

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

---

## Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Καρκίνο

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΜΟΥΡΚΟΓΙΑΝΝΗ

ΑΘΗΝΑ 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL  
CARE MANAGEMENT

---

**Diploma Thesis**

**Title**

**Quality of Life of Cancer Patients**

**GEORGIA MOURKOIANNH**

**Supervisor name and surname:**

**Aspasia Goula**

**Athens, 2024**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL  
CARE MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

---

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια	
	Μέλος Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
	Μέλος Μαρία-Αγγελική Σταμούλη	Ειδικό Διδακτικό Προσωπικό	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μουρκόγιαννη Γεωργία, με αριθμό μητρώου 22043 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων


δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

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

Η Δηλούσα  
Μουρκόγιαννη Γεωργία



## **ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως στόχο την κατανόηση της νόσου του καρκίνου, αλλά και των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών . Για τον σκοπό αυτό αναλύονται πολλές πληροφορίες όσον αφορά την νόσο, αλλά και την οριοθέτηση του όρου ποιότητας ζωής. Ένα μεγάλο μέρος της εργασίας αφορά την ανάλυση σύγχρονων ερευνών που έχουν ως κύριο θέμα τους παράγοντες που επηρεάζουν τους καρκινοπαθείς, τόσο στην καθημερινότητα τους, όσο και μακροχρόνια. Μέσα από την ανασκόπηση καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως η ποιότητα ζωής εξαρτάται από πολλούς σωματικούς και ψυχικούς παράγοντες.

Σημειώνεται μάλιστα σχεδόν ομόφωνα ότι η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών είναι κάτω από τον μέσο όρο του γενικού πληθυσμού, με τα συμπτώματα της κόπωσης, του άγχους και του πόνου να κυριαρχούν. Η οικονομική ανασφάλεια είναι κύρια ανησυχία των ασθενών και άτομα, χωρίς υψηλό εισόδημα φαίνεται να έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής. Η πανδημία της Covid-19 φάνηκε να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίοι φάνηκε να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης

## **ABSTRACT**

This thesis aims to understand the disease of cancer and the factors that affect the quality of life of patients. For this purpose, a lot of information regarding the disease, but also the definition of the term quality of life is analyzed. A large part of the paper is concerned with the analysis of current research that focuses on the factors that affect cancer patients, both in their daily lives and in the long term. Through the review we concluded that quality of life depends on many physical and psychological factors. In fact, it is almost unanimously noted that the quality of life of cancer patients is below the average of the general population, with symptoms of fatigue, stress and pain predominating. Financial insecurity is a major concern for patients and people without a high income seem to have a low quality of life. The Covid-19 pandemic appeared to have a negative impact on the quality of life of patients, who appeared to have increased levels of anxiety and depression.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος των σπουδών μου στη Σχολή Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που στάθηκαν συνοδοιπόροι μου στο ταξίδι της διπλωματικής μου εργασίας.

Η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την υποστήριξη και καθοδήγηση της καθηγήτριας μου κ. Ασπασίας Γούλα. Αισθάνομαι την ανάγκη να την ευχαριστήσω θερμά για όλη τη βοήθεια τις καίριες συμβουλές ,που μου προσέφερε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Στη συνέχεια, δεν θα μπορούσα να παραλείψω, να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τις γνώσεις και τα ερεθίσματα που μου μετέδωσαν.

Αφιερώνω την διπλωματική μου εργασία στους γονείς μου, Αναστασία Αλεξιάκη και Βασίλειο Μουρκόγιαννη, οι οποίοι με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα.

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή: Η νόσος του καρκίνου .....	1
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Η κατανόηση της νόσου .....	2
1.1 Καρκίνος στα δύο φύλα .....	2
1.1.1 Καρκίνος σε γυναίκες .....	2
1.1.2 Καρκίνος σε άνδρες .....	4
1.2 Πρόκληση νόσου.....	6
1.2.1 Γενικές πληροφορίες πρόκλησης της νόσου .....	6
1.2.2 Καρκίνος και κάπνισμα.....	6
1.2.3 Καρκίνος και παχυσαρκία.....	8
1.2.4 Καρκίνος και κληρονομικότητα .....	9
1.3 Διάγνωση της νόσου .....	11
1.3.1 Συμπτώματα της νόσου .....	11
1.3.2 Καρκινικοί Δείκτες .....	12
1.3.3 Εξέταση PET/CT .....	13
1.4 Τρόποι αντιμετώπισης της νόσου .....	14
1.4.1 Χειρουργική μέθοδος .....	14
1.4.2 Ακτινοθεραπεία.....	14
1.4.3 Χημειοθεραπεία .....	15
1.4.4 Ανοσοθεραπεία .....	16
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Οριοθέτηση Ποιότητα Ζωής Ασθενών .....	19
2.1 Δείκτες Υγείας .....	19
2.2 Ορισμός Ποιότητας Ζωής .....	20
2.3 Διαστάσεις της ποιότητας Ζωής .....	21
2.4 Χρήσιμα Εργαλεία Μέτρησης Ποιότητας Ζωής .....	22
2.4.1 Τα Πιο Ευρέως Χρησιμοποιούμενα Ερωτηματολόγια.....	23
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Καρκίνο.....	26
3.1 Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Καρκίνο του Πνεύμονα .....	26
3.1.1 Πληροφορίες Για τον Καρκίνο Του Πνεύμονα .....	26
3.1.2 Έρευνες Για τον Καρκίνο Του Πνεύμονα .....	27
3.2 Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Καρκίνο Του Μαστού .....	37
3.2.1 Γενικές Πληροφορίες Για τον Καρκίνο Μαστού .....	37

3.2.2 Έρευνες Για Τον Καρκίνο Μαστού .....	39
3.3 Έρευνες που αφορούν ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο με δείγμα από διάφορους τύπους .....	48
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Συμπεράσματα .....	65
Βιβλιογραφία.....	71



## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που προέρχονται από μη φυσιολογική ανάπτυξη κυττάρων στο σώμα. Εμφανίζεται όταν τα κύτταρα αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα, σχηματίζοντας μάζες γνωστές ως όγκους. Αυτοί οι όγκοι μπορεί να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος, δημιουργώντας δευτερογενείς όγκους που ονομάζονται μεταστάσεις. Ενώ οι περισσότεροι καρκίνοι περιλαμβάνουν όγκους, ορισμένοι τύποι, όπως η λευχαιμία, περιλαμβάνουν ανώμαλα κύτταρα που κυκλοφορούν στο αίμα. Ο όγκος που δημιουργείται μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι είναι μη επεμβατικοί, περικλείονται από συνδετικό ιστό και δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος. Γενικά δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη, εκτός εάν ασκούν πίεση σε ζωτικά όργανα. Από την άλλη πλευρά, οι κακοήθεις όγκοι έχουν ανώμαλα κύτταρα που εισβάλλουν σε κοντινούς ιστούς και μπορούν να κάνουν μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή της λέμφου.

Οι διάφοροι τύποι καρκίνου έχουν ξεχωριστά συμπτώματα, εξελίξεις και χαρακτηριστικά. Οι επιπτώσεις στην υγεία εξαρτώνται από το μέγεθος του όγκου, τη θέση, το στάδιο ανάπτυξης, την εισβολή σε κοντινούς ιστούς και τη μετάσταση. Τα σαρκώματα είναι μια σπάνια κατηγορία κακοήθων όγκων που μπορεί να εμφανιστούν σε άτομα όλων των ηλικιών.

Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικοί τύποι καρκίνου, καθένας από τους οποίους απαιτεί συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ο καρκίνος είναι μια χρόνια ασθένεια που μπορεί να είναι ιάσιμη, ιδίως όταν ανιχνεύεται νωρίς. Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) εκτιμά ότι πάνω από το 30% των καρκίνων μπορεί να προληφθεί και πάνω από το 40% μπορεί να θεραπευτεί εάν εντοπιστεί έγκαιρα. Μπορεί να προσβάλει ανθρώπους όλων των ηλικιών. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα, ακόμη και σε παιδιά ΕΟΔΥ (2021).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Το 2020, υπήρξαν 1,9 εκατομμύρια θάνατοι που σχετίζονται με τον καρκίνο και περίπου 4,4 εκατομμύρια νέες διαγνώσεις καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο οικονομικός αντίκτυπος της διαχείρισης των ασθενών με καρκίνο έφτασε περίπου τα 100 δισεκατομμύρια ευρώ. Ωστόσο, η πανδημία COVID-19 είχε σημαντικές συνέπειες για την νόσο, οδηγώντας σε μείωση κατά 40% των εξετάσεων για τον προ-συμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου παγκοσμίως. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα λιγότερες διαγνώσεις καρκίνου, συχνά σε πιο προχωρημένα στάδια, θέτοντας προκλήσεις για τους ασθενείς και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η Ελλάδα αντιμετώπισε παρόμοιες προκλήσεις, οι οποίες επιδεινώθηκαν από το ήδη επιβαρυνόμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τους περιορισμένους πόρους για την εφαρμογή της πολιτικής για τον καρκίνο. Το 2020, η Ελλάδα ανέφερε 64.530 νέες περιπτώσεις καρκίνου και 33.166 θανάτους που σχετίζονται με τον καρκίνο (Σουφλήρη Ι., 16/06/2022).

### **1.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ**

#### **1.1.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Λαμβάνοντας υπόψη την κλιμακούμενη επικράτηση του καρκίνου τα τελευταία χρόνια και την ανησυχητική στατιστική ότι μία στις πέντε γυναίκες παγκοσμίως θα αντιμετωπίσει αναπόφευκτα αυτή την ασθένεια κατά τη διάρκεια της ζωής της, είναι επιτακτική ανάγκη να αποκτήσουμε μια ολοκληρωμένη κατανόηση των κυρίαρχων τύπων καρκίνου που πλήττουν το γυναικείο πληθυσμό. Εξίσου ζωτικής σημασίας είναι η γνώση των σχετικών συμπτωμάτων και των συνετών μέτρων που μπορεί κανείς να λάβει για να διαφυλάξει την υγεία του. Ειδικότερα, στο συγκεκριμένο πλαίσιο της Ελλάδας, το έτος 2020 παρατηρήθηκε ένα σύνολο 28.249 γυναικών που έλαβαν την διάγνωση του καρκίνου, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μείζον παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και την πιο συνήθη μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Αποτελέσε το 27,5% του συνόλου των νέων περιπτώσεων καρκίνου στην Ελλάδα το 2020 (WHO 2020). Περίπου 1 στις 9 γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους εμφανίζουν την νόσο. Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρει πάνω από 450.000 νέες διαγνώσεις καρκίνου του μαστού ετησίως, με αποτέλεσμα 140.000 θανάτους. Μόνο στην Ελλάδα, υπάρχουν περίπου 7.770 νέες περιπτώσεις

ετησίως, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ισχυρή υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από το Άλμα Ζωής (2020)

Τα συνήθη σημάδια του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν πρήξιμο του μαστού, δερματικές αλλαγές, πόνο, προβλήματα στη θηλή, ερυθρότητα και διόγκωση των λεμφαδένων. Η έγκαιρη ανίχνευση μέσω αυτοεξετάσεων, μαστογραφιών και κλινικών ελέγχων μπορεί να αποβεί σωτήρια. Η αύξηση της ευαισθητοποίησης, η βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και η προώθηση της έρευνας είναι ουσιώδους σημασίας στον παγκόσμιο αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ολοκληρωμένη φροντίδα και υποστήριξη των ασθενών και των κοινοτήτων τους.

Η Πολιτεία για τη μνήμη της Φώφης Γεννηματά με τρόπο που ευθυγραμμίζεται με τις επιθυμίες της ξεκίνησε ένα νέο ειδικό πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου στο όνομά της. Το πρόγραμμα αυτό, ονομάζεται Υγεία Μπροστά και έχει σκοπό την μείωση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, μέσω δωρεάν παροχών στις γυναίκες. Το πρόγραμμα αυτό έχει σκοπό να περάσει ένα ισχυρό μήνυμα: ότι η συλλογική επιδίωξη της βελτίωσης της δημόσιας υγείας πρέπει πάντα να μας ενώνει. Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-69 ετών της χώρας που διαθέτουν αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης. Αξιοποιώντας την ψηφιακή τεχνολογία, απλοποιεί τη διαδικασία πρόσβασης στις εξετάσεις, καθιστώντας τις βολικές και δωρεάν. Η πρωτοβουλία υπερβαίνει την απλή προσφορά ψηφιακής μαστογραφίας-παρέχει επίσης δωρεάν επισκέψεις σε γιατρούς για όσες έχουν ανησυχητικά ευρήματα και δωρεάν υπερήχους για περαιτέρω διευκρινίσεις. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση υπογραμμίζει τη δέσμευση για την προώθηση της υγείας των γυναικών και την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου (GOVGR,2022)

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, είναι υπεύθυνος για το 11,9% των νέων περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες προσβάλλει, κυρίως άτομα άνω των 50 ετών είναι η δεύτερη πιο συχνή μορφή καρκίνου σε γυναίκες, σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ το 2020. Είναι βασικό σημάδι του είναι οι αξιοσημείωτες αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, όπως επίμονη διάρροια ή δυσκοιλιότητα, αιμορραγία από το ορθό ή αίμα στα κόπρανα. Για να μειώσει τον κίνδυνο σημαντική είναι η αύξηση στην πρόσληψη φυτικών ινών με φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής αλέσεως για την αποτελεσματική απομάκρυνση των υπολειμμάτων των τροφών. Σημαντική επιπλέον καθίσταται η μείωση στην κατανάλωση κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος, καθώς

καθημερινά 100 γραμμάρια μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 17%. Για τα άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, οι τακτικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για την ανίχνευση και την αντιμετώπιση ενδεχόμενου καρκίνου του παχέος εντέρου.

Τρίτος πιο συχνός καρκίνος σε γυναίκες είναι του πνεύμονα .Ευθύνεται για το 7,7% των νέων διαγνώσεων καρκίνου στις γυναίκες το 2020(ΠΟΥ). Τα συμπτώματα καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες και τους άνδρες περιλαμβάνουν επίμονο βήχα, υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, αιμόπτυση, πόνο στην αναπνοή ή το βήχα, και δύσπνοια. Στην συνέχεια είναι αυτός του τραχήλου της μήτρας . Ευθύνεται για το 1,08% των νέων διαγνώσεων καρκίνου στις γυναίκες το 2020 (ΠΟΥ). Το πιο συχνό σημάδι είναι η κολπική αιμορραγία εκτός περιόδου. Συμπτώματα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ο πόνος ή η δυσφορία κατά τη σεξουαλική επαφή, οι κολπικές εκκρίσεις και ο πόνος στη λεκάνη (Πάπτης X.,2022). Η χρήση προφυλακτικού μπορεί να είναι σωτήρια. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου προέρχονται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), ο οποίος μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις, κατά την επαφή του δέρματος με τα γεννητικά όργανα και μέσω του στοματικού και πρωκτικού σεξ. Υπάρχει και εμβόλιο κατά του HPV , το οποίο στην ηλικία 15-18 χορηγείται δωρεάν σε αγόρια και κορίτσια.

### **1.1.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ**

Το 2020, διαγνώστηκαν 18,1 εκατομμύρια περιπτώσεις καρκίνου, με 9,3 εκατομμύρια να αφορούν άνδρες WHO(2020). Μεταξύ αυτών των περιπτώσεων, ο καρκίνος του πνεύμονα ξεχώριζε ως ο επικρατέστερος τύπος καρκίνου στους Έλληνες άνδρες, αποτελώντας το 18,7% WHO(2020) του συνόλου των καταγεγραμμένων περιπτώσεων καρκίνου στη χώρα εκείνο το έτος. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου και η κύρια αιτία θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο, αντιπροσωπεύοντας το 14% όλων των διαγνώσεων καρκίνου και το 27% όλων των θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι δέκα φορές υψηλότερος στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Τα συνήθη συμπτώματα περιλαμβάνουν επίμονο και έντονο βήχα με πιθανό αίμα, δύσπνοια, πόνο στο στήθος, μυϊκή αδυναμία, απώλεια βάρους, βραχνάδα και αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, ιδίως σε προχωρημένα στάδια της νόσου. (Υφαντής Α., 2021)

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο δεύτερος πιο διαδεδομένος καρκίνος μεταξύ των ανδρών, με ποσοστό 17,1% το 2020 (ΠΟΥ). Στην Ελλάδα καταγράφονται κάθε χρόνο περίπου 6.217 νέες περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη. Όσον αφορά τη θνησιμότητα, το 2020, ο καρκίνος του προστάτη συνέβαλε σε περίπου 1.835 θανάτους. Αυτός ο τύπος καρκίνου μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα όπως η συχνή ούρηση, συμπεριλαμβανομένων των νυκτερινών επισκέψεων στην τουαλέτα, η δυσκολία στην ούρηση και η παρουσία αίματος στα ούρα ή στο σπέρμα. Ωστόσο, είναι ζωτικής σημασίας να τονιστεί ότι ο προ-συμπτωματικός έλεγχος πρέπει να γίνεται ανεξάρτητα από τα συμπτώματα, καθώς ο καρκίνος του προστάτη συνήθως εξελίσσεται αργά και μπορεί αρχικά να μην παρουσιάζει αισθητά συμπτώματα που θα προκαλούσαν επίσκεψη σε γιατρό. Η πρόληψη και η έγκαιρη ανίχνευση περιλαμβάνουν εξετάσεις αίματος για τη μέτρηση των επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) και μια εξέταση του ορθού, γνωστή ως δακτυλική εξέταση του προστάτη.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης αντιπροσωπεύει το 13,3% των νέων περιπτώσεων καρκίνου το 2020, με το κάπνισμα να αποτελεί τον κύριο παράγοντα που συμβάλλει. Τα συμπτώματα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης περιλαμβάνουν συνήθως αιματουρία (αίμα στα ούρα) και πόνο κατά την ούρηση. Από την άλλη πλευρά, ο καρκίνος του παχέος εντέρου κατατάσσεται ως η δεύτερη κύρια αιτία θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο παγκοσμίως και τέταρτος πιο συχνός καρκίνος σε άνδρες. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη διάγνωση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην αποτελεσματική θεραπεία.

Ο καρκίνος του παγκρέατος αντιπροσωπεύει το 3,4% των νέων περιπτώσεων καρκίνου το 2020, αλλά είναι συνήθως δύσκολο να εντοπιστεί νωρίς, καθώς συχνά δεν εμφανίζει συμπτώματα μέχρι να εξαπλωθεί. Τα συμπτώματα είναι ασαφή και μπορεί να επικαλύπτονται με άλλες καταστάσεις, όπως πόνος, διαβήτης, ανορεξία και απώλεια βάρους. Τέλος ο καρκίνος του πέους και των όρχεων, αν και σπάνιος, έχει πιο αναγνωρίσιμα συμπτώματα. Ο καρκίνος του πέους μπορεί να παρουσιαστεί ως όγκοι, αιμορραγία, δύσοσμες εκκρίσεις, εξανθήματα, αλλαγές στο χρώμα των ούρων. Τα συμπτώματα του καρκίνου των όρχεων περιλαμβάνουν εξογκώματα, βάρος, δυσφορία ή πόνο. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή θεραπεία σε αυτές τις περιπτώσεις.

## **1.2 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

### **1.2.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Οι καρκινογόνες παράγοντες , δηλαδή οι παράγοντες που προκαλούν καρκίνο, έχουν εντοπιστεί τόσο σε μελέτες σε πειραματόζωα όσο και σε επιδημιολογικές αναλύσεις ανθρώπινων πληθυσμών. Η ανάπτυξη του καρκίνου είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που επηρεάζεται από διάφορα και πολλοί παράγοντες όπως η ακτινοβολία, οι χημικές ουσίες , ο τρόπος ζωής και οι ιοί έχουν βρεθεί ότι προκαλούν καρκίνο. (ιός του HPV)

Η ακτινοβολία και τα χημικά καρκινογόνα δρουν καταστρέφοντας το DNA και προκαλώντας μεταλλάξεις, γεγονός που τα καθιστά παράγοντες έναρξης της ανάπτυξης του καρκίνου. Ορισμένοι παράγοντες έναρξης περιλαμβάνουν την υπερϊώδη ηλικιακή ακτινοβολία, τις καρκινογόνες χημικές ουσίες στον καπνό του τσιγάρου και την αφλατοξίνη. Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία του καρκίνου του πνεύμονα και υπεύθυνο για πολλούς άλλους καρκίνους.

Η κύρια αιτία του καρκίνου στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι το κάπνισμα. Επιπλέον, άλλοι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στον καρκίνο περιλαμβάνουν το υπερβολικό βάρος ή την παχυσαρκία, κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής άσκησης και κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που συμβάλει στην εμφάνιση καρκίνου, καθώς πολλές μορφές καρκίνου εμφανίζονται μετά το 65<sup>ο</sup> έτος ηλικίας ενός ατόμου. Το φύλο είναι ένας παράγοντας εμφάνισης της νόσου ,για παράδειγμα ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ πιο διαδεδομένος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Επιπλέον, η έκθεση στην ηλικιακή ακτινοβολία και σε καρκινογόνους παράγοντες στον χώρο εργασίας, καθώς και ορισμένες λοιμώξεις, είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου αυξάνεται με την αύξηση της έκθεσης σε αυτούς τους παράγοντες σε ό,τι αφορά τη διάρκεια, τη συχνότητα και το επίπεδο έκθεσης. (WHO,2016 ) .Τέλος το 5-10 % των μορφών καρκίνου αφορά κληρονομικές μεταλλάξεις από τον γονέα στον απόγονο. (Φουτζήλα Ε., 2018)

### **1.2.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Ο καπνός περιέχει περίπου 50 επικίνδυνες ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, όπως πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες (ΠΑΥ), νίτρο-ΠΑΥ, νιτροζαμίνες, N-ετεροκυκλικές αμίνες, ραδιενεργά στοιχεία (πολώνιο-210, μόλυβδος-210

και ραδόνιο), βενζόλιο, και σταθερές ελεύθερες ρίζες κινονών. Το πιο κρίσιμο στοιχείο που καθιστά τον καπνό εξαιρετικά επικίνδυνο είναι η ύπαρξη μικρών ανθρακούχων σωματιδίων που διεισδύουν στις κυψελίδες των πνευμόνων και παραμένουν εγκλωβισμένα εκεί. Αυτά τα σωματίδια είναι πορώδη με αποτέλεσμα να συγκρατούν βαρέα μέταλλα, οργανικές και ανόργανες ενώσεις. Στις κυψελίδες, αυτά τα σωματίδια αργά εκλύουν τοξικές, καρκινογόνες και μεταλλαξιγόνες ουσίες ανάλογα με τις συνθήκες και το περιβάλλον. Παρόλο που οι πνεύμονες διαθέτουν μηχανισμούς για τον καθαρισμό τους, αυτά τα σωματίδια συνήθως παραμένουν σταθερά συνδεδεμένα στις κυτταρικές μεμβράνες και τα λιπαρά μέρη των πνευμονικών ιστών. Αυτή η συσσώρευση τοξικών και καρκινογόνων ουσιών οδηγεί σε μεταλλάξεις στο DNA των κυττάρων. Μοριακές επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει αυξημένο αριθμό μεταλλάξεων και στο DNA των πνευμονικών κυττάρων των ατόμων που καπνίζουν, με την πλειονότητα των βλαβών να οφείλεται σε μηχανισμούς ελεύθερων ριζών. (Τσούκαλης Ξ.,2016)

Ο καπνός είναι ύποπτος για την πρόκληση καρκίνου, ιδιαίτερα όταν καπνίζεται. Αν και το κάπνισμα επηρεάζει την υγεία των καπνιστών, προκαλεί επίσης καρκίνο σε ανθρώπους που δεν καπνίζουν, αλλά εκτίθενται παθητικά στον καπνό των καπνιστών, καθώς και σε παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν. Δεν υπάρχει ασφαλής τρόπος χρήσης του καπνού, και το κάπνισμα αποτελεί τον πλέον επικίνδυνο τρόπο χρήσης του, καθώς οι περισσότερες τοξικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων των καρκινογόνων ουσιών, εκλύονται κατά τη φάση της καύσης, έτσι και οι παθητικοί καπνιστές βρίσκονται σε κίνδυνο

Ο κίνδυνος να εμφανιστεί καρκίνος των πνευμόνων είναι πολύ υψηλότερος σε άτομα που καπνίζουν σε σύγκριση με εκείνα που δεν καπνίζουν ( περίπου 20-25 %αυξημένος), αυξάνοντας με τη διάρκεια των ετών καπνίσματος, τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά, και με την νεαρή ηλικία έναρξης του καπνίσματος. Στην Ευρώπη, το 82% των περιπτώσεων καρκίνου των πνευμόνων αποδίδεται στο κάπνισμα, και η αποφυγή του καπνίσματος μπορεί να αποτρέψει τον καρκίνο και άλλων μορφών. Τέλος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον λάρυγγα, τον οισοφάγο και την ουροδόχο κύστη στους άνδρες. Το κάπνισμα έχει συνδεθεί με καρκίνο των χειλιών , του ρινοφάρυγγα , του νεφρού , του τραχήλου της μήτρας , της οξείας μυελογενής λευχαιμίας ,με αποτέλεσμα η διακοπή του να βοηθήσει στην θεραπεία των ασθενών. (WHO, 2016 )

### 1.2.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Οι μηχανισμοί που εξηγούν τον τρόπο με τον οποίο η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καρκινογένεσης παραμένουν ακόμη μερικώς ανεξερεύνητοι. Ωστόσο, υπάρχουν βασικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν την σύνδεση:

1. Αντίσταση στην Ινσουλίνη και Υψηλά Επίπεδα Πεπτιδίων: Οι παχύσαρκοι άνθρωποι συχνά παρουσιάζουν αντίσταση στην ινσουλίνη και υψηλά επίπεδα πεπτιδίων όπως το Insulin-like Growth Factor (IGF)-1. Αυτές οι ουσίες ενθαρρύνουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, εμποδίζουν την κυτταρική απόπτωση και αυξάνουν την ενεργειακή δραστηριότητα των καρκινικών κυττάρων.

2. Χρόνια Φλεγμονή: Η παχυσαρκία συνήθως συνοδεύεται από χρόνια φλεγμονώδη κατάσταση στον οργανισμό, κατά την οποία παράγονται πολλοί φλεγμονώδεις μεσολαβητές, όπως το IL-6, το TNF-α, το VEGF και το MCP-1. Αυτή η χρόνια φλεγμονώδης κατάσταση μπορεί να προετοιμάσει το έδαφος για την ανάπτυξη καρκίνου.

3. Εντερική Μικροβιακή Χλωρίδα : Σε άτομα με σοβαρή παχυσαρκία, η εντερική μικροβιακή χλωρίδα μπορεί να υποστεί αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να συμβάλουν στη χρόνια φλεγμονώδη κατάσταση που σχετίζεται με την παχυσαρκία, ενθαρρύνοντας την αυξημένη κατανάλωση ενέργειας και την αποθήκευση λίπους.

Αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στον αυξημένο κίνδυνο καρκινογένεσης σε άτομα με παχυσαρκία. Παρόλα αυτά, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την πλήρη κατανόηση της σχέσης μεταξύ παχυσαρκίας και καρκίνου (Σπυρόπουλος Χ.,2015)

Καθώς η ποσότητα λίπους αυξάνεται στον οργανισμό, η πιθανότητα εμφάνισης ορισμένων τύπων καρκίνου αυξάνεται. Αυτοί οι τύποι καρκίνου περιλαμβάνουν τον καρκίνο του εντέρου (στο κόλον και το ορθό), των νεφρών, του οισοφάγου, του παγκρέατος, της χοληδόχου κύστης και, στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, τον καρκίνο του στήθους, τον καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών.



#### 1.2.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Ανατρέχοντας στην βιβλιογραφία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μόλις το 5-10% περίπου των περιπτώσεων του καρκίνου σχετίζεται με την κληρονομικότητα και αφορά μεταλλάξεις του γενετικού υλικού (DNA). Αυτό το ποσοστό διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου που εξετάζεται. Οι μεταλλάξεις αυτές επηρεάζουν συγκεκριμένες περιοχές του DNA, γνωστές ως γονίδια, και μπορούν να περάσουν από τους γονείς στα παιδιά τους. Από το 1886 έως το 1987, η κατανόησή μας για τον κληρονομικό καρκίνο υπέστη σημαντική μεταμόρφωση. Αρχικά, ο ρόλος της κληρονομικότητας στον καρκίνο ήταν ανεπαρκώς κατανοητός και συχνά αποδιδόταν σε μολυσματικούς παράγοντες. Ωστόσο, την περίοδο αυτή σημειώθηκε αξιοσημείωτη πρόοδος, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοποριακής έκθεσης του Pierre Paul Broca για τον κληρονομικό καρκίνο το 1886 και της πρώτης τεκμηριωμένης μελέτης για το κληρονομικό ρετινοβλάστωμα το 1987. Αυτές οι εξελίξεις βελτίωσαν σημαντικά την ικανότητά μας να προβλέπουμε και να διαχειριζόμαστε τους κληρονομικούς καρκίνους, σηματοδοτώντας μια επαναστατική φάση στην έρευνα για τον καρκίνο και διευρύνοντας την κατανόησή μας για τη γενετική βάση της νόσου. (Γιαννουκάκος Δ. , 29-01-2022)

Επιτακτική κρίνεται η διευκρίνιση του ότι ακόμα και αν ένας άνθρωπος έχει την μετάλλαξη δεν είναι αναγκαίο να νοσήσει. Απλώς άτομα που έχουν την μετάλλαξη στον γενετικό τους κώδικα , έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από ότι ένα άτομο χωρίς αυτή. Όταν υπάρχει μια μετάλλαξη που μεταδίδεται αυτό-σωμικά και ο ένας γονέας φέρει το γονίδιο μπορεί να μεταβιβαστεί από τον έναν από τους δύο γονείς στο παιδί , με περίπου 50% πιθανότητα κληρονομίας. Τα τελευταία χρόνια, έχουν εντοπιστεί μεταλλάξεις σε διάφορα γονίδια που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διάφορων τύπων καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, των ωοθηκών, του παχέως εντέρου, του παγκρέατος, του προστάτη και άλλων. Σημαντικός και σωτήριος είναι σε αυτές τις περιπτώσεις ο γονιδιακός έλεγχος στο παιδί.

Αναγκαίο κρίνεται να αναφερθεί πως υπάρχουν και κληρονομικά σύνδρομα , τα οποία αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Το πιο συχνό είναι το κληρονομικό σύνδρομο καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών (HBOC) στο οποίο μέλη της οικογένειας που έχουν αναπτύξει καρκίνο του μαστού ή/και καρκίνο των ωοθηκών. Συχνά αυτοί οι καρκίνοι εντοπίζονται σε γυναίκες , οι οποίες βρίσκονται σε μικρή

ηλικία(από τα 30 ως και τα 50 έτη) και ορισμένες από αυτές μπορεί να έχουν περισσότερους από έναν καρκίνους (όπως καρκίνο του μαστού και στους δύο μαστούς ή καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών).Από γενετική άποψη συνήθως , το HBOC προκαλείται από κληρονομική μετάλλαξη είτε στο γονίδιο BRCA1 είτε στο γονίδιο BRCA2.

Το Lynch Syndrome, γνωστό και ως κληρονομικός μη πολυποδικός καρκίνος του παχέος εντέρου (HNPCC), είναι ένα από τα κοινότερα κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου. Αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, συχνά σε νεαρές ηλικίες, πριν από τα 50. Επιπλέον, το σύνδρομο Lynch αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου, ωοθηκών, στομάχου, λεπτού εντέρου, παγκρέατος, νεφρών, εγκεφάλου, δέρματος, μαστού, προστάτη, ουρητήρων και χοληδόχου πόρου.

Τέλος το σύνδρομο Li-Fraumeni, επίσης γνωστό ως σύνδρομο καρκίνου SBLA, είναι μια σπάνια κληρονομική πάθηση που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων καρκίνων, συμπεριλαμβανομένων σαρκωμάτων, λευχαιμίας, καρκίνου του εγκεφάλου, καρκίνου του φλοιού των επινεφριδίων και καρκίνου του μαστού. Αυτοί οι καρκίνοι εμφανίζονται συχνά σε νεαρούς ενήλικες ή παιδιά και τα άτομα με αυτό το σύνδρομο μπορεί να αναπτύξουν πολλαπλούς καρκίνους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Το σύνδρομο είναι αποτέλεσμα σε μεταλλάξεις στο όγκο-κατασταλτικό γονίδιο TP53. (Καραγιάννης Α., 2013)

Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους ανάλογα την μορφή του. Συνήθως ο ασθενής παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα όπως κάποιο οίδημα, πόνο ή ακόμα και αιμορραγία, ζαλάδα ή πληγές που δεν κλείνουν. Πολλοί ασθενείς έχουν ακούσια απώλεια βάρους .Έτσι ξεκινά συνήθως και ένας κύκλος εξετάσεων ανάλογα το σημείο, με σκοπό την ανίχνευση τυχόν καρκινικών κυττάρων . Διαγνωστικές εξετάσεις για τον καρκίνο, συνήθως περιλαμβάνουν βιοψία στην οποία παίρνεται δείγμα ιστού με σκοπό την εύρεση μη φυσιολογικών κυττάρων , εξετάσεις αίματος για τον εντοπισμό ουσιών που σχετίζονται με τον όγκο (καρκινικοί δείκτες ) και τεχνολογίες απεικόνισης όπως ακτίνες X, αξονικές τομογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες και σαρώσεις οστών. Η ενδοσκόπηση μπορεί να είναι απαραίτητη για υποψία καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος.

## 1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

### 1.3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Υπάρχουν περίπου 200 είδη καρκίνου, με τον καθένα να έχει την δική του συμπτωματολογία . Σημαντικό είναι να τονιστεί πως υπάρχουν τύποι καρκίνου που παρουσιάζουν σημάδια , ενώ και κάποιοι άλλοι είναι α-συμπτωματικοί , όπως αυτός του στομάχου σε ορισμένες περιπτώσεις. Καθοριστικό βήμα για την έγκαιρη διάγνωση είναι ο ασθενής να αναγνωρίσει τις αλλαγές στον οργανισμό του και να απευθυνθεί γρήγορα σε κάποιον επαγγελματία υγείας . Έτσι η νόσος μπορεί να ανακαλυφτεί σε πρώιμο στάδιο και η θεραπεία να είναι πιο γρήγορη και αποτελεσματική. Στην υπό-ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά σε βασικά συμπτώματα που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της νόσου και ο γρήγορος εντοπισμός τους είναι δυνατόν να οδηγήσει σε έγκαιρη διάγνωση.

Η μεταβολή βάρους είναι βασικό σύμπτωμα πολλών μορφών της νόσου. Η απότομη απώλεια κιλών που δεν μπορεί να εξηγηθεί με φυσιολογικές αιτίες (ξαφνική απώλεια 10-15 κιλών) μπορεί να είναι το κλειδί για την έγκαιρη διάγνωση Αυτό μπορεί να σχετίζεται με διάφορες αιτίες, αλλά μπορεί να αποτελεί και το πρώτο σημάδι καρκίνου. Οι καρκίνοι που σχετίζονται συχνότατα με ανεξήγητη απώλεια βάρους περιλαμβάνουν τον καρκίνο του παγκρέατος, τον καρκίνο του στομάχου, τον καρκίνο του οισοφάγου και τον καρκίνο του πνεύμονα. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η απώλεια βάρους μόνη της δεν είναι απαραίτητα ένας οριστικός διάγνωσης καρκίνου, αλλά απαιτεί περαιτέρω ερευνητικές διαδικασίες από ειδικό ιατρό.

Ασυνήθιστα εξογκώματα ή πρήξιμο σε οποιοδήποτε σημείο στο σώμα , είναι βασικά συμπτώματα της νόσου. Θα μπορούσαν να είναι εξογκώματα σε περιοχές όπως ο λαιμός, η μασχάλη, το στομάχι, η βουβωνική χώρα, το στήθος, ο μαστός ή οι όρχεις. Υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου που μπορεί να εκδηλωθούν ως υποδόριες μάζες κάτω από το δέρμα . Οι πιο βασικοί είναι ο καρκίνος του μαστού, των όρχεων, των λεμφαδένων και των μαλακών μορίων. Η παρουσία ενός εξογκώματος ή μιας σκλήρυνσης μπορεί να αποτελεί ένδειξη καρκίνου, είτε σε πρώιμο είτε σε προχωρημένο στάδιο. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι θα μπορούσε επίσης να πρόκειται για μια καλοήγη κύστη ή μια μη καρκινική αλλαγή στον ιστό του δέρματος. Ανεξάρτητα από αυτό, η ιατρική αξιολόγηση είναι ζωτικής σημασίας για τον προσδιορισμό της αιτίας και την εξασφάλιση της κατάλληλης φροντίδας.

Αιμορραγία ή μώλωπες, ειδικά όταν δεν έχει υπάρξει τραυματισμός, είναι ένα βασικό σημάδι σε πολλούς τύπους καρκίνου, όπως αυτόν του πνεύμονα, των γυναικείων γενετικών οργάνων, αλλά και του εντέρου. Αυτό περιλαμβάνει διάφορες καταστάσεις, όπως το να παρατηρηθεί αίμα στα κόπρανα ή στα ούρα, εμετός ή βήχας με αίμα ή απροσδόκητη κολπική αιμορραγία μεταξύ των εμμηνορροϊκών κύκλων, μετά από σεξουαλική επαφή ή μετά την εμμηνόπαυση. Ανεξάρτητα από την ποσότητα ή το χρώμα του αίματος (το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από κόκκινο έως πιο σκούρες αποχρώσεις όπως καφέ ή μαύρο), είναι ζωτικής σημασίας να ζητηθεί ιατρική συμβουλή από το γιατρό.

Τέλος υπάρχουν και άλλα σημάδια της νόσου που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή στον γιατρό με αποτέλεσμα την διάγνωση της νόσου. Ανεξήγητη διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ατελείς κινήσεις του εντέρου, συνεχές αίσθημα ατελής διούρησης, πόνος στο στομάχι ή στον πρωκτό, ασυνήθιστη εμφάνιση κοπράνων, επίμονο φούσκωμα, πόνος στην κοιλιά ή στην πλάτη, δυσπεψία, καούρα, κιτρίνισμα του δέρματος ή των ματιών(ίκτηρος), σκούρα ούρα ή συνεχής κόπωση, πόνος στο αυτί (καρκίνος του στόματος), πεσμένο βλέφαρο( όγκος Pancoast, καρκίνος πνεύμονα) είναι ζωτικής σημασίας σημάδια, καθώς τα συμπτώματα αυτά μπορεί να σχετίζονται με διάφορες ιατρικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων μορφών καρκίνου. Η έγκαιρη ιατρική αξιολόγηση είναι απαραίτητη για τη σωστή διάγνωση και θεραπεία. (Πάππης Χ.,19-12-2022)

### **1.3.2 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ**

Πολύ σημαντικό για την παρακολούθηση της εξέλιξης της ασθένειας είναι οι καρκινικοί δείκτες. Αυτοί αποτελούν ουσίες που παράγονται από τα καρκινικά κύτταρα ή άλλους ιστούς ως απάντηση στον καρκίνο. Είναι συνήθως πρωτεΐνες που βρίσκονται σε μεγαλύτερες ποσότητες σε καρκινικά κύτταρα σε σύγκριση με τα υγιή κύτταρα. Μπορούν να ανιχνευθούν στο αίμα, σε άλλα βιολογικά υγρά(ούρα), κόπρανα και ιστούς χρησιμοποιώντας ανοσοϊστοχημικές και μοριακές μεθόδους. Υπάρχουν πολλοί καρκινικοί δείκτες που έχουν ταυτοποιηθεί και χρησιμοποιούνται στην κλινική πρακτική. Ορισμένοι από αυτούς συσχετίζονται με έναν συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, ενώ άλλοι συνδέονται με πολλαπλούς διαφορετικούς τύπους καρκίνου.

Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες δεικτών: οι κυκλοφορούντες καρκινικοί δείκτες και οι καρκινικοί ιστικοί δείκτες. Η πρώτη κατηγορία συναντάται στο αίμα, τα ούρα, τα κόπρανα ή άλλα σωματικά υγρά των ασθενών με καρκίνο. Αυτοί οι δείκτες

χρησιμοποιούνται για πολλούς σκοπούς, όπως η εκτίμηση της πρόγνωσης, ο προσδιορισμός του σταδίου του καρκίνου, η ανίχνευση τυχόν υπολειμματικής νόσου ή επανεμφάνισης μετά τη θεραπεία, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και η παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου. Από την άλλη πλευρά, οι καρκινικοί δείκτες ιστού βρίσκονται στον ίδιο τον όγκο, συνήθως σε δείγματα που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια βιοψίας. Αυτοί οι δείκτες χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση, τον προσδιορισμό του σταδίου και την ταξινόμηση του καρκίνου, την εκτίμηση της πρόγνωσης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας με στοχευμένα φάρμακα. (onmed.gr, 24-08-2017)

### **1.3.3 ΕΞΕΤΑΣΗ PET/CT**

Το PET/CT είναι μία απεικονιστική διαγνωστική εξέταση. Αποτελεί τεχνική της πυρηνικής ιατρικής και είναι υβρίδιο της ποζιτρονικής τομογραφίας (PET) και της αξονικής τομογραφίας (CT), σε ένα μηχάνημα. Η διαδικασία της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) περιλαμβάνει την ενδοφλεβική χορήγηση ενός ράδιο-φαρμάκου ανάλογα την περίπτωση. Τα ράδιο-φάρμακα είναι μόρια που συνδέονται με μικρές ποσότητες ραδιενεργού υλικού και συσσωρεύονται σε όγκους ή περιοχές φλεγμονής στο σώμα. Συνδέονται επίσης με συγκεκριμένες πρωτεΐνες. Ένα από τα πιο γνωστά ράδιο-φάρμακα είναι η φθόριο-δεοξυγλυκόζη F-18 (FDG), παρόμοια με τη γλυκόζη. Τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν υψηλότερη μεταβολική δραστηριότητα και απορροφούν τη γλυκόζη με υψηλότερο ρυθμό. Αυτός ο υψηλότερος ρυθμός ανιχνεύεται μέσω των σαρώσεων PET, επιτρέποντας στον ιατρό να εντοπίσει τη νόσο πριν αυτή εμφανιστεί σε άλλες απεικονιστικές εξετάσεις. Είναι σημαντικό, ο ασθενής παραμένει σκοτεινό χώρο για 1 περίπου ώρα χωρίς δραστηριότητα, και στη συνέχεια υποβάλλεται σε εξέταση PET/CT

Τα δεδομένα από την εξέταση αναλύονται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, προκειμένου να δημιουργηθούν εικόνες που συνδυάζουν την αξονική και την ποζιτρονική τομογραφία. Η μέθοδος αυτή είναι μη επεμβατική και δεν προκαλεί πόνο στον εξεταζόμενο. Η εξέταση αυτή δίνει πληροφορίες σε ασθενείς με καρκίνο κατά την αρχική διάγνωση, τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από αυτήν. Χρησιμοποιείται για τη χαρτογράφηση των καρκινικών εστιών σε όλο το σώμα, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και εντοπίζοντας υπολείμματα μετά τη θεραπεία.

Επίσης, χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της νόσου αφού έχει γίνει η διάγνωση και την ανίχνευση πιθανής υποτροπής της (μετάσταση), επιτρέποντας έγκαιρες θεραπευτικές αποφάσεις.(για παράδειγμα αλλαγή θεραπευτικού σχήματος σε περίπτωση μη ανταπόκρισης ενός όγκου). Τα αποτελέσματα της εξέτασης βγαίνουν εντός 24ώρου, ενώ η διάρκεια της εξέτασης είναι περίπου 15 λεπτά. (radiologyinfo.org, 01-05-2023)

## **1.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και το σημείο που εντοπίζεται ακολουθείται και αντίστοιχη θεραπευτική μέθοδος . Οι μέθοδοι είναι κυρίως η χειρουργική αφαίρεση , η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Βέβαια έχουν αναπτυχθεί και πιο σύγχρονες θεραπείες με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες , όπως αυτή της ορμονοθεραπείας και της ανοσοθεραπείας.

### **1.4.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η χειρουργική θεραπεία είναι η πιο παλιά και επιτυχημένη θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση της νόσου του καρκίνου. Για να είναι η χειρουργική επέμβαση η καλύτερη επιλογή, πρέπει να βρίσκεται ο όγκος σε ένα μόνο σημείο και να μπορεί να αφαιρεθεί χωρίς να καταστραφούν ζωτικά όργανα. με βάση την κατάσταση του ασθενούς μετά το χειρουργείο και με διενέργεια βιοψίας εάν εντοπιστεί καρκίνος, αποφασίζεται το κατάλληλο σχέδιο θεραπείας. Η χειρουργική επέμβαση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου, εξυπηρετώντας διάφορους σκοπούς. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιοριστεί εάν ένας όγκος είναι καρκινικός, να αφαιρεθούν καρκινικές αναπτύξεις, να εκτιμηθεί η εξάπλωση του καρκίνου ή να αμβλυνθούν τα εμπόδια που προκαλούνται από όγκους. Σε περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η πλήρης αφαίρεση, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποσκοπεί στη μείωση του μεγέθους του όγκου ώστε να ενισχυθεί το αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας. Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι πιο εύστοχες όταν ο καρκίνος είναι εντοπισμένος, αλλά εάν τα καρκινικά κύτταρα έχουν ήδη εξαπλωθεί, ακόμη και μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου, μπορούν δυνητικά να σχηματίσουν δευτερογενείς όγκους σε άλλα μέρη του σώματος. (Παπανικολάου Ν., 2014)

### **1.4.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο στόχος της ακτινοθεραπείας είναι να μειώσει ή να εξαλείψει τους όγκους καταστρέφοντας τη γενετική δομή (DNA) των καρκινικών κυττάρων, εμποδίζοντας την

περαιτέρω ανάπτυξη και διαίρεση. Πρόκειται για μια ανώδυνη διαδικασία που διαρκεί λίγα λεπτά. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αυτόνομη θεραπεία για εντοπισμένους καρκίνους ή ως μέρος μιας συνδυασμένης θεραπείας για διάφορες μορφές καρκίνου. Η ακτινοθεραπεία, χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας, συχνά ακτίνες Χ, για να στοχεύσει και να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα με ακρίβεια. Μπορεί να χορηγηθεί εσωτερικά ή εξωτερικά. Υπάρχουν δύο μέθοδοι ακτινοθεραπείας, η εξωτερική και η βραχυθεραπεία.

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία, η πιο συνηθισμένη μέθοδος, χρησιμοποιεί ένα μηχάνημα που ονομάζεται γραμμικός επιταχυντής για να κατευθύνει ακτίνες υψηλής ενέργειας στο σημείο του καρκίνου. Σε αυτήν την μέθοδο απαιτούνται αρκετές συνεδρίες, μέχρι να υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, επίσης μπορεί να εμφανιστεί οίδημα του δέρματος και μείωση λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων σε σπάνιες περιπτώσεις.

Η βραχυθεραπεία είναι ένας άλλος τύπος, όπου μικρά στερεά εμφυτεύματα τοποθετούνται κοντά ή μέσα στον καρκίνο, σκοπός της είναι τα δοθεί μεγάλη ποσότητα ακτινοβολίας σε μικρή έκταση. Γίνεται μία φορά και ο ασθενής μένει λίγη ώρα στο νοσοκομείο παραμένοντας λειτουργικός και μετά την θεραπεία. Συχνά οι δύο μέθοδοι συνδυάζονται. Ενώ η ακτινοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει τα υγιή κύτταρα, βλάπτει κυρίως τα καρκινικά κύτταρα διαταράσσοντας το γενετικό τους υλικό. Ο στόχος είναι να ελαχιστοποιηθεί η βλάβη στα υγιή κύτταρα, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά ο καρκίνος. Πολλές φορές η ακτινοθεραπεία πραγματοποιείται πριν την χειρουργική επέμβαση ενός όγκου ώστε αυτός να έχει μειωθεί σε έκταση κάνοντας το χειρουργείο πιο εύκολο και αποδοτικό. (Γεωργακόπουλος Ι., 2015)

### **1.4.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χημειοθεραπεία είναι μια ιατρική θεραπεία που χρησιμοποιεί χημικές ουσίες (χημειοθεραπευτικά) για τη θεραπεία ασθενειών, ιδίως του καρκίνου. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται για την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων(τα οποία βρίσκονται στον πάσχοντα ιστό και αυτά που μπορεί να έχουν εξαπλωθεί στο σώμα) και περιλαμβάνουν διάφορους τύπους που λειτουργούν με διαφορετικούς μηχανισμούς. Τα φάρμακα αυτά, αν και αποτελεσματικά κατά των ταχέως αναπτυσσόμενων καρκινικών κυττάρων, μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες λόγω της ικανότητάς τους να στοχεύουν και άλλα ταχέως διαιρούμενα κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων του δέρματος και του πεπτικού συστήματος.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί διάφορα φάρμακα, το καθένα με διαφορετικές παρενέργειες, αλλά καταβάλλονται προσπάθειες για την ελαχιστοποίηση αυτών των επιπτώσεων( όπως μέσω χαπιών για την ναυτία) . Σε αντίθεση με τη χειρουργική επέμβαση και την ακτινοθεραπεία, που στοχεύουν σε συγκεκριμένες περιοχές, η χημειοθεραπεία έχει συστηματική δράση και χρησιμοποιείται για καρκίνους που έχουν εξαπλωθεί σε όλο το σώμα. Αποτελεί πλέον συχνά τη θεραπεία εκλογής για ορισμένους καρκίνους και χρησιμοποιείται συχνά ακόμα και ως μονοθεραπεία. Η συνεχιζόμενη έρευνα αποσκοπεί στην ανάπτυξη φαρμάκων και θεραπευτικών σχημάτων με λιγότερες παρενέργειες.

Στην χημειοθεραπεία η δόση του φαρμάκου, η επιλογή του, καθώς και η συχνότητα χορήγησης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Αρχικά έχει άμεση σχέση με τον τύπο του καρκίνου που έχει ο ασθενής .Επιπλέον σημαντικός παράγοντας καθορισμού της δόσης είναι η σωματική κατάσταση (βάρος) του ασθενή , καθώς και χαρακτηριστικά όπως , το φύλο και η ηλικία. Πολύ σημαντικό πριν την χορήγηση της χημειοθεραπείας είναι να έχουν πραγματοποιηθεί εξετάσεις αίματος , οι οποίες θα καθορίσουν την απόφαση του γιατρού για το αν ο ασθενής είναι σε κατάλληλη θέση για την πραγματοποίηση της θεραπείας. Τέλος πρέπει να έχει γίνει κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή πριν την χορήγηση της θεραπείας ,με φάρμακα , όπως η ενδοφλέβια κορτιζόνη ή κάποιο αντίδοτο με σκοπό την μείωση πιθανοτήτων εμφάνισης κάποιας αλλεργίας, αλλά και για μείωση της τοξικότητας. Η ώρα που χορηγείται η θεραπεία ενδοφλέβια ποικίλει και εξαρτάται κυρίως από το φάρμακο, άλλα και την ιατρική οδηγία με βάση την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Τέλος σημαντικό είναι μετά την λήψη της χημειοθεραπείας ο ασθενής αν πρόκειται να αποχωρήσει από τον ιατρικό χώρο που βρίσκεται να παραμείνει κάποια επιπλέον ώρα με σκοπό να παρακολουθηθεί η κατάσταση της υγείας του και να μειωθεί ο κίνδυνος των επιπτώσεων της εμφάνισης ξαφνικών ανεπιθύμητων ενεργειών , όπως η αλλεργία στο φάρμακο ή σημάδια τοξικότητας. (Whalen K. 2018:454-480)

#### **1.4.4 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ανοσοθεραπεία είναι μια θεραπεία που ενισχύει την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να καταπολεμά τον καρκίνο, στοχεύοντας και σκοτώνοντας επιλεκτικά τα καρκινικά κύτταρα. Σε αντίθεση με τη χημειοθεραπεία, παρέχει μακροχρόνιες απαντήσεις, οδηγώντας σε παρατεταμένο κλινικό όφελος και σε ορισμένες περιπτώσεις, σε μακρά επιβίωση ακόμη και σε μεταστατική νόσο. Η ανοσοθεραπεία είναι



καλά ανεκτή από τους ασθενείς με χαμηλά ποσοστά τοξικότητας σε σύγκριση με τη χημειοθεραπεία, καθώς δρα επιλεκτικά στα καρκινικά κύτταρα . Η ανοσοθεραπεία έχει φέρει επανάσταση στη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα, του μαστού , το αδενόκαρκίνωμα, του νεφρού και άλλες μορφές της νόσου προσφέροντας αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι τρέχουσες κλινικές δοκιμές αποσκοπούν στην περαιτέρω βελτιστοποίηση των αλγορίθμων θεραπείας για μέγιστο θεραπευτικό όφελος σε κάθε ασθενή. Είναι ιδιαίτερα υψηλού κόστους, αλλά βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών, έχοντας ελάχιστες παρενέργειες σε σχέση με την παραδοσιακή χημειοθεραπεία και στο μέλλον θα χρησιμοποιηθεί πιο διαδεδομένα.

Ο μηχανισμός δράσης της ανοσοθεραπείας έχει φέρει επανάσταση στην θεραπεία της νόσου. Τα καρκινικά κύτταρα ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα εμφανίζοντας αντιγόνα στην επιφάνειά τους, τα οποία προσλαμβάνονται από τα δενδριτικά κύτταρα και ενεργοποιούν τα T-λεμφοκύτταρα. Τα T-λεμφοκύτταρα αναγνωρίζουν αυτά τα αντιγόνα και μπορούν είτε να ενισχυθούν και να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα είτε να ανασταλούν, δημιουργώντας μια ισορροπία. Ρυθμιστικά σημεία όπως τα PD-1, PD-L1 και CTLA-4 , οι οποίες είναι πρωτεΐνες που παίζουν ρόλο στην αναστολή της λειτουργίας των T-λεμφοκυττάρων, αποτρέποντας την σύνδεση τους με τα καρκινικά κύτταρα είναι στόχος της ανοσοθεραπείας . Η σύγχρονη ανοσοθεραπεία χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση για την ανάπτυξη φαρμάκων που αναστέλλουν αυτούς τους ρυθμιστικούς παράγοντες, ενισχύοντας την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να καταπολεμήσει τον καρκίνο, γεγονός που την καθιστά σημαντική πρόοδο στη θεραπεία του καρκίνου. (Κοσμίδης Π. , 03-02-2021)

Δυστυχώς παρότι η ανοσοθεραπεία αποτελεί ίσως βασικό σύγχρονο πυλώνα της θεραπείας του καρκίνου με θεαματικά αποτελέσματα , τα οποία μπορεί να οδηγήσουν και στην πλήρη ίαση της νόσου , ακόμα και σε προχωρημένο στάδιο δεν χρησιμοποιείται ευρέως, λόγω κόστους. Η ανοσοθεραπεία μπορεί να είναι δαπανηρή, ιδίως σε οικονομίες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ή σε αναπτυσσόμενες χώρες, γεγονός που επιβαρύνει τους ασφαλιστικούς προϋπολογισμούς. Για να δικαιολογήσουν το κόστος, οι επιστήμονες εργάζονται για τον εντοπισμό των ασθενών που είναι πιθανότερο να επωφεληθούν από την ανοσοθεραπεία. Οι βίο-δείκτες, ουσίες που ανιχνεύονται σε βιοψίες καρκίνου ή στο αίμα, είναι ζωτικής σημασίας για την πρόβλεψη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και την εξοικονόμηση κόστους. Ο PD-L1 είναι ένας

εξέχων βιο-δείκτης που ερευνάται εντατικά στην ανοσοθεραπεία, ιδίως για τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα. (Sankar K. et al. 2022)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Ο καρκίνος, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην χώρα μας Στην διάρκεια της πενταετίας 2015-2020 είχαμε 30.492 ασθενείς που πέθαναν κατά μέσο όρο το έτος από νεοπλάσματα με συχνότερο αυτόν του πνεύμονα. Είναι , λοιπόν αναγκαίο να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών , καθώς αυτοί αποτελούν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού της χώρας μας (κατά μέσο όρο 68000 νέες διαγνώσεις). Αξιολογώντας την ποιότητα ζωής του ασθενή ,δεν δίνει σε αυτόν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής αναγκαία , αλλά μπορεί να βοηθήσει στην δημιουργία ποιοτικότερου χρόνου διαβίωσης βελτιώνοντας την ψυχολογία , αλλά και την καθημερινότητα του. Επιπλέον μέσω μελετών μπορούν να βγουν συμπεράσματα για τις πιο κατάλληλες και επιτυχημένες θεραπείες . Παράγοντες που μπορούν επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών είναι η οικογενειακή κατάσταση, οικονομικοί παράγοντες, η μορφή του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, ο τρόπος νοσηλείας, το είδος θεραπείας.

### **2.1.ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ένας "δείκτης υγείας", σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι ένα μετρήσιμο χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την υγεία ή μια κατάσταση που σχετίζεται με την υγεία. Διαθέτει ποιοτικές, ποσοτικές και χρονικές ιδιότητες που επιτρέπουν την άμεση ή έμμεση αξιολόγηση των αλλαγών στην εν λόγω κατάσταση και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις προόδους που σημειώνονται για την αντιμετώπισή της. Επιπλέον, οι δείκτες αυτοί χρησιμεύουν ως βάση για την εκπόνηση πολλαπλών στρατηγικών και σχεδίων βελτίωσης.

Οι δείκτες μέτρησης της υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε διάφορους τύπους. Σε λειτουργικό επίπεδο, μπορεί να είναι διαγνωστικοί (π.χ. μέτρηση του οξυγόνου, μέτρηση πυρετού), προγνωστικοί (π.χ. δείκτης στεφανιαίας νόσου είναι η εκτίμηση των ασβεστώσεων των στεφανιαίων αρτηριών) ή αξιολογικοί, παρακολουθώντας την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας με την πάροδο του χρόνου. Υπάρχουν θετικοί δείκτες , όπως αυτοί των αριθμών γεννήσεων και αρνητικοί, όπως της θνησιμότητας. Επιπλέον, οι δείκτες αυτοί χωρίζονται σε γενικές και ειδικές κατηγορίες, όπου οι ειδικοί δείκτες αφορούν συγκεκριμένες ασθένειες, ηλικιακές ομάδες ή πληθυσμούς. Οι γενικοί δείκτες χρησιμοποιούνται συνήθως σε περιγραφικές επιδημιολογικές έρευνες. Μεθοδολογικά, οι δείκτες μπορούν να ταξινομηθούν ως

κλίμακες αξιολόγησης ή ερωτηματολόγια, δείκτες υγείας ή προφίλ και υποκειμενικές ή αντικειμενικές μετρήσεις. Πολύ σημαντικό είναι να τονιστεί ότι υπάρχουν επιπλέον αντικειμενικοί (όπως συνθηκών υγιεινής ,δείκτες οικονομικής ανάπτυξης και διατροφής) και υποκειμενικοί δείκτες υγείας. (όπως αυτοί της συναισθηματικής κατάστασης ενός ανθρώπου). (Θεοφίλου Π. 2020)

Η Ποιότητα Ζωής ορίζεται «ως το να είναι η ζωή καλή και να αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» Zatura και Goodhard (1979)

## **2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της ποιότητας ζωής λόγω της διεπιστημονικής της φύσης, που περιλαμβάνει ανθρωπιστικές, κοινωνικές και υγειονομικές επιστήμες. Οι θεωρητικοί ορισμοί περιγράφουν την ποιότητα ζωής με βάση διάφορους τομείς που είναι απαραίτητοι για την ανεξάρτητη και αυτόνομη λειτουργία των ατόμων. Αυτοί οι τομείς περιλαμβάνουν την ελευθερία δράσης, το νόημα των ενεργειών, την επαγγελματική και οικογενειακή ολοκλήρωση, την ακεραιότητα, την εκπλήρωση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών και τη διατήρηση της υγείας. Υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά και πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ο όρος υγεία μπορεί να προσεγγιστεί από πολλές διαφορετικές επιστήμες , η καθεμία από τις οποίες χρησιμοποιεί διαφορετική πτυχή του όρου. Επιγραμματικά ορισμένες από αυτές είναι αυτή της βιολογίας, της κοινωνικοοικονομικής , της πολιτισμικής και της κοινωνιολογικής . (Renwick R. , et al ,1996)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, που αφορά στην κατάσταση της ζωής του, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο πλαίσιο του συστήματος αξιών εντός του οποίου ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτό θέτει» (WHO, 1996). Ο ορισμός περιλαμβάνει έξι ευρείες περιοχές αναφοράς:

- Τη σωματική υγεία
- την ψυχολογική κατάσταση

- το επίπεδο ανεξαρτησίας
- τις κοινωνικές σχέσεις
- τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος
- τα πνευματικά ενδιαφέροντα

Η υποβάθμιση ενός παράγοντα αρκεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής.

## **2.3 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Η ευρύτερη έννοια της υγείας περιλαμβάνει την ολιστική ευημερία, η οποία περιλαμβάνει σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις, ξεπερνώντας την απλή απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, το εργασιακό περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις εισάγουν παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική ποιότητα ζωής, την ευημερία και την προοπτική του ατόμου. Για να διακριθεί αυτή η συνολική προοπτική από τα θέματα που σχετίζονται με την υγεία, επινοήθηκε ο όρος ποιότητα ζωής.

Τις τελευταίες δεκαετίες, εμπειρογνώμονες από διάφορους τομείς έχουν υιοθετήσει την "ποιότητα ζωής" ως ενιαίο πλαίσιο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υγείας. Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας ενός ασθενούς απαιτεί την εξέταση της υποκειμενικής του άποψης παράλληλα με τους παραδοσιακούς δείκτες, όπως η πρόγνωση και η νοσηρότητα. Τα συμβατικά μέτρα συχνά υπολείπονται, ιδίως στο πλαίσιο των χρόνιων ασθενειών. Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις: σωματική ευεξία, ψυχική ευεξία και κοινωνική ευεξία, προσφέροντας μια πιο εμπειριστατωμένη και ανθρωποκεντρική προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης. Στην συνέχεια θα πραγματοποιηθεί ανάλυση των όρων που περικλείουν την έννοια της ποιότητας ζωής.

Σωματική ευεξία: Η αντίληψη του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που μπορεί να πραγματοποιήσει βάσει της φυσικής του κατάστασης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η κατάσταση υγείας ,επίπεδο φυσικής κατάστασης, σωματική κατάσταση και η υγεία του σώματος

Κοινωνική ευεξία: Αποτελεί την ικανοποίηση από τη ζωή την, αφορά συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ,εκπλήρωση κοινωνικών ρόλων, κοινωνική ικανοποίηση , την κοινωνική σύνδεση την κοινωνική ευημερία, την διαπροσωπική ευημερία.

Ψυχική ευημερία: Στον τομέα της ψυχικής ευημερίας, η αξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής προσαρμοστικότητας ενός ατόμου μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση κλιμάκων που μετρούν: την αυτοεκτίμηση, την ψυχολογική ευημερία, την γενική ικανοποίηση από την ζωή του ατόμου, τα επίπεδα άγχους, τα συμπτώματα κατάθλιψης καθώς και την προσαρμοστικότητα.

Αυτές οι κλίμακες χρησιμοποιούνται για την κατανόηση και την αξιολόγηση διαφόρων πτυχών της ψυχικής υγείας και της συναισθηματικής ανθεκτικότητας ενός ατόμου. (Παναγιωτάκη-Δαυΐδ Κ., 2009)

#### **2.4 ΧΡΗΣΙΜΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί σημαντική έμφαση στην ανάπτυξη εργαλείων για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Τα πρώτα ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής που σχετίζονται με την υγεία εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1970, με στόχο την αξιολόγηση διαφόρων διαστάσεων των αποτελεσμάτων της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας. Έκτοτε, στην ιατρική βιβλιογραφία παρατηρείται ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών που ενσωματώνουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την ατομική υγεία.

Σήμερα, οι περισσότερες κλινικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν κάποια μορφή μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, χρησιμοποιώντας συχνά σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Αυτά τα ερωτηματολόγια αξιολογούν τη συνολική κατάσταση της υγείας ενός ατόμου ή τις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του. Βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο που θεωρεί τη βιολογική λειτουργία ως βασικό, αλλά ανεπαρκή δείκτη της υγείας. Πέρα από την απλή βιολογική λειτουργία, είναι ζωτικής σημασίας να αξιολογηθεί η γενική ευημερία και η λειτουργικότητα ενός ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής.

Τα ερωτηματολόγια γενικής υγείας παρέχουν μια ολιστική αξιολόγηση της υγείας ενός ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Συνήθως αξιολογούν τέσσερις βασικές διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχική ευεξία και γενική αντίληψη της υγείας. Αυτά τα ερωτηματολόγια προσφέρουν μια πιο ολοκληρωμένη και εξανθρωπισμένη προσέγγιση στην αξιολόγηση της υγείας, επιτρέποντας συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών υγειονομικών υποβάθρων και εστιάζοντας στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου σε σχέση με τις καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητές του.

Ωστόσο, υπολείπονται στον εντοπισμό συγκεκριμένων παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο και είναι ζωτικής σημασίας για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Για την αντιμετώπιση αυτού του περιορισμού, οι κλινικοί ερευνητές συνιστούν τη συμπλήρωση των γενικών εργαλείων με ερωτηματολόγια ειδικά για τη νόσο για την ανίχνευση σημαντικών κλινικών αλλαγών. Με την πάροδο του χρόνου, έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας και της ποιότητας ζωής, ενισχύοντας την κατανόηση της ευημερίας των ατόμων. (Υφαντόπουλος Ν. 2007:2-4)

#### **2.4.1 ΤΑ ΠΙΟ ΕΥΡΕΩΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

##### **Nottingham Health Profile (NHP-38)**

Πρόκειται για ένα αυτοδιαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε το 1980 για τη μελέτη των επιπτώσεων των ιατρικών θεραπειών. Πρωταρχικός στόχος του είναι να αξιολογήσει διεξοδικά διάφορες πτυχές της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ευημερίας, με ιδιαίτερη έμφαση στις αρνητικές πτυχές. Απαρτίζεται από δύο μέρη: το πρώτο μέρος με 38 ερωτήσεις μετρά την ενέργεια, τη φυσική κατάσταση, τη συναισθηματική ευεξία, τον πόνο, την ποιότητα του ύπνου και τις κοινωνικές σχέσεις. Το δεύτερο μέρος αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο τα θέματα υγείας επηρεάζουν την εργασία, τη διαχείριση του σπιτιού, την κοινωνική ζωή, τις οικογενειακές σχέσεις, τη σεξουαλική ζωή, τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες διασκέδασης. Οι απαντήσεις κατηγοριοποιούνται ως θετικές ή αρνητικές (οι ερωτώμενοι απαντούν στις ερωτήσεις με ναι ή όχι) και σταθμίζονται για τον υπολογισμό της βαθμολογίας. Παρά την εστίασή του στις αρνητικές πτυχές, το NHP-38 χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω της υψηλής εγκυρότητας και αξιοπιστίας του, βοηθώντας στην κατανόηση και τη βελτίωση της ευημερίας των ασθενών (Williams J et. al 1981)

## **Κλίμακα SF-36**

Αποτελεί εδώ και δύο δεκαετίες ένα πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού. Χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική και κοινωνική έρευνα, αναδεικνύοντας τα επικρατούντα ζητήματα υγείας. Το SF-36 διαθέτει υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης και υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το βασικό πλεονέκτημά του έγκειται στην ταυτόχρονη μέτρηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας, μαζί με τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων για την υγεία τους. Αποτελούμενο από 36 ερωτήσεις, κατηγοριοποιεί την υγεία σε οκτώ κλίμακες, η καθεμία με 2 έως 10 ερωτήσεις, που καλύπτουν τη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και τη συνολική ευημερία. Αυτή η ολοκληρωμένη αξιολόγηση βοηθά στην αποτελεσματική μέτρηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου. Ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει απάντηση η οποία χωρίζεται σε πέντε διαφορετικά επίπεδα ανάλογα με την δική του υποκειμενική κρίση για την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του. (Γιόβρη Α. 2009:40)

## **Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB)**

Λαμβάνει υπόψη κρίσιμες πτυχές της υγείας: την κινητικότητα, τη σωματική δραστηριότητα και τη φυσική κατάσταση, καθώς και την κοινωνική δραστηριότητα. Συμπυκνώνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και αναπηριών σε μια ενιαία μέτρηση. Πρωταρχικός στόχος της είναι να παρέχει μια ποσοτικοποιημένη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας οποιασδήποτε θεραπείας για μια συγκεκριμένη περίοδο. Ουσιαστικά, ποσοτικοποιεί τις βελτιώσεις της υγείας που προκύπτουν από τις θεραπείες σε όρους ποιοτικά καθορισμένων ετών ζωής. Όταν μιλάμε για ένα "έτος ευεξίας" σε αυτή την κλίμακα, αναφερόμαστε σε ένα έτος ζωής που ζούμε σε κατάσταση πλήρους και βέλτιστης υγείας. Αυτό εξανθρωπίζει τη μέτρηση δίνοντας έμφαση στον αντίκτυπο της πραγματικής ζωής στην ευημερία ενός ατόμου. Χρησιμοποιείται κυρίως ως ένδειξη αποτελεσματικότητας θεραπείας σε κάποια νόσο. (Υφαντόπουλος ΓΝ. 2007:5)

## **EuroQoL (European quality of life scale)**

Είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας ζωής, φιλικό προς το χρήστη με δύο κύριες ενότητες. Στο πρώτο μέρος, το προφίλ υγείας, τα άτομα αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους σε πέντε διαστάσεις, βαθμολογώντας καθεμία από αυτές με 1 (κανένα πρόβλημα), 2 (κάποια προβλήματα) ή 3 (σημαντικά προβλήματα). Αυτό δημιουργεί 243 πιθανές καταστάσεις υγείας, που κυμαίνονται από την καλύτερη (11111, κανένα πρόβλημα) έως τη χειρότερη (33333, σημαντικά προβλήματα σε όλες τις διαστάσεις). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει



μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) από το 0 (χειρότερη ψυχική υγεία) έως το 100 (άριστη ψυχική υγεία), με βάση την αξιολόγηση της προσωπικής κατάστασης υγείας. Το εργαλείο EQ-5D επιτρέπει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την αξία και την ευημερία που συνδέονται με διάφορες καταστάσεις υγείας, προσφέροντας πληροφορίες για τη συνολική ποιότητα ζωής τους. (Μέλλη Δ. και Ψαράκη Χ. 2020:25)

### **Άλλα ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια**

Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας: περιέχει ερωτήσεις σε 12 κατηγορίες, αξιολογώντας τόσο τις ψυχολογικές όσο και τις σωματικές πτυχές της κατάστασης του ατόμου, με έμφαση στις παρατηρήσιμες συμπεριφορές, εξασφαλίζοντας μετρήσιμα αποτελέσματα.

The Health Utilities Index (HIU): είναι ένα ευέλικτο εργαλείο που αξιολογεί τα επίπεδα υγείας που σχετίζονται με τις αισθήσεις, τη γνωστική ικανότητα, την επιδεξιότητα και τα συναισθήματα. Παρέχει έναν δείκτη που αντανακλά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

The Index of Health-Related Quality of Life: απευθύνεται κυρίως σε ψυχιατρικές καταστάσεις, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες πτυχές της υγείας. Περιλαμβάνει ειδικά ερωτηματολόγια για ασθενείς και ευρύτερες εφαρμογές, προσφέροντας ένα γενικό μέτρο της υγείας. Τα εργαλεία αυτά προσδίδουν μια ανθρώπινη προοπτική στην αξιολόγηση διαφόρων διαστάσεων της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την ψυχολογική, κοινωνική και σωματική ευημερία. (Μέλλη Δ. και Ψαράκη Χ. 2020:25)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Σκοπό του κεφαλαίου αυτού αποτελεί η αναζήτηση ερευνών με κέντρο ασθενείς με καρκίνο. Η ποιότητα ζωής αυτών ποικίλει και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Στην συνέχεια, μέσω έγκυρων ερευνών θα βρούμε αυτούς τους παράγοντες, καθώς και τον βαθμό που αυτοί επηρεάζουν τους ασθενείς. Επιπλέον θα οδηγηθούμε σε βάσιμα συμπεράσματα για την νόσο και την επίδραση της στην καθημερινότητα των ασθενών. Θα πραγματοποιηθεί ανάλυση ερευνών, οι οποίες θα χωριστούν με βάση το είδος του καρκίνου που αφορούν. Στο τέλος θα καταλήξουμε σε συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του είδους της θεραπείας που ακολουθείται, αλλά και θα συγκρίνουμε τις διαφορές στις επιδράσεις στην ζωή ανάλογα την μορφή της νόσου.

### **3.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ**

#### **ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

##### **3.1.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο καρκίνος του πνεύμονα κατατάσσεται ως ο δεύτερος πιο διαδεδομένος καρκίνος και η κύρια αιτία θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο. Στην Ελλάδα, θρηνούμε για την απώλεια σχεδόν 6.000 ζώων κάθε χρόνο λόγω καρκίνου του πνεύμονα. Τα ευρήματα της έρευνας τονίζουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα ξεπερνά τη θνησιμότητα του μαστού, του προστάτη, του παχέος εντέρου και της λευχαιμίας, ιδιαίτερα στους άνδρες ηλικίας 40 ετών και άνω, καθώς και στις γυναίκες ηλικίας 60 ετών και άνω. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ελπιδοφόρα τάση με την εφαρμογή συστηματικού πληθυσμιακού ελέγχου ευθυγραμμισμένου με τις καθιερωμένες κατευθυντήριες γραμμές, μαζί με μείωση των ποσοστών καπνίσματος, που οδηγεί σε ελπιδοφόρα μείωση των ποσοστών θνησιμότητας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να είναι ανεπαίσθητα και να συγχέονται εύκολα με άλλα θέματα που σχετίζονται με τον πνεύμονα. Ο επίμονος βήχας είναι το πιο κοινό και βασικό σύμπτωμα. Ανησυχητική δε είναι οποιαδήποτε αλλαγή στον βήχα, όπως αυξημένη επιμονή, ένταση ή παρουσία απόχρεμψης ή αιματηρών πτυέλων. Η αιμόπτυση είναι ένα άλλο κρίσιμο σύμπτωμα, που σηματοδοτεί την ανάγκη ιατρικής διερεύνησης και θεραπείας. Επιπλέον, τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να περιλαμβάνουν πληγές στο στόμα, πόνο στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, πυρετό και συριγμό, υπογραμμίζοντας τις πολύπλοκες επιπτώσεις αυτής της νόσου.

Η θεραπεία της νόσου στα αρχικά στάδια βασίζεται στην χειρουργική επέμβαση συνδυασμένη συχνά με την χημειοθεραπεία ή και την ακτινοθεραπεία, διαφορετικά αν ο ογκολόγος απορρίψει το χειρουργείο η θεραπεία πραγματοποιείται συντηρητικά με χημειοθεραπεία, συνδυασμένη συχνά με ακτινοθεραπεία. Τέλος η ανοσοθεραπεία τα τελευταία χρόνια αποτελεί μία σύγχρονη επιλογή για την θεραπεία της ασθένειας .( Μπαλταγιάννης Ν και Μανούσου Α. 2022:200-202)

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι καρκίνου του πνεύμονα: ο μικρό-κυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (SCLC) και ο μη μικρό-κυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (NSCLC). Ο μικρό-κυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα συνδέεται συχνά με το κάπνισμα και έχει δύο υπό-τύπους: το μικρό-κυτταρικό καρκίνωμα και τον μικτό μικρό-κυτταρικό/μεγάλο-κυτταρικό καρκίνο. Αντιμετωπίζεται κυρίως με χημειοθεραπεία. Ο μη μικρό-κυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα είναι πιο συχνός, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 80% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα. Περιλαμβάνει τρεις κύριους υπό-τύπους: αδενό-καρκίνωμα (συνήθως εντοπίζεται στον εξωτερικό πνεύμονα), πλακώδες καρκίνωμα (συνήθως στο κέντρο του πνεύμονα κοντά στους αεραγωγούς) και μεγάλο-κυτταρικό καρκίνωμα (μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στον πνεύμονα και τείνει να αναπτύσσεται ταχύτερα). Επιπλέον, υπάρχει ένας λιγότερο συχνός τύπος καρκίνου του πνεύμονα που ονομάζεται καρκινοειδές, ο οποίος αναπτύσσεται πιο αργά και αποτελείται από νεύρο-ενδοκρινικά κύτταρα. Τα καρκινοειδή ταξινομούνται ως τυπικά ή άτυπα και συνήθως αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση American Lung Association (2023).

Η κατανόηση του τύπου καρκίνου του πνεύμονα που έχει ο ασθενής είναι ζωτικής σημασίας για τον καθορισμό των καταλληλότερων θεραπευτικών επιλογών. Αυτές πληροφορίες αναφέρονται συχνά ως το "προφίλ του καρκίνου του πνεύμονα" και θα πρέπει να συζητούνται με τον γιατρό για τον εξατομικευμένο σχεδιασμό της θεραπείας.

### **3.1.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**

Η πρώτη έρευνα που θα αναλυθεί είναι αυτή της Χρυσής Φραγκιουδάκης, η οποία έγινε στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας το 2016 και έχει ως θέμα την αξιολόγηση της θρέψης και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με μεταστατικό μη μικρό-κυτταρικό καρκίνο πνεύμονα υπό ανοσοθεραπεία. Η μελέτη έλαβε χώρα στην Παθολογική Ογκολογική Κλινική (POGC) και στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (DCH) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, με τη συμμετοχή 60

ασθενών με προχωρημένο/μεταστατικό μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) ή μεταστατικό καρκίνωμα κυττάρων Merkel (MCC), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ανοσοθεραπεία. Αποτελούνταν από δύο φάσεις, με 31 ασθενείς να συμμετέχουν στη δεύτερη φάση μετά από τρεις μήνες. Διότι, 15 ασθενείς απεβίωσαν εντός τριών ετών και 14 αρνήθηκαν να συνεχίσουν τη μελέτη. (Φραγκιουδάκη 2016:55-70)

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στη φάση 1 ήταν άνδρες (75,0%), κυρίως άνω των 60 ετών (76,7%), ενώ το 43,3% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Η συλλογή δεδομένων περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Status Assessment Questionnaire (MNA) για τη διατροφική αξιολόγηση, το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-C30 έκδοση 3.0 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ-LC13 για την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, ενώ η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS 25.0.

Κατά την αρχική φάση της έρευνας, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ανεπαρκώς θρεπόμενοι (60,0%), ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό θεωρούνταν καλά θρεπόμενο (1,7%). Το ερωτηματολόγιο QLQ-C30 αποκάλυψε μια μέση συνολική βαθμολογία υγείας 43,8, με τους μισούς ασθενείς να σημειώνουν βαθμολογία έως 50,0. Η γνωστική λειτουργία είχε τις υψηλότερες βαθμολογίες (57,8), ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες ήταν στον τομέα των ρόλων (34,2). Όσον αφορά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η ναυτία-έμετος είχε τα λιγότερο σοβαρά συμπτώματα (27,0), ενώ η δύσπνοια ήταν η πιο σοβαρή (70,0). Για την κλίμακα QLQ-LC13 που σχεδιάστηκε για ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, η αιμόπτυση είχε τα πιο ήπια συμπτώματα (23,9), ενώ ο βήχας είχε τα πιο σοβαρά συμπτώματα (46,7).

Στη δεύτερη φάση, που έλαβε χώρα τρεις μήνες μετά την έναρξη της ανοσοθεραπείας, υπήρξε σημαντική βελτίωση της συνολικής κατάστασης διατροφής, με τη μέση βαθμολογία να αυξάνεται από 15,5 σε 19,3. Συγκρίνοντας τις βαθμολογίες μεταξύ των δύο φάσεων, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις σε διάφορους λειτουργικούς και συμπτωματικούς τομείς. Σημαντικές βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στη συνολική κατάσταση υγείας (από 48,4 σε 64,2), στη σωματική λειτουργία (από 43,2 σε 59,4), στη λειτουργία ρόλων (από 34,9 σε 51,1), στη συναισθηματική λειτουργία (από 48,1 σε 65,1) και στην κοινωνική λειτουργία (από 44,6 σε 68,8) κατά τη διάρκεια των τριών μηνών της θεραπείας. Στο πλαίσιο της ενότητας συμπτωματολογίας QLQ-C30, εννέα περιεχόμενα συμπτώματα παρουσίασαν σημαντική μείωση της έντασης μετά από τρεις μήνες θεραπείας ( $p \leq 0,05$ ). Στην ενότητα συμπτωματολογίας QLQ-LC13, σημαντική

βελτίωση της έντασης των συμπτωμάτων παρατηρήθηκε μόνο για τη δύσπνοια, την αλωπεκία και τον πόνο σε άλλα μέρη.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως το μικρό μέγεθος του δείγματος της μελέτης περιορίζει τη γενίκευση των συμπερασμάτων της. Με βάση, όμως τα αποτελέσματα μπορούμε να καταλήξουμε στα ακόλουθα : Η μελέτη αποκάλυψε σημαντικές βελτιώσεις στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της κατάστασης διατροφής τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Η ποιότητα ζωής, που αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30, έδειξε αξιοσημείωτες βελτιώσεις σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της συνολικής κατάστασης υγείας, της σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής ευεξίας, σε συνδυασμό με σημαντική μείωση της έντασης των περισσότερων συμπτωμάτων μετά από τρεις μήνες θεραπείας. Η πιο σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε στην απώλεια όρεξης (-31,2), ενώ η κόπωση επέδειξε τη μικρότερη βελτίωση (-15,4). Εντός της ομάδας συμπτωμάτων QLQ-LC13, η αλωπεκία παρουσίασε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων (-18,3). Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη δεν διαπίστωσε συστηματικές συσχετίσεις μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των ασθενών, της αξιολόγησης της διατροφής ή της ποιότητας ζωής.

Συνολικά, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η προσθήκη ανοσοθεραπείας σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης μπορεί να βελτιώσει τόσο την ποιότητα ζωής όσο και τη διατροφική τους κατάσταση, οδηγώντας σε βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας. Η προσέγγιση αυτή υπόσχεται μια θεραπευτική επιλογή, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διερευνηθεί ο αντίκτυπός της στα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών.

Η επόμενη έρευνα που θα αναφερθεί, είναι ξενόγλωσση και αφορά την συσχέτιση μεταξύ του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής κατά τη διάγνωση και της επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και έλαβε μέρος από τους Hong YJ, et al. και πραγματοποιήθηκε σε 7 ιατρικά κέντρα του Καθολικού Πανεπιστημίου της Κορέας. Η μελέτη εξέτασε τους νέο-διαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που εγγράφηκαν σε αυτά τα ιατρικά μεταξύ της 1ης Δεκεμβρίου 2017 και της 31ης Δεκεμβρίου 2020, στο σύνολο συμμετείχαν 1297 ασθενείς. Σε αυτή τη μελέτη, η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα κατά τη στιγμή της διάγνωσης αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 έκδοση 3.0, το οποίο περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις που καλύπτουν πέντε λειτουργικές κλίμακες και εννέα

κλίμακες συμπτωμάτων. Οι ασθενείς απάντησαν ανεξάρτητα και οι βαθμολογίες μετατράπηκαν σε μια κλίμακα 100 βαθμών, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν καλύτερη λειτουργία και πιο σοβαρά συμπτώματα. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Κλινικής Έρευνας

Η συλλογή δεδομένων περιελάμβανε δημογραφικές πληροφορίες, κατάσταση απόδοσης ECOG, ιστορικό καπνίσματος, κλινικό στάδιο, παθολογικά ευρήματα, προσέγγιση πρώτης θεραπείας και συνολική επιβίωση. Στη μελέτη συμμετείχαν 1.297 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα με μέση ηλικία 68,2 ετών, κυρίως άνδρες(865 69%) . Από αυτούς, οι 369 δεν ήταν ποτέ καπνιστές, ενώ οι 928 είχαν ιστορικό καπνίσματος. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν σκορ ECOG 0-1(κλίμακα πόνου). Χρησιμοποιήθηκαν διάφορες μέθοδοι θεραπείας και οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ανά κλινικό στάδιο. Όσον αφορά την πρώτη μέθοδο θεραπείας, 511 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, 436 υποβλήθηκαν σε συστηματική χημειοθεραπεία, 104 υποβλήθηκαν σε χήμιο-ακτινοβολία, 95 έλαβαν μόνο ακτινοβολία και 111 επέλεξαν μόνο υποστηρικτική φροντίδα. Όσον αφορά το κλινικό στάδιο, 512 ασθενείς ταξινομήθηκαν ως σταδίου I ή II, ενώ 785 κατηγοριοποιήθηκαν στο στάδιο III ή IV.

Με την ανάλυση της μελέτης, πολλοί παράγοντες συσχετίστηκαν με την επιβίωση. Τα υψηλότερα επίπεδα σωματικής, ρόλων, συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής λειτουργίας συνδέθηκαν με βελτιωμένη επιβίωση, ενώ αυξημένα επίπεδα κόπωσης, ναυτίας και εμέτου, πόνου, δύσπνοιας, αϋπνίας, απώλειας όρεξης, δυσκοιλιότητας και οικονομικών προβλημάτων συνδέθηκαν με φτωχότερη επιβίωση. Επιπλέον συγκεκριμένοι παράγοντες αναγνωρίστηκαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες ευνοϊκών αποτελεσμάτων επιβίωσης. Αυτοί οι παράγοντες περιελάμβαναν το φύλο (γυναίκες καλύτερη πρόγνωση), μικρότερη ηλικία, τους μη καπνιστές, μικρός βαθμός πόνου 0-1, πρώιμο στάδιο καρκίνου (στάδιο I ή II), λήψη θεραπείας και υψηλότερα επίπεδα σωματικής και συναισθηματικής λειτουργίας. Επιπλέον η σωματική λειτουργία βρέθηκε να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης σε πρώιμο στάδιο καρκίνου του πνεύμονα (κλινικό στάδιο I, II), ενώ η συναισθηματική λειτουργία ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης τόσο σε πρώιμο όσο και σε προχωρημένο στάδιο.

Συνοπτικά, αυτή η ανάλυση υπογραμμίζει τη σημασία διαφόρων παραγόντων για τον καθορισμό της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με τη συναισθηματική ευεξία, μαζί με τα

δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην πρόβλεψη των αποτελεσμάτων των ασθενών. Με αυτήν λοιπόν τη μελέτη υπογραμμίζονται τα πιθανά οφέλη της διαχείρισης των συμπτωμάτων και των ψυχολογικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας των ασθενών.

Συμπερασματικά, τόσο η σωματική όσο και η συναισθηματική λειτουργικότητα προέβλεπαν ανεξάρτητα την επιβίωση από τον καρκίνο του πνεύμονα. Προηγούμενες μελέτες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων των Li et al.(2017) και Braun et al.(2011), έχουν διαπιστώσει τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής (QOL) και της επιβίωσης από καρκίνο. Συγκεκριμένα, οι Li et al. προσδιόρισαν την υψηλότερη σωματική λειτουργικότητα, τον χαμηλότερο πόνο και τις μειωμένες οικονομικές δυσκολίες ως σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την επιβίωση από ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Οι Braun et al. διαπίστωσαν ότι, στον μη μικρό-κυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC), μόνο η σωματική λειτουργικότητα προέβλεπε ανεξάρτητα την επιβίωση. Επιπλέον, οι Lagendijk J. et al. (2021) παρατήρησαν ότι η μείωση της σωματικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας 6 μήνες μετά τη θεραπεία συσχετίστηκε με μικρότερη επιβίωση σε άτομα με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που έλαβαν θεραπεία με ακτινοθεραπεία.

Παρά τις πολύτιμες γνώσεις, η μελέτη έχει περιορισμούς, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης ερευνών παρακολούθησης πέρα από την αρχική αξιολόγηση της διάγνωσης, τη συμπερίληψη ετερογενών ασθενών με αυτές τις ποικίλες μεθόδους θεραπείας, αλλά και τους τύπους παθολογίας, βέβαια οι κλινικοί γιατροί μπορούν να χρησιμοποιήσουν το EORTC QLQ-C30 για να κάνουν προβλέψεις επιβίωσης και να βελτιώσουν τη φροντίδα των ασθενών. (Hong YJ, et al 2023: 459-466)

Η επόμενη έρευνα αφορά την αποδοχή της ασθένειας, την ένταση του πόνου και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Δημοσιεύτηκε τον Σεπτέμβριο του 2017 και γράφτηκε από τους Chabowski M., et al, Στη μελέτη συμμετείχαν 155 ασθενείς με μέση ηλικία τα 62,23 έτη, που αποτελούνταν από 48,4% γυναίκες και 51,6% άνδρες. Αυτοί οι ασθενείς εισήχθησαν στο Τμήμα Ιατρικής του Κέντρου Πνευμονικών Νοσημάτων στο Wrocław μεταξύ Ιανουαρίου και Δεκεμβρίου 2015.

Αρχικά, προσεγγίστηκαν συνολικά 180 ασθενείς για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Ωστόσο, 15 ασθενείς αποχώρησαν και 10 ερωτηματολόγια δεν συμπληρώθηκαν σωστά. Κάθε ασθενής παρείχε γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση για να συμμετάσχει στη μελέτη, να απαντήσει στα ερωτηματολόγια και να επιτρέψει τη δημοσίευση των

πληροφοριών του. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής του Ιατρικού Πανεπιστημίου του Wroclaw. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, οι συμμετέχοντες απάντησαν αρχικά σε ερωτήσεις σχετικά με τις δημογραφικές τους πληροφορίες και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Στη συνέχεια, συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια: την Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας (AIS), την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS) για την αξιολόγηση του πόνου και την Έρευνα Υγείας Σύντομης Μορφής (SF-8).

Η Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας αποτελείται από οκτώ δηλώσεις που μετρούν πώς αντιλαμβάνονται τα άτομα τους περιορισμούς που επιβάλλονται από την ασθένειά τους, όπως την απώλεια ανεξαρτησίας, την εξάρτηση από τους άλλους και τα ζητήματα αυτοεκτίμησης. Οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν τη συμφωνία τους με αυτές τις δηλώσεις σε μια κλίμακα 5 βαθμών, που κυμαίνεται από 1 για ισχυρή συμφωνία έως 5 για έντονη διαφωνία. Με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν καλύτερη αποδοχή της ασθένειας. Η ένταση του πόνου αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS), ένα απλό εργαλείο που χρησιμοποιείται συνήθως για τη μέτρηση του πόνου, ακόμη και σε χειρουργικούς ασθενείς. Οι ασθενείς σημείωσαν ένα σημείο σε μια γραμμή 10 εκατοστών για να υποδείξουν την αντίληψή τους ένταση πόνου. Οι βαθμολογίες μεταξύ 1 και 4 αντιπροσώπευαν ήπιο πόνο, 5 έως 6 έδειξαν μέτριο πόνο και 7 έως 10 έντονο πόνο. Τέλος για την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, χρησιμοποιήθηκε το SF-8. Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις, καθεμία από τις οποίες στοχεύει σε μια διαφορετική διάσταση της υγείας, όπως η γενική υγεία, η σωματική λειτουργία, η ζωτικότητα, η ψυχική υγεία, η σωματική ρόλων, η κοινωνική λειτουργία, ο συναισθηματικός ρόλος και ο σωματικός πόνος. Το SF-8 δημιουργεί δύο συνεχείς συνοπτικές βαθμολογίες: τη Σύνοψη Φυσικού Στοιχείου (PCS) και την Περίληψη Νοητικού Στοιχείου (MCS).

Σε αυτή τη μελέτη, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών ανέφερε κοινά συμπτώματα καρκίνου του πνεύμονα, με το χρόνιο βήχα να είναι το πιο διαδεδομένο (87,7%), ακολουθούμενο από δύσπνοια (69%), πόνο στο στήθος (43,2%) και αιμόπτυση (33,6%). Η πλειοψηφία του δείγματος ασθενών (75%) διέμενε σε αστικά περιβάλλοντα και είχε επαγγελματική ή προ-πανεπιστημιακή εκπαίδευση (82%). Όσον αφορά τη σταδιοποίηση του καρκίνου, μόνο το 20% παρουσίασε πρωτοπαθή όγκο στο στάδιο I, το 37% δεν εμφάνισε μεταστάσεις σε περιφερειακούς λεμφαδένες και το 70% δεν παρουσίασε απομακρυσμένη μετάσταση. Το κάπνισμα ήταν μια κοινή συνήθεια μεταξύ



των ασθενών, με το 39% να είναι νυν καπνιστές και το 37% να είναι πρώην καπνιστές. Η κύρια θεραπευτική προσέγγιση για την πλειοψηφία των ασθενών ήταν χειρουργική (75,5%), με το 32,3% να υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία και το 54,8% να λαμβάνει χημειοθεραπεία. Η μέση βαθμολογία για την αποδοχή της ασθένειας ήταν 27,1( με μέγιστο το 40 που αποδίδει βέλτιστη αποδοχή) και η μέση βαρύτητα του πόνου, που μετρήθηκε με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS), ήταν 4,07(10 το μέγιστο) .Η μελέτη εντόπισε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της αποδοχής της ασθένειας και όλων των τομέων της ποιότητας ζωής, όπως αξιολογήθηκε από το ερωτηματολόγιο SF-8.

Περαιτέρω ανάλυση αποκάλυψε ότι η Κλίμακα Αποδοχής της Ασθένειας (AIS) και η Κλίμακα Οπτικής Αναλογικής (VAS) για τον πόνο ήταν ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες της Περίληψης Φυσικών Συστατικών (PCS) της ποιότητας ζωής. Η ηλικία και η κοινωνική και οικονομική κατάσταση προσδιορίστηκαν επίσης ως σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής. Ομοίως, το AIS και το VAS αναδείχθηκαν ως ανεξάρτητοι καθοριστικοί παράγοντες της Περίληψης Νοητικού Στοιχείου (MCS) της ποιότητας ζωής. Αντίθετα, άλλες μεταβλητές όπως το φύλο, η εκπαίδευση, ο αριθμός των νοσηλειών, το στάδιο της νόσου, η παρουσία συμπτωμάτων και ο τύπος θεραπείας δεν είχαν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής σε αυτή τη μελέτη. Βέβαια για γενίκευση των αποτελεσμάτων απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση. (Chabowski M., et al 2017:57-61)

Η επόμενη έρευνα έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και είναι ποιοτική. Δημοσιεύτηκε το 2010 από τον Lauri D. John και αφορά τις στρατηγικές αυτό-φροντίδας που χρησιμοποιούνται από ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα για την προώθηση της ποιότητας ζωής. Πραγματοποιήθηκε σε κλινικές καρκίνου στο Τέξας.

Η μελέτη πήρε έγκριση από τις ιδρυματικές επιτροπές προστασίας και επιλέχθηκαν συμμετέχοντες που ήταν 21 ετών και άνω, μιλούσαν αγγλικά και είχαν υποβληθεί σε πρωτογενή θεραπεία για καρκίνο του πνεύμονα κατά τα τελευταία δύο χρόνια. Δεν προκαθορίστηκε το μέγεθος του δείγματος, επιλέγοντας συνέχιση των συνεντεύξεων μέχρι τον κορεσμό των δεδομένων. Σε διάστημα εννέα μηνών, βρέθηκαν συμμετέχοντες από κλινικές καρκίνου στο κεντρικό Τέξας με τη βοήθεια νοσηλευτών που παρείχαν ενημερωτικά δελτία και στοιχεία επικοινωνίας. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να εκδηλώσουν ενδιαφέρον μέσω του νοσηλευτή ή να επικοινωνήσουν απευθείας με τον ερευνητή, ενώ εξασφαλίστηκε η κατανόησή τους και λήφθηκε προφορική συγκατάθεση. Οι συνεντεύξεις κανονίστηκαν με βάση το δικό τους

πρόγραμμα , διεξήχθησαν σε διάφορες τοποθεσίες, μαγνητοφωνήθηκαν και διήρκεσαν 90-210 λεπτά, συγκεντρώνοντας δημογραφικές και ιατρικές πληροφορίες.

Στο τέλος πληροφορίες δόθηκαν από 10 άτομα , έξι άνδρες και τέσσερις γυναίκες. Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες ήταν 60 ετών. Η πλειονότητα ήταν Καυκάσιοι (60%), παντρεμένοι (70%) και είχαν ολοκληρώσει τουλάχιστον το λύκειο (80%). Ο μέσος χρόνος από τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα ήταν 14 μήνες, με εύρος από 8 μήνες έως 2 χρόνια. Έξι συμμετέχοντες είχαν καρκίνο του πνεύμονα σταδίου ΙΙΙ κατά τη διάγνωση, ενώ τέσσερις δεν γνώριζαν το στάδιο. Η πλειονότητα (90%) είχε υποβληθεί σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του πνεύμονα και δύο λάμβαναν χημειοθεραπεία κατά τη στιγμή των συνεντεύξεων ως μέρος ενός σχήματος "συντήρησης".

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, οι συμμετέχοντες συζήτησαν τις εμπειρίες τους μετά τη θεραπεία και τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής . Ο ερευνητής χρησιμοποίησε έναν οδηγό συνέντευξης για να διερευνήσει τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής, τις στρατηγικές αυτό-φροντίδας και τις πηγές πληροφόρησης. Η ανάλυση των δεδομένων περιελάμβανε ανάλυση περιεχομένου, ξεκινώντας με ανοικτή κωδικοποίηση, προσδιορίζοντας θέματα από το υλικό των συνεντεύξεων. Προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία της ανάλυσης των δεδομένων , πραγματοποιήσαμε αυστηρή εξέταση των θεμάτων και των κατηγοριών που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις. Επιπλέον πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικές κλήσεις παρακολούθησης με τους συμμετέχοντες για να επικυρωθούν οι ερμηνείες συζητώντας τα θέματα που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις και ζητώντας τα σχόλιά τους. Αυτός ο διάλογος επέτρεψε στους συμμετέχοντες να διευκρινίσουν ή να επεκτείνουν τις προηγούμενες δηλώσεις τους, ενισχύοντας την αξιοπιστία των θεμάτων και των κατηγοριών που εντοπίστηκαν και εμπλουτίζοντας το βάθος των συμπερασμάτων.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη μοιράστηκαν διάφορες απόψεις σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής , αναδεικνύοντας βασικά θέματα:1)Πολυδιάστατος χαρακτήρας της ποιότητας ζωής: Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της ζωής. 2)Ανεξάρτητη λειτουργικότητα: Η ανεξαρτησία θεωρήθηκε ομόφωνα κρίσιμη για την καλή ποιότητα ζωής. 3)Σωματική ευεξία: Ενώ η QOL υπερβαίνει τη σωματική υγεία, οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημασία της. 4)Οικογενειακή και κοινωνική αλληλεπίδραση: Οι σχέσεις με την οικογένεια και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην

ποιότητα ζωής. Η οικογένεια είναι υποστηρικτική και βοηθά στην ποιότητα ζωής των ασθενών 5) Συναισθηματική ευημερία: Η συναισθηματική ευημερία αναγνωρίστηκε ως ζωτικής σημασίας από ορισμένους συμμετέχοντες. 6) Επιπτώσεις της κόπωσης: Η κόπωση ήταν ένας κεντρικός, συντριπτικός παράγοντας που επηρέαζε την ποιότητα ζωής για όλους τους συμμετέχοντες. 7) Διάθεση και κόπωση: Η κόπωση είχε αρνητικές επιπτώσεις στη διάθεση, προκαλώντας συναισθήματα κατάθλιψης ή άγχους. Στη μελέτη των Butt et al. το 2008, η κόπωση δεν αναφερόταν μόνο συχνά ως σύμπτωμα, αλλά τονίστηκε επιπλέον πόσο ζωτικής σημασίας είναι, ιδίως για όσους αντιμετωπίζουν καρκίνο του πνεύμονα σε προχωρημένο στάδιο. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν και ιεραρχούν αυτό το σύμπτωμα μπορεί να αποτελεί βασικό παράγοντα που επηρεάζει τη συνολική ποιότητα ζωής (QOL) των ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα. Τα ευρήματα αυτά συντονίζονται με προηγούμενες έρευνες, όπως οι μελέτες που διεξήχθησαν από τους Dagnelie et al. (2007) και Ostlund et al. (2007), ενισχύοντας τις ισχυρές συνδέσεις που διαπίστωσαν μεταξύ της κόπωσης και της συνολικής ποιότητας ζωής (QOL) σε άτομα που αντιμετωπίζουν καρκίνο του πνεύμονα. Υπογραμμίζεται δε και η ανθρώπινη εμπειρία της αντιμετώπισης αυτής της απαιτητικής πτυχής της ασθένειας και τις βαθιές επιπτώσεις της στην καθημερινή ζωή. 8) Στρατηγικές αυτό-φροντίδας: Οι συμμετέχοντες συζήτησαν στρατηγικές αυτό-φροντίδας, ιδίως για την αντιμετώπιση της κόπωσης, βρίσκοντας συχνά αναποτελεσματικές τις παραδοσιακές συμβουλές. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την πολύπλευρη φύση της ποιότητας ζωής, με την κόπωση να ξεχωρίζει ως σημαντική πρόκληση και τη σημασία των προσαρμοσμένων στρατηγικών αυτό-φροντίδας για τη βελτίωση της συνολικής ευημερίας.

Η χρήση της ανάπαυσης ως μοναδικής μεθόδου για τον μετριασμό των επιζήμιων επιπτώσεων της κόπωσης στην ποιότητα ζωής είναι μια διαδεδομένη προσέγγιση αυτό-φροντίδας, που συνιστάται από τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί αναποτελεσματικό στην επαρκή αντιμετώπιση της κόπωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Είναι επιτακτική ανάγκη οι γιατροί να αξιολογούν τις στρατηγικές αυτοεξυπηρέτησης που εφαρμόζουν οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. . (John L. 2010:339-347)

Η ανοσοθεραπεία είναι μία μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου, η οποία είναι από τις πιο σύγχρονες και με την πάροδο του χρόνου χρησιμοποιείται όλο και πιο ευρέως. Στην συνέχεια λοιπόν θα αναφερθούν αποτελέσματα από κλινικές μελέτες που αφορούν την χρήση φαρμάκου ανοσοθεραπείας για την καταπολέμηση του μη μικρόκυτταρικό καρκίνου του πνεύμονα (ΜΜΚΠ). Το φάρμακο αυτό έχει την εμπορική ονομασία keytruda και δραστική ουσία την πεμπρολιζουμάμνη τα στοιχεία που θα παρουσιαστούν δόθηκαν από την European Medicine Agency (EMA) το 2023 (EMA/360530/2023). Η πεμπρολιζουμάμνη είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα σχεδιασμένο να μπλοκάρει τον υποδοχέα PD-1. Ορισμένοι καρκίνοι παράγουν μια πρωτεΐνη που ονομάζεται PD-L1, η οποία, όταν συνδυάζεται με τον υποδοχέα PD-1, παρεμποδίζει τη δραστηριότητα των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Η πεμπρολιζουμάμνη αναστέλλει τον υποδοχέα PD-1, εμποδίζοντας τον καρκίνο να απενεργοποιήσει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτό ενισχύει την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να επιτίθεται και να εξουδετερώνει τα καρκινικά κύτταρα.

Το Keytruda είναι αποτελεσματικό στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου και στη βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών με NSCLC με θετικότητα PD-L1. Σε μονοθεραπεία, επέκτεινε την επιβίωση σε περίπου 11 μήνες σε σύγκριση με τους 8 μήνες της docetaxel (κύτταρο-στατικό φάρμακο, παλιάς γενιάς χρησιμοποιείται ευρέως ακόμα και σήμερα) . Και οι δύο θεραπείες παρείχαν περίπου 4 μήνες σταθερότητας της νόσου, αλλά το Keytruda υπερείχε σε περιπτώσεις με έντονα θετική PD-L1, με διάμεση επιβίωση 15 μηνών και 5 μήνες χωρίς εξέλιξη.

Σε μια άλλη μελέτη με νέους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα με έντονα θετικό PD-L1, το Keytruda προσέφερε περίπου 10 μήνες χωρίς εξέλιξη, ενώ η χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα(χήμειο-θεραπευτικό φάρμακο) προσέφερε περίπου 6 μήνες. Για τον μη πλακώδες NSCLC, ο συνδυασμός του Keytruda με χημειοθεραπεία απέδωσε 69% ποσοστό επιβίωσης στους 11 μήνες, σε σύγκριση με λιγότερο από το ήμισυ με τη χημειοθεραπεία μόνο. Οι ασθενείς με Keytruda είχαν επίσης 8,8 μήνες χωρίς εξέλιξη της νόσου, ενώ οι ασθενείς χωρίς Keytruda είχαν 4,9 μήνες. Στον πλακώδες ΜΜΚΠ με μεταστάσεις, το Keytruda σε συνδυασμό με ειδική χημειοθεραπεία αύξησε την επιβίωση σε 15,9 μήνες, έναντι 11,3 μηνών με εικονικό φάρμακο. Οι ασθενείς με Keytruda απολάμβαναν επίσης 6 μήνες χωρίς εξέλιξη, σε σύγκριση με 4,8 μήνες για τους ασθενείς χωρίς Keytruda.

## 3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

### 3.2.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μείζον θέμα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, καθώς είναι ο συχνότερα διαγνωσμένος καρκίνος μεταξύ των γυναικών και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Μεταξύ 2012 και 2016, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού παρουσίασε μικρή αύξηση 0,3% ετησίως. Το ποσοστό θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού έχει μειωθεί σημαντικά, μειούμενο κατά 40% από το 1989 έως το 2017, αποτρέποντας περίπου 375.900 θανάτους.

Ωστόσο, ο ρυθμός μείωσης έχει επιβραδυνθεί τα τελευταία χρόνια, με ετήσια μείωση 1,3% μεταξύ 2011 και 2017. Αυτό είναι πιο έντονο μεταξύ των λευκών γυναικών, συμβάλλοντας στη σταθερότητα της ανισότητας μεταξύ μαύρων και λευκών στη θνησιμότητα από το 2011. Οι μαύρες γυναίκες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τις λευκές γυναίκες, με 40% υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας. Το χάσμα αυτό είναι πιο σημαντικό μεταξύ των μαύρων γυναικών κάτω των 50 ετών, όπου το ποσοστό θανάτου τους είναι διπλάσιο από εκείνο των λευκών γυναικών.

Κατά την πιο πρόσφατη πενταετή περίοδο από το 2013 έως το 2017, τα ποσοστά θανάτου μειώθηκαν για διάφορες φυλετικές και εθνοτικές ομάδες, με τις ισπανόφωνες γυναίκες να παρουσιάζουν τη σημαντικότερη μείωση κατά 2,1% ετησίως. Η επέκταση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες πρόληψης, έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπείας για όλες τις γυναίκες είναι ζωτικής σημασίας για την επιτάχυνση της μείωσης της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για όλες τις γυναίκες. Ο καρκίνος του μαστού παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας που απαιτεί συνεχείς προσπάθειες. (Karol E. et al 2019:438-451)

Οι πρόσφατες εξελίξεις στην έρευνα για τον καρκίνο του μαστού έχουν οδηγήσει σε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της νόσου. Αυτή η νέα προσέγγιση περιλαμβάνει γονιδιακή ανάλυση για την αποκρυπτογράφηση των μηχανισμών που κρύβονται πίσω από την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, τον εντοπισμό της προδιάθεσης για τη νόσο και τη βελτιστοποίηση των στρατηγικών θεραπείας. Μέσω της γονιδιακής ανάλυσης έχουν αποκαλυφθεί διακριτοί ογκογόνοι υπότυποι του καρκίνου του μαστού, όπως ο Luminal A, ο Luminal B, ο Basal και ο HER-2, καθένας από τους οποίους εμφανίζει

μοναδική κλινική συμπεριφορά και με βάση τον καθένα μπορεί να ακολουθηθεί και διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

Ο καρκίνος του μαστού ταξινομείται σε δύο κύριους τύπους: Το καρκίνωμα του πόρου, που προέρχεται από τα κύτταρα των πόρων του μαστού και το λοβιακό καρκίνωμα, που προέρχεται από τα κύτταρα του αδένου που παράγει γάλα. Ο καρκίνος του μαστού κατηγοριοποιείται περαιτέρω σε διηθητικές (ικανές να κάνουν μετάσταση) και μη διηθητικές (in situ) μορφές. Το καρκίνωμα του πόρου in situ (DCIS) και το λοβιακό καρκίνωμα in situ (LCIS) είναι μη επεμβατικοί τύποι, ενώ ο επεμβατικός καρκίνος εξαπλώνεται σε άλλα μέρη του σώματος. Επιπλέον, λιγότερο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου του μαστού, όπως ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού, η νόσος του Paget, το πλακώδες καρκίνωμα και το αγγειοσάρκωμα, υπογραμμίζουν την ποικιλόμορφη φύση αυτής της νόσου, η οποία απαιτεί προσαρμοσμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι ζωτικής σημασίας για την πρόγνωση και τον προγραμματισμό της θεραπείας. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται σε κοινά συστήματα σταδιοποίησης για την ακριβή εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου και των θεραπευτικών επιλογών. Τα συστήματα αυτά λαμβάνουν υπόψη την ανατομική έκταση, τη δυνατότητα εξάπλωσης και τα κλινικά χαρακτηριστικά. Το σύστημα TNM, που χρησιμοποιείται ευρέως για όλους τους τύπους καρκίνου, περιλαμβάνει την αξιολόγηση του μεγέθους του πρωτοπαθούς όγκου (T), την εκτίμηση της συμμετοχής των λεμφαδένων (N) και την ανίχνευση μεταστάσεων (M). Στον καρκίνο του μαστού, το σύστημα αυτό κατατάσσει τη νόσο σε πέντε στάδια. (Μιχοπούλου Β, 2017:34-54)

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2023), ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εκδηλώσει διάφορα συμπτώματα, ιδίως σε προχωρημένα στάδια, αλλά μπορεί να είναι α-συμπτωματικός στα αρχικά στάδια. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν εξογκώματα ή πάχυνση του μαστού, αλλαγές στο μέγεθος και το σχήμα του μαστού, δερματικές αλλοιώσεις, αλλαγές στη θηλή και εκκρίσεις από τη θηλή. Η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας για ένα μη φυσιολογικό ογκίδιο στο στήθος, ακόμη και αν είναι ανώδυνο, είναι ζωτικής σημασίας για την έγκαιρη ανίχνευση. Οι περισσότεροι όγκοι του μαστού δεν είναι καρκινικοί και η έγκαιρη διάγνωση ενισχύει την επιτυχία της θεραπείας, ιδίως πριν ο καρκίνος εξαπλωθεί στους λεμφαδένες. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να κάνει μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος, με τους λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα

να αποτελούν συχνά την αρχική περιοχή. Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι η μετάσταση μπορεί να οδηγήσει σε νέα συμπτώματα, όπως πόνο στα οστά ή πονοκεφάλους. Ο τακτικός έλεγχος της υγείας του μαστού και η έγκαιρη ανίχνευση είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιεί πέντε αποτελεσματικές μεθόδους: χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και στοχευμένη θεραπεία, που χρησιμοποιούνται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό για βέλτιστα αποτελέσματα. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο συνήθως εξετάζουν το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης, με τον τύπο της επέμβασης να εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του καρκίνου. Η χειρουργική επέμβαση αποσκοπεί στην πλήρη αφαίρεση του όγκου, με επιλογές όπως η θεραπεία διατήρησης του μαστού (BCT) και η ολική μαστεκτομή. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να ακολουθήσει τη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση τυχόν εναπομεινάντων καρκινικών κυττάρων. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα για να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων.

Η ορμονική θεραπεία στοχεύει στους υποδοχείς ορμονών, ιδίως των οιστρογόνων, για να μειώσει την επίδρασή τους στην ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις διαφέρουν για τις προ-εμμηνοπαυσιακές και τις μετά-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι στοχευμένες θεραπείες είναι προσαρμοσμένες για ασθενείς των οποίων τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν συγκεκριμένες πρωτεΐνες, ελαχιστοποιώντας τη βλάβη στα υγιή κύτταρα. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού εξελίσσεται συνεχώς, ενσωματώνοντας αναδυόμενες θεραπείες μέσω κλινικών δοκιμών για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας για τις ασθενείς. (Λορέντζου Α. 2023:59-63)

### **3.2.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η πρώτη έρευνα που θα γίνει αναφορά είναι του Υφαντή Α., η οποία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια διδακτορικής του διατριβής, που δημοσιεύτηκε το 2021, με θέμα την ποιότητα της ζωής των Ελληνίδων με καρκίνο του μαστού. Σκοπό της αποτέλεσε οι διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών έναν χρόνο περίπου μετά την χειρουργική επέμβαση μη μεταστατικού καρκίνου του μαστού. Το δείγμα αποτέλεσαν

200 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 56.2 έτη, οι οποίες είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση περίπου έναν χρόνο πριν την έρευνα και συνέχισαν σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο στην Αθήνα, τη Λάρισα και τη Λαμία επικουρική θεραπεία. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2014 έως τον Ιανουάριο του 2017.

Η έρευνα συνέλεξε πληροφορίες για τους συμμετέχοντες, όπως η ηλικία, ο τόπος γέννησης, η κατοικία, η εκπαίδευση, οι ιατρικές διαδικασίες, η υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι επιπλοκές και το επίπεδο περίθαλψης στο νοσοκομείο. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο διεξήχθη από τον ερευνητή μέσω συνεντεύξεων κατά τη διάρκεια επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ή μέσω τηλεφώνου. Τα δεδομένα για τη μελέτη σχετικά με την ποιότητα ζωής των Ελληνίδων με καρκίνο του μαστού συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου QLQ C-30 του σε συνδυασμό με το εξειδικευμένο τμήμα για τον καρκίνο του μαστού, BR23. Το QLQBR23, μια επέκταση του QLQ-C30, αξιολογεί πτυχές που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, συμπεριλαμβανομένων των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία, την εικόνα του σώματος, τη σεξουαλική λειτουργία και τις μελλοντικές προοπτικές.

Αποτελείται από 23 στοιχεία οργανωμένα σε οκτώ υπό-κλίμακες . Οι τέσσερις υπό-κλίμακες που αξιολογούν την ατομική λειτουργικότητα, καλύπτοντας τη σεξουαλικότητα, τη σεξουαλική απόλαυση, την εικόνα του σώματος και τις μελλοντικές προοπτικές. Υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτές τις υπό-κλίμακες υποδηλώνουν καλύτερη λειτουργικότητα. Επιπλέον, υπάρχουν τέσσερις υπό-κλίμακες συμπτωμάτων, οι οποίες περιλαμβάνουν τα συμπτώματα του μαστού, την τριχόπτωση και τις παρενέργειες από τη χειρουργική επέμβαση. Υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτές τις υπό-κλίμακες συμπτωμάτων υποδηλώνουν χειρότερη λειτουργικότητα. Αυτό το ερωτηματολόγιο βοηθά στην αξιολόγηση της συνολικής ευεξίας των ασθενών και των συγκεκριμένων συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και τη θεραπεία του. Οι απαντήσεις που συλλέγονται με τη χρήση του οργάνου QLQ-BR23 βοηθούν στην κατανόηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και της θεραπείας του στις Ελληνίδες.

Το ερωτηματολόγιο QLQ-C30 αποτελείται από 30 ερωτήσεις, αποτελείται από 15 υπό-κλίμακες, μεταξύ των οποίων: 1) Λειτουργικές υπό-κλίμακες: Σωματική λειτουργικότητα ,λειτουργία ρόλων (περιορισμοί στην εργασία ή στις καθημερινές δραστηριότητες) ,συναισθηματική λειτουργικότητα (συναισθήματα κατάθλιψης, άγχους



και στρες), γνωστική λειτουργία (μνήμη και συγκέντρωση), κοινωνική λειτουργικότητα (αλληλεπιδράσεις με άλλους και οικογενειακά θέματα) 2) Υπό-κλίμακες συμπτωμάτων (αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων):όπως κόπωση, ναυτία, πόνος, αϋπνία, απώλεια και διάρροια .3)Υπάρχει επίσης μια υπό-κλίμακα για τη συνολική υγεία και την ποιότητα ζωής. Η μέτρηση γίνεται σε κλίμακα από το 0 έως το 100, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μια πιο θετική κατάσταση για τις λειτουργικές υπό-κλίμακες και μια πιο σοβαρή συμπτωματολογία για τις υπό-κλίμακες συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, οι βαθμολογίες που πλησιάζουν το 100 αντιστοιχούν σε καλύτερη υγεία για τις λειτουργικές υπό-κλίμακες και σε πιο έντονα συμπτώματα για τις υπό-κλίμακες συμπτωμάτων.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν ακολουθήσει διάφορες επικουρικές θεραπείες , είχαν διάφορα μορφωτικά επίπεδα και οικονομικά, ενώ ζούσαν σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Η μελέτη ανέλυσε λειτουργικές κλίμακες και διαπίστωσε ότι οι γυναίκες του δείγματος υπερέχουν στη γνωστική λειτουργία (MT=86,3), στη σωματική λειτουργία (MT=81,2) και στη λειτουργία ρόλου (MT=71,0). Απολάμβαναν, επίσης κοινωνικές δραστηριότητες (MT=80,7). Ωστόσο, οι γυναίκες αυτές παρουσίασαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχολογική τους διάθεση (MT=70,0) και αντιμετώπιζαν σημαντική συναισθηματική δυσφορία ένα χρόνο μετά την επέμβαση. Τα σημαντικότερα συμπτώματα περιλάμβαναν κόπωση (MT=34,1), αϋπνία (MT=26,9), οικονομικές προκλήσεις (MT=24,3) και πόνο (MT=20,9). Οι ανησυχίες για την απώλεια μαλλιών ήταν ιδιαίτερα υψηλές.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες εξέφρασαν αυξημένη ανησυχία για τις μελλοντικές προοπτικές και ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα σχετικά με το στήθος και το χέρι. Αντίθετα, οι κάτοικοι των πόλεων σημείωσαν καλύτερη βαθμολογία στη συναισθηματική λειτουργία και αντιμετώπισαν λιγότερες παρενέργειες που σχετίζονταν με τη θεραπεία.

Η ορμονοθεραπεία βελτίωσε τη γενική υγεία, αλλά οδήγησε σε αυξημένες περιπτώσεις διάρροιας. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία ανέφεραν καλύτερη γενική υγεία και συναισθηματική ευεξία, αλλά υπέφεραν από περισσότερα συμπτώματα που σχετίζονταν με το χέρι. Η ακτινοθεραπεία συνδέθηκε με πιο έντονα και επίπονα συμπτώματα. Συμπερασματικά, η μελέτη αποκάλυψε ποικίλες επιπτώσεις της θεραπείας στην υγεία των γυναικών και υπογράμμισε την επίδραση της ηλικίας και του τόπου διαμονής στις εμπειρίες τους.

Τέλος η μελέτη αποκάλυψε σημαντικές διαφορές σε διάφορες λειτουργικές πτυχές μεταξύ των διαφόρων χειρουργικών προσεγγίσεων. Η ολική μαστεκτομή (χωρίς αποκατάσταση) συσχετίστηκε με υψηλότερη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα, αλλά χαμηλότερη λειτουργικότητα ρόλων και σεξουαλική απόλαυση . Επίσης αυτές οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή(χωρίς αποκατάσταση) παρουσίασαν σημαντικά χειρότερη γενική κατάσταση υγείας. Η αποκατάσταση του στήθους φαίνεται να προσφέρει πιο αισιόδοξες μελλοντικές προοπτικές και βελτιωμένη σεξουαλική ζωή σε σύγκριση με άλλες χειρουργικές επιλογές.. Παραδόξως, η ολική μαστεκτομή με αποκατάσταση του μαστού επηρέασε αρνητικά την εικόνα του σώματος.(Υφαντής Α. 2021:50-86)

Η επόμενη έρευνα που θα αναλυθεί δημοσιεύτηκε το 2021 από τον Park J. et al. και αφορά την σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής υγεία επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Στην έρευνα συνολικά συμμετείχαν 2457 γυναίκες, το ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι ότι αποτελούσαν πληθυσμό προηγούμενων ερευνών επιβίωσης (Sister Study και Sister Study 2) και είχαν διαγνωστεί με αγγειακό καρκίνο του μαστού από το 2003 ως και το 2011. Τα δημογραφικά στοιχεία δόθηκαν από τις προηγούμενες έρευνες, ενώ τα ιατρικά αρχεία έδωσαν πληροφορίες για κλινικά χαρακτηριστικά, όπως την θεραπεία που ακολουθήθηκε και το στάδιο του καρκίνου.

Η κλίμακα PROMIS Global 10, η οποία αποτελείται από 10 ερωτήσεις, χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση διαφόρων πτυχών της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) στον πληθυσμό της έρευνας . Η αξιολόγηση αυτή περιελάμβανε τομείς όπως η γενική ευεξία, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η δυσφορία και η κόπωση. Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα ,επίσης επίσης ήταν δημιουργία μιας βαθμολογίας συν-νοσηρότητας για την κατανόηση της επίδρασης των συνυπαρχουσών χρόνιων ασθενειών ή συν-νοσηροτήτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Για να εκτιμηθεί ο συλλογικός αντίκτυπος των συν-νοσηροτήτων στην ποιότητα ζωής, καταρτίστηκε μια βαθμολογία συν-νοσηρότητας χρησιμοποιώντας δεδομένα από την έρευνα επιβίωσης. Αυτή η βαθμολογία αντιπροσώπευε τον συνολικό αριθμό των χρόνιων παθήσεων που ανέφεραν οι συμμετέχοντες. Η έρευνα αποσαφήνισε αν οι συμμετέχοντες λάμβαναν θεραπεία ή φαρμακευτική αγωγή για συγκεκριμένες παθήσεις, όπως , ο διαβήτης ή η υψηλή χοληστερόλη καθώς και για καρδιαγγειακές παθήσεις, Από αυτές τις παθήσεις, 15 αναγνωρίστηκαν ως σημαντικοί δείκτες μειωμένης λειτουργίας με βάση τον δείκτη Charlson.

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν γυναίκες ηλικίας 28 έως 80 ετών που είχαν διαγνωστεί με DCIS ή διηθητικό καρκίνο του μαστού. Κατά μέσο όρο, η έρευνα διεξήχθη 4,9 έτη μετά τη διάγνωση. Οι περισσότερες συμμετέχουσες ήταν καλά μορφωμένες, εργαζόμενες, μη ισπανόφωνες λευκές, παντρεμένες ή σε σημαντική σχέση και είχαν ασφάλιση υγείας. Περίπου το 13% είχε ιστορικό άλλων καρκίνων πριν από την πρώτη διάγνωση καρκίνου του μαστού. Από τις συμμετέχουσες, το 46% ήταν στο στάδιο 1 του καρκίνου. Ορισμένες έλαβαν ακτινοβολία με ή χωρίς χειρουργική επέμβαση μαστού, ενώ το 51% υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία μαζί με ή χωρίς χειρουργική επέμβαση μαστού. Οι μέσες βαθμολογίες για τη σωματική και ψυχική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) ήταν 51,50 και 51,56, αντίστοιχα. Ο πληθυσμός αναφοράς είναι των ΗΠΑ και οι γυναίκες αυτές είναι πιο υγιείς από τον μέσο πληθυσμό. Οι επιζώντες με υψηλότερα στάδια καρκίνου είχαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες T για τη σωματική και ψυχική υγεία. Όσες έλαβαν επικουρική θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, είχαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες T για τη σωματική λειτουργία σε σύγκριση με όσες υποβλήθηκαν μόνο σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού. Η μέση βαθμολογία T για τη σωματική λειτουργία για τις λήπτριες χημειοθεραπείας ήταν 3,69 μονάδες χαμηλότερη από για εκείνες που είχαν κάνει μόνο χειρουργείο. Ωστόσο, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις προσαρμοσμένες μέσες βαθμολογίες T για άλλες πτυχές της HRQOL. Οι επιζώντες με υψηλότερη βαθμολογία συν-νοσηρότητας είχαν σημαντικά χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες T τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία, ακόμη και μετά την προσαρμογή για διάφορους παράγοντες. Οι επιζώντες που παρουσίασαν υποτροπή του καρκίνου, μετάσταση ή δευτερογενή κακοήθεια εντός του έτους πριν από την έρευνα είχαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες T τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία. Η εμπειρία χειρουργικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια ή μετά τη χειρουργική επέμβαση του μαστού μείωσε σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η δυσαρέσκεια με τη χειρουργική επέμβαση μαστεκτομής ή αποκατάστασης συνδέθηκε με χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες T. Επιπλέον, η λήψη χειρουργικής επέμβασης αποκατάστασης του μαστού και επικουρικής θεραπείας συνδέθηκε με υψηλότερη σωματική HRQOL. Η μελέτη επιβεβαίωσε επίσης τη θετική επίδραση της αποκατάστασης του μαστού στην HRQOL, γεγονός που συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες των Fanakidou I. et al (2018) και των Platt J. et al (2018). Μεταξύ των συμμετεχουσών με διηθητικό καρκίνο του μαστού, όσες είχαν αρνητικό καρκίνο με υποδοχέα οιστρογόνων (ER) και υποδοχέα προγεστερόνης (PR) είχαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες T μόνο για την ψυχική υγεία σε σύγκριση με όσες είχαν θετικό καρκίνο ER

ή PR. Συνολικά, τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν διάφορους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία των επιζώντων από καρκίνο του μαστού, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για τη φροντίδα επιβίωσης. Η HRQOL, η οποία αξιολογήθηκε περίπου πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση, σχετίζεται με διάφορους παράγοντες. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση, η βαθμολογία συν-νοσηρότητας, οι χειρουργικές επιπλοκές, η δυσαρέσκεια με τη χειρουργική επέμβαση του μαστού και τα πρόσφατα ζητήματα που σχετίζονται με τον καρκίνο. Η σωματική HRQOL συνδέθηκε επίσης με τη χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης του μαστού και την επικουρική θεραπεία. Είναι σημαντικό ότι η HRQOL μετά τη διάγνωση συνδέθηκε με τη συνολική επιβίωση των επιζώντων, ακόμη και μετά τη συνεκτίμηση των προγνωστικών και θεραπευτικών παραγόντων. (Park J. et al 2021:983-1160) Η έρευνα που θα αναλυθεί στην συνέχεια είναι της Καρακώστα Β., η οποία δημοσιεύτηκε το 2023 στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας. Στόχο της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της κόπωσης και της αυτό-αποτελεσματικότητας στην διαχείριση του πόνου και στην ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το δείγμα αποτέλεσαν 150 γυναίκες, οι οποίες είχαν επισκεφτεί το γενικό νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, σε ηλικίες 18-80 ετών. Η έρευνα περιελάμβανε γυναίκες ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο βασικά εργαλεία. Το πρώτο είναι η κλίμακα αξιολόγησης της κόπωσης, η οποία είναι μια μονοδιάστατη κλίμακα με δέκα ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τη ψυχική κόπωση και την σωματική κόπωση. Οι ερωτηθέντες επέλεξαν από πέντε κατηγορίες απαντήσεων που κυμαίνονταν από "ποτέ" (1) έως "πάντα" (5). Οι βαθμολογίες κυμαίνονταν από 10 έως 50, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μεγαλύτερη κόπωση. Το δεύτερο είναι το ερωτηματολόγιο αυτό-αποτελεσματικότητας και πόνου, που μετρά την αυτό-αποτελεσματικότητα στην εκτέλεση δραστηριοτήτων, ενώ βιώνει συνεχή πόνο. Αποτελείται από 10 στοιχεία που βαθμολογούνται σε επτά-βάθμια κλίμακα Likert, με βαθμολογίες που κυμαίνονται από 0 (καθόλου αυτοπεποίθηση) έως 6 (πολύ αυτοπεποίθηση). Η μέγιστη δυνατή βαθμολογία είναι 60, αντανακλώντας ένα υψηλό επίπεδο πίστης στην ικανότητα του ατόμου να εκτελεί διάφορες δραστηριότητες της ζωής του παρά τον πόνο. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε το Missoula-VITAS Quality of Index-15 (MVQoLI-15), το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους. Το εργαλείο αυτό συλλέγει πληροφορίες που αναφέρουν οι ασθενείς σε πέντε διαστάσεις: "συμπτώματα",

"διαπροσωπικές σχέσεις", "λειτουργικότητα", "ευημερία" και "πνευματικότητα" για την αξιολόγηση της συνολικής τους εμπειρίας. Μετρά τον αντίκτυπο αυτών των διαστάσεων στη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς, παρέχοντας μια υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασής του. Τέλος συλλέχθηκαν και τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτούμενων. Η μέση ηλικία ανερχόταν στα 58 έτη με τις περισσότερες γυναίκες να εργάζονται και να είναι παντρεμένες με παιδιά. Στο ερωτηματολόγιο που αφορά την αυτό-διαχέρηση του πόνου ιδιαίτερη δυσκολία φάνηκε να έχουν οι γυναίκες στην αντιμετώπιση του πόνου, χωρίς φάρμακα, ενώ φάνηκε να διατηρούν τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις στα επίπεδα που κυμαινότουσαν και πριν νοσήσουν. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής των γυναικών αυτών και εκεί φάνηκε οι διαπροσωπικές σχέσεις να διατηρούν κανονικά επίπεδα, ενώ οι ασθενείς δηλώνουν πολύ μειωμένη ευεξία. Τέλος το ερωτηματολόγιο κόπωσης έδειξε, ότι νοητικά οι γυναίκες αυτές δεν αισθάνονταν, κόπωση αντίθετα με την σωματική τους κατάσταση, την οποία η κόπωση την είχε επηρεάσει. Επιπλέον παρατηρήθηκαν ασθενείς θετικές συσχετίσεις μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας και της ποιότητας ζωής, καθώς ασθενείς αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ σωματικής και ψυχικής κόπωσης και ποιότητας ζωής. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι επίσης πως δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μελέτη καταλήγει λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού βιώνουν συχνά υψηλά επίπεδα κόπωσης, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη αυτό-αποτελεσματικότητα. Υπάρχει επίσης σύνδεση μεταξύ της κόπωσης και των δυσκολιών στην αντιμετώπιση του πόνου. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που βιώνουν περισσότερη κόπωση τείνουν να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Από την άλλη πλευρά, όσες έχουν καλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του πόνου έχουν υψηλότερη ποιότητα ζωής, βελτιωμένη ευεξία, καλύτερη διαχείριση του πόνου, βελτιωμένες διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερα συμπτώματα της νόσου. Συνολικά, η διαχείριση της κόπωσης και η ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. (Καρακώστα Β., 2023:63-162)

Μία πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα αποτελεί των Hassen A. , et al. , η οποία δημοσιεύτηκε το 2019 και αφορά την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού και παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε τουλάχιστον έναν κύκλο χημειοθεραπείας στο εξειδικευμένο νοσοκομείο Tikur Anbessa στην Αιθιοπία.

Στην ερευνητική μελέτη στην ογκολογική μονάδα που πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2018, συμπεριλήφθηκαν 404 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έκαναν επίσκεψη στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας για χημειοθεραπεία. Κριτήρια ένταξης ήταν γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού άνω των 18 ετών με τουλάχιστον έναν κύκλο χημειοθεραπείας, ενώ αποκλείστηκαν οι βαριά ασθενείς ή οι μη επικοινωνιακές ασθενείς. Όλες οι επιλέξιμες ασθενείς με καρκίνο του μαστού στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας συμμετείχαν στη μελέτη.

Η έρευνα χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30, το οποίο περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις που αφορούν λειτουργικές υπό-κλίμακες, κλίμακες συμπτωμάτων, συνολική κατάσταση υγείας και μεμονωμένα στοιχεία που σχετίζονται με διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Επιπλέον, στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ BR23, το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω προσωπικών συνεντεύξεων και τα κλινικά χαρακτηριστικά αντλήθηκαν από τα ιατρικά αρχεία της ογκολογικής μονάδας.

Ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν να εντοπιστούν οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών. Κλινικές μεταβλητές όπως το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση, ο αριθμός των συνεδριών χημειοθεραπείας ο χρόνος από τη διάγνωση, οι προηγούμενες θεραπείες και το μέγεθος του όγκου συνδυάστηκαν με ανεξάρτητες μεταβλητές που περιλάμβαναν κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες όπως, το επάγγελμα, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, και το εισόδημα του νοικοκυριού. Οι περισσότερες γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν νοικοκυρές, παντρεμένες, λευκές, καθώς είχαν και μέσω όρο ηλικίας 44 έτη. Επιπλέον οι περισσότερες είχαν διαγνωστεί προγενέστερα σε κάποιο άλλο είδος καρκίνου (351), είχαν κάνει χειρουργείο για τον καρκίνο του μαστού (79.3%) και είχαν διαγνωστεί με τον καρκίνο 4 στάδιο(45.4%).

Ένα σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων, περίπου το 54,3%, είχε βαθμολογία κάτω από 53% στην παγκόσμια κατάσταση υγείας, γεγονός που υποδηλώνει λιγότερο ευνοϊκή συνολική κατάσταση υγείας και χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τον μέσο άνθρωπο. Από την άλλη πλευρά, όσοι είχαν βαθμολογία 53% ή υψηλότερη, βίωναν γενικά καλύτερη ποιότητα ζωής. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται πως γνωστική λειτουργία είχε λιγότερα προβλήματα.

Όσον αφορά τις συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές της λειτουργικότητας, η πλειονότητα των συμμετεχόντων, περίπου 71,5% και 59,3% αντίστοιχα, αντιμετώπιζε προκλήσεις, γεγονός που υποδηλώνει χαμηλότερη ευημερία . Όσον αφορά τις κλίμακες συμπτωμάτων, το λιγότερο παρατηρούμενο σύμπτωμα ήταν ο εμετός και η ναυτία ενώ, ένα σημαντικό 79,2% αντιμετώπισε οικονομικές δυσκολίες, ενώ περισσότεροι από τους μισούς αντιμετώπισαν δυσκοιλιότητα (53,6%) και κόπωση (57,3%) .

Στο EORTC QLQ B-23, το φάσμα των βαθμολογιών της λειτουργικής κλίμακας διέφερε σε μεγάλο βαθμό. Η κλίμακα συμπτωμάτων που σχετίζεται με τα συμπτώματα του μαστού ήταν η πιο επιβαρυντική, επηρεάζοντας ένα σημαντικό 90,1% των συμμετεχόντων, γεγονός που σηματοδοτεί υψηλό επίπεδο δυσφορίας και άγχους. Επιπλέον η σεξουαλική λειτουργία, ήταν η λειτουργική κλίμακα που είχε τον πιο σημαντικό αντίκτυπο, με ένα σημαντικό 85,8% να αναφέρει προκλήσεις στον τομέα αυτό. Αντίθετα, η πτυχή της εικόνας του σώματος επηρεάστηκε συγκριτικά λιγότερο, με μόνο το 16,6% των συμμετεχόντων να αντιμετωπίζει δυσκολίες. Στην έρευνα ασθενείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση ή ανώτερη εκπαίδευση είχαν 1,6 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν καλή QOL σε σύγκριση με τις ασθενείς, χωρίς αυτήν.

Επιπλέον, το εισόδημα έπαιξε ρόλο στην ποιότητα ζωής, με τους ασθενείς που είχαν μεγαλύτερο εισόδημα ένα έχουν περισσότερες πιθανότητες για καλή ποιότητα ζωής από εκείνους που είχαν μικρότερο. Η παρούσα μελέτη αποκαλύπτει μια συσχέτιση μεταξύ των οικονομικών δυσκολιών και της χαμηλότερης ποιότητας ζωής (QOL) των ασθενών, η οποία συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών των Bekele M. (2016), των Jaiyesimi A. et al.(2007) καθώς και των Safaee A. et al (2008). Η συσχέτιση αυτή δεν είναι απροσδόκητη, δεδομένου ότι η χημειοθεραπεία, ως παρατεταμένη και δαπανηρή θεραπεία, επιβάλλει σημαντική οικονομική επιβάρυνση στις ασθενείς με καρκίνο . Η κατάσταση επιδεινώνεται σε χώρες όπως η Αιθιοπία, όπου η περιορισμένη διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων χημειοθεραπείας αναγκάζει τους ασθενείς να διανύουν μεγάλες αποστάσεις, επιτείνοντας την ήδη αυξημένη οικονομική τους επιβάρυνση (Costanzo E. Et al 2015).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των κύκλων χημειοθεραπείας και της ποιότητας ζωής. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε περισσότερους από 3 κύκλους χημειοθεραπείας είχαν (2,4 φορές) βελτιωμένη QOL σε σύγκριση με εκείνους που είχαν υποβληθεί σε 3 ή λιγότερους κύκλους χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού με καλή σωματική λειτουργικότητα και κοινωνική

ζωή ,είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από εκείνες με κακή σωματική λειτουργικότητα.

Όσον αφορά τους ασθενείς με λιγότερες οικονομικές δυσκολίες και λιγότερα συμπτώματα κόπωσης είχαν πιο καλή ποιότητα ζωής σε σύγκριση με άλλους . Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς συχνά δίνουν προτεραιότητα στη θεραπεία της κόπωσης έναντι του πόνου, σε αντίθεση με τις απόψεις πολλών ιατρών, όπως των Foubert J.(2006) και Smets E, and Visser M.(1998). Ομοίως, η αϋπνία συνδέεται με διάφορες δυσμενείς ιατρικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες που συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας ζωής (Ishak W et al,2012). Τέλος οι ασθενείς που δεν αντιμετώπισαν σημαντικές παρενέργειες της συστηματικής θεραπείας είχαν 1,5 φορά περισσότερες πιθανότητες να έχουν καλή QOL από εκείνους που αντιμετώπισαν.

Συμπερασματικά καλύτερο μορφωτικό επίπεδο, χαμηλότερες βαθμολογίες για την κόπωση, τις οικονομικές δυσκολίες και τις παρενέργειες της συστηματικής θεραπείας συσχετίστηκαν με καλύτερες βαθμολογίες της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού.(Hassen A., et al., 2019).

### **3.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΑΠΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η επόμενη έρευνα που θα αναλυθεί δημοσιεύτηκε από τους Malathi G., et al. το 2017 και αφορά την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Σκοπό της αποτέλεσε η εύρεση των παραγόντων που την επηρεάζουν, όπως είναι μεταβλητές που έχουν να κάνουν με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών ή αυτά της νόσου.

Η έρευνα διεξήχθη σε 768 καρκινοπαθείς οι οποίοι επιλέχθηκαν με την τεχνική της βολικής δειγματοληψίας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από αυτούς τους καρκινοπαθείς ,μέσω δομημένων και επικυρωμένων συνεντεύξεων. Αυτή η διερευνητική έρευνα περιελάμβανε καρκινοπαθείς ηλικίας οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με καρκίνο σταδίου III ή IV που προσβάλλει διάφορες ανατομικές περιοχές, συμπεριλαμβανομένων του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, της κεφαλής και του τραχήλου, του γαστρεντερικού σωλήνα, των πνευμόνων ή του παχέος εντέρου και οι οποίοι 30 ετών και άνω,. Οι ασθενείς αυτοί είχαν λάβει μια σειρά θεραπειών, συμπεριλαμβανομένης της χημειοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας, της χειρουργικής επέμβασης ή ενός συνδυασμού αυτών των μεθόδων, οι οποίες χορηγήθηκαν σε έγκριτα νοσοκομεία για τον καρκίνο στην Καρνατάκα.



Τα βασικά ευρήματα της έρευνας περιλάμβαναν μια πλειοψηφία γυναικών (57,2%), μια κυρίαρχη ηλικιακή ομάδα 51-60 ετών (30,2%), πολλούς με εκπαίδευση μέχρι το δημοτικό σχολείο (39,2%) και έναν κυρίως ινδουιστικό πληθυσμό (87,9%). Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν παντρεμένοι (94,5%), ζούσαν σε πυρηνικές οικογένειες (97,3%), με το 49% να είναι νοικοκυρές και ένας σημαντικός αριθμός είχε καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (40,1%). Ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας ήταν η κύρια θεραπεία για το 33,1% των ασθενών.

Ο ερευνητής χρησιμοποίησε την έκδοση II του ερωτηματολογίου QOL (Indian Scenario) για να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής (QOL) των ασθενών. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 41 στοιχεία, τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν σε 11 παράγοντες, όπως η σωματική ευεξία, η ψυχολογική ευεξία, οι οικογενειακές σχέσεις, η σεξουαλική, η γενική ευεξία, η προσωπική ικανότητα, η αισιοδοξία και η πίστη, η οικονομική ευεξία, η πληροφοριακή υποστήριξη και η σχέση ασθενούς ιατρού. Τα 39 στοιχεία βαθμολογήθηκαν σε 4-βάθμια κλίμακα Likert, που κυμαίνονταν από το "καθόλου" (1) έως το "πάρα πολύ" (4), ενώ τα υπόλοιπα δύο στοιχεία αξιολογήθηκαν με 10-βάθμια σημασιολογική κλίμακα. Τα στοιχεία 40 και 41 μέτρησαν τη συνολική φυσική κατάσταση και τη συνολική ποιότητα ζωής κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες, με επιλογές απάντησης που κυμαίνονταν από "πολύ κακή" (1) έως "εξαιρετική" (10). Η συνολική βαθμολογία για ολόκληρο το εργαλείο κυμαινόταν από ελάχιστο 41 έως μέγιστο 176. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν καλύτερη ποιότητα ζωής μεταξύ των καρκινοπαθών.

Τα δεδομένα έδειξαν ότι η συνολική ποιότητα ζωής (QOL) των καρκινοπαθών κατά την τελευταία εβδομάδα ήταν γενικά κακή, με διάμεση βαθμολογία 3 σε κλίμακα αξιολόγησης 1 έως 10. Ομοίως, η γενική φυσική κατάσταση των ασθενών κατά τη διάρκεια της εβδομάδας αυτής θεωρήθηκε επίσης κακή, με διάμεση βαθμολογία 4 και . Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αντιμετώπιζε σημαντικούς φυσικούς περιορισμούς (85,8%) και ότι είχε ανασφάλεια για την οικονομική του κατάσταση (95,25%), χωρίς υποστήριξη από την οικογένεια (92,7%). Ο πόνος επηρέαζε αρνητικά τη σωματική ευεξία πολλών (72,9%), ενώ η κόπωση (91,8%) και τα προβλήματα ύπνου (71,7%) ήταν κυρίαρχα ζητήματα.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εξέφρασε δυσφορία κατά τη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις (98,3%). Πολλοί έτρεφαν επίσης φόβους για υποτροπή του καρκίνου (76,2%) και λειτουργική αναπηρία (62,1%). Όσον αφορά τις οικογενειακές

σχέσεις, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (99,2%) ανέφερε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας. Στην έρευνα διαπιστώθηκε εκτεταμένη δυσαρέσκεια για διάφορες πτυχές της ζωής τους. Με κυρίαρχη δυσκολία αυτή της σεξουαλικής τους ζωής (90,1%), πολλοί ήταν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι με την εικόνα του σώματός τους (85,7%), αλλά και βασικό πρόβλημα η φαρμακευτική αγωγή, στην οποία αναγκαστικά στηρίζονταν, χωρίς δυνατότητα διακοπής (72%). Παρά τις προκλήσεις της υγείας τους, παρέμεναν αισιόδοξοι (98,3%) και το κομμάτι της γνωστικής λειτουργίας έμεινε ανεπηρέαστο. Γενικά αισθάνονταν καλά ενημερωμένοι (97,5%) και είχαν καλή σχέση με τους θεράποντες ιατρούς τους (99,7%).

Όσον αφορά τη συνολική ποιότητα ζωής (QOL), η πλειονότητα των ασθενών είχε βαθμολογίες QOL κάτω του μέσου όρου (82,3%), ενώ πολύ λίγοι ανέφεραν υψηλές βαθμολογίες QOL (0,5%). Η μέση βαθμολογία QOL για όλους τους ασθενείς ήταν  $105 \pm 12,93$ . Οι τομείς της ποιότητας ζωής που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν η γενική ευεξία (96,1%), η σωματική ευεξία (72,3%), η ψυχολογική ευεξία (53,5%) και η οικονομική ευεξία (93,6%). Η μελέτη αποκάλυψε επίσης ότι το εισόδημα σχετιζόταν σημαντικά με την QOL, υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς με υψηλότερο εισόδημα έτειναν να έχουν καλύτερη, πολύ καλύτερη QOL, το οποίο υποστηρίζεται και από άλλες έρευνες των Horwood et al., 2007, των Singh et al., 2014 καθώς και των Alawadi και Ohaeri, 2009. Η συσχέτιση αυτή ήταν ανεξάρτητη από δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και από τον τύπο του καρκίνου και τη διάρκεια της θεραπείας. (Malathi G. et al., 2017:445-450)

Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα έρευνα δημοσιεύτηκε τον Οκτώβριο του 2020 από τους Alam M, et al. και αφορά την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο που έχει σχέση με την σίτιση και την αποδοτικότητα τους. Η έρευνα διεξάχθηκε μεταξύ Ιουλίου και Δεκεμβρίου 2019 και ερωτήθηκαν συνολικά 279 καρκινοπαθείς από δύο κέντρα καρκίνου και ένα νοσοκομείο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στη Ντάκα.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (QoL) των συμμετεχόντων, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο QoL έκδοση II (Indian Scenario), με μέγιστη δυνατή βαθμολογία 176. Η ποιότητα ζωής κατηγοριοποιήθηκε σε πέντε ομάδες με βάση τα πρότυπα βαθμολόγησης: Πολύ υψηλή ποιότητα ζωής (πάνω από 165), υψηλή ποιότητα ζωής (147–165), μέση ποιότητα ζωής (118–146), χαμηλή ποιότητα ζωής (99–117) και πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής (κάτω 99). Η διατροφική αξιολόγηση έγινε με τη χρήση του εργαλείου Patient Generated Subjective Global Assessment PGSGA, το οποίο

κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε καλά θρεπτόμενους (Α), ύποπτους ή μέτρια υποσιτισμένους (Β) ή σοβαρά υποσιτισμένους (Γ). Το PGSGA έχει επικυρωθεί για χρήση τόσο σε πληθυσμούς ασθενών με καρκίνο όσο και σε μη καρκινικούς ασθενείς παγκοσμίως.

Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 19 έως 74 έτη, με μέση ηλικία  $49,24 \pm 15,7$ . Το μέσο ύψος των συμμετεχόντων ήταν  $159,97 \pm 8,09$  cm, με. Το μέγιστο καταγεγραμμένο βάρος ήταν 92 κιλά, με μέσο όρο  $56,51 \pm 10,03$  κιλά. Ο υψηλότερος παρατηρούμενος Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ήταν 35,5, με μέσο ΔΜΣ  $22,09 \pm 3,06$ . Οι καρκινοπαθείς χωρίστηκαν σε 6 κατηγορίες με βάση την εντόπιση του καρκίνου τους. Η πιο κοινή κατηγορία ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα (28,3%), ακολουθούμενη από τον καρκίνο στο ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα (22,9%) και το αναπαραγωγικό σύστημα (15,4%). Επιπλέον, ταξινομήθηκαν οι ασθενείς ανάλογα με τα στάδια του καρκίνου τους, με το 19,4% των ασθενών να έχει μετάσταση. Μόνο το 50,2% των 279 ασθενών ακολούθησε τις διατροφικές οδηγίες. Το 38,4% ήταν σε θεραπεία για λιγότερο από 6 μήνες. Οι μέθοδοι θεραπείας περιλάμβαναν χημειοθεραπεία (44,0%), χειρουργική επέμβαση (40,5%) και παρηγορητική φροντίδα για περίπου τους μισούς συμμετέχοντες. Η πλειονότητα των ασθενών νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο, με το 22,9% να νοσηλεύεται για πάνω από 15 ημέρες

Τα αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών έδειξαν, ότι οι περισσότεροι έχουν κάτω του μετρίου ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα : Υψηλή QoL: 14 (5,02%) ,μέτρια QoL: 35 (12,54%), χαμηλή QoL: 150 (53,76%), πολύ χαμηλή QoL: 80 (28,67%) Επιπλέον, αξιολογήθηκε η διατροφική κατάσταση των συμμετεχόντων, με 35 (12,50%) να χαρακτηρίζονται ως σοβαρά υποσιτισμένοι και 152 (54,50%) ως μέτρια υποσιτισμένοι.

Τέλος όσον αφορά την κατάσταση της απόδοσής τους (PS) χρησιμοποιώντας την κλίμακα της Ανατολικής Συνεργατικής Ογκολογικής Ομάδας (ECOG), Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 5 κατηγορίες και διεξάχθηκαν τα εξής αποτελέσματα: Πλήρως ενεργοί: 19,7%, Περιορισμένη σωματικά σε επίπονη δραστηριότητα, αλλά ακόμη ικανοί να κινούνται: 36,9%, ικανοί για κάθε αυτοεξυπηρέτηση αλλά ανίκανοι να εργαστούν: 29%, ικανοί για περιορισμένη αυτοεξυπηρέτηση: 11,8%, με πλήρη αναπηρία: 2,5% Πραγματοποιήθηκε επίσης στατιστική ανάλυση για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική

συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κατάστασης θρέψης και της κατάστασης απόδοσης.

Για να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος της κατάστασης διατροφής και της κατάστασης απόδοσης (PS) στην ποιότητα ζωής, υπολογίστηκε το τετράγωνο Eta ( $\eta^2$ ), αποκαλύπτοντας ένα μέγεθος επίδρασης 0,077, το οποίο χαρακτηρίζεται ως μέτριο. Αυτό σημαίνει ότι η διατροφική κατάσταση επηρεάζει κατά 7,7% τη βαθμολογία της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών, εμπίπτοντας στο εύρος μέτριας επίδρασης.

Συμπερασματικά τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύουν χαμηλής έως πολύ χαμηλής ποιότητας ζωής και υποσιτισμού μεταξύ των καρκινοπαθών στην πόλη Ντάκα, αναδεικνύοντας την επιτακτική ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας να δίνουν αυξημένη προσοχή στις διατροφικές πτυχές κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών διαδικασιών (Alam M., 2020)

Μία έρευνα με αξιόλογα ευρήματα αποτελεί αυτή του Lewandowska A. et al., η οποία δημοσιεύτηκε το 2020. Το θέμα της αποτέλεσε η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, οι οποίοι ακολουθούν κάποιο σχήμα χημειοθεραπείας ως αγωγή κατά του καρκίνου. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Ογκολογικό Κέντρο Podkarpackie στο Rzeszów και συμμετείχαν στο σύνολο 800 ασθενείς που πάλευαν με τον καρκίνο και υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Αυτή η ποικιλόμορφη ομάδα αποτελούνταν κατά 40% από άνδρες και κατά 60% από γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών αυτών ήταν περίπου 54,52 έτη. Επιπλέον, το 58% των ατόμων αυτών προέρχονταν από αγροτικές περιοχές, ενώ το υπόλοιπο 42% ήταν κάτοικοι πόλεων.

Για να είναι επιλέξιμοι για τη μελέτη, οι ασθενείς έπρεπε να εντοπιστούν εντός τριών μηνών από τη διάγνωση του καρκίνου, να έχουν προσδόκιμο ζωής τουλάχιστον έξι μηνών, να είναι άνω των 18 ετών, να υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, να μην έχουν αιματολογικό τύπο καρκίνου, να μην έχουν άλλες χρόνιες ασθένειες και να έχουν πλήρη επίγνωση της διάγνωσής τους. Αφού έλαβαν τη συγκατάθεσή τους, οι ασθενείς μοιράστηκαν πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, τα αρχικά συμπτώματα που απέδωσαν στον καρκίνο τους, την αντίληψή τους για τα συμπτώματα αυτά και τον τρόπο με τον οποίο αντέδρασαν σε αυτά. Για την ολοκληρωμένη κατανόηση της ιατρικής κατάστασης κάθε ασθενούς, εξετάστηκαν σχολαστικά τα κλινικά τους αρχεία, έτσι το ιατρικό προσωπικό έλαβε γνώσεις και για συν-υπάρχοντα νοσήματα.

Έγινε χρήση πολλών ερωτηματολογίων, για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών . Αρχικά χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L: Με σκοπό την εξερεύνηση της καθημερινής ζωής, της συναισθηματικής ευεξίας και της σωματικής Στην συνέχεια χρησιμοποιήθηκε η κατάσταση απόδοσης Karnofsky (KPS): .Μετρά τις σωματικές ικανότητες και την ανεξαρτησία, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 0 (η πιο δύσκολη κατάσταση) έως το 100 (αίσθηση πλήρους ζωής) Επίσης έγινε χρήση συστήματος αξιολόγησης συμπτωμάτων του Έντμοντον (ESAS): Στο οποίο χρησιμοποιούνται οπτικές κλίμακες για να αξιολογηθεί η ένταση των συμπτωμάτων. Η βαθμολογία έγινε σε μια κλίμακα από το 0 (κανένα σύμπτωμα) έως το 10 (σοβαρά συμπτώματα). Για την αξιολόγηση του πόνου χρησιμοποιήθηκε και η αναλογική κλίμακα (VAS) Με μηδέν για καθόλου αίσθηση πόνου και 10 τον μέγιστο δυνατό πόνο. Τέλος έγινε λίστα ελέγχου συμπτωμάτων: Αυτή ήταν ένας κατάλογος ελέγχου συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων. Διερευνούσε τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετώπιζαν τη θεραπεία του καρκίνου. Αισθάνονταν νευρικοί, λυπημένοι, , άγχος ή δυσκολεύονταν να συγκεντρωθούν είχαν προβλήματα ύπνου; Όσον αφορά τη σωματική πλευρά, διερευνούσε θέματα όπως ο πόνος, η απώλεια όρεξης, η κόπωση και η ναυτία.

Το 35% των ασθενών εντόπισε μόνο του την νόσο σε αυτό-εξέταση, ενώ στο 33-37 % διαγνώστηκε από τον γιατρό. Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη τάση να χρησιμοποιούν προληπτικές εξετάσεις και να δίνουν προσοχή στα συμπτώματα. Στη μελέτη αυτή ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι οι γυναίκες τείνουν να αναζητούν περισσότερη ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη, ενώ το 48% των ερωτηθέντων ζήτησε βοήθεια από ψυχολόγους και το 10% συμβουλευτήκε ψυχιάτρους. Οι ασθενείς έλαβαν υποστήριξη κυρίως από τους στενότερους συγγενείς τους. Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις περιορίστηκαν από το 46% περίπου των ασθενών λόγω του καρκίνου, Οι γυναίκες έδειξαν υψηλότερα κίνητρα και δεξιότητες αντιμετώπισης σε σύγκριση με τους άνδρες.

Η διάρκεια της νόσου επηρέασε σημαντικά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ η ηλικία είχε μικρή επίδραση. Η διάρκεια δεν επηρέασε ουσιαστικά τα συναισθήματα κατάθλιψης. Ενώ η πλειονότητα των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τον καρκίνο (65%) και ότι αποδέχεται την κατάστασή του (42%), βίωσαν μια σειρά αρνητικών συναισθημάτων, της ντροπής που σχετίζεται με τον καρκίνο (12%) της μειωμένης αυτοεκτίμησης (13%), της ενοχής (8%), του θυμού (35%), και της κατάθλιψης (30%), με το άγχος να κυριαρχεί. .

Όσον αφορά την ευεξία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονταν καλά, αν και το 28% ανέφερε ότι αισθανόταν αδιαθεσία. Οι περισσότεροι ασθενείς περιέγραψαν την υγεία τους ως μέτρια, με το 37% να την αναφέρει ως καλή και το 22% ως κακή. Επιπλέον ένα σημαντικό ποσοστό (28%) των ασθενών βίωσε υψηλά επίπεδα άγχους λόγω της ασθένειάς τους. Τα πιο συχνά συμπτώματα που βίωσαν οι ασθενείς ήταν η κόπωση, η έλλειψη όρεξης, η δυσκολία στον ύπνο, η δυσκοιλιότητα και ο πόνος. Με την δυσκοιλιότητα και τη κόπωση, να αναφέρονται ως σοβαρά σύμφωνα με την κλίμακα ESAS. Η μέση ένταση του πόνου, μετρούμενη στην κλίμακα VAS, ήταν 73%, με το 56% των ασθενών να τον περιγράφει ως μέτριο και το 10% ως σοβαρό. Η μεγαλύτερη διάρκεια της ασθένειας συσχετίστηκε με αυξημένη κόπωση και πόνο, ενώ η μικρότερη διάρκεια της ασθένειας συσχετίστηκε με συχνότερες εμπειρίες δυσκοιλιότητας και απώλειας όρεξης, καθώς η νόσος προχωρούσε, οι ασθενείς ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα και μείωση της συνολικής αξιολόγησης της υγείας τους. Επιπλέον, σε δύο διαφορετικές μελέτες, των Kapela et al (2017) και των Brekke M. et al. (2019) παρατηρήθηκε μια διαχρονική σχέση με την ποιότητα ζωής και διάρκεια της νόσου, σημειώνοντας μείωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών όσο αυξάνεται η έκταση της νόσου.

Πολλοί ασθενείς δεν αισθάνονταν ελκυστικοί, ήταν δυσαρεστημένοι με την εμφάνισή τους και εξέφραζαν δυσαρέσκεια για τη σεξουαλική τους ζωή, ειδικά μετά τα 3 έτη ασθένειας. Ειδικότερα, οι γυναίκες ανέφεραν ότι δεν αισθάνονταν ελκυστικές και αναζητούσαν τρόπους για να βελτιώσουν την εμφάνισή τους.

Συμπερασματικά σωματικές και συναισθηματικές επιπτώσεις αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο, οι οποίες περιλαμβάνουν ανησυχίες για την εικόνα του σώματος, άγχος, και μια σειρά συμπτωμάτων, τα οποία συχνά εντείνονται καθώς η ασθένεια εξελίσσεται. (Lewandowska A. et al. 2020)

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο στο τέλος του προσδόκιμου ζωής τους είναι ένα θέμα ιδιαίτερα ενδιαφέρον. Οι Bonero A. et al, δημοσίευσαν μία έρευνα το 2023 που αφορά την αποθάρρυνση, την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, καθώς και την μεταξύ τους συσχέτιση στο τελικό στάδιο της νόσου. Στο σύνολο το δείγμα αποτέλεσαν 170 ασθενείς από δύο ιατρικές εγκαταστάσεις στο Τορίνο της Ιταλίας, με εξειδίκευση στην παρηγορητική φροντίδα και την ιατρική ογκολογία. Οι συμμετέχοντες πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια για την παρηγορητική φροντίδα, όπως η τελική

διάγνωση καρκίνου με κακή πρόγνωση και προσδόκιμο ζωής τεσσάρων μηνών ή λιγότερο.

Οι γιατροί συνέλεξαν κλινικά δεδομένα και δημογραφικά και αξιολόγησαν την επίγνωση των ασθενών για την πρόγνωση και την διάγνωση τους, δίνοντας βαθμολογία 0 για έλλειψη επίγνωσης ή παρανοήσεις και βαθμολογία 1 για σωστή επίγνωση. Οι ψυχολόγοι, κατά τη διάρκεια ψυχοκοινωνικών αξιολογήσεων επανεκτίμησαν την επίγνωση της πρόγνωσης. Οι ασθενείς ολοκλήρωσαν μια σειρά από τεστ, με τη διαδικασία αξιολόγησης προσαρμοσμένη στις ατομικές τους ανάγκες και ρυθμό.

Χρησιμοποιήθηκε το σύστημα αξιολόγησης συμπτωμάτων του Έντμοντον (ESAS). Το οποίο είναι εργαλείο για τη μέτρηση της έντασης των συμπτωμάτων στην παρηγορητική φροντίδα. Οι ασθενείς βαθμολογούν συμπτώματα όπως ο πόνος, η ναυτία και η κούραση σε μια 11βάθμια κλίμακα από το 0 (κανένα σύμπτωμα) έως το 10 (το χειρότερο δυνατό). Επιπλέον έγινε χρήση του Functional Assessment of Cancer Therapy Scale - General Measure (FACT-G), η οποία είναι μια έρευνα 27 ερωτήσεων που μετρά την ποιότητα ζωής σε τέσσερις τομείς: συναισθηματική, σωματική, κοινωνική/οικογενειακή και λειτουργική ευεξία. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Επιπλέον έγινε αξιολόγηση της θεραπείας της χρόνιας ασθένειας και της πνευματικής ευημερίας (FACIT-Sp-12), μέσω μιας κλίμακας 12 στοιχείων που υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ισχυρότερη πνευματική ευημερία. Τέλος χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αποθάρρυνσης (DS-IT), η οποία είναι ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης 24 ερωτήσεων, που αξιολογεί τα συναισθήματα σε κλίμακα από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα). Αξιολογεί την αποθάρρυνση σε πέντε πτυχές, με βαθμολογίες  $\geq 37$  να υποδηλώνουν υψηλή αποθάρρυνση.

Η μελέτη αυτή διερεύνησε τις εμπειρίες των ατόμων που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο στο τέλος της ζωής τους. Κατά μέσο όρο, τα άτομα αυτά ήταν περίπου 69 ετών, κυρίως άνδρες με μέση ή πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Ένα σημαντικό ποσοστό (περίπου 40,75%) αντιμετώπιζε μεταστατικό καρκίνο. Επιπλέον οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου του πνεύμονα, του ήπατος-παγκρέατος, του παχέος εντέρου-ορθού και των νεφρών. Το προσδόκιμο ζωής τους κυμαινόταν από λιγότερο από 24 ώρες έως το μέγιστο 120 ημέρες, με μέσο όρο περίπου 27 ημέρες.

Τα πιο δυσάρεστα συμπτώματα, όπως υποδεικνύεται από τις βαθμολογίες ESAS, περιλάμβαναν μειωμένη ευεξία, κόπωση και άγχος. Περισσότερο από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων πάλευε με κλινικά σημαντική κατάθλιψη, με το 20,6% να βιώνει ήπια έως μέτρια κατάθλιψη και το 15,9% να παλεύει με σοβαρή κατάθλιψη. Η συνολική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, μετρούμενη από τη συνολική βαθμολογία FACT-G, ήταν σημαντικά μειωμένη, με τη λειτουργική ευεξία (FWB) να είναι ο τομέας που επηρεάστηκε περισσότερο. Επιπλέον, η πνευματική ευημερία, ιδίως στην πτυχή "Πίστη", ήταν ιδιαίτερα χαμηλή.

Η αποθάρρυνση ήταν διαδεδομένη, με πάνω από το 51% να βιώνει σοβαρή αποθάρρυνση και το 14% να αντιμετωπίζει μέτριο επίπεδο αυτής της κατάστασης. Η "Αίσθηση αποτυχίας" και "Απογοήτευση" αναδείχθηκαν και ως οι παράγοντες με τη μεγαλύτερη επιρροή που συμβάλλουν στην αποθάρρυνση, σύμφωνα με την Κλίμακα αποθάρρυνσης (DS-IT). Είναι σημαντικό ότι η μελέτη δεν αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες αποθάρρυνσης με βάση το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την κατάσταση νοσηλείας ή την επίγνωση της πρόγνωσης. Οι αναλύσεις συσχέτισης κατέδειξαν σαφή σύνδεση μεταξύ της αποθάρρυνσης και συμπτωμάτων όπως η κατάθλιψη, η έλλειψη ευεξίας και η κόπωση, καθώς και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αποθάρρυνσης και της συνολικής ποιότητας ζωής.

Η έρευνα λοιπόν, κατέληξε στο συμπέρασμα πως αποθάρρυνση, που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αποθάρρυνσης και αποτυχίας μπροστά στην ανίατη ασθένεια, αναδείχθηκε ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ευημερία των ασθενών. Ενώ συσχετίστηκε με την πνευματική ευημερία και την κατάθλιψη. Η μελέτη αποκάλυψε ότι η αποθάρρυνση είχε επιζήμια επίδραση σε διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής, της σωματικής, κοινωνικής και λειτουργικής ευημερίας. Τόνισε τη σημασία της αντιμετώπισης της αποθάρρυνσης στους εν λόγω ασθενείς, καθώς επηρέαζε σημαντικά την ψυχική και σωματική τους υγεία. Επιπλέον, η μελέτη υπογράμμισε την ανάγκη αξιολόγησης και διαχείρισης των σωματικών συμπτωμάτων σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο, καθώς συνέβαλαν σημαντικά στην ψυχολογική ευεξία. Τέλος οι συγγραφείς τόνισαν πως το υγειονομικό θα πρέπει να είναι προσεκτικό στην αποθάρρυνση, ιδίως σε ασθενείς που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους με δύσκολα σωματικά συμπτώματα, για να βελτιώσουν τη συνολική ποιότητα ζωής τους και να ζήσουν όσον το δυνατόν καλύτερα τον χρόνο που τους απομένει. ( Bovero A. et al, 2023:429-437)



Η οικογένεια είναι βασικός πυλώνας συμπαράστασης ενός ασθενή με καρκίνο. Είναι λοιπόν σημαντική η κατανόηση του πως επηρεάζει η ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή την οικογένεια και τα παιδιά του. Οι Gotze et al., ασχολήθηκαν μέσω έρευνας που πραγματοποίησαν το 2014 με αυτό το θέμα. Ανέλυσαν λοιπόν την πρόγνωση της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους, σε τρεις διαφορετικές φάσεις, Αρχικά, όταν έλαβαν θεραπεία(t1), στην συνέχεια μετά από έξι μήνες(t2) και τέλος στο 12μήνο(t3)

Στο σύνολο συμμετείχαν 161 ασθενείς με το 75% αυτών είναι γυναίκες και το 25% άνδρες. Στη δεύτερη αξιολόγηση (t2), 124 ασθενείς ερωτήθηκαν, με 5 μη συμμετέχοντες να έχουν αποβιώσει και τους υπόλοιπους να μην επιστρέφουν το ερωτηματολόγιο ή να μην ανταποκρίνονται στις υπενθυμίσεις. Στην τρίτη αξιολόγηση (t3), 121 ασθενείς παρέμειναν στη μελέτη. Επιπλέον ερωτήθηκαν και 115 από τα παιδιά τους και 110 στο σύνολο σύντροφοι τους.

Η μελέτη αξιολόγησε την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και των συντρόφων τους χρησιμοποιώντας το SF-8, για μέτρηση της υποκειμενικής υγείας τόσο των ασθενών, τόσο και της οικογένειας τους. Οι καρκινοπαθείς συμπλήρωσαν επίσης το ερωτηματολόγιο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής - Βασικό Ερωτηματολόγιο (EORTC QLQ-C30), με 30 ερωτήσεις που αξιολογεί την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων κλιμάκων λειτουργικότητας και κλιμάκων συμπτωμάτων. Η ψυχολογική δυσφορία των ασθενών αξιολογήθηκε με τη χρήση της κλίμακας νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), η οποία μετρά το άγχος και την κατάθλιψη. Παρέχει αθροιστικές βαθμολογίες, υποδεικνύοντας τη σοβαρότητα των προβλημάτων. Η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε με τη χρήση της κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης του Όσλο (OSS) τριών στοιχείων, με βαθμολογίες που κατηγοριοποιούνται σε "φτωχή υποστήριξη", "μέτρια υποστήριξη" και "ισχυρή υποστήριξη".

Η ποιότητα ζωής των παιδιών αξιολογήθηκε με το KIDSCREEN-27, ένα εργαλείο ποιότητας ζωής για νέους και παιδιά, το οποίο παρέχει πληροφορίες για πέντε διαστάσεις της ποιότητας ζωής: σχολικό περιβάλλον, ψυχολογική ευεξία, κοινωνική υποστήριξη και συνομηλίκους, αυτονομία και σχέση με τους γονείς και σωματική ευεξία. Τα παιδιά συμπλήρωσαν αυτά τα ερωτηματολόγια ανεξάρτητα. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά μετρήθηκε με τη χρήση της κλίμακας κατάθλιψης για παιδιά του Κέντρου

Επιδημιολογικών Μελετών (Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children - CES-DC), ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε για άτομα ηλικίας 6-17 ετών, με βαθμολογίες άνω του 15 να υποδηλώνουν σχετικά καταθλιπτικά συμπτώματα.

Μετά τη θεραπεία του καρκίνου (t1), οι ασθενείς παρουσίασαν μειωμένη ποιότητα ζωής (QOL), ιδιαίτερα στους τομείς των κοινωνικών, των συναισθηματικών και λειτουργικών ρόλων. Οι σημαντικότερες επιβαρύνσεις των συμπτωμάτων ήταν η κόπωση και οι διαταραχές του ύπνου. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της περιόδου 1 έτους μετά τη διάγνωση, η ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά σε όλες τις κλίμακες λειτουργιών και στη συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων ναυτίας, κόπωσης και απώλειας όρεξης. Οι οικονομικές δυσκολίες επίσης μειώθηκαν, αλλά οι διαταραχές του ύπνου και η κόπωση παρέμειναν σημαντικά προβλήματα ακόμη και με το πέρασμα ενός έτους.

Για τους συντρόφους των ασθενών, η ποιότητα ζωής τους συγκρίθηκε με μια αντιπροσωπευτική ομάδα σύγκρισης από τον γενικό πληθυσμό της Γερμανίας. Οι σύντροφοι είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στους συναισθηματικούς τομείς της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ιδίως οι γυναίκες σύντροφοι. Ωστόσο, δεν υπήρχε διαφορά στον σωματικό τομέα. Οι παράγοντες που εξετάστηκαν ως προς την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των συντρόφων ήταν το φύλο, η ηλικία, ο χρόνος από τη διάγνωση, η κοινωνική υποστήριξη, η ψυχολογική δυσφορία, η πλήρης απασχόληση και το στάδιο του όγκου.

Το φύλο και η ηλικία δεν επηρέασαν σημαντικά την QOL των ασθενών και των συντρόφων, εκτός από το ότι οι άνδρες ασθενείς και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία σύντροφοι είχαν ελαφρώς καλύτερη ψυχική QOL σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές. Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν για περισσότερο από ένα χρόνο είχαν χαμηλότερη σωματική και ψυχική QOL. Οι ασθενείς με ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη είχαν χαμηλότερη ψυχική και σωματική QOL. Οι ασθενείς με στάδιο όγκου 0-2 είχαν καλύτερη ψυχική QOL μετά από οξεία θεραπεία. Οι ασθενείς που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση είχαν καλύτερη σωματική QOL σε όλα τα σημεία αξιολόγησης. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ υψηλής QOL και χαμηλών επιπέδων άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς και τους συντρόφους. Η πλήρης απασχόληση είχε θετικό αντίκτυπο στην ψυχική και σωματική QOL των συντρόφων.

Στην περίπτωση των παιδιών, όλοι οι τομείς της QOL παρουσίασαν μικρές βελτιώσεις με την πάροδο του χρόνου, αλλά οι αλλαγές αυτές δεν ήταν στατιστικά

σημαντικές. Συνοπτικά, η μικρότερη ηλικία και η παρουσία αδελφών σχετίζονταν με καλύτερη ποιότητα ζωής για τα παιδιά με γονέα διαγνωσμένο με καρκίνο. Ωστόσο, τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά και η ψυχολογική δυσφορία του γονέα με καρκίνο είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των παιδιών και παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην αρχική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, με τα κορίτσια να παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Άλλοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες και παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια δεν παρουσίασαν σημαντικές σχέσεις με την QOL των παιδιών.

Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με άλλες έρευνες που δείχνουν σταθερά μια γενικά χαμηλή ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών με καρκίνο και ευθυγραμμίζονται επίσης με προηγούμενες μελέτες που δείχνουν βελτιωμένη ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών με καρκίνο με παιδιά ένα έως δύο χρόνια μετά τη διάγνωση Gazendam-Donofrio et al (2008:133-141). Σύμφωνα με τις ανακαλύψεις των Northouse et al το 2011, οι σύντροφοι παρουσίασαν σταθερά σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες συναισθηματικής ποιότητας ζωής (QOL) και στα τρία σημεία αξιολόγησης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Μεταξύ αυτών, οι γυναίκες σύντροφοι εμφάνισαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες όσον αφορά την ψυχική QOL μετά τη θεραπεία του ασθενούς για τον καρκίνο. (Ernst J. et al, 2015)

Ένα εύλογο ερώτημα σε μία χρόνια ασθένεια αποτελεί η επιλογή της μακροχρόνιας ζωής ή της πιο σύντομης με καλύτερη ποιότητα. Αυτή την πολύ δύσκολη ερώτηση προσπάθησαν να απαντήσουν το 2019 οι Shrestha A. et al (2019:1367-1380), κάνοντας συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το ζήτημα αυτό. Σε μια ανασκόπηση 4.393 άρθρων, συμπεριλήφθηκαν τα 30. Η μελέτη διαπίστωσε ότι τα ηλικιωμένα άτομα, ενδεχομένως με φθίνουσα υγεία, προτιμούσαν την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) από τη Διάρκεια Ζωής (ΔΖ), ενώ οι νεότεροι ασθενείς έτειναν προς τις επιθετικές θεραπείες για επιβίωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι προτιμήσεις για την ΠΖ ή την ΔΖ δεν σχετίζονταν σε μεγάλο βαθμό με παράγοντες όπως το φύλο, η εκπαίδευση, η θρησκεία, η οικογένεια, η οικογενειακή κατάσταση ή ο τύπος του καρκίνου. Ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη επιρροή ήταν η γενική υγεία του ασθενούς- η καλύτερη υγεία ευνοούσε την ΔΖ, ενώ η χειρότερη υγεία την ΠΖ.

Πιο αναλυτικά πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση σε πέντε βάσεις δεδομένων από το 1942 έως τον Οκτώβριο του 2018. Η αναζήτηση στόχευσε σε πέντε κύριες έννοιες: "ποιότητα ζωής", "καρκίνος", "διάρκεια ζωής", "χρησιμότητα υγείας" και "λήψη αποφάσεων". Η αναζήτηση περιελάμβανε διάφορες λέξεις-κλειδιά και πραγματοποιήθηκε από δύο συγγραφείς. Οι μελέτες συμπεριλήφθηκαν εάν συζητούσαν τις προτιμήσεις για την Ποιότητα Ζωής ή τη Διάρκεια Ζωής και τους καθοριστικούς παράγοντες τους, συμπεριλαμβανομένων δημογραφικών, υγειονομικών ή προσωπικών παραγόντων. Εξετάστηκαν ποιοτικές, ποσοτικές ή μικτές μεθοδολογικές μελέτες, οι οποίες περιορίστηκαν σε ενήλικες με καρκίνο και δημοσιεύθηκαν στα αγγλικά. Τα άρθρα ελέγχθηκαν, αποκλείοντας τα editorials, τις ανασκοπήσεις και τις υποθετικές μελέτες με υγιείς εθελοντές.

Οι Meropol NJ et al., (2008: 3459-3466) θεωρούν ότι η ΠΖ και η ΔΖ είναι και οι δύο εξίσου σημαντικές ωστόσο, η πλειοψηφία των ασθενών με προχωρημένο καρκίνο στην εν λόγω μελέτη έδωσε προτεραιότητα στην ΠΖ έναντι ΔΖ. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξαν και οι Jenkins V. et al (2013:2264-2271). Οι Silvestri et al.(1998:771-775) συμπέραναν ότι, αν και υπήρχαν ορισμένοι ασθενείς που θα υπέμεναν τη θεραπεία και τις σχετικές τοξικότητες για να ζήσουν έστω και μια μέρα περισσότερο, υπήρχαν επίσης ασθενείς που θα αρνούσαν όλες τις θεραπείες με σκοπό να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι οι ασθενείς μπορεί να επιλέξουν την αυξημένη ποιότητα ζωής μόνο εάν η πιθανότητα επιβίωσης ήταν μικρότερη από 50% σε σχέση με την αρχική επιβίωση (χωρίς θεραπεία).

Στην μελέτη των Brom L.et al. (2014) παρόλο που ορισμένοι ασθενείς επέλεξαν αρχικά τη θεραπεία, αποφάσισαν ότι αν αυτή επηρέαζε την ΠΖ τους, θα την σταματούσαν. Σε μια ποιοτική μελέτη των Gerber D. et al.(2014:102-108), οι ασθενείς δήλωσαν ότι επιθυμούσαν να συνεχίσουν τις δραστηριότητές τους και να μην επιβαρύνουν την οικογένειά τους και, ως εκ τούτου, να μην υποβληθούν σε χημειοθεραπεία αν οι παράγοντες αυτοί διακυβεύονταν, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία της ΠΖ.

Η επιβίωση έπαιξε καθοριστικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων των ασθενών σχετικά με τις θεραπευτικές τους επιλογές. Οι ασθενείς έτειναν να προτιμούν τη θεραπεία όταν πίστευαν ότι θα μπορούσε να βελτιώσει την πρόγνωσή τους. Επιπλέον, η υφιστάμενη κατάσταση της υγείας τους είχε σημαντικό αντίκτυπο στις προτιμήσεις τους. Μελέτες, όπως αυτή του Perez et al (2001:587-593), αποκάλυψαν ότι τα άτομα που ήταν πρόθυμα

να ανταλλάξουν χρόνο με θεραπεία είχαν την τάση να βαθμολογούνται χαμηλότερα σε διάφορους τομείς των βασικών ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Τα άτομα με καλύτερη υγεία είχαν περισσότερες πιθανότητες να δώσουν προτεραιότητα στη διάρκεια ζωής, ενώ τα άτομα με χειρότερη υγεία προσπαθούσαν να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους.

Κατά την αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις για τη θεραπεία του καρκίνου, προέκυψαν διάφορες εκτιμήσεις. Ο Kiebert και η ερευνητική του ομάδα (1994) εντόπισαν ως σημαντικούς παράγοντες την ηλικία, την ύπαρξη παιδιών, την οικογενειακή κατάσταση, τη δυνατότητα εργασίας χωρίς παρενέργειες, το προσδόκιμο ζωής που σχετίζεται με τη νόσο και την αρχική ποιότητα ζωής. Αντίθετα, άλλες μελέτες έδωσαν διαφορετικά αποτελέσματα, δείχνοντας ότι παράγοντες όπως το φύλο, η ύπαρξη παιδιών, η εκπαίδευση, η θρησκεία και ο τύπος καρκίνου είχαν περιορισμένη επίδραση στις θεραπευτικές επιλογές. Οι ασθενείς με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς έτειναν να δίνουν προτεραιότητα στην επιβίωση, ενώ οι άνεργοι ασθενείς έτειναν να δίνουν έμφαση στην ποιότητα ζωής Laryionava K. et al. (2014:472-478)

Πολυάριθμες μελέτες δεν εστίαζαν στην ηλικία, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στις προτιμήσεις για την διάρκεια ζωής ή την ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης παρουσιάζουν ένα ποικιλόμορφο τοπίο: οι ηλικιωμένοι ασθενείς γενικά έτειναν προς την προτίμηση της ΠΖ, γεγονός που ευθυγραμμίζεται με τις προσδοκίες δεδομένων των εγγενών περιορισμών του προσδόκιμου ζωής και της συχνά μειωμένης ΠΖ που συνδέεται με την προχωρημένη ηλικία. Από την άλλη πλευρά, τα νεότερα άτομα που αντιμετώπιζαν καρκίνο ήταν πιο διατεθειμένα να υπομείνουν επιθετικές θεραπείες με σκοπό την επιμήκυνση των ετών επιβίωσης. (Krammer R and Heinzerling L., 2014)

Στο πλαίσιο των συμβιβασμών μεταξύ συμπτωμάτων και μακροζωίας, οι ασθενείς έδειξαν προθυμία να υπομείνουν ορισμένες παρενέργειες της θεραπείας για να παρατείνουν τη ζωή τους. Για παράδειγμα, ορισμένοι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη ήταν έτοιμοι να δώσουν προτεραιότητα στην επιβίωση έναντι της διατήρησης της άθικτης σεξουαλικής λειτουργίας. Όταν οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πλησίαζαν στο τέλος της ζωής τους και αντιμετώπιζαν πόνο και δυσφορία, το 47% από αυτούς επέλεξαν την παρηγορητική χειρουργική επέμβαση για να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν

την τρέχουσα κατάσταση της υγείας τους και την ανεξαρτησία τους. (Collins LK, et al. 2013)

Η έρευνα καταλήγει πως στην θεραπεία του καρκίνου, η λήψη αποφάσεων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που επηρεάζεται από διάφορους μη ιατρικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η δυναμική της οικογένειας, η κοινωνική υποστήριξη, η αναμενόμενη επιβίωση και η βασική ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς πρέπει να εξισορροπούν την επιθυμία για μακροζωία με τη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Η έρευνα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς σταθμίζουν αυτούς τους παράγοντες είναι περιορισμένη και οι κλινικοί ιατροί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην καθοδήγηση των θεραπευτικών επιλογών. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοήσουν σε βάθος τις θεραπευτικές επιλογές και τις πιθανές επιπτώσεις τους στην ποιότητα ζωής, ώστε να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις που να ευθυγραμμίζονται με τις μοναδικές προτιμήσεις και περιστάσεις του.

Η Covid-19 είναι μία νόσος η οποία επηρέασε σε μεγάλο βαθμό ολόκληρο τον πληθυσμό του πλανήτη, τόσο όσον αφορά την καθημερινότητα του, όσο όμως και την ψυχοσύνθεση του. Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα έρευνα δημοσιεύτηκε το 2021 από τους Yildirim O., et al., η οποία αφορά την κατάθλιψη και το άγχος των καρκινοπαθών πριν και μετά την εμφάνιση της Covid-19, καθώς και την συσχέτιση του ιού με την καθυστέρηση των θεραπειών.

Στην μελέτη συμμετείχαν 637 καρκινοπαθείς που βρίσκονταν σε ενεργό θεραπεία, συλλέχθηκαν δεδομένα πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Από τους 595 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη μελέτη, οι περισσότεροι είχαν καρκίνο του μαστού, των ωοθηκών, του παχέος εντέρου και του γαστροοισοφάγου,. Το Beck Depression Inventory (BDI) και το Beck Anxiety Inventory (BAI) χορηγήθηκαν πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με μέσο διάστημα 54 ημερών. Η ανάλυση των ηλικιακών ομάδων πραγματοποιήθηκε σε δεκαετίες, που κυμαίνονταν από 18 έως 76 έτη. Οι μέσες βαθμολογίες BDI, BAI και καθυστέρησης θεραπείας (TPA) μετά την επιδημία COVID-19 συγκρίθηκαν σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Η μελέτη συγκέντρωσε επίσης πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς έφτασαν στο νοσοκομείο, κάνοντας διάκριση μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας συγκοινωνίας.

Το ερωτηματολόγιο Beck Anxiety Inventory (BAI) είναι ένα ερωτηματολόγιο πολλαπλών επιλογών 21 ερωτήσεων που έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση της σοβαρότητας του άγχους τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες. Αξιολογεί τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν την προηγούμενη εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένων του

μουδιάσματος, του μυρμηγκιάσματος, της εφίδρωσης και του φόβου. Μια υψηλή βαθμολογία BAI, που κυμαίνεται από 0 έως 63, υποδηλώνει σοβαρότερο άγχος (Beck, et al 1988:893–897). Η επικύρωση στην Τουρκία πραγματοποιήθηκε από τους Ulusoy et al (1998) και η βαθμολόγηση κατηγοριοποιεί τα επίπεδα άγχους ως χαμηλά (0-21), μέτρια (22-35) ή σοβαρά ( $\geq 36$ )

Το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory (BDI) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς 21 ερωτήσεων που έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Beck et al 1961:561–571). Έχει επιδείξει σταθερή αξιοπιστία τόσο σε ψυχιατρικούς όσο και σε μη ψυχιατρικούς πληθυσμούς. Η τουρκική επικύρωση περιελάμβανε τη βαθμολόγηση κάθε απάντησης σε κλίμακα 0-3. Οι υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες στο BDI υποδηλώνουν σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι τυποποιημένες τιμές αποκοπής κατηγοριοποιούν τις βαθμολογίες ως εξής: 0-9 μονάδες (φυσιολογικό), 10-16 μονάδες (ήπια κατάθλιψη), 17-29 μονάδες (μέτρια κατάθλιψη) και 30-63 μονάδες (σοβαρή κατάθλιψη) . (Hisli N. 1988:118–126)

Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν πριν από την πανδημία ήταν από τις 3 έως τις 22 Φεβρουαρίου, ενώ εκείνες κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν από τις 14 Μαρτίου έως τις 5 Ιουλίου 2020. Μετά το τελευταίο ερωτηματολόγιο, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των καθυστερήσεων της θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η σκόπιμη αποφυγή των ραντεβού από τους ασθενείς λόγω του φόβου της μόλυνσης από το COVID-19. Οι επιλοκές της θεραπείας, εξαιρέθηκαν από τα στατιστικά στοιχεία των καθυστερήσεων.

Η μελέτη διαπίστωσε ότι ορισμένοι ασθενείς καθυστέρησαν τη θεραπεία λόγω του άγχους για το COVID-19, που παρατηρήθηκε μέσω νοσοκομειακών αρχείων, συνεντεύξεων ή προσωπικών συναντήσεων. Η πανδημία COVID-19 συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους μεταξύ των ασθενών με καρκίνο. Η αύξηση αυτή συσχετίζεται αξιοσημείωτα με διαταραχές στη θεραπεία τους και οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ειδικότερα, εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και βιώνουν καθυστερήσεις στη θεραπεία. Επιπλέον, οι γυναίκες ασθενείς επιδεικνύουν εντονότερη ευαισθησία στην κατάθλιψη και το άγχος Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι οι ασθενείς που βασίζονται στα μέσα μαζικής μεταφοράς αντιμετωπίζουν συχνότερα καθυστερήσεις στη θεραπεία. Η πανδημία SARS-CoV-2 φαίνεται να συμβάλλει στην αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης των καρκινοπαθών,

οδηγώντας ενδεχομένως σε καθυστερήσεις της θεραπείας λόγω ανησυχιών για τη μόλυνση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι σκόπιμο να επιδιώκεται η συνεργασία με ειδικούς ψυχιατρικής και δημόσιας υγείας για την παροχή ουσιαστικής υποστήριξης.

Οι βαθμολογίες TPA αποκάλυψαν αξιοσημείωτες διακρίσεις μεταξύ ασθενών κάτω και άνω των 40 ετών. Ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφάνισαν μια τάση να αναβάλλουν τα ραντεβού και να μένουν στο σπίτι, πιθανώς επηρεασμένοι από την επίγνωση της μεγαλύτερης ευαισθησίας των ηλικιωμένων στη λοίμωξη SARS-CoV-2 ή λόγω των κυβερνητικών συμβουλών. Αντίθετα, οι νεότεροι ασθενείς φάνηκε να υιοθετούν μια πιο ανέμελη προσέγγιση. Οι Hongyu et al. το 2021 τόνισαν ότι οι περιοχές που εφαρμόζουν αυστηρά κυβερνητικά μέτρα και πρακτικές καραντίνας συχνά παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα άγχους και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι Lal A. et al το 2020. παρατήρησαν επίσης μια αύξηση των ψυχολογικών προκλήσεων μεταξύ των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της πανδημίας Στην περίπτωση των νεότερων ασθενών, οι περιστάσεις τους φάνηκε να συνδέονται στενά με τα λουκέτα, το κλείσιμο των σχολείων και τον αντίκτυπο των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στη συμπεριφορά τους (Manivannan M. et al ,2020). Οι Shinan et al. το 2020 κατέγραψαν μείωση των αλληλεπιδράσεων των ασθενών με καρκίνο του μαστού με τους γιατρούς κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ιδίως στις αιματολογικές και ογκολογικές κλινικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ακυρώσεις ραντεβού ήταν συχνότερες μεταξύ ατόμων με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και πρόσθετες χρόνιες παθήσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη περιελάμβανε κυρίως γυναίκες συμμετέχουσες (77%). Στο πλαίσιο εντοπίστηκαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους μεταξύ των γυναικών ασθενών, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα διαφόρων προηγούμενων μελετών (Colombo I. et al.,2020). Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στις κοινωνικές, οικονομικές και οικογενειακές προκλήσεις που συχνά αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των ευθυνών της ανατροφής των παιδιών και της διαχείρισης του νοικοκυριού (Thapa S. et al. ,2020). Ομοίως, οι Özdin et al. το 2020 ανέφεραν υψηλότερο επιπολασμό άγχους που σχετίζεται με την πανδημία μεταξύ των γυναικών



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος είναι μία νόσος, η οποία μαστίζει την ανθρωπότητα. Περισσότεροι από 200 τύποι καρκίνου απαιτούν προσαρμοσμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Χαρακτηριζόμενος ως χρόνια πάθηση, ο καρκίνος προσφέρει δυνατότητες θεραπείας, ιδίως όταν ανιχνεύεται νωρίς. Μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες. Μεταξύ των οποίων είναι η κληρονομικότητα, η διατροφή, το κάπνισμα καθώς και διάφορες καρκινογόνες ουσίες. Αν και επηρεάζει κατά κύριο λόγο άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ο καρκίνος μπορεί επίσης να εμφανιστεί σε νεότερα άτομα και παιδιά. Κάθε τύπος καρκίνου έχει μοναδικά συμπτώματα, εξέλιξη και χαρακτηριστικά, ενώ οι επιπτώσεις στην υγεία εξαρτώνται από παράγοντες όπως το μέγεθος του όγκου, η θέση, το στάδιο ανάπτυξης, η εισβολή στους ιστούς και οι μεταστάσεις.

Η διάγνωση της νόσου μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους, όπως η χρήση καρκινικών δεικτών, το PET/CT, καθώς και την αυτό-διάγνωση του ασθενή. Η θεραπευτική μέθοδος που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου και μπορεί να είναι χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία η συνδυασμός των μεθόδων αυτών. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου που συναντάται στις γυναίκες, ενώ του πνεύμονα στους άνδρες. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που αναλύθηκαν σε εκτενή βαθμό έρευνες για τα συγκεκριμένα είδη καρκίνου.

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί λόγω της διεπιστημονικής του φύσης, σύμφωνα με τον WHO ορίζεται ως , «η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, που αφορά στην κατάσταση της ζωής του, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο πλαίσιο του συστήματος αξιών εντός του οποίου ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτό θέτει». Ο ορισμός περιλαμβάνει έξι ολοκληρωμένους τομείς αναφοράς: σωματική ευεξία, συναισθηματική και ψυχολογική υγεία, βαθμός ανεξαρτησίας, κοινωνικές συνδέσεις και σχέσεις περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά και περιβάλλον, καθώς και διανοητικές ασχολίες και ενδιαφέροντα. Η ποιότητα ζωής συνήθως μετράται μέσω συλλογής ερωτηματολογίων.

Στο κύριο μέρος της εργασίας έγινε προσπάθεια συλλογής σύγχρονου υλικού το οποίο διερευνά κυρίως την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο, καθώς και των παραγόντων οι οποίοι την επηρεάζουν. Οι έρευνες χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες, στην

πρώτη έγινε ανάλυση ερευνών για τον καρκίνο του πνεύμονα, στην δεύτερη για τον καρκίνο του μαστού και στην τρίτη έγινε ανάλυση ερευνών που αφορούν ασθενής με καρκίνο χωρίς εξειδίκευση ως προς το είδος της νόσου.

Όσον αφορά το υλικό που συλλέχθηκε για την ποιότητα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα μπορούν να διεξαχθούν ποικίλα συμπεράσματα. Από συνεντεύξεις ασθενών διαπιστώθηκε ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της ποιότητας ζωής. Τα βασικά θέματα που εντοπίστηκαν περιλαμβάνουν: 1)Την ανεξάρτητη λειτουργικότητα: Οι συμμετέχοντες τόνισαν ομόφωνα τον κρίσιμο ρόλο της ανεξαρτησίας σε μια καλή ποιότητα ζωής. 2)Την σωματική ευημερία: οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημασία της.3)την οικογενειακή και κοινωνική αλληλεπίδραση: θεωρήθηκαν κρίσιμοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής. Το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον αναγνωρίστηκε ως σημαντικό για την ευημερία των ασθενών. 4)Συναισθηματική ευημερία: Υπογραμμίστηκε η σημασία της συναισθηματικής ευεξίας για τη συνολική ποιότητα ζωής. 5)Επιπτώσεις της κόπωσης: Η κόπωση αναδείχθηκε ως κεντρικός και συντριπτικός παράγοντας που επηρέασε αρνητικά την ποιότητα ζωής, αυτή είχε αρνητικές επιπτώσεις στη διάθεση, συμβάλλοντας σε αισθήματα κατάθλιψης ή άγχους. 6) Τέλος η αυτόφροντίδα: Οι συμμετέχοντες συζήτησαν στρατηγικές, ιδίως για την αντιμετώπιση της κόπωσης, θεωρώντας συχνά αναποτελεσματικές τις παραδοσιακές συμβουλές.

Αναλύθηκε δε η σημασία διαφόρων παραγόντων για τον καθορισμό της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Τόσο η σωματική όσο και η συναισθηματική ευεξία, σε συνδυασμό με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόβλεψη της έκβασης των ασθενών. Το φύλο (με τις γυναίκες να έχουν καλύτερη πρόγνωση), η νεότερη ηλικία, η κατάσταση μη καπνιστών, ο χαμηλός βαθμός πόνου (0-1), το πρώιμο στάδιο καρκίνου (I ή II), η λήψη θεραπείας και τα υψηλότερα επίπεδα σωματικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας, αναγνωρίστηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης ευνοϊκών αποτελεσμάτων επιβίωσης.

Επιπλέον, η σωματική λειτουργία ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης σε πρώιμο στάδιο καρκίνου του πνεύμονα (κλινικό στάδιο I, II), ενώ η συναισθηματική λειτουργία αναδείχθηκε ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης τόσο σε πρώιμο όσο και σε προχωρημένο στάδιο. Ειδικότερα, η μείωση της σωματικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας έξι μήνες μετά τη θεραπεία συσχετίστηκε με μικρότερη επιβίωση. Υπογραμμίζονται δε πιθανά οφέλη της διαχείρισης

των συμπτωμάτων και των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της συνολικής λειτουργικότητας των ασθενών. Η κόπωση φάνηκε να ξεχωρίζει ως σύμπτωμα, ενώ οι ασθενείς εξέφρασαν την ανάγκη εξατομικευμένων προσεγγίσεων για την ενίσχυση της συνολικής ευημερίας

Η προσθήκη ανοσοθεραπείας σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο ζωής κατέδειξε δυνατότητες βελτίωσης τόσο της ποιότητας ζωής όσο και της διατροφικής κατάστασης, οδηγώντας σε βελτιωμένη καθημερινή λειτουργικότητα. Σημειώνεται μάλιστα πως αυξημένα επίπεδα κόπωσης, ναυτίας, εμέτου, δύσπνοιας, αϋπνίας, απώλειας όρεξης, δυσκοιλιότητας και οικονομικών προβλημάτων συνδέονται με χειρότερη ποιότητα ζωής. Τέλος η αποδοχή της ασθένειας και ο πόνος επηρέασαν την ποιότητα ζωής ,τόσο σε ψυχολογικό, τόσο και σε νοητικό επίπεδο.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας αναλύθηκαν έρευνες σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού, από τις οποίες καταλήγουμε σε ορισμένα συμπεράσματα. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της κόπωσης και η ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας αναδεικνύονται ως κρίσιμοι παράγοντες για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Γεγονός που σημειώθηκε και στις έρευνες για τον καρκίνο του πνεύμονα . Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν καρκίνο του μαστού συχνά παλεύουν με αυξημένη κόπωση, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της αυτό-αποτελεσματικότητας, ιδίως όσον αφορά τη διαχείριση του πόνου. Τα αυξημένα επίπεδα κόπωσης συνδέονται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής,. Αντίθετα, τα άτομα με ισχυρή αυτό-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του πόνου βιώνουν υψηλότερη ποιότητα ζωής, βελτιωμένη ευημερία, ενισχυμένο έλεγχο του πόνου, θετικές διαπροσωπικές σχέσεις και μειωμένα συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο.

Αναφορικά με την θεραπεία της νόσου , η ορμονοθεραπεία έδειξε συνολική βελτίωση της υγείας, αλλά αύξησε τη συχνότητα εμφάνισης διάρροιας. Οι λήπτες χημειοθεραπείας ανέφεραν βελτιωμένη γενική υγεία και συναισθηματική ευεξία, αλλά υπέφεραν από περισσότερα συμπτώματα που σχετίζονται με τα χέρια. Ο αριθμός των κύκλων χημειοθεραπείας συσχετίζεται επίσης θετικά με την ποιότητα ζωής, παρουσιάζοντας βελτίωση για ασθενείς που υποβάλλονται σε περισσότερους από τρεις κύκλους. Η ακτινοθεραπεία συνδέθηκε με πιο σοβαρά και επώδυνα συμπτώματα.

Επιπλέον η ολική μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση συσχετίστηκε με υψηλότερη γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα αλλά χαμηλότερη λειτουργικότητα ρόλων και σεξουαλική απόλαυση. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αυτή τη διαδικασία

παρουσίασαν επίσης σημαντικά χειρότερη γενική κατάσταση υγείας. Η αποκατάσταση του μαστού αναδείχθηκε ως επιλογή που σχετίζεται με πιο αισιόδοξες μελλοντικές προοπτικές και βελτιωμένη σεξουαλική ζωή σε σύγκριση με άλλες χειρουργικές επιλογές. Παραδόξως, η ολική μαστεκτομή με αποκατάσταση του μαστού επηρέασε αρνητικά την εικόνα του σώματος. , Οι χειρουργικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια ή μετά τη χειρουργική επέμβαση του μαστού μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπλέον, η δυσαρέσκεια με τη μαστεκτομή ή την επανορθωτική χειρουργική επέμβαση συσχετίζεται με χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες ποιότητας ζωής.

Το εισόδημα παίζει καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού, με τα υψηλότερα επίπεδα να συνδέονται με μια πιο ευνοϊκή ποιότητα ζωής. Μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, η καλή σωματική λειτουργικότητα και η ενεργή κοινωνική ζωή συμβάλλουν σε υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τις ασθενείς με κακή σωματική λειτουργικότητα. Επιπλέον, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, οι χαμηλότερες βαθμολογίες κόπωσης, οι λιγότερες οικονομικές δυσκολίες και οι μειωμένες παρενέργειες από τη συστηματική θεραπεία σχετίζονται με καλύτερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής.

Οι ασθενείς με υψηλότερες βαθμολογίες συν-νοσηρότητας αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες ποιότητας ζωής, τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία, ακόμη και μετά την προσαρμογή για διάφορους παράγοντες. Τέλος όσοι έχουν υποτροπή του καρκίνου, μετάσταση ή δευτερογενή κακοήθεια παρουσιάζουν επίσης χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες ποιότητας ζωής.

Στην τελευταία ενότητα αναλύθηκαν έρευνες, οι οποίες παρείχαν αξιοσημείωτες πληροφορίες για τους καρκινοπαθείς. Συνολικά, η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε ποιότητα ζωής κάτω του μέσου όρου. Η γενική ευεξία , η σωματική ευεξία και η ψυχολογική ευεξία επηρεάστηκαν ιδιαίτερα. Οι ασθενείς με καρκίνο που διαγνώστηκαν με καρκίνο σταδίου III ή IV σε διάφορες ανατομικές περιοχές , αντιμετώπιζαν σωματικούς περιορισμούς, καθώς και ανασφάλεια για την οικονομική τους κατάσταση , ενώ υψηλότερο εισόδημα, είχε ως αποτέλεσμα καλύτερη ποιότητα ζωής. Πολλοί βίωναν πόνο που επηρέαζε αρνητικά τη σωματική τους ευεξία ,ενώ η κόπωση και τα προβλήματα ύπνου ήταν κυρίαρχα ζητήματα, γεγονός που υπογραμμίζεται και σε άλλες έρευνες .

Η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου συσχετίστηκε με αυξημένη κόπωση και πόνο, ενώ η μικρότερη διάρκεια της νόσου συσχετίστηκε με συχνότερες εμπειρίες δυσκοιλιότητας και απώλειας όρεξης . Παρατηρήθηκε δυσφορία για την κοινωνική συμμετοχή και ντροπή που σχετίζεται με τον καρκίνο , θυμός και κατάθλιψη ,ενώ κυριάρχησε το άγχος. Επιπλέον οι περισσότεροι ασθενείς είχαν την ικανότητα της κίνησης, αλλά τους ήταν δύσκολη η έντονη δραστηριότητα ή αδυνατούσαν να εργαστούν . Η διατροφή επηρέαζε και την ποιότητα ζωής των ασθενών με μέτριο αντίκτυπο επίσης παρατηρήθηκε έλλειψη όρεξης. Τέλος μεγαλύτερος χρόνος νόσου, συνδέθηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε εξετάσεις διαλογής και να δώσουν προσοχή στα συμπτώματα, ενώ οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη τάση να αναζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη. Η αποθάρρυνση έχει ως αντίκτυπο την χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών και οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς για να βελτιώσουν την ψυχική τους ευημερία.

Καρκίνοπαθείς, οι οποίοι εργάζονταν, είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής .Επιπλέον παρατηρήθηκε πως οι σύντροφοι και τα παιδιά τους φαίνεται να έχουν μειωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με τον μέσω πληθυσμό, ειδικά το γυναικείο φύλο. Αξιοσημείωτο είναι μάλιστα ότι οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι ενδέχεται να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, έδιναν προτεραιότητα στην ποιότητα ζωής, έναντι της διάρκειας ζωής , ενώ οι νεότεροι ασθενείς έτειναν να προτιμούν πιο επιθετικές θεραπείες για μεγαλύτερη επιβίωση. Επομένως η καλύτερη υγεία έτεινε προς την επιλογή της διάρκειας ζωής, ενώ η χειρότερη υγεία ευνοούσε την εστίαση στην ποιότητα ζωής.

Τέλος όσον αφορά την πανδημία φαίνεται να είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών . Η πανδημία COVID-19 συνδέθηκε με στατιστικά σημαντική αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους μεταξύ των ασθενών με καρκίνο, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που αντιμετώπισαν διαταραχές και καθυστερήσεις στη θεραπεία. Οι ηλικιωμένοι καρκίνοπαθείς έδειξαν μια τάση να αναβάλλουν τα ραντεβού και να μένουν στο σπίτι, πιθανώς λόγω συνειδητοποίησης της μεγαλύτερης ευαισθησίας τους στη λοίμωξη από SARS-CoV-2 ή ακολουθώντας τις κυβερνητικές συμβουλές αντίθετα, οι νεότεροι ασθενείς φάνηκαν πιο συνεπείς. Οι γυναίκες ασθενείς παρουσίασαν μεγαλύτερη ευαισθησία στην κατάθλιψη και το άγχος. Οι ασθενείς που βασιζόνταν στα μέσα μαζικής μεταφοράς αντιμετώπισαν

συχνότερες καθυστερήσεις στη θεραπεία. Επομένως ύψιστη η σημασία της συνεργασίας με ειδικούς ψυχιάτρους και ειδικούς δημόσιας υγείας για την παροχή ουσιαστικής υποστήριξης στους ασθενείς.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Άλμα Ζωής (2020) Καρκίνος του Μαστού <https://almazois.gr/>

Γεωργακόπουλος Ξ. (2015) Η ακτινολογία <https://www.drgeorgakopoulos.gr/>  
(προσβάσιμη 12-10-2023)

Γιόβρη Α. (2009) Συγκριτική αξιολόγηση δεικτών ποιότητας ζωής ασθενών με ορθοπεδικά προβλήματα και ατόμων υγείων αναφορικά της συνήθειας του καπνίσματος σελ. 41

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2021) Καρκίνος και Γενικές Πληροφορίες <https://eody.gov.gr/disease/karkinos/>

Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Υγεία Μπροστά GOVGR(2022) Το πρόγραμμα Φώφη Γεννηματά για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού <https://mastografia.gov.gr/programma-fofi-gennimata>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020) Αιτίες θανάτου: έτος 2020 <https://www.statistics.gr/documents/20181/faaaacbf-9fc5-41db-c60b-3cb9ed90e7a5>  
(προσβάσιμη 11-10-2023)

[Θεοφίλου Π. \(2020\)](#) Ποιότητα Ζωής στο χώρο της υγείας - Δείκτες μέτρησης Καρκινικοί δείκτες: Τι είναι & πώς συμβάλλουν στην πρόγνωση του καρκίνου <https://www.onmed.gr/ygeia/story/358494/karkinikoi-deiktes-ti-einai-pos-symvalloyntin-prognosi-toy-karkinoy> 24-08-2017 (προσβάσιμη 12-10-2023)

Καραγιάννης Α. (2013) κληρονομικότητα και καρκίνος <http://www.karagiannisathanasios.gr/kleronomikoteta-kai-karkinos/> (προσβάσιμη 12-10-2023)

Καράκωστα Β. (2023) κόπωση και αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο και την ποιότητα ζωής , σελ. 63-162  
σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

Κοσμίδης Π. (2021) Αυτές είναι οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες κατά του καρκίνου <https://www.ygeiamou.gr/blogs/karkinos-aftes-ine-i-pio-apotelesmatikes-therapies/>  
(προσβάσιμη 12-10-2023)

Λορέντζου Α. (2023) Μονοκλωνικά αντισώματα και θεραπεία του καρκίνου του μαστού σελ :59-63

- Μέλλη Δ. και Ψαράκη Χ. (2020) Σύνδρομο μονάδας εντατικής θεραπείας σελ. 25
- Μιχοπούλου Β. (2017) Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού σε Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο σελ.34-54
- Μπαλταγιάννης Ν. και Μανούσου Α.(2022) Καρκίνος του πνεύμονα Επιστημονικά Χρονικά – Τόμος 27, Τεύχος 2 σελ:200-202
- Παναγιωτάκη-Δαυίδ Κ.,(2009), Τι είναι η ποιότητα ζωής? <http://www.bestrong.org.gr>. (προσβάσιμη 12-10-2023)
- Παπανικολάου Ν. (2014) Θεραπευτικές Επιλογές για τον Καρκίνο <https://www.bestrong.org.gr/el/cancer/treatment/choiceofbettertreatment/therapeuticchoicesforthecancer/> (προσβάσιμη 19-10-2023)
- Παπτης Χ.,(2022), 12 συμπτώματα πιθανού καρκίνου που δεν πρέπει να αγνοούμε <https://www.iatronet.gr/article/113624/12-symptomata-pithanoy-karkinoy-poy-den-prepei-na-agnooyme> (προσβάσιμη 12-10-2023)
- Σουφλήρη Ι.,(2022), Πως εξελίσσεται η μάχη ενάντια στον καρκίνο, Εφημερίδα Το Βήμα 16-06-2022
- Σπυρόπουλος Χ.,(2015) Παχυσαρκία και καρκίνος: μία υπαρκτή και επικίνδυνη συσχέτιση <https://esurgery.gr/paxisarkia-kai-karkinos> (προσβάσιμη 12-10-2023)
- Τσούκαλης Ξ., (2016) Οι καρκινογόνες ουσίες του τσιγάρου. Ποιες σοβαρές ασθένειες προκαλεί το κάπνισμα εκτός από τον καρκίνο <https://medlabgr.blogspot.com/2016/05/smoking-cancer.html#ixzz5dbPCDdZC> (προσβάσιμη 18-10-2023)
- Υφαντής Α. (2021) Ποιότητα ζωής ελληνίδων με καρκίνο του μαστού, σελ:50-86
- Υφαντόπουλος Ν. (2007) Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τεύχος 24 ,σελ. 4-7
- Φραγκιουδάκη Χ. (2020) Αξιολόγηση της θρέψης και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με μη μικρό-κυτταρικό καρκίνο πνεύμονα υπό ανοσοθεραπεία σελ 55-70
- Φουτζήλα Ε. (2018) Κληρονομικός Καρκίνος ΧειρουργικήΘεραπεία-Εγχείριση16-03-2014 <https://www.bestrong.org.gr/el/cancer/treatment/surgery/> (προσβάσιμη 12-10-2023)

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**



- Alam M. et al. (2020) Quality of Life (QoL) of cancer patients and its association with nutritional and performance status: A pilot study. *Heliyon*
- Alawadi S. and Ohaeri J. Health-Related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: A comparative study using the EORTC Quality of Life Questionnaire. *BMC Cancer*. Vol. 9 pp:222-225
- American Lung Association, Types of Lung Cancer (2023) <https://www.lung.org> (προσβάσιμη στις 11-10-2023)
- Beck, et al. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 6 pp: 893–89
- Beck A. T. et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Annals of General Psychiatry*, p561–571
- Bekele M. (2016) Assessing The Quality Of Life Among Patients With Breast Cancer At Tikur Anbassa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Oslo and Akershus University
- Bovero A. et al. (2023) Relationship between demoralization and quality of life in end-of-life cancer patients *Psycho-Oncology* Vol. 32 No. 3 pp. 305-465
- Brekke M. et al (2019) . The Association between ADL Ability and Quality of Life among People with Advanced Cancer. *Occup. Ther. Int.* Vol. 2
- Brom L. et al. (2014) Patients' preferences for participation in treatment decision-making at the end of life: qualitative interviews with advanced cancer patients. *PLoS ONE*
- Brun D. (2011) Quality of Life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer *BMC Cancer* pp:110-353
- Butt Z. et al (2008). Fatigue is the most important symptom for advanced cancer patients who have had chemotherapy. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, Vol. 6,pp: 448–455
- Collins LK, et al. (2013) Patient reasoning in palliative surgical oncology. *J Surg Oncol*. Vol. 107 No. 4 pp:372-375
- Colombo I., et al. (2020). ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Gynaecological malignancies. *ESMO Open*
- Dagnelie, P., et al. (2007). Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for highdose radiotherapy. *Annals of Oncology*, Vol. 18, pp: 940–944

Ernst J. (2015) Quality of life of parents diagnosed with 794 Psycho-Oncology Vol. 24 pp: 787–795

European Medicines Agency (EMA) <https://www.ema.europa.eu/en>

Chabowski M, et al, (2017) The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer a review article. Pol Przegl Chir. pp. 57-61

Fanakidou I. et al (2018) Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. Qual Life Res. Vol. 27 pp:539–543.

Gazendam-Donofrio et al(2008) Quality of life of parents with children living at home: when one parent has cancer. Support Care Cancer Vol. 16 pp:133–141

Gerber D. et al.,(2014) Patient comprehension and attitudes toward maintenance 12 chemotherapy for lung cancer. Patient Educ Couns. Vol. 89 No. 1 pp: 102-108

Gontze H. et al (2015) Predictors of quality of life of cancer patients, their children, and partners. Psychooncology. Vol. 24 No. 7 pp:787-795

Hartl K, et al (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. Ann Oncol. 2003 Vol. 14

Hassen A., et al (2019) Quality of life and associated factors among patients with breast cancer under chemotherapy at Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia

Hisli, N. (1988). A study on the validity of the Beck Depression Inventory. Psychology Journal, Vol. 22 pp118–126

Hong YJ, et al,(2023) Association Between Quality of Life Questionnaire at Diagnosis and Survival in Patients With Lung Cancer. Clin Lung Cancer pp. 459-466

Hongyu Z. et al. (2020). COVID-19 infection outbreak increases anxiety level of general public in China: Involved mechanisms and influencing factors. Journal of Affective Disorders, pp: 446–452

Hopwood P. et al. (2007) The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial) Breast. Vol. 16 pp:241-51.

Ishak W. et al.(2012) Quality of Life in Patients Suffering from Insomnia. Innov Clin Neurosci

- Jenkins V., et al. (2013) Patients' and oncologists' views on the treatment and care of advanced ovarian cancer in the U.K.: results from the ADVOCATE Cancer Vol. 108 No. 11 pp:2264-2271
- Jaiyesimi A, et al. (2007) Health related quality of life and its determinants in Nigerian breast cancer patients. African Journal Of Medicine and Medical Sciences. Vol. 36 No. 8
- John LD. Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. (2010) Oncol Nurs Forum. Vol. 37, No. 2 pp. 339-347
- Karol E. et al, (2019) CA : A Cancer Journal for Clinicians Vol. 69 pp. 438-451
- Kapela I. et al. (2017) Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy. Nurs. Public Health. Vol. 7 pp:53–61
- Kiebert GM et al. (1997) Factors that influence patients' treatment preference. Qual Life Res. 3(3):175-182.
- Krammer R and Heinzerling L. (2014) Therapy preferences in melanoma treatment willingness to pay and preference of quality versus length of life of patients, physicians and healthy controls
- Lal A. et al (2020). Psychological distress among adults in home confinement in the midst of COVID-19 outbreak. European Journal of Dentistry
- Lagendijk J. et al. (2021) Health-related quality of life and overall survival: a prospective study in patients with head and neck cancer treated with radiotherapy Vol. 30 pp:1145-1153
- Laryionava K. et al.(2014) Cancer patients' preferences for quantity or quality of life: German translation and validation of the quality and quantity questionnaire. Oncol Res Treatment. Vol. 37 No. 9 pp: 472-478
- Lewandowska et al (2020) Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy Vol. 19 Int J Environ Res Public Health
- Li L. et al (2017) Prognostic Values of EORTC QLQ-C030 index scores in patients with hepatocellular carcinoma clinical application of health related quality of life data BMC Cancer Vol. 17 No 8
- Malathi G. et al (2017) Quality of Life among Cancer Patients Vol. 4 Indian J Palliat Care pp. 445-450

Manivannan M. et al (2020). A mini-review on the effects of COVID-19 on younger individuals. *Experimental Biology and Medicine* (Maywood, NJ

Mellon S. et al (2006) A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nurs* Vol.29 pp:120–131

Meropol NJ., et al. (2008) Cancer patient preferences for quality and length of life. *Cancer* Vol. 113 No. 12 pp: 3459-3466

Mohsin S. et al (2015) comparison of Quality of Life Of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy In Tertiary Care Hospital, Rawalpindi. *Pak Armed Forces Med* Vol 66 No. 5

Northouse et al. (2011) Assessing longitudinal quality of life in prostate cancer patients and their spouses: a multilevel modeling approach. *Qual Life Res* pp:371–383

Ostlund U. et al. (2007) What symptom and functional dimensions can be predictors for global ratings of overall quality of life in lung cancer patients? *Supportive Care in Cancer*, Vol. 15, pp:1199–1205

Ozdin, S. et al (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol.66 No. 4 , pp:504–513

Park J, et al, (2021) Health-related quality of life outcomes among breast cancer survivors. *Cancer* Vol. 127 No. 7 pp. 883-1160

Perez et al (2001) A longitudinal study of health related quality of life and utility measures in patients with advanced breast cancer. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehab*. Vol. 10 No. 7 pp:587-593.

PET/CT <https://www.radiologyinfo.org/en/info/pet>

Reviewed 01-05-2023 (προσβάσιμη 12-10-2023)

Renwick R. et al. (1996) *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*

Platt J. and Zhong T. (2018) Patient-centered breast reconstruction based on health-related quality-of-life evidence. *Clin Plast Surg*. Pp:137–143

Safae A, et al (2008) Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer* Vol. 45 No. 3

- Sankar E. *et al.* (2022) The role of biomarkers in personalized immunotherapy. *Biomark Res* Vol 10 No 32
- Silvestri G. *et al.* (1998) Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. *BMJ (Clinical Research ed)* pp: 771-775
- Singh H. *et al.* (2014) Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in Malwa Region of Punjab. *Indian J Palliat Care*. Vol. 20 pp:22-116
- Shinan-Altman S. *et al* (2020). Healthcare utilization among breast cancer patients during the COVID-19 outbreak. *Palliative Supportive Care* Vol. 29
- Shrestha A. *et al* (2019) Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology*. Vol. 28 No. 7 pp:1367-1380
- Smets E. *et al* (1998) Fatigue depression and quality of life in cancer patients how can they related? *Support Care Cancer* Vol. 6 No. 8
- Thapa, S. *et al.* (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 99 No. 4 , pp:817–818
- Ulusoy, *et al.* (1998). The Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, No. 2 Vol.12 pp:163–172
- Williams J. *et al* (1981) *The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultation*. *Sot Sri Med*, Vol 15
- Whalen K. (2018) *Pharmacology 7<sup>th</sup> Edition Lippincott Illustrated Reviews Series*) 7th Edition pp.454-480
- World Health Organization (2020) Statistics About Cancer In Greece 2020 <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>
- World Health Organization (2023) Breast Cancer Symptoms <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- WHO (2016) Cancer and Causes <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/el/el-about-cancer/about-cancer-2>
- WHO(2016) Cancer and smoke <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/el/12-ways/tobacco/5420-15>

Yildirim O., et al (2021) Depression and anxiety in cancer patients before and during the SARS-CoV-2 pandemic: association with treatment delays, *Qual Life Res* Vol 30 pp. 1903–1912