

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ORIGINAL ARTICLE

**Συσχέτιση ιατρικών και δημογραφικών
παράγοντων με την ποιότητα ζωής
γυναικών με καρκίνο του μαστού**

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, όπως ο τύπος της θεραπευτικής αγωγής, ο χρόνος που έχει παρέλθει από την αρχική διάγνωση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, προκειμένου να επιτευχθεί η παροχή της βέλτιστης δυνατής φροντίδας. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η έρευνα διεξήχθη στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου», σε δείγμα 199 γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε συστηματική θεραπεία ή είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία και παρακολουθούνταν στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου QLQ-C30 και QLQ-BR23. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v. 21.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Στο σύνολο του δείγματος, οι μέσες τιμές στη συνολική ποιότητα ζωής και στις κλίμακες λειτουργικότητας υποδήλωσαν ένα αρκετά καλό επίπεδο, με τις υψηλότερες τιμές στη σωματική λειτουργικότητα και στη σωματική εικόνα και τις χαμηλότερες τιμές στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση, στη συναισθηματική λειτουργικότητα και στη μελλοντική προοπτική. Ενώ το στάδιο της νόσου και ο χρόνος από την αρχική διάγνωση δεν φάνηκε να ασκούν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ο τύπος θεραπείας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με πολλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με τις ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία να εμφανίζουν το χαμηλότερο επίπεδο στις περισσότερες από τις εκτιμώμενες διαστάσεις της. Παρατηρήθηκε επίσης στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της ολικής μαστεκτομής με τη συνολική ποιότητα ζωής, τη σωματική εικόνα, τη σωματική και τη συναισθηματική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει τη συστηματική θεραπεία είχαν σημαντικά καλύτερα επίπεδα σε αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με εκείνες που συνέχιζαν τη θεραπεία, αλλά η βελτίωση αυτή αφορούσε κυρίως στα μειωμένα συμπτώματα και όχι σε τομείς όπως η συναισθηματική και η σεξουαλική λειτουργικότητα. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, μόνον η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφάνισαν σημαντικές συσχετίσεις με την ποιότητα ζωής, με τις νεότερες ασθενείς και εκείνες υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να αναφέρουν καλύτερα επίπεδα συνολικής ποιότητας ζωής. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και οι διαφοροποιήσεις τους ανάλογα με τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, τον τύπο θεραπείας τον οποίο δέχονται και τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού μπορεί να διευρύνει την κατανόηση των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς τους βιώνουν τη νόσο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(2):207-219
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(2):207-219

Α. Παλαιογιαννίδου,¹
Σ. Τριανταφυλλίδου,¹
Φ. Αναγνωστόπουλος,^{1,2}
Δ. Παλιούρας¹

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό
Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

²Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο
Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Correlation of medical and
demographic factors with quality
of life in women with breast cancer

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Καρκίνος μαστού
Μαστεκτομή
Ποιότητα ζωής
Σεξουαλική λειτουργικότητα
Χημειοθεραπεία

Υποβλήθηκε 20.2.2017
Εγκρίθηκε 11.3.2017

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί έναν από τους συχνότερα εμφανιζόμενους τύπους καρκίνου,¹ αντιπροσωπεύοντας το 26,5% του συνόλου των νέων περιστατικών καρκίνου στις γυναίκες, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).² Παρ' όλο που η νόσος εξακολουθεί να αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου γυναικών ηλικίας 45–55 ετών παγκοσμίως,² κατά τις τελευταίες δεκαετίες η επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχει βελτιωθεί σημαντικά (από 74,8% το 1977 σε 90,3% το 2009), λόγω της πρώιμης διάγνωσης της νόσου και της αποτελεσματικότερης θεραπείας της.^{3,4}

Ωστόσο, η επιβίωση από μια νόσο με αβέβαιη εξέλιξη, αλλά και η ίδια η θεραπευτική διαδικασία, ενδέχεται να συνοδεύονται από ποικίλες δυσκολίες για τις ασθενείς, τόσο στο βιολογικό επίπεδο (πόνος, κόπωση, ανορεξία, μειωμένη σωματική λειτουργικότητα κ.ά.), όσο ενδοψυχικά (συναισθηματικές μεταπτώσεις, δυσθυμία, ανησυχία για το μέλλον κ.ά.) και κοινωνικά (περιορισμός κοινωνικών δραστηριοτήτων, ρόλων, διαπροσωπικών σχέσεων κ.ά.).^{5–9} Σε αυτή τη βάση, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, μια πολυεπίπεδη έννοια που ανταποκρίνεται στη σύγχρονη, διευρυμένη έννοια της υγείας/ασθένειας, ενσωματώνοντας εξ ίσου βιολογικές, όσο και γνωστικές, ψυχοσυναισθηματικές και κοινωνικές παραμέτρους που καθορίζουν το επίπεδο ευεξίας το οποίο βιώνει το άτομο.^{10–12}

Επί πλέον, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται τόσο από αντικειμενικούς όσο και από υποκειμενικούς παράγοντες, αποτυπώνοντας και συνεκτιμώντας τις αντιλήψεις και τις αξιολογήσεις των ίδιων των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, τις μελλοντικές προσδοκίες και τις παροντικές ανησυχίες τους.^{13–16} Κατ' αυτόν τον τρόπο, η κλινική πρακτική προεκτείνεται πέρα από τις αντικειμενικές μετρήσεις των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας και εμπλουτίζεται από τα δεδομένα που προσφέρει η εμπειρία των ασθενών, οι οποίοι είναι «ειδήμονες» σε σχέση με το επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας που βιώνουν.^{17,18}

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, στις περισσότερες διαστάσεις της, σε σύγκριση με άτομα από τον γενικό πληθυσμό με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά.^{19–21} Υπάρχουν, εν τούτοις, αντιτιθέμενα ερευνητικά ευρήματα σε σχέση με την πιθανή επίδραση της ηλικίας και του χρόνου που έχει παρέλθει από την αρχική διάγνωση, στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Σε ορισμένες μελέτες, η επιδείνωση στην ποιότητα ζωής παρατηρείται εντονότερη στις νεότερες ασθενείς^{22,23} (ηλικίας <50 ετών), ενώ άλλοι ερευνητές

δεν διαπιστώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής ανάλογα με την ηλικία των ασθενών,²⁴ ή, αντίθετα, εντοπίζουν πιο επιβαρυσμένη ποιότητα ζωής στις ασθενείς >50 ετών.²⁵ Η επιδείνωση των περισσότερων διαστάσεων της ποιότητας ζωής εμφανίζεται οξύτερη αμέσως μετά την έναρξη της θεραπείας, με σταδιακή βελτίωση στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί.^{26–28} Ένα έτος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας η ποιότητα ζωής εμφανίζεται να ανακάμπτει,²⁹ αν και –σε ορισμένες έρευνες– η εν λόγω ανάκαμψη μοιάζει να μη διατηρείται σταθερή σε βάθος χρόνου, αλλά να φθίνει ανάμεσα στο 5ο και στο 10ο έτος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.^{30,31}

Παρ' όλο που έχει υποστηριχθεί ότι οι συγκεκριμένες μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών φαίνεται να είναι ανεξάρτητες από τον τύπο θεραπείας που υιοθετείται (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοβολία κ.λπ.),^{20,21} αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής, ανάλογα με τον τύπο θεραπείας. Ενδεικτικά, αμερικανική μελέτη σε 534 ασθενείς με καρκίνο μαστού κατά το πρώτο έτος μετά την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπείας (χειρουργική, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία) έδειξε ότι οι ασθενείς οι οποίες είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία παρουσίαζαν σημαντικά σοβαρότερα σωματικά συμπτώματα, που δεν φάνηκε να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες (χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία).⁶ Διαφορές έχουν επίσης εντοπιστεί ως προς το είδος της χειρουργικής θεραπείας, με τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε μερική μαστεκτομή να αναφέρουν καλύτερη γενική κατάσταση υγείας, λιγότερα συμπτώματα, καλύτερη εικόνα του σώματος και σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και λειτουργικότητα ρόλων, σε σχέση με εκείνες οι οποίες είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή.^{19,25,32}

Όπως είναι ήδη εμφανές, τα ερευνητικά ευρήματα σε σχέση με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό ετερογένειας, που οφείλεται τόσο σε μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών, σε διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων (τύπος θεραπείας, στάδιο νόσου κ.λπ.), αλλά και σε πολιτισμικές και κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους οι οποίες είναι πιθανόν να επιδρούν στις προσδοκίες και στις αξιολογήσεις των ατόμων για τη ζωή τους και την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και στην ίδια τη διαχείριση της νόσου. Σε αυτή τη βάση, είναι σκόπιμη η συνεχιζόμενη διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να καθορίζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, προκειμένου να ανατροφοδοτηθεί η κλινική πράξη και να ενισχυθεί η προσπάθεια για παροχή της βέλτιστης φροντίδας στις ασθενείς.

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού αναμένονταν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες οι οποίες περιορίζουν την ποιότητα ζωής τους, με κυρίαρχες τις συναισθηματικές δυσκολίες, αλλά και με διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο ποιότητας ζωής, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τον χρόνο που είχε παρέλθει από την εποχή της αρχικής διάγνωσης και τον τύπο της θεραπείας τον οποίο δέχονταν. Χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής θεωρήθηκε πιο πιθανό να εμφανίζουν οι ασθενείς οι οποίες υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία, λόγω των πολλών και έντονων ανεπιθύμητων ενεργειών που επιφέρει η συγκεκριμένη θεραπεία, ενώ η διενέργεια ολικής μαστεκτομής αναμενόταν να σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σύγκριση με την τμηματεκτομή, συνοδευόμενη από δυσκολίες στην εικόνα του σώματος και στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα ερευνητικά δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Νοεμβρίου 2015 και Φεβρουαρίου 2016, στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» στην Αθήνα, κατόπιν έγκρισης του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 199 ενήλικες γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και είτε υποβάλλονταν σε κάποια μορφή συστηματική θεραπεία, είτε είχαν ολοκληρώσει τη συστηματική θεραπεία και παρακολουθούνταν στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου.

Ως προς τα κριτήρια συμπερίληψης των ασθενών στο δείγμα, διασφαλίστηκε ότι καμιά από τις συμμετέχουσες δεν είχε μεταστατική νόσο ή άλλη σοβαρή σωματική ή ψυχολογική κατάσταση και ότι όλες οι συμμετέχουσες ήταν σε καλή νοητική κατάσταση ώστε να είναι σε θέση να ενημερωθούν για την έρευνα και κατόπιν συγκατάθεσής τους να συμμετέχουν σε αυτή. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς λάμβαναν προφορική ενημέρωση και έντυπο στο οποίο παρέχονταν πληροφορίες για τον σκοπό της έρευνας, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Συνολικά, χορηγήθηκαν 220 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 211 (ποσοστό ανταπόκρισης 96%), από τα οποία τα 12 ήταν ανεπαρκώς συμπληρωμένα και δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιλάμβανε τρία μέρη: (α) Το ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου (EORTC) QLQ-C30 (έκδοση 3.0), για την αποτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, (β) το συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο του ίδιου Ευρωπαϊκού Οργανισμού (EORTC) QLQ-BR23, σχεδιασμένο ειδικά για ασθενείς με καρκίνο του μαστού και (γ) μια σειρά ερωτήσεων για την καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχουσών, καθώς και επιπρόσθετων κλινικών στοιχείων (χρόνος αρχικής διάγνωσης, είδος θεραπειών που είχαν χορηγηθεί). Επί πλέον, από τον φάκελο της κάθε ασθενούς ελήφθησαν στοιχεία σχετικά με τη σταδιοποίηση της νόσου.

Το ερωτηματολόγιο QLQ-C30 είναι σύντομο και εύληπτο, ώστε μπορεί εύκολα να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον ασθενή, ενώ, παράλληλα, οι τομείς που καλύπτουν οι 30 ερωτήσεις από τις οποίες αποτελείται αντανακλούν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας «ποιότητα ζωής»,³³ περιλαμβάνοντας: (α) Μία κλίμακα εκτίμησης της γενικής κατάστασης υγείας-συνολικής ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ), τύπου Likert, με εύρος βαθμολογίας από 1 (πολύ κακή) μέχρι 7 (εξαιρετική), (β) πέντε κλίμακες λειτουργικότητας, τύπου Likert, με εύρος από 1 (καθόλου) μέχρι 4 (πολύ), που επιτρέπουν την εκτίμηση της σωματικής λειτουργικότητας των ρόλων-λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες, της συναισθηματικής λειτουργικότητας, της γνωσιακής λειτουργικότητας και της κοινωνικής λειτουργικότητας και (γ) τρεις κλίμακες και έξι μεμονωμένες ερωτήσεις συμπτωμάτων, τύπου Likert, με εύρος βαθμολογίας από 1 (καθόλου) μέχρι 4 (πολύ), οι οποίες περιλαμβάνουν την κόπωση, τη ναυτία-έμετο, τον πόνο, την παρουσία δύσπνοιας, αϋπνίας, ανορεξίας, δυσκοιλιότητας, διάρροιας και οικονομικών δυσκολιών. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, οι μέσοι όροι των βαθμολογιών στις επί μέρους κλίμακες μετατράπηκαν σε τιμές από 0-100. Η υψηλή βαθμολογία σε μια κλίμακα λειτουργικότητας αντιπροσωπεύει υψηλό/υγιές επίπεδο της αντίστοιχης λειτουργίας, ενώ η υψηλή βαθμολογία σε μια κλίμακα συμπτωμάτων υποδηλώνει υψηλό επίπεδο συμπτωματολογίας/δυσκολιών.³³

Το συμπληρωματικό ερωτηματολόγιο QLQ-BR23 αποτελείται από 23 ερωτήσεις που αξιολογούν συμπτώματα της συγκεκριμένης εντόπισης καρκίνου και τομείς οι οποίοι επηρεάζονται από την εξειδικευμένη θεραπευτική αντιμετώπισή του.³⁴ Το QLQ-BR23 περιλαμβάνει τέσσερις λειτουργικές κλίμακες και τέσσερις κλίμακες συμπτωμάτων, τύπου Likert, με εύρος βαθμολογίας από 1 (καθόλου) μέχρι 4 (πολύ). Οι κλίμακες λειτουργικότητας περιλαμβάνουν την εκτίμηση της σωματικής εικόνας, της σεξουαλικής λειτουργικότητας, της σεξουαλικής ικανοποίησης και της μελλοντικής προοπτικής, δηλαδή της αντίληψης του ατόμου για την κατάσταση υγείας του στο μέλλον. Οι κλίμακες συμπτωμάτων αφορούν στις ανεπιθύμητες ενέργειες της συστηματικής θεραπείας, τα συμπτώματα από τον μαστό, τα συμπτώματα από τον βραχίονα και την αναστάτωση λόγω τριχόπτωσης. Η αξιολόγηση γίνεται όπως και στο ερωτηματολόγιο QLQ-C30 (έκδοση 3.0).

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23 έγινε κατόπιν λήψης αδείας από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου. Η ελληνική έκδοση των ερωτηματολογίων έχει ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους με τον δείκτη Cronbach's alpha >0,70 για όλες τις επί μέρους κλίμακες, εκτός από τη γνωσιακή λειτουργικότητα.³⁴ Επί πλέον, καθώς τα δύο ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται ευρέως και σε διεθνές επίπεδο για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού, επιτρέπουν την εξαγωγή αποτελεσμάτων που είναι συγκρίσιμα με τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα.³²

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 21, με την εφαρμογή της δοκιμασίας

t-test για ανεξάρτητα δείγματα σχετικά με τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ δύο ομάδων και ανάλυση διακύμανσης προς έναν παράγοντα (one-way ANOVA) για τη σύγκριση των μέσων τιμών περισσότερων των δύο ομάδων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο 5% ($\alpha=0,05$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς του δείγματος (95%) ήταν ηλικίας >40 ετών, με μέση ηλικία τα 57 έτη (πίν. 1). Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών (43,7%) είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ήταν έγγαμες (67,8%), με τουλάχιστον ένα παιδί (80,9%). Ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση, το 28,6% (n=57) ήταν εργαζόμενες (21,1% μισθωτές και 7,5% ελεύθεροι επαγγελματίες), το 39,2%

(n=78) ήταν συνταξιούχοι, το 21,1% (n=42) ασχολούνταν με τα οικιακά, ενώ το 11,1% (n=22) ήταν άνεργες. Σχεδόν οι μισές ασθενείς (51,3%, n=102) είχαν μηνιαίο εισόδημα έως 600 €, ενώ το 29,1% (n=58) είχαν εισόδημα μεταξύ 601–1.000 €, το 17,6% (n=35) μεταξύ 1.001–1.500 € και μόλις το 2% (n=4) είχαν εισόδημα >1.500 € το μήνα.

Για το 55,3% (n=110) των ασθενών, η αρχική διάγνωση είχε τεθεί 1–2 έτη πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας, το 28,6% (n=57) είχαν διαγνωστεί 3–5 έτη προηγουμένως, ενώ για το 16,1% (n=32) είχαν παρέλθει 6–10 έτη από την αρχική διάγνωση. Το 29,6% του δείγματος βρισκόταν στο στάδιο I της νόσου (όγκος μεγέθους ≤ 2 cm, χωρίς ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία), το 53,3% στο στάδιο II (όγκος 2–5 cm με θετικούς λεμφαδένες, ή >5 cm, χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις) και το 17,1% στο στάδιο III (όγκος >5 cm με προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων ή προσβεβλημένους θωρακικούς λεμφαδένες). Ως προς τον τύπο της θεραπευτικής παρέμβασης, το 57,8% είχαν υποστεί ολική μαστεκτομή και το 42,2% είχαν υποβληθεί σε τμηματεκτομή, ενώ, κατά την περίοδο της διεξαγωγής της έρευνας, το 45,7% λάμβαναν ορμονοθεραπεία, το 28,6% χημειοθεραπεία, το 14,1% θεραπεία με Herceptin, και το 11,6% είχε ολοκληρώσει τη συστηματική θεραπεία και παρακολουθείτο στην Παθολογική-Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου.

Με βάση τα αποτελέσματα στις κλίμακες του QLQ-C30 (πίν. 2), η μέση τιμή για το σύνολο του δείγματος στη γενική κατάσταση υγείας/ΣΥΠΖ (μέσος όρος [ΜΟ]: 65,78 \pm 22,98) εμφάνισε σύγκλιση με την αντίστοιχη τιμή της βάσης δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου για την ίδια ομάδα ασθενών (ΜΟ: 61,8 \pm 24,6).³⁵ Να σημειωθεί ότι διαφορά 1–4 μονάδων στη ΣΥΠΖ δεν θεωρείται κλινικά σημαντική, από 5–9 θεωρείται μικρή διαφορά, από 10–20 μέτρια αλλά κλινικά σημαντική διαφορά, ενώ διαφορά >20 μονάδων θεωρείται μεγάλη.³⁶

Παρόμοια σύγκλιση με τη βάση δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου παρατηρήθηκε και στις κλίμακες που αφορούν στις λειτουργικότητες, με τη συναισθηματική λειτουργικότητα να εμφανίζει τη χαμηλότερη τιμή (ΜΟ: 68,30 \pm 24,05). Η μόνη διαφοροποίηση που εντοπίστηκε αφορούσε στην κλίμακα με την υψηλότερη τιμή, καθώς την υψηλότερη τιμή στη βάση δεδομένων του EORTC εμφανίζει η γνωσιακή λειτουργικότητα, ενώ για το δείγμα της παρούσας έρευνας η υψηλότερη τιμή ήταν εκείνη της σωματικής λειτουργικότητας (ΜΟ: 79,18 \pm 17,58).

Ως προς την παρουσία συμπτωμάτων, οι υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στην απύννια (ΜΟ: 34,17 \pm 35,13), στις οικονομικές δυσκολίες που προκαλούνται από την

Πίνακας 1. Δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά	n (%)
<i>Ηλικία</i>	
≤40	10 (5,00)
41–50	48 (24,10)
51–60	51 (25,60)
61–70	90 (45,30)
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>	
Δημοτικό	54 (27,10)
Γυμνάσιο	29 (14,60)
Λύκειο	58 (29,10)
Ανώτερη σχολή	24 (12,10)
Ανώτατη σχολή	30 (15,10)
Μεταπτυχιακές σπουδές	4 (2,00)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Άγαμη	18 (9,00)
Παντρεμένη	135 (67,80)
Διαζευγμένη	14 (7,00)
Χήρα	32 (16,10)
<i>Στάδιο νόσου</i>	
I	59 (29,60)
II	106 (53,30)
III	34 (17,10)
<i>Είδος θεραπείας</i>	
Ολική μαστεκτομή	115 (57,80)
Τμηματεκτομή	84 (42,20)
Χημειοθεραπεία	57 (28,60)
Θεραπεία με Herceptin	28 (14,10)
Ορμονοθεραπεία	91 (45,70)
Θεραπεία στο παρελθόν	23 (11,60)

Πίνακας 2. Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου QLQ-C30 στο σύνολο του δείγματος (n=199) και σε σύγκριση με τα στοιχεία της βάσης δεδομένων του EORTC.

Κλίμακα	Αποτελέσματα έρευνας	Βάση δεδομένων EORTC
	Μέσος όρος (ΤΑ)	
Γενική κατάσταση υγείας/συνολική ποιότητα ζωής	65,78 (22,98)	61,8 (24,6)
<i>Κλίμακες λειτουργικότητας</i>		
Σωματική λειτουργικότητα	79,18 (17,58)	78,4 (21,3)
Ρόλοι-λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες	70,95 (29,22)	70,9 (29,9)
Συναισθηματική λειτουργικότητα	68,30 (24,05)	68,6 (23,8)
Γνωσιακή λειτουργικότητα	78,59 (23,27)	81,5 (21,8)
Κοινωνική λειτουργικότητα	76,54 (26,74)	77,0 (27,1)
<i>Κλίμακες συμπτωμάτων</i>		
Κόπωση	32,10 (25,11)	33,3 (26,2)
Ναυτία και έμετος	7,70 (17,78)	7,7 (17,3)
Πόνος	23,90 (24,92)	28,7 (28,7)
<i>Μεμονωμένες ερωτήσεις συμπτωμάτων</i>		
Δύσπνοια	22,22 (24,45)	18,1 (26,8)
Αϋπνία	34,17 (35,13)	29,8 (31,6)
Ανορεξία	12,45 (24,49)	18,5 (28,9)
Δυσκοιλιότητα	26,63 (34,48)	17,4 (27,2)
Διάρροια	6,90 (15,84)	5,9 (15,4)
Οικονομικές δυσκολίες	32,32 (33,65)	18,3 (27,8)

QLQ-C30: Γενικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο (Quality of Life Questionnaire-Core 30), EORTC: Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου (European Organization for Research and Treatment of Cancer), ΤΑ: Τυπική απόκλιση

κατάσταση της υγείας (ΜΟ: 32,32±33,65) και στην κόπωση (ΜΟ: 32,10±25,11). Για το σύμπτωμα της αϋπνίας και τις οικονομικές δυσκολίες, διαπιστώθηκαν στο σύνολο του δείγματος 107 περιπτώσεις ακραίων τιμών για την αϋπνία και 104 ανάλογες περιπτώσεις για τις οικονομικές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, στη μεν αϋπνία το 41,2% (n=82) του δείγματος συγκέντρωσε βαθμολογία 0, που υποδηλώνει πλήρη απουσία του συγκεκριμένου συμπτώματος και το 12,6% (n=25) συγκέντρωσε βαθμολογία 100, δηλαδή, πολύ ενοχλητική παρουσία του συμπτώματος. Αντίστοιχα, στις οικονομικές δυσκολίες το 41,2% (n=82) συγκέντρωσε βαθμολογία 0 και το 11,1% (n=22) συγκέντρωσε βαθμολογία 100. Οι ασθενείς με ακραία υψηλή βαθμολογία στην αϋπνία λάμβαναν στην πλειοψηφία τους (60%) ορμονοθεραπεία, ενώ οι περισσότερες ασθενείς με ακραία υψηλή βαθμολογία στις οικονομικές δυσκολίες που είχαν διαγνωστεί κατά την τελευταία διατροφή (72,7%) είχαν εισόδημα <600 € (68,2%)

και ήταν σε μεγάλο ποσοστό απόφοιτες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (36,4%).

Συγκρίνοντας τα προαναφερόμενα αποτελέσματα με τα αντίστοιχα της βάσης δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου, διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν σε μεμονωμένα συμπτώματα, με κυριότερη διαφορά (14 μονάδων) τις υψηλότερες τιμές του δείγματος της έρευνας στις οικονομικές δυσκολίες και μικρότερες διαφορές στην ανορεξία και στη δυσκοιλιότητα, με το δείγμα της παρούσας έρευνας να εμφανίζει υψηλότερες τιμές στη δυσκοιλιότητα (διαφορά 9 μονάδων) και χαμηλότερες στην ανορεξία (διαφορά 6 μονάδων), σε σύγκριση με τις αναφερόμενες στη βάση δεδομένων.

Στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου QLQ-BR23 (πίν. 3) παρατηρήθηκε ότι από τις κλίμακες που αφορούν σε λειτουργικότητες, η υψηλότερη τιμή εμφανίστηκε στη σωματική εικόνα (ΜΟ: 70,87±29,62) και η χαμηλότερη τιμή στη σεξουαλική λειτουργικότητα (ΜΟ: 18,01±23,82). Επίσης, η σχετικά χαμηλή τιμή που παρατηρήθηκε στη μελλοντική προοπτική (ΜΟ: 40,40±33,84) καταδεικνύει ότι οι ασθενείς ανησυχούν αρκετά για το θέμα της υγείας τους στο μέλλον. Από τις κλίμακες συμπτωμάτων, φάνηκε ότι το εντονότερο πρόβλημα που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς ήταν η αναστάτωση λόγω τριχόπτωσης (ΜΟ: 42,55±37,03), ενώ τα συμπτώματα από τον μαστό (ΜΟ: 15,56±17,68) και τα συμπτώματα από τον βραχίονα (ΜΟ: 23,06±21,35) εμφάνισαν τις χαμηλότερες τιμές, δηλαδή οι ασθενείς δεν είχαν ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα από τον χειρουργημένο μαστό και από το σύστοιχο άνω άκρο.

Η εφαρμογή ανάλυσης διακύμανσης προς έναν παράγοντα (one-way ANOVA) στο σύνολο των δεδομένων έδειξε

Πίνακας 3. Διαστάσεις ποιότητας ζωής στο σύνολο του δείγματος (αποτελέσματα QLQ-BR23).

Κλίμακα	ΜΟ	ΤΑ
<i>Κλίμακες λειτουργικότητας</i>		
Σωματική εικόνα	70,87	29,62
Σεξουαλική λειτουργικότητα	18,01	23,82
Σεξουαλική ικανοποίηση	43,45	30,82
Μελλοντική προοπτική	40,40	33,84
<i>Κλίμακες συμπτωμάτων</i>		
Ανεπιθύμητες ενέργειες συστηματικής θεραπείας	24,24	19,03
Συμπτώματα από τον μαστό	15,56	17,68
Συμπτώματα από τον βραχίονα	23,06	21,35
Αναστάτωση λόγω τριχόπτωσης	42,55	37,03

QLQ-BR23: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού (Quality of Life Questionnaire, Breast Cancer-Specific), ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

ότι ο χρόνος που είχε παρέλθει από την αρχική διάγνωση, καθώς και το στάδιο της νόσου, δεν εμφάνιζαν σημαντική συνάφεια με κάποια από τις εκτιμώμενες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με μόνη εξαίρεση το σύμπτωμα της ανορεξίας ($F=3,984$, $p=0,020$), που ήταν εντονότερο στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Στο εν λόγω σύμπτωμα, το οποίο, όπως προαναφέρθηκε, ήταν εντονότερο από το αναμενόμενο σε σχέση με τη βάση δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου, η μέση τιμή ήταν $7,90 \pm 17,87$ για το στάδιο I ($n=59$), $12,09 \pm 24,72$ για το στάδιο II ($n=102$) και $22,54 \pm 31,48$ για το στάδιο III ($n=34$), ενώ ο *post hoc* έλεγχος Bonferroni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των σταδίων I και II ($p=0,017$) και μεταξύ I και III ($p=0,017$).

Σε σχέση με τον τύπο θεραπείας που λάμβαναν οι ασθενείς (πίν. 4), η ανάλυση διακύμανσης ανέδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με μια σειρά παραγόντων του ερωτηματολογίου QLQ-C30, ήτοι με τους ρόλους-λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες, τη ναυτία-έμετο, τη δυσκοιλιότητα και την αύπνια, ενώ με τον παράγοντα οικονομικές δυσκολίες εντοπίστηκε οριακή, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($F=2,639$, $p=0,051$). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία εμφάνιζαν τη χαμηλότερη μέση τιμή ρόλων-λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες, με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις γυναίκες που λάμβαναν ορμονοθεραπεία (*post hoc* έλεγχος Bonferroni). Οι ίδιες ασθενείς εμφάνισαν τις υψηλότερες τιμές ναυτίας-εμέτου, με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις γυναίκες που λάμβαναν ορμονοθεραπεία και από εκείνες που υποβάλλονταν σε θεραπεία με Herceptin, καθώς επίσης δυσκοιλιότητας, με στατιστικά σημαντικές διαφορές από

τις γυναίκες που λάμβαναν ορμονοθεραπεία, ή θεραπεία στο παρελθόν. Στο σύμπτωμα της αύπνιας, τις υψηλότερες τιμές εμφάνισαν οι ασθενείς που λάμβαναν ορμονοθεραπεία, με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις γυναίκες που είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν. Τέλος, οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία με Herceptin εμφάνισαν τις υψηλότερες τιμές στις οικονομικές δυσκολίες, με οριακή, στατιστικά σημαντική διαφορά από τις γυναίκες που είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν. Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τον τύπο θεραπείας ($p>0,05$ σε όλες τις περιπτώσεις).

Αρκετές από τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής τις οποίες εκτιμά το ερωτηματολόγιο QLQ-BR23 βρέθηκαν επίσης να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τη θεραπεία που ακολουθείται, όπως η σωματική εικόνα, η μελλοντική προοπτική, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της συστηματικής θεραπείας και τα συμπτώματα από τον μαστό. Για τη σωματική εικόνα, ο *post hoc* έλεγχος Bonferroni έδειξε στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες τιμές των ασθενών που λάμβαναν ορμονοθεραπεία από όλες τις υπόλοιπες ομάδες, εκτός από την ομάδα των ασθενών οι οποίες είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους. Στη μελλοντική προοπτική, τις υψηλότερες τιμές εμφάνισαν οι ασθενείς που είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν και ακολουθούσαν οι ασθενείς οι οποίες λάμβαναν ορμονοθεραπεία, ενώ οι ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία είχαν τις χαμηλότερες τιμές, δηλαδή την πλέον αρνητική εικόνα για τη μελλοντική τους προοπτική, με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις ασθενείς οι οποίες είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν. Οι ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία βίωναν επίσης σημαντικά περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες συστηματικής θε-

Πίνακας 4. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης με παράγοντα τον τύπο θεραπείας (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, Herceptin, θεραπεία στο παρελθόν) και εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (QLQ-C30 και QLQ-BR23).

Μεταβλητές	Χημειοθεραπεία N1=57 ΜΟ (ΤΑ)	Ορμονοθεραπεία N2=90 ΜΟ (ΤΑ)	Herceptin N3=28 ΜΟ (ΤΑ)	Θεραπεία στο παρελθόν N4=23 ΜΟ (ΤΑ)	F	p	Ομάδες με σημαντική διαφορά
Ρόλοι-λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες	60,23 (29,83)	77,03 (26,50)	69,04 (32,30)	76,08 (27,90)	4,342	0,005	1-2
Ναυτία-έμετος	16,08 (24,59)	3,84 (12,19)	2,97 (10,19)	7,97 (17,31)	6,865	<0,005	1-2, 1-3
Δυσκοιλιότητα	39,18 (37,33)	23,07 (33,58)	22,61 (31,49)	14,49 (16,25)	4,098	0,008	1-2, 1-4
Αύπνια	36,84 (33,73)	37,77 (36,10)	33,33 (37,40)	14,49 (26,25)	2,919	0,035	2-4
Σωματική εικόνα	61,69 (31,96)	76,75 (26,71)	58,03 (32,19)	86,23 (16,78)	7,496	<0,005	1-2, 1-3, 1-4
Μελλοντική προοπτική	35,08 (33,58)	39,62 (33,48)	38,09 (35,96)	59,42 (28,34)	3,040	0,030	1-4
Ανεπιθύμητες ενέργειες συστηματικής θεραπείας	35,58 (21,08)	19,88 (16,28)	22,44 (14,88)	15,52 (16,57)	11,655	<0,005	1-2, 1-3, 1-4
Συμπτώματα από τον μαστό	17,41 (19,15)	14,62 (17,14)	21,13 (18,07)	7,97 (12,92)	2,694	0,047	3-4

QLQ-C30: Γενικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο (Quality of Life Questionnaire-Core 30), QLQ-BR23: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού (Quality of Life Questionnaire, Breast Cancer-Specific), ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

ραπείας, σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες. Τέλος, ως προς τα συμπτώματα από τον μαστό, τις υψηλότερες τιμές εμφάνισαν οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία με Herceptin, ενώ τις χαμηλότερες εμφάνισαν οι ασθενείς που είχαν λάβει θεραπεία στο παρελθόν, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο σχετικών ομάδων.

Ως προς την επίδραση του είδους της χειρουργικής θεραπείας στην οποία είχαν υποβληθεί οι ασθενείς, ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι με βάση τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων QLQ-C30 και QLQ-BR23, οι μέσες τιμές των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε τμηματεκτομή στη γενική κατάσταση υγείας/ΣΥΠΖ (n=84, MO: 69,84±20,73) ήταν σημαντικά υψηλότερες (t=2,14, df=197, p=0,033) από εκείνες των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή (n=115, MO: 62,82±24,16). Η εφαρμογή ολικής μαστεκτομής βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με τη σωματική εικόνα (t=3,39, df=193,67, p=0,001), τη σωματική λειτουργικότητα (t=2,038, df=193,92, p=0,043), τη συναισθηματική λειτουργικότητα (t=2,524, df=190,77, p=0,012), τα συμπτώματα από τον βραχίονα (t=-2,45, df=195, p=0,015) και την κόπωση (t=-2,500, df=194,33, p=0,013). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με τμηματεκτομή είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή σωματικής λειτουργικότητας από εκείνες οι οποίες υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή (MO: 82,00±14,07 και 77,10±19,57, αντίστοιχα) και στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή συναισθηματικής λειτουργικότητας (MO: 73,19±21,46 και 64,78±25,26, αντίστοιχα) και σωματικής εικόνας (MO: 78,76±25,55 και 65,05±31,13, αντίστοιχα). Ως προς τα συμπτώματα, η εικόνα των ασθενών με τμηματεκτομή ήταν και πάλι καλύτερη από εκείνη των γυναικών με ολική μαστεκτομή, με στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερη μέση

τιμή συμπτωμάτων από τον βραχίονα (MO: 18,74±19,47 και 26,21±22,17, αντίστοιχα) και κόπωσης (MO: 27,11±21,90 και 35,74±26,72, αντίστοιχα).

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, μόνο η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφάνισαν σημαντικές συσχετίσεις με την ποιότητα ζωής τους. Η ηλικία εμφάνισε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση με τη γενική κατάσταση υγείας/ΣΥΠΖ (F=3,838, p=0,011), καθώς τις υψηλότερες τιμές είχαν οι ασθενείς μέχρι 40 ετών (n=10, MO: 80,00±20,48) και ακολουθούσαν οι ασθενείς ηλικίας 41-50 ετών (n=48, MO: 71,52±20,90), οι ασθενείς 51-60 ετών (n=50, MO: 66,66±20,27), ενώ τις χαμηλότερες τιμές είχαν οι ασθενείς 61-70 ετών (n=90, MO: 60,83±24,65).

Η ανάλυση διακύμανσης προς έναν παράγοντα (one-way ANOVA) έδειξε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών του δείγματος σχετιζόταν στατιστικώς σημαντικά με μια σειρά διαστάσεων της ποιότητας ζωής, όπως τη γενική κατάσταση υγείας (F=4,654, p=0,004), τις ανεπιθύμητες ενέργειες της συστηματικής θεραπείας (F=3,478, p=0,017), την κόπωση (F=4,340, p=0,005), τη ναυτία και τον έμετο (F=4,566, p=0,004), τους ρόλους (F=2,831, p=0,040), τη συναισθηματική λειτουργικότητα (F=2,968, p=0,033), την κοινωνική λειτουργικότητα (F=4,647, p=0,004), τη σεξουαλική λειτουργικότητα (F=4,129, p=0,007) και τη μελλοντική προοπτική (F=2,926, p=0,035).

Με την εφαρμογή *post hoc* ελέγχων Bonferroni αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αποφοίτων Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου, ως προς τη γενική κατάσταση υγείας/ΣΥΠΖ, με τις γυναίκες υψηλότερης εκπαίδευσης να αναφέρουν και καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής. Όπως φαίνεται στον πίνακα 5, οι γυναίκες

Πίνακας 5. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης με παράγοντα το επίπεδο εκπαίδευσης και εξαρτημένη μεταβλητή τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (QLQ-C30 και QLQ-BR23).

Μεταβλητές	Δημοτικό N1=54 MO (TA)	Γυμνάσιο N2=29 MO (TA)	Λύκειο N3=58 MO (TA)	ΑΕΙ-ΤΕΙ N4=58 MO (TA)	F	p	Ομάδες με σημαντική διαφορά
Γενική κατάσταση υγείας/ΣΥΠΖ	60,49 (22,61)	56,32 (23,00)	71,83 (20,63)	69,39 (23,48)	4,654	<0,005	1-3, 2-3
Ρόλοι-λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες	69,49 (30,26)	61,49 (30,24)	79,31 (26,91)	68,67 (28,62)	2,831	0,040	2-3
Κοινωνική λειτουργικότητα	82,09 (27,82)	61,49 (29,24)	80,74 (23,11)	74,71 (25,40)	4,647	<0,005	1-2, 2-3
Σεξουαλική λειτουργικότητα	9,87 (20,35)	14,36 (24,28)	23,97 (27,46)	21,55 (20,71)	4,129	0,007	1-3
Ανεπιθύμητες ενέργειες συστηματικής θεραπείας	23,63 (19,77)	34,15 (18,04)	20,68 (17,10)	23,39 (19,44)	3,478	0,017	2-3
Κόπωση	35,39 (25,45)	44,06 (26,13)	25,09 (21,18)	30,07 (25,82)	4,340	0,005	2-3
Ναυτία-έμετος	7,09 (18,20)	18,39 (24,12)	4,31 (12,70)	6,32 (16,46)	4,566	<0,005	1-2, 2-3, 2-4

QLQ-C30: Γενικό ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο (Quality of Life Questionnaire-Core 30), QLQ-BR23: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού (Quality of Life Questionnaire, Breast Cancer-Specific), ΑΕΙ/ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΣΥΠΖ: Συνολική ποιότητα ζωής, MO: Μέσος όρος, TA: Τυπική απόκλιση

απόφοιτοι Γυμνασίου είχαν τις υψηλότερες μέσες τιμές στις ανεπιθύμητες ενέργειες συστηματικής θεραπείας (ΜΟ: 34,15) και στην κόπωση (ΜΟ: 44,06), με στατιστικά σημαντική διαφορά από τις αποφοίτους Λυκείου, οι οποίες είχαν και τις χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες στις ίδιες διαστάσεις ποιότητας ζωής (ΜΟ: 20,68 και 25,09, αντίστοιχα). Οι απόφοιτοι Γυμνασίου εμφάνισαν επίσης την υψηλότερη μέση βαθμολογία ναυτίας-εμέτου (ΜΟ: 18,39), με στατιστικά σημαντική διαφορά από όλες τις άλλες κατηγορίες εκπαίδευσης. Στους ρόλους-λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και στην κοινωνική λειτουργικότητα, οι απόφοιτοι Γυμνασίου είχαν τις χαμηλότερες μέσες τιμές (ΜΟ: 61,49 και στους δύο παράγοντες), με στατιστικά σημαντικές διαφορές από τις αποφοίτους Λυκείου, αλλά και από τις αποφοίτους Δημοτικού, οι οποίες είχαν και την υψηλότερη μέση βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας. Τέλος, ως προς τη σεξουαλική λειτουργικότητα, οι γυναίκες απόφοιτοι Λυκείου εμφάνισαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία (ΜΟ: 23,97) και οι απόφοιτοι Δημοτικού τη χαμηλότερη βαθμολογία (ΜΟ: 9,87), με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, στο σύνολο του δείγματος, η μέση τιμή για τη γενική κατάσταση υγείας/ΣΥΠΖ, που εκφράζει άμεσα την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας και την ικανοποίηση των ασθενών από τη ζωή τους στο σύνολό της,^{37,38} δεν διαφέρει σημαντικά από τις αντίστοιχες τιμές της βάσης δεδομένων του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την έρευνα και τη θεραπεία του καρκίνου, με τις ασθενείς να εμφανίζουν ένα αρκετά καλό γενικό επίπεδο ποιότητας ζωής (με δεδομένο ότι τιμές >50 μπορεί να θεωρηθούν ικανοποιητικές).³⁹ Το ίδιο ισχύει και για τις κλίμακες λειτουργικότητας που εκτιμώνται από το ερωτηματολόγιο QLQ-C30, με τη σωματική λειτουργικότητα να εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές, εύρημα που παρατηρήθηκε και σε άλλη έρευνα,⁴⁰ και τη συναισθηματική λειτουργικότητα να συγκεντρώνει τις χαμηλότερες τιμές, σε σύγκλιση και με άλλες έρευνες που καταδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικών δυσκολιών και καρκίνου.⁴¹⁻⁴⁵ Η συναισθηματική λειτουργικότητα συνιστά μια διάσταση της ποιότητας ζωής με ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς σε άλλες έρευνες έχει δείχθει ότι μπορεί να αποτελέσει δείκτη πρόβλεψης της συνολικής ποιότητας ζωής στο τέλος της θεραπείας.⁴¹ Συνεπώς, η γενικά καλή εικόνα που εμφανίζει η ποιότητα ζωής του δείγματος δεν θα πρέπει να επισκιάζει την ανάγκη για συναισθηματική στήριξη των Ελληνίδων ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Για τις κλίμακες λειτουργικότητας που εκτιμώνται από

το ερωτηματολόγιο QLQ-BR23, το καλύτερο επίπεδο εμφάνιστηκε στη σωματική εικόνα, ενώ, αντίθετα, εντοπίστηκαν πολύ χαμηλές τιμές σεξουαλικής λειτουργικότητας και σχετικά χαμηλές τιμές στη σεξουαλική ικανοποίηση, σε σύγκλιση και με άλλες ευρωπαϊκές και αμερικανικές έρευνες.^{39,40,46-48} Αξιοσημείωτο είναι ότι σε αντίστοιχη έρευνα με τη χρήση του QLQ-BR23 σε 200 ασθενείς που δέχονταν θεραπεία στο Mayo Hospital της Λαχώρας (Πακιστάν),⁴⁹ οι μέσες τιμές σεξουαλικής λειτουργικότητας και ικανοποίησης ανέρχονταν σε 92,33 και 93,33, αντίστοιχα. Οι ιδιαίτερα υψηλές αυτές τιμές πιθανόν να υποδηλώνουν την επίδραση πολιτισμικών παραμέτρων στις εκτιμήσεις των ατόμων για τη λειτουργικότητά τους σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής.

Η χαμηλή σεξουαλική λειτουργικότητα συνδέεται συνήθως με την απομείωση της εικόνας του σώματος στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού.⁵⁰⁻⁵² Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν συνάδουν με την εν λόγω σύνδεση, δεικνύοντας ότι η μειωμένη σεξουαλική λειτουργικότητα δεν συμβαδίζει απαραίτητα με μια «υποβαθμισμένη» εικόνα σώματος ούτε με μειωμένη σωματική λειτουργικότητα. Παρόμοια, αν και οι ασθενείς με ολική μαστεκτομή εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές σωματικής λειτουργικότητας και σωματικής εικόνας σε σχέση με τις ασθενείς με τμηματεκτομή, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων στη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση, εύρημα που έχει παρατηρηθεί και σε άλλες πρόσφατες έρευνες.^{25,53}

Η χαμηλή τιμή που εμφανίζει επίσης η μελλοντική προοπτική αντικατοπτρίζει τις ανησυχίες των ασθενών για πιθανή υποτροπή της νόσου, ένα ζήτημα που θεωρείται ότι συνήθως απασχολεί πιο έντονα τις νεότερες ασθενείς.^{15,54-56} Στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της μελλοντικής προοπτικής με την ηλικία, ή με τον χρόνο που είχε παρέλθει από την αρχική διάγνωση, σε συμφωνία και με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι η δυσκολία οραματισμού για το μέλλον με έναν θετικό τρόπο φαίνεται να παραμένει και να προκαλεί σημαντική ψυχολογική ενόχληση ακόμη και χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.¹⁹

Σε σχέση με τα συμπτώματα, οι σοβαρότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών του δείγματος ήταν η αναστάτωση λόγω της τριχόπτωσης, η αύπνια, η κόπωση και οι οικονομικές δυσκολίες. Τα υψηλά (σε σχέση με τα υπόλοιπα συμπτώματα) επίπεδα ανησυχίας από την τριχόπτωση έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες σχετικές έρευνες.^{39,49,53} Το πρόβλημα της τριχόπτωσης, αν και παροδικό, αποτελεί μια ψυχολογικά επώδυνη ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας, με ποικίλες επιδράσεις στη

σωματική εικόνα και στην ποιότητα ζωής.⁵⁷ Καθώς τα μαλλιά είναι αναπόσπαστο τμήμα της γυναικείας ταυτότητας, φαίνεται λογικό ότι η απώλειά τους μπορεί να έχει έμμεση επίδραση σε διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής.⁵⁸

Η αϋπνία φάνηκε να αποτελεί ένα ακόμη βασικό ενοχλητικό σύμπτωμα, κυρίως για τις ασθενείς που λαμβάνουν ορμονοθεραπεία, ενδεχομένως λόγω της αναστολής παραγωγής οιστρογόνων και προγεστερόνης η οποία προκαλείται από τη θεραπεία. Το σύμπτωμα εκτιμάται ότι εμφανίζεται στο 20–70% των ασθενών με καρκίνο μαστού και έχει σχετιστεί με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, καθώς και με αισθήματα μειωμένης ζωτικότητας και κόπωσης.⁵⁹ Η κόπωση, με τη σειρά της, είναι ένα κοινό σύμπτωμα με αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο,^{47,60} τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όσο και χρόνια μετά⁶¹ και, όπως και η αϋπνία, επηρεάζει αρνητικά την πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.^{62–65}

Οι οικονομικές δυσκολίες που προκαλούνται λόγω της κατάστασης υγείας αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα της ποιότητας ζωής, σύμφωνα και με άλλες έρευνες.⁶⁶ Ο υψηλός βαθμός οικονομικών δυσκολιών που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποδοθεί στις κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές των τελευταίων ετών στη χώρα μας, σε συνδυασμό με τη μείωση της ικανότητας για εργασία, αναγκάζοντας κάποιες από τις ασθενείς να θέσουν σε δεύτερη μοίρα την εργασία τους ή να επιλέξουν την πρόωγη συνταξιοδότηση.^{67,68} Για ένα –μικρό, αλλά μη παραβλέψιμο– ποσοστό ασθενών (11%), το συγκεκριμένο πρόβλημα φαίνεται να είναι οξύτατο και να προκαλεί σημαντική έκπτωση της ποιότητας ζωής τους.

Ως προς τις κλινικές παραμέτρους που αναμένονταν να σχετίζονται με το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ το στάδιο της νόσου και ο χρόνος από την αρχική διάγνωση δεν φάνηκε να ασκούν σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ο τύπος θεραπείας έδειξε να σχετίζεται με πολλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Ειδικά η διαδικασία της χημειοθεραπείας θεωρείται ότι επηρεάζει αρνητικά όλους τους τομείς λειτουργικότητας και συνολικά την ποιότητα ζωής, αφ' ενός λόγω της παρατεταμένης διάρκειας της θεραπείας και αφ' ετέρου εξ αιτίας των επίμονων συμπτωμάτων.^{6,28,63} Πράγματι, οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία εμφάνισαν το χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στις περισσότερες διαστάσεις της, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Σημαντικά συμπτώματα-ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία, χαμηλή λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες, ιδιαίτερα χαμηλές τιμές σεξουαλικής λειτουργικότητας και σεξουαλικής ικανοποίησης, εύρημα το οποίο παρατηρείται

και σε άλλες έρευνες,^{29,51,52} αλλά και την πλέον αρνητική εικόνα για τη μελλοντική τους προοπτική.

Οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ορμονοθεραπεία και θεραπεία με Herceptin εμφάνισαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις ασθενείς οι οποίες λάμβαναν χημειοθεραπεία, σε όλες σχεδόν τις εκτιμώμενες διαστάσεις της. Εν τούτοις, οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία με Herceptin ανέφεραν περισσότερα ενοχλητικά συμπτώματα από τον μαστό και περισσότερο «μειωμένη» εικόνα σώματος, σε συμφωνία και με άλλα ερευνητικά ευρήματα,⁴⁰ αλλά και εντονότερες οικονομικές δυσκολίες απ' ό,τι οι υπόλοιπες ομάδες, πιθανόν λόγω της παράτασης, για έναν ακόμη χρόνο μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας, των τακτικών επισκέψεων στο νοσοκομείο για τη λήψη της θεραπείας.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ασθενείς οι οποίες είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από εκείνες που συνέχιζαν τη συστηματική θεραπεία. Αυτή όμως η θετική διαφοροποίηση των συγκεκριμένων ασθενών φάνηκε να συνδέεται κυρίως με τα μειωμένα συμπτώματα, την καλύτερη σωματική εικόνα και τον λιγότερο έντονο φόβο για μελλοντική υποτροπή. Αντίθετα, τομείς όπως η λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες, η συναισθηματική και η σεξουαλική λειτουργικότητα φάνηκε να μην έχουν ανακάμψει (οι τιμές τους ήταν το ίδιο χαμηλές, όσο και στο υπόλοιπο δείγμα). Και σε άλλες μελέτες, οι δυσκολίες στη συναισθηματική και στη σεξουαλική λειτουργικότητα αναδεικνύονται σημαντικοί παράγοντες μείωσης της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού,^{19,39} ενώ οι δυσκολίες οι οποίες αφορούν στη σεξουαλική λειτουργικότητα είναι αυτές που φαίνεται να παραμένουν επί μακρότερο διάστημα μετά το τέλος της χημειοθεραπείας.^{6,27,29,51} Τα εν λόγω αποτελέσματα καταδεικνύουν την αναγκαιότητα εφαρμογής υποστηρικτικών παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στη συναισθηματική ενδυνάμωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού και στη διαχείριση θεμάτων σχετικά με τη θηλυκή ταυτότητα και τη σεξουαλικότητά τους.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι, σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνών,^{51,69,70} οι νεότερες ασθενείς ανέφεραν σημαντικά καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής, λιγότερα συμπτώματα και καλύτερα επίπεδα στις κλίμακες λειτουργικότητας, σε σχέση με τις ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι άνθρωποι που υφίστανται τις συνέπειες μιας σοβαρής ασθένειας νωρίς στη ζωή έχουν και μεγαλύτερα περιθώρια να επανακαθορίσουν τις προτεραιότητές τους και να αντιμετωπίσουν τη ζωή τους και τη νόσο ως πρόκληση, σαν μια μάχη που πρέπει να κερδηθεί.¹⁸ Σε άλλες σχετικές έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι ποσοστό >50% των ασθενών με καρκίνο αναφέρουν

κάποιες θετικές αλλαγές στη ζωή τους μετά τη θεραπεία, όπως η μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής και η ανάπτυξη της πνευματικότητας.^{45,71-73}

Επί πλέον, η θετική συνάφεια που εντοπίστηκε ανάμεσα στο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και την υψηλή συνολική ποιότητα ζωής θα μπορούσε να αποδοθεί στις διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης της εμπειρίας της νόσου από τις συγκεκριμένες ασθενείς. Ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης πιθανότατα παρέχει την ευχέρεια στην ασθενή να αναζητήσει περισσότερες πηγές στήριξης και πληροφορίες για τη νόσο και τη θεραπεία της, βοηθά στην επικοινωνία και στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τον ιατρό και διευκολύνει τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την αντιμετώπιση της νόσου,^{15,74} συντελώντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Αξιοσημείωτη είναι, ωστόσο, η σχετικά μειονεκτική θέση που εμφάνισαν ειδικά οι απόφοιτοι Γυμνασίου ως προς ορισμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, βιώνοντας περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία, ισχυρότερα συμπτώματα κόπωσης, ναυτίας και εμέτου και πιο μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες, σε σύγκριση τόσο με τις γυναίκες υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, όσο και με εκείνες χαμηλότερης βαθμίδας εκπαίδευσης. Λόγω του σχετικά ολιγάριθμου δείγματος της συγκεκριμένης υποομάδας, το σχετικό εύρημα θα ήταν σκόπιμο να εξεταστεί σε περαιτέρω έρευνα, λαμβάνοντας υπ' όψη και επιπρόσθετες παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (αξίες, κίνητρα, κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, πηγές υποστήριξης κ.λπ.), αλλά και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις.¹³

Άλλοι περιορισμοί της παρούσας έρευνας οφείλονται στον συγχρονικό της χαρακτήρα, που δεν επιτρέπει τη σύγκριση με την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών πριν από τη διάγνωση της νόσου. Η έρευνα θα μπορούσε

επίσης να επεκταθεί με τη χρήση εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής που θα επέτρεπαν τη σύγκριση με αντίστοιχο δείγμα γενικού πληθυσμού, ώστε να διαχωριστεί η επίδραση της ηλικίας (π.χ. σε θέματα σεξουαλικής ή σωματικής λειτουργικότητας) από εκείνη της νόσου. Επί πλέον, στο δείγμα της παρούσας έρευνας συμπεριλήφθηκαν αποκλειστικά ασθενείς χωρίς μεταστατική νόσο, οπότε τα ερευνητικά ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλες τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Ωστόσο, η γενίκευση δεν εγγυάται πάντα την κλινική χρησιμότητα των ερευνητικών ευρημάτων.⁴⁷ Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου δεν αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα με ομοιόμορφη επιρροή σε όλα τα άτομα, αλλά θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή ως μια «μετάβαση» (transitional event), που επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή ζωή και στις αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο, οι οποίες ενδέχεται να διαφέρουν από άτομο σε άτομο.⁷⁵ Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που παρακολουθούνται σε έναν φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να διευρύνει την κατανόηση των επαγγελματιών για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς τους βιώνουν την εν λόγω μετάβαση, συμβάλλοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Τα αποτελέσματα παρόμοιων αξιολογήσεων θα μπορούσαν επίσης να αξιοποιηθούν στη συμβουλευτική σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ή και στην ενημέρωσή τους σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές, τις πιθανές τους επιδράσεις και τους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών που ενδέχεται να ανακύψουν.⁷⁶ Η εξεύρεση λύσεων με επίκεντρο τον ασθενή, για την τεκμηριωμένη επιλογή των βέλτιστων θεραπειών και των κατάλληλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, μπορεί να συντελέσει στην καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία, σε λιγότερες επισκέψεις των ασθενών και, μακροπρόθεσμα, στην καλύτερη κατανομή και εξοικονόμηση πόρων του συστήματος υγείας.

ABSTRACT

Correlation of medical and demographic factors with quality of life in women with breast cancer

A. PALAIOGIANNIDOU,¹ S. TRIADAFYLLIDOU,¹ F. ANAGNOSTOPOULOS,^{1,2} D. PALIOURAS¹

¹Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ²Department of Psychology, Panteion University, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(2):207-219

OBJECTIVE Investigation of factors that may influence the quality of life (QoL) of women with breast cancer, including demographic characteristics, time since diagnosis and type of treatment, with a view to providing optimal health care. **METHOD** The study was conducted at the "Elena Venizelou" General Hospital, with a sample of 199 women who had been diagnosed with breast cancer and were under systemic therapy, or had already completed treatment and were being monitored in the Pathological Oncology Clinic. The QoL of the participants was assessed with the Eu-

ropean Organization for Research and Treatment of Cancer questionnaires QLQ-C30 and QLQ-BR23. Data analysis was conducted using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 21.0. **RESULTS** The mean scores on the overall QoL and the individual functional scales indicated fairly good QoL, with the highest scores being recorded on the physical functioning and body image scales, and the lowest scores on the sexual functioning and enjoyment, emotional functioning and future perspective scales. The stage of the disease and the time that had elapsed since the initial diagnosis did not appear to influence the QoL significantly. The type of treatment was correlated with QoL, and patients who underwent chemotherapy reported the lowest levels in most of the dimensions that were assessed. Negative correlation was observed between total mastectomy and overall QoL, and the domains of body image and physical and emotional functioning. Patients who had completed treatment reported significantly better levels of QoL in various domains, but this improvement was related mainly to symptom reduction and not to other dimensions of QoL, such as emotional and sexual functioning. Among the demographic characteristics, only age and educational level were found to be associated with QoL, with younger patients and those with a higher educational level reporting a better level of overall QoL. **CONCLUSIONS** The psychosocial needs of patients with breast cancer, and their variation depending on the type of treatment they receive, along with the particular difficulties they anticipate, should be taken into consideration when designing their treatment. Assessment of the QoL of patients with breast cancer can enrich professional insight into the way in which patients experience the disease, thus contributing to health care improvement.

Key words: Breast cancer, Chemotherapy, Mastectomy, Quality of life, Sexual functioning

Βιβλιογραφία

1. CANCER RESEARCH UK. Breast cancer. CRUK, London, 2014. Available at: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer/>
2. ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ. Θεραπευτικά πρωτόκολλα χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων σε ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα. ΕΟΠΕ, Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: http://www.hesmo.gr/sites/default/files/attachments/02-2016/Therapeutika_protokolla_EOPE-6h_ekdosh.pdf
3. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Breast cancer: Estimated incidence, mortality & prevalence. IARC, Lyon, 2012. Available at: <http://eu-cancer.iarc.fr/eucan/CancerOne.aspx?Cancer=46&Gender=2>
4. DeSANTIS CE, LIN CC, MARIOTTO AB, SIEGEL RL, STEIN KD, KRAMER JL ET AL. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014, 64:252–271
5. AMATYA B, KHAN F, NG L, GALEA M. Supportive care needs following cancer treatment: A comparison of breast and brain cancer in an Australian cohort. *ISRN Rehabilitation* 2014, 2014:945472; available at: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/945472>
6. GANZ PA, KWAN L, STANTON AL, BOWER JE, BELIN TR. Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *J Clin Oncol* 2011, 29:1101–1109
7. HUBBARD G, VENNING C, WALKER A, SCANLON K, KYLE RG. Supportive care needs of women with breast cancer in rural Scotland. *Support Care Cancer* 2015, 23:1523–1532
8. SALMON P, CLARK L, McGRATH E, FISHER P. Screening for psychological distress in cancer: Renewing the research agenda. *Psychooncology* 2015, 24:262–268
9. WHEELOCK AE, BOCK MA, MARTIN EL, HWANG J, ERNEST ML, RUGO HS ET AL. SIS.NET: A randomized controlled trial evaluating a web-based system for symptom management after treatment of breast cancer. *Cancer* 2015, 121:893–899
10. FELDMAN BM, GRUNDLAND B, McCULLOUGH L, WRIGHT V. Distinction of quality of life, health related quality of life, and health status in children referred for rheumatologic care. *J Rheumatol* 2000, 27:226–233
11. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΚΟΚΚΩΣΗ Μ, ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ε, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2001, 18:239–253
12. ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ, ΝΤΑΓΑΝΟΥ Μ, ΑΛΕΞΙΑΣ Γ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Από τη θεωρία στην πράξη. *Info Respir Intern Med* 2008, 49:31–41
13. WILSON IB, CLEARY PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995, 273:59–65
14. REVICKI DA, OSOBA D, FAIRCLOUGH D, BAROFSKY I, BERZON R, LEIDY NK ET AL. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res* 2000, 9:887–900
15. ΣΑΡΡΗΣ Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
16. ΜΠΡΩΝΗΣ ΚΝ. Καρκίνος του μαστού και μακροχρόνια επιβίωση, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και ειδικές ανησυχίες. Διπλωματική εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, 2007
17. VAN KNIPPENBERG FC, DE HAES JC. Measuring the quality of life of cancer patients: Psychometric properties of instruments. *J Clin Epidemiol* 1998, 41:1043–1053
18. DiMATTEO RM, MARTIN LR. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της υγείας*.

- Επιστημονική επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ, Ποταμιάνος Γ. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011
19. REICH M, LESUR A, PERDRIZET-CHEVALLIER C. Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008, 110:9–17
 20. SCHLEIFE H, SACHTLEBEN C, FINK BARBOZA C, SINGER S, HINZ A. Anxiety, depression, and quality of life in German ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer* 2014, 21:208–213
 21. MEHNERT A, KOCH U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008, 64:383–391
 22. KWAN ML, ERGAS IJ, SOMKIN CP, QUESENBERRY CP Jr, NEUGUT AI, HERSHMAN DL ET AL. Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: The Pathways Study. *Breast Cancer Res Treat* 2010, 123:507–524
 23. LI J, HUMPHREYS K, ERIKSSON M, DAR H, BRANDBERG Y, HALL P ET AL. Worse quality of life in young and recently diagnosed breast cancer survivors compared with female survivors of other cancers: A cross-sectional study. *Int J Cancer* 2016, 139:2415–2425
 24. ΚΩΤΤΗ-ΚΙΤΡΟΜΗΛΙΔΟΥ Α. Ποιότητα ζωής Κυπρίων γυναικών με καρκίνο του μαστού: Σύγκριση ανάμεσα σε νεαρές και μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, 2013
 25. MORO-VALDEZATE D, BUCH-VILLA E, PEIRÓ S, MORALES-MONSALVE MD, CABALLERO-GÁRATE A, MARTÍNEZ-AGULLÓ Á ET AL. Factors associated with health-related quality of life in a cohort of Spanish breast cancer patients. *Breast Cancer* 2014, 21:442–452
 26. ΣΙΚΑΛΙΑΣ Ν. Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε θεραπευτική αντιμετώπιση. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, 2015
 27. FARTHMAN J, HANJALIC-BECK A, VEIT J, RAUTENBERG B, STICKELER E, ERBES T ET AL. The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer* 2016, 24:2603–2609
 28. HO SS, SO WK, LEUNG DY, LAI ET, CHAN CW. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *Eur J Oncol Nurs* 2013, 17:877–882
 29. ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, CRESPI CM, LEEDHAM B, DESMOND K, BELIN TR ET AL. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat* 2009, 118:99–111
 30. GANZ PA, DESMOND KA, LEEDHAM B, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE, BELIN TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002, 94:39–49
 31. MOLLS F, VINGERHOETS AJ, COEBERGH JW, VAN DE POLL-FRANSE LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *Eur J Cancer* 2005, 41:2613–2619
 32. MONTAZERI A, VAHDANINIA M, HARIRCHI I, EBRAHIMI M, KHALEGHI F, JARVANDI S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008, 8:330
 33. FAYERS PM, AARONSON NK, BJORDAL K, GROENVOLD M, CURRAN D, BOTTOMLEY A. *The EORTC QLQ-C30 scoring manual*. 3rd ed. EORTC Quality of Life Group, Brussels, 2001
 34. KONTODIMOPOULOS N, NTINOULIS K, NIAKAS D. Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011, 20:354–361
 35. SCOTT NW, FAYERS PM, AARONSON NK, BOTTOMLEY A, DE GRAEFF A, GROENVOLD M ET AL. *EORTC QLQ-C30 reference values*. EORTC Quality of Life Group, Brussels, 2008
 36. OSOBA D, RODRIGUES G, MYLES J, ZEE B, PATER J. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *J Clin Oncol* 1998, 16:139–144
 37. FAIRCLOUGH DL. *Design and analysis of quality of life studies in clinical trials*. 2nd ed. Chapman & Hall, Boca Raton, 2010
 38. FERRANS CE, ZERWIC JJ, WILBUR JE, LARSON JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh* 2005, 37:336–342
 39. ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΟΥ Δ. Η διερεύνηση του άγχους και της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λεμεσός, 2014
 40. HOPWOOD P, HAVILAND J, MILLS J, SUMO G, BLISS MJ; START TRIAL MANAGEMENT GROUP. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast* 2007, 16:241–251
 41. BROWALL M, AHLBERG K, KARLSSON P, DANIELSON E, PERSSON LO, GASTON-JOHANSSON F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12:180–189
 42. SO WK, MARSH G, LING WM, LEUNG FY, LO JC, YEUNG M ET AL. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Oncol Nurs* 2010, 14:17–22
 43. LÓBO SA, CARVALHO FERNANDES AF, DE ALMEIDA PC, DE LIMA CARVALHO CM, SAWADA NO. Quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Acta Paul Enferm* 2014, 27:554–559
 44. GAVRIC Z. Quality of life of women with breast cancer – emotional and social aspects. *Am J Cancer Prev* 2015, 3:13–18
 45. SINGLETARY SE, ROBB GL, HORTOBAGYI GN. *Advanced therapy of breast disease*. 2nd ed. B.C. Decker Inc, Ontario, 2004
 46. DORVAL M, MAUNSELL E, DESCHÉNES L, BRISSON J, MÂSSE B. Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998, 16:487–494
 47. JANZ NK, MUJAHID M, CHUNG LK, LANTZ PM, HAWLEY ST, MORROW M ET AL. Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *J Womens Health (Larchmt)* 2007, 16:1348–1361

48. ΝΤΙΝΟΥΛΗΣ Δ. Διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού, με τη χρήση των ερωτηματολογίων του EORTC, QLQ-C30 και BR23. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, 2008
49. SALEHA SB, SHAKEEL A, SHUMAILA E, SHAZIA R, RASHID R, IBRAHIM M. An assessment of quality of life in breast cancer patients using EORTC QLQ C30/+Br23 questionnaire. *Iran J Cancer Prev* 2010, 3:98–104
50. FOBAIR P, STEWART SL, CHANG S, D'ONOFRIO C, BANKS PJ, BLOOM JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006, 15:579–594
51. KENYON M, MAYER DK, OWENS AK. Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014, 43:382–398
52. STANTON AL, WILEY JF, KRULL JL, CRESPI CM, HAMMEN C, ALLEN JJ ET AL. Depressive episodes, symptoms, and trajectories in women recently diagnosed with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2015, 154:105–115
53. GAVRIC Z, VUKOVIC-KOSTIC Z. Assessment of quality of life of women with breast cancer. *Glob J Health Sci* 2016, 8:52792
54. ΛΑΒΔΑΝΙΘΗ Μ, ΑΒΡΑΜΙΚΑ Μ. Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας – Ο ρόλος του νοσηλεύτη. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2011, 10:490–501
55. ΤΣΙΩΡΑ Β, ΣΑΡΑΦΙΔΗΣ Π. Κοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου του μαστού. Από την πρόληψη της ασθένειας έως τις μεταβολές στους τομείς της καθημερινής ζωής. *Επιθεώρηση Υγείας* 2008, 21:43–47
56. LEBEL S, BEATTIE S, ARÈS I, BIELAJEW C. Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2013, 32:695–705
57. BATCHELOR D. Hair and cancer chemotherapy: Consequences and nursing care – a literature study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2001, 10:147–163
58. LEMIEUX J, MAUNSELL E, PROVENCHER L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *Psychooncology* 2008, 17:317–328
59. ALFANO CM, LICHSTEIN KL, VANDER WAL GS, SMITH AW, REEVE BB, McTIERNAN A ET AL. Sleep duration change across breast cancer survivorship: Associations with symptoms and health-related quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 2011, 130:243–254
60. LONGMAN AJ, BRADEN CJ, MISHLE MH. Side-effects burden, psychological adjustment, and life quality in women with breast cancer: Pattern of association over time. *Oncol Nurs Forum* 1999, 26:909–915
61. ΛΑΒΔΑΝΙΘΗ Μ, ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ Ε. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετών της κόπωσης γυναικών με καρκίνο μαστού υπό ακτινοθεραπεία. *Νοσηλευτική* 2006, 45:458–469
62. BOWER JE, GANZ PA, DESMOND KA, BERNAARDS C, ROWLAND JH, MEYEROWITZ BE ET AL. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: A longitudinal investigation. *Cancer* 2006, 106:751–758
63. WU H, McSWEENEY M. Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired". *Eur J Oncol Nurs* 2007, 11:117–125
64. ΛΑΒΔΑΝΙΘΗ Μ, ΔΑΦΝΗ Ο, ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ, ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ Ε. Η βιωμένη εμπειρία της κόπωσης σε Ελληνίδες ασθενείς με καρκίνο μαστού. *Νοσηλευτική* 2008, 47:517–527
65. SCHMIDT ME, CHANG-CLAUDE J, VRIELING A, HEINZ J, FLESCH-JANYS D, STEINDORF K. Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: Temporal courses and long-term pattern. *J Cancer Surviv* 2012, 6:11–19
66. HØYER M, JOHANSSON B, NORDIN K, BERGKVIST L, AHLGREN J, LIDIN-LINDQVIST A ET AL. Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. *Acta Oncol* 2011, 50:1015–1026
67. LINDBOHM ML, TASKILA T, KUOSMA E, HIETANEN P, CARLSEN K, GUDBERGSSON S ET AL. Work ability of survivors of breast, prostate, and testicular cancer in Nordic countries: A NOCWO study. *J Cancer Surviv* 2012, 6:72–81
68. TORP S, NIELSEN RA, GUDBERGSSON SB, DAHL AA. Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Support Care Cancer* 2012, 20:2149–2156
69. KHAN F, AMATYA B, PALLANT JF, RAJAPAKSA I. Factors associated with long-term functional outcomes and psychological sequelae in women after breast cancer. *Breast (Edinburgh, Scotland)* 2012, 21:314–320
70. VAHDANINIA M, OMIDVARI S, MONTAZERI A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:355–361
71. JIM HS, JACOBSEN PB. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *Cancer J* 2008, 14:414–419
72. SAWYER A, AYERS S, FIELD AP. Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010, 30:436–447
73. GANZ PA. *Improving outcomes for breast cancer survivors: Perspectives on research challenges and opportunities*. Springer, New York, 2015
74. LUKER KA, BEAVER K, LEINSTER SJ, OWENS RG. Information needs and sources of information for women with breast cancer: A follow-up study. *J Adv Nurs* 1996, 23:487–495
75. BOUCHER CM, SCOBORIA A. Reappraising past and future transitional events: The effects of mental focus on present perceptions of personal impact and self-relevance. *J Pers* 2015, 83:361–375
76. MALY RC, LIU Y, LIANG LJ, GANZ PA. Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low-income women: Effects of race/ethnicity and patient-physician communication. *Cancer* 2015, 121:916–926

Corresponding author:

S. Triadafyllidou, 60 Karyatidon street, GR-174 55 Athens, Greece
e-mail: s_triadafyllidou@yahoo.gr