



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ
ΕΠΙΒΙΩΣΑΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ***

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ ΥΝ6979

ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ ΥΝ7036

ΚΥΡΙΑΚΑΚΗ ΜΑΡΙΑ-ΡΑΦΑΕΛΑ ΥΝ6950

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή Κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, Επίκουρο καθηγητή για την πολύτιμη καθοδήγησή του. Επιπλέον θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον ιατρό Κ. Καλπάκη και τον σύλλογο ΕΥΖΩ για τη βοήθεια που μας πρόσφεραν στη διανομή των ερωτηματολογίων και τη συγκέντρωση των στοιχείων. Επιπρόσθετα οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στους γονείς μας που μας συμπαραστάθηκαν όλα τα χρόνια της φοίτησής μας στο Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	3
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
Βασικές γνώσεις για τον καρκίνο	
1.1 Εισαγωγή	9
1.2 Επιδημιολογία	10
1.3 Αιτιολογία	12
1.4 Συμπτώματα	15
1.5 Διάγνωση	16
1.6 Θεραπεία	18
1.7 Πρόληψη	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Ποιότητα ζωής επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο	
2.1 Υγεία και ευεξία	22
2.2 Επιρροή στις δραστηριότητες	23
2.3 Δυσκολίες στην εργασία	24
2.4 Συναισθηματικά προβλήματα	25
2.5 Προβλήματα στις κοινωνικές δραστηριότητες	28
2.6 Πόνος	29
2.7 Φυσική κατάσταση	32
2.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
Υποστηρικτικές ανάγκες επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο	
3.1 Εισαγωγή	36
3.2 Έννοιες και ορισμοί	36
3.3 Εκτίμηση υποστηρικτικών αναγκών	38
3.4 Ανάγκες υγείας επιβιωσάντων ογκολογικών ασθενών	39
3.4.1 Ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη	40
3.4.2 Ανάγκη για πληροφόρηση	41
3.4.3 Ανάγκη για οικονομική υποστήριξη	42
3.4.4 Ανάγκη αντιμετώπισης ψυχολογικών ζητημάτων	44
3.4.5 Ανάγκη διαχείρισης σωματικών συμπτωμάτων (πόνος)	45
3.5 Πλεονεκτήματα της εκτίμησης των υποστηρικτικών αναγκών υγείας	45
3.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
Μεθοδολογία της έρευνας	
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	50
4.2 Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας	50

4.3	Δείγμα της έρευνας	50
4.4	Τρόπος συλλογής δεδομένων-ερευνητικό εργαλείο	50
4.5	Δεοντολογία της έρευνας	51
4.6	Στατιστική ανάλυση	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ		
Αποτελέσματα έρευνας		
5.1	Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης	53
5.2	Εκτίμηση Αναγκών (ερωτηματολόγιο NEQ) & Ποιότητας Ζωής ασθενών (κλίμακα SF-36)	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ		
Συζήτηση-Συμπεράσματα		
6.1	Συνολικά συμπεράσματα	70
6.2	Συζήτηση	71
6.3	Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις	76
6.4	Συμπεράσματα	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		
A.	Βιβλιογραφία	77
B.	Άδειες διεξαγωγής έρευνας	89
Γ.	Δείγμα ερωτηματολογίου	92

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	Π.Ο.Υ
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	ΠΑ.Γ.Ν.Η
Needs Evolution Questionnaire	NEQ
Short Form-36	SF-36
World Health Organisation	WHO

«Ένας σοφός άνθρωπος πρέπει να θεωρεί ότι η υγεία είναι η μεγαλύτερη ανθρώπινη ευλογία, και να μάθει πώς μπορεί με την ίδια του τη σκέψη, να αντλεί όφελος από την ασθένειά του.»

Israelmore Ayivor

Πρόλογος

Με τον όρο «καρκίνος» εννοούμε οποιαδήποτε κακοήγη νεοπλασία. Μεταξύ των νεοπλασμάτων υπάρχουν σημαντικές διαφορές όπως είναι ο ρυθμός ανάπτυξης, οι μεταστάσεις και η ανταπόκριση στη θεραπεία.

Ο καρκίνος αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας για τις ανεπτυγμένες χώρες και ευθύνεται για το 13% όλων των θανάτων παγκοσμίως (Youliden et al. 2008). Πιο συγκεκριμένα, τα τελευταία έτη, οι ανθρώπινες απώλειες που σχετίζονται με τον καρκίνο εμφανίζουν αλματώδη αύξηση. Ο καρκίνος δεν είναι μόνο μια ασθένεια, αλλά μια μεγάλη ομάδα νόσων με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισής τους. Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος προκαλεί ποικίλα έντονα και δυσάρεστα προβλήματα λόγω της διεργασίας της νόσου ή της θεραπείας. Ως επακόλουθο, ο ασθενής με καρκίνο βιώνει μία πληθώρα συμπτωμάτων σε κάθε στάδιο της πορείας της νόσου όπου διαταράσσεται η οργανική, η συναισθηματική, η κοινωνική και πνευματική ισορροπία της ζωής του (Dodd et al. 2001). Γίνεται λοιπόν αντιληπτή η ανάγκη παρατήρησης των υποστηρικτικών αναγκών και της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων που έχουν επιβιώσει από την νόσο.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε 6 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του καρκίνου. Αναλύεται η επιδημιολογία και η αιτιολογία του, καθώς και τα συχνότερα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε βασικά είδη καρκίνου. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο καθώς και στο ρόλο του νοσηλευτή. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι υποστηρικτικές ανάγκες υγείας των επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας όπως είναι τα δημογραφικά στοιχεία, τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων Short Form-36 (SF-36) και Needs Evolution Questionnaire (NEQ), οι συσχετισμοί δεδομένων και ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται η συζήτηση, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε καθώς και οι προτάσεις που τέθηκαν.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής και η εκτίμηση των υποστηρικτικών αναγκών υγείας σε ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπευτική αγωγή αποτελεί σημαντική νοσηλευτική πρακτική.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή της ποιότητας ζωής και των υποστηρικτικών αναγκών υγείας των επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 98 ογκολογικοί επιβιώσαντες ασθενείς, μέλη και φίλοι του ευ ζω, καθώς και επιβιώσαντες οι οποίοι προσέρχονταν για έλεγχο ρουτίνας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ογκολογικού τμήματος μεγάλου επαρχιακού νοσοκομείου. Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας από Φεβρουάριο έως Αύγουστο του 2020. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής καθώς και το ερωτηματολόγιο NEQ για την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 26.0.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες (71,4%), το 43,9% όλων είχαν μέση ηλικία τα 58,9 χρόνια ($\pm 12,5$), ενώ σχεδόν όλες/όλοι ήταν ελληνικής καταγωγής (94,9%). Στις κύριες συνιστώσες της ποιότητας ζωής με σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή βρέθηκε η *σωματική συνιστώσα* έναντι χαμηλότερης της *ψυχικής* ($p=0,040$). Οι ασθενείς με αυξημένες ανάγκες (+12) βρέθηκαν να διαφέρουν από τους ασθενείς με μειωμένες (<12) στα επίπεδα της ποιότητας ζωής ($p>0,05$). Συνολικά, βρέθηκε μικρός αριθμός ασθενών με αυξημένες ανάγκες, ενώ παράλληλα ήταν αυξημένη η ποιότητα ζωής τους. Οι πληροφοριακές ανάγκες βρέθηκαν με χαμηλότερες καταγραφές. Η σωματική συνιστώσα της ποιότητας ζωής σχετίζεται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες ασθενών, με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και με την έγγαμη κατάσταση ($p<0,05$). Τέλος, η αύξηση του χρόνου από τη διάγνωση της νόσου συνοδεύεται με μη σημαντική μείωση του αριθμού των αναγκών τους ($p>0,05$), στοιχείο που απαιτεί την σε περισσότερο λεπτομερή διερεύνηση της σχέσης τους.

Συμπεράσματα: Σε επιβιώσαντες ασθενείς από τον καρκίνο μετά την πάροδο αρκετού διαστήματος από τη διάγνωση και τη διασφάλιση της επιβίωσης τους, οι υποστηρικτικές τους ανάγκες μειώνονται ή τουλάχιστον είναι λιγότερες από των αντίστοιχων ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπείες, ενώ ταυτόχρονα είναι αυξημένη η ποιότητα ζωής τους σε όλες τις συνιστώσες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, ποιότητα ζωής, υποστηρικτικές ανάγκες, επιβιώσαντες.

Abstract

Introduction: Quality of life and the assessment of supportive health needs in patients who have completed treatment is an important nursing practice.

Purpose: The purpose of this study is to record the quality of life and supportive health needs of surviving cancer patients.

Material and method: The sample of the study consisted of 98 oncology survivors, members, and friends of the "ΕΥ ΖΩ", as well as survivors who came for routine check-ups as outpatients at the oncology department of a large provincial hospital. The time of the survey was from February to August 2020. The SF-36 questionnaire on quality of life self-esteem and the NEQ questionnaire for the assessment of health needs were used to collect the data. IBM SPSS 26.0 was used for statistical analysis of the data.

Results: The majority of patients were women (71.4%), 43.9% of all had an average age of 58.9 years (± 12.5), while almost all were Greek citizens (94.9%). In the main components of quality of life with a significantly higher mean value was found the physical component versus lower in mental ($p=0.040$). Patients with increased needs ($+12$) were found to differ from patients with reduced (<12) quality of life levels ($p>0.05$). Overall, a small number of patients with increased needs were found while their quality of life was increased. The information needs were found with lower records. The physical component of quality of life is significantly related to younger patient age, higher level of education and married status ($p<0.05$). Finally, the increase in the time from the diagnosis of the disease is accompanied by an insignificant decrease in the number of their needs ($p>0.05$), which requires a more detailed investigation of their relationship.

Conclusions: In surviving cancer patients after several years of diagnosis and ensuring survival, their support needs are reduced or at least fewer than those of the corresponding patients undergoing treatments, while at the same time their quality of life is increased in all health components.

Key words: cancer, quality of life, supportive needs, survivors.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Εισαγωγικές γνώσεις για τον καρκίνο

1.1 Εισαγωγή

Η ανασκόπηση των πρώτων γραπτών περιγραφών και αναφορών για τον καρκίνο δείχνει ότι οι αρχαίοι γιατροί και οι χειρουργοί σημείωσαν σταδιακή πρόοδο στην κατανόηση του καρκίνου. Στην ιατρική, η πρώτη γραπτή περιγραφή των ασθενειών και του καρκίνου, ήταν ο καρκίνος του μαστού, βρίσκεται στον Edwin Smith Papyrus που γράφτηκε περίπου το 3000 π.Χ. Το Ebers Papyrus, χρονολογείται γύρω στο 1500 π.Χ., περιέχει την πρώτη αναφορά σε έναν όγκο μαλακού ιστού, έναν λιπώδη όγκο και περιλαμβάνει αναφορά σε πιθανούς καρκίνους του δέρματος, της μήτρας, του στομάχου και του ορθού. Οι Έλληνες πίστευαν ότι ο καρκίνος ξεκίνησε από φυσικές αιτίες. Τα επιφανειακά και βαθιά καρκινώματα και καρκίνοι ήταν ξεχωριστές οντότητες και τα αντιμετώπιζαν διαφορετικά. Οι επιφανειακές βλάβες αντιμετωπίστηκαν με λοσιόν και καυτηρίαση και οι βαθιές όγκοι είτε αποκόπηκαν με μαχαίρι ή θεωρήθηκαν μη θεραπευτικοί. Ο Ιπποκράτης το 460 π.Χ. διέκρινε τον καρκίνο σε επιπολής και εν τω βάθει και τον θεωρούσε νόσο της γεροντικής ηλικίας, ενώ την εμφάνισή του πριν την ήβη την θεωρούσε κληρονομική. Ο όρος καρκίνος είχε καθιερωθεί την εποχή εκείνη λόγω της ομοιότητας μακροσκοπικά του κακοήθους όγκου και ιδιαίτερα του μαστού με το ζώο καρκίνο (καβούρι). Προσμοίαζαν τον κυρίως όγκο με το σώμα του ζώου και τις διογκωμένες φλέβες γύρω από αυτόν με τα πόδια του (Hajdu 2011).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος είναι μια νόσος που κατά κανόνα οφείλεται σε δυσανάλογο και ανώμαλο κυτταρικό πολλαπλασιασμό, στην κυτταρική διαίρεση και στη διαφοροποίηση. Η εν λόγω σωματική διαταραχή είναι χρόνιας μορφής, επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή του ατόμου. Ωστόσο, τα τελευταία έτη ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις είναι ιάσιμες ή τουλάχιστον παρατείνεται η εξέλιξη και η επίδραση της νόσου στον οργανισμό τους. Ο καρκίνος είναι κυρίως ασθένεια προχωρημένης ηλικίας, αν και ορισμένες μορφές καρκίνου εμφανίζονται κυρίως στις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Η πρόγνωση των νεοπλασιών διαφέρει ανά ασθενή και ανά τύπο νεοπλασίας και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως βιολογικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς (Μαστροκώστας 2016).

Ο καρκίνος ή κακοήθης όγκος ή αλλιώς νεόπλασμα είναι γενικοί όροι που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή μιας ομάδας χρόνιων νόσων, που μπορούν να προσβάλουν οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Καθοριστικό χαρακτηριστικό του καρκίνου είναι η ανεξέλεγκτη αύξηση και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων, τα οποία είναι επιθετικά (αυξάνονται και πολλαπλασιάζονται με ρυθμούς πολύ ταχύτερους από τους φυσιολογικούς), διηθητικά (εισβάλλουν στους παρακείμενους ιστούς και τους καταστρέφουν) και/ή μεταστατικά (εξαπλώνονται σε άλλα σημεία του σώματος). Οι κακοήθεις όγκοι, χαρακτηρίζονται ανάλογα με το είδος τους, ως καρκινώματα ή σαρκώματα, είναι εν δυνάμει θανατηφόροι, ειδικά αν δεν διαγνωστούν έγκαιρα. Εκτός από τους συμπαγείς, υπάρχουν και οι αιματολογικοί όγκοι, όπως οι λευχαιμίες, τύποι καρκίνου του αίματος κατά τους οποίους τα καρκινικά κύτταρα μετακινούνται διαρκώς στο σώμα μέσω του κυκλοφοριακού συστήματος (Who 2014).

Η καρκινογένεση αρχίζει με τη συσσώρευση πολλών γενετικών αλλαγών που προάγουν τη γενετική αστάθεια, με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαταραχές της φυσιολογικής κυτταρικής διαφοροποίησης και γένεση ενός ή περισσοτέρων καρκινικών κλώνων, με διάρκεια ζωής ανάλογη του πλεονεκτήματος επιβίωσης που τους προσφέρουν οι μεταλλάξεις τις οποίες φέρουν. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις, προ-κακοήθεις ή κακοήθεις, ενώ όταν καθίστανται κακοήθεις ονομάζονται «καρκίνος». Στους πολυκύτταρους οργανισμούς, τα κύτταρα συνεργάζονται σε ένα πολύ καλά καθορισμένο αναπτυξιακό πρόγραμμα.

- Πρώτο βήμα στην εξέλιξη προς το καρκίνο περιλαμβάνει τη συσσώρευση πολλών γενετικών αλλαγών σε διαδοχικές κυτταρικές διαιρέσεις. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει την ενεργοποίηση ογκογονιδίων, π.χ. c-Myc και Ras, την αδρανοποίηση ογκοκατασταλτικών γονιδίων, π.χ. p53 και αλλαγές στην έκφραση γονιδίων ρυθμιστικών της απόπτωσης. Φαίνεται ότι μόνο 3–12 μεταλλάξεις είναι ικανές να παράγουν έναν καρκινικό κλώνο κυττάρων, ενώ οι υπόλοιπες μεταλλάξεις συμβαίνουν αργότερα, κάτω από την πίεση εξωτερικών παραγόντων. Προκύπτει τελικά ότι το πρόβλημα που δημιουργεί η γενετική αστάθεια είναι οι διαταραχές της φυσιολογικής κυτταρικής διαφοροποίησης.

- Σε δεύτερο στάδιο έρχεται η νεοπλασματική ανάπτυξη. Στο συγκεκριμένο στάδιο τα κύτταρα αυτά αναπτύσσονται με υψηλότερο ρυθμό σε σχέση με τον κανονικό, συνήθως έχουν χαμηλότερες διατροφικές απαιτήσεις απ' ό,τι φυσιολογικά, καθώς και απώλεια της ικανότητας αναστολής της ανάπτυξης. Ένας κακοήθης όγκος είναι ένα δυναμικό μίγμα καρκινικών (παρέγχυμα) και υγιών (στρώμα) κυττάρων. Αυτά τα διαφορετικά κύτταρα ανταγωνίζονται για τις πηγές τροφής αλλά και συνεργάζονται προκειμένου να διατηρήσουν τη βιωσιμότητα του όγκου.

- Σε τρίτο στάδιο έρχεται η αγγειογένεση. Αρχικά, οι όγκοι είναι ανάγγειοι και βασίζουν την ανάπτυξή τους αποκλειστικά στο οξυγόνο και στα θρεπτικά συστατικά που προσφέρονται σε αυτούς με διάχυση από τα γειτονικά αιμοφόρα αγγεία. Στην περίπτωση που υπάρχει καλά οργανωμένο αγγειακό δίκτυο και κατ' επέκταση επαρκής παροχή οξυγόνου, τότε ευοδώνεται ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων, τα οποία στη συνέχεια διηθούν τους φυσιολογικούς ιστούς. Άρα, η ανομοιομορφία στην παροχή θρεπτικών συστατικών, η οποία δημιουργείται από την ανομοιογένεια στη ροή του αίματος, έχει μεγάλη επίδραση στον πολλαπλασιασμό και στη διήθηση ενός όγκου. Τέτοιοι όγκοι είναι επιθετικοί, έχουν υψηλό ρυθμό μεταβολισμού, είναι ορμονικά ενεργοί και είναι ικανοί να διηθήσουν τους πέριξ υγιείς ιστούς και να διασπαρθούν οπουδήποτε.

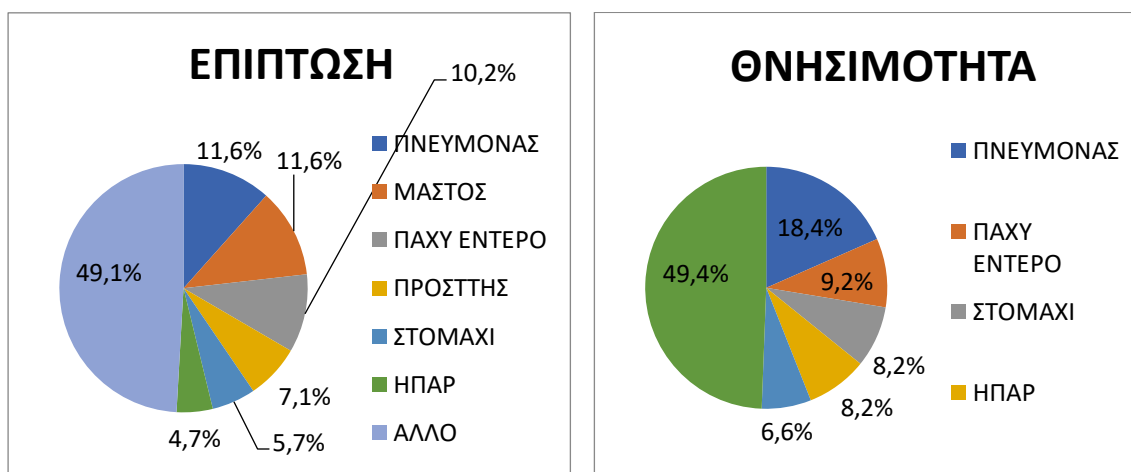
Εξ αιτίας της έλλειψης των κλινικών δεδομένων στα ασυμπτωματικά στάδια, έχει εκτιμηθεί ότι στους περισσότερους συμπαγείς όγκους του ανθρώπου μεσολαβούν δύο ή τρεις δεκαετίες από την πρώτη μετάλλαξη μέχρι την κλινική εμφάνιση του νεοπλάσματος. Η συνεχής πρόοδος του καρκίνου οδηγεί τελικά σε τοπική διήθηση του όγκου και μετάσταση, που εξαρτάται από τον κάθε τύπο καρκίνου (Κιάκου και συν.2014).

1.2 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με έρευνες σχετικά με το παγκόσμιο φορτίο του καρκίνου, χρησιμοποιώντας τις εκτιμήσεις του GLOBOCAN 2018 έχουν εκτιμηθεί περίπου 18,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου (17,0 εκατομμύρια εξαιρουμένου του

καρκίνου του δέρματος χωρίς μελάνωμα) και 9,6 εκατομμύρια θάνατοι από καρκίνο (9,5 εκατομμύρια εξαιρουμένου του καρκίνου του δέρματος χωρίς μελάνωμα) το 2018. Και στα δύο φύλα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος (11,6% των συνολικών περιπτώσεων) και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο (18,4% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο), ακολουθεί ο καρκίνος του μαστού (11,6%), του προστάτη (7,1%) και του παχέος εντέρου (6,1%) για επίπτωση και καρκίνος του παχέος εντέρου (9,2%), καρκίνος του στομάχου (8,2%) και καρκίνος του ήπατος (8,2%) για θνησιμότητα. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συχνός καρκίνος και η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες, ακολουθεί ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου (για επίπτωση) και καρκίνου του ήπατος και του στομάχου (για θνησιμότητα). Μεταξύ των γυναικών, ο καρκίνος του μαστού είναι ο συνηθέστερα διαγνωσμένος καρκίνος και η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο, ακολουθεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του πνεύμονα (για επίπτωση) και αντιστρόφως (για τη θνησιμότητα). Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας βρίσκεται στην τέταρτη θέση τόσο για την επίπτωση όσο και για τη θνησιμότητα (Bray et al. 2018).

Πίνακας 1: Επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου(GLOBOCAN 2018)



	ΑΝΤΡΑΣ		ΓΥΝΑΙΚΑ	
	ΕΜΦΑΝΙΣΗ	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	ΕΜΦΑΝΙΣΗ	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
1	ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ	ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ	ΜΑΣΤΟΥ	ΜΑΣΤΟΥ
2	ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ	ΉΠΑΡ	ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	ΠΝΕΥΜΟΝΑ
3	ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	ΣΤΟΜΑΧΙ	ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ	ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ
4			ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΜΗΤΡΑΣ

1.3 Αιτιολογία

Πλήθος επιστημονικών ερευνών, μας έχει οδηγήσει σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με τους παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Κάποιοι από αυτούς είναι οι ορμόνες, συγκεκριμένοι ανοσολογικοί μηχανισμοί και βέβαια η γενετική προδιάθεση. Οι πιο κοινοί παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο, περιλαμβάνουν την χρήση καπνού, την έκθεση στον ήλιο, σε ακτινοβολία, σε χημικά ή άλλες ουσίες, ορισμένους ιούς και βακτήρια, ορισμένες ορμόνες, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, το αλκοόλ, την κακή διατροφή, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τέλος, την παχυσαρκία. Πολλοί άνθρωποι είναι γεγονός ότι πιστεύουν ότι η εμφάνιση του καρκίνου εξαρτάται μόνο από την κληρονομικότητα ή είναι καθαρά θέμα τύχης. Βέβαια η επιστημονική έρευνα έχει πολλαπλά δείξει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου είναι συνδυασμός των γονιδίων, του περιβάλλοντος αλλά και πολλών παραγόντων που σχετίζονται με τις καθημερινές μας συνήθειες (όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η σωματική δραστηριότητα, η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο κτλ), οι οποίοι είναι δυνητικά πλήρως ελεγχόμενοι και τροποποιήσιμοι (Glynn et al. 2010).

Αλκοόλ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), καθώς κι άλλοι διεθνείς οργανισμοί συμφωνούν ότι το αλκοόλ είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο. Το αλκοόλ έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη επτά τύπων καρκίνου: Καρκίνο στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, λάρυγγα, εντέρου, ήπατος (Greenwald et al. 2001).

Αύξηση της ηλικίας

Ο καρκίνος είναι κυρίως ασθένεια των ηλικιωμένων. Ωστόσο μπορεί να προσβληθούν από τη νόσο άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Ένας από τους κυριότερους λόγους για τους οποίους παρατηρείται σημαντική αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου στην εποχή μας είναι διότι οι άνθρωποι ζουν πλέον περισσότερο. Οι περισσότεροι καρκίνοι εκδηλώνονται μετά την ηλικία των 65 ετών (Arends et al. 2017).

Διατροφή

Η διατροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη τα οποία είναι ζωικής προέλευσης, σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για πρόκληση καρκίνων όπως αυτόν του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τη διατροφή που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λίπη. Επιπλέον, τα επεξεργασμένα τρόφιμα μπορούν να περιέχουν χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την συντήρησή τους όπως οι νιτροσαμίνες που σχετίζονται με την πρόκληση ορισμένων καρκίνων όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης (Arends et al. 2017).

Παχυσαρκία

Οι παχύσαρκοι και οι υπέρβαροι κινδυνεύουν να εμφανίσουν καρκίνο περισσότερο από αυτούς που διατηρούν ένα κανονικό βάρος σώματος. Ο συνδυασμός υπερβολικού βάρους σώματος και απουσίας σωματικής άσκησης αποτελούν ένα θανατηφόρο συνδυασμό. Επιπλέον τα άτομα αυτά δεν κινδυνεύουν μόνο από καρκίνο, αλλά και από καρδιακά ή εγκεφαλικά επεισόδια και διαβήτη. Η παχυσαρκία συνδέεται με καρκίνο παχέος εντέρου, προστάτη, μήτρας, ενδομήτριου, οισοφάγου, νεφρού, μαστού, μετά από την εμμηνόπαυση (Arends et al. 2017).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Ο αμίαντος που χρησιμοποιήθηκε ευρέως για σκοπούς απομόνωσης στις περασμένες δεκαετίες, έχει συσχετισθεί με τουλάχιστο με δύο είδη καρκίνων του πνεύμονα. Όταν η έκθεση αυτή γίνει συνδυασμός με το κάπνισμα τότε, ο κίνδυνος γίνεται 50 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που έχουν που δεν καπνίζουν και δεν εκτίθενται εκείνοι στον αμίαντο. Οι αρωματικές αμίνες που χρησιμοποιούνται σε βιομηχανίες, είναι αιτία καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Το βενζένιο που χρησιμοποιείται σε βερνίκια και γόμες, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για λευχαιμία (Andreoli et al. 2015).

Οικογενειακό ιστορικό και κληρονομικότητα

Στις οικογενειακές καταστάσεις που υπάρχουν αυξημένα περιστατικά καρκίνου, πιθανότατα υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο. Παράλληλα όμως πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός πως τα μέλη μιας οικογένειας μπορεί να υποβάλλονται στους ίδιους καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Άτομα τα οποία έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, του μαστού, της ωοθήκης, του προστάτη θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να κάνουν τα ανιχνευτικά τεστ που τους συστήνει για κάθε περίπτωση ο γιατρός τους. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενή πρώτου βαθμού αποτελεί έναν τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου. Μεταξύ γυναικών των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, ο οποίος εμφανίστηκε σε νεαρή σχετικά ηλικία, ο σχετικός κίνδυνος είναι σημαντικά υψηλότερος (Greene 1997).

Τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 και μεταλλάξεις υψηλής διαπεραστικότητας, όπως αυτές των p53, CHEK2 και PTEN/MMAC1, ευθύνονται για σημαντικό ποσοστό του οικογενούς καρκίνου του μαστού, των ωοθηκών κ.ά. αλλά για μικρό ποσοστό του συνόλου των περιπτώσεων της νόσου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ταυτοποιούνται παθογόνοι μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 & BRCA2, ενώ μεταλλάξεις σε τουλάχιστον ακόμα 15 γονίδια προσδίδουν αυξημένο κίνδυνο κακοήθειας των ωοθηκών. Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι το είδος κακοήθειας στο οποίο εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό κληρονομικού υποβάθρου, με περίπου το 20% των περιστατικών να έχει κληρονομική βάση. Το ίδιο ισχύει για τον προστάτη. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται στην αιτιολογία ορισμένων περιπτώσεων καρκίνου του προστάτη. Ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη έχει αναφερθεί στο 10% των διαγνωσμένων ανδρών. Τέλος ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού συσχετίζει επίσης έναν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη (Ford et al. 1995; Weber 2000).

Κάπνισμα

Το κάπνισμα ευθύνεται για το 90% των θανάτων λόγω καρκίνου του πνεύμονα. Υπάρχουν πολλοί άλλοι καρκίνοι που προκαλούνται από το κάπνισμα: Καρκίνος στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, οισοφάγου, παγκρέατος, ουροδόχου κύστης. Έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου στους καπνιστές εξαρτάται κυρίως από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο σε άνδρες που καπνίζουν κατά μέσο όρο κάτω από 10 τσιγάρα την ημέρα είναι 4 - 5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ σε όσους καπνίζουν πάνω

από 20 τσιγάρα, 15 - 20 φορές μεγαλύτερος (Iarc 2002). Σε εκείνους που άρχισαν το κάπνισμα σε ηλικία κάτω των 15 ετών, η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι 17 - 19 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές, ενώ σε αυτούς που άρχισαν σε ηλικία άνω των 25 ετών ο κίνδυνος είναι 4 - 5 φορές μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (UsDhhs 1989).

Μολύνσεις από ιούς

Συνοπτικά οι πιο γνωστοί μολυσματικοί παράγοντες, ιοί ή βακτήρια, που σχετίζονται με πρόκληση καρκίνου είναι:

- Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού: Το ελικοβακτήριο του πυλωρού είναι βακτήριο που εντοπίζεται στον στομάχι. Άτομα μολυσμένα με ελικοβακτήριο του πυλωρού έχουν 10-20% πιθανότητα να αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους πεπτικά έλκη και 1-2% πιθανότητα να αποκτήσουν καρκίνο του στομάχου. Φλεγμονή του πυλωρικού άντρου είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε δωδεκαδακτυλικά έλκη, ενώ φλεγμονή του σώματος του στομάχου είναι πιο πιθανό να δημιουργήσει γαστρικά έλκη και γαστρικό καρκίνωμα (Boyanova 2011).
- Ο ιός HPV: Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων προκαλεί καρκίνο τραχήλου μήτρας (Gao and Smith 2016). Το 90% των μολυσμένων γυναικών καθαρίζει από τον ιό σε διάστημα 2 ετών. Ωστόσο, το 10% των μολυσμένων από τον ιό γυναικών δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και παραμένουν επίμονα μολυσμένες και ευάλωτες στην ανάπτυξη υψηλής ασθένειας ή και καρκίνου (Pereira et al.2015) Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχθεί επισήμως πως ο ιός του HPV είναι υπεύθυνος για πάνω από το 99% των καρκίνων που έχουν αναπτυχθεί στον τράχηλο της μήτρας.
- Οι ιοί της ηπατίτιδας B και C (HBV και HCV):Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (70-85%) ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αναπτύσσεται σε έδαφος χρόνιας ηπατικής φλεγμονής ή και κίρρωσης, συνεπεία λοιμώξεων από τους ιούς HBV και HCV. Ο μηχανισμός καρκινογένεσης δεν έχει ακόμη αποσαφηνισθεί. Από τα ως τώρα δεδομένα προκύπτει ότι η χρόνια ηπατική φλεγμονή οδηγεί σταδιακά σε απώλεια ελέγχου του κυτταρικού πολλαπλασιασμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπερπλαστικών και δυσπλαστικών αλλοιώσεων, και τελικά στην εμφάνιση του ηπατοκυτταρικού καρκίνου(Nita et al.2002).
- Ο ιός EBV: Ο ιός Epstein-Barr (EBV). Είναι περισσότερο γνωστός ως αιτία της λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι μολυσμένοι με αυτόν, χωρίς όμως να πάθουν κάτι. Μερικές φορές όμως προκαλεί έναν τύπο λεμφώματος (είναι κακοήθης αιματολογική νόσος) (Murata 2018).
- Ο ιός HHV8:Ανθρώπινος ερπητοϊός 8 (HHV-8). Μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Αν και δεν προκαλεί συμπτώματα στους περισσότερους φορείς του, μπορεί να προκαλέσει σάρκωμα Kaposi στους ανθρώπους με εξασθενημένο ανοσοποιητικό (Hong and Lee 2001).
- Ο ιός HIV του AIDS:Ο ιός HIV/AIDS εξασθενεί το ανοσοποιητικό και μπορεί να οδηγήσει σε κάθε είδους ασθένειες. Ο ιός σχετίζεται με το σάρκωμα Kaposi, το λέμφωμα, τους καρκίνους κεφαλής & τραχήλου, και τον καρκίνο του πρωκτού.
- Ο ιός HTLV-1:Ανθρώπινος T-λεμφοτρόπος ιός-1 (HTLV-1). Ο HTLV-1 έχει συνδεθεί με την T-κυτταρική λευχαιμία/λέμφωμα των ενηλίκων (ATL) σε περιοχές όπως η Ιαπωνία, η Καραϊβική, η κεντρική Αφρική και τμήματα της Νοτίου Αμερικής (Zhao 2016).

Καθιστική ζωή

Οι μεσήλικες, που είναι παχύσαρκοι, κυρίως γύρω από την μέση, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ η σωματική άσκηση και η απώλεια βάρους μειώνουν τις πιθανότητες της νόσου. Μια από τις πιθανές εξηγήσεις της προληπτικής δράσης της σωματικής εξάσκησης εναντίον του καρκίνου του εντέρου είναι το γεγονός ότι η εξάσκηση και η γυμναστική αυξάνουν τον περισταλισμό του εντέρου. Έτσι μειώνεται ο χρόνος επαφής των κυττάρων του παχέος εντέρου με τις καρκινογόνες ουσίες που πιθανόν να περιέχονται μέσα στο εντερικό περιεχόμενο. Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για καρκίνο στους νεφρούς και στην ουροδόχο κύστη (Arends et al. 2017).

Έκθεση στον ήλιο

Στα φυσικά καρκινογόνα υπάγονται ηλιακές ακτίνες, η υπερβολική έκθεση στις οποίες μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση καρκίνου του δέρματος. Οι δυο κατηγορίες ακτινοβολίας αποδεδειγμένα προκαλούν καρκίνο είναι η ιονίζουσα και η υπεριώδης ακτινοβολία καθώς προκαλούν μεταλλάξεις στα γονίδια. Άλλες πηγές ιονίζουσας ακτινοβολίας είναι οι ακτίνες Χ που χρησιμοποιούνται στην διαγνωστική και στην θεραπευτική αλλά και η κοσμική ακτινοβολία. Πηγές UV ακτινοβολίας περιέχονται στις λάμπες μαυρίσματος και αποστείρωσης. Επίσης είναι το ραδόνιο που το συναντάμε σε πετρώματα και σε γρανίτες καθώς δεν πρέπει να ξεχνάμε τα ραδιενεργά απόβλητα, τα ατυχήματα σε πυρηνικούς αντιδραστήρες (τσερνομπίλ) και τις ατομικές βόμβες (Χιροσίμα) (Χαράτση-Γιωτάκη 2014).

Ορμόνες

Η θεραπεία με ορμόνες (οιστρογόνα μόνο ή σε συνδυασμό με προγεστερόνη) σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης σοβαρών προβλημάτων, όπως καρκίνο μαστού, καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό επεισόδιο και θρόμβωση (Ζαφράκας και συν. 2009).

Χημικές ουσίες

Μεταξύ των ουσιών, που δυνατόν να προκαλούν καρκίνο συγκαταλέγονται το βενζόλιο, ο αμιάντος, η βενζιδίνη, το κάδμιο, το νικέλιο, το βινυλοχλωρίδιο.

1.4 Συμπτωματολογία

Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική εταιρεία 7 είναι τα προειδοποιητικά σημεία του καρκίνου τα οποία όλοι οφείλουν να γνωρίζουν.

1. Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριμα από το κόλπο.
2. Σκληρία ή ογκίδιο στο μαστό ή άλλο μέρος του σώματος.
3. Έλκος που δεν επουλώνεται.
4. Επιμένουσα μεταβολή στις κενώσεις (διάρροια ή δυσκοιλιότητα) ή δυσουρία.
5. Βράγχος φωνής ή βήχας που επιμένει.
6. Δυσπεπτικά φαινόμενα και δυσκαταποσία που επιμένει.
7. Οποιαδήποτε μεταβολή σε υπάρχοντα σπίλο ή σε κονδύλωμα. (Χαράτση-Γιωτάκη 2014).

1.5 Διάγνωση

Η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για μία επιτυχή θεραπεία. Υπάρχουν δύο βασικά συστατικά της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου: η εκπαίδευση για την προώθηση της έγκαιρης διάγνωσης και ο προληπτικός έλεγχος. Οι προληπτικές εξετάσεις βοηθούν σημαντικά στον εντοπισμό πιθανών καρκινικών κυττάρων. Το αρχικό αυτό στάδιο αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες να θεραπευτεί ο ασθενής, καθώς τα καρκινικά κύτταρα δεν θα έχουν προλάβει να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα ή ιστούς. Οι σημαντικότερες εξετάσεις είναι: (Anand et al. 2008).

1. **Βιοψία.** Αφορά στη δειγματοληψία των κυττάρων ή των ιστών για εξέταση. Το δείγμα του ιστού αφαιρείται είτε χειρουργικά, είτε με μια βελόνα. Εργαστηριακά, για την διάγνωση του καρκίνου ακολουθούνται οι παρακάτω μέθοδοι (Kushiet al. 2012): κυτταρολογικά επιχρίσματα (κατά Παπανικολάου) ιστολογικές και κυτταρολογικές μέθοδοι αναρρόφησης με λεπτή βελόνα ανοσοκυτταροχημεία ανάλυση με ανιχνευτές DNA, κυτταρομετρία ροής, καρκινικοί δείκτες.

2. **Ακτινογραφία θώρακος (Α/Θ).** Οι συνηθισμένες εικόνες στην ακτινογραφία θώρακος είναι η μάζα, η υπεζωκοτική συλλογή, η ατελεκτασία, η διόγκωση πύλης και η καρκινωμάτωση λεμφαγγειίτις (Kinnear et al. 2002).

3. **Αξονική τομογραφία(CT).** Είναι μη επεμβατική μέθοδος απεικόνισης των εσωτερικών οργάνων του σώματος. Το CT είναι μια τεχνική ακτίνων Χ και χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινοβολία. Δεν απαιτείται κάποια προετοιμασία παρά μόνο για εξετάσεις κοιλίας που ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός 3 ώρες πριν την εξέταση. Σκιαγραφικό υγρό ενδοφλεβίως δίνεται σε περιπτώσεις που πρέπει να ελεγχθεί η αιματική ροή για κάποια αλλοίωση (διότι οι καρκίνοι έχουν πλούσια αιματική ροή) ή και να γίνει διαφοροδιάγνωση διάφορων αλλοιώσεων. Η δόση ακτινοβολίας στην αξονική τομογραφία είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τις απλές ακτινογραφίες (Ehman et al. 2017).

4. **Μαγνητική τομογραφία.** Η μαγνητική τομογραφία μας δίνει αναλυτικές πληροφορίες για τα μαλακά μέρη όπως τον εγκέφαλο το μυοσκελετικό σύστημα το ουροποιητικό σύστημα και άλλα συστήματα των οποίων η πληροφορία που μας δίνει η αξονική τομογραφία δεν είναι τόσο αναλυτική. Είναι μία μη επεμβατική διαγνωστική απεικονιστική εξέταση, η οποία χρησιμοποιεί μαγνητικό συντονισμό, χωρίς ιονίζουσα ακτινοβολία για να παραγάγει εικόνες από διάφορα μέρη του σώματος. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να παραγάγει λεπτομερείς εικόνες από οποιοδήποτε όργανο του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των αγγείων, των μυών και του λίπους. Αντενδείκνυται σε ασθενείς με εσωτερικά σιδηρούχα αντικείμενα (βηματοδότες, απινιδωτές, πρόσφατα ορθοπεδικά μεταλλικά σκεύη, άλλες εμφυτευμένες μεταλλικές συσκευές, μεταλλικά ξένα σώματα) (Ehman et al. 2017).

5. **Η Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων PET (Positron Emissiontomography - PET)** είναι μία απεικονιστική εξέταση που δείχνει τη λειτουργία των διαφόρων ιστών και οργάνων. Μία πολύ μικρή ποσότητα μίας ενδοφλεβίως χορηγούμενης ουσίας χρησιμοποιείται γι' αυτόν το σκοπό. Ο τύπος και η ποσότητα της ουσίας αυτής εξαρτώνται από τον λόγο για τον οποίο γίνεται η εξέταση. Η ουσία αυτή αφού χορηγηθεί συγκεντρώνεται περισσότερο σε ιστούς με έντονο μεταβολισμό. Τέτοιοι ιστοί είναι συνήθως αυτοί που νοσούν (κακοήθεις) και φαίνονται ως περισσότερο

“φωτεινές” εστίες στο PET. Το PET scan είναι χρήσιμο για την εκτίμηση ενός ευρέος φάσματος παθήσεων, όπως νευρολογικές διαταραχές, καρδιακά προβλήματα αλλά κυρίως χρησιμοποιείται σε κακοήθειες (Ehman et al. 2017).

6. **Υπέρηχος.** Το υπερηχογράφημα μπορεί να είναι ένα χρήσιμο και ισχυρό εργαλείο διαλογής επειδή είναι ευρέως προσβάσιμο, εύκολο στην εκτέλεση, απαλλαγμένο από επιβλαβείς παρενέργειες και δεν απαιτεί ακτινοβολία ή παράγοντες αντίθεσης (Parisa et al. 2020).

7. **Εξέταση με ραδιενεργά ισότοπα.** Τα ραδιενεργά ισότοπα χρησιμοποιούνται για την διάγνωση ορισμένων μορφών καρκίνου. Η μέθοδος στηρίζεται στο γεγονός ότι ορισμένοι ιστοί του σώματος έχουν την ιδιότητα να απορροφούν και να συγκεντρώνουν ορισμένες χημικές ουσίες. Όταν χορηγηθεί ένα συγκεκριμένο ραδιενεργό ισότοπο, μπορεί στη συνέχεια να καταγραφεί η συγκέντρωσή του στο σώμα. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως σπινθηρογράφημα και χρησιμοποιείται τόσο στη διάγνωση πρωτοπαθών όγκων όσο και των μεταστάσεων. Η εξέταση είναι ανώδυνη και ασφαλής, διότι οι ποσότητες ραδιοφαρμάκου που χρησιμοποιούνται για την εξέταση είναι μικρές για να δεχθεί ο ασθενής μικρότερη ακτινοβολία, ο οποίος θα πρέπει να μην έρχεται σε επαφή για τουλάχιστον 48 ώρες με έγκυες γυναίκες και παιδιά. Ακόμη, θα πρέπει να κρατάει μια απόσταση τουλάχιστον 2 μέτρων από τον περίγυρο του (Χαράτση-Γιωτάκη 2014).

8. **Μαστογραφία.** Μαστογραφία ονομάζεται ακτινολογική διαγνωστική εξέταση που χρησιμοποιείται με στόχο την ανίχνευση καρκίνου του μαστού. Χρησιμοποιείται σχετικά μικρή δόση ακτίνων Χ προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές παθολογικές αλλοιώσεις του μαστού. Η αξία της μαστογραφίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού έχει αποδειχτεί ανεκτίμητη. Μια μαστογραφία μπορεί να εντοπίσει αναπτυσσόμενους καρκινικούς όγκους που θα γίνονταν αντιληπτοί και ψηλαφητοί από την ασθενή ή το γιατρό περίπου δύο χρόνια αργότερα. Η απεικόνιση του μαστού γίνεται σε φιλμ. Στην ψηφιακή μαστογραφία αντί για φιλμ χρησιμοποιείται ψηφιακός ανιχνευτής και ηλεκτρονικός υπολογιστής. Επίσης στα σύγχρονα μηχανήματα χρησιμοποιείται μικρότερη δόση ακτινοβολίας (Kotnik 1955).

9. **Ενδοσκόπηση.** Η μέθοδος αυτή συνιστάται στην είσοδο σε μια κοιλότητα του σώματος (π.χ. περιτοναϊκή κοιλότητα), ή μέσα σε ένα κοίλο όργανο (π.χ. στομάχι), ενός σωλήνα που φωτίζεται ή σωλήνα που φέρει στο άκρο του μια φωτεινή πηγή που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση της περιοχής. Ταυτόχρονα κατά την ενδοσκόπηση είναι δυνατή και η βιοψία της σχετικής περιοχής που γίνεται με ειδική λαβίδα που εισάγεται μέσα από το ενδοσκόπιο. Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται στο λάρυγγα μέσω της λαρυγγοσκόπησης στους βρόγχους (βρογχοσκόπηση), στον οισοφάγο (οισοφαγοσκόπηση), στο ορθό (ορθοσκόπηση), στο σιγμοειδές (σιγμοειδοσκόπηση) και αλλού. (Χαράτση-Γιωτάκη 2014).

10. **Μοριακή βιολογία και καρκινικοί δείκτες.** Όταν στο σώμα αναπτύσσεται ένας καρκίνος τότε μπορεί τα κύτταρα που τον συνιστούν, τα ίδια ή οι ιστοί του σώματος, να παράγουν ουσίες που είναι δυνατόν να ανιχνευθούν στο αίμα, ή στα ούρα ή στους ιστούς. Οι ουσίες αυτές διαλυτές στο αίμα, ανιχνεύονται συνήθως με μονοκλωνικά αντισώματα και αναγνωρίζονται ως καρκινικοί δείκτες.

Τα συνηθέστερα από αυτά είναι:

Καρκινικός δείκτης	Κατηγορία ουσίας	Καρκίνοσηνδεικτικά
AFP	Αντιγόνο	Ήπαρ, ειδικοί όγκοι γεννητικών κυττάρων
B-HCG	Ορμόνη	Όρχεις
TG	Ορμόνη	Θυρεοειδής
SCC	Αντιγόνο	Καρκινώματα πλακωδών κυττάρων (πρωκτού τραχήλου μήτρας, πνευμόνων, κεφαλής δέρματος, μήτρας, οισοφάγου)
B2M	Αντιγόνο	Πολλαπλό μύελωμα, λέμφωμα
LDH	Ένζυμο	Όρχεις, οξεία λευχαιμία, μελάνωμα, σεμίνωμα
NSE	Ένζυμο	Νευροενδοκρινείς όγκοι, μυελοειδής καρκίνος του θυρεοειδούς
PSA	Αντιγόνο	Προστάτης
TPA	Αντιγόνο	Προστάτης, ουροδόχος κύστη, πνεύμονας
CT	Ορμόνη	Μυλοειδές καρκίνωμα, μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα
CA 15-3	Αντιγόνο	Μαστός
CA 19-9	Αντιγόνο	Πάγκρεας
CA 72-4	Αντιγόνο	Στομάχι, παχύ έντερο, πάγκρεας, χοληφόρα
CA 125	Αντιγόνο	Ωοθήκες, τράχηλος μήτρας, πρωκτός, πνεύμονας, ήπαρ
CEA	Αντιγόνο	Κολοορθικός
PLAP	Ένζυμο	Σεμινώματα, ωοθήκες

(Κωνσταντινίδης-Σκανδιλάκη 2019).

1.6 Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του καρκίνου αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα που καλείται να αντιμετωπίσει η σύγχρονη επιστήμη δεδομένου ότι η ασθένεια αυξάνεται με ανησυχητικούς ρυθμούς τα τελευταία χρόνια. Σήμερα, η κλινική αντιμετώπιση του καρκίνου στηρίζεται στη χειρουργική, στην ακτινοθεραπεία, στη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (χημειοθεραπεία), καθώς και σε νεότερες θεραπείες, όπως η ορμονοθεραπεία και οι στοχευμένες θεραπείες και η μεταμόσχευση του μυελού των οστών. Με τις μεθόδους αυτές επιτυγχάνεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων η προσωρινή υποχώρηση της νόσου, ενώ σε λίγες παρατηρείται ίαση ή παρατεταμένη ύφεση (Βώρος 2005).

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί, την παλιότερη αλλά και πιο κοινή θεραπευτική προσέγγιση κατά του καρκίνου αφού στόχος της είναι η ίαση. Η διάνοιξη του σώματος του ασθενούς με σκοπό την αφαίρεση του όγκου αποτέλεσε ουσιαστικά την πρώτη λύση κατά της νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα (μετάσταση). Επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να γίνουν για προφύλαξη εφόσον ο ασθενής εμφανίζει διαπιστωμένη προκαρκινική κατάσταση, για διαγνωστικούς λόγους, για ιστολογική εκτίμηση, καθώς για θεραπευτικούς λόγους επιχειρώντας αφαίρεση του παθολογικού ιστού. Ακόμη για παρηγορητικούς λόγους με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής ή για επιδιορθωτικές παρεμβάσεις αποκατάστασης που πραγματοποιείται σε δεύτερο βαθμό (Χαράτση-Γιωτάκη 2014).

- **Ακτινοθεραπεία:** Η χρήση ακτινοβολίας (ακτινοθεραπεία) κατά του καρκίνου αποσκοπεί στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και στη συρρίκνωση των καρκινικών όγκων. Ενέργεια σε μορφή ακτίνων κατευθύνεται μέσω κυμάτων ή σωματιδίων στον όγκο των καρκινικών κυττάρων που επιδρούν βλαπτικά στα γονίδια και τη μοριακή υπόσταση των κυττάρων με αποτέλεσμα την αδυναμία περαιτέρω ανάπτυξης και διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Το θετικό της είναι ότι η τοπική καταστροφή του όγκου γίνεται χωρίς δυσμορφία ενώ διατηρείται η λειτουργικότητα του οργάνου. Παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι η σωματική εξάντληση και διαταραχές στην γεύση. Η ακτινοθεραπεία είναι μια μη χειρουργική θεραπευτική προσέγγιση κατά του καρκίνου, και εμπλούτισε σημαντικά το οπλοστάσιο της ιατρικής στις μάχες της κατά της νόσου (Σανιδάς και συν.2005; Morrisetal. 2002).

- **Χημειοθεραπεία.** Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που αποσκοπούν στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Αποτελεί συνήθη πρακτική για την αντιμετώπιση των περισσότερων ειδών καρκίνου, και χρησιμοποιείται ποικιλοτρόπως, είτε σε συνδυασμό με ακτινοβολία και χειρουργική επέμβαση (λήψη πριν ή μετά την εγχείρηση), είτε ως μονοθεραπεία. Έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του 1950 και έχει έκτοτε αποδειχτεί εξαιρετικά αποτελεσματική σε αρκετές περιπτώσεις. Παγκόσμια, διενεργούνται συνεχείς έρευνες γύρω από υπάρχοντες ή και νέες φαρμακευτικές ουσίες, που στόχο έχουν την πληρέστερη αντιμετώπιση διαφόρων ειδών καρκίνου, με όσο το δυνατόν λιγότερες επιβλαβείς επιδράσεις στα υγιή κύτταρα. Κατά την ΧΜΘ χρησιμοποιούνται φάρμακα γνωστά ως κυταροστατικά, δεν έχουν την ειδική δράση και πολλά από αυτά είναι αρκετά τοξικά αφού καταστρέφουν όχι μόνο τα νεοπλασματικά αλλά και τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Οι πιο συχνές παρενέργειες των φαρμάκων είναι οι εξελκώσεις του στόματος και του γαστρεντερικού σωλήνα, ναυτία και εμετοί, καταστολή της λειτουργίας των αιμοποιητικών κυττάρων και πτώση των τριχών (αλωπεκία) (Χαράτση-Γιωτάκη 2014).

- **Ανοσοθεραπεία:** Η ανοσοθεραπεία του καρκίνου αξιοποιεί τους μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος για την αναγνώριση, τη στόχευση και την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η ιδέα της ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος στην αντιμετώπιση του καρκίνου βασίζεται, μεταξύ άλλων, στα σημαντικά χαρακτηριστικά των κυττάρων του, τα οποία (α) μπορούν να παρέχουν συνεχή και ευρεία επιτήρηση, καθώς κινούνται διαρκώς σε όλο το σώμα, (β) διεγείρονται εκλεκτικά από τους όγκους, που είναι αντιγονικοί και συχνά και ανοσογονικοί, και να (γ) προστατεύουν από υποτροπές, γιατί διαθέτουν την ικανότητα επαγωγής ειδικής και μακροχρόνιας μνήμης. Η ανοσοθεραπεία περιλαμβάνει δύο κύριους τύπους πρωτοκόλλων. Την παθητική και την ενεργό. Η παθητική χρησιμοποιείται σε καρκινοπαθείς με αδύναμο ή χαμηλής απόκρισης ανοσοποιητικό σύστημα. Ενώ αντίθετα στην ενεργό απαραίτητη προϋπόθεση είναι το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς να απαντά σε ερεθίσματα να διεγείρεται και να ρυθμίζει τις δραστικές του λειτουργίες (Αργυρίου και συν.2018).

- **Ορμονοθεραπεία:** Η ορμονοθεραπεία είναι μια αντικαρκινική θεραπεία που εμποδίζει την παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών στον οργανισμό, δεσμεύοντας τους ορμονικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων ή υποκαθιστώντας τις φυσικές ορμόνες με χημικώς όμοιές τους, τις οποίες όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα, δυσχεραίνοντας έτσι την ανάπτυξη τους. Οι στοχευμένες θεραπείες χρησιμοποιούν τις φυσιολογικές ουσίες

του σώματος ή φάρμακα κατασκευασμένα από φυσιολογικά συστατικά του σώματος. Χαρακτηρίζονται ως «έξυπνες βόμβες», επειδή κατευθύνονται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο η θεραπεία γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, λιγότερο τοξική, πιο ειδική και μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των παρενεργειών των άλλων αντικαρκινικών θεραπειών, όπως της χημειοθεραπείας. Αποτελεί ένα σχετικά νέο τρόπο αντικαρκινικής θεραπείας.

- **Μεταμόσχευση μυελού των οστών:** μεταμόσχευση μυελού των οστών χρησιμοποιείται για την αντικατάσταση των κυττάρων του μυελού των οστών που έχει καταστραφεί από την ακτινοβολία ή τη χημειοθεραπεία. Σε περίπτωση που ο μυελός των οστών ανεπαρκεί, έχει καταστραφεί ή διηθηθεί από κακοήθη κύτταρα, εκδηλώνονται σοβαρότατα αιματολογικά νοσήματα, όπως λευχαιμία, μυελική απλασία κ.ά. Λαμβάνεται μια ποσότητα αρχέγονων κυττάρων – ανώριμα κύτταρα που δεν έχουν ακόμα διαφοροποιηθεί στα διάφορα είδη των κυττάρων του αίματος. Στη συνέχεια πραγματοποιείται η αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού με μυελό που θα του δημιουργηθεί αν του μεταμοσχευθούν αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα από έναν συμβατό με αυτόν, υγιή δότη. Μπορεί ο ασθενής να λάβει τα δικά του αρχέγονα κύτταρα (αυτόλογη μεταμόσχευση), ή τα αρχέγονα κύτταρα από ένα αρχέγονο κύτταρο από ένα αδελφό ή γονέα ή ακόμα και από κάποιο δότη που δεν έχει συγγένεια (αλλογενής μεταμόσχευση).

- **Κρυοπηξία:** Η κρυοπηξία είναι η εφαρμογή υγρού αζώτου σε έναν όγκο. Χρησιμοποιείτε υπερβολικό ψύχος για να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα του δέρματος αρχικού σταδίου και προκαρκινικών παθήσεων του δέρματος αλλά και στο ρετινοβλάστωμα. Οι ερευνητές μελετούν την κρυοπηξία ως πιθανή θεραπεία για κάποιους εσωτερικούς καρκίνους όπως αυτούς που προσβάλλουν το προστάτη και το ήπαρ (Tokumitsu et al. 2010).

- **Γονιδιακή θεραπεία:** Έχει ως στόχο την αποκατάσταση της λειτουργίας των διαταραγμένων ογκοκατασταλτικών γονιδίων ή/και την αναστολή της ενεργοποίησης των ογκογονιδίων που προάγουν την αύξηση του όγκου. Παρόλο που σε μοντέλα ζώων φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα, δε συμβαίνει το ίδιο στον άνθρωπο, γιατί είναι πολύ δύσκολο να «διορθωθεί» κάθε καρκινικό κύτταρο. Παρόλο που υπάρχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε πειραματικές μελέτες, η γονιδιακή θεραπεία βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο εξαιτίας της δυσκολίας δημιουργίας φορέων του γενετικού υλικού μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό (Καλόφωνος και Κούτρας 2005).

1.7 Πρόληψη

Όπως είναι γνωστό για κάθε νόσο, υπάρχουν τρεις βασικές στρατηγικές παρέμβασης ή επίπεδα αναφοράς: η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην πρόληψη της έναρξης της διαδικασίας της νόσου, περιορίζοντας την έκθεση σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. τη διακοπή του καπνίσματος, του αλκοόλ ή την τροποποίηση της διαίτας για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού). Κατά την πρωτογενή γίνεται η προσπάθεια της μη έκθεσης του ατόμου στον αιτιολογικό παράγοντα μιας νόσου, όπως αποφεύγοντας το κάπνισμα, το αλκοόλ και υιοθετώντας ένα υγιεινό τρόπο ζωής μέσω της σωστής διατροφής και της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας. (WHO. 2010;Karsaetal.2008). Ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια για τη καταστολή δυνητικά

αιτιολογικών καρκινογόνων παραγόντων όπως η μείωση της ρύπανσης του περιβάλλοντος και την ισχυροποίηση ευάλωτων πληθυσμών πριν την έκθεσή τους σε κάποιο παράγοντα. Αυτό πραγματοποιείται μέσω των εμβολιασμών όπως για παράδειγμα εκείνου της ηπατίτιδας Β και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Τέλος στη πρωτογενή πρόληψη ανήκει και η προφυλακτική χειρουργική αντιμετώπιση σε θετικό καρκινικό προφίλ όπως η μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 που προδιαθέτει καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και το γονίδιο APC (παχύ έντερο) (Κωνσταντινίδης-Σκανδηλάκη 2019). Γενικότερα η πρωτογενής πρόληψη εστιάζει στην εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειάς του για την μείωση συμπεριφορών που αυξάνουν την εμφάνιση του καρκίνου και τη μεταφορά των επιστημονικών δεδομένων σε πρακτική γνώση π.χ. προαγωγή της αντικαπνιστικής εκστρατείας για τη πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα. Σε μεταγενέστερο στάδιο ασκεί πίεση στους φορείς για την αλλαγή των κανονισμών ασφαλείας π.χ. η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους ή η χρήση φίλτρων σε ρυπογόνες βιομηχανίες. Σύμφωνα με τον (Π.Ο.Υ.), το 1/3 των θανάτων (μεταξύ των οποίων μερικές από τις συνηθέστερες μορφές όπως του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου) μπορούν να προληφθούν τροποποιώντας συγκεκριμένες συνήθειες υγείας, όπως αποφεύγοντας το κάπνισμα, το αλκοόλ και υιοθετώντας ένα υγιεινό τρόπο ζωής μέσω της σωστής διατροφής και της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας (WHO 2010 ; Karsa et al. 2008). Επομένως, σχετικά απλές αλλαγές στην καθημερινότητα, που έγκεινται στην ατομική απόφαση, μπορούν να μειώσουν θεαματικά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου επιδρώντας αιτιολογικά αλλά δεν μπορούν να διασφαλίσουν ότι το άτομο δεν θα εμφανίσει κακοήθεια δεδομένου ότι πολλοί παράγοντες είναι άγνωστοι και η νόσος είναι πολυπαραγοντική.

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην πρώιμη ανίχνευση της νόσου, σε προσυμπτωματικό επίπεδο σε φαινομενικά υγιή πληθυσμό, με την εφαρμογή δοκιμασιών ή εξετάσεων, ώστε με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία να αυξηθεί η επιβίωση, να ελαττωθούν οι επιπλοκές και η αναπηρία. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στον περιορισμό της βλάβης, στην αποκατάσταση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η πιο διαδεδομένη έκφραση της δευτερογενούς πρόληψης στα συστήματα υγείας είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου μέσω διαλογής (screening). Υπάρχουν διάφορα προγράμματα και προσεγγίσεις, ανάλογα με την έκταση και τον πληθυσμό αναφοράς (μαζικός, εκλεκτικός στοχοποιημένος και ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος). Γενικά, τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου έχουν φανεί σε αρκετές μελέτες αποτελεσματικά στη μείωση της θνησιμότητας και του φορτίου της νόσου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη.

Εξετάσεις που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι το τεστ Παπανικολάου (για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας) η μαστογραφία (μαστό), κολonosκοπηση (παχύ έντερο) το διακολπικό υπερηχογράφημα πυέλου (καρκίνο των ωοθηκών). Παράλληλα σύγχρονες προσεγγίσεις συμπεριλαμβάνονται στον προληπτικό έλεγχο από εξειδικευμένους γενετικούς - μοριακούς ελέγχους προκειμένου να επιβεβαιωθεί η πιθανότητα το άτομο να είναι υψηλού κινδύνου εμφάνισης κακοήθειας όπως για παράδειγμα το Ca125 για το καρκίνο των ωοθηκών και το PSA test για το καρκίνο του προστάτη. Να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τον (ΠΟΥ), η κατάλληλη πρόληψη θα μπορούσε να αποσοβήσει το 30–50% των καρκίνων (Μαστροκώστας, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ποιότητα ζωής επιβιωσάντων ασθενών από τον καρκίνο

2.1 Υγεία και ευεξία

Ο καρκίνος αποτελεί έως σήμερα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Η επιβίωση, ως ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον επαρκής. Οι διαρκώς αυξανόμενες επιθετικές θεραπείες, με μικρές αναμενόμενες διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα (ολική επιβίωση, επιβίωση νόσου κ.ά.), έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως σημαντική παράμετρο κατά τη διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους (Guyatt et al. 1993).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αφορά στην υποκειμενική αξιολόγηση της επίπτωσης του νοσήματος και της θεραπείας του σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και ευεξίας (Revicki et al. 2000). Έτσι, αποτελεί μία κατάσταση φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας, που περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενή να εκπληρώνει ικανοποιητικά για τον ίδιο, τις καθημερινές του δραστηριότητες. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής του ασθενή επηρεάζεται από την ικανοποίησή του ως προς την αίσθηση του ελέγχου για την ασθένειά του και τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί (Gotay et al. 1992; Kosmidis 1996). Είναι επιπλέον μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Το πλούσιο περιεχόμενο της απαιτεί αφενός την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της ζωής και αφετέρου την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις. Η πολλαπλών ερωτήσεων εκτιμήσεις μιας συγκεκριμένης διάστασης της ποιότητας ζωής είναι αναγκαίες, εάν επιδιώκεται η διερεύνησή της και η κατανόηση της σχέσης της με την αρρώστια, την θεραπεία ή τις άλλες περιστάσεις της ζωής του αρρώστου.

Με την χρήση τέτοιων πολλαπλών μετρήσεων οι οποίες προκύπτουν είτε από τα υπάρχοντα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, είτε από την δημιουργία ενός νέου οργάνου μέτρησης, ειδικού για ένα συγκεκριμένο ερευνητικό πρόγραμμα – είναι δυνατή η εκτίμηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της αποτίμησης μιας διάστασης (Υφαντόπουλος και Σαρρής 2001). Η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ποιότητα ζωής του ασθενή. Το δικαίωμα προστασίας του αγαθού της υγείας αποτελεί τόσο κοινωνικό όσο και ατομικό δικαίωμα. Συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ συσχετίζει τα κοινωνικά δικαιώματα στη φροντίδα υγείας με την υποχρέωση του κράτους, μέσω δημοσίων ή ιδιωτικών φορέων αντίστοιχα, για παροχή φροντίδας υγείας επί του συνόλου του πληθυσμού (WHO 1994). Βασική προϋπόθεση αποτελεί η νομοθετική κατοχύρωσή τους. Μιλώντας για τα ατομικά δικαιώματα στη φροντίδα υγείας, αυτά στηρίζονται στην αντίληψη ότι υπάρχουν δικαιώματα βασικά για την ανθρώπινη ύπαρξη, ανεξάρτητα από νομικές αρχές, τα οποία συνίστανται στην προστασία του χρήστη υπηρεσιών υγείας.

Η προστασία της υγείας συγκεκριμένα, θεωρείται ατομικό δικαίωμα, το οποίο διασφαλίζεται μέσα από την εφαρμογή συνταγματικών νόμων. Τα ατομικά δικαιώματα στη φροντίδα υγείας δύνανται να εφαρμοστούν αποτελεσματικά μόνο

σε συνέργεια με τα αντίστοιχα κοινωνικά δικαιώματα και αντιστρόφως. Πλέον αναγνωρίζεται πλήρως και η ευθύνη του ίδιου του ατόμου για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του (Μπονίκος και συν. 2000). Συμπεραίνουμε ως επί το πλείστον πως η έννοια της υγείας έχει απασχολήσει το σύνολο της ακαδημαϊκής κοινότητας περικλείοντας τόσο θετικούς όσο και αρνητικούς ορισμούς. Αυτό οφείλεται, κατόπιν ερευνών, στο ότι αποτελεί επακόλουθο της διαφορετικής αντίληψης που έχει διαμορφώσει κάθε άτομο για την έννοια της υγείας (Ιωαννίδη και συν, 1999; Pilgrim et al.2004). Ωστόσο, ως επικρατέστερος ορισμός παραμένει αυτός του (Π.Ο.Υ). κατά τον οποίο υγεία είναι η «Κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (Ιωαννίδη και συν.1999). Περαιτέρω, υπεισερχόμενοι στην ψυχική υγεία, ο ίδιος οργανισμός αναφέρει ότι, «...ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα» (Econoμου et al. 2001). Η διατροφή κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ευεξία του ατόμου.

Ο καρκίνος είναι μία νόσος διαταραγμένης γονιδιακής έκφρασης που οφείλεται σε αλλαγές του γενετικού κώδικα, του DNA(Doll andPeto 1981).Για τη μετατροπή ενός κυττάρου από φυσιολογικό σε καρκινογόνο απαιτείται να αποκτήσει αυτό διαφορετικά φαινοτυπικά χαρακτηριστικά ως αποτέλεσμα μεταβολών στο γονότυπο. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να διαγνωστούν κλινικά μόνο με τὰ από αρκετά χρόνια ή και δεκαετίες μετά τη βλάβη του DNA. Πειραματικές μλέτες έχουν δείξει ότι οι ετεροκυκλικές αμίνες που βρίσκονται στο μαγειρεμένο κρέας είναι καρκινογόνες ουσίες για τον μαστικό αδένα και το κόλον, διάφορα διατροφικά συστατικά προκαλούν απόπτωση (έναν από τους προστατευτικούς μηχανισμούς ενάντια στον καρκίνο), αντιοξειδωτικές ουσίες από τα τρόφιμα καταστέλλουν σποραδικές μεταλλάξεις, ενώ άλλοι διαιτητικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τη μεθυλίωση του DNA (Hanahan & Weinberg, 2000;Bohnsack & Hirschi 2004). Παρατηρήθηκε πως το 80% των καρκίνων του πεπτικού, του μαστού και του προστάτη οφείλονται σε κακές διαιτητικές συνήθειες(Doll and Peto 1981; Willet 1995;Cummings & Bingham 1998)

2.2 Επιρροή στις δραστηριότητες

Από τελευταίες έρευνες γίνεται αντιληπτό πως πολλοί ασθενείς με καρκίνο που έκαναν θεραπεία ή βρίσκονται κατά τη διάρκεια αυτής καλούνται να ζήσουν με το χρόνιο αίσθημα της εξάντλησης, το οποίο είναι αποτέλεσμα αυτής, αλλά και αποτέλεσμα των ψυχολογικών μεταπτώσεων εξαιτίας της ασθένειας (Παπαδημητρίου 1996).

Όταν κάποιος είναι ασθενής, είναι λογικό να επιθυμεί να γίνει γρήγορα καλά και να επιστρέψει στην ενεργό δραστηριότητα. Προς αυτόν τον σκοπό, σίγουρα κάθε πτυχή του προγράμματος αποκατάστασης είναι σημαντική (ψυχολογική - κοινωνική διάσταση, διατροφή, έλεγχος του πόνου κ.ά.). Όμως, όπως είναι φυσικό επακόλουθο, οι παρενέργειες της θεραπείας περιορίζουν την ενεργητικότητα του ασθενούς και αναστέλλουν την επιθυμία του για επιστροφή στην καθημερινή ζωή. Με την υποστήριξη της ομάδας υγείας, της οικογένειας και των φίλων του, ο ασθενής μπορεί

να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες και τελικά να τις ξεπεράσει (Παπαδημητρίου 1996).

Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο είναι σοβαρή και περίπλοκη, καθώς και ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν ασθενείς με καρκίνο, με τη δυνατότητα να διακυβεύεται η ποιότητα ζωής, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τελικά η επιβίωση. Υπάρχει έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο. Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί ορισμοί από την Ευρωπαϊκή Ένωση Παρηγορητικής Φροντίδας (EAPC) και ο Εθνικό Δίκτυο Συνολικού Καρκίνου (NCCN). Πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία μπορούν να συμβάλουν στην κόπωση, όπως η εξέλιξη της νόσου, συννοσηρότητες, ιατρικές επιπλοκές όπως η αναιμία, παρενέργειες άλλων φαρμάκων και διάφοροι φυσικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Αυτό φανερώνει τη σημασία της αντιμετώπισης παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην κόπωση πριν από τη μείωση δόσης της θεραπείας. Οι οδηγίες του NCCN και το EAPC έχουν προτείνει προσεγγίσεις για τη διαχείριση της κόπωσης σε καρκινοπαθείς. Ωστόσο, σχετικά λίγα θεραπευτικά μέσα έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν την κόπωση σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Αναγνωρίζεται ότι η φυσική δραστηριότητα παράγει πολλές ευεργετικές φυσιολογικές τροποποιήσεις στους δείκτες σωματικής απόδοσης που μπορούν να βοηθήσουν στην εξουδετέρωση διάφορων αιτιών κόπωσης.

Σε κατάλληλα διαχειριζόμενους και παρακολουθούμενους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, αναδυόμενες ενδείξεις δείχνουν ότι τα προγράμματα άσκησης μπορεί να έχουν ευνοϊκή επίδραση στην σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση, την ποιότητα ζωής και τα κλινικά αποτελέσματα, και ως εκ τούτου μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να ανέχονται τη χημειοθεραπεία. Αναγνωρίζεται ότι η φυσική δραστηριότητα παράγει πολλές ευεργετικές φυσιολογικές τροποποιήσεις στους δείκτες σωματικής απόδοσης που μπορούν να βοηθήσουν στην εξουδετέρωση διάφορων αιτιών κόπωσης (Matti et al. 2017). Εν κατακλείδι, η φυσική δραστηριότητα είναι εκείνη που θα ενισχύσει τη σωματική απόδοση αλλά θα οδηγήσει και σε αποφυγή της κόπωσης που προέρχεται από την ασθένεια, την θεραπεία και θα κάνει το άτομο πιο δραστήριο και ενεργό.

2.3 Δυσκολία στην εργασία

Ο καρκίνος, η θεραπεία του και οι σχετικές ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν συσχετιστεί με μειωμένη απόδοση στην εργασία, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας που οφείλεται στην παρουσία προβλημάτων υγείας, καθώς και την εμφάνιση μειωμένης απόδοσης κατά την εργασία λόγω της εμφάνισης προβλημάτων υγείας μεταξύ επιζώντων από καρκίνο. Επίσης, πολλές μελέτες ανέφεραν ότι οι επιπλοκές που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του, όπως η κόπωση και κατάθλιψη συσχετίστηκαν με την παρουσία στην εργασία (Takafumi et al. 2016). Ωστόσο, παρατηρήθηκε πως η ικανότητα συνέχισης της απασχόλησης κατά τη διάρκεια και μετά τη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι ζωτικής σημασίας για τους επιζώντες από καρκίνο σε ηλικία εργασίας. Η παρατεταμένη επιβίωση σε συνδυασμό με τις ανησυχίες για την οικονομική επιβάρυνση που συνδέεται με θεραπείες υψηλού κόστους καθιστά τον μετριασμό των συνεπειών που σχετίζονται με την εργασία ακόμη πιο σημαντικές, ιδίως ενόψει των προσφάτων τάσεων του

εργατικού δυναμικού και της εξελισσόμενης δυναμικής απασχόλησης. Απαιτείται έρευνα που να ενσωματώνει τις ανάγκες των επιζώντων του καρκίνου.

Παρουσιάζονται τέσσερις προτεραιότητες για την έρευνα για να προωθήσουμε ότι είναι γνωστό για τις επιδράσεις του καρκίνου στην απασχόληση: α) δεδομένα που απαιτούνται για την κατανόηση του αντίκτυπου των αναδυόμενων θεραπειών και της επιρροής τους στην απασχόληση και την απόδοση εργασίας. β) επιζώντες από καρκίνο στο μεταβαλλόμενο εργασιακό περιβάλλον όσον αφορά τις συμβατικές ρυθμίσεις και την απασχόληση σε μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις. γ) προοπτικές και προσεγγίσεις των εργοδοτών για την εφαρμογή πολιτικών στο χώρο εργασίας για τους επιζώντες από καρκίνο. 4) την ανάπτυξη εφικτών, επεκτάσιμων και βιώσιμων παρεμβάσεων στο χώρο εργασίας που μπορούν να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Η συμβολή αυτών των παραγόντων κάνει ένα ισχυρό επιχείρημα για την έρευνα για την προώθηση του τι είναι γνωστό και τι μπορεί να γίνει για τις συνέπειες του καρκίνου στην απασχόληση και βιώσιμες παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας που μπορούν να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων (Bradley et al. 2018).

Παρά τα μακροχρόνια ή μόνιμα προβλήματα υγείας, οι επιζώντες από καρκίνο συχνά επιστρέφουν στην εργασία. Για τους επιζώντες από καρκίνο που έχουν χάσει τη δουλειά τους, η επιστροφή στην εργασία μπορεί να είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με τους εργαζομένους επιζώντες, καθώς συνήθως βρίσκονται σε μια πιο ευάλωτη κοινωνική και οικονομική θέση. Οι επιζώντες από καρκίνο με απώλεια θέσεων εργασίας μπορεί επομένως να χρειάζονται προσαρμοσμένη επιστροφή στην υποστήριξη εργασίας. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη επιστροφής στα προγράμματα παρέμβασης στην εργασία που στοχεύουν συγκεκριμένα αυτούς τους επιζώντες από καρκίνο. Ο αριθμός των επιζώντων από καρκίνο με απώλεια θέσεων εργασίας στις ανεπτυγμένες χώρες αυξάνεται λόγω, μεταξύ άλλων, της αύξησης της συχνότητας εμφάνισης και επιζώντων καρκίνου, της ηλικίας συνταξιοδότησης αλλά και του ποσοστού ευέλικτων συμβάσεων εργασίας (Martine et al. 2015).

2.4 Συναισθηματικά προβλήματα

Οι περισσότεροι επιζώντες από καρκίνο προσαρμόζονται καλά στη ζωή μετά τον καρκίνο, αλλά μερικοί βιώνουν επιμονή αρνητικής διάθεσης, όπως φόβοι που σχετίζονται με τον καρκίνο, μετατραυματικό στρες, άγχος ή κατάθλιψη. Οι διακυμάνσεις της διάθεσης μπορεί να μην πληρούν κριτήρια για κλινική διάγνωση, αλλά τα υποκλινικά συμπτώματα μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, γυναίκες, έφηβοι και νεαροί ενήλικες διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο για διαταραχές της διάθεσης.

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και οι φαρμακολογικές θεραπείες, μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά αυτά τα ενοχλητικά συναισθήματα (Jean et al. 2017). Επίσης, αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο συνδρόμων καταθλιπτικών διαταραχών άγχους που πρέπει να εξεταστούν παραδειγματικά σε ένα περίπλοκο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Αρκετές εννοιολογικές προκλήσεις πρέπει να αντιμετωπιστούν για την επίτευξη μιας σωστής κλινικής διάγνωσης.

Οι συνυπάρχουσες συναισθηματικές διαταραχές και αγχώδεις διαταραχές σε ασθενείς με καρκίνο περιλαμβάνουν μια πιο δραματική υποκειμενική ταλαιπωρία,

αντιμετωπίζοντας προβλήματα όπως μειωμένη ψυχολογική αντιμετώπιση, πιθανή αρνητική παρέμβαση στη σωματική θεραπεία και αποκατάσταση, μειωμένη ποιότητα ζωής και υψηλότερους βαθμούς ψυχοκοινωνικής αναπηρίας. Όλα τα προαναφερθέντα μπορεί επίσης, να καταλήξουν σε συνολικά αυξημένο κίνδυνο σωματικής νοσηρότητας, ταχύτερη εξέλιξη του καρκίνου και υψηλότερη θνησιμότητα που σχετίζεται με τον καρκίνο κατά τη διάρκεια της νόσου. Πολλαπλή ψυχολογική, ψυχοκοινωνική και υπαρξιακή. Ο καρκίνος και οι σχετικοί με τη θεραπεία στρεσογόνοι παράγοντες που παρουσιάζονται πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε σχέση με τους κοινούς νευροβιολογικούς, ιδίως νευροενδοκρινικούς και νευροφλεγμονώδεις μηχανισμούς. Τα σύνθετα ψυχοσωματικά, αποτελέσματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Υπάρχουν τεκμηριωμένες προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία για την ολοκληρωμένη θεραπεία των συνδρόμων καταθλιπτικών και άγχους στον καρκίνο (Karfhammer 2015). Μια ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική στάση του γιατρού και του περιβάλλοντος, συγγενικού ή νοσηλευτικού, σε πολλές περιπτώσεις αρκεί. Εν αντιθέσει σε άλλες, απαιτείται φαρμακευτική ενίσχυση με αγχολυτικά ή και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Μεγάλη σημασία έχει στην τελευταία περίπτωση, η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου. Πρέπει να έχει τις λιγότερες παρενέργειες και το μικρότερο βαθμό αλληλεπίδρασης με τα φάρμακα που ήδη λαμβάνει ο ασθενής. Για να αποφευχθούν, λοιπόν, τοξικά φαινόμενα, θα πρέπει να υπάρχει η γνώση της οδού μεταβολισμού των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, καθώς τα φάρμακα συνήθως μεταβολίζονται στο συκώτι (Hobgin 2009). Παρατηρείται από όλα αυτά τα δεδομένα, πως η ψυχική υγεία είναι πολύ σημαντική για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή. Ψυχική υγεία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο με πολλούς και σημαντικούς συνάμα κοινωνικούς προσδιοριστές. Επίσης, προσεγγίζεται με διάφορους δείκτες, ιδιαίτερα στο πλαίσιο ανάπτυξης της σχετικής στατιστικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και στον ΠΟΥ. Οι χρησιμοποιούμενοι δείκτες αναφέρονται σε συγκεκριμένες εννοιολογικές προσεγγίσεις της ψυχικής υγείας, όπως η διάκριση μεταξύ θετικής και αρνητικής ψυχικής υγείας και διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης (Stakes 2001). Στο κομμάτι τώρα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ακολουθείται σχέδιο ψυχολογικής ενίσχυσης λόγω του ότι ο πληθυσμός των επιζώντων από καρκίνο αυξάνεται συνεχώς. Έτσι, οργανώσεις στις ΗΠΑ και σε όλο τον κόσμο εξετάζουν πώς να αντιμετωπίσουν τις πολλές μακροπρόθεσμες και καθυστερημένες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του. Κάνει την εμφάνιση του ένα μεταβαλλόμενο τοπίο της φροντίδας επιζώντων τα τελευταία 50 χρόνια, από τη στιγμή που υπήρχαν σχετικά λίγοι επιζώντες στο μέλλον, όταν ο αριθμός των επιζώντων από καρκίνο στις ΗΠΑ αναμένεται να φτάσει σχεδόν τα 20 εκατομμύρια. Αναφέρεται στο Ινστιτούτο Ιατρικών Αναφορών, διασκέψεις κορυφής εντός της οργάνωσης και πρότυπα διαπίστευσης που έχουν επηρεάσει την ανάπτυξη σχεδίων και προγραμμάτων φροντίδας επιζώντων αλλά και τους ρόλους των εφαρμογών διαδικτύου και smartphone, μαζί με ειδικούς ογκολογίας και παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Walsh 2016). Τα συναισθήματα των επιβιωσάντων από την ασθένεια του καρκίνου είναι το άγχος για την επανεμφάνιση της ασθένειας, η αβεβαιότητα, η απογοήτευση και η απομόνωση.

Σε αντίθεση με τους ασθενείς που κατακλύζονται από αρνητικά συναισθήματα είναι και οι ασθενείς οι οποίοι από την διάγνωση μέχρι το τέλος της θεραπείας έχουν θετικά συναισθήματα. Τέτοια συναισθήματα είναι η αυξημένη πνευματικότητα, τα

αυξημένα αισθήματα για ειρήνη και φιλία, η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος για την ζωή και το τέλος η αυξημένη αυτοεκτίμηση. Οι παραπάνω θετικές απόρροιες θεωρούνται πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας αλλά χαρακτηρίζονται και ως μετατραυματική ανάπτυξη. Έχει αποδειχθεί ότι η επαφή μεταξύ των ατόμων που βιώνουν τα δύο διαφορετικά είδη ψυχολογικών αντιδράσεων βοηθάει τους ασθενείς κυρίως που βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Η παροχή υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας συμβάλει στην προσαρμογή των επιβιωσάντων την περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας, με στόχο την αποδοχή με ηρεμία και την δημιουργία αισθημάτων εκτίμησης της ζωής. Η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται από την επιλογή της παρέμβασης και από την αποδοχή εκ μέρους των ασθενών (Ρηγάτος 2000; Kayserscott 2010). Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις οποίες μπορεί να συμμετάσχουν και οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι :

- Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων με σκοπό να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Η παροχή αυτή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί (Boyle 2006; Tesaurο et al. 2002).

- Η παροχή συμβουλών μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή οι ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από τον σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Αντιμετωπίζοντας τα ειδικά προβλήματα κάθε ασθενή όπως ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις. Επίσης, καλό θα ήταν να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Boyle 2006; Kessler 2002; Rauch et al. 2004).

Είναι προφανές λοιπόν, ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους είναι ένα ζήτημα που αφορά όλο και περισσότερο τους νοσηλευτές, αφού καλούνται να παρέχουν φροντίδα τόσο σε οργανικό αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους ωφελούνται από τη μακροχρόνια υποστήριξη, εκπαίδευση, συμβουλή που προσφέρουν οι νοσηλευτές ογκολογίας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν κατάλληλα ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών αλλά και των οικογενειών που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας . Τέλος, οι νοσηλευτές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι η επιβίωση είναι μια ξεχωριστή φάση της φροντίδας του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, συστάσεις για ανίχνευση νέων καρκίνων και για την πραγματοποίηση περιοδικών εξετάσεων, συστάσεις αγωγής υγείας καθώς και δημιουργία εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή. Αποτελεί λοιπόν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές ογκολογίας σε διεθνές επίπεδο αλλά και παγκοσμίως να ασχοληθούν με τις ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών στον κλινικό χώρο ή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο.

2.5 Προβλήματα στις κοινωνικές δραστηριότητες

Οι σύγχρονες κοινωνίες είναι απαιτητικές επιβάλλοντας στο άτομο να ξεπεράσει τα βιολογικά του όρια, ευθύνονται ως ένα βαθμό για τη γέννηση πολλών νευρώσεων, αλλά και άλλων σωματοποιημένων ασθενειών, αφού το άτομο προκειμένου να μπορεί να εντάσσεται μέσα στη συγκεκριμένη κοινωνία και να ανταποκρίνεται στους ρόλους του, ξεπερνά τα όρια του οργανισμού του. Από τη στιγμή που πολλές ασθένειες σχετίζονται με τον κοινωνικό περίγυρο και τη δομή της κοινωνίας, χρειάζεται διερεύνηση της σχέσης της κοινωνικοποίησης και των θεσμών αυτής με την υγεία.

Μέσω της κοινωνικοποίησης, τα άτομα γίνονται μέλη μίας ομάδας και σταδιακά εσωτερικεύουν τις κοινωνικές αξίες, δηλαδή πραγματοποιείται η «εσωτερικεύση της εξωτερικότητας», περιορίζονται οι συμπεριφορές τους μέσα σε ένα αποδεκτό όριο και προετοιμάζονται για τους ρόλους που αναμένεται να υιοθετήσουν στη μετέπειτα ζωή τους (Singh-Manoux and Marmot 2005). Ωστόσο, η σαφής οριοθέτηση ρόλων αποτελεί προϋπόθεση για τη συγκρότηση της προσωπικότητας του ατόμου, τη διαμόρφωση ιδεών και σκέψεων, και την ικανότητα υιοθέτησης ρόλων στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Parsons 1947). Η κοινωνικοποίηση δεν αποτελεί όμως μία απλή διαδικασία κατά την οποία η κοινωνία επιβάλλει συμπεριφορές, ρόλους και κανόνες στα νέο εισερχόμενα άτομα, τα οποία μαθαίνουν και υπακούουν (Siegal and Aboud 2005).

Ένας λόγος που τα άτομα λειτουργούν σύμφωνα με άλλους που ανήκουν στην ίδια ομάδα, είναι η συμμόρφωση με τους κανόνες της ομάδας. Η συμμόρφωση επιτυγχάνεται όταν το άτομο γνωρίζει τι ακριβώς περιμένουν οι άλλοι από τον ίδιο και λειτουργούν σύμφωνα με αυτό, χωρίς να μιμούνται κανέναν ή να χρειάζονται θετική ενίσχυση (Cialdini and Goldstein 2004; Goksen 2002). Αποτέλεσμα αυτού αποτελεί επίσης και η υιοθέτηση έμφυλων ρόλων, οι οποίοι έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των ατόμων. Από πολλές μελέτες έχει αποδειχτεί ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους άνδρες, αλλά παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες για μακροχρόνια νοσηρότητα (Senior and Viveash 1998). Το αίσθημα κοινωνικής αποσύνδεσης που σχετίζεται με τον καρκίνο μεσολαβεί στις σχέσεις μεταξύ κοινωνικών περιορισμών και συμπτωμάτων δηλαδή, παρεμβολή πόνου, κόπωση, διαταραχή ύπνου και γνωστικά παράπονα σε ασθενείς με διάφορους καρκίνους. Η μοναξιά λοιπόν, που σχετίζεται με τον καρκίνο μεσολαβούσε στις σχέσεις μεταξύ κοινωνικών περιορισμών και κάθε συμπτώματος (Adams et al. 2018). Οφείλεται να προσφέρεται στα άτομα αυτά κοινωνική υποστήριξη ώστε να επανέλθουν πιο ενεργά στις κοινωνικές του δραστηριότητες.

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις και για το λόγο αυτό, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι ορισμοί, καθώς και μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια και σε ποια διάστασή της δίνουν έμφαση οι ερευνητές. Ο Mattson, βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών καταλήγει σε έναν ευρύτερο, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως «μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν» (Mattson 2011). Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να διαχωριστεί αρχικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες: α) στην αντικειμενική (actual, received or enacted support) και β) στην

αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική (perceived or subjective support). Η πρώτη αφορά στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πράξη, ενώ η δεύτερη αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει (Ποντισίδης και Μπελλάλη 2015).

Υπάρχουν πέντε τύποι κοινωνικής υποστήριξης:

i. τη συναισθηματική υποστήριξη (emotional support), η οποία έχει να κάνει με τη στήριξη που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου και είναι εκείνη στην οποία πιο συχνά αναφέρονται οι ερευνητές, όταν μιλούν για κοινωνική υποστήριξη

ii. την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support), η οποία έχει να κάνει με όλες τις ενέργειες που γίνονται προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει.

iii. την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support), η οποία έχει να κάνει με την πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου, δηλαδή αν και πόσοι σημαντικοί άλλοι υπάρχουν που μπορούν να τον στηρίξουν με διάφορους τρόπους.

iv. την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support) η οποία έχει να κάνει με την διαθεσιμότητα και την παροχή πληροφοριών από την πλευρά των σημαντικών άλλων, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις σε θέματα που το αφορούν όπως διάγνωση, θεραπεία μιας νόσου κ.λπ.

v. την έμπρακτη/υλική/πρακτική υποστήριξη (tangible or instrumental support), η οποία είναι η υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, δηλαδή η βοήθεια που παρέχεται στο άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά του π.χ. φροντίδα παιδιών, μετακινήσεις κλπ. (Krokavcova et al. 2008). Σε όλες τις μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι η Κοινωνική Υποστήριξη έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, καθώς αποτρέπει την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, ενώ βελτιώνει τα ποσοστά θετικών συμπεριφορών όπως η άσκηση, και η τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, αυξάνει την καλή διάθεση και την αίσθηση του ελέγχου των ψυχοπιεστικών γεγονότων (DiMatteo and Martin 2011).

2.6 Πόνος

Από την αρχαιότητα, ο πόνος δημιουργεί ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Ο πόνος αποτελεί σήμα του οργανισμού για υπάρχουσα ή επικείμενη βλάβη, γι' αυτό και θεωρείται ως ένας φυσιολογικός αμυντικός μηχανισμός για τη διαφύλαξη της ζωής και την προστασία της σωματικής ακεραιότητας. Το 1973 ιδρύθηκε η IASP (International Association for the Study of Pain), με πρωτοβουλία του Bonica, ο οποίος υποστηρίζει ότι για την αντιμετώπιση του πόνου απαιτείται η συγκρότηση μιας ομάδας διαφόρων ειδικοτήτων ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά. (Rathmell et al. 2012; Cronje et al. 2006). Το 1986, Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με την IASP δημιούργησαν κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, οι οποίες αναθεωρήθηκαν το 1996 (WHO 1986).

Σύμφωνα με την IASP, ο πόνος ορίζεται ως μια υποκειμενική, δυσάρεστη, αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνδέεται με πραγματική ή

δυσνητική ιστική βλάβη. Έγιναν μεγάλα βήματα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Στο γεγονός αυτό έχει συνεισφέρει η βελτίωση της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, η καλύτερη κατανόηση της αναλγητικής φαρμακευτικής αγωγής, η επιμονή των ασθενών και των οικογενειών τους στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και η ανάγκη για καλύτερη ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με μελέτες του ΠΟΥ, 3.500.000 καρκινοπαθείς υποφέρουν από πόνο που δεν αντιμετωπίζεται σωστά, γεγονός που οφείλεται στην ανεπαρκή νομική και κυβερνητική συμπαράσταση, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού ειδικών μονάδων αντιμετώπισης του πόνου παγκόσμια. Ωστόσο, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς είναι ο πόνος. Αν και στο 90% των περιπτώσεων η αντιμετώπιση του πόνου είναι εφικτή, μόλις το 40% των ασθενών που βιώνουν πόνο αντιμετωπίζονται επαρκώς (Who 1986; Cohen et al. 2003; Chenry 2000).

Ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα της κακοήθειας είναι ο πόνος. Η ένταση και ο επιπολασμός του αυξάνεται με την κατάσταση της νόσου. Ο πόνος πρέπει να υπάρχει και σε ασθενείς με καρκίνο πρώιμου σταδίου. Αποτελεί μαζί με άλλα συμπτώματα (ανορεξία, ναυτία, κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές του ύπνου), παράγοντα ποιότητας ζωής των ασθενών. Η σωστή θεραπεία είναι υπεύθυνη για τη συνολική ικανοποίηση και δραστηριότητα του ασθενούς. Η σωστή διαχείριση του πόνου είναι πάντα πολυδιάστατη και ο πόνος πρέπει να αξιολογείται σε κάθε επαφή (Sochor et al.2015). Μπορεί να οφείλεται στον ίδιο τον όγκο (πίεση ή διήθηση των παρακείμενων ιστών), στη γενίκευση της νόσου, ή ακόμη και να είναι αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόζεται (αποτέλεσμα της τοπικής βλάβης ιστών λόγω της ακτινοθεραπείας ή βλεννογονίτιδες από τις χημειοθεραπείες). Λόγω της πολυπλοκότητας που εμφανίζει ο πόνος στους καρκινοπαθείς, κρίθηκε αναγκαία η κατηγοριοποίηση σε τέσσερα χαρακτηριστικά στοιχεία: Σωματικός, σπλαγγικός, νευροπαθητικός πόνος και πόνος από συνεχή διέγερση του συμπαθητικού (Βασιλάκος 2008; Besson 1999).

Στην αντιμετώπιση του πόνου βασικό άξονα αποτελεί η χορήγηση των απαραίτητων αναλγητικών από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η φαρμακευτική αγωγή είναι ο στυλοβάτης της διαχείρισης του πόνου, ενώ το 70–90% των περιπτώσεων του καρκινικού πόνου μπορεί να ελεγχθεί με από του στόματος φαρμακευτική αγωγή (Zech et al. 1995). Επαρκής ανακούφιση του πόνου μπορεί να επιτευχθεί σε ποσοστό >75% των ασθενών που λαμβάνουν τη βέλτιστη αναλγητική διαχείριση, χρησιμοποιώντας απλές τεχνικές. Το 1982, ο ΠΟΥ δημιούργησε την αναλγητική κλίμακα για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου (WHO 1986). Ωστόσο, υπάρχουν και αρκετές μελέτες που δίνουν έμφαση στο διαχωρισμό του πόνου σε σωματικό και σε ψυχολογικό (McPherson et al.2013; Zaza and Baine N 2002; Glajchen et al. 1995; Jensen et al. 2011; Day and Thorn 2010). Σύμφωνα με τις εν λόγω μελέτες, δεν είναι ο πόνος αυτός καθ' αυτός που προκαλεί απελπισία, αλλά η αίσθηση ότι ο πόνος δεν έχει νόημα. Ο Lossignol καθώς και οι Syrjala et al. παρατήρησαν ότι, μολονότι έχει προηγηθεί παρέμβαση για τον έλεγχο του πόνου, αυτός συνεχίζει να είναι έντονος (Lossignol 2013; Syrjala et al. 2014). Το γεγονός αυτό οφείλεται σε δευτερογενή αίτια, όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής αναζητά περισσότερη προσοχή, φροντίδα και αγάπη από το περιβάλλον του.

Ο πόνος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ένα καθημερινό πρόβλημα, είναι πάντα υποκειμενικός. Κάθε άτομο μαθαίνει τη χρήση της λέξης μέσω εμπειριών που

σχετίζονται με τραυματισμό κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής του. Είναι αναμφισβήτητα μια αίσθηση που αναφέρεται σε κάποιον ή σε κάποια σημεία του σώματος αλλά είναι πάντα δυσάρεστη και ως εκ τούτου αποτελεί συναισθηματική εμπειρία.» Σε διάφορες μελέτες έχουν αξιολογηθεί οι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του πόνου στους ασθενείς με καρκίνο. Στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, αυτοί οι παράγοντες έχουν καθοριστική επίδραση στην ένταση του. Η θεωρία του «συνολικού πόνου» που συγκαταλέγει όλες τις απόψεις του προβλήματος, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Σ' αυτήν περιλαμβάνονται τα επώδυνα φυσικά ερεθίσματα, καθώς και οι ψυχολογικοί, οι πνευματικοί, οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί παράγοντες. Η αναγνώριση της σύνθετης φύσης του πόνου από καρκίνο διευκολύνει την κατανόηση της αιτιολογίας του συνεχιζόμενου ανυπόφορου πόνου. Ο ανυπόφορος ισχυρός πόνος σχετίζεται με σειρά άλλων συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν διαταραχές του ύπνου, ελάττωση της όρεξης, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης και συμπτώματα καταθλιπτικής φύσεως (WHO 1993).

Ο καρκίνος, ο πόνος, και ο θάνατος μπορούν συνεπώς να συγχωνευτούν στο μυαλό του ατόμου. Λόγω αυτού, η διαχείριση πόνου θα είναι μόνο αποτελεσματική εάν μια υπομονετικό - κεντροθετημένη προσέγγιση στην προσοχή δίνεται από τους προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες. Λίγα είναι τα στοιχεία που έχουν προταθεί στη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Ο ΠΟΥ προωθεί την έννοια του "συνολικού πόνου", ο οποίος αναγνωρίζει ότι έχει τα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, και πνευματικά συστατικά. Χωρίς προσοχή σε κάθε μια από αυτές τις απόψεις της εμπειρίας πόνου, η υπομονετικό-κεντροθετημένη προσοχή θα συνεχίσει να είναι μια ανωμαλία, και οι στατιστικές για τον πόνο είναι απίθανο να βελτιωθούν. Κατά το 1979, η McCaffrey δήλωσε ότι "όλα που γράφονται ή που λέγονται για τον πόνο είναι άνευ αξίας στα χέρια ενός επαγγελματία που αμφιβάλλει ότι ένας ασθενής έχει". Ο ασθενής, βεβαιώνει, είναι "η μόνη αρχή για τον πόνο που δοκιμάζει". Με το να αποδεχτούν τον πόνο, όταν αναφέρεται από τα άτομα, άσχετα από το εάν ή όχι υπάρχει επαληθεύσιμη ζημία ιστού, καταφέρνουν να τον διαχειριστούν. Ο πόνος δεν είναι βαθιά προσωπικός, ούτε απλώς διαμορφωμένος, ούτε περιορισμένος από μια βιολογική πραγματικότητα. Μια σύνθετη βιοκοιτούρα, μια από τις μέγιστες πιθανές συνεισφορές της περιποίησης στη διαχείριση του πόνου είναι να διευκολυνθεί η έκφραση του πόνου (Krishnasamy M., 2001). Αν οδηγηθούμε στην προέλευση του γίνεται αντιληπτό πως χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: ο ίδιος ο καρκίνος, που σχετίζεται με τον καρκίνο αδυναμία, σχετίζεται με τη θεραπεία, ταυτόχρονη διαταραχή. Από νευροπαθολογική προοπτική, ο πόνος είναι είτε νοσηματικός είτε νευροπαθητικός. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική διότι ο νευροπαθητικός πόνος είναι γενικά λιγότερο ανταποκρινόμενος στα αναλγητικά από ότι ο πόνος. Η αναγνώριση του λειτουργικού μυϊκού πόνου είναι σημαντική. Οι ασθενείς με σοβαρό χρόνιο πόνο δεν αναζητούν απαραίτητα πόνο λόγω της απουσίας αυτόνομων συγχωρηγούμενων. Όποια και αν είναι η αιτία, ο πόνος είναι μια «σωματοψυχική» εμπειρία (Twycross, 1997). Μπαίνουμε στην θέση όμως να αναρωτηθούμε τι συμβαίνει όταν η αιτία για τον πόνο ενός ατόμου που δεν μπορεί να βρεθεί; Για πολλούς σε αυτήν την περίπτωση, η εμπειρία τους αφήνεται ανεπιβεβαίωτη και μπορεί στοιχειωδώς να οδηγήσει στο στιγματισμό ή την απόρριψη από την οικογένεια και τους φίλους. Η εξήγηση του τι σημαίνει πόνος στο πρόσωπο που δοκιμάζετε και επιχειρείτε για να καταλάβει μέσα στο πλαίσιο των κοινωνικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών, είναι ένας δύσκολος τρόπος να

αναγνωριστεί η αιτία. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν προσκρούουν τα σύνθετα σύνδρομα πόνου όπως ο νευροπαθής πόνος σε μια ατομική ποιότητα ζωής (Krishnasamy 2001).

Σημαντικό ρόλο στον πόνο διακατέχουν επίσης οι ελλείψεις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τα οπιοειδή, τον τρόπο χορήγησης και δράσης τους, τη φυσιολογία του πόνου, καθώς και τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, που μπορεί να συμβάλλουν αρνητικά στην παρεχόμενη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Είναι προφανές ότι οι επαρκείς γνώσεις είναι δεδομένο ότι θα πρέπει να διέπουν το νοσηλευτικό προσωπικό για την αξιολόγηση του πόνου, διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Αντίθετα, είναι προφανές ότι οι επαρκείς γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για την αξιολόγηση του πόνου διευκολύνουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας και συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους (Αρτοπούλου και συν. 2015).

2.7 Φυσική κατάσταση

Οι πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την άσκηση για άτομα με καρκίνο παρέχουν τεκμηριωμένες κατευθύνσεις για την αξιολόγηση της άσκησης. Παρόλο που οι οδηγίες προωθούν την ενσωμάτωση της άσκησης στην κλινική περίθαλψη για άτομα με καρκίνο, δεν υποστηρίζουν στρατηγικές για τη γεφύρωση των οδηγιών με σχετικούς πόρους ή προγράμματα. Πρόκληση αποτελεί η προσβασιμότητα στο πρόγραμμα άσκησης κατά την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών, αλλά αυτή η πρόκληση μπορεί να μετριάσει με εννοιολογικά πλαίσια που συνδέουν τους ασθενείς με πόρους που σχετίζονται με την άσκηση (Santa et al. 2018).

Η σωματική δραστηριότητα βελτιώνει τη φυσική λειτουργία κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία του καρκίνου, αλλά εάν η σωματική δραστηριότητα προσδίδει όφελος επιβίωσης παραμένει ως τώρα αβέβαιο (Schmid et al. 2014). Σε αντίθεση έρχονται άλλα δεδομένα που δείχνουν ότι τα υψηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας έχουν χαμηλότερη συνολική θνησιμότητα από καρκίνο (Paffenbarger 1986; Thomson 1994). Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία κατέληξε σε μια έκθεση 1996 (A.C.S. 1996) ότι «υπάρχει η δυνατότητα για μείωση της συνολικής επίπτωσης, νοσηρότητας, θνησιμότητας και από ορισμένα είδη καρκίνου, εάν υλοποιηθούν δράσεις με φυσική δραστηριότητα αλλά και διατροφικές παρεμβάσεις.

Εναλλακτικά, η άσκηση μπορεί να αντιμετωπίσει υποστηρικτικά την αναπαραγωγή των καρκινικών κυττάρων, έτσι ώστε η άσκηση, σε μεταγενέστερο στάδιο της διαδικασίας νεοπλασιών, να είναι προτιμότερο να οδηγήσει σε μείωση της ανάπτυξης των κλινικά σημαντικών ασθενειών (Shephard 1995; Spitzer 1987). Ως εκ τούτου, η επίδραση που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της άσκησης, μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας σε σχέση με την επίδρασή της στην ανάπτυξη του καρκίνου. Σύμφωνα με νέα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από επιστήμονες του Washington University στο Σαιν Λούις, άνθρωποι με δραστήριο τρόπο ζωής έχουν μέχρι τρεις φορές λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πολύποδες, που μπορεί να

αναπτυχθούν σε καρκίνο του εντέρου. Στα ευρήματα της έρευνας, που δημοσιεύονται στο περιοδικό «The British Journal of cancer», αναφέρεται ότι τα χαμηλά επίπεδα άσκησης συνδέονται με τον αυξημένο κίνδυνο εύρεσης πολύποδα στην περιοχή του εντέρου. Πιο συγκεκριμένα, αν μιλήσουμε με ποσοστά, οι άνθρωποι που είχαν τακτική δραστηριότητα, είχαν 16% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν πολύποδες εντέρου και 30% λιγότερες να εμφανίσουν μεγάλους ή προχωρημένους πολύποδες. Η επικεφαλής της έρευνας, Kathleen Wolin, με δήλωσή της ανέφερε ότι υπάρχουν ενδείξεις για καθαρή σχέση μεταξύ της άσκησης και του μειωμένου κινδύνου για καρκίνο στο έντερο αλλά δεν είναι ακόμα σαφής ο προστατευτικός μηχανισμός της άσκησης. Θεωρείται λοιπόν, ότι η άσκηση μειώνει τη φλεγμονή στο έντερο, που σε κάποιο βαθμό έχει συνδεθεί με τον καρκίνο του εντέρου. Σύμφωνα με μια ολλανδική έρευνα, οι μεσήλικες, κυρίως, που είναι παχύσαρκοι γύρω από την μέση, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ η σωματική άσκηση και η απώλεια βάρους μειώνουν τις πιθανότητες της νόσου. Από την άλλη, канаδική έρευνα συμπεράνε ότι η καθιστική ζωή αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου και ιδιαίτερα του εντέρου. Μια ακόμη έρευνα διαπίστωσε ότι ο κίνδυνος ήταν κατά μέσο όρο 25% μεγαλύτερος στους άνδρες που ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σε αντίθεση με όσους είχαν κανονικού βάρους. Τον μεγαλύτερο ρόλο φάνηκε να παίζει, η περιφέρεια της μέσης καθώς όσοι είχαν την «μεγαλύτερη κοιλιά» είχαν 63% μεγαλύτερη πιθανότητα καρκίνου σε σχέση με όσους είχαν την «μικρότερη κοιλιά».

Από τις υπάρχουσες μελέτες φαίνεται ότι η άσκηση σχετίζεται με 30%-40% μείωση στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του πεπτικού και 20%-30% μείωση στην εμφάνιση καρκίνου του στήθους στις γυναίκες. Άρα παρατηρείται πως η άσκηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εμφάνιση καρκίνου. Φαίνεται και από μελέτη στη Νορβηγία, στην οποία περίπου 26.000 γυναίκες παρακολουθήθηκαν για 14 χρόνια (Rockhill et al.1999). Σε αυτό το διάστημα 350 γυναίκες εμφάνισαν καρκίνο του μαστού και ο κίνδυνος αυτός μειώθηκε κατά περίπου 40% για τις γυναίκες που έκαναν κάθε είδους φυσική δραστηριότητα μέσα στην ημέρα και πάντως διέθεταν πάνω από τέσσερις ώρες την εβδομάδα για άσκηση (Τουρνά 2014).

Το America College of Sports Medicine σημειώνει ότι η άσκηση είναι γενικά ασφαλής για τους περισσότερους επιζώντες από καρκίνο και ότι πρέπει να αποφεύγεται η αδράνεια. Οι οδηγίες τους για άσκηση απαιτούν 150 λεπτά μέτριας ή 75 λεπτά έντονης αερόβιας δραστηριότητας την εβδομάδα και 2 ημέρες την εβδομάδα προπόνησης αντίστασης δηλαδή με ζώνες άσκησης ή ελαφριά βάρη. Αν χωρίσουμε τους επιζώντες ανά κατηγορία .Οι επιζώντες με λεμφοίδημα, περιφερική νευροπάθεια, αποκατάσταση μαστού, κεντρικές γραμμές και στομίες πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένες προφυλάξεις. Ειδική κατάρτιση σε επαγγελματίες υγείας και απαραίτητα εργαλεία για την παροχή επαρκών συστάσεων είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των μέγιστων αποτελεσμάτων των ασθενών (Schwartz et al.2017). Έτσι, η προπόνηση μέτριας-σκληρής αντίστασης με ή χωρίς μέτρια-έντονη αερόβια άσκηση φαίνεται να βελτιώνει την καρδιακή κόπωση και την ποιότητα ζωής. Οι στοχευμένες φυσιολογικές οδοί υποδηλώνουν ότι η διατροφική παρέμβαση μπορεί να ανακουφίσει την κούραση που σχετίζεται με τον καρκίνο και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ατόμου, ωστόσο η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της διατροφής με ή χωρίς ιατρική συνταγή απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση (Baguley et al.2017).

Οι ιατρικές εξελίξεις με βελτιωμένη έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία έχουν αυξήσει τον αριθμό των επιζώντων από καρκίνο. Ταυτόχρονα, πρέπει επίσης να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Στα διάφορα στάδια της νόσου, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο με τις ευεργετικές επιδράσεις της στην κόπωση, τη σωματική κατάσταση, τη διάθεση κλπ. Η επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι η σωματική δραστηριότητα συσχετίστηκε με αρκετούς υποεκτιμημένους βιοδείκτες τα ουδετερόφιλα και τα λευκά αιμοσφαίρια που συνδέονται με υποτροπή καρκίνου, θνησιμότητα που σχετίζεται με καρκίνο και άλλες χρόνιες ασθένειες (Lorpinzi et al. 2014). Εξίσου σημαντική είναι και η συμβολή της άθλησης στην αύξηση των ποσοστών θεραπείας του καρκίνου, τη μείωση του πόνου και άλλων παρενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία του καρκίνου και τη βελτίωση της φυσικής και ψυχικής υγείας. Μια συνεργασία μεταξύ των φορέων του συστήματος υγείας και της εκπαίδευσης των ασθενών είναι το κλειδί για την επιτυχία αυτής της πολυεπιστημονικής φροντίδας (Beuchat-Mamie et al. 1994).

2.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Το 40% των ασθενών με καρκίνο δηλώνουν ότι αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι μετά το τέλος της θεραπείας και ότι δεν γνωρίζουν τις μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες του καρκίνου και της θεραπείας του (Cooley 2010). Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που θα πρέπει να βρουν τρόπους να υποστηρίξουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε αυτή τη δύσκολη μετάβαση από το τέλος της θεραπείας στην προηγούμενη ζωή τους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους για πληροφόρηση, το είδος των πληροφοριών που χρειάζονται, καθώς επίσης ότι η έλλειψη γνώσης προκαλεί τη μεγαλύτερη δυσφορία σε αυτούς και τις οικογένειές τους (Cooley 2010). Αρχικά πραγματοποιείται ενημέρωση των ασθενών για αναφορά οποιοδήποτε ασυνήθιστου συμπτώματος και ότι εάν προσπαθήσουν να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους υπάρχει ο κίνδυνος ένα απλό πρόβλημα να μετατραπεί σε πολύ σοβαρό (Holland and Weiss 2008). Παράλληλα, οι νοσηλευτές ενημερώνουν τους ασθενείς για τις μακροχρόνιες και χρόνιες παρενέργειες της θεραπείας και για το πόσο είναι πιθανό αυτές να εμφανιστούν (Mitchell 2009; Ganz 2001). Οι μακροχρόνιες παρενέργειες είναι εκείνες οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές όπως διαταραχή εικόνας σώματος, νευροπάθεια, κόπωση, πενίες κυττάρων αίματος, οι οποίες αρχίζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και συνεχίζουν μετά το τέλος της. Οι χρόνιες παρενέργειες είναι εκείνες που περιλαμβάνουν μη αναγνωρισμένες τοξικότητες οι οποίες δεν είναι παρούσες ή είναι υποκλινικές όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία όπως στην οστεοπόρωση, δευτερογενείς καρκίνοι, αλλά εκδηλώνονται μήνες ή χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας (Stein et al. 2008; Holland and Weiss 2008; Ganz 2001; Aziz and Rowland 2003; Haylock et al. 2007; Fossa et al. 2008). Σημαντικό κομμάτι επίσης η πληροφόρηση που θα δώσουμε στον ασθενή να είναι τέτοια ώστε να κατορθώσουμε να του δημιουργήσουμε μια ισορροπία μεταξύ της γνώσης και της δημιουργίας παράνοιας (Cooley 2010). Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σίγουροι ότι έχει ληφθεί πλήρες ιστορικό γιατί οι περισσότερες μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων όπως ο διαβήτης και ο αλκοολισμός που συνήθως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία αποφεύγουν να αναφέρουν (Cooley 2010; Haylock et al. 2007).

Τώρα το πώς οι νοσηλευτές σχετίζονται με την επιβίωση εξαρτάται από το πώς αυτοί ορίζουν την επιβίωση. Εάν θεωρούν ότι η ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι ένα στάδιο της επιβίωσης που αρχίζει μόλις η θεραπεία τελειώνει τότε οι νοσηλευτές ογκολογίας θα έχουν ελαττωμένη επαφή με τους επιβιώσαντες. Για μια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου και συνήθως για πάνω από πέντε χρόνια οι επιβιώσαντες επιστρέφουν στην κλινική που έκαναν τη θεραπεία τους και πραγματοποιούν διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες προκειμένου να αποδειχθεί σε ποια κατάσταση είναι η ασθένεια τους.

Το λάθος των νοσηλευτών λόγω του φόρτου εργασίας τους είναι πολύ πιθανό να μη δουν τον ασθενή ή εάν τον δουν περιορίζονται σε ένα σύντομο χαιρετισμό (Mitchell 2009; Leigh and Ganz 2007). Από την άλλη όταν οι νοσηλευτές θεωρούν την επιβίωση ως μια διαδικασία που ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης τότε είναι πολύ πιο προσεκτικοί στα θέματα που αφορούν τους επιβιώσαντες. Ένα σχέδιο φροντίδας εξατομικευμένο για κάθε ασθενή δημιουργείται αμέσως μετά τη διάγνωση. Σε αυτό ιδανικά περιλαμβάνονται λεπτομέρειες για τα διαγνωστικά τεστ, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη θεραπεία και το πώς ο ασθενής αρχίζει τη μετάβαση στη ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ύστερα από συνεργασία νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας ο ασθενής και η οικογένειά του ενημερώνονται για τα εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία έχουν ως κύριο στόχο την ελάττωση της αβεβαιότητας των ασθενών αλλά και την ικανότητα προσαρμογής κατά την διάρκεια της επιβίωσης. Στο πρόγραμμα αυτό συμπεριλαμβάνονται ατομικά μαθήματα, εργαστήρια και συνάντηση μικρών ομάδων που συζητάνε το θέμα της επιβίωσης. Ένας όμως από τους σημαντικότερους τρόπους ψυχοκοινωνικής υποστήριξης είναι η συμβουλευτική των ασθενών και των οικογενειών τους. Οποιαδήποτε ανησυχία του ασθενή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Μέσα από την συμβουλευτική θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις προσωπικές δυνάμεις του ασθενή και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Ρηγάτος 2000; Kayserscott 2010).

Οι επιβιώσαντες και οι οικογένειες τους υποστηρίζονται για τα οργανικά αλλά και τα συναισθηματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η επιβίωση αφορά όχι το εάν και πόσο θα ζήσει ο ασθενής αλλά και το πόσο καλά θα επιζήσει, όπου αυτό μας δείχνει πόσο σημαντική είναι η διατήρηση της ποιότητα ζωής του ασθενή (Mitchell 2009; Leigh and Ganz 2007). Οι νοσηλευτές αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι χρήσιμο να λάβουν υπόψιν τους τα παρακάτω προκειμένου να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας:

- Πρόληψη του ήδη υπάρχοντος και εμφάνισης καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος καθώς και των μακροχρονίων παρενεργειών της θεραπείας
- Συχνή παρακολούθηση για μετάσταση του καρκίνου και εκτίμηση των οργανικών και ψυχοκοινωνικών ανεπιθύμητων ενεργειών
- Πραγματοποίηση παρεμβάσεων για τις συνέπειες του καρκίνου και της θεραπείας του π.χ. οργανικά προβλήματα όπως το λεμφοίδημα, η σεξουαλική δυσλειτουργία, συμπτώματα όπως ο πόνος, η κόπωση και η ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται από τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές τους
- Άριστη συνεργασία μεταξύ των ειδικών και αυτών που παρέχουν τη φροντίδα ώστε να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες για την υγεία (Hewit et al. 2006; Jacobs et al. 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Υποστηρικτικές ανάγκες επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο

3.1 Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο λόγω της προόδου των διαγνωστικών μεθόδων και των εξελίξεων στη θεραπεία, με αποτέλεσμα το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας να έχει στραφεί προς τη διερεύνηση των επιπτώσεων που επιφέρει η νόσος στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο αποτελεί σύνθετη αναζήτηση, η οποία διερευνά την ποιότητα ζωής τους παράλληλα με την παρεχόμενη φροντίδα (Wen and Gustafson 2004; Mills and Sullivan 1999).

Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο είναι σημαντική, διότι:

- επιτρέπει την άμεση αξιολόγηση των αναγκών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς,
- επιτρέπει την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών με συνέπεια την ιεράρχηση αυτών και
- αναγνωρίζει τις ομάδες υψηλού κινδύνου συμβάλλοντας στην πρόληψη διαμέσου της κατάλληλης και πρώιμης παρέμβασης.

Απώτερος στόχος της είναι η απόκτηση πληροφόρησης, με σκοπό την παροχή βοήθειας στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, την παροχή στήριξης των ασθενών και τη μείωση της νοσηρότητας (Wen and Gustafson 2004; Mills and Sullivan 1999).

Από τις παρατηρούμενες ανάγκες, αυτές που απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα είναι συνήθως αποτέλεσμα προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας ή που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (Osse et al. 2000). Γενικά, η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ίδια σε όλα τα άτομα και παράλληλα επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη γνώση τους για την υγεία, τη γεωγραφική περιοχή και την κατάσταση που βρίσκεται η υγεία τους (Asadi-Lari et al. 2003).

3.2 Έννοιες και ορισμοί

Επιβιώσαντες

Ο αριθμός των ασθενών με καρκίνο που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας ολοένα και αυξάνεται σε χώρες του Δυτικού Κόσμου αλλά και παγκοσμίως λόγω των πλεονεκτημάτων που προσφέρουν οι καινούργιες μέθοδοι ανίχνευσης αλλά και οι καινούργιες θεραπείες (Stein et al. 2008). Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι πάνω από 12 εκατομμύρια ασθενών επιβιώνουν μετά τη θεραπεία (Ries et al. 2007). Στο μέλλον ο αριθμός των επιβιωσάντων αναμένεται να αυξηθεί παγκοσμίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των αποτελεσματικών τρόπων θεραπευτικής αντιμετώπισης

του καρκίνου (Mitchell, 2009).

Αν και ο όρος επιβίωση «μετά τον καρκίνο» (cancer survivorship) δεν είναι καινούργιος, ο ορισμός του επιβίωσαντα μετά τον καρκίνο συνεχίζει να είναι αντικείμενο διαφωνιών (Twobly 2004). Ο ιστορικός ορισμός ότι κάποιος έχει επιβιώσει από καρκίνο εάν έχει παραμείνει για πέντε χρόνια ελεύθερος της νόσου καταρρίφθηκε με την ίδρυση του National Coalition for Cancer Survivorship το 1986 (Mitchell 2009). Το 2006 το National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship δίνει τον ακόλουθο ορισμό «ένα άτομο θεωρείται ότι έχει επιβιώσει από τον καρκίνο από τη στιγμή της διάγνωσης. Τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και οι φροντιστές που επηρεάζονται από την ασθένεια συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό» (Mitchell 2009; National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship 2006).

Ανάγκη

Από τους ποικίλους ορισμούς στη βιβλιογραφία για την έννοια ανάγκη (need), προτείνεται και χρησιμοποιείται ως μια οριζόμενη δομή από τον ασθενή, που εστιάζει στη σπουδαιότητα της αυτο-αξιολόγησής του και κυρίως στην επιθυμία του να λάβει υποστήριξη από την παρεχόμενη φροντίδα, για ένα πρόβλημα που βιώνει (Boberg et al. 2003; Tamburini et al. 2000; Osse et al. 2000). Επειδή οι προσδιοριστές της υγείας είναι πολυάριθμοι, η έννοια ανάγκες υγείας (health needs) μπορεί να περιλαμβάνει μια ποικιλία θεμάτων, όπως είναι η ατομική υγεία, η κατοικία, οι υπηρεσίες υγείας, η εκπαίδευση, η εργασία και η οικονομική κατάσταση (Asadi-Lari et al. 2003).

Στην καθημερινή πρακτική δεν θα πρέπει να συγχέονται οι έννοιες πρόβλημα (problem) και ανάγκη στους ογκολογικούς ασθενείς. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται ότι έχει ένα πρόβλημα, όπως η αλωπεκία, αλλά μπορεί να το υπομένει και να το αποδέχεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια μιας θεραπείας που θα του παρατείνει τη ζωή, με αποτέλεσμα να μην το αισθάνεται ως ανάγκη προς αντιμετώπιση (Rainbirf et al. 2009). Πολλά ερωτηματολόγια που μετρούν την ποιότητα ζωής σε ογκολογικούς ασθενείς εστιάζουν στα προβλήματα και όχι στην απαιτούμενη βοήθεια για τη διαχείρισή τους (Campbell et al. 2010).

Υποστηρικτικές ανάγκες

Δεδομένου ότι στους ογκολογικούς ασθενείς επικρατεί η πρακτική-επιχειρησιακή έννοια της ανάγκης, όπου η ικανοποίησή της απαιτεί μια παρέμβαση-φροντίδα, συχνά προτιμάται ο όρος υποστηρικτικές ανάγκες (supportive needs) ή υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας (supportive care needs) (Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014). Οι υποστηρικτικές ανάγκες φροντίδας περιλαμβάνουν σωματικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές και πρακτικές ανησυχίες, καθώς και την ανάγκη ενημέρωσης, για την αντιμετώπιση των οποίων οι ασθενείς χρήζουν υποστήριξης (Boyes et al. 2015; Hall et al. 2015; Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014).

Υποστηρικτική φροντίδα

Υποστηρικτική φροντίδα (supportive care) ορίζεται ως η φροντίδα που συμβάλλει, ώστε το άτομο και η οικογένειά του να διαχειριστούν το βίωμα του καρκίνου και να καλύψουν τις σωματικές, τις πληροφοριακές, τις συναισθηματικές, τις ψυχολογικές, τις κοινωνικές, τις πνευματικές και τις πρακτικές τους ανάγκες.

Εκτείνεται από την περίοδο πριν την οριστική διάγνωση, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και των θεραπειών, της ίασης ή της συνεχιζόμενης ασθένειας με τις υποτροπές της και στους επιζήσαντες από τη νόσο. Εστιάζει στη μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων της θεραπείας, κυρίως μέσω του ελέγχου των συμπτωμάτων και της ποιοτικής παράτασης της ζωής των ογκολογικών ασθενών. Επομένως, η ποιότητα της υποστηρικτικής φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η έκταση σύμφωνα με την οποία οι ανάγκες αναγνωρίζονται και ικανοποιούνται με την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών και παρεμβάσεων (Richardson et al. 2007; Osse et al. 2000).

Ανικανοποίητες ανάγκες

Ανικανοποίητες ανάγκες (unmet needs) προκύπτουν όταν υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για τις ανάγκες τους, καθώς και της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η μέγιστη ευεξία (Harrisson et al. 2009; Sanson-Fisher et al. 2000). Οι ανικανοποίητες ανάγκες προκύπτουν κατά την εκτίμηση των αναγκών υγείας και απαιτούν άμεση παρέμβαση (Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014).

3.3 Εκτίμηση υποστηρικτικών αναγκών

Εκτίμηση αναγκών (needs assessment) είναι μια στρατηγική που εστιάζει στην αναγνώριση των προβληματισμών και των ανησυχιών που βιώνουν οι ασθενείς και που δεν έχουν αντιμετωπιστεί επαρκώς. Σκοπός της είναι, μέσα από τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών, να καθοριστεί με ακρίβεια εάν χρειάζονται περισσότερη βοήθεια και να αποφασιστεί το είδος της υποστήριξης ή της θεραπείας που θα προσφερθεί (Sanson-Fisher et al. 2000). Κατά την αξιολόγηση, καταγράφονται συχνά ανικανοποίητες ανάγκες (unmet needs).

Ως έννοια :

(α) Περιγράφει μια σαφώς ορισμένη διαδικασία που λαμβάνει χώρα με ή από τον ογκολογικό ασθενή.

(β) Προϋποθέτει κάποιον τύπο σταθερού πλαισίου.

(γ) Εμπεριέχει συχνές και εκτενείς εκτιμήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα.

(δ) Βασίζεται στο πώς βλέπει ο ασθενής τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, για τις οποίες και αναμένει επαγγελματική φροντίδα και τελικά.

(ε) Ενημερώνεται για τις αποφάσεις το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα (Richardson et al. 2007).

Εκτός από τις όποιες δυσκολίες, η έγκαιρη, συνεχής, συστηματική και ακριβής αξιολόγηση των αναγκών και της ικανοποίησης των ασθενών και των οικογενειών τους αποτελεί βασικό σημείο για την εφαρμογή ολιστικών σχεδίων φροντίδας (Konstantinidis et al., 2019). Η συμμετοχή και η συνεργασία των ασθενών για τον καθορισμό προτεραιοτήτων δεν πρέπει να υποτιμάται, επειδή οι συνεχιζόμενες ανικανοποίητες ανάγκες μπορεί να υποδηλώνουν ανεπαρκή εκτίμηση από τους επαγγελματίες υγείας (Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014).

Η μη αναγνώριση των ανικανοποίητων αναγκών και η συνεχιζόμενη παρουσία τους έχει συσχετιστεί με κακή γνωστική λειτουργία του ασθενούς, σωματική νοσηρότητα, γενικευμένο άγχος και συναισθηματική δυσφορία, μείωση της ικανοποίησής του και επιδείνωση της ποιότητας ζωής του (Boyes et al. 2015;

Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014).

Στην Ελλάδα και γενικότερα σε παγκόσμια κλίμακα υπάρχουν ακόμη πολλές δυσχέρειες όσον αφορά στην εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο (Πολυκανδριώτη και συν. 2010). Παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν επιτευχθεί στην καταγραφή των αναγκών, συνεχίζεται να παρατηρείται περιορισμένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την κάλυψη των ανικανοποίητων αναγκών. Το γεγονός αυτό πιθανότατα να οφείλεται σε προβλήματα με τη μεθοδολογία καταγραφής, τη χρήση μη αποτελεσματικών παρεμβάσεων, τη μη συμμόρφωση στα πρωτόκολλα παρεμβάσεων και σε άλλους λόγους (Carey et al. 2012; Aranda et al. 2006).

Ταξινόμηση Αναγκών

Ως προς την κατηγορία	Ως προς το βαθμό ικανοποίησης	Ως προς το είδος και την κατάσταση των ατόμων
Σωματικές/Σχετιζόμενες με συμπτώματα	Ικανοποιήσιμες	Ασθενείς με πρόσφατα διαγνωσμένη νόσο
Ψυχολογικές/Συναισθηματικές	Ανικανοποίητες	Ασθενείς με προχωρημένη νόσο
Κοινωνικές		Συγγενείς/Φροντιστές
Οικονομικές		Επιβιώσαντες από τη νόσο
Θρησκευτικές/Πνευματικότητας		Νοσηλεύόμενοι
Πληροφόρησης/Επικοινωνίας		Σε εξωνοσοκομειακές δομές κ.ά.
Πρακτικές/Καθημερινότητας		

(Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014)

Άλλοι ερευνητές, οι οποίοι μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι ταξινομούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο και σε αυτούς που έχουν σχέση με το άτομο (cancer-related, person-related). Οι κυριότεροι παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο είναι ο τύπος και το στάδιο αυτής, η θεραπεία, ο χρόνος από την εκδήλωση και τη διάγνωση της νόσου, καθώς και η πηγή της γνώσης. Αντίθετα, οι παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο είναι η προσωπικότητα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η δυνατότητα ενημέρωσης. Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών επισημαίνει ότι η εκτίμηση των αναγκών και η παροχή πληροφόρησης δεν θα πρέπει να στηρίζεται στους προαναφερόμενους παράγοντες, αλλά αντίθετα να αποτελεί εξατομικευμένη παρέμβαση (Sharpe et al. 2005; Wen and Gustafson 2004; Tamburini et al. 2003; Soothill et al. 2001; Rees and Bath 2000; Mills and Sullivan 1999; Harris 1998).

3.4 Ανάγκες υγείας επιβωσάντων ογκολογικών ασθενών

Σημαντικό στοιχείο για την ποιοτική φροντίδα και την ικανοποίηση των ασθενών δεν αποτελεί απλά η καταγραφή των αναγκών υγείας τους, αλλά και η εκτίμηση των

ασθενών με ανικανοποίητες ανάγκες και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις για την επίλυσή τους. Σε μελέτη των Hansen et al. το ποσοστό αυτό ήταν 60,1%, με τους ασθενείς να εκφράζουν κυρίως σωματικά (40%) και συναισθηματικά (37,5%) προβλήματα (Hansen et al. 2013). Μέσω της εκτίμησης των αναγκών, γίνεται προσπάθεια επίτευξης της ενδυνάμωσης των ασθενών, με την ψυχολογική στήριξη αυτών, την πληροφόρηση, τη διαχείριση του stress και του πόνου κ.λπ. Στόχος λοιπόν της εκτίμησης είναι η μείωση της δυσφορίας από τη βίωση έντονων αρνητικών συναισθημάτων, η διαχείριση του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η απόκτηση νοήματος της ζωής, η θετική στάση απέναντι στη θεραπεία, η διαχείριση της απώλειας, του φόβου των επιπλοκών και της επικείμενης μετάστασης. Επιπροσθέτως, ο περιορισμός της κοινωνικής απομόνωσης, η ενθάρρυνση της συμμετοχής σε ομάδες ψυχοκοινωνικής στήριξης ογκολογικών ασθενών και, τέλος, η βελτίωση της ποιότητας της ζωής (Βιβιλάκη 2016; Doenges et al. 2009; Καραδήμας 2005).

3.4.1 Ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη

- *Κοινωνικές σχέσεις*

Σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νοσήματα παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στον φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως όταν πρόκειται για χρόνια-προχωρημένη-θανατηφόρα νόσο. Το σύνθημα που κυριαρχεί στις τάξεις των ασθενών αυτών είναι: «Ο πιστός φίλος είναι το φάρμακο της ζωής». Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης, με αποτέλεσμα να δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Η καλή κοινωνική κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί.

Στην κοινωνική διάσταση υπάγεται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση, αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη νόσο. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, είναι μείζονος σημασίας προκειμένου να διατηρηθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής (Gruess 2002; Κρέπια-Σαπουντζή και Αναγνωστοπούλου-Καλοκαιρινού 1998).

- *Σεξουαλικές σχέσεις*

Τα σοβαρότερα προβλήματα στη σεξουαλική ζωή των ανθρώπων προέρχονται από συναισθηματικά και σωματικά τραύματα. Το άγχος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να υποχωρήσει ή ακόμη και να εξαφανιστεί με την κατάλληλη βοήθεια του συντρόφου. Ο φόβος για την απώλεια του ερωτικού συντρόφου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των χρόνιων ασθενών, έτσι όπως εκφράζεται από μια ασθενή: «*Η διατήρηση της σχέσης σου είναι το πρώτο που σε απασχολεί, μόλις ξεπεραστούν τα προβλήματα υγείας. Αυτό είναι η πιο σημαντική δοκιμασία που έχεις να περάσεις. Πως θα αντιδράσει βλέποντας μια γυναίκα με επιδέσμους, ανίκανη να βοηθήσει τον ίδιο της τον εαυτό; Ακόμη και όταν υπάρχει*

έρωτας, υπάρχουν πράγματα που του θυμίζουν την κατάστασή σου».

Ορισμένοι ασθενείς υποστηρίζουν ότι η σωματική ανικανότητα, ο πόνος και ορισμένες φορές και η νοσηλεία έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές και τις επαγγελματικές τους σχέσεις. Αυτό δεν είναι απόλυτα σωστό, καθώς το παραμικρό πρόβλημα υγείας οδηγεί σε μια «επίδειξη» αγάπης, ενδιαφέροντος και προσοχής από την οικογένεια, τους φίλους και τους συνεργάτες. Συχνά ορισμένα άτομα υποδύονται το θύμα για να διαπιστώσουν πόσο οι άλλοι ενδιαφέροντα πραγματικά γί αυτούς. Ορισμένες φορές η συμπεριφορά αυτή αποτελεί το μοναδικό μέσο για να κερδίσουν το ενδιαφέρον και την προσοχή των άλλων. Επίσης, υπάρχουν άτομα που ικανοποιούνται με το να υποδύονται τον ρόλο του ασθενούς.

Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, παράλληλα με την ικανότητα συμμετοχής στις κοινωνικές εκδηλώσεις, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των σθενών με χρόνια νόσημα (Μηνασίδου και Λεμονίδου 2005).

- **Επαγγελματική διάσταση**

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση. Επιπρόσθετα, η επαγγελματική ευεξία επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή στα έξοδα του σπιτιού. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμησή τους όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Η εξάρτηση αυτή μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και το καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση, καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος, που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή. Για τα άτομα με χρόνια νόσημα, η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιδεινώνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης (Καραδήμας 2005; Μηνασίδου και Λεμονίδου 2005; Ανδρουλάκη και συν. 2003; Παπαγιάννη 2003, Josien και συν. 1995).

Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις:

- (α) κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία
- (β) προώθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και
- (γ) παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο (Gatchel and Oordt 2003).

3.4.2 Ανάγκη για πληροφόρηση

Εκτός από τη συναισθηματική στήριξη και αυτή με τα υλικά μέσα, η στήριξη μέσω της πληροφόρησης και της εκπαίδευσης στην ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα των ασθενών με καρκίνο θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας, επειδή θεωρείται αναγκαία, με σκοπό να αντιμετωπιστούν οι αλλαγές που επιφέρει η νόσος (Πολυκανδριώτη και συν. 2010).

Η πληροφόρηση των ασθενών αποτελεί βασική αρχή που διέπει τα δικαιώματα του ασθενούς, τα οποία ανήκουν στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κατοχυρώνεται τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο (Ομπέση 2011). Η Ελλάδα είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που διατύπωσε σε νόμο τα «Δικαιώματα

του νοσοκομειακού ασθενούς». Στον νόμο 2071/92, άρθρο 47, παρ. 4 ορίζεται ότι «ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του». Συνοψίζοντας, το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του παρέχονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, των κοινωνικών και των οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του» (Νόμος 4368/2016; Στεφανίδου και Γερογιάννη 2012; Ομπέση 2011).

Η πληροφόρηση του ασθενούς είναι μια σύνθετη διαδικασία, στην οποία εμπλέκονται όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Σύμφωνα με το νομικό καθεστώς, στην ελληνική πραγματικότητα οι δύο κύριοι φορείς της υποχρέωσης για ενημέρωση στο εθνικό σύστημα υγείας είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές και η εν λόγω υποχρέωση περιγράφεται και στηρίζεται στους αντίστοιχους κώδικες επαγγελματικής πρακτικής (Νόμος 4368/2016).

Το 40% των ασθενών με καρκίνο δηλώνουν ότι αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι μετά το τέλος της θεραπείας και ότι δεν γνωρίζουν τις μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες του καρκίνου και της θεραπείας του (Cooley 2010). Οι νοσηλευτές θα πρέπει να βρουν τρόπους να υποστηρίξουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους σε αυτή τη δύσκολη μετάβαση από το τέλος της θεραπείας στην προηγούμενη ζωή τους ενώ παράλληλα θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους για πληροφόρηση, το είδος των πληροφοριών που χρειάζονται καθώς επίσης ότι η έλλειψη γνώσης προκαλεί τη μεγαλύτερη δυσφορία (Cooley 2010).

Τα κύρια ευεργετικά αποτελέσματα που επιφέρει η πληροφόρηση ύστερα από λεπτομερή εκτίμηση των αναγκών, είναι η ενίσχυση της αντίληψης του ελέγχου των ασθενών προς τη νόσο, παρέχοντάς τους τρόπους διαχείρισης της νόσου και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της. Σε αυτά εντάσσονται η μείωση του άγχους, η συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, η δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών, η προαγωγή της αυτόφροντίδας και της ενεργούς συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η αίσθηση ασφάλειας και η έλλειψη σύγχυσης που προκύπτει κυρίως μετά από τη διάγνωση της νόσου (Sharpe et al. 2005; Tamburini et al. 2003; Soothill et al. 2001; Rees and Bath 2000; Harris 1998).

Η παροχή πληροφοριών επιβάλλει προσαρμογή στις ιδιαίτερες ανάγκες των πασχόντων, καθώς και ευελιξία και αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας για την ουσιαστική και ποιοτική ανταλλαγή των πληροφοριών (Stephens et al. 2008; Richardson et al. 2007; Wen and Gustafson 2004; Mills and Sullivan 1999).

3.4.3 Ανάγκη για οικονομική υποστήριξη

Η ασθένεια του καρκίνου επιβαρύνει σημαντικά την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους και για αυτό το λόγο αποτελεί σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας και για τις οικονομίες των χωρών παγκοσμίως, επειδή ο οικονομικός αντίκτυπος της πάθησης είναι ιδιαίτερα σημαντικός (Κυριόπουλος 2017).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου έχει υψηλό άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος. Το υψηλό άμεσο οικονομικό κόστος, που επιβαρύνει τα

Συστήματα Υγείας, προκύπτει από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις υψηλής ακρίβειας και κόστους διαγνωστικές εξετάσεις αλλά κυρίως από τους θεραπευτικούς χειρισμούς που περιλαμβάνουν την ιδιαίτερα ακριβή φαρμακευτική αγωγή.

Στοιχεία για το άμεσο κόστος στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, ωστόσο εκτιμάται ότι το κόστος για τη θεραπεία του καρκίνου κυμαίνεται περίπου στο 6,5% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Προκύπτει επίσης ένα υψηλό έμμεσο οικονομικό κόστος λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας, τόσο του πάσχοντα, όσο και της οικογένειάς του, που επιβαρύνεται με την κατ' οίκον νοσηλεία αυτού αλλά και από την απώλεια ημερών εργασίας από τον ίδιο τον ασθενή και τους φροντιστές του. Το έμμεσο κόστος υπολογίζεται ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιο του άμεσου (ΥΓΚΑ 2010).

Στην Ευρώπη, το έμμεσο κόστος για τη διαχείριση του καρκίνου το έτος 2009 ήταν το 60% του συνολικού κόστους, το οποίο ως επί το πλείστον αφορά στην απώλεια παραγωγικότητας λόγω πρόωρης θνησιμότητας και στο κόστος άτυπης φροντίδας. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του 2009, για το έμμεσο κόστος του καρκίνου, το κόστος λόγω απώλειας παραγωγικότητας ανήλθε σε περίπου 1 δισεκατομμύριο ευρώ, ενώ το κόστος της ανεπίσημης περίθαλψης εκτιμήθηκε στα 348 εκατ. ευρώ (Luengo et al. 2013).

Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για το άμεσο κόστος του καρκίνου στην Ελλάδα αφορούν το έτος 2014, σύμφωνα με τα οποία το 6,5% (1,361 εκατ. €) των συνολικών δαπανών για την υγεία σχετίζεται με το κόστος διαχείρισης και θεραπείας του καρκίνου. Ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης, η Ελλάδα υπερβαίνει ελαφρώς τον μέσο όρο της Ευρώπης ο οποίος ανέρχεται στο 6%. Παρά ταύτα, η σύγκριση της κατά κεφαλήν δαπάνης για καρκίνο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, που αποτελεί τον καταλληλότερο δείκτη σύγκρισης των δαπανών μεταξύ συστημάτων υγείας, ιδίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπου τα συνολικά μεγέθη μειώνονται, υποδεικνύει πως η Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά του αντίστοιχου μέσου όρου της Ευρώπης (Κυριόπουλος 2017).

Στην Ευρώπη παρατηρείται πως σε σχέση με το φορτίο νοσηρότητας που αποδίδεται στον καρκίνο, η νόσος φαίνεται να μην απορροφά την αντίστοιχη δαπάνη, ιδίως συγκριτικά με άλλες νόσους, οι οποίες συμβάλλουν λιγότερο στο φορτίο θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Είναι γνωστό πως η υστέρηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία αντισταθμίζεται από αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών, ώστε να παρακάμψουν τα εμπόδια στην πρόσβαση που δημιουργούνται από την υστέρηση αυτή και να λάβουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που επιθυμούν. Στο πλαίσιο αυτό, η Ελλάδα εμφανίζεται τρίτη μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τις υψηλότερες άμεσες ιατρικές δαπάνες ασθενών ως ποσοστό της τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Σύμφωνα με μελέτες, η μέση συνολική ιδιωτική δαπάνη σε διάστημα 11 μηνών από τη διάγνωση έως και τη θεραπεία εκτιμήθηκε στα 4.706 €, γεγονός που οδήγησε το 47,3% των νοικοκυριών με ασθενή με καρκίνο, να υπόκειται σε καταστροφικές δαπάνες (Skroumpelos et al. 2014).

Επομένως, γίνεται αντιληπτό, μέσα από το μεγάλος κόστος της θεραπείας του καρκίνου, ότι οι οικονομικές δαπάνες προκειμένου να αντιμετωπιστεί η ασθένεια, γίνονται πολλές φορές δυσβάσταχτες για τους ογκολογικούς ασθενείς προσθέτοντας

έτσι άλλον έναν λόγο ανησυχίας στην ήδη δύσκολη κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Για το λόγο αυτό, γίνεται αναγκαία η παροχή οικονομικής βοήθειας στους ασθενείς αυτούς.

3.4.4 Ανάγκη αντιμετώπισης ψυχολογικών ζητημάτων

Καίρια θέση στα προγράμματα παρέμβασης κατέχουν οι προσπάθειες για ενίσχυση της υλικής και συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς και οι προσπάθειες για την ενίσχυση της χρήσης περισσότερο λειτουργικών και αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες (Gruess 2002).

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας: «Όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα, ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή». Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Για μερικούς ασθενείς ίσως χρειαστεί θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή. Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Το άτομο οδηγείται στην επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της νόσου και διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του. Επομένως, οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις προκλήσεις της νόσου μέσα από μια προσπάθεια ελέγχου και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που επιφέρει η διάγνωση μιας νόσου (Μηνασίδου και Λεμονίδου 2005; Χρυσοβιτισάνου 2001).

Για τη διερεύνηση του βαθμού κατάθλιψης και άγχους των ασθενών έχουν δημιουργηθεί ερωτηματολόγια και κλίμακες για την όσο το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση της αλήθειας. Ωστόσο, πολλές φορές οι κλινικοί ιατροί, οι συγγενείς και οι επαγγελματίες υγείας συνολικά δεν μπορούν να δεχθούν τη χρήση κλιμάκων υπολογισμού ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων λόγω παραγόντων, όπως της αντίληψης ότι η κατάθλιψη είναι η φυσιολογική αντίδραση στην «επάρατη νόσο» και επομένως δεν δύναται να αντιμετωπιστεί καθώς και ότι δεν είναι ρεαλιστικά μετρήσιμη (Castelli et al. 2009; Mystakidou et al. 2004; Zigmond and Snaith 1983).

Η συμπλήρωση πάντως των ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους ασθενείς αποκαλύπτει πολύ περισσότερα προβλήματα, από αυτά που ανιχνεύονται από τους ιατρούς, σε ποσοστά που φθάνουν το 78% και τα ευρήματα δείχνουν την αναγκαιότητα ψυχολογικών παρεμβάσεων (Palma et al. 2008).

Η πρόληψη και θεραπεία της ψυχολογικής νοσηρότητας σε καρκινοπαθείς καθώς και η αναγνώριση πασχόντων με πιθανές ψυχικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσει στην εφαρμογή συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Η αδυναμία αναγνώρισης και εκτίμησης της συν-νοσηρότητας ψυχιατρικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπτώσεις, όπως αδυναμία στη συμμόρφωση με τη θεραπευτική παρέμβαση (Kitagawa et al. 2011; Sanders et al. 2010; Βελέντζα και Μαμπλέκου 2003).

Ένα από τα ζητήματα που απασχολεί τους ερευνητές είναι η πολλές φορές η διαφορετική αντίληψη για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, που έχουν τόσο οι ίδιοι όσο και οι ιατροί (Kitagawa et al. 2011; Sanders et al. 2010; Βελέντζα και Μαμπλέκου 2003).

3.4.5 Ανάγκη διαχείρισης σωματικών συμπτωμάτων

Η καλή σωματική κατάσταση αναφέρεται στη σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις, όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων, που συνίστανται από συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής. Η διάκριση της νόσου από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς παραμένει ασήμαντη.

Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη βιολογική φύση, όμως αναφέρεται σε κάτι διαφορετικό. Αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί δραστηριότητες που σχετίζονται με τις προσωπικές ανάγκες, τις φιλοδοξίες ή την επιτέλεση του κοινωνικού ρόλου. Σε βασικό επίπεδο, αφορά δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως η βάδιση, η διατροφή, η καθαριότητα και η ένδυση. Αφορά στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί υπεύθυνες δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι, σε κοινωνικό, εργασιακό, διαπροσωπικό και προσωπικό επίπεδο.

Ο πόνος αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες αναζήτησης υπηρεσιών φροντίδας υγείας και γι' αυτό τον λόγο γίνεται μια πιο λεπτομερής αναφορά σε αυτό το σύμπτωμα (Μηνασίδου και Λεμονίδου 2005; Καραδήμας 1998). Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν βιώσει πόνο, ωστόσο, είναι πολύ δύσκολο να περιγράψουν επαρκώς το πλήθος των συναισθημάτων που αυτός προκαλεί. Ο πόνος είναι καθαρά προσωπική και υποκειμενική εμπειρία, που επηρεάζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, το πολιτισμικό του υπόβαθρο, τα όρια συνεκτικότητας και την παρελθούσα εμπειρία σχετικά με τον πόνο. Ο πόνος έχει θεμελιώδη σημασία για την επιβίωση του ανθρώπου και αποτελεί προειδοποιητικό σύστημα για την προστασία του έναντι σοβαρών κινδύνων ή για την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες υγείας.

Ιδιαίτερα ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την κινητικότητα του ατόμου και έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, την κοινωνική και την οικονομική του κατάσταση. Συχνά είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός, αλλά ο ανίατος χρόνιος πόνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των ασθενών. Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο, αλλά μπορεί να αποδειχτεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο. Ο χρόνιος πόνος, ακόμη και όταν δεν επηρεάζει την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, καθώς βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο (Μηνασίδου και Λεμονίδου 2005; Hagger and Orbell 2003; Turk and Monarch 2002; Καλατσή -Αζιζι 1996).

3.5 Πλεονεκτήματα της εκτίμησης των υποστηρικτικών αναγκών υγείας

Τα εργαλεία για την εκτίμηση των αναγκών υγείας διευκολύνουν τον ακριβή και πλήρη εντοπισμό των προβλημάτων, την αναγνώριση, την καταγραφή και την αξιολόγηση των αναγκών, καθώς και την καλύτερη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας τόσο με τον ασθενή, όσο και μεταξύ των μελών της. Ενισχύουν την ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων των ασθενών και τον ενιαίο τρόπο προσέγγισης των αναγκών (Richardson et al. 2007). Συμβάλλουν στην καλύτερη εφαρμογή των σχεδίων φροντίδας, στη βελτίωση των δομών που ήδη υφίστανται για τους ογκολογικούς

ασθενείς ή στο σχεδιασμό νέων, εστιάζοντας στην κάλυψη των αναγκών τις οποίες ο ασθενής κρίνει ως σημαντικές και άμεσες. Έτσι, παρατηρείται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καλύτερη διαχείριση αυτών (Carlson et al. 2012; Wen and Gustafson 2004).

Τα εργαλεία αυτά αποτελούν ένα είδος γρήγορης διαλογής για την ανίχνευση ασθενών υψηλού κινδύνου, ειδικά όταν η εκτίμηση πραγματοποιείται με ερωτηματολόγια που περιέχουν απαντήσεις «ναι-όχι» ή με επιλογή από διαφορετικές απαντήσεις. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις ασθενών που εισάγονται σε τμήματα ημερήσιας νοσηλείας ή όταν η παραμονή τους σε μονάδες υγείας είναι μικρής διάρκειας και δεν επαρκεί για πιο συστηματική διερεύνηση των αναγκών (Howell et al. 2012).

Ακόμη, στοχεύουν στην καλύτερη φροντίδα ειδικών ομάδων ογκολογικών ασθενών, όπως είναι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες και άτομα που δυσκολεύονται ή φοβούνται να επικοινωνήσουν με αποτελεσματικό τρόπο για τη διεκδίκηση καλύτερης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Κωνσταντινίδης και Φιλαλήθης 2014). Τέλος, με τη χρήση τους ανοίγει ένα «παράθυρο» για επικοινωνία, βοηθώντας τους ασθενείς να κάνουν σωστές επιλογές στο μέλλον (NHS National Cancer Action Team 2011).

3.6 Ο ρόλος του νοσηλεύτη

Είναι προφανές λοιπόν ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους είναι ένα ζήτημα που αφορά όλο και περισσότερο τους νοσηλευτές, αφού καλούνται να παρέχουν φροντίδα τόσο σε σωματικό αλλά και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Το πώς οι νοσηλευτές σχετίζονται με την επιβίωση εξαρτάται από το πώς αυτοί ορίζουν την επιβίωση. Εάν θεωρούν ότι η ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι ένα στάδιο της επιβίωσης που αρχίζει μόλις η θεραπεία τελειώνει τότε οι νοσηλευτές ογκολογίας θα έχουν ελαττωμένη επαφή με τους επιβιώσαντες. Για μια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου και συνήθως για πάνω από πέντε χρόνια οι επιβιώσαντες επιστρέφουν στην κλινική που έκαναν τη θεραπεία τους και πραγματοποιούν διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες προκειμένου να αποδειχθεί σε ποια κατάσταση είναι η ασθένεια τους. Οι νοσηλευτές λόγω του φόρτου εργασίας είναι πιθανό να μη δουν τον ασθενή ή εάν τον δουν περιορίζονται σε ένα σύντομο χαιρετισμό (Mitchell 2009; Leigh 2007).

Όταν οι νοσηλευτές θεωρούν την επιβίωση ως μια διαδικασία που ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης τότε είναι πολύ πιο προσεκτικοί στα θέματα που αφορούν τους επιβιώσαντες. Ένα σχέδιο φροντίδας εξατομικευμένο για κάθε ασθενή δημιουργείται αμέσως μετά τη διάγνωση. Σε αυτό ιδανικά περιλαμβάνονται λεπτομέρειες για τα διαγνωστικά τεστ, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη θεραπεία και το πώς ο ασθενής αρχίζει τη μετάβαση στη ζωή έπειτα από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι επιβιώσαντες και οι οικογένειες τους υποστηρίζονται για τα σωματικά, αλλά και τα συναισθηματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η επιβίωση αφορά όχι το εάν και πόσο θα ζήσει ο ασθενής αλλά και το πόσο καλά θα επιζήσει (Mitchell 2009; Leigh 2007).

Οι νοσηλευτές αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι χρήσιμο να

λάβουν υπόψιν τους τα παρακάτω προκειμένου να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας:

- Πρόληψη του ήδη υπάρχοντος και εμφάνισης καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος καθώς και των μακροχρονίων παρενεργειών της θεραπείας.
- Παρακολούθηση για μετάσταση του καρκίνου και εκτίμηση των οργανικών και ψυχοκοινωνικών ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Πραγματοποίηση παρεμβάσεων για τις συνέπειες του καρκίνου και της θεραπείας του π.χ. οργανικά προβλήματα όπως το λεμφόδημα, η σεξουαλική δυσλειτουργία, συμπτώματα όπως ο πόνος, η κόπωση και η ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται από τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές τους.
- Συνεργασία μεταξύ των ειδικών και αυτών που παρέχουν τη φροντίδα ώστε να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες για την υγεία (Jacobs et al. 2009; Hewit et al. 2006).

Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους ωφελούνται από τη μακροχρόνια υποστήριξη, εκπαίδευση, συμβουλή που προσφέρουν οι νοσηλευτές ογκολογίας. Αν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιβιώσαντες ασθενείς ποικίλουν, ένα σημαντικό στοιχείο για παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η αναγνώριση από τους επαγγελματίες υγείας της μετάβασης από την κατάσταση του ασθενή στην κατάσταση του επιβιώσαντα με καρκίνο (Mitchell 2009; Haylock et al. 2007). Σε αυτή την μετάβαση είναι απαραίτητη η συνέχεια της συνεργασίας όλων των επαγγελματιών υγείας που είχαν ασχοληθεί με τον συγκεκριμένο ασθενή (Mitchell 2009).

Μόλις τελειώσει η θεραπεία είναι χρήσιμο να καθοριστούν οι ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών. Για να πραγματοποιηθεί αυτό θα πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών που επιβιώνουν μετά το τέλος της θεραπείας (Λαβδανίτη και Αβραμικά 2011).

Επίσης οι νοσηλευτές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι η επιβίωση είναι μια ξεχωριστή φάση της φροντίδας του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει εκτίμηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, συστάσεις για ανίχνευση νέων καρκίνων και για την πραγματοποίηση περιοδικών εξετάσεων, συστάσεις αγωγής υγείας καθώς και δημιουργία εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή (Λαβδανίτη και Αβραμικά 2011).

• Πληροφόρηση

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να βρουν τρόπους να υποστηρίξουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους σε αυτή τη δύσκολη μετάβαση από το τέλος της θεραπείας στην προηγούμενη ζωή τους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους για πληροφόρηση, το είδος των πληροφοριών που χρειάζονται καθώς επίσης ότι η έλλειψη γνώσης προκαλεί τη μεγαλύτερη δυσφορία (Cooley 2010).

Αρχικά γίνεται ενημέρωση των ασθενών για αναφορά οποιοδήποτε ασυνήθιστου συμπτώματος και ότι εάν προσπαθήσουν να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους υπάρχει ο κίνδυνος ένα απλό πρόβλημα να μετατραπεί σε πολύ σοβαρό (Holland and Weiss 2008).

Παράλληλα οι νοσηλευτές ενημερώνουν τους ασθενείς για τις μακροχρόνιες και χρόνιες παρενέργειες της θεραπείας και για το πότε είναι πιθανό αυτές να εμφανιστούν (Mitchell 2009; Ganz 2001). Οι μακροχρόνιες παρενέργειες είναι εκείνες οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές (π.χ. διαταραχή εικόνας σώματος,

νευροπάθεια, κόπωση, πενίες κυττάρων αίματος) οι οποίες ξεκινούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και συνεχίζουν μετά το τέλος της. Οι χρόνιες παρενέργειες είναι εκείνες που περιλαμβάνουν μη αναγνωρισμένες τοξικότητες οι οποίες δεν είναι παρούσες ή είναι υποκλινικές όταν η θεραπεία ολοκληρώνεται (π.χ. οστεοπόρωση, δευτερογενείς καρκίνοι), αλλά εκδηλώνονται μήνες ή χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας (Stein et al. 2008; Holland and Weiss 2008; Fossa et al. 2008; Haylock et al. 2007; Aziz and Rowland 2003; Ganz 2001).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σίγουροι ότι έχει ληφθεί πλήρες ιστορικό γιατί οι περισσότερες μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων όπως ο διαβήτης και ο αλκοολισμός που συνήθως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία δεν αναφέρουν (Cooley 2010; Haylock et al. 2007).

- **Ψυχοκοινωνική υποστήριξη**

Οι τρόποι ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις οποίες μπορούν να συμμετάσχουν και οι νοσηλευτές σε συνεργασία όμως με τους κατάλληλους επιστήμονες είναι:

i. Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να ελαττωθεί η αβεβαιότητα και να αυξηθούν οι ικανότητες προσαρμογής κατά τη διάρκεια της επιβίωσης. Αυτή η παροχή είναι πιθανό να περιλαμβάνει ατομικά μαθήματα, εργαστήρια, και διδασκαλία μικρών ομάδων επιβιωσάντων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οποιοδήποτε γραπτό υλικό και υλικό που προέρχεται από το Διαδίκτυο από αξιόπιστες πηγές και το οποίο αναφέρεται στην επιβίωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί (Boyle 2006; Tesouro et al. 2002).

ii. Η παροχή συμβουλών είναι συνατόν να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να βοηθήσει συναισθηματικά τους επιβιώσαντες. Οι ατομικές συναντήσεις ή η ομαδικές, η οικογενειακή συμβουλευτική, η υποστήριξη από το σύντροφο και την οικογένεια είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων κάθε ασθενή θα πρέπει να πραγματοποιείται (π.χ. ανησυχία για επανεμφάνιση της νόσου, γονιμότητα, αλλαγές στη σχέσεις). Επίσης θα πρέπει να δίνεται έμφαση και στις προσωπικές δυνάμεις των ατόμων καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Boyle 2006; Rauch et al. 2004; Kessler 2002).

Εκτός από τις όποιες δυσκολίες που παρατηρούνται, η συστηματική εκτίμηση των αναγκών υγείας των ασθενών, αλλά και των φροντιστών τους, πρέπει να αποτελεί το πρώτο και πλέον ουσιαστικό βήμα για την υποστηρικτική φροντίδα και την ενεργοποίηση όλων των δυνητικών υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο και στην κοινότητα.

Η συμμετοχή και η συνεργασία των ασθενών για τον καθορισμό προτεραιοτήτων δεν πρέπει να υποτιμάται, επειδή οι συνεχιζόμενες ανικανοποίητες ανάγκες μπορεί να υποδηλώνουν ανεπαρκή εκτίμηση από τους επαγγελματίες υγείας, χαμηλή ικανοποίηση και ταυτόχρονα να προκαλούν επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν επιτευχθεί στην καταγραφή των αναγκών, συνεχίζεται να παρατηρείται περιορισμένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την κάλυψη των ανικανοποίητων αναγκών. Το γεγονός αυτό πιθανότατα να οφείλεται σε προβλήματα με τη μεθοδολογία καταγραφής, τη χρήση μη-αποτελεσματικών παρεμβάσεων, τη μη-συμμόρφωση στα πρωτόκολλα παρεμβάσεων αλλά και σε άλλους λόγους (Carey et al. 2012; Aranda et al. 2006).

Αποτελεί λοιπόν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές ογκολογίας σε διεθνές επίπεδο αλλά και παγκοσμίως να ασχοληθούν με τις ανάγκες των επιβιωσάντων ασθενών στον κλινικό χώρο ή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο (Λαβδανίτη και Αβραμίου 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή της ποιότητας ζωής και των υποστηρικτικών αναγκών υγείας των επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο.

Τα σημαντικότερα ερευνητικά ερωτήματα ήταν:

- ✓ Ποιοι παράμετροι της ποιότητας ζωής έχουν καλύτερη βαθμολογία σε επιβιώσαντες ασθενείς;
- ✓ Πως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής σε σχέση με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας των ατόμων της μελέτης;
- ✓ Σε ποιο βαθμό επηρεάζει το φύλο, η ηλικία, το νόσημα και το επάγγελμα την ποιότητα ζωής των επιβιωσάντων;
- ✓ Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τις ανάγκες υγείας των επιβιωσάντων ασθενών;

4.2 Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας ήταν:

- Τα τακτικά εξωτερικά γραφεία της παθολογικής ογκολογικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η).
- Ο σύλλογος ΕΥ ΖΩ με τον καρκίνο Ηρακλείου Κρήτης.

Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας από Φεβρουάριο έως Αύγουστο του 2020.

4.3 Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα μας αποτέλεσαν επιβιώσαντες μέλη και φίλοι του ΕΥ ΖΩ και επιβιώσαντες από καρκίνο που εισέρχονται για έλεγχο ρουτίνας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ογκολογικού τμήματος του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν :

- Να είναι πρώην ασθενείς με οποιαδήποτε μορφή και στάδιο καρκίνου.
- Να είναι ενήλικες.
- Να έχουν δυνατότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δηλαδή να διαβάζουν και να μιλούν την ελληνική γλώσσα.
- Να μην νοσούν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών.

4.4 Τρόπος συλλογής δεδομένων-ερευνητικό εργαλείο

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

✓ Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων που περιλαμβάνει παραμέτρους όπως: ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα κτλ.

✓ Το Short Form-36 (SF-36), που χρησιμοποιείται για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής. Συνολικά αποτελείται από 36 ερωτήσεις και περιλαμβάνει οκτώ

κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμιά, και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης (Παππά, Κοντοδημόπουλος, & Νιάκας, 2005). Συγκεκριμένα οι κλίμακες μέτρησης είναι: (α) σωματική λειτουργικότητα ΣΛ ή σωματική υγεία (physical functioning), (β) ρόλος σωματικός, ΡΣ (role physical), (γ) σωματικός πόνος, ΣΠ (bodily pain), (δ) γενική υγεία, ΓΥ (general health), (ε) ζωτικότητα, ΖΤ (vitality), (στ) κοινωνική λειτουργικότητα, ΚΛ (social functioning), (ζ) ρόλος συναισθηματικός, ΡΣΘ (role emotional) και (η) ψυχική υγεία, ΨΥ (mental health) (Κοντοδημόπουλος και συν, 2004). Ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε υψηλή συνεκτικότητα (Cronbach $\alpha=0,936$). Η βαθμονόμηση του έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες του SF36, με αντιστροφή των αποκρίσεων ορισμένων ερωτήσεων από τις 36, στις 8 συνιστώσες σωματικής και ψυχικής υγείας. Η ερώτηση 2 (*Συγκριτικά με ένα έτος πριν, πώς θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα;*) είναι ανεξάρτητη και δεν εντάσσεται σε κάποια συνιστώσα.

✓ Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης αναγκών, «Needs Evaluation Questionnaire» (NEQ), ένα αυτοδιαχειριζόμενο εργαλείο με 23 ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται τόσο στην κλινική ογκολογία όσο και στην έρευνα (Konstantinidis et al, 2019). Αποτελούμενο από 23 ερωτήσεις αναγκών κλειστού τύπου (ναι/όχι), προσαρμοσμένο στα ελληνικά από τους Konstantinidis et al (2017), καθορίζει οκτώ συνιστώσες (ομάδες) αναγκών:

- Πληροφοριακές: διάγνωσης & πρόγνωσης (ερωτήσεις 1 και 2)
- Πληροφοριακές: εξετάσεων & θεραπείας (ερωτήσεις 3 και 4)
- Επικοινωνίας (ερωτήσεις 5 έως 8)
- Συγγενικού – οικογενειακού περιβάλλοντος (relational) (ερωτήσεις 20 έως 22)
- Υποβοήθησης (assistance) & θεραπείας (treatment) (ερωτήσεις από 9 έως 13)
- Ξενοδοχειακής υποδομής νοσοκομείου (ερώτηση 14)
- Οικονομικών θεμάτων (ερωτήσεις 15 και 16)
- Υποστήριξης (support) (ερωτήσεις 17, 18, 19, 23).

Στον προσδιορισμό αναγκών συγκεκριμένου τύπου από πολλαπλές σχετικές ερωτήσεις ελήφθη η αναφορά τουλάχιστον μιας ανάγκης (Konstantinidis et al., 2017). Η συνέπεια αποκρίσεων (αξιοπιστία) στους 98 ασθενείς εκτιμήθηκε με τη μέθοδο των Kuder-Richardson σε $r=0,839$.

4.5 Δεοντολογία της έρευνας

Όλες οι έρευνες εγείρουν ηθικά ζητήματα σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής μελετών, τον έλεγχο και την προστασία των ατόμων που συμμετέχουν ή σχετικά με το ποιοι ενδέχεται να θιχθούν από την ίδια την έρευνα ή τα ευρήματά της. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν η έρευνα αφορά ευάλωτα άτομα όπως ασθενείς με καρκίνο. Για τη παρούσα έρευνα αρχικά ζητήθηκε άδεια από το τμήμα νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Έπειτα, ζητήθηκε η έγκριση από το νοσοκομείο της έρευνας (ΠΑ.Γ.Ν.Η) και η άδεια από το σύλλογο ΕΥ ΖΩ.

Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ατόμων ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές.

Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο 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.

4.6 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 26.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνότητας των βασικών χαρακτηριστικών των 98 ογκολογικών ασθενών. Στην εκτίμηση κατανομών συχνότητων, μέσω τιμών κλπ εκτιμήθηκαν επίσης για σύγκριση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Μέσω των μεθόδων Friedman & Wilcoxon έγιναν έλεγχοι μεταξύ των συνιστωσών της ποιότητας ζωής. Ως προς συσχέτιση της ποιότητας ζωής του ερωτηματολογίου SF-36 και του πλήθους των αναγκών (ερωτηματολόγιο NEQ) των ασθενών με τα χαρακτηριστικά τους, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος Spearman. Τέλος, με τη μέθοδο Mann-Whitney ελέγχθηκαν τα επίπεδα των συνιστωσών της ποιότητας ζωής ως προς δυο κατηγορίες αναγκών, των ασθενών που έχουν μειωμένες ή <12 ανάγκες και εκείνων με αυξημένες ή 12+ καθώς και ως προς το διάστημα διάγνωσης (έως 5 χρόνια & >5). Ως προς τον ίδιο διαχωρισμό, ακολούθησαν έλεγχοι χ^2 για τον έλεγχο της σχέσης του διαστήματος διάγνωσης με την παρουσία ομαδοποιημένων αναγκών. Διαγραμματικά απεικονίστηκαν μέσω γραμμικής παλινδρόμησης οι σχέσεις του αριθμού των αναγκών στους 98 ασθενείς της μελέτης, με το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου, τη Σωματική και Ψυχική συνιστώσα της ποιότητας ζωής. Τέλος, μέσω της μεθόδου Z, έγινε σύγκριση των επιπέδων των υποστηρικτικών ή ανεκπλήρωτων αναγκών των ογκολογικών ασθενών σε διάφορες επιλεγμένες μελέτες και ασθενείς της βιβλιογραφίας με εκείνα της παρούσας μελέτης. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Αποτελέσματα έρευνας

5.1 Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

Το 53,1% των ογκολογικών ασθενών της παρούσας έρευνας και μελέτης προέρχεται από τα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (πίνακας 1). Η πλειοψηφία ή το 71,4% ήταν γυναίκες, το 43,9% όλων βρέθηκαν με ηλικία >60 ετών ή με μέση ηλικία τα 58,9 χρόνια ($\pm 12,5$), ενώ σχεδόν όλες/όλοι ήταν ελληνικής καταγωγής (94,9%). Η πλειοψηφία επίσης ή το 71,4% κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου, το 50,0% εργαζόταν, το 24,5% είχαν ακαδημαϊκή εκπαίδευση, ενώ στα οικογενειακά χαρακτηριστικά, η πλειοψηφία ή το 66,3% ήταν έγγαμες/οι ενώ το 27,6% διαμένουν μόνες/οι.

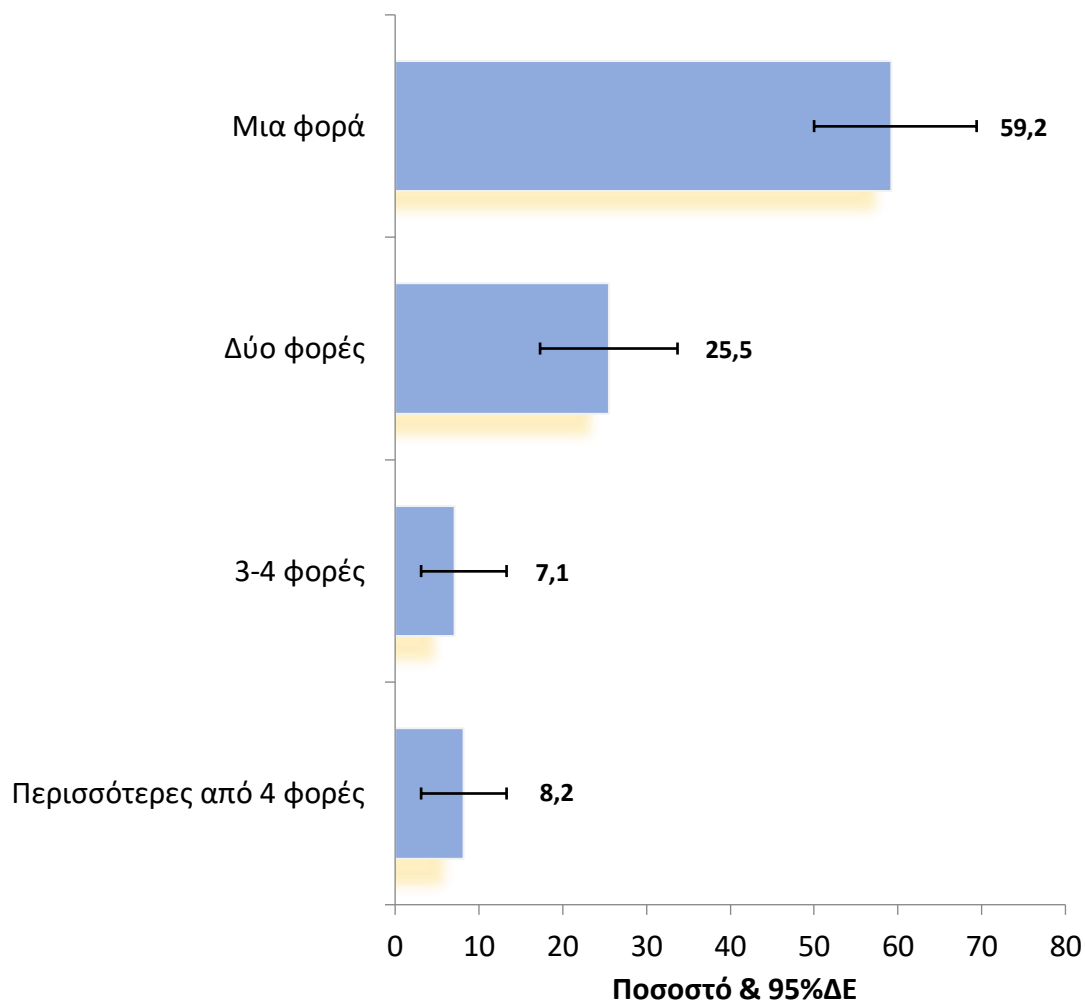
Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 98 ογκολογικών ασθενών της μελέτης.

		n	%
Τομέας αναφοράς	<i>Εξωτερικά Ιατρεία ΠαΓΝΗ</i>	52	53,1
	<i>Σύλλογος & Φίλοι ΕΥ ΖΩ</i>	46	46,9
Φύλο	<i>άνδρες</i>	28	28,6
	<i>γυναίκες</i>	70	71,4
Ηλικία, χρόνια	<i>έως 60</i>	55	56,1
	<i>>60</i>	43	43,9
	<i>μέση ηλικία\pmτυπ. αποκλ. (ελ., μεγ.)</i>	58,9 \pm 12,5 (29, 90)	
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	93	94,9
	<i>άλλη</i>	5	5,1
Τόπος	<i>Ηράκλειο</i>	70	71,4
Κατοικίας	<i>Ρέθυμνο</i>	12	12,2
	<i>Χανιά</i>	9	9,2
	<i>Λασιίθι</i>	7	7,1

Επάγγελμα	<i>Εργαζόμενος/η</i>	49	50,0
	<i>Άνεργος/η, Οικιακά, Συνταξιούχος</i>	49	50,0
Εκπαίδευση	<i>Δημοτικό</i>	32	32,7
	<i>Γυμνάσιο</i>	17	17,3
	<i>Λύκειο</i>	25	25,5
	<i>Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ</i>	24	24,5
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	65	66,3
	<i>άγαμος/η</i>	10	10,2
	<i>χήρος/α</i>	16	16,3
	<i>διαζευγμένος/η</i>	7	7,1
Διαβίωση	<i>Με σύζυγο</i>	31	31,6
	<i>Με σύζυγο & παιδιά</i>	32	32,7
	<i>Μόνος/η</i>	27	27,6
	<i>Με παιδιά</i>	8	8,2

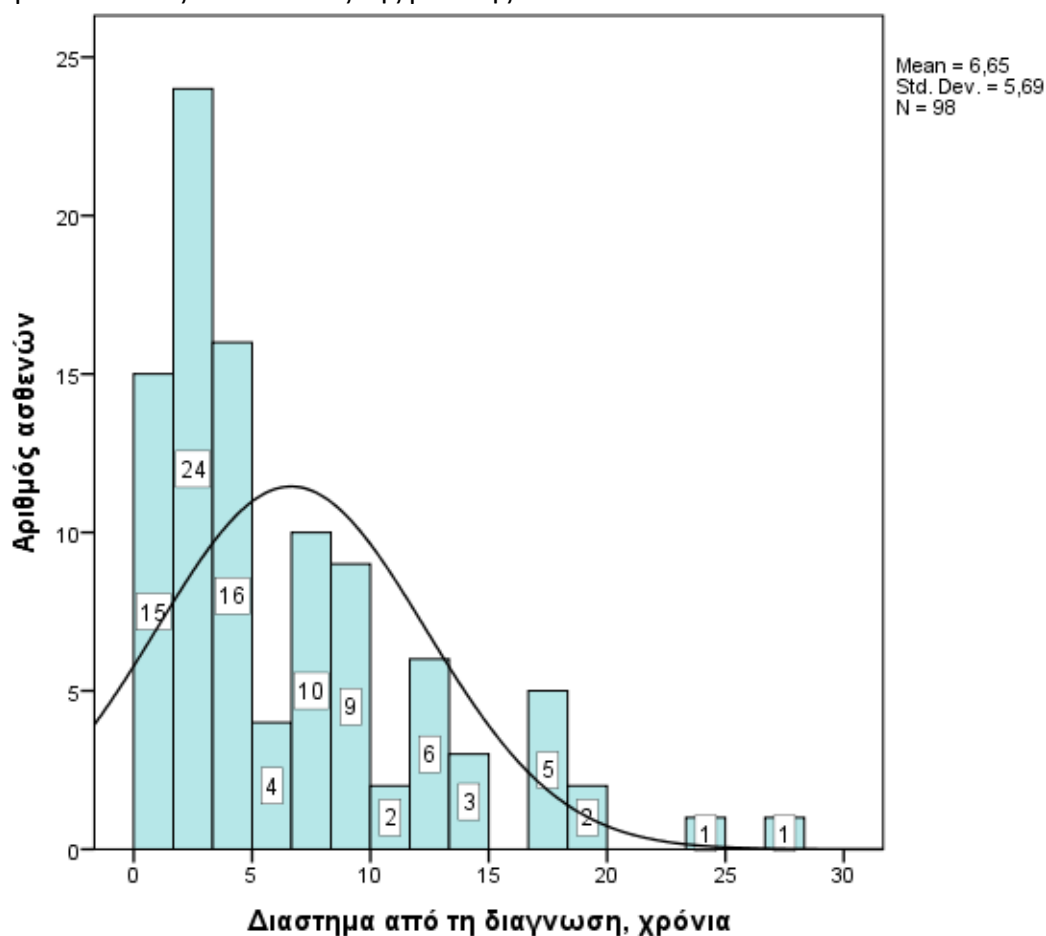
Η συχνότητα νοσηλειών – επισκέψεων το τελευταίο εξάμηνο από τις/τους 98 ογκολογικούς ασθενείς της μελέτης παρουσιάζεται στο **σχήμα 1**. Σημαντικά περισσότερες/οι ή το 59,2% δήλωσε «μια φορά» και ακολουθεί με «δύο φορές» το 25,5%. Με υψηλή συχνότητα ή >4 φορές το τελευταίο εξάμηνο βρέθηκε μόλις το 8,2%.

Σχήμα 1. Συχνότητα νοσηλειών – επισκέψεων το τελευταίο εξάμηνο από τις/τους 98 ογκολογικούς ασθενείς της μελέτης.



Στο **σχήμα 2** παρουσιάζεται η κατανομή του διαστήματος (σε χρόνια) που παρήλθε από τη διάγνωση του καρκίνου στους 98 ασθενείς της μελέτης. Το εύρος του διαστήματος αφορά τα 0-27 χρόνια, ενώ με >5 χρόνια συμμετείχε στην έρευνα το 43,9% του δείγματος μελέτης. Συνολικά, ο μέσος χρόνος διαστήματος διάγνωσης εκτιμήθηκε στα 6,7 χρόνια ($\pm 5,7$).

Σχήμα 2. Κατανομή διαστήματος (σε χρόνια) που παρήλθε από τη διάγνωση του καρκίνου στους 98 ασθενείς της μελέτης.



5.2 Εκτίμηση Αναγκών (ερωτηματολόγιο NEQ) & Ποιότητας Ζωής ασθενών (κλίμακα SF-36)

Από την αξιολόγηση και εκτίμηση των υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών, στον **πίνακα 2** παρουσιάζονται οι συχνότητες αποκρίσεων στις 23 σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου NEQ. Στην προσπάθεια αυτή, παρουσιάζονται εκείνες οι πέντε με την υψηλότερη και χαμηλότερη συχνότητα εκ των οποίων βρέθηκε η «19. Έχω ανάγκη να μιλήσω με ανθρώπους που είχαν την ίδια εμπειρία με μένα» ως 1^η υψηλότερη (49,0%) ή η «23. Έχω ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για τη κατάσταση μου.» ως 2^η υψηλότερη (42,9%). Στις πέντε χαμηλότερες σε συχνότητα ανάγκες βρέθηκε η «12. Έχω ανάγκη περισσότερης προσοχής από το νοσηλευτικό προσωπικό» ως 1^η χαμηλότερη (11,2%) ή η «10. Έχω ανάγκη περισσότερης βοήθειας για να φάω, να ντυθώ και να πάω στο μπάνιο» ως 2^η χαμηλότερη (12,2%).

Πίνακας 2. Συχνότητα αποκρίσεων στις ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου Αναγκών (Needs Evaluation Questionnaire, NEQ) από τους 98 ασθενείς της μελέτης.

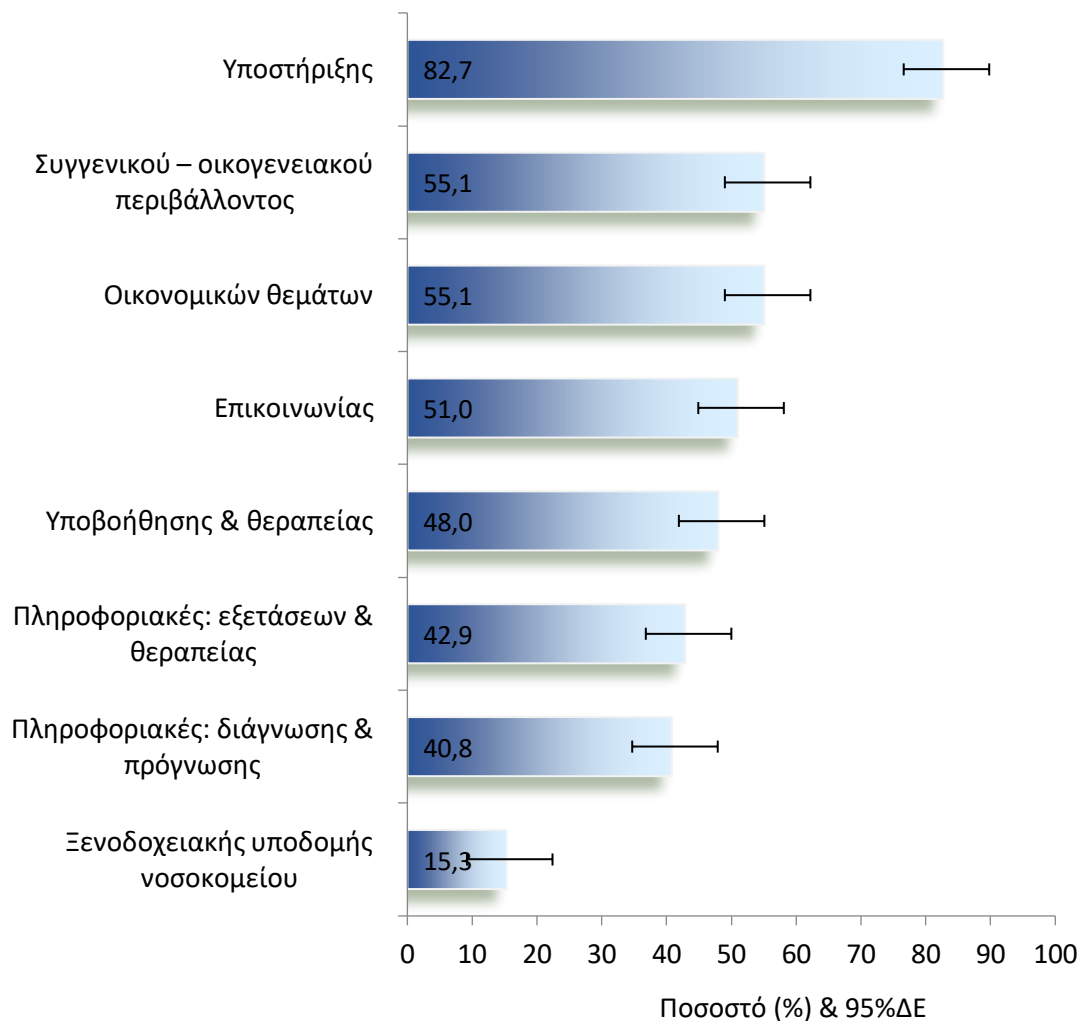
Item	%	95%ΔΕ		Αυξημένες, Μειωμένες ^a
1. Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την διάγνωσή μου.	27,6	19,4	35,7	
2. Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την μελλοντική μου κατάσταση.	38,8	28,6	49,0	5↑
3. Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις εξετάσεις που μου κάνουν.	33,7	24,5	42,9	
4. Έχω ανάγκη από περισσότερες εξηγήσεις για τη θεραπεία μου.	26,5	18,4	36,7	
5. Έχω ανάγκη να έχω περισσότερη συμμετοχή στις θεραπευτικές επιλογές (π.χ. συμμετοχή μου στην επιλογή μεταξύ δυο ισοδύναμων θεραπειών).	21,4	13,3	29,6	
6. Έχω ανάγκη οι γιατροί και οι νοσηλευτές να μου παρέχουν πιο κατανοητές πληροφορίες.	29,6	20,4	38,8	
7. Έχω ανάγκη οι γιατροί να είναι πιο ειλικρινείς μαζί μου (π.χ. να μου λένε όλη την αλήθεια για τη νόσο, τη θεραπεία, τις πιθανές παρενέργειες).	27,6	18,4	36,7	
8. Έχω ανάγκη να μπορώ να έχω καλύτερη επικοινωνία με τους γιατρούς.	28,6	19,4	37,8	
9. Έχω ανάγκη να ελέγχονται καλύτερα μερικές από τις ενοχλήσεις μου (πόνος, ναυτία, αϋπνία κλπ)	31,6	22,4	41,8	
10. Έχω ανάγκη περισσότερης βοήθειας για να φάω, να ντυθώ και να πάω στο μπάνιο.	12,2	6,1	18,4	↓2
11. Έχω ανάγκη για περισσότερο σεβασμό της προσωπικότητας/αξιοπρέπειας μου.	16,3	9,2	24,5	↓4
12. Έχω ανάγκη περισσότερης προσοχής από το νοσηλευτικό προσωπικό.	11,2	5,1	18,4	↓1
13. Έχω ανάγκη να με καθησυχάζουν περισσότερο οι γιατροί.	16,3	9,2	23,5	↓5
14. Έχω ανάγκη οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο (τουαλέτα, γεύματα, καθαριότητα) να είναι καλύτερες.	15,3	8,2	23,5	↓3
15. Έχω ανάγκη να έχω περισσότερες πληροφορίες οικονομικό-ασφαλιστικής φύσης που σχετίζονται με την ασθένεια μου (π.χ. επιδόματα ασθένειας, συμμετοχή στο κόστος νοσηλείας, κλπ)	42,9	32,7	53,1	3↑
16. Έχω ανάγκη από οικονομική βοήθεια.	28,6	20,4	36,7	
17. Έχω ανάγκη να μιλήσω με ψυχολόγο.	30,6	21,4	39,8	
18. Έχω ανάγκη να μιλήσω με ιερέα	30,6	21,4	39,8	
19. Έχω ανάγκη να μιλήσω με ανθρώπους που είχαν την ίδια εμπειρία με μένα.	49,0	38,8	59,2	1↑
20. Έχω ανάγκη να με καθησυχάζει περισσότερο η οικογένεια μου.	27,6	18,4	36,7	

21. Έχω ανάγκη να αισθάνομαι περισσότερο χρήσιμος μέσα στην οικογένεια μου.	38,8	29,6	49,0	4↑
22. Έχω ανάγκη να αισθάνομαι λιγότερο κλεισμένος στον εαυτό μου.	29,6	20,4	38,8	
23. Έχω ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για τη κατάσταση μου.	42,9	33,7	53,1	2↑

^a Με βέλος σημειώνονται οι 5 περισσότερο αυξημένες (↑) ή μειωμένες (↓) ανάγκες.

Από την ομαδοποίηση των αναγκών του ερωτηματολογίου NEQ στο **σχήμα 3**, με σημαντικά υψηλότερη συχνότητα βρέθηκαν οι ανάγκες «Υποστήριξης» (82,7%) έναντι χαμηλότερης οι «Ξενοδοχειακής υποδομής νοσοκομείου» (15,3%) ($p < 0,05$). Ακολουθούν οι ανάγκες της «Συγγενικού-Οικογενειακού περιβάλλοντος» (55,1%), «Οικονομικών θεμάτων» (55,1%) ή «Επικοινωνίας» (51,0%) ενώ οι πληροφοριακές βρίσκονται σε χαμηλότερες καταγραφές.

Σχήμα 3. Συχνότητα ομαδοποιημένων αναγκών του Ερωτηματολογίου Needs Evaluation Questionnaire (NEQ) στους 98 ασθενείς της μελέτης.



Από τον **πίνακα 3** και το πλήθος των αναγκών των ασθενών, ο μέσος αριθμός τους στο σύνολο των ασθενών βρέθηκε μόλις 6,6 ανάγκες ενώ οι μισοί ασθενείς είχαν έως ≈ 6 ανάγκες (διάμεσος αριθμός αναγκών 5,5). Με καμία ανάγκη από τις 23 βρέθηκε το 5,1% καθώς με τις 23 τυποποιημένες του NEQ δεν βρέθηκαν ασθενείς. Επιπλέον, με αυξημένες ανάγκες ή 12+ βρέθηκαν το 13,3% των ασθενών.

Στην αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής, διαπιστώνονται γενικά αυξημένα επίπεδα σχεδόν σε όλες τις συνιστώσες/υποκλίμακες ή κλίμακες του SF-36. Συγκεκριμένα, από τις οκτώ επιμέρους συνιστώσες της ποιότητας ζωής, με σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή (καλύτερη ποιότητα ζωής) βρέθηκε η *Φυσική λειτουργία* έναντι χαμηλότερης της *Γενικής Υγείας* (72,4 έναντι 59,7, $p < 0,001$). Ανάλογα, στις κύριες συνιστώσες με σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή (καλύτερη ποιότητα ζωής) βρέθηκε η *Σωματική συνιστώσα* έναντι χαμηλότερης της *Ψυχικής* (68,0 έναντι 64,7, $p = 0,040$).

Στο **σχήμα 4** απεικονίζονται οι συχνότητες αποκρίσεων στη γενική ερώτηση του SF36 «Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:» όπου μη σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 35,7% δηλώνει καλή, το 39,8% δηλώνει πολύ καλή & άριστη ενώ μόλις 5,1% δήλωσε φτωχή. Ανάλογα στην ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;» (**σχήμα 5**), το 46,0% δηλώνει από κοινού *Κάπως καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν & Πολύ καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν*. Επίσης το 44,9% δήλωσε σχεδόν ίδιο όπως ένα έτος πριν.

Πίνακας 3. Επίπεδα συσσωρευμένων αναγκών (κλίμακα NEQ) και συνιστωσών ποιότητας ζωής (κλίμακα SF36) των 153 ασθενών της μελέτης.

Κλίμακες		Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.
Πλήθος Αναγκών (NEQ) (κλίμακα 1-23 όπου υψηλή \Rightarrow περισσότερες ανάγκες)		6,6	4,8	5,5	0	22
αυξημένες (12+ ανάγκες) ^a		n=13 ή 13,3%				
Συνιστώσες Ποιότητα Ζωής (SF36)						
Επιμέρους	Φυσικής Λειτουργίας (Physical Functioning, PF)	72,4	28,9	80,0	0,0	100,0
	Φυσικού Ρόλου (Role Physical, RP)	67,7	39,6	100,0	0,0	100,0
	Σωματικού Πόνου (Bodily Pain, BP)	72,1	27,9	75,0	0,0	100,0
	Γενικής Υγείας (General Health, GH)	59,7	20,8	60,0	5,0	100,0
	Ζωτικότητας (Vitality, VT)	59,8	22,3	60,0	10,0	100,0
	Κοινωνικής Λειτουργίας	68,4	26,9	75,0	0,0	100,0

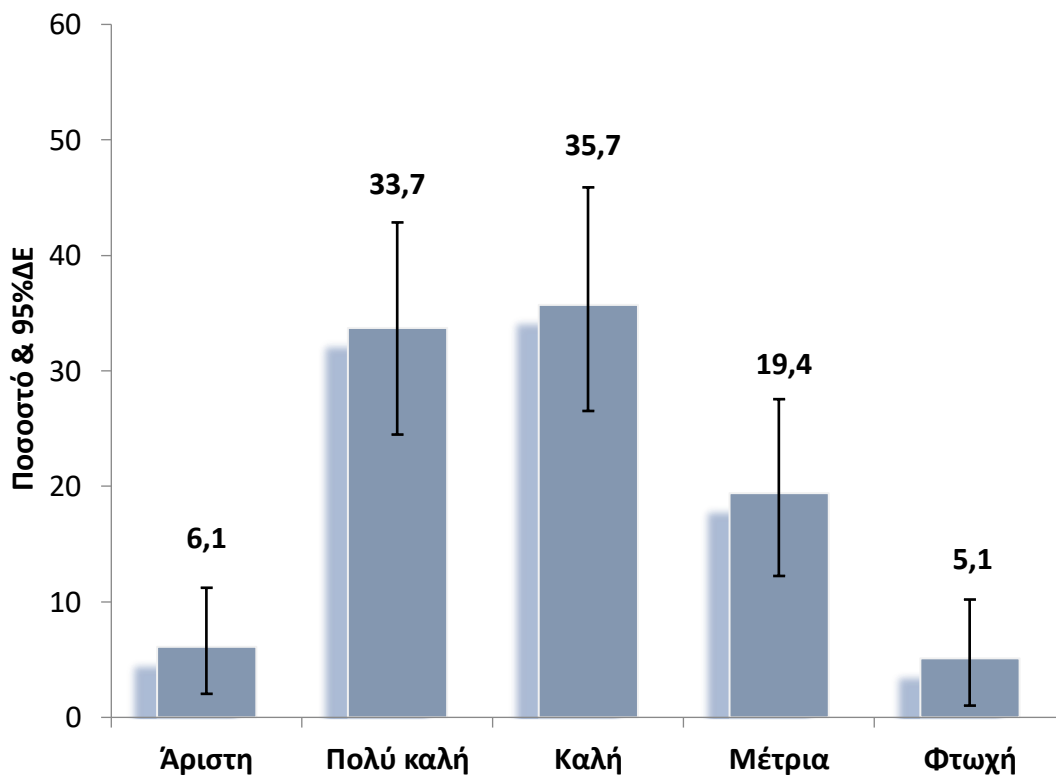
	(Social Functioning, SF)				
	Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional, RE)	70,4	30,8	75,0	0,0
	Διανοητική υγεία (Mental Health, MH)	60,1	16,8	60,0	16,0
Κύριες	Σωματική συνιστώσα (Physical component)	68,0	23,7	69,4	5,0
	Ψυχική συνιστώσα (Mental component)	64,7	19,5	63,4	15,5

^a Με καμία ανάγκη βρέθηκε το 5,1% και με 23 κανένας ασθενής.

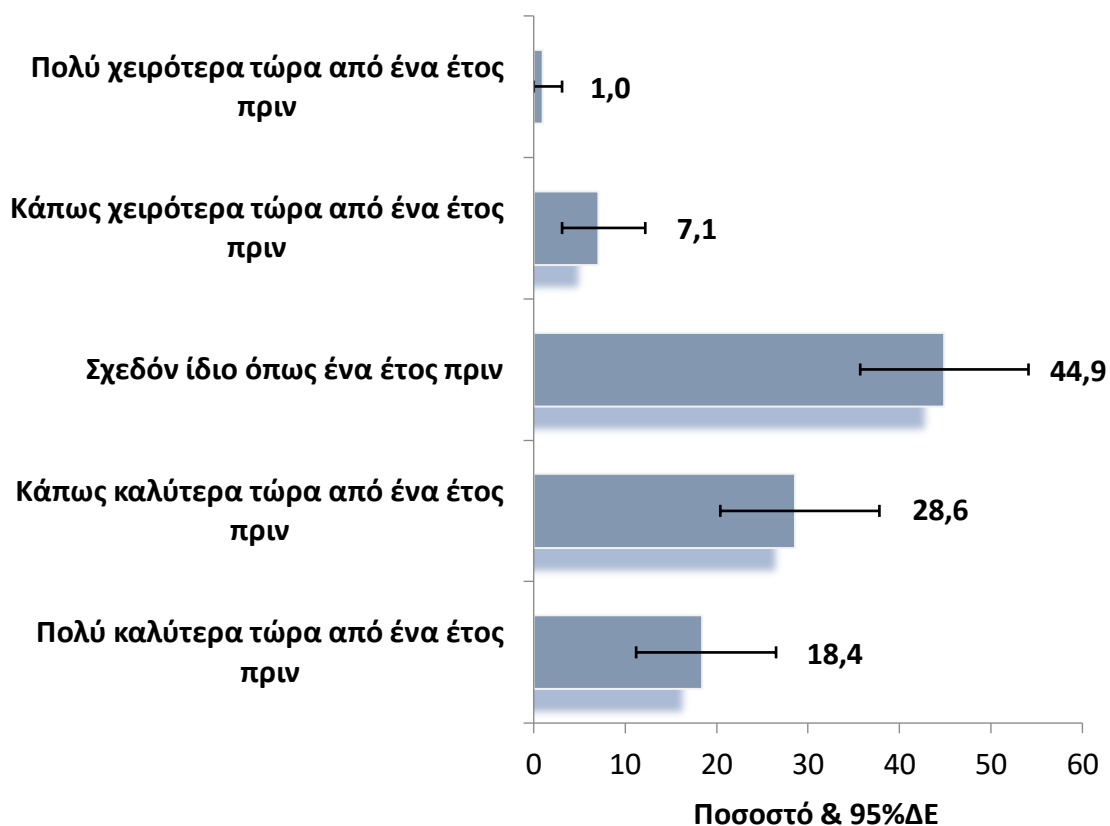
Έλεγχος Friedman μεταξύ επιμέρους συνιστωσών, $p < 0,001$

Έλεγχος Wilcoxon μεταξύ κυρίων συνιστωσών, $p = 0,040$

Σχήμα 4. Συχνότητα αυτοαναφοράς επιπέδου υγείας των 153 ασθενών της μελέτης (ερώτηση 1 του SF-36: «Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:»).



Σχήμα 5. Συχνότητα αυτοαναφοράς επιπέδου υγείας των 153 ασθενών της μελέτης σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν (ερώτηση 2 του SF-36: «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;»).



Στους πίνακες 4 έως 6 δίνονται οι συσχετίσεις των συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και των αναγκών του NEQ, με τα βασικά και κύρια χαρακτηριστικά των ασθενών ή μεταξύ τους. Υψηλότερα επίπεδα σχεδόν σε όλες τις επιμέρους συνιστώσες της ποιότητας ζωής (πίνακας 4), σχετίζονται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες των ασθενών, με τον απομακρυσμένο τόπο κατοικίας ως προς το Ηράκλειο, με την εργασία (απασχόληση), με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, με την έγγαμη κατάσταση ή με μικρότερο αριθμό υποστηρικτικών αναγκών ($p < 0,05$). Ενδεικτικά, μεταξύ όλων των συσχετίσεων, η μεγαλύτερη συσχέτιση διαπιστώνεται μεταξύ της έγγαμης κατάστασης με την αυξημένη Γενική Υγεία ($\rho = -0,338$, $p < 0,05$) ή των μικρότερων ηλικιών και της Φυσικής Λειτουργικότητας ($\rho = -0,330$, $p < 0,05$).

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης των επιμέρους συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς τα βασικά τους χαρακτηριστικά και τον αριθμό αναγκών τους.

	Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF36								
	Ψυχικής Λειτουργίας	Φυσικού Ρόλου	Σωματικού Πόνου	Γενικής Υγείας	Ζωτικότητας	Κοινωνικής Λειτουργίας	Συν/κού Ρόλου	Διανοητική υγεία	
	rho-Spearman								
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	-0,132	-0,106	-0,059	-0,124	-0,069	-0,124	-0,122	-0,036	
Ηλικία (χρόνια)	-0,330*	-0,123	-0,101	-0,235*	-0,067	-0,124	-0,111	-0,017	
Τόπος κατοικίας (1:Ηράκλειο, 2:άλλες περιοχές)	0,197	0,136	0,212*	0,039	0,189	0,241*	0,112	0,167	
Επάγγελμα (1:εργαζόμενος/η, 2:άνεργος/η, οικιακά, συνταξιούχος)	-0,243*	-0,022	-0,120	-0,105	-0,088	-0,136	-0,129	-0,075	
Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2: Γυμνάσιο, 3:Λύκειο, 4: ΑΕΙ, ΤΕΙ)	0,238*	0,129	0,174	0,311*	0,101	0,155	0,117	0,062	
Οικογ. κατάσταση (1:έγγαμος/η, 2:διαζευγμένος/η, άγαμος/η, χήρος/α)	-0,328*	-0,212*	-0,233*	-0,338*	-0,154	-0,152	-0,129	-0,123	
Διαβίωση (1:με σύζυγο, γονείς ή παιδιά, 2:μόνος/η)	-0,192	-0,164	-0,141	-0,182	-0,096	-0,148	-0,028	-0,161	
Επισκέψεις / νοσηλείες στο νοσοκομείο το τελευταίο δίμηνο (1: 1φ, 2: 2φ, 3: 3-4φ, 4: >4)	-0,019	-0,057	-0,108	-0,125	-0,033	-0,096	-0,042	-0,004	
Διάστημα διάγνωσης (χρόνια)	-0,011	0,063	-0,019	0,058	-0,015	-0,068	-0,124	0,144	
Πλήθος Αναγκών (NEQ)	-0,042	-0,199*	-0,204*	-0,124	-0,263*	-0,286*	-0,074	-0,218*	

* p<0.05

Στη κύρια Σωματική συνιστώσα της ποιότητας ζωής (πίνακας 5), τα υψηλά της επίπεδα σχετίζονται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες ασθενών, με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και με την έγγαμη κατάσταση ($p<0,05$). Αντίστροφα, υψηλότερα επίπεδα της Ψυχικής συνιστώσας σχετίζονται σημαντικά μόνο με το μειωμένο πλήθος των αναγκών τους ($\text{rho}=-0,223$, $p<0,05$). Ωστόσο, οι αυξημένες ανάγκες σχετίζονται ακόμη με τον αυξημένο αριθμό επισκέψεων/νοσηλείων στο νοσοκομείο το τελευταίο δίμηνο ($\text{rho}=0,256$, $p<0,05$).

Παράλληλα, από τη συσχέτιση των κυρίων συνιστωσών με τις ομαδοποιημένες ανάγκες (πίνακας 6), διαπιστώνονται ορισμένες σημαντικές συσχετίσεις που αφορούν κυρίως εκείνες του Συγγενικού-Οικογενειακού περιβάλλοντος και την Υποστήριξης. Συγκεκριμένα, τα υψηλά επίπεδα της Σωματικής υγείας σχετίζονται με την παρουσία λιγότερων ομαδοποιημένων αναγκών «Συγγενικού-Οικογενειακού περιβάλλοντος» ($\rho = -0,306$, $p < 0,05$) και «Υποστήριξης» ($\rho = -0,290$, $p < 0,05$). Επίσης, τα υψηλά επίπεδα της Ψυχικής υγείας σχετίζονται με την παρουσία λιγότερων ομαδοποιημένων αναγκών «Συγγενικού-Οικογενειακού περιβάλλοντος» ($\rho = -0,329$, $p < 0,05$), «Υποβοήθησης και θεραπείας» ($\rho = -0,236$, $p < 0,05$) και «Υποστήριξης» ($\rho = -0,319$, $p < 0,05$).

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης των κυρίων συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και του πλήθους αναγκών (NEQ) των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς τα βασικά τους χαρακτηριστικά και τον αριθμό αναγκών τους.

	Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF36		Πλήθος Αναγκών (NEQ)
	Σωματική συνιστώσα	Ψυχική συνιστώσα	
	rho-Spearman		
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	-0,146	-0,097	0,172
Ηλικία (χρόνια)	-0,228*	-0,125	-0,145
Τόπος κατοικίας (1:Ηράκλειο, 2:άλλες περιοχές)	0,196	0,193	-0,121
Επάγγελμα (1:εργαζόμενος/η, 2:άνεργος/η, οικιακά, συνταξιούχος)	-0,139	-0,168	-0,075
Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2: Γυμνάσιο, 3:Λύκειο, 4: ΑΕΙ, ΤΕΙ)	0,255*	0,158	0,135
Οικογ. κατάσταση (1:έγγαμος/η, 2:διαζευγμένος/η, άγαμος/η, χήρος/α)	-0,307*	-0,151	0,060
Διαβίωση (1:με σύζυγο, γονείς ή παιδιά, 2:μόνος/η)	-0,193	-0,103	-0,002
Επισκέψεις / νοσηλείες στο νοσοκομείο το τελευταίο δίμηνο (1: 1φ, 2: 2φ, 3: 3-4φ, 4: >4)	-0,080	-0,046	0,256*
Διάστημα διάγνωσης (χρόνια)	0,051	-0,094	-0,173
Πλήθος Αναγκών (NEQ)	-0,169	-0,223*	--

* $p < 0,05$

Πίνακας 6. Συντελεστές συσχέτισης των κυρίων συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς τις ομάδες αναγκών (NEQ).

Ομάδες αναγκών	Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF36	
	Σωματική συνιστώσα	Ψυχική συνιστώσα
	rho-Spearman	
Πληροφοριακές: διάγνωσης & πρόγνωσης	0,046	0,042
Πληροφοριακές: εξετάσεων & θεραπείας	0,068	0,056
Επικοινωνίας	0,109	-0,021
Συγγενικού – οικογενειακού περιβάλλοντος	-0,306*	-0,329*
Υποβοήθησης & θεραπείας	-0,186	-0,236*
Ξενοδοχειακής υποδομής νοσοκομείου	0,016	0,005
Οικονομικών θεμάτων	-0,138	-0,133
Υποστήριξης	-0,290*	-0,316*

* $p < 0,05$

Στον **πίνακα 7** παρουσιάζονται τα επίπεδα των συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς το διαχωρισμό τους με βάση το Πλήθος των 23 αναγκών του ερωτηματολογίου NEQ (ασθενείς με μειωμένες-αυξημένες ανάγκες). Αν και συνολικά βρέθηκε σύμφωνα με τα προηγούμενα αποτελέσματα μικρός αριθμός ασθενών με αυξημένες ανάγκες ενώ παράλληλα ήταν αυξημένη η ποιότητα ζωής τους, εκτιμάται από τον πίνακα 7 ότι οι ασθενείς με αυξημένες ανάγκες (12+) έχουν σε σχέση με τους ασθενείς με μειωμένες (<12) μη σημαντικά χαμηλότερα ή υψηλότερα μέσα επίπεδα στις συνιστώσες της ποιότητας ζωής ($p > 0,05$). Ενδεικτικά, οι ασθενείς με αυξημένες ανάγκες (12+) σε σχέση με τους ασθενείς με μειωμένες (<12) έχουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία Κοινωνικής Λειτουργίας (70,4 έναντι 54,8, $p = 0,052$), Διανοητικής υγείας (61,1 έναντι 53,2, $p = 0,074$) ή Ψυχικής υγείας (65,5 έναντι 59,5, $p > 0,05$).

Πίνακας 7. Επίπεδα συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς το διαχωρισμό τους με βάση το Πλήθος των 23 αναγκών του ερωτηματολογίου NEQ (ασθενείς με μειωμένες-αυξημένες ανάγκες).

Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF36	Ασθενείς με πλήθος Αναγκών (NEQ):				p-value
	Μειωμένες (<12)		Αυξημένες (12+)		
	Μέση τιμή	Διάμεσος	Μέση τιμή	Διάμεσος	
Φυσικής Λειτουργίας	72,5	85,0	72,3	80,0	0,739
Φυσικού Ρόλου	67,5	100,0	69,2	100,0	0,882
Σωματικού Πόνου	72,1	75,0	72,1	75,0	0,681
Γενικής Υγείας	59,4	60,0	61,9	60,0	0,757
Ζωτικότητα	61,2	60,0	51,2	55,0	0,148
Κοινωνικής Λειτουργίας	70,4	75,0	54,8	50,0	0,052
Συναισθηματικού Ρόλου	69,1	75,0	78,8	75,0	0,520
Διανοητική υγεία	61,1	60,0	53,2	52,0	0,074
Σωματική συνιστώσα	67,8	69,4	68,9	66,7	0,950
Ψυχική συνιστώσα	65,5	65,8	59,5	56,6	0,230

Έλεγχοι Mann-Whitney

Ανάλογα με τον πίνακα 7, στον **πίνακα 8** παρουσιάζονται τα επίπεδα των συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF-36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς το διαχωρισμό τους με βάση το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου στους ασθενείς της μελέτης. Και στην περίπτωση του χρόνου που παρήλθε από τη διάγνωση, οι ασθενείς με λιγότερα χρόνια (έως 5) σε σχέση με τους ασθενείς με περισσότερα (>5) βρέθηκαν με μη σημαντικά περισσότερες ανάγκες και χαμηλότερα ή υψηλότερα μέσα επίπεδα στις συνιστώσες της ποιότητας ζωής ($p>0,05$). Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι οι ασθενείς με λιγότερα χρόνια (έως 5) σε σχέση με τους ασθενείς με περισσότερα (>5) έχουν μη σημαντικά μεγαλύτερο μέσο αριθμό αναγκών (7,1 έναντι 5,9 ανάγκες, $p>0,05$) ή υψηλότερη μέση βαθμολογία Φυσικής Λειτουργίας (73,5 έναντι 71,0, $p>0,05$), Σωματικού πόνου (75,5 έναντι 67,7, $p>0,05$) ή Σωματική υγείας (68,3 έναντι 67,6, $p>0,05$).

Πίνακας 8. Ανάγκες και επίπεδα συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής των 98 ασθενών της μελέτης, ως προς το διαχωρισμό τους με βάση το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου στους ασθενείς της μελέτης.

<i>Ανάγκες & Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF36</i>	Διάστημα διάγνωσης				p-value
	Έως τα 5 χρόνια		>5 χρόνια		
	Μέση τιμή	Διάμεσος	Μέση τιμή	Διάμεσος	
Πλήθος Αναγκών (NEQ)	7,1	6,0	5,9	5,0	0,178
Φυσικής Λειτουργίας	73,5	80,0	71,0	80,0	0,925
Φυσικού Ρόλου	64,8	66,7	71,3	100,0	0,277
Σωματικού Πόνου	75,5	75,0	67,7	75,0	0,363
Γενικής Υγείας	59,2	60,0	60,3	60,0	0,598
Ζωτικότητα	61,5	60,0	57,8	60,0	0,600
Κοινωνικής Λειτουργίας	71,6	75,0	64,2	75,0	0,371
Συναισθηματικού Ρόλου	75,5	75,0	64,0	75,0	0,409
Διανοητική υγεία	58,3	56,0	62,3	60,0	0,336
Σωματική συνιστώσα	68,3	69,2	67,6	77,5	0,799
Ψυχική συνιστώσα	66,7	64,4	62,1	60,8	0,358

Έλεγχοι Mann-Whitney

Στον **πίνακα 8** δίνονται οι συχνότητες παρουσίας ομαδοποιημένων αναγκών στους 98 ασθενείς της μελέτης, με βάση το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου τους. Πιο συγκεκριμένα, δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στην παρουσία των 8 ομαδοποιημένων αναγκών στους ασθενείς με λιγότερα χρόνια διάγνωσης (έως 5) σε σχέση με τους ασθενείς με περισσότερα (>5) ($p>0,05$). Ενδεικτικά ωστόσο αναφέρεται, ότι οι ασθενείς με λιγότερα χρόνια (έως 5) σε σχέση με τους ασθενείς με περισσότερα (>5) έχουν μη σημαντικά σε υψηλότερη συχνότητα ανάγκες «Πληροφοριακές: εξετάσεων & θεραπείας» (50,9% έναντι 32,6%, $p=0,069$) ή

«Υποστήριξης» (89,1% έναντι 74,4%, $p=0,057$) αλλά σε χαμηλότερη «Συγγενικού – οικογενειακού περιβάλλοντος» (47,3% έναντι 64,1%, $p=0,078$).

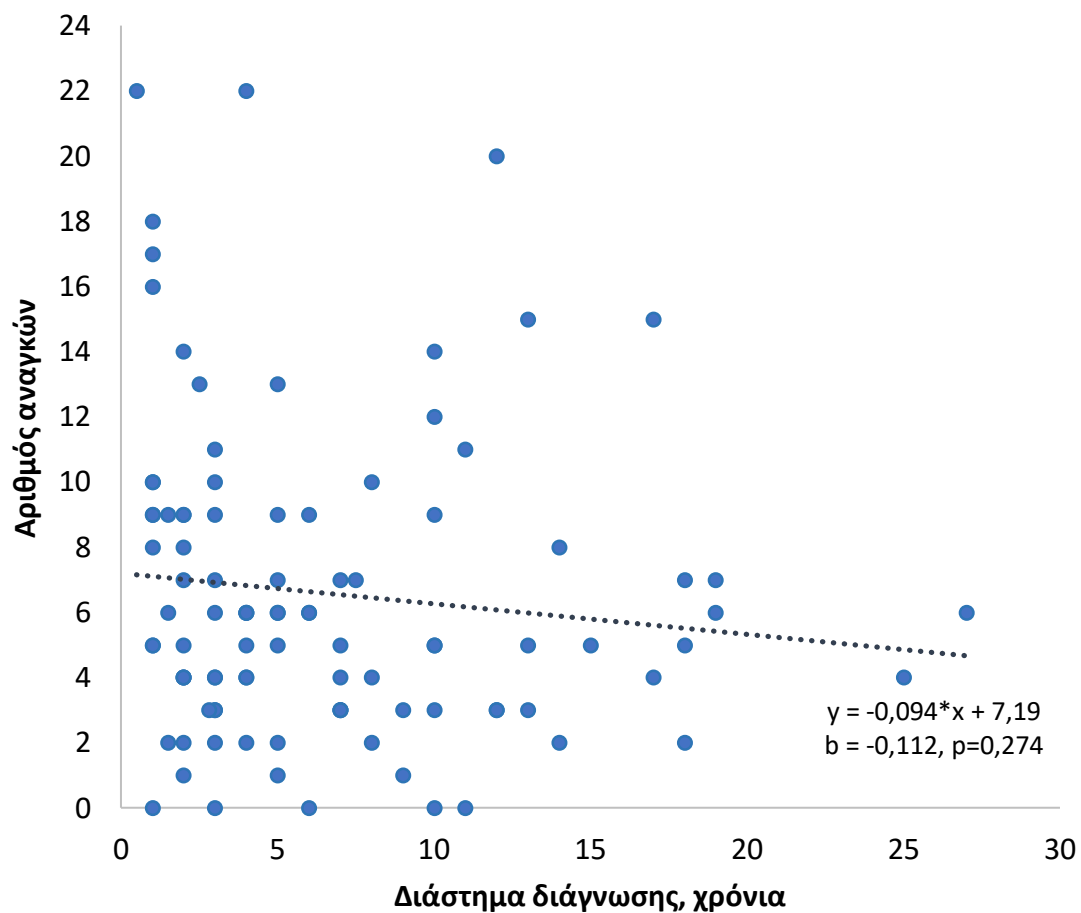
Πίνακας 9. Παρουσία ομαδοποιημένων αναγκών στους 98 ασθενείς της μελέτης, με βάση το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου τους.

Τουλάχιστον μια ανάγκη από τις παρακάτω ομάδες αναγκών	Διάστημα διάγνωσης		p-value
	Έως τα 5 χρόνια	>5 χρόνια	
	%		
Πληροφοριακές: διάγνωσης & πρόγνωσης	47,3	32,6	0,141
Πληροφοριακές: εξετάσεων & θεραπείας	50,9	32,6	0,069
Επικοινωνίας	50,9	51,2	0,980
Συγγενικού – οικογενειακού περιβάλλοντος	47,3	65,1	0,078
Υποβοήθησης & θεραπείας	45,5	51,2	0,575
Ξενοδοχειακής υποδομής νοσοκομείου	14,5	16,3	0,813
Οικονομικών θεμάτων	61,8	46,5	0,131
Υποστήριξης	89,1	74,4	0,057

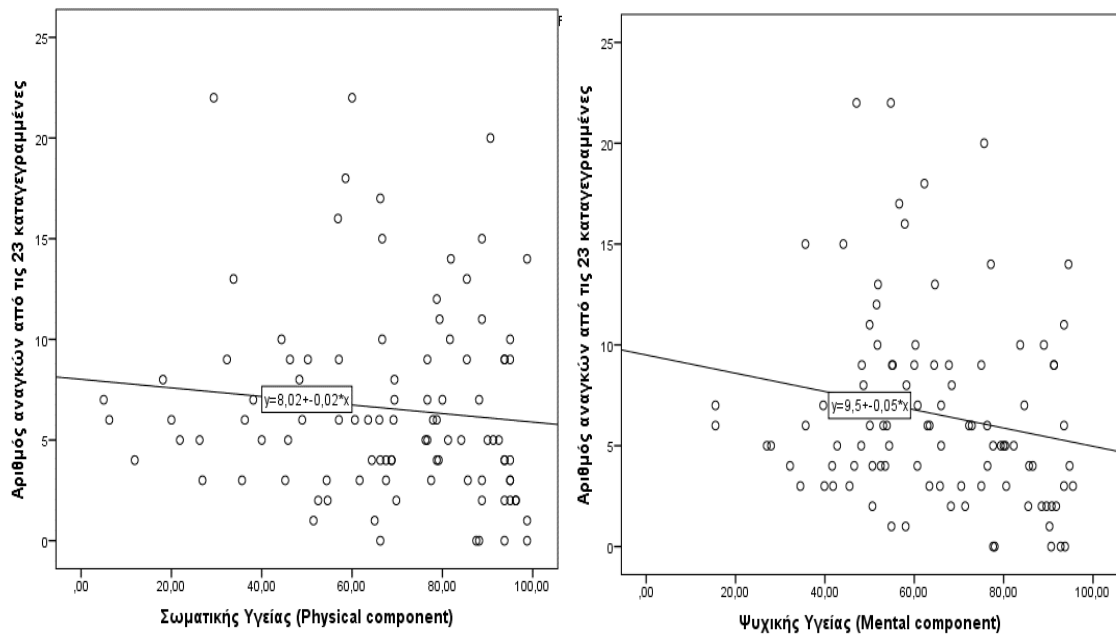
¹Έλεγχος χ^2

Τέλος και σύμφωνα με **σχήμα 6** και τη γραμμική συσχέτιση του αριθμού των αναγκών στους 98 ασθενείς της μελέτης με το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου τους, διαπιστώνεται ότι δεν σχετίζονται γραμμικώς σημαντικά. Συγκεκριμένα, η αύξηση του χρόνου από τη διάγνωση της νόσου τους συνοδεύεται με μη σημαντική μείωση του αριθμού των αναγκών τους ($b=-0,112$, $p>0,05$), στοιχείο που απαιτεί την σε περισσότερο λεπτομερή διερεύνηση της σχέσης τους. Παρόμοια και από το **σχήμα 7** διαπιστώνεται ότι δεν υφίσταται σημαντική συσχέτιση μεταξύ αριθμού αναγκών και σωματικής ($b=-0,105$, $p=0,302$) και ψυχικής συνιστώσας ($b=-0,184$, $p=0,069$) της ποιότητας ζωής, προφανώς λόγω των υψηλών επιπέδων τους.

Σχήμα 6. Γραμμική συσχέτιση του αριθμού των αναγκών στους 98 ασθενείς της μελέτης, με το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου τους.



Σχήμα 7. Γραμμική συσχέτιση του αριθμού των αναγκών στους 98 ασθενείς της μελέτης, με τη Σωματική και Ψυχική συνιστώσα της ποιότητας ζωής.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Συζήτηση- Συμπέρασμα

6.1 Συνολικά συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή της ποιότητας ζωής και των υποστηρικτικών αναγκών υγείας των επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο. Συνοπτικά λοιπόν και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν κατά το σχεδιασμό της έρευνας, βρέθηκαν τα εξής:

- Οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς ήταν έως 60 ετών, κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου, ήταν έγγαμες/οι, δήλωσαν «μια φορά» επισκεψιμότητα το τελευταίο εξάμηνο στο νοσοκομείο και είχαν παρέλθει έως 5 χρόνια από τη διάγνωση τους.

Ερευνητικό ερώτημα: Ποιοι παράμετροι της ποιότητας ζωής έχουν καλύτερη βαθμολογία σε επιβιώσαντες ασθενείς;

- Από την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής, βρέθηκε ότι οι ασθενείς έχουν γενικά αυξημένα επίπεδα στις συνιστώσες/υποκλίμακες του SF-36.
- Με σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα ή καλύτερη ποιότητα ζωής βρέθηκε η *Φυσική λειτουργία* έναντι της *Γενικής Υγείας* ($p < 0,001$).
- Στις κύριες συνιστώσες με σημαντικά μεγαλύτερη μέση τιμή ή καλύτερη ποιότητα ζωής βρέθηκε η *Σωματική συνιστώσα* έναντι χαμηλότερης της *Ψυχικής* ($p = 0,040$).

Ερευνητικό ερώτημα: Πως επηρεάζεται η ποιότητα ζωής σε σχέση με τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας των ατόμων της μελέτης;

- Τα υψηλά επίπεδα της Σωματικής υγείας σχετίζονται με την παρουσία λιγότερων ομαδοποιημένων αναγκών «Συγγενικού-Οικογενειακού περιβάλλοντος» ($p < 0,05$) και «Υποστήριξης» ($p < 0,05$).
- Τα υψηλά επίπεδα της Ψυχικής υγείας σχετίζονται με την παρουσία λιγότερων ομαδοποιημένων αναγκών «Συγγενικού-Οικογενειακού περιβάλλοντος» ($p < 0,05$), «Υποβοήθησης και θεραπείας» ($p < 0,05$) και «Υποστήριξης» ($p < 0,05$).
- Οι ασθενείς με αυξημένες ανάγκες (12+) βρέθηκαν να διαφέρουν από τους ασθενείς με μειωμένες (<12) στα επίπεδα της ποιότητας ζωής ($p > 0,05$).
- Συνολικά βρέθηκε μικρός αριθμός ασθενών με αυξημένες ανάγκες ενώ παράλληλα ήταν αυξημένη η ποιότητα ζωής τους.

Ερευνητικό ερώτημα: Σε ποιο βαθμό επηρεάζει το φύλο, η ηλικία και το επάγγελμα την ποιότητα ζωής των επιβιωσάντων;

- Τα υψηλότερα επίπεδα σχεδόν σε όλες τις επιμέρους 8 συνιστώσες της ποιότητας ζωής σχετίζονται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες των ασθενών, με τον απομακρυσμένο τόπο κατοικίας ως προς το Ηράκλειο, με την εργασία

(απασχόληση), με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, με την έγγαμη κατάσταση ή με το μικρότερο αριθμό υποστηρικτικών αναγκών ($p < 0,05$).

- Η Σωματική συνιστώσα της ποιότητας ζωής σχετίζεται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες ασθενών, με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και με την έγγαμη κατάσταση ($p < 0,05$).
- Η Ψυχική συνιστώσα σχετίζεται σημαντικά μόνο με το μειωμένο πλήθος των αναγκών ($p < 0,05$).

Ερευνητικό ερώτημα: *Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τις ανάγκες υγείας των επιβιωσάντων ασθενών;*

- Διαπιστώθηκε μικρό πλήθος αναγκών στους ασθενείς (διάμεσος αριθμός αναγκών 5,5), ενώ με καμία ανάγκη από τις 23 βρέθηκαν ελάχιστοι ασθενείς και με τις 23 κανείς/καμία.
- Με αυξημένες ανάγκες (12+) βρέθηκαν λίγο περισσότεροι από ένας στους δέκα.
- Η «19. Έχω ανάγκη να μιλήσω με ανθρώπους που είχαν την ίδια εμπειρία με μένα» βρέθηκε ως 1^η υψηλότερη (49,0%) & η «12. Έχω ανάγκη περισσότερης προσοχής από το νοσηλευτικό προσωπικό» ως 1^η χαμηλότερη (11,2%).
- Με σημαντικά υψηλότερη συχνότητα βρέθηκαν οι ανάγκες «Υποστήριξης» (82,7%) έναντι χαμηλότερης της «Ξενοδοχειακής υποδομής νοσοκομείου» (15,3%) ($p < 0,05$).
- Οι πληροφοριακές ανάγκες βρέθηκαν με χαμηλότερες καταγραφές.
- Οι αυξημένες ανάγκες σχετίζονται με τον αυξημένο αριθμό επισκέψεων/νοσηλειών στο νοσοκομείο το τελευταίο δίμηνο ($p < 0,05$).

Επιπλέον συμπεράσματα

- Οι ασθενείς με λιγότερα χρόνια διάγνωσης της νόσου (έως 5) σε σχέση με τους ασθενείς με περισσότερα (>5) βρέθηκαν με μη σημαντικά περισσότερες ανάγκες και χαμηλότερα ή υψηλότερα μέσα επίπεδα ποιότητας ζωής ($p > 0,05$).
- Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στην παρουσία των 8 ομαδοποιημένων αναγκών στους ασθενείς με λιγότερα χρόνια διάγνωσης της νόσου (έως 5) σε σχέση με τους ασθενείς με περισσότερα (>5) ($p > 0,05$).
- Η αύξηση του χρόνου από τη διάγνωση της νόσου συνοδεύεται με μη σημαντική μείωση του αριθμού των αναγκών τους ($p > 0,05$), στοιχείο που απαιτεί την σε περισσότερο λεπτομερή διερεύνηση της σχέσης τους.

6.2 Συζήτηση

Κύριο πρωταρχικό εύρημα της έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτέλεσε η εκτίμηση μειωμένων ή μικρού αριθμού υποστηρικτικών αναγκών στις/στους επιβιώσαντες ογκολογικούς ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα διαπιστώθηκαν να έχουν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Ξεκινώντας από το τελευταίο που αποτελεί συνάμα και το βασικό στόχο μετά την επιβίωση των ασθενών, κρίνεται ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών από τη διάγνωση και την έναρξη των θεραπειών τους, αποτελεί κύριο στόχο των επαγγελματιών υγείας (Frick et al., 2019). Ωστόσο, από την παρούσα έρευνα αναγνωρίστηκε ότι οι ασθενείς έχουν ήδη υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Η

διατύπωση αυτή προφανώς θα πρέπει να αναγνωρίζεται τόσο μέσω της αναφοράς από ογκολογικούς ασθενείς ή ακόμα και από ασθενείς άλλων χρόνιων νοσημάτων. Λαμβάνοντας υπόψη επιλεγμένη βιβλιογραφία, στον πίνακα 9 παρακάτω, παρουσιάζονται ορισμένες μελέτες όπου τα πρόσημα δείχνουν τα χαμηλότερα (-) ή υψηλότερα (+) επίπεδα ποιότητας ζωής από την παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα, οι Yilmaz and colleagues (2008) σε δείγμα 193 ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα (οστεοπόρωση και οστεοαρθρίτιδα γόνατος) παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα και στις 8 συνιστώσες του SF-36. Παρόμοια, κατέδειξαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής συνιστώσας σε 883 Ισπανούς καρδιολογικούς ασθενείς οι Soriano and colleagues (2010) όπως και σε 1353 Σουηδούς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 οι Svedbo Engström and colleagues (2019). Ωστόσο οι τελευταίοι είχαν υψηλότερα επίπεδα φυσικού ρόλου, γενικής υγείας, κοινωνικής λειτουργίας και διανοητικής υγείας. Τέλος, από τη Μεγάλη Βρετανία σε 638 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και 227 με πάρκινσον, διαπιστώνονται επίσης χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από τους ασθενείς της παρούσας μελέτης με εξαίρεση τη διανοητική υγεία των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που ήταν υψηλότερη. Δεδομένου λοιπόν των μεθοδολογικών, δειγματικών, πληθυσμιακών και χρονικών διαφορών, υπάρχει η ένδειξη ότι οι επιβιώσαντες ασθενείς με καρκίνο έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Πίνακας 9. Επίπεδα συνιστωσών του ερωτηματολογίου SF36 που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής σε διάφορες επιλεγμένες μελέτες και ασθενείς της βιβλιογραφίας.

	Παρούσα εργασία, 2020	Yilmaz and colleagues (2008)	Soriano and colleagues (2010)	Svedbo Engström and colleagues (2019)	Riazi and colleagues (2003)	
Συνιστώσες Ποιότητας Ζωής SF36	98 ογκολογικοί ασθενείς, Ελλάδα	193 ασθενείς, Τουρκία	883 καρδιολογικοί ασθενείς, Ισπανία	1353 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, Σουηδία	638 ασθενείς πολλαπλή σκλήρυνση	227 ασθενείς με πάρκινσον
	Μέση τιμή (διαφορά τιμών από την τρέχουσα μελέτη)					
Φυσικής Λειτουργίας	72,4	40,4 (-)	58,4 (-)	70,6 (-)	25 (-)	39 (-)
Φυσικού Ρόλου	67,7	30,9 (-)	38,6 (-)	73,6 (+)	24 (-)	24 (-)
Σωματικού Πόνου	72,1	37,6 (-)	49,3 (-)	62,5 (-)	57 (-)	59 (-)
Γενικής Υγείας	59,7	48,8 (-)	51,0 (-)	60,8 (+)	46 (-)	48 (-)

Ζωτικότητα	59,8	47,5 (-)	46,3 (-)	58,8 (-)	38 (-)	36 (-)
Κοινωνικής Λειτουργίας	68,4	52,5 (-)	61,4 (-)	79,2 (+)	52 (-)	52 (-)
Συναισθηματικό ύ Ρόλου	70,4	35,5 (-)	52,9 (-)	81,0 (+)	56 (-)	36 (-)
Διανοητική υγεία	60,1	53,2 (-)	59,2 (-)	74,6 (+)	67 (+)	59 (-)
Σωματική συνιστώσα	68,0		34,1 (-)	46,5 (-)		
Ψυχική συνιστώσα	64,7		40,1 (-)	50,8 (-)		

Η αναζήτηση λοιπόν της απάντησης ενδεχομένως αφορά τη σύγκριση της ποιότητας ζωής που είχαν οι ασθενείς αυτοί πριν νοσήσουν, μήπως πραγματικά δηλαδή είχαν υψηλότερα επίπεδα. Στην περίπτωση αυτοί ωστόσο και σύμφωνα με αναφορές από ανάλογες μελέτες που έχουν γίνει μάλιστα στην ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου Κρήτης, δίνεται μια πιο σαφή εικόνα τουλάχιστον για την πιο πρώιμη της επιβίωσης περίοδο ή μεταγενέστερη ακόμη, εκείνης που οι ασθενείς έχουν διαγνωστεί και υποβάλλονται σε θεραπείες ή βρίσκονται σε τελικό στάδιο. Από τις βασικότερες μελέτες είναι εκείνες των Konstantinidis and colleagues (2016) σε ογκολογικούς ασθενείς με Ca μαστού τελικού σταδίου όπου με το ερωτηματολόγιο QLQ-EORTC βρέθηκε να έχουν γενικά καλή ποιότητα ζωής, λειτουργικότητας και βαθμολογία συμπτωματολογίας. Παρόμοια η μελέτη της Φραγκιαδάκη (2019) έδειξε καλή ποιότητα ζωής σύμφωνα με το EQ-D5, σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία ενώ 1 στους τέσσερις είχε άριστη (excellent) ποιότητα ζωής. Μεγάλης κλίμακας επιδημιολογική μελέτη που συμμετείχαν 32000 περίπου Ευρωπαίοι 50+ ετών, 13 Ευρωπαϊκών χωρών του 2ου κύματος (2006-7) της μελέτης «*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE*», έδειξε ότι τα άτομα που έπασχαν από καρκίνο, δεν είχαν σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής τους με τα άτομα που ήταν ελεύθερα νεοπλασιών (Χριστοδουλάκης, 2017). Επιπλέον, οι Zargani and colleagues (2018) σε 84 μουσουλμάνες με Ca μαστού στο Ahvaz Shafa Hospital του Iran, έδειξαν όλες τις βαθμολογίες ποιότητας ζωής του SF-36 να είναι πολύ υψηλότερες από τις αντίστοιχες της παρούσας μελέτης καταδεικνύοντας καλύτερη ποιότητα ζωής. Γενικά ωστόσο και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πτυχιακής μας, όλες οι συνιστώσες της ποιότητας ζωής όπως και οι δυο βασικές της Ψυχικής και Σωματικής υγείας, βρέθηκαν σε πολύ υψηλά επίπεδα ενώ αντίθετα αποτελέσματα που καταδεικνύουν μέτρια προς χαμηλή ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο σημειώνονται από διάφορες άλλες διεθνείς μελέτες (Abegaz et al., 2017; Ataman & Erbaydar, 2017; Molassiotis et al., 2017).

Οι παράγοντες λοιπόν που ενδεχομένως καθορίζουν και βελτιώνουν τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών της παρούσας έρευνας πιθανόν να περιλαμβάνουν τις ίδιες τις υποστηρικτικές τους ανάγκες που ήδη καταγράφηκαν και

αναλύθηκαν, χωρίς να αγνοούνται οι κοινωνικοί προσδιοριστές. Ήδη αναφέρθηκε στα συμπεράσματα ότι τα υψηλότερα επίπεδα σχεδόν σε όλες τις επιμέρους 8 συνιστώσες της ποιότητας ζωής σχετίζονται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες των ασθενών, με τον απομακρυσμένο τόπο κατοικίας ως προς το Κέντρο Περίθαλψης (Ηράκλειο), με την εργασία ή απασχόληση, με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης τους, με την έγγαμη κατάσταση ή με το μικρότερο αριθμό υποστηρικτικών αναγκών ($p < 0,05$). Ανάλογα, η Σωματική συνιστώσα σχετίζεται σημαντικά με τις μικρότερες ηλικίες ασθενών, με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και με την έγγαμη κατάσταση ($p < 0,05$) και η Ψυχική συνιστώσα σχετίζεται σημαντικά μόνο με το μειωμένο πλήθος των αναγκών ($p < 0,05$).

Πλέον λοιπόν των κοινωνικών χαρακτηριστικών που αναφέρουν αρκετές μελέτες ότι σχετίζονται και πιθανόν επιδρούν ή καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών (Abegaz et al., 2017; Ataman & Erbaydar, 2017; Konstantinidis et al., 2016; Molassiotis et al., 2017; Ferrans, 1990; Φραγκιαδάκη, 2019), από τους αναδυόμενες κρυφούς παράγοντες φαίνεται να είναι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες που έχουν και που εν τέλει βρίσκονται σε μεγαλύτερη ένταση ή συχνότητα την περίοδο της θεραπείας τους. Σε αυτό τείνει το συμπέρασμα από τον πίνακα 10 όπου παρουσιάζονται τα επίπεδα των αναγκών από διάφορες μελέτες σύμφωνα με το NEQ και συγκρίνονται με εκείνες της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, ο μέσος αριθμός αναγκών 6,6 των ασθενών της παρούσας μελέτης ήταν σημαντικά υψηλότερος από εκείνες που υπέδειξαν 85 Ιταλοί ασθενείς κατά τη διαγνωστική και θεραπευτική τους φάση ($p < 0,05$) (Annunziata et al., 2010), σημαντικά χαμηλότερος από εκείνες που υπέδειξαν 95 Ελληνίδες ασθενείς με καρκίνο μαστού ($p < 0,001$) (Konstantinidis et al., 2017) ή 100 ασθενείς με διάφορους καρκίνους ($p < 0,001$) (Φραγκιαδάκη, 2019). Ωστόσο, οι ανάγκες δεν διέφεραν από εκείνες που υπέδειξαν 102 αιματολογικοί ογκολογικοί ασθενείς ($p > 0,05$) (Ραμουτσάκη & Μαρνέλου, 2017).

Πίνακας 10. Επίπεδα υποστηρικτικών ή ανεκπλήρωτων αναγκών ογκολογικών ασθενών σε διάφορες επιλεγμένες μελέτες και ασθενείς της βιβλιογραφίας.

Μελέτες	Πλήθος Αναγκών (NEQ)	
	Μέση τιμή (τυπ. απόκλιση)	Χαρακτηριστικά μελέτης
Παρούσα μελέτη	6,6 (4,8)	98 επιβιώσαντες ασθενείς με καρκίνο
<i>Annunziata et al., 2010</i>	5,3 (4,2) Φάση διάγνωσης ($p=0.003$) 4,3 (4,5) Φάση θεραπείας ($p < 0.001$)	85 διαδοχικούς ενήλικες ασθενείς από ένα ογκολογικό κέντρο στη Β.Α. Ιταλία
<i>Konstantinidis et al., 2017</i>	8,4 (4,1) ($p < 0.001$)	95 διαδοχικούς νοσηλευόμενους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο

		μαστού, παχέος εντέρου και πνεύμονα
<i>Ραμουτσάκη & Μαρνέλου (2017)</i>	7,3 (6,3) (p=0.252)	102 ασθενείς με Λευχαιμία, Λέμφωμα Hodgkin's-No Hodgkin's και Πολλαπλούν Μυέλωμα.
<i>Φραγκιαδάκη, 2019</i>	8,5 (5,4) (p<0.001)	100 ασθενείς 18+ ετών, με επιβεβαιωμένη διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου και πνεύμονα, όλων των σταδίων εκτός τελικού

Έλεγχοι Z κατανομής

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω, αναφέρεται ακόμη ότι στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πολύ μικρό ποσοστό ασθενών με αυξημένες ανάγκες (12+). Όλες αυτές λοιπόν οι διαφοροποιήσεις πιθανόν να μην αφορούν μόνο τις όποιες μεθοδολογικές διαφορές των μελετών ή ακόμη τα χαρακτηριστικά των ασθενών τους (κοινωνικά, νόσου κλπ). Οφείλουμε γενικότερα να γίνεται συνεκτίμηση στην προσπάθεια μας για διερεύνηση της ουσίας των αναγκών, ποιες δηλαδή αναφέρονται και διακρίνονται περισσότερο, όπου στην παρούσα μελέτη η πιο συχνή αναφέρθηκε η «Έχω ανάγκη να μιλήσω με ανθρώπους που είχαν την ίδια εμπειρία με μένα» ενώ δεν καταγράφησαν στις πρώτες κυριότερες οι πληροφοριακές που ήδη είχαν αναδείχθηκαν από άλλες μελέτες (Bernardes et al., 2019; Konstantinidis et al., 2017). Ωστόσο, εκείνες της «Υποστήριξης» έχουν παγιωθεί ως οι ανάγκες με τη συχνότερη παρουσία σε όλες τις μελέτες συμπεριλαμβανομένου και της παρούσας (Konstantinidis et al., 2017; Φραγκιαδάκη, 2019; Ραμουτσάκη & Μαρνέλου, 2017) προφανώς προκρίνοντας το ως το πιο «ζωτικό» χώρο των ανεκπλήρωτων αναγκών και πως οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να δράσουν με πιο εξατομικευμένη αντιμετώπιση και παροχή φροντίδας στους ασθενείς (Φραγκιαδάκη, 2019).

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν ακόμη ότι οι μειωμένες ανάγκες σχετίζονται σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Αυτό διαπιστώθηκε από τις 8 συνιστώσες του SF-36 και από την Ψυχική καθώς ο μικρός αριθμός συγκέντρωσης υποστηρικτικών αναγκών σχετιζόταν σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Ωστόσο οι ασθενείς με αυξημένες ανάγκες (12+) βρέθηκαν σε σχέση με τους ασθενείς με μειωμένες (<12), να μη διαφέρουν σημαντικά στις συνιστώσες της ποιότητας ζωής (p>0,05) όπως στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε η συσχέτιση του διαστήματος διάγνωσης, τόσο με τον αριθμό των αναγκών όσο και με τις κύριες συνιστώσες της ποιότητας ζωής. Μελέτη της Φραγκιαδάκη (2019) έδειξε ότι το μικρό πλήθος αναγκών σχετιζόταν σημαντικά με καλύτερη ποιότητα ζωής σύμφωνα με το EQ-5D (rho Spearman=-0,586, p<0,001) όπως και άλλες διεθνείς με κύριο εύρημα ότι οι μειωμένες ανάγκες σχετίζονται με υψηλότερη ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας (Faller et al., 2019; Molassiotis et al., 2017; Wang et al., 2018; Zhu et al., 2018).

6.3 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις

Η παρούσα έρευνα της πτυχιακής εργασίας καθώς προσφέρει χρήσιμα και καινοτόμα συμπεράσματα, ενέχει αδυναμίες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη συνολική τους αποτίμηση και ιδιαίτερα στη σύγκριση με άλλες ανάλογες έρευνες. Βασικό σημείο αδυναμίας της είναι η δυσκολία (αιτιολογική σχέση) να θεωρηθεί ότι οι μειωμένες ανάγκες επιδρούν και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Η εκπλήρωση φυσικά των υποστηρικτικών αναγκών, επαγωγικά καθορίζει την προαναφερθείσα σχέση, ωστόσο λόγω σχεδιασμού δεν θα μπορούσε να αποδοθεί ως γενικό συμπέρασμα της παρούσας πτυχιακής. Επιπλέον, ο περιορισμός αυτός στηρίζεται και στο ότι η κλίμακα SF-36 προσδίδει συνιστώσες με έντονη ασυμμετρία που μαθηματικώς δεν επιδέχονται μετασχηματισμούς ή ακόμη κατηγοριοποιήσεις που μπορούν να επιτρέψουν τη χρήση πολυμεταβλητών μοντέλων ανάλυσης.

Επιπλέον στοιχείο αποτελεί ότι δεν καταγράφηκε η μορφή ή το είδος νεοπλασίας με την οποία διαγνώστηκαν οι ασθενείς και θα μπορούσε να συσχετιστεί τόσο με τις ανάγκες όσο και με την ποιότητα ζωής δίχως να ακολουθείται επαγωγικά η χρήση της βιβλιογραφίας και μόνο. Τονίζεται ότι σημαντικό πλεονέκτημα της παρούσας εργασίας αποτελεί ότι οι ασθενείς έχουν μεγάλο διάστημα διάγνωσης από τη νόσο και άρα διασφάλιση της επιβίωσης τους, στοιχείο που σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση την καθιστά ερευνητικά καινοτόμα.

6.4 Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα και μελέτη αποσκοπούσε στην καταγραφή της ποιότητας ζωής και των υποστηρικτικών αναγκών υγείας των επιβιωσάντων ασθενών από καρκίνο. Από τους ασθενείς που συμμετείχαν έγινε κατανοητό ότι μετά την πάροδο αρκετού διαστήματος από τη διάγνωση και την διασφάλιση της επιβίωσης τους, οι υποστηρικτικές τους ανάγκες μειώνονται ή τουλάχιστον είναι λιγότερες από των αντίστοιχων ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπείες ενώ ταυτόχρονα είναι αυξημένη η ποιότητα ζωής τους σε όλες τις συνιστώσες υγείας. Ήταν σαφές ότι οι ασθενείς με μειωμένες υποστηρικτικές ανάγκες δύναται να έχουν επίσης και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. Βιβλιογραφία

Ελληνική

Ανδρουλάκη Ζ, Κορνελάκης Εμμ, Κουτεντάκης Κ. «Κατ' Οίκον νοσηλευτική παρακολούθηση χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων». Νοσηλευτική 2003, 42 (3): 364-373.

Αγαπίου Κ.Μ, Γεωργιάδη Θ.Ε. Επείγοντα ογκολογικά προβλήματα 2011, 10(1):56-75.

Ανδριοπούλου Μ, Χάρος Δ, Στεργιάδη Ε. Ο αντίκτυπος του καρκίνου στον ασθενή και στους φροντιστές και η σπουδαιότητα της ενδυνάμωσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018 35(5):601-611.

Αργυρίου Α, Ρουσάκης Π, Παπαϊωάννου Ν, Μπενιάτα Ο, Βίτσος Π, Κωστόπουλος Ι, και συν. Ο ρόλος της ανοσοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(3):337-350.

Αρτοπούλου Ι, Αλικάρη Β, Ζυγά Σ. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(5):604-613.

Βελέντζα Κ, Μαμπλέκου Ε. Καρκίνος και κατάθλιψη. Ιατρική 2003;83(3):199-211.

Βιβιλάκη Β. Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα: Η μαία στην ΠΦΥ. Εκδόσεις Broken Hill Πασχαλίδης, Αθήνα, 2016, 787–803.

Βώρος Δ. Απώτερες επιπτώσεις ογκολογικών εγχειρήσεων. 2ο διαιτητικό αντικαρκινικό συνέδριο, 2005, 269-272.

Γεωργία Γ, Μπαρκά Φ, Κελέση-Σταυροπούλου Μ, Κουτσοπούλου-Σοφοκίτη Β, Θεοδοσοπούλου Ε, Μπίρμπας Κ, Κατοστάρας Θ. Μελέτη της μεταβολής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών, με καρκίνο του μαστού αρχικών σταδίων, ένα έτος μετά την διάγνωση. Το Βήμα του Ασκληπιού 2010, 9(1):79-81.

Γιαβασόπουλος Ε, Γούρνη Π. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς Το βήμα του Ασκληπιού, 2008 7(1).

Γκόγκα Ε. Προεγχειρητική Χημειοθεραπεία. 2ο Διαιτητικό Αντικαρκινικό Συνέδριο 2005, 142-143.

Ζαφράκας Μ, Τσαλίκης Τ, Τζεβελέκης Φ, Αργυρίου Θ, Ταρλατζής Β. Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού Ελληνική μαιευτική & Γυναικολογία, 2009, 21(2):138-147.

Κάλατζη – Αζιζι Α. Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα Ε.Κ.Π.Α., 1996.

Καλόφωνος ΧΠ, Κούτρας ΑΚ. Ο ρόλος των μονοκλωνικών αντισωμάτων. 2ο Διαιτητικό Αντικαρκινικό Συνέδριο 2005, 68-73.

Καραδήμας Ε. «Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη». Αθήνα, Εκδόσεις: ΤΥΠΟΘΗΤΩ, 2005, 141-152.

Καραδήμας Ε.Χ. Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Ψυχολογία, 1998, 5(3):260-273.

Καραπούλιος Δ, Γκέτσιος Γ, Ρίζου Β, Τσικλιτάρα Α, Κωστοπούλου Σ, Μπαλοδήμου Χ, Μάργαρη Ν. Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS, 2013, 12(4)

Κηροπούλου Α. Ο ρόλος της πληροφόρησης στην ποιότητα ζωής ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2019, 36(1):25-39.

Κιάκου Μ, Χολής Ν., Τσουκαλάς Ν. Μαθηματικά μοντέλα δημιουργίας, ανάπτυξης και μετάστασης του καρκίνου Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014 31(3):365-371.

Κρέπια – Σαπουντζή Δ, Αναγνωστοπούλου – Καλοκαιρινού Α. «Η Επικοινωνία στη Νοσηλευτική», Νοσηλευτική 1998, 37 (3) 273-281.

Κυριόπουλος Γ. 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις πολιτικές της Υγείας, 2017.

Κωνσταντινίδης Θ.Ι, Φιλαλήθης Α. Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο Η νοσηλευτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(4):412-422.

Κωνσταντινίδης Θ, Σκανδαλάκη Ν. Διαγνωστικές εξετάσεις. Στο: Γκοβίνα Ο, Κωνσταντινίδης Θ. Βασικές αρχές ογκολογικής νοσηλευτικής και ανακουφιστικής φροντίδας. Εκδόσεις Broken Hill Publishers, Λευκωσία 2019.

Λαβδανίτη Μ, Αβραμικά Μ. Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας – Ο ρόλος του νοσηλευτή, Το Βήμα του Ασκληπιού. 2011, 10(4):492-496.

Λουίζου Α. Κοινωνική τάξη και υγεία : η περίπτωση του καρκίνου. 2008, 5(1):15-18.

Μακράκης Α. Οι δείκτες της ποιότητας υγείας και η νομοθετική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών , Το Βήμα του Ασκληπιού 2018, 17(3):182-186.

Μαρινάκη Β, Τάσιου Α. Κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου, Νοέμβριος 2018.

Μαστροκώστας Αθανάσιος Πρόληψη του καρκίνου: Μήπως ήρθε η ώρα να πάρουμε την υγεία μας επιτέλους στα χέρια μας; Το Βήμα του Ασκληπιού, 2016, 15(2):97-99.

Μηνασίδου Ε, Λεμονίδου Χ. Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών» Νοσηλευτική 2005, 44 (2):202-211

Μπονίκος Δ. Βιοπολιτική και Βιοπροτεραιότητες στο σύστημα υγείας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, 2000.

ΝΟΜΟΣ 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις – άρθρο 59, παρ. 1: Επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας. ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016

Ομπέση Φ. Οριοθέτηση της ενημέρωσης των ασθενών από ιατρούς και νοσηλευτές: Νομική προσέγγιση. Νοσηλευτική 2011, 50:30–34.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. 1993, 7-15, 37-39.

Παπαγεωργίου Δ, Κουτελέκος Ι. ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα, 8(4):293-294.

Παπαγιάννη Α. «Μιλώντας με τον Άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Press 2003, [41-60]

Παπαδημητρίου Μ, Αργυρού Ε, Θεωδορακοπούλου Γ, Παληογιάννη Β. Συναισθηματική φόρτιση ασθενών με καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση. Πρακτικά Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου 1996, 458 – 471.

Παπαιωάννου Α, Μπεργιαννάκη ΙΔ. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία στην Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2016, 33(6):739-750.

Πολυκανδριώτη Μ, Ευαγγέλου Ε, Ζαχάκης Ι, Ηλιοπούλου, Κουτελέκος Ι, Κυρίτση Ε.

Ανάγκες Ασθενών με Καρκίνο, Νοσηλευτική 2010, 49(3):236–245.

Ραμουτσάκη Α και Μαρνέλου Α Εκτίμηση αναγκών σε αιματολογικούς ασθενείς. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2017.

Σανιδάς Η, Φίλης Δ. Διαχείριση του ογκολογικού ασθενή σε περιβάλλον ποιότητας-Μονάδα χειρουργικής ογκολογίας. 2ο Διεταιρικό Αντικαρκινικό Συνέδριο 2005, 299-301.

Στεφανίδου Σ, Γερογιάννη Γ. Η ανάγκη της πληροφόρησης νοσηλευομένων ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2012, 1:15–23.

Τζενάλης ΝΑ, Βεκίλη Ι. Συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο: Συστηματική ανασκόπηση. Το Βήμα του Ασκληπιού 2013, 12:277–302.

Τσαβαρή ΝΒ. Βιολογικές θεραπείες-Γαστρεντερολογικό Σύστημα. 2ο Διεταιρικό Αντικαρκινικό Συνέδριο 2005, 65-68.

ΥΓΚΑ (2010). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015»

Υφαντόπουλος Γ και Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3):218-229.

Φραγκιαδάκη Γ Θρησκευτικές και πνευματικές αντιλήψεις ογκολογικών ασθενών και ανάγκες υγείας. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Μεταπτυχιακή Εργασία, 2019.

Χαράτση-Γιωτάκη Ε. Κακοήθη νοσήματα, σύγχρονη εσωτερική παθολογία.

Χριστοδουλάκης Α Συχνότητα εμφάνισης (επιπολασμός) τύπων καρκίνου και ποιότητα ζωής ατόμων ηλικίας 50+ετών σε 13 χώρες της Ευρώπης-μελέτη SHARE 2006-7. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Μεταπτυχιακή Εργασία, 2017.

Χριστακοπούλου Ι. Θεραπεία με Ραδιοεπισημασμένα βιομόρια. 2ο Διεταιρικό Αντικαρκινικό Συνέδριο, 2005, 120-124.

Χρυσοβιτσάνου Χ. Ο Πολλαπλός Ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή στην Σ.Κ.Π.. Νοσηλευτική, 2001, 40(4):21-25.

Josien M, Βαγιάτη Γ, Γιαννουλεα Μ. «Η Επικοινωνία μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο», Αθήνα 1995, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Οδηγός ανάπτυξης σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.

Ξενόγλωσση

Aapro M, Scotte F, Bouillet T, Currow D, Vigano A. A practical approach to fatigue management in colorectal cancer. Clin Colorectal Cancer. 2017, 16(4):275-285.

Abegaz TM, Ayele AA, Gebresillassie BM. Health related quality of life of cancer patients in Ethiopia. Journal of Oncology. 2018:1467595.

Adami HO, Adams G, Boyle P, Ewertz M, Lee N, Lund E et al. Breast cancer etiology. Int J Cancer 1990, 5(Suppl):22–39.

Adams RN, Mosher CE, Winger JG, Abonour R, Kroenke K. Cancer-related loneliness mediates the relationships between social constraints and symptoms among cancer patients. J Behav Med. 2018, 41(2):243-252.

Alarcon T, Byrne HM, Maini PK. A cellular automaton model for tumour growth in inhomogeneous environment. J Theor Biol 2003, 225:257–274.

American Cancer Society, Economic Impact of Cancer, 2015

Anand P, Kunnumakkara AB, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST,

Lai OS, Sung B, Aggarwal BB. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharm. Res.* 25 (9): 2097-116.

Anderson AR, Charnlain MA. Continuous and discrete mathematical models of tumor-induced angiogenesis. *Bull Math Biol* 1998, 60:857–899.

Andreoli MT, Mieler WF, Leiderman YI. Epidemiological trends in uveal melanoma. *Br J Ophthalmol.* 2015, 99(11):1550-1553.

Anna L Schwartz et al. Initiating exercise interventions to promote wellness in cancer patients and survivors, *Oncology(Williston Park)*, 2017.

Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E (2010). Psychological distress and needs of cancer patients: a prospective comparison between the diagnostic and the therapeutic phase. *Support Care Cancer*, 19(2):291-295.

Anonymous. Cancer biology. I. Induction, regulation, immunology and therapy. *Adv Pathobiol* 1976, 2:1–69.

Anonymous. The tumor microenvironment – its characterization, modification and clinical implications. Proceedings of an international workshop. Granada, Spain, September 23–25, 1994. *Acta Oncol* 1995, 34:289–451.

Aranda S, Schofield P, Weih L, Milne D, Yates P, Faulkner R. Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: A randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006, 95:667–673.

Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017, 36(1):11-48.

Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health Qual Life Outcomes* 2003, 1:34.

Asthana S, Bhatia S, Dhoundiyal R, Labani S P, Garg R, Bhatnagar S (2019). Quality of life and needs of the Indian advanced cancer patients receiving palliative care Assessment of the quality of life, problems, and needs of the advanced cancer patient receiving palliative care. *Cancer Res Stat Treat*, 2:138-44.

Ataman G, Erbaydar T (2017). Unmet home healthcare needs and quality of life in cancer patients: a hospital-based Turkish sample. *Health Soc Care Community*, 25(4):1347-1354.

Aziz NM, Rowland JH. Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. *Semin Radiat Oncol* 2003, 13(3):248-266

Baguley BJ, Bolam KA, Wright ORL, Skinner TL. The Effect of Nutrition Therapy and Exercise on Cancer-Related Fatigue and Quality of Life in Men with Prostate Cancer: A Systematic Review. *Nutrients.* 2017, 9(9):1003.

Baguley BJ, Skinner TL, Wright ORL. Nutrition therapy for the management of cancer-related fatigue and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr.* 2019, 122(5):527-541.

Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *International journal of cancer.* 2010, 126(11):2700-2715.

Bernardes CM, Diaz A, Valery PC, Sabesan S, Baxi S, Aoun S, Thompson SC, Lashbrook M, Garvey G. Unmet supportive care needs among Indigenous cancer patients across Australia. *Rural and Remote Health* 2019, 19:4660.

Beuchat-Mamie S, Sperisen N, Molnar P, Koçer S. Activité physique et cancer [Physical Activity and Cancer]. *Praxis (Bern 1994).* 2018 Aug;107(17-18):965-970.

Beverly Rockhill, Walter C. Willett, David J. Hunter, A prospective study of recreational physical activity and breast cancer risk, 1999.

Boberg EW, Gustafson DH, Hawkins RP, Offord KP, Koch C, Wen KY et al. Assessing the unmet information, support and care delivery needs of men with prostate cancer. *Patient Educ Couns* 2003, 49:233–242.

Boyanova, L (editor) Boyanova L, Mitov I. Geographic map and evolution of primary *Helicobacter pylori* resistance to antibacterial agents. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2010, 8:59–70.

Boyes AW, Clinton-Mcharg T, Waller AE, Steele A, D’este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncol* 2015, 54:507–514.

Boyle DA. Survivorship. *Clin J Oncol Nurs* 2006, 10(3):407-420.

Bradley CJ, Brown KL, Haan M, Glasgow RE, Newman LS, Rabin B, Ritzwoller DP, Tenney L. Cancer Survivorship and Employment: Intersection of Oral Agents, Changing Workforce Dynamics, and Employers' Perspectives. *J Natl Cancer Inst*. 2018, 110(12):1292-1299.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [published correction appears in *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313]. *CA Cancer J Clin*. 2018, 68(6):394-424.

Campbell HS, Sanson-fisher R, Turner D, Hayward L, Wang XS, Tayloribrown J. Psychometric properties of cancer survivors' unmet needs survey. *Support Care Cancer* 2010, 19:221–230.

Cancer Fact sheet No 297” World Health Organization, 2014.

Carey M, Lambert S, Smits R, Paul C, Sanson-fisher R, Clinton-McHarg T. The unfulfilled promise: A systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. *Support Care Cancer* 2012, 20:207–219.

Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. *J Clin Oncol* 2012, 30:1160–1177.

Castelli L, Binaschi L, Caldera P, Torta R. Depression in lung cancer patients: is the HADS an effective screening tool? *Support Care Cancer* 2009;17(8):1129-32.

Cohen MZ, Easley MK, Ellis C, Hughes B, Ownby K, Rashad BG, Rude M, Taft E, Westbrooks JB; JCAHO. Cancer pain management and the JCAHO's pain standards: an institutional challenge. *J Pain Symptom Manage*. 2003, 25(6):519-27.

Cooley C. Cancer survivorship 2: providing advice and support to those living with and beyond cancer. *Nurs Times* 2010; 106 (21):17-18.

Dunham I, Birney E, Lajoie BR, Sanyal A, Dong X, Greven M, Lin X, Wang J, Whitfield TW, Zhuang J, Dekker J, Weng Z, Jain G, ENCODE Project Consortium. An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. *Program in Systems Biology Publications and Presentations*. 2012.

Ehman EC, Johnson GB, Villanueva-Meyer JE, et al. PET/MRI: Where might it replace PET/CT?. *J Magn Reson Imaging*. 2017;46(5):1247-1262.

Faller H, Hass HG, Engehausen D, Reuss-Borst M, Wöckel A (2019). Supportive care needs and quality of life in patients with breast and gynecological cancer attending inpatient rehabilitation. A prospective study. *Acta Oncol*, 58(4):417-424.

Farmer RDT, Miller DL, Lawrenson, R. Lecture notes on epidemiology and public health

medicine. Oxford: Blackwell Science; 1996.

Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. *Semin Oncol Nurs* 1990, 6(4):248-254.

Ford D, Easton DF, Peto J. Estimates of the gene frequency of BRCA1 and its contribution to breast and ovarian cancer incidence. *Am J Hum Genet* 1995, 57:1457–1462.

Fossa SD, Vassilopoulou –Sellin R, Dahl AA. Long-term physical sequelae after adult – onset cancer. *J Cancer Surviv* 2008;2(1): 3-11.

Frick, J., Schindel, D., Gebert, P. Improving quality of life in cancer patients through higher participation and health literacy: study protocol for evaluating the oncological social care project (OSCAR). *BMC Health Serv Res* 19, 754.

Friis RH ST. *Epidemiology for Public Health Practice*. 4th edition. ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishing; 2009.

Ganz PA. Late effects of cancer and its treatment. *Semin Oncol Nurs* 2001; 17(4):241-248.

Gao G, Smith DI. Human Papillomavirus and the Development of Different Cancers. *Cytogenet Genome Res*. 2016; 150(3-4):185-193.

Glynn T, Seffrin JR, Brawley OW et al. The globalization of tobacco use: 21 challenges for the 21 st century, *CA Cancer J Clin*. 2010, 60:50-61.

Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst*. 1992 Apr 15;84(8):575-9.

Greene MH. Genetics of breast cancer. *Mayo Clin Proc* 1997, 72:54–65.

Greenwald P, C.K Clifford, J.A Milner, Diet and cancer May 2001Volume 37, Issue 8, 2001 p939-1060

Gruess DG. Improving sleep quality in patients with chronic illness 2002 :240-252 Washington.

Hagger M.S, Orbell S. A Meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 2003, 18,141-184.

Hakama M, Coleman MP, Alexe D-M, Auvinen A. Cancer screening: Evidence and practice in Europe 2008. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 2008;44(10):1404-1413.

Hall AE, Sanson-Fisher RW, LYNAGH MC, TZELEPIS F, D’ESTE C. What do haematological cancer survivors want help with? A cross-sectional investigation of unmet supportive care needs. *BMC Res Notes* 2015, 8:221.

Hansen DG, Larsen PV, Holm LV, Rottman N, Bergholdt SH, Sondergaard J. Association between unmet needs and quality of life of cancer patients: A population-based study. *Acta Oncol* 2013, 52:391–399.

Harris KA. The informational needs of patients with cancer and their families. *Cancer Pract* 1998, 6:39–46.

Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009, 17:1117–1128.

Harvey AR, Champe CP. *Pharmacology*. 2nd edition 425-453.

Haylock PJ, Mitchell SA, Cox T, Temple SV, Curtiss CP. The cancer survivor’s prescription for living. *Am J Nurs* 2007, 107(4):58-70.

Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *European urology*

2014, 65(1):124-137.

Hewit M, Greenfield S, Stovall E (eds). From cancer patient to cancer survivor: Lost in Transition. Washington DC: National Academies Press; 2006

Hiorns MP. Imaging of the urinary tract: the role of CT and MRI. *Pediatr Nephrol*. 2011;26(1):59-68.

Hogbin B, Fallofield L, (2009). Getting it taped: the bad news consultation with cancer patients. *British Journal of Hospital Medicine* 41(4): 330 – 333.

Holland J, Weiss T. The new standard of quality cancer care: integrating psychosocial aspects in routine cancer diagnosis through survivorship. *Cancer J* 2008; 14(6):425-428.

Hong A, Lee CS. The emerging role of the human herpesvirus 8 (HHV8) in human neoplasia. *Pathology*. 2001; 33(4):461-468.

Howell D, May S, Currie S, Jones G, Boyle M, Hack T et al. Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: A consensus-based guideline. *Support Care Cancer* 2012, 20:3343–3354.

Iagaru A, Gambhirs SS. Imaging tumor angiogenesis: The road to clinical utility. *AJR Am J Roentgenol* 2013, 201:W183–W191

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2002 : Lyon, France)

Jacobs LA, Palmer SC, Schwartz LA, DeMichele A, Mao JJ, Carver J et al. Adult Cancer Survivorship: Evolution, Research, and Planning Care. *CA Cancer J Clin* 2009; 59 (6) :391-410.

Jones RG, Thompson CB. Tumor suppressors and cell metabolism: A recipe for cancer growth. *Genes Dev* 2009, 23:537–548

Kapfhammer HP Nervenarzt, Comorbid depressive and anxiety disorders in patients with cancer, March 2015, 86(3):291-2, 294-8, 300-1.

Kessler TA. Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2002, 29(7):1109–1116

Kim JW, Dang CV. Cancer's molecular sweet tooth and the Warburg effect. *Cancer Res* 2006, 66:8927–8930

Kinnear M Ghosh S, Watts D. Management of gastrointestinal haemorrhage. *Postgrad Med J*. 2002, 78(915):4-14.

Kinnear, W.J.M., Johnston, I.D.A. & Hall, I.P. Βασικά Θέματα Πνευμονολογίας. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Α. Παπαγιάννη. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών UNIVERSITY STUDIO PRESS. Έκδοση. Αθήνα : Π.Χ. Πασχαλίδης, 1999, σελ. 112-122.

Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB, Lagman RL, Russell KM. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2006, 24(9):1459-73.

Kitagawa R, Yasui-Furukori N, Tsushima T, Kaneko S, Fukuda I. Depression increases the length of hospitalization for patients undergoing thoracic surgery: a preliminary study. *Psychosomatics* 2011, 52(5):428-32

Konstantinidis T, Linardakis M, Samonis G, Philalithis A Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece. *Hippokratia* 2006, 20(2):139-145.

Konstantinidis TI, Spinthouri M, Ramoutsaki A, Marnelou A, Kritsotakis G, Govina O. Assessment of Unmet Supportive Care Needs in Haematological Cancer Survivors, 2019,

20(5):1487-1495.

Konstantinidis T, Samonis G, Sarafis P, Philalithis A Assessment of Needs of Hospitalized Cancer Patients with Advanced Cancer. *Global Journal of Health Science*, 9(6):184-194.

Kotnik J. Mastografija in njena diagnostična uporabljivost [Mastography and its diagnostic application]. *Zdrav Vestn*. 1955, 24(3):77-84.

Krishnasamy M. The management of cancer-related problems. *Cancer nursing: care in context* 2001, 336-375.

Kritsotakis G, Koutis A, Kotsori A, Alexopoulos C, Philalithis A. Measuring patient satisfaction in oncology units: interview based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care' in Greece. *Eur J Cancer Care*. 2010;19:45-2.

Kushi L.H., et al., American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2012, 62(1):30-67.

Leigh S. Cancer Survivorship: A Nursing Perspective. In *Cancer Survivorship. Today and Tomorrow*. Ganz PA (Ed). Springer, USA 2007.

Loprinzi PD, Lee H. Rationale for promoting physical activity among cancer survivors: literature review and epidemiologic examination. *Oncol Nurs Forum*, 2014, 41(2):117-25.

Luengo-Fernandez R., Leal, J., Gray, A., Sullivan, R. «Economic burden of cancer a cross the European Union: a population-based cost analysis». 2013

Mansuru Y, Deisboek TS. The impact of "search precision" in an agent-based tumor model. *J Theor Biol* 2003, 224:325-337.

Michor F, Frank SA, May RM, Iwasa Y, Nowak MA. Somatic selection for and against cancer. *J Theor Biol* 2003, 225:377-382.

Miller DL, Dibbens JA, Damert A, Risau W, Vadas MA, Goodall GJ. The vascular endothelial growth factor mRNA contains an internal ribosome entry site. *FEBS Lett* 1998, 434:417-420.

Mills ME, Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: A review of the literature. *J Clin Nurs* 1999, 8:631-642.

Mina DS, Sabiston CM, Au D, Fong AJ, Capozzi LC, Langelier D, Chasen M, Chiarotto J, Tomasone JR, Jones JM, Chang E, Culos-Reed SN. Connecting people with cancer to physical activity and exercise programs: a pathway to create accessibility and engagement. *Curr Oncol*. 2018;25(2):149-162.

Mitchell SA. Cancer Survivorship In Burke CC editor. *Psychosocial Dimensions of Oncology Nursing Care*. Second edition. Oncology Nursing Society, Pennsylvania; 2009;125-157.

Molassiotis A, Yates P, Li Q, et al. Mapping unmet supportive care needs, quality-of-life perceptions, and current symptoms in cancer survivors across the Asia-Pacific region: results from the International STEP Study [published correction appears in *Ann Oncol*, 2019, 30(3):493. *Ann Oncol*, 28(10):2552-2558.

Morris MJ, Tong WP, Gordon-Cardo C, et al. Phase I trial of BCL-2 antisense oligonucleotide (G3139) administered by continuous intravenous infusion in patients with advanced cancer. *Clinical Cancer Research* 8 2002;679-683

Muralitharan N, Ian P. Βασικές αρχές παθολογικής φυσιολογίας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2012

Murata T. Encyclopedia of EBV-Encoded Lytic Genes: An Update. *Adv Exp Med Biol*. 2018; 1045:395-412.

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability, *Supportive Care in Cancer* 2004;12:821-825.

National Cancer Institute Office of Cancer Survivorship, 2006. About cancer survivorship research: survivorship definitions

Newmark P. Cell and cancer biology meld. *Nature* 1984, 307:499.

National Cancer Action Team (NHS). Holistic needs assessment for people with cancer: A practical guide for healthcare professionals. NCAT, UK, 2011.

Nicolson GL. Tumor microenvironment: Paracrine and autocrine growth mechanisms and metastasis to specific sites. *Front Radiat Ther Oncol* 1994, 28:11–24.

Nita ME, Alves VA, Carrilho FJ, Ono-Nita SK, Mello ES, Gama-Rodrigues JJ. Molecular aspects of hepatic carcinogenesis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2002;44(1):39-48.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017

Osse BH, Vernoolt J, dassen MJ, DE Vree BP, Schade E, Grol RP. Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families: A review of instruments for improving patient participation in palliative care. *Cancer* 2000, 88:900–911.

Palma A, Del Río I, Bonati P, Tupper L, Villarroel L, Olivares P, et al. Frequency and assessment of symptoms in hospitalized patient with advanced chronic diseases: is there concordance among patients and doctors? *Rev Med Chil* 2008;136(5):561-9.

Paul M. Gordon, Paul S. Visich, *Clinical exercise physiology*, 2009.

Pereira Jennifer A, Feinberg Yael, Susan Quach, Jeffrey C. Kwong, Natasha S. Crowcroft, Sarah E. Wilson, Maryse Guay, Yang Lei, Shelley L. Deeks Understanding Public Perceptions of the HPV Vaccination Based on Online Comments to Canadian News Articles , 2015.

Pishdad Parisa, Ameneh Moosavi, Reza Jalli, Fariba Zarei, Mahdi Saeedi-Moghadam, and Banafsheh Zeinali-Rafsanjani. How can additional ultrasonography screening improve the detection of occult breast cancer in women with dense breasts? *Pol J Radiol*. 2020; 85: 353–360.

Pollac R. Cancer biology. *Science* 1978, 201:248.

Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anselme P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. *Br J Cancer* 2009, 101:759–764.

Rauch P, Miny J, Conroy T, Neyton L, Guillemin F. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22(2):354-360.

Rees CE, Bath PA. The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: A review of the literature published between 1988 and 1998. *J Adv Nurs* 2000, 31:833–841.

Relational concepts in psychoanalysis, Stephen A. Mitchell, 2009, 15-21.

Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, Leidy NK, Rothman M. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res*. 2000;9(8):887-900.

Riazi A, Hobart JC, Lamping DL, et al (2003). Using the SF-36 measure to compare the health impact of multiple sclerosis and Parkinson's disease with normal population health profiles. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74(6):710-714.

Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia J. Patients' needs assessment in cancer care: A review of assessment tools. *Support Care Cancer* 2007, 15:1125–1144

Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Sitnchcomb DG, Howlander N, Horner

MJ,et al. (eds). (2007). SEER cancer statistics review , 1975-2005. Bethesda, MD: National Cancer Institute.

Sachdeva M, Mo YY. and c-myc: How does the cell balance “yin” and “yang”? *Cell Cycle* 2009, 8:1303.

Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psychooncology* 2010;19(5):480-9

Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000, 88:226–237

Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2014;25(7):1293-311

Schwartz AL, de Heer HD, Bea JW. Initiating Exercise Interventions to Promote Wellness in Cancer Patients and Survivors. *Oncology (Williston Park).* 2017 15;31(10):711-7

Sharpe L, Butow P, Smith C, McConnell D, Clarke S. The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their cares. *Psychooncology* 2005, 14:102–114.

Silvera D, Formenti SC, Schneider RJ. Translational control in cancer. *Nat Rev Cancer* 2010, 10:254–266.

Singer S, Kuhnt S, Gotze H, Hauss J, Hinz A, Liebmann A et al. Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer* 2009, 100:908–912.

Skroumpelos et al. «Private and catastrophic health expenditure of patients with early and locally advanced breast cancer in Greece», 2014

Sochor M, Sláma O. [Management of chronic and acute pain in patients with cancer diseases]. *Klin Onkol.* 2015;28(2):94-8.

Soejima T, Kamibeppu K. Are cancer survivors well-performing workers? A systematic review. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2016 Dec;12(4):e383-e397

Soothill K, Morris SM, Harman J, Francis B, Thomas C, McIlmurray MB. The significant unmet needs of cancer patients: Probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer* 2001, 9:597–605.

Soriano N, Ribera A, Marsal JR, et al (2010). Improvements in health-related quality of life of patients admitted for heart failure. The HF-QoL study. *Rev Esp Cardiol.* 63(6):668-676.

Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and Psychological Long-Term and Late Effects of Cancer. *Cancer* 2008, 112(suppl 11):2577-2592.

Stein I, Neeman M, Shweiki D, Itin A, Keshet E. Stabilization of vascular endothelial growth factor mRNA by hypoxia and hypoglycemia and coregulation with other ischemia-induced genes. *Mol Cell Biol* 1995, 15:5363–5368.

Stephens PA, Osowski M, Fidale MS, Spagnoli C. Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clin J Oncol Nurs* 2008, 12:253–258.

Steven I Hajdu. *Cancer* 2011. Hajdu SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer.* 2011;117(5):1097-1102.

Svedbo Engström, M., Leksell, J., Johansson, U. et al (2019). Health-related quality of life and glycaemic control among adults with type 1 and type 2 diabetes – a nationwide cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 17, 141.

Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Boeri P, Borreani C, Bosi-sio M et al. Cancer patients' needs during hospitalization: A quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 2003, 3:12.

Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, et al. Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Ann Oncol*, 2000 11(1):31-37.

Tesauro GM, Rowland JH, Lustig C. Survivorship resources for post-treatment cancer survivors. *Cancer Pract* 2002;10(6):277–283.

Thalasila A, Poplin E, Shih J, et al. A phase I trial of weekly Paclitaxel 13-cis retinoic acid, and interferon alpha in patients with prostate cancer and other advanced malignancies. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology* 52 (2003) 119-124

Tokumitsu A, Wakitani S, Takagi M. Noninvasive discrimination of human normal cells and malignant tumor cells by phase-shifting laser microscopy. *J Biosci Bioeng*. 2010;109(5):499-503.

Tria Tirona M. Breast cancer screening update. *American family physician* 2013;87(4):274- 278.

Triolo VA. Nineteenth century foundations of cancer research advances in tumor pathology, nomenclature, and theories of oncogenesis. *Cancer Res* 1965, 25:75–106

Turk D.C, Monarch E.S. Biopsychosocial perspective on chronic pain. 2002, (pp.3-29). New York: Guilford.

Twobly R. What's in a name: Who is a cancer survivor? *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(19):1414-1415.

Twycross R. Cancer pain classification. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997, 41(1 Pt 2):141-5.

Van Egmond MP, Duijts SF, Vermeulen SJ, van der Beek AJ, Anema JR. Return to work in sick-listed cancer survivors with job loss: design of a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2015, 18;15:63.

Von Karsa L AA, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery, C SC, Voti L, Autier P Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening-First Report. Luxembourg: European Commission; 2008.

Von Wangenhei KH, Peterson HP. Control of cell proliferation by progress in differentiation: Clues to mechanisms of aging, cancer causation and therapy. *J Theor Biol* 1998, 193:663–678.

Walsh K. Addressing psychosocial issues in cancer survivorship: past, present and future. *Future Oncol*. 2016, 12(24):2823-2834.

Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Tan JY (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliat Care*, 17(1):96.

Wannamethee SG, Shaper AG and Walker M, Physical activity and risk of cancer in middle-aged men, 2001, 85:1311-1316.

Warburg O. On the origin of cancer cells. *Science* 1956, 123:309–314.

Weber BL, Nathanson KL. Low penetrance genes associated with increased risk for breast cancer. *Eur J Cancer* 2000, 36:1193–1199.

Wen KY, Gustafson DH. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes* 2004, 2:11.

WHO. 10 Facts about Cancer. 2010.

Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Pan American Sanitary Bureau 1968;65(4):281-393.

World Health Organization (WHO) A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. European consultation on the rights of patients. 1994.

Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Med Clin North Am.* 2017 Nov;101(6):1099-1113.

Yilmaz F, Sahin F, Ergoz E, et al (2008). Quality of life assessments with SF 36 in different musculoskeletal diseases. *Clin Rheumatol*, 27(3):327-332.

Zargani A, Nasiri M, Hekmat K, Abbaspour Z, Vahabi S (2018). A Survey on the Relationship between Religiosity and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Study in Iranian Muslims. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 5:217-22.

Zhao T. The Role of HBZ in HTLV-1-Induced Oncogenesis. *Viruses.* 2016; 8(2):34.

Zhu L, Yao J, Schroevers MJ, Zhang H, Xie J, Liu A, Fleeer J, Ranchor AV, Song Z (2018). Patterns of unmet supportive needs and relationship to quality of life in Chinese cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27 (2):600-606.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale (validity and reliability) *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.

Β. Άδειες διεξαγωγής έρευνας



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

«Ευ Ζω με τον καρκίνο»

Μάρκου Μουσούρου 20 * 712 ΟΙ Ηράκλειο Κρήτης * τηλ. & Fax: 2810-287895, 6955254301 .
www.efzo.gr, E-mail: efzokriti@otenet.gr

Ηράκλειο 3/2/20

Αρ.Πρ.23

Θέμα: Έγκριση έρευνας στον Σύλλογο «Ευ Ζω με τον Καρκίνο», στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου στήριξης ασθενών με νεοπλασματική νόσο «Ευ Ζω με τον Καρκίνο», εγκρίνει την διεξαγωγή έρευνας και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους ασθενείς-μέλη μας, των φοιτητριών κ.κ Κυριακάκη ΜαρίαΡαφαέλα, Διαμαντοπούλου Σταματία και Κοκκινάκη Μαρία , με θέμα : «Ποιότητα ζωής και υποστηρικτικές ανάγκες υγείας σε επιβιώσαντες ασθενείς με καρκίνο», υπό την επίβλεψη του Εκπαιδευτικού κ.Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με την προϋπόθεση οι συμμετέχοντες να ενημερωθούν πλήρως για τον σκοπό της έρευνας, να τηρηθεί η ανωνυμία και όλα τα μέτρα για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων.

Εκ του Δ.Σ

Η Πρόεδρος


ΕΥ ΖΩ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΚΥΡΙΑΛΟΥ ΔΟΥ 49-51
ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ Τ.Κ. 712 01
ΤΗΛ. 2810 287895
FAX 6955254301
ΑΦΜ 999677470 ΔΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

28.04.2020 21

ΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΠΗΛΑΦΟ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΠΗΛΑΦΟ

ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ

ΑΠΟ: Ηράκλειο, 28/04/2020

ΔΗΜΟΤΑ-ΚΗ

Α. Π.: 18546

Απάντηση στο έγγραφο: 17520

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

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

ΣΧΕΤΙΚΑ:

1. Το με αρ. πρωτ, 5653/16-4-20 έγγραφο του Διοικητή του ΠΑΓΝΗ, κ. Γ. Χαλκιαδάκη.
2. Η με αρ. πρωτ, 5329/09-4-20 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 ασθενείς των Εξωτερικών Ιατρείων της Ογκολογικής κλινικής του ΠΑΓΝΗ και του απογευματινού ιατρείου του Δ/ντή ΕΣΥ Παθολογικής Ογκολογίας κ. Κ. Καλμπάκη, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, των Φοιτητριών κ.κ. Κυριακάκη Μαρία —Ραφαέλα, Διαμαντοπούλου Σταματία και Κοκκινάκη Μαρία, με θέμα: «Ποιότητα ζωής και υποστηρικτικές ανάγκες υγείας σε επιβιώσαντες ασθενείς από καρκίνο»ς υπό την επίβλεψη του Εκπαιδευτικού κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) Το νοσοκομείο δεν θα δώσει στοιχεία των ασθενών, αλλά θα επιλεγθούν από τις ερευνήτριες, κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου, αφού πρώτα ενημερωθούν εγγράφως για το σκοπό της μελέτης.

β) με τη δέσμευση ότι 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/rcsearchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στις ερευνήτριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου 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 ΤΗΣ ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

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

Γ. Δείγμα ερωτηματολογίου

1^ο Ερωτηματολόγιο

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: “ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΒΙΩΣΑΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ”

Φοιτήτριες:

Διαμαντοπούλου Σταματία

Κοκκινάκη Μαρία

Κυριακάκη Μαρία-Ραφαέλα

Αγαπητέ κύριε/κυρία

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά την ποιότητα ζωής και τις υποστηρικτικές ανάγκες υγείας σε επιβιώσαντες ασθενείς από καρκίνο, που είναι πρώην ασθενείς με οποιαδήποτε μορφή και στάδιο καρκίνου και δεν νοσούν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 20 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Είμαστε στη διάθεσή σας να απαντήσουμε σε τυχόν απορίες σας.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε/μονογράψτε παρακάτω:

(Το παρόν φύλλο θα αποκολληθεί από το ερωτηματολόγιο πριν την επεξεργασία των ερωτηματολογίων για να διαφυλαχτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων).

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά στοιχεία

1. Τομέας:

α) Εξωτερικά ιατρεία ΠΑΓΝΗ β) Σύλλογος και φίλοι ΕΥ ΖΩ

2. Φύλο:

α) Άνδρας β) Γυναίκα

3. Ηλικία:

4. Καταγωγή:

α) Ελληνική β) Αλβανική γ) Βουλγαρική δ) Ρουμανική ε) Άλλη

5. Τόπος κατοικίας:

α) Ηράκλειο β) Ρέθυμνο γ) Χανιά δ) Λασιθί ε) Άλλο.....

6. Επάγγελμα:.....

7. Μορφωτικό επίπεδο:

α) έως Δημοτικό β) Γυμνάσιο γ) Λύκειο δ) Πανεπιστήμιο
ε) Άλλο.....

8. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Έγγαμη β) Άγαμη γ) Χήρα δ) Διαζευγμένη

9. Ζω με:

α) Σύζυγο β) Σύζυγο και παιδιά γ) Μόνος μου
δ) Άλλο.....

10. Πόσες νοσηλείες-επισκέψεις έχετε κάνει το τελευταίο εξάμηνο στο νοσοκομείο:

α) Μια φορά β) Δύο φορές γ) 3-4 φορές δ) Περισσότερες από 4 φορές

2° Ερωτηματολόγιο

Μέρος II: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ

ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΝΕΩ)

Αγαπητέ κύριε/κυρία,

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο δίνει μια λίστα με ανάγκες, που αναφέρθηκαν από άλλους, που έχουν την ίδια κατάσταση με την δική σας. Σας ζητάμε να βάλετε ένα σταυρό δίπλα στο **Ναι** αν πιστεύετε ότι έχετε την ανάγκη αυτή την στιγμή, και ένα σταυρό δίπλα στο **Όχι** αν νομίζετε ότι δεν την έχετε αυτή την ανάγκη.

1	Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την διάγνωσή μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
2	Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την μελλοντική μου κατάσταση.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
3	Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις εξετάσεις που μου κάνουν.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
4	Έχω ανάγκη από περισσότερες εξηγήσεις για την θεραπεία μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
5	Έχω ανάγκη να έχω περισσότερη συμμετοχή στις θεραπευτικές επιλογές(π.χ. συμμετοχή μου στην επιλογή μεταξύ δύο ισοδύναμων θεραπειών).	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
6	Έχω ανάγκη οι γιατροί και οι νοσηλευτές να μου παρέχουν πιο κατανοητές πληροφορίες.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
7	Έχω ανάγκη οι γιατροί να είναι πιο ειλικρινείς μαζί μου(π.χ. να μου λένε όλη την αλήθεια για την νόσο, τη θεραπεία, τις πιθανές παρενέργειες).	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
8	Έχω ανάγκη να μπορώ να έχω καλύτερη επικοινωνία με τους γιατρούς.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
9	Έχω ανάγκη να ελέγχονται καλύτερα μερικές από τις ενοχλήσεις μου(π.χ. πόνος, ναυτία, αϋπνία κλπ.)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
10	Έχω ανάγκη περισσότερης βοήθειας για να φάω, να ντυθώ και να πάω στο μπάνιο.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
11	Έχω ανάγκη για περισσότερο σεβασμό της προσωπικότητας/αξιοπρέπειάς μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
12	Έχω ανάγκη περισσότερης προσοχής από το νοσηλευτικό προσωπικό.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
13	Έχω ανάγκη να με καθησυχάζουν περισσότερο οι γιατροί.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
14	Έχω ανάγκη οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο (τουαλέτα, γεύματα, καθαριότητα) να είναι καλύτερες.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
15	Έχω ανάγκη να έχω περισσότερες πληροφορίες οικονομικό-ασφαλιστικής φύσης που σχετίζονται με την ασθένειά μου(π.χ. επιδόματα ασθένειας, συμμετοχή στο κόστος νοσηλείας κλπ.)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
16	Έχω ανάγκη από οικονομική βοήθεια.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
17	Έχω ανάγκη να μιλήσω με ψυχολόγο.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
18	Έχω ανάγκη να μιλήσω με ιερέα.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
19	Έχω ανάγκη να μιλήσω με ανθρώπους, που είχαν την ίδια εμπειρία με εμένα.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
20	Έχω ανάγκη να με καθησυχάζει περισσότερο η οικογένειά μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
21	Έχω ανάγκη να αισθάνομαι περισσότερο χρήσιμος μέσα στην οικογένειά μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
22	Έχω ανάγκη να αισθάνομαι λιγότερο κλεισμένος στον εαυτό μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
23	Έχω ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για τη κατάστασή μου.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Άλλες ανάγκες υγείας που θα ήθελα να εκφράσω:

.....

.....
.....
3^ο Ερωτηματολόγιο

SF-36

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ**

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω 36 ερωτήσεις του RAND Health Survey 1.0 ολοκληρωμένα, ειλικρινά και χωρίς διακοπές. Σημειώσατε με «X» την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

Η υγεία και η ευεξία σας

1. **Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:** [Συμπληρώστε τον κύκλο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας]

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **Συγκριτικά με ένα έτος πριν, πώς θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα;**

Πολύ καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν	Κάπως καλύτερα τώρα από ένα έτος πριν	Σχεδόν ίδιο όπως ένα έτος πριν	Κάπως χειρότερα τώρα από ένα έτος πριν	Πολύ χειρότερα τώρα από ένα έτος πριν
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. **Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν τις δραστηριότητες που πιθανόν να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Μήπως υγεία σας τώρα, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Σε αυτή την περίπτωση, πόσο; [Συμπληρώστε τον κύκλο σε κάθε γραμμή].**

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
A. <u>Δραστηριότητες ενέργειας και δύναμης</u> , όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, που συμμετέχουν στον έντονο αθλητισμό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. <u>Μέτριες δραστηριότητες</u> , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η ώθηση μιας ηλεκτρικής σκούπας, το bowling, ή ένα παιχνίδι γκολφ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Η μετακίνηση ή το σήκωμα των προϊόντων αγοράς από το σουπερ μάρκετ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δ. Το ανέβασμα <u>αρκετών</u> ορόφων σκαλοπάτια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ε. Το ανέβασμα <u>ενός</u> ορόφου σκαλοπάτια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στ. Κάμψη, γονάτισμα, σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z. Περιπάτημα <u>πάνω από ένα χιλιόμετρο</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η. Περιπάτημα <u>αρκετών εκατοντάδων μέτρων</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Θ. Περπάτημα <u>εκατό μέτρων</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ι. Το να ντύνομαι και να κάνω μπάνιο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, για πόσο χρόνο είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με την εργασία σας με άλλες κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας σας;

	Ναι	Όχι
A. Μειώσατε <u>το συνολικό χρόνο</u> που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. <u>Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος)</u> από ότι θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Περιορίστηκε <u>η ποιότητα</u> της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, για πόσο χρόνο είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με την εργασία σας με άλλες κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (όπως κατάθλιψη άγχος);

	Όλο το χρόνο	Το περισσότερο χρόνο	Μερικό από το χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Κανένα από το χρόνο
A. Μειώσατε <u>το συνολικό χρόνο</u> που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. <u>Λιγότερο τέλειος (ολοκληρωμένος)</u> από ότι θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Περιορίστηκε <u>η ποιότητα</u> της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δ. Εργαστήκατε ή κάνατε δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων μέχρι πιο σημείο φυσική σας κατάσταση τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες σας με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες τις ομάδες;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Πόσο σωματικό πόνο είχατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων

Καθόλου	Πολύ Ήπια	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ Σοβαρά
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο ο πόνος παρεμπόδισε την κανονική εργασία σας (συμπεριλαμβανομένης και της εργασίας έξω από το σπίτι και των οικιακών)

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Εξαιρετικά
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Αυτές οι ερωτήσεις είναι σχετικά με το πώς αισθάνεστε και πως πήγαν τα πράγματα με σας κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση παρακαλώ δώστε τη μία απάντηση που έρχεται πιο κοντά στον τρόπο που έχετε αισθανθεί. Για πόση ώρα κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων....

	Όλο το χρόνο	Τον περισσότερο χρόνο	Αρκετό από το χρόνο	Μερικό χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Καθόλου χρόνο
Αισθανθήκατε γεμάτοι ενέργεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε πολύ νευρικοί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ότι σας απορρίπτουν και τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ήρεμοι και χαλαροί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε πολλή ενέργεια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε αποθάρρυνση και κατάθλιψη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε φθαρμένοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ήσασταν ευτυχείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε κουρασμένοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο φυσική σας κατάσταση τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητες σας (όπως την επίσκεψη των φίλων των συγγενών κ.λ.π.);

Όλο το χρόνο	Τον περισσότερο χρόνο	Μερικό χρόνο	Λίγο από το χρόνο	Καθόλου χρόνο
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Πόσο αλήθεια ψέμα είναι κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις για σας;

	Σίγουρα αλήθεια	Συνήθως αλήθεια	Δεν ξέρω	Συνήθως ψέμα	Σίγουρα ψέμα
Φαίνομαι να αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολο από ότι οι άλλοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι τόσο υγιής όσο οποιοσδήποτε άλλος που γνωρίζω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σας ευχαριστούμε που συμπληρώσατε τα ερωτηματολόγια!