



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

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ – ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ & ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**Τίτλος**

**«Εμπειρία επικοινωνίας ασθενών - επαγγελματιών φροντίδας κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας: συστηματική ανασκόπηση»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΟΛΓΑ ΤΖΕΓΚΑ**

**A.M. 20036**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ, 2024**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ – ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ & ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τίτλος

«Εμπειρία επικοινωνίας ασθενών - επαγγελματιών φροντίδας κατά τη  
διάρκεια χημειοθεραπείας: συστηματική ανασκόπηση»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΛΓΑ ΤΖΕΓΚΑ

A.M. 20036

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2024

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



**MASTER OF SCIENCE PROGRAM**  
**MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES**

**DIPLOMA THESIS**

**“Communication experience between patients-health care professionals during chemotherapy: systematic review”**

**OLGATZEGA**

Registered Nurse

**Athens, 2024**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ – ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ & ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**«Εμπειρία επικοινωνίας ασθενών - επαγγελματιών φροντίδας κατά τη  
διάρκεια χημειοθεραπείας: συστηματική ανασκόπηση»**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς στις 08/03/2024 από την  
κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

**Αλεξάνδρα Κορέλη**

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α. (Επιβλέπουσα καθηγήτρια)

**Ευάγγελος Δούσης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α. (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής  
Επιτροπής)

**Νικολέττα Μάργαρη**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α. (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής  
Επιτροπής)

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Τζέγκα Όλγα του Μιχαήλ, με αριθμό μητρώου 20036 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία.

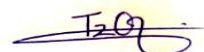
Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο.

Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

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

\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 21.12.2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Τζέγκα Όλγα



Ψηφιακή υπογραφή επιβλέπουσας

Επίκουρη Καθηγήτρια

Copyright © Όλγα Τζέγκα, 2024

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

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

# ΠΡΟΛΟΓΟΣ

---

Τα τελευταία χρόνια, ο καρκίνος έχει αναδειχθεί σε μείζον ζήτημα, καθώς αποτελεί τη δεύτερη κύρια αιτία θανάτου και θνησιμότητας στην Ευρώπη. Τα ανησυχητικά στατιστικά στοιχεία αποκαλύπτουν μια αυξητική τάση, με πάνω από 3,7 εκατομμύρια νέα περιστατικά και 1,9 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, που εκτιμάται ότι θα φτάσουν τα 2,7 εκατομμύρια νέα περιστατικά και τους 1,3 εκατομμύρια θανάτους το 2020. Οι προβλέψεις μιλούν για περαιτέρω αύξηση, με περίπου 4 εκατομμύρια νέα περιστατικά καρκίνου να αναμένονται το 2025 και 5,2 εκατομμύρια μέχρι το 2040 (WHO/Europe | Cancer - Data and Statistics & Cancer burden statistics and trends across Europe | ECIS, 2020). Αυτή η επιδημιολογική μετατόπιση αποτελεί σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η οποία απαιτεί ισχυρή δέσμευση για τη διασφάλιση της πρόσβασης όλων των ασθενών με καρκίνο σε υψηλής ποιότητας και αποτελεσματική περίθαλψη.

Κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου παίζει η χημειοθεραπεία, μια συστηματική φαρμακευτική θεραπεία που έχει σχεδιαστεί για την εξάλειψη των ταχέως πολλαπλασιαζόμενων κυττάρων στο σώμα. Αν και έχει αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματική, οι πολύπλευρες προκλήσεις που συνοδεύουν τη χημειοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών παρενεργειών, της ψυχολογικής δυσφορίας και των κοινωνικών ζητημάτων (Wood & Brighton, 2005), υπογραμμίζουν τη σημασία μιας ολοκληρωμένης κατανόησης των εμπειριών των ασθενών. Το ποικίλο φάσμα συναισθημάτων, σκέψεων και μηχανισμών αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της ασθένειας υπογραμμίζει περαιτέρω την εξατομικευμένη φύση της πορείας του κάθε ασθενούς, που διαμορφώνεται από τις ατομικές πεποιθήσεις, τις αξίες, τον πολιτισμό και τις προηγούμενες εμπειρίες (Cassidy et al., 2015).

Παράλληλα, η επικοινωνία στο κλινικό πλαίσιο αναδεικνύεται σε κεντρικό παράγοντα, αποτελώντας μια διαπροσωπική διαδικασία κατά την οποία οι πληροφορίες ρέουν μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Η ανταλλαγή αυτή, που περιλαμβάνει λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, γραπτή αλληλογραφία, οπτικά βοηθήματα και ψηφιακά εργαλεία, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις θεραπείες και στην υποβοήθηση των επαγγελματιών στην

αντιμετώπιση των ανησυχιών των ασθενών (Prip, 2020). Η αποτελεσματική επικοινωνία όχι μόνο προάγει την πληρέστερη κατανόηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών, αλλά και ενισχύει τη δέσμευση των ασθενών, την τήρηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα (Ruben, 2016; Bello, 2017).

Η παρούσα διπλωματική εργασία σκοπεύει να εμβαθύνει στις ιδιαιτερότητες της εμπειρίας της χημειοθεραπείας μεταξύ ενήλικων ογκολογικών ασθενών, με ιδιαίτερη έμφαση στις αλληλεπιδράσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας. Η διερεύνηση διαρθρώνεται σε δύο μέρη: το γενικό τμήμα που περιλαμβάνει τα κεφάλαια 1 και 2, όπου εμβαθύνουμε στη θεωρία της χημειοθεραπείας και της επικοινωνίας ασθενών-φροντιστών στο πλαίσιο της ογκολογικής περίθαλψης, και το ειδικό τμήμα που αποτελείται από τα κεφάλαια 3 και 4, το οποίο είναι αφιερωμένο στη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της ερευνητικής ανασκόπησης. Στο καταληκτικό Κεφάλαιο 5, εξάγουμε συμπεράσματα και παρουσιάζουμε προτάσεις, συμβάλλοντας στην ευρύτερη κατανόηση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή στο δύσκολο τοπίο της αντικαρκινικής περίθαλψης.



# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

Εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη σε όλους όσους έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής.

Πρώτα απ' όλα, εκφράζω τη βαθύτατη εκτίμησή μου στην οικογένειά μου για την αμέριστη υποστήριξη, κατανόηση και ενθάρρυνση καθ' όλη τη διάρκεια αυτού του ακαδημαϊκού ταξιδιού.

Είμαι επίσης ιδιαίτερα ευγνώμων στους συναδέλφους μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών για την υποστήριξή τους.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στην καθηγήτριά μου, Δρ Αλεξάνδρα Κορέλη (Επίκουρη Καθηγήτρια στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής) για την ανεκτίμητη καθοδήγηση της. Η εμπειρογνωμοσύνη της και η πολύτιμη εμπειρία της ήταν καθοριστικές για τη διαμόρφωση αυτής της ερευνητικής προσπάθειας.

Όλγα Τζέγκα

Αθήνα, Ιανουάριος 2024

# Περιεχόμενα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	6
<i>Χημειοθεραπεία</i> .....	6
Εισαγωγή.....	6
1.1 Η λειτουργία της χημειοθεραπείας.....	8
1.2 Χημειοθεραπευτικοί παράγοντες.....	10
1.2.1 Αλκυλιωτικοί παράγοντες.....	10
1.2.2 Αντιμεταβολίτες .....	11
1.2.3 Αντιμεταβολίτες προερχόμενοι από πυριμιδίνη (ανταγωνιστές πυριμιδίνης) και αντινεοπλασματικά αλκαλοειδή της Vinca .....	11
1.2.4 Άλλοι αντινεοπλασματικοί παράγοντες .....	12
1.3 Τρόποι χορήγησης και παρενέργειες .....	14
1.4 Κλινικές Παρεμβάσεις.....	15
1.5 Ο ρόλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	18
<i>Επικοινωνία ασθενών – επαγγελματιών φροντίδας στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας</i> .....	18
2.1 Εισαγωγή.....	18
2.2 Ορίζοντας την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή .....	19
2.3 Επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας – η συμβολή των νέων τεχνολογιών .....	21
2.4 Η σημασία της «ασθενοκεντρικής» επικοινωνίας και της κοινής λήψης αποφάσεων στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας .....	22
2.4.1 Η πολυπλοκότητα της φροντίδας .....	23
2.4.2 Περιορισμένα στοιχεία .....	24
2.4.3 Οφέλη και Κίνδυνοι .....	24
2.5 Προκλήσεις και προοπτικές .....	25
2.5.1 Προκλήσεις για τους ασθενείς .....	25
2.5.2 Προκλήσεις για τους επαγγελματίες φροντίδας .....	26
2.5.3 Βελτίωση της επικοινωνίας.....	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	32
<i>Μέθοδος και Υλικό</i> .....	32
3.1 Σκοπός.....	32

3.2 Μεθοδολογία της έρευνας .....	32
3.2.1 Στρατηγική αναζήτησης .....	33
3.2.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού .....	34
3.2.3 Διαδικασία αξιολόγησης.....	35
3.3 Δεοντολογικά ζητήματα.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	37
<i>Αποτελέσματα και Συζήτηση .....</i>	<i>37</i>
4.1 Αποτελέσματα .....	37
4.2 Συζήτηση .....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	62
<i>Συμπεράσματα και Μελλοντικές Προτάσεις .....</i>	<i>62</i>
4.1 Συμπεράσματα.....	62
4.2 Περιορισμοί .....	63
4.3 Μελλοντικές Προτάσεις.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	73
ABSTRACT.....	75

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

---

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 – ΟΡΟΙ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 – ΑΝΑΣΚΟΠΗΘΕΙΣΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ**

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

---

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ PRISMA**

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Χημειοθεραπεία

---

### Εισαγωγή

Οι τρεις ιατρικοί σταθμοί που οδήγησαν στην ανάπτυξη της θεραπείας του καρκίνου ξεκίνησαν με τρία γεγονότα του περασμένου αιώνα: την ανακάλυψη των ακτίνων X από τον Wilhelm Konrad Roentgen, τη χρήση μεταμοσχεύσιμων ζωικών μοντέλων όγκων στην έρευνα για τον καρκίνο, και την πρώτη χειρουργική επέμβαση που αναπτύχθηκε από τον Halsted (ριζική μαστεκτομή) (Morrison, 2010).

Ο όρος «χημειοθεραπεία» εισήχθη από τον Γερμανό χημικό Paul Ehrlich, ο οποίος ερεύνησε τη χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία μολυσματικών ασθενειών. Ήταν επίσης ο πρώτος επιστήμονας που μελέτησε ζωικά μοντέλα για να ελέγξει μια σειρά χημικών ουσιών όσον αφορά τη δυνητική τους δράση κατά των ασθενειών. Παράλληλα, ιστορικά έγγραφα υποδεικνύουν ότι η χρήση των αρσενικών ξεκίνησε τη δεκαετία του 1900. Η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική επέμβαση ήταν οι βασικοί πυλώνες της αντιμετώπισης του καρκίνου τη δεκαετία του 1960. Καθώς οι μικρομεταστάσεις και η υποτροπή του καρκίνου έγιναν εμφανείς, η συνδυασμένη χημειοθεραπεία (με χρήση πολλαπλών φαρμάκων) άρχισε να αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία (DeVita & Chu, 2008).

Σταδιακά, η ανακάλυψη ότι οι μουστάρδες του αζώτου δρουν καταλυτικά στη θεραπεία του λεμφώματος (Wendler, 2016) είχε σημαντική αρχική επίδραση στην ανάπτυξη της χημειοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των παραγώγων από το στόμα όπως η χλωραμβουκίλη και εντέλει η κυκλοφωσφαμίδη (DeVita & Chu, 2008). Παράλληλα, η ανακάλυψη της δακτινομυκίνης (ακτινομυκίνη D) άνοιξε το δρόμο για την έρευνα περισσότερων αντικαρκινικών αντιβιοτικών συμπεριλαμβανομένων των ανθρακυκλινών, της μιτομυκίνης και της λευκομυκίνης (Pinkel, 1959). Λίγο νωρίτερα, οι Farber et al. (1947),

θεράπευσαν επιτυχώς την παιδική λευχαιμία με τη χρήση αντιμεταβολίτη με αντιφωσφορική δράση, που ονομάστηκε αμινοπτερίνη και αργότερα έγινε γνωστή ως μεθοτρεξάτη. Η επιτυχής αντιμετώπιση του σπάνιου χοριοκαρκινώματος και των λευχαιμιών με μεθοτρεξάτη οδήγησε σε περαιτέρω έρευνες στη χημειοθεραπεία του καρκίνου, οδηγώντας σε φαρμακευτικές αγωγές με θειοπουρίνες (π.χ. 6-μερκαπτοπουρίνη), ή με 5-φθοροουρακίλη που βρέθηκαν στο προσκήνιο της αντικαρκινικής θεραπείας (DeVita & Chu, 2008).

Οι Nowell & Hungerford (1960) μελέτησαν τη συσχέτιση της μετατόπισης των χρωμοσωμάτων 9 και 22 με διάφορες λευχαιμίες, και η έρευνά τους οδήγησε στην ανάπτυξη των πρώτων μοριακών στοχευμένων θεραπειών (όπως η ιματινίμπη, ένας αναστολέας ανάπτυξης του καρκίνου). Λίγα χρόνια αργότερα, ο Charles Huggins κέρδισε το βραβείο Νόμπελ για τις έρευνες του σχετικά με την ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη, γεγονός που αποτέλεσε εφαλτήριο για μια νέα εποχή ορμονοθεραπείας, με την εισαγωγή φαρμάκων όπως η ταμοξιφαίνη και η αναστροζόλη (DeVita & Chu, 2008).

Με την πάροδο των χρόνων, η χημειοθεραπεία έχει οδηγήσει στην επιτυχή ίαση πολλών ασθενών με καρκίνο. Μακροχρόνιες υφέσεις και ακόμη και θεραπείες πολλών ασθενών με νόσο Hodgkin και παιδική ALL (Acute Lymphoblastic Leukemia – Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία) που έλαβαν θεραπεία με χημειοθεραπεία αναφέρθηκαν για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960. Αντίστοιχα, επιτυχείς θεραπείες του καρκίνου των όρχεων παρατηρήθηκαν κατά τη δεκαετία του 1970 (DeVita & Chu, 2008). Παράλληλα, πολλοί άλλοι τύποι καρκίνου μπορούν να ελεγχθούν με χημειοθεραπεία για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ακόμη και αν δεν θεραπεύονται ολοκληρωτικά (DeVita & Rosenberg, 2012).

Μια σημαντική ανακάλυψη που οδήγησε σε καλύτερα αποτελέσματα τις τελευταίες δεκαετίες, ήταν το πλεονέκτημα της χρήσης πολλαπλών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (γνωστή ως συνδυασμένη χημειοθεραπεία) έναντι των μεμονωμένων παραγόντων (American Society of Clinical Oncology, 2014). Ορισμένοι τύποι λευχαιμίας και λεμφώματος πολύ ταχείας ανάπτυξης (όγκοι που αφορούν τα κύτταρα του μυελού των οστών και των λεμφαδένων, αντίστοιχα) ανταποκρίνονται εξαιρετικά καλά στη συνδυασμένη χημειοθεραπεία και οι κλινικές δοκιμές οδήγησαν στη σταδιακή βελτίωση των συνδυασμών φαρμάκων. Σήμερα, πολλοί από αυτούς τους όγκους μπορούν να θεραπευτούν με την κατάλληλη συνδυασμένη χημειοθεραπεία.



Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πιο πρόσφατα θεραπευτικά πρωτόκολλα, όπως η ανοσοθεραπεία αποτελούν εξαιρετικά σημαντικά νέα όπλα στο οπλοστάσιο του για τον καρκίνο, αλλά δεν μπορούν να αντικαταστήσουν πλήρως τη χημειοθεραπεία.

## **1.1 Η λειτουργία της χημειοθεραπείας**

Ο στόχος της χημειοθεραπείας είναι η αναστολή του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και του πολλαπλασιασμού του όγκου, με σκοπό την αποφυγή της εισβολής και της μετάστασης. Η διαδικασία όμως αυτή έχει ως αποτέλεσμα τις τοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας λόγω της επίδρασης και στα φυσιολογικά κύτταρα. Η αναστολή της ανάπτυξης του όγκου μπορεί να λάβει χώρα σε διάφορα επίπεδα εντός του κυττάρου και του περιβάλλοντός του (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004).

Οι παραδοσιακοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες επηρεάζουν είτε τη σύνθεση μακρομορίων και τη λειτουργία των νεοπλασματικών κυττάρων παρεμβαίνοντας στη σύνθεση του DNA, του RNA ή των πρωτεϊνών, είτε την κατάλληλη λειτουργία του προσχηματισμένου μορίου. Όταν η παρέμβαση στη σύνθεση ή τη λειτουργία των μακρομορίων είναι επαρκής, οδηγεί σε κυτταρικό θάνατο λόγω της άμεσης επίδρασης του χημειοθεραπευτικού παράγοντα, ή εξαιτίας της ενεργοποίησης της απόπτωσης. Με τους παραδοσιακούς παράγοντες, ο κυτταρικός θάνατος μπορεί να καθυστερήσει, και ως εκ τούτου η αγωγή μπορεί να χρειαστεί επανάληψη για να επιτευχθεί ανταπόκριση. Η τοξικότητα των κυτταροτοξικών φαρμάκων είναι πιο σημαντική κατά τη φάση S του κυτταρικού κύκλου, καθώς πρόκειται για τη φάση σύνθεσης του DNA (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004).

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, η συνδυασμένη χημειοθεραπεία είναι πλέον μια συνήθης (και αναλογικά επιτυχημένη) επιλογή για την παραγωγή επαρκούς ανταπόκρισης, διότι προάγει την ανάπτυξη ανθεκτικών κλώνων οδηγώντας σε κυτταροτοξικότητα τόσο στα κύτταρα σε ηρεμία όσο και κύτταρα σε διαίρεση (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004). Οι κυτταρικοί μηχανισμοί που προάγουν ή καταστέλλουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση είναι περίπλοκοι και περιλαμβάνουν πολλά γονίδια, υποδοχείς και μεταγωγή σήματος. Οι έρευνες στη βιολογία των καρκινικών κυττάρων έχουν οδηγήσει σε σημαντική κατανόηση των μηχανισμών της απόπτωσης, της αγγειογένεσης, της

μετάστασης, της μεταγωγής κυτταρικού σήματος, της διαφοροποίησης και της διαμόρφωσης των αυξητικών παραγόντων (Adjei & Hidalgo, 2005). Πλέον, οι ερευνητές σχεδιάζουν μοριακή στοχευμένη θεραπεία προς αυτή την κατεύθυνση, αναστέλλοντας επιλεκτικά την ανάπτυξη μέσω της στόχευσης της κυτταρικής σηματοδότησης, ή της αγγειογένεσης, ή μέσω εμποδίων στην αποικοδόμηση πρωτεϊνών, μεταξύ άλλων.

Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι χημειοθεραπείας (American Society of Clinical Oncology, 2014; Falzone et al., 2018):

- **Νεοεπικουρική χημειοθεραπεία:** χορηγείται για να συρρικνωθεί το μέγεθος του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία.
- **Επικουρική χημειοθεραπεία:** χορηγείται μετά τη χειρουργική επέμβαση ή την ακτινοθεραπεία με στόχο την καταστροφή τυχόν εναπομεινάντων καρκινικών κυττάρων και την αποτροπή της επανεμφάνισης του καρκίνου.
- **Θεραπευτική χημειοθεραπεία:** χορηγείται αντί της χειρουργικής επέμβασης ή της ακτινοβολίας για την εξάλειψη όλων των καρκινικών κυττάρων.
- **Ανακουφιστική χημειοθεραπεία:** χορηγείται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων ή την παράταση της ζωής του ασθενούς σε καρκίνο τελικού σταδίου.

Ο συνδυασμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων χορηγείται κυκλικά με βάση τρεις βασικές αρχές (Falzone et al., 2018):

- **Υπόθεση κλασματικής θανάτωσης (Fractional Kill Hypothesis):** μια ομοιόμορφη δόση φαρμάκου σκοτώνει ένα σταθερό κλάσμα καρκινικών κυττάρων και όχι έναν σταθερό αριθμό, ανεξάρτητα από το φορτίο του όγκου.
- **Γραμμική απόκριση:** τα καρκινικά κύτταρα έχουν γραμμική απόκριση μεταξύ της χορηγούμενης δόσης και της αποτελεσματικότητας.
- **Υπόθεση Goldie-Coldman:** τα καρκινικά κύτταρα αποκτούν αυθόρμητες μεταλλάξεις που προκαλούν ανθεκτικότητα στα φάρμακα.

Ως εκ τούτου, η πολυστοχευμένη θεραπεία ή η συνδυασμένη θεραπεία είναι ανώτερη από τη θεραπεία ενός παράγοντα στα περισσότερα θεραπευτικά πρωτόκολλα του καρκίνου. Επιπλέον, μπορούν να επιλεγούν συνδυασμένοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες

με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και επίσης μη επικαλυπτόμενες τοξικότητες για να μειωθεί τόσο η αντίσταση όσο και οι τοξικότητες. Ένα παράδειγμα συνδυασμένης χημειοθεραπείας είναι η θεραπευτική αγωγή λευκομυκίνης/βινβλαστίνης/σισπλατίνης για τον καρκίνο των όρχεων (Ehrlich et al., 2015).

## **1.2 Χημειοθεραπευτικοί παράγοντες**

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με τον μηχανισμό δράσης τους (Falzone et al., 2018).

### **1.2.1 Αλκυλιωτικοί παράγοντες**

Μια σημαντική κατηγορία των σημερινών φαρμάκων ανήκει στους αλκυλιωτικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να παρεμβαίνουν στο σχηματισμό/σύνδεση των διπλών ελίκων του DNA μεταφέροντας μία αλκυλομάδα στη βάση γουανιδίνης (Kondo et al., 2010). Η διασύνδεση των νουκλεϊκών οξέων με πρωτεΐνες ή πεπτίδια μπορεί επίσης να επηρεάσει τη γεωμετρία του DNA, να προκαλέσει λανθασμένη σύζευξη βάσεων και θραύση των αλυσίδων του DNA και τελικά να εμποδίσει τη διαίρεση του κυττάρου και να προκαλέσει μη αναστρέψιμη γήρανση (Kondo et al., 2010). Πρακτικά, οι αλκυλιωτικοί παράγοντες στις ηλεκτροφιλικές τους μορφές αλληλοεπιδρούν με το κυτταρικό DNA και σχηματίζουν ομοιοπολικά προσθετικά προϊόντα. Ως εκ τούτου, τα αλκυλιωτικά φάρμακα αποτελούν τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες πρώτης γραμμής που χορηγούνται κατά των περισσότερων τύπων καρκίνου, ωστόσο η μεγαλύτερη θεραπευτική αξία της αναστολής τους αφορά τους αργά αναπτυσσόμενους καρκίνους. Στους συνηθέστερους χημειοθεραπευτικούς αλκυλιωτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι: αλτρεταμίνη, χλωραμβουκίλη, θεραπείες λευκόχρυσου (σισπλατίνη, καρμποπλατίνη, οξαλιπλατίνη), δοξορουβικίνη, επιρουβικίνη, ετοποσίδη, μιτοξαντρόνη, κυκλοφωσφαμίδη, θιοτέπα και βουσουλφάνη (Anand et al., 2023).

### **1.2.2 Αντιμεταβολίτες**

Οι αντιμεταβολίτες είναι η επόμενη κατηγορία ουσιών που μπορεί να ανταγωνίζονται, να αντικαθιστούν ή να αναστέλλουν συγκεκριμένους μεταβολίτες στο εσωτερικό των κυττάρων και έτσι να παρεμβαίνουν στον κυτταρικό μεταβολισμό (Mehrmoahadi et al., 2017). Τα μόρια αυτά έχουν ως επί το πλείστον δομή παρόμοια με έναν κυτταρικό μεταβολίτη ή ένα ένζυμο-υπόστρωμα, το οποίο συνήθως αναγνωρίζεται και στη συνέχεια επιδέχεται επεξεργασία από ένα ένζυμο με σκοπό την κάλυψη των κυτταρικών αναγκών (Mehrmoahadi et al., 2017). Τα τετραϋδροφυλλικά σχηματίζονται από τα μη αναγωγικά φυλλικά άλατα της διατροφής από το ένζυμο διυδροφυλλική αναγωγή. Για παράδειγμα, διάφορα φάρμακα, όπως η αμινοπτερίνη, η μεθοτρεξάτη (αμινοπτερίνη), η πυριμεθαμίνη, η τριμεθοπρίμη και η τριαμετερένη, δρουν άμεσα στην παραγωγή αυτών των μεταβολιτών, εμποδίζοντας το ένζυμο να παράγει ανεπάρκεια φυλλικού οξέος (Anand et al., 2023). Η μεθοτρεξάτη, ένα αντιφυλλικό φάρμακο, είναι ένα από τα εξαιρετικά επιτυχημένα αντικαρκινικά φάρμακα που καταστέλλει τη διυδροφυλλική αναγωγή (DHFR) και παρεμποδίζει τη μετατροπή του διυδροφυλλικού οξέος (DHFA) σε τετραϋδροφυλλικό οξύ (THFA) (Raimondi et al., 2019). Αυτή η δραστηριότητα των συνενζύμων είναι σημαντική για τα κύτταρα, καθώς είναι απαραίτητα για τη σύνθεση νουκλεοτιδίων.

### **1.2.3 Αντιμεταβολίτες προερχόμενοι από πυριμιδίνη (ανταγωνιστές πυριμιδίνης) και αντινεοπλασματικά αλκαλοειδή της Vinca**

Οι αντιμεταβολίτες που προέρχονται από πυριμιδίνη είναι μια ομάδα χημειοθεραπευτικών παραγόντων που διακόπτουν τη σύνθεση του DNA και ασκούν την κυτταροτοξικότητά τους στα καρκινικά κύτταρα. Για παράδειγμα, η κυταραβίνη, επίσης γνωστή ως αραβινοσίδη της κυτοσίνης ή Ara C, διακόπτει τη σύνθεση του DNA καθώς και του RNA αντικαθιστώντας την κυτοσίνη με την ίδια. Η κυταραβίνη/αραβινοσίδη της κυτοσίνης χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία της λευχαιμίας ή του λεμφώματος non-Hodgkin (Falzone et al., 2018). Ορισμένοι άλλοι αντιμεταβολίτες που προέρχονται κυρίως από πυριμιδίνη περιλαμβάνουν τη φθοριοουρακίλη, την 5-φθοριοουρακίλη (5-FU), την

καπεσιταβίνη, τη φλοξουριδίνη, τη γεμοσιταβίνη, τη δεσιταβίνη, τη ραλιτιρεξίδη και την τεγκαφούρη (Anand et al., 2023). Όντας ανάλογα πυριμιδίνης ή πουρίνης με τροποποιημένες χημικές ομάδες, αυτά τα φάρμακα/ενώσεις επάγουν την απόπτωση κατά την πρόοδο της φάσης S του κυτταρικού κύκλου ή μέσω της λανθασμένης ενσωμάτωσής τους στο RNA και το DNA ή μέσω της αναστολής των βασικών ενζύμων που απαιτούνται για τη σύνθεση νουκλεϊκών οξέων. Μεταξύ αυτών των ενζύμων, οι DNA πολυμεράσες, η ριβονουκλεοτιδική αναγωγή και η θυμιδυλική συνθετάση αποτελούν τους κύριους ενδοκυτταρικούς στόχους των αντιμεταβολιτών πυριμιδίνης. Η 5-FU υπήρξε ένα πολλά υποσχόμενο ανάλογο πυριμιδίνης που διακόπτει σε μεγάλο βαθμό τη σύνθεση του DNA και του RNA. Αυτό το ανάλογο αναστέλλει τη μίτωση και διεγείρει τον κυτταρικό θάνατο στα διαιρούμενα κύτταρα (Anand et al., 2023).

Τα αλκαλοειδή της Vinca, που εξάγονται κυρίως από διάφορα είδη του γένους Vinca (κυρίως τη μυρτιά *Catharanthus roseus*), είναι κατά βάση αναστολείς της κυτταρικής διαίρεσης, οι οποίοι μπορούν να αλληλοεπιδράσουν με τη μικροσωληνοειδή πρωτεΐνη τουμπουλίνη για να παρεμποδίσουν τον πολυμερισμό της και να παρέμβουν στον κυτταροσκελετό, οδηγώντας σε αναστολή της μιτωτικής διαίρεσης (Moudi et al., 2013). Τα χρωμοσώματα δεν διαχωρίζονται αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της κυτταρικής διαίρεσης, οδηγώντας σε σύλληψη κατά τη μετάφαση. Η βινκριστίνη και η βινβλαστίνη αποτελούν πρωταρχικά παραδείγματα αυτής της κατηγορίας φαρμάκων με διαφορετικό βαθμό και εύρος αντικαρκινικής δράσης (Moudi et al., 2013). Οι καρκίνοι που αντιμετωπίζονται με αυτά τα φάρμακα περιλαμβάνουν: οξεία λευχαιμία, λέμφωμα Hodgkin και μη Hodgkin, ραβδομυοσάρκωμα, σάρκωμα Ewing, νευροβλάστωμα, όγκος του Wilms, διάφορα μυελώματα, χρόνια λευχαιμία, καρκίνος του θυρεοειδούς, όγκοι του εγκεφάλου και αιματολογικούς καρκίνους (Anand et al., 2023).

## **1.2.4 Άλλοι αντινεοπλασματικοί παράγοντες**

Εκτός από αυτές τις τρεις ως άνω, καθιερωμένες κατηγορίες, και άλλοι αντινεοπλασματικοί παράγοντες συμμετέχουν εξίσου στην κλινική πρακτική της χημειοθεραπείας του καρκίνου (DeLeve, 2013).

Η πακλιταξέλη ή ταξόλη είναι ένα σύνθετο διτερπενικό φάρμακο που περιέχει δακτύλιο ταξάνης και προέρχεται από το φλοιό του πουργαριού (*Taxus brevifolia*), το οποίο προκαλεί κυτταροτοξική δράση. Οι επιβεβαιωμένες ανταγωνιστικές επιδράσεις της πακλιταξέλης αναφέρονται σε περιπτώσεις καρκινωμάτων των ωοθηκών και του στήθους μετά την απόρριψη χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής. Έχει επίσης επιδείξει αποτελεσματικότητα κατά των όγκων προχωρημένου σταδίου σε κεφαλή και τράχηλο, του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα, του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου και του καρκίνου του προστάτη (Anand et al., 2023).

Η ετοποσίδη είναι ένα ημισυνθετικό παράγωγο ενός φυτικού γλυκοζίτη που ονομάζεται ποδοφυλλοτοξίνη. Προκαλεί βλάβη στο DNA μεταβάλλοντας τη λειτουργία της τοποϊσομεράσης-II του DNA και προκαλώντας διακοπή του κυτταρικού κύκλου G2. Η ετοποσίδη δημιουργεί ένα τριμερές σύμπλοκο με το DNA και το σύμπλοκο τοποϊσομεράσης-II, εμποδίζοντας τη σύνδεση του τελευταίου με τις έλικες του DNA, ενώ με τον τρόπο αυτό προκαλεί βλάβη σε αυτές (Wellstein, 2018). Τα καρκινικά κύτταρα εξαρτώνται από αυτό το ένζυμο περισσότερο από ό,τι τα υγιή κύτταρα, καθώς διαιρούνται ταχύτερα και ως εκ τούτου, προκαλεί ελαττώματα στη σύνθεση του DNA που προάγουν την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων. Η ετοποσίδη είναι αποτελεσματική έναντι διαφόρων επιθετικών κακοηθειών, συμπεριλαμβανομένου του σαρκώματος Karosi, του σαρκώματος Ewing, της νόσου των όρχεων, της νόσου των πνευμόνων, του λεμφώματος, της μη λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας και του πολύμορφου γλοιοβλαστώματος (Anand et al., 2023).

Η καμπτοτεκίνη είναι μια ανασταλτική ένωση της τοποϊσομεράσης φυσικής προέλευσης. Αρχικά εξήχθη από το φλοιό του δέντρου *Camptotheca acuminata*. Πρόκειται για ένα κυτταροτοξικό αλκαλοειδές που τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει σε αποτελεσματικά παράγωγα αναστολέα της τοποϊσομεράσης και εφαρμόζεται αποτελεσματικά στη χημειοθεραπεία του καρκίνου. Για την ακρίβεια, το πιο αναγνωρισμένο φάρμακο αυτής της κατηγορίας, η τοποτεκάνη, χρησιμοποιείται κατά των προχωρημένων καρκίνων της ωοθήκης και του πνεύμονα (Anand et al., 2023).

Η ακτινομυκίνη D (ή δακτινομυκίνη) είναι ένα χρωμοπεπτιδικό μόριο αναστολέα της μεταγραφής που συνδέεται με το DNA κατά την έναρξη της μεταγραφής στο σύμπλοκο έναρξης και αναστέλλει τα στάδια επιμήκυνσης του RNA. Μπορεί να παρεμβάλλεται, κατά προτίμηση μεταξύ γουανιδίνης και κυτοσίνης, ή να δεσμεύει τις δευτερεύουσες αυλακώσεις της αλυσίδας του DNA για να σχηματίσει ένα εξαιρετικά σταθερό σύμπλοκο

φαρμάκου-DNA, εμποδίζοντας την εκτύλιξη του DNA και σταματώντας έτσι την πρόοδο της αλυσίδας RNA. Η δακτινομυκίνη προέκυψε αρχικά από το *Streptomyces* sp., ταυτοποιήθηκε ως αντιβιοτικός παράγοντας, αλλά αργότερα αναγνωρίστηκε το αντικαρκινικό δυναμικό της και έτσι εισήχθη στη χημειοθεραπεία ως αντικαρκινικό αντιβιοτικό για τη θεραπεία του σαρκώματος Ewing, του όγκου Wilms, του ραβδομυοσαρκώματος, του τροφοβλαστικού νεοπλάσματος, αλλά και του καρκίνου των όρχεων και των ωοθηκών (Falzone et al., 2018).

Οι μιτομυκίνες, μια κατηγορία φυσικών κινόνων, προέρχονται επίσης από τον *Streptomyces caespitosus* και είναι γνωστές για τη δυνατότητα μετασχηματισμού και την ικανότητά τους, ενισχύοντας τις δυνατότητες σε βακτηριακά κύτταρα. Είναι επίσης γνωστός αντινεοπλασματικός παράγοντας, καθώς επιβραδύνει την ανάπτυξη των ινοβλαστικών κυττάρων στο γλαύκωμα (Falzone et al., 2018).

Η δαουνορουβικίνη, ή αλλιώς δαουνομυκίνη, είναι ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ανάπτυξης του καρκίνου στην οξεία μυελογενή λευχαιμία (ΟΜΛ), την οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία (ΟΛΛ), τη χρόνια μυελογενή λευχαιμία (ΧΜΛ) και το σάρκωμα Karosi, μεταξύ άλλων. Εφαρμόζεται με έγχυση σε φλέβα και μετά την παρεμβολή του με το DNA, εμποδίζει τη μακρομοριακή βιοσύνθεση (Anand et al., 2023). Τέλος, μια άλλη ένωση *Streptomyces* με αντικαρκινική δράση, η λευκομυκίνη, χρησιμοποιείται κυρίως κατά του λεμφώματος Hodgkin και του καρκίνου των ωοθηκών και των όρχεων (Wellstein, 2018).

### **1.3 Τρόποι χορήγησης και παρενέργειες**

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα (PO), ενδοφλεβίως (IV), υποδόρια (SC), ενδομυϊκά (IM), ενδοκοιλιακά (IT). Οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες χορηγούνται ενδοφλεβίως λόγω του 100% του ποσοστού απορρόφησης. Ορισμένες ενώσεις, όπως η πακλιταξέλη, είναι δυσδιάλυτες, οπότε πρέπει να αναμειγνύονται με διαλύτες όπως η κρεμοφόρος για καλύτερη απορρόφηση. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την απορρόφηση, όπως η χειρουργική επέμβαση και η γαστρική κινητικότητα, ιδίως σε καρκινοπαθείς που χρησιμοποιούν οπιοειδή (Amjad et al., 2023).

Οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μεταβολίζονται και απεκκρίνονται είτε από το ήπαρ είτε από τους νεφρούς. Παρόλα αυτά, ορισμένα από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι τοξικά για το ήπαρ ή τους νεφρούς. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα τοξικά επίπεδα μπορεί να συσσωρευτούν σε αυτά οδηγώντας σε δυσλειτουργία των οργάνων. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να εξετάζεται η προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με οργανική ανεπάρκεια. Για παράδειγμα, η δόση της καπεσιταβίνης πρέπει να προσαρμοστεί για ασθενείς με νεφρική νόσο (Anand et al., 2023).

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες συνδέονται συνήθως με παρενέργειες που αντικατοπτρίζουν τον μηχανισμό δράσης τους. Συχνά, η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία στοχεύει στην έκφραση του DNA και των πρωτεϊνών τόσο στα καρκινικά κύτταρα όσο και στα φυσιολογικά κύτταρα του ξενιστή. Ως εκ τούτου, ο θεραπευτικός δείκτης που οδηγεί σε τοξικότητα είναι πολύ στενός. Επιπλέον, τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα εμφανίζουν δράση σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα, οπότε επηρεάζουν γρήγορα τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα, όπως αυτά στο μυελό των οστών, στο γαστρεντερικό σωλήνα και στους θύλακες των τριχών. Οι συνήθεις τοξικότητες που σχετίζονται με τέτοιους παράγοντες περιλαμβάνουν μυελοκαταστολή, βλεννογονίτιδα, ναυτία, έμετο, διάρροια, αλωπεκία, κόπωση, στειρότητα, υπογονιμότητα και αντιδράσεις στην έγχυση. Επιπλέον, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων λόγω ανοσοκαταστολής (Amjad et al., 2023).

## 1.4 Κλινικές Παρεμβάσεις

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας του καρκίνου μπορεί να είναι οξείες ή παρατεταμένες, και ως εκ τούτου να χρειάζονται παρακολούθηση. Επιπλέον, απαιτείται διεπιστημονική παρακολούθηση, καθώς συγκεκριμένοι πληθυσμοί ασθενών ενδέχεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών.

Η διαχείριση των κοινών παρενεργειών της χημειοθεραπείας μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής (Amjad et al., 2023):



**Πίνακας 1. Διαχείριση παρενεργειών της χημειοθεραπείας**

<b>Αντιδράσεις στην έγχυση λόγω υπερευαισθησίας</b>	ΦΑ	διφαινυδραμίνη, μεθυλπρεδνιζολόνη, επινεφρίνη
<b>Ναυτία και έμετος</b>	ΦΑ	οι επιλογές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν προχλωροπεραζίνη, αλοπεριδόλη, μετοκλοπραμίδη, λοραζεπάμη, δεξαμεθαζόνη, ονδανσετρόνη, γρανισετρόνη, δολασετρόνη, παλονοσετρόνη, δροναβινόλη, απρεπιτάντη, ή φοσαπρεπιτάντη
<b>Βλεννογονίτιδα</b>	Μη ΦΑ	χρήση ειδικού στοματικού διαλύματος, αποφυγή εμπορικών στοματικών διαλυμάτων, και επιχρίσματα γλυκερίνης λεμονιού
<b>Κόπωση</b>	Μη ΦΑ	παρεμβάσεις όπως η άσκηση, η βελτιστοποίηση της ποιότητας του ύπνου και οι συμπεριφορικές θεραπείες όπως η χαλάρωση έχουν αποδεδειγμένο αποτέλεσμα
<b>Διάρροια</b>	ΦΑ	χρήση παραγόντων όπως η λοπεραμίδη, το διφαινοξυλικό, η ατροπίνη ή η οκτρεοτίδη
<b>Δυσκοιλιότητα</b>	ΦΑ	χρήση παραγόντων όπως docusate, senna, γάλα μαγνησίας, bisacodyl, λακτουλόζη, πολυαιθυλενογλυκόλη, ή κλύσματα
<b>Νευροτοξικότητα</b>	ΦΑ	χρήση παραγόντων όπως η βιταμίνη Β6, η γλουταμίνη, η γκαμπαπεντίνη, η πρεγκαμπαλίνη, η καρβαμαζεπίνη ή τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη)

**ΦΑ – φαρμακευτική αγωγή**

## **1.5 Ο ρόλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης**

Δεδομένου ότι η χορήγηση των περισσότερων χημειοθεραπευτικών παραγόντων γίνεται σε ειδικά κέντρα, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών που λαμβάνουν τέτοια φάρμακα, καθώς συνήθως αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κατανοούν τον τύπο

του χρησιμοποιούμενου φαρμάκου και τις σχετικές παρενέργειές του για τον ασθενή. Η στενή παρακολούθηση και η έγκαιρη αναγνώριση των παρενεργειών μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με ιστορικό αναιμίας και θρομβοπενίας θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ενδομυϊκών ενέσεων και ορθικών υπόθετων (Anand et al., 2023).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία χρειάζονται μια ομαδική προσέγγιση για την παρακολούθηση τυχόν ανεπιθύμητων παρενεργειών. Ο ρόλος των νοσηλευτών και των συναφών επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνει την παροχή υποστηρικτικής φροντίδας, την πρόληψη των λοιμώξεων, την παρακολούθηση της επαρκούς διατροφής και ενυδάτωσης και την παρακολούθηση της ασφάλειας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, το πλύσιμο των χεριών και οι προφυλάξεις για τις λοιμώξεις, όπως τα πρωτόκολλα απομόνωσης, απαιτούν αυστηρή τήρηση. Δεδομένου ότι οι ασθενείς χρειάζονται συχνή εργαστηριακή παρακολούθηση, είναι σημαντικό να κατανοούν τις παραμέτρους των πρωτοκόλλων έγχυσης και να ειδοποιούν τους θεράποντες ιατρούς εάν παρατηρήσουν μη φυσιολογικές παρενέργειες. Οι έγκαιρες νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν τη δυνατότητα να αναστρέψουν τα χειρότερα για πολλούς ασθενείς. Παράλληλα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία χρειάζονται συνήθως ισχυρή συναισθηματική υποστήριξη διότι συχνά υποφέρουν από άγχος, κατάθλιψη και αναμενόμενη θλίψη από τις παρενέργειες των φαρμάκων. Οι διεπιστημονικές και διεπαγγελματικές παρεμβάσεις σε διάφορα στάδια του θεραπευτικού τους σχήματος μπορούν να προάγουν αποτελεσματικά την ψυχική υγεία (Waglandetal., 2016).

Συνολικά, η βελτίωση της επικοινωνίας, η τυποποίηση των πρωτοκόλλων, η αξιοποίηση των δεδομένων και η επαλήθευση των δοσολογιών, καθώς και η συνεργασία με τους φαρμακοποιούς μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στη μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία (Anandetal., 2023).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ***Επικοινωνία ασθενών – επαγγελματιών φροντίδας στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας***

---

#### **2.1 Εισαγωγή**

Ο Καναδός γιατρός, William Osler (1849-1919), είχε γράψει πως «η άσκηση της ιατρικής είναι μια τέχνη, όχι ένα εμπόριο, όχι μια επιχείρηση - ένα επάγγελμα στο οποίο η καρδιά σας θα ασκηθεί εξίσου με το μυαλό σας». Μία από τις πρωταρχικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες φροντίδας είναι η επίτευξη αυτής της ισορροπίας.

Η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως η εκούσια και σκόπιμη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ δύο ή περισσότερων συμμετεχόντων σε μια προσπάθεια να μεταφέρουν ή να λάβουν το μήνυμα που περιλαμβάνεται. Η επικοινωνία διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη συνέχεια του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί το βασικό θεμέλιο και τον πυλώνα προτεραιότητας στον ιατρικό τομέα λόγω του άμεσου ρόλου της στην ασφάλεια, την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών, την ικανοποίηση των ασθενών και το συνολικό κλινικό αποτέλεσμα. Τέλος, η αποτελεσματική επικοινωνία είναι το κλειδί για την παροχή καλής κλινικής φροντίδας και έχει ευεργετικά αποτελέσματα στις σχέσεις επαγγελματιών φροντίδας/ασθενούς (Blackstone, 2009).

Ωστόσο, η συζήτηση για την πρόγνωση του καρκίνου και την πολυπλοκότητα των σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και των θεραπευτικών στόχων δεν είναι πάντα εύκολη. Επί του παρόντος, η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και η από κοινού λήψη αποφάσεων στην ογκολογία δεν είναι η βέλτιστη δυνατή (Wagner et al., 2010). Σε μια μελέτη που περιλάμβανε 1.057 ασθενείς στο πλαίσιο 3.552 κλινικών αποφάσεων, μόνο το 9% κατέληξε σε αυτό που ορίστηκε από τους μελετητές ως

ενημερωμένη ιατρική απόφαση (Braddock et al., 1999). Πιο πρόσφατα, μελέτες διαπίστωσαν ότι οι κλινικοί ιατροί αναζητούν τις προτιμήσεις των ασθενών σε ιατρικές αποφάσεις μόνο περίπου τις μισές φορές (Lee et al., 2012). Σαφώς υπάρχουν παράγοντες που εμποδίζουν την απρόσκοπτη επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και την από κοινού λήψη αποφάσεων μεταξύ των ασθενών, της οικογένειάς τους, των φροντιστών και της ομάδας φροντίδας για τον καρκίνο. Οι συναισθηματικές, οικονομικές και υλικοτεχνικές επιπτώσεις της διάγνωσης του καρκίνου και η πολυπλοκότητα των θεραπευτικών επιλογών, σε συνδυασμό με τους περιορισμούς των ασθενών στον υγειονομικό αλφαριθμητισμό και την έλλειψη εμπειρίας με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να δυσχεράνουν την ενεργό συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών τους στη λήψη αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης (Thorneetal., 2010). Παράλληλα, το σύστημα δεν παρέχει απαραίτητα κίνητρα στους επαγγελματίες φροντίδας να συμμετέχουν στην επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και στη λήψη κοινών αποφάσεων. Επιπλέον, οι επαγγελματίες φροντίδας δεν έχουν συχνά κατάρτιση στην επικοινωνία, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν στις πληροφοριακές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών (Thorneetal., 2010) . Η έλλειψη κατανοητών και εύκολα διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με την πρόγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές, την πιθανότητα ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία, την παρηγορητική φροντίδα, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και το κόστος της φροντίδας του καρκίνου συμβάλλουν στα προβλήματα επικοινωνίας, τα οποία επιδεινώνονται σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο (Thorneetal., 2014).

## **2.2Ορίζοντας την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή**

Η έννοια του «ασθενοκεντρισμού» ως σημαντικού χαρακτηριστικού της υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης απέκτησε σημασία με την έκθεση του IOM (InstituteofMedicine) με τίτλο «Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century» (IOM, 2001). Ο IOM ορίζει τον «ασθενοκεντρισμό» ως την «παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες των ασθενών και διασφαλίζει ότι οι αξίες των ασθενών καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις» (IOM, 2001, σελ. 40). Με την πάροδο του χρόνου, κι άλλοι οργανισμοί και ερευνητές έχουν

αναπτύξει τα χαρακτηριστικά της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Erstein et al., 2010; Prip et al., 2018; Prip, 2020). Στο πλαίσιο του καρκίνου, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή περιλαμβάνουν (IOM, 2011):

- Εκπαίδευση και ενδυνάμωση των ασθενών
- Επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή, η οποία εμπλέκει τον ασθενή, την οικογένεια και το περιβάλλον φροντίδας του, εξηγεί τις θεραπευτικές επιλογές και περιλαμβάνει τους ασθενείς στις θεραπευτικές αποφάσεις ώστε να αντικατοπτρίζονται οι αξίες, οι προτιμήσεις και οι ανάγκες των ασθενών
- Συντονισμός και ολοκλήρωση της περίθαλψης και
- Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, όπως η ανακούφιση από το φόβο και το άγχος και η αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών φροντίδας και η από κοινού λήψη αποφάσεων αποτελούν βασικά στοιχεία της ασθενοκεντρικής φροντίδας. Οι συνιστώσες αυτές προϋποθέτουν ότι οι ενημερωμένοι, ενεργοποιημένοι και συμμετοχικοί ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας αλληλοεπιδρούν με μια ομάδα φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, η οποία διαθέτει αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες και υποστηρίζεται από ένα προσιτό, καλά οργανωμένο και ευέλικτο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Erstein et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, οι πρωταρχικές λειτουργίες της ασθενοκεντρικής επικοινωνίας είναι **(1)** η προώθηση θεραπευτικών σχέσεων, **(2)** η ανταλλαγή πληροφοριών, **(3)** η ανταπόκριση στα συναισθήματα, **(4)** η διαχείριση της αβεβαιότητας, **(5)** η λήψη αποφάσεων και **(6)** η δυνατότητα αυτοδιαχείρισης του ασθενούς (Erstein and Street, 2007). Αυτές οι έξι λειτουργίες αλληλοεπιδρούν δυναμικά για να επηρεάσουν την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών φροντίδας και μπορούν τελικά να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών (Erstein and Street, 2007). Πρόκειται για δεξιότητες που πρέπει να αναπτύσσονται, να χρησιμοποιούνται και να διατηρούνται καθόλη τη διάρκεια της ογκολογικής φροντίδας.

## **2.3 Επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας – η συμβολή των νέων τεχνολογιών**

Η επικοινωνία πληροφοριών κατά τη διάρκεια ογκολογικών επισκέψεων, ιδίως στις αρχικές επισκέψεις, έχει ζωτική σημασία σε σύγκριση με άλλα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, αντιμετωπίζει μοναδικές προκλήσεις λόγω του μεγάλου όγκου πληροφοριών, των πολύπλοκων επιλογών θεραπευτικών αποφάσεων, της συμμετοχής πολλαπλών παρόχων (όπως χειρουργοί, γιατροί και ακτινολόγοι) και της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς (LeBlanc et al., 2014).

Οι ασθενείς ενδέχεται να μην ανακαλούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν με ακρίβεια και να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση, ενώ όταν οι πληροφορίες είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές, πολλοί ασθενείς είναι σε σύγχυση και δε μπορούν να καταγράψουν οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία τους δοθεί (Hack et al., 2005). Παράλληλα, ασθενείς αναφέρουν ότι φεύγοντας από τις αρχικές επισκέψεις αισθάνονται ότι οι πληροφοριακές τους ανάγκες (ιδίως σχετικά με τη θεραπεία, τις παρενέργειες και την πρόγνωση) δεν ικανοποιούνται πάντα (Hack et al., 2005), γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αβεβαιότητα, άγχος και κατάθλιψη (LeBlanc et al., 2014). Σε μια μελέτη με ζεύγη νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο και ογκολόγων, η συμφωνία σχετικά με το περιεχόμενο των θεμάτων που συζητήθηκαν κυμάνθηκε από μόλις 37,5% για τις παρενέργειες της θεραπείας έως 60% για την πρόγνωση (Eggly et al., 2013). Οι ελλιπείς ή ανακριβείς πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία της νόσου και τις θεραπευτικές επιλογές αυξάνουν την πιθανότητα οι ασθενείς να λάβουν υποβέλτιστη ποιότητα φροντίδας (Hack et al., 2004). Παράλληλα, έχει αποδειχθεί ότι οι παρεξηγήσεις που προκύπτουν από την έλλειψη επικοινωνίας επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η λήψη αποφάσεων, η εμπιστοσύνη και η αποτελεσματική θεραπεία (Gustafson et al., 2002).

Η αυξανόμενη υιοθέτηση διαφόρων τεχνολογιών πληροφοριών για την υγεία (HIT) έχει δημιουργήσει νέους διαύλους επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας πέρα από το στενό πλαίσιο των επισκέψεων στο ιατρείο. Για παράδειγμα, οι πύλες ασθενών παρέχουν ευκαιρίες για ηλεκτρονική επικοινωνία. Ορισμένες άλλες έξυπνες/συνεργατικές τεχνολογίες υγείας καθώς και εφαρμογές βοηθούν τους ασθενείς να

διατυπώνουν ερωτήσεις, βελτιώνοντας έτσι τη δέσμευση των επαγγελματιών φροντίδας και εντέλει την επικοινωνία των ασθενών (Winget et al., 2016). Η τηλευγεία έχει επίσης καταστεί πρωταρχικό εργαλείο επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της πρόσφατης πανδημίας (Wu & Street, 2020).

Επιπλέον, η χρήση των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας κατά τη διάρκεια των κλινικών επισκέψεων έχει αλλάξει τη δυναμική της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών φροντίδας (LeBlanc et al., 2014). Δεδομένης της αυξημένης γνωστικής και χρονικής απαίτησης των παρόχων για τη χρήση τους, ενδέχεται να υπονομεύουν τον «ασθενοκεντρισμό», κατευθύνοντας τη συζήτηση μακριά από τις ανάγκες του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα επικεντρώνεται όλο και περισσότερο στον τρόπο χρήσης των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας, των πυλών ασθενών και των εφαρμογών κινητής υγείας με ασθενοκεντρικό τρόπο για την ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και παρόχου υγείας και της εμπλοκής των ασθενών κατά τη διάρκεια των κλινικών επισκέψεων και πέραν αυτών. Παραταύτα, μέχρι σήμερα, οι περισσότερες τέτοιες έρευνες σχετικά με τον αντίκτυπο των HIT έχουν διεξαχθεί σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Rao et al., 2011). Η φύση και το περιεχόμενο των ογκολογικών επισκέψεων διαφέρουν πολύ από τις επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συνήθως περιλαμβάνουν συζήτηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των πολλαπλών θεραπευτικών επιλογών (ορισμένες δυνητικά τοξικές), των συναφών κινδύνων και παρενεργειών τους και των επιπτώσεών τους στην επιβίωση και την εξέλιξη, ή υποτροπή της νόσου για ιάσιμες έως δυνητικά ταχέως θανατηφόρες νόσους. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να επεκταθεί η υπάρχουσα βάση γνώσεων για να κατανοήσουμε καλύτερα πώς οι HIT που χρησιμοποιούνται στην ογκολογική περίθαλψη επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών φροντίδας και ασθενούς.

## **2.4 Η σημασία της «ασθενοκεντρικής» επικοινωνίας και της κοινής λήψης αποφάσεων στο πλαίσιο της ογκολογικής φροντίδας**

Ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα του καρκίνου καθιστούν αναγκαία μια ασθενοκεντρική προσέγγιση της επικοινωνίας:

- Η φροντίδα του καρκίνου είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και οι θεραπευτικές επιλογές των ασθενών έχουν σοβαρές επιπτώσεις στα αποτελέσματα της υγείας και την ποιότητα ζωής τους
- Τα στοιχεία που υποστηρίζουν πολλές αποφάσεις στη φροντίδα του καρκίνου είναι περιορισμένα ή ελλιπή, και
- Οι αντισταθμίσεις στους κινδύνους και τα οφέλη των επιλογών θεραπείας του καρκίνου μπορεί να γίνονται αντιληπτές με διαφορετικό τρόπο από τους μεμονωμένους ασθενείς και ως εκ τούτου οι επαγγελματίες φροντίδας πρέπει να αναδεικνύουν τις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών σε αυτές τις περιπτώσεις.

#### **2.4.1 Η πολυπλοκότητα της φροντίδας**

Η φροντίδα του καρκίνου είναι μια πολύπλοκη υπόθεση. Μπορεί να περιλαμβάνει πολλαπλές θεραπευτικές μεθόδους, όπως χημειοθεραπεία, ακτινοβολία και χειρουργική επέμβαση, οι οποίες πρέπει να συντονίζονται από διαφορετικούς ειδικούς για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Τα θεραπευτικά σχήματα μπορεί επίσης να είναι χρονοβόρα, εξουθενωτικά και συχνά να οδηγούν σε σοβαρές και ενίοτε μακροχρόνιες επιπλοκές (IOM, 2011). Επιπλέον, οι ασθενείς πρέπει συχνά να επιλέξουν μεταξύ πολλαπλών επιλογών θεραπείας του καρκίνου, γεγονός που απαιτεί από αυτούς και τις οικογένειές τους να αποφασίσουν σχετικά με τους στόχους της θεραπείας (π.χ. προτεραιότητα στο χρόνο επιβίωσης έναντι της μεγιστοποίησης της ποιότητας ζωής), το αν θα συμμετάσχουν σε κλινικές δοκιμές, και η στάθμιση των στοιχείων σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Αυτές οι αποφάσεις πρέπει συχνά να επανεξετάζονται σε διάφορα σημεία κατά τη διάρκεια της φροντίδας του καρκίνου. Οι στόχοι ή οι προτιμήσεις ενός ασθενούς κατά την αρχική διάγνωση, για παράδειγμα, μπορεί να είναι πολύ διαφορετικές από εκείνες ενός ασθενούς που έχει προχωρημένο καρκίνο (Prip, 2020).



## 2.4.2 Περιορισμένα στοιχεία

Μελέτες καταδεικνύουν ότι υπάρχει έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων για την υποστήριξη πολλών ιατρικών αποφάσεων (IOM, 2012). Τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν τις ιατρικές αποφάσεις των ασθενών μπορεί να είναι ιδιαίτερα περιορισμένα για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με συννοσηρότητες, καθώς τα άτομα αυτά συχνά υποεκπροσωπούνται ή αποκλείονται από κλινικές δοκιμές (IOM, 2011). Κι ενώ η συγκριτική έρευνα αποτελεσματικότητας και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στοχεύουν να καλύψουν αυτά τα κενά τεκμηρίωσης, τα κενά είναι ακόμα πολλά. Οι επαγγελματίες φροντίδας θα πρέπει να γνωστοποιούν πλήρως τα κενά στη βάση τεκμηρίωσης στους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης ιατρικών αποφάσεων. Συνειρμικά, όταν τα αποδεικτικά στοιχεία είναι λιγοστά, οι προτιμήσεις των ασθενών θα πρέπει να αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη.

## 2.4.3 Οφέλη και Κίνδυνοι

Ορισμένες αποφάσεις στη φροντίδα του καρκίνου είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στις προτιμήσεις των ασθενών. Για παράδειγμα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού μπορούν συχνά να επιλέξουν ανάμεσα σε διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές (π.χ. μαστεκτομή ή ογκεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοβολία) και να αναμένουν ισοδύναμα αποτελέσματα επιβίωσης. Οι αποφάσεις αυτές μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο μέλλον ενός ατόμου. Συνεπώς, οι αποφάσεις των επαγγελματιών φροντίδας οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών. Οι προτιμήσεις των ασθενών είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικές όσον αφορά τους θεραπευτικούς στόχους, όπως η επιλογή μιας λιγότερο επιθετικής θεραπευτικής στρατηγικής προκειμένου να διατηρηθεί υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής (Erstein & Street, 2007). Οι προτιμήσεις μπορεί επίσης να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και οι επαγγελματίες φροντίδας πρέπει να τις επανεξετάζουν σε όλη τη διάρκεια της ογκολογικής φροντίδας. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που προσανατολίζονται προς τη χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής μπορεί να προτιμούν να αναλάβουν πιο ενεργό

ρόλο στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τις γυναίκες που προσανατολίζονται προς τη χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής (Grunfeld et al., 2006).

## **2.5 Προκλήσεις και προοπτικές**

Η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και η λήψη κοινών αποφάσεων μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών φροντίδας παρουσιάζει διάφορες προκλήσεις που μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

### **2.5.1 Προκλήσεις για τους ασθενείς**

Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε κατάσταση κρίσης το άτομο και την οικογένειά του, επειδή οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι άμεσα προετοιμασμένοι να κατανοήσουν τη διάγνωσή τους ή να προσδιορίσουν τις επιλογές για να προχωρήσουν μπροστά. Η θεραπεία και οι παρενέργειές της, καθώς και η ανάρρωση και η ανησυχία για υποτροπή, μπορεί να οδηγήσουν σε μια σειρά διαρκών κρίσεων για έναν ασθενή, που δεν τελειώνουν ούτε όταν περάσει το σοκ της αρχικής διάγνωσης (Prip, 2020). Παράλληλα, οι συναισθηματικές επιπτώσεις της διάγνωσης του καρκίνου μπορεί να εμποδίσουν τους ασθενείς να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους επαγγελματίες φροντίδας τους σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Οι ασθενείς ενδέχεται να αγχωθούν, να νιώσουν ευάλωτοι, μόνοι και φοβισμένοι και να βιώσουν το αίσθημα ότι χάνουν τον έλεγχο όταν λαμβάνουν τη διάγνωση του καρκίνου. Δεδομένων αυτών των συναισθημάτων, οι ασθενείς μπορεί να μην είναι σε θέση να συγκερατήσουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία τους όταν έρχονται σε επαφή με την ομάδα φροντίδας τους (Prip et al., 2018). Η έρευνα δείχνει ότι ο μέσος ασθενής κάνει πέντε ή λιγότερες ερωτήσεις κατά τη διάρκεια μιας 15λεπτης επίσκεψης σε γιατρό (IOM, 2008), με άλλες περιστάσεις όπου οι άνθρωποι κάνουν περισσότερες ερωτήσεις (π.χ. όταν αγοράζουν ένα κινητό τηλέφωνο ή παραγγέλνουν ένα γεύμα). Οι ασθενείς μπορεί να αποφεύγουν να κάνουν ερωτήσεις επειδή ορισμένοι επαγγελματίες φροντίδας δεν είναι δεκτικοί ή επειδή οι ασθενείς φοβούνται ότι θα θεωρηθούν δύσκολοι και θα λάβουν χειρότερη φροντίδα (Gruman,

2013). Επιπλέον, το επίπεδο υγειονομικού αλφαριθμητισμού και αριθμητικής επάρκειας του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την ασθενοκεντρική επικοινωνία και τη λήψη κοινών αποφάσεων (Peters et al., 2007). Ακόμη και αν ένας ασθενής έχει καλή γνώση των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να βιώσει υπερφόρτωση πληροφοριών κατά την αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες φροντίδας, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί από τη χρήση άγνωστης ορολογίας ή αργκό (Prip et al., 2018).

Τέλος, προκύπτουν συγκεκριμένοι προβληματισμοί όταν οι επαγγελματίες φροντίδας επικοινωνούν με ηλικιωμένους ενήλικες που πάσχουν από καρκίνο. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να είναι λιγότερο εξοικειωμένοι με την τεχνολογία και μπορεί να χρειάζονται εναλλακτικές επιλογές επικοινωνίας (όπως φυλλάδια σε μεγάλες εκτυπώσεις, απλή γλώσσα και περισσότερες επαναλήψεις). Ομοίως, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να πρέπει να λαμβάνουν ιατρικές αποφάσεις για ορισμένους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο λόγω της γνωστικής κατάστασης του ασθενούς, περιπλέκοντας περαιτέρω τις διαδικασίες επικοινωνίας και κοινής λήψης αποφάσεων. Παράλληλα, ενδέχεται να είναι περισσότερο πολύπλοκο για τους επαγγελματίες φροντίδας να επικοινωνήσουν τις θεραπευτικές επιλογές στους ηλικιωμένους, καθώς οι πολλαπλές, συνυπάρχουσες χρόνιες παθήσεις είναι πιο διαδεδομένες σε αυτόν τον πληθυσμό, καθιστώντας τις επιλογές για τη θεραπεία του καρκίνου ιδιαίτερα περίπλοκες (Hack et al., 2005).

### **2.5.2 Προκλήσεις για τους επαγγελματίες φροντίδας**

Εξίσου σημαντικές είναι και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ογκολογικής φροντίδας. Τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε επαγγελματία φροντίδας, όπως η ηλικία, το φύλο και η εκπαίδευση, μπορεί να επηρεάσουν την παροχή επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή. Για παράδειγμα, ορισμένοι κλινικοί ιατροί μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να χρησιμοποιούν εξουσιαστικά στυλ επικοινωνίας αντί για πιο συνεργατικές προσεγγίσεις. Οι Epstein & Street (2007) σημείωσαν ότι ορισμένοι κλινικοί ιατροί αδυνατούν να εκτιμήσουν το εύρος των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, γεγονός που εξηγεί, εν μέρει, τη δυσαρέσκεια των ασθενών και των οικογενειών τους για το χρόνο και την ποσότητα των πληροφοριών που τους παρέχονται από τους κλινικούς

ιατρούς. Οι επαγγελματίες φροντίδας πρέπει να έχουν επίγνωση των διαφορετικών πληροφοριακών αναγκών των ασθενών και να προσαρμόζουν ανάλογα την επικοινωνιακή τους προσέγγιση (Epstein & Street, 2007). Το επίπεδο άνεσης του επαγγελματία φροντίδας να συζητά συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας του καρκίνου μπορεί επίσης να εμποδίσει την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και την από κοινού λήψη αποφάσεων. Η έρευνα δείχνει ότι οι κλινικοί ιατροί συχνά δεν αισθάνονται άνετα να συζητούν για τις κακές προβλέψεις, τις ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές της φροντίδας και τη σεξουαλικότητα (Epstein & Street, 2007). Επιπλέον, οι κλινικοί γιατροί μπορεί να μην αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές εξάρσεις των ασθενών και μπορεί να μην είναι εξοικειωμένοι με τους πόρους και τις υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί για την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών υγείας των τελευταίων (Epstein & Street, 2007).

Παράλληλα, οι επαγγελματίες φροντίδας ενδέχεται να εκτιμήσουν λανθασμένα τις προτιμήσεις των ασθενών. Για παράδειγμα, μπορεί να εκτιμούν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο θα προτιμούσαν να κρατήσουν τον μαστό τους, δεδομένου ότι η μαστεκτομή και η οσφυονωτιαία αφαίρεση ακολουθούμενη από ακτινοβολία μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές για ορισμένους ασθενείς. Ωστόσο, μια μελέτη ασθενών με καρκίνο του μαστού στους οποίους δόθηκαν ολοκληρωμένες πληροφορίες και για τις δύο θεραπευτικές επιλογές, διαπίστωσε ότι περίπου το ένα τρίτο των γυναικών επέλεξε να κάνουν μαστεκτομή (Collins et al., 2009). Άλλες ασθενείς μπορεί να θέτουν ως πρωταρχικό στόχο την ποιότητα και όχι τη διάρκεια ζωής (IOM, 2011). Επιπλέον, οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να αξιολογούν τα οφέλη και τους κινδύνους της χημειοθεραπείας διαφορετικά από τους επαγγελματίες φροντίδας και ενδέχεται να είναι πιο πρόθυμοι να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία με μικρά οφέλη και υψηλούς κινδύνους τοξικότητας (Prip, 2020).

Τέλος, η έλλειψη χρόνου των επαγγελματιών φροντίδας μπορεί επίσης να υποθάψει την απρόσκοπτη παροχή επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή και τη λήψη κοινών αποφάσεων. Είναι γεγονός πως οι επαγγελματίες φροντίδας δεν αποζημιώνονται επαρκώς για τον χρόνο που απαιτείται για τη διευκόλυνση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (IOM, 2011). Οι Smith και Hillner (2011) έχουν υποστηρίξει ότι πολλές από τις ευθύνες των ογκολόγων αποζημιώνονται ανεπαρκώς ή καθόλου. Η γνωστική φροντίδα - η οποία μπορεί να περιλαμβάνει συζητήσεις με τους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση και την πιθανή ανταπόκριση στη θεραπεία, παραπομπές σε κλινικές δοκιμές, ανάπτυξη

προηγμένων ιατρικών οδηγιών και οικογενειακές διασκέψεις - δεν αποζημιώνεται τόσο καλά όσο η χορήγηση χημειοθεραπείας (Smith & Hillner, 2011).

### 2.5. 3 Βελτίωση της επικοινωνίας

Η επικοινωνία ασθενούς και επαγγελματιών φροντίδας έχει τόσο επιθυμητές όσο και ανεπιθύμητες συνέπειες. Οι λεκτικές ή μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές που οδηγούν σε επιθυμητές συνέπειες (ή μακριά από ανεπιθύμητες συνέπειες) παραμένουν σε μεγάλο βαθμό στο επίπεδο εικασιών, παρά τον πολλαπλασιασμό των παρεμβάσεων κατάρτισης επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τον αυξανόμενο αριθμό εμπειρικών μελετών. Το ερώτημα, ωστόσο, έχει μεγάλη σημασία για τους επαγγελματίες φροντίδας, διότι όπως προαναφέρθηκε η τρέχουσα κατάσταση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας δεν είναι η βέλτιστη και συχνά οδηγεί σε ανεπιθύμητες συνέπειες για τον ασθενή.

Οι επαγγελματίες φροντίδας αναγνωρίζουν ότι συχνά αισθάνονται απροετοίμαστοι για την επικοινωνία με τους ασθενείς, ιδίως με εκείνους που μπορεί να βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους. Προσδιορίζουν ως πρόσθετα εμπόδια τον ανεπαρκή χρόνο κατά τη διάρκεια της μέσης επίσκεψης για αυτές τις δύσκολες συζητήσεις και τις συναισθηματικές προκλήσεις που είναι συνυφασμένες με αυτές τις συζητήσεις. Η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών φροντίδας, να βελτιώσει ορισμένες συμπεριφορές επικοινωνίας και να οδηγήσει σε καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, αυτές και άλλες παρεμβάσεις δεν βελτιώνουν σταθερά άλλες μετρήσεις της επικοινωνίας ή τις πραγματικές επιλογές και συνέπειες της υγειονομικής περίθαλψης (Moore et al., 2018).

Μια εξήγηση για τον περιορισμένο αντίκτυπο των παρεμβάσεων επικοινωνίας στα αποτελέσματα των ασθενών είναι ότι τα μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών ογκολογικής φροντίδας μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια τι συμβαίνει πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις συναντήσεις. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους μπορεί να συμβαίνει αυτό:

- **Πρώτον**, τα μοντέλα επικοινωνίας αντικατοπτρίζουν μια ιδανική κατάσταση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτή η κατάσταση βασίζεται σε ηθικές αρχές που

προέρχονται από την εποπτεία της έρευνας και όχι από την κλινική ιατρική. Η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση είναι ένα παράδειγμα ενός μοντέλου που βασίζεται στο τι θα έπρεπε να συμβαίνει και όχι στο τι μπορεί να συμβαίνει στην πραγματικότητα (Agle Dahl et al., 2011).

- **Δεύτερον**, τα μοντέλα επικοινωνίας αναπαριστούν τις πιθανές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών ενδιαφέροντος. Ένα μοντέλο μπορεί να περιγράψει εύλογα τι συμβαίνει με τις μετρούμενες μεταβλητές, αλλά να μην αποτυπώνει με ακρίβεια τι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας και τους μηχανισμούς που τη συνδέουν με τα αποτελέσματα (Moore et al., 2018).
- **Τέλος**, οι ορισμοί και οι μετρήσεις της ποιότητας της επικοινωνίας δεν είναι τυποποιημένες. Οι μετρήσεις των αντιλήψεων των ασθενών και των επαγγελματιών ογκολογικής φροντίδας για την επικοινωνία αξιολογούν τις υποκειμενικές εμπειρίες των συμμετεχόντων και πιθανότατα καταγράφουν δομές που είναι διαφορετικές από το περιεχόμενο της επικοινωνιακής συνάντησης. Η αντικειμενική αξιολόγηση του περιεχομένου και της συμπεριφοράς της επικοινωνίας απαιτεί από τους ερευνητές να κωδικοποιήσουν χειροκίνητα το οπτικοακουστικό υλικό των συναντήσεων επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας, μια διαδικασία που μπορεί να θεωρηθεί παρεμβατική από τους συμμετέχοντες στην έρευνα και απαιτητική από τους ερευνητές (Erstein & Street, 2007).

Μια σημαντική πρωτοβουλία με απτά αποτελέσματα που μπορεί να οδηγήσει στην βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ογκολογικών ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας είναι η κοινή λήψη αποφάσεων (Shared Decision Making – SDM), η οποία αρχικά προτάθηκε για τη συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Πριν από αυτό, οι επαγγελματίες φροντίδας είχαν την τάση να ενεργούν σαν να είχαν μόνοι τους τις απαραίτητες πληροφορίες για να διαμορφώσουν ένα διαγνωστικό και θεραπευτικό σχέδιο ανεξάρτητα από τον ασθενή, αλλά με γνώμονα το βέλτιστο ιατρικό συμφέρον του ασθενούς. Αντίθετα, τα μοντέλα SDM στηρίζονται στην παραδοχή ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες φροντίδας συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαδικασία λήψης

αποφάσεων. Κανένας από τους δύο δεν γνωρίζει αρκετά για να λάβει μια σωστή απόφαση ανεξάρτητα από τον άλλον. Οι μεν είναι ειδικοί στις ασθένειες και τις θεραπείες, οι δε είναι ειδικοί στις αξίες τους και στους συμβιβασμούς που είναι διατεθειμένοι να αποδεχθούν. Οι επαγγελματίες φροντίδας μπορούν να περιγράψουν τις επιλογές θεραπείας ή περίθαλψης και τα αναμενόμενα οφέλη ή βλάβες, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητάς τους. Ωστόσο, μόνο ο ασθενής μπορεί να καθορίσει τη σημασία των ωφελειών και των βλαβών, δεδομένου ότι τέτοιες κρίσεις απαιτούν κάποια αίσθηση των αξιών και των στόχων του ασθενούς (Prip, 2020). Προς το παρόν, η SDM είναι ουσιαστικά ένας αξιέπαινος στόχος της επικοινωνίας. Λίγοι θα διαφωνούσαν ότι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται πλήρως για τις επιλογές και τις πιθανές βλάβες και τα οφέλη τους στο βαθμό που επιθυμούν. Αφού ενημερωθούν, οι ασθενείς θα πρέπει στη συνέχεια να έχουν την ευκαιρία να ενσωματώσουν τις αξίες και τους στόχους τους στις επιλογές τους. Οι επαγγελματίες φροντίδας μπορούν να διαδραματίσουν πολύτιμο ρόλο στην SDM βοηθώντας τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις επιπτώσεις κάθε επιλογής στις αξίες και τους στόχους τους (Witteman, 2020).

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### *Μέθοδος και Υλικό*

---

#### 3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των εμπειριών των ενήλικων ογκολογικών ασθενών στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας τους. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν μέσω της παρατήρησης και της αναζήτησης άλλων ερευνών προσδιορίζονται ως εξής:

- *«Με ποιους τρόπους και μέσα επιτυγχάνεται η επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών φροντίδας;»*
- *«Ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών;»*
- *«Καλύπτονται επαρκώς οι πληροφοριακές ανάγκες των ασθενών;»*
- *«Με ποιους τρόπους λύνονται τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας;»*

#### 3.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Η μεθοδολογία στηρίζεται σε οριοθετημένη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η οριοθετημένη βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι ένας τύπος σύνθεσης γνώσης που χρησιμοποιεί μια συστηματική και επαναληπτική προσέγγιση για τον εντοπισμό και τη

σύνθεση ενός υπάρχοντος ή αναδυόμενου σώματος βιβλιογραφίας για ένα συγκεκριμένο θέμα. Αν και συντρέχουν διάφοροι λόγοι για τη διενέργεια μιας ανασκόπησης, οι κύριοι λόγοι είναι η χαρτογράφηση της έκτασης, του εύρους και της φύσης της βιβλιογραφίας, καθώς και ο προσδιορισμός πιθανών κενών στη βιβλιογραφία για ένα θέμα (Mak&Thomas, 2022). Οι λόγοι της εκπόνησης της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τους τρεις από τους έξι λόγους της οριοθετημένης ανασκόπησης που είναι **α)**η διερεύνηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για την επικοινωνία ασθενών-επαγγελματιών υγείας στη διάρκεια της ΧΜΘ, **β)**ο προσδιορισμός των προβλημάτων που προκύπτουν στη διάρκεια της ΧΜΘ, και **γ)**η εντόπιση των κενών στη γνώση που θα δύναται να αντιμετωπιστούν σε μελλοντική έρευνα.

### 3.2.1 Στρατηγική αναζήτησης

Για την αναζήτηση των μελετών χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων PubMed και Web of Science, χωρίς περιορισμούς έτους, με ημερομηνία τελευταίας αναζήτησης την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2023. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η λειτουργία προηγμένης αναζήτησης του Google Scholar «με την ακριβή φράση» για να εντοπιστούν δημοσιευμένα πρακτικά συνεδρίων ή οποιαδήποτε άλλη πιθανή μελέτη που δημοσιεύθηκε στα αγγλικά και η οποία μπορεί να είναι ευρετηριασμένη σε άλλες βάσεις δεδομένων εκτός του PubMed ή του Web of Science. Οι όροι πλέγματος και οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων παρατίθενται στον **Πίνακα 2**.

**Πίνακας 2. Όροι Πλέγματος**

ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΟΡΟΙ ΠΛΕΓΜΑΤΟΣ
PubMed	(((neoplasms OR cancer)) AND (((“nurse patient relations” OR “professional patient relations” OR “psychosocial support” OR communication OR “supportive care” OR “nursing interaction”)) OR oncologic nursing)) AND (((outpatients OR “outpatient clinics” OR “day care” OR “ambulatory care” OR ambulatory OR “time

	factors" OR "time management" OR "short term stay" OR "short encounters") OR (("length of stay") AND short))) AND (coping OR empowerment OR "sense of coherence" OR "quality of life" OR "sense of control" OR "patient satisfaction" OR "patient participation" OR "patients experience*" OR "patients expectation*")
<b>Web of Science</b>	((((neoplasms OR cancer)) AND (((“nurse patient relations” OR “professional patient relations” OR “psychosocial support” OR communication OR “supportive care” OR “nursing interaction”)) OR oncologic nursing)) AND (((outpatients OR “outpatient clinics” OR “day care” OR “ambulatory care” OR ambulatory OR “time factors” OR “time management” OR “short term stay” OR “short encounters”) OR (“length of stay”) AND short))) AND (coping OR empowerment OR “sense of coherence” OR “quality of life” OR “sense of control” OR “patient satisfaction” OR “patient participation” OR “patients experience*” OR “patients expectation*”)

### 3.2.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Τα κριτήρια ένταξης των μελετών ήταν τα εξής συμπεριλαμβανομένων των PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcomes):

- (1) μελέτες που έχουν δημοσιευθεί στην αγγλική γλώσσα έως το 2023,
- (2) μελέτες που εστιάζουν στις εμπειρίες ενήλικων ογκολογικών ασθενών (>18 έτη) που λαμβάνουν θεραπεία ή ανακουφιστική φροντίδα για τον καρκίνο (κυρίως ενδοφλέβια χημειοθεραπεία σε εξειδικευμένα ογκολογικά τμήματα) -που αντιστοιχεί στο πληθυσμό (PICO),
- (3) μελέτες που αποτυπώνουν τις εμπειρίες και τις ανάγκες των ασθενών και την αξιολόγηση των αλληλεπιδράσεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας όπως προκύπτουν από ατομικές συνεντεύξεις, συνεντεύξεις στο πλαίσιο ομάδας εστίασης, ερωτηματολόγια ή άμεση αξιολόγηση από τους ασθενείς – αντιστοιχεί στην κατάσταση υπό διερεύνηση
- (4) μελέτες δημοσιευμένες στα αγγλικά

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής:

- (1) μελέτες που επικεντρώνονται σε παιδιατρικούς ή εφηβικούς ασθενείς με καρκίνο,
- (2) μελέτες που δεν σχετίζονται με το ερευνητικό ερώτημα.

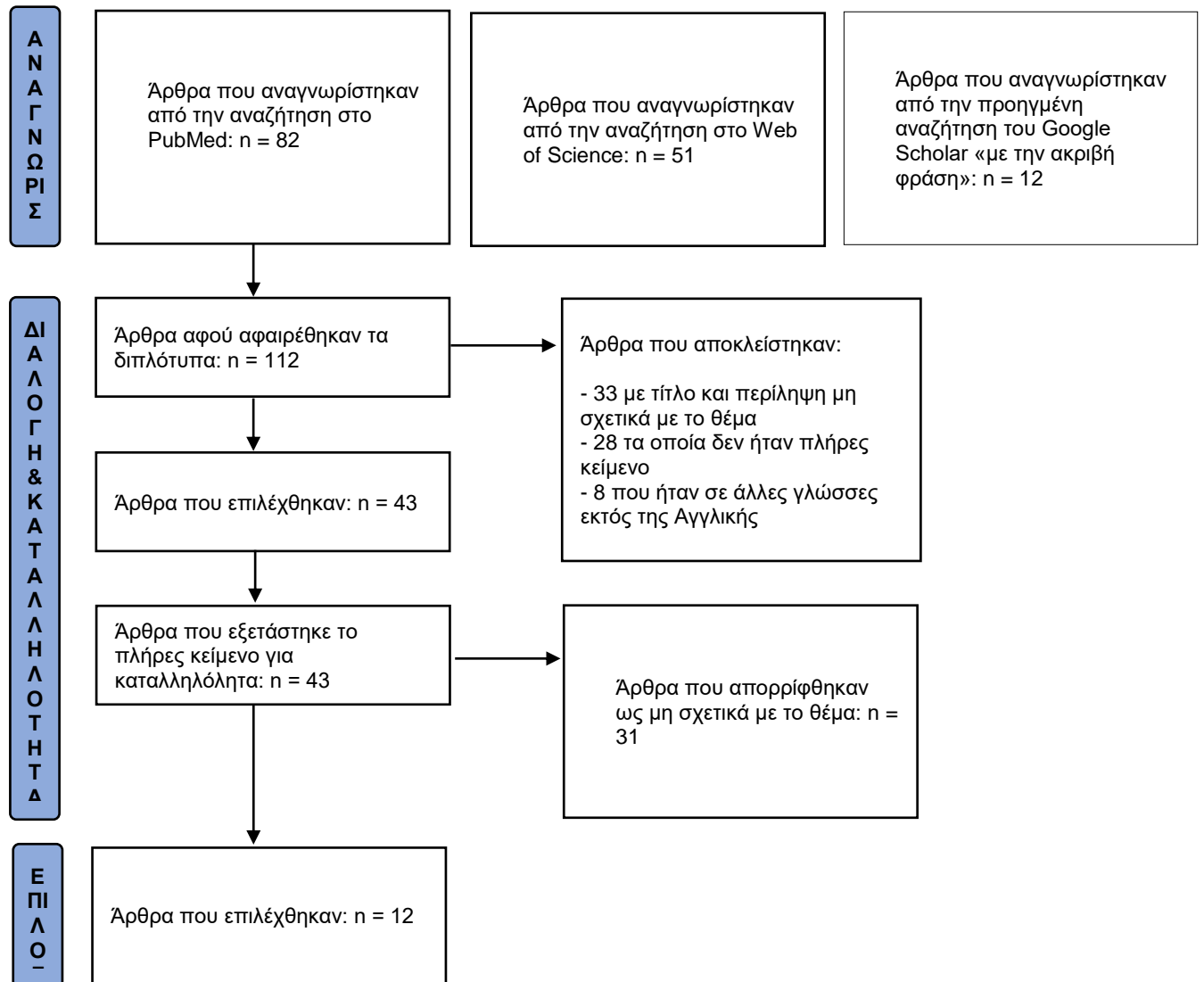
### 3.2.3 Διαδικασία αξιολόγησης

Η παρούσα εργασία ακολούθησε τις κατευθυντήριες γραμμές Preferred Reporting Items for Systematic Reviews extended to Scoping Reviews – the PRISMA-ScR (Tricco et al. 2018). Αναζητήθηκαν άρθρα σε βάσεις δεδομένων με προαναφερόμενα λέξεις κλειδιά, στη συνέχεια εξετάστηκαν οι τίτλοι, οι περιλήψεις των άρθρων και εντέλει επιλέχθηκαν τα κατάλληλα άρθρα για ανάγνωση του πλήρους κειμένου. Οι εν λόγω δυνητικά σχετικές μελέτες ελήφθησαν ως πλήρες κείμενο και αξιολογήθηκαν για τη συμπερίληψή τους.

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από το Γενάρη έως Αύγουστο του 2023. Αρχικά εντοπίστηκαν 145 άρθρα. Από αυτά, αφαιρέθηκαν 33 διπλότυπα και παρέμειναν 112. Από τα 112 άρθρα που κρίθηκαν μη σχετικά με το θέμα: 33 άρθρα με τίτλο και περίληψη μη σχετικά με το θέμα, 28 άρθρα τα οποία δεν ήταν σε πλήρες κείμενο, και 8 τα οποία ήταν σε άλλες γλώσσες εκτός της Αγγλικής. Εξ' αυτών παρέμειναν 43 άρθρα. Από τον έλεγχο του πλήρους κειμένου αποκλείστηκαν 31 άρθρα ως μη σχετικά με το θέμα. Τα 12 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Στο **Διάγραμμα 1**, παρουσιάζεται λεπτομερώς η διαδικασία επιλογής των άρθρων.

Τα δεδομένα από τις επιλέξιμες μελέτες εξάχθηκαν με τη χρήση τυποποιημένου πίνακα που περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες: συγγραφείς, χώρα διεξαγωγής, είδος μελέτης & μεθοδολογία, δείγμα, σκοπός και αποτελέσματα (**Πίνακας 3**). Τα αποτελέσματα και η συζήτηση οργανώθηκαν και παρουσιάστηκαν σε αφηγηματική μορφή.

**Διάγραμμα 1. Διάγραμμαροής PRISMA-ScR (Tricco et al., 2016)**



### 3.3 Δεοντολογικά ζητήματα

Δεδομένου ότι πρόκειται για συστηματική, κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν απαιτήθηκε έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας. Ωστόσο, η μελέτη τήρησε στο ακέραιο τις αρχές συγγραφικής δεοντολογίας, όπως η αναγνώριση των πηγών άντλησης των πληροφοριών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### *Αποτελέσματα και Συζήτηση*

---

#### 4.1 Αποτελέσματα

Οι 12 μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκαν στις χώρες: Λίβανος, Σαουδική Αραβία, Καναδάς, Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο Ινδονησία, με τις περισσότερες να προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο (N=4) και τον Καναδά (N=3). Η γεωγραφική αυτή διασπορά καταδεικνύει τη σημαντικότητα του θέματος: της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και υγειονομικού προσωπικού και που είναι ανεξάρτητη από το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο.

Από τις 12 μελέτες οι επτά (7) ήταν ποσοτικές (Bækstedetal., 2019; Coronadoetal., 2017; Clucas, 2016; ElTurabietal., 2013; Faueret al., 2021; Trenchardetal., 2016; AbiNaderetal., 2016), οι τέσσερις (4) ποιοτικές (Alshammarietal., 2022; Bakkeretal., 2001, Fitchetal., 2020; Harianty et al., 2023) και η μία (1) μεικτή (Farrell et al., 2020).

Πηγές πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ήταν δεδομένα από τους φάκελους υγείας των ασθενών και από διάφορες νοσοκομειακές ή/και εθνικές βάσεις δεδομένων: Εθνική Έρευνα για την Εμπειρία των Ασθενών με Ca (2012-2013) HB, Δεδομένα Έρευνας Ικανοποίησης Ογκολογικών Ασθενών σε Εξωτερικό Ιατρείο (Καναδάς), 2012-2016, SEER-CAHPS® 2000-2015 για την εξέταση των εμπειριών των ασθενών που έχουν εγγραφεί στο Medicare με πρωτογενή διάγνωση λευχαιμίας ή λεμφώματος (ΗΠΑ), Έρευνα Ικανοποίησης Ογκολογικών Ασθενών στο Εξωτερικό Ιατρείο (Oncology Patient Satisfaction Survey, AOPSS και Βάση Δεδομένων NCPES 2012-2013 για ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύονται σε 155 NHS Trusts στην Αγγλία.

Το δείγμα σε όλες τις μελέτες αφορούσε ενηλίκους ασθενείς, ενώ η σύγκριση των δειγμάτων από τις 12 μελέτες αφορούσε την επικοινωνία μεταξύ ογκολογικών ασθενών και

ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού σε διάφορα στάδια της ασθένειας και της χημειοθεραπείας. Το δείγμα, στις ποιοτικές μελέτες, κυμαίνεται μεταξύ 21 έως 6232 ογκολογικών ασθενών, και στις ποσοτικές μελέτες από 84 έως 68.737, με το μικρότερο δείγμα ασθενών να αναφέρεται στην μελέτη των Harianthy et al., 2023, ενώ το μεγαλύτερο δείγμα ασθενών αντίστοιχα αναφέρεται στην μελέτη των Trenchard et al., 2016. Οι επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν σε δύο μελέτες (13 νοσηλευτές στη μελέτη των Farrell et al., 2020 και οκτώ (8) νοσηλευτές και ένας (1) εξωτερικός συνεργάτης στη μελέτη των Harianthy et al., 2023.

Πιο αναλυτικά:

1. Η μελέτη των **AbiNader et al. (2016)** επιδίωξε να προσδιορίσει τις ανεκπλήρωτες ανάγκες πληροφόρησης των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Η συγχρονική αυτή μελέτη αφορούσε 84 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού ηλικίας >18 ετών. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούνταν από δυο ερωτηματολόγια: 1) Supportive Needs Screening Tool (SNST) και 2) Supportive Care Needs Survey (SCNS), που κάλυπταν διάφορες πτυχές των πληροφοριακών αναγκών σχετιζόμενες με τον καρκίνο του μαστού, για παράδειγμα: «Πόσο καλά κατανοείτε τη διάγνωσή σας;» ή «Ενημερώνεστε για τα αποτελέσματα των τεστ το συντομότερο δυνατόν;».

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση στατιστικών εργαλείων και η επεξεργασία τους πραγματοποιήθηκε με τη χρήση Excel (2007) και SPSS (Statistical Package for Social Sciences), ενώ κατηγοριοποιήθηκαν με βάση την ηλικία, το χρόνο από τη διάγνωση και το μορφωτικό επίπεδο, έτσι ώστε να εκτιμηθούν τα επίπεδα ικανοποίησης των πληροφοριακών αναγκών των ασθενών. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 54,1 έτη (από 30 έως 74 έτη), ενώ η πλειονότητα των γυναικών ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 46 έως 65 ετών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το 64% των ασθενών είχε διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού για περισσότερο από έξι μήνες. Το μορφωτικό επίπεδο διέφερε, καθώς το 42% ήταν απόφοιτες πανεπιστημίου, ενώ το 39% ήταν απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, το 62% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ασχολούνταν με οικιακά.

**Πηγές πληροφόρησης:** Η κυρία πηγή πληροφόρησης των ασθενών ήταν οι θεράποντες γιατροί, δεύτερη πηγή πληροφόρησης ήταν η τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ενώ τρίτη πηγή πληροφόρησης ήταν οι οικογενειακοί ή/και γενικοί γιατροί.

**Γνώσεις:** Για την αξιολόγηση των γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον καρκίνο του μαστού χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο έξι ερωτήσεων, με τα εξής αποτελέσματα: οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία κατείχαν χαμηλότερες γνώσεις από το μέσο όρο, αλλά το επίπεδο γνώσεων αυξανόταν όσο αυξανόταν ο αριθμός των πηγών πληροφόρησης που είχαν στη διάθεσή τους. Περίπου το ένα τρίτο (33,3%) των ασθενών εξέφρασε έντονη επιθυμία για όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση και τη θεραπεία του. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (2,4%) προτίμησε να μη λαμβάνει καμία πληροφορία για την κατάσταση της υγείας του.

**Ανάγκες πληροφόρησης:** Στη μελέτη αξιολογήθηκαν και ανάγκες στην πληροφόρηση ασθενών: τις υψηλότερες ανάγκες στην πληροφόρηση είχαν οι νεότερες γυναίκες (< 45 ετών), οι γυναίκες που διαγνώστηκαν εντός 3 έως 6 μηνών πριν τη μελέτη και εκείνες που είχαν απολυτήριο λυκείου. Η μεγαλύτερη ανησυχία των ασθενών αφορούσε: 1) την κληρονομικότητα και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου σε οικογενειακά μέλη (κυρίως στις αδελφές και τις κόρες τους), 2) τον κίνδυνο υποτροπής και μετάστασης, 3) την παρακολούθηση μετά τη χημειοθεραπεία και τη διαχείριση του λεμφοιδήματος.

Συμπερασματικά, οι πληροφορίες για καρκινοπαθείς είναι ζωτικής σημασίας που συμβάλουν στη καλύτερη ποιότητα ζωής γεγονός που υποτιμάται από πολλούς γιατρούς. Οι ασθενείς στη μελέτη δεν έδειξαν ικανοποιημένες από την ποιότητα και το εύρος των πληροφοριών που έλαβαν από τους γιατρούς.

2. Η μελέτη των **Alshammari et al. (2022)** είχε ως στόχο να διερευνήσει τις εμπειρίες επικοινωνίας ενηλίκων ασθενών με νοσηλευτές σε δύο μεγάλα νοσοκομεία στο Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας: το King Faisal Specialist Hospital (KFSH) και το King Fahad Medical City (KFMC). Η μελέτη είχε ποιοτικό σχεδιασμό και χρησιμοποίησε ημιδομημένες συνεντεύξεις για τη συλλογή των δεδομένων. Στη μελέτη συμμετείχαν 21 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18 και 90 ετών. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της θεματικής ανάλυσης από την οποία προέκυψαν τέσσερα κύρια θέματα:

(α) Σχέσεις ασθενούς-νοσηλευτή: Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ποικίλες εμπειρίες με τις σχέσεις νοσηλευτών-ασθενών. Ορισμένοι εξήραν την ανταπόκριση, την ευγένεια και την αξιοπιστία των νοσηλευτών, ενώ άλλοι θεώρησαν ότι υπήρχε ελάχιστη αλληλεπίδραση πέρα από τη χορήγηση φαρμάκων. Οι διαφορές φύλου επηρέασαν επίσης το επίπεδο



αλληλεπίδρασης, με ορισμένες γυναίκες ασθενείς να αισθάνονται άβολα να αλληλοεπιδρούν με άνδρες νοσηλευτές. Οι πολιτισμικές και γλωσσικές ομοιότητες μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών έπαιξαν ρόλο στην προώθηση θετικών σχέσεων μεταξύ των μερών.

(β) Παροχή πληροφοριών: Η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών επηρεάστηκε από τον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών, καθώς και το φύλο και την εθνικότητα των ασθενών. Ορισμένοι ασθενείς πίστευαν ότι οι γιατροί παρείχαν ακριβέστερες πληροφορίες και ότι οι νοσηλευτές τους κατεύθυναν κυρίως να συμβουλευτούν τους γιατρούς. Οι γλωσσικοί φραγμοί περιέπλεκαν περαιτέρω την ανταλλαγή πληροφοριών, με τους ασθενείς που μιλούσαν μόνο αραβικά να δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τους μη αραβόφωνους νοσηλευτές.

(γ) Ανταπόκριση στα συναισθήματα: Οι ασθενείς είχαν ανάμεικτες εμπειρίες όταν οι νοσηλευτές επρόκειτο να ανταποκριθούν στα συναισθήματά τους. Ορισμένοι ασθενείς σπάνια συζητούσαν τις συναισθηματικές τους ανησυχίες με νοσηλευτές, προτιμώντας αντ' αυτού να τις μοιραστούν με μέλη της οικογένειάς τους. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς ανέφεραν πως έλαβαν ψυχολογική υποστήριξη από νοσηλευτές, ιδιαίτερα όταν μοιράζονταν κοινές πολιτιστικές και θρησκευτικές καταβολές. Η μη λεκτική υποστήριξη, όπως το χαμόγελο, κρίθηκε σημαντικός συναισθηματικός δείκτης που οδηγούσε στην τόνωση του ηθικού των ασθενών.

(δ) Λεκτική επικοινωνία: Τα γλωσσικά εμπόδια έθεταν σημαντικές προκλήσεις στην επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενούς, ιδιαίτερα για ασθενείς που δεν μιλούσαν την αγγλική γλώσσα. Μερικοί ασθενείς κατέφευγαν στη χρήση διερμηνέων ή μελών της οικογένειάς τους για να διευκολύνουν την επικοινωνία.

Τα ευρήματα της μελέτης υποδηλώνουν την ανάγκη βελτιώσεων στην φροντίδα κατά του καρκίνου στη Σαουδική Αραβία. Αυτές περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών, την απασχόληση περισσότερων αραβόφωνων νοσηλευτών, την παροχή γλωσσικής εκπαίδευσης σε ξένους νοσηλευτές και την προσφορά εκπαίδευσης πολιτιστικών δεξιοτήτων με σκοπό τη βελτίωση των σχέσεων νοσηλευτή-

ασθενούς. Επιπλέον, το άρθρο τονίζει τη σημασία της ενίσχυσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών (λεκτικών και μη) και την προώθηση της ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης και τη βελτίωση των εμπειριών των ασθενών.

3. Ημελέτητων **Bakker et al. (2001)** εστίασε στην κατανόηση της επικοινωνίας που λαμβάνει χώρα μεταξύ των γυναικών με καρκίνο του μαστού και των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Η έρευνα χρησιμοποίησε ποιοτική μεθοδολογία, εστιάζοντας στις αλληλεπιδράσεις των ασθενών με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τον εντοπισμό παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία επικοινωνίας. Η μελέτη περιελάμβανε δείγμα 40 γυναικών με καρκίνο του μαστού, ηλικίας 40-60 ετών, με διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και την αγγλική ως μητρική τους γλώσσα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω σε βάθος συνεντεύξεων (depth interviews), ενώ ένα υποσύνολο 9 συμμετεχόντων ερωτήθηκε για δεύτερη φορά με σκοπό την επικύρωση των ερμηνειών.

Τα αποτελέσματα κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο κύρια θέματα: 1) τη φύση της ανταλλαγής πληροφοριών και, 2) τις σχέσεις και τη σύνδεση με τους παρόχους.

Όσον αφορά την ανταλλαγή πληροφοριών, η μελέτη εντόπισε δύο τρόπους αλληλεπιδράσεων με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης: έλεγχος ρουτίνας και σχέσεις-ρόλοι. Στον έλεγχο ρουτίνας, κατά τη διάρκεια συζήτησης με το γιατρό, δόθηκε έμφαση σε σωματικά συμπτώματα. Σε αυτό το πλαίσιο, οι γυναίκες ένιωθαν περισσότερη αυτοπεποίθηση όταν αναζητούσαν ενεργά πληροφορίες. Η εμπιστοσύνη και η συνδεσιμότητα ήταν βασικοί παράγοντες, με τις γυναίκες να εκτιμούν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που έδειχναν ενεργητική ακρόαση, είχαν χρόνο για αυτές και μετέφεραν μια αισιόδοξη και συμπονετική διάθεση. Ο άλλος τρόπος ήταν πιο ολοκληρωμένος και περιλάμβανε συζητήσεις σχετικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την αντιμετώπιση τους και με την παρουσία νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της χορήγησης χημειοθεραπείας.

Οι ρόλοι που προέκυψαν ήταν οι εξής:

- Οι ασθενείς είχαν την προσδοκία από τους ογκολόγους τους να παρέχουν ιατρικές πληροφορίες και επιβεβαίωση πληροφοριών από εξωτερικές πηγές, ενώ οι νοσηλευτές αναμένονταν να προσφέρουν υποστήριξη και πληροφορίες που

σχετίζονται με τα συμπτώματα. Οι νοσηλευτές έπαιξαν επίσης ρόλο στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και ογκολόγων.

- Οι ασθενείς ανέμεναν από τους νοσηλευτές να είναι ο συνδετικός κρίκος για τις αλληλεπιδράσεις τους με τους ογκολόγους.

Το μορφωτικό επίπεδο, το φύλο και το εθνικό υπόβαθρο δεν επηρέασαν σημαντικά τις αλληλεπιδράσεις. Το στυλ επικοινωνίας και οι επαγγελματικοί παράγοντες έπαιξαν ρόλο καθώς υπήρξε μια σαφής προτίμηση για ολοκληρωμένες αλληλεπιδράσεις που αφορούσαν τόσο σωματικές όσο και ψυχοκοινωνικές πτυχές, τονίζοντας την ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού κύκλου.

4. Η μελέτη των **Bæksted et al. (2019)** διερεύνησε τις εμπειρίες της επικοινωνίας των ασθενών και των τρόπου διαχείρισης και αντιμετώπισης των παρενεργειών. Η έρευνα αυτή διεξήχθη μέσω μιας εθνικής τυχαιοποιημένης δοκιμής στην οποία συμμετείχαν 682 γυναίκες ασθενείς με καρκίνο μαστού, από 13 ογκολογικά τμήματα στη Δανία. Η δοκιμή συνέκρινε δύο σκέλη: την ηλεκτρονική παρακολούθηση συμπτωμάτων με βάση το ePRO (electronic patients reported outcomes – ηλεκτρονικό σύστημα αναφοράς ασθενών) με ανατροφοδότηση από τον κλινικό ιατρό σε πραγματικό χρόνο, και τη συνήθη φροντίδα, η οποία χρησιμοποιούσε μια λίστα παρακολούθησης. Στη μελέτη συμμετείχαν επίσης εκπρόσωποι των ασθενών, οι οποίοι συνέβαλαν στην ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου PREM (Patient-Reported Experiences Measures).

Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε σε συνεργασία με τους ασθενείς και περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις παρενέργειες/συμπτώματα, την επικοινωνία με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τις παρενέργειες/συμπτώματα, τη βοήθεια για την ανακούφιση των παρενεργειών/συμπτωμάτων και την ικανοποίηση από τον χειρισμό των παρενεργειών/συμπτωμάτων από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες τηλεφωνικές συνεντεύξεις με ένα υποσύνολο ασθενών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο PREM.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετώπιζαν παρενέργειες κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, ενώ ορισμένα συμπτώματα δεν αναφερόταν στο ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων.

Οι ασθενείς στο σκέλος του ePRO ανέφεραν λιγότερο συχνή επικοινωνία με τους ογκολόγους/νοσηλευτές σχετικά με τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο για τα συμπτώματα/παρενέργειες σε σύγκριση με τους ασθενείς που συμμετείχαν στο σκέλος της συνήθους περίθαλψης. Ωστόσο, το ePRO βοήθησε τους ασθενείς να θυμούνται τα συμπτώματά τους και θεώρησαν χρήσιμο να σκέφτονται τα συμπτώματά τους πριν τα συζητήσουν με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Οι ασθενείς και στα δύο σκέλη της μελέτης εξέφρασαν υψηλή ικανοποίηση από την επικοινωνία και τον χειρισμό των συμπτωματικών ανεπιθύμητων ενεργειών από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη αποκάλυψε επίσης τη σημασία της συμμετοχής των ασθενών στην ερευνητική διαδικασία.

Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου PREM σε συνεργασία με τους ασθενείς εξασφάλισε ότι επρόκειτο για ένα ουσιαστικό και φιλικό προς τον χρήστη ερωτηματολόγιο, κάτι που ήταν πολύ σημαντικό για την πλευρά των ασθενών. Ωστόσο, η μελέτη σημείωσε περιορισμούς που σχετίζονται με τον μικρό αριθμό των εκπροσώπων των ασθενών που συμμετείχαν και την ανάγκη για ένα πιο λεπτομερές ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε τις προκλήσεις στην εφαρμογή συστημάτων ePRO και τη σημασία της απλότητας και της αξιοπιστίας στα εργαλεία PRO.

5. Η μελέτη της **Clucas (2016)** διερευνά ποιες συμπεριφορές επικοινωνίας ασθενών-επαγγελματιών υγείας οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ως συμπεριφορά σεβασμού και ποια η συσχέτιση της με τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά τους. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Εθνική Έρευνα Εμπειρίας Ασθενών με Καρκίνο (2012-2013) στην Αγγλία, η έρευνα αποκάλυψε ότι το 16,7% των 45.191 ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι δεν αντιμετωπίζονται πάντα με σεβασμό από το προσωπικό του νοσοκομείου, ενώ το 83,3% ανέφερε ότι λαμβάνουν πάντα σεβασμό. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν λευκοί, γυναίκες, ετεροφυλόφιλοι, μη εργαζόμενοι και είχαν μέση ηλικία τα 67 έτη. Ο καρκίνος του μαστού ήταν ο συνηθέστερος δε τύπος καρκίνου, για τον οποίον λάμβαναν χημειοθεραπεία.

Για την αξιολόγηση των συσχετίσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών και του αναφερόμενου σεβασμού, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση μέσω λογιστικής παλινδρόμησης, αποκαλύπτοντας πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στις εμπειρίες των ασθενών, όπως το φύλο (οι γυναίκες ασθενείς αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα

σεβασμού από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης), η ηλικία (οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιλαμβάνονται μεγαλύτερο σεβασμό στις αλληλεπιδράσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας), η εθνικότητα (διαφορετικές εθνοτικές ομάδες δεν αναφέρουν πολύ διαφοροποιημένα επίπεδα σεβασμού λόγω πολιτισμικών διαφορών ή προκαταλήψεων), τα χρόνια πάθησης (long-standing vs no long-standing conditions) και το είδος καρκίνου (δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση τόσο για τα χρόνια πάθησης όσο και για το είδος καρκίνου) καθώς και η ανταπόκριση στη θεραπεία μεταξύ άλλων (εξίσου, δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση με βάση την ανταπόκριση στη θεραπεία).

Τόσο οι υποστηρικτικές (συμβουλευτική παροχή) όσο και οι συμπεριφορές φροντίδας (υπηρεσίες διαχείρισης πόνου, ανακουφιστική φροντίδα) συνδέθηκαν με τον αναφερόμενο σεβασμό, με τις συμπεριφορές φροντίδας να έχουν ισχυρότερο αντίκτυπο. Συμπερασματικά, η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στις συμπεριφορές συναισθηματικής επικοινωνίας από το προσωπικό νοσοκομείου, που θα συμβάλλει στη βελτίωση των εμπειριών σεβασμού στους ασθενείς και θα μειώσει τις ανισότητες στις εμπειρίες φροντίδας.

6. Στόχος της μελέτης των **Coronadoetal. (2017)** ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες των Καναδών ασθενών κατά τις φάσεις της διάγνωσης και του σχεδιασμού της θεραπείας του καρκίνου, με έμφαση στην ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η μεθοδολογία της μελέτης ήταν συγχρονική διασταυρωμένη, η συλλογή των δεδομένων έγινε από οκτώ επαρχίες του Καναδά, με χρήση του ερευνητικού εργαλείου Ικανοποίησης Ογκολογικών Ασθενών στο Εξωτερικό Ιατρείο (Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey – AOPSS). Η έρευνα αυτή κατέγραψε τις εμπειρίες των ασθενών που είχαν λάβει εξωνοσοκομειακή θεραπεία για τον καρκίνο κατά τους προηγούμενους 6 μήνες.

Η μελέτη περιλάμβανε δείγμα 17.809 ασθενών που πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια, όπως η ύπαρξη επιβεβαιωμένης διάγνωσης καρκίνου και η ηλικία >18 ετών. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν πως οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούσαν ότι είχαν ενημερωθεί για τη διάγνωση του καρκίνου τους με ευαίσθητο τρόπο. Ωστόσο, οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (52%) εξέφρασαν δυσαρέσκεια για τον τρόπο ενημέρωσής τους. Συναισθηματικά ευάλωτοι ασθενείς (κατά τη διάγνωση) δεν παραπέμφθηκαν σε κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης.

Η μελέτη ανέδειξε υπάρχουσες διαφορές στις εμπειρίες των ασθενών από διάφορες επαρχίες και διαφορές σχετιζόμενες με τη μορφή του καρκίνου ως προς περιοχές εμφάνισης του στο σώμα, τονίζοντας την ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας σε ορισμένους τομείς, όπως η διασφάλιση ότι οι ασθενείς θα έχουν τη δυνατότητα να συζητούν τις θεραπευτικές επιλογές και την αντιμετώπιση προβλημάτων της μετάβασης των ασθενών σε κέντρα θεραπείας.

Επιπλέον, η μελέτη υπέδειξε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το μορφωτικό επίπεδο, μπορεί να επηρεάζουν τις προτιμήσεις και την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς ορισμένοι ασθενείς είναι πιο πρόθυμοι από άλλους να συμμετάσχουν ενεργά και να αποφασίζουν οι ίδιοι σε συνεργασία με τους θεράποντες για την θεραπεία τους, γεγονός που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η μελέτη παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την εμπειρία των ασθενών κατά τη διάγνωση του καρκίνου και τον προγραμματισμό της θεραπείας στο канаδικό πλαίσιο.

7. Ο σκοπός της μελέτης των **El Turabi et al. (2013)** ήταν να διερευνήσει τις διαφορές στις εμπειρίες των ογκολογικών ασθενών όσον αφορά τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία με σκοπό να προσδιοριστούν ομάδες που χρειάζονται επιπλέον υποστήριξη, όπως επιπλέον χρόνος στη συνεδρία όταν συζητιούνται οι επιλογές θεραπείας.

Η μεθοδολογία περιελάμβανε την ανάλυση δεδομένων από την έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των απαντήσεων των ασθενών σε ερωτήσεις σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την πρωτογενή διάγνωση του καρκίνου. Η ανάλυση κατηγοριοποίησε τους ερωτηθέντες σε διάφορες ομάδες με βάση την ηλικία, την εθνικότητα και την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για την αξιολόγηση των διαφοροποιήσεων στις εμπειρίες των ασθενών, τόσο μη προσαρμοσμένα όσο και προσαρμοσμένα για τις κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές και τον τύπο του καρκίνου. Η μελέτη εξέτασε επίσης κατά πόσον οι διαφοροποιήσεις θα μπορούσαν να αποδοθούν στην ομαδοποίηση των ασθενών σε νοσοκομεία με χαμηλές επιδόσεις.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν σημαντικές διαφορές στις εμπειρίες των ασθενών. Οι ασθενείς με διαφορετικούς τύπους καρκίνου, ηλικίες και εθνικό υπόβαθρο ανέφεραν διαφορετικά επίπεδα συμμετοχής στις αποφάσεις για τη θεραπεία. Οι

ασθενείς με μελάνωμα είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν θετική εμπειρία (άμεσες αποκρίσεις), ενώ οι ασθενείς με καρκίνο του ορθού και μύελωμα ανέφεραν περισσότερες αρνητικές εμπειρίες (αδιαφορία, καθυστερημένες αποκρίσεις). Οι νεότεροι ασθενείς και οι μειονότητες είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν λιγότερο θετικές εμπειρίες. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η μελέτη διαπίστωσε ότι οι διαφορές αυτές δεν οφείλονταν αποκλειστικά στη συγκέντρωση των ασθενών σε ορισμένα νοσοκομεία.

Συνολικά, η μελέτη υποδηλώνει την ανάγκη στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση των εμπειριών από τη λήψη κοινών αποφάσεων, ιδίως για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, και υπογραμμίζει τη σημασία της προσαρμογής του μείγματος περιπτώσεων κατά την αξιολόγηση των επιδόσεων των νοσοκομείων σε αυτό το πλαίσιο.

8. Η μελέτη των **Farrell et al. (2020)** είχε στόχο να καθορίσει το μοτίβο επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενούς δίνοντας έμφαση στην εκπλήρωση/ικανοποίηση των πληροφοριακών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών στις κλινικές χημειοθεραπείες, ενώ παράλληλα διερεύνησε τις επιπτώσεις των μεγάλης διάρκειας συνεδριών και των λειτουργικών πτυχών στην ποιότητα των εμπειριών ανθρωποκεντρικής φροντίδας.

Η μελέτη χρησιμοποίησε ένα σχεδιασμό μεικτής μεθόδου, που περιλάμβανε δευτερογενή ανάλυση των πρακτικών των συνεδριών νοσηλευτών-ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία στην επιλογή 13 νοσηλευτών κατά τη διάρκεια 61 συνεδριών (νοσηλευτή-ασθενή). Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των ηχογραφημένων απομαγνητοφωνημένων πρακτικών, ενώ η ποσοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε στην επεξεργασία των δεδομένων με τη κλίμακα MIARS (Medical Interview Aural Rating Scale) για τη σύγκριση των ερεθισμάτων/υπαινιγμών (cues – λεκτική ή μη λεκτική υπόδειξη του ασθενούς που υποδηλώνει ένα δυσάρεστο συναίσθημα και χρειάζεται διευκρίνιση από ένα επαγγελματία υγείας) και των επιπέδων ανταπόκρισης. Τα ποιοτικά δεδομένα επεξεργαστήκαν με την χρήση λογισμικού εργαλείου ATLAS.Τι και στην συνέχεια αναλύθηκαν με την χρήση IBM SPSS.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές ανταποκρίθηκαν εν γένει θετικά στις πληροφοριακές ανάγκες των ασθενών, αλλά λιγότερο θετικά στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες τους. Οι μεγαλύτερες σε διάρκεια συνεδρίες συσχετίστηκαν με αυξημένη ανταπόκριση στα πληροφοριακά και τα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα, αλλά όχι στις συμπεριφορές των

νοσηλευτών ως απάντηση σε πληροφοριακά ερεθίσματα. Η θεματική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων ανέδειξαν 4 θεματικές: προκλήσεις/ευκαιρίες εστιασμένα σε άτομο σε βιοϊατρικό περιβάλλον, ο κόσμος των ασθενών απέναντι σε κόσμο ιατρικό, τρεις οδοί επικοινωνίας: νοσηλευτής-ασθενείς-οικογένεια, και εφαρμογή της συνεχούς φροντίδας.

Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι κλινικές χημειοθεραπείες που ηγούνται από νοσηλευτές αντιμετωπίζουν προκλήσεις και ευκαιρίες όσον αφορά την αντιμετώπιση των αναγκών στην πληροφόρηση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών και πρότεινε την ανάγκη περαιτέρω αξιολόγησης και ενσωμάτωσης των βιοψυχοκοινωνικών στοιχείων στην εκπαίδευση/κατάρτιση επικοινωνίας των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, τονίζοντας παράλληλα τη σημασία του προσεκτικού σχεδιασμού για τη διασφάλιση της συνέχειας και της αποτελεσματικής χρήσης του χρόνου που διατίθεται για φροντίδα του ασθενούς.

9. Η μελέτη των **Fauer et al. (2021)** είχε ως στόχο να διερευνήσει τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους από τη διάγνωση με λευχαιμία ή λέμφωμα.

Τα κυρία σημεία που αξιολογήθηκαν είναι τρία:

- Οι εμπειρίες που σχετίζονται με την συνολική φροντίδα του ασθενούς
- Η επικοινωνία με τον θεράποντα γιατρό
- Οι εμπειρίες που σχετίζονται με το συνολικό σχέδιο υγείας του κάθε ασθενούς

Αξιοποιώντας μια διατομεακή (cross-sectional) ανάλυση δεδομένων από τις συνδεδεμένες πηγές SEER-CAHPS (πρόκειται για ένα μέσο που ερευνά την ποιότητα φροντίδας και τις εμπειρίες των ασθενών με διαφορετικές διαγνώσεις και μεθόδους θεραπείας), η μελέτη διαπίστωσε ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών (1.151 ασθενείς που έχουν εγγραφεί στο Medicare, εκ των οποίων 431 διαγνώστηκαν πρωτογενώς με λευχαιμία και 720 με λέμφωμα) για τη ποιότητα της φροντίδας, διέφεραν σημαντικά με βάση τον χρόνο ολοκλήρωσης της έρευνας εντός του πρώτου έτους από τη διάγνωση.

Οι μετρήσεις που ελήφθησαν από το συνοπτικό αρχείο ασθενών και διαγνωστικών στοιχείων SEER (PEDSF) περιλάμβαναν: ηλικία, ιστολογία όγκου, φυλή/εθνική καταγωγή, φύλο, μήνα και έτος διάγνωσης και αστική/αγροτική κατάσταση. Οι μετρήσεις που ελήφθησαν από το σύνολο δεδομένων CAHPS περιλάμβαναν μεταβλητές προσαρμογής του



συνδυασμού περιπτώσεων: ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, γενική κατάσταση υγείας, κατάσταση ψυχικής υγείας [κλίμακα Likert, άριστη έως κακή], βοήθεια στην απάντηση, εάν πληρεξούσιος απάντησε στις ερωτήσεις της έρευνας, διπλή επιλεξιμότητα Medicaid (ναι/όχι), επιδότηση χαμηλού εισοδήματος και κινεζική γλώσσα. Πρόσθετες μεταβλητές ήταν: μήνες από την πρώτη έρευνα έως τη διάγνωση, ποσοστό του απογραφικού τομέα σε συνθήκες φτώχειας και αριθμός συννοσηροτήτωνεκτός από τον καρκίνο.

Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν για περισσότερο από οκτώ μήνες ανέφεραν πιο ευνοϊκές αξιολογήσεις της φροντίδας. Διαφορές στις αξιολογήσεις παρατηρήθηκαν επίσης μεταξύ φυλετικών και εθνοτικών ομάδων, με τους μη ισπανόφωνους λευκούς ασθενείς να αναφέρουν τις υψηλότερες αξιολογήσεις. Οι ασθενείς από την Ασία, οι Ινδιάνοι ιθαγενείς και οι ασθενείς από τον Ειρηνικό ανέφεραν πιο αρνητικές συνολικές εμπειρίες περίθαλψης. Οι συννοσηρότητες, και η γενική κατάσταση της υγείας συσχετίστηκαν με διαφορές στις αξιολογήσεις των ασθενών.

Η μελέτη υπογράμμισε τη σημασία της καταγραφής των εμπειριών των ασθενών σε πρώιμο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας για τις αιματολογικές κακοήθειες.

10. Στόχος της μελέτης των **Fitch et al. (2020)** ήταν η διερεύνηση των εμπειριών των ογκολογικών ασθενών σχετικά με τη φροντίδα τους και ο εντοπισμός όλων εκείνων των στοιχείων που συνιστούν μια «θετική εμπειρία». Η μεθοδολογία περιελάμβανε τη διενέργεια ποιοτικής ανάλυσης των δεδομένων από την καναδική Έρευνα Ικανοποίησης Ογκολογικών Ασθενών στο Εξωτερικό Ιατρείο (Oncology Patient Satisfaction Survey, AOPSS). Οι ερευνητές έλαβαν άδεια από 7 καναδικές επαρχίες για να έχουν πρόσβαση σε γραπτά σχόλια των ασθενών που αφορούσαν τις γενικές εμπειρίες που είχαν κατά την φροντίδα τους ενώ στο τέλος τους απαντούσαν και σε μια ερώτηση ανοικτού τύπου: «Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να μας πείτε για την εμπειρία σας στη φροντίδα του καρκίνου;».

Η ανάλυση καθοδηγήθηκε από δύο πρωταρχικά ερωτήματα: (1) τη φύση των γραπτών σχολίων και, (2) τις βασικές ιδέες που εκφράστηκαν σχετικά με τις εμπειρίες περίθαλψης. Παράλληλα, εξετάστηκαν σχόλια από διαφορετικές επαρχίες για να βρουν κοινά θέματα στα εθνικά δεδομένα. Η μελέτη περιλάμβανε σχόλια από 6.232 άτομα με καρκίνο.

Από την ανάλυση προέκυψαν τέσσερα μεγάλα θέματα:

- Τα χαρακτηριστικά μιας «θετικής εμπειρίας»: αυτά προέκυψαν από τις ενέργειες των μελών του προσωπικού και τη λειτουργία των εγκαταστάσεων. Οι ερωτηθέντες επαίνεσαν το προσωπικό για τις εξαιρετικές υπηρεσίες του, χρησιμοποιώντας χαρακτηρισμούς όπως «καταπληκτικό» και «εξαιρετικό», τονίζοντας περιπτώσεις όπου τα μέλη του προσωπικού έκαναν πολύ περισσότερα από τα προβλεπόμενα. Ωστόσο, ορισμένοι ασθενείς εξέφρασαν δυσφορία λόγω αρνητικών συμπεριφορών, και αυτό εκφράστηκε με τη χρήση περιγραφικών όρων όπως «ψυχροί» ή «απότομοι». Κάποιοι ασθενείς σημείωσαν ανησυχίες σχετικά με τις εγκαταστάσεις, αναφέροντας θέματα όπως η αργή και ανοργάνωτη λειτουργία.
- Προσωπική φροντίδα: οι ερωτηθέντες υπογράμμισαν τα κενά στις υπηρεσίες που σχετίζονται με την προσωπική φροντίδα, τα οποία περιλαμβάνουν σωματικά, ψυχοκοινωνικά, συναισθηματικά και πνευματικά ζητήματα, καθώς και ενημερωτικές και πρακτικές προκλήσεις. Οι συγκεκριμένες ανησυχίες περιλάμβαναν τα άλυτα προβλήματα με τα σωματικά συμπτώματα, την έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τους τρόπους υποστήριξης, τις δυσκολίες στην απόκτηση πληροφοριών, αλλά και τις πρακτικές προκλήσεις, όπως η οικονομική επιβάρυνση που συνδέεται με τη θεραπεία του καρκίνου.
- Αλληλεπίδραση με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης: οι ασθενείς εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με την αλληλεπίδρασή τους με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τονίζοντας την ανάγκη για συνεπές προσωπικό, σαφή επικοινωνία και πρόσβαση στον ίδιο γιατρό κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο αντικαρκινικό κέντρο. Επισημάνθηκε η επιθυμία για συνεχείς σχέσεις, όπου οι ασθενείς θα αισθάνονται σίγουροι για τη φροντίδα τους αλλά και για θετικές αλληλεπιδράσεις που θα περιλαμβάνουν επικοινωνία με έμφαση στο σεβασμό και την επαρκή πληροφόρηση. Η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα του προσωπικού, ιδίως κατά τη διάρκεια των Σαββατοκύριακων, θεωρήθηκαν ζωτικής σημασίας καθ' όλη τη διάρκεια της εμπειρίας του ασθενούς, ενώ οι ανησυχίες για την ασφάλεια αφορούσαν την καθαριότητα, την υγιεινή των χεριών και τα πιθανά διαδικαστικά

λάθη, με ανησυχίες σχετικά με την έκθεση σε λοιμώξεις για τους ασθενείς με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.

- Παροχή υπηρεσιών: οι ασθενείς υπογράμμισαν τη σημασία της εγγύτητας στην περίθαλψη για τον καρκίνο και τόνισαν την απογοήτευσή τους για τους μεγάλους χρόνους αναμονής σε διάφορα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας. Τόνισαν επίσης την ανάγκη για καλύτερο συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και υπογράμμισαν τη σημασία ενός φιλόξενου περιβάλλοντος στα καρκινικά κέντρα.

Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι το 42,5% των σχολίων ήταν θετικά ως προς τα θέματα που αναφέρονται παραπάνω, το 29,7% ήταν αρνητικά και το 19,8% ήταν μικτής φύσης. Στο πλαίσιο αυτών των ζητημάτων, οι ερωτηθέντες τόνισαν τη σημασία:

- της αντιμετώπισης με σεβασμό και αξιοπρέπεια,
- της σαφούς επικοινωνίας,
- της πρόσβασης σε σχετικές και έγκαιρες πληροφορίες και
- της φροντίδας που λαμβάνει υπόψη τις ατομικές τους ανάγκες.

Η επικοινωνία, η συνέπεια και οι συνεχείς αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό επισημάνθηκαν ως κρίσιμα στοιχεία μιας θετικής εμπειρίας, αλλά και ως τομείς στους οποίους απαιτούνται βελτιώσεις στη φροντίδα.

Οι ερευνητές πιστεύουν πως τα ευρήματα αυτά μπορούν να καθοδηγήσουν τις πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας στα αντικαρκινικά κέντρα του Καναδά, τονίζοντας την ανάγκη για συστήματα συλλογής δεδομένων που διασφαλίζουν ότι οι οργανισμοί και οι πάροχοι λαμβάνουν έγκαιρη ανατροφοδότηση σχετικά με τις εμπειρίες και τις ανησυχίες των ασθενών, επιτρέποντας κατά αυτό τον τρόπο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.

11. Στόχος της μελέτης των **Harianthy et al. (2023)** ήταν να διερευνήσει την εμπειρία της θεραπευτικής επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού στην πτέρυγα χημειοθεραπείας του Δημόσιου Νοσοκομείου Banda Aceh στην Ινδονησία. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν οκτώ βασικοί συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές) και ένας εξωτερικός

συνεργάτης, από το Δεκέμβριο του 2021 έως τον Απρίλιο του 2022. Η μελέτη βασίστηκε σε ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις, και εστίασε στην αξιολόγηση της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία σε δημόσια νοσοκομεία. Τα βασικά ευρήματα της μελέτης περιλαμβάνουν τα εξής:

- Η θεραπευτική επικοινωνία αναγνωρίστηκε ως ωφέλιμη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους νοσηλευτές,
- Αναφέρθηκαν οι συνθήκες των ασθενών που μπορεί να εμποδίσουν τη θεραπευτική επικοινωνία,
- Αναφέρθηκαν οι συνθήκες των νοσηλευτών που μπορεί να εμποδίσουν τη θεραπευτική επικοινωνία,
- Προσωπικές στρατηγικές για τη θεραπευτική επικοινωνία,
- Διαπροσωπικές στρατηγικές για τη θεραπευτική επικοινωνία,
- Ανάγκη για περιοδική εκπαίδευση σχετικά με τη χημειοθεραπεία,
- Ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση στη θεραπευτική επικοινωνία, και
- Ανάγκη για πληροφόρηση σχετικά με τη χημειοθεραπεία.

12. Τέλος, η μελέτη των **Trenchard et al. (2016)** είχε ως στόχο να διερευνήσει τις διαφορετικές εμπειρίες που βίωναν οι ογκολογικοί ασθενείς όσον αφορά την επικοινωνία και τις πληροφορίες που λάμβαναν, με ιδιαίτερη έμφαση στις εθνοτικές υποκατηγορίες, με χρήση δεδομένων από τη βρετανική Εθνική Έρευνα για την Εμπειρία των Ασθενών με Καρκίνο (NCPEs). Η μελέτη αξιοποίησε δεδομένα από την NCPEs (National Cancer Patient Experience Survey) για τα έτη 2012-2013, που περιλαμβάνουν απαντήσεις από 68.737 ασθενείς με καρκίνο που έλαβαν θεραπεία σε 155 NHS Trusts στην Αγγλία.

Για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση έτσι ώστε να εξεταστούν οι συσχετισμοί μεταξύ της εθνικότητας και των αξιολογήσεων των ασθενών για τη συνολική φροντίδα, καθώς και των εμπειριών τους σχετικά με την παροχή πληροφοριών και την επικοινωνία. Τα αποτελέσματα έδειξαν την ύπαρξη διαφοροποιήσεων τόσο εντός όσο και μεταξύ ευρέων εθνοτικών κατηγοριών.

Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που ένιωθαν ότι έλαβαν τις απαραίτητες πληροφορίες βαθμολόγησαν την συνολική τους φροντίδα ως εξαιρετική ή αρκετά καλή.

Ωστόσο οι αξιολογήσεις διέφεραν ανάλογα το στάδιο και τον τύπο καρκίνου. Οι ασθενείς δήλωσαν πως φεύγοντας από το νοσοκομείο έλαβαν τις απαραίτητες πληροφορίες/οδηγίες, αλλά δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι με τις πληροφορίες που έλαβαν σχετικά με τις παρενέργειες των θεραπειών. Οι μη λευκοί ασθενείς (και ιδιαίτερα οι Ασιάτες ασθενείς), είχαν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν κατανοητή εξήγηση των παρενεργειών της θεραπείας σε σχέση με τους λευκούς ασθενείς. Επιπλέον, μεταξύ των Ασιατών ασθενών, οι ασθενείς από το Μπαγκλαντές είχαν τις λιγότερες πιθανότητες να λάβουν σαφή εξήγηση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Χαρακτηριστικά άρθρων της ανασκόπησης**

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΧΩΡΑ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ&ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
Abi Nader et al., 2016 Λίβανος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσδιορισμός των ανικανοποίητων πληροφοριακών αναγκών ασθενών</li> <li>• Ανάπτυξη κλίμακας ικανοποίησης επικοινωνίας μεταξύ ασθενών –κλινικών</li> </ul>	84 γυναίκες ασθενείς υπό ΧΜΘ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συγχρονική μελέτη</li> <li>• Supportive Needs Screening Tool (SNST)</li> <li>• Supportive Care Needs Survey (SCNS)</li> </ul>	<p>Πληροφορίες</p> <p><i>Πηγή:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρωτογενής- ογκολόγος</li> <li>• Δευτερογενής - ΜΜΕ</li> </ul> <p><i>Παράγοντες ικανοποίησης :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Στάδιο ασθένειας</li> <li>• Μορφωτικό επίπεδο</li> </ul> <p><i>Ανεπάρκεια:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Θεραπεία μετά- ΧΜΘ</li> <li>• Κληρονομικότητα</li> <li>• Διαχείριση λεμφοιδήματος</li> </ul> <p><i>Ανάπτυξη λειτουργικής κλίμακας ικανοποίησης επικοινωνίας μεταξύ ασθενών-κλινικών</i></p>
Alshammari et al., 2022 Σαουδική	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση εμπειριών επικοινωνίας ασθενών-νοσηλευτών</li> </ul>	21 ασθενείς υπό ΧΜΘ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ποιοτική μελέτη</li> <li>• Ημιδομημένες συνεντεύξεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η σημασία των σχέσεων μεταξύ ασθενών-νοσηλευτών</li> <li>• Η παροχή κατάλληλων πληροφοριών στους ασθενείς</li> <li>• Η ανταπόκριση στις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών</li> </ul>

Αραβία				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η προφορική επικοινωνία νοσηλευτών-ογκολογικών ασθενών</li> <li>• Παράγοντες ανεπαρκούς επικοινωνίας: Γλώσσα, Πολιτισμός, Θρησκεία, Φύλο, Φόρτος εργασίας Προτιμήσεις περίθαλψης</li> </ul>
Bakker et al., 2001 Καναδάς	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση επικοινωνίας ασθενών και επαγγελματιών υγείας</li> </ul>	40 γυναίκες ασθενείς (Ca μαστού) υπό ΧΜΘ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ποιοτική μελέτη</li> <li>• Ημιδομημένες συνεντεύξεις</li> </ul>	<p>Θεματικές:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• η φύση της ανταλλαγής πληροφοριών</li> <li>• οι σχέσεις: ρόλοι και σύνδεση με τους παρόχους</li> <li>• Ασθενείς – ενημερωμένοι &amp; απαιτητικοί</li> <li>• Προτίμηση σε αλληλεπιδράσεις σχετικές με σωματικές / ψυχοκοινωνικές πτυχές</li> <li>• Ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης</li> </ul>
Bæksted et al., 2019 Δανία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση επικοινωνίας και διαχείρισης ανεπιθύμητων ενεργειών / συμπτωμάτων σε ασθενείς ΧΜΘ</li> </ul>	439 ασθενείς Ca μαστού  22 ασθενείς - ημιδομημένες συνεντεύξεις	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ποσοτική – κλινική δοκιμή</li> <li>• Δημιουργία ερωτηματολογίου αξιολόγησης συμπτωμάτων</li> </ul> <p>Ομάδα Α υπό παρακολούθηση μέσω ePRO (electronic patients reported outcomes – ηλεκτρονικό σύστημα αναφοράς ασθενών</p> <p>Ομάδα Β υπό συνήθη παρακολούθηση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασθενείς: θεώρησαν το ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων/ παρενεργειών ανεπαρκές</li> <li>• Ασθενείς: χρήσιμο το ερωτηματολόγιο παρενεργειών για να θυμούνται τα συμπτώματά τους</li> <li>• Τοξικές παρενέργειες – διευκρίνιση κατά τις συνεδρίες ΧΜΘ</li> <li>• Ασθενείς: λάβαν βοήθεια από ογκολόγους / νοσηλευτές στην ανακούφιση των παρενεργειών</li> <li>• Ασθενείς με παρακολούθηση μέσω ePRO έμειναν ικανοποιημένοι 85%</li> <li>• ασθενείς υπό συνήθη παρακολούθηση 75%</li> </ul>

<p>Clucas, 2016 Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διερεύνηση των συμπεριφορών επικοινωνίας ασθενών/υγειονομικού προσωπικού</li> </ul>	<p>45.191 ασθενείς με πρωτογενή διάγνωση Ca που υποβλήθηκαν σε θεραπεία</p> <p>Δε διευκρινίζεται πόσοι ασθενείς έλαβαν ΧΜΘ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αναδρομική, δευτερογενής ανάλυση δημοσιευμένων δεδομένων, Εθνική Έρευνα για την Εμπειρία των Ασθενών με Ca (2012-2013) HB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Οι υποστηρικτικές και οι συμπεριφορές φροντίδας συσχετίστηκαν με τον αναφερόμενο σεβασμό,</li> <li>Οι συμπεριφορές φροντίδας έχουν ισχυρότερο αντίκτυπο</li> <li>Η συμπεριφορά ως προς το σεβασμό παρουσίαζε διαβάθμιση με βάση το φύλο, τη φυλή/εθνική καταγωγή, την ηλικία, τις υπάρχουσες συνθήκες υγείας, την ανταπόκριση στη θεραπεία, το χρόνο από την αρχική θεραπεία του καρκίνου, την απασχόληση και τον τύπο του καρκίνου</li> </ul>
<p>Coronado et al., 2017 Καναδάς</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διερεύνηση εμπειριών επικοινωνίας ασθενών - παρόχων</li> </ul>	<p>17.809 ογκολογικοί ασθενείς</p> <p>Δε διευκρινίζεται πόσοι ασθενείς έλαβαν ΧΜΘ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αναδρομική, συγχρονική μελέτη Δεδομένα Έρευνας Ικανοποίησης Ογκολογικών Ασθενών σε Εξωτερικό Ιατρείο (Καναδάς), 2012-2016</li> </ul>	<p>Επικοινωνία ασθενών - παρόχων</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>92% των ερωτηθέντων ενημερώθηκαν με ευαισθησία για την διάγνωση</li> <li>Έλαβαν αρκετές πληροφορίες για τη θεραπεία του καρκίνου</li> <li>Ασθενείς με Ca προστάτη ανέφεραν χειρότερες εμπειρίες στην παραπομπή για συναισθηματική υποστήριξη</li> </ul>
<p>El Turabi et al., 2013 Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διερεύνηση εμπειρίας ασθενών στην απόφαση θεραπείας Ca</li> </ul>	<p>41.411 ασθενείς με Ca</p> <p>Δε διευκρινίζεται πόσοι ασθενείς έλαβαν ΧΜΘ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αναδρομική, συγχρονική μελέτη</li> <li>Δεδομένα Αγγλικής Εθνικής Έρευνας για την εμπειρία ασθενών με Ca – στη λήψη απόφασης στη θεραπεία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η εμπειρία ασθενών στη συμμετοχή λήψης απόφασης διέφερε ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά &amp; και τύπο Ca</li> <li>Χειρότερες εμπειρίες ανέφεραν οι νεότεροι, ασθενείς από εθνικές μειονότητες &amp; ασθενείς με Ca ωοθηκών/μυελώματος/ουροδόχου κύστης/ορθού</li> </ul>
<p>Farrell et al.,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διερεύνηση των</li> </ul>	<p>13 νοσηλευτές</p>	<p>Μικτή μεθοδολογία:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Οι νοσηλευτές ανταποκρίθηκαν καλά στις</li> </ul>



<p>2020 Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<p>προτύπων επικοινωνίας νοσηλευτών- ασθενών ως προς ικανοποίηση πληροφοριακών/ ψυχοκοινωνικών αναγκών σε κλινικές ΧΜΘ υπό νοσηλευτική διεύθυνση</p>	<p>Μησυμμετοχική παρατήρηση – 61 συνεδρίες ασθενή-νοσηλευτή</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ποιοτική: ημιδομημένα ερωτηματολόγια, δευτερογενής ανάλυση συνεντεύξεων νοσηλευτών-ασθενών ΧΜΘ</li> <li>• Ποσοτική: Medical Interview Aural Rating Scale (Κλίμακας Ακουστικής Αξιολόγησης Ιατρικής Συνέντευξης)</li> </ul>	<p>πληροφοριακές ανάγκες</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• δεν ανταποκρίθηκαν θετικά στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες</li> <li>• Οι μεγάλης διάρκειας συνεδρίες είχαν περισσότερες πληροφοριακές και ψυχοκοινωνικές ανταποκρίσεις, αλλά η συμπεριφορά αντίδρασης των νοσηλευτών στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες παρέμενε χαμηλή</li> </ul> <p>Αναδείχθηκαν τέσσερα κύρια θέματα:</p> <p>α) προκλήσεις για προσωποκεντρική επικοινωνία σε βιοϊατρικό πλαίσιο</p> <p>β) καθημερινότητα των ασθενών έναντι της σφαίρας του νοσηλευτικού προσωπικού,</p> <p>γ) τριμερής επικοινωνία: νοσηλευτής, ασθενής και οικογένεια,</p> <p>δ) επιπτώσεις της συνέχειας στη φροντίδα</p>
<p>Fauer et al., 2021 ΗΠΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους από τη διάγνωση του καρκίνου τους</li> </ul>	<p>1.151 ασθενείς: 431 με λευχαιμία και 720 με λέμφωμα</p> <p>διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση έως την έρευνα: 6 μήνες</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αναδρομική, συγχρονική μελέτη</li> <li>• Χρήση των δεδομένων SEER-CAHPS® 2000-2015 για την εξέταση των εμπειριών των ασθενών που έχουν εγγραφεί στο Medicare με πρωτογενή διάγνωση λευχαιμίας ή λεμφώματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αρνητικές εμπειρίες περίθαλψης ασθενών: από την Ασία, Ινδιάνους ιθαγενείς, από τον Ειρηνικό σε σύγκριση με τους λευκούς ασθενείς</li> <li>• Η πολυνοσηρότητα βελτίωσε τις εμπειρίες ασθενών με τον προσωπικό τους γιατρό</li> <li>• Οι ασθενείς στους 8-12 μήνες μετά τη διάγνωση έδωσαν υψηλότερη συνολική αξιολόγηση φροντίδας σε σύγκριση με εκείνους που διαγνώστηκαν στους 0-3 μήνες</li> </ul>

		Δε διευκρινίζεται πόσοι ασθενείς έλαβαν χημειοθεραπεία		
Fitch et al., 2020 Καναδάς	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διερεύνηση των εμπειριών φροντίδας ογκολογικών ασθενών</li> </ul>	6232 ασθενείς  Δε διευκρινίζεται πόσοι ασθενείς έλαβαν ΧΜΘ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αναδρομική, ποιοτική ανάλυση δεδομένων της Έρευνας Ικανοποίησης Ογκολογικών Ασθενών στο Εξωτερικό Ιατρείο (Oncology Patient Satisfaction Survey, AOPSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Σχόλια ασθενών</li> <li>4 Θεματικές: <ul style="list-style-type: none"> <li>α) χαρακτηριστικά μιας «θετικής» εμπειρίας</li> <li>β) προσωπική φροντίδα</li> <li>γ) αλληλεπίδραση με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης</li> <li>δ) παροχή υπηρεσιών</li> </ul> </li> <li>Σημαντικές πτυχές των εμπειριών: <ul style="list-style-type: none"> <li>σεβασμός στο άτομο</li> <li>σαφής επικοινωνία με προσωπικό</li> <li>πρόσβαση σε έγκυρες πληροφορίες</li> <li>φροντίδα να συμπεριλαμβάνει τις ανάγκες ασθενή</li> </ul> </li> </ul>
Harianthy et al., 2023 Ινδονησία	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διερεύνηση της εμπειρίας θεραπευτικής επικοινωνίας νοσηλευτών - ασθενών σε ΧΜΘ</li> </ul>	Νοσηλευτικό προσωπικό:8 νοσηλευτές	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ποιοτική μελέτη με ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ευρήματα: <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) η θεραπευτική επικοινωνία θεωρείται ωφέλιμη για τους ασθενείς</li> <li>(2) η θεραπευτική επικοινωνία θεωρείται ωφέλιμη για τους νοσηλευτές</li> <li>(3) συνθήκες των ασθενών που εμποδίζουν τη θεραπευτική επικοινωνία</li> <li>(4) συνθήκες των νοσηλευτών που εμποδίζουν τη θεραπευτική επικοινωνία</li> <li>(5) προσωπικές στρατηγικές θεραπευτικής</li> </ul> </li> </ul>

				<p>επικοινωνίας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (6) διαπροσωπική στρατηγική θεραπευτικής επικοινωνίας</li> <li>• (7) ανάγκη για περιοδική εκπαίδευση στη χημειοθεραπεία</li> <li>• (8) ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση στη θεραπευτική επικοινωνία και</li> <li>• (9) ανάγκη για μέσα ενημέρωσης σχετικά με τη χημειοθεραπεία</li> </ul>
<p>Trenchard et al., 2016 Ηνωμένο Βασίλειο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση εμπειριών ασθενών σχετικά με την παροχή πληροφοριών/ επικοινωνία ως προς εθνοτικές υποκατηγορίες</li> </ul>	<p>68.737 καρκινοπαθείς</p> <p>Δε διευκρινίζεται πόσοι ασθενείς έλαβαν ΧΜΘ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αναδρομική, συγχρονική μελέτη</li> <li>• Βάση δεδομένων NCPES 2012-2013, ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύονται σε 155 NHS Trusts στην Αγγλία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι εθνοτικές ανισότητες στις εμπειρίες ασθενών με Ca ως προς παροχή πληροφοριών και την επικοινωνία</li> <li>• Οι Ασιάτες ασθενείς είχαν λιγότερες πιθανότητες σε σχέση με τους λευκούς ασθενείς να λάβουν κατανοητές εξηγήσεις για τις παρενέργειες της θεραπείας</li> <li>• Οι ασθενείς από το Μπαγκλαντές είχαν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν κατανοητή απάντηση στις σημαντικές ερωτήσεις τους</li> </ul>

## 4.2 Συζήτηση

Παρά την ποικιλομορφία των στόχων και των μεθοδολογιών των μελετών, προκύπτουν διάφορα κοινά θέματα:

### (Α) Ανάγκες πληροφόρησης

Οι μελέτες των Abi Nader et al. (2016), Bakker et al. (2001) και Alshammari et al. (2022), εστιάζουν στις ανάγκες πληροφόρησης των ασθενών με καρκίνο και στους διαύλους επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Οι Abi Nader et al. τονίζουν τη σημασία της αντιμετώπισης των αναγκών πληροφόρησης των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ιδίως των νεότερων ατόμων και εκείνων που διαγνώστηκαν πρόσφατα. Επισημαίνουν τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας, ιδίως των ογκολόγων, στην παροχή κρίσιμων πληροφοριών στους ασθενείς.

### (Β) Τρόποι επικοινωνίας

Οι Bakker et al. (2001) εμβαθύνουν στη δυναμική της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, σημειώνοντας δύο τρόπους αλληλεπίδρασης με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η εμπιστοσύνη, η συνδεσιμότητα και τα αποτελεσματικά στυλ επικοινωνίας αναδεικνύονται ως βασικά στοιχεία που επηρεάζουν την ενδυνάμωση και την ικανοποίηση των ασθενών. Τέλος, οι Alshammari et al. (2022) διερευνούν τις εμπειρίες των ενήλικων καρκινοπαθών με την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, αποκαλύπτοντας διαφορές στις σχέσεις μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και στις διαδικασίες ανταλλαγής πληροφοριών. Οι γλωσσικοί φραγμοί και οι πολιτιστικοί παράγοντες έρχονται επίσης στο προσκήνιο, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για βελτιωμένη αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

### (Γ) Η χρήση της Τεχνολογίας στην επικοινωνία

Οι Bæksted et al. (2019) ακολουθούν μια διαφορετική προσέγγιση διερευνώντας τον αντίκτυπο της παρακολούθησης των συμπτωμάτων με βάση το PRO στην επικοινωνία και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Διαπιστώνουν ότι ενώ τα ηλεκτρονικά PRO μπορεί να μειώσουν την άμεση επικοινωνία με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οι ασθενείς

εξακολουθούν να τα θεωρούν χρήσιμα για την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την προετοιμασία για συζητήσεις. Αυτό αναδεικνύει τον εξελισσόμενο ρόλο της τεχνολογίας στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και παρόχων.

(Δ) Η σημασία του «σεβασμού» στις σχέσεις ασθενή-παρόχου

Η Clucas (2016) εξετάζει τις ανισότητες στις εμπειρίες των ασθενών, ιδίως όσον αφορά τον σεβασμό στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη διαφωτίζει τους παράγοντες που συμβάλλουν στις ανισότητες, τονίζοντας τη σημασία των υποστηρικτικών και στοργικών συμπεριφορών. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της επικοινωνίας με σεβασμό και ενσυναίσθηση στην άμβλυνση των ανισοτήτων στις εμπειρίες των ασθενών. Οι Fitch et al. (2020) διερευνούν τα στοιχεία που συνιστούν μια «θετική εμπειρία» στη φροντίδα του καρκίνου, με βάση τα σχόλια των ασθενών. Η ανάλυσή τους αποκαλύπτει τη σημασία της αντιμετώπισης με σεβασμό και αξιοπρέπεια, της σαφούς επικοινωνίας, της πρόσβασης σε σχετικές πληροφορίες και της εξατομικευμένης φροντίδας. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της αντιμετώπισης διαφόρων πτυχών της εμπειρίας των ασθενών για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της περίθαλψης.

(Ε) Η ικανοποίηση ασθενών από την προσφερόμενη φροντίδα

Οι Coronado et al. (2017) εστιάζουν στην ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας κατά τη διάρκεια των φάσεων διάγνωσης και σχεδιασμού της θεραπείας. Ενώ η πλειονότητα των ασθενών ανέφεραν ευαίσθητο χειρισμό της διάγνωσης του καρκίνου, η μελέτη επισημαίνει τομείς προς βελτίωση, όπως η αντιμετώπιση των συναισθηματικών ανησυχιών και η προσαρμογή της φροντίδας στις ατομικές ανάγκες. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει την πολύπλευρη φύση της ικανοποίησης των ασθενών και τη σημασία της σαφούς επικοινωνίας.

Οι Fauer et al. (2021) εξετάζουν τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη διάγνωση σε ηλικιωμένους ενήλικες με λευχαιμία και λέμφωμα. Εντοπίζουν διαφοροποιήσεις στις αξιολογήσεις της περίθαλψης με βάση τον χρόνο συμπλήρωσης της έρευνας και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη να ληφθεί υπόψη ο χρόνος συλλογής δεδομένων και να ενσωματωθούν οι αρχές της γηριατρικής φροντίδας στη θεραπεία του καρκίνου για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

## (ΣΤ) Θεραπευτική επικοινωνία

Οι Harianthy et al. (2023) παρέχουν πληροφορίες για τη θεραπευτική επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική χημειοθεραπείας, τονίζοντας τα οφέλη της για τους ασθενείς. Εντοπίζουν τις συνθήκες που μπορεί να εμποδίζουν τη θεραπευτική επικοινωνία και προτείνουν στρατηγικές βελτίωσης. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει τον κομβικό ρόλο της αποτελεσματικής επικοινωνίας στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης.

Τέλος, οι Trenchard et al. (2016) εξετάζουν τις εθνοτικές διαφορές στις εμπειρίες των ασθενών που σχετίζονται με την παροχή πληροφοριών και την επικοινωνία. Η ανάλυσή τους δείχνει διαφοροποιήσεις στις εμπειρίες των ασθενών ανάλογα με την εθνικότητα, τονίζοντας την ανάγκη για δίκαιη επικοινωνία σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών.

Σε αυτό το σημείο, θα επιστρέψουμε στα ερευνητικά ερωτήματα όπως διατυπώθηκαν στο κεφάλαιο 3, και θα επιχειρήσουμε να δούμε πως μπορούν να απαντηθούν στο πλαίσιο των μελετών υπό ανασκόπηση.

### ***«Με ποιους τρόπους και μέσα επιτυγχάνεται η επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών φροντίδας;»***

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και φροντιστών επιτυγχάνεται με διάφορα μέσα στις υπό εξέταση μελέτες. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και κλινικών κυρίως συμβαίνει κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και των συνεδριών χημειοθεραπείας. Στη διάρκεια αυτών οι ασθενείς αναζητούν λύσεις στα συμπτώματα και τις παρενέργειες από την ΧΜΘ., πληροφορίες για την ίδια τη θεραπεία και συναισθηματική υποστήριξη (Harianthy et al., 2023; Bakker et al., 2001; Alshammari et al. 2022). Σε κλινικές χημειοθεραπείας υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών δίνεται μεγάλη σημασία στην επικοινωνία, όπου οι συνεδρίες χρησιμεύουν ως πλατφόρμα επικοινωνίας, καλύπτοντας τόσο τις πληροφοριακές όσο και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες (Fitch et al., 2020).

Παράλληλα, σε κάποιες μελέτες οι γιατροί αποτελούν την κύρια πηγή πληροφόρησης για τους ασθενείς (Abi Nader et al., 2016), ενώ σε άλλες τον κύριο λόγο τον έχουν οι νοσηλευτές μέσω διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των κλινικών επισκέψεων (Alshammari et al., 2022; Fitch et al., 2020), στο θάλαμο

χημειοθεραπείας, διευκολύνοντας τη συναισθηματική υποστήριξη (Harianthy et al., 2023), ή κατά τη διάρκεια επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία για χημειοθεραπεία (Bakker et al., 2001).

**«Ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών;»**

Οι ανάγκες των ασθενών σε πληροφόρηση ποικίλλουν ανάλογα με τις μελέτες και τους πληθυσμούς ασθενών, αυτές είναι σχετικές με:

- τη διάγνωση
- την θεραπεία
- τις μακροπρόθεσμες ανησυχίες
- την διαχείριση της νόσου (παρενέργειες - συμπτώματα)
- τη συναισθηματική υποστήριξη
- τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Ο κύριος χρόνος που απαιτείται για την επίλυση των προβλημάτων είναι κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας και η κύρια πηγή πληροφόρησης είναι ο θεράπων γιατρός.

Σημαντικά ζητήματα για τους ασθενείς αποτελούν η σαφής επικοινωνία μεταξύ αυτών και των επαγγελματιών υγείας (Abi Nader et al., 2016; Coronado et al., 2017), η συναισθηματική υποστήριξη (Fitch et al., 2020) και ο σεβασμός κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Abi Nader et al., 2016; Bakker et al., 2001; Alshammari et al., 2022).

**«Καλύπτονται επαρκώς οι πληροφοριακές ανάγκες των ασθενών;»**

Οι ανάγκες πληροφόρησης των ασθενών δεν ικανοποιούνται με συνέπεια και η ικανοποίηση ποικίλλει μεταξύ των μελετών.

Νεότεροι ασθενείς δηλώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες στην πληροφόρηση (Abi Nader et al., 2016). Ο φόρτος εργασίας και τα γλωσσικά εμπόδια δυσχεραίνουν την ανταλλαγή των πληροφοριών αναμεσα σε ασθενείς και κλινικούς (Alshammari et al., 2022), με ασθενείς από διαφορετικές εθνικές ομάδες να έχουν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν κατανοητές εξηγήσεις για τις παρενέργειες της θεραπείας (Trenchard et al., 2016). Οι ασθενείς που είναι στη θεραπεία μεγαλύτερο διάστημα δηλώνουν πιο ευνοϊκές αξιολογήσεις της φροντίδας τους (Fauer et al., 2021).

**«Με ποιους τρόπους λύνονται τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών φροντίδας;»**

Οι μελέτες παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων επικοινωνίας:

Η επίλυση των προβλημάτων επικοινωνίας πραγματοποιείται με την παροχή πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας, με την επάρκεια προσωπικού, τη γλωσσική κατάρτιση και τέλος τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών:

- Ενεργή ακρόαση
- Ενσυναίσθηση
- Αφιέρωση περισσότερου χρόνου
- Ανατροφοδότηση για βελτίωση συμπεριφοράς από τους επαγγελματίες υγείας
- Εκπαίδευση στη θεραπευτική επικοινωνία

Οι Abi Nader et al. (2016) τονίζουν τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας, ιδίως των ογκολόγων, στην παροχή πληροφοριών σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και προτείνουν μια τυποποιημένη έρευνα για τον εντοπισμό και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών πληροφόρησης. Οι Alshammari et al. (2022) τονίζουν τη διαχείριση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών προτείνοντας την πρόσληψη περισσότερων νοσηλευτών με γλωσσική επάρκεια, την παροχή γλωσσικής κατάρτισης για τους αλλοδαπούς νοσηλευτές και την παροχή κατάρτισης σε θέματα πολιτισμικής επάρκειας για τη βελτίωση των σχέσεων νοσηλευτών-ασθενών. Οι Bakker et al. (2001) υπογραμμίζουν τη σημασία της εμπιστοσύνης και της συνδεσιμότητας μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς εκτιμούν τους παρόχους που ακούνε ενεργά, αφιερώνουν χρόνο γι' αυτούς και μεταδίδουν ενσυναίσθηση. Οι Fitch et al. (2020) υποδεικνύουν την ανάγκη για συστήματα συλλογής δεδομένων που παρέχουν ανατροφοδότηση στους οργανισμούς και τους παρόχους σχετικά με τις εμπειρίες και τις ανησυχίες των ασθενών, επιτρέποντας την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, ενώ οι Harianthy et al. (2023) υπογραμμίζουν τα οφέλη της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών, υπογραμμίζοντας παράλληλα τη σημασία της περιοδικής και συνεχούς εκπαίδευσης στη θεραπευτική επικοινωνία για τους επαγγελματίες υγείας στους θαλάμους χημειοθεραπείας.



Αναφορικά με τα αποτελέσματα των μελετών, οι ανάγκες πληροφόρησης και επικοινωνίας προκύπτουν με διαφορετικούς τρόπους. Στη μελέτη των Abi Nader et al. (2016), οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία εξέφρασαν διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τις ανάγκες τους για πληροφόρηση, με τις νεότερες ασθενείς και εκείνες που διαγνώστηκαν πρόσφατα να αναφέρουν υψηλότερες ανάγκες. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης των Husson et al. (2013), η οποία αποκάλυψε ότι οι νεότεροι ασθενείς με καρκίνο έχουν συχνά περισσότερες ανάγκες πληροφόρησης λόγω του αναπτυξιακού σταδίου της ζωής τους και των υψηλότερων προσδοκιών σχετικά με τη θεραπεία. Η μελέτη των Bakker et al. (2001) εντόπισε δύο τρόπους αλληλεπίδρασης με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας – ο ένας εστιάζει στα σωματικά συμπτώματα και ο άλλος σε ολοκληρωμένες συζητήσεις σχετικά με τη θεραπεία και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Αυτό αντικατοπτρίζει τα ευρήματα της έρευνας των Street et al. (2009), τονίζοντας την ανάγκη τόσο για βιοϊατρικές όσο και για ψυχοκοινωνικές πτυχές της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της φροντίδας του καρκίνου. Τέλος, η μελέτη των Alshammari et al. ανέδειξε την επίδραση των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, του φόρτου εργασίας και των πολιτισμικών παραγόντων στην ανταλλαγή πληροφοριών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα των Epstein & Street (2011) οι οποίοι τονίζουν τον ρόλο των σχέσεων μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασθενών στη διευκόλυνση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Όσον αφορά τις ανισότητες στη φροντίδα, και τον σεβασμό. Η μελέτη της Clucas (2016) σχετικά με τις διαφορές στις εμπειρίες των ασθενών όσον αφορά τον σεβασμό στη φροντίδα του καρκίνου υπογραμμίζει τη σημασία της φροντίδας με σεβασμό και ενσυναίσθηση. Η έρευνα των Johnson et al. (2017) υπογραμμίζει ότι η επικοινωνία με σεβασμό και πολιτισμική ευαισθησία είναι απαραίτητη για τη μείωση των διαφορών στην περίθαλψη μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών ασθενών. Παράλληλα, η μελέτη των Trenchard et al. (2016) αναδεικνύει τις εθνοτικές ανισότητες στην παροχή πληροφοριών και στην επικοινωνία, τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα μιας συστηματικής ανασκόπησης των Saha et al. (2008), η οποία τονίζει την ανάγκη αντιμετώπισης των εθνοτικών ανισοτήτων στην επικοινωνία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για να διασφαλιστεί η ισότιμη παροχή φροντίδας.

Επιστρέφοντας στα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας περίθαλψης η μελέτη των Coronado et al. (2017) επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των ασθενών κατά τη φάση της διάγνωσης και του σχεδιασμού της θεραπείας. Τα ευρήματα της συμβαδίζουν με την έρευνα των Guldvog κ.ά. (2012) τονίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια πολύπλευρη έννοια που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της επικοινωνίας, του συντονισμού της φροντίδας και της παροχής πληροφοριών. Η θετική εμπειρία στη φροντίδα του καρκίνου των Fitch et al. (2020) φτάνει σε παρόμοια συμπεράσματα με τα ευρήματα των μελετών των Rathert et al. (2013) και Cleary et al. (2018), οι οποίες αναδεικνύουν τον ρόλο της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της εξατομικευμένης φροντίδας και των σχέσεων μεταξύ ασθενών και παρόχων στην ενίσχυση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας.

Ειδικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Fauver et al. (2021), που ρίχνει φως στις ειδικές ανάγκες και εμπειρίες των ηλικιωμένων ενηλίκων με λευχαιμία και λέμφωμα. Αντίστοιχα, η έρευνα του Extermann (2000) υπογραμμίζει τη σημασία των ολοκληρωμένων αξιολογήσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο με σκοπό την προσαρμογή της θεραπείας και της επικοινωνίας στις μοναδικές ανάγκες τους.

Τέλος, η μελέτη των Harianthy et al. (2023), υπογραμμίζει τα οφέλη της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών στο θάλαμο χημειοθεραπείας και μπορεί να εξεταστεί υπό το πρίσμα της έρευνας του Beck (2011), ο οποίος υποστηρίζει την ιδέα ότι η θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα και την ικανοποίηση των ασθενών σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### *Συμπεράσματα και Μελλοντικές Προτάσεις*

---

#### 4.1 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, οι μελέτες που παρουσιάστηκαν σε αυτή την εργασία ρίχνουν φως σε διάφορες πτυχές των εμπειριών των ασθενών με καρκίνο, των αναγκών πληροφόρησης και της επικοινωνίας με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Επισημαίνουν συλλογικά τη σημασία της αντιμετώπισης των πληροφοριακών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, ιδίως μεταξύ των νεότερων ασθενών και εκείνων που διαγνώστηκαν πρόσφατα με καρκίνο. Υπογραμμίζεται ο καίριος ρόλος των επαγγελματιών υγείας, ιδίως των νοσηλευτών και των ογκολόγων, στην παροχή πληροφοριών, τονίζοντας την ανάγκη βελτίωσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τα πιθανά οφέλη των τυποποιημένων ερευνών για τον αποτελεσματικό εντοπισμό και την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών.

Επιπλέον, οι μελέτες αυτές υπογραμμίζουν τη σημασία της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και τον ρόλο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στην προώθηση θετικών εμπειριών των ασθενών. Παράγοντες όπως τα γλωσσικά εμπόδια, οι πολιτισμικές διαφορές και η διάρκεια των διαβουλεύσεων μπορούν να επηρεάσουν την επικοινωνία μεταξύ ασθενών και παρόχων. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και η προσαρμογή της περίθαλψης στις ατομικές ανάγκες των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της περίθαλψης.

Τέλος, η έρευνα υπογραμμίζει τη σημασία της συνεκτίμησης δημογραφικών παραγόντων, όπως η ηλικία, η εθνικότητα και το μορφωτικό επίπεδο, για την κατανόηση των ανισοτήτων στις εμπειρίες των ασθενών. Η προσαρμογή των παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των εμπειριών λήψης κοινών αποφάσεων και της συνολικής ικανοποίησης από τη φροντίδα.

Συνοψίζοντας, οι ανασκοπηθείσες μελέτες αυτές παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για το σύνθετο τοπίο των εμπειριών των ασθενών με καρκίνο, των αναγκών πληροφόρησης και της επικοινωνίας με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας καθοδήγηση στους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής για τη βελτίωση της φροντίδας του καρκίνου και της ικανοποίησης των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία.

## 4.2 Περιορισμοί

Η παρούσα ανασκόπηση παρουσίασε κάποιους εγγενείς περιορισμούς, που μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Μικρός αριθμός ανασκοπηθέντων μελετών
- Περιορισμός σε άρθρα στην αγγλική γλώσσα
- Ετερογένεια σκοπών και μεθοδολογιών

## 4.3 Μελλοντικές Προτάσεις

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της παροχής ποιοτικής φροντίδας σε καρκινοπαθείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Τα τελευταία χρόνια, γίνεται φανερό ότι διάφορες καινοτόμες κατευθύνσεις θα διαμορφώσουν το τοπίο της επικοινωνίας ασθενών και εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε αυτό το κρίσιμο πλαίσιο. Παρακάτω, παραθέτουμε μερικές ενδιαφέρουσες προτάσεις:

### **Εξατομικευμένα σχέδια επικοινωνίας**

Μια θεμελιώδης αλλαγή στο μέλλον της επικοινωνίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έγκειται στη σφαίρα της εξατομίκευσης. Αναγνωρίζοντας ότι κάθε ασθενής είναι μοναδικός, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υιοθετούν ολοένα και περισσότερο προσεγγίσεις που βασίζονται σε δεδομένα για την προσαρμογή των σχεδίων επικοινωνίας.

Φανταστείτε ένα σύστημα με τεχνητή νοημοσύνη που αναλύει σχολαστικά τα ατομικά προφίλ των ασθενών. Το σύστημα αυτό λαμβάνει υπόψη παράγοντες όπως τα επίπεδα υγειονομικού αλφαριθμητισμού, τις επικοινωνιακές προτιμήσεις και τις προηγούμενες εμπειρίες. Με βάση αυτή την ανάλυση, καταρτίζονται προσαρμοσμένα σχέδια επικοινωνίας, διασφαλίζοντας ότι οι πληροφορίες παρέχονται με τρόπο που να βρίσκει απήχηση σε κάθε ασθενή. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με χαμηλότερο υγειονομικό αλφαριθμητισμό μπορούν να λάβουν απλοποιημένες εξηγήσεις για τις διαδικασίες χημειοθεραπείας και τις πιθανές παρενέργειες, ενώ οι πιο εξοικειωμένοι με την τεχνολογία μπορούν να επιλέξουν ψηφιακούς πόρους.

### **Υποστήριξη εικονικής πραγματικότητας (VR)**

Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας εικονικής πραγματικότητας (VR) υπόσχεται να αλλάξει τα δεδομένα στην εκπαίδευση και την υποστήριξη των ασθενών κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Φανταστείτε ένα σενάριο όπου οι ασθενείς μπορούν να βυθιστούν σε μια τρισδιάστατη αναπαράσταση του σώματός τους. Αυτή η καθηλωτική εμπειρία παρέχει μια άνευ προηγουμένου κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η χημειοθεραπεία στοχεύει με ακρίβεια τα καρκινικά κύτταρα, απομυθοποιώντας τη διαδικασία της θεραπείας. Πέραν αυτού, η εικονική πραγματικότητα μπορεί να αξιοποιηθεί για τη δημιουργία χαλαρωτικών και μειωτικών του άγχους εμπειριών κατά τη διάρκεια των συνεδριών χημειοθεραπείας, ωφελώντας βαθιά την ψυχική ευεξία των ασθενών. Η συγχώνευση της τεχνολογίας και της ενσυναίσθησης αντιμετωπίζει όχι μόνο τις γνωστικές αλλά και τις συναισθηματικές πτυχές της επικοινωνίας με τους ασθενείς.

### **Δίκτυα επικοινωνίας με βάση την κοινότητα**

Στην ψηφιακή εποχή, η δημιουργία διαδικτυακών κοινοτήτων ή δικτύων υποστήριξης προσαρμοσμένων στους καρκινοπαθείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος. Αυτές οι πλατφόρμες, οι οποίες διευκολύνονται και συντονίζονται προσεκτικά από εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, προσφέρουν στους ασθενείς έναν μοναδικό χώρο για να συνδεθούν με άτομα που μοιράζονται παρόμοιες εμπειρίες. Μέσα σε αυτές τις κοινότητες, οι ασθενείς μπορούν να μοιραστούν το ταξίδι τους, να προσφέρουν πολύτιμες συμβουλές και να αναζητήσουν συναισθηματική υποστήριξη. Ο δεσμός που δημιουργείται μέσω των

κοινών εμπειριών βελτιώνει τη συνολική εμπειρία των ασθενών, καλλιεργώντας την αίσθηση του ανήκειν και της κατανόησης.

### **Εκπαίδευση εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης**

Ο εφοδιασμός των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με προηγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για το μέλλον. Τα προγράμματα κατάρτισης είναι πιθανό να περιλαμβάνουν ενότητες σχετικά με την ενσυναίσθηση, την πολιτισμική ευαισθησία και τις στρατηγικές για την αποτελεσματική μετάδοση σύνθετων ιατρικών πληροφοριών. Ο στόχος είναι να ενδυναμωθεί το υγειονομικό προσωπικό ώστε να συνδεθεί με τους ασθενείς σε ένα βαθύτερο, πιο ενσυναίσθητικό επίπεδο. Με την προώθηση της εμπιστοσύνης και της ανοιχτής επικοινωνίας, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

### **Συναισθηματική υποστήριξη με τη βοήθεια τεχνητής νοημοσύνης (AI)**

Το μέλλον υπόσχεται chatbots με τεχνητή νοημοσύνη που θα προσφέρουν περισσότερα από σεναριακές απαντήσεις. Αυτά τα chatbots θα μπορούσαν να χρησιμοποιούν ανάλυση συναισθήματος (βλέπε παραδείγματα σε Wangetal., 2023) για να ανιχνεύουν τη συναισθηματική δυσφορία στα μηνύματα των ασθενών ή τις φωνητικές ενδείξεις κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων τηλεϊατρικής. Με βάση την ανάλυσή τους, το chatbot θα μπορούσε στη συνέχεια να προσφέρει τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης ή να συνδέει απρόσκοπτα τους ασθενείς με ανθρώπινους συμβούλους όταν είναι απαραίτητο. Αυτό το σύστημα υποστήριξης επί εικοσιτετράωρου βάσεως εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν έγκαιρη βοήθεια κατά τη διάρκεια κρίσιμων στιγμών.

### **Ομάδες παρέμβασης**

Για την αντιμετώπιση οξέων αναγκών, εξειδικευμένες ομάδες εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που έχουν εκπαιδευτεί στην παρέμβαση σε κρίσεις, θα μπορούσαν να βρίσκονται σε ετοιμότητα για ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρές παρενέργειες ή συναισθηματική δυσφορία κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Σκοπός τους είναι να προσφέρουν άμεση, κατά παραγγελία υποστήριξη, είτε αυτοπροσώπως είτε

μέσω καναλιών τηλε-υγείας, διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς λαμβάνουν έγκαιρη βοήθεια κατά τη διάρκεια κρίσιμων στιγμών.

Συμπερασματικά, το μέλλον της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία και των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υπόσχεται να είναι ένα ταξίδι καινοτομίας, εξατομίκευσης και ενσυναίσθησης. Αξιοποιώντας αυτές τις αναδυόμενες προσεγγίσεις, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ενδυναμώσουν τους ασθενείς, να βελτιώσουν την εμπειρία της θεραπείας τους και να συμβάλουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας και της συνολικής ποιότητας ζωής. Σε κάθε περίπτωση και καθώς συνεχίζουμε να διερευνούμε αυτές τις οδούς, η αταλάντευτη εστίασή μας πρέπει να παραμείνει στον ασθενή, εξασφαλίζοντας ολοκληρωμένες, προσαρμοσμένες και συνεργατικές στρατηγικές επικοινωνίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

AbiNader, E., Kourie, H. R., Ghosn, M., Karak, F. E., Kattan, J., Chahine, G., & Nasr, F. (2016). Informational needs of women with breast cancer treated with chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(4), 1797-1800.

Adjei A.A., Hidalgo M. (2005). Intracellular signal transduction pathway proteins as targets for cancer therapy. *J Clin Oncol*, 23(23), 5386-403.

Agledahl, K.M., Førde, R., Wifstad, A. (2011). Choice is not the issue. The misrepresentation of healthcare in bioethical discourse. *J Med Ethics*, 37(4), 212-5.

Alshammari, M., Duff, J., & Guilhermino, M. (2022). Adult patient communication experiences with nurses in cancer care settings: A qualitative study. *BMC Nursing*, 21, 201.

Amjad, M.T., Chidharla, A., Kasi, A. (2023). Cancer Chemotherapy. [Updated 2023 Feb 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

American Society of Clinical Oncology. (2014). Progress & Timeline. Accessed at [www.cancerprogress.net/timeline/major-milestones-against-cancer](http://www.cancerprogress.net/timeline/major-milestones-against-cancer) (2/6/2023).

Anand, U., Dey, A., Chandel, A.K.S., Sanyal, R., Mishra, A., Pandey, D.K., De Falco, V., Upadhyay, A., Kandimalla, A., Chaudhary, A., Dhanjal, J.K., Dewanjee, S., Vallamkondu, J., De la Lastra, J.M.P. (2023). Cancer chemotherapy and beyond: Current status, drug candidates, associated risks and progress in targeted therapeutics. *Genes & Diseases*, 10(4), 1367-1401.

Bæksted, C. W., Nissen, A., Knoop, A. S., et al. (2019). Patients' experience of communication and handling of symptomatic adverse events in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Research Involvement and Engagement*, 5, 36.

Bakker, D. A., Fitch, M. I., Gray, R., Reed, E., & Bennett, J. (2001). Patient–health care provider communication during chemotherapy treatment: The perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 61–71.

Basch, E., Deal, A. M., Kris, M. G., Scher, H. I., Hudis, C. A., Sabbatini, P., & Schrag, D. (2016). Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34(6), 557-565.

Beck, C. T. (2011). Therapeutic milieu in a clinical nursing context. *Nursing Research and Practice*, 2011.

Bello, P. (2017). Effective communication in nursing practice: A literature review (BSc Nursing Thesis). Arcada. Ανάκτηση από: <https://core.ac.uk/download/pdf/84798372.pdf> (τελευταία επίσκεψη - 20/05/2023)



Blackstone, S. (2009). Communication Access across the Healthcare Continuum. *Augmentative Communication News*, 21, 1-5.

Braddock, C.H., Edwards, K.A., Hasenberg, N.M., Laidley, T.L., Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of the American Medical Association*, 282(24), 2313–2320.

Cassidy, J., et al. (Eds.). (2015). *Oxford Handbook of Oncology* (4th ed.). Oxford Medical Handbooks.

Collins, E.D., Moore, C.P., Clay, K.F., Kearing, S.A., O'Connor, A.M., Llewellyn-Thomas, H.A., Barth, J.R.J, Sepucha, K.R. (2009). Can women with early-stage breast cancer make an informed decision for mastectomy. *Journal of Clinical Oncology*, 27(4), 519–525.

Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., & McMullen, W. (1991). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Quality Management in Health Care*, 1(2), 27-37.

Coronado, A. C., Tran, K., Chadder, J., Niu, J., Fung, S., Louzado, C., & Rahal, R. (2017). The experience of patients with cancer during diagnosis and treatment planning: A descriptive study of Canadian survey results. *Current Oncology*, 24(5), 332-337.

DeLeve, L. D. (2013). Cancer chemotherapy. In N. Kaplowitz & L. D. DeLeve (Eds.), *Drug-induced liver disease* (3rd ed., pp. 541–567). Amsterdam: Elsevier.

DeVita VT, Chu E. (2008). A history of cancer chemotherapy. *Cancer Res*, 68(21), 8643-53.

DeVita VT Jr, Rosenberg SA. (2012). Two Hundred Years of Cancer Research. *N Engl J Med*, 366(23), 2207-2214.

Eggly, S., Penner, L.A., Hagiwara, N., Gonzalez, R., Harper, F.W., Heath, E.I., & Albrecht, T.L. (2013). Patient, companion, and oncologist agreement regarding information discussed during triadic oncology clinical interactions. *Psycho-oncology*, 22(3), 637–645.

Ehrlich, Y., Margel, D., Lubin, M.A., Baniel, J. (2015). Advances in the treatment of testicular cancer. *Transl Androl Urol*, 4(3), 381-90.

El Turabi, A., Abel, G. A., Roland, M., & Lyratzopoulos, G. (2013). Variation in reported experience of involvement in cancer treatment decision making: Evidence from the National Cancer Patient Experience Survey. *British Journal of Cancer*, 109(3), 780–787.

Epstein, R.M., Street, R.L. Jr. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. *National Cancer Institute; NIH Publication No. 07-6225*.

Epstein, R. M., Street, R.L. Jr. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.

Extermann, M. (2000). Measuring comorbidity in older cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36(4), 453-471.

Farrell, C., Chan, E. A., Siouta, E., Walshe, C., & Molassiotis, A. (2020). Communication patterns in nurse-led chemotherapy clinics: A mixed-method study. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1538–1545.

Fauer, A., Choi, S. W., Wallner, L. P., Davis, M. A., & Friese, C. R. (2021). Understanding quality and equity: Patient experiences with care in older adults diagnosed with hematologic malignancies. *Cancer Causes & Control*, 32(4), 379-389.

Fitch, M. I., Coronado, A. C., Schippke, J. C., et al. (2020). Exploring the perspectives of patients about their care experience: Identifying what patients perceive are important qualities in cancer care. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2299–2309.

Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., Boberg, E.W., McTavish, F., Owens, B., Wise, M., Berhe, H., & Pingree, S. (2002). CHES: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics*, 65(3), 169–177.

Guldvog, B., Hofoss, D., Pettersen, K. I., & Eskild, A. (2012). What factors affect the lengths of general practice consultations? A review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(2), 111-118.

Hack, T.F., Degner, L.F., Parker, P.A., & SCRN Communication Team. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-oncology*, 14(10), 831–847.

Harianthy, Y., Asniar, A. & Marthoenis, M. (2023). Therapeutic Communication Experience of Nurses with Chemotherapy Patients in a General Hospital. *International Journal of Nursing Education*, 15(1), 105–110.

Husson, O., Mols, F., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: A systematic review. *Annals of Oncology*, 24(4), 766-773.

IOM. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

IOM. (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM. (2011). *Patient-centered cancer treatment planning: Improving the quality of oncology care: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM. (2023). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute; NIH Publication No. 07-6225.

Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2017). Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *American Journal of Public Health, 97*(12), 2286-2293.

Lee, C.N., Chang, Y., Adimorah, N., Belkora, J.K., Moy, B., Partridge, A.H., Ollila, D.W., Sepucha, K.R. (2012). Decision making about surgery for early-stage breast cancer. *Journal of the American College of Surgeons, 214*(1), 1–10.

LeBlanc, T.W., Back, A.L., Danis, M., & Abernethy, A.P. (2014). Electronic Health Records (EHRs) in the oncology clinic: how clinician interaction with EHRs can improve communication with the patient. *Journal of oncology practice, 10*(5), 317–321.

Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for conducting a scoping review. *Journal of Graduate Medical Education, 14*(5), 565–567.

Mehrmohamadi, M., Jeong, S. H., & Locasale, J. W. (2017). Molecular features that predict the response to antimetabolite chemotherapies. *Cancer Metabol, 5, 8.*

Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, et al. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev, 7, CD003751.*

Moudi, M., Go, R., Yien, C. Y., & Nazre, M. (2013). Vinca alkaloids. *Int J Prev Med, 4*(11), 1231-1235.

Nowell, P. C. & Hungerford, D. A. (1960). Chromosome studies on normal and leukemic human leukocytes. *J Natl Cancer Inst, 25, 85-109.*

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D, Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372, n71.*

Prip, A. (2020). *Communication practice in an oncology outpatient clinic: Perspectives from patients with cancer and health care professionals and observations of communication practices during oncological treatment* (unpublished PhD Thesis). Graduate School of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.

Prip, A., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Jarden, M., Olsen, M. H., & Danielsen, A. K. (2018). The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nursing, 41*(5), E11-E22.

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review, 70*(4), 351-379.

Rao, S.R., Desroches, C.M., Donelan, K., Campbell, E.G., Miralles, P.D., & Jha, A.K. (2011). Electronic health records in small physician practices: availability, use, and perceived benefits. *Journal of the American Medical Informatics Association, 18*(3), 271–275.

Raimondi, M. V., Randazzo, O., la Franca, M., et al. (2019). DHFR inhibitors: reading the past for discovering novel anticancer agents. *Molecules*, 24(6), 1140.

Ruben, B. D. (2016). Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Communication*, 31(1), 1–11.

Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, 349, g7647.

Smith TJ, Hillner BE. (2011). Bending the cost curve in cancer care. *New England Journal of Medicine*, 364(21), 2060–2065.

Street Jr, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2007). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Medical Care*, 45(10), 971-977.

Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301.

Thorne, S., Hislop, T. G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: Insights from the patient perspective. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1009–1015.

Thorne, S., Oliffe, J., Kim-Sing, C., Hislop, T. G., & Stajduhar, K. I. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: An interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 746–754.

Trenchard, L., McGrath-Lone, L., & Ward, H. (2016). Ethnic variation in cancer patients' ratings of information provision, communication, and overall care. *Ethnicity & Health*, 21(5), 515-533.

Wagland, R., Richardson, A., & Ewings, S. (2016). Prevalence of cancer chemotherapy-related problems, their relation to health-related quality of life and associated supportive care: A cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 24(12), 4901–4911.

Wagner, E.H., Aiello Bowles, E.J., Greene, S.M., Tuzzio, L., Wiese, C.J., Kirlin, B., Clauser, S.B. (2010). The quality of cancer patient experience: perspectives of patients, family members, providers and experts. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 484–489.

Wang, A., Qian, Z., Briggs, L., Cole, A. P., Reis, L. O., & Trinh, Q. D. (2023). The use of chatbots in oncological care: A narrative review. *International Journal of General Medicine*, 16, 1591–1602.

Wellstein, A. (2018). General principles in the pharmacotherapy of cancer. In L. L. Brunton, R. Hilal-Dandan, & B. C. Knollmann (Eds.), *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (13th ed., pp. 1161–1166). New York, NY: McGraw-Hill.

Wendler, R. (2016). The evolution of chemo: From a brutal beginning to a tolerable today. Ανάκτηση από: <https://www.mdanderson.org/publications/conquest/the-evolution-of-chemo.h36-1590624.html> (τελευταία επίσκεψη: 23/04/2023).

WHO/Europe. (2020). Cancer - Data and Statistics & Cancer burden statistics and trends across Europe [Fact sheet]. ECIS.

Winget, M., Haji-Sheikhi, F., Brown-Johnson, C., Rosenthal, E.L., Sharp, C., Buyyounouski M.K., & Asch, S.M. (2016). Electronic Release of Pathology and Radiology Results to Patients: Opinions and Experiences of Oncologists. *Journal of Oncology Practice*, 12(8), e792–e799.

Wood, M., & Brighton, D. (2005). *The Royal Marsden Hospital handbook of cancer chemotherapy: A guide for the multidisciplinary team*. Elsevier Churchill Livingstone.

Wu QL, & Street RL Jr. (2020). Factors affecting cancer patients' electronic communication with providers: Implications for COVID-19 induced transitions to telehealth. *Patient Education and Counseling*, S0738–3991(20)30534–6.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

### **Εισαγωγή:**

Η χημειοθεραπεία παίζει κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου και παρέχεται κυρίως σε κλινικές βραχείας νοσηλείας. Αν και εξαιρετικά αποτελεσματική, συνοδεύεται από σωματικές παρενέργειες, ψυχολογική δυσφορία και επιπτώσεις στη κοινωνική ζωή του ασθενή. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών είναι σημαντική και χρονικά περιορισμένη. Δημιουργείται ανάγκη κατανόησης της εμπειρίας των ασθενών ώστε να εξασφαλιστεί η ασθενοκεντρική φροντίδα.

### **Σκοπός:**

Ο σκοπός της παρούσας οριοθετημένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες ενηλίκων ογκολογικών ασθενών στην ανάγκη επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας τους.

### **Υλικό και Μέθοδος:**

Ακολουθώντας τις οδηγίες του PRISMA-ScR, η παρούσα ανασκόπηση καλύπτει μελέτες που έχουν δημοσιευθεί στα αγγλικά έως το 2023. Αναζητήθηκαν άρθρα στις βάσεις δεδομένων: PubMed, CochraneLibrary και Scopus με τη χρήση λέξεων κλειδιών “neoplasms”, “nursepatientrelations”, “supportivecare”, “outpatientclinics” “daycare”, “patientexperience”. Τα κριτήρια συμπερίληψης περιλάμβαναν αγγλόφωνες δημοσιεύσεις που να αφορούσαν ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς υπό αγωγή με χημειοθεραπεία και που διερευνούσαν την εμπειρία επικοινωνίας ασθενών -επαγγελματιών υγείας.

### **Αποτελέσματα:**

Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 12 μελέτες εκ των οποίων επτά ποσοτικές, τέσσερις ποιοτικές και μία μελέτη ήταν μικτή. Από την ανάλυση προέκυψαν οι εξής θεματικές α) ανάγκες πληροφόρησης, β) τρόποι επικοινωνίας, γ) χρήση της τεχνολογίας στην επικοινωνία, δ) η σημασία του σεβασμού στις σχέσεις ασθενή-παρόχου, ε) η ικανοποίηση των ασθενών από την προσφερόμενη φροντίδα, στ) θεραπευτική επικοινωνία.

**Συμπεράσματα:**

Συμπερασματικά, οι μελέτες που παρουσιάστηκαν σε αυτή την εργασία ρίχνουν φως σε διάφορες πτυχές των εμπειριών των ασθενών με καρκίνο, των αναγκών πληροφόρησης και της επικοινωνίας με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Επισημαίνουν συλλογικά τη σημασία της αντιμετώπισης των πληροφοριακών και συναισθηματικών αναγκών των ασθενών. Υπογραμμίζεται ο καίριος ρόλος των επαγγελματιών υγείας, ιδίως των νοσηλευτών και των ογκολόγων, στην παροχή πληροφοριών, τονίζοντας την ανάγκη βελτίωσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τα πιθανά οφέλη των τυποποιημένων ερευνών για τον αποτελεσματικό εντοπισμό και την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών.

**Λέξεις – κλειδιά:**

ογκολογικοί ασθενείς, επικοινωνία κατά τη χημειοθεραπεία, αλληλεπίδραση παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας, φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, δημογραφικοί παράγοντες.

# ABSTRACT

---

## **Introduction:**

Chemotherapy plays a central role in the treatment of cancer and is mainly provided in out-patient clinics. Although extremely effective, it is accompanied by physical side effects, psychological discomfort and impacts a patient's social life. Communication between patients and nurses is important and time limited. There is a need to understand the patient experience to ensure patient-centered care.

## **Purpose:**

The purpose of this scoping review is to summarize literature on the communication experiences of adult cancer patients during their chemotherapy with healthcare professionals.

## **Material and Method:**

PubMed, Cochrane Library and Scopus databases were systematically searched for period of time till 2023, using keywords: "neoplasms", "nurse patient relations", "supportive care", "outpatient clinics" "day care", "patient experience". Inclusion criteria included: English language articles of adult cancer patients undergoing chemotherapy, related to communication experiences between patients and health professionals.

## **Results:**

Twelve studies met criteria, seven quantitative, four qualitative and one study with mixed methods. The following themes emerged from the analysis: a) information needs, b) ways of communication, c) use of technology in communication, d) the importance of respect in patient-provider relationships, e) patient satisfaction with the care offered, f) therapeutic communication.

## **Conclusions:**

In conclusion, the studies presented in this review shed light on various aspects of cancer patients' experiences, information needs, and communication with health care providers. They collectively highlight the importance of addressing patients' informational and



emotional needs. Nurses and oncologists play a key role in providing information. The need to improve communication skills is emphasized and the potential benefits of standardized surveys is highlighted to effectively identify and address these needs.

**Keywords:**

oncology patients, chemotherapy communication, healthcare provider interaction, systematic literature review, patient-centered care, demographic factors.