

Α.Τ.Ε.Ι.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ:

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ  
ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Επιμέλεια:

Γκορτσίλα

Γώγου

Δελιπαλτίδου

Καραγιαννίδου Γεωργία-Χρυσούλα

Καλλιόπη

Ελένη

Μαρία

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

2017

## Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Δρ.

Επίκουρη καθηγήτρια

ΜΕΛΗ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Λαβδανίτη

Μαρία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η υλοποίηση της εργασίας αυτής δε θα ήταν εφικτή χωρίς την βοήθεια πολλών ανθρώπων. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την κα. Λαβδανίτη Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια νοσηλευτικής. Η εμπιστοσύνη, η συμπαράσταση και η καθοδήγηση της όλα αυτά τα χρόνια έκαναν εφικτή την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας .

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Τούφα, εργαστηριακό συνεργάτη του Α.Τ.Ε.Ι.Θ του τμήματος νοσηλευτικής και προϊστάμενου της μονάδας ημερήσιας νοσηλείας του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, για την πολύπλευρη βοήθεια του, την επιστημονική του συμβολή και την άριστη συνεργασία που είχαμε μαζί του.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλα τα μέλη των νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (ΑΧΕΠΑ, Παπαγεωργίου, Παπανικολάου) για την πρόθυμη συνεργασία τους και όλους τους ασθενείς της που συμμετείχαν στην μελέτη αυτή και μοιράστηκαν το βίωμα τους για τη νόσο.

Τέλος, ευχαριστούμε τους δικούς μας ανθρώπους που μας στηρίζουν και συντροφεύουν όλα αυτά τα χρόνια.

*“Οι φυσικές δυνάμεις που έχουμε μέσα μας, είναι οι πραγματικοί θεραπευτές της νόσου”.*

*Ιπποκράτης*

*Αφιερώνεται στους ασθενείς που έφυγαν από τη ζωή από αυτή τη νόσο και αποτέλεσαν το κίνητρο για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|               | Σελ. |
|---------------|------|
| Πρόλογος..... | 5    |
| Εισαγωγή..... | 6    |

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Εισαγωγή στην έννοια του καρκίνου- Καρκινογένεση

|   |    |
|---|----|
| 1.1 Ιστορική αναδρομή.....                      | 11 |
| 1.2 Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου..... | 12 |
| 1.3 Διαγνωστικές εξετάσεις.....                 | 17 |
| 1.4 Σταδιοποίηση καρκίνου.....                  | 21 |
| 1.5 Τρόποι μετάστασης.....                      | 24 |
| 1.6 Θεραπεία καρκίνου.....                      | 27 |
| 1.6.1 Χειρουργική θεραπεία.....                 | 27 |

|   |    |
|---|----|
| 1.6.2 Χημειοθεραπεία.....   | 33 |
| 1.6.3 Φωτοδυναμική θεραπεία (laser) .....   | 43 |
| 1.6.4 Ακτινοθεραπεία .....  | 44 |
| 1.6.5 Βιολογική θεραπεία- Ανοσοθεραπεία.....  | 49 |
| 1.6.6 Ορμονοθεραπεία.....   | 54 |
| 1.7 Σύνοψη Κεφαλαίου.....   | 58 |
| Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Ποιότητα ζωής   |    |
| 2.1 Ορισμός ποιότητας ζωής.....   | 59 |
| 2.2 Θεωρητικά μοντέλα.....  | 66 |
| 2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....                                  | 75 |
| 2.4 Εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής.....                           | 79 |
| 2.5 Σύνοψη κεφαλαίου.....   | 89 |
| Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Βιβλιογραφικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής                |    |
| 3.1 Δεδομένα για την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο.....                            | 90 |
| 3.2 Δεδομένα για την ποιότητα ζωής νοσηλευτών και φροντιστών, ασθενών με καρκίνο..... | 94 |

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

|  |     |
|--|-----|
| 4.1 Υλικό-Μέθοδος.....   | 98  |
| 4.1.1 Σχεδιασμός έρευνας.....  | 98  |
| 4.1.2 Περιγραφή δείγματος.....   | 98  |
| 4.1.3 Εργαλεία μέτρησης – Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....   | 99  |
| 4.2 Αποτελέσματα.....  | 101 |
| 4.2.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών.....  | 101 |
| 4.2.2 Δημογραφικά νοσηλευτών.....  | 112 |
| 4.2.3 Αποτελέσματα αντιλήψεων των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους.....                       | 119 |
| 4.2.4 Αποτελέσματα νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών τους.....                       | 137 |
| 4.2.5 Αποτελέσματα συσχέτισης μεταξύ δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των ασθενών με τους τομείς..... | 154 |
| 4.2.6 Αποτελέσματα συσχέτισης μεταξύ δημογραφικών  |     |

|   |     |
|---|-----|
| και κλινικών στοιχείων των νοσηλευτών με τους τομείς..... | 160 |
| 4.3 Συζήτηση.....   | 163 |
| 4.4 Συμπεράσματα- Προτάσεις.....                          | 166 |
| Περίληψη.....   | 166 |
| Βιβλιογραφία.....   | 169 |
| Παράρτημα.....  | 177 |

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο λόγος για τον οποίο έγινε η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος είναι ότι ο καρκίνος αποτελεί μάστιγα στις μέρες μας, στατιστικά περίπου 1,5 εκατομμύριο νέοι τύποι καρκίνου ανακαλύπτονται ετησίως παγκοσμίως. Ορισμένοι τύποι καρκίνου έχουν τη δυνατότητα να προληφθούν, άλλοι να ιαθούν πλήρως ενώ άλλοι χαρακτηρίζονται μη ιάσιμοι. Ωστόσο, ακόμα και στους μη ιάσιμους καρκίνους, η κατάλληλη μορφή θεραπείας μπορεί να προσθέσει μήνες ή και χρόνια ζωής, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής μειώνοντας ή εξαλείφοντας δυσάρεστα συμπτώματα όπως ο πόνος. Συχνά λέγεται ότι ο ανθρώπινος πόνος δεν είναι μετρήσιμος, πλέον όμως είναι εφικτό να καταμετρηθεί. Μια από τις προσεγγίσεις σε αυτό το δύσκολο, αλλά όχι πλέον ακατόρθωτο έργο, χρησιμοποιεί την έννοια της ποιότητας ζωής. Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως στις κοινωνικές επιστήμες, εφαρμόστηκε όμως και σε άλλα επιστημονικά πεδία, όπως στην ιατρική και στο χώρο της υγείας ή γενικότερα ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα. Αρμόδιοι για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι επιστήμονες από το χώρο της υγείας (στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι νοσηλεύτές) και των Κοινωνικών επιστημών. Αυτό δικαιολογείται λόγω της άρρητης σχέσης της νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης με την ΠΖ, η οποία λειτουργεί ως πρόκληση για τους νοσηλευτές-επαγγελματίες υγείας προκειμένου να επιδιώξουν να διατηρήσουν ή/και να προάγουν την ΠΖ στα άτομα με καρκίνο, παρά το μεγάλο εύρος των προβλημάτων τους. Οι μελέτες σχετικά με την ΠΖ στην ουσία εξυπηρετούν, διευκρινίζουν και προσανατολίζουν αυτή την πρόκληση. Η αξιολόγηση της ΠΖ βρίσκει εφαρμογή στη διαχείριση των συμπτωμάτων των ογκολογικών ασθενών. Τέλος, η νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή και διατήρηση της υγείας και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενούς ενώ οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν σκοπό να προάγουν την αίσθηση της ευεξίας του ατόμου και άρα την ποιότητα στη ζωή του. Όλα αυτά μας οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος ελπίζοντας να συμβάλλουμε έστω και στο ελάχιστο στην κατανόηση των αναγκών των ασθενών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### **Καρκίνος**

Σήμερα, με τον όρο «καρκίνος» εννοείται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο (ασθένεια κυττάρων). Είναι μια υπερβολική, απρογραμμάτιστη και ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων που ήταν φυσιολογικά, και μετατρέπονται σε καρκινογόνα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος (Πάπυρος-Λαρούς 1972). Ο καρκίνος μπορεί επίσης να περιγραφεί ως μια ομάδα νοσημάτων, των οποίων τα κύτταρα διαιρούνται χωρίς έλεγχο και μπορούν να εισβάλουν σε κοντινούς ιστούς. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν επίσης να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος μέσω του αίματος και των λεμφικών συστημάτων (Pubmed Health). Ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται για τον καρκίνο είναι για περιγράψει ένα σύνολο από όρους με κοινά αλλά και με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισης. Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς τη φύση, το ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης, θεραπείας και πρόγνωσης. [3]

### **Ποιότητα ζωής**

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και η ικανότητά του ατόμου να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του (Bowling 1997).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP 1995).

Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει συμφωνήσει σε μία λίστα θεμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται θέματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής

(Bowling 1997). Τέλος, η ποιότητα ζωής αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών (Παρασκευή Θεοφίλου 2010)

### **Ογκολογικός Ασθενής**

Στον προσβεβλημένο ασθενή από την ασθένεια του καρκίνου δημιουργούνται πολλαπλές διαταραχές που έχουν επιπτώσεις στο σώμα που κάνει την κατάσταση ακόμα πιο δύσκολη. Ο καρκίνος δεν παρουσιάζεται μόνο στο σώμα που υποφέρει, αλλά επηρεάζει και την ψυχολογία του ασθενούς. (Labordec, 1956). Οι ασθενείς με ογκολογικά νοσήματα αντιμετωπίζουν τις ψυχολογικές τους μεταπτώσεις με τον δικό τους τρόπο. Η επέμβαση νοσηλείας στον τομέα της αποκατάστασης των ασθενών με καρκίνο συμβάλλει θετικά στην ανακούφιση του ασθενούς και τον βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του (Μαρία Λογοθέτη 2013).

Οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο αναπτύσσουν πολλαπλά προβλήματα υγείας ως συνέπεια της νόσου και της θεραπείας της. Εκδηλώνουν επίσης μια ποικιλία ψυχολογικών, κοινωνικοοικονομικών και άλλων αναγκών, οι οποίες έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην καθημερινή τους λειτουργία και ποιότητα ζωής καθώς και στην έκβαση της νόσου. Η επίπτωση και η έκταση αυτών των αναγκών ποικίλλει. Μπορεί να περιλαμβάνουν τη διαχείριση κοινών σωματικών συμπτωμάτων όπως πόνο και κόπωση, ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος και κατάθλιψη και αντιμετώπιση των καθημερινών δραστηριοτήτων όπως η διαχείριση του κόστους και η πρόσβαση στο σύστημα υγείας (Konstantinidis, T. I., Philalithis 2014).

### **Αντίληψη Ασθενή**

Ο τρόπος σκέψης ενός ατόμου για τον πόνο είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά το πώς αντιλαμβάνεται αυτό το φαινόμενο αλλά και τον αντίκτυπο που έχει στη ζωή του. Οι αρνητικές σκέψεις ενισχύουν την εστίαση της προσοχής σε δυσάρεστα ζητήματα και επιδεινώνουν την αίσθηση του πόνου. Αυτό συμβαίνει διότι συχνά οι αρνητικές σκέψεις προκαλούν αύξηση της μυϊκής έντασης (Turk & Rudy, 1986 Turk et al., 1983). Οι γνωσιακές στρατηγικές όπως :Επαναπροσδιορισμός ή αναπλαισίωση του προβλήματος ,αλλαγή στην εστίαση της προσοχής , τροποποίηση των νοερών εικόνων που πλαισιώνουν τον πόνο και αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι σκέψεις μεταφράζονται σε σωματική εμπειρία αποδεικνύονται εξαιρετικά βοηθητικές (Fernandez, 1986). Οι ασθενείς που πονούν μπορούν να εκφράσουν την εμπειρία τους με διάφορους



τρόπους. Είναι δυνατό να περιγράψουν λεκτικά το σημείο στο οποίο εντοπίζεται ο πόνος τους, την ποιότητα και την ένταση του. Ακόμα και η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντικό για τους ασθενείς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την «υγεία» ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Εξάλλου, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (Αλεξάνδρα Μανούσακα et al. 2008).

### **Αντίληψη Νοσηλευτή**

Ο νοσηλευτής έρχεται σε συνεχή επαφή με τον ασθενή. Ένα βασικό στοιχείο είναι η αγάπη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και αγάπη για τον συνάνθρωπό τους ιδιαίτερα για εκείνον που χρειάζεται βοήθεια. Επίσης, η έννοια της κατανόησης είναι ένα από τα χαρακτηριστικά στοιχεία, όπως και η έννοια της ενσυναίσθησης, που νοείται ως η δυνατότητα ενός προσώπου να αντιλαμβάνεται και να καταλαβαίνει με ακρίβεια τις συγκινήσεις ενός άλλου προσώπου και να μπορεί να διαβιβάζει τις έννοιες των συναισθημάτων μέσω των λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών. Η ενσυναίσθηση είναι ένας τρόπος απόδειξης της αγάπης, κατανόηση τόσο οικεία που τα συναισθήματα, οι σκέψεις και τα κίνητρα κατανοούνται εύκολα από άλλον. Επιπλέον, οι νοσηλευτές προσδιορίζουν την φροντίδα ως ασπίδα για την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Η διάσταση αυτή της φροντίδας αναφέρεται στα περισσότερα νοσηλευτικά μοντέλα ή νοσηλευτικές θεωρίες. Κατά γενική ομολογία το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής εστιάζεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα. Προωθεί την αυτοφροντίδα, την αυτονομία και το σεβασμό της προσωπικότητας των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως οι επαγγελματίες παρέχουν επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις ασθένειας. Φροντίζω σημαίνει για τους νοσηλευτές αγγίζω. Σχετικά, όμως, με το άγγιγμα του σώματος, όπως και κάποιον άλλων συγκεκριμένων περιοχών του σώματος ενός ασθενή, αντιμετωπίζεται με επαγγελματική αντικειμενικότητα. (Κοτρώτσιου Στυλιανή et al. 2008).

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της αντίληψης των νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών. Ο νοσηλευτής αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον ασθενή και στον ιατρό. Τέλος, ο νοσηλευτής είναι συνήγορος του ασθενή και ως εκ τούτου οφείλει να αναγνωρίζει τις ανάγκες του ασθενούς του.

## **ΔΟΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η παρούσα πτυχιακή χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό αποτελείται από τρία επιμέρους κεφάλαια: 1) Εισαγωγή στην έννοια του καρκίνου-Καρκινογένεση, 2) Ποιότητα ζωής, 3) Βιβλιογραφικά δεδομένα αναφορικά με την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών. Και το ειδικό μέρος από τα ακόλουθα κεφάλαια: 1) Υλικά και μέθοδος, 2) Αποτελέσματα, 3) Συζήτηση, 4) Συμπεράσματα και 5) Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ-ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΝΕΣΗ

#### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Ιπποκρατική ερμηνεία περί γένεσης των ασθενειών, η οποία στηριζόταν στην κυκλοφορία των τεσσάρων χυμών του σώματος (που ονομάστηκαν αίμα και φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή) και της ανισορροπίας τους, αποτέλεσε την βασική εξήγηση και τη γένεση της ασθένειας που ο Ιπποκράτης ονόμασε καρκίνο. Το σημαντικό επίτευγμα, λοιπόν, της ελληνικής πρωτο-επιστομονικής σκέψης είναι αναμφίβολα η διαπίστωση ότι οι ασθένειες προκαλούνται από φυσικά αίτια τα οποία μπορούν να διερευνηθούν, και δεν είναι αποτέλεσμα της θεϊκής οργής ή των νόμων της Μοίρας (Hajdu S.I, 2011). Κατά την ελληνική αρχαιότητα, δεν παρατηρούνται περαιτέρω αναφορές στον καρκίνο. Ο Ιπποκράτης, στην προσπάθεια του να ταξινομήσει τις νοσολογικές οντότητες σε μία κοινή κατηγορία, αναγνώρισε και ονόμασε διάφορους καρκινικούς τύπους, οι οποίοι ήταν ορατοί με γυμνό μάτι. Η θεραπεία που συνήθως προτεινόταν ήταν ένας συνδυασμός διαιτητικών μέτρων, ξεκούρασης και αφαιμάξεων. Οι Ρωμαίοι ιατροί, όπως ο Κλαύδιος Γαληνός (130-200μ.Χ) και ο Κέλσος (περίπου 2ος αιώνας μ.Χ), προσέγγισαν εκτενέστερα τον καρκίνο. Ο Γαληνός περιέγραψε περίπου εκατό καρκινικούς τύπους, συσχετίζοντας τους με κάποια διαταραχή στην κυκλοφορία των τεσσάρων χυμών ή με την υπέρσχυση ενός τύπου έναντι κάποιου άλλου, ενώ ο Κέλσος συνέγραψε το *De Medicina*, προτείνοντας τη χειρουργική παρέμβαση (Hajdu SI, 2004). Η απόρριψη της θεωρίας των χυμών πραγματοποιήθηκε από τρεις Γάλλους χειρουργούς, τους Lafranc (1252-1315), Henri de Mondeville (1260-1320) και Guy de Chauliac (1300-1368), οι οποίοι συμμετείχαν στην πρώτη δημόσια νεκροτομή δύο πτωμάτων το 1315 στην Μπολόνια, εκατό χρόνια αφότου ο πάπας είχε επισήμως απαγορεύσει οποιαδήποτε παρέμβαση στο νεκρό σώμα, αλλά και με την Γουτεμβούργια επανάσταση το 1450 στην Γερμανία. Τότε εκδόθηκε και το πρώτο ιατρικό βιβλίο το 1478 που περιείχε τα ιατρικά γραπτά του Κέλσου (*De Medicina*). Η πρώτη έκδοση ενός περιστατικού καρκίνου έγινε το 1507 το οποίο ονομάστηκε "*De Abditis*". Μέχρι το 1553 όλα τα γνωστά γραπτά πάνω στην νόσο είχαν συγκεντρωθεί και εκδοθεί (Παπαδημητρίου Ηλίας 2017).

## 1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι τρεις κύριες κατηγορίες παραγόντων κινδύνου είναι οι επαγγελματικοί, ιατρογενείς και οι γενικοί. Περαιτέρω διαίρεση υπάρχει στους φυσικούς, χημικούς, γενετικούς, διαιτητικούς κ.α.

Στους φυσικούς παράγοντες ανήκουν η ηλιακή ακτινοβολία, το φυσικό τραύμα και φλεγμονές ή έλκη που προκαλούν χρόνια ερεθισμό. Η υπερβολική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από το φως του ηλίου καθώς και από θαλάμους τεχνητού μαυρίσματος εκτός από την πρόωγη γήρανση του δέρματος ενισχύει τον παράγοντα δημιουργίας καρκίνου του δέρματος όπως το κακοήθες μελάνωμα και τα καρκινώματα λεπιδοειδών ή βασικών επιθηλιακών κυττάρων (Λοίζου και συν 2003, American Institute for Cancer Research 2002). Μια ακόμη υποκατηγορία των επαγγελματικών παραγόντων είναι οι χημικοί και σε αυτούς ανήκουν οι χημικές ενώσεις που αν έρθουν σε επαφή με τα ανθρώπινα κύτταρα προκαλούν κακοήθη εξαλλαγή. Τέτοιες ουσίες μπορούν να εμφανιστούν στο εργασιακό και φυσικό περιβάλλον και είναι τα νιτρώδη άλατα που ανιχνεύονται σε διάφορες τροφές, εντομοκτόνα, αρωματικούς υδρογονάνθρακες, μεταλλικά στοιχεία όπως ο αμίαντος, νικέλιο και σίδηρο καθώς και συστατικά του τσιγάρου (Βαλβανίδης 1995) και (American Institute for Cancer Research 2002, Σαχίνη 2004, Αθανάτου 2002, Π.Ο.Υ. 2006). Αυτοί ευθύνονται για τον καρκίνο του δέρματος, λάρυγγα, πνεύμονα και της ουροδόχου κύστης (Αθανάτου 2002).

Στους ιατρογενείς ανήκουν η ιονίζουσα ακτινοβολία αλλά και τα οιστρογόνα και τα αντισυλληπτικά. Η ιονίζουσα ακτινοβολία είναι η ακτινοβολία που δέχεται ένας ασθενής κυρίως από τις αξονικές τομογραφίες και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου και συγκεκριμένα λευχαιμιών και λεμφωμάτων (Αθανάτου 2002)(American Institute for Cancer Research 2002). Η ακτινοβολία που δέχεται ένας ασθενής που υποβάλλεται σε ολόσωμη αξονική τομογραφία, ισοδυναμεί με τη δόση που δέχτηκαν οι κάτοικοι της Χιροσίμα και Ναγκασάκι που βρίσκονταν 2.4 χιλιόμετρα από το σημείο που είχαν εκραγεί οι ατομικές βόμβες που ρίχθηκαν στην Ιαπωνία κατά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (Λοίζου και συν 2004). Η ιονίζουσα ακτινοβολία την οποία δέχονται οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία, είναι 500 φορές μεγαλύτερη από αυτή που λαμβάνουν όταν κάνουν μια

κανονική ακτινογραφία και 100 φορές μεγαλύτερη από εκείνη που δέχονται όταν κάνουν μαστογραφία (Λοίζου και συν 2004). Τα οιστρογόνα και τα αντιοιστρογόνα ευθύνονται για καλοήγη αλλά και κακοήγη ογκίδια της μήτρας και του μαστού όμως τίποτα δεν είναι απόλυτα επιβεβαιωμένο (Αθανάτου 2002). Στους ιατρογενείς ανήκουν και οι διαιτητικοί παράγοντες. Η διατροφή παίζει πολύ ουσιαστικό ρόλο τόσο στην ανάπτυξη όσο και στην πρόληψη του καρκίνου. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι τροφές πλούσιες σε ζωικά λίπη, νιτρώδη άλατα, κόκκινο κρέας και τα τυποποιημένα τρόφιμα αυξάνουν την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου, του στόμαχου, του ορθού, του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης όπως επίσης και των πνευμόνων και του μαστού (Αθανάτου 2002, Σαχίνη 2004, American Institute for Cancer Research 2002, Λοίζου και συν 2003, Π.Ο.Υ. 2006). Υπό διευρένηση είναι μια συνθετική γλυκαντική ουσία ευρείας χρήσεως, η ασπαρτάμη (Λοίζου και συν 2006). Επιπλέον εδώ ανήκουν και οι ορμονικοί παράγοντες οι διαταραχές των οποίων στην ορμονική ισορροπία του οργανισμού έχουν συσχετιστεί με την δημιουργία κακοηθών όγκων. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να οφείλονται σε υπερπαραγωγή ορμονών από τον ίδιο τον οργανισμό ή στη χορήγηση εξωγενών ορμονών για ιατρικούς λόγους. Ο καρκίνος του μαστού, της μήτρας και του προστάτη θεωρείται ότι εξαρτώνται από τα επίπεδα ενδογενών ορμονών στον οργανισμό (Σαχίνη 2004). [10]Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα αδιπονεκτίνης έχει αναφερθεί ότι αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τους καρκίνους που σχετίζονται με την παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων του παχέος εντέρου και του προστάτη (Οικονόμου Γεωργία 2007).

Στους γενικούς παραγόντες ανήκουν οι γενετικοί-κληρονομικοί. Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι σε ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων καρκίνου αποδίδονται στην εμφάνιση μιας κληρονομικής μετάλλαξης γονιδίων στο DNA, γεγονός που πιστοποιεί την κληρονομική προδιάθεση (American Institute for Cancer Research 2002, Λοίζου και συν 2004) χωρίς όμως αυτό να ισχύει για όλους τους τύπους καρκίνου αφορώντας κυρίως τον καρκίνο του παχέος εντέρου, μαστού, ωθήκης και προστάτη. Οι ασθενείς που έχουν οικογενειακό ιστορικό με κάποιο από τους παραπάνω τύπους καρκίνου θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί και να διενεργούν προσυμπτωματικούς ελέγχους (Σαχίνη 2004).

Κάπνισμα και αλκοόλ: Γνωστό για τις καρκινογόνες ουσίες που περιέχει είναι ο καπνός των τσιγάρων. Το 80- 90 % των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα προκαλείται από το

κάπνισμα καθώς ευθύνεται για το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των καρκίνων της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου (Π.Ο.Υ. 2006, Λοίζου και συν 2006). Έρευνες υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει και καρκίνο ουροδόχου κύστης (Λοίζου και συν 2006). Ένας ακόμα παράγοντας υψηλού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου είναι το αλκοόλ το οποίο έχει απασχολήσει αρκετά τους επιστήμονες τα τελευταία χρόνια. Η υπερβολική του κατανάλωση συνδέεται με τον καρκίνο του στόματος, του οισοφάγου, του λάρυγγα καθώς και του ήπατος (American Institute for Cancer Research 2002). Η κατανάλωση σε μικρές ποσότητες δεν αποτελεί πρόβλημα και η καρκινογόνος δράση του αυξάνεται σημαντικά με τη συνέργεια του καπνίσματος (Αθανάτου 2002, Λοίζου και συν 2003, 28, Λιόνης και συν 1997).

Ιοί: Εκτιμάται ότι ένας σημαντικός αριθμός μικροβιακών παραγόντων συσχετίζεται με ορισμένους τύπους καρκίνων. Οι παράγοντες αυτοί ανήκουν στην κατηγορία των ιών, των βακτηριδίων και των παρασίτων (Λοίζου και συν 2003). Υπάρχουν διάφοροι ιοί που είναι υπεύθυνοι για το 22% των θανάτων από καρκίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες και για το 6 % στις αναπτυγμένες (Π.Ο.Υ.2006). Πιο συχνά ενοχοποιούνται ο ιός του απλού έρπητα τύπου II, ο μεγαλοκυτταρικός ιός και ο παπιλομαϊός (HPV) για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας και ο ιός της ηπατίτιδας Β και C για καρκίνο ήπατος (American Institute for Cancer Research 2002, Π.Ο.Υ. 2006, Λοίζου και συν 2003, Σαχίνη 2004, Αθανάτου 2002). Επίσης, Ο ιός Epstein – Barr θεωρείται πιθανός ύποπτος ως αιτιολογικός παράγοντας στο λέμφωμα του Burkitt και στους ρινοφαρυγγικούς καρκίνους καθώς και ο λεμφοτροπικός ιός των ανθρώπινων T – κυττάρων έχει βρεθεί ότι έχει άμεση συσχέτιση με την λεμφοκυτταρική λευχαιμία και τα λεμφώματα (Σαχίνη 2004, American Institute for Cancer Research 2002). Στατιστικά αναφέρουμε ότι ο καρκίνος θεωρείται η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των ανθρώπων που ζουν με το HIV. Συνολικά, το sPren για κάθε παράγοντα κινδύνου μεταξύ των Κινέζων ατόμων με ΠΣΕΥ ήταν: 41,1% για το τρέχον κάπνισμα, 30,3% για την τρέχουσα κατανάλωση αλκοόλ, 24,4% για το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, 12,5% για μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β, 29,1% για λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C, 33,9% για λοίμωξη από ιό θηλώματος υψηλού κινδύνου από δείγματα του τραχήλου της μήτρας και 78,6% από πρωκτικά δείγματα, 2,7% για θετικότητα ανοσοσφαιρίνης Μ (IgM), 94,7% για θετική IgG και 25,6% για EBV θετικότητα DNA και 14,9% για λοίμωξη από τον ιό του έρπητα

(Jin ZY et al. 2017). Τέλος, το ελικοβακτηριδίο του πυλωρού αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του στομάχου (Π.Ο.Υ 2006)

Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού: Ο καρκίνος του μαστού που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη είναι η πιο συνηθισμένη κακοήθεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με αναμενόμενη αύξηση της επίπτωσης. Η πίστη στην ανάγκη τερματισμού της εγκυμοσύνης και ότι η χημειοθεραπεία αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αμφισβητείται από πρόσφατα στοιχεία. Οι ασθενείς μπορούν να εξετάσουν τη χειρουργική επέμβαση για τη συντήρηση του μαστού και τη βιοψία των λεμφαδένων του δείκτη με αποδεκτό χαμηλό κίνδυνο εμβρύου από την έκθεση στην ακτινοβολία. Ένα φάσμα χημειοθεραπευτικών σχημάτων είναι δυνατό στο δεύτερο τρίμηνο από την άποψη της τάξης και συχνότητας των φαρμάκων. Η ορμονική θεραπεία και η θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Η έκβαση της εγκύου μετά από ενδομυϊκή έκθεση στη χημειοθεραπεία φαίνεται παρόμοια με αυτή σε μη εγκύου πληθυσμού. Η μελλοντική εγκυμοσύνη, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν φαίνεται να αντενδείκνυται, αλλά συνιστάται μια πολυεπιστημονική και με επίκεντρο τον ασθενή προσέγγιση (Yu HH et al. 2017).

Στους δευτερεύοντες αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης καρκίνου ανήκουν:

Η παχυσαρκία: Έχει συνδεθεί με τον καρκίνο εντέρου και το μετεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ειδικότερα και με καρκίνο του ενδομητρίου, του παγκρέατος, του προστάτη και του νεφρού (American Institute for Cancer 2002)όπως επίσης και το ψηλό ύψος και η παχυσαρκία σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιθετικού καρκίνου του προστάτη καθώς τα ευρήματα από μια μεγάλη προοπτική μελέτη δείχνουν ότι οι άνδρες που είναι ψηλότεροι και έχουν μεγαλύτερη μάζα σώματος έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη υψηλού βαθμού και θανάτου (Perez-Cornago A et al. 2017).

Μόλυνση του αέρα, του εδάφους και των υδάτων: Μερικοί περιβαλλοντικοί ρύποι, όπως τα φυτοφάρμακα, έχουν αποδειχθεί ότι προκαλούν καρκίνο σε πειραματόζωα σε υψηλές δόσεις και θέτουν σε κίνδυνο και τους ανθρώπους λόγω των πολύ υψηλών συγκεντρώσεων των ρυπών στον αέρα, στο έδαφος ή στο ύδωρ. Κατά συνέπεια, οι



περιβαλλοντικοί ρύποι συμβάλουν σε ένα πολύ μικρό ποσοστό στην εμφάνιση του καρκίνου. Μια σημαντική πηγή περιβαλλοντικής μόλυνσης είναι η καύση των απολιθωμένων καυσίμων στα μηχανοκίνητα οχήματα, τα σπίτια και τη βιομηχανία (American Institute for Cancer 2002, Π.Ο.Υ. 2002).

Έλλειψη σωματικής άσκησης: Έχει βρεθεί ότι το 32% των καρκίνων του παχέος εντέρου μπορεί να σχετίζεται με την καθιστική ζωή. Επιπλέον, η έλλειψη σωματικής άσκησης σχετίζεται και με τον καρκίνο του μαστού (Λοίζου και συν 2003, Π.Ο.Υ. 2002).

Τεχνητό φως στη νύχτα -ένας νέος παράγοντας κινδύνου για τον τρόπο ζωής για τη μεταβολική διαταραχή και τη νοσηρότητα του καρκίνου για τον οποίο δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα καταχωρημένα στη βιβλιογραφία Zubidat AE et al. 2017).

### 1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η διάγνωση προσδιορίζει τον τύπο του καρκίνου από τον οποίο έχει προσβληθεί ο ασθενής. Για την οριστική διάγνωση και τον προσδιορισμό του τύπου της νόσου, σημαντική είναι η μελέτη του συγκεκριμένου ιστού στο μικροσκόπιο κυττάρων, από ειδικούς γιατρούς, τους παθολογοανατόμους ή τους κυτταρολόγους. Η διάγνωση μπορεί να συμπληρωθεί από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και από άλλες ειδικές εργαστηριακές ή κλινικές εξετάσεις.

Υπάρχουν κάποια σημεία-συμπτώματα, που απαντώνται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, ωστόσο οδηγούν σε μία επίσκεψη στο γιατρό. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία έχει καταλήξει σε μια λίστα με επτά πρώιμα σημεία:

1. σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστό ή άλλο όργανο
2. εμφανής αλλαγή μιας ελιάς στο μέγεθος, την όψη ή το σχήμα
3. βήχας που επιμένει ή βραχνάδα στη φωνή
4. δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεψία
5. φλεγμονή στο φάρυγγα που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεψία
6. αναίτιες αιμορραγίες, παρουσία ασυνήθιστων εκκρινμάτων και πληγών που δεν επουλώνονται
7. εμφανείς αλλαγές στην κένωση του εντέρου ή την ούρηση

Η δημιουργία και η ανάπτυξη κάποιου όγκου στον οργανισμό του ανθρώπου συνοδεύεται από ορισμένες καταστάσεις οι οποίες συμβαίνουν όταν:

- ο όγκος μπορεί να πιέζει τους γειτονικούς ιστούς και τα όργανα με αποτέλεσμα ο ασθενής να αισθάνεται πίεση ή και πόνο
- ο όγκος μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος και να είναι διακριτός ή ψηλαφητός, όπως στον καρκίνο του μαστού
- ο όγκος πιέζει και προκαλεί ρήξη των γειτονικών αγγείων με αποτέλεσμα να προκαλείται αιμορραγία.

- ο όγκος μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργίες σε ορισμένα όργανα, όπως είναι ο βήχας και η δυσκολία στην αναπνοή σε περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Βασικός τρόπος της διάγνωσης του καρκίνου είναι η εξέταση του αίματος, που σε πολλές περιπτώσεις, τα αποτελέσματα φανερώνουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις και όχι κάποιο συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Για παράδειγμα, τα αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια εκφράζουν όχι μόνο μια απλή λοίμωξη, αλλά ορισμένες φορές και την αρχή μιας λευχαιμίας.

Οι γενικές αιματολογικές εξετάσεις για τη διαπίστωση της πιθανής ύπαρξης κάποιας οργανικής ανωμαλίας είναι:

1. γενική αίματος
2. μεταβολικός έλεγχος
3. νεφρική λειτουργία
4. ηπατικές δοκιμασίες
5. εξετάσεις θυρεοειδούς

Άλλες εξετάσεις που βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι:

Εξέταση πήκτικότητας αίματος: Οι κυριότερες εξετάσεις για τον έλεγχο του μηχανισμού πήξης του αίματος είναι ο υπολογισμός του χρόνου προθρομβίνης (PT) και του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT).

Ανάλυση ούρων : Η ανάλυση των ούρων μπορεί να δώσει ενδείξεις για πολλές διαταραχές στον οργανισμό, που ενδέχεται να οφείλονται σε κάποιο όγκο, όπως είναι η παρουσία αίματος ή ακόμη και καρκινικών κυττάρων.

Εξέταση μυελού των οστών: Σε αυτή την εξέταση πραγματοποιείται λήψη μυελού των οστών από το στέρνο ή το λαγόνιο οστό στη λεκάνη, με σκοπό να εξεταστούν στο μικροσκόπιο, μετά από χρώση. Στο επίχρισμα ελέγχεται η πιθανή ύπαρξη καρκινικών κυττάρων, η παρουσία λοίμωξης αλλά και η αναγεννητική ικανότητα του μυελού των οστών μετά από την εφαρμογή χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

Εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού: Γίνεται λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού, το οποίο περικλείει τον εγκέφαλο και την σπονδυλική στήλη, με οσφυονωτιαία παρακέντηση, από το τελευταίο τμήμα της σπονδυλικής στήλης, το οποίο δεν περιέχει νεύρα του νωτιαίου μυελού. Εφαρμόζεται για την ανίχνευση παθολογικών ουσιών ή κυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Ανοσοϊστοχημεία: Γίνεται εφαρμογή των συνηθισμένων χρωστικών για τη μελέτη και τον χαρακτηρισμό διαφόρων κυττάρων στο μικροσκόπιο. Στην ανοσοϊστοχημεία χρησιμοποιούνται ειδικές χρωστικές και μονοκλωνικά ή πολυκλωνικά αντισώματα για την ανίχνευση παραγόντων της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων με στόχο την ταυτοποίησή τους. Με αυτόν τον τρόπο εντοπίζεται ευκολότερα η πρωταρχική εστία του όγκου.

Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών: Ανιχνεύει την πιθανή αύξηση των γ-σφαιρινών στο αίμα, κατάσταση που παρατηρείται στο πολλαπλό μύελωμα.

Έλεγχος ύπαρξης ορμονικών υποδοχέων: Η εξέταση αυτή είναι εξειδικευμένη. Συγκεκριμένα, προσδιορίζει αν τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού διεγείρονται από τις οιστρογόνες ορμόνες.

Ανίχνευση ιού Epstein-Barr: Πρόκειται για τον ιό που ευθύνεται για τη λοιμώδη μονοπυρήνωση. Η παρουσία αντισωμάτων έναντι του ιού Epstein-Barr στο αίμα του ασθενή, υποδηλώνει ύπαρξη λοίμωξης και σχετίζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση, σε ορισμένες περιπτώσεις όπως είναι ο καρκίνος του ρινοφάρυγγα.

Ανίχνευση ιού των θηλωμάτων του ανθρώπου: Πρόκειται για σεξουαλικά μεταδιδόμενο ιό, που προκαλεί συνήθως κονδυλώματα και τοπικές δυσπλασίες. Ο ιός ανιχνεύεται στο 90-95% των επιθηλιακών καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας.

Κάθαρση κρεατινίνης: Είναι μία ευαίσθητη μέθοδος εξέτασης της νευρικής λειτουργίας, η οποία πραγματοποιείται σε δείγμα αίματος και ούρων 24ώρου. Όσων αφορά τους καρκινοπαθείς, η εξέταση εφαρμόζεται για να ελεγχθεί η νεφροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Mayer κοπράνων: Η εξέταση αυτή ελέγχει την παρουσία αίματος στα κόπρανα, η οποία μπορεί να οφείλεται σε αιμορραγία λόγω ύπαρξης όγκου στο πεπτικό σύστημα.

Κερατίνη: Είναι πρωτεΐνη των επιθηλιακών ιστών και στην ανίχνευσή της υπάρχει προδιάθεση για την ανάπτυξη καρκινώματος.

Ασβέστιο ορού: Αυξάνεται σε ασθενείς με οστική καταστροφή λόγω μεταστάσεων ή σε άλλους όγκους, οι οποίοι εκκρίνουν ουσίες που μοιάζουν με την παραθορμόνη.

Αλκαλική φωσφατάση: Αυξάνεται σε ηπατικές νόσους, σε μεταστάσεις καρκινικών κυττάρων στο ήπαρ, τα χοληφόρα αγγεία ή τα οστά.

Όξινη φωσφατάση: Είναι ουσία της οποίας η συγκέντρωση αυξάνεται σε μεταστατικούς καρκίνους του προστάτη.

## 1.4 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το στάδιο αναφέρεται στην έκταση του καρκίνου, όπως πόσο μεγάλος είναι ο όγκος και αν έχει εξαπλωθεί. Η γνώση του σταδίου του καρκίνου βοηθάει να:

- Κατανοήσει πόσο σοβαρός είναι ο καρκίνος και ποιες είναι οι πιθανότητες επιβίωσης.
  - Σχεδιαστεί και εφαρμοστεί η καταλληλότερη θεραπεία.
  - Προσδιορίσει τις κλινικές δοκιμές που μπορεί να είναι επιλογές θεραπείας.
- Ένας καρκίνος αναφέρεται πάντα από το στάδιο που δόθηκε στη διάγνωση, ακόμα κι αν χειροτερεύει ή εξαπλώνεται. Νέες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο ο καρκίνος έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου προστίθενται στο αρχικό στάδιο. Έτσι, η σκηνή δεν αλλάζει, αν και ο καρκίνος μπορεί.

Ωστόσο, υπάρχουν πολλά συστήματα σταδιοποίησης. Μερικοί, όπως το σύστημα σταδιοποίησης TNM, χρησιμοποιούνται για πολλούς τύπους καρκίνου. Άλλα είναι ειδικά για έναν συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Τα περισσότερα συστήματα στάσης περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με:

Πού βρίσκεται ο όγκος στο σώμα

- Ο κυτταρικός τύπος (όπως αδenoκαρκίνωμα ή καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων)
- Το μέγεθος του όγκου
- Είτε ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους κοντινούς λεμφαδένες
- Είτε ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε διαφορετικό μέρος του σώματος
- Ο βαθμός όγκου, ο οποίος αναφέρεται στο πόσο μη φυσιολογικά εμφανίζονται τα καρκινικά κύτταρα και πόσο πιθανό είναι να αναπτυχθεί και να εξαπλωθεί ο όγκος

Σύστημα σταδιοποίησης TNM

Το σύστημα TNM είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα. Τα περισσότερα νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα χρησιμοποιούν το σύστημα TNM ως την κύρια μέθοδο για την αναφορά καρκίνου. Με αυτό τον τρόπο είναι πιθανό να περιγραφεί η σταδιοποίηση του καρκίνου σύμφωνα με την παθολογία του ασθενούς, εκτός αν

υπάρχει καρκίνος στον οποίο χρησιμοποιείται διαφορετικό σύστημα σταδιοποίησης. Παραδείγματα καρκίνων με διαφορετικά συστήματα σταδιοποίησης περιλαμβάνουν όγκους εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού και καρκίνους αίματος.

Στο σύστημα TNM:

- Το T αναφέρεται στο μέγεθος και την έκταση του κύριου όγκου. Ο κύριος όγκος ονομάζεται συνήθως πρωτογενής όγκος.
- Το N αναφέρεται στον αριθμό κοντινών λεμφαδένων που έχουν καρκίνο.
- Το M αναφέρεται στο εάν ο καρκίνος έχει μετασταθεί. Αυτό σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί από τον πρωτογενή όγκο σε άλλα μέρη του σώματος.

Όταν ο καρκίνος περιγράφεται από το σύστημα TNM, θα υπάρχουν αριθμοί μετά από κάθε γράμμα που δίνουν περισσότερες λεπτομέρειες για τον καρκίνο - για παράδειγμα, T1N0M0 ή T3N1M0. Τα παρακάτω εξηγούν τι σημαίνουν τα γράμματα και οι αριθμοί:

Πρωτογενής όγκος (T)

- TX: Ο κύριος όγκος δεν μπορεί να μετρηθεί.
- T0: Ο κύριος όγκος δεν μπορεί να βρεθεί.
- T1, T2, T3, T4: Αναφέρεται στο μέγεθος και / ή την έκταση του κύριου όγκου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός μετά τον T, τόσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος ή όσο περισσότερο έχει αναπτυχθεί σε κοντινούς ιστούς. Τα T μπορούν να χωριστούν περαιτέρω για να παράσχουν περισσότερες λεπτομέρειες, όπως τα T3a και T3b.

Περιφερειακοί λεμφαδένες (N)

- NX: Ο καρκίνος στους κοντινούς λεμφαδένες δεν μπορεί να μετρηθεί.
- N0: Δεν υπάρχει καρκίνος στους κοντινούς λεμφαδένες.
- N1, N2, N3: Αναφέρεται στον αριθμό και τη θέση των λεμφαδένων που περιέχουν καρκίνο. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός μετά τον N, τόσο περισσότεροι λεμφαδένες περιέχουν καρκίνο.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

- MX: Η μετάσταση δεν μπορεί να μετρηθεί.
- M0: Ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος.
- M1: Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος.

Άλλοι τρόποι περιγραφής του σταδίου

Το σύστημα TNM συμβάλλει στην περιγραφή του καρκίνου με μεγάλη λεπτομέρεια. Όμως, για πολλούς καρκίνους, οι συνδυασμοί TNM ομαδοποιούνται σε πέντε λιγότερο λεπτομερείς φάσεις. Ο καρκίνος μπορεί να περιγραφεί με ένα από αυτά τα στάδια:

- Στάδιο 0: Παρουσιάζονται μη φυσιολογικά κύτταρα αλλά δεν έχουν εξαπλωθεί σε κοντινούς ιστούς. Ονομάζεται επίσης επί τόπου καρκίνωμα ή CIS. Το CIS δεν είναι καρκίνος, αλλά μπορεί να γίνει καρκίνος.
- Στάδιο 1, Στάδιο 2, Στάδιο 3: Ο καρκίνος έχει παρουσιαστεί. Όσο υψηλότερος είναι ο αριθμός, τόσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος του καρκίνου και τόσο περισσότερο έχει εξαπλωθεί σε κοντινούς ιστούς.
- Στάδιο 4: Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε μακρινά μέρη του σώματος.

Ένα άλλο σύστημα σταδιοποίησης που χρησιμοποιείται για όλους τους τύπους καρκίνου ομαδοποιεί τον καρκίνο σε μία από τις πέντε κύριες κατηγορίες. Αυτό το σύστημα σταδιοποίησης χρησιμοποιείται συχνότερα από τα μητρώα καρκίνου παρά από τους γιατρούς. Ωστόσο, μπορεί ο καρκίνος με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- Επί τόπου-Ανώμαλα κύτταρα είναι παρόντα αλλά δεν έχουν εξαπλωθεί σε κοντινούς ιστούς. Εντοπισμένος-Καρκίνος περιορίζεται στον τόπο όπου ξεκίνησε, χωρίς να έχει σημάδι ότι έχει εξαπλωθεί.
- Περιφερειακός-καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους κοντινούς λεμφαδένες, ιστούς ή όργανα.
- Μακρινός-καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε μακρινά μέρη του σώματος (Φραγκιά 2002).



## 1.5 ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Μετάσταση είναι η διασπορά του καρκίνου σε διαφορετικές από την πρωτοπαθή εστία, θέσεις. Κάποια καρκινικά κύτταρα μπορεί να αποσπασθούν από τον αρχικό όγκο και να εισέλθουν στην αιματική κυκλοφορία ή το λεμφικό σύστημα (πρόκειται για το σύστημα που παράγει, αποθηκεύει και μεταφέρει τα αμυντικά κύτταρα του οργανισμού).

Εάν τα κύτταρα περάσουν στη λεμφική κυκλοφορία, καταλήγουν σε κοντινούς λεμφαδένες (μικρές συλλογές ανοσοκυττάρων μεγέθους φασολιών) ή εξαπλώνονται σε κοντινά όργανα. Πιο συχνά, τα καρκινικά κύτταρα που διαχωρίζονται από τον κύριο όγκο διαχέονται στην κυκλοφορία. Έπειτα μπορούν να μετασταθούν σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Πολλά από αυτά τα κύτταρα πεθαίνουν, αλλά μπορεί να εγκατασταθούν σε μια νέα περιοχή, να αρχίσουν να αναπτύσσονται και να σχηματίσουν νέους όγκους. Αυτή η εξάπλωση του καρκίνου σε ένα νέο τμήμα του σώματος ονομάζεται μετάσταση.

Τα καρκινικά κύτταρα πρέπει να περάσουν από πολλά βήματα για να εξαπλωθούν σε νέα μέρη του σώματος:

- Πρέπει να μπορούν να ξεφύγουν από τον αρχικό όγκο και να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος ή στο λεμφικό σύστημα, το οποίο μπορεί να τα μεταφέρει σε ένα άλλο μέρος του σώματος.
- Πρέπει να προσκολληθούν στον τοίχο ενός αγγείου ή λεμφικού αγγείου και να περάσουν μέσα από αυτό σε ένα νέο όργανο.
- Πρέπει να είναι σε θέση να αναπτυχθούν και να ευδοκιμήσουν στη νέα τους θέση.
- Πρέπει να είναι σε θέση να αποφεύγουν επιθέσεις από το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος.

Τα κύτταρα της μετάστασης προέρχονται από τα κύτταρα της πρωτοπαθούς εστίας. Αυτό σημαίνει ότι αν, παραδείγματος χάριν, κύτταρα από καρκίνου του μαστού χορηγήσουν μετάσταση στον πνεύμονα, η πνευμονική μετάσταση αποτελείται από καρκινικά κύτταρα μαστού και όχι από καρκινικά κύτταρα πνεύμονα.

Σε αυτή την περίπτωση η νόσος των πνευμόνων είναι μεταστατική νόσος του μαστού και όχι πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα. Η διάκριση των καρκινικών κυττάρων γίνεται με τη χρήση μικροσκοπίου, στο οποίο τα μεταστατικά κύτταρα του μαστού, φαίνονται σε γενικές γραμμές όμοια με τα καρκινικά κύτταρα της πρωτοπαθούς εστίας στο μαστό. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να χορηγήσουν μεταστάσεις σχεδόν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Συχνότατα διηθούν τους τοπικούς λεμφαδένες (ωοειδείς δομές που περιέχουν αμυντικά-λεμφικά κύτταρα) γύρω από τον όγκο (επιχώριοι λεμφαδένες).

Η λεμφική συμμετοχή μαζί με την πρωτοπαθή εστία καλείται και τοπική νόσος, σε αντιδιαστολή με την μεταστατική νόσο, όπου ο καρκίνος προσβάλλει όργανα ή λεμφαδένες σε απομακρυσμένες θέσεις από την πρωτοπαθή εστία. Παρότι κάθε τύπος, αλλά και κάθε καρκίνος ξεχωριστά, έχει την τάση να χορηγεί μεταστάσεις σε διαφορετικά σημεία, οι πιο συχνές μεταστατικές εστίες από συμπαγείς όγκους είναι οι πνεύμονες, τα οστά, το ήπαρ και ο εγκέφαλος. Όπως προαναφέρθηκε, κάποιοι τύποι καρκίνου τείνουν να χορηγούν μεταστάσεις σε ειδικές εστίες. Για παράδειγμα ο καρκίνος του πνεύμονα συχνά προσβάλλει τον εγκέφαλο και τα οστά, ενώ ο καρκίνος του παχέος εντέρου συχνά μεθίσταται στο ήπαρ. Ο καρκίνος του προστάτη συχνά προσβάλλει τα οστά. Ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται σε πνεύμονες, οστά, ήπαρ και εγκέφαλο. Τα κύτταρα της λευχαιμίας, του πολλαπλού μυελώματος και των λεμφωμάτων, τείνουν να μην είναι εντοπισμένα όταν διαγιγνώσκεται η νόσος. Καρκινικά κύτταρα μπορεί να ανεβρεθούν στο αίμα, σε διάφορους λεμφαδένες ή άλλα μέρη του σώματος, όπως το ήπαρ και τα οστά. Αυτός ο τύπος της διασποράς των καρκινικών κυττάρων, δεν χαρακτηρίζεται ως μετάσταση.

#### Συμπτώματα μεταστατικής νόσου

Ορισμένες μεταστάσεις δεν παρουσιάζουν ειδικά συμπτώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι μεταστάσεις ανευρίσκονται από ακτινογραφίες ή άλλες εξετάσεις που γίνονται για διαφορετικούς σκοπούς. Όταν υπάρχουν συμπτώματα από τις μεταστάσεις, ο τύπος και η συχνότητά τους, εξαρτώνται από το μέγεθος και την εντόπιση των μεταστατικών όγκων. Μεταστάσεις στα οστά είναι πιθανό να προκαλούν πόνο και προδιαθέτουν σε κατάγματα. Εγκεφαλικές μεταστάσεις μπορεί να

προκαλέσουν μια ποικιλία συμπτωμάτων, περιλαμβανομένων κεφαλαλγίας, επιληπτικών κρίσεων και αστάθειας. Η δύσπνοια μπορεί να είναι κάποια από τα συμπτώματα πνευμονικών μεταστάσεων. Κοιλιακή διάταση ή ίκτερος μπορεί να αποτελούν ενδείξεις ηπατικών μεταστάσεων. Κάποιες φορές ο πρωτοπαθής όγκος ενός ασθενούς διαγιγνώσκεται εξαιτίας των συμπτωμάτων της μεταστατικής εστίας. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με καρκίνο του προστάτη και μεταστάσεις στα οστά της πυελικής ζώνης μπορεί να παρουσιάσει πόνο χαμηλά στην ράχη πριν ακόμα εμφανιστούν τα συμπτώματα που προκαλεί ο πρωτοπαθής όγκος στον προστάτη. Δεν μπορεί να υπάρξουν μεταστάσεις χωρίς να υπάρχει πρωτοπαθής όγκος. Εξ' ορισμού ένας μεταστατικός όγκος προέρχεται από κύτταρα κάποιας πρωτοπαθούς εστία. Στις περισσότερες περιπτώσεις που ανευρίσκεται πρώτη μια μεταστατική εστία, ανακαλύπτεται στη συνέχεια και η πρωτοπαθής. Η αναζήτηση της πρωτοπαθούς εστίας περιλαμβάνει συνήθως ακτινογραφίες, εργαστηριακές και άλλες εξετάσεις. Εντούτοις, σε ορισμένες περιπτώσεις παρά τις λεπτομεριακές εξετάσεις, δεν είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η πρωτοπαθής εστία. Ο παθολογοανατόμος, όμως, γνωρίζει ότι πρόκειται για μεταστατικά κύτταρα από το γεγονός ότι δεν εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά των κυττάρων που φυσιολογικά βρίσκονται στον ιστό, στον οποίο εντοπίστηκε η μετάσταση και από τον οποίο προέρχεται το δείγμα που εξετάζει. Οι ιατροί συνήθως αποκαλούν αυτούς τους όγκους ως αγνώστου ή κρυφής πρωτοπαθούς εστίας. Εξαιτίας της διαρκούς βελτίωσης των διαγνωστικών τεχνικών η πρωτοπαθής εστία αποκαλύπτεται τελικά σε όλο και περισσότερες περιπτώσεις.

Όταν κάποιος καρκίνος προχωρήσει σε μεταστάσεις, η αντιμετώπιση της νόσου μπορεί να περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, βιολογική θεραπεία, ορμονοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, κρυοχειρουργική ή συνδυασμούς τους. Η επιλογή της αντικαρκινικής θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο του πρωτοπαθούς όγκου, το μέγεθος και την εντόπιση της μετάστασης, την ηλικία και την γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, καθώς και από τον τύπο των θεραπειών στις οποίες υποβλήθηκε στο παρελθόν. Σε ασθενείς με καρκίνο αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν οι μεταστάσεις, ακόμα και αν δεν έχει βρεθεί η πρωτοπαθής εστία. Ο σκοπός της θεραπείας μπορεί να είναι να ελεγχθεί η εξέλιξη του καρκίνου ή η ανακούφιση από τα συμπτώματα ή τις τυχόν παρενέργειες της θεραπείας (Isaiah J. Fidler 2003).

## **1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Η ραγδαία ανάπτυξη στην επιστήμη της ιατρικής έχει καταστήσει το καρκίνο μια ιάσιμη νόσο. Η θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, τη συστηματική θεραπεία και συνδυασμό αυτών. Με τον όρο συστηματική θεραπεία αναφερόμαστε στη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και σε νεώτερες θεραπευτικές μεθόδους. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι η έκταση του όγκου, η ύπαρξη μετάστασης, η ηλικία του ασθενούς, το προσδόκιμο επιβίωσης και οι παρενέργειες της θεραπείας (Πρασιάδης Χρήστος 2014). Η διάρκεια της θεραπείας ποικίλλει ανάλογα με τη θεραπευτική επιλογή και τη γενικότερη κατάσταση υγείας του ασθενούς. Μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή μήνες καθώς και περισσότερο σε περιπτώσεις περιοδικών επαναλήψεων λόγω υποτροπών (Χατζηγιαννάκης 1996). Επιτυχής θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί η πενταετής επιβίωση από τη διάγνωση στους ενήλικες και η διετής στα παιδιά. Σε ορισμένες περιπτώσεις 1 στις 100000 έχει προκληθεί αυτόματη ίαση χωρίς τη μεσολάβηση οποιουδήποτε θεραπευτικού παράγοντα (νευροβλαστώματα) Ωστόσο και σε μη θεραπεύσιμους καρκίνους η θεραπευτική αγωγή (παρηγορητική θεραπεία) μπορεί να προσφέρει όφελος προσθέτοντας μήνες ή και χρόνια φυσιολογικής ζωής, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής, ελαττώνοντας ή εξαλείφοντας τα συμπτώματα όπως ο πόνος και οι αποφράξεις ζωτικών οδών και εξασφαλίζοντας τη μέγιστη δυνατή λειτουργικότητα του σώματος (Στεργίου Άρτεμις 2015). Τέλος η θεραπεία μπορεί να είναι προφυλακτική, η οποία αποσκοπεί στην πρόληψη είτε του κύριου καρκίνου είτε κάποιας επιπλοκής του πριν την εμφάνιση κλινικών σημείων.

### **1.6.1 Χειρουργική θεραπεία**

Σύμφωνα με τον Πετρίδη (2004) η χειρουργική ορίζεται ως « η επιστήμη και τέχνη, που με την εφαρμογή της γνώσης των βασικών βιολογικών και φυσικών επιστημών καταπνάνονται με τη θεραπεία των χειρουργικών παθήσεων». Η χειρουργική ως πρακτική ασκείται από την αρχαιότητα, αρχικώς συνυφασμένη με θρησκευτικές τελετουργίες. Οι ρίζες της βρίσκονται στην προϊστορία, όπου εκτελούνταν οι πρώτες αναρτήσεις κρανίων. Στα προϊστορικά είναι αποδεδειγμένο ότι αιγύπτιοι γιατροί εκτελούσαν φλεβοτομίες και ακρωτηριασμούς. Στην Ινδία η χειρουργική γνώρισε την ακμή της όπου η τέχνη ασκούσαν από ιερείς πρακτικούς, οι οποίοι ανέτασαν

κατάγματα και εξαρθήματα ενώ εκτελούσαν ακρωτηριασμούς, αφαιρέσεις όγκων, λαπαροτομίες, ραφές εντέρων, επεμβάσεις για αφαίρεση λιθών από τις κύστες, επεμβάσεις καταρράκτη ακόμα και ρινοπλαστικές, χειλεοπλαστικές ή ωτοπλαστικές επεμβάσεις. Από τους Ινδούς πήραν την χειρουργική τέχνη οι Αρχαίοι Έλληνες και οι Ρωμαίοι οι οποίοι σημείωσαν σημαντική πρόοδο εκτελώντας ποικίλλες επεμβάσεις με επιτυχία. Στο μεσαίωνα η χειρουργική παρήκμασε καθώς εφάρμοζαν τη χειρουργική πρακτική που στηρίζονταν μόνο στην επιδεξιότητα και καθόλου στις γνώσεις. Οι λέξεις χειρουργείο και χειρουργός έχουν ελληνική προέλευση και χρησιμοποιούνται σε παγκόσμια κλίμακα. Προέρχονται από τις λέξεις χειρ + έργο και χειρ + εργάτης αντίστοιχα και σημαίνουν την ιατρική τέχνη και το γιατρό τεχνίτη που θεραπεύει νοσήματα ή βλάβες του ανθρώπου (Θεοδώρου, Αλεξάνδρα Ιωάννης 2012).

Ο σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η διάγνωση ή θεραπεία της νόσου είτε μια ιστολογική διάγνωση (βιοψία). Με τη βιοψία αφαιρείται τμήμα ή ολόκληρος ο όγκος με στόχο την τελική διάγνωση αλλά όχι τη θεραπεία της νόσου. Οι διαγνωστικές επεμβάσεις είναι οι ακόλουθες:

Ολική ή τμηματική χειρουργική (ανοικτή) βιοψία ανάλογα με το μέγεθος του αφαιρούμενου όγκου.

FNA (αναρρόφηση με λεπτή βελόνη) κατά την οποία με λεπτή βελόνη αναρροφάται μικρή ποσότητα υγρού με σκοπό την κυτταρολογική εξέταση.

FNB (βιοψία με λεπτή βελόνη) βελόνη μεγαλύτερης διαμέτρου και το υλικό αποστέλλεται για παθολογοανατομική εξέταση.

Βιοψία μέσω ενδοσκόπησης: ένας εύκαμπτος σωλήνας με κάμερα εισέρχεται σε μια κοιλότητα και λαμβάνονται βιοψίες από ύποπτες περιοχές ( γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση, κυστεοσκόπηση, λαρυγγοσκόπηση)

Λαπαροσκόπηση, θωρακοσκόπηση (VATS), μεσοθωρακοσκόπηση: ένας σωλήνας εισέρχεται στην κοιλιά ή στο θώρακα μέσω πολύ μικρών τομών στο δέρμα και λαμβάνονται βιοψίες.

Οι ανωτέρω επεμβάσεις διενεργούνται υπό γενική αναισθησία.

Η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να ταξινομηθεί στις ακόλουθες κατηγορίες: Κύρια θεραπεία, επικουρική θεραπεία, προφυλακτική θεραπεία, θεραπεία διάσωσης και επανορθωτική θεραπεία.

Με τον όρο κύρια θεραπεία αναφερόμαστε στην απομάκρυνση της κακοήθειας καθώς και μέρους του περικείμενου υγιούς ιστού. Μείωση της ποσότητας του συνολικού οργανικού φορτίου του όγκου και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Απομάκρυνση πρωτοπαθούς όγκου παράλληλα με τους τοπικούς λεμφαδένες ( π.χ. μαστεκτομή).

Η επικουρική θεραπεία αναφέρεται στη συμπληρωματική θεραπεία. αποτελεί θεραπεία μείωσης των κυττάρων ( αποσυμφόρηση του όγκου). Χρησιμοποιείται για την αφαίρεση ενός μεγάλου τμήματος του όγκου, για το εναπομείναν όγκο χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι θεραπείας.

Κατά την προφυλακτική θεραπεία αφαιρούνται όργανα που έχουν υψηλή επίπτωση για την ανάπτυξη μεταγενέστερου καρκίνου (π.χ. κολεκτομή σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα).

Θεραπεία διάσωσης εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση όταν υπάρχει τοπική υπότροπη από την πρώτη εγχείρηση( π.χ. μαστεκτομή με λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία μετά από την πρώτη μερική μαστεκτομή.

Τέλος η επανορθωτική θεραπεία έχει ως στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας ή την επίτευξη ενός καλύτερου αισθητικού αποτελέσματος.

#### Αρχές χειρουργικής ογκολογίας

- Ριζικότητα: Σύμφωνα με αυτή την αρχή η αφαίρεση της καρκινικής μάζας πραγματοποιείται με την παράλληλη αφαίρεση ενός μεγάλου παρακείμενου υγιούς ιστού, καθώς καρκινικά κύτταρα μπορεί να έχουν μεταναστεύσει σε γειτονικές περιοχές και να μην είναι ορατά με την αξονική ή τη μαγνητική επειδή δεν αποτελούν μάζα για παράδειγμα στο καρκίνο του παχέος εντέρου για να θεωρηθεί η εγχείρηση θεραπευτική θα πρέπει για έναν όγκο 3-4 εκ να αφαιρεθούν τουλάχιστον 5 εκ μετά τον όγκο και 10-15 εκ μετά τον όγκο.
- Αριθμός λεμφαδένων: Υποστηρίζεται ότι για να καταστεί επιτυχής η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου θα πρέπει να πραγματοποιείται και λεμφαδενικός

καθαρισμός. Ο αριθμός των γειτονικών λεμφαδένων που προτείνεται να αφαιρούνται είναι 15.

- Απουσία αιμορραγίας: Έρευνές αποδεικνύουν ότι περιστατικά τα οποία δεν εμφάνισαν αιμορραγία και δεν απαιτήθηκε μετάγγιση αίματος εμφάνισαν καλύτερη πρόγνωση.
- Στρατηγική: Αναφέρεται στη σταδιοποίηση του όγκου, η οποία επιτυγχάνεται με ειδικές στοχευμένες θεραπείες (π.χ. ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα). Ανάλογα με το στάδιο και τη θέση όγκου πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη θεραπεία. ορισμένες φορές προηγούνται της χειρουργικής θεραπείας στοχευμένες θεραπείες που αποσκοπούν στην ελάττωση του καρκινικού φορτίου.
- Υποσταδιοποίηση: Όγκοι σε προχωρημένο στάδιο θεωρούνται μη εξαιρέσιμοι. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται τεχνικές συρρίκνωσης του όγκου και έπειτα πραγματοποιείται η εξαίρεση του όγκου.

Σημαντικότερες ογκολογικές επεμβάσεις:

Ριζική χειρουργική θεραπεία πρωτοπαθούς καρκίνου

Ογκομειωτική επέμβαση με στόχο τη μείωση του καρκινικού φορτίου

Αφαίρεση μεταστάσεων

Αντιμετώπιση επειγουσών ογκολογικών καταστάσεων(ειλεός)

Ανακουφιστικές χειρουργικές θεραπείες(παρακάμψεις)

Επανορθωτικές επεμβάσεις( αποκατάσταση)

Προληπτικές επεμβάσεις (μαστεκτομή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου). Η χειρουργική επέμβαση του καρκίνου μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με ανοιχτή επέμβαση είτε λαπαροσκοπικά ή θωρακοσκοπικά ανάλογα με την εστία του όγκου (Λαμπρίδης Σάββας2015).

Η λαπαροσκόπηση εμφανίστηκε περίπου πριν 100 χρόνια. Ο Σουηδός Hans Christian Jacobaeus πραγματοποίησε την πρώτη λαπαροσκόπηση σε άνθρωπο το 1910. Κατά τις επόμενες δεκαετίες, η λαπαροσκόπηση έγινε ένα σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο μέχρι την ανάπτυξη των μη επεμβατικών τεχνικών απεικόνισης, όπως η ανίχνευση της υπερηχογραφίας ή της αξονικής τομογραφίας (CT). Ωστόσο παρά το δυναμικό της διαγνωστικής και θεραπευτικής χρήσης της λαπαροσκόπησης χρειάστηκαν

περισσότερα από 70 χρόνια μέχρι την πρώτη λαπαροσκοπική επέμβαση. Ο γερμανός γυναικολόγος Semm πραγματοποίησε την πρώτη λαπαροσκοπική σκωληκοειδίτιδα το 1982. Επιπλέον ο γερμανός χειρουργός Erich Mühle ανέπτυξε την ιδέα να απομακρύνει χολόλιθους μέσω λαπαροσκόπησης τα επόμενα χρόνια πραγματοποιώντας την πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή στην 12η Σεπτεμβρίου του 1985. Αρχικά υπήρξε έντονη αντίθεση για αυτή τη νέα τεχνική στη χειρουργική κοινότητα, αλλά η επιτυχία στα επόμενα χρόνια ήταν συντριπτική. Οι χειρουργοί ανέπτυξαν νέα όργανα και συσκευές για να ξεπεράσουν τις χειρουργικές προκλήσεις όπως ο έλεγχος της αιμορραγίας ή οι γαστρεντερικές εκτομές (Markus Alexander Küper et al 2014). Η λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση για το καρκίνο του στομάχου εξελίχθηκε ραγδαία και έχει αυξήσει τη δημοτικότητα της κατά τις 2 τελευταίες δεκαετίες τόσο στην Ανατολή όσο και στη Δύση. Η Ιαπωνία επέδειξε μια δεκαπλάσια αύξηση στη χρήση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής μεταξύ 1991-2009. Στη Δύση ο ρυθμός ήταν πολύ πιο αργός. Παρά τον τεράστιο αριθμό των περιπτώσεων που εκτελούνται, η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή εξακολουθεί να θεωρείται ως υπό εξέταση στις περισσότερες δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων από το NCCN στις Ηνωμένες Πολιτείες, από την ESMO στην Ευρώπη και από την JGCA στην Ιαπωνία (Pantelis T Antonakis et al (2014). Η λαπαροσκοπική επέμβαση μπορεί να εφαρμοστεί σε όγκους που εμφανίζονται στον οισοφάγο, στομάχο, ήπαρ, χοληδόχο κύστη, παχύ λεπτό έντερο και τέλος στο ορθό. Οι θωρακοσκοπικές επεμβάσεις( video-assisted thoracic surgery VATS) είναι οι τελούμενες με τη χρήση εγχειρητικών τηλεσκοπίων και τεχνολογικών απεικονίσεων (Λαμπρίδης Σάββας 2015). Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που υπεβλήθησαν σε χειρουργική αφαίρεση πνευμονικού παρεγχύματος (Liu Y et al. 2014). Η μέθοδος έχει αναφερθεί από το 1993 και θεωρήθηκε επαναστατική ανακάλυψη του 2<sup>ου</sup> αιώνα στη θωρακοχειρουργική.

Η θωρακοσκόπηση μπορεί να εφαρμοστεί σε καρκίνο του πνεύμονα, στο θύμο αδένα σε μεσοθωράκιους όγκους, όγκους λεμφικού συστήματος, καθώς και κύστες του οισοφάγου (Liu Y et al. 2014).

Πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής:

- Ελάχιστος χειρουργικός τραυματισμός των ιστών



- Καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα και μικρότερες ουλές
- Ταχύτερη ανάρρωση και γρηγορότερη κινητοποίηση των ασθενών (από το ίδιο το βράδυ της λαπαροσκοπικής επέμβασης)
- Λιγότερη απώλεια αίματος (στο 98% των περιπτώσεων δεν απαιτείται καμία μετάγγιση αίματος σε αντίθεση με την ανοιχτή επέμβαση όπου το 30% περίπου των ασθενών χρειάζονται μετάγγιση τουλάχιστον δύο μονάδων αίματος)
- Σημαντικά μικρότερος χρόνος ανάρρωσης
- Χαμηλότερο κόστος νοσηλείας
- Ταχύτερη επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία (συνήθως μέσα σε δύο με τρεις εβδομάδες)
- Μεγέθυνση εικόνας κατά 10 έως 15 φορές και καλύτερος φωτισμός
- Βελτιωμένη αναγνώριση και διατήρηση σημαντικών και ευπαθών ανατομικών οργάνων
- Ευκολία χειρισμών και καλύτερη οπτική εικόνα σε περιοχές δυσπρόσιτες και δυσδιάκριτες
- Ελαχιστοποίηση μετεγχειρητικού πόνου
- Μηδαμινές μετεγχειρητικές επιπλοκές που σχετίζονται με το τραύμα, όπως διαπύηση, διάσπαση, κήλη, χρόνιος πόνος, δύσμορφη ουλή κλπ.
- Σημαντικά μικρότερη καρδιαγγειακή και αναπνευστική επιβάρυνση
- Δυνατότητα αντιμετώπισης ασθενών με επιβαρυσμένο ιατρικό ιστορικό
- Ταχύτερη ανάκτηση γαστρεντερικής λειτουργίας
- Μειωμένη φλεγμονώδης αντίδραση στο μετεγχειρητικό στρες

Μειονεκτήματα της λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής:

Χαμένη απτική αντίληψη του χειρουργού, η οποία είναι χρήσιμη στη σταδιοποίηση για την διερεύνηση ύπαρξης μεταστάσεων.

Περιορισμένο οπτικό πεδίο, έλλειψη τρισδιάστατης όρασης, το οποίο δημιουργεί δυσκολία στο χειρισμό ενδοεγχειρητικών επιπλοκών (ειδικά αιμορραγίες)

Περιορισμένη ελευθερία κινήσεων σε σχέση με τον ανθρώπινο καρπό και την ρομποτική τεχνολογία.

Σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις που διαρκούν πάνω από δύο ώρες κούραση του χειρουργού από την πολλές φορές μη-εργονομική θέση εργασίας.

Απαιτείται μεγάλη εμπειρία και μακρόχρονη εκπαίδευση καθώς και σύγχρονο, ακριβό υλικοτεχνικό εξοπλισμό που μπορεί να πραγματοποιείται μόνο από έμπειρους λαπαροσκόπους και σε εξειδικευμένα κέντρα (Markus Alexander Küper et al 2014). Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ολοκληρωμένες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις έχουν λιγότερες ενδοεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές και χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας 30 ημερών. Ωστόσο οι επιπλοκές και η θνησιμότητα αυξάνεται σε περιπτώσεις που λαπαροσκοπικές επεμβάσεις μετατρέπονται σε ανοιχτές (Mroczkowski P et al. (2012) (Morneau M et al. ) Επιπλέον οι ανοιχτές χειρουργικές επεμβάσεις είναι πιο δαπανηρές. Το χειρουργικό κόστος στις ανοιχτές επεμβάσεις είναι μικρότερο σε σχέση με τις άλλες τεχνικές λόγω του μεγαλύτερου χρόνου παραμονής και του ακριβού υλικοτεχνικού εξοπλισμού που απαιτείται ωστόσο αντισταθμίζεται με το υψηλό κόστος που απαιτείται για τη μετεγχειρητική νοσοκομειακή περίθαλψη (Berto P et al. 2012). Η χειρουργική προσφέρει τη μεγαλύτερη πιθανότητα για θεραπεία για πολλούς τύπου καρκίνου, ιδιαίτερα εκείνων που δεν έχουν εξαπλωθεί σ' άλλα μέρη του σώματος. Οι περισσότεροι άνθρωποι με καρκίνο θα έχουν κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης.

### **1.6.2 Χημειοθεραπεία**

Η εισαγωγή της χημειοθεραπείας, παρότι μπορεί αναδρομικά να αποδοθεί στους Αιγυπτίους (η πρώτη γραπτή περιγραφή καρκινικής νόσου ανευρίσκεται στον πάπυρο Edwin Smith που χρονολογείται από το 3000π.Χ) (Hajdu S.I, 2011) και στους Έλληνες ιατρούς της αρχαιότητας, έγινε εντέλει με συστηματικό τρόπο από τον Ελβετό ιατρό καιχημικό Παράκελσο (1493-1541), μέσα από το έργο του "De Grandibus" (1562) (Senn ILJ,1993). Η χημειοθεραπεία αποτελεί είδος αντικαρκινικής θεραπείας και είναι η συστηματική χρήση κυτταροστατικών ,αντινεοπλασματικών ή χημειοθεραπευτικών φαρμάκων τα οποία μπορούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα οδηγώντας στην θεραπεία του καρκίνου. Αυτά τα φάρμακα συχνά αποκαλούνται "αντικαρκινικά" φάρμακα. Χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φάρμακων που δρουν στα καρκινικά κύτταρα αλλά επηρεάζουν και τα υγιή (απόπτωση τριχών κεφαλής). Οι τρεις στόχοι της

χημειοθεραπείας είναι η πλήρης ίαση, ο έλεγχος του καρκίνου και η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα του καρκίνου (Γεννηματάς 2003). Ιάσιμες θεωρούνται με την χημειοθεραπεία ορισμένες μορφές καρκίνου όπως το χοριοκαρκίνωμα, σεμίνωμα, λέμφωμα Burkitt, λεμφοβλαστική λευχαιμία κλπ. Σε μερικούς τύπους κακοήθειας, όπως στη νόσο του Hodgkin, στη λευχαιμία και στον καρκίνο των όρχεων, η χημειοθεραπεία μπορεί να πετύχει πλήρη ίαση, ακόμα κι αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Αντίθετα με τη χειρουργική ή την ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία είναι γενική θεραπεία και όχι τοπική και πρέπει να εντάσσεται σε μια συνολική προσέγγιση της νόσου. Μπορεί να χορηγηθεί πριν από χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία και ονομάζεται προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Με αυτή είναι δυνατή η μείωση του μεγέθους ενός όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία χορηγείται μετά την τοπικο-περιοχική θεραπεία στο πλαίσιο μεταστατικών καρκίνων. Ανάλογα με τις χρησιμοποιούμενες ουσίες, έχουμε διαφορετικούς τρόπους δράσης: ορισμένα φάρμακα εμποδίζουν τη διαίρεση των κυττάρων και άλλα μπλοκάρουν τον κύκλο ανάπτυξης των κυττάρων. Παρότι τα φάρμακα στοχεύουν τα καρκινικά κύτταρα, η τοξική δράση τους μπορεί να πλήξει, σε μικρότερο βαθμό και τα υγιή κύτταρα, τα οποία προστατεύουν τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. Ανάλογα με την ασθένεια και τον τύπο καρκίνου, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα μόνο αντικαρκινικό φάρμακο ή περισσότερα σε συνδυασμό. Αυτός ο τύπος χημειοθεραπείας ονομάζεται “συνδυασμένη χημειοθεραπεία”. Αν και ο πιο συχνός τρόπος έγχυσης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι ενδοφλεβίως, είναι δυνατόν να χορηγηθούν από το στόμα, ενδομυϊκώς, υποδόρια, ενδοραχιαία και ενδοκοιλιακά. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από τον κάθε ασθενή. Ο αριθμός και ο ρυθμός των συνεδριών αποφασίζονται από τον γιατρό. Η χημειοθεραπεία χορηγείται κατά κύκλους. Οι περίοδοι ανάπαυσης μεταξύ συνεδριών επιτρέπουν στον οργανισμό να ανακτήσει τις δυνάμεις του οι οποίες έχουν εξασθενήσει λόγω της τοξικότητας των φαρμάκων. (Dr. Robert Buckman, Dr. Tereza Whittaker, 2000) Η κλασική μέθοδος χορήγησης της χημειοθεραπείας γίνεται ενδοφλέβια. Ο συγκεκριμένος τρόπος χορήγησης έχει ορισμένα μειονεκτήματα: τοποθέτηση καθετήρα, συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο, κόπωση και παρενέργειες. Για αυτό το λόγο, οι ερευνητές ανέπτυξαν πρόσφατα χημειοθεραπείες κατάλληλες να λαμβάνονται από το στόμα. Οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην per os θεραπεία σε πολύ υψηλό

ποσοστό, συγκεκριμένα άνω του 80%. Ένα επιπλέον πλεονέκτημα των θεραπειών αυτών είναι η στοχευμένη τους δράση. Οι παρενέργειες στην από του στόματος θεραπεία είναι κατά γενικό κανόνα λιγότερες σε σχέση με τις παρενέργειες της ενδοφλέβιας χημειοθεραπείας.

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα: Τα φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορούν να χωριστούν σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους, τη χημική δομή τους και τη σχέση τους με άλλα φάρμακα. Η γνώση του τρόπου δράσης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι σημαντική για τον καθορισμό των πιθανών παρενεργειών, αλλά και για να γνωρίζουν οι ογκολόγοι ποια φάρμακα είναι πιο πιθανό να δράσουν καλύτερα σε συνδυασμό μεταξύ τους. Επιπλέον, θα πρέπει να γνωρίζουν με ποια σειρά και πόσο συχνά θα πρέπει να χορηγείται κάθε φάρμακο του χημειοθεραπευτικού σχήματος που τυχόν θα επιλέξουν.

- Αλκυλιούντες παράγοντες: Προκαλούν βλάβες στο γενετικό υλικό (DNA) των καρκινικών κυττάρων, με συνέπεια να οδηγούνται στον θάνατο. Η χρήση τους αφορά την αντιμετώπιση πολλών καρκίνων όπως η οξεία και η χρόνια λευχαιμία, το λέμφωμα, η νόσος του Hodgkin, το πολλαπλούν μυέλωμα, τα σαρκώματα και οι καρκίνοι του πνεύμονος, του μαστού και των ωθηκών. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα εξής φάρμακα:
  - nitrogen mustards (μουστάρδες): συμπεριλαμβάνουν τη μεχλωραιθαμίνη, τη χλωραμβουκίλη, την κυκλοφωσφαμίδη, την ιφωσφαμίδη και τη μελφαλάνη
  - νιτροζουρίες: συμπεριλαμβάνουν τη στρεπτοζοτοκίνη, τη φοτεμουστίνη, την καρμουστίνη, τη σεμουστίνη και τη λομουστίνη
  - αλκυλοσουλφονικά άλατα: περιλαμβάνουν τη βουσουλφάνη
  - τριαζίνες: συμπεριλαμβάνουν τη δακαρβαζίνη και την τεμοζολαμίδη
  - αιθυλεναμίτες: συμπεριλαμβάνουν το θειοτέπα και την εξαμεθυλμελαμίνη
- στην κατηγορία αυτή ταξινομούνται και τα φάρμακα της οικογένειας των πλατινών (σισπλατίνη, καρβοπλατίνη και οξαλαπλατίνη), επειδή καταστρέφονται καρκινικά κύτταρα με παρόμοιο τρόπο.
- Αντιμεταβολίτες: Οι αντιμεταβολίτες είναι μια οικογένεια φαρμάκων που επηρεάζουν την ανάπτυξη του DNA και του RNA των καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιούνται συχνά για τη θεραπεία της λευχαιμίας, των όγκων του

μαστού, των ωοθηκών και των εντέρων, αλλά και για άλλους καρκίνους όπως κεφαλής & τραχήλου, στομάχου, τραχήλου μήτρας). Στους αντιμεταβολίτες ανήκουν:

- η 5- φλουορο-ουρακίλη, η καπεσιταβίνη, η 6- μερκαπτοπουρίνη, η 6-θειογουανίνη, η μεθοτρεξάτη, η ραλιτρεξέδη, η εμσιταβίνη, η τεγκαφούρη, η 5-αζακυτιδίνη, η κυταραβίνη, η κλαδριβίνη, η φλουδαραβίνη, η πεντοστατίνη και η πεμετρεξέδη.

Αντικαρκινικά αντιβιοτικά: Τα φάρμακα αυτά επηρεάζουν ένζυμα που παίζουν ρόλο στην αναπαραγωγή των καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιούνται για τις περισσότερες μορφές καρκίνου. Κυριότεροι εκπρόσωποί τους είναι οι:

- ανθρακυκλίνες (ακλαρουμπισίνη, δαουνορουμπισίνη, δοξορουμπισίνη, επιρουμπισίνη και ιδαρουμπισίνη), τα φάρμακα ακτινομυσίνη-D, βλεομυσίνη, μιθραμυσίνη και μιτομυσίνη-C, καθώς και η μιτοξαντρόνη (χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη και του μαστού, το λέμφωμα και τη λευχαιμία).

Αναστολείς της τοποϊσομεράσης: Τα φάρμακα αυτά επηρεάζουν μια ομάδα ενζύμων που λέγονται τοποϊσομέρασες και βοηθούν την έλικα του DNA να χωρίζεται στα δύο, ώστε να γίνει ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ορισμένων μορφών λευχαιμίας, καθώς και για καρκίνους του πνεύμονα, των ωοθηκών, της γαστρεντερικής οδού και άλλων οργάνων όπως του τραχήλου μήτρας και του εγκεφάλου. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν:

- η τοποτεκάνη, η ιρινοτεκάνη, η ετοποσίδη, η αμσακρίνη και η τενιποσίδη.

Αναστολείς της μίτωσης: Τα φάρμακα αυτά συχνά αποτελούν παράγωγα φυτών. Σταματούν τον κυτταρικό μηχανισμό που λέγεται μίτωση ή αναστέλλουν τη δράση ορισμένων ενζύμων, τα οποία παράγουν πρωτεΐνες απαραίτητες για τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία πολλών μορφών καρκίνου, όπως του μαστού, του πνεύμονα, καθώς και τα μυελώματα, τα λεμφώματα και τις λευχαιμίες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν:

- οι ταξάνες (πακλιταξέλη, δοσεταξέλη),

- οι εποθιλόνες (ιξαβεπιλόνη),
- τα αλκαλοειδή της νίνσα (βινβλαστίνη, βινκριστίνη, βινδεσίνη, βινορελβίνη) και
- η εστραμουστίνη.

Κορτικοστεροειδή: Τα στεροειδή είναι φυσικές ορμόνες και φάρμακα όμοια με ορμόνες, που έχουν πολλές χρήσεις στην Ιατρική. Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία διαφόρων ασθενειών, αλλά και ορισμένων μορφών καρκίνου (λέμφωμα, λευχαιμία και πολλαπλούν μυέλωμα). Όταν χορηγούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου θεωρούνται χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Στους πάσχοντες από καρκίνο, όμως, χορηγούνται και ως αντιεμετικά, δηλαδή για την πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου που προκαλούν τα άλλα φάρμακα της χημειοθεραπείας. Χρησιμοποιούνται επίσης για την αποτροπή των 58 σοβαρών αλλεργικών αντιδράσεων πριν από τη χορήγηση κάποιας χημειοθεραπείας. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν:

- η πρεδνιζόνη, η πρεδνιζολόνη, η μεθυλπρεδνιζολόνη, η δεξαμεθαζόνη, η υδροκορτιζόνη, η παραμεθαζόνη και η βηταμεθαζόνη.
- Άλλα χημειοθεραπευτικά φάρμακα: Υπάρχουν ορισμένα φάρμακα της χημειοθεραπείας τα οποία δρουν με διαφορετικό τρόπο απ' ό,τι τα προαναφερθέντα και γι' αυτό δεν κατατάσσονται σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες. Παραδείγματα τέτοιων φαρμάκων είναι:
- η L-ασπαραγινάση (είναι ένα ένζυμο), η βορτεζομίμη (είναι ένας αναστολέας των πρωτεωσωμάτων), η λανκρεοτίδη και η οκτρεοτίδη (συνθετικά της σωματοστατίνης), η υδροξυκαρβαμίδη, η μιλτεφοσίνη, η μιτοσάνη και η θαλιδομίδη.

#### Παρενέργειες

Η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία καταστρέφει όχι μόνο τα καρκινικά κύτταρα αλλά και τα φυσιολογικά υγιή κύτταρα, οδηγώντας στην εμφάνιση πολλαπλών παρενεργειών. Οι παρενέργειες των κυτταροστατικών αφορούν σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού και μπορεί να είναι άμεσες όπως δερματικό εξάνθημα στην περιοχή έγχυσης του φαρμάκου και μούδιασμα άνω άκρων ή όψιμες όπως αλωπεκία, στοματίτιδα κ.ά.

## ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στο πεπτικό σύστημα ποικίλουν στοχεύοντας στο γαστρεντερικό σωλήνα, στο ήπαρ και στο πάγκρεας. Τα κυριότερα συμπτώματα που προκαλούνται σε αυτά τα σημεία, είναι ναυτία, έμετος, στοματίτιδα, ανορεξία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, αιμορραγία από τον πεπτικό σωλήνα και ίκτερο (Αγοραστός 1988, Γεννατάς 2003). Οι βλάβες στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα παίρνουν τη μορφή διαβρώσεων ή εξελκώσεων και δεν μπορούν να αναστραφούν μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Στο ήπαρ από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να εμφανιστεί ηπατοκυτταρική νέκρωση, χολοστατικός ίκτερος, ανάπτυξη συνδετικού ιστού, πυλαία υπέρταση, θρόμβωση ηπατικών φλεβών αλλά και ανάπτυξη διαφόρων καλοηθών ή κακοηθών όγκων. Στο πάγκρεας είναι πιθανόν να προκληθεί οξεία παγκρεατίτιδα (Σαχίνη 2004, Αγοραστός 1988). Η ναυτία και ο έμετος θεωρούνται ενοχλητικά συμπτώματα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και χρειάζονται οπωσδήποτε αντιμετώπιση.

## ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:

Το νευρικό σύστημα προσβάλλεται σε όλα τα επίπεδα του από τα αντινεοπλασματικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα και προκαλούνται διάφορα σύνδρομα, όπως είναι η εγκεφαλοπάθεια, οι παρεγκεφαλιδικές διαταραχές και η προσβολή των μηνίγγων, του νωτιαίου μυελού και των ριζών και των περιφερικών νεύρων, η τελευταία είναι και η πιο συχνή ανεπιθύμητη παρενέργεια των φαρμάκων από το νευρικό σύστημα (Σαχίνη 2004, Μυλωνάς 1988). Είναι σπάνιες πάραυτα καθώς τα αντινεοπλασματικά φάρμακα δεν μπορούν να διαπεράσουν εύκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό (Μυλωνάς 1988).

## ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η βλάβη του μυελού των οστών είναι η πιο συχνή και εμφανής από όλες τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας (Τσιγαλίδου 1988, Νικολαΐδης 1988). Οι κυριότερες εκδηλώσεις της καταστολής του μυελού των οστών είναι η μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία), η μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων

(αναιμία) και η μείωση των αιμοπεταλίων (θρομβοπενία) (Τσιγαλίδου 1988). Για το λόγο αυτό οι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη και αιμορραγία (Σαχίνη 2004, Τσιγαλίδου 1988, Νικολαΐδης 1988). Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας ανάπτυξης λοιμώξεων είναι η ελάττωση του αριθμού των ουδετερόφιλων κάτω των 1.000/mm<sup>3</sup>(Νικολαΐδης 1988). Αναφορικά για την αναιμία, το πλήθος δεδομένων δείχνει ότι τα πλέον χρησιμοποιούμενα κυτταροστατικά προκαλούν σε μεγάλο ποσοστό ήπια έως μέτρια αναιμία, η οποία συχνά θεωρείται κλινικά ασήμαντη και δεν θεραπεύεται επαρκώς, όμως έχει συσχετιστεί με μειωμένη λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής (Ευσταθίου και συν. 2001).

#### ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η καρδιοτοξικότητα ως αναφερόμενη παρενέργεια από τη χημειοθεραπεία δεν είναι συχνή. Τα καρδιοτοξικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ελάττωση της συσπαστικότητας ή/ και ισχαιμία του μυοκαρδίου, όπως επίσης και υπόταση (Τσελεπατιώτης και συν 2001).

#### ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα συνηθέστερα προσβαλλόμενα ενδοκρινικά συστήματα είναι η οπίσθια υπόφυση, ο θυρεοειδής αδένας, οι όρχεις και οι ωοθήκες. Παρόλου που η δυσλειτουργία της υπόφυσης και του θυρεοειδή αδένα αποκαθίσταται σύνηθως μετά το πέρας της χημειοθεραπείας, οι βλάβες των γεννητικών αδένων είναι πιο σοβαρές όπως είναι η πρόωρη εμμηνόπαυση, η αζωοσπερμία και η καταστροφή των αρχέγονων γεννητικών κυττάρων (Σαχίνη 2004, Χαλκίδης 1988).

Επιπλέον άλλες αλλά αρκετά συχνές και σοβαρές επιπλοκές είναι η αλωπεκία αλλά και η ανησυχία και η κατάθλιψη, προβλήματα που απορρέουν από τις επιπλοκές των φαρμάκων (Σαχίνη 2004, Αθανάτου 2002). Τέλος, όσον αφορά στα τυπικά ψυχιατρικά προβλήματα που βιώνουν πιο συχνά οι ασθενείς, στατιστικές έρευνες δείχνουν πως ανήκουν η κατάθλιψη, το άγχος, η επιθετικότητα, οι αυτοκτονικές



σκέψεις και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα (Παπαγεωργίου 2004). Όπως έχει προαναφερθεί ήδη, οι περισσότερες από αυτές τις επιπλοκές είναι αναστρέψιμες και διακόπτονται όταν σταματήσει η χημειοθεραπεία (Χατζηγιαννάκης 1996).

### 1.6.3 Φωτοδυναμική θεραπεία (laser)

Η φωτοδυναμική θεραπεία βασίζεται στην επιλεκτική απορρόφηση φωτός laser από κατάλληλες χημικές ουσίες –φωτοευαίσθητες, παρουσία οξυγόνου οι οποίες ενεργοποιούν φωτοδυναμικές αντιδράσεις που μπορούν να καταστρέψουν επιλεκτικά τα γειτονικά των καρκινικών κυττάρων. Σε μια φωτοδυναμική αντίδραση υπάρχουν 3 βασικά συστατικά:

1. Το μόριο της φωτοευαίσθητης ουσίας
2. Η φωτεινή ακτινοβολία κατάλληλου μήκους κύματος
3. Η παρουσία οξυγόνου (Χαλκιώτης, Κωνσταντίνος 2000).

Πιο συγκεκριμένα η φωτοδυναμική θεραπεία (PDT) είναι μια μορφή θεραπείας για συμπαγείς καρκινικούς όγκους, καθώς παρουσιάζει επιλεκτικότητα στην καταστροφή των καρκινικών ιστών έναντι των υγιών γειτονικών. Η θεωρία της PDT βασίζεται στη φωτοευαισθητοποίηση των καρκινικών όγκων έπειτα τη χορήγηση φωτοευαίσθητης ουσίας και τη μεταγενέστερη ενεργοποίηση αυτής με τη χρήση οπτικής ακτινοβολίας (κυρίως ακτινοβολία laser) κατάλληλων φαρμακευτικών χαρακτηριστικών. Φωτοευαίσθητες καλούνται οι ουσίες οι οποίες ενεργοποιούνται από φωτεινή ακτινοβολία κατάλληλου μήκους κύματος (laser) παράγουν χημικώς ενεργά προϊόντα όπως μονήρες οξυγόνο και ελεύθερες ρίζες. Οι φωτοευαίσθητες κατακρατούνται επιλεκτικά σε μεγαλύτερο βαθμό από τους καρκινικούς όγκους σε σχέση με τους υγιείς ιστούς. ( κατακράτηση καρκινικών όγκων/κατακράτηση υγιών ιστών 30/1) και χωρίς ενεργοποίηση από κατάλληλη οπτική ακτινοβολία είναι μη τοξικές. Ενεργοποιούμενες από κατάλληλη οπτική ακτινοβολία παράγουν ενεργές ρίζες (π.χ. μονήρες ενεργό οξυγόνο, παράγωγα υδροξυλίου) οι οποίες καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα παρέχοντας το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επίσης προϋπόθεση αποτελεί ο άμεσος μεταβολισμός τους μετά τη θεραπεία ώστε να μην προκαλούν παρατεταμένη

φωτοευαίσθησία στον ασθενή. Οι φωτοευαίσθητες ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι οι ακόλουθες:

Παράγωγα της αιματοπορφυρίνης ( HpD-Photofrin και του εστέρα της διαιματοπορφυρίνης (DHE-Photof

5- Αμινολεβουλινικό οξύ ( 5-Aminolaevulinic Acid(ALA)

Φθαλοκυανίνες

Η λέξη laser αποτελεί το ακρωνύμιο των αγγλικών λέξεων Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation δηλαδή σημαίνει ενίσχυση φωτός λόγω εξαναγκασμένης εκπομπής ακτινοβολίας και περιγράφει το φυσικό φαινόμενο πάνω στο οποίο βασίζεται η λειτουργία ενός laser που είναι το φαινόμενο της εξαναγκασμένης εκπομπής. Το βασικό συστατικό του laser είναι το ενεργό του υλικό το οποίο καθορίζει το εκπεμπόμενο μήκος κύματος. Η διάγνωση με επαγόμενο φωτισμό (LIF) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον χαρακτηρισμό των βιολογικών ιστών καθώς και για την ανάπτυξη τεχνικών δοσιμετρίας κατά την εξέλιξη μιας φωτοδυναμικής θεραπευτικής τεχνικής. Το πρόβλημα ωστόσο αυτής της μεθόδου είναι ο καθορισμός του βέλτιστου συνδυασμού δόσης φωτεινής ακτινοβολίας και συγκέντρωσης φωτοευαίσθητης ουσίας που έχει κατακρατηθεί στους ιστούς ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σημαντικό είναι να καταστραφούν μόνο τα καρκινικά κύτταρα σε όλη την περιοχή της ανάπτυξης τους χωρίς να υπάρξει βλάβη στο γειτονικό υγιή ιστό. Επιπρόσθετα οι καρκινικοί όγκοι παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη ένταση φθορισμού συγκριτικά με τον υγιή γειτονικό ιστό μερικές ώρες μετά την εξωγενή χορήγηση φωτοευαίσθητης ουσίας. Ο φθορισμός είτε από διατάξεις φωτοανιχνευτών με κατάλληλα προσαρμοσμένα φασματικά φίλτρα είτε από διατάξεις οπτικής απεικόνισης. Η οργανολογία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διέγερση, ανίχνευση φθορισμού και καθώς και για την ελάττωση του υπόβαθρου από τον αυτοφθορισμό των ιστών και την οπισθοσκεδαζόμενη δέσμη της διέγερσης διαφέρει κατά περίπτωση (Τσάτση Ελευθερία 2015).

Η θεραπεία με laser εφαρμόζεται κυρίως σε καρκίνους: δέρματος, αναπνευστικού συστήματος, γαστρεντερικής οδού και του τραχήλου της μήτρας. Τις περισσότερες

φορές ωστόσο χρησιμοποιείται για τη διατήρηση της βατότητας σημαντικών οδών του σώματος, όπως είναι ο οισοφάγος για την κατάποση, η τραχεία για την αναπνοή ή το παχύ έντερο για την αποβολή των προϊόντων του μεταβολισμού. Η θεραπεία με laser δεν υποκαθιστά τις κλασσικές θεραπευτικές τεχνικές αλλά τις συμπληρώνει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις προχωρημένης ηλικίας ή συνύπαρξης καρκίνου με σοβαρά καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα.

#### Πλεονεκτήματα φωτοδυναμικής θεραπείας

- Επιλεκτική θεραπεία
- Μη επεμβατική
- Καλύτερη κλινική εφαρμογή σε μεγάλες η/και πολλαπλές βλάβες
- Καλύτερη κλινική εφαρμογή σε βλάβες που βρίσκονται σε δύσκολα για θεραπεία σημεία
- Καλύτερη αισθητική αποκατάσταση

#### Μειονεκτήματα φωτοδυναμικής θεραπείας

- Αίσθηση πόνου και ενόχλησης, που πολύ συχνά περιγράφεται σαν κάψιμο, η τσίμπημα ή κνησμός ειδικά στην περιοχή της θεραπείας, αισθήματα τα οποία παρουσιάζουν ένα μέγιστο και μετά μειώνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας. Πρόσωπο και κρανίο, μεγάλες βλάβες η βλάβες με έλκη είναι πιθανότερο να πονούν περισσότερο.
- Αμέσως μετά την ακτινοβολήση ερύθημα και οίδημα είναι πιθανό να δημιουργηθεί με διαμόρφωση κρούστας και η αποθεραπεία τους διαρκεί περίπου 2-6 βδομάδες.
- Υπό η υπέρ-χρωμάτωση του δέρματος.
- Απώλεια μαλλιών ειδικά σε παχιές βλάβες στο κρανίο, αλλά πολύ λιγότερη από ότι με ραδιοθεραπεία (Χαλκιώτης Κωνσταντίνος 2000).

#### 1.6.4 Θεραπεία με υπερθερμία-κρυοπηξία

Η υπερθερμία είναι μια καθιερωμένη θεραπεία κατά του καρκίνου. Μπορεί να ενισχύσει το θεραπευτικό της χημειοθεραπείας όταν συνδυάζεται με φαρμακολογικούς παράγοντες, η οποία μπορεί στη συνέχεια να γίνει περισσότερο κυτταροτοξική σε υψηλές θερμοκρασίες. Διάφορες in vivo και in vitro μελέτες έχουν αποδείξει τα οφέλη της υπερθερμίας σε διάφορους καρκίνους (Τσάτση Ελευθερία 2015). Η θεραπεία με υπερθερμία αποτελεί ένα εξωτερικό μηχανισμό ερεθίσματος. Η υπερθερμία επιτυγχάνεται όταν η θερμοκρασία φτάσει στους 46-50 Κελσίου και προκαλεί τον κυτταρικό θάνατο μέσω της μετουσίωσης του DNA. Ωστόσο η θεραπεία προκαλεί επίσης και μη αναστρέψιμη αγγειακή βλάβη που παρεμποδίζει τη χορήγηση ενδοφλεβίων θεραπευτικών σκευασμάτων. Αυτό αποτελεί σημαντικό κλινικό μειονέκτημα, δεδομένου ότι σε αυτούς τους ασθενείς χορηγούνται συνήθως πολλαπλοί κύκλοι εγχύσεων χημειοθεραπείας για τους οποίους είναι απαραίτητο το αγγειακό σύστημα να είναι ανέπαφο. Παράμετροι για τη χρήση της αποτελούν η ροή αίματος και η πίεση καθώς και η σύνθεση του κυτταρικού ιστού (ποσότητα ίνωσης).

Οι μέθοδοι υπερθερμίας κατατάσσονται στις ακόλουθες:

Επιφανειακή κατά την οποία επιτυγχάνεται εξωτερική θέρμανση των όγκων σε βάθος 4 εκ από την επιφάνεια δέρματος. Πραγματοποιείται μέσω ηλεκτρομαγνητικής ή υπερηχητικής.

Ενδοκοιλιακή: θέρμανση μέσω ορθού, οισοφάγου, τράχηλου μήτρας/κόλπου

Εν τω βάθει: εξωτερική θέρμανση όγκων σε βάθος άνω των 4 εκ από την επιφάνεια του δέρματος.

Ενδοϊστική: εφαρμογή θερμότητας μέσω ειδικών κεραίων στον όγκο

Ολόσωμη: εφαρμογή θερμότητας σε όλη την επιφάνεια του σώματος, η θερμότητα περιορίζεται στους 41,8-42 Κελσίου

Διεγχειρητική: κατά τη διάρκεια του χειρουργείου σε άμεση επαφή με τον καρκινικό ιστό

Υπερθερμική διάχυση: θερμότητα αίματος με εξωσωματική κυκλοφορία, αφορά κυρίως μελανώματα και σαρκώματα άκρων σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία.

Η θεραπεία με κρυοπηξία αποτελεί το αντίθετο της θεραπείας με υπερθερμία καταστρέφει τους καρκινικούς όγκους με την εφαρμογή ψύχους με υγρό άζωτο. Εφαρμόζεται κυρίως σε καρκίνο του δέρματος αρχικού σταδίου και στον καρκίνο του αμφιβληστροειδούς (ρετινοβλάστωμα) (Huang C et al. 2011).

### **1.6.5 Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται στη χρήση ιονίζουσων ακτινοβολιών. Η ακτινοβολία προκαλεί το θάνατο των κυττάρων προξενώντας βλάβες και ρήξεις στις έλικες του DNA δια του ιονισμού των ατόμων και των μορίων. Η αντικαρκινική δράση της ακτινοβολίας διαπιστώθηκε μετά την ανακάλυψη του Ραδίου το 1989. Η πρώτη θεραπεία σε άνθρωπο πραγματοποιήθηκε το 1899. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί και σε πρωτοπαθείς αλλά και προχωρημένους καρκίνους. Μπορεί να αποτελεί τη μόνη θεραπευτική μέθοδο ή να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση ή και χημειοθεραπεία.

Ο σκοπός χορήγησης της ακτινοθεραπείας είναι είτε η θεραπεία του καρκίνου (π.χ. καρκίνος δέρματος, σεμίνωμα), με όσο το δυνατόν λιγότερες επιπτώσεις στους υγιείς ιστούς [38] , είτε ο έλεγχος της νόσου (π.χ. μεταστατικός καρκίνος μαστού, σαρκώματα μαλακών μορίων), ή η ανακούφιση συμπτωμάτων (ανακούφιση πόνου, πρόληψη παθολογικών καταγμάτων) στα τελικά στάδια της νόσου (Τσάτση Ελευθερία 2015).

Οι ακτινοβολίες είναι μεταφερόμενη ενέργεια και μπορεί να είναι κυματικές η σωματιδιακές. Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να χορηγείται ως δέσμες ακτινών X, ως δέσμες ιονισμένων σωματιδίων (όπως ηλεκτρονίων) και ως β ή γ ακτινοβολία που παράγεται από διάσπαση ραδιενεργών ισοτόπων. Οι πιο γνωστές ακτινοβολίες που χρησιμοποιούνται κυρίως στη θεραπευτική είναι οι ακτίνες X και τα φωτόνια (Γεώργιος Χάλιμος 2014). Η ακτινοθεραπεία συνήθως χρησιμοποιείται σε μεγάλους όγκους, διότι σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πιθανότερη η μετάσταση του όγκου. Επιπρόσθετα οι μεταστάσεις σε αντίθεση με τον ίδιο τον όγκο δε γίνονται αισθητές μέσω της χρήσης

τεχνολογιών απεικόνισης όπως η υπολογιστική αξονική τομογραφία Computerized Axial Tomography (CT) ή η μαγνητική τομογραφία Magnetic Resonance Imaging (MRI).

Ανάλογα με την απόσταση της πηγής της ακτινοβολίας από τον όγκο διακρίνονται δύο μορφές ακτινοθεραπείας τη βραχυθεραπεία και τη τηλεθεραπεία.

Στη βραχυθεραπεία ή εσωτερική ακτινοθεραπεία η τοποθέτηση ραδιενεργού πηγής είναι πλησίον του όγκου ή μέσα σε κοιλότητα ή ιστό του σώματος. Αποτελεί στοχευόμενη θεραπεία, η οποία χορηγείται δια της στοματικής οδού ή ενδοφλεβίως. Τα χρησιμοποιούμενα για θεραπευτικούς οι διαγνωστικούς σκοπούς ραδιενεργά ισότοπα είναι  $^{99m}\text{Tc}$  (τεχνητίο),  $^{125}\text{I}$  (ιώδιο),  $^{226}\text{Ra}$  (ράδιο),  $^{32}\text{P}$  (φώσφορος),  $^{186}\text{Re}$  (ρήνιο),  $^{89}\text{Sr}$  (στρόντιο),  $^{153}\text{Sm}$  (σαμάριο). Επίσης μπορεί να γίνει με εμφύτευση ειδικών ραδιενεργών καλωδίων ή σφαιριδίων, μέσα ή κοντά στην περιοχή του όγκου που υποβάλλεται στη θεραπεία (Νικολάου Χαρά). Η πρώτη εμφύτευση ραδίου( Ra-226) πραγματοποιήθηκε 3 χρόνια μετά την ανακάλυψη του από τη Μαρί Κιουρί το 1898, ενώ η πρώτη αποδεδειγμένη ιστολογικά ίαση σε βασικοκυτταρικό καρκίνο του δέρματος έγινε το 1903 (Τσάτση Ελευθερία 2015). Η βραχυθεραπεία χρησιμοποιείται είτε ως πρωτογενής θεραπεία( π.χ. σε προστάτη και γυναικολογικούς όγκους), είτε ως ενίσχυση μετά από χειρουργική επέμβαση ή εξωτερική ακτινοθεραπεία δέσμης. Χρησιμοποιείται επίσης ως θεραπεία διάσωσης για τοπική υπότροπη. Η κλινική πρακτική της βραχυθεραπείας ωστόσο δεν είναι ομοιόμορφη και υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές στην εφαρμογή. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Θεραπευτικής Ακτινολογίας και Ογκολογίας (GEC-ESTRO) η γυναικολογική βραχυθεραπεία παραμένει η πιο κοινή εφαρμογή, αν και η χρήση αυτής της τεχνικής τόσο για τον προστάτη όσο και για το στήθος έχει αυξηθεί. Επίσης δοσιμετρία με βάση την CT έχει γίνει όλο και συχνότερη από το 2002. Και τέλος η χρήση τεχνικών υψηλών δόσεων και ρυθμού παλμικής δόσης έχει αυξηθεί σημαντικά, ενώ τόσο η ταχύτητα χαμηλής δόσης όσο και η μέση δόση έχουν μειωθεί. Η βραχυθεραπεία έχει αρκετά σημαντικά πλεονεκτήματα, ιδιαίτερα το γεγονός ότι επιτρέπει υψηλές δόσεις ακτινοβολίας να χορηγούνται με μεγάλη ακρίβεια στον όγκο, ελαχιστοποιώντας έτσι τη βλάβη σε υγιή ιστό. Η λειτουργική απεικόνιση για βραχυθεραπεία είναι ένας τομέας στον οποίο έγιναν μεγάλες βελτιώσεις. Το φάσμα των εργαλείων απεικόνισης έχει διευρύνει σημαντικά τις δυνατότητες της βραχυθεραπείας, αυτές περιλαμβάνουν υπερηχογραφική απεικόνιση, απεικόνιση

ισχύος Doppler, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) (F.Guedea 2014). Η εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι η πιο συχνή μορφή θεραπείας στην κλινική πράξη. Καλείται και τηλεθεραπεία και χορηγείται σε μια σειρά προγραμματισμένων συνεδριών. Σε κάποιες περιπτώσεις, χορηγείται μόνο μια θεραπεία, όπως για παράδειγμα στον καρκίνο του πνεύμονα, ή για καρκίνο που έχει εξαπλωθεί στα οστά. Χρησιμοποιεί ακτίνες Χ, κοβάλτιο, ηλεκτρόνια και πιο σπάνια άλλα μόρια όπως είναι τα πρωτόνια. Τα ειδικά μηχανήματα παράγουν υψηλής ενέργειας δέσμες ακτινοβολιών που τις κατευθύνουν στο σημείο του σώματος που βρίσκεται ο όγκος (Νικολάου Χαρά).

Στην εξωτερική ακτινοβολία ή τηλεθεραπεία χρησιμοποιείται μια πηγή που τοποθετείται σε μια συγκεκριμένη απόσταση από τον ασθενή (Μ. Λαβδανίτη Σ. Ζυγά 2012). Χρησιμοποιείται και ως παρηγορητική θεραπεία για προχωρημένους καρκίνους (παρηγορητική εξωτερική ακτινοθεραπεία δέσμης EBRT ). Καθώς η παρατεταμένη επιβίωση, η ανακούφιση από τα συμπτώματα (π.χ. πόνος, αιμορραγία) η ποιότητα ζωής QOL έχουν μεγάλη σημασία. Ωστόσο παρατηρείτε μια γενική υπεκτέλεση της παρηγορητικής ακτινοθεραπείας, γεγονός το οποίο εξηγείται από την έλλειψη στοιχείων που υποστηρίζουν τη χρήση της και από την ανησυχία σχετικά με την τοξικότητά της (Marte Gronlie Cameron 2013). Οι σύγχρονες μορφές ακτινοθεραπείας IMRT (Intensity Modulated Arc Therapy) και η VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy) παρουσιάζουν περισσότερα πλεονεκτήματα σε σχέση με προγενέστερες τεχνικές (2D, 3D-CRT), μειώνοντας τις παρενέργειες καθώς και ελέγχοντας αποτελεσματικότερα τη νόσο μέσω της αύξησης της χορηγούμενης δόσης στον όγκο. Η τεχνική VMAT παρουσιάζει ένα επιπλέον πλεονέκτημα σε σχέση με τη IMRT της βέλτιστης ακτινοβόλησης του όγκου και ταυτόχρονης προστασίας των υγιών οργάνων στον μικρότερο δυνατό χρόνο. Η ακτινοθεραπεία IMRT διαφοροποιείται από τη συμβατική ακτινοθεραπεία λόγω της ικανότητας της να δημιουργεί πεδία διαμορφωμένης έντασης. Τα σφηνοειδή φίλτρα (wedge filter) μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συμβατικές θεραπείες για την επίτευξη ανομοιόμορφης έντασης, τα φίλτρα είναι εγγενώς μονής κατεύθυνσης και άκαμπτα. Το IMRT αντιθέτως είναι περισσότερο ευέλικτο και προσφέρει μεγαλύτερη ελευθερία στη διαμόρφωση της

έντασης της δέσμης. Κατά την IMRT διαμορφώνεται η ένταση της εισερχόμενης δέσμης ακτινοβολίας και αυτή η ευελιξία βοηθάει ώστε να επιτευχθεί υψηλότερου βαθμού χωρική συμφωνία της τελικής κατανομής δόσης του όγκου στόχου. Στην IMRT μειώνεται η ένταση των ακτινών που περνάνε μέσα από τα ευαίσθητα όργανα και αυξάνεται η ένταση αυτών που περνούν μέσα από τον όγκο στόχο. Η τοξοειδής ακτινοθεραπεία διαμορφούμενης έντασης (VMAT) αποτελεί την εξελιγμένη μορφή της ακτινοθεραπείας διαμορφούμενης έντασης (IMRT). Σε αυτή την τεχνική το μηχάνημα περιστρέφεται γύρω από τον ασθενή, ακτινοβολώντας τον όγκο-στόχο αλλά προσεγγίζοντας τον διαμέσου διαφορετικών κάθε φορά υγείων ιστών, ελαχιστοποιώντας τη δόση που λαμβάνει ο καθένας τους. Η εξέλιξη της τεχνικής VMAT επετεύχθηκε μέσω της τεχνικής Intensity Modulated Arc Therapy (IMAT). Η τεχνική αυτή είναι παρόμοια με την VMAT, όμως στην IMAT ο ρυθμός δόσης και η ταχύτητα περιστροφής του gantry παραμένουν σταθερές. Ο σχεδιασμός θεραπείας με την τεχνική IMAT αποδείχθηκε αποτελεσματικότερος με τη χρήση λιγότερων τόξων περιστροφής όταν η ταχύτητα του gantry και ο ρυθμός δόσης είχαν τη δυνατότητα να μεταβάλλονται. Η VMAT εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 2008 από τον Otto, η οποία προτάθηκε σαν παροχή της δόσης της ακτινοβολίας σε μία πλήρη περιστροφή 360 μοιρών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι θεραπείες να πραγματοποιούνται γρηγορότερα συγκριτικά με τις άλλες μεθόδους. Η τεχνική αυτή εμφανίζει βέλτιστη ακτινοβολή στο μικρότερο δυνατό χρόνο με τη μέγιστη ακρίβεια χορήγησης της δόσης, μειώνοντας την ταλαιπωρία του ασθενούς. Ωστόσο η ακριβής ακτινοβολή απαιτεί ασφαλή καθοδήγηση για την εξασφάλιση της κατανομής της δόσης στην περιοχή του όγκου. Αυτό επιτυγχάνεται με απεικόνιση στη θέση θεραπείας, ώστε να εξασφαλίζεται η ακρίβεια στόχευσης (Απεικονιστικά καθοδηγούμενη Ακτινοθεραπεία- IGRT). Η καθοδήγηση αυτή πραγματοποιείται τρισδιάστατα με εικόνες αξονικού τομογράφου ευρείας δέσμης, ο οποίος βρίσκεται ενσωματωμένος στο ακτινοθεραπευτικό μηχάνημα (Γιακουμάκης, Νικόλαος Εμμανουήλ 2017). Επιπρόσθετα η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί και μετεγχειρητικά, με τυπική ακτινοβολία, είτε ακτινοβολία γαγγλιακών περιοχών είτε ακτινοβολήση λεμφαδένων. Η ημερομηνία έναρξης της ακτινοθεραπείας μετά τη χειρουργική επέμβαση εξακολουθεί να είναι αντικείμενο διαμάχης, μεταξύ των υποστηρικτών της θεωρίας ότι η επικουρική ακτινοβολή αυξάνει τον τοπικό έλεγχο της νόσου και τους οπαδούς που υποστηρίζουν ότι πρέπει



να αποφεύγεται η άσκοπη επικουρική ακτινοβολήση (Guérif S et al. 2014). Παρατίθενται ακολούθως τα συνήθη ποσοστά ακτινοβολίας ανάλογα με τον τύπο καρκίνου:

#### Ακτινοθεραπεύσιμοι όγκοι σε υψηλή αναλογία

- 3000 rad: Σεμίνωμα Όγκοι κεντρικού νευρικού συστήματος, ΟΛΛ
- 3000-4000 rad: Σεμίνωμα, όγκοι, wilms, Νευροβλάστωμα
- 4000–5000 rad: Νόσος Hodgkin, Λεμφοσάρκωμα, Σεμίνωμα, Ιστιοκυτταρικό σάρκωμα, Καρκίνος δέρματος
- 5000– 6000 rad: Μεταστατική Λεμφαδενίτιδα, Πλακώδες καρκίνος πνεύμονα, Καρκίνος κεφαλής – τράχηλου, Καρκίνος τραχήλου μήτρας, Καρκίνος μαστού, Καρκίνος Ωοθηκών, Μυελοβλάστωμα, Σάρκωμα Ewing, Ρετινοβλάστωμα

#### Ακτινοθεραπεύσιμοι όγκοι

- 6000 – 6500 rad: Καρκίνος λάρυγγα, καρκίνος μαστού (περιορισμένη επέμβαση)
- 7000-7500 rad: καρκίνος στοματικής κοιλότητας, στοματορινολαρυγγοφαρυγγικός καρκίνος, καρκίνος ουροδόχου κύστεως, καρκίνος σώματος μήτρας, καρκίνος ωοθηκών, μεταστατική λεμφαδενίτιδα (1-3 cm), καρκίνος του πνεύμονα (<3 cm).

#### Ελάχιστα ακτινοθεραπεύσιμοι όγκοι – ακτινοάντοχοι όγκοι

- 8000 rad : καρκίνος κεφαλής – τράχηλου (> 4 cm) Καρκίνος Μαστού (> 5 cm) Γλοιβλάστωμα Οστεοσάρκωμα Κακοήθες μελάνωμα Σάρκωμα μαλακών μορίων (> 5 cm), Καρκίνος θυρεοειδούς, Μεταστατική Λεμφαδενίτιδα (> 6cm)

#### Βραχυπρόθεσμες παρενέργειες ακτινοθεραπείας

- Κρανίο: Αλωπεκία, αυξημένη ενδοκράνια πίεση
- Στοματική/ Φαρυγγική κοιλότητα: ερεθισμός βλεννογόνων στόματος, ερεθισμός φάρυγγα, άλγος, μυκητίαση, απώλεια γεύσης
- Κοιλιακή κοιλότητα: διάρροια, άλγος, ναυτία, έμετος, ανορεξία
- Κύστη: συχνουρία, δυσουρία
- Δέρμα: Ερύθημα που μπορεί να εξελιχθεί σε έκζεμα

Γενικές παρενέργειες: Κόπωση

Μακροπρόθεσμες παρενέργειες ακτινοθεραπείας

- ΚΝΣ: Μυελίτιδα που προκαλεί παραπληγία
- Πνεύμονες: Ίνωση
- Κύστη: Ίνωση που προκαλεί συχνουρία αιματουρία, κυστίτιδα, σεξουαλική δυσλειτουργία, ουρηθρική, ορθική στένωση
- Κοιλιακή κοιλότητα: Στένωση, διάτρηση, αιμορραγία
- Δέρμα: Ίνωση, τηλαγγειεκτασία, σπάνια νέκρωση (Νικολάου Χαρά).

### **1.6.5 Βιολογική θεραπεία- Ανοσοθεραπεία**

Ανοσία λέγεται το σύνολο των φυσιολογικών μηχανισμών, οι οποίοι επιτρέπουν στον οργανισμό να αναγνωρίζει κάθε σωματίδιο ξένο προς αυτόν, να το αδρανοποιεί και να το αποβάλλει ή να το μεταβολίζει με ή χωρίς ταυτόχρονη βλάβη των ιστών του.

Η ανοσία διακρίνεται στις κάτωθι κατηγορίες:

Στην μη ειδική ανοσία η οποία αποτελείται από φυσικούς φραγμούς, διάφορους χυμικούς παράγοντες και το φαγοκυτταρικό σύστημα.

Στην ειδική ανοσία στην οποία υπάγονται τα λεμφοκύτταρα, οι ανοσοσφαιρίνες και οι κυτταροκίνες.

Παθητική είναι η ανοσία, η οποία ασκείται από τις ανοσοσφαιρίνες που μεταβιβάζονται από τη μητέρα στα νεογνά (φυσική) ή η ανοσία που οφείλεται σε χορήγηση γ-σφαιρίνης ή υπεράνοσης γ-σφαιρίνης για συγκεκριμένο λοιμογόνο παράγοντα (τεχνητή).

Ενεργητική είναι η ανοσία, η οποία αποκτάται μετά από έκθεση σε λοίμωξη (φυσική) ή μετά από χορήγηση εμβολίου έναντι συγκεκριμένου λοιμογόνου παράγοντα (τεχνητή).

Επιπρόσθετα ανοσολογική απάντηση καλείται η διαδικασία η οποία είναι προσαρμοσμένη αποκλειστικά στην κατεύθυνση εκείνη όπου ικανά ερεθίσματα

προάγουν την παραγωγή πρωτεϊνών και ενεργών κυττάρων σε μια ποικιλία απεριόριστη σε μοριακές δομές. Αυτή η ικανότητα απάντησης αποτελεί το κυριότερο μέσο άμυνας στα σπονδυλωτά ενάντια στην είσοδο στοιχείων παθογόνων ή μη, ξένα σε αυτό (Κωνσταντίνος Θ. Χατζηβεη 2011). Η ανοσοθεραπεία, αποτελεί τύπο θεραπείας που έχει ως στόχο την ενίσχυση και την επικέντρωση της ανοσιακής απάντησης απέναντι στο νεόπλασμα (Μ. Κιάκου et al. 2015). Η ιδέα ότι το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να αναγνωρίσει και να ελέγξει την ανάπτυξη του όγκου μπορεί να ανιχνευθεί από το 1893 όταν ο William Coley χρησιμοποίησε ζωντανά βακτήρια ως ανοσοενισχυτικό για τη θεραπεία του καρκίνου (Yang Y 2015) . Το ανοσοποιητικό σύστημα διαδραματίζει διττό ρόλο στην πρόοδο του καρκίνου, μπορεί να καταστείλει την ανάπτυξη του όγκου με την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων αλλά επίσης να προάγει την ανάπτυξη του όγκου επιλέγοντας καρκινικά κύτταρα που μπορούν να αποφύγουν την επιτήρηση.

Η ανοσολογική απάντηση εμφανίζεται σε τρεις φάσεις: εξάλειψη, ισορροπία, διαφυγή, οι οποίες περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση εγγενών και προσαρμοστικών ανοσολογικών μηχανισμών. Τα καρκινικά κύτταρα εκφράζουν αντιγόνα που τα διαφοροποιούν από τα μη μετασχηματισμένα κύτταρα. (Anagnostou VK, Brahmer JR 2015). Τα ανθρώπινα αντιγόνα περιλαμβάνουν αντιγόνα μετάλλαξης P53, HER2, υικά (π.χ. HPV) και MAGE το οποίο είναι το πρώτο ανθρώπινο αντιγόνο που ταυτοποιήθηκε το 1991. Μέχρι σήμερα, 403 καρκινικά αντιγονικά πεπτίδια έχουν συμπεριληφθεί στη βάση δεδομένων πεπτιδίων. Ορισμένα γνωστά καρκινικά αντιγόνα είναι τα ακόλουθα TRP1, TRP2, NY-ESO-1, EBNA-1, PSGR και SATB1. Επιπρόσθετα τα CD4<sup>+</sup>T κύτταρα πιστεύεται ότι έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην αντικαρκινική ανοσία καθώς βοηθούν στην ταυτοποίηση των καρκινικών αντιγόνων (Wang M 2014). Στη φάση απομάκρυνσης, τα μετασχηματισμένα κύτταρα καταστρέφονται από ένα ικανό ανοσοποιητικό σύστημα. Τα καρκινικά κύτταρα που επιβιώνουν με ανοσοεπαφή εισέρχονται στη φάση ισορροπίας. Η ισορροπία αντιπροσωπεύει μια λειτουργική κατάσταση ηρεμίας στην οποία η ανάπτυξη του όγκου ελέγχεται από την προσαρμοστική ανοσία. Τα κύτταρα όγκου που έχουν αποκτήσει την ικανότητα να παρακάμπτουν την ανοσολογική αναγνώριση μπορούν να καταστούν κλινικά εμφανή. Επιπλέον, τα καρκινικά κύτταρα που αποφεύγουν την ανοσοεπαφή μπορούν

να προκαλέσουν ανοσοκατασταλτική κατάσταση μέσω της παραγωγής κυτοκινών και αυξητικών παραγόντων, όπως VEGF και TGFβ, καθώς και με την πρόσληψη κυττάρων T<sub>reg</sub> και κατασταλτικών κυττάρων που προέρχονται από μυελοειδή (Anagnostou VK, Brahmer JR 2015).

Η ανοσοθεραπεία διακρίνεται στην ενεργητική, στην παθητική και στην επαγωγική.

Η ενεργητική ανοσία στοχεύει στην επικέντρωση της ανοσιακής απάντησης του οργανισμού σε ειδικά μεμβρανικά ή μη αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων, με την προϋπόθεση ότι το ανοσιακό σύστημα δεν έχει κάποια βλάβη που να εμποδίζει τη φυσιολογική του διέγερση. Χρησιμοποιούνται αυτόλογα ή αλλογενή καρκινικά κύτταρα, τα οποία τις περισσότερες φορές είναι απενεργοποιημένα ή τροποποιημένα, καθώς επίσης και αντιγονικά παράγωγά τους, και στη συνέχεια εμβολιάζονται στον ασθενή με σκοπό την επίτευξη ειδικής ανοσοδιέγερσης έναντι των στοιχείων αυτών.

Η παθητική ανοσοθεραπεία πραγματοποιείται με τη χορήγηση έτοιμων ανοσολογικών μορίων-αντισωμάτων, η οποία μπορεί να αποδειχθεί προτιμότερη. Η επαγωγική ανοσοθεραπεία αναφέρεται στην αυτόλογη ή την ετερόλογη μεταμόσχευση ανοσιακών κυττάρων που έχουν τροποποιηθεί *ex vivo*, ώστε να εκφράζουν καρκινοειδικούς υποδοχείς.

Η επαγωγική ανοσοθεραπεία αναπτύχθηκε αξιοποιώντας ογκοδιηθητικά λεμφοκύτταρα (tumor infiltrating lymphocytes, TIL) από χειρουργικά εξαιρεθέντες όγκους ασθενών με μεταστατικό μελάνωμα. Η καλλιέργεια των εν λόγω κυττάρων μέσα στο περιβάλλον του όγκου *ex vivo* με ταυτόχρονη ύπαρξη της κυτταροκίνης IL-2 και η επαναχορήγηση των T-κυττάρων που προέκυψαν στους ασθενείς είχε αξιοσημείωτα αποτελέσματα (M. Κιάκου et al. 2015).

Επιπροσθέτως στην ανοσοθεραπεία χρησιμοποιούνται πρωτεΐνες που ονομάζονται μετατροπείς βιολογικής αντίδρασης (BRM -Biological Response Modifier) και αποτελούν την πλειονότητα των ανοσοθεραπευτικών ουσιών που χρησιμοποιούνται ή μελετώνται σήμερα. Αυτές είναι:

- Ιντερφερόνες
- Ιντερλευκίνες
- Αυξητικοί παράγοντες

- Μονοκλωνικά αντισώματα (Rituxan, Herceptin)
- Εμβόλια

#### Ιντερφερόνες

Οι ιντερφερόνες είναι κυτταροκίνες που υπάρχουν φυσιολογικά μέσα στο σώμα μας. Το είδος που χρησιμοποιείται συνήθως στη θεραπεία του καρκίνου ονομάζεται ιντερφερόνη άλφα. Οι ιντερφερόνες μπορεί να εμποδίζουν απευθείας τα καρκινικά κύτταρα ή μπορεί να διεγείρουν άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, για να βοηθήσουν στη μάχη. Οι ιντερφερόνες χρησιμοποιούνται σε μια σειρά παθήσεων, όπως η λευχαιμία τριχωτών κυττάρων, τα μελανώματα, η χρόνια μυελογενής λευχαιμία και το σάρκωμα Kaposi που σχετίζεται με το AIDS. Μελετώνται επίσης για πιθανή χρήση στη θεραπεία μεταστατικού καρκίνου των νεφρών και στο μη Hodgkin λέμφωμα.

#### Ιντερλευκίνες

Όπως και οι ιντερφερόνες, οι ιντερλευκίνες είναι ένας τύπος κυτταροκίνης. Η πιο μελετημένη ιντερλευκίνη είναι η ιντερλευκίνη 2 διεγείροντας άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού που μπορούν να καταστρέψουν καρκινικά κύτταρα. Έχει εγκριθεί για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου των νεφρών και του μεταστατικού μελανώματος και ερευνάται ως θεραπεία άλλων τύπων καρκίνου.

#### Αυξητικοί παράγοντες

Οι αυξητικοί παράγοντες αντί να δρουν απευθείας στα καρκινικά κύτταρα, συμβάλλουν στην παραγωγή λευκών αιμοσφαιρίων. Ο ελαττωμένος ο αριθμός των λευκών κάνει τον ασθενή πιο επιρρεπή σε μολύνσεις. Οι αυξητικοί παράγοντες βοηθούν στην καλύτερη εξέλιξη της χημειοθεραπείας με λιγότερη κόπωση που προέρχεται από την αναιμία λόγω χημειοθεραπείας και ελάττωση των λοιμώξεων.

#### Μονοκλωνικά αντισώματα

Τα μονοκλωνικά αντισώματα σχεδιάζονται και παράγονται στο εργαστήριο και έχουν στοχευμένη δράση. Ενώνονται με τα κύτταρα του όγκου και μπορούν είτε να αντιδράσουν με τα καρκινικά κύτταρα είτε να μεταφέρουν αντικαρκινικά ή ακτινοβολία. Μέχρι τώρα, υπάρχουν δύο εγκεκριμένα μονοκλωνικά αντισώματα, η ριτουξιμάμπη (Rituxan) για τη θεραπεία του υποτροπιάζοντος μη Hodgkin λεμφώματος Β κυττάρων και η τραστουζουμάμπη (Herceptin) για το μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Έρευνες γίνονται για τη θεραπεία και άλλων μορφών καρκίνου όπως λεμφώματα, λευχαιμίες, όγκοι εγκεφάλου, καρκίνος πνευμόνων, παχέος εντέρου, ορθού και προστάτη.

Τα φυσιολογικά αντισώματα παράγονται από τα Β λεμφοκύτταρα και ανήκουν στην κατηγορία των πρωτεϊνών (γ-σφαιρίνες). Τα μονοκλωνικά αντισώματα παράγοντα στο εργαστήριο από το ίδιο μητρικό Β-λεμφοκύτταρο (τον ίδιο κλώνο) και σκοπός τους είναι να προσκολληθούν στα αντιγόνα της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων με τελικό στόχο την εξουδετέρωση τους. Το μειονέκτημα είναι ότι όλοι οι καρκίνοι δεν είναι αμιγείς αλλά περιέχουν πολλές κυτταρικές πρωτεΐνες και έτσι το αποτέλεσμα είναι φτωχό αφού τα αντισώματα στοχεύουν σε ένα μόνο τύπο κυττάρου που περιέχει συγκεκριμένο αντιγόνο. Ένα ακόμα μειονέκτημα είναι η δημιουργία αλλεργικών αντιδράσεων στους ασθενείς όπως υπερευαισθησία.

### Εμβόλια

Σε αντίθεση με τα εμβόλια για πρόληψη λοιμωδών ασθενειών τα εμβόλια κατά του καρκίνου χορηγούνται αφού πρώτα έχει αναπτυχθεί κάποιος όγκος. Στόχος του εμβολίου να βοηθήσει το σώμα να απορρίψει τον καρκίνο και να τον εμποδίσει να εμφανιστεί ξανά. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται για την εκκίνηση του ανοσοποιητικού συστήματος του ξενιστή, για την αναγνώριση των αντιγόνων του όγκου και την αύξηση των αντι-όγκων αποκρίσεων Τ-κυττάρων. Τα εμβόλια θεωρούνται ότι είναι κατά πάσα πιθανότητα πιο αποτελεσματικά σε ασθενείς με ελάχιστη υπολειμματική νόσο μετά από οριστική θεραπεία και θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μακροχρόνιες θεραπευτικές επιδράσεις. Δυστυχώς, η κλινική αποτελεσματικότητα των εμβολίων είναι περιορισμένη καθώς ο στόχος της πλειοψηφίας σχετίζεται με τον όγκο σε αντίθεση με τα ειδικά για τον όγκο αντιγόνα και δεν ήταν σε θέση να παρακάμψει τους πολλαπλούς ανοσοκατασταλτικούς

μηχανισμούς στο μικροπεριβάλλον του όγκου. Ένα εμβόλιο είναι το BCG το οποίο είναι γνωστό για την πρόληψη της φυματίωσης αλλά χορηγείται και σε περιπτώσεις όπως καρκίνου της ουροδόχου κύστης αλλά για την ενίσχυση του ανοσιακού συστήματος. Στα πλεονεκτήματα συγκαταλέγονται η μείωση των υποτροπών και μεταστάσεων της νόσου και η μακρύτερη επιβίωση ενώ ορισμένα αρνητικά που έχει είναι ο πυρετός, ο τοπικός ερεθισμός και πιο σπάνια η εμφάνιση φυματιώδους λοίμωξη (Τσάτη Ελευθερία 2015). Σε NSCLC αξιολογούνται δύο τύποι εμβολίων: εμβόλια καρκινικών κυττάρων και αντιγόνου. Η ανοσοποίηση έναντι επίτοπων όγκου επιτυγχάνεται με έγχυση ανασυνδυασμένων πρωτεϊνών αντιγόνου όγκου, πεπτιδίων ή γαγγλιοσιδών που με τη σειρά τους ενεργοποιούν τις χυμικές και κυτταρικές ανοσοαποκρίσεις έναντι των αντιγόνων του όγκου. Η τεεκμοτίδη (L-BLP25) είναι εμβόλιο πεπτιδίου ειδικού αντιγόνου βλεννίνης 1 (MUC1) ικανό να επάγει απόκριση T-κυττάρων στο MUC1, μια γλυκοπρωτεΐνη που υπερεκφράζεται στο NSCLC. Άλλα εμβόλια που έχουν κατασκευαστεί είναι το εμβόλιο που σχετίζεται με το μελάνωμα (MAGE), το εμβόλιο με βάση το αντιγόνο που βασίζεται σε ιό ευλογιάς (Valsamo K. Anagnostou and Julie R. Brahmer 2015).

Η βιολογική θεραπεία στοχεύει στην ενίσχυση και τροποποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή, ώστε ο ίδιος ο οργανισμός, από μόνος του να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα καρκινικά κύτταρα. Ωστόσο από τις μέχρι τώρα έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι ο καρκίνος δεν έχει μόνο ανοσολογική βάση αλλά μια πολύπλοκότερη σύσταση που αν και ορισμένες φορές σχετίζεται με το ανοσιακό σύστημα δέχεται επιρροές και από εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες (Τσάτη Ελευθερία 2015).

### **1.6.6 Ορμονοθεραπεία**

Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων (Στεργίου Άρτεμις 2015) Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες που παράγονται

από τους ενδοκρινείς αδένες, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και καταλήγουν στους ιστούς και τα όργανα. Οι βάσεις της ορμονικής θεραπείας τέθηκαν κατά τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, από τον Άγγλο ιατρό Thomas Beatson, ο οποίος μελέτησε τη συσχέτιση των επιπέδων των οιστρογόνων με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Η χρήση ορμονοθεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται στην παρατήρηση ότι στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς συγκεκριμένων ορμονών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξή τους. Οι όγκοι που εξαρτώνται από ορμόνες για να αναπτυχθούν λέγονται ορμονοεξαρτώμενοι. Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται συνήθως στην ορμονική θεραπεία είναι: τα οιστρογόνα στον καρκίνο του προστάτη, τα αντιοιστρογόνα και οι αναστολείς αρωματασών στον καρκίνο του μαστού και τα ανδρογόνα στον καρκίνο του μαστού και της μήτρας. Η αντικαρκινική ορμονοθεραπεία μπορεί να δράσει εμποδίζοντας την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα. Οι διαφορετικές ομάδες ορμονοθεραπείας ταξινομούνται ανάλογα με τη δράση και/ή τον τύπο της ορμόνης που επηρεάζουν. Άλλα από τα ορμονικά φάρμακα είναι ειδικά παρασκευασμένα για τον καρκίνο και άλλα έχουν πολλές άλλες, μη ογκολογικές χρήσεις. Οι ορμόνες που χορηγούνται για την καταπολέμηση του καρκίνου είναι οι ακόλουθες: Αναστολείς επινεφριδικών στεροειδών, ανδρογόνα, αντιανδρογόνα, ρυθμιστές του SERM - Selective Estrogen Response Modulators (εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων), οιστρογόνα, ανταγωνιστές της LHRH - Luteinizing Hormone-Releasing Hormone agonists (εκλυτική ορμόνη της ωχρινότροπου ορμόνης) και προγεστεροειδή ή προγεσταγόνα. Αναστολείς επινεφριδικών στεροειδών Τα επινεφρίδια αποτελούν μικρούς αδένες που υπάρχουν άνω των νεφρών και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή των ορμονών και συγκεκριμένα των κορτικοστεροειδών. Σε περίπτωση μη παραγωγής των κορτικοστεροειδών συνεπάγεται αδυναμία παραγωγής των άλλων ορμονών όπως των οιστρογόνων και των ανδρογόνων. Σε αυτή τη κατηγορία ανήκει η μιτοτάνη (καρκίνος επινεφριδίων).



### Ανδρογόνα

Ορμόνες υπεύθυνες για την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του ανδρικού φύλλου (τεστοστερόνη, ανδροστερόνη). Στις γυναίκες μπορεί να μετατραπούν σε οιστρογόνα. Χορηγούνται για να επιβραδύνουν την ανάπτυξη των οιστρογόνων. Στη κατηγορία αυτή ανήκουν η φλουοξυμεστερόνη, τεστολακτόνη(καρκίνος μαστού) και η τεστοστερόνη. Ωστόσο αποφεύγεται η χρήση τους λόγω της τοξικότητας που προκαλούν.

### Αντιαδρογόνα

Ουσίες που εμποδίζουν τη δράση της τεστοστερόνης. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν φλουταμίδη, βικαλουταμίδη, νιλουταμίδη, κυπροτερόνη (καρκίνος του προστάτη).

### Αντιοιστρογόνα

Ανήκουν οι: ταμοξιφαίνη, φουλβεστράντη (καρκίνος μαστού) και η τορεμιφαίνη(καρκίνος μαστού και καρκίνος προστάτη).

Ρυθμιστές του SERM - Selective Estrogen Response Modulators (εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων).

Αναφέρονται σε ουσίες που δρουν σε ορισμένα όργανα ως οιστρογόνα και σε άλλα ως αντιοιστρογόνα. Ραλοξιφαίνη (καρκίνος μαστού, μήτρας)

### Αναστολείς της αρωματάσης

Δεσμεύουν την αρωματάση, ένζυμο που βρίσκεται στους μύες, το δέρμα, τους μαστούς και στο σωματικό λίπος, η οποία μετατρέπει τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα. Αναστραζόλη, εξεμεστατάνη, λετροζόλη, φορμεστάνη.

## Οιστρογόνα

Θηλυκή ορμόνη. Δρουν κατά των ανδρογόνων σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη. Μερικά από αυτά είναι η διαιθυλστυλβεστρόλη, εστραδιόλη, πρεμαρίνη, φωσφεστρόλη, εστραμουστίνη

## Ανταγωνιστές της LHRH

Επηρεάζουν την παραγωγή τεστοστερόνης στους άνδρες και οιστρογόνων στις γυναίκες, εμποδίζοντας την ανάπτυξη ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων. Μερικοί από αυτούς είναι η βουσερελίνη, λευπρορελίνη, τριπτορελίνη (καρκίνος προστάτη), γοσερελίνη (καρκίνος προστάτη και καρκίνος μαστού).

## Προγεστερινοειδή ή προγεσταγόνα

Χημική μορφή της γυναικείας ορμόνης της προγεστερόνης, δρουν κατά των οιστρογόνων. Μεδροξυπρογεστερόνη (καρκίνος ενδομητρίου, μαστού, νεφρών), μεγεστρόλη (καρκίνος μαστού, ενδομητρίου), υδροξυπρογεστερόνη (καρκίνος ενδομητρίου).

## Παρενέργειες ορμονοθεραπείας

Οι παρενέργειες προκαλούνται από την έλλειψη οποιασδήποτε ορμόνης που είναι αποκλεισμένη ή απενεργοποιημένη. Για τις γυναίκες, οι επιδράσεις αυτές είναι παρόμοιες με αυτές που παρατηρήθηκαν στην εμμηνόπαυση και μπορεί να περιλαμβάνουν: εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, αύξηση βάρους, ξηρότητα του κόλπου, και κεφαλαλγία. Επιπλέον, μερικοί ασθενείς αναφέρουν ναυτία, απώλεια ή λέπτυνση μαλλιών, μυϊκούς πόνους και πόνους στις αρθρώσεις και πιο σοβαρά συμπτώματα, όπως θρόμβους αίματος και αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου. Στους άνδρες, οι παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν εξάψεις, κούραση, ευαισθησία στο στήθος, ναυτία, απώλεια της σεξουαλικής ορμής και ανικανότητα. Αυτή η μείωση σε φυσικές ορμόνες του σώματος βάζει τους άνδρες και τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη οστεοπόρωσης. Δισφωσφονική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση αυτής της παρενέργειας.

Επιπλέον, λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D, σε συνδυασμό με άσκηση με βάρη και αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ (που αυξάνουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης).

## **1.7 ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Στο άνωθεν κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε εισαγωγή στην έννοια του καρκίνου, αναφέρθηκαν οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου, οι διαγνωστικές εξετάσεις, η σταδιοποίηση και οι τρόποι μετάστασης και τέλος οι θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης του καρκίνου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής (ΠΖ) και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της (Yfantopoulos 2001a). Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ποιότητας ζωής. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Yfantopoulos 2003). Ποιότητα ζωής (Quality of life) ή Ευημερία (Well being) ή Καλή Ζωή (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος.

Η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε στοχαστής ή μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα. Κατά τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μίας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληρεί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο (McCall 1975) Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής, την ορίζουν ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια ποιότητα ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που

ζουν σε μία κοινωνία (Bowling 1997). Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP 1995). Η ποιότητα ζωής από ορισμένους συγγραφείς έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall 1975). Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ΠΖ και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», που είναι η προσωπική υγεία, εργασία, εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές, οικονομική κατάσταση κ.ά (Αλουμανής 2002). Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις, η αναγκαιότητα του συνδυασμού των δύο αυτών παραμέτρων οδηγεί κάποιους στη διατύπωση ότι «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Zautra, Goodhart 1979, Baker, Intagliata 1982). Έτσι, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθορισθεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι' αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, Βανδώρου 2003). Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές,

πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos 2001c). Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία από το e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας e-Journal of Science & Technology (e-JST), στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει συμφωνήσει σε μία λίστα θεμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται θέματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling 1997) (Παρασκευή Θεοφίλου, 2010). Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Επειδή η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία περιέχει αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις, δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί.

Έχουν γίνει αρκετές αναφορές για την ποιότητα ζωής από την εποχή του Πλάτωνα (427-347 π.Χ) , ο οποίος περιγράφει, ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα και τον Αριστοτέλη, ο οποίος με τη λέξη «ευδαιμονία» εννοούσε, ότι ακριβώς και ο όρος «ποιότητα ζωής», παρόλα αυτά η ποιότητα ζωής αποτελεί μία σχετικά νέα έννοια. Εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50 και ειδικότερα μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο είχε συνδεθεί στενά με την έννοια του βιοτικού επιπέδου. Πιο αναλυτικά, το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στον ορισμό της υγείας, εκτός της απουσίας ασθένειας, επισημαίνει την ύπαρξη φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευημερίας. Ακολουθώντας τον παραπάνω ορισμό, ως ποιότητα ζωής ορίζεται η επίδραση μιας ασθένειας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. Αφετηρία για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και την παροχή ολιστικής φροντίδας αποτέλεσε η έντονη δυσανασχέτηση στις δεκαετίες του 1960- 70 που ήρθε στο προσκήνιο από την Ογκολογία και είχε σχέση με το γεγονός, ότι η επιστήμη της Ιατρικής επικεντρώνονταν μόνο στην επιμήκυνση της επιβίωσης με κάθε κόστος και δεν έπαιρναν υπόψη τις άλλες βασικές ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς. Σχεδόν 50 χρόνια αργότερα, το 1993 διαφοροποιείται ο ορισμός και ως ποιότητα ζωής αναφέρεται ως «η αντίληψη του

ατόμου για τη στάση του στη ζωή σε συνάρτηση με τις αξίες και τα ιδανικά του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, φιλοδοξίες, και αντιλήψεις». Λαμβάνοντας υπόψη το δεδομένο ότι, η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, στη σημερινή εποχή, όλοι οι μελετητές δίνουν περισσότερη βάση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και η οποία αναγνωρίζεται ως η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του (health related quality of life). Αργότερα, το 1975, ο όρος “ποιότητα ζωής” εισήχθη ως τίτλος στη Medline και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977. Επακολούθησε αναγνώριση και αποδοχή σε διάφορα επιστημονικά σώματα. Από το 1970, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για το αντικείμενο, με έναν αυξανόμενο αριθμό αναφορών για την ποιότητα ζωής σε ιατρικά κείμενα. Το 1991 το περιοδικό «Έρευνα στην Ποιότητα Ζωής» (Quality of Life Research) εκδόθηκε από τις «Rapid Communications» της Οξφόρδης αφιερωμένο στη μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της (e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας e-Journal of Science & Technology (e-JST) July 2010) κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μίας χώρας καθώς και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Ο καρκίνος αποτελεί αναμφισβήτητα έως σήμερα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας τόσο λόγω της μεγάλης επίπτωσης όσο και της φτωχής πρόγνωσης του επηρεάζοντας ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωή των ασθενών.

Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες και ιδιαίτερα μετά την υποχώρηση του βιοιατρικού μοντέλου σκέψης, έχει στραφεί προς την εκτίμηση της ΠΖ των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση, που θεωρούνταν ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον αρκετή.

Οι συνεχώς αυξανόμενες επιθετικές θεραπείες, με ελάχιστες αναμενόμενες διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα (ολική επιβίωση, επιβίωση ελεύθερης νόσου κ. α.), έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως σημαντική παράμετρο κατά την διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους.

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ο καρκίνος αποτελεί νόσο που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και επιφέρει δραματικές συνέπειες στους ίδιους

αλλά και στην υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο είναι η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος και το στάδιο της νόσου, ο τρόπος νοσηλείας, το είδος θεραπείας, κ.ά. Παρότι, πλήθος ερευνητικών μελετών υποστηρίζουν, ότι η ίδια η νόσος μπορεί να επηρεάσει αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο, εντούτοις δεν υπάρχει ακόμα συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής, τις ακριβείς διαστάσεις της, τους τομείς που περικλύει καθώς και τον τρόπο με τον οποίον αξιολογείται και υπολογίζεται. Επίσης, διεθνώς χρησιμοποιούνται διαφορετικά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών, γεγονός, που καθιστά απόλυτα απαραίτητη τη χρήση ενός κοινά αποδεκτού οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο το οποίο θα επιτρέψει σημαντικές συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών. Η σύγχρονη τάση ορισμού της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, εμφανίζει δυο προοπτικές.

Στην πρώτη, ενισχύεται η άποψη ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται σχεδόν εξολοκλήρου από εσωτερικούς-προσωπικούς παράγοντες όπως τους ψυχολογικούς, τους συναισθηματικούς και την ευεξία.

Κατά τη δεύτερη άποψη, η ποιότητα ζωής αντανακλά το συνδυασμό εξωτερικών και εσωτερικών παραμέτρων που βρίσκονται υπό συνεχή αλληλεπίδραση. Παρά τις διαφορές και τις αντιθέσεις των ορισμών της ποιότητας ζωής, όλοι καταλήγουν στο κοινόσυμπέρασμα ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια, η οποία λαμβάνει προσωπικό νόημα για το κάθε άτομο. Ουσιαστικά αποτελεί ένα δυναμικό μέγεθος που υπόκειται σε μεταβολές, διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις καθώς και τις αντιδράσεις του ατόμου στα γεγονότα που το επηρεάζουν.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, είναι ένα σύνθετο εννοιολογικό σύνολο που περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις διαστάσεις, τη σωματική, τη ψυχολογική και τη κοινωνική, οι οποίες επηρεάζονται από την ασθένεια - θεραπεία του κάθε ατόμου.

Η σωματική λειτουργικότητα ορίζεται συχνά ως η επιτέλεση, ή η δυνατότητα επιτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, όταν τα σωματικά συμπτώματα εμφανίζονται, είτε από την ασθένεια, είτε από τη θεραπεία. Οι τέσσερις κατηγορίες



ς που εξετάζονται συχνότερα είναι οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας (σίτιση, πλύσιμο, ντύσιμο, χρησιμοποίηση της τουαλέτας), η κινητικότητα (ικανότητα μετακίνησης μέσα στο σπίτι και στο εξωτερικό περιβάλλον), οι φυσικές δραστηριότητες (περπάτημα, ανέβασμα σκαλιών) και η επιτέλεση ρόλων (δραστηριότητες που σχετίζονται με το σχολείο, την εργασία).

Η ψυχολογική λειτουργικότητα ποικίλει, από τη σοβαρή έντασης κατάθλιψη μέχρι τη θετική αίσθηση της ευεξίας και μπορεί ταυτόχρονα να περιλαμβάνει και τη γνωσιακή λειτουργία.

Η κοινωνική λειτουργικότητα αναφέρεται σε ποσοτικές και ποιοτικές εκφράσεις των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων και στην κοινωνική ολοκλήρωση. Οι πνευματικές ανάγκες, η πνευματική αγωνία και η πνευματική ευεξία των ασθενών με σοβαρή ασθένεια, μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής τους.

Πέρα από τον πυρήνα των τεσσάρων διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, υπάρχουν επιπλέον ειδικότερα θέματα που αφορούν λειτουργικούς τομείς και σχετίζονται με συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, όπως είναι οι ασθενείς με καρκίνο, όπου για παράδειγμα η σεξουαλική λειτουργικότητα επηρεάζεται μετά από εγχείρηση ακρωτηριασμού. Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, συνεπάγεται τη πλήρη εκτίμηση της υγείας του ατόμου. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εκτίμηση αποτελέσματος, ως προγνωστικός παράγοντας ή ως παρέμβαση.

Στην πρώτη περίπτωση σκοπός είναι η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (π.χ. κλινικές δοκιμές), ο χαρακτηρισμός του ποσοστού επιβίωσης (μελέτες κόστους-αποτελέσματος) και η αξιολόγηση των απώτερων φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων.

Στην δεύτερη περίπτωση, σκοπός είναι η πρόβλεψη της θνησιμότητας ή το αντίθετο και ο υπολογισμός της συνολικής επιβίωσης.

Στην τρίτη περίπτωση η αξιολόγηση χρησιμοποιείται, προκειμένου να υποστηρίξει τη διαδικασία παροχής πληροφοριών κατά την ιατρική συμβουλευτική. Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής των ασθενών είναι πολύ σημαντική για την παρακολούθηση

της επιτυχίας της θεραπείας και της θεραπευτικής διαδικασίας. Έχει γίνει ένας σημαντικός παράγοντας στην αξιολόγηση της πραγματοποίησης της θεραπευτικής διαδικασίας και για πρώτη φορά ο ασθενής μπορεί να έχει πρόσβαση μόνο στην επιτυχία της αντίστοιχης θεραπείας (Senada Dzebo 2017). Πριν από 20 χρόνια ήταν πολύ λίγες οι βιβλιογραφικές αναφορές για την ποιότητα ζωής στην έρευνα του καρκίνου. Όπως αναφέρουν οι Miller και Walsh (Miller R et al, 1991), ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πολύ συχνά αντιμετωπίζουν συμπτώματα όπως σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση, οικογενειακές δυσκολίες, επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα, όλα εκ των οποίων επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Οι Simon και συνεργάτες (2008) έχουν δείξει ότι η προχωρημένη νόσος οδηγεί στην κατάθλιψη και την χειροτέρευση της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με την νόσο σε αρχικά στάδια (Simon A.E et al, 2008) και επιχειρηματολογούν ότι οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο έχουν περισσότερα συμπτώματα, είναι πιο πιθανό να λάβουν χημειοθεραπεία και αυτό συμβάλει αποφασιστικά στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής. Ένα μοντέλο το οποίο προσπαθεί να ερμηνεύσει την έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε από τους Cameron και Leventhal (2003) και ονομάζεται μοντέλο αυτορρύθμισης. Ουσιαστικά, το μοντέλο αυτό τονίζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο και αντιδρούν έναντι της, των συμπτωμάτων που βιώνουν και των θεραπειών που υποβάλλονται, ώστε να μπορέσουν να τα διαχειριστούν και να διατηρήσουν μια κάποια ισορροπία και ποιότητα ζωής (Cameron LD et al, 2003). Σε αυτό το μοντέλο, οι ασθενείς ουσιαστικά αντικρίζονται στην προσπάθεια τους να νοηματοδοτήσουν το τι τους συμβαίνει. Σύμφωνα με τον Kleinman (1978), ανεξάρτητα από το πολιτισμικό περιβάλλον, τα ανθρώπινα όντα οργανώνουν τις εμπειρίες τις σχετιζόμενες με τη νόσο γύρω από μια σειρά από κύριες θεματικές (Kleinman A et al, 1978). Αυτές οι θεματικές είναι η ταυτότητα της νόσου (η ονομασία της και τα συμπτώματα της) (identity), οι επιπτώσεις της στην υγεία (consequences), το χρονοδιάγραμμα της (οξεία ή χρόνια, θεραπεύσιμη ή ανίατη) (timeline), ο προσωπικός έλεγχος που θα μπορέσει να διατηρήσει ο ασθενής πάνω της (personal control), αλλά και πάνω στη θεραπεία της (treatment control), το πόσο ανησυχεί (concern) και ο συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει η ασθένεια πάνω του (emotional response) και τέλος η κατανόηση εκ μέρους του της νόσου (understanding) (Broadbent E et al, 2006. Moss-Morris R et al, 2002). Ο Dein (Dein S, 2004) χρησιμοποίησε την έννοια "εξηγητικό μοντέλο" (explanatory model of

illness) όπως εισήχθη από τον Kleinman (Kleinman A et al, 1978) για να υποστηρίξει, σε αντίθεση με τον τελευταίο, ότι το διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο επιβάλλει διαφορετικές αναπαραστάσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και διαφωνώντας με τις λεγόμενες σταθερές θεματικές. Ο Dein θεωρεί ότι το εξηγητικό μοντέλο που συνειδητά ή ασυνείδητα επιλέγεται από τον ασθενή, αλλάζει την συναισθηματική απόκριση απέναντι στην ασθένεια, τη συμμόρφωση με την θεραπεία, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τους θεράποντες ιατρούς. Γενικά θα λέγαμε πως η ποιότητα ζωής σε αυτό το πλαίσιο καλύπτει την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών σχετικά με την επίδραση που έχει η ασθένεια, τα συμπτώματα της (σωματικά, ψυχολογικά, γνωστικά και κοινωνικά) αλλά και τις παρενέργειες της θεραπείας (Lerplege A et al, 1997)

## 2.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι σχετικά πρόσφατος, ωστόσο η έννοια της ποιότητας της ζωής έχει αναφερθεί από αρχαιότατους χρόνους από τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης στο σύγγραμμά του Ηθικά Νικομάχεια χρησιμοποιεί τη λέξη ευδαιμονία, η οποία ορίζεται ως «ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Επιπρόσθετα ο Αριστοτέλης υποστηρίζει «ότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι παραδέχονται ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής (ευ ζην) και η ευημερία (ευ πράττειν) είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία. Αργότερα η λέξη ευδαιμονία μεταφράστηκε με τη λέξη ευτυχία ωστόσο ο George Bernard Shaw (1900) υποστήριξε ότι « η έννοια ζωή αφήνει μεγαλοπρεπώς πολύ πίσω την (έννοια) ευτυχία. Η ευτυχία δεν είναι αντικειμενικός σκοπός της ζωής, είναι η ίδια αυτοσκοπός και η γενναιότητα συνιστάται στη διάθεση που έχει κάποιος να θυσιάσει την ευτυχία για μια πιο ουσιαστική ποιότητα ζωής (Μ.Οικονόμου 2001). Το 1725 ο Ο Francis Hutcheson έθεσε τα θεμέλια για τον ορισμό της ποιότητας ζωής, υποστηρίζοντας ότι η καλύτερη ενέργεια ήταν αυτή που επιτυγχάνει τη μεγαλύτερη ευτυχία για τον μεγαλύτερο αριθμό. Επιπρόσθετα ο McCMI (1975) αναφέρει ότι η φράση «ποιότητα ζωής» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το

1961 σε μια ομιλία που δόθηκε από τον πρόεδρο Lyndon Johnson. Τέλος ο Szalai(1980) παρατήρησε τη συσχέτιση μεταξύ της τρέχουσας έννοιας της ποιότητας ζωής και του τύπου ερωτήματος «πως είσαι;» που χρησιμοποιείται για να εκφράσει το ενδιαφέρον για την υγεία, την ευημερία και την ακμή του ερωτώμενου (Kerce, Elyse W 1992). Όπως αναφέρεται από την Μ. Οικονόμου «Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενική όπου καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Μ. Οικονόμου 2001). Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) έχει εντοπιστεί ως κύριος στόχος για όλους τους ανθρώπους σε όλα τα στάδια της ζωής τους, σε καταστάσεις υγείας ή νόσου. Ένα εννοιολογικό πρότυπο είναι μια σχηματική αναπαράσταση μιας θεωρίας που χρησιμεύει στην καλύτερη κατανόηση ενός φαινομένου, απεικονίζοντας τις αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των εννοιών. Ο όρος εννοιολογικό μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί αδιακρίτως ως "εννοιολογικό πλαίσιο, θεωρητικό μοντέλο ή θεωρητικά βασισμένο εννοιολογικό πρότυπο". Υπάρχουν πολλά μοντέλα HRQOL που εφαρμόζονται σε διαφορετικές συνθήκες υγείας και ασθενείας, μεταξύ ατόμων, των οικογενειών τους και των κοινοτήτων. Το HRQOL συνήθως θεωρείται δυναμικό, υποκειμενικό και πολυδιάστατο και περιλαμβάνει φυσικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες. Ωστόσο, οι συγκεκριμένες διαστάσεις επισημαίνονται διαφορετικά από διαφορετικούς συγγραφείς. Επιπροσθέτως αυτές οι ευρείες διαστάσεις εμπεριέχουν πιο ειδικές διαστάσεις, όπως συναισθήματα, γνωστική λειτουργία, οικονομική κατάσταση και νοημοσύνη, και μπορούν να συμπεριλάβουν φίλους και οικογένεια (Bakas T. et al. 2012). Τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής μπορούν να ταξινομηθούν στις κάτωθι κατηγορίες ανάλογα με το βαθμό σπουδαιότητας που αποδίδουν σε διαφορετικούς παράγοντες:

Αντικειμενικοί παράγοντες οι οποίοι περιελάμβαναν:

Το βιοτικό επίπεδο, την υγεία και τη μακροζωία, τη στέγαση και τη κοινότητα. Μετρούμενοι με δείκτες κόστους της διαβίωσης, ποσοστά θνησιμότητας, παροχή υπηρεσιών υγείας, επίπεδα εκπαίδευσης, της κοινωνικοοικονομικής δομής και των δεικτών ανισότητας και εγκληματικότητας (Flax 1972, Rogerson et al, 1989, Sherman and Schiffman 1991, Muntaner and Lynch 2002).

Υποκειμενικοί παράγοντες οι οποίοι περιλαμβάνουν:

Την ικανοποίηση από την ζωή και την ψυχολογική ευημερία, το ηθικό φρόνημα, την ατομική εκπλήρωση, την ευτυχία, οι οποίοι μετρώνται χρησιμοποιώντας δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή, την ηθική, τη ψυχική ισορροπία και την αυτοεκτίμηση. (Gurin et al. 1960, Bradburn and Caplowitz 1965, Bradburn 1969, Andrews 1973, Andrews and Withey 1976, Campbell et al. 1976, Bigelow et al 1982, Rosenwaikie 1985, Ryff 1989, Day 1991 · Roos and Havens 1991 · Suzman et al 1992, Garfein and Herzog 1995, Clarke et al. 2000)

Ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών, συμπεριλαμβανομένων αντικειμενικών παραγόντων όπως:

Η στέγαση, η ασφάλεια, τρόφιμα, ζεστασιά και ευκαιρίες για αυτο-πραγματοποίηση, που θυμίζουν τον Maslow (1954, 1962) θεωρία των ανθρώπινων ανάγκων (φυσικές ανάγκες, ασφάλεια, κοινωνικές ανάγκες και αίσθημα ότι ανήκουν σε μια ομάδα, ανιδιοτέλεια, αυτοπραγμάτωση και αυτοεκτίμηση), μετρούμενη με δείκτες της υποκειμενικής ικανοποίησης του ατόμου με επέκταση στην οποία έχουν επιτευχθεί αυτά (Hornquist 1982, Lehman 1988, Bigelow et al. 1991). Αυτό το μοντέλο είναι συχνό σε έρευνες για την ψυχική υγεία.

Ψυχολογικά μοντέλα. Αυτά τονίζουν την προσωπική ανάπτυξη, τη γνωστική ικανότητα, την αποτελεσματικότητα και την προσαρμοστικότητα, το επίπεδο αξιοπρέπειας, την αντιληπτή ανεξαρτησία, την κοινωνική ολοκλήρωση καθώς και την αισιοδοξία-απαισιοδοξία (Larson 1978, Grundy and Bowling 1999, Bowling et al. 2003). Περιλαμβάνουν επίσης κοινωνικά μοντέλα σχετικότητας-χάσματος σύγκρισης της προηγούμενης εμπειρίας, των σημερινών συνθηκών και φιλοδοξιών για το μέλλον, την επίτευξη των προσδοκιών, των ελπίδων του ατόμου (Krupinski 1980), ιδιαίτερα σε σχέση με τις κοινωνικές συγκρίσεις με άλλους (Calman 1984, Michalos 1986, Garratt and Ruta 1999).

Μοντέλα υγείας και λειτουργικά μοντέλα, που συνήθως βασίζονται σε μέτρα ευρύτερης κατάστασης υγείας (συχνά λανθασμένα αναφέρονται ως ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία) (McKevitt et al., 2002).

Τα μοντέλα προαγωγής της υγείας είναι τα ακόλουθα: α) Ιατρικό ή προληπτικό μοντέλο, β) Μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς, γ) Εκπαιδευτικό μοντέλο, δ) Μοντέλο ενδυνάμωσης, ε) Μοντέλο κοινωνικής αλλαγής (Jackie Brown et al 2004) (Bowling 1991, 1994, Bowling and Grundy 1998).

Μοντέλο κοινωνικής συνοχής και κοινωνικού κεφαλαίου, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών και περιβαλλοντικών πόρων (Putnam 2000). Οι αντικειμενικοί δείκτες περιλαμβάνουν την εγκληματικότητα, τη ρύπανση, το κόστος ζωής, τις εγκαταστάσεις, το κόστος των ακινήτων, την πρόσβαση σε εκπαιδευτικές εγκαταστάσεις, την αστυνόμευση, τα επίπεδα απασχόλησης, τα επίπεδα μισθών, τα επίπεδα ανεργίας, το κλίμα, την πρόσβαση σε αθλητικές εγκαταστάσεις εσωτερικού / εξωτερικού χώρου, την ευχέρεια για ταξίδια (Rogerson et al. 1989, Flax 1972, Rogerson 1995). Άλλοι δείκτες περιλαμβάνουν πρόσβαση σε βολική και οικονομικά προσιτή μεταφορά και τα γενικά χαρακτηριστικά της κοινότητας. Οι υποκειμενικοί δείκτες περιλαμβάνουν τις δημόσιες αξίες, τις αντιλήψεις και τα επίπεδα ικανοποίησης από την περιοχή της κατοικίας, των εγκαταστάσεών της, των μεταφορών, των ταξιδιών, και των αντιλήψεων του για την κοινωνικότητα και την ασφάλεια από την εγκληματικότητα (Rogerson et al. 1989 Cooper et al. 1999).

Τα περιβαλλοντικά μοντέλα αφορούν τη μελέτη τύπου κατοικίας και τη σημασία του σχεδιασμού της (Schaie et al.2003).

Ιδεογραφικά ή εξατομικευμένα μοντέλα, προσεγγίσεις που βασίζονται στις αξίες του ατόμου, ερμηνείες και αντιλήψεις, ικανοποίηση από τη θέση, τις συνθήκες και τις προτεραιότητές του στη ζωή. Αυτά διερευνώνται χρησιμοποιώντας ημι-δομημένες, εξατομικευμένες συνεντεύξεις και ποιοτικές τεχνικές. (Bowling 1995a, b, 1996, Bowling and Windsor 2001, WHOQOL Group 1993, O'Boyle 1997 O'Boyle Browne et al. 1984, Garratt και Ruta 1999).

Το εννοιολογικό μοντέλο των Campbell et al.(1976) απεικονίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ των βασικών επιπέδων ικανοποίησης, της γενικής ικανοποίησης από τη ζωή και της συμπεριφοράς. Σε αυτό το μοντέλο όπως και σε άλλα η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή συσχετίζεται με την ικανοποίηση και τη δυσαρέσκεια που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στους επιμέρους τομείς της ζωής. Τόσο η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή όσο και η ικανοποίηση από τους επιμέρους τομείς θεωρείται ότι σχηματίζουν και

προσαρμόζουν τη συμπεριφορά. Οι αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής καθορίζονται από αντικειμενικά και υποκειμενικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, την αξιολόγηση του ατόμου για αυτά και την ικανοποίηση του ατόμου. Οι υποκειμενικές αντιλήψεις που σχηματίζονται για οποιοδήποτε τομέα, θεωρούνται ότι επηρεάζουν διαφορετικά από τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος. Δηλαδή η αντίληψη ενός ατόμου δεν είναι αναγκαστικά συναρτημένη του πραγματικού περιβάλλοντος. Το μοντέλο των Campbell et al. λαμβάνει επίσης υπόψη του το ρόλο που διαδραματίζουν τα προσωπικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οποία συνοψίζουν την κοινωνική θέση του ατόμου και τις εμπειρίες του παρελθόντος.

Οι Andrews and Withey (1976) πρότειναν το δισδιάστατο μοντέλο μήτρας που περιλαμβάνει την προσπάθεια να καθοριστούν τα κριτήρια με τα οποία τα άτομα αξιολογούν τους διάφορους τομείς. Αυτό το μοντέλο αναπτύσσει το πλαίσιο το οποίο υποθέτει ότι θα συμβούν πραγματικές εκτιμήσεις για την ευημερία. Τα κριτήρια τα οποία μπορεί να θεωρηθούν ως σημαντικά για το άτομο είναι: η προσπάθεια για επιτυχία, η εξωτερική εμφάνιση και η ελκυστικότητα, η ασφάλεια, η διασκέδαση, η ανεξαρτησία και η ελευθερία. Στο μοντέλο μήτρας οι τομείς σχηματίζουν τις σειρές και τα κριτήρια τις στήλες. Αφού το πλαίσιο έχει καθοριστεί τότε δημιουργούνται 3 επίπεδα εξειδίκευσης της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Παγκόσμια μέτρηση, με επιμέρους μέτρο-μέτρο τομέων και μέτρα βάσει κριτηρίων. Η ερώτηση πως αισθάνεστε για την ελκυστικότητα του σπιτιού σας είναι ένα παράδειγμα των τομέων βάσει κριτηρίων σε επίπεδο ειδικότητας. Με βάση αυτό το μοντέλο θεωρείται ότι τα συναισθήματα για τη ζωή, ως σύνολο μπορούν να αναλυθούν είτε με τομείς είτε με κριτήρια. Ωστόσο κατά τη διάρκεια της ερευνάς τους οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία βάση κριτηρίων δεν μπορούν να παρέχουν μια στατιστικά αποτελεσματική κάλυψη της συνολικής αντίληψης για την ποιότητα της ζωής. Οι Baker και Intagliata πρότειναν ένα εννοιολογικό πρότυπο σχέσεων μεταξύ του εξωτερικού περιβάλλοντος, των προσωπικών εμπειριών, της ατομικής κατάστασης υγείας και τις αποφάσεις για την ποιότητα ζωής. Αυτό το μοντέλο υποδηλώνει ότι υπάρχουν 4 διαφορετικές εστίες ενδιαφέροντος που βασίζονται στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Ο τομέας 1 ο καλείται «περιβαλλοντικό σύστημα» και επικεντρώνεται στους αντικειμενικούς δείκτες της ποιότητας ζωής. Ο τομέας 2 «περιβάλλον

εμπειριών» θεωρεί ότι όλοι οι άνθρωποι δε βλέπουν τον κόσμο με τον ίδιο τρόπο. Ο τομέας 3 «βίο - ψυχολογικό σύστημα» αντιπροσωπεύει τον πραγματικό βαθμό της ψυχικής και σωματικής υγείας του ατόμου, τις στάσεις, τις αξίες και τις προσδοκίες του. Τέλος ο τομέας 4 επικεντρώνεται στα συμπεριφοριστικά αποτελέσματα στις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια και στις συνεντεύξεις για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μοντέλο ήταν αυτό των Wilson and Cleary (Jackie Brown et al 2004). Οι Wilson και Cleary παρουσίασαν ένα εννοιολογικό μοντέλο επικεντρωμένο στις σχέσεις μεταξύ των τομέων της υγείας. Το συγκεκριμένο μοντέλο συνδέει τις φυσιολογικές μεταβλητές, την κατάσταση των συμπτωμάτων, τη λειτουργική υγεία, γενικά τις αντιλήψεις για την υγεία και τη συνολική ποιότητα ζωής. Συνδέει επίσης ατομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. Θεωρήθηκε ότι οι φυσιολογικές μεταβλητές επηρεάζουν την κατάσταση των συμπτωμάτων, η κατάσταση των συμπτωμάτων επηρεάζει τη λειτουργική υγεία, οι λειτουργικές επιδράσεις της υγείας γενικά τις αντιλήψεις για την υγεία και οι γενικές αντιλήψεις για την υγεία επηρεάζουν τη συνολική ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στους ογκολογικούς ασθενείς. Έχει αποδειχθεί ότι σε ασθενείς τελικού σταδίου παρέχει καλύτερη εκτίμηση της επιβίωσης από ότι η μέτρηση του μεγέθους του όγκου. Ακόμα είναι χρήσιμη και για τη λήψη αποφάσεων, δεδομένης της αβεβαιότητας και της διαμάχης που περιβάλλει τη χρήση δαπανηρών τεχνικών κατά το τελικό στάδιο που μπορεί προκαλέσει τοξικότητα και μεσαία θεραπευτικά κέρδη (Lesley Fallowfield 2009).

Σύμφωνα με τη Cella η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο μοντέλο. Η διαθέσιμη ανάλυση παραγόντων και οι μελέτες έχουν γενικά υποστηρίξει την παρουσία 4 πρωτογενών διαστάσεων του QOL που σχετίζονται με την υγεία (φυσική, λειτουργική, συναισθηματική και κοινωνική). Η φυσική διάσταση αναφέρεται σε αντιληπτή και παρατηρήσιμη σωματική λειτουργία ή διακοπή. Κοινά παραδείγματα στην ογκολογία είναι ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Η σωματική ευεξία αντιπροσωπεύει το συνδυασμό των συμπτωμάτων, της νόσου, τις παρενέργειες της θεραπείας και τη γενικότερη φυσική κατάσταση, όπως γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή.



Η λειτουργική κατάσταση αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εκτελεί τις σχετικές δραστηριότητες για την εκπλήρωση των προσωπικών του αναγκών, φιλοδοξιών και τον κοινωνικό του ρόλο. Σε ένα πιο βασικό επίπεδο η λειτουργική ευεξία αναφέρεται στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το περπάτημα, η σίτιση, κολύμβηση, ένδυση. Επίσης συμπεριλαμβάνει και την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώνει τις ευθύνες του εκτός και εντός του σπιτιού. Η συναισθηματική ευεξία σχετίζεται αλλά και διακρίνεται από τη σωματική ευεξία. Είναι διπολική, αντανακλώντας θετική επίδραση (ευεξία) καθώς και αρνητική επίδραση (δυσφορία). Συνήθως σε ογκολογικούς ασθενείς επιδεικνύουν ελάχιστα για τον τύπο της συναισθηματικής διαταραχής σε σχέση με εξωτερικούς ψυχοθεραπευτικούς ασθενείς.

#### Κοινωνική ευημερία

Στις περισσότερες κλίμακες QOL για ασθενείς με καρκίνο δεν υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με αυτή τη διάσταση ή υπάρχουν πολύ λίγα παγκόσμια στοιχεία σχετικά με το συνολικό επίπεδο της κοινωνικής ή οικογενειακής δραστηριότητας. Το περιεχόμενο αυτής της διάστασης ποικίλει μεταξύ άλλων αποτελείται από την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, διατήρηση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, την οικογενειακή λειτουργία και οικειότητα συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικότητας. Αυτή η διάσταση έχει μεγάλη αξία σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής στην ασθένεια.

#### Υποκειμενικότητα

Οι περισσότερες αποφάσεις για τη θεραπεία στην ογκολογία είναι ορθότερο να λαμβάνονται σε συνεργασία με τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη την αντίληψη για την ποιότητα της ζωής. Επομένως σύμφωνα με τη Cella ο πιο χρήσιμος ορισμός για την QOL είναι αυτός που περιέχει την ατομική λήψη αποφάσεων μαζί με την εκτίμηση των σωματικών διαστάσεων. Η QOL αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών από το σημερινό επίπεδο λειτουργίας τους σε σύγκριση με αυτό που θεωρούν ότι δυνατό ή ιδανικό. Οι αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια τους είναι μεταβλητές και μπορεί

να διαφέρουν από την πραγματική αναπηρία, καθώς υπεισέρχεται ο παράγοντας της αντίληψης.

#### Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων και ποιότητα ζωής

Μπορεί να χωριστεί σε 2 κατηγορίες (ένταση συμπτωμάτων και ποιότητα ζωής, διάρκεια συμπτωμάτων και ποιότητα ζωής). Η σχέση έντασης συμπτώματος και ποιότητας ζωής είναι συνεχής, οπότε θεωρείται ότι οι επιπτώσεις ενός συμπτώματος στη QOL είναι ίδιες ανεξαρτήτως της έντασης του συμπτώματος. Ως εκ τούτου οι βαθμολογίες προστίθενται απλά για να παράγουν αθροιστικούς δείκτες συμπτωματολογίας. Το αποτέλεσμα είναι το ίδιο για παράδειγμα για 2 συμπτώματα με ένταση 2 με ένα μόνο σύμπτωμα με ένταση 4. Οι περισσότεροι κλινικοί ωστόσο και ασθενείς συμφωνούν ότι τα αποτελέσματα 2 συμπτωμάτων μέτριας σοβαρότητας δεν είναι τόσο ισχυρό όπως ενός ισχυρού. Ο Portenoy πρότεινε ότι η ένταση και η ποιότητα των συμπτωμάτων έχει 3 υποθετικές σχέσεις. Η επίδραση του ήπιου πόνου στη QOL μπορεί να είναι σημαντικά χαμηλότερη από την εκτιμώμενη, η επίδραση του έντονου πόνου μπορεί να είναι τόσο αφόρητη που καθορίζει τη QOL μέχρι να ανακουφιστούν. Και ασθενείς με σοβαρή νόσο ή αφόρητο πόνο συχνά δε μπορούν να συσχετίσουν με γενικές ερωτήσεις π.χ. τη διάθεση και την κοινωνική λειτουργία.

#### Διάρκεια συμπτωμάτων και ποιότητα ζωής

Χρόνιες καταστάσεις συμπεριλαμβανομένης συμπτώματα όπως πόνο, κόπωση και ναυτία είναι συχνά κλινικά κατανοητό ότι γίνονται περισσότερο επιβαρυντικά με την πάροδο του χρόνου. Αυτό ισχύει κυρίως για τον πόνο και την κούραση ιδιαίτερα όταν είναι μέτριας έως σοβαρής έντασης. Ωστόσο από την άλλη λόγω της φύσης της ανθρώπινης προσαρμογής οι άνθρωποι οδηγούνται να προσαρμοστούν ή να συνηθίσουν τα επίμονα συμπτώματα. Αρχικά θεωρείται αδύνατον τα συμπτώματα και ο χρόνος να είναι ανάλογα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η προσαρμογή είναι ευκολότερη όταν το σύμπτωμα είναι χαμηλής έντασης και η χρονιότητα είναι περισσότερο πιθανή όταν η ένταση είναι υψηλή ( δηλαδή η προσαρμογή και η

χρονιότητα εξαρτώνται από την ένταση). Δεύτερων τα άτομα διαφέρουν ως προς την ατομική προσαρμοστική τους.

Οι Padilla & Grand διατύπωσαν ένα μοντέλο το οποίο αναγνωρίζει τη σχέση της νοσηλευτικής διεργασίας με την ΠΖ, και την παρουσιάζει ως το αποτέλεσμα θετικών και αρνητικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου. Το μοντέλο ομαδοποιεί τις συνιστώσες της ΠΖ σε πέντε κατηγορίες, την ψυχολογική ευεξία, το κοινωνικό ενδιαφέρον, την αντίληψη της εικόνας σώματος, την οργανική ευεξία και ανταπόκριση στην διάγνωση και θεραπεία. Οι παρεμβάσεις της νοσηλευτικής διεργασίας θεωρούνται ανεξάρτητες μεταβλητές ικανές να τροποποιηθούν από το νοσηλευτή-ερευνητή. Οι ενδιάμεσες μεταβλητές που επηρεάζουν την ΠΖ αφορούν αλλαγές γνωστικής/συναισθηματικής φύσεως, οι οποίες προάγουν την αυτοαντίληψη και μπορούν να τροποποιηθούν από την νοσηλευτική πράξη. Οι εξωτερικές παράμετροι δεν μπορούν να ελεγχθούν από τον νοσηλευτή-ερευνητή αλλά επηρεάζουν την έκβαση. Σύμφωνα με τους ερευνητές η ΠΖ των ασθενών επηρεάζεται από την ικανότητα των νοσηλευτών να τους βοηθούν να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή τους ο καρκίνος και η θεραπεία του (Padilla & Grant 1985). Οι νοσηλευτές με τις παρεμβάσεις τους μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή με καρκίνο να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στη ζωή του προκειμένου να προσαρμοστεί σε κάθε φάση της ασθένειας (διάγνωση, θεραπεία, επιβίωση, υποτροπή, τελικό στάδιο, το στάδιο της απώλειας και του θρήνου της οικογένειας) και να ανακαλύψει νέες διαστάσεις στη ζωή του μέσα από αυτή την εμπειρία του (Jocham et al 2006) (Θεοδούλα Αδαμακίδου , Αθηνά Καλοκαιρινού 2012)

## 2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής έχει πολλές διαστάσεις και περιλαμβάνει την συνολική ικανοποίηση που νιώθει ένα άτομο από τη ζωή του, καθώς και μια υποκειμενική αίσθηση ευεξίας και απόλαυσης. Σχετικά με την απόλαυση αυτή, αναφέρεται σε τρεις τομείς της ζωής: το είναι (το οποίο χωρίζεται σε βιολογικό, ψυχολογικό και πνευματικό), το πού ανήκει κανείς (τις προσωπικές και κοινωνικές διασυνδέσεις με το περιβάλλον) και το πού θέλει να φτάσει κανείς (δηλαδή η κατάκτηση των προσωπικών στόχων και επιθυμιών). Σημαντικό ρόλο παίζει και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει το άτομο. Όσο ποιοτικό είναι το περιβάλλον, τόσο πιο πιθανό είναι να διασφαλίζονται οι βασικές ανάγκες (όπως η τροφή, η στέγη, η εθνική και δημόσια ασφάλεια, η περίθαλψη, τα ανθρώπινα δικαιώματα, η κοινωνική επαφή), υπάρχει η προσφορά ευκαιριών στα πλαίσια των δυνατοτήτων του ατόμου (σχετικά με την εργασία, τη μόρφωση, το εισόδημα, την πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες) και το άτομο έχει τη δυνατότητα να ελέγχει και να επιλέγει τις αποφάσεις του.

Για τη μέτρηση της ΠΖ αξιολογούνται οι παράγοντες που την επηρεάζουν, οι οποίοι χωρίζονται σε ποσοτικούς και ποιοτικούς. Ποσοτικοί παράγοντες θεωρούνται το επίπεδο ζωής, η οικονομική άνεση, η πρόσβαση σε αγαθά, η υγεία και η λειτουργικότητα, η ικανότητα για εργασία. Ποιοτικοί παράγοντες είναι η ελευθερία, η ευτυχία, η αναψυχή, ο πολιτισμός, η ευαισθητοποίηση μέσα σε ομάδες, οι διαπροσωπικές σχέσεις. Ενώ οι ποιοτικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί, είναι δύσκολο να μετρηθούν συγκριτικά με τους ποσοτικούς.

Ένας άλλος τρόπος διαχωρισμού των παραγόντων είναι με βάση τα αντικειμενικά και υποκειμενικά στοιχεία. Οι τρεις ομάδες που αναφέρονται σε παραμέτρους είναι οι αντικειμενικοί – κοινωνικοί, οι υποκειμενικοί – υποκειμενικοί και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

Οι αντικειμενικοί-κοινωνικοί παράμετροι είναι τα αποδεκτά από την κοινωνία στοιχεία, τα οποία καθορίζονται με βάση την αντικειμενική άποψη και κοινή γνώμη. Μέρος των

παραμέτρων αυτών είναι οι κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες, η λειτουργική συμπεριφορά και οι βιολογικοί παράγοντες.

Κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες είναι οι κοινωνικές επαφές-σχέσεις, η οικονομική ευημερία, ο τόπος διαμονής και η εργασία.

Η λειτουργική συμπεριφορά αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να υιοθετεί ρόλους και να προσαρμόζει τη συμπεριφορά του μέσα στην κοινωνία.

Οι βιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την σωματική-φυσική και ψυχική υγεία του ανθρώπου.

Στους υποκειμενικούς-ατομικούς παραμέτρους κυρίαρχο ρόλο έχουν:

Η ψυχοκοινωνική ευεξία και η προσωπική αντίληψη που έχει το άτομο για την υγεία και την ποιότητα ζωής του, καθώς και η ικανοποίηση που νιώθει. Σημαντικοί προσδιοριστές της υποκειμενικής ικανοποίησης του ανθρώπου είναι η αλληλεξάρτηση της κοινωνικής και προσωπικής ζωής του, η σφαιρική ικανοποίηση που νιώθει από τη ζωή, την οικογένεια και την εργασία του, η ανεξαρτησία, καθώς και οι αξίες και η ηθική που έχει αποκτήσει ο άνθρωπος μέσω της οικογένειας και της κοινωνίας.

Άλλος ένας ατομικός συντελεστής θεωρείται η ψυχική υγεία, δηλαδή η κατάσταση ψυχικής ευεξίας κατά την οποία τα άτομα έχουν πλήρη επίγνωση των ικανοτήτων τους, διαχειρίζονται τις συνήθεις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής, εργάζονται παραγωγικά και γόνιμα και συνεισφέρουν στην κοινωνία τους (WHO, 2005). Η υπόσταση του ανθρώπου ως προσωπικότητα συνεπάγεται την ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση με αποτέλεσμα την αποδοχή του από την κοινωνία. Η εξωστρέφεια του ατόμου, οι επιδράσεις που έχουν τα συναισθήματά του στη συμπεριφορά του και κατά πόσο έχει τον έλεγχο αυτών, συμβάλλουν στην επιρροή της ποιότητας ζωής (Δημας Βασιλειος et al 2015).

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά εμπεριέχουν τα δημογραφικά στοιχεία του ατόμου όπως την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης του ατόμου και την εθνικότητα (Oliver J 1996). Ανάλογα με την ηλικία και το φύλο επηρεάζεται και η ποιότητα ζωής με το πέρασμα του χρόνου, καθώς η ικανοποίηση που βιώνει ένα άτομο αρσενικού φύλου είναι διαφορετική από αυτή του βιώνει ένα άτομο θηλυκού φύλου σε ίδια ηλικία. Άλλο

ένα φαινόμενο είναι η μείωση των δραστηριοτήτων και των κοινωνικών απασχολήσεων με το πέρασμα της ηλικίας και στα δύο φύλα.

Στηριζόμενοι, λοιπόν, στους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η κατηγοριοποίησή τους ως εξής (Σαρρής 2001):

- Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
- Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Περαιτέρω, η ψυχολογική ευεξία σχετίζεται με τη σωματική και κοινωνική ευεξία. Με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που ενεργοποιούν και ενισχύουν το σώμα και το πνεύμα, ο άνθρωπος οδηγείται σε εσωτερική και εξωτερική άνεση. Η συστηματική άσκηση τονώνει το άτομο ανεξαρτήτως ηλικίας και έχει μακροχρόνια οφέλη. Αυξάνει

την ψυχική ευεξία, τη θετική διάθεση, ελέγχει το στρες και βοηθάει στη θετική αντίληψη της εικόνας του σώματος. Πέρα από την καθημερινή συστηματική άσκηση που έχει τη μορφή της γυμναστικής, η άσκηση υπάρχει και σε καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, παραδείγματος χάρη το περπάτημα, οι δουλειές του σπιτιού και ο χώρος εργασίας (σε περίπτωση που περιλαμβάνει κίνηση).

Μερικοί από τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ογκολογικού ασθενή είναι τα προβλήματα ύπνου, αρνητικά συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, η μείωση της όρεξης, η αδυναμία για καθημερινές δραστηριότητες και τυχόν διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις.

Ο ασθενής μπαίνει σε μια διαδικασία αλλαγής του τρόπου ζωής του, ανάλογα με τη θεραπεία που υποβάλλεται και τους περιορισμούς που θέτει η νόσος. Επομένως, είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο να επηρεάζονται πολλοί τομείς της ζωής του καθώς αλλάζει η ψυχολογία, η καθημερινότητα, οι δραστηριότητες, ακόμα και οι σχέσεις που είχε το άτομο με τον κύκλο του, την οικογένεια του, καθώς και τον ίδιο του εαυτό. (Λαζαράκη Χριστίνα-Δήμητρα, Μπεη Αγαθή 2011)

## 2.4 Εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής

Το Μάρτιο του 1995 Οι Stephens και συν. χρησιμοποιώντας τη λίστα συμπτωμάτων του Rotterdam (Rotterdam Symptom Checklist) μελέτησαν περισσότερους από 700 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (P. Horwood and R. J. Stephens 1995).

Οι ασθενείς και οι ιατροί έκαναν αναφορά στα ίδια συμπτώματα για μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο μελέτης. Όταν έγινε η σύγκριση της καταγραφής διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί υποεκτιμούσαν το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών και έκαναν μικρή αναφορά σε συμπτώματα τα οποία οι ίδιοι οι ασθενείς ανέφεραν. Επομένως η χρήση των ερωτηματολογίων αναφοράς συμπτωμάτων από τους ίδιους τους ασθενείς έχει αποτελέσει καθημερινή πρακτική στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Αυτό εξάλλου συνάδει με την ολοένα αυξανόμενη τάση μεγιστοποίησης της σημασίας αυτοπροσδιορισμού του ασθενούς και κατοχύρωσης των βασικών του δικαιωμάτων. Η δημιουργία ερωτηματολογίων βοηθάει στον καθορισμό του τρόπου με τον οποίο μπορεί να εκτιμηθεί και να μετρηθεί μια υποκειμενική εμπειρία όπως η ποιότητα ζωής που αποτελεί την υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς σχετικά με τα συμπτώματα του προερχόμενα είτε από τη νόσο είτε από τη θεραπεία που ακολουθεί. Τόσο κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης, όσο και κατά τη διαδικασία ελέγχου, ακολουθούνται αυστηρά ψυχομετρικά κριτήρια, ώστε να διασφαλισθεί η αξιόπιστη, ολοκληρωμένη και αμερόληπτη εκτίμηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών ασθενών. Η προσέγγιση της ποιότητας ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν η εφαρμοζόμενη θεραπεία έχει παρηγορητική έννοια ή όταν η τοξική για τον οργανισμό θεραπεία επιφέρει δυσανάλογα μικρή βελτίωση στο προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς. Ένας αριθμός ερευνητικών άρθρων, υποστηρίζει ότι ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής θα μπορούσε να είναι αντικειμενικός αν οι κλινικοί ογκολόγοι αναγνώριζαν τα συμπτώματα του ασθενούς και τα κατέγραφαν, αντί της αναφοράς των συμπτωμάτων αυτών από τους ίδιους τους ασθενείς. Η ανάγκη για καταγραφή των συμπτωμάτων οδήγησε σε προσπάθειες δημιουργίας ερωτηματολογίων που γίνονται κυρίως από μεγάλους οργανισμούς, όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Έρευνα και την Θεραπεία του Καρκίνου (EORTC), και μεγάλα Πανεπιστήμια. Σήμερα, υπάρχει μια σημαντική αύξηση του ενδιαφέροντος για



την ποιότητα ζωής και μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων. Το 10% περίπου των τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών για τον καρκίνο συμπεριλαμβάνουν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους βασικούς σκοπούς τους. Σε κλινικό επίπεδο, χρησιμοποιείται μια πιο εξειδικευμένη έννοια της ποιότητας ζωής, αυτή που έχει σχέση με την υγεία (Health-Related Quality of Life)

Τα δύο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών ασθενών είναι το European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30, και το Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G). Το σύστημα μέτρησης FACT, είναι ένας πολύπλοκος συνδυασμός ερωτήσεων και αξιολογεί την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή από άλλη χρόνια νόσο. Το σύστημα περιλαμβάνει περίπου 400 ερωτήσεις, αλλάστους περισσότερους ασθενείς υποβάλλονται μέχρι 50. Αυτό γίνεται με τη χρησιμοποίηση μιας διασκευής του υπάρχοντος ερωτηματολογίου, του FACT-G. Το σύστημα έχει καλή αξιοπιστία, ευαισθησία και εγκυρότητα. Σε αυτό το υποερωτηματολόγιο προστίθενται ερωτήσεις σχετικές με συγκεκριμένες μορφές καρκίνου (πχ καρκίνος ωοθηκών) και έτσι το σύστημα από FACT-G, μετατρέπεται σε FACT-O. Το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-CIPN20 αναφέρεται στην νευροπάθεια που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία. Αυτό το ερωτηματολόγιο παράγει τρεις βαθμολογίες υποβάθμισης που αξιολογούν αισθητηριακά, κινητικά και αυτόνομα συμπτώματα. Κάθε στοιχείο μετράται σε κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 1) Καθόλου σε 4) Πολύ. Οι αποδόσεις μετατρέπονται σε κλίμακα 0-100 με υψηλότερες βαθμολογίες που αντιπροσωπεύουν περισσότερα παράπονα (FloortjeMols et al 2016).

Το SCI είναι ένα ευαίσθητο και ανταποκρινόμενο μέσο QOL για ασθενείς με NMSC (μη ορμονικοί καρκίνοι του δέρματος). Αποτελείται από 15 διαφορετικά στοιχεία, επικυρωμένο, ειδικά για την ασθένεια, με 3 ξεχωριστά υποκλίμακες, Συναισθηματική, Κοινωνική και Εμφάνιση. Οι τυποποιημένες βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 100 και οι υψηλότερες βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν και υψηλότερη QOL (John S. Rhee et al 2007). Ένα ακόμα ερωτηματολόγιο που ειδικεύεται στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών είναι το EORTC QLQ-LC13 που αποτελείται από μεμονωμένα αντικείμενα που αξιολογούν συγκεκριμένα συμπτώματα καρκίνου του πνεύμονα. Οι κλίμακες πολλαπλών στοιχείων υπολογίζονται υπολογίζοντας τις μέσες πρώτες

βαθμολογίες των μεμονωμένων στοιχείων και μετατρέποντάς τις γραμμικά έτσι ώστε όλες οι κλίμακες να κυμαίνονται από 0 έως 100. Για μεμονωμένα αντικείμενα, εκτελείται μόνο γραμμικός μετασχηματισμός. Για τις λειτουργικές κλίμακες (δηλαδή εκείνες που διερευνούν τη φυσική, τον ρόλο, τη συναισθηματική, τη γνωστική και την κοινωνική λειτουργία και την παγκόσμια κατάσταση υγείας), μια υψηλότερη τιμή αντικατοπτρίζει ένα καλύτερο επίπεδο λειτουργίας, αλλά για τις κλίμακες και τα στοιχεία των συμπτωμάτων, μια υψηλότερη τιμή αντικατοπτρίζει χειρότερα συμπτώματα (Παπαγεωργίου Δημήτριος et al. 2009, Spitzer W et al. 1981)

### **Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (the Karnofski Performance Index-KPI)**

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969) αξιολογείται από επαγγελματίες υγείας και εστιάζει στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η βαθμολογία του εργαλείου κυμαίνεται από 0-100 ανάλογα με τα επίπεδα της σωματικής λειτουργίας και ικανότητας του ατόμου, όπου το 100 αντιπροσωπεύει την φυσική λειτουργία του σώματος, χωρίς περιορισμούς ή χωρίς εμφάνιση κάποιας νόσου, ενώ το 0 το θάνατο.

### **Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (the Katz Index of Activities of Daily Living)**

Ο Δείκτης Katz (1963) απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που βρίσκονται σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, προκειμένου να αξιολογηθεί η λειτουργική του κατάσταση. Το ερωτηματολόγιο προέρχεται από γιατρό ή νοσηλεύτη και περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις, οι οποίες είναι διατεταγμένες σύμφωνα με τον βαθμό δυσκολίας. Με αυτό τον τρόπο εκτιμάται η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδα τους. Το συγκεκριμένο εργαλείο βαθμολογεί την εξάρτηση και μη εξάρτηση των ασθενών στην καθημερινή τους ζωή. Ο Δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους ασθενείς.

### **Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index)**

Ο Δείκτης Spitzer (1981) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών αλλά εφαρμόζεται και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Αποτελείται από πέντε βασικές κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν: 1) δραστηριότητες 2) καθημερινή ζωή 3) αντίληψη της υγείας 4) κοινωνική υποστήριξη και 5) άποψη για τη ζωή. Το

εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γιατρό αλλά και ο ίδιος ο ασθενής έχει την δυνατότητα να αυτό-βαθμολογηθεί σε μια κλίμακα τριών βαθμίδων, από το 0 έως το 2, όπου παρουσιάζεται η διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων αλλά και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μια αρρώστιας.

### **Το Ερωτηματολόγιο του McGill για τον Πόνο (the McGill Pain Questionnaire)**

Οι Melzack και Torgerson (1971) δημιούργησαν ένα εργαλείο για την μέτρηση του πόνου με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Δεδομένου ότι ο πόνος δύναται να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής του αρρώστου θεωρείται απαραίτητη η εκτίμηση του. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιγράφει κατηγορίες καταστάσεων όπου ο ασθενής περιγράφει πως νιώθει τον πόνο που βιώνει. Το ερωτηματολόγιο του McGill για τον πόνο χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.

### **Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (the Nottingham Profile Health)**

Η επισκόπηση υγείας του Nottingham μελετά τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Ουσιαστικά, μέσω του συγκεκριμένου εργαλείου διερευνώνται μόνο οι αρνητικές πλευρές της υγείας. Αποτελείται από δύο μέρη, όπου το πρώτο αποτελείται από 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων:

- Ενέργεια-ενεργητικότητα
- Πόνος
- Συναισθηματικές αντιδράσεις
- Ύπνος
- Κοινωνική απομόνωση
- Σωματική κίνηση

Και το δεύτερο μέρος αφορά επτά τομείς της καθημερινής ζωής:

- Αμειβόμενη εργασία
- Οικιακή εργασία
- Κοινωνική ζωή
- Προσωπικές σχέσεις
- Σεξουαλική ζωή

- Ασχολίες ελεύθερου χρόνου και
- Ενδιαφέροντα

### **Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας ( The General Health Questionnaire )**

Για το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Goldberg, 1972) υπάρχουν τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη με 28, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Η πρώτη έκδοση αποτελείται από τέσσερις κατηγορίες που αφορούν:

- Τα σωματικά συμπτώματα
- Το άγχος και την αϋπνία
- Την κοινωνική δυσλειτουργία
- Τη σοβαρή κατάθλιψη

Το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιείται τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε κλινικούς πληθυσμούς με αξιοπιστία. Το μειονέκτημα του είναι ότι εστιάζει μόνο στη σωματική υγεία και στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου παραμερίζοντας τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

### **Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (the Sickness Impact Profile)**

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας θεωρείται από τα πιο γνωστά και συνηθισμένα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υποκατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες:

- Της σωματικής λειτουργίας και
- Της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας

Οι ερωτήσεις απαντώνται σημειώνοντας Ναι ή Όχι και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με βάση σταθμισμένους δείκτες, σύμφωνα με τους οποίους έχει ληφθεί υπόψη η ειδική βαρύτητα κάθε ερώτησης. Το μειονέκτημα του εργαλείου είναι ότι λόγω του μεγάλου μεγέθους απαιτεί περισσότερο χρόνο από το συνηθισμένο για τη συμπλήρωση του, αν και έχει δοθεί ως ερωτηματολόγιο με εγκυρότητα και αξιοπιστία.

### **Η Επισκόπηση της Υγείας SF-36 (the SF-36 Health Survey)**

Η Επισκόπηση της Υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας αρρώστιας ή θεραπείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις που αφορούν οκτώ τομείς, όπου η κάθε μία αποτελείται από 2-10 ερωτήσεις:

- Σωματική λειτουργικότητα
- Ρόλος-σωματικός
- Σωματικός πόνος
- Γενική υγεία
- Ζωτικότητα
- Κοινωνική λειτουργικότητα
- Ρόλος-συναισθηματικός και
- Ψυχική υγεία

Οι συγκεκριμένοι τομείς διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε και καταλήγου σε δύο γενικούς τομείς, της Σωματικής και Ψυχικής υγείας. Σε μερικές μελέτες αναφέρεται και η συνολική βαθμολογία, ωστόσο δεν χρησιμοποιείται πάντα. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 μπορεί να συμπληρωθεί είτε από τον ίδιο τον εξεταζόμενο είτε από τον επαγγελματία υγείας με τη μορφή συνέντευξης για άτομα από 14 ετών και άνω. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί για μελέτες στην ποιότητα ζωής σε Η.Π.Α και Ε.Ε. Το ερωτηματολόγιο έχει δηχθεί με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και ο χρόνος που χρειάζεται για να συμπληρωθεί κυμαίνεται μεταξύ πέντε έως δέκα λεπτά. Η ευρεία χρήση του ερωτηματολογίου τόσο σε υγιείς όσο και σε χρόνιους πάσχοντες το καθιστά αξιόπιστο, καθώς προσφέρει μια σφαιρική άποψη των βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και αξιολογεί το αποτέλεσμα διαφόρων θεραπευτικών πράξεων.

### **Η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol)**

Η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D σχεδιάστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και βασίζεται σε ένα σύστημα μέτρησης των πέντε βασικών διαστάσεων της ποιότητας

ζωής. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις καθημερινές δραστηριότητες, τον πόνο ή την ενόχληση και τέλος το άγχος και την κατάθλιψη. Η κάθε παράμετρος αποτελείται από τρεις άλλες ερωτήσεις και η συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση μιας οπτικής αναλογικής κλίμακας με τη μορφή θερμομέτρου υγείας λαμβάνοντας τιμές από το 0 μέχρι το 100. Πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ομάδες ασθενών ή σε φυσιολογικό πληθυσμό .

### **Δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ( the WHO Performance Status)**

Ο Δείκτης λειτουργικότητας που σχεδιάστηκε από τον ΠΟΥ το 1979 αποτελείται από πέντε κατηγορίες σωματικής ικανότητας και λειτουργιάς. Το συγκεκριμένο εργαλείο δεν περιέχει ερωτήσεις για την ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τον γιατρό και οι απαντήσεις κατατάσσονται σε μια κλίμακα από το 0 μέχρι το 4.

### **Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας–(World Health Organization Quality of Life -WHOQOL-BREF)**

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί τη σύντομη μορφή του WHOQOL-BREF-100. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν 4 διαστάσεις: Σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Επιπλέον, το εργαλείο περιέχει 2 ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελούνταν αρχικά από 26 ερωτήσεις, αλλά αργότερα προστέθηκαν άλλες τέσσερις ερωτήσεις οι οποίες αφορούν: τη διατροφή, την ικανοποίηση από την εργασία, την οικιακή ζωή και την κοινωνική ζωή. Οι ερωτήσεις αυτές προστέθηκαν κατά την πολιτιστική και στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου. Το εύρος της βαθμολογίας είναι από το 0 μέχρι το 10. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποκαλύπτουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

### **Ερωτηματολόγιο της Μιννεσότα, για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire –MLHF)**

Το ερωτηματολόγιο MLHF έχει σκοπό την αξιολόγηση των επιδράσεων της καρδιακής ανεπάρκειας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Περιέχει 21 ερωτήσεις, όπου εμπερικλείονται δύο υποκλίμακες, η συναισθηματική και η σωματική. Οι ερωτήσεις αφορούν θέματα όπως είναι το οίδημα των κάτω άκρων, η σεξουαλική δραστηριότητα, η παραμονή στο νοσοκομείο, το κόσμος και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και οι περιορισμοί στην εργασία και την ψυχαγωγία.

### **Ερωτηματολόγιο για ασθενείς με χρόνιες πνευμονοπάθειες (Chronic Respiratory Questionnaire -CRQ)**

Το συγκεκριμένο εργαλείο, το οποίο δημιουργήθηκε από τον Guyatt και του συναδέλφους του, εξετάζει σωματικές και ψυχολογικές διαστάσεις ασθενών με χρόνια αναπνευστικά νοσήματα. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αφορούν την δύσπνοια, την αδυναμία, τη συναισθηματική λειτουργικότητα και την κυριότητα. Αυτό το εργαλείο χρειάζεται 15-15 λεπτά για να συμπληρωθεί. Για να αξιολογηθεί η δύσπνοια, το άτομο πρέπει να επιλέξει τι πέντε πιο ενοχλητικές δραστηριότητες λόγω της δύσπνοιας που του έχουν συμβεί τις τελευταίες δυο βδομάδες. Εφόσον ο ασθενής έχει διακρίνει τις πέντε δραστηριότητες που τον επηρεάζουν στην καθημερινότητα του, η δριμύτητα της δύσπνοιας του καθορίζεται σε κλίμακα επτά σημείων.

### **Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής Ηλικιωμένων (Older People's Quality of Life Questionnaire OPQOL-35)**

Το OPQOL-35 δημιουργήθηκε από τον Bowling και τους συνεργάτες του και σκοπό έχει να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Αποτελείται από 35 ερωτήσεις, όπου το άτομο καλείται να απαντήσει το βαθμό στον οποίο συμφωνεί ή διαφωνεί. Οι 35 καταστάσεις που περιγράφει το ερωτηματολόγιο αφορούν τα ακόλουθα θέματα:

- Την πλήρη κάλυψη ζωής συνολικά (4 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 4-20)
- Την υγεία (4 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 4-20)

- Τις κοινωνικές σχέσεις και την συμμετοχή (8 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 8-20)
- Την ανεξαρτησία, τον έλεγχο ζωής και την ελευθερία (5 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 5-25)
- Το σπίτι και την γειτονία (4 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 4-20)
- Τη ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία (4 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 4-20)
- Τις οικονομικές συνθήκες (4 ερωτήσεις - εύρος βαθμολογίας 4-20)
- Τον πολιτισμό και την θρησκεία (2 ερωτήσεις – εύρος βαθμολογίας 2-10)

Το συνολικό σκορ μπορεί να κυμαίνεται από 35 (χειρότερη δυνατή ποιότητα ζωής) έως 175 (καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής).

Ένας ακόμα σημαντικός λόγος που συνέβαλε στη δημιουργία των ερωτηματολογίων είναι το γεγονός ότι η κατάσταση λειτουργικής ικανότητας αποτελεί ένα μονοδιάστατο μέτρο το ποίο δεν είναι αρκετά ευαίσθητο για την ανίχνευση των μεταβολών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Η κατάσταση λειτουργικής δραστηριότητας (performance status PS), δηλαδή η συνολική αξιολόγηση του βαθμού ευεξίας, λειτουργικότητας και του επιπέδου ικανότητας για φυσιολογική δραστηριότητα αποτελεί μια ακόμα σημαντική παράμετρος του επιπέδου λειτουργικότητας του ασθενούς, κυρίως σε ό,τι αφορά το ζήτημα της πρόγνωσης της νόσου αλλά και της δυνατότητας αυτού να υποβληθεί σε χημειοθεραπευτική αγωγή. Με σκοπό την αξιολόγηση της κατάστασης λειτουργικότητας έχουν εισαχθεί κατά διαστήματα ποικίλες βαθμολογικές κλίμακες εκ των οποίων οι σημαντικότερες είναι η κλίμακα Karnofsky, η κλίμακα που εισήχθη από τον C.G. Zubrod και στη συνέχεια υιοθετήθηκε από την Ανατολική Συνεργατική Ογκολογική Ομάδα (ECOG) και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και η κλίμακα Lansky, η οποία έχει απώτερο σκοπό την αποτίμηση της κατάστασης ικανότητας παιδιών με ογκολογικά νοσήματα. Η κλίμακα της Ανατολικής Συνεργατικής Ογκολογικής Ομάδας (ECOG) δημοσιεύτηκε αρχικά το 1960 από τον C. Gordon Zubrod και υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO). Είναι επίσης πεντάβαθμη και συνεπώς περισσότερο εύχρηστη στην καθημερινή κλινική



πράξη συγκριτικά με την κλίμακα Karnofsky, αν και λιγότερο λεπτομερειακή και αναλυτική στην περιγραφή της δραστηριότητας του ασθενούς. Η διακύμανση στην αξιολόγηση της κατάστασης ικανότητας ενός συγκεκριμένου αρρώστου είναι μικρότερη με την κλίμακα ECOG, τόσο σε επίπεδο ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού όσο και σε επίπεδο του ίδιου του αρρώστου. Ο προσδιορισμός του βαθμού της κατάστασης λειτουργικότητας του ασθενούς είναι ιδιαιτέρως χρήσιμος όταν πρόκειται να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη χορήγηση δυνητικά επικίνδυνης κυτταροτοξικής θεραπείας. Υπό αυτή την έννοια, ένας χαμηλός βαθμός σε κάποια από τις δύο κύριες κλίμακες αξιολόγησης, είναι δυνατόν να επηρεάσει καθοριστικά την απόφαση εφαρμογής μιας μορφής θεραπείας στη θέση μιας άλλης μικρότερου θεραπευτικού εύρους και συνεπώς αυξημένης τοξικότητας. Έτσι, κατά το θεραπευτικό σχεδιασμό του μη-μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος, η συνδυασμένη αγωγή με βάση την πλατίνα, είναι η ενδεικνυόμενη αγωγή για ασθενείς με ECOG κατάσταση λειτουργικής δραστηριότητας 0 ή 1. Ωστόσο για ασθενείς με PS 2 προτιμάται η μονοθεραπεία με άλλον χημειοθεραπευτικό παράγοντα, όπως για παράδειγμα η γεμισιταβίνη, η βινορελμπίνη και οι ταξάνες. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (The Psychological Adjustment to Illness Scale) αποτελείται από 45 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε επτά κύριους τομείς της ποιότητας ζωής: φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές έναντι του ιατρού και της θεραπείας), επαγγελματικό – εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα και προσαρμογή στην εργασία), οικιακό περιβάλλον (η επίδραση της ασθένειας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία), σεξουαλικές σχέσεις (η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και την ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας), ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα της αρρώστιας στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος), κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες και ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη)). Η κλίμακα βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου είναι τεταρτοβάθμια και χορηγείται είτε από εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με ημιδομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς είτε αυτό-συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων πασχόντων. (Οικονόμου M et al 2001)

## **2.5 ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Στο κεφάλαιο που προηγήθηκε έγινε αναφορά στον ορισμό της ποιότητας ζωής του ογκολογικού ασθενή καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Επιπρόσθετα, καταγράφηκαν τα θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής όπως επίσης και ορισμένα εργαλεία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής.

### **3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

#### **3.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος 2008 - Μάρτιος 2011. Σε ένα δείγμα 859 ασθενών (προ παρεμβάσεως) και 857 (μετά παρεμβάσεως), τα ποσοστά ασθενών με μέση βαθμολογία πέντε ή περισσότερα ήταν υψηλά σε όλους τους υποτομείς. Το ποσοστό των ασθενών με μέση συνολική βαθμολογία πέντε ή περισσότερων, σε μια κλίμακα 1 έως 7, ήταν 76% στην έρευνα προ της παρεμβάσεως και 79% στις έρευνες μετά την παρέμβαση. Ως παρέμβαση ορίστηκε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που κάλυπτε τέσσερις τομείς: 1) τη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων της Παρηγορητικής Αγωγής, 2)την αύξηση της διαθεσιμότητας εξειδικευμένων υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας για τους ασθενείς της κοινότητας, 3)το συντονισμό των κοινοτικών πόρων της παρηγορητικής περίθαλψης και 4) την παροχή κατάλληλων πληροφοριών για την παρηγορητική φροντίδα στο ευρύ κοινό, τους ασθενείς και τις οικογένειες (Akemi Yamagishi et al 2014).

Σε μία cross-sectional μελέτη στη Σαουδική Αραβία, συμμετείχαν 145 ασθενείς με καρκίνο που προσελήφθησαν από μονάδες εξωτερικών ασθενών σε διαφορετικές κλινικές εγκαταστάσεις στο Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας από τον Σεπτέμβριο του 2014 μέχρι τον Φεβρουάριο του 2015. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ασθενείς κατά τη διάρκεια των επισκέψεών τους στις κλινικές εξωτερικών ασθενών και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας μια επικυρωμένη αραβική έκδοση της ποιότητας ζωής της Ευρωπαϊκής Οργάνωσης για την Έρευνα και την Επεξεργασία του Καρκίνου (EORTC QLQ-C30, v.3.0). Μεταξύ των λειτουργικών κλιμάκων, η συναισθηματική λειτουργία σημείωσε το υψηλότερο 83,25% καθώς κακή λειτουργία αναφέρθηκε και στη σεξουαλική απόλαυση . Το πιο δυσάρεστο σύμπτωμα στην κλίμακα των συμπτωμάτων ήταν η αϋπνία, ακολουθούμενη από απώλεια όρεξης και δύσπνοια. Οι παρενέργειες της συστηματικής θεραπείας και η αναστάτωση λόγω της τριχόπτωσης ήταν η δεύτερη υψηλότερη βαθμολογία μεταξύ των κλιμάκων

συμπτωμάτων με μέση βαθμολογία 64,43%. Τέλος, οι ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου του μαστού ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες συνολικές βαθμολογίες QOL και λειτουργικές βαθμολογίες. (Almutairi K et al 2016)

Με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις 22-24 Οκτώβριου 2012 με τη χρήση ερωτηματολογίων μέσω Διαδικτύου (EORTC QLQ –C30). Στην έρευνα συμμετείχαν 807 ασθενείς και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ψυχολογικά συμπτώματα εμφάνισε το 48,5% και από τα σωματικά προβλήματα το κυριότερο ήταν πόνος με 17,6%. ο καρκίνος του μαστού ανευρέθηκε ως συχνότερος τύπος καρκίνου. Επίσης το 66,7% ήταν το εύρος της ποιότητας ζωής. (Minori Yokoo et al 2014)

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριος 2011-Απρίλιος 2012, στην οποία συμμετείχαν έφηβοι και νεαροί ενήλικες (AYA) οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με καρκίνο και είχαν ολοκληρώσει την οξεία αγωγή (n 117). Η ομάδα σύγκρισης (REP) αποτελούταν από 587 ασθενείς προερχόμενοι από το γενικό πληθυσμό. Το αιματολογικό νεόπλασμα (55%) ήταν η συχνότερη διάγνωση σε άνδρες συμμετέχοντες, ενώ στις γυναίκες συμμετείχαν περισσότερο από καρκίνο του μαστού (53,25%). Η ομάδα AYA ανέφερε φτωχότερα αποτελέσματα σε όλες τις κλίμακες συμπτωμάτων. Οι υψηλότερες διαφορές σημείων βρέθηκαν για την κόπωση και τις οικονομικές δυσκολίες (24.88). Η ποιότητα ζωής των AYA με καρκίνο ήταν σημαντικά φτωχότερη συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης οι γυναίκες στην ομάδα AYA καθώς και το δείγμα REP έχουν φτωχή ποιότητα ζωής σε όλες τις κλίμακες και αντικείμενα του EORTC QLQ-C30 σε σύγκριση με τους άνδρες. (Kristina Geue et al 2014)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία, στους συμμετέχοντες (n=265) οι οποίοι ήταν διαδοχικοί μακροχρόνιοι επιζώντες του καρκίνου (δηλαδή άνθρωποι χωρίς καρκίνο και τις θεραπείες για τουλάχιστον 5 χρόνια) συμπλήρωσαν το EORTC QLQ-C30, τη ΔΟΕ, το Ερωτηματολόγιο Έρευνας Υγείας Short Form 36 (SF-36) και ένα έντυπο συλλογής κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών δεδομένων. Η συχνότερα εκπροσωπούμενη διάγνωση καρκίνου ήταν ο καρκίνος του μαστού (60,4%), ακολουθούμενη από λέμφωμα (23,4%). Ο επακόλουθος ποιοτικός έλεγχος του προφίλ έδειξε ότι η συναισθηματική λειτουργία ( M = 76,6) είναι χαμηλότερη από τις άλλες, ενώ η κοινωνική λειτουργία ( M = 92,2) είναι η υψηλότερη. Σε αυτό το ιταλικό δείγμα μακροχρόνιων επιβλαβών καρκίνων, η γενική υγεία, η συναισθηματική λειτουργία και η

ζωτικότητα ήταν οι πιο αδύναμοι τομείς, ενώ οι κοινωνικές και φυσικές περιοχές ήταν αυτές που λειτουργούσαν καλύτερα. Η συναισθηματική λειτουργία των ιταλών επιζώντων δείχνει ότι η ψυχολογική δυσφορία, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης, μαζί με το φόβο της υποτροπής, εξακολουθούν να υφίστανται πολύ μετά τη θεραπεία του καρκίνου. (Barbara Muzzatti et al 2015)

Σε μια μελέτη η οποία διεξήχθη για μια περίοδο τεσσάρων μηνών (Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2010) στη Γερμανία, οι ασθενείς (n=1.108) κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα εξής ερωτηματολόγια το SEIQoL-Q και το QLQ-C30. Διαπιστώθηκε ότι ο σημαντικότερος τομέας της ζωής του ατόμου ήταν η «σωματική υγεία», που ακολουθείται από τη «συναισθηματική ευημερία» και την «οικογένεια». Επιπλέον, ανεξάρτητα από τις διαγνώσεις, ο αντρικός πληθυσμός έδειξε ότι έχει σημαντικά καλύτερη QoL από το γυναικείο πληθυσμό. (Gerhild Becker et al 2014)

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη στην Ελβετία μεταξύ του 2007 και του 2012, κατά την οποία εστάλησαν δύο ερωτηματολόγια στις οικογένειες όλων των επιζώντων ηλικίας 8-16 ετών σε έρευνα. Το πρώτο ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε γονείς, οι οποίοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν το HRQoL του παιδιού τους που επιβίωσε από τον καρκίνο και περιέλαβαν την έκδοση KIDSCREEN-27 για γονείς ενώ το δεύτερο ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε στον επιζώντα, ο οποίος κλήθηκε να αξιολογήσει το HRQoL του και περιέλαβε την έκδοση KIDSCREEN-27 για παιδιά. Η λευχαιμία ήταν ο συνηθέστερος καρκίνος (38%), ακολουθούμενος από όγκους του κεντρικού νευρικού συστήματος (18%), λέμφωμα (8%) . Επιπρόσθετα το 0-2% των επιζώντων και των γονέων απάντησε σε όλες με το χαμηλότερο βαθμό (με βάση την κλίμακα Likert), υποδεικνύοντας χαμηλότερη HRQoL μέσα σε έναν ή περισσότερους από τους πέντε τομείς. Το 8-21% των επιζώντων και το 5-9% των γονέων απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις χρησιμοποιώντας την υψηλότερη βαθμολογία, εμφανίζοντας υψηλή HRQoL μέσα σε μία ή περισσότερες από τις πέντε υποκλίμακες. Οι επιζώντες με όγκο του κεντρικού νευρικού συστήματος, νευροβλαστώματος ή αυτών που εμφάνισαν υποτροπή, είχαν χαμηλότερο HRQoL όπως ανέφεραν οι γονείς για αρκετούς τομείς σε σύγκριση με τους επιζώντες άλλων διαγνώσεων ή αυτούς που δεν υπέστησαν υποτροπή. (L. Wengenroth et al. 2015)

Σε μία ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ελσίνκι κατά το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου 2009 και Απριλίου 2011, συμμετείχαν 114 ασθενείς όπου το 57% των

ασθενών εμφάνιζε καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι ασθενείς κοντά στο θάνατο είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες HRQoL ανεξάρτητα από το χρησιμοποιούμενο όργανο. Το EQ-5D έδειξε έντονο φαινόμενο ανώτατου ορίου, ενώ το 13% των ασθενών ανέφερε πλήρη υγεία, ενώ τα αντίστοιχα στοιχεία για το 15D και το VAS ήταν 1 και 0%, αντίστοιχα. Η κόπωση ήταν το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα και επίσης προέβλεπε την μειωμένη HRQoL. Οι ασθενείς με CRC ανέφεραν ελαφρώς υψηλότερες μέσες βαθμολογίες. ( Niilo Färkkilä et al 2014)

### **3.2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Σε μια τυπική προοπτική, περιγραφική μελέτη παρατήρησης 60 ασθενών με προχωρημένο καρκίνο μαζί με τους φροντιστές τους, ο φτωχός ύπνος ήταν ένα συχνό παράπονο για το 47% των ασθενών και το 42% των φροντιστών. Ο κατακερματισμός του ύπνου ήταν υψηλός και στις δύο ομάδες. Επιπλέον, ο κακός ύπνος σχετίζεται σημαντικά με το υψηλότερο άγχος στους φροντιστές και με τον πόνο στους ασθενείς. (Gibbins J et al 2009)

Σε μια περιγραφική, διατμηματική μελέτη 68 γυναικών φροντιστών σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη, καρκίνο του πνεύμονα ή καρκίνο εγκεφάλου, οι γυναίκες κατηγοριοποιήθηκαν ως ενεργές ή ανενεργές βάσει αξιολογήσεων αυτοαναφοράς και ένα αντικειμενικό μέτρο με τη χρήση ενός ακτιγράφου καρπού. Οι φροντιστές ερωτήθηκαν σχετικά με τις σωματικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας και οι απαντήσεις τους κωδικοποιήθηκαν ως: α) καθόλου δραστηριότητα, β) βασική δραστηριότητα (ελαφριά καθαριότητα, τρέξιμο θέσεων), (γ) ήπια άσκηση (βάδισμα, τέντωμα), (δ) μέτρια άσκηση (βαριά οικιακά έργα, κηπουρική), (ε) επίπονη άσκηση (τζόκινγκ, κολύμβηση). Με βάση τις απαντήσεις τους, οι φροντιστές κατηγοριοποιήθηκαν σε ενεργές ή ανενεργές ομάδες. Οι ανενεργές γυναίκες είχαν υψηλότερο αριθμό συν-νοσηρών συνθηκών, χαμηλότερα επίπεδα προσοχής, λιγότερο χρόνο ύπνου, μεγαλύτερης καθυστέρησης έναρξης ύπνου και υψηλότερο ποσοστό ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας από ότι οι γυναίκες στην ενεργό ομάδα. (Σε γενικές γραμμές, η φροντίδα σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία όπως κόπωση, πόνο, προβλήματα ύπνου, διαταραχές γνωστικής λειτουργίας, λειτουργία, και εξάντληση. Οι υπεύθυνοι φροντίδας αναφέρουν απώλεια σωματικής δύναμης, απώλεια της όρεξης και απώλεια βάρους. Η σωματική πίεση δεν μπορεί να διαχωριστεί από άλλους τομείς ποιότητας ζωής, και έχει αναφερθεί ένας σύνδεσμος μεταξύ φυσικής ευεξίας, άγχους, κατάθλιψης και γενικής υγείας. (Willette-Murphy K et al 2009)

Σε μια μελέτη 1.635 μακροχρόνιων φροντιστών καρκίνου επιζώντες, πάνω από το ήμισυ των φροντιστών ανέφεραν προβλήματα υγείας 3,5 χρόνια μετά τη διάγνωση. Συγκεκριμένα, προβλήματα υγείας όπως καρδιακές παθήσεις, υπέρταση, και αρθρίτιδα. (Fletcher BS et al 2008)

Σε μια υποθετική, πληθυσμιακή κλινική μελέτη, ηλικιωμένοι σύζυγοι, που ζουν με τον ασθενή και τον έμπειρο φροντιστή, βρέθηκαν να έχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας 63% εντός 5 ετών. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το στέλεχος του φροντιστή ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για τη θνησιμότητα του φροντιστή. Προσπαθώντας να το εξηγηθεί αυτή η εκπληκτική διαπίστωση, οι συγγραφείς ανέφεραν έλλειψη χρόνου για τους φροντιστές να ξεκουραστούν, έλλειψη ξεκούρασης όταν οι φροντιστές ήταν άρρωστοι, και χαμηλότερη αυτοαναφερόμενη περίθαλψη υγείας, συμπεριφορές ως συνεισφερόμενοι παράγοντες. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι φροντιστές πλήρωσαν με ολοκληρωτικό κόστος θυσιάζοντας τις ζωές τους. (Schulz R et al 1999)

Σε μια πιο πρόσφατη, μεγάλη προοπτική μελέτη χρησιμοποιώντας ένα υποσύνολο από την Nurses' Health Study cohort Lee et al, βρήκαν μια σχέση μεταξύ του βάρους του φροντιστή και της στεφανιαίας νόσου. Παρέχοντας εννιά ή περισσότερες ώρες φροντίδας χρόνο σε έναν με ειδικές ανάγκες ή άρρωστο σύζυγο κάθε εβδομάδα σχεδόν διπλασίασε τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες που μελετήθηκαν. Η παροχή φροντίδας για τους γονείς ή άλλους συγγενείς δεν είχε την ίδια επίδραση, άποψη που προτείνει ότι η παροχή φροντίδας δεν είναι ίση και για ένα σύζυγο μπορεί να είναι εκ φύσεως πιο σοβαρή και συνεπώς πιο αγχωτική σωματικά. (Lee S et al. 2003)

Στην αναζήτηση μιας αιτιώδους σχέσης μεταξύ της φυσικής καταπόνησης και υγείας του φροντιστή, Σουηδοί ερευνητές ανέλαβαν 35ετή επιμήκη πληθυσμιακή μελέτη, και ανέφεραν μια σύνδεση μεταξύ του στρες στην μέση ζωή και στον αυξημένο κίνδυνο άνοιας μεταξύ των φροντιστών. Αυτό υποδηλώνει ότι οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα βλάβη δομικού και λειτουργικού χαρακτήρα στον ιππόκαμπο, ανάπτυξη υπέρτασης και αύξηση επιπέδων γλυκοκορτικοειδών ορμονών. (Johansson L et al 2010)

Σε μια μικρή μελέτη με φροντιστών ενηλίκων ασθενών με γλοιοβλάστωμα, οι συγγραφείς ανέφεραν μια σημαντική σχέση μεταξύ της ψυχολογικής δυσχέρειας των φροντιστών και της μέτρησης των ορμονικών και φλεγμονωδών δεικτών τους. Πρόωρη αναγνώριση και παρέμβαση για την σωματική άσκηση των φροντιστών των ογκολογικών ασθενών είναι σημαντική στην πρόληψη της εμφάνισης μεγάλων προβλημάτων υγείας. (Rohleder N et al 2009)



# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **4.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **4.1.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η μέθοδος της παρούσας εργασίας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και πραγματοποιείται σύγκριση ομάδων ατόμων για κάθε μεταβλητή.

### **4.1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Το δείγμα της παρούσας πτυχιακής αποτελείται από 50 ζεύγη καρκινοπαθών ασθενών – νοσηλευτών. Τα κριτήρια συμμετοχής ήταν τα εξής:

- Ηλικία 18 ετών και άνω
- Να μπορούσε να κατανοεί και να διαβάζει την ελληνική γλώσσα
- Και τέλος να επιθυμούσε να συμμετάσχει στην έρευνα.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά τη συλλογή του δείγματος των ασθενών ήταν η αδυναμία προσέγγισης των ασθενών με καρκίνο για δύο σημαντικούς λόγους:

- Απροθυμία συμμετοχής στην έρευνα
- Αδυναμία προφορικής και γραπτής επικοινωνίας

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά τη συλλογή του δείγματος των νοσηλευτών ήταν:

- Η απροθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα κυρίως λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας.

### 3.1.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα ζωής, εφαρμόστηκε η ελληνική έκδοση 1996 απόδοσης και επιμέλεια: Μ. Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου, Γ. Ν. Χριστοδούλου του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 26 ερωτήσεις που περιλάμβαναν τέσσερις διαστάσεις:

- Φυσική (7 στοιχεία)
- Ψυχολογική (6 στοιχεία)
- Κοινωνική σχέση (3 στοιχεία) και
- Περιβαλλοντική (8 στοιχεία)

Και τα 26 στοιχεία αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα μέτρο τύπου Likert (όπου 1 το ελάχιστο και 5 το μέγιστο). Το ερωτηματολόγιο για τους νοσηλευτές που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ήταν παρόμοιο με αυτό των ασθενών με μόνο μικρές τροποποιήσεις σε στοιχεία QoL. Για παράδειγμα, το στοιχείο «πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υγεία σας; στην έκδοση του ασθενούς τροποποιήθηκε «πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής με την υγεία του / της;».

Επιπρόσθετες κλινικές και δημογραφικές πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς (συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας, της εθνικότητας, του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου, τόπου μόνιμης κατοικίας, της τρέχουσας διάγνωσης του καρκίνου, συνυπαρχόντων νοσημάτων, τρόπου χορήγησης της χημειοθεραπείας, του χημικοθεραπευτικού σχήματος και της προηγηθείσας θεραπείας) και των νοσηλευτών, ηλικία, εθνικότητα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, φορέα εργασίας, εκπαιδευτικό επίπεδο, τμήμα εργασίας, έτη προϋπηρεσίας, θέση στο τμήμα, χρόνος επαφής κατά προσέγγιση με τους ασθενείς, η κλινική εμπειρία και ο αριθμός των νοσηλευτών που κατανοούν γενικά την ποιότητα ζωής των ασθενών τους) συλλέχθηκαν επίσης από τον ερευνητή.

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ECOG από τον ερευνητή για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς κυμαινόμενη από 0 (πλήρως ενεργή) έως 4 (εντελώς αναπηρία).

Η μελέτη διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου-Αύγουστου 2017 στα νοσοκομεία Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Γενικό Νοσοκομείο Παπανικολάου (Θεσσαλονίκης) και το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας. Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν για τη διαδικασία της έρευνας, το σκοπό της έρευνας καθώς και για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους . Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διήρκησε περίπου 15 λεπτά. Ασθενείς και νοσηλευτές συμπλήρωσαν ξεχωριστούς χώρους τα ερωτηματολόγια κατά την ίδια μέρα. Επίσης επισημάνθηκε στους νοσηλευτές ότι πρέπει να απαντήσουν για συγκεκριμένο ασθενή, για τη διατήρηση της ανωνυμίας ο ίδιος αριθμός καταγράφηκε σε όλα τα ερωτηματολόγια και τις φόρμες που αφορούσαν κάθε ζευγάρι νοσηλευτών. Αυτό επέτρεψε τη σωστή αντιστοίχιση των πληροφοριών και την εξασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.ασθενών.

## 4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.2.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

|        | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος όρος | Τυπική απόκλιση |
|--------|----------|---------|------------|-----------------|
| Ηλικία | 21,00    | 91,00   | 59,8600    | 15,15230        |
| Σύνολο | 50       |         |            |                 |

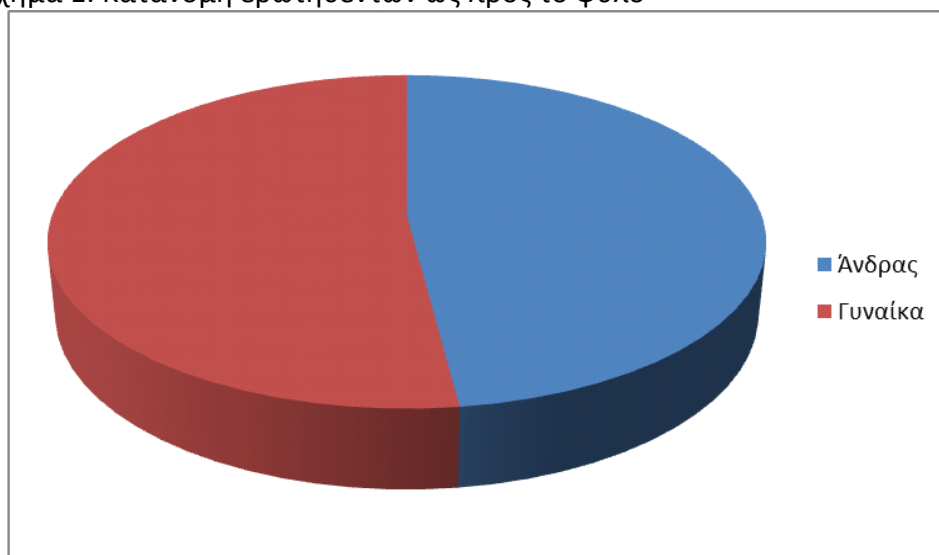
Η ηλικία των ασθενών κυμάνθηκε από 21 έως 91 ετών, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 59,8 ετών. (Πίνακας 1)

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

|         | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική συχνότητα) | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό ποσοστό |
|---------|-----------|-----------------------------|----------------|--------------------|
| Γυναίκα | 26        | 48,0                        | 48,0           | 48,0               |
| Άνδρας  | 24        | 52,0                        | 52,0           | 100,0              |
| Σύνολο  | 50        |                             |                |                    |

Όπως διαφαίνεται στον Πίνακα 2, η πλειονότητα των ασθενών ήταν γυναίκες (52%) ωστόσο με μικρό ποσοστό διαφοράς.

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο



Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

|              | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(Σχετική συχνότητα) | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό ποσοστό |
|--------------|-----------|--------------------------------|----------------|--------------------|
| Άγαμος       | 7         | 14,0                           | 14,0           | 14,0               |
| Έγγαμος      | 29        | 58,0                           | 58,0           | 72,0               |
| Διαζευγμένος | 4         | 8,0                            | 8,0            | 80,0               |
| Χηρεία       | 9         | 18,0                           | 18,0           | 98,0               |
| Συμβίωση     | 1         | 2,0                            | 2,0            | 100,0              |
| Σύνολο       | 50        | 100,0                          | 100,0          |                    |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν έγγαμοι (58%), το 14% άγαμοι, το 18% ήταν χήροι, το 8% ήταν διαζευγμένοι και τέλος το 2% συμβίωνε. (Πίνακας 3)

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν ζουν μόνοι

|            | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(Σχετική συχνότητα) | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό ποσοστό |
|------------|-----------|--------------------------------|----------------|--------------------|
| Ναι        | 7         | 14,0                           | 14,0           | 14,0               |
| Οικογένεια | 19        | 38,0                           | 38,0           | 52,0               |
| Σύζυγος    | 18        | 36,0                           | 36,0           | 88,0               |
| Γονείς     | 1         | 2,0                            | 2,0            | 90,0               |
| Παιδιά     | 5         | 10,0                           | 10,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0                          | 100,0          |                    |

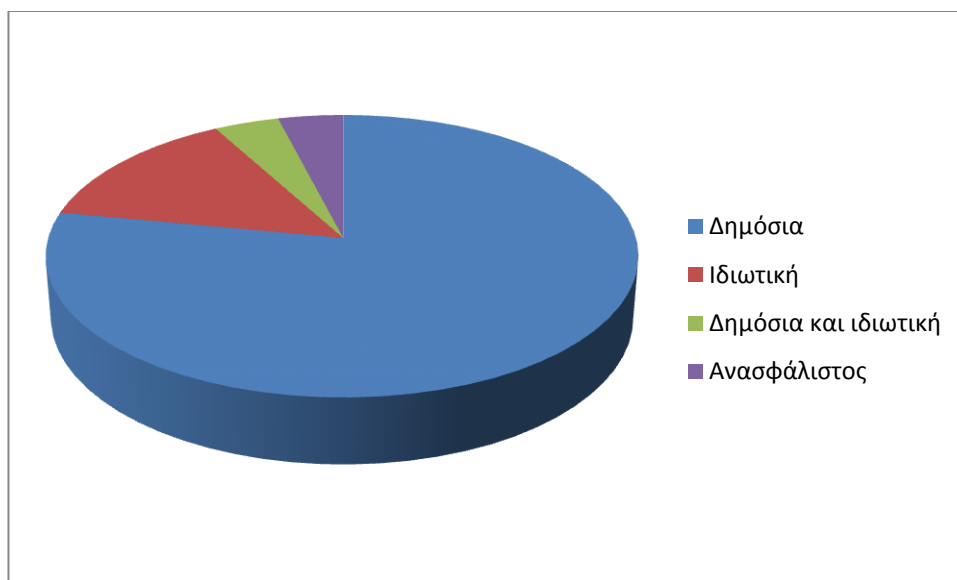
Η πλειονότητα των ασθενών δεν ζούσαν μόνοι τους (86%). Οι περισσότεροι ζούσαν μαζί με την οικογένεια τους (38%), ακολούθως το 36% ζούσε με τα σύζυγο τους, το 10% με τα παιδιά τους, και 4% με τους γονείς τους. (Πίνακας 4)

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατάσταση ασφάλισης τους

|                      | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική συχνότητα) | Εγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό ποσοστό |
|----------------------|-----------|-----------------------------|----------------|--------------------|
| Δημόσια              | 39        | 78,0                        | 78,0           | 78,0               |
| Ιδιωτική             | 7         | 14,0                        | 14,0           | 92,0               |
| Δημόσια και ιδιωτική | 2         | 4,0                         | 4,0            | 96,0               |
| Ανασφάλιστος         | 2         | 4,0                         | 4,0            | 100,0              |
| Σύνολο               | 50        | 100,0                       | 100,0          |                    |

Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της έρευνας το 78% των ερωτηθέντων είχε δημόσια ασφάλιση, το 14% ιδιωτική και στη τελευταία θέση με 4% κατατάσσονται οι ανασφάλιστοι και οι ασθενείς με δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση. (Πίνακας 5, Σχήμα 2)

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατάσταση ασφάλισης τους

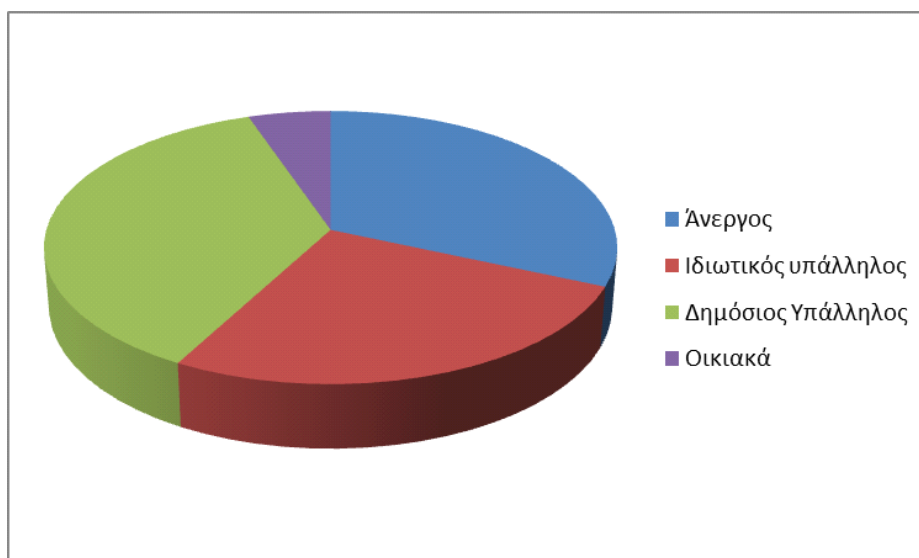


Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση

|                           | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική συχνότητα) | γκυρο ποσοστό | Αθροιστικό ποσοστό |
|---------------------------|-----------|-----------------------------|---------------|--------------------|
| Άνεργος                   | 6         | 12,0                        | 12,0          | 12,0               |
| Ιδιωτικός υπάλληλος       | 5         | 10,0                        | 10,0          | 22,0               |
| Δημόσιος Υπάλληλος        | 7         | 14,0                        | 14,0          | 36,0               |
| Οικιακά                   | 1         | 2,0                         | 2,0           | 38,0               |
| Συνταξιούχος              | 28        | 56,0                        | 56,0          | 94,0               |
| Ελεύθερος-η επαγγελματίας | 2         | 4,0                         | 4,0           | 98,0               |
| Γαιοκτήμονας              | 1         | 2,0                         | 2,0           | 100,0              |
| Σύνολο                    | 50        | 100,0                       | 100,0         |                    |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν συνταξιούχοι (56%), ακολούθως το 14% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 12% άνεργοι, το 10% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 4% ελεύθεροι επαγγελματίες, και το 2% ήταν γαιοκτήμονες εμφανίζοντας ίσο ποσοστό με όσους ασχολούνταν με τα οικιακά.( Πίνακας 6, Σχήμα 3)

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση





Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης τους

|               | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική<br>συχνότητα) | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό<br>ποσοστό |
|---------------|-----------|--------------------------------|----------------|-----------------------|
| Δημοτικό      | 11        | 22,0                           | 22,0           | 22,0                  |
| Γυμνάσιο      | 11        | 22,0                           | 22,0           | 44,0                  |
| Λύκειο        | 12        | 24,0                           | 24,0           | 68,0                  |
| Δευτεροβάθμια | 3         | 6,0                            | 6,0            | 74,0                  |
| ΤΕΙ           | 6         | 12,0                           | 12,0           | 86,0                  |
| ΑΕΙ           | 6         | 12,0                           | 12,0           | 98,0                  |
| Μεταπτυχιακά  | 1         | 2,0                            | 2,0            | 100,0                 |
| Total         | 50        | 100,0                          | 100,0          |                       |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι λυκείου σε ποσοστό 24%, το 22% απόφοιτοι γυμνασίου ισοψηφώντας με τους αποφοίτους δημοτικού. Επίσης ισοψηφούν και οι απόφοιτοι ΤΕΙ, ΑΕΙ ( 12%). Τέλος το 2% είχαν μεταπτυχιακό.( Πίνακας 7)

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο διαμονής

|           | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική<br>συχνότητα) | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό<br>ποσοστό |
|-----------|-----------|--------------------------------|----------------|-----------------------|
| Αστική    | 24        | 48,0                           | 48,0           | 48,0                  |
| Ημιαστική | 18        | 36,0                           | 36,0           | 84,0                  |
| Αγροτική  | 8         | 16,0                           | 16,0           | 100,0                 |
| Σύνολο    | 50        | 100,0                          | 100,0          |                       |

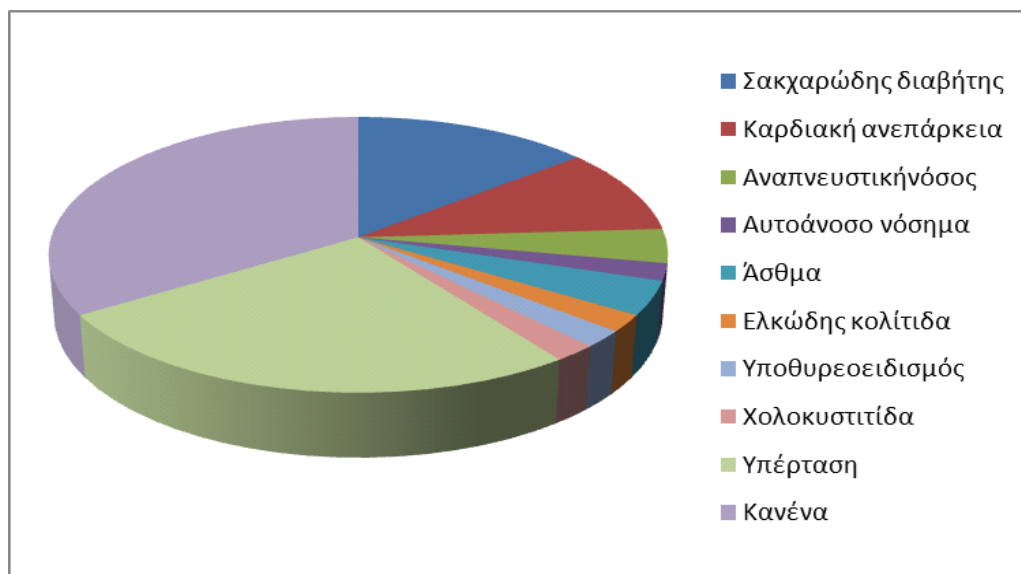
Η πλειονότητα των ασθενών διαμένουν σε αστική περιοχή (48%), το 36% σε ημιαστική και το 8% σε αγροτική. (Πίνακας 8)

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συνυπάρχοντα νοσήματα

|                     | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική συχνότητα) | Εγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό ποσοστό |
|---------------------|-----------|-----------------------------|----------------|--------------------|
| σακχαρώδης διαβήτης | 7         | 14,0                        | 14,0           | 14,0               |
| Καρδιακή ανεπάρκεια | 5         | 10,0                        | 10,0           | 24,0               |
| Αναπνευστική νόσος  | 2         | 4,0                         | 4,0            | 28,0               |
| Αυτοάνοσο νόσημα    | 1         | 2,0                         | 2,0            | 30,0               |
| Άσθμα               | 2         | 4,0                         | 4,0            | 34,0               |
| Ελκώδης κολίτιδα    | 1         | 2,0                         | 2,0            | 36,0               |
| Υποθυρεοειδισμός    | 1         | 2,0                         | 2,0            | 38,0               |
| Χολοκυστίτιδα       | 1         | 2,0                         | 2,0            | 40,0               |
| Υπέρταση            | 13        | 26,0                        | 26,0           | 66,0               |
| Κανένα              | 17        | 34,0                        | 34,0           | 100,0              |
| Total               | 50        | 100,0                       | 100,0          |                    |

Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν εμφάνισε κανένα συνυπάρχον νόσημα (34%). Οι περισσότεροι ασθενείς έπασχαν από υπέρταση σε ποσοστό 26% , το 14% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, το 10% από καρδιακή ανεπάρκεια, και σε ισοψηφία ανευρέθηκε η αναπνευστική νόσος και το άσθμα (4%) και τέλος σε ποσοστό 2% εμφανίζονται τα ακόλουθα η ελκώδης κολίτιδα, ο υποθυρεοειδισμός και η χολοκυστίτιδα. (Πίνακας 9, Σχήμα 4)

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συνυπάρχοντα νοσήματα



Πίνακας 10: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς τον τρόπο χορήγησης χημειοθεραπείας

|                            | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική συχνότητα) | Αθροιστικό ποσοστό |
|----------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|
| Περιφερικός φλεβοκαθετήρας | 46        | 92,0                        | 92,0               |
| Port                       | 3         | 6,0                         | 98,0               |
| Picc                       | 1         | 2,0                         | 100,0              |
| Σύνολο                     | 50        | 100,0                       |                    |

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς λάμβαναν το χημειοθεραπευτικό σχήμα μέσω περιφερικού φλεβοκαθετήρα (92%). Στο υπόλοιπο 6% και 2% των ασθενών το σχήμα χορηγούνταν μέσω Port και Picc αντιστοίχως. (Πίνακας 10)

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το χημειοθεραπευτικό σχήμα

|                | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική συχνότητα) | Αθροιστικό ποσοστό |
|----------------|-----------|-----------------------------|--------------------|
| FEK            | 1         | 2,0                         | 5,3                |
| OXALIPLATIN    | 1         | 2,0                         | 10,5               |
| CISPLATIN      | 4         | 8,0                         | 31,6               |
| VELCADE        | 6         | 12,0                        | 63,2               |
| ARZALEX        | 2         | 4,0                         | 73,7               |
| NIPENT         | 1         | 2,0                         | 78,9               |
| AVASTIN        | 2         | 4,0                         | 89,5               |
| ZOMETA         | 2         | 4,0                         | 100,0              |
| Άλιπη στοιχεία | 31        | 62,0                        |                    |
| Σύνολο         | 50        | 100,0                       |                    |

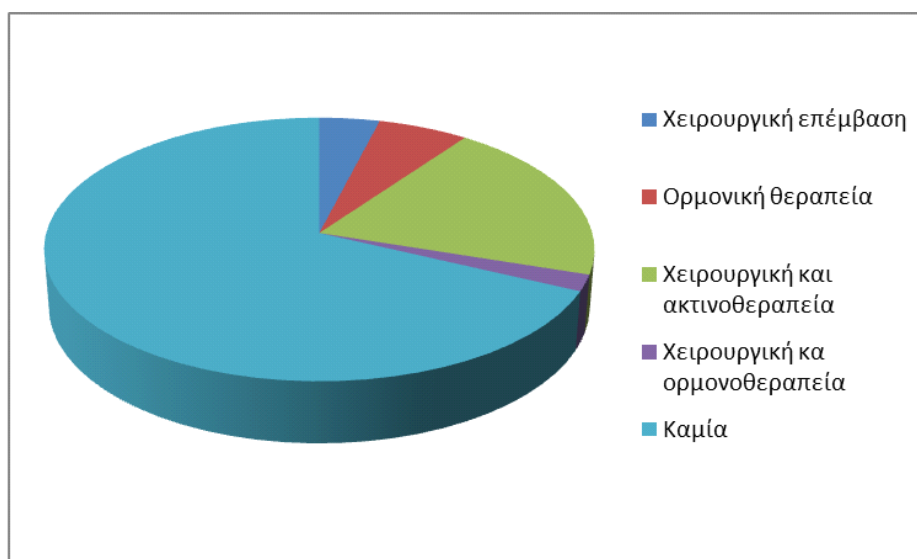
Σύμφωνα με τον άνωθεν πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (12%) λάμβανε VELCADE, το 8% CISPLATIN, σε ίσο ποσοστό 4% ARZALEX, AVASTIN, ZOMETA.

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την προηγηθείσα θεραπεία

|                                   | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(Συχνότητα /<br>Σύνολο) | Αθροιστικό<br>ποσοστό |
|-----------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------------------|
| Χειρουργική επέμβαση              | 2         | 4%                                 | 4%                    |
| Ορμονική θεραπεία                 | 3         | 6%                                 | 10%                   |
| Χειρουργική και<br>ακτινοθεραπεία | 10        | 20%                                | 30%                   |
| Χειρουργική κα<br>ορμονοθεραπεία  | 1         | 2%                                 | 32%                   |
| Καμία                             | 34        | 68%                                | 100%                  |
| Σύνολο                            | 50        | 100%                               |                       |

Ο συνδυασμός χειρουργικής επέμβασης και ακτινοθεραπείας αποτέλεσε τη συχνότερη μορφή προηγηθείσας θεραπείας (20%). Με ποσοστό 6% ακολουθεί η ορμονική θεραπεία, 4% η χειρουργική επέμβαση και 2% ο συνδυασμός χειρουργικής επέμβασης και ορμονοθεραπείας. (Πίνακας 12, Σχήμα 5)

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την προηγηθείσα θεραπεία



Πίνακας 13.1 Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τύπο καρκίνου

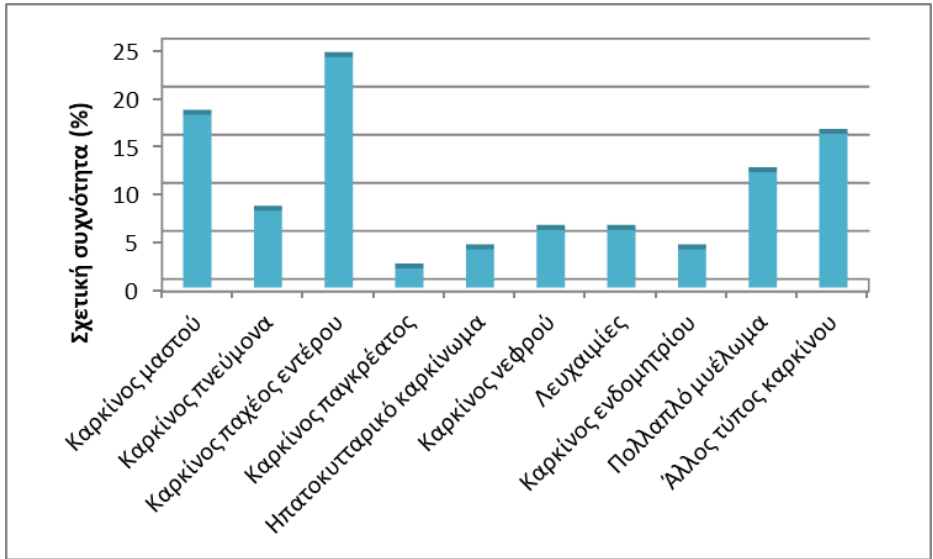
|                             | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(Σχετική<br>συχνότητα) | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό<br>ποσοστό |
|-----------------------------|-----------|-----------------------------------|----------------|-----------------------|
| Καρκίνος<br>μαστού          | 9         | 18,0                              | 21,4           | 21,4                  |
| Καρκίνος<br>πνεύμονα        | 4         | 8,0                               | 9,5            | 31,0                  |
| Καρκίνος<br>παχέος εντέρου  | 12        | 24,0                              | 28,6           | 59,5                  |
| Καρκίνος<br>παγκρέατος      | 1         | 2,0                               | 2,4            | 61,9                  |
| Ηπατοκυτταρικό<br>καρκίνωμα | 2         | 4,0                               | 4,8            | 66,7                  |
| Καρκίνος<br>νεφρού          | 3         | 6,0                               | 7,1            | 73,8                  |
| Λευχαιμίες                  | 3         | 6,0                               | 7,1            | 81,0                  |
| Καρκίνος<br>ενδομητρίου     | 2         | 4,0                               | 4,8            | 85,7                  |
| Πολλαπλό<br>μυέλωμα         | 6         | 12,0                              | 14,3           | 100,0                 |
| Σύνολο                      | 42        | 84,0                              | 100,0          |                       |
| Άλλος τύπος<br>καρκίνου     | 8         | 16,0                              |                |                       |
| Σύνολο                      | 50        | 100,0                             |                |                       |

Πίνακας 13.2 : Άλλοι τύποι καρκίνων-συχνότητα

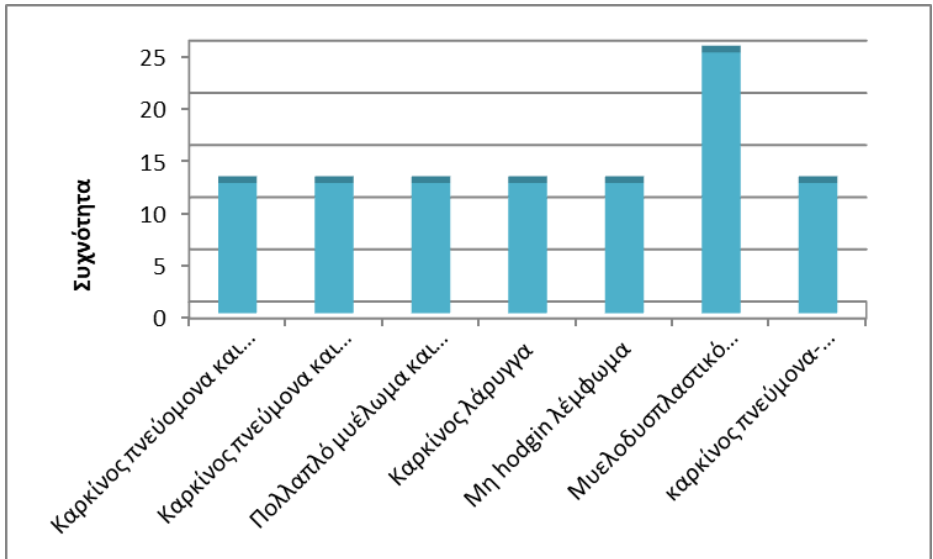
|  | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(Σχετική | Έγκυρο ποσοστό | Αθροιστικό<br>ποσοστό |
|--|-----------|---------------------|----------------|-----------------------|
|  |           |                     |                |                       |

|   |   | συχνότητα) |       |       |
|---|---|------------|-------|-------|
| Καρκίνος<br>πνεύμονα και<br>Λέμφωμα                     | 1 | 2,0        | 12,5  | 12,5  |
| Καρκίνος<br>πνεύμονα και<br>ενδομητρίου                 | 1 | 2,0        | 12,5  | 25,0  |
| Πολλαπλό<br>μυέλωμα και<br>λευχαιμίες                   | 1 | 2,0        | 12,5  | 37,5  |
| Καρκίνος<br>λάρυγγα                                     | 1 | 2,0        | 12,5  | 50,0  |
| Μη hodgin<br>λέμφωμα                                    | 1 | 2,0        | 12,5  | 62,5  |
| Μυελοδυσπλα<br>στικό<br>σύνδρομο                        | 2 | 4,0        | 25,0  | 87,5  |
| καρκίνος<br>πνεύμονα-<br>λέμφωμα-<br>μετάσταση<br>οστών | 1 | 2,0        | 12,5  | 100,0 |
| Σύνολο  | 8 | 16,0       | 100,0 |       |

Σχήμα 6.1: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τύπο καρκίνου



Σχήμα 6.2: Άλλοι τύποι καρκίνου



### 3.2.2 Δημογραφικά στοιχεία νοσηλευτών

Πίνακας 1: Καταγραφή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

| Ηλικία           | N=50 | Λάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέσος Όρος | Σταθερή Απόκλιση |
|------------------|------|--------------|--------------|------------|------------------|
| Πόσο ετών είστε; | 50   | 24           | 71           | 45,80      | 8,864            |

Η ηλικία των νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 24 και 71 έτη, με μέσο όρο τα 45,8 έτη.

(Πίνακας 1)

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εθνικότητα στην οποία ανήκουν

| Εθνικότητα στην οποία ανήκετε | Συχνότητα | Ποσοστό (Σχετική Συχνότητα) | Πραγματική συχνότητα | Αθροιστικό ποσοστό |
|-------------------------------|-----------|-----------------------------|----------------------|--------------------|
| Ελληνική                      | 50        | 100,0                       | 100,0                | 100,0              |

Όπως διαφαίνεται η καταγωγή όλων των νοσηλευτών ήταν ελληνική. (Πίνακας 2)

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

| Οικογενειακή κατάσταση | Συχνότητα | Ποσοστό (σχετική συχνότητα) | Πραγματική σχετική συχνότητα | Αθροιστικό ποσοστό |
|------------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Έγγαμος                | 7         | 14,0                        | 14,0                         | 14,0               |
| Έγγαμος με παιδιά      | 21        | 42,0                        | 42,0                         | 56,0               |
| Διαζευγμένος           | 10        | 20,0                        | 20,0                         | 76,0               |
| Άγαμος                 | 12        | 24,0                        | 24,0                         | 100,0              |
| Σύνολο                 | 50        | 100,0                       | 100,0                        |                    |

Οι περισσότερες νοσηλεύτριες, όπως παρατηρείται, σε ποσοστό 42% ήταν έγγαμοι με παιδιά, 24% είναι άγαμοι, 20% διαζευγμένοι και τέλος το 14% ήταν έγγαμοι. (Πίνακας 3)

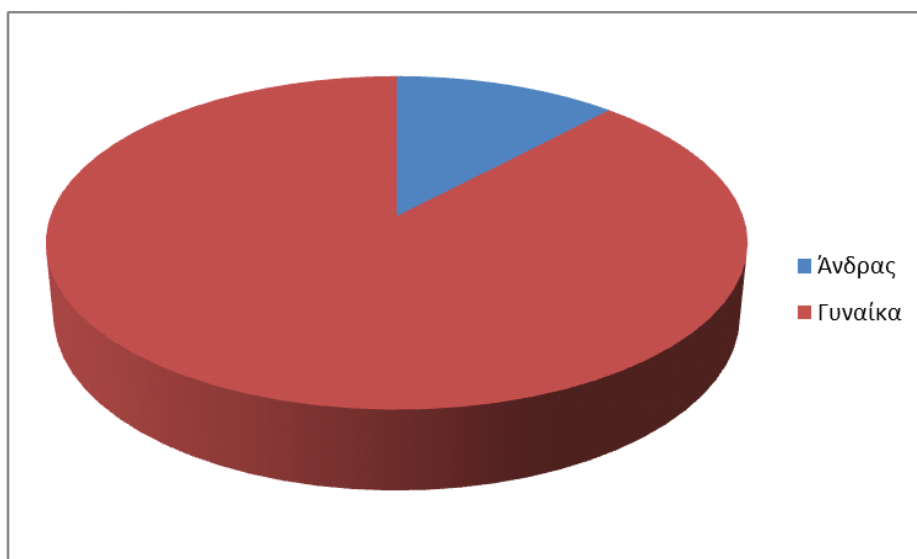


Πίνακας 4: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο

| Φύλο    | Συχνότητα | Ποσοστό (σχετική συχνότητα) | Πραγματική σχετική συχνότητα | Αθροιστικό ποσοστό |
|---------|-----------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Άνδρας  | 6         | 12,0                        | 12,0                         | 12,0               |
| Γυναίκα | 44        | 88,0                        | 88,0                         | 100,0              |
| Σύνολο  | 50        | 100,0                       | 100,0                        |                    |

Με συντριπτικό 88% , υπερίσχυσε το γυναικείο φύλο στους νοσηλευτές. (Πίνακας 4, Σχήμα 1)

Σχήμα 1: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο



Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φορέα απασχόλησης

| Φορέας εργασίας | Συχνότητα | Ποσοστό (σχετική συχνότητα) | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|-----------------------------|----------------|--------------------|
|                 |           |                             |                |                    |

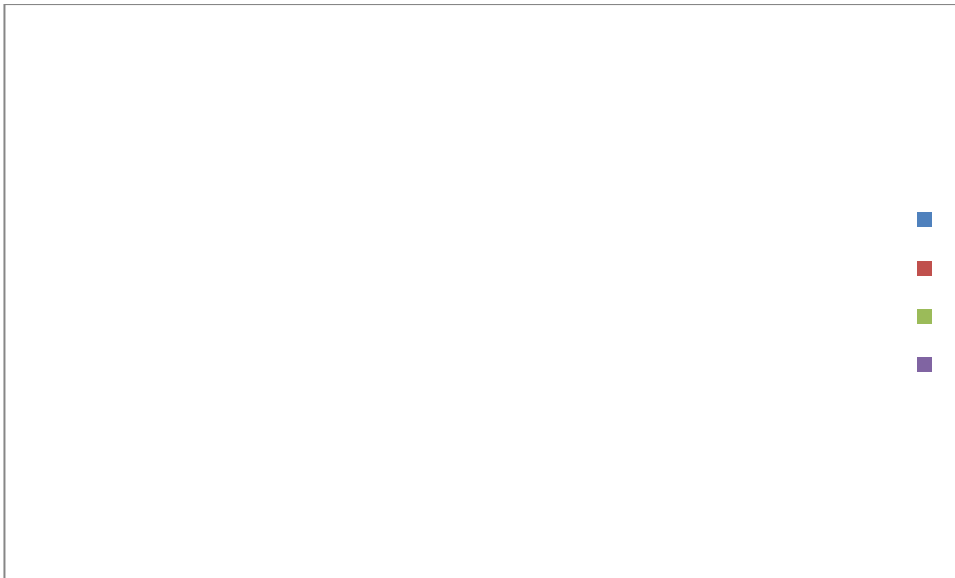
|                     |    |       |       |         |
|---------------------|----|-------|-------|---------|
| Γ.Ν Καβάλας         | 12 | 24,0  | 24,0  | 24,0 85 |
| Γ.Ν<br>Παπαγεωργίου | 14 | 28,0  | 28,0  | 52,0    |
| Γ.Ν<br>Παπανικολάου | 14 | 28,0  | 28,0  | 80,0    |
| Γ.Ν ΑΧΕΠΑ           | 10 | 20,0  | 20,0  | 100,0   |
| Σύνολο              | 50 | 100,0 | 100,0 |         |

Οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν εργαζόμενοι στα Γ.Ν Παπαγεωργίου και Γ.Ν Παπανικολάου με ποσοστό 28% έκαστος. Ακολουθούν το Γ.Ν Καβάλας με ποσοστό 24% και το ΑΧΕΠΑ με ποσοστό 20%. (Πίνακας 5)

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

| Εκπαιδευτικό επίπεδο | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(σχετική<br>συχνότητα) | Πραγματική<br>ετικη συχνότητα | Αθροιστικό ποσοστό |
|----------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Τ.Ε.Ι.               | 19        | 38,0                              | 38,0                          | 38,0               |
| Α.Ε.Ι.               | 1         | 2,0                               | 2,0                           | 40,0               |
| Διετούς φοίτησης     | 21        | 42,0                              | 42,0                          | 82,0               |
| Μεταπτυχιακό         | 9         | 18,0                              | 18,0                          | 100,0              |
| Σύνολο               | 50        | 100,0                             | 100,0                         |                    |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών ήταν διετούς φοίτησης (42%), το 38% ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., το 18% είχαν μεταπτυχιακό και μόλις το 2% ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι. (Πίνακας 6)



Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εκπαιδευτικό επίπεδο

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τμήμα εργασίας

| Τμήμα              | Συχνότητα | Ποσοστό (σχετική συχνότητα) | Πραγματική σχετική συχνότητα | Αθροιστικό ποσοστό |
|--------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Παθολογικό         | 9         | 18,0                        | 18,0                         | 18,0               |
| Χειρουργικό        | 2         | 4,0                         | 4,0                          | 22,0               |
| Ογκολογικό         | 26        | 52,0                        | 52,0                         | 74,0               |
| Μ.Η.Ν.             | 9         | 18,0                        | 18,0                         | 92,0               |
| Βραχεία Ογκολογική | 4         | 8,0                         | 8,0                          | 100,0              |
| Σύνολο             | 50        | 100,0                       | 100,0                        |                    |

Η πλειονότητα των νοσηλευτών εργάζονταν σε ογκολογικό τμήμα σε ποσοστό 52%, το 18% των νοσηλευτών εργάζονταν σε παθολογικό και στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) σε ίσο ποσοστό, το 4% σε χειρουργικό τμήμα και τέλος, το 8% στη βραχεία ογκολογική.

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη θέση εργασίας

| Θέση | Συχνότητα | Ποσοστό (σχετική συχνότητα) | Πραγματική σχετική | Αθροιστικό ποσοστό |
|------|-----------|-----------------------------|--------------------|--------------------|
|------|-----------|-----------------------------|--------------------|--------------------|

|                       |    |       | συχνότητα |       |
|-----------------------|----|-------|-----------|-------|
| Προϊστάμενος          | 4  | 8,0   | 8,0       | 8,0   |
| Υπεύθυνος<br>τμήματος | 4  | 8,0   | 8,0       | 16,0  |
| Νοσηλεύτης            | 28 | 56,0  | 56,0      | 72,0  |
| Βοηθός<br>νοσηλεύτη   | 14 | 28,0  | 28,0      | 100,0 |
| Σύνολο                | 50 | 100,0 | 100,0     |       |

Το 56% κατείχαν θέση νοσηλεύτη, το 28% ήταν βοηθοί νοσηλεύτη και κατά ίσο ποσοστό 8% ήταν προϊστάμενοι και υπεύθυνοι τμήματος.

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη θέση εργασίας

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα έτη προϋπηρεσίας

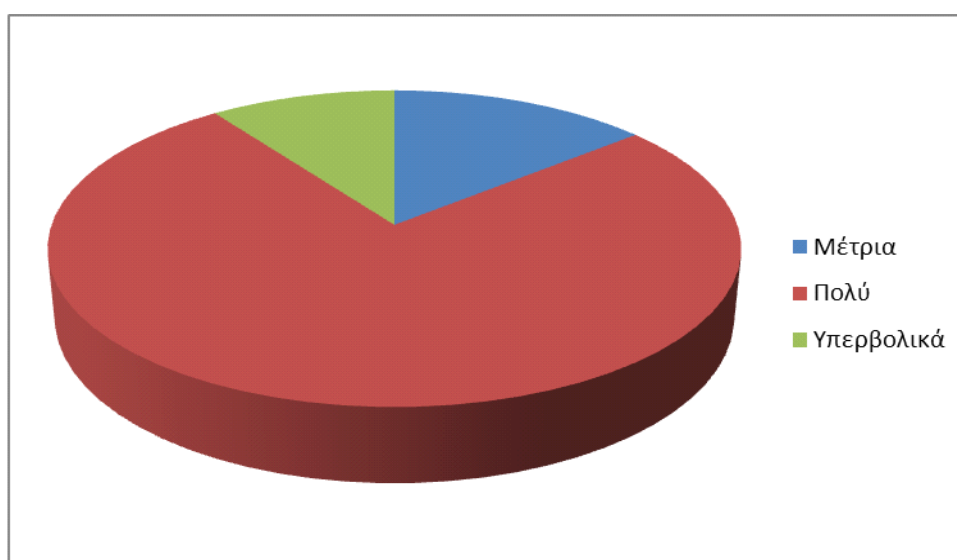
|   | Συχνότητα | Λάχιση τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέσος όρος | Τυπική Απόκλιση |
|---|-----------|-------------|--------------|------------|-----------------|
| Έτη<br>οϋπηρεσίας                                 | 50        | 1,00        | 33,00        | 19,0600    | 9,23262         |
| Έτη<br>οϋπηρεσίας<br>στο<br>συγκεκριμένο<br>τμήμα | 50        | 1,00        | 22,00        | 6,6600     | 4,64499         |
|   | 50        |             |              |            |                 |

Από τον πίνακα γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές έχουν πολλά χρόνια προϋπηρεσίας (με μέσο όρο 19 έτη), ωστόσο η εμπειρία των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο τμήμα δεν είναι μακροχρόνια, καθώς δεν ξεπερνάει κατά μέσο όρο τα 6,5 έτη. (Πίνακας 9)

Πίνακας 10: Καταγραφή των αποτελεσμάτων του ερωτήματος «Πόσο θεωρείτε ότι αναγνωρίζετε τις ανάγκες των ασθενών σας;»

|            | Συχνότητα | Ποσοστό (σχετική συχνότητα) | Πραγματική σχετική συχνότητα | Αθροιστικό ποσοστό |
|------------|-----------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Μέτρια     | 7         | 14,0                        | 14,0                         | 14,0               |
| Πολύ       | 38        | 76,0                        | 76,0                         | 90,0               |
| Υπερβολικά | 5         | 10,0                        | 10,0                         | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0                       | 100,0                        |                    |

Το 76% των νοσηλευτών θεωρεί ότι αναγνωρίζει πολύ τις ανάγκες των ασθενών του, το 14% αναγνωρίζει σε μέτριο βαθμό τις ανάγκες των ασθενών, ενώ το 10% τις αναγνωρίζει σε υπερβολικό βαθμό. (Πίνακας 10, Σχήμα 4)



Σχήμα 4: Καταγραφή των αποτελεσμάτων του ερωτήματος «Πόσο θεωρείτε ότι αναγνωρίζετε τις ανάγκες των ασθενών σας;»

Πίνακας 11: Κατανομή του χρονικού διαστήματος που αφιερώνει ο νοσηλευτής στον ασθενή

| σο χρονικό διάστημα<br>χολείτε με τον ασθενή; |  | άχιστη τιμή | έγιστη τιμή | έσος όρος | αθερή<br>όκλιση |
|---|--|-------------|-------------|-----------|-----------------|
| πτά/βάρδια                                    |  |             |             | ,16       | ,078            |
| λιπή στοιχεία                                 |  |             |             |           |                 |

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του άνωθεν πίνακα, ο μέγιστος χρόνος/βάρδια που αφιερώνει ο νοσηλευτής στον ασθενή είναι 25 λεπτά και ο ελάχιστος 5 λεπτά. (Πίνακας 11)

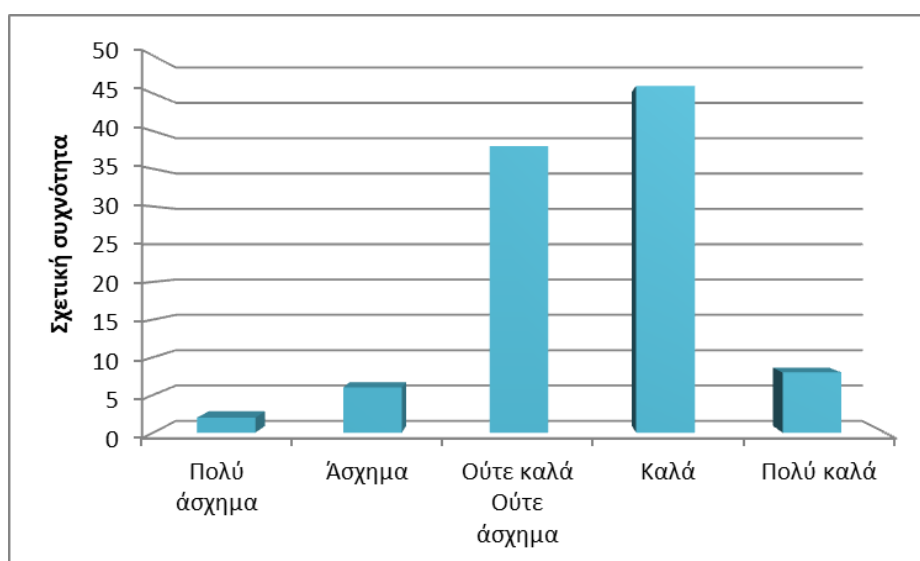
### 4.2.3 Αποτελέσματα των αντιλήψεων των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους

Πίνακας 1: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό ποιότητας της ζωής τους

| Βαθμολογία ποιότητας ζωής | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---------------------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ άσχημα               | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Άσχημα                    | 3         | 6,0     | 6,0            | 8,0                |
| Ούτε καλά<br>Ούτε άσχημα  | 19        | 38,0    | 38,0           | 46,0               |
| Καλά                      | 23        | 46,0    | 46,0           | 92,0               |
| Πολύ καλά                 | 4         | 8,0     | 8,0            | 100,0              |
| Σύνολο                    | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Οι περισσότεροι ασθενείς (46%) θεωρούν την ποιότητα ζωής τους «καλή» και μέτρια (38%). Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών βαθμολογεί την ποιότητα ζωής τους ως «πολύ καλή» (8%), 6% τη βαθμολογεί ως «άσχημα» και μόλις 2% ως «πολύ άσχημα». (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

Σχήμα 1: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό ποιότητας της ζωής τους



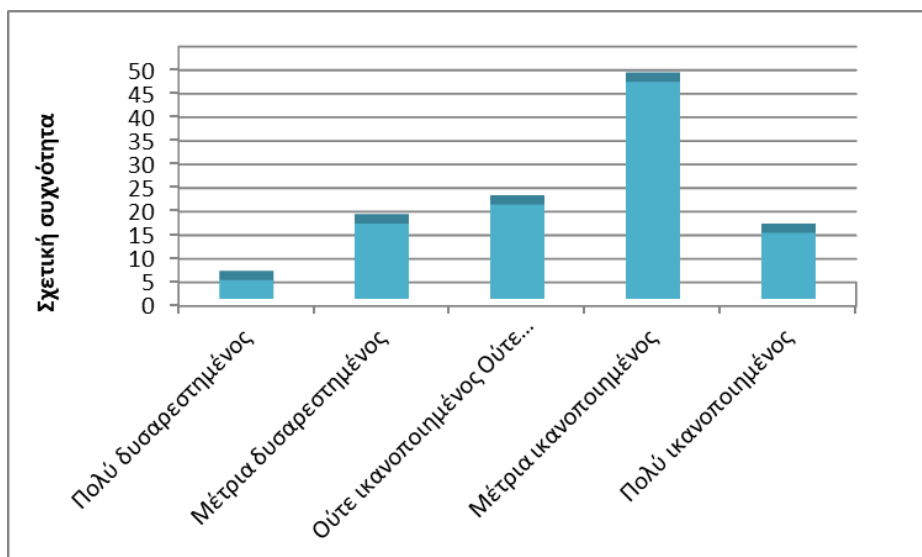
Πίνακας 2: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από την υγεία τους

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 2         | 4,0     | 4,0            | 4,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 8         | 16,0    | 16,0           | 20,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 10        | 20,0    | 20,0           | 40,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 23        | 46,0    | 46,0           | 86,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 7         | 14,0    | 14,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δηλώνει «μέτρια ικανοποιημένος» από την υγεία του (46%), το 20% δηλώνει «Ούτε ικανοποιημένος Ούτε δυσαρεστημένος», το 16% «Μέτρια δυσαρεστημένος», το 14% «Πολύ ικανοποιημένος» και το 4% «Πολύ δυσαρεστημένος». (Πίνακας 2, Σχήμα 2)

Σχήμα 2: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από την υγεία τους





Πίνακας 3: : Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τους σωματικούς πόνους

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 25        | 50,0    | 50,0           | 50,0               |
| Λίγο       | 8         | 16,0    | 16,0           | 66,0               |
| Μέτρια     | 8         | 16,0    | 16,0           | 82,0               |
| Πολύ       | 6         | 12,0    | 12,0           | 94,0               |
| Υπερβολικά | 3         | 6,0     | 6,0            | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το 50% των ασθενών δηλώνει ότι οι σωματικοί πόνοι δεν τον επηρεάζουν καθόλου στο να εκπληρώσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Σε ίδιο ποσοστό (16%) αναφέρει λίγη και μέτρια επιρροή των σωματικών πόνων. (Πίνακας 3)

Πίνακας 4: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ανάγκη για ιατρική θεραπεία ώστε να μπορούν να λειτουργούν στην καθημερινή τους ζωή

|         | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου | 24        | 48,0    | 48,0           | 48,0               |
| Λίγο    | 12        | 24,0    | 24,0           | 72,0               |

|            |    |       |       |       |
|------------|----|-------|-------|-------|
| Μέτρια     | 6  | 12,0  | 12,0  | 84,0  |
| Πολύ       | 7  | 14,0  | 14,0  | 98,0  |
| Υπερβολικά | 1  | 2,0   | 2,0   | 100,0 |
| Σύνολο     | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν χρειάζεται κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει στην καθημερινή του ζωή (48%). Το 24% και 12% δηλώνουν κατά αντιστοιχία λίγη και μέτρια ανάγκη. (Πίνακας 4)

Πίνακας 5: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό που απολαμβάνουν τη ζωή τους

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 2         | 4,0     | 4,0            | 4,0                |
| Λίγο       | 6         | 12,0    | 12,0           | 16,0               |
| Μέτρια     | 20        | 40,0    | 40,0           | 56,0               |
| Πολύ       | 15        | 30,0    | 30,0           | 86,0               |
| Υπερβολικά | 7         | 14,0    | 14,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Όπως προκύπτει από τον άνωθεν πίνακα, οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ότι απολαμβάνουν «μέτρια» και «πολύ» τη ζωή τους σε ποσοστό 40% και 30% κατά αντιστοιχία. (Πίνακας 5)

Πίνακας 6: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το νόημα της ζωής τους

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Λίγο       | 3         | 6,0     | 6,0            | 8,0                |
| Μέτρια     | 5         | 10,0    | 10,0           | 18,0               |
| Πολύ       | 14        | 28,0    | 28,0           | 46,0               |
| Υπερβολικά | 27        | 54,0    | 54,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Πάνω από το 50% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι η ζωή τους έχει σε υπερβολικό βαθμό νόημα και το 28% δηλώνει ότι έχει πολύ ενώ το 2% δεν έχει καθόλου νόημα η ζωή τους. (Πίνακας 6)

Πίνακας 7: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανότητα συγκέντρωσης

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 2         | 4,0     | 4,0            | 4,0                |
| Λίγο       | 2         | 4,0     | 4,0            | 8,0                |
| Μέτρια     | 12        | 24,0    | 24,0           | 32,0               |
| Πολύ       | 17        | 34,0    | 34,0           | 66,0               |
| Υπερβολικά | 17        | 34,0    | 34,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Οι ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν πολύ και υπερβολικά την ικανότητα συγκέντρωσης σε ίσο ποσοστό (34%) και κατά ίσο ποσοστό 4% βαθμολογούν ως καθόλου και λίγο την ικανότητα συγκέντρωσης. (Πίνακας 7)

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αίσθηση ασφάλειας στην καθημερινότητα

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 3         | 6,0     | 6,0            | 6,0                |
| Λίγο       | 5         | 10,0    | 10,0           | 16,0               |
| Μέτρια     | 12        | 24,0    | 24,0           | 40,0               |
| Πολύ       | 20        | 40,0    | 40,0           | 80,0               |
| Υπερβολικά | 10        | 20,0    | 20,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται πολύ ασφαλείς σε ποσοστό 40% και σε ποσοστό 24% μέτρια ασφαλείς. (Πίνακας 8)

Πίνακας 9: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φυσικό τους περιβάλλον

|         | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Λίγο    | 2         | 4,0     | 4,0            | 6,0                |

|            |    |       |       |       |
|------------|----|-------|-------|-------|
| Μέτρια     | 8  | 16,0  | 16,0  | 22,0  |
| Πολύ       | 11 | 22,0  | 22,0  | 44,0  |
| Υπερβολικά | 28 | 56,0  | 56,0  | 100,0 |
| Σύνολο     | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Πάνω από το 50% των ασθενών χαρακτηρίζει υπερβολικά υγιεινό το φυσικό του περιβάλλον. Σε ποσοστό 22% πολύ και σε 16% μέτριο. (Πίνακας 9)

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ενεργητικότητα

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου         | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Σε μικρό βαθμό  | 11        | 22,0    | 22,0           | 24,0               |
| Μέτρια          | 13        | 26,0    | 26,0           | 50,0               |
| Σε μεγάλο βαθμό | 15        | 30,0    | 30,0           | 80,0               |
| Απόλυτα         | 10        | 20,0    | 20,0           | 100,0              |
| Σύνολο          | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Σε μεγάλο βαθμό θεωρεί το 30% των ασθενών ότι έχει την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, το 26% σε μέτριο βαθμό και το 22% σε μικρό βαθμό. (Πίνακας 10)

Πίνακας 11: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την αποδοχή της εμφάνισης του σώματος τους

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου        | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Σε μικρό βαθμό | 11        | 22,0    | 22,0           | 24,0               |
| Μέτρια         | 13        | 26,0    | 26,0           | 50,0               |

|                 |    |       |       |       |
|-----------------|----|-------|-------|-------|
| Σε μεγάλο βαθμό | 15 | 30,0  | 30,0  | 80,0  |
| Απόλυτα         | 10 | 20,0  | 20,0  | 100,0 |
| Σύνολο          | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το 30% των ασθενών αποδέχεται σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση του σώματος του.

Το 26% σε μέτριο και το 22% σε μικρό βαθμό. (Πίνακας 11)

Πίνακας 12: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την οικονομική τους κατάσταση

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου         | 4         | 8,0     | 8,0            | 8,0                |
| Σε μικρό βαθμό  | 5         | 10,0    | 10,0           | 18,0               |
| Μέτρια          | 21        | 42,0    | 42,0           | 60,0               |
| Σε μεγάλο βαθμό | 12        | 24,0    | 24,0           | 84,0               |
| Απόλυτα         | 8         | 16,0    | 16,0           | 100,0              |
| Σύνολο          | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Οι περισσότεροι ασθενείς ότι έχουν σε μέτριο βαθμό τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Το 24% είναι ικανό σε μεγάλο βαθμό να ανταπεξέλθει στα έξοδα των αναγκών του και το 16% δηλώνει απόλυτα ικανό. (Πίνακας 12)

Πίνακας 13: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό πρόσβασης στις απαραίτητες πληροφορίες για την καθημερινή τους ζωή

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου        | 0         | 0       | 0              | 0                  |
| Σε μικρό βαθμό | 2         | 4,0     | 4,0            | 4,0                |
| Μέτρια         | 5         | 10,0    | 10,0           | 14,0               |
| Σε μεγάλο      | 20        | 40,0    | 40,0           | 54,0               |

|         |    |       |       |       |
|---------|----|-------|-------|-------|
| βαθμό   |    |       |       |       |
| Απόλυτα | 23 | 46,0  | 46,0  | 100,0 |
| Σύνολο  | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα, η πλειονότητα των ασθενών έχει σε απόλυτο βαθμό την ικανότητα πρόσβασης στις απαραίτητες πληροφορίες για την καθημερινή τους ζωή (46%). Σε ποσοστό 40% έχουν σε μεγάλο βαθμό την ικανότητα πρόσβασης ενώ το 10% μέτρια ικανότητα. (Πίνακας 13)

Πίνακας 14: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ύπαρξη δυνατότητας δραστηριοτήτων κατά τον ελεύθερο χρόνο

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου         | 3         | 6,0     | 6,0            | 6,0                |
| Σε μικρό βαθμό  | 5         | 10,0    | 10,0           | 16,0               |
| Μέτρια          | 13        | 26,0    | 26,0           | 42,0               |
| Σε μεγάλο βαθμό | 17        | 34,0    | 34,0           | 76,0               |
| Απόλυτα         | 12        | 24,0    | 24,0           | 100,0              |
| Σύνολο          | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) δηλώνει σε μεγάλο βαθμό την ύπαρξη δυνατότητας για δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του. Το 26% δηλώνει σε μέτριο βαθμό και το 24% έχει απόλυτα τη δυνατότητα. (Πίνακας 14)

Πίνακας 15: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανότητα τους να κυκλοφορούν μέσα και έξω από το σπίτι

|         | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου | 0         | 0,0     | 0,0            | 0,0                |

|                 |    |       |       |       |
|-----------------|----|-------|-------|-------|
| Σε μικρό βαθμό  | 6  | 12,0  | 12,0  | 12,0  |
| Μέτρια          | 10 | 20,0  | 20,0  | 32,0  |
| Σε μεγάλο βαθμό | 11 | 22,0  | 22,0  | 54,0  |
| Απόλυτα         | 23 | 46,0  | 46,0  | 100,0 |
| Σύνολο          | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το 46% των ασθενών έχει απόλυτη άνεση στο να κυκλοφορεί μέσα και έξω από το σπίτι, το 22% σε μεγάλο βαθμό ενώ το 20% σε μέτριο βαθμό. (Πίνακας 15)

Πίνακας 16: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από τον ύπνο

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 5         | 10,0    | 10,0           | 10,0               |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 6         | 12,0    | 12,0           | 22,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 10        | 20,0    | 20,0           | 42,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 17        | 34,0    | 34,0           | 76,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 12        | 24,0    | 24,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το 34% αναφέρει μέτρια ικανοποίηση από τον ύπνο του, το 24% εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο ενώ το 20% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. (Πίνακας 16)

Πίνακας 17: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανότητα περάτωσης των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας



|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 7         | 14,0    | 14,0           | 16,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 9         | 18,0    | 18,0           | 34,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 20        | 40,0    | 40,0           | 74,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 13        | 26,0    | 26,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Σύμφωνα με τον άνωθεν πίνακα το 40% των ερωτηθέντων εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο από την ικανότητα του να φέρει εις πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Το 26% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο και το 18% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. (Πίνακας 17)

Πίνακας 18: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από την ικανότητα τους για εργασία

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 5         | 10,0    | 10,0           | 10,0               |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 9         | 18,0    | 18,0           | 28,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 11        | 22,0    | 22,0           | 50,0               |

|                          |    |       |       |       |
|--------------------------|----|-------|-------|-------|
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος | 18 | 36,0  | 36,0  | 86,0  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος   | 7  | 14,0  | 14,0  | 100,0 |
| Σύνολο                   | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

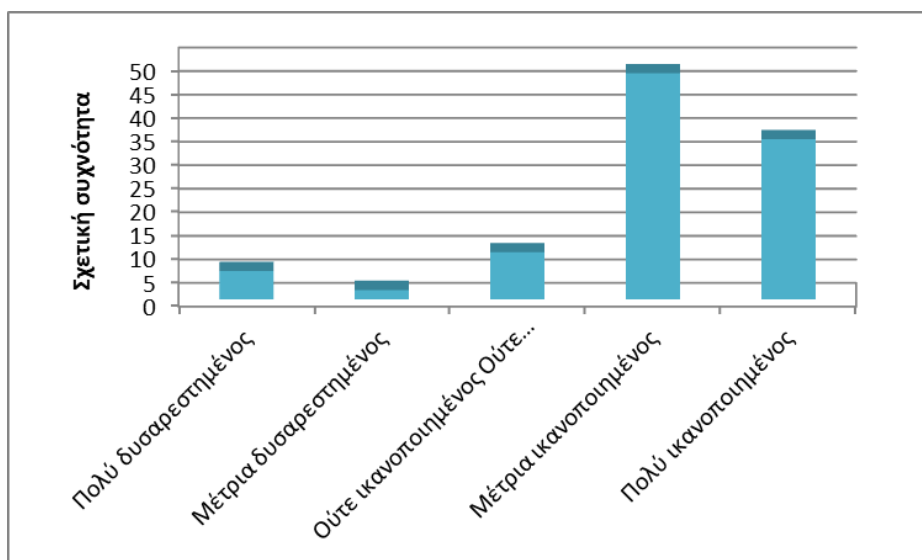
Το 36% αναφέρει μέτρια ικανοποίηση από την ικανότητα για εργασία, το 22% δηλώνει ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο και το 18% εμφανίζεται μέτρια δυσαρεστημένο. (Πίνακας 18)

Πίνακας 19: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από τον εαυτό τους

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|--|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Πολύ<br>δυσαρεστημένος                           | 3         | 6,0     | 6,0               | 6,0                   |
| Μέτρια<br>δυσαρεστημένος                         | 1         | 2,0     | 2,0               | 8,0                   |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσαρεστημένος | 5         | 10,0    | 10,0              | 18,0                  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 24        | 48,0    | 48,0              | 66,0                  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 17        | 34,0    | 34,0              | 100,0                 |
| Σύνολο   | 50        | 100,0   | 100,0             |                       |

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς (48%) είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους, το 34% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο και το 6% πολύ δυσαρεστημένο. (Πίνακας 19, Σχήμα 3)

Σχήμα 3: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από τον εαυτό τους



Πίνακας 20: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από τις προσωπικές τους σχέσεις

|   | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                     | 5         | 10,0    | 10,0           | 10,0               |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                   | 2         | 4,0     | 4,0            | 14,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος Ούτε δυσαρεστημένος | 4         | 8,0     | 8,0            | 22,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                   | 17        | 34,0    | 34,0           | 56,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                     | 22        | 44,0    | 44,0           | 100,0              |

|                |    |       |       |  |
|----------------|----|-------|-------|--|
| ικανοποιημένος |    |       |       |  |
| Σύνολο         | 50 | 100,0 | 100,0 |  |

Πολύ ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι μισοί σχεδόν από τους ασθενείς (44%) από τις προσωπικές τους σχέσεις, μέτρια ικανοποιημένοι είναι σε ποσοστό 34% και σε ποσοστό 10% πολύ δυσαρεστημένοι. (Πίνακας 20)

Πίνακας 21: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό ικανοποίησης από τη σεξουαλική τους ζωή

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 19        | 38,0    | 38,0           | 38,0               |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 5         | 10,0    | 10,0           | 48,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 9         | 18,0    | 18,0           | 66,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 10        | 20,0    | 20,0           | 86,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 7         | 14,0    | 14,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Η πλειονότητα των ασθενών εμφανίζεται δυσαρεστημένη από τη σεξουαλική τους ζωή (38%), το 20% δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο και το 14% πολύ ικανοποιημένο. (Πίνακας 21)

Πίνακας 22: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό ικανοποίησης από την υποστήριξη των φίλων

|      | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |

|  |    |       |       |       |
|--|----|-------|-------|-------|
| δυσανεστημένος                                   |    |       |       |       |
| Μέτρια<br>δυσανεστημένος                         | 4  | 8,0   | 8,0   | 10,0  |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | 9  | 18,0  | 18,0  | 28,0  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 12 | 24,0  | 24,0  | 52,0  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 24 | 48,0  | 48,0  | 100,0 |
| Σύνολο   | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το ήμισυ των ασθενών δηλώνει πολύ ικανοποιημένο από την υποστήριξη που έχει από τους φίλους του, το 24% εμφανίζεται μέτρια ικανοποιημένο και το 18% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσανεστημένο. (Πίνακας 22)

Πίνακας 23: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από τις συνθήκες του χώρου κατοικίας

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|--|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Πολύ<br>δυσανεστημένος                           | 0         | 0,0     | 0,0               | 0,0                   |
| Μέτρια<br>δυσανεστημένος                         | 2         | 4,0     | 4,0               | 4,0                   |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | 5         | 10,0    | 10,0              | 14,0                  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 12        | 24,0    | 24,0              | 38,0                  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 31        | 62,0    | 62,0              | 100,0                 |
| Σύνολο   | 50        | 100,0   | 100,0             |                       |

Το 62% των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένο από τις συνθήκες του χώρου κατοικίας του, το 24% μέτρια ικανοποιημένο και το 10% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. (Πίνακας 23)

Πίνακας 24: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 2         | 4,0     | 4,0            | 4,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 5         | 10,0    | 10,0           | 14,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 9         | 18,0    | 18,0           | 32,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 14        | 28,0    | 28,0           | 60,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 20        | 40,0    | 40,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Σε ποσοστό 40% ανέρχονται οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από την πρόσβαση που έχουν στις διάφορες υπηρεσίες υγείας, το 28% εμφανίζεται μέτρια ικανοποιημένο και το 18% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. (Πίνακας 24)

Πίνακας 25: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από τα μεταφορικά μέσα

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
|  |           |         |                |                    |

|  |    |       |       |       |
|--|----|-------|-------|-------|
| Πολύ<br>δυσανεστημένος                           | 2  | 4,0   | 4,0   | 4,0   |
| Μέτρια<br>δυσανεστημένος                         | 1  | 2,0   | 2,0   | 6,0   |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | 6  | 12,0  | 12,0  | 18,0  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 16 | 32,0  | 32,0  | 50,0  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 25 | 50,0  | 50,0  | 100,0 |
| Σύνολο   | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το ήμισυ των ασθενών (50%) εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο από τη χρήση των μεταφορικών μέσων, το 32% δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο και το 12% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσανεστημένο. (Πίνακας 25)

Πίνακας 26: Κατανομή των ερωτηθέντων αναφορικά με τη συχνότητα των αρνητικών συναισθημάτων

|                  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|------------------|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Ποτέ             | 5         | 10,0    | 10,0              | 10,0                  |
| Σπάνια           | 10        | 20,0    | 20,0              | 30,0                  |
| Μερικές<br>φορές | 18        | 36,0    | 36,0              | 66,0                  |
| Συχνά            | 15        | 30,0    | 30,0              | 96,0                  |
| Πάντα            | 2         | 4,0     | 4,0               | 100,0                 |
| Σύνολο           | 50        | 100,0   | 100,0             |                       |

Αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, άγχος, απελπισία, κατάθλιψη εμφανίζονται στο 36% των ασθενών μερικές φορές κατά τη διάρκεια των δύο (2) τελευταίων εβδομάδων, το 30% συχνά και το 20% σπάνια. (Πίνακας 26)

Πίνακας 27: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη χρονική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

|  | N  | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος όρος | Τυπική απόκλιση |
|--|----|----------|---------|------------|-----------------|
| Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο; | 50 | 5        | 25      | 13,32      | 4,326           |

Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε μεταξύ 5 έως 25 λεπτά με μέσο όρο τα 13,32 λεπτά. (Πίνακας 27)

Πίνακας 28: Περιγραφικά στατιστικά των τομέων

|                    | N  | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|--------------------|----|----------|---------|------------|-----------------|
| Φυσική Υγεία       | 50 | 12,00    | 35,00   | 22,4400    | 5,41412         |
| Ψυχική Υγεία       | 50 | 12,00    | 28,00   | 19,2400    | 3,92043         |
| Κοινωνικές Σχέσεις | 50 | 5,00     | 15,00   | 9,7600     | 2,55997         |
| Περιβάλλον         | 50 | 17,00    | 39,00   | 28,2400    | 5,27435         |



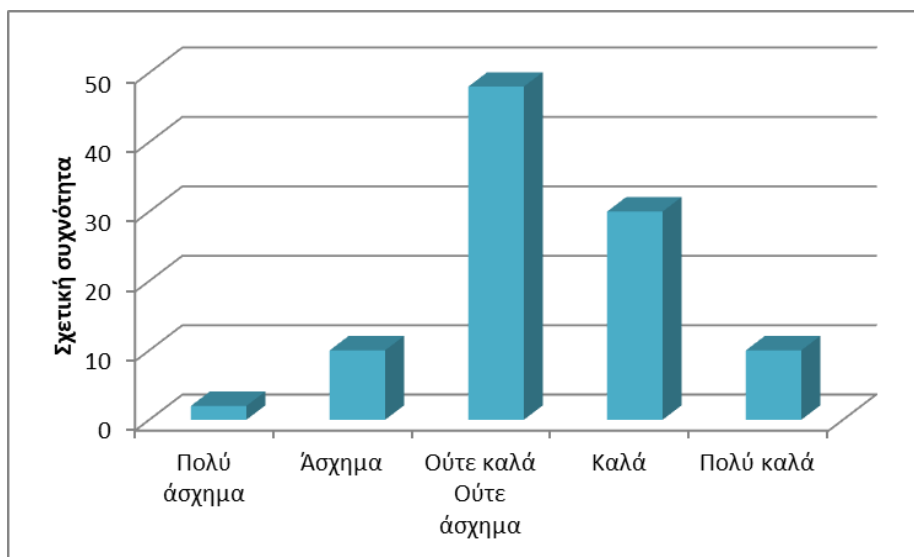
#### 4.2.4 Αποτελέσματα των αντιλήψεων των νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών τους

Πίνακας 1: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό ποιότητας της ζωής των ασθενών τους

|                          | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--------------------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ άσχημα              | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Άσχημα                   | 5         | 10,0    | 10,0           | 12,0               |
| Ούτε καλά<br>Ούτε άσχημα | 24        | 48,0    | 48,0           | 60,0               |
| Καλά                     | 15        | 30,0    | 30,0           | 90,0               |
| Πολύ καλά                | 5         | 10,0    | 10,0           | 100,0              |
| Σύνολο                   | 50        | 100,0   | 100            |                    |

Οι περισσότεροι νοσηλευτές (48%) αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής των ασθενών τους ως μέτρια αφού τη βαθμολογούν ως “ούτε καλά ούτε άσχημα”. Το 30% τη χαρακτηρίζει καλή , σε ποσοστό 10% υπάρχει ισοψηφία των απόψεων “πολύ καλή” και “πολύ άσχημη” και τέλος μόλις το 2% “πολύ άσχημη”. (Πίνακας 1, Σχήμα 1)

Σχήμα 1: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το βαθμό ποιότητας της ζωής



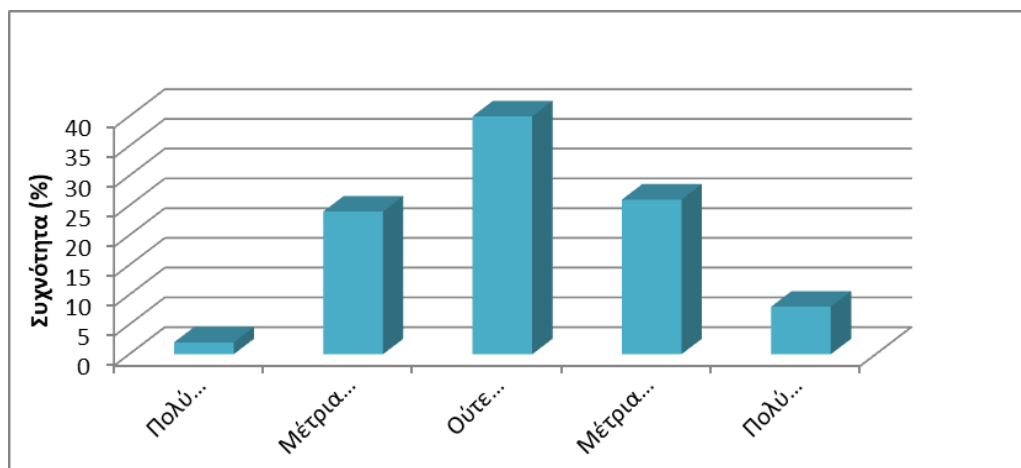
Πίνακας 2: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από την υγεία

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος/η                          | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος/η                        | 12        | 24,0    | 24,0           | 26,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος/η<br>Ούτε δυσαρεστημένος/η | 20        | 40,0    | 40,0           | 66,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος/η                        | 13        | 26,0    | 26,0           | 92,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος/η                          | 4         | 8,0     | 8,0            | 100,0              |
| Σύνολο   | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Όπως γίνεται κατανοητό από τον Πίνακα 2, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι ασθενείς τους στην πλειονότητα είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την υγεία τους σε ποσοστό 38%, σε ποσοστό 26% μέτρια ικανοποιημένοι, σε ποσοστό 24% μέτρια

δυσανεστημένοι, και τέλος το 8% των νοσηλευτών πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι ενώ το 2% πολύ δυσανεστημένοι. (Πίνακας 2, Σχήμα 2)

Σχήμα 2: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ικανοποίηση από την υγεία τους



Πίνακας 3: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τους σωματικούς πόνους που αισθάνονται οι ασθενείς

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Λίγο       | 16        | 32,0    | 32,0           | 34,0               |
| Μέτρια     | 18        | 36,0    | 36,0           | 70,0               |
| Πολύ       | 8         | 16,0    | 16,0           | 86,0               |
| Υπερβολικά | 7         | 14,0    | 14,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, το 36% των νοσηλευτών αναφέρει ότι οι ασθενείς εμφανίζουν μέτριο πόνο ο οποίος δεν επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα τους. Το 32% εμφανίζει λίγο πόνο, το 16% εμφανίζει πολύ πόνο και το 14% και 2% παρουσιάζει υπερβολικό και μηδαμινό πόνο αντιστοίχως. (Πίνακας 3)

Πίνακας 4: Η κατανομή των νοσηλευτών ως προς την ανάγκη των ασθενών για ιατρική θεραπεία ώστε να μπορούν να λειτουργούν στην καθημερινή τους ζωή

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 4         | 8,0     | 8,0            | 8,0                |
| Λίγο       | 11        | 22,0    | 22,0           | 30,0               |
| Μέτρια     | 16        | 32,0    | 32,0           | 62,0               |
| Πολύ       | 9         | 18,0    | 18,0           | 80,0               |
| Υπερβολικά | 10        | 20,0    | 20,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 4, το 32% των νοσηλευτών υποστηρίζει οι ασθενείς χρειάζονται σε μέτριο βαθμό κάποια ιατρική θεραπεία για να μπορέσουν να λειτουργήσουν στην καθημερινή τους ζωή. Το 22% αναφέρει ότι χρειάζονται “λίγο”, ενώ το 10% ότι την έχουν ανάγκη σε υπερβολικό βαθμό.

Πίνακας 5: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη θεώρηση του βαθμού που απολαμβάνουν οι ασθενείς τη ζωή τους

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 2         | 4,0     | 4,0            | 4,0                |
| Λίγο       | 15        | 30,0    | 30,0           | 34,0               |
| Μέτρια     | 16        | 32,0    | 32,0           | 66,0               |
| Πολύ       | 13        | 26,0    | 26,0           | 92,0               |
| Υπερβολικά | 4         | 8,0     | 8,0            | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 5, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές θεωρούν πως οι ασθενείς απολαμβάνουν σε μέτριο βαθμό τη ζωή τους. Αρκετοί φαίνεται να πιστεύουν ότι ευχαριστιούνται λίγο τη ζωή τους σε ποσοστό 30% ενώ ένα ποσοστό

του 26% αντιπροσωπεύει αυτούς που υποστηρίζουν ότι απολαμβάνουν πολύ τη ζωή τους.

Πίνακας 6: Η κατανομή των ερωτηθέντων αναφορικά με το νόημα ζωής του ασθενούς

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Λίγο       | 8         | 16,0    | 16,0           | 18,0               |
| Μέτρια     | 18        | 36,0    | 36,0           | 54,0               |
| Πολύ       | 12        | 24,0    | 24,0           | 78,0               |
| Υπερβολικά | 11        | 22,0    | 22,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Οι περισσότεροι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η ζωή των ασθενών έχει μέτριο νόημα καθώς το 18% απάντησε “μέτρια” στο ερώτημα “Πιστεύετε ότι ο ασθενής σας αισθάνεται ότι η ζωή του έχει νόημα;” Επίσης το 11% απάντησε ότι η ζωή τους έχει υπερβολικά νόημα ενώ το μόνο 1% καθόλου. (Πίνακας 6)

Πίνακας 7: Η κατανομή των ερωτηθέντων για το βαθμό συγκέντρωσης των ασθενών στη διεκπεραίωση μιας δραστηριότητας

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Λίγο       | 11        | 22,0    | 22,0           | 24,0               |
| Μέτρια     | 20        | 40,0    | 40,0           | 64,0               |
| Πολύ       | 12        | 24,0    | 24,0           | 88,0               |
| Υπερβολικά | 6         | 12,0    | 12,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 7, το μεγαλύτερο ποσοστό(40%) των νοσηλευτών θεωρεί ότι οι ασθενείς μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ όταν κάνουν κάτι, το 24% αναφέρει πολύ ενώ μόλις το 2% ότι δεν μπορούν να συγκεντρωθούν καθόλου. (Πίνακας 7)

Πίνακας 8: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ερώτημα «Πόσο ασφαλής αισθάνεται ο ασθενής σας στην καθημερινή του ζωή;»

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου    | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Λίγο       | 9         | 18,0    | 18,0           | 20,0               |
| Μέτρια     | 21        | 42,0    | 42,0           | 62,0               |
| Πολύ       | 11        | 22,0    | 22,0           | 84,0               |
| Υπερβολικά | 8         | 16,0    | 16,0           | 100,0              |
| Σύνολο     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (42%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς νιώθουν ασφαλείς σε «μέτριο βαθμό», ακολουθεί το 22% που απάντησε «πολύ» ασφαλές ενώ μόνο το 2% θεωρεί ότι δεν αισθάνονται καθόλου ασφαλείς. (Πίνακας 8)

Πίνακας 9: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ερώτημα «Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς σας;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό<br>(Σχετική<br>Συχνότητα) | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|--|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
|  |           |                                   |                   |                       |

|            |    |       |       |       |
|------------|----|-------|-------|-------|
| Καθόλου    | 0  | 0,0   | 0,0   | 0,0   |
| Λίγο       | 1  | 2,0   | 2,0   | 2,0   |
| Μέτρια     | 17 | 34,0  | 34,0  | 36,0  |
| Πολύ       | 22 | 44,0  | 44,0  | 80,0  |
| Υπερβολικά | 10 | 20,0  | 20,0  | 100,0 |
| Σύνολο     | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Όπως προκύπτει από τον άνωθεν Πίνακα, το 44% θεωρεί το περιβάλλον των ασθενών είναι «πολύ» υγιεινό, το 34% «μέτρια» υγιεινό ενώ μόλις το 2% θεωρεί το περιβάλλον «λίγο» υγιεινό. (Πίνακας 9)

Πίνακας 10: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ερώτημα « Έχει την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινή ζωής του ο ασθενής σας;»

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου         | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Σε μικρό βαθμό  | 12        | 24,0    | 24,0           | 26,0               |
| Μέτρια          | 23        | 46,0    | 46,0           | 72,0               |
| Σε μεγάλο βαθμό | 8         | 16,0    | 16,0           | 88,0               |
| Απόλυτα         | 6         | 12,0    | 12,0           | 100,0              |
| Σύνολο          | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σχεδόν το ήμισυ των νοσηλευτών (46%) πιστεύει ότι οι ασθενείς έχουν μέτρια ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής, το24% θεωρεί ότι έχουν σε μικρό βαθμό και το 16% σε μεγάλο βαθμό.

Πίνακας 11: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ερώτημα « Μπορεί να αποδεχθεί την εμφάνιση του σώματος του ο ασθενής σας;»

|         | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |

|                 |    |       |       |       |
|-----------------|----|-------|-------|-------|
| Σε μικρό βαθμό  | 13 | 26,0  | 26,0  | 28,0  |
| Μέτρια          | 15 | 30,0  | 30,0  | 58,0  |
| Σε μεγάλο βαθμό | 16 | 32,0  | 32,0  | 90,0  |
| Απόλυτα         | 5  | 10,0  | 10,0  | 100,0 |
| Σύνολο          | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, οι νοσηλευτές σε ποσοστό 32%, πιστεύουν ότι οι ασθενείς μπορούν να αποδεχθούν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση του σώματος τους, σε ποσοστό 30% ότι μπορούν να την αποδεχθούν σε μέτριο βαθμό και το 26% υποστηρίζει ότι οι ασθενείς αποδέχονται την εμφάνιση τους σε μικρό βαθμό. (Πίνακας 11)

Πίνακας 12: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς ερώτημα «Έχει τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτει τις ανάγκες του ο ασθενής σας;»

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου         | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Σε μικρό βαθμό  | 10        | 20,0    | 20,0           | 22,0               |
| Μέτρια          | 27        | 54,0    | 54,0           | 76,0               |
| Σε μεγάλο βαθμό | 8         | 16,0    | 16,0           | 92,0               |
| Απόλυτα         | 4         | 8,0     | 8,0            | 100,0              |
| Σύνολο          | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το ήμισυ των νοσηλευτών (54%) πιστεύει ότι οι ασθενείς έχουν σε μέτριο βαθμό τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτουν τις ανάγκες τους, το 20% θεωρεί ότι έχουν σε μικρό βαθμό και το 16% σε μεγάλο βαθμό την οικονομική δυνατότητα για να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες τους. (Πίνακας 12)

Πίνακας 13: Η κατανομή των απαντήσεων αναφορικά με το ερώτημα «Μπορεί να έχει εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεται στην καθημερινή του ζωή ο ασθενής σας;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|



|                 |    |       |       |       |
|-----------------|----|-------|-------|-------|
| Καθόλου         | 0  | 0,0   | 0,0   | 0,0   |
| Σε μικρό βαθμό  | 4  | 8,0   | 8,0   | 8,0   |
| Μέτρια          | 12 | 24,0  | 24,0  | 32,0  |
| Σε μεγάλο βαθμό | 28 | 56,0  | 56,0  | 88,0  |
| Απόλυτα         | 6  | 12,0  | 12,0  | 100,0 |
| Σύνολο          | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το μέγιστο ποσοστό των νοσηλευτών (56%) απάντησε πως οι ασθενείς μπορούν σε μεγάλο βαθμό να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που χρειάζονται στην καθημερινότητά τους. Το 24% απάντησε ότι μπορούν να έχουν σε μέτριο βαθμό και το 12% ότι έχουν απόλυτη πρόσβαση. (Πίνακας 13)

Πίνακας 14: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ερώτημα «Έχει τη δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του ο ασθενής σας;»

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου         | 4         | 8,0     | 8,0            | 8,0                |
| Σε μικρό βαθμό  | 9         | 18,0    | 18,0           | 26,0               |
| Μέτρια          | 20        | 40,0    | 40,0           | 66,0               |
| Σε μεγάλο βαθμό | 15        | 30,0    | 30,0           | 96,0               |
| Απόλυτα         | 2         | 4,0     | 4,0            | 100,0              |
| Σύνολο          | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το 40% των νοσηλευτών θεωρεί ότι οι ασθενείς έχουν σε μέτριο βαθμό τη δυνατότητα για δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο τους, το 30% σε μεγάλο και το 18% σε μικρό βαθμό. (Πίνακας 14)

Πίνακας 15: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο άνετα μπορεί να κυκλοφορήσει μέσα και έξω από το σπίτι ο ασθενής σας;»

|          | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|----------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Καθόλου  | 0         | 0,0     | 0,0            | 0,0                |
| Σε μικρό | 9         | 18,0    | 18,0           | 18,0               |

|                    |    |       |       |       |
|--------------------|----|-------|-------|-------|
| βαθμό              |    |       |       |       |
| Μέτρια             | 16 | 32,0  | 32,0  | 50,0  |
| Σε μεγάλο<br>βαθμό | 19 | 38,0  | 38,0  | 88,0  |
| Απόλυτα            | 6  | 12,0  | 12,0  | 100,0 |
| Σύνολο             | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι ασθενείς μπορούν να κυκλοφορούν σε μεγάλο και μέτριο βαθμό μέσα και έξω από το σπίτι τους, σε ποσοστό 38% και 32% αντιστοίχως. (Πίνακας 15)

Πίνακας 16: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής από τον ύπνο του;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 0         | 0,0     | 0,0            | 0,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 10        | 20,0    | 20,0           | 20,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 16        | 32,0    | 32,0           | 52,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 18        | 36,0    | 36,0           | 88,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 6         | 12,0    | 12,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το 36% και 32% κατά αντιστοιχία θεωρεί ότι οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι και ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι όσον αφορά τον ύπνο τους. (Πίνακας 16)

Πίνακας 17: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από την ικανότητα του να φέρνει σε πέρας τις δραστηριότητες τις καθημερινής του ζωής;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
|  |           |         |                |                    |

|  |    |       |       |       |
|--|----|-------|-------|-------|
| Πολύ<br>δυσανεστημένος                           | 1  | 2,0   | 2,0   | 2,0   |
| Μέτρια<br>δυσανεστημένος                         | 9  | 18,0  | 18,0  | 20,0  |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | 19 | 38,0  | 38,0  | 58,0  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 17 | 34,0  | 34,0  | 92,0  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 4  | 8,0   | 8,0   | 100,0 |
| Σύνολο   | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Οι περισσότεροι νοσηλευτές σε ποσοστό 38% και 34% θεωρούν ότι οι ασθενείς τους είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσανεστημένοι και αντιστοίχως μέτρια ικανοποιημένοι από την ικανότητα τους να περατώνουν τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. (Πίνακας 17)

Πίνακας 18: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από την ικανότητα του για εργασία;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|--|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Πολύ<br>δυσανεστημένος                           | 4         | 8,0     | 8,0               | 8,0                   |
| Μέτρια<br>δυσανεστημένος                         | 16        | 32,0    | 32,0              | 40,0                  |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | 15        | 30,0    | 30,0              | 70,0                  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 10        | 20,0    | 20,0              | 90,0                  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 5         | 10,0    | 10,0              | 100,0                 |
| Σύνολο   | 50        | 100,0   | 100,0             |                       |

Σε ίσο σχεδόν ποσοστό 32% και 30% κατά αντιστοιχία οι νοσηλευτές απάντησαν ότι οι ασθενείς τους είναι μέτρια δυσαρεστημένοι και ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι από την ικανότητα τους για εργασία. (Πίνακας 18)

Πίνακας 19: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας με τον εαυτό του;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 13        | 26,0    | 26,0           | 28,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 16        | 32,0    | 32,0           | 60,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 15        | 30,0    | 30,0           | 90,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 5         | 10,0    | 10,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Όπως παρατηρείται στον άνωθεν πίνακα, το 32% των νοσηλευτών αναφέρει ότι οι ασθενείς τους είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι με τον εαυτό τους. Το 30% υποστηρίζει ότι οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 26% μέτρια δυσαρεστημένοι. (Πίνακας 19)

Πίνακας 20: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας με τις προσωπικές του σχέσεις;»

|                             | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|-----------------------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος         | 0         | 0,0     | 0,0            | 0,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος       | 10        | 20,0    | 20,0           | 20,0               |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε | 16        | 32,0    | 32,0           | 52,0               |

|                          |    |       |       |       |
|--------------------------|----|-------|-------|-------|
| δυσανεστημένος           |    |       |       |       |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος | 14 | 28,0  | 28,0  | 80,0  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος   | 10 | 20,0  | 20,0  | 100,0 |
| Σύνολο                   | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Η πλειονότητα των νοσηλευτών με ποσοστό 32% θεωρεί ότι οι ασθενείς είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσανεστημένοι από τις προσωπικές τους σχέσεις και το 28% αναφέρει ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι. (Πίνακας 20)

Πίνακας 21: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από τη σεξουαλική του ζωή;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|--|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Πολύ<br>δυσανεστημένος                           | 8         | 16,0    | 16,0              | 16,0                  |
| Μέτρια<br>δυσανεστημένος                         | 17        | 34,0    | 34,0              | 50,0                  |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | 15        | 30,0    | 30,0              | 80,0                  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 7         | 14,0    | 14,0              | 94,0                  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 3         | 6,0     | 6,0               | 100,0                 |
| Σύνολο   | 50        | 100,0   | 100,0             |                       |

Το 34% των νοσηλευτών πιστεύει ότι οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τη σεξουαλική του ζωή, το 30% ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσανεστημένοι και το 16% πολύ δυσανεστημένοι. (Πίνακας 21)

Πίνακας 22: Η κατανομή των ερωτηθέντων αναφορικά με το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από την υποστήριξη που έχει από τους φίλους του;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο | Αθροιστικό |
|--|-----------|---------|--------|------------|
|--|-----------|---------|--------|------------|

|   |    |       | Ποσοστό | Ποσοστό |
|---|----|-------|---------|---------|
| λύ<br>σαρραστημένος                               |    |       |         |         |
| Μέτρια<br>δυσαρραστημένος                         | 6  | 12,0  | 12,0    | 12,0    |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσαρραστημένος | 17 | 34,0  | 34,0    | 46,0    |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                          | 14 | 28,0  | 28,0    | 74,0    |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                            | 13 | 26,0  | 26,0    | 100,0   |
| Σύνολο  | 50 | 100,0 | 100,0   |         |

Σε ποσοστό 34% οι νοσηλευτές απάντησαν ότι οι ασθενείς είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρραστημένοι από την υποστήριξη των φίλων τους, το 28% δηλώνει ότι οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 26% πολύ ικανοποιημένοι. (Πίνακας 22)

Πίνακας 23: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής από τον χώρο στον οποίο κατοικεί;»

|   | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|---|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Πολύ<br>δυσαρραστημένος                           | 0,0       | 0,0     | 0,0               | 0,0                   |
| Μέτρια<br>δυσαρραστημένος                         | 3         | 6,0     | 6,0               | 6,0                   |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσαρραστημένος | 18        | 36,0    | 36,0              | 42,0                  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                          | 16        | 32,0    | 32,0              | 74,0                  |

|                        |    |       |       |       |
|------------------------|----|-------|-------|-------|
| Πολύ<br>ικανοποιημένος | 13 | 26,0  | 26,0  | 100,0 |
| Σύνολο                 | 50 | 100,0 | 100,0 |       |

Το 36% και 32% των νοσηλευτών κατά αντιστοιχία πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι και μέτρια ικανοποιημένοι από τον χώρο στον οποίο κατοικούν. Επίσης, το 26% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι. (Πίνακας 23)

Πίνακας 24: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από την πρόσβαση που έχει στις υπηρεσίες υγείας;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο<br>Ποσοστό | Αθροιστικό<br>Ποσοστό |
|--|-----------|---------|-------------------|-----------------------|
| Πολύ<br>δυσαρεστημένος                           | 1         | 2,0     | 2,0               | 2,0                   |
| Μέτρια<br>δυσαρεστημένος                         | 7         | 14,0    | 14,0              | 16,0                  |
| Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσαρεστημένος | 8         | 16,0    | 16,0              | 32,0                  |
| Μέτρια<br>ικανοποιημένος                         | 20        | 40,0    | 40,0              | 72,0                  |
| Πολύ<br>ικανοποιημένος                           | 14        | 28,0    | 28,0              | 100,0                 |
| Σύνολο   | 50        | 100,0   | 100,0             |                       |

Σχεδόν το ήμισυ των νοσηλευτών (40%) απάντησε ότι οι ασθενείς ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, το 28% απάντησε ότι οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι και το 16% ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι από την πρόσβαση. ( Πίνακας 24)

Πίνακας 25: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς το ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από τα μέσα μεταφοράς τα οποία χρησιμοποιεί;»

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|--|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Πολύ δυσαρεστημένος                        | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Μέτρια δυσαρεστημένος                      | 3         | 6,0     | 6,0            | 8,0                |
| Ούτε ικανοποιημένος<br>Ούτε δυσαρεστημένος | 20        | 40,0    | 40,0           | 48,0               |
| Μέτρια ικανοποιημένος                      | 12        | 24,0    | 24,0           | 72,0               |
| Πολύ ικανοποιημένος                        | 14        | 28,0    | 28,0           | 100,0              |
| Σύνολο                                     | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το 40% των νοσηλευτών πιστεύει ότι οι ασθενείς είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι από τα μέσα μεταφοράς που χρησιμοποιούν, το 28% δηλώνει ότι οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι και το 24% μέτρια ικανοποιημένοι. (Πίνακας 25)

Πίνακας 26: Η κατανομή των ερωτηθέντων αναφορικά με το ερώτημα « Πόσο συχνά έχει ο ασθενής σας αρνητικά συναισθήματα;»

|               | Συχνότητα | Ποσοστό | Έγκυρο Ποσοστό | Αθροιστικό Ποσοστό |
|---------------|-----------|---------|----------------|--------------------|
| Ποτέ          | 1         | 2,0     | 2,0            | 2,0                |
| Σπάνια        | 11        | 22,0    | 22,0           | 24,0               |
| Μερικές φορές | 22        | 44,0    | 44,0           | 68,0               |
| Συχνά         | 15        | 30,0    | 30,0           | 98,0               |
| Πάντα         | 1         | 2,0     | 2,0            | 100,0              |
| Σύνολο        | 50        | 100,0   | 100,0          |                    |

Το 44% των νοσηλευτών θεωρεί ότι οι ασθενείς έχουν μερικές φορές αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια των δύο (2) τελευταίων εβδομάδων, το 30% υποστηρίζει ότι έχουν συχνά και το 22% σπάνια. (Πίνακας 26)



Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά των τομέων

|                    | N  | Ελάχιστο | Μέγιστο | Μέσος Όρος | Τυπική Απόκλιση |
|--------------------|----|----------|---------|------------|-----------------|
| Φυσική Υγεία       | 50 | 12,00    | 35,00   | 22,4400    | 5,41412         |
| Ψυχική Υγεία       | 50 | 12,00    | 28,00   | 19,2400    | 3,920430        |
| Κοινωνικές Σχέσεις | 50 | 5,00     | 15,00   | 9,7600     | 2,55997         |
| Περιβάλλον         | 50 | 17,00    | 39,00   | 28,2400    | 5,27435         |

#### 4.2.5 Αποτελέσματα συσχέτισης μεταξύ δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των ασθενών με τους τομείς

Τα κριτήρια που χρησιμεύουν στην αξιολόγηση της συσχέτισης είναι τα ακόλουθα:

- 0.00-0.20 Μηδενική σχέση
- 0.21-0.40 Μικρή σχέση
- 0.41-0.60 Μέτρια σχέση
- 0.61-0.80 Δυνατή σχέση
- > 0.81 Εξαιρετικά δυνατή σχέση

Πίνακας 1: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη συσχέτιση των τομέων και την ηλικία, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

|                    | Φύλο  |      | Ηλικία |      | Οικ. κατάσταση |      |
|--------------------|-------|------|--------|------|----------------|------|
|                    | r     | p    | r      | p    | r              | p    |
| Φυσική υγεία       | -0,21 | 0,14 | -0,01  | 0,88 | -0,22          | 0,11 |
| Ψυχική υγεία       | -0,13 | 0,34 | -0,01  | 0,93 | -0,2           | 0,14 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 0,42  | 0,81 | -0,14  | 0,3  | -0,29          | 0,36 |
| Περιβάλλον         | 0,11  | 0,41 | 0,2    | 0,14 | 0,14           | 0,3  |

Όπως προκύπτει από τον άνωθεν πίνακα υπάρχει μικρή συσχέτιση μεταξύ του τομέα φυσικής υγείας και του φύλου καθώς και της οικογενειακής κατάστασης ( $r=-0,21$ ,  $r=-0,22$  αντιστοίχως). Όπως επίσης μικρή σχέση παρατηρείται μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του κοινωνικού τομέα ( $r=-0,29$ ). Ωστόσο ο κοινωνικός τομέας εμφανίζει μέτρια σχέση με το φύλο των ασθενών(0,42).( Πίνακας 1)

Πίνακας 2: Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τη συσχέτιση της επαγγελματικής κατάστασης, της κατάστασης ασφάλειας, της εκπαίδευσης με τους τέσσερις (4) τομείς υγείας.

|                       | Επαγ.<br>ατάσταση |      | ατάσταση<br>ασφάλισης |      | κπαίδευση |      |
|-----------------------|-------------------|------|-----------------------|------|-----------|------|
|                       | r                 | p    | r                     | p    | r         | p    |
| Φυσική υγεία          | 0,05              | 0,72 | -0,13                 | 0,36 | -0,09     | 0,5  |
| Ψυχική υγεία          | -0,1              | 0,47 | -0,23                 | 0,10 | 0,003     | 0,98 |
| Κοινωνικές<br>σχέσεις | -0,17             | 0,22 | -0,27                 | 0,05 | 0,14      | 0,32 |
| Περιβάλλον            | 0,1               | 0,45 | -0,21                 | 0,14 | -0,03     | 0,8  |

Με βάση των άνωθεν πίνακα γίνεται κατανοητό ότι υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της κατάστασης ασφάλειας ( $r=-0,23$ ). Επίσης η ίδια σχέση ισχύει και μεταξύ της κατάστασης ασφάλισης με τον κοινωνικό τομέα και το περιβάλλον( $r=-0,21$ ,  $r=-0,21$  αντιστοίχως). ( Πίνακας 2)

Πίνακας 3: Η κατανομή των ερωτηθέντων αναφορικά με τη σχέση των τομέων με τον τόπο κατοικίας.

|                | τοπος κατοικίας |   |
|----------------|-----------------|---|
| σική υγεία     | 19              | 7 |
| υχική υγεία    | 1               | 1 |
| ωνικές<br>σεις | 15              | 0 |
| ριβάλλον       | 03              | 3 |

Ο τόπος κατοικίας εμφανίζει μηδενική σχέση και με τους τέσσερις (4) τομείς.( Πίνακας 3)

Πίνακας 4: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς τη σχέση των τομέων με τον τύπο καρκίνου

|                       | Καρκίνος<br>Μαστού       |      | Καρκίνος<br>Πνεύμονα |      | Μελάνωμα |      |
|-----------------------|--------------------------|------|----------------------|------|----------|------|
|                       | r                        | p    | r                    | p    | r        | p    |
| υσική υγεία           | 0,10                     | 0,45 | 0,19                 | 0,17 | -0,05    | 0,72 |
| υχική υγεία           | 0,17                     | 0,22 | 0,21                 | 0,21 | 0,05     | 0,72 |
| Κοινωνικές<br>σχέσεις | 0,19                     | 0,19 | 0,15                 | 0,00 | -0,36    | 0,80 |
| Περιβάλλον            | 0,07                     | 0,59 | 0,38**               | 0,25 | 0,00     | 0,95 |
|                       | Καρκίνος<br>χέως εντέρου |      | Νεφρού               |      | Λέμφωμα  |      |
|                       | r                        | p    | r                    | p    | r        | p    |
| υσική υγεία           | 0,01                     | 0,91 | -0,05                | 0,71 | 0,19     | 0,16 |
| υχική υγεία           | -0,07**                  | 0,60 | -0,13                | 0,33 | 0,24     | 0,08 |
| Κοινωνικές<br>σχέσεις | -0,06                    | 0,68 | -0,09                | 0,23 | 0,23     | 0,15 |
| Περιβάλλον            | 0,03*                    | 0,81 | -0,17                | 0,66 | 0,2      | 0,8  |

\*\*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed)

\*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05 (2-tailed)

|                       | Πολλαπλό<br>μυέλωμα |      | Άλλο είδος<br>καρκίνου |      |
|-----------------------|---------------------|------|------------------------|------|
|                       | r                   | p    | r                      | p    |
| υσική υγεία           | -0,11               | 0,41 | 0,04                   | 0,76 |
| υχική υγεία           | -0,17               | 0,23 | -0,36**                | 0,01 |
| Κοινωνικές<br>σχέσεις | -0,06               | 0,51 | -0,07                  | 0,60 |

|            |      |      |       |      |
|------------|------|------|-------|------|
| σχέσεις    |      |      |       |      |
| Περιβάλλον | 0,09 | 0,48 | -0,05 | 0,68 |

\*\*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed)

Όπως προκύπτει από τους άνωθεν πίνακες μικρή σχέση εμφανίζεται μεταξύ του καρκίνου του πνεύμονα και του λεμφώματος με την ψυχική υγεία(  $r=0,21$ ,  $r=0,24$  αντίστοιχα). Ακόμα μικρή σχέση παρατηρείται και μεταξύ του μελανώματος και του λεμφώματος με τον κοινωνικό τομέα(  $r=-0,36$ ,  $r=0,23$ ). Τέλος προκύπτει μικρή σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και άλλου τύπου καρκίνου. (Πίνακας 4)

Πίνακας 5: Η κατανομή των απαντήσεων της σχέσης των τομέων και των συνυπαρχόντων νοσημάτων .

|                    | Υπέρταση |      | κχαρ. διαβητικής |      | Καρδιακή ανεπάρκεια |      |
|--------------------|----------|------|------------------|------|---------------------|------|
|                    | r        | p    | r                | p    | r                   | p    |
| Φυσική υγεία       | 0,19     | 0,16 | -0,002           | 0,98 | -0,17               | 0,21 |
| Ψυχική υγεία       | 0,24     | 0,08 | -0,12            | 0,38 | -0,02               | 0,87 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 0,23     | 0,10 | -0,09            | 0,51 | -0,20               | 0,15 |
| Περιβάλλον         | 0,2      | 0,15 | -0,27            | 0,05 | -0,14               | 0,23 |

Παρατηρείται μικρή σχέση μεταξύ της υπέρτασης και της ψυχικής υγείας. (Πίνακας 5)

Πίνακας 6: Η κατανομή των αποτελεσμάτων ως προς τη σχέση των τομέων με τον τρόπο χορήγησης της χημειοθεραπείας.

|              | r   | p    |
|--------------|-----|------|
| Φυσική υγεία | 0,2 | 0,14 |

|                    |      |      |
|--------------------|------|------|
| Ψυχική υγεία       | 0,17 | 0,22 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 0,21 | 0,12 |
| Περιβάλλον         | 0,21 | 0,14 |

Όπως προκύπτει από τον άνωθεν πίνακα υπάρχει μηδενική σχέση μεταξύ των τομέων και του τρόπου χορήγησης του χημειοθεραπευτικού σχήματος.( Πίνακας 6)

Πίνακας 7: Η κατανομή των απαντήσεων αναφορικά με τη σχέση μεταξύ των τομέων και της προηγηθείσας θεραπείας.

|                       | Χημ.επεμβαση |      | Ορμονικη<br>θεραπεια |      | Χειρ. Και<br>ακτινοθεραπεια |      |
|-----------------------|--------------|------|----------------------|------|-----------------------------|------|
|                       | r            | p    | r                    | p    | r                           | p    |
| Φυσική υγεία          | 0,19         | 0,18 | 0,07                 | 0,62 | 0,04                        | 0,73 |
| Ψυχική υγεία          | 0,21         | 0,13 | 0,11                 | 0,44 | 0,05                        | 0,70 |
| Κοινωνικές<br>σχέσεις | 0,06         | 0,67 | 0,26                 | 0,11 | 0,00                        | 0,97 |
| Περιβάλλον            | 0,16         | 0,24 | -0,1                 | 0,93 | -0,16                       | 0,24 |

|                    | Χειρ. Και<br>ορμονοθεραπεια |      | Στοχευμένες<br>θεραπειες |      |
|--------------------|-----------------------------|------|--------------------------|------|
|                    | r                           | p    | r                        | p    |
| Φυσική υγεία       | 0,22                        | 0,11 | 0,19                     | 0,18 |
| Ψυχική υγεία       | 0,19                        | 0,17 | 0,21                     | 0,13 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 0,23                        | 0,10 | 0,06                     | 0,67 |
| Περιβάλλον         | 0,18                        | 0,18 | 0,16                     | 0,24 |

Από τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα προκύπτει μικρή σχέση μεταξύ της χειρουργικής επέμβασης, στοχευμένων θεραπειών και της ψυχικής υγείας. Ίδια σχέση

παρατηρείται και μεταξύ της στοχευμένων θεραπειών και της ψυχικής υγείας, όπως και μεταξύ ορμονικής θεραπείας και του συνδυασμού ορμονικής θεραπείας και χειρουργικής επέμβασης.( Πίνακας 7)

#### 4.2.6 Αποτελέσματα συσχέτισης μεταξύ δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των νοσηλευτών με τους τομείς

Πίνακας 1: Η κατανομή των απαντήσεων ως προς τη σχέση των τομέων με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο

|                    | Ηλικία |      | οικογενειακή κατάσταση |      | Φύλο  |      | εκπαιδευτικό επίπεδο |      |
|--------------------|--------|------|------------------------|------|-------|------|----------------------|------|
|                    | r      | p    | r                      | p    | r     | p    | r                    | p    |
| ψυχική υγεία       | -0,06  | 0,65 | 0,24                   | 0,08 | -0,17 | 0,23 | 0,12                 | 0,38 |
| ψυχική υγεία       | -0,007 | 0,96 | 0,26                   | 0,06 | -0,33 | 0,01 | 0,2                  | 0,14 |
| κοινωνικές σχέσεις | 0,04   | 0,73 | 0,17                   | 0,22 | -0,26 | 0,06 | 0,07                 | 0,60 |
| περιβάλλον         | 0,03   | 0,78 | 0,14                   | 0,30 | -0,25 | 0,08 | 0,18                 | 0,2  |

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα οι τομείς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών εμφανίζουν μικρή σχέση. Πιο συγκεκριμένα συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του φυσικού και κοινωνικού τομέα. Επιπρόσθετα μικρή σχέση εμφανίζεται και μεταξύ του φύλου με τη ψυχική υγεία , τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. (Πίνακας 1)

Πίνακας 2: Η κατανομή των απαντήσεων αναφορικά με τη σχέση των τομέων της θέσης στο τμήμα και του χρόνου ενασχόλησης

|  | θέση στο τμήμα |   | Χρόνος ενασχόλησης με τον ασθενή |   |
|--|----------------|---|----------------------------------|---|
|  | r              | p | r                                | p |
|  |                |   |                                  |   |



|                       |       |      |         |      |
|-----------------------|-------|------|---------|------|
| φυσική υγεία          | 0,06  | 0,68 | -0,31*  | 0,03 |
| ψυχική υγεία          | 0,08  | 0,55 | -0,37** | 0,00 |
| Κοινωνικές<br>σχέσεις | -0,08 | 0,56 | -0,30*  | 0,03 |
| Περιβάλλον            | 0,01  | 0,91 | -0,45** | 0,00 |

\*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05(2-tailed)

\*\*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01(2-tailed)

Σύμφωνα με τον άνωθεν πίνακα υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ χρόνου απασχόλησης και της φυσικής, της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Τέλος μέτρια σχέση υπάρχει μεταξύ του χρόνου ενασχόλησης και του περιβάλλοντος. (Πίνακας 2)

Πίνακας 3: Η κατανομή των συσχετίσεων μεταξύ τω τομέων και της αναγνώρισης των αναγκών των νοσηλευτών

|                    | Αναγνώριση αναγκών ασθενών |      |
|--------------------|----------------------------|------|
|                    | r                          | p    |
| Φυσική υγεία       | 0,10                       | 0,47 |
| Ψυχική υγεία       | 0,06                       | 0,67 |
| Κοινωνικές σχέσεις | 0,06                       | 0,66 |
| Περιβάλλον         | 0,2                        | 0,14 |

Υπάρχει μηδενική σχέση μεταξύ των τεσσάρων τομέων και της αναγνώρισης των αναγκών των ασθενών από τους νοσηλευτές τους.( Πίνακας 3)

### 4.3 Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί η αντίληψη της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών μέσα από ερωτήσεις που αναφέρονται στους τέσσερις (4) βασικούς τομείς της υγείας και συγκεκριμένα στη φυσική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 50 ζεύγη ογκολογικών ασθενών και νοσηλευτών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 59,8 ετών και των νοσηλευτών τα 45,8 έτη. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν γυναίκες με ποσοστό 52%, όπως και των νοσηλευτών στους οποίους όμως υπερισχύει ο αριθμός των γυναικών με συντριπτικό ποσοστό (88%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν έγγαμοι (58%) όπως και των νοσηλευτών (42%). Επίσης το σύνολο των ασθενών και των νοσηλευτών ήταν ελληνικής υπηκοότητας (100%). Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών (78%) είχε δημόσια ασφάλιση, το ήμισυ σχεδόν ήταν συνταξιούχοι (56%) και σε ποσοστό 24% ήταν απόφοιτοι Λυκείου. Η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν τα πιο συχνά συνυπάρχοντα νοσήματα μεταξύ των ασθενών σε ποσοστά 26% και 14% αντίστοιχα, αν και οι περισσότεροι ασθενείς δεν έπασχαν από κάποιο νόσημα (34%). Σχεδόν το σύνολο των ασθενών (92%) λάμβανε το χημειοθεραπευτικό σχήμα μέσω περιφερικού καθετήρα. Γεγονός που δικαιολογείται καθώς οι περισσότεροι ασθενείς ήταν εξωτερικοί και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά την είσοδο τους στην βραχεία ογκολογική νοσηλεία και στη μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Επίσης (%). Ο καρκίνος του μαστού και του παχέως εντέρου αποτέλεσε το πιο συχνό τύπο καρκίνου. Αναφορικά με το δείγμα των νοσηλευτών οι περισσότεροι ήταν διετούς φοίτησης (42%), είχαν μακροχρόνια προϋπηρεσία (με μέσο όρο τα 19 έτη), ωστόσο η εμπειρία των νοσηλευτών στο τμήμα που ανήκουν δεν είναι μεγάλη, καθώς δεν ξεπερνάει κατά μέσο όρο τα 6,5 έτη. Επιπρόσθετα το 76% των νοσηλευτών θεωρεί ότι αναγνωρίζει πολύ τις ανάγκες των ασθενών του. Οι περισσότεροι ασθενείς (46%) θεωρούν την ποιότητα ζωής τους «καλή» και μέτρια (38%). Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που οι περισσότεροι νοσηλευτές (48%) αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής των ασθενών τους ως μέτρια αφού τη βαθμολογούν ως μέτρια. Επιπροσθέτως οι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι ασθενείς είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι από την υγεία τους, ενώ οι ασθενείς στην πλειονότητα τους δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι. Γενικότερα παρατηρείται μια «τάση» των νοσηλευτών να βαθμολογούν συχνότερα με 3 με βάση τη κλίμακα 1 έως 3. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ορισμένα θέματα δεν είναι εφικτό να

τα γνωρίζουν οι νοσηλευτές. Από τα αποτελέσματα της έρευνα βρέθηκε ότι υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ τους ( $r=-0,21$  το αρνητικό πρόσημο σημαίνει ότι όταν η μια μεταβλητή αυξάνει η άλλη μειώνεται). Γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας των Mitsunori Miyashita et al. που αναφέρουν μεγαλύτερο βαθμό συσχέτισης μεταξύ του γυναικείου φύλου και του φυσικού τομέα. (T Mitsunori Miyashita et al.2015) Μικρή σχέση επίσης εμφανίζεται και μεταξύ της φυσικής υγείας και της οικογενειακής κατάστασης ( $r=-0,22$ ). Επίσης μικρή σχέση παρατηρήθηκε και μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του κοινωνικού τομέα ( $r=-0,29$ ). Ακόμα ο κοινωνικός τομέας εμφανίζει μέτρια σχέση με το φύλο των ασθενών( $0,42$ ). Η ψυχική υγεία και το περιβάλλον εμφανίζουν μηδενική σχέση με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση, όπως και το φύλο που εμφανίζει μηδενική σχέση με όλους τους τομείς. Η μηδενική σχέση της ηλικίας με τους τομείς έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνα του Masoud Bahrami ο οποίος υποστηρίζει ότι μικρή σχέση μεταξύ της ηλικίας και του φυσικού τομέα ( $r=0,253$ ). (Masoud Bahrami et al 2016) Σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας και του κοινωνικού τομέα υποστηρίζουν και οι (Yavuzsen T et al.) Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο τομέας που επηρεάζεται περισσότερο από το φύλο είναι ο κοινωνικός. (Yavuzsen T et al. 2011) Όσον αφορά τους νοσηλευτές οι τομείς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών εμφανίζουν μικρή σχέση. Πιο συγκεκριμένα η συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του φυσικού και κοινωνικού τομέα. Επιπρόσθετα μικρή σχέση εμφανίζεται και μεταξύ του φύλου με τη ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον, η ψυχική υγεία και η κατάσταση ασφάλειας εμφανίζουν επίσης μικρή σχέση ( $r=-0,23$ ) όπως και η κατάσταση ασφάλειας με τον κοινωνικό τομέα ( $r=-0,27$ ) και το περιβάλλον ( $r=-0,21$ ). Όπως προκύπτει από τα στοιχεία δεν υπάρχει μεγάλη συσχέτιση των τομέων με την κατάσταση ασφάλειας. Η επαγγελματική κατάσταση και η εκπαίδευση εμφανίζουν μηδενική σχέση με όλους τους τομείς. Μικρή σχέση εμφανίζεται μεταξύ του καρκίνου του πνεύμονα και του λεμφώματος με την ψυχική υγεία ( $r=0,21$ ,  $r=0,24$  αντίστοιχα). Ακόμα μικρή σχέση παρατηρείται και μεταξύ του μελανώματος και του λεμφώματος με τον κοινωνικό τομέα ( $r=-0,36$ ,  $r=0,23$ ). Μικρή σχέση παρατηρείται και μεταξύ της ψυχικής υγείας και άλλου τύπου καρκίνου. Μικρή σχέση εμφανίζεται μεταξύ της υπέρτασης και της ψυχικής υγείας, αξίζει να σημειωθεί ότι η υπέρταση αποτελεί το πιο συχνά εμφανιζόμενο συνυπάρχων νόσημα. Ακόμα ο τρόπος χορήγησης της

χημειοθεραπείας δεν εμφανίζει επιρροή στους ασθενείς αφού σχηματίζει μηδενική συσχέτιση σε όλους τους τομείς. Επιπροσθέτως με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας εμφανίζεται μικρή συσχέτιση των προηγηθείσας στοχευόμενης θεραπείας με την ψυχική υγεία όπως και της ορμονικής θεραπείας και του συνδυασμού ορμονικής θεραπείας και χειρουργικής επέμβασης. Παρατηρούμε ότι μόνο η ψυχική υγεία επηρεάζεται από την προηγηθείσα θεραπεία ανεξάρτητα από το είδος της. Η συσχέτιση στο δείγμα των νοσηλευτών έδειξε ότι υπάρχει μικρή σχέση μεταξύ χρόνου απασχόλησης και της φυσικής, της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Μικρή σχέση υπάρχει μεταξύ του χρόνου ενασχόλησης και του περιβάλλοντος. Τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα του Masoud Bahram ο οποίος υποστηρίζει ότι ο χρόνος ενασχόλησης του νοσηλευτή με τον ασθενή έχει μικρή σχέση ( $r=0,321$ ) μόνο με τις κοινωνικές σχέσεις. Και αναφέρει μηδενική σχέση με τους υπόλοιπους τομείς. Επίσης υποστηρίζει πως η κλινική εμπειρία καθώς και η κλινική εμπειρία με ογκολογικούς ασθενείς εμφανίζουν μηδενική σχέση. (Masoud Bahram et al 2016) Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας η θέση στο τμήμα δεν εμφανίζει συσχέτιση με κανένα τομέα.

#### **4.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Σύμφωνα με την έρευνα συμπεραίνουμε ότι μεταξύ των τομέων της φυσικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων ,του περιβάλλοντος και των δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών εμφανίζει μόνο μέτρια και μικρή σχέση και στις περισσότερες περιπτώσεις μηδενική σχέση. Πρόταση για μελλοντική έρευνα αποτελεί η διεύρυνση του δείγματος καθώς και η διερεύνηση της αντίληψης των νοσηλευτών και των γιατρών αναφορικά με την ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών . Επίσης θα μπορούσε να ερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα και από το χρόνο που τους αφιερώνουν.

#### **ΑΝΕΠΙΣΙΜΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :**

- 1.Mitsunori Miyashita et al.(2015) The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer “fighting against cancer” 23, Issue 1, pp 103–110
- 2.Masoud Bahrami et al. (2016)Iranian Nurses Perceptions of Cancer Patients Quality of Life Iranian Journal Cancer Prevention 9(3): e4076
3. Yavuzsen T et al. (2011) Quality of life of physicians and nurses working in an oncology clinic Journal of BUON 16(3):537-40
- 4Musarezaie A et al (2012) Investigation the quality of life and its relation with clinical and demographic characteristics in women with breast cancer under chemotherapy. International Journal of Preventive Medicine 3(12): 853–859

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος αποτελεί μάστιγα στις μέρες μας, στατιστικά περίπου 1,5 εκατομμύριο νέοι τύποι καρκίνου ανακαλύπτονται ετησίως παγκοσμίως. Ορισμένοι τύποι καρκίνου έχουν τη δυνατότητα να προληφθούν, άλλοι να ιαθούν πλήρως ενώ άλλοι χαρακτηρίζονται μη ιάσιμοι. Η ποιότητα ζωής των επιζώντων καρκινοπαθών αποτελεί ένα καινούριο τομέα ενδιαφέροντος και αποτελεί πρόκληση τόσο για τους νοσηλευτές όσο και τους ασθενείς.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της αντίληψης των νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 50 ζεύγη καρκινοπαθών ασθενών – νοσηλευτών. Τα κριτήρια ένταξης ήταν η ηλικία >18 ετών, η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και η επιθυμία συμμετοχής. Ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο WHOQoL-BREF, το οποίο αποτελούταν από 26 ερωτήσεις που περιλάμβαναν τέσσερις διαστάσεις: Φυσική, ψυχολογική, Κοινωνική και περιβαλλοντική. Η έρευνα διεξήχθη από τον Απρίλιο έως τον Αύγουστο του 2017.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 59,8 ετών και των νοσηλευτών τα 45,8 έτη. Η πλειονότητα των ασθενών ήταν γυναίκες (52%) όπως και των νοσηλευτών (88%). Ο καρκίνος του μαστού και του παχέος εντέρου αποτελούσε το πιο συχνό τύπο. Οι περισσότεροι ασθενείς παράλληλα έπασχαν από υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη. Επιπρόσθετα το 76% των νοσηλευτών θεωρούσε ότι αναγνωρίζει πολύ τις ανάγκες των ασθενών του και ο μέγιστος χρόνος/βάρδια που αφιέρωνε στον ασθενή ήταν 25 λεπτά ο μέγιστος και ο ελάχιστος 5 λεπτά. Οι περισσότεροι ασθενείς (46%) θεωρούσαν την ποιότητα ζωής τους καλή, ενώ οι περισσότεροι νοσηλευτές(48%) αντιλαμβάνονταν την ποιότητα ζωής των ασθενών τους ως μέτρια. Επίσης οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι οι ασθενείς τους στην πλειονότητα ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την υγεία τους σε ποσοστό 38%, σε αντίθεση με τους ασθενείς που δήλωναν μέτρια ικανοποιημένοι από την υγεία τους σε ποσοστό 46%. Τέλος οι σχέσεις μεταξύ των τομέων (φυσικής υγείας, ψυχικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων, περιβάλλοντος) με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών στην πλειονότητα των

περιπτώσεων εμφανίζουν μηδενική σχέση και σε ορισμένες περιπτώσεις μικρή ή μέτρια σχέση.

**Συμπεράσματα:** Η αξιολόγηση των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα ζωής του ήταν καλή με μέτρια, ενώ η αξιολόγηση των νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών ήταν μέτρια. Επιπλέον η συσχέτιση μεταξύ των τομέων της φυσικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων ,του περιβάλλοντος και των δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών εμφανίζει συνήθως μέτρια και μικρή σχέση και στις περισσότερες περιπτώσεις μηδενική σχέση.

#### Abstract

**Introduction:** Nowadays cancer has become a pestilence. Statistically 1.5 million new types of cancer are discovered worldwide every year. Some types of cancer can be predicted, some of them can be cured while others are characterized irremediable. The life quality of cancer survivors is a new area of interest and also a new challenge for both the nurses and the patients.

**Aim /Purpose:** The investigation of nurses' perception concerning the life quality of cancer patients.

**Methods:** The sample of this study consisted of 50 pairs of cancer patients and nurses. In order to be involved both the patients and the nurses had to be older than 18 years old, participate by their own free will and also be able to understand the Greek language. The tool used to measure the life of quality of patients suffering from cancer was the questionnaire WHOQoL-BREF which contained 26 questions of four dimensions: Physical, psychological, social and environmental. The study was carried out for five months and specifically from April to August 2017.

**Results:** The average age of patients was 59,8 years old while the average age of nurses was 45,8 years old. The majority of both the patients (52%) and the nurses (88%) were women. Breast cancer and colon cancer were two of the most common types. Most of

the patients also suffered from diabetes and hypertension. Moreover, 76% of the nurses thought that they can recognize the patients' needs in a great extent and that the longest time period per shift they spend for each patient ranges from 5 to 25 minutes. Most of the patients (46%) considered their life quality as good , while the majority of the nurses (48%) thought of their patients' life as mediocre. Furthermore, 38 % of the nurses believe that their patients are modestly satisfied by their health condition. On the other hand 48% of the patients was found modestly satisfied by their health condition. Finally, there seems to be no relation in the majority of the cases between the demographic and clinical data collected from patients and nurses and the sectors of physical health, psychological health, social relations and the environment and there is a minor or mediocre correlation between them in some cases.

**Conclusions:** The patients assessed their life quality as good or mediocre, while the nurses assessed it as mediocre. Finally there is no correlation in the majority of the patients between their demographic and clinical data collected and the sectors of physical health, psychological health, social relations and the environment or a small to mediocre correlation in some cases.



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξάνδρα Μανούσακα et al. (2008). ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ. Πτυχιακή Εργασία; ΑΤΕΙ Κρήτης Τμήμα Νοσηλευτικής. 13-15.
2. Αποστολίδης, Πανουσόπουλος. Ο Καρκίνος Σήμερα- Χειρουργική Ογκολογική Θεώρηση, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 2004σ. 63-89
3. Γεώργιος Χάλιμος(2014) Ανάπτυξη βάσης δεδομένων ασθενών από την ακτινοθεραπεία με σκοπό την εφαρμογή ακτινοβιολογικών μελετών για το προσδιορισμό και εκτέλεση αυτών στην κλινική πράξη. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής ρ 19-21
4. Γιακουμάκης, Νικόλαος Εμμανουήλ (2017). Δοσιμετρία και βελτιστοποίηση των σύγχρονων μορφών ακτινοθεραπείας. ΕΚΠΑ, Τμήμα Ιατρικής. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. p12-21
5. Δημας Βασίλειος et al (2015). ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ;16
6. “Επίτομον πλήρες εγκυκλοπαιδικόν και ερμηνευτικόν λεξικόν της ελληνικής γλώσσης”, Πάπυρος-Λαρούς” Αθήνα,1972
7. Θεοδουλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού. Quality of Life and cancer patient (Part I): meaning and concept .The Scientific Journal of the Hellenic Regulatory Body of Nurses; 5 (3)
8. Θεοδώρου, Αλεξάνδρα Ιωάννης (2012) Η ελληνική χειρουργική κατά την κλασσική και ύστερη αρχαιότητα. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Ρ 7-8
9. Κοτρώτσιου Στυλιανή et al. (2008). Η Έννοια της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 7 (1), 58-69.
10. Κωνσταντίνος Θ. Χατζηβεη(2011) Μελέτη του ανοσοποιητικού συστήματος και των παραμέτρων του σε ογκολογικούς ασθενείς μετά τη χορήγηση ταξανών και πλατινούχων σκευασμάτων. Διδακτορική διατριβή.

Πανεπιστήμιο Πατρών Σχολή επιστημών υγείας Τμήμα φαρμακευτικής p.7-15

11. Λαζαράκη Χριστίνα- Δήμητρα, Μπέη Αγαθή (2011). Ποιότητα ζωής ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη. Πτυχιακή Εργασία. Ιδρυματικό Καταθετήριο-Τεχνολογικό Ιδρυμα Καλαμάτας-Σχολη Διοικησης και Οικονομιας-Τμημα Διοικησης Μοναδων Υγειας και Προνοιας.
12. Λαμπρίδης Σάββας(2015).Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που υπεβλήθησαν σε χειρουργική αφαίρεση πνευμονικού παρεγχύματος. Σχολή οικονομικών επιστημονικών και διοίκησης, μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, Πολιτική υγείας και σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας p.30
13. Μ. Κιάκου et al. (2015). Ανοσοθεραπεία του καρκίνου Μια διαφορετική προσέγγιση στη θεραπεία της νεοπλασματικής νόσου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32(4);461-466
14. Μ. ΛαβδανίτηΣ. Ζυγά( 2012) Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 4(1): 13-17
15. Μαρία Λογοθέτη (2013). Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις που βιώνει ο ογκολογικός ασθενής σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. *Cyprus Nursing Chronicles* , 14 (1), 34-37.
16. Νικολάου Χαρά Φαρμακευτική αγωγή εξωτερικών ογκολογικών ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Φαρμακευτικής
17. Οικονόμου Γεωργία (2007). ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΙΛΟΤΟΣ. Πτυχιακή εργασία; Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ιδρυμα Αθηνas, Σχολη Επαγγελματων Υγειας προνοιας, Τμημα Νοσηλευτικης Β΄
18. Οικονόμου Μ et al (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3):239-253
19. Παπαγεωργίου Δημήτριος et al (1981). Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 8(4); 291-303

20. Παπαδημητρίου Ηλίας (2017). Στοιχεία και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας. Διδακτορική Διατριβή. Ρ. 17
21. Παρασκευή Θεοφίλου, (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Έννοια και αξιολόγηση. E-Journal of Science & Technology (e-JST), 4 (5), 43-51.
22. Πρασιάδης Χρήστος (2014). Καρκίνος του προσατη. πτυχιακή εργασία, τ.ε.ι. ανατολικης μακεδονιας και θρακης σχολη επαγγελματων υγειας και προνοιας τμημα νοσηλευτικης, ρ.32
23. Στεργίου Άρτεμις (2015). Ο ρόλος του αποπτωτικού γονιδίου p53 στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Πανεπιστημιακό Καταθετήριο -Κέντρο βιβλιοθήκης και Πληροφοριών-Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; Λάρισα 2015
24. Στεργίου Άρτεμις (2015). Ο ρόλος του αποπτωτικού γονιδίου p53 στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας σχολή επιστημών υγείας, τμήμα ιατρικής, ρ 14
25. Τσάτση Ελευθερία(2015). Η συμβολη του νοσηλευτη στη ποιότητα ζωης ασθενων με καρκινο που υποβαλλονται σε θεραπεια. Πτυχιακή εργασία. Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας. Σχολή ΣΕΥΠ Τμήμα νοσηλευτικής.
26. Φραγκιά (2002). Αγγειογένεση και μετάσταση στον καρκίνο. Archives of Hellenic Medicine. 19 (2);116-118
27. Χαλκιώτης, Κωνσταντίνος (2000). Φωτοδυναμική θεραπεία καρκίνου με χρήση ακτινοβολίας laser. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. Τμήμα ηλεκτρολόγων μηχανικών και μηχανικών Η/Υ. ρ. 10-17
28. Χατζηγιαννάκης (1996) Θεραπεία Νεοπλασμάτων, επίτομος, έκδοση 1η , εκδόσεις Πασχαλίδης, ρ 44-67

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akemi Yamagishi et al (2014). Changes in Quality of Care and Quality of Life of Outpatients With Advanced Cancer After a Regional Palliative Care Intervention Program. *Journal of pain symptom management* 48(4): 602-610.
2. Almutairi K et al (2016). A cross-sectional assessment of quality of life of breast cancer patients in Saudi Arabia. *Public Health* 136:117-125
3. Anagnostou VK, Brahmer JR (2015). Cancer immunotherapy: a future paradigm shift in the treatment of non-small cell lung cancer. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research.* 21(5);84-976
4. Bakas T (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes.* 16(1)0;134
5. Barbara Muzzatti et al (2015). Quality of life profile in Italian long-term cancer survivors. *Quality of Life Research.* 24(4): 959–967
6. Beaconsfield Harper and Row ,(1988). *Pathology Diagnosis and Treatment*, 2nd edition. *Oncology and Health Nurses Professionals*, 1 (2), 82-85.
7. Berto P et al. (2012) Cost of laparoscopy and laparotomy in the surgical treatment of colorectal cancer. *Surgical endoscopy* 26(5):1444-53
8. F.Guedea (2014) Perspectives of brachytherapy: Patterns of care, new technologies, and “new biology” *Cancer/Radiothérapie* 18(5-6): 434-436
9. Fletcher BS et al (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of clinical oncology* 26 (4): 599-605.
10. FloortjeMols et al (2016). Reference data of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-CIPN20 Questionnaire in the general Dutch population. *European Journal of Cancer.* 69; 28-38
11. Gerhild Becker et al (2014). Measuring individual quality of life in patients receiving radiation therapy: the SEIQoL-Questionnaire. *Quality of Life Research.* 23(7): 2025–2030
12. Gibbins J et al (2009). *Journal of pain symptom management* 2009 38(6): 860-870.

13. Guérif S et al. (2014) . Postoperative radiotherapy of prostate cancer. *Cancer/Radiothérapie*. 18 (5–6); 517-523
14. Huang C et al. (2011) Synergistic effect of hyperthermia and neferine on reverse multidrug resistance in adriamycin-resistant SGC7901/ADM gastric cancer cells. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]* 31(4):488-96
15. Isaiah J. Fidler(2003). The pathogenesis of cancer metastasis: the 'seed and soil' hypothesis revisited. *Nature Reviews Cancer*, 3 (6), 453-540
16. Jackie Brown et al (2004).Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature. *European Forum on Population Ageing Research.*;6-46
17. Jin ZY et al. (2017). Cancer risk factors among people living with HIV/AIDS in China: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports* 7 (1); 183-191
18. Johansson L et al (2010). Midlife psychological stress and risk of dementia: a 35-year longitudinal population study. *Brain a journal of neurology*. 133(8):2217-24
19. John S. Rhee et al (2007). The Skin Cancer Index: Clinical Responsiveness and Predictors of Quality of Life. *Laryngoscope*. 117 (3); 399-405
20. Kerce, Elyse W (1992). *Quality of Life: Meaning, Measurement, and Models*. Defence Technical Information Center;38
21. KONSTANTINIDIS, T. I.; PHILALITHIS (2014). *Archives of Hellenic Medicine*. 31(4), 11.
22. Kristina Geue et al (2014). Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population. *Quality of Life Research*. 23(4): 1377–1386
23. L. Wengenroth et al (2015). Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer. *Quality of Life Research*. 24(9): 2151–2161
24. Lee S et al( 2003). Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. *American Journal of Preventive Medicine* 24(2):113-9

25. Lesley Fallowfield (2009). What is quality of life? Health Economics. Second edition; 1-6
26. Liu Y et al. (2014) Influence of thoracoscopic surgery on inflammatory reaction of the body for early peripheral lung cancer patients Z. hongguo Fei Ai Za Zhi. 17(10):730-3
27. Markus Alexander Küper et al (2014), Laparoscopic surgery for benign and malign diseases of the digestive system: Indications, limitations, and evidence. World J Gastroenterol 20 (17):4883–4891
28. Marte Gronlie Cameron (2013) Palliative pelvic radiotherapy of symptomatic incurable rectal cancer – a systematic review. Acta Oncologia 53(22):164-173
29. Masoud Bahrami (2016). Iranian Nurses Perceptions of Cancer Patients Quality of Life. Iranian Journal of Cancer Prevention 9(3): e4076
30. Minori Yokoo et al (2014). Comprehensive Assessment of Cancer Patients' Concerns and the Association with Quality of Life. Japanese Journal of Clinical Oncology 44(7):670-676
31. Mitsunori M et al (2015). The importance of good death components among cancer patients, the general population, oncologists, and oncology nurses in Japan: patients prefer “fighting against cancer”. Supportive Care in Cancer. 23 (1):103–110
32. Morneau M et al. Laparoscopic versus open surgery for the treatment of colorectal cancer: a literature review and recommendations from the Comité de l'évolution des pratiques en oncologie. Canadian Journal of Surgery 56(5):297-310.
33. Mroczkowski P et al. (2012). Laparoscopy in the surgical treatment of rectal cancer in Germany 2000-2009. Colorectal Dis. (12):1473-8.
34. Muppala S et al. (2017). Adiponectin: Its role in obesity-associated colon and prostate cancers. Critical Reviews in Oncology/Hematology;116,125-133
35. Musarezaie A et al (2012) Investigation the quality of life and its relation with clinical and demographic characteristics in women with breast cancer under chemotherapy. International Journal of Preventive Medicine 3(12): 853–859
36. Nakamura H, Taniguchi Y (2013). Robot-assisted thoracoscopic surgery: current status and prospects. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 61(3):127-32

37. Niilo Färkkilä et al (2014). Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Quality of Life Research* 23(4): 1387–1394
38. P. Hopwood and R. J. Stephens (1995). Symptoms at presentation for treatment in patients with lung cancer: implications for the evaluation of palliative treatment. The Medical Research Council (MRC) Lung Cancer Working Party. *Br J Cancer*. 71(3); 633-636.
39. Pantelis T Antonakis et al (2014). Laparoscopic gastric surgery for cancer: Where do we stand? *World J Gastroenterol* 20(39): 14280–14291
40. Perez-Cornago A et al. (2017). Tall height and obesity are associated with an increased risk of aggressive prostate cancer: results from the EPIC cohort study. *BMC Medicine, BioMed Central* 15(1);115
41. Pubmed Health
42. Rohleder N et al (2009). Biologic cost of caring for a cancer patient: dysregulation of pro- and anti-inflammatory signaling pathways. *Journal of clinical oncology*. 27(18):2909-15
43. Schulz R et al (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 282(23):2215-9.
44. Senada Dzebo (2017). Quality of Life of Patients with Oral Cavity Cancer. *Mater Sociomed* 29(1);30-34
45. Spitzer w et al (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of chronic diseases*.34(12):585-597
46. Wang M (2014). Current advances in T-cell-based cancer immunotherapy. *Immunotherapy ; London : Future Medicine* 6(12):1265-78
47. Willette-Murphy K et al (2009). Relationship between sleep and physical activity in female family caregivers at the initiation of patients' radiation therapy. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 38(3):367-74
48. Yang Y (2015). Cancer immunotherapy: harnessing the immune system to battle cancer. *Journal Clinical Investigation*, 125(9); 3335–333
49. Yavuzsen T (2011). Quality of life of physicians and nurses working in an oncology clinic. *Journal of BUON* 16(3):537-40.

50. Yu HH et al. (2017). Current management of pregnancy-associated breast cancer. Hong Kong Medical Journal August (4);387-94
51. Zubidat AE et al. (2017). Artificial light-at-night - a novel lifestyle risk factor for metabolic disorder and cancer morbidity. Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology 28(4);295-313



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### "Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ"

##### Συναίνεση μετά από πληροφόρηση

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια μελέτη που αφορά στην ανίχνευση συμπτωμάτων των ασθενών που προσέρχονται στη μονάδα βραχείας νοσηλείας. Αυτή η μελέτη θα μας βοηθήσει να αντιληφθούμε περισσότερα για τη σωστή διαχείριση των ασθενών.

Η μελέτη θα διαρκέσει περίπου 10 λεπτά και περιλαμβάνει την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που αποτελείται από δυο μέρη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένδειξη της συγκατάθεσής σας για να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και υπό αυτή τη μορφή, μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία θα διατηρηθεί και δεν θα αναφέρεται κανένα στοιχείο στο ερωτηματολόγιο που να σας ταυτοποιεί, ούτε στην τελική έκθεση μελέτης.

Σας ευχαριστώ  
για την συμμετοχή σας

##### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) Ηλικία \_\_\_\_\_

2) Φύλο Άνδρας  Γυναίκα

3) Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος  Έγγαμος  Διαζευγμένος  Χηρεία  Συμβίωση

4) Ζείτε μόνος-η ; Ναι  Όχι

Αν όχι προσδιορίστε \_\_\_\_\_

5) Επαγγελματική κατάσταση

Άνεργος  Ιδιωτικός υπάλληλος  Δημόσιος υπάλληλος

Οικιακά  Συνταξιούχος  Άλλο. Προσδιορίστε \_\_\_\_\_

**6) Κατάσταση ασφάλισης:**

δημόσια  ιδιωτική  δημόσια και ιδιωτική  ανασφάλιστος

**7) Εκπαίδευση**

Αναλφάβητος  Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο  Δευτεροβάθμια

ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακά  Διδακτορικό

**8) Τόπος μόνιμης διαμονής:** Αστική  Ημιαστική  Αγροτική

**9) Τύπος καρκίνου**

Καρκίνος μαστού  Καρκίνος πνεύμονα  Μελάνωμα

Καρκίνος παχέος εντέρου  Καρκίνος παγκρέατος  Καρκίνος ωοθηκών

Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα  Καρκίνος προστάτη  Καρκίνος νεφρού

Λέμφωμα  Λευχαιμίες  Καρκίνος ενδομητρίου  Πολλαπλό μυέλωμα

Άλλο. Προσδιορίστε \_\_\_\_\_

**10) Συνυπάρχοντα νοσήματα**

Υπέρταση  Σακχαρώδης διαβήτης  Καρδιακή ανεπάρκεια

Αναπνευστική νόσος  Αυτοάνοσο νόσημα  Άλλο. Προσδιορίστε \_\_\_\_\_

**11) Τρόπος χορήγησης χημειοθεραπείας**

Περιφερικός φλεβοκαθετήρας

Κεντρική φλεβική γραμμή

Port

Picc

**12) Χημειοθεραπευτικό σχήμα** \_\_\_\_\_

**13) Προηγηθείσα θεραπεία**

Χειρουργική επέμβαση

Ακτινοθεραπεία

Στοχευμένες θεραπείες

Ορμονική θεραπεία

Χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία

Χειρουργική και ορμονοθεραπεία

## Οδηγίες

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πώς εσείς κρίνετε την ποιότητα ζωής σας, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. **Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.** Αν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, **παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή.** Συχνά, η πιο σωστή μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε.

Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη τα δικά σας κριτήρια, τις δικές σας προσδοκίες, ό,τι σας δίνει χαρά καθώς και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στη μνήμη σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

|   | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---|---------|------|--------|------|---------|
| εστε από τους άλλους υποστήριξη που χρειάζεστε; | 1       | 2    | 3      | 4    | 5       |

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο βαθμό της υποστήριξης που είχατε από τους άλλους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έτσι, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 4, εάν είχατε **πολύ** υποστήριξη από τους άλλους, όπως δείχνει το παράδειγμα που ακολουθεί.

Αν δεν είχατε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεσθε από τους άλλους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τότε, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

**Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφθείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματα σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει τη πιο κατάλληλη για σας απάντηση σε κάθε ερώτηση.**

|      |  | Πολύ άσχημα | Άσχημα | Ούτε καλά<br>Ούτε άσχημα | Καλά | Πολύ καλά |
|------|--|-------------|--------|--------------------------|------|-----------|
| (G1) | ος θα βαθμολογούσατε τη ποιότητα ζωής σας; | 1           | 2      | 3                        | 4    | 5         |

|      |  | Πολύ<br>σαρπημένος-η | Μέτρια<br>σαρπημένος-η | Ούτε<br>ανοποιημένος-η<br>Ούτε<br>σαρπημένος-η | Μέτρια<br>ανοποιημένος-η | Πολύ<br>ανοποιημένος-η |
|------|--|----------------------|------------------------|--|--------------------------|------------------------|
| (G4) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από την υγεία σας; | 1                    | 2                      | 3  | 4                        | 5                      |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο είχατε ορισμένες εμπειρίες ή καταστάσεις κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

|         |  | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |
|---------|--|---------|------|--------|------|------------|
| (F1.4)  | αισθάνεστε ότι τυχόν ματαίωσις των προγραμμάτων σας εμποδίζει να κάνετε τα πράγματα που έχετε να κάνετε; | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| (F11.3) | επιθυμείτε κάποια ιατρική βοήθεια για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;                          | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| (F4.1)  | αισθάνεστε πολύ απολαμβάνετε την ζωή;  | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| (F24.2) | αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι νόημα;  | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| (F5.3)  | αισθάνεστε καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;   | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| (F16.1) | αισθάνεστε ασφαλής στην καθημερινή σας ζωή;  | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| (F22.1) | αισθάνεστε υγιεινό είναι το περιβάλλον σας;  | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε ορισμένες εμπειρίες ή είχατε τη δυνατότητα να κάνετε ορισμένα πράγματα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

|         |   | Καθόλου | ελάχιστο βαθμό | Μέτρια | επί μέγιστο βαθμό | Απόλυτα |
|---------|---|---------|----------------|--------|-------------------|---------|
| (F2.1)  | αισθάνεστε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής; | 1       | 2              | 3      | 4                 | 5       |
| (F7.1)  | αισθάνεστε να αποδεχτείτε την εμφάνιση του σώματός σας;                               | 1       | 2              | 3      | 4                 | 5       |
| (F8.1)  | αισθάνεστε τα απαραίτητα μέσα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;                        | 1       | 2              | 3      | 4                 | 5       |
| (F20.1) | αισθάνεστε να έχετε εύκολα πληροφορίες που τυχόν χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;  | 1       | 2              | 3      | 4                 | 5       |
| (F21.1) | αισθάνεστε την δυνατότητα για να κάνετε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο;       | 1       | 2              | 3      | 4                 | 5       |

|        |  |   |   |   |   |   |
|--------|--|---|---|---|---|---|
|        | 5;   |   |   |   |   |   |
| (F9.1) | σο άνετα μπορείτε να κλοφορείτε μέσα και θ από το σπίτι; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο καλά αισθανθήκατε ή πόσο ικανοποιημένος-η είστε από διάφορες πλευρές της ζωής σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

|        |   | Πολύ<br>σαρεστημένος-η | Μέτρια<br>σαρεστημένος-η | Ούτε<br>ανοποιημένος-η<br>Ούτε<br>σαρεστημένος-η | Μέτρια<br>κανοποιημένος | Πολύ<br>κανοποιημένος |
|--------|---|------------------------|--------------------------|--|-------------------------|-----------------------|
| (F3.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από τον ύπνο σας;   | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (10.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από την ικανότητά<br>ς να φέρνετε σε πέρας<br>δραστηριότητες της<br>θημερινής σας ζωής; | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (12.4) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από την ικανότητά<br>ς για εργασία;   | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (F6.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε με τον εαυτό σας;   | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (13.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε με τις προσωπικές<br>ς σχέσεις;   | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (15.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από τη σεξουαλική<br>ς ζωή;   | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (14.4) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από την υποστήριξη<br>θ έχετε από τους φίλους<br>ς;                                     | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (17.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από τις συνθήκες του<br>ρου στον οποίο<br>τοικείτε;                                     | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |
| (19.3) | σο ικανοποιημένος-η<br>τε από την πρόσβαση  | 1                      | 2                        | 3  | 4                       | 5                     |

|       |  |   |   |   |   |   |
|-------|--|---|---|---|---|---|
|       | υ έχετε στις διάφορες ηρεσίες υγείας;                              |   |   |   |   |   |
| 23.3) | σο ικανοποιημένος-η τε από τα μεταφορικά σα τα οποία ησιμοποιείτε; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά είχατε ορισμένα συναισθήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

|        |   |      |        |               |       |       |
|--------|---|------|--------|---------------|-------|-------|
|        |   | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Συχνά | Πάντα |
| (F8.1) | σο συχνά έχετε νητικά συναισθήματα ως μελαγχολική θεση, απελπισία, άγχος, τάλιψη; | 1    | 2      | 3             | 4     | 5     |

Σας βοήθησε κανείς να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο;

\_\_\_\_\_

Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο;

\_\_\_\_\_

Έχετε κάποια σχόλια σχετικά με το ερωτηματολόγιο;

\_\_\_\_\_

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**  
**"Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**  
**ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ"**

**Συναίνεση μετά από πληροφόρηση**

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια μελέτη που αφορά στην ανίχνευση συμπτωμάτων των ασθενών που προσέρχονται στη μονάδα βραχείας νοσηλείας. Αυτή η μελέτη θα μας βοηθήσει να αντιληφθούμε περισσότερο για τη σωστή διαχείριση των ασθενών.

Η μελέτη θα διαρκέσει περίπου 10 λεπτά και περιλαμβάνει την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που αποτελείται από δυο μέρη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένδειξη της συγκατάθεσής σας για να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και υπό αυτή τη μορφή, μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία θα διατηρηθεί και δεν θα αναφέρεται κανένα στοιχείο στο ερωτηματολόγιο που να σας ταυτοποιεί, ούτε στην τελική έκθεση μελέτης.

Σας ευχαριστώ  
για την συμμετοχή σας

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

1) Πόσων ετών είστε;

Ηλικία \_\_\_\_\_

2) Εθνικότητα στην οποία ανήκετε

Ελληνική

Άλλη  \_\_\_\_\_

3) Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος

Έγγαμος με παιδιά

Διαζευγμένη

Συμβίωση

Άγαμος

4) Φύλο:

Άνδρα

Γυναίκα

5) Φορέας στον οποίο εργάζεσθε:

\_\_\_\_\_





## Οδηγίες

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πώς εσείς κρίνετε την ποιότητα ζωής του ασθενούς σας, την υγεία του καθώς και άλλες πλευρές της ζωής του. **Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.** Αν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, **παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή.** Συχνά, η πιο σωστή μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε.

Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη τα δικά σας κριτήρια, τις δικές σας προσδοκίες καθώς και ό,τι πιστεύετε ότι μπορεί να απασχολεί τον ασθενή σας. Θα θέλαμε να φέρετε στη μνήμη σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής του. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

|  | Έχει ο ασθενής σας από τους άλλους υποστήριξη που χρειάζεται; | την | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|--|---|-----|---------|------|--------|------|---------|
|  |   |     | 1       | 2    | 3      | 4    | 5       |
|  |   |     |         |      |        |      |         |
|  |   |     |         |      |        |      |         |

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο βαθμό της υποστήριξης που είχε ο ασθενής σας από τους άλλους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έτσι, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 4, εάν πιστεύετε ότι είχε **πολύ** υποστήριξη από τους άλλους, όπως δείχνει το παράδειγμα που ακολουθεί.

Αν πιστεύετε ότι δεν είχε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεται από τους άλλους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τότε, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

**Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε όπως εσείς πιστεύετε τα συναισθήματα του ασθενή σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει τη πιο κατάλληλη για σας απάντηση σε κάθε ερώτηση.**

|           |   | Πολύ άσχημα | Άσχημα | Ούτε καλά<br>Ούτε άσχημα | Καλά | Πολύ καλά |
|-----------|---|-------------|--------|--------------------------|------|-----------|
| 1<br>(G1) | Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής του ασθενούς σας; | 1           | 2      | 3                        | 4    | 5         |

|           |  | Πολύ<br>δυσανεστημένος | Μέτρια<br>δυσανεστημένος | Ούτε<br>ικανοποιημένος<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος | Μέτρια<br>ικανοποιημένος | Πολύ<br>ικανοποιημένος |
|-----------|--|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|
| 2<br>(G4) | Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από την υγεία του; | 1                      | 2                        | 3  | 4                        | 5                      |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής σας είχε ορισμένες εμπειρίες ή καταστάσεις κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

|              |  | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Υπερβολικά |
|--------------|--|---------|------|--------|------|------------|
| 3<br>(F1.4)  | Αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι εμποδίζουν τον ασθενή σας να κάνει κάποια πράγματα που έχει να κάνει; | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| 4<br>(F11.3) | Χρειάζεται κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει στην καθημερινή του ζωή ο ασθενής σας;              | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| 5<br>(F4.1)  | Πόσο πολύ απολαμβάνει τη ζωή του ο ασθενής σας;  | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| 6<br>(F24.2) | Πιστεύετε ότι ο ασθενής σας αισθάνεται ότι η ζωή του έχει νόημα;   | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| 7<br>(F5.3)  | Πόσο καλά μπορούν να συγκεντρωθούν σε κάτι που κάνουν οι ασθενείς σας;                                     | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| 8<br>(F16.1) | Πόσο ασφαλής αισθάνεται ο ασθενής σας στην καθημερινή του ζωή;   | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |
| 9<br>(F22.1) | Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς σας;  | 1       | 2    | 3      | 4    | 5          |

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό είχε ορισμένες εμπειρίες ή είχε τη δυνατότητα να κάνει ορισμένα πράγματα ο ασθενής σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

|               |   | Καθόλου | Σε μικρό βαθμό | Μέτρια | Σε μεγάλο βαθμό | Απόλυτα |
|---------------|---|---------|----------------|--------|-----------------|---------|
| 10<br>(F2.1)  | Έχει την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ο ασθενής σας; | 1       | 2              | 3      | 4               | 5       |
| 11<br>(F7.1)  | Μπορεί να αποδεχθεί την εμφάνιση του σώματος του ο ασθενής σας;                                   | 1       | 2              | 3      | 4               | 5       |
| 12<br>(F18.1) | Έχει τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτει τις ανάγκες του ο ασθενής σας;                         | 1       | 2              | 3      | 4               | 5       |
| 13<br>(F20.1) | Μπορεί να έχει εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεται στην καθημερινή του ζωή ο ασθενής σας; | 1       | 2              | 3      | 4               | 5       |
| 14<br>(F21.1) | Έχει τη δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του ο ασθενής σας;          | 1       | 2              | 3      | 4               | 5       |

|              |  |   |   |   |   |   |
|--------------|--|---|---|---|---|---|
| 15<br>(F9.1) | Πόσο άνετα μπορεί να κυκλοφορήσει μέσα και έξω από το σπίτι ο ασθενής σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|--|---|---|---|---|---|

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο καλά αισθάνθηκε ή πόσο ικανοποιημένος-η είναι από διάφορες πλευρές της ζωής του ο ασθενής σας κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

|               |   | Πολύ<br>δυσανεστημένος-<br>η | Μέτρια<br>δυσανεστημένος-<br>η | Ούτε<br>ικανοποιημένος-η<br>Ούτε<br>δυσανεστημένος-<br>η | Μέτρια<br>ικανοποιημένος-η | Πολύ<br>ικανοποιημέ-<br>-η |
|---------------|---|------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| 16<br>(F3.3)  | Πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής σας από τον ύπνο του;   | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 17<br>(F10.3) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από την ικανότητα του να φέρνει σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής; | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 18<br>(F12.4) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από την ικανότητα του για εργασία;  | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 19<br>(F6.3)  | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας με τον εαυτό του;   | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 20<br>(F13.3) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας με τις προσωπικές του σχέσεις;  | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 21<br>(F15.3) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από την σεξουαλική του ζωή;   | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 22<br>(F14.4) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από την υποστήριξη που έχει από τους φίλους του-ης;                                   | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 23<br>(F17.3) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από τον χώρο στον οποίο κατοικεί;   | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 24<br>(F19.3) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από την πρόσβαση που έχει στις υπηρεσίες υγείας;                                      | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |
| 25<br>(F23.3) | Πόσο ικανοποιημένος-η είναι ο ασθενής σας από τα μέσα τα οποία χρησιμοποιεί;  | 1                            | 2                              | 3  | 4                          | 5                          |

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά ο ασθενής σας είχε ορισμένα συναισθήματα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

|  |  |      |        |               |       |       |
|--|--|------|--------|---------------|-------|-------|
|  |  | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Συχνά | Πάντα |
|--|--|------|--------|---------------|-------|-------|

|              |  |   |   |   |   |   |
|--------------|--|---|---|---|---|---|
| 26<br>(F8.1) | Πόσο συχνά έχει ο ασθενής σας αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|--|---|---|---|---|---|

Σας βοήθησε κανείς να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο; \_\_\_\_\_

Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο; \_\_\_\_\_

Έχετε κάποια σχόλια σχετικά με το ερωτηματολόγιο; \_\_\_\_\_

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!