



ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»
«WOMEN'S QUALITY OF LIFE WITH BREAST CANCER»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΚΑΤΣΑΡΗ ΓΑΡΥΦΑΛΙΑ
ΛΑΝΟΥ ΧΑΡΙΛΕΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Πάτρα, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εμπειρία των συμπτωμάτων του καρκίνου του μαστού ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ασθενών και είναι αποτέλεσμα της νόσου ή των θεραπειών της. Η ψυχολογική δυσκολία και η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο επηρεάζονται από την αντιλαμβανόμενη ζωή. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζονται υποστηρικτική φροντίδα για να μην αισθάνονται ψυχολογική κατάπτωση και βοηθηθούν να προσαρμοστούν στην κατάσταση.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπούσε στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα διερευνάται η σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

Υλικό και Μέθοδος: Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα άρθρα τα οποία εντοπίστηκαν σε μηχανές αναζήτησης όπως είναι το Pubmed και το Google Scholar ενώ στο ερευνητικό μέρος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) προκειμένου να συλλεχθούν απαντήσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε ότι το 94,9% των γυναικών περιορίζεται στις έντονες δραστηριότητες. Το 88,1% των γυναικών δεν έχουν αναλογιστεί πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες. Σχετικά με την υγεία του δείγματος παρατηρήθηκε ότι το 64,5% των γυναικών απάντησαν ότι δεν αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους ενώ το 71,7% των γυναικών απάντησαν πως δεν νιώθουν ότι η υγεία τους έχει χειροτερέψει.

Λέξεις – κλειδιά: ποιότητα ζωής, καρκίνος μαστού, ρόλος νοσηλεύτη

ABSTRACT

Introduction: The experience of breast cancer symptoms varies among patients and is a result of the disease or followed treatment. Cancer affects patient's psychological wellbeing as well as their quality of life. Women with breast cancer need psychological support in order to adapt in the situation.

Purpose: This thesis aimed to investigate the quality of life of women with breast cancer in terms of their physical and psychological status over the past 4 weeks. Also some terms are compared with their last year status.

Research material and Method: The bibliographic review used modern articles found on search engines such as Pubmed and Google Scholar. At the same time it must be mentioned that the MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) questionnaire was used to collect answers about the quality of life of women with breast cancer.

Results: From the results of the survey it was observed that 94.9% of women are restricted to intense activities. 88.1% of women have not considered how much time they spent in work or other activities. With regard to the health of the sample it was observed that 64.5% of women responded that they did not become easier sick than other people, while 71.7% of women responded that they did not feel their health was worse.

Keywords: quality of life, breast cancer, nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ΑΒSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	8
1.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	9
1.3 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	15
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	15
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	15
2.2 ΟΙ ΕΠΗΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	16
2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	18
2.4 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	25
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
3.2 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....	25
3.3 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	25
3.4 ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	26
3.5 ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	26
3.6 ΟΡΓΑΝΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	26
3.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	28

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	28
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	32
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	69
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	81
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	89
ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθεια στις γυναίκες παγκοσμίως. Περίπου 230.480 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού και 39.520 θάνατοι αναμένονται στις γυναίκες παγκοσμίως. Περίπου 78% νέες περιπτώσεις θα παρουσιαστούν σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω. Εκτός από τους επεμβατικούς καρκίνους του μαστού, περίπου 57.650 νέες διαγνώσεις του *in situ* καρκίνου του μαστού αναμένονται μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως.

Σήμερα, οι έρευνες για την ποιότητα ζωής (ΠΖ) αποτελούν σημαντικό ζήτημα στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα στην ογκολογική έρευνα. Ο καρκίνος επηρεάζει διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής και ο καρκίνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα σε όλο τον κόσμο. Ο χρόνος διάγνωσης, τα αρχικά στάδια της θεραπείας και οι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι δύσκολες στιγμές για τους ασθενείς τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά.

Λόγω του ότι κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, η κακή προσαρμογή και η μείωση της ΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν εύκολα να εμφανιστούν θεωρήθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον η μελέτη του καρκίνου του μαστού και της ποιότητας ζωής των γυναικών. Ταυτόχρονα, η σημασία και η αναγκαιότητα της μελέτης του συγκεκριμένου ζητήματος έγκειται στο ότι είναι κρίσιμο για τους επαγγελματίες του τομέα υγείας να εξοικειωθούν με την επίδραση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού και την επίδραση που έχει η θεραπεία στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η παρούσα εργασία είναι χωρισμένη σε τέσσερα κεφάλαια. Ειδικότερα το πρώτο κεφάλαιο αφορά την έννοια της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας όπου αναλύονται η μέτρηση της ποιότητας ζωής καθώς επίσης και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το δεύτερο κεφάλαιο σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναλύονται οι επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στους ασθενείς και οι αντιλήψεις τους για την ασθένεια, η σημασία της κάλυψης των αναγκών των ασθενών με καρκίνο του μαστού και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Το τρίτο κεφάλαιο αποτελεί τη μεθοδολογία της έρευνας στην οποία αναλύεται ο σκοπός της έρευνας, το υλικό και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, ο τύπος της έρευνας, ο χρόνος της έρευνας, το όργανο μέτρησης, το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων και η ηθική δεοντολογία. Το

τέταρτο κεφάλαιο αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων. Τέλος, ακολουθούν η συζήτηση και τα συμπεράσματα της έρευνας, η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε και το παράρτημα το οποίο αποτελεί το ερωτηματολόγιο της έρευνας και τις βεβαιώσεις για την άδεια διανομής των ερωτηματολογίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλλόντων, συμπεριλαμβανομένων των τομέων της διεθνούς ανάπτυξης, της υγειονομικής περίθαλψης και της πολιτικής. Η ποιότητα ζωής δεν πρέπει να συγχέεται με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, το οποίο βασίζεται κυρίως στο εισόδημα (Muragundi, Tumkur, Shetty and Naik, 2012).

Η ποιότητα ζωής είναι ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα και προκλήσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Έχουν δημοσιευτεί πολλά σχετικά με το συγκεκριμένο όρο και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να βρεθεί ένας καλύτερος ορισμός του όρου κάτω από διαφορετικές προοπτικές (Muragundi, Tumkur, Shetty and Naik, 2012).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την Ποιότητα Ζωής ως την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχέση του με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος του. Οι τυπικοί δείκτες της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν όχι μόνο τον πλούτο και την απασχόληση, αλλά και το δομημένο περιβάλλον, τη σωματική και ψυχική υγεία, την εκπαίδευση, την αναψυχή και την κοινωνική ένταξη (World Health Organisation, 2000).

Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και των καθοριστικών παραγόντων της έχουν εξελιχθεί από τη δεκαετία του '80 για να συμπεριλάβουν εκείνες τις πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής που μπορεί να αποδειχθεί σαφώς ότι επηρεάζουν την υγεία - είτε τη σωματική είτε τη διανοητική (Kurpas και συν., 2013).

- Σε ατομικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τις αντιλήψεις σωματικής και ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και των συνθηκών υγείας, της λειτουργικής κατάστασης, της κοινωνικής υποστήριξης και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

- Σε επίπεδο κοινότητας, περιλαμβάνει τους πόρους, τις πολιτικές και πρακτικές συνθήκες σε επίπεδο κοινότητας που επηρεάζουν τις αντιλήψεις της υγείας του πληθυσμού και τη λειτουργική κατάσταση.
- Με βάση την επιστημονική βιβλιογραφία η ποιότητα ζωής αποτελεί τη φυσική και ψυχική υγεία του ατόμου ή της ομάδας με την πάροδο του χρόνου.

Στον τομέα της υγείας η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει όλους τους τομείς της ζωής και της εμπειρίας και λαμβάνει υπόψη τον αντίκτυπο της ασθένειας και της θεραπείας. Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) είναι μια ευρεία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει συνήθως υποκειμενικές αξιολογήσεις θετικών και αρνητικών πτυχών της ζωής. Αυτό που καθιστά δύσκολο να μετρηθεί είναι ότι, παρόλο που ο όρος "ποιότητα ζωής" έχει νόημα για σχεδόν όλους, τα άτομα και οι ομάδες μπορούν να το ορίσουν διαφορετικά. Η υγεία είναι ένας από τους σημαντικότερους τομείς της συνολικής ποιότητας ζωής και οι ερευνητές έχουν αναπτύξει χρήσιμες τεχνικές που έχουν συμβάλει στη μέτρηση της (Kurpas και συν., 2013).

1.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η μέτρηση ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για την αξιολόγηση της ποιότητας της υπηρεσίας, της ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη, της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Η χρήση τους αντικατοπτρίζει μια αυξανόμενη εκτίμηση της σημασίας του τρόπου με τον οποίο αισθάνονται οι ασθενείς και του πόσο ικανοποιημένοι είναι με τη θεραπεία εκτός από την εστίαση στα αποτελέσματα των ασθενειών (Pearlman, Uhlmann, 1988).

Από την άποψη αυτή, η μέτρηση ποιότητα ζωής καταγράφει τις προοπτικές των ασθενών για τη νόσο και τη θεραπεία τους, την αντιληπτή ανάγκη τους για υγειονομική περίθαλψη και τις προτιμήσεις τους για θεραπεία και αποτελέσματα. Είναι επικεντρωμένη στον ασθενή. Η πρόκληση στη μέτρηση της ποιότητας της ζωής έγκειται στη μοναδικότητά της απέναντι στα άτομα (Pearlman, Uhlmann, 1988).

Τα ποσοτικοποιημένα μέτρα για την ποιότητα ζωής (ΠΖ) έχουν καταστεί ζωτικό και συχνά απαιτούμενο μέρος της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών, έχουν αναπτυχθεί εκατοντάδες όργανα που έχουν ως σκοπό τη μέτρηση ΠΖ των ασθενών (Ferlay και συν., 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σαφείς σχετικά με τον εννοιολογικό ορισμό της ΠΖ και να μην το συγχέουν με τη λειτουργική κατάσταση, τα συμπτώματα, τις ασθένειες ή τις παρενέργειες της θεραπείας. Παρόλο που ο ορισμός του ΠΖ εξελίσσεται, οι Wyatt και συν. (2013) ορίζουν το ΠΖ ως "ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινων εμπειριών που σχετίζονται με τη γενική ευημερία του ατόμου. Υποδηλώνει αξία βασισμένη στην υποκειμενική λειτουργία σε σύγκριση με τις προσωπικές προσδοκίες και ορίζεται από υποκειμενικές εμπειρίες. Η ποιότητα της ζωής, από την ίδια τη φύση της, είναι ιδιοσυγκρασιακή για το άτομο. Αυτός ο ορισμός υποδηλώνει μια έννοια για το ΠΖ που υπερβαίνει την υγεία. Η κλίμακα ποιότητας ζωής (ΠΖ) που αναπτύχθηκε αρχικά από τον αμερικανό ψυχολόγο, John Flanagan, ανταποκρίνεται στον ορισμό του ΠΖ. Δημιουργήθηκε στη δεκαετία του '70 και έχει προσαρμοστεί για χρήση σε ομάδες χρόνιων ασθενειών (Knobf και συν., 2014)

Σε μελέτη των Singh και συν. (2014), περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή αναπηρία ανέφεραν ότι έχουν εξαιρετική ή καλή ποιότητα ζωής, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις καθημερινές εργασίες. Αρκετές μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ της βαθμολογίας των ασθενών σχετικά με την ποιότητα ζωής τους (Bužgonά και συν., 2015; Nayak και συν., 2017).

Η ποιότητα της ζωής έχει πολλούς διαφορετικούς αλλά σχετικούς καθοριστικούς παράγοντες. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει είτε την καταγραφή της ποιότητας ζωής για κάθε τομέα ξεχωριστά (μέτρηση προφίλ) είτε το συνδυασμό των αποτελεσμάτων από όλους τους τομείς για να δώσει μια σύνθετη βαθμολογία (μέτρηση δείκτη). Σημαντική ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα ήταν ευκολότερη αν υπήρχε κάποια εκτίμηση της σχετικής σημασίας καθενός από αυτούς τους τομείς. Για παράδειγμα, ο πόνος περιλαμβάνεται στη φυσική περιοχή των περισσότερων μέτρων, αλλά η σημασία που αποδίδεται σε αυτό ποικίλλει ανάμεσα στα άτομα (Nayak και συν., 2017)

Ορισμένα μέτρα δεν περιλαμβάνουν καμία στάθμιση, υποθέτοντας ότι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να βρουν συγκριτικές τιμές σε σημαντικούς τομείς ζωής, όπως οι οικογενειακές τους σχέσεις και η ικανότητά τους να εργάζονται. Με τον ίδιο τρόπο που οι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της ζωής είναι ειδικοί για τα άτομα, η σημασία που αποδίδεται σε αυτούς τους καθοριστικούς παράγοντες θα επηρεαστεί από τις προσδοκίες και τις φιλοδοξίες του ατόμου καθώς και από το δικό τους σύστημα πεποιθήσεων και τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα, όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση, η γεωγραφική θέση και η οικογενειακή κατάσταση. Η χρήση ποσοτικοποιημένων μέτρων που δεν είναι επικεντρωμένα στον ασθενή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ορισμένα προβλήματα. Εάν δεν καλύπτουν τομείς που είναι σημαντικοί για μεμονωμένους ασθενείς, μπορεί να μην είναι έγκυρα μέτρα για αυτούς τους ασθενείς (Wani και συν., 2012).

1.3 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται μέσω ενός ερωτηματολογίου που δημιουργείται από έναν ερευνητή. Οι ασθενείς καλούνται να προσδιορίσουν τις πέντε πτυχές της ζωής τους που είναι πιο σημαντικές και στη συνέχεια να αξιολογήσουν την τρέχουσα κατάσταση τους σε κάθε μία από αυτές τις πτυχές χρησιμοποιώντας μια κλίμακα που κυμαίνεται από 0 έως 100. Στην έκδοση άμεσης βαρύτητας οι ασθενείς καλούνται στη συνέχεια να αξιολογήσουν τη σχετική σημασία καθεμιάς από τις περιοχές που χρησιμοποιούν (Wani και συν., 2012).

1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πολυπλοκότητα στον καθορισμό των βασικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής τόνισε την ανάγκη ομαδοποίησης παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής οι οποίοι είναι οι εξής:

(1) φυσικοί παράγοντες

(2) οικονομικοί παράγοντες - εισόδημα και βιοτικό επίπεδο και

(3) παράγοντες κοινωνικής διάρθρωσης - κοινωνικά δίκτυα, πολιτιστικό περιβάλλον,

Σύμφωνα με τους Ζου και συν. (2014) οι τομείς όπως η υγεία, το εισόδημα και το περιβάλλον έχουν αντίκτυπο στην ικανοποίηση της ζωής ενός ατόμου εν γένει και είναι όλοι αλληλοσυνδεδεμένοι, αλλά η προσωπικότητα του ατόμου θα επηρεάσει επίσης τον τρόπο μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή τους.

Οι Καοκαι συν. (2015) δηλώνουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αφορούν την γενική κατάσταση της υγείας τους, το περιβάλλον, την απασχόληση και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Το περιβάλλον σχετίζεται με τα φυσικά, κοινωνικά, πολιτιστικά και οικονομικά στοιχεία που μπορούν είτε να ενισχύσουν είτε να μειώσουν την ποιότητα ζωής. Η υγεία αφορά τη σωματική, πνευματική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η απασχόληση καλύπτει το εισόδημα του ατόμου.

Οι βασικές έννοιες όσον αφορά την ποιότητα ζωής είναι οι εξής: (Huang και συν., 2017)

(1) Φυσικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν την ποιότητα της στέγασης, την πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες όπως καταστήματα, μεταφορές και άλλες δημόσιες υπηρεσίες, όπως βιβλιοθήκες και άλλα καταστήματα αναψυχής.

(2) Κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν τα μέλη της οικογένειας, τα κοινωνικά δίκτυα, το επίπεδο υποστήριξης που μπορεί να αντληθεί από τα οικογενειακά και κοινωνικά δίκτυα και τα επίπεδα δραστηριοτήτων αναψυχής στο οποίο συμμετέχει το άτομο.

(3) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν το γενικό βιοτικό επίπεδο, το εισόδημα που διατίθεται στο άτομο και άλλα μέσα πλούτου.

(4) Πολιτιστικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν την ηλικία, την τάξη, το φύλο και τη θρησκευτική κλίση του ατόμου.

(5) Παράγοντες υγείας που περιλαμβάνουν τη γενική υγεία, την ψυχική ευεξία του ατόμου και τη φυσική κινητικότητα.

(6) Οι παράγοντες προσωπικότητας που περιλαμβάνουν το αν το άτομο είναι αισιόδοξοι ή απαισιόδοξοι, θα επηρεάσουν όλα την υποκειμενικότητα από το άτομο στο μέτρο της ικανοποίησης από τη ζωή τους.

(7) Παράγοντες αυτονομίας που περιλαμβάνουν το βαθμό στον οποίο ένα άτομο έχει την ικανότητα να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις.

(8) Ικανοποίηση υποκειμενική για το άτομο - το επίπεδο ικανοποίησης σε όλους τους τομείς της ζωής τους που θεωρούν σημαντικό (Huang και συν., 2017).

Η χρόνια ασθένεια είναι μια ασθένεια με οξεία ή υποξεία έναρξη, στην οποία δεν υπάρχει πλήρης θεραπεία, αλλά απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία και αποκατάσταση. Πολλές χρόνιες παθήσεις απαιτούν συνεχή επανάληψη διαγνωστικών εξετάσεων, και μερικές φορές επεμβατικές διαδικασίες για 'αυτό συχνά συνοδεύονται από μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα, θλίψη, κατάθλιψη και φόβο. Οι χρόνιες ασθένειες μειώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και αυξάνουν την ανάγκη τους για κοινωνικές υπηρεσίες (π.χ. υγειονομική περίθαλψη) (Kurpasetal., 2013).

Η χρόνια ασθένεια διαταράσσει τη ζωή ενός ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι επηρεάζεται η ευημερία και η ποιότητα ζωής του. Οι χρόνιες ασθένειες είναι ασθένειες μεγάλης διάρκειας και γενικά αργής εξέλιξης. Προκαλούν σημαντική εξασθένηση της ποιότητας ζωής. Σημαντικό μέρος της διαδικασίας θεραπείας στους χρόνιους ασθενείς είναι η διατήρηση ανεξάρτητης λειτουργίας στην καθημερινή ζωή. Στις χρόνιες ασθένειες, η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τον τύπο της νόσου, τον χρόνο έναρξης, την ένταση των συμπτωμάτων, τις επιλογές θεραπείας, τις παρενέργειες της θεραπείας, την ηλικία του ασθενούς κλπ. (Kurpasetal., 2013).

Η σημασία της ποιότητας ζωής σε χρόνιες παθήσεις αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο, δεδομένης της επίδρασής της στην ευημερία των ασθενών, στη χρήση πόρων υγείας και σε ποικίλα στοιχεία που απαιτούνται για μια επιτυχημένη καθημερινή ζωή.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου μπορεί να είναι φυσικοί ή συναισθηματικοί. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Φυσικοί παράγοντες: άσκηση, διατροφή, σωματική άνεση, υγιεινή, ανακούφιση από τον πόνο.
- Διανοητικοί παράγοντες: συμμετοχή σε δραστηριότητες
- Συναισθηματικοί παράγοντες: αξιοπρέπεια, ψυχολογική ασφάλεια, αυτονομία
- Κοινωνικοί παράγοντες: κοινωνική επαφή, κοινωνική στήριξη (Lukowskyetal., 2013).

Σημαντικές αλλαγές συμβαίνουν στη ζωή των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία και νοσούν από κάποια χρόνια ασθένεια παρά τις εξελίξεις της ιατρικής στα θεραπευτικά μοντέλα. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλά σωματικά, ψυχολογικά και

κοινωνικά προβλήματα. Τα συμπτώματα όπως η κόπωση, η κράμπα, ο πόνος, οι διαταραχές ύπνου, η δύσπνοια, η κατάθλιψη, η ναυτία, ο εμετός κ.α. επηρεάζουν αρνητικά όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και της ποιότητας ζωής των ατόμων. Στον κοινωνικό τομέα παρουσιάζονται προβλήματα καθώς επηρεάζονται η εργασία, οι διατροφικές συνήθειες, οι οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις αρνητικά (Katayamaetal., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερα διαγνωσμένος καρκίνος στις γυναίκες, με περίπου 1.38 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις διαγνωσμένες το 2008. Οι πρόοδοι στο διαγνωστικό έλεγχο και στη θεραπεία μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη επιβίωση. Επομένως, η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης πάθησης ως χρόνιας νόσου έχει γίνει ένα κοινό φαινόμενο (IARC, 2014; Ferlay και συν., 2017).

Περίπου 230.480 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού και 39.520 θάνατοι αναμένονται στις γυναίκες παγκοσμίως. Περίπου το 78% των νέων περιπτώσεων και το 87% των θανάτων από καρκίνο του μαστού θα εμφανιστούν σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω. Εκτός από τους επεμβατικούς καρκίνους του μαστού, περίπου 57.650 νέες διαγνώσεις του *in situ* καρκίνου του μαστού αναμένονται μεταξύ των γυναικών στις ΗΠΑ (Shin και συν., 2017).

Ο καρκίνος του μαστού είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες παγκοσμίως μετά από τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο του πνεύμονα, που αντιστοιχούσαν σε περισσότερους από 41.000 θανάτους. Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσώπευε επίσης το 31% όλων των καρκίνων στις γυναίκες και το 15% όλων των θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο στις γυναίκες. Παρόλο που οι καρδιολογικές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού είναι η ασθένεια που πολλές γυναίκες φοβούνται περισσότερο. Εκτιμάται ότι μία στις οκτώ γυναίκες θα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ο αριθμός των γυναικών με καρκίνο του μαστού αυξάνεται ετησίως. Κάθε χρόνο, πάνω από 1,1 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως διαγιγνώσκονται και 410.000 γυναίκες πεθαίνουν από την ασθένεια (Ferlay και συν., 2017).

Προηγούμενα στοιχεία έχουν δείξει ότι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορεί να μην παρουσιάζουν εμφανή ένδειξη της νόσου, αλλά πάσχουν από μια σειρά από προβλήματα που εξακολουθούν να υπάρχουν πολύ καιρό μετά την αρχική θεραπεία, όπως σωματικά προβλήματα (πόνος και κόπωση), ψυχολογικά προβλήματα (ο φόβος της υποτροπή και αδυναμία αντιμετώπισης της νόσου) και ψυχοκοινωνικά προβλήματα (οικογενειακές ανησυχίες και σεξουαλικά προβλήματα). Κατά

συνέπεια, υπάρχει μεγάλη ανάγκη να παρέχουμε εκπαίδευση, πληροφόρηση και υποστήριξη με την πάροδο του χρόνου (Wöckel και συν., 2017).

Το κόστος της συγκεκριμένης ασθένειας αποτελείται από το άμεσο κόστος, το κόστος νοσηρότητας και το κόστος θνησιμότητας. Σε εκτεταμένες περιόδους, οι δαπάνες για τον καρκίνο αυξάνονται με παρόμοιο ρυθμό με το συνολικό κόστος για την υγεία. Σύμφωνα με τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας, ο καρκίνος του μαστού εκτιμάται ότι κοστίζει 209,9 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως το 2005, από τα οποία τα 118,4 δισεκατομμύρια δολάρια οφείλονταν στο κόστος, 74,0 δισεκατομμύρια δολάρια οφείλονταν σε άμεσες ιατρικές δαπάνες που δαπανήθηκαν για υγειονομική περίθαλψη) και 17,5 δισεκατομμύρια δολάρια οφείλονταν στο κόστος νοσηρότητας (Theofilou, 2012).

2.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού όχι μόνο πρέπει να αντιμετωπίσουν το σωματικό βάρος της κατάστασής τους, αλλά τις ψυχολογικές συννοσηρότητες που είναι κοινές στους επιζώντες του καρκίνου του μαστού, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν περιγράψει συναισθήματα απελπισίας, φόβου θανάτου και ανησυχίας για το πώς η ασθένειά τους θα επηρέαζε τις οικογένειές τους και την οικονομική τους κατάσταση. Η διάγνωση του καρκίνου μεταβάλλει τη ζωή και μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς να αμφισβητήσουν τις πεποιθήσεις για τον εαυτό τους και τον περίγυρο και να ξεκινήσουν να αναζητούν τις αιτίες. Το να θέτονται ερωτήματα όπως «Γιατί έχω πάθει αυτή την ασθένεια;» ή «Τι προκάλεσε αυτή την ασθένεια;» μπορεί να προσφέρει στους ασθενείς με καρκίνο έναν τρόπο να κατανοήσουν την κατάστασή τους και οποιαδήποτε συνοδευτική συμπτωματολογία (Dumalaon-Canaria και συν., 2014).

Στην ψυχολογία, " Η θεωρία παραδοχής " αναφέρεται ως η διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι προσπαθούν να εξηγήσουν τα αίτια ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος. Οι τυπικές κατηγορίες αιτιώδους καταλογισμού περιλαμβάνουν τον εαυτό των ασθενών, την κληρονομικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και την τύχη (Dumalaon-Canaria και συν., 2014).

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα και ψυχοκοινωνική δυσφορία που επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα ζωής τους (ΠΖ). ΗΠΖ αποτελείται γενικά από έναν αριθμό τομέων που περιλαμβάνουν τη φυσική λειτουργία, την ψυχολογική ευεξία (όπως επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης) και την κοινωνική υποστήριξη (Kang και συν., 2017).

Οι εμπειρίες τους από τον καρκίνο του μαστού ποικίλλουν, αλλά θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν τις εξής φάσεις: διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και ψυχολογική διαχείριση, υποτροπή, ολοκλήρωση της θεραπείας και επανένταξη στις καθημερινές λειτουργίες. Η χημειοθεραπεία, για παράδειγμα, είναι μια μορφή θεραπείας που μπορεί να προκαλέσει σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που επηρεάζουν δυσμενώς την ΠΖ του ασθενή. Άλλες επιδράσεις του καρκίνου είναι ο θυμός, η θλίψη και ο πόνος (Sharma και συν., 2017).

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η ψυχοκοινωνική δυσφορία που αισθάνονται οι ασθενείς κατά τη διάγνωση μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία τους, επειδή αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι συντριπτικά. Πολλές γυναίκες που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού μπορεί να αισθάνονται ανήσυχες, σοκαρισμένες και φοβισμένες. Οι ψυχολογικές θεραπείες θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ασθενείς να εξοικειωθούν με τα συναισθήματά τους και να διαχειριστούν ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, των διαταραχών πανικού και των διαταραχών άγχους (Yan και συν., 2016).

Οι Li και συν. (2015) ανέφεραν ότι μια άλλη σημαντική πτυχή της ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι η διαδικασία που χρησιμοποιεί το άτομο για να προσαρμοστεί στην ασθένειά του. Συγκεκριμένα, αυτό συμβαίνει όταν ένα άτομο μετατοπίζει τις προτεραιότητες και τις προσδοκίες του κατά τη διάρκεια των αξιολογήσεων ώστε να προσαρμόζεται με τις διαφορετικές περιστάσεις του.

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την υγεία και την ασθένεια και η σχέση της με τη συμπεριφορά ενός ατόμου για την υγεία και τη νόσο έχει λάβει αυξημένη προσοχή. Η κατανόηση αυτών των ζητημάτων είναι σημαντική για το σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, τη θεραπεία και αποκατάσταση, τη διαχείριση

της τήρησης της θεραπείας, την εκπαίδευση των ασθενών και την παροχή συμβουλών για την οικογένεια (Ραίνα και συν., 2015).

Το πιο εμπειρικά υποστηριζόμενο θεωρητικό μοντέλο σχετικά με τη αντίληψη της νόσου είναι το μοντέλο αυτορύθμισης των αντιλήψεων της κοινής αίσθησης ασθένειας (Self-Regulation Model of Common Sense Illness Representations-SRM). Έχει εφαρμοστεί σε διαφορετικές σωματικές και ψυχικές ασθένειες. Οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο συνήθως δεν έχουν σημαντική επίδραση στις πεποιθήσεις αν και έχουν αναφερθεί διάφορες διαφορές. Ωστόσο, η ύπαρξη της ασθένειας ή η ύπαρξη ενός άρρωστου συγγενή έχει βρεθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στις αντιλήψεις ασθένειας (Ραίνα και συν., 2015).

Σε περιπτώσεις όπου οι αντιλήψεις για την ασθένεια έχουν συγκριθεί από τους υγιείς και τους μη υγιείς διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς έχουν μια πιο συνεκτική αντίληψη που είναι πιο κοντά στις ιατρικές γνώσεις σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ασθενήσει οι οποίοι έχουν πιο δυσμενή αντίληψη της νόσου με πιο ανακριβείς πεποιθήσεις, αρνητικές εννοιολογικές αντιλήψεις. Έχει επιβεβαιωθεί ότι οι αντιλήψεις των υγιών ανθρώπων δεν είναι μια ακριβής αναπαράσταση των εμπειριών των ασθενών ενώ από μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι υγιείς αντιλαμβάνονται τον καρκίνο ως λιγότερο απειλητική, δυσάρεστη και αρνητικά επηρεασμένη κατάσταση σε σχέση με τους ασθενείς. Έχει διαπιστωθεί ότι η άμεση εμπειρία με τον καρκίνο, δηλαδή, οι ασθενείς, μπορεί να οδηγήσει σε πιο θετικές και ρεαλιστικές αντιλήψεις για τη συγκεκριμένη ασθένεια (Ηο και συν., 2018).

2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Τα εργαλεία ΠΖ χρησιμοποιούνται σε κλινικές δοκιμές για την πρόβλεψη της επιβίωσης, την ανταπόκριση στη θεραπεία και την εξέταση της ψυχολογικής νοσηρότητας (Theofilou, 2012). Η κατανόηση της επίδρασης της θεραπείας του καρκίνου του μαστού στην ΠΖ του ασθενούς είναι ένα κεντρικό κλινικό και ερευνητικό ερώτημα. Έρευνες δείχνουν ότι με τον αριθμό των επιζώντων που αυξάνονται τα τελευταία χρόνια, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν αξιολογηθεί με πολλαπλά μέσα ΠΖ προκειμένου να συγκριθούν οι επιδράσεις του καρκίνου του μαστού και των θεραπειών του στα άτομα με χρόνιες ασθένειες και σε

υγιείς γυναίκες (Theofilou, 2012). Η ΠΖ αποτελείται από πολλούς τομείς, όπως φυσική λειτουργία, ψυχολογική ευημερία (όπως τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης) και κοινωνική υποστήριξη (Ηοκαι συν.,2018).

Οι Rahou και συν. (2016) αναφέρουν ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα της διάγνωσης και της θεραπείας τους. Οι αξιολογήσεις της ΠΖ μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διάγνωση, την πρόγνωση, την αξιολόγηση, την παρακολούθηση των ασθενών, την κλινική λήψη αποφάσεων, την επικοινωνία και τη θεραπεία. Άλλες χρήσεις περιλαμβάνουν το σχεδιασμό της παρέμβασης, την κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού και τη μείωση του κόστους.

2.4 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η βελτίωση της έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη επιβίωση αυτών των ασθενών. Επίσης ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει την ταυτότητα των γυναικών και ως εκ τούτου τη μελέτη της ποιότητας ζωής σε γυναίκες που χάνουν το στήθος τους η οποία είναι ζωτικής σημασίας. Επιπλέον, πιστεύεται ότι οι γυναίκες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οικογένεια. Το ζήτημα της «επιβίωσης» έχει πλέον γίνει ένα σημαντικό θέμα στη φροντίδα του καρκίνου του μαστού που απαιτεί τη διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού και των θεραπειών του (Ηο και συν.,2018).

Μελέτες διαπίστωσαν ότι κατά την αξιολόγηση της ΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το στάδιο της νόσου και να περιλαμβάνει: γυναίκες με μη επεμβατικό καρκίνο του μαστού, γυναίκες που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και είναι πρώιμου σταδίου ή προχωρημένες καταστάσεις, γυναίκες που επιβίωσαν μετά την πρώτη θεραπεία, γυναίκες που έχουν επιζήσει από πέντε έτη και άνω (Theofilou, 2012).

Ογκολόγοι, νοσηλευτές και ψυχοκοινωνικό προσωπικό συμφωνούν ότι η ΠΖ είναι μια σημαντική μεταβλητή για να εξεταστεί η θεραπεία του καρκίνου. Ωστόσο, οι ασθενείς και οι γιατροί έχουν συχνά διαφορετικές προτεραιότητες όσον αφορά τη

θεραπεία και την επίδραση που θα έχει η ασθένεια στη ζωή ενός ασθενούς και τα πιθανά αποτελέσματα. Η χρησιμοποίηση των απόψεων των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων δεν θα ενίσχυε μόνο τους ασθενείς αλλά θα μπορούσε επίσης να βελτιώσει την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία (Theofilou, 2012).

Οι Chen και συν. (2018) αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα των ασθενών θα μπορούσαν να βελτιωθούν περαιτέρω αξιοποιώντας τις εκτιμήσεις της ΠΖ για την ανίχνευση και τη θεραπεία λειτουργικών και ψυχολογικών προβλημάτων που δεν έχουν τεθεί στο προσκήνιο. Οι άνθρωποι των οποίων οι προσδοκίες ικανοποιούνται στους τομείς που θεωρούν πιο σημαντικούς είναι αυτοί που αναφέρουν μια καλή ΠΖ.

Η ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού αξιολογείται συχνότερα με τη χρήση αυτοεξυπηρέτησης ερωτηματολογίων. Επί του παρόντος, υπάρχει ένα εργαλείο ειδικά σχεδιασμένο για την αξιολόγηση της μακροπρόθεσμης ΠΖ σε πληθυσμούς επιβίωσης των καρκίνων του μαστού: το εργαλείο αυτό αποτελεί την κλίμακα καρκίνου του μαστού μακροχρόνιας ποιότητας ζωής (Long-Term Quality of Life Breast Cancer scale-LTQOL-BC) (Ecclestone και συν., 2015).

Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε το 2010 σε μια ομάδα γυναικών με καρκίνο του μαστού σταδίου I-III. Το εργαλείο το οποίο αποτελείται από 28 στοιχεία αξιολογεί την ΠΖ στους τομείς της σωματικής λειτουργίας, της κοινωνικής υποστήριξης, της εικόνας του σώματος, της σεξουαλικής λειτουργίας, της αντιμετώπισης, του μελλοντικού προσανατολισμού, της γνωστικής λειτουργίας και του αντίκτυπου του καρκίνου του μαστού. Το συγκεκριμένο εργαλείο στοχεύει στην αξιολόγηση της ΠΖ ασθενών που έχουν διαγνωσθεί από 5 έτη και άνω με καρκίνο του μαστού (Ecclestone και συν., 2015).

Άλλο ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για την ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού και δείχνει πόσο σημαντική είναι η μέτρηση ΠΖ των ασθενών αυτών είναι το ερωτηματολόγιο McGill-QoL (MQoL). Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε αρχικά για παρηγορητικούς ασθενείς και πρόσφατα χρησιμοποιείται επίσης για χρόνιες ασθένειες. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεωρηθεί ως μια χρόνια κατάσταση λόγω της μακροπρόθεσμης ιατρικής παρακολούθησης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 16 + 1 ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με τους ακόλουθους τομείς: σωματικά συμπτώματα, σωματική ευεξία, ψυχολογικά συμπτώματα, ευημερία και υποστήριξη. Οι 16 ερωτήσεις είναι με τη χρήση της

κλίμακας Likert και η 1 είναι ανοιχτή ερώτηση. Το πλεονέκτημα της χρήσης μιας κλίμακας Likert είναι το γεγονός ότι είναι μια πολυδιάστατη κλίμακα χρησιμοποιώντας διαφορετικές δηλώσεις με τις οποίες οι ερωτηθέντες καλούνται να υποδείξουν ποια δήλωση είναι καταλληλότερη για την προσωπική τους κατάσταση (DeVrieze και συν., 2016).

2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην ιδανική θέση να αναλάβουν το ρόλο του βασικού εργαζόμενου για ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Αυτό οφείλεται στη συνεχή ανάπτυξη της εκπαίδευσης του νοσηλευτή στον τομέα του καρκίνου. Καθώς η νοσηλευτική ασχολείται με την ενίσχυση της τεκμηριωμένης βάσης για την πρακτική, υπάρχει μια απομάκρυνση από την περιγραφική και διερευνητική έρευνα μέχρι τη δοκιμή νέων παρεμβάσεων και την ευρύτερη χρήση περισσότερο ερευνητικών σχεδίων αξιολόγησης (Shor και συν., 2015).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να βασίζονται σε στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι δράσεις που εφαρμόζονται μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αναπτύσσουν τις γνώσεις και την εμπειρογνωμοσύνη για να προωθήσουν και να υιοθετήσουν μεθόδους οι οποίες θα παρέχουν τα καλύτερα στοιχεία για την υποστήριξη της πρακτικής, ώστε οι επιλογές να είναι ορθές και να οδηγήσουν σε οφέλη για τους ασθενείς και τον περίγυρο τους (Baczewska και συν. 2014).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις προάγουν αποτελεσματική φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και υπογραμμίζουν την ανάγκη για τους ασθενείς να λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται, ακριβώς όταν το χρειάζονται. Είναι σημαντικό, παράλληλα με την προώθηση της υψηλής ποιότητας περίθαλψης και την ενδυνάμωση των ασθενών, να τονιστεί η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών του τομέα της υγείας και των ασθενών. Η ανάγκη ενημέρωσης και χειραφέτησης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους είναι εξαιρετικά σημαντική. Τα θέματα που είναι σημαντικά για τους ασθενείς είναι: η θεραπεία, η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός, η καλή επικοινωνία, ο καλύτερος δυνατός έλεγχος των συμπτωμάτων και η ψυχολογική υποστήριξη (Tsitsis και συν., 2014).

Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην προνομιακή θέση να αξιοποιήσουν τις ευκαιρίες που τους παρουσιάζονται στην καθημερινή τους εργασία ώστε να επηρεάσουν, να ενθαρρύνουν και να υποστηρίξουν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την υγεία των γυναικών αυτών ενθαρρύνοντας αυτές να συμμετάσχουν περισσότερο στην καλύτερευση της υγείας τους. Ο ρόλος των νοσηλευτών αφορά στην καθοδήγηση των ασθενών και την εκπαίδευση τους. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει: Την ενθάρρυνση των γυναικών να εξοικειωθούν με το στήθος τους, την διαχείριση των προβλημάτων τους από την θεραπευτική παρέμβαση, την ενημέρωσή τους σχετικά με το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, τη συνέχιση της φροντίδας των γυναικών μετά τη θεραπευτική παρέμβαση (Baczewska και συν. 2014).

Λόγω της επίδρασης του καρκίνου του μαστού στην εικόνα του σώματος και των στενών σχέσεων καθώς και της αυξανόμενης επίπτωσής του στις νεότερες γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού συνδέεται με σημαντική συναισθηματική δυσφορία. Οι ανάγκες για ψυχοκοινωνική υποστήριξη και για λεπτομερείς πληροφορίες είναι συνήθως πολύ υψηλές. Η κατάλληλη ανταπόκριση στις ανάγκες αυτές μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Ο κύριος στόχος που κάθε νοσηλευτής που πρέπει να αναπτύξει κατά την άσκηση της σταδιοδρομίας του είναι να ενδυναμώνει τον ασθενή παρέχοντας πληροφορίες, συμβουλές και υποστήριξη (Shor και συν., 2015).

Η εμπειρία των συμπτωμάτων του καρκίνου του μαστού ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ασθενών και είναι αποτέλεσμα της νόσου ή των θεραπειών της. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν συχνά κόπωση, άγχος, κατάθλιψη, δυσκοιλιότητα, ναυτία και πόνο, προβλήματα συγκέντρωσης, διαταραχές του ύπνου και δύσπνοια. Τα ορατά σημεία περιλαμβάνουν εμετό, διάρροια, απώλεια μαλλιών και αλλαγή βάρους. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ένα βασικό στοιχείο της ποιοτικής φροντίδας για να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια των θεραπειών και του χρόνου. Ο κύριος ρόλος νοσηλευτή κατά την εφαρμογή θεραπείας διαχείρισης συμπτωμάτων στην περίθαλψη ασθενών και οικογενειών είναι η αξιολόγηση και η διαχείριση των αναγκών (Shor και συν., 2015).

Η ψυχολογική δυσκολία και η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο επηρεάζονται από την αντιλαμβανόμενη ζωή. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού υποφέρουν από δυσφορία μεγαλύτερης κλίμακας λόγω απροσδόκητων συμπτωμάτων και όχι από τα συμπτώματα που τους είπαν ότι θα

μπορούσαν να περιμένουν. Αντιμετωπίζουν πολύ καλύτερα τα αναμενόμενα συμπτώματα και έχουν δίκιο από το άγνωστο. Οι παρεμβάσεις διαχείρισης του συμπτώματος μειώνουν τη δυσφορία. Οι επεμβάσεις νοσηλευτικής φροντίδας έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματα σε σχέση με τη δυσφορία των συμπτωμάτων (Baczewska και συν. 2014).

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζονται υποστηρικτική φροντίδα για να ανακουφίσουν την ψυχολογική δυσφορία και να τους βοηθήσουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση. Η υποστηρικτική φροντίδα είναι μια στάση που διευκολύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις και την σωματική και ψυχοκοινωνική άνεση του ατόμου. Υπάρχουν διαφορετικές ανάγκες υποστήριξης που αντιμετωπίζονται με άτομα με καρκίνο του μαστού, όπως σωματική, ενημερωτική, συναισθηματική, πρακτική/απτή υποστήριξη, τα οποία επηρεάζονται από προσωπικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Tsitsis και συν., 2014).

Η ενημερωτική φροντίδα αναφέρεται στις συμβουλές για την αντιμετώπιση του προβλήματος, η συναισθηματική υποστήριξη συμβάλλει στο συναίσθημα, δίνεται, φροντίζεται και αγαπά. Η υποστήριξη αποτελεί μια άμεση βοήθεια, όπως η φροντίδα ενός ασθενούς που πάσχει από σοβαρές ασθένειες. Υπάρχουν διάφοροι προσωπικοί παράγοντες, όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι προσωπικές εμπειρίες του καρκίνου του μαστού (συμπτώματα, ιστορικό όγκου του μαστού κ.λπ.), η οικογενειακή διάρθρωση, οι πόροι αντιμετώπισης και η κοινωνική υποστήριξη, οι οποίες έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ολιστική ευημερία του ασθενούς (Tsitsis και συν., 2014).

Οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν την εξατομικευμένη ενημερωτική και συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται από τους επαγγελματίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τη συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Οι ασθενείς με καρκίνο χρειάζονται συνεχώς υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με την νόσο που αντιμετωπίζουν και επαγγελματική φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό (Baczewska και συν. 2014).

Η συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το κλειδί για την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι ασθενείς με θεραπείες όπως η χημειοθεραπεία έχουν συχνά ναυτία, αδυναμία και άλλες παρενέργειες. Η καθημερινή τους ζωή καθίσταται δυσκολότερη και, κατά συνέπεια, αυξάνονται οι ανάγκες για πρακτική βοήθεια με την κατ 'οίκον φροντίδα και άλλες ανάλογες

καθημερινές εργασίες. Επιπλέον, το άγχος και οι φόβοι για την εξάπλωση ή την επιστροφή του καρκίνου αναγνωρίζονται συνήθως μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία και οι οποίοι συνεπώς χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη για την αντιμετώπιση αυτών των ψυχολογικών προβλημάτων. Η ολοκληρωμένη ψυχολογική υποστηρικτική φροντίδα ενισχύει τις ανάγκες που σχετίζονται με την παρεχόμενη πληροφόρηση, τη διαχείριση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών αυτών και των συναισθημάτων τους (Tsitsis και συν., 2014).

Οι παρεμβάσεις που παρέχονται από επαγγελματίες νοσηλευτές, όπως ο συντονισμός της φροντίδας, η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, η παροχή εκπαίδευσης, δείχνουν ότι βοηθούν τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τους φροντιστές τους να διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους. Η παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό έχει δείξει βελτίωση της συναισθηματικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής, αυξημένη ικανοποίηση με φροντίδα και μείωση του αριθμού των φυσικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Baczewska και συν. 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Πιο αναλυτικά διερευνάται η σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

3.2 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Υπό μελέτη δείγμα.

Οι γυναίκες που πήραν μέρος στην παρούσα έρευνα ήταν μέλη των συλλόγων ατόμων με εμπειρία καρκίνου Καλαμάτας Ξαναρχί-ΖΩ και Άλμα Ζωής στην Πάτρα. Ως κριτήρια για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν οι γυναίκες να είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και όχι κάποιο άλλο τύπο. Συλλέχθηκαν 64 ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί τη μετάφραση από το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).

3.3 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η λήψη ηθικών αποφάσεων προϋποθέτει όχι μόνο την καλή γνώση του κώδικα δεοντολογίας, αλλά και την ανάπτυξη μιας διευρυμένης συλλογιστικής πάνω στις ηθικές όψεις ενός ζητήματος. Στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχουσες μπορούσαν να αποχωρήσουν όποια στιγμή επιθυμούσαν από την απάντηση του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι ερωτηθείσες γνώριζαν εξ αρχής τους σκοπούς της συγκέντρωσης των δεδομένων. Για τη λήψη των απαντήσεων λήφθηκε άδεια κατόπιν επικοινωνίας με τους πρόεδρους των συλλόγων.

3.4 ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική, όπως όλες οι περιγραφικές έρευνες έτσι και αυτή αποσκοπεί στην περιγραφή ορισμένων χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού (γυναίκες με καρκίνο του μαστού). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στις συμμετέχουσες και έπειτα συγκεντρώθηκαν τα απαντημένα ερωτηματολόγια με σκοπό να αναλυθούν.

3.5 ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο του 2018 έως τον Ιανουάριο του 2019.

3.6 ΟΡΓΑΝΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από 40 ερωτήσεις.

- Τα ερωτήματα του ερωτηματολογίου σχετίζονταν με:
- Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (4 ερωτήσεις)
- Τον περιορισμό των δραστηριοτήτων (10 ερωτήσεις)
- Τα προβλήματα της σωματικής υγείας (4 ερωτήσεις)
- Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας (3 ερωτήσεις)
- Τις κοινωνικές δραστηριότητες (2 ερωτήσεις)
- Τον πόνο (2 ερωτήσεις)
- Την ενέργεια και τα συνθήματα (9 ερωτήσεις)
- Γενικά θέματα γύρο από την υγεία. (6 ερωτήσεις)

Οι ερωτήσεις είχαν απαντήσεις ενώ στο ερωτηματολόγιο υπήρχε ένα εισαγωγικό κείμενο που ενημέρωνε τις γυναίκες για το σκοπό τη έρευνας.

3.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σχετικά με τον τρόπο της ανάλυσης των δεδομένων αυτή έγινε με την 22^η έκδοση του στατιστικού πακέτου της IBM, το SPSS. Αρχικά τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν μετατράπηκαν σε ψηφιακή μορφή για να αναλυθούν. Ενώ στη συνέχεια

μέσω του στατιστικού πακέτου αναλύθηκαν με τη διαδικασία των συχνοτήτων η οποία χρησιμοποιείται στην πλειοψηφία των περιγραφικών ερευνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερώτηση Δημογραφικών 1: Ηλικία

Με βάση τον ακόλουθο πίνακα κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (35 γυναίκες) ήταν από 51 έως 60 ετών αποτελώντας το 54,7% του έγκυρου δείγματος, ενώ 25 γυναίκες ήταν από 61 ετών και άνω αποτελώντας το 39,1% του έγκυρου δείγματος. Επιπλέον 4 γυναίκες ήταν από 41 έως 50 ετών αποτελώντας το 6,3% του έγκυρου δείγματος.

		Ηλικία			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	από 41 έως 50 ετών	4	4,0	6,3	6,3
	από 51 έως 60 ετών	35	35,4	54,7	60,9
	από 61 ετών και άνω	25	25,3	39,1	100,0
	Total	64	64,6	100,0	
Missing	System	35	35,4		
	Total	99	100,0		

Πίνακας 1: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε την ηλικία τους. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση Δημογραφικών 2: Οικογενειακή κατάσταση

Με βάση τον ακόλουθο πίνακα κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (34 γυναίκες) ήταν έγγαμες αποτελώντας το 34,3% του έγκυρου δείγματος, ενώ 12 γυναίκες ήταν άγαμες και διαζευγμένες αποτελώντας το 12,1% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση. Επιπλέον 6 γυναίκες ήταν χήρες αποτελώντας το 9,4% του έγκυρου δείγματος.

Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Έγγαμη	34	34,3	53,1	53,1
	Άγαμη	12	12,1	18,8	71,9
Valid	Εν χηρεία	6	6,1	9,4	81,3
	Διαζευγμένη	12	12,1	18,8	100,0
	Total	64	64,6	100,0	
Missing	System	35	35,4		
	Total	99	100,0		

Πίνακας 2: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε την οικογενειακή κατάσταση τους. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση Δημογραφικών 3: Ηλικία εμφάνισης της νόσου

Με βάση τον ακόλουθο πίνακα κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (48 γυναίκες) απάντησαν πως τους εμφανίστηκε η νόσος όταν ήταν από 51 έως 60 ετών αποτελώντας το 75% του έγκυρου δείγματος, ενώ 9 γυναίκες ήταν από 61 ετών και άνω όταν τους εμφανίστηκε η νόσος αποτελώντας το 14,1% του έγκυρου δείγματος. Επιπλέον 7 γυναίκες ήταν από 41 έως 50 ετών όταν τους εμφανίστηκε η νόσος αποτελώντας το 10,9% του έγκυρου δείγματος.

Ηλικία εμφάνισης της νόσου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	από 41 έως 50 ετών	7	7,1	10,9	10,9
	από 51 έως 60 ετών	48	48,5	75,0	85,9
	από 61 ετών και άνω	9	9,1	14,1	100,0
	Total	64	64,6	100,0	
Missing	System	35	35,4		
	Total	99	100,0		

Πίνακας 3: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε την ηλικία που τους εμφανίστηκε η νόσος τους. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση Δημογραφικών 4: Ύπαρξη παιδιών

Με βάση τον ακόλουθο πίνακα κατέστη εμφανές πως οι μισές γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα είχαν παιδιά ενώ οι υπόλοιπες δεν είχαν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Ναι	32	32,3	50,0	50,0
Valid	Όχι	32	32,3	50,0	100,0
	Total	64	64,6	100,0	
Missing	System	35	35,4		
	Total	99	100,0		

Πίνακας 4: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν είχαν παιδιά. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Ερώτηση 1: Γενικά, πως θα κρίνατε την υγεία σας;

Με βάση τον πίνακα 1κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (44 γυναίκες) έκριναν την υγεία τους από καλή έως πολύ καλή αποτελώντας το 68,8% του έγκυρου δείγματος, ενώ 18 γυναίκες έκριναν την υγεία τους ως μέτρια αποτελώντας το 28,1% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 1 γυναίκα έκρινε την υγεία της εξαιρετική και μια φτωχή αποτελώντας το 1,6% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Γενικά, πως θα κρίνατε την υγεία σας;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Εξαιρετική	1	1,0	1,6
	Πολύ καλή	16	16,2	25,0
	Καλή	28	28,3	43,8
	Μέτρια	18	18,2	28,1
	Φτωχή	1	1,0	1,6
	Σύνολο	64	64,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	35	35,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 5: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πώς κρίνουν την υγεία τους. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 2: Σε σχέση με πέρυσι, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;

Με βάση τον πίνακα 2κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (46 γυναίκες) έκριναν την υγεία τους από λίγο έως πολύ χειρότερη σε σχέση με πέρυσι αποτελώντας το 71,9% του έγκυρου δείγματος, ενώ 18 γυναίκες έκριναν την υγεία τους από λίγο έως πολύ καλύτερη σε σχέση με πέρυσι αποτελώντας το 28,1% του έγκυρου δείγματος.

Σε σχέση με πέρυσι, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Πολύ καλύτερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο	10	10,1	15,6
Λίγο καλύτερη, από τον προηγούμενο χρόνο	8	8,1	12,5
Έγκυρο Λίγο χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο	35	35,4	54,7
Πολύ χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο	11	11,1	17,2
Σύνολο	64	64,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	35	35,4
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 6: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πώς θα χαρακτήριζαν την υγεία τους σε σχέση με πέρυσι. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 3: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στις έντονες δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 3 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (56 γυναίκες) περιορίζονται στις έντονες δραστηριότητες από λίγο έως πολύ λόγω από το επίπεδο της υγείας τους αποτελώντας το 94,9% του έγκυρου δείγματος, ενώ 3 γυναίκες δεν περιορίζονται καθόλου στις έντονες δραστηριότητες λόγω του επιπέδου της υγείας τους αποτελώντας το 5,1% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στις έντονες δραστηριότητες;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Περιορίζει πολύ	24	24,2	40,7
	Περιορίζει λίγο	32	32,3	54,2
	Δεν περιορίζει καθόλου	3	3,0	5,1
	Σύνολο	59	59,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	40	40,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 7: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους στις έντονες δραστηριότητες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 4: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στις μέτριας έντασης δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 4κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (34 γυναίκες) περιορίζονται στις μέτριας έντασης δραστηριότητες από λίγο έως πολύ λόγω του επιπέδου της υγείας τους αποτελώντας το 56,6% του έγκυρου δείγματος, ενώ 26 γυναίκες δεν περιορίζονται καθόλου στις μέτριας έντασης δραστηριότητες λόγω του επιπέδου της υγείας τους αποτελώντας το 43,3% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στις μέτριας έντασης δραστηριότητες;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Περιορίζει πολύ	2	2,0	3,3
	Περιορίζει λίγο	32	32,3	53,3
	Δεν περιορίζει καθόλου	26	26,3	43,3
	Σύνολο	60	60,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	39	39,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 8: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους στις μέτριας έντασης δραστηριότητες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 5: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στην άρση ή μεταφορά τροφίμων;

Με βάση τον πίνακα 5κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (31 γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου στην άρση ή μεταφορά τροφίμων λόγω του επιπέδου της υγείας τους αποτελώντας το 52,5% του έγκυρου δείγματος, ενώ 28 γυναίκες περιορίζονται από λίγο έως πολύ στην άρση ή μεταφορά τροφίμων λόγω του επιπέδου της υγείας τους αποτελώντας το 47,5% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στην άρση ή μεταφορά τροφίμων;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Περιορίζει πολύ	3	3,0	5,1
	Περιορίζει λίγο	25	25,3	42,4
Έγκυρο	Δεν περιορίζει καθόλου	31	31,3	52,5
	Σύνολο	59	59,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	40	40,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 9: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους στην άρση ή μεταφορά τροφίμων. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 6: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν ανεβαίνετε σκάλες μερικές φορές;

Με βάση τον πίνακα δκατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (30γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν ανεβαίνουν σκάλες αποτελώντας το 50,8% του έγκυρου δείγματος, ενώ 29 γυναίκες περιορίζονται από λίγο έως πολύ λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν ανεβαίνουν σκάλες μερικές φορές αποτελώντας το 49,2% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν ανεβαίνετε σκάλες μερικές φορές;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Περιορίζει πολύ	6	6,1	10,2
	Περιορίζει λίγο	23	23,2	39,0
	Δεν περιορίζει καθόλου	30	30,3	50,8
	Σύνολο	59	59,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	40	40,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 10: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν ανεβαίνουν σκάλες μερικές φορές. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 7: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν ανεβαίνετε σκάλα μια φορά;

Με βάση τον πίνακα 7 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (45 γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν ανεβαίνουν σκάλα αποτελώντας το 78,9% του έγκυρου δείγματος, ενώ 12 γυναίκες περιορίζονται από λίγο έως πολύ, λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν ανεβαίνουν σκάλα μια φορά αποτελώντας το 21,1% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν ανεβαίνετε σκάλα μια φορά;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Περιορίζει πολύ	1	1,0	1,8
	Περιορίζει λίγο	11	11,1	19,3
	Δεν περιορίζει καθόλου	45	45,5	78,9
	Σύνολο	57	57,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	42	42,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 11: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν ανεβαίνουν σκάλα μια φορά. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 8: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στο γονάτισμα ή το σκύψιμο;

Με βάση τον πίνακα δκατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (38γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν γονατίζουν ή σκύβουν αποτελώντας το 65,5% του έγκυρου δείγματος, ενώ 20 γυναίκες περιορίζονται από λίγο έως πολύ λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν γονατίζουν ή σκύβουν αποτελώντας το 34,4% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας στο γονάτισμα ή το σκύψιμο;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Περιορίζει πολύ	6	6,1	10,3
	Περιορίζει λίγο	14	14,1	24,1
	Δεν περιορίζει καθόλου	38	38,4	65,5
	Σύνολο	58	58,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	41	41,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 12: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν γονατίζουν ή σκύβουν. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 9: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο;

Με βάση τον πίνακα 9κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (32 γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν περπατάνε πάνω από ένα χιλιόμετρο αποτελώντας το 55,2% του έγκυρου δείγματος, ενώ 26 γυναίκες περιορίζονται από λίγο έως πολύ λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν περπατάνε πάνω από ένα χιλιόμετρο αποτελώντας το 44,9% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Περιορίζει πολύ	7	7,1
	Περιορίζει λίγο	19	19,2
Έγκυρο	Δεν περιορίζει καθόλου	32	55,2
	Σύνολο	58	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	41	41,4
	Σύνολο	99	100,0

Πίνακας 13: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν περπατάνε πάνω από ένα χιλιόμετρο. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 10: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν περπατάτε μερικά οικοδομικά τετράγωνα;

Με βάση τον πίνακα 10 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (38 γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου όταν περπατάνε μερικά οικοδομικά τετράγωνα από το επίπεδο της υγείας τους αποτελώντας το 65,5% του έγκυρου δείγματος, ενώ 20 γυναίκες περιορίζονται από λίγο έως πολύ λόγω του επιπέδου της υγείας τους στο περπάτημα μερικών οικοδομικών τετράγωνων αποτελώντας το 34,5% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν περπατάτε μερικά οικοδομικά τετράγωνα;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Περιορίζει πολύ	7	7,1	12,1
	Περιορίζει λίγο	13	13,1	22,4
	Δεν περιορίζει καθόλου	38	38,4	65,5
	Σύνολο	58	58,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	41	41,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 14: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν περπατάνε μερικά οικοδομικά τετράγωνα. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 11: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν περπατάτε ένα οικοδομικό τετράγωνο;

Με βάση τον πίνακα 11 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (49 γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου από το επίπεδο της υγείας τους όταν περπατάνε ένα οικοδομικό τετράγωνο αποτελώντας το 84,5% του έγκυρου δείγματος, ενώ 9 γυναίκες περιορίζονται λίγο λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν περπατάνε ένα οικοδομικό τετράγωνο αποτελώντας το 15,5% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν περπατάτε ένα οικοδομικό τετράγωνο;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Περιορίζει λίγο	9	9,1	15,5
Έγκυρο	Δεν περιορίζει καθόλου	49	49,5	84,5
	Σύνολο	58	58,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	41	41,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 15: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν περπατάνε ένα οικοδομικό τετράγωνο. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 12: Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν κάνετε μπάνιο η ντύνεστε;

Με βάση τον πίνακα 12 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (51 γυναίκες) δεν περιορίζονται καθόλου λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται αποτελώντας το 85,0% του έγκυρου δείγματος, ενώ 9 γυναίκες περιορίζονται λίγο λόγω του επιπέδου της υγείας τους όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται αποτελώντας το 15,0% του έγκυρου δείγματος.

Πόσο σας περιορίζει το επίπεδο της υγείας σας όταν κάνετε μπάνιο ή ντύνεστε;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Περιορίζει λίγο	9	9,1	15,0
Έγκυρο	Δεν περιορίζει καθόλου	51	51,5	85,0
	Σύνολο	60	60,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	39	39,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 16: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο τις περιορίζει το επίπεδο της υγείας τους όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 13: Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία, αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 13 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (52 γυναίκες) όσον αφορά τη σωματική τους υγεία δεν έχουν αναλογιστεί πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 88,1% του έγκυρου δείγματος, ενώ το υπόλοιπο 11,9% του έγκυρου δείγματος αναλογίστηκε κάτι τέτοιο (7 γυναίκες).

**Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία,
αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη
δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Ναι	7	7,1	11,9
Έγκυρο Όχι	52	52,5	88,1
Σύνολο	59	59,6	100,0
Κενά Συστηματι στοιχεία κό λάθος	40	40,4	
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 17: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν έχουν αναλογιστεί το πόσο χρόνο έχουν ξοδέψει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, όσον αφορά τη σωματική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 14: Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία, αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε;

Με βάση τον πίνακα 14 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (35 γυναίκες) αναφορικά με την σωματική τους υγεία δεν αξιολόγησαν τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα ήθελαν αποτελώντας το 58,3% του έγκυρου δείγματος, ενώ 25 γυναίκες αναφορικά με την σωματική τους υγεία αξιολόγησαν τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα ήθελαν αποτελώντας το 41,7% του έγκυρου δείγματος.

**Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία,
αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό
που θα θέλατε;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Ναι	25	25,3	41,7
Έγκυρο Όχι	35	35,4	58,3
Σύνολο	60	60,6	100,0
Κενά Συστηματι στοιχεία κό λάθος	39	39,4	
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 18: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν αξιολόγησαν τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα ήθελαν, όσον αφορά τη σωματική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 15: Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία, είχατε κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 15 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (35 γυναίκες) αναφορικά με την σωματική τους υγεία δεν είχαν κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 59,3% του έγκυρου δείγματος, ενώ 24 γυναίκες αναφορικά με την σωματική τους υγεία είχαν κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 40,7% του έγκυρου δείγματος.

Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία, είχατε κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Ναι	24	24,2	40,7
Έγκυρο Όχι	35	35,4	59,3
Σύνολο	59	59,6	100,0
Κενά Συστηματικά στοιχεία Κό λάθος	40	40,4	
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 19: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν είχαν κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, όσον αφορά τη σωματική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 16: Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία, είχατε δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς σας ή σε άλλες δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 16κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (31 γυναίκες) αναφορικά με τη σωματική τους υγεία δεν είχαν κάποια δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς τους ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 51,7% του έγκυρου δείγματος, ενώ 29 γυναίκες είχαν κάποια δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς τους ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 48,3% του έγκυρου δείγματος.

**Όσον αφορά τη σωματική σας υγεία, είχατε
δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς σας ή σε
άλλες δραστηριότητες;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Ναι	29	29,3	48,3
Έγκυρο Όχι	31	31,3	51,7
Σύνολο	60	60,6	100,0
Κενά Συστηματι στοιχεία κό λάθος	39	39,4	
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 20: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν είχαν κάποια δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς τους ή σε άλλες δραστηριότητες, όσον αφορά τη σωματική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 17: Όσον αφορά τη ψυχική σας υγεία, αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά;

Με βάση τον πίνακα 17 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (49 γυναίκες) αναφορικά με τη ψυχική τους υγεία δεν αναλογίστηκαν πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 79,0% του έγκυρου δείγματος, ενώ 13 γυναίκες αναλογίστηκαν πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες αποτελώντας το 21,0% του έγκυρου δείγματος.

**Όσον αφορά τη ψυχική σας υγεία,
αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη
δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;**

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Ναι	13	13,1
Έγκυρο	Όχι	49	49,5
	Σύνολο	62	62,6
Κενά Συστηματι στοιχεία κό λάθος		37	37,4
	Σύνολο	99	100,0

Πίνακας 21: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν αναλογίστηκαν πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, όσον αφορά τη ψυχική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 18: Όσον αφορά τη ψυχική σας υγεία, αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο από αυτό που θα θέλατε;

Με βάση τον πίνακα 18 φαίνεται εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (39 γυναίκες) αναφορικά με την ψυχική τους υγεία δεν αξιολογήσανε τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα θέλανε, αποτελώντας το 63,9% του έγκυρου δείγματος, ενώ 22 γυναίκες αναφορικά με την ψυχική τους υγεία αξιολογήσανε τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα θέλανε αποτελώντας το 36,1% του έγκυρου δείγματος.

Όσον αφορά τη ψυχική σας υγεία, αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Ναι	22	22,2	36,1
Έγκυρο Όχι	39	39,4	63,9
Σύνολο	61	61,6	100,0
Κενά Συστηματικά στοιχεία Κό λάθος	38	38,4	
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 22: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν αξιολογήσανε τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα θέλανε, όσον αφορά τη ψυχική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 19: Όσον αφορά τη ψυχική σας υγεία, δεν κάνατε τη δουλειά σας η άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά ως συνήθως;

Με βάση τον πίνακα 19 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (37 γυναίκες) αναφορικά με τη ψυχική τους υγεία κάνανε τη δουλειά τους η άλλες δραστηριότητες προσεκτικά ως συνήθως αποτελώντας το 60,7% του έγκυρου δείγματος, ενώ 24 γυναίκες αναφορικά με τη ψυχική τους δεν κάνανε τη δουλειά τους η άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά ως συνήθως αποτελώντας το 39,3% του έγκυρου δείγματος.

Όσον αφορά τη ψυχική σας υγεία, δεν κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά ως συνήθως;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Ναι	24	24,2	39,3
Έγκυρο Όχι	37	37,4	60,7
Σύνολο	61	61,6	100,0
Κενά Συστηματι στοιχεία κό λάθος	38	38,4	
Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 23: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το εάν δεν κάνανε τη δουλειά τους η άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά ως συνήθως, όσον αφορά τη ψυχική τους υγεία. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 20: Κατά πόσο επέδρασαν τα ψυχικά σας προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές σας δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 20 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (35 γυναίκες) απάντησαν ότι τα ψυχικά τους προβλήματα ή η σωματική τους υγεία επέδρασε από καθόλου έως ελάχιστα στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες αποτελώντας το 55,6% του έγκυρου δείγματος. Ενώ 13 γυναίκες απάντησαν ότι τα ψυχικά τους προβλήματα ή η σωματική τους υγεία επέδρασε λίγο στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες αποτελώντας το 20,6% του έγκυρου δείγματος. Την ίδια στιγμή 12 γυναίκες απάντησαν ότι τα ψυχικά τους προβλήματα ή η σωματική τους υγεία επέδρασε μέτρια στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες αποτελώντας το 19,0% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 3 γυναίκες απάντησαν ότι τα ψυχικά τους προβλήματα ή η σωματική τους υγεία επέδρασε πάρα πολύ στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες αποτελώντας το 4,8% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Κατά πόσο επέδρασαν τα ψυχικά σας προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές σας δραστηριότητες;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Καθόλου	10	10,1	15,9
Ελάχιστα	25	25,3	39,7
Λίγο	13	13,1	20,6
Μέτρια	12	12,1	19,0
Πάρα πολύ	3	3,0	4,8
Έγκυρο	Σύνολο	63	63,6
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4
	Σύνολο	99	100,0

Πίνακας 24: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το κατά πόσο επέδρασαν τα ψυχικά τους προβλήματα ή η σωματική τους υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 21: Πόσο πονέσατε σωματικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Με βάση τον πίνακα 21 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (26 γυναίκες) ένιωσαν από πολύ ήπιο έως ήπιο σωματικό πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 40,6% του έγκυρου δείγματος, ενώ 15 γυναίκες δεν πόνεσαν σωματικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 23,4% του έγκυρου δείγματος. Την ίδια στιγμή 18 γυναίκες πόνεσαν μέτρια σωματικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 28,1% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 5 γυναίκες πόνεσαν από αρκετά έως πολύ σωματικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 7,9% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Πόσο πονέσατε σωματικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Καθόλου	15	15,2	23,4
Πολύ ήπια	15	15,2	23,4
Ήπια	11	11,1	17,2
Έγκυρο Μέτρια	18	18,2	28,1
Αρκετά	4	4,0	6,3
Πολύ	1	1,0	1,6
Σύνολο	64	64,6	100,0

Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	35	35,4
	Σύνολο	99	100,0

Πίνακας 25: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο πονέσανε σωματικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 22: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ο πόνος επέδρασε στη δουλειά σας;

Με βάση τον πίνακα 22 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (37 γυναίκες) απάντησαν πως ο πόνος επέδρασε στη δουλειά τους από καθόλου έως λίγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 57,8% του έγκυρου δείγματος, ενώ 18 γυναίκες απάντησαν πως ο πόνος είχε μέτρια επίδραση στη δουλειά τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 28,1% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 9 γυναίκες απάντησαν πως ο πόνος επέδρασε στη δουλειά τους από αρκετά έως πολύ τις τελευταίες 4 εβδομάδες αποτελώντας το 14,1% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ο πόνος επέδρασε στη δουλειά σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Καθόλου	19	19,2	29,7
Λίγο	18	18,2	28,1
Έγκυρο Μέτρια	18	18,2	28,1
Αρκετά	6	6,1	9,4
Πολύ	3	3,0	4,7

	Σύνολο	64	64,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	35	35,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 26: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο επέδρασε ο πόνος στη δουλειά τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 23: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε γεμάτες ζωντάνια;

Με βάση τον πίνακα 23 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (41 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν γεμάτες ζωντάνια από συνέχεια έως αρκετά συχνά αποτελώντας το 65,0% του έγκυρου δείγματος, ενώ 22 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν γεμάτες ζωντάνια από καθόλου έως για λίγο χρόνο αποτελώντας το 34,9% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε γεμάτες ζωντάνια;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	
Όλο το χρόνο	5	5,1	7,9	
Πολύ χρόνο	15	15,2	23,8	
Έγκυρο	Αρκετό χρόνο	21	21,2	33,3
	Λίγο χρόνο	16	16,2	25,4
	Πολύ λίγο χρόνο	5	5,1	7,9

	Καθόλου	1	1,0	1,6
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 27: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν γεμάτες ζωντάνια τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 24: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο ήσασταν πάρα πολύ νευρικές;

Με βάση τον πίνακα 24 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (44 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες ήταν πάρα πολύ νευρικές, από καθόλου έως για λίγο χρόνο αποτελώντας το 69,8% του έγκυρου δείγματος, ενώ 19 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες ήταν πάρα πολύ νευρικές, από συνέχεια έως αρκετά συχνά αποτελώντας το 30,1% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο ήσασταν πάρα πολύ νευρικές;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Όλο το χρόνο	3	3,0	4,8
Πολύ χρόνο	4	4,0	6,3
Έγκυρο	Αρκετό χρόνο	12	12,1
	Λίγο χρόνο	15	15,2
	Πολύ λίγο χρόνο	17	17,2

	Καθόλου	12	12,1	19,0
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 28: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο ήταν πάρα πολύ νευρικές τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 25: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;

Με βάση τον πίνακα 25 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (46 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να τους φτιάξει τη διάθεση από καθόλου έως για λίγο αποτελώντας το 75,4% του έγκυρου δείγματος, ενώ 15 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να τους φτιάξει τη διάθεση από αρκετό έως για πολύ χρόνο αποτελώντας το 24,6% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Πολύ χρόνο	5	5,1	8,2
	Αρκετό χρόνο	10	10,1	16,4

	Λίγο χρόνο	13	13,1	21,3
	Πολύ λίγο χρόνο	15	15,2	24,6
	Καθόλου	18	18,2	29,5
	Σύνολο	61	61,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	38	38,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 29: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να τους φτιάξει τη διάθεση τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 26: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε ήρεμες και γαλήνιες;

Με βάση τον πίνακα 26κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (38 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθανόντουσαν ήρεμες και γαλήνιες από συνέχεια έως αρκετά συχνά αποτελώντας το 60,2% του έγκυρου δείγματος, ενώ 25 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν ήρεμες και γαλήνιες από καθόλου έως για πολύ λίγο χρόνο αποτελώντας το 39,7% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε ήρεμες και γαλήνιες;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %

	Όλο το χρόνο	4	4,0	6,3
	Πολύ χρόνο	20	20,2	31,7
	Αρκετό χρόνο	14	14,1	22,2
Έγκυρο	Λίγο χρόνο	9	9,1	14,3
	Πολύ λίγο χρόνο	14	14,1	22,2
	Καθόλου	2	2,0	3,2
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 30: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν ήρεμες και γαλήνιες τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 27: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο είχατε πολύ ενέργεια;

Με βάση τον πίνακα 27 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (39 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες είχαν πολύ ενέργεια από συνέχεια έως αρκετά συχνά αποτελώντας το 61,9% του έγκυρου δείγματος, ενώ 24 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες είχαν πολύ ενέργεια από καθόλου έως για πολύ λίγο χρόνο αποτελώντας το 38,1% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο είχατε πολύ ενέργεια;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Όλο το χρόνο	7	7,1	11,1
	Πολύ χρόνο	16	16,2	25,4
	Αρκετό χρόνο	16	16,2	25,4
Έγκυρο	Λίγο χρόνο	12	12,1	19,0
	Πολύ λίγο χρόνο	11	11,1	17,5
	Καθόλου	1	1,0	1,6
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 31: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο είχαν πολύ ενέργεια τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 28: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε μελαγχολικές;

Με βάση τον πίνακα 28 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (44 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν μελαγχολικές από καθόλου έως για λίγο χρόνο αποτελώντας το 69,9% του έγκυρου δείγματος, ενώ 19 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν μελαγχολικές από αρκετό έως για πολύ χρόνο αποτελώντας το 30,1% του έγκυρου δείγματος.

**Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε
μελαγχολικές;**

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Πολύ χρόνο	5	5,1	7,9
	Αρκετό χρόνο	14	14,1	22,2
	Λίγο χρόνο	10	10,1	15,9
Έγκυρο	Πολύ λίγο χρόνο	24	24,2	38,1
	Καθόλου	10	10,1	15,9
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 32: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν μελαγχολικές τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 29: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε νευρικές;

Με βάση τον πίνακα 29 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (45 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν νευρικές από καθόλου έως για λίγο χρόνο αποτελώντας το 71,4% του έγκυρου δείγματος, ενώ 18 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθανόντουσαν νευρικές από συνέχεια έως για αρκετό χρόνο αποτελώντας το 28,6% του έγκυρου δείγματος.

**Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε
νευρικές;**

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Όλο το χρόνο	1	1,0	1,6
	Πολύ χρόνο	3	3,0	4,8
	Αρκετό χρόνο	14	14,1	22,2
Έγκυρο	Λίγο χρόνο	12	12,1	19,0
	Πολύ λίγο χρόνο	18	18,2	28,6
	Καθόλου	15	15,2	23,8
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 33: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν νευρικές τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 30: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε ευτυχείς;

Με βάση τον πίνακα 30 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (37 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθανόντουσαν ευτυχείς από συνέχεια έως για αρκετό χρόνο αποτελώντας το 58,7% του έγκυρου δείγματος, ενώ 26 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες

αισθάνθηκαν ευτυχείς από καθόλου έως για λίγο χρόνο αποτελώντας το 41,3% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε ευτυχείς;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %	
Όλο το χρόνο	8	8,1	12,7	
Πολύ χρόνο	16	16,2	25,4	
Αρκετό χρόνο	13	13,1	20,6	
Έγκυρο	λίγο χρόνο	9	9,1	14,3
	Πολύ λίγο χρόνο	15	15,2	23,8
	Καθόλου	2	2,0	3,2
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 34: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν ευτυχείς τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 31: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε κουρασμένες;

Με βάση τον πίνακα 31 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (38 γυναίκες) απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν κουρασμένες από καθόλου έως για λίγο χρόνο αποτελώντας το 60,3% του έγκυρου δείγματος, ενώ 25 γυναίκες απάντησαν πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες

αισθανόντουσαν κουρασμένες από συνέχεια έως για αρκετό χρόνο αποτελώντας το 39,7% του έγκυρου δείγματος.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο χρόνο αισθανθήκατε κουρασμένες;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Όλο το χρόνο	1	1,0	1,6
	Πολύ χρόνο	7	7,1	11,1
	Αρκετό χρόνο	17	17,2	27,0
Έγκυρο	Λίγο χρόνο	16	16,2	25,4
	Πολύ λίγο χρόνο	20	20,2	31,7
	Καθόλου	2	2,0	3,2
	Σύνολο	63	63,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	36	36,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 35: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσο χρόνο αισθάνθηκαν κουρασμένες τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 32: Πόσες φορές η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα, αναμείχθηκαν στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;

Με βάση τον πίνακα 32 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (30 γυναίκες) απάντησαν πως η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα αναμείχθηκαν στις κοινωνικές τους δραστηριότητες από καθόλου έως λίγες φορές αποτελώντας το 49,2% του έγκυρου δείγματος, ενώ 25 γυναίκες απάντησαν πως η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα αναμείχθηκαν μερικές φορές στις κοινωνικές τους δραστηριότητες αποτελώντας το 41,0% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 6 γυναίκες απάντησαν πως η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα αναμείχθηκαν στις κοινωνικές τους δραστηριότητες από συνεχώς έως τις περισσότερες φορές αποτελώντας το 9,8% του έγκυρου δείγματος.

Πόσες φορές η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα, αναμείχθηκαν στις κοινωνικές σας δραστηριότητες;

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Συνεχώς	1	1,0
	Τις περισσότερες φορές	5	5,1
Έγκυρο	Μερικές φορές	25	25,3
	Λίγες φορές	14	14,1
	Καθόλου	16	16,2
	Σύνολο	61	61,6
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	38	38,4
	Σύνολο	99	100,0

Πίνακας 36: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το πόσες φορές η σωματική τους υγεία ή τα συναισθηματικά τους προβλήματα αναμείχθηκαν στις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 33: Κατά πόσο αρρωσταίνετε πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους;

Με βάση τον πίνακα 33 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (40 γυναίκες) απάντησαν πως δεν αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους αποτελώντας το 64,5% του έγκυρου δείγματος, ενώ 17 γυναίκες απάντησαν πως δεν ξέρουν αν αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους αποτελώντας το 27,4% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 5 γυναίκες απάντησαν πως αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους αποτελώντας το 8,0% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Κατά πόσο αρρωσταίνετε πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Αληθής	3	3,0	4,8
	Αρκετά αληθής	2	2,0	3,2
	Δεν ξέρω	17	17,2	27,4
Έγκυρο	Αρκετά ψευδής	22	22,2	35,5
	Ψευδής	18	18,2	29,0
	Σύνολο	62	62,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	37	37,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 37: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το κατά πόσο αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 34: Κατά πόσο είστε όσο υγιής όσο και οι άλλοι άνθρωποι;

Με βάση τον πίνακα 34 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (30 γυναίκες) απάντησαν πως νιώθουν υγιής όσο και οι άλλοι άνθρωποι αποτελώντας το 48,4% του έγκυρου δείγματος, ενώ 14 γυναίκες απάντησαν πως δεν ξέρουν αν είναι υγιής όσο και οι άλλοι άνθρωποι αποτελώντας το 22,6% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 18 γυναίκες απάντησαν πως δεν νιώθουν υγιής όσο και οι άλλοι άνθρωποι αποτελώντας το 29,1% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Κατά πόσο είστε όσο υγιής όσο και οι άλλοι άνθρωποι;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
	Αληθής	9	9,1	14,5
	Αρκετά αληθής	21	21,2	33,9
	Δεν ξέρω	14	14,1	22,6
Έγκυρο	Αρκετά ψευδής	13	13,1	21,0
	Ψευδής	5	5,1	8,1
	Σύνολο	62	62,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	37	37,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 38: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το κατά πόσο είναι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 35: Κατά πόσο η υγεία σας έχει χειροτερέψει;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Αληθής	2	2,0	3,3
	Αρκετά αληθής	3	3,0	5,0
	Δεν ξέρω	12	12,1	20,0
	Αρκετά ψευδής	24	24,2	40,0
	Ψευδής	19	19,2	31,7
	Σύνολο	60	60,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	39	39,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Με βάση τον πίνακα 35 κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (43 γυναίκες) απάντησαν πως δεν νιώθουν ότι η υγεία τους έχει χειροτερέψει αποτελώντας το 71,7% του έγκυρου δείγματος, ενώ 12 γυναίκες απάντησαν πως δεν ξέρουν κατά πόσο η υγεία τους έχει χειροτερέψει αποτελώντας το 20,0% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 5 γυναίκες απάντησαν πως νιώθουν ότι η υγεία τους έχει χειροτερέψει αποτελώντας το 8,3% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Πίνακας 39: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το κατά πόσο υγεία τους έχει χειροτερέψει. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

Ερώτηση 36: Κατά πόσο η υγεία σας είναι εξαιρετική;

Με βάση τον πίνακα 36κατέστη εμφανές πως οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (27 γυναίκες) απάντησαν πως νιώθουν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική αποτελώντας το 44,3% του έγκυρου δείγματος, ενώ 26 γυναίκες απάντησαν πως δεν νιώθουν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική αποτελώντας το 42,6% του έγκυρου δείγματος. Τέλος 8 γυναίκες απάντησαν πως δεν ξέρουν κατά πόσο υγεία τους είναι εξαιρετική αποτελώντας το 13,1% του έγκυρου δείγματος σε κάθε περίπτωση.

Κατά πόσο η υγεία σας είναι εξαιρετική;

		Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό %
Έγκυρο	Αληθής	5	5,1	8,2
	Αρκετά αληθής	22	22,2	36,1
	Δεν ξέρω	8	8,1	13,1
	Αρκετά ψευδής	16	16,2	26,2
	Ψευδής	10	10,1	16,4
	Σύνολο	61	61,6	100,0
Κενά στοιχεία	Συστηματικό λάθος	38	38,4	
	Σύνολο	99	100,0	

Πίνακας 40: Παρουσίαση των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση που διερευνούσε το κατά πόσο η υγεία τους είναι εξαιρετική. Παράθεση των συχνοτήτων, των εκατοστιαίων και των έγκυρων εκατοστιαίων συχνοτήτων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διερεύνηση παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, όπως ο τύπος της θεραπευτικής αγωγής, ο χρόνος που έχει παρέλθει από την αρχική διάγνωση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζουν ιδιαίτερη σημασία προκειμένου να επιτευχθεί η παροχή της βέλτιστης δυνατής φροντίδας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Yan et al. (2016) καθώς τα ποσοστά επιβίωσης του καρκίνου του μαστού συνεχίζουν να αυξάνονται, και να αγγίζουν σήμερα 88% η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών έχει γίνει πρωταρχικός στόχος των επαγγελματιών υγείας. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται στην παρούσα μελέτη. Στη μελέτη των Muragundi et.al (2012) αναφέρεται πως η ΠΖ αξιολογείται συνήθως για ασθενείς που λαμβάνουν ήδη θεραπεία, τα μακροπρόθεσμα προβλήματα που σχετίζονται με την ΠΖ και βιώνουν οι επιζώντες του καρκίνου του μαστού είναι λιγότερο σαφώς τεκμηριωμένα. Για την υποστήριξη των γυναικών αυτών οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν την επίδραση της νόσου και της θεραπείας της στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού ώστε να καθίστανται ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Σύμφωνα με την μελέτη των Li et.al. (2015) ο αντίκτυπος της επιβίωσης του καρκίνου επηρεάζει την ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού τόσο θετικά όσο και αρνητικά, με φυσικές και ψυχολογικές αλλαγές που διαφέρουν από τους ασθενείς που μόλις έχουν διαγνωσθεί και από αυτούς που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία γεγονός που επιβεβαιώνεται από την παρούσα μελέτη στο κομμάτι των ψυχοσωματικών προβλημάτων. Στην μελέτη των Kang et.al. (2017) η γνώση 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. Συνεπώς τα προβλήματα που επηρεάζουν την ΠΖ των ασθενών περιλαμβάνουν κόπωση, διαταραχές ύπνου, φόβο επανεμφάνισης, πόνο, άγχος και προβλήματα εικόνας του σώματος με βάση των έρευνα των Kang αλλά και με βάση των παρούσα έρευνα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνου του μαστού επηρεάζεται τόσο από τα ψυχολογικά όσο και από τα σωματικά τους προβλήματα. Το άγχος της γυναίκας να επιβιώσει καθώς και οι επιπλοκές της θεραπείας στους καθημερινούς ρυθμούς της έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών. Η συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων με την ποιότητα ζωής επιβεβαιώνεται στην έρευνα των Ηοκai συν. (2018).

Η έρευνα του Theofilou (2012) αναφέρει ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που παρακολουθούνται σε έναν φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να διευρύνει την κατανόηση των επαγγελματιών για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς τους βιώνουν την εν λόγω μετάβαση, συμβάλλοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Τα αποτελέσματα παρόμοιων αξιολογήσεων θα μπορούσαν επίσης να αξιοποιηθούν στη συμβουλευτική σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ή και στην ενημέρωσή τους σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές, τις πιθανές τους επιδράσεις και τους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών που ενδέχεται να ανακύψουν. Συνεπώς η ποιότητα ζωής εξαρτάται από το στάδιο της νόσου καθώς και την ηλικία της διάγνωσης γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών απάντησε πως περιορίζεται στις έντονες δραστηριότητες αποδεικνύουν ότι οι δράσεις που εφαρμόζονται μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών όπως φαίνεται και από την έρευνα των Baczevska et al. (2014).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Rahou et al. (2016) οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και οι διαφοροποιήσεις τους ανάλογα με τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, τον τύπο θεραπείας τον οποίο δέχονται και τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού μπορεί να διευρύνει την κατανόηση των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς τους βιώνουν τη νόσο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας όπως επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη. Η σημασία των πολλαπλών πηγών στήριξης τονίζεται και από τους Huang et al. (2017), 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.

Με βάση τη μελέτη των Wani et.al. (2002) η λειτουργικότητα που νιώθει η γυναίκα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής της. Ο βαθμός με τον οποίο μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για τη μακροχρόνια ποιότητα ζωής. 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 η ίδια η ασθενής. Ουσιαστικά, αποτελεί συμπλήρωμα της παραδοσιακής βιολογικής μέτρησης, περιγράφοντας παράλληλα τι η ασθενής έχει βιώσει σαν αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή του. Η σημαντικότητα του βαθμού αυτοεξυπηρέτησης καθώς και η ποιότητα της υγείας της ασθενούς επιβεβαιώνεται με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας. Η έρευνα των Ecclestone και συν. (2015) προσδιορίζει αυτό το βαθμό αυτοεξυπηρέτησης σαν ένα αυτόνομο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται στην παρούσα έρευνα όπου οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού θέτουν τις ατομικές τους δραστηριότητες σαν ένα σημείο επιρροής της ποιότητας ζωής του. Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών. 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 αποκατάσταση του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή είχε θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής, αλλά κυρίως επιδρούσε θετικά στην εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα και την αυτοεκτίμηση. Παρόλο που η αποκατάσταση του μαστού είναι προσωπική υπόθεση της ασθενούς και αυτή πρέπει να έχει τον πρώτο λόγο, εντούτοις είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να έχουν συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση για τις νέες μεθόδους πλαστικής αποκατάστασης, καθώς και να γνωρίζουν τη χρησιμότητα τέτοιων μεθόδων και πόσο καθοριστική επίδραση έχουν στην ποιότητα ζωής και την εικόνα του σώματος. Σύμφωνα με την έρευνα των Baczewska και συν. (2014) η αλλαγμένη εικόνα του σώματος, προκαλεί stress και απαιτεί στήριξη στη γυναίκα ασθενή με καρκίνο του μαστού όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Τέλος, η έρευνα του DeVrieze και συν. (2016) τονίζει τη σημαντικότητα ευημερίας, ευεξίας και ψυχολογικών συμπτωμάτων σαν σημαντικό κομμάτι της

ποιότητας ζωής. Στα ίδια συμπεράσματα οδηγεί και η παρούσα έρευνα προσδιορίζοντας την ψυχική υγεία σαν βασικό κομμάτι της ποιότητας ζωής. Η 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 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.

Σε μια προσεκτικότερη ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης πρέπει να αναφερθεί ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού. 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. Στα ίδια αποτελέσματα καταλήγει η έρευνα των Shin & Park (2017). Αναμφίβολα, αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για το νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. 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. Είναι σαφές ότι οι νοσηλευτές έχουν κεντρική σημασία σε όλες τις πτυχές και θεωρούνται η πηγή των πληροφοριών σε όλο το φάσμα, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τις διαδικασίες αποκατάστασης, αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. 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 όπως προσδιορίζει και η έρευνα των (Shor et.al. 2015). Ο νοσηλευτής είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο γιατρό, τη θεραπευτική ομάδα και τον ασθενή, επομένως οφείλει να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να αντεπεξέλθει στο ρόλο του, γεγονός που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού ορίζεται ως ο πιο κοινός τύπος καρκίνου μεταξύ των γυναικών σε 145 χώρες σε όλο τον κόσμο. Η επιτυχία της υγειονομικής περίθαλψης στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού μετράται με την ποιότητα ζωής των γυναικών που αντιμετώπισαν τη νόσο με επιτυχία. Αναφορικά με τα ευρήματα της έρευνας παρατηρήθηκε πως το 71,9% των γυναικών κρίνουν την υγεία τους από λίγο έως πολύ χειρότερη σε σχέση με πέρυσι. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού αποτέλεσε το επίκεντρο της κλινικής πρακτικής και της έρευνας κατά τις τελευταίες δεκαετίες και έχει μεγάλη σημασία για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Αυτό οφείλεται εν μέρει στον αυξανόμενο αριθμό ασθενών με καρκίνο του μαστού. Παρ' όλο που έχει υποστηριχθεί ότι οι συγκεκριμένες μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών φαίνεται να είναι ανεξάρτητες από τον τύπο θεραπείας που υιοθετείται (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοβολία κ.λπ.), αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής, ανάλογα με τον τύπο θεραπείας.

Διερευνώντας τον περιορισμό των δραστηριοτήτων των γυναικών κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας παρατηρήθηκε πως το 94,9% των γυναικών απάντησε πως περιορίζεται στις έντονες δραστηριότητες. Περισσότερες ήταν οι γυναίκες και πιο συγκεκριμένα το 65,5% του δείγματος που απάντησαν πως δεν επηρεάζονται από το επίπεδο της υγείας τους όταν περπατούν μερικά οικοδομικά τετράγωνα, ενώ το 84,5% των γυναικών δεν επηρεάζεται καθόλου όταν περπατά ένα μόνο οικοδομικό τετράγωνο, επιπλέον οι περισσότερες γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα (51 γυναίκες) δεν 85 % των γυναικών δεν περιορίζονται καθόλου όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται. Επί πλέον, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται τόσο από αντικειμενικούς όσο και από υποκειμενικούς παράγοντες, αποτυπώνοντας και συνεκτιμώντας τις αντιλήψεις και τις αξιολογήσεις των ίδιων των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, τις μελλοντικές προσδοκίες και τις παροντικές ανησυχίες τους

Αναφορικά με τη σωματική υγεία παρατηρήθηκε πως το 88,1% των γυναικών δεν έχουν αναλογιστεί πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, ενώ το 58,3% των γυναικών δεν αξιολόγησαν τον εαυτό τους κατώτερο από αυτό που θα ήθελαν. Επιπλέον το 59,3% των γυναικών απάντησαν πως σχετικά με την

σωματική τους υγεία δεν είχαν κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, ενώ το 51,7% τους δεν είχε κάποια δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς τους ή σε άλλες δραστηριότητες.

Στις ερωτήσεις που αφορούν την ψυχική υγεία παρατηρήθηκε ότι το 79,0% των γυναικών δεν αναλογίστηκε πόσο χρόνο ξόδεψαν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες. Σχετικά με τις κοινωνικές δραστηριότητες το 55,6% των γυναικών απάντησε πως τα ψυχικά ή σωματικά τους προβλήματα δεν επέδρασαν ή επέδρασαν ελάχιστα στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες. Όσον αφορά τις απαντήσεις σχετικά με τον πόνο το 57,8% απάντησε πως ο πόνος τους επέδρασε στη δουλειά τους από λίγο έως καθόλου τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Σχετικά με την ενέργεια και τα συναισθήματα τους το 65% των γυναικών απάντησε πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν γεμάτες ζωντάνια από συχνά έως αρκετά συχνά ενώ το 96,8% τους απάντησαν πως ήταν από λίγο έως καθόλου νευρικές. Το 71,4% απάντησε πως αισθάνθηκε στον ίδιο βαθμό νευρικότητα. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως το 60,3% τους απάντησε πως αισθάνθηκαν κουρασμένες από καθόλου έως για λίγο χρόνο.

Γενικότερα όσον αφορά την υγεία του δείγματος παρατηρήθηκε ότι το 64,5% των γυναικών απάντησαν ότι δεν αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους, ενώ το 48,4% των γυναικών απάντησαν πως νιώθουν υγιής όσο και οι άλλοι άνθρωποι. Η κλινική πρακτική προεκτείνεται πέρα από τις αντικειμενικές μετρήσεις των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας και εμπλουτίζεται από τα δεδομένα που προσφέρει η εμπειρία των ασθενών, οι οποίοι είναι «ειδήμονες» σε σχέση με το επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας που βιώνουν. Επιπλέον το 71,7% των γυναικών απάντησαν πως δεν νιώθουν ότι η υγεία τους έχει χειροτερέψει με το 44,3% των γυναικών να νιώθει ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Baczewska B, Kaminska M, Ciszewski T, Kubiowski T, Makara-Studzinska M, et al. (2014). Quality of life and occurrence of depression under chemotherapy in patients suffering from lung carcinoma. *Ann Agric Environ Med* 21: 783-789.

Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. (2015). Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *Eur J Oncol Nurs*.19:667–72.

Chen, Q., Li, S., Wang, M., Liu, L., Chen, G. (2018). Health-Related Quality of Life among Women Breast Cancer Patients in Eastern China. *BioMed Research International*.

De Vrieze T., Coeck D., Verbelen H., Devoogdt N., Tjalma W., Gebruers N. (2016). Cross-cultural Psychometric Evaluation of the Dutch McGillQoL Questionnaire for Breast Cancer Patients, *Facts Views Vis Obgyn*, 8 (4): 205-209

Dumalaon-Canaria J.A., Hutchinson A. D., Prichard I., Wilson C. (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors, *Cancer Causes Control*. 25:771–785

Ecclestone C., Verma S., Leahey A., Bedard G., Hamer J. et al. (2015) Validation of the long-term quality of life breast cancer scale (LTQOL-BC) by health care professionals. *Support Care Cancer*, 23:1629–1635

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*.136(5). 359-86.

Ho P. J., Gernaat S. A., Hartman M., and Verkooijen H. M. (2018). Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ Open*, 8 (4).

Huang HY , Tsai WC , Chou WY , et al . (2017). Quality of life of breast and cervical cancer survivors. *BMC Womens Health*. 17:30.

IARC. (2014). Chapter 1: Cancer world wide. In: Stewart BW, Wild CP, editors. *World Cancer Report 2014*. London: IARC.

Kang D , Kim IR , Choi EK , et al. (2017). Who are happy survivors? Physical, psychosocial, and spiritual factors associated with happiness of breast cancer survivors during the transition from cancer patient to survivor. *Psychooncology* 26:1922–8.

Kao HY , Wu WH , Liang TY , et al. (2015). Cloud-Based Service Information System for Evaluating Quality of Life after Breast Cancer Surgery. *PLoS One*;10.

Knobf MT, Thompson AS, Fennie K, Erdos D. (2014). The effect of a community-based exercise intervention on symptoms and quality of life. *Cancer Nurs*.37. 43–50.

Kurpas D., Mroczek B., Knap-Czechowska H. et al., (2013). Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology and Neurobiology*, vol. 187, (1), 114–117.

Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, et al. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*.13:51.

Lukowsky LR, Mehrotra R, Kheifets L, Arah OA, Nissenson AR, Kalantar-Zadeh K. (2013). Comparing mortality of peritoneal and hemodialysis patients in the first 2 years of dialysis therapy: a marginal structural model analysis. *Clin J Am Soc Nephrol*;8:619-28.

Muragundi PM, TumkurAM, ShettyRK, and NaikAN. (2012). Health-related Quality of Life Measurement. *J Young Pharm*. 4(1): 54.

Nayak M.G, Vidyasagar MS, Stanley M., Nayak S., Baby S, Nayak, YN. (2017). Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*.23(4): 445–450

Paiva CE, Siquelli FAF, Santos HA, Costa MM, Massaro DR, Lacerda DC, et al. (2015). The Functionality Assessment Flowchart (FAF): a new simple and reliable method to measure performance status with a high percentage of agreement between observers. *BMC Cancer*.; 15:501.

Rahou B. H., El Rhazi K., Ouasmani F.et al. (2016). Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature,” *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 64.

Sharma N, Purkayastha A. (2017). Impact of Radiotherapy on Psychological, Financial, and Sexual Aspects in Postmastectomy Carcinoma Breast Patients: A Prospective Study and Management. *Asia Pac J Oncol Nurs*;4:69–76.

Shin S , Park H . (2017). Effect of empowerment on the quality of life of the survivors of breast cancer: The moderating effect of self-help group participation. *Jpn J Nurs Sci*;14:311–9.

Shor V, Grinstein-Cohen O, Reinshtein J, Liberman O, Delbar V. (2015). Health-related quality of life and sense of coherence among partners of women with breast cancer in Israel. *Eur J Oncol Nurs* 19: 18-22.

Singh H, Kaur K, Banipal RP, Singh S, Bala R. (2014). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in Malwa Region of Punjab. *Indian J Palliat Care*.20:116–22.

Theofilou P. (2012) Quality of life outcomes in patients with breast cancer. *Oncol Rev*. Mar 5; 6(1): 2.

Tsitsis N, Lavdaniti M. (2014). Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Int J Caring Sc* 7: 38-42.

Wani SQ , Khan T , Teeli AM , et al. (2012). Quality of life assessment in survivors of breast cancer. *J Cancer Res Ther*;8:272–6

Wöckel A , Schwentner L , Krockenberger M, et al . (2017). Predictors of the course of quality of life during therapy in women with primary breast cancer. *Qual Life Res*;26:2201–8.

Wyatt G, Sikorskii A, Tamkus D, You M. (2013). Quality of life among advanced breast cancer patients with and without distant metastasis. *Eur J Cancer Care (Engl)* ;22:272–80.

Yan B, Yang L, Hao L, Yang C, Quan L, Wang L, et al. (2016). Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. *PLoS One*.11(4)

Zou Z , Hu J , McCoy TP . (2014). Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China. *IntJNursSci*, 1:79–88.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

«Η ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού»

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας στα πλαίσια φοίτησής μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Σκοπός της εργασίας μας, είναι να διερευνήσουμε την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Αποτελείται από 36 ειδικές ερωτήσεις. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι ανώνυμη, εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή.

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ηλικία

- έως 20 ετών
- από 21 έως 30 ετών
- από 31 έως 40 ετών
- από 41 έως 50 ετών
- από 51 έως 60 ετών
- από 61 ετών και άνω

2. Οικογενειακή κατάσταση

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Έγγαμη

- ο Άγαμη
- ο Εν χηρεία
- ο Διαζευγμένη

3. Ηλικία εμφάνισης της νόσου

- ο έως 20 ετών
- ο από 21 έως 30 ετών
- ο από 31 έως 40 ετών
- ο από 41 έως 50 ετών
- ο από 51 έως 60 ετών

4. Ύπαρξη παιδιών

- ο Ναι
- ο Όχι

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1.Γενικά,θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- ο Εξαιρετική
- ο Πολύ καλή
- ο Καλή
- ο Μέτρια
- ο Φτωχή

2.Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, έστω και αν πραγματοποιούσατε θεραπεία για την νόσο σας, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας **τόρα**; (Επιλέξτε μία απάντηση)

- Πολύ καλύτερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Λίγο καλύτερη, από τον προηγούμενο χρόνο
- Περίπου ίδια
- Λίγο χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Πολύ χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο

Περιορισμοί των δραστηριοτήτων

Οι παρακάτω στήλες αφορούν δραστηριότητες που θα μπορούσατε να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας.. Το επίπεδο της υγείας σας **τόρα σας περιορίζει** στις παρακάτω δραστηριότητες ;Αν ναι ,πόσο; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Περιορίζει πολύ	Περιορίζει λίγο	Περιορίζει καθόλου
3.Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Μέτριας έντασης δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Άρση ή μεταφορά τροφίμων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Ανεβαίνοντας τη σκάλα μερικές φορές	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Ανεβαίνοντας τη σκάλα μία φορά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Γονάτισμα ή σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.Περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Περπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Κάνοντας μπάνιο ή ντύνοντας τον εαυτό σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προβλήματα σωματικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω

στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας;**

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
13.Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο , από αυτό που θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.Είχατε κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.Είχατε δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς σας ή σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. χρειαστήκατε επιπλέον προσπάθεια)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προβλήματα ψυχικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω

στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα κάποιων ψυχικών προβλημάτων** (π.χ. αίσθημα καταπίεσης ή άγχους) (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
17.Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεχτικά ως συνήθως	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Κοινωνικές δραστηριότητες

20.Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιά έκταση επέδρασαν τα ψυχικά προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητές σας με την οικογένεια, φίλους, γείτονες ή παρέες; (**Επιλέξτε μία απάντηση**)

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Λίγο
- Μέτρια
- Πάρα πολύ

Πόνος

21.Πόσο πονέσατε σωματικά τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**; (**Επιλέξτε μία απάντηση**)

- Καθόλου
- Πολύ ήπια
- Ήπια
- Μέτρια
- Αρκετά

- ο Πολύ

22. Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, πόσο ο πόνος επέδρασε στη δουλειά σας

(συμπεριλαμβανομένων και των δύο εργασιών μέσα κι έξω απ' το σπίτι);

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- ο Καθόλου
- ο Λίγο
- ο Μέτρια
- ο Αρκετά
- ο Πολύ

Ενέργεια και συναισθήματα

Αυτές οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το πώς νιώσατε και πώς ήταν η κατάστασή σας τις **4 τελευταίες εβδομάδες**.

Για κάθε ερώτηση, δώστε την απάντηση που προσεγγίζει τον τρόπο με τον οποίο νιώσατε.

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

Πόσο χρόνο κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων...	Όλο το χρόνο	Πολύ χρόνο	Αρκετό χρόνο	Λίγο χρόνο	Πολύ Λίγο χρόνο	Καθόλου χρόνο
23. Αισθανθήκατε γεμάτες ζωντάνια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Είσαστε πάρα πολύ νευρικές;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Αισθανθήκατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;						
26.Αισθανθήκατε ήρεμες & γαλήνιες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.Είχατε πολλή ενέργεια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.Αισθανθήκατε μελαγχολικές;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.Αισθανθήκατε νευρικές;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.Αισθανθήκατε ευτυχείς;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.Αισθανθήκατε κουρασμένες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Κοινωνικές δραστηριότητες

32.Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, πόσες φορές **η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα**, αναμείχθηκαν στις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επίσκεψη σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.);

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Συνεχώς
- Τις περισσότερες φορές
- Μερικές φορές

- Λίγες φορές
- Καθόλου

Γενικά περί υγείας

Πόσο σωστές ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω προτάσεις;

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Αληθής	Αρκετά αληθής	Δεν ξέρω	Αρκετά ψευδής	Ψευδής
33. Αρρωσταίνω πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Είμαι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. η υγεία μου έχει χειροτερέψει	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ



Σύλλογος Ατόμων
με Εμπειρία Καρκίνου
Καλαμάτας

Βεβαίωση

Βεβαιούται ότι η Κάκια Γαρυφαλιά
στα πλαίσια της εργασίας της "Η ποιότητα
ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού", διεξή-
γαγε την έρευνα στις γυναίκες του Συλλόγου
ατόμων με εμπειρία καρκίνου "Ξαναρχί-20"
με τη συγκατάθεση του Δ.Σ.

Η Πρόεδρος

Κυπριάνα Πολυζήκη

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Πάτρα, 2/1/2019

Αρ. Πρωτ. 2380

Βεβαιώνεται ότι μετά από αίτημα που απέστειλαν οι κυρίες **Χαριλίνα Λάνου και Γαρυφαλιά Κάτσαρη**, φοιτήτριες στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, εγκρίθηκε την **5^η Νοεμβρίου 2018**, η διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από μέλη μας, προκειμένου να πραγματοποιήσουν τη διπλωματική τους εργασία με τίτλο **«Η ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο του μαστού»**.

Για το Δ.Σ. του Συλλόγου

Η Πρόεδρος



Λιολιώ Καλυπτέρα



Η Γραμματέας



Δέσποινα Μαλλiάρη