

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Εκτίμηση της επιβάρυνσης και των υποστηρικτικών  
αναγκών φροντιστών ογκολογικών ασθενών»**

**Επιβλέπων καθηγητής:** Κωνσταντινίδης Θεοχάρης,  
Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Κρήτης

**Σπουδάστριες:** Ντέκα Φρειδερίκη ΑΜ: 6474  
Ντουρμίσι Σύλβια ΑΜ: 6441

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία αυτή είναι αρχικά αφιερωμένη σε όσους έχουν υπάρξει, είναι και πρόκειται να είναι φροντιστές. Όπως έχει δηλώσει και η Rosalyn Carter: «Υπάρχουν μόνο τέσσερα είδη ανθρώπων σε ολόκληρο τον κόσμο. Εκείνοι, οι οποίοι έχουν υπάρξει φροντιστές. Εκείνοι, οι οποίοι είναι αυτή τη στιγμή φροντιστές. Εκείνοι που θα είναι μελλοντικά φροντιστές και εκείνοι, οι οποίοι θα χρειαστούν φροντιστές.» Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την υποστήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας, καθώς και τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, ο οποίος υπήρξε δίπλα μας σε όλη την πορεία διεκπεραίωσης της έρευνάς μας, καθώς και σε κάθε ανάγκη που προέκυψε. Ευχαριστούμε, επίσης, τον πρόεδρο του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, κ. Μελά Χρήστο, για την ευκαιρία πραγματοποίησης της έρευνάς μας. Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους υπεύθυνους, διευθυντές και προϊσταμένους των ογκολογικών τμημάτων των νοσοκομείων ΠΑΓΝΗ και Βενιζελείου Ηρακλείου Κρήτης για την παροχή της άδειας πραγματοποίησης της έρευνας στους προαναφερθέντες χώρους καθώς και όλους εκείνους τους φροντιστές, που παρά τις αντιξοότητες που βίωναν το διάστημα αυτό, προσφέρθηκαν να βοηθήσουν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας, παραμερίζοντας τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους και διαθέτοντάς μας λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους και την υπομονή τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος προκαλεί σημαντικά και μεγάλης διάρκειας προβλήματα, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους, άτομα δηλαδή του στενού ή συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών, τα οποία συνήθως επιβαρύνονται σε σημαντικό βαθμό.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του βαθμού επίπτωσης/επιβάρυνσης που επιφέρει ο καρκίνος ως ασθένεια στη ζωή των φροντιστών και η διερεύνηση των ψυχολογικών αναγκών τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία με δείγμα 90 φροντιστών ογκολογικών ασθενών, οι οποίοι διέθεταν τουλάχιστον 3 ώρες ημερησίως στην παροχή φροντίδας σε δύο μεγάλα Νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια BAKAS και HADS, ενώ υπήρχαν και ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και των φροντιστών. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια των προγραμμάτων IBM SPSS 23.0 και Microsoft Excel 2007. Ως αποδεκτό σημείο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν έγγαμες γυναίκες (67,8%) με μέση ηλικία τα 53 έτη. Ανέφεραν ότι ως αποτέλεσμα παροχής της αρχικής φροντίδας στον ασθενή βελτιώθηκαν οι σχέσεις με την οικογένειά τους και τον ασθενή (51,1%), ενώ άλλαξε προς το χειρότερο η συναισθηματική τους ευεξία (71,1%), η οικονομική τους ευμάρεια (66,6%) και ο χρόνος για κοινωνικές δραστηριότητες (64,4%). Οι περισσότεροι φροντιστές ανέφεραν υψηλά επίπεδα παθολογικού άγχους (55,6%), επιβάρυνσης (75,6%) και κατάθλιψης (52,2%). Η επιβάρυνση βρέθηκε να σχετίζεται θετικώς ανάλογα με την ηλικία των φροντιστών ( $\rho=-0,008$ ). Το μορφωτικό επίπεδο ασθενών-φροντιστών όσο υψηλότερο ήταν, τόσο χαμηλότερα υπήρξαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ( $\rho=0,019$  και  $\rho=0,007$ ). Ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι υπήρξαν όσοι φρόντιζαν ογκολογικό ασθενή για μεγαλύτερο διάστημα ( $\rho=-0,051$ ).

**Συμπεράσματα:** Η επιβάρυνση που βιώνουν σε καθημερινή βάση οι φροντιστές ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας υγείας στον ογκολογικό ασθενή καθιστά απαραίτητη την ανάδειξη των προβλημάτων τους καθώς και την εκτίμηση των

αναδυόμενων αναγκών τους. Τα ευρήματα αυτά κάνουν επιτακτική την ανάγκη συνεχούς υποστήριξης των φροντιστών που περιλαμβάνει και τη συμμετοχή τους σε υποστηρικτικά κοινοτικά προγράμματα και σε εκπαιδευτικά προγράμματα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της προσωπικής τους υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος, φροντιστής, επιβάρυνση, ανάγκες

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

		Σελ.
	<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	2
	<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	3
	<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	7
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Βασικές γνώσεις για τον καρκίνο</b>	
1.1	Ορισμός.....	10
1.2	Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου.....	11
1.3	Επιδημιολογία.....	13
1.4	Διάγνωση.....	14
1.5	Θεραπευτική προσέγγιση.....	18
1.6	Πρόληψη.....	21
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Ποιότητα ζωής διαγιγνωσκομένων ατόμων με καρκίνο</b>	
2.1	Κύρια προβλήματα και υποστηρικτικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο.....	23
2.1.1	Βραχυπρόθεσμα.....	24
2.1.2	Μακροπρόθεσμα.....	24
2.2	Προβλήματα που επιφέρει η νόσος στο διαγιγνωσκόμενο άτομο με καρκίνο.....	25
2.2.1	Σωματικά.....	26
2.2.2	Ψυχολογικά-Κοινωνικά.....	27
2.2.3	Οικονομικά.....	27
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: Η επιβάρυνση των φροντιστών ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας και οι αναδυόμενες ανάγκες αυτών</b>	

3.1	Ο ρόλος των φροντιστών στην εξέλιξη της νόσου.....	29
3.2	Η επιβάρυνση των φροντιστών ως αποτέλεσμα της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών.....	29
3.3	Ανάγκες των φροντιστών που προκύπτουν από την επιβάρυνση λόγω της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών.....	33
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία της έρευνας</b>		
4.1	Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	35
4.2	Ερευνητικά ερωτήματα.....	35
4.3	Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας.....	35
4.4	Δείγμα της έρευνας.....	35
4.5	Συλλογή δεδομένων-Ερευνητικά εργαλεία.....	35
4.6	Πιλοτική έρευνα.....	36
4.7	Δεοντολογία της έρευνας.....	37
4.8	Στατιστική ανάλυση.....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: Αποτελέσματα</b>		
5.1	Αποτελέσματα ανάλυσης.....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>: Συζήτηση και συμπεράσματα</b>		
6.1	Συζήτηση.....	61
6.2	Συμπεράσματα.....	65
6.3	Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	66

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ως καρκίνος ορίζεται η κακοήθης νεοπλασία που χαρακτηρίζεται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων, συχνά με διήθηση σε γειτονικούς υγιείς ιστούς τοπικά ή σε όλη την έκταση του σώματος. Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη κυριότερη αιτία θνησιμότητας μετά τις καρδιαγγειακές νόσους παγκοσμίως. Έχει γίνει ταυτοποίηση σε περισσότερα από 200 είδη καρκίνου. Οι καρκίνοι διακρίνονται σε επιμέρους κατηγορίες ανάλογα με τους ιστούς στους οποίους αναπτύσσονται τα κύτταρα. Έτσι, προκύπτουν τα καρκινώματα (επιθηλιακός ιστός), τα λεμφώματα (λεμφοκύτταρα), οι λευχαιμίες (αιμοποιητικά κύτταρα) και τα σαρκώματα (μεσεγχυματικός ιστός). Η βλάβη, η οποία προκαλείται από τη διήθησή τους σε υγιείς ιστούς έχει ως αποτέλεσμα την οργανική δυσλειτουργία, τον πόνο και συχνά τον θάνατο ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)). Παράλληλα, δεν έχουν γονίδια που να ρυθμίζουν την έναρξη και τη λήξη της ζωής τους, όπως συμβαίνει στα φυσιολογικά κύτταρα και δεν αναγνωρίζουν τα όριά τους ώστε να παραμένουν στο ίδιο σημείο όπου αναπτύσσονται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην καταστρέφονται ποτέ και να μπορούν να μεταναστεύουν σε άλλα όργανα (μετάσταση) (Ζλατινούδη 2013).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες στη συνέχεια χωρίς να έχουν διασαφηνιστεί πλήρως έχουν κατανεμηθεί σε κατηγορίες όπως η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, οι περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες (Κοντού και συν. 2010). Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται κυρίως αυτά του πόνου, του υποσιτισμού και της ανορεξίας, της αδυναμίας και εξάντλησης, της δυσκολίας στην κατάποση, της ύπαρξης ορατών μαζών σε διάφορα σημεία του σώματος, του έντονου και ανυποχώρητου βήχα καθώς και των αλλαγών στις μέχρι τότε συνήθειες του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως. Η θεραπεία κατά του καρκίνου προσαρμόζεται κάθε φορά στα εκάστοτε δεδομένα, όπως είναι τα χαρακτηριστικά της υγείας και της κατάστασης του ασθενούς, του σταδίου της νόσου, του σημείου ύπαρξης του όγκου και του τύπου των καρκινικών κυττάρων. Έτσι, οι θεραπείες κατηγοριοποιούνται σε χειρουργικές επεμβάσεις αφαίρεσης όγκων, χημειοθεραπείες, ορμονοθεραπείες, ανοσοθεραπείες, ακτινοθεραπείες, παρηγορητικές και συνδυαστικές θεραπείες ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

Παράλληλα η φύση του καρκίνου έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, περιλαμβάνοντας πιο σύντομες διαμονές των ασθενών στο νοσοκομειακό χώρο, έναν αυξανόμενο ηλικιωμένο ογκολογικό πληθυσμό και σημαντικές βελτιώσεις στα θεραπευτικά αποτελέσματα και την δραστικότητα των θεραπειών. Η αλλαγή από την ενδονοσοκομειακή στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία και φροντίδα έχει δώσει έμφαση στη σημαντικότητα των ανεπίσημων φροντιστών (Papastavrou et al. 2009). Ως φροντίδα χαρακτηρίζεται σύμφωνα με τις Leininger και McFarland η υιοθέτηση πράξεων, συμπεριφορών και πρακτικών που έχουν ως στόχο την υποστήριξη και την παροχή βοήθειας σε άτομα ή ομάδες με ήδη υπαρκτές ή δυνητικά υπαρκτές ανάγκες, έχοντας ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Το άτομο που αναλαμβάνει τη φροντίδα ονομάζεται φροντιστής ή περιθάλποντας. Υπάρχουν δύο κατηγορίες φροντιστών. Ο επίσημος φροντιστής (formal caregiver), ο οποίος είναι εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας και παρέχει φροντίδα έναντι αμοιβής ή εθελοντικά στο άτομο που χρήζει βοήθειας. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκει ο ανεπίσημος φροντιστής (informal caregiver), ο οποίος μπορεί να είναι συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο (Ψαρίκογλου-Χατζηβασιλείου 2015).

Τα οικογενειακά μέλη, ειδικά στον ελλαδικό χώρο, μπορεί να κληθούν να παρέχουν πρωταρχική φροντίδα στο σπίτι, όταν ο ασθενής λαμβάνει επιθετική θεραπεία ή θεραπεία που του στερεί την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης σε ένα εξωνοσοκομειακό πλαίσιο ή όταν η θεραπεία έχει μεταβεί στο στάδιο της παρηγορητικής θεραπείας. Στην παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς με διαφορετικούς τύπους καρκίνου, πολλές κοινότητες μπορούν να δημιουργήσουν επιβάρυνση και ένταση στον φροντιστή. Οι ιδιαίτερα υψηλές σωματικές και συναισθηματικές απαιτήσεις για την επίλυσή τους βασίζονται στους φροντιστές και η ασθένεια δημιουργεί μείζονες γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές της φυσιολογικής συμπεριφοράς στους ασθενείς. Η ηλικία, το φύλο, το πολιτιστικό υπόβαθρο, η εθνικότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, η προσωπική κατάσταση υγείας και η δυναμική της εκάστοτε οικογένειας συμβάλλουν συλλογικά ως αναπόσπαστοι παράγοντες στην πρόβλεψη των αντιδράσεων των φροντιστών σε αυτό τον απαιτητικό ρόλο. Επιπρόσθετα, οι οικογενειακοί φροντιστές συχνά αναφέρουν έλλειμμα στην εκπαίδευση και τις δεξιότητες που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών τους, έλλειψη βοήθειας



από επαγγελματίες υγείας, απουσία κοινωνικής υποστήριξης και αυξανόμενο άγχος σχετιζόμενο με τον προχωρημένο καρκίνο του ασθενούς, ακόλουθες αναπηρίες καθώς και αυξανόμενες περίπλοκες απαιτήσεις φροντίδας. Γι' αυτό το λόγο, η αυξημένη υπευθυνότητα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επιπρόσθετη επιβάρυνση στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών. Βάσει όσων αναφέρθηκαν, γίνεται ευκόλως κατανοητό ότι οι φροντιστές τελικά χρήζουν εντατικής υποστήριξης ανάλογης με αυτή των ασθενών (Tamayo et al. 2010).

Στον ελλαδικό χώρο, το θέμα της παροχής φροντίδας των ογκολογικών ασθενών καθώς και των αναγκών των φροντιστών που προκύπτουν από αυτή δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα μιας και θεωρείται «δεδομένο» από την κοινωνία ότι η φροντίδα θα περάσει στα χέρια της οικογένειας χωρίς να εξετάζεται το κατά πόσο είναι ικανή να παρέχει φροντίδα αντάξια των αυξημένων απαιτήσεων του ασθενούς. Ζωτικής σημασίας είναι λοιπόν η υποστήριξη των φροντιστών με έμμεσο σκοπό ταυτόχρονα τη βελτίωση της κατάστασης υγείας του ασθενούς. Οι φροντιστές είναι απαραίτητο να συμμετέχουν σε ομάδες του κοινωνικού συνόλου που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα έτσι ώστε να συζητήσουν και να αναγνωρίσουν τις ανάγκες τους και τις ανησυχίες τους. Ακόμη, θα ήταν εποικοδομητική η επικοινωνία και η συζήτηση τόσο με μέλη της οικογένειάς τους όσο και με το φιλικό τους περιβάλλον και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Είναι σημαντικό να αντιληφθούν ότι η απομόνωση δεν οδηγεί πουθενά και η αποφυγή εξωτερίκευσης των συναισθημάτων τους δεν είναι δείγμα αδυναμίας ή αποφυγής ευθυνών. Η υποστήριξή τους θα μπορούσε να ενισχυθεί με τη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα που αντιμετωπίζουν την διαφορετικότητα των αναγκών και των προβλημάτων που αναδύονται από το δύσκολο έργο τους ([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

### 1.1 Ορισμός

---

Μερικές φορές τα κύτταρα ενός οργανισμού χάνουν τη σωστή λειτουργία που αφορά τη διαίρεσή τους. Η αρχή του λάθους πηγάζει από τον πυρήνα. Συχνά τυχαίνει τα χρωμοσώματα να σπάζουν και να εξαφανίζονται κομμάτια τους. Άλλες φορές πάλι, τα χρωμοσώματα συντίθενται με διαφορετική σειρά από την αρχική. Ο αριθμός των χρωμοσωμάτων τυχαίνει ακόμα να αυξάνεται ή να μειώνεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα χρωμοσώματα δεν είναι τα αναμενόμενα με αποτέλεσμα να στέλνονται λανθασμένα μηνύματα προς το κύτταρο, οδηγώντας το τελικά στην λανθασμένη ανάπτυξη και λειτουργία του. Κατά συνέπεια, το κάθε εξειδικευμένο κύτταρο αποτυγχάνει στη διαδικασία διεκπεραίωσης της αντίστοιχης με τον ιστό του λειτουργίας. Έτσι, ακολουθεί ο σχηματισμός ενός συνόλου ανώμαλων κυττάρων, τα οποία συνεχίζουν να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Το σύνολο αυτών των ανώμαλων κυττάρων είναι ο καρκίνος και καθώς αναπτύσσεται, προσβάλλει γειτονικούς και μη, υγιείς ιστούς. Η διαδικασία αυτή καλείται διήθηση. Στη συνέχεια, μέσω της διήθησης των καρκινικών κυττάρων στα λεμφαγγεία και τα αιμοφόρα αγγεία ο καρκίνος μεταφέρεται και σε άλλα σημεία του σώματος μέσω των καρκινικών κυττάρων που βρίσκονται πλέον στο αίμα και την κυκλοφορία του. Οι αποικίες που σχηματίζονται μετά την εγκατάστασή τους σε άλλα σημεία πέραν του αρχικού στο σώμα ονομάζονται μεταστάσεις. Ο καρκίνος έτσι, έχει τη δυνατότητα επέκτασης στους γύρω ιστούς με την διήθηση και σε απομακρυσμένες περιοχές με την μετάσταση. Υπάρχουν και καρκίνοι, οι οποίοι είναι ακίνδυνοι. Πρόκειται για μάζες καρκινικών κυττάρων, οι οποίες δεν επιτίθενται σε γειτονικούς ιστούς και δεν εξαπλώνονται σχηματίζοντας απλά όζους στο σώμα. Οι υπερπλασίες αυτές καλούνται καλοήθεις όγκοι, είναι σχετικά αβλαβείς και περιβάλλονται από ένα περίβλημα που εμποδίζει την διήθησή τους (Πανάγος 1992).

### 1.2 Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου

---

Αν και δεν έχει βρεθεί ακόμα θεραπεία, έχουν επισημανθεί παράγοντες της καθημερινής ζωής, οι οποίοι συμβάλλουν σημαντικά στην παρόξυνση ή τον κατευνασμό συμπτωμάτων ενός καρκίνου. Οι αιτιολογικοί παράγοντες χωρίς να έχουν διασαφηνιστεί πλήρως έχουν κατανεμηθεί σε κατηγορίες όπως η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, οι περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες. Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα παγκοσμίως και αναμένεται να αυξηθεί η συνολική του επίπτωση (Κοντού και συν. 2010). Αρχικά, λοιπόν, στον βαθμό που οι εξωγενείς παράγοντες κινδύνου για καρκίνο (π.χ. κάπνισμα, χρόνια φλεγμονή, μη ισορροπημένη διατροφή) μειώνονται, ο καρκίνος υπολογίζεται ότι θα εμφανιστεί σε μεταγενέστερη ηλικία και το ποσοστό του καρκίνου που προκαλείται από ενδογενείς διαδικασίες θα αυξηθεί. Οξειδωτικά παραπροϊόντα του φυσιολογικού μεταβολισμού προκαλούν επίσης εκτεταμένες βλάβες στο γενετικό υλικό. Υποστηρίζεται πως η βλάβη αυτή (ίδια με αυτή που παράγει η ακτινοβολία) συνεισφέρει σημαντικά στη γήρανση και σε εκφυλιστικές ασθένειες της γήρανσης όπως ο καρκίνος, οι καρδιακές παθήσεις, ο καταρράκτης και η εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Οφείλεται να αναφερθεί, όμως, και η κυριότερη αιτία καρκίνου, η οποία είναι το κάπνισμα. Το κάπνισμα φέρεται ως η σημαντικότερη αιτία καρκίνου που μπορεί, όμως, να προληφθεί. Σε αυτό οφείλονται σχεδόν 400.000 πρόωροι θάνατοι ετησίως σύμφωνα με καταγραφές στις ΗΠΑ. Το κάπνισμα είναι γνωστή αιτία για τον καρκίνο του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστεως, του στόματος, του φάρυγγα, του παγκρέατος, των νεφρών, του στομαχιού, του λάρυγγα, του οισοφάγου και πιθανώς του παχέος εντέρου. Προκαλεί περισσότερους θανάτους από ποικίλες ασθένειες εκτός του καρκίνου. Το κάπνισμα προκαλεί περίπου 3 εκατομμύρια θανάτους ανά έτος παγκοσμίως. Παρ' όλ' αυτά, ο καπνός του περιβάλλοντος ως αιτία καρκίνου δεν έχει την ίδια ισχύ και θεωρείται έτσι ασθενέστερη αιτία. Το κάπνισμα θεωρείται ένα σοβαρό οξειδωτικό στρες και ο καπνός περιέχει μια μεγάλη ποικιλία μεταλλαξιόγνων παραγόντων και καρκινογόνων ουσιών. Σύγκριση πραγματοποιήθηκε μεταξύ των συνηθειών καπνίσματος 82 ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα και 73 ανδρών με καρκίνο του λάρυγγα και του φάρυγγα με τις συνήθειες μιας ομάδας ελέγχου 522 ασθενών με διάφορους όγκους αντίστοιχα. Σχετικά υψηλό ποσοστό καπνιστών τσιγάρων βρέθηκε μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του

αναπνευστικού συστήματος συγκριτικά με αυτούς της ομάδας ελέγχου. Αυτή η θετική συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης του καπνίσματος και της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του αναπνευστικού συστήματος φαίνεται να είναι στατιστικά και βιολογικά σημαντική. Υπάρχουν σοβαρές περιστασιακές ενδείξεις ότι το κάπνισμα είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας στον καρκίνο της αναπνευστικής οδού (Schrek et al. 1950). Η πρόληψη όμως, και η σωστή και έγκυρη ενημέρωση θα μπορούσε να μειώσει κατά πολύ τα ποσοστά των θανάτων όσο και των καρκίνων, οι οποίοι προκαλούνται από τον καπνό.

Μία ακόμη αιτία εμφάνισης μιας μορφής καρκίνου είναι ο ήλιος. Η έκθεση στον ήλιο είναι η κύρια αιτία για καρκίνο του δέρματος και ειδικότερα αν εμφανιστεί κάποιο μελάνωμα, τότε καθίσταται υψίστης σημασίας. Η συχνή και πολύωρη έκθεση στον ήλιο κατά τη διάρκεια των πρώτων δεκαετιών ζωής φαίνεται να είναι ο κύριος και καθοριστικός παράγοντας. Το μελάνωμα (καρκίνος του δέρματος) είναι από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου στους λευκούς πληθυσμούς και η επίπτωση του καρκίνου του δέρματος έχει φτάσει σε επιδημικές αναλογίες. Σύμφωνα με πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες στην Αυστραλία, το ποσοστό επίπτωσης είναι πάνω από 2% στους άνδρες και 1% στις γυναίκες αντίστοιχα (Diepgen & Mahler 2002). Η πρόληψη, όμως, του καρκίνου του δέρματος είναι εφικτή, κυρίως με τη σωστή ενημέρωση και τη λήψη προστατευτικών μέτρων όλου του πληθυσμού και κυρίως των ευπαθών ομάδων. Οι κληρονομικοί παράγοντες συμβάλλουν σαφώς στην προδιάθεση ή στην εμφάνιση ενός καρκινώματος. Ιδιαίτερα ο καρκίνος στην παιδική ηλικία αλλά και στην πρώιμη ενηλικίωση έχουν συνήθως αιτιολογικό παράγοντα την κληρονομικότητα. Γενικά, τα ποσοστά του καρκίνου αυξάνονται εκθετικά με την ηλικία, εκτός από τον παιδικό καρκίνο για τον οποίο πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως στην κληρονομικότητα γονιδίου καρκινικά μεταλλαγμένου. Η κληρονομικότητα είναι πιθανό να επηρεάσει την ευαισθησία σε όλους τους καρκίνους, αλλά σε ποιο βαθμό δεν είναι σαφές, αν και σε περιπτώσεις όπως το δέρμα, είναι προφανές ότι το χρώμα παίζει μεγάλο ρόλο σε καρκίνους όπως το μελάνωμα. Με τους γρήγορους ρυθμούς εξέλιξης της μοριακής βιολογίας, οι κληρονομικοί καρκίνοι θα γίνουν κατανοητοί με το πέρασμα του χρόνου. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση καρκίνου είναι

το περιβάλλον, η διατροφή, η ακτινοβολία ή έκθεση σε επικίνδυνες χημικές ουσίες (Bruce et al. 1995).

### 1.3 Επιδημιολογία

---

Ο καρκίνος έχει τη δυνατότητα να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και αφορά όλους και τον καθένα ξεχωριστά, παρά το ότι η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία του ατόμου. 11 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις με καρκίνο διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί και εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 16 εκατομμύρια μέχρι το 2020. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), στον ελλαδικό χώρο, τα ποσοστά θνησιμότητας εξαιτίας του καρκίνου παραμένουν χαμηλότερα συγκριτικά με αυτά των πιο αναπτυγμένων χωρών της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας ([www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)).

Η αύξηση που παρατηρείται σε θανάτους από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες από το 1980 έως και το 2006 είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, αν αναλογισθεί κανείς ότι οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο έχουν πτωτική τάση στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980. Παρατηρώντας τα στατιστικά διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος παγκοσμίως αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου. Στην Ευρώπη, οι καρκίνοι που κυριαρχούν είναι αυτός του προστάτη, του μαστού και στη νότια Ευρώπη του παχέος εντέρου (Levi et al. 2002).

Η κατανομή των συχνότερων καρκίνων στη χώρα μας έχει στην πρώτη θέση τον καρκίνο του μαστού, στη συνέχεια του πνεύμονα και τέλος του προστάτη. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άνδρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες μορφές καρκίνου. Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσίαζαν σταθερά αυξητικές τάσεις σε διάστημα 5 ετών. Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού, ο οποίος παρουσίαζε αυξητική τάση το 2005. Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις ([www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)).

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί επίσης τη δεύτερη αιτία θανάτου (24,4%) μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (29,4%), ενώ αυξητική τάση παρουσιάζει τόσο η συνολική όσο και η κατά αιτία θνησιμότητα από καρκίνο. Η θέση της χώρας μας

συγκεκριμένα στον ευρωπαϊκό χάρτη παραμένει σε χαμηλά επίπεδα ακόμα. Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19<sup>η</sup> θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες, στην 23<sup>η</sup> ως προς τις γυναίκες και στην 9<sup>η</sup> και για τα δύο φύλα. Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πλασματική, γεγονός το οποίο οφείλεται στα μη αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας.

Η θνησιμότητα, όμως, στον ελλαδικό χώρο από την προσβολή του καρκίνου διαφοροποιείται ανά νομό. Πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται να εμφανίζονται στον Βορρά σε σχέση με το Νότο, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται σε πολλές μελέτες. Τα παραπάνω δεδομένα σε συνδυασμό με την αύξηση της συχνότητας των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν καρκίνο, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών, η έλλειψη άσκησης και η δραματική αλλαγή του περιβάλλοντος, καθιστούν τον καρκίνο την πιο σημαντική πρόκληση για τη διασφάλιση και προάσπιση της δημόσιας υγείας (Πατελάρου και συν. 2011).

## 1.4 Διάγνωση

---

Οι διαγνωστικές εξετάσεις για την εμφάνιση και την προδιάθεση για πιθανή εμφάνιση καρκίνου ποικίλλουν ανάλογα με το είδος του καρκίνου. Οι συνηθέστερες που πραγματοποιούνται για τη διάγνωση του είναι:

- Αιματολογικές εξετάσεις
- Ακτινολογικός έλεγχος
- Αξονική τομογραφία (CT)
- Μαγνητική τομογραφία
- Υπερηχοτομογραφικός έλεγχος
- Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος
- Κυτταρολογική εξέταση
- Ιστολογική εξέταση
- Ενδοσκόπηση ([www.agsavvas-hosp.gr](http://www.agsavvas-hosp.gr))

Όσον αφορά τις γυναίκες, συχνός καρκίνος είναι του μαστού, για τον οποίο συνίσταται η συστηματική παρακολούθηση των γυναικών με θετικό ή μη οικογενειακό ιστορικό. Σε αυτό το πλαίσιο γίνεται δυνατή η ανάδειξη υπόπτων μαστογραφικών αλλοιώσεων, οι οποίες είναι μη ανιχνεύσιμες κλινικά. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, κρίνεται απαραίτητη η βιοψία για τον καθορισμό της ιστολογικής ταυτότητας των βλαβών που έχουν προκληθεί, γι' αυτό αναπτύχθηκε η τεχνική του προεγχειρητικού εντοπισμού της μη ψηλαφητής βλάβης με βελόνα υπό μαστογραφικό έλεγχο, με στόχο την ακριβή αφαίρεση αυτής και την αποφυγή εκτέλεσης ευρύτερων, μη απαραίτητων εκτομών. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι το κλειδί για τη μείωση της θνητότητας της νόσου (Πατρινού και συν. 2001).

Η ουσία του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου έγκειται στη δυνατότητα ανίχνευσης του καρκίνου σε προκλινικό στάδιο (sojourn time), στο χρονικό διάστημα δηλαδή πριν από την ύπαρξη κλινικών ευρημάτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις με την κατάλληλη θεραπεία μεταβάλλεται η φυσική εξέλιξη της νόσου και μειώνεται και η θνησιμότητα. Η πρώτη μαστογραφία οφείλει να γίνεται στην ηλικία μεταξύ 35-40 ετών. Η μαστογραφία σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση καλό είναι να διενεργείται κάθε 1-2 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών. Ακόμα, ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος πρέπει να διενεργείται σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω. Αναμφισβήτητα λοιπόν, έχει τεκμηριωθεί ο ετήσιος προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία ως το πλέον αποτελεσματικό μέσο έναντι του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω.

Επίσης, κάποια άλλα μέσα διάγνωσης και πρόληψης είναι η υπερηχοτομογραφία σε γυναίκες ηλικίας <30 ετών με διαγνωστικά προβλήματα ενώ σε γυναίκες άνω των 30 ετών με κλινική ένδειξη περαιτέρω ελέγχου προτιμάται η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα, τα οποία αλληλοσυμπληρώνονται. Από την άλλη, η μαγνητική μαστογραφία σήμερα βρίσκεται σε ερευνητικό επίπεδο, όσον αφορά τη διαγνωστική προσέγγιση παθήσεων του μαστού. Τα πλεονεκτήματα της εξέτασης αυτής είναι πως δίνονται πληροφορίες για τη χημική σύσταση των ιστών, γίνονται τομές σε διάφορα επίπεδα, εκτιμώνται αλλοιώσεις πλησίον του θωρακικού τοιχώματος, έχουν υψηλή ευαισθησία ανίχνευσης διηθητικού καρκίνου σε πυκνούς μαστούς και τέλος δίνει πληροφορίες για την αγγειοβρίθεια των ιστών. Πέραν των

πλεονεκτημάτων, κάποια από τα μειονεκτήματα της εξέτασης αυτής είναι το υψηλό κόστος της, καθώς και της παραμαγνητικής ουσίας. Ακόμα, η σκιαγραφική πρόληψη ποικίλλει στη διάρκεια του κύκλου και δεν ανιχνεύει μικροαποτιτανώσεις καθώς έχει χαμηλή ειδικότητα.

Καθώς, λοιπόν, έχει αποδειχθεί πως η θνητότητα του καρκίνου του μαστού μπορεί να μειωθεί, είναι μεγίστης σημασίας η εκτέλεση προληπτικών εξετάσεων καθώς και η επανάληψή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Το ιδεώδες χρονικό διάστημα προληπτικού μαστογραφικού επανελέγχου είναι συνάρτηση δύο παραγόντων, από τη μία της ταχύτητας εξέλιξης του καρκίνου του μαστού και από την άλλη της συχνότητας εμφάνισης αυτού σε κάθε ηλικιακή ομάδα του εξεταζόμενου πληθυσμού. Έχει αποδειχθεί ότι οι όγκοι σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση ιστολογικής διαφοροποίησης, σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Τέλος, το ανώτατο όριο ηλικίας για τη διακοπή του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία δεν έχει καθοριστεί. Όμως, λόγω της αυξημένης συχνότητας καρκίνου του μαστού σε προχωρημένη ηλικία, πολλοί είναι οι ερευνητές που προτείνουν τη συνέχιση ανά διετία του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία σε γυναίκες καλής γενικής κατάστασης και ηλικίας άνω των 75 ετών (Βούρτση & Βλάχος 1999).

Ακόμη, ένας αρκετά συχνός σε εμφάνιση καρκίνος είναι αυτός του παχέος εντέρου. Η προεγχειρητική ή η διεγχειρητική διάγνωση της παρουσίας καρκινωμάτων του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντική, μιας και εάν διαφύγουν της προσοχής, εκδηλώνονται ως πρώιμα καρκινώματα προχωρημένου σταδίου απαιτώντας επανεπέμβαση. Η πρόγνωσή τους κατά συνέπεια είναι δυσμενέστερη. Εάν η ανίχνευση των καρκινωμάτων γίνει διεγχειρητικά, η έκταση της εκτομής θα πρέπει να τροποποιηθεί αναλόγως. Η προεγχειρητική ανίχνευση των σύγχρονων καρκινωμάτων επιτρέπει την ανάλογο εύρους εγχειρητική αντιμετώπιση. Επιπλέον, οδηγεί στην αναγκαία σχεδίαση μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει κολonosκόπηση ή και βαριούχο υποκλυσμό. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος, η αξονική τομογραφία κοιλίας, η ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (Mayer κοπράνων) και η μέτρηση στο αίμα του αντιγόνου CEA βελτιώνουν τη διαγνωστική ακρίβεια, κυρίως προεγχειρητικά. Η



ευαισθησία του συνδυασμού κολονοσκόπησης και βαριούχου υποκλυσμού κυμαίνεται στις διάφορες σειρές από 66-87%.

Πιθανή αιτία αδυναμίας ανίχνευσης του συνόλου των όγκων που απαρτίζουν μια περίπτωση σύγχρονων καρκινωμάτων είναι το γεγονός ότι οι άπω όγκοι ενδέχεται να αποφράσσουν τον αυλό του εντέρου εμποδίζοντας την ανίχνευση εγγύς της απόφραξης τυχόν όγκων. Συνεπώς, είναι πάντα απαραίτητη η λεπτομερής διερεύνηση ολόκληρου του παχέος εντέρου. Είναι σημαντική η διεγχειρητική διερεύνηση του παχέος εντέρου ψηλαφητικά, χωρίς να αποκλείεται η διενέργεια διεγχειρητικής κολονοσκόπησης. Ακόμα, η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει τον περιοδικό έλεγχο τού απομένου εντέρου κολονοσκοπικά, καθώς και με βαριούχο υποκλυσμό, προκειμένου να ανιχνευθεί πρώιμα τυχόν μετάχρονο ή σύγχρονο καρκίνωμα, το οποίο ενδεχομένως διέφυγε της αρχικής διάγνωσης. Προτείνεται ο ανά έτος κολονοσκοπικός έλεγχος την πρώτη 5ετία μετά από την επέμβαση. Στη συνέχεια συστήνεται η ανά 3ετία κολονοσκόπηση (Φωτιάδης και συν 2005).

Ένας ακόμη όχι τόσο συχνός σε εμφάνιση συχνότητας καρκίνος είναι αυτός του θυρεοειδούς. Το μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς παρουσιάζεται ως μονήρης, σκληρός όζος, συχνά με σύστοιχη τραχηλική λεμφαδενοπάθεια από τη στιγμή της διάγνωσης. Στο σπινθηρογράφημα συνήθως απεικονίζεται ως ψυχρός όζος, ενώ στο υπερηχογράφημα εμφανίζεται ως συμπαγής όζος με αποτιτανώσεις. Η παρακέντηση με υπερηχογραφική καθοδήγηση(FNA), είναι μια ευαίσθητη και ειδική μέθοδος για τη διάγνωση του μυελοειδούς καρκίνου θυρεοειδούς με ποσοστά επιτυχίας που ανέρχονται στο 50-80%. Στις περιπτώσεις που η κυτταρολογική εικόνα, όμως, δεν είναι απολύτως διαγνωστική, η εφαρμογή της ανοσοκυτταροχημείας για τον έλεγχο ύπαρξης καλσιτονίνης και καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου στο αναρρόφημα, μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση. Η μέτρηση της καλσιτονίνης του ορού είναι ο πιο ειδικός και ευαίσθητος δείκτης για τη διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς. Αυξημένα επίπεδα καλσιτονίνης ορού σε συνδυασμό με υπεραπάντηση στις δοκιμασίες διέγερσης σχετίζεται πάντα με καρκίνο του θυρεοειδούς (Πασχάλη 2014).

## 1.5 Θεραπευτική προσέγγιση

---

Η σημαντικότερη θεραπευτική προσέγγιση ενός κακοήθους νεοπλασματος είναι η **χημειοθεραπεία**, η οποία ορίζεται συχνά επίσης ως και η πρώτη συστηματική θεραπεία που χορηγείται αμέσως μετά τη διάγνωση μιας κακοήθειας, ακολουθούμενη από άλλους θεραπευτικούς χειρισμούς (χειρουργική ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό) με βάση και την έκταση του καρκίνου καθώς και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων. Η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία, η χορήγηση δηλαδή αντικαρκινικών φαρμάκων είτε αυτούσια είτε συνδυαστικά μεταξύ τους, αφορά τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών, τα οποία εμποδίζουν την κυτταρική διαίρεση μέσα από την αναστολή της σύνθεσης νέου γενετικού υλικού καθώς και με την πρόκληση μη αναστρέψιμων βλαβών στο DNA. Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο χρησιμοποιείται είτε έχοντας ως στόχο την ίαση της νόσου, μιας και καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα με αποτέλεσμα το προσδόκιμο επιβίωσης να είναι το ίδιο με αυτό ενός ατόμου που δεν πάσχει από τη νόσο, είτε για τον έλεγχο της ασθένειας μέσα από την επιβράδυνση ή την διακοπή της εξέλιξής της αυξάνοντας και σε αυτή την περίπτωση το προσδόκιμο επιβίωσης. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανακουφιστικά με στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου, όπως ο πόνος και η δύσπνοια. Οριστική χημειοθεραπεία ορίζεται εκείνη που χορηγείται ως άμεση και μοναδική θεραπεία της νόσου. Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε κατηγορίες ανάλογα με την περίπτωση στην οποία χρησιμοποιείται κάθε φορά και σε τι στοχεύει, οι οποίες είναι η χημειοθεραπεία «διασώσεως», η πειραματική χημειοθεραπεία, η προφυλακτική/συμπληρωματική χημειοθεραπεία και η προεγχειρητική θεραπεία (Perry 1992). Σύμφωνα με την θεωρία των Goldie-Goldman, όσο ένας κακοήθης κυτταρικός πληθυσμός αυξάνει, τόσο αυξάνει ο αριθμός των φαινοτυπικών ποικιλιών του όγκου που είναι ανθεκτικοί στη χημειοθεραπεία λόγω των αυτόματων σωματικών μεταλλάξεων. Η χορήγηση συνδυασμού φαρμάκων που δεν παρουσιάζουν διασταυρούμενη αντοχή, όσο το δυνατόν νωρίτερα, όταν δηλαδή ο όγκος περιέχει τον μικρότερο δυνατό αριθμό κυττάρων, μπορεί να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα παρουσίας ανθεκτικών κυττάρων (Fisher et al. 1983).

Στις μέρες μας, λόγω της μεγάλης προόδου των θεραπειών κατά του καρκίνου, έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση της επιβίωσης των ασθενών. Η

ελάττωση των τοξικογενετικών παρενεργειών των διαφόρων θεραπειών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους στην αναζήτηση νέων αντικαρκινικών φαρμάκων και πρωτοκόλλων θεραπείας. Αν και ο αριθμός κλινικών δοκιμών για γονιδιακή θεραπεία έχει αυξηθεί ραγδαία τις τελευταίες δυο δεκαετίες, παραμένει ακόμα μια πειραματική μέθοδος. Προς το παρόν, τα διαθέσιμα κλινικά γονιδιακά παρασκευάσματα και οι μέθοδοι γονιδιακής μεταφοράς δεν εγγυώνται την αποτελεσματική μεταφορά των θεραπευτικών γονιδίων στον ιστό-στόχο και την μακροπρόθεσμη σταθερότητα και έκφραση του γονιδίου. Η γονιδιακή θεραπεία αν και φαντάζει μια ιδανική προσέγγιση στην θεραπεία κατά του καρκίνου, στην πραγματικότητα έχει ακόμα πολύ δρόμο μέχρι να τεθεί σε κλινική εφαρμογή.

Για να είναι αποτελεσματική και κυρίως ασφαλής για τους ασθενείς, πρέπει αρχικά να ανακαλυφθεί ένας «τέλειος» γονιδιακός φορέας, ο οποίος δεν θα προκαλεί ανοσογονικότητα, δεν θα μεταλλάσσεται, θα δρα με απόλυτη ειδικότητα μόνο στα καρκινικά κύτταρα, δεν θα προκαλεί μεταλλάξεις των υγιών κυττάρων, θα επιτρέπει την μακρόχρονη έκφραση του θεραπευτικού διαγονιδίου, θα είναι εύκολη η μεταφορά του στα κύτταρα και επίσης θα είναι απλός και οικονομικός ο χειρισμός του. Ένας τέτοιος φορέας δεν έχει ακόμα ανακαλυφθεί (Παντοπίκου 2014).

Συνεχίζοντας με τη **χειρουργική** μέθοδο θεραπείας αξίζει να αναφερθεί ότι πρόκειται για την αρχαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μια από τις πιο αποτελεσματικές σύγχρονες θεραπευτικές διεξόδους αντιμετώπισης συμπαγών όγκων. Παρά το γεγονός ότι η χειρουργική μέθοδος επικρατεί ακόμα ως θεραπεία εκλογής για πολλές περιπτώσεις καρκίνου, η κατανόηση της φύσης του καρκίνου σε συνδυασμό με τις παράλληλες εξελίξεις των υπόλοιπων θεραπευτικών επιλογών καθώς και της ίδιας της χειρουργικής μεθόδου θεραπείας, οδηγούν στην αναγκαιότητα της επαναξιολόγησης των μεθόδων που χρησιμοποιούνται και των μορφών με τις οποίες γίνεται η προσέγγιση στη χειρουργική θεραπεία. Επιπρόσθετα, οι αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας των ογκολογικών ασθενών ή η ελάττωση του χρόνου νοσηλείας έχουν ασκήσει επιρροή στον τρόπο χορήγησης της συγκεκριμένης αντικαρκινικής θεραπείας. Η χειρουργική ως επέμβαση έχει έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο στην πρόληψη της νεοπλασματικής ασθένειας. Η χειρουργική επέμβαση ως μέσο πρόληψης ενδείκνυται σε άτομα, τα οποία διαθέτουν τουλάχιστον ένα συγγενή πρώτου

βαθμού με κάποιο τύπο καρκίνου, όπως για παράδειγμα καρκίνο παχέος εντέρου και για τα οποία κάποια συγγενής προδιάθεση θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Η χειρουργική θεραπεία διακρίνεται σε πολλές επιμέρους κατηγορίες όπως οι προφυλακτικές χειρουργικές επεμβάσεις, οι διαγνωστικές, οι ριζικές, οι χειρουργικές επεμβάσεις αποκατάστασης, οι ανακουφιστικές χειρουργικές επεμβάσεις και οι υποστηρικτικές χειρουργικές επεμβάσεις. Η κατανόηση της φύσης και βιολογίας του καρκίνου συνέβαλε στην ανάπτυξη και άλλων θεραπευτικών μεθόδων όπως η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και οι βιολογικές θεραπείες καθώς και στην ανάγκη πολλές φορές συνδυασμού αυτών είτε στην ανεξάρτητη χρήση μιας και μόνο θεραπείας, γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης. Επίσης, το μέγεθος των χειρουργικών επεμβάσεων έχει αλλάξει συγκριτικά με αυτό του παρελθόντος που πραγματοποιούνταν εξαιρετικά ριζικές εκτομές, σε αντίστοιχη χρήση της χειρουργικής θεραπείας συντηρητικά. Για παράδειγμα, στο παρελθόν μια γυναίκα με κακοήγη όγκο στο μαστό οδηγούνταν σε ολική αφαίρεση μαστού ενώ σήμερα η χειρουργική επέμβαση περιορίζεται στην εκτομή του υπάρχοντος όγκου ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία (Moffat & Ketcham 1994).

Ως συνέχεια στην χειρουργική εκτομή και σε κάθε μορφής βραχυθεραπεία, χρησιμοποιείται η **ακτινοθεραπεία**, η οποία αποτελεί παρομοίως θεραπεία βραχείας διάρκειας και με την οποία τοποθετούνται οι πηγές κοντά στον επιθυμητό όγκο. Η δόση της ακτινοβολίας που θα επιλεγεί μειώνεται αναλογικά ως προς το τετράγωνο της απόστασής του από την πηγή της ακτινοβολίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, ο όγκος να δέχεται υψηλότερες δόσεις, ενώ ελάχιστες είναι οι δόσεις που φτάνουν στους περιβάλλοντες ιστούς. Το πιο διαδεδομένο παράδειγμα βραχυθεραπείας είναι η τοποθέτηση πηγών ραδιενέργειας για την θεραπεία (π.χ. καρκίνου του τραχήλου ή του σώματος της μήτρας). Η χορήγηση ραδιενεργών ισοτόπων γίνεται από το στόμα με σκοπό την εντατική θεραπεία. Η συγκέντρωση των ισοτόπων στους επιθυμητούς ιστούς-στόχους πραγματοποιείται με το μεταβολισμό της χημικής ουσίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση ιωδίου-131 ως θεραπεία του καρκίνου του θυρεοειδούς (Πατηράκη-Κουρμπάνη 2009).

## 1.6 Πρόληψη

---

Αδιαμφισβήτητη λοιπόν, είναι η ανάγκη της θεμελίωσης γερών βάσεων για τη σωστή λειτουργία της πρόληψης. Η εφαρμογή μέτρων πρόληψης και η ενδυνάμωση των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί στρατηγική περιορισμού των δαπανών για την υγεία, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι ο καρκίνος εκτός από το μεγάλο κοινωνικό κόστος επιφέρει και πολύ υψηλό οικονομικό κόστος για το σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό και για την εξοικονόμηση πόρων, η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι η οργάνωση προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης. Η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής-διατροφής, άσκησης, αποφυγής εκθέσεων σε ακτινοβολίες καθώς και η γνώση για τους παράγοντες κινδύνου της νόσου αποτελούν σημαντικά οχυρά για τη μάχη κατά του καρκίνου. Στα πλαίσια, λοιπόν, της πρωτογενούς πρόληψης κρίνεται σκόπιμη η οργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης με στόχο:

- τη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου που σχετίζεται με το κάπνισμα, με τη συνέχιση και εντατικοποίηση της εκστρατείας κατά του καπνίσματος,
- τον περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ,
- την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και την αύξηση της σωματικής άσκησης,
- την πρόληψη κακοηθών νεοπλασιών του δέρματος μέσω της μείωσης της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία και την ευαισθητοποίηση στην αναγνώριση κλινικών σημείων,
- την οργάνωση δράσεων αγωγής και προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού εθνικής εμβέλειας όσον αφορά την πρώιμη αναγνώριση των συνηθέστερων μορφών κακοηθών νεοπλασιών, καθώς και την πληροφόρηση σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτές,
- την προαγωγή της υγείας στα δημόσια σχολεία καθώς και την αγωγή υγείας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, η παρότρυνση του πληθυσμού για συμμετοχή σε αυτά και η εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας. Αυτό προϋποθέτει οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και κατ' επέκταση προαγωγής υγείας και στην περιφέρεια, ώστε να μην υφίστανται

ανισότητες και διακρίσεις. Αποτέλεσμα της εφαρμογής των προληπτικών ελέγχων και της πρώιμης διάγνωσης θα είναι μακροπρόθεσμα η μείωση της θνησιμότητας και του κόστους θεραπείας. Μείζων ζήτημα είναι και η θεραπευτική αντιμετώπιση του ήδη διαγνωσμένου καρκίνου μέσω της προμήθειας και αξιοποίησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Ωστόσο, ενέργειες άμεσης προτεραιότητας για τον ορθολογικό σχεδιασμό και την κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στις μονάδες υγείας της χώρας, είναι η πλήρης αποτύπωση του υπάρχοντος εξοπλισμού στο σύστημα υγείας, η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου για τη βιοϊατρική τεχνολογία και τον καρκίνο και η εισαγωγή συστήματος ολοκληρωμένης διαχείρισής του ([www.nsph.gr](http://www.nsph.gr)).

Προσθέτοντας, συστήνεται η ανάπτυξη θεσμικού πλαισίου για την κατ' οίκον νοσηλεία και τη λειτουργία ξενώνων ασθενών τελικού σταδίου. Απαραίτητες δε, κρίνονται η θεσμοθέτηση της συμβουλευτικής και παρηγορητικής-ανακουφιστικής στήριξης καθώς και η ανάπτυξη συστήματος επανελέγχου των ογκολογικών ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση των μεταστάσεων της νόσου. Επίσης, αναγκαία είναι η δημιουργία ξενώνων φιλοξενίας ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία και των συγγενών τους. Κρίνεται επιβεβλημένη και η δημιουργία ενιαίου θεσμικού πλαισίου και οδηγού παροχών και δικαιωμάτων των ασθενών με καρκίνο καθώς και η βελτίωση του θεσμικού πλαισίου και η ενίσχυση των μηχανισμών εργασιακής και κοινωνικής επανένταξης για ασθενείς με καρκίνο. Επισημαίνεται ότι μολονότι ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ασθενών με καρκίνο θεραπεύονται πλήρως, μόλις το 10% επιστρέφει πλήρως στην παραγωγική και κοινωνική διαδικασία. Τέλος, μηχανισμοί ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους θα αποτελούσε ένα μεγάλο βήμα προς τη βελτίωση της παρούσας κατάστασης. Η εκπαίδευση αφορά τους επαγγελματίες υγείας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας φορείς, στους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Το αποτέλεσμα της εφαρμογής ενός τέτοιου προγράμματος εκπαίδευσης θα είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η πιο αποτελεσματική διαχείριση της νόσου, η ομαλή επανένταξη στην κοινωνία και την παραγωγική διαδικασία (Πατελάρου και συν 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

# ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΟΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

### 2.1 Βασικά προβλήματα και υποστηρικτικές ανάγκες ασθενών με καρκίνο

---

Η πλειοψηφία των ασθενειών που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις ανεπτυγμένες, τουλάχιστον, χώρες είναι χρόνιες. Οι περισσότερες από αυτές δεν θεραπεύονται αποτελεσματικά, αντιθέτως αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι αλλαγές στη ζωή του ατόμου επιτρέπουν πλέον στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς να ζήσουν για μεγάλης διάρκειας χρονικά διαστήματα μια «φυσιολογική» ζωή, παρόλο που η ύπαρξη του νοσήματος συνεχίζει να υπάρχει. Είναι ευρέως γνωστό στην διεπιστημονική ομάδα υγείας πως οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς παρουσιάζουν μια τεράστια ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφορών και βιώνουν πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Παρά το πρόβλημα της υγείας του ασθενή, ο άρρωστος συχνά επανακτά ένα φυσιολογικό ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον (Γιαβασόπουλος και συν. 2008).

Οι σημαντικότερες υποστηρικτικές ανάγκες ενός ασθενή με καρκίνο μεταβάλλονται κατά την πορεία της νόσου και επηρεάζονται κυρίως από το είδος της θεραπείας, τον αριθμό και την ένταση των συμπτωμάτων, τη λειτουργική τους ικανότητα σε περίπτωση που είναι νοσηλευόμενοι, τον πιθανό χρόνο επιβίωσης, το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση, το φύλο, την ηλικία, την παρουσία φροντιστών, την παρουσία συνυπαρχόντων νοσημάτων κ.ά. Ακόμα, ο ασθενής επηρεάζεται από τη γνώμη των νοσηλευτών αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας στην εκτίμηση αναγκών, καθώς και από την παρουσία των κατάλληλων δομών τόσο στο νοσοκομειακό όσο και στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον για τη σωστή υποστήριξη των ασθενών (Κωνσταντινίδης 2014).

Ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με πολλά προβλήματα. Αυτά διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες,

τα βραχυπρόθεσμα και τα μακροπρόθεσμα. Τα βραχυπρόθεσμα είναι μια κατηγορία που περιλαμβάνει προβλήματα, τα οποία αφορούν ένα σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα σε αντίθεση με τα μακροπρόθεσμα που αναφέρονται σε αρκετά μεγάλο διάστημα στην πορεία του χρόνου.

### 2.1.1 Βραχυπρόθεσμα Προβλήματα

---

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια αφορά τέσσερις περιοχές: τη **βιολογική** (σε ζητήματα όπως είναι η απομόνωση, το στίγμα, οι σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη **συναισθηματική** (αυτο-εικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη **συμπεριφορά** (έλεγχος υγείας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας). Επιπροσθέτως, οι συγκεκριμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής φύσης. Πιθανά προβάλλεται η ανάγκη επαγγελματικού προσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση κ.λ.π. Επίσης, εμφανίζονται και θέματα που αφορούν τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος: μειωμένες αντοχές και δυνατότητες, αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στη μετακίνηση, ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων, «μορφολογικές» αλλαγές είτε εξαιτίας της ασθένειας (π.χ. σωματική αναπηρία) είτε εξαιτίας της θεραπείας (π.χ. παρενέργειες από μακροχρόνια χρήση αντιφλεγμονωδών) (Stewart et al. 2004).

### 2.1.2 Μακροπρόθεσμα

---

Με την πρόοδο της ασθένειας, οι ογκολογικοί ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με προβλήματα όπως είναι ο πόνος (πιθανά εξελισσόμενο σε χρόνια άλγος), διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, σημαντική αδυναμία, αλλαγές και περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες, παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κ.ά. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν νέους φόβους π.χ. για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον. Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.λ.π., καταστάσεις, οι οποίες



μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις. Εξαιρετικά πολύπλοκη χαρακτηρίζεται λοιπόν, η προσαρμογή ενός ατόμου σε μια χρόνια ασθένεια. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας αλλά και τούς επηρεάζει σχεδόν όλους (Γιαβασόπουλος και συν. 2008).

## 2.2 Προβλήματα που επιφέρει η νόσος στη διάσταση του ατόμου

Για ένα μεγάλο τμήμα των ασθενών με καρκίνο, η θεραπεία αλλά και τα αποτελέσματά της επιδρούν ψυχολογικά στους ίδιους και στις οικογένειές τους. Συχνά, έχουν τόσο οι ίδιοι, όσο και οι φροντιστές τους, εμπειρίες δυσάρεστων επιπτώσεων από την ασθένεια αλλά και τη θεραπεία, αβεβαιότητα για την φύση, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου, έχουν μειωμένη ικανότητα ελέγχου της ζωής τους, εξάρτηση από τους άλλους καθώς και αναστάτωση της οικογενειακής αλλά και κοινωνικής τους ζωής. Πολλές μελέτες τονίζουν πως η συναισθηματική υποστήριξη κατά την περίοδο της διάγνωσης προοιωνίζεται την απουσία κατάθλιψης και τη μακροζωία, ενώ επισημαίνουν και τη σημαντικότητα της καλής ενδοοικογενειακής επαφής στη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς (Χέρας και συν. 2008).

Με την εμφάνιση λοιπόν, αρκετών προβλημάτων υγείας ως αποτέλεσμα της νόσου, διαφόρων θεραπειών αλλά και ψυχολογικών, κοινωνικοοικονομικών και άλλων αναγκών θα ήταν αδύνατο να μην επηρεαστεί αρνητικά η καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, η ποιότητα ζωής καθώς και η έκβαση της νόσου. Η έκταση και η συχνότητα εμφάνισης διαφέρει και πιθανώς να αφορά στη διαχείριση συχνών σωματικών συμπτωμάτων, όπως είναι το άλγος και η κόπωση, ψυχολογικά ζητήματα όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη ή θέματα της καθημερινότητας, όπως η διευθέτηση οικονομικών εξόδων και η εύκολη πρόσβαση στις ογκολογικές κλινικές. Τα γενικά προβλήματα υγείας, οι ανάγκες και τα συμπτώματα του ασθενή, αλλάζουν σε ένταση και διάρκεια κατά την πορεία της νόσου. Επιπροσθέτως, μπορεί να υπάρχει διαφοροποίηση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση της σημαντικότητας των προβλημάτων του ασθενή μεταξύ εκείνου και των επαγγελματιών υγείας (Κωνσταντινίδης 2014).

Τα κυριότερα προβλήματα που απασχολούν τα άτομα με καρκίνο καθ' όλη τη διάρκεια πορείας της νόσου συνοψίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

### 2.2.1 Σωματικά

---

Κάθε ασθενής με κάποια απειλητική για τη ζωή νόσο βιώνει εξατομικευμένες ανάγκες σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Οι οργανικές ανάγκες συνδέονται άρρηκτα με τις βιολογικές καθώς και με τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και της δυσφορίας που χρήζουν κατάλληλης συστηματικής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με δύο πρόσφατες πολυκεντρικές μελέτες, διαπιστώθηκε ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων και οι περισσότεροι ασθενείς υπέφεραν ταυτόχρονα από πολλά συμπτώματα. Ο πόνος, η κόπωση και η ανορεξία ήταν τα συχνότερα αναφερθέντα συμπτώματα ενώ τα υπόλοιπα παρουσίαζαν μεγάλη ποικιλία όπως και σε πολλές άλλες προηγηθείσες μελέτες συμπτωμάτων ([www.eumeditline.eu](http://www.eumeditline.eu)). Μελέτες επισημαίνουν ότι σε προχωρημένη νόσο οι ασθενείς έχουν πληθώρα κοινών συμπτωμάτων, τα οποία αδυνατούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά. Ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό, 70-90% των αρρώστων με προχωρημένη νόσο εμφανίζεται να έχουν σημαντικό πόνο που χρειάζεται οπιοειδή. Ο μη ανακουφιζόμενος πόνος, ο οποίος φαίνεται να εξακολουθεί να ταλαιπωρεί και να βασανίζει τον άρρωστο μέχρι την τελευταία μέρα της ζωής του, δείχνει να επηρεάζει την ικανότητα λήψης τροφής, τον ύπνο, τη σκέψη κι επικοινωνία με τους άλλους και σχετίζεται με την εμφανή κόπωση. Ιδίως τις τελευταίες εβδομάδες της ζωής των ασθενών εμφανίζονται πολλαπλά συμπτώματα, με τα υψηλότερα ποσοστά να είναι αυτά του συμπτώματος της κόπωσης και της γενικής αδυναμίας. Τα συχνότερα αναφερόμενα, όμως, συμπτώματα τις τελευταίες μέρες του ασθενή είναι η δύσπνοια, το παραλήρημα, η ναυτία και ο έμετος (Πατηράκη-Κουρμπάνη 2016).

Τέλος, η σωματική εικόνα σχηματίζεται από την αλληλεπίδραση του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού περιβάλλοντος σε ένα συγκεκριμένο χρόνο κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Τα άτομα προστατεύουν την εικόνα από την αλλαγή, την υποτίμηση και την επίθεση και όταν μία ασθένεια (τραυματισμός ή θεραπεία) προκαλεί κάποια αλλαγή στο σώμα, περνάει καιρός για να αφομοιωθεί αυτή η αλλαγή μέσα στη σωματική του εικόνα (Γιαβασόπουλος και συν. 2008).

## 2.2.2 Ψυχολογικά-Κοινωνικά

---

Η ψυχολογική επιβάρυνση αρχίζει ήδη με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων, πριν καν ακόμη διαγνωσθεί η νόσος. Η ψηλάφηση ενός οζιδίου, για παράδειγμα, στο μαστό μιας γυναίκας συνεπάγεται έντονο άγχος που οδηγεί σε παθολογικές σκέψεις και συνοδεύεται από καταθλιπτική διάθεση. Η πραγματοποίηση των σχετικών εξετάσεων, καθώς και η εισαγωγή στο νοσοκομείο, αυξάνουν σημαντικά τις παραπάνω εκδηλώσεις. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις κατά την ανακοίνωση της νόσου κυμαίνονται από την απλή αγχώδη αντίδραση, τον φόβο, την κατάθλιψη ως τις παρανοειδείς εκδηλώσεις. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις συνεπάγονται και διαταραχές στην επικοινωνία και τις σχέσεις με τους θεραπευτές, γι' αυτό και η ψυχολογική-θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται αναγκαία. Η ανακοίνωση της διάγνωσης αποτελεί για τον ασθενή ένα ισχυρό σοκ. Η διάγνωση αυτόματα συνδέεται με την εφαρμογή της κατάλληλης και απαραίτητης θεραπείας, για την οποία συχνά υπάρχουν έντονες αρνητικές αντιδράσεις (Jacobsen 2007).

Τα ψυχολογικά προβλήματα, βέβαια, επιτείνονται καθώς επιφέρουν μεταβολές στην εργασιακή κατάσταση, την κοινωνική συμμετοχή, την ερωτική ζωή, το ρόλο στην οικογένεια κ.ά. Ειδικά προβλήματα επίσης, δημιουργούνται λόγω της έναρξης των χημειοθεραπειών, των αντικαρκινικών θεραπειών και των ακτινοθεραπειών. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση των χημειοθεραπειών, αναφέρεται σοβαρός ψυχολογικός αντίκτυπος λόγω των συχνών προσελεύσεων και εισαγωγών στο νοσοκομείο, των φλεβοκεντήσεων για αιμοληψία ή χορήγηση φαρμάκων και της αλωπεκίας που όχι μόνο διαφοροποιεί την εξωτερική εικόνα αλλά και κάνει πιο διακριτό το υπάρχον πρόβλημα στο κοινωνικό σύνολο. Τέλος, στη φάση της υποτροπής του ασθενούς, τα ψυχολογικά προβλήματα πολλαπλασιάζονται μιας και αρχίζουν να διαψεύδονται οι μέχρι τότε θεραπευτικές προσδοκίες καθώς και οι ιατρικές υποσχέσεις. Η καταθλιπτική αντίδραση, λόγω της έντασής της μπορεί να απαιτήσει ψυχιατρική παρέμβαση (Ρηγάτος 2000).

## 2.2.3 Οικονομικά

---

Το κόστος της θεραπείας κατά του καρκίνου μπορεί να ποικίλλει και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, οι βασικότεροι εκ των οποίων είναι:

- Το είδος του καρκίνου
- Ο τύπος της φαρμακευτικής αγωγής
- Η διάρκεια της θεραπείας

Ασθενείς με καρκίνο σύντομα ανακαλύπτουν ότι είναι πολλά περισσότερα τα κόστη που αφορούν στη θεραπεία παρά αυτά του νοσοκομείου και των πιθανών ιατρικών εξόδων. Έξοδα για μεταφορές, ειδική σίτιση, φάρμακα που δε συνταγογραφούνται, τηλεφωνικούς λογαριασμούς, θέματα φύλαξης, όταν ο εργαζόμενος δε μπορεί να προσφέρει σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες του, μπορεί να αποτελέσουν μια σημαντική εξάντληση στον προϋπολογισμό της οικογένειας (Moore & Kate 1999). Γενικότερα το οικονομικό κόστος της θεραπείας μπορεί να είναι τεράστιο και γι' αυτό απαιτείται από τον ασθενή και την οικογένειά του προσεκτικός οικονομικός σχεδιασμός και προϋπολογισμός. Μάλιστα, το κόστος είναι συνεχώς αυξανόμενο αν αναλογισθεί κανείς ότι η θεραπεία ξεκινά ήδη από τη διάγνωση της ασθένειας και ολοκληρώνεται στα τελικά στάδια της νόσου, για ασθενείς με προχωρημένη νόσο (Zaidi et al. 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 3.1 Ο ρόλος των φροντιστών στην εξέλιξη της νόσου

---

Η οικογένεια είναι ένα οργανωμένο σύνολο ατόμων, τα οποία αλληλεπιδρούν καθημερινά μεταξύ τους. Στην οικογένεια, καθένας διαδραματίζει ένα ρόλο και οι κανόνες που διέπουν τη συμπεριφορά της εξασφαλίζουν σε αυτή την ικανότητα να προσαρμόζεται σε οποιεσδήποτε αλλαγές προκύψουν. Προβλήματα υγείας συχνά ανατρέπουν την εκάστοτε ισορροπία και το δέσιμο της οικογένειας ενώ οι ρόλοι του καθενός αλλάζουν και αυξάνονται οι υποχρεώσεις προς το ασθενές μέλος. Σε μια ιδανική κατάσταση, η οικογένεια με την ανακοίνωση ύπαρξης ασθένειας σε κάποιο μέλος της, αμέσως συσπειρώνεται ώστε τα προβλήματα, οι ανησυχίες και οι υποχρεώσεις να μοιραστούν ισάξια. Αν και έχει παρατηρηθεί βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας, η οικογένεια, ιδίως στην Ελλάδα, θεωρείται ακόμα θεμελιώδης «συνεργάτης» και πάροχος φροντίδας του ασθενούς οικογενειακού μέλους. Τα μέλη της οικογένειας καλούνται να παρέχουν τις δεξιότητες επαγγελματιών υγείας. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με ρόλους, τους οποίους δεν έχουν αναλάβει ποτέ ξανά στο παρελθόν. Με αυτή την έννοια, ο ρόλος των φροντιστών είναι καθοριστικός, πέραν του χώρου νοσηλείας του ασθενούς (νοσοκομείο, κέντρο αποκατάστασης, γηροκομείο, σπίτι) (Ανδρεά & Γκοβίνα 2007).

### 3.2 Η επιβάρυνση των φροντιστών ως αποτέλεσμα της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών

---

Οι άτυποι φροντιστές (οικογένεια) καλούνται να αξιολογήσουν και να παρέχουν στη συνέχεια την απαιτούμενη ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα εξασφαλίζοντας έτσι την ποιότητα ζωής των ασθενών τους. Πλήθος μελετών έχει αναδείξει ότι οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με επιβαρύνσεις διαφόρων διαστάσεων καθώς το έργο τους διακρίνεται από συναισθηματική ένταση και φυσική εξάντληση. Τα μέλη της οικογένειας που έχουν αναλάβει την φροντίδα του ογκολογικού ασθενή εμφανίζουν αυξημένη σωματική και ψυχιατρική

νοσηρότητα και κοινωνική απομόνωση. Η διάγνωση της νεοπλασματικής ασθένειας επηρεάζει τόσο την ποιότητα ζωής των ασθενών που συχνά παραμελούνται οι ανάγκες των φροντιστών. Η επιβάρυνση των φροντιστών επηρεάζεται επίσης άμεσα από το χρονικό διάστημα της παροχής φροντίδας υγείας και επιδεινώνεται στα δύο χρόνια ύστερα από τη διάγνωση και στους φροντιστές, οι οποίοι είναι πιο κοντά με τους ασθενείς ενώ αυξάνεται ραγδαία μετά την πενταετία (Ζωγράφου 2014).

Η επιβάρυνση που υφίστανται οι φροντιστές των ογκολογικών ασθενών διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την αντικειμενική και την υποκειμενική. Η αντικειμενική επιβάρυνση ορίζεται ως η επιφόρτωση των φροντιστών εξαιτίας της φροντίδας του ασθενούς, ενώ έχουν επηρεαστεί κυρίως οικονομικοί και επαγγελματικοί τομείς της καθημερινότητάς τους. Από την άλλη μεριά, ως υποκειμενική επιβάρυνση ορίζεται η υπερφόρτωση της ψυχολογικής κατάστασης των φροντιστών ως αποτέλεσμα της εντατικής φροντίδας του ασθενούς, όπως είναι η κατάθλιψη κι οι έντονες ανησυχίες. Τα προβλήματα υγείας (σωματικά και ψυχολογικά), το άγχος και η αυξημένη ένταση είναι μερικά από τα προβλήματα που συνοδεύουν τους φροντιστές. Η συμπεριφορά του ασθενούς στο ενδοοικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στο πόσο επιβαρυνμένη νιώθει η οικογένεια και πολύ περισσότερο ο εκάστοτε φροντιστής. Μελέτες δείχνουν ότι όταν ο ασθενής είναι επιθετικός και αγενής, ανάλογα αυξημένη είναι και η επιβάρυνση του φροντιστή. Οι φροντιστές πολλές φορές νιώθουν αδύναμοι στο να ανεχτούν και να φέρουν εις πέρας την κατάσταση την οποία βιώνουν. Ένα ποσοστό του οικογενειακού περίγυρου τυχαίνει συχνά να εμφανίζει κάποιο είδος ψυχικής διαταραχής λόγω αδυναμίας διαχείρισης της ψυχικής εξάντλησης που περνάνε (Romito et al. 2013).

Στην υποκειμενική επιβάρυνση, αρκετά συχνά εντοπίζονται συναισθήματα όπως ο θυμός, οι ενοχές και η ντροπή, συναισθήματα που προκύπτουν από τις έντονες καταστάσεις λόγω της συμβίωσης με τους ασθενείς. Βέβαια, και τα δύο είδη επιβάρυνσης, τόσο η αντικειμενική όσο και η υποκειμενική, έχουν σχέση αλληλοεξαρτώμενη και η μια αποτελεί συνάρτηση της άλλης. Πιο αναλυτικά, η επιβάρυνση των φροντιστών ως συνάρτηση της φροντίδας που παρέχουν στους ογκολογικούς ασθενείς συναντάται και διακρίνεται σε ποικίλους τομείς της

υπόστασής τους όπως στη σωματική υγεία, την ψυχική/συναισθηματική υγεία και την οικονομική κατάσταση:

- **Επιβάρυνση στη σωματική υγεία**

Οι βασικότερες επιπτώσεις που βιώνει ένας φροντιστής όσον αφορά τη σωματική του υγεία ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας σε έναν ογκολογικό ασθενή μπορεί να είναι:

- Χρόνια κόπωση
- Αϋπνία
- Διαταραχές στη φυσιολογική λειτουργία του στομάχου
- Μεταβολές στο σωματικό βάρος και την όρεξη
- Κεφαλαλγίες
- Υπερένταση
- Μυϊκοί πόνοι

Σε περιπτώσεις που η ένταση λόγω φροντίδας είναι μεγάλη, οι φροντιστές συχνά παραμελούν τη δική τους κατάσταση της σωματικής υγείας. Τουλάχιστον το 15% των φροντιστών, βάσει ερευνών, εμφανίζουν σωματικά προβλήματα υγείας και τα 2/3 αυτών έχουν σε γενικές γραμμές κακή κατάσταση υγείας. Η κόπωση και η εξάντληση έρχονται σαν αποτέλεσμα του άγχους και της επίδρασης αυτού στα σχέδιά τους. Από όλα αυτά δεν εκλείπουν, βέβαια, και οι διαταραχές του ύπνου λόγω των ανησυχιών που έχουν όσον αφορά την καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας. Οι συνθήκες αυτές, πολλές φορές, μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα στον καρδιακό ρυθμό των φροντιστών. Μέσα από πλήθος ερευνών διαπιστώθηκε ότι το 90% των φροντιστών αντιλαμβάνονταν την παροχή φροντίδας υγείας ως απαιτητική και εξουθενωτική, περισσότεροι από τα 3/4 δήλωσαν πως είχαν διαταραχές στην ποιότητα του ύπνου τους και πάνω από τα 2/3 ανέφεραν αρνητικές αλλαγές στη φυσική τους κατάσταση ύστερα από την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή.

Ακόμη, οι φροντιστές που ήδη διαθέτουν κάποιο παθολογικό πρόβλημα πριν την έναρξη της παροχής φροντίδας υγείας σε ογκολογικούς ασθενείς, διατρέχουν κίνδυνο ακόμα και θνησιμότητας. Μάλιστα, η ηλικία αποτελεί σπουδαίο παράγοντα εμφάνισης προβλημάτων κατά την παροχή φροντίδας υγείας μιας και πολλοί είναι ηλικιωμένοι και ήδη αρκετά επιβαρυνμένοι. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι

ηλικιωμένοι που έχουν υπάρξει φροντιστές τους συντρόφους τους, συχνά ανησυχούσαν ότι θα καταλήξουν πολύ πιο σύντομα κι από τους ίδιους τους ασθενείς (Ζλατινούδη 2013).

- **Επιβάρυνση στην ψυχική/συναισθηματική υγεία**

Στα συμπτώματα που επιβεβαιώνουν την επιβάρυνση της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας ανήκουν το άγχος και η υπερκόπωση ενώ παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση αυτών μπορεί να είναι η ηλικία του φροντιστή, η σχέση που έχει με τον ασθενή, η διάρκεια της φροντίδας από τη στιγμή της διάγνωσης καθώς και η αδυναμία πολλών ασθενών να εκτιμήσουν τις δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι φροντιστές κατά την παροχή φροντίδας υγείας (Κούλη και συν. 2009).

Σύμφωνα με έρευνες, η ψυχική επιβάρυνση παρατηρείται ιδιαίτερα αυξημένη κοντά στο τέλος της ζωής τους. Πολύ συχνά οι φροντιστές για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της φροντίδας υγείας, παίρνουν αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά συννοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε μελέτη με 90 φροντιστές γυναικών με καρκίνο προχωρημένου σταδίου, οι φροντιστές εμφανίζονταν κατά πολύ περισσότερο ανήσυχτοι και καταθλιπτικοί συγκριτικά με άλλους εξαιτίας του μεγάλου χρονικού διαστήματος που παρείχαν υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας. Δήλωσαν ότι η κατάθλιψη επιδεινώθηκε όταν ο ασθενής έφτανε στο τελικό στάδιο της νόσου. Περισσότεροι από 3/4 που εργάζονταν ταυτόχρονα, δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να προβούν σε παραίτηση ενώ 33 από τους 39 κατά τη διάρκεια ανακουφιστικής φροντίδας βρέθηκε ότι σημείωναν βαθμολογία ψυχολογικής καταπόνησης παραπάνω από το κοινώς αποδεκτό όριο. Το επίπεδο κατάθλιψης, επίσης, δεν εμφάνιζε μεγάλες διαφορές αν και οι γυναίκες σημείωναν μεγαλύτερη βαθμολογία κατά κανόνα (Θεοδοσοπούλου 2005).

Τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης οφείλονται στο γεγονός ύπαρξης συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα σε φροντιστή και ασθενή. Όσοι μάλιστα παρέχουν φροντίδα για περισσότερες από 36 ώρες εβδομαδιαία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη ενώ για τους φροντιστές που είναι και σύντροφοι η αναλογία αυτή αυξάνεται κατά 6 φορές ενώ εκείνη των ενήλικων παιδιών κατά 2 φορές. Τέλος, όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση



των φροντιστών, μελέτες έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό βίωνε αισθήματα απελπισίας και κατάθλιψης ενώ εμφάνιζε επεισόδια ευερεθιστότητας, άγχους, φόβου και θυμού (Ιατράκη 2005).

- **Επιβάρυνση στην οικονομική κατάσταση**

Το κόστος των φαρμάκων και της απαιτούμενης φροντίδας υγείας, οι επισκέψεις κατ' οίκον, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και η αδυναμία ανταπόκρισης στις ήδη υπάρχουσες επαγγελματικές υποχρεώσεις του φροντιστή έρχονται να επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας του ίδιου του φροντιστή. Η ανάγκη για εντατική παροχή φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα τη ραγδαία μείωση του εισοδήματος των φροντιστών και συχνά μπορεί να αποβεί εξοντωτική. Πολλοί φροντιστές αναγκάζονται είτε να εγκαταλείψουν τη μέχρι τότε δουλειά τους, είτε να απασχοληθούν με κάποια εργασία μερικής απασχόλησης και λιγότερου εισοδήματος είτε να εργασθούν σε πολλές περιπτώσεις από το σπίτι. Όταν πλέον ο ασθενής φτάσει σε τελικό στάδιο, όλες οι μέχρι τότε οικονομίες των φροντιστών εξανεμίζονται και η τραγική αυτή μείωση του εισοδήματος οδηγεί στην κοινωνική αποστροφή και απομόνωση (Carduff et al. 2014).

### 3.3 Ανάγκες των φροντιστών που προκύπτουν από την επιβάρυνση λόγω της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών

Όσο οι συναισθηματικές και θεραπευτικές ανάγκες των ασθενών αυξάνονται, τόσο πληθαίνουν και οι ανάγκες των φροντιστών. Οι απαιτητικοί ρυθμοί παροχής φροντίδας υγείας συχνά οδηγούν στον παραμερισμό τις ανάγκες και τις προσδοκίες των φροντιστών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής τους και να αυξάνονται τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η ψυχική και κοινωνική διάσταση της νόσου είναι αρκετά αντίξοη για τους φροντιστές καθώς οι ασθενείς από την άλλη μεριά υποτιμούν τη δυσκολία που έχει η παροχή φροντίδας υγείας τους όσον αφορά όλες τις διαστάσεις (Deshields et al. 2012).

Οι φροντιστές μέσα από μελέτες κάνουν λόγο για ανάγκες που προκύπτουν όπως η διαχείριση των δικών τους ανησυχιών, η διαχείριση της επικοινωνίας με τον ασθενή, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, η απαιτούμενη συνεχής ενημέρωση καθώς και η αντιμετώπιση των δικών τους προβλημάτων υγείας που ή προϋπήρχαν ή επήλθαν. Σε μελέτη του 2001 των Οικονόμου και συν. που διεξήχθη στην

ογκολογική κλινική του νοσοκομείου Πατρών σχετικά με τις ανάγκες των φροντιστών και την επίδραση της νόσου σε αυτές, διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες των φροντιστών που διαμορφώνονται κάθε φορά εξαρτώνται άμεσα από κάποιους σταθερούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η εθνικότητα, παράγοντες, οι οποίοι διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο τόσο στην επικοινωνία όσο και στην ενημέρωση που λαμβάνουν από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία του εκάστοτε ασθενή. Βέβαια, οι ανάγκες εξαρτώνται και από την ικανοποίηση των φροντιστών βλέποντας την κατάσταση του ασθενή να βελτιώνεται (Οικονόμου και συν. 2001).

Μελέτη ανέδειξε πέντε φάσεις της νόσου από τις οποίες επηρεάζονται οι ανάγκες των φροντιστών. Πρόκειται για τη διαπίστωση της νόσου και τη διάγνωση αυτής, τη σταθεροποίηση της κατάστασης, την προετοιμασία, την εφαρμογή και την προσαρμογή κάθε φορά της φροντίδας υγείας, με τις δύο τελευταίες να λαμβάνουν χώρα κυρίως στην κοινότητα. Σε όλη αυτή την περίοδο, οι φροντιστές χρήζουν εκπαίδευσης από επαγγελματίες υγείας ώστε να καταφέρουν να διαχειριστούν τους συνεχώς αυξανόμενους ρόλους της φροντίδας (Cameron & Gignac 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1 Σκοπός της έρευνας

---

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση του βαθμού επίπτωσης/επιβάρυνσης που επιφέρει ο καρκίνος ως ασθένεια στη ζωή των φροντιστών και η διερεύνηση των ψυχολογικών αναγκών τους.

#### 4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

---

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι τα ακόλουθα:

1. Ποιες είναι οι επιπτώσεις στην υγεία και την καθημερινότητα των οικογενειακών φροντιστών από την παροχή φροντίδας σε ογκολογικούς ασθενείς;
2. Ποιος είναι ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών που φροντίζουν ογκολογικούς ασθενείς;
3. Συσχετίζεται η αντίληψη της επιβάρυνσης με το άγχος και την κατάθλιψη του φροντιστή;

#### 4.3 Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

---

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) και Βενιζέλιο-Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο στο διάστημα μεταξύ Μαΐου-Ιουνίου 2017 και πιο συγκεκριμένα στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του ΠΑΓΝΗ καθώς και στις Χειρουργικές Ογκολογικές Κλινικές των δύο νοσοκομείων αντίστοιχα.

#### 4.4 Δείγμα της έρευνας

---

Το δείγμα μας αποτέλεσαν συνολικά 90 φροντιστές ογκολογικών ασθενών, οι οποίοι παρείχαν τακτική φροντίδα στους ασθενείς για τουλάχιστον 3 ώρες ημερησίως ο καθένας από αυτούς.

#### 4.5 Συλλογή δεδομένων-Ερευνητικά εργαλεία

---

Η συλλογή των δεδομένων έγινε ανώνυμα με τη μορφή συνέντευξης. Οι 90 φροντιστές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS) (Govina et al. 2013) και Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Kararoulios et al. 2013) δίχως να υπάρξουν κενές απαντήσεις. Οι βαθμονομήσεις τους καθώς και ο ορισμός των παθολογικών τους ορίων (για αυξημένη επιβάρυνση, αυξημένο άγχος και καταθλιπτική συμπτωματολογία) έγιναν όπως ακριβώς ορίζουν οι ερευνητές/δημιουργοί τους. Πιο αναλυτικά, στο πρώτο ερωτηματολόγιο (BCOS) που αφορά τους φροντιστές, η ομάδα των 19 ερωτήσεων που το αποτελούν αναφέρεται στις πιθανές αλλαγές που μπορεί να επιφέρει στη ζωή των φροντιστών η ενασχόληση με την παροχή φροντίδας υγείας σε έναν ογκολογικό ασθενή. Οι αλλαγές αποτυπώνονται σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από το -3 έως το +3 με την επιλογή του αριθμού που εκφράζει καλύτερα το μέγεθος της αλλαγής κατά τον φροντιστή, όπου το -3 εκφράζει την αλλαγή προς το χειρότερο, το 0 την ύπαρξη καμίας αλλαγής και το +3 κάθε αλλαγή προς το καλύτερο αντίστοιχα. Η κλίμακα BCOS έδωσε συντελεστή αξιοπιστίας Cronbacha=0,864, ενώ του άγχους  $\alpha=0,826$  και της κατάθλιψης  $\alpha=0,860$ .

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που αφορά και πάλι τους φροντιστές (HADS), αναφέρεται στις ψυχολογικές-συναισθηματικές αλλαγές που αφορούν τη ζωή του φροντιστή ύστερα από την παροχή φροντίδας. Η χρήση του μπορεί να βοηθήσει τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό να εκτιμήσει τη συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή και να παρέμβει κατάλληλα με την αντίστοιχη θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 14 προτάσεις έκφρασης των συναισθημάτων, οι οποίες αντιστοιχίζονται η καθεμιά ξεχωριστά σε μια κλίμακα 0-3 όπου ανάλογα με το τι αισθάνεται ο φροντιστής υπογραμμίζει τον αντίστοιχο αριθμό με την απάντηση που τον εκφράζει περισσότερο με τον αριθμό να δίνει την πιο θετική απάντηση όσο τείνει στο 0 και την πιο αρνητική όσο τείνει στο 3. Το σύνολο των προστιθέμενων αριθμών σύμφωνα με την Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους και της Κατάθλιψης αντικατοπτρίζει τελικά την ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης στους φροντιστές σε παθολογικά όρια ή μη.

#### 4.6 Πιλοτική έρευνα

---

Πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων στο δείγμα της έρευνας, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε 5 φροντιστές που είχαν διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο (ηλικιωμένους, αποφοίτους δημοτικού, αποφοίτους γυμνασίου, λυκείου και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) ώστε να βεβαιωθούμε ότι είναι πλήρως κατανοητά από όλους και να μην υπάρξουν στη συνέχεια λανθασμένες απαντήσεις λόγω αδυναμίας κατανόησης των ερωτήσεων ή στη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων. Από την πιλοτική μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ερωτήσεις που περιλάμβαναν τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν σαφείς και κατανοητές σε όλους και δεν ζητήθηκαν επιπλέον διευκρινίσεις, ενώ ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης αυτών, περίπου 10 λεπτά ήταν επαρκής.

#### 4.7 Δεοντολογία της έρευνας

---

Στα πλαίσια της δεοντολογίας της έρευνας, αρχικά ζητήθηκε η έγκριση του Πρωτοκόλλου από το τμήμα Νοσηλευτικής. Σε δεύτερο στάδιο ζητήθηκε η έγκριση από τις αντίστοιχες επιτροπές των νοσοκομείων της μελέτης. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν οι προϊστάμενες των νοσηλευτικών τμημάτων. Για τη λήψη του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε εκτενής ενημέρωση και ελήφθη υπογραφή των συμμετεχόντων. Σε περιπτώσεις που τέθηκαν θέματα βιοηθικής και απαιτήθηκε η τήρηση προσωπικού απορρήτου, τέθηκαν σε ισχύ γι' αυτή την έρευνα όπως και για κάθε έρευνα τα ακόλουθα: «Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».

## 4.8 Στατιστική ανάλυση

---

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια των προγραμμάτων IBM SPSS 23.0 και Microsoft Office 2007. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 90 ασθενών καθώς και των αντίστοιχων φροντιστών τους. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος  $\chi^2$ , ενώ υπολογίστηκαν κατά περίπτωση και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης με τεχνικές bootstrap. Στις συσχετίσεις των κλιμάκων BCOS και HADS χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής rho-Spearman καθώς και στις συγκρίσεις των επιπέδων τους ο Kruskal-Wallis. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 5.1 Ασθενείς

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του **Πίνακα 1** που αφορά τα γενικά χαρακτηριστικά των ογκολογικών ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, 60 ογκολογικοί ασθενείς (67%) νοσηλεύονταν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης στο διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 2017 ενώ 30 ασθενείς (33%) στο Βενιζέλειο-Πανάνειο. Λόγω του ότι το Βενιζέλειο-Πανάνειο δεν διαθέτει Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας, το δείγμα που συγκεντρώθηκε αποτέλεσαν 60 ασθενείς (67%) νοσηλευόμενοι στις Χειρουργικές Ογκολογικές Κλινικές και των δύο νοσοκομείων αντίστοιχα (30 ασθενείς στο ΠΑΓΝΗ και 30 στο Βενιζέλειο-Πανάνειο) και 30 ασθενείς (33%) που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική του ΠΑΓΝΗ. Οι άνδρες ασθενείς αποτέλεσαν το 52,2% ενώ οι γυναίκες το 47%, με μέση ηλικία τα 62 έτη. Οι περισσότεροι από αυτούς διέθεταν μορφωτικό επίπεδο δημοτικού (42%), ενώ λιγότεροι όλων ήταν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (11%). Οι ασθενείς διέθεταν μέσο αριθμό παιδιών τα 2,1+1,1 ενώ το 15% αυτών διέθετε έστω και ένα ανήλικο παιδί. Η μέση τιμή των μελών που αποτελούσαν την οικογένεια του ασθενή ανερχόταν στα 2,5+1,4 άτομα. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάρτιση των ασθενών πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, το μεγαλύτερο ποσοστό κατείχαν οι συνταξιούχοι (35%), εν συνεχεία οι άνεργοι, όσοι-ες ασχολούνταν με τα οικιακά και οι μαθητές (22%) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (13%). Το μικρότερο ποσοστό αποτελούσαν οι δημόσιοι υπάλληλοι (5%). Τέλος, το 65% δήλωσε ότι εισήλθε στα αντίστοιχα τμήματα ως περιπατητικός ασθενής, το 23% με καρτσάκι ενώ το 11% με φορείο.

**Πίνακας 1.** Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 90 ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Νοσοκομείο</b>	<i>Πα.Γ.Ν.Η.</i>	60	66,7
	<i>Βενιζέλειο</i>	30	33,3
<b>Τμήμα νοσηλείας</b>	<i>Χειρουργική Ογκολογική Κλινική</i>	60	66,7
	<i>Παθολογική Ογκολογική Κλινική</i>	30	33,3
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρας</i>	47	52,2
	<i>γυναίκα</i>	43	47,8
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>&lt;50</i>	21	23,4
	<i>50-74</i>	47	52,2
	<i>75+</i>	22	24,4
	<i>μέση ηλικία ± τυπ. απόκλ.</i>	62,0±15,7	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<i>έως δημοτικό</i>	38	42,2
	<i>Γυμνάσιο</i>	20	22,2
	<i>Λύκειο ή σχολή</i>	22	24,4
	<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	10	11,2
<b>Παιδιά (v=78)</b>	<i>μέσος αριθμός ± τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	2,1±1,1 (1-6)	
	<i>ανήλικα (τουλάχιστον ένα)</i>	12	15,4
<b>Μέλη οικογένειας</b>	<i>μέσος αριθμός ± τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	2,5±1,4 (1-9)	
<b>Επάγγελμα</b>	<i>Αγρότης, Οικοδόμος</i>	10	11,1
	<i>Άνεργος, Οικιακά, Μαθητής κ.α.</i>	20	22,2
	<i>Δημόσιος Υπάλληλος</i>	5	5,6
	<i>Ελ. Επαγγελματίας</i>	12	13,3
	<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	11	12,2



	<i>Συνταξιούχος</i>	32	35,6
<b>Τρόπος προσέλευσης στο νοσοκομείο</b>	<i>Με τα πόδια</i>	59	65,6
	<i>Με καρτσάκι</i>	21	23,3
	<i>Με φορείο</i>	10	11,1

Παρατηρώντας τον **Πίνακα 2**, οι ασθενείς των οποίων οι φροντιστές αποτέλεσαν δείγμα, έφεραν διάφορους τύπους καρκίνου με συχνότερο αυτόν του μαστού (30%). Δεύτερος κατά σειρά συχνότητας εμφάνισης υπήρξε ο καρκίνος του πνεύμονα σε ποσοστό 24%, στη συνέχεια ο καρκίνος του παγκρέατος σε ποσοστό 10%, του παχέος εντέρου (6%), του προστάτη (5%) και άλλοι τύποι καρκίνου 23%. Διαπιστώθηκε επίσης ότι το 10% όλων των ασθενών δεχόταν φροντίδα υγείας για περισσότερα από 2 χρόνια.

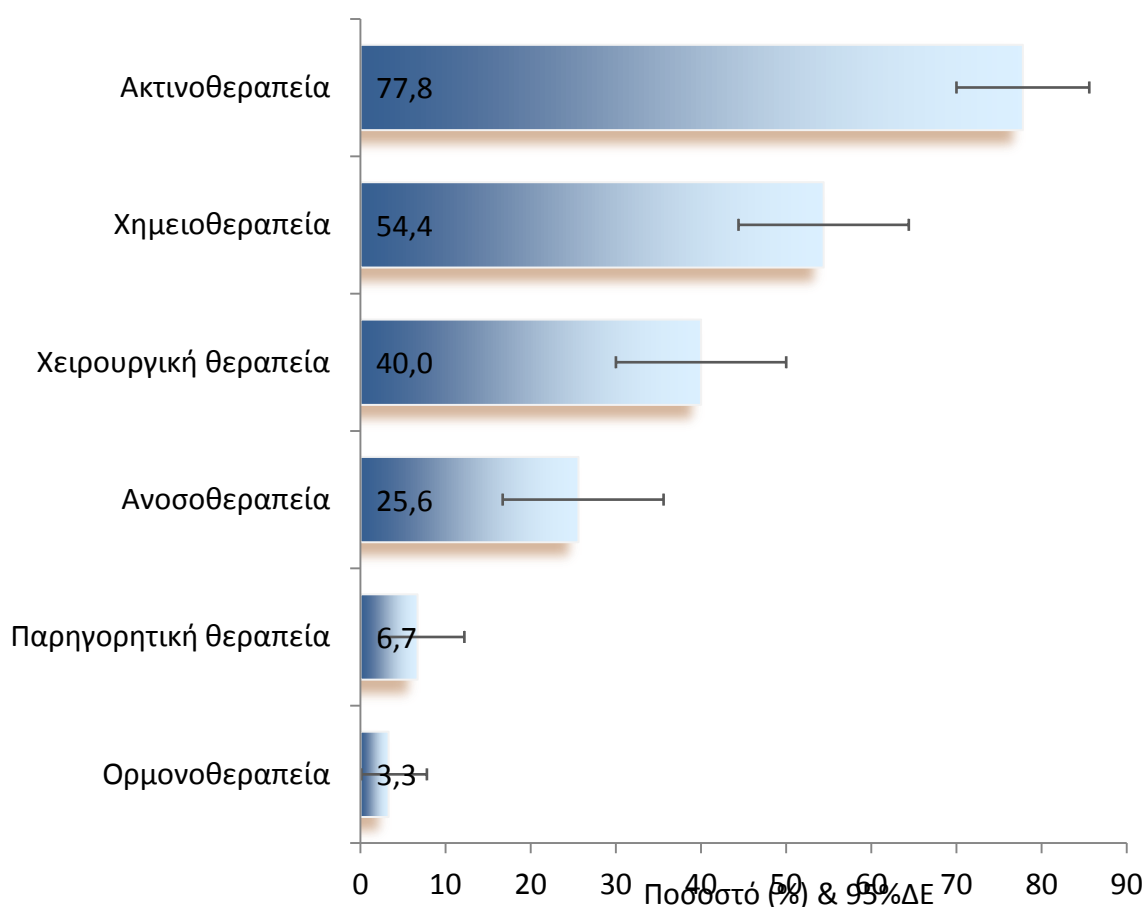
**Πίνακας 2.**Είδη καρκίνου στους 90 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα και χρόνος παρεχόμενης φροντίδας.

		<b>Χρόνια φροντίδας</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>μέση τιμή ± τυπ. απόκλ.</b>	<b>p-value</b>
<b>Διάγνωση είδους καρκίνου</b>	<i>μαστού</i>	27	30,0	1,0±1,8	0,049
	<i>πνεύμονα</i>	22	24,4	1,2±2,0	
	<i>παγκρέατος</i>	9	10,0	1,4±1,5	
	<i>παχέος εντέρου</i>	6	6,7	1,0±1,2	
	<i>προστάτη</i>	5	5,6	1,1±0,6	
	<i>άλλο</i>	21	23,3	1,2±2,1	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>				1,1±1,8	
<b>Φροντίδα για &gt;2 χρόνια</b>		9	10,0		

Έλεγχος Kruskal Wallis

Σύμφωνα με το **Σχήμα 1**, το μεγαλύτερο ποσοστό όσον αφορά τη συχνότητα των ειδών θεραπείας, στα οποία υπεβλήθησαν οι 90 ασθενείς, σημείωσε η ακτινοθεραπεία (77%). Δεύτερη ήρθε η χημειοθεραπεία (54%), τρίτη η χειρουργική θεραπεία (40%), τέταρτη η ανοσοθεραπεία (25%), πέμπτη η παρηγορητική θεραπεία (6%) και τελευταία η ορμονοθεραπεία (3%).

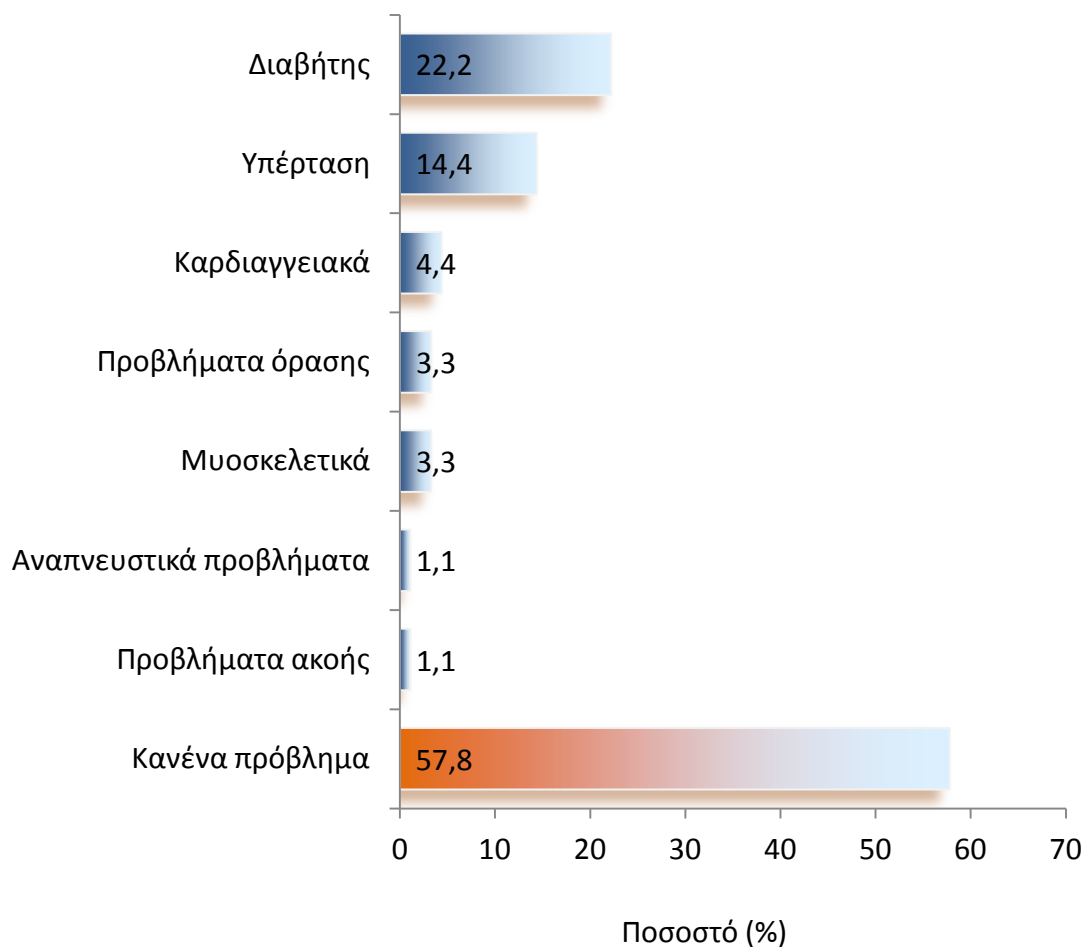
**Σχήμα 1.** Συχνότητα ειδών θεραπείας που υπεβλήθησαν οι 90 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα.



Στο **Σχήμα 2** που ακολουθεί, καταγράφεται η παρουσία άλλων ταυτόχρονων προβλημάτων υγείας που ανέφεραν οι ασθενείς εκτός του καρκίνου και η συχνότητα εμφάνισης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν ανέφερε κανένα άλλο πρόβλημα υγείας (57%). Ορισμένοι έπασχαν ταυτόχρονα από σακχαρώδη διαβήτη (22%) και από υπέρταση (14%), άλλοι ανέφεραν καρδιαγγειακά

προβλήματα (4%), σε μικρότερο ποσοστό καταγράφηκαν προβλήματα στην όραση καθώς και μυοσκελετικά (3%), αναπνευστικά (1%), και προβλήματα ακοής (1%).

**Σχήμα 2.** Συχνότητα άλλων προβλημάτων υγείας (συννοσηρότητα) που αντιμετωπίζουν οι 90 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα.



### Φροντιστές ασθενών

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται τα γενικά χαρακτηριστικά όσων αποτέλεσαν φροντιστές των 90 ογκολογικών ασθενών. Την πλειονότητα αυτών σημείωσαν γυναίκες (67%), ενώ οι άντρες αποτέλεσαν μόλις το 32%. Η μέση ηλικία αυτών υπολογίσθηκε τα 53 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό υπήρξαν φροντιστές ελληνικής καταγωγής (95%) ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό άλλης εθνικότητας (4%). Οι

περισσότεροι αυτών ήταν απόφοιτοι λυκείου ή κάποιας σχολής (31%), απόφοιτοι δημοτικού (28%), απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (21%) και απόφοιτοι γυμνασίου (18%). Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών υπήρξαν έγγαμοι (84%), άγαμοι (13%) ενώ χήροι ήταν το 2%. Οι περισσότεροι φροντιστές δήλωσαν ότι ζούσαν με τον σύζυγο-σύντροφό τους (46%), με τον σύζυγο και τα παιδιά (38%), μόνοι τους (8%) και με την οικογένειά τους (5%). Υπολογίσθηκε ότι ο μέσος αριθμός παιδιών που διέθεταν ήταν τα 2,0+0,9, ενώ το 34% διέθετε ένα τουλάχιστον ανήλικο παιδί. Ο μέσος αριθμός μελών από τα οποία αποτελείτο η οικογένεια των φροντιστών ήταν τα 2,8+1,3 άτομα. Ο μέσος όρος ωρών εργασίας αυτών υπήρξαν οι 9,0+2,6 ώρες. Το 77% του δείγματος των φροντιστών ήταν κάτοικοι Ηρακλείου ενώ το 22% κάτοικοι άλλων περιοχών. Επίσης, το 57% αυτών ανέφερε ότι διαθέτει ετήσιο εισόδημα μεταξύ των 5.000-10.000 ευρώ, το 21% κανένα απολύτως εισόδημα, το 16% εισόδημα μεταξύ 10.000-20.000 ευρώ και το 4% εισόδημα >20.000 ευρώ. Ο τρόπος προσέλευσής τους στο νοσοκομείο όλο το διάστημα της παροχής φροντίδας γινόταν κυρίως με ιδιωτικό αυτοκίνητο (55%), με τη χρήση ενός μέσου μαζικής μεταφοράς (32%), με δύο ή και περισσότερα μέσα μεταφοράς (7%), με ταξί (3%) και με τα πόδια (1%).

**Πίνακας 3.** Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών των 90 ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα.

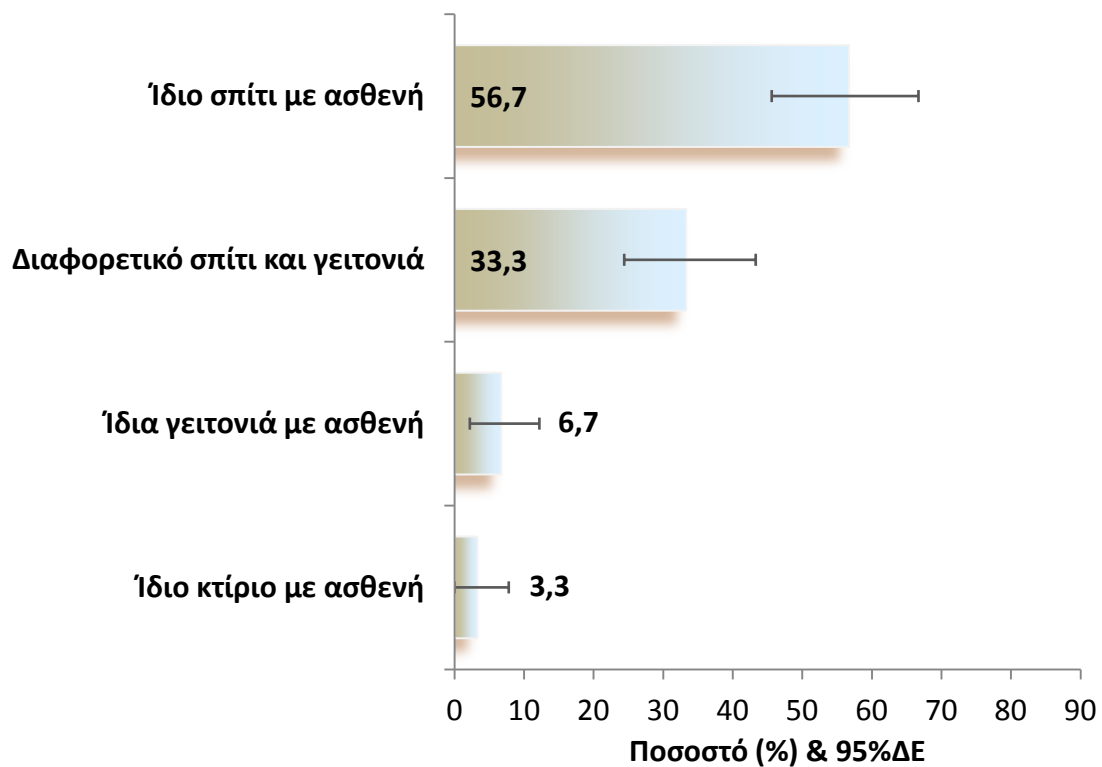
		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρας</i>	29	32,2
	<i>γυναίκα</i>	61	67,8
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>&lt;50</i>	36	40,0
	<i>50-74</i>	49	54,4
	<i>75+</i>	5	5,6
	<i>μέση ηλικία ± τυπ. απόκλ.</i>	52,9±15,2	

<b>Καταγωγή</b>	<i>ελληνική</i>	86	95,6
	<i>άλλη</i>	4	4,4
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<i>έως δημοτικό</i>	26	28,9
	<i>Γυμνάσιο</i>	17	18,9
	<i>Λύκειο ή σχολή</i>	28	31,1
	<i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i>	19	21,1
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Έγγαμος/η</i>	76	84,4
	<i>Άγαμος/η</i>	12	13,3
	<i>Χήρος/α</i>	2	2,2
<b>Ζει με</b>	<i>σύζυγο, σύντροφο</i>	42	46,7
	<i>σύζυγο &amp; παιδιά</i>	35	38,8
	<i>μόνος/η</i>	8	8,9
	<i>με οικογένεια</i>	5	5,6
<b>Παιδιά (n=75)</b>	<i>μέσος αριθμός ± τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	2,0±0,9 (1-5)	
	<i>ανήλικα (τουλάχιστον ένα)</i>	26	34,7
<b>Μέλη οικογένειας</b>	<i>μέσος αριθμός ± τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	2,8±1,3 (1-9)	
<b>Ώρες εργασίας (n=47)</b>	<i>μέσος αριθμός ± τυπ. απόκλ. (εύρος)</i>	9,0±2,6 (5-18)	
<b>Κατοικία</b>	<i>Ηράκλειο</i>	70	77,8
	<i>αλλού</i>	20	22,2
<b>Εισόδημα</b>	<i>κανένα εισόδημα</i>	19	21,1
	<i>5.000-10.000 ευρώ</i>	52	57,8
	<i>10.000-20.000</i>	15	16,7

	> 20.000	4	4,4
<b>Τρόπος προσέλευσης στο νοσοκομείο</b>	<i>Με ένα μέσο μαζικής μεταφοράς</i>	29	32,2
	<i>Με δύο ή περισσότερα μέσα</i>	7	7,8
	<i>Με ιδιωτικό αυτοκίνητο</i>	50	55,6
	<i>Με ταξί</i>	3	3,3
	<i>Με τα πόδια</i>	1	1,1

Όπως φαίνεται στο **Σχήμα 3** που ακολουθεί, το 56% των φροντιστών κατοικούσε στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, το 33% σε διαφορετικό σπίτι και γειτονιά, το 6% στην ίδια γειτονιά με τον ασθενή και το 3% στο ίδιο κτίριο με τον ασθενή.

**Σχήμα 3.** Συχνότητα τύπου διαμονής των φροντιστών των 90 ασθενών.



Στον **Πίνακα 4**, παρατηρεί κανείς ότι για λιγότερο από ένα χρόνο παρεχόταν φροντίδα υγείας σε 62 ασθενείς σε ποσοστό 68%, για 1-2 χρόνια σε 21 ασθενείς σε ποσοστό 23% ενώ για περισσότερα από 2 χρόνια σε 7 συνολικά ασθενείς σε ποσοστό μόλις 7%. Ακόμα, βρέθηκε ότι η μέση τιμή των ετών φροντίδας ασθενών με καρκίνο ήταν τα 1,0±1,6 έτη. Σχετικά με τη συμβολή που μπορεί να είχαν οι φροντιστές από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους στην παροχή φροντίδας υγείας προέκυψε ότι τα 47 άτομα (52%) είχαν. Στην ερώτηση εάν ήταν ξανά φροντιστές στο παρελθόν για κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, οι 31 απάντησαν θετικά σε ποσοστό 34% ενώ οι 59 αρνητικά σε ποσοστό 65%.

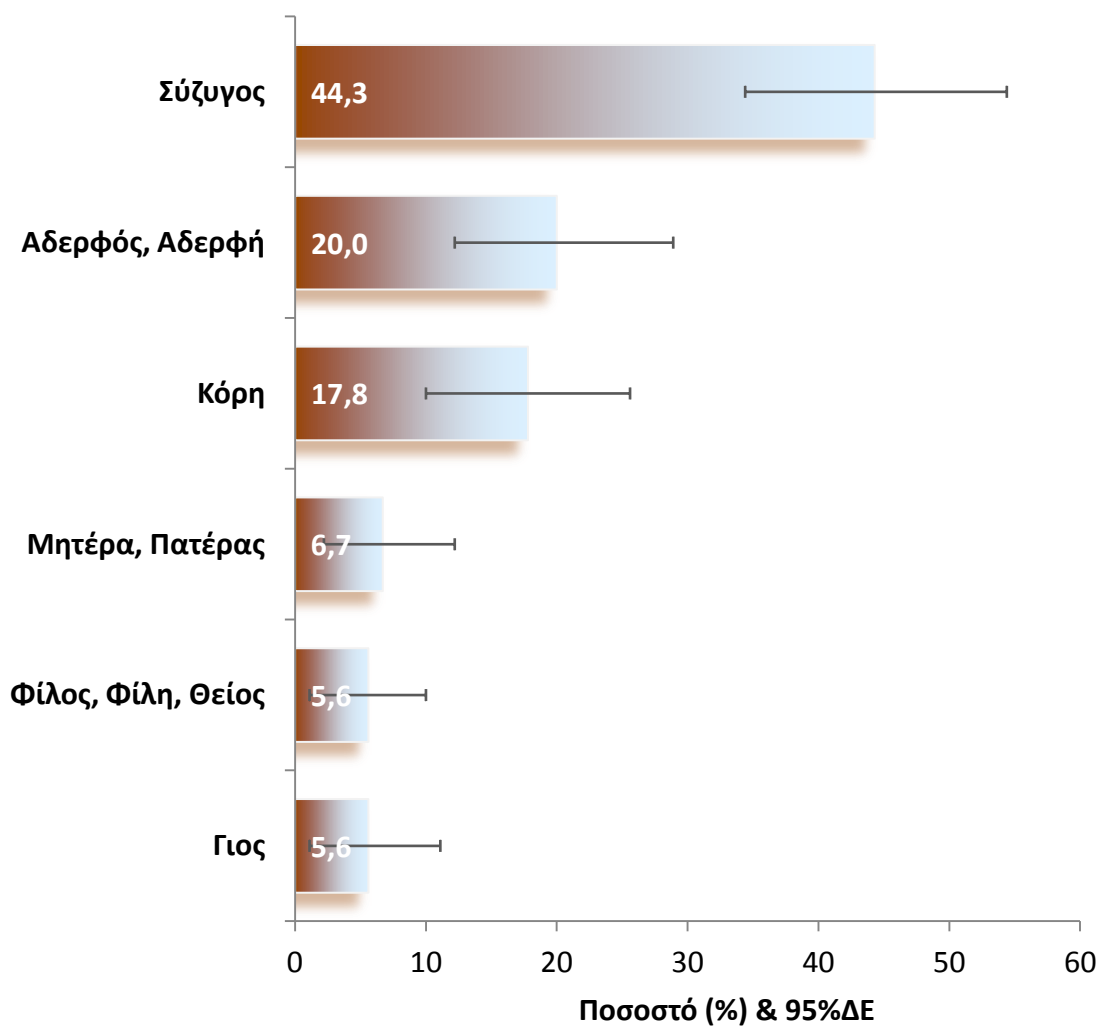
**Πίνακας 4.** Χαρακτηριστικά της παρεχόμενης φροντίδας προς ασθενείς.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φροντίδα</b>	<i>για &lt;1 χρόνο</i>	62	68,9
	<i>1-2</i>	21	23,3
	<i>&gt;2</i>	7	7,8
<b>Συνολικά χρόνια φροντίδας</b>	<i>μέση τιμή ± τυπ. απόκλ. (ελάχιστη –μέγιστη)</i>	1,0±1,6 (0,02-10,00)	
<b>Βοήθεια στη φροντίδα από άλλα μέλη της οικογένειας ή από μακρινούς συγγενείς</b>	<i>ναι</i>	47	52,2
	<i>όχι</i>	43	47,8
<b>Παροχή φροντίδας στο παρελθόν για κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας</b>	<i>ναι</i>	31	34,5
	<i>όχι</i>	59	65,6

Σύμφωνα με το **Σχήμα 4**, το 44% των φροντιστών υπήρξαν σύζυγοι των ασθενών και το 20% αδέρφια τους. Παιδιά των ασθενών και συγκεκριμένα κόρες καταγράφηκαν ως φροντιστές σε ποσοστό 17% σε αντίθεση με το αρκετά μικρότερο

ποσοστό των γιων (6%). Γονείς των ασθενών εντοπίσθηκαν ως φροντιστές σε ποσοστό 5%, ενώ φίλος-η ή θείος-α το 5% παρομοίως.

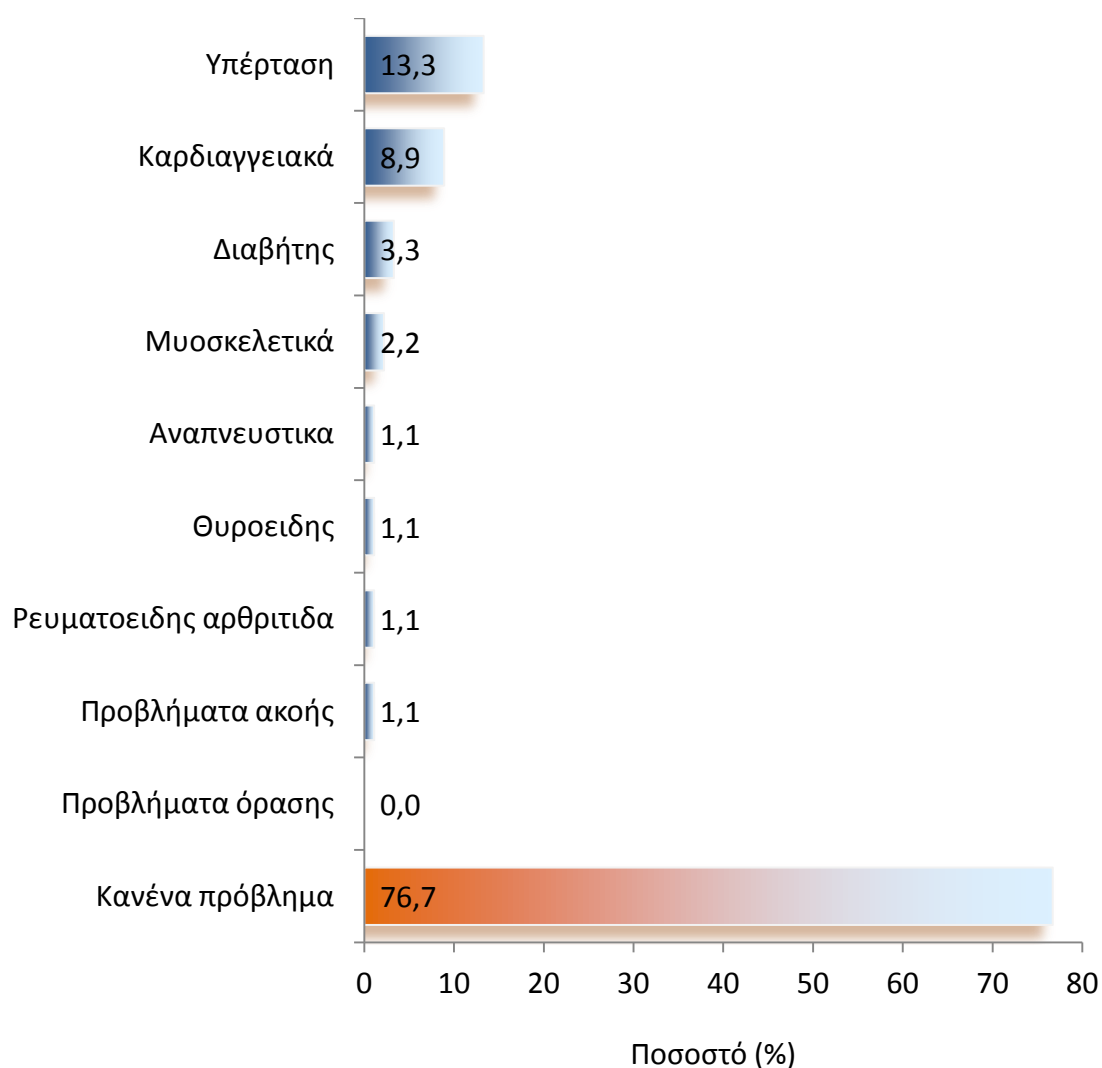
**Σχήμα 4.** Συχνότητα μορφής συγγένειας των φροντιστών με τους 90 ασθενείς.



Στην ερώτηση αν έχουν εμφανίσει προβλήματα υγείας στο διάστημα της παροχής φροντίδας υγείας ογκολογικών ασθενών, το 13% των φροντιστών απάντησε ότι εμφάνισε υπέρταση, το 8% καρδιαγγειακά, το 3% σακχαρώδη διαβήτη, το 2% μυοσκελετικά, ενώ το 1% αναπνευστικά, θυρεοειδή, ρευματοειδή αρθρίτιδα και προβλήματα ακοής. Το μεγαλύτερο ποσοστό όμως των φροντιστών δήλωσε ότι δεν εμφάνισε κανένα πρόβλημα κατά την προσφορά του αυτή (76%).



**Σχήμα 5.** Συχνότητα προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές.



Παρατηρώντας τον **Πίνακα 5**, ο οποίος αφορά στη συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις σχετικά με την επιβάρυνση των φροντιστών, σε μια πιο γενική και καθολική ερώτηση που τέθηκε όσον αφορά τις αλλαγές στη ζωή των φροντιστών σαν αποτέλεσμα της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών απάντησε πως η ζωή του άλλαξε προς το χειρότερο (38%), στη συνέχεια με 31% πως δεν άλλαξε καθόλου ενώ μόνο το 1% πως άλλαξε προς το καλύτερο. Όσον αφορά τις τρεις απαντήσεις με τη μέγιστη βαθμολογία ως προς την επιβάρυνση των φροντιστών ότι άλλαξε προς το καλύτερο ήταν **α**. «Οι σχέσεις μου με την οικογένεια» με ποσοστό 32% και **β**. «Οι σχέσεις μου με τον ασθενή» με ποσοστό 27%. Αντίθετα, όσον αφορά τις τρεις απαντήσεις με τη μέγιστη βαθμολογία ως προς

την επιβάρυνση των φροντιστών ότι άλλαξε προς το χειρότερο ήταν **α.** «Η συναισθηματική μου ευεξία» με ποσοστό 21%, **β.** «Η οικονομική μου ευμάρεια» με ποσοστό 14% και **γ.** «Ο χρόνος μου για τις οικογενειακές δραστηριότητες» με ποσοστό 13%. Πιο αναλυτικά, στην ερώτηση αν και κατά πόσο έχει αλλάξει η αυτοεκτίμησή τους σαν αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας στον ασθενή, το 76% απάντησε πως δεν άλλαξε, το 1% πως άλλαξε σημαντικά προς το χειρότερο ενώ το 4% σημαντικά προς το καλύτερο. Όσον αφορά τη σωματική υγεία, το 56% απάντησε πως δεν παρατήρησε αξιοσημείωτες αλλαγές, το 12% πως άλλαξε προς το χειρότερο ενώ το 2% προς το καλύτερο.

Στην ερώτηση σχετικά με τις αλλαγές που παρατηρήθηκαν στον χρόνο τους για τις οικογενειακές δραστηριότητες, το 35% απάντησε πως ο χρόνος του δεν άλλαξε, το 13% πως μειώθηκε αρκετά ενώ μόνο το 2% πως αυξήθηκε ελάχιστα, μα αισθητά. Όταν οι φροντιστές ρωτήθηκαν για το πώς άλλαξε η ικανότητά τους να διαχειρίζονται το στρες, το 34% απάντησε πως η ικανότητά του δεν άλλαξε, το 8% πως άλλαξε προς το χειρότερο ενώ το 2% πως κατάφερε να βελτιώσει την ικανότητά του αυτή. Επίσης, το 72% επισήμανε πως η σχέση του με τους φίλους δεν άλλαξε, το 4% πως άλλαξε προς το χειρότερο ενώ το 6% πως βελτιώθηκε.

Στην ερώτηση περί μελλοντικών προοπτικών, το 42% απάντησε πως δεν άλλαξαν οι προοπτικές που ήδη είχαν για το μέλλον, το 5% πως άλλαξαν προς το χειρότερο ενώ το 4% πως άλλαξαν προς το καλύτερο. Όσον αφορά την αλλαγή στο επίπεδο της ενεργητικότητάς τους, το 54% απάντησε πως δεν υπήρξε κάποια αλλαγή σε αυτό, το 4% πως άλλαξε προς το χειρότερο ενώ το 5% προς το καλύτερο. Στην επόμενη ερώτηση περί συναισθηματικής ευεξίας, το 17% απάντησε πως δεν παρατήρησε αλλαγές, το 40% πως άλλαξε προς το χειρότερο με μια πιο ελαφριά όμως βάση, το 21% πως άλλαξε απόλυτα προς το χειρότερο ενώ μόνο το 4% προς το καλύτερο.

Οι φροντιστές όταν επίσης ρωτήθηκαν αν και σε τι συχνότητα άλλαξαν οι ρόλοι τους στη ζωή, απάντησαν σε ποσοστό 61% πως δεν άλλαξαν καθόλου, σε ποσοστό 3% πως άλλαξαν προς το χειρότερο ενώ σε ποσοστό 10% και 4% πως άλλαξαν προς το καλύτερο αντίστοιχα. Ως προς τον χρόνο για τη συμμετοχή σε κοινωνικές συναναστροφές με φίλους, το 31% απάντησε πως ο χρόνος του δεν άλλαξε, το 35% πως άλλαξε προς το χειρότερο ενώ μόνο το 1% πως άλλαξε προς το

καλύτερο. Στην ερώτηση σχετικά με τις αλλαγές στη σχέση με την οικογένειά τους, το 40% απάντησε πως δεν υπήρξαν αλλαγές ενώ το 32% πως βελτιώθηκε. Ακόμη, το 31% δήλωσε πως δεν άλλαξε ιδιαίτερα η οικονομική του κατάσταση, το επίσης 31% πως άλλαξε ελάχιστα μα αισθητά προς το χειρότερο ενώ το 2% πως βελτιώθηκε.

Μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών όπως εμφανίζεται στον πίνακα βάσει των απαντήσεων των φροντιστών, το 42% δεν επισήμανε διαφορές στη σχέση του με τον ασθενή συγκριτικά με την προϋπάρχουσα, το 27% πως βελτιώθηκε πάρα πολύ, ενώ το 2% πως η σχέση τους χειροτέρευσε. Στην ερώτηση που αφορούσε τις αλλαγές στην φυσική τους λειτουργικότητα, το 60% απάντησε πως δεν έχει παρατηρήσει αλλαγές καθόλου, το 4% πως παρατήρησε αλλαγές προς το καλύτερο ενώ το 2% αλλαγές προς το χειρότερο.

Κλείνοντας, στην ερώτηση σχετικά με τις αλλαγές στην γενική κατάσταση της υγείας τους, το 57% απάντησε πως δεν άλλαξε τίποτα, το 3% πως άλλαξε προς το καλύτερο ενώ το 2% προς το χειρότερο.

**Πίνακας 5.** Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις για την επιβάρυνση των φροντιστών (Κλίμακα BCOS).

Σαν αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας στον ασθενή:	άλλαξε προς το χειρότερο			δεν άλλαξε	άλλαξε προς το καλύτερο		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	%						
1. Η αυτοεκτίμησή μου	1,1	1,1	3,3	76,7	5,6	7,8	4,4
2. Η σωματική μου υγεία		12,2	27,8	56,7	1,1		2,2
3.Ο χρόνος μου για τις οικογενειακές δραστηριότητες	13,3	5,6	35,6	35,6	4,4	3,3	2,2
4.Η ικανότητά μου να αντιμετωπίσω το στρες	8,9	6,7	22,2	34,4	17,8	7,8	2,2
5. Η σχέση μου με τους φίλους	4,4	7,8	4,4	72,2	3,3	1,1	6,7
6. Οι μελλοντικές μου προοπτικές	5,6	18,9	23,3	42,2	2,2	3,3	4,4
7. Το επίπεδο της ενεργητικότητάς μου	4,4	10,0	14,4	54,4	5,6	5,6	5,6
8. Η συναισθηματική μου ευεξία	21,1	10,0	40,0	17,8	3,3	3,3	4,4
9. Οι ρόλοι μου στη ζωή	3,3	5,6	6,7	61,1	8,9	10,0	4,4
10.Ο χρόνος μου για κοινωνικές δραστηριότητες με φίλους	14,4	14,4	35,6	31,1	1,1	2,2	1,1
11. Οι σχέσεις με την οικογένειά μου	3,3		5,6	40,0	13,3	5,6	32,2
12. Η οικονομική μου ευμάρεια	14,4	21,1	31,1	31,1			2,2
13. Η σχέση μου με τον ασθενή	2,2	2,2	2,2	42,2	13,3	10,0	27,8

14. Η φυσική μου λειτουργικότητα	2,2	4,4	21,1	60,0	4,4	3,3	4,4
15. Η γενική κατάσταση της υγείας μου	2,2	12,2	22,2	57,8	2,2		3,3
Γενικά, πόσο έχει αλλάξει η ζωή σας σαν αποτέλεσμα της φροντίδας του ασθενή;	5,6	17,8	38,9	31,1	2,2	3,3	1,1

Στον **Πίνακα 6** καταγράφονται τα συμπτώματα άγχους των φροντιστών κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας υγείας. Στην ερώτηση *αν αισθάνονται ένταση*, με ίδιο ποσοστό (33%) απάντησαν «κάποιες φορές-περιστασιακά» καθώς και «τον περισσότερο καιρό». Το 30% αυτών απάντησε «συχνά» ενώ μόνο το 3% «καθόλου».

Στην ερώτηση *αν αισθάνονται κάπως φοβισμένοι με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί*, το 48% απάντησε «πάρα πολύ», το 33% «ναι, αλλά όχι τόσο πολύ», το 15% «λίγο αλλά δε με ανησυχεί» ενώ το 2% «καθόλου».

Στην ερώτηση *πόσο συχνά περνούν από το μυαλό τους σκέψεις που τους ανησυχούν*, το 41% δήλωσε «τον περισσότερο χρόνο», με ίδιο ποσοστό 26% απάντησαν τόσο «κάποιες φορές αλλά όχι και τόσο συχνά» όσο και «αρκετό χρόνο», ενώ το 5% απάντησε «μόνο περιστασιακά».

Επιπλέον, στην ερώτηση *πόσο συχνά μπορούν να κάθονται αναπαυτικά και να χαλαρώνουν*, το 38% απάντησε «συχνά», το 34% «όχι συχνά», το 20% «βεβαιότατα» ενώ το 6% «καθόλου». Όσον αφορά το *πόσο συχνά αισθάνονται κάπως φοβισμένοι σα να έχουν ταραχή στο στομάχι*, το 52% απάντησε «καθόλου», το 26% «περιστασιακά», το 15% «αρκετά συχνά» ενώ το 5% «πολύ συχνά».

Στην ερώτηση *πόσο συχνά αισθάνονται ανήσυχοι, σα να πρέπει να είναι συνεχώς σε κίνηση*, το 42% απάντησε «αρκετά», το 35% «πάρα πολύ», το 16% «όχι τόσο πολύ» ενώ το 5% «καθόλου».

Στην τελευταία ερώτηση σχετικά με το *πόσο συχνά αντιμετωπίζουν αιφνίδια αισθήματα πανικού*, το 56% απάντησε «καθόλου», το 26% «όχι τόσο συχνά», το 13% «αρκετά συχνά» ενώ το 3% «πολύ συχνά».

**Πίνακας 6.** Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις συμπτωματολογίας άγχους (κλίμακας HAD) των φροντιστών.

Ερωτήσεις	Αποκρίσεις	%
-----------	------------	---

Αισθάνομαι ένταση	Καθόλου	3,3
	Συχνά	30,0
	Κάποιες φορές-περιστασιακά	33,3
	Τον περισσότερο καιρό	33,3
Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί	Καθόλου	2,2
	Λίγο αλλά δεν με ανησυχεί	15,6
	Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ	33,3
	Πάρα πολύ	48,9
Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν	Μόνον περιστασιακά	5,6
	Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά	26,7
	Αρκετό χρόνο	26,7
	Τον περισσότερο χρόνο	41,1
Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω	Καθόλου	6,7
	Βεβαιότατα	20,0
	Όχι συχνά	34,4
	Συχνά	38,9
Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι	Πολύ συχνά	5,6
	Αρκετά συχνά	15,6
	Περιστασιακά	26,7
	Καθόλου	52,2
Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση	Καθόλου	5,6
	Όχι τόσο πολύ	16,7
	Πάρα πολύ	35,6
	Αρκετά	42,2
Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού	Πολύ συχνά	3,3
	Αρκετά συχνά	13,3
	Όχι τόσο συχνά	26,7
	Καθόλου	56,7

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 7** που παρουσιάζει τη συχνότητα απαντήσεων των φροντιστών περί συμπτωμάτων κατάθλιψης, στην ερώτηση *αν συνεχίζουν να τους ευχαριστούν τα πράγματα που τους ευχαριστούσαν και στο παρελθόν*, το 45% απάντησε «ναι, σίγουρα, όπως και πριν», το 42% «όχι τόσο πολύ», το 8% «λίγο» ενώ το 3% «καθόλου». Στην ερώτηση *αν μπορούν να χαμογελάνε και να βλέπουν τη χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων*, το 46% απάντησε «τόσο, όσο πάντοτε», το 40% «όχι τόσο πολύ πλέον», το 8% «σίγουρα όχι τόσο τώρα πια» ενώ το 4% «καθόλου».

Στην ερώτηση *πόσο συχνά αισθάνονται χαρούμενοι*, το 46% απάντησε «μερικές φορές», το 26% «τις περισσότερες φορές», το 18% «όχι συχνά» ενώ το 7% «καθόλου». Στην ερώτηση *πόσο συχνά αισθάνονται καταβεβλημένοι*, το 38% απάντησε «μερικές φορές», το 32% «πολύ συχνά», το 21% «σχεδόν συνέχεια» ενώ το 7% «καθόλου». Όταν ρωτήθηκαν *αν έχουν χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή τους*, το 35% απάντησε πως τη φροντίζει όπως πάντα, το 33% πως δεν τη φροντίζει όσο θα έπρεπε, το 17% πως ίσως και να μη η φροντίζει ενώ το 13% «σίγουρα».

Στην ερώτηση που τέθηκε για το *αν αναμένουν με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα*, το 38% απάντησε «κάπως λιγότερο από ό,τι συνήθιζα», το 34% «τόσο όπως πάντα», το 21% «πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθιζα» ενώ το 5% «καθόλου». Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, που ρωτήθηκαν *πόσο συχνά μπορούν να ευχαριστηθούν με ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα*, το 47% απάντησε «μερικές φορές», το 34% «συχνά», το 13% «όχι τόσο συχνά» ενώ το 4% «πολύ σπάνια».

**Πίνακας 7.** Συχνότητα απαντήσεων σε ερωτήσεις συμπτωματολογίας κατάθλιψης (κλίμακας HAD) των φροντιστών.

Ερωτήσεις	Αποκρίσεις	%
Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν	Καθόλου	3,3
	Λίγο	8,9
	Όχι τόσο πολύ	42,2
	Ναι, σίγουρα, όπως και πριν	45,6

Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω την χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων	Καθόλου	4,4
	Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια	8,9
	Όχι τόσο πολύ πλέον	40,0
	Τόσο, όσο πάντοτε	46,7
Αισθάνομαι χαρούμενος/η	Καθόλου	7,8
	Όχι συχνά	18,9
	Τις περισσότερες φορές	26,7
	Μερικές φορές	46,7
Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η	Καθόλου	7,8
	Σχεδόν συνέχεια	21,1
	Πολύ συχνά	32,2
	Μερικές φορές	38,9
Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	Σίγουρα	13,3
	Ίσως, και να μην τη φροντίσω	17,8
	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	33,3
	Τη φροντίζω όπως πάντα	35,6
Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα	Καθόλου	5,6
	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα	21,1
	Τόσο, όπως πάντα	34,4
	Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα	38,9
Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα	Πολύ σπάνια	4,4
	Όχι τόσο συχνά	13,3
	Συχνά	34,4
	Μερικές φορές	47,8

Από τις παραπάνω κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα προκύπτει ότι το 75% ανέφερε λίγη έως και καθόλου επιβάρυνση από την παροχή φροντίδας

υγείας ογκολογικών ασθενών ενώ το 24% αυξημένη. Όσον αφορά την κλίμακα του άγχους (HADS), το 23% δήλωσε ότι δε βίωνε καθόλου άγχος, το 21% ότι βίωνε μιας απροσδιόριστης μορφής άγχος ενώ το 55% παθολογικό άγχος. Τέλος, σύμφωνα με τα δεδομένα της κλίμακας της κατάθλιψης των φροντιστών (HADS), το 52% δήλωσε ότι δεν είχε συμπτώματα κατάθλιψης, το 27% απροσδιόριστης μορφής κατάθλιψη ενώ το 20% εμφάνιζε συμπτώματα κατάθλιψης πάνω από τα παθολογικά όρια.

**Πίνακας 8.** Επίπεδα κλιμάκων BCOS και HAD φροντιστών.

Κλίμακα	Βαθμολογία κλιμάκων
	μέση τιμή ± τυπ. απόκλ. (ελάχιστη.- μέγιστη)
<b>Επιβάρυνσης BCOS</b>	56,7±10,9 (22-100)
χωρίς επιβάρυνση (βαθμολογία <52,5)	n=68 ή 75,6%
αυξημένη επιβάρυνση (βαθμολογία >52,5)	n=22 ή 24,4%
<b>Άγχους (HAD)</b>	11,0±4,3 (2-20)
χωρίς άγχος (βαθμολογία ≤7)	n=21 ή 23,3%
απροσδιόριστο (βαθμολογία 8-10)	n=19 ή 21,1%
παθολογικό (βαθμολογία ≥11)	n=50 ή 55,6%
<b>Κατάθλιψης (HAD)</b>	7,3±4,6 (0-19)
χωρίς ενδείξεις (βαθμολογία ≤7)	n=47 ή 52,2%
απροσδιόριστη (βαθμολογία 8-10)	n=25 ή 27,8%
παθολογικά όρια (βαθμολογία ≥11)	n=18 ή 20,0%



Όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό μέσα από τον **Πίνακα 9**, η σχέση της επιβάρυνσης με το άγχος/κατάθλιψη είναι σημαντικά αρνητική ( $p < 0,001$ ), που σημαίνει ότι όταν τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης είναι υψηλά, η επιβάρυνση εμφανίζεται λιγότερο έντονη στους φροντιστές.

**Πίνακας 9.** Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων BCOS και HAD των φροντιστών.

	Επιβάρυνσης BCOS	Άγχους (HAD)
	rho-Spearman (p-value)	
<b>Άγχους (HAD)</b>	-0,401 (<0,001)	
<b>Κατάθλιψης (HAD)</b>	-0,402 (<0,001)	0,798 (<0,001)

Σύμφωνα με τα δεδομένα του **Πίνακα 10**, οι σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών και των φροντιστών με τα επίπεδα των κλιμάκων επιβάρυνσης και άγχους/κατάθλιψης ποικίλουν. Πιο συγκεκριμένα, η επιβάρυνση σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία των φροντιστών δηλαδή οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συχνά εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβάρυνση.

Επίσης, η συμπτωματολογία κατάθλιψης σχετίζεται θετικώς σημαντικά με την ηλικία ασθενών και φροντιστών ή τα χρόνια φροντίδας που έχουν συνολικά οι ασθενείς ή όσων παρέχουν οι φροντιστές, δηλαδή όσο μεγαλύτεροι ηλικιακά τυχαίνει να είναι οι φροντιστές τόσο πιο αυξημένα είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Αντίθετα, η σχέση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης με το μορφωτικό επίπεδο φροντιστών και ασθενών είναι αρνητικά, δηλαδή όσο αυξάνεται το επίπεδο μόρφωσης ασθενών και φροντιστών, τόσο μειώνεται η συμπτωματολογία της κατάθλιψης.

**Πίνακας 10.** Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων BCOS και HAD των φροντιστών με χαρακτηριστικά των ασθενών και των ίδιων.

	Επιβάρυνσης BCOS	Άγχους (HAD)	Κατάθλιψης (HAD)
rho-Spearman (p-value)			
<b>Ηλικία ασθενών</b>	0,001	0,251 (0,017)	0,316 (0,002)
<b>Ηλικία φροντιστών</b>	-0,278 (0,008)	0,187	0,372 (<0,001)
<b>Χρόνια φροντίδας ασθενών</b>	-0,031	0,464 (<0,001)	0,378 (<0,001)
<b>Χρόνια φροντίδας φροντιστών</b>	-0,051	0,322 (0,002)	0,262 (0,013)
<b>Μορφωτικό επίπεδο ασθενών</b>	0,119	-0,149	-0,247 (0,019)
<b>Μορφωτικό επίπεδο φροντιστών</b>	0,142	-0,059	-0,283 (0,007)

Βάσει των δεδομένων του **Πίνακα 11** σχετικά με την συσχέτιση της παρουσίας επιβάρυνσης με το άγχος και την κατάθλιψη στους φροντιστές, παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών βίωνε παθολογικό άγχος με αυξημένη παράλληλα επιβάρυνση σε ποσοστό 91% ενώ το 44,1% βίωνε παθολογικό άγχος χωρίς όμως την παρουσία επιβάρυνσης. Το 29,4% δεν ανέφερε άγχος και επιβάρυνση, ενώ το 4,5% καθόλου άγχος και αυξημένη επιβάρυνση. Στη συνέχεια γίνεται αντιληπτό το γεγονός παρουσίας κατάθλιψης σε παθολογικά όρια σε συνδυασμό με αυξημένη επιβάρυνση σε ποσοστό 31,8% ενώ η παρουσία παθολογικής κατάθλιψης χωρίς την παρουσία επιβάρυνσης σε ποσοστό μικρότερο, 16,2%. Ένα μεγάλο επίσης ποσοστό (61,8%) δεν ανέφερε ταυτόχρονη επιβάρυνση και κατάθλιψη ενώ το 22,7% δεν είχε επίσης ενδείξεις κατάθλιψης όμως εμφάνιζε αυξημένη επιβάρυνση.

**Πίνακας 11.** Συσχέτιση της παρουσίας επιβάρυνσης με άγχος και κατάθλιψη στους φροντιστές.

Κλίμακα	Επιβάρυνση BCOS		p-value
	χωρίς επιβάρυνση	αυξημένη επιβάρυνση	
	%		
<b>Άγχους (HAD)</b>			
χωρίς άγχος (βαθμολογία ≤7)	29,4	4,5	
απροσδιόριστο (βαθμολογία 8-10)	26,5	4,5	0,001
παθολογικό (βαθμολογία ≥11)	<b>44,1</b>	<b>91,0</b>	
<b>Κατάθλιψης (HAD)</b>			
χωρίς ενδείξεις (βαθμολογία ≤7)	61,8	22,7	
απροσδιόριστη (βαθμολογία 8-10)	22,1	45,5	0,006
παθολογικά όρια (βαθμολογία ≥11)	<b>16,2</b>	<b>31,8</b>	

Έλεγχοι  $\chi^2$

Στον **Πίνακα 12**, καταγράφηκαν τα χρόνια παροχής φροντίδας των φροντιστών και τα επίπεδα των κλιμάκων τους BCOS και HAD ως προς τα είδη καρκίνου των 90 ασθενών που φροντίζουν. Αυξημένα βρέθηκαν τα επίπεδα επιβάρυνσης (BCOS) των φροντιστών από την παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος αρχικά (51,4%), με καρκίνο του πνεύμονα στη συνέχεια (53,5%), με καρκίνο του προστάτη (57,2%), με καρκίνο του μαστού (57,5%), με καρκίνο άλλου τύπου πέραν των αναγραφόμενων (58,5%) και τέλος με καρκίνο του παχέος εντέρου (51,4%). Στη συνέχεια, παρατηρείται ιδιαίτερα αυξημένη η κλίμακα του άγχους (HAD) στους φροντιστές στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη (13,4%), του πνεύμονα (12,1%), του παγκρέατος (12%) και των άλλων τύπων καρκίνων πλην αυτών (11,2%). Τέλος, όσον αφορά τα επίπεδα στην κλίμακα κατάθλιψης (HAD), αυξημένες τιμές παρουσιάζουν οι φροντιστές

ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα (9,2%), του προστάτη (9%), του παχέος εντέρου (8,5%) και του παγκρέατος (7,3%).

**Πίνακας 12.** Χρόνια παροχής φροντίδας των φροντιστών και επίπεδα των κλιμάκων τους BCOS και HAD ως προς τα είδη καρκίνου των 90 ασθενών που φροντίζουν.

			Χρόνια φροντίδας	Επιβάρυνση BCOS	Άγχος (HAD)	Κατάθλιψη (HAD)
<b>v</b>			<i>μέση τιμή ± τυπ. απ.</i>			
<b>Διάγνωση είδους καρκίνου</b>	<i>μαστού</i>	27	1,3±0,7	57,5±7,4	9,5±3,4	4,8±3,6
	<i>πνεύμονα</i>	22	1,4±0,6	53,5±15,6	12,1±5,2	9,2±5,0
	<i>παγκρέατος</i>	9	1,7±0,7	51,4±9,1	12,0±5,0	7,3±5,1
	<i>παχέος εντέρου</i>	6	1,2±0,4	66,3±18,3	9,3±4,9	8,5±2,5
	<i>προστάτη</i>	5	1,6±0,5	57,2±1,5	13,4±2,6	9,0±2,3
	<i>άλλο</i>	21	1,3±0,7	58,5±5,3	11,2±3,8	7,5±4,8
	<i>p-value</i>			0,373	0,072	0,162

Έλεγχοι Kruskal Wallis

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 6.1 Συζήτηση

---

Ο λόγος επιλογής διεκπεραίωσης της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η ανάδειξη τόσο της επιβάρυνσης των φροντιστών, όσο και των αναγκών που προκύπτουν σε αυτούς ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας σε ογκολογικούς ασθενείς. Το δείγμα αποτέλεσαν 90 φροντιστές ογκολογικών ασθενών που πληρούσαν τα εξής κριτήρια:

- Έμεναν για τουλάχιστον 3 ώρες ημερησίως στο πλάι του ασθενούς κρατώντας του συντροφιά και παρέχοντάς του εντατική φροντίδα και παρακολούθηση στο νοσοκομειακό χώρο.
- Ήταν απαραίτητα συγγενείς ή στενοί φίλοι των ασθενών.

Μία διάγνωση, όπως αυτή του καρκίνου, επηρεάζει άμεσα όχι μόνο τον ασθενή που την φέρει, μα και τον φροντιστή του. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό και πως οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τα επίπεδα της δυσφορίας. Αλλαγές στην ικανότητα λειτουργικότητας του ασθενούς, της σωματικής λειτουργίας, της εμφάνισης, της επαγγελματικής κατάστασης, της σεξουαλικής λειτουργίας, του οικογενειακού και κοινωνικού ρόλου έχουν μία άμεση επίπτωση στον φροντιστή.

Ευρήματα, επίσης, προτείνουν ότι ο τύπος της βοήθειας που παρέχεται από τον φροντιστή μπορεί να είναι ένας καλύτερος δείκτης πρόβλεψης της επιβάρυνσης από τον συνολικό αριθμό των διαδικασιών ή των ωρών παροχής φροντίδας. Συγκεκριμένες δοκιμασίες φροντίδας μπορούν ακόμη να έχουν διαφορετικό αντίκτυπο στην επιβάρυνση. Για παράδειγμα, παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή έχει αποδειχθεί πως είναι το πιο χρονοβόρο και δύσκολο έργο και γι' αυτό το λόγο αυτό το είδος της δοκιμασίας έλαβε τον υψηλότερο δείκτη

επιβάρυνσης σε μία έρευνα ανάμεσα σε οικογενειακά μέλη ενός ογκολογικού ασθενή που λάμβανε χημειοθεραπεία (Nijboer et al. 1998).

Επιπλέον μελέτες δείχνουν πως οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την κατάσταση (σωματική και ψυχολογική) του φροντιστή είναι ποικίλλες και ανάλογες της οικογενειακής κατάστασης, της προχωρημένης ηλικίας, της ύπαρξης ανήλικων παιδιών, της συμβίωσης με τον ασθενή, του μορφωτικού επιπέδου, της εργασίας, της πιθανής προηγούμενης εμπειρίας φροντίδας καθώς και του μέσου μετακίνησης φροντιστή-ασθενή. Παρομοίως, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του φροντιστή εξαρτώνται από την οικογενειακή του κατάσταση (αν έχει βοήθεια από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας ή όχι) ώστε να μοιράζεται εξίσου το βάρος της φροντίδας, από την ύπαρξη ανήλικων παιδιών, η οποία δυσχεραίνει το έργο του φροντιστή και τα επίπεδα επιβάρυνσής του λόγω των παραπάνω υποχρεώσεων για το μικρό αυτό μέλος και την ανατροφή του, της συμβίωσης με τον ασθενή όπου δυσκολεύει την κατάσταση υγείας και ψυχικής ισορροπίας του φροντιστή και της προηγούμενης εμπειρίας στην παροχή ανάλογων υπηρεσιών μιας και είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα απαιτητική και άγνωστη για πολλούς οδηγώντας τους σε αυξημένα επίπεδα επιβάρυνσης.

Επιπρόσθετα, στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία είναι ανάλογες της ηλικίας, γεγονός που αποδεικνύει στην προκειμένη περίπτωση ότι τα αυξημένα επίπεδα επιβάρυνσης επισημάνθηκαν από φροντιστές προχωρημένης ηλικίας. Συγκρίνοντας τις μαρτυρίες τόσο γυναικών όσο και αντρών περί αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση ως αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας στον ασθενή και κατά συνέπεια περισσότερο άγχος. Παρομοίως, ιδιαίτερα επιβαρυνμένες εμφανίζονται και στη συγκεκριμένη έρευνα οι γυναίκες από την παροχή φροντίδας υγείας σε ογκολογικούς ασθενείς και βρίσκονται επίσης σε πλειονότητα όπως στις περισσότερες σχετικές έρευνες (67,8%). Αναφορές γίνονται επίσης σχετικά με την καταπόνηση του οικογενειακού εισοδήματος και προϋπολογισμού με το 40% να δηλώνει ανησυχία σχετικά με τη μελλοντική του οικονομική κατάσταση. Η οικονομική επιβάρυνση των φροντιστών είναι ανάλογη και του σταδίου που βρίσκεται ο ασθενής. Αποδεδειγμένα οι ανάγκες του ασθενούς στο τελικό στάδιο είναι αισθητά αυξημένες, μιας και ο πάσχων εξαρτάται πλήρως από τον φροντιστή

(Ζλατινούδη 2013). Όσον αφορά το ετήσιο εισόδημά τους, στην παρούσα έρευνα η πλειονότητα απάντησε πως αυτό κυμαίνονταν μεταξύ των 5.000-10.000 ευρώ (57,8%), ενώ ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ήταν αυτό των φροντιστών με κανένα εισόδημα (21,1%). Οι περισσότεροι φροντιστές δήλωσαν πως μεταφέρονταν σχεδόν καθημερινά στο νοσοκομείο με ιδιωτικό αυτοκίνητο (55,6%) ενώ πολλοί ήταν κι εκείνοι που μετακινούνταν με ένα μέσο μαζικής μεταφοράς (32,2%) ή με δύο και περισσότερα μέσα (7,8%). Παρόμοια λοιπόν με την προαναφερθείσα έρευνα, η οικονομική επιβάρυνση βρέθηκε ανάλογη του σταδίου της νόσου μιας και τα τελικά στάδια κάθε νόσου χρήζουν εντατικής παρακολούθησης και φροντίδας.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε παρομοίως στον ελλαδικό χώρο, διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα των φροντιστών υπήρξαν γυναίκες σε ποσοστό 71,1% ενώ το 1/3 των φροντιστών βίωνε υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης. Η παρουσία λιγότερων από 3 άτομα στο σπίτι αποτέλεσε παράγοντα αυξημένης επιβάρυνσης ενώ η παρουσία περισσότερων ευνοούσε την κατάσταση για τον φροντιστή όπως ακριβώς προέκυψε κι από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας. Οι φροντιστές επισήμαναν διαταραχές στον ύπνο σε ποσοστό 42% και σωματικές αλλαγές προς το χειρότερο σε ποσοστό 12,5%. Ιδιαίτερα επιβαρυνμένες εμφανίστηκαν στην έρευνα αυτή για ακόμη μια φορά οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Ζωγράφου 2014).

Σε έρευνα του 2007 επισημάνθηκε ότι τα μέλη της οικογένειας υπηρετούν σαν ανεπίσημοι φροντιστές πιο συχνά. Παρ' όλα' αυτά, άνθρωποι που μοιράζονται ένα σημαντικό δέσιμο με τον ασθενή πιθανόν επίσης να υπηρετήσουν κάποια στιγμή σε ρόλο φροντιστή (Honea et al. 2007). Σε έρευνα σχετική πάλι με την επιβάρυνση των φροντιστών βρέθηκαν και πάλι οι γυναίκες ως φροντιστές σε πλειονότητα σε ποσοστό 77,5% και μέση ηλικία τα 60,6 έτη. Οι περισσότεροι φροντιστές υπήρξαν έγγαμοι (68,6%), με μορφωτικό επίπεδο μέσης εκπαίδευσης (34,3%), οι οποίοι διέμεναν στην ίδια κατοικία με τον ασθενή (71,6%) και κατά μέσο όρο παρείχαν υποστήριξη και φροντίδα στον ασθενή περίπου 5,4 έτη. Οικονομικά, οι περισσότεροι ήταν επιβαρυνμένοι σε ποσοστό 34,3% ενώ το 39,2% ανέφερε πως είχε πάρα πολύ σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Αναφορικά με τη συνύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας, το 85,2% ανέφερε πως έπασχε από κάποια ασθένεια ενώ πολλοί από αυτούς ανέφεραν πως τα ήδη συνυπάρχοντα προβλήματα δυσκόλευαν

το έργο τους, σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα όπου βρέθηκε ότι οι περισσότεροι φροντιστές δεν διέθεταν συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας πέραν των όσων σχετιζόμενων με την παροχή φροντίδας (76,7%). Ακολούθησαν όσοι έπασχαν από υπέρταση (13,3%), καρδιαγγειακά (8,9%), σακχαρώδη διαβήτη (3,3%) και μυοσκελετικά (2,2%). Στην ερώτηση αν είχαν παρακολουθήσει εξειδικευμένα προγράμματα παροχής φροντίδας υγείας μόνο το 7,8% απάντησε θετικά. Τέλος, το 57,8% δήλωσε πως βίωνε υψηλή επιβάρυνση με τις γυναίκες να κατέχουν και πάλι την πρώτη θέση (84,7%) (Ζαχαροπούλου και συν. 2015).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και όπως προκύπτει από τις συσχετίσεις, οι περισσότεροι φροντιστές δήλωσαν πως αντιλαμβάνονταν ότι βίωναν αξιοσημείωτη επιβάρυνση (75,6%) ενώ λιγότεροι ήταν όσοι δήλωσαν πως βίωναν μειωμένη επιβάρυνση (24,4%). Στην ύπαρξη παθολογικού άγχους, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά (55,6%) ενώ στα ευρήματα περί εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης οι περισσότεροι δήλωσαν πως δεν είχαν ιδιαίτερες ενδείξεις (52,2%). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας οδήγησαν στην ανάδειξη της αρνητικής σχέσης μεταξύ της επιβάρυνσης και του άγχους/κατάθλιψης, δηλαδή όσο πιο αυξημένη βίωναν οι φροντιστές την επιβάρυνση τόσο λιγότερο άγχος και κατάθλιψη εμφάνιζαν. Επιπρόσθετα, η ηλικία των ασθενών σχετίστηκε άμεσα και θετικά με το επίπεδο της επιβάρυνσης ( $p=0,001$ ) των φροντιστών ενώ λιγότερο με το άγχος ( $p=0,017$ ) και ακόμα λιγότερο με την κατάθλιψη ( $p=0,002$ ). Αντίθετα, η ηλικία των φροντιστών σχετίστηκε άμεσα και θετικά με την κατάθλιψη ( $p<0,001$ ) και με την επιβάρυνση ( $p=0,008$ ), δηλαδή οι μεγαλύτεροι σε ηλικία βίωναν αυξημένη επιβάρυνση και είχαν συμπτώματα κατάθλιψης που ξεπερνούσαν τα παθολογικά όρια.

Ενδιαφέρον ήταν επίσης το εύρημα της άμεσης και θετικής συσχέτισης των χρόνων παροχής φροντίδας των φροντιστών με το άγχος ( $p=0,002$ ) καθώς και με την κατάθλιψη ( $p=0,013$ ). Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης σχετίστηκε άμεσα με την ηλικία τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών ή τα χρόνια παροχής φροντίδας υγείας. Όσον αφορά τη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με την κατάθλιψη, όσο το μορφωτικό επίπεδο ασθενών και φροντιστών αυξανόταν τόσο μειωνόταν η συμπτωματολογία της κατάθλιψης, συσχέτιση δηλαδή αρνητική.



Τέλος, η συσχέτιση μεταξύ του είδους του καρκίνου με την εμφάνιση συμπτωμάτων επιβάρυνσης, κατάθλιψης και άγχους βρέθηκε θετικά ανάλογη κυρίως με τα χρόνια παροχής φροντίδας ( $p=0,373$ ), στη συνέχεια το αυξημένο άγχος ( $p=0,162$ ) και λιγότερο ανάλογη με την εμφάνιση επιβάρυνσης ( $p=0,072$ ) και κατάθλιψης ( $p=0,016$ ).

## 6.2 Συμπεράσματα

---

Η παρούσα έρευνα εκτίμησε και αξιολόγησε την επιβάρυνση που βιώνουν σχεδόν σε καθημερινή βάση οι φροντιστές, κυρίως οι ανεπίσημοι αλλά και μη, των ογκολογικών ασθενών από την παροχή φροντίδας υγείας καθώς και τις αναδυόμενες ανάγκες τους, οι οποίες προκύπτουν ως αποτέλεσμα αυτής. Τα βασικότερα γενικά ευρήματα συνοψίζονται ως εξής:

- Οι αλλαγές στη ζωή των φροντιστών μετά την έναρξη της παροχής φροντίδας υγείας είναι κατά κύριο λόγο αρνητικές με την παρουσία υψηλών επιπέδων επιβάρυνσης, άγχους και κατάθλιψης.
- Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φροντιστές βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση.
- Όσο πιο αυξημένο το μορφωτικό επίπεδο τόσο των φροντιστών όσο και των ασθενών, τόσο λιγότερα τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και επιβάρυνσης στους φροντιστές.
- Η επιβάρυνση των φροντιστών είναι μεγαλύτερη όταν οι ασθενείς τους πάσχουν από καρκίνο συγκεκριμένου τύπου όπως του παγκρέατος, του πνεύμονα και του προστάτη.

Βέβαια, κανείς δε μπορεί να αρνηθεί το γεγονός ότι η επιβάρυνση είναι ένα υποκειμενικό θέμα, το οποίο κάθε φροντιστής αντιλαμβάνεται διαφορετικά ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του, την προσωπικότητά του, τις μέχρι τότε εμπειρίες του στη ζωή καθώς και τις αντιλήψεις του. Η ύπαρξη μάλιστα στενών συγγενικών σχέσεων μεταξύ του ασθενούς και του φροντιστή επηρεάζει την αντίληψη της επιβάρυνσης μιας και κάθε συγγενής θεωρεί και νιώθει πως όσα κάνει για τον άνθρωπό του είναι τα λιγότερα δυνατά και πάντα θα έχει κάτι παραπάνω ακόμα να δώσει.

### 6.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

---

Η προσφορά των φροντιστών στην πορεία εξέλιξης της υγείας του ογκολογικού ασθενή είναι πολύ σημαντική και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση σε πολλούς τομείς αναγκών υγείας τους και για τον τρόπο που επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Απαραίτητη κρίνεται η συνεχής ενθάρρυνση των φροντιστών από την πολιτεία και τους επαγγελματίες υγείας στη συμμετοχή σε κοινοτικούς φορείς παροχής υποστήριξης που θα τους επιτρέψουν να μοιραστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να βελτιώσουν όσο το δυνατόν την κατάσταση της υγείας και της καθημερινότητάς τους. Οι φροντιστές ως συγγενείς ή στενοί άνθρωποι των ασθενών πολύ συχνά αγνοούν την έκταση του προβλήματός τους ή ακόμα και την ύπαρξη αυτού με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται αργά την επιβάρυνση χωρίς την αναζήτηση φροντίδας και υποστήριξης, η οποία θεωρείται απαραίτητη ακόμα και στα αρχικά επίπεδα εμφάνισης της επιβάρυνσης. Αν κάποιος δε βοηθήσει τον φροντιστή, πώς ο φροντιστής με τη σειρά του θα μπορέσει να συνεχίσει να φροντίζει τον ασθενή; Ας μην ξεχνάμε πως η βοήθεια φέρνει βοήθεια.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Ανδρεά Σ. & Γκοβίνα Ο. (2007). Η οικογένεια χορηγός στη φροντίδα αρρώστου με εγκεφαλικό επεισόδιο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 6(3):1-13.
- Βούρτση Α. & Βλάχος Λ. (1999). Imaging diagnostic assessment in breast cancer. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 16(6):574-579.
- Γιαβασόπουλος Ε.Κ. & Γούρνη Π.Γ. (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 7(1):12-39.
- Ζαχαροπούλου Γ., Ζαχαροπούλου Β., Κωνσταντινοπούλου Α., Τσαλουκίδης Ν. & Λαζακίδου Α. (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 32(5):614-621.
- Ζλατινούδη Ε. (2013). *Οι επιπτώσεις στην οικογένεια των ασθενών με καρκίνο προχωρημένου σταδίου*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Ζωγράφου Π. (2014). *Εκτίμηση της εξουθένωσης σε άτυπους φροντιστές των ογκολογικών ασθενών*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Θεοδοσοπούλου Δ. (2005). Η οικογενειακή επιβάρυνση (Family Burden): Συγκριτική Μελέτη σε Οικογένειες Ασθενών με Σχιζοφρένεια και Διπολική Διαταραχή. ΑΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Ιατράκη Ε. (2005). Η Φροντίδα των Ασθενών με Άνοια σε Επιλεγμένες Αστικές και Αγροτικές Περιοχές της Κρήτης: Αναφορά στην Επιβάρυνση των Φροντιστών. Πανεπιστήμιο Κρήτης-Τμήμα Ιατρικής, ΠΜΣ Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Κιάκου Μ., Τόλια Μ. & Τσουκαλάς Ν. (2015). Ανοσοθεραπεία του καρκίνου. Μια διαφορετική προσέγγιση στη θεραπεία της νεοπλασματικής νόσου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 32(4):461-466.
- Κοντού Ν., Γεωργίου Γ. & Παναγιωτάκης Δ. (2010). Διατροφή και Καρκίνος: Ανασκόπηση επιδημιολογικών και κλινικών ερευνών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 9(3):323-343.

- Κούλη Ε., Κατεϊλίδου Δ., Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου Α. & Πρεζεράκος Π. (2009). Η Εκτίμηση του Κόστους της Κατ' Οίκον Νοσηλείας σε Ασθενείς με Κακοήθη Νεοπλάσματα. *Νοσηλευτική 2009*. 48(2):200-206.
- Κωνσταντινίδης Θ. Ι. & Φιλαλήθης Α. (2014). Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Η νοσηλευτική προσέγγιση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 31(4):413-422.
- Πανάγος Γ. (1992). Τι είναι Καρκίνος; *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία*.
- Παντοπίκου Κ. (2014). *Γονιδιακή θεραπεία στον καρκίνο: υπέρ & κατά, προ-κλινικές δοκιμές*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Πατελάρου Α., Σηφάκη-Πιστόλλα Δ., Ξυλούρη Α. & Πρινάρη Α. (2011). Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 4(2):70-77.
- Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (2009). Νοσηλευτική Ογκολογία. Το πλαίσιο φροντίδας. Στο Corner J. & Bailey C. (1<sup>η</sup>) *Cancer nursing care in context*. London: Blackwell.
- Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. (2016). Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ανακουφιστική φροντίδα. *Πρόγραμμα δια βίου μάθησης «Επικαιροποίηση σε βασικές και εκπαίδευση σε νέες προηγμένες νοσηλευτικές δεξιότητες που απαιτούν για την φροντίδα υγιών και ασθενών ατόμων»*.
- Πατρινού Β., Κούκουρας Δ., Λυκάκη Ε., Κωνσταντοπούλου Ν. & Τζωρακολευθεράκης Ε. (2001). Comparison of mammography and postoperative diagnosis in non-palpable breast lesions. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 18(6):592-596.
- Πασχάλη Ν.Κ. (2010). *Προηγμένος ηλεκτρονικός φάκελος υγείας που υποστηρίζει με τη συμβολή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τη διάγνωση αντιμετώπιση και πρόγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Ρηγάτος Γ. (2000). *Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα.
- Σαχίνη-Καρδάση Α. (2003). *Μεθοδολογία Έρευνας*. Εφαρμογή στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 288-292.
- Φωτιάδης Κ., Γενετζάκης Μ., Τσεκούρας Δ.Κ. & Ζωγράφος Γ. (2005). Σύγχρονα καρκινώματα παχέος εντέρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 22(6):571-574.

- Χέρας Π., Χατζόπουλος Α., Σαμαρτζή Μ. & Μητσιμπούνας Δ. (2008). Απόψεις φροντιστών ασθενών με καρκίνο. *Ιατρικά χρονικά*. ΚΒ'(2):84-89.
- Ψαρίκογλου-Χατζηβασιλείου Α. (2015). *Ψυχολογικά χαρακτηριστικά φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

## Ξενογλώσση

- Ames B.N., Gold L.S. & Wilet W.C. (1995). The causes and prevention of cancer. *Proceedings of the National Academy of Science of the U.S.A.*92: 258-5265.
- Cameron J.L. & Gignac M.A. (2008). Timing it Right: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to work. *Patient Educ Counc.* 70(3):305-314.
- Carduff E., Finucane A., Kendall M., Jawis A., Harrison N., Greenacrez J. & Murray S.A. (2014). Understanding the barriers to identifying carers of people with advanced illness in primary care: triangulating three data sources. *BMC Fam Pract.* 2(15):48.
- Deshields T., Rihanek A., Potter P., Zhang Q., Kuhrik M., Kuhrik N. & O'Neill J.A. (2012). Psychosocial Aspects of Caregiving: Perceptions of Cancer Patients and Family Caregivers. *HHS Public Access.* 20(2):349-356.
- Diepgen T.L. & Mahler V. (2002). The epidemiology of skin cancer. *British Journal of Dermatology.* 146(61):1-6.
- Fisher B., Gunduz N. & Saffer E.A. (1983). Influence of the interval between primary tumor removal and chemotherapy on kinetics and growth of metastases. *Cancer Res.* 43:1488-1492.
- Govina O., Kotronoulas G., Mystakidou K., Giannakopoulou M., Galanos A. & Patiraki E. (2013). Validation of the revised Bakas Caregiving Outcomes Scale in Greek caregivers of patients with advanced cancer receiving palliative radiotherapy. *Support Care Cancer.* 21(5):1395-404.
- Honea N.J., Brintnall R., Given B., Colao D.B. & Northouse L.L. (2007). Putting Evidence into Practice: Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 12(3):507-516.

- Jacobsen P.B. (2007). Screening for Psychological Distress in Cancer Patients: Challenges and Opportunities. *Journal of Clinical Oncology*. 25(29):4526-4527.
- Karapoulios D., Getsios I., Rizou V., Tsiklitaras A., Kostopoulou S., Balodimou C. & Margari N. (2013). Anxiety and depression in patients with lung cancer under chemotherapy. Assessment with the Hospital Anxiety and Depression Scale. *To Vima tou Asklipiou*. 12(4):428-440.
- Knighting K., O'Brien M.R., Roe B., Gandy R., Lloyd-Williams M., Nolan M. & Jack B.A. (2016). Gaining consensus on family carer needs when caring for someone dying at home to develop the Carers' Alert Thermometer (CAT): a modified Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*. 72(1):227-239.
- Levi D.M. (2002). Crowding-an essential bottleneck for object recognition: a mini-review. *HHS Public Access*. 48(5):635-654.
- Moffat F.L. & Ktechem A.S. (1994). Surgery for malignant neoplasia: the evolution of oncologic surgery and its role on the management of cancer patients. In McKenna R.J. and Murphey G.P. (eds.) *Cancer Surgery*. Philadelphia, PA: Lippincott, 1-20.
- Moore & Kate A. (1999). Breast cancer patients' out-of-pocket expenses. *Cancer Nursing*. 22(5):389-396.
- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Galanos A. & Vlahos L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and Applicability. *Supportive Care in Cancer*. 12:821-825.
- Nijboer C., Tempelaar R., Sanderman R., Triemstra M., Spruijt R.J. & Van Den Bos G.A.M. (1998). Cancer and Caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*. 7:3-13.
- Papastavrou E., Charalambous A. & Tsangari H. (2009). Exploring the other side of cancer care: The informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*. 13:128-136.
- Perry M.C. (1992). *The Chemotherapy Source Book*. Baltimore, CT: Williams & Wilkins.
- Rivera M.P. & Wahidi M.M. (2013). Establishing the diagnosis of lung cancer. *Diagnosis and Management of Lung Cancer*. 3:1-24.

- Romito F., Goldzweig G., Cormio C., Hagedoom M. & Andersen B. (2013). Informal Caregiving for Cancer Patients. *Cancer*. 119(11):2160-2169.
- Schrek R., Baker L.A., Ballard G.P. & Dolgoff S. (1950). Tobacco Smoking as an Etiologic Factor in Disease. *Cancer*. 10(1):49.
- Stewart K. E., Ross D. & Hartley S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. in T.J. Boll, J.M. Raczynski & L.C. Leviton (Eds). Handbook of clinical health psychology. *Disorders of Behavior and health*. 2:405-421.
- Tamayo G.J. (2010). Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum*. 37(1):50-57.
- Tziallas D., Kastanioti C., Kostapanos M.S., Skapinakis P., Elisaf M.S. & Mavreas M. (2012). The impact of the metabolic syndrome on health-related quality of life: a cross-sectional study in Greece. *EurJCardiovascNurs*. 11(3):297-303.
- Zaidi A.A., Ansari T.Z. & Khan A. (2012). The Financial Burden of Cancer: Estimates from Patients Undergoing Cancer Care in a Tertiary Care Hospital. *Int J Equity Health*, 11.

## Ιστοσελίδες

Ανώνυμο 1, Ιατρικό λεξικό-Καρκίνος, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/karkinos.html>, προσπελάστηκε στις 10/04/2017.

Ανώνυμο 2, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), προσπελάστηκε στις 06/10/2017.

Ανώνυμο 3, Ανίχνευση Καρκίνου, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.agsavvas-hosp.gr](http://www.agsavvas-hosp.gr), προσπελάστηκε στις 06/10/2017.

Ανώνυμο 4, Ανοικτά Κέντρα Δημόσιας Υγείας-Δευτερογενής Πρόληψη, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.nsph.gr](http://www.nsph.gr), προσπελάστηκε στις 07/10/2017.

Ανώνυμο 5, Στατιστικά για τον καρκίνο στην Ελλάδα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr), προσπελάστηκε στις 08/10/2017.

Ανώνυμο 6, Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.eumedline.eu](http://www.eumedline.eu), προσπελάστηκε στις 09/10/2017.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## Ερωτηματολόγιο 1

---

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### Δημογραφικά στοιχεία φροντιστών

1. Νοσοκομείο: α) ΠΑΓΝΗ  β) Βενιζέλειο

2. Τμήμα: α) Χειρουργική Ογκολογική Κλινική  β) Παθολογική Ογκολογική Κλινική

3. Φύλο: α) Άνδρας  β) Γυναίκα

4. Ηλικία:.....

5. Καταγωγή: α) Ελληνική  β) Αλβανική  γ) Βουλγαρική  δ) Άλλη

6. Τόπος κατοικίας: α) Ηράκλειο  β) Ρέθυμνο  γ) Χανιά  δ) Λασιθί  ε) Άλλο.....

7. Επάγγελμα:.....

8. Αν εργάζεστε, πόσες ώρες καθημερινά;.....

9. Εισόδημα:

α) Κανένα εισόδημα  β) Από 5.000-10.000 Ευρώ  γ) Από 10.000-20.000 Ευρώ   
δ) Πάνω από 20.000 Ευρώ

10. Μορφωτικό επίπεδο:

α) Έως

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

...

11. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Έγγαμη  β) Άγαμη  γ) Χήρα  δ) Διαζευγμένη  ε) Σε διάσταση   
στ) Συζεί

12. Ζω με: α) Σύζυγο  β) Σύζυγο και παιδιά  γ) Μόνος μου  δ) Άλλο.....

**13. Πόσα παιδιά έχετε;.....14. Αν υπάρχουν παιδιά, αυτά είναι:**  
α)Ενήλικα β)Ανήλικα

**15. Αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο σπίτι σας:.....**

**16. Τόπος διαμονής:**

α)Ίδιο σπίτι με τον ασθενήβ)Ίδιο κτίριο με τον ασθενήγ)Ίδια γειτονιά με τον ασθενή  
δ) Διαφορετικό σπίτι και γειτονιά

**17. Πόσους μήνες ή χρόνια φροντίζετε εσείς τον ασθενή;.....**

**18. Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή:** α) Σύζυγοςβ) Κόρηγ) Γιοςδ) Αδελφήε) Αδελφόςστ) Σύντροφοςζ) Άλλο (προσδιορίστε τι).....

**19. Προβλήματα Υγείας Φροντιστή:**

α)Κανένα πρόβλημαβ)Υπέρτασηγ)Διαβήτηςδ)Μυοσκελετικάε)Καρδιαγγειακάστ)Προβλήματα όρασηςζ)Προβλήματα ακοήςη) Άλλα (προσδιορίστε τι).....

**20. Υπήρξατε ποτέ στο παρελθόν φροντιστής για κάποιο άλλο μέλος της οικογενείας σας;**

α)Ναιβ)Όχι

**21. Στο νοσοκομείο έρχεστε:**

α)Με ένα μέσο μαζικής μεταφοράςβ)Με δύο ή περισσότερα μέσαγ)Με ιδιωτικό αυτοκίνητοδ)Με ταξίε)Με τα πόδια

**22. Έχετε βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από μακρινούς συγγενείς;**

α)Ναιβ)Όχι

## **ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΒΑΚΑΣ)**

Αυτή η ομάδα ερωτήσεων αφορά τις πιθανές αλλαγές στη ζωή σας από την παροχή φροντίδας στον ασθενή. Για κάθε πιθανή αλλαγή από την παρακάτω λίστα κυκλώστε έναν αριθμό που να δείχνει το βαθμό της αλλαγής. Οι αριθμοί που δείχνουν τον βαθμό

της αλλαγής κυμαίνονται από **-3 «Αλλαγή προς το χειρότερο»** μέχρι το **+3 «αλλαγή προς το καλύτερο»**. Ο αριθμός **0** σημαίνει «καμιά αλλαγή».

	Άλλαξε προς το χειρότερο			Δεν άλλαξε	Άλλαξε προς το καλύτερο		
<b>Σαν αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας στον ασθενή:</b>							
<b>1.</b> Η αυτοεκτίμησή μου	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>2.</b> Η σωματική μου υγεία	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>3.</b> Ο χρόνος μου για τις οικογενειακές δραστηριότητες	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>4.</b> Η ικανότητά μου να αντιμετωπίσω το στρες	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>5.</b> Η σχέση μου με τους φίλους	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>6.</b> Οι μελλοντικές μου προοπτικές	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>7.</b> Το επίπεδο της ενεργητικότητάς μου	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>8.</b> Η συναισθηματική μου ευεξία	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>9.</b> Οι ρόλοι μου στη ζωή	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>10.</b> Ο χρόνος μου για κοινωνικές δραστηριότητες με φίλους	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>11.</b> Οι σχέσεις με την οικογένειά μου	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>12.</b> Η οικονομική μου ευμάρεια	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>13.</b> Η σχέση μου με τον ασθενή	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>14.</b> Η φυσική μου λειτουργικότητα	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>15.</b> Η γενική κατάσταση της υγείας μου	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Γενικά, πόσο έχει αλλάξει η ζωή σας σαν αποτέλεσμα της φροντίδας του ασθενή;	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>Εάν υπάρχουν άλλες αλλαγές στη ζωή σας σαν αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας στον ασθενή, παρακαλώ γράψτε αυτές παρακάτω και βαθμολογήστε αναλόγως.</b>							
<b>17.</b>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>18.</b>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
<b>19.</b>	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Govina O., Kotronoulas G., Mystakidou K., Giannakopoulou M., Galanos A. & Patiraki E. (2013). Validation of the revised Bakas Caregiving Outcomes Scale in Greek caregivers of patients with advanced cancer receiving palliative radiotherapy. *Supportive Care in Cancer*. 21:1395-1404.

## Ερωτηματολόγιο 2

---

### **Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (ΝΚΑΚ)**

Όνομα:

Ημερομηνία:

Οι γιατροί γνωρίζουν ότι τα συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Εάν ο γιατρός σας είναι γνώστης αυτών, θα μπορέσει να σας βοηθήσει περισσότερο. Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να βοηθήσει το θεράποντα ιατρό να μάθει πως αισθάνεστε. Διαβάστε προσεχτικά την κάθε ερώτηση και υπογραμμίστε την απάντηση που σας ταιριάζει σχετικά με το πώς αισθανθήκατε την περασμένη εβδομάδα.

Κ	A	<b>Αισθάνομαι ένταση</b>
	3	Τον περισσότερο καιρό
	2	Συχνά
	1	Κάποιες φορές-περιστασιακά
	0	Καθόλου
1		<b>Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν</b>
2		Ναι, σίγουρα, όπως και πριν
3		Όχι τόσο πολύ
		Λίγο
		Καθόλου
Κ	A	<b>Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί</b>
	3	Πάρα πολύ
	2	Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ
	1	Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί
	0	Καθόλου
1		<b>Μπορώ να χαμογελάω και να βλέπω την χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων</b>
2		Τόσο, όσο πάντοτε
3		Όχι τόσο πολύ πλέον
		Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
		Καθόλου
Κ	A	<b>Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν</b>
	3	Τον περισσότερο χρόνο
	2	Αρκετό χρόνο
	1	Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά
	0	Μόνον περιστασιακά
2		<b>Αισθάνομαι χαρούμενος/η</b>
1		Καθόλου
0		Όχι συχνά
		Μερικές φορές
		Τις περισσότερες φορές
A	A	<b>Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω</b>
	0	Βεβαιότατα
	1	Συχνά
	2	Όχι συχνά
	3	Καθόλου
		(Συνεχίζεται)

K		<b>Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η</b>
3		Σχεδόν συνέχεια
2		Πολύ συχνά
1		Μερικές φορές
0		Καθόλου
	A	<b>Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι</b>
	0	Καθόλου
	1	Περιστασιακά
	2	Αρκετά συχνά
	3	Πολύ συχνά
K		<b>Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</b>
3		Σίγουρα
2		Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
1		Ίσως, και να μην τη φροντίσω
0		Τη φροντίζω όπως πάντα
	A	<b>Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση</b>
	3	Πάρα πολύ
	2	Αρκετά
	1	Όχι τόσο πολύ
	0	Καθόλου
K		<b>Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα</b>
0		Τόσο, όπως πάντα
1		Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα
2		Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα
3		Καθόλου
	A	<b>Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού</b>

	3	Πολύ συχνά
	2	Αρκετά συχνά
	1	Όχι τόσο συχνά
	0	Καθόλου
K		<b>Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα</b>
0		<b>καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα</b>
1		Συχνά
2		Μερικές φορές
3		Όχι τόσο συχνά
		Πολύ σπάνια
		<i>Τώρα ελέγξτε εάν έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις</i>

ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟΝ

K (8-10) \_\_\_\_\_

A (8-10) \_\_\_\_\_

Karapoulios D., Getsios I., Rizou V., Tsiklitara A., Kostopoulou S., Balodimou C. & Margari N. (2013). Anxiety and depression in patients with lung cancer under chemotherapy. Assessment with the Hospital Anxiety and Depression Scale. *To Vima tou Asklipiou*. 12(4):429-440.

## Ερωτηματολόγιο 3

---

# ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΙΤΛΟΣ:** “Εκτίμηση της επιβάρυνσης και των υποστηρικτικών αναγκών φροντιστών ογκολογικών ασθενών.”

Σπουδάστριες : Ντουρμίσι Σίλβια, Ντέκα Φρειδερίκη

Αγαπητή κυρία

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά την γενική κατάσταση της υγείας του κάθε ογκολογικού ασθενή στην παρούσα κλινική. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 10 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα.

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

**Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε/μονογράψτε παρακάτω:**

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

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά στοιχεία ασθενών



1. **Νοσοκομείο:** α) ΠΑΓΝΗ  β) Βενιζέλειο
2. **Τμήμα:** α) Χειρουργική Ογκολογική Κλινική  β) Παθολογική Ογκολογική Κλινική
3. **Φύλο:** α) Άνδρας  β) Γυναίκα
4. **Ηλικία:**.....
5. **Διάγνωση:**.....
6. **Πότε περίπου έγινε η διάγνωση;**.....
7. **Μορφωτικό επίπεδο:**  
α) έως Δημοτικό  β) Γυμνάσιο  γ) Λύκειο  δ) Πανεπιστήμιο  ε) Άλλο.....
8. **Επάγγελμα:**.....
9. **Εισόδημα:** α) Κανένα εισόδημα  β) Από 5.000-10.000 Ευρώ  γ) Από 10.000-20.000 Ευρώ  δ) Πάνω από 20.000 Ευρώ
10. **Πόσα παιδιά έχετε;**..... ..11. **Αν υπάρχουν παιδιά, αυτά είναι:** α) Ενήλικα  β) Ανήλικα
12. **Αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι:**.....
13. **Πόσους μήνες ή χρόνια σας παρέχεται φροντίδα;**.....
14. **Τι είδους θεραπείες έχετε κάνει στο παρελθόν;**  
α) Χειρουργική θεραπεία  β) Χημειοθεραπεία  γ) Ακτινοθεραπεία  δ) Ορμονοθεραπεία  ε) Ανοσοθεραπεία  στ) Παρηγορητική θεραπεία
15. **Άλλα παθολογικά προβλήματα:**  
α) Κανένα πρόβλημα  β) Υπέρταση  γ) Διαβήτης  δ) Μυοσκελετικά ε) Καρδιαγγειακά  στ) Προβλήματα όρασης  ζ) Προβλήματα ακοής η) Άλλα (προσδιορίστε τι).....
16. **Στο νοσοκομείο ήρθατε:**  
α) Με τα πόδια  β) Με καροτσάκι  γ) Με φορείο



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 1/3/2017

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη  
Τηλέφ.: 2810-379538  
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 302

ΠΡΟΣ:  
Ντέκα Φρειδερίκη  
Ντουρμίζι Σίλβια

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Κωνσταντίνιδης Θεοχάρης

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

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

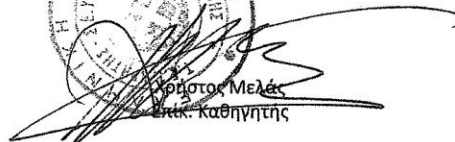
ΥΝ6474 Ντέκα Φρειδερίκη  
ΥΝ6441 Ντουρμίζι Σίλβια

με θέμα: «Εκτίμηση της επιβάρυνσης και των υποστηρικτικών αναγκών φροντιστών ογκολογικών ασθενών».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. Κωνσταντίνιδης Θεοχάρης .

Παρατηρήσεις:

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος  
  
Χρήστος Μελάς  
Επικ. Καθηγητής