



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας:

**Εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη
θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας**

Της φοιτήτριας:

Γαβαλά Αναστασία
A.M.: myn29
Νοσηλεύτρια ΤΕ ΓΝΗΒΠ

Επιβλέπων καθηγητής:

Δρ. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης,

Επίκουρος καθηγητής

Ηράκλειο, Ιανουάριος 2022

Τριμελής Εισηγητική Επιτροπή

**Δρ. Κωνσταντίνιδης Θεοχάρης,
Επίκουρος καθηγητής ΕΛΜΕΠΑ**

**Δρ. Πατελάρου Ευριδίκη,
Καθηγήτρια ΕΛΜΕΠΑ**

**Δροσίτης Ιωάννης,
Παθολόγος Ογκολόγος Διευθυντής ΕΣΥ ΒΠΓΝΗ
Πανεπιστημιακός Υπότροπος ΕΛΜΕΠΑ**

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του τμήματος Νοσηλευτικής, του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Η εκπόνηση της εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και συμμετοχή των ογκολογικών ασθενών στο Ημερήσιο Τμήμα Χημειοθεραπείας του νοσοκομείο Βενιζέλειο – Πανάνειο Ηρακλείου. Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν, αλλά και για όσους επιθυμούσαν να συμμετέχουν αλλά δεν μπόρεσαν.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη για την πολύτιμη βοήθειά του και την επίβλεψή του καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αυτής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους στενούς μου ανθρώπους για τη συνεχή στήριξη και βοήθεια που μου παρείχαν για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής αλλά και του μεταπτυχιακού προγράμματός μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος θεωρείται απειλητική για τη ζωή ασθένεια που παρουσιάζει ποικιλία διαφορετικών συμπτωμάτων σε κάθε ασθενή, ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το είδος και τη διάρκειά της. Αυτά συχνά επιτείνονται από την εφαρμογή των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η κόπωση, η ναυτία και ο εμετός είναι από τα πιο συνήθη συμπτώματα της χημειοθεραπείας. Ως εκ τούτου, η πρόληψη και η έγκαιρη διαχείριση των κύριων συμπτωμάτων είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των συμπτωμάτων των ογκολογικών ασθενών και της ικανοποίησής τους από τη χημειοθεραπεία σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας (MHN).

Υλικό & Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη παρατήρησης σε 95 ογκολογικούς ασθενείς που προσέρχονταν στη MHN ενός περιφερειακού γενικού νοσοκομείου της 7^{ης} υγειονομικής περιφέρειας κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος – Σεπτέμβριος 2021. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν 4 ερωτηματολόγια: η ελληνική έκδοση του M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI), το Brief Fatigue Inventory (BFI), το Cancer Treatment Satisfaction Questionnaire και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη το 50,5% ήταν άνδρες, η μέση ηλικία όλων βρέθηκε στα 63,8 χρόνια ($\pm 10,2$), ενώ το 58,9% ήταν μεταξύ 61-85 ετών. Η πλειοψηφία ή σημαντικά περισσότεροι ασθενείς από τους μισούς ασθενείς (85,3%, $p < 0,05$) ανέφεραν ότι ένιωσαν κουρασμένοι ή κόπωση. Από τα Βασικά Συμπτώματα, του MDASI σε μεγαλύτερη συχνότητα ή 81,1% των ασθενών αλλά και σε μέση ένταση ή 4,26, παρατηρείται η κόπωση, ενώ σε χαμηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκαν οι Έμετοι (18,9% ή 1,03) και το κόψιμο αναπνοής (22,1% ή 1,03). Παρατηρούνται σχεδόν στο σύνολο των ελέγχων σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας και της Κόπωσης & Ικανοποίησης θεραπείας ($p < 0,05$). Οι

έγγαμοι/ες επίσης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης για τη θεραπεία ($r_{ho}=-0,260$, $p<0,05$). Οι έχοντες/ουσες υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης σχετίζονται με μικρότερη κόπωση ($r_{ho}=-0,233$, $p<0,05$) ή με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης για τη Θεραπεία ($r_{ho}=0,276$, $p<0,05$) και χαμηλότερη ένταση μέτρησης συμπτωμάτων ($r_{ho}=-0,278$, $p<0,05$). Συνολικά, η αύξηση των προσδοκιών για τη θεραπεία σχετίζεται με τη μείωση της Κόπωσής τους ($OR=0,96$, $p=0,050$), η αύξηση των θετικών συναισθημάτων για τη θεραπεία με τη μείωση της έντασης/παρουσίας συμπτωμάτων ($OR=0,45$, $p=0,018$) ενώ γενικά στην Ικανοποίηση οι γυναίκες εκφράζουν χαμηλότερα επίπεδα ($OR=0,10$, $p=0,003$).

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι η αύξηση των προσδοκιών των ογκολογικών ασθενών για τη θεραπεία σχετίζονται με τη μείωση της κόπωσής τους, η αύξηση των θετικών συναισθημάτων για τη θεραπεία με τη μείωση της έντασης/παρουσίας συμπτωμάτων ενώ γενικά στην ικανοποίηση οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος, ασθενείς, χημειοθεραπεία, εκτίμηση, συμπτώματα, ικανοποίηση, κόπωση, Greek-MDASI, Greek-BFI, Greek-CTSQ.

Abstract

Introduction: Cancer is a life-threatening disease which involves the variety of symptoms for each patient, depending on the type of cancer and its duration. Those symptoms usually are increasing, after the application of different treatments. Fatigue, nausea and vomit are the most common symptoms of chemotherapy. As a result, prevention and the timely approach and management of the main symptoms are vital for the effectiveness of the therapy but also for the amelioration of the patients' satisfaction.

Purpose: The purpose of the present study was to record the symptoms of oncology patients and their satisfaction with chemotherapy in a day care unit (DCU).

Materials and Methods: Asynchronous descriptive study (cross-sectional) was performed on 95 oncology patients at DTU of a Regional General Hospital, of 7th health district, between April - September 2021. For the data collection 4 questionnaires were used: the Greek M.D. Anderson Symptom Inventory for recording the cancer symptoms, the Brief Fatigue Inventory (BFI) for the estimation of fatigue, the Cancer Treatment Satisfaction Questionnaire for the estimation of the patients' satisfaction after therapy and a questionnaire for social and demographic characteristics. The statistical program SPSS 26.0 was used for statistical analysis.

Results: In the present study, 50,5% were men, the mean age of all was 63.8 years ($\pm 10,2$) while 58,9% were between 61-85 years old. The majority or significantly more than half of the patients (85.3%, $p < 0.05$) reported feeling tired. From the basic symptoms of MDASI, fatigue was observed in 81.1% of patients and also in moderate intensity (4.26), while low levels were observed in Vomiting (18.9% or 1.03) and Dyspnea (22.1% or 1.03). Significant correlations between Symptomatology, Fatigue & Satisfaction of treatment were observed. Married women are associated with higher levels of Satisfaction with Treatment ($\rho = -0.260$, $p < 0.05$). Those with higher levels of education are associated with lower Fatigue ($\rho = -0.233$, $p < 0.05$) or higher levels of Satisfaction with Treatment ($\rho = 0.276$, $p < 0.05$) and lower intensity of Symptom Measurement ($\rho = -0.278$, $p < 0.05$). Overall, the increase in Expectations for treatment is associated with a reduction in their Fatigue (OR = 0.96, $p = 0.050$), an

increase in positive Emotions for treatment with a decrease in the intensity / presence of symptoms (OR = 0.45, p = 0.018) while generally in Satisfaction women express lower levels (OR = 0.10, p = 0.003).

Conclusion: It is observed that the increase of the expectations of oncology patients from the therapy is related with the decrease of fatigue levels, the increase of positive emotions about therapy is related with the decrease of symptoms while, on a general level, male patients indicate higher levels of satisfaction from the therapy.

Keywords: Cancer, patients, chemotherapy, estimation, symptoms, satisfaction, fatigue, Greek-MDASI, Greek-BFI, Greek-CTSQ.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract	6
Συνοτομογραφίες	10
Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο Πρώτο	14
Βασικές γνώσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.....	14
1.1 Ορίζοντας τον καρκίνο	14
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο	15
1.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες	16
1.4 Διάγνωση του καρκίνου	17
1.5 Θεραπευτικές επιλογές.....	18
1.5.1 Χημειοθεραπεία	18
1.5.2 Χειρουργική επέμβαση	19
1.5.3 Ακτινοθεραπεία.....	20
1.5.4 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	20
1.6 Πρόγνωση.....	21
Η εμπειρία του καρκίνου	22
2.1 Η διάγνωση της νόσου και η πορεία της θεραπείας της.....	22
2.2 Η φροντίδα των επιβιωσάντων από καρκίνο.....	23
2.3 Η φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη νόσο.....	24
2.4 Ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών	25
2.5 Ικανοποίηση των καρκινοπαθών ασθενών που σχετίζεται με τους παράγοντες φροντίδας τους	26
Κεφάλαιο Τρίτο	27
Ειδικά θέματα στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών υπό ΧΜΘ.....	27
3.1 Νοσοκομειακή φροντίδα ογκολογικών ασθενών	27
3.2 Τμήμα ημερήσιας φροντίδας ογκολογικών ασθενών	28
3.3 Αξιολόγηση των συμπτωμάτων της νόσου κατά τη χημειοθεραπεία	29
3.4 Ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη χημειοθεραπεία	29
Κεφάλαιο Τέταρτο.....	32

Μεθοδολογία της έρευνας.....	32
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	32
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	32
4.3 Δείγμα και δειγματοληψία.....	32
4.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	33
4.5 Ηθική-Δεοντολογία της έρευνας.....	35
4.6 Στατιστική Ανάλυση.....	36
Κεφάλαιο Πέμπτο.....	37
Αποτελέσματα	37
5.1 Χαρακτηριστικά ασθενών	37
5.2 Κόπωση ασθενών	37
5.3 Ικανοποίηση θεραπείας ασθενών.....	38
5.4 Συμπτωματολογία ασθενών.....	38
5.5 Σχέση Κόπωσης, Ικανοποίησης Θεραπείας & Συμπτωματολογίας ασθενών	39
5.6 Σχέση Κόπωσης, Ικανοποίησης Θεραπείας & Συμπτωματολογίας ασθενών με τα χαρακτηριστικά τους.....	40
5.7 Πολλαπλή συσχέτιση της Ικανοποίησης Θεραπείας & των Χαρακτηριστικών.....	40
Κεφάλαιο Έκτο.....	42
Συζήτηση	42
6.1 Συζήτηση.....	42
6.2 Περιορισμοί της έρευνας	45
Κεφάλαιο Έβδομο	47
Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	47
7.1 Συμπεράσματα.....	47
7.2 Προτάσεις.....	47
Βιβλιογραφία.....	49
Ελληνική	49
Ξενόγλωσση.....	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ2.....	68

Συντομογραφίες

ΓΝΗΒΠ	Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο Πανάνειο
ΜΗΝ	Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΧΜΘ	Χημειοθεραπεία
DTU	Daily Treatment Unit
BFI	Brief Fatigue Inventory
Greek-MDASI	Greek M.D. Anderson Symptom Inventory
Greek-CTSQ	Cancer Treatment Satisfaction Questionnaire

Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί μία ομάδα ασθενειών που σχετίζονται με τη μη ελεγχόμενη κυτταρική ανάπτυξη και με πιθανότητα εισβολής ή διάδοσης σε άλλα μέρη του σώματος. Θεωρείται η πιο απειλητική ασθένεια καθώς 1 στους 3 ανθρώπους αναμένεται να διαγνωστούν με καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σχεδόν 1,9 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου αναμένεται να διαγνωστούν το 2021 (American Cancer Society, 2021).

Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου αντιμετωπίζονται με ΧΜΘ ή/και ακτινοθεραπεία (Mystakidou et al., 2004). Η νόσος αλλά και οι θεραπευτικές της προσεγγίσεις όπως η ΧΜΘ, μπορούν να προκαλέσουν ποικιλία ανεπιθύμητων παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και των ψυχολογικών συμπτωμάτων (Dahal & Mehta, 2018). Κλινικές μελέτες, ιατρικές παρατηρήσεις αλλά και αναφορές ασθενών αναφέρουν ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου παρουσιάζει διαφορετικά συμπτώματα σε κάθε ασθενή ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, το είδος και τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και το ιστορικό του κάθε ασθενούς. Η κόπωση, η ναυτία και ο εμετός είναι από τα πιο συνήθη συμπτώματα της ΧΜΘ. Παράλληλα, συνήθη συμπτώματα αποτελούν και η αλλοίωση της γεύσης, η μειωμένη διάθεση και ενέργεια, ο πόνος, το μούδιασμα άκρων, η δυσκολία κατά τον ύπνο και οι στομαχικές διαταραχές (Mystakidou et al., 2004). Σε έρευνα που χρησιμοποιήθηκαν αναφορές ασθενών με καρκίνο μέσω του ερωτηματολογίου M.D. Anderson Symptom Inventory βρέθηκε ότι το 38% των ασθενών δήλωσαν ότι βίωναν πολύ σοβαρά το σύμπτωμα της κόπωσης, το 36% δεν μπορούσαν να φέρουν εις πέρας τις καθημερινές εργασίες, το 32% ένιωθαν έντονη αδυναμία, το 19% δήλωσαν έντονη ναυτία κλπ. (Cleeland et al., 2000). Παράλληλα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο με τη χρήση της μεταφρασμένης έκδοσης του ίδιου ερωτηματολογίου βρέθηκε ότι το 68% των ασθενών δήλωσαν ότι βίωναν πολύ έντονο πόνο, το 56,7% ότι βίωναν πολύ σοβαρά το σύμπτωμα της κόπωσης, το 17% έντονη ναυτία κλπ. (Mystakidou et al., 2004).

Οι συχνότερες παρενέργειες της ΧΜΘ είναι η ναυτία και ο έμετος οι οποίες εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες όπως το φύλο και ηλικία (Adel, 2017). Για

παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες αλλά και οι ασθενείς νεότερης ηλικίας εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ναυτία και εμετό (Hesketh, 2008). Εάν αυτά τα συμπτώματα δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως και με επιτυχία, τότε επηρεάζουν το 60% – 80% των ασθενών που υπόκεινται σε ΧΜΘ, με έμφαση την ποιότητα ζωής τους αλλά και του οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος. Παράλληλα, μπορεί να αποτελέσουν σημαντική αιτία τερματισμού της ΧΜΘ (Adel, 2017).

Γενικότερα, η κόπωση αποτελεί το πιο κοινό σύμπτωμα σε ασθενείς με καρκίνο (Ghanbari et al., 2019). Για παράδειγμα, σε ένα υποσύνολο ασθενών με καρκίνο του μαστού που λάμβαναν ακτινοθεραπεία, η κόπωση αποτέλεσε το μεγαλύτερο ποσοστό (84%), σε σύγκριση με το 75% που ανέφερε πόνο και το 25% ναυτία (Hofman et al., 2005). Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο (cancer-related fatigue, CRF) είναι ένα σημαντικό, πολύπλευρο σύμπτωμα που δεν θεραπεύεται ή μειώνεται με την ξεκούραση και τον ύπνο (Hofman et al., 2007) και εμφανίζεται στην πλειονότητα των επιζώντων από καρκίνο κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία τους σε σωματικό, ψυχολογικό και γνωσιακό επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι διάφορες θεραπείες του καρκίνου, όπως η χειρουργική επέμβαση, η ΧΜΘ, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία προκαλούν δυσφορία και ταλαιπωρία στους ασθενείς που οδηγεί σε μειωμένη ποιότητα ζωής (Mustian et al., 2007) και σε μειωμένη ικανότητα σωματικής και ψυχικής κατάστασης (Morrow et al., 2002).

Στην εμφάνιση της κόπωσης συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες που αφορούν είτε στη θεραπεία του καρκίνου (π.χ. ΧΜΘ), είτε ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ. κατάθλιψη, στέρηση ύπνου, αδυναμία εργασίας), είτε σωματικοί παράγοντες (π.χ. αναιμία, μυϊκή εξάντληση, κακή διατροφή) (Mustian et al., 2007) και μπορεί να διαρκέσει για μήνες ή και για χρόνια μετά από την ολοκλήρωση της ογκολογικής θεραπείας), συχνά με διαφορετική κλινική εικόνα και ένταση (Hofman et al., 2007). Για αυτόν τον λόγο, η ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπειών και συνδυαστικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όπως της κόπωσης και του πόνου που είναι αλληλένδετα είναι πολύ δύσκολη (Carey et al., 2012).

Ως εκ τούτου, η πρόληψη και η έγκαιρη διαχείριση των συμπτωμάτων είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών (Stylianou et al., In Press). Η ικανοποίηση του ασθενούς από τη θεραπεία και τη φροντίδα είναι γενικά βασικό

στοιχείο για την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης στην ογκολογία. Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον αντίκτυπο του καρκίνου και τις παρενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία εστιάζοντας στην πρόληψη ή την αποτελεσματική διαχείριση των παρενεργειών, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής (Stylianou et al., In Press; Staren et al., 2011).

Σε πρόσφατη έρευνα που διερευνούσε την ικανοποίηση των ασθενών από τη ΧΜΘ με τη χρήση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Cancer Treatment Satisfaction Questionnaire – CTSQ, βρέθηκε ότι οι ασθενείς φάνηκαν να είναι ικανοποιημένοι από τη θεραπεία και οι προσδοκίες τους επιβεβαιώθηκαν (με υψηλά ποσοστά καταγραφής 75,86% & 60,55% αντίστοιχα). Παράλληλα, το άγχος και η κόπωση σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία μεταξύ των συμπτωμάτων που μελετήθηκαν (Stylianou et al., In Press).

Συμπερασματικά, τα συμπτώματα που προέρχονται από τη ΧΜΘ προκαλούν σοβαρά προβλήματα στους ασθενείς, επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από τη θεραπεία και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους. Παρόλη τη σημαντικότητα της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο αλλά και των επιδράσεων της στην ποιότητα ζωής των ασθενών, η έρευνα που σχετίζεται με την κόπωση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΧΜΘ δεν είναι εκτεταμένη. Οι προσδοκίες, τα συναισθήματα και η ικανοποίηση των ασθενών αλλά και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους μπορούν να βελτιωθούν και να ενισχυθούν με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην αξιολόγηση, ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η εργασία αποτελείται από επτά κεφάλαια. Το πρώτο θα αφορά τις βασικές γνώσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου, στο δεύτερο τον καρκίνο σαν βίωμα, στο τρίτο σε ειδικά θέματα στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών υπό ΧΜΘ, στο τέταρτο για την μεθοδολογία της έρευνας, στο πέμπτο τα αποτελέσματα, στο έκτο συζήτηση και περιορισμοί της έρευνας και στο έβδομο συμπεράσματα και προτάσεις.

Κεφάλαιο Πρώτο

Βασικές γνώσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου

1.1 Ορίζοντας τον καρκίνο

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια στην οποία ορισμένα από τα κύτταρα του σώματος αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα και έχουν τη δυνατότητα να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος. Ο καρκίνος μπορεί να ξεκινήσει σχεδόν οπουδήποτε στο ανθρώπινο σώμα, το οποίο αποτελείται από τρισεκατομμύρια κύτταρα. Κανονικά, τα ανθρώπινα κύτταρα αναπτύσσονται και πολλαπλασιάζονται (μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται κυτταρική διαίρεση) με απώτερο σκοπό να σχηματίσουν νέα κύτταρα. Όταν τα κύτταρα γερνούν ή καταστρέφονται, πεθαίνουν και νέα κύτταρα παίρνουν τη θέση τους. Μερικές φορές αυτή η διαδικασία διαταράσσεται και αναπτύσσονται μη φυσιολογικά κύτταρα τα οποία μπορεί να σχηματίσουν όγκους. Αυτοί μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καρκινικοί όγκοι εξαπλώνονται ή εισβάλλουν σε κοντινούς ιστούς και μπορούν να «ταξιδέψουν» σε άλλα, μακρινά μέρη του σώματος για να σχηματίσουν νέους όγκους (διαδικασία που ονομάζεται μετάσταση). Πολλοί καρκίνοι σχηματίζουν συμπαγείς όγκους, ενώ άλλοι τύποι όπως οι καρκίνοι του αίματος (π.χ. λευχαιμίες) δεν εξελίσσονται έτσι. Αντιθέτως, οι καλοήθεις όγκοι δεν εξαπλώνονται δεν έχουν την ικανότητα να εισβάλλουν σε κοντινούς ιστούς και όταν αφαιρούνται, συνήθως δεν αναπτύσσονται ξανά. Ο καρκίνος είναι μια γενετική ασθένεια δηλαδή, προκαλείται από αλλαγές στα γονίδια που ελέγχουν τον τρόπο λειτουργίας των κυττάρων του ανθρώπου, πρωτίστως αναφορικά με τον τρόπο που αναπτύσσονται και διαιρούνται. Γενετικές αλλαγές που προκαλούν καρκίνο μπορεί να συμβούν εξαιτίας βλαβών που συμβαίνουν κατά τη διαίρεση των κυττάρων, εξαιτίας βλαβών στο DNA που προκαλούνται από επιβλαβείς ουσίες στο περιβάλλον, όπως οι χημικές ουσίες στον καπνό του τσιγάρου και οι υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου, είτε εξαιτίας γονεϊκής κληρονομικότητας. Το σώμα συνήθως καταφέρνει να αποβάλλει τα κύτταρα που φέρουν κατεστραμμένο DNA πριν γίνουν καρκινικά, αλλά αυτή η ικανότητά μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Ο καρκίνος κάθε ατόμου έχει έναν

μοναδικό συνδυασμό γενετικών αλλαγών και καθώς ο καρκίνος συνεχίζει να αυξάνεται, θα προκύψουν πρόσθετες αλλαγές. Ακόμη και μέσα στον ίδιο όγκο, διαφορετικά κύτταρα μπορεί να έχουν διαφορετικές γενετικές αλλαγές (Lujambio & Lowe, 2012).

1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο

Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, με σχεδόν 10 εκατομμύρια καταγεγραμμένους θανάτους για το 2020. Αναφορικά με τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα από τον Π.Ο.Υ. σε σχέση με τις νέες καταγεγραμμένες περιπτώσεις καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο δείχνουν ότι την πρωτιά στους τύπους του καρκίνου κατείχε αυτός του μαστού με 2,26 εκατομμύρια περιπτώσεις, των πνευμόνων με 2,21 εκατομμύρια νέους ασθενείς, του εντέρου με 1,93 εκατομμύρια περιπτώσεις, ενώ ακολουθούσαν του προστάτη (1,4 εκατομμύρια), του δέρματος (1,2 εκατομμύρια), και του στομάχου (1,09 εκατομμύρια).

Όσον αφορά στα επιδημιολογικά δεδομένα των θανάτων προκαλούμενων από τους διάφορους τύπους καρκίνου, ο Π.Ο.Υ. αναφέρει πως ο κυρίαρχος τύπος ήταν αυτός των πνευμόνων με 1,8 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, ακολουθούσε αυτός του εντέρου με 935.000 θανάτους, ενώ έπονταν οι καρκίνοι του παγκρέατος, του στομάχου, και του μαστού με 830.000, 769.000, και 685.000 θανάτους αντιστοίχως (World Health Organization, 2021).

Αξίζει να σημειωθεί πως αυτά τα δεδομένα προκύπτουν από κρατικά μητρώα καρκίνου, τα οποία παρέχουν ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης των νέων περιπτώσεων και θανάτων του καρκίνου με την πάροδο του χρόνου. Τέτοια μητρώα όμως δεν υπάρχουν σε όλες τις χώρες, με αποτέλεσμα τα παραπάνω δεδομένα να μπορούν να χαρακτηριστούν ως όχι απολύτως αντιπροσωπευτικά (Houser et al., 2021).

Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι περίπου το 70% των θανάτων από καρκίνο συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, και ότι περίπου το ένα τρίτο των θανάτων από καρκίνο οφείλεται στη χρήση καπνού, στον υψηλό δείκτη μάζας σώματος, στη χρήση αλκοόλ, στη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και στην έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Επίσης, η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας σε προχωρημένο στάδιο της νόσου και η έλλειψη πρόσβασης στη

διάγνωση και τη θεραπεία είναι συχνό φαινόμενο, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Αντιπροσωπευτικά αυτού του γεγονότος είναι τα δεδομένα που δείχνουν ότι ολοκληρωμένη θεραπεία παρέχεται σε περισσότερο από το 90% των χωρών υψηλού εισοδήματος, αλλά σε λιγότερο από το 15% των χωρών με χαμηλό μέσο όρο εισοδήματος (World Health Organization, 2020).

1.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Είναι πλέον ευρέως αποδεδειγμένο ότι ο καρκίνος είναι μια γενετική ασθένεια που προκύπτει μέσω μιας συσσώρευσης γενετικών ή επιγενετικών παραγόντων που επηρεάζουν γονίδια που παίζουν ουσιαστικό ρόλο στη μετατροπή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά κύτταρα.

Αναφορικά με τους γενετικούς παράγοντες, πιστεύεται ότι ως και το 10% όλων των καρκίνων εμφανίζονται λόγω κληρονομικών γενετικών ανωμαλιών. Η ανακάλυψη των κληρονομικών καρκίνων ήταν από μόνη της μια τεράστια επιστημονική ανακάλυψη για την ανθρωπότητα. Η μοριακή βάση των κληρονομικών καρκίνων άρχισε να έρχεται στο φως από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, λόγω των προηγμένων τεχνολογιών μοριακής βιολογίας και της προσπάθειας προσέγγισης της γενετικής σύνδεσης της νόσου, και έκτοτε τα γονίδια που ευθύνονται για τους κληρονομικούς καρκίνους ονομάζονται γονίδια προδιάθεσης. Αυτά τα γονίδια εμπλέκονται σε μια ποικιλία καρκινικών συνδρόμων, όπως π.χ. τα γονίδια BRCA1 και BRCA2 που είναι υπεύθυνα για τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών (Lynch et al., 1995). Αναμφίβολα, πολλά άλλα γονίδια απομένουν να εντοπιστούν, επειδή η αιτία της κληρονομικότητας του καρκίνου για ένα σημαντικό ποσοστό των προσβεβλημένων οικογενειών είναι ακόμη άγνωστη. Ωστόσο, κάθε γονίδιο εμπλέκεται στην προδιάθεση με συγκεκριμένο τρόπο, σε συνάρτηση πάντα με τις διακριτές βιολογικές του λειτουργίες, όπως η επιδιόρθωση του DNA, ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός κλπ. Ως αποτέλεσμα, η φυσιοπαθολογία κάθε τύπου ποικίλλει ανάλογα με το ποιο γονίδιο είναι υπεύθυνο για τον κακοήγη μετασχηματισμό (Wang, 2016).

Πέραν όμως του γενετικού υπόβαθρου, φαίνεται πως και επιγενετικές αλλαγές μπορούν να λειτουργήσουν ως καρκινικές αιτίες. Οι επιγενετικές αλλοιώσεις συνδέονται με φυσιολογικές βιολογικές διεργασίες όπως η γήρανση ή η κυτταρική

διαφοροποίηση. Αυτό το επιγενετικό «αποτύπωμα», (σε συνδυασμό με τις γενετικές αλλοιώσεις) οδηγούν σε πολλές ασθένειες συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου. Ανάμεσα στους παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν επιγενετικά και σχετίζονται με τον καρκίνο είναι οι περιβαλλοντικές συνθήκες, το κάπνισμα, τα διατροφικά πρότυπα, αλλά και το χρόνιο στρες (Mancarella & Plass, 2021).

1.4 Διάγνωση του καρκίνου

Η διάγνωση του καρκίνου στα πρώτα του στάδια παρέχει συχνά την καλύτερη ευκαιρία για θεραπεία και ενδεχομένως πλήρη ίαση. Για μερικούς καρκίνους, οι μελέτες δείχνουν ότι οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου μπορούν να σώσουν ζωές με την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, ενώ για άλλους τύπους καρκίνου, οι προληπτικές εξετάσεις συνιστώνται μόνο σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο λόγω του τρόπου ζωής ή εξαιτίας κληρονομικότητας στον καρκίνο. Παρακάτω αναφέρονται οι κύριες τεχνικές που εφαρμόζονται για το διαγνωστικό έλεγχο κάθε καρκινικού τύπου.

- **Σωματική εξέταση.** Ο γιατρός μπορεί μέσω της ψηλάφησης να εντοπίσει περιοχές του σώματος στα οποία υπάρχουν εξογκώματα και ενδεχομένως να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιου όγκου, είτε καλοήθους είτε κακοήθους. Κατά τη διάρκεια μιας σωματικής εξέτασης, ο γιατρός έχει τη δυνατότητα να αναζητήσει ανωμαλίες, όπως αλλαγές στο χρώμα του δέρματος ή μεγέθυνση κάποιου οργάνου, που μπορεί να υποδηλώνουν την παρουσία καρκίνου (Kadakia et al., 2014).
- **Εργαστηριακές εξετάσεις.** Οι εργαστηριακές εξετάσεις, όπως οι εξετάσεις ούρων και αίματος, μπορεί να βοηθήσουν τον γιατρό να εντοπίσει ανωμαλίες που μπορεί να προκληθούν από τον καρκίνο. Για παράδειγμα, στα άτομα με λευχαιμία, μια κοινή εξέταση αίματος δίνει τη δυνατότητα να εντοπιστεί ένας ασυνήθιστος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (Srivastava et al., 2019).
- **Απεικονιστικές εξετάσεις.** Οι απεικονιστικές εξετάσεις επιτρέπουν στον γιατρό να εξετάσει τα οστά και τα εσωτερικά όργανα με μη επεμβατικό τρόπο. Οι απεικονιστικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, υπερηχογράφημα και

ακτινογραφία, αξονική τομογραφία (CT), μαγνητική τομογραφία (MRI), τομογραφία ποζιτρονίων (PET) (Fass, 2008).

- **Βιοψία.** Κατά τη διάρκεια μιας βιοψίας, ο γιατρός συλλέγει ένα δείγμα κυττάρων για εργαστηριακή εξέταση. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι συλλογής δείγματος, ενώ μέσω ποιας διαδικασίας θα γίνει η συλλογή εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου και τη θέση του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η βιοψία είναι ο μόνος τρόπος για την οριστική διάγνωση του καρκίνου. Στο εργαστήριο, οι γιατροί εξετάζουν δείγματα κυττάρων στο μικροσκόπιο, και εκεί τα φυσιολογικά κύτταρα φαίνονται ομοιόμορφα, με παρόμοια μεγέθη και εύρυθμη οργάνωση, ενώ αντιθέτως τα καρκινικά κύτταρα φαίνονται λιγότερο τακτοποιημένα, με διαφορετικά μεγέθη και χωρίς εμφανή οργάνωση (Ahdoot et al., 2020).

1.5 Θεραπευτικές επιλογές

Ο στόχος της θεραπείας του καρκίνου είναι να επιτευχθεί μια θεραπεία που θα επιτρέψει στον ασθενή να έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής. Εάν η πλήρης ίαση δεν είναι εφικτή, η θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με σκοπό τη συρρίκνωση του καρκίνου ή την επιβράδυνση της ανάπτυξής του, ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα για όσο το δυνατόν περισσότερο. Χάρη στην επιστημονική εξέλιξη, υπάρχουν πολλές διαθέσιμες θεραπείες για τον καρκίνο. Οι θεραπευτικές επιλογές εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου, η γενική υγεία και η προτίμηση του ασθενούς. Ο γιατρός είναι υπεύθυνος, σε συνεργασία πάντα με τον ενδιαφερόμενο, να σταθμιστούν τα οφέλη και οι κίνδυνοι κάθε θεραπείας, ώστε να καθοριστεί η καλύτερη για τον ασθενή (Hanna et al., 2020).

1.5.1 Χημειοθεραπεία

Η ΧΜΘ συνίσταται στη χρήση φαρμάκων με απώτερο στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Συνήθως λειτουργεί εμποδίζοντας τα καρκινικά κύτταρα να αναπτυχθούν, να διαιρεθούν και να πολλαπλασιαστούν. Επειδή τα καρκινικά κύτταρα συνήθως αναπτύσσονται και διαιρούνται ταχύτερα από τα φυσιολογικά κύτταρα, η ΧΜΘ έχει μεγαλύτερη επίδραση στα καρκινικά κύτταρα. Ωστόσο, τα

φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη ΧΜΘ είναι ισχυρά και μπορούν να προκαλέσουν βλάβη ακόμη και στα υγιή κύτταρα. Το είδος της ΧΜΘ καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως ο τύπος της νόσου, ο σκοπός της θεραπείας και η ανταπόκριση του οργανισμού. Η ΧΜΘ συνήθως γίνεται σε κυκλικά χρονικά διαστήματα (καθημερινά, ανά εβδομάδα, 15-20 μέρες) περιλαμβάνοντας περιόδους ξεκούρασης για να δοθεί η ευκαιρία στον οργανισμό να ανακτήσει τις δυνάμεις του και να αντιμετωπίσει την τοξικότητα των φαρμάκων που πιθανών να εμφανιστεί. Αναλόγως της ισχύος των φαρμάκων που θα χρησιμοποιηθούν, η ΧΜΘ μπορεί να είναι και κυτοτοξική όταν χρησιμοποιείται ισχυρότερη φαρμακευτική δράση. Αυτός ο τύπος αντιμετώπισης του καρκίνου, μπορεί να εφαρμοστεί σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Μπορεί να εφαρμοστεί πριν την χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία (νέο ενισχυτική ΧΜΘ), είτε μετά από αυτές τις μεθόδους (ενισχυτική ΧΜΘ), αλλά μπορεί και να αποτελέσει τη μόνη θεραπευτική οδό που θα ακολουθηθεί. Τα φάρμακα, η δόση και το πρόγραμμα θεραπείας εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν το είδος του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, τη θέση του και εάν ή πού έχει εξαπλωθεί. Επιπλέον παράγοντες αποτελούν η ηλικία, το σωματικό βάρος, η διαχείριση του ασθενή στην εμφάνιση των παρενεργειών, αλλά και προηγούμενες θεραπείες που ενδεχομένως να εφαρμόστηκαν (Fujita & Kotake, 2014).

1.5.2 Χειρουργική επέμβαση

Σε αρκετές περιπτώσεις η χειρουργική επέμβαση είναι η μόνη ή η προτιμητέα επιλογή διαχείρισης ενός καρκινικού όγκου. Υπάρχουν πολλά είδη χειρουργικής επέμβασης. Οι τύποι διαφέρουν ανάλογα με τον σκοπό της επέμβασης, το μέρος του σώματος που απαιτεί χειρουργική επέμβαση, την ποσότητα του ιστού που πρέπει να αφαιρεθεί και, σε ορισμένες περιπτώσεις, το τι προτιμά ο ασθενής. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι είτε ανοιχτή είτε ελάχιστα επεμβατική και λειτουργεί καλύτερα για συμπαγείς όγκους που υπάρχουν σε μία συγκεκριμένη περιοχή. Αποτελεί τοπική θεραπεία, που σημαίνει ότι θεραπεύει μόνο το μέρος του σώματος που φέρει τον καρκίνο. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και το στάδιό του, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ολική ή μερική αφαίρεση του όγκου και η δεύτερη προτιμάται όταν η ολική αφαίρεση μπορεί να

βλάψει το όργανο που φέρει τον όγκο. Οι χειρουργικές επεμβάσεις εφαρμόζονται είτε επικουρικά σε άλλες θεραπείες, είτε για τη μείωση των συμπτωμάτων της νόσου, είτε γιατί ο όγκος προκαλεί πόνο στο σημείο που βρίσκεται (Lawrence & Lopez, 2005).

1.5.3 Ακτινοθεραπεία

Η έκθεση σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας δίνει τη δυνατότητα να εξαλειφθούν τα καρκινικά κύτταρα ή να επιβραδυνθεί η ανάπτυξή τους καταστρέφοντας το DNA τους. Τα καρκινικά κύτταρα των οποίων το DNA έχει υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη σταματούν να διαιρούνται ή πεθαίνουν. Όταν τα κατεστραμμένα κύτταρα πεθαίνουν, διασπώνται και απομακρύνονται από το σώμα. Η ακτινοθεραπεία δεν σκοτώνει τα καρκινικά κύτταρα αμέσως, αλλά η διαδικασία μπορεί να διαρκέσει κάποιες ημέρες ή εβδομάδες προτού το DNA καταστραφεί αρκετά, ώστε τα καρκινικά κύτταρα να εξαλειφθούν. Η θεραπεία με ακτινοβολία μπορεί να εφαρμοστεί με δύο τρόπους, είτε με εξωτερικές είτε με εσωτερικές δέσμες ακτινοβολίας. Όπως και με τη ΧΜΘ, παρόμοιοι παράγοντες όπως ο τύπος και το στάδιο καρκίνου, η ηλικία, η γενική υγεία κλπ. του ασθενούς καθορίζουν το αν η μέθοδος αυτή είναι η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση για τον κάθε ασθενή (Hughes & Parsons, 2020).

1.5.4 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Πέραν των προαναφερθέντων θεραπευτικών προσεγγίσεων, εφαρμόζονται και άλλες τεχνικές ή προσεγγίσεις που στο παρόν κεφάλαιο θα αναφερθούν επιγραμματικά. Μία από αυτές είναι η ανοσοθεραπεία, η οποία κερδίζει σταθερά έδαφος στην αντιμετώπιση του καρκίνου και συνίσταται στην ενεργοποίηση και χρήση του ίδιου του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενούς. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο καρκίνος μπορεί να επιβιώσει επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα δεν τον αναγνωρίζει ως «εισβολέα». Η ανοσοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει το ανοσοποιητικό σύστημα να «εντοπίσει» τον καρκίνο και να του «επιτεθεί» (Yang, 2015). Άλλη θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί η ορμονοθεραπεία. Ορισμένοι τύποι καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του προστάτη, τροφοδοτούνται από τις ορμόνες του σώματος. Η μείωση έκκρισης αυτών των

ορμονών από το σώμα ή η παρεμπόδιση των επιπτώσεών τους μπορεί να προκαλέσει τη διακοπή της ανάπτυξης των καρκινικών κυττάρων (Drăgănescu & Carmoșan, 2017; Grozescu & Pora, 2017). Τέλος, μια επιπρόσθετη εναλλακτική λύση είναι αυτή της συμμετοχής σε κλινικές δομικές, όπου ασθενείς με την οικειοθελή δήλωσή τους συμμετέχουν σε ερευνητικά πρωτόκολλα δοκιμής νέων φαρμάκων (Penel et al., 2018).

1.6 Πρόγνωση

Τις τελευταίες δεκαετίες στην ιατρική κοινότητα τέθηκε το ζήτημα του κατά πόσο οι ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων και ο βαθμός στον οποίο θα πρέπει να ενημερώνονται για την εξέλιξη της πορείας τους, συμπεριλαμβανομένης της πρόγνωσης της νόσου τους (Κωνσταντινίδης και συν., 2018). Ο όρος «πρόγνωση» αναφέρεται στην ιατρική εκτίμηση για την ανταπόκριση μιας νόσου στη θεραπεία και τον βαθμό που θα επηρεάσει το προσδόκιμο ζωής ενός ασθενούς. Στην ουσία, αναφέρεται σε εκείνους τους προγνωστικούς παράγοντες που θα χρησιμοποιούν για να αναπτυχθεί ένα σχέδιο δράσης θεραπείας και στην πρόβλεψη του αποτελέσματος. Η πλειονότητα της βιβλιογραφίας έχει εστιάσει στο κατά πόσο πρέπει ο ασθενής να είναι ενήμερος για την πρόγνωση, ποιες πληροφορίες θα επικοινωνούν, και με ποιο τρόπο θα επικοινωνούσαν. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γιατροί όταν συζητούν την πρόγνωση με τους ασθενείς τους περιλαμβάνουν το αν θα αναφερθούν σε εκτιμήσεις και στατιστικές επιβίωσης, στο προσδόκιμο ζωής με ασθενείς με «κακές» προγνώσεις και να αποφασίσουν εάν θα ενθαρρύνουν ή όχι την ελπίδα. Κλινικά, η πρόκληση αφορά το να εξισορροπηθούν αυτές οι ανησυχίες με την πολυπλοκότητα της πραγματοποίησης προγνωστικών εκτιμήσεων, σε συνδυασμό πάντα με τη συμμόρφωση με τις νομικές απαιτήσεις (Hagerty et al., 2005).

Κεφάλαιο Δεύτερο

Η εμπειρία του καρκίνου

2.1 Η διάγνωση της νόσου και η πορεία της θεραπείας της

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί ένα γεγονός που αλλάζει τη ζωή τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Ενώ πληροφορούνται για τη διάγνωση, μπορεί να βιώσουν διάφορες αντιδράσεις όπως σοκ, δυσπιστία, σύγχυση, θλίψη, θυμό, ενοχή και παραίτηση. Η στιγμή ανακαλείται έντονα από τους ασθενείς για τα επόμενα χρόνια, δεδομένου ότι αντιπροσωπεύει ένα ανατρεπτικό ορόσημο και μια απροσδόκητη στροφή στη ζωή τους. Εκτός από τη συναισθηματική αναταραχή, οι ασθενείς συχνά πρέπει να αποκτήσουν γρήγορα νέες γνώσεις, ώστε να κατανοήσουν τις επιλογές φροντίδας τους, όταν συζητούν σχέδια θεραπείας με το γιατρό τους, ενώ προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τη δυσμενή πληροφόρηση. Επομένως, η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και του σχεδιασμού της θεραπείας είναι ιδιαίτερης ευαισθησίας και σημασίας και μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική κατάσταση, τη στάση και τις αποφάσεις του ασθενούς σχετικά με τη θεραπεία (Thorne et al., 2009; Walsh & Nelson, 2003).

Ως πορεία της θεραπείας του καρκίνου ορίζεται ο αριθμός των κύκλων θεραπείας. Για παράδειγμα, η θεραπεία που χορηγείται για μία εβδομάδα ακολουθούμενη από τρεις εβδομάδες ανάπαυσης (χωρίς θεραπεία) είναι ένας κύκλος θεραπείας. Όταν ένας κύκλος θεραπείας επαναλαμβάνεται πολλές φορές σε ένα κανονικό πρόγραμμα, αποτελεί μια πορεία θεραπείας η οποία μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες. Η θεραπεία και η πορεία της, θα εξαρτηθεί από τον τύπο του καρκίνου που ο ασθενής έχει. Για παράδειγμα, ορισμένοι καρκίνοι, όπως οι καρκίνοι του δέρματος, μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά έχοντας ελάχιστη πιθανότητα υποτροπής. Από την άλλη, στους απειλητικούς για τη ζωή τύπους του καρκίνου, η πορεία της θεραπείας σχετίζεται με το να επιτρέψει στους ασθενείς να ζήσουν περισσότερο, με καλύτερη ποιότητα ζωής. Κατά συνέπεια, η χρυσή τομή για την αξιολόγηση της θεραπευτικής πορείας είναι η στατιστικά σημαντική αποτελεσματικότητα και η κλινικά σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου, της ποιότητας ζωής, και

εν τέλει της επιβίωσης (Wilson et al., 2015). Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ερευνών για τον Καρκίνο, η αποτελεσματικότητα κατά την πορεία της θεραπείας, πέραν του τύπου του καρκίνου, εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως είναι οι διαθέσιμες θεραπείες και το στάδιο στο οποίο διαγιγνώσκεται ο καρκίνος, όπως και ο χρόνος έναρξης της θεραπείας. Γενικά, η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα της πορείας της νόσου. Επιπλέον, η γενικότερη υγεία του ατόμου και η παρουσία συνοσηροτήτων επηρεάζουν την πορεία και τελική έκβαση της νόσου. Παρά την πρόοδο στην έρευνα και την τεχνολογία, ορισμένοι τύποι καρκίνου παραμένουν δύσκολο να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά σε σύγκριση με άλλους τύπους καρκίνου (American Institute for Cancer Treatment, 2021).

2.2 Η φροντίδα των επιβιωσάντων από καρκίνο

Η επιβίωση τα τελευταία 40 χρόνια από παιδιατρικούς και ενήλικους καρκίνους έχει οδηγήσει σε πληθυσμούς επιζώντων από καρκίνο με πολλές ανάγκες, αφού ενδέχεται να κινδυνεύουν από πολλά σημαντικά ιατρικά και ψυχοκοινωνικά ζητήματα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Έχουν γίνει βήματα στον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου για μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της θεραπείας του καρκίνου και στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν, όπως τα συζυγικά, τα οικονομικά, τα διαπροσωπικά και τα εργασιακά ζητήματα, μέχρι και ψυχιατρικές διαταραχές (Mariotto et al., 2011). Ως εκ τούτου, πολλές έρευνες έχουν σχεδιαστεί και διεξαχθεί με σκοπό τη μέτρηση των βιολογικών/ιατρικών, ψυχοκοινωνικών αναγκών, πόρων και πληροφοριών των επιζώντων του καρκίνου. Συναφείς επαγγελματικές οργανώσεις έχουν εκδώσει οδηγίες για την όψιμη φροντίδα μετά τη θεραπεία του καρκίνου, που ποικίλλουν και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως το περιβάλλον (αστικό ή αγροτικό), τη διαθεσιμότητα πόρων και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη κλπ. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως με την πάροδο του χρόνου και τη χρονική απόσταση από τη θεραπεία της νόσου, οι ανάγκες των ασθενών μειώνονται και ταυτόχρονα σημειώνεται βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Διαμαντοπούλου και συν., 2021).

2.3 Η φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη νόσο

Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της ολοκληρωμένης φροντίδας για ογκολογικούς ασθενείς και η κλινική πρακτική στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Με αυτόν τον τρόπο, στόχος είναι η ανακούφιση από την επιβάρυνση των συμπτωμάτων, μείωση της ψυχικής δυσφορίας, βοήθεια των ασθενών να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους και να δεχθούν το ενδεχόμενο του θανάτου (Kelley & Morrison, 2015). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εμπλέκεται στην ανακουφιστική φροντίδα παρέχει παραδοσιακά νοσηλεία και φροντίδα κατά τους τελευταίους μήνες της ζωής και ο ρόλος του είναι ζωτικής σημασίας. Τα στοιχεία της ανακουφιστικής φροντίδας περιλαμβάνουν την αξιολόγηση, υποστήριξη και θεραπεία των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, και πνευματικών πτυχών της φροντίδας, ενώ εμπεριέχουν επίσης τον συντονισμό της φροντίδας και τη λήψη αποφάσεων (Levy et al., 2016). Οι οδηγίες για την ενσωμάτωση αυτών των αρχών της ανακουφιστικής φροντίδας στην ογκολογική πρακτική βοηθούν τους ειδικούς να αξιολογούν διαχρονικά τους θεραπευτικούς στόχους των ασθενών και, ταυτόχρονα, διευκολύνουν την παρέμβασή τους για να διαχειριστούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο. Μερικές από τις κοινές σωματικές εκδηλώσεις του καρκίνου περιλαμβάνουν πόνο, ανορεξία, καχεξία, κόπωση, ναυτία, δυσκοιλιότητα, δύσπνοια και κακοήθεις εντερικές αποφράξεις. Αυτά τα σωματικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται τακτικά από τους ειδικούς που παρέχουν παρηγορητική φροντίδα. Η ανακουφιστική φροντίδα στην ογκολογία εμπλέκεται βαθιά στην υποστήριξη των ασθενών καθώς αντιμετωπίζει και κατανοεί την ασθένεια, καθώς και τους στόχους της θεραπείας. Η ΧΜΘ προσφέρεται στη μεταστατική νόσο με στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων και τη σταθεροποίηση της νόσου. Η κακή κατανόηση των στόχων της θεραπείας για την ανίατη μεταστατική νόσο μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ικανότητα των ασθενών να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις θεραπείας και, τελικά, να καθυστερήσει τη φροντίδα και τον προγραμματισμό στο τέλος της ζωής τους. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αποφάσεις των ασθενών να λάβουν θεραπεία για ασθένειες προχωρημένου σταδίου εξαρτώνται από τη γνώση τους σχετικά με την πιθανότητα ανεπιθύμητων εκβάσεων και τη συνολική επιβάρυνση της ίδιας της θεραπείας συμπεριλαμβανομένης της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο, της

συχνότητας και του βαθμού επεμβατικών παρεμβάσεων και της διάρκειας της παρακολούθησης (Agarwal & Epstein, 2017).

2.4 Ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών

Η ποιότητα ζωής είναι ένα από τα πιο κρίσιμα ζητήματα για τους ογκολογικούς ασθενείς. Είναι μια συγκεκριμένη και πολυδιάστατη έννοια που προσδιορίζεται από τον ασθενή, και που γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς ως κάτι που περιλαμβάνει τις κοινωνικές, οικονομικές, ψυχοκοινωνικές και σωματικές δραστηριότητές του (Χαβέλα, 2018). Λόγω της βελτίωσης της ιατρικής επιστήμης και της συνεχιζόμενης προόδου στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ο αναμενόμενος χρόνος επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο έχει αυξηθεί. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα αυξημένο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία τόσο των ασθενών όσο και των επιζώντων από καρκίνο. Επομένως, υπάρχει μια συνακόλουθη ανάγκη να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις των καρκινοπαθών που θα τους επέτρεπε να ζήσουν μια ικανοποιητική ζωή (Ravasco, 2019). Σε πολλές περιπτώσεις, οι ογκολογικοί ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη και κακή ποιότητα ζωής μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία για καρκίνο. Έτσι, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μεταξύ των ασθενών με καρκίνο είναι απαραίτητη προκειμένου να σχεδιαστούν παρεμβάσεις για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών (Ravasco, 2019). Ομοίως, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής βοηθά τους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν πώς η θεραπεία, η ασθένεια και η υγεία την επηρεάζουν. Επιπλέον, βοηθά στην κατανόηση πιθανών ωφέλιμων και επικίνδυνων πτυχών μιας θεραπείας, βοηθώντας έτσι στη στάθμιση του αντίκτυπου μιας απόφασης.

Ο καρκίνος και οι διάφοροι τύποι θεραπειών του επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των ασθενών μέσω διαφόρων τύπων αλλοιώσεων όπως οι αλλαγές στις φυσιολογικές και ψυχολογικές λειτουργίες. Εξαιτίας αυτής της μείωσης στην πρόσληψη τροφής ενδέχεται να προκύψουν αλλαγές στην ποιότητα ζωής ενός ασθενούς επηρεάζοντας αρνητικά τη διατροφική κατάσταση (Kim, 2019). Οι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικό αντίκτυπο σε διαφορετικούς τύπους καρκίνου και σε διαφορετικά βήματα, από τη στιγμή της έκθεσης ενός ατόμου σε έναν καρκινογόνο παράγοντα έως την έγκαιρη διάγνωση,

θεραπεία και επιβίωση (Salas et al., 2017). Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες επηρεάζουν όλα τα στάδια του καρκίνου, όπως η θεραπεία, η φροντίδα στο τέλος της ζωής, η διάγνωση και η πρόληψη. Η επιλογή ενός νοσοκομείου για καρκινοπαθείς έχει επίσης επίδραση στην ποιότητα ζωής (Salas et al., 2017). Είναι σημαντικό να σημειωθεί πώς όλες αυτές οι κοινωνικό-περιβαλλοντικές μεταβλητές επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και πώς η ποιότητα ζωής συνδέεται με άλλα μέτρα, δηλαδή τη διατροφή και την κατάσταση απόδοσης.

2.5 Ικανοποίηση των καρκινοπαθών ασθενών που σχετίζεται με τους παράγοντες φροντίδας τους

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Jackson et al., 2001). Ως μέτρο έκβασης είναι ιδιαίτερα σημαντική για ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή πάθηση, όπως ο καρκίνος, οι οποίοι χρειάζονται συνεχή ιατρική φροντίδα για τη διαχείριση της πάθησης. Η υψηλή ικανοποίηση των ασθενών έχει συνδεθεί με την τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών καλύτερης πρακτικής και τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε ασθενείς, καθώς και με τη μεγαλύτερη αποδοχή και συμμόρφωση των ασθενών στην ιατρική περίθαλψη (Kahn et al., 2007).

Πολυάριθμες μελέτες έχουν εξετάσει το επίπεδο ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών που γενικά αναφέρθηκε ως υψηλό. Προηγούμενες μελέτες εξέτασαν συγκεκριμένους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών, όπως η ηλικία, το φύλο και ο τύπος καρκίνου και παράγοντες που σχετίζονταν με τη φροντίδα ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της παροχής πληροφοριών, της σχέσης γιατρού-ασθενούς και της συνέχειας της φροντίδας. Ωστόσο, υπάρχει μικρή συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και ικανοποίησης των ασθενών. Αντίθετα, οι παράγοντες περίθαλψης των ασθενών, όπως ο τρόπος προσέγγισης και συζήτησης του ασθενή με τον γιατρό ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών (Lam et al., 2014). Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να παρεμποδιστεί από την επίμονη σωματική δυσφορία και την ψυχική καταπόνηση (Bui et al., 2005). Επίσης, ενώ οι καρκινοπαθείς δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα, τα στοιχεία ικανοποίησης που παρουσιάστηκαν βασίζονται κυρίως σε μελέτες μεικτών τύπων του καρκίνου.

Κεφάλαιο Τρίτο

Ειδικά θέματα στη φροντίδα ογκολογικών ασθενών υπό ΧΜΘ

3.1 Νοσοκομειακή φροντίδα ογκολογικών ασθενών

Το τοπίο των ιατρικών αναγκών των ασθενών με καρκίνο έχει υποστεί βαθιές αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες, που ακολουθήθηκαν από αντίστοιχες αλλαγές στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ο καρκίνος αφορά έναν ολοένα και πιο ηλικιωμένο πληθυσμό, που συχνά προσβάλλεται από πολλαπλές συνοσηρότητες (Barnett et al., 2012). Επί του παρόντος, θεραπείες για το μεγαλύτερο μέρος της εξέλιξης της νόσου παρέχονται σε όλους τους ασθενείς και η φάση της αποκλειστικής ανακουφιστικής φροντίδας έχει συντομευτεί (Teno et al., 2013). Για ορισμένους πρωτοπαθείς όγκους οι διαθέσιμες θεραπείες είναι τόσο επιθετικές, που απαιτείται πολύπλευρη υποστηρικτική φροντίδα. Από την άλλη πλευρά, ενώ βελτιώνονται σταδιακά τόσο η οργάνωση των δομών παροχής φροντίδας όσο και η πληθυσμιακή κάλυψη, η φροντίδα που παρέχεται κατ' οίκον δεν αρκεί για να προσφέρει όλη την απαιτούμενη βοήθεια για κάποια στάδια του καρκίνου εκτός νοσοκομειακού πλαισίου. Το αποτέλεσμα είναι οι ογκολογικοί ασθενείς συχνά να χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο σε περιβάλλον αυξημένης φροντίδας (Manzano et al., 2014). Αυτά τα δεδομένα έχουν δύο κύριες κατευθύνσεις: α) η κατ' επείγουσα εισαγωγή στο νοσοκομείο να είναι ο συχνότερος και ευκολότερος τρόπος εισαγωγής, αφού τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των εφημερευών νοσοκομείων είναι ανοιχτά όλο το 24ωρο και παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα παραπέμποντας γρήγορα τον ασθενή στο κατάλληλο τμήμα. β) Οι ογκολογικοί θάλαμοι, που προορίζονται για την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας και πολύπλοκων θεραπειών, χρησιμοποιούνται πολύ συχνά και για την τελική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3.2 Τμήμα ημερήσιας φροντίδας ογκολογικών ασθενών

Μια μονάδα ημερήσιας φροντίδας κατά τη ΧΜΘ είναι μια ειδική κλινική καρκίνου που διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό για τη διεξαγωγή της ΧΜΘ. Τέτοιες μονάδες σχεδιάζονται για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και που χρειάζονται παρεμβάσεις όπου δεν απαιτείται νυχτερινή παραμονή στο νοσοκομείο. Σε αυτούς τους ασθενείς εφαρμόζονται οι απαραίτητες διαδικασίες κατά τη διάρκεια της ημέρας, ώστε ο ασθενής να μπορεί να επιστρέψει σπίτι την ίδια μέρα. Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας παρέχουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στους καρκινοπαθείς και τους επιζώντες, έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα με τη μέγιστη προσοχή και ευκολία για τον ασθενή, που αποτελούν από τις βασικές προτεραιότητες (Herbst et al., 2021).

Όσον αφορά τη λήψη ΧΜΘ, ένας ασθενής μπορεί να λάβει τη θεραπεία σε μια μονάδα ΧΜΘ ημερήσιας φροντίδας, όπου ο ασθενής δεν απαιτείται να διανυκτερεύσει. Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας έχουν πολλά πλεονεκτήματα, μερικά από τα οποία αναφέρονται παρακάτω.

- οι εργαζόμενοι είναι εκπαιδευμένοι για τη θεραπεία του καρκίνου και εργάζονται υπό ειδικούς ογκολόγους.
- Παρακολούθηση ασθενών κατά την διάρκεια αλλά και μετά την ΧΜΘ για τυχών αντιμετώπιση ανεπιθύμητων παρενεργειών (π.χ. αλλεργική αντίδραση) από την χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων.
- Έλεγχος και λήψη ζωτικών σημείων, αιμοληψίες και χορήγηση αίματος.
- Σε σύγκριση με την πτέρυγα εξωτερικών ασθενών, τέτοιες μονάδες εξοικονομούν χρόνο αλλά και χρήματα, καθώς ο ασθενής δεν χρειάζεται να διανυκτερεύσει μετά τη θεραπεία και μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του μετά από κάποιες ώρες την ίδια μέρα.
- Οι ασθενείς αισθάνονται πιο χαλαροί και άνετα αφού επιστρέφουν στο σπίτι καθώς βρίσκονται γύρω από τα κοντινά και αγαπημένα τους πρόσωπα (Tralongo et al., 2011).

3.3 Αξιολόγηση των συμπτωμάτων της νόσου κατά τη χημειοθεραπεία

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι καρκινοπαθείς που υποβάλλονται σε ΧΜΘ εμφανίζουν ποικίλα συμπτώματα. Σε ορισμένες από αυτές εξετάστηκαν ετερογενείς ομάδες καρκινοπαθών και φάνηκε ότι τα πιο συχνά συμπτώματα είναι προβλήματα που σχετίζονται με το σεξουαλικό ενδιαφέρον (90%), την έλλειψη ενέργειας (85,8%), την εφίδρωση (75,8%) και τις αλλαγές σε σχέση με τις γεύσεις των τροφίμων (72,5%) (Kirca & Kutlutürkan, 2018). Σε μια άλλη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 268 ασθενείς με καρκίνο, το πιο διαδεδομένο ψυχολογικό πρόβλημα που αναφέρθηκε ήταν η δυσκολία στον ύπνο (58,2%) και το πιο συχνό σωματικό σύμπτωμα ήταν η έλλειψη ενέργειας (88,1%) και η ξηροστομία (75%) (Yahaya et al., 2015). Η εμφάνιση συμπτωμάτων μπορεί να είναι διαφορετική σε μια ομοιογενή ομάδα ασθενών με καρκίνο. Έτσι, σε 104 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, τα συμπτώματα με την υψηλότερη συχνότητα και σοβαρότητα ήταν η έλλειψη ενέργειας, ακολουθούμενη από δυσκολία στον ύπνο και μούδιασμα στα χέρια/πόδια (Pettersson et al., 2014). Σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο καρκίνου που έλαβαν ΧΜΘ, αναφέρθηκε ότι τα πιο συχνά συμπτώματα στο τέλος της θεραπείας ήταν η κόπωση (44%), η απώλεια μαλλιών (65%), η αλλαγή στη γεύση, η υπνηλία (56%) και η συναισθηματική αγωνία (44%) (Gwede et al., 2008). Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ένα αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για συγκεκριμένα συμπτώματα που εμφανίζουν οι καρκινοπαθείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όπως ο πόνος, η κόπωση, και η ναυτία (Lavdaniti, 2015). Παρά την πρόοδο της έρευνας σε αυτόν τον τομέα, έχει διαπιστωθεί ότι η αξιολόγηση ενός μεμονωμένου συμπτώματος δεν είναι πάντα χρήσιμη για την καθοδήγηση της κλινικής πρακτικής όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλά συμπτώματα ταυτόχρονα. Επίσης, είναι σημαντικό για τη νοσηλευτική φροντίδα του καρκίνου να διερευνηθούν τα συμπτώματα προκειμένου να αναπτυχθούν κατάλληλα μέτρα για τη διαχείριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του (Lavdaniti, 2015).

3.4 Ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τη χημειοθεραπεία

Τις τελευταίες δεκαετίες ο παλιός τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με την νοσοκεντρική προσέγγιση έχει αλλάξει και επικεντρώνεται πλέον στον ασθενή. Έτσι,

οι ασθενείς έχουν πια μεγαλύτερη επιρροή στη φροντίδα που λαμβάνουν και τους δίνεται η ευκαιρία να αλλάξουν τον τρόπο που αυτή τους παρέχεται. Η ικανοποίηση από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα είναι από τους βασικούς δείκτες αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης, αφού αποτελεί από τους μακροβιότερους δείκτες αξιολόγησης στις κοινωνικές επιστήμες (Turhal et al., 2012).

Όσον αφορά στον διεθνή χώρο, υπάρχουν αρκετές μελέτες που έχουν αναδείξει την επαρκή ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στις μονάδες ημερήσιας φροντίδας. Οι Thomas και συνεργάτες διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών σε μια ογκολογική εξωτερική κλινική στο Πανεπιστήμιο Middlesex στο Enfield του Ηνωμένου Βασιλείου και ανέφεραν ότι από τους 252 ασθενείς το 92% ήταν «πάντα» ή «συνήθως» ικανοποιημένοι από την επίσκεψή τους. Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι το κλινικό προσωπικό ήταν η πιο σημαντική πηγή ικανοποίησης (Thomas et al., 1997). Παρόμοιες ιταλικές και βρετανικές μελέτες ανέφεραν επίσης ισχυρά και αδύναμα σημεία των υπηρεσιών των μονάδων ημερήσιας φροντίδας που προέκυψαν από έρευνες ικανοποίησης των ασθενών και έλαβαν μέτρα για τη διόρθωση των προβληματικών ζητημάτων (Turhal et al., 2012). Αναφορικά με τον ελλαδικό χώρο, έχουν πραγματοποιηθεί αντίστοιχες μελέτες. Την περίοδο 2007-2009 διεξήχθη μελέτη σε Νοσοκομείο Τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Κρήτη, συμπεριλαμβάνοντας 95 ογκολογικούς ασθενείς, εκ των οποίων σχεδόν το 59% επισκέφθηκε τη μονάδα ημερήσιας φροντίδας και το υπόλοιπο 41% χρειάστηκε νοσοκομειακή φροντίδα. Στη μελέτη διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φροντίδα σε πρακτικό επίπεδο (π.χ. αλλαγή ρούχων), αλλά και από την βοήθεια σε ζητήματα της θεραπείας. Από την άλλη, οι ασθενείς δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι στο επίπεδο της πληροφόρησης για την μελλοντική έκβαση της νόσου, της θεραπείας και των εξετάσεων. Στατιστικά σημαντικές διαφορές φάνηκε ανάμεσα στους ασθενείς αναλόγως του τύπου του καρκίνου που έφεραν (Κωνσταντινίδης, 2017). Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε Ογκολογικό Νοσοκομείο της Αττικής, στη μονάδα ημερήσιας φροντίδας και συμπεριελάμβανε 120 ασθενείς, πάνω από το 90% δήλωσε επαρκώς ή απόλυτα ικανοποιημένο. Συγκεκριμένα, όλοι

ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα, ενώ 97,5% και το 99,2% ήταν ικανοποιημένοι τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό από τη νοσηλευτική φροντίδα και τη διοικητική υποστήριξη αντίστοιχα (Κουλουκούρα, 2014).

Κεφάλαιο Τέταρτο

Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής έρευνας ήταν η καταγραφή των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας στο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν με βάση τον σκοπό της έρευνας ήταν τα ακόλουθα:

1. Ποια είναι η εκτίμηση της βαρύτητας και της επίδρασης των συμπτωμάτων που συνδέονται με τον καρκίνο και τη ΧΜΘ;
2. Σε τι ποσοστό των ασθενών εμφανίζεται το σύμπτωμα της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο;
3. Ποια διάσταση της καθημερινότητας η κόπωση επηρεάζει περισσότερο;
4. Σε τι βαθμό επηρεάζεται η καθημερινότητα των ασθενών από την κόπωση;
5. Σε τι βαθμό είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς από τη θεραπεία σε μια μονάδα ημερήσιας νοσηλείας;
6. Με πιο τρόπο επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα την κόπωση και την ικανοποίηση από τη θεραπεία;
7. Σχετίζεται η ικανοποίηση θεραπείας με τη κόπωση, τη συμπτωματολογία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών;

4.3 Δείγμα και δειγματοληψία

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη παρατήρησης (observational cross-sectional study) με συλλογή στοιχείων που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος – Σεπτέμβριος 2021. Οι ασθενείς πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, ανεξαρτήτου σταδίου. Ο τύπος καρκίνου, το στάδιο του καρκίνου και ο κύκλος ΧΜΘ δεν αξιολογήθηκαν.
- Ασθενείς που νοσηλεύονταν στην μονάδα ημερήσιας νοσηλείας, στην ογκολογική κλινική και εξωτερικά ιατρεία στο Γ.Ν.Η.Βενιζέλειο-Πανάνειο.
- Ενήλικες ασθενείς (>18 ετών) που λαμβάνουν ΧΜΘ.

Στην αναζήτηση ασθενών, συνολικά επιλέχθηκαν και συμμετείχαν στην έρευνα 100 ασθενείς. Ωστόσο σε 5 ασθενείς υπήρξε έλλειψη δεδομένων (missing values) που αφορούσαν τη νόσο τους και την συμπλήρωση ορισμένων ερωτήσεων (items) των εργαλείων αξιολόγησης (scales/questionnaires), οπότε και δεν συμπεριλήφθησαν στην ανάλυση.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια/κλίμακες (scales). Των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων που λάμβαναν ΧΜΘ κατά τη διάρκεια της έρευνας και τα ερωτηματολόγια καταγραφής των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο με τη χρήση του ερωτηματολογίου: **Greek M.D. Anderson Symptom Inventory** (Mystakidou et al., 2004), καταγραφή των συμπτωμάτων της κόπωσης **Brief Fatigue Inventory (BFI)** (Mystakidou et al., 2008) και εκτίμηση της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών κατά τη ΧΜΘ με τη χρήση του ερωτηματολογίου **Cancer Treatment Satisfaction Questionnaire** (Abetz et al., 2005; Stylianiou et al., In Press) τα οποία και αναλύονται στη συνέχεια.

Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων

Πρόκειται για ένα σύνολο 12 ερωτήσεων που αφορούν στο φύλο, ηλικία, καταγωγή, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, με ποιον ζει ο ασθενής, πότε έγινε η διάγνωση, άλλο είδος θεραπείας, άλλο σημαντικό πρόβλημα υγείας και η σημαντικότερη ανάγκη στην παρούσα περίοδο της ζωή τους.

Εκτίμηση του συμπτώματος της κόπωσης

Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου **Brief Fatigue Inventory (BFI)** (Mystakidou et al., 2008). Το BFI αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της κόπωσης σε πληθυσμούς ογκολογικών ασθενών. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της αρχικής κλίμακας έχει τεκμηριωθεί. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί κλίμακα 11 σημείων

(0 = "χωρίς κόπωση" έως 10 = "η χειρότερη κόπωση που νιώσατε ποτέ"). Τρία στοιχεία ζητούν από τους ασθενείς να αξιολογήσουν τη σοβαρότητα της κόπωσης τους στο «χειρότερο», «συνηθισμένο» και «τώρα» κατά τις τελευταίες 24 ώρες. Βαθμολογία ≥ 7 υποδεικνύει «σοβαρή κόπωση» και 0–6 υποδεικνύει «μη σοβαρή». Έξι επιπλέον στοιχεία περιγράφουν το κατά πόσο η κόπωση παρεμβαίνει σε διαφορετικές πτυχές της ζωής του ασθενούς τις τελευταίες 24 ώρες. Αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνουν γενική δραστηριότητα, διάθεση, ικανότητα περπατήματος, κανονική εργασία, σχέσεις με άλλους ανθρώπους και απόλαυση της ζωής. Αυτό μετρείται με 0 = "δεν παρεμβαίνει" και 10 = "παρεμβαίνει εντελώς". Η συνολική βαθμολογία για το BFI υπολογίζεται ως η μέση τιμή αυτών των εννέα στοιχείων.

Εκτίμηση της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών

Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου **Cancer Treatment Satisfaction Questionnaire** (Abetz et al., 2005; Stylianos et al., In Press). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις διαστάσεις που αξιολογούν τις προσδοκίες από τη θεραπεία (5 ερωτήσεις), τα συναισθήματα για τις παρενέργειες (4 ερωτήσεις) και την ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από τη θεραπεία (7 ερωτήσεις), ανεξάρτητα από τον τύπο, το στάδιο του καρκίνου και τον τύπο της ΧΜΘ που υπόκεινται. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από ένα έως πέντε, με τη χαμηλότερη τιμή να αντιπροσωπεύει τη χειρότερη απάντηση. Τέσσερις ερωτήσεις αντιστρέφονται, ενώ η βαθμολογία κάθε διάστασης υπολογίζεται με τον τύπο: (μέση βαθμολογία διαστάσεων -1) $\times 25$. Το αποτέλεσμα της βαθμολογίας κάθε διάστασης κυμαίνεται από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να αντιπροσωπεύει πιο θετικά αποτελέσματα.

Καταγραφή συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο

Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου: **Greek M.D. Anderson Symptom Inventory** (Mystakidou et al., 2004). Είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που παρέχει μια σύντομη εκτίμηση της βαρύτητας και της επίδρασης των συμπτωμάτων που συνδέονται με τον καρκίνο. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 15 συμπτώματα (πόνος, κόπωση, ναυτία, εμετούς, διαταραχές ύπνου, ανησυχία, ξηροστομία, θλίψη κ.ά. κατά το τελευταίο 24ωρο) καθένα από τα οποία βαθμολογείται σε μια 11βαθμη κλίμακα σοβαρότητας τύπου Libert από το 0 έως το 10 (όπου το 0= «το σύμπτωμα δεν με επηρεάζει» και το 10= «το σύμπτωμα με έχει

επηρεάσει έντονα»). Το δεύτερο μέρος εκτιμά κατά πόσο τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν το πώς αισθανόταν ο ασθενής και πως επηρεάστηκε η λειτουργικότητα του το τελευταίο 24ωρο. Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις (γενική δραστηριότητα, διάθεση, κλπ). Επίσης υπάρχουν 4 ερωτήσεις που σχετίζονται με τις παρενέργειες από τη θεραπεία(κατάποση, ξηρότητα, κλπ.) Η εκτίμηση γίνεται με μια 11-βαθμη κλίμακα τύπου Libert όπου το 0 αντιστοιχεί στο ότι το σύμπτωμα δεν επηρεάζει και το 10 ότι το σύμπτωμα επηρεάζει έντονα.

4.5 Ηθική-Δεοντολογία της έρευνας

Η παρούσα εργασία ακολούθησε όλες τις αρχές διασφάλισης ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν τις κλινικές έρευνες. Η διπλωματική εργασία πήρε έγκριση με τίτλο << Εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας>> από το τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου στις 8/3/2021 και από το Γ.Ν.Η.Β.Π. στις 22/4/2021. Όλοι οι ασθενείς με ογκολογική νόσο υπο ΧΜΘ στην μονάδα ημερήσιας νοσηλείας του Γ.Ν.Η. *“Βενιζέλειο-Πανάνειο”*, που δέχτηκαν να συμμετέχουν, υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα, αφού πρώτα ενημερώνονταν προφορικά από την ερευνήτρια, για την εθελοντική συμμετοχή τους, τον σκοπό της έρευνας και ότι θα τηρηθούν οι αρχές ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των απαντήσεών τους.

Η εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Αναστασίας Γαβαλά που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης εκχωρεί στο ΕΛΜΕΠΑ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ’ οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με

οποιοδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού.

4.6 Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS26.0 (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνότητας των περιγραφικών χαρακτηριστικών, νόσου και συνοσηρότητας των 95 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη με ανάλογη συνεκτίμηση των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης για λόγους συγκρισιμότητας. Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών των Κλιμάκων Κόπωσης (BFI-Gr), Ικανοποίησης (CTSQ) και Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQplot), ενώ υπολογίστηκαν κατά περίπτωση οι συντελεστές αξιοπιστίας μέσω της μεθόδου Cronbach. Λόγω ασυμμετρίας στις περισσότερες κλίμακες/υποκλίμακες, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική μέθοδος συσχέτισης κατά Spearman στις μεταξύ τους συσχετίσεις ή με τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Στις συγκρίσεις των βαθμολογιών τους έγινε χρήση επίσης της μη παραμετρικής μεθόδου Kruskal-Wallis. Μέσω πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, ακολούθησε συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) της υψηλής έναντι της μέτριας/χαμηλής Ικανοποίησης θεραπείας ως προς την κόπωση, τη συμπτωματολογία και τα χαρακτηριστικά των 95 ασθενών. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Κεφάλαιο Πέμπτο

Αποτελέσματα

5.1 Χαρακτηριστικά ασθενών

Από τους 95 ογκολογικούς ασθενείς της παρούσας έρευνας, το 50,5% ήταν άνδρες, η μέση ηλικία όλων βρέθηκε στα 63,8 χρόνια ($\pm 10,2$) ενώ η πλειοψηφία τους ή το 58,9% ήταν μεταξύ 61-85 ετών (**Παράρτημα 1 - πίνακας 1**). Σχεδόν το σύνολο (98,9%) ήταν ελληνικής καταγωγής, έγγαμοι/ες βρέθηκαν το 75,8% ενώ με μοναχική διαβίωση καταγράφηκαν το 17,9%. Με ακαδημαϊκή μόρφωση βρέθηκε το 16,8%, στην απασχόλησή τους το 31,6% εργάζονταν ενώ στην περιοχή κατοικίας, η πλειοψηφία ή το 80,0% κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου.

Στα χαρακτηριστικά νόσου και συνοσηρότητας που παρουσιάζονται στον **πίνακα 2**, ο μέσος χρόνος που παρήλθε από τη διάγνωση της νόσου τους προσέγγιζε τα 1,9 χρόνια ή κυμαινόταν από 0,1 έως 7,7 χρόνια. Πλέον της τρέχουσας θεραπείας τους, το 62,1% υποβλήθηκε πριν την εκπόνησης της παρούσας έρευνας σε χειρουργική επέμβαση και το 17,9% σε ακτινοθεραπείες. Ως προς την παρουσία συνοδών νοσημάτων/συνοσηρότητα με την μεγαλύτερη συχνότητα ή 16,8% βρέθηκε να νοσεί από καρδιολογικό νόσημα και έπεται το 4,2% από αυτοάνοσο. Γενικά, μόλις το 7,4% φαίνεται να αναφέρει πολυνοσηρότητα (δυο χρόνια νοσήματα) πλέον του καρκίνου.

5.2 Κόπωση ασθενών

Στο **σχήμα 1** δίνεται η κατανομή αποκρίσεων των ασθενών στην ερώτηση της Κλίμακας Κόπωσης Brief Fatigue Inventory (BFI-Gr) «Πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ζωής μας νιώθουμε κουρασμένοι ή κόπωση για να πραγματοποιήσουμε οτιδήποτε. Έχετε νιώσει την τελευταία εβδομάδα κουρασμένοι ή κόπωση;». Η πλειοψηφία ή σημαντικά περισσότεροι ασθενείς από τους μισούς ασθενείς (85,3%, $p < 0,05$) ανέφεραν ότι ένιωσαν κουρασμένοι ή κόπωση. Στο **σχήμα 2** επίσης και σε συνέχεια της Κλίμακας BFI-Gr, δίνεται η κατανομή των μέσων βαθμολογιών στις 9 προτάσεις της που αφορούν την κόπωση, με την κλίμακα αποκρίσεων να

υποδηλώνεται σε βαθμολογία από 0 έως 10, όπου 10 αφορά τη χειρότερη κόπωση ή ότι επηρεάζει στο μέγιστο τη ζωή τους. Βρέθηκαν γενικά μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κόπωσης και στις 9 προτάσεις, με υψηλότερη μέση βαθμολογία κόπωσης να παρατηρείται γενικά στην χειρότερη κόπωση που ένιωσαν τις τελευταίες 24 ώρες (5,3) και τη μικρότερη στην επίδραση που έχει η κόπωση στις σχέσεις με τους άλλους (2,6).

5.3 Ικανοποίηση Θεραπείας ασθενών

Στον **πίνακα 3** παρουσιάζονται οι ποσοστιαίες αποκρίσεις σε 16 ερωτήσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Θεραπείας ή Cancer Therapy Satisfaction Questionnaire (CTSQ) των 95 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη. Οι αποκρίσεις και των 16 ερωτήσεων μετασχηματίστηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες κατασκευής της Κλίμακας ώστε να εκφράζουν σε αύξουσα διαβάθμιση υψηλότερη ικανοποίηση. Μεταξύ άλλων, σε υψηλότερη συχνότητα ή 73,7% απαντούν διαρκώς στην ερώτηση «8. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας βοηθούσε να ζήσετε περισσότερο;» ή ποτέ το 71,6% στην ερώτηση «9. Γενικά, τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, πόσο συχνά σκεφτόσασταν να διακόψετε τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια);». Αντίστροφα, μόλις το 14,7% απαντούν διαρκώς στην ερώτηση «5. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) περιόρισε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;».

5.4 Συμπτωματολογία ασθενών

Στον **πίνακα 4** αντίστοιχα, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες έντασης και συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων σύμφωνα με την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων G-MDASI. Η Κλίμακα διαχωρίζεται σε 4 ομάδες συμπτωμάτων που η έντασή τους ελέγχεται σε διαβάθμιση από 0 έως 10, με 10 να υποδηλώνει παρουσία σε χειρότερη ή ολοκληρωτική μορφή. Από τα Βασικά Συμπτώματα, σε μεγαλύτερη συχνότητα ή 81,1% των ασθενών αλλά και σε μέση ένταση ή 4,26, παρατηρείται η Κόπωση ενώ σε χαμηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκαν οι Έμετοι (18,9% ή 1,03) και το κόψιμο αναπνοής (22,1% ή 1,03). Στα Επιπρόσθετα I που αφορούν γενικά τη ζωή των ασθενών, με μεγαλύτερη συχνότητα αλλά και σε μέση ένταση παρατηρείται να είναι το Περπάτημα (73,7% ή 3,88).

Πλέον των συχνοτήτων και επιμέρους βαθμολογιών των προαναφερθέντων τριών Κλιμάκων Κόπωσης (BFI-Gr), Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) και Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) κλιμάκων, οι συνολικές τους βαθμολογίες παρουσιάζονται στον **πίνακα 5**. Η βαθμολογία της Κλίμακας Κόπωσης (BFI-Gr) που καθορίζεται από τη συνάθροιση των 9 προτάσεών της, σε πιθανό εύρος 0 έως 90 ($\rightarrow 90$ δείχνει υψηλότερη κόπωση) βρέθηκε με μέση τιμή που προσδιορίζει μέτρια προς χαμηλά επίπεδα κόπωσης ($40,0 \pm 22,4$). Επιπλέον, με σοβαρή κόπωση βρέθηκαν 16 ασθενείς ή το 16,8%. Αντίστοιχα, η Κλίμακα Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) διαχωρίζεται σε τρεις συνιστώσες ή υποκλίμακες, με εκτίμηση της βαθμολογίας τους σε εύρος 0-100 ($\rightarrow 100$ δείχνει υψηλότερη ικανοποίηση). Γενικά και στις τρεις διαπιστώνονται μέτρια προς υψηλά μέσα επίπεδα Ικανοποίησης Θεραπείας, με σημαντικά υψηλότερη να βρίσκεται στην *Ικανοποίηση από τη Θεραπεία* έναντι χαμηλότερης στην *Συναισθήματα για τις παρενέργειες* ($82,2$ έναντι $54,0$, $p < 0,001$). Επιπλέον, με πολύ υψηλή ικανοποίηση βρέθηκε το 75,8%, με πολύ μεγάλες προσδοκίες το 70,5% και με πολύ θετικά συναισθήματα μόλις το 24,7%. Στην Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI), διαπιστώνεται ότι τα συμπτώματα Επιπρόσθετα I που αφορούν γενικά τη ζωή τους, έχουν σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία έντασης έναντι των υπολοίπων ($p < 0,001$). Γενικά ωστόσο, η συνολική μέση βαθμολογία Μέτρησης Συμπτωμάτων βρέθηκε σε πολύ χαμηλά επίπεδα ή μόλις στο 2,6 σε πιθανό εύρος 0 έως 10 όπου 10 υποδηλώνει παρουσία συμπτωμάτων σε χειρότερη ή ολοκληρωτική μορφή. Σημειώνεται ακόμα ότι και οι τρεις είχαν καλή συνέπεια αποκρίσεων (συντελεστές αξιοπιστίας $\alpha > 0,70$).

5.5 Σχέση Κόπωσης, Ικανοποίησης Θεραπείας & Συμπτωματολογίας ασθενών

Στον **πίνακα 6** παρουσιάζονται οι μονομεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) με την Κλίμακα Κόπωσης (BFI-Gr) & Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) των 95 ογκολογικών ασθενών. Παρατηρούνται σχεδόν στο σύνολο των ελέγχων σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας και της Κόπωσης & Ικανοποίησης Θεραπείας. Συνολικά, η αύξηση της έντασης της Μέτρησης Συμπτωμάτων σχετίζεται με αύξηση της Κόπωσης ($\rho = 0,788$, $p < 0,05$) και με μείωση των Προσδοκιών για τη Θεραπεία ($\rho = -0,338$, $p < 0,05$), των θετικών Συναισθημάτων για τις παρενέργειες ($\rho = -0,573$,

$p < 0,05$) ή της Ικανοποίησης για τη Θεραπεία ($r = -0,574$, $p < 0,05$). Ανάλογα και σύμφωνα με τον **πίνακα 7**, η αύξηση της Κόπωσης των ασθενών φαίνεται να σχετίζεται με μείωση των Προσδοκιών για τη Θεραπεία ($r = -0,394$, $p < 0,05$), των θετικών Συναισθημάτων για τις παρενέργειες ($r = -0,464$, $p < 0,05$) ή της Ικανοποίησης για τη Θεραπεία ($r = -0,481$, $p < 0,05$).

5.6 Σχέση Κόπωσης, Ικανοποίησης Θεραπείας & Συμπτωματολογίας ασθενών με τα χαρακτηριστικά τους

Τέλος ως προς τις μονομεταβλητές συσχετίσεις, στον **πίνακα 8** παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της βαθμολογίας των Κλιμάκων Κόπωσης (BFI-Gr), Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) & Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) των 95 ογκολογικών ασθενών, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά. Γενικά διαπιστώνονται σποραδικές σημαντικές συσχετίσεις που αφορούν κυρίως το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και τα χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου. Μεταξύ άλλων, το ανδρικό φύλο φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα θετικών Συναισθημάτων για τις παρενέργειες ($r = -0,288$, $p < 0,05$) ή Ικανοποίησης για τη Θεραπεία ($r = -0,373$, $p < 0,05$) και με χαμηλότερη ένταση στη Μέτρηση Συμπτωμάτων ($r = 0,261$, $p < 0,05$). Οι έγγαμοι/ες επίσης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης για τη Θεραπεία ($r = -0,260$, $p < 0,05$). Οι έχοντες/ουσες υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης σχετίζονται με μικρότερη Κόπωση ($r = -0,233$, $p < 0,05$) ή με υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης για τη Θεραπεία ($r = 0,276$, $p < 0,05$) και χαμηλότερη ένταση Μέτρησης Συμπτωμάτων ($r = -0,278$, $p < 0,05$). Τα περισσότερα χρόνια από τη διάγνωση σχετίζονται επίσης με μεγαλύτερη Κόπωση ($r = 0,236$, $p < 0,05$) ή με μείωση των Προσδοκιών για τη Θεραπεία ($r = -0,290$, $p < 0,05$) και μείωση των θετικών Συναισθημάτων για τις παρενέργειες ($r = -0,229$, $p < 0,05$).

5.7 Πολλαπλή συσχέτιση της Ικανοποίησης Θεραπείας & των Χαρακτηριστικών

Στον **πίνακα 9** τέλος παρουσιάζεται η πολλαπλή συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) της υψηλής έναντι της μέτριας/χαμηλής Ικανοποίησης Θεραπείας και ως προς την κόπωση, τη συμπτωματολογία και τα χαρακτηριστικά των 95 ασθενών. Καθώς η Ικανοποίηση Θεραπείας περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες, τις Προσδοκίες

για τη θεραπεία, τα Συναισθήματα για τις παρενέργειες & την Ικανοποίηση από τη Θεραπεία, η αξιολόγηση έγινε ξεχωριστά για κάθε μια και με τη χρήση χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να σχετίζονται μεταξύ τους. Για κάθε μονάδα αύξησης λοιπόν της βαθμολογίας της Κλίμακας Κόπωσης μειώνεται σημαντικά το odds για πολύ μεγάλες Προσδοκίες για τη θεραπεία ($OR=0,96$, $p=0,050$). Αντίστοιχα, για κάθε μονάδα αύξησης της βαθμολογίας έντασης της Μέτρησης Συμπτωμάτων μειώνεται σημαντικά το odds για πολύ θετικά Συναισθήματα για τις παρενέργειες ($OR=0,45$, $p=0,018$), ενώ στην πολύ υψηλή Ικανοποίηση για τη Θεραπεία οι γυναίκες έχουν σημαντικά μικρότερο odds ($OR=0,10$, $p=0,003$). Φαίνεται λοιπόν ότι η αύξηση των Προσδοκιών των ασθενών για τη θεραπεία σχετίζονται με τη μείωση της Κόπωσής τους, η αύξηση των θετικών Συναισθημάτων για τη θεραπεία με τη μείωση της έντασης/παρουσίας συμπτωμάτων ενώ γενικά στην Ικανοποίηση οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα.

Κεφάλαιο Έκτο

Συζήτηση

6.1 Συζήτηση

Γενική σύνοψη

Η έρευνα της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποσκοπούσε στη καταγραφή των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Συνοπτικά βρέθηκαν τα εξής: α) σε μεγαλύτερη συχνότητα και μέση ένταση βρέθηκε από τα συμπτώματα η *Κόπωση* και σε χαμηλότερη οι *Έμετοι* ή το *δυσκολία αναπνοής*, ενώ από εκείνα που αφορούν γενικά τη ζωή των ασθενών, με μεγαλύτερη συχνότητα αλλά και σε μέση ένταση βρέθηκε το *Περπάτημα*, β) με σοβαρή κόπωση βρέθηκε πολύ μικρό ποσοστό ασθενών (16,7%), γ) γενικά η κόπωση βρέθηκε σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα, η Ικανοποίηση Θεραπείας διαχωριζόμενη σε τρεις συνιστώσες ή υποκλίμακες σε μέτρια προς υψηλά μέσα επίπεδα και η Μέτρηση Συμπτωμάτων σε πολύ χαμηλά επίπεδα και δ) η αύξηση των *Προσδοκιών για τη θεραπεία* σχετίζεται σημαντικά με τη μείωση της Κόπωσης των ασθενών, η αύξηση των *θετικών Συναισθημάτων για τη θεραπεία* με τη μείωση της έντασης/παρουσίας συμπτωμάτων ενώ γενικά η *Ικανοποίηση για τη θεραπεία* εκφράζεται σε υψηλότερα επίπεδα από τους άνδρες ασθενείς.

Το κυρίαρχο σύμπτωμα σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, η κόπωση, αποτελεί μια υπενθύμιση της απαίτησης των ατόμων για ενεργειακή πρόσληψη, ωστόσο όταν αφορά άτομα με καρκίνο ορίζεται ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια του χρόνου, χαρακτηρίζεται από μειωμένο ενεργειακό ισοζύγιο και νοητική ικανότητα αλλά και διαταραγμένες ψυχολογικές

συνθήκες (Bower, 2014; Shih et al., 2021). Ο επιπολασμός της σχετιζόμενης με τον καρκίνο κόπωσης εκτιμάται μεταξύ 60% έως 90%, ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται ενώ συχνά συνυπάρχει με άλλα συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, η αδυναμία, ο πόνος, η ανορεξία, η αϋπνία, το άγχος, η ναυτία και η δυσκολία αναπνοής ή δύσπνοια, τα οποία δύναται να συμβάλλουν στην ένταση της (Bower, 2014; Mystakidou et al., 2008). Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο επιβάλλει περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες αρκετών ογκολογικών ασθενών και σε βάθος επηρεάζει όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής τους, συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης με τυπικές θεραπείες όπως η ΧΜΘ ή η ακτινοθεραπεία. Κατά συνέπεια η διαχείρισή της είναι απαραίτητο να αποτελεί μέρος του σχεδίου θεραπείας των ογκολογικών ασθενών (Shih et al., 2021).

Πλέον των σχέσεων της, η κόπωση στους ογκολογικούς ασθενείς της παρούσας έρευνας ενώ ήταν το πιο συχνό σύμπτωμα, φαίνεται σύμφωνα με την Κλίμακα BFI να είναι σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα, ενώ παράλληλα με σοβαρή κόπωση εντοπίστηκαν λιγότεροι από 1 στους 5 ασθενείς (16,7%). Η προοπτική μελέτη των Muthanna and colleagues (2021) στην Μαλαισία το 2019/20, στόχευε στον προσδιορισμό της επίδρασης της κόπωσης στην ποιότητα ζωής 172 ασθενών με καρκίνο μαστού που λάμβαναν ΧΜΘ και στον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης σοβαρής κόπωσης. Η εκτίμηση της μέσης βαθμολογίας της BFI ήταν σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με της παρούσας έρευνας ($46,5 \pm 11,4$ έναντι $40,0 \pm 22,4$). Σημαντική ωστόσο συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της κόπωσης και του σταδίου καρκίνου, της καθυστέρησης της δόσης της ΧΜΘ, της μείωσης της δόσης, του σχήματος ΧΜΘ και της εθνικότητας. Σε άλλη έρευνα το 2015 στη Βοστώνη σε 180 ασθενείς που λάμβαναν δια στόματος στοχευόμενη ή ΧΜΘ για διάφορες κακοήθειες, εντάχθηκαν σε τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή συμμόρφωσης και διαχείρισης συμπτωμάτων (Poort et al., 2020). Θεωρώντας ότι η κόπωση αποτελεί μια γνωστή παρενέργεια της ενδοφλέβιας ΧΜΘ, βρήκαν στην έναρξη της έρευνας ότι το 25,0% είχαν μέτρια έως σοβαρή κόπωση. Οι κουρασμένοι δε ασθενείς εμφάνισαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και χειρότερη ποιότητα ζωής ($p < 0,001$). Σε άλλες μελέτες καταγράφηκαν επίσης διαφορετικά ή ανάλογα ποσοστά σοβαρής κόπωσης όπως 17,4% σε 121 ασθενείς στην Ινδονησία (Paramita et al., 2016), 17% σε 206

ασθενείς στις Φιλιππίνες (Mendoza et al., 2010) ή 2,1% σε 48 ασθενείς υπό ΧΜΘ στην Ιταλία (Di Marco et al., 2018). Ωστόσο η καταγραφή αυτή είναι ενθαρρυντική καθώς μπορεί να βοηθήσει τους ογκολόγους ή τους επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν, να παρακολουθήσουν και να θεραπεύσουν αποτελεσματικά την κόπωση που σχετίζεται με τις θεραπείες και τις αλλαγές στη ποιότητα ζωής των ασθενών τους.

Πλέον όμως των συμπτωμάτων και της ιδιαιτερότητας που έχουν στη συνέχιση της θεραπείας των ογκολογικών ασθενών σε μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, η Ικανοποίηση Θεραπείας εκτιμήθηκε σύμφωνα με την Κλίμακα CTSQ σε μέτρια προς υψηλά μέσα επίπεδα, με πιο εμφανή τη συνιστώσα «*Ικανοποίηση από την θεραπεία*», όπου με πολύ υψηλή ικανοποίηση βρέθηκε το 75,0% των ασθενών. Παράλληλα η κλίμακα κόπωσης BFI βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά αρνητικά με τις πολύ υψηλές «*Προσδοκίες για τη θεραπεία*» (odds=0,96, p=0,041). Οι Stylianou and colleagues (2021) σε μελέτη τους σε δείγμα 100 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΧΜΘ στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά» - Πειραιά, αξιολόγησαν για 6 μήνες την ικανοποίηση των ασθενών από τη ΧΜΘ και την επίδραση διαφόρων δημογραφικών παραγόντων, συμπτωμάτων και της ικανοποίησης από τη θεραπεία. Η μέσης τιμές της βαθμολογίας των τριών συνιστωσών της Κλίμακας CTSQ που βρήκαν ήταν χαμηλότερες από τις αντίστοιχες των ασθενών της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, στην «*Προσδοκίες για τη θεραπεία*» ήταν 60,6 έναντι 78,8, αντίστοιχα, στην «*Συναισθήματα για τις παρενέργειες*» 44,6 έναντι 54,0 και στην «*Ικανοποίηση από τη θεραπεία*» 75,9 έναντι 82,2. Επίσης, τα πιο σοβαρά συμπτώματα ήταν η κόπωση και το άγχος ενώ οι συνιστώσες του CTSQ σχετιζόταν σημαντικά με τον πόνο, το άγχος, την κόπωση και την ναυτία. Σχετικά με τα επίπεδα βαθμολογίας των τριών συνιστωσών, σε 55 ασθενείς στην Ολλανδία με καρκίνο πνεύμονα βρέθηκαν χαμηλότερα μέσα επίπεδα από τους ασθενείς της παρούσας μελέτης ή 55,6, 52,2 & 79,7 αντίστοιχα (Cheung et al., 2016) ή παρόμοια επίπεδα σε 361 ασθενείς διαφόρων σταδίων και τύπων καρκίνου στις ΗΠΑ (76,8, 91,9 & 82,8, αντίστοιχα) (Trask et al., 2008). Σημειώνεται στο σημείο αυτό ότι η «*Ικανοποίηση από τη θεραπεία*» ενέχει υψηλότερα επίπεδα στους άνδρες ασθενείς της παρούσας μελέτης, διαφορά που σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφική γνώση δεν είναι εφικτή η ερμηνεία της, ωστόσο φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνδρες

ογκολογικοί ασθενείς συγκεκριμένων τύπων καρκίνου (π.χ. προστάτη) είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη θεραπεία τους (Forgione et al., 2019). Γενικά λοιπόν, καθώς η ΧΜΘ ανταποκρίνεται στις προσδοκίες όλων των ογκολογικών ασθενών, συχνά συμπτώματα όπως η κόπωση, το άγχος ή ο πόνος επηρεάζουν την ικανοποίησή τους ενώ σπουδαίο παράγοντα φαίνεται να αποτελεί το Κέντρο και οι συνθήκες θεραπειών λόγω της διαφοροποίησης της ικανοποίησής τους.

Τέλος και σύμφωνα με την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων G-MDASI, διαπιστώθηκε από την παρούσα έρευνα ότι τα συμπτώματα «*Επιπρόσθετα Ι*» που αφορούν γενικά τη ζωή ή την καθημερινότητα των ασθενών, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία έντασης έναντι των υπολοίπων ($p < 0,001$). Η συνολική δε μέση βαθμολογία μέτρησης συμπτωμάτων βρέθηκε σε πολύ χαμηλά επίπεδα ($2,4 \pm 1,9$) ή με χαμηλή συμπτωματολογία, καθώς το πιθανό εύρος είναι 0 έως 10, όπου 10 υποδηλώνει παρουσία συμπτωμάτων σε χειρότερη ή ολοκληρωτική μορφή. Από άλλες μελέτες, η MDASI έδωσε κυμαινόμενες μέσες τιμές συμπτωματολογίας. Για παράδειγμα, σε 697 ασθενείς στις ΗΠΑ βρέθηκαν λίγο χαμηλότερα μέσα επίπεδα από τους ασθενείς της παρούσας μελέτης ή $2,2 \pm 1,5$ (Schmidt et al., 2015) ή $2,2 \pm 1,6$ σε 248 ασθενείς πάλι των ΗΠΑ (Mendoza et al., 2019) ή παρόμοια $2,4 \pm 1,7$ σε 90 Έλληνες ασθενείς πριν την ένταξή τους στις ακτινοβολίες (Gogou et al., 2015). Με υψηλότερη δε συμπτωματολογία στις περισσότερες μελέτες καταγράφεται η κόπωση ή η ξηρότητα στόματος (Kolankiewicz et al., 2017; Li et al., 2017; Mendoza et al., 2019; Sailors et al., 2013; Sánchez et al., 2016; Schmidt et al., 2015). Γενικά εκτιμάται σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση της βιβλιογραφίας, ότι η συμπτωματολογία των ογκολογικών ασθενών στις διάφορες φάσεις της θεραπείας τους (κατά τη ΧΜΘ, ακτινοθεραπεία κ.ά.), είναι αρκετά χαμηλή, με την κόπωση να είναι υψηλότερη όλων των συμπτωμάτων, απαιτώντας καλύτερη διαχείριση ώστε να επηρεάζει λιγότερο τη συνέχιση της θεραπείας τους αλλά και την καθημερινότητά τους (Whisenant et al., 2020).

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αντιμετώπιζε εξ ορισμού αρκετές μεθοδολογικές αδυναμίες. Το βασικότερο και σπουδαιότερο αφορά τη διαδικασία εκπόνησης της εν μέσω

πανδημίας, με αρκετούς περιορισμούς μετακινήσεων όπως των lockdowns αλλά και εφαρμογής περιοριστικών ατομικών μέτρων προστασίας εντός και εκτός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Οι περιορισμοί αυτοί οδηγούν καθημερινά τους ασθενείς με ογκολογικά ή άλλα χρόνια νοσήματα εκτός των δημοσίων νοσοκομείων, είτε υπό τον φόβο της νόσησης από τον SARS-CoV-2 είτε για την ταχύτερη και ασφαλή ολοκλήρωση των διαφόρων κύκλων θεραπειών τους. Κατά συνέπεια η λήψη δείγματος από δημόσιο νοσοκομείο εν μέσω πανδημίας που να αφορά τους εν πράγματι ογκολογικούς ασθενείς μπορεί να ενέχει μεροληψία, αν και από ότι διαπιστώθηκε η πλειοψηφία των ασθενών δεν διέκοψαν τις θεραπείες που ήδη είχαν ξεκινήσει. Ωστόσο μεροληψία περιλαμβάνει και η μέθοδος επιλογής τους αφού δεν λαμβάνονται υπόψη χαρακτηριστικά όπως π.χ. οι ασθενείς διαφόρων σταδίων και σημείων καρκίνου. Όμως, λόγω του συνολικού μικρού δείγματος ασθενών που λάμβανε ΧΜΘ, το χρονικό διάστημα της μελέτης από ένα νοσοκομείο, θεωρήθηκε ότι η αδρή εκτίμηση της έντασης των συμπτωμάτων θα διευκόλυνε μελλοντικά την περαιτέρω έρευνα για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών από διαφορετικά νοσοκομεία. Επιπλέον, καθώς η κόπωση και η ικανοποίηση από την θεραπεία αποτέλεσαν τις κυρίες ερευνητικές παραμέτρους που βρέθηκαν και αναδείχθηκαν στους συγκεκριμένους ασθενείς, η ίδια η επιβάρυνση από την πανδημία και ο φόβος που έχει προκληθεί θα έπρεπε να μελετηθούν και να συσχετιστούν. Πρακτικά ωστόσο, η αδυναμία εκπόνησης και ολοκλήρωσης μιας έρευνας διπλωματικής εργασίας με ιδίους πόρους καλύπτοντας όλες τις πτυχές των ερευνητικών ερωτημάτων, την καθιστά απολύτως δύσκολη και αδύνατη.

Κεφάλαιο Έβδομο

Συμπεράσματα-Προτάσεις

7.1 Συμπεράσματα

Στην έρευνα της παρούσας διπλωματικής εργασίας έγινε προσπάθεια να καταγραφούν τα συμπτώματα της νόσου και η ικανοποίηση ογκολογικών ασθενών που εντάχθηκαν σε θεραπεία σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Γενικά η *κόπωση* φαίνεται να αποτελεί το πιο συχνό και έντονο σύμπτωμα με σοβαρή κόπωση να πλήττει λίγους ασθενείς, ενώ από εκείνα που αφορούν την καθημερινή ζωή των ασθενών βρέθηκε το *περπάτημα*. Παράλληλα βρέθηκε η ικανοποίηση θεραπείας σε μέτρια προς υψηλά μέσα επίπεδα και η Μέτρηση Συμπτωμάτων σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Από τα πιο σπουδαία ίσως ευρήματα αφορά την αποτίμηση ότι η αύξηση των *προσδοκιών τους για τη θεραπεία* σχετίζεται σημαντικά με τη μείωση της Κόπωσης τους, η αύξηση των *θετικών Συναισθημάτων για τη θεραπεία* με τη μείωση της έντασης/παρουσίας συμπτωμάτων, ενώ γενικά η *Ικανοποίηση για τη θεραπεία* εκφράζεται σε υψηλότερα επίπεδα από τους άνδρες ασθενείς. Η διαχείριση λοιπόν και μείωση των συμπτωμάτων με πρωτεύουσα την Κόπωση των ογκολογικών ασθενών, μπορεί να αποτελέσει εφελτήριο για την βελτίωση της Ικανοποίησης τους στην υπό θεραπεία διαδικασία και αύξηση των προσδοκιών, της αισιοδοξίας και της ευεξίας τους, στοιχεία απαραίτητα για την ολοκλήρωση των θεραπειών και την πλήρη αντιμετώπιση της νόσου τους.

7.2 Προτάσεις

Όπως αναφέρθηκε στους περιορισμούς, πολλά τεχνικά ζητήματα σε επίπεδο έρευνας δεν επιτρέπουν την πλήρη αξιολόγηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία των ογκολογικών ασθενών που επιλέχθηκαν από μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Ωστόσο, η αξιολόγηση των ευρημάτων συνδυαζόμενη πάντοτε με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, έδειξε ότι δεν αλλοιώνεται το βασικό εύρημά της, η ανάδειξη δηλαδή της Κόπωσης ως κύριο σύμπτωμα και η σχέση της με την αύξηση των *Προσδοκιών τους για τη θεραπεία*, η αύξηση των *θετικών Συναισθημάτων για τη θεραπεία* με τη μείωση της

έντασης/παρουσίας συμπτωμάτων και γενικά η *Ικανοποίηση για τη θεραπεία* που εκφράζεται σε υψηλότερα επίπεδα από τους άνδρες ασθενείς. Εκτός της απαραίτητης επιβεβαίωσης σε ερευνητικό επίπεδο λόγω των ιδιομορφιών που ζει όλη η ανθρωπότητα τα τελευταία δύο χρόνια, είναι απαραίτητη λοιπόν η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση και μείωση των συμπτωμάτων των ογκολογικών ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους προσφέροντας τις κατάλληλες υλικοτεχνικές συνθήκες και φυσικά το καλύτερο ανθρώπινο και επιστημονικό τους πρόσωπο. Η κόπωση είναι ένας παράγοντας που οι ασθενείς μπορεί να συγχέουν ότι προέρχεται τόσο από την υπάρχουσα θεραπεία και τις συνέπειες της όσο και από τις συνθήκες που ζουν καθημερινά, από το προσωπικό περιβάλλον τους όσο και από την ψυχική τους αυτοδιάθεση. Η υποστήριξη τους λοιπόν, με 1) διαρκώς αυξανόμενη σε ποιότητα φροντίδα τους που θα οφείλεται σε νοσηλευτικά σχέδια φροντίδας και σε εκπαιδευόμενους ογκολογικούς νοσηλευτές με αποτέλεσμα την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση των συμπτωμάτων, 2) η μείωση της παραμονής τους εντός των νοσοκομείων, 3) εξειδικευμένη αντιμετώπιση συμπτωμάτων σε διάφορους τύπους, στάδια του καρκίνου ή ακόμη και στο είδος της θεραπείας και 4) διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών με συνεχής επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους), αποτελούν ορισμένες απλές παρεμβάσεις που φαίνεται να μπορούν να καθορίσουν την ταχύτερη και πληρέστερη ίασή τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Διαμαντοπούλου, Σ., Κοκκινάκη, Μ., Κυριακάκη, Μ. Ρ. (2021). *Ποιότητα ζωής και υποστηρικτικές ανάγκες υγείας σε επιβιώσαντες ασθενείς από καρκίνο*(Μεταπτυχιακή Διατριβή). Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Κρήτη.
- Κωνσταντινίδης, Ι. Θ., Σπινθούρη, Μ., Σκανδαλάκη, Ν., Γεωργανά, Ε., Γιοβάνου, Κ.Μ., Γκαγκάκη, Α., Παπαγεωργίου, Δ. (2018). Διερεύνηση των Απόψεων των Επαγγελματιών Υγείας για την Αποκάλυψη ή μη της Αλήθειας για τη Νόσο σε Ασθενείς με Καρκίνο. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING*, 57(4): 379–389.
- Κωνσταντινίδης, Ι. Θ. (2017). *Παρεμβατικές δράσεις για την ικανοποίηση αναγκών υγείας σε ογκολογικούς νοσηλευόμενους ασθενείς* (Διδακτορική διατριβή). Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης. Κρήτη.
- Χαβέλα, Α. (2018). *Μελέτη των παρενεργειών της χημειοθεραπείας και οι επιπτώσεις τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο* (Μεταπτυχιακή διατριβή). Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς.
- Κουλουκούρα, Χ. (2014). *Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας ενός Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου των Αθηνών* (Μεταπτυχιακή διατριβή). Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος.

Ξενόγλωσση

- Adel N. (2017). Overview of chemotherapy-induced nausea and vomiting and evidence-based therapies. *The American journal of managed care*, 23(14 Suppl), S259–S265.
- Agarwal, R., & Epstein, A. S. (2017). The Role of Palliative Care in Oncology. *Seminars in interventional radiology*, 34(4), 307–312. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1608702>
- Ahdoot, M., Wilbur, A. R., Reese, S. E., Lebastchi, A. H., Mehralivand, S., Gomella, P. T., Bloom, J., Gurram, S., Siddiqui, M., Pinsky, P., Parnes, H., Linehan, W. M., Merino, M., Choyke, P. L., Shih, J. H., Turkbey, B., Wood, B. J., & Pinto, P. A.

- (2020). MRI-Targeted, Systematic, and Combined Biopsy for Prostate Cancer Diagnosis. *The New England journal of medicine*, 382(10), 917–928. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1910038>
- American Institute for Cancer Treatment (2021). Available at: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-survival-statistics/>Last accessed 5/12/2021.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* (London, England), 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Bui, Q. U., Ostir, G. V., Kuo, Y. F., Freeman, J., & Goodwin, J. S. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast cancer research and treatment*, 89(1), 23–28. <https://doi.org/10.1007/s10549-004-1005-9>
- Carey, M., Lambert, S., Smits, R., Paul, C., Sanson-Fisher, R., & Clinton-McHarg, T. (2011). The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. *Supportive Care In Cancer*, 20(2), 207-219. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1327-1>
- Cheung, K., de Mol, M., Visser, S., den Ouden, B. L., Stricker, B. H., & Aerts, J. G. J. V. (2016). Reliability and validity of the Cancer Therapy Satisfaction Questionnaire in lung cancer. *Quality of Life Research*, 25(1), 71–80. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1062-z>
- Cleeland, C., Mendoza, T., Wang, X., Chou, C., Harle, M., Morrissey, M., & Engstrom, M. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients. *Cancer*, 89(7), 1634-1646. <https://doi.org/10.1002/1097-0142>
- Dahal, A., & Meheta, R. (2018). Fatigue Experience and Coping Strategies among Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Journal Of Nepal Health Research Council*, 16(3), 285-290. doi: 10.3126/jnhrc.v16i3.21425
- Di Marco, M., Rubbi, I., Baldi, A., di Lorenzo, R., Magnani, D., Cremonini, V., Sarli, L., Artioli, G., & Ferri, P. (2018). Evaluation of fatigue in patients with pancreatic cancer receiving chemotherapy treatment: A cross-sectional

- observational study. *Acta Biomedica*, 89, 18–27.
<https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7063>
- Drăgănescu, M., & Carmocan, C. (2017). Hormone Therapy in Breast Cancer. *Chirurgia*, 112(4), 413–417. <https://doi.org/10.21614/chirurgia.112.4.413>
- Fass, L. (2008). Imaging and cancer: a review. *Molecular oncology*, 2(2), 115–152.
<https://doi.org/10.1016/j.molonc.2008.04.001>
- Fujita, S., & Kotake, K. (2014). Nihon rinsho. *Japanese journal of clinical medicine*, 72(1), 102–107.
- Ghanbari, A., Sharifi, M., & Adib, M. (2019). Effects of acupressure on fatigue in patients with cancer underwent chemotherapy. *European Journal Of Surgical Oncology*, 45(2), e88. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.312
- Grozescu, T., & Popa, F. (2017). Prostate cancer between prognosis and adequate/proper therapy. *Journal of medicine and life*, 10(1), 5–12.
- Gwede, C. K., Small, B. J., Munster, P. N., Andrykowski, M. A., & Jacobsen, P. B. (2008). Exploring the differential experience of breast cancer treatment-related symptoms: a cluster analytic approach. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 16(8), 925–933.
<https://doi.org/10.1007/s00520-007-0364-2>
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Dimitry, S., & Tattersall, M. H. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 16(7), 1005–1053. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi211>
- Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G. A., Harvey-Jones, E., O'Sullivan, D. E., Booth, C. M., Sullivan, R., & Aggarwal, A. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371, m4087. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>
- Herbst, F. A., Stiel, S., Damm, K., de Jong, L., Stahmeyer, J. T., & Schneider, N. (2021). Exploring the status of and demand for palliative day-care clinics and day hospices in Germany: a protocol for a mixed-methods study. *BMC palliative care*, 20(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00792-5>
- Hesketh PJ. (2008) Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2482-2494. doi: 10.1056/NEJMra0706547.

- Hofman, M., Hickok, J., Morrow, G., Roscoe, J., Gillies, L., & Ranson, S. (2005). Cancer treatment side effects in breast cancer patients receiving radiation therapy. *Journal Of Clinical Oncology*, 23(16_suppl), 705-705. doi: 10.1200/jco.2005.23.16_suppl.705
- Hofman, M., Ryan, J., Figueroa-Moseley, C., Jean-Pierre, P., & Morrow, G. (2007). Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*, 12(S1), 4-10. doi: 10.1634/theoncologist.12-s1-4
- Houser, S. H., Colquitt, S., Clements, K., & Hart-Hester, S. (2012). The impact of electronic health record usage on cancer registry systems in Alabama. *Perspectives in health information management*, 9.
- Hughes, J. R., & Parsons, J. L. (2020). FLASH Radiotherapy: Current Knowledge and Future Insights Using Proton-Beam Therapy. *International journal of molecular sciences*, 21(18), 6492. <https://doi.org/10.3390/ijms21186492>
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science & medicine* (1982), 52(4), 609–620. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00164-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00164-7)
- Kadokia, K. C., Hui, D., Chisholm, G. B., Frisbee-Hume, S. E., Williams, J. L., & Bruera, E. (2014). Cancer patients' perceptions regarding the value of the physical examination: a survey study. *Cancer*, 120(14), 2215–2221. <https://doi.org/10.1002/cncr.28680>
- Kahn, K. L., Schneider, E. C., Malin, J. L., Adams, J. L., & Epstein, A. M. (2007). Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Medical care*, 45(5), 431–439. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000257193.10760.7f>
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The New England journal of medicine*, 373(8), 747–755. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404684>
- Kim, D. H. (2019). Nutritional issues in patients with cancer. *Intestinal research*, 17(4), 455–462. <https://doi.org/10.5217/ir.2019.00076>
- Kırca, K., & Kutlutürkan, S. (2018). Symptoms Experience and Quality of Life in The Patients With Breast Cancer Receiving The Taxane Class of Drugs. *European*

- journal of breast health*, 14(3), 148–155.
<https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3785>
- Kolankiewicz, A. C. B., de Domenico, E. B. L., Lopes, L. F. D., & Magnago, T. S. B. de S. (2014). Portuguese validation of the Symptom Inventory of the M.D. Anderson Cancer Center. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(6), 998–1003.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700006>
- Lam, W. W., Kwok, M., Chan, M., Hung, W. K., Ying, M., Or, A., Kwong, A., Suen, D., Yoon, S., & Fielding, R. (2014). Does the use of shared decision-making consultation behaviors increase treatment decision-making satisfaction among Chinese women facing decision for breast cancer surgery? *Patient education and counseling*, 94(2), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.11.006>
- Lavdaniti, M. (2015). Assessment of Symptoms in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy in Northern Greece. *Materia socio-medica*, 27(4), 255–258.
<https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.255-258>
- Lawrence, W., Jr, & Lopez, M. J. (2005). Radical surgery for cancer: a historical perspective. *Surgical oncology clinics of North America*, 14(3), 441–v.
<https://doi.org/10.1016/j.soc.2005.05.003>
- Levy, M., Smith, T., Alvarez-Perez, A., Back, A., Baker, J. N., Beck, A. C., Block, S., Dalal, S., Dans, M., Fitch, T. R., Kapo, J., Kutner, J. S., Kvale, E., Misra, S., Mitchell, W., Portman, D. G., Sauer, T. M., Spiegel, D., Sutton, L., Szmulowicz, E., Scavone, J. L. (2016). Palliative Care Version 1.2016. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 14(1), 82–113.
<https://doi.org/10.6004/jnccn.2016.0009>
- Li, Z., Shi, Q., Liu, M., Jia, L., He, B., Yang, Y., Liu, J., Lin, H., Lin, H. K., Li, P., & Wang, X. S. (2017). Validation and application of the MD Anderson Symptom Inventory for Traditional Chinese Medicine (MDASI-TCM). *Journal of the National Cancer Institute – Monographs*, 2017(52), 48–57.
<https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgx010>
- Lujambio, A., & Lowe, S. W. (2012). The microcosmos of cancer. *Nature*, 482(7385), 347–355. <https://doi.org/10.1038/nature10888>
- Lynch, H. T., Fusaro, R. M., & Lynch, J. (1995). Hereditary cancer in adults. *Cancer detection and prevention*, 19(3), 219–233.

- Mancarella, D., & Plass, C. (2021). Epigenetic signatures in cancer: proper controls, current challenges and the potential for clinical translation. *Genome medicine*, 13(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13073-021-00837-7>
- Manzano, J. G., Luo, R., Elting, L. S., George, M., & Suarez-Almazor, M. E. (2014). Patterns and predictors of unplanned hospitalization in a population-based cohort of elderly patients with GI cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(31), 3527–3533. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.3131>
- Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Shao, Y., Feuer, E. J., & Brown, M. L. (2011). Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *Journal of the National Cancer Institute*, 103(2), 117–128. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq495>
- Mendoza, T. R., Laudico, A. v., Wang, X. S., Guo, H., Matsuda, M. L., Yosucio, V. D., Fragante, E. P., & Cleeland, C. S. (2010). Assessment of fatigue in cancer patients and community dwellers: Validation study of the filipino version of the brief fatigue inventory. *Oncology*, 79(1–2), 112–117. <https://doi.org/10.1159/000320607>
- Mendoza, T. R., Williams, L. A., Keating, K. N., Siegel, J., Elbi, C., Nowak, A. K., Hassan, R., Cuffel, B., & Cleeland, C. S. (2019). Evaluation of the psychometric properties and minimally important difference of the MD Anderson Symptom Inventory for malignant pleural mesothelioma (MDASI-MPM). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0122-5>
- Morrow, G., Andrews, P., Hickok, J., Roscoe, J., & Matteson, S. (2001). Fatigue associated with cancer and its treatment. *Supportive Care In Cancer*, 10(5), 389-398. doi: 10.1007/s005200100293
- Mustian, K., Morrow, G., Carroll, J., Figueroa-Moseley, C., Jean-Pierre, P., & Williams, G. (2007). Integrative No pharmacologic Behavioral Interventions for the Management of Cancer-Related Fatigue. *The Oncologist*, 12(S1), 52-67. doi: 10.1634/theoncologist.12-s1-52
- Muthanna, F. M. S., Karuppanan, M., Rasool Hassan, B. A., & Mohammed, A. H. (2021). Impact of fatigue on quality of life among breast cancer patients receiving chemotherapy. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 12(2), 115–125. <https://doi.org/10.24171/J.PHRP.2021.12.2.09>

- Mystakidou, K., Cleeland, C., Tsilika, E., Katsouda, E., Primikiri, A., & Parpa, E. et al. (2004). Greek M.D. Anderson Symptom Inventory: Validation and Utility in Cancer Patients. *Oncology*, 67(3-4), 203-210. doi: 10.1159/000081318
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Mendoza, T. R., Pisteovou-Gombaki, K., Vlahos, L., & Cleeland, C. S. (2008). Psychometric Properties of the Brief Fatigue Inventory in Greek Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(4), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.021>
- Paramita, N., Nusdwinuringtyas, N., Nuhonni, S. A., Atmakusuma, T. D., Ismail, R. I., Mendoza, T. R., & Cleeland, C. S. (2016). Validity and Reliability of the Indonesian Version of the Brief Fatigue Inventory in Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(5), 744–751. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.04.011>
- Penel, N., Lebellec, L., & Vanseymortier, M. (2018). Reappraisal of eligibility criteria in cancer clinical trials. *Current opinion in oncology*, 30(5), 352–357. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000470>
- Pettersson, G., Berterö, C., Unosson, M., & Börjeson, S. (2014). Symptom prevalence, frequency, severity, and distress during chemotherapy for patients with colorectal cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(5), 1171–1179. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2069-z>
- Poort, H., Jacobs, J. M., Pirl, W. F., Temel, J. S., & Greer, J. A. (2020). Fatigue in patients on oral targeted or chemotherapy for cancer and associations with anxiety, depression, and quality of life. *Palliative and Supportive Care*, 1(2), 141–147. <https://doi.org/10.1017/S147895151900066X>
- Ravasco P. (2019). Nutrition in Cancer Patients. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1211. <https://doi.org/10.3390/jcm8081211>
- Salas, S., Mercier, S., Moheng, B., Olivet, S., Garcia, M. E., Hamon, S., Sibertin-Blanc, C., Duffaud, F., Auquier, P., & Baumstarck, K. (2017). Nutritional status and quality of life of cancer patients needing exclusive chemotherapy: a longitudinal study. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0660-6>

- Sailors, M. H., Bodurka, D. C., Gning, I., Ramondetta, L. M., Williams, L. A., Mendoza, T. R., Agarwal, S., Sun, C. C., & Cleeland, C. S. (2013). Validating the M. D. Anderson symptom inventory (MDASI) for use in patients with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 130(2), 323–328. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.05.009>
- Sánchez, D., Chala, A., Alvarez, A., Payan, C., Mendoza, T., Cleeland, C., & Sanabria, A. (2016). Psychometric Validation of the M. D. Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module in the Spanish Language. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(6), 1055–1061. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.320>
- Schmidt, H., Cleeland, C. S., Bauer, A., Landenberger, M., & Jahn, P. (2015). Symptom burden of cancer patients: Validation of the German M. D. Anderson symptom inventory: A cross-sectional multicenter study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(1), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.04.007>
- Shih, C. H., Chou, P. C., Chou, T. L., & Huang, T. W. (2021). Measurement of cancer-related fatigue based on heart rate variability: Observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7). <https://doi.org/10.2196/25791>
- Srivastava, S., Koay, E. J., Borowsky, A. D., De Marzo, A. M., Ghosh, S., Wagner, P. D., & Kramer, B. S. (2019). Cancer overdiagnosis: a biological challenge and clinical dilemma. *Nature reviews. Cancer*, 19(6), 349–358. <https://doi.org/10.1038/s41568-019-0142-8>
- Staren, E., Gupta, D., & Braun, D. (2011). The Prognostic Role of Quality of Life Assessment in Breast Cancer. *The Breast Journal*, 17(6), 571-578. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2011.01151.x>
- Stylianou, C., Ave, A., Kalemikerakis, I., Vastardi, M., Kavga, A., Margari, N., Dokoutsidou, E., Konstantinidis, T., & Govina, O. (2021). Assessment of oncology patients' satisfaction from intravenous chemotherapy. *JBUON*, 26(5), 2176–2182
- Teno, J. M., Gozalo, P. L., Bynum, J. P., Leland, N. E., Miller, S. C., Morden, N. E., Scupp, T., Goodman, D. C., & Mor, V. (2013). Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions

- in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*, 309(5), 470–477.
<https://doi.org/10.1001/jama.2012.207624>
- Thorne, S., Armstrong, E. A., Harris, S. R., Hislop, T. G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2009). Patient real-time and 12-month retrospective perceptions of difficult communications in the cancer diagnostic period. *Qualitative health research*, 19(10), 1383–1394.
<https://doi.org/10.1177/1049732309348382>
- Thomas, S., Glynne-Jones, R., & Chait, I. (1997). Is it worth the wait? A survey of patients' satisfaction with an oncology outpatient clinic. *European journal of cancer care*, 6(1), 50–58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.1997.tb00269.x>
- Tralongo, P., Ferraù, F., Borsellino, N., Verderame, F., Caruso, M., Giuffrida, D., Butera, A., & Gebbia, V. (2011). Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology. *Therapeutics and clinical risk management*, 7, 387–392. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S22119>
- Trask, P. C., Tellefsen, C., Espindle, D., Getter, C., & Hsu, M. A. (2008). Psychometric validation of the cancer therapy satisfaction questionnaire. *Value in Health*, 11(4), 669–679. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00310.x>
- Turhal, N. S., Efe, B., Gumus, M., Aliustaoglu, M., Karamanoglu, A., & Sengoz, M. (2012). Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey. *BMC cancer*, 2, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-2-30>
- Walsh, D., & Nelson, K. A. (2003). Communication of a cancer diagnosis: patients' perceptions of when they were first told they had cancer. *The American journal of hospice & palliative care*, 20(1), 52–56.
<https://doi.org/10.1177/104990910302000112>
- Wang, Q. (2016). Cancer predisposition genes: molecular mechanisms and clinical impact on personalized cancer care: examples of Lynch and HBOC syndromes. *Acta pharmacologica Sinica*, 37(2), 143–149. <https://doi.org/10.1038/aps.20>
- Wilson, M. K., Karakasis, K., & Oza, A. M. (2015). Outcomes and endpoints in trials of cancer treatment: the past, present, and future. *The Lancet. Oncology*, 16(1), e32–e42. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70375-415.89](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70375-415.89)

- World Health Organization (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Τελευταία πρόσβαση 14/11/2021.
- World Health Organization (2020). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-ccs-2019>. Τελευταία πρόσβαση 14/11/2021.
- Yang, Y. (2015). Cancer immunotherapy: harnessing the immune system to battle cancer. *The Journal of clinical investigation*, 125(9), 3335–3337. <https://doi.org/10.1172/JCI83871>
- Yahaya, N. A., Subramanian, P., Bustam, A. Z., & Taib, N. A. (2015). Symptom experiences and coping strategies among multi-ethnic solid tumor patients undergoing chemotherapy in Malaysia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(2), 723–730. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.2.723>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Χαρακτηριστικά Ασθενών

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 95 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

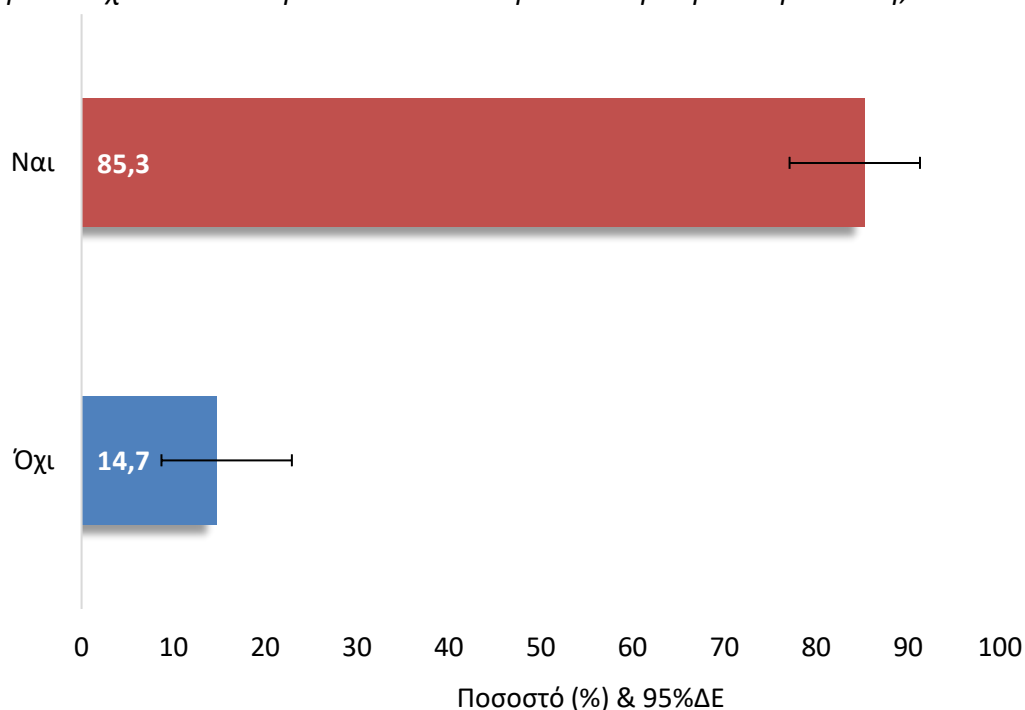
		v	%
Φύλο	<i>άνδρες / γυναίκες</i>	48 / 47	50,5 / 49,5
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση ηλικία ± τυπ. απ. (ελ., μεγ.)</i>	63,8 ± 10,2 (40-85)	
	<i>40-60</i>	39	41,1
	<i>61-85</i>	56	58,9
Εθνικότητα	<i>ελληνική</i>	94	98,9
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμοι</i>	72	75,8
	<i>άγαμοι, διαζευγμένοι, χηρεία</i>	23	24,2
Μοναχική διαβίωση	<i>όχι</i>	78	82,1
	<i>ναι</i>	17	17,9
Εκπαίδευση	<i>έως δημοτικό</i>	25	26,3
	<i>γυμνάσιο, σχολή</i>	33	34,7
	<i>λύκειο</i>	21	22,2
	<i>ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο</i>	16	16,8
Απασχόληση	<i>εργαζόμενοι/ες</i>	30	31,6
	<i>άνεργοι, συνταξιούχοι</i>	65	68,4
Περιοχή κατοικίας	<i>Ηράκλειο</i>	76	80,0
	<i>άλλη</i>	19	20,0

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά νόσου και συνοσηρότητας των 95 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

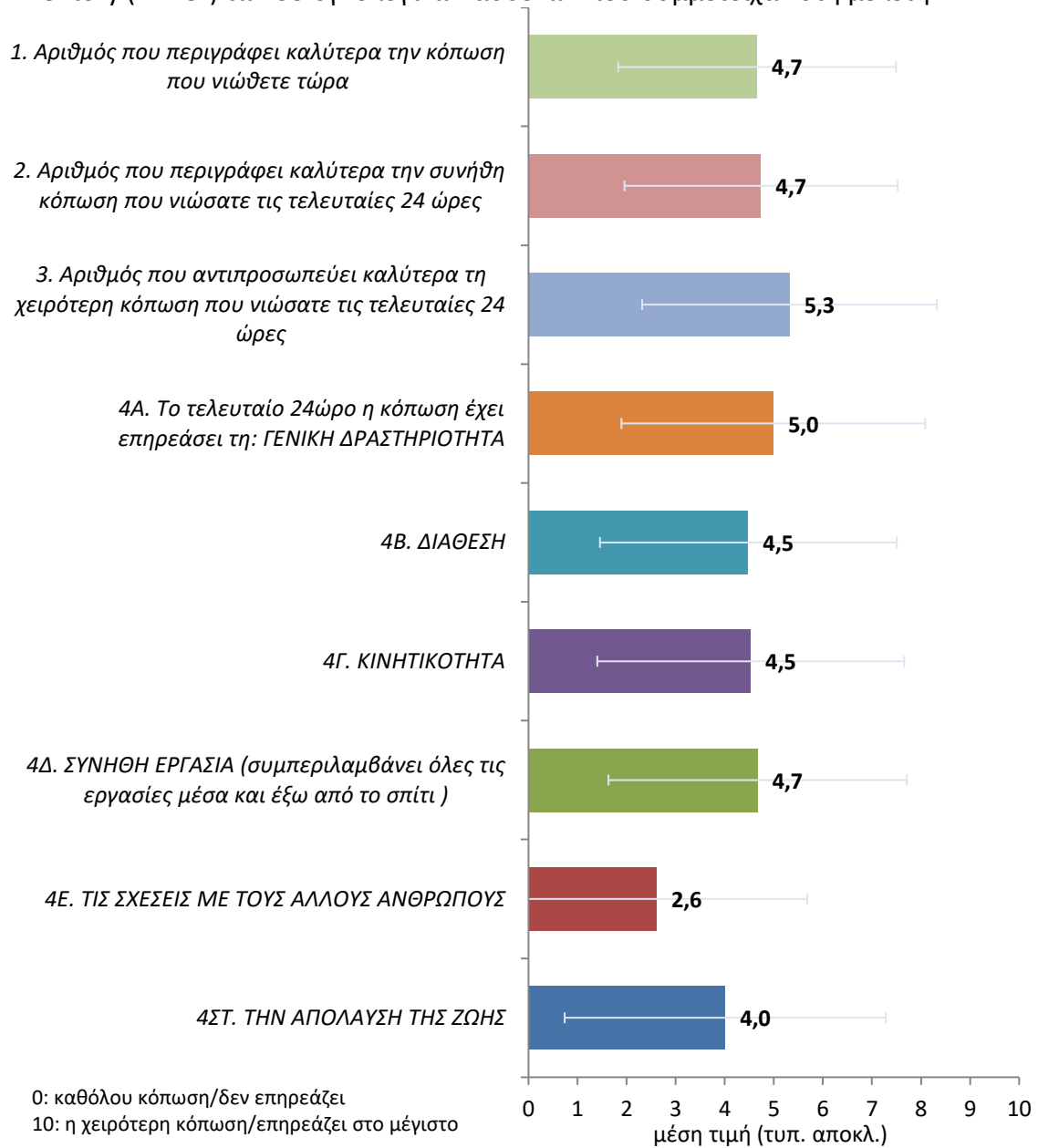
		v	%
Χρόνια από τη διάγνωση καρκίνου	<i>μέση τιμή (διάμεσος) (ελ., μεγ.)</i>	1,9 (1,17)	(0,1 – 7,7)
Άλλο είδος θεραπείας που υποβάλλονται στο χρόνο της έρευνας	<i>Χειρουργική επέμβαση</i>	59	62,1
	<i>Ακτινοθεραπείες</i>	17	17,9
	<i>Άλλη</i>	32	33,7
Συνοσηρότητα	<i>Αναμία</i>	2	2,1
	<i>Αυτοάνοσο νόσημα</i>	4	4,2
	<i>Καρδιολογικά νοσήματα</i>	16	16,8
	<i>ΧΑΠ</i>	1	1,1
	<i>ΣΔ</i>	1	1,1
	<i>Θυρεοειδή</i>	1	1,1
	<i>Άλλο</i>	18	18,9
Πολυνοσηρότητα(νοσήματα εκτός του καρκίνου)	<i>κανένα</i>	59	62,1
	<i>1</i>	29	30,5
	<i>2</i>	7	7,4

Κόπωση Ασθενών

Σχήμα 1. Κατανομή αποκρίσεων των ασθενών στην ερώτηση «Πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ζωής μας νιώθουμε κουρασμένοι ή κόπωση για να πραγματοποιήσουμε οτιδήποτε. Έχετε νιώσει την τελευταία εβδομάδα κουρασμένοι ή κόπωση;».



Σχήμα 2. Κατανομή βαθμολογιών στις ερωτήσεις της Κλίμακας Κόπωσης Brief Fatigue Inventory (BFI-Gr) των 95 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.



Ικανοποίηση Θεραπείας Ασθενών

Πίνακας 3. Κατανομή ποσοστιαίων αποκρίσεων (%) στις ερωτήσεις της Κλίμακας Ικανοποίησης Θεραπείας Cancer Therapy Satisfaction Questionnaire (CTSQ) των 95 ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη.

1. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας βοηθούσε να επιστρέψετε στους κανονικούς σας ρυθμούς;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες φορές	Διαρκώς
	4,2	5,3	15,8	38,9	35,8
2. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας απάλλαζε από τον καρκίνο;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες φορές	Διαρκώς
	6,3	3,2	20,0	29,5	41,1
3. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα εμπόδιζε την επανεμφάνιση του καρκίνου;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες φορές	Διαρκώς
	5,3	4,2	20,0	34,7	35,8
4. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σταματούσε την εξάπλωση του καρκίνου;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες φορές	Διαρκώς
	1,1	2,1	12,6	40,0	44,2
5. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) περιόρισε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;	Διαρκώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
	14,7	29,5	26,3	13,7	15,8
6. Ότι σας προκάλεσαν αναστάτωση οι παρενέργειες;	Διαρκώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
	20	20	35,8	9,5	14,7
7. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) άξιζε τον κόπο, παρά τις όποιες παρενέργειες;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες φορές	Διαρκώς
	1,1	2,1	5,3	24,2	67,4
8. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας βοηθούσε να ζήσετε περισσότερο;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες φορές	Διαρκώς
	1,1	-	3,2	22,1	73,7
9. Γενικά, τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, πόσο συχνά σκεφτόσασταν να διακόψετε τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια);	Διαρκώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
	1,1	3,2	9,5	14,7	71,6
10. Γενικά, πόσο άξιζε τον κόπο η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια);	Δεν άξιζε καθόλου	Άξιζε λίγο	Άξιζε ως ένα βαθμό	Άξιζε αρκετά	Άξιζε πολύ
	-	-	9,5	24,2	66,3
11. Γενικά, η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) ήταν τόσο δύσκολη όσο περιμένατε ότι θα είναι;	Πολύ πιο δύσκολη από ότι νόμιζα ότι θα είναι	Κάπως πιο δύσκολη από ότι νόμιζα ότι θα είναι	Τόσο δύσκολη όσο νόμιζα ότι θα είναι	Κάπως πιο εύκολη από ότι νόμιζα ότι θα είναι	Πολύ πιο εύκολη από ότι νόμιζα ότι θα είναι
	10,5	21,1	14,7	27,4	26,3
12. Γενικά, πόσο καλά τα οφέλη της θεραπείας κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) εκπλήρωσαν τις προσδοκίες σας;	Πολύ χειρότερα από τις προσδοκίες μου	Κάπως χειρότερα από τις προσδοκίες μου	Σύμφωνα με τις προσδοκίες μου	Κάπως καλύτερα από τις προσδοκίες μου	Πολύ καλύτερα από τις προσδοκίες μου
	1,1	6,3	29,5	25,3	37,9
13. Γενικά, οι παρενέργειες από τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) ήταν όπως τις περιμένατε;	Πολύ χειρότερα από ό,τι περίμενα	Κάπως χειρότερα από ό,τι περίμενα	Ακριβώς όπως περίμενα	Κάπως καλύτερα από ό,τι περίμενα	Πολύ καλύτερα από ό,τι περίμενα
	8,4	14,7	15,8	29,5	31,6
14. Πόσο ικανοποιημένοι μέναιτε από τη μορφή της θεραπείας κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) στην οποία υποβλήθήκατε;	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
	1,1	2,1	16,8	33,7	46,3
15. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος/η μέναιτε από την πιο πρόσφατη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια);	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
	-	2,1	14,7	36,8	46,3

16. Λαμβάνοντας τα πάντα υπόψη, αν είχατε ξανά τη δυνατότητα επιλογής, θα αποφασίζατε να υποβληθείτε στην ίδια θεραπεία κατά του καρκίνου;	Οπωσδήποτε όχι	Μάλλον όχι	Δεν ξέρω	Πιθανότατα	Ναι, οπωσδήποτε
	2,1	8,4	23,2	24,2	42,1

Συμπτωματολογία Ασθενών

Πίνακας 4. Βαθμολογία έντασης και συχνότητα παρουσίας συμπτωμάτων σύμφωνα με την Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων G-MDASI των 95 ογκολογικών ασθενών.

Συμπτώματα		Μέση τιμή	ΤΑ	Διάμεσος	Ελαχ.	Μεγ.	%
Βασικά ¹	Πόνος	2,08	3,12	0	0	10	43,2
	Κόπωση↑	4,26	3,35	5	0	10	81,1
	Ναυτία	2,37	3,17	0	0	10	46,3
	Διαταραχή ύπνου	2,99	3,09	2	0	10	65,3
	Ανησυχία	2,47	2,91	1	0	10	58,9
	Κόψιμο αναπνοής↓	1,03	2,33	0	0	10	22,1
	Πρόβλημα μνήμης	1,06	2,21	0	0	10	27,4
	Ανορεξία	2,17	3,11	0	0	10	43,2
	Νύστα	2,57	2,84	2	0	10	61,1
	Ξηροστομία	2,92	3,24	2	0	10	66,3
	Θλίψη	2,42	3,38	0	0	10	47,4
	Έμετοι↓	1,03	2,50	0	0	10	18,9
	Μούδιασμα & μυρμήγκιασμα	2,76	3,31	1	0	10	60,0
	Διάρροια	1,66	2,77	0	0	10	36,8
	Δυσκοιλιότητα	2,43	3,33	0	0	10	49,5
Επιπρόσθετα ²	Γενική δραστηριότητα	3,71	3,23	3	0	10	73,7
	Διάθεση	3,58	3,25	3	0	10	73,7
	Εργασία	3,57	3,40	3	0	10	69,5
	Σχέσεις με ανθρώπους↓	2,36	3,25	0	0	10	43,2
	Περπάτημα↑	3,88	3,44	3	0	10	73,7
	Απόλαυση ζωής	3,59	3,40	3	0	10	67,4

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

² Η διαβάθμιση αποκρίσεων εκτίνεται από 0: το σύμπτωμα δεν παρενέβη έως 10: το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά.

Με βελάκια ↑ ή ↓ δίνονται οι υψηλότερες ή χαμηλότερες κατά ομάδα συχνότητες.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες Κλιμάκων Κόπωσης (BFI-Gr), Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) και Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) των 95 ογκολογικών ασθενών.

Κλίμακες	Μέση τιμή	τυπ. από κλ.	Διάμεσος	Εύρος	Cronbach's α
Κόπωσης (BFI-Gr) ¹	40,0	22,4	41,0	0,0-86,0	0,940
σοβαρή κόπωση (63+)	n=16 ή 16,8%				
Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) ²					0,832
Προσδοκίες για τη θεραπεία	78,8	19,0	80,0	0-100	0,838
πολύ μεγάλες προσδοκίες (75+)	n=67 ή 70,5%				
Συναισθήματα για τις παρενέργειες	54,0	24,7	50,0	12,5-100	0,753
πολύ θετικά συναισθήματα (75+)	n=23 ή 24,2%				
Ικανοποίηση για τη θεραπεία	82,2	13,5	85,7	42,9-100	0,723
πολύ υψηλή ικανοποίηση (75+)	n=72 ή 75,8%				
Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI)³	2,6	2,0	2,3	0-8,8	0,936
Βασικά συμπτώματα ⁴	2,3	1,9	1,9	0-8,6	0,888
Επιπρόσθετα συμπτώματα I ⁵	3,4	3,0	2,7	0-10	0,947

¹ Αθροιστική βαθμολογία 9 προτάσεων (σε κλίμακα 0-10) όπου υψηλότερη βαθμολογία (\rightarrow 90) δείχνει υψηλότερη κόπωση. Το όριο 63 αφορά το αντίστοιχο 7,00 που αναφέρουν οι Mystakidou and colleagues, 2008 (Journal of pain and symptom management, 36(4), 367-373).

² Βαθμολογία υποκλιμάκων 0-100 όπου υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ικανοποίηση.

³ Βαθμολογία κλίμακας 0-10 όπου υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων.

⁴ Διαβάθμιση αποκρίσεων από 0: το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε έως 10: το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε.

⁵ Διαβάθμιση αποκρίσεων από 0: το σύμπτωμα δεν παρενέβη έως 10: το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά.

Έλεγχοι Kruskal-Wallis μεταξύ: α) των 3 υποκλιμάκων Ικανοποίησης ($p < 0,001$) & β) των 4 ομάδων συμπτωμάτων ($p < 0,001$).

Σχέση Κόπωσης, Ικανοποίησης Θεραπείας & Συμπτωματολογίας ασθενών

Πίνακας 6. Συσχέτιση της βαθμολογίας της Κλίμακας Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) με την Κλίμακα Κόπωσης (BFI-Gr) & Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) των 95 ογκολογικών ασθενών.

	Μέτρηση Έντασης Συμπτωμάτων(G-MDASI) ³		
	Βασικά	Επιπρόσθετα I	Μέτρησης Συμπτωμάτων
	rho-Spearman		
Κόπωσης (BFI-Gr) ¹	0,744*	0,741*	0,788*
Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) ²			
Προσδοκίες για τη θεραπεία	-0,208*	-0,437*	-0,338*
Συναισθήματα για τις παρενέργειες	-0,554*	-0,594*	-0,573*
Ικανοποίηση για τη θεραπεία	-0,527*	-0,600*	-0,574*

¹Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη κόπωση. ²Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ικανοποίηση. ³Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων.

* p-value<0,05

Πίνακας 7. Συσχέτιση της βαθμολογίας της Κλίμακας Κόπωσης (BFI-Gr) με την Κλίμακα Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) των 95 ογκολογικών ασθενών.

	Ικανοποίηση Θεραπείας (CTSQ) ²		
	Προσδοκίες για τη θεραπεία	Συναισθήματα για τις παρενέργειες	Ικανοποίηση για τη θεραπεία
	rho-Spearman		
Κόπωσης (BFI-Gr) ¹	-0,394*	-0,464*	-0,481*
Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) ²			
Προσδοκίες για τη θεραπεία	--	0,239*	0,449*
Συναισθήματα για τις παρενέργειες	--	--	0,445*

¹Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη κόπωση. ²Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ικανοποίηση.

* p-value<0,05

Σχέση Κόπωσης, Ικανοποίησης Θεραπείας & Συμπτωματολογίας ασθενών με τα χαρακτηριστικά τους

Πίνακας 8. Συσχέτιση της βαθμολογίας των Κλιμάκων Κόπωσης (BFI-Gr), Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) & Μέτρησης Συμπτωμάτων (G-MDASI) των 95 ογκολογικών ασθενών, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά.

	Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογ/κή κατ. (1:έγγαμοι, 2: άγαμοι, διαζευγμένοι, χρηρεία)	Μοναχική διαβίωση (1:όχι, 2:ναι)	Εκπαίδευση (1:δημοτικό, 2:γυμνάσιο, σχολή, 3:λύκειο, 4:ΑΕΙ, ΤΕΙ)	Περιοχή κατ. (1:Ηράκλειο, 2:άλλη)	Χρόνια από τη διάγνωση	Πολυ- νοσηρότητα (νοσήματα)
rho-Spearman								
Κόπωσης (BFI-Gr) ¹	0,136	0,148	0,090	0,076	-0,233*	0,038	0,236*	0,058
Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ) ²								
Προσδοκίες για τη θεραπεία	-0,123	-0,078	0,008	0,056	0,017	-0,174	-0,290*	-0,120
Συναισθήματα για τις παρενέργειες	-0,288*	0,031	0,001	-0,040	0,100	0,141	-0,229*	-0,101
Ικανοποίηση για τη θεραπεία	-0,373*	0,099	-0,260*	-0,148	0,276*	-0,011	-0,171	-0,113
Μέτρησης Συμπτωμάτων(G- MDASI)³								
Βασικά	0,261*	0,026	0,063	0,053	-0,278*	0,037	0,144	-0,002
Επιπρόσθετα I	0,264*	0,008	0,056	0,053	-0,326*	-0,021	0,126	-0,081
Επιπρόσθετα II	0,252*	-0,013	0,069	0,032	-0,193	0,069	0,164	0,022

¹Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη κόπωση. ²Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ικανοποίηση. ³Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει υψηλότερη ένταση συμπτωμάτων.

* p-value<0,05

Πολλαπλή συσχέτιση της Ικανοποίησης Θεραπείας & των Χαρακτηριστικών

Πίνακας 9. Συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) της υψηλής έναντι της μέτριας/χαμηλής Ικανοποίησης θεραπείας και ως προς την κόπωση, τη συμπτωματολογία και τα χαρακτηριστικά των 95 ασθενών.

Προγνωστικοί παράγοντες	Κλίμακα Ικανοποίησης Θεραπείας (CTSQ)					
	Προσδοκίες για τη θεραπεία		Συναισθήματα για τις παρενέργειες		Ικανοποίηση για τη θεραπεία	
	πολύ μεγάλες (75+) έναντι μέτριων/χαμηλών (<75)	οdds ratio, OR	οdds ratio, OR	οdds ratio, OR	πολύ θετικά (75+) έναντι αρνητικών (<75)	πολύ υψηλή (75+) έναντι μέτριας/χαμηλής (<75)
		p-value		p-value		p-value
Φύλο (γυναίκες έναντι ανδρών)	0,76	0,618	0,66	0,508	0,10	0,003
Οικογενειακή κατάσταση (άγαμοι, διαζευγμένοι, χρεία έναντι έγγαμων)	0,71	0,574	2,27	0,243	0,47	0,282
Εκπαίδευση (για κάθε επίπεδο μεταβολής ως 1:δημοτικό, 2:γυμνάσιο, σχολή 3:λύκειο, 4:ΑΕΙ, ΤΕΙ)	1,04	0,869	0,93	0,821	1,62	0,166
Χρόνια από τη διάγνωση (για κάθε έτος μεταβολής)	0,83	0,161	0,96	0,853	0,91	0,557
Μέτρηση Συμπτωμάτων(G- MDASI) (για κάθε μονάδα μεταβολής της βαθμολογίας παρουσίας & έντασης συμπτωμάτων)	0,99	0,970	0,45	0,018	0,85	0,499
Κόπωση (BFI-Gr) (για κάθε μονάδα μεταβολής της βαθμολογίας κόπωσης)	0,96	0,050	0,98	0,470	0,97	0,374
<i>pseudo R²Negelkerke</i>	0,242		0,360		0,449	

Πολυμεταβλητή ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγια μελέτης

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:

α) Άνδρας β) Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Καταγωγή:

α) Ελληνική β) Άλλη . Παρακαλώ δηλώστε την:.....

4. Τόπος κατοικίας:

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

5. Επάγγελμα:

α) Δημόσιος υπάλληλος β) Ιδιωτικός υπάλληλος γ) Ελεύθερος Επαγγελματίας
δ) Συνταξιούχος ε) Άνεργος

6. Μορφωτικό επίπεδο:

α) Έως Δημοτικό β) Γυμνάσιο γ) Λύκειο δ) ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο ε) Άλλο.....

7. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Έγγαμος/η β) Άγαμος/η γ) Χήρος/α δ) Διαζευγμένος/η

8. Ζω με:

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

9. Πότε έγινε η διάγνωση για το πρόβλημα υγείας για το οποίο κάνετε θεραπεία σήμερα;

(Έτος και εάν θυμάστε και μήνα).....

10. Σημειώστε εάν έχετε κάνει κάποιο άλλο είδος θεραπείας από τα παρακάτω για το παρόν πρόβλημα της υγείας για το οποίο κάνετε θεραπεία σήμερα.

Α) Χειρουργική επέμβαση Β) Ακτινοθεραπείες Γ) Άλλο

11. Σημειώστε εάν έχετε κάποιο άλλο σημαντικό πρόβλημα υγείας

α) Αναιμία β) Αυτοάνοσα νοσήματα γ) Καρδιολογικά νοσήματα δ) Άλλο

.....

12. Ποια/ες είναι η σημαντικότερη/ες ανάγκη/ες την παρούσα περίοδο της ζωής σας;

.....

ΣΥΝΤΟΜΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Ημερομηνία: _____

Ωρα: _____

Πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ζωής μας νιώθουμε κουρασμένοι ή κόπωση για να πραγματοποιήσουμε οτιδήποτε. Έχετε νιώσει την τελευταία εβδομάδα κουρασμένοι ή κόπωση ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Παρακαλώ σημειώστε με έναν κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την κόπωση που νιώθετε τώρα.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΚΑΘΟΛΟΥ										Η ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ
ΚΟΠΩΣΗ										ΚΟΠΩΣΗ ΠΟΥ ΝΙΩΣΑΤΕ ΠΟΤΕ

2. Παρακαλώ σημειώστε με έναν κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την συνήθη κόπωση που νιώσατε τις τελευταίες 24 ώρες.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΚΑΘΟΛΟΥ										Η ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ
ΚΟΠΩΣΗ										ΚΟΠΩΣΗ ΠΟΥ ΝΙΩΣΑΤΕ ΠΟΤΕ

3. Παρακαλώ σημειώστε με έναν κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την χειρότερη κόπωση που νιώσατε τις τελευταίες 24 ώρες.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΚΑΘΟΛΟΥ										Η ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ
ΚΟΠΩΣΗ										ΚΟΠΩΣΗ ΠΟΥ ΝΙΩΣΑΤΕ ΠΟΤΕ

4. Κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει πως κατά τη διάρκεια του τελευταίου 24ώρου η κόπωση έχει επηρεάσει την :

A. Γενική Δραστηριότητα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ										ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ										ΜΕΓΙΣΤΟ

B. ΔΙΑΘΕΣΗ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ										ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ										ΜΕΓΙΣΤΟ

Γ. ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ										ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ										ΜΕΓΙΣΤΟ

Δ. ΣΥΝΗΘΗ ΕΡΓΑΣΙΑ (συμπεριλαμβάνει όλες τις εργασίες μέσα και έξω από το σπίτι)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ										ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ										ΜΕΓΙΣΤΟ

E. ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ												ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΤΟ ΜΕΓΙΣΤΟ
ΣΤ. ΤΗΝ ΑΠΟΛΑΥΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ												ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΣΤΟ ΜΕΓΙΣΤΟ

Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από τη θεραπεία κατά του καρκίνου

EL Ελληνικά

(Cancer Therapy Satisfaction Questionnaire)

Οι επόμενες σελίδες περιέχουν ερωτήσεις σχετικά με τη θεραπεία σας κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια). Σε αυτό το ερωτηματολόγιο, ο όρος «θεραπεία κατά του καρκίνου

(ενδοφλέβια/χάπια)» αναφέρεται στην τρέχουσα ή την πιο πρόσφατη θεραπεία σας κατά του καρκίνου ή σε χάπια που λαμβάνετε κατά του καρκίνου (συμπεριλαμβανομένης της ορμονικής θεραπείας, της ενδοφλέβιας θεραπείας και των χαπιών για την καταπολέμηση του καρκίνου). Παρακαλείσθε να διαβάσετε κάθε ερώτηση και να απαντήσετε με όσο το δυνατόν περισσότερη ειλικρίνεια, χωρίς τη βοήθεια κάποιου τρίτου. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Οι απαντήσεις θα πρέπει να βασίζονται στην προσωπική σας εμπειρία.

Οι σκέψεις σας σχετικά με τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια).

Οι ακόλουθες δηλώσεις σας ζητούν να μοιραστείτε τις απόψεις σας σχετικά με τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια). Παρακαλείσθε να απαντήσετε κάθε μία από τις ακόλουθες ερωτήσεις επιλέγοντας το κουτάκι που αντιπροσωπεύει καλύτερα τη γνώμη σας (επιλέξτε μόνο ένα κουτάκι σε κάθε ερώτηση).

Γενικά, τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, πόσο συχνά αισθανθήκατε:

	Διαρκώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας βοηθούσε να επιστρέψετε στους κανονικούς σας ρυθμούς; Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. απάλλασε από τον καρκίνο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) θα εμπόδιζε την επανεμφάνιση του καρκίνου; Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. (ενδοφλέβια/χάπια) θα σταματούσε την εξάπλωση του καρκίνου; Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. (ενδοφλέβια/χάπια) περιορίσει τις καθημερινές σας δραστηριότητες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ότι σας προκάλεσαν αναστάτωση οι παρενέργειες; Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. (ενδοφλέβια/χάπια) άξιζε τον κόπο, παρά τις όποιες παρενέργειες; Ότι η θεραπεία κατά του καρκίνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. (ενδοφλέβια/χάπια) θα σας βοηθούσε να ζήσετε περισσότερο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Γενικά, **τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες**, πόσο συχνά σκεφτόσασταν να διακόψετε τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια);

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διαρκώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ

Ικανοποίηση από τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια)

Οι ακόλουθες δηλώσεις αφορούν στην ικανοποίησή σας από **την πιο πρόσφατη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια)**. Παρακαλείσθε να απαντήσετε κάθε μία από τις ακόλουθες ερωτήσεις **επιλέγοντας το κουτάκι** που περιγράφει καλύτερα το βαθμό ικανοποίησής σας (επιλέξτε μόνο ένα κουτάκι σε κάθε ερώτηση).

10. **Γενικά**, πόσο άξιζε τον κόπο η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια);

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άξιζε πολύ	Άξιζε αρκετά	Άξιζε ως ένα βαθμό	Άξιζε λίγο	Δεν άξιζε καθόλου

11. **Γενικά**, η θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) ήταν τόσο δύσκολη όσο περιμένατε ότι θα είναι;

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πολύ πιο δύσκολη από ό,τι νόμιζα ότι θα είναι	Κάπως πιο δύσκολη από ό,τι νόμιζα ότι θα είναι	Τόσο δύσκολη όσο νόμιζα ότι είναι	Κάπως πιο εύκολη από ό,τι νόμιζα ότι θα είναι	Πολύ πιο εύκολη από ό,τι νόμιζα ότι θα είναι

12. **Γενικά**, πόσο καλά τα **οφέλη** της θεραπείας κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) εκπλήρωσαν τις προσδοκίες σας;

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πολύ καλύτερα από τις προσδοκίες μου	Κάπως καλύτερα από τις προσδοκίες μου	Σύμφωνα με τις προσδοκίες μου	Κάπως χειρότερα από τις προσδοκίες μου	Πολύ χειρότερα από τις προσδοκίες μου

13. **Γενικά**, οι **παρανέργειες** από τη θεραπεία κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) ήταν όπως τις περιμένατε;

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πολύ καλύτερα από ό,τι περίμενα	Κάπως καλύτερα από ό,τι περίμενα	Ακριβώς όπως περίμενα	Κάπως χειρότερα από ό,τι περίμενα	Πολύ χειρότερα από ό,τι περίμενα

14. Πόσο ικανοποιημένοι μείνατε από τη **μορφή** της θεραπείας κατά του καρκίνου (ενδοφλέβια/χάπια) στην οποία υποβλήθηκατε;

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσαρεστημένος/η

15. **Συνολικά**, πόσο ικανοποιημένος/η μείνατε από την πιο πρόσφατη θεραπεία κατά του καρκίνου(ενδοφλέβια/χάπια);

Πολύ
ικανοποιημένος/η

Ικανοποιημένος/η

Ούτε
ικανοποιημένος/η
ούτε
δυσανεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Πολύ
δυσανεστημένος/η

16. Λαμβάνοντας τα πάντα υπόψη, αν είχατε ξανά τη δυνατότητα επιλογής, θα αποφασίζατε να υποβληθείτε στην ίδια θεραπεία κατά του καρκίνου;

Ναι, οπωσδήποτε

Πιθανότατα

Δεν ξέρω

Μάλλον όχι

Οπωσδήποτε όχι

Ευχαριστούμε πολύ.

Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συμπτωμάτων του M. D. Anderson

Μέρος Ι. Πόσο επώδυνα είναι τα συμπτώματά σας;

Θα θέλαμε να αξιολογήσετε πόσο έντονα ήταν για σας τα ακόλουθα συμπτώματα **το τελευταίο 24ωρο**.

Παρακαλώ σημειώστε με ένα «✓» έναν από τους παρακάτω αριθμούς από το 0 (το σύμπτωμα δεν παρουσιάστηκε) μέχρι το 10 (το χειρότερο που μπορείτε να φανταστείτε) για κάθε ερώτηση.

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

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

Τα συμπτώματα αυτά πολύ συχνά επηρεάζουν το πως αισθανόμαστε και λειτουργούμε. Πόσο πολύ παρενέβησαν αυτά στα κάτωθι **τις τελευταίες 24 ώρες**; Παρακαλώ σημειώστε με ένα «✓» έναν από τους παρακάτω αριθμούς από το 0 (το σύμπτωμα δεν παρενέβη) μέχρι το 10 (το σύμπτωμα παρενέβη ολοκληρωτικά) για κάθε ερώτηση.

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

21. Στην απόλαυση της ζωής;											
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Έγκριση ΕΛΜΕΠΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΤΕΛΟΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΠΜΣ Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας
Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Ηράκλειο, 17/3/2021

Αρ. Πρωτ. : _____ 491

ΠΡΟΣ:

Γαβαλά Αναστασία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53ης/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, η εκπόνηση Διπλωματική Εργασίας, στον/ην:

ΜΥΝ29 Γαβαλά Αναστασία

με θέμα: «Εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας».

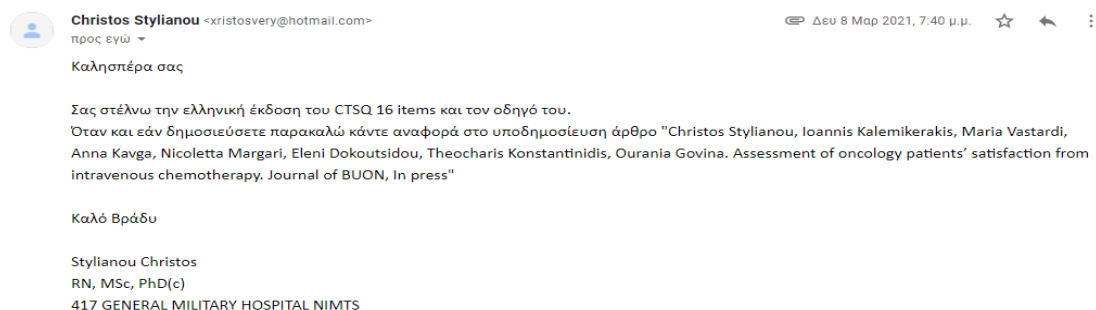
Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Διπλωματική Εργασία ονομάζεται: Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Η Διευθύντρια του ΠΜΣ

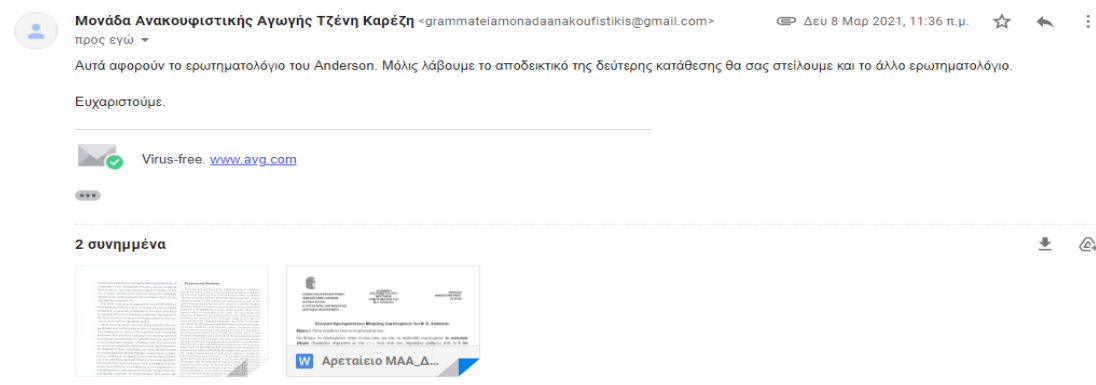
Ζαχαρένια Ανδρουλάκη
Καθηγήτρια

Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων μελέτης

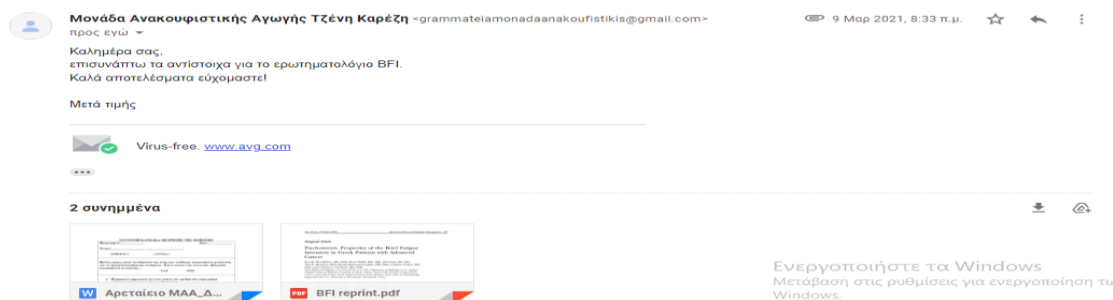
1) Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου ικανοποίησης από τη θεραπεία κατά του καρκίνου EL Ελληνικά (Cancer Therapy Satisfaction Questionnaire) από τον κ. Χρήστο Στυλιανού στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αναστασία Γαβαλά.



2) Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συμπτωμάτων του M. D. Anderson από την Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αναστασία Γαβαλά



3) Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου της κόπωσης Brief Fatigue Inventory (BFI) από την Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια Αναστασία Γαβαλά



Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου μελέτης ΓΝΗΒΠ



Handwritten signatures and stamps:
ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΑ ΔΙΟΤΑ
ΚΩΣΤΑΝΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 5/22-04-2021

ΑΠΟΦΑΣΗ 42
ΘΕΜΑ 4

Εισήγηση για έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Η εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας», από την κ. Γαβαλά Αναστασία, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

- α) την αρ. πρωτ. 7769/06-04-2021 αίτηση της κ. Γαβαλά Αναστασίας, μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου για χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Η εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας», με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη
- β) την αρ. πρωτ. 491/17/3/2021 Βεβαίωση ανάθεσης Διπλωματικής Εργασίας με την οποία βεβαιώνεται ότι ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53^{ης}/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, στην ΜΥΝ29-Γαβαλά Αναστασία η εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με θέμα «Η εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας»
- γ) το επισυναπτόμενο πρωτόκολλο, ερωτηματολόγιο, έντυπο πληροφόρησης, δήλωση ενήμερης συναίνεσης
- δ) την συναίνεση του Δ/ντη Ογκολογικού Τμήματος κ. Ανδρουλάκη Νικόλαου και του Προϊστάμενου Ογκολογικού Τμήματος κ. Πλαϊτή Εμμανουήλ
- ε) τη διαλογική συζήτηση,

ομόφωνα αποφασίζει

A.. Εισηγείται θετικά για την έγκριση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας, στο πλαίσιο εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Η εκτίμηση των συμπτωμάτων της νόσου και της ικανοποίησης από τη θεραπεία σε ογκολογικούς ασθενείς σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας», από την κ. Γαβαλά Αναστασία, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με επιβλέποντα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΙΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 5/22-04-2021
ΑΠΟΦΑΣΗ 42
ΘΕΜΑ 4

Καθηγητή τον κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη, Επίκουρο Καθηγητή ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας και με απαραίτητη προϋπόθεση την τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

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

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

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΛΑΓΟΥΔΙΑΝΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΠΑΝΝΑΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΑΛΟΕΙΔΗ ΕΛΕΝΗ
ΤΣΑΤΣΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΠΑΝΤΟΥΒΑΚΗ ΑΝΝΑ
ΣΠΥΡΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΣΑΒΒΑΣ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΙΑΚΗ ΘΑΝΝΑ