

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

Διπλωματική Εργασία

**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΡΙΤΗΣ
ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ»**

ΚΥΡΙΑΖΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

Αθήνα 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γκοβίνα Ουρανία, Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Υπογραφή:

Καυγά-Παλτόγλου Άννα, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Δοκουτσίδου Ελένη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κυριαζίδου Ελένη του Νικολάου με αριθμό μητρώου 18022 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Κυριαζίδου Ελένη

Γκοβίνα Ουρανία, Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. (Επιβλέπων Καθηγητής)

Ηλ. Υπογραφή

Copyright © Κυριαζίδου Ελένη, 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει στην αύξηση της συχνότητας καρκίνου στους ηλικιωμένους. Εκτός αυτού, η αυξημένη έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες, η αθροιστική δράση των διαφόρων καρκινογόνων παραγόντων και η προοδευτική έκπτωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος λόγω της προχωρημένης ηλικίας είναι επίσης παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση της συχνότητας του καρκίνου.

Η αντινεοπλασματική θεραπεία των ηλικιωμένων προϋποθέτει μια πλήρη γηριατρική αξιολόγηση και μια εξατομικευμένη προσέγγιση. Οι ευάλωτοι ασθενείς με συννοσηρότητα μπορεί να παρουσιάσουν βαριά τοξικότητα εξαιτίας της επιθετικής χημειοθεραπείας. Πρωταρχικό στόχο, πέρα από την παράταση επιβίωσης, πρέπει να αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αξιολόγηση της γενικής κατάστασης των ηλικιωμένων, τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά τη διάρκεια των συνεδριών είναι υψίστης σημασίας. Επιπλέον, η πληροφόρηση, η ψυχολογική υποστήριξη και η ενθάρρυνση του ασθενή συμβάλουν στο να υπερνικήσει τους φόβους και το άγχος του, καθώς και να αντιμετωπίσει το μέλλον με ελπίδα και αισιοδοξία. Οι διαθέσιμες πηγές υποστήριξης πρέπει πάντα να διερευνώνται, δεδομένου ότι με την πρόοδο της ηλικίας οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, λόγω συνταξιοδότησης, θανάτου του / της συζύγου, φίλων και συγγενών.

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Γκοβίνα Ουρανία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, για τις γνώσεις που μου μετέδωσε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα, τις υποδείξεις και την επιστημονική της καθοδήγηση για την ολοκλήρωση της εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τα μέλη της τριμελούς επιτροπής και όλους τους διδάσκοντες καθηγητές για το υπέροχο ταξίδι στον κόσμο της γνώσης και τις εμπειρίες που μου πρόσφεραν τα δύο χρόνια της φοίτησής μου. Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου για την στήριξη και τη βοήθειά του σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ασθενείς που αφιέρωσαν σημαντικό χρόνο σε αυτή την ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο της ζωής τους, προκειμένου να συμμετάσχουν στη μελέτη. Χωρίς τη δική τους συμμετοχή θα ήταν αδύνατη η διεξαγωγή της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΓΕΝΙΚΑ	13
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	13
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	15
3.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής	15
3.2. Ο ρόλος της ποιότητας ζωής στην ασθένεια	15
3.3. Ποιότητα ζωής ή παράταση της επιβίωσης;	17
3.4. Χημειοθεραπεία και ποιότητα ζωής	17
3.5. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	18
3.6. Γηριατρική αξιολόγηση	19
3.7. Λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο	23
3.8. Συνοδά νοσήματα των ηλικιωμένων ασθενών	23
3.9. Παρενέργειες της χημειοθεραπείας στους ηλικιωμένους ασθενείς	25
3.10. Εργαλεία - Ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής	27
4. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	28
4.1. Χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης	29
4.2. Πηγές κοινωνικής υποστήριξης	30
4.3. Εργαλεία μέτρησης της κοινωνικής υποστήριξης	30
4.4. Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	31
4.5. Μοναχικοί ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο	32
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	35
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	36
5.1. Ερευνητικός σχεδιασμός	36
5.2. Σκοπός	36

5.3. Επιμέρους σκοποί	36
5.4. Δείγμα της μελέτης	37
5.5. Ερευνητικά εργαλεία	37
5.6. Ηθική και δεοντολογία	38
5.7. Στατιστική ανάλυση	39
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
6.1. Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος	40
6.2. Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής (SF-36) και κοινωνικής υποστήριξης (PRQ 2000)	43
6.3. Συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο	46
6.4. Επίδραση δημογραφικών και κλινικών στοιχείων στην κοινωνική υποστήριξη και ποιότητα ζωής	49
6.5. Προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών τρίτης ηλικίας με καρκίνο	65
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	70
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
ΔΙΕΘΝΗ – ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	78
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	83
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	84
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ (ABSTRACT)	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	88
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ SF-36	89
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (PRQ 2000 Clarann Weinert)	95
ΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ	97
ΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ	98
ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	99

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	
"Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"	100
ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	101
ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	102

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, n, %	40
Πίνακας 2: Κλινικά στοιχεία συμμετεχόντων (n, %)	42
Πίνακας 3: Μορφές συν-νοσηρότητας, απόλυτες και σχετικές τιμές (%)	43
Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία και εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων του SF-36	44
Πίνακας 5: Περιγραφικά στοιχεία των ερωτήσεων του PQR 2000	45
Πίνακας 6: Συντελεστές συσχέτισης r_s του Spearman μεταξύ υποκλιμάκων του SF-36 και της κλίμακας PRQ 2000	48
Πίνακας 7: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει φύλου	49
Πίνακας 8: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει ηλικίας	50
Πίνακας 9: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου	54
Πίνακας 10: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει παιδιών	55
Πίνακας 11: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει οικογενειακής κατάστασης	56
Πίνακας 12: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει μηνιαίου εισοδήματος	58
Πίνακας 13: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει φροντίδας	60
Πίνακας 14: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει τύπου καρκίνου	62
Πίνακας 15: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει ύπαρξης συννοσηρότητας ή όχι	63
Πίνακας 16: Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των SF-36, PRQ-2000 και του χρονικού διαστήματος από την αρχική διάγνωση	65
Πίνακας 17: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στην υποκλίμακα ενέργεια/κόπωση	66
Πίνακας 18: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στην υποκλίμακα Συναισθηματική ευεξία	67
Πίνακας 19: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στην υποκλίμακα γενική υγεία	68
Γράφημα 1: Οι συμμετέχοντες ηλικίας 65-75 είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο στους τομείς του SF-36 φυσική λειτουργία, ενέργεια/κόπωση, κοινωνική λειτουργία, πόνος ($p < 0,05$	52

Γράφημα 2: Οι συμμετέχοντες ηλικίας 65-75 ετών είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης από εκείνους ηλικίας 75 ετών και πάνω	53
Γράφημα 3: Οι συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο από εκείνους ($p < 0,05$) της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	53
Γράφημα 4: Οι έγγαμοι ασθενείς με καρκίνο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από εκείνους που δεν είναι παντρεμένοι ($p < 0,05$).....	57
Γράφημα 5: Οι ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις υποκλίμακες SF36 Συναισθηματική κατάσταση και Γενική υγεία από εκείνους που έχουν εισόδημα κάτω των 500 ευρώ ($p < 0,05$)	59
Γράφημα 6: Οι ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης και Γενικής υγείας από εκείνους που έχουν εισόδημα κάτω των 500 ευρώ ($p < 0,05$)	59
Γράφημα 7: Οι ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα και από τον σύζυγο και τα παιδιά τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κοινωνικής υποστήριξης από εκείνους που λαμβάνουν βοήθεια από τα παιδιά ή τα αδέρφια τους μόνο και από εκείνους που δεν λαμβάνουν μόνοι τους ($p < 0,05$).....	62
Γράφημα 8: Οι ασθενείς με καρκίνου που είχαν συννοσηρότητα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της SF-36 συναισθηματική ευεξία ($p < 0,05$)	64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος παραμένει μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στον πολιτισμένο κόσμο. Θεωρείται η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μπορεί να προσβάλει όλα τα άτομα, ανεξαρτήτου ηλικίας. Συχνότερα όμως προσβάλει άτομα μεγάλης ηλικίας και αυτό οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στη γήρανση του πληθυσμού. Ο καρκίνος έχει τεράστιο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών, η οποία επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο και από τις φυσιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται στη ζωή τους λόγω της γήρανσης. Η παρουσία πολλών συμπτωμάτων και η συννοσηρότητα σχετίζεται με μειωμένη λειτουργική κατάσταση και ποιότητα ζωής των ασθενών. Η σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία των προβλημάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη χορήγηση χημειοθεραπείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών (Dragest et al, 2021). Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να συμβάλει σε πολλές πτυχές της αντιμετώπισης και θεραπείας του καρκίνου. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι διαθέτουν την αναγκαία κοινωνική υποστήριξη έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις αρνητικές επιδράσεις του καρκίνου (Brito et al, 2021).

Η παρούσα μελέτη είναι μια ερευνητική εργασία η οποία στο γενικό μέρος της αναφέρεται γενικά στο πρόβλημα του καρκίνου και στα επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με τον καρκίνο σε ασθενείς τρίτης ηλικίας. Στη συνέχεια αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν μετά κατά τη χορήγηση της χημειοθεραπείας. Το επόμενο κεφάλαιο του γενικού μέρους αναφέρεται στην κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Καταγράφει τα χαρακτηριστικά, τις πηγές της κοινωνικής υποστήριξης και τις ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο και γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στους μοναχικούς ασθενείς και στις ιδιαίτερες καταστάσεις που αναδύονται από την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η μεθοδολογία της μελέτης, γίνεται η στατιστική ανάλυση και καταγράφονται τα αποτελέσματα σε πίνακες και γραφήματα. Στη συζήτηση σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκρίνονται αυτά με μελέτες και έρευνες άλλων μελετών. Τέλος στα συμπεράσματα αναφέρονται προτάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην παροχή καλύτερης κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΓΕΝΙΚΑ

Ο όρος «καρκίνος» ή κακοήθης όγκος ή αλλιώς νεόπλασμα είναι γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα χρόνιων νόσων, που μπορούν να προσβάλουν οποιαδήποτε σημείο του σώματος. Ο καρκίνος εμφανίστηκε από τις πρώτες περιόδους στην ιστορία της ανθρωπότητας. Την ονομασία «καρκίνος» την έδωσε στη νόσο ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης. Περιγραφές για τον καρκίνο γίνονται και σε αρχαίους Αιγυπτιακούς παπύρους και σε πλίθινες πλάκες της Μεσοποταμίας, ενώ εντυπωσιακά είναι τα ευρήματα όγκων σε ανθρώπινες μούμιες και απολιθώματα της Νεολιθικής εποχής. Η φυσιολογική ανάπτυξη ενός οργανισμού βασίζεται σε ένα σύστημα ελέγχου της κυτταρικής αύξησης που λειτουργεί με εξαιρετική ακρίβεια. Οποιαδήποτε εκτροπή από τη φυσιολογική και ισορροπημένη κυτταρική αύξηση εάν δεν αποφευχθεί και δεν διορθωθεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει σε μια ανεξέλεγκτη παραγωγή κυττάρων, που ονομάζεται «καρκίνος» (Αλεβιζόπουλος, 2018).

Η ανεξέλεγκτη αύξηση και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων, μπορεί να είναι επιθετική (αύξηση και πολλαπλασιασμός των κύτταρων με πολύ πιο γρήγορους ρυθμούς από τους φυσιολογικούς), διηθητική (να εισβάλλουν στους παρακείμενους ιστούς και να τους καταστρέφουν), μεταστατική (να εξαπλώνονται σε άλλα σημεία του σώματος). Σε πολλές περιπτώσεις καρκίνου η ιατρική αντιμετώπιση είναι πιο αποτελεσματική στις μέρες μας από ποτέ, καθιστώντας εφικτή την αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής του ασθενή. Οι ασθενείς ακολουθώντας την θεραπεία που τους έχει συσταθεί, μπορούν να συνεχίσουν την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή με τους περιορισμούς που τους επιβάλλει η κατάσταση της υγείας τους (Σαραντοπούλου, 2018).

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε άτομο ανεξαρτήτου ηλικίας, φυλής ή φύλου. Σε παγκόσμια κλίμακα επιφέρει το 13% των θανάτων, ποσοστό που ισοδυναμεί με 7,6 εκατομμύρια άτομα ετησίως. Η διάγνωση του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο και η έγκαιρη υποβολή του ασθενούς σε θεραπεία του δίνει την πιθανότητα πενταετούς επιβίωσης, σε σχέση με τη διάγνωση που γίνεται σε προχωρημένο στάδιο (Czerw et al, 2016).

Σύμφωνα με την American Cancer Society, μέχρι το τέλος του 2020 παρουσιάστηκαν 1,8 εκατομμύρια περιπτώσεις καρκίνου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2024 ο αριθμός

αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 1,9 εκατομμύρια από τους οποίους σημαντικό ποσοστό θα είναι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών (Sosnowski et al, 2017). Η Ευρώπη περιλαμβάνει το 9% του παγκόσμιου πληθυσμού, αλλά έχει μερίδιο 25% της παγκόσμιας επιβάρυνσης από τον καρκίνο.

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε παγκόσμιο επίπεδο για τις νεοπλασματικές νόσους οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η ηλικία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου. Το 60% των περιπτώσεων καρκίνου και το 70% των θανάτων που σχετίζονται με καρκίνο παρουσιάζεται σε ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω (Cinar & Tas, 2015).

Σύμφωνα με έρευνες 14 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου θα παρουσιαστούν έως το 2035 σε άτομα τρίτης ηλικίας που θα αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 60% των περιπτώσεων καρκίνου παγκοσμίως. Η μεγαλύτερη αύξηση των περιπτώσεων προβλέπεται στη Μέση Ανατολή, στη Βόρεια Αφρική (+157%) και την Κίνα (+155%). Οι λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες θα σημειώσουν αύξηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου σε ηλικιωμένους κατά 144% σε σύγκριση με το 54% σε πιο ανεπτυγμένες χώρες. Η εμφάνιση του καρκίνου αυξάνεται έως το μέγιστο σε ηλικίες 75 έως 85 ετών, ενώ σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερα από 85 ετών παρουσιάζει μείωση ή ισοπέδωση (Petersen et al, 2016).

Σύμφωνα με έκθεση της American Cancer Society (ACS) τα περιστατικά καρκίνου σε ασθενείς ηλικίας >85ετών είναι παρόμοια σε ποσοστά με αυτά στο ηλικιακό φάσμα 64-84 ετών με τη διαφορά ότι εδώ παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά προληπτικού ελέγχου και θνησιμότητας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Γeronτολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας στην Ελλάδα, πάνω από το 60% των θανάτων από καρκίνο εμφανίζονται σε ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών.

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

3.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής

Ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι μια περίπλοκη έννοια με πολλές διαφορετικές πτυχές. Το περιεχόμενο και η σημασία του αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, τις αξίες που κυριαρχούν στη ζωή, τις αλλαγές και το δυναμισμό των κοινωνικών δυνάμεων που βλέπουν μπροστά και αγωνίζονται για ένα καλύτερο τρόπο ζωής. Έχει όμως ορισμένα σταθερά σημεία, που σχετίζονται με τη «φυσικότητα» και την κοινωνικότητα του ανθρώπου. Η «ποιότητα ζωής» αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών.

Σαν όρος η «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στην αξιολόγηση των συνθηκών ζωής ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός πληθυσμού. Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να χρησιμοποιηθούν αντικειμενικά κριτήρια ή πρότυπα. Τα κριτήρια αυτά αφορούν την ποιότητα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τη σωματική και ψυχική υγεία (την λειτουργική κατάσταση του ατόμου, την πληρότητα των γνωστικών του λειτουργιών, την ύπαρξη και διατήρηση των κοινωνικών του δραστηριοτήτων και το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον).

3.2. Ο ρόλος της ποιότητας ζωής στην ασθένεια

Τα τελευταία χρόνια, η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο έγινε αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών. Οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν μια ποικιλία δύσκολων συμπτωμάτων. Η ανεπαρκής διαχείριση των συμπτωμάτων αυτών εμποδίζει τον ασθενή στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Οι αξιόπιστες μετρήσεις της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν στη διαμόρφωση των κατάλληλων δράσεων με σκοπό τη συνεχή βελτίωση της ζωής τους.

Στη δεκαετία του 1990 οι Schipper et al θεμελίωσαν τη σχέση της «ποιότητας ζωής» με την υγεία. Όρισαν την ποιότητα ζωής στην υγεία ως «τη λειτουργική επίδραση που έχει η νόσος και η θεραπεία της στον ασθενή» δηλαδή πως ο ίδιος ο ασθενής βιώνει τη νόσο του.

Η ποιότητα ζωής στην υγεία περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις:

- α) σωματικές και κινητικές δεξιότητες,
- β) ψυχική κατάσταση,
- γ) κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες,
- δ) σωματική αντίληψη π.χ. συμπτώματα της νόσου και ειδικά ο πόνος.

Διάκριση υπάρχει ανάμεσα στην αντικειμενική κατάσταση της υγείας και στην υποκειμενική εμπειρία του ασθενή, χρησιμοποιώντας αντικειμενικές και υποκειμενικές μεθόδους αξιολόγησης. Η αντικειμενική αξιολόγηση αναφέρεται στον προσδιορισμό της πραγματικής κατάστασης του ατόμου, ανεξάρτητα από τις υποκειμενικές απόψεις ή τα συναισθήματά του. Αντίθετα, η υποκειμενική αξιολόγηση αναφέρεται στον προσδιορισμό της κατάστασης όπως αυτή περιγράφεται και βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εκφράζοντας τη συναισθηματική διάσταση της εμπειρίας του. Στην υποκειμενική αξιολόγηση δεν πρέπει να διαγνωστούν μόνο οι αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες όπως το άγχος και η κατάθλιψη, αλλά και τα θετικά στοιχεία αυτής της εμπειρίας όπως η ικανοποίηση, η ελπίδα και η συναισθηματική προσαρμογή. Και οι δύο τύποι αξιολόγησης πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να γίνει η πλήρης ανάλυση της ποιότητας ζωής στην υγεία (Sosnowski et al, 2017).

Σύμφωνα με την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αντιπροσωπεύει την αντίληψη του ασθενή από την επίδραση της ασθένειας και της θεραπείας στις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής (Sitlinger et al, 2018).

Η σχέση της ποιότητας ζωής και των ασθενών με καρκίνο αφορά όλα τα στάδια της νόσου. Ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει πολλά συμπτώματα τα οποία δεν είναι εύκολο να τα διαχειριστεί ο ασθενής. Πολλά από αυτά εξαρτώνται από τον τύπο, το στάδιο του καρκίνου, την ένταση της νόσου και το επίπεδο της ψυχολογικής κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Μερικές μορφές καρκίνου δεν παρουσιάζουν συμπτώματα στα αρχικά στάδια της νόσου παρά μόνο σε προχωρημένα στάδια. Σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών έχουν τα ανεπιθύμητα συμπτώματα της χημειοθεραπείας και η αλλαγή της εικόνας του σώματος. Τα κυριότερα προβλήματα των ασθενών με καρκίνο αφορούν τους τομείς της κοινωνικής, της συναισθηματικής υποστήριξης, της πνευματικής και φιλοσοφικής άποψης για τη ζωή (Heydarnejad et al, 2011).

Ο φόβος του θανάτου οδηγεί πολλούς ασθενείς με καρκίνο να στραφούν στη θρησκεία. Η θρησκεία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ώστε να αυξηθεί η σωματική τους ευεξία, η ελπίδα για ζωή και έτσι να μειωθεί το άγχος. Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα μπορεί να συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου ενάντια στον καρκίνο, καθώς ελαττώνουν το αίσθημα του θυμού και ενισχύουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η θρησκεία ως

βοηθητικός παράγοντας για να ξεπεραστεί η ασθένεια σχετίζεται με τα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Üstündağ & Zencirci, 2015).

3.3. Ποιότητα ζωής ή παράταση της επιβίωσης;

Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των ογκολογικών νοσηλευτών, τις τελευταίες δεκαετίες, έχει στραφεί προς τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση δεν είναι ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής θεωρείται πλέον μια σημαντική παράμετρος για την εκτίμηση της υγείας του ασθενή. Η εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενή είναι αναγκαία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του.

Οι ασθενείς συχνά σταθμίζουν την ποιότητα ζωής με τη διάρκεια ζωής στη θεραπεία του καρκίνου. Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας του καρκίνου είναι η αύξηση της συνολικής επιβίωσης και η θεραπεία από τη νόσο. Η ποιότητα ζωής αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως ένας σημαντικός παράγοντας. Η ειδική θεραπεία για τον καρκίνο μπορεί να παρατείνει τη ζωή αλλά να μειώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Μερικοί ασθενείς προτιμούν να υποστούν την τοξικότητα που σχετίζεται με τη θεραπεία προκειμένου να αυξήσουν τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ άλλοι επιλέγουν να μην υποβάλλουν τον οργανισμό τους στη δοκιμασία της χημειοθεραπείας και να διατηρήσουν έτσι ένα καλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Επιπλέον, η επιλογή της θεραπείας μπορεί να επιβαρύνει οικονομικά τον ασθενή και ενδεχομένως να μη μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς ή να αυξήσει την εξάρτησή του από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον (Shrestha et al, 2019).

3.4. Χημειοθεραπεία και ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία κλινικής Ογκολογίας σε περιπτώσεις μεταστατικού καρκίνου, η θεραπεία μπορεί να έχει σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς και όχι να επιμηκύνει την επιβίωσή του.

Κύριος σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η ελαχιστοποίηση και η ανακούφιση των συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενή και φυσικά η θεραπεία του καρκίνου. Τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής είναι πόνος, αδυναμία/κόπωση, θλίψη, αρνητικά συναισθήματα, δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών καθηκόντων, φόβος για την εξάπλωση του καρκίνου, μεταβολές της διάθεσης, άγχος και ανησυχία για το μέλλον, φόβος θανάτου, ανησυχία για την αναστάτωση και επιβάρυνση των συγγενών και την επίπτωση που μπορεί να έχει ο

καρκίνος στη σεξουαλική του ζωή. Επομένως, αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται στοχευμένη φροντίδα και συνεχή αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους από τους επαγγελματίες υγείας (Teniz & Durna, 2020).

Ο καρκίνος δημιουργεί στους ασθενείς σοβαρή συναισθηματική ένταση και τους κάνει να ανησυχούν για τις αλλαγές που μπορεί να φέρει στη ζωή τους. Αυτές είναι αποξένωση, ευαλωτότητα, ακρωτηριασμός και θάνατος. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αισθάνονται φόβο, άγχος και άρνηση. Επίσης μπορεί να προξενήσει αίσθηση απώλειας του ελέγχου, επειδή τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής είναι αβέβαια και ο ασθενής αισθάνεται ότι κάθε έλεγχος πάνω στη ζωή, το σώμα και την καθημερινή του υγεία και άνεση έχει περάσει στα χέρια των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς πολλές φορές μπορεί να θεωρούν τη θεραπεία πιο ανεπιθύμητη και τρομακτική από την ίδια την αρρώστια και να αρνούνται να συμμετέχουν στη θεραπεία ή να τη συνεχίσουν. Σε περιπτώσεις που η πιθανότητα για θεραπεία ή έλεγχο της αρρώστιας μειώνεται, ενδέχεται να μειώνεται και η διάθεση των ασθενών για συμμετοχή σε θεραπείες που αλλάζουν τα φυσικά χαρακτηριστικά ή επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής που τους απομένει. Οι πληροφορίες που πρέπει να δίνονται στον ασθενή σχετικά με τη χημειοθεραπεία, τις παρενέργειές της και τους τρόπους αυτοφροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι επαρκείς και σαφείς (Jitender et al, 2017).

Οι Ογκολογικοί Νοσηλευτές προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση στους ασθενείς και στους φροντιστές τους και αυτό αποδεικνύεται στην καθημερινή πράξη. Η γλώσσα που χρησιμοποιούν πρέπει να είναι απλή και κατανοητή χωρίς ιατρικές ορολογίες. Επιπλέον η χορήγηση γραπτών πληροφοριών είναι χρήσιμη για τον ασθενή, γιατί μπορεί να τις μεταφέρει στο σπίτι του και να τις μοιραστεί με τα μέλη της οικογένειάς του (Fitch et al, 2015).

3.5. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Ο καρκίνος των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι ένα αναδυόμενο πρόβλημα. Αναμένεται τα επόμενα χρόνια ο αριθμός των ηλικιωμένων ασθενών που πάσχουν από καρκίνο στην Ευρώπη αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο να αυξηθεί απότομα. Η ηλικία κατά την οποία ένας ασθενής θεωρείται ότι ανήκει στην τρίτη ηλικία ποικίλλει στη βιβλιογραφία. Στη Γηριατρική αναφέρεται συχνά το όριο των 65 ετών, ενώ στην Ευρωπαϊκή ογκολογική βιβλιογραφία εμφανίζεται συχνά το όριο των 70 ετών.

Ορισμένοι συγγραφείς εντοπίζουν τρεις κατηγορίες ηλικιωμένων: Τους «νέους ηλικιωμένους» (65-74 ετών), τους «μέσου γήρατος ηλικιωμένους» (75-84 ετών) και τους «μεγαλύτερους ηλικιωμένους» (>85 ετών). Όλες αυτές οι κατηγορίες ηλικιωμένων αναφέρονται στη χρονολογική ηλικία η οποία συχνά δεν αντιστοιχεί στη βιολογική ηλικία των ατόμων αυτών (Πάλλης και συν, 2011). Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που καθιστούν την επιλογή της σωστής θεραπείας πιο δύσκολη από ότι σε νεότερους ασθενείς. Η μεγάλη συχνότητα που παρουσιάζουν τα νεοπλασματικά νοσήματα στους ηλικιωμένους ασθενείς οφείλεται στην αυξημένη έκθεσή τους σε καρκινογόνους παράγοντες και στην αθροιστική δράση των διαφόρων καρκινογόνων παραγόντων λόγω της προχωρημένης τους ηλικίας. Ο καρκίνος στους ηλικιωμένους εμφανίζει βραδύτερη ανάπτυξη, επειδή τα κύτταρα στο σώμα τους έχουν βραδύτερο ρυθμό ανάπτυξης, από εκείνο των πιο νεαρών ηλικιών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μια φυσιολογική προοδευτική έκπτωσης της λειτουργίας του ανοσοποιητικού τους συστήματος η οποία είναι υπεύθυνη σε κάποιο βαθμό, για την αυξημένη εμφάνιση των νεοπλασματικών νοσημάτων σε αυτούς. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι με καρκίνο έχουν χειρότερη πρόγνωση λόγω καθυστερημένης διάγνωσης της νόσου (Estape, 2018).

Η πρόγνωση ορισμένων νεοπλασμάτων μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς. Στην οξεία μυελογενή λευχαιμία και το λέμφωμα non-Hodgkin, χειρότερη εξέλιξη έχουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Στον καρκίνο του μαστού, οι ασθενείς με προχωρημένη ηλικία παρουσιάζουν ευνοϊκότερη βιολογία του όγκου, ενώ δεν έχουν αναφερθεί σημαντικές διαφορές μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου σε ότι έχει σχέση με την επιβίωση. Είναι λοιπόν σημαντική η κατανόηση των βιολογικών μηχανισμών οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την αυξημένη επίπτωση των νεοπλασματικών νοσημάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βαθύτερη γνώση αυτών των μηχανισμών θα επιτρέψει το σχεδιασμό παρεμβάσεων για την πρόληψη πολλών τύπων καρκίνου και θα οδηγήσει στην ανάπτυξη περισσότερο αποτελεσματικών και λιγότερο τοξικών αντινεοπλασματικών θεραπειών (Πάλλης και συν, 2011).

3.6. Γηριατρική αξιολόγηση

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι πρωταρχικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας. Πριν τη λήψη μιας θεραπευτικής απόφασης, πρέπει να γίνει Γηριατρική Αξιολόγηση

(Comprehensive Geriatric Assessment) του ηλικιωμένου ασθενή, από την ογκολογική ομάδα, προκειμένου να του χορηγηθεί εξατομικευμένη θεραπεία. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση της Γηριατρικής Ογκολογίας η ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση (CGA) στηρίζεται σε ερωτηματολόγια και δοκιμασίες που αξιολογούν πολύπλευρα τη γενική κατάσταση του ηλικιωμένου ασθενή. Τα οφέλη της CGA είναι πολύ σημαντικά και αυτά είναι: Η παρατεταμένη επιβίωση, η πρόβλεψη της θνησιμότητας, πρόβλεψη των ασθενών που μπορεί να επωφεληθούν από τη θεραπεία, η ανοχή στη θεραπεία του καρκίνου, οι τοξικότητες και η λήψη αποφάσεων ώστε να χορηγηθούν μικρότερες δόσεις χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και κατάλληλα τροποποιημένη θεραπεία (Overcash et al, 2019). Κλινική δοκιμή που έγινε από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου του Πανεπιστημίου του Ρότσεστερ από τις 29 Οκτωβρίου 2014 έως και τις 28 Απριλίου του 2017, είχε σκοπό να εντοπίσει αν η Γηριατρική Αξιολόγηση του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να περιορίσει τις επιπτώσεις της χημειοθεραπείας σε ότι αφορά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών. Στη δοκιμή συμμετείχαν 541 ασθενείς με μέση ηλικία τα 76,6 έτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η γηριατρική αξιολόγηση κάνει γνωστά στους επαγγελματίες υγείας τα προβλήματα του ηλικιωμένου ασθενή (Mohile et al, 2020). Μελετήθηκαν 500 ασθενείς, ηλικίας ≥ 65 ετών πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας. Παράγοντες κινδύνου ήταν η ηλικία, οι συννοσηρότητες, το στάδιο του καρκίνου, η φυσική κατάσταση των ασθενών. Το συμπέρασμα ήταν ότι η σημασία της γηριατρικής αξιολόγησης είναι πολύ σημαντική στην εκτίμηση του κινδύνου της τοξικότητας από την χημειοθεραπεία (Jerome & Arti, 2013).

Η CGA πρέπει να επαναλαμβάνεται στο τέλος της χημειοθεραπείας και περιοδικά κατά τη διάρκειά της για να εκτιμάται η επίδραση της θεραπείας και η αποτελεσματικότητά της. Τα διάφορα ερωτηματολόγια μπορούν να χορηγηθούν από εκπαιδευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές, η συνολική όμως αξιολόγηση είναι απόφαση του ιατρού ογκολόγου. Αρκετοί ερευνητές με βάση τη CGA ταξινομούν τον ηλικιωμένο ογκολογικό ασθενή σε τρεις κατηγορίες και καθεμιά έχει διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση: Ασθενείς με καλή γενική κατάσταση (fit) μπορούν να λάβουν την ίδια θεραπεία με τους νεότερους, ενώ ασθενείς που παρουσιάζουν λειτουργικό περιορισμό ή συνοδά νοσήματα όχι απειλητικά για τη ζωή τους (vulnerable) θα πρέπει να λάβουν κάποια προσαρμοσμένη-τροποποιημένη θεραπεία. Για τους ευαίσθητους (frail) ασθενείς ενδείκνυται μόνο ανακουφιστική αγωγή. Η εύθραυστη υγεία κάποιων ηλικιωμένων ασθενών συχνά είναι συνδεδεμένη με κακή πρόγνωση, ανεξάρτητα από

τον τύπο της νεοπλασίας και της θεραπείας. Οι ευάλωτοι ασθενείς αντιπροσωπεύουν το 15-30% των ηλικιωμένων και είναι υψηλού κίνδυνου για βαριά τοξικότητα από την θεραπεία με κυτταροστατικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνεται αποφυγή επιθετικής ογκολογικής θεραπείας (Βαμβακάς και συν, 2011). Μελετήθηκαν 500 ασθενείς ηλικίας ≥ 65 ετών πριν από τη έναρξη της χημειοθεραπείας, με σκοπό τον εντοπισμό πιθανής τοξικότητας από τη θεραπεία. Παράγοντες κίνδυνου ήταν η ηλικία, οι συννοσηρότητες, το στάδιο του καρκίνου, η φυσική κατάσταση των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κίνδυνος τοξικότητας κυμάνθηκε από 25% στις ομάδες χαμηλού κινδύνου, έως 89% στις ομάδες υψηλότερου κινδύνου. Το συμπέρασμα ήταν ότι η σημασία της γηριατρικής αξιολόγησης είναι πολύ σημαντική στην εκτίμηση του κινδύνου της τοξικότητας από την χημειοθεραπεία (Jerome & Arti, 2013).

Η παράταση της επιβίωσης και η διατήρηση ή η βελτίωση της ποιότητας ζωής είναι δυο σημαντικοί στόχοι στη θεραπεία ασθενών της τρίτης ηλικίας με καρκίνο. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο αδύναμοι, έχουν συννοσηρότητες και δύσκολα μπορούν να ανεχτούν τις παρενέργειες μιας θεραπείας, η οποίες μπορεί να τους οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. Έτσι, πολλές φορές προτιμούν να λάβουν μια θεραπεία που θα τους εξασφαλίσει καλύτερη ποιότητα ζωής από μια θεραπεία που μπορεί να επιμηκύνει την επιβίωσή τους αλλά θα έχει δυσμενή επίπτωση στην καθημερινότητά τους (Shrestha et al, 2019). Σε μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι Weddin et al αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην ποιότητα ζωής, από ότι στην παράταση της επιβίωσης (Cheng et al, 2018).

Τα στοιχεία σχετικά με την επίδραση της θεραπείας του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών είναι πολύ περιορισμένα. Οι αποφάσεις σχετικά με τη χορήγηση θεραπείας για τον καρκίνο και την κλινική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να περιπλέκονται από την ευπάθεια των ηλικιωμένων στη χημειοθεραπεία. Μπορεί να παρουσιάζουν παθολογικές αλλαγές λόγω της γήρανσης και των διαφορετικών εκτιμήσεων σχετικά με το όφελος ή τη βλάβη της θεραπείας, την ανεκτικότητα από τον ασθενή και την ποιότητα ζωής του. Σύμφωνα με ερευνητές, η ποιότητα ζωής πρέπει να είναι το τελικό κριτήριο για τη λήψη αποφάσεων σε περίπτωση που διαφορετικές θεραπείες είναι το ίδιο αποτελεσματικές σε ότι αφορά την επιβίωση του ηλικιωμένου ασθενή (Cheng et al, 2018). Μελετήθηκαν 85 ηλικιωμένοι (≥ 75 ετών), με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα που έπρεπε να λάβουν χημειοθεραπεία. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η προγνωστική αξία της Γηριατρικής Αξιολόγησης και η ικανότητά της να προβλέπει την τοξικότητα της

θεραπείας. Το συμπέρασμα ήταν ότι η ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό των ηλικιωμένων ασθενών που δεν ενδείκνυται να λάβουν θεραπεία, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος τοξικότητας με αποτέλεσμα μείωση της ποιότητας ζωής τους (Antonio et al, 2018).

Η «γήρανση» είναι μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη διαδικασία και όλες οι αλλαγές που περιλαμβάνονται σε αυτή δεν μπορούν να προβλεφθούν με βάση τη χρονολογική ηλικία. Πολλές φορές τυγχάνει να υπάρχει χάσμα ανάμεσα στη χρονολογική και τη βιολογική ηλικία του ασθενούς εξαιτίας της κληρονομικότητας και του τρόπου ζωής του. Ορισμένοι ασθενείς με την ίδια χρονολογική ηλικία μπορεί να βρίσκονται σε καλύτερη φυσική κατάσταση από άλλους. Σημαντικό είναι να εντοπιστούν οι ασθενείς που είναι πιο δυνατοί γιατί είναι πιο πιθανό να επωφεληθούν από μια επιθετική θεραπεία, σε αντίθεση με τους ασθενείς που είναι πιο αδύναμοι και ευάλωτοι στις παρενέργειες μιας θεραπείας. Λίγοι είναι οι ασθενείς που μπορούν να δεχτούν τις βέλτιστες δόσεις χημειοθεραπείας, γιατί πάνω από το 60% των ενηλίκων 65-75 ετών έχουν κάποια αναπηρία, ενώ από 75 ετών και άνω μπορεί να έχουν μόνιμες αναπηρίες. Ακόμα, η απορρόφηση ο μεταβολισμός και η απέκκριση των φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη τοξικότητα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να μη λαμβάνουν πολλές φορές τις βέλτιστες δόσεις χημειοθεραπείας. Μελέτη που έγινε σε 1363 ασθενείς με καρκίνο του μαστού στην οποία συμμετείχαν και ασθενείς ηλικίας <65 ετών και 65 έως 70 ετών, εκτίμησε την ποιότητα ζωής ασθενών οι οποίοι λάμβαναν θεραπεία για τον καρκίνο. Το συμπέρασμα ήταν ότι η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών επηρεάστηκε σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι των νεότερων από την χορήγηση χημειοθεραπείας. Επίσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών που αναγκάστηκαν να διακόψουν τη χημειοθεραπεία ήταν πολύ μεγαλύτερο από αυτό των νεότερων (Leinert et al, 2017).

Μια ολοκληρωμένη CGA περιλαμβάνει μια σειρά εξετάσεων που αξιολογούν τη λειτουργική κατάσταση, την κινητικότητα την ισορροπία, τις γνωστικές επιδόσεις, τη συναισθηματική υγεία, τη χρήση άλλων φαρμακευτικών ουσιών, τη διατροφική κατάσταση, άλλα νοσήματα που πιθανό έχει και την κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται στον ασθενή. Η συνεκτίμηση όλων αυτών των παραμέτρων θα οδηγήσει στη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας στον ηλικιωμένο ασθενή. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση Γηριατρικής Ογκολογίας, η σημασία της γηριατρικής αξιολόγησης σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Σε κάθε στάδιο της θεραπείας θα πρέπει να γίνεται μια διεπιστημονική προσέγγιση (Cinar & Tas, 2015).

3.7. Λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο

Η λειτουργική κατάσταση αποτυπώνει το βαθμό της ανεξαρτησίας του ασθενούς και θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων γίνεται με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων εργαλείων. Τέτοιο εργαλείο είναι η κλίμακα ADL (Activities of Daily Living) η οποία αξιολογεί την ικανότητα εκτέλεσης 6 βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής των ηλικιωμένων, όπως την ικανότητά του να πλυθεί, να ντυθεί, να τραφεί και να μετακινηθεί χωρίς βοήθεια. Άλλο εργαλείο είναι η κλίμακα IADL (Instrumental Activities of Daily Living) η οποία αξιολογεί 8 δραστηριότητες της καθημερινής ζωής των ηλικιωμένων, όπως τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, να φροντίζει την ατομική του καθαριότητα και την καθαριότητα του σπιτιού του, να λαμβάνει τα φάρμακά του, να μπορεί να διαχειριστεί τα χρήματά του και να χρησιμοποιεί τα μέσα μεταφοράς. Η αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης του ηλικιωμένου είναι βασικό να εκτελείται όχι μόνο στην αρχή της θεραπείας του, αλλά και περιοδικά, κατά τη διάρκεια και το τέλος της ώστε να μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα η θεραπευτική του αντιμετώπιση.

3.8. Συνοδά νοσήματα των ηλικιωμένων ασθενών

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς πάσχουν συχνά από νοσήματα που αφορούν το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό και το μυοσκελετικό σύστημα, όπως η οστεοπόρωση, προβλήματα στην ηπατική ή νεφρική λειτουργία και νευροεγκεφαλίστικές διαταραχές και έχουν την ανάγκη ειδικής θεραπείας. Σύμφωνα με μελέτες υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ του συνοδού νοσήματος και της νεοπλασίας. Το νόσημα που ίσως προϋπάρχει μπορεί να επηρεάσει τη διάγνωση και τη θεραπεία της νεοπλασίας, ενώ η χορήγηση θεραπείας για την αντιμετώπιση της κακοήθειας μπορεί να προκαλέσει την επιδείνωση του συνοδού νοσήματος. Η ύπαρξη του συνοδού νοσήματος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο τοξικότητας από τη χημειοθεραπεία και να αυξήσει τη θνητότητα. Τα συνοδά νοσήματα αφορούν:

- **Γνωστική κατάσταση:** Αφορά τη διανοητική κατάσταση του ασθενούς (μνήμη, κατανόηση, λογική σκέψη, προσανατολισμό).
- **Συναισθηματική κατάσταση:** Η κατάθλιψη βασανίζει πολύ συχνά τους ηλικιωμένους που πάσχουν από νεοπλασματικές νόσους.

- **Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες:** Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συνδέονται στενά με την θεραπευτική αντιμετώπιση της νεοπλασίας στο γηριατρικό ασθενή.
- **Γηριατρικά σύνδρομα:** Συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου λόγω ανεπαρκούς συμμόρφωσης και αυξημένης τοξικότητας από τη θεραπεία.
- **Κατάσταση θρέψης:** Προβλήματα που παρουσιάζονται από την χημειοακτινοθεραπεία, όπως ναυτία, έμετοι, διάρροια, βλεννογονίτιδα μπορεί να δυσκολεύσουν την θρέψη των ηλικιωμένων, με σοβαρές επιπτώσεις στη δυνατότητα ανοχής της χημειοθεραπείας. Σε μελέτη με 418 ασθενείς με καρκίνο, ηλικίας $82,8 \pm 5,5$ φάνηκε ότι η χαμηλή γνωστική ικανότητα και ο υποσιτισμός των ηλικιωμένων ασθενών είναι δυο σημαντικές παράμετροι οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε τοξικότητα και θνησιμότητα από την θεραπεία (Sourdet et al, 2020).
- **Φαρμακολογία και ηλικιωμένοι ασθενείς:** Η επίδραση των κυτταροστατικών οδηγεί πολλές φορές σε επιπλοκές της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα σοβαρή τοξικότητα (Βαμβακάς και συν, 2011).

Οι Kim, & Hurria (2013) μελέτησαν 500 ασθενείς ηλικίας ≥ 65 ετών πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, με σκοπό τον εντοπισμό πιθανής τοξικότητας από τη θεραπεία. Παράγοντες κίνδυνου ήταν η ηλικία, οι συννοσηρότητες, το στάδιο του καρκίνου, η φυσική κατάσταση των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κίνδυνος τοξικότητας κυμάνθηκε από 25% στις ομάδες χαμηλού κινδύνου, έως 89% στις ομάδες υψηλότερου κινδύνου. Το συμπέρασμα ήταν ότι η σημασία της γηριατρικής αξιολόγησης είναι πολύ σημαντική στην εκτίμηση του κινδύνου της τοξικότητας από την χημειοθεραπεία.

Επιπρόσθετα, έχει επισημανθεί η χαμηλή συμμετοχή ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε οικονομικούς και κοινωνικούς περιορισμούς, αλλά κυρίως στην απροθυμία των επαγγελματιών υγείας να εντάξουν στις μελέτες ηλικιωμένους ασθενείς για τον κίνδυνο μεγαλύτερης τοξικότητας και μικρότερης εφαρμογής και αποδοχής της προτεινομένης θεραπείας. Έτσι μέχρι πρόσφατα, οι περισσότερες θεραπευτικές δοκιμές στην ογκολογία δεν δέχονταν ηλικιωμένους ασθενείς. Επομένως, οι θεραπείες δεν δοκιμάζονταν στους ασθενείς με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου, αλλά οι αποφάσεις βασιζόνταν σε στοιχεία από νεότερους ασθενείς. Σε σχετικά πρόσφατη μελέτη διερευνήθηκε η

ποιότητα ζωής ασθενών που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Συμμετείχαν περισσότεροι από 6000 ασθενείς, και μόνο ένα ποσοστό 9% αυτών ήταν ασθενείς ηλικίας 70 ετών και άνω. Αυτό το γεγονός δείχνει το χαμηλό ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών που γίνονται δεκτοί σε θεραπευτικές δοκιμές (Masori & Koller, 2016).

Σύμφωνα με έρευνες, όταν οι ηλικιωμένοι ασθενείς επιλέγονται προσεκτικά μπορούν να ανταποκριθούν θετικά στις θεραπείες για τον καρκίνο. Άρα η συμμετοχή περισσότερων ηλικιωμένων ασθενών σε κλινικές δοκιμές θα οδηγήσει στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Οι κίνδυνοι που έχουν σχέση με την επιλογή της θεραπείας για τον καρκίνο υπάρχουν, ανεξάρτητα από την ηλικία. Ο παράγοντας όμως της ηλικίας είναι σημαντικός. Ωστόσο αυτή η προκατάληψη πρέπει να αρθεί (Swaminathan & Swaminathan, 2015).

Η εμφάνιση της πανδημίας COVID-19 τα δυο τελευταία χρόνια, επηρέασε αρνητικά τους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο. Αυτό οφείλεται στη καθυστερημένη προσέλευση των ασθενών για εξετάσεις και την χορήγηση θεραπείας εξαιτίας του φόβου της μετάδοσης του ιού. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς με καρκίνο είναι πιο ευάλωτοι στις επιπλοκές του COVID19. Τα αποδεικτικά στοιχεία αυτού του ισχυρισμού είναι λιγοστά και περιορίζονται μέχρι στιγμής σε μελέτες που έγιναν στην Κίνα. Μια πρόσφατη Κινεζική έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών (εισαγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας, επεμβατικός αερισμός ή θάνατος) σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς καρκίνο (Moujaess et al, 2020).

Πρόσφατη μελέτη σε ασθενείς με COVID-19 στην Ιταλία έδειξε ότι ποσοστό 10-20% των θανάτων από COVID-19 αφορούσε ασθενείς με καρκίνο άνω των 65 ετών (Onder et al, 2020).

3.9. Παρενέργειες της χημειοθεραπείας στους ηλικιωμένους ασθενείς

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που έχουν τρεις ή περισσότερες αρνητικές παραμέτρους κατά την CGA, δεν θα πρέπει να λαμβάνουν επιθετική θεραπεία, αλλά υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή. Έτσι μπορεί να προληφθούν επιπλοκές όπως η ουδετεροπενία, η βλεννογονίτιδα, η κόπωση, ο πόνος, η απώλεια μνήμης (Balducci et al, 2015).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς σε σύγκριση με τους νεότερους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ορισμένων επιπλοκών της χημειοθεραπείας, με αποτέλεσμα να

εμφανίζουν δυσάρεστες παρενέργειες λόγω χαμηλότερης ανοχής στην τοξικότητα των φαρμάκων. Τέτοιες παρενέργειες είναι:

- **Καρδιοτοξικότητα.**
- **Συναισθηματικές επιπτώσεις (άγχος, κατάθλιψη).**
- **Επίδραση στην υγεία των οστών (οστεοπόρωση και κατάγματα):**
Οι ασθενείς λαμβάνουν πολλές φορές και επικουρική ορμονική θεραπεία (καρκίνος του μαστού και του προστάτη).
- **Ωτοτοξικότητα.**
- **Μεταβολικό σύνδρομο:** Υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων, διαβήτη, λιπώδους ήπατος.
- **Κόπωση.**
- **Στοματίτιδα ή στοματική βλεννογονίτιδα:** Προκαλεί πόνο κατά την κατάποση και τη λήψη υγρών με αποτέλεσμα την αφυδάτωση και την καχεξία του ασθενή. Μπορεί να διαταράξει την ομιλία και την επικοινωνία με τους άλλους και να οδηγήσει σε αιμορραγία και λοίμωξη (Miranzadeh et al, 2014).
- **Περιφερική νευροπάθεια:** Πρέπει να γίνεται προσεκτική νευρολογική εξέταση του ασθενή πριν τη χορήγηση του χημειοθεραπευτικού σχήματος και διακοπή της θεραπείας αν παρουσιαστεί ανάλογο πρόβλημα (Balducci & Fossa, 2013).
- **Σεξουαλική δυσλειτουργία.**
- **Γνωστική εξασθένηση.**

Ο καρκίνος των ηλικιωμένων εμφανίζει βραδύτερη ανάπτυξη, επειδή το σώμα τους έχει πιο αργό ρυθμό ανάπτυξης των κυττάρων από εκείνο των νέων. Όμως, ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι με καρκίνο έχουν χειρότερη πρόγνωση επειδή μπορεί να γίνεται καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, γιατί οποιαδήποτε αδιαθεσία ή ανησυχία για την υγεία τους αποδίδεται στην προχωρημένη ηλικία (Estape, 2018).

Η συχνή μέτρηση της ποιότητας ζωής δίνει μια συνολική εικόνα της κατάστασης των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Επίσης βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας στην ανάπτυξη και εφαρμογή εξατομικευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Konstantinidis et al, 2016). Είναι πολύ σημαντική η άμεση επικοινωνία μαζί τους και η παροχή απλών και εύκολα κατανοητών πληροφοριών σχετικά με τη θεραπεία και τις παρενέργειές της (Fitch et al, 2015).

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η επέκταση της επιβίωσης του ηλικιωμένου ασθενή έχουν πρωταρχική σημασία. Όταν όμως αυτός βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου,

θα πρέπει να χορηγείται ανακουφιστική αγωγή για τη διαχείριση και την ανακούφιση των επώδυνων συμπτωμάτων του και παροχή συναισθηματικής, πνευματικής και πρακτικής υποστήριξης βάσει των επιθυμιών του, ώστε να βαδίζει σε ένα ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο (Given and Diven, 2008).

3.10. Εργαλεία - Ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η βιβλιογραφία διαθέτει αξιόπιστα διεθνή εργαλεία-ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής τα οποία χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι οφείλουν να αξιολογούν συνεχώς την ποιότητα ζωής των ασθενών, προχωρώντας ακόμη και σε ουσιαστικές παρεμβάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στη βελτίωσή της. Υπάρχουν ειδικά ερωτηματολόγια που βοηθούν στην κατηγοριοποίηση της κατάστασης των ηλικιωμένων ασθενών έτσι ώστε να μπορεί να υπολογιστεί το πιθανό όφελος αλλά και οι πιθανές παρενέργειες της θεραπείας, που μπορεί να αυξήσουν τις ανάγκες του ασθενή και να επηρεάσουν σοβαρά την ποιότητα ζωής του (Extermann, 2010). Ένα τέτοιο εργαλείο είναι το FACT-BL, που αποτελείται από 27 ερωτήσεις και εξετάζει τέσσερις διαστάσεις: τη σωματική ευεξία (PWB), την κοινωνική/οικογενειακή ευημερία (SWB), τη συναισθηματική ευεξία (EWB) και την λειτουργική ευημερία (FWB) (Li et al, 2016). Άλλο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι το QLQ-C30, το οποίο εκδόθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου. Το QLQ-C30 με βαθμολογίες από το 0 έως το 30, αποτελείται από 5 υποκλίμακες που αξιολογούν τη φυσική, συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική λειτουργία, 2 υποκλίμακες που αξιολογούν τη γενική κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής και 9 υποκλίμακες που αξιολογούν την κόπωση, τη ναυτία, τον έμετο, τον πόνο, τη δύσπνοια, την απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα και τη διάρροια (Spatuzzi et al, 2016).

4. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως ο αντιληπτός ή αντικειμενικά ύπαρχων πόρος που διατίθεται σε ένα άτομο από το κοινωνικό δίκτυο. Μπορεί να είναι επίσημη, ανεπίσημη, κοινωνική ή επαγγελματική. Η παρουσία ή η απουσία κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ανάπτυξη και την εξέλιξη του καρκίνου. Οι ενήλικες ασθενείς με καρκίνο (με μέση ηλικία τα 65 έτη) συνήθως θεωρούν ότι ο/η σύντροφος ή ο/η σύζυγος είναι η πιο σημαντική πηγή κοινωνικής υποστήριξης. Για τους νεότερους ασθενείς με καρκίνο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι φίλοι και η οικογένειά τους αποτελούν την κύρια πηγή υποστήριξης (Geue et al, 2019).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI), η Κοινωνική Υποστήριξη είναι ένα δίκτυο οικογένειας, φίλων, γειτόνων και μελών της κοινότητας που είναι διαθέσιμο σε περιόδους ανάγκης για παροχή ψυχολογικής, σωματικής και οικονομικής βοήθειας σε ασθενείς με καρκίνο (Kadambi et al, 2020). Η παρουσία υποστηρικτικών διαπροσωπικών σχέσεων δίνει στους ασθενείς με καρκίνο τη δυνατότητα να αναπτύξουν την πεποίθηση και την ελπίδα ότι θα αντιμετωπίσουν και θα νικήσουν τον καρκίνο (Li et al, 2016).

Σύμφωνα με τους Flanagan και Holmes η αντιμετώπιση μιας απειλητικής και επικίνδυνης για τη ζωή νόσου, όπως ο καρκίνος, απαιτεί φυσική και συναισθηματική προσαρμογή σε μια νέα κατάσταση και η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την προσαρμοστικότητα των ασθενών. Η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την προσαρμογή του ασθενούς στα νέα δεδομένα της ζωής του (Naseri and Taleghani et al, 2012). Μελέτη που έγινε σε Νοσοκομείο της Κίνας είχε σαν σκοπό να δείξει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Εξετάστηκαν συνολικά 289 ασθενείς ηλικίας 25-81 ετών. Το συμπέρασμα ήταν ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρέαζε άμεσα τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ασθενών. Όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη είχαν οι ασθενείς τόσο μικρότερα ήταν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Liu et al, 2019).

Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης είναι επίσης πολύ σημαντικός σε ένα άτομο που έχει ολοκληρώσει τον κύκλο των θεραπειών του, γιατί μπορεί να το βοηθήσει στη μετάβασή του στην καθημερινότητα και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του (Yoo et al, 2010).

4.1. Χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη είναι σύνθετη και πολύπλευρη και έχει τα εξής καθοριστικά χαρακτηριστικά: Συναισθηματική υποστήριξη (emotional support) υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support) υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support), υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support), έμπρακτη/ υλική/πρακτική υποστήριξη (tangible or instrumental support). Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά αλληλεπιδρούν για την προστασία του υποστηριζόμενου ατόμου και το καθένα από μόνο του μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα (Ποντισίδης & Μπελλαλή, 2015). Σε μελέτη που έγινε το 2019 από το Πανεπιστήμιο της Αλαμπάμα μελετήθηκε η κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Συμμετείχαν 1460 άτομα, με μέση ηλικία τα 74 έτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη ανάγκη υποστήριξης στον τομέα της συναισθηματικής, της φυσικής υποστήριξης και στον τομέα της ιατρικής ενημέρωσης. Επίσης οι συμμετέχοντες που δεν ήταν λευκοί ή ήταν διαζευγμένοι ή δεν είχαν παντρευτεί, είχαν υψηλό φορτίο συμπτωμάτων και είχαν μεγαλύτερη ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης σε όλους τους τομείς (Williams et al, 2019).

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει τη μορφή λεκτικής ή μη λεκτικής επικοινωνίας. Η φροντίδα, η παρηγοριά και ο καθησυχασμός μπορεί να προστατεύει τον ασθενή από δυνητικά δυσμενείς επιπτώσεις και αγχωτικά γεγονότα που μπορεί να βιώσει λόγω της ασθένειάς του. Η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τους ασθενείς με καρκίνο να απελευθερωθούν από την ένταση και τα αρνητικά συναισθήματα θυμού και θλίψης και να αντιμετωπίσουν καλύτερα την ασθένειά τους. Η θετική αντιμετώπιση της νόσου και το υποστηρικτικό δίκτυο μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις αρνητικές επιδράσεις της νόσου και της χημειοθεραπείας, καθώς και την αλλαγή στην εικόνα του σώματός τους.

Ο κοινωνικός κύκλος του ατόμου είναι ζωτικής σημασίας, γιατί βοηθάει τον ασθενή στη συμμετοχή του στη θεραπεία του καρκίνου, στη διαχείριση των συμπτωμάτων και στο καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Το άγχος που προκαλείται από την απομόνωση και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης έχει συνδεθεί με την αύξηση των βιοδεικτών της φλεγμονής την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος την ανάπτυξη όγκων και την παρουσία μεταστάσεων. Αντίθετα η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης έχει συσχετιστεί με τον αυξημένο πολλαπλασιασμό υγιών κυττάρων που περιορίζουν την ανάπτυξη του όγκου (Kadambi et al, 2020).

4.2. Πηγές κοινωνικής υποστήριξης

Κύριες πηγές κοινωνικής υποστήριξης είναι η οικογένεια, οι φίλοι και οι σημαντικοί άλλοι. Ο όρος «σημαντικοί άλλοι» υποδηλώνει οποιοδήποτε άτομο έχει μεγάλη σημασία για τη ζωή ενός ατόμου όπως σύζυγος/σύντροφος, μέλος της οικογένειας, στενός φίλος ή συνεργάτης (Spatuzzi et al, 2016).

Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζεται από τον πολιτισμό και τη θρησκεία μιας κοινωνίας και προάγει την ποιότητα ζωής του ασθενή. Η ποιότητα και η ποσότητα της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να διαφέρουν μεταξύ γεωγραφικών, κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών εθνοτικών ομάδων. Σε μελέτη που έγινε στην Αμερική συμμετείχαν 47 ασθενείς ηλικίας 65 έως 83 ετών, Αφροαμερικανικής, Ασιατικής, Καυκάσιας και Λατινικής καταγωγής και ερευνήθηκε ο αντίκτυπος του καρκίνου σε φυλετικά και εθνικά διαφορετικούς πληθυσμούς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θρησκευτική και πνευματική τους πίστη, καθώς και η συμμετοχή τους στις θρησκευτικές παραδόσεις έπαιξε σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου, τους έδωσε μεγάλη συναισθηματική δύναμη, επειδή ένιωθαν ότι ανήκαν σε μια κοινότητα (Yoo et al, 2010).

Σημαντική είναι η βοήθεια του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού στην ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση του ασθενή για να υπερνικήσει τους φόβους και το άγχος και να αντιμετωπίσει το μέλλον με ελπίδα και αισιοδοξία. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλη σημασία στην ενημερωτική και συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και θεωρούν ότι είναι ίσης αξίας με την υποστήριξη που λαμβάνουν από την οικογένεια και τους φίλους τους (Bernad et al, 2019).

4.3. Εργαλεία μέτρησης της κοινωνικής υποστήριξης

Η μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης είναι μια περίπλοκη και δύσκολη διαδικασία. Για την σωστή μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης, τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να περιλαμβάνουν συνδυασμό πολλών στοιχείων. Αυτά τα στοιχεία είναι η αξιολόγηση της δομής των κοινωνικών δικτύων, η διαθεσιμότητα υποστήριξης, ο ρόλος του κάθε υποστηρικτικού ατόμου, οι αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα υποστήριξης (Kadambi et al, 2020).

Εγκυροποιημένα εργαλεία για την μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης είναι το Ερωτηματολόγιο Λειτουργικής Κοινωνικής Υποστήριξης Duke-University of North Carolina (DUFSS). Άλλο εργαλείο μέτρησης είναι η Πολυδιάστατη Κλίμακα της

Κοινωνικής Υποστήριξης (MPSS). Αυτή είναι μια κλίμακα 12 στοιχείων με 4 στοιχεία για κάθε υποκλίμακα, αξιολογώντας 3 πηγές υποστήριξης: Την οικογενειακή υποστήριξη, την υποστήριξη από τους φίλους και μια σημαντική άλλη υποκατηγορία (π.χ. «Έχω ένα δικό μου άτομο το οποίο εμπιστεύομαι;»). Το σκορ των 4 στοιχείων έχει εύρος 4-28. Επίσης, εργαλείο μέτρησης της διαθέσιμης υποστήριξης είναι και η Έρευνα για τα Ιατρικά Αποτελέσματα Μελέτης Κοινωνικής Υποστήριξης (MOS-SSS) (Kadambi et al, 2020).

Άλλο εργαλείο είναι η κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (ISSS) που στοχεύει στην αξιολόγηση της αυτό-αντιληπτής θετικής και αρνητικής υποστήριξης σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Η ISSS περιλαμβάνει δύο κλίμακες: «Θετική υποστήριξη» και «Επιζήμιες αλληλεπιδράσεις» για αρνητική κοινωνική υποστήριξη. Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert πέντε σημείων που κυμαίνεται από 0 («ποτέ») έως («πάντα»), με εύρος βαθμολογίας από 0 έως 16. Στην υποκατηγορία «Θετική υποστήριξη» οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν καλύτερη υποστήριξη. Οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα «Επιζήμιες αλληλεπιδράσεις» δηλώνουν πιο έντονες αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ασθενούς και των αγαπημένων του (Geue et al, 2019).

Τέλος, αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της υποστήριξης αποτελεί και η Perceived Social Support Scale (PSSS), η οποία είναι κλίμακα 12 στοιχείων και αναπτύχθηκε από τους Zimet et al. Εξετάζει την υποστήριξη από την οικογένεια τους φίλους και από άλλα σημαντικά πρόσωπα. Οι απαντήσεις κάθε στοιχείου κυμαίνονται από «διαφωνώ απόλυτα» έως «συμφωνώ απόλυτα» (Li et al, 2016).

4.4. Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε σωματικό και συναισθηματικό stress, ανεξάρτητα από την ηλικία. Σε σύγκριση με τους νεότερους, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο συμμορφώνονται και ανταποκρίνονται δυσκολότερα στη θεραπεία, γεγονός που τους κάνει πιο ευάλωτους, με αποτέλεσμα να χρειάζονται βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Με την πρόοδο της ηλικίας, οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στη συνταξιοδότηση, στον θάνατο του ή της συζύγου, στη μετεγκατάσταση και στον θάνατο φίλων και συγγενών. Ο κοινωνικός κύκλος ενός ατόμου είναι ζωτικής σημασίας για τη συμμετοχή και τη βελτιστοποίηση

όλων των πτυχών της θεραπείας. Αυτός περιλαμβάνει την ύπαρξη ενός συζύγου ή παιδιών, για την παροχή φροντίδας στο σπίτι, την ύπαρξη σταθερού εισοδήματος, τον τρόπο μεταφοράς στο νοσοκομείο. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και οικογενειακής φροντίδας οδηγεί στην απομόνωση, τη μοναξιά και την κατάθλιψη στον ηλικιωμένο ασθενή. Το πρόβλημα είναι πολύ πιο σοβαρό όταν η κινητική δυνατότητα του ασθενή είναι περιορισμένη. Αυτοί οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορεί να περιορίσουν την ικανότητα του ηλικιωμένου ασθενή να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί τη νόσο του, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής του (Robb et al, 2013). Στη Γερμανία σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Μάιο του 2014 έως το Δεκέμβριο του 2015, συγκρίθηκαν τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ νεαρών και ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Συμμετείχαν συνολικά 379 ασθενείς από 18 έως >70 ετών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τόσο οι νεότεροι όσο και οι μεσήλικες ασθενείς που βρίσκονταν σε μια ενεργή φάση της ζωής τους είχαν περισσότερες κοινωνικές επαφές και σκέπτονταν τη μελλοντική τους ζωή. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν λιγότερες κοινωνικές επαφές, επικεντρώνονταν στο παρόν και στις δυσκολίες που τώρα αντιμετωπίζουν και σκέπτονταν πιο ρεαλιστικά. Τέλος, οι ασθενείς που είχαν σύντροφο είχαν υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με αυτούς που ζούσαν μόνοι (Geue et al, 2019).

Μελέτες που έχουν γίνει σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο έχουν δείξει ότι η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη οδηγεί τους ασθενείς σε ομαλή αποδοχή της νόσου και στον περιορισμό του άγχους. Παράλληλα, αυξάνει την αυτοεκτίμησή τους και τους δίνει την αίσθηση ότι μπορούν να ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους και μπορούν να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας.

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό, η συντροφικότητα θεωρείται ότι έχει θετική επίδραση στον ασθενή, γιατί μειώνει το στρες και τις αρνητικές σκέψεις, ενώ αυξάνει τα θετικά συναισθήματα και τη διάθεση του ασθενή. Οι παντρεμένοι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο έχουν μεγαλύτερο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, γεγονός που οδηγεί σε μικρότερο κίνδυνο θνησιμότητας, σε σχέση με εκείνους οι οποίοι ζουν μόνοι τους (Ποντισίδης, 2015).

4.5. Μοναχικοί ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο

Συχνά οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο είναι οι ίδιοι φροντιστές του εαυτού τους. Πρέπει μόνοι τους να διαχειριστούν τα προβλήματα της υγείας τους και τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Όπως έχει διαπιστωθεί, παρουσιάζουν περισσότερες

καταθλιπτικές εκδηλώσεις και περισσότερα προβλήματα συναισθηματικής και οικονομικής φύσεως. Αυτοί οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μεγάλη ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης, πρέπει λοιπόν να εντοπιστούν άμεσα, ώστε να κινητοποιηθούν οι φορείς της πολιτείας για να τους παρέχουν την απαιτούμενη βοήθεια. Ο Dr Hurria και η ομάδα του μελέτησαν ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, η πλειοψηφία των οποίων ήταν >65 ετών. Το 20% από αυτούς δήλωσαν ότι φρόντιζαν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Οι ασθενείς αυτοί βρέθηκε ότι αντιμετώπιζαν μεγαλύτερες κοινωνικές δυσκολίες από τους ασθενείς που δεν είχαν την ευθύνη του φροντιστή, ιδιαίτερα στις συναισθηματικές και οικονομικές υποκατηγορίες (Kadambi et al, 2020).

Σε πολλές χώρες με ανεπτυγμένους φορείς κοινωνικής υποστήριξης, η πολιτεία φροντίζει για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Τη μεταφορά τους στο Νοσοκομείο για την χορήγηση της θεραπείας τους, την οικονομική ενίσχυσή τους, εάν αυτή είναι απαραίτητη. Στην χώρα μας, δυστυχώς δεν υπάρχουν από την πολιτεία οργανωμένοι τομείς υποστήριξης για τους μοναχικούς ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο. Έτσι, συχνά για την κάλυψη των αναγκών τους κινητοποιείται ένα δίκτυο από συγγενείς, φίλους ακόμα και γείτονες των ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι φροντίζουν να καλύψουν τις άμεσες καθημερινές και οικονομικές πολλές φορές ανάγκες τους.

Στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας δεν υπάρχουν οργανωμένες δομές υποστήριξης για τον ογκολογικό ασθενή, και όπου υπάρχουν υπολειτουργούν. Την ανάγκη υποστήριξης αναλαμβάνουν εθελοντικές οργανώσεις και σύλλογοι φίλων και ασθενών με καρκίνο. Αν και είναι υποχρέωση της πολιτείας η εισαγωγή οργανωμένων προγραμμάτων ψυχο-κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, ωστόσο υπάρχει ανεπάρκεια της πολιτείας στον τομέα αυτό (Σαραντοπούλου, 2018).

Οι άτυποι φροντιστές, συνήθως οικογένεια και φίλοι, αποτελούν την κύρια πηγή κοινωνικής υποστήριξης για τους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο. Οι ασθενείς συνήθως φροντίζονται από ένα μέλος της οικογένειάς τους το οποίο δεν είναι προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση. Οι ανάγκες των ασθενών είναι μεγάλες και ζωτικής σημασίας σε όλα τα στάδια της νόσου, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συναισθηματική και οικονομική ζωή των φροντιστών. Πολλές φορές φροντιστές των ασθενών είναι οι ηλικιωμένοι τους σύζυγοι οι οποίοι είναι πιο ευάλωτοι, λόγω της φυσικής αδυναμίας τους, στις καταστάσεις άγχους και σωματικής εξάντλησης. Άλλες φορές οι φροντιστές είναι τα παιδιά των ασθενών, τα οποία αναγκάζονται να παραμελήσουν τις προσωπικές, επαγγελματικές και κοινωνικές

τους υποχρεώσεις προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ηλικιωμένων γονιών τους. Οι καταστάσεις αυτές αναδεικνύουν βέβαια τους ισχυρούς δεσμούς στοργής και αγάπης μεταξύ των μελών της οικογένειας από τη μια μεριά, αλλά προκαλούν μεγάλη καταπίεση και άγχος στους φροντιστές (Given et al, 2011). Σε μελέτη που έγινε σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο σε επαρχία της Κίνας, συμμετείχαν 365 ασθενείς με καρκίνο, ηλικίας από 18 έως και >75 ετών. Η μελέτη εξέτασε τρεις τομείς κοινωνικής υποστήριξης: οικογενειακή υποστήριξη, υποστήριξη από φίλους και από άλλους τομείς στήριξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν λιγότερη δύναμη και αισιοδοξία να αντιμετωπίσουν τη νόσο. Επίσης, η ανάληψη της φροντίδας και της υποστήριξης του ασθενή-γονέα γινόταν από μόνο ένα άτομο και είχε σαν αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής τόσο των ηλικιωμένων ασθενών όσο και στη ζωή των μελών της οικογένειας (Li et al, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να συμπληρώσει το κενό της έλλειψης σύγχρονης βιβλιογραφίας για την κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα ζωής σε ελληνικό πληθυσμό ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Είναι μια σύγχρονη μελέτη (cross-sectional research), μη τυχαιοποιημένη (δείγμα ευκολίας), περιγραφική και συσχέτισης, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες μέτρησης για τη συλλογή των δεδομένων. Ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν η ποιότητα ζωής και η κοινωνική υποστήριξη και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία.

5.2. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών τρίτης ηλικίας που έπασχαν από καρκίνο και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία.

5.3. Επιμέρους σκοποί

Οι επιμέρους σκοποί της παρούσας μελέτης ήταν:

- Η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ασθενών τρίτης ηλικίας που έπασχαν από καρκίνο και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία.
- Η διερεύνηση του επιπέδου κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών τρίτης ηλικίας που έπασχαν από καρκίνο και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία.
- Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο.
- Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο.
- Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο.

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο Ογκολογικό Τμήμα και στο Εξωτερικό Ογκολογικό Ιατρείο χορήγησης ημερήσιας θεραπείας σε κεντρικό Νοσοκομείο της Αθήνας.

Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε το Δεκέμβριο του 2019 και ολοκληρώθηκε το Μάιο του 2020. Ακολούθησε κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων.

5.4. Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από καρκίνο και υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Στην έρευνα δέχθηκαν να συμμετάσχουν 104 ασθενείς.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα εξής:

- Οι ασθενείς ήταν ηλικίας ≥ 65 ετών.
- Οι ασθενείς έπασχαν από καρκίνο του γαστρεντερικού συστήματος και του πνεύμονα.
- Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία μετά τον τρίτο ή τέταρτο κύκλο αφού είχε διενεργηθεί η πρώτη επανεκτίμηση της ανταπόκρισής τους στη νόσο.

Κριτήρια αποκλεισμού

Από την έρευνα αποκλείστηκαν ασθενείς < 65 ετών και όσοι έπασχαν από καρκίνο κάποιου άλλου οργάνου, εκτός του πνεύμονα και του γαστρεντερικού συστήματος.

Μέθοδος

Η έρευνα διεξήχθη στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού προγράμματος. Η ερευνήτρια χορήγησε τα ερωτηματολόγια: Short Form-36 (SF36), για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και το Personal Resource Questionnaire-2000 (PRQ-2000), για την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης.

5.5. Ερευνητικά εργαλεία

Τα χρησιμοποιηθέντα ερευνητικά εργαλεία που χορηγήθηκαν ήταν:

1. Το εργαλείο SF-36, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το οποίο δημιουργήθηκε το 1992 από τον John Ware και εγκυροποιήθηκε στην Ελληνική γλώσσα από την Ε. Παπά το 2015. Είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση και για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 8-17 λεπτά, διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία, εγκυρότητα, αυτοτέλεια και δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων μέτρησης με διαθέσιμες βαθμολογίες.

Αποτελείται από τις 8 παρακάτω υποκλίμακες:

- Φυσική λειτουργία
- Περιορισμός του ρόλου λόγω της φυσικής λειτουργίας
- Περιορισμός του ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων

- Ενέργεια/κούραση
- Ψυχική Υγεία
- Κοινωνική λειτουργία
- Πόνος
- Γενική Υγεία.

Κάθε κλίμακα βαθμολογείται από 0-100. Η χαμηλή βαθμολογία αντικατοπτρίζει χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, ενώ η υψηλή βαθμολογία καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε όλες τις κλίμακες.

2. Για την μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο PRQ-2000, το οποίο δημιουργήθηκε από την Clarann Weinert, αποτελείται από 15 στοιχεία και κάθε στοιχείο αποτελείται από κλίμακα Likert με βαθμολογίες από το 1-7.

Αυτές είναι:

1. Συμφωνώ απόλυτα
2. Διαφωνώ
3. Διαφωνώ μερικώς
4. Είμαι ουδέτερος
5. Συμφωνώ μερικώς
6. Συμφωνώ
7. Συμφωνώ απόλυτα.

Το συνολικό σκορ υπολογίζεται αθροίζοντας όλα τα στοιχεία και κυμαίνεται από 15 έως 105. Τα χαμηλά σκορ δείχνουν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και τα υψηλά σκορ δείχνουν υψηλή κοινωνική υποστήριξη.

5.6. Ηθική και δεοντολογία

Για την πραγματοποίηση της μελέτης ζητήθηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο-Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική». Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν εθελοντική, ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και ότι όλες οι απαντήσεις ήταν αυστηρά εμπιστευτικές. Ακολούθως, οι ίδιοι κλήθηκαν να συναινέσουν εγγράφως για τη συμμετοχή τους, σε ειδικά διαμορφωμένο έντυπο, μετά από ενημέρωση για τους σκοπούς της μελέτης. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίστηκαν οι βασικές ηθικές αρχές που διέπουν την έρευνα για την προστασία των ανθρώπων, σύμφωνα με τους ισχύοντες κώδικες ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης, προστατεύονται

σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679, ΓΚΠΔ ή GDPR).

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν ανώνυμες και κωδικοποιήθηκαν. Μόνο ο ερευνητής και η τριμελής συμβουλευτική επιτροπή έχουν άμεση πρόσβαση στα συμπληρωμένα έντυπα και ερωτηματολόγια τα οποία και φυλάσσονται σε ασφαλή χώρο για 36 μήνες.

Τέλος, για τη χρήση των ερωτηματολογίων και όπου αυτό χρειάστηκε, ζητήθηκαν και εξασφαλίστηκαν οι αντίστοιχες άδειες χρήσης από τους δημιουργούς των εργαλείων, οι οποίες βρίσκονται στο παράρτημα της εργασίας.

5.7. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS[®], version 25 (IBM Corp. in Armonk, NY). Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων καθώς και των ερωτηματολογίων SF36 και PRQ-2000. Για τις ποιοτικές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε υπολογισμός σχετικών συχνοτήτων (%) και απόλυτων συχνοτήτων ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές \pm τυπικές αποκλίσεις ή οι διάμεσοι (ενδοτεταρτομοριακά εύρη). Η εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό του Cronbach's alpha.

Η παραδοχή της κανονικής κατανομής διερευνήθηκε με Shapiro-Wilk. Για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης καθώς τα δεδομένα δεν πληρούσαν την παραδοχή της κανονικότητας υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης r_s του Spearman. Καθώς πραγματοποιήθηκαν αρκετές συσχετίσεις, για να αποφευχθεί η διόγκωση της πιθανότητας λάθους τύπου 1 (Curtin & Schulz, 1998), πραγματοποιήθηκε διόρθωση του p με Holm-Bonferroni που αποτελεί μία λιγότερο αυστηρή μέθοδο από την απλή Bonferroni (που μπορεί να αυξήσει αρκετά την πιθανότητα λάθους τύπου 2) αλλά δεν απαιτεί την ανεξαρτησία των μεταβλητών (Holm, 1979).

Για να μελετηθεί κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη προβλέπει την ποιότητα ζωής πραγματοποιήθηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης όπου προστέθηκαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία ως πιθανές συμμεταβλητές (covariates).

Τέλος, για την σύγκριση των βαθμολογιών των ερωτηματολογίου βάσει των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, για τις κανονικά κατανομημένες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος t του student για ανεξάρτητα δείγματα (για

δύο ομάδες) ή Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) (για πάνω από δύο ομάδες) ενώ για τις ασύμμετρες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U test (για δύο ομάδες) ή ο έλεγχος Kruskal Wallis (για πάνω από δύο ομάδες). Για τις στατιστικά σημαντικές διαφορές, τα δεδομένα περιγράφηκαν με την κατασκευή γραφημάτων. Τα δεδομένα που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή παρουσιάστηκαν σε ραβδόγραμμα ενώ τα μη κανονικά κατανομημένα παρουσιάστηκαν σε διαγράμματα πλαισίου. Ως κριτήριο σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 104 ασθενείς με καρκίνο. Οι 65 ήταν άνδρες (62,5%) ενώ οι 39 ήταν γυναίκες (37,5%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 65-75 ετών (76,9%) ενώ μόλις το 2,9% ήταν ηλικίας 85 ετών και άνω. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες διέμεναν στην Αθήνα (67,3%) και είχαν ολοκληρώσει είτε πρωτοβάθμια (37,5%) είτε δευτεροβάθμια εκπαίδευση (38,5%), ενώ είχαν ασφαλιστική κάλυψη (82,7%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος ήταν έγγαμοι (70,2%), είχαν παιδιά (77,9%), και συγκατοικούσαν με τον/την σύζυγό τους (62,5%). Τα αναλυτικά δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, n, %.

Φύλο		
Άνδρας	65	62,5
Γυναίκα	39	37,5
Ηλικία		
65-75 ετών	80	76,9
75-85 ετών	20	19,2
85 ετών και άνω	3	2,9
Ελλείπουσες τιμές	1	1
Υπηκοότητα		
Ελληνική	95	91,3
Άλλη	9	8,7
Τόπος κατοικίας		

Αθήνα	70	67,3
Περιφέρεια	33	31,7
Ελλείπουσες τιμές	1	1
Εκπαίδευση		
Πρωτοβάθμια	39	37,5
Δευτεροβάθμια	40	38,5
Τριτοβάθμια	25	24,0
Ασφαλιστική κάλυψη		
Ναι	86	82,7
Όχι	17	16,3
Ελλείπουσες τιμές	1	1
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	73	70,2
Άγαμος	15	14,4
Χήρος/α	11	10,6
Διαζευγμένος/η	4	3,8
Ελλείπουσες τιμές	1	1
Έχουν παιδιά		
Ναι	81	77,9
Όχι	21	20,2
Ελλείπουσες τιμές	2	1,9
Συγκατοίκηση		
Σύζυγος	65	62,5
Παιδιά	12	11,5
Μόνος	27	26,0
Μηναίο εισόδημα		
<500 ευρώ	27	26,0
500-1000 ευρώ	42	40,4
>1000 ευρώ	34	32,7
Ελλείπουσες τιμές	1	1

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Όσον αφορά την φροντίδα τους, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως αυτή την είχαν αναλάβει ο σύζυγος (35,6%), τα παιδιά (19,2%), ενώ το 22,1% δήλωσε πως φροντίζονταν μόνοι

τους. Σχεδόν οι μισοί (42,3%) είχαν διάγνωση καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος (παχύ έντερο: 30,8%, καρκίνος ορθού: 10,6%, καρκίνος στο στομάχι: 1%) ενώ οι περισσότεροι είχαν διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα (57,7%). Η μέση διάρκεια διάγνωσης (από την ημερομηνία της αρχικής διάγνωσης ως τον Μάιο του 2020 που πραγματοποιήθηκε η μελέτη) σε μήνες ήταν $17,76 \pm 25,59$ (εύρος: 2 μήνες – 140 μήνες). Τέλος, στους μισούς ασθενείς (50%) παρατηρήθηκε κάποια μορφή συννοσηρότητας. Η πιο συχνή μορφή συννοσηρότητας ήταν η υπέρταση (24,8%) ενώ το 14,3% των ασθενών είχε διάγνωση διαβήτη. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα νοσήματα της συννοσηρότητας.

Πίνακας 2: Κλινικά στοιχεία συμμετεχόντων (n, %).

Φροντίδα		
Αδέρφια	5	4,8
Σύζυγος	37	35,6
Παιδιά	20	19,2
Σύζυγος και παιδιά	19	18,3
Μόνος	23	22,1
Τύπος καρκίνου		
Καρκίνος εντέρου (παχύ έντερο)	32	30,8
Καρκίνος ορθού	11	10,6
Καρκίνος πνεύμονα	60	57,7
Καρκίνος στομάχου	1	1,0
Μέση Διάρκεια διάγνωσης σε μήνες ($17,76 \pm 25,59$)		
Ύπαρξη συννοσηρότητας		
Ναι	52	50,0
Όχι	52	50,0

Πίνακας 3: Μορφές συν-νοσηρότητας, απόλυτες και σχετικές τιμές (%).

	n	(%)
Stent καρδιάς	2	3,8
Αλλαγή βαλβίδας, stent	1	1,9
Ανεπάρκεια αορτής	1	1,9
Απλασία μυελού των οστών	1	1,9
Αρθρίτιδα οισοφαγική παλλινδρομήση	1	1,9
Αρχόμενο Parkinson	1	1,9
Διαβήτης	8	15,4
Διαβήτης, θυρεοειδής	1	1,9
Διαβήτης, ελκώδης κολίτιδα	1	1,9
Διαβήτης, υπέρταση	2	3,8
Διαβήτης, χειρουργείο καρδιάς	1	1,9
Έμφραγμα	1	1,9
Θυρεοειδής	2	3,8
Λοίμωξη πνεύμονα	1	1,9
Πολύποδες εντέρου	1	1,9
Σπειραματονεφρίτιδα	1	1,9
Ταχυκαρδία	1	1,9
Υπέρταση	15	28,8
Υπέρταση, αρθρίτιδα	2	3,8
Υπέρταση, αρρυθμία	1	1,9
Υπέρταση, διαβήτης	2	3,8
Υπέρταση, θυρεοειδής	3	5,8
Υπέρταση, ΧΑΠ	1	1,9
ΧΑΠ	1	1,9

6.2. Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής (SF-36) και κοινωνικής υποστήριξης (PRQ 2000).

Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής SF-36

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία του SF-36 καθώς και οι δείκτες εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha. Στην SF-36 ανά υποκλίμακα η ποιότητα ζωής βαθμολογείται σε κλίμακα μεταξύ 0 και 100. Στις περισσότερες υποκλίμακες, η ποιότητα ζωής φαίνεται να είναι σχετικά μέτρια (42,79-62,61). Ωστόσο,

η υποκλίμακα πόνος είχε την μεγαλύτερη μέση βαθμολογία (78,75±29,14), ενώ η υποκλίμακα κοινωνική λειτουργία είχε τη μικρότερη μέση βαθμολογία (42,79±27,14). Όσον αφορά την εσωτερική συνέπεια, στις περισσότερες υποκλίμακες ήταν ικανοποιητική ($\alpha=0,68-0,95$) εκτός από την υποκλίμακα κοινωνική λειτουργία που ήταν χαμηλή ($\alpha=0,31$).

Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία και εσωτερική συνέπεια των υποκλιμάκων του SF-36.

	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Cronbach's alpha
Φυσική λειτουργία (physical function)	0,00	100,00	62,61	32,85	0,95
Φυσική κατάσταση (Role functioning/physical)	0,00	100,00	49,28	41,14	0,87
Συναισθηματική κατάσταση (Role functioning/emotional)	0,00	100,00	50,32	44,79	0,88
Ενέργεια/κόπωση (Energy/fatigue)	0,00	100,00	58,32	22,56	0,68
Συναισθηματική ευεξία (Emotional well-being)	16,00	100,00	58,82	20,39	0,73
Κοινωνική λειτουργία (Social functioning)	0,00	100,00	42,79	27,14	0,31
Πόνος (pain)	0,00	100,00	78,75	29,14	0,93
Γενική υγεία (General health)	10,00	95,00	54,38	18,64	0,68

Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης PRQ 2000

Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας PQR 2000 για την κοινωνική υποστήριξη ήταν 81,65±12,74 με μικρότερη τιμή 48 και μεγαλύτερη τιμή το 105. Καθώς η μεγαλύτερη

δυνατή τιμή είναι το 105, η μέση βαθμολογία της κοινωνικής υποστήριξης ήταν ικανοποιητική. Η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας ήταν επίσης αρκετά ικανοποιητική ($\alpha=0,77$). Στον Πίνακα 5, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των βαθμολογιών στην 7 βάθμια likert (1-7) ανά ερώτηση. Η μεγαλύτερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στην ερώτηση 13 «Υπάρχει κάποιος που με αγαπάει και νοιάζεται για μένα» ($6,89\pm 0,43$) ενώ η μικρότερη τιμή παρατηρήθηκε στην ερώτηση 2 «Ανήκω σε κάποια ομάδα στην οποία νοιώθω σημαντικός».

Πίνακας 5: Περιγραφικά στοιχεία των ερωτήσεων του PRQ 2000.

	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
1. Υπάρχει κάποιος που τον νοιώθω δικό και μου και με κάνει να νοιώθω ασφαλής	1,00	7,00	6,59	0,88
2. Ανήκω σε κάποια ομάδα στην οποία νοιώθω σημαντικός	1,00	7,00	3,27	2,66
3. Οι άνθρωποι μου αναγνωρίζουν ότι τα καταφέρνω καλά στη δουλειά μου (εργασία, οικιακά)	1,00	7,00	5,56	1,81
4. Έχω στενή σχέση με το άτομο που με κάνει να νοιώθω σημαντικός	1,00	7,00	6,56	0,91
5. Περνώ χρόνο με άλλα άτομα που έχουν τα ίδια ενδιαφέροντα με μένα	1,00	7,00	3,94	2,48
6. Οι άλλοι μου λένε ότι τους αρέσει να δουλεύουν μαζί μου (δουλειά, επιτροπές, προγράμματα)	1,00	7,00	3,65	2,32
7. Υπάρχουν άτομα που είναι διαθέσιμα αν χρειαστώ τη βοήθειά τους για μεγάλο	1,00	7,00	6,65	0,91

χρονικό διάστημα				
8. Με τους φίλους μου κάνουμε χάρες ο ένας στον άλλον	1,00	7,00	5,15	1,84
9. Έχω την ευκαιρία να ενθαρρύνω άλλους να αναπτύξουν τα ενδιαφέροντα και τις δεξιότητές τους	1,00	7,00	3,46	2,39
10. Έχω συγγενείς ή φίλους που θα με βοηθήσουν ακόμα και αν δεν μπορώ να τους το ανταποδώσω	1,00	7,00	6,06	1,31
11. Όταν είμαι στεναχωρημένος υπάρχει κάποιος που μπορώ να είμαι μαζί του και με τον οποίο μπορώ να είμαι ο εαυτός μου	1,00	7,00	5,16	2,19
12. Γνωρίζω ότι οι άλλοι με εκτιμούν σαν άτομο	4,00	7,00	6,62	0,64
13. Υπάρχει κάποιος που με αγαπάει και νοιάζεται για μένα	4,00	7,00	6,88	0,43
14. Έχω ανθρώπους με τους οποίους μπορώ να μοιραστώ κοινωνικά γεγονότα και διασκέδαση	1,00	7,00	5,78	1,77
15. Έχω την αίσθηση ότι είμαι απαραίτητος σε ένα άλλο άτομο	1,00	7,00	6,38	1,21

6.3. Συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του SF-36 και της PRQ 2000. Οι θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SF-

36 φυσική κατάσταση, ενεργεία/κόπωση, συναισθηματική ευεξία, γενική υγεία και της PRQ ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0,05$). Οι πιο ισχυροί συντελεστές συσχέτισης παρατηρήθηκαν στην συναισθηματική ευεξία και γενική υγεία. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της PRQ και των υποκλιμάκων SF-36 φυσική κατάσταση, συναισθηματική κατάσταση, κοινωνική λειτουργία και πόνος ($p=ns$).

Πίνακας 6: Συντελεστές συσχέτισης r_s του Spearman μεταξύ υποκλιμάκων του SF-36 και της κλίμακας PRQ 2000.

	Φυσική λειτουργία	Περιορισμός Σωματικής υγείας	Περιορισμοί συναισθηματι- κά προβλήματα	Ενέργει- α κόπωση	Συναι- σθηματική ευεξία	Κοινωνική λειτουργία	Πόνος	Γενική υγεία	PRQ 2000
Φυσική λειτουργία	-	0,595**	0,223	0,519**	0,230	0,533**	0,253	0,419**	0,280
Φυσική κατάσταση	-	-	0,213	0,501**	0,337*	0,349*	0,223	0,401**	0,331*
Συναισθηματική κατάσταση	-	-	-	0,456**	0,469**	0,306	0,163	0,445**	0,289
Ενέργεια /κόπωση	-	-	-	-	0,718**	0,440**	0,369*	0,631**	0,494**
Συναισθηματική ευεξία	-	-	-	-	-	0,191	0,256	0,514**	0,520**
Κοινωνική λειτουργία	-	-	-	-	-	-	0,321*	0,351**	0,242
Πόνος	-	-	-	-	-	-	-	0,328*	0,171
Γενική υγεία	-	-	-	-	-	-	-	-	0,526**

Σημείωση: PRQ 2000: κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης

** $. p < 0.01$. (διόρθωση με Holm-Bonferonni για πολλαπλές συσχετίσεις), $n = 36$

* $. p < 0.05$. (διόρθωση με Holm-Bonferonni για πολλαπλές συσχετίσεις). Όλες οι συσχετίσεις ήταν Spearman 's r_s

6.4. Επίδραση δημογραφικών και κλινικών στοιχείων στην κοινωνική υποστήριξη και ποιότητα ζωής

Παρακάτω παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των υποκλιμάκων των εργαλείων βάσει δημογραφικών και κλινικών στοιχείων. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει φύλου. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές βάσει φύλου ($p=ns$).

Πίνακας 7: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει φύλου.

	Άνδρες M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	Γυναίκες M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	t(102) ή U	p
SF-36	65.04±31,67	57,95±34,64		
Φυσική λειτουργία	80 (45)	70 (75)	U=1105,5	0,28
SF-36	50±40,51	48,08±42,68		
Φυσική κατάσταση	50 (75)	25 (100)	U=1223,0	0,76
SF-36	50,26±44,54	50,43±45,80		
Συναισθηματική ευεξία	33,33 (100)	33,33 (100)	U=1263	0,97
SF-36	58,85±22,30	57,44±23,25		
Ενεργεία/κόπωση	60 (35)	55 (35)	t = 0,21	0,76
SF-36	61,25±19,92	54,77±20,77		
Συναισθηματική ευεξία	64 (34)	56 (32)	t = 1,58	0,12
SF-36	46,73±28,75	36,22±23,08		
Κοινωνική λειτουργία	37,50 (50)	37,50 (37,50)	U=1005,50	0,07
SF-36	80±26,70	76,67±33,08		
Πόνος	90 (35)	90 (32,50)	U=1238,50	0,84
SF-36	55±19,26	55±17,75		
Γενική υγεία	55 (27,50)	55 (30)	t = 0,44	0,66
PRQ-2000	82,03±12,73	81,03±12,86		
	84 (20)	82 (19)	t = 0,39	0,70

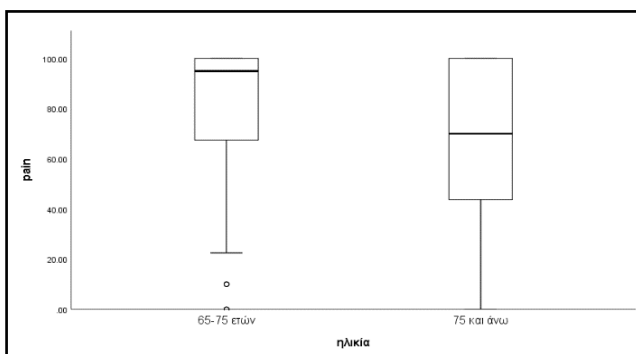
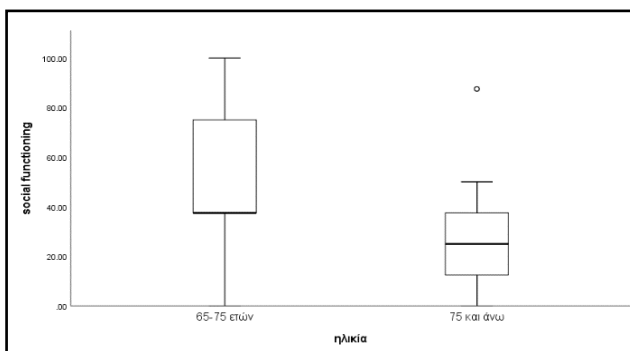
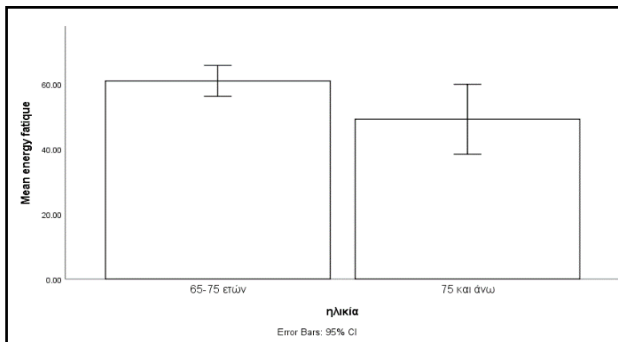
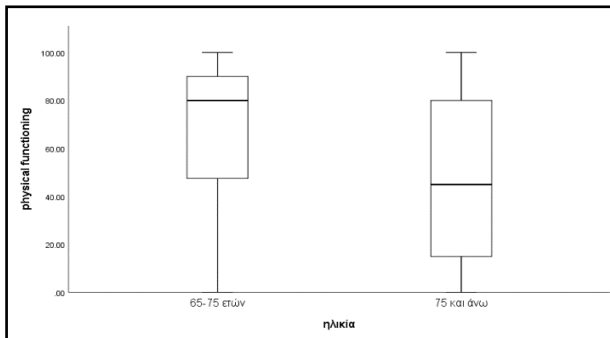
Σημείωση: MT=Μέση τιμή, TA=τυπική απόκλιση, IQR=ενδοτεταρτομοριακό εύρος, t=independent samples t test, U=Mann-Whitney U test.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει ηλικίας. Οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας (75 ετών και άνω) είχαν μικρότερες βαθμολογίες σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο από εκείνους ηλικίας 65-75 ετών στις υποκλίμακες της SF-36 Φυσική λειτουργία (U=596,50, $p=0,01$), Ενέργεια/κόπωση [$t(101)=2,24$, $p=0,03$], Κοινωνική λειτουργία (U=519,5, $p=0,001$) και πόνος (U=677,50, $p=0,04$) (Γράφημα 1) αλλά και στην PRQ κοινωνικής υποστήριξης [$t(101)=3,16$, $p=0,002$]. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες υποκλίμακες (Γράφημα 2).

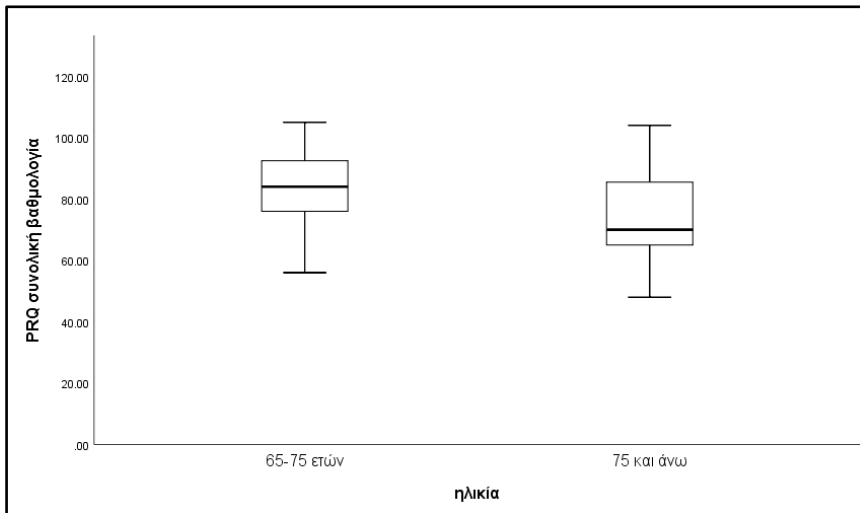
Πίνακας 8: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει ηλικίας.

	65-75 ετών	75 ετών και άνω	t(101) ή U	p
	M.T±T.A	M.T±T.A		
	Διάμεσος (IQR)	Διάμεσος (IQR)		
SF-36	66,93±31,11	46,81±35,13	U= 96,50	0,01
Φυσική λειτουργία	80 (43,75)	45 (65)		
SF-36	52,19±40,99	39,13±41,85	U=741,00	0,14
Φυσική κατάσταση	50 (75)	25 (100)		
SF-36 Συναισθηματική κατάσταση	54,17±46,65	39,13±35,75	U=774,50	0,22
	66,67 (100)	33,33 (66,67)		
SF-36	60,94±21,45	49,13±24,85	t=2,24	0,03
Ενέργεια/κόπωση	60 (35)	50 (50)		
SF-36	60,01±20,40	55,83±20,13	t=0,87	0,39
Συναισθηματική ευεξία	62 (32)	52 (28)		
SF-36	46,88±26,50	27,72±24,70	U=519,50	0,001
Κοινωνική λειτουργία	37,50 (37,50)	25 (25)		
SF-36	82,25±25,94	65,65±36,27	U=677,50	0,04
Πόνος	95 (32,50)	70 (57,50)		
SF-36	56,31±16,85	47,83±23,40	t=1,94	0,06
Γενική υγεία	55 (25)	45 (40)		
PRQ-2000	83,80±11,66	74,65±14,07	t=3,16	0,002
	84 (17,25)	70 (21)		

Σημείωση: MT=Μέση τιμή, TA=τυπική απόκλιση, IQR=ενδοτεταρτομοριακό εύρος,
t=independent samples t test, U=Mann-Whitney U test.

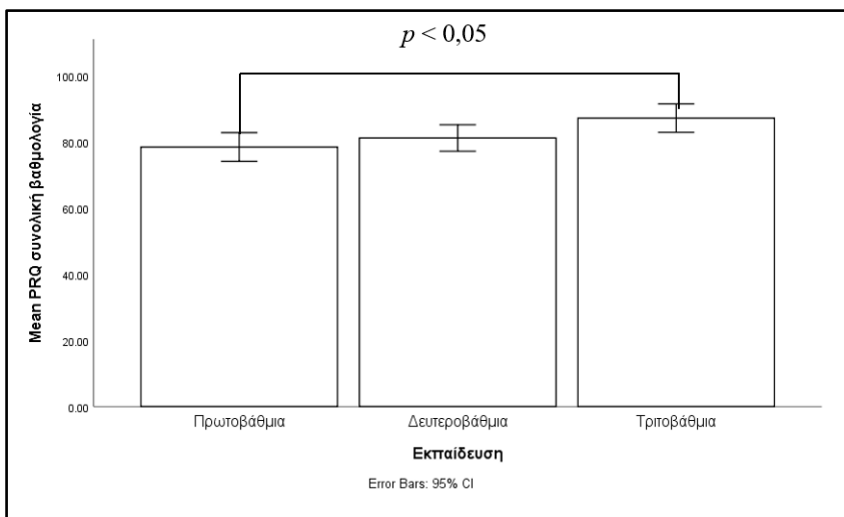


Γράφημα 1: Οι συμμετέχοντες ηλικίας 65-75 είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο στους τομείς του SF-36 φυσική λειτουργία, ενέργεια/κόπωση, κοινωνική λειτουργία, πόνος ($p < 0,05$).



Γράφημα 2: Οι συμμετέχοντες ηλικίας 65-75 ετών είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης από εκείνους ηλικίας 75 ετών και πάνω.

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου. Στις περισσότερες υποκλίμακες δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων ($p=ns$). Ωστόσο, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση της εκπαίδευσης στο PRQ κοινωνική υποστήριξη [$F(2)=3,81, p=0,03$]. Οι πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση κριτηρίου σημαντικότητας Sidak έδειξαν πως οι συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από εκείνους πρωτοβάθμιας ($p < 0,05$) (Γράφημα 3).



Γράφημα 3: Οι συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο από εκείνους ($p < 0,05$) της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 9: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου.

	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	F(2) ή H(2)	p
SF-36 Φυσική λειτουργία	57,86±32,51 60 (70)	62,38±31,72 75 (48,75)	70,38±34,95 90 (60)	H=4,65	0,10
SF-36 Φυσική κατάσταση	44,23±38,67 25 (100)	48,13±42,13 25 (93,75)	59±43,23 50 (87,50)	H=1,75	0,42
SF-36 Συναισθηματική κατάσταση	48,72±43,16 33,33 (100)	47,50±47,07 33,33 (100)	57,33±44,64 66,67 (100)	H=0,70	0,71
SF-36 Ενέργεια/ ευεξία	55,13±24,29 55 (45)	57,13±21,98 55 (28,75)	65,20±19,92 70 (35)	F=1,63	0,20
SF-36 Συναισθηματική ευεξία	58,77±19,60 56 (24)	57,73±22,17 62 (40)	60,64±19,28 64 (32)	F=0,16	0,86
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	40,71±26,24 37,50 (25)	41,88±26,49 37,50 (37,50)	47,50±29,97 37,50 (50)	H=0,87	0,65
SF-36 Πόνος	78,85±28,98 90 (35)	76,50±33,93 95 (42,50)	82,20±20,59 90 (32,50)	H=0,01	0,99
SF-36 Γενική υγεία	53,72±18,66 50 (30)	52,50±18,50 52,50 (30)	58,40±18,97 60 (25)	F=0,81	0,45
PRQ-2000	78,51±13,41 ^γ 79 (24)	81,23±12,50 79 (22,50)	87,24±10,43 ^α 89 (12)	F=3,81	0,03

Σημείωση: ΜΤ=Μέση τιμή, ΤΑ=τυπική απόκλιση, IQR= ενδοτεταρτομοριακό εύρος, F=Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA), πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak, H=Kruskal-Wallis H test,

α=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης,
β=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,
γ=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει του αν έχουν παιδιά ή όχι. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων ($p=ns$).

Πίνακας 10: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει παιδιών.

	Ναι	Όχι		
	M.T±T.A	M.T±T.A		
	Διάμεσος	Διάμεσος	t(100) ή U	p
	(IQR)	(IQR)		
SF-36	65,98±31,18	55,32±34,68		
Φυσική λειτουργία	80 (42,50)	60 (67,50)	U = 711	0,25
SF-36	52,78±40,51	40,48±42,19		
Φυσική κατάσταση	50 (75)	25 (100)	U = 694	0,18
SF-36	50,21±44,13	53,97±48,85		
Συναισθηματική κατάσταση	33,33 (100)	66,67 (100)	U= 823,50	0,81
SF-36	59,75±22,05	56,67±22,32		
Ενέργεια/ κόπωση	60 (35)	50 (35)	t = 0,57	0,57
SF-36	60,41±20,92	54,10±18,32		
Συναισθηματική ευεξία	64 (34)	52 (26)	t = 1,26	0,21
SF-36	45,37±21,42	36,91±23,21		
Κοινωνική λειτουργία	37,50 (43,75)	37,50 (18,75)	U = 682,50	0,16
SF-36	81,70±27,87	73,93±27,11		
Πόνος	100 (31,25)	77,50 (42,50)	U = 647	0,07
SF-36	55,92±17,48	50,95±21,72		
Γενική υγεία	55 (25)	50 (30)	t = 1,10	0,27
PRQ-2000	83,04±12,12	78,86±12,47		
	84 (17)	79 (23)	t = 1,40	0,17

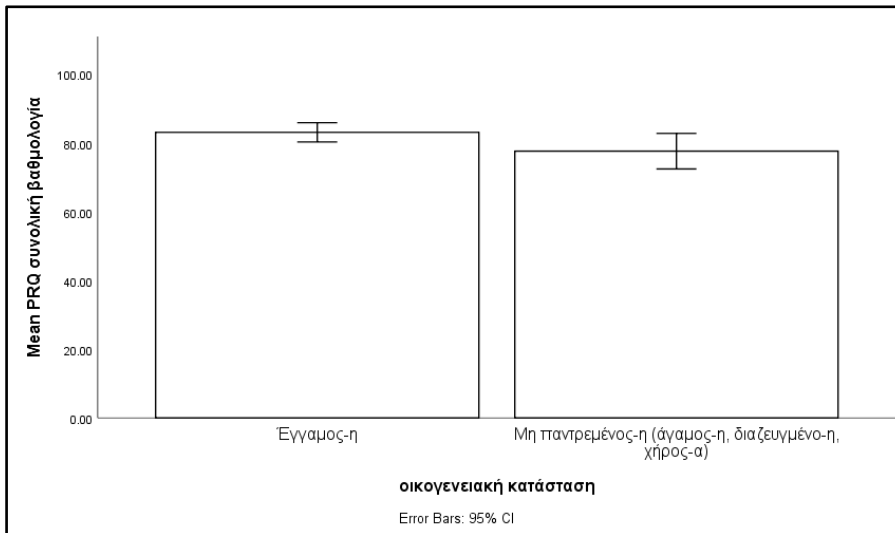
Σημείωση: MT=Μέση τιμή, TA=τυπική απόκλιση, IQR=ενδοτεταρτομοριακό εύρος, t=independent samples t test, U=Mann-Whitney U test.

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει οικογενειακής κατάστασης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων στις κλίμακες του SF-36 ($p=ns$). Ωστόσο, στην PRQ της κοινωνικής υποστήριξης, οι έγγαμοι συμμετέχοντες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους μη έγγαμους ($p=0,045$) (Γράφημα 4).

Πίνακας 11: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει οικογενειακής κατάστασης.

	Έγγαμος-η M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	Μη παντρεμένος-η (άγαμος, διαζευγμένος, χήρος) M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	t(101) ή U	p
SF-36	62,59±33,79	62,06±31,40		
Φυσική λειτουργία	75 (60)	75 (42,50)	U=1020,50	0,59
SF-36	47,26±40,30	52,50±43,23		
Φυσική κατάσταση	25 (100)	25 (81,25)	U=1035,50	0,65
SF-36	47,95±44,09	54,44±46,72		
Συναισθηματική κατάσταση	33,33 (100)	66,67 (100)	U=1009,50	0,51
SF-36	57,88±22,11	58,17±23,40		
Ενέργεια/κόπωση	60 (35)	55 (32,50)	t=-0,60	0,95
SF-36	59,03±20,65	57,20±19,40		
Συναισθηματική ευεξία	60 (32)	56 (29)	t=0,42	0,68
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	44,18±29,32 37,50 (50)	37,92±19,55 37,50 (15,63)	U=946	0,27
SF-36	80,14±30,63	75,67±25,88		
Πόνος	100 (32,50)	82,50 (42,50)	U=886,50	0,11
SF-36	54,11±18,44	53,67±18,24		
Γενική υγεία	55 (25)	50 (30)	t=0,11	0,91
PRQ-2000	83,19±12,05	77,70±13,87		
	84 (17)	78,50 (24,25)	t=20,01	0,047

Σημείωση: MT=Μέση τιμή, TA=τυπική απόκλιση, IQR=ενδοτεταρτομοριακό εύρος, t=independent samples t test, U=Mann-Whitney U test.



Γράφημα 4: Οι έγγαμοι ασθενείς με καρκίνο είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από εκείνους που δεν είναι παντρεμένοι ($p < 0,05$).

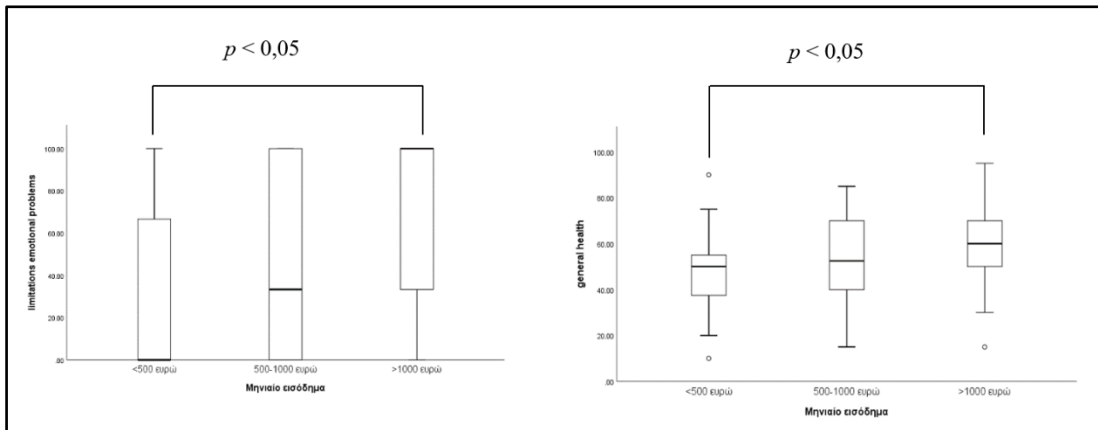
Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει μηνιαίου εισοδήματος. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις περισσότερες υποκλίμακες στο SF-36 ($p=ns$). Ωστόσο παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές κύριες επιδράσεις του εισοδήματος στις υποκλίμακες «Συναισθηματική κατάσταση» [$H(2)=8,17, p=0,02$] και «SF-36 Γενική υγεία» [$H(2)=7,07, p=0,03$] (Γράφημα 5) και στο PRQ-2000 [$H(2)=6,61, p=0,04$] (Γράφημα 6). Οι αναλύσεις πολλαπλών αναλύσεων με διόρθωση Dunn-Bonferonni έδειξαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στους συμμετέχοντες με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ από εκείνους που είχαν εισόδημα κάτω των 500 ευρώ και στις τρεις κλίμακες ($p < 0,05$).

Πίνακας 12: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει μηνιαίου εισοδήματος.

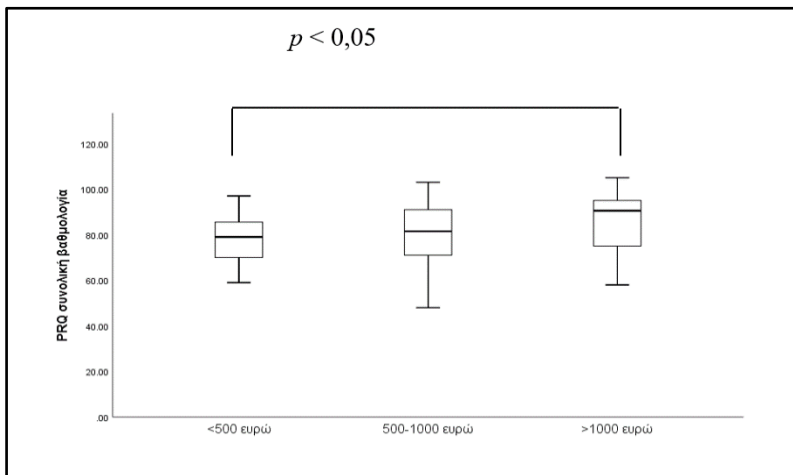
	<500 ευρώ M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	500-1000 ευρώ M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	> 1000 ευρώ M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	F(2) ή H(2)	p
SF-36 Φυσική λειτουργία	62,08±31,37 70 (50)	59,76±33,35 75 (66,25)	65,74±34,20 80 (61,25)	H=1,27	0,53
SF-36 Φυσική κατάσταση	55,56±38,81 50 (75)	47,02±40,65 25 (100)	47,79±44,54 37,50 (100)	H=1,09	0,58
SF-36 Συναισθηματική κατάσταση	33,33±42,37 ^γ 0 (66,67)	50±44,33 33,33 (100)	65,69±43,02 ^α 100 (75)	H=8,17	0,02
SF-36 Ενέργεια /κόπωση	59,26±21,38 55 (35)	53,10±22,36 55 (40)	63,97±23,22 67,50 (35)	F=2,25	0,11
SF-36 Συναισθηματική ευεξία	56±21,60 56 (36)	55,57±20,81 54 (30)	64,27±18,49 68 (32)	F=1,74	0,18
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	44,44±23,60 50 (37,50)	37,80±26,69 37,50 (37,50)	47,79±30,23 37,50 (53,13)	H=2,60	0,27
SF-36 Πόνος	84,63±19,88 90 (32,50)	73,21±33,90 88,75 (43,13)	80,29±38,79 100 (33,13)	H=1,31	0,52
SF-36 Γενική υγεία	47,04±17,17 ^γ 50 (20)	55±20,12 52,50 (31,25)	59,56±16,62 ^α 60 (20)	H=7,07	0,03
PRQ-2000	78,30±10,51 ^γ 79 (18)	80,79±13,23 81,50 (20)	86,03±12,55 ^α 90,50 (20)	H=6,61	0,04

Σημείωση:

MT=Μέση τιμή, TA=τυπική απόκλιση, IQR= ενδοτεταρτομοριακό εύρος. F=Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA), πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak, H=Kruskal-Wallis H test, α=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους με μηνιαίο εισόδημα <500 ευρώ, β=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους με μηνιαίο εισόδημα 500 - 1000 ευρώ, γ=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους με μηνιαίο εισόδημα > 1000 ευρώ.



Γράφημα 5: Οι ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις υποκλίμακες SF36 Συναισθηματική κατάσταση και Γενική υγεία από εκείνους που έχουν εισόδημα κάτω των 500 ευρώ ($p < 0,05$).



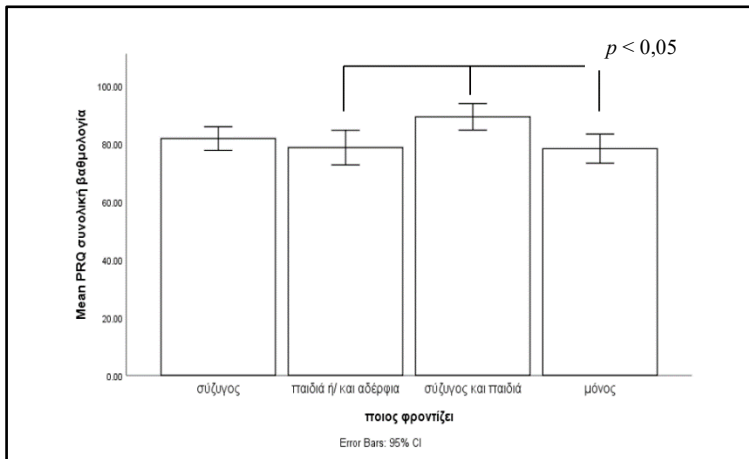
Γράφημα 6: Οι ασθενείς με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1000 ευρώ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης και Γενικής υγείας από εκείνους που έχουν εισόδημα κάτω των 500 ευρώ ($p < 0,05$).

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει φροντίδας (από ποιον ή εάν λάμβαναν βοήθεια). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο SF-36 ($p = ns$). Ωστόσο παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση της φροντίδας στο PRQ-2000 [$F(2) = 3,52, p = 0,02$]. Οι αναλύσεις πολλαπλών αναλύσεων με διόρθωση Sidak έδειξαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στους συμμετέχοντες που λάμβαναν φροντίδα από σύζυγο και παιδιά από εκείνους που λάμβαναν βοήθεια μόνο από τα παιδιά ή τα αδέρφια και εκείνους που δεν λάμβαναν φροντίδα από κάποιον ($p < 0,05$) (Γράφημα).

Πίνακας 13: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει φροντίδας.

	Σύζυγος Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	Παιδιά ή/ και αδέρφια Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	Σύζυγος και παιδιά Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	Μόνος Μ.Τ±Τ.Α Διάμεσος (IQR)	F(2) ή H(2)	p
SF-36 Φυσική λειτουργία	60,41±36,0 3 75 (77,50)	57±29,86 65 (52,50)	60±33,38 70 (55)	74,40±29,13 85 (34,44)	H=5,44	0,14
SF-36 Φυσική κατάσταση	42,57±41,6 1 25 (100)	46±41,88 25 (100)	52,63±40,74 25 (75)	60,87±39,76 75 (75)	H=3,27	0,35
SF36 Συναισθηματική κατάσταση	54,96±45,2 8 66,67 (100)	65,33±41,37 100 (66,67)	31,58±42,27 0 (66,67)	42,03±45,19 33,33 (100)	H=7,83	0,05
SF36 Ενέργεια /κόπωση	61,62±24,9 5 60 (23,50)	57±21,94 60 (35)	57,37±21,24 60 (35)	55,22±20,97 50 (25)	F=0,44	0,72
SF-36 Συναισθηματική ευεξία	61,76±21,7 8 60 (38)	61,76±16,13 60 (24)	60,21±19,89 64 (28)	49,74±21,23 48 (40)	F=2,04	0,11
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	47,64±33,0 5 50 (62,50)	35±22,82 37,50 (12,50)	42,11±25,76 37,50 (37,50)	44,02±20,94 37,50 (25)	H=3,73	0,29
SF-36 Πόνος	82,57±29,6 9 100 (26,25)	74,50±30,06 87,50 (45)	72,37±34,12 90 (42,50)	82,50±22,39 90 (32,50)	H=3,28	0,35
SF-36 Γενική υγεία	56,08±21,5 4 60 (30)	54,40±16,79 50 (30)	57,58±16,84 55 (25)	49,78±17,22 50 (20)	H=2,52	0,47
PRQ-2000	81,81±12,3 0 81 (19,50)	78,68±14,51 ^γ 79 (23,50)	89,32±9,51 ^{β,δ} 90 (15)	78,30±11,63 ^γ 78 (19)	F=3,52	0,02

Σημείωση: ΜΤ=Μέση τιμή, ΤΑ=τυπική απόκλιση, ΙQR= ενδοτεταρτομοριακό εύρος F=Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA), πολλαπλές συγκρίσεις με διόρθωση Sidak, H=Kruskal-Wallis H test, α=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους που λάμβαναν φροντίδα από σύζυγο, β=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους που λάμβαναν φροντίδα από παιδιά ή/και αδέρφια, γ=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους που λάμβαναν φροντίδα από Σύζυγο και παιδιά, δ=στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους που δεν λάμβαναν φροντίδα από κάποιον.



Γράφημα 7: Οι ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα και από τον σύζυγο και τα παιδιά τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κοινωνικής υποστήριξης από εκείνους που λάμβαναν βοήθεια από τα παιδιά ή τα αδέρφια τους μόνο και από εκείνους που δεν λάμβαναν μόνοι τους ($p < 0,05$).

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ βάσει τύπου καρκίνου. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων ($p=ns$).

Πίνακας 14: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει τύπου καρκίνου.

	Καρκίνοι στο γαστρεντερικό (στομάχι, παχύ έντερο, ορθό) M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	Καρκίνος στο πνεύμονα M.T±T.A Διάμεσος (IQR)	t(102) ή U	p
SF-36	58,85±34,42	65,36±31,65	U=1187,50	0,38
Φυσική λειτουργία	72,50 (68,75)	77,50 (45)	U=1289,50	0,84
SF-36	50,57±41,23	48,33±41,39	U=1139,50	0,21
Φυσική κατάσταση	50 (93,75)	25 (93,75)	t=-1,11	0,27
SF-36	43,94±41,78	55±46,67		
Συναισθηματική κατάσταση	33,33 (100)	66,67 (100)		
SF-36	55,45±21,75	60,42±23,09		

Ενέργεια/ κόπωση	55 (33,75)	60 (35)		
SF-36	56,84±18,92	60,27±21,44	t=-0,85	0,40
Συναισθηματική ευεξία	56 (28)	60 (39)		
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	40,06±24,79	44,79±28,77	U=1209,50	0,46
SF-36	37,50 (25)	37,50 (50)		
Πόνος	78,24±29,14	79,13±29,39	U=1286	0,81
SF-36	90 (40,63)	90 (32,50)		
SF-36	53,07±18,62	55,33±18,75	t=-0,61	0,54
Γενική υγεία	50 (30)	55 (25)		
PRQ-2000	80,64±13,50	82,40±12,21	t=0,70	0,49
	79 (22,50)	84 (18,25)		

Σημείωση. ΜΤ=Μέση τιμή, ΤΑ= τυπική απόκλιση, IQR= ενδοτεταρτομοριακό εύρος, t=independent samples t test, U=Mann-Whitney U test.

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και διάμεσοι των SF-36 και PRQ σχετικά με την ύπαρξη συννοσηρότητας ή όχι. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ εκείνων που δήλωσαν συννοσηρότητα και εκείνους που δεν είχαν στις περισσότερες υποκλίμακες SF-36 και PRQ. Ωστόσο, εκείνοι με συννοσηρότητα είχαν στατιστικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα συναισθηματική ευεξία από εκείνους χωρίς ($p = 0,03$).

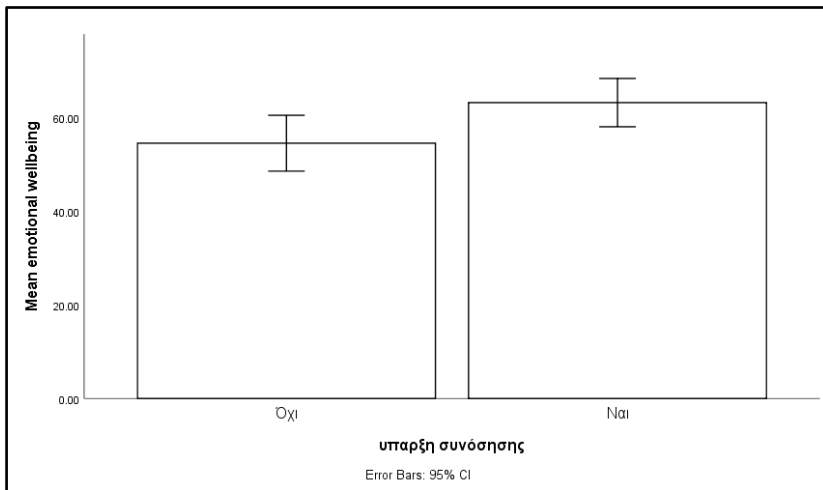
Πίνακας 15: Βαθμολογίες στο PRQ και SF-36 βάσει ύπαρξης συννοσηρότητας ή όχι.

	Ναι	Όχι		
	M.T±T.A	M.T±T.A		
	Διάμεσος	Διάμεσος	t(102) ή U	p
	(IQR)	(IQR)		
SF-36	58,01±36,23	67,20±28,57	t = 0,50	0,62
Φυσική λειτουργία	68,33 (73,75)	75 (43,75)		
SF-36	48,08±42,54	50,48±40,06	U = 1207	0,35
Φυσική κατάσταση	25 (100)	37,50 (75)		
SF-36	53,85±42,35	46,80±47,26	U= 1199,50	0,29
Συναισθηματική	33,33 (100)	50 (100)		

κατάσταση

SF-36	59,42±23,86	57,21±21,36	U = 1258	0,54
Ενέργεια/κόπωση	60 (38,75)	55 (30)		
SF-36	63,15±18,52	54,48±21,41	t = 2,21	0,03
Συναισθηματική ευεξία	64 (31)	54 (38)		
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	41,59±29,05	43,99±25,30	U = 1281	0,64
SF-36	100±30,61	77,45±27,85	U = 1147,50	0,16
Πόνος	100 (34,38)	90 (34,38)		
SF-36	54,81±19,83	53,94±17,55	t = 0,24	0,81
Γενική υγεία	60 (28,75)	50 (27,50)		
PRQ-2000	82,60±14,07	80,71±11,20	t = 0,75	0,45
	86 (20,50)	79 (18)		

Σημείωση: ΜΤ=Μέση τιμή, ΤΑ=τυπική απόκλιση, IQR= ενδοτεταρτομοριακό εύρος
t=independent samples t test, U=Mann-Whitney U test.



Γράφημα 8: Οι ασθενείς με καρκίνου που είχαν συννοσηρότητα είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της SF-36 συναισθηματική ευεξία ($p < 0,05$).

Τέλος, στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης r_s του Spearman μεταξύ των ερωτηματολογίων SF-36 και PRQ της κοινωνικής υποστήριξης και του

αριθμού των μηνών που πέρασαν από την αρχική διάγνωση του καρκίνου. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p = ns$).

Πίνακας 16: Συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των SF-36, PRQ-2000 και του χρονικού διαστήματος από την αρχική διάγνωση.

	Διάρκεια διάγνωσης σε μήνες
SF-36 Φυσική λειτουργία	-0,055
SF-36 Φυσική κατάσταση	0,005
SF-36 Συναισθηματική κόπωση	0,099
SF-36 Ενέργεια/κόπωση	0,008
SF-36 Συναισθηματική ευεξία	0,144
SF-36 Κοινωνική λειτουργία	0,047
SF-36 Πόνος	0,008
SF-36 Γενική υγεία	0,073
PRQ-2000	0,078

Σημείωση:

PRQ 2000: Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης

** . $p < 0,01$.

* . $p < 0,05$.

6.5. Προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών τρίτης ηλικίας με καρκίνο

Για να διερευνηθεί ο βαθμός που τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία καθώς και ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης προβλέπουν την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, πραγματοποιήθηκε μια σειρά μοντέλων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για κάθε μία υποκλίμακα. Στο κάθε μοντέλο εισήχθηκαν τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και η βαθμολογία στο PRQ 2000 ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Στις υποκλίμακες φυσική λειτουργία, φυσική κατάσταση, συναισθηματική κατάσταση, κοινωνική λειτουργία και πόνος, τα μοντέλα παλινδρόμησης δεν ήταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό καλύτερα στην πρόβλεψη των βαθμολογιών ποιότητας ζωής σε αυτές τις υποκλίμακες από τις απλές μέσες τιμές ($p=ns$).

Σχετικά με την υποκλίμακα ενέργεια/ κόπωση το μοντέλο (Πίνακας 17) είχε συντελεστή προσδιορισμού, εξηγώντας το 29% της συνολικής μεταβλητότητας

[F(2)=2,79, p=0,03]. Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο η κοινωνική υποστήριξη (PRQ 2000) προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την βαθμολογία στην υποκλίμακα ενέργεια/κόπωση ($b=0,46$) ενώ οι άλλοι παράγοντες δεν την προέβλεπαν.

Πίνακας 17: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στην υποκλίμακα ενέργεια/κόπωση.

	B	SE B	β
(Constant)	-8,32	15,93	
Ηλικία 75 και άνω	-2,46	5,75	-0,04
Ηλικία 65 – 75 (ομάδα αναφοράς)			
Φροντίδα από σύζυγο	10,71	5,41	0,24
Φροντίδα από σύζυγο και παιδιά			
Φροντίδα από παιδιά και αδέρφια, μόνος (ομάδες αναφοράς)	7,41	6,61	0,13
Οικογενεια έγγαμος			
Άγαμος (ομάδα αναφοράς)	-10,64	6,52	-0,22
Καρκίνος στο γαστρεντερικό			
Καρκίνος πνεύμονα (ομάδα αναφοράς)	-0,70	4,19	-0,02
Εκπαίδευση δευτεροβάθμια	-3,53	5,02	-0,08
Εκπαίδευση τριτοβάθμια			
Εκπαίδευση πρωτοβάθμια (ομάδα αναφοράς)	1,06	6,00	0,02
Εισόδημα άνω 1000 ευρώ			
Εισόδημα 500-1000 και 0-500 ευρώ (ομάδες αναφοράς)	0,61	5,04	0,01
Παιδιά ναι			
Παιδιά όχι (ομάδα αναφοράς)	4,11	6,53	0,08
Άνδρας			
Γυναίκα (ομάδα αναφοράς)	2,06	4,47	0,05
PRQ Κοινωνική υποστήριξη	0,82	0,18	0,46***

Ύπαρξη συννόησης -0,15 4,52 0,00

Σημείωση: Dependent: ενέργεια/κόπωση, $R^2 = 0,29$ ($p < .05$)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Σχετικά με την υποκλίμακα συναισθηματική ευεξία το μοντέλο (Πίνακας 18) είχε συντελεστή προσδιορισμού εξηγώντας το 34% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(2)=3,67$, $p < 0,005$]. Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο η κοινωνική υποστήριξη (PRQ 2000) προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την βαθμολογία στην υποκλίμακα συναισθηματική ευεξία ($b=0,51$) ενώ οι άλλοι παράγοντες δεν την προέβλεπαν.

Πίνακας 18: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στην υποκλίμακα Συναισθηματική ευεξία.

	B	SE B	β
(Constant)	-15,82	14,48	
Ηλικία 75 και άνω			
Ηλικία 65 – 75 (ομάδα αναφοράς)	-0,55	5,22	-0,01
Φροντίδα από σύζυγο	7,10	4,91	0,17
Φροντίδα από σύζυγο και παιδιά			
Φροντίδα από παιδιά και αδέρφια, μόνος (ομάδες αναφοράς)	7,50	6,00	0,14
Οικογένεια έγγαμος			
Άγαμος (ομάδα αναφοράς)	-6,80	5,93	-0,15
Καρκίνος στο γαστρεντερικό			
Καρκίνος πνεύμονα (ομάδα αναφοράς)	-0,54	3,81	-0,01
Εκπαίδευση δευτεροβάθμια	-2,92	4,56	-0,07
Εκπαίδευση τριτοβάθμια			
Εκπαίδευση πρωτοβάθμια (ομάδα αναφοράς)	-6,99	5,45	-0,15
Εισόδημα άνω 1000 ευρώ			
Εισόδημα 500-1000 και 0-500 ευρώ (ομάδες αναφοράς)	2,94	4,58	0,07
Παιδιά ναι	3,20	5,93	0,06

Παιδιά όχι (ομάδα αναφοράς)			
Άνδρας	6,13	4,06	0,15
Γυναίκα (ομάδα αναφοράς)			
PRQ Κοινωνική υποστήριξη	0,85	0,16	0,51***
Ύπαρξη συννόησης	3,21	4,11	0,08

Note. Dependent: συναισθηματική ευεξία, $R^2 = 0,34$ ($p < .0001$)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Σχετικά με την υποκλίμακα Γενική Υγεία, το μοντέλο (Πίνακας 19) είχε συντελεστή προσδιορισμού εξηγώντας το 32% της συνολικής μεταβλητότητας [$F(2)=3,25$, $p=0,001$]. Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο η κοινωνική υποστήριξη (PRQ 2000) προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την βαθμολογία στην υποκλίμακα συναισθηματική ευεξία ($b=0,47$) ενώ οι άλλοι παράγοντες δεν την προέβλεπαν.

Πίνακας 19: Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης στην υποκλίμακα γενική υγεία.

	B	SE B	β
(Constant)	-1,56	12,98	
Ηλικία 75 και άνω	-3,23	4,68	-0,07
Ηλικία 65 – 75 (ομάδα αναφοράς)			
Φροντίδα από σύζυγο	7,98	4,40	0,21
Φροντίδα από σύζυγο και παιδιά			
Φροντίδα από παιδιά και αδέρφια, μόνος (ομάδες αναφοράς)	8,93	5,38	0,19
Οικογένεια έγγαμος	-7,07	5,31	-0,18
Άγαμος (ομάδα αναφοράς)			
Καρκίνος στο γαστρεντερικό	1,58	3,41	0,04
Καρκίνος πνεύμονα (ομάδα αναφοράς)			
Εκπαίδευση δευτεροβάθμια	-6,99	4,09	-0,19
Εκπαίδευση τριτοβάθμια			
Εκπαίδευση πρωτοβάθμια (ομάδα αναφοράς)	-5,50	4,88	-0,13
Εισόδημα άνω 1000 ευρώ			
Εισόδημα 500-1000 και 0-500 ευρώ (ομάδες αναφοράς)	4,19	4,10	0,11

Παιδιά ναι			
Παιδιά όχι (ομάδα αναφοράς)	4,18	5,31	0,09
Άνδρας			
Γυναίκα (ομάδα αναφοράς)	1,79	3,64	0,05
PRQ Κοινωνική υποστήριξη	0,69	0,15	0,47***
Ύπαρξη συννόησης	-3,56	3,68	-0,10
<i>Σημείωση: Dependent: Συναισθηματική ευεξία, $R^2 = 0,34$ ($p < .0001$)</i>			
<i>* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$</i>			

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο είναι δύο παράμετροι οι οποίες επιδρούν σε σημαντικό βαθμό τόσο στη επιλογή όσο και στα αποτελέσματα της θεραπείας των ασθενών που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία. Η εκτίμησή τους επιδρά σε σημαντικό βαθμό στον καθορισμό και τα αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου. Η παρούσα έρευνα επιχείρησε να αξιολογήσει τις δύο αυτές παραμέτρους.

Το δείγμα των ασθενών ήταν 104 άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών. Από αυτούς το 80% ήταν ηλικίας 65-75 ετών, το 17,1 ηλικίας 75 -85 ετών, ενώ μόλις το 2,9% ήταν >85 ετών. Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι το 60% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και το 70% των θανάτων που οφείλονται στον καρκίνο, παρουσιάζεται σε ασθενείς >65 ετών, φθάνοντας μέχρι τα 80 περίπου έτη (Cinar & Tas, 2015). Άλλες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η εμφάνιση του καρκίνου αυξάνεται στο μέγιστο στις ηλικίες 75-85 ετών και παρουσιάζει μείωση έως και ισοπέδωση σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών (Cinar and Tas, 2015).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, έπασχαν από καρκίνο του πνεύμονα (57,7%) και του γαστρεντερικού συστήματος(42,3%). Την φροντίδα τους είχαν αναλάβει κυρίως ο/η σύζυγος, τα παιδιά τους, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ασθενών φρόντιζαν οι ίδιοι τον εαυτό τους.

Έρευνες που έχουν γίνει σε ασθενείς με καρκίνο με μέση ηλικία τα 65 έτη, έδειξαν ότι αυτοί θεωρούν ότι ο/η σύζυγός τους είναι η πιο σημαντική πηγή κοινωνικής υποστήριξης (Geue et al, 2019). Επιπλέον έρευνες έδειξαν ότι οι παντρεμένοι ασθενείς με καρκίνο, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και ανησυχίας και πιο γρήγορη προσαρμοστικότητα στα προβλήματα της ασθένειάς τους, από ότι οι μοναχικοί ασθενείς (Naseri & Taleghani, 2012).

Οι μισοί ασθενείς από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν κάποια μορφή συννοσηρότητας (κυρίως υπέρταση και διαβήτη). Η συννοσηρότητα παρουσιάζεται πολύ συχνά στους ασθενείς αυτής της ηλικιακής ομάδας, και σύμφωνα με μελέτες υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ αυτής και των νεοπλασματικών νοσημάτων, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη (Estape, 2018). Σε κλινική δοκιμή που έγινε με σκοπό τη σωστή διαχείριση ηλικιωμένων ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα έλαβαν μέρος 566 ασθενείς, με μέση ηλικία τα 77 έτη. Μετά από γηριατρική αξιολόγηση το 23% από αυτούς μόνο έλαβαν υποστηρικτική θεραπεία. Από τους ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία αυτοί που κατά τη γηριατρική αξιολόγηση

παρουσίασαν τα λιγότερα προβλήματα είχαν καλή αποδοχή της θεραπείας και λιγότερα προβλήματα σε ότι αφορά την τοξικότητα (Gajra et al, 2016).

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν μέτρια. Το κυριότερο σύμπτωμα το οποίο επηρέαζε την ποιότητα της ζωής των ασθενών ήταν ο πόνος, ενώ είχαν υψηλή συναισθηματική ευεξία. Η διαχείριση του πόνου στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο είναι δύσκολη και περίπλοκη. Η μη αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, άγχος, απομόνωση, διαταραχές ύπνου και όρεξης και ιδιαίτερα στην απώλεια λειτουργικής ικανότητας και ποιότητας ζωής (Gutierrez et al, 2015)

Οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα λάμβαναν ικανοποιητική κοινωνική υποστήριξη από άτομα τα οποία ήταν κοντά τους τα αγαπούσαν και νοιάζονταν γι' αυτούς. Ελάχιστοι όμως από αυτούς συμμετείχαν σε κάποια ομάδα στην οποία μπορούσαν να νιώθουν σημαντικοί. Με βάση την βιβλιογραφία, κύρια πηγή φροντίδας και ενδυνάμωσης του ογκολογικού ασθενή και ιδιαίτερα του ηλικιωμένου είναι τα μέλη του οικογενειακού του περιβάλλοντος (σύντροφοι, παιδιά). Αυτοί καλούνται να αντιμετωπίσουν και να προσαρμοστούν σε ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, να συνυπάρξουν ενδεχομένως με ένα διαφορετικό άτομο από εκείνο με το οποίο μοιράζονταν μέχρι εκείνη την στιγμή έναν ισχυρό δεσμό (Σαραντοπούλου, 2018).

Στην παρούσα έρευνα η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει θετικά την φυσική κατάσταση, την ενέργεια/κόπωση, την συναισθηματική ευεξία και την γενική υγεία των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο. Η πιο μεγάλη επιρροή της κοινωνικής υποστήριξης είναι στον τομέα της συναισθηματικής ευεξίας και της γενικής υγείας. Έτσι οι ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι έχουν υποστήριξη από το οικογενειακό, φιλικό ή κοινωνικό περιβάλλον έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής στους παραπάνω τομείς. Μελέτες έδειξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη κάνει τους ασθενείς με καρκίνο πιο αισιόδοξους και τους δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξουν τη πεποίθηση και την ελπίδα ότι θα νικήσουν τον καρκίνο (Li et al, 2016). Περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 71 ασθενείς άνω των 60 ετών οι οποίοι λάμβαναν χημειοθεραπεία, έδειξε ότι το υψηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης βοήθησε τους ασθενείς στο να αισθάνονται ασφάλεια και να έχουν χαμηλά επίπεδα κόπωσης (Karakoc & Yurtsever, 2010).

Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Ευρωπαϊκή χώρα, με σκοπό τον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ της κόπωσης και της κοινωνικής υποστήριξης σε ηλικιωμένα άτομα που λάμβαναν χημειοθεραπεία, συμμετείχαν 71 ασθενείς άνω των 60

ετών που έλαβαν χημειοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν καλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης αισθάνονταν ασφάλεια και αυτό βοήθησε στη μείωση του επιπέδου της κόπωσης που βίωναν από τη χημειοθεραπεία (Karakoc, & Yurtsever, 2010).

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της παρούσας έρευνας, το φύλο των ηλικιωμένων ασθενών δεν σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής τους και την κοινωνική υποστήριξη που αυτοί δέχονται. Έρευνα που έγινε από το Ινστιτούτο Ερευνών H. Lee Moffit όπου έλαβαν μέρος 94 ηλικιωμένοι ασθενείς που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία (35 άντρες και 59 γυναίκες), έδειξε ότι (ανεξάρτητα από το φύλο των ασθενών) η κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν επέδρασε θετικά στην ποιότητα της ζωής τους (Balducci & Fossa, 2013).

Με βάσει τα στατιστικά αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι ηλικιωμένοι ασθενείς (>75 ετών), είχαν μικρότερη φυσική λειτουργία, αισθάνονταν μεγαλύτερη κόπωση και πόνο, και είχαν λιγότερη ενεργεία σε σχέση με τους ασθενείς 65-75 ετών. Επίσης οι κοινωνικές τους επαφές άλλα και η κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν ήταν μικρότερη σε σχέση με τους ασθενείς της ηλικιακής ομάδας 65-75 ετών. Αυτό δείχνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών, τόσο μειώνεται η ποιότητα ζωής (ιδιαίτερα στους τομείς της φυσικής λειτουργίας, της ενέργειας/κόπωσης, της κοινωνικής λειτουργίας και του πόνου) και η κοινωνική υποστήριξη. Έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ σε 1460 ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο διερεύνησε την ανάγκη τους για κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν μειωμένα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (λόγω συνταξιοδότησης, χηρείας). Αυτό τους οδηγεί σε απομόνωση και μοναξιά, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα της ζωής τους (Kadambi et al, 2020). Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 96 ασθενείς (36 γυναίκες και 60 άντρες) με μέση ηλικία τα 73,5 έτη, φάνηκε ότι η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο, σχετίζεται θετικά με την ποιότητα της ζωής τους. Φάνηκε επίσης ότι η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης μείωσε κατά πολύ την κατάθλιψη και το αίσθημα της κόπωσης (Robb et al, 2013).

Τα στατιστικά δεδομένα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο μόρφωσης των ηλικιωμένων ασθενών, τόσο καλύτερο ήταν το επίπεδο ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης. Μελέτη που έγινε στην Κίνα, μελέτησε 803 ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου ως προς το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι

ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είχαν πολύ μικρή κοινωνική υποστήριξη σε σχέση με ασθενείς που είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Yanjie et al, 2015).

Στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στην ποιότητα ζωής και την κοινωνική υποστήριξη μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι είχαν παιδιά και αυτών που δεν είχαν παιδιά. Οι παντρεμένοι ασθενείς είχαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τους ασθενείς οι οποίοι δεν ήταν παντρεμένοι. Μελέτη εξέτασε τα επίπεδα ελπίδας και κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ των παντρεμένων ασθενών με καρκίνο σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν σύζυγο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ελπίδα και η κοινωνική υποστήριξη των παντρεμένων ασθενών ήταν σε πιο υψηλά επίπεδα σε σχέση με τους ανύπαντρους ασθενείς (Goldzweig et al, 2016). Άλλη μελέτη που έγινε σε 53 ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο, σε μεγάλο νοσοκομείο της Βόρειας Ελλάδας, έδειξε ότι οι παντρεμένοι ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη από τους υπόλοιπους ασθενείς (Lavdaniti et al, 2017).

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της παρούσας έρευνας, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι είχαν υψηλό σχετικά εισόδημα (>1000 ευρώ) είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε ότι αφορά την συναισθηματική τους κατάσταση και τη γενική υγεία αλλά και υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τους ασθενείς οι οποίοι είχαν χαμηλό εισόδημα (<500 ευρώ). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ με 136 συμμετέχοντες ηλικίας >65 ετών, με διάγνωση καρκίνου του μαστού, παχέος εντέρου, πνεύμονα και προστάτη, η οποία διερεύνησε τα επίπεδα της ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης που λάμβαναν οι ασθενείς σε σχέση με το εισόδημα τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα είχαν χειρότερη υγεία και κοινωνική υποστήριξη από τα άτομα με πιο υψηλό εισόδημα και αδυναμία πρόσβασης σε τομείς φροντίδας που θα συνέβαλαν στην απόκτηση καλύτερης ποιότητας ζωής (Schwartz et al, 2019).

Με βάσει τα στατιστικά δεδομένα της παρούσας έρευνας οι ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν φροντίδα από τον/την σύζυγο και τα παιδιά τους είχαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα μόνο από τα παιδιά τους ή τ' αδέρφια τους ή από αυτούς που φρόντιζαν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Ανάλυση που αφορούσε γηριατρικό πληθυσμό με καρκίνο, έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που ζούσαν με τον/την σύζυγό τους, είχαν μειωμένο κίνδυνο άγχους, κατάθλιψης και θνησιμότητας σε σχέση με τους άγαμους ασθενείς. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ασθενείς που είχαν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής

υποστήριξης είχαν καλύτερη ψυχική υγεία και καλύτερη ποιότητα ζωής (Kadambi et al, 2020).

Στη μέτρηση της ποιότητα ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων ασθενών με βάση τον τύπο του καρκίνου, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επίσης κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών ως προς τη διάρκεια από την αρχική διάγνωση, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Προοπτική μελέτη 331 ασθενών, με μέση ηλικία τα 72 έτη με καρκίνο του μαστού ερεύνησε την ποιότητα ζωής και την κοινωνική υποστήριξη των ασθενών στο χρονικό διάστημα των δύο ετών. Τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης εμφανίστηκαν σταθερά στο διάστημα των 2 ετών (Jatoi et al, 2016).

Στην παρούσα έρευνα οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι είχαν ένα συνοδό νόσημα, είχαν τα ίδια επίπεδα ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης με τους ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν κάποιο μορφή συννοσηρότητας. Ωστόσο, οι ασθενείς με συννοσηρότητα είχαν ψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας από τους υπόλοιπους ηλικιωμένους ασθενείς. Σε μελέτη που διεξήχθη στη Νότια Καρολίνα, στην οποία συμμετείχαν 86 Αμερικανίδες Κινεζικής καταγωγής και 71 Κορεατικής καταγωγής οι οποίες επέζησαν από καρκίνο του μαστού, φάνηκε ότι η ύπαρξη συνοδών νοσημάτων επηρέασε αρνητικά την σωματική και ψυχική υγεία αυτών των γυναικών και αυτό είχε επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους (Lim, 2018). Σε άλλη μελέτη με δείγμα 174 ασθενών με καρκίνο (με μέση ηλικία τα 70 έτη), με τουλάχιστον μια συννοσηρότητα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, κυρίως στις υποκλίμακες γενική υγεία, σωματικός πόνος, φυσική λειτουργία και ζωτικότητα (Efficace et al, 2016).

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ειδικότερα των ηλικιωμένων. Οι επιπτώσεις αυτές είναι ακόμη μεγαλύτερες όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν επιπλέον προβλήματα λόγω της προχωρημένης τους ηλικίας. Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης με βεβαιότητα είναι πολύ σημαντική για τους ηλικιωμένους, πόσο δε μάλλον όταν βρίσκονται αντιμετώπι με μια σοβαρή και απειλητική για τη ζωή ασθένεια και υποβάλλονται σε επίπονες θεραπείες.

Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στον τομέα της υγείας.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο πρέπει να έχουν το ίδιο δικαίωμα αλλά και την πρόσβαση στην περίθαλψη όπως και κάθε νεότερος ασθενής. Έτσι προλαμβάνονται χειρότερες καταστάσεις οι οποίες επηρεάζουν την αυτονομία και την αξιοπρέπεια αυτών των ασθενών, με αποτέλεσμα να μειώνεται σοβαρά η ποιότητα ζωής τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η ύπαρξη μιας καλής ποιότητας ζωής και η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο, αυτής της ηλικιακής ομάδας επηρεάζουν θετικά την πορεία της υγείας τους (σωματικής και ψυχολογικής).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο με την μεγαλύτερη ηλικία είχαν μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Επίσης, υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης είχαν οι ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν φροντίδα από την οικογένειά τους, είχαν υψηλό μηνιαίο εισοδήματα, και υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι ανήκαν στην ίδια ηλικιακή ομάδα.

Κάποιες προτάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλλουν περισσότερο στην υποστήριξη αυτής της ομάδας ασθενών παρατίθενται συνοπτικά:

- Οι ασθενείς προχωρημένης ηλικίας είναι σημαντικό να αποκτήσουν εύκολη πρόσβαση σε δημόσια διαγνωστικά κέντρα. Πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν προληπτικές εξετάσεις ώστε να μπορούν να διαγνωστούν έγκαιρα νοσήματα που είναι επικίνδυνα για την ζωή τους, όπως ο καρκίνος. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου οδηγεί στην χορήγηση πιο αποτελεσματικής θεραπείας, ώστε να αποφεύγονται σοβαρές και δυσάρεστες καταστάσεις για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

- Το σύστημα υγείας πρέπει να αναπτύξει τους φορείς εκείνους που θα παρέχουν την ανάλογη υποστήριξη (ψυχολογική και σωματική) τόσο στους ηλικιωμένους ογκολογικούς ασθενείς, όσο και στους φροντιστές τους. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς και οι φροντιστές τους έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη. Οι φροντιστές των ασθενών αυτών μπορεί να είναι οι ηλικιωμένοι σύζυγοί τους ή τα παιδιά τους, οι όποιοι συχνά παραμελούν τις προσωπικές τους ανάγκες και υποχρεώσεις, για να βοηθήσουν τον ασθενή, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν μεγάλη κόπωση. Έχουν ανάγκη λοιπόν βοήθειας ώστε να μπορέσουν να ασχοληθούν και με τις δίκες τους ανάγκες.
- Ειδικότερα η μέριμνα του κράτους πρέπει να στραφεί στους ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον, οι όποιοι αναγκάζονται να φροντίζουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται βοήθεια και στήριξη για να καλύψουν τις καθημερινές τους ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να είναι βοήθεια στην εξασφάλιση προϊόντων διατροφής, βοήθεια στην καθημερινή καθαριότητα, στην μετακίνησή τους από και προς το νοσοκομείο για την χορήγηση της θεραπείας τους και τέλος καθημερινή παρακολούθηση για να εντοπιστούν πιθανές ενδείξεις τοξικότητας από την θεραπεία ώστε να γίνει άμεση η μετάβασή τους στο νοσοκομείο.
- Επιπλέον θα πρέπει να αναπτυχθούν δημόσιες κτηριακές υποδομές για τη στέγαση και νοσηλεία ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου και δεν έχουν υποστηρικτικό συγγενικό-φιλικό περιβάλλον ή δεν έχουν οικονομικούς πόρους. Θα πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς αυτούς ανακουφιστική αγωγή για τη διαχείριση των επώδυνων συμπτωμάτων από τον καρκίνο, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη, ώστε να οδηγηθούν σε ένα αξιοπρεπή και ειρηνικό θάνατο.

Οι ερευνητές θα πρέπει να ασχοληθούν περισσότερο με τις ανάγκες των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο και να δημιουργήσουν περισσότερα εξειδικευμένα ερευνητικά πρωτόκολλα για αυτή την ηλικιακή ομάδα ασθενών η οποία αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο μελλοντικά. Αναλυτικότερα, θα πρέπει τα πρωτόκολλα αυτά να προσαρμόζονται στις ομάδες ασθενών προχωρημένης ηλικίας και στις ιδιαιτερότητές τους π.χ. αναπηρία λόγω συνοδού νοσήματος ή ατυχήματος.

Η έρευνα της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία πρέπει να αυξηθεί στο

μέλλον, λόγω της επερχόμενης γήρανσης του πληθυσμού και των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΙΕΘΝΗ - ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Antonio M, Saldaña J, Linares J, Ruffinelli JC, Palmero R, Navarro A, ... & Nadal E. Geriatric assessment may help decision-making in elderly patients with inoperable, locally advanced non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer* 2018;118(5):639-647.
2. Balducci L & Dolan D. Palliative care of cancer in patient. *Curr Oncol Rep.* 2016;18(12):70.
3. Balducci L & Fossa SD. Rehabilitation of older cancer patients. *Acta Oncol.* 2013;52(2):233-238.
4. Bernad D, Zysnarska M & Adamek R. Social support for cancer-Selected problems. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2010;15(2):47-50.
5. Brito TRP, Penido GSG, Silva JG, Fava SMCL & Nascimento MC. Factors associated with perceived social support in older people with cancer. *Geriatr Gerontol Aging* 2021;15:e0210004. <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212000104>.
6. Cheng KK-F, Lim EY-T & Kanesvaran R. Quality of life of elderly patients with solid tumours undergoing adjuvant cancer therapy: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8(1):e018101.
7. Cinar D & Tas D. Cancer in the elderly. *North Clin Istanb.* 2015;2(1):73-80.
8. Cowherd SM. Tumor staging and grading: a primer. *Methods Mol Biol.* 2012;823:1-18.
9. Curtin F & Schulz P. Multiple correlations and Bonferroni's correction. *Biol Psychiatry* 1998;44(8):775-777.
10. Czerw A, Religioni U, Deptała A & Fronczak A. Application of the BPCQ questionnaire to assess pain management in selected types of cancer. *Ann Agric Environ Med.* 2016;23(4):677-682.
11. Drageset J, Sandvik RK, Eide LSP, Austrheim G, Fox M & Beisland EG. Quality of life among cancer inpatients 80 years and older: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2021;19(1):98.
12. Efficace F, Rosti G, Breccia M, Cottone F, Giesinger JM, Stagno F, ... & Baccarani M. The impact of comorbidity on health-related quality of life in elderly patients with chronic myeloid leukemia. *Ann Hematol.* 2016;95(2):211-219.

13. Estapé T. Cancer in the elderly: Challenges and barriers. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018;5(1):40-42.
14. Extermann M. Geriatric oncology: an overview of progresses and challenges. *Cancer Res Treat.* 2010;42(2):61-68.
15. Fitch MI, McAndrew A & Harth T. Perspectives from older adults receiving cancer treatment about the cancer-related information they receive. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2015;2(3):160-168.
16. Framework IC. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care* 1992;30(6):473-483.
17. Gajra A, Anand A, Loh KP & Mohile S. Treatment dilemma in the care of older adults with advanced lung cancer. *J Thorac Dis.* 2016;8(11):E1497-E1500.
18. Geue K, Götze H, Friedrich M, Leuteritz K, Mehnert-Theuerkauf A, Sender A, ... & Köhler N. Perceived social support and associations with health-related quality of life in young versus older adult patients with haematological malignancies. *Health Qual Life Outcomes* 2019;17(1):145.
19. Given B & Given CW. Older adults and cancer treatment. *Cancer* 2008;113(Supl12):3505-3511.
20. Given BA, Sherwood P & Given CW. Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011;20(10):2015-2021.
21. Goldzweig G, Baider L, Andritsch E & Rottenberg Y. Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: an actor–partner interdependence model. *Future Oncol.* 2016;12(24):2801-2809.
22. Cabezón-Gutiérrez L, Gómez-Pavón J, Pérez-Cajaraville J, Vilorio-Jiménez MA, Álamo-González C & Gil-Gregorio P. Update on oncological pain in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(6):289-297.
23. Henley SJ, Ward EM, Scott S, Ma J, Anderson RN, Firth AU, ... & Kohler BA. Annual report to the nation on the status of cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer* 2020;126(10):2225-2249.
24. Heydarnejad MS, Hassanpour DA and Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci.* 2011;11(2):266-270.
25. Holm S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scand. J Statist.* 1979;6(2):65-70. <https://www.jstor.org/stable/4615733>.

26. Hu T, Xiao J, Peng J, Kuang X & He B. Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *J Cancer Res Ther.* 2018;14(1):72-77.
27. Jatoi A, Muss H, Allred JB, Cohen HJ, Ballman K, Hopkins JO, ... & Hurria A. Social support and its implications in older, early-stage breast cancer patients in CALGB 49907 (Alliance A171301). *Psychooncology* 2016;25(4):441-446.
28. Jitender S, Mahajan R, Rathore V & Choudhary R. Quality of life of cancer patients. *J Exp Ther Oncol.* 2018;12(3):217-221.
29. Kadambi S, Soto-Perez-de-Celis E, Garg T, Loh KP, Krok-Schoen JL, Battisti NML, ... & Hsu T. Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *J Geriatr Oncol.* 2020;11(2):217-224.
30. Karakoç T & Yurtsever S. Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs* 2010;14(1):61-67.
31. Kim J & Hurria A. Determining chemotherapy tolerance in older patients with cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013;11(12):1494-1502.
32. Konstantinidis T, Linardakis M, Samonis G & Philalithis A. Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece. *Hippokratia* 2016;20(2):139-146.
33. Lai AG, Pasea L, Banerjee A, Denaxas S, Katsoulis M, Chang WH & Hemingway H. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *MedRxiv* 2020.
<https://www.acemap.info/paper/452022106>.
34. Lavdaniti M, Zyga S, Vlachou E & Sapountzi-Krepia D. Quality of life in elderly cancer patients undergoing chemotherapy. *Adv Exp Med Biol.* 2017;989:291-295.
35. Leinert E, Singer S, Janni W, Harbeck N, Weissenbacher T, Rack B, ... & Eichler M. The impact of age on quality of life in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a comparative analysis from the prospective multicenter randomized ADEBAR trial. *Clin Breast Cancer* 2017;17(2):100-106.
36. Li MY, Yang YL, Liu L & Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2016;14:73.

37. Lim JW. The impact of comorbidity on the relationship between life stress and health-related quality of life for Chinese-and Korean-American breast cancer survivors. *Ethn Health* 2018;23(1):16-32.
38. Liu T, Gu Y, Chen K & Shen X. Quality of recovery in patients undergoing endoscopic sinus surgery after general anesthesia: total intravenous anesthesia vs desflurane anesthesia. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2019;9(3):248-254.
39. Malak MZ, Tawalbeh LI & Al-Amer RM. Depressive symptoms among older Jordanian patients with cancer undergoing treatment. *Clin Gerontol.* 2021;44(2):133-142.
40. Marosi C & Koller M. Challenge of cancer in the elderly. *ESMO Open* 2016;1(3):e000020.
41. Miranzadeh S, Adib-Hajbaghery M, Soleymanpoor L & Ehsani M. A New mouthwash for Chemotherapy Induced Stomatitis. *Nurs Midwifery Stud.* 2014;3(3):e20249.
42. Mohile SG, Epstein R M, Hurria A, Heckler CE, Canin B, Culakova E, ... & Dale W. Communication with older patients with cancer using geriatric assessment: A cluster-randomized clinical trial from the National Cancer Institute Community Oncology Research Program. *JAMA Oncol.* 2020;6(2):196-204.
43. Moujaess E, Kourie HR, Ghosn M. Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: A systematic review of current evidence. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2020;150:102972.
44. Naseri N & Taleghani F. Social support in cancer patients referring to Sayed Al-Shohada Hospital. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(4):279-283.
45. Onder G, Rezza G & Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *Jama* 2020;323(18):1775-1776.
46. Overcash J, Ford N, Kress E, Ubbing C & Williams N. Comprehensive geriatric assessment as a versatile tool to enhance the care of the older person diagnosed with cancer. *Geriatrics* 2019;4(2):39.
47. Pappa E, Chatzikonstantinidou S, Chalkiopoulos G, Papadopoulos A & Niakas D. Health-related quality of life of the Roma in Greece: the role of socio-economic characteristics and housing conditions. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(6):6669-6681.
48. Pedersen JK, Engholm G, Skytthe A & Christensen K. Cancer and aging: epidemiology and methodological challenges. *Acta Oncol.* 2016;55(Suppl1):7-12.

49. Robb C, Lee A, Jacobsen P, Dobbin KK & Extermann M. Health and personal resources in older patients with cancer undergoing chemotherapy. *J Geriatr Oncol.* 2013;4(2):166-173.
50. Schwartz RM, Ornstein KA, Liu B, Alpert N, Bevilacqua KG & Taioli E. Change in quality of life after a Cancer diagnosis among a nationally representative cohort of older adults in the US. *Cancer Invest.* 2019;37(7):299-310.
51. Shrestha A, Martin C, Burton M, Walters S, Collins K & Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: a systematic literature review. *Psychooncology* 2019;28(7):1367-1380.
52. Sitlinger A & Zafar SY. Health-related quality of life: the impact on morbidity and mortality. *Surg Oncol Clin N Am.* 2018;27(4):675-684.
53. Sosnowski R, Kulpa M, Ziętalewicz U, Wolski JK, Nowakowski R, Bakula R & Demkow T. Basic issues concerning health-related quality of life. *Cent European J Urol.* 2017;70(2):206-211.
54. Sourdet S, Brechemier D, Steinmeyer Z, Gerard S & Balardy L. Impact of the comprehensive geriatric assessment on treatment decision in geriatric oncology. *BMC Cancer* 2020;20(1):384.
55. Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, Miccinesi G, Ricciuti M, Cifarelli W, ... & Aieta M. Evaluation of social support, quality of life, and body image in women with breast cancer. *Breast Care (Basel)* 2016;11(1):28-32.
56. Swaminathan D & Swaminathan V. Geriatric oncology: problems with under-treatment within this population. *Cancer Biol Med.* 2015;12(4):275-283.
57. Temiz G & Durna Z. Evaluation of quality of life and health care needs in cancer patients receiving chemotherapy. *J Cancer Educ.* 2020;35(4):796-807.
58. Üstündağ S & Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2015;2(1):17-25.
59. Williams GR, Pisu M, Rocque GB, Williams CP, Taylor RA, Kvale EA, ... & Kenzik KM. Unmet social support needs among older adults with cancer. *Cancer* 2019;125(3):473-481.
60. Wang Y, Zhu L, Yuan F, Kang L, Jia Z, Chen D, ... & Feng Z. The relationship between social support and quality of life: Evidence from a prospective study in Chinese patients with esophageal carcinoma. *Iran J Public Health* 2015;44(12):1603-1612.

61. Yoo GJ, Levine EG, Aviv C, Ewing C & Au A. Older women, breast cancer, and social support. *Support Care Cancer* 2010;18(12):1521-1530.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αδαμακίδου Θ. Η έννοια της ποιότητας ζωής στην ανακουφιστική φροντίδα. Μάιος 2019.
2. Βαμβακάς Λ, Καραμπεάζης Α, Πάλλης Α. Γηριατική αξιολόγηση του ηλικιωμένου ογκολογικού ασθενούς. *Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία* 2011;2(2):89-98.
3. Ποντισίδης Γ, Μπελλάλη Θ. Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2015;8(4):6-16.
4. Πάλλης Α, Βαμβακάς Λ, Καραμπεάζης Α. Βιολογία της γήρανσης και καρκίνος. *Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία* 2011;2(2):80-81.
5. Σαραντοπούλου Ζ. Ο καρκίνος ως χρόνιο νόσημα. Ο ρόλος της οικογένειας ως παράγοντας υποστήριξης του ογκολογικού ασθενούς. Η έννοια της επιβάρυνσης των φροντιστών. «Ενδυνάμωση» του ασθενούς. *Επιστημονικά Χρονικά* 2018; 23(1):71-80.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών με καρκίνο ηλικίας ≥ 65 ετών που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία.

Υλικό-Μέθοδος: Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional research) με δείγμα 104 ασθενείς τρίτης ηλικίας (≥ 65 ετών) οι οποίοι επισκέπτονταν για τη χημειοθεραπεία τους το ογκολογικό τμήμα ή το Εξωτερικό Ογκολογικό Ιατρείο κεντρικού νοσοκομείου της Αθήνας. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το ερωτηματολόγιο PRQ-2000 για την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών στοιχείων. Σαν κριτήριο σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,5$.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 104 άτομα, από τους οποίους 65 ήταν άντρες (62,5%) και 39 γυναίκες (37,5%). Το 42,3% των συμμετεχόντων έπασχαν από καρκίνο του γαστρεντερικού και το 57,7% από καρκίνο του πνεύμονα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ηλικίας 65-75 ετών (80%) και μόλις το 2% ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 85 ετών. Σύμφωνα με τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου SF-36, η ποιότητα ζωής των ασθενών στις περισσότερες υποκλίμακες ήταν σχετικά μέτρια (42,7-62,61). Η υποκλίμακα του πόνου είχε την υψηλότερη βαθμολογία (78,75), ενώ η υποκλίμακα της κοινωνικής λειτουργίας είχε τη μικρότερη βαθμολογία (42,79). Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο PRQ-2000, η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών ήταν ικανοποιητική (81,65) με εύρος παρατηρούμενων τιμών από 48 έως 105. Οι ασθενείς από 65-75 ετών είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, οι ασθενείς οι οποίοι είχαν οικογένεια, υψηλό σχετικά εισόδημα και λάμβαναν φροντίδα από τους/τις συζύγους τους είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη από τους ανύπαντρους, αυτούς με χαμηλό εισόδημα και εκείνους που λάμβαναν φροντίδα από τα παιδιά τους.

Συμπεράσματα: Η κοινωνική λειτουργικότητα φαίνεται να είναι η πλέον αρνητικά επηρεασμένη παράμετρος της ποιότητας ζωής. Ασθενείς που χρήζουν κοινωνικής υποστήριξης είναι εκείνοι με χαμηλό εισόδημα, χωρίς υποστηρικτικό οικογενειακό δίκτυο, και μάλιστα εκείνοι χωρίς σύντροφο/σύζυγο. Απαιτούνται περισσότερες

μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα και να σχεδιαστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, κοινωνική υποστήριξη, ηλικιωμένοι, καρκίνος, χημειοθεραπεία.

ABSTRACT

This study aims to examine the quality of life and social support in older Greek cancerpatients (≥ 65 years) undergoing chemotherapeutic treatment.

Material-Method: This study was conducted in a cross-sectional manner, based on questionnaire surveys completed by sequential out- and in- elderly cancer patients conducted in a General Hospital in Athens. The SF-36 quality of life questionnaire, and PRQ-2000 social support questionnaire were used, and demographic data were collected. An electronic record of 104 elderly patients clinical data was retrieved from the hospital's electronic medical record system. A p-value of 0.05 was considered as statistically significant.

Results: All participants enrolled were 104; 65 (62,5%) males, rest 39 (37,5%) females, whereas 42,3% recorded with gastrointestinal cancer, and 57,7% with lung cancer. Participants were excluded when they had missing personal information and/or clinical data and all had signed informed consent document. Median age was 72 years. SF-36 questionnaire collective data, revealed in most sub-scales relatively moderate (42,7-62,61) quality of life. Pain sub scale recorded highest score level (75), and social function the lower (42.79).Results acquired from PQR-2000 questionnaire, indicate satisfying social support measured (81,65) with values ranging(48-105). Enrolled 65-75 years old patients, reported better quality of life and higher social support than the older ones. Evaluated patients with their own family, relatively high incomes, indicated better quality of life and social support compared to single's, with low income, cared by their children.

Conclusion: Social Function has a negative impact on the participant;s quality of life. Findings confirm the importance of a public network of social services targeting older persons with low income, living alone. Further research, based on larger samples, is required to conclude in robust results underlying interventions should be accordingly designed.

Key words: Quality of life, social support, elderly, cancer, chemotherapy.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης για τη συμμετοχή στη έρευνα

«Ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη ασθενών τρίτης ηλικίας με καρκίνο υπό Χημειοθεραπεία».

Ερευνήτρια: Ελένη Κυριαζίδου , Νοσηλεύτρια, μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια :Ουρανία Γκοβίνα.

Δέχομαι να συμμετέχω στην έρευνα με θέμα: «Ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη ασθενών τρίτης ηλικίας με καρκίνο υπό Χημειοθεραπεία».

Η Έρευνα αυτή διεξάγεται από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Νοσηλευτική Σχολή), με ερευνήτρια την Ελένη Κυριαζίδου, στα πλαίσια της απόκτησης του Μεταπτυχιακού Διπλώματος.

Η ερευνήτρια μου εξήγησε το στόχο της μελέτης και απάντησε στις ερωτήσεις μου. Επίσης πληροφορήθηκα ότι η συμμετοχή ή η άρνησή μου να απαντήσω στις ερωτήσεις δεν θα έχει επίπτωση στις υπηρεσίες τις οποίες μπορεί να λάβω από κάθε επαγγελματία φροντίδας υγείας.

Τα πιθανά οφέλη της έρευνας αυτής είναι ότι έχω την ευκαιρία να εκφράσω τα προβλήματα μου σε ένα αντικειμενικό ερευνητή και ότι οι πληροφορίες που μοιράζομαι , ίσως βοηθήσουν άλλους ανθρώπους με παρόμοια προβλήματα ή καταστάσεις στο μέλλον.

Εξουσιοδοτώ δια του παρόντος την ερευνήτρια να κάνει τις μετρήσεις που απαιτεί η έρευνα και να διαβάσει το φάκελό μου. Η συμμετοχή μου στην έρευνα υπόκειται στους ακόλουθους όρους:

1. Θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία των απαντήσεών μου
2. Το ονοματεπώνυμό μου δεν θα χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση των απαντήσεών μου αλλά θα χρησιμοποιηθούν κωδικοί αριθμοί αντί αυτού.
3. Δεν θα αναφερθούν εξατομικευμένα αποτελέσματα, αλλά οι απαντήσεις μου θα δοθούν υπό τη μορφή μέσων όρων ή άλλων αντιπροσωπευτικών τιμών.

Υπογραφή ασθενούς

Υπογραφή ερευνήτριας

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο	Άνδρας	
	Γυναίκα	
Ηλικία	65-75	
	75-85	
	85 και άνω	
Υπηκοότητα	Ελληνική	
	Άλλη	
Τόπος κατοικίας	Αθήνα	
	Περιφέρεια	
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	
	Δευτεροβάθμια	
	Τριτοβάθμια	
Ασφαλιστική κάλυψη	Ναι	
	Όχι	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	
	Άγαμος/η	
	Χήρος/α	
Παιδιά	Ναι	
	Όχι	
Άτομα με τα οποία συγκατοικείτε	Σύζυγος	
	Παιδιά	
	Μόνος	
Μηνιαίο εισόδημα (euro)	< 500	
	500 -1000	
	>1000	
Ποιος έχει αναλάβει τη φροντίδα σας;		
Διάγνωση (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)		
Ημερομηνία διάγνωσης:		
Αναφέρετε άλλα προβλήματα υγείας		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

& ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ SF-36

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

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ

Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Εξαιρετική
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Φτωχή

Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας **τώρα**;

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Πολύ καλύτερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Λίγο καλύτερη, από τον προηγούμενο χρόνο
- Περίπου ίδια
- Λίγο χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Πολύ χειρότερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο

Περιορισμοί των δραστηριοτήτων

Οι παρακάτω στήλες αφορούν δραστηριότητες που θα μπορούσατε να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας.. **Το επίπεδο της υγείας σας τώρα σας περιορίζει** στις παρακάτω δραστηριότητες ;Αν ναι ,πόσο; **(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)**

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Με περιορίζει λίγο	Δεν με περιορίζει καθόλου
Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, παίζοντας μπάσκετ η ποδόσφαιρο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Άρση ή μεταφορά τροφίμων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μερικές φορές	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μία φορά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γονάτισμα ή σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κάνοντας μπάνιο ή ντύνοντας τον εαυτό σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προβλήματα σωματικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας;**

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
--	-----	-----

Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε δυσκολία στην εκπλήρωση της δουλειάς σας ή σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. χρειαστήκατε επιπλέον προσπάθεια)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Προβλήματα ψυχικής υγείας

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, είχατε κάποιο πρόβλημα από τα παρακάτω στη δουλειά σας ή σε κάποιες καθημερινές δραστηριότητες, **ως αποτέλεσμα κάποιων ψυχικών προβλημάτων** (π.χ. αίσθημα καταπίεσης ή άγχους) **(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)**

	Ναι	Όχι
Αναλογιστήκατε πόσο χρόνο ξοδέψατε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αξιολογήσατε τον εαυτό σας κατώτερο, από αυτό που θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεχτικά ως συνήθως	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Κοινωνικές δραστηριότητες

Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιά έκταση επέδρασαν τα ψυχικά προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητές σας με την οικογένεια, φίλους, γείτονες ή παρέες; **(Επιλέξτε μία απάντηση)**

Καθόλου

- Ελάχιστα
- Λίγο
- Μέτρια
- Πάρα πολύ

Πόνος

Πόσο πονέσατε σωματικά τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**;

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Καθόλου
- Πολύ ήπια
- Ήπια
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 4 εβδομάδων**, πόσο **ο πόνος** επέδρασε στη δουλειά σας (συμπεριλαμβανομένων και των δύο εργασιών μέσα κι έξω απ' το σπίτι);

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

Ενέργεια και συναισθήματα

Αυτές οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το πώς νιώσατε και πώς ήταν η κατάστασή σας τις **4 τελευταίες εβδομάδες**.

Για κάθε ερώτηση, δώστε την απάντηση που προσεγγίζει τον τρόπο με τον οποίο νιώσατε.

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

Πόσο χρόνο κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων...	Όλο το χρόνο	Πολύ χρόνο	Αρκετό χρόνο	Λίγο χρόνο	Πολύ Λίγο χρόνο	Καθόλου χρόνο
Αισθανθήκατε γεμάτοι από ζωντάνια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είσαστε πάρα πολύ νευρικοί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ήρεμοι και γαλήνιοι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είχατε πολύ ενέργεια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε μελαγχολικοί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε νευρικοί;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε ευτυχείς;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αισθανθήκατε κουρασμένοι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Κοινωνικές δραστηριότητες

Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, πόσες φορές η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα, αναμείχθηκαν στις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επίσκεψη σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.);

(Επιλέξτε μία απάντηση)

- Συνεχώς
- Τις περισσότερες φορές
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές

Γενικά περί υγείας

Πόσο σωστές ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω προτάσεις;

(Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε σειρά)

	Αληθής	Αρκετά αληθής	Δεν ξέρω	Αρκετά ψευδής	Ψευδής
Αρρωσταίνω ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είμαι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

(PRQ 2000, Clarann Weinert)

Παρακάτω υπάρχουν μερικές προτάσεις με τις οποίες κάποιιοι συμφωνούν και κάποιιοι όχι. Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση και κυκλώστε την απάντηση που είναι πιο κατάλληλη για σας. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση.

1. Διαφωνώ Απόλυτα 2. Διαφωνώ 3. Διαφωνώ Μερικώς 4. Είμαι Ουδέτερος 5. Συμφωνώ Μερικώς 6. Συμφωνώ 7. Συμφωνώ Απόλυτα

- | | |
|--|---------------|
| 1 Υπάρχει κάποιος που τον νοιώθω δικό μου και με κάνει να νοιώθω ασφαλής | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2 Ανήκω σε κάποια ομάδα στην οποία νοιώθω σημαντικός | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3 Οι άνθρωποι μου αναγνωρίζουν ότι τα καταφέρνω καλά στη δουλειά μου (εργασία, οικιακά) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4 Έχω στενή σχέση με το άτομο που με κάνει να νοιώθω σημαντικός | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5 Περνώ χρόνο με άλλα άτομα που έχουν τα ίδια ενδιαφέροντα με μένα | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6 Οι άλλοι μου λένε ότι τους αρέσει να δουλεύουν μαζί μου (δουλειά, επιτροπές, προγράμματα) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7 Υπάρχουν άτομα που είναι διαθέσιμα αν χρειαστώ τη βοήθειά τους για μεγάλο χρονικό διάστημα | 1 2 3 4 5 6 7 |

- 8 Με τους φίλους μου κάνουμε χάρες ο ένας στον άλλον 1 2 3 4 5 6 7
- 9 Έχω την ευκαιρία να ενθαρρύνω άλλους να αναπτύξουν τα ενδιαφέροντα και τις δεξιότητές τους 1 2 3 4 5 6 7
- 10 Έχω συγγενείς ή φίλους που θα με βοηθήσουν ακόμα και αν δε μπορώ να τους το ανταποδώσω 1 2 3 4 5 6 7
- 11 Όταν είμαι στενοχωρημένος υπάρχει κάποιος που μπορώ να είμαι μαζί του και με τον οποίο μπορώ να είμαι ο εαυτός μου 1 2 3 4 5 6 7
- 12 Γνωρίζω ότι οι άλλοι με εκτιμούν σαν άτομο 1 2 3 4 5 6 7
- 13 Υπάρχει κάποιος που με αγαπάει και νοιάζεται για μένα 1 2 3 4 5 6 7
- 14 Έχω ανθρώπους με τους οποίους μπορώ να μοιραστώ κοινωνικά γεγονότα και διασκέδαση 1 2 3 4 5 6 7
- 15 Έχω την αίσθηση ότι είμαι απαραίτητος σε ένα άλλο άτομο 1 2 3 4 5 6 7

**ΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ**

ΕVELINA PAPPΑ <evanpappa@gmail.com> Παρ, 27 Δεκ 2019, 12:00 μ.μ.

Κυρία Κυριαζίδου καλημέρα και χρόνια Πολλά,

όπως γνωρίζεται από τη σχετική δημοσίευση, έχω κάνει την εγγυροποίηση του ερωτηματολογίου SF-36 στην ελληνική γλώσσα. Για ερευνητικούς λόγους στο πλαίσιο της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης δεν απαιτείται ειδική άδεια χρήσης του. Θα πρέπει βεβαίως να υπάρχουν οι βιβλιογραφικές αναφορές για την δημιουργία του ερωτηματολογίου από τον John Ware όσο και της ελληνικής εγγυροποίησης.

Καλή επιτυχία στην έρευνα σας.

Εβελίνα Παππά

**ΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ**

1/22/2020

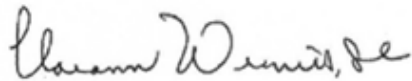
TO: Helen Kyriazidou
Michael Mela 29
Athens
Greece 11521

FR: Clarann Weinert, SC,PhD,RN,FAAN

Please let this letter serve as your permission to use the PRQ85 or PRQ2000. Any changes to question stems or answer sets must be approved in advance. Translation of the PRQ into other languages is acceptable and encouraged. If you do, in fact, use the PRQ for data collection in your study, I ask that you send me an abstract of your findings. Should you have any questions or need clarification, kindly write or e-mail cweinert@montana.edu. I will try to respond in a timely manner.

Thank you for your interest in the PRQ. I hope that this social support measure will be helpful in your research.

Sincerely,



Clarann Weinert, SC,PhD,RN,FAAN
Professor Emerita
cweinert@montana.edu
www.montana.edu/cweinert

ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

12/03/2020

Αρ. Πρωτ. : 171

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
“ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ”
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΠΡΩΤΟΚΟΛΟ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΘΕΜΑ « ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ»**

**ΕΛΕΝΗ ΚΥΡΙΑΖΙΔΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :ΓΚΟΒΙΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**

ΑΙΤΗΣΗ

Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ", Ν.Π.Δ.Δ.
ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ 1884
Αριθ. Πρωτ. 14541
Ημερομηνία 08.05.20

Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ",
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Αριθ. Πρωτ. 209 Ημερ. 8/5/20

ΟΝΟΜΑ: ΕΛΕΝΗ
ΕΠΩΝΥΜΟ: ΚΥΡΙΑΖΙΔΟΥ
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΜΙΧ. ΜΕΛΑ 29
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 6974003029

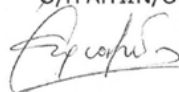
Προς: τ.π.χ. Επιστημονική.....
Επιτροπή του Ευαγγελισμού.....

..... Παρακαλώ όπως εμφρι-
νετε την ευπόληση της.....
διπλωματικής ποσερκαβίας.....
που θα διεξαχθεί στην.....
οχολογική υδίκημη του.....
νοσοκομείου μας.....

ΑΘΗΝΑ: 08/05/2020



Θ/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ



**ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 21-5-2020
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. : 209

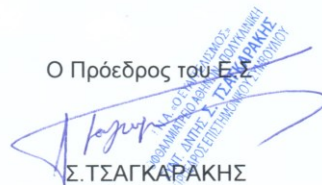
Προς:
Την κ. Κυριαζίδου Ελένη

ΘΕΜΑ: Μεταπτυχιακή εργασία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 5^η Τακτική Συνεδρίαση της 20-5-2020 συζήτησε το αίτημά σας για διεξαγωγή ~~σε~~ μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα: **«Ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη ασθενών τρίτης ηλικίας με καρκίνο υπό χημειοθεραπεία»**, που θα διεξαχθεί με την μορφή ερωτηματολογίου στους ασθενείς της Ογκολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, ομόφωνα, εγκρίνει το αίτημα, δεδομένης και της σύμφωνης γνώμης του Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ.Δ.Πιστόλα, του Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνου της Ογκολογικής Κλινικής κ.Μ.Βασλαματζή και του γεγονότος ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου από τη διεξαγωγή της έρευνας.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.Σ.



Σ. ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗΣ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ταχ. Δ/ση : Αγ. Σπυριδωνος 122 43, ΑΙΓΛΕΩ
E-mail : ogdh@uniwa.gr
Ιστοσελίδα : ogdh.uniwa.gr

Ημερομηνία: 22.05.2020
Αριθμ. Πρωτοκ.: 217

Βεβαίωση

Η κ. ΕΛΕΝΗ ΚΥΡΙΑΖΙΔΟΥ του ΝΙΚΟΛΑΟΥ και της ΑΝΘΗΣ μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων», με αριθμό μητρώου 18022, εκπονεί Διπλωματική Εργασία, στο πλαίσιο του ανωτέρω Προγράμματος, με κατεύθυνση την «Ογκολογική και Ανακουφιστική Φροντίδα».

Το αντικείμενο του θέματος της διπλωματικής εργασίας της εν λόγω φοιτήτριας έχει τίτλο «Ποιότητα Ζωής και Κοινωνική Υποστήριξη Ασθενών Τρίτης Ηλικίας υπό Χημειοθεραπεία».

Η τριμελής συμβουλευτική και εξεταστική επιτροπή της εν λόγω διπλωματικής εργασίας συγκροτείται από την κ. Γκοβίνα Ο. (Επιβλέπουσα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια), την κ. Δοκουτσίδου Ε. και την κ. Καυγά Α. του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η βεβαίωση χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.

Η Διευθύντρια

Ουρανία
Αναπληρώτρια

