής προσέγγισης φροντίδας του καρκίνου με στόχο τη διάκριση της λειτουργίας. Κάποιες μελέτες διαπίστωσαν ότι οι προγνωστικοί παράγοντες της λειτουργικής έκπτωσης περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τα χαρακτηριστικά της νόσου και τους παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία. Μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με τους ασθενείς, η μεγαλύτερη ηλικία, η μη λευκή φυλή, το καθεστώς άγαμου, το κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, η έλλειψη ασφάλισης υγείας, το κάπνισμα, η χαμηλή φυσική δραστηριότητα, η χαμηλή προτίμηση χημειοθεραπείας και η στρατηγική αντιμετώπισης σχετίζονται με λειτουργική έκπτωση. Ο ρόλος του φύλου στη λειτουργική πτώση μετά τη θεραπεία του καρκίνου είναι ασαφής. Αρκετοί παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία έχει επίσης αποδειχθεί ότι προβλέπουν τη λειτουργικότητα πτώση. Αυτά περιλαμβάνουν τον τύπο κακοήθειας (π.χ. καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου ή του μαστού), το στάδιο της νόσου, την εξέλιξη του καρκίνου και τον τύπο της θεραπείας που ελήφθη. Μεταξύ των κλινικών παραγόντων, η βασική έκπτωση στη λειτουργική κατάσταση, η πολυφαρμακία, η μη φυσιολογική διατροφική κατάσταση, η γνωστική εξασθένηση, οι συννοσηρότητες, η παρουσία συγκεκριμένων συμπτωμάτων και η υψηλότερη επιβάρυνση που σχετίζεται με την έκπτωση της λειτουργίας του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν αδυναμία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε λειτουργικές βλάβες και στις δυσμενείς αλλαγές στην κατάσταση της υγείας. Οι ευπαθείς ηλικιωμένοι έχουν συχνά πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, γηριατρικά

σύνδρομα, δυσκολία διατήρησης της λειτουργικής ανεξαρτησίας και αυξημένη ευαλωτότητα στις τοξικότητες για τη θεραπεία του καρκίνου, και είναι επίσης πιο πιθανό να παρουσιάσουν μείωση της φυσικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου σε σύγκριση με τους μη ευπαθείς ενήλικες. Ωστόσο, η λειτουργική εξασθένηση μπορεί να μην είναι εύκολα ανιχνεύσιμη χρησιμοποιώντας συνήθεις προσεγγίσεις, που υποστηρίζει το ρόλο μιας ολοκληρωμένης γηριατρικής αξιολόγησης και συμπτωμάτων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από καρκίνο.

Υπάρχουν δύο κύριοι τρόποι μέτρησης της λειτουργικής κατάστασης: οι μετρήσεις που αναφέρθηκαν από τον ίδιο τον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας (όπως νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές και γιατροί) που αναφέρθηκαν χρησιμοποιώντας μετρήσεις βάσει απόδοσης. Αυτές οι κατηγορίες δεν αλληλο-αποκλείονται, καθώς τα εργαλεία που αναφέρονται από τον εαυτό τους μπορεί επίσης να είναι παρατηρήσεις από επαγγελματίες υγείας, δηλαδή από κλινικούς ιατρούς.

Οι περισσότερες μετρήσεις που αναφέρονται από τον ίδιο τον ασθενή περιλαμβάνουν ερώτηση για την ικανότητά του να εκτελεί συγκεκριμένες εργασίες ως μέρος της καθημερινής ζωής, ενώ η μέτρηση βάσει απόδοσης αξιολογεί άμεσα την ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί ορισμένες εργασίες και δραστηριότητες. Τα μέτρα που βασίζονται στην απόδοση και τα μέτρα αυτοαναφοράς παρέχουν συμπληρωματικές πληροφορίες. Τα μέτρα αυτοαναφοράς μπορεί να εντοπίσουν αλλαγές σε χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας (όπως η ανάγκη βοήθειας με το μπάνιο ή ντύσιμο) ενώ τα μέτρα που βασίζονται στην απόδοση μπορεί να εντοπίσουν αλλαγές σε υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας νωρίτερα (π.χ. αλλαγές στη λειτουργία, όπως επιβράδυνση κατά το περπάτημα, αλλά όχι ακόμη αναπηρία). Για παράδειγμα, τα μέτρα αυτοαναφοράς μπορεί να επιτρέψουν στους ασθενείς να αναφέρουν

λειτουργικό
δυσκολίες που οι κλινικοί γιατροί δεν θα εντόπιζαν κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης στο γραφείο.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να διευκρινιστεί πως ο δείκτης Katz αξιολογεί τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς σε έξι βασικές λειτουργίες που περιλαμβάνουν το μπάνιο, το ντύσιμο, την τουαλέτα, τη μεταφορά, την εγκράτεια και τη σίτιση. Οι

απαντήσεις του ασθενούς βαθμολογούνται ανά τομέα. Η πτώση σε μία τουλάχιστον από τις έξι δραστηριότητες χρήζει παρέμβασης. Ως εναλλακτική λύση στο κατά Katz, οι κλινικοί γιατροί χρησιμοποιούν μερικές φορές τον δείκτη δραστηριότητας Barthel, ο οποίος είναι το όχημα για την αποκατάσταση για ενήλικες με εγκεφαλικό. Δέκα στοιχεία απαρτίζουν τον παρόντα δείκτη. Ειδικότερα, συμπεριλαμβάνεται το έντερο, η εγκράτεια της ουροδόχου κύστης, η σίτιση, η περιποίηση, το ντύσιμο, η μεταφορά, η χρήση τουαλέτας, η κινητικότητα, οι σκάλες και το μπάνιο.

Με την κλίμακα Lawton, μετρείται το IADL και περιλαμβάνονται πιο εξελιγμένες δραστηριότητες, όπως η ικανότητα χρήσης του τηλεφώνου, αγορών, μαγειρικής, καθαριότητας και πλυντηρίου, η λήψη φαρμάκων, η χρήση των μέσων μεταφοράς και η διαχείριση των οικονομικών. Οι ενήλικες βαθμολογούνται ανάλογα με τους υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας σε αυτήν την κατηγορία, που κυμαίνεται από χαμηλή συνάρτηση (εξαρτώμενη) έως υψηλή λειτουργία (ανεξάρτητη). Με βάση αυτό το εργαλείο, ένας ασθενής θεωρείται εξαρτημένος, όταν τουλάχιστον μία δραστηριότητα είναι μειωμένη. Ως εναλλακτική στην κλίμακα Lawton, άλλα μέτρα για το IADL περιλαμβάνουν την υποκλίμακα της Κλίμακας Πηγών Αμερικανικών Πόρων και Υπηρεσιών (OARS) ή του Πληροφοριακού Συστήματος μέτρησης αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από τον ασθενή (PROMIS) μέτρα σωματικής λειτουργίας και συμμετοχής σε κοινωνικούς ρόλους και δραστηριότητες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις γιατρών, χρησιμοποιούνται ευρέως δύο πρόσθετα μέτρα από τους ογκολόγους για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών με καρκίνο.

Το Performance Status εκχωρεί βαθμολογίες που κυμαίνονται από 0 (πλήρως ενεργό) έως 5 (νεκρό) για την αξιολόγηση της λειτουργίας [50]. Το μέτρο Karnofsky Performance Status εκχωρεί βαθμολογίες που κυμαίνονται από 0 (νεκρός) έως 100 (τέλεια υγεία). Παρά την ευρεία την ευρεία χρήση τους, τα παρόντα εργαλεία θεωρούνται περιγραφικά φτωχά αναφορικά με τη συνάρτηση, καθώς η λειτουργική έκπτωση μπορεί να συμβεί παράλληλα με μια καλή κατάσταση απόδοσης. Το Timed Get Up and Go (TUG) είναι ένα απλό τεστ που χρησιμοποιείται για την

αξιολόγηση του κινδύνου πτώσης, της φυσικής κινητικότητας και της φυσικής εφεδρείας. Απαιτεί τόσο στατική όσο και δυναμική ισορροπία. Με τη συγκεκριμένη αξιολόγηση, ο ασθενής χρονομετράται, ενώ σηκώνεται από την καρέκλα, περπατά για 3 μέτρα, γυρίζει και κάθεται πίσω στην καρέκλα.

Η δύναμη χειρολαβής (HGS) μετρά τη δύναμη του άνω άκρου, η οποία μπορεί να είναι σχετική πληροφορία, καθώς τα άνω άκρα είναι απαραίτητα για τη μέτρηση ADL. Το HGS μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως αντιπρόσωπος για την αξιολόγηση της συνολικής αντοχής και του επιπέδου ευθραυστότητας.

Αναλυτικότερα οι ασθενείς πιέζουν ένα δυναμόμετρο όσο πιο δυνατά γίνεται με το κυρίαρχο χέρι τους. Η τελική βαθμολογία δύναμης χειρολαβής, που παρουσιάζεται σε κιλά (kg), υπολογίζεται ως η μέση βαθμολογία σε τρεις διαδοχικές προσπάθειες με ανάπαυση μεταξύ. Τα κλινικά όρια που υποδεικνύουν βλάβη είναι διαθέσιμα από τον κατασκευαστή και είναι συγκεκριμένα με βάση το δεξί ή το αριστερό χέρι, το φύλο και την ηλικία. Η δύναμη λαβής είναι προγνωστική για αρκετές δυσμενείς εκβάσεις της θεραπείας του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένης της έκπτωσης της ADL, της αδυναμίας και της θνησιμότητας. Η μπαταρία μικρής φυσικής απόδοσης (SPPB) μετρά τη λειτουργία των κάτω άκρων, ιδίως τη στατική ισορροπία, το βάδισμα και την ταχύτητα βάδισης, που είναι σημαντικοί τομείς της λειτουργικής ικανότητας. Το SPPB περιλαμβάνει χρονομετρημένες εργασίες (δοκιμές ταχύτητας βάδισης, ισορροπίας σε όρθια θέση και δοκιμές βάσης καρέκλας) και μπορούν να εκτελεστούν σε οποιοδήποτε κλινικό περιβάλλον με διάδρομο πεζών μεγαλύτερο από 5 μέτρα, ώστε ο ασθενής να μπορεί να περπατά άνετα ενώ είναι χρονομετρημένος. Οι κλινικά σημαντικές αλλαγές ορίζονται ως 0,1 m/sec. Το τεστ βάσης καρέκλας αξιολογεί τη δύναμη των κάτω άκρων, ενώ ο ασθενής σηκώνεται και κατεβαίνει από το να κάθεται σε μια καρέκλα σε πλήρη στάση 5 φορές το συντομότερο δυνατό. Το τεστ ισορροπίας απαιτεί από τους ασθενείς να κρατούν τα πόδια τους ενωμένα, ημι-δυναμικά και σε σειρά, το καθένα, για 10 δευτερόλεπτα για την αξιολόγηση του κινδύνου πτώσης λόγω ζητημάτων ισορροπίας.

Πολλοί ηλικιωμένοι με καρκίνο παρουσιάζουν λειτουργικές διαταραχές στην ADL (17–19%), και πολλοί παρουσιάζουν μείωση της IADL μετά τη λήψη θεραπείας για τον

καρκίνο

(41-59%).

Η βασική λειτουργική κατάσταση είναι το κλειδί για την ενημέρωση των θεραπευτικών στόχων και των προσδοκιών για τη διαχείριση του καρκίνου. Οι αλλαγές της λειτουργικής κατάστασης θα πρέπει να ερμηνεύονται στο πλαίσιο των αναγκών και των στόχων των ηλικιωμένων ατόμων και όχι απλώς στο πλαίσιο των συννοσηροτήτων τους.

Συχνά, η εξασθενημένη λειτουργία μπορεί να είναι το πρώτο σημάδι έναρξης της νόσου ή ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης. Η παρακολούθηση της λειτουργικής κατάστασης είναι ζωτικής σημασίας για την προσαρμογή των σχεδίων εξιτηρίου και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την παρακολούθηση της προόδου ασθενών με χρόνιες παθήσεις, μέσα σε αυτές, εντάσσεται και ο καρκίνος. Δύο εργαλεία είναι διαθέσιμα για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της λειτουργικής κατάστασης στην τοξικότητα της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της Κλίμακας Αξιολόγησης Κινδύνου Χημειοθεραπείας για Ασθενείς Υψηλής Ηλικίας (CRASH) και του Υπολογιστή τοξικότητας της Ομάδας Έρευνας Καρκίνου και Γήρανσης (CARG). Το εργαλείο έχει δείξει ότι οι περιορισμοί στο IADL προβλέπουν τον κίνδυνο αιματολογικής και μη αιματολογικής τοξικότητας. Επιπλέον, ο υπολογιστής τοξικότητας CARG έδειξε ότι η παρουσία πτώσεων τους προηγούμενους 6 μήνες ή περιορισμοί στο περπάτημα 1 τετράγωνο προβλέπει τον κίνδυνο τοξικότητας χημειοθεραπείας βαθμού 3-5.

Εκτός από τους υπολογιστές τοξικότητας, η λειτουργική εξάρτηση που ορίζεται ως κατάσταση απόδοσης ECOG 2-4, έδειξε ότι αυξάνει τον κίνδυνο τοξικότητας στη χημειοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών ηλικίας ≥ 70 . Εδώ πρέπει να υπογραμμιστεί πως σε άλλη μελέτη, μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων με καρκίνο και βαθμολογία απόδοσης ECOG 0-1, το 9% είχε περιορισμούς στην ADL και το 38% είχε περιορισμούς στο IADL, γεγονός που απέδειξε ότι οι ηλικιωμένοι με βαθμολογία καλής απόδοσης ECOG μπορεί να έχουν υποκείμενη λειτουργική έκπτωση.

Συνοπτικά, η διατήρηση της λειτουργικής κατάστασης είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της γηριατρικής φροντίδας και λειτουργεί ως δείκτης γενικής ευημερίας. Μια πτώση στη λειτουργία, αυξάνει τον κίνδυνο χρήσης

της υγειονομικής περίθαλψης, επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, μειώνει την ανεξαρτησία και αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας.

Για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων με καρκίνο, η διεπαγγελματική ομάδα θα πρέπει να παρακολουθεί προληπτικά τις λειτουργικές τους ικανότητες και, τότε απαιτούνται, φροντίζουν για θεραπευτικές παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τη λειτουργία και τη συνολική ευημερία τους (Mackenzi Pergolotti, et all.,2017).

Το 1986, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας (EORTC) ξεκίνησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα για την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης, αρθρωτής προσέγγισης για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που συμμετέχουν σε διεθνείς κλινικές δοκιμές. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να μετρήσει τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες των ασθενών με καρκίνο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 κλίμακες πολλαπλών στοιχείων (σωματική, ρόλος, κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική λειτουργία) και 9 μεμονωμένα στοιχεία (πόνος, κόπωση, οικονομικές επιπτώσεις, απώλεια όρεξης, ναυτία/έμετος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, διαταραχές ύπνου και ποιότητα ζωής).

Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους ασθενείς πριν από την έναρξη της παρηγορητικής θεραπείας και στη συνέχεια ξανά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η επικύρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, ενώ η μετάφραση έγινε από το γραφείο του EORTC. Το τελικό δείγμα επικύρωσης αποτελούνταν από 120 καρκινοπαθείς. Η κλινική μεταβλητή που αξιολογήθηκε ήταν η κατάσταση απόδοσης.

Η μελέτη στόχευε στην αξιολόγηση της δυνατότητας της εφαρμογής αυτής της μέτρησης ποιότητας ζωής σε ένα ελληνικό δείγμα καρκινοπαθών που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα. Βάσει αποτελεσμάτων, κρίθηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν καλά αποδεκτό στον παρόντα πληθυσμό ασθενών και χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση της αποτελεσματικότητας της παρηγορητικής θεραπείας με την πάροδο του χρόνου. Η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν πολύ καλή (προεπεξεργασία από 0,57-0,79, θεραπεία από 0,56-0,75), ειδικά για τη λειτουργική κλίμακα. Αναφορικά με την εγκυρότητα, ήταν σε πολύ καλό επίπεδο σε όλες τις προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν. Ακόμα, η παραγοντική ανάλυση καταλήγει σε μια λύση 6

παραγόντων που ικανοποιεί τα κριτήρια της αναπαραγωγιμότητας, της ερμηνευσιμότητας και της επιβεβαιωτικής ρύθμισης. Η κατάσταση απόδοσης παρουσίασε βελτίωση ($p < 0,0025$) κατά την υπό μελέτη περίοδο. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι το QLQ-C30 (έκδοση 3.0) έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο της ποιότητας ζωής σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν θεραπεία παρηγορητικής φροντίδας (Mystakidou, K., et al,2001).

Τέλος, κατά το έτος 2006, διενεργήθηκε μία ακόμα μελέτη. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα του ύπνου των ασθενών με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο και τη σχέση της με τον πόνο, την κατάθλιψη και την απελπισία. Αναλύοντας τη μέθοδο της παρούσας μελέτης, οι συμμετέχοντες ήταν 102 προχωρημένοι ασθενείς με καρκίνο που λάμβαναν παρηγορητική θεραπεία. Οι ασθενείς ολοκλήρωσαν ένα όργανο ποιότητας ύπνου, τον δείκτη ποιότητας ύπνου του Πίτσμπουργκ (PSQI), ένα εργαλείο αξιολόγησης πόνου, το Ελληνικό Σύντομο Κατάλογο Πόνου, ένα μέτρο αυτοαναφοράς της κατάθλιψης, το Beck Depression Inventory. και, τέλος, την κλίμακα απελπισίας του Beck.

Ακολουθώντας τα αποτελέσματα, πολλαπλές αναλύσεις παλινδρόμησης (μπροστινή μέθοδος) έδειξαν ότι η απελπισία ($P=.003$), η «παρέμβαση του πόνου στη διάθεση» ($P<.0005$) και τα ισχυρά οπιοειδή ($P=.010$) φάνηκε να επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου των ασθενών (PSOI). Σε μια πρόσθετη ανάλυση παλινδρόμησης (μέθοδος enter), το PSQI σχετίζεται σημαντικά με τα οπιοειδή ($P=.013$), την απελπισία ($P=.035$) και την «παρέμβαση του πόνου στη διάθεση» ($P=.004$).

Η μελέτη απέδειξε ότι η απελπισία, η θεραπεία του πόνου και η «παρέμβαση του πόνου στη διάθεση» μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα του ύπνου σε προχωρημένα στάδια του καρκίνου (Mystakidou K, et al.,2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Σκοπός

Στην παρούσα εργασία σκοπός είναι η αποτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού με τη χρήση των ερωτηματολογίων EuroQol EQ5D-3L και QLQ-C30 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer). Το συνδυαστικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό και στοιχεία σχετιζόμενα με τη νόσο. Η ανάλυση των δεδομένων αποσκοπεί στη αποτίμηση της ποιότητας ζωής τους και τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη ΣΥΠΖ τους, όπως καταγράψαμε από τους ίδιους.

4.2 Μεθοδολογία και υλικό

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε είναι μη πειραματική (μη τυχαιοποιημένη) συγχρονική μελέτη, η οποία βασίστηκε σε πληροφορίες που αντλήθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους και σχεδιάστηκε με τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη συλλογή των δεδομένων αυτών χωρίς ταυτόχρονα να κουράζει τον ασθενή ή να αποτρέψει τη συμμετοχή του.

4.2.1 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 100 ογκολογικούς ασθενείς μαστού με μέση ηλικία έτη, οι οποίοι χειρουργήθηκαν ή έλαβαν θεραπεία στο ογκολογικό νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ.

4.2.2 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Ως εργαλεία για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΠΥΖ) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EQ5D-3L και το ειδικό για τον καρκίνο ερωτηματολόγιο του οργανισμού EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30. Μερικές βασικές πληροφορίες έχουν εξηγηθεί παραπάνω.

4.2.3 Ερωτηματολόγιο έρευνας

Το τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε και μοιράστηκε στους ασθενείς νοσοκομείου περιελάμβανε τον συνδυασμό των EQ5D-3L και EORTC QLQ-C30 στα Ελληνικά και ένα σύνολο ερωτήσεων σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς καθώς και στοιχεία σχετικά με την θεραπεία του μαστού. Οι ερωτήσεις στην πλειονότητα τους είχαν απαντήσεις πολλαπλής επιλογής, όπου ο ασθενής είχε δυνατότητα να επιλέξει την πιο αντιπροσωπευτική για τον εαυτό του. Η ηλικία των ασθενών προέκυψε από την συμπλήρωση του έτους γέννησης τους, ενώ για τους καπνιστές ζητήθηκε συμπλήρωση των χρόνων που καπνίζουν ή συνήθιζαν να καπνίζουν. Στο πλαίσιο συννοσηρότητας των ασθενών ερωτήθηκαν εάν έχουν ξανανοσήσει στο παρελθόν από καρκίνο και ζητήθηκε να καταγραφεί και το είδος του. Τέλος, ρωτήθηκε η αγωγή καθώς και η θεραπευτική μέθοδος που ακολουθήθηκε. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας παρουσιάζεται στο παράρτημα της εργασίας.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από 1/1/2024 έως 1/4/2024 στο νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ασθενείς κατά την διάρκεια διαμονής ή αναμονής εξυπηρέτησης τους από το νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν μόνο σε έντυπη μορφή.

4.2.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ασθενείς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο ΜΕΤΑΞΑ έπειτα από αδειοδότηση του Επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου καθώς και του υπουργείου υγείας. Στα ερωτηματολόγια υπήρχε έγγραφο συγκατάθεσής του νοσοκομείου το οποίο συμπληρωνόταν από τον εκάστοτε ασθενή.

4.3 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Η επεξεργασία και η στατική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τβη χρήση του προγράμματος stata έκδοση 13 και Microsoft Office Excel. Αναλυτικότερα η περιγραφική στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει την κατανομή συχνοτήτων (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) για τις ποιοτικές μεταβλητές και τις εκτιμήσεις των

παραμέτρων θέσης και διασποράς (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή) για τις ποσοτικές μεταβλητές. Ο δείκτης EQ5D υπολογίστηκε με τη χρήση του βρετανικού αλγορίθμου, όπως προαναφέρθηκε και πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της επίδρασης των διαφόρων παραγόντων στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p=0.05(5\%)$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται τα αποτελέσματα από την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια. Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι υπολογίστηκε ο δείκτης EQ5D index βάσει του βρετανικού αλγορίθμου όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως. Στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος μέσα από περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών της έρευνας, που αφορούν το δημογραφικό προφίλ των ασθενών, δηλαδή το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η ασφάλιση, το κάπνισμα. Ακολουθούν οι περιγραφικές αναλύσεις του ιατρικού ιστορικού των συμμετεχόντων και των στοιχείων σχετικά με τη νόσο του καρκίνου του μαστού, που αναλυτικότερα αναφέρονται στον τύπο καρκίνου από τον οποίο πάσχουν σήμερα, τον καθορισμό της πρωτοδιάγνωσης του καρκίνου, τις νοσηλείες, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις συννοηρότητες, το περιβάλλον θεραπείας, το στάδιο της θεραπείας, τη γραμμή της θεραπείας, τις προηγούμενες θεραπείες. Στη συνέχεια πραγματοποιείται η ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών της έρευνας σχετικά με την ποιότητα ζωής και την κατάσταση της υγείας που δηλώνουν (απαντήσεις στα ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής). Ακολουθούν συσχετιστικοί έλεγχοι μεταξύ τους και παρουσιάζονται πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις που παρέχουν σημαντικά συμπεράσματα. Επιπλέον, ελέγχθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

5.1 Περιγραφική ανάλυση

Στην ενότητα αυτή γίνεται η παρουσίαση των δεδομένων της μελέτης που αφορούν δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία του και συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια. Για την παρουσίαση των δεδομένων με σαφήνεια χρησιμοποιούνται πίνακες συχνοτήτων και γραφικές μέθοδοι.

5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η περιγραφή του δείγματος βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα και ακολουθούν διαγράμματα που αναπαριστούν την κατανομή ανά μεταβλητή.

Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 100 άτομα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι 58 έτη, η μικρότερη σε ηλικία 25 ετών και η μεγαλύτερη 80 ετών. Στην πλειονότητα τους είναι ελληνικής καταγωγής 95%.

Πίνακας 5.1: Εθνικότητα ερωτηθέντων.

Εθνικότητα	Freq.	Percent	Cum.
Αλβανική	4	4.00	4.00
Ελληνική	95	95.00	99.00
Μολδαβική	1	1.00	100.00
Total	100	100.00	

Γράφημα 5.1: Εθνικότητα ερωτηθέντων.

Απαντώντας σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, προκύπτει ότι ποσοστό 54% του συνόλου δεν ζουν μόνοι, καθώς περιγράφουν ότι βρίσκονται σε γάμο/συμβίωση, ενώ ποσοστό 46% ζουν χωρίς σύντροφο και δήλωσαν ανύπαντροι, χωρισμένοι ή χήροι.

Πίνακας 5.2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων.

Οικογενειακή κατάσταση	Freq.	Percent	Cum.
Διαζευμένοι	12	12.00	12.00
Έγγαμοι	54	54.00	66.00
Άγγαμοι	29	29.00	95.00
Χήρος	5	5.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης που δήλωσαν ότι έχουν ολοκληρώσει, παρατηρείται ότι το 43% των ερωτηθέντων είναι υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης, δηλαδή έχουν ολοκληρώσει τη βαθμίδα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Ανώτατου Πανεπιστημιακού ή Τεχνολογικού Ιδρύματος) ή ακόμη και πρόγραμμα σπουδών μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού. Το 56% του δείγματος δήλωσε ότι έχει ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια βαθμίδα εκπαίδευσης.

Πίνακας 5.3: Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Freq.	Percent	Cum.
Δευτεροβάθμια	47	47.00	47.00
Μεταπτυχιακό	5	5.00	52.00
Δημοτικό	1	1.00	53.00
Πρωτοβάθμια	9	9.00	62.00
Τριτοβάθμια	38	38.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.3: Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων.

Τέλος, 87 άτομα ανέφεραν ότι εργάζονταν κατά την περίοδο της έρευνας έναντι 13 ατόμων που δεν εργάζονταν, από τους οποίους σημειώνεται ότι 9 άτομα δήλωσαν συνταξιούχοι.

Πίνακας 5.4: Εργασιακή κατάσταση ερωτηθέντων

Εργασιακή κατάσταση	Freq.	Percent	Cum.
Δημόσιος υπάλληλος	14	14.00	14.00
Ελεύθερος επαγγελματίας	7	7.00	21.00
Οικιακά	14	14.00	35.00
Άλλο	10	10.00	45.00
Ιδιωτικός υπάλληλος	42	42.00	87.00
Συνταξιούχος	9	9.00	96.00
Μαθητής	1	1.00	97.00
Άνεργος	3	3.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.4: Εργασιακή κατάσταση ερωτηθέντων.

Σχετικά με το είδος της ασφάλισης των συμμετεχόντων, 95 άτομα έχουν αποκλειστικά δημόσια ασφάλιση και μόλις 5 άτομα έχουν ιδιωτική ασφάλιση.

Πίνακας 5.5: Ασφαλιστική κατάσταση ερωτηθέντων.

Ασφαλιστική ικανότητα	Freq.	Percent	Cum.
Δημόσια	95	95.00	95.00
Ιδιωτική	5	5.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.5: Ασφαλιστική κατάσταση ερωτηθέντων.

Όσο αφορά το κάπνισμα, ποσοστό 54% απάντησαν ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Σχετικά με το αν καπνίζουν σήμερα, 19 ασθενείς απάντησαν ότι δεν καπνίζουν και 27 ασθενείς απάντησαν ότι συνεχίζουν να καπνίζουν καθημερινά ή περιστασιακά.

Πίνακας 5.6: Καπνιστική συνήθεια ερωτηθέντων.

Κάπνισμα	Freq.	Percent	Cum.
Όχι	54	54.00	54.00
Παλιά	19	19.00	73.00
Ναι	27	27.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.6: Καπνιστική συνήθεια ερωτηθέντων.

5.2 Ιατρικό ιστορικό

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η περιγραφή του δείγματος προς τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου που αφορούν τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς.

Πίνακας 5.7: Έτος διάγνωσης καρκίνου ερωτηθέντων.

Freq.	Value
16	"1_2yearsbefore"
14	"2_5"
9	"5years+"
22	"6_12months"
1	"don't remember"
38	"less_than_6_months"

Γράφημα 5.7: Έτος διάγνωσης καρκίνου ερωτηθέντων.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο Πίνακας που περιγράφει την κατανομή του δείγματος ως προς το χρόνο που έγινε η διάγνωση του καρκίνου και αναπαρίσταται σχηματικά στο σχήμα στην Εικόνα . Σε ποσοστό 38% η διάγνωση έγινε πριν από λιγότερο από 6 μήνες, σε ποσοστό 22% πριν από 6 έως 12 μήνες, σε ποσοστό 16% πριν από ένα έως 2 έτη, σε ποσοστό 14% πριν από 2 έως 5 έτη και τέλος σε ποσοστό 9% των ασθενών η διάγνωση έγινε πριν από περισσότερα από 5 έτη.

Πίνακας 5.8: Πρώτη διάγνωση καρκίνου ερωτηθέντων.

Freq.	Value
6	"1_5 yearsbefore"
84	"1st_time"
1	"1yearbeforeagain"
9	"5+"

Γράφημα 5.8: Πρώτη διάγνωση καρκίνου ερωτηθέντων.

Οι απαντήσεις και η κατανομή του δείγματος στην ερώτηση αν είναι ή όχι η πρώτη φορά που οι ασθενείς διαγνώστηκαν με καρκίνο δίνονται στον Πίνακα και στο σχήμα στην Εικόνα. Το 84% δήλωσε ότι είναι η πρώτη φορά που διαγνώστηκε με καρκίνο ενώ το 9% πριν από 5 χρόνια ενώ μόλις το 6% δήλωσε ότι διαγνώστηκε πριν από 5 χρόνια.

Ακολουθεί η απάντηση των ερωτηθέντων σχετικά με το εάν πάσχουν από κάποια άλλη ασθένεια με το 83% του δείγματος να απαντά όχι και το 17% να απαντάει ναι.

Πίνακας 5.9: Ύπαρξη ταυτόχρονων ασθενειών ερωτηθέντων.

Freq.	Value
83	"no"
17	"yes"

Γράφημα 5.9: Ύπαρξη ταυτόχρονων ασθενειών ερωτηθέντων.

Σε συνέχεια αυτού οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχουν κάνει κάποιο χειρουργείο πριν την διάγνωση του καρκίνου όπου το 92% δήλωσε ότι δεν έχει χειρουργηθεί. Ακολουθεί ο Πίνακας και το σχετικό γράφημα.

Πίνακας 5.10: Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις ερωτηθέντων.

Freq.	Value
92	"none"
1	"abortion"
1	"appendectomy"
1	"breastreduction_removalovary"
1	"ntestine"
1	"thyroidectomy"
1	"tonsillectomy"

Γράφημα 5.10: Άλλες χειρουργικές επεμβάσεις ερωτηθέντων.

Στη συνέχεια οι ασθενείς ερωτήθηκαν σχετικά με το εάν έχουν νοσηλευτεί κατά την διάρκεια της ασθένειας και πόσο διάστημα. Απαντήσεις δίνονται στο Πίνακα και στην εικόνα. Το 80% απάντησε πως έχει νοσηλευτεί 1-10 μέρες, μόλις το 2% ότι έχει νοσηλευτεί 10-30 μέρες, πάνω από 30 μέρες το 2% και 16% δήλωσε ότι δεν έχει νοσηλευτεί καμία μέρα.

Πίνακας 5.11: Ημέρες νοσηλείας λόγω νόσου των ερωτηθέντων.

Freq.	Value
2	"10_30"
80	"1_10"
2	"30daysmore"
16	"no"

Freq.	Value
2	"10_30"
80	"1_10"
2	"30daysmore"
16	"no"

Γράφημα 5.11: Ημέρες νοσηλείας λόγω νόσου των ερωτηθέντων

Τέλος, οι ασθενείς ερωτήθηκαν εάν έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο λόγω της ασθένειας και μόλις το 13% απάντησε πως δεν είχε χειρουργηθεί ενώ το 51% είχε χειρουργεί μόλις λίγες μέρες πριν.

Πίνακας 5.12: Χρονική στιγμή διεξαγωγής χειρουργείου για τη νόσο.

Freq.	Value
6	"1_3monthsbefore"
19	"1year+"
10	"3_12months"
1	"before1month"
1	"bn"
12	"no"
51	"somedaysbefore"

Γράφημα 5.12: Χρονική στιγμή διεξαγωγής χειρουργείου για τη νόσο.

4.2.1 Θεραπευτικά σχήματα ασθένειας

Στην ερώτηση σχετικά με το είδος της θεραπείας που έλαβαν τον τελευταίο μήνα, οι απαντήσεις των ασθενών μπορούν να παρουσιαστούν με βάση το αν τους χορηγήθηκε κάποια από τις βασικές θεραπευτικές επιλογές κατά του καρκίνου, που είναι η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η στοχευμένη θεραπεία. Στον παρακάτω πίνακα συγκεντρώνονται οι απαντήσεις τους και παρουσιάζεται η συχνότητα εφαρμογής της εκάστοτε από τις 3 αυτές βασικές θεραπευτικές μεθόδους στο δείγμα (Πίνακας), ενώ παρουσιάζεται αναπαράσταση των ποσοστών των ασθενών του δείγματος ανά είδος θεραπείας στο σχήμα της Εικόνας. Σημειώνεται ότι το 56% των ασθενών δήλωσε ότι χειρουργήθηκε, το 17% δήλωσε ότι έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ενώ το υπόλοιπο 27% ακολούθησε κάποιο εξατομικευμένο θεραπευτικό σχήμα.

Πίνακας 5.13: Είδος θεραπείας για τη νόσο των ερωτηθέντων.

Type of therapy	Freq.
actinotherapy_immunotherapy_surgery	1
actinotherapy_surgery	2
actinotherapy_surgery_maintenance	1
chemotherapy	17
chemotherapy_hormonotherapy_radiotherapy	5
chemotherapy_immunotherapy_actinotherapy	2
chemotherapy_immunotherapy_surgery	1
chemotherapy_radiotherapy_surgery	1
chemotherapy_radiotherapy_surgery_mainte	1
chemotherapy_surgery	9
hormonotherapy	1
immunotherapy	1
maintenance	1
surgery	56
surgery_maintenance	1

Γράφημα 5.13: Είδος θεραπείας για τη νόσο των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά τη χρονική περίοδο της θεραπείας που βρισκόταν ο ασθενής ο Πίνακας και το παρακάτω γράφημα μας γνωστοποιούν πως το 56% βρίσκεται στο πρώτο μήνα θεραπείας, το 13% δήλωσε ότι βρίσκεται μεταξύ 3^{ου} και 6^{ου} μήνα, το 8% μεταξύ 6^{ου} και 12^{ου} και το 17% σε περίοδο συντήρησης.

Πίνακας 5.14: Στάδιο εφαρμογής θεραπείας.

Freq.	Value
1	"1_2year"
56	"1sthmonth"
4	"2ndmonth"
13	"3_6month"
8	"6_12month"
17	"maintenanceperiod"

Γράφημα 5.14: Στάδιο εφαρμογής θεραπείας.

Στη συνέχεια ερωτήθηκαν εάν ακολουθούν θεραπεία πρώτης γραμμής και μόλις το 19% απάντησε ναι.

Πίνακας 5.15: Χρήση θεραπείας πρώτης γραμμής για την καταπολέμηση της νόσου.

Freq.	Value
81	"no"
19	"yes"

Γράφημα 5.15: Χρήση θεραπείας πρώτης γραμμής για την καταπολέμηση της νόσου.

Εν κατακλείδι, όσο αφορά την τριχόπτωση, οι ερωτούμενοι απάντησαν ότι με τη θεραπεία που λαμβάνουν το 73% δεν εμφανίζει καθόλου τριχόπτωση, το 2% λίγο, ενώ 11% αρκετά και 14% πολύ, όπως περιγράφεται στον Πίνακα και αναπαρίσταται γραφικά στην Εικόνα . Η τριχόπτωση αποτελεί μία από τις κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας με ψυχολογικές επιπτώσεις στους περισσότερους ασθενείς, και όπως είναι αναμενόμενο κυρίως στις γυναίκες για τις οποίες η εικόνα της εξωτερικής εμφάνισης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.

Πίνακας 5.16: Τριχόπτωση λόγω θεραπείας των ερωτηθέντων.

Freq.	Value
11	"enough"
2	"little"
73	"none"
14	"very"

Γράφημα 5.16: Τριχόπτωση λόγω θεραπείας των ερωτηθέντων.

5.3 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος με βάση το EQ5D-3L

Ακολουθεί η περιγραφή των συχνοτήτων στις απαντήσεις των διαστάσεων του EQ5D-3L και οι εκτιμήσεις των δεικτών αποτίμησης της ποιότητας ζωής βάσει του ερωτηματολογίου αυτού. Παρακάτω παρουσιάζονται οι διαστάσεις του EQ5D.

Πίνακας 5.17: Κατάσταση κινητικότητας των ερωτηθέντων.

eq5dmobility	Freq.
1	72
2	27
3	1

Γράφημα 5.17: Κατάσταση κινητικότητας των ερωτηθέντων.

Αναλυτικότερα το 72% δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα κινητικότητας, το 27% αντιμετωπίζει μερικά προβλήματα και μόλις το 1% είναι καθηλωμένοι στο κρεβάτι.

Πίνακας 5.18: Κατάσταση αυτοεξυπηρέτησης των ερωτηθέντων.

eq5dselfcare	Freq.
1	84
2	14

Γράφημα 5.18: Κατάσταση αυτοεξυπηρέτησης των ερωτηθέντων.

Σε ποσοστό 84% οι ασθενείς απάντησαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτηση τους και 14% εμφανίζουν κάποια προβλήματα, ενώ μόλις 2% δηλώνουν ανίκανοι να ντυθούν ή να πλυθούν.

Πίνακας 5.19: Εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων των ερωτηθέντων.

eq5dusualactivities	Freq.
1	61
2	36
3	3

Γράφημα 5.19: Εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων των ερωτηθέντων.

Το 61% του δείγματος δεν έχει κανένα πρόβλημα στις συνηθισμένες δραστηριότητες του και το 36% παρουσιάζει μερικά προβλήματα. Μόλις 3% είναι ανίκανο να εκτελέσει τις συνήθειες δραστηριότητες του.

Πίνακας 5.20: Αίσθηση πόνου ερωτηθέντων.

eq5dpain	Freq.
1	33
2	58
3	9

Γράφημα 5.20: Αίσθηση πόνου ερωτηθέντων.

Καθόλου πόνο/δυσφορία αισθάνεται το 33%, μέτριο πόνο/δυσφορία το 58% και υπερβολικό πόνο αναφέρει το 9%.

Πίνακας 5.21: Κατάσταση άγχους/κατάθλιψης των ερωτηθέντων.

eq5danxiety	Freq.
1	13
2	8
3	79

Γράφημα 5.21: Κατάσταση άγχους/κατάθλιψης των ερωτηθέντων.

Τέλος, αναφορικά με το άγχος/κατάθλιψη που δηλώνουν οι ασθενείς, το 13% δεν νιώθει καθόλου, το 8% νιώθει μέτριο και το 79% υπερβολικό.

Πίνακας 5.22: Κλίμακα VAS

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Eq5dvas	100	68.58	17.99729	20	100

Γράφημα 5.22: Κλίμακα VAS

Τέλος, οι ασθενείς ερωτήθηκαν σχετικά με την κατάσταση υγείας που πιστεύουν- νιώθουν ότι βρίσκονται απαντώντας στη κλίμακα από το 1 έως το 100 με το 100 να ισοδυναμεί με την άριστη κατάσταση υγείας του ασθενούς. Τα συνολικά αποτελέσματα από την μέτρηση της κλίμακας έδειξαν ότι ο Μ.Ο. των ασθενών αξιολόγησε την κατάσταση υγείας του με 68,78 ενώ το ελάχιστο που δόθηκε ως απάντηση ήταν το 20 και μέγιστο το 100.

Πίνακας 5.23: Eq-5dindex.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Eq5dindex	100	.34331	.2747953	-.594	1

Γράφημα 5.23: Eq-5dindex.

Υπολογιστικά, ο eq-5d index ο οποίος έχει μέσο όρο 0,34331, ελάχιστο -0,594 και μέγιστο 1. Ακολουθούν οι σχηματικές αναπαραστάσεις των κατανομών αυτών.

5.4 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος με βάση το EORTC QLQ-C30

Μετά την συμπλήρωση του παραπάνω ερωτηματολογίου οι ασθενείς απάντησαν και στο ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30. Ακολουθεί η περιγραφή των συχνοτήτων στις απαντήσεις των διαστάσεων του EORTC QLQ-C30 και οι εκτιμήσεις των δεικτών αποτίμησης της ποιότητας ζωής βάσει του ερωτηματολογίου αυτού με σκοπό να υπάρξει μια συγκριτική προσέγγιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων.

5.4.1 Κατανομή του δείγματος με βάση το EORTC QLQ-C30

Οι ασθενείς απάντησαν στις παρακάτω ερωτήσεις βάσει 4 απαντήσεων. Οι επιλογές που είχαν ήταν καθόλου, λίγο, αρκετά και πολύ.

Πίνακας 5.24: Ενόχληση ερωτηθέντων σχετικά με την κοπιαστικές εργασίες.

q1	Freq.	Percent	Cum.
1	42	42.00	42.00
2	32	32.00	74.00
3	23	23.00	97.00
4	3	3.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.24: Ενόχληση ερωτηθέντων σχετικά με την κοπιαστικές εργασίες.

Αναλυτικότερα, στη πρώτη ερώτηση που αφορούσε τυχόν ενοχλήσεις όταν οι ασθενείς κάνουν κοπιαστικές εργασίες, όπως όταν κουβαλάτε μια τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα το 42% των ερωτηθέντων απάντησε καθόλου, το 32% απάντησε λίγο, το 23% αρκετά και το 3% πολύ.

Πίνακας 5.25: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μεγάλο περίπατο.

q2	Freq.	Percent	Cum.
1	55	55.00	55.00
2	28	28.00	83.00
3	14	14.00	97.00
4	3	3.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.25: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μεγάλο περίπατο.

Η ερώτηση δύο αφορούσε τις ενοχλήσεις κατά έναν μεγάλο περίπατο όπου το 55% απάντησε καθόλου, το 28% λίγο, το 14% αρκετά και το 3% πολύ.

Πίνακας 5.26: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μικρό περίπατο.

q3	Freq.	Percent	Cum.
1	62	62.00	62.00
2	21	21.00	83.00
3	13	13.00	96.00
4	4	4.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.26: Ενόχληση ερωτηθέντων σε μικρό περίπατο.

Στη συνέχεια απάντησαν για ενοχλήσεις που μπορεί να νιώθουν σε μικρό περίπατο απαντώντας το 62% καθόλου, το 21% λίγο, το 13% αρκετά και 4% πολύ.

Πίνακας 5.27: Χρόνος παραμονής σε κρεβάτι ή καρέκλα.

q4	Freq.	Percent	Cum.
1	60	60.00	60.00
2	14	14.00	74.00
3	22	22.00	96.00
4	4	4.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.27: Χρόνος παραμονής σε κρεβάτι ή καρέκλα.

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την παραμονή των ασθενών σε κρεβάτι ή καρέκλα με ποσοστό 60% να απαντά καθόλου, 14% λίγο, 22% αρκετά και 4% πολύ.

Πίνακας 5.28: Χρειάζεστε βοήθεια για τις καθημερινές σας δραστηριότητες.

q5	Freq.	Percent	Cum.
1	85	85.00	85.00
2	11	1.00	96.00
3	3	3.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.28: Ανάγκη βοήθειας για καθημερινές εργασίες.

Εν συνεχεία, η επόμενη ερώτηση αφορούσε την παροχή βοήθειας των ασθενών σε καθημερινή βάση. Το 85% απάντησε καθόλου, το 11% λίγο, το 3%αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.29: Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλη ασχολία.

q6	Freq.	Percent	Cum.
1	38	38.00	38.00
2	41	41.00	79.00
3	20	20.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.29: Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλη ασχολία.

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς απάντησαν εάν περιόρισαν κάτι στην εργασία τους ή σε καθημερινές τους ασχολίες και το 38% απάντησε καθόλου, το 41% λίγο, το 20% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.30: Περιοριστήκατε σε καθημερινές εργασίες ή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.

q7	Freq.	Percent	Cum.
1	36	36.00	36.00
2	47	47.00	83.00
3	15	15.00	98.00
4	2	2.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.30: Περιοριστήκατε σε καθημερινές εργασίες ή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.

Στη συνέχεια, απαντήθηκε η ερώτηση εάν οι ασθενείς περιόρισαν ερασιτεχνικές ασχολίες ή δραστηριότητες σε ελεύθερο χρόνο όπου το 36% απάντησε καθόλου, το 47% λίγο, το 15% αρκετά και 2% πολύ.

Πίνακας 5.31: Λαχανιάσατε;

q8	Freq.	Percent	Cum.
1	42	42.00	42.00
2	39	39.00	81.00
3	17	17.00	98.00
4	2	2.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.31: Λαχανιάσατε;

Η επόμενη ερώτηση ήταν εάν οι ασθενείς λαχάνιαζαν όπου το 42% απάντησε καθόλου, το 39% λίγο, το 17%αρκετά και το 2% πολύ.

Πίνακας 5.32: Νιώσατε πόνο;

q9	Freq.	Percent	Cum.
1	40	40.00	40.00
2	44	44.00	84.00
3	15	15.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.32: Νιώσατε πόνο;

Στη συνέχεια οι ασθενείς απάντησαν εάν πόνεσαν και το 40% απάντησε καθόλου, το 44% λίγο το 15% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.33: Ανάγκη από ξεκούραση

q10	Freq.	Percent	Cum.
1	36	36.00	36.00
2	30	30.00	66.00
3	30	30.00	96.00
4	4	4.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.33: Ανάγκη από ξεκούραση

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς απάντησαν σχετικά με το χρειαζόντουσαν ξεκούραση όπου το 36% απάντησε καθόλου, το 30% λίγο, το 30% αρκετά και το 4% πολύ.

Πίνακας 5.34: Προβλήματα στο ύπνο

q11	Freq.	Percent	Cum.
1	57	57.00	57.00
2	27	27.00	84.00
3	14	14.00	98.00
4	2	2.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.34: Πρόβλημα με τον ύπνο

Ακολούθησε ερώτηση σχετική με πρόβλημα στο ύπνο όπου το 57% απάντησε καθόλου, το 27% λίγο, το 14% αρκετά και το 2% πολύ.

Πίνακας 5.35: Αίσθημα αδυναμίας

q12	Freq.	Percent	Cum.
1	52	52.00	52.00
2	26	26.00	78.00
3	20	20.00	98.00
4	2	2.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.35: Αίσθηση αδυναμίας

Εν συνεχεία, η επόμενη ερώτηση αφορούσε την αίσθηση της αδυναμίας των ασθενών όπου το 52% απάντησε καθόλου, το 26% λίγο, το 20% αρκετά και το 2% πολύ.

Πίνακας 5.36: Ανορεξία

q13	Freq.	Percent	Cum.
1	78	78.00	78.00
2	16	16.00	94.00
3	5	5.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.36: Ανορεξία

Οι επόμενες ερωτήσεις που κλήθηκαν να απαντήσουν οι ασθενείς αφορούσαν την ανορεξία που μπορεί να ένιωσαν, τάσεις για εμετό, δυσκοιλιότητα ή διάρροια και αίσθηση κόπωσης. Στη ερώτηση της ανορεξίας το 78% απάντησε καθόλου, το 16% λίγο, το 5% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.37: Τάση εμετού

q14	Freq.	Percent	Cum.
1	84	84.00	84.00
2	13	13.00	97.00
3	2	2.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.37: Τάση εμετού

Στην ερώτηση για τάση προς εμετό το 84% απάντησε καθόλου, το 13% λίγο, το 2% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.38: Κάνατε εμετό;

q15	Freq.	Percent	Cum.
1	93	93.00	93.00
2	6	6.00	99.00
3	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.38: Κάνατε εμετό;

Η επόμενη ερώτηση όπου ήταν εάν έκαναν εμετό το 93% απάντησε καθόλου, το 6% λίγο, το 1% αρκετά και το 0% πολύ.

Πίνακας 5.39: Αίσθηση δυσκοιλιότητας;

q16	Freq.	Percent	Cum.
1	83	83.00	83.00
2	11	11.00	94.00
3	5	5.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.39: Αίσθηση δυσκοιλιότητας;

Στην αίσθηση της δυσκοιλιότητας το 83% απάντησε καθόλου, το 11% λίγο, το 5% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.40: Αίσθηση διάρροιας;

q17	Freq.	Percent	Cum.
1	81	81.00	81.00
2	12	12.00	93.00
3	7	7.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.40: Αίσθηση διάρροιας;

Στη αίσθησή τις διάρροιας το 81% απάντησε καθόλου, το 12% λίγο, το 7% αρκετά και το 0% πολύ.

Πίνακας 5.41: Αίσθηση κόπωσης

q18	Freq.	Percent	Cum.
1	53	53.00	53.00
2	25	25.00	78.00
3	21	21.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.41: Αίσθημα κόπωσης

Τέλος, στο αίσθημα της κόπωσης το 53% απάντησε καθόλου, το 25% λίγο, το 21% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.42: Αίσθηση πόνου στη καθημερινότητα σας

q19	Freq.	Percent	Cum.
1	49	49.00	49.00
2	38	38.00	87.00
3	12	12.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.42: Αίσθηση πόνου στη καθημερινότητα σας

Σε επόμενη ερώτηση για το εάν παρενέβη ο πόνος στη καθημερινότητα των ασθενών το 53% απάντησε καθόλου, το 17% λίγο, το 8% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.43: Αίσθηση δυσκολίας συγκέντρωσης ή παρακολούθησης

q20	Freq.	Percent	Cum.
1	74	74.00	74.00
2	17	17.00	91.00
3	8	8.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

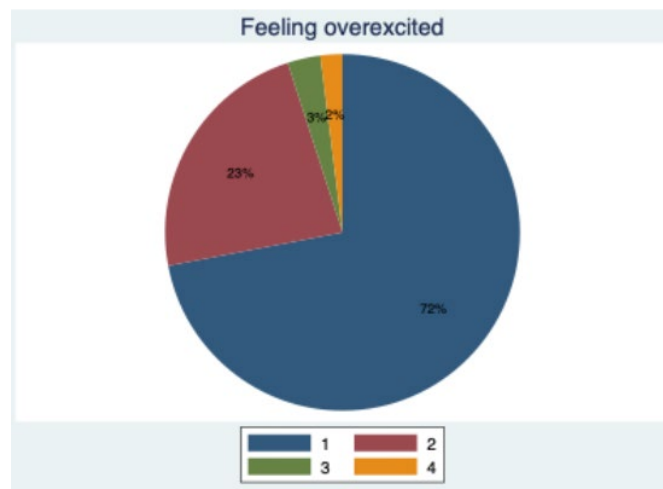
Γράφημα 5.43: Αίσθηση δυσκολίας συγκέντρωσης ή παρακολούθησης;

Όσον αφορά την ερώτηση που αναφερόταν στη δυσκολία των ασθενών να συγκεντρωθούν ή να παρακολουθήσουν κάτι το 74% απάντησε καθόλου, το 17% λίγο, το 8% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.44: Αίσθημα υπερέντασης

q21	Freq.	Percent	Cum.
1	72	72.00	72.00
2	23	23.00	92.00
3	3	3.00	98.00
4	2	2.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.44: Αίσθημα υπερέντασης;



Επιπροσθέτως ακολούθησε ερώτηση σχετικά με το αίσθημα της υπερέντασης όπου το 52% απάντησε καθόλου, το 36% λίγο, το 11% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.45: Αίσθημα στεναχώριας

q22	Freq.	Percent	Cum.
1	52	52.00	52.00
2	36	36.00	88.00
3	11	11.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.45: Αίσθημα στεναχώριας;

Στη ερώτηση εάν αισθάνονταν στεναχώρια το 52% απάντησε καθόλου, το 36% λίγο, το 11% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.46: Αισθανόσασταν ευέξαπτος

q23	Freq.	Percent	Cum.
1	63	63.00	63.00
2	27	27.00	90.00
3	7	7.00	97.00
4	2	2.00	99.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.46: Αισθανόσασταν ευέξαπτος

Στη ερώτηση εάν αισθάνονταν ευέξαπτοι το 63% απάντησε καθόλου, το 27% λίγο, το 7% αρκετά και το 2% πολύ.

Πίνακας 5.47: Αίσθημα κατάθλιψης

q24	Freq.	Percent	Cum.
1	56	56.00	56.00
2	35	35.00	91.00
3	8	8.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.47: Αίσθημα κατάθλιψης

Ενώ στη ερώτηση εάν αισθάνονταν κατάθλιψη το 56% απάντησε καθόλου, το 35% λίγο, το 8% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.48: Αίσθημα δυσκολίας να θυμηθείτε πράγματα

q25	Freq.	Percent	Cum.
1	72	72.00	72.00
2	18	18.00	90.00
3	9	9.00	99.00
4	1	1.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.48: Αίσθημα δυσκολίας να θυμηθείτε πράγματα

Στη ερώτηση εάν αισθάνονταν δυσκολία να θυμηθούν πράγματα το 72% απάντησε καθόλου, το 18% λίγο, το 9% αρκετά και το 1% πολύ.

Πίνακας 5.49: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην οικογενειακή σας ζωή

q26	Freq.	Percent	Cum.
1	71	71.00	71.00
2	18	18.00	89.00
3	7	7.00	96.00
4	4	4.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.49: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην οικογενειακή σας ζωή

Οι απαντήσεις για την επιρροή στη οικογενειακή ζωή ήταν 71% καθόλου, 18% λίγο, 7% αρκετά και το 4% πολύ.

Πίνακας 5.50: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην κοινωνική σας ζωή

q27	Freq.	Percent	Cum.
1	70	70.00	70.00
2	18	18.00	88.00
3	10	10.00	98.00
4	2	2.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.50: Η θεραπεία σας εμπόδισε στην κοινωνική σας ζωή

Οι απαντήσεις σχετικά με το εάν η θεραπεία εμπόδισε την κοινωνική ζωή των ασθενών ήταν 70% καθόλου, 18% λίγο, 10% αρκετά και το 2% πολύ.

Πίνακας 5.51: Η θεραπεία σας προξένησε οικονομικές δυσκολίες

q28	Freq.	Percent	Cum.
1	69	69.00	69.00
2	10	10.00	79.00
3	17	17.00	96.00
4	4	4.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.51: Η θεραπεία σας προξένησε οικονομικές δυσκολίες

Σε επίπεδο οικονομικών δυσκολιών από τη θεραπεία το 69% απάντησε καθόλου, το 10% λίγο, το 17% αρκετά και το 4% πολύ.

Πίνακας 5.52: Πως θα εκτιμούσατε την υγεία σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7)

q29	Freq.	Percent	Cum.
1	1	62.00	1.00
2	3	3.00	4.00
3	15	15.00	19.00
4	31	31.00	50.00
5	22	22.00	72.00
6	24	24.00	96.00
7	4	4.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.52: Πως θα εκτιμούσατε την υγεία σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7)

Οι ερωτήσεις αυτές απαντήθηκαν με κλίμακα από 1 έως 7 με άριστα το 7. Στη κατάσταση υγείας τους οι ασθενείς απάντησαν ως εξής: 1%-1, 3%-2, 15%-3, 31%-4, 22%-5, 24%-6, 4%-7.

Πίνακας 5.53:Πως θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7)

q30	Freq.	Percent	Cum.
1	1	1.00	1.00
2	4	4.00	5.00
3	17	17.00	22.00
4	26	26.00	48.00
5	19	19.00	67.00
6	25	25.00	92.00
7	8	8.00	100.00
Total		100.00	100.00

Γράφημα 5.53: Πως θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας (1-7)

Τέλος, για την ποιότητα ζωής το 1% απάντησε 1, το 4%-2, το 17%-3, το 26%-4, το 19%5, το 25%-6 και το 8%-7.

Αναλύοντας και τα δύο παραπάνω ερωτηματολόγια μπορούμε να σχολιάσουμε συγκριτικά τα αποτελέσματα τους. Στη πρώτη ερώτηση του 5EQ-5D μπορούμε να συγκρίνουμε με την ερώτηση 4 του QLQ-30 όπου αναφέρονται και οι δύο στη κινητικότητα των ασθενών. Οι ασθενείς στο πρώτο ερωτηματολόγιο απάντησαν 72% κανένα πρόβλημα, 27% μερικά προβλήματα και 1% ότι είναι καθηλωμένος στο κρεβάτι. Στη αντίστοιχη ερώτηση του QLQ-30 το 60% απάντησε καθόλου κινητικά προβλήματα, το 14% λίγα, το 22% αρκετά και το 4% πολλά. Θα μπορούσαμε να σχολιάσουμε ότι οι διαφορές των ποσοστών σε αυτή την ερώτηση είναι πολύ μικρές και οι απαντήσεις είναι πλησιάζουν πολύ και στα δύο ερωτηματολόγια. Στην δεύτερη ερώτηση που αφορούσε την αυτοεξυπηρέτηση, στο ερωτηματολόγιο 5EQ-5D το 84% απάντησε κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση, το 14% μερικά προβλήματα και το 2% ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί. Στην αντίστοιχη ερώτηση του QLQ-30 (ερώτηση 5) το 85% απάντησε καθόλου, το 11% λίγα, το 3% αρκετά και το 1% πολλά. Συμπεραίνουμε πως και στην ερώτηση αυτή τα ποσοστά των απαντήσεων συγκλίνουν αρκετά. Στην Τρίτη ερώτηση του 5EQ-5D για τις συνηθισμένες δραστηριότητες τα ποσοστά των απαντήσεων ήταν 61% κανένα πρόβλημα, 36% μερικά προβλήματα και 3% πλήρη ανικανότητα. Η αντίστοιχη ερώτηση του QLQ-30 είναι η ερώτηση 19 όπου τα ποσοστά των απαντήσεων είναι τα εξής: 49% δήλωσε καθόλου, 38% λίγο, 12% αρκετά και 1% πολύ. Συγκριτικά θα μπορούσαμε να πούμε πως οι απαντήσεις των ασθενών έχουν μικρή απόκλιση και πάλι. Η ερώτηση 4 στο ερωτηματολόγιο 5EQ-5D αφορά τον πόνο. Εδώ το 33% απάντησε καθόλου, το 58% μέτριο πόνο και το 9% υπερβολικό πόνο. Αντίστοιχα στα ερώτηση 9 του QLQ-30 το 40% δήλωσε καθόλου, το 44% λίγο, το 15% αρκετό και το 11% πολύ. Αντιλαμβανόμαστε πως οι διαφορές των ποσοστών και πάλι δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετικές. Τέλος, στη ερώτηση σχετικά με το άγχος του 5EQ-5D το 13% απάντησε ότι δεν έχει άγχος, το 8% μέτριο άγχος και το 79% υπερβολικό άγχος. Η ερώτηση του QLQ-30 που θα μπορούσαμε να κάνουμε μια σύγκριση είναι η ερώτηση 22. Ωστόσο να σημειώσουμε ότι έχει να κάνει με την στεναχώρια που νιώθουν οι ασθενείς και όχι με το άγχος. Εδώ αντίστοιχα, παρατηρούνται τα εξής ποσοστά: 52% καθόλου, 36% λίγο, 11% αρκετά και 4% πολύ. Τα ποσοστά στη συγκεκριμένη ερώτηση ίσως διαφέρουν λίγο ωστόσο ίσως αυτό οφείλετε στη διαφορετική διατύπωση των ερωτήσεων.

5.5 Γραμμική παλινδρόμηση

Ολοκληρώνοντας τα αποτελέσματα μας ακολουθεί ο πίνακας της γραμμικής παλινδρόμησης των μεταβλητών. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής:

1. Εάν οι ασθενείς είναι παντρεμένοι (=1) εάν όχι (=0)
2. Εάν οι ασθενείς είχαν παιδιά (=1) εάν όχι (=0)
3. Εάν είχαν 3^ο βαθμιαία εκπαίδευση (=1) εάν όχι (=0)
4. Εάν παρουσίαζαν συνοσυρότητες (=1) εάν όχι (=0)
5. εάν είχαν χειρουργηθεί μερικές μέρες πριν (=1) εάν όχι (=0)
6. εάν ήταν στο πρώτο στάδιο της χημειοθεραπείας (=1) εάν όχι (=0)
7. εάν είχαν απώλεια μαλλιών πολύ ή αρκετά (=1) εάν λίγο ή καθόλου (=0)

Συνεπώς, εξαρτημένη μεταβλητή παρουσιάζεται index eq-5d με μέση τιμή 0,3 όπου βλέπουμε ότι παρουσιάζει αρνητική σχέση με το εάν οι ασθενείς είχαν χειρουργηθεί πριν ένα μήνα σε σύγκριση με το εάν έχουν χειρουργηθεί παλαιότερα. Συνεπώς το αποτέλεσμα επιβεβαιώνει αυτό που περιμέναμε καθώς είναι λογικό ένας πρόσφατα χειρουργημένος ασθενής να παρουσιάζει χαμηλότερη ποιότητα ζωής από κάποιον ο οποίος έχει χειρουργηθεί παλαιότερα. Η μεταβλητή early_chemo παρουσιάζει θετική σχέση καθώς οι ασθενείς που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο χημειοθεραπείας παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς οι οποίοι βρίσκονται σε πιο προχωρημένα στάδια χημειοθεραπείας. Τέλος, η μεταβλητή που αφορά την απώλεια μαλλιών παρουσιάζει αρνητική σχέση με την μεταβλητή καθώς κάποιος που παρουσιάζει απώλεια μαλλιών έχει χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με κάποιον που έχει. Οι παραπάνω μεταβλητές παρουσιάζουν στατική σημαντικότητα καθώς το $p < 0,05$ όπως παρουσιάζεται στο πίνακα παρακάτω.

Οι μεταβλητές που αφορούν τα παιδιά και το γάμο βλέπουμε πως δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα στο 5% αλλά στο 10%. Το παραπάνω αποτέλεσμα είναι λογικό καθώς οι μητέρες επηρεάζονται από το εάν έχουν παιδιά και μεταφέρουν την ασθένεια στα παιδιά τους με αποτέλεσμα η ανεξάρτητη μεταβλητή να παρουσιάζει αρνητική σχέση με την εξαρτημένη και να υπάρχει χειρότερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που έχουν παιδιά.

Όσον αφορά το γάμο, οι ασθενείς που είναι παντρεμένοι παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής καθώς παρουσιάζεται θετική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης με την ανεξάρτητη μεταβλητή. Το αποτέλεσμα είναι δικαιολογημένο καθώς οι ασθενείς έχουν βοήθεια από τους συντρόφους τους και ψυχολογική στήριξη.

Πίνακας: 5.54: Γραμμική παλινδρόμηση

Source	SS	Df	MS	Number of obs = 100		
				F (7, 92) = 6.15		
Model	2.38179383	7	.340256261	Prob > F = 0.0000		
Residual	5.09394192	92	.055368934	R-squared = 0.3186		
				Adj R-squared = 0.2668		
Total	7.47573575	99	.075512482	Root MSE = .23531		
eq5dindex	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
married	.12164	.0639333	1.90	0.060	-.005337	-.5892914
children	-.1182144	.0702803	-1.68	0.096	.2486171	-.271953
higher_educ	.0662089	.0488344	1.36	0.178	-.2577972	.1392784
comorb	.0953111	.0680571	1.40	0.165	.0213684	.4363289
recent_surgery	-.4306222	.0798904	-5.39	0.000	-.0307804	-.3725753
early_chemo	.2878036	.0747829	3.85	0.000	.1631981	-.0906324
hairloss	-.2316039	.0709795	-3.26	0.002	-.0398562	.2910345
_cons	.4367786	.0733826	5.95	0.000	.2304784	.5825227

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ποιότητα ζωής των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι ένα κρίσιμο ζήτημα που απασχολεί τη σύγχρονη ιατρική έρευνα. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως, και πολλές μελέτες έχουν εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (QoL) αυτών των ασθενών. Σύμφωνα με μια ανασκόπηση ερευνών, η QoL των γυναικών με καρκίνο του μαστού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η φάση της θεραπείας και οι ψυχολογικές πτυχές. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία αναφέρουν υψηλότερες βαθμολογίες QoL σε σύγκριση με εκείνες που βρίσκονται υπό θεραπεία. Η ποιότητα ζωής αξιολογείται με τη χρήση εργαλείων όπως το EORTC QLQ-C30 και το FACT-B, με αποτελέσματα που αποδεικνύουν τη σημαντική επίδραση του καρκίνου και της θεραπείας σε ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται επίσης από τις βιολογικές και κοινωνικές παραμέτρους, όπως η ηλικία, η συννοσηρότητα και η κοινωνική υποστήριξη. Οι νεαρές γυναίκες με καρκίνο του μαστού συχνά διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. Οι έρευνες αναδεικνύουν την ανάγκη για πρώιμη ανίχνευση και παρέμβαση, καθώς και την σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η συστηματική χρήση εργαλείων ποιότητας ζωής μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς γιατρούς να αξιολογήσουν καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών και να προσαρμόσουν τις θεραπείες ανάλογα. Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι μια πολύπλοκη, δυναμική έννοια που απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση και παρέμβαση για την υποστήριξη των ασθενών σε όλα τα στάδια της νόσου. Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και πνευματικής υγείας, καθώς και της οικονομικής κατάστασης και της υποστήριξης που λαμβάνουν. Η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση στην ιατρική φροντίδα, η παροχή ψυχοκοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης και η εξασφάλιση πρόσβασης σε οικονομική βοήθεια είναι κρίσιμα στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των

ασθενών. Η κατανόηση και η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων μπορεί να κάνει σημαντική διαφορά στην καθημερινή ζωή των ασθενών, προσφέροντάς τους όχι μόνο καλύτερη υγεία αλλά και μεγαλύτερη ικανοποίηση και ευημερία. Εξάλλου, κάθε ασθενής είναι μοναδικός και η φροντίδα του πρέπει να ανταποκρίνεται στις ατομικές του ανάγκες και προτιμήσεις, με στόχο μια ζωή γεμάτη νόημα και ποιότητα, παρά τις δυσκολίες που μπορεί να φέρει η ασθένεια. Βάσει των παραπάνω όπου εντοπίσαμε στη βιβλιογραφία η έρευνα μας επιβεβαιώνεται. Τα ευρήματα μας επιβεβαιώνουν, ότι η γυναίκες βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής όταν βρίσκονται στα αρχικά στάδια των θεραπευτικών σχημάτων εν αντίθεση με τις γυναίκες που βρίσκονται σε μεταγενέστερα επίπεδα θεραπείας. Όπως εξέφραζαν και οι ίδιες όσο προχωρούσαν οι χημειοθεραπείες τόσο χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής τους. Το παραπάνω οφειλόταν στις επιπτώσεις των θεραπειών καθώς τους δημιουργούσαν αδυναμία, εμετούς και σωματική εξάντληση. Εν συνεχεία αντιλαμβανόμαστε ότι η απώλεια των μαλλιών δημιουργούσε χειρότερη ποιότητα ζωής καθώς η εικόνα που αντίκριζαν οι γυναίκες αυτές δεν αποτελούσε πλέον τη συνηθισμένη γυναικεία τους πλευρά. Το γεγονός αυτό επηρέαζε κατά πολύ την ψυχολογική τους κατάσταση καθώς πλέον η εικόνα τους δεν τους άρεσε. Εξίσου στατιστικά σημαντικά φαίνεται να είναι πριν πόσο καιρό έχουν χειρουργηθεί οι ασθενείς. Βλέπουμε ότι η μεταβλητή παρουσιάζει θετική σχέση με την ποιότητα ζωής καθώς όσο πιο πρόσφατα είναι χειρουργημένος ένας ασθενής τόσο χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτόν που έχει χειρουργηθεί παλαιότερα. Σημαντικό εύρημα βάση του παραπάνω ήταν και το άγχος που παρουσίαζαν καθώς βλέπουμε ότι ο δείκτης του άγχους βρίσκετε σε πολύ υψηλά επίπεδα. Ο συσχετισμός του άγχους ιδιαίτερα σε γυναίκες που είχαν παιδιά φαίνεται να επηρεαζόταν περισσότερο καθώς ανησυχούσαν περισσότερο σε περίπτωση που η ασθένεια τους μεταφερόταν στη επόμενη γενιά καθώς ενδεχομένως και σε περίπτωση που απεβίωναν τι θα απογινόντουσαν τα παιδιά τους(στατιστικά σημαντική μεταβλητή σε επίπεδο 10%). Στο ψυχολογικό παράγοντα επιρροή φαίνεται να είχε η συντροφικότητα των γυναικών καθώς σε στατιστικό επίπεδο σημαντικότητας 10% φαίνεται ότι υπήρχε θετική ψυχολογική επίδραση εάν οι γυναίκες ήταν παντρεμένες. Αναμενόμενο καθώς η ψυχολογική υποστήριξη που τους παρέχόταν βοηθούσε να συνεχίσουν τη θεραπεία τους και να βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από γυναίκες που ήταν μόνες. Εν κατακλείδι, η

προσωπική μου εμπειρία έπειτα από τις συνεντεύξεις των γυναικών αυτών είναι ότι η έγκαιρη πρόληψη μπορεί να αποτρέψει πολλά μεταγενέστερα στάδια της νόσου. Η εξαθλίωση των γυναικών από τις θεραπείες ήταν η εικόνα που μου εντυπώθηκε περισσότερο. Η απώλεια των μαλλιών τους, τους έκανε να μην νιώθουν θηλυκότητα και να απομονώνονται κοινωνικά από τον έξω κόσμο καθώς κυριαρχούσε το συναίσθημα της ντροπής για την εικόνα τους. Τέλος, οι γυναίκες που συνοδεύονταν στο νοσοκομείο από τους άντρες τους ένωσαν μεγαλύτερη ασφάλεια από εκείνες που ήταν μόνες. Ο ψυχολογικός παράγοντας όπως και οι ίδιες επισταμένως τόνιζαν αποτελούσε την μεγαλύτερη τους βοήθεια για να ξεπεράσουν τη νόσο και να βγουν δυνατότερες από αυτό. Εν κατακλείδι η έρευνα επιβεβαίωσε τη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρότι περιορίστηκε σε μικρό σχετικά δείγμα(100 ατόμων) καθώς επίσης και από ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο. Επιπροσθέτως, η έρευνα περιορίστηκε καθώς βασίστηκε στην υποκειμενικότητα των ασθενών και όχι σε άλλες διαστάσεις. Επίσης, η μελέτη βασίστηκε σε μονόπλευρο συμπέρασμα χωρίς να εξετάσει πολύπλευρα το αντικείμενο. Δεδομένων των παραπάνω, θα μπορούσε να προταθεί να αναπτυχθούν προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης για τους ασθενείς τόσο εντός όσο και εκτός του νοσοκομείου. Επιπλέον χρήσιμο θα ήταν να αναπτυχθεί η υποδομή όπου οι ασθενείς λαμβάνουν θεραπείες καθώς και η βελτίωση της πρόσβασης του σε αυτές. Αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς δεν επικοινωνούσαν μεταξύ τους ούτε μοιράζονταν πληροφορίες όπου θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα κλίμα ασφάλειας καθώς θα μεταφερόντουσαν οι πληροφορίες μεταξύ τους. Συνεπώς η δημιουργία κοινωνικών δικτύων μεταξύ τους θα μπορούσε να βοηθήσει τους ίδιους στη αντιμετώπιση της ασθένειας. Τέλος, θα μπορούσαν να προωθηθούν ερευνητικά προγράμματα τα οποία να εξετάζουν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις με σκοπό την καλύτερη ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Akbar Javan Biparva, S. R. «Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis.» *BMJ*. doi: 10.1136/bmjspcare-2022-003642.

Anna Lewandowska, G. R. «Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy.» *International Journal of Environment Research and public health*. 2020 doi: 10.3390/ijerph17196938.assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.” *Soc Sci Med*; 41(10):1403–1409.

Bottles K. Kline TS, Kline IK. Guides to clinical aspiration biopsy: Breast. New York: Igaku-Shoin, 1989, 253 pp. *Diagn Cytopathol*. 1990;6(5):370–370.

Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *N Engl J Med*. 2007;356(3):227–36.

Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*. 2010;16(6):631– 50.

Ciuhu A.N., Rahnea-Nita G., Popescu M.T., Rahnea-Nita R.A. «Evaluation of quality of life in patients with advanced and metastatic breast cancer proposed for palliative chemotherapy and best supportive care versus best supportive care.» *Cancer Res*. 2015;75:15–22. doi: 10.1158/1538-7445.SABCS14-P5.

Cuzick J, Sestak I, Bonanni B, Costantino JP, Cummings S, DeCensi A, et al. Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: An updated meta- analysis of individual participant data. *Lancet*. 2013;381(9880):1827–34.]

Diaconu C., Maxim L., Timofte D., Livadariu L.M. «Biopsychosocial Implications Related to the Breast Cancer in Young Women.» *Rev. Cercet. Interv. Soc*. 2014;46:152–161.

Elena Gabriela Vâlcu, D. F.-F. «Considerations Regarding Online Group Psychotherapy Sessions for Breast Cancer Patients in Active Phase of Oncological Treatment.» *National Library of Medicine*. 2023 doi: 10.3390/healthcare11162311.

Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *J Am Med Assoc*. 2006;296(2):193–201.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D BF. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.

Finberg J.(1973) “Social philosophy.” Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1973:59, 61.

Freud S. Letter to Lou Andreas-Salome. (1930). “Cited in: Sigmund Freud house catalogue.” Vienna: Löcker and Wögenstein, 1975: 49.

Graupner C, Kimman ML, Mul S, Slok AHM, Claessens D, Kleijnen J, et al. «Patient outcomes, patient experiences and process indicators associated with the routine use of patient-reported outcome measures (PROMs) in cancer care: a systematic review. *Support Care Cancer*.» 2021: 573–93.

Greer J.A., Moy B., El-Jawahri A., Jackson V.A., Kamdar M., Jacobsen J., Lindvall C., Shin J.A., Rinaldi S., Carlson H.A., et al. «Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients with Metastatic Breast Cancer.» *J. Natl. Compr. Cancer Netw.* 2022;20:136143.doi: 10.6004/jnccn.2021.7040.

Hae-Jin Suh Oh, A. F.-T. «Evaluating health related quality of life in outpatients receiving anti-cancer treatment: results from an observational, cross-sectional study.» *Health and Quality of Life Outcomes*, 2021.

Hankinson S, Hunter D. Breast cancer. In: Adami H, Hunter D, Trichopoulos D, editors. Textbook of cancer epidemiology. New York: Oxford University Press; 2002.

Helena Carreira, Rachael Williams, Harley Dempsey, Susannah Stanway, Liam Smeeth & Krishnan Bhaskaran. «Quality of life and mental health in breast cancer survivors compared with non-cancer controls: a study of patient-reported outcomes in the United Kingdom» *Journal of Cancer Survivorship*, 2020: 564–575.

Heydarnejad MS, Hassanpour Dehkordi A, Solati Dehkordi K. «Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy.» *AFRICAN HEALTH SCIENCES*, 2011.

Jensen RA, Page DL, Dupont WD, Rogers LW. Invasive breast cancer risk in women with sclerosing adenosis. *Cancer*. 1989;64(10):1977–83.)

Kállén B, Finnström O, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Otterblad Olausson P. Malignancies among women who gave birth after in vitro fertilization. *Hum Reprod*. 2011;26(1):253–8]

Kim S.J., Patel I., Park C., Shin D.I., Chang J. «Palliative care and healthcare utilization among metastatic breast cancer patients in U.S. hospitals.» *Sci. Rep.* 2023;13:4358. doi: 10.1038/s41598-023-31404-2.

L Bryant, Jeannette T Bensen, Hyman B Mus, Bryce B Reeve. «Activities, function, and health-related quality of life (HRQOL) of older adults with cancer.» *J Geriatr Oncol*, 2017.

Mackenzi Pergolotti, Allison M Deal, Grant R Williams, Ashley L Bryant, Jeannette T Bensen, Hyman B Mus, Bryce B Reeve. «Activities, function, and health-related quality of life (HRQOL) of older adults with cancer.» *J Geriatr Oncol*, 2017.

Mary Kung'u, L. O. «Factors influencing quality of life among cancer survivors in Kenya. *National Library of Medicine*» 2022(4): 87–95.doi: 10.4314/ahs.v22i4.12. / Mary Kung'u, Lister Onsongo, James O Ogutu. «Factors influencing quality of life among cancer survivors in Kenya.» *Afr Health Sci*, 2022.

Montazeri, A. «Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of literature from 1974 to 2007.» *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2008 27:1,1-31.

Mols, F.V.F. «Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review.» *European journal of Cancer*, 2005, 2613-2619.

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74–108.

Petrelli F, Coinu A, Cabiddu M, Ghilardi M, Lonati V, Barni S. Five or more years of adjuvant endocrine therapy in breast cancer: A meta-analysis of published randomised trials. Vol. 140, *Breast Cancer Research and Treatment*. 2013. p. 233–40

Pike AM, Oberman HA. Juvenile (cellular) adenofibromas. A clinicopathologic study. *Am J Surg Pathol*. 1985;9(10):730–6.)

Richie RC, Swanson JO. Breast cancer: a review of the literature. Vol. 35, *Journal of insurance medicine* (New York, N.Y.). 2003. p. 85–101.

Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology 10e E-Book. 2011;2892.

Seetharam S, Fentiman IS. Paget's disease of the nipple. Vol. 5, *Women's Health*. 2009. p. 397–402.

Slanger TE, Chang-Claude JC, Obi N, Kropp S, Berger J, Vettorazzi E, et al. Menopausal hormone therapy and risk of clinical breast cancer subtypes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18(4):1188–96.

Surakasula A, Nagarjunapu G, Raghavaiah K. A comparative study of pre- and post- menopausal breast cancer: Risk factors, presentation, characteristics and management. *J Res Pharm Pract*. 2014;3(1):12.

Vogel VG. Update on raloxifene: Role in reducing the risk of invasive breast cancer in postmenopausal women. Vol. 3, *Breast Cancer: Targets and Therapy*. Dove Medical Press Ltd.; 2011. p. 127–37.

Wei Cao,H.-D. C.-W.-Q. «Changing profiles of cancer burden worldwide and in China:a secondary analysis of global cancer statistics 2020.»*National library of medicine*, 2021: 783-791.

World Cancer Research Fund. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective [Internet]. 2007.

World Health Organization (2006) "Constitution of the World Health Organization– Basic Documents" , Forty-fifth edition.]

World Health Organization. (1996) "Ethics and health, and quality in health care— report by the director general" Geneva: WHO, Document No. EB 97/16.]

World Health Organization. (2005) "The World Health Organization Quality of Life

Ελληνική Βιβλιογραφία

Θεοδωροπούλου, Ε., Καρτερολιώτης, Κ., Νάσσης, Γ., Κοσκολού, Μ. και Γελαδά, Ν. «Μέθοδοι εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής» Κινησιολογία. Τόμ. Τομ.5, 58-66. 2012.

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Vlahos. «Sleep quality in advanced cancer patients.» *J Psychosom Res*, 2007: 62:527-533.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Papa, E., Kalaidopoulou, O., Smyrniotis, V., & Vlahos, L. «The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30, Version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: validity and reliability in hellenic sample. .» *International Journal of Cancer*, 2001.

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ.. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης, 2001.

Φωτίου Σ. Γυναικολογική ογκολογία. 1η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης; 2008. 404–4.

Παράρτημα Α:



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΑΕ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ: / / 2023

Σημειώστε όπου υπάρχει ☐ με ✓

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλώ θα θέλαμε να σας ζητήσουμε να συμμετάσχετε σε μια έρευνα, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί. Ο στόχος του ερωτηματολογίου είναι η αποτίμηση της ποιότητας ζωής ογκολογικών ασθενών και η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα (MSc) «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιώς, Ελλάδα. Η έρευνα διεξάγεται από εμένα και την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Μαρία Ράικου (Καθηγήτρια, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν εδώ θα είναι εξαιρετικά χρήσιμα προκειμένου να καλύψουν κενά στην επιστημονική γνώση. Η συμβολή σας στην προσπάθεια αυτή είναι ιδιαίτερος σημαντική και σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης 8 λεπτά. Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Ίριδα Κούμουλου

iridakml@gmail.com

ΓΕΝΙΚΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ονοματεπώνυμο / ΑΜΚΑ: _____
2. Εθνικότητα: _____
3. Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα
4. Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____
5. Τόπος γέννησης: _____ νομός
6. Περιοχή τελευταίας διαμονής: _____ νομός
7. Επί ποσά έτη; ☐ <1 έτος ☐ 1-3 έτη ☐ 3-5 έτη ☐ >5 έτη
8. Η περιοχή κατοικίας σας είναι: ☐ Αγροτική ☐ Ημιαστική ☐ Αστική
9. Επάγγελμα πατέρα: _____
10. Επάγγελμα μητέρας: _____
11. Οικογενειακή κατάσταση: ☐ Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Συμβίωση
☐ Χήρος ☐ Διαζευγμένος
12. Αριθμός παιδιών: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
13. Αριθμός ατόμων που συζούν στο σπίτι σας: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7
14. Καπνίζετε; ☐ Όχι ☐ Πρώην Καπνιστής ☐ Ναι ☐ Πόσα χρόνια; _____

15. Ποσά άτομα καπνίζουν μέσα στο σπίτι; ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

ΕΙΔΙΚΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

16. Ύψος: _____ εκατοστά
17. Βάρος: _____ κιλά
18. Ποιο επίπεδο εκπαίδευσης έχετε ολοκληρώσει; ☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο
☐ ΑΕΙ / ΤΕΙ ☐ Μεταπτυχιακά
19. Ποια είναι η επαγγελματική σας απασχόληση; ☐ Άνεργος ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος
☐ Δημόσιος Υπάλληλος ☐ Ελεύθερος Επαγγελ.
☐ Οικιακά ☐ Συνταξιούχος
☐ Φοιτητής / Μαθητής ☐ Άλλο
20. Ποιο είναι το οικογενειακό σας εισόδημα ανά μήνα; ☐ Δεν έχω εισόδημα ☐ Κάτω από 500 €
☐ 500 - 1000 € ☐ 1000 - 1500 €
☐ 1500 - 2000 € ☐ Πάνω από 2000 €
☐ Δεν επιθυμώ να το δηλώσω
21. Ασφαλιστική κάλυψη; ☐ Δημόσια ☐ Ιδιωτική
☐ Και τα δύο ☐ Καμία

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

22. Πάσχετε από κάποια νόσο, για την οποία παίρνετε (ή παίρνατε κατά το παρελθόν) φάρμακα;

☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, ποιά νόσος;

Έτος διάγνωσης

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Χειρουργεία που έχετε κάνει;

Έτος χειρουργείου

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

23. Τι τύπο/ους καρκίνου έχετε; (επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

☐ Πνεύμονα ☐ Εντέρου ☐ Μαστού ☐ Ωοθηκών ☐ Στομάχου ☐ Νεφρού
☐ Παγκρέατος ☐ Ήπατος ☐ Άλλο: _____

24. Πριν πόσο καιρό διαγνωστήκατε με καρκίνο του μαστού;

☐ Λιγότερο από 6 μήνες πριν ☐ 6-12 μήνες πριν ☐ 1-2 έτη πριν
☐ 2-5 έτη πριν ☐ Περισσότερο από 5 έτη πριν ☐ Δεν ξέρω / δεν θυμάμαι

25. Είναι η πρώτη φορά που διαγνωστήκατε με κακοήθεια;

☐ Ναι, είναι η πρώτη φορά ☐ Όχι, διαγνώστηκα ξανά έως 1 έτος πριν
☐ Όχι, διαγνώστηκα ξανά 1-5 έτη πριν ☐ Όχι, διαγνώστηκα ξανά πάνω από 5 έτη πριν

Αν δεν είναι η πρώτη φορά που διαγνωστήκατε με κακοήθεια, με ποιον τύπο καρκίνου είχατε διαγνωστεί στο παρελθόν; _____

26. Έχετε νοσηλευτεί ποτέ εξαιτίας της νόσου και αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα;

☐ Όχι ☐ Ναι, 1-10 μέρες
☐ Ναι, 10-30 μέρες ☐ Ναι, περισσότερο από 30 μέρες

27. Έχετε χειρουργηθεί εξαιτίας της νόσου και πότε;

☐ Όχι ☐ Ναι, λίγες μέρες έως και 1 μήνα πριν
☐ Ναι, 1-3 μήνες πριν ☐ Ναι, 3-12 μήνες πριν
☐ Ναι, περισσότερο από 1 έτος πριν

28. Ποιές από τις παρακάτω θεραπείες κάνετε; (Επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

☐ Χημειοθεραπεία ☐ Ορμονοθεραπεία
☐ Ακτινοθεραπεία ☐ Χειρουργική επέμβαση
☐ Ανοσοθεραπεία ☐ Θεραπεία συντήρησης
☐ Στοιχειώμενη θεραπεία

29. Τον τελευταίο μήνα ποια από τα παρακάτω φαρμακευτικά σκευάσματα λαμβάνετε; (Επιλέξτε ένα ή περισσότερα)
- | | |
|--|---|
| ☐ Αλεκτινίμπη (ALECENSA) | ☐ Τραστοουζουμάμπη (HERCEPTIN/OGIVRI/KANJINTI) |
| ☐ Περτουζουμάμπη (PERJETA) | ☐ Πεμετρεξίδη (ALIMTA/PEMETREXEDVOCATE) |
| ☐ Ατεζολιζουμάμπη (TECENTRIQ) | ☐ Ταξάνες (PATAXEL/ABRAXANE/DOCETAXEL) |
| ☐ Νιβολουμάμπη (OPDIVO) | ☐ Καπεσιταμπίνη (XELODA/PREVELODA) |
| ☐ Πεμπρολιζουμάμπη (KEYTRUDA) | ☐ Αμπεμασικλίμπη (VERZENIOS) |
| ☐ Παλμποσικλίμπη (IBRANCE) | ☐ Μπεβασιζουμάμπη (AVASTIN/MVASI) |
| ☐ Ριμποσικλίμπη (KISQALI) | ☐ Εβερόλιμους (AFINITOR/EVEROLIMUSTEVA) |
| ☐ Οσιμερτινίμπη (TAGRISSO) | ☐ Ιρινοτεκάνη (IRITEC) |
| ☐ Ολαπαρίμπη (LYNPARZA) | ☐ Οξαλιπλατίνη (OXAVIATIN) |
| ☐ Άλλο: _____ | |
30. Σε ποια χρονική περίοδο της τωρινής θεραπείας σας βρίσκεστε;
- | | |
|---|---|
| ☐ Στον 1ο μήνα θεραπείας | ☐ Στον 2ο μήνα θεραπείας |
| ☐ Μεταξύ 3ου-6ου μήνα θεραπείας | ☐ Μεταξύ 6ου-12ου μήνα θεραπείας |
| ☐ Μεταξύ 1ου-2ου έτους θεραπείας | ☐ Μετά το 2ο έτος θεραπείας |
| ☐ Σε περίοδο συντήρησης | |
31. Είναι η πρώτη αγωγή που λαμβάνετε; (φάρμακο πρώτης γραμμής)
- ☐ Ναι ☐ Όχι, έχω κάνει και άλλη διαφορετική αγωγή στο παρελθόν
- Αν όχι, ποια ήταν η αγωγή που λάβατε στο παρελθόν; _____
32. Έχετε τριχόπτωση;
- ☐ Καθόλου ☐ Λίγη ☐ Αρκετή ☐ Πολύ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EQ-5D

Παρακαλούμε σημειώστε ποιές δηλώσεις περιγράφουν την κατάσταση της υγείας σας ΣΗΜΕΡΑ.

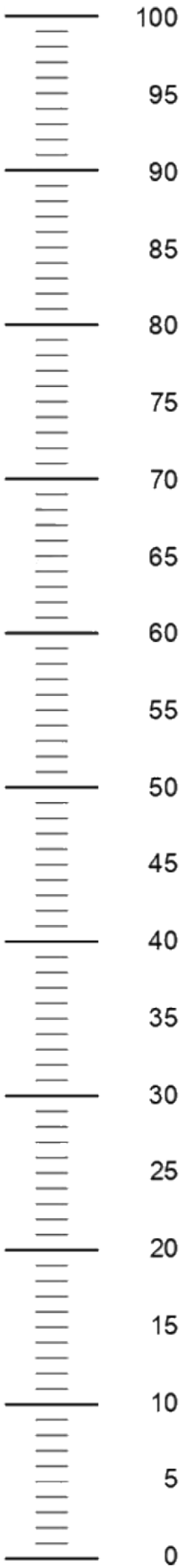
1. Κινητικότητα
 - ☐ Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
 - ☐ Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα
 - ☐ Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι
2. Αυτοεξυπηρέτηση
 - ☐ Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
 - ☐ Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι
 - ☐ Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ
3. Συνηθισμένες δραστηριότητες (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)
 - ☐ Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
 - ☐ Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
 - ☐ Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
4. Πόνος/Δυσφορία
 - ☐ Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία
 - ☐ Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία
 - ☐ Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία
5. Άγχος/Θλίψη
 - ☐ Δεν έχω άγχος ή θλίψη
 - ☐ Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
 - ☐ Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

ΟΠΤΙΚΟΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ

Παρακαλώ σημειώστε ένα **X** επάνω στην κλίμακα από το 0 (η **χειρότερη** κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε) έως το 100 (η **καλύτερη** κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε) που εκφράζει την κατάσταση της δικής σας υγείας ΣΗΜΕΡΑ σύμφωνα με την παρακάτω κλίμακα.

Τώρα, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που σημειώσατε στην κλίμακα στο παρακάτω κουτάκι:

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ:



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EORTC QLQ-C30

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας.

1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως όταν κουβαλάτε μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
2. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μεγάλο περίπατο;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
3. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο έξω από το σπίτι;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
4. Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
5. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:

6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
8. Λαχανιάσατε;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
9. Πονέσατε;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
11. Είχατε προβλήματα με τον ύπνο;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
13. Είχατε ανορεξία;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
14. Είχατε τάση για εμετό;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

15. Κάνατε εμετό;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
16. Είχατε δυσκοιλιότητα;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
17. Είχατε διάρροια;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
18. Αισθανθήκατε κουρασμένος/η;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
19. Παρενέβη ο πόνος στις καθημερινές σας ασχολίες;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
21. Αισθανόσασταν υπερένταση;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
22. Αισθανόσασταν στεναχώρια;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις κοινωνικές σας εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ
28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, σας προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;
☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

Για τις επόμενες δύο ερωτήσεις παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα από το 1 έως το 7:

29. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την ΥΓΕΙΑ σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|------------|
| Πολύ Κακή | | | | | | Εξαιρετική |
30. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|------------|
| Πολύ Κακή | | | | | | Εξαιρετική |

Σας ευχαριστούμε πολύ για την προσοχή και το χρόνο σας!