

## ΕΡΕΥΝΑ

## Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά τη διάγνωση

Γεωργία Γ. Φασόη-Μπαρκά<sup>1</sup>, Μάρθα Ν. Κελέση-Σταυροπούλου<sup>2</sup>, Βασιλική Κουτσοπούλου-Σοφικίτη<sup>2</sup>, Ελένη Θεοδοσοπούλου<sup>3</sup>, Κωνσταντίνος Μπίρμπας<sup>4</sup>, Θεοφάνης Κατοστάρας<sup>5</sup>

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
2. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθήνας
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας
4. Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας
5. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο μαστού, ορίζεται σαν η υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά την διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση.

**Υλικό και μέθοδος:** Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 181 ασθενείς ηλικίας 28-88 ετών, με καρκίνο μαστού II σταδίου. Κριτήρια επιλογής στην έρευνα ήταν: 1) Γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου II, οι οποίες μετά την αρχική χειρουργική παρέμβαση θα χρειαζόταν να υποβληθούν σε επικουρική θεραπεία. 2) Να μην έχουν νοσηλευθεί άλλη φορά στο παρελθόν για το ίδιο νόσημα και να έχουν ικανοποιητική ικανότητα επικοινωνίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο QLQ C-30 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), σε συνδυασμό με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο

του μαστού (module Br23) και πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη από τους ερευνητές σε δύο χρονικά σημεία: Την στιγμή της διάγνωσης και ένα χρόνο μετά. Επρόκειτο για ένα δείγμα ευκολίας.

**Αποτελέσματα.** Συνολικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής των ασθενών, εκτιμήθηκε χειρότερη, στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Επιπλέον αξιοσημείωτη ήταν η επιδείνωση των συμπτωμάτων (της κόπωσης, του πόνου, της ναυτίας, της δύσπνοιας, της αϋπνίας, της απώλειας όρεξης και της δυσκοιλιότητας). Επίσης, χειρότερυση παρουσίασαν η εικόνα του σώματος των ασθενών και οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω των επικουρικών θεραπειών.

**Συμπεράσματα.** Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών αρχικών σταδίων. Μετά την ολοκλήρωση των επικουρικών θεραπειών σημαντικά προβλήματα όπως είναι η κόπωση, ο πόνος, η επιβαρυσμένη εικόνα του σώματος, εμφανίζονται και ταλαιπωρούν τις ασθενείς. Η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί stress και απαιτεί στήριξη στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού. Η σεξουαλική λειτουργικότητα επηρεάζεται αρνητικά εξ αιτίας της αλλαγμένης σωματικής εικόνας. Οι οικονομικές δυσκολίες αποτελούν μια πρόσθετη παράμετρο στην ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση.

**Λέξεις κλειδιά:** Καρκίνος μαστού αρχικών σταδίων, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής, επικουρικές θεραπείες.

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Γεωργία Φασόη-Μπαρκά,  
Παπαρρηγοπούλου 6, 152 32, Χαλάνδρι,  
Τηλ.:210 6843366, 6974652111  
E-mail: gfasoi@teiath.gr

**ORIGINAL PAPER****Study for the change of health-related quality of life in women with early stage breast cancer, one year after the diagnosis**

Georgia G.Fasoi-Barka<sup>1</sup>, Martha N.Kelesi-Staupoulou<sup>2</sup>, Vasiliki E. Koutsopoulou-Sofikiti<sup>2</sup>, Eleni Theodosopoulou<sup>3</sup>, Konstantinos Birbas<sup>4</sup>, Theofanis T. Katostaras<sup>3</sup>

1. Lecturer of Nursing, Faculty of Nursing B', T.E.I of Athens
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing B, T.E.I of Athens
3. Associate Professor, Faculty of Nursing National and Kapodistrian University of Athens
4. Assistant Professor, Faculty of Nursing National and Kapodistrian University of Athens

**ABSTRACT**

Health- related quality of life of women with breast cancer is defined as the subjective evaluation of the effect of the disease and its treatment to physical, psychological and social level of functioning and well-being.

**The aim** of the present study was to estimate the change of health- related quality of life at patients with early- stage breast cancer one year after the diagnosis and the initial therapeutic intervention.

**Material - method:** The material of the study was 181 patients age between 28 to 88 years with breast cancer stage II. The entry criteria were: 1) females with breast cancer stage II, who would have been in need of adjuvant therapy after the initial operational intervention. 2) Moreover, they should not have been hospitalized for the same reason in the past and they should have a satisfying ability in communication. The data collection was made with the use of the QLQ C-30 questionnaire of the European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) in association with the module for the breast cancer (module Br23).The data collection was realized through interviews conducted by the researchers at two different time points: at the diagnosis point and the one year after the diagnosis. It was an easy sample.

**Results:** To sum up, health- related quality of life was estimated as worse in the first year after diagnosis and the initial therapeutic intervention. Furthermore, remarkable was, the deterioration of

symptoms (fatigue, pain, nausea, sleep loss, appetite loss, constipation, dyspnoea). The deterioration was also visible to the patients' body image and to the treatment side effects of adjuvant therapies.

**Conclusions:** The breast cancer influences negatively health-related quality of life in patients with early stage breast cancer. After the completion of the adjuvant therapies, there are major problems like fatigue, pain and aggravated body image, which make patients suffer. The altered body image provokes stress and female patients with breast cancer need support. The sexual functioning is also being influenced negatively due to the changed body image. The financial difficulties are an additional aspect to the already deteriorated situation.

**Key words:** Early stage breast cancer, health related quality of life, adjuvant therapies.

**CORRESPONDING AUTHOR**

Georgia Fasoi- Barka,

6 Paparigopoulou st, 15232,

Athens, Greece.

Tel: 210-6843366, 6974652111

Email: gfasoi@teiath.gr

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Ο** καρκίνος του μαστού αποτελεί τον συχνότερο γυναικείο καρκίνο διεθνώς (29%) και κατέχει την δεύτερη αιτία θανάτου (16%), μετά από αυτόν του πνεύμονα<sup>1</sup>. Σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών, μάλιστα, αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου, ενώ 1 στις 12 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο μαστού στην διάρκεια της ζωής της<sup>2,3,4</sup>. Η επίπτωση του ανδρικού καρκίνου του μαστού είναι περίπου 2,5 ανά 100.000 πληθυσμού και αποτελεί μόνο το 0,5% του συνόλου των ανδρικών καρκίνων. Η νόσος παρουσιάζει αυξητική τάση. Η παρατηρούμενη

αυτή αύξηση της επίπτωσης ίσως να οφείλεται εν μέρει στην καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, που έχει σαν αποτέλεσμα την πρώιμη διάγνωση της νόσου με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ανίχνευσης υποκλινικών όγκων, αλλά και στην βελτίωση τόσο των διαγνωστικών όσο και των θεραπευτικών μεθόδων<sup>5,6</sup>.

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο παρουσιάζονται 4.500 νέες περιπτώσεις. Στην Ελλάδα επίσης, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου<sup>6</sup>, ακολουθούμενος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου<sup>7</sup>. Η επίπτωση της

νόσου, είναι 16,8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ο έτος και στη συνέχεια, παραμένει στο ίδιο επίπεδο, χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις<sup>3,6,8</sup>. Η διάγνωση της νόσου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής των γυναικών. Η ποιότητα της ζωής είναι μια υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια, με φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις<sup>9,10,11</sup>. Η σχετιζόμενη μάλιστα με την υγεία ποιότητα της ζωής αφορά στην υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και της ευεξίας<sup>12</sup>. Επιπλέον, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες πολλές φορές είναι ακρωτηριαστικές (ανάγκη για μερική ή ολική αφαίρεση του μαστού) και οι επικουρικές θεραπείες, όπως είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, επηρεάζουν τις ασθενείς σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, με αποτέλεσμα το άγχος, την εμφάνιση κατάθλιψης και την ελαχιστοποίηση της ποιότητας της ζωής τους. Τα κύρια προβλήματα τα οποία απασχολούν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι η τοξικότητα και η ανεκτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς επίσης η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και η ικανότητα να ανταπεξέλθουν στο ημερήσιο πρόγραμμα των καθηκόντων τους<sup>13</sup>. Η ποιότητα της ζωής είναι μια έννοια

υποκειμενική και πολυδιάστατη με φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις. Έχει έντονο το υποκειμενικό στοιχείο για αυτό και η μέτρησή της είναι πολύ δύσκολη.<sup>14,15,16,17,18</sup> Μέχρι σήμερα, έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί, στην έννοια της ποιότητας της ζωής, όμως, δεν υπάρχει κάποιος που να είναι διεθνώς αποδεκτός, ώστε να επιτρέπει την αντικειμενική μέτρησή της.<sup>9,10,19</sup>

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής πρέπει να δομείται από την ύπαρξη τουλάχιστον τεσσάρων διαστάσεων και μιας ολικής μέτρησης της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας της ζωής, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άρρωστος. Ουσιαστικά, αποτελεί συμπλήρωμα της παραδοσιακής βιολογικής μέτρησης, περιγράφοντας παράλληλα τι ο ασθενής έχει βιώσει σαν αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή του.<sup>20,21,22,23</sup>

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους, ανασφάλειας, αβεβαιότητας τόσο στην ίδια την ασθενή, όσο και στο οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον. Η προσπάθεια αντιμετώπισής της νέας κατάστασης, με στόχο την αποδοχή και την προσαρμογή σε αυτήν είναι εργώδης, επίπονη και συνδέεται σθεναρά με τα προσωπικά βιώματα της ασθενούς, αλλά και τα βιώματα του οικογενειακού και του κοινωνικού της περιβάλλοντος. Οι αρχικές αντιδράσεις της ασθενούς είναι αισθήματα

άγχους, λύπης, θυμού, φόβου, ενοχών, πανικού<sup>24</sup>, που συχνά απαιτούν την υποστήριξη από ειδικούς<sup>25</sup>. Παράγοντες όπως είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, έχουν συντελέσει ώστε οι θάνατοι από τη νόσο να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, σήμερα, ο καρκίνος του μαστού, έχει λάβει την μορφή χρόνιας ασθένειας αλλά δεν παύει να επηρεάζει την ασθενή σαν ολότητα. Η φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση και ευεξία των ασθενών και των οικογενειών τους κλυδωνίζονται.

Οι επιπτώσεις των χειρουργικών χειρισμών για την αντιμετώπιση της νόσου, εκτείνονται από την αλλαγή της αρχιτεκτονικής του μαστού στην περίπτωση της ογκεκτομής ή της μερικής μαστεκτομής μέχρι τον ακρωτηριασμό του οργάνου κατά την ολική μαστεκτομή. Παράλληλα οι επικουρικές θεραπείες με προεξάρχουσα την χημειοθεραπεία αλλάζουν την εικόνα του σώματος, με αρνητικές προεκτάσεις σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής των ασθενών<sup>26</sup>.

Στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής επανέρχεται σε επίπεδα ανάλογα με εκείνα πριν από τη διάγνωση. Η εικόνα του σώματος επηρεάζεται αρνητικά. Η κόπωση, ο πόνος και οι οικονομικές δυσκολίες αυξάνονται. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της επικουρικής

θεραπείας μειώνονται. Μολονότι στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων<sup>27,28,29</sup>, στην Ελλάδα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα σχετική μελέτη.

### **Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά την διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση.

### **Υλικό και μέθοδος**

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 181 ασθενείς ηλικίας 28-88 ετών, με καρκίνο μαστού II σταδίου, από τις οποίες οι 114 νοσηλεύτηκαν στο Περιφερειακό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», ενώ 67 σε ιδιωτικό Θεραπευτήριο. Η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε τον Μάιο του 2006 και ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2008.

Κριτήρια επιλογής στην έρευνα αποτέλεσαν τα εξής: 1) Γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου II, οι οποίες μετά την αρχική χειρουργική παρέμβαση θα χρειαζόταν να υποβληθούν σε επικουρική θεραπεία. 2) Να μην έχουν νοσηλευθεί άλλη φορά στο παρελθόν για το ίδιο νόσημα και να έχουν ικανοποιητική ικανότητα επικοινωνίας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο QLQ C-30 του Ευρωπαϊκού

Οργανισμού για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), το οποίο εκτιμά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, με καρκίνο, σε συνδυασμό με την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (module Br23), το οποίο εκτιμά τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις κυρίως δε από την επικουρική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού την συμπτωματολογία της νόσου και τις παρενέργειες της θεραπείας (χειρουργικής, χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας), την εικόνα σώματος, την σεξουαλική λειτουργικότητα και την μελλοντική προοπτική. Η κλίμακα QLQ C-30, σχεδιάστηκε για να είναι ειδική για ασθενείς με καρκίνο, να έχει πολυδιάστατη δομή, να έχει τέτοια μορφή ώστε να συμπληρώνεται εύκολα από τον ίδιο τον ασθενή. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, που εκτιμούν τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική λειτουργικότητα, αλλά και την κόπωση, τον πόνο, την δύσπνοια, την ναυτία και τον εμετό, την διάρροια και τη δυσκοιλιότητα, την απώλεια όρεξης, τις οικονομικές δυσκολίες, την ολική κατάσταση υγείας και την ποιότητα της ζωής. Το παραπάνω ερωτηματολόγιο είναι μεταφρασμένο στην Ελληνική γλώσσα και έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα από τους Μυστακίδου και συνεργάτες <sup>30</sup>, και διαθέτει αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επιπλέον ελήφθησαν δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός

παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, ασφαλιστικός φορέας, και επάγγελμα.

Για την χρησιμοποίηση της κλίμακας μέτρησης της ποιότητας ζωής ζητήθηκε άδεια από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), η οποία και δόθηκε. Τόσο στο Περιφερειακό Νοσοκομείο Άγος Σάββας, όσο και στο Ιδιωτικό Θεραπευτήριο, προκειμένου να υπάρξει η δυνατότητα επαφής με τις ασθενείς, ζητήθηκε άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία και δόθηκε μετά από σχετική αίτηση των ερευνητών.

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη από τους ερευνητές σε δύο χρονικά σημεία: Την στιγμή της διάγνωσης κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο δύο ημέρες πριν την χειρουργική επέμβαση και ένα χρόνο μετά, την στιγμή όταν προσέρχονταν στο Νοσοκομείο για εξετάσεις επαναπαρακολούθησης (follow up). Η συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε ένα χρόνο μετά την αρχική θεραπεία, προγραμματιζόταν μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τις ασθενείς. Από τις 181 ασθενείς που αποτέλεσαν το αρχικό δείγμα μελέτης, μία ασθενής απεβίωσε στο χρονικό διάστημα που πέρασε από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι την πάροδο του έτους και τέσσερις ασθενείς δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν να συνεχίσουν να συμμετέχουν στην έρευνα. Επρόκειτο για ένα δείγμα ευκολίας. Ο τρόπος προσέγγισης των ασθενών για την συμμετοχή τους στο

δείγμα μελέτης έγινε ως εξής: Μετά από μελέτη των ιατρικών φακέλων ώστε να καλύπτονται τα κριτήρια επιλογής στο δείγμα μελέτης, οι ασθενείς προσεγγίζονταν από τους ερευνητές και ενημερώνονταν για τον σκοπό και τους στόχους της μελέτης. Στην περίπτωση που ήταν σύμφωνες, ξεκινούσε η συνέντευξη και η συμμετοχή τους αποτέλεσε, την συναίνεση για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

#### Στατιστική μεθοδολογία

Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Wilcoxon κατά ζεύγη. Στις ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι εκατοστιαίες αναλογίες.

Για την στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-15.

#### Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής.

Πιο αναλυτικά:

- Η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  79,35), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  86,92), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η λειτουργικότητα των ρόλων των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$

79,35), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  85,81), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,001$ ).

- Η συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  66,66), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  63,95), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,102$ ).
- Η γνωστική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  70,35), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  77,62), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,002$ ).
- Η κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε βελτιωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  85,79), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  80,78), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,012$ ).
- Η κόπωση των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  58,17), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  19,00), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική



διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).

- Η ναυτία και ο εμετός των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  92,04), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  2,57), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Ο πόνος των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένος κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  21,33), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  11,97), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η δύσπνοια των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  21,33), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  13,99), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η αϋπνία των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  59,04), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  29,65), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η απώλεια όρεξης των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον

χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  26,13), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  10,68), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).

- Η δυσκοιλιότητα των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  17,99), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  12,33), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,013$ ).
- Η διάρροια των ασθενών κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  8,14), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  9,43), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,307$ ).
- Η οικονομική δυσκολία των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  18,18), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  9,20), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η ολική κατάσταση υγείας των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  52,79), σε σχέση με τον χρόνο πριν από

τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  66,48), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).

Στον πίνακα 2 καταγράφονται οι παράγοντες που εκτιμώνται από την ειδική θεματική ενότητα για τον καρκίνο του μαστού (Br23).

Πιο αναλυτικά:

- Η εικόνα του σώματος των ασθενών, εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  80,87), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  89,54), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η μελλοντική προοπτική κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  46,66), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  49,81), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,240$ ).
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  23,58), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  9,57), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η συμπτωματολογία από τον μαστό των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη

κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  13,19), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  7,41), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).

- Η συμπτωματολογία από τον μπράτσο των ασθενών εκτιμήθηκε επιδεινωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  24,12), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  5,03), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).
- Η ανησυχία λόγω της τριχόπτωσης κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  41,93), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  58,06), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,231$ ).

Στον πίνακα 3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παραμέτρων της σεξουαλικής λειτουργικότητας και της σεξουαλικής ευχαρίστησης. Πιο αναλυτικά:

- Η σεξουαλική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε βελτιωμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  21,78), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  17,58), παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,006$ ).

- Η σεξουαλική ευχαρίστηση των ασθενών εκτιμήθηκε επιβαρυνμένη κατά τον χρόνο μετά τη διάγνωση ( $\bar{x}_2$  24,84), σε σχέση με τον χρόνο πριν από τη διάγνωση ( $\bar{x}_1$  45,77), δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας  $p \leq 0,05$  ( $p=0,000$ ).

### Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συνολικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής των ασθενών, εκτιμήθηκε χειρότερη, στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία στα οποία αναφέρεται ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο μαστού, στον πρώτο χρόνο μετά από τη διάγνωση, βελτιώνεται σε σημαντικό βαθμό φθάνοντας σε επίπεδα ανάλογα με αυτά του γενικού πληθυσμού<sup>29,31,32</sup>.

Οι επιμέρους διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής στην παρούσα μελέτη έδωσαν αποτελέσματα τα οποία συγκρίνονται και συζητούνται ως εξής:

Η φυσική λειτουργικότητα των ασθενών στην παρούσα μελέτη επιδεινώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p=0,000$ ). Το εύρημα αυτό δεν συμφωνεί με εκτιμήσεις άλλων ερευνητών<sup>29,32,33</sup>, κατά τους οποίους η φυσική λειτουργικότητα σε ασθενείς με καρκίνο

μαστού αρχικών σταδίων βελτιώνεται στο πρώτο έτος μετά την αρχική διάγνωση. Μια παράμετρος, που θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ασυμφωνία αυτή είναι η διαφορετική κουλτούρα σχετικά με την αντιμετώπιση και τον χειρισμό της νόσου. Στην Ελλάδα, ο καρκίνος σαν νόσος ακόμα και σήμερα, αποτελεί ταμπού. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συγκεντρώθηκαν με την μέθοδο της συνέντευξης. Έτσι δόθηκε η ευκαιρία στις ασθενείς να συζητήσουν με την ερευνήτρια θέματα και προβληματισμούς που τις απασχολούσαν ως προς την νόσο, την θεραπεία της και την μελλοντική της προοπτική. Από τις ανεπίσημες αυτές συζητήσεις προέκυψαν ενδιαφέροντα θέματα, όπως το γεγονός ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται να ανακοινώσουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού, από φόβο μήπως απομονωθούν. Κάποιες επαγγελματίες δήλωσαν ότι έχασαν «πελατεία» στο κατάστημά τους από την στιγμή που έγινε γνωστή η ασθένειά τους. Επομένως παρόμοιες καταστάσεις, επηρεάζουν την ασθενή αρνητικά όχι μόνο σε επίπεδο φυσικής λειτουργικότητας αλλά και σε όλες τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής της. Το θέμα αυτό είναι πολύ ενδιαφέρον και χρήζει περαιτέρω έρευνας. Επιπλέον, κατά τον Osoba και συνεργάτες<sup>34</sup>, κατά την εκτίμηση των τελικών αποτελεσμάτων των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας της ζωής της

κλίμακας QLQ C-30, δεδομένου ότι τα αποτελέσματα μετατρέπονται σε τιμές από 1-100, μια αλλαγή στις μέσες τιμές των αποτελεσμάτων για την οποία, μπορεί να ισχυριστεί κάποιος ότι έχει κλινική σημασία, είναι της τάξης των δέκα μονάδων, ενώ αντίστοιχα μία διαφορά της τάξης άνω των 20 μονάδων αντικατοπτρίζει μια μεγάλη διαφορά. Στην παρούσα μελέτη σε ότι αφορά την φυσική λειτουργικότητα, παρατηρήθηκε διαφορά της τάξης των 7,5 μονάδων, κάτι που ίσως θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι δεν θεμελιώνει αποτέλεσμα με κλινική σημασία<sup>34</sup>.

Σε ότι αφορά τη λειτουργικότητα ρόλων των ασθενών του δείγματος μελέτης, αυτή, επιβαρύνθηκε σημαντικά στον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση ( $p=0,001$ ). Ευρήματα από άλλες μελέτες εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής υποστηρίζουν ότι η λειτουργικότητα των ρόλων βελτιώνεται<sup>32,35</sup>. Η ασυμφωνία αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στην ελληνική κουλτούρα, δεδομένου ότι ο καρκίνος αποτελεί ταμπού, δεν συζητείται ευρέως και παρατηρείται μια δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Παράλληλα, έχει δειχθεί ότι η ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην πορεία του χρόνου ποικίλλει σημαντικά<sup>36</sup>, κάτι που θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ποικιλία των αποτελεσμάτων ως προς την λειτουργικότητα

των ρόλων των νεότερων ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Η συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών του δείγματος μελέτης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση ( $p=0,102$ ). Σε παρόμοιες μελέτες, έχει δειχθεί πως βελτιώνεται στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση<sup>37</sup>, ενώ σε άλλες μελέτες ότι επιβαρύνεται<sup>32,38</sup>. Η υπάρχουσα διχογνωμία υποδηλώνει ίσως το διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ των λαών. Είναι γεγονός ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού προκαλεί αλλαγές στην συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών. Ο βαθμός αίσθησης υπερέντασης, στενοχώριας ή και κατάθλιψης, ποικίλει. Το εύρημα υποδηλώνει ότι οι παραπάνω παράμετροι, παρέμειναν χωρίς μεταβολές. Δεδομένου ότι τη στιγμή της διάγνωσης, δικαιολογημένα υπάρχει μια αναστάτωση στην συναισθηματική λειτουργικότητα των ασθενών, ίσως αυτή παραμένει ένα έτος μετά την διάγνωση και την αρχική θεραπευτική παρέμβαση. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει κάτι τέτοιο θα μπορούσαν να είναι η ανασφάλεια των ασθενών εξ αιτίας ελλιπούς ενημέρωσης, η αντίληψη ότι καρκίνος σημαίνει θάνατος και επομένως, ο αγώνας του ασθενούς για την καταπολέμηση του είναι άνισος, η δυσκολία αποτελεσματικής οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης<sup>39,40</sup>, η συμπτωματολογία των επικουρικών θεραπειών, που επιμένει για αρκετό διάστημα

μετά την ολοκλήρωσή τους<sup>27,33</sup>. Η γνωστική λειτουργικότητα των ασθενών στην παρούσα μελέτη, επιβαρύνθηκε σημαντικά στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ( $p=0,002$ ). Το εύρημα συμφωνεί με άλλους ερευνητές<sup>32,41</sup>.

Η κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών εκτιμήθηκε βελτιωμένη στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ( $p=0,012$ ), εύρημα που συμφωνεί και με άλλους ερευνητές<sup>32,35,37,42</sup>.

Η κόπωση εμφάνισε επιδείνωση στο πρώτο έτος μετά την διάγνωση ( $p=0,000$ ), Το εύρημα αυτό είναι εξαιρετικά συχνό σε μελέτες ασθενών με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε επικουρική θεραπεία είτε αυτή είναι χημειοθεραπεία, είτε ακτινοθεραπεία ή και συνδυασμός των δύο<sup>43-49</sup>. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς είχαν ήδη ολοκληρώσει την χημειοθεραπεία αλλά στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η κόπωση σαν σύμπτωμα συνεχίζει να βασανίζει τις ασθενείς μήνες ή και χρόνια μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας<sup>48</sup>.

Η κλίμακα της ναυτίας και του εμετού εκτιμήθηκε επιδεινωμένη στην παρούσα μελέτη ( $p=0,000$ ). Η ναυτία είναι ένα σύμπτωμα που οφείλεται στην χημειοθεραπεία<sup>50,51</sup> και στην ορμονοθεραπεία<sup>52</sup>, καθώς επίσης σε ψυχολογικά αίτια που αφορούν την αλλοιωμένη εικόνα σώματος των ασθενών. Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς υποβλήθηκαν στις επικουρικές αυτές θεραπείες, επομένως το εύρημα είναι

αναμενόμενο και συμφωνεί με όσα αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία<sup>53,54,55,56,57</sup>.

Ο πόνος εκτιμήθηκε αυξημένος στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ( $p=0,001$ ). Το εύρημα θεωρείται αναμενόμενο δεδομένου, ότι στην βιβλιογραφία πολλά άρθρα και ερευνητικές μελέτες αναφέρονται στην συμπτωματολογία του πόνου, ο οποίος επιμένει για μήνες ή και χρόνια μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού σχήματος<sup>58,59,60</sup>.

Η δύσπνοια εκτιμήθηκε αυξημένη στον πρώτο έτος μετά την διάγνωση ( $p=0,000$ ) κάτι που περιγράφεται και σε άλλες μελέτες<sup>61</sup>.

Η αϋπνία εκτιμήθηκε αυξημένη ( $p=0,000$ ). Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε άλλες ερευνητικές μελέτες, οι οποίες μελετούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας αλλά και του έντονου ψυχολογικού stress, που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων<sup>62</sup>. Επίσης, τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με ανάλογα άλλων ερευνητών<sup>63,64</sup> και συνδέονται με το αυξημένο άγχος των ασθενών καθώς και με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.

Η απώλεια όρεξης εκτιμήθηκε αυξημένη στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση ( $p=0,000$ ). Από την παρούσα μελέτη αλλά και από τη διεθνή βιβλιογραφία τα παραπάνω, αποτελούν συμπτώματα, που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού από τη στιγμή της διάγνωσης αλλά και κατά την διάρκεια της χρονικής εξέλιξης της νόσου. Οι διάφορες μελέτες που έχουν

ανακοινωθεί στην διεθνή βιβλιογραφία και που χρησιμοποίησαν την ίδια κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας της ζωής δεν κάνουν ιδιαίτερη μνεία στην συγκεκριμένη κλίμακα<sup>27,59</sup>. Ίσως αυτό συμβαίνει διότι δίνεται έμφαση στην καχεξία που συνδέεται με τα περισσότερα προχωρημένα στάδια του καρκίνου γενικά, και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα<sup>65</sup>.

Η δυσκοιλιότητα εκτιμήθηκε αυξημένη στον πληθυσμό της μελέτης με ( $p=0,013$ ) και αποτελεί ανεπιθύμητη ενέργεια των σκευασμάτων που χορηγούνται για την ορμονοθεραπεία όπως αυτό έχει επίσης αποδειχθεί και από τη μελέτη των Kim και συνεργάτες<sup>61</sup>.

Από την άλλη πλευρά η διάρροια τόσο σε ολόκληρο τον πληθυσμό της μελέτης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά με ( $p=0,307$ ). Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν μελέτες που να αναφέρονται στην σημαντικότητα ή μη της συγκεκριμένης παραμέτρου.

Τέλος, η συχνότητα της αντίληψης οικονομικών δυσκολιών στο πρώτο έτος μετά τη διάγνωση αυξήθηκε σημαντικά ( $p=0,000$ ). Το εύρημα υποστηρίζεται επίσης στην διεθνή βιβλιογραφία<sup>32,66,67,68,69</sup>.

Η ολική κατάσταση υγείας, η οποία περικλείει τόσο την εκτίμηση της υγείας των ασθενών ( $p=0,000$ ), όσο και την ποιότητα της ζωής τους ( $p=0,000$ ), εκτιμήθηκε χειρότερη από τις ασθενείς με στατιστικά σημαντική διαφορά στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση της

νόσου ( $p=0,000$ ). Το εύρημα δεν συμφωνεί με άλλους ερευνητές<sup>32,70</sup>. Υπάρχει όμως απόδειξη στη βιβλιογραφία<sup>71</sup>, ότι παράγοντες όπως, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η ηλικία, η κουλτούρα, η ανεπαρκής πληροφόρηση και η δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον μπροστά στο stress, που δημιουργεί η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου, συνδέονται με αποτελέσματα χαμηλότερα όταν εκτιμάται η ποιότητα της ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη ανέφεραν δυσκολία στην επικοινωνία με το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, αλλά και φόβο απόρριψης εξ αιτίας της νόσου τους, καταστάσεις που δικαιολογούν την χαμηλή εκτίμηση της ποιότητας της ζωής τους.

Η κλίμακα εκτίμησης των ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της θεραπείας έδωσε αποτελέσματα τα οποία, μπορούν να συγκριθούν και να συζητηθούν με σχετικές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση, η εικόνα σώματος των ασθενών επιβαρύνθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p=0,000$ ). Το εύρημα είναι αναμενόμενο λόγω των επικουρικών θεραπειών που προηγήθηκαν και συμφωνεί με ευρήματα και άλλων ερευνητών<sup>72,73</sup>. Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν ότι η φτωχή εικόνα σώματος είναι συχνή μετά την ολοκλήρωση της επικουρικής θεραπείας και επιβαρύνεται επί συνδυασμού

χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Διαστάσεις μάλιστα όπως είναι η μεγάλη ηλικία, σε συνδυασμό με τις επικουρικές θεραπείες, επιτείνουν το πρόβλημα<sup>56</sup>.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της θεραπείας παρουσίασαν αύξηση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στις ασθενείς του δείγματος μελέτης ( $p=0,000$ ). Τα ευρήματα θεωρούνται αναμενόμενα και συμφωνούν με αντίστοιχα από τη διεθνή βιβλιογραφία<sup>27</sup>. Επιπλέον, παραμένει ενισχύοντας το παραπάνω εύρημα το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν ορμονοθεραπεία, όπως επισημαίνεται στο άρθρο της Fallowfield<sup>74</sup>, σύμφωνα με την οποία παρατηρούνται ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της ορμονοθεραπείας, οι οποίες όμως, δεν συγκρίνονται στην ένταση με τις αντίστοιχες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Η συμπτωματολογία τόσο από τον μαστό όσο και από το μπράτσο αυξήθηκαν παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά με ( $p=0,000$ ). Τα ευρήματα συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας<sup>65,75</sup>.

Η μελλοντική προοπτική, δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στο δείγμα μελέτης με ( $p=0,240$ ). Αντίθετα, σε άλλες ερευνητικές μελέτες έχει φανεί ότι η κατάσταση βελτιώνεται στο πρώτο έτος μετά την αρχική θεραπευτική παρέμβαση<sup>37</sup>. Μια εξήγηση στο αποτέλεσμα αυτό θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι επιλέχτηκε σαν χρονικό

σημείο της δεύτερης μέτρησης, η χρονική περίοδος της επανεξέτασης, προκειμένου να εκτιμηθεί η κατάσταση υγείας των ασθενών, γεγονός που προκαλεί άγχος, ανασφάλεια και αγωνία για την εξέλιξη της νόσου<sup>38</sup>.

Η ανησυχία λόγω τριχόπτωσης δεν μεταβλήθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p=0,231$ ). Αυτό το εύρημα ίσως οφείλεται στα χρονικά σημεία που επιλέχθηκαν για την συλλογή των στοιχείων της μελέτης. Δηλαδή, αφενός μεν την στιγμή της διάγνωσης δεν έχει προηγηθεί χημειοθεραπεία παρά μόνο σε μερικές περιπτώσεις ενώ στον πρώτο χρόνο μετά την διάγνωση έχουν ολοκληρωθεί τα χημειοθεραπευτικά σχήματα με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται αλωπεκία.

Τέλος η σεξουαλική λειτουργικότητα αυξήθηκε σημαντικά στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση της νόσου ( $p=0,006$ ). Άλλοι ερευνητές δεν επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα αυτά<sup>74,76</sup>. Από την άλλη πλευρά μειώθηκε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό η σεξουαλική ευχαρίστηση των ασθενών του δείγματος μελέτης. Το εύρημα κρίνεται αναμενόμενο δεδομένων των επικουρικών θεραπειών αφενός μεν της χημειοθεραπείας η οποία σε μεγαλύτερες ηλικίες προκαλεί πρόωμη εμμηνόπαυση<sup>77</sup> και αφετέρου της ορμονοθεραπείας, που συνδέεται με ανεπιθύμητες ενέργειες όπως είναι η ξηρότητα του κόλπου και η δυσπαρεύνια<sup>75</sup>. Η σεξουαλική ευχαρίστηση μειώθηκε σε στατιστικά βαθμό ( $p=0,000$ ). Το εύρημα συμφωνεί με άλλα από

τη διεθνή βιβλιογραφία<sup>33,74</sup>. Παράγοντες όπως η επηρεασμένη σωματική εικόνα<sup>74</sup>, ο φόβος απόρριψης από τον σύντροφό τους<sup>35,78</sup>, αλλά και η χορήγηση της ορμονοθεραπείας<sup>34,73</sup>, με τη συμπτωματολογία της πρώιμης εμμηνόπαυσης αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην μείωση της σεξουαλικής ευχαρίστησης.

### **Συμπεράσματα**

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών αρχικών σταδίων. Μετά την ολοκλήρωση των επικουρικών θεραπειών σημαντικά προβλήματα όπως είναι η κόπωση, ο πόνος, η επιβαρυσμένη εικόνα του σώματος, εμφανίζονται και ταλαιπωρούν τις ασθενείς. Η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί έντονο stress και απαιτεί στήριξη στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού. Η σεξουαλική ευχαρίστηση επηρεάζεται αρνητικά εξ αιτίας της αλλαγμένης σωματικής εικόνας αλλά και των επικουρικών θεραπειών. Οι οικονομικές δυσκολίες αποτελούν μια πρόσθετη παράμετρο στην ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση. 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.

### **Βιβλιογραφία**

1. Μάλλιου Σ, Αγνάντη Ν, Παυλίδης Ν, Καππάς Α, Κριαράς Ι, Γερουλάνος Σ. Η Ιστορία του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(3): 260-278.
2. Στραβόλαιμος Κ. Καρκίνος του μαστού. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2001.
3. Πατέρας Χ. Καρκίνος μαστού- Πληθυσμιακός έλεγχος, μέσα στο Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας ΕΣΝΕ, Εταιρεία, Νοσηλευτικών σπουδών (Οκτώβ. 2003- Ιανουάρ. 2004), Αθήνα, 2004.
4. GLOBOCAN. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1.0, 2008.
5. Αγνάντη Ν, Μαλάμου Μ, Μπαή Μ, Μπατιστάτου Α. Ειδική Παθολογική Ανατομική. Τόμος Ι, Ιωάννινα, 2004.
6. Σέμογλου Χ. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Λίτσας, Αθήνα, 2006.
7. WHO. [www.who.org/statistics](http://www.who.org/statistics), access date: 16-08-08.
8. Nationmaster. [www.nationmaster.com/statistics](http://www.nationmaster.com/statistics), access date: 16-08-08.



9. King C, Hinds P. Quality-of-Life. From Nursing and Patient Perspectives. Theory-Research-Practice. Jones and Bartlett, Publishers. Sudbury, Massachusetts, 1998.
10. Fallowfield L. Quality of life: a new perspective for cancer patients, *Nature Review. Cancer* 2002, 2:873-879.
11. Pais-Ribeiro JL. Quality of Life is a primary end-point in clinical settings. *Clin Nutr* 2004, 23(1):121-130.
12. Revicki D, Osoba D, Faiclough D, Barofski I, Berzon R, Leidy N, Rothman M. Recommendations on health related quality of life research to support labeling and promotional claims in United States, *Qual Life Res* 2000 , 9:887-900.
13. Molassiotis A. (2004). The importance of Quality of Life and Patient choice in the treatment of breast cancer, *Eur J Oncol Nurs* 2004, 8, Suppl. 2, S73-S74.
14. Holmes S, Dickenson J. The quality of life: Design and evaluation of a self assessment instrument for use with cancer patients. *Int J Nurs Stud* 1987, 24 (1): 15-24.
15. Moinpour CM, Feigl P, Metch B, Hayden KA, Meyskens FL. Crowley J. Quality of life endpoints in cancer clinical trials: Review and recommendations. *J Natl Cancer I* 1989, 81:485-495.
16. Grant M, Padilla G, Ferrell B, Rhiner M. Assessment of quality of life, with a single instrument. *Semin Oncol Nurs* 1990, 6(4): 260-270.
17. Hyland ME, Kenyon CAP, Jacobs PA (1994). Sensitivity of quality of life domains and constructs to longitudinal change in a clinical trial comparing almererol with placebo in asthmatics. *Qual Life Res* 1994, 3: 121-126.
18. King CR, Haberman M, Berry DL, Bush N, Butler L, Dow KA, Ferrell B, Grant M, Gue D, Hinds P, Kreuer J, Padilla GR, Underwoodn S. Quality of life and the cancer experience: The-state-of-the-knowledge. *Oncol Nurs Forum* 1997, 24 (1):27-41.
19. Κατσαραγάκης Σ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών/των Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών. Απρίλιος-Ιούνιος, Αθήνα, 2001.
20. Aaronson NK. Quality of life research in cancer clinical trials: A need of common rules and language. *Oncology* 1990, 4(5): 59-66.

21. Moinpour CM, Hayden KA. Quality of life assessment in Southwest Oncology Group Trials, *Oncology* 1990, 4(5):74-89.
22. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer: Individual and policy complications. *Cancer* 1994 ,74(Suppl. 4), 1445-1452.
23. Bush NE, Haberman M, Donaldson G, Sullivan KM. Quality of life of 125 adults, surviving 6-18 years after bone transplantation. *Soc Sci Med* 1995, 40(4): 479-490.
24. Σαββοπούλου Γ. Καρκίνος του μαστού. Η πρώτη ημέρα μετά τη διάγνωση. *Νοσηλευτική* 2000 , 3:217-224.
25. Wen KY, Gustafson DH. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes* 2004, 2:11.
26. Browall M, Ahlberg K, Kalsson P, Danielson E, Person LO, Johansson FG. Health related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12:180-189.
27. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs* 1999, 29(2):490-503.
28. Bottomley A, Therasse P, Piccart M, Efficace F, Coens C, Gotay C, Welnicka-Jaskiewicz M, Mauriac L, Dyczka J, Cufer T, Lichinister M, Schornagel J, Bonnefoi H, Shepherd L. Health-related quality of life in survivors of locally advanced breast cancer: an international randomized controlled phase III trial. *Lancet Oncology* 2005, 6(5):287-294.
29. Perry S, Kowalski TL, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes* 2007, 5:24.
30. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kalaidopoulou O, Smyrniotis V, Vlachos L. 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* 2001, 94(1):135-139.
31. Ganz PA, Poland JH, Meyerwitz BE, Desmond K. Impact of adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Cancer Res* 1998, 152:39-49.
32. Arndt V, Merx H, Sturmer T, Steamier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur J Cancer* 2004, 40(5):673-680.
33. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL. Quality of life at the end of the primary treatment of breast cancer: results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer I* 2004, 96:376-387.

34. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpreting the significance of changes in health related quality of life scores. *J Clinical Oncol* 1998, 16:139-144.
35. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual. Life Res* 2004, 9(7):789-800.
36. Helgeson VS, Cohen S. Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling, Descriptive, Correlational and Intervention Research. *Health Psychol* 1996, 15(2):135-148.
37. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP, Robinson DS, Moffat FL. Concern about aspects of body image and adjustment to early breast cancer. *Psychosom Med* 1998, 60 (2):168-174.
38. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological Outcomes of different treatment policies in women with early stage breast cancer outside a clinical trial. *Brit Med J* 1990, 301:575-580.
39. Sinsheimer LM, Holland JC. Psychological issues in breast cancer. *Semin Oncol Nurs* 1987, 14:75-82.
40. Weiner IB, Freedheim DK, Nezu AM, Geller PA. Psychological aspects of Breast Cancer Studies Group. Psychological response to mastectomy. A prospective comparison study. *Cancer* 1987, 59:189-196.
41. Jenkins V, Shilling V, Deutsch G, Bloomfield D, Morris R, Allan S, Bishop H, Hodson N, Mitra S, Sadler G, Shan E, Stein R, Whitehead S, Winstanley J. A 3-year prospective study of the effects of adjuvant treatments on cognition in women with early stage breast cancer. *Brit J Cancer* 2006, 94:828-834.
42. Schou I, Ekeberg O, Sandvi KL, Hjermand M, Ruland C. Multiple predictors of Health Related Quality of Life in Early stage breast cancer: Data from a year follow-up study compared with general population. *Qual Life Res* 2005, 14(8):1813-1823.
43. Stromborg MF, Wright P. Ambulatory Cancer patients, perception of the physical and psychosocial changes in their lives since the diagnosis of cancer. *Cancer Nurs* 1984, 7:117-130.
44. Winingham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Ciprich B, Jones LS, Pickard-Holey S, Rhodes V, St Pierre B, Beck S. Fatigue and the Cancer experience, the state of the knowledge. *Oncol Nurs Forum*. 1994, 21:23-36.
45. Richardson A. Fatigue in Cancer Patients. *Eur J Cancer Care*. 1995, 4:20-32.
46. Stein KD, Martin SC, Hann DM, Jacobsen PB. *Cancer Practice* 1998, 6: 143-152.

47. Visser MRM, Smets EMA. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Support Care Cancer* 1998, 6:101-108.
48. Broeckel J, Jacobsen PB, Horton J, Balducci, Lyman GH. Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 1998, 16:1689-1696.
49. Λαβδανίτη Μ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετών της κόπωσης γυναικών με καρκίνο μαστού υπό ακτινοθεραπεία. *Νοσηλευτική* 2006, 45(4): 458-469.
50. Coates A, Abraham S, Kaye SB, Sowerbutts T, Frewin C, Fox R M, Tattersall's MH. On the receiving end-patient perception of the side effects of cancer chemotherapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1983, 19(2):203-208.
51. Green D, Nail LM, Filer VK, Dudgeon D, Jones LS. A comparison of patient-reported side effects among three chemotherapy regimens for breast cancer. *Cancer Practice* 1994, 2(1):57-62.
52. Gibson L, Lawrence D, Dawson C, Bliss J. Aromatase inhibitors for treatment of advanced breast cancer in postmenopausal women. *Cochrane database of Systematic Reviews*. 2009, Issue 4. Art No SD003370. DOI: 10.1002 /14651858. CD 003370.pub3.
53. Ganz PA, Rofessart, J, Polinsky ML, Scag CC, Heinrich RL. A comprehensive approach to the assessment of cancer patients' rehabilitation needs: The cancer inventory of problem situations and a companion interview. *J Psychos Oncol* 1987, 4(3):27-42.
54. Ganz PA, Rowland JH, Meyerwitz BE, Desmond KA. Impact of adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors: *Recent Res Cancer*. 1998, 152: 396-411.
55. Wilmoth M, Townsend J. A comparison of the effects of lumpectomy versus mastectomy on sexual behaviors. *Cancer Practice* 1995, 3: 279-285.
56. Pelousi J. Sexuality and body image: Research on breast cancer survivors' documents altered body image and sexuality. *Am J Nurs* 2006, 106: Suppl. 3, 32-38.
57. Buijs C, deVries EGE, Mourits MJE, Willemse PHB. The influence of endocrine treatments for breast cancer on health-related quality of life. *Cancer Treat Rev* 2008, 34(7):640-655.
58. Poleshuck EL, Katz J, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI, Dworkin RH. Risk factors for Chronic Pain Following Breast Cancer Surgery: A prospective Study. *J Pain* 2006, 7(9):626-634.
59. Hopwood P, Havilland J, Mills J, Sumo G, Bliss J. The impact of age and clinical

- factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START trial (Standardization of Breast Radiotherapy Trial). *Breast* 2007, 16: 241-251.
60. Steegers M, Wolters B, Evers A, Strobbe L, Wilder-Smith OH. Effect of axillary Lymph Node Dissection on Prevalence and Intensity of Chronic and Phantom Pain after breast Cancer Surgery. *J Pain* .2008, 9(9):813-822.
61. Northouse L. The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nurs* 1989, 12: 276-284.
62. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence clinical characteristics and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 2001, 24:583-593.
63. Davidson JR, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallance RB, Blazer DG. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002, 54:1309-1321.
64. Maltzman JD. Developments in the fight against cancer cachexia. Abramson Cancer center of the University of Pennsylvania, annual meeting June 2004. [www.oncolink.org/recourses/article](http://www.oncolink.org/recourses/article) access date:1-11-09.
65. Hayman JA, Langa KM, Kabeto MU, Katz SJ, DeMonner SM, Chernew ME, Slavin MB, Fendrick MA. Estimating the Cost of Informal Caregiving for Elderly Patients with Cancer, *J Clin Oncol* 2001, 19 (13):3219-3225.
66. Langa KM, Fendrick A, Chemew ME, Kaveto MU, Paisley KL, Hayman JA. Out-of-pocket Health Care Expenditures among older Americans with cancer. *Value Health* 2004, 7 (2):186-195.
67. Arozullah AM, Calhoun EA, Wolf M, Finley DK, Fitzner KA, Heckinger EA, Gorby BA, Schumock GT, Pharm D, Bennett CL. The Financial Burden of Cancer: Estimates from a Study of Insured Women with Breast Cancer. *J Sup Oncol* 2004, 2(3):271-278.
68. National Center of Health Statistics. CDC US Mortality Public use Data Tapes, 1969-2003.2006.
69. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Res Treat* 1999, 56(1):45-57.
70. Knobf MT. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2007, 23(1):71-83.
71. Krauss PL. Body image decision making and breast cancer treatment. *Cancer Nurs* 1999, 22(6):421-427.
72. Kenny P, King MT, Shiell A, Seymour J, Hall J, Langlands A, Boyages J. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and

- radiation therapy. *Breast* 2000, 9(1):37-44.
73. Fallowfield L. Evolution of breast Cancer treatments: current options and quality-of-Life considerations, *Eur J Oncol Nurs European* 2004, 8, Suppl. 2, S75-S82.
74. Kwan W, Jackson J, Weiner LM, Dingee C, McGregorg G., Olivotto IA. Chronic Arm Morbidity after Curative breast Cancer Treatment. Prevalence and quality of life. *J Clin Oncol* 2002, 20(20):4242-4248.
75. Duffy CM, Allen SM, Clark MA. Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Am J Clin Oncol Canc* 2005, 23(4):766-773.
76. Knobf MT . Carrying on: The experience of premature menopause in women with early stage breast cancer, *Appl nurs Res* 2002, 51(1):9-17.
77. Speer JJ, Hillenberg B, Syrgue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005, 11:440-447.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Πίνακας 1.** Αποτελέσματα των παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής

Αποτελέσματα παραμέτρων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής	Τελευταία εβδομάδα πρώτου τριμήνου πριν από τη διάγνωση της νόσου	Τελευταία εβδομάδα τετάρτου τριμήνου μετά από τη διάγνωση της νόσου	Στατιστική σημαντικότητα p<0,05
	$\bar{x}_1$	$\bar{x}_2$	
Ολική κατάσταση υγείας	66,48	52,79	<b>0,000</b>
Φυσική λειτουργικότητα	86,92	79,35	<b>0,000</b>
Λειτουργικότητα ρόλων	85,81	79,35	<b>0,001</b>
Συναισθηματική λειτουργικότητα	63,95	66,66	0,102
Γνωστική λειτουργικότητα	77,62	70,35	<b>0,002</b>
Κοινωνική λειτουργικότητα	80,78	85,79	<b>0,012</b>
Κόπωση	19,00	58,17	<b>0,000</b>
Ναυτία-εμετός	2,57	92,04	<b>0,000</b>
Πόνος	11,97	21,33	<b>0,000</b>
Δύσπνοια	13,99	21,33	<b>0,000</b>
Αϋπνία	29,65	59,04	<b>0,000</b>
Απώλεια όρεξης	10,68	26,13	<b>0,000</b>
Δυσκοιλιότητα	12,33	17,99	<b>0,013</b>
Διάρροια	9,43	8,14	0,307
Οικονομικές δυσκολίες	9,20	18,18	<b>0,000</b>

**Πίνακας 2.** Αποτελέσματα των παραμέτρων που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των επικουρικών θεραπειών.

Αποτελέσματα παραμέτρων που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των επικουρικών θεραπειών	Τελευταία εβδομάδα πρώτου τριμήνου πριν από τη διάγνωση της νόσου $\bar{x}_1$	Τελευταία εβδομάδα τετάρτου τριμήνου μετά από τη διάγνωση της νόσου $\bar{x}_2$	Στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$
Εικόνα σώματος	89,54	80,87	<b>0,000</b>
Μελλοντική προοπτική	49,81	46,66	0,240
Ανεπιθύμητες ενέργειες από την συστηματική θεραπεία	9,57	23,58	<b>0,000</b>
Συμπτώματα από το μαστό	7,41	13,19	<b>0,000</b>
Συμπτώματα από το μπράτσο	5,03	24,12	<b>0,000</b>
Ανησυχία λόγω τριχόπτωσης	58,06	41,93	0,231

**Πίνακας 3.** Αποτελέσματα των παραμέτρων της σεξουαλικής λειτουργικότητας και της σεξουαλικής ευχαρίστησης.

Αποτελέσματα της σεξουαλικής λειτουργικότητας και της σεξουαλικής ευχαρίστησης	Τέσσερις τελευταίες εβδομάδες πρώτου τριμήνου πριν από τη διάγνωση της νόσου $\bar{x}_1$	Τέσσερις τελευταίες εβδομάδες τετάρτου τριμήνου μετά από τη διάγνωση της νόσου $\bar{x}_2$	Στατιστική σημαντικότητα $p < 0,05$
Σεξουαλική λειτουργικότητα	17,58	21,78	<b>0,006</b>
Σεξουαλική ευχαρίστηση	45,77	24,84	<b>0,000</b>