

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των αναγκών φροντίδας γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο

ΜΕΝΤΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Νοσηλεύτρια

Αθήνα, 2021

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

POSTGRADUATE MSc PROGRAM
MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES
“ONCOLOGY AND PALLIATIVE CARE”

DIPLOMA THESIS

Investigating the care needs of women with gynecological cancer

KONSTANTINA MENTI

Nurse

Athens, 2021

Τριμελής εξεταστική επιτροπή

Αδαμακίδου Θεοδούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α
(επιβλέπουσα καθηγήτρια)

Δοκουτσίδου Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α, μέλος
Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής
Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

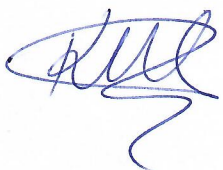
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μεντή Κωνσταντίνα του Ευαγγέλου, με αριθμό μητρώου 18026 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».

Η Δηλούσα

Κωνσταντίνα Μεντή


Copyright © Μεντή Κωνσταντίνα, 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 και Πρόνοιας 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.

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω με ιδιαίτερη θέρμη την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Αδαμακίδου Θεοδούλα, η οποία στάθηκε δίπλα μου έμπρακτα, κάθε στιγμή, στηρίζοντας την προσπάθειά μου. Με την επιστημονική της πληρότητα, τις εύστοχες παρατηρήσεις και συμβουλές, την εμπειρία αλλά και τη διάθεσή της για προσφορά, με καθοδήγησε ώστε να εκπονήσω τη διπλωματική μου εργασία.

Επίσης ευχαριστώ θερμά τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, την Επίκουρη Καθηγήτρια κα Δοκουτσιδου Ελένη και τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη για την αποτελεσματική συμβολή τους.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις πολύτιμες νέες γνώσεις και δεξιότητες που μου μετέδωσαν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερω τον Διευθυντή-Επιστημονικό Υπεύθυνο της Γυναικολογικής Κλινικής κ. Παπαθεοδώρου Δημήτριο, που με την άδειά του, επέτρεψε να πραγματοποιήσω τη μελέτη σε ασθενείς της κλινικής του, καθώς και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας», το οποίο ενέκρινε την πραγμάτωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Πολλές ευχαριστίες οφείλω στην προϊσταμένη μου κα Χανιωτάκη Ευαγγελία, που με την έμπρακτη στήριξή της και τις προσαρμογές στο πρόγραμμα εργασίας, με βοήθησε να ανταποκριθώ στις απαιτήσεις του μεταπτυχιακού προγράμματος και να ολοκληρώσω αυτή την προσπάθεια. Ευχαριστώ επίσης, τους συναδέλφους μου για την στήριξη και την κατανόησή τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στη φίλη μου Βασιλική, που συνεχώς με εμπύχωνε με τη θετική της ενέργεια.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και κυρίως τα παιδιά μου Ελευθερία και Νίκο, για την αμέριστη κατανόηση και βοήθειά τους, καθώς πολλές φορές αντιστράφηκαν οι ρόλοι μας...με φρόντιζαν αντί να τα φροντίζω, συμβάλλοντας έτσι, σε μεγάλο βαθμό, στην ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Αφιερώνω την εργασία αυτή, στην αείμνηστη γιαγιά μου, *Σελήνη*.

Πίνακας περιεχομένων

Κατάλογος πινάκων.....	5
Κατάλογος γραφημάτων	6
Περίληψη.....	7
Abstract	9
Εισαγωγή.....	11
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	14
1.1. Επιδημιολογία γυναικολογικού καρκίνου	14
1.1.1 Καρκίνος τραχήλου της μήτρας	14
1.1.2 Καρκίνος ενδομητρίου	15
1.1.3 Καρκίνος ωοθηκών.....	16
1.1.4 Καρκίνος αιδοίου και κόλπου	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΔΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	18
2.1 Ανάγκες ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο	18
2.1.1 Σωματικές ανάγκες.....	20
2.1.2 Ψυχοκοινωνικές ανάγκες.....	22
2.1.3 Ανάγκες πληροφόρησης	25
2.1.4 Πρακτικές ανάγκες – ανάγκες καθημερινής διαβίωσης.....	27
2.1.5 Πνευματικές ανάγκες.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	29
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
4.1 Σκοπός.....	32
4.1.1 Επιμέρους στόχοι - ερωτήματα	32
4.2 Ερευνητικό Πεδίο και Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης	32
4.3 Δείγμα-Δειγματοληπτική Μέθοδος	32
4.4 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη	32
4.5 Παρουσίαση Ερευνητικών Εργαλείων	33
4.5.1 Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων.....	34
4.5.2 Κλίμακα εκτίμησης αναγκών - Needs Evaluation Questionnaire (NEQ)	34
4.5.3 Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψη, άγχους και στρες - Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21).....	34

4.5.4	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης - The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	35
4.6	Διαδικασία συλλογής δεδομένων	35
4.7	Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	36
4.8	Στατιστική ανάλυση.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....		64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		73
Βιβλιογραφία.....		74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α		85
1.	Άδεια του φορέα όπου διενεργήθηκε η μελέτη.....	85
2.	Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων	87
2.1	Needs Evaluation Questionnaire στην ελληνική γλώσσα.....	87
2.2	Multidimensional Scale and Perceived Social Support στην ελληνική γλώσσα ..	88
3.	Έντυπο συναίνεσης.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β		90
1.	Πλήρης μορφή των Ερωτηματολογίων.....	90
1.1.	Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων	90
1.2.	Κλίμακα Needs Evaluation Questionnaire	92
1.3.	Κλίμακα Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21).....	94
1.4.	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης - Multidimensional Scale of Perceived Social Support.....	96

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών	38
Πίνακας 2. Στοιχεία ιστορικού των ασθενών	39
Πίνακας 3. Στοιχεία της νόσου των ασθενών.....	40
Πίνακας 4. Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS)	42
Πίνακας 5. Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21).....	43
Πίνακας 6. Επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες	43
Πίνακας 7. Ποσοστό αναγκών στην κλίμακα NEQ	46
Πίνακας 8. Βαθμολογίες αναγκών ανά τομέα και συνολικά.....	47
Πίνακας 9. Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS-21) και κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS)	49
Πίνακας 10. Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ κλιμάκων αναγκών (NEQ) και κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS).....	50
Πίνακας 11. Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ κλιμάκων αναγκών (NEQ) και κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS-21).....	51
Πίνακας 12. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση.....	55
Πίνακας 13. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό- οικογενειακό περιβάλλον	56
Πίνακας 14. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών για ξενοδοχειακή υποδομή.....	57
Πίνακας 15. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών για οικονομικά θέματα	58
Πίνακας 16. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών για υποστήριξη	58
Πίνακας 17. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία κατάθλιψης	60
Πίνακας 18. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία άγχους	61
Πίνακας 19. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία στρες	63
Πίνακας 20. Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS-21.....	63

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Στοιχεία ιστορικού των ασθενών	39
Γράφημα 2. Διάγνωση των ασθενών	41
Γράφημα 3. Στάδιο της νόσου	41
Γράφημα 4. Επίπεδα κατάθλιψης	44
Γράφημα 5. Επίπεδα άγχους.....	44
Γράφημα 6. Επίπεδα στρες.....	45
Γράφημα 7. Ποσοστά τουλάχιστον μιας ανάγκης ανά τομέα και συνολικά	48
Γράφημα 8. Συσχέτιση αναγκών με κλίμακα κατάθλιψης.....	52
Γράφημα 9. Συσχέτιση αναγκών με κλίμακα άγχους.....	53
Γράφημα 10. Συσχέτιση αναγκών με κλίμακα στρες.....	53
Γράφημα 11. Συσχέτιση αναγκών με συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS-21.....	54
Γράφημα 12. Πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση	56
Γράφημα 13. Πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον ανάλογα με τη χρήση αγχολυτικών ή όχι	57
Γράφημα 14. Πλήθος αναγκών για υποστήριξη ανάλογα με τη χρήση αγχολυτικών ή όχι	59
Γράφημα 15. Βαθμολογία κατάθλιψης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση	61
Γράφημα 16. Βαθμολογία άγχους ανάλογα με τη χρήση αγχολυτικών ή όχι	62

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο αποτελούν έναν πληθυσμό που χρειάζονται συνεχή εξατομικευμένη υποστηρικτική φροντίδα. Η ολιστική εκτίμηση των αναγκών φροντίδας, σε κάθε φάση της νόσου και της θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας για τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών φροντίδας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αναγκών φροντίδας γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο και η συσχέτισή τους με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες που αισθάνονται και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν.

Μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική ποσοτική μελέτη με δείγμα ευκολίας αποτελούμενο από 102 γυναίκες, διαγνωσμένες με γυναικολογικό καρκίνο, οι οποίες νοσηλεύτηκαν για χειρουργική επέμβαση στο ογκολογικό νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας». Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια: α) Needs Evaluation Questionnaire (NEQ), β) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), γ) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) και δ) σε ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 61,1 έτη ($SD=11,1$). Ο μέσος αριθμός αναγκών ήταν 10,9 ($SD=5,9$). Το 95% των ασθενών ανέφερε τουλάχιστον μία ανάγκη, με τις υψηλότερες σε κατάταξη να είναι οι ανάγκες για: «περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μελλοντική κατάσταση» (85,3%), «περισσότερες εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία» (72,5%) και «να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για την κατάστασή της» (69,6%). Σε αντίθεση, οι ασθενείς εξέφρασαν λιγότερες ανάγκες για «περισσότερη βοήθεια να φάει, να ντυθεί, να πάει στο μπάνιο (12,7%), «να μιλήσει με ιερέα» (19,6%) και για «καλύτερες υπηρεσίες νοσοκομείου (τουαλέτα, καθαριότητα, γεύματα)» (23,5%). Αυξημένες ανάγκες σχετίστηκαν με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία ($P<0,001$), ενώ η συνολική κοινωνική υποστήριξη σχετίστηκε μόνο με τις ανάγκες για οικονομικά θέματα ($r=-0.21, P=0.036$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η χρήση αγχολυτικών αποτελούν παράγοντες κινδύνου για άγχος, ενώ η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμες ή σε συμβίωση) σχετίζεται με περισσότερες ανάγκες πληροφόρησης για τη διάγνωση/πρόγνωση και λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο αναφέρουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας, οι οποίες επηρεάζουν την ψυχολογική κατάστασή τους, παρά την υψηλή

κοινωνική υποστήριξη. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να επαγρυπνούν για την έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας και αναγκών, με σκοπό την άμεση λήψη μέτρων για ολιστική αντιμετώπισή τους.

Λέξεις κλειδιά: γυναικολογικός καρκίνος, ανάγκες, άγχος, κατάθλιψη, κοινωνική υποστήριξη

Investigating the care needs of women with gynecological cancer.

Menti Konstantina

Abstract

Background: Women with gynecological cancer are a population that needs constant personalized supportive care. A holistic assessment of care needs, at every stage of the disease and treatment, is crucial for optimal care delivery.

Aim: The aim of this study was to investigate the care needs of women with gynecological cancer and to explore the correlations between needs, depression, anxiety, stress and the perceived social support.

Material and Method: The convenience sample of this cross-sectional study consisted of 102 women, diagnosed with gynecological cancer, who were treated for surgery at the oncology hospital "Agios Savvas". Participants self-administered the questionnaires: a) Needs Evaluation Questionnaire (NEQ), b) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), c) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and d) clinical demographic characteristics. Data analysis was performed using the statistical program SPSS 22.0.

Results: The mean age of the sample was 61.1 years (SD = 11.1). The mean number of needs was 10.9 (SD=5.9). 95% of the participants reported at least one need, with the highest ranking being the needs "more information about the future condition" (85.3%), "more explanations about treatment" (72.5%) and "others are less upset about my condition" (69.6%). In contrast, patients expressed fewer needs for "more help with eating, getting dressed, and going to the bathroom" (12.7%), "talking to a priest" (19.6%) and "better hospital services (toilet, cleanliness and meals)" (23.5%). Increased needs were associated with increased psychological distress ($P < 0.001$), while overall social support was associated only with financial needs ($r = -0.21$, $P = 0.036$). Multivariable analysis showed that age, educational level and use of anxiolytics are risk factors for distress, while marital status (married or being in a relationship) is associated with more information needs for diagnosis / prognosis and fewer depressive symptoms.

Conclusion: Gynecological cancer patients report increased care needs, which affect their psychological status, despite the high-perceived social support. Nurses should be vigilant for the timely recognition of symptoms of psychological distress and needs, in order to effectively intervene for their holistic treatment.

Key words: gynecological cancer, needs, anxiety, depression, social support

Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι ένα σύνολο νοσολογικών οντοτήτων, όπου μη φυσιολογικά κύτταρα, σχεδόν οποιουδήποτε οργάνου ή ιστού του σώματος, αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα, υπερβαίνουν τα όριά τους και έχουν την ικανότητα να εισβάλλουν σε παρακείμενα μέρη του σώματος ή να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα. Η διαδικασία αυτή, της εξάπλωσης, ονομάζεται μετάσταση και είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Κοινές ονομασίες για τον καρκίνο είναι επίσης, το νεόπλασμα και ο κακοήθης όγκος (WHO, 2020).

Ο καρκίνος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως (Siegel, Miller & Jemal, 2019), καθώς είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (WHO). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του 2018, υπήρξε αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στον παγκόσμιο πληθυσμό. Ειδικότερα, η έκθεση GLOBOCAN υπολογίζει 18,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου το 2018 και 9,6 εκατομμύρια θανάτους. Σχεδόν οι μισές περιπτώσεις σημειώθηκαν στην Ασία, ακολουθούμενη από την Ευρώπη (23,4%) και την Αμερική (21%) (Bray et al., 2018).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο το 2016, πάνω από το ένα τέταρτο (26%) των θανάτων αποδίδονται στον καρκίνο. Ο υψηλότερος αριθμός θανάτων καταγράφηκε στην Ουγγαρία (345 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους), ενώ αντίθετα, η Κύπρος κατέχει τον χαμηλότερο αριθμό (194 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους). Η Ελλάδα βρίσκεται στην 21^η θέση με 249 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους (EUROSTAT, 2020). Συγκεκριμένα, το 2018 στη χώρα μας, οι νέες περιπτώσεις καρκίνου ξεπέρασαν τις 67.000, ενώ ο αριθμός θανάτων ξεπέρασε τις 33.000 (GLOBOCAN, 2018).

Ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος και η κύρια αιτία θανάτου από αυτόν, ποικίλλει σημαντικά τόσο μεταξύ των χωρών, όσο κι εντός αυτών, ανάλογα με το βαθμό της οικονομικής ανάπτυξης, τους συναφείς κοινωνικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής (Bray et al., 2018). Καθώς η συχνότητα του καρκίνου συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως, προκαλείται τεράστια σωματική, συναισθηματική και οικονομική πίεση σε άτομα, οικογένειες, κοινότητες και συστήματα υγείας. Χώρες με χαμηλά εισοδηματικά επίπεδα, υστερούν σε συστήματα υγείας με αποτέλεσμα να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένες για τη διαχείριση αυτής της επιβάρυνσης και σημαντικός αριθμός καρκινοπαθών παγκοσμίως, να μην έχει έγκαιρη πρόσβαση σε ποιοτική διάγνωση και θεραπεία. Αντιθέτως, χώρες με ισχυρά συστήματα υγείας, χάρη στην προσιτή και έγκαιρη ανίχνευση,

στην ποιοτική θεραπεία και τη φροντίδα κατά τη διάρκειά της, τα ποσοστά επιβίωσης πολλών τύπων καρκίνου βελτιώνονται σημαντικά (WHO, 2020).

Η εν λόγω διπλωματική εργασία αφορά στον γυναικολογικό καρκίνο (ΓΚ), ο οποίος αντιπροσωπεύει μια από τις πιο διαδεδομένες μορφές καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό, με ποσοστό που φτάνει το 15% - 20% του συνόλου των νεοπλασμάτων (Bray et al., 2018).

Έναυσμα για την ενασχόλησή μου με το συγκεκριμένο θέμα, αποτέλεσε το γεγονός ότι εργάζομαι σε ογκολογική γυναικολογική χειρουργική κλινική και καθημερινά έρχομαι αντιμέτωπη με διάφορα θέματα και καταστάσεις που ταλαιπωρούν τις γυναίκες με ΓΚ και τα οποία αφορούν, όχι μόνο στο θέμα της ασθένειάς τους, αυτό καθεαυτό, αλλά και σε πληθώρα άλλων επακόλουθων προβλημάτων. Έτσι η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των αναγκών φροντίδας των ασθενών με ΓΚ, προ-εγχειρητικά, καθώς και της σχέσης τους με το άγχος, την κατάθλιψη, το στρες και την λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και χωρίζεται στο γενικό και στο ειδικό μέρος.

Το γενικό μέρος αποτελείται από τα τρία πρώτα κεφάλαια της εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία του ΓΚ γενικά, και επιμέρους του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, του ενδομητρίου, των ωοθηκών, του αιδοίου και του κόλπου. Ο καρκίνος του μαστού δεν θα αναφερθεί αναλυτικά στην παρούσα εργασία, παρότι συγκαταλέγεται στους ΓΚ. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις ανάγκες των ασθενών με ΓΚ και αναλυτικότερα περιγράφονται οι σωματικές, οι ψυχοκοινωνικές, οι πληροφοριακές, οι πρακτικές και οι πνευματικές ανάγκες. Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους αναφέρεται στον ρόλο της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών με ΓΚ.

Η εργασία συνεχίζεται σε τέσσερα κεφάλαια τα οποία αποτελούν το ειδικό μέρος. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά στη μεθοδολογία έρευνας. Συγκεκριμένα, σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι της μελέτης, η περιγραφή του ερευνητικού πεδίου, ο χρόνος διεξαγωγής της μελέτης, τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού στη μελέτη, η αναλυτική παρουσίαση των ερευνητικών εργαλείων και η διαδικασία συλλογής δεδομένων. Επίσης, σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας και η στατιστική ανάλυση. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Ακολουθεί το έκτο κεφάλαιο με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και η εργασία

ολοκληρώνεται με το έβδομο κεφάλαιο όπου αναφέρονται οι περιορισμοί της μελέτης, τα συμπεράσματα, καθώς και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Επιδημιολογία γυναικολογικού καρκίνου

Παγκοσμίως υπολογίζεται ότι 1 στις 6 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο και 1 στις 10 θα πεθάνει από αυτόν, πριν την ηλικία των 75 ετών. Ο εκτιμώμενος κίνδυνος θανάτου γυναικών από καρκίνο το 2018, ήταν υψηλότερος στην Ανατολική Αφρική (11,4%) από ότι στη Βόρεια Αμερική (8,6%), στη Βόρεια Ευρώπη (9,1%) και στην Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία (8,1%) (Bray et al., 2018).

Μια από τις πιο διαδεδομένες μορφές καρκίνου στο γυναικείο πληθυσμό, είναι ο ΓΚ ο οποίος περιλαμβάνει τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο των ωοθηκών, τον καρκίνο του ενδομητρίου, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον καρκίνο αιδοίου και κόλπου (Bray et al., 2018). Ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία θανάτου από ΓΚ παγκοσμίως και ακολουθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, τόσο για επίπτωση, όσο και για θνησιμότητα, ενώ ο καρκίνος του ενδομητρίου και ο καρκίνος των ωοθηκών κατέχουν την τρίτη θέση για επίπτωση και θνησιμότητα, αντίστοιχα (GLOBOCAN 2018).

Στην Ελλάδα, οι νέες περιπτώσεις ΓΚ (εκτός του καρκίνου του μαστού) για το 2018, εκτιμήθηκαν στις 4062, με επικρατέστερο τον καρκίνο του ενδομητρίου για επίπτωση και τον καρκίνο των ωοθηκών για θνησιμότητα. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος συχνότερος ΓΚ στη χώρα μας, τόσο για επίπτωση, όσο και για θνησιμότητα (GLOBOCAN, 2018).

Λόγω των ασαφών συμπτωμάτων και της έλλειψης διαγνωστικών ελέγχων ρουτίνας (screening), εκτός του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, έως και 80% των ΓΚ, διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο με αποτέλεσμα να έχουν κακή πρόγνωση. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, οι οποίες μπορεί να έχουν εξουθενωτικές παρενέργειες και ο κίνδυνος υποτροπής είναι υψηλός (Manne et al., 2017).

1.1.1 Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τέταρτος συχνότερος καρκίνος των γυναικών στον κόσμο κι ενώ ο αριθμός των νέων περιπτώσεων μειώνεται συνεχώς σε χώρες όπου έχουν εφαρμοστεί προγράμματα ανίχνευσης, σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν καλά εγκατεστημένα προγράμματα ελέγχου, εξακολουθεί να επηρεάζει και να σκοτώνει

εκατοντάδες χιλιάδες γυναίκες. Το 2018, παγκοσμίως διαγνώστηκαν περίπου 570.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και περίπου 311.000 περιπτώσεις θανάτων από αυτόν, καθιστώντας τον έτσι, ως την τέταρτη πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες, με το 70% της επιβάρυνσης να κατέχουν οι αναπτυσσόμενες χώρες. Είναι η κύρια αιτία θανάτου σε 42 χώρες, η πλειοψηφία των οποίων βρίσκεται στην υποσαχάρια Αφρική και τη Νοτιοανατολική Ασία. Τα ποσοστά αυτά είναι 7 έως 10 φορές χαμηλότερα στη Βόρεια Αμερική, Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία και Δυτική Ασία (Σαουδική Αραβία και Ιράκ) (Bray et al., 2018).

Σύμφωνα με την Εθνική Εποπτεία Βάσεων Δεδομένων Επιδημιολογίας και Τελικών Αποτελεσμάτων (Surveillance, Epidemiology and And Results) των ΗΠΑ, σε αντίθεση με άλλους ΓΚ, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας επηρεάζει συχνότερα νεότερες γυναίκες, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 50 έτη και μέση ηλικία θανάτου τα 58 έτη (SEER, 2020). Σε γυναίκες ηλικίας 20 – 39 ετών, αποτελεί την 2^η αιτία θανάτου από καρκίνο, προκαλώντας 10 θανάτους την εβδομάδα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Siegel, Miller & Jemal, 2019). Τα αποτελέσματα αυτά, υπογραμμίζουν την ανάγκη για αύξηση των εμβολιασμών κατά του ιού HPV στους εφήβους και των προ-συμπτωματικών ελέγχων με test Παπανικολάου (PAP), καθώς είναι η προτιμώμενη μέθοδος screening, στις γυναίκες ηλικίας 30 έως 65 ετών (Saslow et al., 2012).

1.1.2 Καρκίνος ενδομητρίου

Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί τον τρίτο συχνότερο ΓΚ παγκοσμίως, μετά τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας (Bray et al., 2018). Σύμφωνα με την SEER των ΗΠΑ, ένα ποσοστό 3,1% των γυναικών θα έρθει αντιμέτωπο με τη διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, καθώς σε σύγκριση με άλλους τύπους καρκίνου, θεωρείται αρκετά συχνός. Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση καθορίζει τις θεραπευτικές επιλογές και έχει ισχυρή επίδραση στη διάρκεια της επιβίωσης. Περίπου το 68% των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου διαγιγνώσκονται σε αρχικό στάδιο με αποτέλεσμα η 5-ετής επιβίωση να αγγίζει το 95%. (SEER, 2021).

Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφάνισης της νόσου καταγράφονται στην ηλικία των 45-74 ετών (SEER, 2021), με την συχνότητα να αυξάνεται στις μετα-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες (Brinton & Hoover, 1992), ενώ πιο επιρρεπής σε θάνατο εξ αιτίας του καρκίνου του ενδομητρίου είναι οι γυναίκες μέσης ηλικίας ή μεγαλύτερες (SEER, 2021). Παρόλο που οι θεραπείες (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) είναι καλά ανεκτές (Amant et al., 2005), αρκετές γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα όπως

δυσλειτουργία του εντέρου, ακράτεια ούρων, λεμφοίδημα, σεξουαλικά προβλήματα, κ.ά. (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018) με αποτέλεσμα τον αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική τους ευεξία καθώς και στην ποιότητα ζωής τους, μακροπρόθεσμα. (Rowlands et al., 2015a).

1.1.3 Καρκίνος ωοθηκών

Παγκοσμίως, περισσότερες από 295.000 γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο των ωοθηκών το 2018 και σχεδόν 185.000 πέθαναν από αυτόν τον καρκίνο, κατατάσσοντάς τον έτσι, ως τον 8^ο πιο συχνό καρκίνο στον γυναικείο πληθυσμό, τόσο για επίπτωση, όσο και για θνησιμότητα. Όσον αφορά στους ΓΚ, αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου, μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Bray et al., 2018). Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής θεωρείται σχετικά σπάνιος σε σύγκριση με άλλους καρκίνους, αντιπροσωπεύοντας το 1,2% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου και το 2,3% όλων των νέων περιπτώσεων θανάτου από καρκίνο (SEER, 2020), ενώ είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από γυναικολογική κακοήθεια, μετά τον καρκίνο του μαστού (Siegel et al. 2020). Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση της ασθένειας. Η πλειοψηφία των γυναικών ανακαλύπτει τη νόσο σε μεσαίο ή προχωρημένο στάδιο, έτσι το ποσοστό 5-ετούς επιβίωσης σε αυτές τις περιπτώσεις, φτάνει μόνο το 30%. Κύρια μέθοδο θεραπείας αποτελεί η χειρουργική επέμβαση, ακολουθούμενη από επικουρική χημειοθεραπεία καθώς και η στοχευμένη θεραπεία (SEER, 2020).

1.1.4 Καρκίνος αιδοίου και κόλπου

Οι καρκίνοι αιδοίου και κόλπου είναι σχετικά σπάνιοι καρκίνοι και ευθύνονται οι δύο μαζί για λιγότερο από 1% της παγκόσμιας επίπτωσης καρκίνου μεταξύ των γυναικών, το 2018 (Bray et al., 2020). Παρόλο που παλαιότερες έρευνες αναφέρουν ότι ο καρκίνος αιδοίου και κόλπου αφορά κυρίως γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Carter & Downs., 2012), νεότερα δεδομένα κάνουν λόγο για συσχέτιση της πλειοψηφίας των καρκίνων του κόλπου κι ενός μικρότερου ποσοστού του καρκίνου του αιδοίου, με τον ιό των κονδυλωμάτων (HPV), και παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του κόλπου παραμένει σε σταθερά χαμηλά επίπεδα, αυξανόμενα είναι τα ποσοστά καρκίνου του αιδοίου σε νεότερες γυναίκες (<60 ετών). Η αύξηση αυτή πιθανόν να οφείλεται σε αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά (μικρότερη ηλικία έναρξης σεξουαλικής επαφής και αυξανόμενη μετάδοση του ιού HPV μεταξύ των ομάδων που γεννήθηκαν μετά το 1940) και πιθανότατα θα συνεχιστεί τις επόμενες δεκαετίες, καθώς η αύξηση και η γήρανση του πληθυσμού

συνεχίζεται. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί μακροπρόθεσμα με τον εμβολιασμό κατά του ιού των κονδυλωμάτων (HPV) (Bray et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΔΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

2.1 Ανάγκες ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο

Η έγκαιρη διάγνωση και οι βελτιωμένες θεραπείες για τον ΓΚ, οδήγησε σε αύξηση της επιβίωσης (Walker, Benrubi & Ward., 2016), με το μέσο όρο προσδόκιμου 5-ετούς επιβίωσης να κυμαίνεται από 49% για τον καρκίνο των ωοθηκών, σε 81% για τον καρκίνο του ενδομητρίου (SEER, 2020), άρα και σε αύξηση του αριθμού των επιβιωσάντων από ΓΚ (Walker, Benrubi & Ward., 2016). Επιβιώσαντες θεωρούνται όλοι οι ασθενείς από τη στιγμή που θα διαγνωσθούν και για το υπόλοιπο της ζωής τους (National Coalition for Cancer Survivorship 2020). Ωστόσο, η επιβίωση συνοδεύεται από πολλές αρνητικές πτυχές (Akalın & Pinar., 2016). Εκτός της σοβαρής απειλής για τη ζωή (US Cancer Statistic Working Group., 2016), ο ΓΚ ενέχει κινδύνους και σοβαρές απειλές για την ποιότητα ζωής επηρεάζοντας δυσμενώς διάφορες διαστάσεις της (Kamga et al., 2019), καθώς οι γυναίκες αυτές αναφέρουν αυξημένες σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές (Williams et al., 2018), πνευματικές (Reb & Cope., 2019, Fitch & Steele., 2010) πληροφοριακές (Maguire et al., 2015, Reb & Cope., 2019, Fitch & Steele., 2010) και άλλες ανάγκες. Πολλές από αυτές τις ανάγκες παραμένουν ανικανοποίητες (Fitch & Steele, 2010), γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι το επίπεδο των υπηρεσιών ή της υποστήριξης δεν είναι αρκετό για την επίτευξη της βέλτιστης ευεξίας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χάσμα μεταξύ της εμπειρίας ενός ατόμου από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες και τις πραγματικές επιθυμητές υπηρεσίες (Abrahamson, Durham & Fox, 2010).

Αυτές οι ανάγκες χρήζουν «υποστηρικτικής φροντίδας» και προκειμένου να αντιμετωπιστούν επαρκώς, απαιτούν την κατάλληλη υποστηρικτική φροντίδα (William et al., 2018). Στα πλαίσια του καρκίνου η υποστηρικτική φροντίδα έχει οριστεί ως «η παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών για αυτούς που πάσχουν ή επηρεάζονται από τον καρκίνο, ώστε να ικανοποιήσουν τις πληροφοριακές, συναισθηματικές, πνευματικές, κοινωνικές και σωματικές τους ανάγκες, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας ή των φάσεων παρακολούθησης, περιλαμβάνοντας θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, επιβίωσης, ανακουφιστικής φροντίδας και πένθους» (Hui, 2014).

Διαχρονικές μελέτες έδειξαν ότι 17% – 83% των γυναικών αναφέρουν σωματικές, κοινωνικές ή ψυχολογικές ανικανοποίητες ανάγκες εξαιτίας των συνεπειών του καρκίνου και της θεραπείας του (Maguire et al., 2015). Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Williams et al. (2018), σε 343 γυναίκες με ΓΚ στη Δυτική Αυστραλία, το 83% ανέφερε τουλάχιστον μία μέτρια έως υψηλού επιπέδου ανάγκη, όπου οκτώ από τις 10 κυριότερες αφορούν στον

τομέα «σύστημα υγείας και πληροφόρησης», μία στον τομέα «ψυχολογικών αναγκών» και μία στον τομέα «φροντίδα και υποστήριξη ασθενούς». Η ανάγκη για ενημέρωση το συντομότερο δυνατόν (54,8%), ο φόβος για την εξάπλωση του καρκίνου (53,7%), η ανάγκη να αντιμετωπίζονται ως προσωπικότητα και όχι σαν μία ακόμα περίπτωση (51,9%), η ανάγκη ενημέρωσης ότι ο καρκίνος βρίσκεται υπό έλεγχο ή σε ύφεση (50,7%) και η ανάγκη επαρκούς ενημέρωσης γύρω από τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας πριν αποφασίσουν για την επιλογή της (49,9%), αποτελούν τις πέντε υψηλότερες σε κατάταξη ανάγκες.

Η πλειοψηφία των ανικανοποίητων αναγκών σχετίζονται με θέματα ψυχολογικής και σωματικής καθημερινής διαβίωσης (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018). Ειδικότερα, σημαντικούς παράγοντες κινδύνου ανικανοποίητων αναγκών αποτελούν η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η διάγνωση/προχωρημένη νόσος, το λεμφοίδημα ή το υψηλό φορτίο συμπτωμάτων, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η οικογενειακή κατάσταση, η αδυναμία εργασίας εξαιτίας της νόσου, η γεωγραφική τοποθεσία και η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018). Επιπλέον, ανάγκες μπορεί να προκύψουν λόγω διακοπής των θεραπειών εξαιτίας έλλειψης οικονομικών πόρων, ανεπαρκούς ασφαλιστικής κάλυψης ή ανεπαρκούς βιβλιογραφίας με ικανοποιητικές θεραπείες φροντίδας (Fischer et al., 2014, Carlson, Wallen & Mitchell., 2012).

Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες σχετίζονται τόσο με τον αριθμό, όσο και με την ένταση των ανικανοποίητων αναγκών. Για παράδειγμα, η νεότερη ηλικία σχετίζεται με περισσότερες ανικανοποίητες ανάγκες (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018, McCallum et al., 2017), κυρίως ανάγκες σεξουαλικότητας και εικόνας σώματος (Roland et al., 2013), ειδικά όταν συνυπάρχει συμβίωση με σύντροφο (Maguire et al., 2015). Επίσης, η μικρότερη χρονική διάρκεια από τη θεραπεία σχετίζεται με περισσότερες ανικανοποίητες ανάγκες στους τομείς των συναισθηματικών ($P \leq 0,006$), ψυχολογικών ($P \leq 0,006$) και πνευματικών ($P \leq 0,006$) αναγκών (McCallum et al., 2017).

Ιδιαίτερα με την ένταση των ανικανοποίητων αναγκών, συνδέονται το άγχος, η κατάθλιψη και το μετα-τραυματικό στρες, τα οποία αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες θετικής συσχέτισης, ενώ η αισιοδοξία και η ποιότητα ζωής είναι ενδεικτικοί παράγοντες αρνητικής συσχέτισης. Συγκεκριμένα, όσο πιο αισιόδοξος είναι ένας επιζών καρκίνου, τόσο ασθενέστερη είναι η ένταση των ανικανοποίητων αναγκών, ενώ η χαμηλότερη ποιότητα ζωής υποδηλώνει υψηλότερη ένταση ανικανοποίητων αναγκών (Urbaniec et al., 2011).

Οι ανάγκες ποικίλλουν ανάλογα με τη φάση της ασθένειας, τον τύπο του καρκίνου και την υποομάδα του πληθυσμού. Για παράδειγμα σε μελέτη όπου συμμετείχαν 207 γυναίκες με ΓΚ ηλικίας 19 – 39 ετών, πάνω από τις μισές (66,7%) ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας με τα ποσοστά 80,7%, 63,1% και 50% να αντιπροσωπεύουν τις ανικανοποίητες ανάγκες γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών, καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και άλλων ΓΚ, αντίστοιχα (Mattsson et al., 2020). Το υψηλότερο ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών για τον καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι αυτός ο καρκίνος συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο, με αποτέλεσμα οι γυναίκες αυτές να βιώνουν σημαντικές παρενέργειες σχετιζόμενες με την ασθένεια και τη θεραπεία της, σε σύγκριση με τις γυναίκες με καρκίνο σε αρχικό στάδιο, που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο χειρουργικά (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018). Γενικά κατά την πορεία της νόσου, οι ανάγκες φαίνεται να σχετίζονται κυρίως με θέματα ολοκληρωμένης φροντίδας και ψυχολογικά ζητήματα, ενώ προς το τέλος της ζωής, οι ανάγκες επικεντρώνονται στα σωματικά συμπτώματα και την κατάθλιψη (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018).

Εκτός των κοινών συμπτωμάτων που βιώνουν όλοι οι ασθενείς με καρκίνο (πόνος, κόπωση, άγχος, κατάθλιψη, αλωπεκία, άγχος για το οικονομικό κόστος και τη διαχείριση των θεραπευτικών σχημάτων κ.ά.), οι ασθενείς με ΓΚ μπορεί να αντιμετωπίσουν και ειδικά προβλήματα σχετιζόμενα με το είδος της ασθένειάς τους, όπως: λεμφοίδημα κάτω άκρων, πρόωρη εμμηνόπαυση, απώλεια γονιμότητας, σεξουαλική δυσλειτουργία, δυσλειτουργία εντέρου, ακράτεια ούρων και κοπράνων, συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την εικόνα σώματος, τη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις με τους συντρόφους τους (Cancer Australia., 2016). Επιπλέον, δεδομένου ότι η γυναίκα μπορεί να αποτελεί το κεντρικό πρόσωπο της οικογένειας στην καθημερινή ζωή, κατά τη διάρκεια των κουραστικών και μακροχρόνιων θεραπειών, η συντριπτική πλειοψηφία των ρόλων της (σύζυγος, μητέρα, οργανωτής της οικογένειας), ανακατανέμεται στον σύζυγο, στα ενήλικα τέκνα και στους συγγενείς (Pinar et al., 2016). Όλα αυτά επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητα των γυναικών και των οικογενειών τους, τις κοινωνικές σχέσεις, την επαγγελματική ζωή και την ποιότητα ζωής τους (Akalın et al., 2016).

2.1.1 Σωματικές ανάγκες

Οι γυναίκες με ΓΚ ζουν περισσότερο ως αποτέλεσμα των βελτιωμένων θεραπειών συμπεριλαμβανομένου των στοχευμένων θεραπειών και των ανοσοθεραπειών. Η πλειοψηφία αυτών προσπαθεί να διαχειριστεί άμεσες και μακροπρόθεσμες παρενέργειες αυτών των θεραπειών και γενικά της νόσου (Reb & Core., 2019), με αποτέλεσμα

πληθώρα ανικανοποίητων αναγκών να σχετίζονται με θέματα σωματικής καθημερινής διαβίωσης (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018, Gruenigen et al., 2018).

Ο επιπολασμός των συμπτωμάτων διαφέρει μεταξύ των φάσεων και των σταδίων της νόσου (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018). Κοινά σωματικά συμπτώματα που μπορεί να επηρεάσουν τις ασθενείς με ΓΚ είναι ο πόνος, η κόπωση, η αϋπνία, το λεμφοίδημα, η ακράτεια ούρων και κοπράνων, συμπτώματα πρόωρης εμμηνόπαυσης, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η απώλεια γονιμότητας, αλλαγές στην περιοχή του κόλπου (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018), η ναυτία, η αλωπεκία (Gruenigen et al., 2018), η νευροπάθεια (de Rooij et al., 2018), κ.α.

Μελέτες έδειξαν ότι η χειρουργική επέμβαση (Pinar et al., 2016), η ακτινοθεραπεία (Charman et al., 2019) και η χημειοθεραπεία (McCallum et al., 2017) αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου σεξουαλικής δυσλειτουργίας η οποία υποδηλώνεται με τη μορφή της δυσκολίας οργασμού, απώλειας σεξουαλικής επιθυμίας, κολπικής ξηρότητας, δυσπαρευνίας, μείωσης στη συχνότητα σεξουαλικής επαφής και μειωμένης λίμπιντο (McCallum et al., 2014). Επιπλέον, η χρήση επιθετικών κυτταροτοξικών θεραπειών είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εξασθένηση ή απώλεια της γονιμότητας (Geue et al., 2014, Park et al., 2012).

Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντική απειλή για την υγεία επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών με ΓΚ, καθώς οι ασθενείς με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) αναφέρουν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα δύσπνοιας, κόπωσης και πόνου (Lajtman., 2020).

Ο τύπος του καρκίνου μπορεί να σχετίζεται με τη σωματική λειτουργικότητα. Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Kamga et al. (2019), οι ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου είχαν πιο εξασθενημένη σωματική λειτουργικότητα μακροπρόθεσμα, σε σχέση με άλλους τύπους ΓΚ, γεγονός το οποίο αποδόθηκε τόσο στη μεγαλύτερη ηλικία αυτών των ασθενών (Kamga et al., 2019), όσο και στο συνδυασμό θεραπείας (χειρουργικής και ακτινοθεραπευτικής) (Foerster et. al., 2016). Σε μία άλλη μελέτη, με προοπτικό χαρακτήρα, σε δείγμα 102 γυναικών με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών, παρατηρήθηκε ότι με την πάροδο του χρόνου, οι πιο κοινές ανικανοποίητες ανάγκες επικεντρώνονται στη διάσταση των συμπτωμάτων, σε σύγκριση με την κοινωνική, την υπαρξιακή και τη θεραπευτική διάσταση. Συγκεκριμένα, τα πιο κοινά συμπτώματα κατά την εγγραφή στην έρευνα ήταν η κόπωση (92%), η ανησυχία για την επιδείνωση της κατάστασης (89%) και η αϋπνία (76%), ενώ το 73% ανέφερε ενόχληση από τις

παρενέργειες της θεραπείας, όπως ναυτία (41%) και αλωπεκία (51%), καμιά από τις οποίες δεν άλλαξε με την πάροδο του χρόνου (3 και 6 μήνες μετά) (Gruenigen et al., 2018).

Επιπλέον παράγοντες κινδύνου για την αναφορά σωματικών αναγκών αποτελούν η προχωρημένη νόσος κατά τη στιγμή της διάγνωσης, η αφαίρεση λεμφαδένων (15 ή παραπάνω), η ανοσοθεραπεία, το κάπνισμα, τα χαμηλά επίπεδα σωματικής ευεξίας και το οίδημα ή λεμφοίδημα κάτω άκρων (Rowlands et. al., 2015b).

2.1.2 Ψυχοκοινωνικές ανάγκες

Οι ασθενείς με ΓΚ βιώνουν άγχος, κατάθλιψη, φόβο υποτροπής της νόσου και κάποιες αναφέρουν κακή ποιότητα ζωής (Reb & Core., 2019). Μελέτες έδειξαν ότι γυναίκες με διάγνωση ΓΚ, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, σε σύγκριση με ασθενείς που έπασχαν από άλλους τύπους καρκίνων. Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη αυτό-αναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο, φάνηκε ότι το υψηλότερο φορτίο καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατέχουν οι ασθενείς με ΓΚ (30%), ακολουθούμενοι από τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (22%) και καρκίνο του μαστού (21%) (Polidoro Lima & Osorio., 2014). Ωστόσο, τα ποσοστά επικράτησης άγχους και κατάθλιψης, διαφέρουν μεταξύ των φάσεων της νόσου και της θεραπείας. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης πριν την έναρξη της θεραπείας (25,3%), ενώ παρατηρήθηκε πτώση κατά τη διάρκεια της θεραπείας (23%) η οποία συνεχίστηκε και μετά τη διακοπή της (12,7%). Αντιθέτως, το ποσοστό άγχους ήταν χαμηλότερο πριν την έναρξη της θεραπείας (19,1%) και παρατηρήθηκε απότομη αύξηση κατά τη διάρκειά της (26,2%), για να σταθεροποιηθεί στο ποσοστό των 27,1% μετά τη διακοπή της θεραπείας (Watts et al., 2015). Βέβαια, τα υψηλά επίπεδα δυσφορίας (distress) μπορεί να διαρκέσουν έως και πάνω από πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση (Beesley et al., 2008) με την ανάγκη διαχείρισης του φόβου υποτροπής της νόσου, να παραμένει η μοναδική ισχυρότερη ανάγκη στον πληθυσμό ΓΚ (Maguire et al., 2015).

Η ψυχοκοινωνική υγεία των ασθενών αυτών, εξαρτάται από προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, μοναδικούς για τη ζωή του καθενός (Roland et al., 2013).

Οι σωματικές επιπλοκές και οι παρενέργειες από τη νόσο και τις θεραπείες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική υγεία των επιβιώσαντων ΓΚ (Roland et al., 2013). Σε μελέτη των Mattsson et al. (2018), σε 337 επιβιώσαντες ΓΚ ηλικίας 19-39 τη στιγμή της διάγνωσης, ο επιπολασμός της ψυχολογικής δυσφορίας σχετιζόμενη με τον καρκίνο ήταν 85%, συμπεριλαμβανομένου των φόβων για υποτροπή της νόσου (61%), του

άγχους (53%), της κατάθλιψης (51%), του φόβου θανάτου (32%), των ανησυχιών σχετικά με τη σεξουαλικότητα (34%), τη γονιμότητα (27%), και την αλλαγή εικόνας σώματος (27%).

Τα προβλήματα γονιμότητας και η ανεπαρκής πληροφόρηση γύρω από αυτά (Benedict et al., 2018), αποτελούν μείζων ζήτημα για τις επιβιώσαντες με ΓΚ, ειδικά όταν πολλές νέες σε ηλικία ασθενείς, δεν έχουν ολοκληρώσει τον οικογενειακό προγραμματισμό τους, πριν την εμφάνιση της νόσου και των θεραπειών (La Rosa et al., 2020). Επιπλέον, η επίδραση του ΓΚ στη σεξουαλική λειτουργία, τα επακόλουθα σεξουαλικά προβλήματα (Kozlowski et al., 2020) και πώς αυτά θα επηρεάσουν τη σχέση των ασθενών με τους συντρόφους τους (Mattsson et al., 2020), φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για ψυχολογική δυσφορία, με τις νεότερες γυναίκες και σε αυτή την περίπτωση, να είναι πιο ευάλωτες σε τέτοιου είδους ψυχοκοινωνικές ανάγκες (Roland et al., 2013).

Η αλλαγές στην εικόνα σώματος σχετίζονται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία (Johnson, Gold & Wyche., 2010), καθώς τα αναπαραγωγικά όργανα είναι τα κύρια αναγνωριστικά της θηλυκότητας και ως εκ τούτου διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας-σώματος και στον αυτο-σεβασμό, στις γυναίκες (McCallum et al., 2014). Έτσι η αυτό-αντίληψη για τη θηλυκότητα μπορεί να αλλάξει αρνητικά από τις θεραπείες κι επίσης μερικές γυναίκες φοβούνται την απόρριψη ή την εγκατάλειψη και είναι πιο ευάλωτες σε συναισθήματα απομόνωσης (Ekwall, Ternestedt & Sorbe., 2007).

Συναισθήματα δυσφορίας μπορεί να σχετίζονται και με την περιοχή του καρκίνου. Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου των αναπαραγωγικών οργάνων μπορεί να θέτουν ιδιαίτερες προκλήσεις για τις γυναίκες. Για παράδειγμα, αφού τα γυναικεία γεννητικά όργανα λαμβάνονται υπόψη ως «ιδιωτικά», θεωρείται ταμπού η χρήση του ανατομικού ονόματός τους στη συζήτηση (Traumer, Jacobsen & Laurson., 2019), με αποτέλεσμα να αισθάνονται αμηχανία όταν συζητούν με τους επαγγελματίες υγείας. Για το λόγο αυτό, οι περισσότερες γυναίκες (62,7%) και ιδιαίτερα οι παντρεμένες ($P=0,03$), προτιμούν να συζητούν με γυναίκες επαγγελματίες υγείας (Chapman et al., 2019).

Η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη και ιδιαίτερα της οικογενειακής, σχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία (Wen et al., 2017). Ο σχετικά χαμηλός επιπολασμός του ΓΚ σημαίνει και την ύπαρξη λιγότερων ομάδων υποστήριξης και λιγότερης δημόσιας συζήτησης για αυτόν τον καρκίνο (Pistrang, Gessler & Barker., 2012). Έτσι, μερικές γυναίκες περιγράφουν το ΓΚ σαν έναν «ξεχασμένο καρκίνο» (Wray, Markovic &

Manderson., 2007), με αποτέλεσμα να αισθάνονται κοινωνική απομόνωση μέσα στην κοινότητα του καρκίνου. Η αίσθηση αποξένωσης επιδεινώθηκε για πολλές γυναίκες όταν έμαθαν για το εύρος και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Warren et al., 2018). Αυτό μπορεί να εξηγεί και τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών με ΓΚ, σε σύγκριση με τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Faller et al., 2017).

Άλλο γεγονός που οδηγεί σε ψυχολογική δυσφορία των ασθενών με ΓΚ είναι η ανησυχία για την ευημερία των άλλων που βρίσκονται κοντά τους (Warren et al., 2018, McCallum et al. 2017), με αποτέλεσμα να βιώνουν αρχικά συναισθήματα θλίψης και υπευθυνότητας και αργότερα να κάνουν απόκρυψη ή επιλεκτική αποκάλυψη πληροφοριών, με σκοπό την προστασία των άλλων. Έτσι, μερικές γυναίκες ανέφεραν ότι δεν μοιράζονται τον φόβο θανάτου και τη θλίψη τους με τους άλλους και είναι αναγκασμένες να μεταφέρουν μόνες τους το φορτίο των πληροφοριών που επιλέγουν να αποκρύψουν, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ψυχοκοινωνική υγεία τους (Warren et al., 2018). Στον αντίποδα αυτού, μερικές γυναίκες περιέγραψαν την ανάγκη για επανέλεγχο (follow-up) όπου οι σύντροφοί τους θα υποχρεούνταν να συμμετέχουν ενεργά (Mattsson et al., 2020).

Η άγνοια, η ελλιπής πληροφόρηση για τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών παρεμβάσεων και η ανεπαρκής αναγνώριση των αναγκών εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση ανικανοποίητων ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών με ΓΚ (Mattsson et al., 2020).

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με ψυχολογική δυσφορία, είναι δημογραφικοί και κλινικοί, όπως η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα, η ασφαλιστική κάλυψη, το εκπαιδευτικό επίπεδο (Wen et al., 2017), η οικογενειακή κατάσταση (ασθενείς άγαμοι ή που δεν βρίσκονται σε σχέση), ο καρκίνος σε προχωρημένο στάδιο ή με μετάσταση (Hartung et al., 2017), οι πολύπλοκες θεραπείες καθώς και προηγούμενο ιστορικό ψυχολογικής δυσφορίας (Mattsson et al., 2018).

Η χρήση ειδικών στρατηγικών αντιμετώπισης δύσκολων ή αγχωτικών καταστάσεων, όπως: η αυτό-απομόνωση, η άρνηση, η χρήση ουσιών για να αισθανθούν καλύτερα, η διέξοδος σε αρνητικά συναισθήματα και κυρίως αυτό-κατηγορία, είναι ενδεικτικοί παράγοντες αυξημένης ψυχολογικής δυσφορίας (Urbaniec et al., 2011).

Οι ασθενείς με ΓΚ ανέφεραν ότι οι ψυχολογικές ανικανοποίητες ανάγκες μετά το τέλος της θεραπείας, μερικές φορές παραμελούνται από τους επαγγελματίες υγείας (Mattsson et

al., 2020) και τόνισαν την ανάγκη να αντιμετωπίζονται ως προσωπικότητα και όχι σαν μία ακόμη περίπτωση (Williams et al., 2018), καθώς και ανάγκη για διαβεβαίωση ότι λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένου της ανάγκης οι επαγγελματίες υγείας να επικοινωνούν μεταξύ τους (Reb & Core., 2019, Urbaniec et al., 2011) και της ανάγκης για διαθεσιμότητα τοπικών υπηρεσιών όποτε τις χρειαστούν (Reb & Core., 2019).

Η βέλτιστη φροντίδα για αυτές τις ασθενείς απαιτεί κατανόηση των ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων και προβλημάτων (Reb & Core., 2019) και των σχέσεων μεταξύ αυτών, καθώς για πολλές γυναίκες ένα πρόβλημα μπορεί να συμπληρώσει ή να επιδεινώσει ένα άλλο (Roland et al., 2013).

2.1.3 Ανάγκες πληροφόρησης

Οι ανάγκες πληροφόρησης είναι από τις σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών με καρκίνο (Khoshnood et al., 2019) και ξεκινούν από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι και το τέλος της ζωής (Fletcher et al., 2017). Η παροχή των κατάλληλων πληροφοριών, σχετιζόμενων με τη διάγνωση, τη θεραπεία και των πιθανών παρενεργειών μπορεί να οδηγήσει σε σωστή λήψη αποφάσεων, καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία, χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, μεγαλύτερη ικανοποίηση και γενικά, καλύτερη ποιότητα ζωής (Khoshnood et al., 2019).

Οι ασθενείς με ΓΚ αναφέρουν σημαντικές ανάγκες πληροφόρησης που αφορούν σε έξι σημαντικούς τομείς: στον ιατρικό (95,5%), στον σωματικό (85,2%), στον συναισθηματικό (82,2%), στον πρακτικό (71,1%), στον κοινωνικό (52,4%) και στον πνευματικό τομέα (50,3%) (Papadakos et al., 2012). Ειδικότερα, συστηματική ανασκόπηση αναφέρει ότι οι ασθενείς αυτές εκφράζουν ανάγκες πληροφόρησης για τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου, για την πρόγνωση, για τις διαθέσιμες θεραπείες και ιατρικές εξετάσεις, για τις άμεσες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις της θεραπείας, για τα σεξουαλικά προβλήματα, για το πώς μπορεί να επηρεαστεί η σχέση με το σύντροφό τους, για πρακτικά προβλήματα και θέματα καθημερινής διαβίωσης, καθώς και για τη διαθεσιμότητα των κοινοτικών υπηρεσιών (Maguire et al., 2015). Στην προσπάθειά τους να προσαρμοστούν σε έναν νέο τρόπο ζωής, οι ασθενείς αυτές εκφράζουν την ανάγκη, οι πληροφορίες που τους παρέχονται να είναι ακριβείς και εύκολα κατανοητές (Reb & Core 2019), καθώς επίσης αναφέρουν και τους προτιμώμενους τρόπους πληροφόρησης, όπως η πληροφόρηση πρόσωπο με πρόσωπο από τον επαγγελματία υγείας, η χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων και η αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο (Papadakos et al., 2012).

Η ηλικία (McCallum et al., 2017, Papadakos et al., 2012), το εκπαιδευτικό επίπεδο, η περιοχή (Papadakos et al., 2012) κι ο τύπος του καρκίνου (Faller et al., 2017) και η πρόσφατη ολοκλήρωση της θεραπείας (McCallum et al., 2017), είναι μερικοί από τους παράγοντες που σχετίζονται με διαφορετικές ανάγκες πληροφόρησης, τόσο όσον αφορά στον αριθμό, όσο και στη σημαντικότητα αυτών. Για παράδειγμα, οι νεότερες ασθενείς θεωρούν πιο σημαντικές και αναφέρουν περισσότερες ανάγκες πληροφόρησης στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα, σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες σε ηλικία ασθενείς, ενώ η εκπαίδευση σχετίζεται μόνο με τη σημαντικότητα και όχι με τον αριθμό των απαιτούμενων πληροφοριών, στους ίδιους τομείς (Papadakos et al., 2012).

Όσον αφορά στον τύπο καρκίνου, σε συγκριτική μελέτη των Faller et al. (2017), όπου συμμετείχαν 1214 ασθενείς (317 με ΓΚ και 897 με καρκίνο του μαστού), φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΓΚ αισθάνθηκαν λιγότερο ενημερωμένες για σημαντικές πτυχές της νόσου, ιδίως όσον αφορά στην ψυχολογική στήριξη ($P < 0,001$), σε σχέση με τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού, τείνοντας να έχουν περισσότερες ανάγκες πληροφόρησης. Σε συστηματική ανασκόπηση των Maguire et al. (2015), αναφέρεται ότι οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν ανάγκη για παροχή περισσότερων προσαρμοσμένων και ευαίσθητων πληροφοριών σχετιζόμενων με τον αντίκτυπο της νόσου στις σωματικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές της σεξουαλικότητας, ενώ σε ποιοτική μελέτη των de Rooij et al. (2018), σε ασθενείς με ΓΚ, παρόλο που όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν μία επιθυμία για πληροφόρηση σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των αναγκών επιβίωσης, οι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών εξέφρασαν πιο συχνά την ανάγκη για στοιχεία επικοινωνίας ή για παραπομπή σε κάποιον που θα τους βοηθήσει να διαχειριστούν αυτές τις ανάγκες.

Εκτός από την ποσότητα των πληροφοριών, τα σημερινά δεδομένα αναφέρονται και στη σχέση ασθενούς – επαγγελματία υγείας (Maguire et al., 2015). Για παράδειγμα, οι ασθενείς με ΓΚ αναφέρουν ανεπαρκή πληροφόρηση σχετικά με τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες των θεραπειών (Mattsson et al., 2020). Συγκεκριμένα, ασθενείς που υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία, δήλωσαν ότι σπάνια ερωτήθηκαν για το σεξουαλικό ιστορικό τους, από τους επαγγελματίες υγείας, παρόλο που οι ίδιες το επιθυμούσαν, υποδηλώνοντας έτσι, ότι υπολείπεται η επικοινωνία σε αυτόν τον ευαίσθητο τομέα (Charman et al., 2019). Σε μία άλλη μελέτη ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου, που είχαν ολοκληρώσει την αρχική θεραπεία τα τελευταία δύο χρόνια, οι περισσότερες γυναίκες δεν είχαν πληροφορηθεί για τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου, για τις

μακροπρόθεσμες παρενέργειες και για την ύπαρξη διαθέσιμων κοινοτικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να έρθουν αντιμέτωπες με δυσκολίες κατά τη διαχείριση αυτών των απροσδόκητων μακροπρόθεσμων παρενεργειών, όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία, η κατάθλιψη και τα συμπτώματα εμμηνόπαυσης (Jones et al., 2012).

Η ευαίσθητη μεταφορά των απαιτούμενων πληροφοριών, η διάθεση επαρκούς χρόνου για επικοινωνία με τις γυναίκες, η παροχή πληροφοριών σχετικών με το πρόβλημά τους και η αξιολόγηση της επίδρασης οποιασδήποτε νέας πληροφορίας στις γυναίκες που τις λαμβάνουν, αποτελούν βασικά συστατικά της σχέσης ασθενούς – επαγγελματία υγείας (Maguire et al., 2015).

2.1.4 Πρακτικές ανάγκες – ανάγκες καθημερινής διαβίωσης

Εκτός από τα σωματικά και τα ψυχολογικά προβλήματα, οι ασθενείς με ΓΚ μπορεί να βιώσουν και πρακτικά προβλήματα στην καθημερινή ζωή τους.

Οι πρακτικές και καθημερινής διαβίωσης ανάγκες μπορεί να ταξινομηθούν ως γενικές και ειδικές σχετιζόμενες με την ασθένεια, ανάγκες (Maguire et al., 2015). Στις γενικές ανάγκες περιλαμβάνονται οι οικονομικοί περιορισμοί (Kamga et al., 2019), η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η μεγάλη αναμονή για προγραμματισμό επίσκεψης σε υπηρεσίες υγείας και η καθυστέρηση λήψης αποτελεσμάτων (Mattsson et al., 2020), η αδυναμία να συνεχίσουν να εργάζονται (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018) λόγω έλλειψης ενέργειας (Williams et al. 2018, McCallum et al. 2017), ο φόβος να αισθανθούν περιττές και μη αποδοτικές μέσα στην οικογένειά τους (Ashing-Giwa et al., 2004), καθώς και θέματα που σχετίζονται με την αναρρωτική άδεια για τις εργαζόμενες γυναίκες (Mattsson et al., 2020).

Στις ειδικές σχετιζόμενες με την ασθένεια ανάγκες περιλαμβάνονται οι ανάγκες γυναικών που ανήκουν κυρίως σε εθνικές/πολιτιστικές μειονότητες, όπως γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω της γλώσσας, που φοβούνται για τυχόν αναφορά τους σε υπηρεσίες μετανάστευσης και που αισθάνονται αμηχανία και ντροπή για αναζήτηση οικονομικής βοήθειας (Ashing-Giwa et al., 2004).

Πολλές πρακτικές ανάγκες σχετίζονται άμεσα με το οικονομικό επίπεδο των ασθενών (Simonelli & Pasipanodya, 2014). Σε προοπτική μελέτη των Gruenigen et al. (2018), σε 102 γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών, φάνηκε ότι η ανάγκη για οικονομική υποστήριξη αυξήθηκε με την πάροδο του χρόνου. Συγκεκριμένα, κατά την εγγραφή στη μελέτη, το 45% ανέφερε αυτή την ανάγκη, ενώ μετά από τρεις και 6 μήνες, το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 59% και 61%, αντίστοιχα.

Η επιστροφή στην εργασία αποτελεί πρόβλημα μείζονος σημασίας, αφού μερικές γυναίκες και ιδιαίτερα οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών, μπορεί να βιώσουν την εμπειρία του καρκίνου σε νεότερη ηλικία (Mehnert, 2011). Συγκεκριμένα σε μελέτη των Kamga et al. (2019), το 35% των γυναικών ανέφερε ότι ο καρκίνος είχε αρνητικό αντίκτυπο στην επαγγελματική τους ζωή, ενώ το 73% ανέφερε μειωμένη ικανότητα να εργαστεί μετά το τέλος της θεραπείας. Για αυτές τις γυναίκες, η επιστροφή στην εργασία αποτελεί και επιστροφή σε μια φυσιολογική ζωή και τις βοηθάει να κερδίσουν ξανά την αυτό-εκτίμησή τους (Islam et al., 2014).

2.1.5 Πνευματικές ανάγκες

Μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με ΓΚ βρίσκουν νόημα στις θρησκευτικές δραστηριότητες και στην πνευματική ζωή (Reb & Core, 2019), ενώ πολλές επικαλούνται την πίστη τους στον Θεό ως ένα στυλοβάτη για την ανάρρωσή τους (Pfaender et al., 2015). Παρόλο που οι Camara et al. (2019), αναφέρουν ότι οι θετικές ψυχολογικές αλλαγές (η προοπτική για τη ζωή, η αυτό-αντίληψη, οι κοινωνικές σχέσεις), δε φάνηκαν να σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών, παλαιότερη ανασκόπηση των Roland et al. (2013), αναφέρει ότι μερικοί επιζώντες καρκίνου των ωοθηκών, μέσα από την εμπειρία του καρκίνου, βρήκαν την ευκαιρία για προβληματισμό, ανανέωση των προοπτικών για τη ζωή, καθώς και για προσωπική ανάπτυξη στην πνευματική ζωή και στις σχέσεις τους.

Γενικά, η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα σχετίστηκαν με καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο (Vullurupalli et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η επίδραση της κοινωνική υποστήριξης είναι ευεργετική για τις ασθενείς με ΓΚ, καθώς βοηθάει σημαντικά στην ανακούφιση των σωματικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων και συμβάλλει στην ψυχοκοινωνική ευεξία (Warren et al., 2018, Wen et al., 2017).

Η κοινωνική υποστήριξη όπως ορίζεται από το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο (National Cancer Institute) είναι *«ένα δίκτυο αποτελούμενο από την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες και τα μέλη της κοινότητας, οι οποίοι είναι διαθέσιμοι τη στιγμή που χρειάζεται να παρέχουν ψυχολογική, σωματική και οικονομική βοήθεια σε ασθενείς με καρκίνο»* (National Cancer Institute, 2020) και έχει αποδειχτεί ότι επιδρά άμεσα στη σωματική υγεία, στη συναισθηματική προσαρμογή, στην ευεξία και γενικά στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο (Usta, 2012). Ασθενείς με υψηλά επίπεδα λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης έχουν βελτιωμένη υγεία και χαμηλή θνησιμότητα, ενώ εκείνοι με ελλιπή υποστήριξη, έχουν πιο δυσμενή ογκολογικά αποτελέσματα, όπως αύξηση του επιπολασμού με πρόοδο νόσου και χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης (Boen et al., 2018). Γενικά, η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται σημαντικά με βελτίωση της ποιότητας ζωής σε όλες τις διαστάσεις της (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και λειτουργική) (Osann et al., 2020).

Στη βιβλιογραφία περιγράφονται 3 κύριες κατηγορίες κοινωνικής υποστήριξης που μπορούν να ενσωματωθούν στη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο: *η λειτουργική υποστήριξη* (παροχή απτής βοήθειας όπως π.χ. η μεταφορά), *η πληροφοριακή υποστήριξη* (καθοδήγηση ή συμβουλευτική βοήθεια σε μια στιγμή ανάγκης ή άγχους) και *η συναισθηματική υποστήριξη* (Berkman et al., 2000).

Η λειτουργική και η συναισθηματική υποστήριξη αποτελούν τις πιο σημαντικές μορφές υποστήριξης, όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα καθοριστικό γεγονός που του αλλάζει τη ζωή, όπως ο καρκίνος (Berkman et al., 2000, Bloom et al., 2001). Συγκεκριμένα, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, βρέθηκε ότι οι παρεμβάσεις της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση της κόπωσης ως σωματικό σύμπτωμα (Mardanian-Dehkordi & Kahangi, 2018), ενώ όσον αφορά στο συναισθηματικό τομέα, έχει βρεθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και του βαθμού απελπισίας ($P<0,001$), του άγχους θανάτου ($P<0,001$) (Uslu-Sahan, Terzioglu & Koc, 2019) και των συμπτωμάτων μετα-τραυματικού στρες ($P<0,01$) (Liu et al., 2017). Επίσης διαπιστώθηκε ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΓΚ που βιώνουν

ψυχολογική δυσφορία (71%), αναφέρει αυξημένη ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη μετά το τέλος της θεραπείας (Mattsson et al., 2018).

Η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη εξαρτάται από την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και τη μέθοδο θεραπείας (Melissant & van Uden-Kraan, 2019).

Η κύρια πηγή κοινωνικής υποστήριξης είναι οι άτυποι φροντιστές και αποτελείται κυρίως από την οικογένεια και τους φίλους (Rutkowski et al., 2018). Η παρουσία τους είναι πολύ σημαντική, καθώς παρέχουν υποστήριξη στους ασθενείς κατά τη διάρκεια των θεραπειών και στην καθημερινή ζωή τους, με αποτέλεσμα να μην αισθάνονται μόνοι σε αυτή την εμπειρία (Sibeoni et al., 2018). Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Wen et al. (2017), όπου συμμετείχαν 123 γυναίκες με υποτροπιάζων καρκίνο των ωθηκών, φάνηκε ότι η οικογενειακή υποστήριξη και εν συνεχεία η υποστήριξη από φίλους, σχετίζεται σημαντικά με μειωμένο βαθμό άγχους ($P=0,014$) και κατάθλιψης ($P=0,040$), ενώ σε ανασκόπηση των Pfaendler et al. (2015), ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας τόνισαν ότι η υποστήριξη από τους συντρόφους τους είναι ιδιαίτερα πολύτιμη, με κυρίαρχη τη συναισθηματική έναντι της λειτουργικής και πρακτικής υποστήριξης.

Άλλη πηγή κοινωνικής υποστήριξης είναι άλλα άτομα με το ίδιο πρόβλημα υγείας (Rutkowski et al., 2018). Η υποστήριξη από αυτή την ομάδα ατόμων θεωρείται χρήσιμη όταν παρέχει ελπίδα, αμοιβαία βοήθεια και φιλικότητα προς τον ασθενή που τη λαμβάνει (Sibeoni et al., 2018).

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντική πηγή κοινωνικής υποστήριξης. Η σχέση με την υγειονομική ομάδα και κυρίως με το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τη βάση για ένα ευνοϊκό και συμπαθητικό περιβάλλον θεραπείας με αποτέλεσμα τη θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του γιατρού είναι πολύ χρήσιμη. Η συμμετοχή και η διαθεσιμότητα του γιατρού, καθώς και η ικανότητά του να τους ακούει και να τους καθησυχάζει, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αυτής της σχέσης. Επίσης η ποιότητα της σχέσης είναι πιο σημαντική από το χρόνο που αφιερώνεται ή τις πληροφορίες που παρέχονται στους ασθενείς (Sibeoni et al., 2018).

Επιπλέον πηγές κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν η θρησκευτική και η πνευματική κοινότητα, καθώς η επιλογή της πνευματικής συμβουλευτικής μπορεί να συμβάλει στη

συναισθηματική υποστήριξη ασθενών που αντιμετωπίζουν υπαρξιακά προβλήματα ή που βασίζονται στη θρησκεία για να αντλούν νόημα για τη ζωή (Rutkowski et al., 2018).

Γενικά, ο τρόπος που οι ασθενείς με ΓΚ αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους, επηρεάζεται σημαντικά από το επίπεδο της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, για αυτό είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας γενικότερα, με σκοπό την αύξηση του επιπέδου και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης υποστήριξης, προς αυτή την ομάδα ασθενών (Yagmur & Duman, 2016). Βέβαια, οι μελέτες διερεύνησης της επίδρασης του κοινωνικού δικτύου στις ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας των γυναικών με ΓΚ, είναι περιορισμένες.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αναγκών φροντίδας γυναικών με ΓΚ κατά την προ-εγχειρητική φάση και η διερεύνηση της σχέσης τους με το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες που αισθάνονται και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν.

4.1.1 Επιμέρους στόχοι - ερωτήματα

- Ποιες είναι οι ανάγκες φροντίδας των γυναικών με ΓΚ;
- Ποια είναι η σχέση μεταξύ των αναγκών φροντίδας και του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες των γυναικών με ΓΚ;
- Πώς η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες και τις ανάγκες φροντίδας των ασθενών με ΓΚ;
- Πώς σχετίζονται τα κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος με τις ανάγκες φροντίδας, το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες και την κοινωνική υποστήριξη των ασθενών με ΓΚ;

4.2 Ερευνητικό Πεδίο και Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Το είδος της μελέτης είναι συγχρονική ποσοτική ερευνητική μελέτη.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Μάιο έως και τον Οκτώβριο 2020.

4.3 Δείγμα-Δειγματοληπτική Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 102 γυναίκες ασθενείς διαγνωσμένες με ΓΚ (ενδομητρίου, τραχήλου της μήτρας, ωοθηκών, αιδοίου και κόλπου), οι οποίες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια κατά τη νοσηλεία τους για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε ένα μεγάλο ογκολογικό νοσοκομείο. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας.

4.4 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν τα ακόλουθα:

- Ασθενείς με ΓΚ που νοσηλεύτηκαν στη Χειρουργική Γυναικολογική Κλινική του Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών (ΑΟΝΑ) «Ο Άγιος Σάββας».
- Ηλικία μεγαλύτερη των 18 ετών.

- Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου τουλάχιστον δύο εβδομάδες προκειμένου οι ασθενείς να είχαν το χρόνο να συνειδητοποιήσουν τη διάγνωση και τις ανάγκες που προέκυψαν από αυτή, όπως και να είχαν διαμορφώσει άποψη για το υποστηρικτικό τους δίκτυο.
- Να ομιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα.
- Να επιθυμούν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια με ενυπόγραφη συγκατάθεση.
- Η διανοητική τους κατάσταση τους επέτρεπε να απαντήσουν με σαφήνεια.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν:

- Οι γυναίκες ασθενείς χωρίς ΓΚ
- Τα άτομα ηλικίας μικρότερης των 18 ετών
- Τα άτομα που είχαν διαταραγμένη σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα που εμπόδιζαν την επικοινωνία.

4.5 Παρουσίαση Ερευνητικών Εργαλείων

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκαν τα αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια γιατί κατά την άποψη της ερευνήτριας είναι αποτελεσματικά στη λήψη πληροφοριών και επιπρόσθετα λιγότερο κοστοβόρα και χρονοβόρα (Gillham, 2000). Ένας άλλος λόγος για την επιλογή αυτή, ήταν το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια διατηρούν το στοιχείο της ανωνυμίας, γεγονός που κατά την άποψη της ερευνήτριας μειώνει την καχυποψία των ερωτηθεισών και ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή τους είναι σχετικά μικρός (10-15 λεπτά), χωρίς να καταλήγει να είναι μια κουραστική διαδικασία για τις συμμετέχουσες.

Πέρα από το ερωτηματολόγιο με τα κλινικο-δημογραφικά στοιχεία, επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθούν 3 ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορά στην εκτίμηση αναγκών και ονομάζεται Needs Evaluation Questionnaire (NEQ) (Tamburini et al., 2000). Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αφορά στην μέτρηση άγχους, κατάθλιψης και στρες. Ενώ αρχικά προτάθηκε για το λόγο αυτό, η χρήση της κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ασθενείς με καρκίνο, εν συνεχεία απορρίφθηκε για το λόγο ότι ζητήθηκε οικονομική συμβολή κι αφού η εν λόγω εργασία δε χρηματοδοτείται από κάποιο φορέα, επελέγη διαφορετικό εργαλείο. Έτσι, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21), οι οποία σύμφωνα με τους Fox et al. (2019) αποτελεί κατάλληλο

εργαλείο για την αξιολόγηση της ψυχολογικής δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Multidimensional Scale of Perceived Social Support για την εκτίμηση της κοινωνικής υποστήριξης (Zimet et al., 1988).

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

4.5.1 Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων.

Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά όπως: ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, βασικός φροντιστής, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση, τόπος διαμονής, διάγνωση, στάδιο της νόσου, χρόνος από την διάγνωση, είδος θεραπείας, συννοσηρότητα, λήψη αντικαταθλιπτικής – αγχολυτικής αγωγής. Κάποια από αυτά (διάγνωση, στάδιο νόσου, λήψη αγχολυτικής/αντικαταθλιπτικής αγωγής, συννοσηρότητα) συμπληρώθηκαν από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.

4.5.2 Κλίμακα εκτίμησης αναγκών - Needs Evaluation Questionnaire (NEQ)

Δημιουργήθηκε από τους Tamburini et al. (2000) και αποτελείται από 23 διχότομες ερωτήσεις (ΝΑΙ-ΟΧΙ) που καταγράφουν 8 διαφορετικούς τύπους αναγκών: πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση (ερωτήσεις 1 και 2), πληροφοριακές σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία, ανάγκες (ερωτήσεις 3 και 4), ανάγκες επικοινωνίας (ερωτήσεις 5-8), ανάγκες που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον (ερωτήσεις 20-22), ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία (ερωτήσεις 9-13), την ξενοδοχειακή υποδομή (ερώτηση 14), τα οικονομικά θέματα (ερωτήσεις 15 και 16) και την ανάγκη για υποστήριξη (ερωτήσεις 17-19, 23). Έγινε εγκυροποίηση στα ελληνικά από τους Konstantinidis et al. (2017), σε δείγμα ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο. Διασφαλίστηκε έγκριση για τη χρήση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα, ενώ δεν κατέστη δυνατή η επικοινωνία με οποιοδήποτε μέλος της ομάδας δημιουργίας του ερωτηματολογίου, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες της ερευνήτριας.

4.5.3 Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψη, άγχους και στρες - Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS - 21)

Πρόκειται για τη σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου DASS-42, η οποία έχει κατασκευαστεί από τους Lovibond & Lovibond, (1996) για την εκτίμηση των συναισθηματικών καταστάσεων του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες, και έχει μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί στα ελληνικά από τους Lyrakos et al. (2011) σε γενικό πληθυσμό και σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες (κατάθλιψη, άγχος και στρες) και η κάθε υποκλίμακα αποτελείται από επτά

ερωτήσεις, τις οποίες καλείται να απαντήσει το άτομο μέσω μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (από 0 = δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, έως 3 = ίσχυσε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές) και αναφέρονται στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Το κάθε σκορ πολλαπλασιάζεται επί 2, όπως έχει προταθεί από την ολοκληρωμένη μορφή της DASS-42, ούτως ώστε να προσδιοριστεί η ήπια, σοβαρή και πολύ σοβαρή κατάσταση από την κάθε υποκλίμακα. Όσο αυξάνει το σκορ, τόσο μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες βιώνει το άτομο. Η κλίμακα διατίθεται ελεύθερη προς χρήση στο διαδίκτυο.

(<http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/down.htm>).

4.5.4 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης - The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Δημιουργήθηκε από τους Zimet et al. (1988) και η εγκυροποίηση στην ελληνική γλώσσα έγινε από την Theofilou (2015) σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας (Cronbach $\alpha=0,804$). Αποτελείται συνολικά από 12 ερωτήσεις, οι οποίες συνιστούν τρεις υποκλίμακες που αφορούν στην οικογενειακή υποστήριξη (4 προτάσεις), στην υποστήριξη από φίλους (4 προτάσεις) και στην υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (4 προτάσεις). Οι απαντήσεις δίνονται σε επτάβαθμη κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το «διαφωνώ πλήρως» (1) έως το «συμφωνώ πλήρως» (7). Η συνολική βαθμολογία για τις 12 προτάσεις, κυμαίνεται από 12–84, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να σημαίνουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη. Η παρούσα κλίμακα διατίθεται ελεύθερη προς χρήση στο διαδίκτυο (<https://gzimet.wixsite.com/mspss>), ωστόσο ζητήθηκε και ελήφθη η ελληνική έκδοση.

4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ζητήθηκε και ελήφθη έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας».

Οι ασθενείς με ΓΚ, οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη, προσεγγίστηκαν στο τμήμα της Χειρουργικής Γυναικολογικής Κλινικής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Προηγήθηκε προφορική ενημέρωση των ασθενών σχετικά με το σκοπό της έρευνας, για την εξασφάλιση καλύτερης συνεργασίας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ελήφθη ενυπόγραφη συγκατάθεση. Οι γυναίκες ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια NEQ για την αξιολόγηση αναγκών, DASS-21 για την αξιολόγηση κατάθλιψης, άγχους και στρες,

MSPSS για την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης και τις ερωτήσεις για τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία τους.

Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια, η οποία ήταν διακριτικά παρούσα για την επίλυση τυχόν αποριών.

4.7 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η παρούσα μελέτη, δεν περιείχε σωματικούς και ψυχολογικούς κινδύνους για την υγεία των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, εφόσον το επιθυμούσαν και αφού προηγουμένως είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και είχε εξασφαλιστεί η έγγραφη πληροφορημένη συγκατάθεσή τους. Διευκρινίστηκε στις συμμετέχουσες ότι δεν θα υπάρξουν χρηματικά ή άλλα οφέλη από τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Η έναρξη της μελέτης έγινε, αφού διασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια από το νοσοκομείο Α.Ο.Ν.Α «Ο Άγιος Σάββας».

4.8 Στατιστική ανάλυση

Μετά την συλλογή των στοιχείων, έγινε η ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 22.0.

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέχθησαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες αναγκών και κατάθλιψης, άγχους και στρες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 102 γυναίκες ασθενείς με μέση ηλικία τα 61,1 έτη (SD=11,1 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών

		N	%
Ηλικία ασθενούς, μέση τιμή (SD)		61,1 (11,1)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	14	13,7
	Έγγαμη	58	56,9
	Συζεί	1	1,0
	Διαζευγμένη	10	9,8
	Σε διάσταση	3	2,9
	Χήρα	16	15,7
Παιδιά	Όχι	20	19,6
	Ναι	82	80,4
Αριθμός παιδιών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,1 (0,9)	2 (2 - 2)
Ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης	Καμία εκπαίδευση	1	1,0
	Δημοτικό	26	25,7
	Γυμνάσιο	14	13,9
	Λύκειο	31	30,7
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	25	24,8
	Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	4	4,0
Επάγγελμα ασθενούς	Άνεργη	16	15,7
	Δημόσιος υπάλληλος	7	6,9
	Ιδιωτικός υπάλληλος	13	12,7
	Ελευθερος επαγγελματίας	3	2,9
	Οικιακά	28	27,5
	Συνταξιούχος	34	33,3
	Άλλο	1	1,0
Μηνιαίο εισόδημα	Καθόλου	31	30,4
	Μέχρι 500 ευρώ/μήνα	22	21,6
	501 - 1000 ευρώ/μήνα	30	29,4
	1001 - 1500 ευρώ/μήνα	18	17,6
	Πάνω από 1501 ευρώ/μήνα	1	1,0
Τόπος διαμονής	Ευρύτερη περιοχή Αττικής	53	52,0
	Πρωτεύουσα νομού	26	25,5
	Μικρή πόλη	12	11,8
	Ύπαιθρος	11	10,8

Η πλειονότητα των συμμετεχουσών ήταν έγγαμες, με το ποσοστό να είναι 56,9% και το 80,4% είχε παιδιά. Επίσης, το 30,7% των συμμετεχουσών ήταν απόφοιτες λυκείου, το 24,8% απόφοιτες πανεπιστημίου και το 25,7% απόφοιτες δημοτικού. Μια στις τρεις συμμετέχουσες (33,3%) ήταν συνταξιούχος. Ακόμα, το 52% των συμμετεχουσών έμενε στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Στοιχεία από το ιστορικό των ασθενών δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

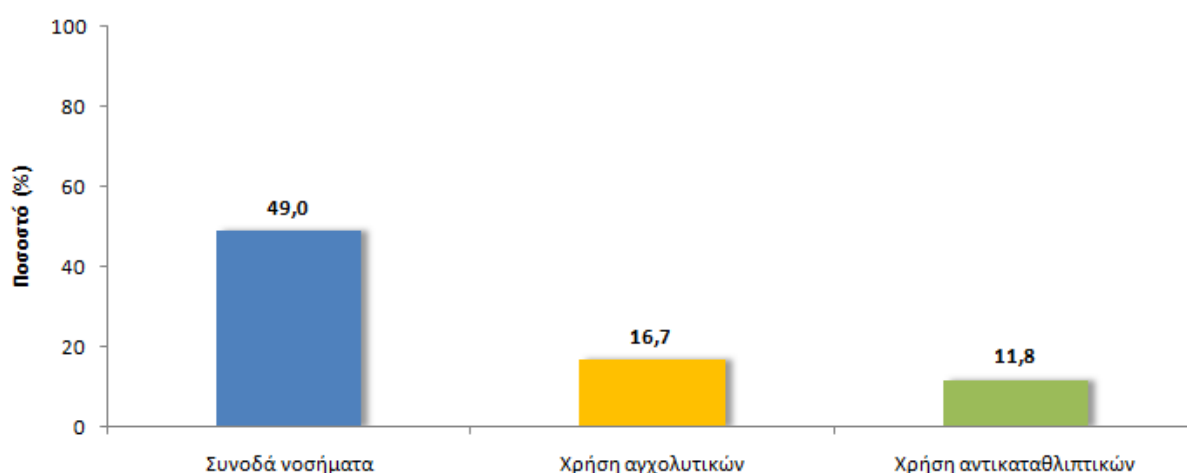
Πίνακας 2. Στοιχεία ιστορικού των ασθενών

		N	%
Συνοδά νοσήματα	Όχι	52	51,0
	Ναι	50	49,0
Χρήση αγχολυτικών	Όχι	85	83,3
	Ναι	17	16,7
Χρήση αντικαταθλιπτικών	Όχι	90	88,2
	Ναι	12	11,8

Συνοδά νοσήματα είχε το 49% των συμμετεχουσών. Επίσης, το 16,7% έκανε χρήση αγχολυτικών και το 11,8% χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τα στοιχεία από το ιστορικό των ασθενών δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 1. Στοιχεία ιστορικού των ασθενών



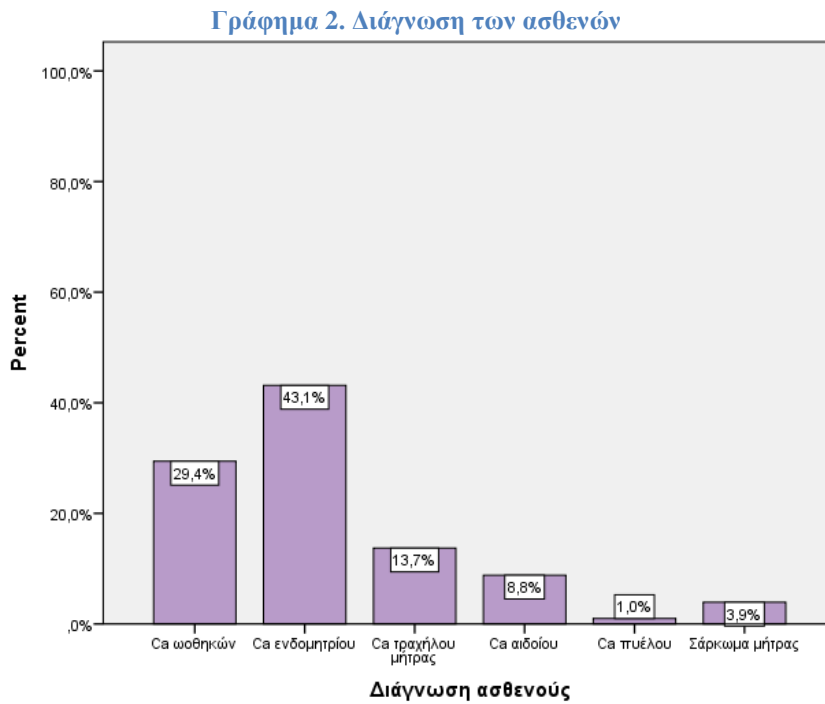
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα στοιχεία που αφορούν στη νόσο των ασθενών.

Πίνακας 3. Στοιχεία της νόσου των ασθενών

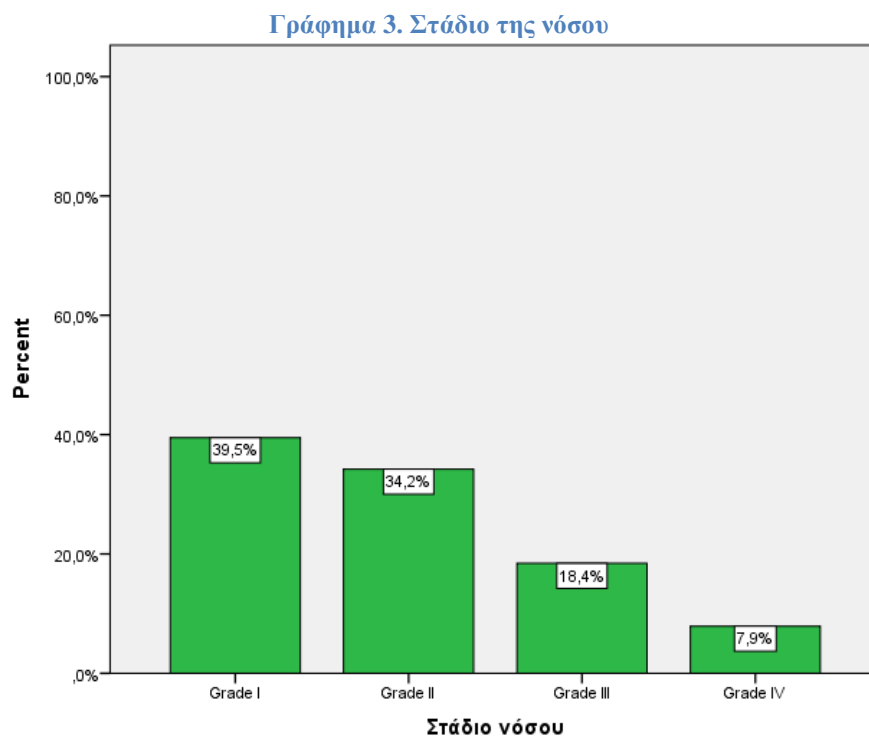
		N	%
Διάγνωση ασθενούς	Ca ωοθηκών	30	29,4
	Ca ενδομητρίου	48	47,0
	Ca τραχήλου μήτρας	14	13,7
	Ca αιδοίου	9	8,8
	Ca πυέλου	1	1,0
Στάδιο νόσου (Grade)	Grade I	30	39,5
	Grade II	26	34,2
	Grade III	14	18,4
	Grade IV	6	7,9
Χρονικό διάστημα από αρχική διάγνωση (μήνες), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		5,9 (13,9)	2,5 (2 - 5)
Έχει λάβει άλλη θεραπεία	Όχι	81	79,4
	Ναι	21	20,6
Είδος προηγούμενης θεραπείας	Χειρουργική	8	38,1
	Χημειοθεραπεία	8	38,1
	Ακτινοθεραπεία	0	0,0
	Ορμονοθεραπεία	1	4,8
	Δεν γνωρίζω	2	9,5
	Συνδυασμός (χειρουργείο-χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία)	1	4,8
	Συνδυασμός (χειρουργείο-χημειοθεραπεία)	1	4,8
Βασικός φροντιστής	Σύζυγος	39	38,2
	Γιος/κόρη	37	36,3
	Γονείς	4	3,9
	Φίλος/η	3	2,9
	Άλλος συγγενής	12	11,8
	Αυτοφροντίδα	5	4,9
	Σύντροφος	2	2,0

Το 47% των ασθενών είχε διαγνωστεί με Ca ενδομητρίου και το 29,4% με Ca ωοθηκών. Επίσης, το 39,5% των ασθενών είχε στάδιο νόσου Grade I και το 34,2% στάδιο νόσου Grade II. Ο διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση ήταν 2,5 μήνες (ενδ. εύρος: 2-5 μήνες). Ακόμα, το 20,6% των συμμετεχουσών είχε λάβει θεραπεία και το 38,1% είχε υποβληθεί μόνο σε χειρουργική θεραπεία ή μόνο σε χημειοθεραπεία. Το 38,2% των ασθενών είχε σαν κύριο φροντιστή το σύζυγό τους και το 36,3% τα παιδιά του.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η διάγνωση των συμμετεχουσών.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το στάδιο νόσου των συμμετεχουσών.



Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στις διαστάσεις κοινωνικής υποστήριξης. Οι βαθμολογίες αυτές μπορούν να κυμανθούν από 1 έως 7, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη υποστήριξη.

Πίνακας 4. Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Υποστήριξη από σημαντικούς άλλους	3,25	7,00	6,35 (1,00)	6,9 (6 – 7)
Υποστήριξη από οικογένεια	1,00	7,00	6,30 (1,29)	7 (6,3 – 7)
Υποστήριξη από φίλους	1,00	7,00	5,49 (1,54)	6 (4,5 – 7)
Συνολική υποστήριξη	2,50	7,00	6,06 (1,00)	6,3 (5,6 – 6,9)

Η βαθμολογία συνολικής υποστήριξης κυμαινόταν από 2,50 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 6,06 μονάδες (SD=1,00 μονάδες). Επίσης, η βαθμολογία υποστήριξης από την οικογένεια κυμαινόταν από 1,00 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 6,30 μονάδες (SD=1,29 μονάδες), η βαθμολογία υποστήριξης από τους φίλους κυμαινόταν από 1,00 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 5,49 μονάδες (SD=1,54 μονάδες) και η βαθμολογία υποστήριξης από σημαντικούς άλλους κυμαινόταν από 3,25 έως 7,00 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 6,35 μονάδες (SD=1,00 μονάδες).

Κλίμακα άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS-21)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι διαστάσεις της κλίμακας DASS-21. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS-21)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Βαθμολογία κατάθλιψης	0,00	21,00	5,18 (5,13)	3 (1 – 9)
Βαθμολογία άγχους	0,00	18,00	5,41 (4,49)	4 (2 – 8)
Βαθμολογία στρες	0,00	21,00	8,21 (5,83)	7 (4 – 12)
Βαθμολογία κλίμακας DASS-21	0,00	60,00	18,93 (14,21)	16 (7 – 29)

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Κατάθλιψη» ήταν 5,18 μονάδες (SD=5,13 μονάδες), στη διάσταση «Άγχος» ήταν 5,41 μονάδες (SD=4,49 μονάδες) και στη διάσταση «Στρες» ήταν 8,21 μονάδες (SD=5,83 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 60 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 18,93 μονάδες (SD=14,21 μονάδες).

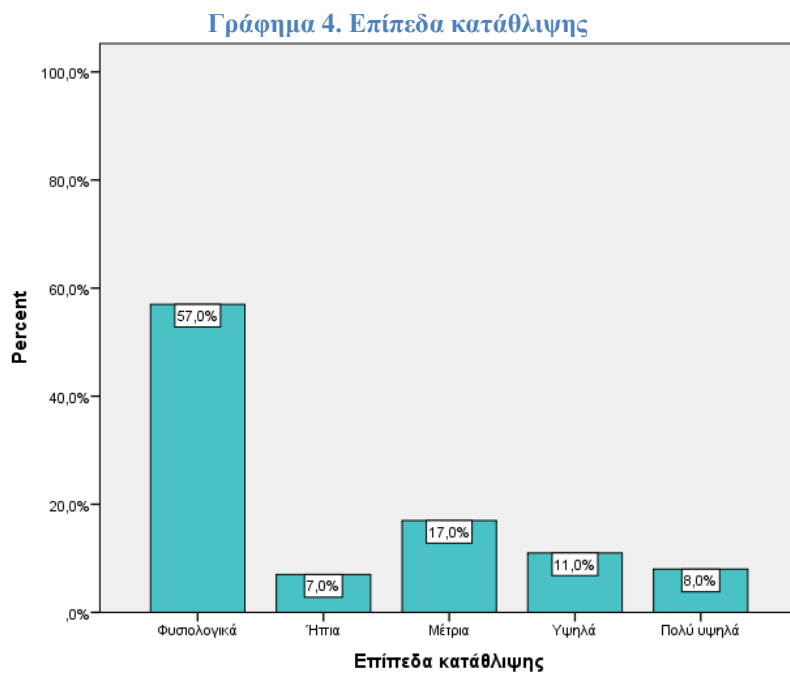
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες των συμμετεχόντων.

Πίνακας 6. Επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες

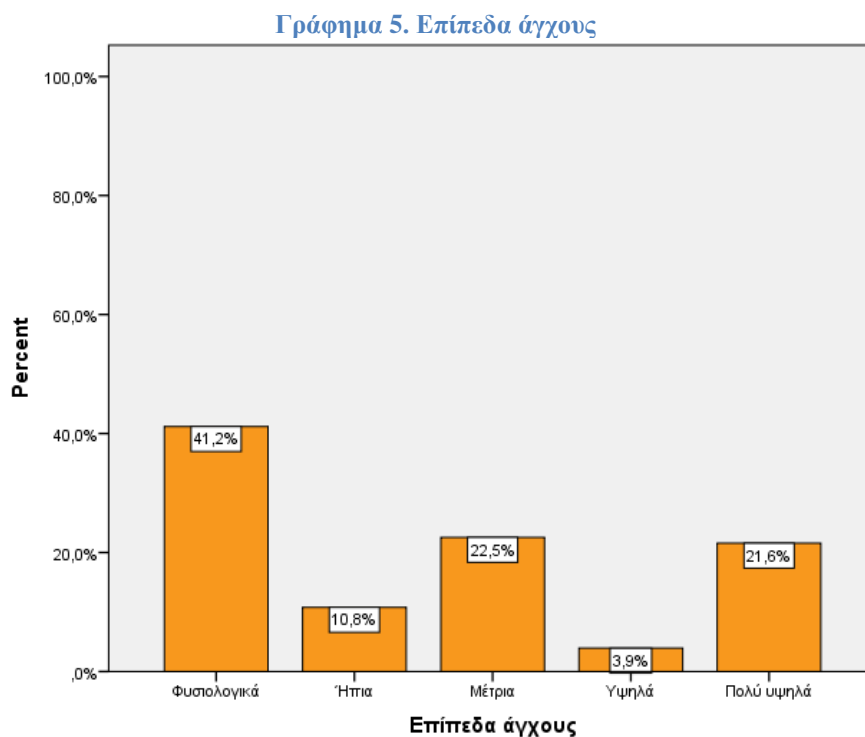
		N	%
Επίπεδα κατάθλιψης	Φυσιολογικά	57	57,0
	Ήπια	7	7,0
	Μέτρια	17	17,0
	Υψηλά	11	11,0
	Πολύ υψηλά	8	8,0
Επίπεδα άγχους	Φυσιολογικά	42	41,2
	Ήπια	11	10,8
	Μέτρια	23	22,5
	Υψηλά	4	3,9
	Πολύ υψηλά	22	21,6
Επίπεδα στρες	Φυσιολογικά	51	50,5
	Ήπια	8	7,9
	Μέτρια	20	19,8
	Υψηλά	12	11,9
	Πολύ υψηλά	10	9,9

Το 57% των συμμετεχόντων είχε φυσιολογικού επιπέδου κατάθλιψη, το 21,6% πολύ υψηλό άγχος και το 19,8% μέτριου επιπέδου στρες.

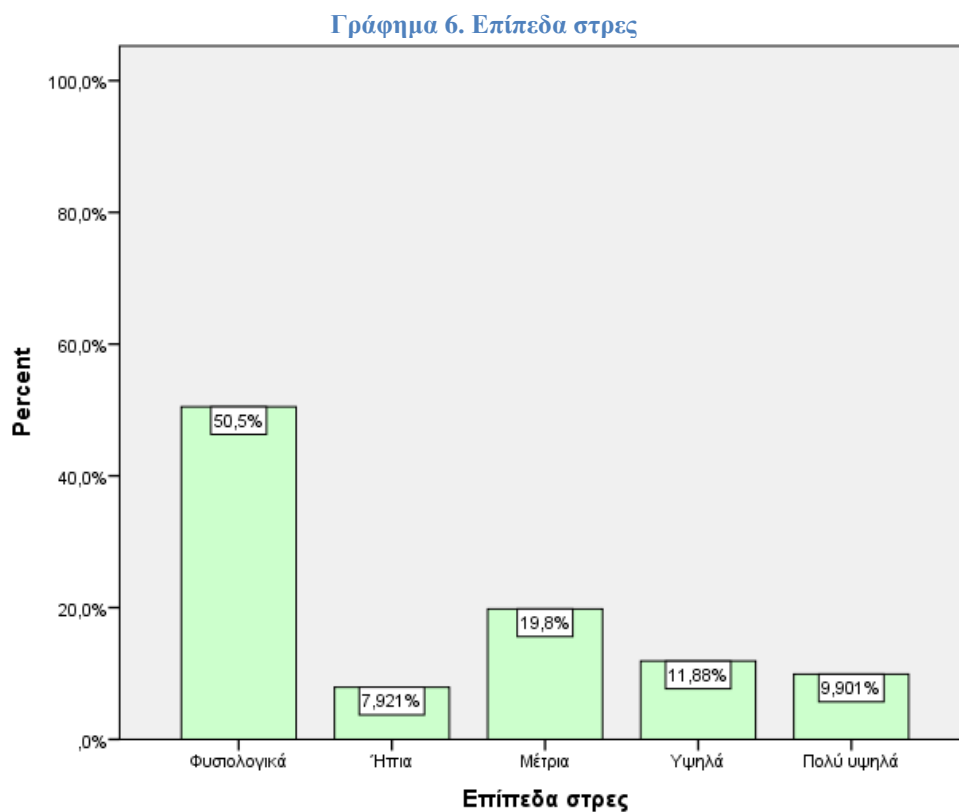
Τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων δίνονται στο παρακάτω γράφημα.



Τα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων δίνονται στο παρακάτω γράφημα.



Τα επίπεδα στρες των συμμετεχόντων δίνονται στο παρακάτω γράφημα.



Κλίμακα αναγκών (NEQ)

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα ποσοστά παρουσίας των αναγκών που αναφέρονται στην κλίμακα NEQ.

Πίνακας 7. Ποσοστό αναγκών στην κλίμακα NEQ

		N	%
Πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση	Ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση	55	53,9
	Ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μελλοντική κατάσταση	87	85,3
Πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία	Ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις εξετάσεις	60	58,8
	Ανάγκη για περισσότερες εξηγήσεις για τη θεραπεία	74	72,5
Ανάγκες επικοινωνίας	Ανάγκη για περισσότερη συμμετοχή στις θεραπευτικές επιλογές	55	55,0
	Ανάγκη για πιο κατανοητές πληροφορίες από γιατρούς - νοσηλευτές	60	58,8
	Ανάγκη οι γιατροί να είναι πιο ειλικρινείς	68	66,7
	Ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία με τους γιατρούς	58	56,9
Ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία	Ανάγκη να ελέγχονται καλύτερα μερικές ενοχλήσεις	46	45,1
	Ανάγκη για περισσότερη βοήθεια να φάει, να ντυθεί, να πάει στο μπάνιο	13	12,7
	Ανάγκη για περισσότερο σεβασμό προσωπικότητας/αξιοπρέπειας	29	28,4
	Ανάγκη για περισσότερη προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό	25	24,5
	Ανάγκη να την καθησυχάζουν περισσότερο οι γιατροί	48	47,5
Ανάγκες για ξενοδοχειακή υποδομή	Ανάγκη για καλύτερες υπηρεσίες νοσοκομείου (τουαλέτα, καθαριότητα, γεύματα)	24	23,5
Ανάγκες για οικονομικά θέματα	Ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες οικονομικο-ασφαλιστικής φύσης	64	62,7
	Ανάγκη από οικονομική βοήθεια	37	36,6
Ανάγκες για υποστήριξη	Ανάγκη να μιλήσει με ψυχολόγο	28	27,7
	Ανάγκη να μιλήσει με ιερέα	20	19,6
	Ανάγκη να μιλήσει με ανθρώπους που είχαν ίδια εμπειρία	54	52,9
	Ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για την κατάστασή της	71	69,6
Ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον	Ανάγκη να την καθησυχάζει περισσότερο η οικογένεια	40	39,2
	Ανάγκη να αισθάνεται περισσότερο χρήσιμη μέσα στην οικογένεια	53	52,5
	Ανάγκη να αισθάνεται λιγότερο κλεισμένη στον εαυτό της	44	43,1

Τα ποσοστά αναγκών κυμαίνονταν από 12,7% μέχρι 85,3%. Οι τρεις σημαντικότερες αναφερόμενες ανάγκες ήταν η ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μελλοντική κατάσταση (85,3%), η ανάγκη για περισσότερες εξηγήσεις για τη θεραπεία (72,5%) και η ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για την κατάστασή της (69,6%).

Αντίθετα, οι τρεις ανάγκες με τις χαμηλότερες βαθμολογίες ήταν η ανάγκη για περισσότερη βοήθεια να φάει, να ντυθεί, να πάει στο μπάνιο (12,7%), η ανάγκη να μιλήσει με ιερέα (19,6%) και η ανάγκη για καλύτερες υπηρεσίες νοσοκομείου (τουαλέτα, καθαριότητα, γεύματα) (23,5%).

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ανάγκες ανά τομέα και δημιουργήθηκαν οι βαθμολογίες που δείχνουν το πλήθος αναγκών ανά τομέα. Επίσης, αθροίστηκαν και οι 23 ανάγκες που αναφέρθηκαν και το άθροισμα μετατράπηκε σε εκατοστιαία κλίμακα, δείχνοντας τις συνολικές ανάγκες που είχαν οι συμμετέχουσες. Οι βαθμολογίες ανά τομέα και συνολικά δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 8. Βαθμολογίες αναγκών ανά τομέα και συνολικά

	%*	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση	86,3	0,00	2,00	1,39 (0,72)	2 (1 – 2)
Πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία	75,5	0,00	2,00	1,31 (0,84)	2 (1 – 2)
Ανάγκες επικοινωνίας	81,0	0,00	4,00	2,35 (1,53)	3 (1 – 4)
Ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον	69,3	0,00	3,00	1,35 (1,16)	1 (0 – 2)
Ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία	60,4	0,00	5,00	1,58 (1,7)	1 (0 – 3)
Ανάγκες για ξενοδοχειακή υποδομή	23,5	0,00	1,00	0,24 (0,43)	0 (0 – 0)
Ανάγκες για οικονομικά θέματα	67,3	0,00	2,00	0,99 (0,81)	1 (0 – 2)
Ανάγκες για υποστήριξη	79,2	0,00	4,00	1,7 (1,26)	2 (1 – 2)
Συνολικές ανάγκες	94,8	0,00	22,00	10,9 (5,9)	10 (7 – 15,5)

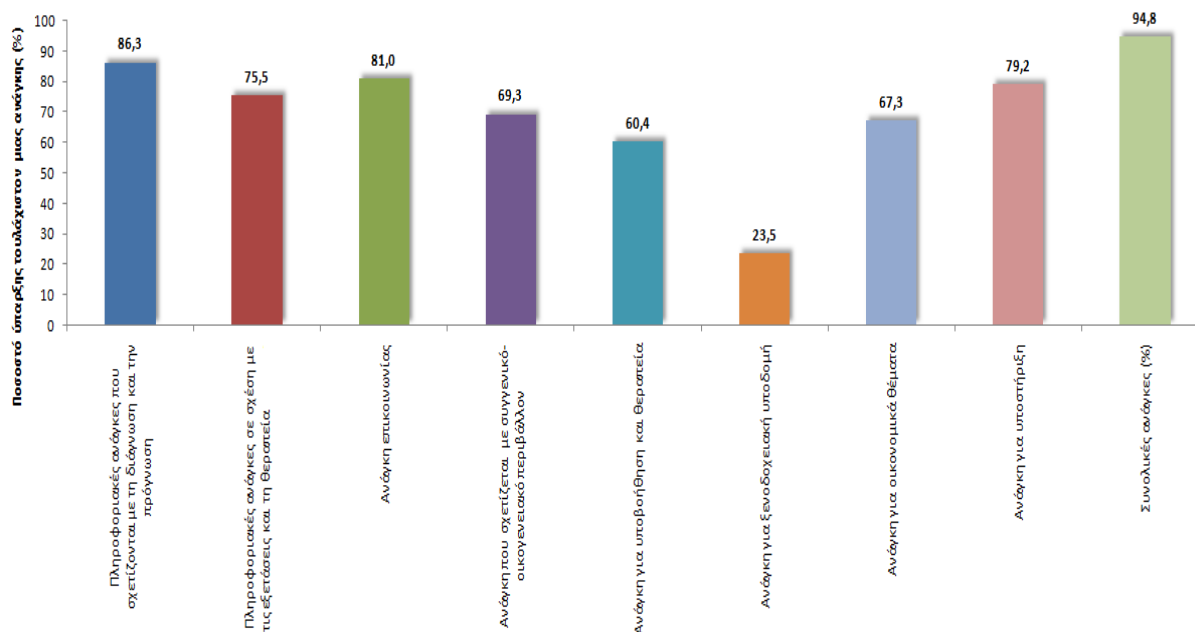
*ποσοστό ύπαρξης τουλάχιστον μιας ανάγκης ανά κατηγορία

Το 86,3% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια πληροφοριακή ανάγκη που σχετίζεται με τη διάγνωση και την πρόγνωση. Ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 1,39 (SD=0,72). Το 75,5% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια πληροφοριακή ανάγκη σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία ανάγκες. Ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 1,31 (SD=0,84). Το 81,0% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια ανάγκη επικοινωνία και ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 2,35 (SD=1,53). Το 69,3% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια ανάγκη που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον και ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 1,35 (SD=1,16). Το 60,4% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια ανάγκη για υποβοήθηση και θεραπεία και ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 1,58 (SD=1,70). Το 23,5% των

ασθενών είχε ανάγκη για ξενοδοχειακή υποδομή και ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 0,24 (SD=0,43). Το 67,3% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια ανάγκη για οικονομικά θέματα και ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 0,99 (SD=0,81). Το 79,2% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια ανάγκη για υποστήριξη και ο μέσος αριθμός των συγκεκριμένων αναγκών ήταν 1,7 (SD=1,26). Συνολικά, το 94,8% των ασθενών είχε τουλάχιστον μια ανάγκη και ο μέσος αριθμός των συνολικών αναγκών ήταν 10,9 (SD=5,9).

Τα ποσοστά ύπαρξης τουλάχιστον μιας ανάγκης ανά τομέα αλλά και συνολικά δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 7. Ποσοστά τουλάχιστον μιας ανάγκης ανά τομέα και συνολικά



Συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους, στρες και κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 9. Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS-21) και κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS)

		Βαθμολογία κατάθλιψης	Βαθμολογία άγχους	Βαθμολογία στρες	Βαθμολογία κλίμακας DASS-21
Υποστήριξη από σημαντικούς άλλους	r	-0,16	-0,07	-0,06	-0,10
	P	0,107	0,496	0,571	0,334
Υποστήριξη από οικογένεια	r	-0,11	-0,08	-0,05	-0,09
	P	0,272	0,450	0,646	0,401
Υποστήριξη από φίλους	r	-0,10	-0,05	-0,07	-0,08
	P	0,338	0,643	0,518	0,452
Συνολική υποστήριξη	r	-0,07	-0,02	-0,02	-0,04
	P	0,514	0,808	0,807	0,727

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους, στρες και κοινωνικής υποστήριξης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των κλιμάκων αναγκών και κοινωνικής υποστήριξης.

Πίνακας 10. Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ κλιμάκων αναγκών (NEQ) και κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS)

		Υποστήριξη από σημαντικούς άλλους	Υποστήριξη από οικογένεια	Υποστήριξη από φίλους	Συνολική υποστήριξη
Πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση	r	0,07	0,05	-0,19	-0,07
	P	0,469	0,633	0,054	0,514
Πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία	r	0,12	0,07	-0,18	-0,02
	P	0,246	0,482	0,072	0,859
Ανάγκες επικοινωνίας	r	-0,08	-0,06	-0,15	-0,09
	P	0,436	0,573	0,137	0,381
Ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον	r	-0,14	-0,16	-0,16	-0,12
	P	0,160	0,103	0,121	0,221
Ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία	r	-0,10	-0,07	-0,13	-0,06
	P	0,327	0,456	0,196	0,547
Ανάγκες για ξενοδοχειακή υποδομή	r	-0,06	-0,05	-0,06	-0,07
	P	0,551	0,603	0,541	0,505
Ανάγκες για οικονομικά θέματα	r	-0,09	-0,16	-0,15	-0,21
	P	0,350	0,120	0,132	0,036
Ανάγκες για υποστήριξη	r	-0,28	-0,15	-0,13	-0,17
	P	0,004	0,123	0,195	0,095
Συνολικές ανάγκες (%)	r	-0,10	-0,10	-0,18	-0,11
	P	0,353	0,350	0,074	0,269

Μόνο η συνολική κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις ανάγκες για οικονομικά θέματα. Συγκεκριμένα, η συσχέτιση ήταν αρνητική, υποδηλώνοντας ότι όσο περισσότερη ήταν η κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερες ήταν οι ανάγκες τους για οικονομικά θέματα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των κλιμάκων αναγκών και κατάθλιψης, άγχους, στρες.

Πίνακας 11. Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ κλιμάκων αναγκών (NEQ) και κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS-21)

		Βαθμολογία κατάθλιψης	Βαθμολογία άγχους	Βαθμολογία στρες	Βαθμολογία κλίμακας DASS-21
Πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση	r	0,15	0,21	0,19	0,21
	P	0,124	0,033	0,058	0,035
Πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία	r	0,20	0,23	0,24	0,25
	P	0,050	0,018	0,018	0,013
Ανάγκες επικοινωνίας	r	0,15	0,10	0,11	0,14
	P	0,142	0,345	0,263	0,172
Ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον	r	0,42	0,47	0,42	0,47
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία	r	0,24	0,32	0,26	0,29
	P	0,019	0,001	0,009	0,003
Ανάγκες για ξενοδοχειακή υποδομή	r	0,10	0,17	0,15	0,17
	P	0,306	0,081	0,133	0,093
Ανάγκες για οικονομικά θέματα	r	0,23	0,20	0,23	0,25
	P	0,024	0,048	0,022	0,012
Ανάγκες για υποστήριξη	r	0,54	0,54	0,52	0,61
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολικές ανάγκες (%)	r	0,40	0,44	0,39	0,46
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Περισσότερες πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία, περισσότερες ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον, περισσότερες ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία, περισσότερες ανάγκες για οικονομικά θέματα και περισσότερες ανάγκες για υποστήριξη σχετίζονταν με σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Επίσης, περισσότερες πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση, περισσότερες πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία ανάγκες, περισσότερες ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον, περισσότερες ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία, περισσότερες ανάγκες για οικονομικά θέματα και περισσότερες ανάγκες για υποστήριξη σχετίζονταν με σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους.

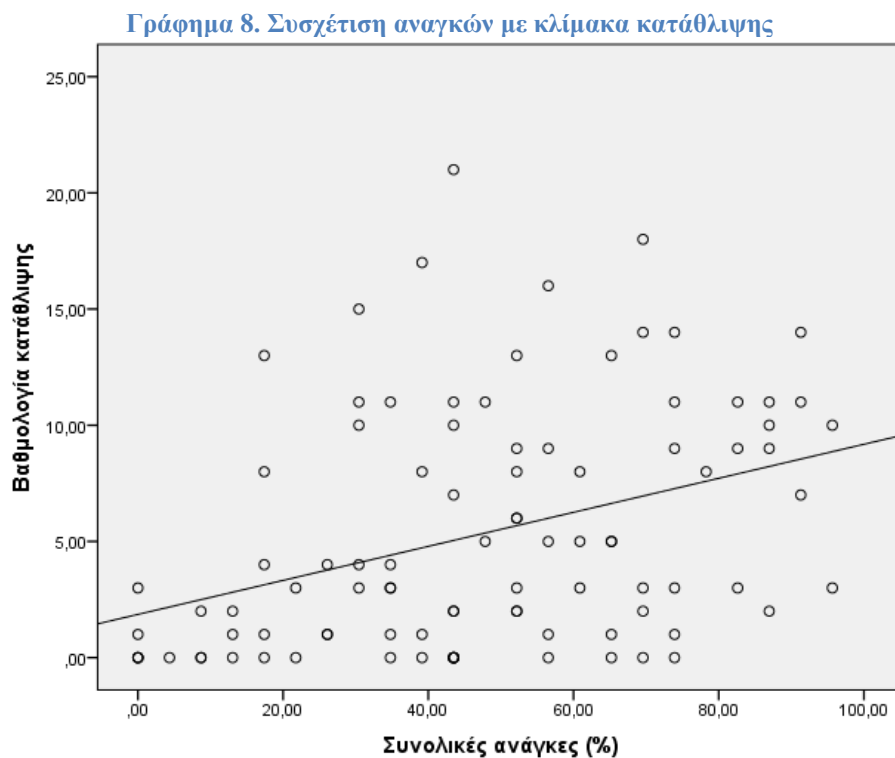
Ομοίως, περισσότερες πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία ανάγκες, περισσότερες ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον, περισσότερες ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία, περισσότερες ανάγκες για

οικονομικά θέματα και περισσότερες ανάγκες για υποστήριξη σχετίζονταν με σημαντικά περισσότερα συμπτώματα στρες.

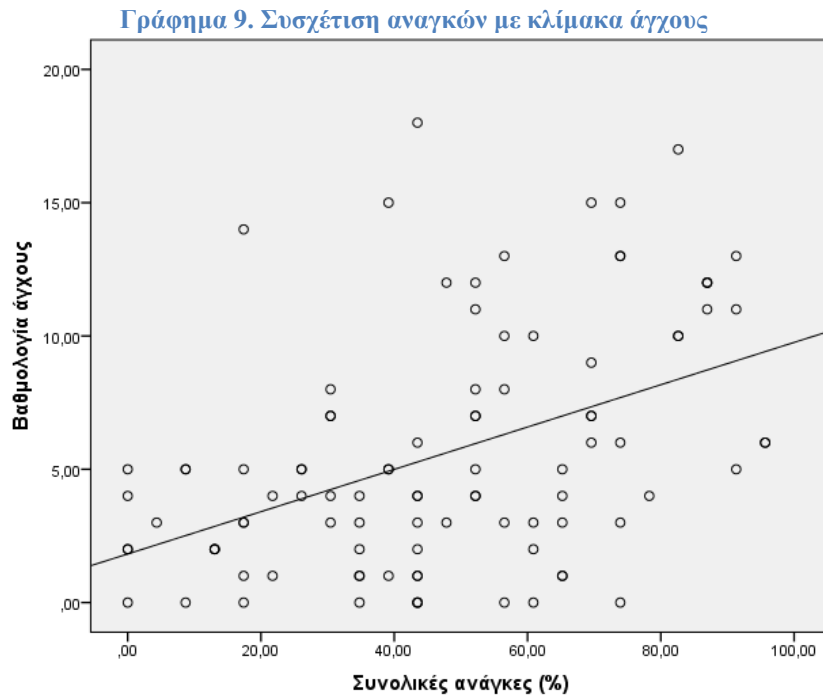
Επίσης, περισσότερες πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση, περισσότερες πληροφοριακές ανάγκες σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία ανάγκες, περισσότερες ανάγκες που σχετίζεται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον, περισσότερες ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία, περισσότερες ανάγκες για οικονομικά θέματα και περισσότερες ανάγκες για υποστήριξη σχετίζονταν με σημαντικά περισσότερα συνολικά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Γενικά, όσο περισσότερες ανάγκες είχαν οι συμμετέχουσες τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες που είχαν.

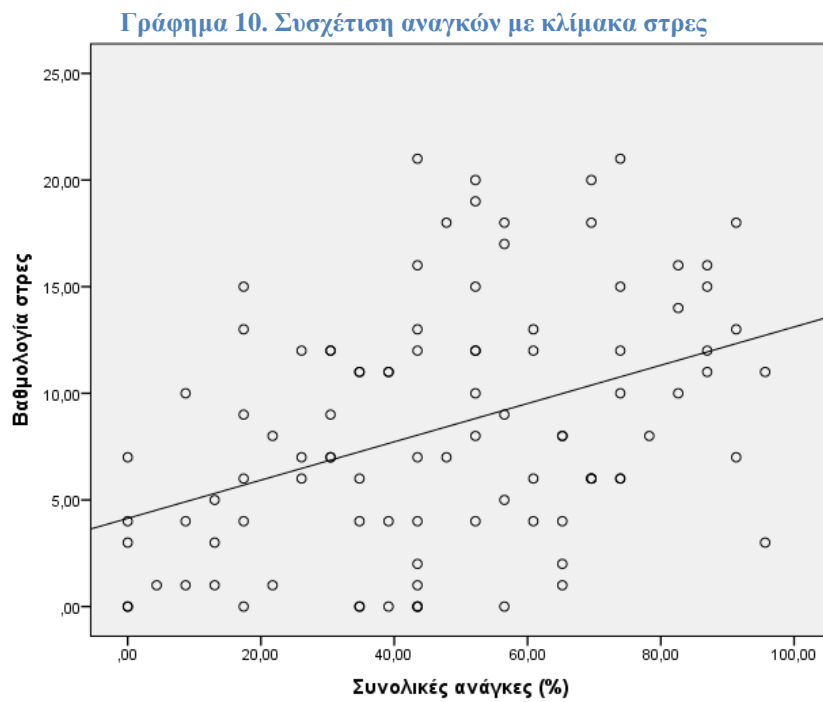
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των αναγκών με την κλίμακα κατάθλιψης.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των αναγκών με την κλίμακα άγχους.

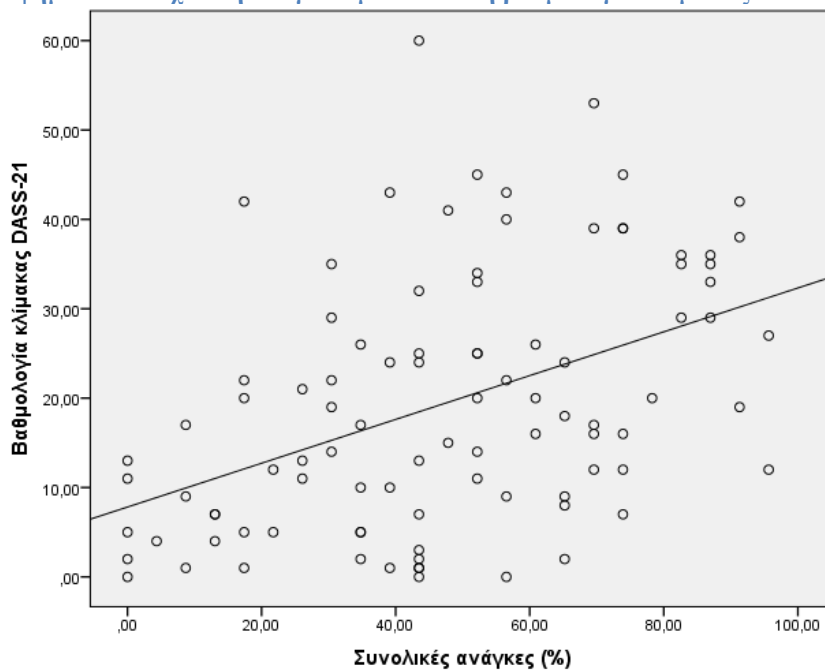


Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των αναγκών με την κλίμακα στρες.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των αναγκών με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DASS-21.

Γράφημα 11. Συσχέτιση αναγκών με συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS-21



Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για κλίμακα αναγκών

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις ανάγκες που είχαν οι συμμετέχουσες και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα στοιχεία από το ιστορικό τους, τη νόσο τους και την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης. Λόγω της ασυμμετρίας των κατανομών των εξαρτημένων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι λογαριθμικοί τους μετασχηματισμοί. Οι αναλύσεις έγιναν με τη χρήση της μεθόδου διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τα αποτελέσματα δίνονται ακολούθως:

- Με εξαρτημένη μεταβλητή το πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση:

Πίνακας 12. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση

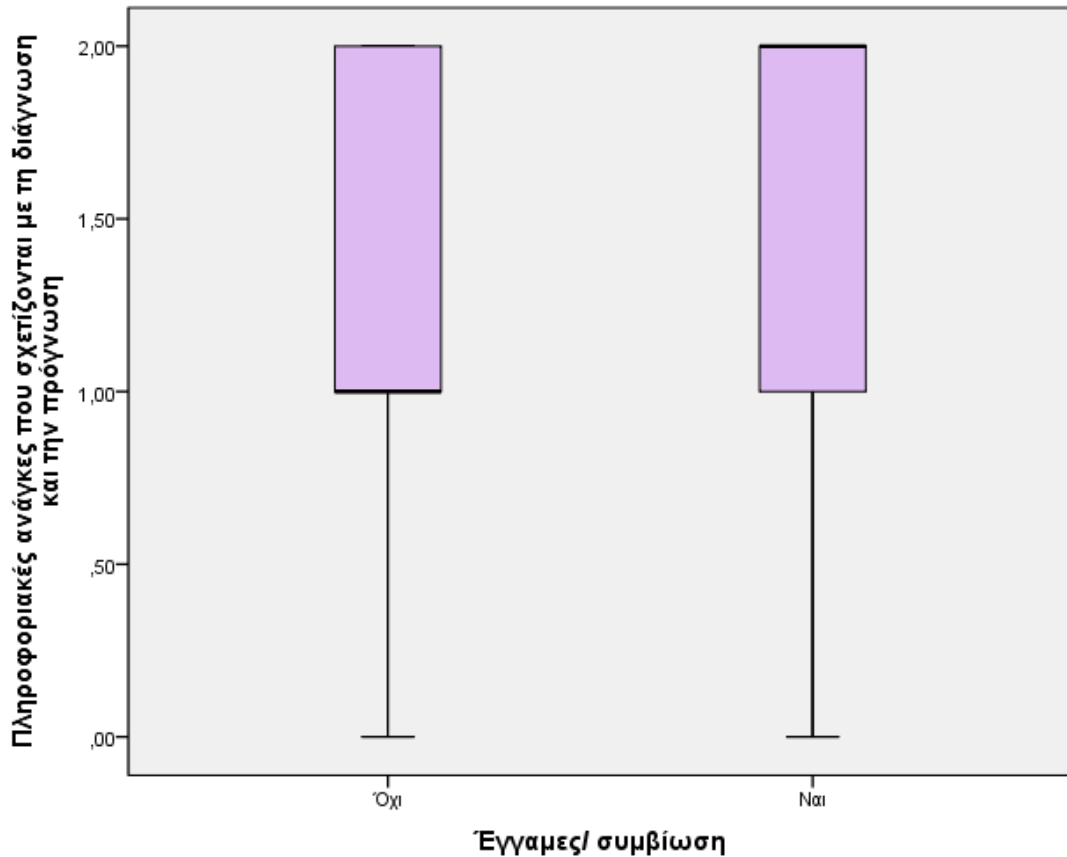
		β+	SE++	P
Έγγαμες/ συμβίωση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,078	0,032	0,016

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το αν ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονταν με τη διάγνωση και την πρόγνωση. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση είχαν σημαντικά περισσότερες ανάγκες τέτοιου είδους σε σύγκριση με τις ασθενείς που δεν ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

Γράφημα 12. Πλήθος πληροφοριακών αναγκών που σχετίζονται με τη διάγνωση και την πρόγνωση ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



- Με εξαρτημένη μεταβλητή το πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον:

Πίνακας 13. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον

		β+	SE++	P
Χρήση αγχολυτικών	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,168	0,070	0,018

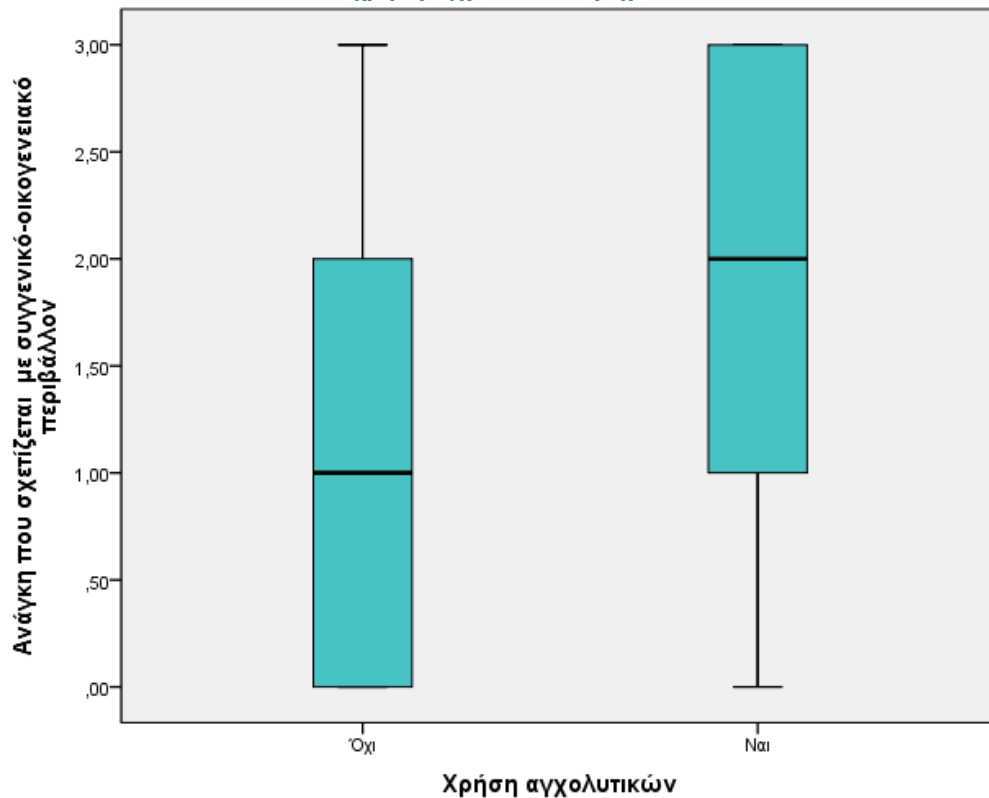
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το αν έπαιρναν αγχολυτικά βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον. Συγκεκριμένα, οι

ασθενείς που έπαιρναν αγχολυτικά είχαν σημαντικά περισσότερες ανάγκες τέτοιου είδους σε σύγκριση με τις ασθενείς που δεν έπαιρναν αγχολυτικά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον ανάλογα με το αν έπαιρναν αγχολυτικά οι ασθενείς ή όχι.

Γράφημα 13. Πλήθος αναγκών που σχετίζονται με συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον ανάλογα με τη χρήση αγχολυτικών ή όχι



- Με εξαρτημένη μεταβλητή το πλήθος αναγκών για ξενοδοχειακή υποδομή:

Πίνακας 14. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών για ξενοδοχειακή υποδομή

	β+	SE++	P
Στάδιο νόσου	-0,031	0,016	0,046

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το στάδιο νόσου βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το πλήθος αναγκών για ξενοδοχειακή υποδομή. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερο ήταν το στάδιο νόσου τόσο λιγότερη ανάγκη για ξενοδοχειακή υποδομή είχαν οι ασθενείς.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή το πλήθος αναγκών για οικονομικά θέματα:

Πίνακας 15. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών για οικονομικά θέματα

	β+	SE++	P
Συνολική υποστήριξη	-0,037	0,020	0,043

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η συνολική κοινωνική υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχουσες βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το πλήθος αναγκών για οικονομικά θέματα. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερη συνολική κοινωνική υποστήριξη είχαν τόσο λιγότερες ήταν οι ανάγκες τους για οικονομικά θέματα.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή το πλήθος αναγκών για υποστήριξη:

Πίνακας 16. Εξαρτημένη μεταβλητή: πλήθος αναγκών για υποστήριξη

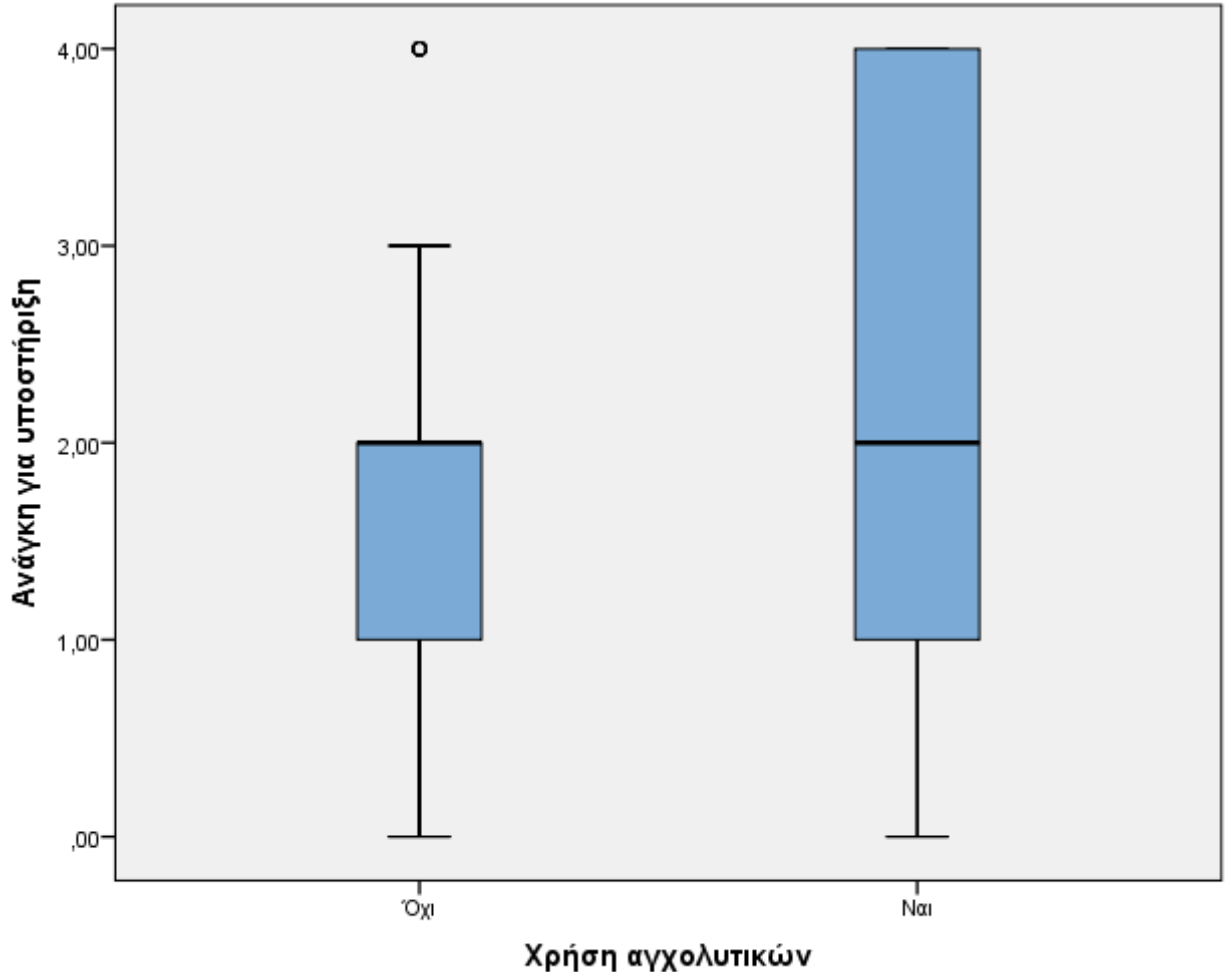
		β+	SE++	P
Χρήση αγχολυτικών	Όχι (αναφορά) Ναι	0,164	0,067	0,016

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το αν έπαιρναν αγχολυτικά βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το πλήθος αναγκών για υποστήριξη. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έπαιρναν αγχολυτικά είχαν σημαντικά περισσότερες ανάγκες τέτοιου είδους σε σύγκριση με τις ασθενείς που δεν έπαιρναν αγχολυτικά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το πλήθος αναγκών για υποστήριξη ανάλογα με το αν έπαιρναν αγχολυτικά οι ασθενείς ή όχι.

Γράφημα 14. Πλήθος αναγκών για υποστήριξη ανάλογα με τη χρήση αγχολυτικών ή όχι



Για το πλήθος πληροφοριακών αναγκών σε σχέση με τις εξετάσεις και τη θεραπεία ανάγκες, για τις ανάγκες επικοινωνίας, για τις ανάγκες για υποβοήθηση και θεραπεία καθώς και για το ποσοστό συνολικών αναγκών έγιναν πολυπαραγοντικές αναλύσεις, χωρίς ωστόσο να βρεθεί κάποιος παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με αυτά.

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για κλίμακα DASS-21

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις κλίμακες άγχους, κατάθλιψης και στρες των ασθενών και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τα στοιχεία από το ιστορικό τους, τη νόσο τους, τις συνολικές τους ανάγκες και την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης. Λόγω της ασυμμετρίας των κατανομών των εξαρτημένων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι λογαριθμικοί τους μετασχηματισμοί. Οι αναλύσεις έγιναν με τη χρήση της μεθόδου διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και τα αποτελέσματα δίνονται ακολούθως:

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάθλιψης:

Πίνακας 17. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία κατάθλιψης

		β+	SE++	P
Συνολικές ανάγκες (%)		0,007	0,002	<0,001
Έγγαμες/ συμβίωση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,230	0,093	0,016

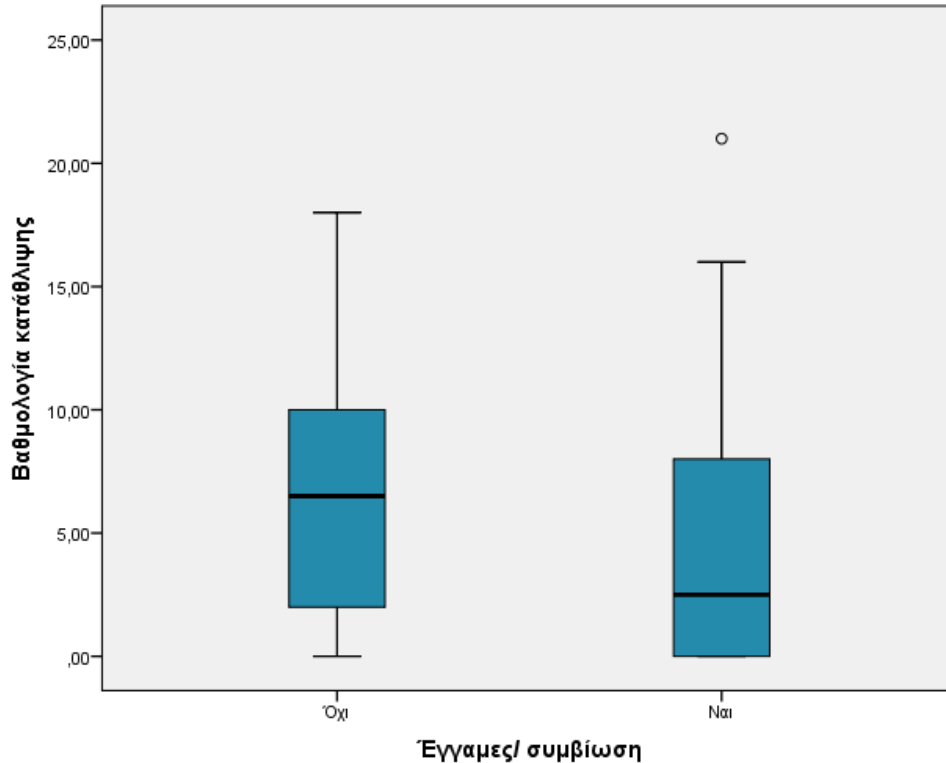
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το ποσοστό συνολικών αναγκών και το αν ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερες ανάγκες είχαν τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης που είχαν.
- Οι ασθενείς που ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση είχαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις ασθενείς που δεν ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία κατάθλιψης ανάλογα με το αν ήταν έγγαμος ή σε συμβίωση οι ασθενείς ή όχι.

Γράφημα 15. Βαθμολογία κατάθλιψης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία άγχους:

Πίνακας 18. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία άγχους

		β+	SE++	P
Συνολικές ανάγκες (%)		0,005	0,001	0,001
Χρήση αγχολυτικών	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,270	0,098	0,007
Ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης		-0,084	0,032	0,011
Ηλικία ασθενούς		-0,009	0,004	0,014

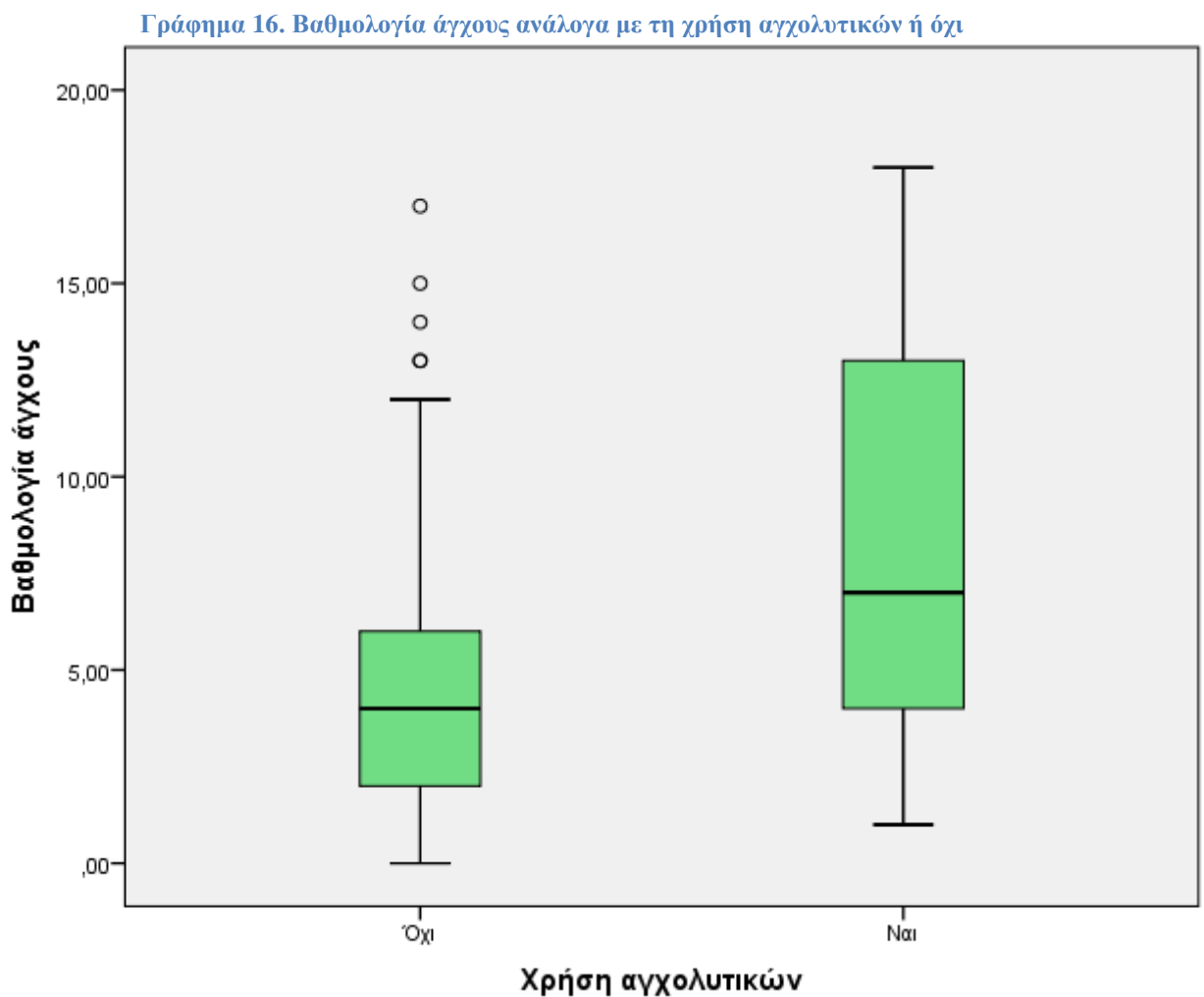
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το ποσοστό συνολικών αναγκών, το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία του ασθενούς και το αν έκαναν χρήση αγχολυτικών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία άγχους. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερες ανάγκες είχαν τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα άγχους που είχαν.

- Οι ασθενείς που έπαιρναν αγχολυτικά είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους σε σύγκριση με τις ασθενείς που δεν έπαιρναν αγχολυτικά.
- Όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών τόσο λιγότερα ήταν και τα συμπτώματα άγχους τους.
- Όσο μεγαλύτερες σε ηλικία ήταν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα άγχους που είχαν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία άγχους ανάλογα με το αν έπαιρναν οι ασθενείς αγχολυτικά ή όχι.



- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στρες:

Πίνακας 19. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία στρες

	β+	SE++	P
Συνολικές ανάγκες (%)	0,007	0,002	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το ποσοστό συνολικών αναγκών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία άγχους. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες ανάγκες είχαν τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα στρες που είχαν.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία DASS-21:

Πίνακας 20. Εξαρτημένη μεταβλητή: συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS-21

	β+	SE++	P
Συνολικές ανάγκες (%)	0,007	0,002	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο το ποσοστό συνολικών αναγκών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία DASS-21. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες ανάγκες είχαν τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες που είχαν οι συμμετέχουσες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι ανάγκες φροντίδας γυναικών με ΓΚ κατά τη νοσηλεία τους για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, καθώς και η σχέση των αναγκών φροντίδας με το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες που αισθάνονται και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε τρία ερωτηματολόγια (NEQ, DASS-21, MSPSS) και σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η οικογενειακή, η επαγγελματική και η οικονομική κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και κλινικά χαρακτηριστικά όπως η διάγνωση, το στάδιο της νόσου, η συνοσηρότητα, η χρήση αγχολυτικής/αντικαταθλιπτικής αγωγής, διεξήχθη η ανάλυση και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων γυναικών ήταν τα 61,1 έτη (SD=11,1 έτη). Η συντριπτική πλειοψηφία (94,8%) ανέφερε τουλάχιστον μία ανάγκη φροντίδας, ενώ ο μέσος αριθμός αναγκών ήταν 10,9 (SD=5,9). Παρόλο που δεν βρέθηκαν μελέτες να χρησιμοποιούν το ίδιο εργαλείο εκτίμησης αναγκών σε ασθενείς με ΓΚ, το αποτέλεσμα αυτό είναι μεγαλύτερο από τα αποτελέσματα δύο άλλων μελετών που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερευνητικό εργαλείο. Συγκεκριμένα, οι Konstantinidis et al. (2017) με τη χρήση του Needs Evaluation Questionnaire σε μελέτη ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο, βρήκαν μέσο αριθμό αναγκών 8.4 ($\pm 4,1$), ενώ οι Konstantinidis et al. (2019). με τη χρήση του ίδιου εργαλείου σε ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο βρήκαν μέσο αριθμό αναγκών 7,3. Όσον αφορά σε ασθενείς με ΓΚ, οι Williams et al. (2018), με τη χρήση του εργαλείου Supportive Care Needs Survey – short form (SCNS-SF34), βρήκαν ότι το 83% των ασθενών ανέφερε τουλάχιστον μία μέτρια έως υψηλού επιπέδου ανάγκη, ενώ οι Mattsson et al. (2020), σε μελέτη 207 γυναικών με ΓΚ, ηλικίας 19-39 έτη κατά τη στιγμή της διάγνωσης, βρήκαν ότι πάνω από τις μισές γυναίκες (66,7%) ανέφεραν ανικανοποίητες ανάγκες φροντίδας. Γενικά, όπως αναφέρεται σε μία συστηματική ανασκόπηση, το 25 – 60% των ασθενών με ΓΚ, αναφέρουν σωματικές, κοινωνικές ή ψυχολογικές ανάγκες εξαιτίας των συνεπειών του καρκίνου και της θεραπείας του (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018).

Στην παρούσα μελέτη οι συχνότερες ανάγκες καταγράφηκαν στον τομέα της πληροφόρησης για την πρόγνωση/θεραπεία και συγκεκριμένα το 85,3% ανέφερε την ανάγκη για «περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μελλοντική κατάσταση», ενώ το 72,5% ανέφερε την ανάγκη για «περισσότερες εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία». Επίσης πάνω από το μισό ποσοστό του δείγματος έκφρασε την ανάγκη για πληροφορίες σχετικά

με τις εξετάσεις (58,8%) και τη διάγνωση (53,9%). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες (Papadakos et al., 2012, Maguire et al., 2015) και συγκεκριμένα, οι Williams et al. (2018) αναφέρουν ότι σε δείγμα 343 γυναικών με ΓΚ, οκτώ από τις 10 κυριότερες ανάγκες αφορούν στον τομέα «σύστημα υγείας και πληροφόρησης», με την ανάγκη για ενημέρωση το συντομότερο δυνατόν (54,8%), την ανάγκη για ενημέρωση ότι ο καρκίνος βρίσκεται υπό έλεγχο ή σε ύφεση (50,7%) και την ανάγκη επαρκούς ενημέρωσης γύρω από τα οφέλη και τις παρενέργειες της θεραπείας πριν αποφασίσουν για την επιλογή της (49,9%), να βρίσκονται μέσα στις πέντε υψηλότερες σε κατάταξη ανάγκες. Άλλες ανάγκες πληροφόρησης που αναφέρθηκαν σε διάφορες μελέτες σε ασθενείς με ΓΚ, αφορούν στα σεξουαλικά προβλήματα (Maguire et al., 2015), στο πώς μπορεί να επηρεαστεί η σχέση με το σύντροφό τους (Papadakos et al., 2012), καθώς και στην διαθεσιμότητα των κοινοτικών υπηρεσιών (Maguire et al., 2015).

Η ανάγκη που αναφέρθηκε λιγότερο στην παρούσα μελέτη ήταν η «ανάγκη για περισσότερη βοήθεια να φάει, να ντυθεί, να πάει στο μπάνιο» (12,7%). Οι Konstantinidis et al. (2019) αναφέρουν αυτή την ανάγκη ως τη δεύτερη χαμηλότερη ανάγκη, σε ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο, γεγονός το οποίο απέδωσαν στην προσπάθεια των ασθενών να επιβαρύνουν όσο γίνεται λιγότερο την οικογένειά τους. Αυτό μπορεί να ισχύει και για το δείγμα της παρούσας μελέτης, δεδομένου και του υψηλού ποσοστού της ανάγκης «να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για την κατάστασή τους» (69,6%). Μία άλλη, εξίσου πιθανή εξήγηση γι' αυτό, μπορεί να αποτελεί το γεγονός ότι οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν κατά την προ-εγχειρητική φάση, καθώς και ότι η πλειοψηφία ήταν σε αρχικό στάδιο της νόσου και η γενική κλινική τους κατάσταση τους επέτρεπε να αυτοεξυπηρετούνται. Επόμενη χαμηλότερη ανάγκη στην παρούσα μελέτη ήταν η «ανάγκη να μιλήσει με ιερέα» (19,6%). Χαμηλό ποσοστό αυτής της ανάγκης (11,8%) βρήκαν και οι Konstantinidis et al. (2019) σε αιματολογικούς ασθενείς, γεγονός το οποίο απέδωσαν είτε στην ύπαρξη χαμηλού βαθμού πνευματικών αναγκών, είτε στην εσφαλμένη εικόνα που έχουν οι Έλληνες ασθενείς, ταυτίζοντας τον ιερέα με τον επικείμενο θάνατο, θεωρώντας πως μόνο οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν αυτή την ανάγκη, είτε ακόμα, επειδή δεν διερευνάται ως μια πιθανή ανικανοποίητη ανάγκη, εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Το ίδιο πιθανόν να ισχύει και για το δείγμα της παρούσας μελέτης. Παρόλα αυτά, άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με ΓΚ βρίσκουν νόημα στις θρησκευτικές δραστηριότητες και στην πνευματική ζωή (Reb & Cope, 2019) και πολλές

γυναίκες επικαλούνται την πίστη τους στο θεό ως ένα στυλοβάτη για την ανάρρωσή τους (Pfaender et al., 2015).

Άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS) (μέση τιμή = 6.06, SD=1,00), που σημαίνει ότι οι ασθενείς λάμβαναν αυξημένη κοινωνική υποστήριξη. Μελέτες μεταξύ ασθενών με ΓΚ έχουν δείξει ότι ο τρόπος απόκρισης στον καρκίνο, επηρεάζεται σημαντικά από τη λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (Yagmur et al., 2016). Έτσι, ασθενείς με υψηλά επίπεδα λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, έχουν βελτιωμένη υγεία και χαμηλότερη θνησιμότητα (Usta, 2012) και γενικά, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλες τις διαστάσεις της (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και λειτουργική) (Osann et al., 2020). Άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι παρόλη την υψηλή κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι συμμετέχουσες, βάσει των προαναφερθέντων αποτελεσμάτων της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS), σχεδόν το 80% έκφρασε ανάγκες για υποστήριξη και καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ της κλίμακας MSPSS και των αναγκών για υποστήριξη. Το σημείο αυτό αποτελεί έναν προβληματισμό που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Όσον αφορά στην κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες (DASS-21), εντύπωση προκαλούν τα σχετικά χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (μέση τιμή κλίμακας = 18.93, SD=14,21), σε σχέση με το γεγονός ότι οι ασθενείς ήταν νέο-διαγνωσθέντες νοσηλεύόμενες που επρόκειτο άμεσα να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία. Δεδομένου ότι η ψυχολογική δυσφορία είναι πιο συχνή σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε συνδυασμό θεραπειών (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία και/ή ακτινοθεραπεία) (Mattsson et al., 2018), τα χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας στο δείγμα της παρούσας μελέτης, πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία υποβάλλονταν πρώτη φορά σε θεραπεία για τον καρκίνο. Ωστόσο, μελέτη κοόρτης σε νέο-διαγνωσθέντες ασθενείς με ΓΚ, αναφέρει ιδιαίτερα υψηλή βαθμολογία άγχους κατά την έναρξη της μελέτης (προ-εγχειρητική φάση), το οποίο μειώθηκε σημαντικά μετά από ένα μήνα από τη χειρουργική επέμβαση ($P < 0.001$), για να σταθεροποιηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα, τρεις και 6 μήνες μετά τη θεραπεία. Όσον αφορά στην κατάθλιψη, παρέμενε σταθερά σε υψηλά επίπεδα σε όλες τις φάσεις της μελέτης (Doll et al., 2016). Παρόμοια αποτελέσματα με τους Doll et al. βρήκαν και οι Wen et al. (2017) σε μελέτη ασθενών με υποτροπιάζων καρκίνο των ωοθηκών που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Μια άλλη πιθανή εξήγηση για τη χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα ψυχολογικής δυσφορίας, μπορεί να αποτελεί η

υψηλή κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι συμμετέχουσες στην παρούσα μελέτη, παρόλο που δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας DASS-21 και της κλίμακας MSPSS. Σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη και ιδιαίτερα της οικογενειακής, σχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία (Wen et al., 2017, Pinar et al., 2012). Συγκεκριμένα, οι Wen et al. (2017), σε μελέτη όπου συμμετείχαν 123 γυναίκες με υποτροπιάζων καρκίνο των ωοθηκών, ανέφεραν ότι η οικογενειακή υποστήριξη και εν συνεχεία η υποστήριξη από φίλους, σχετίστηκε σημαντικά με μειωμένο βαθμό άγχους ($P=0,014$) και κατάθλιψης ($P=0,040$), ενώ άλλες μελέτες σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, βρήκαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και του βαθμού απελπισίας ($P<0,001$), του άγχους θανάτου ($P<0,001$) (Uslu-Sahan, Terzioglu & Koc, 2019) και των συμπτωμάτων μετα-τραυματικού στρες ($P<0,01$) (Liu et al., 2017). Επίσης, το γεγονός ότι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θεωρούν πιο σημαντική την συναισθηματική υποστήριξη από τους συντρόφους τους, έναντι της λειτουργικής και πρακτικής υποστήριξης (Pfaendler et al., 2015), επιβεβαιώνει την ευεργετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχολογική ευεξία των ασθενών.

Ωστόσο, σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των αναγκών και της κλίμακας ψυχολογικής δυσφορίας, στην παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα, οι πληροφοριακές ανάγκες που σχετίζονται με τη διάγνωση/πρόγνωση βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με υψηλή βαθμολογία του άγχους ($P=0,033$) και της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα DASS-21 ($P=0,035$), ενώ οι πληροφοριακές ανάγκες σχετιζόμενες με τις εξετάσεις και τη θεραπεία, σχετίστηκαν με υψηλές βαθμολογίες σε όλες τις παραμέτρους ($P_{\text{depression}}=0.050$, $P_{\text{anxiety}}=0.018$, $P_{\text{stress}}=0.018$) της κλίμακας DASS-21, καθώς και με τη συνολική βαθμολογία ($P=0.013$). Παρόλο που δε βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα σε ασθενείς με ΓΚ, συστηματική ανασκόπηση σε ασθενείς με καρκίνο, γενικά, αναφέρει ότι οι ικανοποιημένες πληροφοριακές ανάγκες αυτών των ασθενών σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και γενικά, καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (Husson, Mols & van de Poll-Franse, 2011), ενώ συγχρονική μελέτη σε 1214 ασθενείς (317 με ΓΚ και 897 με καρκίνο του μαστού), αναφέρει ότι οι ασθενείς που ανέφεραν τουλάχιστον μία ανικανοποίητη ανάγκη πληροφόρησης σχετιζόμενη με ψυχολογική υποστήριξη, είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Faller et al., 2017). Αυτή η ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι ασθενείς προσπαθούν να προσαρμοστούν σε ένα νέο τρόπο ζωής και εναγωνίως αναζητούν

πληροφορίες ακριβείς και εύκολα κατανοητές προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις εξαντλητικές απαιτήσεις της νόσου (Reb & Core, 2019). Για παράδειγμα, σε μία μελέτη ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου που είχαν ολοκληρώσει την αρχική θεραπεία τα τελευταία δύο χρόνια, οι ασθενείς ανέφεραν ότι ήρθαν αντιμέτωποι με δυσκολίες κατά την διαχείριση απροσδόκητων μακροπρόθεσμων παρενεργειών, λόγω μη ικανοποιητικής πληροφόρησης σχετικά με τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου, τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες και την ύπαρξη διαθέσιμων κοινοτικών υπηρεσιών (Jones et al., 2012). Στην προσπάθεια κατανόησης των πληροφοριών, σε άλλη μελέτη, οι ασθενείς ανέφεραν και τους προτιμώμενους τρόπους πληροφόρησης, όπως η πληροφόρηση πρόσωπο με πρόσωπο από τον επαγγελματία υγείας, η χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων και η αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο (Papadakos et al., 2012).

Οι ανάγκες που σχετίζονται με το συγγενικό-οικογενειακό περιβάλλον συσχετίστηκαν σημαντικά τόσο με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης ($P < 0.001$), άγχους ($P < 0.001$) και στρες ($P < 0.001$), όσο και με υψηλή συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DASS-21 ($P < 0.001$). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από τους Johnson, Gold & Wyche, (2010). Δεδομένου ότι στην Ελλάδα και άλλες Μεσογειακές χώρες, οι οικογένειες και το στενό συγγενικό περιβάλλον των ασθενών με καρκίνο τείνουν να είναι ιδιαίτερα συμπονετικοί, να υποφέρουν, να έχουν στενές και υπερπροστατευτικές σχέσεις με τους ασθενείς και να τους φροντίζουν σε κάθε φάση της νόσου (Sapountzi-Krepia et al., 2008), το εύρημα αυτό μπορεί να υποδηλώνει την ψυχολογική επιβάρυνση που επωμίζονται οι ασθενείς στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν περαιτέρω τις οικογένειές τους από το τεράστιο άγχος που προκύπτει λόγω της ασθένειας (Konstantinidis et al., 2019). Επιπλέον, πολλές γυναίκες βιώνουν συναισθήματα υπευθυνότητας, για αυτό επιλέγουν να αποκρύψουν ή να κάνουν επιλεκτική αποκάλυψη πληροφοριών με σκοπό την προστασία των άλλων, με αποτέλεσμα να μη μοιράζονται συναισθήματα θλίψης και φόβου θανάτου και να μεταφέρουν μόνες τους το φορτίο των πληροφοριών που επιλέγουν να αποκρύψουν (Warren et al., 2018). Ανησυχίες σχετικά με την αδυναμία εκπλήρωσης των οικογενειακών τους ευθυνών, την αδυναμία φροντίδας των παιδιών τους, το γεγονός ότι η οικογένεια θα μείνει χωρίς φροντιστή λόγω πιθανού πρόωρου θανάτου και την πιθανότητα κληρονομής της ασθένειάς τους, στις κόρες τους, επιφορτίζουν ακόμα περισσότερο την ψυχολογική κατάσταση αυτών των ασθενών (Ashing-Giwa et al., 2004).

Οι ανάγκες για οικονομικά θέματα συσχετίστηκαν επίσης με υψηλές βαθμολογίες σε όλες τις παραμέτρους της κλίμακας DASS-21, καθώς και με τη συνολική βαθμολογία της

($P=0.012$). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των Meeker et al., (2016) σε ασθενείς με καρκίνο, γενικά, και μπορεί να αποδοθούν στον αρνητικό αντίκτυπο του καρκίνου, στην επαγγελματική ζωή αυτών των ασθενών (Kamga et al., 2019), καθώς και στις συνεχώς αυξανόμενες οικονομικές απαιτήσεις κατά τη διάρκεια της νόσου και των θεραπειών (Gruenigen et al., 2018).

Γενικά, πέρα από τις επιμέρους ομάδες αναγκών, και οι συνολικές ανάγκες στην παρούσα μελέτη, σχετίστηκαν με σημαντικά περισσότερα επίπεδα κατάθλιψης ($P<0.001$), άγχους ($P=0.001$), και στρες ($P<0.001$), καθώς και με υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DASS-21 ($P<0.001$). Αυτή η σχέση βρέθηκε στην πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζονται ευρέως από τη βιβλιογραφία (Hodgkinson et al., 2007, Rowlands et al., 2015b), καθώς όπως αναφέρεται σε ανασκόπηση των Beesley et al. (2018), η συνολική επιβάρυνση των αναγκών των γυναικών με ΓΚ σχετίζεται κυρίως, εκτός από την ολοκληρωμένη φροντίδα, και με προβλήματα ψυχολογικής δυσφορίας, εστιάζοντας στα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν λόγω του φόβου της υποτροπής της νόσου. Επίσης, οι Urbaniec et al. (2011) τονίζουν ιδιαίτερα την ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της έντασης των ανικανοποίητων αναγκών και των κλινικών παραμέτρων του άγχους, της κατάθλιψης και του μετατραυματικού στρες, με αποτέλεσμα τον αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητας ζωής των ασθενών με ΓΚ.

Μόνο η ομάδα αναγκών για επικοινωνία και η ομάδα αναγκών για ξενοδοχειακή υποδομή δε σχετίστηκε με καμία παράμετρο της κλίμακας DASS-21. Παρόλο που όλες οι επιμέρους ανάγκες, στην ομάδα αναγκών για επικοινωνία, αναφέρθηκαν σε υψηλό ποσοστό, η μη συσχέτισή τους με την κλίμακα ψυχολογικής δυσφορίας μπορεί να υποδεικνύει ότι οι ανάγκες αυτές ικανοποιούνταν επαρκώς από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό, δεδομένου και του ευρήματος ότι πάνω από τα τρία τέταρτα του δείγματος (75,5%) δήλωσε ικανοποιημένο από τη νοσηλευτική φροντίδα. Παρόλα αυτά, τα σημερινά δεδομένα δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση ασθενούς – επαγγελματία υγείας (Maguire et al., 2015) και ιδιαίτερα αναφέρουν ότι η ποιότητα της σχέσης είναι ακόμα πιο σημαντική και από το χρόνο που αφιερώνεται ή τις πληροφορίες που παρέχονται στον ασθενή (Sibeoni et al., 2018). Για παράδειγμα, σε μελέτη των Chapman et al. (2019), σε ασθενείς με ΓΚ που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, παρόλο που οι ίδιες οι ασθενείς επιθυμούν να συζητούν για θέματα σεξουαλικής υγείας, το 58,7% δήλωσε δυσαρέσκεια λόγω ανεπαρκούς λήψης ιστορικού σχετιζόμενου με τη σεξουαλική υγεία εκ μέρους των

επαγγελματιών υγείας, επισημαίνοντας έτσι την ανάγκη για βελτίωση της επικοινωνίας σε αυτόν τον ευαίσθητο τομέα.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης, το οποίο βρέθηκε στην πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, αποτελεί η στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS) και των αναγκών για οικονομικά θέματα ($P=0,036$). Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα των Wen et al. (2017) σε 123 ασθενείς με υποτροπιάζων καρκίνο ωοθηκών, οι οποίοι προσθέτουν ότι πέρα από τη συνολική κοινωνική υποστήριξη ($P=0,005$), η επιμέρους υποστήριξη από την οικογένεια ($P=0,015$), τους φίλους ($P=0,039$) και τους σημαντικούς άλλους ($P=0,019$), σχετίζεται με μειωμένη σοβαρότητα οικονομικών δυσκολιών. Αυτό φαίνεται κι από τα αποτελέσματα των Forsythe et al. (2014), όπου οι επιβίωσαντες από καρκίνο οι οποίοι ανέφεραν ικανοποιητικούς οικονομικούς πόρους, ανέφεραν και υψηλότερη απτή, συναισθηματική και πληροφοριακή υποστήριξη ($P<0,05$). Γενικά, καθώς οι πρακτικές ανάγκες σχετίζονται άμεσα με το οικονομικό επίπεδο (Simonelli & Pasipanodya, 2014) και η ανάγκη για οικονομική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου (Gruenigen et al., 2018), η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης σε αυτόν τον τομέα, είναι ευεργετική.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι οι έγγαμες ή σε συμβίωση ασθενείς είχαν σημαντικά περισσότερες ανάγκες πληροφόρησης σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση ($P=0,016$). Ανάλογα αποτελέσματα βρήκαν και οι Papadakos et al. (2015) σε ασθενείς με καρκίνο του γαστρεντερικού συστήματος. Επιπλέον, η ομάδα αυτή ασθενών ανέφερε σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης ($P=0,016$) σε σύγκριση με τις ασθενείς που δεν ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση. Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζεται και από τους Hartung et al. (2017), οι οποίοι ανέφεραν ότι οι ασθενείς με καρκίνο που δεν βρίσκονται σε σχέση έχουν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Η χρήση αγχολυτικών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά τόσο με υψηλή βαθμολογία άγχους ($P=0,007$), όσο και με αυξημένες ανάγκες που σχετίζονται με το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον ($P=0,018$) και τις ανάγκες για υποστήριξη ($P=0,016$). Παρόλο που δεν βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα στη βιβλιογραφία, πιθανόν τα ευρήματα αυτά να αποδίδονται στα υψηλά ποσοστά δυο επιμέρους αναγκών που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες, και συγκεκριμένα, στην ανάγκη να αισθάνονται περισσότερο χρήσιμες μέσα στην οικογένειά τους (52,5%) και στην ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για την κατάστασή τους (69,6%), με αποτέλεσμα να τους δημιουργείται επιπλέον άγχος και να

καταφεύγουν στα αγχολυτικά για την αντιμετώπισή του. Πρόκειται για ευρήματα τα οποία θα μπορούσαν να διερευνηθούν περαιτέρω σε μελλοντικές μελέτες. Οι Cassidy et al. (2018) συσχέτισαν τη λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής με την παράμετρο της κατάθλιψης ($P=0,008$) και της συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας ($P=0,019$).

Το επίπεδο εκπαίδευσης ($P=0,011$) βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τα επίπεδα άγχους των συμμετεχουσών στην παρούσα μελέτη. Παρόλο που κι άλλες μελέτες βρήκαν παρόμοια αποτελέσματα (Pinar et al., 2012, Mielcarek, Nowicka-Sauer & Kozaka, 2016), οι Cassidy et al. (2018) βρήκαν ότι οι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, γεγονός το οποίο απέδωσαν στην πιθανότητα οι γυναίκες αυτές να αποκαλύπτουν πιο εύκολα τέτοιου είδους συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Επιπλέον, σύμφωνα και με άλλες μελέτες (Fray et al., 2020, Cassidy et al., 2018), με το άγχος βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά και η ηλικία των συμμετεχουσών ($P=0,014$) στην παρούσα μελέτη. Οι νεότερες γυναίκες με ΓΚ μπορεί να έρθουν πιο συχνά αντιμέτωπες με προβλήματα σεξουαλικότητας, γονιμότητας και φόβου πρόωρου θανάτου από ότι οι ομοιοπαθείς γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, για αυτό ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα θα πρέπει να δίνεται σε θέματα που αφορούν στην ψυχολογική ευεξία αυτής της ομάδας ασθενών (Cassidy et al., 2018).

Τέλος, παρότι άλλες μελέτες αναφέρουν ότι το στάδιο της νόσου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου πολλών ανικανοποίητων αναγκών (Beesley, Alemayehu & Webb, 2018), στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά μόνο με το πλήθος αναγκών για ξενοδοχειακή υποδομή ($P=0,046$). Η συσχέτιση ήταν αρνητική, υποδηλώνοντας ότι όσο υψηλότερο ήταν το στάδιο της νόσου, τόσο λιγότερη ανάγκη για ξενοδοχειακή υποδομή είχαν οι ασθενείς. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχουσών ήταν ικανοποιημένη από την ξενοδοχειακή υποδομή, καθώς καταγράφηκε ως η ομάδα αναγκών με το μικρότερο ποσοστό, αλλά και στο γεγονός ότι για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο δεν αποτελεί ζωτικής σημασίας η ξενοδοχειακή υποδομή, αλλά επικεντρώνονται σε πιο σημαντικά προβλήματα που προκύπτουν από τη νόσο.

Περιορισμοί της μελέτης

Περιορισμό στη μελέτη αποτελεί το γεγονός ότι πρόκειται για δείγμα ευκολίας το οποίο συλλέχθηκε από ένα μόνο νοσοκομείο, οπότε δεν μπορεί να γενικευτεί σε όλο τον πληθυσμό ΓΚ, πέρα από αυτό. Επιπλέον, οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν μόνο κατά την

προ-εγχειρητική φάση, επομένως δεν μπορούν τα αποτελέσματα να αντιπροσωπεύσουν τον πληθυσμό του ΓΚ στα διάφορα στάδια της νόσου και της θεραπείας. Άλλο περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο εκτίμησης αναγκών αφορά σε γενικές ανάγκες και όχι σε ανάγκες που μπορεί να σχετίζονται ειδικά με τη φύση του ΓΚ, όπως π.χ. ανάγκες σεξουαλικότητας, εικόνας σώματος κ.ά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με ΓΚ αναφέρουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας οι οποίες σχετίζονται σημαντικά με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, παρά την υψηλή βαθμολογία της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

Γνωρίζοντας τον αρνητικό αντίκτυπο των αναγκών φροντίδας στην ψυχική κατάσταση των ασθενών με ΓΚ (Beesley, Alemayehu & Webb., 2018), καθώς και την πιθανότητα ένα πρόβλημα να συμπληρώσει ή να επιδεινώσει ένα άλλο (Roland et al., 2013), η παροχή ολοκληρωμένης υποστηρικτικής φροντίδας προς αυτές τις ασθενείς, θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των νοσηλευτών σε καθημερινή βάση. Δεδομένου ότι η παροχή ποιοτικής φροντίδας σχετιζόμενη με τη διάγνωση, βασίζεται στην κατανόηση των αναγκών, των επιθυμιών και των προσδοκιών των ασθενών με ΓΚ (Mattsson et al., 2020), είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές, οι οποίοι βρίσκονται σε θέση «κλειδί», καθώς περνούν το σημαντικότερο χρόνο με τους ασθενείς, να είναι σε θέση να παρατηρούν, να ακούν και να επαγρυπνούν συνεχώς για την έγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας και αναγκών, με σκοπό την άμεση λήψη μέτρων και το σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων. Επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τις ομάδες ασθενών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχολογική δυσφορία και για ανικανοποίητες ανάγκες. Επιπλέον, γνωρίζοντας την ευεργετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχολογική κατάσταση (Wen et al., 2017) και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΓΚ (Osann et al., 2020), οι νοσηλευτές θα πρέπει να υποκινούν και να ενθαρρύνουν την ένταξη των υποστηρικτικών δικτύων στη διαδικασία της φροντίδας και της διαχείρισης των προβλημάτων που προκύπτουν από τη νόσο.

Μελλοντικές μελέτες, με τη χρήση ίσως πιο εξειδικευμένου εργαλείου εκτίμησης αναγκών, καθώς και σε διάφορες φάσεις της νόσου και των θεραπειών, θα συνέβαλλαν στην αποτελεσματικότερη εκτίμηση των αναγκών φροντίδας των γυναικών με ΓΚ και στον σχεδιασμό προσωπο-κεντρικού και εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας.

Βιβλιογραφία

- Abrahamson, K., Durham, M., & Fox, R. (2010). Managing the unmet psychosocial and information needs of patients with cancer. *Patient Intelligence*, 2(Default), 45-52.
- Akalin, A., & Pinar, G. (2016). Unmet needs of women diagnosed with gynecologic cancer: an overview of literature. *J Palliat Care Med*, 6(2), 1-6.
- Amant, F., Moerman, P., Neven, P., Timmerman, D., Van Limbergen, E., & Vergote, I. (2005). Endometrial cancer. *The Lancet*, 366(9484), 491-505.
- Ashing-Giwa, K. T., Kagawa-Singer, M., Padilla, G. V., Tejero, J. S., Hsiao, E., Chhabra, R., ... & Tucker, M. B. (2004). The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(10), 709-728.
- Beesley, V. L., Alemayehu, C., & Webb, P. M. (2018). A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynecological cancer and their caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 26(3), 701-710.
- Beesley, V., Eakin, E., Steginga, S., Aitken, J., Dunn, J., & Battistutta, D. (2008). Unmet needs of gynaecological cancer survivors: implications for developing community support services. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(4), 392-400.
- Benedict, C., Thom, B., Friedman, D. N., Pottenger, E., Raghunathan, N., & Kelvin, J. F. (2018). Fertility information needs and concerns post-treatment contribute to lowered quality of life among young adult female cancer survivors. *Supportive care in cancer*, 26(7), 2209-2215.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social science & medicine*, 53(11), 1513-1524.
- Boen, C. E., Barrow, D. A., Bensen, J. T., Farnan, L., Gerstel, A., Hendrix, L. H., & Yang, Y. C. (2018). Social relationships, inflammation, and cancer survival. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 27(5), 541-549.

- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.
- Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., & Arbyn, M. (2020). Geographic and temporal variations in the incidence of vulvar and vaginal cancers. *International journal of cancer*, 147(10), 2764-2771.
- Brinton, L. A., & Hoover, R. N. (1992). Epidemiology of gynecologic cancers. *Principles and practice of gynecologic oncology*, 6, 1-29.
- Camara, C., Vos, M. C., de Rooij, B. H., Pijnenborg, J. M., Boll, D., van de Poll-Franse, L. V., & Ezendam, N. P. (2019). The role of positive psychological changes in anxiety and depression of patients with ovarian tumors and their partners: an observational study from the population-based PROFILES registry. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 423-431.
- Cancer Australia. (2016). National Framework for Gynaecological Cancer Control.
- Carlson, L. E., Waller, A., & Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1160-1177.
- Carter, J. S., & Downs, L. S. (2012). Vulvar and vaginal cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 39(2), 213-231.
- Cassedy, H. F., Tucker, C., Hynan, L. S., Phillips, R., Adams, C., Zimmerman, M. R., ... & Stringer, C. A. (2018, April). Frequency of psychological distress in gynecologic cancer patients seen in a large urban medical center. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 31, No. 2, pp. 161-164). Taylor & Francis.
- Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., ... & Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 145(2), 495-502.
- de Rooij, B. H., Thomas, T. H., Post, K. E., Flanagan, J., Ezendam, N. P., Peppercorn, J., & Dizon, D. S. (2018). Survivorship care planning in gynecologic oncology—perspectives from patients, caregivers, and health care providers. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(6), 762-774.

- Doll, K. M., Barber, E. L., Bensen, J. T., Snavely, A. C., & Gehrig, P. A. (2016). The health-related quality of life journey of gynecologic oncology surgical patients: Implications for the incorporation of patient-reported outcomes into surgical quality metrics. *Gynecologic oncology*, *141*(2), 329-335.
- Ekwall, E., Ternestedt, B. M., & Sorbe, B. (2007). Recurrence of ovarian cancer-living in limbo. *Cancer nursing*, *30*(4), 270-277.
- EUROSTAT. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200204-1> (Assessed: 28 Οκτωβρίου 2020).
- Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., ... & Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient education and counseling*, *100*(10), 1934-1942.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., ... & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, *144*(8), 1941-1953.
- Fischer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, *23*(4), 361-374.
- Fitch, M. I., & Steele, R. (2010). Identifying supportive care needs of women with ovarian cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, *20*(2), 66-74.
- Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K., & Wilson, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: a scoping review. *Patient education and counseling*, *100*(3), 383-410.
- Foerster, R., Schnetzke, L., Bruckner, T., Arians, N., Rief, H., Debus, J., & Lindel, K. (2016). Prognostic factors for long-term quality of life after adjuvant radiotherapy in women with endometrial cancer. *Strahlentherapie und Oncologie*, *192*(12), 895-904.
- Forsythe, L. P., Alfano, C. M., Kent, E. E., Weaver, K. E., Bellizzi, K., Arora, N., ... & Rowland, J. H. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *23*(7), 788-796.

- Fox, R. S., Lillis, T. A., Gerhart, J., Hoerger, M., & Duberstein, P. (2018). Multiple group confirmatory factor analysis of the DASS-21 Depression and Anxiety Scales: how do they perform in a cancer sample?. *Psychological reports*, 121(3), 548-565.
- Frey, M. K., Ellis, A. E., Zeligs, K., Chapman-Davis, E., Thomas, C., Christos, P. J., ... & Blank, S. V. (2020). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on the quality of life for women with ovarian cancer. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(5), 725-e1.
- Geue, K., Richter, D., Schmidt, R., Sender, A., Siedentopf, F., Brähler, E., & Stöbel-Richter, Y. (2014). The desire for children and fertility issues among young German cancer survivors. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 527-535.
- Gillham, B. (2000). *Research interview*. A&C Black.
- GLOBOCAN. Available at: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D (Assessed: 02 October 2020).
- Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., ... & Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, 72, 46-53.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, G. E., Stenlake, A., Hobbs, K. M., ... & Wain, G. (2007). Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic oncology*, 104(2), 381-389.
- Hui, D. (2014). Definition of supportive care: does the semantic matter?. *Current opinion in oncology*, 26(4), 372-379.
- Husson, O., Mols, F., & Van de Poll-Franse, L. V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*, 22(4), 761-772.

- Islam, T., Dahlui, M., Abd Majid, H., Nahar, A. M., Taib, N. A. M., & Su, T. T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC public health, 14*(3), 1-13.
- Johnson, R. L., Gold, M. A., & Wyche, K. F. (2010). Distress in women with gynecologic cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 19*(6), 665-668.
- Jones, J. M., Ferguson, S., Edwards, E., Walton, T., McCurdy, N., & Howell, D. (2012). Experiences of care delivery: endometrial cancer survivors at end of treatment. *Gynecologic Oncology, 124*(3), 458-464.
- Kamga, A. M., Dumas, A., Joly, F., Billa, O., Simon, J., Poillot, M. L., ... & Dabakuyo-Yonli, T. S. (2019). Long-Term Gynecological Cancer Survivors in Côte d'Or: Health-Related Quality of Life and Living Conditions. *The oncologist, 24*(7), e490.
- Khoshnood, Z., Dehghan, M., Iranmanesh, S., & Rayyani, M. (2019). Informational needs of patients with cancer: a qualitative content analysis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 20*(2), 557.
- Konstantinidis, T. I. S. G., Samonis, G., Sarafis, P., & Philalithis, A. (2017). Assessment of needs of hospitalized cancer patients with advanced cancer. *Glob J Health Sci, 9*, 184-4.
- Konstantinidis, T. I., Spinthouri, M., Ramoutsaki, A., Marnelou, A., Kritsotakis, G., & Govina, O. (2019). Assessment of unmet supportive care needs in haematological cancer survivors. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 20*(5), 1487.
- Kozłowski, M., Gargulińska, P., Ustianowski, Ł., Lewandowska, R., Kwiatkowski, S., & Cymbaluk-Płoska, A. (2020, December). Sexuality of Women after Gynecological Surgeries. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 393). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Kulpa, M., Ziętalewicz, U., Kosowicz, M., Stypuła-Ciuba, B., & Ziółkowska, P. (2016). Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemporary Oncology, 20*(2), 171.
- La Rosa, V. L., Garzon, S., Gullo, G., Fichera, M., Sisti, G., Gallo, P., ... & Schiattarella, A. (2020). Fertility preservation in women affected by gynaecological cancer: the importance of an integrated gynaecological and psychological approach. *ecancermedicalscience, 14*.

- Lajtman, E. (2020). Quality of life in endometrial cancer survivors: single institution experience in Slovakia. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 1-8.
- Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H., & Wu, H. (2017). Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model. *PLoS One*, *12*(5), e0177055.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation of Australia.
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, *26*(S2), 1731-1731.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M., & Paterson, C. (2015). A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecologic oncology*, *136*(3), 478-490.
- Manne, S. L., Virtue, S. M., Ozga, M., Kashy, D., Heckman, C., Kissane, D., ... & Rodriguez, L. (2017). A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecologic oncology*, *144*(2), 354-362.
- Mardanian-Dehkordi, L., & Kahangi, L. (2018). The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *23*(4), 261.
- Mattsson, E., Einhorn, K., Ljungman, L., Sundström-Poromaa, I., Ståhlberg, K., & Wikman, A. (2018). Women treated for gynaecological cancer during young adulthood—a mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment. *Gynecologic Oncology*, *149*(3), 464-469.
- Mattsson, E., Ljungman, L., Einhorn, K., Poromaa, I. S., Ståhlberg, K., & Wikman, A. (2020). Perceptions of care after end-of-treatment among younger women with different gynecologic cancer diagnoses—a qualitative analysis of written responses submitted via a survey. *BMC Women's Health*, *20*(1), 1-9.
- McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Le, T., & Lebel, S. (2017). Filling in the gaps: Sociodemographic and medical predictors of sexual health and other supportive care needs, and desire for help in gynecological cancer survivors. *Canadian Oncology Nursing Journal*, *27*(3), 251.

- McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T., & Lebel, S. (2014, May). Supportive care needs after gynecologic cancer: where does sexual health fit in?. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 41, No. 3).
- Meeker, C. R., Geynisman, D. M., Egleston, B. L., Hall, M. J., Mechanic, K. Y., Bilusic, M., ... & Wong, Y. N. (2016). Relationships among financial distress, emotional distress, and overall distress in insured patients with cancer. *Journal of oncology practice*, *12*(7), e755-e764.
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology*, *77*(2), 109-130.
- Melissant, H. C., van Uden-Kraan, C. F., Lissenberg-Witte, B. I., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Body changes after cancer: female cancer patients' perceived social support and their perspective on care. *Supportive Care in Cancer*, *27*(11), 4299-4306.
- Mielcarek, P., Nowicka-Sauer, K., & Kozaka, J. (2016). Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *37*(2), 57-67.
- National Cancer Institute. NCI dictionary of cancer terms. Available at: [Definition of social support - NCI Dictionary of Cancer Terms - National Cancer Institute](#) (Accessed: 20 December 2020)
- National Coalition for Cancer Survivorship. (2020). History of NCCS. Available at: <https://www.canceradvocacy.org/about-us/our-history/> (Assessed: 20 December 2020).
- Osann, K., Wilford, J., Wenzel, L., Hsieh, S., Tucker, J. A., Wahi, A., ... & Nelson, E. L. (2019). Relationship between social support, quality of life, and Th2 cytokines in a biobehavioral cancer survivorship trial. *Supportive care in cancer*, *27*(9), 3301-3310.
- Papadakos, J., Bussière-Côté, S., Abdelmutti, N., Catton, P., Friedman, A. J., Massey, C., ... & Ferguson, S. E. (2012). Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynecologic oncology*, *124*(3), 452-457.
- Papadakos, J., Urowitz, S., Olmstead, C., Jusko Friedman, A., Zhu, J., & Catton, P. (2015). Informational needs of gastrointestinal oncology patients. *Health expectations*, *18*(6), 3088-3098.
- Park, H., Seok, J. M., Yoon, B. S., Seong, S. J., Kim, J. Y., Shim, J. Y., & Park, C. T. (2012). Effectiveness of high-dose progestin and long-term outcomes in young women with early-

stage, well-differentiated endometrioid adenocarcinoma of uterine endometrium. *Archives of gynecology and obstetrics*, 285(2), 473-478.

Pfaendler, K. S., Wenzel, L., Mechanic, M. B., & Penner, K. R. (2015). Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support. *Clinical therapeutics*, 37(1), 39-48.

Pinar, G., Kaplan, S., Akalin, A., Abay, H., Ayhan, A., & Ayhan, Y. (2016). Evaluation of sexual dysfunction and affecting factors in Turkish women with gynecological cancer. *Sexuality and Disability*, 34(1), 49-62.

Pinar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer nursing*, 35(3), 229-235.

Pistrang, N., Jay, Z., Gessler, S., & Barker, C. (2012). Telephone peer support for women with gynaecological cancer: recipients' perspectives. *Psycho-Oncology*, 21(10), 1082-1090.

Polidoro Lima, M., & Osório, F. L. (2014). Indicators of psychiatric disorders in different oncology specialties: a prevalence study. *Journal of oncology*, 2014.

Reb, A. M., & Cope, D. G. (2019). Quality of life and supportive care needs of gynecologic cancer survivors. *Western journal of nursing research*, 41(10), 1385-1406.

Roland, K. B., Rodriguez, J. L., Patterson, J. R., & Trivers, K. F. (2013). A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2408-2418.

Rowlands, I. J., Janda, M., McKinnon, L., Webb, P. M., & Beesley, V. L. (2015b) Prevalence, predictors, and correlates of supportive care needs among women 3–5 years after a diagnosis of endometrial cancer. *Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1205-1214.

Rowlands, I. J., Lee, C., Beesley, V. L., Janda, M., Nagle, C. M., & Webb, P. M. (2015a). Women's perceptions of their lifestyle and quality of life several years after a diagnosis of endometrial cancer. *Cancer nursing*, 38(1), E21-E28.

Rutkowski, N. A., Lebel, S., Richardson, K., Mutsaers, B., Chasen, M., & Feldstain, A. (2018). A little help from my friends: social support in palliative rehabilitation. *Current Oncology*, 25(6), 358.

- Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Sakellari, E., Toris, A., Vrettos, A., & Arsenos, P. (2008). Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *Journal of clinical Nursing*, *17*(10), 1287-1294.
- Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., ... & ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee, T. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, *62*(3), 147-172.
- SEER Cancer Stat Facts: Available at: [Uterine Cancer — Cancer Stat Facts](#) (Assessed: 25 April 2021).
- SEER Cancer Stat Facts: Cervix Uteri Cancer. Available at: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html> (Assessed: 25 Οκτωβρίου 2020).
- SEER Cancer Stat Facts: Ovarian Cancer. Available at: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html> (Assessed: 25 Οκτωβρίου 2020).
- Sibeoni, J., Picard, C., Orri, M., Labey, M., Bousquet, G., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2018). Patients' quality of life during active cancer treatment: a qualitative study. *BMC cancer*, *18*(1), 1-8.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020; **70**: 7- 34
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*, *69*(1), 7-34.
- Simonelli, L. E., & Pasipanodya, E. (2014). Health disparities in unmet support needs of women with gynecologic cancer: an exploratory study. *Journal of psychosocial oncology*, *32*(6), 727-734.
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Beltrami, E., Boeri, P., Borreani, C., ... & Trimigno, P. (2000). Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Annals of Oncology*, *11*(1), 31-38.
- Theofilou, P. (2015). Translation and cultural adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health psychology research*, *3*(1).

- Traumer, L., Jacobsen, M. H., & Laursen, B. S. (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 57-66.
- Urbaniec, O. A., Collins, K., Denson, L. A., & Whitford, H. S. (2011). Gynecological cancer survivors: assessment of psychological distress and unmet supportive care needs. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29(5), 534-551.
- US Cancer Statistics Working Group. (2016). United States cancer statistics: 1999–2013 incidence and mortality web-based report. *Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute*, 201.
- Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F., & Koc, G. (2019). Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer nursing*, 42(5), 373-380.
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572.
- Vallurupalli, M. M., Lauderdale, M. K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., ... & Balboni, T. A. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*, 10(2), 81.
- von Gruenigen, V. E., Huang, H. Q., Cella, D., Zevon, M., LaChance, J. A., Walker, J. L., ... & Wenzel, L. (2018). Quality of life, symptoms and care needs in patients with persistent or recurrent platinum-resistant ovarian cancer: An NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study. *Gynecologic oncology*, 150(1), 119-126.
- Walker, A. J., Benrubi, I. D., & Ward, K. K. (2016). Care of survivors of gynecologic cancers. *World Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(2), 140-149.
- Warren, N., Melrose, D. M., Brooker, J. E., & Burney, S. (2018). Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer. *Journal of health psychology*, 23(7), 893-904.
- Watts, S., Prescott, P., Mason, J., McLeod, N., & Lewith, G. (2015). Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ open*, 5(11).
- Wen, Q., Shao, Z., Zhang, P., Zhu, T., Li, D., & Wang, S. (2017). Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active

chemotherapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 85-91.

Williams, N., Griffin, G., Farrell, V., Rea, A., Murray, K., & Hauck, Y. L. (2018). The supportive care needs of women experiencing gynaecological cancer: a Western Australian cross-sectional study. *BMC cancer*, 18(1), 1-14.

World Health Organization. Cancer. Available at: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (Assessed: 20 December 2020).

Wray, N., Markovic, M., & Manderson, L. (2007). Discourses of normality and difference: Responses to diagnosis and treatment of gynaecological cancer of Australian women. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2260-2271.

Yağmur, Y., & Duman, M. (2016). The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(2), 208-211.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

1. Άδεια του φορέα όπου διενεργήθηκε η μελέτη

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΤΤΙΣΣΕ
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ
ΑΘΗΝΩΝ - ΟΔΟΣ ΣΑΡΔΕΣΣΩΝ
Κωδ. Αποσ. Αξιολόγησης Π1 - 115 22 ΑΘΗΝΑ
Τηλ. 2107811000
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΑΠΟΦΑΣΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΣΥΝΕΛΙΞΗΣ 580/5-5-2020**

Στην Αθήνα, σήμερα την 5^η Μαΐου 2020, ημέρα Τρίτη και ώρα 11.30 π.μ., συνήλθε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 14 του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45/Α/9-3-1999), του άρθρου 7 παρ. 5 του Ν. 3329, και βάσει του 33^{ου} άρθρου της από 20.03.2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 68) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 42^ο της από 30.3.2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 75) σε συνάρτηση με Διοικητικό Συμβούλιο με την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", το οποίο συγκροτήθηκε με την Αριθμ. Πρωτ. Γ49Τ.Π.: 722/8/29-10-2018 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 668/13-11-2018, καθώς και Υπουργική Απόφαση & Οργάνωση Διοίκησης Φορέων του Δημοσίου & Επικρατείας Ειδικών Θέσεων & Οργάνων Διοίκησης Φορέων του Δημοσίου & Επικρατείας (Αριθμ. Πρωτ. Γ49Τ.Π.: 3844/21-1-2020 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 51/29-1-2020, καθώς και Υπουργική Απόφαση & Οργάνωση Διοίκησης Φορέων του Δημοσίου & Επικρατείας (Αριθμ. Πρωτ. Γ49Τ.Π.: 3844/21-1-2020 απόφαση της Προέδρου Δ.Σ. κ. Ούρας Μπαλαούρα προς τα μέλη (δικαστική και ανακληρωματική). Στη Συνεδρίαση είναι παρόντες:

1. κ. Μπαλαούρα Ούρα	Πρόεδρος
2. κ. Θεοτόκης Χρήστος	Αντιπρόεδρος Δ.Σ.
3. κ. Γολιμάκης Βασίλειος	Τεκνικό Μέλος
4. κ. Θεοτοκίδης Αργυρώ	Τεκνικό Μέλος
5. κ. Σπυριδώνης Σαββίδης	Τεκνικό Μέλος
6. κ. Σπίρης Γεώργιος	Τεκνικό Μέλος

Εισηγήσε: Στη Συνεδρίαση παρίσταται, ως ομιλήτρια και ο:

1. κ. Κουτούφρας Γεώργιος, Διευθυντής Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας

Γραμματέας Διοικητικού Συμβουλίου και Ελάση Ασημακοπούλου

Η Πρόεδρος και Ούρα Μπαλαούρα, διαπιστώνει ότι το Δ.Σ. τηρείται σε νόμιμη απαρτία και μπορεί να αποφασίσει και κατ'απόφαση επί των ενοχών της Συνεδρίασης

2.11. Εκτίμηση δειλωματικής εργασίας «Προστατή μελέτη αξιολόγησης των ενεργειών φροντίδας γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο»

1

Ο κ. Γ. Κουτούφρας υπογράφει στην υπ' αριθμ. πρωτ. 3803/5-2-2020 εισήγηση, η οποία έχει ως ακολούθως:

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 04-02-2020, μελέτησε διεξοδικά το υπ' αριθμ. πρωτ. 2555/23-01-2020 αίτημα της κ. Μαντέ Κωνσταντίνος, η οποία, στο πλαίσιο των Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιου Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, σκοπεί δειλωματική εργασία με τίτλο: «Προστατή μελέτη αξιολόγησης των ενεργειών φροντίδας γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο».

Τα μέλη του Συμβουλίου εισηγήθηκαν θετικά για το αίτημα της κ. Μαντέ να διεξαγάγει έρευνα σε 100 περίπου γυναίκες ασθενείς του Γυναικολογικού Τμήματος του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» υπό την επίβλεψη του Αντι-Επιστ. Υπευθύνου κ. Δ. Παπαθεοδώρου.

Η ερευνητική δραστηριότητα για τα εξής:

- Να μην υπάρξει κλίμα οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- Να τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των εμπλεκόμενων στη μελέτη.
- Μετά το πέρας της ερευνητικής εργασίας να καταπέσει αντίγραφο αυτής στο Νοσοκομείο.

ΑΠΟΦΑΣΗ: Μετά από διεξοδική συζήτηση επί του θέματος, το Δ.Σ. εγκρίνει πρόφωνα την ανωτέρω εισήγηση της υπερέχουσας ως εξής:


Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΤΑ ΜΕΛΗ Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ
ΤΟΥ Δ.Σ.
Ο. ΜΠΑΛΑΟΥΡΑ ΧΡ. ΦΑΣΙΑΝΟΣ Ε. ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Ασφής Αξιολόγηση
Αθήνα 7/5/2020
Η Πρόεδρος
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

2

*Αρ. Πρωτ.: 3803 / φ 448
5-2-2020*

Αθήνα, 05-02-2020


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»
Δ/νση: Αεολού, Αλεξάνδρου 171 – 115 22 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 210 64 09 000, Fax: 210 64 20 146

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΑΝΔΡΑ ΠΡΟΕΔΡΟΣ: ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΑΝΔΡΙΑΤΗΣ
Δ/νσης - Επιστ. Υπεύθυνος
Τμήματος Νεώτερων Απεικονιστικών Μεθόδων

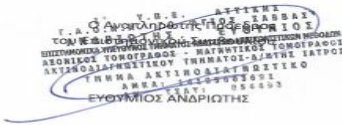
ΠΡΟΣ
Διοίκηση του
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 04-02-2020, μελέτησε διεξοδικά το υπ' αρ. πρωτ. 2555/23-01-2020 αίτημα της κ. Μεντή Κωνσταντίνος, η οποία, στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, εκπονεί διπλωματική εργασία με τίτλο: «Προοπτική μελέτη αξιολόγησης των αναγκών φροντίδας γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο».

Τα μέλη του Συμβουλίου εισηγήθηκαν θετικά για το αίτημα της κ. Μεντή να διεξαγάγει έρευνα σε 100 περίπου γυναίκες ασθενείς του Γυναικολογικού Τμήματος του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας» υπό την επίβλεψη του Δ/ντη- Επιστ. Υπευθύνου κ. Δ. Παπαθεοδώρου.

Η ερευνήτρια δεσμεύεται για τα εξής:

- Να μην υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- Να τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των εμπλεκομένων στη μελέτη.
- Μετά το πέρας της ερευνητικής εργασίας να κατατεθεί αντίγραφο αυτής στο Νοσοκομείο.


Υ. Β. Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ
Γ. Α. Ο. Ν. Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΑΝΔΡΙΑΤΗΣ

2. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίων

2.1 Needs Evaluation Questionnaire στην ελληνική γλώσσα

Αλληλογραφία

— □ ×

RE: Άδεια χρήσης Needs Evaluation Questionnaire



Theocharis Konstantinidis <harriskon@hmu.gr>

17/11/2019 11:33 μμ

Προς: 'Konstantina Loli'

Καλησπέρα κ. Μεντή

Το υπηρεσιακό μου έχει αλλάξει (φαίνεται το καινούργιο) και υπήρχε δυσκολία να γίνει η μεταφορά στο νέο μου.

Αρχικά με μεγάλη χαρά σου δίνω την άδεια να χρησιμοποιήσεις την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου NEQ. Το ερωτηματολόγιο μπορείς να το βρεις από τη διδακτορική μου διατριβή που είναι στο EKT. Εδώ που σου γράφω δεν το έχω διαθέσιμο. Αν δεν το βρεις, επικοινωνήσε μαζί μου ξανά αύριο ή την Τρίτη να σου το στείλω.

Με φιλικούς χαιρετισμούς

Χάρης Κωνσταντινίδης

From: Konstantina Loli <konstantinaloli@gmail.com>

Sent: Sunday, November 17, 2019 9:51 PM

To: harriskon@staff.teicrete.gr

Subject: Άδεια χρήσης Needs Evaluation Questionnaire

Αγαπητέ κ. Κωνσταντινίδη

Ονομάζομαι Μεντή Κωνσταντίνα και είμαι φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων», στην κατεύθυνση «Ογκολογική Ανακουφιστική Φροντίδα» της Σχολής Επαγγελματων Υγείας & Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Πιθανόν να μην λάβατε προηγούμενο μέλ. που σας έστειλα.

Στα πλαίσια της προετοιμασίας της διπλωματικής μου εργασίας που αφορά στην εκτίμηση αναγκών ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Δρ. Αδαμακίδου Θεοδούλα, θα ήθελα να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο Needs Evaluation Questionnaire (NEQ).


Παρακαλώ, όπως μου στείλετε την ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου, το οποίο έχετε εγκυροποιήσει κι εγώ υπόσχομαι να χρησιμοποιήσω το δικό σας άρθρο στις βιβλιογραφικές μου αναφορές.

Πληκτρολογήστε εδώ για αναζήτηση


2.2 Multidimensional Scale and Perceived Social Support στην ελληνική γλώσσα

Αλληλογραφία

Re: Άδεια για κλίμακα MSPSS

 **PARASKEVI THEOFILOU** <pardrothe@gmail.com>
24/11/2019 6:41 μμ

Προς: Konstantina Loli - Menti

 MSPSS.zip
149,16 KB

Αγαπητή Κωνσταντίνα,

σου στέλνω το σχετικό υλικό. Καλή επιτυχία!

Π.Θ.

Στις Κυρ, 24 Νοε 2019 στις 6:29 μ.μ., ο/η Konstantina Loli - Menti <konstantinaloli@gmail.com> έγραψε:
Αγαπητή Κα. Θεοφίλου

Ονομάζομαι Μεντή Κωνσταντίνα και είμαι φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων», στην κατεύθυνση «Ογκολογική Ανακουφιστική Φροντίδα» της Σχολής Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Στα πλαίσια της προετοιμασίας της διπλωματικής μου εργασίας που αφορά στην εκτίμηση αναγκών ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Δρ. Αδαμακίδου Θεοδούλα, θα ήθελα να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Παρακαλώ, όπως μου στείλετε την ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου, το οποίο έχετε εγκυροποιήσει, κι εγώ υπόσχομαι να χρησιμοποιήσω το δικό σας άρθρο στις βιβλιογραφικές μου αναφορές.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων!

Με εκτίμηση

Πληκτρολογήστε εδώ για αναζήτηση

27°C 1:38 μμ 17/5/2021

3. Έντυπο συναίνεσης

Έντυπο συναίνεσης συμμετοχής σε ερευνητική εργασία

Η εν λόγω έρευνα αποτελεί εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» με ειδίκευση στην «Ογκολογική Ανακουφιστική Φροντίδα», στο οποίο φοιτώ.

Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση αναγκών των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και η συσχέτισή τους με το άγχος, την κατάθλιψη και την λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.

Άτομα που παίρνουν μέρος στη μελέτη: Θα συμμετάσχουν γυναίκες ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους για χειρουργική αντιμετώπιση και 4 μήνες μετά, κατά τον επανέλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία.

Πιθανά οφέλη: Εκφράζεται η ελπίδα ότι η έρευνα αυτή θα συμβάλλει στην καλύτερη προετοιμασία των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, έτσι ώστε να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν άμεσα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και να συμβάλλουν στη σωστή διαχείρισή τους, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

Πληροφορίες: Αν έχετε κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις σχετικά με το σκοπό ή τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας, παρακαλώ ζητήστε μου να σας δώσω πληροφορίες.

Δημοσίευση δεδομένων: Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες είναι ανώνυμες.

Τα ερωτηματολόγια είναι αυστηρά ανώνυμα και προστατεύονται τα προσωπικά σας δεδομένα. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική. Είστε ελεύθεροι να μην συναινέσετε ή να διακόψετε την συμμετοχή σας όποτε επιθυμείτε.

Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!

Ονοματεπώνυμο ερευνητή: Μεντή Κωνσταντίνα

Κιν. 6938144678 / konstantinaloli@gmail.com

Κατανοώ και συναινώ με τα παραπάνω

Μονογραφή συμμετέχοντος:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1. Πλήρης μορφή των Ερωτηματολογίων

1.1.Ερωτηματολόγιο κλινικο-δημογραφικών στοιχείων

Κωδικός ασθενούς

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ποια είναι η ηλικία σας; _ _ _ _ _ έτη
2. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 1. Άγαμη
 2. Έγγαμη
 3. Συζεί
 4. Διαζευγμένη
 5. Σε διάσταση
 6. Χήρα
3. Έχετε παιδιά;
 1. Ναι
 2. ΌχιΕάν ναι, πόσα; _ _ _ _
4. Ποιος είναι ο βασικός σας φροντιστής;
 1. Σύζυγος
 2. Γιος / κόρη
 3. Γονείς
 4. Φίλος/η
 5. Άλλος (αναφέρατε) _ _ _ _ _
5. Ποιο είναι το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσής σας;
 1. Καμία εκπαίδευση
 2. Δημοτικό
 3. Γυμνάσιο
 4. Λύκειο
 5. Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ
 6. Μεταπτυχιακό/διδακτορικό
6. Επάγγελμα:
 1. Άνεργη
 2. Δημόσιος υπάλληλος
 3. Ιδιωτικός υπάλληλος
 4. Ελεύθερος επαγγελματίας
 5. Οικιακά
 6. Συνταξιούχος
 7. Αγρότης
 8. Άλλο _ _ _ _ _
7. Μηνιαίο εισόδημα:
 1. Καθόλου
 2. Μέχρι 500 ευρώ/μήνα
 3. 501 – 1000 ευρώ/μήνα
 4. 1001 – 1500 ευρώ/μήνα
 5. Πάνω από 1501 ευρώ/μήνα

- 8. Τόπος διαμονής:**
- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. Ευρύτερη περιοχή Αττικής | 3. Μικρή πόλη |
| 2. Πρωτεύουσα νομού | 4. Ύπαιθρος |
- 9. Διάγνωση (συμπληρώστε)_____**
- 10. Στάδιο νόσου:**
- | | |
|-------------|--------------|
| 1. Grade I | 3. Grade III |
| 2. Grade II | 4. Grade IV |
- 11. Χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση για το γυναικολογικό σας πρόβλημα**
- _____ χρόνια _____μήνες
- 12. Έχετε λάβει άλλη θεραπεία;** 1. Ναι 2. Όχι
- 13. Εάν ναι, τι είδος θεραπεία έχετε λάβει;**
- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. Χειρουργική | 4. Ορμονοθεραπεία |
| 2. Χημειοθεραπεία | 5. Δεν γνωρίζω |
| 3. Ακτινοθεραπεία | |
- 14. Πάσχετε από κάποιο άλλο νόσημα;** 1. Ναι 2. Όχι
- 15. Εάν ΝΑΙ: συμπληρώστε ποιο/ποια είναι αυτό/ά:_____**
- _____
- _____
- 16. Παίρνεται αγχολυτικά;** 1. Ναι 2. Όχι
- 17. Παίρνετε αντικαταθλιπτικά;** 1. Ναι 2. Όχι

1.2.Κλίμακα Needs Evaluation Questionnaire

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αγαπητή κυρία

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

1	Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την διάγνωσή μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
2	Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την μελλοντική μου κατάσταση.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
3	Έχω ανάγκη από περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις εξετάσεις που μου κάνουν.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
4	Έχω ανάγκη από περισσότερες εξηγήσεις για τη θεραπεία μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
5	Έχω ανάγκη να έχω περισσότερη συμμετοχή στις θεραπευτικές επιλογές (π.χ. συμμετοχή μου στην επιλογή μεταξύ δύο ισοδύναμων θεραπειών).	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
6	Έχω ανάγκη οι γιατροί και οι νοσηλευτές να μου παρέχουν πιο κατανοητές πληροφορίες.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
7	Έχω ανάγκη οι γιατροί να είναι πιο ειλικρινείς μαζί μου (π.χ. να μου λένε όλη την αλήθεια για τη νόσο, τη θεραπεία, τις πιθανές παρενέργειες).	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
8	Έχω ανάγκη να μπορώ να έχω καλύτερη επικοινωνία με τους γιατρούς.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
9	Έχω ανάγκη να ελέγχονται καλύτερα μερικές από τις ενοχλήσεις μου (πόνος, ναυτία, αϋπνία κλπ.).	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
10	Έχω ανάγκη περισσότερης βοήθειας για να φάω, να ντυθώ και να πάω στο μπάνιο.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
11	Έχω ανάγκη για περισσότερο σεβασμό της προσωπικότητας/αξιοπρέπειάς μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
12	Έχω ανάγκη περισσότερης προσοχής από το νοσηλευτικό προσωπικό.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
13	Έχω ανάγκη να με καθησυχάζουν περισσότερο οι γιατροί.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
14	Έχω ανάγκη οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο (τουαλέτα, γεύματα, καθαριότητα) να είναι καλύτερες.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
15	Έχω ανάγκη να έχω περισσότερες πληροφορίες οικονομικο-	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ

	ασφαλιστικής φύσης που σχετίζονται με την ασθένειά μου (π.χ. επιδόματα ασθένειας, συμμετοχή στο κόστος νοσηλείας κλπ.).		
16	Έχω ανάγκη από οικονομική βοήθεια.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
17	Έχω ανάγκη να μιλήσω με ψυχολόγο.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
18	Έχω ανάγκη να μιλήσω με ιερέα.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
19	Έχω ανάγκη να μιλήσω με ανθρώπους που είχαν την ίδια εμπειρία με μένα.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
20	Έχω ανάγκη να με καθησυχάζει περισσότερο η οικογένειά μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
21	Έχω ανάγκη να αισθάνομαι περισσότερο χρήσιμη μέσα στην οικογένειά μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
22	Έχω ανάγκη να αισθάνομαι λιγότερο κλεισμένη στον εαυτό μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ
23	Έχω ανάγκη να είναι λιγότερο στεναχωρημένοι οι άλλοι για την κατάστασή μου.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΌΧΙ

Άλλες ανάγκες που θα ήθελα να

εκφράσω.....
.....
.....
.....
.....

1.3.Κλίμακα Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)

DASS 21

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2, ή 3 που προσδιορίζει πόσο η συγκεκριμένη φράση ταιριάζει στο πως αισθανόσαστε την προηγούμενη εβδομάδα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην μένετε πολύ σε κάθε δήλωση. Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

- 0 Δεν μου ταιριάζει καθόλου
- 1 Μου ταιριάζει σε κάποιο βαθμό ή σε κάποιες στιγμές
- 2 Μου ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 3 Μου ταιριάζει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα

					D	A	S
	0	1	2	3			
1. Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται από αρκετά ασήμαντα πράγματα	0	1	2	3			
2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3			
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3			
4. Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3			
5. Μου φαινόταν πως δεν μπορούσα να κινητοποιηθώ	0	1	2	3			
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3			
7. Είχα ένα αίσθημα τρεμούλας (π.χ., σαν να μου κόβονται τα πόδια)	0	1	2	3			
8. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3			
9. Βρέθηκα σε καταστάσεις που με έκαναν να έχω τόσο άγχος που ένιωσα ανακουφισμένη όταν τελείωσαν	0	1	2	3			
10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3			
11. Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται αρκετά εύκολα	0	1	2	3			
12. Αισθανόμουν συχνά νευρική	0	1	2	3			
13. Ένιωθα λυπημένα και καταθλιπτικά	0	1	2	3			

14. Έπιασα τον εαυτό μου να γίνεται ανυπόμονος όταν καθυστερούσα με οποιοδήποτε τρόπο (π.χ., σε ανελκυστήρες, στα φανάρια κυκλοφορίας, όταν με έκαναν να περιμένω)	0	1	2	3			
15. Είχα μια αίσθηση λιποθυμίας	0	1	2	3			
16. Ένιωθα ότι είχα χάσει το ενδιαφέρον μου σχεδόν για όλα τα πράγματα	0	1	2	3			
17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3			
18. Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστη	0	1	2	3			
19. Ίδρωσα σε εμφανή σημεία (π.χ., χέρια ιδρωμένα) χωρίς να υπάρχουν υψηλές θερμοκρασίες ή να έχω κάνει σωματική άσκηση	0	1	2	3			
20. Ένιωσα φοβισμένη χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3			
21. Ένιωσα πως η ζωή δεν είναι σημαντική	0	1	2	3			
Σύνολο							

1.4.Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης - Multidimensional Scale of Perceived Social Support

MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Στις παρακάτω ερωτήσεις **κυκλώστε** τον αριθμό που πιστεύετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα

Κυκλώστε το «1», αν **διαφωνείτε απόλυτα**

Κυκλώστε το «2», αν **διαφωνείτε πολύ**

Κυκλώστε το «3», αν **διαφωνείτε**

Κυκλώστε το «4», αν **είστε ουδέτερη**

Κυκλώστε το «5», αν **συμφωνείτε**

Κυκλώστε το «6», αν **συμφωνείτε πολύ**

Κυκλώστε το «7», αν **συμφωνείτε απόλυτα**

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ουδέτερη	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ απόλυτα
1.	Υπάρχει ένας άνθρωπος κοντά μου όταν τον χρειάζομαι.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Υπάρχει ένας άνθρωπος με τον οποίο μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Η οικογένειά μου προσπαθεί πραγματικά να με βοηθήσει	1	2	3	4	5	6	7
4.	Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Έχω έναν άνθρωπο οποίος είναι πραγματική πηγή ανακούφισης για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Οι φίλοι μου προσπαθούν πραγματικά να με βοηθήσουν	1	2	3	4	5	6	7
7.	Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Υπάρχει ένας άνθρωπος στη ζωή μου ο οποίος νοιάζεται για τα αισθήματά μου..	1	2	3	4	5	6	7

11.	Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να παίρνω αποφάσεις.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Μπορώ να συζητώ τα προβλήματά μου με τους φίλους μου.	1	2	3	4	5	6	7

Ευχαριστώ για το χρόνο και τη συνεργασία σας.