

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε
αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς»*

από:

Αποστολάκη Ειρήνη, ΥΝ7180

Χασουράκη Ευγενία, ΥΝ7391

Τσαγκαράκη Ελευθερία, ΥΝ7151

Επιβλέπων καθηγητής:

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Επίκουρος καθηγητής

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2021

*Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ
Κρήτης στις 19-5-2021 με αρ. Πρωτ. 4855*

*και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛΜΕΠΑ
Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993)*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	9
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	11
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	11
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	14
1.1 ΕΝΝΟΙΕΣ.....	14
1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	16
1.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	21
ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	21
2.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.....	21
2.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	21
2.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	23
2.4 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	25
2.5 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26
2.6 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	29
ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	29
3.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ.....	29
3.2.1 ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ.....	30
3.2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΩΝ.....	31
3.2.3 ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΧΜΛ).....	32
3.2.4 ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΜΛ).....	34
3.2.5 ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΧΛΛ).....	37
.2.6 ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ (Η ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ) ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΛΛ).....	39
3.2.7 ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΜΔΣ).....	41
3.2.8 ΛΕΜΦΩΜΑ HODGKIN (HL).....	43
3.2.9 ΜΗ - HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ (NON - HODGKIN'S LYMPHOMAS - NHL).....	44

3.2.10 ΔΙΑΧΥΤΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ Β - ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ (DIFFUSE LARGE B - CELL LYMPHOMA - DLBCL)	45
3.2.11 ΟΖΩΔΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ	46
3.2.12 ΛΕΜΦΩΜΑ MALT (MUCOSA-ASSOCIATED LYMPHOID TISSUE)	47
3.2.13 ΕΞΩΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΑ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ	47
3.2.14 ΛΕΜΦΩΜΑ BURKITT	48
3.2.15 ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ (ΠΜ)	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	52
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ	52
4.1 ΑΝΑΙΜΙΑ	52
4.2 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	53
4.3 ΠΟΝΟΣ	54
4.4 ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ	55
4.5 ΚΟΠΩΣΗ	56
4.6 ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ	57
4.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΝ	58
4.8 ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΙ	59
4.9 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ - ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	60
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	60
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	60
5.2 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	60
5.2.1 ΧΩΡΟΣ	60
5.2.2 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	60
5.2.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	61
5.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	62
5.4 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	64
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	64
ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	64
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	64
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	68
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ^ο	103
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	103

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους αιματολογικούς ασθενείς των νοσοκομείων: Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «BENIZEΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» και Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) για την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην ερευνητική μας εργασία.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον επιβλέπων καθηγητή μας κύριο Θεοχάρη Κωνσταντινίδη για τη βοήθεια και πολύτιμη καθοδήγηση του, επιπροσθέτως ευχαριστούμε πολύ τον βιοστατιστικό μας κύριο Μανόλη Λιναρδάκη.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την υπομονή και τη στήριξη τους σε όλα τα χρόνια της φοίτησης μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες υποβάλλονται σε εντατική θεραπεία και παρατεταμένη νοσηλεία, εμφανίζοντας έτσι πληθώρα σωματικών και ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων και χαμηλή ποιότητα ζωής (ΠΖ).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της ΠΖ και η διερεύνηση των συμπτωμάτων των νοσηλευομένων αιματολογικών ασθενών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη στην αιματολογική κλινική και στο τμήμα ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας δυο γενικών νοσοκομείων του Ηρακλείου. Συμμετείχαν ενήλικες ασθενείς με διαγνωσμένη αιματολογική κακοήθεια και επαρκής κατανόηση, ανάγνωση και γραφή της Ελληνικής γλώσσας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία, το ερωτηματολόγιο εκτίμησης ΠΖ EORTC QLQ-C30 και το ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων του M.D Anderson (MSAS). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτέλεσαν 120 ασθενείς εκ των οποίων το 42,5% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 65,6 έτη, 68,5% ήταν έγγαμοι και το 71,5% κατοικούσε στην πόλη. Ο μέσος όρος από την διάγνωση της νόσου ήταν 33 μήνες. Η Ολική κατάσταση υγείας είχε μέση τιμή 47,1 ενώ υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής βρέθηκαν στην υποκλίμακα «Γνωστική λειτουργία» (72,8) και χαμηλότερα σε αυτή των «Ρόλων» (46,1). Στην υποκλίμακα συμπτωμάτων καλύτερη βαθμολογία βρέθηκε στη «Ναυτία-Εμετός» (11,0) και χειρότερη στη «Κόπωση» (59,1). Στην MSAS σε μεγαλύτερη συχνότητα (78,3%) αλλά και σε μέση ένταση (3,5 σε διαβάθμιση 0 έως 10) παρατηρείται (όπως και στην κλίμακα EORTC QLQ-C30) να είναι η κόπωση, η νύστα (65,0%) και η απόλαυση ζωής (85,8%) ενώ με τη μικρότερη συχνότητα παρατηρήθηκαν οι έμετοι (15,8%). Η αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων σχετίζεται με μείωση της λειτουργικότητας της ΠΖ (αρνητικές συσχετίσεις, $p < 0,05$) ενώ η αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων σχετίζεται με αύξηση της συμπτωματολογίας ΠΖ (θετικές συσχετίσεις, $p < 0,05$). Η αύξηση της Έντασης των Βασικών συμπτωμάτων σχετίζεται με μείωση της Γνωστικής Λειτουργικότητας της Ποιότητας Ζωής ($\rho = -0,596$, $p < 0,05$) ή με αύξηση της Κόπωσης ($\rho = 0,622$, $p < 0,05$). Η αύξηση της Έντασης των Βασικών συμπτωμάτων σχετίζεται με

το γυναικείο φύλο ($r_{ho}=0,193$, $p<0,05$) ή την συνοσηρότητα ($r_{ho}=0,220$, $p<0,05$). Επίσης η Συνολική Μέση Βαθμολογία των συμπτωμάτων αυξάνεται όσο αυξάνεται η συνοσηρότητα ($r_{ho}=0,179$, $p<0,05$). Η αυξημένη Ολική κατάσταση υγείας σχετίζεται με το ανδρικό φύλο ($r_{ho}=-0,185$, $p<0,05$) ενώ η Φυσική Λειτουργικότητα με τις νεότερες ηλικίες των ασθενών ($r_{ho}=-0,331$, $p<0,05$), την υψηλότερη εκπαίδευση ($r_{ho}=0,239$, $p<0,05$), τους λιγότερους μήνες από τη διάγνωση ($r_{ho}=-0,199$, $p<0,05$) αλλά και τη λιγότερη συνοσηρότητα ($r_{ho}=-0,209$, $p<0,05$). Τελικά, η αυξημένη Ολική κατάσταση υγείας φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη μικρότερη συμπτωματολογία όπως καθορίζει η Συνολική Μέση Βαθμολογία Συμπτωμάτων ($\beta=-4,91$, $p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η ΠΖ των αιματολογικών ασθενών επηρεάζεται σημαντικά από την πληθώρα των συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των θεραπειών .

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, συμπτώματα, αιματολογικός ασθενής, αιματολογικές κακοήθειες.

ABSTRACT

Introduction: Patients with hematological malignancies undergo intensive treatment and prolonged hospitalization, thus showing a variety of physical and psychosocial symptoms and low quality of life (QOL)

Aim: The aim of this study was to assess the QOL and investigate the symptoms of hospitalized hematological patients.

Methods: A cross-sectional study was performed in the hematology clinic and day unit of two general hospitals of Heraklion. Adult patients with diagnosed hematological malignancy and adequate understanding, reading and writing of the Greek language participated. A demographic questionnaire, the EORTC QLQ-C30 questionnaire and the M.D Anderson Symptom Measurement Questionnaire (MSAS) were used for data collection. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: The sample consisted of 120 patients, 42.5% were women with a mean age of 65.6 years, 68.5% were married and 71.5% lived in the city. The mean time from diagnosis was 33 months. The overall state of health had an average value of 47.1 while higher levels of QOL were found in the subscale "Cognitive function" (72.8) and lower in that of "Roles" (46.1). In the subscale of symptoms, the best score was found in "Nausea-Vomiting" (11.0) and worst in "Fatigue" (59.1). In MSAS ,higher frequency (78.3%) but also at medium intensity (3.5 on a scale from 0 to 10) it is observed (as in the EORTC scale QLQ-C30) at fatigue, drowsiness (65.0%) , enjoyment of life (85.8%), while vomiting was observed with the lowest frequency (15.8%). The increase in the intensity of symptoms is associated with a decrease in the functionality QOL (negative correlations, $p < 0.05$) while the increase in the intensity of symptoms is associated with an increase in the symptoms of QOL (positive correlations, $p < 0.05$). The increase in the Intensity of the Basic Symptoms is related to a decrease in the Cognitive Functionality ($\rho = -0,600$, $p < 0.05$) or to an increase in Fatigue ($\rho = 0.571$, $p < 0.05$). The increase in the severity of the main symptoms is related to female gender ($\rho = 0.193$, $p < 0.05$) or comorbidity ($\rho = 0.220$, $p < 0.05$). Also the Overall Average Score of the symptoms increases as the comorbidity increases ($\rho = 0.180$, $p < 0.05$). Increased Overall health status is related to male gender ($\rho = -0.185$, $p < 0.05$) while Physical Functionality with younger patient age ($\rho = -0.331$, $p < 0.05$), higher education ($\rho = 0.239$, $p < 0.05$), fewer months from diagnosis ($\rho = -0.199$, $p < 0.05$) but also with low comorbidity ($\rho = -0.209$, $p < 0.05$). Finally, the increased Overall health status seems to be significantly related to lower symptoms determined by the Overall Average Symptom Score ($\beta = -5.38$, $p < 0.001$).

Conclusions: The QOL of hematological patients is significantly affected by the plethora of symptoms that occur during treatments.

Keywords: Quality of life, symptoms, hematological patient, hematological malignancies

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: The EORTC core questionnaire	19
Πίνακας 2: Κύριοι τύποι λευχαιμίας.....	32

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<i>Εικόνα 1: Οξεία μυελογενής λευχαιμία</i>	34
<i>Εικόνα 2: Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία</i>	36
<i>Εικόνα 3: Οξεία λεμφογενής (ή λεμφοβλαστική) λευχαιμία</i>	38
<i>Εικόνα 4: Υγιή και δυσπλαστικά ερυθρά αιμοσφαίρια</i>	40
<i>Εικόνα 5: Δερματικά λεμφώματα</i>	47
<i>Εικόνα 6: Εξωλεμφαδενικά λεμφώματα</i>	48
<i>Εικόνα 7: Λέμφωμα Burkitt</i>	49
<i>Εικόνα 8: Συμπτώματα ΠΜ</i>	50
<i>Εικόνα 9: Συμπτώματα Νευροπάθειας</i>	57

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΕ	Ευρωπαϊκή Επιτροπή
ΜΔΣ	Μυελοδυσπλαστικό Σύνδρομο
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΟΛ	Οζώδες λέμφωμα
ΟΛΛ	Οξεία Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία
ΟΜΛ	Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΜ	Πολλαπλό Μυέλωμα
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
ΤΚΕ	Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών
ΧΛΛ	Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία
ΧΜΛ	Χρόνια Μυελογενής Λευχαιμία
BL	Burkitt Lymphoma
CD	Cluster of Differentiation
CTCL	Coetaneous T cell Lymphoma
DLBCL	Diffuse Large B cell Lymphoma
EBV	Epstein Barr Virus
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
HD	Hodgkin Disease
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HL	Hodgkin Lymphoma
HRQOL	Health-Related Quality of Life
HSCT	Hematopoietic stem cell transplantation
LDH	Lactate Dehydrogenises (Γαλακτική Αφυδρογονάση)
MALT	Mucosa Associated Lymphoid Tissue
NHL	Non Hodgkin Lymphoma
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
QOL	Quality of Life
QLG	Quality of Life Group
WHO	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν το κυρίαρχο χαρακτηριστικό του σύγχρονου κόσμου στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα χρόνια νοσήματα και η ταυτόχρονη αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού (OECD, 2013) είναι μια μεγάλη πρόκληση για τα εθνικά συστήματα υγείας, καθιστώντας έτσι μια αναδιοργάνωσή τους απαραίτητη.

Στα χρόνια νοσήματα, συμπεριλαμβάνεται και ο καρκίνος, έχοντας μεγάλη επίπτωση και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (OECD, State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ υγείας 2017, 2017). Ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις χώρες της ΕΕ μετά τις καρδιαγγειακές νόσους. Η Ευρώπη υφίστανται μεγάλο βάρος από το καρκίνο και πολλοί πόροι δαπανώνται για την ανάπτυξη θεραπειών αλλά και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Ferlay et al, 2013). Έχει γίνει μεγάλη πρόοδος και αυτή αποτυπώνεται και σε πολλές μελέτες (Stickel, Goerling &, 2014; Osoba, 2011; Bottomley, 2002). Ο καρκίνος, αν και εξακολουθεί να αποτελεί μία απειλητική νόσο, όμως πλέον επιτυγχάνεται ίαση και επιβίωση σε μεγάλο ποσοστό (Wilson et al, 2015).

Παρά την μεγάλη πρόοδο της έρευνας και την ύπαρξη πολλών διαθέσιμων θεραπειών, οι παρενέργειες της νόσου και των θεραπειών συνεχίζουν να ταλαιπωρούν τους ασθενείς. Η κόπωση, ο πόνος, η ναυτία και ο έμετος, η δυσκοιλιότητα και η διάρροια, η νευροτοξικότητα και η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι μόνο κάποιες από τις ανεπιθύμητες ενέργειες που υπομένουν οι ασθενείς και μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους.

Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποιο είδος αιματολογικού καρκίνου παρουσιάζουν πληθώρα σωματικών και ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων. Συχνές παρενέργειες είναι η αναιμία, η θρομβοπενία, οι συχνές λοιμώξεις, η κόπωση και άλλα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παραμονή τους στο νοσοκομείο για μεγάλο χρονικό διάστημα για να λάβουν θεραπεία και υποστηρικτική αγωγή για την ύφεση των συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος, η ναυτία, η κόπωση, κ.ά., τα οποία επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) τους (Ludwig et al, 2014; Καλλία, 2018).

Έτσι σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ΠΖ αλλά και των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων σε νοσηλευόμενους ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια σε δύο γενικά νοσοκομεία του Ηρακλείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 ΕΝΝΟΙΕΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993) «*ποιότητα ζωής ορίζεται η αντίληψη των ανθρώπων για τη θέση τους στη ζωή, σύμφωνα με τον πολιτισμό και το σύστημα αξιών στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους*». Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχέση του με τα σημαντικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του. Η ΠΖ των ασθενών με καρκίνο είναι ένα θέμα που απασχολεί ολόκληρη την ιατρική κοινότητα. Η ΠΖ για ένα άτομο με χρόνια ασθένεια, όπως ο καρκίνος είναι ένα ζήτημα ιδιαίτερης αξίας, διότι η νόσος και ιδιαίτερα η τοξικότητα των θεραπειών τους και τα σχετικά προβλήματα που προκαλούν στους ασθενείς λαμβάνουν ολοένα και μεγαλύτερη προσοχή (Goerling & Stickel, 2014).

Πολλές παράμετροι επηρεάζουν τις επιπτώσεις του καρκίνου και δεν μπορούν να προσδιοριστούν ποσοτικά με εργαστηριακές ή απεικονιστικές εξετάσεις. Ως εκ τούτου, μεταβλητές όπως η κοινωνική λειτουργικότητα, η αίσθηση της ευημερίας, η κόπωση ή η συνολική ΠΖ διαπιστώνονται με αυτοαναφορές των ασθενών (Stickel, Goerling &, 2014).

Διαφορετικοί όροι και ορισμοί περιστρέφονται γύρω από την μάλλον άπιαστη πολυδιάστατη έννοια της ΠΖ: η λειτουργικότητα του ασθενούς, η κατάσταση υγείας του, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) ή αποτελέσματα που αναφέρονται από τον ασθενή. Ωστόσο, δεν υπάρχει ένας καθολικός ορισμός (Leplege &, Hunt, 2017).

Η ΠΖ σχετίζεται με το άτομο. Εξαρτάται από τον παρόντα τρόπο ζωής, τις προηγούμενες εμπειρίες, τις μελλοντικές ελπίδες, τα όνειρα και τις φιλοδοξίες. Πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της ζωής και τις εμπειρίες στη ζωή και να λαμβάνει υπόψη τις ασθένειες και τη θεραπεία. Ένα άτομο έχει καλή ποιότητα, όταν οι εμπειρίες είναι σύμφωνες με τις ελπίδες. Το αντίθετο συμβαίνει όταν οι εμπειρίες του ατόμου δεν ταιριάζουν με τις ελπίδες που τρέφει. Η ποιότητα είναι εξαρτώμενη

από τον χρόνο και παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη διαφορά μεταξύ των ελπίδων ή των προσδοκιών του ατόμου και των εμπειριών του/της σε μια δεδομένη στιγμή (Calmann , 1984).

Ο Αριστοτέλης (384 - 322 π.Χ.), στο έργο του "Ηθικά Νικομάχεια", γράφει ανάμεσα στα άλλα ότι *«και το πλήθος και οι ευγενείς... αντιλαμβάνονται την έννοια της καλής ζωής ή του να είναι καλά πως είναι το ίδιο με το να είναι ευτυχισμένοι»*. Όμως αυτό που αποτελεί την ευδαιμονία είναι θέμα αντιπαράθεσης καθώς άλλοι λένε το ένα, κάποιοι άλλοι το άλλο, ενώ υπάρχει πιθανότητα ο ίδιος άνθρωπος να λέει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικές στιγμές: όταν είναι άρρωστος κάποιος σκέπτεται ότι η υγεία είναι η ευτυχία και όταν είναι φτωχός, ο πλούτος.

Το παραπάνω κείμενο ίσως αποτελεί την πρώτη αναφορά στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Σαν έννοια, η «ποιότητα ζωής» εμφανίζεται πολύ - πολύ αργότερα από την εποχή του Αριστοτέλη, είναι όμως σημαντικό το γεγονός πως ο μεγάλος αυτός φιλόσοφος διέκρινε ότι η ευδαιμονία ή αλλιώς η ευτυχία ή ευεξία είναι διαφορετική για κάθε άνθρωπο και ότι μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει (Δήμητσου, 2011).

Παράλληλα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αρκετοί επαγγελματίες υγείας ανέπτυξαν ορισμούς. Οι κυριότεροι είναι :

- «Η αντίληψη της ευεξίας του ατόμου που πηγάζει από την ικανοποίηση ή τη μη ικανοποίηση του από σημαντικές για αυτό διαστάσεις της ζωής του» (Ferrans et al, 1985)».
- «Η προσωπική αντίληψη των θετικών ή αρνητικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν τη ζωή» (Grant et al 1990)».
- «Η ικανοποίηση των ασθενών από το επίπεδο λειτουργικότητάς τους σε σύγκριση με εκείνο που αντιλαμβάνονται ως πιθανό ή ιδανικό» (Cella & Tulskey 1990)».
- «Μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει θετικές και αρνητικές αντιλήψεις της οργανικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και γνωστικής λειτουργικότητας καθώς και τις αρνητικές διαστάσεις της σωματικής αναπηρίας ή άλλων συμπτωμάτων της νόσου ή της θεραπείας» (Osoba 1994)».

Οι υπάρχοντες ορισμοί για την ποιότητα ζωής ταξινομούνται σε αυτούς που σχετίζονται με τη φυσιολογική ζωή, την ευτυχία και την ικανοποίηση, την επίτευξη των προσωπικών στόχων, το αίσθημα κοινωνικής χρησιμότητας ή την φυσική λειτουργικότητα. Από αυτές τις

κατηγορίες, η κατηγορία που την ορίζει σε σχέση με την ευτυχία και την ικανοποίηση, ταιριάζει στους στόχους της νοσηλευτικής επιστήμης (Ferrans, 1990). Όλοι οι ορισμοί της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις της ζωής οι οποίες επηρεάζουν την αντίληψη του «ευ ζην» την αίσθηση της ικανοποίησης και της ευτυχίας από τους ανθρώπους (Ferrans 1990; Farquhar 1995; Wood-Dauphinee, 1999).

Για την προσέγγιση της επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου, εντάσσεται η έννοια της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (Health Related Quality of Life, HRQOL) και η εκτίμηση της έχει σκοπό να απεικονίσει το πολυπαραγοντικό φορτίο του ασθενή εξαιτίας της κλινικής του κατάστασης. Η έννοια της περιθαλψής διευρύνεται για να συμπεριλάβει ταυτόχρονα και την διασφάλιση της ανθρώπινης ζωής αλλά και την εξασφάλιση του «ευ ζην» του ασθενούς (Adamakidou & Kalokerinou 2011).

Τελικά, η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια, και νοηματοδοτείται και προσδιορίζεται από το κάθε άτομο (Aaronson et al 1991, Aaronson 1991, Zhan 1992; Cella 1994; Rustoen et al 1999). Είναι επίσης μια δυναμική έννοια που υπόκεινται σε μεταβολές και διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με τις προσωπικές αξίες, αντιλήψεις, αντιδράσεις του ατόμου σε γεγονότα και στον βαθμό που προσαρμόζεται σε αυτά (Schipper 1985, Cella 1994).

1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η σωστή εκτίμηση της ποιότητας είναι δύσκολη. Ήδη πριν από 100 χρόνια υπήρχαν προσπάθειες να συμπεριληφθούν πτυχές της ΠΖ στη χρήση και την αξιολόγηση της ιατρικής θεραπείας. Τα μέσα πρώιμης αξιολόγησης της ΠΖ ασχολήθηκαν με τις φυσικές πτυχές της νόσου (Fayers & Bottomley, 2002). Το 1948, ο Αμερικανός ογκολόγος David A. Karnofsky ανέπτυξε έναν δείκτη που επιτρέπει στον γιατρό να κάνει μια εκτίμηση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς σε μια κλίμακα (Karnofsky.; Burchenal, 2014).

Μια άλλη αξιολογη αξιολόγηση της ΠΖ στην ογκολογία με βάση τους παρατηρητές αναπτύχθηκε από τον Spitzer. Ο γιατρός μπορεί να εκτιμήσει τη δραστηριότητα, την καθημερινή ζωή, την υγεία, την κοινωνική υποστήριξη και τη μελλοντική προοπτική του ασθενούς και να δημιουργήσει μια συνολική βαθμολογία. Ωστόσο, αυτή τη φορά η οικονομική μέθοδος έχει ένα σημαντικό μειονέκτημα: είναι ανοιχτή σε διαφορετικές ερμηνείες (Spitzer et al, 1981). Αργότερα, οι προσδοκίες των ασθενών, οι αντιλήψεις, καθώς και οι αξίες που έλαβαν αυξανόμενη προσοχή και οι συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές προστέθηκαν στις αξιολογήσεις.

Σήμερα, οι αυτοαναφορές θεωρούνται πιο κατάλληλες από τις αξιολογήσεις παρατηρητών της ΠΖ. Τα ερωτηματολόγια πρέπει να είναι σύντομα αλλά παράλληλα και ευαίσθητα. Θα πρέπει να επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ ασθενειών αλλά και να αξιολογούν τη συγκεκριμένη φύση μιας συγκεκριμένης ασθένειας. Τέλος, πρέπει να είναι αξιόπιστα και έγκυρα.

Από το 1964, μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής που αξιολογούν τις ανάγκες και την ΠΖ υγιών ατόμων στοχεύουν στην επίλυση μακροπρόθεσμων ελλειμμάτων. Το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου επιβεβαιώνει ότι όλες οι κλινικές δοκιμές θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ΠΖ ως μέτρο αποτελεσμάτων από το 1991. Στην προσπάθεια βελτίωσης της έρευνας για την ΠΖ, πολλά ιδρύματα δημιούργησαν ομάδες για να δώσουν συμβουλές για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την ανάλυση των μελετών, όπως η Ομάδα ΠΖ (QLG) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC) που ιδρύθηκε το 1980 (Fayers & Bottomley, 2002).

Ένα από τα κύρια επιτεύγματα της ομάδας είναι η ανάπτυξη και η συνεχής βελτίωση του ερωτηματολογίου για την ΠΖ, EORTC-QLQ-C30. Το βασικό αυτό μέτρο περιλαμβάνει μια παγκόσμια κλίμακα υγείας/κλίμακα ΠΖ, λειτουργικές κλίμακες, κλίμακες συμπτωμάτων και πολλές μεμονωμένες ερωτήσεις σχετικά με τα συχνά αναφερόμενα συμπτώματα και τις οικονομικές ανησυχίες (βλ. Πίνακα 1).

The EORTC core questionnaire

	Αριθμός ερωτήσεων
Παγκόσμια κατάσταση υγείας	2
Λειτουργικές κλίμακες	
Φυσική λειτουργικότητα	5
Λειτουργία ρόλου	2
Συναισθηματική λειτουργία	4
Κοινωνική λειτουργία	2
Γνωστική λειτουργία	2
Κλίμακες συμπτωμάτων	
Κούραση	3

Ναυτία και έμετος	2
Πόνος	2
Δύσπνοια	1
Αυπνία	1
Απώλεια όρεξης	1
Δυσκοιλιότητα	1
Διάρροια	1
Οικονομικές επιπτώσεις	1

Πίνακας 1: The EORTC core questionnaire

Το βασικό όργανο των 30 ερωτήσεων θα πρέπει να συμπληρώνεται από μονάδες ειδικά για μια θέση όγκου, τρόπο θεραπείας ή πρόσθετες διαστάσεις ΠΖ. Οι ενότητες QLQ-C30 και QLQ εφαρμόζονται διαπολιτισμικά, καθώς είναι διαθέσιμες σε πολλές διαφορετικές γλώσσες και είναι τα πιο εκτεταμένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται σε κλινικές δοκιμές στην Ευρώπη (Fayers & Bottomley, 2002; Stickel, Goerling &, 2014).

Επίσης, χρησιμοποιείται και μια άλλη κλίμακα λειτουργικής αξιολόγησης της θεραπείας του καρκίνου. Η γενική του έκδοση, η FACT-General (FACT-G, Version 3) έχει 27 στοιχεία από τα οποία μπορούν να προκύψουν οι υποκλίμακες σωματικής, κοινωνικής, συναισθηματικής και λειτουργικής ευημερίας (Cella et al, , 2002; Cella et al, 1993) και τα οποία μπορούν να συνοψιστούν σε συνολική βαθμολογία. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ευρύ φάσμα ενότητων για διάφορους όγκους, θεραπείες ή συμπτώματα (Luckett et al., 2011).

Αυτά τα δύο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία διαφέρουν ως προς τη δομή κλίμακας, τους κοινωνικούς τομείς και τον τόνο. Οι ψυχομετρικές τους ιδιότητες είναι συγκρίσιμες και επομένως δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως κριτήριο στην επιλογή ενός από αυτά τα ερωτηματολόγια (Luckett & King , 2010; Stickel, Goerling &, 2014).

Οι θεραπείες διαφέρουν ως προς τον αντίκτυπό τους στην ΠΖ. Στην περίπτωση διαφόρων θεραπευτικών επιλογών που είχαν οι γιατροί η αποφυγή υποτροπής της νόσου θεωρούνταν ως ο μοναδικός στόχος. Και πάλι, η ΠΖ πρέπει να θεωρηθεί ως

σημαντική παράμετρος και πρέπει να συζητηθεί με τον ασθενή. Οι προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση, με διαγνωστικά εργαλεία τελευταίας τεχνολογίας και διάφορες θεραπείες παρατείνουν τον χρόνο επιβίωσης, αλλά ποιο είναι το τίμημα που πρέπει να πληρώσει ο ασθενής;

Ποια από τις θεραπείες που προσφέρουν βελτιωμένο προσδόκιμο ζωής είναι ανώτερη, λαμβάνοντας υπόψη τον αντίκτυπό τους στην ΠΖ; Είναι μια θεραπεία, η οποία είναι λιγότερο αποτελεσματική αλλά και λιγότερο επιζήμια για την ΠΖ και επομένως είναι προτιμότερη από μια επιθετική θεραπεία; Οι ίδιες σκέψεις ισχύουν για τις επιλογές παρηγορητικής θεραπείας. Χρειάζεται ένα άτομο μια θεραπεία μόνο για να αντέξει την επιβίωση 8 εβδομάδες περισσότερο; Επομένως, η επιλογή των εργαλείων για την αξιολόγηση της ΠΖ θα πρέπει επίσης να καθορίζεται από την επιλογή θεραπείας. Για παράδειγμα, αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο ειδικά για ασθενείς για τον εντοπισμό της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο, η οποία μπορεί να εμφανιστεί ως παρενέργεια αλλά και ως μακροπρόθεσμη συνέπεια της αντικαρκινικής θεραπείας (Weis et al, 2013; Stickel, Goerling &, 2014).

1.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πολλές μελέτες συμφωνούν ότι οι ασθενείς με κακοήγη αιματολογικά νοσήματα αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στη καθημερινότητα τους, τις κοινωνικές συναναστροφές αλλά και την ψυχική ισορροπία τους (Allart-Vorelli et al, 2015). Η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία, η χειρουργική επέμβαση αλλά και οι συχνές νοσηλείες και μεταγγίσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Η καθημερινότητα τους μεταβάλλεται και η λειτουργικότητα τους μειώνεται ως απόρροια τόσο της ίδιας της φύσης της ασθένειας όσο και της θεραπείας και των παρενεργειών αυτής (Κοσμάογλου, 2018).

Η κόπωση (που αναφέρεται στην έλλειψη ζωτικότητας και ενέργειας) αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα συμπτώματα που βιώνουν οι ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο, καθώς έχει βρεθεί πως στο 55% των αιματολογικών ασθενών αποτελεί το βασικό σύμπτωμα μαζί με την αϋπνία (Johnsen et al, 2009).

Έρευνες έχουν δείξει πως η εμφάνιση ή η ένταση εμφάνισης των διαφόρων συμπτωμάτων σχετίζεται τόσο με τον τύπο του καρκίνου από τον οποίο πάσχουν οι ασθενείς όσο και με βιολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Johnsen και τους συνεργάτες του (2009), ο πόνος αναφέρεται συχνά ως σύμπτωμα, κυρίως από τους

ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από λευχαιμία ή λέμφωμα. Παράλληλα, οι διαταραχές ύπνου εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στην οξεία λευχαιμία και σε πολύ κακοήθη λεμφώματα (Persson et al, 2001), ενώ οι διαταραχές πέψης σε ασθενείς με οξεία λευχαιμία, οι οποίοι παρουσιάζουν κυρίως συμπτώματα όπως η απώλεια όρεξης, η ναυτία και ο έμετος (Zittoun et al, 1999). Ασθενείς με ΠΜ έχουν υψηλό φορτίο συμπτωμάτων, όπως είναι ο πόνος η κόπωση, το άγχος και η χαμηλή ποιότητα ζωής σε όλα τα στάδια της νόσου (Ramsenthaler et al, 2016).

Σύμφωνα με μία μελέτη οι ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο ταυτίζουν τη ποιότητα ζωής τους με τη συνολική υγεία (Βλαχοδήμου, 2018). Τα κυριότερα συμπτώματα που βιώνουν είναι η κόπωση, ο πόνος και η ανορεξία. Οι μεγαλύτερες επιπτώσεις της ασθένειας είναι η δυσκολία στην εκτέλεση των φυσικών τους λειτουργιών, όπως επίσης και οι επιπτώσεις στο κοινωνικό και οικονομικό τομέα.

Σύμφωνα με τη πρόσφατη μελέτη της Parathanassiou και συν (2020), η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από αιματολογική κακοήθεια και βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία επηρεάζεται κυρίως από την ψυχολογική επιβάρυνση την οποία υφίστανται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (Parathanasiou et al, 2020). Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής (Johnsen et al, 2009). Η παρατηρούμενη κακή ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών υφίσταται ανεξάρτητα από τον τύπο και το στάδιο της νόσου και το είδος της θεραπείας. Υπάρχουν υποστηρικτικά και φυσικά προγράμματα που μπορούν να βοηθήσουν (Allart-Vorelli et al, 2015).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αποτελεί χρήσιμο δείκτη τόσο για την επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης για τον κάθε ασθενή όσο και την προσαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν.. Η έγκαιρη και σωστή παρέμβαση μειώνει την παρατεταμένη παραμονή των ασθενών με καρκίνο στο νοσοκομείο και τις αρνητικές επιπτώσεις που προκύπτουν στην ποιότητα ζωής τους (Φιλαλήθης & Κωνσταντινίδης, 2014).

Από όλα τα παραπάνω διαφαίνεται πόσο σημαντική είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης για τον σχεδιασμό του κατάλληλου πλάνου νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο την ύφεση αυτών των συμπτωμάτων και την συνολική ευημερία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι διαθέσιμες θεραπείες είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία . Συνδυασμός διάφορων θεραπειών απαιτείται ανάλογα με την εντόπιση και το στάδιο του καρκίνου.

2.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση με χειρουργείο για να αφαιρεθεί ο κακοήθης όγκος ή και να αφαιρεθεί ολόκληρο το όργανο που νοσεί , πραγματοποιείται όταν ο όγκος είναι προσβάσιμος χειρουργικά και όταν το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενή. Εφόσον ο όγκος έχει εξαπλωθεί , δύναται να γίνει και χειρουργική εξαίρεση μεμονωμένων μεταστάσεων.

Η επίδραση των χειρουργικών προσεγγίσεων στην ΠΖ έχει εξεταστεί στο πλαίσιο διαφορετικών οντοτήτων. Οι παρεμβάσεις που αλλάζουν την εικόνα του σώματος παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

2.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χορήγηση κυτταροτοξικών χημικών ουσιών, δηλαδή χημικών ουσιών με ιδιότητες θανάτωσης κυττάρων, με στόχο, σε ορισμένες περιπτώσεις, την εκρίζωση του όγκου ή την μείωση του φορτίου του όγκου και, ως εκ τούτου, να μειώσει τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον όγκο και ίσως παρατείνουν τη ζωή. Τα κυτταροτοξικά φάρμακα χορηγούνται κυρίως μέσω της ενδοφλέβιας οδού. Αυτός έχει αποδειχθεί ότι είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για τη διασφάλιση της έκθεσης του όγκου στα κυτταροτοξικά φάρμακα, αλλά η από του στόματος χορήγηση είναι μια εναλλακτική λύση για ορισμένα φάρμακα. Στην περίπτωση όγκων που περιορίζονται σε μια ανατομική περιοχή, μερικές φορές κυτταροτοξικά φάρμακα χορηγούνται μόνο σε αυτήν την περιοχή, π.χ. η κοιλιακή κοιλότητα, το νωτιαίο υγρό ή μέσω αιμοφόρων αγγείων σε ένα άκρο. Με αυτόν τον τρόπο, η δόση που χρησιμοποιείται μπορεί να είναι μεγαλύτερη, με την ελπίδα να επιτευχθεί καλύτερο αντινεοπλασματικό αποτέλεσμα. Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δίνονται ως επί το πλείστον σε συγκεκριμένους συνδυασμούς δύο ή περισσότερων φαρμάκων με στόχο να αυξηθεί η πιθανότητα να υπερνικηθεί η αντίσταση των

καρκινικών κυττάρων, να εξασφαλιστεί η δράση του σχήματος έναντι διαφορετικών κλώνων καρκινικών κυττάρων και να αποφευχθεί η έντονη τοξικότητα από τους φυσιολογικούς ιστούς. Η επιλογή ενός χημειοθεραπευτικού σχήματος για ένα μεμονωμένο ασθενή έχει μέχρι στιγμής βασιστεί στην ιστολογία του όγκου και σε δεδομένα από κλινικές δοκιμές, υποδεικνύοντας ποια θεραπευτική επιλογή είναι η καλύτερη για τον μέσο ασθενή. Σύμφωνα με αυτή την έννοια, η ανταπόκριση της θεραπείας του ασθενούς μπορεί να προσδιοριστεί μόνο μετά από όταν έχουν επιχειρηθεί ορισμένοι κύκλοι χημειοθεραπείας. Έτσι, ο ασθενής με συχνά σύντομο αναμενόμενο χρόνο επιβίωσης έχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών παρενεργειών, που οδηγεί σε μείωση της ποιότητας ζωής πριν από ένα πιθανό κέρδος από τη θεραπεία μπορεί να αξιολογηθεί. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004).

Οι παρενέργειες και τα μακροπρόθεσμα επακόλουθα της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας παραμένουν βασική πηγή ανησυχίας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους κλινικούς παρά την βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και την ενισχυμένη επιβίωση που προσφέρουν οι σύγχρονες θεραπείες. Τα τρέχοντα φάρμακα ή άλλες προσεγγίσεις για την εξουδετέρωση των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία είναι συχνά ατελώς αποτελεσματικά, συχνά δεν αντιμετωπίζουν πιθανά μακροπρόθεσμα επακόλουθα ή μπορεί ακόμη και να προκαλέσουν άλλες παρενέργειες που προσθέτουν μόνο στη δυσφορία του ασθενούς. Οι παρενέργειες που δύναται να εμφανιστούν επηρεάζουν πρωτίστως τα όργανα ή τα συστήματα που αποτελούνται από κύτταρα που πολλαπλασιάζονται ενεργά (γαστρεντερικός σωλήνας, μυελός των οστών, τριχωτό της κεφαλής). Χαρακτηριστικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας είναι η αναιμία, η λευκοπενία, η θρομβοπενία, η μυκητησιακή στοματίτιδα, η ναυτία, η ανορεξία, η κόπωση, η νευροτοξικότητα. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004).

Μελέτες για την ΠΖ κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας με θεραπευτικό στόχο αντιμετωπίζουν τη ναυτία, τον έμετο και την κόπωση, μεταξύ άλλων πτυχών. Ο αρνητικός αντίκτυπος της ναυτίας και του εμέτου που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία παρά την αντιεμετική θεραπεία θα μπορούσε να αποδειχθεί σε μια πολυκεντρική μελέτη σε διάφορες ογκολογικές οντότητες (Fernández-Ortega et al, 2012). Η χημειοθεραπεία σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού βρέθηκε να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη γνώση και την κόπωση (De Ruiter et al, 2011). Μια άλλη μελέτη που συνέκρινε νεότερους και μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες με οξεία

μυελογενή λευχαιμία που λάμβαναν εντατική χημειοθεραπεία έδειξε μειωμένη ΠΖ και φυσική λειτουργία. Ωστόσο, η ηλικία των ασθενών δεν είχε καμία επίδραση στην ποιότητα ζωής (Mohamedali et al, 2012).

Διάφορες μελέτες μπορούν να βρεθούν στη βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση της θεραπείας στην ΠΖ σε συστηματικούς καρκίνους στην παιδική ηλικία, επιτρέποντας μια εκτεταμένη περίοδο παρακολούθησης (Kanellopoulos et al, 2013). Δοκιμές φαρμάκων συχνά διερευνούν την ΠΖ σε διάφορα σημεία της θεραπείας. Έτσι, δεδομένου του ίδιου συνολικού ποσοστού επιβίωσης, οι θεραπευτικές αποφάσεις μπορούν να ληφθούν σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων της ΠΖ.

Το ζήτημα της χρήσης χημειοθεραπείας σε παρηγορητικές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα δύσκολο. Μελέτες έχουν καταδείξει την προθυμία των ασθενών να δεχτούν παρενέργειες, ενώ ταυτόχρονα ανακουφίζονται από τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ασθένεια (Archer et al, 1999; Stickel, Goerling &, 2014).

2.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοβολία είναι ένας φυσικός παράγοντας, ο οποίος χρησιμοποιείται για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται ονομάζεται ιονίζουσα ακτινοβολία επειδή σχηματίζει ιόντα (ηλεκτρικά φορτισμένα σωματίδια) και εναποθέτει ενέργεια στα κύτταρα των ιστών από τους οποίους διέρχεται. Αυτή η εναποτιθέμενη ενέργεια μπορεί να σκοτώσει καρκινικά κύτταρα ή να προκαλέσει γενετικές αλλαγές με αποτέλεσμα τον θάνατο των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοβολία υψηλής ενέργειας βλάπτει το γενετικό υλικό των κυττάρων και έτσι εμποδίζει την ικανότητά τους να διαιρούνται και να πολλαπλασιάζονται περαιτέρω. Αν και η ακτινοβολία βλάπτει τόσο τα φυσιολογικά όσο και τα καρκινικά κύτταρα, ο στόχος της ακτινοθεραπείας είναι να μεγιστοποιήσει τη δόση ακτινοβολίας σε μη φυσιολογικά καρκινικά κύτταρα, ενώ ελαχιστοποιείται η έκθεση σε φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία βρίσκονται δίπλα στα καρκινικά κύτταρα ή στη διαδρομή της ακτινοβολίας. Τα φυσιολογικά κύτταρα συνήθως μπορούν να επισκευαστούν με ταχύτερο ρυθμό και να διατηρήσουν την κατάσταση της κανονικής λειτουργίας τους από τα καρκινικά κύτταρα. Τα καρκινικά κύτταρα γενικά δεν είναι τόσο αποτελεσματικά όσο τα φυσιολογικά κύτταρα στην αποκατάσταση της βλάβης

που προκαλείται από τη θεραπεία με ακτινοβολία με αποτέλεσμα τη διαφορική θανάτωση των καρκινικών κυττάρων. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2007).

Η ακτινοβολία μπορεί να χορηγηθεί με σκοπό τη θεραπεία καθώς και να χρησιμοποιηθεί ως πολύ αποτελεσματικός τρόπος για την ανακούφιση των ασθενών από συμπτώματα που προκαλούνται από τον καρκίνο (πχ συμπίεση νωτιαίου μυελού, σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας). Περαιτέρω ενδείξεις ακτινοθεραπείας περιλαμβάνουν στρατηγικές συνδυασμού με άλλες μεθόδους θεραπείας όπως η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία ή η ανοσοθεραπεία. Εάν χρησιμοποιηθεί πριν από τη χειρουργική επέμβαση (νέο-επικουρική θεραπεία), η ακτινοβολία θα έχει ως στόχο τη συρρίκνωση του όγκου. Εάν χρησιμοποιηθεί μετά από χειρουργική επέμβαση (επικουρική θεραπεία), η ακτινοβολία θα καταστρέψει μικροσκοπικά κύτταρα όγκου που μπορεί να έχουν μείνει πίσω. Είναι γνωστό ότι οι όγκοι διαφέρουν ως προς την ευαισθησία τους στην ακτινοθεραπεία. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2007).

Υπάρχουν δύο τρόποι για την παροχή ακτινοβολίας στη θέση του καρκίνου. Η εξωτερική ακτινοβολία μεταδίδεται από το εξωτερικό του σώματος στοχεύοντας ακτίνες υψηλής ενέργειας (φωτόνια, πρωτόνια ή σωματιδιακή ακτινοβολία) στη θέση του όγκου. Αυτή είναι η πιο κοινή προσέγγιση στο κλινικό περιβάλλον. Η εσωτερική ακτινοβολία ή η βραχυθεραπεία χορηγείται από το εσωτερικό του σώματος από ραδιενεργές πηγές, σφραγισμένες σε καθετήρες ή σπόρους απευθείας στο σημείο του όγκου. Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα στη συνήθη θεραπεία γυναικολογικών κακοηθειών και κακοηθειών του προστάτη, καθώς και σε καταστάσεις όπου ενδείκνυται επανάληψη θεραπείας, με βάση τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2007).

Η ακτινοθεραπεία, όπως οι περισσότερες αντικαρκινικές θεραπείες, επιτυγχάνει το θεραπευτικό της αποτέλεσμα προκαλώντας διαφορετικούς τύπους κυτταρικού θανάτου. Η ακτινοθεραπεία δεν σκοτώνει τα καρκινικά κύτταρα αμέσως. Χρειάζονται ώρες, ημέρες ή εβδομάδες θεραπείας πριν αρχίσουν να πεθαίνουν τα καρκινικά κύτταρα, μετά την οποία τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να πεθαίνουν για εβδομάδες έως μήνες μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Η ακτινοβολία παραμένει μια σημαντική μέθοδος για τη θεραπεία του καρκίνου με συνεχείς προσπάθειες για το σχεδιασμό νέων μεθόδων και τεχνικών θεραπείας με ακτινοβολία που συνεχίζουν να βελτιώνουν την επιβίωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Με τα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου, η

ελαχιστοποίηση των τοξικοτήτων που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία έχει επίσης γίνει προτεραιότητα. (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2007).

Συχνές παρενέργειες αποτελούν η κόπωση, η ακτινική δερματίτιδα και ανάλογα με την περιοχή ακτινοβολήσης, η ακτινική εντερίτιδα, η αλωπεκία και η μυελοτοξικότητα. Η κόπωση είναι μια από τις πιο συχνές παρενέργειες και όψιμες συνέπειες της ακτινοθεραπείας. Η έρευνα δείχνει ότι έως και το 80% των ασθενών υποφέρουν από κόπωση κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία (Jereczek-Fossa BA et al., 2002).

2.4 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει αποδειχθεί πως ο ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος είναι εξαιρετικά σημαντικός στον έλεγχο και στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Οι πολυετείς έρευνες, έχουν φέρει ήδη θεραπευτικά αποτελέσματα, τα οποία αποτελούν πλέον εγκαθιδρυμένη κλινική πρακτική. Τα μονοκλωνικά αντισώματα και οι κυτοκίνες είναι στην πρώτη γραμμή των θεραπευτικών επιλογών, ενώ παράλληλα έχουν προχωρήσει αρκετά και άλλες κλινικές μελέτες που σχετίζονται με μορφές παθητικής και ενεργητικής ανοσοθεραπείας. Ο καρκίνος, ο οποίος όπως έχει αποδειχθεί είναι και αντιγονικός και ανοσογονικός, μπορεί να αναγνωριστεί από το ανοσοβιολογικό σύστημα, να προκαλέσει ανοσοβιολογική απάντηση, για αυτό και υπόκειται σε ανοσοεπιτήρηση. Η ιδιότητα αυτή του καρκίνου, είναι η βάση της ανοσοθεραπείας, δηλαδή, της χρήσης του ανοσοβιολογικού συστήματος για τον περιορισμό ή την εξάλειψη και τον έλεγχο του καρκίνου (Παπαγεωργίου & Καραγεώργου, 2018).

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελεί το σύνολο των αντιδράσεων του οργανισμού που πραγματοποιούνται, ώστε να αντιμετωπίζει την είσοδο ξένων ουσιών και να επιτηρεί και να απομακρύνει τα κύτταρα που έχουν μεταλλαχθεί. Η ανοσία διακρίνεται σε μη ειδική και ειδική. Η ανοσοθεραπεία μέσω της ειδικής ανοσίας, χρησιμοποιώντας μονοκλωνικά αντισώματα, ενεργοποιεί τα Τ-κύτταρα, είτε σε επίπεδο λέμφου, μέσω του μονοπατιού CTL-4, είτε απευθείας στο περιβάλλον του κυττάρου, μέσω των μονοπατιών PDL-1 & 2. Τα φάρμακα της ανοσοθεραπείας συνδέονται περισσότερο με ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με αυξημένη ή συνεχή δράση του ανοσοποιητικού συστήματος (πνευμονίτιδα, κολίτιδα, φλεγμονή

στομάχου, φλεγμονή θυρεοειδούς αδένου, φλεγμονή ήπατος, φλεγμονή δακτυλίου του πρωκτού κ.ά.). Κάποιες παρενέργειες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και άλλες μπορεί να αρχίσουν αρκετό καιρό μετά το τέλος αυτής. Οι περισσότερες από αυτές υποχωρούν ύστερα από την έναρξη κατάλληλης ιατρικής θεραπείας ή τη διακοπή χορήγησής τους. Μερικές από τις πιο συχνές, είναι η απώλεια όρεξης, η διάρροια, οι έμετοι, το αίσθημα αδιαθεσίας, το δερματικό εξάνθημα, ο κνησμός, το αίσθημα κόπωσης και η αντίδραση στο σημείο της έγχυσης (Παπαγεωργίου & Καραγεώργου, 2018).

2.5 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης ή ορμονοθεραπεία σημαίνει υποκατάσταση οιστρογόνων (ή ενώσεων που ασκούν οιστρογονικές επιδράσεις) και προγεστερόνη (ή ενώσεων που ασκούν προγεσταγόνο δράση) μετά τη διακοπή της κυκλικής παραγωγής ορμόνης των ωοθηκών. Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης γενικά ανακουφίζει από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και προστατεύει από την οστεοπόρωση και πιθανώς τη στεφανιαία νόσο, αλλά σε ασθενείς χωρίς καρκίνο του μαστού, μελέτες παρατήρησης υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. (Journe et al,2008)

Η ορμονοθεραπεία επίσης αναστέλλει την έκκριση ορμονών ή εμποδίζει τη δράση τους δυσκολεύοντας την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Εάν αποδεικνύεται εργαστηριακά ότι τα καρκινικά κύτταρα διαθέτουν θέσεις στις οποίες μπορούν να συνδεθούν οι ορμόνες, χρησιμοποιούνται κυρίως φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση για να μειωθεί η παραγωγή αυτών των ορμονών ή να ανασταλεί η δράση τους. Επίσης ορμονοθεραπεία δύναται να πραγματοποιηθεί με χρήση ορμονών ή αντι-ορμονών και με επεμβάσεις που οδηγούν σε ορμονικούς χειρισμούς (ωοθηκεκτομή ή ορχεκτομή)σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ή του προστάτη. (Journe et al,2008)

Παρενέργειες της είναι η λέπτυνση των οστών, η κόπωση και τα γαστρεντερικά προβλήματα . Πιθανότητα είναι και η ανάπτυξη δευτεροπαθούς όγκου, για αυτό οι ασθενείς υποβάλλονται σε τακτικούς προσυμπτωματικούς ελέγχους. (Journe et al, 2008)

2.6 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Η μεταμόσχευση μυελού των οστών ή μεταμόσχευση στελεχιαίων/αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (HSCT: Haematopoietic stem cell transplantation) είναι μέθοδος θεραπευτικού χειρισμού όλο και περισσότερων αιματολογικών νοσημάτων. Περιλαμβάνει τη χορήγηση υγιών αιμοποιητικών βλαστοκυττάρων σε ασθενείς με δυσλειτουργικό ή εξαντλημένο μυελό των οστών. Αυτό βοηθά στην αύξηση της λειτουργίας του μυελού των οστών και επιτρέπει, ανάλογα με τη νόσο που αντιμετωπίζεται, είτε να καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα είτε να δημιουργεί λειτουργικά κύτταρα που μπορούν να αντικαταστήσουν τα δυσλειτουργικά σε περιπτώσεις όπως σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας, αιμοσφαιρινοπάθειες και άλλες ασθένειες. Η HSCT διερευνήθηκε για πρώτη φορά σε ανθρώπους τη δεκαετία του 1950 και βασίστηκε σε μελέτες παρατήρησης σε μοντέλα ποντικών που έδειξαν ότι η έγχυση υγιών συστατικών του μυελού των οστών σε μυελοκατασταλμένο μυελό των οστών θα μπορούσε να προκαλέσει ανάκτηση της λειτουργίας του στον λήπτη. (Αγγελοπούλου, 2005).

Οι κατηγορίες της HSCT είναι η αλλογενής μεταμόσχευση και η αυτόλογη μεταμόσχευση. Στην αλλογενή τα κύτταρα προέρχονται από υγιή συμβατό δότη ενώ στην αυτόλογη τα κύτταρα προέρχονται από τον ίδιο τον ασθενή. Η πηγή του μοσχεύματος (τα στελεχιαία αιμοποιητικά κύτταρα) μπορεί να είναι ο μυελός των οστών, το περιφερικό αίμα ή ο ομφάλιος λώρος. Τα κύτταρα μεταγγίζονται ενδοφλέβια στον ασθενή. Έτσι, ο μυελός εγκαθίσταται μέσα στα οστά του λήπτη, όπου αντικαθιστά τον ανεπαρκή μυελό του και ο νέος μυελός αρχίζει να παράγει φυσιολογικά υγιή κύτταρα (Αγγελοπούλου, 2005).

Ενδείξεις αποτελούν κακοήθη νοσήματα:Πολλαπλό Μυέλωμα ,Hodgkin και Non-Hodgkin Λέμφωμα ,Οξεία μυελογενής λευχαιμία, Οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία Μυελοϊνώση, θρομβοκυττάρωση και αληθής πολυκυτταραιμία και συμπαγείς όγκοι (όγκοι γεννητικών κυττάρων, όγκοι όρχεων). Σε μη Κακοήθη Νοσήματα:απλαστική αναιμία, σύνδρομο σοβαρής συνδυασμένης ανοσολογικής ανεπάρκειας, θαλασσαιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, άλλες μη κακοήθεις ασθένειες (χρόνια κοκκιωματώδης νόσος, ανεπάρκεια προσκόλλησης λευκοκυττάρων, σύνδρομο Chediak-Higashi, σύνδρομο Kostman, διαταραχή Fanconi-Diamond enemia, αναιμία Black-Diamond.) Δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις για HSCT και υπάρχει ειδικός εξοπλισμός για τη συλλογή, τη συντήρηση και τη χορήγηση προϊόντων βλαστοκυττάρων.

Μια διεπαγγελματική ομαδική προσέγγιση αποτελεί βασικό πυλώνα για τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας συλλογής και έγχυσης προϊόντων βλαστοκυττάρων. Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- Προπαρασκευαστικό σχήμα
- Συλλογή αιμοποιητικών βλαστοκυττάρων
- Στιγμαιαία έγχυση ή κρυοσυντήρηση ακολουθούμενη από έγχυση

Οι επιπλοκές μπορούν να χωριστούν σε οξείες και χρόνιες. Πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η ηλικία του ασθενούς, η αρχική κατάσταση απόδοσης, η πηγή της μεταμόσχευσης βλαστοκυττάρων, ο τύπος και η ένταση του προπαρασκευαστικού σχήματος. Οι οξείες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν τις πρώτες 90 ημέρες και περιλαμβάνουν μυελοκαταστολή με ουδετεροπενία, αναιμία, θρομβοπενία, βλεννογονίτιδα, οξεία νόσο μοσχεύματος έναντι ξενιστή, gram-θετικές/gram-αρνητικές λοιμώξεις, HSV, CMV, Candida και Ασπέργιλλος. Οι χρόνιες επιπλοκές περιλαμβάνουν χρόνια GVHD και ιικές λοιμώξεις. (Αγγελοπούλου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ

Οι αιματολογικές κακοήθειες είναι νοσήματα του αιμοποιητικού ιστού δηλαδή του αίματος, του μυελού των οστών και του λεμφικού συστήματος. Αποτελούν περίπου το 9,5 % του συνόλου των καρκίνων (Wikipedia., 2021). Οι περισσότεροι τύποι των αιματολογικών κακοηθειών, παρά τη σπανιότητα τους, είναι απειλητικοί για τη ζωή (Leukemia & lymphoma society, 2021).

Κάθε 3 λεπτά ένας ασθενής διαγιγνώσκεται ότι πάσχει από κάποια αιματολογική κακοήθεια στην Αμερική, ενώ αρκετά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν γνωρίζει γι' αυτές τις σοβαρές και συχνά ανίατες ασθένειες. Υπάρχουν περίπου 140 διαφορετικοί τύποι αιματολογικών κακοηθειών, οι οποίοι ταξινομούνται σε τρεις κύριες ομάδες: τη λευχαιμία (κακοήθεια των λευκών αιμοσφαιρίων), το λέμφωμα (κακοήθεια των λεμφοκυττάρων και του λεμφικού συστήματος) και το πολλαπλό Μυέλωμα (κακοήθεια των πλασματοκυττάρων) (Leukemia & lymphoma society, 2021).

Στον ανεπτυγμένο κόσμο τα κακοήθη αιματολογικά νοσήματα αποτελούν την 4η σε συχνότητα κακοήθεια τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Το non-Hodgkin λέμφωμα (NHL), οι λευχαιμίες, τα μυελώματα, η νόσος του Hodgkin (Hodgkin disease - HD) ή αλλιώς λέμφωμα Hodgkin (HL) εμφανίζονται στο 9% των ανδρών και στο 7% των γυναικών που εμφανίζουν κάποιο είδος κακοήθειας. Με τη βοήθεια ενός συνδυασμού από διάφορες διαγνωστικές μεθόδους που περιλαμβάνουν ιστολογικές, κυτταρολογικές, ανοσοφαινοτυπικές και κυτταρογενετικές εξετάσεις, καθώς και τη συλλογή κλινικών στοιχείων και τη χρήση σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων, έχουν αναγνωριστεί πάνω από 60 υπο-τύποι αιματολογικών κακοηθειών, που διαφέρουν στις κλινικές τους εκδηλώσεις, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές απαιτήσεις (Δήμτσου, 2011).

3.2 ΕΙΔΗ ΣΥΧΝΟΤΕΡΩΝ ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

3.2.1 ΛΕΥΧΑΙΜΙΕΣ

Η λευχαιμία είναι μια ομάδα καρκίνων του αίματος που συνήθως ξεκινούν από τον μυελό των οστών και καταλήγουν σε μεγάλους αριθμούς μη φυσιολογικών αιμοσφαιρίων. Αυτά τα λευκά αιμοσφαίρια δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως και ονομάζονται βλάστες ή λευχαιμικά κύτταρα. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αιμορραγία και μώλωπες, πόνο στα οστά, κόπωση, πυρετό και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται λόγω έλλειψης φυσιολογικών αιμοσφαιρίων. Η διάγνωση γίνεται συνήθως με εξετάσεις αίματος και βιοψία μυελού των οστών. Η ακριβής αιτία της λευχαιμίας είναι άγνωστη. Ένας συνδυασμός γενετικών παραγόντων και περιβαλλοντικών (μη κληρονομικών) παραγόντων πιστεύεται ότι παίζει ρόλο. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την ιονίζουσα ακτινοβολία, ορισμένες χημικές ουσίες (όπως το βενζόλιο), την προηγούμενη χημειοθεραπεία και το σύνδρομο Down. Τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό λευχαιμίας διατρέχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο. Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι λευχαιμίας: οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ), οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ), χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (ΧΛΛ) και χρόνια μυελογενής λευχαιμία (ΧΜΛ)—καθώς και ένας αριθμός λιγότερο κοινών τύπων. (Βικιπαίδεια, 2021).

Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, στοχευμένης θεραπείας και μεταμόσχευσης μυελού των οστών, επιπλέον της υποστηρικτικής φροντίδας. Ορισμένοι τύποι λευχαιμίας μπορούν να αντιμετωπιστούν με προσεκτική αναμονή (watch and wait). Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο της λευχαιμίας και την ηλικία του ατόμου. Τα αποτελέσματα έχουν βελτιωθεί στον ανεπτυγμένο κόσμο. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι 57% στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε παιδιά κάτω των 15 ετών, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι μεγαλύτερο από 60% ή και 90%, ανάλογα με τον τύπο της λευχαιμίας. Σε παιδιά με οξεία λευχαιμία που είναι απαλλαγμένα από καρκίνο μετά από πέντε χρόνια, ο καρκίνος είναι απίθανο να επιστρέψει. (Βικιπαίδεια, 2021).

Το 2015, η λευχαιμία ήταν παρούσα σε 2,3 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και προκάλεσε 353.500 θανάτους. Το 2012 αναπτύχθηκε πρόσφατα σε 352.000 άτομα. Είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου στα παιδιά, με τα τρία τέταρτα των περιπτώσεων λευχαιμίας στα παιδιά να είναι ο οξύς λεμφοβλαστικός τύπος. Ωστόσο, πάνω από το

90% όλων των λευχαιμιών διαγιγνώσκονται σε ενήλικες, με τη ΧΛΛ και την ΟΜΛ να είναι πιο συχνές στους ενήλικες. Εμφανίζεται πιο συχνά στον ανεπτυγμένο κόσμο. (Βικιπαίδεια, 2021).

3.2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΩΝ

Κλινικά και παθολογικά, η λευχαιμία υποδιαιρείται σε διαφορετικές ομάδες μεγάλου εύρους. Ο πρώτος διαχωρισμός αφορά την οξεία και τη χρόνια.

- Η οξεία λευχαιμία χαρακτηρίζεται από ταχεία αύξηση του αριθμού των ανώριμων λευκών αιμοσφαιρίων. Το πλήθος αυτών των κυττάρων καθιστά τον μυελό των οστών μη ικανό να παράγει υγιή λευκά αιμοσφαίρια. Στην οξεία λευχαιμία απαιτείται άμεση αντιμετώπιση, καθώς η γρήγορη αύξηση και συσσώρευση των κακοήθων κυττάρων, τα οποία εξέρχονται στην κυκλοφορία και εγκαθίστανται σε άλλες περιοχές και όργανα του σώματος. Οι οξείες μορφές εμφανίζονται συχνότερα στην παιδική ηλικία.
- Η χρόνια λευχαιμία χαρακτηρίζεται από την υπερβολική παραγωγή σχετικά ώριμων, αλλά μη φυσιολογικών, λευκών αιμοσφαιρίων. Χρειάζονται μήνες ή και χρόνια για να αναπτυχθεί, τα κύτταρα παράγονται περισσότερο από τα φυσιολογικά, έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών μη φυσιολογικών λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα. Ενώ η οξεία λευχαιμία απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, οι χρόνιες μορφές της ελέγχονται για κάποιο χρονικό διάστημα πριν αρχίσει να χορηγείται μεγάλη δόση θεραπείας. Η χρόνια λευχαιμία εμφανίζεται πιο συχνά σε ενήλικες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα.

Οι τύποι της λευχαιμίας υποδιαιρούνται επίσης σύμφωνα με το είδος λευκού αιμοσφαιρίου που επηρεάζεται. Έτσι διαχωρίζεται η λευχαιμία σε λεμφοβλαστική ή λεμφοκυτταρική λευχαιμία, και στη μυελοβλαστική ή μυελογενή λευχαιμία. Συνδυάζοντας αυτές τις 2 κατηγορίες προκύπτει ένα σύνολο από 4 κύριες κατηγορίες. Σε κάθε μία από αυτές τις κύριες ομάδες, υπάρχουν τυπικά αρκετές υποκατηγορίες (πίνακας 2) (Βικιπαίδεια, 2021; Σπύρου, 2009).

Πίνακας 2: Κύριοι τύποι λευχαιμίας

Κυτταρικός τύπος	Οξεία	Χρόνια
Λεμφοκυτταρική	Οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία (ΟΛΛ)	Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (ΧΛΛ)
Μυελογενής	Οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ)	Χρόνια μυελογενής λευχαιμία (ΧΜΛ)

3.2.3 ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΧΜΛ)

Η χρόνια μυελογενής λευχαιμία (ΧΜΛ), είναι ένας καρκίνος των λευκών αιμοσφαιρίων. Είναι μια μορφή λευχαιμίας που χαρακτηρίζεται από την αυξημένη και μη ρυθμισμένη ανάπτυξη των μυελοειδών κυττάρων στο μυελό των οστών και τη συσσώρευση αυτών των κυττάρων στο αίμα. Η ΧΜΛ είναι μια κλωνική διαταραχή των βλαστοκυττάρων του μυελού των οστών στην οποία εντοπίζεται πολλαπλασιασμός ώριμων κοκκιοκυττάρων (ουδετερόφιλα, ηωσινόφιλα και βασεόφιλα) και των προδρόμων τους. Είναι ένας τύπος μυελοπολλαπλασιαστικού νεοπλάσματος που σχετίζεται με μια χαρακτηριστική χρωμοσωμική μετατόπιση που ονομάζεται χρωμόσωμα Philadelphia. Η ΧΜΛ αντιμετωπίζεται σε μεγάλο βαθμό με στοχευμένα φάρμακα που ονομάζονται αναστολείς τυροσίνης-κινάσης που έχουν οδηγήσει σε δραματικά βελτιωμένα ποσοστά μακροπρόθεσμης επιβίωσης από το 2001. Αυτά τα φάρμακα έχουν φέρει επανάσταση στη θεραπεία αυτής της νόσου και επιτρέπουν στους περισσότερους ασθενείς να έχουν καλή ποιότητα ζωής σε σύγκριση στα πρώην φάρμακα χημειοθεραπείας. Στις δυτικές χώρες, η ΧΜΛ ευθύνεται για το 15-25% όλων των λευχαιμιών ενηλίκων και το 14% των λευχαιμιών συνολικά (συμπεριλαμβανομένου του παιδιατρικού πληθυσμού, όπου η ΧΜΛ είναι λιγότερο συχνή). Η ΧΜΛ ευθύνεται για το 8% όλων των λευχαιμιών στο Ηνωμένο Βασίλειο και περίπου 680 άτομα διαγνώστηκαν με τη νόσο το 2011. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία εκτιμά ότι το 2014, διαγνώστηκαν περίπου 5.980 νέες περιπτώσεις ΧΜΛ και περίπου 810 άνθρωποι πέθαναν από τη νόσο. Αυτό σημαίνει ότι λίγο πάνω από το 10% όλων των νεοδιαγνωσθέντων περιπτώσεων λευχαιμίας θα είναι ΧΜΛ. Ο μέσος κίνδυνος να νοσήσει ένα άτομο από αυτή την ασθένεια είναι 1 στους 588. Η ασθένεια είναι πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες και πιο συχνή στους λευκούς από τους Αφροαμερικανούς. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση

είναι τα 64 έτη και αυτή η ασθένεια σπάνια εμφανίζεται στα παιδιά. (Σπύρου, 2009; iatronet, 2018). Είναι σχετικά συχνότερη στους άνδρες, ενώ οι αιτίες για τη διαφορά αυτή είναι άγνωστες και εμφανίζεται σπανίως σε παιδιά (iatronet, 2018).

Στη χρόνια φάση ένας μικρός αριθμός ασθενών είναι ασυμπτωματικός. Το μεγαλύτερο (80%), όμως, ποσοστό εμφανίζει τα ακόλουθα συμπτώματα (Δήμτσου, 2011):

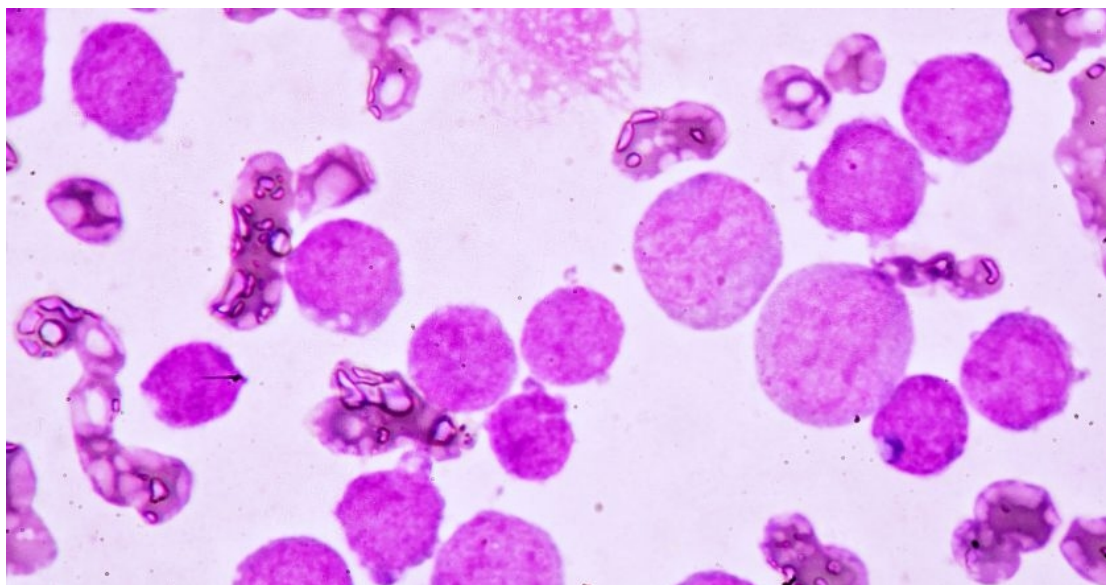
- Κόπωση
- Αδυναμία
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Πυρετός
- Ιδρώτες
- Βάρος κοιλίας
- Πόνος (εξαιτίας εμφράκτων του σπλήνα)
- Διόγκωση του σπλήνα
- Ηπατομεγαλία
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις λόγω διαταραχής των αιμοπεταλίων

Δυσμενείς παράγοντες πρόγνωσης αποτελούν (Δήμτσου, 2011) :

- Η ηλικία μεγαλύτερη των 50 χρόνων.
- Αυξημένος αριθμός βλαστών στο περιφερικό αίμα.
- Μεγάλη σπληνομεγαλία.
- Αυξημένος αριθμός αιμοπεταλίων, ηωσινόφιλων και βασεόφιλων κυττάρων.
- Ίνωση του μυελού των οστών.

Για τη θεραπεία χρησιμοποιούνται αναστολείς της τυροσινικής κινάσης, ιντερφερόνη - α, ο αλκυλιωτικός παράγοντας βουσουλφάνη, η υδροξυουρία και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει αλλογενής μεταμόσχευση του μυελού των οστών (Οικονομόπουλος, 2009; Δήμτσου, 2011).

3.2.4 ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΜΛ)



Εικόνα 1: Οξεία μυελογενής λευχαιμία

Η οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ) είναι ένας καρκίνος της μυελοειδούς σειράς των κυττάρων του αίματος, που χαρακτηρίζεται από την ταχεία ανάπτυξη μη φυσιολογικών κυττάρων που συσσωρεύονται στο μυελό των οστών και στο αίμα και παρεμβαίνουν στη φυσιολογική παραγωγή αιμοσφαιρίων. Περιστασιακά, μπορεί να συμβεί εξάπλωση στον εγκέφαλο, το δέρμα ή τα ούλα. Ως οξεία λευχαιμία, η ΟΜΛ εξελίσσεται ταχέως και είναι τυπικά θανατηφόρος εντός εβδομάδων ή μηνών εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία.

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την προηγούμενη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και την έκθεση στη χημική ουσία βενζόλιο. Ο υποκείμενος μηχανισμός περιλαμβάνει την αντικατάσταση του φυσιολογικού μυελού των οστών με κύτταρα λευχαιμίας, η οποία οδηγεί σε πτώση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων και των φυσιολογικών λευκών αιμοσφαιρίων. Η διάγνωση βασίζεται γενικά στην βιοψία μυελού των οστών και σε συγκεκριμένες εξετάσεις αίματος. Η ΟΜΛ έχει διάφορους υποτύπους για τους οποίους οι θεραπείες και τα αποτελέσματα μπορεί να διαφέρουν.

Η θεραπεία πρώτης γραμμής της ΟΜΛ είναι συνήθως η χημειοθεραπεία, με στόχο την πρόκληση ύφεσης. Οι άνθρωποι μπορεί να συνεχίσουν να λαμβάνουν πρόσθετη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή HSCT. Οι συγκεκριμένες γενετικές μεταλλάξεις

που υπάρχουν μέσα στα καρκινικά κύτταρα μπορεί να καθοδηγήσουν τη θεραπεία, καθώς και να καθορίσουν πόσο καιρό αυτό το άτομο είναι πιθανό να επιβιώσει.

Το 2015, η ΟΜΛ επηρέασε περίπου ένα εκατομμύριο ανθρώπους και είχε ως αποτέλεσμα 147.000 θανάτους παγκοσμίως. Εμφανίζεται συχνότερα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι περίπου 35% σε άτομα κάτω των 60 ετών και 10% σε άτομα άνω των 60 ετών. Οι ηλικιωμένοι των οποίων η υγεία είναι πολύ κακή για εντατική χημειοθεραπεία έχουν τυπική επιβίωση πέντε έως δέκα μηνών. Αντιπροσωπεύει περίπου το 1,1% όλων των περιπτώσεων καρκίνου και το 1,9% των θανάτων από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. (Wikipedia,2021) (Karyo, 2021).

Το 90% όλων των οξειών λευχαιμιών είναι ΟΜΛ. Για την εμφάνιση της ενοχοποιούνται (Σπύρου, 2009):

- Η κληρονομικότητα
- Η προϋπάρχουσα μυελοδυσπλασία
- Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία
- Χημικές και άλλες ουσίες
- Το κάπνισμα
- Φαρμακευτικές ουσίες.

Την τελευταία δεκαετία έχει σημειωθεί πρόοδος στη διάγνωση της ΟΜΛ και στη θεραπεία της. Η επιβίωση, όμως, ακόμα δεν έχει φθάσει σε επιθυμητά επίπεδα. Το ποσοστό των ασθενών < 65 χρ. που επιβιώνουν είναι μόνο 40%.

Τα συμπτώματα της ΟΜΛ ποικίλλουν και οφείλονται στη διήθηση του μυελού των οστών από τα κακοήθη κύτταρα (Δήμτσου, 2011).

Κλινικά σημεία και συμπτώματα της ΟΜΛ αποτελούν τα κάτωθι (Δήμτσου, 2011):

- Κόπωση
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις
- Λοιμώξεις
- Πυρετός εξαιτίας της μείωσης του αριθμού των ερυθρών κυττάρων, των αιμοπεταλίων και των λευκοκυττάρων αντίστοιχα
- Ωχρότητα του δέρματος
- Δύσπνοια μετά από προσπάθεια

- Ηπατομεγαλία
- Σπληνομεγαλία
- Λεμφαδενοπάθεια
- Δερματική νόσος
- Οστικός πόνος
- Συμπτώματα από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ)

Αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες στην ΟΜΛ είναι η ηλικία μεγαλύτερη των 60 χρόνων, η κακή φυσική κατάσταση πριν από την έναρξη της θεραπείας, ΟΜΛ που οφείλεται σε προηγηθείσα χημειοθεραπεία ή προϋπάρχουσα αιματολογική διαταραχή όπως είναι το Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο (ΜΔΣ), λευκά αιμοσφαίρια που είναι > 20.000/mm³ ή αυξημένα επίπεδα στον ορό της γαλακτικής δεϋδρογενάσης (LDH).

Δευτερογενής εμφάνιση ΟΜΛ μπορεί να προκύψει σε ασθενείς με αιματολογικές διαταραχές (π.χ. σοβαρή συγγενής ουδετεροπενία) ή κληρονομική νόσο (π.χ. σύνδρομο Bloom και αναιμία Fanconi), ή σε ασθενείς που έχουν ΜΔΣ για 3 τουλάχιστον μήνες, σε ασθενείς που έχουν εκτεθεί σε χημειοθεραπεία για κάποια άλλη κακοήθεια (Δήμτσου, 2011).

Στόχος της θεραπείας της ΟΜΛ είναι η επίτευξη ύφεσης αρχικά, δηλαδή βλάστες λιγότεροι από 5% στο μυελό και φυσιολογικές τιμές στα κύτταρα του αίματος, και κατόπιν η αποφυγή της υποτροπής. Η θεραπεία διακρίνεται σε 2 φάσεις, την φάση της εγκατάστασης της ύφεσης και τη φάση μετά την ύφεση.

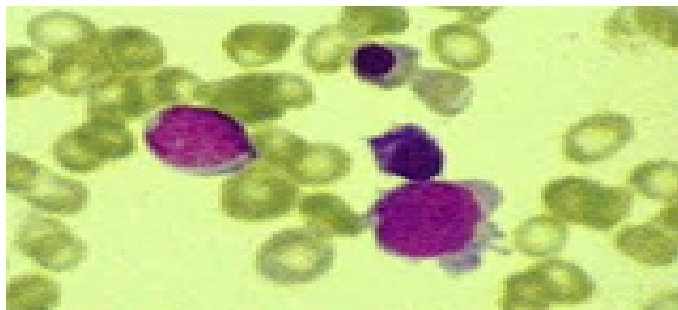
Στην 1η φάση, εδώ και πολλά χρόνια, χρησιμοποιούνται η ουσία νταουνορουμπικίνη και η κυταραμπίνη ενδοφλεβίως καθημερινά ή με συνεχή έγχυση για 7 με 10 ημέρες. Αντί για νταουνορουμπικίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ινταρουμπικίνη ή η μιτοξαντρόνη, που είναι πιο αποτελεσματικές σε νεότερους ασθενείς, αν και έχει αποδειχθεί ότι και οι δύο αυτές ουσίες οδηγούν σε παρατεταμένη κυτταροπενία.

Με τη χρήση αυτών των ουσιών ολική ύφεση αναμένεται στο 70-80% των ασθενών έως 60 χρόνων και στο 50% των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών (που αποτελούν τα 3/4 των ασθενών με ΟΜΛ). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρόσθεση ετοποσίδης στο συνδυασμό νταουνορουμπικίνης και κυταραμπίνης μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά ύφεσης.

Μόλις επιτευχθεί η ύφεση ακολουθεί η 2η φάση της θεραπείας, που είναι η πρόληψη της υποτροπής. Στους νεότερους σε ηλικία ασθενείς υπάρχει η επιλογή της

αλλογενούς μεταμόσχευσης μυελού των οστών ή η χημειοθεραπεία (Löwenberg et al, 1999; Δήμτσου, 2011).

3.2.5 ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΧΛΛ)



Εικόνα 2: Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία

Η χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία (ΧΛΛ) είναι ένας τύπος καρκίνου στον οποίο ο μυελός των οστών παράγει πάρα πολλά λεμφοκύτταρα. Τα αίτια που την προκαλούν είναι άγνωστα. Περίπου το 20% των ασθενών έχουν συγγενείς με την ίδια νόσο ή με άλλο νεόπλασμα του λεμφικού συστήματος. Η έκθεση σε ορισμένα εντομοκτόνα, η έκθεση στον ήλιο, η έκθεση στον ιό της ηπατίτιδας C και κοινές λοιμώξεις θεωρούνται επίσης παράγοντες κινδύνου. Η ΧΛΛ έχει ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση Β λεμφοκυττάρων κυττάρων στον μυελό των οστών, στους λεμφαδένες και στο αίμα. Αυτά τα κύτταρα δεν λειτουργούν ορθά και παραγκωνίζουν τα υγιή κύτταρα του αίματος. Η ΧΛΛ χωρίζεται σε δύο κύριους τύπους: σε αυτούς με μεταλλαγμένο γονίδιο IGHV (Ig heavy chain V-III region VH26) και σε αυτούς χωρίς. Η διάγνωση βασίζεται συνήθως σε εξετάσεις αίματος που εντοπίζουν μεγάλο αριθμό ώριμων λεμφοκυττάρων και λεμφοκυττάρων. Στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι διαγιγνώσκονται περισσότερα από 300 νέα περιστατικά το χρόνο (Roche.gr, 2019; Δήμτσου, 2011).

Πολλοί ασθενείς δεν έχουν κανένα σύμπτωμα, στην διάγνωση, η οποία γίνεται τυχαία, από εξετάσεις αίματος ρουτίνας όπου βρίσκεται τυχαία αυξημένος αριθμός λεμφοκυττάρων. Πολλοί ασθενείς δεν εμφανίζουν ποτέ κανένα σύμπτωμα, άλλοι παρουσιάζουν πρόοδο της νόσου, μετά από πολλά χρόνια νόσου σε ύφεση, αλλά και κάποιοι άλλοι εμφανίζουν συμπτώματα ήδη από τη φάση της διάγνωσης.

Η κλινική εικόνα της ΧΛΛ περιλαμβάνει (Δήμτσου, 2011; Roche.gr, 2019):

- Ασυμπτωματική λεμφαδενοπάθεια (δηλαδή διόγκωση των λεμφαδένων, σε λαιμό, μασχάλες, κοιλιά και βουβωνική χώρα, στο 65% των περιπτώσεων).
- Κόπωση.
- Πυρετός.
- Νυχτερινή εφίδρωση.
- Απώλεια βάρους.
- Συμπτώματα αναιμίας.
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις λόγω της θρομβοπενίας.
- Διόγκωση του σπλήνα (στο 30% των περιπτώσεων) και του ήπατος.
- Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις λόγω της υπογαμμασφαιριναιμίας.
- Αναιμία (που συνοδεύεται από αδυναμία, εύκολη κόπωση, δύσπνοια, ωχρότητα)
- Δερματικές εκδηλώσεις (κνησμός, έκζεμα).

Η ΧΛΛ, με το πέρασμα του χρόνου, μπορεί να εξελιχθεί σε νοσήματα με επιθετική συμπεριφορά και χειρότερη πρόγνωση, όπως είναι η προλεμφοκυτταρική μετατροπή και η εξέλιξη σε λέμφωμα υψηλής κακοήθειας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει επιδείνωση της κλινικής εικόνας με (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015):

- Εμφάνιση πυρετού ή άλλων συμπτωμάτων.
- Μεγάλη διόγκωση λεμφαδένων και ιδιαίτερα των ενδοκοιλιακών.
- Προσβολή εξωλεμφαδενικών περιοχών.
- Αύξηση της LDH.
- Ελάττωση του αριθμού των λεμφοκυττάρων.
- Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα.
- Οξείες μυελογενείς λευχαιμίες.

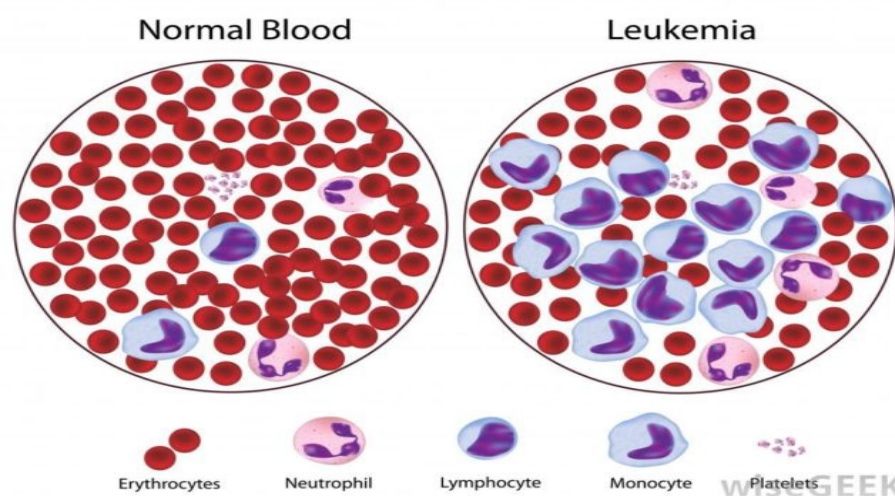
Κριτήρια για έναρξη θεραπείας είναι το προχωρημένο στάδιο νόσου, η ογκώδης λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία (με σημεία υπερσπληνισμού), επιδεινούμενη θρομβοπενία ή αναιμία, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία ή θρομβοπενία, προοδευτική αύξηση των λεμφοκυττάρων, η παρουσία συμπτωμάτων (απώλεια βάρους, ιδρώτες, πυρετός) και η ευαισθησία σε λοιμώξεις (Δήμητσου, 2011).

Ακτινοθεραπεία και χειρουργικές επεμβάσεις εφαρμόζονται μόνο σε πολύ ειδικές περιπτώσεις. Η θεραπεία της ΧΛΛ γίνεται με τη χορήγηση ουσιών όπως είναι (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015):

- Αλκυλιωτικοί παράγοντες που συνδυάζονται με τη χορήγηση κορτικοειδών σε ορισμένες περιπτώσεις.
- Φλονταραμπίνη, κλαδριβίνη, πεντοστατίνη
- Μονοκλωνικά αντισώματα.

Στους νεότερους ασθενείς η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (Οικονομόπουλος, 2009; Garcia - Escobar et al, 2011).

2.6 ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ (Η ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ) ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΛΛ)



Εικόνα 3: Οξεία λεμφογενής (ή λεμφοβλαστική) λευχαιμία

Η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ) είναι ένας καρκίνος της λεμφικής γραμμής των κυττάρων του αίματος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη μεγάλου αριθμού ανώριμων λεμφοκυττάρων. Ως οξεία λευχαιμία, εξελίσσεται ταχέως και είναι τυπικά θανατηφόρο μέσα σε εβδομάδες ή μήνες εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αιτία είναι άγνωστη. Οι γενετικοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να περιλαμβάνουν το σύνδρομο Down, το σύνδρομο Li-Fraumeni ή τη νευροϊνωμάτωση τύπου 1. Οι παράγοντες περιβαλλοντικού κινδύνου μπορεί να περιλαμβάνουν σημαντική έκθεση σε ακτινοβολία ή προηγούμενη χημειοθεραπεία. Ο υποκείμενος μηχανισμός περιλαμβάνει πολλαπλές γενετικές μεταλλάξεις που καταλήγουν σε ταχεία κυτταρική διαίρεση. Τα υπερβολικά ανώριμα λεμφοκύτταρα στον μυελό των οστών παρεμβαίνουν στην παραγωγή νέων ερυθρών αιμοσφαιρίων, λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Η διάγνωση βασίζεται συνήθως σε εξετάσεις αίματος και εξέταση μυελού των οστών. (Karyo.gr, 2021).

Επηρεάζει περίπου 876.000 άτομα παγκοσμίως (2015) και οδήγησε σε περίπου 111.000 θανάτους. Εμφανίζεται πιο συχνά σε παιδιά, ιδιαίτερα σε αυτά μεταξύ δύο και πέντε ετών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι η πιο κοινή αιτία καρκίνου και θανάτου από καρκίνο μεταξύ των παιδιών .Είναι αξιοσημείωτο ως ο πρώτος διαδεδομένος καρκίνος που θεραπεύτηκε. Η επιβίωση για τα παιδιά αυξήθηκε από λιγότερο από 10% τη δεκαετία του 1960 σε 90% το 2015. Τα ποσοστά επιβίωσης παραμένουν χαμηλότερα για τα μωρά (50%) και τους ενήλικες (35%). (Karyo.gr, 2021).

Η ΟΛΛ εκδηλώνεται με(Λουκόπουλος & Πολίτου,2015):

- Πυρετό.
- Αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων (ειδικά βακτηριδιακές λοιμώξεις όπως πνευμονία, εξαιτίας της ουδετεροπενίας.
- Δύσπνοια.
- Πόνο στο στήθος.
- Βήχα.
- Έμετο.
- Αλλαγές στη συνήθεια ούρησης ή αφόδευσης.
- Αυξημένο κίνδυνο αιμορραγιών εξαιτίας της θρομβοπενίας (πετέχειες, εκχυμώσεις, αιμορραγίες από τα διάφορα συστήματα) .
- Συμπτώματα αναιμίας (αδυναμία, καταβολή, εύκολη κόπωση, δύσπνοια στην προσπάθεια, ωχρότητα) .

Περίπου 6000 νέα περιστατικά αναφέρονται στις ΗΠΑ κάθε χρόνο. Η πλήρης ίαση της νόσου θεωρείται ρεαλιστικός στόχος και επιτυγχάνεται σε πάνω από 80% των παιδιών. Ωστόσο, μόλις ένα 20-40% των ενηλίκων θεραπεύεται. Ο όρος «οξεία» αναφέρεται στη σχετικά βραχεία διάρκεια της νόσου για να την διαχωρίσει από την εντελώς διαφορετική νόσο της χρόνιας λεμφογενούς λευχαιμίας (Karyo.gr, 2021; Δήμητρου, 2011).

Κατά τη διάγνωση, αλλά και στην πορεία της νόσου, είναι δυνατό να προσβληθεί το ΚΝΣ και να εμφανιστούν παρέσεις εγκεφαλικών συζυγιών, κεφαλαλγία, επιληπτικές κρίσεις.

Η θεραπεία χωρίζεται σε 4 φάσεις (Λουκόπουλος & Πολίτου,2015):

- 1) Θεραπεία εφόδου.
- 2) Θεραπεία εδραίωσης.
- 3) Θεραπεία συντήρησης.
- 4) Θεραπεία προφύλαξης του ΚΝΣ .

Η αλλογενής μεταμόσχευση στην ΟΛΛ των ενηλίκων είναι η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς πολύ υψηλού και υψηλού κινδύνου, αφού πρώτα υπάρξει πλήρης ύφεση της νόσου. Σε συγκεκριμένο τύπο ΟΛΛ θεωρείται ότι είναι η μόνη θεραπεία που μπορεί να οδηγήσει στην ίαση. Η αυτόλογη μεταμόσχευση στην ΟΛΛ των ενηλίκων, για θεραπευτικούς λόγους, δεν συνιστάται προς το παρόν (Οικονομόπουλος, 2009).

3.2.7 ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΜΔΣ)



Εικόνα 4: Υγιή και δυσπλαστικά ερυθρά αιμοσφαίρια.

Τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα (ΜΔΣ) είναι μια ομάδα ετερογενών διαταραχών που σχετίζονται με τη δυσλειτουργία του μυελού των οστών και μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο. Περιλαμβάνει διαταραχές όπου τα αιμοσφαίρια στον μυελό των οστών δεν ωριμάζουν και συνεπώς δεν γίνονται υγιή κύτταρα με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν αρκετά φυσιολογικά κύτταρα του αίματος στον οργανισμό. Το ΜΔΣ διαίρεείται σε διάφορες μορφές και ορισμένες είναι πιο επικίνδυνες από άλλες (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015).

Ο μυελός των οστών βρίσκεται στις εσωτερικές κοιλότητες των οστών και ο σκοπός του είναι να παράγει ώριμα κύτταρα αίματος από βλαστοκύτταρα. Είναι το εργοστάσιο παραγωγής των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των περισσότερων λευκών αιμοσφαιρίων. Όταν κάτι δεν πάει καλά με το μυελό των οστών, οι συνέπειες συχνά είναι σοβαρές. Με όλες τις μορφές του συνδρόμου, και καθώς αναπτύσσεται η κατάσταση, ο μυελός των οστών παράγει κακής ποιότητας (δυσπλαστικά) αιμοσφαίρια του αίματος. Τα δυσπλαστικά αιμοσφαίρια δεν ελευθερώνονται στο

αίμα και συμπιέζουν στο χώρο του μυελού των οστών τα υγιή αιμοσφαίρια, τα οποία με αυτόν τον τρόπο δεν καταφέρνουν να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος. Έτσι οι εξετάσεις αίματος δείχνουν χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίων (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015).

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του είναι ο συνδυασμός ενός υπερδραστήριου μυελού των οστών με ένα χαμηλό αριθμό αιμοκυττάρων. Το σύνδρομο μπορεί να είναι ήπιο και να ακολουθεί χρόνια, αργή εξέλιξη. Μερικοί τύποι είναι επιθετικοί και μπορεί να εξελιχθούν σε ΟΜΛ κάτι που μπορεί να συμβεί μέσα σε μήνες ή μερικά χρόνια αργότερα στο 30% των ασθενών. Παλιότερα χρησιμοποιούνταν όροι όπως προλευχαιμία, ολιγολευχαιμία, ανθεκτική αναιμία με περίσσεια βλαστών, σήμερα όμως η κλινική αυτή οντότητα περιγράφεται διεθνώς ως ΜΔΣ. Στους περισσότερους ασθενείς η νόσος εμφανίζεται πρωτογενώς. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις που εμφανίζεται μετά από χημειοθεραπεία, μόνη ή μαζί με ακτινοθεραπεία, και τότε η νόσος είναι πιο επιθετική. Έχει μέση ηλικία διάγνωσης τα 60-75 χρόνια (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015).

Για την εμφάνιση της νόσου ενοχοποιούνται παράγοντες όπως (Δήμητρου, 2011):

- Το βενζόλιο.
- Προηγούμενη χημειοθεραπεία για καρκίνο.
- Έκθεση σε ακτινοβολία.
- Κληρονομικές ασθένειες, όπως η αναιμία Fanconi.
- Έκθεση σε τοξικές χημικές ουσίες.
- Κάπνισμα.
- Παρασιτοκτόνα.
- Έκθεση σε βαρέα μέταλλα όπως ο μόλυβδος.

Μερικοί ασθενείς με ΜΔΣ είναι χωρίς συμπτώματα έχοντας μόνο μια ήπια αναιμία. Όμως μπορεί να εμφανίσουν συμπτωματική αναιμία (με ωχρότητα δέρματος, δύσπνοια, κόπωση, καταβολή δυνάμεων), λοιμώξεις, αιμορραγικές εκδηλώσεις, εφιδρώσεις, απώλεια βάρους, σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία, σύνδρομο Sweet με εκδηλώσεις από το δέρμα, σύνδρομο με συμμετοχή του υποθαλάμου που συνοδεύεται από πολυουρία και πολυδιψία (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015).

Περίπου 4/100.000 άτομα μπορεί να εμφανίσουν πολλαπλό μυέλωμα κάθε χρόνο. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι 70 χρόνια. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Δεν είναι κληρονομική πάθηση και δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να οφείλεται σε μολύνσεις. Η πρόγνωση εξαρτάται από τον τύπο των κυττάρων που επηρεάζονται και τις μεταλλάξεις που ευθύνονται. Το ποσοστό επιβίωσης μετά τη διάγνωση είναι, κατά μέσο όρο, τα 2,5 έτη.

Η θεραπεία του ΜΔΣ αποτελείται από υποστηρικτική αγωγή, δηλαδή χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων και μεταγγίσεις ερυθροκυττάρων και αιμοπεταλίων στην περίπτωση που υπάρχει συμπτωματική κυτταροπενία. Οι ασθενείς που μεταγγίζονται συχνά με ερυθρά πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία με σίδηρο. Σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου με αναιμία μπορεί να χορηγηθεί ερυθροποιητίνη. Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση παραγόντων που αναστέλλουν τη μεθυλίωση του DNA όπως είναι η αζασιτιδίνη και η ντεσιταμπίνη, με εντατική χημειοθεραπεία και με μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων ή μυελού των οστών εφόσον το επιτρέπει η ηλικία και η φυσική τους κατάσταση (Δήμτσου, 2011; Διαμαντίδης Μ., 2006).

3.2.8 ΛΕΜΦΩΜΑ HODGKIN (HL)

Το HL χαρακτηρίζεται από την ομαλή εξάπλωση της νόσου από μία ομάδα λεμφαδένων στην άλλη και από την ανάπτυξη συστηματικών συμπτωμάτων με προχωρημένη νόσο. Όταν τα κύτταρα εξετάζονται μικροσκοπικά, ανιχνεύονται τα χαρακτηριστικά πολυπύρηνια κύτταρα Reed-Sternberg που αποτελούν το χαρακτηριστικό ιστοπαθολογικό εύρημα (Δήμτσου, 2011).

Περίπου το 5% των περιπτώσεων έχουν οικογενή χαρακτήρα. Για την εμφάνιση της νόσου ενοχοποιείται ο ιός Epstein - Barr (EPV). Ο ιός HHV - 6 (Human Herpes Virus - 6) ίσως οδηγεί στη νόσο. Επίσης σε ασθενείς με HIV έχει παρατηρηθεί αυξημένος αριθμός περιστατικών HL.

Στους ασθενείς με HL εμφανίζονται ανώδυνες διογκώσεις λεμφαδένων, κυρίως πάνω από το διάφραγμα. Στο 70% των περιπτώσεων αφορούν στην αριστερή τραχηλική χώρα. Συχνή, επίσης, είναι η διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου.

Γενικά, οι ασθενείς με HL εμφανίζουν:

- Σπληνομεγαλία χωρίς να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου.
- Προσβολή του ήπατος.
- Ίκτερος.
- Ενδοηπατική χολόσταση ή απόφραξη των μεγάλων χοληφόρων σε προχωρημένα στάδια.
- Πυρετό (ιδιαίτερης μορφής).
- Απώλεια βάρους.
- Εφιδρώσεις.
- Γενικευμένο κνησμό.
- Πόνο στις προσβληθείσες περιοχές μετά από λήψη οινόπνεύματος.

Το κλασικό HL διακρίνεται σε 4 υποκατηγορίες:

- τύπος πλούσιος σε λεμφοκύτταρα
- οζώδης σκλήρυνση (που είναι κι ο πιο συχνός τύπος, με αρκετά καλή πρόγνωση)
- μικτής κυτταροβρίθειας τύπος
- λεμφοπενικός τύπος.

Σκοπός της θεραπείας είναι η ίαση, ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενή, τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο της νόσου. Κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι η ακτινοθεραπεία και η συνδυασμένη χημειοθεραπεία, δηλαδή η χορήγηση πολλών χημειοθεραπευτικών παραγόντων μαζί και σε καθορισμένη χρονολογική σειρά. Ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας έχει δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του (Δήμητσου, 2011; Οικονομόπουλος, 2009; Fermé et al., 2007).

3.2.9 ΜΗ - HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ (NON - HODGKIN'S LYMPHOMAS - NHL)

Τα NHL αποτελούν το 4% όλων των νεοπλασιών. Είναι ετερογενής ομάδα νόσων που προέρχονται από τους λεμφαδένες και τα λεμφικά στοιχεία άλλων ιστών. Το 85% των περιπτώσεων προέρχονται από νεοπλασία των Β λεμφοκυττάρων και το 15% από νεοπλασία των Τ λεμφοκυττάρων. Διακρίνονται σε επιθετικά και σε χαμηλής κακοήθειας λεμφώματα. Εμφανίζονται πιο συχνά σε ενήλικες άνδρες ηλικίας 20 - 40 χρόνων και είναι τα πιο συχνά κακοήθη νοσήματα. Στα παιδιά τα NHL αποτελούν το 10% των νεοπλασιών (novartis.gr., 2021; Δήμητσου, 2011).

Για την εμφάνιση των NHL έχουν ενοχοποιηθεί άμεσα ή έμμεσα ιοί, όπως ο EBV, HIV, HCV, όπως επίσης και βακτηριακές λοιμώξεις. Συγγενή σύνδρομα (π.χ. Klinefelter) που συνδυάζονται από ανοσοανεπάρκεια ή αυτοάνοσα νοσήματα (όπως είναι η θυρεοειδίτιδα Hashimoto, ο ερυθρηματώδης λύκος κ.α.) και οι προηγηθείσες χημειοθεραπείες ή η ακτινοβολία ίσως προκαλούν NHL (Λουκόπουλος & Πολίτου, 2015).

Τα πιο συνηθισμένα ευρήματα σε ασθενείς με NHL είναι η ανώδυνη διόγκωση λεμφαδένων (συνήθως στον τράχηλο), η ανορεξία, η απώλεια βάρους, οι έντονοι ιδρώτες, ο πυρετός, η κόπωση, η διόγκωση του σπλήνα ή/και του ήπατος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να βρεθεί αναιμία, λευκοκυττάρωση ή λευκοπενία, θρομβοπενία ή θρομβοκυττάρωση. Σε κάποιες περιπτώσεις, στο περιφερικό αίμα παρατηρείται εικόνα λευχαιμίας (Δήμτσου, 2011).

Κακοί προγνωστικοί παράγοντες στα NHL αποτελούν το προχωρημένο στάδιο της νόσου, η ηλικία > 60 χρόνων, η παθολογική τιμή LDH, η κακή φυσική κατάσταση, και περισσότερες της μίας εξωλεμφαδενικές εντοπίσεις της νόσου. Χαμηλού κινδύνου θεωρούνται ότι είναι οι ασθενείς που εμφανίζουν έναν από τους παραπάνω παράγοντες, χαμηλού ενδιάμεσου κινδύνου όσοι έχουν δύο παράγοντες, υψηλού ενδιάμεσου κινδύνου όταν έχουν τρεις παράγοντες και υψηλού κινδύνου όσοι παρουσιάζονται με τέσσερις ή πέντε παράγοντες (Δήμτσου, 2011).

3.2.10 ΔΙΑΧΥΤΟ ΛΕΜΦΩΜΑ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΑ Β - ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΑ (DIFFUSE LARGE B - CELL LYMPHOMA - DLBCL)

Είναι ο πιο συχνός τύπος επιθετικού λεμφώματος στα NHL και συναντιέται στο 35 - 40% του συνόλου αυτών. Στους ενήλικες αποτελεί το 25 - 30% των NHL. Οι ηλικίες που συνήθως προσβάλλονται είναι μεταξύ 60 και 70 χρόνων, κυρίως άνδρες. Εκδηλώνεται κυρίως με διόγκωση λεμφαδένων, αλλά και εξωλεμφαδενικές εντοπίσεις (όπως στο γαστρεντερικό) που δίνουν συμπτώματα ανάλογα με το όργανο που έχει προσβληθεί. Μπορεί να υπάρχει διήθηση του μυελού των οστών.

Στόχος της θεραπείας είναι η ίαση και για αυτό χορηγείται συνδυασμένη χημειοθεραπεία. Ακτινοθεραπεία, ταυτόχρονα με χημειοθεραπεία, πραγματοποιείται όταν υπάρχει ογκώδης ή υπολειμματική νόσος. Όταν υπάρχει μεγάλος κίνδυνος προσβολής του ΚΝΣ, ή έχει προσβληθεί ήδη το ΚΝΣ, γίνονται ενδορραχιαίες

εγχύσεις φαρμάκων. Ασθενείς με ανθεκτική νόσο έχουν κακή πρόγνωση. Σ' αυτούς μπορεί να χορηγηθεί θεραπεία διάσωσης (Δήμτσου, 2011).

3.2.11 ΟΖΩΔΗ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Το Οζώδες ή Λεμφοζιδιακό Λέμφωμα (ΟΛ) είναι μορφή λεμφώματος Hodgkin από οζώδη λεμφοκύτταρα CD20(+). Ορισμένοι ιατρικοί οργανισμοί δεν το κατατάσσουν πλέον ως μια μορφή κλασικού λεμφώματος Hodgkin (HL). Αυτό οφείλεται στο ότι οι παραλλαγές των κυττάρων Reed-Sternberg που χαρακτηρίζουν αυτή τη μορφή της νόσου εκφράζουν μόνιμα δείκτες Β λεμφοκυττάρων όπως το CD20 (καθιστώντας έτσι το ΟΛ μια ασυνήθιστη μορφή λεμφώματος Hodgkin) και αυτό (σε αντίθεση με το κλασικό HL) Το ΟΛ μπορεί να εξελιχθεί σε διάχυτο λέμφωμα μεγάλων Β κυττάρων αν και είναι βραδέως αναπτυσσόμενο λέμφωμα. Υπάρχουν μικρές αλλά σαφείς διαφορές στην πρόγνωση μεταξύ των διαφόρων μορφών. Το μονοκλωνικό αντίσωμα αντι-CD20 Rituximab έχει χρησιμοποιηθεί στο ΟΛ με καλά αποτελέσματα. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 60-65. Υπάρχει συσχέτιση της νόσου με έκθεση στο βενζόλιο, σε φυτοφάρμακα και το κάπνισμα. (Γρενζελιάς, 2018).

Συμπτώματα του ΟΛ είναι η ανώδυνη διόγκωση λεμφαδένων, συχνά με αυξομειώσεις. Κάποιοι ασθενείς έχουν και κοιλιακούς όγκους χωρίς εκδηλώσεις. Πιο σπάνια, οι ασθενείς παρουσιάζουν γενικά συμπτώματα όπως πυρετό, έντονους νυκτερινούς ιδρώτες, απώλεια βάρους. Αρκετές φορές υπάρχει διόγκωση ενδοθωρακικών και ενδοκοιλιακών λεμφαδένων και διόγκωση του σπλήνα. (Γρενζελιάς, 2018).

Υπάρχει επίσης πιθανότητα να προσβληθεί ο μυελός των οστών και ο δακτύλιος του Waldayer που περιλαμβάνει τις αμυγδαλές, τη βάση της γλώσσας και το ρινοφάρυγγα. Μπορεί να προσβάλλουν, εξωλεμφαδενικά όργανα, όπως το δέρμα, το δωδεκαδάκτυλο, τους οφθαλμικούς κόγχους, τους μαστούς και τους όρχεις. Μπορεί να διαπιστωθεί αναιμία, λευκοκυττάρωση με λευχαιμική εικόνα ή και θρομβοπενία (Γρενζελιάς, 2018).

Αρχικά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία όπου εντοπίζεται η νόσος και στο 90% των περιπτώσεων υπάρχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σε πιο προχωρημένα στάδια η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ύπαρξη ή μη συμπτωμάτων. Όταν δεν υπάρχουν

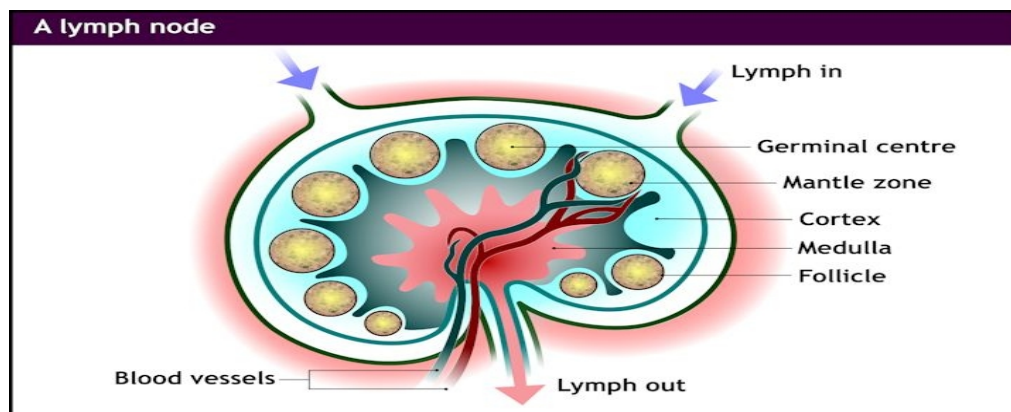
συμπτώματα ο ασθενής παρακολουθείται συχνά, ενώ αν υπάρχει διόγκωση λεμφαδένων, προσβολή ζωτικών οργάνων ή κυτταροπενία τότε ξεκινά θεραπεία μέχρι την πλήρης ύφεση ή όσο το δυνατό πιο καλά αποτελέσματα (Δήμτσου, 2011).

3.2.12 ΛΕΜΦΩΜΑ MALT (MUCOSA-ASSOCIATED LYMPHOID TISSUE)

Τα MALT λεμφώματα αποτελούν το 7 - 8% των NHL και περίπου το 50% των λεμφωμάτων του στομάχου. Οι γυναίκες προσβάλλονται πιο συχνά και η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 60 χρόνια. Η εμφάνιση αυτών των λεμφωμάτων συνδέεται με χρόνιες λοιμώξεις και άλλους αντιγονικούς ερεθισμούς, αλλά και μεταθέσεις χρωμοσωμάτων. Στο 85 - 90% των περιπτώσεων MALT στομάχου προϋπάρχει λοίμωξη με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Έχουν αρκετά καλή πρόγνωση και αργή εξέλιξη και είναι ευαίσθητα σε διάφορες θεραπείες. Η εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού έχει σαν αποτέλεσμα μακρές υφέσεις (Δήμτσου, 2011).

3.2.13 ΕΞΩΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΑ ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ



Εικόνα 5: Εξωλεμφαδενικά λεμφώματα

Εξωλεμφαδενικά λεμφώματα (NHL) είναι εκείνα που έχουν σχέση με όργανα εκτός των λεμφαδένων και του σπλήνα. Αποτελούν το 25 - 30% του συνόλου των NHL. Μπορεί να προσβάλλουν οποιοδήποτε όργανο, συνήθως όμως εντοπίζονται στο γαστρεντερικό σωλήνα και στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου.

Η θεραπεία τους έχει στόχο την ίαση. Όταν η νόσος είναι γενικευμένη και οι ασθενείς βρίσκονται σε κακή φυσική κατάσταση, τότε η θεραπεία στοχεύει στην ανακούφισή τους. Υπάρχουν περιπτώσεις που η χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη, όπως στα λεμφώματα των όρχεων ή στα λεμφώματα του εντέρου που εμφανίζουν διάτρηση. Μόνη η ακτινοθεραπεία ή η χειρουργική επέμβαση δεν αρκεί, αν δεν συνδυαστεί με χημειοθεραπεία (Οικονομόπουλος, 2009; Δήμτσου, 2011).

3.2.14 ΛΕΜΦΩΜΑ BURKITT



Εικόνα 6: Λέμφωμα Burkitt

Το λέμφωμα Burkitt (BL) είναι μία ταχύτατα αναπτυσσόμενη λεμφοϋπερπλαστική νόσος, η οποία προσβάλλει κυρίως παιδιά και νεαρούς ενήλικες, με τη συμμετοχή λεμφαδένων αλλά κυρίως εξωλεμφαδενικών θέσεων (γνάθος, γαστρεντερικό σύστημα, νεφροί, ΚΝΣ, μυελός των οστών). Η ενδημική μορφή απαντάται στην Αφρική και έχει κύρια εντόπιση τη γνάθο και τους οφθαλμικούς κόγχους (>50%) (Παπαδάκης Β και συν., 2017).

Είναι ένα επιθετικό, αλλά αρκετές φορές ιάσιμο λέμφωμα. Έχει 3 κλινικούς τύπους ενδημικός, μη ενδημικός και σχετιζόμενος με ανοσοκαταστολή, που είναι παρόμοιοι μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά, αλλά διαφέρουν στη γεωγραφική τους κατανομή, τον εντοπισμό τους στον ασθενή και τη συχνότητα με την οποία σχετίζονται με τον ιό Επστάιν-Μπαρ (EBV).

Στην Αφρική του ισημερινού, συναντιέται συχνά στα παιδιά που είναι θετικά στον ιό EB. Το 90% των ασθενών με AIDS νοσούν από λέμφωμα Burkitt, αλλά η παθογένεια της νόσου σε αυτές τις περιπτώσεις μάλλον είναι διαφορετική (Δήμτσου, 2011). Εμφανίζεται ως λεμφική ή εξωλεμφική μάζα που αυξάνει γρήγορα σε μέγεθος ή σαν

οξεία λευχαιμία. Πολλοί ασθενείς διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο, όταν πια έχει επηρεαστεί ο μυελός των οστών και το ΚΝΣ.

Η εντατική χημειοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε ίαση το 90% των ασθενών στα αρχικά στάδια και το 60 - 80% των ασθενών με προχωρημένη νόσο (Bellan C et al., 2003; Dong H., 2010; Δήμτσου, 2011).

3.2.15 ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ (ΠΜ)

Το πολλαπλό μυέλωμα (ΠΜ) είναι μια νεοπλασματική νόσος που προέρχεται από υπερπλασία παθολογικών πλασματοκυττάρων τα οποία διηθούν τον μυελό των οστών και εκκρίνουν μια παθολογική ανοσοσφαιρίνη (παραπρωτεΐνη) στον ορό ή/και στα ούρα (Anderson et al,2009).



Εικόνα 7: Συμπτώματα ΠΜ

Το ΠΜ, στο 85% των περιπτώσεων, εντοπίζεται στο μυελό των οστών γεγονός που συνοδεύεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των νεοπλασματικών κλώνων μέσα σε αυτόν, με συνέπεια τον περιορισμό της φυσιολογικής παραγωγής αίματος. Σπανιότερα προσβάλλονται εξωμυελικά όργανα πρωτοπαθώς. Πιο πολύ προσβάλλονται μεγάλης ηλικίας ασθενείς, ενώ συναντάται σπάνια σε ηλικίες < 40 χρόνων. Οι παραγόμενες πρωτεΐνες κρυσταλλοποιούνται και κάθονται στους ιστούς, προκαλώντας αγγειοπάθεια ή αμυλοείδωση οργάνων (κυρίως των νεφρών), αλλά και αιμορραγικές εκδηλώσεις, σύνδρομο υπεργλοιοτήτας του αίματος και εκφυλιστικές νευροπάθειες (Anderson et al, 2009).

Οι συχνότερες εκδηλώσεις στο ΠΜ είναι (Cocks et al, 2007; Χατζηλεοντής, 2006):

- Προσβολή των οστών (οστεοπόρωση, κατάγματα, οστικός πόνος, υπερασβεστιαμία).
- Αναιμία.
- Νεφροπάθεια.
- Λοιμώξεις.
- Αύξηση της ΤΚΕ.
- Ηπατομεγαλία.
- Λεμφαδενοπάθεια.
- Σπληνομεγαλία.

Ο αριθμός των ασθενών με ΠΜ που εμφανίζει επιπλοκές από τα οστά είναι σημαντικός (ποσοστό 70% - 95%). Παρατηρείται υπερασβεστιαμία που είναι επικίνδυνη αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα και μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα, τα νεφρά και το ΚΝΣ (Anderson et al, 2009).

Σε προχωρημένες καταστάσεις οδηγεί στο θάνατο από καρδιακές αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια (Coleman, 2004), να επιδεινωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών εξαιτίας της ανορεξίας, ναυτία και εμέτων, κόπωσης και άλλων συμπτωμάτων. Το αντίθετο παρατηρείται όταν αντιμετωπίζεται η υπερασβεστιαμία, δηλαδή βελτιώνονται τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ποιότητας ζωής αφού έτσι αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν (Wisløff et al, 2006).

Ο πόνος στα οστά εμφανίζεται στο 67% των ασθενών. Η αναιμία εμφανίζεται σε ποσοστό 54% κατά τη διάγνωση και η νεφρική επιβάρυνση σε ποσοστό 36%. Όσο καθυστερεί η διάγνωση τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Kariyawasan et al, 2007). Συχνότερα προσβάλλονται οι σπόνδυλοι της θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, οι πλευρές, το στέρνο και η λεκάνη, αλλά και τα οστά της κορυφής του κρανίου. Οι λοιμώξεις αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στους ασθενείς με ΠΜ και ακολουθεί η νεφρική ανεπάρκεια (Δήμτσου, 2011).

Η θεραπεία έχει στόχο την καταστολή του νεοπλασματος και τη συντήρηση των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούνται χημειοθεραπευτικά, αντιαγγειογενετικά και αντιοστεολυτικά φάρμακα, γονιδιακή θεραπεία, μεταμόσχευση του μυελού των οστών, αντιβιοτικά, πλασμαφαίρεση, ακτινοθεραπεία (Χατζηλεοντής, 2006; Lewis, Nau &, 2008; Δήμτσου, 2011).

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι τοπική ή ολόσωμη, για τον περιορισμό της νεοπλασματικής μάζας και την άμεση ανακούφιση από τον πόνο στα οστά. Πράγματι έχει βρεθεί ότι οι ακτινοβολίες στο ΠΜ έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου εξαιτίας των καταγμάτων και στη μείωση των εξωμυελικών μορφών, αν και δεν επηρεάζουν την επιβίωση των ασθενών. Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται, επίσης, ως μέρος της προετοιμασίας (μαζί με τη χημειοθεραπεία) για τη μεταμόσχευση μυελού των οστών (Χατζηλεοντής, 2006; Δήμτσου, 2011).

Στο πολλαπλό μύελωμα που δεν εμφανίζει συμπτωματολογία δεν απαιτείται θεραπεία, παρά μόνο τακτικός ιατρικός και εργαστηριακός έλεγχος (Lewis, Nau &, 2008; Δήμτσου, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ

Τα συμπτώματα των αιματολογικών κακοηθειών και των θεραπειών τους είναι πολλά και διαφορετικά και επηρεάζουν σημαντικά την ΠΖ των ασθενών.

4.1 ΑΝΑΙΜΙΑ

Η αναιμία είναι η ελάττωση της μάζας των ερυθρών αιμοσφαιρίων σε τέτοιο βαθμό που οδηγεί σε μείωση τις τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης. Μπορεί να οφείλεται στο αιματολογικό νόσημα, αλλά και στη χημειοθεραπεία. Εμφανίζεται σε όλους σχεδόν τους ασθενείς με λευχαιμία και ΠΜ σε κάποια στιγμή της ασθένειας τους και στο 50% όσων πάσχουν από λέμφωμα και έχουν λάβει χημειοθεραπεία (Κατωδρύτου, 2006; Coiffier, 2000; Kyle, 2001; Δήμτσου, 2011).

Ασθενείς που λαμβάνουν εντατική χημειοθεραπεία έχουν περισσότερες πιθανότητες να μεταγγιστούν (Sekeres et al, 2004). Η αναιμία που οφείλεται στον καρκίνο μπορεί να προκύψει συνήθως από διήθηση του μυελού των οστών από κακοήγη κύτταρα, αιμορραγίες, χρόνιες φλεγμονές, ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, αιμόλυση, χαμηλά επίπεδα ερυθροποιητίνης, μειωμένη ανταπόκριση του μυελού στην ερυθροποιητίνη (Coiffier, 2000).

Η αναιμία επιδρά αρνητικά στη φυσική κατάσταση του ανθρώπου και μειώνει τη λειτουργική του δραστηριότητα, επιδεινώνοντας έτσι την ΠΖ του. Λόγω της αναιμίας μπορεί να υπάρξουν διάφορα προβλήματα όπως κόπωση, δύσπνοια, επιπλοκές από το καρδιαγγειακό, γνωστικές διαταραχές (Strasser, Ludwig &, 2001; Δήμτσου, 2011). Σε έρευνα ασθενών με ΠΜ βρέθηκε ότι το 85,3% αυτών είχαν αναιμία. Στην ίδια έρευνα, το 77,9% ασθενών με NHL εμφάνιζαν αναιμία, ενώ τα ποσοστά ήταν λίγο μικρότερα σε ασθενείς με HL. Οι τελευταίοι ήταν αναιμικοί σε ποσοστό 57,4%, ίσως γιατί οι ασθενείς αυτοί ήταν μικρότεροι σε ηλικία σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς με αναιμία εμφανίζουν μεγαλύτερη κόπωση και περισσότερες επιπτώσεις στη φυσική, συναισθηματική, κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, ακόμα και στο περιβάλλον τους, ίσως επειδή

συνήθως στις μεγαλύτερες ηλικίες συνυπάρχουν και άλλα νοσήματα (Birgegård et al, 2006; Δήμτσου, 2011).

4.2 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Η ουδετεροπενία που προκύπτει από τη χημειοθεραπεία ενισχύει τον κίνδυνο των λοιμώξεων στους ασθενείς. Οι λοιμώξεις είναι δυνατό να προκαλέσουν αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας των ασθενών και να σταθούν εμπόδιο στη συνέχιση της θεραπείας τους. Μπορεί να χρειαστεί να παραμείνουν παραπάνω στο νοσοκομείο, αυξάνοντας έτσι το κόστος περίθαλψης και την ανάγκη για φροντίδα.

Τα βακτήρια είναι η πιο συχνή αιτία των λοιμώξεων, αφού η ύπαρξη τους έχει διαπιστωθεί στο 1/3 των ασθενών με πυρετό στη φάση της ουδετεροπενίας. Πιο συχνά είναι τα gram⁽⁺⁾ βακτήρια και ο σταφυλόκοκκος ο αρνητικός στην κοαγκουλάση, ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και ο α-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος. Από τα gram⁽⁻⁾ βακτήρια τα πιο συχνά είναι το escherichia coli η klebsiella και η αεριογόνος ψευδομονάδα που θεωρείται μέγιστη απειλή αφού συχνά είναι θανατηφόρα (Δήμτσου, 2011).

Ο κίνδυνος της βακτηραιμίας, συμπεριλαμβανομένων και των μυκήτων στην κυκλοφορία του αίματος, είναι αυξημένος σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες νόσους, όπως και σε άλλους τύπους καρκίνου, σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό λόγω και της υποκείμενης νόσου και αυξάνει όσο μεγαλύτερος σε ηλικία είναι ο ασθενής, καθώς και όσο περισσότερες επεμβατικές μέθοδοι εφαρμόζονται (π.χ. τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα) (Δήμτσου, 2011).

Η εξέλιξη της βακτηραιμίας στα κακοήθη αιματολογικά νοσήματα εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως από τα χαρακτηριστικά της οξείας λοίμωξης, το είδος της κακοήθειας, τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων και την αποτελεσματικότητα της υποστηρικτικής και αντιμικροβιακής αγωγής. Είναι απαραίτητο να λαμβάνονται μέτρα προστασίας των ασθενών, όπως απομόνωση τους, περιορισμός της κοινωνικής και επαγγελματικής τους δραστηριότητας και τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής (Δήμτσου, 2011; Cherif et al, 2003; Chehata et al, 2006; Nørgaard, 2005; Nørgaard et al, 2006).

4.3 ΠΟΝΟΣ

Ως καρκινικός πόνος ορίζεται ο πόνος που συμβαίνει στην περιοχή που υπάρχει ο αρχικός καρκίνος, ή όπου εντοπίζονται οι μεταστάσεις, και εκείνος που συμβαίνει μετά από την έναρξη κάποιας θεραπείας για καρκίνο. Στον ορισμό του καρκινικού πόνου δεν ανήκουν προϋπάρχουσες καταστάσεις που δε σχετίζονται με τον καρκίνο όπως ημικρανίες, αρθρίτιδα, οσφυαλγίες ή περιστατικά που δεν οφείλονται στη νόσο και τη θεραπεία της και αποτελούν περίπου το 3% των περιστατικών πόνου. Η ίδια η νόσος ενοχοποιείται για τον καρκινικό πόνο σε ποσοστό 70%, ενώ το 20% των περιστατικών πόνου στους καρκινοπαθείς οφείλεται στη θεραπεία (διαγνωστικές εξετάσεις, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργικές επεμβάσεις) (Δήμτσου, 2011).

Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται στην Ελλάδα περίπου 30.000 νέες περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο. Ποσοστό 30 - 50% αναμένεται να υποφέρουν από μέτριο ως σοβαρό πόνο σε κάποια στιγμή της πορείας της νόσου τους. Αν η νόσος προχωρήσει σημαντικά, το ποσοστό εκείνων που πονούν είναι ακόμα μεγαλύτερο και φθάνει το 75 - 95% σε ασθενείς τελικού σταδίου (Ζαραλίδου & Βασιλάκος , 2008; Δήμτσου, 2011; Kroenke et al, 2010).

Ο καρκινικός πόνος, ανάλογα με τη διάρκεια του, μπορεί να είναι οξύς, ή χρόνιος, ή παροξυσμικός, ενώ ανάλογα με την παθοφυσιολογία του μπορεί να είναι σωματικός ή αλγαισθητικός (λόγω διήθησης μαλακών μορίων ή οστών), σπλαχνικός (λόγω διήθησης ή απόφραξης σπλάχνων), νευροπαθητικός (λόγω διήθησης νευρών ή νευρικών πλεγμάτων), σχετιζόμενος με το κεντρικό νευρικό σύστημα ή σχετιζόμενος με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (Ζαραλίδου & Βασιλάκος , 2008).

Τα πιο συνηθισμένα είδη πόνου που μπορεί να βιώσουν οι ασθενείς με αιματολογικά κακοήθη νοσήματα είναι (Δήμτσου, 2011; Niscola et al, 2004):

- Ο πόνος από τη διόγκωση του μυελού των οστών επειδή αυξάνεται η ενδοοστική πίεση εξαιτίας της κακοήθους διήθησης, της ανάπτυξης όγκου και της επίδρασης διαφόρων χημικών ουσιών στον ουδό του πόνου, καθώς και της πίεσης από το περίοστεο
- Ο πόνος από την οστεόλυση που αποτελεί τοπική βλάβη του οστού εξαιτίας της κακοήθειας, καταγμάτων, μηχανικών επιδράσεων λόγω αστάθειας του σκελετού και ελάττωσης του ουδού του πόνου από χημικές ουσίες

- Ο πόνος από βλεννογονίτιδα που μπορεί να οφείλεται σε εντοπισμένη ή διάχυτη βλάβη του επιθηλίου και σε λοιμώξεις
- Ο νευροπαθητικός πόνος λόγω χημειοθεραπείας, συμπίεσης νεύρων, έρπητα ζωστήρα, αμυλοειδούς διήθησης, επίδρασης της παραπρωτεΐνης
- Κεφαλαλγίες λόγω διήθησης του ΚΝΣ, συμπίεσης, διάτασης των μηνίγγων, αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης μετά από οσφουονωτιαία παρακέντηση για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους
- Ο πόνος εξαιτίας συμπίεσης που προκύπτει μετά από τη διάταση οργάνων και λεμφαδένων.

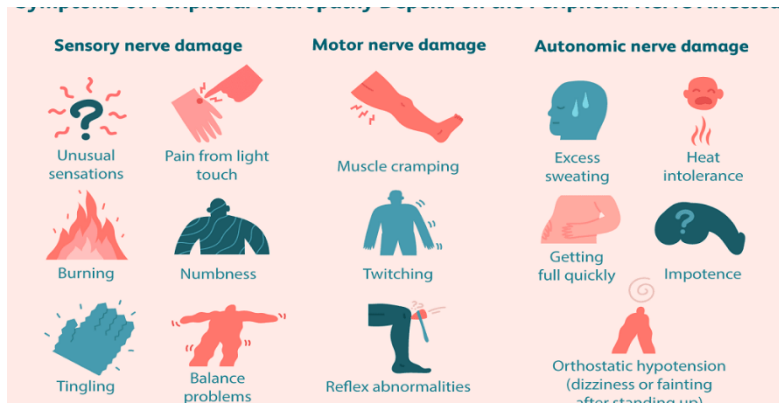
Η συνύπαρξη πόνου και κατάθλιψης οδηγεί σε άσχημες κλινικές εκδηλώσεις. Όταν ο πόνος εξετάζεται ξεχωριστά από την κατάθλιψη προκύπτει ότι οι πιθανότητες να αναφέρει πόνο κάποιος που πάσχει ήδη από κατάθλιψη είναι αυξημένες, όπως περισσότερες είναι οι πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη κάποιος που πονάει.

Διάφορες παράμετροι του πόνου όπως η ένταση, η εμπλοκή με τις καθημερινές δραστηριότητες του ανθρώπου, η συχνότητα εμφάνισης, ο διάχυτος και επίμονος πόνος συνδέονται με περισσότερα και μεγαλύτερης έντασης καταθλιπτικά φαινόμενα.

Όσο αυξάνεται ο πόνος τόσο μεγαλύτεροι είναι οι περιορισμοί που σχετίζονται με την κατάθλιψη, όπως η ελάττωση της σωματικής δραστηριότητας του ασθενή, της ικανότητάς του να εργαστεί και της ποιότητας ζωής του (Δήμτσου, 2011; Mystakidou et al, 2005; Bair et al, 2003).

4.4 ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Περιφερική νευροπάθεια μπορεί να οφείλεται στη χορήγηση διαφόρων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, όπως είναι η θαλιδομίδη και η βινκριστίνη. Η ουσία μπορτεζομίμη που χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία του ΠΜ προκαλεί επίσης περιφερική νευροπάθεια, που είναι κυρίως αισθητικής μορφής και χαρακτηρίζεται από πόνο, παραισθησίες, αίσθημα καύσου και μούδιασμα. Στο ΠΜ είναι δυνατό να προέρχεται από την ίδια τη νόσο (Δήμτσου, 2011; San Miguel et al, 2006).



Εικόνα 8: Συμπτώματα Νευροπάθειας

Νευροπάθεια συναντάται και κατά τη θεραπεία λεμφωμάτων, αφού χρησιμοποιούνται συνδυασμοί φαρμάκων που περιλαμβάνουν τη βινκριστίνη. Οι εκδηλώσεις της νευροπάθειας συνήθως εμφανίζονται με την έναρξη της χημειοθεραπείας και επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου, ακόμα και μετά τη λήξη της (Kim et al, 2010; Δήμτσου, 2011). Μερικές φορές η ύπαρξη περιφερικής νευροπάθειας οδηγεί σε διακοπή, ή υποχρεώνει τη χορήγηση μικρότερων δόσεων, της θεραπείας (Zervas et al, 2007).

4.5 ΚΟΠΩΣΗ

Δεν είναι σαφής η αιτιολογία της κόπωσης, αν και ενοχοποιούνται η αναιμία, η καχεξία, ψυχολογικοί λόγοι, αλλά και περιστασιακοί παράγοντες όπως ο περιορισμένος ύπνος (Curt et al, 2000; Δήμτσου, 2011). Οι ίδιοι οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν αν η κατάσταση αυτή οφείλεται στη νόσο ή στη θεραπεία τους. Επίσης υπάρχει μία δυσκολία στο να περιγράψουν με ακρίβεια την κόπωση (Thomas, 1998).

Το 76% ασθενών με καρκίνο βρέθηκε ότι αισθάνεται κόπωση τουλάχιστον για λίγες ημέρες κατά την περίοδο που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, ενώ το 30% έχει συνέχεια κόπωση. Στην πλειοψηφία των ασθενών (91%), η κόπωση εμποδίζει τη φυσιολογική ζωή τους και 88% των ασθενών δηλώνει ότι έχει αλλάξει η καθημερινότητά τους εξαιτίας της κατάστασης αυτής (Δήμτσου, 2011).

Το 81% αναφέρει μειωμένη ενεργητικότητα, το 81% ανάγκη για επιβράδυνση του συνήθους ρυθμού τους, το 79% γενικευμένο αίσθημα νωθρότητας ή κούρασης και το 78% και αυξημένη ανάγκη για ύπνο ή ανάπαυση σε ποσοστό ως σωματικές εκδηλώσεις της κόπωσης. Επίσης, εξαιτίας της κόπωσης πολλοί ασθενείς πρέπει να πιέζουν τον εαυτό τους ώστε να εκτελούν διάφορες πράξεις, πολλοί έχουν μειωμένο

ενδιαφέρον ή απώλεια κινήτρων και περίπου στο 50% παρατηρήθηκε δυστυχία, αναστάτωση ή οξυθυμία, ενώ υπήρξαν και επηρεάστηκαν και γνωστικές λειτουργίες, όπως δυσκολία συγκέντρωσης, ανικανότητα να θυμηθούν πράγματα και να τηρούν τις υποχρεώσεις τους στη σωστή ημερομηνία (Δήμτσου, 2011).

Σημαντική είναι η επίδραση της κόπωσης και στην οικονομική και επαγγελματική τους δραστηριότητα, αφού βρέθηκε ότι από εκείνους που εργάζονταν, το 75% αναγκάστηκε να υποστεί μεταβολές στην επαγγελματική του κατάσταση. Αναγκάζονταν να λείπουν από τη δουλειά τους κατά μέσο όρο 4,2 ημέρες το μήνα. Σε ακραίες περιπτώσεις χρειάστηκε να εγκαταλείψουν εντελώς την εργασία τους ή και να έχουν συνεχώς κάποιον για να τους βοηθάει στο σπίτι, κάτι που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην οικονομική τους κατάσταση (Curt et al, 2000; Δήμτσου, 2011).

Σημαντική επίδραση της κόπωσης έχει σχέση με τον πόνο. Περισσότερη κόπωση σχετίζεται με λιγότερη ανοχή του πόνου, αλλά και αύξηση του πόνου ισοδυναμεί με περισσότερη κόπωση (Thomas, 1998).

Η αντιμετώπιση της κόπωσης δε θα πρέπει να γίνεται με τη βελτίωση μόνο της σωματικής κατάστασης του ασθενή, αλλά θα πρέπει να συνυπολογίζονται και οι ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παράμετροι της νόσου (Holzner et al, 2004). Οι ασθενείς με κόπωση έχουν την αίσθηση ότι οι γιατροί τους δεν τους παίρνουν στα σοβαρά και μερικές φορές αισθάνονται ενοχή επειδή πρέπει να επαναλαμβάνουν τα συμπτώματά τους. Οι ασθενείς αυτοί, επίσης, αισθάνονται δυσάρεστα γιατί η κόπωση τους επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, αντιστρέφονται ρόλοι, επιβαρύνονται οι συγγενείς τους και υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος ή αντοχής για να συνεχίσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα με τους συντρόφους τους (Δήμτσου, 2011; Thomas, 1998).

4.6 ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ

Η βλεννογονίτιδα στόματος αλλά και οισοφάγου που παρουσιάζεται μετά από κάποια θεραπεία για τον καρκίνο είναι μία από τις πιο εξαντλητικές και ενοχλητικές παρενέργειες κατά την γνώμη των ασθενών. Σχετίζεται με πόνο, αιμορραγίες, δυσφαγία, λοιμώξεις, αδυναμία πρόσληψης τροφής σε βαθμό που μπορεί να χρειαστεί να εφαρμοστεί ολική παρεντερική διατροφή, και όπως είναι φυσικό επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το 75% των ασθενών που προχωρούν σε μεταμόσχευση

του μυελού των οστών αναπτύσσουν βλεννογονίτιδα. Τα στοματικά έλκη που δημιουργούνται σε αυτή την περίπτωση μπορεί να διατηρηθούν για σημαντικό χρονικό διάστημα, να χρειαστούν ισχυρή αναλγητική αντιμετώπιση και να παρατείνουν την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο απαιτώντας μεγαλύτερη φροντίδα και οικονομική επιβάρυνση (Δήμτσου, 2011; Niscola et al & al, 2007; Sonis et al, 2001).

4.7 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΝ

Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Ίσως υποφέρουν ήδη από χρόνια δυσκοιλιότητα, προτού έρθουν στο νοσοκομείο για θεραπεία, καθώς ο τρόπος ζωής (όπως δίαιτα χαμηλή σε φυτικές ίνες, η περιορισμένη λήψη υγρών, η μειωμένη δραστηριότητα, ο λιγοστός χρόνος που αφιερώνεται στην προετοιμασία του φαγητού) και άλλοι παράγοντες (η ηλικία, η κατάθλιψη) συχνά συντελούν στην εμφάνιση της κατάστασης αυτής.

Η θαλιδομίδη, για παράδειγμα, που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του ΠΜ προκαλεί δυσκοιλιότητα, Η υπνηλία, η δυσκοιλιότητα και η κόπωση είναι συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται στο 75% των ασθενών. Συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας και δερματικού εξανθήματος παρατηρούνται στο 30%. Μια μειοψηφία ασθενών παρουσιάζει βραδυκαρδία και θρομβωτικά φαινόμενα. Παρά την υψηλή συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, αυτές που είναι αρκετά σοβαρές ώστε να απαιτείται διακοπή της θεραπείας παρατηρούνται μόνο στο 10 έως 15% των ασθενών (Mehta, Singhal &, 2001; Δήμτσου, 2011).

Δυσκοιλιότητα, διάρροια και άλλα συμπτώματα, όπως αίσθηση τυμπανισμού και έμετοι, μπορεί να προκληθούν από την επέκταση της βλεννογονίτιδας σε όλο το γαστρεντερικό σωλήνα. Οι μηχανισμοί και οι παράμετροι που επηρεάζουν την εμφάνιση διάρροιας ή δυσκοιλιότητας εξαιτίας της χημειοθεραπείας ακόμα δεν έχουν πλήρως εξακριβωθεί. Η μεθοτρεξάτη και τα μονοκλωνικά αντισώματα είναι δύο από τις φαρμακευτικές ουσίες που προκαλούν διάρροιας. Τα αλκαλοειδή της vinca (π.χ. βινκριστίνη), οι πλατίνες, η θαλιδομίδη κ.α. προκαλούν δυσκοιλιότητα (Δήμτσου, 2011). Η υπερβολική ανάπτυξη βακτηριδίων στον εντερικό σωλήνα μπορεί να προκαλέσει διάρροιας. Η δυσκοιλιότητα συχνά μπορεί να οφείλεται σε φάρμακα της

χημειοθεραπείας, όπως τα αντιεμετικά και από τα οπιοειδή που χορηγούνται για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου (&Keefe, Gibson, 2006; Δήμτσου, 2011).

Η δυσκοιλιότητα μπορεί να δημιουργήσει κοιλιακό άλγος, δυσφορία, ανορεξία, ναυτία, εμέτους, ραγάδες δακτυλίου, εντερική απόφραξη, ρήξη εντέρου. Η διάρροια είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενή εξαιτίας της αφυδάτωσης που μπορεί να δημιουργήσει, των μεταβολικών διαταραχών και της μειωμένης πρόσληψης θρεπτικών ουσιών. Μειωμένος ύπνος, κόπωση και δυσφορία, ελάττωση της δραστηριότητας, επίδραση στις προσωπικές και κοινωνικές επαφές, περιορισμοί στις μετακινήσεις, αιτία για απουσία από την εργασία, ανάγκη για παραμονή στο νοσοκομείο και αυξημένη ανάγκη για φροντίδα από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον αποτελούν προβλήματα που σχετίζονται με τις διάρροιες και επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών (Δήμτσου, 2011).

4.8 NAYTIA KAI EMETOI

Η ναυτία και οι έμετοι είναι συνηθισμένες εκδηλώσεις σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Μπορεί να συνδέονται με αλλοιώσεις στη γεύση και μειωμένη όρεξη. Μερικές φορές η αντιεμετική αγωγή δεν είναι αρκετή κι έτσι οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν τη ναυτία ως το πρώτο πιο δυσάρεστο σύμπτωμα της χημειοθεραπευτικής αγωγής. Οι γυναίκες, τα νεαρά άτομα και όσοι έχουν ιστορικό χρόνιας λήψης οινόπνεύματος θεωρείται ότι είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση ναυτίας και εμέτων. Όσοι υποβάλλονται σε συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας κινδυνεύουν από εντονότερου βαθμού ναυτία και εμέτους (Πολυκανδριώτη και συν., 2010; Δήμτσου, 2011).

4.9 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ - ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Αρκετοί ασθενείς με καρκίνο βιώνουν οστεοπόρωση που οφείλεται στην επιταχυνόμενη απώλεια οστικής πυκνότητας των οστών που προκαλείται από τη θεραπεία τους. Μια τέτοια οστική απώλεια αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο κατάγματος και μπορεί να έχει άλλες σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (Guise, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της ΠΖ και η διερεύνηση των αναφερόμενων συμπτωμάτων σε νοσηλεύόμενους αιματολογικούς ασθενείς.

Τα ερευνητικά ερωτήματα ήταν τα ακόλουθα:

- Ποιοι είναι οι παράμετροι της αναφερόμενης ΠΖ των ασθενών που πάσχουν από αιματολογικό καρκίνο και νοσηλεύονται σε νοσοκομείο;
- Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα που αναφέρουν οι αιματολογικοί νοσηλεύόμενοι ασθενείς;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας συμπτωμάτων και του επιπέδου ΠΖ των συγκεκριμένων ασθενών;
- Επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο και η ηλικία, την ΠΖ και την ένταση των συμπτωμάτων που βιώνουν οι ασθενείς με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα;

5.2 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.2.1 ΧΩΡΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Αιματολογική κλινική, το Αιματολογικό τμήμα ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας του Γενικού Νοσοκομείου Βενιζέλειου-Πανάνειου Νοσοκομείου (Β.Γ.Ν.Η.) και στην Αιματολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.), τα οποία βρίσκονται στο Ηράκλειο Κρήτης.

5.2.2 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης με δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 120 νοσηλεύόμενοι ασθενείς, που νοσηλεύονταν στα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου. Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν τα εξής:

- Διαγνωσμένη αιματολογική κακοήθεια.
- Ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών.
- Επαρκής κατανόηση, ανάγνωση και γραφή της Ελληνικής γλώσσας.

Αποκλείστηκαν οι ασθενείς που νοσηλεύονταν για διερεύνηση της νόσου και οι ασθενείς που έπασχαν από βαριάς μορφής ψυχική νόσο ή κάποιου είδους άνοιας και δεν ήταν σε θέση να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

Όλοι οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης καταγράφηκαν μια φορά, ανεξάρτητα από τον αριθμό των εισαγωγών τους κατά τη χρονική περίοδο της έρευνας.

5.2.3 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια:

1. Φόρμα καταγραφής δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.
2. EORTC QLQ-C30 έκδοση 3 του Ευρωπαϊκού οργανισμού έρευνας και θεραπείας του καρκίνου (EORTC) στην Ελληνική του έκδοση. Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τη σχέση υγείας και ΠΖ των ασθενών με καρκίνο. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις από τις οποίες οι 28 είναι τετράβαθμης αριθμητικής κλίμακας τύπου Likert όπου ο αριθμός 1 δηλώνει καθόλου, ο αριθμός 2 λίγο, ο αριθμός 3 αρκετά και ο αριθμός 4 πολύ. Περιλαμβάνει και εξετάζει πέντε λειτουργικές υποκλίμακες: α) την φυσική λειτουργικότητα (1-5 ερώτηση), β) τις επιδόσεις ρόλων (6-7), γ) τα συμπτώματα (8-19), δ) την γνωστική-συναισθηματική λειτουργικότητα (20-25) και ε) τις κοινωνικό-οικονομικές παραμέτρους (26-28). Οι 2 τελευταίες ερωτήσεις αποτυπώνονται σε αριθμητική κλίμακα 7 βαθμίδων από το 1 (πολύ κακή) έως και το 7 (εξαιρετική), η ερώτηση 29 εκτιμάει τη συνολική υγεία και η 30 τη συνολική ποιότητα ζωής (Βλαχοδήμου, 2018). Για την προστασία των πνευματικών δικαιωμάτων ζητήθηκε η γραπτή συγκατάθεση από τον EORTC ώστε να χρησιμοποιηθεί στη παρούσα έρευνα.
3. MSAS, Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου μέτρησης συμπτωμάτων του M.D Anderson το οποίο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε για την Ελληνική γλώσσα και έχει ληφθεί η απαραίτητη άδεια χρήσης από τους συγγραφείς (Mystakidou et al, 2005). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη: το πρώτο μέρος μετράει τον βαθμό έντασης σε 15 συμπτώματα με τη χρήση της κλίμακας Likert 10 σημείων (0-10) όπου ο αριθμός 0 δηλώνει απουσία συμπτωμάτων και ο αριθμός 10 ότι είναι «το χειρότερο όσο δε μπορείτε να φανταστείτε». Το δεύτερο μέρος μετράει αν τα συμπτώματα που εμφανίστηκαν τις τελευταίες ημέρες έχουν παρενέβη στη ζωή τους, το οποίο αποτελείται από έξι

ερωτήσεις κλίμακας Likert 10 σημείων, όπου ο αριθμός 0 υποδηλώνει ότι το σύμπτωμα δεν παρενέβη στη ζωή τους ενώ ο αριθμός 10 ότι παρενέβη ολοκληρωτικά. (Αλαμάνου και συν, 2016).

5.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Αρχικά έγινε υπολογισμός των κατανομών συχνοτήτων των περιγραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 και Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQplot) ενώ υπολογίστηκαν κατά περίπτωση οι συντελεστές αξιοπιστίας μέσω της μεθόδου Cronbach. Λόγω ασυμμετρίας στις περισσότερες ενότητες των δυο κλιμάκων, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος συσχέτισης κατά Spearman ενώ στις συγκρίσεις των βαθμολογιών τους έγινε χρήση της μεθόδου Kruskal-Wallis. Στην εκτίμηση ομαδοποίησης των 15 βασικών συμπτωμάτων έγινε χρήση της μεθόδου ιεραρχικής ανάλυσης ομάδων (hierarchical cluster analysis) όπου τα συμπτώματα χρησιμοποιήθηκαν ως διωνυμικοί μετασχηματισμοί (1:παρουσία & 0:απουσία) ενώ οι Ευκλείδειες αποστάσεις των διωνυμικών αυτών δεδομένων εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο Ward. Ακολούθησε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (συσχέτιση) της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 (Ολική κατάσταση υγείας) με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

5.4 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα διεξήχθη κατόπιν έγκρισης από το τμήμα της Νοσηλευτικής με αριθμό πρωτοκόλλου 4855/19-5-21 και από τις αρμόδιες επιστημονικές επιτροπές των νοσοκομείων με αριθμό πρωτοκόλλου για το Β.Γ.Ν.Η. 11630/1-6-21 και για το ΠΑ.Γ.Ν.Η. με αριθμό πρωτοκόλλου 12616/26-7-21. Έγκριση λήφθηκε επίσης για κάθε νοσοκομείο χωριστά από την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με αριθμό πρωτοκόλλου για το Β.Γ.Ν.Η. 37206/8-9-21 και για το ΠΑ.Γ.Ν.Η. με αριθμό πρωτοκόλλου 38008/14-9-21.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε κατόπιν ενημέρωσης των προϊστάμενων των νοσηλευτικών τμημάτων. Οι συμμετέχοντες αφότου ενημερώθηκαν για τη διαδικασία και τον σκοπό της μελέτης τους δόθηκε το ερωτηματολόγιο, ενώ παράλληλα οι ερευνητές τους ενημέρωσαν ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία τους και εξασφαλίστηκε γραπτή συγκατάθεση συναίνεσης σε ξεχωριστή σελίδα του ερωτηματολογίου.

Σε περίπτωση που τίθενται θέματα βιοηθικής και απαιτείται η τήρηση προσωπικού απόρρητου, ισχύουν για κάθε έρευνα τα ακόλουθα: «Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, θα τύχουν ασφαλούς αποθήκευσης και χρησιμοποίησης αποκλειστικά, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Γενικού Κανονισμού 2016/679 της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των δεδομένων. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φορέα ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων δύναται μόνο για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Από το σύνολο των 120 ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες της παρούσας έρευνας, το 42,5% ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία όλων ήταν 65,6 χρόνια ($\pm 17,5$), ενώ η πλειοψηφία τους ή το 45,8% ήταν μεταξύ 60-79 ετών (**Παράρτημα 1 - πίνακας 1**). Έγγαμοι/ες ή σε συμβίωση βρέθηκαν το 68,3%, με ακαδημαϊκή εκπαίδευση το 20,0% και διαβιούσαν μόνοι/ες το 16,7%. Στην απασχόλησή τους, το 25,8% εργάζονταν, ενώ στην περιοχή κατοικίας τους η πλειοψηφία ή το 71,7% κατοικούσαν σε αστική περιοχή.

Στα χαρακτηριστικά νοσηλείας και νοσηρότητας (**Παράρτημα 1 - πίνακας 2**), η επιλογή των ασθενών ήταν από κοινού και ισοδύναμη από τα δυο νοσοκομεία της περιοχής του Ηρακλείου, το 87,5% προερχόταν από Κλινική και ο μέσος χρόνος που παρήλθε από τη διάγνωση της νόσου τους προσέγγιζε τους 33 μήνες (από 1 έως 276). Στη συνοσηρότητα τους επίσης με τη μεγαλύτερη συχνότητα ή 30,0% βρέθηκε να νοσεί από αυξημένη αρτηριακή πίεση και έπεται το 24,2% από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα (θυρεοειδίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα κ.α.). Γενικά, το 30,0% φαίνεται να νοσεί με πολυνοσηρότητα (δυο ή περισσότερα χρόνια νοσήματα) πλέον του αιματολογικού καρκίνου.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στον **πίνακα 3** παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των ενοτήτων της Κλίμακας EORTC QLQ-C30 των 120 ασθενών της μελέτης. Οι βαθμολογίες τους κυμαίνονται σε διάφορα επίπεδα με την *Ολική κατάσταση υγείας* να καταδεικνύει μέση τιμή 47,1 ή το 50% των ασθενών να έχει επίπεδα έως την τιμή 50,0 (μέτρια ή χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής ολικής κατάστασης υγείας). Τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής βρέθηκαν στη *Γνωστική λειτουργικότητα* (72,8) και χαμηλότερα σε αυτή των *Ρόλων* (46,1). Στα συμπτώματα της EORTC QLQ-C30 καλύτερη (χαμηλότερη βαθμολογία) βρέθηκε στη *Ναυτία-Εμετός* (11,0) και χειρότερη στη *Κόπωση* (59,1). Η συνολική αξιοπιστία της Κλίμακας εκτιμήθηκε σε $\alpha=0,894$ (εξαιρετική/excellent). Παράλληλα από το **σχήμα 1** όπου απεικονίζονται σε ιεραρχική διάταξη οι μέσες βαθμολογίες των ενοτήτων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής QLQ-C30, διαπιστώνονται σε υψηλότερα επίπεδα

ποιότητας ζωής η *Γνωστική λειτουργικότητα* (72,8) και σε χαμηλότερα οι *Ρόλοι* (46,1). Στα συμπτώματα αντίστοιχα, φαίνεται η υψηλότερη συμπτωματολογία της *Κόπωσης* (μέση βαθμολογία 59,1) και χαμηλότερη στην *Ναυτία-εμετός* (11,0).

Στον **πίνακα 4 (Παράρτημα 1)** αντίστοιχα, παρουσιάζονται σε ιεραρχική ταξινόμηση οι βαθμολογίες έντασης και συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων, σύμφωνα με την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson. Από τα Βασικά Συμπτώματα, σε μεγαλύτερη συχνότητα (78,3% των ασθενών) αλλά και σε μέση ένταση (3,5 σε διαβάθμιση 0 έως 10) παρατηρείται όπως και στο EORTC QLQ-C30 να είναι η *Κόπωση*, έπεται η *Νύστα* (65,0% ή 3,3) ενώ με τη μικρότερη συχνότητα παρατηρήθηκαν οι *Έμετοι* (15,8% ή 0,6). Στα Επιπρόσθετα που αφορούν γενικά τη ζωή τους, μεγαλύτερη συχνότητα αλλά και σε μέση ένταση παρατηρείται να είναι η *Απόλαυση ζωής* (85,8% ή 5,1).

Η συνολική βαθμολογία της έντασης συμπτωμάτων (διαβάθμιση 0-10) της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson παρουσιάζεται στον **πίνακα 5 (Παράρτημα 1)**. Διαπιστώνεται ότι τα Επιπρόσθετα συμπτώματα που αφορούν γενικά τη ζωή τους, έχουν σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία έντασης έναντι των βασικών ($p < 0,001$). Γενικά ωστόσο, η Συνολική Μέση Βαθμολογία Συμπτωμάτων βρέθηκε μόλις στο 2,8 ή σε χαμηλά επίπεδα.

Από την ομαδοποίηση των 15 βασικών συμπτωμάτων (**σχήμα 2 - Παράρτημα 1**), διαπιστώνεται ότι η παρουσία τους στους ασθενείς της τρέχουσας μελέτης καθορίζει δυο κύριες ομάδες, την 1^η από τον «*Πόνος, Ξηροστομία, Ανησυχία, Θλίψη, Διαταραχή ύπνου, Κόπωση & Νύστα*» και τη 2^η από «*Ναυτία, Έμετοι, Δυσκοιλιότητα, Διάρροια, Μούδιασμα & μυρμήγκιασμα, Πρόβλημα μνήμης, Ανορεξία & Κόψιμο αναπνοής*». Ωστόσο, στο **σχήμα 3 (Παράρτημα 1)** παρουσιάζεται η ομαδοποίηση (παράγοντες ή συνιστώσες) και η μέση βαθμολογία των συμπτωμάτων σύμφωνα με την εγκυροποίηση της MSAS. Στην περίπτωση αυτή βρέθηκαν σύμφωνα με τους κατασκευαστές της Κλίμακας τρεις παράγοντες:

1^{ος} παράγοντας (*Πόνος, Θλίψη, Γενική δραστηριότητα, Σχέσεις με ανθρώπους, Περιπάτημα, Απόλαυση ζωής*)

2^{ος} παράγοντας (*Πρόβλημα μνήμης, Ξηροστομία, Έμετοι, Μούδιασμα & μυρμήγκιασμα, Δυσκοιλιότητα, Ναυτία*)

3^{ος} (*Ανορεξία, Νύστα, Κόπωση, Διαταραχή ύπνου, Ανησυχία, Κόπσιμο αναπνοής*) με σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία να παρατηρείται στον 1^ο παράγοντα έναντι του 2^{ου} και 3^{ου} (3,7 έναντι 1,7 και 2,6, αντίστοιχα, $p<0,001$).

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στον **πίνακα 6 (Παράρτημα 1)** παρουσιάζονται οι μονομεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας των Κλιμάκων EORTC QLQ-C30 και MSAS των 120 ασθενών. Σχεδόν στο σύνολο των ελέγχων παρατηρούνται σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ενοτήτων των δυο Κλιμάκων. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η αύξηση της Έντασης των συμπτωμάτων σχετίζεται με μείωση της Λειτουργικότητας της Ποιότητας Ζωής (αρνητικές συσχετίσεις, $p<0,05$) και η αύξηση της Έντασης των συμπτωμάτων σχετίζεται με αύξηση της Συμπτωματολογίας της Ποιότητας Ζωής και άρα χειρότερη ποιότητα ζωής (θετικές συσχετίσεις, $p<0,05$). Μεταξύ άλλων σημειώνεται ότι η αύξηση της Έντασης των *Βασικών* συμπτωμάτων σχετίζεται με μείωση της *Γνωστικής* Λειτουργικότητας της Ποιότητας Ζωής ($\rho=-0,596$, $p<0,05$) ή με αύξηση της *Κόπωσης* ($\rho=0,622$, $p<0,05$).

Στον **πίνακα 7 (Παράρτημα 1)** παρουσιάζονται οι μονομεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας της MSAS των 120 ασθενών με τα χαρακτηριστικά τους. Διαπιστώνονται σποραδικές σημαντικές συσχετίσεις όπως η αύξηση της Έντασης των *Βασικών* συμπτωμάτων να σχετίζεται με το γυναικείο φύλο ($\rho=0,193$, $p<0,05$) ή την παρουσία περισσότερων συνοδών νοσημάτων (πολυνοσηρότητα) ($\rho=0,220$, $p<0,05$). Επίσης η Συνολική Μέση Βαθμολογία των συμπτωμάτων φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται η παρουσία περισσότερων συνοδών νοσημάτων (πολυνοσηρότητα) ($\rho=0,179$, $p<0,05$).

Στον **πίνακα 8 (Παράρτημα 1)** παρουσιάζονται επίσης οι μονομεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας της EORTC QLQ-C30 με τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Και στην περίπτωση της κλίμακας της ποιότητας ζωής και των συνιστωσών της διαπιστώνονται σποραδικές σημαντικές συσχετίσεις. Μεταξύ άλλων, η αυξημένη *Ολική κατάσταση υγείας* σχετίζεται με το ανδρικό φύλο ($\rho=-0,185$, $p<0,05$) ενώ η *Φυσική* Λειτουργικότητα με τις νεότερες ηλικίες των ασθενών ($\rho=-0,331$, $p<0,05$), την υψηλότερη εκπαίδευση ($\rho=0,239$, $p<0,05$), τους λιγότερους μήνες από τη διάγνωση ($\rho=-0,199$, $p<0,05$) αλλά και τα λιγότερα συνωδά νοσήματα (μικρότερη πολυνοσηρότητα) ($\rho=-0,209$, $p<0,05$). Στη Συμπτωματολογία της ποιότητας ζωής, η

ναυτία - εμετός σχετίζεται με το γυναικείο φύλο ($\rho=0,196$, $p<0,05$), η *Κόπωση* με τις μεγαλύτερες ηλικίες των ασθενών ($\rho=0,277$, $p<0,05$) ή η *Δύσπνοια* με η παρουσία περισσότερων συνοδών νοσημάτων (πολυνοσηρότητα) ($\rho=0,232$, $p<0,05$).

Τέλος, στον **πίνακα 9 (Παράρτημα 1)** στα πλαίσια πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ελέγχεται η συσχέτιση της EORTC QLQ-C30 (Ολική κατάσταση υγείας) με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων. Προκρίνοντας και από τις παραμέτρους που ελέγχθηκαν στις μονομεταβλητές συσχετίσεις, η αυξημένη ποιότητα ζωής σύμφωνα με την Ολική κατάσταση υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών ($p>0,05$). Ωστόσο η αυξημένη Ολική κατάσταση υγείας φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη μικρότερη συμπτωματολογία όπως καθορίζει Συνολική Μέση Βαθμολογία Συμπτωμάτων ($\beta=-4,91$, $p<0,001$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την ΠΖ και την συμπτωματολογία των νοσηλευόμενων ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες. Έναυσμα για την μελέτη αποτέλεσε η κλινική εμπειρία των ερευνητών αλλά και το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής και τις ανάγκες των ατόμων με αιματολογικές κακοήθειες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες έχουν χειρότερη ΠΖ και διαφαίνεται μια ισχυρή εξάρτηση της ΠΖ των ασθενών με αιματολογικούς καρκίνους με τη συμπτωματολογία της νόσου και των θεραπειών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνάδουν με τις προηγούμενες μελέτες με τη χρήση της κλίμακας EORTC QLQ C30. Σε σύγκριση με την έρευνα της Καλλία και συν. το 2018 και των Κοντοδημόπουλου και συν (2012) και της νόρμας του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC), η ολική κατάσταση υγείας των ασθενών στην παρούσα μελέτη έχει χαμηλότερη μέση τιμή (Καλλία, 2018; Kontodimopoulos et al., 2012) (Πίνακας 3). Οι βαθμολογίες και για τις κλίμακες δεν ταυτίζονται απόλυτα. Τα συμπτώματα της κόπωσης και του πόνου είναι αυτά που σχετίζονται περισσότερο με την ΠΖ των ασθενών και οι υψηλότερες τιμές βρέθηκαν σε αυτές, ενώ οι χαμηλότερες βρέθηκαν στο ναυτία εμετός.

Πίνακας 3: Σύγκριση αποτελεσμάτων QLQ- C30 με τα αποτελέσματα μελέτης σε νοσοκομεία της Αθήνας της Θεσσαλονίκης και τη νόρμα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου

Κλίμακα	Καλλία n=80	Κοντοδημόπουλος n=89	EORTC n= 944	Παρούσα n=120
Ολική κατάσταση υγείας	62,6	62,6	55,7	47,1
Φυσική	60,75	64	67,7	58,1
Ρόλων	58,13	68,9	60,1	46,1
Συναισθηματική	75,07	71,5	71,3	64,7
Γνωστική	82,5	81,7	78,1	72,8
Κοινωνική	73,54	79	63,2	58,9
Κόπωση	43,33	41,3	48,7	59,1
Ναυτία - εμετός	4,58	8,8	10,5	11,0
Πόνος	31,04	29,8	47,1	34,9
Δύσπνοια (λαχάνιασαν)	37,92	34,5	26,0	44,7
Αϋπνία	29,11	32,6	28,9	35,8
Απώλεια όρεξης	13,75	13,9	23,2	33,3
Δυσκοιλιότητα	19,58	22,9	23,2	23,6
Διάρροια	10,38	9,4	9,6	15,6
Οικονομικές δυσκολίες	29,49	12,0	16,1	28,6

Σε μετρήσεις διαφορετικών δειγμάτων σημαντικές θεωρούνται οι διαφορές στις μέσες τιμές που υπερβαίνουν τις δέκα μονάδες σε κλίμακα 0-100. Στην περίπτωση των τριών δειγμάτων για τα ελληνικά νοσοκομεία τέτοια διαφορά υπάρχει στην κλίμακα της λειτουργικότητας στην εκπλήρωση ρόλων, στην συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, στην κόπωση, στην δύσπνοια, στην απώλεια όρεξης και στις οικονομικές δυσκολίες. Οι ασθενείς των νοσοκομείων στο Ηράκλειο φαίνεται να υστερούν αρκετά στην εκπλήρωση των ρόλων τους αλλά και στην συναισθηματική και κοινωνική τους ζωή αλλά και σε συμπτώματα. Αυτό θα πρέπει όμως να διερευνηθεί με κάποια άλλη μεγαλύτερη μελέτη για να βρεθούν οι αιτίες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορά που σημειώνεται στην κλίμακα οικονομικές δυσκολίες. Οι ασθενείς που μένουν στην Θεσσαλονίκη και στο Ηράκλειο φαίνεται να έχουν επιβαρυνθεί πιο πολύ οικονομικά από αυτούς της Αθήνας. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην απόσταση που διανύουν τα άτομα για να κάνουν την θεραπεία τους. Επίσης, από την σύγκριση των αποτελεσμάτων με τις τιμές αναφοράς του EORTC προκύπτει διαφορά στην κλίμακα εκπλήρωσης των ρόλων τους, στην κόπωση, στον πόνο, στην αϋπνία, στην δύσπνοια, και στις οικονομικές δυσκολίες.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι τα περισσότερο επιβαρυντικά συμπτώματα για τους ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες είναι ο πόνος και η κόπωση που επιφέρουν και περιορισμούς στην καθημερινή τους δραστηριότητα. Αρχικά, αξίζει να αναφερθεί ότι οι σωματικές ανάγκες των ασθενών με αιματολογική κακοήθεια είναι μια από τις πιο συχνά αναφερόμενες κατηγορίες ανικανοποίητων αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας (Tsatsou et al, 2020). Επίσης το φορτίο συμπτωμάτων της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών είναι μεγάλο καθώς πλέον με την αυξανόμενη έρευνα και την πληθώρα θεραπειών, οι αιματολογικές κακοήθειες έχουν μετατραπεί σε χρόνια νοσήματα (Charles et al, 2014).

Παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα είχαν οι Manitta et al, 2011 που αξιολόγησαν τα συμπτώματα με την MSAS σε 180 νοσηλευόμενους ασθενείς στην Αυστραλία και κατέληξαν ότι το κυριότερο σύμπτωμα ήταν η κόπωση (69%) και το λιγότερο αναφερόμενο ο εμετός (9%). Οι ασθενείς είχαν σημαντική σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση των συμπτωμάτων, με συνολικό μέσο όρο 8,8 ($\pm 5,9$) συμπτωμάτων και είχαν γενικότερα χαμηλά επίπεδα ΠΖ. Επιπλέον, στην μελέτη των Priscilla et al, 2011 με 105 νοσηλευόμενους ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια στην Μαλαισία, τα τέσσερα πιο διαδεδομένα συμπτώματα που εντοπίστηκαν ήταν η

κόπωση, οι οικονομικές δυσκολίες, η μειωμένη λειτουργία ρόλου και μειωμένη κοινωνική λειτουργία.

Επίσης το 65 % των συμμετεχόντων είχε προβλήματα ύπνου (νύστα, αϋπνία) με βάση την MSAS. Σε μελέτη στην Ιαπωνία με 153 νοσηλευόμενους ασθενείς, η αϋπνία βρέθηκε σε ποσοστό 60% (Tanimukai et al, 2014). Οι ασθενείς με καρκίνο υποφέρουν συχνά από πολλά σωματικά, ψυχοκοινωνικά και πνευματικά προβλήματα, μεταξύ αυτών, τα προβλήματα ύπνου, ιδιαίτερα η αϋπνία. Ο επιπολασμός της αϋπνίας σε ασθενείς με καρκίνο έχει αναφερθεί ότι είναι 50% ή περισσότερο, που είναι πολύ υψηλότερος στο γενικό πληθυσμό (10,2–28,5 %) (Davidson et al, 2002).

Σε μεγαλύτερη συχνότητα αλλά και σε μέση ένταση παρατηρήθηκαν να είναι τα προβλήματα κατάποσης και η έντονη ξηρότητα στο λαιμό. Σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Ινδίας αξιολογήθηκαν τα προβλήματα στοματικής κοιλότητας σε 348 ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια. Το κυριότερο πρόβλημα ήταν τα ξηρά χείλη και ακολουθούσε η μυκητησιακή στοματίτιδα που οδηγούσε σε προβλήματα κατάποσης (Gurta et al, 2019).

Όσον αφορά στη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με τα συμπτώματα και την ΠΖ, η συμπτωματολογία της ασθένειας και οι παρενέργειες της θεραπείας φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίπτωση στην ΠΖ για τις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Οι γυναίκες είχαν συνολική μέση υψηλότερη βαθμολογία των συμπτωμάτων σε σχέση με τους άντρες. Αντίθετα, στην μελέτη των La Nasa και συν. το 2020, δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους (La Nasa et al, 2020). Επίσης στην μελέτη των Pamuk et al, 2012 το φύλο δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ΠΖ ή την συμπτωματολογία, μόνο η μεγαλύτερη ηλικία είχε αρνητική επίδραση στην φυσική/σωματική λειτουργικότητα (όπως βρέθηκε και στη μελέτη μας). Άλλη μελέτη με 115 ασθενείς με λευχαιμία στο Ιράν, έδειξε ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής/σωματικής λειτουργικότητας ΠΖ με το φύλο ($p = 0,03$), το μορφωτικό επίπεδο ($p = 0,09$) και την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,004$) όπως επίσης έδειξε και σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και του πόνου (Musarezaie et al, 2014)

Οι Pamuk et al, 2012 στην Βορειοδυτική Τουρκία αξιολόγησαν 332 ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια. Τα αποτελέσματά τους συνάδουν σε πολύ μεγάλο βαθμό με της μελέτης μας. Το σύμπτωμα με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ήταν η κόπωση,

ακολουθούμενη από πόνο, αϋπνία και την απώλεια όρεξης, με τελευταίο την ναυτία και τον εμετό. Το 73,1% των ασθενών είχε μειωμένη οικονομική λειτουργία, το 39% των ασθενών είχε μειωμένη σωματική λειτουργία, το 28,7% των ασθενών είχαν μειωμένη λειτουργία ρόλων και κοινωνική λειτουργία, το 24,5% των ασθενών είχαν μειωμένη συναισθηματική λειτουργία και το 15,4% των ασθενών είχαν μειωμένη γνωστική λειτουργία.

Περιορισμοί της μελέτης αποτελούν το σύντομο χρονικό διάστημα στο οποίο σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε, η δειγματοληψία ευκολίας, το σχετικά μικρό δείγμα από δύο μόνο κέντρα. Επίσης, ήταν μια συγχρονική μελέτη που δεν μας επιτρέπει να καταγραφούν αλλαγές στη πάροδο του χρόνου και των θεραπειών και τα ερωτηματολόγια ήταν αυτό-συμπληρωμένα από τους ασθενείς, οπότε και υπόκεινται σε υποκειμενικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποιο είδος αιματολογικού καρκίνου παρουσιάζουν πληθώρα σωματικών και ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων με τα συχνότερα από αυτά, ο πόνος και η κόπωση, να οποία επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ΠΖ τους. Το 50% των ασθενών είχαν μέτρια ή χαμηλά επίπεδα ολικής κατάστασης υγείας της ΠΖ. Υψηλότερα επίπεδα ΠΖ είχε η γνωστική λειτουργικότητα και χαμηλότερα επίπεδα η λειτουργία των ρόλων. Οι ασθενείς της μελέτης εμφάνισαν κατά κύριο λόγο τα κάτωθι συμπτώματα: «Πόνος, Ξηροστομία, Ανησυχία, Θλίψη, Διαταραχή ύπνου,

Κόπωση & Νύστα» και «Ναυτία, Έμετοι, Δυσκοιλιότητα, Διάρροια, Μούδιασμα & μυρμήγκιασμα, Πρόβλημα μνήμης, Ανορεξία & Κόψιμο αναπνοής». Η ΠΖ από την άλλη και συγκεκριμένα η υποκλίμακα της ολικής κατάστασης υγείας συσχετίζεται με την υψηλότερη συμπτωματολογία.

Μελλοντικές, πολυκεντρικές και προοπτικές μελέτες θα οδηγήσουν σε περισσότερο έγκυρα και γενικεύσιμα αποτελέσματα για την ΠΖ και τη συμπτωματολογία νοσηλεύομενων ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες. Μελλοντικές μελέτες στον τομέα αυτό θα πρέπει να επικεντρωθούν σε συγκεκριμένους τύπους αιματολογικών κακοηθειών και σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο.

Η παρούσα μελέτη θα μπορούσε επίσης να καθοδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν πιο εύκολα τους ασθενείς υψηλού κινδύνου για μειωμένη ΠΖ και αυξημένα συμπτώματα, προβλήματα και ανάγκες. Η σαφής κατανόηση των συγκεκριμένων θεμάτων που είναι πιο σημαντικά για αυτήν την ομάδα ασθενών, μέσω της συστηματικής αξιολόγησης, θα βοηθήσει στον εντοπισμό των πιο σχετικών ανησυχιών τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και στο σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων προκειμένου να προσφερθεί πιο εξατομικευμένη, υψηλής ποιότητας φροντίδα και επακόλουθη ικανοποίηση των ασθενών. Η συνεχής διερεύνηση των μεταβαλλόμενων συμπτωμάτων και αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών θα συμβάλει στην επιτυχή κάλυψή τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaronson NK, Meyerowitz BE, Bard M, Bloom JR, Fawzy FI, Feldstein M, et al. Quality of life research in oncology: Past achievements and future priorities. *Cancer* 1991; 67: 839-843.
- Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life cancer patients. *Cancer* 1 Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in new diagnosed patients. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29(2): 490-49

- Adamakidou T & Kalokerinou A (2011) Quality of Life and cancer patient (Part I): meaning and concept. *BMMR* 14(4): 289-302.
- Adamakidou T & Kalokerinou A (2012) Quality of Life and cancer patient (Part II): instruments for its assessments. *BMMR* 15(1): 47-56
- Allart-Vorelli P, Porro B, Baguet F, Michel A, Cousson-Gélie F. Haematological cancer, and quality of life: a systematic literature review. *Blood cancer journal*. 2015 Apr;5(4):e305.
- Anderson KC, Alsina M, Bensinger W, Biermann JS, Chanan-Khan A, Cohen AD, Devine S, Djulbegovic B, Gasparetto C, Huff CA, Jagasia M. Multiple myeloma. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2009 Oct 1;7(9):908-42.
- American cancer society. (2013). Leukemia- Chronic lymphocytic leukemia. Ανάκτηση Μάιος 2021, από <https://www.cancer.org/cancer/chronic-lymphocytic-leukemia.html>
- Archer VR, Billingham LJ, Cullen MH. Palliative chemotherapy: no longer a contradiction in terms. *The Oncologist*. 1999 Dec;4(6):470-7.
- Bair MJ, Robinson R, Katon W., Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch. Intern. Med*. 2003;163:2433-45.
- Bellan C ,Nyongo A, , Lazzi S, De Falco G, Giordano A, Leoncini L. Burkitt's lymphoma: new insights into molecular pathogenesis. *Burkitt's lymphoma: new insights into molecular pathogenesis. J Clin Pathol*, 2003.56:188–193.
- Birgegård G, Gascón P, Ludwig H. Evaluation of anaemia in patients with multiple myeloma and lymphoma: findings of the European CANCER ANAEMIA SURVEY. *European journal of haematology*. 2006 Nov;77(5):378-86.
- Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *The oncologist*. 2002 Apr;7(2):120-5.
- Cella DF. Quality of life: Concepts and definitions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1994; 9: 186-192.
- Cella D, Hahn EA, Dineen K. Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: differences between improvement and worsening. *Quality of Life Research*. 2002 May;11(3):207-21.
- Cella DF, Tulsky DS. Measuring Quality of Life today: Methodological aspects. *Oncology* 1990; 4: 29-38

- Cella D, Stone AA. Health-related quality of life measurement in oncology: advances and opportunities. *American Psychologist*. 2015 Feb;70(2):175.
- Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J, Eckberg K. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*. 1993 Mar 1;11(3):570-9.
- Charles SC, Loretta AW. Symptom burden in hematologic malignancies. *Blood* 2014; 123 (24): 3686–3687.
- Chehata S, Grira C, Legrand P, Pautas C, Maury S, Kuentz M, Carlet J, Cordonnier C. Applying the concept of healthcare-associated infections to hematology programs. *Haematologica*. 2006 Jan 1;91(10):1414-7.
- Cherif H, Kronvall G, Bjorkholm M, Kalin M. Bacteraemia in hospitalised patients with malignant blood disorders: a retrospective study of causative agents and their resistance profiles during a 14-year period without antibacterial prophylaxis. *The Hematology Journal*. 2003 Jan 1;4(6):420-6.
- Cocks K, Cohen D, Wisløff F, Sezer O, Lee S, Hippe E, Gimsing P, Turesson I, Hajek R, Smith A, Graham L. An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-MY20) in assessing the quality of life of patients with multiple myeloma. *European Journal of Cancer*. 2007 Jul 1;43(11):1670-8.
- Coiffier B. The impact and management of anaemia in haematological malignancies. *Medical Oncology (Northwood, London, England)*. 2000 Nov 1;17:S2-10.
- Coleman RE. Bisphosphonates: clinical experience. *The oncologist*. 2004 Sep;9:14-27.
- Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Miaskowski C, Scherr SL, Portenoy RK, Vogelzang NJ. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *The oncologist*. 2000 Oct;5(5):353-60.
- Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K .Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* .2002,54(9):1309–1321
- De Ruyter MB, Reneman L, Boogerd W, Veltman DJ, Van Dam FS, Nederveen AJ, Boven E, Schagen SB. Cerebral hyporesponsiveness and cognitive impairment 10 years after chemotherapy for breast cancer. *Human brain mapping*. 2011 Aug;32(8):1206-19.

- Dermadvance.gr. (n.d.). Δερματικά Λεμφώματα: Διάγνωση και Θεραπεία. Ανάκτηση Σεπ 17, 2021, από <https://dermadvance.gr/dermatika-lemfomata/>
- Dong HY. Aggressive B-cell lymphomas: diffuse large B-cell lymphoma and Burkitt lymphoma. In : Neoplastic Hematopathology 2010 (pp. 303-322). Humana Press, Totowa, NJ.
- el.wikipedia.org. (2021, Σεπ). Λέμφωμα Hodgkin. Ανάκτηση Σεπ 16, 2021, από https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9B%CE%AD%CE%BC%CF%86%CF%89%CE%BC%CE%B1_Hodgkin
- Fayers P, Bottomley AE, EORTC Quality of Life Group. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*. 2002 Mar 1;38:125-33.
- Fawcett J, Tulman L, Samarel N. Enhancing function in life transitions and serious illness. *Advanced Practice Nursing Quarterly* 1995; 1: 50-7.
- Farquhar M . Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*,1995, 22: 502-8991; 67: 844-850.
- Ferrans C, Powers M Quality of Life Index: Development and psychometric characteristic properties. *Advances in Nursing Science* 1985; 8: 15-24.
- Ferrans CE. Quality of Life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing* 1990; 6(4): 248-254.
- Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*. 2013 Apr 1;49(6):1374-403.
- Fermé C, Eghbali H, Meerwaldt JH, Rieux C, Bosq J, Berger F, Girinsky T, Brice P, van't Veer MB, Walewski JA, Lederlin P. Chemotherapy plus involved-field radiation in early-stage Hodgkin's disease. *New England Journal of Medicine*. 2007 Nov 8;357(19):1916-27.
- Fernández-Ortega P, Caloto MT, Chirveches E, Marquilles R, San Francisco J, Quesada A, Suárez C, Zorrilla I, Gómez J, Zabaleta P, Nocea G. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. *Supportive Care in Cancer*. 2012 Dec;20(12):3141-8.
- García-Escobar I, Sepúlveda J, Castellano D, Cortés-Funes H. Therapeutic management of chronic lymphocytic leukaemia: state of the art and future

- perspectives. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2011 Oct 1;80(1):100-13.
- Gibson RJ, Keefe DM. Cancer chemotherapy-induced diarrhoea and constipation: mechanisms of damage and prevention strategies. *Supportive Care in Cancer*. 2006 Sep;14(9):890-900.
- Goerling U, Stickel A. Quality of life in oncology. *Psycho-oncology*. 2014:137-52.
- Gotay CC, Korn ED, McCabe MA, D Moore TI, D Cheson BR. Quality-of-Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. *Journal of the National Cancer Institute* 1992; 84: 575-579
- Grant MM, Padilla GV, Ferrell BR, Rhiner M. Assessment of quality of life with a single instrument. *Seminars in Oncology Nursing*, 1990; 6: 260-270.
- Gupta R, Mahajan S, Singh J, Dhawan A, Kaur J, Kamboj R, Nanda GS. Assessment of Frequency of Oral Conditions in Patients with Hematological Malignancies: A Hospital-Based Study. *transplantation (HSCT)*.;6:7. Volume 4, Issue 4 , October-December 2019.
- Guise TA. Bone loss and fracture risk associated with cancer therapy. *The oncologist*. 2006 Nov;11(10):1121-31.
- HealthyLiving.gr. (2018, Μάιος). Τι είναι το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο. Ανάκτηση Σεπ 16, 2021, από <https://www.healthyliving.gr/2018/05/11/myeloplastiko-syndromo-8/>
- Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Nguyen-Van-Tam D, Sperner-Unterweger B, Greil R. Quality of life of patients with chronic lymphocytic leukemia: results of a longitudinal investigation over 1 yr. *European journal of haematology*. 2004 Jun;72(6):381-9.
- Journé F, Body JJ, Leclercq G. Hormone therapy for breast cancer, with an emphasis on the pure antiestrogen fulvestrant: mode of action, antitumor efficacy and effects on bone health. *Expert Opin Drug Saf* 2008, 7:241–258
- Jereczek-Fossa BA, Marsiglia HR, Orecchia R. Radiotherapy-related fatigue. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2002 Mar 1;41(3):317-25.
- Johnsen AT, Tholstrup D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Health related quality of life in a nationally representative sample of haematological patients. *European journal of haematology*. 2009 Aug;83(2):139-48.

- Kanellopoulos A, Hamre HM, Dahl AA, Fosså SD, Ruud E. Factors associated with poor quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia and lymphoma. *Pediatric blood & cancer*. 2013 May;60(5):849-55.
- Kariyawasan CC, Hughes DA, Jayatillake MM, Mehta AB. Multiple myeloma: causes and consequences of delay in diagnosis. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2007 Oct 1;100(10):635-40.
- Karnofsky. (n.d.). The Karnofsky Performance Scale Index. Ανάκτηση Sep 15, 2021, από http://www.npcrc.org/files/news/karnofsky_performance_scale.pdf
- Kenyon M , Babic A. The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses. Springer Open. 2018. ISBN 978-3-319-50026-3 (eBook) .
- Kim BJ, Park HR, Roh HJ, Jeong DS, Kim BS, Park KW, Cho SC, So YT, Oh SY, Kim SJ. Chemotherapy-related polyneuropathy may deteriorate quality of life in patients with B-cell lymphoma. *Quality of Life Research*. 2010 Oct;19(8):1097-103.
- Kroenke K, Theobald D, Wu J, Loza JK, Carpenter JS, Tu W. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2010 Sep 1;40(3):327-41.
- Kyle R. Update on the treatment of multiple myeloma. *The Oncologist*, 2001;6:119-124.
- Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *Jama*. 1997 Jul 2;278(1):47-50.
- Leukemia & lymphoma society. (n.d.). Facts and statistics overview. Ανάκτηση Σεπ 8, 2021, από General Blood Cancers: <https://www.lls.org/facts-and-statistics/facts-and-statistics-overview>
- Lowenberg B, Downing JR, Burnett A. Acute myeloid leukemia. *New England Journal of Medicine*. 1999 Sep 30;341(14):1051-62.
- Luckett T, King MT. Choosing patient-reported outcome measures for cancer clinical research—practical principles and an algorithm to assist non-specialist researchers. *European Journal of Cancer*. 2010 Dec 1;46(18):3149-57.
- Luckett T, King MT, Butow PN, Oguchi M, Rankin N, Price MA, Hackl NA, Heading G. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues,

- evidence and recommendations. *Annals of Oncology*. 2011 Oct 1;22(10):2179-90.
- Ludwig H, Sonneveld P, Davies F, Bladé J, Boccadoro M, Cavo M, Morgan G, de la Rubia J, Delforge M, Dimopoulos M, Einsele H. European perspective on multiple myeloma treatment strategies in 2014. *The oncologist*. 2014 Aug;19(8):829.
- Ludwig H, Strasser K. Symptomatology of anemia. In *Seminars in oncology* 2001 Apr 1 (Vol. 28, pp. 7-14). WB Saunders.
- Manitta V, Zordan R, Cole-Sinclair M, Nandurkar H, Philip J. The symptom burden of patients with hematological malignancy: a cross-sectional observational study. *Journal of pain and symptom management*. 2011 Sep 1;42(3):432-42.
- Mayer LD & Janoff AS. Optimizing combination chemotherapy by controlling drug ratios, *Mol Interv*, 2007, vol.7, No.4, pp. 216-223.
- Mohamedali H, Breunis H, Timilshina N, Brandwein JM, Gupta V, Li M, Tomlinson G, Buckstein R, Alibhai SM. Older age is associated with similar quality of life and physical function compared to younger age during intensive chemotherapy for acute myeloid leukemia. *Leukemia research*. 2012 Oct 1;36(10):1241-8.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life Research*. 2005 Oct;14(8):1825-33.
- Musarezaie A, Khaledi F, Esfahani HN, Ghaleghasemi TM. Factors affecting quality of life and fatigue in patients with leukemia under chemotherapy. *J Educ Health Promot*. 2014 Jun 23;3:64.
- Nau KC, Lewis WD. Multiple myeloma: diagnosis and treatment. *American family physician*. 2008 Oct 1;78(7):853-9.
- Nicola P, Arcuri E, Giovannini M, Scaramucci L, Romani C, Palombi F, Trape G, Morabito F. Pain syndromes in haematological malignancies: an overview. *The Hematology Journal*. 2004 Jan 1;5(4):293-303.
- Nicola P, Romani C, Cupelli L, Scaramucci L, Tendas A, Dentamaro T, Amadori S, de Fabritiis P. Mucositis in patients with hematologic malignancies: an overview. *Haematologica*. 2007 Feb 1;92(2):222-31.
- Nørgaard M, Larsson H, Pedersen G, Schønheyder HC, Sørensen HT. Haematological malignancies—a predictor of a poor outcome in patients with bacteraemia. *Journal of Infection*. 2006 Sep 1;53(3):190-8.

- Nørgaard M. Haematological malignancies and bacteraemia: Risk and prognosis .2005,Doctoral dissertation, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.
- Osoba D. Lessons learned from measuring health – related quality of life in oncology. *Journal of Clinical Oncology* 1994; 12: 608-616.
- Osoba D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Therapeutic advances in medical oncology*. 2011 Mar;3(2):57-71.
- Pamuk GE, Uyanik MS, Harmandar F, Demir M. Health-related quality of life in hematological malignancy patients in northwestern turkey. *Blood* 2012; 120 (21): 4709.
- Papathanasiou IV, Kelepouris K, Valari C, Papagiannis D, Tzavella F, Kourkouta L, Tsaras K, Fradelos EC. Depression, anxiety and stress among patients with hematological malignancies and the association with quality of life: a cross-sectional study. *Medicine and pharmacy reports*. 2020 Jan;93(1):62.
- Persson L, Larsson G, Ohlsson O, Hallberg IR. Acute leukaemia or highly malignant lymphoma patients' quality of life over two years: a pilot study. *European Journal of Cancer Care*. 2001 Mar;10(1):36-47.
- Priscilla D, Hamidin A, Azhar MZ, Noorjan KO, Salmiah MS, Bahariah K. Quality of life among patients with hematological cancer in a Malaysian hospital. *Med J Malaysia*. 2011 Jun 1;66(2):117-20
- Ramsenthaler C, Osborne TR, Gao W, Siegert RJ, Edmonds PM, Schey SA, Higginson IJ. The impact of disease-related symptoms and palliative care concerns on health-related quality of life in multiple myeloma: a multi-centre study. *BMC cancer*. 2016 Dec;16(1):1-6.
- Sampogna F, Frontani M, Baliva G, Lombardo GA, Alvetreti G, Di Pietro C, Tabolli S, Russo G, Abeni D. Quality of life and psychological distress in patients with cutaneous lymphoma. *British Journal of Dermatology*. 2009 Apr;160(4):815-22.
- San Miguel J, Blade J, Boccadoro M, Cavenagh J, Glasmacher A, Jagannath S, Lonial S, Orłowski RZ, Sonneveld P, Ludwig H. A practical update on the use of bortezomib in the management of multiple myeloma. *The oncologist*. 2006 Jan;11(1):51-61.
- Schipper H, Levitt M. Measuring Quality of Life: Risks and Benefits. *Cancer Treatment Reports* 1985, 69: 1115-1122.
- Sekeres MA, Stone RM, Zahrieh D, Neuberg D, Morrison V, De Angelo DJ, Galinsky I, Lee SJ. Decision-making and quality of life in older adults with acute myeloid

- leukemia or advanced myelodysplastic syndrome. *Leukemia*. 2004 Apr;18(4):809-16.
- Singhal S, Mehta J. Thalidomide in cancer. *BioDrugs*. 2001 Mar;15(3):163-72.
- Sonis ST, Oster G, Fuchs H, Bellm L, Bradford WZ, Edelsberg J, Hayden V, Eilers J, Epstein JB, LeVeque FG, Miller C. Oral mucositis and the clinical and economic outcomes of hematopoietic stem-cell transplantation. *Journal of clinical oncology*. 2001 Apr 15;19(8):2201-5.
- Spitzer WO, Dobson AJ, HALL AJ et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-INDEX for use by physicians. *Chron Dis*. 1981;34:585-97.
- Sprangers MA, Cull A, Groenvold M, Bjordal K, Blazeby J, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to developing questionnaire modules: an update and overview. *Quality of Life Research*. 1998 May;7(4):291-300.
- Stewart AL, Ware JE, Brook RH. Advances in measurement of functional status: Construction of aggregate indexes. *Medical Care* 1981; 19: 473-88.
- Tanimukai H, Hirai K, Adachi H, Kishi A. Sleep problems and psychological distress in family members of patients with hematological malignancies in the Japanese population. *Annals of hematology*. 2014 Dec;93(12):2067-75.
- Thomas M. Quality of life and psychosocial adjustment in patients with myelodysplastic syndromes. *Leukemia Research*,1998; 22: S41 - S47.
- Tsatsou I, Konstantinidis T, Kalemikerakis I, Adamakidou T, Vlachou E, Govina O. Unmet Supportive Care Needs of Patients with Hematological Malignancies: A Systematic Review. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020 Oct 15;8(1):5-17.
- Weis J, Arraras JI, Conroy T, Efficace F, Fleissner C, Görög A, Hammerlid E, Holzner B, Jones L, Lanceley A, Singer S. Development of an EORTC quality of life phase III module measuring cancer-related fatigue (EORTC QLQ-FA13). *Psycho-Oncology*. 2013 May;22(5):1002-7.
- Wikipedia. (2021, June 18). Tumors of the hematopoietic and lymphoid tissues. Ανάκτηση Σεπ 8, 2021, από <https://www.janssen.com/greece/pagkosmia-imeraimatologikoy-karkinoy>
- Williams PD, Ducey KA, Sears AM, Williams AR, Tobin-Rumelhart SE, Bunde P. Treatment type and symptom severity among oncology patients by self-report. *International journal of nursing studies*. 2001 Jun 1;38(3):359-67.

- Wilson MK, Collyar D, Chingos DT, Friedlander M, Ho TW, Karakasis K, Kaye S, Parmar MK, Sydes MR, Tannock IF, Oza AM. Outcomes and endpoints in cancer trials: bridging the divide. *The lancet oncology*. 2015 Jan 1;16(1):e43-52.
- Wisløff F, Kvam AK, Hjorth M, Lenhoff S. Serum calcium is an independent predictor of quality of life in multiple myeloma. *European journal of haematology*. 2007 Jan;78(1):29-34.
- Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going?. *Journal of clinical epidemiology*. 1999 Apr 1;52(4):355-63.
- Zhan L. Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 795-800.
- Zittoun R, Achard S, Ruzsniowski M. Assessment of quality of life during intensive chemotherapy or bone marrow transplantation. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 1999 Jan;8(1):64-73.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελοπούλου Μ. Μεταμόσχευση στελεχιαίων αιμοποιητικών κυττάρων στο : Λουκόπουλος Δ, Πολίτου Μ, Μαθήματα Αιματολογίας: Κλινική Αιματολογία, Αιμόσταση, Μετάγγιση αίματος, Κεφάλαιο 21, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Επιστημονικά συγγράματα και βοηθήματα,2005, www.kallipos.gr, Αθήνα,, ISBN: 978-960-603-445-9.
- Αλαμάνου Δ, Ιωαννίδου Α, Πουλιάνου Ε. Αξιολόγηση Συμπτωμάτων σε Ασθενείς με Καρκίνο. *Νοσηλευτική*. 2016 Oct 1;55(4).
- Βικιπαίδεια. Λευχαιμία. 2021. Ανάκτηση Σεπ 15, 2021, από <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9B%CE%B5%CF%85%CF%87%CE%B1%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1>
- Βλαχοδήμου Σ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής των αιματολογικών ασθενών μετά τη χημειοθεραπεία. *Διπλωματική Εργασία*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας,2018.
- Γρενζελιάς Δ. Οζώδες Λέμφωμα. 2018 Ανάκτηση Σεπ 17, 2021, από <https://www.hygeia.gr/ozodes-lemfoma/>
- Δήμτσου ΙΣ. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο

- Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική κλινική, Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας, Διπλωματική εργασία.2011
- Διαμαντίδης ΜΔ. Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα, νεότερα δεδομένα. Aristotle University of Thessaloniki; 2006.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Σοβαρές και χρόνιες ασθένειες. 2020. Ανάκτηση Σεπτ 7, 2021, από https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/cancer_el
- Ζαραλίδου Α,Βασιλάκος Δ. Καρκινικός πόνος. Στο: Βασιλάκος Δ. Ο πόνος και η αντιμετώπισή του. Πρώτη έκδοση. 2008., 483-528, Ιωάννινα Εκδόσεις Εφύρα.
- Ιατρονέτ. Χρόνια Μυελογενής Λευχαιμία: Τι είναι και πώς αντιμετωπίζεται. 2018. Ανάκτηση Σεπ 16, 2021, από <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/44904/xronia-myelogenis-lefxaimia-ti-einai-kai-pws-antimetwprizetai.html>
- Καλλία Ε. «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Πολλαπλούν Μυέλωμα που παρακολουθούνται Στο ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης». Πάτρα: ΕΑΠ, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Διοίκηση Μονάδων Υγείας.2008
- Karyo. Οξεία μυελογενής λευχαιμία. 2021. Ανάκτηση Σεπ 16, 2021, από <https://karyo.gr/analysis/%CE%BF%CE%BE%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%BC%CF%85%CE%B5%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%AE%CF%82-%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%87%CE%B1%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1/>
- Karyo. gr. Οξεία Λεμφογενής Λευχαιμία. 2021 .Ανάκτηση Σεπ 16, 2021, από <https://karyo.gr/analysis/all/>
- Κοσμάογλου Σ. Μελέτη των κλιμάκων ποιότητας ζωής και η χρήση τους σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Πειραιώς. 2018
- Κωνσταντινίδης ΘΙ, Φιλαλήθης Α. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο: Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2014;31(4):412-22.
- Λουκόπουλος Δ,Πολίτου Μ, Μαθήματα Αιματολογίας: Κλινική Αιματολογία, Αιμόσταση, Μετάγγιση αίματος, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Επιστημονικά

- συγγράμματα και βοηθήματα, 2005, www.kallipos.gr, Αθήνα, ISBN: 978-960-603-445-9.
- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου Ε. Χημειοθεραπεία, 2004, Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου Ε. Ακτινοθεραπεία, 2007, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Novartis.gr. Διάχυτο από μεγάλα Β-κύτταρα Λέμφωμα. 2021, Ανάκτηση Σεπ 17, 2021, από <https://www.novartis.gr/diahyto-aro-megala-v-kyttara-lemfoma>
- Οικονομόπουλος Θ. Κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. 2009. Αθήνα: Εκδόσεις : Πασχαλίδη.
- OECD. Μέτρηση και μείωση των διοικητικών βαρών σε 13 κλάδους στην Ελλάδα. Αθήνα: Έκθεση επισκόπησης. 2013
- OECD. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ υγείας 2017. Αθήνα. 2017
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. 1946. Ανάκτηση Σεπ 7, 2021, από Βικιπαίδεια: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%9F%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82
- Παπαγεωργίου Δ, Καραγεώργου Ρ, Ανοσοθεραπεία στον Καρκίνο, Νοσηλευτική 2018, 57(4): 345–348
- Παπαδάκης Β. Λέμφωμα Burkitt. Haema, 2017, 8(1): 54-63 .
- Πολυκανδριώτη Μ, Γερασίμου Ε, Κοτρονούλας Γ, Τσάμη Α, Ευαγγέλου Ε, Κυρίτση Ε. Διερεύνηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο. Νοσηλευτική. 2010;49(4):377-86.
- Roche.gr. Χρόνια Λεμφογενής Λευχαιμία (ΧΛΛ). 2019. Ανάκτηση Σεπ 16, 2021, από https://www.roche.gr/el/health/lymphoma/_html
- Σπύρου ΑΝ. Επιδημιολογική έρευνα της συχνότητας και της θνησιμότητας των λευχαιμιών στον ελληνικό πληθυσμό. Αριστοτέλειο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης 2009.
- Χατζηλεοντής Κ. Πολλαπλόν μυέλωμα: ιστοπαθολογία και προγνωστικοί δείκτες (Doctoral dissertation, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Τμήμα Ιατρικής, 2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά 120 συμμετεχόντων ασθενών με αιματολογικούς καρκίνους στη μελέτη.

		v	%
Φύλο	άνδρες / γυναίκες	69 / 51	57,5 / 42,5
Ηλικία, χρόνια	μέση ηλικία ± τ.α. (ελ., μεγ.)	65,6 ± 17,5	(18,7-94,3)
	<60	41	34,2
	60-79	55	45,8
	80+	24	20,0
Οικογενειακή κατάσταση	άγαμοι, διαζευγμένοι, χηρεία	38	31,7
	έγγαμοι, συμβίωση	82	68,3
Εκπαίδευση	έως δημοτικό	51	42,5
	γυμνάσιο	22	18,3
	λύκειο, σχολή	23	19,2
	ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο	24	20,0
Μοναχική διαβίωση	ναι	20	16,7
	όχι	100	83,3
Απασχόληση	άνεργοι, οικιακά, συνταξιούχοι	89	74,2
	υπάλληλοι	25	20,8
	αγροτικά, ελεύθερο επάγγελμα	6	5,0
Περιοχή διαμονής	αστική	86	71,7
	αγροτική	34	28,3

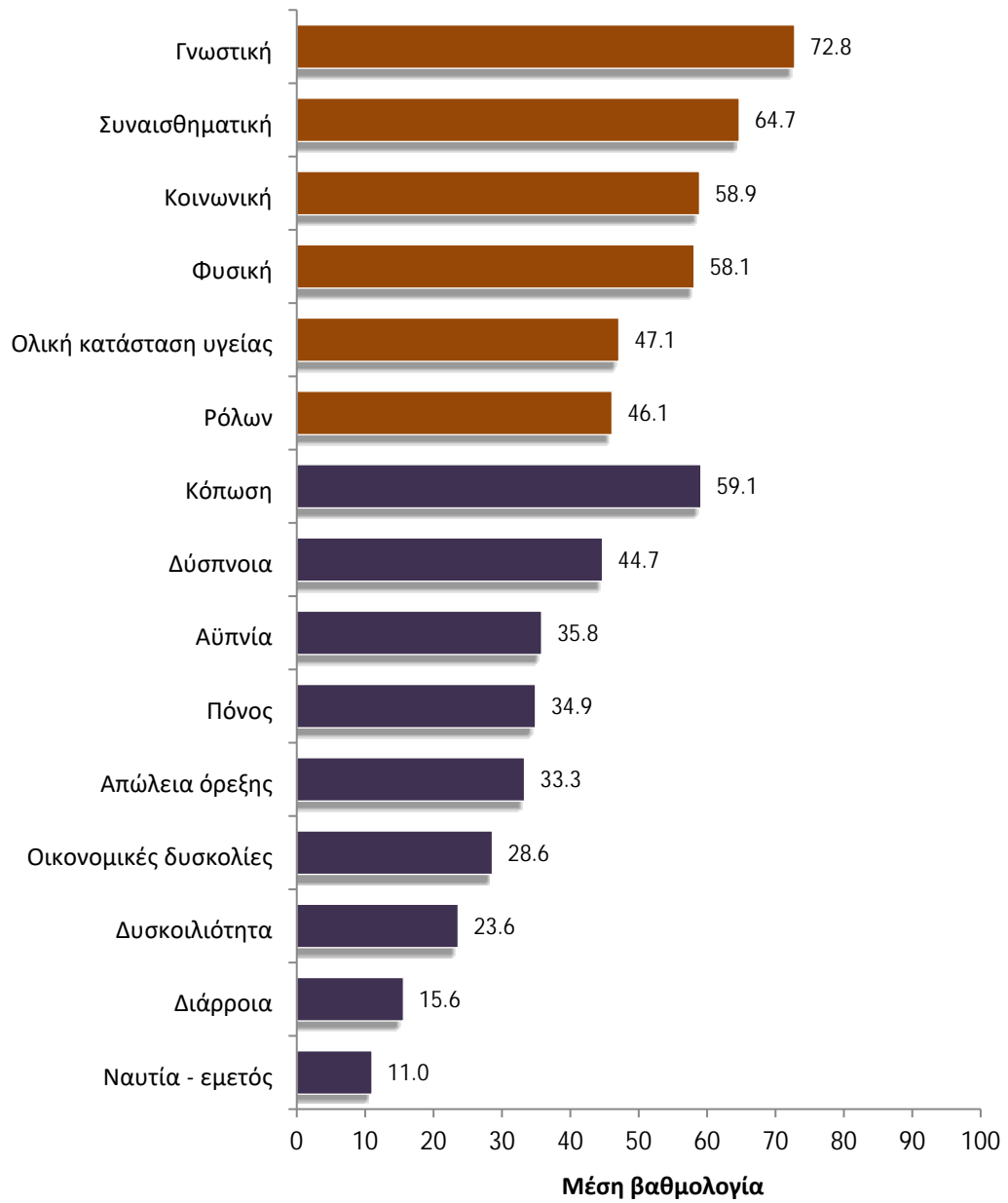
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά νοσηλείας και νοσηρότητας των 120 συμμετεχόντων ασθενών με αιματολογικούς καρκίνους στη μελέτη.

		v	%
Νοσοκομείο Νοσηλείας	Πα.Γ.Ν.Η. / Βενιζέλειο Γ.Ν.Η.	60 / 60	50,0 / 50,0
Τμήμα Νοσηλείας	Κλινική / Ημερήσια	105 / 15	87,5 / 12,5
Χρόνος από τη διάγνωση, μήνες	μέση τιμή(διάμεσος) (ελ., μεγ.)	33 (48)	(1 - 276)
Συνοσηρότητα	υπέρταση	36	30,0
	σακχαρώδη διαβήτη	25	20,8
	καρδιακά νοσήματα	20	16,7
	αναπνευστική νόσο	16	13,3
	αυτοάνοσο	29	24,2
Πολυνοσηρότητα, νοσήματα	κανένα	44	36,7
	1	40	33,3
	2+	36	30,0

Πίνακας 3. Βαθμολογία των ενοτήτων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 των 120 ασθενών της μελέτης.

Κλίμακες	Μέση τιμή	τυπ. απόκλ.	Διάμεσος	Εύρος	Cronbach's α
Ποιότητα ζωής (QLQ-C30)					0,894
Λειτουργικότητα (υψηλότερη βαθμολογία δείχνει καλύτερη ποιότητα ζωής)					
Ολική κατάσταση υγείας	47,1	21,5	50,0	0-100	-
Φυσική	58,1	25,5	60,0	0-100	-
Ρόλων	46,1	32,8	41,7	0-100	-
Συναισθηματική	64,7	27,3	75,0	0-100	-
Γνωστική	72,8	28,2	83,3	0-100	-
Κοινωνική	58,9	31,3	66,7	0-100	-
Συμπτωματολογία (χαμηλότερη βαθμολογία δείχνει καλύτερη ποιότητα ζωής)					
Κόπωση	59,1	25,6	66,7	0-100	-
Ναυτία - εμετός	11,0	21,4	0,0	0-100	-
Πόνος	34,9	31,5	33,3	0-100	-
Δύσπνοια (λαχάνιασαν)	44,7	31,9	33,3	0-100	-
Αϋπνία	35,8	34,1	33,3	0-100	-
Απώλεια όρεξης	33,3	34,6	33,3	0-100	-
Δυσκοιλιότητα	23,6	32,5	0,0	0-100	-
Διάρροια	15,6	28,6	0,0	0-100	-
Οικονομικές δυσκολίες	28,6	32,4	33,3	0-100	-

Σχήμα 1. Ιεραρχική κατανομή της μέσης βαθμολογίας των ενοτήτων της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 των 120 ασθενών της μελέτης.



Πίνακας 4. Ιεραρχική ταξινόμηση βαθμολογίας έντασης και συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson των 120 ασθενών.

Συμπτώματα		Μέση τιμή	TA	Διάμεσος	Ελαχ.	Μεγ.	ν	%
Βασικά ¹	Κόπωση	3,5	3,2	2,0	0,0	10,0	94	78,3
	Νύστα	3,3	3,4	2,0	0,0	10,0	78	65,0
	Ανησυχία	2,8	3,1	1,0	0,0	10,0	79	65,8
	Ξηροστομία	2,8	3,3	1,0	0,0	10,0	74	61,7
	Θλίψη	2,8	3,2	2,0	0,0	10,0	72	60,0
	Διαταραχή ύπνου	2,5	3,0	1,0	0,0	10,0	72	60,0
	Ανορεξία	2,2	3,0	1,0	0,0	10,0	62	51,7
	Μούδιασμα & μυρμηγκιασμα	2,1	3,1	0,0	0,0	10,0	52	43,3
	Πόνος	1,9	2,8	0,5	0,0	10,0	60	50,0
	Δυσκοιλιότητα	1,7	3,0	0,0	0,0	10,0	40	33,3
	Πρόβλημα μνήμης	1,6	2,7	0,0	0,0	10,0	51	42,5
	Κόψιμο αναπνοής	1,5	2,8	0,0	0,0	10,0	46	38,3
	Ναυτία	1,2	2,4	0,0	0,0	10,0	40	33,3
	Διάρροια	1,2	2,7	0,0	0,0	10,0	29	24,2
	Έμετοι	0,6	1,7	0,0	0,0	10,0	19	15,8
Επιπρόσθετα ²	Απόλαυση ζωής	5,1	3,6	5,0	0,0	10,0	103	85,8
	Περπάτημα	4,7	3,5	4,0	0,0	10,0	99	82,5
	Διάθεση	4,4	3,4	4,0	0,0	10,0	99	82,5
	Εργασία	4,3	3,7	4,0	0,0	10,0	90	75,0
	Γενική δραστηριότητα	4,2	3,4	4,0	0,0	10,0	96	80,0
	Σχέσεις με ανθρώπους	3,7	3,6	3,0	0,0	10,0	81	67,5

¹ Διαβάθμιση αποκρίσεων από 0: το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε έως 10: το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε.

² Διαβάθμιση αποκρίσεων από 0: το σύμπτωμα δεν παρενέβη έως 10: το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά.

Πίνακας 5. Συνολική βαθμολογία έντασης συμπτωμάτων της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson των 120 ασθενών.

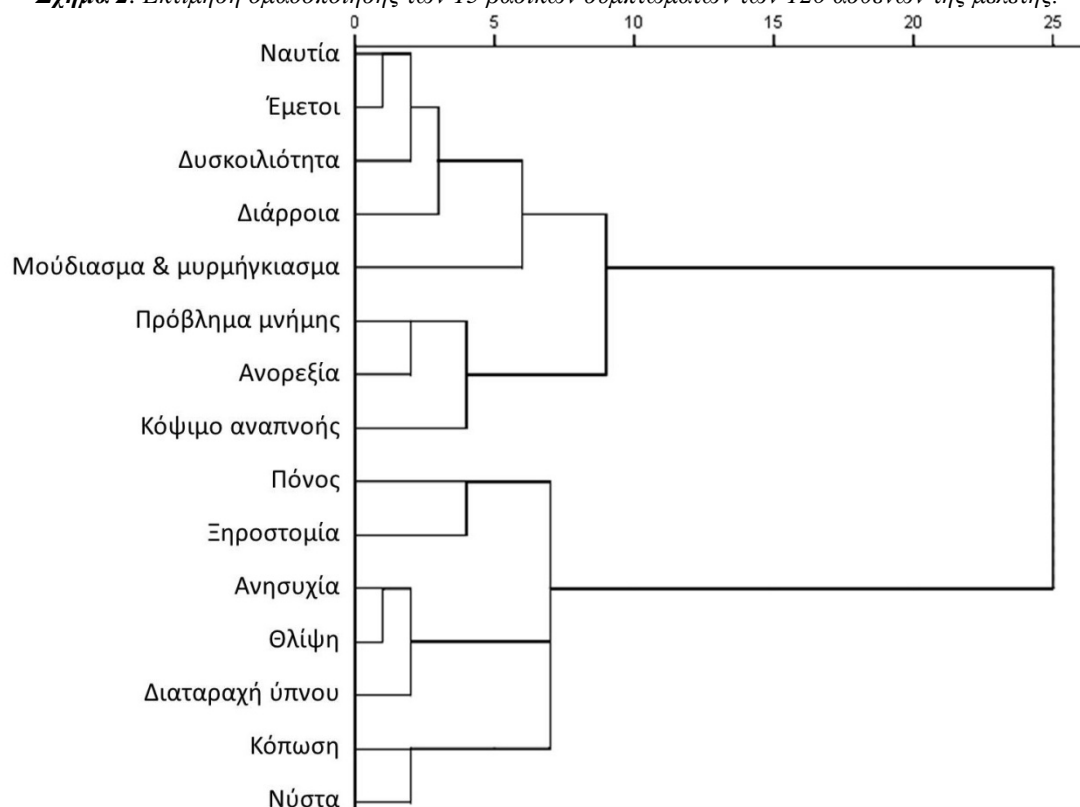
	Μέση τιμή	ΤΑ	Διάμεσος	Ελαχ.	Μεγ.
Βασικά συμπτώματα ¹	2,1	2,0	1,5	0,0	10,0
Επιπρόσθετα συμπτώματα ²	4,4	3,1	4,7	0,0	10,0
Συνολική Μέση Βαθμολογία συμπτωμάτων	2,8	2,4	2,1	0,0	10,0

¹ Διαβάθμιση αποκρίσεων από 0: το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε έως 10: το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε.

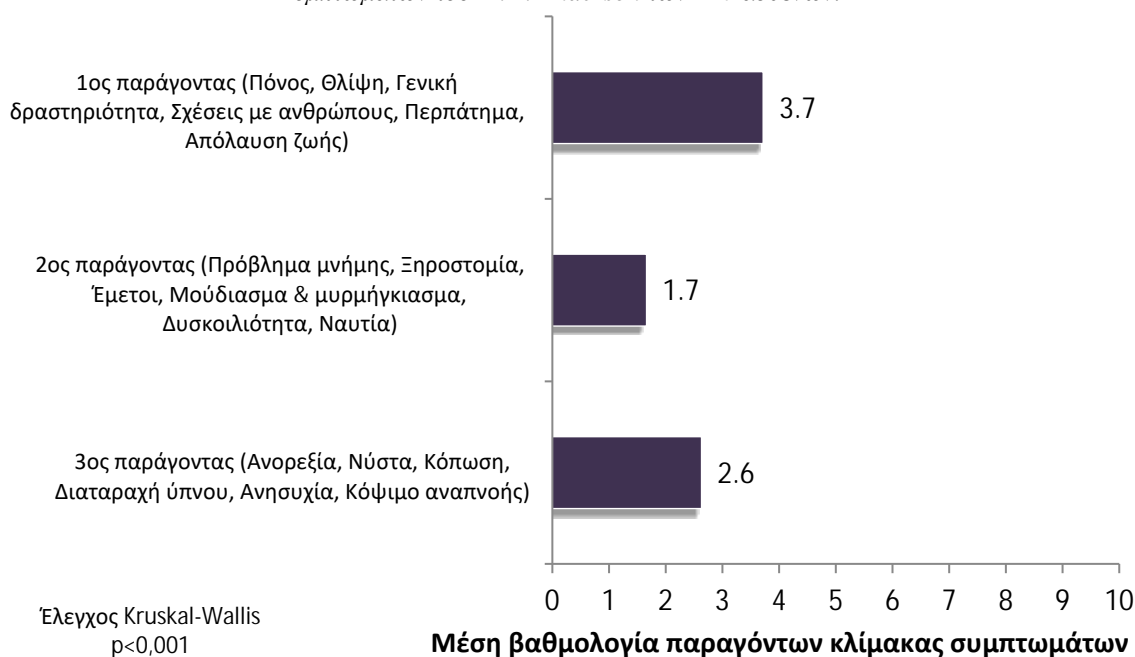
² Διαβάθμιση αποκρίσεων από 0: το σύμπτωμα δεν παρενέβη έως 10: το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά.

Έλεγχος Mann-Whitney μεταξύ των δύο ομάδων συμπτωμάτων, $p < 0,001$.

Σχήμα 2. Εκτίμηση ομαδοποίησης των 15 βασικών συμπτωμάτων των 120 ασθενών της μελέτης.



Σχήμα 3. Βαθμολογία έντασης συμπτωμάτων τριών παραγόντων (συνιστωσών) της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson των 120 ασθενών.



Πίνακας 6. Συσχέτιση της βαθμολογίας των Κλιμάκων Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 και Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson των 120 ασθενών.

	Μέτρηση Έντασης Συμπτωμάτων ^a		
	Βασικά	Επιπρόσθετα	Συνολική Μέση Βαθμολογία
	rho-Spearman		
Λειτουργικότητα (υψηλότερη βαθμολογία → καλύτερη ποιότητα ζωής)			
Ολική κατάσταση υγείας	-0,426*	-0,500*	-0,491*
Φυσική	-0,380*	-0,400*	-0,418*
Ρόλων	-0,257*	-0,387*	-0,337*
Συναισθηματική	-0,560*	-0,458*	-0,549*
Γνωστική	-0,600*	-0,509*	-0,596*
Κοινωνική	-0,402*	-0,470*	-0,471*
Συμπτωματολογία (χαμηλότερη βαθμολογία → καλύτερη ποιότητα ζωής)			
Κόπωση	0,571*	0,596*	0,622*
Ναυτία - εμετός	0,488*	0,340*	0,470*
Πόνος	0,436*	0,464*	0,493*
Δύσπνοια (λαχάνιασαν)	0,406*	0,356*	0,406*
Αϋπνία	0,355*	0,238*	0,332*
Απώλεια όρεξης	0,456*	0,487*	0,508*
Δυσκοιλιότητα	0,378*	0,321*	0,389*
Διάρροια	0,214*	0,247*	0,256*
Οικονομικές δυσκολίες	0,245*	0,193*	0,253*

^a Υψηλότερη βαθμολογία (→10) καθορίζει υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων.

* p-value<0,05

Πίνακας 7. Συσχέτιση της βαθμολογίας της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων του M.D. Anderson των 120 ασθενών, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά.

	Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογ/κή κατ.(1:άγαμοι, διαζευγμένοι, χρηρεία, 2:έγγαμοι, συμβίωση)	Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2:γυμνάσιο, 3:λύκειο, 4:ΑΕΙ, ΤΕΙ)	Μοναχική διαβίωση διαμ. (1:ναι, 2:όχι)	Περιοχή (1:αστική, 2:αγροτική)	Χρόνος από τη διάγνωση(μήνες)	Πολυ- νοσηρότητα (νοσήματα)
rho-Spearman								
Μέτρηση Συμπτωμάτων (βαθμολογία →10 καθορίζει υψηλότερη ένταση)								
Βασικά	0,193*	0,088	0,062	-0,154	0,150	-0,063	0,109	0,220*
Επιπρόσθετα	0,080	0,145	-0,015	-0,131	0,156	-0,054	0,036	0,085
Συνολική Μέση Βαθμολογία	0,163	0,108	0,005	-0,134	0,156	-0,075	0,076	0,179*

* p-value<0,05

Πίνακας 8. Συσχέτιση της βαθμολογίας της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής QLQ-C30των 120 ασθενών, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά.

	Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογ/κή κατ.(1:άγαμοι, διαζευγμένοι, χρηρεία, 2:έγγαμοι, συμβίωση)	Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2:γυμνάσιο, 3:λύκειο, 4:ΑΕΙ, ΤΕΙ)	Μοναχική διαβίωση διαμ. (1:ναι, 2:όχι)	Περιοχή (1:αστική, 2:αγροτική)	Χρόνος από τη διάγνωση(μήνες)	Πολυ- νοσηρότητα (νοσήματα)
rho-Spearman								
Λειτουργικότητα (υψηλότερη βαθμολογία → καλύτερη ποιότητα ζωής)								
Ολική κατάσταση υγείας	-0,185*	-0,145	0,057	0,176	-0,051	0,092	-0,059	-0,160
Φυσική	-0,096	-0,331*	0,052	0,239*	-0,019	0,009	-0,199*	-0,209*
Ρόλων	0,002	-0,232*	0,030	0,099	-0,031	-0,010	0,016	0,011
Συναισθηματική	-0,150	-0,192*	-0,029	0,143	-0,089	0,011	-0,019	-0,284*
Γνωστική	-0,004	-0,176	-0,052	0,062	-0,098	-0,071	-0,197*	-0,173
Κοινωνική	0,012	-0,167	-0,029	0,124	-0,099	-0,081	-0,199*	-0,098
Συμπτωματολογία (χαμηλότερη βαθμολογία → καλύτερη ποιότητα ζωής)								
Κόπωση	0,057	0,277*	0,131	-0,102	0,020	-0,060	0,080	0,162
Ναυτία - εμετός	0,196*	-0,201*	0,023	0,036	0,059	-0,190*	-0,137	0,094
Πόνος	0,114	0,073	-0,085	-0,167	0,016	-0,061	0,115	0,192*
Δύσπνοια (λαχάνιασαν)	0,009	0,267*	0,027	-0,175	-0,043	0,016	0,103	0,232*
Αϋπνία	0,136	-0,008	0,085	0,003	0,014	-0,087	0,000	0,165
Απώλεια όρεξης	0,034	0,083	0,068	0,050	0,084	-0,169	-0,066	0,130
Δυσκοιλιότητα	0,160	-0,052	-0,008	0,038	0,038	-0,132	-0,227*	0,153
Διάρροια	-0,001	0,129	-0,023	-0,120	0,138	0,004	0,079	0,167
Οικονομικές δυσκολίες	0,011	0,091	-0,168	-0,081	0,015	-0,021	0,237*	0,113


* p-value<0,05

Πίνακας 9. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (συσχέτιση) της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής QLQ-C30 (Ολική κατάσταση υγείας) με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων.

Προγνωστικοί παράγοντες	Ολική κατάσταση υγείας (υψηλότερη βαθμολογία → καλύτερη ποιότητα ζωής)			
	μη τυποποιημένος συντελεστής β	95%ΔΕ		p-value
Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	-4,03	-11,02	2,95	0,255
Ηλικία (χρόνια)	-0,08	-0,31	0,16	0,519
Οικογενειακή κατάσταση (1: άγαμοι, διαζευγμένοι, χηρεία, 2: έγγαμοι, συμβίωση)	2,11	-6,70	10,93	0,636
Εκπαίδευση (1: δημοτικό, 2: γυμνάσιο, 3: λύκειο, 4: AEI, TEI)	1,68	-1,79	5,16	0,338
Μοναχική διαβίωση (1: ναι, 2: όχι)	-0,23	-11,23	10,76	0,967
Περιοχή διαμονής (1: αστική, 2: αγροτική)	4,68	-3,45	12,80	0,257
Χρόνος από τη διάγνωση (μήνες)	-0,05	-0,12	0,02	0,191
Πολυνοσηρότητα (νοσήματα)	-0,40	-3,96	3,16	0,825
Συνολική Μέση Βαθμολογία Συμπτωμάτων (βαθμολογία →10 καθορίζει υψηλότερη ένταση)	-4,91	-6,56	-3,26	<0,001
<i>R²(R² adjusted)</i>		0,341 (0,287)		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Εγκρίσεις για την διεξαγωγή της έρευνας

 **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ηράκλειο 26/7/2021
Αρ. πρωτ.: 19616

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Καραντάνας Απόστολος
Καθηγητής
Δ/ντής Εργαστηρίου
Ιατρικής Απεικόνισης

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ
Μιχαηλίδη Ελένη
Δ/ντρια ΕΕΥ
Παιδιατρικής

Πατριανίκος Αλέξανδρος
Δ/ντής ΕΕΥ
Καρδιολογίας

Χατζιάκης Νικόλαος
Επιμελητής Α'
Ωτορινολαρυγγολογίας

Μπέστη Γρηγορία
Επιμελήτρια Β'
Ενδοκρινολογίας-
Διαβήτη- Μεταβολισμού

Βενουδάκη Μαρία
Αν. Καθηγήτρια
Κλινικής Χημείας

Ματθαίου Νικόλαος
Ειδικευόμενος
Ακτινοδιαγνωστικής

Ανυφαντάκη Στυλιανή
Τομέας της Νοσηλευτικής

Ταμπουράκη
Μαρία
ΓΕ Φυσικοθεραπείας

Γραμματεία
Μαρία Μπενέτου
Τηλ.: 2813405316

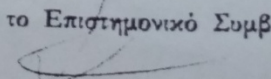
ΠΡΟΣ: Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ΠαΓΝΗ
Καθηγητή κ. Ν. Τζανάκη

ΘΕΜΑ: «Έγκριση για άδεια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας στο ΠαΓΝΗ»

Σχετ: -Θετική εισήγηση της Δ/ντριας της Αιματολογικής κλινικής ΠαΓΝΗ, Καθηγήτριας κας Ε. Παπαδάκη.
-Θετική εισήγηση της Δ/ντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΠαΓΝΗ, κας Α. Πριναρόη.
- Αίτηση της ενδιαφερόμενης με αρ. πρωτ. ΝΥ 885/28-5-2021.

Το Ε.Σ στη συνεδρίασή του στις 7/7/2021, αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα καθώς επίσης και τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής κ Δεοντολογίας ΠαΓΝΗ, εισηγείται θετικά στο αίτημα της φοιτήτριας του τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου κας Χασουράκη Ευγενίας, για διανομή ερωτηματολογίων στους νοσηλευόμενους ασθενείς της Αιματολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας με θέμα «**Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς**» με τη δέσμευση ότι:

- Είναι υποχρεωτική και αναγκαία εφόσον η κ. Χασουράκη έρθει σε επαφή με τους ασθενείς, η γραπτή ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση των συμμετεχόντων στη μελέτη.
- Πριν την παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων στο Ε.Σ.
- Θα τηρηθούν όλες οι αρχές δεοντολογίας της έρευνας περί προστασίας ευαίσθητων δεδομένων υγείας και προστασία της ανωνυμίας.

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Καθηγητής Α. Καραντάνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 19/5/2021

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : _____ 4855

ΠΡΟΣ:

ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ
ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ
ΧΑΣΟΥΡΑΚΗ ΕΥΓΕΝΙΑ

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ7151 ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ
ΥΝ7180 ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ
ΥΝ7391 ΧΑΣΟΥΡΑΚΗ ΕΥΓΕΝΙΑ

με θέμα: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς».


Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται:Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.



Η Πρόεδρος του Τμήματος


Ευριδίκη Πατελάρου
Καθηγήτρια

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Μανουράς Ανδρέας
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

09.09.2021 08:56:09
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΔΤ
ΜΑΡΙΑ
ΚΑΣΤΡΕΝΑΚΗ

Ηράκλειο, 08/09/2021

Α. Π.: 37206

Απάντηση στο έγγραφο:

ΠΡΟΣ: κ.κ. Τσαγκαράκη Ελευθερία,
Αποστολάκη Ειρήνη & Χασουράκη Ευγ.,
Φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής
του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικήτη Γ.Ν. Βενιζέλειο - Πανάνειο,
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλειο - Πανάνειο, στο πλαίσιο Πτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 36281/02-9-2021 έγγραφο της Αναπλ. Διοικήτριας, κας Κωστάκη Ελευθ.
2. Η με αρ. 71/συνεδρ. 8/01-6-2021 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.
Βενιζέλειο - Πανάνειο.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. Βενιζέλειο - Πανάνειο, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους νοσηλευόμενους ασθενείς της Αιματολογικής Κλινικής, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, από τις Φοιτήτριες κες Τσαγκαράκη Ελευθερία, Αποστολάκη Ειρήνη & Χασουράκη Ευγενία, με θέμα: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς», υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή, κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν. Βενιζέλειο - Πανάνειο. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στις ερευνήτριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και

γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Μανουράς Ανδρέας
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

14.09.2021 13:15:57
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΔΤΟ
ΚΑΛΑΘΟΣ
ΜΑΝΝΑΔΑΚΗ

Ηράκλειο, 14/09/2021

Α. Π.: 38008

Απάντηση στο έγγραφο:

ΠΡΟΣ: κα Χασουράκη Ευγενία,
Φοιτήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής
του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο Πτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 14618/31-8-2021 έγγραφο του Διοικητή ΠΑΓΝΗ, κ. Χαλκιαδάκη Γεώργ.

2. Η με αρ. πρωτ. 12616/26-7-2021 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους νοσηλεύόμενους ασθενείς της Αιματολογικής Κλινικής, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, από την φοιτήτρια κα Χασουράκη Ευγενία, με θέμα: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλεύόμενους ασθενείς», υπό την επίβλεψη του καθηγητή, κ. Κωνσταντίνου Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία

των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ**

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΑΠΟΦΑΣΗ 71
ΘΕΜΑ 5

Εισήγηση για έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας με τίτλο: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς» από τις Τσαγκαράκη Ελευθερία, Αποστολάκη Ειρήνη και Χασουράκη Ευγενία, φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- α) την αρ. πρωτ. 11630/27-05-2021 αίτηση των Τσαγκαράκη Ελευθερίας, Αποστολάκη Ειρήνης και Χασουράκη Ευγενίας, φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.), που ζητούν έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας με τίτλο: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς»
- β) την με αρ. πρωτ. 4855/19-05-2021 βεβαίωση του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. για ανάθεση εκπόνησης πτυχιακής εργασίας με τίτλο: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς», από τις φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου: ΥΝ7151 Τσαγκαράκη Ελευθερία, ΥΝ7180 Αποστολάκη Ειρήνη, ΥΝ7391 Χασουράκη Ευγενία με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη
- γ) το επισυναπτόμενο πρωτόκολλο, έντυπο συγκατάθεσης, ερωτηματολόγιο
- δ) την συναίνεση της Διευθύντριας-Προσωρινά Προϊσταμένου του Αιματολογικού Τμήματος του Παθολογικού Τομέα κ. Δημήτρη Λιάπη
- ε) τη διαλογική συζήτηση,

ομόφωνα αποφασίζει

Α.. Εισηγείται θετικά για την έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας με τίτλο: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς», από τις φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου: ΥΝ7151 Τσαγκαράκη Ελευθερία, ΥΝ7180 Αποστολάκη Ειρήνη, ΥΝ7391 Χασουράκη Ευγενία με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη Επίκουρο Καθηγητή ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και με απαραίτητη προϋπόθεση την τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΡΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 8/01-06-2021
ΑΠΟΦΑΣΗ 71
ΘΕΜΑ 5

Β.. Αντίγραφο της παραπάνω εργασίας να κατατεθεί και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Γ.. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7^η ΥΠΕ για έγκριση.

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΕΣΒΥΤΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΛΑΓΟΥΔΙΑΝΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΑΛΟΕΜΗ ΕΛΕΝΗ
ΤΣΑΤΣΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΣΠΥΡΙΔΩΠΟΥΛΟΣ ΣΑΒΒΑΣ

Αεφής απόφαση επί το πρακτικό

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΜΕΛΙΣΣΟΥ ΕΛΕΝΗ ΔΑΝΝΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3^ο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ερωτηματολόγιο

ID Number:

Τίτλος: «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων σε αιματολογικούς νοσηλεύομενους ασθενείς»

Ερευνήτριες/Φοιτήτριες

Αποστολάκη Ειρήνη, Τσαγκαράκη Ελευθερία, Χασουράκη Ευγενία

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά την ποιότητα ζωής και τα συμπτώματα σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην Αιματολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Αποτελεί το μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στο πλαίσιο της πτυχιακής μας εργασίας το οποίο έχει εγκριθεί από το τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου και από την αρμόδια επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Το μόνο που χρειάζεται είναι να διαθέσετε είναι περίπου 10 λεπτά από το χρόνο σας για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Όλα τα στοιχεία που θα συμπληρώσετε θα είναι άκρως εμπιστευτικά και θα τα γνωρίζουν μόνο οι ερευνήτριες και ο επιστημονικός υπεύθυνος της σχολής. Είμαστε στη διάθεσή σας να λύσουμε πιθανές απορίες σας σχετικά με τη μελέτη

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας!

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε παρακάτω:

(Το παρόν φύλλο θα εξαιρεθεί από το ερωτηματολόγιο πριν την επεξεργασία των ερωτηματολογίων ώστε να διαφυλαχτεί η ανωνυμία σας.)

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

Ερωτηματολόγιο --- ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σημειώστε στο τετράγωνο την απάντησή σας

1. Νοσοκομείο:

A) ΠΑΓΝΗ B) BENIZEΛΕΙΟ

2. Χώρος νοσηλείας:

A) Κλινική B) Τμήμα Ημερήσιας νοσηλείας

3. Ηλικία:.....

4. Φύλο:

A) Άνδρας B) Γυναίκα

5. Οικογενειακή κατάσταση :

A) Άγαμος B) Έγγαμος Γ) Διαζευγμένος Δ) Χηρεία

6. Ζείτε μόνος-η ;

A) Ναι B) Όχι Αν όχι, προσδιορίστε: _____

7. Εργασιακή κατάσταση:

A) Άνεργος B) Ιδιωτικός υπάλληλος Γ) Δημόσιος υπάλληλος
Δ) Οικιακά E) Συνταξιούχος ΣΤ) Άλλο. Προσδιορίστε: _____

8. Εκπαίδευση:

A) Έως δημοτικό B) Γυμνάσιο Γ) Λύκειο Δ) ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο
E) Άλλο:.....

9. Τόπος μόνιμης διαμονής:

A) Αστική B) Ημιαστική Γ) Αγροτική

10. Χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση:.....

11. Ζείτε με:

A) Σύζυγο B) Σύζυγο και παιδιά Γ) Μόνος/η μου Δ) Άλλο.....

12. Συνυπάρχοντα νοσήματα:

A) Υπέρταση B) Σακχαρώδης διαβήτης Γ) Καρδιακή ανεπάρκεια
Δ) Αναπνευστική νόσος E) Αυτοάνοσο νόσημα
ΣΤ) Άλλο. Προσδιορίστε: _____

ΜΕΡΟΣ II



EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας: ☐☐☐☐☐

Τη χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος): ☐☐/☐☐/☐☐☐☐☐

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος): ☐☐/☐☐/☐☐☐☐☐

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

14. Είχατε τάση για εμετό;	1	2	3	4
15. Κάνατε εμετό;	1	2	3	4
16. Είχατε δυσκοιλιότητα;	1	2	3	4

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
17. Είχατε διάρροια;	1	2	3	4
18. Αισθανθήκατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4
19. Παρενέβη ο πόνος στις καθημερινές σας ασχολίες;	1	2	3	4
20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;	1	2	3	4
21. Αισθανόσασταν υπερένταση;	1	2	3	4
22. Αισθανόσασταν στεναχώρια;	1	2	3	4
23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η;	1	2	3	4
24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη;	1	2	3	4
25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;	1	2	3	4
26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την <u>οικογενειακή σας</u> ζωή;	1	2	3	4
27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις <u>κοινωνικές σας</u> εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή);	1	2	3	4
28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, σας προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;	1	2	3	4

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

29. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή

Εξαιρετική

30. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συμπτωμάτων του M. D. Anderson

Μέρος Α. Πόσο επώδυνα είναι τα συμπτώματά σας;

Θα θέλαμε να αξιολογήσετε πόσο έντονα ήταν για σας τα ακόλουθα συμπτώματα *το τελευταίο 24ωρο*. Παρακαλώ σημειώστε με ένα «✓» έναν από τους παρακάτω αριθμούς από το **0** (το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε) μέχρι το **10** (το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε) για κάθε ερώτηση.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Αισθανθήκατε εντονότατο πόνο;											
2. Αισθανθήκατε την πιο έντονη κόπωση;											
3. Αισθανθήκατε την πιο έντονη ναυτία;											
4. Αντιμετωπίσατε τον πιο διαταραγμένο ύπνο;											
5. Αισθανθήκατε τη μέγιστη ανησυχία;											
6. Αισθανθήκατε να κόβεται η αναπνοή σας;											
7. Αντιμετωπίσατε εντονότατα προβλήματα μνήμης;											
8. Αντιμετωπίσατε εντονότατη ανορεξία;											
9. Αισθανθήκατε πάρα πολύ νυσταγμένος;											
10. Είχατε εντονότατη ξηροστομία;											
11. Αισθανθήκατε εντονότατη θλίψη;											
12. Είχατε τους χειρότερους εμετούς; (σε ένταση και διάρκεια)											
13. Αισθανθήκατε εντονότατο μούδιασμα και μυρμήγκιασμα;											
14. Είχατε έντονου βαθμού διάρροιες;											
15. Είχατε έντονες δυσκοιλιότητες;											

Μέρος Β. Πώς παρενέβησαν τα παραπάνω συμπτώματα στην ζωή σας;

Τα συμπτώματα αυτά πολύ συχνά επηρεάζουν το πως αισθανόμαστε και λειτουργούμε. Πόσο πολύ

παρενέβησαν αυτά στα κάτωθι *τις τελευταίες 24 ώρες*; Παρακαλώ σημειώστε με ένα «✓» έναν από τους παρακάτω αριθμούς από το **0** (το σύμπτωμα δεν παρενέβη) μέχρι το **10** (το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά) για κάθε ερώτηση.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Στη γενική δραστηριότητα;											
17. Στη διάθεσή σας;											
18. Στην εργασία και στις ασχολίες του σπιτιού;											
19. Στις σχέσεις σας με τους ανθρώπους;											
20. Στο περπάτημα;											
21. Στην απόλαυση της ζωής;											

Επιπρόσθετα Συμπτώματα (Γ/Ε)

Είχατε προβλήματα κατάποσης;											
Αισθανθήκατε ξηρότητα/τσούξιμο στην περιοχή που ακτινοβολήθηκε;											

Επιπρόσθετα Συμπτώματα (II)

Είχατε έντονο βήχα;											
Αισθανθήκατε έντονη ξηρότητα Στο λαιμό;											

Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συμπτωμάτων του M. D. Anderson: Mystakidou K, Cleeland C, Tsilika E, Katsouda E, Primikiri A, Parpa E, Vlahos L, Mendoza T.