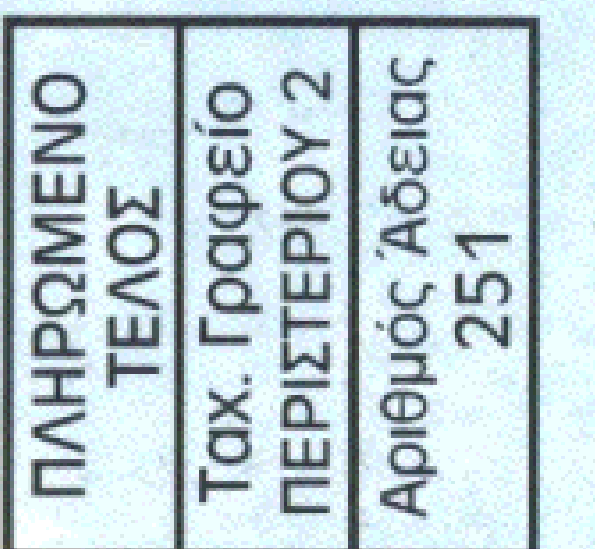


ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ



VEMA OF ASKLIPIOS

APRIL - JUNE 2005 VOLUME 4 No 2

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

In cooperation with ION PUBLISHING GROUP

Νέες ελπίδες στην αντιμετώπιση
της αγγειακής άνοιας

Το πρόβλημα της νόσου των Λεγεωνάριων

Νόσος του Alzheimer

Ενεργοποίηση των ικανοτήτων των νοσηλευτών

Η συμβολή της παιδικής λογοτεχνίας
στην αγωγή υγείας

Vascular dementia and
a new treatment plan

The problem of Legionnaires' disease

Alzheimer's disease

Motivation of nurses' skills

Children's literature contribution
to preschooler's health education

Σε συνεργασία με τον ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΟΜΙΛΟ ΙΩΝ

Περιεχόμενα

Contents

Ανασκοπήσεις

- Ενεργοποίηση των Ικανοτήτων των Νοσηλευτών στο Χώρο της Επείγουσας και Εντατικής Φροντίδας *Θάλεια Χρ. Μπελλιάλη* 51
- Ο Ρόλος της Διατροφής στη Στεφανιαία Νόσο *Κυρίτση Ελένη, Ποηυκανδριώτη Μαρία* 60
- Παράγονες Κινδύνου για την Εμφάνιση της Νόσου του Alzheimer και ο Ρόλος Συγκεκριμένων Γονιδίων *Κων/νος Δ. Πανταζής, Νικόλαος Β. Φώτος* 70

Ειδικό Άρθρο

- Η Συμβολή της Παιδικής Λογοτεχνίας στην Αγωγή Υγείας της Προσχολικής Ηλικίας – Ευρήματα από την Ελληνική Βιβλιογραφία *Χρυσούλα Μεληισά χαλικιοπούλου, Τ. Νατσιοπούλου* 75
- "Θεραπεία μέσω της Τέχνης" Εικαστική έκφραση – Συμβολισμός *Κων/νος Α. Κουκουρίκος, Φανή Α. Τόττη* 79
- Το Πρόβλημα της Νόσου των Λεγεωναρίων στα Νοσοκομεία *Ελένη Αποστολοπούλου* 83

Επίκαιρο Άρθρο

- Νέες Ελπίδες για την Αντιμετώπιση της Αγγειακής Άνοιας *Γ. Βόζνιακ, Ζ. Ρούπα, Ε. Κοτρώσιου* 89

Έρευνα

- Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρκίνο *Ποηυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βλάχος Χ., Δημητρακοπούλου Π., Κερμελή Π., Κουκουλάρης Δ., Κυρίτση Ε.* 93

- Οδηγίες για τους Συγγραφείς 105

Reviews

- Motivation of Nurses' Skills in Critical and Intensive Care *Thalia Bellali* 51
- The Role of Nutrition to Coronary Disease *Kyritsi Helen, Polikandrioti Maria* 60
- Risk Factors of Alzheimer's Disease and the Role of certain Genes *Konstantinos D. Pantazis, Nikolaos V. Fotos* 70

Specific Article

- Children's Literature Contribution to Preschooler's Health Education. Findings from a Greek Study *C. Melissa Halikiopoulos, T. Natsiopoulou* 75
- "Art Therapy" Plastic Expression-Symbolism *K.A. Koukourikos, F.L. Totti* 79
- The Problem of Legionnaires' Disease in Hospitals *Eleni Apostolopoulou* 83

Contemporary Subjects

- Vascular Dementia and a new Treatment Plan *G. Wozniak, Z. Roupa, E. Kotrotsiou* 89

Research

- Quality of Life of Cancer Patients *Polikandrioti M., Evagelou E., Blachos Chr., Dimitrakopoulou P., Kermeli P., Koukoularis D., Kyritsi E.* 93

- Instructions to Authors 105

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Πολυκανδριώτη Μ.,¹ Ευαγγέλου Ε.,²
 Βλάχος Χ.,³ Δημητρακοπούλου Π.,³
 Κερμελή Π.,³ Κουκουλάρης Δ.,⁴ Κυρίτση
 Ε.⁵

¹ Εργαστηριακός συνεργάτης Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ
 Αθήνας

² Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας

³ Φοιτητές Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας

⁴ Φοιτητής Ιατρικής Σχολής

⁵ Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας

Polikandrioti M.,¹ Evagelou E.,² Blachos
 Chr.,³ Dimitrakopoulou P.,³ Kermeli P.,³
 Koukoularis D.,⁴ Kyritsi E.⁵

¹ Laboratory collaborator, Nursing Department A, TEI,
 Athens, Greece

² Assistant Professor, Nursing Department A, TEI
 Athens, Greece

³ Student of Nursing Department A, TEI, Athens,
 Greece

⁴ Undergraduate of Medical School

⁵ Professor of Nursing Department A, TEI, Athens,
 Greece

Περίληψη Οι άρρωστοι με καρκίνο αντιμετωπίζουν πολλά και ποικίλα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν την πορεία και την έκβαση της ασθένειάς κυρίως όμως, την ποιότητα της ζωής τους.

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τα προβλήματα που επηρεάζουν τον ασθενή είτε αυτά απορρέουν από την ίδια την αρρώστια είτε από την εφαρμοζόμενη θεραπεία. Οι μεταβολές που μπορεί να παρατηρηθούν στην ποιότητα ζωής κατά την πορεία της θεραπείας, αλλά και μετά απ' αυτήν, δίνουν την πλήρη εικόνα της αποτελεσματικότητάς της.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 145 ασθενείς που έπασχαν από διάφορες μορφές καρκίνου. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το "Palliative Care Quality of Life Instrument" (PQLI).

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε, ότι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν γενικά φτωχή ποιότητα ζωής, οι νοσηλευόμενοι ωστόσο ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής από τους μη νοσηλευόμενους και απ' αυτούς που υποβάλλονται σε αναλγητική αγωγή $p=0.042$. Ανάλογα με τον τρόπο νοσηλείας οι εξωτερικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερη δραστηριότητα $p=0.044$, αυτοεξυπηρέτηται καλύτερα $p<0.001$ και θεωρούν ότι έχουν καλύτερη υγεία $p=0.031$. Οι ασθενείς ηλικίας 50-59 χρόνων $p=0.050$ έχουν μεγαλύτερη υποστήριξη. Οι ασθενείς με μετάσταση αναφέρουν ότι έχουν μειωμένη δραστηριότητα, αυτοεξυπηρέτηση, κακή υγεία και δε θέλουν να επλέγουν τη θεραπευτικά τους αγωγή με $p=0.025$, $p<0.001$ $p<0.001$, $p=0.025$ αντίστοιχα. Βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα που έκαναν δουλειά γραφείου συνεχίζουν την απασχόλησή τους $p=0.004$.

Συμπέρασμα: Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τον τρόπο νοσηλείας, την οικογενειακή κατάσταση, τη μορφή του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, το είδος της θεραπείας, τη διάρκεια από την εμφάνιση της νόσου και τον τόπο διαμονής.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, καρκίνος, δραστηριότητα, αυτοφροντίδα, συνολική ποιότητα.

QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS

Abstract Cancer-patients face with many and various physical and psychosocial problems which affect the outcome of the disease and their quality of life.

The evaluation of the quality of life of cancer-patients, offers valuable information related with the problems that affect the patient, either those that derive from the disease or those from the applied treatment. The changes that can be observed to their quality of life, during the course of the treatment, but also after treatment, give a complete image of its effectiveness.

Aim: The aim of the present study was to evaluate the quality of life of patients who suffer from cancer.

Material-method: The participant sample comprised of 145 patients who suffered from various types of cancer. The data were collected by using the specific questionnaire: "Palliative Care Quality of Life Instrument" (PQLI).

Results: The results revealed that patients who suffer from cancer have a poor quality of life, whereas the hospitalized patients report that they have better global quality of life when compared to the non-hospitalized patients and to those that undergo analgesic treatment, $p=0.042$. According to the way of treatment, outpatients have better activity $p=0.044$, better self-care $p<0.001$ and they perceive better health $p=0.031$. Patients of 50-59 years old, have better support $p=0.050$. Patients with metastasis report that they have reduced activity, self-care, poor health and don't wish to choose their medical treatment $p=0.025$, $p<0.001$ $p<0.001$, $p=0.025$, relatively. The results also showed that the patients who work to office continue their activity $p=0.004$.

Conclusion: Quality of life is affected by the way of nursing, the marital status, the type of cancer, the stage of the disease, the kind of treatment, the duration of the disease and the area they live.

Key words: quality of life, cancer, daily activity, self-care, global quality.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα σημαντικό πρόβλημα υγείας εξαιτίας της μεγάλης επίπτωσης, της ταχείας εξέλιξης και της φτωχής πρόγνωσης του.

Χαρακτηρίζεται ως νόσος του μέλλοντος, αφού αναμένεται να τον αναπτύξει ένας στους τρεις ανθρώπους στη γη. Είναι μία νόσος πολυδιάστατη που επηρεάζει ποικιλοτρόπως τη ζωή του ασθενούς.^{1,2,3} Οι ασθενείς με καρκίνο φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερης έντασης συμπτώματα καταπόνησης από ό,τι οι ασθενείς με άλλες νόσους.⁴

Η απειλητική για τη ζωή ασθένεια, η ελλιπής πληροφόρηση, η αβεβαιότητα για την πρόγνωση, το στίγμα και οι κοινωνικές προκαταλήψεις, ο φόβος του πόνου και του αναξιοπρεπούς θανάτου, είναι στοιχεία που δημιουργούν προβλήματα προσωπικής, κοινωνικής, οικονομικής και σεξουαλικής φύσεως τόσο στον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του. Ανάλογο αρνητική επίδραση έχουν και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι ακρωτηριασμοί και οι ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και η τοξικότητα της χημειοθεραπείας έχουν πολλαπλές επιπτώσεις σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Οι αρνητικές αυτές επιδράσεις κλονίζουν την προσωπικότητα του ασθενούς, προκαλούν άγχος και κατάθλιψη, υπονομεύοντας έτσι το επίπεδο της ποιότητας ζωής του.^{1,2,5}

Η ποιότητα ζωής είναι αδιαμφισβήτητη μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Οι πρώτες αναφορές στην ποιότητα ζωής έχουν γίνει από τον Πλάτωνα, ο οποίος περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ποσότητα.^{6,7}

Ο Young⁸ το 1983 όρισε την ποιότητα ζωής ως "το βαθμό της ικανοποίησης σύμφωνα με τις υπάρχουσες συνθήκες ζωής, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άνθρωπος".

Στην προσπάθεια όμως να περιοριστεί το εύρος της έννοιας "ποιότητα ζωής", έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στον τομέα της υγείας, αναφερόμενοι, δηλαδή, σ' αυτήν σε σχέση με την ποιότητα υγείας (health related quality of life).

Ως ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία αναγνωρίζεται γενικά "η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση, η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες που επικρατούν στη ζωή του". Στην έννοια της συσχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνονται όροι, όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζειν και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου (functional ability health status, well-being, functional status).^{6,7,9}

Μέχρι σήμερα, μοιλονότι έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Έτσι ανάλογο με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, που πρόκειται να μετρηθούν υιοθετείται ή δημιουργείται αντίστοιχος ορισμός. Γενικά θεωρούμε ότι ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις ή παράγοντες.

1. Τη σωματική διάσταση που περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού ως υγιούς ή ασθενούς, την προσωπική βαθμολόγηση της δυσκολίας με τις καθημερινές δραστηριότητες και τις νύχτες νοσηλείας του ασθενούς στο νοσοκομείο.
2. Τη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τον αυτοσεβασμό, την ευτυχία, την ικανοποίηση από τη ζωή και
3. Την κοινωνική διάσταση που περιλαμβάνει συζυγική και κοινωνική προσαρμογή καθώς και την ομαλή προσαρμογή στον επαγγελματικό τομέα.⁶⁻¹⁰

Η σύγχρονη τάση ορισμού της ποιότητας ζωής εμφανίζει δύο προοπτικές. Στην πρώτη ενισχύεται η άποψη ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται σχεδόν εξ ολοκλήρου από εσωτερικούς/προσωπικούς παράγοντες, ενώ στη δεύτερη άποψη η ποιότητα ζωής αντανακλά σύμφωνα με το συνδυασμό εξωτερικών και εσωτερικών παραμέτρων.¹⁰

Οι υπάρχοντες ορισμοί κατηγοριοποιούνται σε εκείνους που σχετίζονται με τη φυσιολογική ζωή, την ευτυχία/ ικανοποίηση, την επίτευξη των προσωπικών στόχων, την κοινωνική αντίληψη ή τη λειτουργικότητα. Σειρά μελετών φανερώνει την όλη προσπάθεια ορισμού, στις περισσότερες από τις οποίες οι ασθενείς, τα άτομα που τους παρέχουν φροντίδα και οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας απαριθμούν μεγάλο αριθμό διαφορετικών διαστάσεων και δραστηριοτήτων, που κατά την άποψή τους επηρεάζουν τη ζωή και την ποιότητά της. Αντίθετα σε άλλες μελέτες αναγνωρίζεται περιορισμένος αριθμός παραμέτρων της. Οι αντιλήψεις αυτές φαίνεται να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου ή με την πρόοδο της νόσου.⁷

Έχει βρεθεί, ότι ασθενείς με καρκίνο έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για το τι είναι ποιότητα ζωής και την ορίζουν ανάλογο με την προσωπικότητα, τις αξίες και τις προτιμήσεις τους, ενισχύοντας έτσι περισσότερο την άποψη υποκειμενικού χαρακτήρα.^{3,5,9,11}

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει ως ποιότητα ζωής την υποκειμενική αίσθηση του καθενός για τη θέση του στη ζωή σε συνάφεια με την κουητούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του. Αποτελεί μια κατάσταση με ευρεία διακύμανση που επηρεάζεται με πολυπληθοκό τρόπο από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος.^{12,13}

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Υλικό και μέθοδος

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 145 ασθενείς με καρκίνο εκ των οποίων οι 107 ήταν εξωτερικοί ασθενείς και προσέρχονταν για θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία του Αρεταίειου νοσοκομείου και οι 38 νοσηλεύόμενοι ασθενείς στο αντικαρκινικό νοσοκομείο Αγ.Σάββας. Οι ασθενείς έπασχαν από διάφορες μορφές καρκίνου.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το "Palliative Care Quality of Life Instrument (PQLI)". Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά μεταβλητές με υπο-ερωτήσεις και μία δεκάβαθμη κλίμακα. Οι ερωτήσεις σκοπό τους είχαν την αξιολόγηση της δραστηριότητας, της αυτοεξυπηρέτησης, της υγείας, της συμμετοχής του αρρώστου στη θεραπευτική αγωγή, της παρεχόμενης υποστήριξης από το περιβάλλον, της επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, της ψυχολογικής τους κατάστασης και τέλος της εκτίμησης της συνολικής ποιότητας ζωής, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς. Οι ασθενείς κατέγραφαν πως αισθάνονταν κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Το εργαλείο έχει σταθμιστεί σε Έλληνες ασθενείς με καρκίνο και έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Σε κάθε μεταβλητή είχαν τη δυνατότητα να απαντήσουν με το ναι, όχι και καμιά φορά. Ενώ στη βαθμολογία της συνολικής ποιότητας ζωής βαθμολογούσαν από 0 που είναι η πολύ κακή ποιότητα έως το 10 που είναι η εξαιρετική ποιότητα ζωής.¹⁴

Πριν από τη συλλογή των στοιχείων έγινε πιλοτική μελέτη. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τηρήθηκαν με ακρίβεια οι δεοντολογικές αρχές, που διέπουν κάθε κοινωνική έρευνα, καθώς επίσης δόθηκε και η σχετική άδεια από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας των δύο νοσοκομείων.

A. Περιγραφικά αποτελέσματα

Από τους 146 ασθενείς που πήραν μέρος στη μελέτη, οι 49 ποσοστό 33.6% ήταν άνδρες και 97 ποσοστό 66.4% ήταν γυναίκες, πίνακας 1. Η κατανομή των ασθενών ως προς την ηλικία φαίνεται στο πίνακα 2.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, ποσοστό 72.6% ήταν έγγαμοι, το 22.6% ήταν διαζευγμένοι και άγαμοι, ενώ το 4.8% των ασθενών συμβίωνε. Από τον πληθυσμό της μελέτης ποσοστό 41.8% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 34.2% απόφοιτοι λύκειου, το 18.5% είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 5.5% ήταν αναλφάβητοι.

Ως προς το επάγγελμα, η κατανομή των ασθενών φαίνεται στον πίνακα 3.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 71.2% διέμενε στην περιοχή της Αττικής και σε πρωτεύουσα νομών, ενώ το 28.1% στην ύπαιθρο.

Αναφορικά με τη μορφή του καρκίνου η κατανομή του πληθυσμού της μελέτης φαίνεται στον πίνακα 4.

Ο χρόνος από την εκδήλωση της νόσου και το είδος της θεραπείας φαίνεται στους πίνακες 5 και 6.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, το ποσοστό του 30.1% είχε διακόψει την εργασία του λόγω της αρρώστιας το 68.5% συνεχίζουν να εργάζονται και το 1.4% δεν απάντησαν.

Επίσης το 82.9% των ασθενών είναι σε θέση να αναλάβουν μόνοι τη φροντίδα τους, ενώ το 17.1% χρειάζονται τη βοήθεια άλλου ατόμου.

Ως προς το βαθμό της ενημέρωσης των ασθενών για την αρρώστια τους το 31.5% αναφέρουν ότι είναι πολύ καλά ενημερωμένοι, το 37.7% αρκετά καλά, το 19.2% λίγο, ενώ καθόλου ενημερωμένοι αναφέρουν ότι είναι το 11.6%.

Τέλος, ο πληθυσμός της μελέτης ως προς τον τρόπο νοσηλείας σε ποσοστό 65.51% ήταν εξωτερικοί ασθενείς οι οποίοι προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία για θεραπεία και παρακολούθηση, το 8.27% υποβάλλονταν σε συστηματική αναλγητική αγωγή στο ιατρείο πόνου και το 26.22% ήταν νοσηλεύόμενοι ασθενείς, πίνακας 7.

B. Στατιστικά αποτελέσματα

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν μειωμένη δραστηριότητα σε σύγκριση με τους εξωτερικούς και αυτούς που παίρνουν αναλγητική θεραπεία με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,044$). Ως προς την αυτοεξυπηρέτηση βρέθηκε ότι οι εξωτερικοί άρρωστοι αναλαμβάνουν μόνοι τη φροντίδα τους με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = <0,001$). Οι ίδιοι αναφέρουν ότι έχουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα και συνολικά αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη υγεία με στατιστικά σημαντική διαφορά από τους ασθενείς που βιώνουν πόνο και υπόκεινται σε αναλγητική αγωγή ($P = 0,031$).

Η στατιστική ανάλυση δεν έδειξε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ομάδων των ασθενών σε σχέση με την υποστήριξη, την επικοινωνία, τη θεραπευτική αγωγή, την ψυχολογική κατάσταση και τη συνολική ποιότητα ζωής, πίνακας 8.

Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μετάσταση αναφέρουν ότι έχουν μειωμένη δραστηριότητα με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,025$), αυτοεξυπηρετούνται λιγότερο ($P < 0,001$), αισθάνονται ότι έχουν κακή υγεία ($P < 0,001$) και δεν αποφασίζουν για τη θεραπευτική τους αγωγή ($P = 0,025$), πίνακας 9.

Ως προς το φύλο δε βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στους επτά παράγοντες ούτε και στην αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας ζωής.

Επίσης από τη στατιστική ανάλυση δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, παρατηρήθηκε όμως ότι οι μεγάλες ηλικίες έχουν λιγότερη επικοινωνία με οριακή διαφορά ($P = 0,050$). Επιπλέον, από την πολλαπλή σύγκριση βρέθηκε ότι οι ηλικίες 50-59 χρόνων ανέφεραν ότι έχουν καλύτερη υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Λιγότερη υποστήριξη αναφέρεται ότι είχαν οι ηλικίες των 40-49 χρόνων.

Αναφορικά με την επικοινωνία, οι ηλικίες 50-59 χρόνων υποστηρίζουν ότι έχουν καλύτερη επικοινωνία με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας πάνω από 60 χρόνων ($P = 0,032$).

Όπως βρέθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων οι έγγαμοι αποφασίζουν λιγότερο για το είδος και τον τρόπο νοσηλείας τους απ' αυτούς που βρίσκονται σε διάσταση, είναι διαζευγμένοι ή είναι χήροι με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,025$). Επίσης αναφέρεται ότι οι έγγαμοι βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,013$).

Ως προς την αυτοεξυπηρέτηση βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρουν ότι αυτοεξυπηρετούνται καλύτερα από τους αναλφάβητους και τους απόφοιτους δημοτικού με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,039$).

Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι διατηρούν τις δραστηριότητές τους περισσότερο απ' άλλες ομάδες με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,004$). Από την πολλαπλή σύγκριση των παραγόντων ως προς το επάγγελμα βρέθηκε ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι διαφέρουν από τους άνεργους ή συνταξιούχους με σημαντική στατιστική διαφορά ($P = 0,002$), με τους ελεύθερους επαγγελματίες ($P = 0,01$), με τα οικιακά ($P = 0,011$), με τους γεωργούς ($P = 0,001$), ενώ δεν διαφέρουν σημαντικά στατιστικά από τους ιδιωτικούς υπαλλήλους.

Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε επίσης ότι η ψυχολογική κατάσταση επηρεάζεται από τον τόπο διαμονής. Έτσι βρέθηκε ότι οι ασθενείς που μένουν στην ύπαιθρο ανέφεραν ότι έχουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,037$). Ειδικότερα, με βάση τη σύγκριση μεταξύ των ομάδων, βρέθηκε ότι υπερτερούν απ' αυτούς που ζουν στην περιοχή της Αττικής ($P = 0,033$) και απ' αυτούς που ζουν σε πρωτεύουσες νομών ($P = 0,020$).

Από την ανάλυση επίσης των αποτελεσμάτων δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σ' όλους τους παράγοντες ως προς τις μορφές του καρκίνου. Συγκρίνοντας όμως τις ομάδες των μορφών του καρκίνου μεταξύ τους βρέθηκε ότι ως προς τη δραστηριότητα οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο μαστού έχουν περισσότερη δραστηριότητα απ' αυτούς που πάσχουν

από καρκίνο του ουροποιογεννητικού συστήματος ($P = 0,011$). Επίσης τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο του πεπτικού συστήματος αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη αυτοεξυπηρέτηση απ' αυτούς που πάσχουν από καρκίνο του αιμοποιητικού και των σπλάχνων ($P = 0,39$), ενώ αντίθετα θεωρούν ότι έχουν καλύτερη υγεία με στατιστικά σημαντική διαφορά οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του αιμοποιητικού συστήματος και των σπλάχνων απ' αυτούς που πάσχουν από καρκίνο του ουροποιογεννητικού συστήματος ($P = 0,018$), του πεπτικού ($P = 0,020$), του πνεύμονος ($P = 0,020$) και μια οριακή διαφορά με το καρκίνο του μαστού ($P = 0,050$).

Ως προς το χρόνο από την εκδήλωση της νόσου βρέθηκε ότι οι ασθενείς που η νόσος έχει διαγνωστεί πριν από 1 έως 2 χρόνια αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση με στατιστικά σημαντική διαφορά.

Αναφορικά με τη συνολική ποιότητα ζωής βαθμολογούν καλύτερα την ποιότητα ζωής τους οι ασθενείς που η νόσος έχει εκδηλωθεί από 0-6 μήνες.

Το είδος της θεραπείας φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής σχετικά με την αντίληψη που είχαν οι πάσχοντες για την υγεία τους. Αυτοί που έχουν κάνει ακτινοθεραπεία θεωρούν ότι έχουν χειρότερη υγεία απ' αυτούς που έχουν κάνει εγχείρηση με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,043$), απ' αυτούς που έχουν κάνει χημειοθεραπεία ($P = 0,025$) και απ' αυτούς που έχουν κάνει χημειοθεραπεία και επέμβαση ($P = 0,025$). Επίσης, τα άτομα που έκαναν εγχείρηση ανέφερα ότι δέχτηκαν λιγότερη υποστήριξη με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση μ' αυτούς που έκαναν χημειοθεραπεία ($P = 0,043$), μ' αυτούς που έκαναν εγχείρηση και χημειοθεραπεία ($P = 0,012$) και μ' αυτούς που κάνουν εγχείρηση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία ($P = 0,018$).

Ως προς τη συνολική ποιότητα ζωής, αυτοί που έχουν κάνει εγχείρηση θεωρούν, ότι έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,022$) απ' αυτούς που έχουν κάνει εγχείρηση και χημειοθεραπεία. Επίσης βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έχουν δύο ή περισσότερα παιδιά αναλαμβάνουν περισσότερες αποφάσεις για τη θεραπευτική τους αγωγή με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,030$) απ' αυτούς που έχουν ένα ή κανένα ($P = 0,030$). Ακόμα ανέφερα, ότι έχουν μεγαλύτερη υποστήριξη αυτοί που έχουν περισσότερα από δύο παιδιά με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση μ' αυτούς που έχουν ένα ($P = 0,022$).

Όσον αφορά στην υποστήριξη έχει βρεθεί ότι αυτοί, οι οποίοι δεν έχουν διακόψει τη δουλειά τους, έχουν καλύτερη υποστήριξη σε σχέση μ' αυτούς που την έχουν διακόψει με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,005$).

Επίσης έχει βρεθεί ότι αυτοί που μένουν με το/τη σύζυγο και τα παιδιά τους αποφασίζουν περισσότερο

για τη θεραπευτική τους αγωγή με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,037$) απ' αυτούς που ζουν μόνο με το/τη σύζυγο, μόνο με τα παιδιά ή συγκατοικούν με κάποιον άλλον που τους φροντίζει. Οι ασθενείς που ζουν μόνο με το/τη σύζυγο αναφέρουν ότι βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση σε σχέση μ' αυτούς που ζουν μόνο με τα παιδιά ή είναι μόνοι ή ζουν με κάποιον που τους φροντίζει με στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,001$), ($P = 0,0023$) και ($P = 0,014$) αντίστοιχα.

Αναφορικά με τη δραστηριότητα, οι ασθενείς οι οποίοι αναλαμβάνουν τη φροντίδα μόνοι τους αναφέρουν πως συνεχίζουν τις δραστηριότητες τους σε αντίθεση μ' αυτούς που αδυνατούν να αναλάβουν τη φροντίδα τους ($P < 0,001$).

Ως προς την αυτοεξυπηρέτηση, οι καρκινοπαθείς που αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους μόνοι τους υπερτερούν ($P < 0,001$).

Από την πολλαπλή σύγκριση των παραγόντων βρέθηκε ότι οι ασθενείς που αναφέρουν ότι είναι πολύ ενημερωμένοι καθώς και αυτοί που αναφέρουν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για τη νόσο θέλουν να επιλέγουν το θεραπευτικό τους σχήμα σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν λιγότερο ενημερωμένοι, ($P = 0,051$) και ($P = 0,038$) αντίστοιχα.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

1. Δραστηριότητα

Η στατιστική ανάλυση σχετικά με τη δραστηριότητα έδειξε ότι οι εξωτερικοί ασθενείς, σε σχέση με τους νοσηλευόμενους και με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε συστηματική αναλγητική αγωγή στο ιατρείο πόνου, αναλαμβάνουν περισσότερες δραστηριότητες.

Όσον αφορά στους νοσηλευόμενους ασθενείς, η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών βρίσκονταν στο τελικό στάδιο. Επιπλέον αυτό μπορεί να οφείλεται στην ίδια την εισαγωγή στο νοσοκομείο και κατ' επέκταση στον επιβαρυνόμενο περιορισμό, πιθανότητα και στη φυσική πορεία της νόσου. Ένας άλλος λόγος που οι εξωτερικοί ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν μειωμένη δραστηριότητα μπορεί να οφείλεται και στην πολιτική λειτουργίας των νοσηλευτικών τμημάτων, στα οποία οι ανάγκες των ασθενών εκπληρώνονται είτε από τους νοσηλευτές, είτε από τα άτομα στα οποία έχει ανατεθεί η αποκλειστική φροντίδα τους.

Όσον αφορά στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αναλγητική αγωγή, από σχετικές μελέτες έχει βρεθεί, ότι ο πόνος επηρεάζει αρνητικά τη φυσική και συναισθηματική κατάστασή τους. Επιπλέον επιφέρει αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη και τη δραστηριότητα.

Επίσης το εύρημα ότι οι ασθενείς με μετάσταση έχουν μειωμένη δραστηριότητα, ερμηνεύεται από το

γεγονός ότι υπάρχουν περισσότερες ιστικές βλάβες, οι άρρωστοι είναι τελικού σταδίου και η αρνητική τους συναισθηματική κατάσταση επιβαρύνει τα σωματικά τους συμπτώματα. Άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η δραστηριότητα των ασθενών τελικού σταδίου επηρεάζεται αρνητικά από την ιδέα ενός επερχόμενου θανάτου. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν και με άλλη εργασία στην οποία βρέθηκε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου δυσκολεύονται ακόμα και στις απλές δραστηριότητες ακόμη και να πάρουν τα γεύματά τους. Γενικά δε φτάνουν δραστήριοι ως το θάνατο, γιατί αναγκάζονται λόγω της ασθένειάς τους να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από άλλους ανθρώπους.^{15,16}

Το εύρημα ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι συνεχίζουν να εργάζονται ερμηνεύεται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι κάνουν δουλειές γραφείου, στις οποίες δεν απαιτείται τόσο σωματική κόπωση και καλή φυσική κατάσταση συγκριτικά με τους αγρότες, οικοδόμους και όσους κάνουν χειρωνακτική εργασία.

Επιπροσθέτως, το εύρημα ότι οι γυναίκες με καρκίνο μαστού δραστηριοποιούνται περισσότερο απ' αυτούς που πάσχουν από καρκίνο του ουροποιογεννητικού, σχετίζεται με τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας των τελευταίων και τους μεγαλύτερους περιορισμούς που επιβάλλει η μορφή αυτή του καρκίνου. Το εύρημα αυτό συναντάται και σε άλλες έρευνες, στις οποίες συγκρίθηκαν ασθενείς με καρκίνο του μαστού, του πεπτικού και ουροποιογεννητικού συστήματος.^{17,18,19}

2. αυτοεξυπηρέτηση

Η αυτοεξυπηρέτηση επηρεάζεται αρνητικά από την ηλικία, το στάδιο της αρρώστιας, το επάγγελμα, και τον τρόπο συμβίωσης. Ασθενείς που η ηλικία τους είναι πάνω από 60 χρόνων αυτοεξυπηρετούνται λιγότερο απ' αυτούς που είναι κάτω από 50 με στατιστικά σημαντική διαφορά. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με άλλες μελέτες. Οι ηλικιωμένοι άσχετα με τη νόσο είναι αδύναμοι, έχουν μειωμένη κινητικότητα, υποφέρουν από οστικούς πόνους κ.λπ. σε σχέση με τους νεώτερους. Πιθανόν η διαφορά αυτή να μην οφείλεται αποκλειστικά στην αρρώστια ή τη θεραπεία της, αλλά στα προβλήματα φθοράς που χαρακτηρίζουν αυτή την ηλικία.

Επίσης μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση αναφέρουν συχνότερα και οι ασθενείς με μεταστάσεις. Οι ασθενείς με μεταστάσεις έχουν πολύ περισσότερα σωματικά συμπτώματα αλλά και συναισθηματικά. Σύμφωνα και με άλλες μελέτες η παρουσία μιας σοβαρής και χρόνιας αρρώστιας επηρεάζει αρνητικά όλες τις διαστάσεις της ζωής ακόμα και την αυτοφροντίδα, με αποτέλεσμα οι άρρωστοι αυτοί να εξαρτώνται μερικές φορές εξολοκλήρου από άλλα άτομα και να χρειάζονται συνεχή φροντίδα.¹⁵ Η διαπίστωση της υποτροπής της νόσου από έρευνες έχει βρεθεί ότι συνδυάζεται με τη μείωση της δραστηριότητας και ζωτικότητας λόγω του πόνου, της αδυναμίας και των εξουθενωτικών συμπτωμάτων.²⁰

Παρατηρήθηκε επίσης ότι καλύτερη αυτοεξυπηρέτηση έχουν οι εξωτερικοί ασθενείς σε σχέση με τους εσωτερικούς και μ' αυτούς που υποβάλλονται σε αναληγτική αγωγή. Αυτό οφείλεται στη καλύτερη κατάσταση της φυσικής υγείας των εξωτερικών ασθενών.

Από την ανάληψη των αποτελεσμάτων βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα που ζουν μόνα τους έχουν περισσότερες δραστηριότητες και αυτοεξυπηρετούνται καλύτερα σε σχέση μ' αυτούς που ζουν με άλλα μέλη της οικογένειάς τους. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι τα άτομα δεν υπερπροστατεύονται ή είναι αναγκασμένα να αναλάβουν τη φροντίδα τους, γιατί δε γίνεται διαφορετικά.

3. Υγεία

Ασθενείς με μετάσταση αναφέρουν ότι έχουν κακή υγεία σε σχέση με τους άλλους. Το εύρημα αυτό οφείλεται στο ότι συναισθηματικά και σωματικά είναι καταπονημένοι.^{21,22} Ως προς το είδος του καρκίνου, όσοι πάσχουν από λευχαιμία αναφέρουν ότι έχουν κακή υγεία, καθώς επίσης και όσοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς που πάσχουν από λευχαιμία αισθάνονται αδυναμία και κόπωση, δύσπνοια, ανορεξία, πόνο, έχουν διαταραχές κενώσεων, ναυτία και έμετο, συμπτώματα που προκαλεί και η χημειοθεραπεία και συνθέτουν την εικόνα της κακής υγείας.^{23,24}

Το εύρημα ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε συστηματική αναληγτική αγωγή αναφέρουν καλύτερη υγεία από τους εσωτερικούς, οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευομένων βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Έτσι είναι περισσότερο καταβεβλημένοι σε σχέση με τους αναληγτικούς οι οποίοι επισκέπτονται τακτικά τα ιατρεία πόνου και είναι σε καλύτερη κατάσταση. Επιπλέον, οι αναληγτικοί ασθενείς ακολουθούν εξειδικευμένα αναληγτικά σχήματα τα οποία τους προσφέρουν μεγαλύτερη ανακούφιση σε σχέση μ' αυτή που λαμβάνουν οι εσωτερικοί ασθενείς.²⁵⁻³¹

4. Θεραπευτική αγωγή

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι επιλέγουν ή έχουν τη δυνατότητα επιλογής του θεραπευτικού σχήματος περισσότερο οι ασθενείς που έχουν παιδιά και αυτοί που είναι λιγότερο ενημερωμένοι για τη νόσο. Στη πρώτη περίπτωση οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να συζητήσουν και να πάρουν τη γνώμη των μελών της οικογένειάς τους, ενώ οι μη επαρκώς ενημερωμένοι, πιθανόν μη γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της νόσου, εκφέρουν ευκολότερα γνώμη σε σχέση μ' αυτούς που γνωρίζουν αρκετά και αφήνουν τους ειδικούς να αποφασίσουν γι' αυτούς.^{15,32-35}

Επίσης, έχει βρεθεί ότι αυτοί που μένουν με το/τη σύζυγο και τα παιδιά αποφασίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό για τη θεραπευτική τους αγωγή απ' αυτούς που ζουν μόνο με τη σύζυγο, μόνο με τα παιδιά ή συγκατοικούν με κάποιον άλλον. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ο

ασθενής που ζει με το/τη σύζυγο και τα παιδιά βιώνει περισσότερο έντονα το αίσθημα της ευθύνης για την εξέλιξη της οικογένειας.^{31,36-39}

5. Υποστήριξη

Ασθενείς κάτω των 49 ετών αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη υποστήριξη σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Οι ασθενείς της ηλικίας αυτής πλησιάζονται περισσότερο με συγγενικά πρόσωπα, παιδιά, σύζυγο, γονείς, φίλους σε σχέση με τα μεγαλύτερα άτομα, στα οποία δεν υπάρχουν γονείς, πιθανόν και ο σύντροφος, ενώ τα παιδιά έχουν δημιουργήσει τις δικές τους οικογένειες. Η ερμηνεία αυτή υποστηρίζεται και από το εύρημα ότι οι ασθενείς που έχουν σύζυγο και παιδιά αναφέρουν ότι βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση απ' αυτούς που ζουν μόνοι τους.

Επιπλέον, από έρευνες έχει βρεθεί, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό περισσότερο στηρίζει συναισθηματικά τους πιο νέους ασθενείς, διότι τους επιφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση. Επίσης αναφέρεται, ότι δέχονται καλύτερη υποστήριξη τα άτομα που κάνουν εγχείρηση απ' αυτούς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι είναι μεγαλύτερες οι ανάγκες υποστήριξης των ασθενών, που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, εξαιτίας της πληθώρας των παρενεργειών που υφίστανται.

Λιγότερη υποστήριξη αναφέρουν όσοι λόγω της νόσου διέκοψαν την εργασία τους. Φαίνεται λοιπόν ότι με όσο λιγότερα άτομα επικοινωνεί ο ασθενής τόσο λιγότερη υποστήριξη λαμβάνει. Η επικοινωνία βοηθά στην έκφραση και εκτόνωση των συναισθημάτων.^{15,40-42}

6. Επικοινωνία

Οι ασθενείς που ζουν στην ύπαιθρο αναφέρουν ότι είναι σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση σε σχέση μ' αυτούς που ζουν στην πρωτεύουσα. Ο τρόπος ζωής στην ύπαιθρο, η δυνατότητα απασχόλησης και οι καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων συμβάλλουν θετικά στη ψυχολογική τους κατάσταση.

Επιπροσθέτως, από την ανάληψη αποτελεσμάτων βρέθηκε πως οι ασθενείς που διάγουν τον έκτο με δωδέκατο μήνα της αρρώστιας τους, δηλώνουν ότι βρίσκονται σε χειρότερη ψυχολογική κατάσταση απ' αυτούς στους οποίους η νόσος έχει εμφανιστεί από μηδέν έως έξι μήνες. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν περάσει το στάδιο της άρνησης της νόσου και έχουν συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα της, πιθανόν να διακατέχονται και από το φόβο της κακής φυσικής πορείας της νόσου.^{15,22,43}

7. Συνολική ποιότητα ζωής

Όσο πιο μικρός είναι ο χρόνος από την εκδήλωση της νόσου, τόσο υψηλότερα βαθμολογούν οι ασθενείς την ποιότητα ζωής τους. Αυτό οφείλεται στη φυσική πορεία της νόσου στην οποία αρχικά τα συμπτώματα δεν είναι

τόσο έντονα, ίσως και στο γεγονός ότι οι άρρωστοι βρίσκονται στο στάδιο της άρνησης.¹⁹ Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία βαθμολογούν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Από μελέτες έχει βρεθεί, ότι η χειρουργική θεραπεία, τις περισσότερες φορές πιστεύεται ότι σχετίζεται με την ίαση της νόσου περισσότερο από ότι η χημειοθεραπεία. Επιπλέον η χημειοθεραπεία προκαλεί περισσότερες και σοβαρότερες άμεσες και αψώτερες παρενέργειες.²¹

Από τη στατιστική ανάλυση βρέθηκε επίσης ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς αναφέρουν ότι έχουν καλύτερη συνοδική ποιότητα ζωής. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στην ασφάλεια που αισθάνονται οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο, στην παρεχόμενη φροντίδα και στο ότι δεν ταλαιπωρούνται από τις συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία για θεραπεία.^{10,23,24,44-48}

Συμπεράσματα

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο επηρεάζεται κυρίως:

- Από την οικογενειακή κατάσταση
- Από τη μορφή του καρκίνου
- Από το στάδιο της νόσου
- Από τη διάρκεια της νόσου, μετά τη διάγνωση
- Από τον τρόπο νοσηλείας
- Το είδος της θεραπείας
- Από τον τόπο διαμονής

Η ανακούφιση των συμπτωμάτων τόσο της ίδιας της αρρώστιας όσο και της θεραπείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

Βιβλιογραφία

1. Μπουζίκα, Μ., "Αντιμετώπιση Καρκίνου – Νοσηλευτική προσέγγιση – Διαχείριση πόνου" μέσα στα Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Νοέμβριος 1999 – Φεβρουάριος 2000, Αθήνα, 2001, σελ. 149-163.
2. "Καρκίνος/Ογκολογία", www.roche.gr/portal/eipf/greece/portal/roche.gr/canceroncology
3. Gridelli C, Perrone F, Nelli F, Ramponi S, Marinis Fde. Quality of life in lung cancer patients. *Annals of Oncology*, 2001; 12(suppl 3):S21-S25.
4. Ματγαρινού Μ. Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική. Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β', Μέρος 2ο, Αθήνα: Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", 1997.
5. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος Α', Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2000.
6. "Η Ποιότητα Ζωής", www.psnrenal.gr/periodiko/29/anemia/piotita.htm.
7. Aaronson, N. K., Quality of life research in cancer clinical trials: A need for common rules and

- language. In N. S. Tchekmedyian & D. F. Cella (Eds.), *Quality of life in oncology practice and research* (pp. 33-42). Williston Park, NY: Dominus Publishing Company, 1991.
8. Young P. E., Beasley N.J.P., Houghton D.J., et al. A new short practical quality of life questionnaire for use in Head and Neck Oncology Out patients Clinics. *Otolaryngol*.23,528-532,1983.
9. Schipper, H., Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. In N. S. Tchekmedyian & D. F. Cella (Eds.), *Quality of life in oncology practice and research* (pp. 25-31). Williston Park, NY: Dominus Publishing Company, 1991
10. Gritz, Ellen R., et al., "First Year After Head and Neck Cancer: Quality of Life" *Journal of Clinical Oncology* 1999; 17, 352-360.
11. Tishelman C, Degner LF, Mueller B. Measuring Symptom Distress in patients With Lung Cancer. A pilot study of experiences intensity and importance symptoms. *Cancer Nursing* 2000;23(2):82-90. Erratum *Cancer Nursing* 2000;23(3):163.
12. Ναημπαντιάν Μ. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Α.Π.Θ. Τμήμα Ιατρικής, ΩΡΛ, κλινική Νοσ. ΑΧΕΠΑ. Θεσσαλονίκη 2003.
13. World Health Organization. Rehabilitation after cardiovascular diseases with special emphasis on developing countries: Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO;1993.WHO Technical Report Series 831.
14. Mystakidou K., Tsilika E., kouloulis V., et al. The Palliative Care Quality (PQLI) of Life in terminal cancer patients. Διαδουκτιακή σελίδα : <http://www.hqlo.com/content/2/1/8,2004>.
15. Vig, Elizabeth K., Pearlman R. A., "Quality of Life While Dying: A Qualitative Study of Terminally Ill Older Men," *JAGS* 2003; 51, 1595-1601
16. Sahlberh-Blom E., Ternstedt B., Johansson J., "Is good 'quality of life' possible at the end of life? An explorative study of the experience of a group of cancer patients in two different care cultures INFORMATION POINT: Factor analysis," *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10(4), 550-562.
17. Dow, K. H., "Quality of Life. Issues in Breast Cancer: Concerns, Challenges, and Opportunities," In *Quality of Life. From Nursing and Patient Perspectives. Theory, Research, Practice*, Cynthia R. King and Pamela S. Hinds, Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 1998, 176-194.
18. Blanchard C. M., et al. "Association between current Lifestyle behaviors and Health-related Quality of Life in Breast, Colorectal, and Prostate Cancer Survivors," *Psychology and Health* 2004; 19(1), 1-13.
19. "Χαμηλή η ποιότητα ζωής των πρώην καρκινοπαθών", <http://news.pathfinder.gr/health/98895.html>.

20. Bozcuk H. et al. "A Brief Information Sheet on Opioid Effects Improves Quality of Life in Cancer Patients on Opioids," *Internet Journal of Pain, Symptom Control & Palliative Care* 2003; 2(2), 1-7.
21. Schreier A. M., Williams S. A., "Anxiety and Quality of Life of Women who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer," *Oncology Nursing Forum* 2004; 31(1), 127-130.
22. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM, "Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer," *Palliative Medicine* 2003; 17, 509-513
23. Clark J., Cunningham M., McMillan S., Vena C., Parker K., "Sleep-Wake Disturbances in People with Cancer Part II: Evaluating the Evidence for Clinical Decision Making," *Oncology Nursing Forum* 2004; 31(4), 747-766.
24. Brundage, M., et al., "Cancer patients' preferences for communicating clinical trial quality of life information: A qualitative study," *Quality of Life Research* 2003; 12, 395-404.
25. Boström B., Sandh M., Lundberg D., & Fridlund B., "Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management," *Journal of Advanced Nursing* 45(4), 410-419.
26. Wilkes G., Lasch K. E., Lee, J. C., Greenhill A., Chiri G., "Evaluation of a Cancer Pain Education Module," *Oncology Nursing Forum* 2003; 30(6), 1037-1042.
27. Wilson, Keith G. et al., "Structured Interview Assessment of Symptoms and Concerns in Palliative Care," *Can J Psychiatry* 2004; 49, 350-358.
28. Vallerand A. H., Riley-Doucet C., Hasenau S. M., Templin T., "Improving Cancer Pain Management by Homecare Nurses," *Oncology Nursing Forum* 2004; 31(4), 809-815
29. Bruera E., Kim H. N., Meyer C., "Cancer Pain," *JAMA* 2003; 290(18), 2476-2479.
30. Caraceni, A., "Evaluation and assessment of cancer pain and cancer pain treatment," *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2001; 45(9), 1067-1075.
31. De Wit R., et al. "Empirical Comparison of Commonly Used Measures to Evaluate Pain Treatment in Cancer Patients with Chronic Pain," *Journal of Clinical Oncology* 1999; 17(4), 1280-1287.
32. Grahn G., Danielson M., Ulander K., "Learning to live with Cancer. Learning to Live with Cancer in European countries," *Cancer Nursing* 1999; 22(1), 79-84.
33. Kleespies, Phillip M., Hughes D. H., Gallacher F. P. "Suicide in the Medically and Terminally Ill: Psychological and Ethical Considerations," *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56, 1153-1171.
34. Mei, R.F., LeMone P., McDaniel R. W., "An Integrated Approach to an Analysis of Symptom Management in patients with Cancer," *Oncology Nursing Forum* 2004; 31(1), 65-69.
35. Giesler J.M., Weis J., "Patient Competence, Self-efficacy, and Coping with Cancer. Results from a Feasibility Study" in "Abstracts: Joint Meeting of the European Federation of Psychosocial Oncology Societies [EFPOS] and British Psychosocial Oncology Society [BPOS], Glasgow, UK, 11-12 September 2003," *Psycho-Oncology* 2003; 12, 829.
36. Gielissen M., Verhagen S., Bleijenberg G., "Cognitive Behaviour Therapy to Reduce Fatigue and Impairment in Cancer Survivors, a Randomised Controlled Trial" in "Abstracts: Joint Meeting of the European Federation of Psychosocial Oncology Societies [EFPOS] and British Psychosocial Oncology Society [BPOS], Glasgow, UK, 11-12 September 2003," *Psycho-Oncology* 2003; 12 (2), 836.
37. Jansen S.J.T., Stiggelbout A.M., Otten W., "The Impact of Perceived Freedom of Treatment choice on Current Quality of Life, Experienced Treatment Difficulty, and Satisfaction with Assigned Treatment?" in "Abstracts: Joint Meeting of the European Federation of Psychosocial Oncology Societies [EFPOS] and British Psychosocial Oncology Society [BPOS], Glasgow, UK, 11-12 September 2003," *Psycho-Oncology* 2003; 12, 837-838
38. Kemmler, Georg, et al., "Comparison of Two Quality-of-Life Instruments for Cancer Patients: The Functional Assessment of Cancer Therapy-General and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30," *Journal of Clinical Oncology* 1999; 17, 2932-2940
39. Ferrell B.R., Virani R., Smith S., Juarez G., "The Role of Oncology Nursing to Ensure Quality Care for Cancer Survivors: A Report Commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine," *Oncology Nursing Forum* 2003; 30(1), E1-E11.
40. Wennman-Larsen, Agneta, Tishelman C., "Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers," *Scand J Caring Sci* 2002; 16, 240-247.
41. Huang S., M., et al., "Postoperative quality of life among patients with thyroid cancer," *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47, 492-499.
42. Narsavage G., Romeo E., "Education and Support Needs of Younger and Older Cancer Survivors," *Applied Nursing Research* 2003; 16(2), 103-109.
43. McClain, Colleen S., Rosenfeld B., Breitbart W., "Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients," *The Lancet* 2003; 361, 1603-1607.
44. Jordhoy M. S., Saltvedt I., Fayers P., "Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics," *Palliative Medicine* 2003; 17, 433-444