



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Παράγοντες ποιότητας ζωής σε χρόνιους ασθενείς με καρκίνο- ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η πρόκληση της πανδημίας Covid-19

Συγγραφέας:

Στυλιανός Παλλαδινός

AM: mery20025

Επιβλέπουσα:

Ελένη Ριζά

Αθήνα, Μάρτιος, 2022



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

Occupational and Environmental Health

Diploma Thesis

**Factors affecting the quality of life of cancer patients – the role of
primary health care-the challenge of Covid-19 pandemic**

Studentname and surname:

Stylios Palladinos

Registration Number:

Supervisorname and surname:

Eleni Riza

Athens, March, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ & ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Παράγοντες ποιότητας ζωής σε χρόνιους ασθενείς με καρκίνο- ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η πρόκληση της πανδημίας Covid-19

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΡΙΖΑ ΕΛΕΝΗ	ΕΔΙΠ	
2	ΝΤΟΥΝΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
3	ΚΙΚΕΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση του καρκίνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, από τη διάγνωση έως τη διαχείριση των καρκινοπαθών, επηρεάστηκε ραγδαία εξαιτίας του Covid-19. Σε κλίμα φόβου και επιβεβλημένης αλλαγής του τρόπου παροχής όλων πέραν των βασικών ιατρικών πράξεων, σημειώθηκαν καθυστερήσεις και ελλιπής διαχείριση των περιστατικών. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος, οι διαγνώσεις, και οι παραπομπές επηρεάστηκαν από την πανδημία του Covid-19. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του πώς διαμορφώθηκε ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας και ταυτόχρονα πώς αυτό επηρέασε την ποιότητα των ασθενών με καρκίνο. Η παρούσα εργασία αποτελεί μια συστηματική ανασκόπηση των μελετών που διεξήχθησαν επί του θέματος. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών PRISMA, με τη χρήση λέξεων-κλειδιά στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, και GoogleScholar. Η επιλογή των μελετών έγινε με συγκεκριμένα κριτήρια καταλληλότητας. Η αρχική αναζήτηση κατέληξε σε 732 άρθρα. Το τελευταίο στάδιο αναζήτησης, και μετά την εφαρμογή των κριτηρίων εισαγωγής/αποκλεισμού, επέφερε 16 πρωτότυπες μελέτες. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν εξέτασαν το θέμα από τρεις διαφορετικές σκοπιές. Κάποιες διερεύνησαν την άποψη των ασθενών σε σχέση με την παρεχόμενη προς αυτούς ιατρική φροντίδα από τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κάποιες διερεύνησαν το ίδιο αντικείμενο, αλλά από την πλευρά των εργαζομένων σε αυτές τις δομές, ενώ άλλες βασίστηκαν περισσότερο σε στατιστικά δεδομένα, εξετάζοντας τις αλλαγές σε καταγραφές ιατρικών αρχείων και συγκρίνοντάς τα με αντίστοιχα προηγούμενων ετών. Συνολικά οι μελέτες κατέληξαν στο γεγονός ότι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας παροχής φροντίδας άλλαξε, αφού σε όλες τις μελέτες αναδείχθηκαν διαφορετικά ζητήματα που ανέκυψαν και επηρέασαν την παρεχόμενη φροντίδα και εκ των πραγμάτων και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Όταν η πανδημία υποχωρήσει, και οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται με τον πρότερο τρόπο και ρυθμό, θα υπάρξει συσσώρευση ασθενών με πιθανά συμπτώματα καρκίνου, και με ήδη βεβαρυμένους ασθενείς που θα χρειάζονται επιπρόσθετη φροντίδα.

Λέξεις-κλειδιά: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καρκίνος, ποιότητα ζωής, Covid-19, σύστημα υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
2.1 Ορισμός	11
2.2 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	13
2.2.1 Τα βασικά στοιχεία και οι αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	13
2.3 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά την πανδημία	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΟΥ COVID-19.....	16
3.1 Η επίδραση της πανδημίας στα συστήματα υγείας	16
3.2 Η επίδραση του Covid-19 στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	19
4.1 Ορισμός ποιότητας ζωής	19
4.2 Η μέτρηση της ποιότητας ζωής	20
4.3 Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο	22
4.3.1 Μέτρηση ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο	23
4.4 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών	24
4.5 Η επίδραση του Covid-19 στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	30
5.1 Σκοπός της έρευνας	30
5.2 Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης	31
5.3 Κριτήρια καταλληλότητας	32
5.4 Στρατηγική αναζήτησης	33
5.5 Εξαγωγή δεδομένων	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	34
6.1 Επιλογή μελετών	34
6.2 Χαρακτηριστικά των συμπεριλαμβανομένων μελετών	43
6.3 Κύρια αποτελέσματα βάσει του ερευνητικού ερωτήματος	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7° ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
ΑΒSTRACT	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κύριοι τομείς ποιότητας ζωής κατά Fallowfield	21
Πίνακας 2. Περιγραφή ερωτήματος βάσει κριτηρίων καταλληλότητας	33
Πίνακας 4. Στοιχεία μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση	36

ΚΑΤΑΛΟΓΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής συμπεριλαμβανομένων μελετών	35
Σχήμα 2. Αλλαγές στην ΠΦΥ βάσει αποτελεσμάτων	45

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν από δύο και πλέον χρόνια, κανείς από τα 7,5 δισεκατομμύρια ανθρώπων του πληθυσμού δεν είχε προβλέψει την τεράστια επίδραση του Covid-19. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το πρώτο κρούσμα COVID-19 καταγράφηκε τον Δεκέμβριο του 2019 στην επαρχία Γουχάν της Κίνας και η ασθένεια ανακηρύχθηκε ως παγκόσμια πανδημία στις 30 Ιανουαρίου 2020. Ωστόσο, πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι ο ιός εξαπλώθηκε απαρατήρητα πολλούς μήνες νωρίτερα. Η πανδημία επηρέασε πολλούς τομείς της ζωής των ανθρώπων ανά την υφήλιο σε κοινωνικό, εκπαιδευτικό, εργασιακό, και οικονομικό επίπεδο. Ως εκ τούτου επηρεάστηκαν και τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει τις ανάγκες υγείας όλων των ασθενών σε κοινοτικό επίπεδο, ενσωματώνοντας τη φροντίδα, την πρόληψη, την προώθηση και την εκπαίδευση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βελτιώνει τη συνολική απόδοση των συστημάτων υγείας μειώνοντας τις συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνοντας παράλληλα την υγεία και την πρόσβαση του πληθυσμού. Επομένως, η νευραλγικής σημασίας θέση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για όλες τις ασθένειες και όλους τους ασθενείς, είναι αυτονόητη. Ανάμεσα σε αυτές τις ασθένειες, τουλάχιστον στα πρώτα της στάδια, είναι η νόσος του καρκίνου. Ο καρκίνος είναι από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Το 2012, καταγράφηκαν 14,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου και 8,2 εκατομμύρια θάνατοι από καρκίνο παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναμένει ότι ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου θα αυξηθεί κατά περίπου 70% τις επόμενες δύο δεκαετίες.

Με δεδομένο το σημαντικό ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη διαχείριση των περιστατικών καρκίνου, και τη δυσμενή επίδραση της πανδημίας στα συστήματα υγείας, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των αλλαγών που η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπέστη εξαιτίας της πανδημίας, και πώς αυτές οι αλλαγές επηρέασαν τους καρκινοπαθείς ασθενείς, αλλά και την ποιότητα ζωής τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται το πώς ακριβώς ορίζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ποιος ακριβώς είναι ο ρόλος αυτής, και ποιες είναι οι βασικές λειτουργίες της στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας. Επιπλέον, αναφέρονται

τα βασικά στοιχεία της, αλλά και ποιες είναι οι αρχές από τις οποίες πρέπει να διέπεται, και ποιος ήταν ο ρόλος της κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση της ως τώρα ερευνητικής βιβλιογραφίας αναφορικά με την επίδραση της πανδημίας στα συστήματα υγείας γενικότερα, και ειδικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αναδεικνύονται σοβαρά ζητήματα όπως αυτά των καθυστερημένων διαγνώσεων, της αναβολής προγραμματισμένων εξετάσεων και χειρουργικών επεμβάσεων, αλλά και την εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων διαχείρισης ασθενών, όπως η τηλε-υγεία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται λόγος για το ζήτημα του καρκίνου, κυρίως αναφορικά με την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται παρουσίαση του πώς αυτή ορίζεται, πώς αυτή υπολογίζεται και μετριέται, και ποια είναι τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής γενικώς, και των καρκινοπαθών ειδικότερα. Στο ίδιο κεφάλαιο, γίνεται προσπάθεια καταγραφής των όσο τώρα δεδομένων αναφορικά με την επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών.

Στα επόμενα κεφάλαια, παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος τη παρούσας εργασίας, που αποτελεί μια συστηματική ανασκόπηση. Πιο συγκεκριμένα, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την ανάδειξη των κατάλληλων μελετών, αλλά και την διαχείριση των δεδομένων που εξήχθησαν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται τα ευρήματα που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική, συστηματική ανασκόπηση. Η αναζήτηση κατέληξε σε μελέτες που πραγματεύονταν το ζήτημα, και με ετερόκλητες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, που συμπεριλάμβαναν είτε ασθενείς, είτε γιατρούς, είτε στοιχεία από βάσεις δεδομένων. Όλες κατέληξαν και ανάδειξαν την αρνητική επίδραση της πανδημίας τόσο στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όσο και στη ζωή και ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας συζητούνται τα ευρήματα της ανασκόπησης, σε συνδυασμό με άλλη υπάρχουσα βιβλιογραφία αναφορικά με το θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός

Από την εισαγωγή του το 1961, ο όρος «πρωτοβάθμια περίθαλψη» έχει οριστεί με διάφορους τρόπους, χρησιμοποιώντας συχνά μία ή περισσότερες από συγκεκριμένες κατηγορίες για να περιγράψει τι ακριβώς είναι η πρωτοβάθμια περίθαλψη ή ποιος την παρέχει (StangeandFerrer, 2009). Αυτές οι κατηγορίες περιλαμβάνουν:

- ❖ την περίθαλψη που παρέχεται από κλινικούς γιατρούς
- ❖ το σύνολο δραστηριοτήτων των οποίων οι λειτουργίες καθορίζουν τα όρια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης—όπως η θεραπεία ή η ανακούφιση κοινών ασθενειών και αναπηριών
- ❖ το επίπεδο φροντίδας, ή αλλιώς ένα σημείο εισόδου σε ένα σύστημα που περιλαμβάνει και δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη
- ❖ το σύνολο χαρακτηριστικών, όπως φροντίδα που είναι προσβάσιμη, ολοκληρωμένη, συντονισμένη, συνεχής και υπεύθυνη, φροντίδα που χαρακτηρίζεται από την άμεση επαφή, την προσβασιμότητα, τη διαχρονικότητα και την πληρότητα
- ❖ τη στρατηγική για την οργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολό του—μια πρωτοβάθμια περίθαλψη προσανατολισμένη στην κοινότητα, η οποία δίνει προτεραιότητα και κατανέμει πόρους βάσει αναγκών της κοινότητας(StangeandFerrer, 2009).

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ορίζεται η βασική υγειονομική περίθαλψη που είναι καθολικά προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες της κοινότητας με τρόπους αποδεκτούς από αυτά, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους, και με κόστος που το σύστημα υγείας του κάθε κράτους μπορεί να διαχειριστεί και αντέξει οικονομικά. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι ο πυρήνας, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντιμετωπίζει τα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα, παρέχοντας αναλόγως υπηρεσίες προαγωγής υγείας, και παράλληλα προσφέρει προληπτικές και θεραπευτικές ιατρικές πρακτικές, αλλά και υπηρεσίες αποκατάστασης. Εφόσον αυτές οι υπηρεσίες αντανakλούν και εξελίσσονται

από τις οικονομικές συνθήκες και τις κοινωνικές αξίες της χώρας και των κοινοτήτων της, θα διαφέρουν ανά χώρα και κοινότητα, αλλά θα περιλαμβάνουν τουλάχιστον την προώθηση της σωστής διατροφής και την επαρκή παροχή ασφαλούς νερού, τους κανόνες βασικής υγιεινής, τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, την ανοσοποίηση κατά των μεγάλων μολυσματικών ασθενειών, την πρόληψη και τον έλεγχο τοπικά ενδημικών ασθενειών, την εκπαίδευση σχετικά με τα επικρατούντα προβλήματα υγείας και μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους, και την κατάλληλη θεραπεία για κοινές ασθένειες και τραυματισμούς(Vanselow, 1995).

Προκειμένου η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να καταστεί καθολικά προσβάσιμη στην κοινότητα όσο το δυνατόν γρηγορότερα, είναι απαραίτητη η μέγιστη κοινοτική αλλά και ατομική αυτοδυναμία για την ανάπτυξη της υγείας. Για να επιτευχθεί τέτοια αυτοδυναμία απαιτεί πλήρη συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό, την οργάνωση και τη διαχείριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτή η συμμετοχή κινητοποιείται καλύτερα μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης που επιτρέπει στις κοινότητες να αντιμετωπίσουν τα πραγματικά προβλήματα υγείας τους με τον καταλληλότερο τρόπο. Με αυτό τον τρόπο, θα είναι σε καλύτερη θέση να λαμβάνουν ορθολογιστικές αποφάσεις σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να διασφαλίζουν ότι παρέχεται το σωστό είδος υποστήριξης από τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας. Αυτά τα άλλα επίπεδα πρέπει να οργανωθούν και να ενισχυθούν έτσι ώστε να υποστηρίζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τεχνικές γνώσεις, εκπαίδευση, καθοδήγηση και επίβλεψη, υλικοτεχνική υποστήριξη, προμήθειες, πληροφορίες, χρηματοδότηση και δομές παραπομπής(BryantandRichmond, 2017).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματική εάν χρησιμοποιεί μέσα που είναι κατανοητά και αποδεκτά από την κοινότητα και εφαρμόζονται από τους υγειονομικούς λειτουργούς με κόστος που μπορεί να αντέξει η οικονομία ενός κράτους. Δεδομένου ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας όσο και της συνολικής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, χωρίς την οποία είναι βέβαιο ότι θα αποτύχει, πρέπει να συντονίζεται σε εθνική βάση με άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας, καθώς και με τους άλλους τομείς που συμβάλλουν στη συνολική αναπτυξιακή στρατηγική μιας χώρας (BryantandRichmond, 2017).

2.2 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σε γενικές γραμμές, ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συνίσταται στο να παρέχει μια εύκολα προσβάσιμη οδό φροντίδας, ανεξάρτητα από το πρόβλημα του ασθενούς. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βασίζεται στη φροντίδα ανθρώπων και όχι σε συγκεκριμένες ασθένειες. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες που εργάζονται στη ιατρική είναι συνήθως γενικοί ιατροί, που αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, παρά ειδικοί σε μια συγκεκριμένη ομάδα ασθενειών. Μια σημαντική παράμετρος του ρόλου της είναι να ενεργεί ως συνήγορος του ασθενούς και να συντονίζει τη φροντίδα πολλών ανθρώπων που έχουν πολλαπλά προβλήματα υγείας. Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνά φροντίζουν τους ανθρώπους για εκτεταμένες χρονικές περιόδους, η σχέση μεταξύ ασθενούς και γιατρού είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει την παροχή θεραπείας για κοινές ασθένειες, τη διαχείριση μακροχρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις, και τη πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων υγείας ή υποτροπών των υπαρχόντων μέσω συμβουλών περί ανοσοποίησης και προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (GunnandPirota, 2015).

2.2.1 Τα βασικά στοιχεία και οι αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αντιμετωπίζει τα κύρια προβλήματα της κοινότητας, παρέχοντας αναλόγως των συνθηκών και δεδομένων υπηρεσίες προαγωγής υγείας, και βασικές ιατρικές πρακτικές. Βασικά στοιχεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι:

- ❖ Εκπαίδευση σχετικά με τα επικρατούντα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισής τους
- ❖ Προώθηση της σωστής διατροφής
- ❖ Φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού
- ❖ Ανοσοποίηση κατά των μεγάλων μολυσματικών ασθενειών
- ❖ Πρόληψη και έλεγχος τοπικά ενδημικών νοσημάτων
- ❖ Κατάλληλη αντιμετώπιση κοινών ασθενειών και τραυματισμών

❖ Παροχή βασικών φαρμάκων(GunnandPirota, 2015).

Οι βασικές αρχές από τις οποίες πρέπει να διέπεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνοψίζονται ως εξής:

- πρέπει να διαμορφώνεται γύρω από τα πρότυπα ζωής του πληθυσμού
- πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας και να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης
- πρέπει να ενσωματώνει υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης και αποκατάστασης για το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα
- πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο κοντά στην κοινότητα από κατάλληλα εκπαιδευμένους εργαζόμενους
- η ισορροπία μεταξύ αυτών των υπηρεσιών θα πρέπει να ποικίλλει ανάλογα με τις ανάγκες της κοινότητας και μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου
- ο τοπικός πληθυσμός θα πρέπει να συμμετέχει στη διαμόρφωση και εφαρμογή των δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης
- οι αποφάσεις για τις ανάγκες της κοινότητας και οι λύσεις στα προβλήματά της θα πρέπει να βασίζονται σε έναν συνεχή διάλογο μεταξύ των ανθρώπων και των επαγγελματιών υγείας που τους εξυπηρετούν(GunnandPirota, 2015).

2.3 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά την πανδημία

Οι πολιτικές υγείας ανά τον κόσμο έδωσαν μεγάλη προσοχή στην πρόληψη της εξάπλωσης του ιού COVID-19, όπως η αύξηση των δυνατοτήτων παρακολούθησης και ανίχνευσης των κρουσμάτων, η εφαρμογή μέτρων αποστασιοποίησης, και η χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού. Ταυτόχρονα, επικεντρώθηκαν στην ταχεία κλιμάκωση των ικανοτήτων των νοσοκομείων και του εργατικού δυναμικού για τη διαχείριση των ξαφνικών αυξήσεων της ανάγκης περίθαλψης και των υπερκορεσμένων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Ωστόσο, η πανδημία -εκτός από αυτούς που μολύνθηκαν- επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό πολλούς ανθρώπους που δεν έχουν προσβληθεί από τον ιό. Πολλοί ασθενείς χωρίς COVID-19 δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στην απαραίτητη φροντίδα κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Τα άτομα που ζουν με χρόνιες παθήσεις, τα οποία είναι ήδη πιο ευάλωτα σε επιπλοκές και με

αυξημένο κίνδυνο θανάτου που προκύπτουν από τον COVID-19, αντιμετωπίζουν σημαντικές έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία τους. Ενώ τα άτομα με χρόνιες παθήσεις χρειάζονται συνεχή και αδιάκοπη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, η πανδημία του COVID-19 διαταράσσει αυτή τη βασική παροχή. Παραδείγματα τέτοιων έμμεσων επιπτώσεων στην υγεία περιλαμβάνουν άτομα με καθυστερημένες διαγνώσεις, ακυρωμένες ιατρικές επισκέψεις, και καθυστερημένη φροντίδα (Plaggetal., 2021).

Η πανδημία δείχνει ότι για να είναι ανθεκτικά τα συστήματα υγείας σε κραδασμούς υγείας όπως ο COVID-19, οι πολιτικές απαντήσεις πρέπει να αντιμετωπίζουν τόσο αυτές τις άμεσες όσο και τις έμμεσες απειλές. Η ισχυρή πρωτοβάθμια και κοινοτική φροντίδα υγείας – η πρώτη γραμμή όλων των συστημάτων υγείας – διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο σε αυτό. Η ενίσχυση αυτής της πρώτης γραμμής με την επέκταση του ρόλου της πρωτοβάθμιας και κοινοτικής υγειονομικής περίθαλψης μπορεί: α) να μειώσει την πίεση στα συστήματα υγείας στο σύνολό τους, ανακουφίζοντας την επιβάρυνση των νοσοκομείων. και β) να προστατεύουν τους ανθρώπους από τις έμμεσες απειλές πανδημιών ή άλλων κρίσεων υγείας (Haldaneetal., 2021).

Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας για όλους τους ασθενείς. Αντί να παρέχει απλώς περιστασιακή περίθαλψη και να ανταποκρίνεται σε οξεία προβλήματα υγείας, η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει τακτική, προληπτική και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα και χτίζει διαχρονικές σχέσεις ασθενή-παρόχου φροντίδας. Λειτουργεί επίσης ως εύκολα προσβάσιμο σημείο εισόδου σε ανώτερες βαθμίδες φροντίδας του συστήματος υγείας. Αυτές οι υπηρεσίες είναι απαραίτητες για να διασφαλιστεί ότι οι ανησυχίες, οι φόβοι και οι ανάγκες των ανθρώπων ακούγονται και ότι τα πιθανά προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται σε πρώιμο στάδιο (Levinetal., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΟΥ COVID-19

Στα τέλη Δεκεμβρίου 2019, εμφανίστηκε ένα ξέσπασμα μιας μυστηριώδους πνευμονίας, η οποία χαρακτηρίζεται από πυρετό, ξηρό βήχα και κόπωση και περιστασιακά γαστρεντερικά συμπτώματα. Η πανδημία COVID-19 είναι το αποτέλεσμα της ταχείας διεθνούς εξάπλωσης του SARS-COV-2, ενός κορονοϊού που προκαλεί τη νόσο COVID-19. Ως την 20^η Ιανουαρίου 2022, έχουν καταγραφεί περισσότερες από 340 εκατομμύρια μολύνσεις και 5,5 εκατομμύρια θάνατοι, καθιστώντας την μια από τις πιο εκτεταμένες πανδημίες στην ιστορία (Dongetal., 2020), που προέκυψε παρά τις ενδείξεις που εμφάνιζαν πολλές χώρες ως προετοιμασμένες να ανταποκριθούν σε μια αναδυόμενη μολυσματική ασθένεια (Singhetal., 2021).

3.1 Η επίδραση της πανδημίας στα συστήματα υγείας

Αντιδρώντας στην πανδημία του Covid-19 που ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2019, όλος ο πλανήτης εφάρμοσε μια σειρά συμπεριφορικών και κλινικών παρεμβάσεων, με σκοπό τον περιορισμό της εξάπλωσης. Αυτές οι άνευ προηγουμένου παρεμβάσεις περιλάμβαναν μεγάλης κλίμακας διαγνωστικές εξετάσεις, ταχεία απομόνωση ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, η άμεση νοσηλεία τους, η ολοκληρωμένη ιχνηλάτηση επαφών, και μεγάλης κλίμακας περιορισμοί στην κινητικότητα (Xiaoetal., 2021).

Μέσα σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής που περιορίστηκαν, η χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους ασθενείς παρατηρείται να μειώνεται επανειλημμένα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτό συνέβη για πολλούς λόγους, όπως ο περιορισμός της κινητικότητας, τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης, και το φόβο μόλυνσης από την προσέγγιση δομών υγείας, και έτσι οι ασθενείς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναβάλλουν ή να ακυρώνουν την προγραμματισμένη υγειονομική περίθαλψη, ειδικά σε ότι αφορά την προληπτική ιατρική (Xiaoetal., 2021).

Το μέγεθος των επιπτώσεων της πανδημίας ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τον τύπο της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης (Modestietal., 2020). Παρόμοια

αποτελέσματα είχαν παρατηρηθεί και κατά το παρελθόν σε προηγούμενες κρίσεις υγείας. Σημαντικές μειώσεις στις εισαγωγές, διαγνώσεις και θεραπείες εγκεφαλικών επεισοδίων και οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου έχουν αναφερθεί στην Κίνα, τη Γαλλία, την Ιταλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από την αρχή της πανδημίας ως σήμερα (Kansagraetal., 2020; Mesnieretal., 2020). Από την άλλη αυξήθηκαν οι προσπάθειες εναλλακτικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, όπως η εξ αποστάσεως, διαδικτυακή συνάντηση με το ιατρικό προσωπικό (Fleuryetal., 2021).

3.2 Η επίδραση του Covid-19 στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Μετά την εμφάνιση και εξάπλωση του Covid-19, η επίδραση της πανδημίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως αναμενόμενη. Ερευνητικά αποτελέσματα από προηγούμενες, παρόμοιες εμπειρίες έδειξαν όταν ο αρνητικός αντίκτυπος ήταν άμεσος όσο και μακροπρόθεσμος. Για παράδειγμα, σε μια μετα-ανάλυση που βασίστηκε σε δεδομένα αρχείων εξετάσεων ρουτίνας από τη Γουινέα, τη Λιβερία και τη Σιέρα Λεόνε κατά τη διάρκεια της επιδημίας του ιού Ebola, καταγράφηκε σημαντική μείωση στην παροχή υπηρεσιών υγείας όλων των βαθμίδων, όπως σε χειρουργεία αναπαραγωγικής υγείας, σε παρακολούθηση ασθενών με HIV, και κατάρρευση των προγραμμάτων διαχείρισης κρουσμάτων ελονοσίας (Delamouetal., 2017; Wagenaaretal., 2018). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δείκτες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Λιβερία ανέκαμψαν σε πρότερα επίπεδα λειτουργίας ένα χρόνο μετά το τέλος της επιδημίας, αν και στη Γουινέα αντίστοιχη επάνοδος παρατηρήθηκε αρκετά αργότερα (Wagenaaretal., 2018).

Η πανδημία του COVID-19 που εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς έχει πιέσει τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο. Από την άλλη, οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Αυστραλία φάνηκε να ανταποκρίνονται γρηγορότερα στον COVID-19, αφού ήταν από τις πρώτες χώρες που εφάρμοσαν την απομακρυσμένη μέσω διαδικτύου ιατρική συμβουλευτική και καθοδήγηση, αφού αντιμετωπίζουν τεράστια πρόκληση εξαιτίας της διαχείρισης αυξημένου φόρτου εργασίας στην προσπάθεια να γίνει όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερος έλεγχος και περιορισμός των λοιμώξεων (Kidd, 2020). Στην Κίνα, η Εθνική Επιτροπή Υγείας ανέλαβε την ευθύνη για τη διεξαγωγή του

προσυμπτωματικού ελέγχου και της παραπομπής για τον COVID-19, την παρακολούθηση, και διαχείριση (Department of Primary Health of National Health Commission (DPHNHC), 2020). Οι κανονισμοί και οι οδηγίες που εκδίδονται από τις κυβερνήσεις πολλών χωρών απαγορεύουν αυστηρά οποιαδήποτε διαβούλευση ή θεραπεία για ασθενείς με πυρετό ή βήχα στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και απαιτούν από όλους τους ύποπτους ασθενείς με COVID-19 να μεταφέρονται σε εξειδικευμένες κλινικές σε προκαθορισμένα κέντρα. Μια μελέτη που διερεύνησε της λειτουργίας των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έδειξε ότι πάνω από το 90% των δομών αυτών εφάρμοσαν αυτά τα μέτρα (Lietal., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

4.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Ο όρος «ποιότητα ζωής» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1950 ως σύνθημα που αντιπροσώπευε την «καλή ζωή», ενώ εμφανίστηκε και χρησιμοποιήθηκε κατά την επόμενη δεκαετία στις ευρωπαϊκές συζητήσεις πολιτικού επιπέδου, και από το 1975 εισήχθη ως λέξη-κλειδί και στην ιατρική επιστήμη. Πιο πρόσφατα, ωστόσο, έχει γίνει μέρος μιας ολιστικής αντιμετώπισης του ατόμου από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και χρησιμοποιείται ως παγκόσμιος όρος για να καλύψει μια ποικιλία μέτρων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως *«η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο, και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα, και τις ανησυχίες του»* (Post, 2014).

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολύ ευρεία έννοια που αντανακλά μια ατομική οπτική για το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή που βιώνεται σε ποικίλες καταστάσεις. Υπό αυτή την έννοια, είναι ένα υποκειμενικό μέτρο που επηρεάζεται από παράγοντες πολύ πέρα από την κατάσταση της υγείας. Η ποιότητα είναι κάτι που όλοι οι άνθρωποι νιώθουν και μπορούν να αναγνωρίσουν, αλλά είναι γνωστό ότι είναι δύσκολο να οριστεί. Η υποκειμενική ευημερία, αν και αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια κίνηση απομάκρυνσης από τα παραδοσιακά ιατρικά πρότυπα, είναι συχνά ένας πολύ ευρύς ορισμός για πρακτική χρήση και εξακολουθεί να αμφισβητείται ως έννοια από πολλούς κλινικούς γιατρούς. Συνεπώς, η πλειονότητα των θεωρητικών έχει περιορίσει τους ορισμούς της στα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία (Price and Harding, 1993).

Υπάρχουν και άλλοι ορισμοί, αλλά αντικατοπτρίζουν τις καθιερωμένες βασικές διαστάσεις που θα πρέπει να μετρηθούν προκειμένου να δικαιολογηθεί η χρήση του όρου «ποιότητα ζωής». Ορισμένοι συγγραφείς δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε ορισμένες διαστάσεις από άλλους. Για παράδειγμα, ο πόνος έχει αναγνωριστεί ως βασική διάσταση σε ορισμένες μελέτες, ενώ σε κάποιες άλλες ταξινομείται στις

σωματικές διαστάσεις(Fitzpatricketal., 1992).Ωστόσο, όλες οι προσεγγίσεις επιβεβαιώνουν την ιδέα ότι η ποιότητα ζωής είναι μια σφαιρική έννοια που πρέπει να αντικατοπτρίζει ένα ευρύ φάσμα αλληλένδετων διαστάσεων(PriceandHarding, 1993).

4.2 Η μέτρηση της ποιότητας ζωής

Στην έρευνα των κοινωνικών επιστημών, η ποιότητα ζωής μπορεί να αναφέρεται σε όλες τις συνθήκες ζωής, συμπεριλαμβανομένης της στέγασης, της αναψυχής και των περιβαλλοντικών συνθηκών. Στην έρευνα για την υγεία, οι ορισμοί αναφέρονται συχνά σε περιγραφές του αντίκτυπου της νόσου και της αναπηρίας στην καθημερινή λειτουργία. Καθώς η έννοια της ποιότητας ζωής είναι δύσκολο να οριστεί, οι ερευνητές έχουν υιοθετήσει μια ψυχομετρική προσέγγιση για τη μελέτη αυτού του τομέα.

Προκειμένου να ξεπεραστούν οι εγγενείς δυσκολίες στον προσδιορισμό της σημασίας του όρου «ποιότητα ζωής», έχει οριστεί από τους ερευνητές με ποικίλους τρόπους. Στην πράξη αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο όρος να αναλυθεί σε βασικά στοιχεία που μετρούνται χωριστά. Ο Fallowfield έχει υποστηρίξει ότι η ποιότητα ζωής δεν πρέπει να θεωρείται ως μια ενιαία έννοια, αλλά ως ένα σύνθετο «αμάλγαμα» που αποτελείται από τέσσερις βασικούς ή κύριους τομείς. Οι τομείς αυτοί αφορούν την ψυχολογική κατάσταση, την κοινωνική δικτύωση, την επαγγελματική λειτουργικότητα, και τη σωματική υγεία (Fallowfield, 1990) (Πίνακας 1). Συγκριτικά, ηSullivan έχει απαριθμήσει έξι βασικές διαστάσεις που είναι σημαντικές για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής: παράπονα για σωματικά συμπτώματα, ψυχική δυσφορία, επίπεδο λειτουργικότητας, λειτουργικότητα προσωπικών ρόλων, λειτουργικότητα κοινωνικών ρόλων, και ζητήματα σωματικής υγείας (Sullivan, 1992).Από πολλές απόψεις οι διαστάσεις της Sullivan αντικατοπτρίζουν αυτές του Fallowfield, αν και ορισμένοι παράγοντες ταξινομούνται σε διαφορετικές διαστάσεις. Για παράδειγμα, ο Fallowfield παραθέτει την κινητικότητα ως σωματική διάσταση, ενώ η Sullivan την παραθέτει ως λειτουργική διάσταση. Επιπλέον, η Sullivan περιλαμβάνει μια ευρεία γενική διάσταση σχετικά με τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής, η οποία αντιμετωπίζει άμεσα το ζήτημα της υποκειμενικότητας των ασθενών με μια συνολική βαθμολογία. Η ίδια υποστηρίζει ότι οι ασθενείς είναι συχνά οι μόνοι ειδικοί στις

διάφορες επιπτώσεις των ασθενειών ή των διαταραχών τους και ως εκ τούτου θα πρέπει να θεωρούνται ως οι απόλυτοι κριτές της κατάστασής τους.

Πίνακας 1. Κύριοι τομείς ποιότητας ζωής κατά Fallowfield

Τομέας υπό εξέταση	Τυπικά στοιχεία υπό αξιολόγηση
Ψυχολογικός	Άγχος
	Κατάθλιψη
Κοινωνικός	Προσαρμογή στη νόσο
	Διαπροσωπικές σχέσεις
	Κοινωνικές δραστηριότητες
Επαγγελματικός	Επιθυμία & ικανότητα για εργασία
	Ικανότητα διαχείρισης οικιακών υποχρεώσεων
Σωματικός	Πόνος
	Κινητικότητα
	Ύπνος
	Όρεξη/διατροφή
	Σεξουαλική ικανότητα

Αναλόγως των διαστάσεων που μπορεί ένας ερευνητής να επιθυμεί να εξετάσει, μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Τα εργαλεία ποιότητας ζωής είναι μια προσπάθεια απόδοσης μετρήσιμων δεικτών ή βαθμολογιών στην αντίληψη του ατόμου για την καθημερινή του ζωή. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής, μερικοί από τους οποίους έχουν αναπτυχθεί ειδικά για συγκεκριμένες ασθένειες όπως το άσθμα, ο HIV, η σχετιζόμενη με την ηλικία εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, ακόμη και η βαριατρική χειρουργική (για παράδειγμα, ο Δείκτης Βαριατρικής Ποιότητας). Στα πιο ευρέως διαδεδομένα ερωτηματολόγια ανήκουν το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL), το EuroQualityofLifeQuestionnaire (EQ-5D) και το ShortFormHealthSurvey (SF-36).

4.3 Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο

Με τη συνεχιζόμενη βελτίωση στην έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία του καρκίνου, και με τον αυξημένο μέσο όρο ζωής του πληθυσμού, ο αριθμός των επιζώντων από καρκίνο αυξάνεται σταθερά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, τόσο τη γενική όσο και αποκλειστικά σε ότι αφορά στην υγεία, των επιζώντων από καρκίνο (AyanianandJacobsen, 2006). Ολοένα και περισσότερες κλινικές δοκιμές και μελέτες αποτελεσματικότητας σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να περιλαμβάνουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση για την αξιολόγηση, εκτός από την επιβίωση, των μεταγενέστερων επιπτώσεων της θεραπείας και της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων (vanLeeuwenetal., 2018).

Ο καρκίνος είναι από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Το 2012, καταγράφηκαν 14,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου και 8,2 εκατομμύρια θάνατοι από καρκίνο παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναμένει ότι ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου θα αυξηθεί κατά περίπου 70% τις επόμενες δύο δεκαετίες (WorldHealthOrganization, 2021). Είναι ατυχές το γεγονός ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες και δαπανηρές, οι περισσότερες νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγιγνώσκονται συχνά σε προχωρημένο στάδιο (López-Gómezetal., 2013). Αυτή η καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου και οι περιορισμένες επιλογές θεραπείας που είναι διαθέσιμες στις αναπτυσσόμενες χώρες, π.χ. στην Κίνα, μπορεί να οδηγήσουν σε κακές προγνώσεις για τον καρκίνο, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Αυτό αναδεικνύει περισσότερο το πόσο πρέπει το επιστημονικό ενδιαφέρον να εστιάζει στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών (Lietal., 2016).

Πέρα από τη χρονική στιγμή της διάγνωσης της νόσου, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει διάφορους παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται το εκπαιδευτικό επίπεδο (Erpleinetal., 2011), τα επιβαρυντικά σωματικά συμπτώματα όπως η ναυτία ως απότοκος των λαμβανόμενων θεραπειών (Granda-Cameronetal.,

2011), η επαγγελματική κατάσταση των νοσούντων (Akinetal., 2008), αλλά και η γενικότερη κατάσταση της διάθεσης και ψυχικής υγείας του ασθενούς (Ramasubbuetal., 2021).

Το Μοντέλο Προσαρμογής (RoyAdaptationModel) είναι μια εφαρμόσιμη προσέγγιση για την θεώρηση των ογκολογικών ασθενών και της ποιότητας ζωής τους (Royetal., 2009). Σε αυτό το μοντέλο, ο άνθρωπος περιγράφεται ως βιοψυχοκοινωνικό ον, ενώ ως προσαρμογή ορίζεται η «διαδικασία και το αποτέλεσμα κατά την οποία τα άτομα με σκέψη και αίσθηση χρησιμοποιούν τη συνειδητή επίγνωση και την επιλογή για να φτάσουν στην προσωπική και κοινωνική ολοκλήρωση» (Roy, 2011). Με άλλα λόγια, το μοντέλο αυτό βοηθά στην κατανόηση του πώς ο ασθενής χρησιμοποιεί την υπάρχουσα γνώση στο να προσαρμοστεί στις συνθήκες της νόσου σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο και να ανταπεξέλθει στη νόσο.

4.3.1 Μέτρηση ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο

Ο καθορισμός και η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που ζουν με τον καρκίνο αλλά και μετά τη νόσο δεν είναι απλός. Υπάρχουν αρκετές καλά επικυρωμένες και ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αλλά αυτές εστιάζουν κυρίως σε σωματικά συμπτώματα (και όχι σε ψυχοκοινωνικά θέματα) που σχετίζονται με τις λειτουργικές επιδράσεις της θεραπείας για τον καρκίνο και συχνά περιλαμβάνουν συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως δύσπνοια ή αναπηρίες όπως προβλήματα στο περπάτημα.

Τέτοια συμπτώματα μπορεί επίσης να σχετίζονται με άλλες συνυπάρχουσες νόσους, και η έρευνα έχει δείξει ότι η σωματική συννοσηρότητα εξηγεί μεγαλύτερη διακύμανση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία από ότι τα χαρακτηριστικά του καρκίνου μεμονωμένα (Visseretal., 2013). Επιπλέον, οι πλειοψηφία των μελετών εστιάζουν και εξετάζουν κυρίως τα αρνητικά αποτελέσματα όπως η δυσφορία, η μειωμένη ποιότητα ζωής και οι λειτουργικές βλάβες. Υπάρχουν λιγότερες πληροφορίες για τις θετικές αλλαγές μετά την εμπειρία του καρκίνου. Μια πιο σύγχρονη προσέγγιση στη μελέτη της ποιότητας ζωής αναγνωρίζει τον πολυδιάστατο και δυναμικό αντίκτυπο του καρκίνου, σύμφωνα με τον οποίο η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να αλλάξει τη ζωή τόσο με αρνητικό όσο και με θετικό τρόπο (Shandetal., 2015).

Δύο από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ειδικά για τον καρκίνο ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία είναι του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας για τον Καρκίνο Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) (Aronson et al., 1993), και η Λειτουργική Αξιολόγηση της Θεραπείας Καρκίνου — Γενική Κλίμακα (FACT-G) (Cella et al., 1993). Αυτά τα εργαλεία συνήθως συνδυάζονται με ερωτηματολόγια που αξιολογούν τον αντίκτυπο του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου από τον οποίον ο ασθενής πάσχει. Αν και τα δύο εργαλεία έχουν υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, έχει αποδειχθεί ότι χρησιμοποιούνται για διαφορετικές εφαρμογές (Lockett et al., 2011). Για παράδειγμα, το EORTC εστιάζει περισσότερο στα συμπτώματα της νόσου και τις συνέπειες της θεραπείας, ενώ το FACT-G επικεντρώνεται περισσότερο στην αξιολόγηση συναισθηματικών πτυχών. Ωστόσο, αυτά τα ερωτηματολόγια μπορεί να μην υπολογίζουν μερικές από τις πιο λεπτές πτυχές της ποιότητας ζωής, που εντοπίζονται από όσους επιβιώνουν και πέρα από τον καρκίνο, καθώς σχεδιάστηκαν για να επικεντρώνονται κυρίως στα πρώιμα στάδια της διάγνωσης και της θεραπείας (Aronson et al., 1993). Καθώς οι ασθενείς προχωρούν προς την αντιμετώπιση και ίαση από τη νόσο, αν και εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες λειτουργικές και σωματικές βλάβες, άλλα θέματα μπορεί να γίνουν εξίσου ή πιο σημαντικά. Επομένως, αυτά τα εργαλεία ενδέχεται να μην καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες των επιζώντων από καρκίνο.

4.4 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών

Η σημασία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη νόσο του καρκίνου είναι ευρέως αναγνωρισμένη. Ωστόσο, υπάρχει λιγότερη σαφήνεια σχετικά με το τι ακριβώς αφορά πρωτοβάθμια περίθαλψη σε αυτό το επίπεδο και πώς μπορεί να προσθέσει αξία στην παρεχόμενη φροντίδα του ογκολογικού ασθενή. Για παράδειγμα, το σύστημα υγείας στην Αγγλία αναγνωρίζει ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει σημαντικό ρόλο, και συνιστά να είναι κλινικοί γιατροί επικεφαλής σε ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ασχολούνται με τον καρκίνο, παρόλα αυτά, οι οδηγίες είναι που παρέχει είναι πολύ σύντομες χωρίς να ξεκαθαρίζουν επακριβώς το τί πρέπει να γίνει (NHS, 2000). Από την άλλη, σε άλλες χώρες όπως η Σκωτία, δεν υπάρχουν καν προτεινόμενες οδηγίες σχετικά

με το ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στον καρκίνο(ScottishExecutiveHealthDepartment, 2001). Αυτή η άγνοια του ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον καρκίνο υπονομεύει τις πραγματικές ευκαιρίες βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης μεταξύ των καρκινοπαθών. Ο ορισμός της φροντίδας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον καρκίνο είναι απλός: εάν η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η φροντίδα που αφορά στην πρώτη επαφή, που παραμένει συνεχής, συντονισμένη και ολοκληρωμένη, προκύπτει ότι η φροντίδα του καρκίνου αφορά ακριβώς το ίδιο αλλά προσανατολισμένη σε αυτή τη νόσο (Starfield, 1994). Θα μπορούσε κανείς να πει ότι ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας στον καρκίνο, αφορά τέσσερα διαφορετικά σκέλη.

Αρχικά, φαίνεται πως η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο προσεγγίζουν πρώτα την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Έρευνες έχουν δείξει ότι περισσότερο από το 80% των ασθενών με κοινούς καρκίνους αναζητούν την αρχική περίθαλψη των πρώτων συμπτωμάτων από τους οικογενειακούς γιατρούς και την πρωτοβάθμια περίθαλψη (Fergussonetal., 1996). Οι ασθενείς συχνά το θεωρούν αυτό ως το πιο σημαντικό μέρος της ζωής του με τον καρκίνο, κάτι που είναι αναμενόμενο, αφού αυτό το στάδιο της διάγνωσης είναι καθοριστικό για την πορεία της νόσου και την πιθανότητα επιβίωσης (Bain, 2000).Σε αυτό το στάδιο, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι σημαντικός, αφού η αξιολόγηση της αρχικής συμπτωματολογίας και η ενδεχόμενη παραπομπή ενός ασθενούς σε άλλες βαθμίδες φροντίδας θα πρέπει να είναι προσεκτική, για την αποφυγή δαπανηρών διαγνωστικών υπηρεσιών(Jones, 2001).

Δεύτερον, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επεκτείνεται και πέρα από τη διάγνωση, μέχρι τη θεραπεία ή τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς. Ο ρόλος της στην ανακουφιστική φροντίδα είναι καλά αναγνωρισμένος. Λιγότερο αναγνωρισμένη, ωστόσο, είναι η έντονη συμμετοχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μετά τη διάγνωση και πριν από το ενδεχόμενο τελικό στάδιο. Για παράδειγμα, έρευνες έχουν δείξει ότι στο διάστημα μετά τη διάγνωση πρώιμου καρκίνου του μαστού και καθ' όλη τη διάρκεια των ειδικών φάσεων περίθαλψης, οι περισσότεροι ασθενείς συμβουλευονται το γιατρό τους περισσότερες από 10 φορές, περίπου διπλάσιο ποσοστό των ζητούμενων συμβουλών από εξειδικευμένους γιατρούς (Macleod, 2000).Αυτό συμβαίνει καθώς οι περισσότερες παρενέργειες από τα θεραπευτικά πρωτόκολλα του καρκίνου εμφανίζονται στο χρονικό διάστημα μεταξύ των ιατρικών επισκέψεων, με αποτέλεσμα

η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας να αυξάνεται (Campbell et al., 1999).

Τρίτον, τα άτομα με καρκίνο χρειάζονται ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα, για όλες τις συνυπάρχουσες νόσους που ενδεχομένως να φέρουν οι καρκινοπαθείς. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα δύο τρίτα των ασθενών με καρκίνο έχουν και κάποιο επιπρόσθετο πρόβλημα υγείας, ενώ το ένα τρίτο έχει περισσότερες από δύο ακόμα ασθένειες (Sarfati et al., 2016). Αυτές οι ασθένειες, οι οποίες μπορεί να είναι σωματικές (για παράδειγμα, αποφρακτική νόσος των αεραγωγών) ή ψυχολογικές (για παράδειγμα, κατάθλιψη), όχι μόνο βλάπτουν την ποιότητα ζωής, αλλά μπορεί να επηρεάζουν την ικανότητα διεξαγωγής διαγνωστικών εξετάσεων και τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές του καρκίνου. Οι ασθενείς με πολλές κοινές ασθένειες—όπως αγγειακή νόσο, άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, διαβήτης και νεφρική νόσο—έχουν υψηλά ποσοστά πρόωμης θνησιμότητας από καρκίνο. Καθίσταται σαφές ότι η συμβολή της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας σε όλες αυτές τις νόσους, παράλληλα με τη στήριξη του καρκίνου είναι προφανής (Gunn and Pirotta, 2015).

Τέλος, με τη φροντίδα του καρκίνου να απαιτεί και να εμπλέκει όλο και περισσότερο μεγάλο αριθμό ειδικών (τόσο γιατρούς όσο και νοσηλεύτες), ο συντονιστικός ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης γίνεται πιο σημαντικός. Η αναγνώριση ότι η εξειδικευμένη φροντίδα έχει καλύτερα αποτελέσματα και η επέκταση του τομέα των «ειδικών νοσηλευτών», σημαίνει ότι ο αριθμός των ειδικών είναι πιθανό αυξάνεται. Αυτό μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους ασθενείς που βασίζονται στους γιατρούς τους για να εξασφαλίσουν ότι βλέπουν τους κατάλληλους ειδικούς την κατάλληλη στιγμή. Έτσι, οι καλά κατευθυνόμενες παραπομπές μπορούν να βελτιώσουν τη φροντίδα, ενώ αντιθέτως οι άστοχες παραπομπές μπορούν να επιφέρουν μη αναγκαίες διαγνωστικές εξετάσεις και όχι την απαραίτητη θεραπεία (Gunn and Pirotta, 2015).

4.5 Η επίδραση του Covid-19 στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών

Η ταχέως διαδιδόμενη νόσος Covid-19 έχει επηρεάσει όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής (Lian et al., 2020). Για τους περισσότερους ανθρώπους, η ζωή έχει αλλάξει ριζικά προς το χειρότερο, καθώς τα πρωτοφανή ποσοστά απώλειας εργασίας,

απομόνωσης, μολύνσεων και θανάτων που σχετίζονται με τον Covid-19 συνεχίζουν να αυξάνονται. Ένας από τους σημαντικότερους φόβους των περισσότερων γιατρών, κυβερνήσεων και ασθενών είναι ο μεγάλος αντίκτυπος στα συστήματα υγείας.

Τα ερευνητικά δεδομένα ως τώρα, δείχνουν ότι η ζωή των ασθενών και η ποιότητάς της επηρεάστηκαν σε πολλαπλά επίπεδα. Οι περισσότεροι ασθενείς ανησυχούσαν για το εισόδημά τους λόγω των οικονομικών συνθηκών. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η οικονομική ασφάλεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών, αφού μπορεί να επηρεάσει έμμεσα τις επιλογές θεραπείας τους (Mariotto et al., 2011). Επιπλέον, η μακροπρόθεσμη κλιμάκωση της ανάγκης για υπηρεσίες υγείας λόγω της πανδημίας, αύξησε την αγωνία των ασθενών για το αν θα μπορούσε το ιατρικό προσωπικό να παράσχει την απαιτούμενη φροντίδα. Κατά τη διάρκεια της κρίσης του Covid-19 δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα ότι η φροντίδα του καρκίνου σε σχέση με τον αριθμό διαθέσιμων νοσοκομειακών θαλάμων, συμπεριλαμβανομένων των κρεβατιών των μονάδων εντατικής θεραπείας, να επηρέασε την ποιότητα φροντίδας των ογκολογικών ασθενών (Ciażyńska et al., 2020).

Ο Covid-19 και οι περιοριστικές οδηγίες επηρέασαν και τις συνθήκες διαβίωσης των καρκινοπαθών, πρωτίστως για εκείνους που ζουν μόνοι. Οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν στην απαγόρευση μετακίνησης, η απαγόρευση των κοινωνικών συναθροίσεων και η απαγόρευση χρήσης δημόσιων χώρων έχουν επηρεάσει σημαντικά την κοινωνική λειτουργικότητα, αλλά και τον ύπνο των ασθενών (Chen et al., 2020). Επιπλέον, υπό τον περιορισμό του COVID-19, οι περισσότεροι καρκινοπαθείς έχει φανεί ότι αισθάνονται κόπωση, πιθανώς λόγω άγχους και αβεβαιότητας σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου και της πιθανής μόλυνσης από τον Covid-19. Οι περιορισμοί στις κοινωνικές επαφές είναι πιο σοβαροί για τους ασθενείς που ζουν μόνοι, κάτι που αποτυπώθηκε από ερευνητικά δεδομένα. Το 87% των ερωτηθέντων μιας έρευνας απάντησε ότι η πανδημία του Covid-19 μείωσε το αίσθημα ασφάλειας, και επηρέασε σημαντικά την καθημερινή τους λειτουργία (Ciażyńska et al., 2020).

Επιπλέον, η πανδημία φάνηκε να επηρεάζει και την ορθή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων εκ μέρους των ασθενών. Σε μελέτη φάνηκε ότι το 20% των ερωτηθέντων σκέφτηκε να αναβάλει τη χημειοθεραπεία λόγω πανδημίας και το 5% σκέφτηκε να εγκαταλείψει περαιτέρω την ογκολογική

θεραπεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας παρά το φόβο της εξέλιξης της νόσου(Ciāžyńskaetal., 2020).Η κοινωνική αποστασιοποίηση προωθείται ως αποτελεσματικό μέτρο για τον περιορισμό των πανδημιών και φαίνεται να είναι η πιο ελπιδοφόρα στρατηγική στην ιατρική κρίση του Covid-19(Kutikovetal., 2020).Αυτοί οι περιορισμοί έχουν πολύ σοβαρό αντίκτυπο στους καρκινοπαθείς, οι οποίοι συχνά συνοδεύονται από την οικογένεια καθ' όλη τη διάρκεια της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Πάνω από το 50% των ασθενών φάνηκε ότι επηρεάστηκαν από τις αλλαγές στην οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου, οι οποίες απαγορεύουν συνοδεία των οικογενειών και φίλων και η έλλειψη δυνατότητας άμεσης συμμετοχής των μελών της οικογένειας στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία επηρεάζει αρνητικά την ευημερία των ασθενών με καρκίνο(Ciāžyńskaetal., 2020).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός της έρευνας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επικεντρώνεται στην ιατρική περίθαλψη και συνίσταται στην παροχή ολοκληρωμένων, προσβάσιμων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από κλινικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση της μεγάλης πλειοψηφίας των εξατομικευμένων ιατρικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, την ανάπτυξη μιας σταθερής συνεργασίας με τους ασθενείς, και τη σύνδεση στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας (Starfield et al., 2005). Τηρώντας τις δεσμεύσεις της Διακήρυξης της Αστάνα και της πολιτικής Διακήρυξης για την Παγκόσμια Υγειονομική Κάλυψη, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ως θεμελιώδες και κεντρικό στοιχείο των συστημάτων υγείας, κινδυνεύουν από το φόρτο εργασίας εξαιτίας της τρέχουσας πανδημίας του COVID-19 (World Health Organization, 2018, 1978). Οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι, σε πολλές χώρες, το πλησιέστερο και πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Τους πρώτους μήνες του 2020 παρατηρήθηκε μια τεράστια πίεση στα συστήματα υγείας σαν απόρροια της πανδημίας. Οι χώρες σε όλο τον κόσμο προσπάθησαν να ανταποκριθούν σε αυτές τις απαιτήσεις και να προετοιμαστούν για μελλοντικά κύματα εξάπλωσης του ιού, δημιουργώντας γρήγορα ειδικές εγκαταστάσεις τριτοβάθμιας φροντίδας και άλλα κέντρα θεραπείας. Ωστόσο, ορισμένα συστήματα υγείας φάνηκε να μην είναι προετοιμασμένα σε συγκεκριμένους τομείς, όπως το να αυξήσουν το εργατικό δυναμικό των νοσοκομείων και όλων των δομών υγείας γενικότερα. Έτσι, τόσο σε χώρες υψηλού εισοδήματος όσο και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο στην απόκριση της πανδημίας του COVID-19 καθώς τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία επιφορτίστηκαν σχεδόν αποκλειστικά τους ασθενείς που χρειαζόνταν εντατική διαχείριση (Yang et al., 2020). Η πρωτοβάθμια φροντίδα έγινε το κλειδί για την εύρυθμη λειτουργία των συστημάτων υγείας και διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των ασθενών και στην εφαρμογή πολιτικών αντιμετώπισης της πανδημίας.

Καθώς η εμφάνιση της νόσου COVID-19 χαρακτηρίζεται από ήπια έως μέτρια συμπτώματα κατά τη διάρκεια των οποίων τα άτομα είναι μολυσματικά, η πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει κρίσιμο ρόλο στην πρόληψη, τη διαλογή, τη διάγνωση και τη διαχείριση των ασθενών στην κοινότητα. Πράγματι, έχει αναγνωριστεί ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχει θεμελιώδεις λειτουργίες της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας και προώθησης της υγείας, της πρόληψης ασθενειών, της παρακολούθησης και της ανταπόκρισης βάσει κοινοτικού ελέγχου και δοκιμών, όπως και την προετοιμασία για την ανταπόκριση σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (WorldHealthOrganization, UNICEF, 2018).

Πέραν αυτού του πολύπλοκου ρόλου που η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας κλήθηκε να υπηρετεί κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ταυτόχρονα, έπρεπε να συνεχίσει να διαχειρίζεται ασθενείς με σοβαρές νόσους όπως ο καρκίνος. Υπάρχει κίνδυνος οι ογκολογικοί ασθενείς να μην λαμβάνουν έγκαιρα θεραπεία, επειδή οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να μένουν σπίτι για να αποτρέψουν την εξάπλωση του ιού, ο αριθμός του ενεργού ιατρικού προσωπικού μειώνεται και η οικονομική κρίση βαθαίνει. Ο αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής (QoL) θεωρείται σημαντικός από τους γιατρούς και τους ασθενείς και σχετίζεται στενά με την εξέλιξη του καρκίνου (Lemonetal., 2003). Κατά την περίοδο της πανδημίας, οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό δίλημμα, καθώς η παραμονή στο σπίτι θα μπορούσε να αυξήσει την εξέλιξη του όγκου, ενώ η επίσκεψη στο νοσοκομείο για θεραπεία καρκίνου θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον COVID-19 (TheLancetOncology, 2020).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, προκύπτει πως ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας πήρε νέα μορφή, και ο τρόπος παροχής φροντίδας επηρέασε άτομα με ασθένειες όπως ο καρκίνος. Επομένως, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του πώς διαμορφώθηκε ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας και ταυτόχρονα πώς αυτό επηρέασε την ποιότητα των ασθενών με καρκίνο.

5.2 Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης

Για την συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας, η παρούσα εργασία θα διεξαχθεί με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA (PRISMAguidelines) (Moheretal., 2009). Σκοπός είναι να αναγνωριστούν όλες εκείνες οι μελέτες που θα

παρουσιάζουν θεματική συνάφεια ως προς ζήτημα υπό εξέταση, δηλαδή τους παράγοντες ποιότητας ζωής που σχετίζονται με τους ασθενείς με καρκίνο, καθώς και ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την πρόκληση της πανδημίας Covid-19. Τα στάδια της συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας βάσει των guidelines περιλαμβάνουν τη διαμόρφωση του ερευνητικού ερωτήματος, την ενδεδειγμένη αναζήτηση της βιβλιογραφίας την εξαγωγή των αποτελεσμάτων από κάθε μελέτη και την αξιολόγηση αυτής, ενώ το τελευταίο στάδιο συνίσταται στην παρουσίαση των ευρημάτων.

5.3 Κριτήρια καταλληλότητας

Για να θεωρηθεί μια μελέτη κατάλληλη για να συμπεριληφθεί στην παρούσα εργασία θα πρέπει να διερευνά τις αλλαγές που συνέβησαν στην πρωτοβάθμια υγεία φροντίδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επίσης, κατάλληλες μελέτες θεωρούνται και αυτές θα διερευνούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς καρκινοπαθείς ασθενείς, καταγράφοντας τόσο την άποψη των ασθενών όσο και των εργαζομένων. Αυτές οι μελέτες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν ενήλικες ασθενείς με καρκίνο και να μελετούν την φροντίδα που τους παρέχεται και πώς επηρέασε την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επομένως, μελέτες που θεωρούνται κατάλληλες για την παρούσα εργασία, είναι αυτές που θα διεξήχθησαν από το ξέσπασμα της πανδημίας του Covid-19 και μετέπειτα. Το φύλο ή ο τύπος του καρκίνου των ασθενών, δεν αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού. Στην ανασκόπηση θα συμπεριληφθούν μελέτες που θα έχουν δημοσιευτεί από έγκριτα, επιστημονικά περιοδικά στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα. Επιγραμματικά, τα κριτήρια καταλληλότητας απεικονίζονται στον **Πίνακα 2**.

Πληθυσμός	Ασθενείς με ενεργή διάγνωση καρκίνου, εργαζόμενοι στην ΠΦΥ
Παρέμβαση	Παροχή ιατρικής περίθαλψης από την πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας κατά την πανδημία
Σύγκριση	Παροχή ιατρικής περίθαλψης από την πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας πριν την πανδημία
Αποτελέσματα	Σχετικά με την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας και ποιότητα ζωής των ασθενών
Είδος μελέτης	Ανεξάρτητα από τον τύπο σχεδιασμού της μελέτης
Δημοσίευση	Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19 (μετά το τέλος του 2019)

5.4 Στρατηγική αναζήτησης

Οι βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, GoogleScholar θα ελεγχθούν για σχετικές μελέτες και η αναζήτηση θα διεξαχθεί από έναν ερευνητή. Η αναζήτηση θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση συγκεκριμένων λέξεων-κλειδιά. Αυτές θα είναι οι ακόλουθες : “*cancer patients*” Η “*Ca patients*” Η “*tumor patients*” ΚΑΙ “*quality of life*” Η “*QoL*” Η “*health related quality of life*” ΚΑΙ “*primary health care*” Η “*community care*” ΚΑΙ “*Covid-19*”. Οι τίτλοι, οι περιλήψεις, και οι λέξεις-κλειδιά κάθε μελέτης θα ελεγχθούν ως προς την καταλληλότητά τους με βάση τα κριτήρια επιλεξιμότητας.

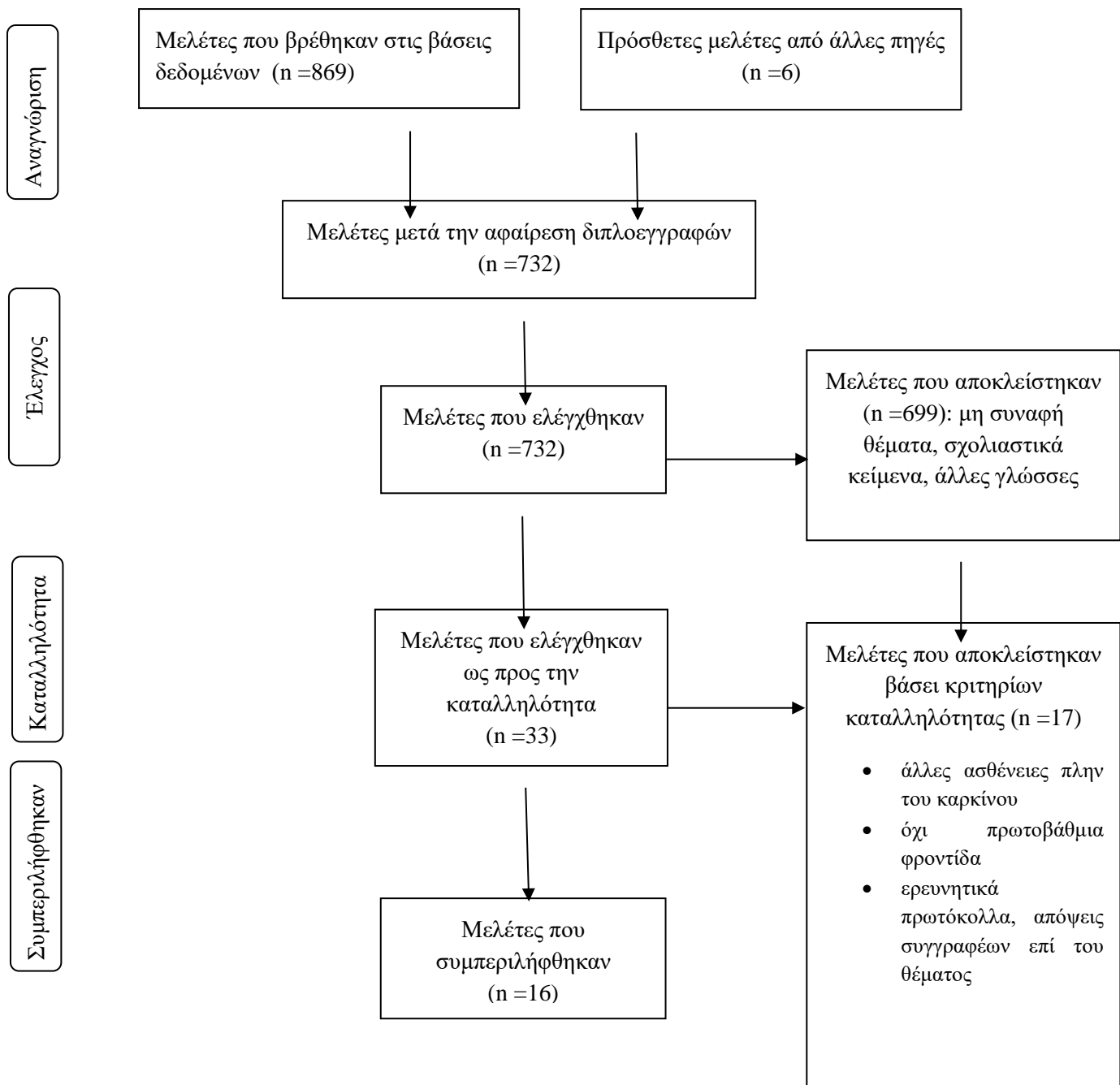
5.5 Εξαγωγή δεδομένων

Η εξαγωγή δεδομένων θα περιλαμβάνει τη χώρα στην οποία διεξήχθη η κάθε μελέτη, το μέγεθος του δείγματος που συμμετείχε σε καθεμία από αυτές, τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος όπως είναι το φύλο και η ηλικία, τις μετρήσεις που εφαρμόστηκαν σε κάθε έρευνα, αλλά και οποιαδήποτε άλλη πληροφορία μπορεί να φανεί χρήσιμη για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Επιλογή μελετών

Συνολικά 826 άρθρα εντοπίστηκαν κατά τη διάρκεια των αναζητήσεων, με έξι πρόσθετες εργασίες που εντοπίστηκαν σε λίστες βιβλιογραφικών αναφορών άλλων άρθρων. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων εγγραφών στις βάσεις δεδομένων, 732 άρθρα παρέμειναν για τον έλεγχο συμβατότητας βάσει του τίτλου τους. Από αυτά αποκλείστηκαν, επειδή είτε ήταν μη συναφούς θεματολογίας, είτε αφορούσαν επιστολές ερευνητών σε εκδότες περιοδικών, είτε ήταν γραμμένα σε άλλες γλώσσες, τα 699. Στο επόμενο βήμα, 33 άρθρα πέρασαν τον έλεγχο της πλήρους ανάγνωσης βάσει των κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού. Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, εντοπίστηκαν μόνο 16 που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Οι λόγοι αποκλεισμού των υπόλοιπων άρθρων ήταν είτε γιατί πραγματεύονταν άλλες ασθένειες, είτε γιατί αφορούσαν άλλες βαθμίδες παροχής ιατρικής βοήθειας (π.χ. τριτοβάθμια φροντίδα), είτε γιατί αποτελούσαν άρθρα χωρίς να παρέχονται αποτελέσματα, αλλά αποτελούσαν τις απόψεις συγγραφέων επί του θέματος. Η διαδικασία επιλογής των μελετών παρουσιάζεται στο διάγραμμα ροής του **Σχήματος 1**.



Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής συμπεριλαμβανομένων μελετών

Οι μελέτες που εν τέλει συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται επιγραμματικά στον Πίνακα 3. Στο συγκεκριμένο πίνακα, αναφέρονται τα βασικά στοιχεία της κάθε έρευνας: τη συγγραφική ομάδα και το έτος δημοσίευσης, τη χώρα προέλευσης, τον κύριο ερευνητικό σκοπό και τα βασικά αποτελέσματα.

Πίνακας 3. Στοιχεία μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση

Μελέτη	Χώρα	Σκοπός	Αποτελέσματα
Mitra&Basu, 2020	Ινδία	Αξιολόγηση των απόψεων των ασθενών για την επίδραση της πανδημίας στην παροχή φροντίδας	Διαθεσιμότητα ραντεβού για τηλε-διαβουλεύσεις, ζητήματα δυσκολίας επικοινωνίας μέσω δικτύου, αναβολή ημερομηνιών ακτινοθεραπείας και πολλές ώρες αναμονής πέρα από την ώρα του ραντεβού, προβλήματα μεταφοράς από την κατοικία σε νοσοκομείο, περιορισμός επισκεπτών/συνοδών, αναβολή χειρουργείου, καθυστέρηση και αναβολή συμβουλών από διατροφολόγους, μη διαθεσιμότητα ομαδικών υπηρεσιών υποστήριξης και συνεδριών ψυχολογικής συμβουλευτικής, δυσκολία στη διατήρηση προληπτικών μέτρων, διαθεσιμότητα των φαρμάκων χημειοθεραπείας και η διαθεσιμότητα θέσεων χημειοθεραπείας αναφέρθηκαν ως προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής με καρκίνο.

Edgeetal., 2021

Αυστραλία

Αξιολόγηση των απόψεων των ασθενών και των συνοδών τους, και των εργαζομένων της ΠΦΥ για την επίδραση της πανδημίας στην παροχή φροντίδας

Το 42% των ασθενών με καρκίνο ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κάποιο επίπεδο διακοπής της φροντίδας. Ένα επιπλέον 43% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ανέφερε άτυπες καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας για τον καρκίνο και το 50% συμφώνησε ότι η πρόσβαση των ασθενών στην έρευνα και τις κλινικές δοκιμές είχε μειωθεί. Σχεδόν τα τρία τέταρτα (73%) των ασθενών και των φροντιστών ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν τηλε-υγεία μετά την εμφάνιση του COVID-19, με υψηλή συνολική ικανοποίηση. Ωστόσο, εντοπίστηκαν κενά στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και το 20% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ήταν απίθανο να χρησιμοποιήσει ξανά την τηλε-υγεία.

Pattetal., 2020

ΗΠΑ

Διερεύνηση αλλαγών στην παροχή φροντίδας σε καρκινοπαθείς ασθενείς

Στην κορύφωση της πανδημίας τον Απρίλιο, οι προληπτικοί έλεγχοι για καρκίνους του μαστού, του παχέος εντέρου, του προστάτη και του πνεύμονα ήταν χαμηλότεροι κατά 85%, 75%, 74% και 56%, αντίστοιχα. Σημαντικές μειώσεις χρήσης παρατηρήθηκαν τον Απρίλιο για την αξιολόγηση και τις επισκέψεις εξωτερικών ασθενών στο νοσοκομείο (-74%), τις επισκέψεις νέων ασθενών (-70%) και τις καθιερωμένες επισκέψεις ασθενών (-60%). Οι μαστεκτομές μειώθηκαν σταθερά τον Απρίλιο έως τον Ιούλιο, με τις κολεκτομές να μειώθηκαν παρόμοια τον Απρίλιο και τον Μάιο και οι εκτομές προστάτη τον Απρίλιο και τον Ιούλιο.

**Del Vecchio
Blanco et al.,
2020**

Ιταλία

Διερεύνηση αλλαγών στην παροχή φροντίδας του καρκίνου του εντέρου

Καταγράφηκε διακοπή της πρόληψης του συγκεκριμένου καρκίνου, που μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωσή του, πιθανώς σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Dabkevieneetal., 2021

Λιθουανία

Αξιολόγηση του αντίκτυπου των μέτρων διαχείρισης της πανδημίας COVID-19 στις υπηρεσίες καρκίνου στο Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI) της Λιθουανίας.

Οι μειώσεις στις διαδικασίες διαγνωστικής ακτινολογίας (-16%) και ενδοσκόπησης (-29%) συνοδεύτηκαν από μειωμένο αριθμό ασθενών με συνεχιζόμενη ιατρική (-30%), ακτινοβολία (-6%) ή χειρουργική (-10%) θεραπεία. Η έκταση των επισκέψεων σε εξωτερικούς ασθενείς (-14%) και των επισκέψεων παρακολούθησης της νόσου (-16%) επηρεάστηκε επίσης από την πανδημία και αυξήθηκαν μόνο οι παραπομπές σε ψυχολογική/ψυχιατρική συμβουλευτική. Η πιο δραματική μείωση σημειώθηκε στον αριθμό των ασθενών που συμμετείχαν σε προγράμματα πρόληψης του καρκίνου. η απώλεια ήταν 25% για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και 62% για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού.

Archeret al.,2021

Αγγλία

Κατανόηση των απόψεων των γιατρών για τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στην κλινική διαχείριση του καρκίνου και του πιθανού καρκίνου.

Τρία θέματα εντοπίστηκαν μέσα από 23 γιατρών: (1) αλλαγές στη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας ασθενών στα συμπτώματα (2) εξ αποστάσεως διαβουλεύσεις σχετικά με τη διαχείριση ασθενών (3) η πανδημία COVID-19 σχετικά με τη διαλογή και την παραπομπή ασθενών με πιθανό καρκίνο. Υπήρξαν θετικές αλλαγές στην πρακτική, αλλά εκφράστηκαν ανησυχίες σχετικά με την επάρκεια των εξ αποστάσεως συμβουλών για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Ορισμένοι ανέφεραν καθυστερημένες διαγνώσεις καρκίνου και αβεβαιότητα σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των καθυστερήσεων στις παραπομπές.

Morris et al., 2021

Αγγλία

Διερεύνηση της πανδημίας COVID-19 στην ανίχνευση και τη διαχείριση του καρκίνου του παχέος εντέρου στην Αγγλία.

Υπήρξε μείωση 63% (95% CI 53–71) (από 36 274 σε 13 440) στον μηνιαίο αριθμό παραπομπών για εξετάσεις για ύποπτο καρκίνο και 92% (95% CI 89–95) μείωση στον αριθμό κολonosκοπήσεων (από 46 441 έως 3484). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια σχετική μείωση κατά 22% (95% CI 8–34) στον αριθμό των περιπτώσεων που παραπέμπονται για θεραπεία (από μηνιαίο μέσο όρο 2781 το 2019 σε 2158 παραπομπές τον Απρίλιο του 2020)

Jazieh et al., 2020

Πολυκεντρική

Αξιολόγηση του αντίκτυπου της πανδημίας στη φροντίδα του καρκίνου παγκοσμίως

Συμμετείχαν συνολικά 356 κέντρα από 54 χώρες σε έξι ηπείρους. Αυτά τα κέντρα εξυπηρετούν 716.979 νέους ασθενείς με καρκίνο ετησίως. Οι περισσότεροι από αυτούς (88,2%) ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Παρόλο που το 55,34% μείωσε τις υπηρεσίες ως μέρος μιας προληπτικής στρατηγικής, άλλοι συνήθεις λόγοι περιλάμβαναν ένα καταπονημένο σύστημα (19,94%), έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (19,10%), έλλειψη προσωπικού (17,98%) και περιορισμένη πρόσβαση σε φάρμακα (9,83%). Τουλάχιστον ένας κύκλος θεραπείας χάθηκε από > 10% των ασθενών στο 46,31% των κέντρων. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν έκθεση ασθενών σε κίνδυνο από τη διακοπή της ειδικής για τον καρκίνο φροντίδας (36,52%) και της φροντίδας που δεν σχετίζεται με τον καρκίνο (39,04%), με ορισμένα κέντρα να εκτιμούν ότι έως και το 80% των ασθενών τους εκτέθηκαν σε κίνδυνο.

Tsuietal., 2020

ΗΠΑ

Αξιολόγηση αναγκών των καρκινοπαθών που λάμβαναν στήριξη από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Η δυσκολία μετακίνησης, η ασταθής οικονομική κατάσταση, οι συνθήκες εγκλεισμού στο σπίτι, και οι ελλειπείς κοινωνικές συναναστροφές επηρέαζαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο κατά τη διάρκεια της πανδημίας

**Kelemenic-Drazinetal.,
2021**

Κροατία

Στη μελέτη προσπάθησαν να αναλύσουν την επίδραση που είχε η πανδημία στην παρεχόμενη φροντίδα σε καρκινοπαθείς ασθενείς.

Διακοπή ή αλλαγή στη θεραπεία του καρκίνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 παρατηρήθηκε στο 10,2% των περιπτώσεων. Οι περισσότεροι δεν άλλαξαν τον τόπο θεραπείας τους λόγω του lockdown (97,6%). Το 14,7% των ασθενών θεώρησε ότι η ποιότητα της φροντίδας για τον καρκίνο που έλαβαν είχε αλλάξει με αρνητικό τρόπο κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Louetal., 2020

ΗΠΑ

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να συγκριθούν οι ανησυχίες σχετικά με τον COVID-19 μεταξύ ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία καρκίνου με εκείνα με ιστορικό καρκίνου που δεν λαμβάνουν επί του παρόντος θεραπεία και με άτομα χωρίς ιστορικό καρκίνου.

Οι συμμετέχοντες που λάμβαναν θεραπεία ανέφεραν μεγαλύτερη ανησυχία για τη μόλυνση από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 και αποφυγή της πρόσβασης σε μονάδες υγείας ($p < 0,001$), υψηλότερα επίπεδα οικογενειακής δυσφορίας που προκαλείται από την πανδημία COVID-19 ($p = 0,004$) και μεγαλύτερη ανησυχία ότι το ευρύ κοινό δεν κατανοήσουν επαρκώς τη σοβαρότητα του COVID-19 ($p = 0,04$). Τα άτομα με μεταστατική νόσο ήταν πιο πιθανό να έχουν επηρεαστεί αρνητικά σε σχέση με τη φροντίδα που λάμβαναν σε σύγκριση με ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο (50,8% έναντι 31,0%· $p = 0,02$). Οι πιο συχνά αναφερόμενες τροποποιήσεις θεραπείας περιλάμβαναν καθυστερήσεις και αναβολές στη λήψη ιατρικής φροντίδας.

GotlibConnetal., 2021

Καναδάς

Αυτή η ποιοτική περιγραφική μελέτη στόχευε στην κατανόηση των κινδύνων που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς με καρκίνο που σχετίζονται με την COVID-19 και τη θεραπεία του καρκίνου, καθώς και την αξία της απομακρυσμένης φροντίδας, και τον τρόπο που την αντιλαμβάνεται και τη βιώνει ο ασθενής.

Μια θεματική ανάλυση έξι ομάδων εστίασης διαπίστωσε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανησυχούσαν περισσότερο για τις καθυστερήσεις της θεραπείας παρά για τη μόλυνση από τον COVID-19. Παρά την ανησυχία σχετικά με την έκθεση στον COVID-19 στο νοσοκομείο, οι καθυστερήσεις φροντίδας συνέβαλαν σε αυξημένο άγχος μεταξύ των συμμετεχόντων που ήδη συμμετείχαν σε αυστηρά μέτρα ασφαλείας στην καθημερινή τους ζωή. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δέχτηκαν εικονική φροντίδα για ορισμένους τύπους ραντεβού. Ωστόσο, η προτίμηση για προσωπική φροντίδα διαπιστώθηκε ότι συντηρούσε τις ανθρωπιστικές και θεραπευτικές πτυχές της φροντίδας για τον καρκίνο που πολλοί συμμετέχοντες εκτιμούσαν.

Kennardetal., 2021

Αμερική

Οι συγγραφείς ανέπτυξαν μια προοπτική βάση δεδομένων όλων των ασθενών με καρκίνο του μαστού μεταξύ 1ης Μαρτίου και 15 Ιουνίου 2021. Οποιαδήποτε αλλαγή σε ένα σχέδιο καρκίνου του μαστού λόγω της πανδημίας τεκμηριώθηκε και οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν σε δύο κοόρτες ανάλογα με τις αλλαγές που βίωσαν. Οι ασθενείς απάντησαν μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη φροντίδα τους, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, μέσω τηλεφώνου.

Στη μελέτη συμμετείχαν 73 ασθενείς. Οι αλλαγές που οι ασθενείς δήλωσαν ότι τους απασχολούσαν σχετίζονταν με την καθυστέρηση λήψης ιατρικής βοήθειας, όπως οι ενδοκρινολογικές συμβολές, αλλά και σε σχέση με τα χειρουργεία που είχαν προγραμματιστεί να λάβουν, που καθυστέρουσαν έως και 82 ημέρες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι η καθυστερημένη λήψης βοήθειας προκαλούσε αυξημένο άγχος στους ασθενείς, καθώς ανησυχούσαν για την έκβαση της ασθένειάς τους.

Comaetal., 2021	Ισπανία (Καταλονία)	Καταγραφή των αλλαγών στην φροντίδα ασθενών με πιθανό καρκίνο στην Ισπανία, μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Μεταξύ Μαρτίου και Σεπτεμβρίου 2020 παρατηρήθηκε 8766 (95% CI 4135 έως 13 397) λιγότερες διαγνώσεις κακοήθων νεοπλασμάτων, που αντιπροσωπεύουν μείωση 34% (95% CI 19,5% έως 44,1%) σε σύγκριση με την αναμενόμενη. Αυτή η υπο-διάγνωση ήταν μεγαλύτερη σε άτομα ηλικίας άνω των 64 ετών, σε άνδρες και σε ορισμένους τύπους καρκίνου (δέρματος, παχέος εντέρου, προστάτη).
Sisó-Almirall, etal., 2021	Ισπανία	Αξιολόγηση του αντίκτυπου της πανδημίας COVID-19 στην Ισπανία σε νέες περιπτώσεις ασθενειών και παθήσεων που παρατηρούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.	Ανάμεσα σε διάφορες παθήσεις που παρατηρήθηκαν, βρέθηκε πως υπήρξε μειωμένη καταγραφή διαφόρων τύπου καρκίνου όπως μαστού, προστάτη, εντέρου, πνεύμονα, θυρεοειδούς κλπ. Τα ευρήματα αυτά αποδόθηκαν στα μέτρα προστασίας και την αποφυγή εξετάσεων κατά τη διάρκεια της πανδημίας
Maluchniketal., 2021	Πολωνία	Διερεύνηση των αλλαγών αναφορικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις που λάμβαναν οι καρκινοπαθείς	Σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του προηγούμενου έτους, ο αριθμός μειώθηκε κατά 33% (34.755 έναντι 41.594). Το 2020, ο αριθμός των προκαταρκτικών διαγνώσεων μειώθηκε κατά 31% σε σύγκριση με το 2019, ενώ ο αριθμός των διαγνωστικών επεμβάσεων (βιοψίες) μειώθηκε κατά 25% και ο αριθμός των παραπομπών σε ογκολογικά νοσοκομεία μειώθηκε κατά 19%. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς είχαν πολύ λιγότερη πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις. Οι μειώσεις που παρατηρήθηκαν αφορούσαν όλες τις ομάδες ασθενών. Οι μειώσεις αποδόθηκαν στα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης και την αναβολή/επαναπρογραμματισμό των ιατρικών ραντεβού.

6.2 Χαρακτηριστικά των συμπεριλαμβανομένων μελετών

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση εξέτασαν το θέμα από τρεις διαφορετικές σκοπιές. Κάποιες διερεύνησαν την άποψη των ασθενών σε σχέση με την παρεχόμενη προς αυτούς ιατρική φροντίδα από τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κάποιες διερεύνησαν το ίδιο αντικείμενο, αλλά από την πλευρά των εργαζομένων σε αυτές τις δομές, ενώ άλλες βασίστηκαν περισσότερο σε στατιστικά δεδομένα, εξετάζοντας τις αλλαγές σε καταγραφές ιατρικών αρχείων και συγκρίνοντάς τα με αντίστοιχα προηγούμενων ετών.

Βάσει κριτηρίων εισαγωγής των μελετών, όλες ήταν δημοσιευμένες κατά το χρονικό διάστημα μετά το Δεκέμβριο του 2019, εφόσον στον ερευνητικό σκοπό συμπεριλαμβανόταν ο παράγοντας της πανδημίας. Αναφορικά με τη χώρα προέλευσης, μπορεί να λεχθεί ότι οι μελέτες ήταν ετερόκλητες αφού πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες και ηπείρους. Η πλειοψηφία αυτών ήταν ευρωπαϊκές μελέτες (Archeretal., 2021; Comaetal., 2021; Dabkevicieneetal., 2021; DelVecchioBlancoetal., 2020; Kelemenic-Drazinetal., 2021; Maluchniketal., 2021; Morrisetal., 2021; Sisó-Almiralletal., 2022), τέσσερις διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Kennard et al., 2021; Lou et al., 2020; Patt et al., 2020; Tsui et al., 2021), μία στην Αυστραλία (Edge et al., 2021), μία στην Ινδία (MitraandBasu, 2020), μία στον Καναδά (GotlibConnetal., 2021), ενώ μία από τις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες ήταν πολυκεντρική, λαμβάνοντας υπόψη της δεδομένα από 54 χώρες (Jaziehetal., 2020).

Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί ότι ανάμεσα στις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες δύο ήταν ποιοτικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας ημιδομημένες συνεντεύξεις και θεματική ανάλυση (Archeretal., 2021; GotlibConnetal., 2021), ενώ οι υπόλοιπες ήταν συγχρονικού σχεδιασμού. Επίσης πρέπει να αναφερθεί και το γεγονός πώς όλες οι μελέτες διεξήχθησαν είτε μέσω διαδικτύου, είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας εξαιτίας των μέτρων αποστασιοποίησης για την προστασία από τον Covid-19.

6.3 Κύρια αποτελέσματα βάσει του ερευνητικού ερωτήματος

Συνολικά οι μελέτες κατέληξαν στο γεγονός ότι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας παροχής φροντίδας άλλαξε, αφού σε όλες τις μελέτες αναδείχθηκαν διαφορετικά

ζητήματα που ανέκυψαν και επηρέασαν την παρεχόμενη φροντίδα και εκ των πραγμάτων και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εκ των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι τα μείζονα ζητήματα που επηρέαζαν την ποιότητα ζωής και της παρεχόμενης φροντίδας των ασθενών με καρκίνο σχετίζονταν με διαφορετικά θέματα: τη μείωση προσέλευσης σε προγραμματισμένες ιατρικές εξετάσεις (Kelemenic-Drazinetal., 2021; Maluchniketal., 2021; Morrisetal., 2021; Sisó-Almiralletal., 2022; Tsuietal., 2021): τις υποδιαγνώσεις, άρα και την ελλιπή στήριξη (Comaetal., 2021; Dabkevicieneetal., 2021; Pattetal., 2020; Sisó-Almiralletal., 2022): την καθυστερημένη λήψη ιατρικής βοήθειας (Archeretal., 2021; GotlibConnetal., 2021; Jaziehetal., 2020; Kennardetal., 2021; Tsuietal., 2021): τη δυσκολία που επέφερε η χρήση της τηλε-υγείας, και της απομακρυσμένης ιατρικής φροντίδας μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου (Edgeetal., 2021; GotlibConnetal., 2021; MitraandBasu, 2020). Τέλος, κάποιες από τις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες επικεντρώθηκαν στα αποτελέσματα που είχαν αυτές οι αλλαγές στην κατάσταση των ασθενών, σε επίπεδο ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα, σε μια από τις μελέτες αναφέρθηκε ότι παρατηρήθηκε ότι η καθυστερημένη λήψης βοήθειας προκαλούσε αυξημένο άγχος στους ασθενείς, καθώς ανησυχούσαν για την έκβαση της ασθένειάς τους (Kennardetal., 2021). Επίσης, η δυσκολία μετακίνησης για αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, η ασταθής οικονομική κατάσταση και ο φόβος αν θα μπορούσαν να στηρίξουν οικονομικά τη θεραπεία τους, οι συνθήκες εγκλεισμού στο σπίτι, και οι ελλειψείς κοινωνικές συναναστροφές επηρέαζαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο κατά τη διάρκεια της πανδημίας(Tsuietal., 2021). Τέλος, σε μια ακόμη μελέτη αναφέρθηκε ότι η αναβολή των προγραμματισμένων συναντήσεων με το γιατρό, οι συχνά πολλές ώρες αναμονής πέρα από την ώρα του ραντεβού, τα προβλήματα μεταφοράς από την κατοικία στη δομή παροχής φροντίδας, ο περιορισμός επισκεπτών/συνοδών, η μη διαθεσιμότητα ομαδικών υπηρεσιών υποστήριξης και συνεδριών ψυχολογικής συμβουλευτικής, συμπεριλαμβάνονταν στους παράγοντες που δημιουργούσαν άγχος και δυσκολίες στην καθημερινότητα των καρκινοπαθών (MitraandBasu, 2020).

Στο **Σχήμα 2** παρουσιάζονται διαγραμματικά οι αλλαγές που τα αποτελέσματα δείχνουν να προέκυψαν στα διάφορα στάδια και σε διαφορετικά επίπεδα τρόπου λειτουργίας της πρωτοβάθμιας υγείας φροντίδας.

Αξιολόγηση ασθενών	Αποψη ασθενών	Φόβοι γιατρών	Διαγνωστικές εξετάσεις	Παραπομπές σε 2βάθμια φροντίδα
Μειωμένη αρχική αξιολόγηση των ασθενών και αυξημένων πιθανότητα χαμένων διαγνώσεων	Φόβος μόλυνσης από τον ιό, και αναβολή προγραμματισμένων ραντεβού	«Χαμένες» διαγνώσεις, και φόβος για λάθος ιατρική στήριξη μέσω τηλε-υγείας	Μειωμένες διαγνωστικές εξετάσεις λόγω έλλειψης προσωπικού κι πόρων, π.χ. βιοψίες	Μειωμένες παραπομπές για περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία

Σχήμα 2. Αλλαγές στην ΠΦΥ βάσει αποτελεσμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο νέος κορωνοϊός, του οποίου τα πρώτα κρούσματα καταγράφηκαν στα τέλη του 2019, μέσα σε λίγες εβδομάδες κατέληξε να οριστεί ως πανδημία (Lietal., 2020). Αυτός ο νέος ιός έχει υψηλό ποσοστό μετάδοσης και ποσοστό θνησιμότητας το οποίο κυμαίνεται μεταξύ του 2% και του 3% (Lipsitchetal., 2020). Από την αρχή της πανδημίας έως τον Ιανουάριο του 2022, περισσότερα από 360 εκατομμύρια άνθρωποι μολύνθηκαν από τον ιό, ενώ πάνω από 5,5 εκατομμύρια άτομα έχασαν τη ζωή τους, με μεγάλες αποκλίσεις σε επίπτωση και θνησιμότητα μεταξύ των χωρών ανά τον κόσμο, όπως αναφέρεται στον Πίνακα ελέγχου Covid-19 του Κέντρου Επιστήμης και Μηχανικής Συστημάτων στο Πανεπιστήμιο JohnsHopkins. Στο συγκεκριμένο πίνακα καταγράφονται όλες οι περιπτώσεις κρουσμάτων και θανάτων ανά χώρα, τόσο σε ημερήσιο όσο και σε συνολικό επίπεδο από την αρχή της πανδημίας (JohnsHopkinsUniversity, 2022).

Η πανδημία του Covid-19 επηρέασε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων υγείας. Ως εκ τούτου, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δε θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστη. Οι συνέπειες της πανδημίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα συμπαρέσυραν και την παρεχόμενη φροντίδα στους καρκινοπαθείς ασθενείς. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση των διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τις αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πώς αυτή επηρέασε την παροχή φροντίδας στους καρκινοπαθείς ασθενείς, και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πώς ο ρυθμός λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας επηρεάστηκε ή και σε κάποιες περιπτώσεις, διακόπηκε. Κατά συνέπεια, οι αλλαγές αυτές επηρέασαν τους ασθενείς σε επίπεδο λειτουργικότητας και διαχείρισης της νόσου τους, επηρεάζοντας αναπόφευκτα και την ποιότητα ζωής τους. Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, η συζήτηση των ευρημάτων επικεντρώνεται στις αλλαγές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με την ανταπόκριση και τον τρόπο λειτουργίας της κατά τη διάρκεια της πανδημίας, και στους τρόπους με τους οποίους επηρεάστηκαν οι καρκινοπαθείς και η ποιότητα ζωής τους.

Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο(Brayetal., 2018).Λόγω της φύσης της ασθένειας και του τρόπου θεραπείας της, οι ασθενείς με καρκίνο απαιτείται να επισκέπτονται

εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης περισσότερο από ότι οι ασθενείς με άλλες ασθένειες. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι σχεδόν το 50% των ασθενών αντιμετώπισαν κάποιο επίπεδο διακοπής της φροντίδας που λάμβαναν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτό καταγράφεται τόσο από τους ίδιους, όσο και από τους ίδιους τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίοι ανέφεραν διακοπές και καθυστερήσεις στη διαχείριση των ασθενών, και πράγματι μεγάλο ποσοστό τους σταμάτησαν να λαμβάνουν την απαραίτητη θεραπεία (Edgeetal., 2021). Σε άλλη μελέτη φάνηκε πως ακόμα και κάτι τόσο σημαντικό όσο οι προγραμματισμένες επεμβάσεις μειώθηκαν σε μεγάλο ποσοστό, σε σύγκριση με προηγούμενα έτη (Pattetal., 2020).

Η θεραπεία των καρκινοπαθών ασθενών παρέχεται με συμμετοχή διεπιστημονικών ομάδων σε όλη την πορεία της νόσου, από την αρχική διάγνωση ως και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (Silbermannetal., 2013). Κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου, οι ασθενείς χρειάζονται πολλαπλές νοσοκομειακές επισκέψεις για αξιολόγηση από διαφορετικούς κλινικούς ιατρούς και υποβολή σε πολλές εργαστηριακές ή απεικονιστικές εξετάσεις για διάγνωση, σταδιοποίηση ή παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, πολλές φορές συνδυάζοντας διαφορετικούς τύπους διαδικασιών και παρεμβάσεων σε μία επίσκεψη. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως οι ασθενείς αυτοί κατά τη διάρκεια της πανδημίας δε λάμβαναν την απαραίτητη φροντίδα από άλλες ειδικότητες όπως οι ενδοκρινολόγοι ή οι ειδικοί ψυχικής υγείας (Kennardetal., 2021), ενώ άλλα στοιχεία έδειξαν πως υπήρξαν μειώσεις στις διαδικασίες διαγνωστικής ακτινολογίας, ενδοσκόπησης, και θεραπείες ακτινοβολίας (Dabkevicieneetal., 2021).

Εκτός από τους γιατρούς, οι ασθενείς με καρκίνο χρειάζονται τη βοήθεια πολλών άλλων κλάδων επαγγελματιών υγείας, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, και άλλες υπηρεσίες υποστήριξης. Μόλις ένας ασθενής διαγνωστεί με καρκίνο, χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και μετά την ολοκλήρωση αυτής. Για να επιτευχθούν τα μέγιστα οφέλη για τους ασθενείς, οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να λειτουργούν με αρμονία με έγκαιρο τρόπο, με συνειδητή δέσμευση και συμμόρφωση από τους ασθενείς, καθώς τυχούσα μη-δικαιολογημένη απόκλιση από το καθιερωμένο πρωτόκολλο μπορεί να οδηγήσει σε κατακερματισμένη και κακής ποιότητας φροντίδα και χειρότερη έκβαση της νόσου του ασθενούς (Jaziehetal., 2020). Αναφορικά με αυτό

τον τομέα, μπορεί να λεχθεί πως τα δεδομένα είναι αντιφατικά. Αν και σε μια μελέτη φάνηκε πως υπήρξε καθυστέρηση στην παροχή φροντίδας σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο (MitraandBasu, 2020), σε άλλη φάνηκε πως οι υπηρεσίες ψυχιατρικής και ψυχολογικής στήριξης ήταν από τις υπηρεσίες που συνέχισαν να λειτουργούν απρόσκοπτα(Edgeetal., 2021).

Η πανδημία του Covid-19 επηρέασε τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές διαστάσεις, ξεκινώντας από την διακοπή ροής ασθενών σε δομές υγειονομικής περίθαλψης, άγχος του υγειονομικού προσωπικού, και συντριπτική πίεση αναφορικά με τους πόρους των νοσοκομείων τόσο σε ανθρώπινο όσο και σε υλικοτεχνικό επίπεδο, οδηγώντας στην εφαρμογή πρόσθετων προστατευτικών μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης με αυξημένη χρήση της τηλε-υγείας και της «εικονικής» ιατρικής. Ως εναλλακτική προσέγγιση, στις πρακτικές που υιοθετήθηκαν σε μια προσπάθεια διατήρησης της συνεχιζόμενης παροχής φροντίδας, πολλές χώρες εφάρμοσαν προγράμματα τηλε-υγείας, και παροχής «εικονικής» φροντίδας είτε μέσω διαδικτύου είτε μέσω τηλεφώνου. Τα δεδομένα αυτής της εργασίας έδειξαν ότι τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους γιατρούς αυτός ο τρόπος λειτουργίας αποτελούσε πηγή στρες, αφού σε μια μελέτη οι ασθενείς ανέφεραν ότι, παρότι χρησιμοποίησαν την τηλε-υγεία, η προσωπική, εκ του σύνεγγυς φροντίδα θα βοηθούσε στο να διατηρηθούν οι ανθρωπιστικές και θεραπευτικές πτυχές της φροντίδας για τον καρκίνο που πολλοί από αυτούς έχουν ανάγκη (GotlibConnetal., 2021). Σε άλλη έρευνα που εξέτασε τον ίδιο παράγοντα φάνηκε πως οι ασθενείς έβρισκαν απίθανο το γεγονός να ξαναχρησιμοποιήσουν την τηλε-υγεία (Edgeetal., 2021). Από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια. Ενώ αναφέρθηκε πως αυτή η εναλλακτική προσέγγιση αντιμετωπίστηκε θετικά, εκφράστηκαν ανησυχίες σχετικά με την επάρκεια των εξ αποστάσεως συμβουλών για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων(Archeretal., 2021).

Οι ασθενείς με καρκίνο είναι ένας ευάλωτος πληθυσμός, καθώς είναι επιρρεπείς σε πολλές δυσκολίες κατά τη διάρκεια τέτοιων πανδημιών, συνυπολογίζοντας την ευαισθησία τους σε απειλητικές για τη ζωή λοιμώξεις, αλλά και την ενδεχόμενη διακοπή της συνήθους ιατρικής φροντίδας για την ασθένειά τους. Ως εκ τούτου, οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αντιμετώπισαν μια μεγάλη πρόκληση για να εξισορροπήσουν την παροχή συνεχούς, μη κατακερματισμένης υψηλής ποιότητας φροντίδα των καρκινοπαθών, με ελαχιστοποίηση του κινδύνου έκθεσης των

ασθενών κατά τη διάρκεια της περίθαλψης (Bongetal., 2020). Οι αρνητικές επιπτώσεις της πανδημίας είναι πιθανό να είναι μεγαλύτερες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος με περιορισμένους πόρους, με κακές υγειονομικές υποδομές, με έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού υγειονομικής και οργανωμένες διεπιστημονικές ομάδες περίθαλψης, έλλειψη ιατρικών προμηθειών, και ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, και περιορισμένη πρόσβαση σε τεχνολογία—με αποτέλεσμα την έλλειψη ικανούς παροχής εντατικής φροντίδας (McMahonetal., 2020). Πράγματι, σε κάποιες μελέτες αναφέρθηκε πως μία από τις αρνητικές επιπτώσεις από τις οποίες επηρεάστηκε ο τρόπος λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν η έλλειψη σε υλικοτεχνικό επίπεδο (Jaziehetal., 2020).

Οι αλλαγές που επήλθαν στον τρόπο παροχής στήριξης από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν αναμενόμενο να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών (MitraandBasu, 2020; Tsuietal., 2021). Όπως προαναφέρθηκε, σημειώθηκαν καθυστερήσεις στις αξιολογήσεις των συμπτωμάτων ασθενών και στις προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής των ασθενών να επηρεαστεί με δυσμενή τρόπο. Μελέτες έχουν συσχετίσει τη διαχείριση των συμπτωμάτων του καρκίνου με την ποιότητα ζωής. Η ανεπαρκής διαχείριση των συμπτωμάτων μπορεί να παρεμποδίσει την απόδοση των καθημερινών δραστηριοτήτων ενός ατόμου. Από την άλλη, η θεραπεία των συμπτωμάτων βοηθά στην ανακούφιση του πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (QOL) (Heidrichetal., 2006). Τα συμπτώματα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Μεγαλύτερο φορτίο συμπτωμάτων έχει συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ταλαιπωρίας και κακής σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και σφαιρικής ποιότητας ζωής (Heidrichetal., 2006). Έτσι, η αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο (Heidrichetal., 2009).

Η νέα προσέγγιση παροχής ιατρικής φροντίδας, αυτή της τηλε-υγείας, φάνηκε πως είχε αντιφατικά αποτελέσματα. Ενώ μεγάλη μερίδα των ασθενών φάνηκε να τη χρησιμοποίησε, τα δεδομένα έδειξαν πως δεν είναι μια μέθοδος που προτιμούν και θα ήθελαν να ξαναχρησιμοποιήσουν. Αυτά τα ευρήματα έχουν ενδιαφέρον, αφού η βιβλιογραφία ως τώρα έχει δείξει τη θετική επίδραση της τηλε-υγείας στην ποιότητας ζωής των ασθενών. Η αυξανόμενη χρήση της ηλεκτρονικής υγείας εγκαινίασε μια νέα εποχή ασθενοκεντρικής φροντίδας για τον καρκίνο που ξεπερνά το μοντέλο των

αξιολογήσεων και παρεμβάσεων σε πραγματικό χρόνο, δυναμική και υποβοηθούμενη από τεχνολογία. Η τηλε-υγεία έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την επικοινωνία ασθενή-γιατρού, να βελτιώσει την αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων, και να βελτιστοποιήσει τη συμμετοχή του ασθενούς σε όλο το συνεχές της περίθαλψης. Συνολικά έχει φανεί πως η τηλε-υγεία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών (Penedoetal., 2020). Κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα εργασία, αφού ανάδειξε -πέραν των δυσκολιών των ασθενών, και τις αμφιβολίες των γιατρών για την ποιότητα της φροντίδας που παρείχαν. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να σημειωθεί πως οι μελέτες που ανάδειξαν την θετική επίδραση της τηλε-υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, διεξήχθησαν πριν την πανδημία του Covid-19, και μπορεί η αναγκαστική χρήση που επέβαλε η πανδημία, να επηρέασε και τη στάση των ασθενών και γιατρών απέναντι σε αυτή.

Περιορισμοί της μελέτης

Παρότι έγινε προσπάθεια μιας συστηματικής αξιολόγησης και παρουσίασης των σχετικών με το θέμα δεδομένων, η παρούσα εργασία φέρει ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ετερόκλητες ως προς τους πληθυσμούς που χρησιμοποιήθηκαν και το πρίσμα υπό το οποίο το ζητούμενο εξετάστηκε. Κάποιες μελέτες χρησιμοποίησαν ως δείγμα ασθενείς, κάποιες προσωπικό της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, ενώ άλλες χρησιμοποίησαν στοιχεία από βάσεις δεδομένων. Από την άλλη, οι μελέτες διεξήχθησαν σε χώρες με διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να συμπεριλαμβάνονται στοιχεία από διαφορετικά συστήματα υγείας, που λειτουργούν και δομούνται με διαφορετικό τρόπο, αναλόγως των υποδομών, μέσων, και οικονομικής στήριξης που διαθέτουν. Τέλος, στους περιορισμούς θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι μελέτες που χρησιμοποίησαν ασθενείς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ως δείγμα, διεξήχθησαν μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου και χωρίς προσωπική επαφή των ερευνητών με το δείγμα της μελέτης τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας για όλους τους ασθενείς. Αντί να παρέχει απλώς περιστασιακή περίθαλψη και να ανταποκρίνεται σε οξέα προβλήματα υγείας, η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει τακτική, προληπτική και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα και χτίζει διαχρονικές σχέσεις ασθενή-παρόχου φροντίδας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον πυλώνα ενός συστήματος υγείας, αφού εκτός από σημείο «εισόδου» ενός ασθενή σε αυτό το σύστημα, αποτελεί και τη δίοδο για τη διαχείριση κάθε νόσου. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι εξίσου σημαντική και για του ασθενείς με καρκίνο.

Ολόκληρο το τοπίο της διαχείρισης του καρκίνου στην πρωτοβάθμια φροντίδα, από τη διάγνωση έως τη διαχείριση των ατόμων που ζουν με τον καρκίνο, επηρεάστηκε ραγδαία εξαιτίας του Covid-19. Σε κλίμα φόβου και επιβεβλημένης αλλαγής του τρόπου παροχής όλων πέραν των βασικών ιατρικών πράξεων, σημειώθηκαν καθυστερήσεις και ελλιπής διαχείριση των περιστατικών με καρκίνο. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος, οι διαγνώσεις, και οι παραπομπές επηρεάστηκαν από την πανδημία του Covid-19. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του πώς διαμορφώθηκε ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας και ταυτόχρονα πώς αυτό επηρέασε την ποιότητα των ασθενών με καρκίνο.

Συνολικά οι μελέτες κατέληξαν στο γεγονός ότι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας παροχής φροντίδας άλλαξε, αφού σε όλες τις μελέτες αναδείχθηκαν διαφορετικά ζητήματα που ανέκυψαν και επηρέασαν την παρεχόμενη φροντίδα και εκ των πραγμάτων και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εκ των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι τα μείζονα ζητήματα που επηρέαζαν την ποιότητα ζωής και της παρεχόμενης φροντίδας των ασθενών με καρκίνο σχετίζονταν με διαφορετικά θέματα: τη μείωση προσέλευσης σε προγραμματισμένες ιατρικές εξετάσεις, τις υποδιαγνώσεις, άρα και την ελλιπή στήριξη, την καθυστερημένη λήψη ιατρικής βοήθειας, τη δυσκολία που επέφερε η χρήση της τηλε-υγείας, και της απομακρυσμένης ιατρικής φροντίδας μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου. Τέλος, αναδείχθηκε η αρνητική επίδραση που είχε η παρεχόμενη στήριξη από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Εάν υπάρχει υποψία καρκίνου, οι κλινικοί δεν πρέπει να αποθαρρύνονται από τον Covid-19, και να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια να παράσχουν το ίδιο επίπεδο φροντίδας που επικρατούσε και πριν την πανδημία. Ωστόσο, οι επαγγελματίες ενδεχομένως να χρειάζεται να αποδεχθούν ότι, εν καιρώ πανδημίας, σε κάποιες περιπτώσεις η ιεράρχηση προτεραιοτήτων με βάση την κατάσταση του κάθε ασθενή είναι κάτι αναπόφευκτο. Όταν η πανδημία υποχωρήσει, και οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται με τον πρότερο τρόπο και ρυθμό, θα υπάρξει συσσώρευση ασθενών με πιθανά συμπτώματα καρκίνου, και με ήδη βεβαρυμένους ασθενείς που θα χρειάζονται επιπρόσθετη φροντίδα.

Συμπερασματικά, κάποιες αλλαγές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις συνθήκες για τους ογκολογικούς ασθενείς. Μία από αυτές θα μπορούσε να ήταν η σε μεγαλύτερο βάθος εξατομικευμένη φροντίδα για τον κάθε ασθενή. Η εξατομικευμένη φροντίδα θα μπορέσει να εστιάσει όχι μόνο στο πρόβλημα υγείας του ίδιου, αλλά και στα στοιχεία εκείνα που έχουν μεγαλύτερη σημασία για εκείνον και θα διευκολύνουν την αντιμετώπιση της νόσου. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η δυνατότητα να υπάρχει ένας διάλογος μεταξύ ασθενούς και γιατρού σχετικά με το τι είναι σημαντικό για εκείνον, και να βοηθηθεί να ενεργήσει προς αυτόν το στόχο. Αυτός ο διάλογος θα αναδείξει τα πλεονεκτήματα του ασθενούς σε ατομικό, οικογενειακό, αλλά και κοινοτικό επίπεδο. Με αυτό τον τρόπο θα ευθυγραμμιστούν οι προσωπικές ανάγκες αλλά και δυνάμεις του ασθενούς, σχεδιάζοντας ένα ολιστικό πρόγραμμα φροντίδας. Όπως αναδείχθηκε στο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας, εκτός από τις σημαντικές σωματικές επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του, η διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα που είναι σοβαρά, μακροχρόνια και ευρεία. Αυτά τα θέματα επηρεάζουν όχι μόνο το άτομο που ζει με τη νόσο, αλλά και το στενό του δίκτυο. Δε θα πρέπει να παραβλέπεται η στενή και συνεχής ψυχοκοινωνική στήριξη του ασθενούς, αλλά και του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος όπου κρίνεται αναγκαίο. Τέλος, η ειδική εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε ζητήματα που αφορούν τον καρκίνο θα βοηθούσε ιδιαίτερα στην αναβάθμιση της φροντίδας που η ΠΦΥ παρέχει.

ABSTRACT

Cancer management in primary care, from diagnosis to management of cancer patients, was rapidly affected by Covid-19. In a climate of fear and a forced change in the way of providing all except the basic medical procedures, delays and insufficient management of the cases was reported. Screening, diagnoses, and referrals were affected by the Covid-19 pandemic. The purpose of this study was to investigate how the role of Primary Health Care was shaped during the pandemic and at the same time how it affected the quality of life of cancer patients. This was a systematic review of the studies conducted on the subject. The literature search was carried out by following the PRISMA guidelines, by applying key-words in PubMed, Scopus, and Google Scholar databases. The selection of studies was made after applying eligibility criteria. The initial search resulted in 732 articles. The last search phase, and after the application of the inclusion/exclusion criteria, resulted in 16 studies. The included studies examined the issue from three different perspectives. Some investigated patients' views on the medical care provided by the primary care units, some investigated the same subject, but on the perspective of the staff in primary care, while others relied more on registered data, examining the changes in medical records and comparing them with those of previous years. Overall, the studies concluded that the role of primary care delivery changed, as all studies highlighted different issues that arose and affected the care provided and the quality of life of cancer patients. When the pandemic subsides, and primary care services are provided in the best way and at the right pace, there will be an accumulation of patients with potential cancer symptoms, and with burdened patients who will need additional care.

Keywords: primary health care, cancer, quality of life, Covid-19, health system

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., Haes, J.C.J.M. d., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., Takeda, F., 1993. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI Journal of the National Cancer Institute* 85, 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Akin, S., Can, G., Durna, Z., Aydinler, A., 2008. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.07.006>
- Archer, S., Calanzani, N., Honey, S., Johnson, M., Neal, R., Scott, S.E., Walter, F.M., 2021. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer assessment in primary care: a qualitative study of GP views. *BJGP Open* 5, BJGPO.2021.0056. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0056>
- Ayanian, J.Z., Jacobsen, P.B., 2006. Enhancing Research on Cancer Survivors. *JCO* 24, 5149–5153. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.7207>
- Bain, N.S., 2000. Treating patients with colorectal cancer in rural and urban areas: a qualitative study of the patients' perspective. *Family Practice* 17, 475–479. <https://doi.org/10.1093/fampra/17.6.475>
- Bong, C.-L., Brasher, C., Chikumba, E., McDougall, R., Mellin-Olsen, J., Enright, A., 2020. The COVID-19 Pandemic: Effects on Low- and Middle-Income Countries. *Anesthesia & Analgesia* 131, 86–92. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004846>
- 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, 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Bryant, J.H., Richmond, J.B., 2017. Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story, in: International Encyclopedia of Public Health. *Elsevier*, pp. 83–102. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00017-5>

- Campbell, N.C., Ritchie, L.D., Cassidy, J., Little, J., 1999. Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas. *Br J Cancer* 80, 1275–1280. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690498>
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., Brannon, J., 1993. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *JCO* 11, 570–579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Chen, P., Mao, L., Nassis, G.P., Harmer, P., Ainsworth, B.E., Li, F., 2020. Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science* 9, 103–104. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001>
- Ciążyńska, M., Pabianek, M., Szczepaniak, K., Ułańska, M., Skibińska, M., Owczarek, W., Narbutt, J., Lesiak, A., 2020. Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Psychooncology* 29, 1377–1379. <https://doi.org/10.1002/pon.5434>
- Coma, E., Guiriguet, C., Mora, N., Marzo-Castillejo, M., Benítez, M., Méndez-Boo, L., Fina, F., Fàbregas, M., Mercadé, A., Medina, M., 2021. Impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: a time-series analysis of primary care electronic health records covering about five million people. *BMJ Open* 11, e047567. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047567>
- Dabkeviciene, D., Vincerzevskiene, I., Urbonas, V., Venius, J., Dulskas, A., Brasiuniene, B., Janulionis, E., Burneckis, A., Zileviciene, A., Tiskevicius, S., Vanseviciute-Petkeviciene, R., Usinskiene, J., Briediene, R., Bulotiene, G., Stratilatovas, E., Ostapenko, V., Gibaviciene, J., Karnas, I., Kekstaite, S., Navickiene, J., Ulys, A., Zalimas, A., Sruogis, A., Kardelis, Z., Zaremba, S., Askinis, R., Cicenas, S., Tikuisis, R., Ciurliene, R., Jarmalaite, S., 2021. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Patient's Management—Lithuanian Cancer Center Experience. *Healthcare* 9, 1522. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111522>
- Del Vecchio Blanco, G., Calabrese, E., Biancone, L., Monteleone, G., Paoluzi, O.A., 2020. The impact of COVID-19 pandemic in the colorectal cancer prevention. *Int J Colorectal Dis* 35, 1951–1954. <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03635-6>

- Delamou, A., Ayadi, A.M.E., Sidibe, S., Delvaux, T., Camara, B.S., Sandouno, S.D., Beavogui, A.H., Rutherford, G.W., Okumura, J., Zhang, W.-H., De Brouwere, V., 2017. Effect of Ebola virus disease on maternal and child health services in Guinea: a retrospective observational cohort study. *The Lancet Global Health* 5, e448–e457. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30078-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30078-5)
- Department of Primary Health of National Health Commission (DPHNHC), 2020. Primary care institutions' key role in epidemic control. URL <http://www.nhc.gov.cn/jws/s3578/202002/19c2e477e8c04e20b76730daeb1296f8.shtml>
- Dong, E., Du, H., Gardner, L., 2020. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases* 20, 533–534. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
- Edge, R., Meyers, J., Tiernan, G., Li, Z., Schiavuzzi, A., Chan, P., Vassallo, A., Morrow, A., Mazariego, C., Wakefield, C.E., Canfell, K., Taylor, N., 2021. Cancer care disruption and reorganisation during the COVID-19 pandemic in Australia: A patient, carer and healthcare worker perspective. *PLoS ONE* 16, e0257420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257420>
- Epplein, M., Zheng, Y., Zheng, W., Chen, Z., Gu, K., Penson, D., Lu, W., Shu, X.-O., 2011. Quality of Life After Breast Cancer Diagnosis and Survival. *JCO* 29, 406–412. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.6951>
- Fallowfield, L., 1990. *The quality of life: the missing measurement in health care, Human horizons series*. Souvenir Press, London.
- Fergusson, R.J., Gregor, A., Dodds, R., Kerr, G., 1996. Management of lung cancer in South East Scotland. *Thorax* 51, 569–574. <https://doi.org/10.1136/thx.51.6.569>
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., Cox, D., 1992. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ* 305, 1074–1077. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6861.1074>
- Fleury, M.E., Farner, A.M., Unger, J.M., 2021. Association of the COVID-19 Outbreak With Patient Willingness to Enroll in Cancer Clinical Trials. *JAMA Oncol* 7, 131. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.5748>
- Gotlib Conn, L., Tahmasebi, H., Meti, N., Wright, F.C., Thawer, A., Cheung, M., Singh, S., 2021. Cancer Treatment During COVID-19: A Qualitative Analysis of Patient-Perceived Risks and Experiences with Virtual Care. *Journal of*

- Patient Experience* 8, 237437352110393.
<https://doi.org/10.1177/23743735211039328>
- Granda-Cameron, C., Hanlon, A.L., Lynch, M.P., Houldin, A., 2011. Experience of Newly Diagnosed Patients With Sarcoma Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 38, 160–169. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.160-169>
- Gunn, J., Pirotta, M., 2015. Recognising the role of primary care in cancer control. *Br J Gen Pract* 65, 569–570. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X687229>
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S.M., Jung, A.-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S.M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G.K., Panjabi, R., Nordström, A., Legido-Quigley, H., 2021. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 27, 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- Heidrich, S.M., Brown, R.L., Egan, J.J., Perez, O.A., Phelan, C.H., Yeom, H., Ward, S.E., 2009. An Individualized Representational Intervention to Improve Symptom Management (IRIS) in Older Breast Cancer Survivors: Three Pilot Studies. *Oncology Nursing Forum* 36, E133–E143. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.E133-E143>
- Heidrich, S.M., Egan, J.J., Hengudomsub, P., Randolph, S.M., 2006. Symptoms, Symptom Beliefs, and Quality of Life of Older Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. *Oncology Nursing Forum* 33, 315–322. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.315-322>
- Jazieh, A.R., Akbulut, H., Curigliano, G., Rogado, A., Alsharm, A.A., Razis, E.D., Mula-Hussain, L., Errihani, H., Khattak, A., De Guzman, R.B., Mathias, C., Alkaiyat, M.O.F., Jradi, H., Rolfo, C., on behalf of the International Research Network on COVID-19 Impact on Cancer Care, 2020. Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Care: A Global Collaborative Study. *JCO Global Oncology* 1428–1438. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00351>
- Johns Hopkins University, 2022. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. URL <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (accessed 1.20.22).

- Jones, R., 2001. Is the two week rule for cancer referrals working? *BMJ* 322, 1555–1556. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7302.1555>
- Kansagra, A.P., Goyal, M.S., Hamilton, S., Albers, G.W., 2020. Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States. *N Engl J Med* 383, 400–401. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2014816>
- Kelemenic-Drazin, R., Budisavljevic, A., Dedic Plavetic, N., Kardum Fucak, I., Silovski, T., Telesmanic Dobric, V., Nalbani, M., Curic, Z., Boric-Mikez, Z., Ladenhauser, T., Trivanovic, D., Vojnovic, Z., Tomas, I., Plestina, S., 2021. Impact of the coronavirus disease pandemic on cancer care in Croatia: a multicentre cross-sectional study. *ecancer* 15. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1263>
- Kennard, K., Williams, A.D., Goldblatt, L.G., Buckley, M.E., Bruce, L., Larson, S., Carter, W.B., Lamb, E.P., Carp, N.Z., Sizer, L.M., Frazier, T.G., 2021. COVID-19 Pandemic: Changes in Care for a Community Academic Breast Center and Patient Perception of Those Changes. *Ann Surg Oncol* 28, 5071–5081. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09583-3>
- Kidd, M., 2020. Australia’s primary care COVID-19 response. *Aust J Gen Pract* 49. <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-02>
- Kutikov, A., Weinberg, D.S., Edelman, M.J., Horwitz, E.M., Uzzo, R.G., Fisher, R.I., 2020. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19. *Annals of Internal Medicine* 172, 756–758. <https://doi.org/10.7326/M20-1133>
- Lemon, J., Edelman, S., Kidman, A.D., 2003. Perceptions of the “Mind-Cancer” Relationship Among the Public, Cancer Patients, and Oncologists. *Journal of Psychosocial Oncology* 21, 43–58. https://doi.org/10.1300/J077v21n04_03
- Levin, P.J., Gebbie, E.N., Qureshi, K., 2007. Can the Health-Care System Meet the Challenge of Pandemic Flu? Planning, Ethical, and Workforce Considerations. *Public Health Rep* 122, 573–578. <https://doi.org/10.1177/003335490712200503>
- Li, Q., Xu, Y., Zhou, H., Loke, A.Y., 2016. Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care* 15, 72. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0142-3>
- Li, X., Krumholz, H.M., Yip, W., Cheng, K.K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Li, C., Lu, J., Su, M., Zhang, Q., Xu, D.R., Li, L., Normand, S.-L.T., Peto,

- R., Li, J., Wang, Z., Yan, H., Gao, R., Chunharas, S., Gao, X., Guerra, R., Ji, H., Ke, Y., Pan, Z., Wu, X., Xiao, S., Xie, X., Zhang, Y., Zhu, J., Zhu, S., Hu, S., 2020. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *The Lancet* 395, 1802–1812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30122-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30122-7)
- Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., Xu, K., Li, C., Ai, Q., Lu, W., Liang, H., Li, S., He, J., 2020. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The Lancet Oncology* 21, 335–337. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
- Lipsitch, M., Swerdlow, D.L., Finelli, L., 2020. Defining the Epidemiology of Covid-19 - Studies Needed. *N Engl J Med* 382, 1194–1196. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2002125>
- López-Gómez, M., Malmierca, E., de Górgolas, M., Casado, E., 2013. Cancer in developing countries: The next most preventable pandemic. The global problem of cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 88, 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.03.011>
- Lou, E., Teoh, D., Brown, K., Blaes, A., Holtan, S.G., Jewett, P., Parsons, H., Mburu, E.W., Thomaier, L., Hui, J.Y.C., Nelson, H.H., Vogel, R.I., 2020. Perspectives of Cancer Patients and Their Health during the COVID-19 Pandemic (preprint). *Epidemiology*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.30.20086652>
- Luckett, T., King, M.T., Butow, P.N., Oguchi, M., Rankin, N., Price, M.A., Hackl, N.A., Heading, G., 2011. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. *Annals of Oncology* 22, 2179–2190. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq721>
- Macleod, U., 2000. Primary and secondary care management of women with early breast cancer from affluent and deprived areas: retrospective review of hospital and general practice records. *BMJ* 320, 1442–1445. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7247.1442>
- Maluchnik, M., Podwójcic, K., Więckowska, B., 2021. Decreasing access to cancer diagnosis and treatment during the COVID-19 pandemic in Poland. *Acta Oncologica* 60, 28–31. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1837392>

- Mariotto, A.B., Yabroff, K.R., Shao, Y., Feuer, E.J., Brown, M.L., 2011. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst* 103, 117–128. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq495>
- McMahon, D.E., Peters, G.A., Ivers, L.C., Freeman, E.E., 2020. Global resource shortages during COVID-19: Bad news for low-income countries. *PLoS Negl Trop Dis* 14, e0008412. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008412>
- Mesnier, J., Cottin, Y., Coste, P., Ferrari, E., Schiele, F., Lemesle, G., Thuaire, C., Angoulvant, D., Cayla, G., Bouleti, C., Gallet de Saint Aurin, R., Goube, P., Lhermusier, T., Dillinger, J.-G., Paganelli, F., Saib, A., Prunier, F., Vanzetto, G., Dubreuil, O., Puymirat, E., Boccara, F., Eltchaninoff, H., Cachanado, M., Rousseau, A., Drouet, E., Steg, P.-G., Simon, T., Danchin, N., 2020. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after lockdown according to regional prevalence of COVID-19 and patient profile in France: a registry study. *The Lancet Public Health* 5, e536–e542. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30188-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30188-2)
- Mitra, M., Basu, M., 2020. A Study on Challenges to Health Care Delivery Faced by Cancer Patients in India During the COVID-19 Pandemic. *J Prim Care Community Health* 11, 215013272094270. <https://doi.org/10.1177/2150132720942705>
- Modesti, P.A., Wang, J., Damasceno, A., Agyemang, C., Van Bortel, L., Persu, A., Zhao, D., Jarraya, F., Marzotti, I., Bamoshmoosh, M., Parati, G., Schutte, A.E., 2020. Indirect implications of COVID-19 prevention strategies on non-communicable diseases: An Opinion Paper of the European Society of Hypertension Working Group on Hypertension and Cardiovascular Risk Assessment in Subjects Living in or Emigrating from *Low Resource Settings*. *BMC Med* 18, 256. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01723-6>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group, 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6, e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morris, E.J.A., Goldacre, R., Spata, E., Mafham, M., Finan, P.J., Shelton, J., Richards, M., Spencer, K., Emberson, J., Hollings, S., Curnow, P., Gair, D., Sebag-Montefiore, D., Cunningham, C., Rutter, M.D., Nicholson, B.D., Rashbass, J., Landray, M., Collins, R., Casadei, B., Baigent, C., 2021. Impact of the COVID-

- 19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 6, 199–208. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00005-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00005-4)
- NHS, 2000. The NHS cAncer plan.
- Patt, D., Gordan, L., Diaz, M., Okon, T., Grady, L., Harmison, M., Markward, N., Sullivan, M., Peng, J., Zhou, A., 2020. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clinical Cancer Informatics* 1059–1071. <https://doi.org/10.1200/CCI.20.00134>
- Penedo, F.J., Oswald, L.B., Kronenfeld, J.P., Garcia, S.F., Cella, D., Yanez, B., 2020. The increasing value of eHealth in the delivery of patient-centred cancer care. *The Lancet Oncology* 21, e240–e251. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30021-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30021-8)
- Plagg, B., Piccoliori, G., Oschmann, J., Engl, A., Eisendle, K., 2021. Primary Health Care and Hospital Management During COVID-19: Lessons from Lombardy. *RMHP Volume 14*, 3987–3992. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S315880>
- Post, M., 2014. Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 20, 167–180. <https://doi.org/10.1310/sci2003-167>
- Price, P., Harding, K.G., 1993. Defining quality of life. *Journal of Wound Care* 2, 304–306. <https://doi.org/10.12968/jowc.1993.2.5.304>
- Ramasubbu, S.K., Pasricha, R.K., Nath, U.K., Rawat, V.S., Das, B., 2021. Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Reports* 4. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1312>
- Roy, C., 2011. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nurs Sci Q* 24, 312–320. <https://doi.org/10.1177/0894318411419218>
- Roy, C., Whetsell, M.V., Frederickson, K., 2009. The Roy Adaptation Model and Research: Global Perspective. *Nurs Sci Q* 22, 209–211. <https://doi.org/10.1177/0894318409338692>
- Sarfati, D., Koczwara, B., Jackson, C., 2016. The impact of comorbidity on cancer and its treatment: Cancer and Comorbidity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 66, 337–350. <https://doi.org/10.3322/caac.21342>
- Scottish Executive Health Department, 2001. Cancer in Scotland: Action for Change.

- Shand, L.K., Cowlshaw, S., Brooker, J.E., Burney, S., Ricciardelli, L.A., 2015. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis: Correlates of PTSS and PTG. *Psycho-Oncology* 24, 624–634. <https://doi.org/10.1002/pon.3719>
- Silbermann, M., Pitsillides, B., Al-Alfi, N., Omran, S., Al-Jabri, K., Elshamy, K., Ghrayeb, I., Livneh, J., Daher, M., Charalambous, H., Jafferri, A., Fink, R., El-Shamy, M., 2013. Multidisciplinary care team for cancer patients and its implementation in several Middle Eastern countries. *Annals of Oncology* 24, vii41–vii47. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt265>
- Singh, S., McNab, C., Olson, R.M., Bristol, N., Nolan, C., Bergström, E., Bartos, M., Mabuchi, S., Panjabi, R., Karan, A., Abdalla, S.M., Bonk, M., Jamieson, M., Werner, G.K., Nordström, A., Legido-Quigley, H., Phelan, A., 2021. How an outbreak became a pandemic: a chronological analysis of crucial junctures and international obligations in the early months of the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 398, 2109–2124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01897-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01897-3)
- Sisó-Almirall, A., Kostov, B., Sánchez, E., Benavent-Àreu, J., Paz, L.G., 2022. Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Health Care Disease Incidence Rates: 2017 to 2020. *Ann Fam Med* 20, 63–68. <https://doi.org/10.1370/afm.2731>
- Stange, K.C., Ferrer, R.L., 2009. The Paradox of Primary Care. *The Annals of Family Medicine* 7, 293–299. <https://doi.org/10.1370/afm.1023>
- Starfield, B., 1994. Is primary care essential? *The Lancet* 344, 1129–1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J., 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 83, 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Sullivan, M., 1992. Quality of life assessment in medicine. *Nordic Journal of Psychiatry* 46, 79–83. <https://doi.org/10.3109/08039489209103305>
- The Lancet Oncology, 2020. COVID-19: global consequences for oncology. *The Lancet Oncology* 21, 467. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30175-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30175-3)
- Tsui, J., Yang, A., Anuforo, B., Chou, J., Brogden, R., Xu, B., Cantor, J.C., Wang, S., 2021. Health Related Social Needs Among Chinese American Primary Care Patients During the COVID-19 Pandemic: Implications for Cancer Screening and Primary Care. *Front. Public Health* 9, 674035. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.674035>

- van Leeuwen, M., Husson, O., Alberti, P., Arraras, J.I., Chinot, O.L., Costantini, A., Darlington, A.-S., Dirven, L., Eichler, M., Hammerlid, E.B., Holzner, B., Johnson, C.D., Kontogianni, M., Kjær, T.K., Morag, O., Nolte, S., Nordin, A., Pace, A., Pinto, M., Polz, K., Ramage, J., Reijneveld, J.C., Serpentine, S., Tomaszewski, K.A., Vassiliou, V., Verdonck-de Leeuw, I.M., Vistad, I., Young, T.E., Aaronson, N.K., van de Poll-Franse, L.V., 2018. Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 16, 114. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0920-0>
- Vanselow, N.A., 1995. A New Definition of Primary Care. *JAMA* 273, 192. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520270026023>
- Vissers, P.A.J., Thong, M.S.Y., Pouwer, F., Zanders, M.M.J., Coebergh, J.W.W., van de Poll-Franse, L.V., 2013. The impact of comorbidity on Health-Related Quality of Life among cancer survivors: analyses of data from the PROFILES registry. *J Cancer Surviv* 7, 602–613. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0299-1>
- Wagenaar, B.H., Augusto, O., Beste, J., Toomay, S.J., Wickett, E., Dunbar, N., Bawo, L., Wesseh, C.S., 2018. The 2014–2015 Ebola virus disease outbreak and primary healthcare delivery in Liberia: Time-series analyses for 2010–2016. *PLoS Med* 15, e1002508. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002508>
- World Health Organization, 2021. Breast cancer. URL <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (accessed 1.16.22).
- World Health Organization, 2018. Declaration of Astana. Internet. Geneva: World Health Organization. URL <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?ua=1>
- World Health Organization, 1978. Declaration of Alma-Ata. Regional Office for Europe.
- World Health Organization, UNICEF, 2018. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals, 2018. URL <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
- Xiao, H., Dai, X., Wagenaar, B.H., Liu, F., Augusto, O., Guo, Y., Unger, J.M., 2021. The impact of the COVID-19 pandemic on health services utilization in China: Time-series analyses for 2016–2020. *The Lancet Regional Health - Western Pacific* 9, 100122. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100122>

Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J., Liu, H., Wu, Y., Zhang, L., Yu, Z., Fang, M., Yu, T., Wang, Y., Pan, S., Zou, X., Yuan, S., Shang, Y., 2020. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine* 8, 475–481. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)

Palladinos1

ORIGINALITY REPORT

16%	12%	0%	11%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Hellenic Open University Student Paper	4%
2	Submitted to University of West Attica Student Paper	2%
3	Submitted to Frederick University Student Paper	2%
4	www.teiath.gr Internet Source	1%
5	ikee.lib.auth.gr Internet Source	<1%
6	Submitted to Graduate Technological Education Institute of Piraeus Student Paper	<1%
7	dx.doi.org Internet Source	<1%
8	ir.lib.uth.gr Internet Source	<1%
9	dspace.lib.uom.gr Internet Source	<1%

10	pergamos.lib.uoa.gr Internet Source	<1 %
11	core.ac.uk Internet Source	<1 %
12	www.anticancerath.gr Internet Source	<1 %
13	Submitted to European University of Cyprus Student Paper	<1 %
14	dione.lib.unipi.gr Internet Source	<1 %
15	Submitted to Hellenic Academic Libraries Link Student Paper	<1 %
16	bio365.blogspot.com Internet Source	<1 %
17	polynoe.lib.uniwa.gr Internet Source	<1 %
18	Submitted to Hellenic Mediterranean University Student Paper	<1 %
19	www.dapalex.com Internet Source	<1 %
20	Submitted to Cyprus Academic Library Consortium Student Paper	<1 %

21	www.tovima.gr Internet Source	<1 %
22	epant.gr Internet Source	<1 %
23	www.athealth.gr Internet Source	<1 %
24	www.hellenicparliament.gr Internet Source	<1 %
25	ec.europa.eu Internet Source	<1 %
26	Submitted to Technological Educational Institute of Crete Student Paper	<1 %
27	Submitted to University of Ioannina Student Paper	<1 %
28	docplayer.gr Internet Source	<1 %
29	www.humanitas.net Internet Source	<1 %
30	www.uppsatser.se Internet Source	<1 %
31	creativecommons.org Internet Source	<1 %
32	hellenicvegetarian.blogspot.com	

	Internet Source	<1 %
33	m.naftemporiki.gr Internet Source	<1 %
34	psych.gr Internet Source	<1 %
35	to-synoro.blogspot.com Internet Source	<1 %
36	medlawlab.web.auth.gr Internet Source	<1 %
37	www.endometriosis-gr.eu Internet Source	<1 %
38	www.mammography.gr Internet Source	<1 %
39	www.uniedu.sed.sc.gov.br Internet Source	<1 %
40	Bowling, Ann, Ebrahim, Shah. "EBOOK: Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis", EBOOK: Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis, 2005 Publication	<1 %
41	cleverclinic.blogspot.com Internet Source	<1 %

42	el.wikipedia.org Internet Source	<1 %
43	hdl.handle.net Internet Source	<1 %
44	health.ana.gr Internet Source	<1 %
45	nemertes.lis.upatras.gr Internet Source	<1 %
46	odaimontislogotexnias.blogspot.com Internet Source	<1 %
47	vassilopouloupanagiota.blogspot.com Internet Source	<1 %
48	www.elegeia.gr Internet Source	<1 %
49	www.elesyp.gr Internet Source	<1 %
50	www.galatsinews.gr Internet Source	<1 %
51	www.psxm-tkdm.gr Internet Source	<1 %
52	www.pttl.gr Internet Source	<1 %
53	www.scribd.com Internet Source	<1 %

54	www.tzampazi.gr Internet Source	<1 %
55	anticovid20192020.wordpress.com Internet Source	<1 %
56	doccdn.simplesite.com Internet Source	<1 %
57	elocus.lib.uoc.gr Internet Source	<1 %
58	grillmagazine.gr Internet Source	<1 %
59	gynaika2014.blogspot.com Internet Source	<1 %
60	pesquisa.bvsalud.org Internet Source	<1 %
61	sate.gr Internet Source	<1 %
62	stasiyrona.gr Internet Source	<1 %
63	www.airnews.gr Internet Source	<1 %
64	www.antagonistikotita.gov.gr Internet Source	<1 %
65	www.ereportaz.gr Internet Source	<1 %

66	www.health.nsw.gov.au Internet Source	<1 %
67	www.healthierworld.gr Internet Source	<1 %
68	www.hygeia.gr Internet Source	<1 %
69	www.omogeneia.gr Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off