

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



## Μεταπτυχιακή διατριβή

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ  
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ  
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δήμητρα Γαβριηλίδου

Λεμεσός 2014

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ  
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

της  
Δήμητρας Γαβριλίδου

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Αντρέας Χαραλάμπους  
Συνεπιβλέπουσα: Δρ. Χριστιάνα Κούτα

Λεμεσός 2014

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Αντρέας Χαραλάμπους, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η εργασία αφορά ερευνητικό έργο του Δρ Χαραλάμπους και η ιδέα, σχεδιασμός και εφαρμογή του ερευνητικού έργου ανήκουν σε αυτόν. Η δική μου συμβολή αφορά ένα μέρος του ερευνητικού έργου και συγκεκριμένα στην ανάλυση των στατιστικών στοιχείων.

Η έγκριση της μεταπτυχιακής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

## Ευχαριστίες

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα της εργασίας, Δρ. Αντρέα Χαραλάμπους καθώς και την συνεπιβλέπουσα Δρ. Χριστιάνα Κούτα για την πολύτιμη καθοδήγηση και στήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας, καθώς και για την άψογη συνεργασία μας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην ερευνητική ομάδα υπό την καθοδήγηση του Δρ. Χαραλάμπους η οποία αποτελείται από την Θεολογία Τσίτση, Μέλανη Χαραλάμπους, Αντικαρκινικό Σύνδεσμο, ΠΑΣΥΚΑΦ, Ογκολογικά και πολλούς άλλους για την συλλογή των δεδομένων. Επίσης σε όλες τις ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, καθώς επίσης στους ιατρούς και νοσηλευτές που διευκόλυναν τη διεξαγωγή της καθώς και την κ Χαριτίνη Τσαγγάρη για την στατιστική ανάλυση.

Τέλος ευχαριστώ τον σύντροφο μου και τα παιδιά μου που όλα αυτά τα χρόνια με υποστηρίζουν και με ενθαρρύνουν σε κάθε προσπάθεια.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες παγκοσμίως. Οι επιπτώσεις του αποτελούν τεραστίου ενδιαφέροντος ζήτημα, το οποίο αποτελεί εδώ και δεκαετίες αντικείμενο μελέτης στην ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, οι ασθενείς συχνά βιώνουν προβλήματα άγχους και κατάθλιψης είτε ως παρενέργεια των ακολουθούμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων, είτε ως επίπτωση της ίδιας της ασθένειας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπέδων του άγχους και της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία στην Κύπρο καθώς και η διερεύνηση της ύπαρξης τυχών συσχετίσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών..

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μια τυχαιοποιημένη μελέτη με τυπικό περιγραφικό σχεδιασμό (typical descriptive design). Έγινε τυχαία δειγματοληψία (Random sampling - πίνακας τυχαίων αριθμών δόθηκε σε κάθε συμμετέχοντα). Η έρευνα έλαβε χώρα στην κοινότητα από το 2010 μέχρι το 2012 και συγκεκριμένα στα σπίτια των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα ήταν γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού (ιστοπαθολογική διάγνωση), υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία κυρίως Trastuzumab (Herceptin) ή συνδυασμό. Ο αριθμός του δείγματος ήταν 355 ασθενείς .

Όλες οι γυναίκες συμπλήρωσαν 4 ερωτηματολόγια. Ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά, μια κλίμακα αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια της European Organization for Research and Treatment of Cancer το EORTC QLQ- C30, μια κλίμακα αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής διαμορφωμένο για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού το EORTC QLQ - BR23 και την κλίμακα αυτό αξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS). Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τους ερευνητικούς συνεργάτες ( Θεολογία Τσίτση και Μέλανη Χαραλάμπους) υπό την καθοδήγηση του Δρ. Χαραλάμπους.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους των ασθενών που είχαν στήριξη μόνο από την οικογένεια τους, όπου αυτή η ομάδα είχε ψηλότερα επίπεδα άγχους ( $p < 0.001$ ) σε σχέση με τα άτομα που στηρίζονταν από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου. Τα αποτελέσματα επίσης δείχνουν ότι το άγχος έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής και σε συνδυασμό με ένα από τα προσωπικά χαρακτηριστικά την πηγή στήριξης. Φάνηκε ότι όταν ένα άτομο που έχει ψηλό επίπεδο άγχους και που βρίσκει στήριξη μόνο στην οικογένεια του θα έχει χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά τα μόνα που φαίνεται να επηρεάζουν σχετικά (σε επίπεδο σημαντικότητας 10%) είναι η πηγή στήριξης και ο χρόνος διάγνωσης. Ο χρόνος διάγνωσης φαίνεται επίσης να έχει κάποιο ρόλο στην ποιότητα ζωής ( $p\text{-value} = 0.068 < 10\%$ ), όπου ο αρνητικός συντελεστής (-1.842) δείχνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος από τη διάγνωση τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα ποιότητας ζωής.

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλευτές όταν γνωρίζουν την επίδραση της νόσου και της θεραπείας της στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού καθίστανται ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας. Η καλύτερη στήριξη σε ασθενείς οι οποίοι είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο να παρουσιάσουν ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή μετά από αυτή, όπως και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για καλύτερευση των συμπτωμάτων για όσους τις χρειάζονται καθίστανται αναγκαία. Όταν τα ψυχολογικά συμπτώματα εντοπίζονται, οι ασθενείς θα μπορούν να παραπέμπονται σε κλινικούς ψυχολόγους ή ψυχιάτρους άμεσα για περαιτέρω εξετάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν ώστε να περιλάβουν τα θέματα αυτά σε στρατηγικές πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. Είναι απαραίτητο να εξεταστούν σε βάθος οι ανάγκες αυτών των γυναικών, ώστε οι συνέπειες του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του να γίνουν καλύτερα κατανοητές. Θα πρέπει να υπάρχει ένας διάλογος και σωστή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών με σκοπό τη μείωση του άγχους και γενικότερα την καλύτερευση της ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής θα μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας που θα έχουν αυτό ακριβώς το στόχο.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος, καρκίνος μαστού, Herceptin, μαστεκτομή, χημειοθεραπεία, ποιότητα ζωής, άγχος.

# ABSTRACT

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is now the leading cause of death in women worldwide and the impact of a huge interest issue which is decades studied in the medical and nursing community. In the case of breast cancer, patients often experience problems, like anxiety and depression as a side effect of the therapeutic approaches are followed, whether the effect of the disease itself.

**Aim:** The purpose of this research is to investigate the relation of anxiety and quality of life in women with breast cancer, who have received chemotherapy in Cyprus.

**Material and Method:** This is a randomized study with typical descriptive design (typical descriptive design). A random selection was done (Random sampling - table of random numbers given to each participant). The research took place in the community from 2010 until 2012 and specifically in the homes of women with breast cancer. The patients included in the study, were women who had been diagnosed with breast cancer (histopathological diagnosis), and underwent mastectomy and chemotherapy mainly Trastuzumab (Herceptin) or a combination. The sample number was determined in 355 patients.

All women completed four questionnaires. A questionnaire on demographics, a rating scale for quality of life in patients with malignancy of the European Organization for Research and Treatment of Cancer the EORTC QLQ-C30, a rating scale for quality of life shaped for women with breast cancer in EORTC QLQ - BR23 and scale of this assessment Stress Zung (Self anxiety scale, SAS). The data collection was performed by a research team led by Dr. Charalambous.

**Results:** The results showed that there were significant differences in anxiety levels of patients who only had support from their family, where this group had higher levels of anxiety ( $p < 0.001$ ) compared with those supported by an association of cancer patients or a combination of family and association. The results also show that stress has a significant

impact on quality of life and, in combination with one of the personal characteristics of the source of support. It seemed that when a person has a high level of anxiety and receives support only by family will have a lower quality of life. The personal characteristics are the only that seem to relatively affect (at a significance level of 10%) and is the source of support and the time of diagnosis. The time of diagnosis also seems to have a role in quality of life ( $p$ -value = 0.068 <10%), where  $\beta$  is negative coefficient (-1.842) that shows that the greater the time of diagnosis, the lower is the level of quality of life.

**Conclusions:** When the nurses know, the impact of the disease and its treatment on quality of life on patients, with breast cancer, become capable in providing high-quality care services. The best support for patients, who are at higher risk to experience psychological symptoms during or after therapy, as and to implement effective strategies to ameliorate the symptoms for those who need it, becomes necessary. When psychological symptoms are identified, patients can be referred to clinical psychologists or psychiatrists directly for further assistance and support. Health professionals should be sensitized to include these issues in prevention strategies, diagnosis and treatment. It is necessary to examine in depth the needs of these women that the effect of breast cancer treatment and to be better understood. There should be a proper dialogue and communication between nurses and patients in order to reduce stress and generally provide a better quality of life. The findings of this research could form the basis for the implementation and evaluation of health programs that have this goal in mind.

Keywords: cancer, breast cancer, Herceptin, mastectomy, chemotherapy, quality of life, anxiety



# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ix
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	xiii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xv
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	5
2.1.1 Καρκίνος του μαστού .....	5
2.1.2 Μαστεκτομή και καρκίνος του μαστού.....	6
2.1.3 Συνδυασμός Χημειοθεραπείας και Herceptin στο καρκίνο του μαστού.....	7
2.1.4 Άγχος και καρκίνος του μαστού.....	8
2.1.5 Ποιότητα ζωής και καρκίνος του μαστού .....	9
3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	12
3.1.1 Ερευνητικό πρόβλημα .....	14
3.1.2 Επιμέρους στόχοι.....	14
3.1.3 Τύπος Μελέτης.....	15
3.1.4 Δείγμα/ Δειγματοληψία .....	15
3.1.5 Κριτήρια εισδοχής .....	15
3.1.6 Κριτήρια αποκλεισμού .....	16
3.1.7 Εργαλεία .....	16
Εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια (EORTC QLQ–C30) ( Aaronson και συν 1993, Osaba και συν 1994 ) .....	17
Εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια ειδικά για καρκίνο του μαστού (EORTC QLQ - BR23).....	17
Εργαλείο αυτό - αξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS .....	18

( Zung,1971 ).....	18
3.1.8 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	20
4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (μελέτη που διεκπεραιώθηκε ως μέρος της διατριβής).....	22
5 ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	36
6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	37
7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ .....	48
8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	51

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

Παρουσιάζονται συνοπτικά όλες οι σημαντικές συντομογραφίες που έχουν χρησιμοποιηθεί στο κείμενο της διατριβής π.χ.:

ΤΕΠΑΚ.: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΒΤΠ: Βιβλιοθήκη Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος και αποτελεί αιτία θανάτου στις γυναίκες παγκοσμίως, αποτελώντας το 23% (1.38 εκατομμύρια) των νέων περιπτώσεων καρκίνου και το 14% (458,400) του συνόλου των θανάτων από καρκίνο το 2008 (Ahmedin et al., 2011). Σύμφωνα με ετήσια έκθεση του 2010 του Υπουργείου Υγείας Κύπρου ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες με ποσοστό 36.7% έναντι άλλων ειδών καρκίνου που προσβάλλονται οι γυναίκες. ( Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας, 2010 ) Το 2012 επισκέφθηκαν για πρώτη φορά το Ογκολογικό Τράπεζας Κύπρου 2116 περιστατικά καρκίνου του μαστού και μέχρι τις 31/5/2013 ο αριθμός των γυναικών που το έχουν επισκεφθεί για πρώτη φορά ήταν 890 γυναίκες (Αρχείο Κακοήθειας Τράπεζας Κύπρου, 2012)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της American Cancer Society (2012) ο καρκίνος του μαστού προκαλεί τους περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη εντόπιση καρκίνου στις γυναίκες. Παρά την σοβαρότητα του νοσήματος, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων δεκαετιών όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα την βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών Παράγοντες όπως η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες και η χρήση της συστηματικής του θεραπείας έχουν αυξήσει την πιθανότητα επιβίωσης από τη νόσο (Peto et al.,2000). Δεδομένης της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού, η πάθηση έχει περισσότερο από οποιαδήποτε ίσως άλλη, ψυχολογικό χαρακτήρα, προκαλώντας σε μεγάλα ποσοστά άγχος και κατάθλιψη στις ασθενείς, δυσχεραίνοντας την ομαλή τους ζωή και τη σχέση τους με το οικογενειακό τους περιβάλλον. (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

Οι Θεραπευτικές παρεμβάσεις πολλές φορές μπορεί να είναι μία μορφή ακρωτηριασμού (Μουσσάς και συν., 2012) (ανάγκη για ολική ή μερική αφαίρεση του μαστού) και οι επικουρικές θεραπείες όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία επηρεάζουν τις ασθενείς τόσο σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο με αποτέλεσμα το άγχος, την εμφάνιση κατάθλιψης και την ελαχιστοποίηση της ποιότητας ζωής τους. (Μπάρκα και

συν., 2010). Επιπρόσθετα, οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, οι οποίες επιβάλλονται για θεραπευτικούς λόγους, πολλές φορές οδηγούν σε παραμορφώσεις, εγείροντας τη ναρκισσιστική προβληματική του ατόμου, με μείζονες επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος, τις οποίες η ασθενής καλείται να διαχειρισθεί (Μουσσάς και συν., 2012) Από την άλλη ο ίδιος ο καρκίνος επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή. Σωματικά, επέρχεται η σταδιακή εξασθένηση λόγω της κακοήθειας, αλλά και των παρενεργειών της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς είναι η σκέψη ότι θα προσέλθουν για νέο σχήμα χημειοθεραπείας, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην οικογένεια ή στον σύντροφο, οι επιπτώσεις στη δουλειά, το σχολείο ή σε ασχολίες στο σπίτι, το άγχος ή η υπερένταση, ο φόβος, η κατάθλιψη, η κατάπτωση. Οι σωματικές αλλαγές και η γνώση του ασθενή για τη νόσο και τον επερχόμενο θάνατο έχουν άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του, με αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών διαταραχών (Καραπούλιος και συν., 2013)

Η ποιότητα ζωής έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα με αντικειμενική διάσταση που εκφράζει τις ανάγκες και υποκειμενική διάσταση που αφορά τις επιθυμίες των ανθρώπων.

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία θεωρείται πλέον ένα σημαντικό καταλυτικό σημείο στον καρκίνο σε πολλές κλινικές δοκιμές (Ballatori, 2001) Έχει φανεί ότι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της θεραπείας καθώς επίσης να είναι προγνωστικός ιατρικός παράγοντας (Montazeri et al., 2008) Ο ίδιος ο καρκίνος αλλά και οι παρενέργειες από τις θεραπείες προκαλεί έντονο άγχος στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. (Jim et al., 2007).

Έτσι προκύπτει μια ιδιαίτερα αυξημένη αναγκαιότητα για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας ώστε να συσχετιστεί το άγχος και η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία.

### **Σκοπός:**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπέδων του άγχους και της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία στην Κύπρο καθώς και η διερεύνηση της ύπαρξης τυχών συσχετίσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών

### **Επιμέρους στόχοι της έρευνας :**

- 1) Να αναγνωρίσει, να περιγράψει το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά του άγχους των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. και
- 2) Να προσδιορίσει τη σχέση μεταξύ τους άγχους και της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

### **Εννοιολογικό Πλαίσιο:**

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ΠΖ. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003)

Ως έννοια όμως η ποιότητα ζωής παραμένει εν πολλοίς θεωρητική καθώς περιέχει μεγάλο βαθμό υποκειμενικότητας που καθιστά δύσκολη την αντιμετώπισή της ως μετρήσιμο μέγεθος. Έτσι ο ορισμός, και ιδιαίτερα η αποτελεσματική μέτρηση της ποιότητας ζωής σε μία κοινωνία, παραμένουν ανεπαρκείς ( Costanza, 2008 )

Με την προσπάθεια ορισμού της ποιότητας ζωής δημιουργήθηκε ένας ασθενοκεντρικός προσανατολισμός του υγειονομικού συστήματος, στο οποίο η γνώμη του ασθενούς που βιώνει την υγεία, την ασθένεια και την θεραπευτική αγωγή έχει μεγάλη σημασία.

Ο ορισμός της υγείας, που υιοθετήθηκε από τον Π.Ο.Υ και την περιγράφει ως την απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας (Ιωαννίδης και συν., 1999) βοήθησε στο να εμφανιστούν οι ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της υγείας, καθώς επίσης, να επικεντρωθούν οι ερευνητές στην αξία της υποκειμενικής αντίληψης και περιγραφής της υγείας ( Οικονομάκης, 2006 )

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου συνιστούν ψυχοπιεστικούς παράγοντες που συνδέονται με αυξημένη επίπτωση αγχωδών διαταραχών και διαταραχών του συναισθήματος στους ασθενείς. Ιδιαίτερα η χημειοθεραπεία, η οποία εκλαμβάνεται ως η επιθετικότερη μορφή θεραπευτικής αντιμετώπισης, κυρίως λόγω της αυξημένης τοξικότητας που προκαλεί, εντείνει την ψυχολογική δυσφορία των ασθενών και επιδρά καταλυτικά στη συνολική ποιότητα ζωής τους ( Pasquini et al., 2006 )

Το άγχος αφορά μια εσωτερική κατάσταση ανησυχίας και αγωνίας η οποία μπορεί να πηγάζει στο έργο, στο ρόλο ή από το φυσικό ή κοινωνικό περιβάλλον ή και από τον ίδιο τον οργανισμό και τη στάση του προς αυτό το περιβάλλον (Μαρούδας, 1996). Σύμφωνα με την (Καλατζή, 2007) το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οριοθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος, άτομο-κοινωνία και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος.

## 2 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### 2.1.1 Καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού, είναι ο πιο συχνός καρκίνος μεταξύ των γυναικών, και η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 20-59 ( WHO, 2013 ) Σήμερα, η νόσος εξαπλώνεται ολοένα και περισσότερο σε όλο τον κόσμο και κατέχει την υψηλότερη θέση, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, ως την πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες ( America Cancer Society, 2014 ) Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού σε μελέτες που έγιναν σε όλο τον κόσμο έχει φτάσει το 12,5% Αυτό σημαίνει, ότι πιθανό μία στις οκτώ γυναίκες να διατρέχει τον κίνδυνο στη διάρκεια της ζωής της να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού (Brunicardi et al., 2010).

Σήμερα η συχνότητα εμφάνισης ολοένα και αυξάνεται λόγω του μαστογραφικού ελέγχου, της γήρανσης του πληθυσμού, των μετεμμηνοπαυσιακών θεραπειών ορμονικής υποκατάστασης, του δυτικού τύπου διατροφής, της παχυσαρκίας της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνού. Υπάρχει επίσης μια απότομη αλλαγή ως προς την ηλικία όπου εμφανίζεται με περίπου το ένα τέταρτο των καρκίνων του μαστού να εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 50 και <5% πριν την ηλικία των 35. Στις περισσότερες Δυτικές χώρες, το ποσοστό θνησιμότητας έχει μειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια, ειδικά στις νεότερες ηλικιακές ομάδες, λόγω των βελτιωμένων θεραπειών και της έγκαιρης ανίχνευσης. Ωστόσο, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου ευρωπαϊών γυναικών (Aebi et al.,2011).

Λόγω προόδου στην ανίχνευση και θεραπεία ο αριθμός των γυναικών που επιβιώνουν από καρκίνο του μαστού έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια με 5 έτη επιβίωση φθάνοντας το 90% για τις αναπτυγμένες χώρες. (Office for National Statistics 2009). Διαφορετικές μέθοδοι για τη θεραπεία της νόσου μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το βαθμό της σοβαρότητας της. Η σύγχρονη επικουρική θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τέσσερα σκέλη: την ακτινοθεραπεία, τη συστηματική κυτταροτοξική χημειοθεραπεία, την ενδοκρινική και τη μοριακά στοχευμένη θεραπεία.( Ζαφράκας και συν., 2009)



### 2.1.2 Μαστεκτομή και καρκίνος του μαστού

Παρά τις προόδους της τεχνολογίας η μαστεκτομή εξακολουθεί να χρησιμοποιείται και αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι γίνεται ακόμη για 40% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή επίσης όλο και κερδίζει συνεχώς έδαφος με τις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και φορείς στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 να υποβάλλονται σε αυτή την επέμβαση. Αρκετές μελέτες όμως έχουν δείξει ότι ενώ η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή μειώνει την συχνότητα εμφάνισης αμφοτεροπλευρού καρκίνου του μαστού κατά 95% μεταξύ των γυναικών με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού εντούτοις η βελτίωση της επιβίωσης παραμένει ασαφής. (Recht A, 2009 )

Η μαστεκτομή πολλές φορές είναι αναγκαστικό να γίνει για διάφορους λόγους π.χ το μέγεθος ή τη θέση του όγκου, το μικρό στήθος ή ακόμα και το αίτημα μιας γυναίκας (Malata et al., 2000). Θεωρείται συνήθως πρωταρχική θεραπεία ως μέρος της διαχείρισης του καρκίνου. και η οποία περιλαμβάνει την απομάκρυνση όλων των ιστών του μαστού μαζί με τους μασχαλιαίους αδένες (Bukovic et al., 2004). Η μαστεκτομή λόγω της παραμόρφωσης προκαλεί στις ασθενείς ψυχικές διαταραχές που οφείλονται στην αλλαγή της εικόνας του σώματος και έχουν σαν αποτέλεσμα να επηρεάζεται τόσο η σεξουαλικότητα τους όσο και η σεξουαλική τους δραστηριότητα (Lotti et al., 2008). Η μαστεκτομή μπορεί να επηρεάσει τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές των ασθενών. Μετά την μαστεκτομή η εικόνα του σώματος τους αλλοιώνεται, η αυτοπεποίθησή τους μειώνεται. και πιθανόν να υποφέρουν από πόνο, και κούραση (Harmer, 2000). Η εμφάνιση αυτών των επιπτώσεων οφείλονται κατά κύριο λόγο σε αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα.

Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της (α) τη μητρότητα και (β) την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες. (Turner et al., 2000; American Cancer Society staff 2003, 2007; Classen et al., 2001) Λίγες είναι οι μελέτες που δείχνουν ότι η μαστεκτομή δεν προκάλεσε αλλαγές στην

σεξουαλική ζωή των γυναικών ή ακόμα έχει βελτιωθεί μετά από τον καρκίνο του μαστού (Avis et al., 2004; Talhafero et al., 2007)

### **2.1.3 Συνδυασμός Χημειοθεραπείας και Herceptin στο καρκίνο του μαστού**

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και προϋποθέσεις όπως το στάδιο του όγκου, την ηλικία, η οποία διακρίνεται σε προεμμηνοπαυσιακή και μεταεμμηνοπαυσιακή, το μέγεθός του όγκου, την ταξινόμηση του κάτω από το μικροσκόπιο και την ορμονοεξάρτηση του

Η θεραπεία με Herceptin (τραστοζουμάμπη) εγκρίθηκε από το FDA και τον EMEA το 1998 για τη θεραπεία ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού και υπερέκφραση του HER 2 ( Sask. Cancer Agency Breast Cancer Guidelines Approved March 2012 )

Το Herceptin περιέχει τη δραστική ουσία τραστοζουμάμπη, η οποία είναι ένα εξαθρωποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα. το οποίο στρέφεται εναντίον του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα 2 του όγκου (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2/ HER2 ) Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν ήδη υποβληθεί σε χημειοθεραπεία εκτός εάν αυτή έχει κριθεί ακατάλληλη. Μπορεί να δοθεί μαζί με Πακλιταξελ (Εθνικό Συνταγολόγιο 2007).

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων οι ασθενείς που παίρνουν Herceptin διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (CHF) (τάξης II-IV κατά την Καρδιολογική Εταιρεία της Νέας Υόρκης [NYHA]) ή ασυμπτωματικής καρδιακής δυσλειτουργίας. Τέτοιου είδους συμβάματα έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς που έλαβαν μονοθεραπεία με Herceptin ή σε συνδυασμό με πακλιταξέλη ή δοσεταξέλη ιδιαίτερα μετά από χημειοθεραπεία η οποία περιείχε ανθρακυκλίνες (δοξορουβικίνη ή επιρουβικίνη). Μπορεί να είναι μέτριες έως σοβαρές και έχουν σχετιστεί με θάνατο.

Με την έναρξη της θεραπείας οι γυναίκες έχουν να αντιμετωπίσουν και τις εκδηλώσεις που προέρχονται από την τοξική δράση των φαρμάκων. Ταυτόχρονα, υποβάλλονται σε υποστηρικτικές θεραπείες που περιλαμβάνουν την χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών φαρμάκων τα οποία με τη σειρά τους δύναται να προκαλέσουν επιπλοκές που θα εκδηλωθούν με συγκεκριμένη συμπτωματολογία.(Barsevick, 2007; Miaskowski et al., 2004) Τα συχνότερα συμπτώματα που αναδεικνύει η βιβλιογραφία είναι ψυχοσωματικής φύσης όπως κόπωση, πόνο, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου, απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα,

υπνηλία, δύσπνοια, ναυτία, έμετο, ξηροστομία, αιμοδιές και πυρετός (Yamagishi et al., 2009)

#### **2.1.4 Άγχος και καρκίνος του μαστού**

Το άγχος προέρχεται από το ρήμα άγχω που σημαίνει πιέζω σφικτά (κυρίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω. Το άγχος είναι ένα πανανθρώπινο συναίσθημα που ακολουθεί τη ζωή του ατόμου και αποτελεί αντίδραση στις απειλές του περιβάλλοντος. Αναλυτικότερα, το άγχος συμβαίνει ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους, πραγματικούς ή φανταστικούς που προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές και προετοιμάζει το άτομο να κινητοποιήσει τις άμυνες του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια απειλή ή να την διαφύγει “flight or fight” (Hayes,2014). Η αντίληψη για το άγχος διαμορφώθηκε από τις επικρατούσες ιδέες της εκάστοτε κοινωνίας (Αλεβίζος, 2008; Κουτελέκος, 2012)

Το άγχος μπορεί να οριστεί ως μια δυσάρεστη υποκειμενική εμπειρία που σχετίζεται με την αντίληψη της πραγματικής απειλής. Ως εκ τούτου, είναι ένα κοινό σύμπτωμα στους ασθενείς με καρκίνο (Ahlberg et al.,2005)

Εκτός από την αβεβαιότητα και το φόβο του θανάτου, ο επικρατέστεροι παράγοντες που πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη είναι ο φόβος της χειρουργικής επέμβασης, της πιθανής σωματικής αναπηρίας και των επακόλουθων αλλαγών στις καθημερινές δραστηριότητες. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται η αίσθηση της απώλειας ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου και η αντίληψη των ασθενών ότι βρίσκονται σε θέση εξάρτησης (Στεφανιάδης 2005; Χριστοδούλου 2005; Λυκούρας και συν.,2009; Σολδάτος 2005)

Ο καρκίνος επηρεάζει σε διάφορες πτυχές της ζωής τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Η διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου φέρνει αλλαγές στην προσωπική τους ζωή, στις καθημερινές τους δραστηριότητες στην εργασία, στις σχέσεις, και τους ρόλους της οικογένειας. Αυτό συνδέεται με ένα υψηλό επίπεδο στρες το οποίο εμφανίζεται ως άγχος ή και κατάθλιψη. (Zabalegui et al.,2005) Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγει και η έρευνα του (Takahashi et al.,2008) όπου στην έρευνα έφτασε στο συμπέρασμα ότι από όλα τα συμπτώματα, το άγχος και η κατάθλιψη ήταν τα πιο συχνά ψυχολογικά συμπτώματα που βίωναν οι ασθενείς με καρκίνο. Αυτό που προκαλεί έντονο στρες στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι ο ίδιος ο καρκίνος αλλά και οι παρενέργειες από την θεραπεία. (Jim et

al.,2007).Η θεραπεία μιας τόσο πολυδιάστατης ασθένειας όσο ο καρκίνος του μαστού είναι πλέον επιτακτική ανάγκη να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στη βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Σε γενικές γραμμές, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες πάνω στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου μαστού τα τελευταία χρόνια, οι οποίες εστιάζονται στις ιδιαιτερότητές του καρκίνου και στην επιρροή που ασκεί στην ψυχοσύνθεση της ασθενούς.( Turner et al., 2000, American Cancer Society staff 2003, 2007 )

Τα στοιχεία της απειλής της ζωής, της ματαίωσης, των προσδοκιών και της ενδεχόμενης καταστροφής-ψυχικής και σωματικής, σε φαντασιωσικό ή πραγματικό επίπεδο κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας και τις ψυχικές εκείνες διεργασίες που θα μπορούσαν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται (Μούσας, 2008)

Είναι σύνηθες κατά το πρώτο έτος μετά τη διάγνωση του καρκίνου και κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης της θεραπείας, να αισθάνεται η γυναίκα με καρκίνο του μαστού κατάθλιψη και άγχος. (Reich et al., 2008)

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

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται η εντυπωσιακή αύξηση του αριθμού των ερευνών που επιχειρούν να εκτιμήσουν την Ποιότητα Ζωής από διαφορετικά επιστημονικά πεδία και την ανάπτυξη τέτοιων μεθοδολογιών με στόχο την προσέγγιση και τη μέτρησή της. Η καταγραφή όμως, της έννοιας της Ποιότητας Ζωής σε σχέση με θέματα υγείας αποτελεί πολύπλοκο έργο μέτρησης εξαιτίας των πολλαπλών και αλληλοεπιδρώντων διαστάσεων της.

Τις τελευταίες δεκαετίες για τον «περιορισμό» της έννοιας της και για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, οι ερευνητές επικεντρώνονται στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health-Related Quality of Life). Πιο συγκεκριμένα, στις σύγχρονες κλινικές μελέτες οι ερευνητές χρησιμοποιούν μια πιο περιορισμένη έννοια της Ποιότητας Ζωής, η οποία δεν αναφέρεται γενικά στις πτυχές της όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, το κλίμα και το περιβάλλον, αλλά περιορίζεται σε πτυχές που σχετίζονται με την υγεία (Υφαντόπουλος, 2007).

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία έχει οριστεί από τη δεκαετία του 1980 και συμπεριλαμβάνει όλες τις πτυχές της συνολικής ποιότητας της ζωής που μπορεί να επηρεάσει την υγεία είτε σωματική είτε ψυχική (CDC, 2000; Gandek et al 2004; Selim et al

2009) Σε ατομικό επίπεδο, αυτό περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχική αντίληψη για την υγεία συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων για την υγεία, την λειτουργική κατάσταση, την κοινωνική υποστήριξη, και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Σε επίπεδο κοινότητας, ΠΖΣΥ περιλαμβάνει τους πόρους, τις συνθήκες, τις πολιτικές και πρακτικές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την υγεία ενός πληθυσμού και την λειτουργική κατάσταση (Kindig et al., 2010)

Αν και αποτελεί ατομική αίσθηση, υπάρχουν μερικοί κοινοί παράγοντες όπως η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο καθένας τη διανοητική του ικανότητα για να βλέπει, να αγαπάει και να αγαπιέται, να παίρνει αποφάσεις για τον εαυτό του, να ζει σε σπίτι παρά σε ίδρυμα, να περπατά και να διατηρεί επαφή με την οικογένεια και τους φίλους του (Ιακωβίδης και συν., 2007)

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων που τέθηκαν τόσο από την πλευρά του ασθενούς καθώς επίσης και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας με απώτερο σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών που συνιστώνται από τους διεθνείς οργανισμούς ως δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας (Black, 2013) Είναι γνωστό ότι οι χρόνιες νόσοι, εκτός από την νοσηρότητα, δημιουργούν προβλήματα στην καθημερινή ζωή των ασθενών και επηρεάζουν την οικογενειακή κατάσταση, τη συναισθηματική ζωή και άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας.

Η ψυχοκοινωνική αγωνία που απορρέει από την εμπειρία του καρκίνου είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με καρκίνο το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας. (Carlson et al., 2013)

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή αυτή έχει κερδίσει τα τελευταία χρόνια εκτεταμένη αναγνώριση. Πολλές μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν εξετάσει την επίδραση των θεραπειών, την υποστηρικτική φροντίδα, τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, την ψυχολογική και κοινωνική στήριξη και την επικοινωνία ιατρού- ασθενή (Pockaj et al., 2009)

Έχει φανεί διεθνώς ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών δέχεται μεγάλη επίδραση από την ασθένεια, εξαιτίας του γεγονότος ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από

μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών. Ωστόσο, είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστεί ποσοτικά αυτό το είδος των επιπτώσεων και να επιχειρηθεί να αντιμετωπιστούν.(CDC, 2008; Hegel, 2006; NIMH, 2008) Αυτό που σίγουρα έχει φανεί ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους είναι οι παρενέργειες από την θεραπεία (Lu, 2009)

Από την άλλη αυτό που έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι η ενσωμάτωση ολοένα και περισσότερο ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για να βοηθήσουν να έρθουν σε συμφωνία με τις αλλαγές και τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος τους, σε συμφωνία με το πένθος τους, να ανακτήσουν την ελπίδα, να αυξήσουν τη συναισθηματική έκφραση αυτών που νιώθουν και φοβούνται, να μειώσουν την απομόνωση και να βελτιώσουν την αυτοεκτίμησή τους. ( Mannheim, 2006)

Στην Κύπρο σύμφωνα με έρευνα που διεξάχθηκε σε 137 γυναίκες, μέλη της Ευρωπαϊκής Ομάδας Κύπρου η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και οι διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνταν επηρέαζαν μέχρι ενός βαθμού τη συνολική ποιότητα ζωής των γυναικών. Οι νεαρότερες γυναίκες φάνηκε είχαν περισσότερο επηρεασμένους τους ψυχοσυναισθηματικούς και κοινωνικούς τομείς καθώς και τους τομείς αντίληψης και εκτέλεσης ρόλων ενώ οι μεγαλύτερες γυναίκες τους τομείς των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έδειξε πρέπει να αντιμετωπίζονται συστηματικά και συνολικά από τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως τα αναφερόμενα ψυχοσυναισθηματικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. (Κιτρομηλίδου, 2012)

Σε άλλη έρευνα στην Κύπρο την οποία αποτέλεσαν 59 γυναίκες ηλικίας 31-76 ετών με καρκίνο μαστού που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και εν συνεχεία σε επικουρική χημειοθεραπεία έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού εκτιμήθηκε χειρότερη κατά την περίοδο μετά την χημειοθεραπεία σε σχέση με αυτήν πριν την θεραπεία. (Δημοσθένους, 2011)

### 3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα τελευταία χρόνια στον χώρο της Ογκολογικής Νοσηλευτικής πέρα από την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος των αντικαρκινικών θεραπειών, της ανταπόκρισης της νόσου και της συνολικής επιβίωσης των ασθενών, άρχισε να προσελκύει όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον η εκτίμηση παραμέτρων της Ποιότητας Ζωής. Μια από τις σημαντικές παραμέτρους της ΠΖ είναι και το άγχος που συνδέεται άμεσα και με την υγεία του ατόμου.

Δεδομένου ότι η Ποιότητα Ζωής δεν αφορά μόνο κάποιο ή κάποια συγκεκριμένα εξωτερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αλλά εκφράζει κυρίως μία υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου, η μεθοδολογία εκτίμησής της οφείλει να επικεντρώνεται στον προσδιορισμό των παραγόντων εκείνων που ασκούν ειδική βαρύτητα στην υποκειμενική κρίση και αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής (Σαρρής, 2001). Με αυτόν τον τρόπο, προσδοκάται να καταγραφεί πλήρως όχι μόνο η αντικειμενική αλλά επίσης να αναδυθεί η αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα μίας θεραπευτικής μεθόδου λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών.

Σύμφωνα με το Zhao (2004) έχει γίνει αντικείμενο διαφόρων μελετών η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και άλλων μεταβλητών. Αυτές οι άλλες μεταβλητές μπορούν να ομαδοποιηθούν ως α) δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές π. χ ηλικία, φύλο, εκπαίδευση β) ψυχολογικές μεταβλητές π.χ ικανοποίηση από την οικογενειακή ζωή, δείκτες στρες και αντιλήψεις για την ευτυχία και γ) υποκειμενικές αξιολογήσεις της ποιότητας στους διάφορους τομείς της ζωής.

Κατά τον (Ζερβή, 2003) σε περιπτώσεις που το άγχος είναι αυξημένο συντελεί αφενός στο να υπολειτουργεί το άτομο στις δραστηριότητες του και αφετέρου στο να επηρεάζεται αρνητικά η κατάσταση της υγείας του.

Η διερεύνηση λοιπόν του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών με καρκίνο του μαστού με την χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων πρέπει να αποτελεί βασικό κομμάτι της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης στην καθημερινή κλινική πράξη προς όφελος των ασθενών.

Σύμφωνα με έρευνα του Sammarco (2003) η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντική άμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Η κοινωνική υποστήριξη τονίζει βοηθά τις γυναίκες να προσαρμοστούν με τον καρκίνο του μαστού. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στην κατανόηση της ασθένειας καθώς και να διδάξουν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας και των παρενεργειών της θεραπείας καθώς και την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **3.1.1 Ερευνητικό πρόβλημα**

Η ολοκληρωμένη προσέγγιση του αποτελέσματος της χημειοθεραπείας προϋποθέτει τη θεώρηση της επίδρασης αυτής όχι μόνο στην παράταση της επιβίωσης του ασθενούς αλλά και στην ποιότητα της ζωής του. Εξάλλου υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι ενώ δεν ωφελούνται από την θεραπεία σε ότι αφορά την επιβίωση τους ή την αύξηση του ελευθέρου νόσου διαστήματος είναι δυνατό να διαπιστώσουν σημαντική πρόοδο στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. ( Bottomley, 2002 )

Το άγχος και η κατάθλιψη έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού μετά από την διάγνωση, κατά την έναρξη της θεραπείας καθώς και μετά την θεραπεία. (Schreier & Williams, 2004; Wong & Fielding, 2007 ).

### **3.1.2 Επιμέρους στόχοι**

**Οι επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας είναι :**

- Να αναγνωρίσει, να περιγράψει το επίπεδο ή τα χαρακτηριστικά του άγχους στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.
- Να διερευνήσει την πιθανότητα διάφορα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να καθορίσουν τα επίπεδα άγχους και της ποιότητας ζωής του.

### **3.1.3 Τύπος Μελέτης**

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι τυπικός περιγραφικός σχεδιασμός που επιχειρεί να διερευνήσει και να δει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Ο σχεδιασμός που έχει υιοθετηθεί στην παρούσα μελέτη καθορίστηκε βάση του είδους της έρευνας η οποία έχει σκοπό την αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή και να δώσει υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα.

### **3.1.4 Δείγμα/ Δειγματοληψία**

Τα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν γυναίκες από όλη την ελεύθερη Κύπρο με καρκίνο του μαστού και οι οποίες υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία με Herceptin ή συνδυασμό. Ο αριθμός του δείγματος είχε καθοριστεί στους 472 ασθενείς . Η συλλογή του δείγματος ολοκληρώθηκε όταν συμπληρώθηκε το 75% του ποσοστού ανταπόκρισης (355 ασθενείς). Ο σκοπός της εφαρμογής της τυχαίας δειγματοληψίας (Random sampling - πίνακας τυχαίων αριθμών θα δοθεί σε κάθε συμμετέχοντα ) έγινε με στόχο να επιτευχθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος σε σχέση με τον πληθυσμό στόχο.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το 2010 μέχρι 2012 από τους ερευνητικούς συνεργάτες Θεολογία Τσίτση και Μέλανη Χαραλάμπους υπό την καθοδήγηση του Δρ. Χαραλάμπους. Οι ερευνητικοί συνεργάτες έκαναν επίσης την καταχώρηση των δεδομένων του ερωτηματολογίου καθώς και την κωδικοποίηση χρησιμοποιώντας το ειδικό λογισμικό Spss.

### **3.1.5 Κριτήρια εισδοχής**

- Να είναι γυναίκα άνω των 18 ετών
- Να κατανοεί και είναι σε θέση να παρέχει ενυπόγραφη συγκατάθεση μετά από την ενημέρωση της για το σκοπό της έρευνας.
- Να έχει διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και έχει ιστοπαθολογική διάγνωση.
- Να έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε είδος μαστεκτομής.
- Να υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία κυρίως με Herceptin ή συνδυασμό .
- Να γνωρίζει καλά την Ελληνική ή την Αγγλική γλώσσα.

### **3.1.6 Κριτήρια αποκλεισμού**

Οι ασθενείς που αποκλείστηκαν από τη μελέτη είναι αυτοί που δεν ικανοποίησαν όλα τα προαναφερόμενα κριτήρια.

- Γυναίκες που υποβάλλονται σε φαρμακευτική θεραπεία για άγχος ή/ και κατάθλιψη
- Γυναίκες που για οποιοδήποτε λόγο διέκοψαν την χημειοθεραπεία

### **3.1.7 Εργαλεία**

**Στη παρούσα έρευνα έχουν χρησιμοποιηθεί τα ακόλουθα εργαλεία αυτό αναφοράς:**

1. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο εκτιμά τη ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. ( EORTC QLQ – C30 ) ( Aaronson et al 1993, Osaba et al 1994 ).
2. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο εκτιμά τη ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. ( EORTC ) με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού ( module BR 23 )
3. Την Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους (Self rating Anxiety Scale, SAS) του Zung.( Zung, 1971 )
4. Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας EEBK03.

**Εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια (EORTC QLQ- C30) ( Aaronson και συν 1993, Osaba και συν 1994 )**

Ερωτηματολόγιο που αποτελείται από ενότητες για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και την ποιότητα της υγείας. Το ερωτηματολόγιο είναι 30 σημείων και εξετάζει τη φυσική λειτουργία, το λειτουργικό ρόλο, τη γνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική λειτουργία, την κοινωνική λειτουργία, τα συμπτώματα, και τις οικονομικές επιπτώσεις.

Οι πρώτες 28 ερωτήσεις είναι σε κλίμακα Likert scale από 1 (καθόλου) μέχρι 4 (πολύ) και οι ερωτήσεις 29 και 30 είναι σε κλίμακα 1-7. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν 15 υποκλίμακες:

- α) οι 5 κλίμακες για τη λειτουργία του ατόμου (functional scales) (σωματική, ρόλου, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική)
- β) οι 9 κλίμακες συμπτωμάτων, που εξετάζουν την κόπωση, τη ναυτία και τον εμετό, τον πόνο, τη δυσκολία στην αναπνοή, τις διαταραχές του ύπνου, την απώλεια της όρεξης, τη δυσκοιλιότητα, τη διάρροια και τις οικονομικές επιπτώσεις της νόσου και
- γ) μια συνολική κλίμακα για την υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής.

Το ερωτηματολόγιο αυτό, με κατοχυρωμένα πνευματικά δικαιώματα, έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί σε 81 γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική, και έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 3.000 μελέτες σε όλο τον κόσμο. Επί του παρόντος, QLQ- C30 έκδοση 3.0 είναι η πιο πρόσφατη έκδοση και θα πρέπει να χρησιμοποιείται για όλες τις νέες μελέτες. Η τρέχουσα έκδοση του αποτελεί το βασικό ερωτηματολόγιο (QLQ- C30, έκδοση 3)

**Εργαλείο αξιολόγησης για την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια ειδικά για καρκίνο του μαστού (EORTC QLQ - BR23)**

Το EORTC QLQ-BR23 είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 23-σημεία που αφορούν ειδικά το καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, την εικόνα του σώματος, την σεξουαλικότητα, και τις προοπτικές για το μέλλον ( Jayasekara et al, 2008, Montazeri et al, 2008). Το βασικό ερωτηματολόγιο γενικά χρησιμοποιεί απαντήσεις τεσσάρων σημείων (κλίμακα Likert ) που κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) έως το 4 (πολύ).

Υπάρχουν α) οι 4 κλίμακες για τη λειτουργία του ατόμου (functional scales), για την εικόνα σώματος, σεξουαλική λειτουργία, σεξουαλική απόλαυση (για σεξουαλικά ενεργά άτομα), προοπτική για το μέλλον και β) οι 4 κλίμακες συμπτωμάτων, που εξετάζουν τις παρενέργειες από τη θεραπεία, συμπτώματα στο στήθος, συμπτώματα στο χέρι και αναστάτωση από τριχόπτωση (αν υπήρχε τριχόπτωση).

### **Εργαλείο αυτό - αξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS**

**( Zung,1971 )**

Η Κλίμακα Αυτό - αξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την ανίχνευση του άγχους στην έρευνα και την κλινική πράξη. (Zung, 1971 ). Πρόκειται για κλίμακα αυτό-αναφοράς που αποτελείται από 20 θέματα. Η κλίμακα δομήθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-II ( American psychiatric association 1968) για την αγχώδη διαταραχή, κριτήρια που περιλαμβάνονται και στο DSMIV TR. (Bitsika et al., 2007 ) ( American psychiatric association, 2000).

Σε πέντε από τα θέματα της κλίμακας περιγράφονται συναισθηματικές αντιδράσεις που σχετίζονται με το άγχος και στα υπόλοιπα 15 περιγράφονται σωματικές εκδηλώσεις άγχους. Ο συμμετέχων καλείται να επιλέξει, για κάθε ένα από τα 20 θέματα, από μία κλίμακα τύπου Likert 4 απαντήσεων (1=καθόλου ή σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=αρκετές φορές, 4= πολλές φορές/πάντα), την απάντηση που ανταποκρίνεται καλύτερα στην προσωπική του κατάσταση κατά την τελευταία εβδομάδα. Προκειμένου να εντοπίζονται ανακολουθίες και να μειωθεί η πιθανότητα προκαταλήψεων όσον αφορά στις απαντήσεις, πέντε θέματα του ερωτηματολογίου περιέχουν μία θετική σχέση προς το άγχος δήλωση (π.χ. αναπνέω χωρίς δυσκολία) ενώ τα υπόλοιπα 15 περιέχουν αντίστοιχα μία αρνητική δήλωση (π.χ. αισθάνομαι ότι φοβάμαι χωρίς κανένα λόγο).

Τα πρώτα βαθμολογούνται αντίστροφα σε σύγκριση με τα δεύτερα έτσι ώστε πάντα η μικρότερη βαθμολογία σε κάθε θέμα να υποδηλώνει και λιγότερο άγχος. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών στα επιμέρους 20 θέματα. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 20–80. Λιγότερο άγχος συνεπάγεται μικρότερη συνολική βαθμολογία στη SAS. Ως δείκτης SAS (SAS index) ορίζεται το πηλίκον της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας διά του 80, εκφρασμένο επί τους εκατό

**Τα εργαλεία που έχουν επιλεγεί έχουν ξανά-χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί σε άλλες έρευνες οι οποίες είναι:**

Osoba et al.	1994	The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)	Evaluation of psychometric properties and responsiveness
Sprangers et al.	1996	The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-BR23)	Development of a breast cancer specific QOL measure
Montazeri et al.	2000	The EORTC QLQ-BR23	Validation of the Iranian version
Mihailova et al.	2001	The EORTC QLQ-C30 and the QLQ-BR23	Validation of the Bulgarian version
Chie et al.	2003	The EORTC QLQ-C30 and the EORTC QLQ-BR23	Validation of the Taiwan Chinese version
Yun et al.	2004	The EORTC QLQ-BR23	Cross-cultural application in Korea
Parmar et al.	2005	The EORTC QLQ-C30	Validation of the Indian version

Fountoulakis et al	2001	Self-rating Anxiety Scale (SAS),	Standardization of the Greek version of Zung's self rating Anxiety Scale SAS
Mpelali et al	2011		
Samakouri et al	2012		
Kontodimopoulos et al	2011	The EORTC QLQ-BR23	Validity of the Greek EORTC QLQ-BR23 for measuring health related quality of life in breast cancer patients
Mistakidou et al	2001	The EORTC QLQ-C30	Validity and reliability in a Hellenic sample

### 3.1.8 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Μετά την υποβολή και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, έγιναν οι σχετικές διευθετήσεις με τις αρμόδιες αρχές για να εξασφαλιστεί έγκρισης διενέργειας της έρευνας καθώς και τον **Επίτροπο Προσωπικών Δεδομένων**. Ακολούθησε υποβολή αίτησης για αξιολόγηση της έρευνας από την **Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ03)** και εξασφαλίστηκε η σχετική έγκριση.

Στη συνέχεια έγινε επικοινωνία με τους υπεύθυνους ιατρικούς λειτουργούς από τις πέντε επαρχίες για να προετοιμαστούν οι σχετικές επισκέψεις για τη συλλογή δεδομένων. Προηγήθηκε ασφαλώς η απαραίτητη γραπτή και προφορική επικοινωνία μαζί τους για σκοπούς ενημέρωσης και συνεργασίας. Ακολούθως οργανώθηκε το πρόγραμμα και οι επισκέψεις για την άμεση επαφή με τις ασθενείς που θα αποτελούσαν το δείγμα της μελέτης.

Οι ασθενείς που ελεύθερα αποφάσισαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά μέσω του εντύπου για ενημερωμένη συγκατάθεση το οποίο υπέγραψαν πριν από τη συμμετοχή τους και το οποίο περιλάμβανε πληροφορίες για το θέμα

και το σκοπό της έρευνας . Τους δόθηκαν επιπλέον διαβεβαιώσεις για ανθρώπινη, ευαίσθητη και διακριτική προσέγγιση χωρίς την πρόκληση οποιασδήποτε ψυχικής ταλαιπωρίας.

Η μετάφραση των ερωτηματολογίων εκεί και όπου χρειαζόταν έγινε με απλή μετάφραση από αγγλικά στα ελληνικά και μετά πάλι στα αγγλικά. (translation-back translation). Η μετάφραση έγινε από 3 νοσηλευτές (2 κλινικούς και 1 ακαδημαϊκό) με εμπειρία στην μετάφραση ερωτηματολογίων.

Για τη διασφάλιση και προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των ασθενών τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα για σκοπούς ανάλυσης. Διαβεβαιώθηκαν επίσης οι συμμετέχοντες για τη σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης, τη διατήρηση της ανωνυμίας τους, την προστασία του δικαιώματος απόσυρσης ανά πάσα στιγμή αν το αποφασίσουν και ότι οι πληροφορίες που θα συλλέγονταν, θα χρησιμοποιούνταν μόνο για την παρούσα μελέτη.

Με αυτό τον τρόπο διασφαλίστηκε η ελευθερία των ατόμων και των προσωπικών τους δεδομένων, ενώ παράλληλα υπογραμμίστηκε η σημασία των πληροφοριών που συλλέχθηκαν στη δημιουργία ενός σημαντικού σώματος γνώσεως.

Δόθηκε επίσης διαβεβαίωση για τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού και των αρμοδίων σωμάτων για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Κύπρο.

Για επιβεβαίωση της ωφελιμότητας και της μη πρόκλησης βλάβης προς τους συμμετέχοντες, τηρήθηκαν όλοι οι κανονισμοί και αρχές που διέπουν τις ερευνητικές δραστηριότητες στη χώρα, καθώς και οι **ηθικές αρχές που περιλαμβάνονται στη διακήρυξη του Ελσίνκι** για τη βιοιατρική έρευνα. ( WMA, 2014)



#### 4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (μελέτη που διεκπεραιώθηκε ως μέρος της διατριβής)

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν διάφορες στατιστικές μέθοδοι, που είχαν σκοπό την εξέταση των ερευνητικών ερωτημάτων.

##### 1. Περιγραφική στατιστική (descriptive statistics).

Περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την σύμπτυξη, την παρουσίαση και την περιγραφή του δείγματος, με τον υπολογισμό συχνοτήτων, ποσοστών, μέσων όρων, τυπικών αποκλίσεων κλπ.

Το δείγμα αποτελείται από 355 γυναίκες και το οποίο ήταν το 75% της ανταπόκρισης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ήταν από τη Λευκωσία (41%). Οι περισσότερες γυναίκες ήταν μεταξύ 40 και 60 ετών (65%). Το πιο συνηθισμένο διάστημα για το χρόνο από τη μέρα διάγνωσης της ασθένειας ήταν 1-3 χρόνια (74%). Το επίπεδο μόρφωσης των περισσότερων γυναικών ήταν το απολυτήριο Λυκείου, και ακολουθεί το Πτυχίο Πανεπιστημίου. Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές έχουν ως πηγή στήριξης και την οικογένεια και τους συνδέσμους για καρκινοπαθείς. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει όλες τις λεπτομέρειες σχετικά με τα δημογραφικά/προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

**Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία (N=355)**

Μεταβλητή	N (αριθμός γυναικών)	%
<b>1. Περιοχή</b>		
Λευκωσία	144	40.6
Λεμεσός	50	14.1
Πάφος	99	27.9
Λάρνακα	54	15.2
Αμμόχωστος	8	2.3

<b>2. Ηλικία</b>		
18-28	6	1.7
29-39	21	5.9
40-50	112	31.5
51-60	119	33.5
61-70	73	20.6
>70	24	6.8
<b>3. Χρόνος από τη διάγνωση</b>	262	73.8
1-3 χρόνια	28	7.9
4-6 χρόνια	36	10.1
7-10 χρόνια	29	8.2
>10 χρόνια		
<b>4. Επίπεδο μόρφωσης</b>		
Καθόλου εκπαίδευση	28	7.9
Δημοτικό	72	20.3
Λύκειο	102	28.7
Ανώτερη Εκπαίδευση (κολλέγιο, πολυτεχνείο)	74	20.8
Πτυχίο Πανεπιστημίου	79	22.3
<b>5. Πηγή Στήριξης</b>		
Οικογένεια	43	12.1
Αντικαρκινικός Σύνδεσμος	17	4.8
Και τα δύο	295	83.1

## **2. Διερεύνηση του επιπέδου άγχους στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία («πρώτος επιμέρους στόχος της έρευνας»)**

Για τη μέτρηση του άγχους υπολογίστηκε το άθροισμα των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε όλες τις ερωτήσεις, ως το συνολικό σκορ, το οποίο θεωρητικά κυμαίνεται από 20 μέχρι 80. Σε πέντε ερωτήσεις (5, 9, 13, 17, 19) αντιστράφηκε ο κωδικός ώστε μεγάλες τιμές στην κλίμακα να δείχνουν υψηλά επίπεδα άγχους.

Οι τιμές της κλίμακας κυμάνθηκαν από 24 μέχρι 75, με μέσο όρο 45.7, που ερμηνεύεται ως «λίγο με μέτριο άγχος», και με τυπική απόκλιση 10.1. Αν μετατραπεί σε SAS index σκορ (πηλίκον της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας διά του 80, εκφρασμένο επί τοις εκατό), τότε ο μέσος όρος αντιστοιχεί σε SAS index στο  $57.1 \pm 12.6$ . Η κατηγοριοποίηση στα διάφορα επίπεδα έγινε βασισμένη στο Zung anxiety assessment tool και έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχουν λίγο με μέτριο άγχος (38%), ενώ πολύ κοντά ακολουθεί και το επίπεδο σοβαρού άγχους (36%) .

Η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης του άγχους μετρήθηκε με το Cronbach's alpha, του οποίου τιμές κοντά στο 1 δείχνουν μεγάλη εσωτερική συνοχή. Η τιμή του Cronbach's alpha ήταν 0.897, η οποία δείχνει υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας της κλίμακας και η οποία είναι αντίστοιχη με την πρωτότυπη μελέτη στάθμισης του ερωτηματολογίου.

Ο πίνακας 2 δείχνει αναλυτικά τα αποτελέσματα για την κλίμακα μέτρησης του άγχους.

**Πίνακας 2. Διερεύνηση επιπέδων άγχους στο δείγμα (N=355)**

	N	%	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση (SD)
	355	100	45.7	10.11
1. Φυσιολογικά επίπεδα	65	18.3		
2. Λίγο με μέτριο άγχος	134	37.7		
3. Σημαντικό με σοβαρό άγχος	129	36.3		
4. Έντονο άγχος	27	7.6		

### **3. Κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής.**

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες.

1. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο εκτιμά τη ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. ( EORTC QLQ – C30 ) ( Aaronson et al 1993).

Η ανάλυση της κλίμακας έγινε με βάση το εγχειρίδιο EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Fayers et al.,2001), όπου οι μέσοι όροι των ερωτήσεων κάθε υποκλίμακας (raw scores) μετατρέπονται σε τιμές από 0 μέχρι 100.

Ψηλές τιμές στις 5 κλίμακες για τις λειτουργίες (functional) και στη συνολική κλίμακα (global quality of life) δείχνουν ψηλό («καλό») επίπεδο λειτουργίας του ασθενούς, ενώ ψηλές τιμές στις 9 κλίμακες συμπτωμάτων δείχνουν ψηλό - χειρότερο επίπεδο συμπτωμάτων.

2. Ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του καρκίνου το οποίο εκτιμά τη ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (EORTC- QLQ BR 23 ) ( Aaronson et al 1993).

Η δημιουργία όλων των υποκλιμάκων έγινε με βάση το εγχειρίδιο EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Fayers et al., 2001), όπου οι μέσοι όροι των ερωτήσεων κάθε υποκλίμακας (raw scores) μετατρέπονται σε τιμές από 0 μέχρι 100.

Ο Πίνακας 3 δείχνει τα επίπεδα των ασθενών (μέσος όρος και τυπική απόκλιση) σε όλες τις υποκλίμακες των δύο ερωτηματολογίων που αφορούν την ποιότητα ζωής.

**Πίνακας 3: Περιγραφική στατιστική για όλες τις υποκλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής (EORTC QLQ-C30 και EORTC QLQ-BR23) (N=355).**

Κλίμακα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
<b>QLQ-C30</b>		
Global health status/QoL	55.91	17.94
<u>Λειτουργίες</u>		
Physical Function	65.54	22.36
Role Function	56.34	27.50
Emotional Function	49.30	29.12
Cognitive Function	62.06	26.97
Social Function	69.53	25.80
-----	-----	-----
<u>Συμπτώματα</u>		
Fatigue	49.04	29.12
Nausea / vomiting	28.26	30.26
Pain	40.47	28.02
Dyspnoea	37.84	25.27
Insomnia	44.32	32.97
Appetite loss	38.50	29.88

Constipation	23.76	27.48
Diarrhoea	11.55	25.57
Financial problems	41.78	31.95
<b>QLQ-BR23</b>		
<u>Λειτουργίες</u>		
Body image	48.33	29.31
Sexual functioning	24.93	20.75
Sexual enjoyment <sup>1</sup>	31.82	23.34
Future perspective	32.49	33.56
-----	-----	-----
<u>Συμπτώματα</u>		
Systemic therapy side effects	33.28	19.85
Breast symptoms	25.26	20.77
Arm symptoms	36.53	23.71
Hair loss <sup>2</sup>	48.25	38.32

<sup>1</sup> N=198    <sup>2</sup>N=353

Σχετικά με την κλίμακα QLQ-C30, βλέπουμε ότι οι κλίμακες που αφορούν λειτουργίες (functional scales) βρίσκονται σε αρκετά καλό επίπεδο (ψηλές τιμές δείχνουν καλά επίπεδα λειτουργίας, από 0 μέχρι 100, και τα αποτελέσματά μας είναι αρκετά ψηλά), δηλαδή δεν υπάρχουν σοβαρά προβλήματα στις λειτουργίες αυτές. Η καλύτερη λειτουργία ήταν η κοινωνική (social functioning) (69.5±25.8), ενώ η χειρότερη ήταν η συναισθηματική (emotional functioning) (49.3± 29.1).

Οι κλίμακες που αφορούν συμπτώματα ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα (ψηλές τιμές δείχνουν ψηλά/άσχημα επίπεδα συμπτωμάτων, ενώ τα αποτελέσματά μας δίνουν χαμηλές τιμές), με αρκετά χαμηλές τιμές (χαμηλότερες του 50 για όλες τις κλίμακες). Τα καλύτερα επίπεδα συμπτωμάτων ήταν για την κλίμακα που αφορούσε τη διάρροια (11.5± 25.6), ενώ τα

χειρότερα επίπεδα συμπτωμάτων αφορούσαν την κλίμακα της κόπωσης (fatigue) ( $49.0 \pm 29.1$ ).

Σχετικά με την κλίμακα QLQ-BR23, βλέπουμε ότι, όσον αφορά στις λειτουργίες, γενικά βλέπουμε ότι δεν ήταν σε πολύ ικανοποιητικά τα επίπεδα. Τα χαμηλότερα (χειρότερα επίπεδα) λειτουργίας είναι στη σεξουαλική λειτουργία (με χαμηλό ενδιαφέρον και συχνότητα) ( $24.9 \pm 20.7$ ).

Στις κλίμακες των συμπτωμάτων (όπου ψηλές τιμές δείχνουν ψηλά/άσχημα επίπεδα συμπτωμάτων), γενικά ήταν σε χαμηλά με μέτρια επίπεδα τα συμπτώματα, όπου το χαμηλότερο επίπεδο ήταν σε ότι αφορά συμπτώματα πόνου σχετικά με τον προσβεβλημένο μαστό ( $25.3 \pm 20.8$ ), δηλαδή οι ασθενείς δεν είχαν σοβαρά προβλήματα στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού. Τα χειρότερα επίπεδα (όμως όχι πάνω από 50) ήταν σχετικά με την ανησυχία που ένιωσαν από την τριχόπτωση, όπου φαίνεται να έχουν σχετικά ψηλά επίπεδα ανησυχίας ( $48.3 \pm 38.3$ ).

#### **5. Διερεύνηση αν διάφορα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να καθορίσουν τα επίπεδα άγχους**

Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα αυτό, χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι. Πρώτα, εξετάστηκε αν υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα άγχους για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά, με Ανάλυση Διασποράς (ANOVA). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

#### **Πίνακας 4. Μέθοδος ANOVA για εξέταση διαφορών στα επίπεδα άγχους σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία**

Δημογραφικό	F	p
Περιοχή	2.383	0.051 <sup>+</sup>
Ηλικία	1.049	0.388
Χρόνος διάγνωσης	2.211	0.087
Επίπεδο μόρφωσης	0.330	0.858

Πηγή στήριξης	9.274	<0.001**
---------------	-------	----------

\*\*Σημαντική στατιστική διαφορά

+ Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, μόνο για την μεταβλητή «πηγή στήριξης» υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα (από posts-hoc ελέγχους Tukey) έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα άγχους των ασθενών που είχαν στήριξη μόνο από την οικογένεια τους, όπου αυτή η ομάδα είχε ψηλότερα επίπεδα άγχους ( $p < 0.001$ ) σε σχέση με τα άτομα που στηρίζονταν από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου.

Φαίνεται δηλαδή ότι η στήριξη από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου, βοηθά στη μείωση του άγχους των ασθενών. Επίσης για το χαρακτηριστικά «περιοχή» και «χρόνος διάγνωσης», φαίνεται να υπάρχουν σχετικές διαφορές (σε επίπεδο σημαντικότητας 10%) ( $p$ -values 0.051 και 0.087 αντίστοιχα, και τα δύο μικρότερα από 10%).

Το ίδιο ερευνητικό ερώτημα εξετάστηκε στη συνέχεια με πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης (multiple regression analysis), με εξαρτημένη μεταβλητή το «άγχος» και ανεξάρτητες τα πέντε δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου (περιοχή, ηλικία, χρόνος διάγνωσης, επίπεδο μόρφωσης, πηγή στήριξης), δηλαδή να εξεταστεί αν τα πέντε χαρακτηριστικά επηρεάζουν το άγχος όταν μπουν στο μοντέλο ταυτόχρονα.



**Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα.**

**Πίνακας 5: Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών στο άγχος (N=355)**

Μεταβλητή	$\beta$	Τυπικό σφάλμα (Standard error)	p-value
Περιοχή	-0.357	0.578	0.537
Ηλικία	0.518	0.764	0.499
Χρόνος διάγνωσης	1.354	0.740	0.068 <sup>+</sup>
Μόρφωση	0.578	0.698	0.408
Πηγή στήριξης	-2.123	1.128	0.061 <sup>+</sup>

<sup>+</sup> Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

Τα αποτελέσματα στον πίνακα 5 δείχνουν ότι από τα προσωπικά χαρακτηριστικά τα μόνα που φαίνεται να επηρεάζουν σχετικά (σε επίπεδο σημαντικότητας 10%) είναι η πηγή στήριξης και ο χρόνος διάγνωσης. Τα p-value για όλα τα χαρακτηριστικά είναι μεγαλύτερα από 0.05. Για την «πηγή στήριξης» (p-value=0.061<10%), ο αρνητικός συντελεστής (-2.123), αν λάβουμε υπόψη την κωδικοποίηση των κατηγοριών (όπου 1=οικογένεια), δείχνει ότι οι ασθενείς που στηρίζονται μόνο στην οικογένειά τους έχουν ψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες (2=σύνδεσμος καρκινοπαθών, 3=και τα δύο). (Να σημειωθεί ότι αν βάλουμε το χαρακτηριστικό αυτό μόνο του στο μοντέλο, τότε το p=0.008<5%, δηλαδή έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο άγχος.).

Ο χρόνος διάγνωσης φαίνεται επίσης να έχει κάποιο σχετικό ρόλο (p-value=0.068<10%), όπου ο θετικός συντελεστής (1.354) δείχνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος από τη διάγνωση τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος του ατόμου. (Να σημειωθεί και εδώ ότι αν βάλουμε το χαρακτηριστικό αυτό μόνο του στο μοντέλο, τότε το p=0.011<5%, δηλαδή έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο άγχος).

**6. Διερεύνηση αν διάφορα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να καθορίσουν την ποιότητα ζωής**

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η συνολική κλίμακα για την υγεία και ποιότητα ζωής (global health status) (ερωτήσεις 29 και 30). Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα πρώτα εξετάστηκε αν υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα ποιότητας ζωής για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά, με Ανάλυση Διασποράς (ANOVA). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

**Πίνακας 6. Μέθοδος ANOVA για εξέταση διαφορών στα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία**

Δημογραφικό	F	P
Περιοχή	5.574	<0.001**
Ηλικία	1.656	0.145
Χρόνος διάγνωσης	3.915	0.009**
Επίπεδο μόρφωσης	0.728	0.573
Πηγή στήριξης	15.398	<0.001**

\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο 1%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 6, υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ποιότητας ζωής για τις μεταβλητές «περιοχή», «χρόνος διάγνωσης» και «πηγή στήριξης». Έγιναν post-hoc έλεγχοι Tukey για να εξεταστεί τι είδους διαφορές υπήρχαν. Σε σχέση με την περιοχή τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής υπάρχουν στη Λεμεσό σε σχέση με τις άλλες περιοχές που ήταν περίπου ισοδύναμες. Σε σχέση με το χρόνο διάγνωσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα ποιότητας ζωής ήταν χαμηλότερα για άτομα που

διαγνώστηκαν για περισσότερα από 10 χρόνια (μέσος όρος 47.7), σε σχέση, για παράδειγμα με άτομα που διαγνώστηκαν εδώ και 1-3 χρόνια (μέσος όρος 57.3).

Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ασθενών που είχαν στήριξη μόνο από την οικογένεια τους, όπου αυτή η ομάδα είχε χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής ( $p < 0.001$ ) σε σχέση με τα άτομα που στηρίζονταν από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου (μέσοι όροι 42.4 σε σχέση με 61.8 και 57.5 αντίστοιχα). Φαίνεται δηλαδή ότι η στήριξη από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου, βοηθά στη γενική ποιότητα ζωής.

Το ίδιο ερευνητικό ερώτημα εξετάστηκε στη συνέχεια με πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης (multiple regression analysis), με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ποιότητα ζωής (global health status) και ανεξάρτητες τα πέντε δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου (περιοχή, ηλικία, χρόνος διάγνωσης, επίπεδο μόρφωσης, πηγή στήριξης), δηλαδή να εξεταστεί αν τα πέντε χαρακτηριστικά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όταν μπουν στο μοντέλο ταυτόχρονα. Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τα αποτελέσματα.

**Πίνακας 7: Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής (N=355)**

Μεταβλητή	$\beta$	Τυπικό σφάλμα (Standard error)	p-value
Περιοχή	0.090	0.803	0.911
Ηλικία	-0.531	1.062	0.617
Χρόνος διάγνωσης	-1.842	1.028	0.074 <sup>+</sup>
Μόρφωση	-0.948	0.969	0.328
Πηγή στήριξης	6.190	1.566	<0.001 <sup>**</sup>

<sup>\*\*</sup> Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 1%

<sup>+</sup> Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 10%

Τα αποτελέσματα στον πίνακα 7 δείχνουν ότι αν χρησιμοποιήσουμε τα προσωπικά χαρακτηριστικά και δημογραφικά στοιχεία ταυτόχρονα στο μοντέλο, αυτό που έχει την πιο σημαντική επίδραση (σε επίπεδο σημαντικότητας 5%), με p-value μικρότερο από 0.001, είναι η πηγή στήριξης, ενώ και ο χρόνος διάγνωσης έχει κάποια επίδραση (σε επίπεδο 10%), με p-value 0.074. Τα υπόλοιπα p-value είναι μεγαλύτερα από 0.05. Για την «πηγή στήριξης» (p-value<0.001), ο θετικός συντελεστής (6.19), αν λάβουμε υπόψη την κωδικοποίηση των κατηγοριών (όπου 1=οικογένεια), δείχνει ότι οι ασθενείς που στηρίζονται μόνο στην οικογένειά τους έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες (2=σύνδεσμος καρκινοπαθών, 3=και τα δύο).

Ο χρόνος διάγνωσης φαίνεται επίσης να έχει κάποιο ρόλο στην ποιότητα ζωής (p-value=0.068<10%), όπου ο αρνητικός συντελεστής (-1.842) δείχνει ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος από τη διάγνωση τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα ποιότητας ζωής. (Να σημειωθεί ότι αν βάλουμε το χαρακτηριστικό αυτό μόνο του στο μοντέλο, τότε το p=0.001<5%, δηλαδή έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής).

## **7. Σχέση μεταξύ Άγχους και Ποιότητας ζωής: μπορεί το άγχος να προβλέψει την ποιότητα ζωής;**

A) Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (correlation coefficient) εξέτασε πρώτα τη συσχέτιση μεταξύ του άγχους (SAS) και της ποιότητας ζωής (global health status).

Ο συντελεστής συσχέτισης ήταν  $r = -0.623$ , με p-value<0.001, δηλαδή υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Η σχέση είναι αρνητική, δηλαδή όσο πιο μεγάλο το άγχος τόσο πιο χαμηλή η ποιότητα ζωής.

B) Χρησιμοποιήθηκε απλή παλινδρόμηση (simple regression) για τη διερεύνηση αν το άγχος μπορεί να προβλέψει την ποιότητα ζωής (QOL). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

**Πίνακας 8: Ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση του άγχους στην ποιότητα ζωής (N=355)**

Μεταβλητή	$\beta$	Τυπικό σφάλμα (Standard error)	p-value
Άγχος	-0.884	0.059	<0.001**

\*\* Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 1%

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το άγχος έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, όπου ο αρνητικός συντελεστής δείχνει ότι όσο πιο μεγάλο το άγχος τόσο πιο χαμηλή η ποιότητα ζωής. Όταν αυξάνεται ο δείκτης του άγχους κατά 1 μονάδα τότε η ποιότητα ζωής μειώνεται κατά 0.884 μονάδες.

Το Rsquare του μοντέλου ήταν ίσο με 0.388, το οποίο δείχνει μέτρια προσαρμογή του μοντέλου (όσο πιο ψηλή είναι η τιμή του Rsquare τόσο καλύτερο είναι το μοντέλο μας). Αυτό δείχνει ότι χρειάζονται κι άλλες μεταβλητές στο μοντέλο οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

#### **8. Διερεύνηση αν τα προσωπικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με το άγχος επηρεάζουν την ποιότητα ζωής**

Για περαιτέρω διερεύνηση του τελευταίου στόχου, θα χρησιμοποιηθεί ένα μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης όπου θα εξεταστεί αν τα προσωπικά χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με το άγχος (δηλαδή όταν μπουν όλα μαζί ως ανεξάρτητες μεταβλητές στο μοντέλο μας), επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

**Πίνακας 9: Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση του άγχους και των προσωπικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής (N=355)**

Μεταβλητή	$\beta$	Τυπικό σφάλμα (Standard error)	p-value
Άγχος	-0.846	0.059	<0.001**
Περιοχή	-0.212	0.638	0.740
Ηλικία	-0.093	0.844	0.913
Χρόνος διάγνωσης	-0.696	0.820	0.396
Μόρφωση	-0.460	0.770	0.551
Πηγή στήριξης	4.394	1.250	<0.001**

\*\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 1%

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το άγχος έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, και σε συνδυασμό με ένα από τα προσωπικά χαρακτηριστικά, την πηγή στήριξης. Δηλαδή συνολικά το μοντέλο αυτό, κοιτάζοντας τους συντελεστές της κάθε μεταβλητής, μας λέει ότι ένα άτομο που έχει ψηλό επίπεδο άγχους και που βρίσκει στήριξη μόνο στην οικογένεια του, θα έχει χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Το μοντέλο αυτό είναι πιο ολοκληρωμένο και έχει καλύτερη προσαρμογή, αφού και το Rsquare αυξήθηκε στο 0.417 (η αύξηση από το 0.388 ήταν στατιστικά σημαντική, p-value=0.005).

## 5 ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

	01 ../10	02 ../10	03 9/13	04 10/13	05 2010	06 2012	07 1/14	08 2/14	09 3/14	10 4/14	11 9/14
Εξασφάλιση σχετικών αδειών											
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση											
Κατάρτιση, Μετάφραση και Στάθμιση των Εργαλείων και Πιλοτική έρευνα											
Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων											
Διαδικασία Ανάλυσης Δεδομένων											
Συγγραφή και Παρουσίαση Αποτελεσμάτων											

## 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα άγχους στο δείγμα των γυναικών που μελετήθηκε κυμάνθηκαν από μέτρια σε ψηλά επίπεδα, με το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών να έχουν λίγο ή μέτριο άγχος (38%), αλλά παράλληλα και με ένα σημαντικό ποσοστό να έχουν σοβαρό άγχος (36%).

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τη συσχέτιση του άγχους και της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, χρησιμοποιώντας ένα τυχαίο δείγμα 355 γυναικών.

Για τη μέτρηση του άγχους των γυναικών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή της κλίμακας αυτό-αξιολόγησης άγχους (SAS anxiety scale, Zung). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της ελληνικής εκδοχής είχαν εξεταστεί από Σαμακουρή κ.α. (2012), σε ένα δείγμα 254 συμμετεχόντων, όπου διαφάνηκε ότι η κλίμακα έχει πολύ ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Είναι αξιοσημείωτο ότι η αξιοπιστία της κλίμακας στην παρούσα έρευνα, με τις Κύπριες γυναίκες, βρέθηκε στα ίδια υψηλά επίπεδα με την εργασία των Σαμακουρή κ.α. (2012), έχοντας ανάλογη υψηλή τιμή δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha, 0.897. Έτσι φαίνεται ότι το εργαλείο αυτό είναι αξιόπιστο για μετρήσεις στον υπό μελέτη πληθυσμό γυναικών.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες: η γενική κλίμακα EORTC QLQ – C30 και η κλίμακα EORTC QLQ-BR23, που αφορά ειδικά τον καρκίνο του μαστού, οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία και είναι αξιόπιστες και έγκυρες (Aaronson et al., 1993; Fayers et al., 2001; Jayasekara et al., 2008; Montazeri et al., 2008).

Τα αποτελέσματα από τη γενική κλίμακα EORTC QLQ – C30 έδειξαν ότι οι κλίμακες που αφορούν λειτουργίες (functional scales) βρίσκονται σε αρκετά καλό επίπεδο, δηλαδή σε γενικές γραμμές δεν υπάρχουν σοβαρά προβλήματα στις γυναίκες του δείγματος στις σχετικές λειτουργίες (Physical, Role, Emotional, Cognitive, Social). Η καλύτερη λειτουργία για τις γυναίκες αυτές ήταν η κοινωνική (social), ενώ η χειρότερη ήταν η συναισθηματική (emotional). Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής



πίεσης και του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού με τη χαμηλή συναισθηματική λειτουργία (Montazeri, 2008) που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Η χημειοθεραπεία οδηγεί πολλές φορές σε καταστάσεις που μπορεί να απειλήσει την ψυχοκοινωνική ακεραιότητα της γυναίκας. Η κοινωνική της συμπεριφορά επηρεάζεται, οδηγώντας την σε περιορισμούς σχετικά με την κοινωνική ζωή και τις αλλαγές στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην καταθλιπτική συμπεριφορά και την κοινωνική απομόνωση.

Η αγωνία και η κατάθλιψη έχουν άμεση σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και σε συνδυασμό με την κοινωνική υποστήριξη, επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή της ασθενούς με τον καρκίνο του μαστού. Τα υψηλά επίπεδα άγχους και αγωνίας και η χαμηλή δεκτικότητα τείνουν να μειώνουν την αντίληψη του ατόμου από την κοινωνική υποστήριξη λόγω των ψυχοκοινωνικών αλλαγών. (Fernandes, 2014)

Πολλές ανάγκες τείνουν να υπάρχουν συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης για στρατηγικές ώστε να αντιμετωπίσουν το άγχος κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Η δημιουργία ή / και τη χρησιμοποίηση των κοινωνικής στήριξης έχει μια στρατηγική για τη μείωση της επιβλαβούς επιδράσεως της στα στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Moreira et al., 2013)

Τα αποτελέσματα της γενικής κλίμακας EORTC QLQ – C30 σχετικά με τα συμπτώματα ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα για όλα τα συμπτώματα υπό εξέταση (Κόπωση/Fatigue, Ναυτία-Εμετός/ Nausea-vomiting, Πόνος/Pain, Δύσπνοια/Dyspnoea, Αϋπνία/Insomnia, Απώλεια όρεξης/Appetite loss, Δυσκοιλιότητα/Constipation, Διάρροια/Diarrhoea, Οικονομικά Προβλήματα/Financial problems). Τα καλύτερα επίπεδα συμπτωμάτων ήταν για την κλίμακα που αφορούσε τη διάρροια, δηλαδή δεν υπήρχε γενικά αυτό το σύμπτωμα στις ασθενείς.

Συνήθως οι γαστρεντερικές παρενέργειες συμπεριλαμβανομένης της διάρροιας επηρεάζει μόνο το 25% των γυναικών που παίρνουν Herceptin (Drugs.com) οπότεν ήταν κάτι το οποίο αναμενόταν στο συγκεκριμένο δείγμα γυναικών. Τα χειρότερα επίπεδα συμπτωμάτων αφορούσαν την κλίμακα της κόπωσης (fatigue), ενώ τα άλλα συμπτώματα που είχαν σχετικά άσχημα επίπεδα στην έρευνά μας, ήταν ο πόνος (pain), η αϋπνία (insomnia) και οικονομικά προβλήματα ως συνέπεια της ασθένειας (financial problems). Σε σχετικές

έρευνες φάνηκε ότι, παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σημαντικά προβλήματα που εμφανίζονται και ταλαιπωρούν τις γυναίκες αυτές αποτελούσαν συμπτώματα όπως κόπωση, πόνος στις αρθρώσεις, δυσκολία στον ύπνο, εξάψεις, αλλά και η επιβαρυνόμενη εικόνα του σώματος (Cesnik & Santos, 2012; Fatone et al., 2007, Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010). Είναι σημαντικό ότι η κόπωση έχει συσχετιστεί και με άλλα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και με το άγχος του ασθενούς (Montazeri, 2008; Bryar et al., 2006), το οποίο ενισχύεται στην παρούσα έρευνα από τα σχετικά ψηλά επίπεδα άγχους, μαζί με την κόπωση των γυναικών. Το στοιχείο των οικονομικών προβλημάτων που φάνηκε στην παρούσα μας έρευνα, έχει φανεί και σε προηγούμενες έρευνες (Hoyer et al., 2011; Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010).

Η οικονομική κρίση συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ανεργίας, περικοπές μισθών, αύξηση των τιμών των αγαθών και των ιατρικών νοσηλίων, ενώ από την άλλη περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία. Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία.

Πολλές από τις ασθενείς με καρκίνο αναφέρουν μειωμένη σωματική και πνευματική ικανότητα μετά τη χημειοθεραπεία και χρειάζεται να ξανά προσαρμοστούν στην εργασία μετά το τέλος της θεραπείας. Μερικές συνταξιοδοτούνται επίσης πρόωρα από την εργασία (Torp et al., 2012; Lindbohm et al., 2011) ενώ η μειωμένη απασχόληση μεταξύ των ασθενών ποικίλλει και αυτό έχει να κάνει με τη διάγνωση, τον τύπο και την συχνότητα της θεραπείας (Taskila et al., 2004).

Οι δυσκολίες στην επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων στην εργασία τους χαρακτηρίζεται από υψηλότερα επίπεδα κόπωσης και κατάθλιψης καθώς και μεγαλύτερους περιορισμούς στην εκτέλεση της εργασίας λόγω αυτής της κόπωσης. (Carlo et al., 2010; Hansen et al., 2008) Μελέτη στις ΗΠΑ σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έδειξε ότι ενώ 92 από τις 100 γυναίκες επέστρεψε στην εργασία, το 57% μείωσαν τις ώρες εργασίας τους κατά περισσότερο από 4 ώρες την εβδομάδα και 56% ανέφερε αλλαγή επαγγελματικού ρόλου (Steiner et al., 2008).

Η εργασία είναι ένα σημαντικό μέρος της ζωής και της διαβίωσης του ανθρώπου. Η συνέχιση της εργασίας κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι πολύ σημαντική ώστε να διατηρηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η καθημερινή τους ρουτίνα.

Τα αποτελέσματα από την εξειδικευμένη κλίμακα ποιότητας ζωής για γυναίκες με καρκίνο του μαστού (QLQ-BR23), έδειξαν ότι στις κλίμακες των συμπτωμάτων που σχετίζονται αποκλειστικά με τον καρκίνο του μαστού, γενικά ήταν σε χαμηλά με μέτρια επίπεδα τα συμπτώματα, όπου το χαμηλότερο επίπεδο ήταν σε ότι αφορά συμπτώματα πόνου σχετικά με τον προσβεβλημένο μαστό, δηλαδή οι ασθενείς δεν είχαν σοβαρά προβλήματα στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού. Τα χειρότερα επίπεδα (όμως όχι σοβαρά) ήταν σχετικά με την ανησυχία που ένιωσαν από την τριχόπτωση, όπου φαίνεται να έχουν σχετικά ψηλά επίπεδα ανησυχίας, ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν όλες οι γυναίκες (353 από τις 355) αντιμετώπισαν το πρόβλημα της τριχόπτωσης.

Το πρόβλημα της τριχόπτωσης αν και παροδικό είναι συχνό και αναπόφευκτο αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας. Μια ανασκόπηση των συνεπειών της τριχόπτωσης που δημοσιεύθηκε το 2008 έδειξε ότι η οδυνηρή αυτή παρενέργεια της χημειοθεραπείας έχει αντίκτυπο ως προς την εικόνα του σώματος της γυναίκας. Τα μαλλιά αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης ταυτότητας και είναι διαισθητικά λογικό να πιστεύουν ότι η απώλεια των μαλλιών μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις σε ποικιλία πτυχών της ποιότητας ζωής ( Lemieux et al., 2008). Η τριχόπτωση που προκαλείται από την χημειοθεραπεία σχετίστηκε αρνητικά με την εικόνα του σώματος την ψυχοκοινωνική ευημερία, και την κατάθλιψη (Choi et al., 2014).

Η εικόνα του σώματος μπορεί να επηρεαστεί βαθύτατα από ψυχολογικούς και φυσικούς παράγοντες. Οι αλλαγές που προκαλούνται από την διάγνωση του καρκίνου αλλά και της χημειοθεραπείας μπορεί να επηρεάσει τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία λειτουργικά και συναισθηματικά τις περισσότερες φορές με μη αναστρέψιμο τρόπο (Annunziata et al., 2012; White et al., 2011). Αλλαγές στην εμφάνιση και τις λειτουργίες του σώματος, όπως ουλές, απώλεια μαλλιών, δερματικά εξανθήματα, ακρωτηριασμός του μαστού, η κούραση, και η επίπτωση στη σεξουαλικότητά είναι μερικά από τα στοιχεία που επηρεάζουν τα άτομα .

Είναι πολύ σημαντικό, όμως, ότι τα αποτελέσματα της κλίμακας QLQ-BR23 σχετικά με τις λειτουργίες που αφορούσαν την εξωτερική εμφάνιση του σώματος (body image), σεξουαλική λειτουργία και ευχαρίστηση (sexual functioning/ sexual enjoyment) και

προοπτική για το μέλλον (future perspective), δεν ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα. Τα χειρότερα επίπεδα αφορούσαν στη σεξουαλική λειτουργία, για την οποία οι γυναίκες του δείγματος έδειξαν χαμηλό ενδιαφέρον και συχνότητα. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες (π.χ Montazeri, 2008).

Ο μαστός μιας γυναίκας είναι γνωστό ότι συνδέεται στενά με τη θηλυκότητα, καθώς και με το μητρικό ρόλο και τη σεξουαλικότητα (Avis et al., 2004). Η σεξουαλικότητα ορίζεται ως μια προσωπική έκφραση του εαυτού και η σχέση του με τους γύρω του (Pelusi, 2006). Τα αισθήματα που ένα άτομο έχει για το σώμα του περιλαμβάνουν θέματα όπως την ανάγκη για επαφή, το ενδιαφέρον για σεξουαλική δραστηριότητα, την επικοινωνία με ένα άλλο άτομο και τη δυνατότητα να συμμετάσχει σε ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα. (Henson, 2002) Αντιθέτως, η σεξουαλική λειτουργία αναφέρεται σε ορισμένες φυσιολογικές πτυχές, όπως κολπική λίπανση, συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας, και ευαισθησία του μαστού (Baucorn et al., 2005). Μπορεί εύκολα να θεωρηθεί ότι τυχόν αλλαγές στο μαστό, είτε μικρές ή μεγάλες, επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας ή τα συναισθήματα της σεξουαλικότητας σε κάποιο βαθμό.

Μια σειρά από φυσικές αλλαγές στη σεξουαλικότητα μετά από τον καρκίνο του μαστού μιας γυναίκας έχουν μελετηθεί και τεκμηριωθεί. Αυτές περιλαμβάνουν διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία και διαταραχές στη σεξουαλική διέγερση (Knob, 2001), την λίπανση, την δύσκολη ή επώδυνη σεξουαλική επαφή (Speer, 2005), την έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας (Avis et al., 2004), καθώς και την μειωμένη ικανότητα να βιώσουν σεξουαλική ευχαρίστηση (Meyerowitz., 1999) που είναι αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας (Alder et al., 2008; Burwell et al., 2006; Thors., 2001), καθώς και η χειρουργική επέμβαση του μαστού (Burwell et al., 2006; Takahashi et al., 2008). Για παράδειγμα, σε πρόσφατη έρευνα με Ελληνίδες ασθενείς, φάνηκε ότι γύρω στο 30% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, λόγω καρκίνου του μαστού έχουν μειωμένη σεξουαλική λειτουργία και δυσκολίες στη σεξουαλική προσαρμογή, όπως μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης (Αγγελοπούλου και συν., 2013).

Η σεξουαλική ευχαρίστηση επηρεάζεται αρνητικά εξ' αιτίας της αλλαγμένης σωματικής εικόνας, αλλά και των επικουρικών θεραπειών (Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010). Επίσης, έχει αποδειχτεί ότι τα σεξουαλικά αυτά προβλήματα συνεχίζονται για αρκετό καιρό μετά από τη θεραπεία (Brandberg et al., 2003; Schover et al., 1995). Ανάλογες έρευνες έδειξαν ότι, ακόμα και αν η σεξουαλική ζωή ήταν έντονη πριν από την ασθένεια, παράγοντες

όπως το άγχος, ο σωματικός πόνος και η κούραση επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία της γυναίκας μετά από τη μαστεκτομή (Cesnik & Santos, 2012; Avis et al., 2004; Ming, 2002). Η επίδραση της μαστεκτομής στη γυναικεία σεξουαλικότητα φάνηκε εμπειρικά σε έρευνες και από τη συσχέτιση μεταξύ της σωματικής δυσλειτουργίας και της δυσκολίας στο να επανακτηθεί η σεξουαλική δραστηριότητα μετά από την εγχείριση, δείχνοντας ότι οι γυναίκες αυτές είναι επιρρεπείς στη σωματική κούραση (Silva & Santos, 2010; Collins et al., 2004).

Από πολλές μελέτες διαπιστώνεται ότι η κόπωση σε ασθενείς με καρκίνο αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα σε ποσοστό εμφάνισης >60% και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Ειδικά, η συχνότητα της κόπωσης σε ασθενείς, που υποβάλλονται σε χημειοθεραπευτική αγωγή από μελέτες έχει βρεθεί ότι υφίσταται σε ποσοστό 80–99% των ασθενών. ( Jacobsen, 2004; Jereczek et al., 2007; Respini et al., 2003). Σε αντίθεση με τα υγιή άτομα, που αντιλαμβάνονται την κόπωση ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο, το οποίο υποκινεί την επιθυμία για ανάπαυση, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία αξιολογούν την κόπωση, ως την πλέον δυσάρεστη εμπειρία, που συνοδεύεται από απώλεια ενέργειας, η οποία μπορεί να φθάσει έως και την πλήρη εξάντληση. Σε αντίθεση με την κόπωση, που αισθάνονται τα υγιή άτομα ως αποτέλεσμα της καθημερινής τους δραστηριότητας, η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο και τη χημειοθεραπεία έχει αιφνίδια έναρξη, είναι περισσότερο έντονη και σοβαρή, δυσανάλογη σε σχέση με την ενέργεια που απαιτείται για την εκτέλεση έργου, έχει μεγαλύτερη διάρκεια από την τυπική κόπωση και συχνά είναι απροσδόκητη ( Wu & Sweeney, 2007; Ryan et al., 2007).

Η συσχέτιση μεταξύ της σωματικής κούρασης και της μειωμένης σεξουαλικής λειτουργίας, φάνηκε έμμεσα και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δεδομένου ότι τα χειρότερα επίπεδα συμπτωμάτων στην κλίμακα QLQ-C30 για τις γυναίκες του δείγματός μας ήταν στην κλίμακα της κόπωσης. Η συσχέτιση μεταξύ του άγχους και των σωματικών ή σεξουαλικών προβλημάτων στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι ξεκάθαρη, αφού η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί έντονο άγχος και απαιτεί στήριξη στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού (Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010).

Στη διερεύνηση αν διάφορα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να καθορίσουν τα επίπεδα άγχους, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το άγχος των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι η πηγή στήριξης που έχουν. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν στήριξη μόνο από την

οικογένεια τους είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τα άτομα που στηρίζονταν από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή το συνδυασμό οικογένειας και συνδέσμου. Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα της έρευνας, δηλαδή, η στήριξη από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή οι πολλαπλές πηγές στήριξης (συνδυασμός της στήριξης από την οικογένεια και κάποιο σύνδεσμο), βοηθούν στη μείωση του άγχους των ασθενών.

Η σημαντικότητα της στήριξης των ασθενών σε σχέση με το άγχος διαφάνηκε και σε προηγούμενες έρευνες, όπου το άγχος συσχετίζεται με αρνητικές πτυχές της στήριξης των ασθενών, είτε λόγω ελλιπούς στήριξης ή με προβλήματα που προκύπτουν από αυτούς που παρέχουν τη στήριξη των ασθενών (Stark et al., 2002). Στην Κυπριακή πραγματικότητα (αλλά και σε πολλές χώρες του εξωτερικού) επιφορτίζονται την φροντίδα αυτών των ατόμων τα μέλη της οικογένειας (informal caregivers). Φαίνεται, δηλαδή, ότι άτομα που δεν είναι επαγγελματικά καταρτισμένα για να προσφέρουν στήριξη, όπως είναι τα μέλη της οικογένειας, ίσως δεν είναι αρκετά να προσφέρουν τη στήριξη που χρειάζεται μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού, και ότι χρειάζεται η κατάλληλη κοινωνική στήριξη του ασθενούς από τον κατάλληλο συνδυασμό πηγών στήριξης. Από την άλλη ίσως να σημαίνει ότι χρειάζονται διαφορετικά πράγματα από διαφορετικές πηγές στήριξης.

Η οικογένεια μπορεί να προσφέρει συναισθηματική στήριξη ίσως ενώ οι σύνδεσμοι προσφέρουν και στήριξη σε σχέση π.χ με την θεραπεία την διαχείριση παρενεργειών και συμπτωμάτων κτλ. Έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί σύμφωνα με τους οποίους η κοινωνική στήριξη επηρεάζει αποτελεσματικά την υγεία. Τονίζουν ότι για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει την υγεία άμεσα ενισχύοντας την βελτίωση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης του και έμμεσα μεσολαβώντας στην αντίδραση στο στρες (Cohen & Syme 1985; Bloom 1990; Kawachi & Berkman, 2001). Η θεωρία της κοινωνικής σύγκρισης προϋποθέτει ότι το άτομο είναι ικανό να συγκρίνει τη δική του εμπειρία με άλλες παρόμοιες εξομαλύνοντας την υιοθετώντας θετικά μοντέλα και ενθαρρύνοντας συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και ενισχύουν την αυτοεκτίμηση (Helgeson & Cohen 1985; Festinger 1954).

Ένας άλλος μηχανισμός με τον οποίο η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να λειτουργήσει είναι σαν βοηθητικός (Reissman et al., 1965). Ενισχύεται η αυτοεκτίμηση όχι μόνο από την ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους σε παρόμοιες συνθήκες αλλά και δίνοντας την ευκαιρία να βοηθήσουν άλλους ώστε να μην επικεντρώνεται μόνο στον εαυτό τους. Η Βέλτιστη αντιστοίχιση θεωρία (Cutrona & Russell, 1990) δείχνει ότι η

ασθένεια δημιουργεί την ανάγκη για κοινωνική στήριξη σε πολλούς διαφορετικούς τομείς (π.χ. φυσικές ανάγκες, τις σχέσεις, οικονομικά), και ότι "χρειάζεται ειδική στήριξη" ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο .

Τα υψηλά επίπεδα άγχους φαίνεται να έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στη γενική ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.. Οι ψυχολογικοί παράγοντες και συγκεκριμένα το άγχος έχουν παρόμοια αποδειχτεί σε σχετικές έρευνες ότι προβλέπουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Montazeri, 2008; Hegel et al., 2006; Golden-Kreutz et al., 2005). Η αρνητική σχέση μεταξύ άγχους και ποιότητας ζωής έχει παρατηρηθεί σε προηγούμενες έρευνες (Skarstein et al., 2000; Stark et al., 2002 Wong & Fielding, 2007). Επίσης οι ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου του μαστού αφορούν κυρίως στην ποιότητα ζωής των ασθενών, η οποία δέχεται μεγάλη επίδραση από την ασθένεια και κυρίως την θεραπεία, όπως η χημειοθεραπεία (Singer et al., 2010) Έχει δειχθεί ότι η αρνητική αυτή επίδραση εμφανίζεται τόσο στο πρώιμο στάδιο της ασθένειας, όσο κυρίως στην αρχή και μετά από τη θεραπεία (Weitzner et al., 1997; Longman et al., 1999; Schreier & Williams, 2004; Winnie et al., 2010; Αγγελοπούλου και συν., 2013) εύρημα το οποίο συνάδει και με τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης.

Άλλος σημαντικός παράγοντας που φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, εκτός από το άγχος, είναι η πηγή στήριξης. Ο παράγοντας αυτός ήταν ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζει την ποιότητα ζωής, σε σχέση με όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν στην έρευνα. Παρόμοια και με τα προηγούμενα αποτελέσματα για την επίδραση των πηγών στήριξης στο άγχος, και πάλι τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής είχαν οι ασθενείς που είχαν στήριξη μόνο από την οικογένεια τους, σε αντίθεση με άτομα που είχαν στήριξη από κάποιο σύνδεσμο καρκινοπαθών ή πολλαπλή πηγή στήριξης. Η σημαντικότητα αυτού του ευρήματος έγκειται στο γεγονός ότι οι ασθενείς φαίνεται να υποφέρουν από την αδυναμία του συστήματος να τους προσφέρει ολοκληρωμένη επαγγελματική φροντίδα σε όλο το φάσμα της νόσου και όχι αποκλειστικά και μόνο κατά την νοσοκομειακή νοσηλεία.

Η Κύπρια καρκινοπαθής αντιμετωπίζει σειρά από προβλήματα σε επίπεδο διάγνωσης, σε επίπεδο θεραπείας εξ' αιτίας των λιστών αναμονής και σε επίπεδο στήριξης αφού δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης ή κοινοτικής στήριξης εκτός από αυτές που προσφέρονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις ενώ ανακουφιστική κρατική φροντίδα δεν υπάρχει παρά μόνο πάλι μέσα από τις Οργανώσεις.

Στην έκθεση του Υπουργείου Υγείας (2009) για την Στρατηγική αντιμετώπισης του καρκίνου στην Κύπρο αναφέρεται ότι τα τελευταία χρόνια η Κύπρος δεν είναι σε θέση να προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες για τον καρκίνο. Η ταλαιπωρία των ασθενών, η αδυναμία να αξιοποιηθεί το υφιστάμενο ανθρώπινο δυναμικό, η έλλειψη συστήματος ποιοτικού ελέγχου και συντονισμένου προγράμματος πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης καθώς επίσης και αξιόπιστων στατιστικών είναι μερικές από τις αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος. (Έκθεση Υπουργείου Υγείας 2009)

Η κοινωνική στήριξη των ασθενών, όπως για παράδειγμα ένα μεγάλο κοινωνικό δίκτυο, έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη συναισθηματική δύναμη, ενώ μεγαλύτερη συναισθηματική στήριξη έχει συσχετιστεί με καλύτερη ψυχική κατάσταση και γενική ποιότητα ζωής. Αντίθετα, έλλειψη κοινωνικής στήριξης τόσο μέσα αλλά και έξω από την οικογένεια, έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Hoyer et al., 2011; Bloom et al., 2001; Knobf, 2007; Osborne et al., 2003; Montazeri, 2008). Γενικά η κοινωνική στήριξη έχει αποδειχτεί ότι παίζει ουσιώδη ρόλο στην βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής (Lee, 1997). Για παράδειγμα, σχετικά προγράμματα στήριξης, όπως το πρόγραμμα στήριξης ένας-προς-ένα (one-on-one peer support “Reach to Recovery programme”) (Ashbury et al., 1998) ή συμβουλευτικές, προσωπικές υπηρεσίες από τηλεφώνου (Telephone interpersonal counseling (TPC)) (Badger et al., 2005), έχουν αποδειχθεί εμπειρικά να προσφέρουν οφέλη σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Η σημασία των πολλαπλών πηγών στήριξης τονίζεται και από τους Winnie et al. (2010), όπου φαίνεται ότι όταν οι ασθενείς με καρκίνο έχουν ικανοποιητική στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, τους επαγγελματίες υγείας και την κοινωνία, τότε μπορούν να διατηρήσουν ένα ψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Κοιτάζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται ότι επηρεάζει και τα επίπεδα άγχους, αλλά και τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι ο χρόνος που έχει περάσει από τη μέρα διάγνωσης της ασθένειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια αρνητική σχέση μεταξύ του χρόνου από τη διάγνωση και των επιπέδων άγχους και ποιότητας ζωής, δηλαδή οι μακροχρόνιοι ασθενείς παρουσιάζονται να έχουν περισσότερο άγχος και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με ασθενείς που έχουν πιο πρόσφατα διαγνωστεί με την ασθένεια. Αυτό έχει να κάνει με το φόβο της επανάληψης ο οποίος με την πάροδο του χρόνου παραμένει με το 70% γυναικών να εξακολουθεί να έχει τέτοιους φόβους ακόμα και μετά από 5 χρόνια. Οι φοβίες αλλά και οι ανησυχίες τους επηρεάζονται



τόσο από την οικογένεια τους όσο και από τις ίδιες (π.χ. εμπειρία από τη θεραπεία) (Mallard et al., 2009). Πιθανόν αυτό να συνδέεται με το γεγονός της υψηλής προσδοκίας από την χημειοθεραπεία και της χαμηλότερης πραγματικής έκβασης της. Τα αποτελέσματα σχετικά με το χρόνο από τη διάγνωση ποικίλουν στη βιβλιογραφία, όπου σε ορισμένες έρευνες υπάρχει θετική επίδραση του χρόνου, σε άλλες αρνητική και σε άλλες δεν υπάρχει καμιά επίδραση ή υπάρχουν μικτά αποτελέσματα (Chopra and Kamal, 2012). Για παράδειγμα, αντίθετα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σε κάποιες έρευνες φάνηκε ότι η συναισθηματική λειτουργία των ασθενών και η ποιότητα ζωής τους καλυτέρευε με την πάροδο του χρόνου (Cui et al., 2004; Kessler, 2002; Brandberg et al., 2003; Macquart-Moulin et al., 2000).

Παρόμοια με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, έχει φανεί σε έρευνες ότι τα άτομα για τα οποία έχει περάσει πολύς χρόνος από τη διάγνωση (long-term survivors) συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σημαντικό άγχος, το οποίο αντικατοπτρίζεται και από τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής ή ότι γυναίκες με περισσότερο από ένα χρόνο από τη μέρα της διάγνωσης είχαν γενικά χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με πιο πρόσφατες διαγνώσεις (Weitzner et al., 1997; Ogce et al., 2007). Στο ίδιο αποτέλεσμα έφτασαν και οι έρευνες των Koch et al (2012) και Northouse (1981) όπου φάνηκε ότι οι μακροχρόνιες ασθενείς με καρκίνο του μαστού που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ένιωθαν πολύ συχνά φόβο για τυχόν υποτροπή ακόμη και πολλά χρόνια μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας με αποτέλεσμα να έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής.

Αρκετά χρόνια μετά την διάγνωση, η αβεβαιότητα μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, των σωματικών συμπτωμάτων ή ακόμα και με το άκουσμα ενός καρκίνου κάποιου ατόμου (Gill et al., 2004). Επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνας από Holzner et al. (2001) έδειξαν μειωμένη ποιότητα ζωής όχι μόνο στους ασθενείς στα πρώτα δύο χρόνια μετά την αρχική θεραπεία, αλλά και στους ασθενείς με περισσότερο από 5 χρόνια μετά τη θεραπεία. Οι συγγραφείς παρατήρησαν μια αρχική καλυτέρευση της ποιότητας ζωής, αλλά μετά από ένα διάστημα ξαναμειώθηκαν τα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Η ένδειξη ότι η μειωμένη ποιότητα ζωής συνάδει με μεγαλύτερο χρόνο από τη διάγνωση του ασθενούς, που φάνηκε και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με τις Κύπριες ασθενείς, μπορεί να εξηγηθεί με την ανησυχία των μακροχρόνιων ασθενών για την αναγκαιότητα τακτικών επισκέψεων μετά τη θεραπεία, χρόνια σωματικά προβλήματα,

συμπτώματα ή αύξηση των συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της θεραπείας (πχ πόνος, ο οποίος φάνηκε και στην παρούσα μελέτη), κόπωση (που και πάλι φάνηκε ιδιαίτερα στην παρούσα μελέτη), το φόβο για πιθανή μετάσταση, τα οποία υπενθυμίζουν συνεχώς στους ασθενείς την αρρώστια από την οποία έχουν επιζήσει (Holzner et al., 2010; Chopra and Kamal, 2012).

Άλλοι πιθανοί λόγοι για τη μειωμένη ποιότητα ζωής μπορεί να έχουν σχέση με φτωχική ανταπόκριση στην θεραπεία ή γενικά με αδυναμία προσαρμογής στα νέα δεδομένα. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα η επίδραση του χρόνου διάγνωσης στην ποιότητα ζωής των Κυπρίων γυναικών εξαφανίζεται ή περιορίζεται όταν στο ίδιο μοντέλο βάλουμε το άγχος και τις πηγές στήριξης, δηλαδή είναι πιο σημαντικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής.

Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε ότι παίζει κάποιο ρόλο στην ποιότητα ζωής των Κυπρίων ασθενών είναι η περιοχή στην οποία διαμένουν. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής υπάρχουν στη Λεμεσό σε σχέση με τις άλλες περιοχές που ήταν περίπου ισοδύναμες. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ένδειξη ότι στη Λεμεσό υπάρχει μειωμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένες δομές ή το υποστηρικτικό δίκτυο είναι ελλιπές συγκριτικά πάντοτε με τις άλλες υπό διερεύνηση περιοχές. Βέβαια, και ο παράγοντας «περιοχή» δεν ήταν τόσο καθοριστικός, αφού δεν φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο για την ποιότητα ζωής όταν είναι στο μοντέλο σε συνδυασμό με τα άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά και το άγχος, απλά από μόνος του ως παράγοντας είχε κάποια επίδραση στην ποιότητα ζωής, που αξίζει περαιτέρω διερευνήσεις για να διευκρινιστούν οι παράγοντες για τους οποίους να εξεταστεί από τους ειδικούς για να διαφανεί αν πράγματι στη Λεμεσό υπάρχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υποστήριξης των ασθενών.

Τέλος, το αποτέλεσμα ότι άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης δεν παίζουν ρόλο στο επίπεδο της ποιότητας ζωής και στη γενική κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς, συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες (Weitzner et al., 1997; Gokgoz et al., 2011).

## 7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Με την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, στο πλαίσιο του χρόνου και της έκτασης που εκπονήθηκε, διεξήχθη μια μελέτη σε Κυπριακό επίπεδο με την πραγματοποίηση της διερεύνησης του άγχους και της ποιότητας ζωής 355 γυναικών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία .

Όπως ήταν φυσικό εντοπίστηκαν κάποιοι περιορισμοί που σχετίζονταν με την επιλογή του δείγματος και την έκταση της μελέτης σε βάθος χρόνου. Ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών της μελέτης ήταν από την Λευκωσία ενώ υπάρχει και ένας μεγάλος αριθμός ασθενών και από την Λεμεσό. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι στη Λευκωσία υπάρχουν δύο μεγάλα Ογκολογικά Κέντρα ( το Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου και το Ογκολογικό του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας ) και έτσι γυναίκες οι οποίες επισκέπτονταν ιδιωτικές κλινικές στην Λεμεσό να μη είχαν συμπεριληφθεί.

Δυστυχώς όμως δεν υπήρχαν στοιχεία στο αρχείο του Υπουργείου Υγείας που να αναφέρονται στις υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα και στον αριθμό των ασθενών που προσφεύγουν σε αυτές. Θα μπορούσε όμως μελλοντικά να γίνει μια προσπάθεια πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα για να δημιουργηθούν οι συνθήκες επέκτασης της μελέτης και σε αυτόν καθώς επίσης να συμπεριληφθούν στο δείγμα και Τουρκοκύπριες γυναίκες που επισκέπτονται τις Ελεύθερες περιοχές της Κύπρου για θεραπεία.

Εν κατακλείδι, απαιτούνται περισσότερες και με μεγαλύτερο δείγμα μελέτες προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή όχι και να διευρυνθούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

## 8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα έχει προσθέσει περισσότερα στοιχεία σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και το άγχος των ασθενών με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Παρά την εξέλιξη της φροντίδας του καρκίνου του μαστού η θεραπεία του αποτελεί πηγή άγχους για τους ασθενείς η οποία οδηγεί σε μείωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι νοσηλευτές όταν γνωρίζουν την επίδραση της νόσου και της θεραπείας της στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού καθίστανται ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας (Φασόη-Μπαρκά και συν., 2010). Τα αποτελέσματα μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να προσφέρουν καλύτερη στήριξη σε ασθενείς οι οποίοι είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο να παρουσιάσουν ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας η μετά από αυτή, όπως και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για καλύτευση των συμπτωμάτων για όσους τις χρειάζονται (Winnie et al., 2010).

Γενικά, από τα αποτελέσματα της έρευνας για την αρνητική επίδραση του άγχους στην ποιότητα ζωής, διαφαίνεται ότι είναι σημαντικό να γίνεται σωστή διάγνωση των επιπέδων άγχους του ασθενούς, με διάφορες εξετάσεις και διαγνωστικά τεστ από εκπαιδευμένους λειτουργούς υγείας, μαζί με τη διερεύνηση των λόγων που δυνατόν να δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους, που συχνά μπορεί να αφορούν το είδος και την ποιότητα των πηγών στήριξης του καρκινοπαθούς (Stark et al., 2002; Spitzer RL et al., 1994; Leopold et al., 1998; Winnie et al., 2010). Όταν τα ψυχολογικά συμπτώματα εντοπίζονται, οι ασθενείς θα μπορούν να παραπέμπονται σε κλινικούς ψυχολόγους ή ψυχιάτρους άμεσα για περαιτέρω εξετάσεις. (Winnie et al., 2010).

Η παρούσα μελέτη επίσης έδειξε τη σημαντικότητα των πηγών στήριξης του ασθενούς ως προς την ποιότητα ζωής, όπου φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την Κύπρο να δοθεί σημασία σε στηρικτικούς μηχανισμούς που να προσφέρουν ενημέρωση, εκπαίδευση για την ασθένεια, έτσι ώστε να μειώνεται το άγχος του ασθενούς και να προάγεται η αυτόφροντίδα. Η γνώση λοιπόν όλων των ιδιαίτερων ψυχικών συμβάντων που ακολουθούν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και μία ακρωτηριαστική επέμβαση όπως είναι η μαστεκτομή, απαιτούνται για τον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπευτικής

παρέμβασης, όχι μόνο για την αντιμετώπιση, αλλά και για την πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών σε αυτές τις γυναίκες.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν ώστε να περιλάβουν τα θέματα αυτά σε στρατηγικές πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. Είναι απαραίτητο να εξεταστούν σε βάθος οι ανάγκες αυτών των γυναικών, ώστε οι συνέπειες του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του να γίνουν καλύτερα κατανοητές, ιδιαίτερα στα επίπεδα του άγχους, στη μείωση του σωματικού πόνου και της κόπωσης, αλλά και στη σεξουαλική συχνότητα και ικανοποίηση. Θα πρέπει να υπάρχει ένας διάλογος και σωστή επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών, με σκοπό τη μείωση του άγχους και γενικότερα την καλύτερευση της ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής θα μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας που θα έχουν αυτό ακριβώς το στόχο.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, J.N., Filiberti, A., Flechtner, H, Fleishman, B.S., de Haes, M.J.C.J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F. (1993) “The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology”. *J Nat Cancer Inst* 85:365-376.
- Aebi1, S., Davidson, T., Gruber, G., Cardoso, F. (2011) “Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up” *Annals of Oncology* 22: 12–24
- Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren, A., Johansson, G.F. (2004) “Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer”. *J Adv Nurs* 45:205-13.
- Ahmedin, J., Freddie, B., Melissa, M., Jacques, F., David, F. (2011) “Global Cancer Statistics “ *Ca Cancer J Clin* 61:69–90
- Alder, J., Zanetti, R., Wight, E., Urech, C., Fink, N., Bitzer, J. (2008) “Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role?” *J. Sex. Med* 5, 1898–1906
- American Cancer Society (2014) “Cancer Facts and Figures” Available from: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014/index>  
Accessed: [ 19th June 2014]

- American Cancer Society Staff (2003) “Antidepressant May Lower Effectiveness of Tamoxifen”. *Cancer.org*.
- American Cancer Society Staff (2007) “Depression.” *Cancer.org*.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4<sup>th</sup> edition. Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC
- American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and statistical manual of mental disorders 2<sup>nd</sup> edition Text revision. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Annunziata, M.A., Giovannini, L., Muzzatti, B. (2012) “Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings” *Support Care Cancer* 5: 901-907. doi: 10.1007/s00520-011-1339-x
- Archibald, S., Lemieux, S., Byers, E.S., Tamlyn, K., Worth, J. (2006) “Chemically-induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors”. *Women Ther* 29: 83–106
- Ashbury FD, Cameron C, Mercer SL, Fitch M, Nielsen E (1998) “One-on one peer support and quality of life for breast cancer patients” *Patient Educ Couns* 35:89-100.
- Avis, N.E., Crawford, S., Manuel, J. (2004) “Psychosocial problems among younger women with breast cancer.” *Psychooncology* 13:295-308.
- Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A.M., Bonham, E., Sieger, A. (2005) “Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life” *Oncol Nurs Forum* 32:273-279.
- Ballatori, E. (2001) “Unsolved problems in evaluating the quality of life of cancer patients” *Ann Oncol* 12 (3), 11-13.

- Barsevick, A. (2007) “The Concept of Symptom Cluster” *Seminars in Oncology* Nursing 23 (2): 89–98.
- Baucom, D.H., Porter, L.S., Kirby, J.S., Gremore, T.M., Keefe, F.J. (2005) “Psychosocial issues confronting young women with breast cancer”. *Breast Dis.* 23: 103–113
- Black, N. (2013) “Patient reported outcome measures could help transform healthcare” *BMJ* 346 -167
- Bloom, J.R.(1990) “The relationship of social support and health” *Social Sci Med* 39:635–7.
- Bloom, J.R, Stewart, S.L., Johnston, M., Banks, P., Fobair, P. (2001) “Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer” *Soc Sci Med* 53: 1513 – 1524.
- Bottomley, A.(2002) “The Cancer Patient and Quality of Life”. *The Oncologist* 7:120-125
- Brandberg, Y., Michelson H., Nilsson, B., Bolund, C., Erikstein, B., Hietanen, P., Kaasa, S., Nilsson, J., Wiklund, N., and Bergh, J. (2003) “Quality of Life in Women With Breast Cancer During the First Year After Random Assignment to Adjuvant Treatment With Marrow-Supported High-Dose Chemotherapy With Cyclophosphamide, Thiotepa, and Carboplatin or Tailored Therapy With Fluorouracil, Epirubicin, and Cyclophosphamide: Scandinavian Breast Group Study 9401” *Journal of Clinical Oncology* 21: 3659-3664.
- Brunnicardi, F.C., Schwartz, S.I. (2010) *Schwartz’s principles of surgery.* 9th ed. New York; MC: Graw Hill, 424-69.
- Bukovic, D., Fajdic, J., Strinic, T., Habek, M., Hojsak, I., Radakovic, N. (2004) “Differences in sexual functioning between patients with benign and malignant breast tumors”. *Coll Antropol.*, 28:191–201
- Burwell, S.R., Case, L.D., Kaelin, C., Avis, N.E. (2006) “Sexual problems in younger women after breast cancer surgery”. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc.* 24: 2815–2821



- Byar, K.L., Berger, A.M., Bakken, S.L., Cetak, M.A. (2006) “Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms and quality of life” *Oncol Nurs Forum* 33: 18-26.
- Calvio, L., Peugeot, M., Bruns, G.L. (2010) “Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors” *J Occup Environ Med* 2:219–27
- Carlson, L., Waller, A., Groff, S., Giese, J., Bultz, B. (2013) “What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period” *Psychooncology* 22: 168–176
- Centers for Disease Control and Prevention (2000) Measuring healthy days “Population assessment of health-related quality of life” Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia.
- CDC Staff (2008) “Understanding Depression - Yours and Theirs” CDC.gov. 01 Apr. 2002. Centers for Disease Control and Prevention.
- Cesnik, V.M. & M.A. (2012) “Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy?” *Rev Esc Enferm USP* 46: 992-998.
- Choi, E.K., Ryung, I.K., Chang, O., Kang, D., Nam, S.J., Lee, J.E., Lee, S.K., Im, Y.H., Park, Y.H., Yang, J.H., Cho, J.(2014) “Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients” *Psycho – Oncology* doi: 10.1002/pon.3531
- Chopra, I. & Kamal, K.M. (2012) "A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors” *Health and Quality of Life Outcomes* 10:14 doi:10.1186/1477-7525-10-14
- Classen, C., Butler, L.D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, W.R.; Kraemer, C.M., Spiegel, D. (2001) “Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer”. *Archives of General Psychiatry*, 58:494–501.

- Cohen, S. & Syme, S.L.(1985) “Issues in the study and application of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors” Social support and health. Orlando (FL): *Academic Press* p. 3–22.
- Collins, L.G., Nash, R., Round, T., Newman, B. (2004) “Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment” *Support Care Cancer* 12(2):106-113.
- Collins, K.K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., Eilers, M., Jeffe, B.D. (2011) “Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. Breast Cancer”. *Res Treat.*, 126:167–76.
- Costanza, R. (2008) “An Integrative Approach to quality of life measurement, research and policy. Available at <http://sapiens.revues.org/index169.html> Accessed: [ 23rd June 2014]
- Cutrona, C., Russell, D. (1990) “Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. In: Sarason B, Sarason I, Pierce G, editors”. Social support: an interactional view. *New York: Wiley.* p. 319–66
- Cui, Y., Shu, X.O., Gao, Y. (2004) “The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer among Chinese women.”, *Breast Cancer Research and Treatment* 87 (2): 135-147.
- Drugs.com ( 2014) [Online] Available from: <http://www.drugs.com/sfx/herceptin-side-effects.html> [Accessed: 19th June 2012]
- Fatone, A.M., Moadel, A.B., Foley, F.W., Fleming, M., Jandorf, L.(2007) “Urban voices: the quality-of-life experience among women of color with breast cancer” *Palliat Support Care* 5(2): 115-125.
- Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., Bottomley, A. (2001) The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels.

- Fernandes, A.F., Cruz, A., Moreira, C., Santos, M.C., Silva, T.(2014) “Social Support Provided to Women Undergoing Breast Cancer Treatment”: A Study Review Department of Nursing, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil *Advances in Breast Cancer Research*
- Festinger, L. (1954) “A theory of social comparison processes”. *Hum Relat* 17:117–40
- Fountoulakis, N., Iacovides, A., Samolis, S., Kleanthous, S., Kaprinis, G., Kaprinis, G., Bech, P. (2001) Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating. *BMC Psychiatry* 1:6-10
- Frierson, G.M, Thiel, D.L, Andersen, B.L. (2006) “Body change stress for women with breast cancer: the Breast-Impact of Treatment Scale”. *Ann Behav Med.*, 32:77–81
- Gandek, B., Sinclair, S.J., Kosinski, M., Ware, J.E. (2004) Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financ Rev* 25(4):5-25.
- Ganz, P.A., Coscavelli, A. (1995) “Quality of Life after breast cancer : a decade of research” 97-113
- Gill, K.M., Mishel, M., Belyea, M. (2004) “Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors”. *Oncol Nurs Forum* 31(3):633 - 639
- Gokgoz, S., Sadikoglu, G., Paksoy, E., Guneytepe, U., Ozcakil, A., Bayram, N. Bilgel, N. (2011) “Health Related Quality of Life among Breast Cancer Patients: a Study from Turkey” *Global Journal of Health Science*, 3 (2). doi:10.5539/gjhs.v3n2p140
- Golden-Kreutz, D.M., Thornton, L.M., Wells-Di, G.S., Frierson, G.M., Jim, H.S., Carpenter, K.M., Shelby, R.A., Andersen, B.L. (2005) “Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients.” *Health Psychology* 24:288-296.
- Hansen, J.A., Feuerstein, M., Calvio, L.C. (2008) “Breast cancer survivors at Work” *J Occup Environ Med* 7:777–84

- Harbeck, N., Jakesz, R., Gallen, St. (2007) "Breast Cancer Treatment Consensus Report" *Breast Care* 2:130–134.
- Harmer, V. (2000) "The Surgical management of breast cancer". *Nurs Times*, 96,200.
- Hayes, C. (2014) "Disparity in women's mental health and wellbeing" *British Journal of Mental Health Nursing* 3:121 – 125.
- Hegel, M.T (2006) "Distress, Psychiatric Syndromes, and Impairment of Function in Women With Newly Diagnosed Breast Cancer." *Cancer*, 107: 2924-2931
- Helgeson, V.S., Cohen, S. (1996) "Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive" *Health Psychol* 15:135–48
- Henson, H.K. (2002) "Breast cancer and sexuality". *Sex. Disabil.* 20:261–275
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dünser, M., Margreiter, R., Fleischhacker, W.W., Sperner- Unterweger, B. (2001) "Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for long-term survivors?" *Psychosomatics* 42:117-123.
- Hoyer, M., Johansson, B., Nordin, K., Bergkvist, L, Ahlgren, J., Lidin-Lindqvist, A., Lambe, M., Lampic, C. (2011) "Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study" *Acta Oncologica*, 50: 1015–1026.
- Jacobsen, P. (2004) "Assessment of fatigue in cancer patients" *J Natl Cancer Inst Monogr* 32:93–97
- Jayasekara, H., Rajapaksa, L.C., Brandberg, Y. (2008) "Measuring breast cancer specific health related quality of life in South Asia: psychometric properties of the Sinhala version of the EORTC QLQ-BR23". *Quality of Life Research*, 17:927-932
- Jerezek-Fossa, B.A., Santoro, L., Alterio, D., Franchi, B., Fiore, M.R., Fossati, P.(2007) "Fatigue during head and neck radiotherapy": Prospective study on 117 consecutive patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 68:403–415

- Kawachi, I., Berkman, L.F. (2001) "Social ties and mental health". *J Urban Health* 78:458–67
- Kessler, T. A. (2002) "Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in breast cancer survivors" *Oncology Nursing Forum* 29 (7): 1109-1116.
- Kindig, D.A., Booske, B.C. Remington, P.L. (2010) "Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health". *Prev Chronic Dis* 7-4
- Knobf, M.T. (2007) "Psychosocial responses in breast cancer survivors". *Semin Oncol Nurs.*, 23:71 – 83.
- Knobf, M.T. (2001) "The menopausal symptom experience in young mid-life women with breast cancer". *Cancer Nurs.* 24:201–210
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., Arndt, V. (2012) "Fear of recurrence and disease progression in long-term (9/=5 years) cancer survivors-a systematic review of quantitative studies" *Psycho-oncology*. Available on: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1099-1611/earlyview](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1099-1611/earlyview). [ Accessed 14 July 2014]
- Kontodimopoulos, N., Ntinoulis, K., Niakas, D. (2011) "Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients" *European of Journal Cancer Care* 20: 354-361
- Lee, C.O. (1997) "Quality of life and breast cancer survivors: psychological and treatment issues". *Cancer Pract* 5:309-316.
- Lemieux, J., Maunsell, E., Provencher, L. (2008) "Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review" *Psycho-Oncology* 17: 317–328

- Lengacher, C.A., Mallard, V.J., White, J.P., Moscoso, M.S., Jacobsen, P.B., Klein T.W., Widen, R.H., Fitzgerald, S.G., Shelton, M.M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C.E., Kip, K.E. (2009) “Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer” *Psycho-Oncology* 18: 1261–1272
- Leopold, K.A., Ahles, T.A., Walch, S. (1998) “Prevalence of mood disorders and utility of the PRIME-MD in patients undergoing radiation therapy”, *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 42:1105-1112
- Lindbohm, M.L., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K. (2011) “Cancer as the cause of changes in work situation” a NOCWO study *Psychooncology* 20: 805-812.
- Longman, A.J., Braden, C.J., Mishel, M.H. (1999) “Side-effects burden, psychological adjustment, and life quality in women with breast cancer: pattern of association over time” *Oncology Nursing Forum* 26 (5): 909–915.
- Lotti, R.C.B., Barra, A.A., Dias, R.C., Makluf, A.S.D. (2008) “Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida.”. *Rev Bras Cancerol.*, 54:367-71.
- Lu, W., Cui, Y., Chen, X. (2009) “Changes in quality of life among breast cancer patients three years post-diagnosis”. *Breast Cancer Res Treat.* 114:357-69
- Macquart-Moulin, G., Viens, P., Palangie, T. (2000) “High-dose sequential chemotherapy with recombinant granulocyte colony-stimulating factor and repeated stem cell support for inflammatory breast cancer patients: Does impact on quality of life jeopardize feasibility and acceptability of treatment?” *J Clin Oncol* 18:754-764.
- Malata, M.C., McIntosh, A.S., Purushotham, D.A. (2000) “Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer.” *British Journal of Surgery*, 87:1455–1472
- Mannheim, E. & Weis, J. (2006) “Dance/movement therapy with cancer patients. Evaluation of process and outcome parameters”. In: Koch SC, Brauninger I editor(s).

- Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings. Berlin: Logos Verlag, 61–72.
- Meyerowitz, B.E., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Wyatt, G.E., Ganz, P.A. (1999) “Sexuality following breast cancer” *J. Sex Marital Ther.* 25: 237–250
- Miaskowski, C., Dodd, M., Lee, K. (2004) “Symptom Clusters: The New Frontier in Symptom Management Research”. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 32-33.
- Ming, V.M.W. (2002) “Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients” *Psychol Health Med* 7(1): 37-51.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kalaidopoulou, O., Smyrniotis, V., Vlachos L. (2001) “The EORTC core questionnaire(QLQ-C30, version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: Validity and reliability in a Hellenic sample”. *Int J Cancer* 94(1):135-139.
- Moinpour, C.M., Savage, M., Hayden, DA., Sawyers, J., Upchurch, D. (1995) “Quality of Life assessment in cancer clinical trials”. *NJ*, 79-95
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S. (2008) “Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study”. *BMC Cancer*, 8, 330
- Montazeri, A. (2008) “Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007” *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 27:1-31
- Moreira, C.B., Fernandes, A.F.C., Gomes, A.M.F., Silva, A.M.L., Santos, M.C.L. (2013) Educational Strategy Experimented with Mastectomized Women: Experience Report. *Journal of Nursing* 7: 302-305.
- NIMH Staff. (2008) “Generalized Anxiety Disorder (GAD)” National Institute of Mental Health. National Institutes of Health.

- Northouse, L.L (1981) "Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence" *Cancer Nurs.* 4(3):213Y220.
- Office for National Statistics. (2009) "Cancer survival: survival rates improved during 2001–2007" Available on: <http://www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp> [ Accessed 14 July 2014]
- Ogce, F., Ozkan, S., & Baltalarli, B. (2007) "Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients" *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 8 (1): 77-82
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Hopper, J.L. (2003) "Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry" *Eur J Cancer* 39:755 – 762.
- Pasquini, M., Biondi, M., Constantini, A. (2006) "Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from liaison service in an oncology division". *Depression and Anxiety* 0: 1-8
- Pelusi, J. (2006) "Sexuality and body image. Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality" *Am. J. Nurs* 106: 32–38
- Peto, R., Boreham, J., Clarke, M., Davies, C., Beral, V. (2000) "UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years". *Medline Web of Science*, 355:1822.
- Pockaj, B.A., Degenim, A.C., Boughey, J.C., Gray, R.J., McLaughlin, S.A., Dueck, A.C. (2009) "Quality of life after breast cancer surgery: what have we learned and where should we go next?" *J Surg Oncol* 99:447–55
- Regional Oncologic Centre of the Uppsala, Region. Breast cancer, Quality Register, Regional Breast Cancer Register (2011) Uppsala: Regional Oncologic Centre. Available on <http://www.roc.se>. [ Accessed 13 June 2014]



- Recht, A. (2009) Contralateral prophylactic mastectomy: Caveat emptor. *J Clin Oncol* 27:1347–1349.
- Reich, M., Lesur, A., Perdrizet, C. (2008) “Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature”. *Breast Cancer Res Treat.* 110:9-17
- Reissman, F.(1965) “The helper therapy principle”. *Social Work* 10:29–38
- Ryan, J., Carroll, J., Ryan, E., Mustian, K., Fiscella, K., Morrow, G. (2007) “Mechanisms of cancer-related fatigue”. *Oncologist* 1:22–34
- Respini, D., Jacobsen, P., Thors, C., Tralongo, P., Balducci, L. (2003) “The prevalence and correlates of fatigue in older cancer patients”. *Crit Rev Oncol Hemat* 47:273–279
- Sammamarco, A.(2003) “Quality of life among older survivors of breast cancer”. *Cancer Nurs.* 26:431-438.
- Schover, L.R., Yetman, R.J., Tuason, L.J. (1995) “Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality” *Cancer* 75:54-64.
- Schreier, A.M., Williams, S.A. (2004) “Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer” *Oncology Nursing Forum* 31 (1): 127–130
- Selim, A.J., Rogers, W., Fleishman, J.A., Qian, S.X., Fincke, B.G., Rothendler, J.A., Kazis, L.E. (2009) “Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12)” *Qual Life Res* 18(1):43-52.
- Silva, G., Santos, M.A. (2010) “Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach” *Rev Latino Am Enferm* 8(4):688-695.
- Singer, S., Das-Munshi, J., Braehler, E. (2010) “Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis” *Ann Oncol.* 21:925–30

- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S.D. (2000), "Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire" *J Psychosom Res* 49: 27-34.
- Speer, J.J., Hillenber, B., Sugrue, D.P., Blacker, C., Kresge, C.L., Decker, V.B., Zakalik, D., Decker, D.A. (2005) "Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors". *Breast J.* 11: 440–447
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K. (1994) "Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study" *JAMA* 272:1749-1756.
- Stark, M., Kiely, A., Smith, G., Velikova, A., Selby, P. (2002) "Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life" *Journal of Clinical Oncology* 20 (14): 3137-3148.
- Steiner, J.F., Cavender, T.A., Nowels, C.T (2008) "The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer" *Psycho- Oncol.* 2:138–47
- Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, K., Noguchi, R., Kai, I. (2008) "Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients". *Psychooncology* 17: 901–907
- Talhaferro, B., Lemos, S.S., Oliveira, E. (2007) "Mastectomia e suas consequências na vida da mulher". *Arq Ciênc Saúde.*, 14:17-22.
- Taskila, B. T., Martikainen, R., Virtanen, S.V., Pukkala, E., Hietanen, P. (2004) "The impact of education and occupation on the employment status of cancer survivors". *Eur J Cancer* 40: 2488-2493.
- Thors, C.L., Broeckel, J.A., Jacobsen, P.B. (2001) "Sexual functioning in breast cancer survivors". *Cancer Control J. Moffitt Cancer Cent.* 8: 442–448

- Torp, S., Nielsen, R.A., Gudbergsson, S.B., Dahl, A.A. (2012) “Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors”. *Support Care Cancer* 20: 2149-2156.
- Turner-Cobb, J.M., Sephton, S.E., Koopman, C., Blake-Mortimer, J., Spiegel, D. (2000) “Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer”. *Psychosomatic Medicine*, 62:337–345
- U.S. Cancer Statistics Working Group (2012) “United States Cancer Statistics: 1999–2008 Incidence and Mortality Web-based Report,” Atlanta, Ga, USA, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute.
- Weitzner, M.A., Meyers, C.A., Stuebing, K.K., Saleeba, A.K. (1997) “Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy” *Supportive Care in Cancer* 5 (3): 241–248.
- White, C.A., Hood, C. (2011) “Body image issues in oncology”. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*, 2nd edition. New York: Guilford Press, pp. 333-341.
- WHO (2013) “Women’s Health” Available on :  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/> [ Accessed 16 June 2014]
- Winnie, K.W.S., Marsh, G., Ling, W.M., Leung F.Y., Lo J. C.K., Yeung, M., Li, K.H.G. (2010) “Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy” *European Journal of Oncology Nursing* 14: 17–22.
- Wong, W.S., Fielding, R. (2007) “Change in quality of life in Chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor” *Supportive Care in Cancer* 15 (11): 1223–1230.
- World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical research involving human subjects (2014) Available on:  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [ Accessed 16 July 2014]

- Wu, J.S., Sweeney, M. (2007) “Cancer-related fatigue -It’s so much more than just being tired”. *Eur J Oncol Nurs* 11:117–125
- Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Kimura, F.(2009) “Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy”. *Journal of Pain Symptom Management* 37 (5): 823-830.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Juando, C. (2005) “Nursing and cancer support groups.” *J Adv Nurs.*, 51:369-81.
- Zhao, B. (2004) Dissertation: “Perceptions of Quality of Life and Use of Human Services by Households: A Model Lexington, Kentucky.
- Zung, W.W.K. (1971) “A rating instrument of anxiety disorders.” *Psychosomatics*, 12:371-379
- Αγγελοπούλου, Ζ., Καραγκούνη, Γ., Κωτσάκου, Ε. (2013) “Άγχος / Κατάθλιψη Γυναίκων με Καρκίνο Μαστού και Επιπτώσεις στην Οικογένεια “ *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 52 (1): 35-42
- Αλεβίζος, Β. (2008) “Άγχος Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις” *Εκδ., Βήττα, Αθήνα*
- Δημοσθένους, Κ. (2011) “Αξιολόγηση ποιότητας ζωής, σχετιζόμενη με την χημειοθεραπεία σε γυναίκες με καρκίνο μαστού στην Κύπρο” Available on: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/207> [ Accessed 18 May 2014]
- Έκθεση Υπουργείου Υγείας (2009) Εθνική Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου στην Κύπρο.
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων Available on <http://www.ema.europa.eu> [Accessed 3 August 2014]
- Ζαφράκας, Μ., Τσαλίκης, Τ., Παπαδόπουλος, Α., Σόρτσης, Α., Ταρλατζής, Α.Β. (2009) “Επικουρική Θεραπεία του Καρκίνου του μαστού,”: Βασικές Αρχές *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ* 21:164-169
- Ζερβής, Χ. (2003) Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα. Γ’ Έκδοση. Αθήνα. Έκδόσεις:

Ηλεκτρονικές Τέχνες.

- Ιακωβίδης, Β., Ιακωβίδης, Α.(2007) “Οι ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου, Επικοινωνώντας με τον ασθενή”. Θεσσαλονίκη: Γράφημα
- Ιωαννίδης, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π. (1999) Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τμ. Α΄, Υγεία : “Οριοθετήσεις και Προοπτικές”, ΕΑΠ, Πάτρα, σ.27-30, 60-61, 64-77, 88-90
- Καλατζή, Φ. (2007) “Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία ελληνικά νοσοκομεία” Αθήνα: Διπλωματική Εργασία στο ΠΜΣ “Οργανωτική και Οικονομική ψυχολογία, Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Καραπούλιος, Δ., Γκέτσος, Ι., Ρίζου, Β., Τσικλιτάρα, Α., Κωστοπούλου, Σ., Μπαλοδήμου, Χ., Μάργαρη, Ν. (2013) “Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS” ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 12, Τεύχος 4
- Κατσάνος, Κ.Χ., Τσιάνος Ε.Β. (1999) “Βασικές αρχές μελέτης με ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση του Εντέρου”
- Κιτρομηλίδου, Μ. (2012) “Ποιότητα ζωής κυπρίων γυναικών με καρκίνο του μαστού: Σύγκριση ανάμεσα σε νεαρές και μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες” Available on: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1249> [ Accessed 17 June 2014]
- Κουτελέκος, Ι. (2012) “ Άγχος και χειρουργική επέμβαση” Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 1(3): 71-7.2
- Λυκούρας, Λ., Σολδάτος, Κ., Ζέρβας, Γ. (2009) “Διασυνδεδετική Ψυχιατρική” Εκδ. Βήττα, Αθήνα
- Μαρουδάς, Η. (1996) “ Το Επαγγελματικό Στρες των Εκπαιδευτικών” Τα Εκπαιδευτικά 73-74, 166-178
- Μπελλάλη, Θ., Αβραμικά, Μ., Μαστροκόστας, Α., Θεοδόσης, Π. (2011) “ Άγχος και κατάθλιψη ασθενών που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή” Available on:

[www.vima-askliriou.gr](http://www.vima-askliriou.gr) [ Accessed 25 June 2014]

- Μουσαζ, Γ., Καρκανιάς, Α., Παπαδοπούλου, Α.(2008) “Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά Προβλήματα των καρκινοπαθών στο Γενικό Νοσοκομείο”. *Ψυχιατρική* 19:124–144
- Μουσσάς, Α.Γ., Παπαδοπούλου, Α.Γ., Χριστοδουλάκη, Α.Γ., Καρκανιάς, Α.Π. (2012) “Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου” *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* 23 (1)
- Οικονομάκης, Μ. (2006) Διπλωματική. Εργασία “Εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών με την χρήση του γενικού ερωτηματολογίου Euro Qol EQ-5D”, ΕΑΠ, Πάτρα, σ. 11-14.*Ιατρική* 76: 238 – 247
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριαντάφυλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001) “Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση”. *Αρχ. Ελλην. Ιατρ.*,18:239-253
- Σαμακουρή, Μ., Μπούχος, Γ., Καδόγλου, Μ., Γιαντσελίδου, Α., Τσολάκη, Κ., Λειβαδίτης, Μ. (2012) “Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής της Κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους (SAS) του Zung” *Ψυχιατρική* 23:212–220
- Σαρρής, Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Παπαζήσης : Αθήνα
- Σολδάτος, Κ. (2005) “Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική”. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο
- Στεφανάδης, Χ. (2005) “Παθήσεις της καρδιάς”. *Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα*
- Υπουργείο Υγείας , “Ετήσια Έκθεση (2010) Available on :  
[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page09\\_gr/page09\\_gr?OpenDocument](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page09_gr/page09_gr?OpenDocument)  
[ Accessed 25 May 2014]
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003) “Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας” *Νέα Υγεία*: 36: 4-7

Υφαντόπουλος Γ. (2007) “Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο” *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 24: 6-18.

Φασόη -Μπαρκά, Γ.Γ., Κελέση-Σταυροπούλου, Ν.Μ., Κουτσοπούλου-Σοφικίτη, Β., Θεοδοσοπούλου, Ε., Μπιρμπας, Κ., Κατοσταράς, Θ. (2010) “Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση” *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* Τόμος 9ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος – Μάρτιος, 76-99

Χριστοδούλου, Γ. (2005) “Ψυχιατρική”. *Εκδ., Βήττα, Αθήνα*

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



### 2.1 EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας μέσα σε ένα κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικές.

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματος σας: .....

Την χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος): .....

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος): .....

		Καθόλου 1	Λίγο 2	Αρκετά 3	Πολύ 4
1	Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως κουβαλώντας μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα;				
2	Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μεγάλο περίπατο;				
3	Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο έξω από το σπίτι;				
4	Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;				
5	Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;				
	Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:				
6	Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;				
7	Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;				
8	Λαχανιάσατε;				
9	Πονούσατε;				
10	Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;				



		Καθόλου 1	Λίγο 2	Αρκετά 3	Πολύ 4
11	Είχατε αϋπνίες;				
12	Αισθανθήκατε αδυναμία;				
13	Είχατε ανορεξία;				
14	Είχατε τάση για εμετό;				
15	Κάνατε εμετό;				
16	Είχατε δυσκοιλιότητα;				
17	Είχατε διάρροια;				
18	Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;				
19	Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;				
20	Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;				
21	Αισθανόσασταν υπερένταση;				
22	Αισθανόσασταν στεναχώρια;				
23	Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η;				
24	Αισθανόσασταν κατάθλιψη;				
25	Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;				
26	Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή;				
Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:					
27	Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις κοινωνικές σας εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);				
28	Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;				

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

29. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικάτηνυγείαςας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ κακή						Εξαιρετική

30. Πώς θα εκτιμούσατε την ποιότηταζωήςας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ κακή						Εξαιρετική

© Πνευματικά δικαιώματα 1995 EORTC Quality of Life Group. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Έκδοση 3.0



### 3.1 EORTC QLQ - BR23

Οι ασθενείς αναφέρουν ορισμένες φορές ότι έχουν τα παρακάτω συμπτώματα ή προβλήματα. Παρακαλούμε προσδιορίστε σε ποιο βαθμό είχατε αυτά τα συμπτώματα ή προβλήματα την προηγούμενη εβδομάδα.

<b>Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>
31. Το στόμα σας ήταν ξηρό;	1	2	3	4
32. Τα τρόφιμα και τα ποτά που καταναλώσατε είχαν διαφορετική γεύση απ' ό,τι συνήθως;	1	2	3	4
33. Τα μάτια σας πονούσαν, ήταν ερεθισμένα ή πιο υγρά;	1	2	3	4
34. Είχατε τριχόπτωση;	1	2	3	4
35. Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε τριχόπτωση: Η τριχόπτωση σας προκάλεσε ανησυχία;	1	2	3	4
36. Αισθανθήκατε άρρωστη ή αδιάθετη;	1	2	3	4
37. Είχατε εξάψεις;	1	2	3	4
38. Είχατε πονοκεφάλους;	1	2	3	4
39. Είχατε την αίσθηση ότι η εμφάνισή σας ήταν λιγότερο ελκυστική ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
40. Είχατε την αίσθηση ότι η θηλυκότητά σας είχε ελαττωθεί ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της θεραπείας σας;	1	2	3	4
41. Δυσκολευόσασταν να κοιτάξετε το σώμα σας γυμνό;	1	2	3	4
42. Αισθανόσασταν απογοήτευση με το σώμα σας;	1	2	3	4
43. Σας ανησυχούσε το θέμα της υγείας σας στο μέλλον;	1	2	3	4
<b>Τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες:</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>
44. Πόσο σας ενδιέφερε το σεξ;	1	2	3	4
45. Σε ποιο βαθμό είχατε σεξουαλική δραστηριότητα (με ή χωρίς συνουσία);	1	2	3	4
46. Απαντήστε σε αυτή την ερώτηση μόνον εάν είχατε σεξουαλική δραστηριότητα: Πόσο απολαμβάνατε το σεξ;	1	2	3	4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

**Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:**    **Καθόλου**    **Λίγο**    **Αρκετά**    **Πολύ**

47. Είχατε πόνο στο μπράτσο ή στον ώμο;	1	2	3	4
48. Το μπράτσο ή το χέρι σας ήταν πρησμένο;	1	2	3	4
49. Είχατε δυσκολία να σηκώσετε το μπράτσο σας ή να το κινήσετε προς το πλάι;	1	2	3	4
50. Είχατε καθόλου πόνο στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού;	1	2	3	4
51. Η περιοχή του προσβεβλημένου μαστού ήταν πρησμένη;	1	2	3	4
52. Αισθανθήκατε υπερευαισθησία στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού;	1	2	3	4
53. Είχατε δερματικά προβλήματα στην περιοχή του προσβεβλημένου μαστού (π.χ., φαγούρα, ξηροδερμία, ξεφλούδισμα);	1	2	3	4

©Copyright 1994 EORTC Study Group on Quality of Life. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Έκδοση 1.0

#### 4.1 Εργαλείο αυτό - αξιολόγησης Άγχους του Zung (Self anxiety scale, SAS ( Zung, 1971 )

Greek

##### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

Για κάθε μια από τις πιο κάτω ερωτήσεις, τοποθετήστε το σημείο (V) στην στήλη η οποία περιγράφει καλύτερα το πόσο συχνά αισθάνεστε ή συμπεριφερθήκατε με αυτό τον τρόπο πριν από την παρέμβαση

Τοποθετείστε το σημείο (V) στην σωστή στήλη	Ένα μικρό μέρος του χρόνου	Κάποιο μέρος του χρόνου	Αρκετό μέρος του χρόνου	Το περισσότερο μέρος του χρόνου
1. Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός/ή και αγχώδης από το κανονικό				
2. Αισθάνομαι φόβο χωρίς κανένα προφανή λόγο				
3. Αναστατώνομαι εύκολα και αισθάνομαι ότι με πιάνει ο πανικός				
4. Αισθάνομαι ότι καταρρέω και γίνομαι κομμάτια.				
5. Αισθάνομαι ότι όλα είναι μια χαρά και τίποτα κακό δεν θα συμβεί				
6. Τα χέρια και τα πόδια μου τρέμουν				
7. Έχω ενοχλήσεις από πονοκεφάλους, και πόνους στον αυχένα και την μέση				
8. Νιώθω αδύναμος και κουράζομαι εύκολα.				
9. Νιώθω ήρεμος και μπορώ εύκολα να μείνω ακίνητος				
10. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου να κτυπά γρήγορα				
11. Με ενοχλούν οι ζαλάδες				
12. Έχω τάσεις λιποθυμίας				
13. Μπορώ να εισπνεύσω και να εκπνεύσω με ευκολία				
14. Έχω την αίσθηση μούδιασματος ή μυρμηγκιάσματος στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών μου				
15. Έχω ενοχλήσεις από πόνους στο στομάχι ή δυσπεψία				

16. Χρειάζεται να αδειάζω την κύστη μου συχνά.				
17. Τα χέρια μου είναι συνήθως στεγνά και ζεστά				
18. Το πρόσωπο μου γίνεται θερμό και κόκκινο				
19. Αποκοιμάμαι εύκολα και ξεκουράζομαι καλά το βράδυ				
20. Έχω εφιάλτες				

ΠΗΓΗ: William W.K. Zung. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. 1971

Copyright for the Greek Version Dr. Andreas Charalambous

## 9 ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. **«Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές»**) θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας επεξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας επεξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιοσδήποτε επιπτώσεις στην θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

--

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	



**10 ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**  
για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Δείτε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;

Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσετε λεπτομέρειες και το όνομα του.

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιεσδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
(Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά;	
<b>Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;</b>	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;	

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

## 11 ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

<b>12 ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</b> για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες)
Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ, συνέχεια:**

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

 Email

From: qlqc30@eortc.be  
To: Andreas Charalambous  
Subject: QLQ-C30 download request from Andreas Charalambous

Sent: 3/7/2009 8:47:40 pm



Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Dr.  
Firstname: Andreas  
Lastname: Charalambous  
Hospital/Institution: Cyprus University of Technology  
Address: 215 Old Nicosia-Limassol road, Strovolos  
County/State: Nicosia  
Postal Code: 2029  
Country: Cyprus  
Phone: 22001615  
Fax: 22001833  
Email: andreas.charalambous@cut.ac.cy  
Protocol: QLQ-C30 Lung Module, Breast Module Multiple Myeloma Module.

Rectangular Snip

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Greek  
Lung Module (LC13) in Greek  
Breast Module (BR23) in Greek  
Myeloma Module (MY20) in Greek  
Prostate Module (PR25) in Greek  
QLQ-C30 Scoring Manual  
Full reference values

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/C30/QLQ-C30%20Greek.pdf>  
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/LC13/LC13%20Greek.pdf>  
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/BR23/BR23%20Greek.pdf>  
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/MY20/MY20%20Greek.pdf>  
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/PR25/PR25%20Greek.pdf>  
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/SCManualQLQ-C30.pdf>  
[http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/RV/RV\\_complete.pdf](http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/RV/RV_complete.pdf)

If you are having technical difficulties please contact us by email: [qlqc30@eortc.be](mailto:qlqc30@eortc.be)



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ/ΕΠ/2010/06  
Αρ. Τηλ.: 22809038 / 22809039  
Αρ. Φαξ: 22809025

Ημερ.: 22 Ιουνίου 2010

Δρα Ανδρέα Χαραλάμους  
Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΙΑΚ  
Σχολή Επιστημών Υγείας  
215 Παλαιός Δρόμος Λευκωσίας – Λεμεσού  
Στρόβολος  
2029 Λευκωσία

Rectangular Snip

Αξιότιμε κύριε Χαραλάμους,

**Ερευνητική πρόταση με τίτλο:**

**«Έρευνα για την βελτίωση της διαχείρισης συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής σε άτομα με καρκίνο»**

Επιθυμώ να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας ενεργώντας με βάση την εκχωρηθείσα σ' αυτήν αρμοδιότητα από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, να αξιολογεί βιοηθικά ερευνητικές προτάσεις που αφορούν την βιοϊατρική και κλινική έρευνα στον άνθρωπο, έχει πραγματοποιήσει την βιοηθική αξιολόγηση της πιο πάνω ερευνητικής σας πρότασης, η οποία σας αποστέλλεται συνημμένα.

Με εκτίμηση,

Δρ. Ανδρέας Χαντζηοάββας  
Πρόεδρος  
Επιτροπής Βιοηθικής Αξιολόγησης  
Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας