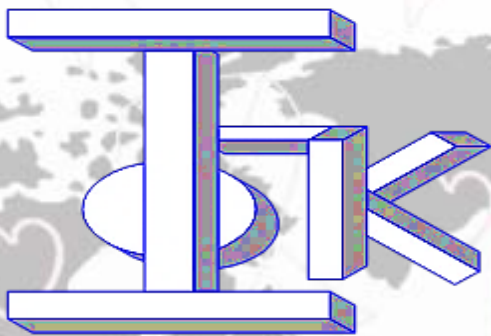


ΠΟΚΕ



All.Can



Ποιότητα ζωής  
καρκινοπαθών  
με τη χρήση του  
EQ-5D-5L και του  
EORTC-QLQ-C30

---

2024



## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	7
Abstract .....	9
1. Εισαγωγή.....	11
2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση ποιότητας ζωής και καρκίνου.....	16
3. EQ-5D-5L.....	20
4. EORTC-QLQ-C30.....	22
5. Αποτελέσματα .....	24
5.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....	24
5.2. Περιγραφική ανάλυση EQ-5D-5L και EQ-VAS.....	29
5.3. Περιγραφική ανάλυση EORTC-QLQ30.....	42
5.4. Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από συγκεκριμένους παράγοντες.....	61
5.4.1. Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από την θεραπεία.....	64
5.4.2. Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες.....	72
5.4.3. Αισιοδοξία των ασθενών με καρκίνο για την μελλοντική τους ζωή .....	78
5.4.4. Ικανοποίηση από την ζωή γενικά .....	83
5.5. Επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς.....	87
5.5.1. Επιπτώσεις καρκίνου στην οικογενειακή ζωή των ασθενών.....	91
5.5.2. Επιπτώσεις καρκίνου στην επαγγελματική πορεία των ασθενών.....	98
5.5.3. Επιπτώσεις καρκίνου στην σεξουαλική ζωή των ασθενών .....	104
5.5.4. Επιπτώσεις καρκίνου στην κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς.....	109
6. Προτάσεις.....	115
7. Συμπεράσματα.....	118
Βιβλιογραφία.....	121

## Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 1 Εκτιμώμενα ποσοστά επίπτωσης καρκίνου για το 2020 σε όλο τον κόσμο. Πηγή: WHO (8).....	12
Εικόνα 2 Παράγοντες κινδύνου για την ασθένεια του καρκίνου .....	13
Εικόνα 3 Οικονομικές επιπτώσεις διαχείρισης της ασθένειας στην Ευρώπη.....	14
Εικόνα 4 Επιπτώσεις του καρκίνου .....	15
Εικόνα 5 Προσδιοριστές υγείας σύμφωνα με τους Dahlgren and Whitehead (34). .....	16
Εικόνα 6 Κοινωνικοί Προσδιοριστές Υγείας σύμφωνα με τον WHO (46).....	17
Εικόνα 7 Πιθανές μακροπρόθεσμες και καθυστερημένες επιπτώσεις της θεραπείας και πώς επηρεάζουν τους επιζώντες από καρκίνο .....	18

Εικόνα 8 Ποσοστά παχυσαρκίας στο δείγμα.....	26
Εικόνα 9 Ποσοστά καπνιστών στο δείγμα της μελέτης .....	27
Εικόνα 10 Απουσίες και απώλεια παραγωγικότητα εξαιτίας της ασθένειας .....	28
Εικόνα 11 Συχνότητα EQ-5D-5L Index UK.....	32
Εικόνα 12 Συχνότητα EQ-VAS .....	33
Εικόνα 13 Κατανομή συχνοτήτων για το EQ-VAS-Recoded .....	34
Εικόνα 14 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά φύλο .....	38
Εικόνα 15 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά ηλικιακή ομάδα .....	38
Εικόνα 16 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά εκπαιδευτικό επίπεδο .....	39
Εικόνα 17 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά οικονομική κατάσταση.....	40
Εικόνα 18 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά εργασιακή κατάσταση.....	40
Εικόνα 19 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά στάδιο της νόσου.....	41
Εικόνα 20 Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας .....	41
Εικόνα 21 95% CI για το EORTC-QLQ-C30.....	45
Εικόνα 22 EORTC-QLQ-C30 ανά φύλο .....	48
Εικόνα 23 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά ηλικιακή ομάδα.....	49
Εικόνα 24 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά ηλικιακή ομάδα.....	50
Εικόνα 25 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	51
Εικόνα 26 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	51
Εικόνα 27 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά οικονομική κατάσταση .....	52
Εικόνα 28 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά οικονομική κατάσταση.....	53
Εικόνα 29 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά εργασιακή κατάσταση .....	54
Εικόνα 30 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά εργασιακή κατάσταση .....	54
Εικόνα 31 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά στάδιο νόσου .....	55
Εικόνα 32 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά στάδιο νόσου .....	55
Εικόνα 33 Μέσοι όροι ικανοποίησης ασθενών με καρκίνο.....	63
Εικόνα 34 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά φύλο .....	64
Εικόνα 35 Αθροιστική ικανοποίηση από την θεραπεία ανά φύλο.....	65
Εικόνα 36 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά ηλικιακή ομάδα.....	66
Εικόνα 37 Αθροιστική ικανοποίηση από την θεραπεία ανά ηλικιακή ομάδα .....	66
Εικόνα 38 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	67
Εικόνα 39 Αθροιστική ικανοποίηση από την θεραπεία ανά εκπαιδευτικό επίπεδο .....	68
Εικόνα 40 Ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών εκπαιδευτικού επιπέδου δημοτικού και μεταπτυχιακού .....	68
Εικόνα 41 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά οικονομική κατάσταση .....	69
Εικόνα 42 Ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση.....	70
Εικόνα 43 Ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο .....	71
Εικόνα 44 Ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες από το 1 έως το 10 ανά φύλο.....	72
Εικόνα 45 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά ηλικιακή ομάδα .....	73



Εικόνα 46 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	74
Εικόνα 47 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά οικονομική κατάσταση.....	74
Εικόνα 48 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά οικονομική κατάσταση.....	75
Εικόνα 49 Χάσμα ικανοποίησης για την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες μεταξύ ασθενών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση.....	76
Εικόνα 50 Ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες από το 1 έως το 10 ανά ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο.....	77
Εικόνα 51 Αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά φύλο.....	78
Εικόνα 52 Αθροιστική αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία ανά ηλικιακή κατηγορία.....	79
Εικόνα 53 Αθροιστική αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	80
Εικόνα 54 Αθροιστική αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία ανά οικονομική κατάσταση.....	80
Εικόνα 55 Χάσμα αισιοδοξίας για μελλοντική υγεία μεταξύ ασθενών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση.....	81
Εικόνα 56 Αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά στάδιο νόσου (μεταστατικός και μη μεταστατικός).....	82
Εικόνα 57 Ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά φύλο.....	83
Εικόνα 58 Αθροιστική ικανοποίηση για την ζωή γενικότερα ανά ηλικιακή κατηγορία.....	84
Εικόνα 59 Αθροιστική ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	84
Εικόνα 60 Αθροιστική ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα ανά οικονομική κατάσταση.....	85
Εικόνα 61 Χάσμα ικανοποίησης από την ζωή γενικά μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση.....	86
Εικόνα 62 Ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα, από το 1 έως το 10 ανά ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο.....	86
Εικόνα 63 Μέσοι όροι επιπτώσεων του καρκίνου σύμφωνα με τους ασθενείς.....	90
Εικόνα 64 Οι επιπτώσεις του καρκίνου στον ασθενή αλλά και την οικογένειά του.....	91
Εικόνα 65 Επιπτώσεις του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην οικογενειακή ζωή των ασθενών ανά φύλο.....	92
Εικόνα 66 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά ηλικιακή ομάδα.....	93
Εικόνα 67 Επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	93
Εικόνα 68 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	94
Εικόνα 69 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά οικονομικό επίπεδο.....	95
Εικόνα 70 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην οικογενειακή ζωή μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση.....	96
Εικόνα 71 Επιπτώσεις καρκίνου στην οικογενειακή ζωή ανά ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο.....	96
Εικόνα 72 Επιπτώσεις του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην επαγγελματική ζωή των ασθενών ανά φύλο.....	98
Εικόνα 73 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην επαγγελματική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά ηλικιακή ομάδα.....	99

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Εικόνα 74 Επιπτώσεις του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία σύμφωνα με τους ασθενείς σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά εκπαιδευτικό επίπεδο .....	100
Εικόνα 75 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία σύμφωνα με τους ασθενείς ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	100
Εικόνα 76 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία σύμφωνα με τους ασθενείς ανά οικονομικό επίπεδο.....	101
Εικόνα 77 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην επαγγελματική πορεία μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση .....	102
Εικόνα 78 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην επαγγελματική πορεία μεταξύ καρκινοπαθών που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο .....	103
Εικόνα 79 Επιπτώσεις του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην σεξουαλική ζωή των ασθενών ανά φύλο.....	104
Εικόνα 80 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά ηλικιακή ομάδα.....	105
Εικόνα 81 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.....	106
Εικόνα 82 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά οικονομικό επίπεδο.....	107
Εικόνα 83 Επιπτώσεις καρκίνου στην σεξουαλική ζωή μεταξύ καρκινοπαθών που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο .....	108
Εικόνα 84 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά φύλο.....	110
Εικόνα 85 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά ηλικιακή ομάδα .....	110
Εικόνα 86 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο .....	111
Εικόνα 87 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά οικονομική κατάσταση.....	112
Εικόνα 88 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην κοινωνική δραστηριότητα μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση.....	113
Εικόνα 89 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην κοινωνική δραστηριότητα μεταξύ καρκινοπαθών που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο.....	114
Εικόνα 90 Προτάσεις για την αντιμετώπιση του καρκίνου.....	117
Εικόνα 91 Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο .....	119
Εικόνα 92 Επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς.....	120

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	24
Πίνακας 2 Βαθμός παχυσαρκίας βάσει του BMI .....	25
Πίνακας 3 Απουσίες και παραγωγικότητα.....	27
Πίνακας 4 Cronbach's Alpha για EQ-5D-5L.....	29
Πίνακας 5 Πίνακας συχνοτήτων EQ-5D-5L .....	29
Πίνακας 6 Συσχετίσεις Pearson EQ-5D-5L.....	30
Πίνακας 7 Περιγραφικός πίνακας EQ-5D-5L Utilities Scores .....	31
Πίνακας 8 Πίνακας συχνοτήτων EQ-5D-5L Utilities Scores (ομαδοποιημένα) .....	32





Πίνακας 9 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την οπτική αναλογική κλίμακα του EQ-VAS .....	33
Πίνακας 10 Περιγραφικά στατιστικά του EQ-VAS-Recoded ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου .....	34
Πίνακας 11 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία EQ-5D-5L INDEX και EQ-VAS ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου .....	36
Πίνακας 12 Ανάλυση αξιοπιστίας μεταξύ των διαστάσεων και των συμπτωμάτων του EORTC-QLQ-C30.....	42
Πίνακας 13 Περιγραφικά στατιστικά για το EORTC-QLQ-C30 .....	44
Πίνακας 14 Συσχετίσεις Pearson EORTC-QLQ-C30.....	46
Πίνακας 15 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία EORTC-QLQ-C30 ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου .....	56
Πίνακας 16 Μέσοι όροι ικανοποίησης ασθενών με καρκίνο .....	62
Πίνακας 17 Μέσοι όροι επιπτώσεων του καρκίνου σύμφωνα με τους ασθενείς .....	89

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις κυρίαρχες αιτίες θανάτου σε ολόκληρο τον κόσμο (1), ενώ ταυτόχρονα σημειώνει υψηλό επιδημιολογικό βάρος, το οποίο μάλιστα προβλέπεται να αυξηθεί (2). Απόρροια αυτών είναι όχι μόνο οι διερεύνηση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, όπως έχει παρουσιαστεί στην βιβλιογραφία, αλλά κυρίως η περαιτέρω μελέτη της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Προς υποστήριξη των ανωτέρω και σύμφωνα με τους Sung et al. ο καρκίνος ευθύνεται για σχεδόν 10 εκατομμύρια θανάτους ετησίως και εκτιμάται ότι θα παρατηρηθούν 19,3 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις το 2020 (3). Η ραγδαία εξάπλωση του καρκίνου σε συνδυασμό με τις πολλαπλές παρενέργειες που προκαλούνται από το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται κάθε φορά οδηγούν σε μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής, τα οποία χρήζουν συνεχούς παρακολούθησης και αξιολόγησης.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών με το γενικό ερωτηματολόγιο του EQ-5D-5L, όπως επίσης και με ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που διερευνά τις επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής αποκλειστικά των καρκινοπαθών και είναι το EORTC-QLQ-C30. Τα εργαλεία αυτά θα συμβάλλουν στην αποτύπωση του επιδημιολογικού βάρους της ασθένειας, με απώτερο στόχο την αποδοτικότερη και κοινωνικά δίκαιη διαχείρισή της. Τέλος διερευνήθηκε από την μια πλευρά η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι καρκινοπαθείς από την θεραπεία, την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες καθώς και από την ζωή τους γενικότερα, και από την άλλη ο αντίκτυπος και οι επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογενειακή, επαγγελματική, σεξουαλική και κοινωνική τους ζωή.

**Μεθοδολογία:** Συγκεντρώθηκαν 374 ερωτηματολόγια ασθενών με καρκίνο. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ατόμων με καρκίνο, χρησιμοποιήθηκαν το γενικό ερωτηματολόγιο του EQ-5D-5L, το οποίο χρησιμοποιείται μεν ως γενικό εργαλείο, καθώς και το ειδικό του EORTC-QLQ-C30, το οποίο εξετάζει και αφορά συγκεκριμένα τη νόσο του καρκίνου. Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά, πίνακες συχνοτήτων και συσχετίσεις ( $r$  του Pearson). Επιπλέον έγινε έλεγχος κανονικότητας. Αναλύθηκαν τα Cronbach's alpha μεταξύ των διαστάσεων του EQ-5D-5L, αλλά και μεταξύ των διαστάσεων του EORTC-QLQ-C30 για τις διαστάσεις της λειτουργικότητας και των συμπτωμάτων. Οι αναλύσεις έγιναν μέσω του προγράμματος του SPSS.



**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα των Cronbach's alpha απέδειξαν ισχυρή εσωτερική αξιοπιστία τόσο για το EQ-5D-5L (0.808) όσο και μεταξύ των ερωτήσεων του EORTC-QLQ-C30. Τα σημαντικότερα προβλήματα αντιμετωπίζονται από τους ασθενείς στις διαστάσεις του άγχους/κατάθλιψης (19,5%), πόνου/δυσφορίας (8%) και τέλος κατά τις συνήθεις δραστηριότητες (7,5%) σύμφωνα με τις απαντήσεις των καρκινοπαθών στο EQ-5D-5L. Και οι πέντε διαστάσεις είναι στατιστικά σημαντικές και σχετίζονται μεταξύ τους θετικά. Τα παραγόμενα utilities παρουσιάζουν μέση τιμή 0,6754 και τυπική απόκλιση 0,25658. Το 50% του δείγματος έχει τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 0,7360. Σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι το 1,9% του δείγματος έχει τιμές χαμηλότερες του 0. Βάσει του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30 παρατηρείται ότι η κοινωνική (mean=56,8) και η συναισθηματική λειτουργία (mean=60) συγκεντρώνουν τα χαμηλότερα scores ικανοποίησης και άρα επηρεάζουν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Όσον αφορά την επιρροή των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών τα μεγαλύτερα προβλήματα παρατηρούνται στην αίσθηση της κόπωσης (mean=48,66), της αϋπνίας (mean=42,602) και της απώλειας της όρεξης (mean=42,602). Τέλος οι ασθενείς δηλώνουν εξαιρετικά ικανοποιημένοι από την θεραπεία τους αλλά και από την πρόσβασή τους στις ογκολογικές υπηρεσίες, ενώ προέκυψε το γεγονός ότι ο καρκίνος έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις στην σεξουαλική και οικογενειακή ζωή των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η ασθένεια του καρκίνου σε συνδυασμό με τα θεραπευτικά σχήματα που ακολουθούνται για την αντιμετώπισή του επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το άγχος και η κατάθλιψη θεωρούνται βασικές παράμετροι μείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον τα συμπτώματα όπως η κόπωση, η αϋπνία και η απώλεια της όρεξης παρατηρούνται στους περισσότερους καρκινοπαθείς με αποτέλεσμα να επηρεάζουν αρνητικά επιπλέον λειτουργικές καταστάσεις, όπως την κοινωνική ζωή αλλά και την συναισθηματική λειτουργία. Ο αντίκτυπος του καρκίνου και οι επιπτώσεις του στην καθημερινότητα των ασθενών επηρεάζουν σημαντικούς τομείς της ζωής τους.

**Λέξεις κλειδιά:** EQ-5D-5L, EORTC-QLQ-C30, ποιότητα ζωής, ικανοποίηση, επιπτώσεις, καρκίνος



## Abstract

**Introduction:** Cancer is one of the leading causes of death worldwide (1), and at the same time has a high epidemiological burden, which is predicted to increase (2). As a result of this, there is a need for further study regarding the quality of life of patients with cancer. In support of the above and according to Sung et al. cancer is responsible for almost 10 million deaths per year and it is estimated that 19.3 million new cases will be observed in 2020 (3). The rapid spread of cancer combined with the multiple side effects caused by the treatment regimen followed at any given time lead to reduced quality of life levels, which require continuous monitoring and evaluation.

**Aim:** The investigation of the quality of life of cancer patients with the general questionnaire EQ-5D-5L, as well as with a special questionnaire that investigates the individual dimensions of quality of life exclusively for cancer patients, the EORTC-QLQ-C30. These tools will highlight the epidemiological burden of the disease, with the goal of a more efficient and socially equitable management of the disease. Finally, the satisfaction that cancer patients receive from their treatment, their access to oncology services and their lives in general, on the one hand, and the impact and consequences of cancer on their family, professional, sexual and social life, on the other hand, will be investigated.

**Methodology:** 374 questionnaires of cancer patients were collected. Regarding the quality of life of people with cancer, the general questionnaire of the EQ-5D-5L, which is used as a general tool, and the specific questionnaire of the EORTC-QLQ-C30, which examines and is specific to the disease, were used. Descriptive statistics, frequency tables and correlations (Pearson's  $r$ ) were performed. In addition, normality testing was performed. Cronbach's alpha between the EQ-5D-5L dimensions and between the EORTC-QLQ-C30 dimensions for the dimensions of functioning and symptoms were analyzed. The analyses were performed using the SPSS program.

**Results:** Cronbach's alpha results demonstrated strong internal reliability for both the EQ-5D-5L (0.808) and between questions of the EORTC-QLQ-C30. The most significant problems were experienced by patients in the dimensions of anxiety/depression (19.5%), pain/discomfort (8%) and finally during usual activities (7.5%) according to cancer patients' responses to the EQ-5D-5L. All five dimensions are statistically significant and positively related to each other. The derived utilities have a mean value of 0.6754 and a standard



deviation of 0.25658. 50% of the sample has values greater than or equal to 0.7360. 1.9% of the sample has values less than 0. Based on the EORTC QLQ-C30 questionnaire, it is observed that social (mean=56.8) and emotional functioning (mean=60) have the lowest satisfaction scores and thus have a more negative impact on the quality of life of cancer patients. Regarding the influence of symptoms on patients' quality of life, the greatest problems are observed in feeling fatigue (mean=48.66), insomnia (mean=42.602) and loss of appetite (mean=42.602). Finally, patients are extremely satisfied with their treatment and their access to oncology services, while it was found that cancer has a very significant impact on the sexual and family life of patients.

**Conclusions:** The disease of cancer in combination with the treatment regimens used to treat it have a significant impact on the quality of life of patients. Anxiety and depression are considered key parameters in reducing patients' quality of life. In addition, symptoms such as fatigue, insomnia and loss of appetite are observed in most cancer patients, thus negatively affecting additional functional situations such as social life and emotional functioning. The impact of cancer and its effects on patients' daily lives affect important areas of their lives.

**Keywords:** EQ-5D-5L, EORTC-QLQ-C30, quality of life, satisfaction, impact, cancer

## 1. Εισαγωγή

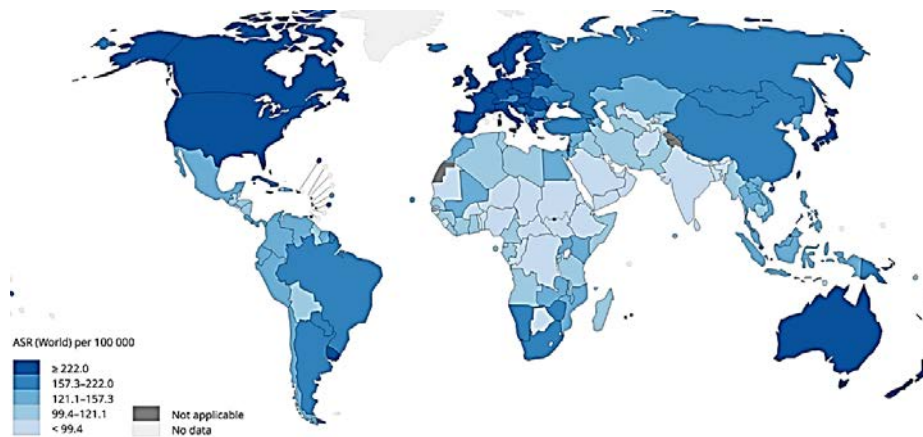
Ο καρκίνος είναι μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου σε ολόκληρο τον πλανήτη. Η συχνότητα εμφάνισης και η θνησιμότητα που προκαλείται εξαιτίας του αυξάνονται παγκοσμίως με ραγδαίους ρυθμούς (4). Το βάρος της ασθένειας σε συνδυασμό με τον φόβο της απώλειας έχουν αποτελέσει την βάση πολλών ερευνών. Το γεγονός ότι ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτων αμέσως μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (5) εντείνει τις προσπάθειες διερεύνησής του.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, ο καρκίνος έχει γίνει η κύρια αιτία θανάτου όπως φαίνεται και στην εικόνα 1 που ακολουθεί, και στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι δεύτερος μόνο μετά τις καρδιακές παθήσεις (6). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που προέκυψε από την έρευνα των Popat και Feeley υπογράμμισε το γεγονός ότι μέχρι και το 2030, «ο ετήσιος αριθμός νέων διαγνώσεων καρκίνου θα είναι 21 εκατομμύρια παγκοσμίως, με 17 εκατομμύρια ασθενείς να πεθαίνουν από καρκίνο κάθε χρόνο και 75 εκατομμύρια άτομα να ζουν με διαγνώσεις καρκίνου. Μετά την ηλικία των 55 ετών, ο κίνδυνος καρκίνου αυξάνεται στο 78% στις ανεπτυγμένες χώρες σε αντίθεση με το 58% στις αναπτυσσόμενες χώρες» (2). Σημαντικός επίσης κρίνεται και ο παράγοντας του επιδημιολογικού βάρους που προκαλείται, καθώς υπολογίζεται πως μέχρι και το 2040 παγκοσμίως θα παρατηρηθεί αύξηση των περιπτώσεων ασθενών με καρκίνο με 28,4 εκατομμύρια νέα περιστατικά (3). Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το 2020 παρατηρήθηκαν 64.530 νέα περιστατικά καρκίνου, ενώ σημαντικό κρίνεται και το γεγονός ότι παρατηρείται αύξηση σε όχι και τόσο κοινές μορφές καρκίνου (7). Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται ο παγκόσμιος χάρτης και με την διαβάθμιση του μπλε παρουσιάζονται τα ποσοστά των νέων επιπτώσεων της ασθένειας για το 2020 σε κάθε χώρα.



Εικόνα 1 Εκτιμώμενα ποσοστά επίπτωσης καρκίνου για το 2020 σε όλο τον κόσμο.

Πηγή: WHO (8)



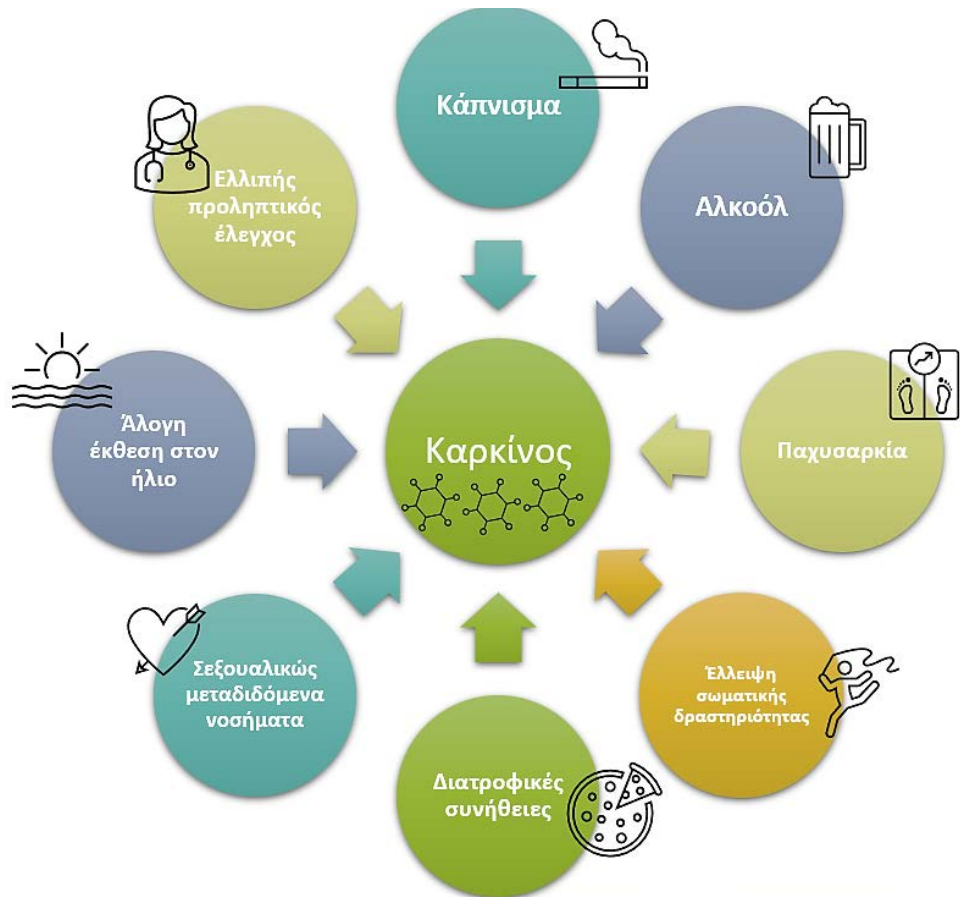
Εξαιτίας λοιπόν του αυξανόμενου επιπολασμού της νόσου η επιστημονική κοινότητα αναζητά τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο έκθεσης στην ασθένεια. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού (5), οι οικονομικές απολαβές, οι συνθήκες διαβίωσης καθώς και οι καθημερινές συνήθειες, οι οποίες εξηγούνται μέσα από τον γενικότερο τρόπο ζωής (9, 10). Σύμφωνα με τους Torre et al παρά το γεγονός ότι σε χώρες με υψηλό εισόδημα τα ποσοστά ασθενών με καρκίνο παραμένουν υψηλά, εν τούτοις φαίνεται να σταθεροποιούνται ή τουλάχιστον να μειώνονται για τις πιο συνηθισμένες μορφές και κατηγορίες καρκίνου αρχικά λόγω της μείωσης των γνωστών παραγόντων κινδύνου, του δραστήριου προσυμπτωματικού ελέγχου και της έγκαιρης ανίχνευσης αλλά και της έναρξης και ένταξης στο σύστημα υγείας νέων βελτιωμένων θεραπειών (9). Μάλιστα σύμφωνα με την έρευνα των Santucci et al. η θνησιμότητα από καρκίνο έχει μειωθεί τις τελευταίες τρεις δεκαετίες στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος λόγω των βελτιώσεων στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη διαχείριση του καρκίνου (11). Από την άλλη πλευρά, σε χώρες με χαμηλό εισόδημα τα ποσοστά αυξάνονται λόγω της αύξησης των παραγόντων κινδύνου, όπως του καπνίσματος, του υπερβολικού σωματικού βάρους – της παχυσαρκίας και της σωματικής αδράνειας (9), αλλά και της ελλιπούς κρατικής κοινωνικής παρέμβασης.

Έτσι λοιπόν το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η παχυσαρκία και η κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό και με άλλες συμπεριφορές κακού τρόπου ζωής, όπως η έντονη έκθεση στον ήλιο και η μειωμένη ή και ελλιπής φυσική δραστηριότητα αυξάνουν τις πιθανότητες επιπολασμού της νόσου (12, 13). Στην εικόνα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά σύμφωνα με

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

τους Stein και Colditz παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι ευθύνονται για την αύξηση των νέων περιπτώσεων διαφόρων ειδών καρκίνου (13).

Εικόνα 2 Παράγοντες κινδύνου για την ασθένεια του καρκίνου

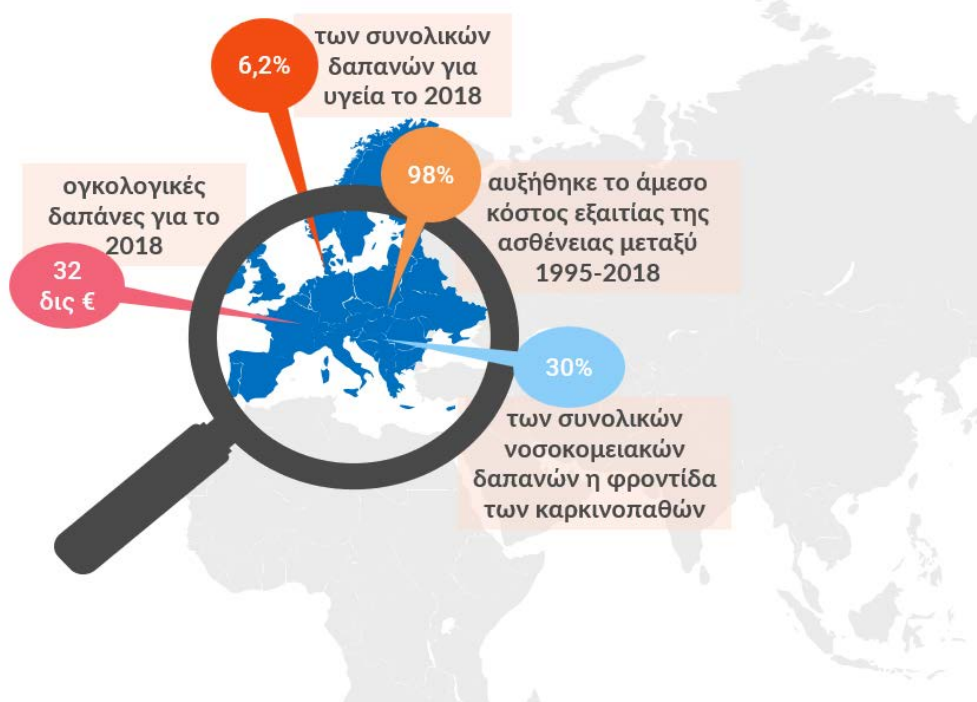


Στο επίκεντρο όμως έχει βρεθεί και ο οικονομικός αντίκτυπος της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται υψηλή αλλά και αυξανόμενη με την πάροδο των ετών οικονομική επιβάρυνση, αφού το άμεσο κόστος του καρκίνου το 2010 υπολογίστηκε σε 1,16 τρισεκατομμύρια δολάρια (14) και το οποίο ποσό συνεχίζει να αυξάνεται κυρίως λόγω των μεγαλύτερων δαπανών για αντικαρκινικές θεραπείες και φάρμακα (15). Μάλιστα και πιο συγκεκριμένα, στην Ευρώπη μέσα σε είκοσι σχεδόν χρόνια, μεταξύ 1995 και 2018, το άμεσο κόστος εξαιτίας της ασθένειας του καρκίνου αυξήθηκε κατά 98%, αποτελώντας το 6,2% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2018 (15), ενώ οι δαπάνες για ογκολογικά φάρμακα αυξήθηκαν από 12,9 δισεκατομμύρια ευρώ σε 32 δισεκατομμύρια ευρώ μεταξύ 2009 και 2018 τόσο εξαιτίας της αύξησης του επιπολασμού της νόσου όσο και της ένταξης και λειτουργίας νέων θεραπειών με υψηλή τιμή (15). Σημαντικό όμως είναι και το γεγονός ότι το κόστος ενάντια στην ασθένεια του καρκίνου όσον αφορά την φροντίδα των



καρκινοπαθών ανέρχεται έως και 30% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών (16). Συνεπώς υπογραμμίζεται ιδιαίτερα και η προσπάθεια υποστήριξης προσβασιμότητας των ασθενών σε τέτοιες θεραπείες, γεγονός που πιέζει ακόμη περισσότερο την κοινωνική και οικονομική πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών (17-23). Στην εικόνα 3 παρουσιάζονται σχεδιαγραμματικά οι βασικές οικονομικές επιπτώσεις του καρκίνου στην Ευρώπη.

Εικόνα 3 Οικονομικές επιπτώσεις διαχείρισης της ασθένειας στην Ευρώπη



Ο καρκίνος όμως επηρεάζει και μια σειρά από σωματικές και συναισθηματικές λειτουργίες του ασθενούς (24, 25), ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνει τον ασθενή ψυχολογικά, κοινωνικά, σεξουαλικά, επαγγελματικά και υπεισέρχεται ακόμη και στην οικογενειακή του ζωή (26-28). Επιπλέον παρατηρούνται συναισθηματικές συγκρούσεις στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους (27). Τα φαινόμενα στρες, άγχους και κατάθλιψης αποτελούν βασικές παραμέτρους, οι οποίες οδηγούν σε χειρότερα επίπεδα υγείας τους ασθενείς με καρκίνο (29, 30). Σύμφωνα με την έρευνα των Brown et al. το άγχος συναντάται στο 10-30% των ασθενών με καρκίνο, ενώ η κατάθλιψη εμφανίζεται στο 10-25% των συγκεκριμένων ασθενών, ποσοστό που εκτιμάται ότι είναι τουλάχιστον τέσσερις φορές μεγαλύτερο από ό,τι στον γενικό πληθυσμό (29, 31, 32). Στην εικόνα 4 παρουσιάζονται σχεδιαγραμματικά οι επιπτώσεις του καρκίνου.



Εικόνα 4 Επιπτώσεις του καρκίνου



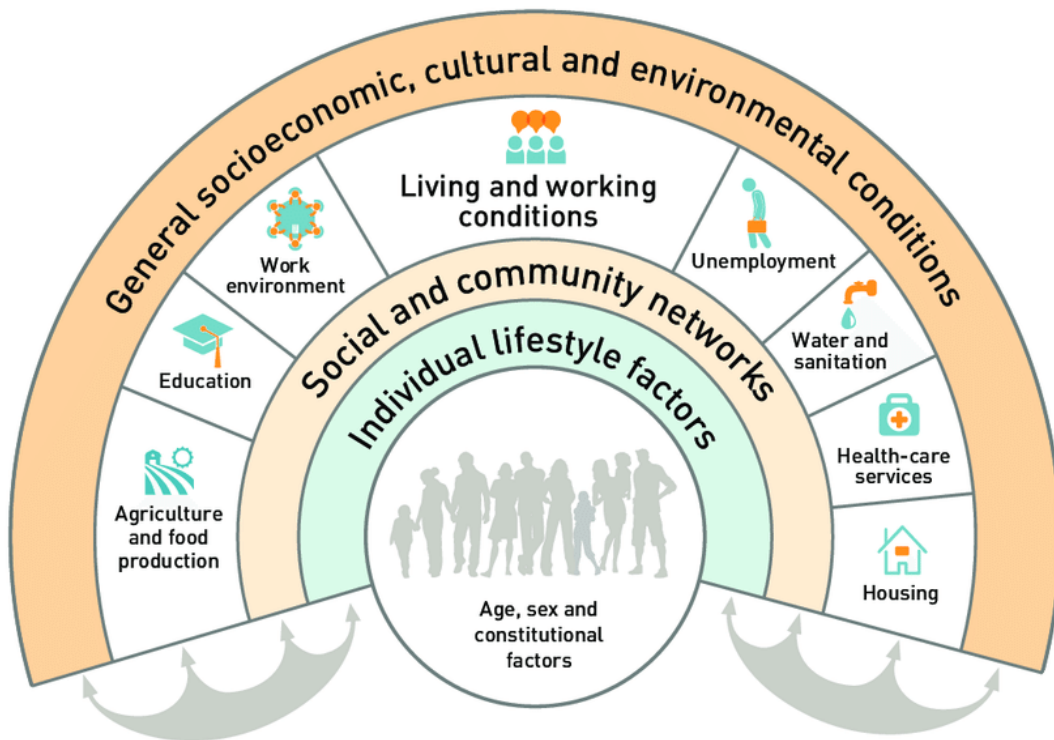
Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την διαχείριση του γενικότερου βάρους της ασθένειας και των παρενεργειών που δημιουργούνται από τις θεραπευτικές οδούς που ακολουθούνται κάνουν επιτακτική την διερεύνηση της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών.



## 2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση ποιότητας ζωής και καρκίνου

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κατάσταση της έννοιας της υγείας δεν αφορά απλώς την απουσία κάποιας νόσου ή αναπηρίας, όπως απλώς θεωρούνταν παλαιότερα, αλλά πλέον είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (33). Αυτό σημαίνει πως πλέον το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας δεν περιστρέφεται μονάχα γύρω από τη διερεύνηση των εννοιών που εμπρικλείουν τις διάφορες ασθένειες, όπως τα στοιχεία νοσηρότητας, θνησιμότητας και χρόνων επιβίωσης, αλλά τοποθετεί στο επίκεντρο την έννοια της ποιότητας ζωής των ασθενών. Όπως φαίνεται και στην εικόνα 5, οι προσδιοριστές υγείας πλέον έχουν αποκτήσει μια σφαιρικότητα, η οποία περιβάλλει και συσχετίζεται με διάφορες πτυχές της ζωής του ατόμου (34).

Εικόνα 5 Προσδιοριστές υγείας σύμφωνα με τους Dahlgren and Whitehead (34).

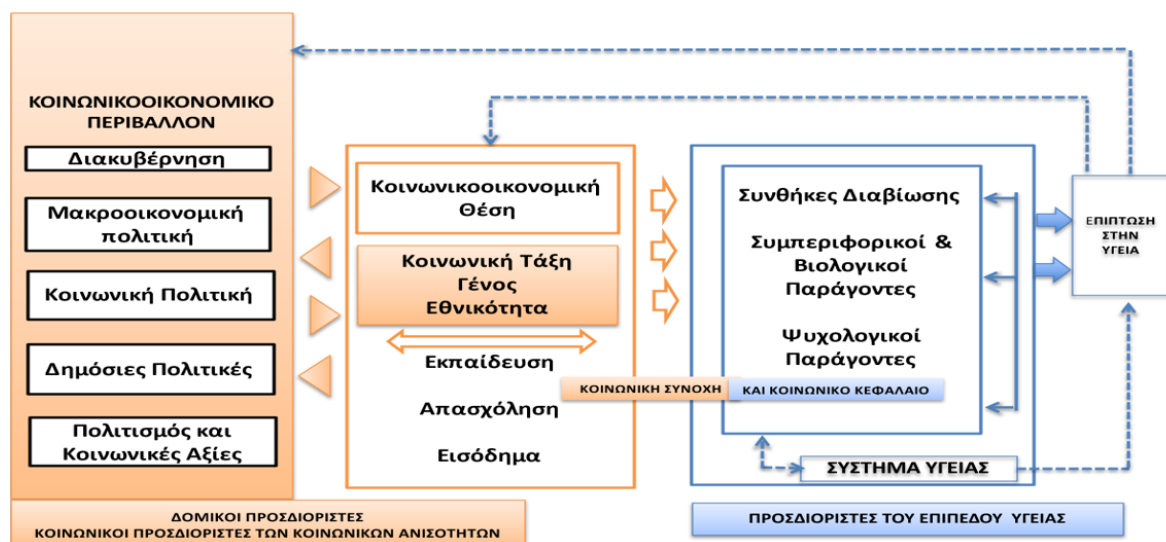


Ο καρκίνος έχοντας αναδειχθεί ως μια από τις κυρίαρχες ασθένειες λόγω θνησιμότητας σε ολόκληρο τον πλανήτη τοποθετείται στο επίκεντρο της επιστημονικής κόνιστρας, με απώτερο στόχο την καταπολέμησή του. Η ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας και των σκευασμάτων της (35-37), καθώς και η εξέλιξη της τεχνολογίας με την υιοθέτηση νέων μηχανημάτων και πρακτικών έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης των καρκινοπαθών σε συνάρτηση με την προσπάθεια του κοινωνικού κράτους για υπογράμμιση της αξίας της έννοιας της πρόληψης.

Βέβαια η αύξηση παραγόντων κινδύνου του καρκίνου στον πληθυσμό, όπως ο άσχημος τρόπος διαβίωσης και η υιοθέτηση επιβλαβών πρακτικών στην καθημερινή ζωή, όπως το κάπνισμα και η εν γένει χρήση καπνού (38-40), η κακή διατροφή και η παχυσαρκία (41, 42), η κατάχρηση του αλκοόλ (43), η εκτεταμένη έκθεση στον ήλιο (44), η ελλιπής πληροφόρηση αλλά και η απουσία προγραμματισμένης και διαχρονικής βάσει πρωτοκόλλων πρόληψης (45) αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για τον μετριασμό και την καταπολέμηση της ασθένειας.

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της υγείας συναρτήσει κάποιας ασθένειας. Έτσι τόσο οι επιλογές του ατόμου, οι συνήθειες και ο τρόπος διαβίωσής του, όσο και οι πολιτικές που ακολουθούνται στο εξωτερικό του περιβάλλον διαμορφώνουν τις καταστάσεις εκείνες που δύνανται να επηρεάσουν την κατάσταση υγείας του (εικόνα 6).

Εικόνα 6 Κοινωνικοί Προσδιοριστές Υγείας σύμφωνα με τον WHO (46)

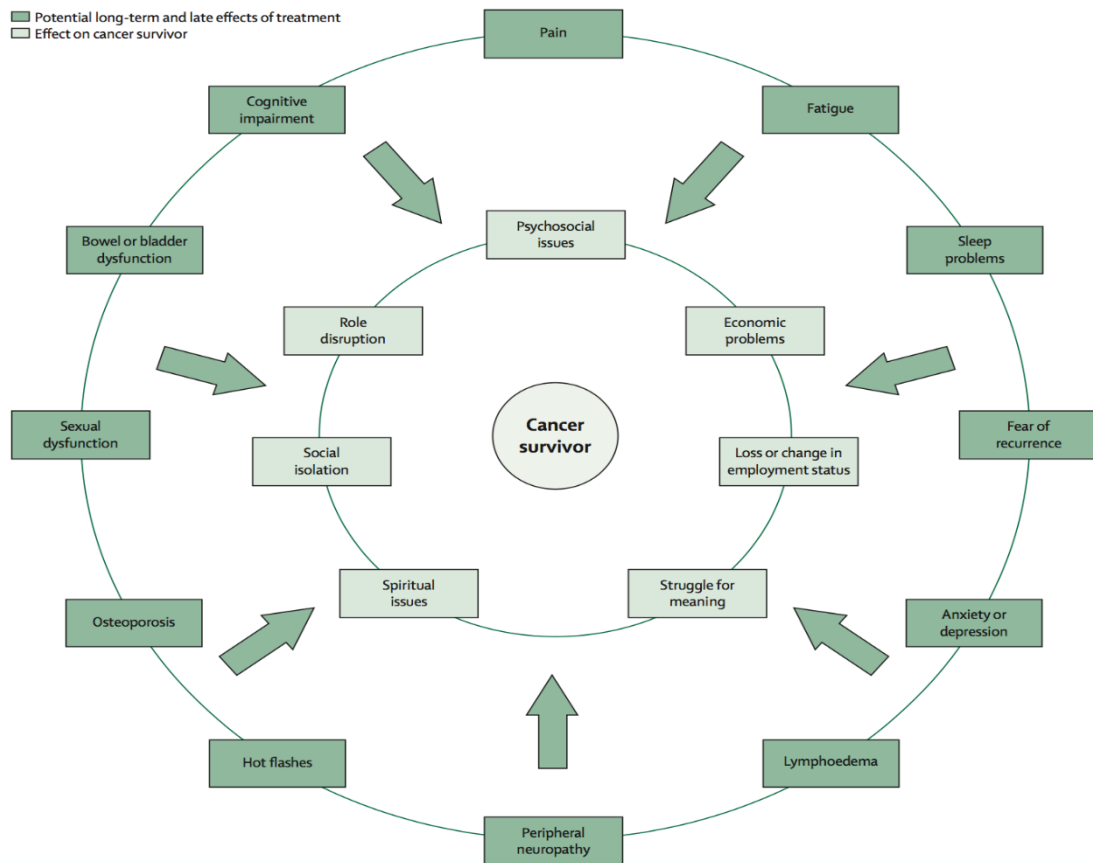


Πέραν όμως από την ασθένεια του καρκίνου αλλά και της θεραπευτικής μεθόδου που ακολουθείται για την αντιμετώπισή του, τα ανωτέρω επιφέρουν στους ασθενείς σημαντικά συμπτώματα και παρενέργειες, τα οποία μετέπειτα δημιουργούν εξαιρετικά σημαντικά προβλήματα σε λειτουργικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής των ατόμων αυτών τόσο κατά τη διάρκεια διαχείρισης της νόσου, όσο και μακροπρόθεσμα εάν επιβιώσουν από αυτή. Σύμφωνα με τους Jacobs and Shulman, ο καρκίνος επηρεάζει μια σωρεία παραγόντων (47) της καθημερινότητας των ασθενών (εικόνα 7). Η γνωστική, η κοινωνική, η συναισθηματική, η φυσική και η λειτουργία ρόλου είναι μερικές από αυτές. Βέβαια υπάρχουν και προεκτάσεις, όπως είναι η σεξουαλική ζωή, ο φόβος για τον θάνατο, την μετάσταση ή και την επανεμφάνιση καρκίνου, τα οικονομικά προβλήματα και ο φόβος επιστροφής των



συμπτωμάτων, τα οποία αποτελούν ένα κράμα δυσάρεστων οπτικών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ακόμη και όσων επιβιώνουν (47).

Εικόνα 7 Πιθανές μακροπρόθεσμες και καθυστερημένες επιπτώσεις της θεραπείας και πώς επηρεάζουν τους επιζώντες από καρκίνο



Μάλιστα βάσει βιβλιογραφίας έχει τονιστεί ότι το βάρος της συγκεκριμένης ασθένειας επιφέρεται και στους οικείους των ασθενών και περισσότερο σε αυτούς που αναλαμβάνουν τον ρόλο του φροντιστή, οι οποίοι βιώνουν μαζί με τον ασθενή μια σειρά από σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες (48, 49).

Εξαιτίας λοιπόν του σημαντικού επιδημιολογικού βάρους της συγκεκριμένης ασθένειας καθώς και των επιπτώσεών της τόσο στους ασθενείς όσο και στους οικείους τους και σε συνάρτηση με την αναγκαιότητα διερεύνησης και υιοθέτησης νέων στρατηγικών και πολιτικών για την αντιμετώπιση της ασθένειας η επιστημονική κοινότητα καλείται να ερευνήσει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών (50-56). Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούνται τόσο ειδικά εργαλεία για την ασθένεια, όπως το EORTC-QLQ-C30, όσο και γενικά εργαλεία, όπως το EQ-5D-5L. Τα πρώτα δίνουν τη δυνατότητα καταγραφής προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς στις λειτουργικές τους διαστάσεις, ενώ



IPOKE RESEARCH INSTITUTE



**Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών**  
ταυτόχρονα εξετάζουν και τα εμπόδια που τίθενται εξαιτίας συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Από την άλλη πλευρά τα γενικά εργαλεία παρέχουν τη δυνατότητα διερεύνησης όχι μόνο των συμπτωμάτων της νόσου και των αρνητικών επιπτώσεων της θεραπείας αλλά και την αξιολόγηση των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών πτυχών (54).



### 3. EQ-5D-5L

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «ποιότητα ζωής» ορίζεται η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας (57). Πιο συγκεκριμένα ο όρος «ποιότητα ζωής» που σχετίζεται με την υγεία (health related quality of life) περιγράφει τις επιπτώσεις που έχει μια νόσος ή η θεραπεία της στην καθημερινότητα του ασθενή. Επιπλέον η χρησιμότητα της διερεύνησης της ανωτέρω έννοιας δίνει σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση της νόσου, την αναγκαιότητα και λειτουργία της θεραπείας αλλά και την συσχέτιση όλων αυτών με διάφορες περιστάσεις της ζωής του ασθενούς (58). Όλα τα παραπάνω είναι πολύπλοκα και συνεπώς η ποιότητα της ζωής δεν μπορεί να προσμετρηθεί μόνο βάσει των κλινικών αποτελεσμάτων (59).

Απόρροια του λόγου που αναφέρθηκε και για την περαιτέρω διερεύνηση της ποιότητας της ζωής δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια, τα οποία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά εργαλεία (60). Τα γενικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οποιαδήποτε κατάσταση (όπως το EQ-5D-5L), σε αντίθεση με τα ειδικά (όπως το EORTC-QLQ-C30) που περιορίζονται στην διερεύνηση της ποιότητας της ζωής κάτω από το βάρος μιας συγκεκριμένης ασθένειας.

Η ποιότητα της ζωής προσμετράται στη συγκεκριμένη έρευνα με το γενικό εργαλείο EuroQol (EQ-5D-5L και EQ-VAS) (61) και το ειδικό εργαλείο του EORTC-QLQ-C30.

Το EQ-5D-5L δημιουργήθηκε από ομάδα έμπειρων ευρωπαϊκών ερευνητών, με στόχο την επίτευξη ενός κατανοητού και απλού εργαλείου (62). Το EuroQol αποτελείται από δύο μέρη. Στην αρχή γίνεται καταγραφή του προφίλ υγείας του ατόμου μέσω του EQ-5D-5L (στη συγκεκριμένη έρευνα). Για την καταγραφή αυτή παρατίθενται πέντε διαστάσεις (5 Dimensions), οι οποίες έχουν άμεση σχέση και αναφορά στην κατάσταση του ατόμου στον τομέα της κινητικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης, των συνήθων δραστηριοτήτων του, του πόνου-δυσφορίας και τέλος στο άγχος-κατάθλιψη (62). Για κάθε μια από τις προαναφερθείσες διαστάσεις παρέχονται τιμές από 1 έως 5 (5 Levels). Παρατηρείται μια διαβάθμιση δηλαδή των προβλημάτων ή μη που αντιμετωπίζει το άτομο στην κάθε μια από τις προαναφερθείσες διαστάσεις. Η τιμή 1 αντιπροσωπεύει την παντελή έλλειψη των προβλημάτων (1=κανένα πρόβλημα). Η τιμή 2 υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιων προβλημάτων (2=κάποια προβλήματα). Η τιμή 3 αντιπροσωπεύει την ύπαρξη μέτριων προβλημάτων (3=μέτρια προβλήματα). Η τιμή 4 αντιπροσωπεύει την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων (4=σοβαρά προβλήματα) και τέλος η τιμή 5 υποδηλώνει πολύ σοβαρά προβλήματα (5=πολύ σοβαρά προβλήματα). Στο τέλος προστίθεται και το θερμομέτρο



υγείας EQ-VAS (Visual Analogue Scale), το οποίο είναι μια οπτική αναλογική κλίμακα από το 0 (που υποδηλώνει την χειρότερη δυνατή υγεία) έως και το 100 (υποδηλώνει την άριστη υγεία). Οι ασθενείς σημειώνουν επάνω στην κλίμακα αυτή την υγεία που πιστεύουν ότι έχουν την ημέρα που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Με τον τρόπο αυτό αναγράφεται η υποκειμενική υγεία των ατόμων που συμπλήρωσαν και απάντησαν το ερωτηματολόγιο.

Το εργαλείο του EQ-5D-5L σε σύγκριση με το εργαλείο EQ-5D-3L, το οποίο εμπεριείχε 3 επίπεδα για την κατάσταση υγείας (1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα, 3=σημαντικά προβλήματα), απέδειξε ότι μπορούσε να αυξήσει την αξιοπιστία και την ευαισθησία των δεδομένων ακόμη περισσότερο, καθώς με τη χρήση του EQ-5D-5L μπορούν να οριστούν 3125 διαφορετικές καταστάσεις υγείας, σε σύγκριση με το EQ-5D-3L, το οποίο μπορούσε να ορίσει μόλις 243. Έτσι είναι δυνατή η ακριβέστερη και πληρέστερη περιγραφή και αποτύπωση της φερόμενης κατάστασης υγείας. Ως καλύτερη κατάσταση υγείας ορίζεται αυτή που συγκεντρώνει σε όλες τις τιμές την απάντηση 1 (11111). Αυτό δηλώνει ότι το άτομο με αυτήν την απάντηση δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα σε καμία από τις 5 προαναφερθείσες διαστάσεις. Από την άλλη πλευρά, ως χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας υγείας ορίζεται αυτή που λαμβάνει σε όλες τις διαστάσεις την τιμή 5 (55555).

Αφού συγκεντρωθούν όλες οι απαντήσεις, τότε εισάγονται σε ένα ειδικό πρόγραμμα υπολογισμού για κάθε άτομο που συμπλήρωσε το EQ-5D-5L και μετά μέσω αυτού και του αλγορίθμου που αυτό χρησιμοποιεί (ανάλογα με τα πρότυπα της χώρας που επιλέγεται να γίνει η ανάλυση) παράγεται το EQ-5D-5L Index score, το οποίο παράγει αποτελέσματα από 0 έως 1. Το 0 αντιπροσωπεύει την χειρότερη υγεία, ενώ το 1 την καλύτερη-άριστη υγεία. Στο σημείο αυτό θεωρείται σημαντικό το γεγονός σύμφωνα με το οποίο μπορούν να παραχθούν και εμφανιστούν αποτελέσματα για τον EQ-5D-5L Index με αρνητικό πρόσημο. Αυτό, αν και παράδοξο, καθώς όπως προλέχθηκε ο δείκτης παρουσιάζει αποτελέσματα από 0 έως 1, υποδηλώνει άλλη μια μορφή κατάστασης υγείας σύμφωνα με την οποία ο θάνατος είναι προτιμότερος. Στην διπλωματική αυτή εργασία ως χώρα αναφοράς, σύμφωνα με τον λογάριθμο της οποίας έγινε η ανάλυση των αποτελεσμάτων του EQ-5D-5L, επιλέχθηκε το Ηνωμένο Βασίλειο εξαιτίας της ευρείας χρήσης του εργαλείου αυτού σε μεγάλους πληθυσμούς και αρκετές έρευνες, επιτυγχάνοντας έτσι υψηλότερα ποσοστά εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Με τη χρήση των αποτελεσμάτων της ποιότητας της ζωής, δηλαδή τον δείκτη EQ-5D-5L Index score και του χρόνου επιβίωσης του ατόμου δημιουργείται έπειτα ο δείκτης των



QALY's (Quality Adjusted Life Years), ο οποίος συνδυάζει την έννοια της ποσότητας με αυτή της ποιότητας (60). Συνδυάζει δηλαδή το προσδόκιμο επιβίωσης με τα ποιοτικώς σταθμισμένα χρόνια επιβίωσης. Καταληκτικά δίδεται λοιπόν μια εντύπωση ότι λειτουργεί ως δείκτης χρησιμότητας, ο οποίος παρουσιάζει την προτίμηση των ασθενών αλλά και του γενικού πληθυσμού για δεδομένες καταστάσεις υγείας και όπου κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 1, όπου αντίστοιχα το 0 αντιπροσωπεύει τον θάνατο, ενώ το 1 την τέλεια υγεία.

#### 4. EORTC-QLQ-C30

Από την άλλη πλευρά, το ειδικό ερωτηματολόγιο του EORTC-QLQ-C30 δημιουργήθηκε μετά από την ανάγκη που προέκυψε στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για Έρευνα και Θεραπεία του καρκίνου, όταν το 1986 υλοποίησε ερευνητικό πρόγραμμα, του οποίου απώτερος σκοπός ήταν η δημιουργία ενός εργαλείου, το οποίο με την σειρά του θα ήταν έτσι σταθμισμένο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην διερεύνηση αλλά και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο (63). Αρχικά ο στόχος ήταν να χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο εργαλείο σε ασθενείς που συμμετείχαν σε κλινικές δοκιμές.

Από το 1993 εισήχθη ως εργαλείο χρήσης όχι μόνο σε κλινικές δοκιμές αλλά και σε έρευνες. Η ευρεία του χρήση έκανε επιτακτική την ανάγκη εξέλιξης, ανάπτυξης και επικύρωσης μιας ολοκληρωμένης έκδοσης του ερωτηματολογίου, το οποίο θα χρησιμοποιούνταν για την διερεύνηση και καταγραφή της ποιότητας της ζωής ασθενών με καρκίνο.

Το EORTC-QLQ-C30 αποτελείται από ένα σύνολο 30 ερωτήσεων, οι οποίες με τη σειρά τους καταγράφουν και παρουσιάζουν διάφορες οπτικές της ποιότητας της ζωής ασθενών που βρίσκονται αντιμέτωποι με τον καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα σαν εργαλείο εμπεριέχει 5 κλίμακες που αφορούν λειτουργικές οπτικές. Αυτές είναι η σωματική λειτουργία, η λειτουργία ρόλου, γνωστική λειτουργία, συναισθηματική λειτουργία και τέλος η κοινωνική λειτουργία. Αμέσως μετά συναντώνται 3 κλίμακες, οι οποίες αναφέρονται σε συχνά παρατηρούμενα συμπτώματα που αφορούν τους καρκινοπαθείς. Αυτά διεξοδικά είναι η κόπωση, ο πόνος και η ναυτία – έμετος, ενώ επιπλέον αναφέρονται και άλλα συμπτωμάτων ξεχωριστά, όπως η δύσπνοια, η απώλεια όρεξης, οι διαταραχές ύπνου, η δυσκοιλιότητα και η διάρροια. Τέλος περιλαμβάνει αντιληπτές οικονομικές επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας, καθώς και μία κλίμακα συνολικής αντιλαμβανόμενης υγείας, αλλά και μία συνολικής ποιότητας ζωής.

Γενικά θεωρείται ένα εύκολο εργαλείο ως προς την χρήση του, καθώς απαιτείται πολύ λίγος χρόνος για την συμπλήρωσή του, ενώ οι ερωτήσεις είναι κατανοητές. Επιπλέον κατά την

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

δοκιμή του επέδειξε υψηλά scores αξιοπιστίας και η εγκυρότητας σε τρεις γλωσσικές ομάδες: ασθενείς από αγγλόφωνες χώρες, τη Βόρεια Ευρώπη και τη Νότια Ευρώπη (63).

Στην ουσία, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δίνει τη δυνατότητα καταγραφής λεπτομερών πληροφοριών, οι οποίες σχετίζονται με την αντίληψη των ασθενών για την υγεία τους κατά την διάρκεια αντιμετώπισης της ασθένειας του καρκίνου (63). Το QLQ-C30 (έκδοση 3.0) για να αξιολογήσει την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής θέτει στο επίκεντρο την άποψη των ασθενών για τις λειτουργικές διαστάσεις και τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν ανωτέρω για την προηγούμενη εβδομάδα από την στιγμή της έρευνας. Κάθε ερώτηση έχει τέσσερις εναλλακτικές απαντήσεις σε μια κλίμακα τύπου Likert, όπου παρατηρούνται οι εξής απαντήσεις: 1) «Καθόλου», 2) «Λίγο», 3) «Αρκετά», 4) «Πολύ». Οι τελευταίες ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την εκτίμηση της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών απαντώνται σε μια εξίσου κλίμακα Likert από το 1 (πολύ κακή) έως και το 7 (άριστη) (63). Τα υψηλά αποτελέσματα στις διαστάσεις των λειτουργιών αποτυπώνει ένα υψηλό επίπεδο ζωής, ενώ αντίστροφα στην κλίμακα των συμπτωμάτων οι υψηλές βαθμολογίες μεταφράζονται με αντιμετώπιση περισσότερων προβλημάτων και άρα χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής.



## 5. Αποτελέσματα

### 5.1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 1 που ακολουθεί. Τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν ήταν 374. Από το σύνολο των απαντήσεων των ασθενών με καρκίνο το 81,55% αποτελούνταν από γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 53,97 έτη, με τυπική απόκλιση 9,81 έτη. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών το 37,2% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος το 46% συνεχίζει να εργάζεται και το 41,2% δηλώνει πως η οικονομική του κατάσταση είναι μέτρια. Σχετικά με το στάδιο της νόσου το 71,9% των ασθενών δηλώνουν ότι ο καρκίνος από τον οποίο πάσχουν είναι μη μεταστατικός.

Πίνακας 1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητές	Παρατήρηση	Frequency	Percent
<b>Φύλο</b>	<b>Άνδρας</b>	69	18,4%
	<b>Γυναίκα</b>	305	81,6%
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>	<b>&lt;=40</b>	29	7,8%
	<b>41-50</b>	109	29,1%
	<b>51-60</b>	135	36,1%
	<b>61-70</b>	91	24,3%
	<b>&gt;70</b>	10	2,7%
	<b>Μέσος όρος</b>	53,97	
	<b>Τυπική απόκλιση</b>	9,812	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	<b>Δημοτικό</b>	17	4,5%
	<b>Γυμνάσιο</b>	26	7%
	<b>Λύκειο</b>	133	35,6%
	<b>Πανεπιστήμιο</b>	139	37,2%
	<b>Μεταπτυχιακό</b>	59	15,8%
<b>Οικονομική κατάσταση</b>	<b>Πολύ κακή</b>	48	12,8%
	<b>Κακή</b>	71	19%
	<b>Μέτρια</b>	154	41,2%
	<b>Καλή</b>	74	19,8%
	<b>Πολύ καλή</b>	26	7%
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	<b>Ναι</b>	172	46%
	<b>Όχι</b>	202	54%

<b>Στάδιο νόσου</b>	<b>Μεταστατικός</b>	105	28,1%
	<b>Μη μεταστατικός</b>	269	71,9%

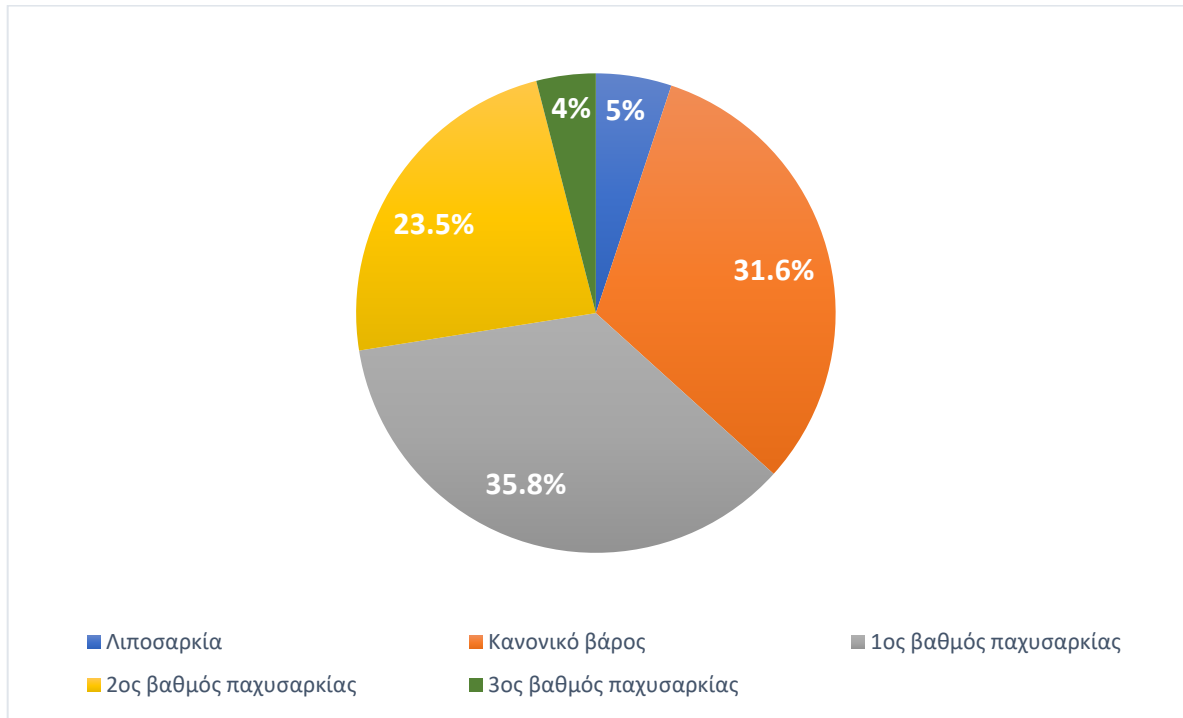
Από το δείγμα φάνηκε πως το 4% των ασθενών με καρκίνο ανήκαν στο υψηλότερο επίπεδο παχυσαρκίας βάσει υπολογισμού του BMI (>40), ενώ μόλις το 31,6% είχε κανονικό βάρος. Επίσης το 67,4% των ασθενών βρισκόταν εντός του 1ου και του 2ου βαθμού παχυσαρκίας. Τα ποσοστά αυτά υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα φυσικής δραστηριότητας και καλής διατροφικής συνήθειας για τον περιορισμό του κινδύνου επιπολασμού της νόσου. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και την εικόνα 8.

Πίνακας 2 Βαθμός παχυσαρκίας βάσει του BMI

<b>Βαθμός Παχυσαρκίας ανάλογα με τον BMI</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1: Λιποσαρκία	19	5,1	5,1	5,1
2: Κανονικό Βάρος	118	31,6	31,6	36,6
3: 1ος Βαθμός παχυσαρκίας	134	35,8	35,8	72,5
4: 2ος Βαθμός παχυσαρκίας	88	23,5	23,5	96
5: 3ος Βαθμός παχυσαρκίας	15	4	4	100



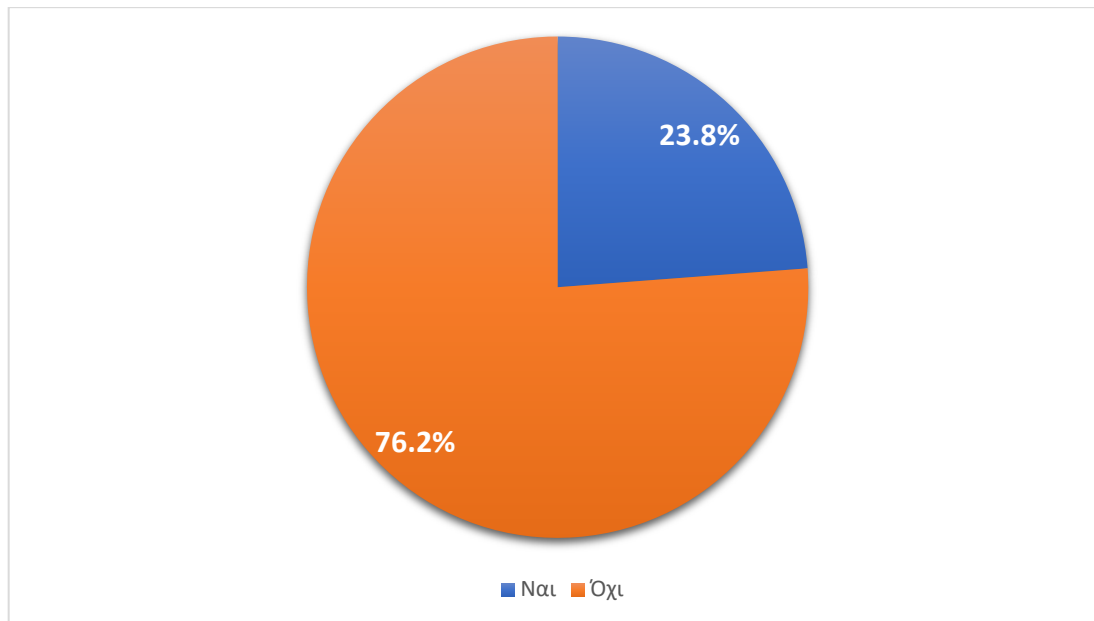
Εικόνα 8 Ποσοστά παχυσαρκίας στο δείγμα



Όπως φαίνεται και στην εικόνα 9, σχεδόν ένας στους τέσσερις ερωτώμενους είναι καπνιστής παρά την ασθένεια του καρκίνου (23,8%), ενώ το υπόλοιπο 76,2% δηλώνει αποχή από την συνήθεια του καπνίσματος. Παρατηρείται λοιπόν πως παρά την επίπτωση της ασθένειας είναι αρκετοί εκείνοι οι ασθενείς, οι οποίοι καπνίζουν και ταυτόχρονα γίνεται κατανοητό πόσο σημαντικά επιβαρυντικός παράγοντας κινδύνου μπορεί να είναι.



Εικόνα 9 Ποσοστά καπνιστών στο δείγμα της μελέτης



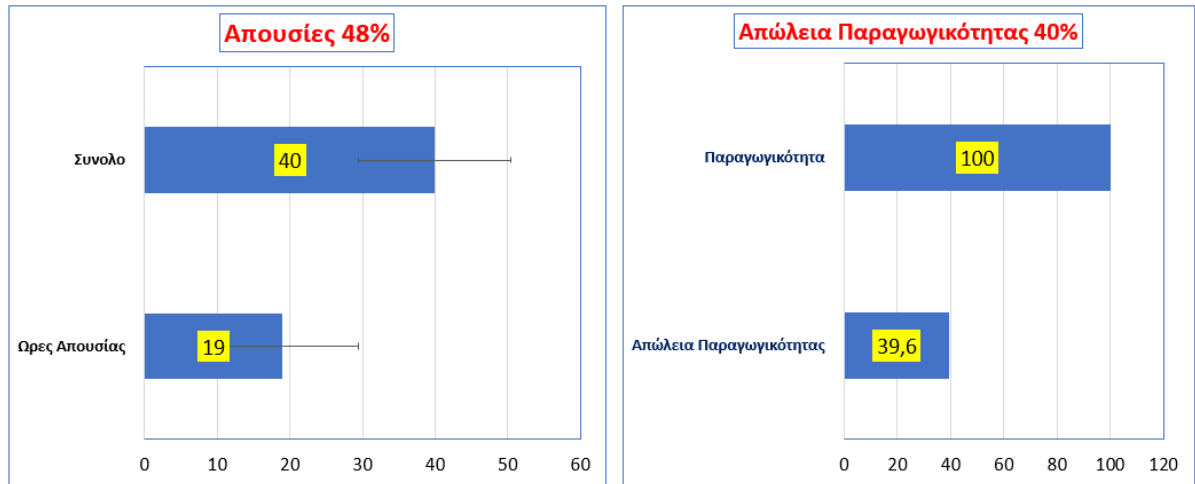
Τέλος, από την έρευνα που διενεργήθηκε έγινε κατανοητή και ο αντίκτυπος της ασθένειας του καρκίνου στην παραγωγικότητα του ατόμου μέσω της εργασίας του. Για να γίνει εφικτή αυτή η διερεύνηση εξετάστηκαν οι ημέρες απουσίας του ατόμου από την εργασία του εξαιτίας των δυσκολιών και των υποχρεώσεων (όπως σε ιατρικές επισκέψεις, θεραπευτικό σχήμα, συμπτώματα θεραπείας) που επιφέρει η ασθένεια και τα παρελκόμενα αυτής, καθώς και η εν γένει παραγωγικότητα του ασθενούς. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3 και την εικόνα 10, ο ασθενής απουσίασε από την εργασία του κατά μέσο όρο 18,52 ώρες την τελευταία εβδομάδα, ενώ εργάστηκε κατά μέσο όρο 20,58 ώρες. Φαίνεται πως η απώλεια παραγωγικότητας αγγίζει το 40%.

Πίνακας 3 Απουσίες και παραγωγικότητα

	<i>Απουσίες</i>	<i>Παραγωγικότητα</i>
<b>Mean</b>	18,52909	20,58824
<b>Std. Deviation</b>	33,35535	29,86433
<b>Range</b>	100	100
<b>Minimum</b>	0	0
<b>Maximum</b>	100	100
<b>Confidence Level (95%)</b>	4,962163	3,036523



Εικόνα 10 Απουσίες και απώλεια παραγωγικότητα εξαιτίας της ασθένειας



## 5.2. Περιγραφική ανάλυση EQ-5D-5L και EQ-VAS

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν και τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω (πίνακας 4) φαίνεται πως το Cronbach's alpha για το εργαλείο του EQ-5D-5L είναι 0.808, πράγμα που σημαίνει πως η εσωτερική αξιοπιστία των κλιμάκων κρίνεται ικανοποιητική, αφού σύμφωνα και με την βιβλιογραφία θα πρέπει να είναι  $\Rightarrow 0,7$ . Επίσης στον πίνακα 5 παρουσιάζονται και οι μέσοι όροι επιλογής των ασθενών σε κάθε μια από τις πέντε διαστάσεις στην κλίμακα Likert από 1 έως 5 ξεχωριστά. Από τους μέσους όρους παρατηρείται πως οι ασθενείς συμφωνούν περισσότερο και πιο έντονα στην διάσταση του άγχους/κατάθλιψης (mean=2.50) και του πόνου/δυσφορίας (mean=1.92). Τέλος τα σημαντικότερα προβλήματα φαίνεται πως αντιμετωπίζονται σωρευτικά από τους ασθενείς στις διαστάσεις του άγχους/κατάθλιψης (19,5%), πόνου/δυσφορίας (8%) και τέλος κατά τις συνήθειες δραστηριότητες (7,5%). Πάντως μικρά και μέτρια προβλήματα παρουσιάζονται ξανά στις ίδιες διαστάσεις με τα σοβαρά και ακραία προβλήματα. Απεναντίας, κανένα πρόβλημα δεν παρατηρείται στο 86,1% στην διάσταση της αυτοεξυπηρέτησης και στο 55,1% της διάστασης της κινητικότητας.

Πίνακας 4 Cronbach's Alpha για EQ-5D-5L

Διάσταση	Cronbach's Alpha
Κινητικότητα	0.750
Αυτοεξυπηρέτηση	0.790
Συνηθισμένες δραστηριότητες	0.737
Πόνος/Δυσφορία	0.751
Άγχος/Κατάθλιψη	0.820
Cronbach's alpha σε όλες τις διαστάσεις	<b>0.808</b>

Πίνακας 5 Πίνακας συχνοτήτων EQ-5D-5L

Διαστάσεις	Κανένα πρόβλημα	Μικρά και μέτρια προβλήματα	Σοβαρά και ακραία προβλήματα
Κινητικότητα	55,1%	38,2%	6,7%
Αυτοεξυπηρέτηση	86,1%	11,5%	2,4%
Συνηθισμένες δραστηριότητες	48,9%	43,5%	7,5%
Πόνος/δυσφορία	42,5%	49,5%	8%



Άγχος/κατάθλιψη	20,3%	60,1%	19,5%
-----------------	-------	-------	-------

Με την χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης για το EQ-5D-5L (πίνακας 6). Από τα αποτελέσματα του πίνακα η πρώτη παρατήρηση έγκειται στο γεγονός ότι όλες οι διαστάσεις μετά και από την επεξεργασία τους ανά ζεύγη συσχετίζονται θετικά. Επίσης κυμαίνονται από 0,239 (μεταξύ των διαστάσεων αυτοεξυπηρέτησης και άγχους/κατάθλιψης) έως και 0,601 (μεταξύ των διαστάσεων κινητικότητας και συνηθισμένων δραστηριοτήτων). Σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01.

Πίνακας 6 Συσχετίσεις Pearson EQ-5D-5L

Correlations						
		Κινητικότητα	Αυτοεξυπηρέτηση	Συνηθισμένες δραστηριότητες	Πόνος δυσφορία	Άγχος κατάθλιψη
Κινητικότητα	Pearson Correlation	1	,540**	,601**	,555**	,361**
Αυτοεξυπηρέτηση	Pearson Correlation	,540**	1	,580**	,406**	,239**
Συνηθισμένες δραστηριότητες	Pearson Correlation	,601**	,580**	1	,572**	,400**
Πόνος δυσφορία	Pearson Correlation	,555**	,406**	,572**	1	,464**
Άγχος κατάθλιψη	Pearson Correlation	,361**	,239**	,400**	,464**	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Μετά και από την ανάλυση των διαστάσεων του EQ-5D-5L περιγραφικά, οι απαντήσεις των ασθενών εισήχθησαν στο πρόγραμμα υπολογισμού utilities. Ο υπολογισμός έγινε με βάση τον αλγόριθμο του Ηνωμένου Βασιλείου. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε η νέα μεταβλητή EQ-5D-5L Index. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Πιο συγκεκριμένα η μεταβλητή παρουσιάζει μέση τιμή 0,6754 και τυπική απόκλιση 0,25658 και αποτυπώνεται στην εικόνα 11. Το 50% του δείγματος έχει τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 0,7360 (Median). Επιπλέον ως μικρότερη τιμή παρουσιάζεται Min=-0,59, ενώ ως μέγιστη Max=1.

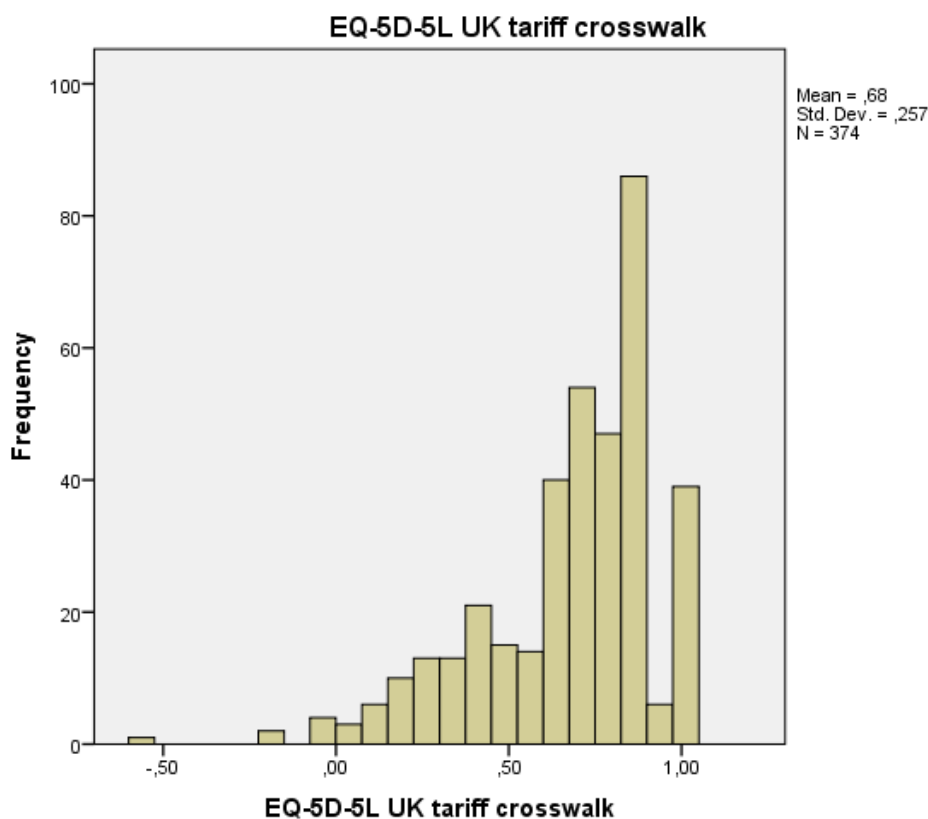
Το αρνητικό αποτέλεσμα της μικρότερης τιμής βασίζεται στο γεγονός ότι υπήρξαν ασθενείς που υποστηρίζουν ότι η υγεία τους βρίσκεται σε τόσο άσχημο σημείο, ώστε να προτιμούν τον θάνατο. Παρά το γεγονός ότι περισσότερες από τις μισές παρατηρήσεις βρίσκονται πάνω από το 0,73 κάτι που σημαίνει πως οι μισοί από τους ερωτηθέντες ασθενείς παρουσιάζουν μεσαίου επιπέδου καλή ποιότητα υγείας, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα αποτελέσματα που αφορούν βαθμολογίες κάτω από το 0, υποδηλώνοντας έτσι τις δυσκολίες του βίου των ανθρώπων που πάσχουν από κάποιο είδος καρκίνου.

Πίνακας 7 Περιγραφικός πίνακας EQ-5D-5L Utilities Scores

<b>Statistics</b>	
	<b>EQ-5D-5L UK</b>
Mean	,6754
Median	,7360
Std. Deviation	,25658
Variance	,066
Range	1,59
Minimum	-,59
Maximum	1,00



Εικόνα 11 Συχνότητα EQ-5D-5L Index UK



Για την καλύτερη ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων των δεδομένων έγινε κωδικοποίηση των απαντήσεων ανά 0,5 μονάδες, αρχής γενομένης από <-0,5 έως και το 1. Η μέση τιμή ισούται με 3,75 και η τυπική απόκλιση με 0,48.

Το σημαντικότερο στοιχείο που προέκυψε κατά την ομαδοποίηση και παρουσιάζεται στον πίνακα 8 είναι ότι το 1,9% του δείγματος έχει τιμές χαμηλότερες του 0, το 20,3% έχει τιμές από 0 έως 0,5 ενώ το υπόλοιπο 77,8% παρουσιάζει τιμές άνω του 0,5.

Πίνακας 8 Πίνακας συχνοτήτων EQ-5D-5L Utilities Scores (ομαδοποιημένα)

<b>EQ-5D-5L INDEX RECODE</b>					
		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>	<b>Valid Percent</b>	<b>Cumulative Percent</b>
Valid	<b>-1, -0,5</b>	1	,3	,3	,3
	<b>-0,5, 0</b>	6	1,6	1,6	1,9
	<b>0, 0,5</b>	76	20,3	20,3	22,2
	<b>0,5, 1</b>	291	77,8	77,8	100,0

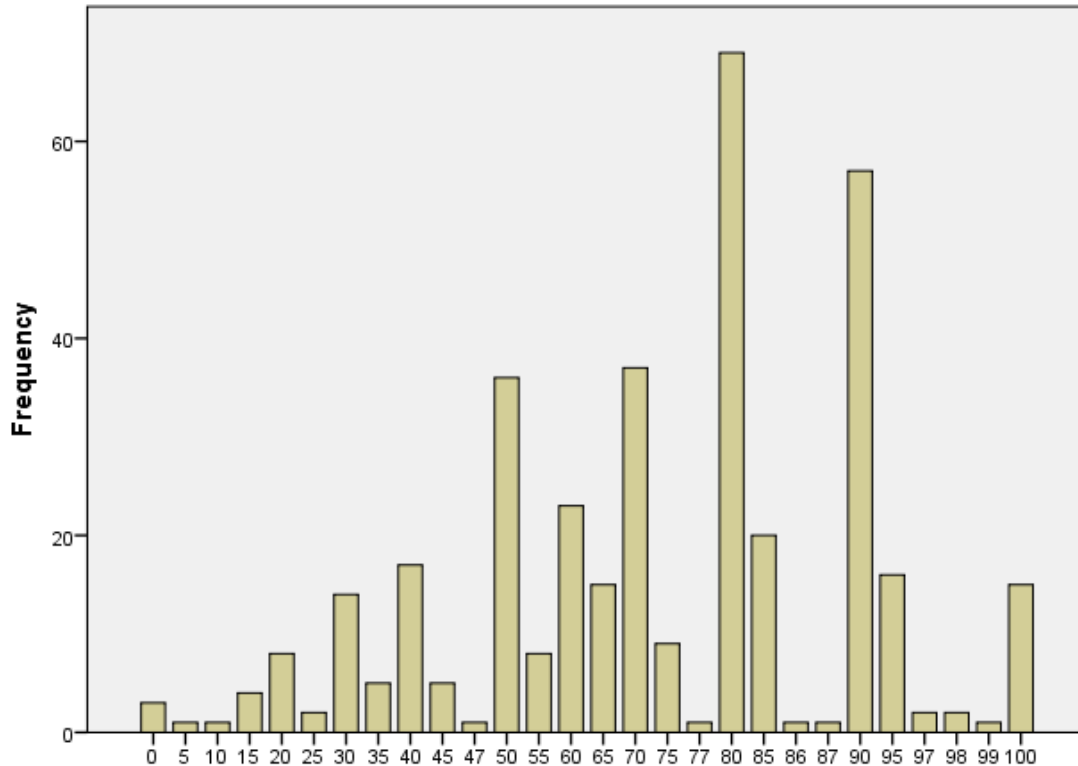
	<b>Total</b>	374	100,0	100,0
--	--------------	-----	-------	-------

Όσον αφορά την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale – VAS), η οποία αναφέρεται και ως θερμόμετρο υγείας και η οποία καταγράφει την υποκειμενική υγεία του ατόμου από 0 (η χειρότερη δυνατή υγεία) έως 100 (η καλύτερη δυνατή υγεία), η μέση τιμή που αναφέρθηκε ήταν 68,99 με τυπική απόκλιση 22,392. Τουλάχιστον το 50% και άνω των ασθενών ανέφεραν τιμές ίσες ή πάνω από 75 (Median), ενώ μόλις το 0,8% του δείγματος δήλωσε κατάσταση υγείας ίση με το 0 (πίνακας 9 και εικόνες 12-13).

Πίνακας 9 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την οπτική αναλογική κλίμακα του EQ-VAS

	<b>Visual Analogue Scale</b>
<b>Mean</b>	68,99
<b>Median</b>	75
<b>Std. Deviation</b>	22,392

Εικόνα 12 Συχνότητα EQ-VAS



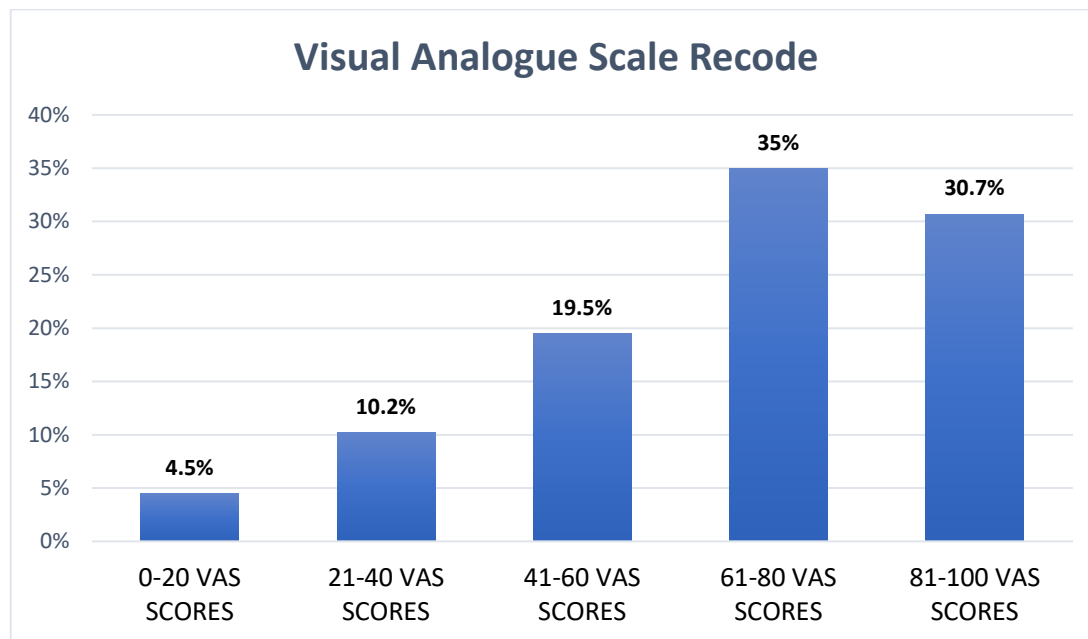
A6. Θα θέλαμε να μάθουμε πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ. Η





Για την καλύτερη διαχείριση του δείγματος πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των αποτελεσμάτων της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας ανά 20 μονάδες δημιουργώντας 5 επίπεδα. Η μέση τιμή ήταν 3,77 και η τυπική απόκλιση 1,127. Το 4,5% των ασθενών δήλωσαν επιλογές μεταξύ 0 έως 20.

Εικόνα 13 Κατανομή συχνοτήτων για το EQ-VAS-Recoded



Τα χαμηλότερα επίπεδα υποκειμενικής υγείας μεταξύ 0 έως 20 δηλώνονται από τους άνδρες σε ποσοστό 11,6% (πίνακας 10). Παράλληλα όμως οι άνδρες είναι και αυτοί που παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των επιλογών 81 έως 100 (40,6%) σε αντίθεση με τις γυναίκες (28,5%). Στην ηλικιακή ομάδα την καλύτερη αυτοαναφερόμενη υγεία ανέφεραν όσοι ήταν 40 ετών και κάτω σε ποσοστό 51,7%. Τέλος όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο τα μεγαλύτερα scores επιτυγχάνουν οι απόφοιτοι μεταπτυχιακού σε ποσοστό 54,2%. Από τα παραπάνω στατιστικά σημαντική διαφορά δεν σημειώθηκε μόνο στην ηλικιακή ομάδα (0,098).

Πίνακας 10 Περιγραφικά στατιστικά του EQ-VAS-Recoded ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου

		Visual Analogue Scale Recoded					Descriptives			p-value
		1	2	3	4	5	Mean	Median	Std. Deviation	
Φύλο	Άνδρας	11,6%	8,7%	15,9%	23,2%	40,6%	3,72	4	1,381	0,003
	Γυναίκα	3%	10,5%	20,3%	37,7%	28,5%	3,78	4	1,063	

Ηλικιακή ομάδα	<=40	3,4%	3,4%	20,7%	20,7%	51,7%	4,14	5	1,093	0,098
	41-50	3,7%	11%	12,8%	36,7%	35,8%	3,9	4	1,122	
	51-60	3,7%	11,1%	20%	36,3%	28,9%	3,76	4	1,103	
	61-70	7,7%	11%	23,1%	35,2%	23,1%	3,55	4	1,186	
	>70	0%	0%	50%	40%	10%	3,6	3,5	0,699	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	5,9%	11,8%	52,9%	11,8%	17,6%	3,24	3	1,091	0
	Γυμνάσιο	15,4%	15,4%	34,6%	15,4%	19,2%	3,08	3	1,324	
	Λύκειο	5,3%	16,5%	24,1%	30,8%	23,3%	3,5	4	1,172	
	Πανεπιστήμιο	2,2%	6,5%	12,9%	46,8%	31,7%	3,99	4	0,952	
	Μεταπτυχιακό	3,4%	1,7%	8,5%	32,2%	54,2%	4,32	5	0,955	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ κακή	12,5%	25%	27,1%	16,7%	18,8%	3,04	3	1,304	0
	Κακή	8,5%	12,7%	31%	22,5%	25,4%	3,44	3	1,239	
	Μέτρια	3,2%	7,8%	20,1%	44,2%	24,7%	3,79	4	1,008	
	Καλή	0%	11,5%	3,8%	23,1%	61,5%	4,31	4	0,739	
	Πολύ καλή	4,6%	10,2%	19,6%	35,1%	30,6%	4,35	5	1,018	
Εργασιακή κατάσταση	Ναι	2,3%	3,5%	11%	37,8%	45,3%	4,2	4	0,936	0
	Όχι	6,4%	15,8%	26,7%	32,7%	18,3%	3,4	4	1,145	
Στάδιο νόσου	Μεταστατικό	10,5%	16,2%	20%	36,2%	17,1%	3,32	4	1,233	0
	Μη μεταστατικό	2,2%	7,8%	19,3%	34,6%	36,1%	3,94	4	1,033	

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται τα συγκεντρωτικά περιγραφικά στατιστικά στοιχεία μεταξύ του EQ-5D-5L και του EQ-VAS ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου. Από αυτό τον πίνακα και συγκρίνοντας τους μέσους όρους ανά περίπτωση που αναφέρθηκε προκύπτει ότι τόσο οι γυναίκες (mean=0,6757) όσο και οι άνδρες (mean=0,6741) παρουσιάζουν ίδιο μέσο όρο χρησιμότητας (utilities) στο EQ-5D-5L, αλλά στις απαντήσεις των γυναικών παρατηρείται πως η χαμηλότερη τιμή που έχει δηλωθεί αγγίζει το -0,59 έναντι των ανδρών -0,2. Επιπλέον οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερη υποκειμενική υγεία (69,51) σε σχέση με τους άνδρες (66,68) στην κλίμακα του EQ-VAS (εικόνα 14).

Πίνακας 11 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία EQ-5D-5L INDEX και EQ-VAS ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου

Μεταβλητές	Παρατήρηση	EQ-5D-5L Index				EQ-VAS			
		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
<b>Φύλο</b>	<b>Ανδρας</b>	0,6741	0,30937	-0,2	1	66,68	26,685	0	100
	<b>Γυναίκα</b>	0,6757	0,24365	-0,59	1	69,51	21,318	0	100
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>	<b>&lt;=40</b>	0,754	0,20047	0,09	1	73,66	21,207	15	99
	<b>41-50</b>	0,6675	0,23904	-0,02	1	71,95	21,76	15	100
	<b>51-60</b>	0,6769	0,27091	-0,59	1	68,72	21,63	0	100
	<b>61-70</b>	0,659	0,2654	-0,2	1	64,7	24,784	0	100
	<b>&gt;70</b>	0,663	0,31166	-0,03	1	65,7	14,697	47	90
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	<b>Δημοτικό</b>	0,5885	0,31692	-0,03	1	55,12	23,47	0	95
	<b>Γυμνάσιο</b>	0,4383	0,36773	-0,59	1	53,27	28,388	0	90
	<b>Λύκειο</b>	0,6504	0,24527	-0,06	1	64,16	22,575	15	100
	<b>Πανεπιστήμιο</b>	0,7193	0,22639	-0,16	1	74,27	18,759	10	100
	<b>Μεταπτυχιακό</b>	0,7591	0,19398	0,25	1	78,49	18,736	15	100
<b>Οικονομική κατάσταση</b>	<b>Πολύ κακή</b>	0,4818	0,25068	-0,06	0,85	54,06	25,758	0	100
	<b>Κακή</b>	0,6123	0,2833	-0,2	1	61,96	25,156	0	100
	<b>Μέτρια</b>	0,7034	0,2284	-0,59	1	69,54	20,082	0	100
	<b>Καλή</b>	0,7858	0,17804	-0,02	1	79,61	13,642	30	100
	<b>Πολύ καλή</b>	0,7416	0,30247	0,09	1	81,58	19,244	40	100
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	<b>Ναι</b>	0,7547	0,22116	-0,59	1	77,26	18,366	0	100
	<b>Όχι</b>	0,6079	0,26569	-0,2	1	61,94	23,131	0	100
<b>Στάδιο νόσου</b>	<b>Μεταστατικός</b>	0,5902	0,31314	-0,59	1	59,7	25,351	0	100



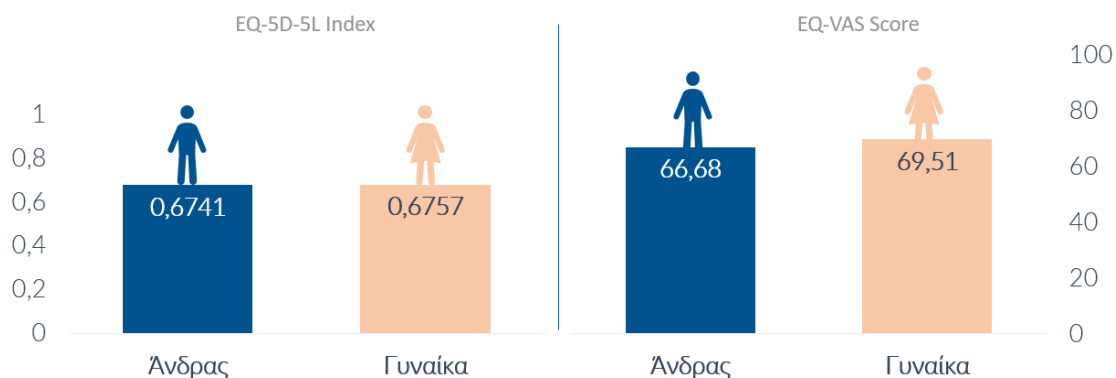
IFOKE RESEARCH INSTITUTE

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών



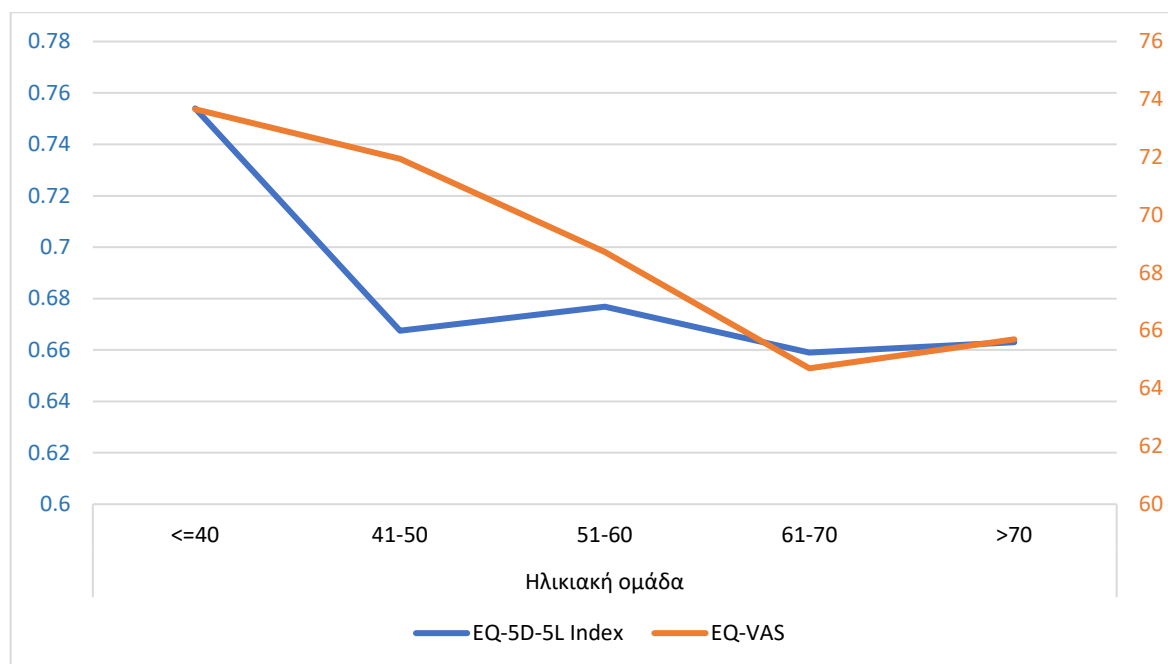
	<b>Μη μεταστατικός</b>	0,7087	0,22275	-0,03	1	72,61	20,039	0	100
--	----------------------------	--------	---------	-------	---	-------	--------	---	-----

Εικόνα 14 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά φύλο



Όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες η ποιότητα ζωής είναι μεγαλύτερη στους νεότερους. Ως εκ τούτου όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται η ποιότητα ζωής. Αυτό συμβαίνει και στην περίπτωση μέτρησης του EQ-5D-5L Index, όσο και στο EQ-VAS Scores. Στην εικόνα 15 παρουσιάζεται διαγραμματικά η σύγκριση των μέσων μεταξύ των επιπέδων που παρατηρήθηκαν μεταξύ EQ-5D-5L Index (με μπλε χρώμα γραμμής και άξονα) και EQ-VAS Scores (με πορτοκαλί χρώμα γραμμής και άξονα). Κατά βάση οι τιμές και των δύο φαίνεται να είναι πολύ κοντά στις περισσότερες περιπτώσεις, με εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα των 41 έως 50 ετών, όπου παρατηρείται μεγάλη απόκλιση, με την αυτοαναφερόμενη υγεία να δίνει υψηλότερα scores έναντι του EQ-5D-5L Index.

Εικόνα 15 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά ηλικιακή ομάδα

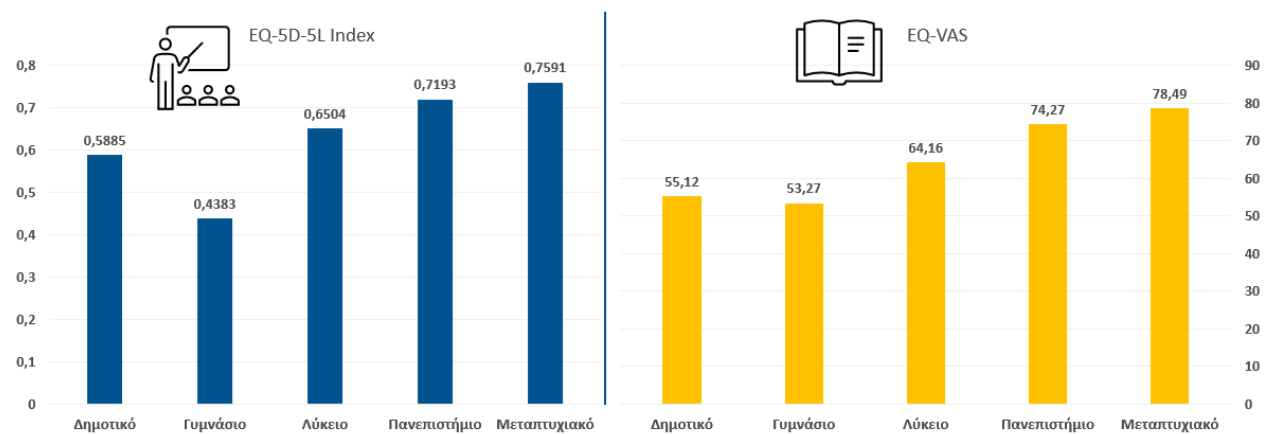


Το αντίστροφο ισχύει για την σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και εκπαιδευτικού επιπέδου (εικόνα 16), καθώς όσο αυξάνεται το ένα αυξάνεται και το άλλο. Παρατηρείται λοιπόν μια

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

θετική συσχέτιση μεταξύ των δυο. Η αιτιολόγηση του ανωτέρω μπορεί να σταθεί στο γεγονός ότι οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο μπορούν να κατανοούν καλύτερα τις ιατρικές οδηγίες επιτυγχάνοντας υψηλά ποσοστά συμμόρφωσης. Επιπλέον αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη ευκολία την κρισιμότητα της ασθένειας, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να επικοινωνήσουν στον θεράποντα ιατρό τους με μεγαλύτερη αμεσότητα τα προβλήματα που τους απασχολούν. Τέλος τα άτομα αυτά απολαμβάνουν ένα υψηλότερο κοινωνικό status. Η μόνη παρέκκλιση παρατηρείται στους αποφοίτους Γυμνασίου, οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλότερα scores από τους αποφοίτους Δημοτικού τόσο στο EQ-5D-5L Index, όσο και στο EQ-VAS.

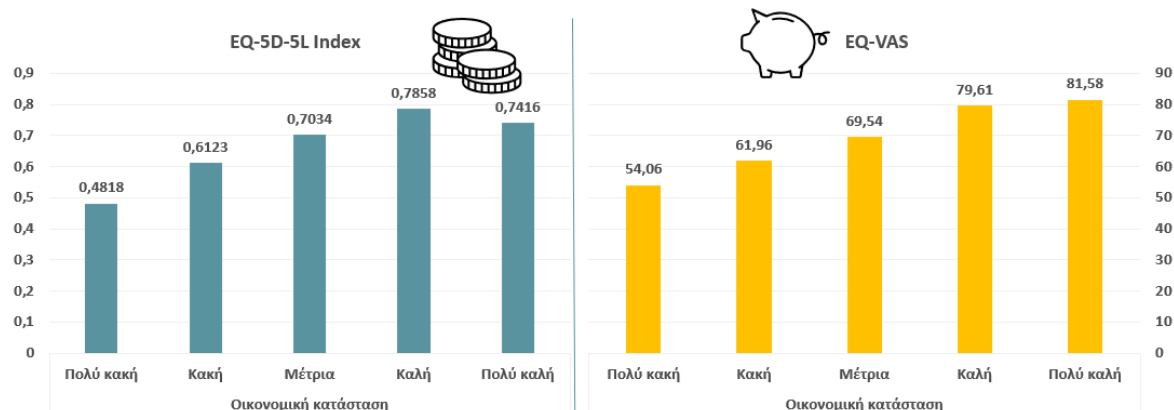
Εικόνα 16 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Θετική συσχέτιση με το EQ-5D-5L Index και το EQ-VAS παρατηρείται και με την οικονομική κατάσταση (πίνακας 11 και εικόνα 17). Κι αυτό γιατί οι ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση δύνανται να αντιμετωπίζουν λιγότερες ανισότητες υγείας, καλύτερη πρόσβαση σε δομές αλλά και υπηρεσίες ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας χωρίς να επιβαρύνονται επιπλέον από το άγχος των οικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας. Το παράδοξο που παρατηρείται εδώ είναι το γεγονός ότι ενώ οι ασθενείς, οι οποίοι δηλώνουν πολύ καλή οικονομική κατάσταση παρουσιάζουν αυτοαναφερόμενη υγεία (EQ-VAS) μεγαλύτερη (81,58) από τους ασθενείς που δηλώνουν απλώς καλή οικονομική κατάσταση (79,61), στα utility scores του EQ-5D-5L Index τα άτομα που δηλώνουν πολύ καλή οικονομική κατάσταση συγκεντρώνουν χαμηλότερο μέσο όρο (0,7416) σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν καλή οικονομική κατάσταση (0,7858).

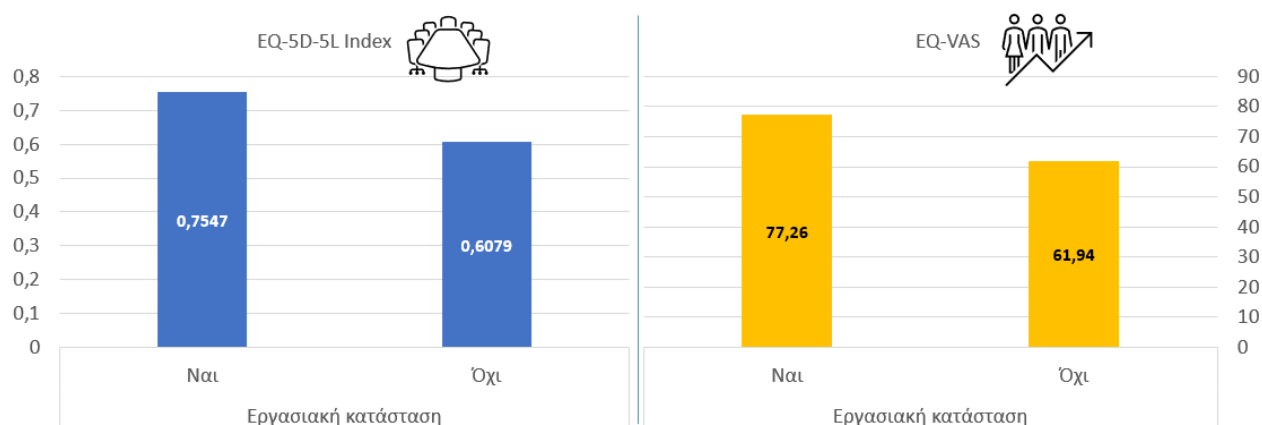


Εικόνα 17 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά οικονομική κατάσταση



Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση οι ασθενείς που συνεχίζουν και εργάζονται παρουσιάζουν υψηλότερους μέσους όρους τόσο υποκειμενικής – αυτοαναφερόμενης υγείας (77,26) όσο και στα αποτελέσματα του EQ-5D-5L Index (0,7547) από αυτούς που δεν εργάζονται (61,94 στο EQ-VAS και 0,6079 EQ-5D-5L Index) , όπως φαίνεται και από τον πίνακα 11 και την εικόνα 18. Αυτό συμβαίνει κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί νιώθουν περισσότερο λειτουργικοί, αφού μπορούν και εκπληρώνουν κοινωνικούς ρόλους, ενώ επιπλέον η εργασία τους τους επιτρέπει να αισθάνονται παραγωγικοί και συνεπώς μέσω της δραστηριοποίησής τους να απομακρύνονται από την έγνοια της ασθένειας.

Εικόνα 18 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά εργασιακή κατάσταση



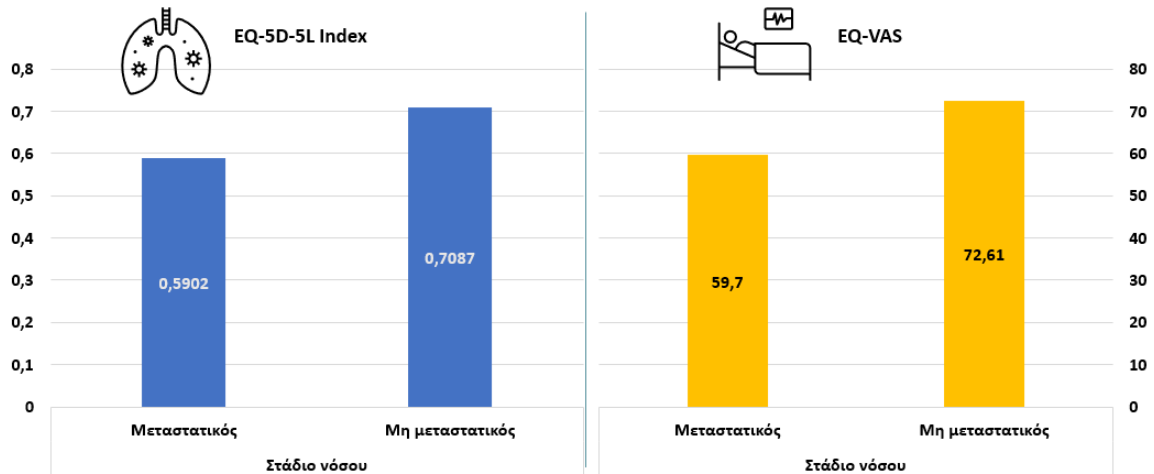
Τέλος οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μη μεταστατικό καρκίνο παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα χρησιμότητας στο EQ-5D-5L (0,7087) όσο και στο Index EQ-VAS (72,61) από αυτούς με μεταστατικό (EQ-5D-5L 0,5902 και EQ-VAS 0,5902). Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω του ότι τα άτομα με μη μεταστατικό καρκίνο έρχονται αντιμέτωπα με πιο ήπια προβλήματα άγχους, κατάθλιψης και διαφόρων ζητημάτων που αφορούν εν



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

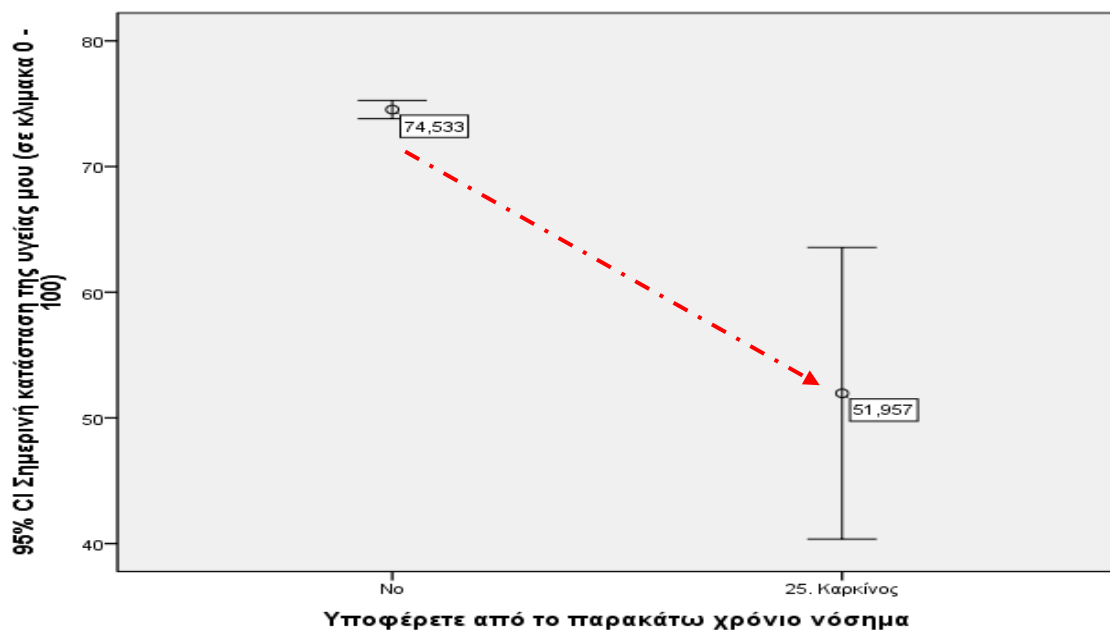
γένει τους κοινωνικούς ρόλους που έχουν αναλάβει. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 11 και την εικόνα 19.

Εικόνα 19 EQ-5D-5L Index και EQ-VAS Scores ανά στάδιο της νόσου



Τέλος, από την έρευνα που διεξήχθη διαπιστώθηκε μάλιστα τεράστια διαφορά μεταξύ της ποιότητας της ζωής των ασθενών με καρκίνο σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η σύγκριση αυτή έγινε με βάση το «θερμόμετρο υγείας» (EQ-VAS). Παρατηρήθηκε λοιπόν πως η διαφορά μεταξύ των καρκινοπαθών (51,957) και του υπόλοιπου πληθυσμού (74,533) στην ποιότητα ζωής άγγιζε διαφορά 22,5 μονάδων (εικόνα 20).

Εικόνα 20 Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας





### 5.3. Περιγραφική ανάλυση EORTC-QLQ30

Σχετικά με την αξιοπιστία για το ερωτηματολόγιο του EORTC-QLQ-C30 πραγματοποιήθηκε έλεγχος εσωτερικής συνοχής με βάση τον δείκτη Cronbach's alpha, όπως αυτός ορίζεται ανά ομάδα ερωτήσεων, ανάλογα το γεγονός αν αφορά λειτουργική περίπτωση ή σύμπτωμα. Ο διαχωρισμός των ερωτήσεων έγινε με βάση τις οδηγίες της ομάδας EORTC όπως συνέβη και σε άλλες έρευνες (64, 65). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 12. Γενικότερα παρατηρείται υψηλή συνοχή σε όλες τις περιπτώσεις των διακεκριμένων ομάδων, εκτός από την τελευταία περίπτωση.

Πίνακας 12 Ανάλυση αξιοπιστίας μεταξύ των διαστάσεων και των συμπτωμάτων του EORTC-QLQ-C30

<b>Reliability</b>		
<i>Διάσταση</i>	<i>Ερωτήσεις</i>	<i>Cronbach's alpha</i>
<i>Φυσική λειτουργία</i>	1-5	0,834
<i>Λειτουργία ρόλου</i>	6-7	0,9
<i>Συναισθηματική λειτουργία</i>	21-24	0,871
<i>Κοινωνική λειτουργία</i>	26-27	0,881
<i>Γνωστική λειτουργία</i>	20-25	0,765
<i>Πόνος</i>	9, 19	0,878
<i>Κόπωση</i>	10, 12, 18	0,89
<i>Ναυτία – εμετός</i>	14-15	0,82

Γενικά, από την στατιστική ανάλυση των παραγόντων που αφορούν την λειτουργικότητα και τα συμπτώματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ασθενείς με καρκίνο συνολικά (πίνακας 13 και εικόνα 21), βάσει του ερωτηματολογίου EORTC-QLQ-C30 παρατηρείται ότι η κοινωνική λειτουργία είναι αυτή που συγκεντρώνει τα χαμηλότερα scores (mean=56,8), πράγμα που σημαίνει ότι επηρεάζει περισσότερο αρνητικά σε σχέση με τις υπόλοιπες λειτουργίες την ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και αμέσως μετά ακολουθεί η συναισθηματική λειτουργία (mean=60).

Όσον αφορά την κοινωνική διάσταση, αυτό μπορεί να συμβαίνει κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι τόσο η ασθένεια του καρκίνου, όσο και το απαιτητικό θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται μπορεί να περιορίζουν ή ακόμη και να αλλάζουν εντελώς τους κοινωνικούς

ρόλους αλλά και τις κοινωνικές δραστηριότητες του ασθενούς (66). Πολλές φορές μάλιστα βάλλεται και ο ίδιος ο κοινωνικός ρόλος του ατόμου, αφού απουσιάζει η δυνατότητα εκπλήρωσης μιας αναγνωρισμένης θέσης στην κοινωνία, είτε εξαιτίας της ίδιας της νόσου και των συμπτωμάτων της, είτε εξαιτίας της αδυναμίας και του φόβου που προκαλεί. Σχετικά με την συναισθηματική λειτουργία παρατηρείται χαμηλό ποσοστό συμφωνίας, είτε εξαιτίας του άγχους και του φόβου που προκαλεί η ασθένεια του καρκίνου τόσο για τις παρενέργειες, όσο και για την μελλοντική υγεία και ζωή του καρκινοπαθούς, είτε εξαιτίας των γενικότερων αβέβαιων καταστάσεων που μπορούν να προκληθούν (67).

Απεναντίας, καλύτερη ποιότητα ζωής εξαιτίας των μεγαλύτερων scores που συγκεντρώνονται σε αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται να παρατηρούνται στην γνωστική λειτουργία (mean=71,7). Σχετικά με αυτή την παράμετρο και τον καρκίνο και σύμφωνα με την έρευνα των Brezden et al. η παρατεταμένη λήψη χημειοθεραπειών αποτελεί γενεσιουργό αιτία δυσκολιών για τους καρκινοπαθείς κυρίως στην ικανότητά τους να θυμούνται, να σκέφτονται και να συγκεντρώνονται (68), ενώ σύμφωνα με την έρευνα των Castellon et al. παρατηρούνται προβλήματα, τα οποία βασίζονται στην λεκτική μάθηση, την οπτικοχωρική λειτουργία, ακόμη και την οπτική μνήμη (69). Τέλος από αρκετές έρευνες έχει αποδειχθεί το γεγονός οι επιζώντες από καρκίνο συχνά να εμφανίζουν βραχυπρόθεσμα γνωστικά ελλείμματα, κάτι που με τη σειρά του επιβεβαιώνει την αβεβαιότητα και το άγχος για την μελλοντική υγεία του ατόμου ή του ασθενούς (70-72).

Με μικρή απόκλιση, σχετικά με τα προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ακολουθούν οι φυσικές λειτουργίες (mean=69,6) και οι λειτουργίες ρόλου (mean=68,3). Το άγχος του καρκίνου συναρτήσει των αβέβαιων εκβάσεων της ασθένειας, των συμπτωμάτων αλλά και των κωλυμάτων που δημιουργούνται στην καθημερινή κοινωνική, οικογενειακή ή/και εργασιακή ζωή, αλλά και η εν γένει αίσθηση έλλειψης λειτουργικότητας των ασθενών επηρεάζει ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους (73).

Σχετικά με τις παρενέργειες και τα συμπτώματα που συγκεντρώνονται γενικά στους ασθενείς με καρκίνο από τον πίνακα 13 παρατηρείται ότι τα χαμηλότερα scores συναντώνται κυρίως στη ναυτία – εμετός (mean=9,4) ενώ ακολουθεί το σύμπτωμα της διάρροιας (mean=13,4). Τα μεγαλύτερα προβλήματα παρατηρούνται στην αίσθηση της κόπωσης (mean=48,66), της αϋπνίας (mean=42,602) και της απώλειας της όρεξης (mean=42,602).



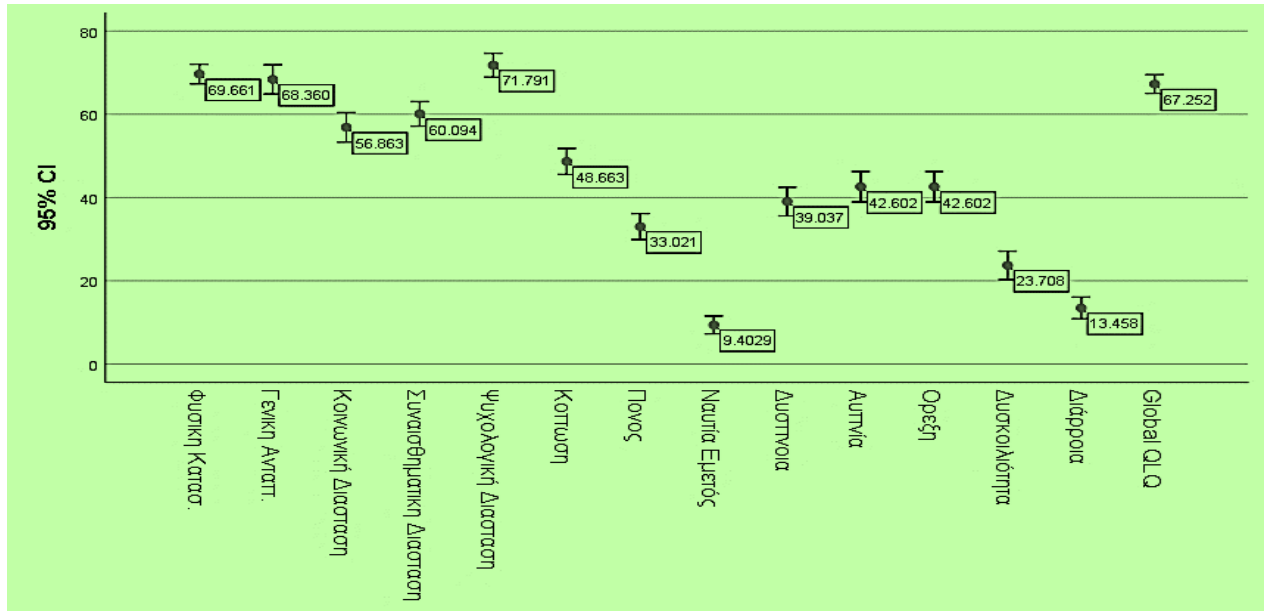
Η κόπωση είναι μια από τις πιο συχνές αναφερόμενες παρενέργειες τόσο της νόσου όσο και της θεραπείας κατά του καρκίνου (74, 75) και μάλιστα θεωρείται σχεδόν καθολικό σύμπτωμα (75-77), ενώ επιβαρύνει ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής και την ικανότητα του ασθενούς να διατηρήσει ή και να συνεχίσει τις συνήθειες προσωπικές, επαγγελματικές και κοινωνικές του δραστηριότητες (74). Σημαντική όμως κρίνεται και η επιβάρυνση που προκαλείται στους ασθενείς από την αϋπνία. Σύμφωνα με την έρευνα του O' Donnell η αϋπνία επηρεάζει έως και το 50% των ασθενών με καρκίνο (78), ενώ σε άλλες έρευνες υποστηρίζεται ότι το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ του 30% και 50% (79). Μάλιστα ο ρόλος της για την ποιότητα ζωής του ασθενούς είναι τόσο σημαντικός, ώστε μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την ίδια την πορεία της νόσου, καθώς δύναται να προκαλέσει κόπωση, διαταραχές διάθεσης, ψυχικές διαταραχές (όπως άγχος, κατάθλιψη) ή ακόμη και ανοσοκαταστολή (78, 79). Τέλος η απώλεια της όρεξης, η οποία οδηγεί σε καχεξία (80), παίζει καθοριστικό ρόλο καθώς πολλές φορές αποτελεί βασικό παράγοντα για την αναγνώριση προοδευτικής νόσου (80).

Πίνακας 13 Περιγραφικά στατιστικά για το EORTC-QLQ-C30

Διαστάσεις	Mean	95% CI for Mean		Median	Std. Deviation
		Lower Bound	Upper Bound		
Φυσική λειτουργία	69,66	67,31	72,01	73,33	23,1
Λειτουργία ρόλου	68,36	64,85	71,86	83,33	34,43
Κοινωνική λειτουργία	56,86	53,32	60,39	66,66	34,76
Συναισθηματική λειτουργία	60,09	57,15	63,03	66,66	28,92
Γνωστική λειτουργία	71,79	68,91	74,66	83,33	28,27
Κόπωση	48,66	45,53	51,78	44,44	30,73
Πόνος	33,02	29,88	36,16	33,33	30,88
Ναυτία - εμετός	9,4	7,2	11,5	0	21,13
Δύσπνοια	39,03	35,59	42,48	33,33	33,86
Αϋπνία	42,6	38,94	46,26	33,33	36
Απώλεια όρεξης	42,6	38,94	46,26	33,33	36
Δυσκοιλιότητα	23,7	20,3	27,11	0	33,5
Διάρροια	13,4	10,8	16,06	0	25,6

Global QLQ	67,25	65	69,49	70,32	22,09
------------	-------	----	-------	-------	-------

Εικόνα 21 95% CI για το EORTC-QLQ-C30



Σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι συσχετίζοντας τις λειτουργικές διαστάσεις και τα συμπτώματα του EORTC-QLQ-C30 παρατηρούνται αρκετές αρνητικές συσχετίσεις (πίνακας 14). Αυτές σημειώνονται κυρίως μεταξύ των λειτουργικών διαστάσεων και των συμπτωμάτων, πράγμα που θεωρείται αναμενόμενο. Σε όλα τα επίπεδα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά. Η κόπωση παρουσιάζει την πιο έντονη αρνητική συσχέτιση με όλες σχεδόν τις διαστάσεις λειτουργικότητας και την πιο έντονη θετική συσχέτιση σχεδόν με όλα τα συμπτώματα. Εξίσου σημαντικό είναι και το ότι η αϋπνία και η απώλεια όρεξης συσχετίζονται απόλυτα θετικά ( $r=1$ ).

Πίνακας 14 Συσχετίσεις Pearson EORTC-QLQ-C30

Correlations															
Λειτουργίες και συμπτώματα		Φυσική	Λειτουργία ρόλου	Κοινωνική	Κοινωνική	Γνωστική	Κόπωση	Πόνος	Ναυτία Εμετός	Δύσπνοια	Αϋπνία	Απώλεια όρεξης	Δυσκολιότητα	Διάρροια	Global QLQ
Φυσική	Pearson Correlation	1	,674**	,612**	,583**	,571**	-,753**	-	-	-,668**	-,540**	-,540**	-,341**	-,323**	,822**
Ρόλου	Pearson Correlation	,674**	1	,556**	,506**	,489**	-,674**	-	-	-,499**	-,439**	-,439**	-,301**	-,313**	,740**
Κοινωνική	Pearson Correlation	,612**	,556**	1	,543**	,537**	-,644**	-	-	-,515**	-,444**	-,444**	-,361**	-,196**	,736**
Συναισθηματική	Pearson Correlation	,583**	,506**	,543**	1	,678**	-,685**	-	-	-,506**	-,608**	-,608**	-,324**	-,311**	,781**
Γνωστική	Pearson Correlation	,571**	,489**	,537**	,678**	1	-,620**	-	-	-,471**	-,516**	-,516**	-,364**	-,277**	,749**
Κόπωση	Pearson Correlation	-,753**	-,674**	-,644**	-,685**	-,620**	1	,707**	,408**	,683**	,630**	,630**	,411**	,314**	-,877**
Πόνος	Pearson Correlation	-,724**	-,623**	-,599**	-,604**	-,610**	,707**	1	,476**	,605**	,552**	,552**	,397**	,278**	-,825**
Ναυτία εμετός	Pearson Correlation	-,413**	-,393**	-,359**	-,333**	-,390**	,408**	,476**	1	,349**	,271**	,271**	,439**	,355**	-,556**



IPOKE RESEARCH INSTITUTE

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών



Δύσπνοια	Pearson Correlation	- ,668**	-499**	-.515**	-.506**	-.471**	,683**	,605**	,349**	1	,416**	,416**	,324**	,272**	-.721**
Αϊνί α	Pearson Correlation	- ,540**	-.439**	-.444**	-.608**	-.516**	,630**	,552**	,271**	,416**	1	1,000**	,299**	,272**	-.767**
Απόλαυ ή όρεξης	Pearson Correlation	- ,540**	-.439**	-.444**	-.608**	-.516**	,630**	,552**	,271**	,416**	1,000**	1	,299**	,272**	-.767**
Δυσκολιότητα	Pearson Correlation	- ,341**	-.301**	-.361**	-.324**	-.364**	,411**	,397**	,439**	,324**	,299**	,299**	1	,172**	-.540**
Διάρροια	Pearson Correlation	- ,323**	-.313**	-.196**	-.311**	-.277**	,314**	,278**	,355**	,272**	,272**	,272**	,172**	1	-.445**
Global QLQ	Pearson Correlation	,822**	,740**	,736**	,781**	,749**	-.877**	- ,825**	- ,556**	-.721**	-.767**	-.767**	-.540**	-.445**	1

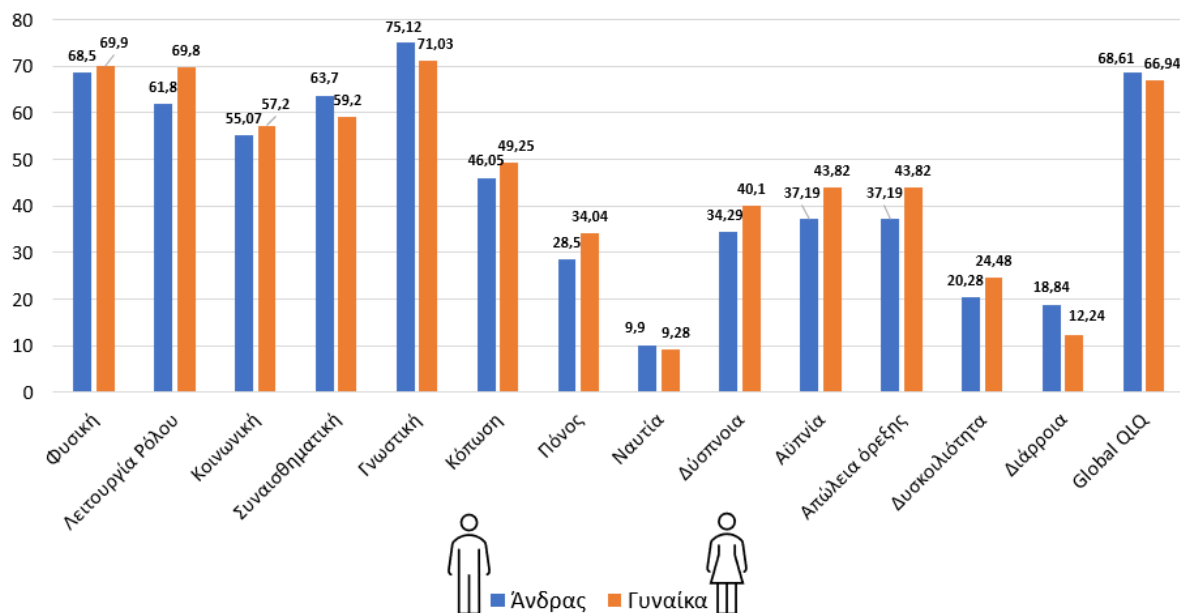
\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Τέλος, στον πίνακα 15 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα συγκεντρωτικά περιγραφικά στοιχεία μεταξύ των λειτουργικών περιπτώσεων και των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική και εργασιακή κατάσταση, και τέλος το στάδιο της νόσου.

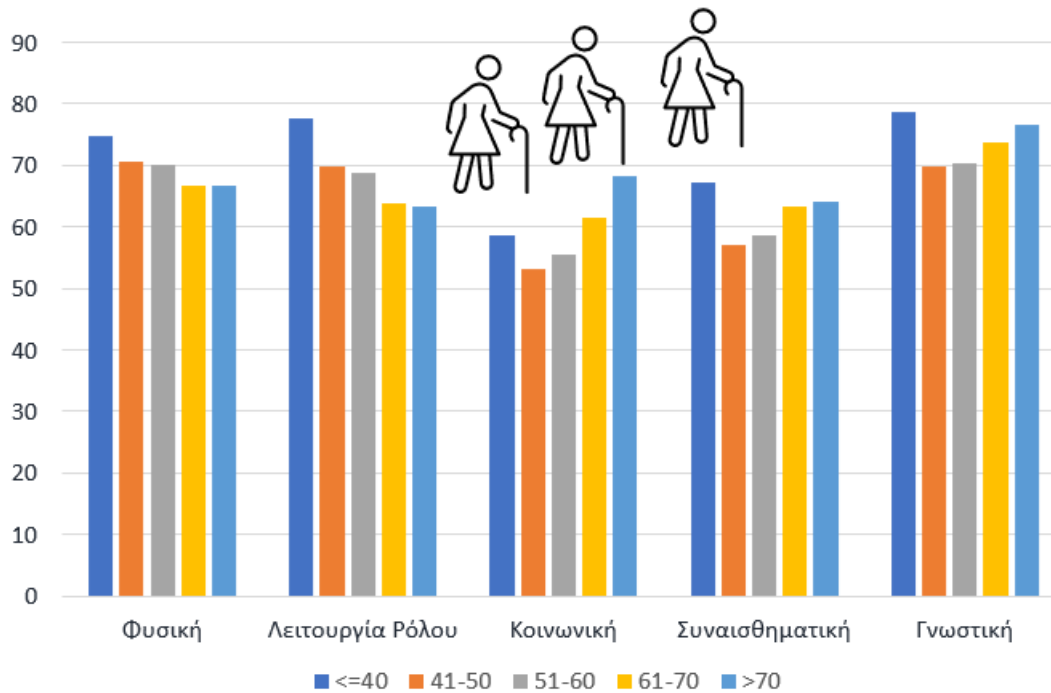
Από αυτόν τον πίνακα λοιπόν αλλά και την εικόνα 22 παρατηρείται πως και οι άνδρες και οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους εξαιτίας της ασθένειάς τους κυρίως λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στην κοινωνική τους ζωή. Σημαντικό είναι και το γεγονός ότι οι γυναίκες επηρεάζονται αρνητικά περισσότερο στην συναισθηματική τους λειτουργία έναντι των ανδρών. Όσον αφορά τις αρνητικές επιπτώσεις των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ανά φύλο παρατηρείται πως οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις. Πάντως τα συμπτώματα της κόπωσης, της αϋπνία και της απώλεια της όρεξης επηρεάζουν αρνητικά περισσότερο από τα υπόλοιπα τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες. Τέλος, η ποιότητα ζωής των ανδρών (mean =68,61) βάσει του Global QLQ φαίνεται να είναι καλύτερη από αυτή των γυναικών (mean=66,94).

Εικόνα 22 EORTC-QLQ-C30 ανά φύλο



Σχετικά με την ηλικία φαίνεται ότι τα περισσότερα προβλήματα αντιμετωπίζονται στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία από όλες τις ηλικιακές ομάδες, εκτός της ομάδας των ατόμων που ανήκουν στα 70+ έτη (εικόνα 23). Η τελευταία αυτή ομάδα ασθενών επηρεάζεται περισσότερο στην συναισθηματική λειτουργία και την λειτουργία ρόλου.

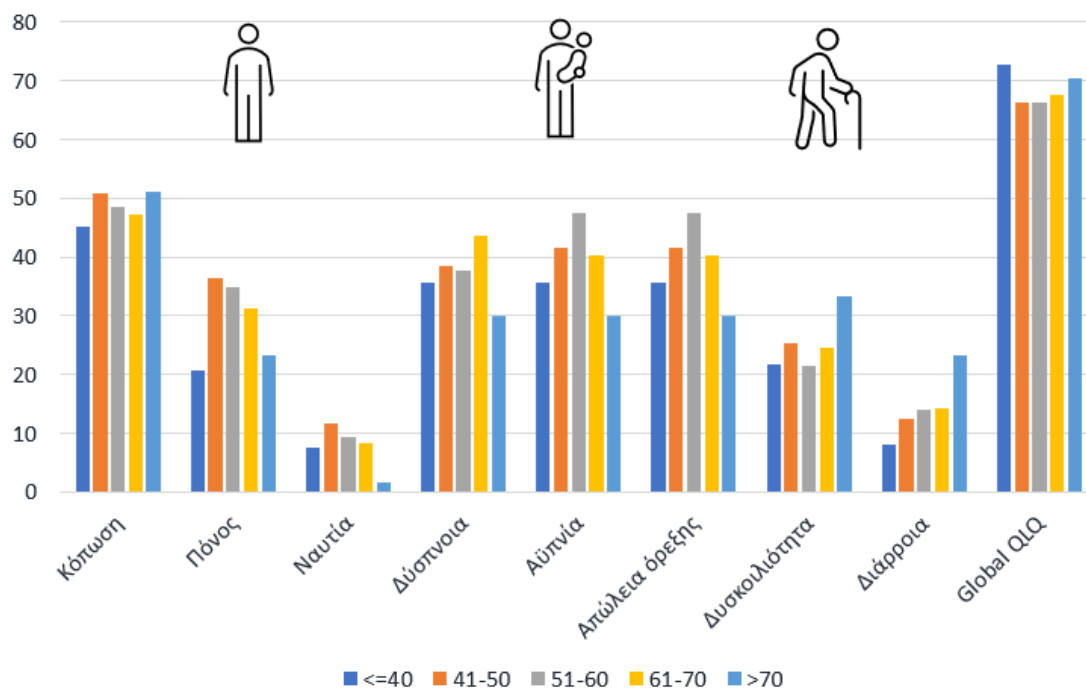
Εικόνα 23 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά ηλικιακή ομάδα



Όσον αφορά τα συμπτώματα ανά ηλικιακή ομάδα (εικόνα 24), τα πιο έντονα από αυτά φαίνεται πως είναι η κόπωση, η αϋπνία, η απώλεια της όρεξης και σε αρκετές περιπτώσεις η δύσπνοια. Τα περισσότερα Global QLQ scores όμως φαίνεται πως συγκεντρώνει αρχικά η ηλικιακή ομάδα των καρκινοπαθών κάτω των 40 ετών (mean=72,82), ενώ παραδόξως ακολουθούν η ηλικιακή ομάδα των 70+ ασθενών (mean=70,49), των 61-70 (mean=67,605), των 51-60 (mean=66,36) και των 41-50 (mean=66,27) χωρίς μεγάλη διαφορά.



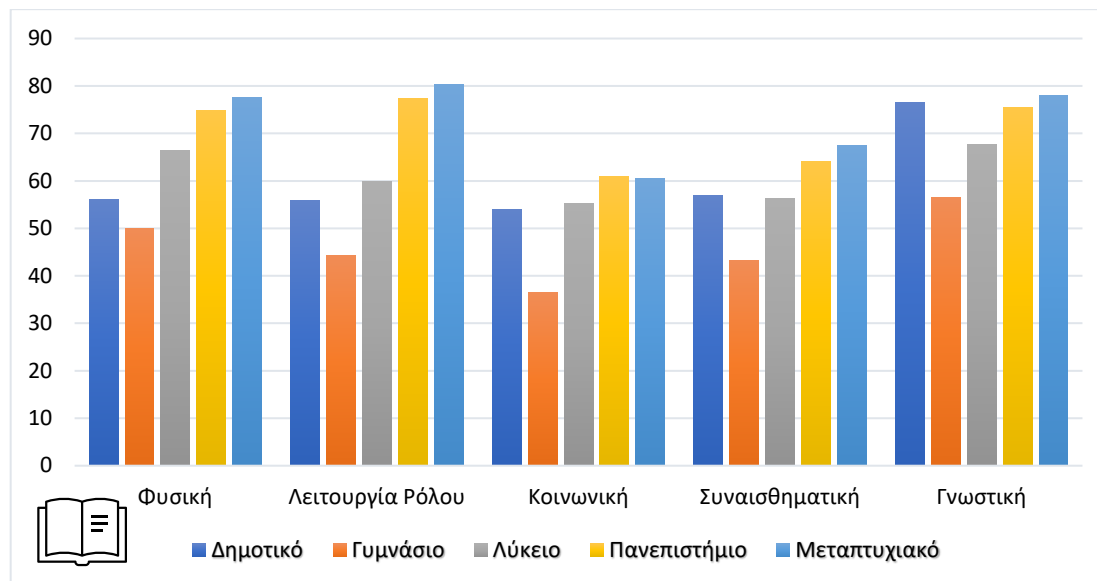
Εικόνα 24 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά ηλικιακή ομάδα



Ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο παρατηρείται ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημίου και μεταπτυχιακού αντιμετωπίζουν τα λιγότερα προβλήματα στις λειτουργίες ρόλου και στην γνωστική λειτουργία, προφανώς λόγω του κύρους και της κατάρτισης που τους αποδίδουν οι σπουδές και η εργασία τους, ενώ οι απόφοιτοι δημοτικού αντιμετωπίζουν το σημαντικότερο πρόβλημα στη λειτουργία του ρόλου. Τέλος η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο στις περισσότερες ομάδες φαίνεται πως πλήττεται κυρίως από προβλήματα που προκύπτουν στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία (εικόνα 25).

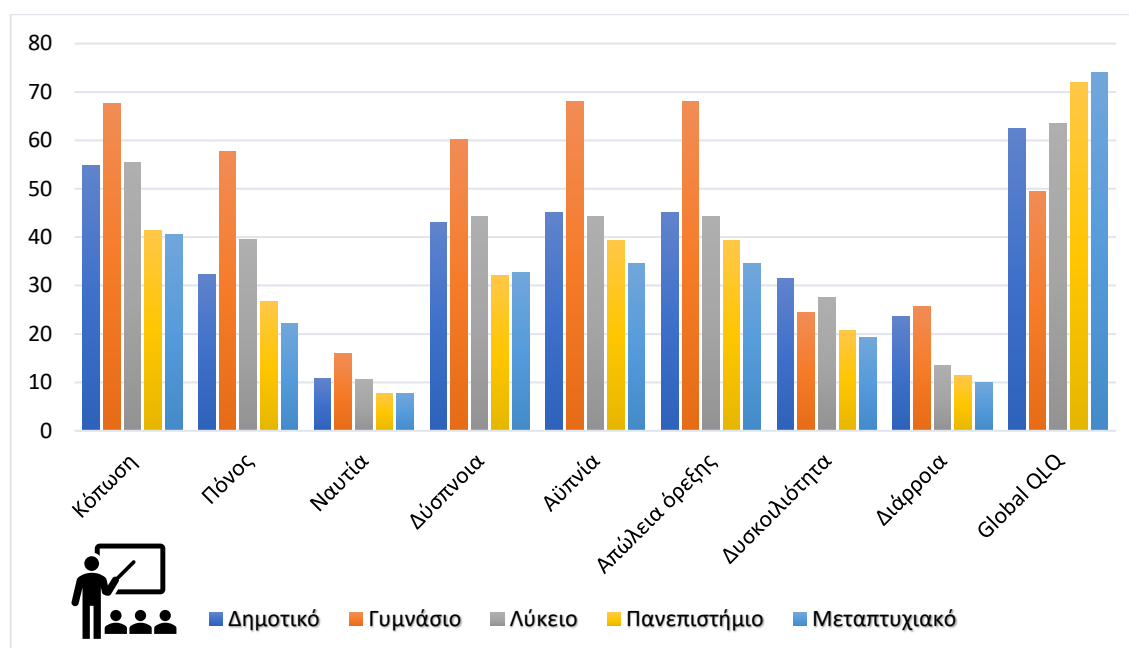
## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Εικόνα 25 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Στο εκπαιδευτικό επίπεδο παρατηρήθηκε επίσης το γεγονός ότι το μικρότερο Global QLQ συγκεντρώθηκε στην ομάδα των καρκινοπαθών που είναι απόφοιτοι γυμνασίου (mean=49,46), ενώ το υψηλότερο συγκεντρώνεται στους αποφοίτους μεταπτυχιακού διπλώματος (mean=74,05). Επιπλέον τα συμπτώματα της κόπωσης, της αϋπνίας και της έλλειψης όρεξης είναι αυτά που επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (εικόνα 26).

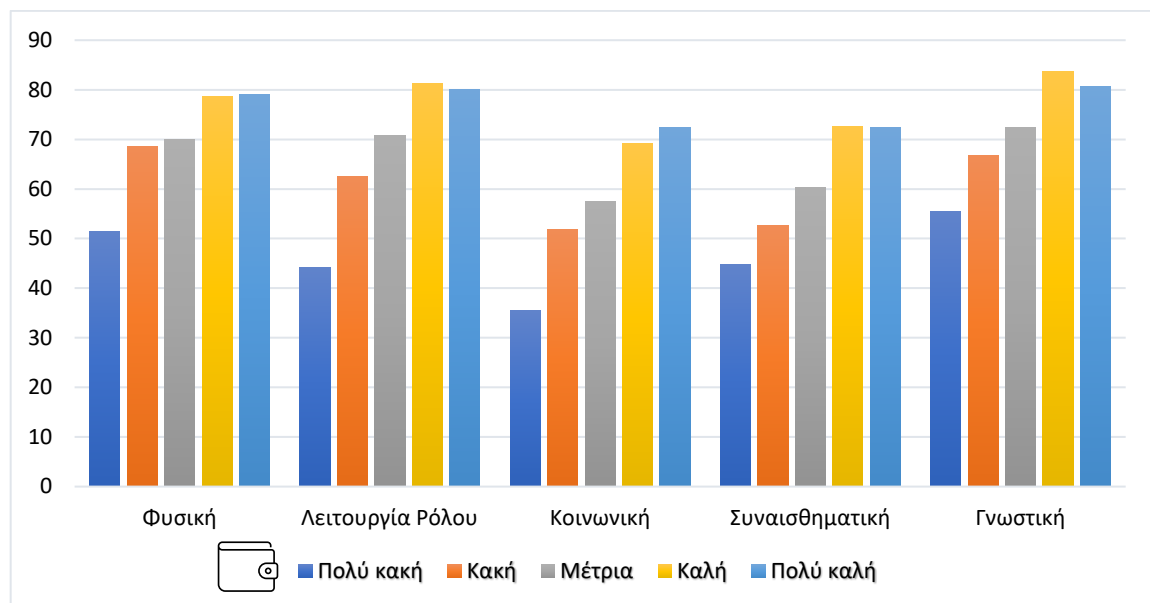
Εικόνα 26 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο





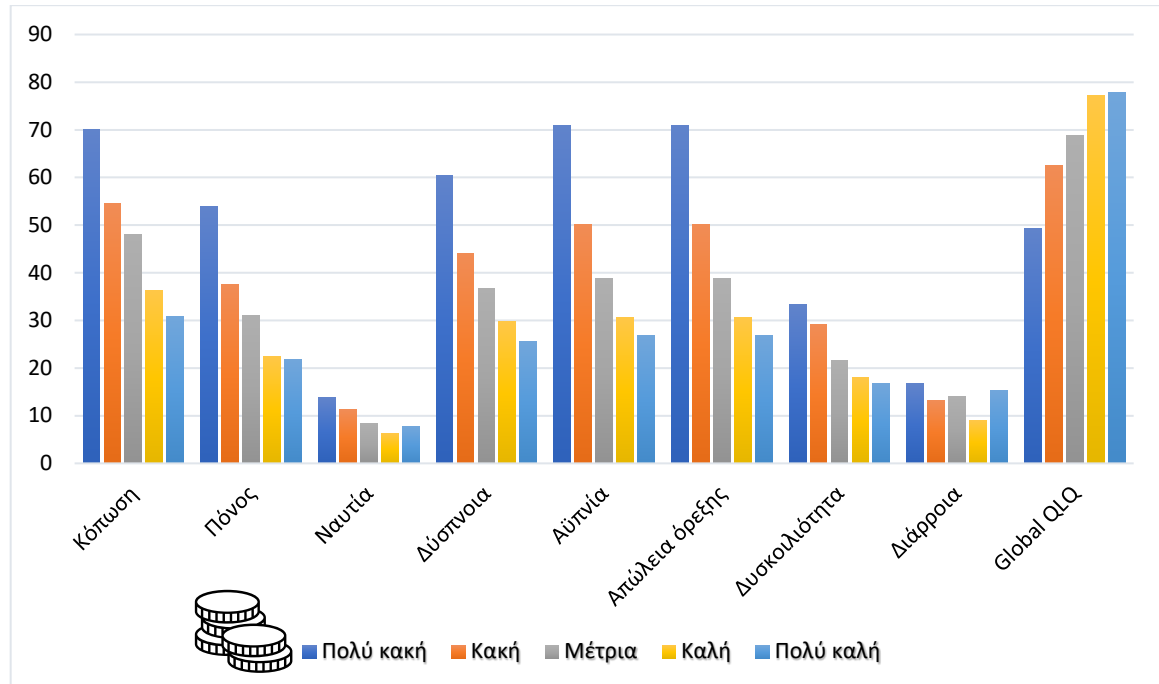
Ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των καρκινοπαθών και την ποιότητα ζωής τους (εικόνα 27) παρατηρείται ότι σχεδόν σε όλους οι λειτουργίες που επηρεάζονται από την ασθένεια και στη συνέχεια επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής είναι η κοινωνική και η συναισθηματική. Παρόλα αυτά οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ κακή οικονομική κατάσταση αντιμετωπίζουν προβλήματα και στην λειτουργία ρόλου, προφανώς εξαιτίας των επιπλέον δυσκολιών που δημιουργεί η ασθένεια στην εργασία τους, αλλά και στα εμπόδια που δημιουργούνται λόγω των δαπανών που απαιτούνται. Τα παραπάνω εξηγούν και το εύρημα ότι τα άτομα της ανωτέρω ομάδας επηρεάζονται πιο έντονα από το σύμπτωμα της κόπωσης, έναντι των υπολοίπων (εικόνα 28).

Εικόνα 27 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά οικονομική κατάσταση



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

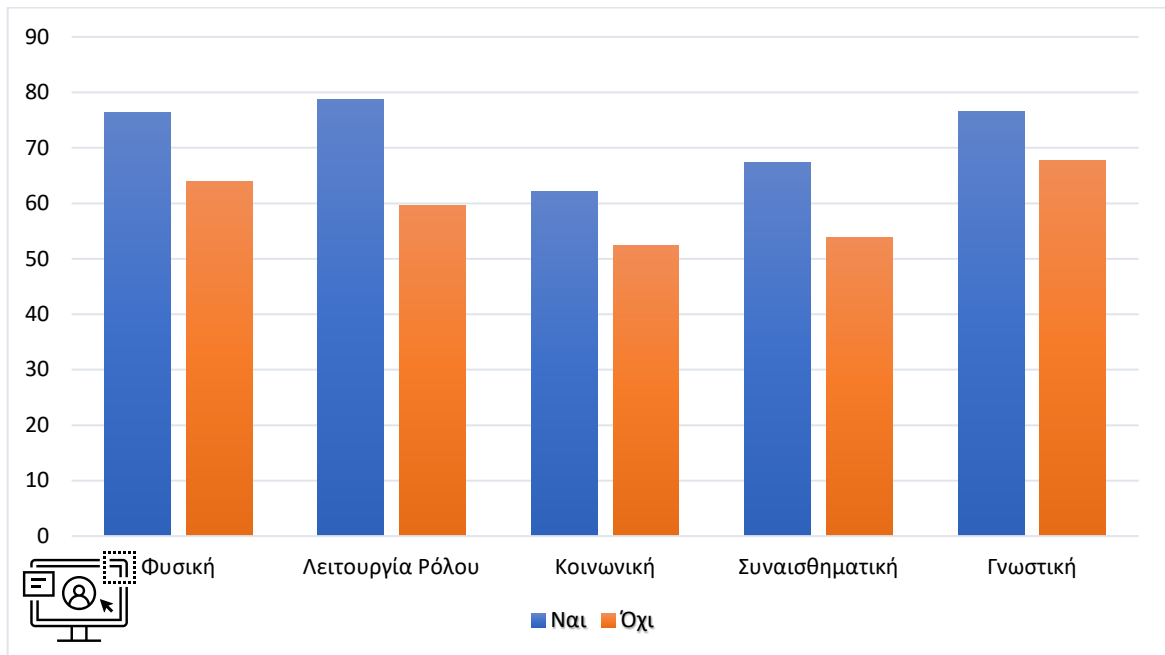
Εικόνα 28 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά οικονομική κατάσταση



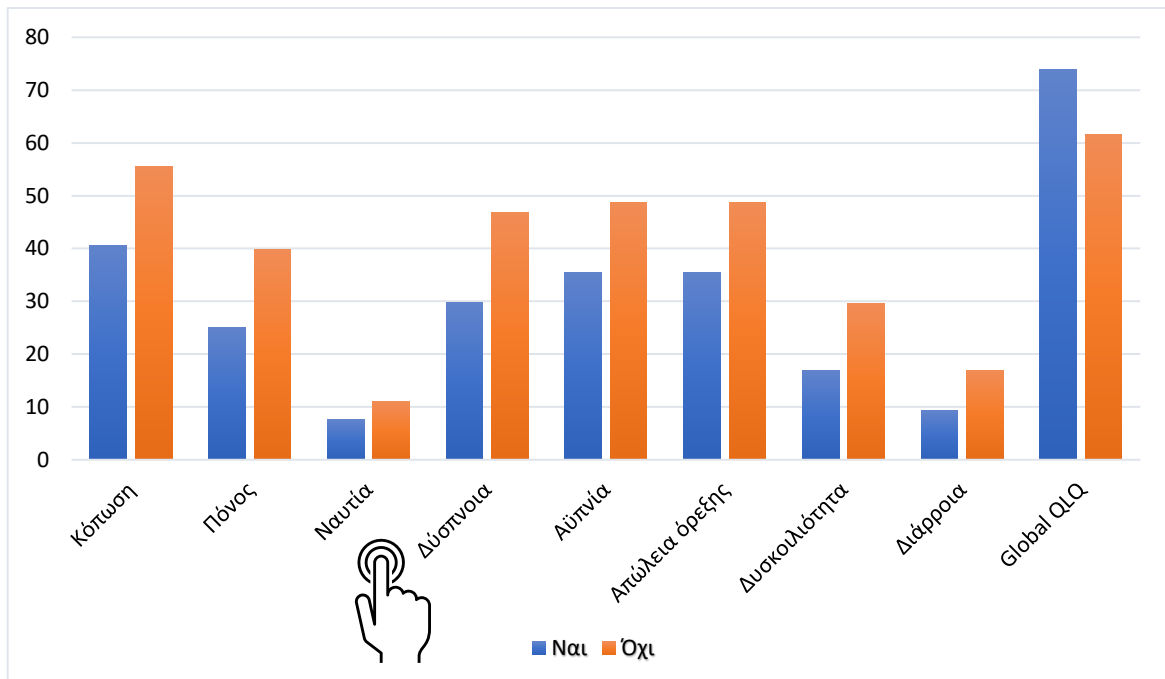
Οι εργαζόμενοι ασθενείς δηλώνουν μεγαλύτερα score (mean=73,92) στην κλίμακα του Global QLQ σε σχέση με τους καρκινοπαθείς που δεν εργάζονται (mean=61,56), όπως φαίνεται και στην εικόνα 29. Επίσης τα άτομα που δεν εργάζονται αντιμετωπίζουν σημαντικότερα προβλήματα εξαιτίας της ασθένειας και των συμπτωμάτων που προκαλεί σε σχέση με όσους εργάζονται (εικόνα 30). Το παράδοξο είναι ότι όσοι δεν εργάζονται παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία ακόμη και στο σύμπτωμα της κόπωσης (mean=61,56) έναντι των υπολοίπων (mean=40,63).



Εικόνα 29 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά εργασιακή κατάσταση



Εικόνα 30 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά εργασιακή κατάσταση



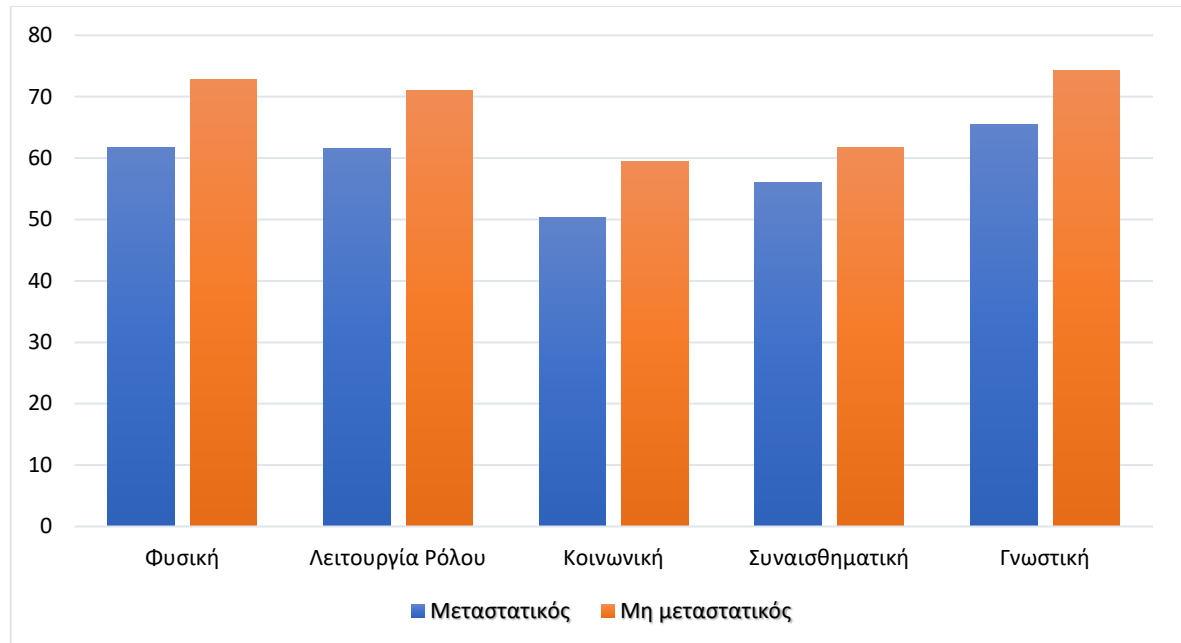
Τέλος οι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο (mean=69,87) παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους καρκινοπαθείς των οποίων η ασθένεια έχει χαρακτηριστεί ως μεταστατική (mean=60,53). Όσοι πάσχουν από μεταστατικό καρκίνο επίσης φαίνεται πως έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρότερα προβλήματα που προκαλούνται από τα συμπτώματα



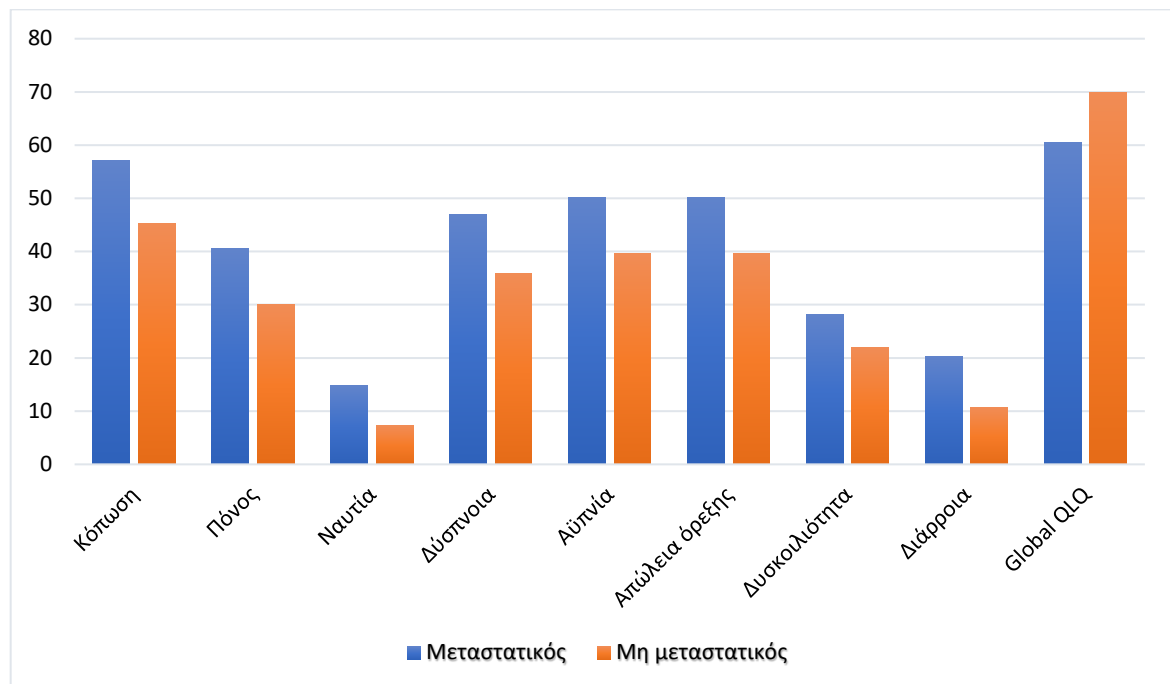
## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

της ασθένειας έναντι των υπολοίπων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται περιγραφικά στις εικόνες 31 και 32.

Εικόνα 31 EORTC-QLQ-C30 λειτουργίες ανά στάδιο νόσου



Εικόνα 32 EORTC-QLQ-C30 συμπτώματα ανά στάδιο νόσου



**Υπεύθυνος Έρευνας: Υφαντόπουλος Γ Καθηγητής ΕΚΠΑ**



Πίνακας 15 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία EORTC-QLQ-C30 ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση και στάδιο νόσου

EORTC-QLQ-C30

Μεταβλητές			EORTC-QLQ-C30														
			Φυσική	Λειτουργία Ρόλου	Κοινωνική	Συναισθηματική	Γνωστική	Κόπωση	Πόνος	Ναυτία	Δύσπνοια	Αϋπνία	Απώλεια όρεξης	Δυσκοιλιότητα	Διάρροια	Global QLQ	
Φύλο	Ανδρας	Mean	68,5	61,8	55,07	63,7	75,12	46,05	28,5	9,9	34,29	37,19	37,19	20,28	18,84	68,61	
		Std. Deviation	26,243	39,097	35,274	30,142	27,059	35,714	31,19	21,25	32,825	36,84	36,842	32,447	31,037	24,1	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,13
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Γυναίκα	Mean	69,9	69,8	57,2	59,2	71,03	49,25	34,04	9,28	40,10	43,82	43,82	24,48	12,24	66,94	
		Std. Deviation	22,36	33,18	34,69	28,62	28,53	29,52	30,77	21,14	34,05	35,75	35,75	33,74	24,09	21,64	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ηλικιακή ομάδα	<=40	Mean	74,71	77,58	58,62	67,24	78,73	45,21	20,69	7,47	35,63	35,63	35,63	21,83	8,04	72,82	
		Std. Deviation	21,84	28,61	30,41	24,28	23,52	24,29	23,42	15,8	30,77	34,42	34,42	27,13	17,03	18,13	
		Minimum	26,67	0	0	0	0	11,11	0	0	0	0	0	0	0	0	24,87
		Maximum	100	100	100	100	100	100	83,33	50	100	100	100	100	100	66,67	94,44
	41-50	Mean	70,58	69,72	53,21	56,95	69,72	50,86	36,39	11,77	38,53	41,59	41,59	25,38	12,53	66,27	
		Std. Deviation	23,23	34,25	34,58	29,86	28,97	31,97	31,93	24,66	33,69	37,99	37,99	34,81	23,91	22,66	
		Minimum	13,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,13
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	51-60	Mean	70,12	68,76	55,55	58,7	70,24	48,39	34,81	9,25	37,77	47,4	47,4	21,48	14,07	66,36	
		Std. Deviation	22,43	33,04	36,08	29,59	29,67	30,63	30,23	19,49	34,5	34,9	34,9	33,44	27,15	22,1	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	61-70	Mean	66,59	63,73	61,35	63,18	73,809	47,25	31,32	8,24	43,58	40,29	40,29	24,54	14,28	67,605	
		Std. Deviation	24,79535	37,48	34,23	27,64	27,23	31,27	32,38	21,42	34,67	36,01	36,009	33,27	25,88	23,012	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,92
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	>70	Mean	66,66	63,33	68,33	64,16	76,66	51,11	23,33	1,66	30	30	30	33,33	23,33	70,49	

Υπεύθυνος Έρευνας: Υφαντόπουλος Γ Καθηγητής ΕΚΠΑ



		Std. Deviation	17,49	40,67	34,64	32,16	22,49	34,025	26,29	5,27	29,18	29,18	29,18	41,57	38,65	18,34	
		Minimum	40	0	0	0	33,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31,28
		Maximum	100	100	100	100	100	100	66,67	16,67	66,67	100	100	100	100	100	93,59
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	Mean	56,07	55,88	53,92	56,86	76,47	54,9	32,35	10,78	43,13	45,09	45,09	31,37	23,52	62,53	
		Std. Deviation	23,10109	38,61	41,88	28,44	28,29	32,74	30,32	24,95	28,29	45,55	45,55	38,13	36,82	25,73	
		Minimum	13,33	0	0	0	33,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,92
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Γυμνάσιο	Mean	50	44,23	36,53	43,26	56,41	67,52	57,69	16,02	60,25	67,94	67,94	24,35	25,64	49,46	
		Std. Deviation	22,72	34,94	33,33	31,79	26,69	27,56	34,07	24,7	35,3	35,87	35,87	29,14	31,7	22,41	
		Minimum	0	0	0	0	0	22,22	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Maximum	86,67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	85,51
	Λύκειο	Mean	66,31	59,89	55,26	56,26	67,66	55,38	39,6	10,52	44,36	44,361	44,36	27,56	13,53	63,51	
		Std. Deviation	24,3	35,59	34,95	28,69	29,49	30,94	31,89	22,7	34,74	35,939	35,939	38,16	25,3	22,38	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,33	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Πανεπιστήμιο	Mean	74,89	77,42	60,99	64,18	75,41	41,37	26,71	7,68	32,15	39,24	39,24	20,803	11,34	71,87	
		Std. Deviation	19,28	30,48	33,5	27,48	27,57	29,46	26,49	19,46	32,22	35,251	35,25	30,22	24,178	20,014	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,9	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Μεταπτυχιακό	Mean	77,54	80,41	60,52	67,54	78,07	40,54	22,22	7,6	32,74	34,5	34,5	19,29	9,94	74,05	
		Std. Deviation	21,33	27,83	33,27	28,15	24,42	27,09	28,58	18,11	31,17	30,18	30,18	29,51	20,85	19,16	
		Minimum	33,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,08	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	66,67	100	100	100	100	66,67	100	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ κακή	Mean	51,38	44,09	35,41	44,79	55,55	70,13	53,82	13,8	60,41	70,83	70,83	33,33	16,66	49,33	
		Std. Deviation	21,74	36,3	34,31	27,69	32,12	27,52	33,2	27,57	36,16	34,12	34,12	39,5	27,5	20,96	
		Minimum	6,67	0	0	0	0	11,11	0	0	0	0	0	0	0	11,92	
		Maximum	93,33	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	91,62	
	Κακή	Mean	68,63	62,44	51,87	52,58	66,66	54,46	37,56	11,26	44,13	50,23	50,234	29,1	13,14	62,46	

		Std. Deviation	23,99	35,71	34,9	27,51	28,86	30,69	32,82	19,87	33,22	36,46	36,46	36,04	22,87	22,49	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21,03
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Μέτρια	Mean	70,08	70,77	57,57	60,38	72,4	48,05	30,95	8,33	36,79	38,74	38,74	21,64	14,06	68,76	
		Std. Deviation	22,44	33,18	33,93	28,13	25,37	29,81	28,74	20,09	31,69	34,81	34,81	31,54	27,15	20,38	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Καλή	Mean	78,64	81,3	69,14	72,63	83,78	36,18	22,52	6,306	29,72	30,63	30,63	18,01	9,009	77,11	
		Std. Deviation	18,13	25,57	29,67	26,22	23,72	26,21	23,8	15,28	31,96	29,58	29,58	28,769	20,86	16,31	
		Minimum	13,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,59	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	83,33	66,67	100	100	100	100	100	100	100
	Πολύ καλή	Mean	78,97	80,12	72,43	72,43	80,76	30,76	21,79	7,69	25,64	26,92	26,92	16,66	15,38	77,919	
		Std. Deviation	20,54	31,27	32,64	28,35	27,76	27,27	29,73	23,67	31,7	31,29	31,29	31,62	30,15	23,547	
		Minimum	13,33	0	0	16,67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,33	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Εργασιακή κατάσταση	Ναι	Mean	76,35	78,68	62,2	67,39	76,55	40,63	25	7,55	29,84	35,46	35,46	16,86	9,3	73,92
Std. Deviation			20,57	29,46	33,71	27,12	26,1	28,74	26,52	18,49	31,84	32,27	32,27	28,49	20,8	19,74	
Minimum			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum			100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Όχι		Mean	63,96	59,57	52,31	53,87	67,73	55,5	39,85	10,97	46,86	48,68	48,68	29,53	16,99	61,56	
		Std. Deviation	23,64	35,95	35,07	29,02	29,46	30,78	32,71	23,08	33,63	37,92	37,92	36,3	28,64	22,43	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,92	
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Στάδιο νόσου	Μεταστατικός	Mean	61,77	61,58	50,31	55,95	65,55	57,14	40,48	14,76	46,98	50,16	50,16	28,25	20,31	60,53	
		Std. Deviation	25,18	36,11	35,35	30,65	30,24	29,93	33,96	27,57	35,71	37,87	37,87	35,74	32,19	23,5	
		Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Maximum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



### 5.4. Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από συγκεκριμένους παράγοντες

Καθώς ο επιπολασμός του καρκίνου αυξάνεται παγκοσμίως, αυξάνονται ταυτόχρονα και οι επιπτώσεις του στην καθημερινότητα αλλά και τον τρόπο ζωής των ασθενών. Το άγχος που προκαλείται τόσο στους ασθενείς όσο και στον κοινωνικό τους περίγυρο (81) απαιτεί από αυτούς να κάνουν σημαντικές αλλαγές σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Για τον λόγο αυτό δημιουργούνται απαιτήσεις προς τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για την ικανοποίηση των απαιτητικών υγειονομικών αναγκών των ασθενών με καρκίνο.

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης με βάση την εμπειρία των ασθενών λοιπόν συνεχώς κερδίζει έδαφος (82-84). Από την βιβλιογραφία έχει υποστηριχθεί ότι οι ασθενείς, οι οποίοι δηλώνουν μεγάλη ικανοποίηση, ταυτόχρονα είναι και αυτοί που αναφέρουν υψηλότερη ποιότητα ζωής και μάλιστα είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν με το θεραπευτικό σχήμα και να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν ιατρικές υπηρεσίες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη κλινική έκβαση (82, 85, 86).

Για την αποτίμηση και εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών με καρκίνο πολλές έρευνες έχουν τονίσει την πολυπαραγοντικότητα του συγκεκριμένου εγχειρήματος, προσμετρώντας παράγοντες όπως η λειτουργία του συστήματος υγείας και η πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες και παροχές (87-90), τα οποία ενσωματώνουν τόσο την ακώλυτη πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας, την επικοινωνία τους με το ιατρικό προσωπικό, την σωστή πληροφόρηση, όσο και τις ανέσεις εντός του νοσοκομείου, όπως τον χρόνο αναμονής, την οριοθέτηση των προγραμματισμένων ραντεβού, ακόμη και την καθαριότητα (91, 92).

Επιπλέον, η έρευνα των Becker και Maiman απέδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων συμμόρφωσης (93). Η συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και συμμόρφωσης οδηγεί περαιτέρω σε καλύτερη υγειονομική περίθαλψη και ελεγχόμενη συχνότητα και διάρκεια νοσηλειών (94).

Η συγκεκριμένη έρευνα έθεσε τέσσερις παράγοντες για την προσμέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με καρκίνο. Ο πρώτος παράγοντας αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από την θεραπεία. Είναι γνωστό πως εξαιτίας των πολλαπλών θεραπειών σε πολλούς ασθενείς παρατηρούνται σημαντικές παρενέργειες, οι οποίες πολλές φορές δυσκολεύουν την καθημερινότητά τους. Ταυτόχρονα εξαιτίας αυτών πολλές φορές απαιτούνται σημαντικές



αλλαγές στην καθημερινή τους δραστηριότητα. Γίνεται κατανοητή λοιπόν η σημασία της θεραπείας στην ικανοποίηση τους ασθενούς.

Ο δεύτερος παράγοντας αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες. Η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων, η συνεχής πραγμάτωση διαγνωστικών εξετάσεων, ο συντονισμός της περίθαλψης, ο χρόνος αναμονής στις αίθουσες χημειοθεραπειών αποτελούν μερικούς από τους σημαντικότερους άξονες πάνω στους οποίους ερείδεται η ικανοποίηση των ασθενών.

Ο τρίτος παράγοντας που διερευνήθηκε ήταν αυτός της γενικότερης ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με την αισιοδοξία τους για την μελλοντική τους υγεία. Όπως αναλύθηκε και παραπάνω, οι ασθενείς με καρκίνο βιώνουν έντονο άγχος, το οποίο διασυνδέεται με τον φόβο τους για την έκβαση της ασθένειας. Ήδη από την στιγμή της διάγνωσης παρατηρούνται αμφιβολίες και φόβος. Από την άλλη πλευρά η αισιοδοξία και η ελπίδα για μια καλύτερη ζωή οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα.

Ο τελευταίο παράγοντας που εξετάστηκε ήταν αυτός της ικανοποίησης από την ζωή τους γενικά. Σύμφωνα με πρόσφατη την έρευνα των Soria-Reyes και συν εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή σχετίζεται θετικά με τις δυνάμεις του χαρακτήρα (95). Στο σημείο αυτό εμπεριέχονται και οι κοινωνικές αλλά και επαγγελματικές τους δραστηριότητες.

Πιο συγκεκριμένα και όσον αφορά τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των παραγόντων αυτών ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση και τέλος ανά στάδιο νόσου.

Από τον πίνακα 16 και την εικόνα 33 φαίνεται πως από το σύνολο του δείγματος οι ασθενείς με καρκίνο αντλούν την μεγαλύτερη ικανοποίησή τους από την θεραπεία (Mean=7.72) και την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες (Mean=7.01). Αυτό σημαίνει πως παρουσιάζουν συνολικά μια θετική εικόνα για την αντιμετώπιση τους από το σύστημα υγείας. Βέβαια η αισιοδοξία τους για την μελλοντική τους υγεία αλλά και η ικανοποίησή τους από την ζωή γενικότερα φαίνεται να μην απέχουν πολύ.

Πίνακας 16 Μέσοι όροι ικανοποίησης ασθενών με καρκίνο

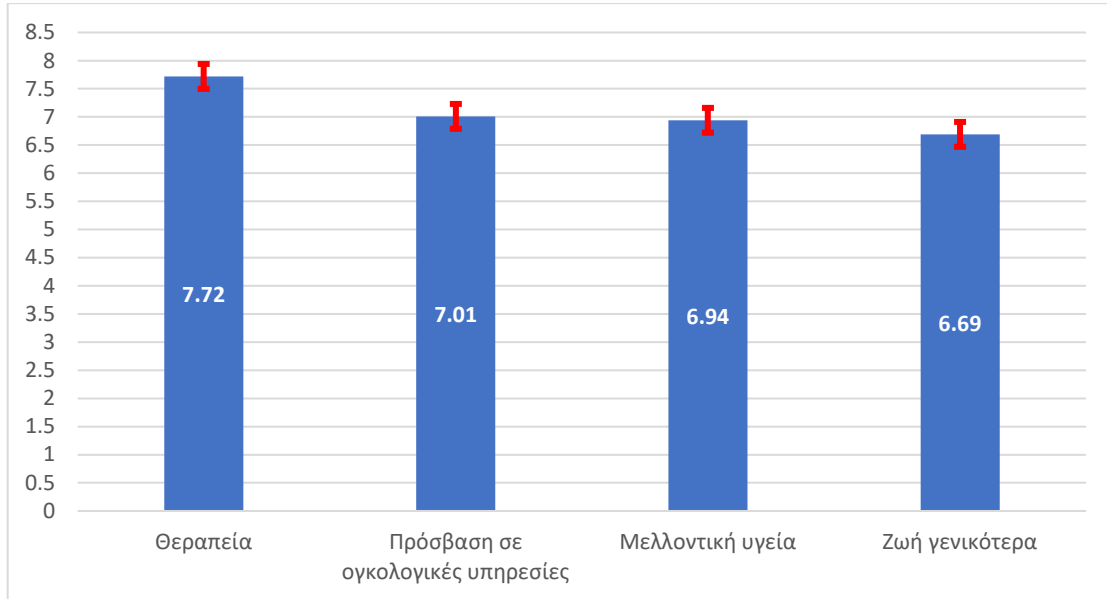
Παράγοντες				Mean	Std. Deviation
Ik	av	op	Θεραπεία	7,72	2,362



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες	7,01	2,837
Μελλοντική υγεία	6,94	2,65
Ζωή γενικότερα	6,69	2,345

Εικόνα 33 Μέσοι όροι ικανοποίησης ασθενών με καρκίνο

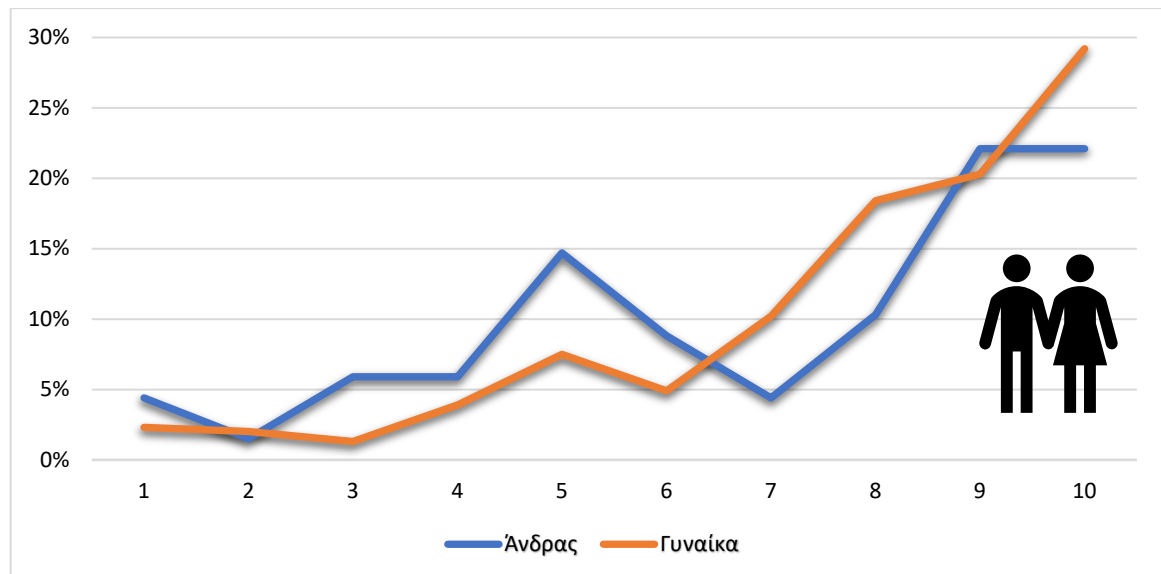




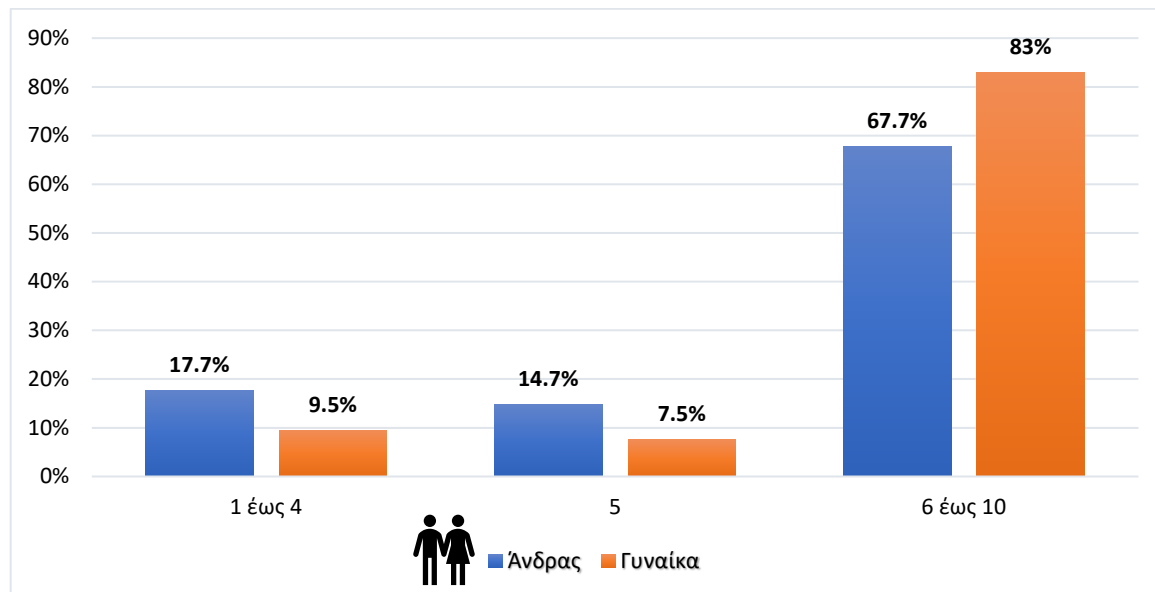
#### 5.4.1. Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από την θεραπεία

Πιο συγκεκριμένα για τον πρώτο παράγοντα ικανοποίησης (ικανοποίηση από την θεραπεία) ανά φύλο, παρατηρείται ότι οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης έναντι των ανδρών (εικόνα 34). Για να γίνει η συγκεκριμένη αποτύπωση πιο κατανοητή έγινε διάκριση μεταξύ των επιλογών που δηλώθηκαν από 1 έως 4 (χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης), 6 έως 10 (υψηλά επίπεδα ικανοποίησης) και 5, όπου σηματοδοτείται η μέτρια ικανοποίηση (εικόνα 35). Παρατηρείται λοιπόν πως οι γυναίκες συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την θεραπεία, με τις επιλογές από 6 έως 10 να συγκεντρώνουν ποσοστό 83%, εν αντιθέσει με τους άνδρες, οι οποίοι στις ίδιες επιλογές συγκεντρώνουν αθροιστικά 67,7%. Λιγότερο ικανοποιημένη από την θεραπεία φαίνεται να είναι οι άνδρες, συγκεντρώνοντας στις επιλογές από 1 έως 4 ποσοστό 17,7%, έναντι του 9,5% των γυναικών. Στην περίπτωση αυτή παρατηρούνται οριακά στατιστικά σημαντικές διαφορές αφού το  $p\text{-value}=0.05$ , και επομένως η ικανοποίηση από την θεραπεία εξαρτάται από το φύλο.

Εικόνα 34 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά φύλο



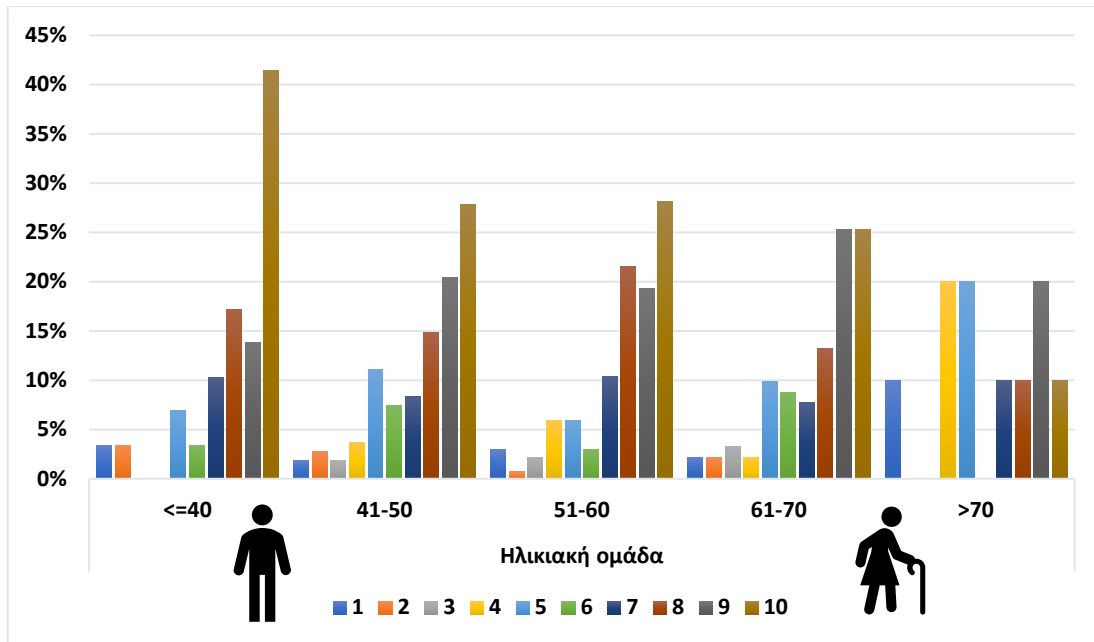
Εικόνα 35 Αθροιστική ικανοποίηση από την θεραπεία ανά φύλο



Σχετικά με τον παράγοντα της ικανοποίησης από την θεραπεία ανά ηλικιακή ομάδα παρατηρείται πως όσο αυξάνει η ηλικία μειώνεται το ποσοστό που δηλώνει πως παραμένει ικανοποιημένο από την θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στην εικόνα 36, στην ηλικιακή ομάδα των <40 η εξαιρετικά μεγάλη ικανοποίηση από τη φαρμακευτική αγωγή ανέρχεται στο 41,4%, ενώ στις επόμενες δυο ηλικιακές ομάδες των 41-50 και 51-60 το ίδιο ποσοστό ανέρχεται σχεδόν στο 28% και για τις δύο (27,8% και 28,1% αντίστοιχα). Η τιμή p-value (0,676) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

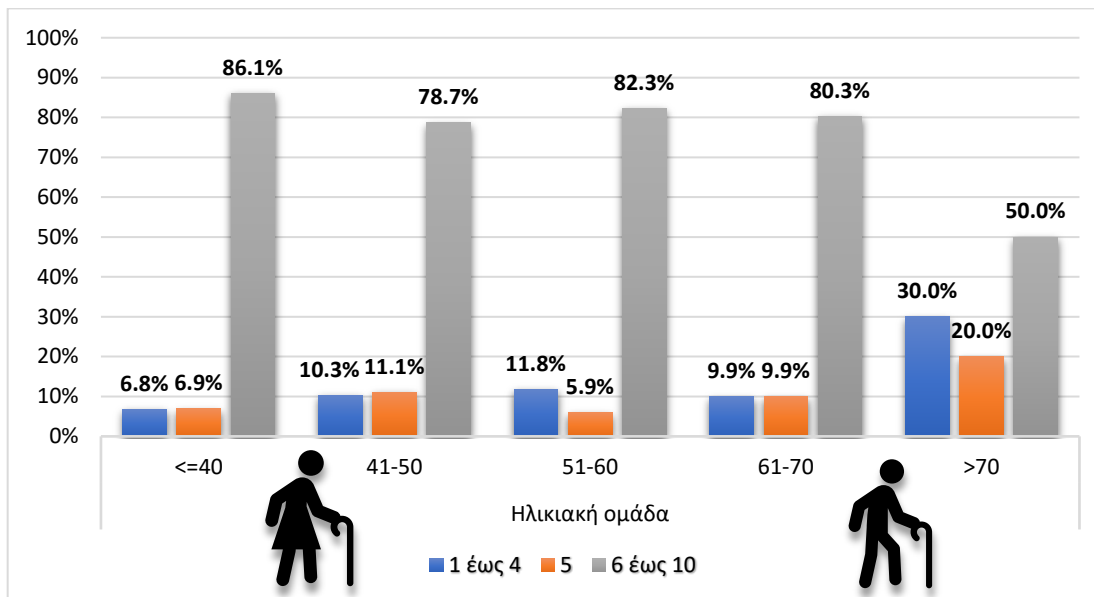


Εικόνα 36 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά ηλικιακή ομάδα



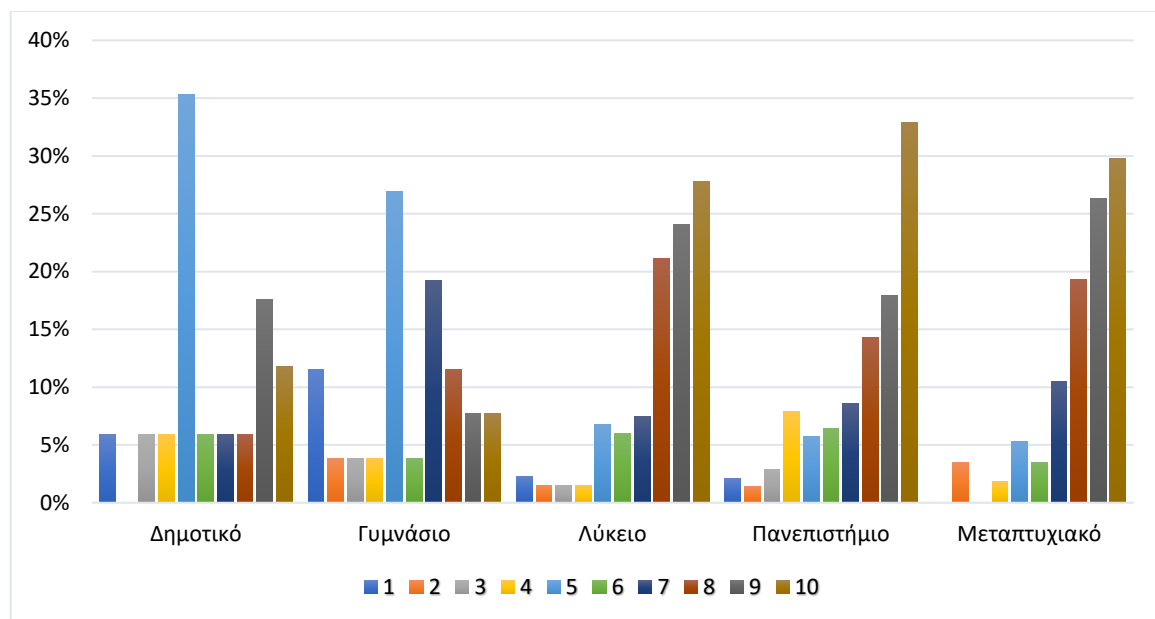
Και εδώ για να γίνουν πιο διακριτές οι επιλογές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων πραγματοποιήθηκε αθροιστική παρουσίαση, όπως και στην προηγούμενη περίπτωση. Από την εικόνα λοιπόν 37 που προκύπτει, παρατηρείται πως τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων κυμαίνονται σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά, εκτός από την ηλικιακή ομάδα των ατόμων 70 ετών και άνω.

Εικόνα 37 Αθροιστική ικανοποίηση από την θεραπεία ανά ηλικιακή ομάδα



Συσχετίζοντας την ικανοποίηση των ασθενών από την θεραπεία ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται πως όσο αυξάνεται το τελευταίο αυξάνεται και η ικανοποίηση. Η τιμή p-value (0,001) υποδεικνύει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών. Παρατηρείται στην εικόνα 38 γενικότερα, πως τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την θεραπεία παρουσιάζονται στα υψηλότερα εκπαιδευτικά επίπεδα.

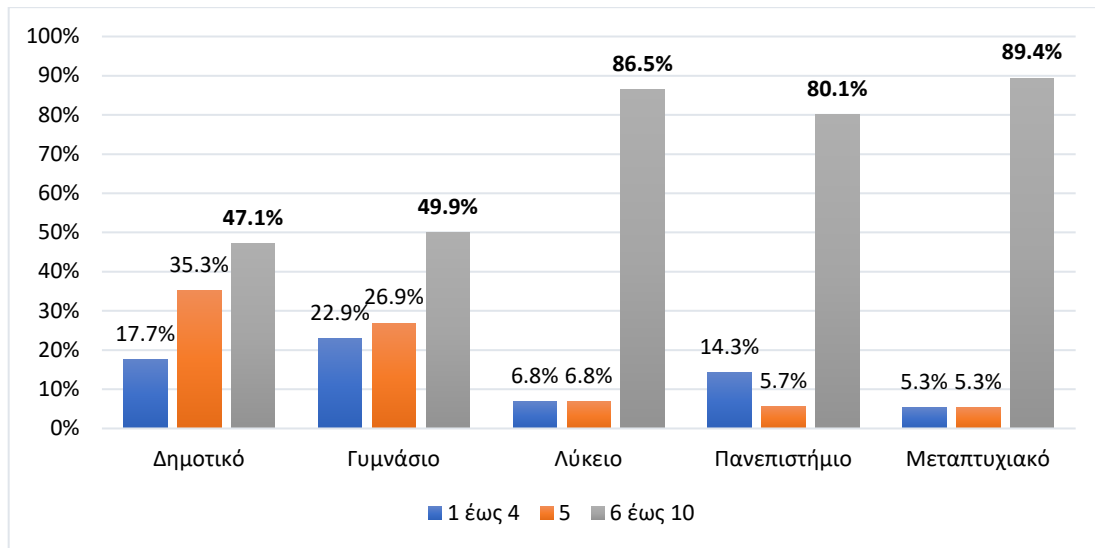
Εικόνα 38 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Διακρίνοντας και πάλι τις επιλογές από το 1 έως το 10 σε επιμέρους αθροιστικές κατηγορίες (εικόνα 39), όπου από το 1 έως το 4 υποστηρίζονται τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, η επιλογή 5 υποστηρίζει ουδετερότητα και η επιλογή 6 έως και 10 υποδηλώνει τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης παρατηρείται το γεγονός ότι το 89,4% των ασθενών με μεταπτυχιακό δίπλωμα είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την θεραπεία τους σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες και ιδιαίτερα με ασθενείς που ανήκουν στις κατηγορίες δημοτικού (47,1%) και γυμνασίου (49,9%). Αυτό σημαίνει πως η μόρφωση παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην κατανόηση όσο και την καταπολέμηση της ασθένειας. Επιπλέον η εκπαίδευση αποτελεί ισχυρό έρεισμα στην κατανόηση της θεραπείας αλλά και στην συμμόρφωση, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρικού προσωπικού.

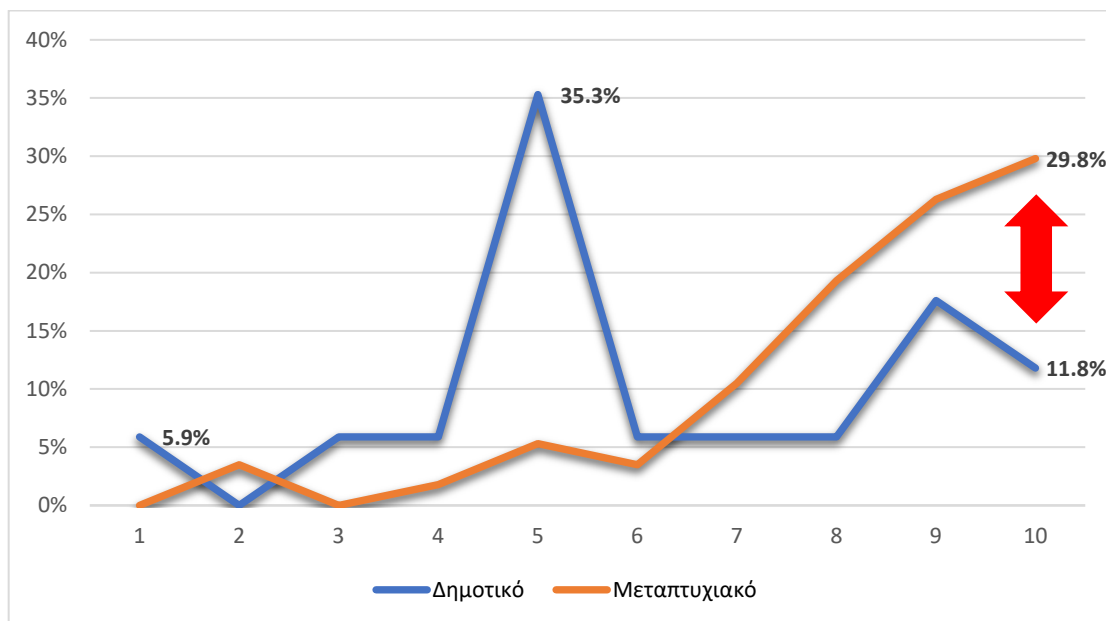


Εικόνα 39 Αθροιστική ικανοποίηση από την θεραπεία ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Στην εικόνα 40 που ακολουθεί φαίνεται πως μεταξύ του πρώτου εκπαιδευτικού επιπέδου (δημοτικό) και του μεταπτυχιακού υπογραμμίζεται ένα χάσμα σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των αποφοίτων μεταπτυχιακού παρουσιάζει αρχικά χαμηλά ποσοστά στις επιλογές από 6 και κάτω, ενώ από την επιλογή 7 και έπειτα παρουσιάζει σταθερά αυξητική τάση. Αντιθέτως οι απόφοιτοι δημοτικού συγκεντρώνουν υψηλότερο ποσοστό στην μέτρια ικανοποίηση.

Εικόνα 40 Ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών εκπαιδευτικού επιπέδου δημοτικού και μεταπτυχιακού

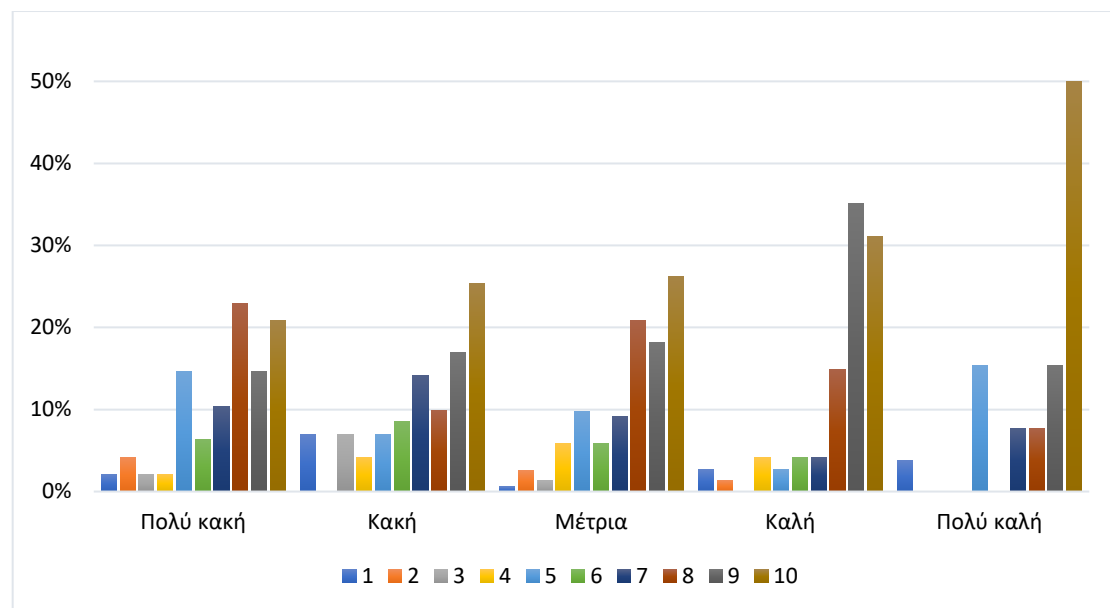


Σημαντική είναι και η διερεύνηση της ικανοποίησης από την θεραπεία ανά οικονομική κατάσταση. Από την εικόνα 41 που ακολουθεί φαίνεται πως όσο καλύτερη είναι η

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

οικονομική κατάσταση των ασθενών τόσο υψηλότερη είναι και η ικανοποίησή τους από την θεραπεία. Σε αυτό μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο το φαινόμενο των ανικανοποίητων αναγκών με την πρόσβαση των ευπορότερων σε ιδιωτικά συστήματα περίθαλψης. Στη συγκεκριμένη συσχέτιση παρατηρήθηκε ισχυρά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ικανοποίησης από την θεραπεία και οικονομικής κατάστασης ( $p\text{-value}=0.008$ ).

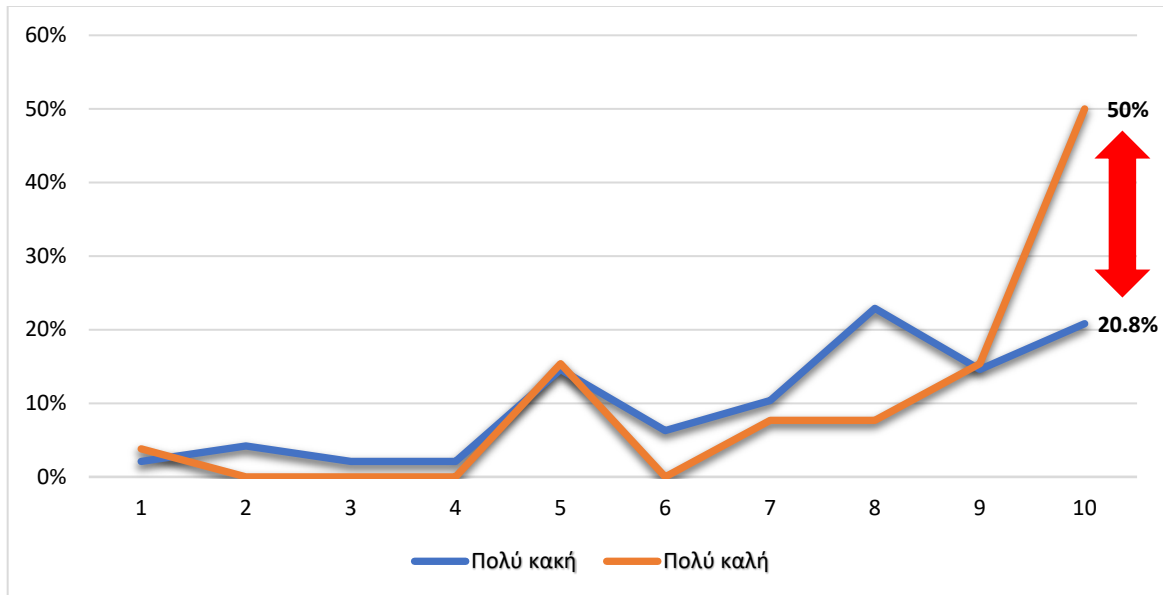
Εικόνα 41 Ικανοποίηση από την θεραπεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά οικονομική κατάσταση



Από την εικόνα 42 φαίνεται πιο ξεκάθαρα το γεγονός ότι οι πλουσιότεροι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την θεραπεία από τους φτωχότερους. Σχεδόν το 50% των πλουσιότερων, δηλαδή οι μισοί, είναι απολύτως ικανοποιημένοι από την θεραπεία, έναντι το 20,8% των πολύ φτωχών.



Εικόνα 42 Ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Τέλος, όσον αφορά την ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο παρατηρείται πως τα άτομα που πάσχουν από μη μεταστατικό παρουσιάζουν σταθερά αυξητική τάση ως προς την ικανοποίηση. Αυτό μπορεί να έχει άμεση σχέση και με την ψυχολογική διάσταση, καθώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς νιώθουν να απειλούνται λιγότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους, ενώ ταυτόχρονα μέσω των θεραπειών τους και της συμμόρφωσης σε αυτές θεωρούν πως θέτουν όσο το δυνατόν περισσότερο υπό έλεγχο τη νόσο. Η τιμή p-value εδώ είναι μεγαλύτερη 0,061, επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.



Εικόνα 43 Ικανοποίηση από την θεραπεία μεταξύ ασθενών με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο

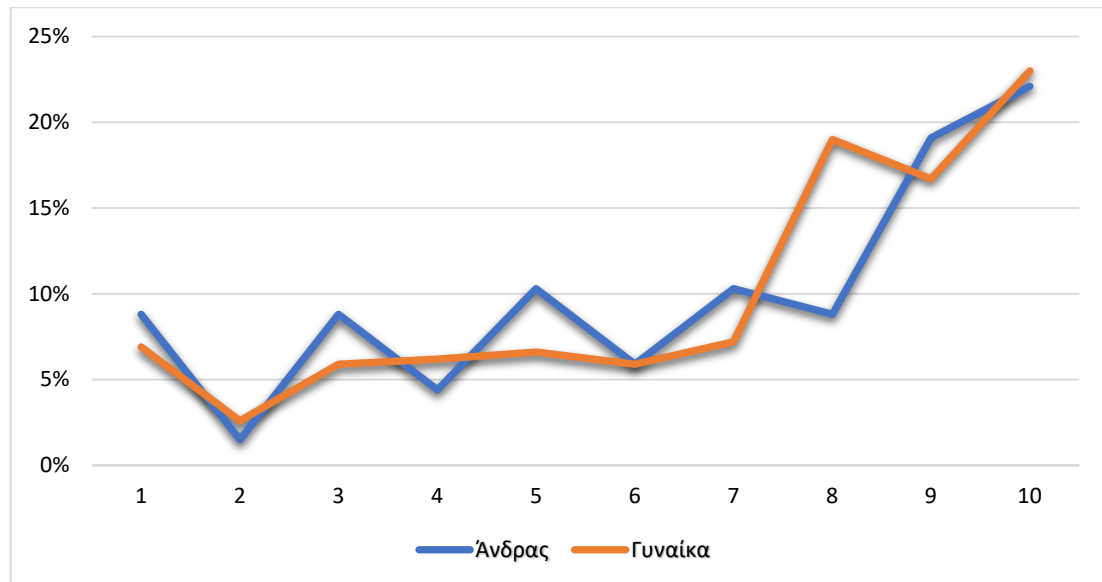




#### 5.4.2. Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο από την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες

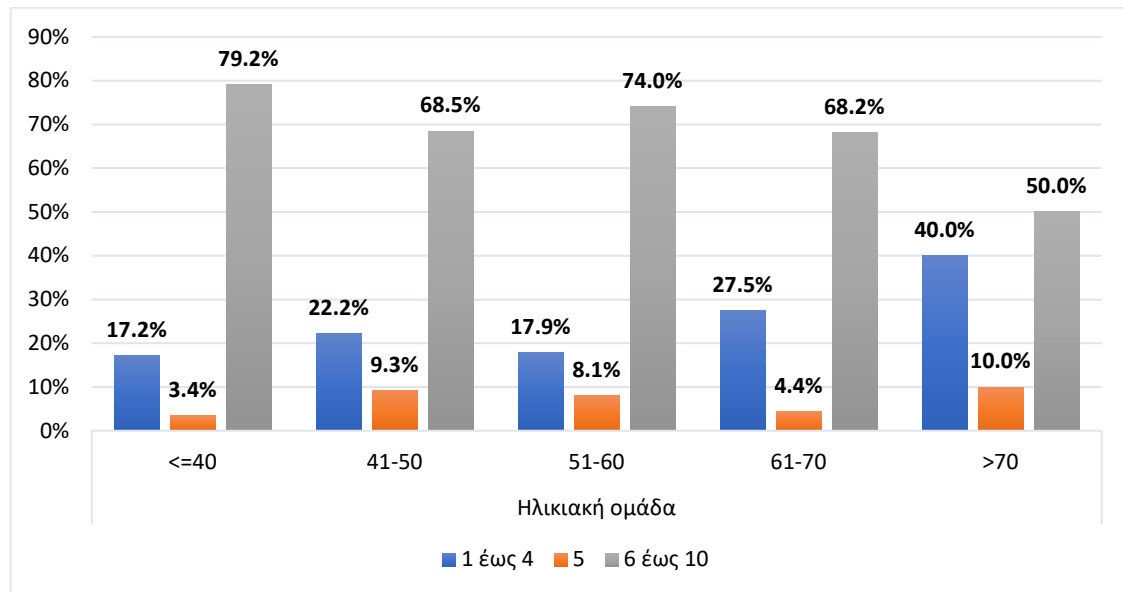
Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες φαίνεται πως οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες (εικόνα 44). Πιο συγκεκριμένα αθροιστικά οι γυναίκες μεταξύ των επιλογών 8-10, δηλώνοντας πολύ ικανοποιημένες συγκεντρώνουν ποσοστό 58,7%, έναντι των ανδρών, οι οποίοι συγκεντρώνουν ποσοστό 50%. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές, καθώς το p-value είναι στην συγκεκριμένη περίπτωση 0,64.

Εικόνα 44 Ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες από το 1 έως το 10 ανά φύλο



Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ ηλικιακής ομάδας και ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς με καρκίνο από την πρόσβασή τους στις ογκολογικές υπηρεσίες, παρατηρείται πως λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς ηλικιών  $70>$  σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Αθροιστικά, όπως περιγράφεται και στην εικόνα 45 που ακολουθεί, μεταξύ των επιλογών 1 έως και 4 όσοι ανήκουν στους  $70>$  δηλώνουν μη ικανοποιημένοι σε ποσοστό 40%, οι 61-70 σε ποσοστό 27,5%, οι ασθενείς ηλικίας 50-60 ετών ποσοστό 17,9%, ενώ οι 41-50 και  $<40$  22,2% και 17,2% αντίστοιχα. Η τιμή p-value (0,522) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

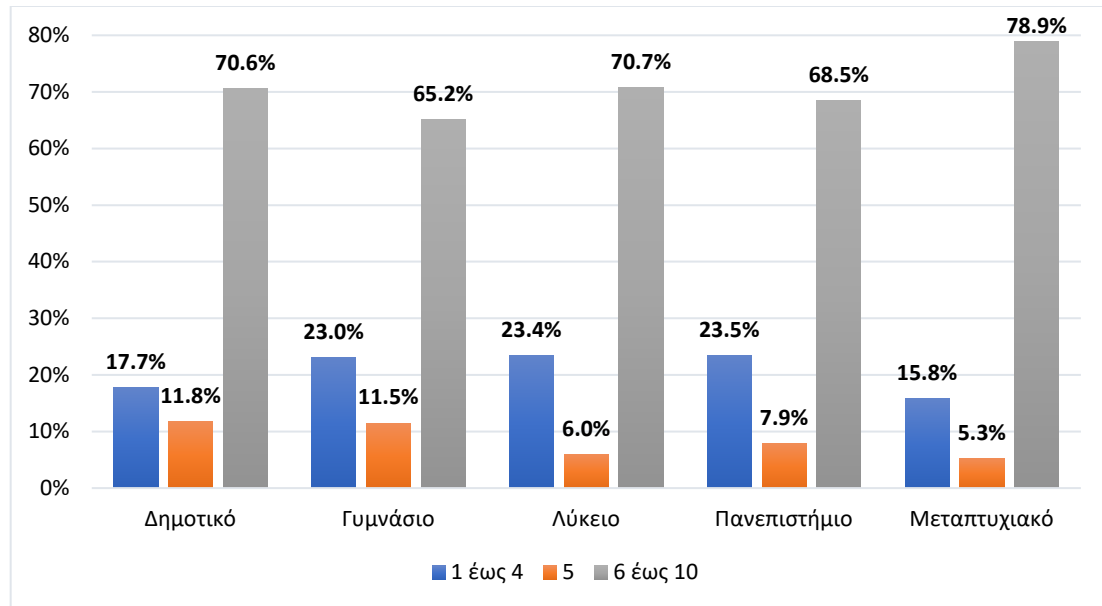
Εικόνα 45 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά ηλικιακή ομάδα



Πάντως, όπως φαίνεται και από την εικόνα 46, περισσότερο ικανοποιημένοι σχετικά με την πρόσβασή τους στις ογκολογικές υπηρεσίες αθροιστικά μεταξύ των επιλογών 6 έως 10 δηλώνουν οι κατέχοντες μεταπτυχιακό δίπλωμα σπουδών σε ποσοστό 78,9%. Ίσως οι ασθενείς που ανήκουν στα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης έχουν υψηλότερες απαιτήσεις γνωρίζοντας τα δικαιώματά τους ή και λόγω του γεγονότος ότι διαθέτουν περισσότερες γνώσεις και πληροφόρηση για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Η τιμή p-value (0,995) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

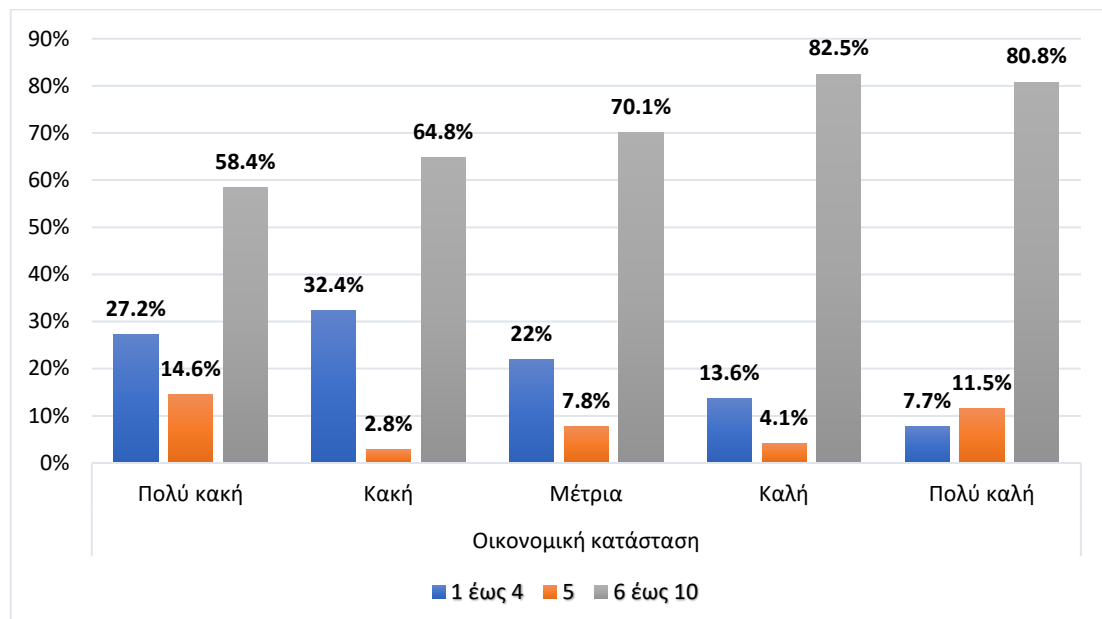


Εικόνα 46 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Συγκρίνοντας την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς με καρκίνο από την πρόσβαση τους στις ογκολογικές υπηρεσίες που διατίθενται, ανά οικονομική κατάσταση (εικόνα 47) παρατηρείται πως οι λιγότερο ικανοποιημένοι είναι αυτοί οι οποίοι ανήκουν στις χαμηλότερες οικονομικές κατηγορίες. Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,011 < 0,05$ , συνεπώς υπάρχει ισχυρή αλληλεξάρτηση μεταξύ ποιότητας και οικονομικής κατάστασης.

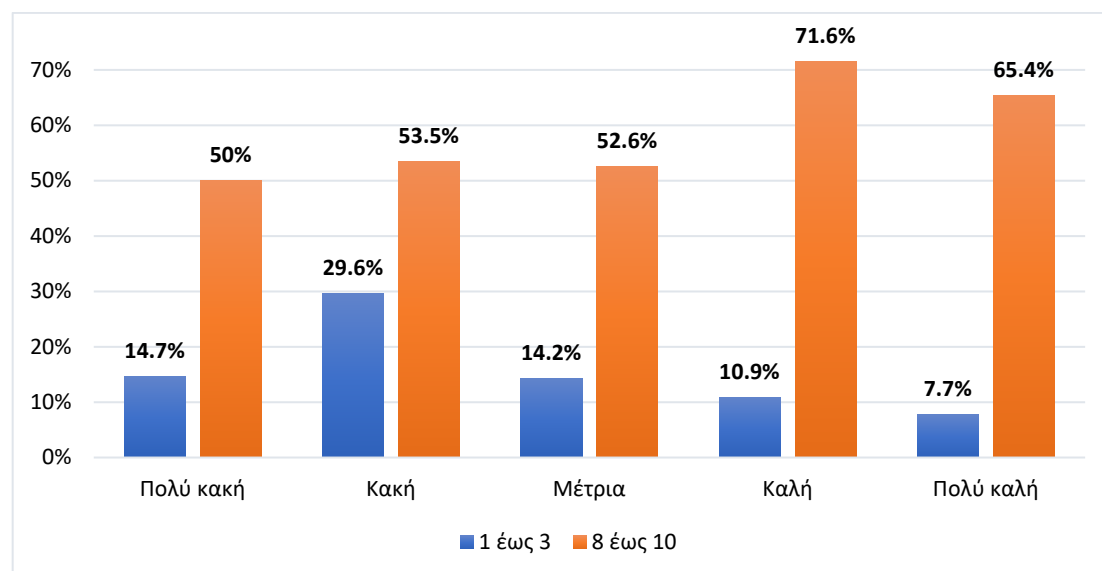
Εικόνα 47 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά οικονομική κατάσταση



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Μειώνοντας το εύρος των επιλογών, διερευνώντας την χαμηλότερη (επιλογή από 1 έως και 3) αλλά και την υψηλότερη (επιλογή από 8 έως 10) ικανοποίηση των ασθενών από την πρόσβασή τους στις ογκολογικές υπηρεσίες ανά οικονομική κατάσταση, παρατηρείται ότι πάρα πολύ ικανοποιημένοι με διαφορά είναι όσοι έχουν καλή (71,6%) και πολύ καλή (65,4%) οικονομική κατάσταση (εικόνα 48). Απεναντίας, σχεδόν καθόλου ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι οι φτωχότεροι ασθενείς με καρκίνο, καθώς στις επιλογές μεταξύ 1 και 3 συγκεντρώνουν ποσοστά 29,6% όσοι δηλώνουν κακή οικονομική κατάσταση και 14,7% όσοι δηλώνουν πολύ κακή οικονομική κατάσταση, σε αντίθεση με το 7,7% όσων ανήκουν στην κατηγορία της πολύ καλής οικονομικής κατάστασης.

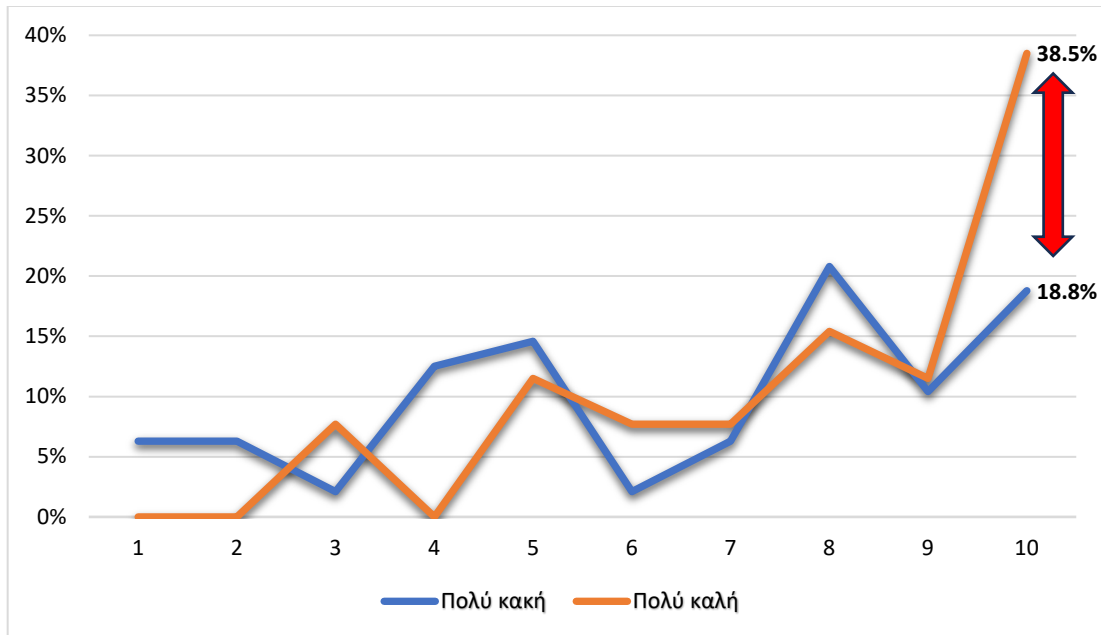
Εικόνα 48 Αθροιστική ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες ανά οικονομική κατάσταση



Προσπαθώντας να αποτυπώσουμε πιο ξεκάθαρα το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων ασθενών με καρκίνο (εικόνα 49), φαίνεται πως τα μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης των φτωχότερων συγκεντρώνονται σε χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Η ψαλίδα μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών φαίνεται να είναι αρκετά μεγάλη, καθώς οι πλουσιότεροι συγκεντρώνουν διπλάσιο ποσοστό μεγάλης ικανοποίησης σε σχέση με τους πολύ φτωχούς.

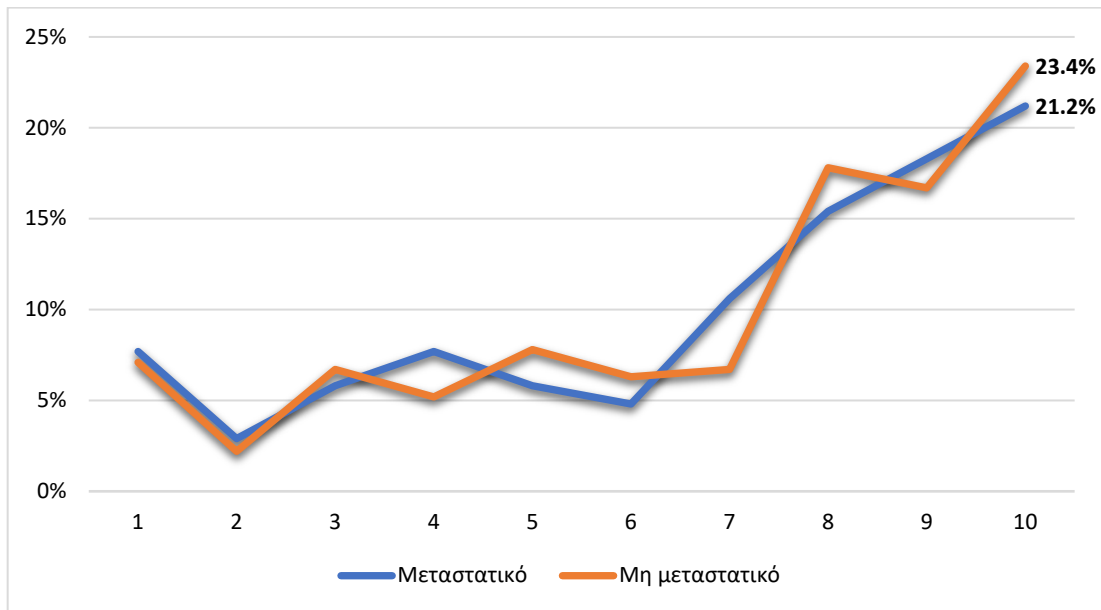


Εικόνα 49 Χάσμα ικανοποίησης για την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες μεταξύ ασθενών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Τέλος, συγκρίνοντας την ικανοποίηση των καρκινοπαθών από την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες ανάλογα με το εάν έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό ή μη μεταστατικό καρκίνο παρατηρείται ότι μπορεί αρχικά οι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο να δηλώνουν υψηλότερη ικανοποίηση (23,4%) έναντι όσων έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό (21,2%), παρόλα αυτά δεν παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις (εικόνα 50). Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,926 > 0,05$ , συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Εικόνα 50 Ικανοποίηση από την πρόσβαση σε ογκολογικές υπηρεσίες από το 1 έως το 10 ανά ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο

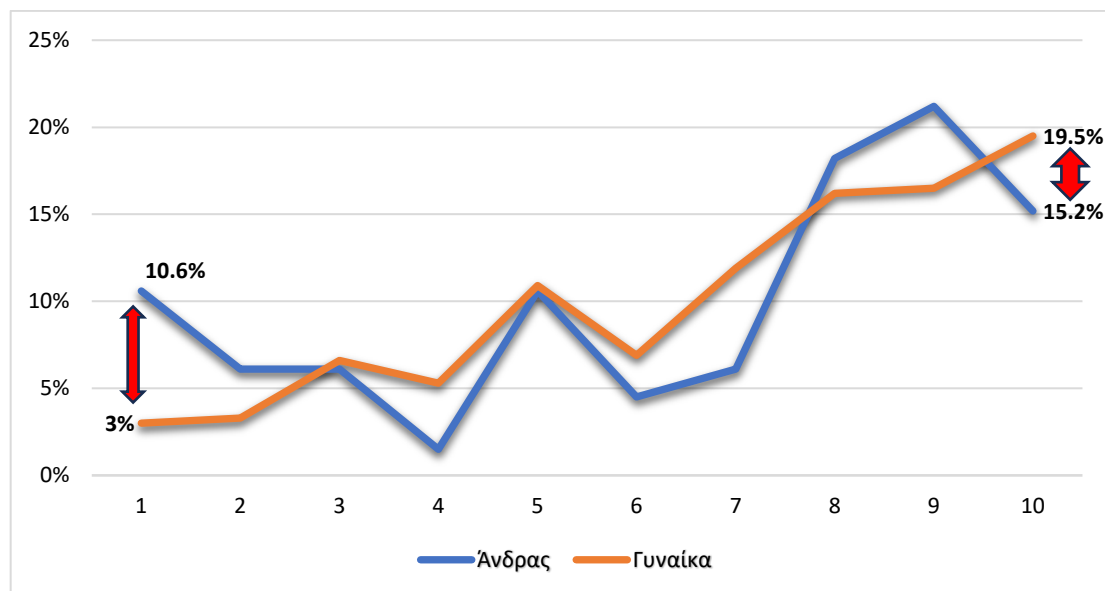




### 5.4.3. Αισιοδοξία των ασθενών με καρκίνο για την μελλοντική τους ζωή

Σχετικά με το πόσο αισιόδοξοι είναι οι ασθενείς με καρκίνο απέναντι στην μελλοντική τους ζωή φαίνεται πως συγκριτικά με το φύλο (εικόνα 51) σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι σχεδόν 1 στους 10 άνδρες δεν είναι καθόλου αισιόδοξος (10,6%) σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες συγκεντρώνουν ποσοστό 3%. Πάντως ενώ φαίνεται πως οι γυναίκες είναι απολύτως αισιόδοξες για την μελλοντική τους υγεία (19,5%) σε σχέση με τους άνδρες (15,2%), δεν παρατηρούνται μεγάλες διαφορές. Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,137 > 0,05$ , συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ αισιοδοξίας για μελλοντική υγεία και φύλο.

Εικόνα 51 Αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά φύλο

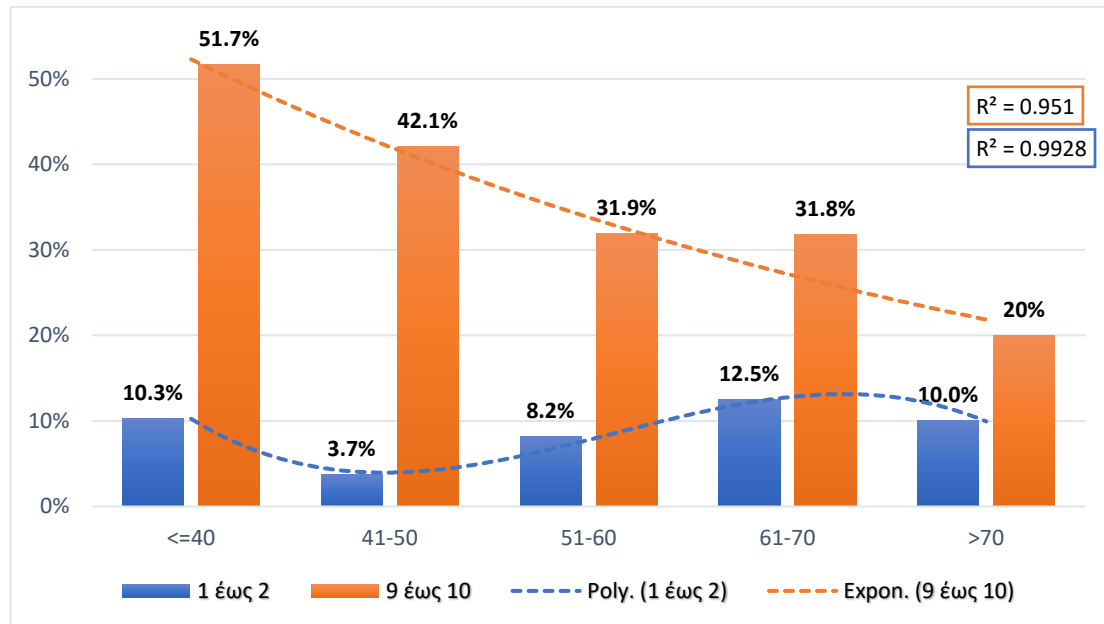


Εξαιρετικά υψηλή αισιοδοξία για μελλοντική υγεία ανά ηλικιακή ομάδα (εικόνα 52) φαίνεται να εκδηλώνεται κυρίως σε ηλικίες <40 ετών, αφού αθροιστικά μεταξύ των επιλογών 9 έως 10 τα ποσοστά αυτής της ηλικιακής ομάδας ανήλθαν στα 51,7%, ενώ για την επόμενη ομάδα των 41-50 το ποσοστό έφτασε στο 42,1%. Οι ηλικιακές ομάδες 51-60 και 61-70 δεν παρουσιάζουν σχεδόν καθόλου διαφορά για το πόσο πολύ είναι αισιόδοξοι για την μελλοντική τους υγεία. Τέλος, οι γηραιότεροι, δηλαδή όσοι ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 70 ετών δηλώνουν την μικρότερη αισιοδοξία (20%). Η τιμή p-value (0,310) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

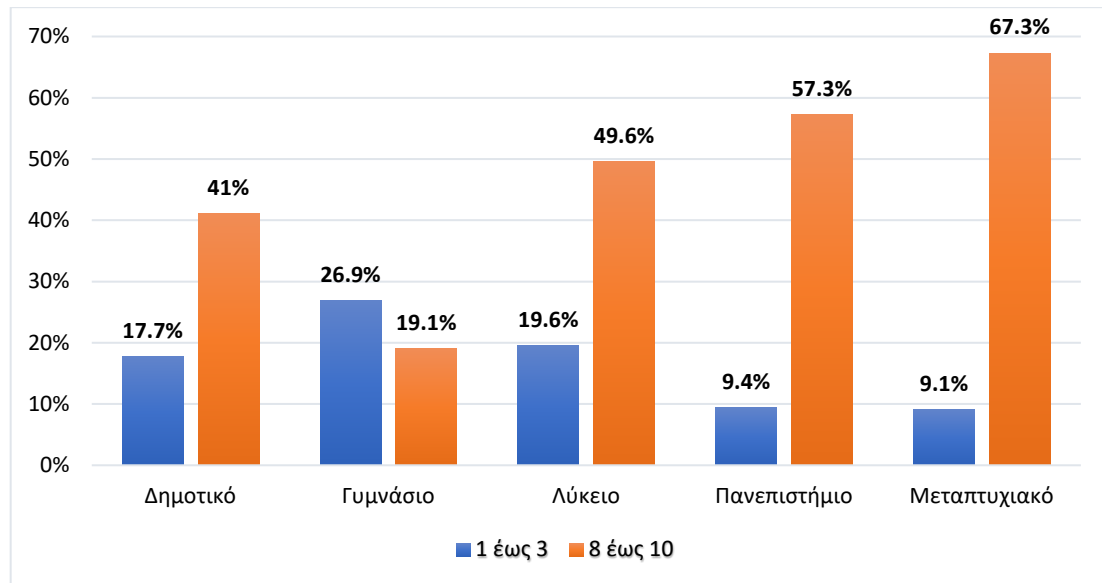
Εικόνα 52 Αθροιστική αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία ανά ηλικιακή κατηγορία



Η αισιοδοξία για την μελλοντική κατάσταση της υγείας των ασθενών σχετίζεται με το εκπαιδευτικό και μορφωτικό τους επίπεδο. Η τιμή p-value (0,002) υποδεικνύει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών. Από την εικόνα 53 φαίνεται πως όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των καρκινοπαθών τόσο μεγαλύτερη είναι και η αισιοδοξία τους για την μελλοντική τους υγεία. Και αντίστροφα όσο πιο χαμηλό είναι το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, τόσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδά τους σχετικά με την απαισιοδοξία τους για την μελλοντική τους υγεία. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν 7 στους 10 αποφοίτους μεταπτυχιακού δηλώνουν πάρα πολύ αισιόδοξοι για την μελλοντική τους υγεία, ενώ με μικρότερο, αλλά εξίσου υψηλό ποσοστό με μεγάλη αισιοδοξία φαίνεται να είναι και το 53,7% των αποφοίτων πανεπιστημίου.

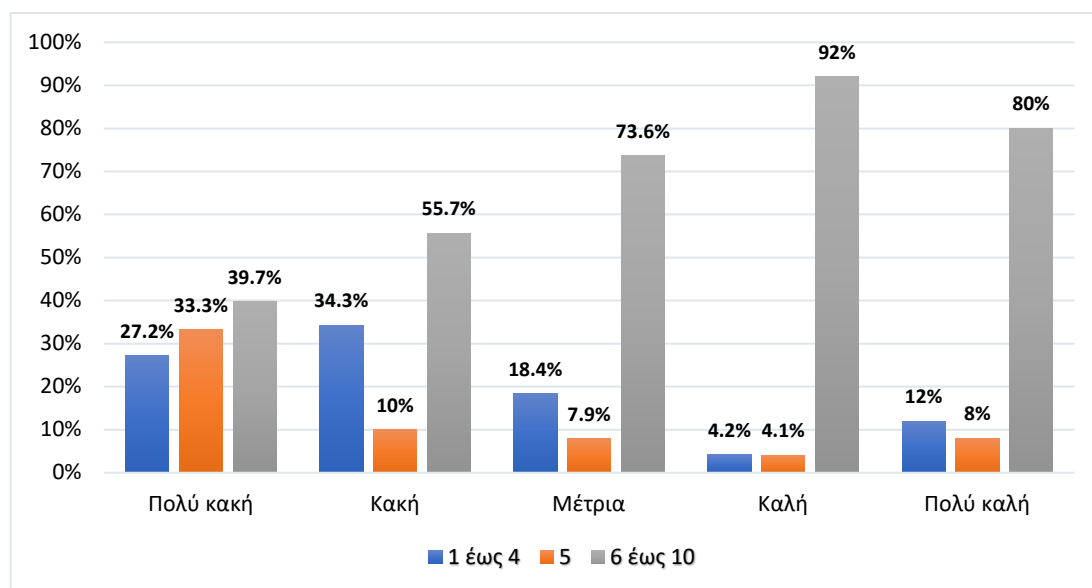


Εικόνα 53 Αθροιστική αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Σχετικά με την αισιοδοξία για την μελλοντική ζωή ανά οικονομική κατάσταση (εικόνα 54) παρατηρήθηκε ότι αισιόδοξοι άνω του μετρίου ήταν όσοι βρίσκονταν σε καλή (92%) και πολύ καλή (80%) οικονομική κατάσταση. Αντιθέτως περισσότερο απαισιόδοξοι είναι όσοι ανήκουν στις κατώτερες οικονομικές βαθμίδες. Πιο συγκεκριμένα περισσότερο απαισιόδοξοι είναι όσοι ανήκουν σε κακή (34,3%) και πολύ κακή (27,2%) οικονομική κατάσταση. Η αισιοδοξία για την μελλοντική κατάσταση της υγείας των ασθενών σχετίζεται ισχυρά με την οικονομική τους κατάσταση, καθώς η τιμή p-value στην συγκεκριμένη περίπτωση ισούται με 0,000, υποδεικνύοντας εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

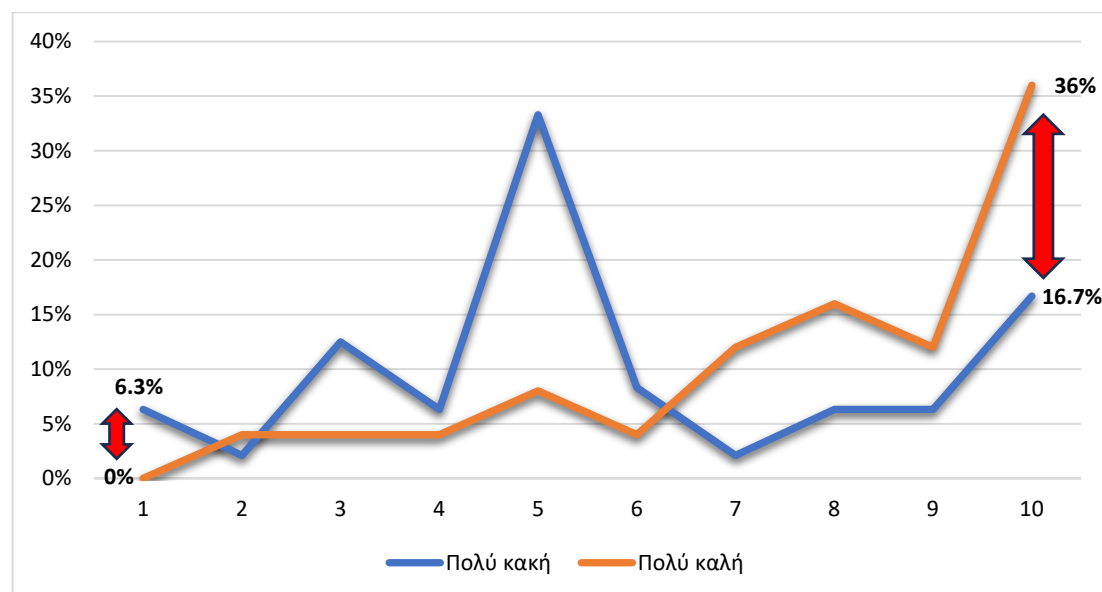
Εικόνα 54 Αθροιστική αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία ανά οικονομική κατάσταση



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Προσπαθώντας να αποτυπώσουμε πιο ξεκάθαρα το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων ασθενών με καρκίνο, παρατηρείται από την εικόνα 55 πως οι φτωχότεροι παρουσιάζονται εξαιρετικά απαισιόδοξοι σε σχέση με τους πλουσιότερους. Η ψαλίδα μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών φαίνεται να είναι αρκετά μεγάλη, καθώς οι πλουσιότεροι συγκεντρώνουν διπλάσιο ποσοστό πολύ μεγάλης αισιοδοξίας για την μελλοντική τους ζωή σε σχέση με τους πολύ φτωχούς.

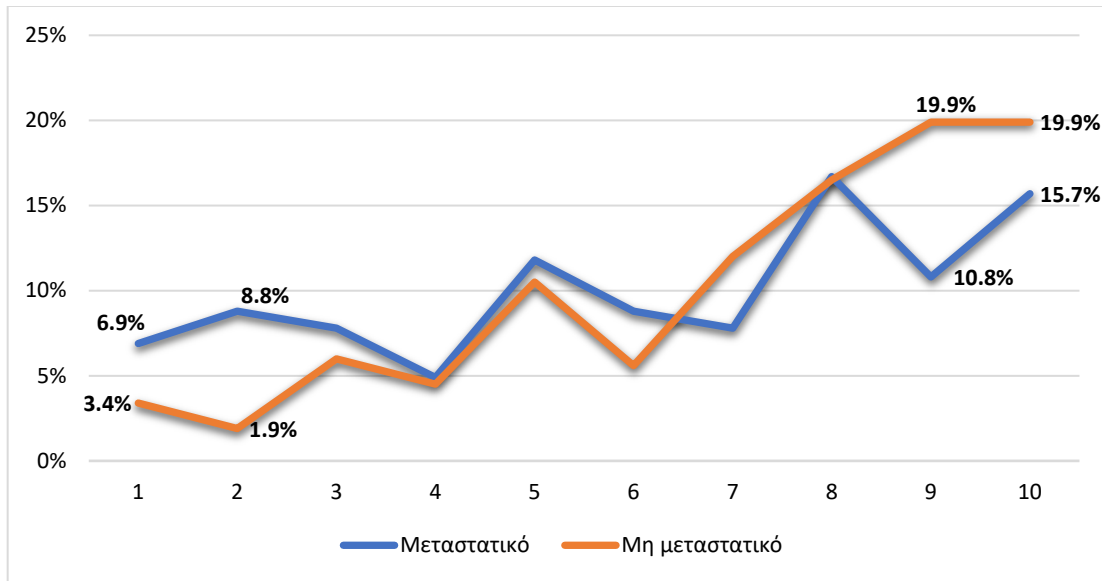
Εικόνα 55 Χάσμα αισιοδοξίας για μελλοντική υγεία μεταξύ ασθενών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Σχετικά με το αίσθημα της αισιοδοξίας για την μελλοντική τους ζωή αναλόγως αν αφορά ασθενείς με μεταστατικό ή μη μεταστατικό καρκίνο (εικόνα 56), φαίνεται πως περισσότερο απαισιόδοξοι είναι οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο. Ο φόβος και το άγχος που προκαλεί η ασθένεια, σε συνδυασμό με τις πολλαπλές μεταστάσεις κάνουν τους ασθενείς να νιώθουν περισσότερο ευάλωτοι και συνεπώς περισσότερο απαισιόδοξοι για την μελλοντική τους υγεία, καθώς φοβούνται πως απειλείται άμεσα η ζωή τους. Η τιμή p-value στην συγκεκριμένη περίπτωση ισούται με 0,03, υποδεικνύοντας εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.



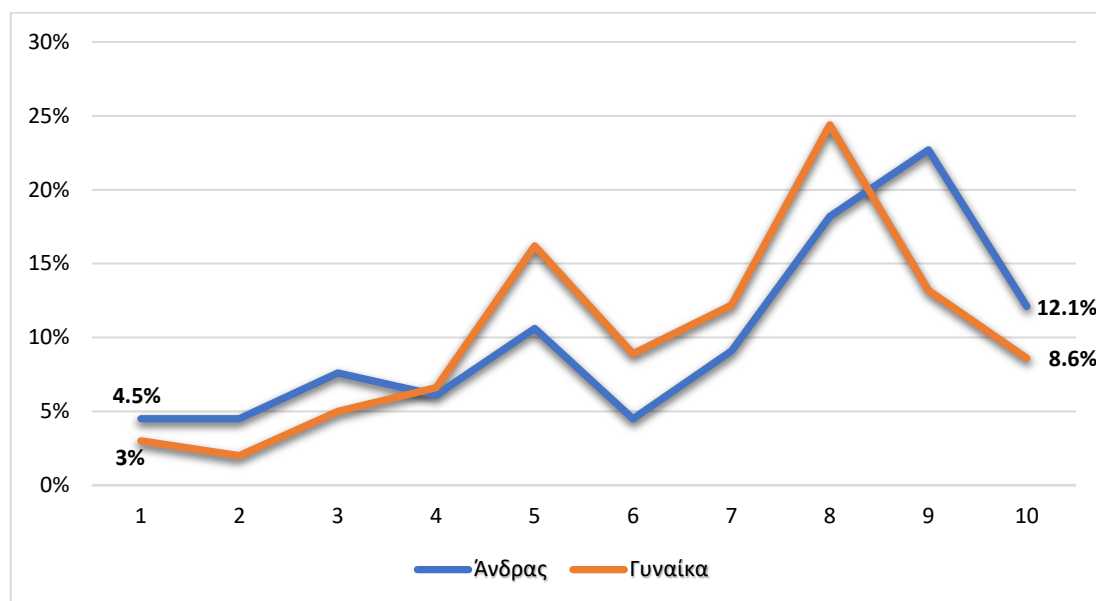
Εικόνα 56 Αισιοδοξία για την μελλοντική υγεία σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά στάδιο νόσου (μεταστατικός και μη μεταστατικός)



## 5.4.4. Ικανοποίηση από την ζωή γενικά

Σχετικά με την ικανοποίηση που απολαμβάνουν από την ζωή τους γενικότερα οι ασθενείς (εικόνα 57) παρατηρείται πως ενώ οι άνδρες συγκεντρώνουν από την μια πλευρά συνολικά υψηλότερα ποσοστά στις επιλογές 9-10 (34,8%) σε σύγκριση με τις γυναίκες (21,8%) και από την άλλη πλευρά μεταξύ των επιλογών 8-10 53% και 46,2% αντίστοιχα, εν τούτοις συνολικά μεταξύ των επιλογών 6-10 οι γυναίκες (67,3%) και οι άνδρες (66,6%) εμφανίζουν σχεδόν τα ίδια αποτελέσματα. Περισσότερο απογοητευμένοι από την ζωή τους συνολικά παρουσιάζονται οι άνδρες, οι οποίοι συνολικά μεταξύ των επιλογών 1 έως 4 δηλώνουν ποσοστό 22,7% έναντι των γυναικών με ποσοστό 17%. Η τιμή p-value (0,322) υποδεικνύει πως δεν υπάρχει σχέση μεταξύ ικανοποίησης από την ζωή γενικότερα και του φύλου.

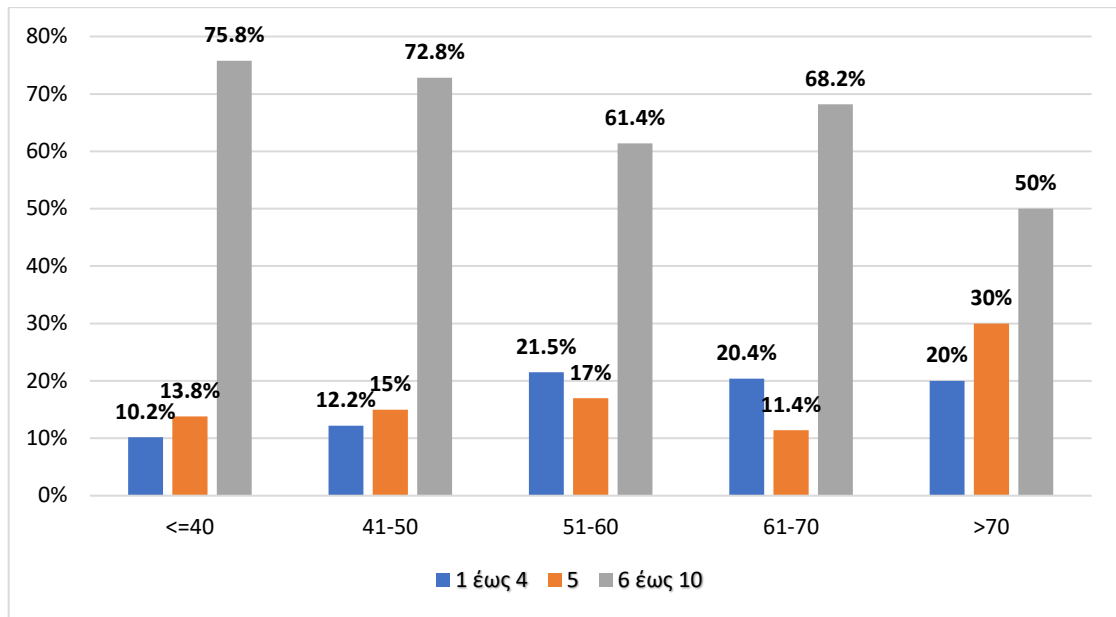
Εικόνα 57 Ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά φύλο



Σχετικά με την ικανοποίηση που νιώθουν οι ασθενείς με καρκίνο για την ζωή τους αναλογικά με την ηλικία τους (εικόνα 58), παρατηρείται πως αθροιστικά στις επιλογές από 1 έως και 4 η ηλικιακή ομάδα <40 παρουσιάζει ποσοστό 10,2%, η ομάδα 41-50 παρουσιάζει ποσοστό 12,2%, η 51-60 ετών 21,5%, η 61-70 ποσοστό 20,4% και τέλος η κατηγορία των ασθενών άνω των 70 ετών δηλώνει ποσοστό 20%. Η τιμή p-value (0,760) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

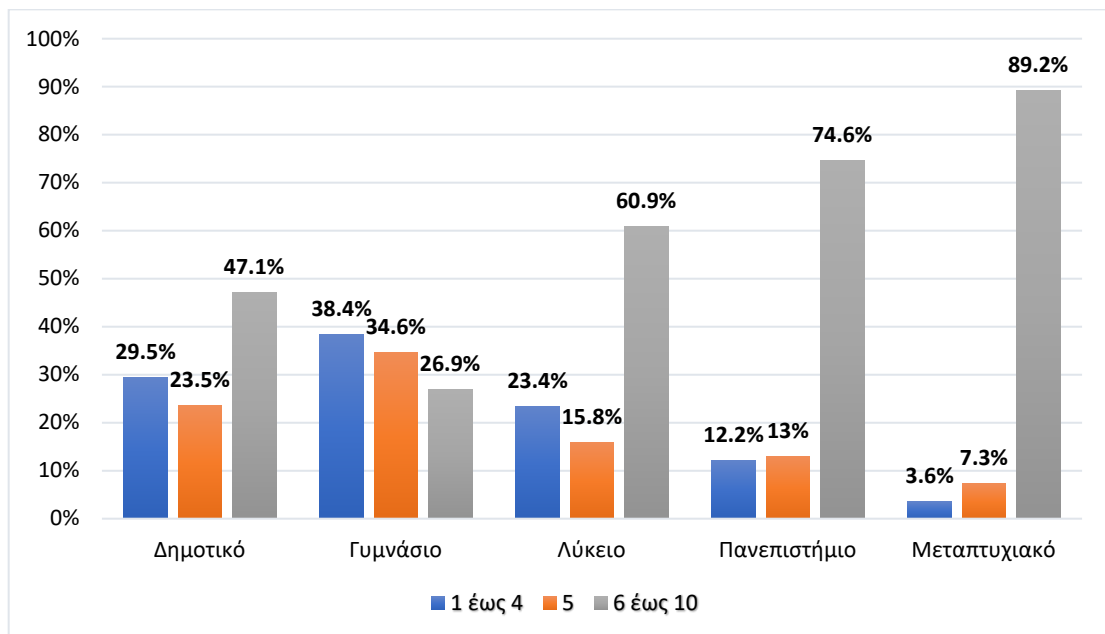


Εικόνα 58 Αθροιστική ικανοποίηση για την ζωή γενικότερα ανά ηλικιακή κατηγορία



Στην περίπτωση της ικανοποίησης από την ζωή των ασθενών γενικότερα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (εικόνα 59), φαίνεται πως όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των ατόμων από την ζωή τους. Η τιμή p-value (0,001) υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

Εικόνα 59 Αθροιστική ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

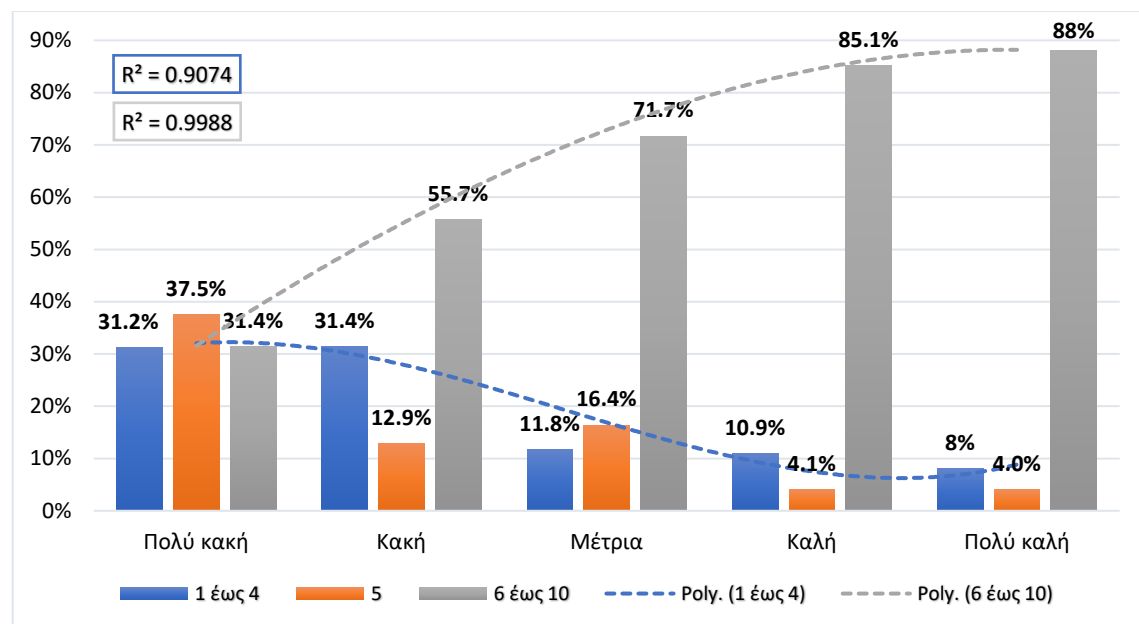


Πάντως, όπως φαίνεται και από την εικόνα 60 για το ποιοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την ζωή τους γενικότερα ανά οικονομική κατάσταση αθροιστικά μεταξύ των επιλογών 6 έως 10, παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτούς, οι οποίοι βρίσκονται σε πολύ καλή

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

οικονομική κατάσταση σε ποσοστό 88%. Αντιθέτως, όσοι ανήκουν στα πολύ χαμηλά οικονομικά επίπεδα δηλώνουν κατά 31,2% πλήρως ανικανοποίητοι από την ζωή τους γενικότερα. Παρατηρείται επίσης πως όσο καλύτερη γίνεται η οικονομική κατάσταση κάποιου ασθενούς, τόσο υψηλότερη είναι και η ικανοποίηση που λαμβάνει από την ζωή του γενικότερα. Η τιμή p-value (0,000) υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

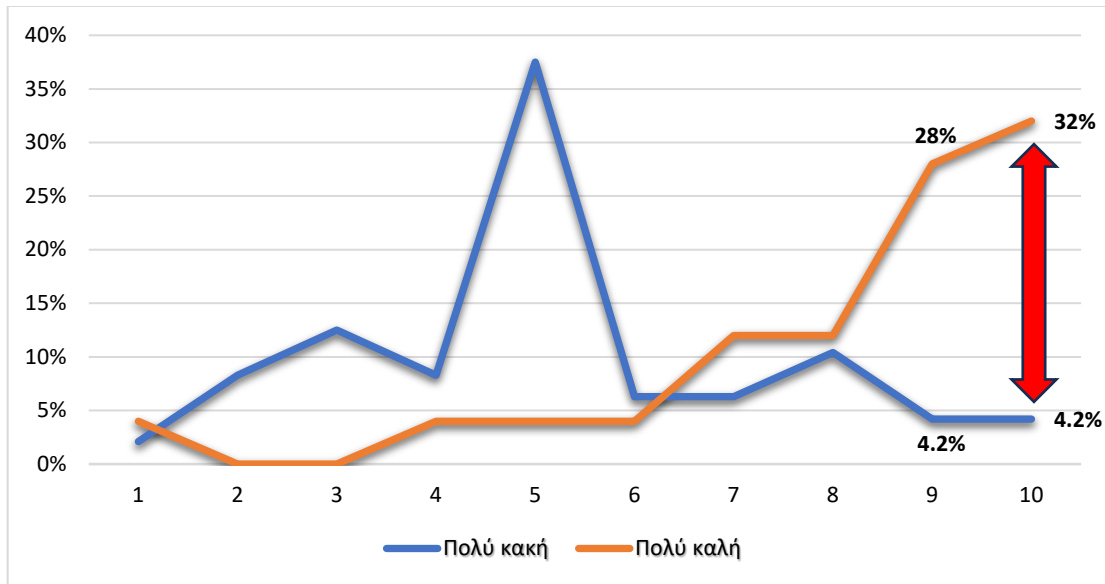
Εικόνα 60 Αθροιστική ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα ανά οικονομική κατάσταση



Προσπαθώντας να αποτυπώσουμε πιο ξεκάθαρα το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των ασθενών με πολύ καλή και πολύ κακή οικονομική κατάσταση σχετικά με την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την ζωή τους γενικά, παρατηρείται από την εικόνα 61 πως οι φτωχότεροι παρουσιάζονται εξαιρετικά ανικανοποίητοι από την ζωή τους γενικότερα σε σχέση με τους πλουσιότερους. Επιπλέον, οι φτωχότεροι φαίνεται να είναι και πιο μετριοπαθείς, αφού συγκεντρώνουν ποσοστά 37,5%, σε αντίθεση με τους πλουσιότερους, οι οποίοι στην συγκεκριμένη επιλογή συγκεντρώνουν ποσοστό 4%. Η ψαλίδα μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών φαίνεται να είναι πολύ μεγάλη, καθώς οι πλουσιότεροι συγκεντρώνουν οχτώ φορές μεγαλύτερο ποσοστό πολύ μεγάλης ικανοποίησης για την ζωή τους γενικότερα σε σχέση με τους πολύ φτωχούς.

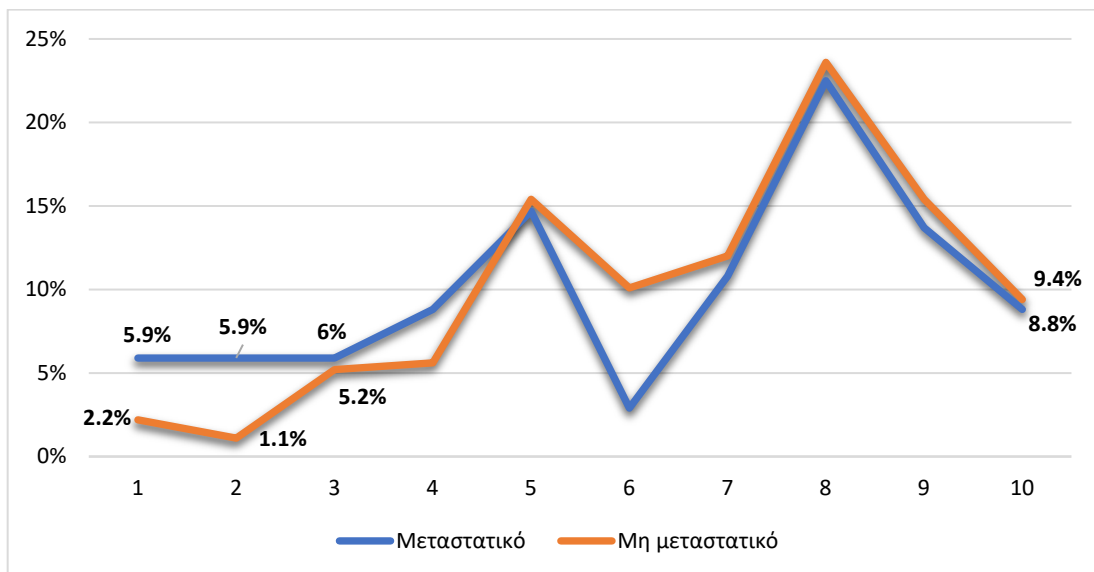


Εικόνα 61 Χάσμα ικανοποίησης από την ζωή γενικά μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Τέλος, συγκρίνοντας την ικανοποίηση των καρκινοπαθών από την ζωή τους γενικότερα ανάλογα με το εάν έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό ή με μη μεταστατικό καρκίνο παρατηρείται ότι μπορεί αρχικά οι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο να δηλώνουν μικρότερα ποσοστά στις επιλογές χαμηλότερης ικανοποίησης (8,5%) έναντι όσων έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό καρκίνο (17,8%). Παρόλα αυτά δεν παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις (εικόνα 62). Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,066 > 0,05$  και συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Εικόνα 62 Ικανοποίηση από την ζωή γενικότερα, από το 1 έως το 10 ανά ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο





### 5.5. Επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς

Η επίπτωση του καρκίνου τόσο στην ζωή του ατόμου συνολικά, όσο και των φροντιστών του είναι σημαντική (96). Κατά την επιβίωση των ατόμων με καρκίνο προκύπτουν διάφορα προβλήματα είτε λόγω της ασθένειας είτε εξαιτίας άγχους, κατάθλιψης, πόνου, δυσφορίας και άλλων ψυχολογικών και συναισθηματικών παραμέτρων (97) ή ακόμη και ζητημάτων που ανακύπτουν στην εκπλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων ή/και της αυτοεξυπηρέτησης, ενώ βιβλιογραφικά έχει υποστηριχθεί ότι η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εργασιακή κατάσταση (98).

Επιπλέον, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις κατά του καρκίνου προκαλούν σημαντικές παρενέργειες, οι οποίες οδηγούν κατά κύριο λόγο τόσο στην μείωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών όσο και σε χαμηλότερα πολλές φορές επίπεδα συμμόρφωσης (94). Παράλληλα, βιβλιογραφικά έχει παρατηρηθεί ακόμη και η διακοπή της θεραπείας εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών (99-101), οι οποίες δυσκολεύουν γενικότερα όλες τις παραμέτρους της ζωής ενός ασθενούς.

Η κόπωση και η αγωνία αποτελούν βασικούς παράγοντες που δυσκολεύουν τα άτομα να επανέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες ή ακόμη και να κατορθώσουν να καλύψουν οικογενειακούς ή και κοινωνικούς ρόλους που κατείχαν. Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν υποστηρίξει πως υπάρχουν πολλές ψυχολογικές συνέπειες τόσο στους ασθενείς με καρκίνο, όσο και στους συζύγους ή και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (102-106), ενώ ταυτόχρονα η βιβλιογραφία υποστηρίζει και προβλήματα που εμφανίζονται ως επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας που ακολουθείται ακόμη και μετά από αρκετό καιρό (107).

Το ίδιο συμβαίνει και με τα προβλήματα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης που προκύπτουν κυρίως μετά από χειρουργική εκτομή ή αλλοίωση της εικόνας του ατόμου εξαιτίας των θεραπειών, όπως είναι η απώλεια μαλλιών. Τα παραπάνω οδηγούν σε κοινωνικά προβλήματα επανένταξης, προβλήματα που αφορούν την σεξουαλική ζωή, ακόμη και ζητήματα διαταραχής της ίδιας ζωής ή και των σχέσεων εν γένει (108).

Ο φόβος του θανάτου και η αγωνία για το μέλλον σε συνδυασμό με τον πόνο, την κόπωση ή άλλες παρενέργειες που προκύπτουν από την θεραπεία προκαλούν επίσης προβλήματα στην επαγγελματική ζωή των ασθενών. Αυτό με τη σειρά του περιορίζει την αυτοεκτίμηση των ασθενών, ενώ δημιουργεί σχεδόν αλυσιδωτά επιπλέον προβλήματα που είτε αφορούν



την ικανοποίησή τους από την ζωή γενικότερα είτε προσωπικά άγχη που σχετίζονται με το μέλλον (109).

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην συγκεκριμένη περίπτωση διερεύνησε τέσσερις βασικούς παράγοντες για την προσμέτρηση των επιπτώσεων του καρκίνου στους ασθενείς με καρκίνο.

Αναλυτικότερα, ο πρώτος παράγοντας αφορούσε την επίπτωση της ασθένειας στην οικογενειακή ζωή των ασθενών. Σύμφωνα με τους ο καρκίνος είναι μια οικογενειακή εμπειρία που αλλάζει τη ζωή όλων των μελών της, φέρνοντας τεράστιο άγχος και πολλές προκλητικές καταστάσεις (110). Μάλιστα εξαιτίας των θεραπειών και των σημαντικών παρενεργειών τους, απαιτούνται αλλαγές τόσο στην καθημερινή ρουτίνα, όσο και στις συνήθειες δραστηριότητες, αλλά και την κατανομή των καθηκόντων και των ρόλων (111).

Ο δεύτερος παράγοντας αφορούσε την επίπτωση του καρκίνου στους ασθενείς και την επαγγελματική τους πορεία. Η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων και των θεραπειών, η συνεχής διαγνωστικές εξετάσεις, οι παρενέργειες και ο χρόνος αναμονής είναι μερικοί από τους κυριότερους παράγοντες βάσει των οποίων επηρεάζεται η εργασία τους, αλλά και η παραγωγικότητά τους (112).

Ο τρίτος παράγοντας που διερευνήθηκε ήταν αυτός των επιπτώσεων του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή των ασθενών. Η διάγνωση του καρκίνου σε συνδυασμό με τις παρενέργειες των θεραπευτικών σχημάτων που ακολουθούνται αποτελούν τραυματικά συμβάντα για τους καρκινοπαθείς, αφού έχουν σημαντικές συνέπειες τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Τα συγκεκριμένα δεδομένα δύναται να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στη σχέση του ζευγαριού, αλλά και στην μεταξύ τους σεξουαλική ζωή (113). Επιπλέον, προβλήματα που προκαλούνται από τις θεραπείες, όπως η κόπωση και η ναυτία, σε συνδυασμό με επιπτώσεις στην εξωτερική εμφάνιση του ασθενούς, όπως η απώλεια των μαλλιών ή σημάδια και ουλές στο δέρμα από εγχειρήσεις, μαστεκτομή ή μικρές παρεμβάσεις, όπως η εισαγωγή port, επηρεάζουν την αυτοπεποίθηση αλλά και την αυτοεκτίμηση των ασθενών. Όλα αυτά σε συνδυασμό με το άγχος και στρες που προκαλείται στους ασθενείς και το οποίο επωμίζονται πολλές φορές και οι σύντροφοί τους, δημιουργούν προβλήματα στην σεξουαλική ζωή αυτών των ατόμων. Σύμφωνα με τους Bobber και Varela η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι μια από τις πιο κοινές και οδυνηρές συνέπειες της θεραπείας του καρκίνου (114, 115).

Ο τελευταίος παράγοντας που διερευνήθηκε ήταν αυτός των επιπτώσεων του καρκίνου στην ευρύτερη κοινωνική ζωή των ασθενών. Οι καρκινοπαθείς λόγω της ασθένειάς τους γίνονται φορείς μιας μορφής κοινωνικού στιγματισμού (116). Φαινόμενα όπως η λύπηση και το αναδυόμενο άγχος στον κοινωνικό περίγυρο πολλές φορές οδηγούν στην απόκρυψη της ασθένειας (117), με αποτέλεσμα οι ασθενείς εν τέλει να το βιώνουν μόνοι.

Πιο συγκεκριμένα και όσον αφορά τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των παραγόντων αυτών ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση και τέλος ανά στάδιο νόσου (μεταστατικό – μη μεταστατικό).

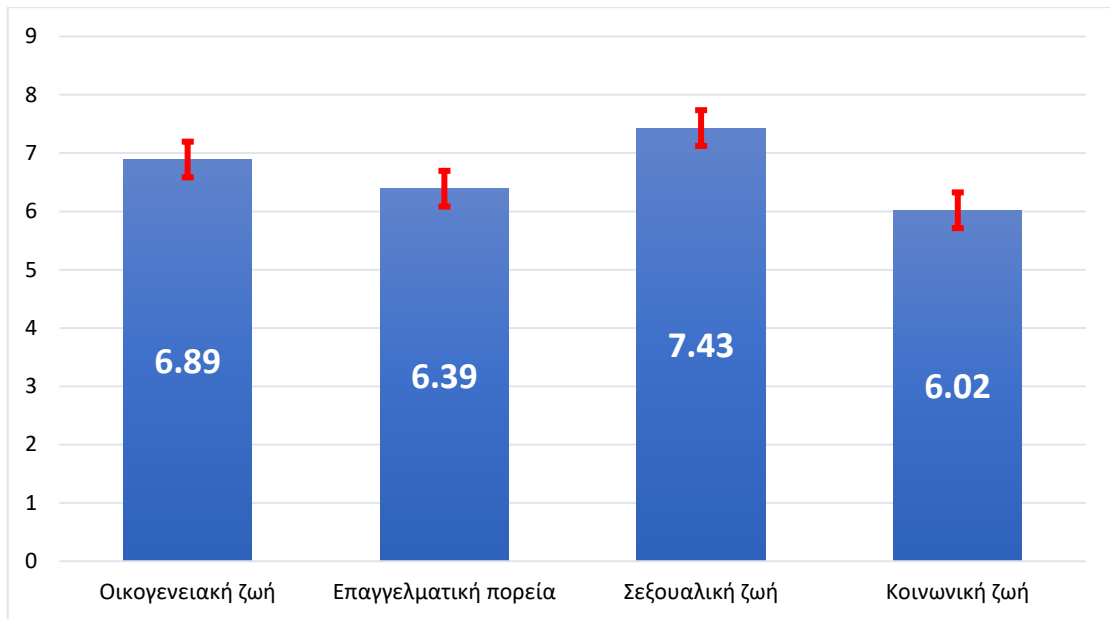
Από τον πίνακα 17 και την εικόνα 63 παρατηρείται πως από το σύνολο του δείγματος οι ασθενείς με καρκίνο υποστηρίζουν πως οι επιπτώσεις της νόσου είναι πιο έντονες και επηρεάζουν περισσότερο την σεξουαλική (Mean=7.43) αλλά και οικογενειακή ζωή (Mean=6.89) των καρκινοπαθών.

Πίνακας 17 Μέσοι όροι επιπτώσεων του καρκίνου σύμφωνα με τους ασθενείς

Παράγοντες		Mean	Std. Deviation
Επιπτώσεις σε:	Οικογενειακή ζωή	<b>6,89</b>	2,937
	Επαγγελματική πορεία	6,39	3,429
	Σεξουαλική ζωή	<b>7,43</b>	3,074
	Κοινωνική ζωή	6,02	3,157



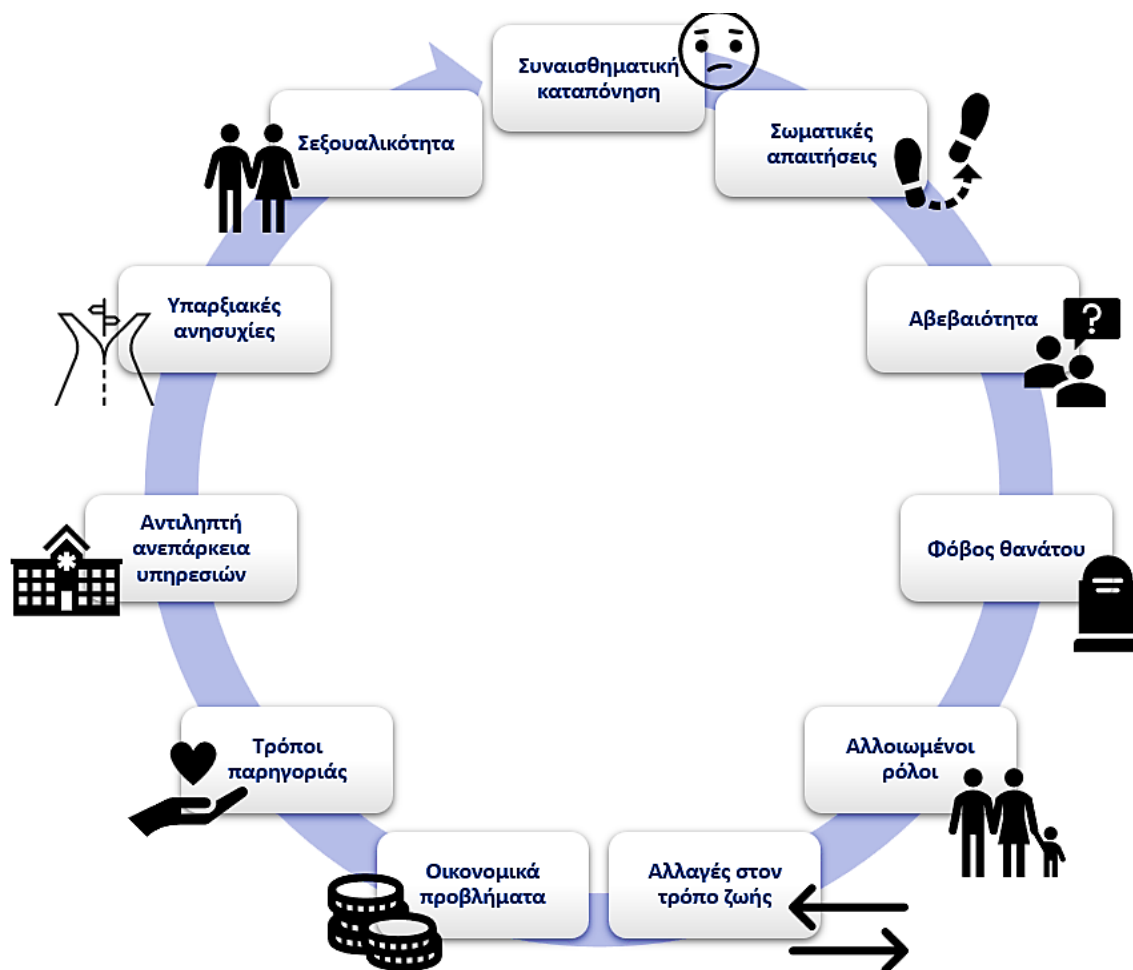
Εικόνα 63 Μέσοι όροι επιπτώσεων του καρκίνου σύμφωνα με τους ασθενείς



5.5.1. Επιπτώσεις καρκίνου στην οικογενειακή ζωή των ασθενών

Η επιρροή της ασθένειας του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα, ο οποίος επιφέρει ιδιαίτερες αλλαγές τόσο στον ασθενή όσο και στα υπόλοιπα μέλη. Μάλιστα η επιρροή αυτή είναι πολλαπλή σύμφωνα με την έρευνα του Northouse L (118), ενώ σύμφωνα με τον Lewis M «η οικογένεια, όχι μόνο ο ασθενής, βιώνει την κρίση και τις επιπτώσεις του καρκίνου», η οποία μπορεί να αναλυθεί σε έντεκα παράγοντες βιβλιογραφικά (εικόνα 64) «συναισθηματική καταπόνηση, σωματικές απαιτήσεις, αβεβαιότητα, φόβος θανάτου του ασθενούς, αλλοιωμένοι ρόλοι και τρόποι ζωής, οικονομικά προβλήματα, τρόποι παρηγοριάς του ασθενούς, αντιληπτή ανεπάρκεια υπηρεσιών, υπαρξιακές ανησυχίες, σεξουαλικότητα και μη συγκλίνουσες ανάγκες μεταξύ των μελών του νοικοκυριού» (119).

Εικόνα 64 Οι επιπτώσεις του καρκίνου στον ασθενή αλλά και την οικογένειά του

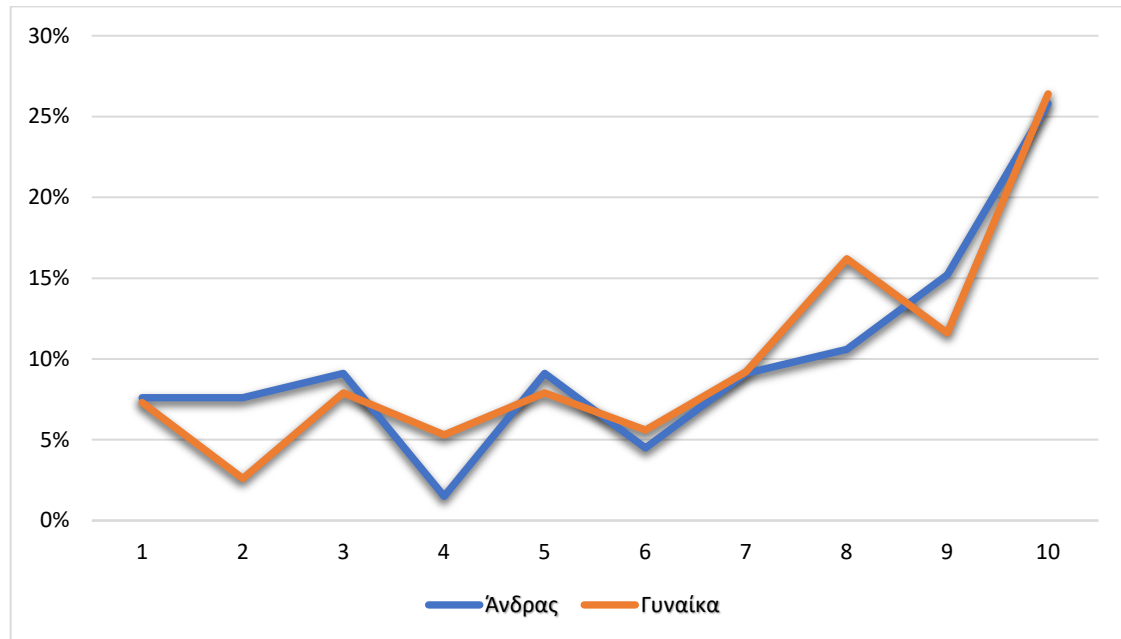


Όπως φαίνεται και από την εικόνα 65 που ακολουθεί το ποσοστό των ανδρών που δήλωσε επιλογές μεταξύ 9-10 και υποστήριξε ότι η επιρροή του καρκίνου είναι εξαιρετικά μεγάλη



στην οικογενειακή τους ζωή ανήλθε στο 41%, ενώ των γυναικών στο 38%. Εν τούτοις οι γυναίκες φαίνεται πως πλήττονται πιο πολύ καθώς συνολικά μεταξύ των επιλογών 6 έως 10 δηλώνουν ποσοστό 69% συγκριτικά με τους άνδρες (65,2%). Πάντως οι διαφορές μεταξύ τους δεν είναι μεγάλες. Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,594 > 0,05$  και συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

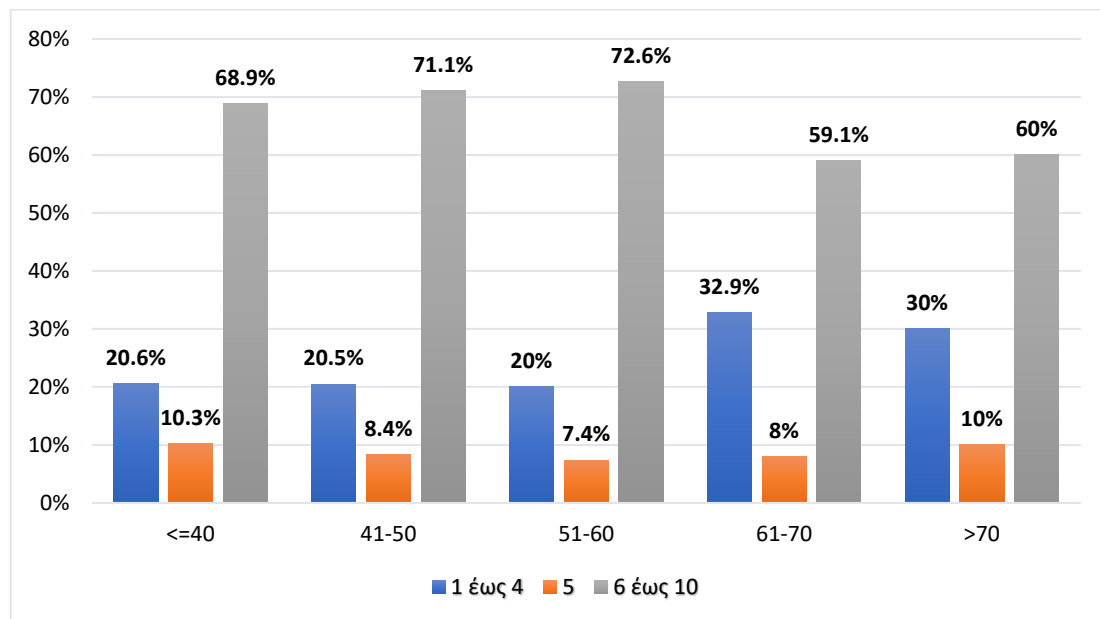
Εικόνα 65 Επιπτώσεις του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην οικογενειακή ζωή των ασθενών ανά φύλο



Εξετάζοντας τις επιπτώσεις του καρκίνου ανά ηλικιακή ομάδα στην οικογενειακή ζωή φαίνεται πως το συγκεκριμένο ζήτημα απασχολεί ιδιαίτερα τις ηλικιακές ομάδες των 41-50 και 51-60. Σημαντικό είναι και το εύρημα σύμφωνα με το οποίο ο καρκίνος πολύ λίγο φαίνεται να επηρεάζει την οικογενειακή ζωή των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, αφού όπως παρατηρείται και από την εικόνα 66 οι καρκινοπαθείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 61-70 και των 70> συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες στις επιλογές 1 έως 4, με ποσοστά 32,9% και 30% αντίστοιχα. Η τιμή p-value (0,093) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

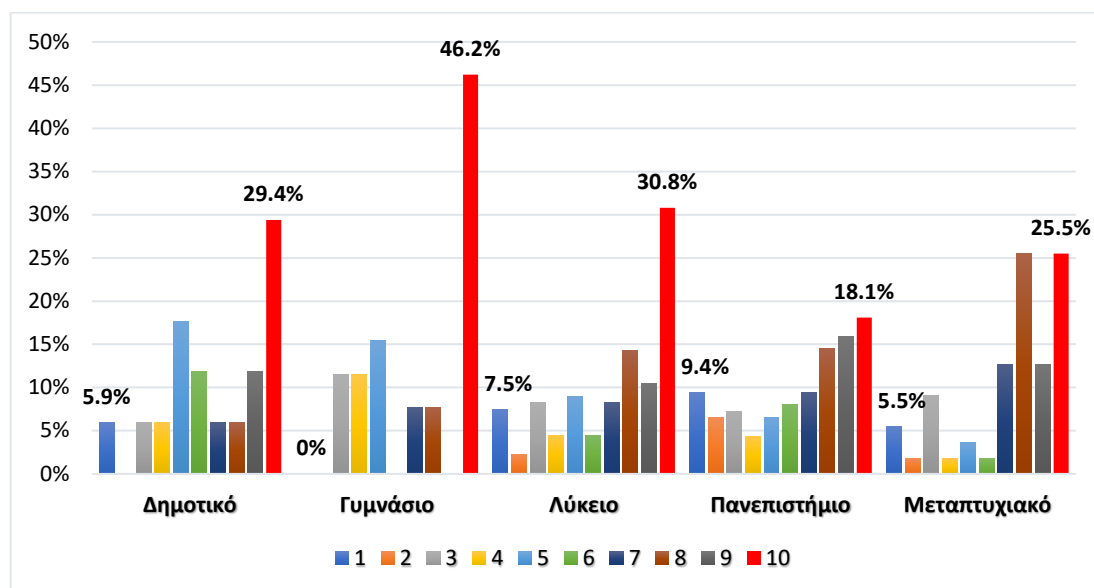
## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Εικόνα 66 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά ηλικιακή ομάδα



Σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή ανά εκπαιδευτικό επίπεδο παρατηρείται αρχικά από την εικόνα 67 ότι οι απόφοιτοι γυμνασίου (46,2%) και λυκείου (30,8%) αντιμετωπίζουν τα σοβαρότερα προβλήματα στην οικογενειακή τους ζωή εξαιτίας της νόσου. Η τιμή p-value (0,133) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

Εικόνα 67 Επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

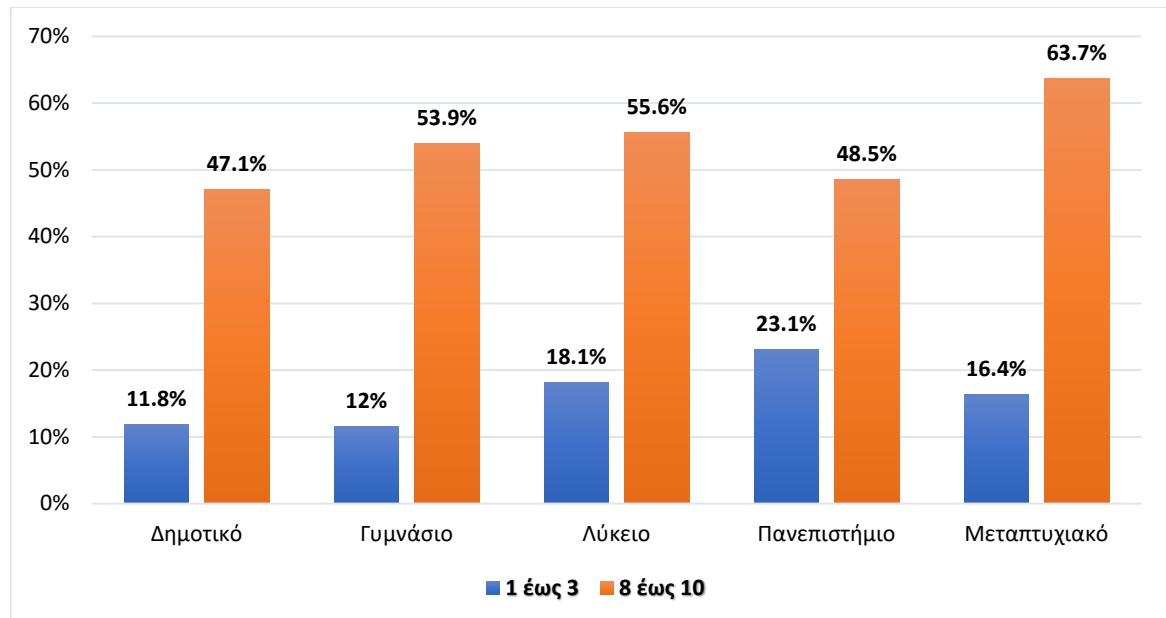


Διακρίνοντας και πάλι τις επιλογές από το 1 έως το 10 σε επιμέρους αθροιστικές κατηγορίες (εικόνα 68), όπου από το 1 έως το 3 δηλώνονται οι λιγότερες επιπτώσεις της ασθένειας στην



οικογενειακή ζωή και η επιλογή 8 έως και 10 υποδηλώνει τα υψηλότερα επίπεδα επιπτώσεων του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή, παρατηρείται το γεγονός ότι το 63,7% των ασθενών με μεταπτυχιακό δίπλωμα δήλωσε πως ο καρκίνος επηρέασε εξαιρετικά πολύ την οικογενειακή τους ζωή σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Λιγότερες επιπτώσεις φαίνεται πως είχε η ασθένεια στην οικογενειακή ζωή των ασθενών που είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου (23,1%), ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου (18,1%). Γίνεται αντιληπτό πως η μόρφωση μπορεί να κατέχει σημαντική θέση στην κατανόηση της ασθένειας, παρόλα αυτά η συνειδητοποίησή της δημιουργεί έντονο αίσθημα αβεβαιότητας.

Εικόνα 68 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

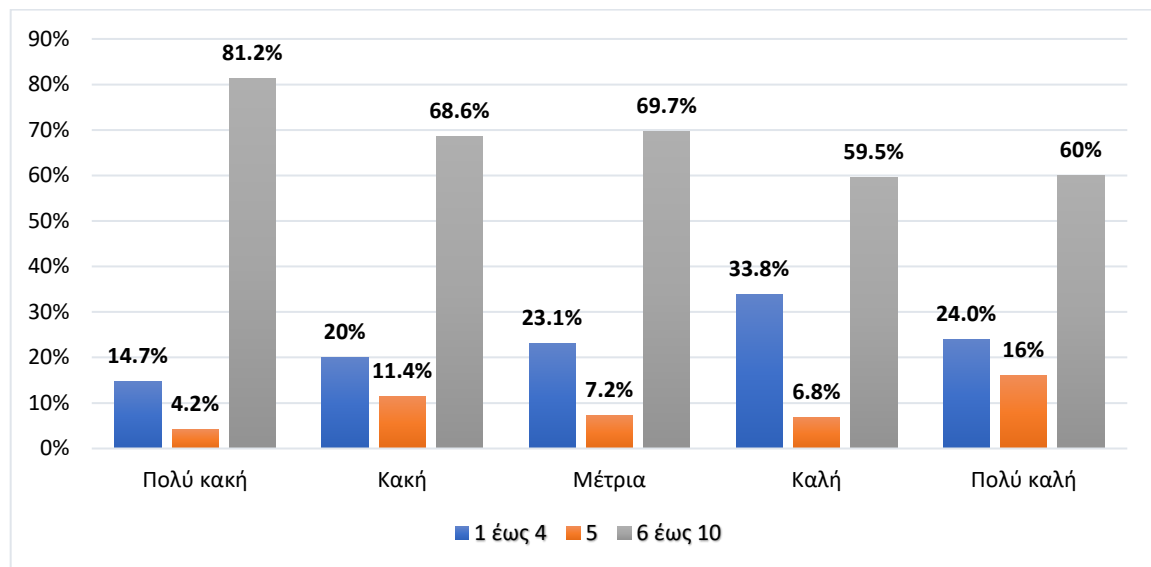


Πάντως, όπως φαίνεται και από την εικόνα 69 για το ποιοι επηρεάζονται περισσότερο στην οικογενειακή τους ζωή εξαιτίας του καρκίνου ανά οικονομική κατάσταση αθροιστικά μεταξύ των επιλογών 6 έως 10, παρατηρήθηκε το γεγονός ότι η ασθένεια επηρεάζει περισσότερο την οικογενειακή ζωή των φτωχότερων οικονομικά στρωμάτων, καθώς όπως φαίνεται αντιμετωπίζουν σοβαρότερα προβλήματα σε ποσοστό 81,2%. Αντιθέτως, όσοι ανήκουν στα υψηλά και πολύ υψηλά οικονομικά επίπεδα δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά μη επηρεασμού της οικογενειακής τους ζωής από την ασθένεια σε ποσοστά 33,8% και 24% αντίστοιχα. Παρατηρείται επίσης πως όσο καλύτερη γίνεται η οικονομική κατάσταση κάποιου ασθενούς, τόσο λιγότερο έχουν επηρεαστεί στην οικογενειακή τους ζωή από την ασθένεια του καρκίνου. Η τιμή p-value (0,000) υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

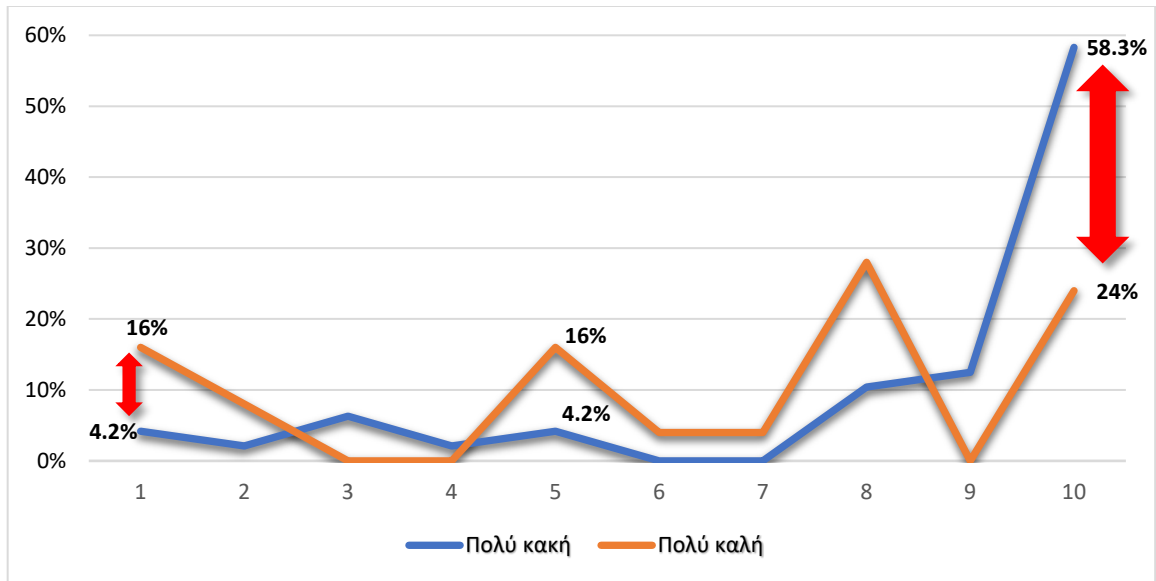
Εικόνα 69 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά οικονομικό επίπεδο



Με απώτερο στόχο να αποτυπωθεί πιο ξεκάθαρα το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των ασθενών με πολύ καλή και πολύ κακή οικονομική κατάσταση σχετικά με το κατά πόσο επηρέασε ο καρκίνος την οικογενειακή τους ζωή, παρατηρείται από την εικόνα 70 πως οι φτωχότεροι παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό στο ότι αντιμετωπίζουν εξαιρετικά προβλήματα στην οικογενειακή τους ζωή εξαιτίας της ασθένειας (58,3%), σε σχέση με τους πλουσιότερους (24%). Επιπλέον, οι πλουσιότεροι φαίνεται να είναι και πιο μετριοπαθείς, αφού εδώ συγκεντρώνουν ποσοστά της τάξεως του 14%, σε αντίθεση με τους φτωχότερους, οι οποίοι στην συγκεκριμένη επιλογή συγκεντρώνουν ποσοστό 4,2%.

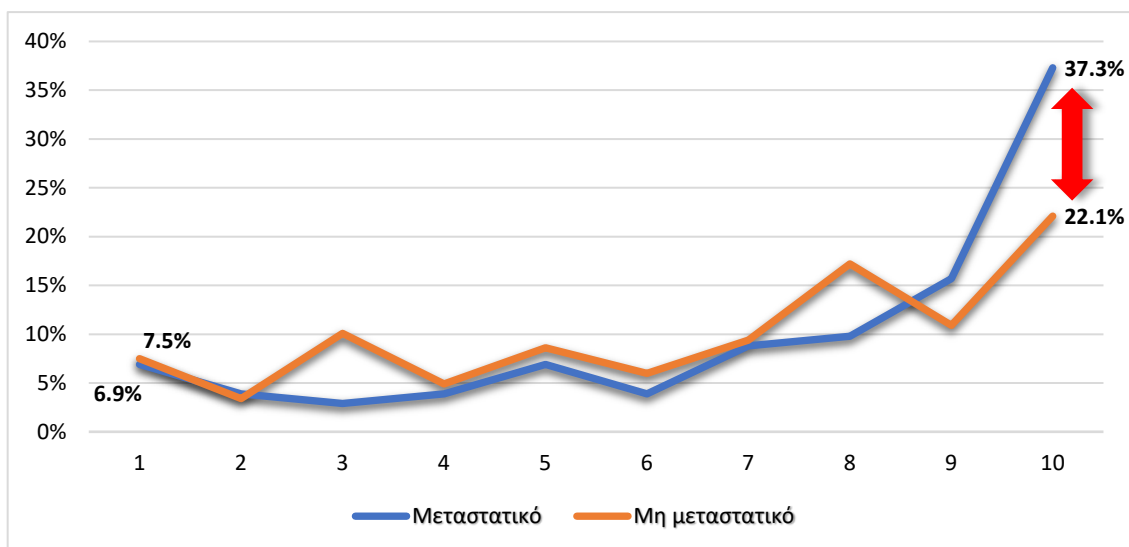


Εικόνα 70 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην οικογενειακή ζωή μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Τέλος, συγκρίνοντας τις επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογενειακή ζωή των καρκινοπαθών ανάλογα με το εάν έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό ή μη μεταστατικό καρκίνο παρατηρείται αρχικά ότι οι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο δηλώνουν σε χαμηλότερο ποσοστό ότι αντιμετωπίζουν πολύ σημαντικά προβλήματα στην οικογενειακή τους ζωή εξαιτίας της ασθένειας (22,1%) σε αντίθεση με όσους έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό καρκίνο (37,3%) (εικόνα 71). Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,006 < 0,05$ , συνεπώς παρατηρείται αλληλεξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών..

Εικόνα 71 Επιπτώσεις καρκίνου στην οικογενειακή ζωή ανά ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο





IPOKE RESEARCH INSTITUTE

Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών



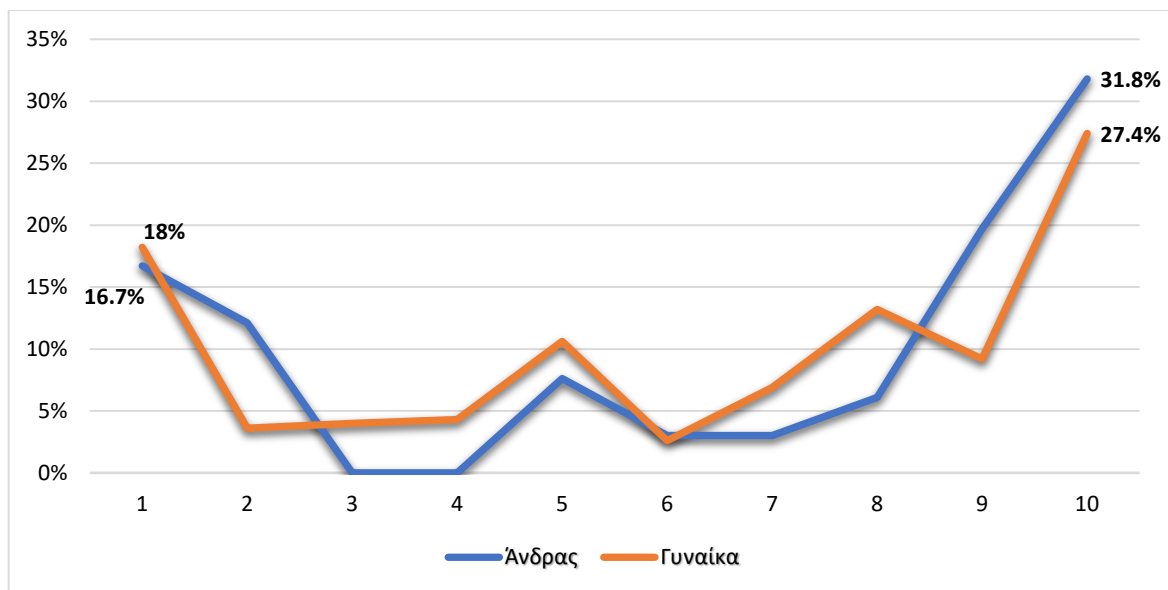


### 5.5.2. Επιπτώσεις καρκίνου στην επαγγελματική πορεία των ασθενών

Η εργασία αποτελεί μια από τις βασικές παραμέτρους αυτοεκτίμησης του ατόμου, καθώς αυξάνει το αίσθημα ενεργούς συμμετοχής. Σύμφωνα όμως με τους Taskila & Lindbohm ως απόρροια του καρκίνου, ακόμη και της αναπηρίας ή και των διαφόρων προβλημάτων που προκαλεί μερικές φορές παρατηρείται μειωμένη ικανότητα εργασίας (120). Η μη απασχόληση ή/και η μειωμένη εργασιακή ικανότητα έχει συνήθως «συσχετιστεί με τον τύπο του καρκίνου, τον τύπο θεραπείας, την κατάσταση υγείας, την εκπαίδευση και τον σωματικό φόρτο εργασίας» (120).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, συνολικά μεταξύ των επιλογών 8 έως 10 αυτοί που θεωρούν πως έχει επηρεαστεί πάρα πολύ η εργασιακή τους ζωή από την πάθηση του καρκίνου φαίνεται αρχικά πως είναι οι άνδρες σε ποσοστό 57,6% και μετέπειτα οι γυναίκες με ποσοστό 49,8%. Στην εικόνα 72 που ακολουθεί, παρατηρείται αρχικά πως τόσο οι γυναίκες (18%) όσο και οι άνδρες (16,7%) ασθενείς σχεδόν παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά στο ότι δεν αντιμετωπίζουν επιπτώσεις του καρκίνου στην επαγγελματική τους πορεία. Από την άλλη πλευρά οι άνδρες καρκινοπαθείς είναι αυτοί, οι οποίοι δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά επιπτώσεων (31,8%) στην επαγγελματική τους ζωή εξαιτίας της νόσου έναντι των γυναικών (27,4%). Η τιμή p-value (0,006) υποδεικνύει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Εικόνα 72 Επιπτώσεις του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην επαγγελματική ζωή των ασθενών ανά φύλο

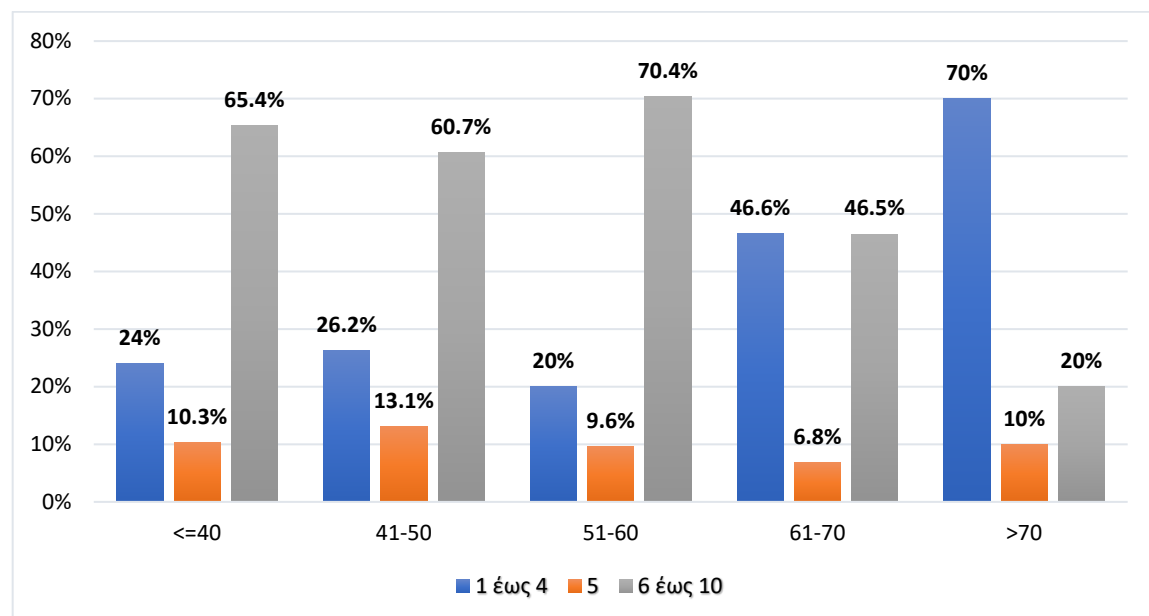


Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ ηλικιακής ομάδας και επιπτώσεων της ασθένειας στην επαγγελματική ζωή των ασθενών με καρκίνο, παρατηρείται πως τα μεγαλύτερα προβλήματα

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

σε αυτό τον τομέα αντιμετωπίζονται από τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 51-60 (70,4%). Αθροιστικά, όπως περιγράφεται και στην εικόνα 73 που ακολουθεί, μεταξύ των επιλογών 1 έως και 4 όσοι ανήκουν στους 70+ δηλώνουν πως δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα σε ποσοστό 70%, οι 61-70 σε ποσοστό 46,6%, οι ασθενείς ηλικίας 51-60 ετών ποσοστό 20%, ενώ οι 41-50 και <40 26,2% και 24% αντίστοιχα. Οι επιπτώσεις λοιπόν του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία του ατόμου φαίνεται να είναι πιο έντονες στους μεσήλικες. Πιο συγκεκριμένα, στις επιλογές 6 έως 10, όπου με βάση αυτές τις επιλογές καταγράφεται η μεγαλύτερη επιρροή στην εργασία εξαιτίας του καρκίνου, όσοι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 51-60 δηλώνουν ποσοστό 70,4%, το οποίο είναι το υψηλότερο μεταξύ των υπόλοιπων ηλικιών. Αυτό συμβαίνει τόσο εξαιτίας της μεγαλύτερης αδυναμίας λόγω ηλικίας, όσο και της σωματικής και ψυχικής κόπωσης που προκαλείται στο τέλος του εργασιακού βίου. Η τιμή p-value (0,001) υποδεικνύει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

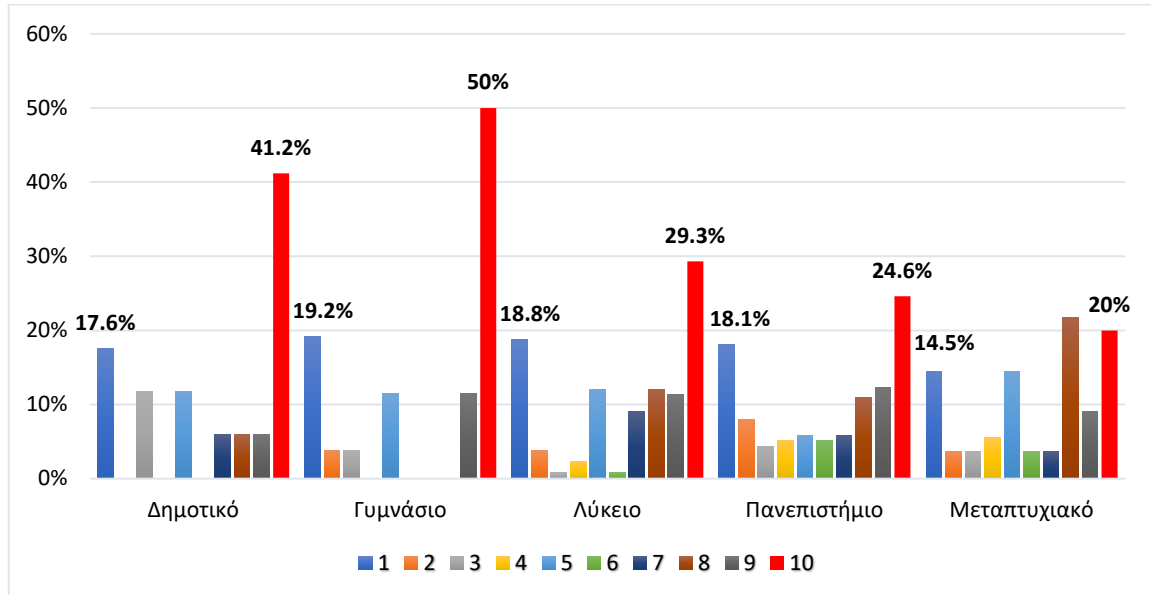
Εικόνα 73 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην επαγγελματική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά ηλικιακή ομάδα



Όπως είναι αναμενόμενο οι ασθενείς που ανήκουν σε υψηλότερα εκπαιδευτικά επίπεδα αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα στην επαγγελματική τους πορεία εξαιτίας της ασθένειας. Όπως παρουσιάζεται και στην εικόνα 74 σχεδόν οι μισοί ασθενείς (50%) που είναι απόφοιτοι γυμνασίου αντιμετωπίζουν εξαιρετικά προβλήματα στην επαγγελματική τους πορεία εξαιτίας της νόσου, ενώ αμέσως μετά ακολουθούν οι απόφοιτοι δημοτικού με 41,2%. Η τιμή p-value (0,144) υποδεικνύει ανεξαρτησία μεταξύ των μεταβλητών.

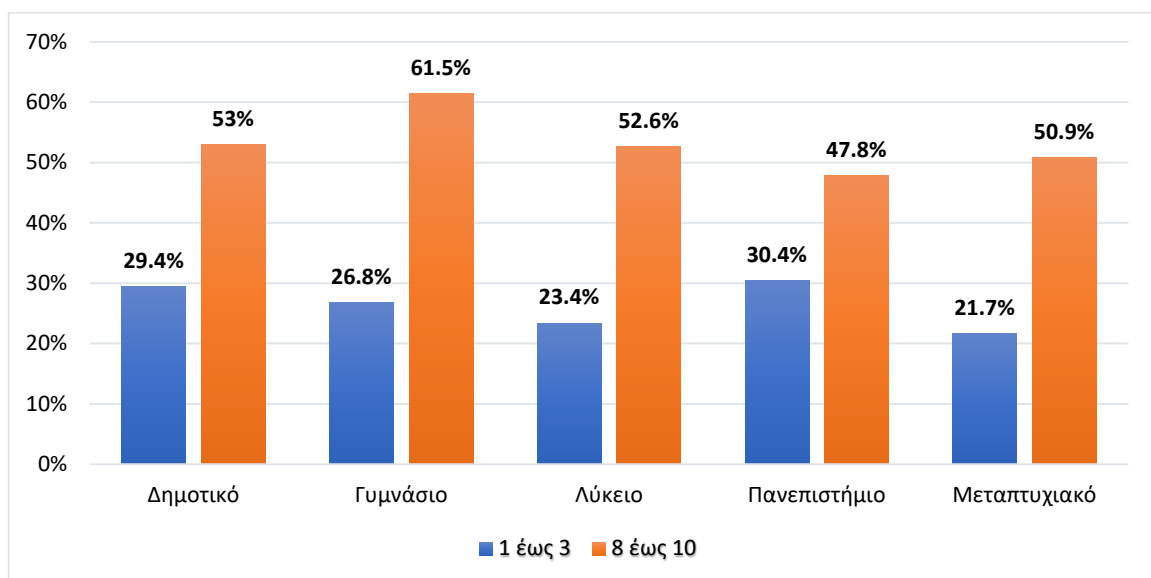


Εικόνα 74 Επιπτώσεις του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία σύμφωνα με τους ασθενείς σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Πάντως, όπως φαίνεται και από την εικόνα 75, λιγότερα προβλήματα στην επαγγελματική τους ζωή εξαιτίας της ασθένειας αθροιστικά μεταξύ των επιλογών 1 έως 3 δηλώνουν οι απόφοιτοι πανεπιστημίου σε ποσοστό 30,4%. Αντιθέτως, μεγάλα προβλήματα αντιμετωπίζουν οι απόφοιτοι γυμνασίου (61,5%), δημοτικού (53%) και λυκείου (52,6%).

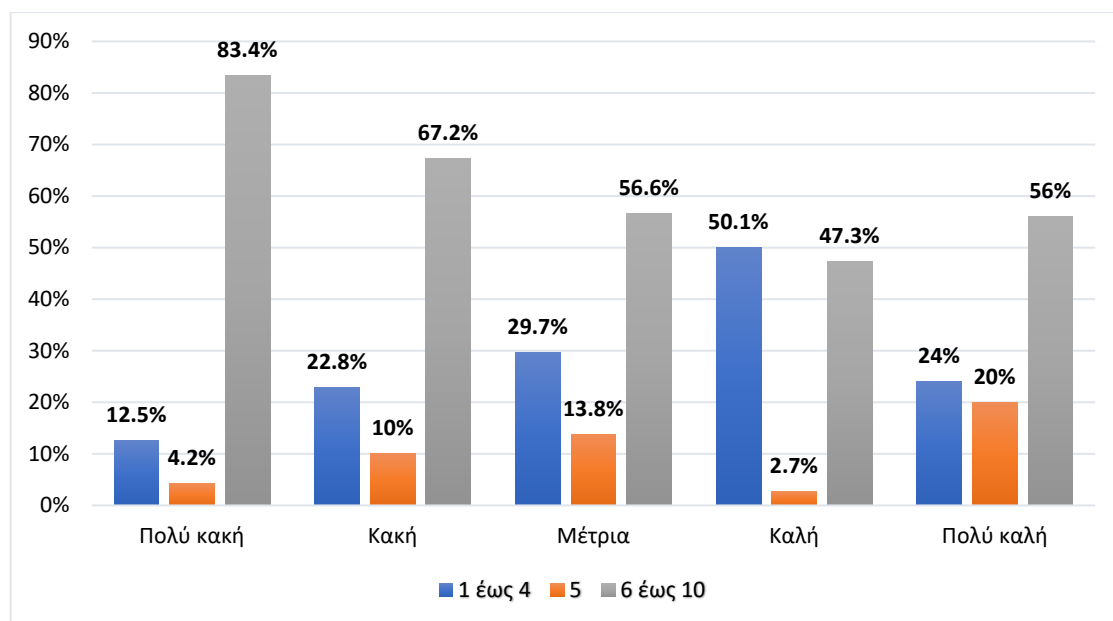
Εικόνα 75 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία σύμφωνα με τους ασθενείς ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

Όπως φαίνεται και από την εικόνα 76 για το ποιοι επηρεάζονται περισσότερο στην επαγγελματική τους πορεία εξαιτίας του καρκίνου ανά οικονομική κατάσταση μεταξύ των επιλογών 6 έως 10, παρατηρήθηκε ότι η νόσος επηρεάζει περισσότερο τους φτωχότερους, αφού όπως φαίνεται αντιμετωπίζουν σοβαρότερα προβλήματα σε ποσοστό 83,4%. Αντιθέτως, όσοι ανήκουν στα υψηλά και πολύ υψηλά οικονομικά επίπεδα δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά μη επηρεασμού της επαγγελματικής τους πορείας από την ασθένεια σε ποσοστά 50,1% και 24% αντίστοιχα. Παρατηρείται επίσης πως όσο καλύτερη γίνεται η οικονομική κατάσταση κάποιου ασθενούς, τόσο λιγότερο επηρεάζεται η επαγγελματική του πορεία από την ασθένεια. Η τιμή p-value (0,000) υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

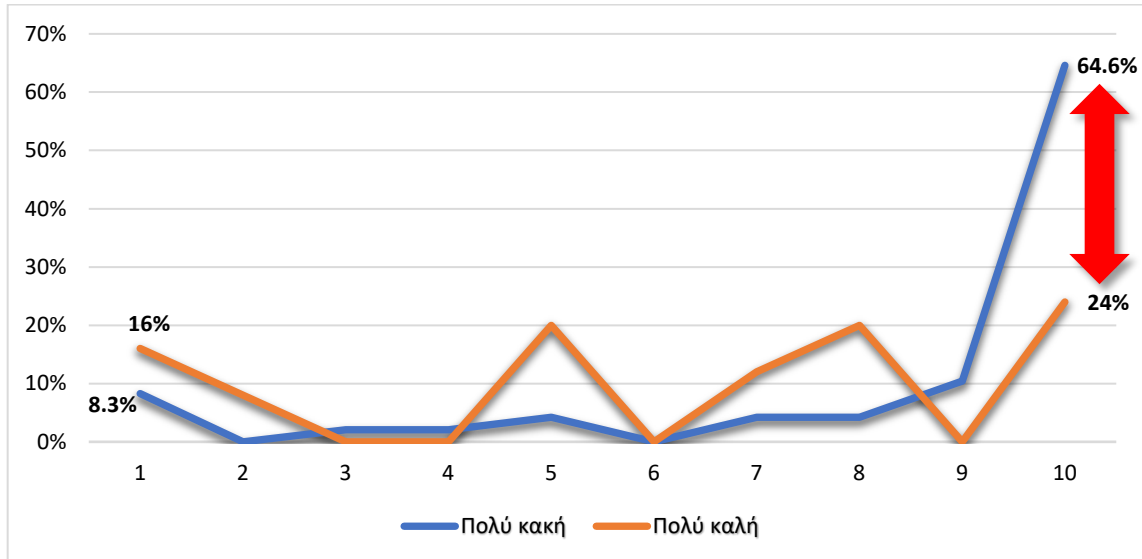
Εικόνα 76 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην επαγγελματική πορεία σύμφωνα με τους ασθενείς ανά οικονομικό επίπεδο



Με γνώμονα να παρουσιαστεί πιο ξεκάθαρα το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των ασθενών με πολύ καλή και πολύ κακή οικονομική κατάσταση σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου στην επαγγελματική τους πορεία, παρατηρείται από την εικόνα 77 πως οι φτωχότεροι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στην επαγγελματική τους πορεία εξαιτίας του καρκίνου σε ποσοστό 64,6%, σε αντίθεση με τους πλουσιότερους, οι οποίοι συγκεντρώνουν ποσοστό 24%. Το χάσμα μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών φαίνεται να είναι πολύ μεγάλο, καθώς οι φτωχότεροι συγκεντρώνουν τρεις φορές μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετώπισης σημαντικών επιπτώσεων του καρκίνου στην επαγγελματική τους πορεία σε σχέση με τους πολύ πλούσιους.



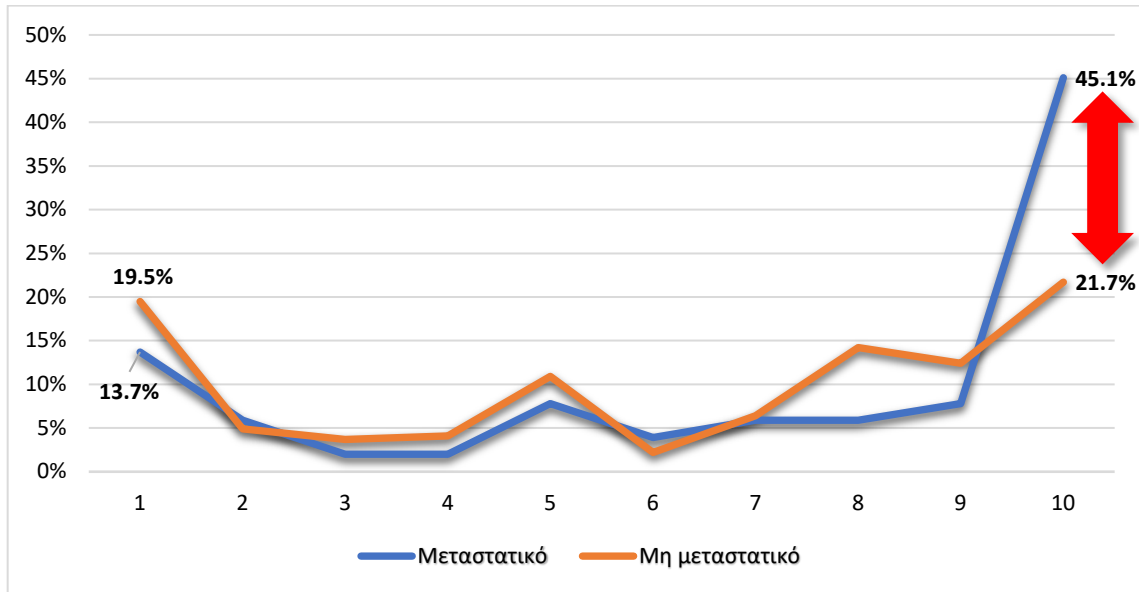
Εικόνα 77 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην επαγγελματική πορεία μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Τέλος, συγκρίνοντας τις επιπτώσεις της ασθένειας στην επαγγελματική πορεία των ασθενών ανάλογα με το εάν έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό ή με μη μεταστατικό καρκίνο, αρχικά παρατηρείται ότι οι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο δεν αντιμετωπίζουν σχεδόν καμία επίπτωση στην επαγγελματική τους πορεία εξαιτίας της νόσου (19,5%). Αντιθέτως, οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο (εικόνα 78) δηλώνουν πως η επαγγελματική τους πορεία έχει επηρεαστεί από την ασθένεια σε ποσοστό 45,1%, το οποίο είναι διπλάσιο από τους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο (21,7%). Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,003 < 0,05$  και συνεπώς υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.



Εικόνα 78 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην επαγγελματική πορεία μεταξύ καρκινοπαθών που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο



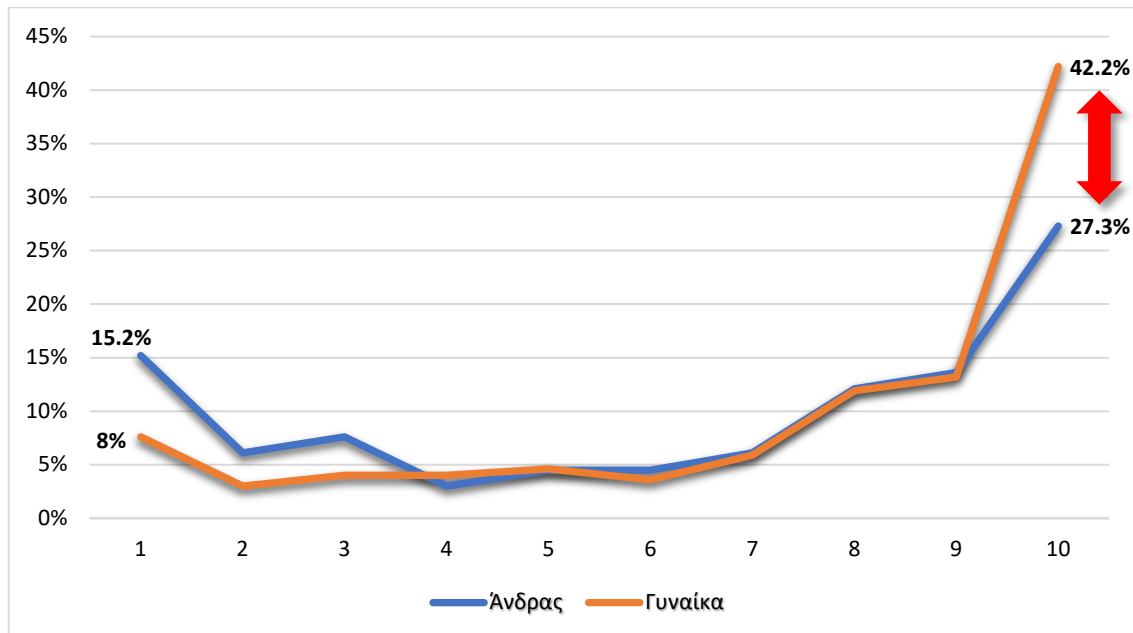


### 5.5.3. Επιπτώσεις καρκίνου στην σεξουαλική ζωή των ασθενών

Σύμφωνα με τους Sadovsky και συν οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του καρκίνου παρουσιάζουν τόσο άμεσες όσο και έμμεσες επιπτώσεις σε φυσιολογικούς, ψυχολογικούς και διαπροσωπικούς τομείς, οι οποίοι με την σειρά τους δύνανται να επηρεάσουν αρνητικά τη σεξουαλική λειτουργία και την ικανοποίηση του ασθενούς (121). Έτσι ο καρκίνος και οι παρενέργειες που δημιουργούνται από την αντιμετώπισή του έχουν σημαντικά αρνητικό αντίκτυπο στη σεξουαλική λειτουργία και ικανοποίηση (121).

Όπως φαίνεται και από την εικόνα 79 συνολικά το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι επηρεάζονται εξαιρετικά πάρα πολύ στην σεξουαλική τους ζωή εξαιτίας της νόσου ανήλθε στο 42,2% και των ανδρών στο 27,3%. Επίσης οι άνδρες σε ποσοστό 15,2% υποστηρίζουν πως δεν έχει επηρεαστεί καθόλου η σεξουαλική τους ζωή εξαιτίας του καρκίνου, σε αντίθεση με τις γυναίκες (8%). Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,367 > 0,05$  και συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

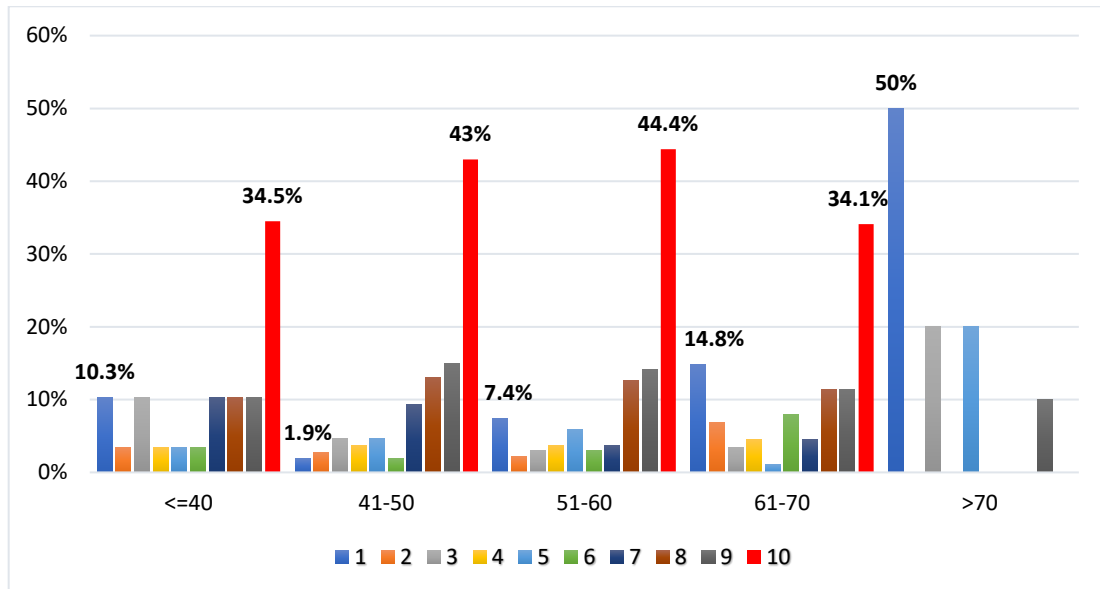
Εικόνα 79 Επιπτώσεις του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην σεξουαλική ζωή των ασθενών ανά φύλο



Σχετικά με την σεξουαλική ζωή και τις επιπτώσεις που ασκεί σε αυτή η ασθένεια του καρκίνου παρατηρείται αρχικά πως οι ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία των  $\leq 40$  ετών παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά έντονης επίπτωσης στην σεξουαλική ζωή (34,5%) μαζί με τους ασθενείς των 61-70 ετών (34,1%). Γενικότερα παρατηρείται πως όσο αυξάνει η

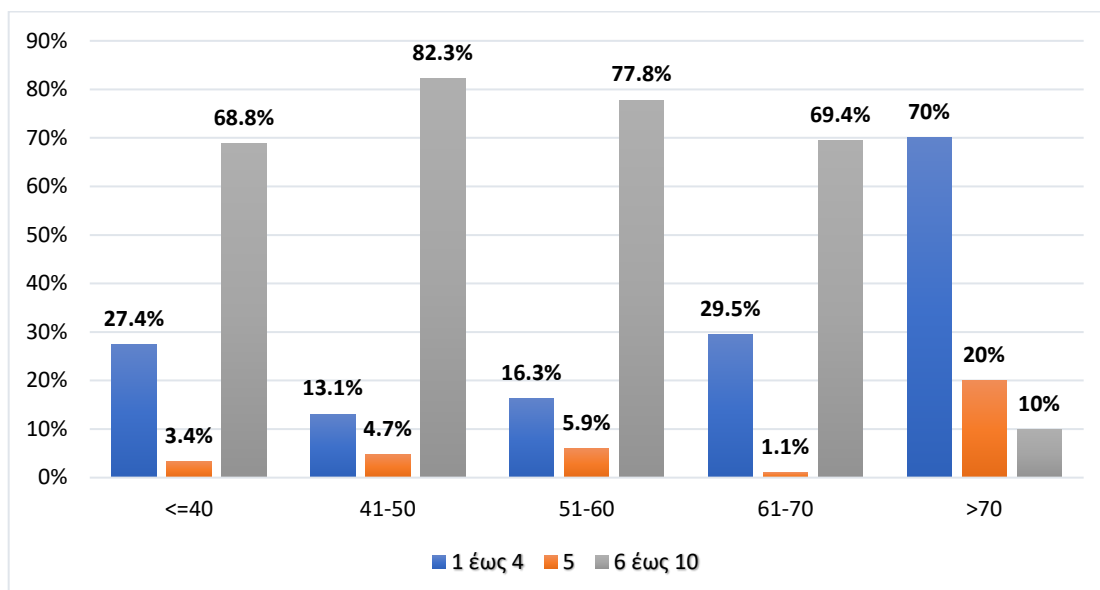
## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

ηλικία αυξάνουν και τα προβλήματα που δημιουργούνται στη σεξουαλική ζωή των ασθενών ως επιπτώσεις της ίδιας της νόσου. Η τιμή p-value (0,001) υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.



Για να γίνουν πιο διακριτές οι επιλογές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων πραγματοποιήθηκε αθροιστική παρουσίαση. Από την εικόνα λοιπόν 80 που προκύπτει, παρατηρείται πως τα υψηλότερα ποσοστά, σύμφωνα με τα οποία οι επιπτώσεις της ασθένειας έχουν επηρεάσει την σεξουαλική ζωή των ασθενών, συγκεντρώνονται στους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 41-50 (82,3%) και των 51-60 (77,8%).

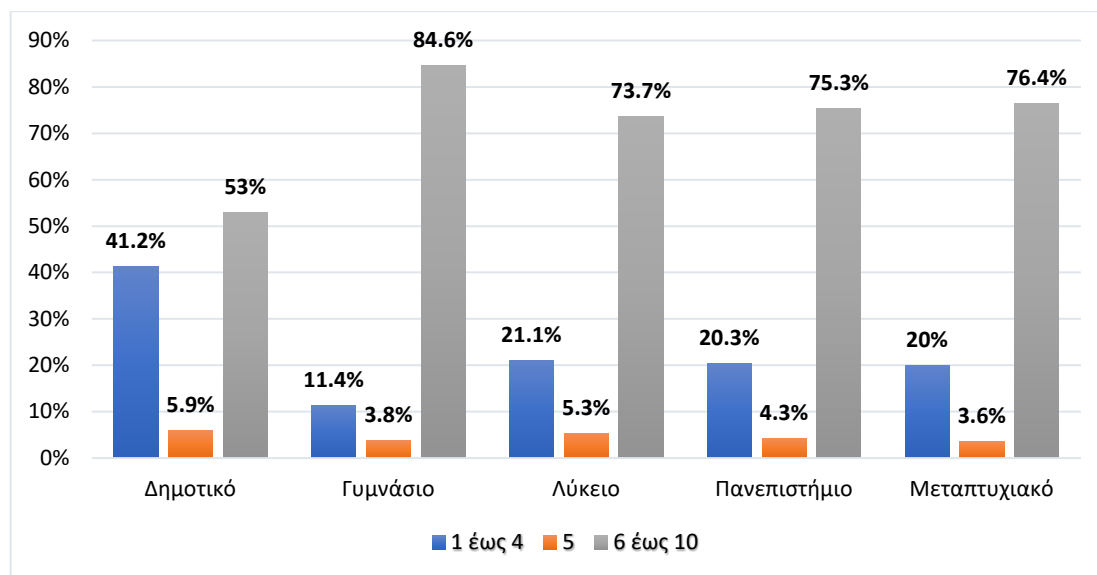
Εικόνα 80 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά ηλικιακή ομάδα





Οι επιπτώσεις του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή των ασθενών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (εικόνα 81), φαίνεται να είναι εντονότερες στους αποφοίτους γυμνασίου (84,6%). Λιγότερο έντονες παρουσιάζονται στους αποφοίτους δημοτικού (41,2%). Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,318 > 0,05$  και συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

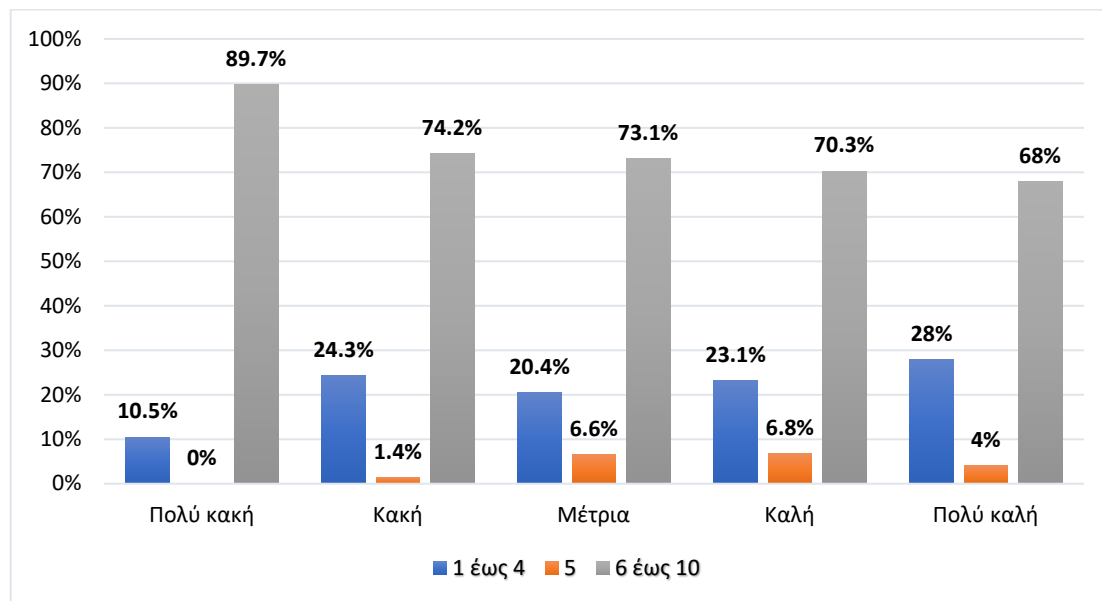
Εικόνα 81 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Όπως φαίνεται και από την εικόνα 82 για το ποιοι επηρεάζονται περισσότερο στην σεξουαλική τους ζωή εξαιτίας του καρκίνου ανά οικονομική κατάσταση μεταξύ των επιλογών 6 έως 10, παρατηρήθηκε ότι η νόσος επηρεάζει περισσότερο τους φτωχότερους, αφού όπως φαίνεται αντιμετωπίζουν σοβαρότερα προβλήματα σε ποσοστό 89,7%. Αντιθέτως, όσοι ανήκουν στα υψηλά και πολύ υψηλά οικονομικά επίπεδα δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά μη επηρεασμού της σεξουαλικής τους ζωής από την ασθένεια σε ποσοστά 23,1% και 28% αντίστοιχα. Παρατηρείται επίσης πως όσο καλύτερη γίνεται η οικονομική κατάσταση κάποιου ασθενούς, τόσο λιγότερο επηρεάζεται η σεξουαλική του ζωή από την ασθένεια. Η τιμή p-value (0,007) υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

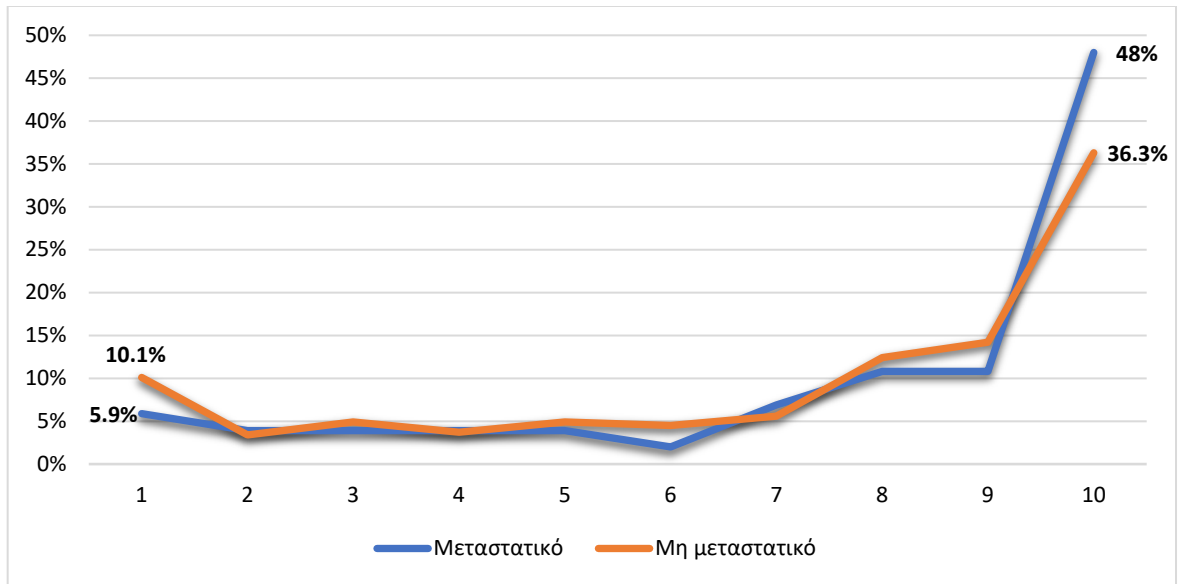
Εικόνα 82 Αθροιστική επίπτωση του καρκίνου στην σεξουαλική ζωή σύμφωνα με τους ασθενείς ανά οικονομικό επίπεδο



Τέλος, συγκρίνοντας τις επιπτώσεις της ασθένειας στην σεξουαλική ζωή των ασθενών ανάλογα με το εάν έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό ή με μη μεταστατικό καρκίνο, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο δεν αντιμετωπίζουν σχεδόν καμία επίπτωση στην σεξουαλική τους ζωή σε ποσοστό 10,1%. Αντιθέτως, οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο (εικόνα 83) δηλώνουν πως η σεξουαλική τους ζωή έχει επηρεαστεί από την ασθένεια σε ποσοστό 48%. Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,674 > 0,05$  και συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.



Εικόνα 83 Επιπτώσεις καρκίνου στην σεξουαλική ζωή μεταξύ καρκινοπαθών που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο



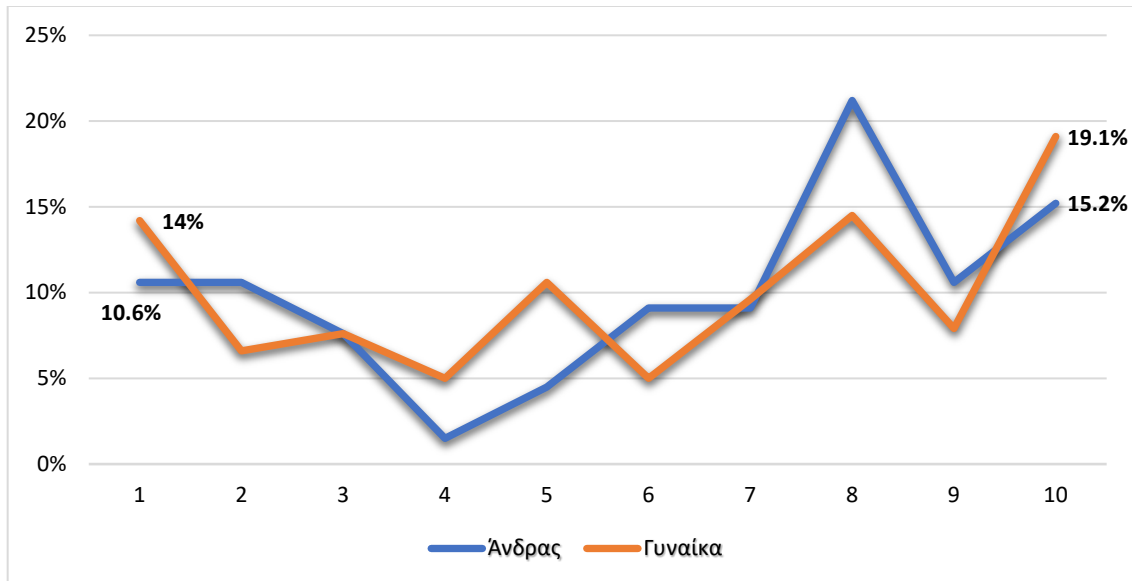
### 5.5.4. Επιπτώσεις καρκίνου στην κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς

Σύμφωνα με τους Trachtenberg et al. η κοινωνικοποίηση με βάση το βιολογικό φύλο είναι «η διαδικασία κατά την οποία τα άτομα αναπτύσσουν, τελειοποιούν και μαθαίνουν να δρουν σύμφωνα με το φύλο τους μέσω της εσωτερίκευσης των κανόνων και των ρόλων του φύλου καθώς αλληλεπιδρούν με βασικούς παράγοντες κοινωνικοποίησης, όπως η οικογένειά τους, τα κοινωνικά δίκτυα και άλλοι κοινωνικοί θεσμοί» (122, 123).

Βάσει της έρευνας που διεξήχθη (εικόνα 84) παρατηρήθηκε πως για τις γυναίκες το 56% αθροιστικά δηλώνεται μεταξύ των επιλογών 6 έως 10. Αυτό σημαίνει ότι περίπου οι 6 στις 10 γυναίκες επηρεάζονται σημαντικά από την ασθένεια του καρκίνου, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να επανενταχθούν ή και να συνεχίσουν να δραστηριοποιούνται στην κοινωνική τους ζωή. Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τους Trachtenberg et al. «η κοινωνικοποίηση του ρόλου του φύλου περιλαμβάνει την εσωτερίκευση και τη συμμόρφωση μιας γυναίκας με τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα των απαιτήσεων ρόλων και της φυσικής εμφάνισης», (122, 124) κάτι που εξαιτίας των χημειοθεραπειών, ακτινοβολιών, ορμονοθεραπειών ή και των χειρουργείων τις δυσκολεύει, καθώς πλήττεται τόσο η εξωτερική τους εικόνα, όσο και η ψυχολογική και συναισθηματική τους κατάσταση. Σημαντικό κρίνεται και το μεγάλο ποσοστό των ανδρών που θεωρούν ότι έχει πληγεί η κοινωνική τους ζωή, καθώς μεταξύ των επιλογών 6 έως 10 συγκεντρώνεται αθροιστικά το 65,2% των απαντήσεων του συγκεκριμένου φύλου. Η τιμή p-value σε αυτή την περίπτωση είναι  $0,404 > 0,05$  και συνεπώς δεν υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

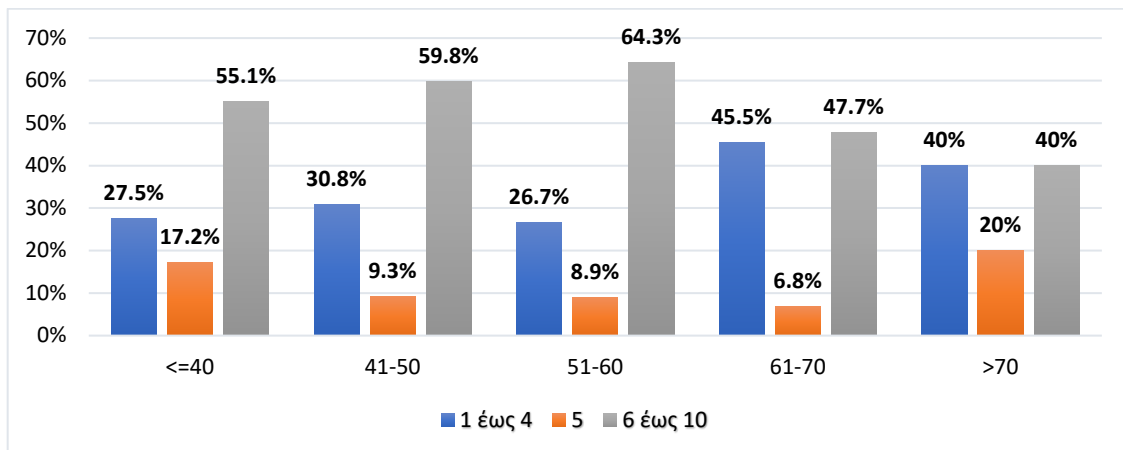


Εικόνα 84 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά φύλο



Η επίπτωση του καρκίνου στην κοινωνική ζωή των ασθενών φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στις μεσαίες ηλικιακές ομάδες (εικόνα 85). Η τιμή p-value (0,537) υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Εικόνα 85 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά ηλικιακή ομάδα



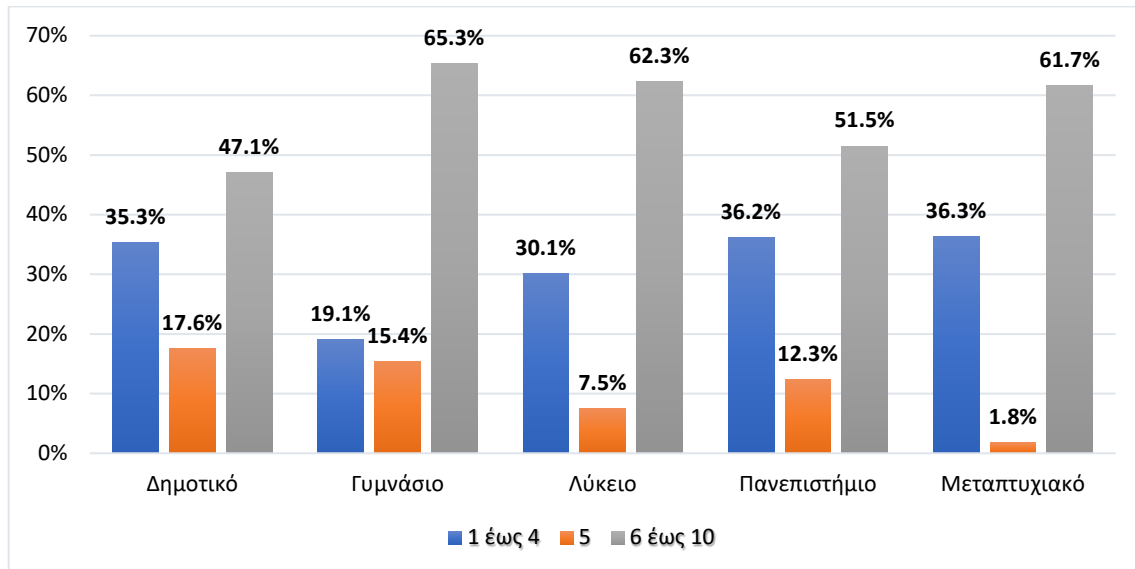
Σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου στην κοινωνική ζωή των ασθενών παρατηρείται από την εικόνα 86 που ακολουθεί ότι αυτοί που υποστηρίζουν πως επηρεάστηκε η κοινωνική τους ζωή από την ασθένεια είναι κυρίως τα οι ασθενείς που είναι απόφοιτοι γυμνασίου (65,3%) και λυκείου (62,3%) σε σχέση με τους ασθενείς των υπόλοιπων εκπαιδευτικών επιπέδων. Από την άλλη πλευρά λιγότερο επηρεασμένοι στον συγκεκριμένο τομέα φαίνεται



## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

να είναι οι απόφοιτοι μεταπτυχιακού και πανεπιστημίου. Στην συγκεκριμένη περίπτωση δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p$ -value=0,113).

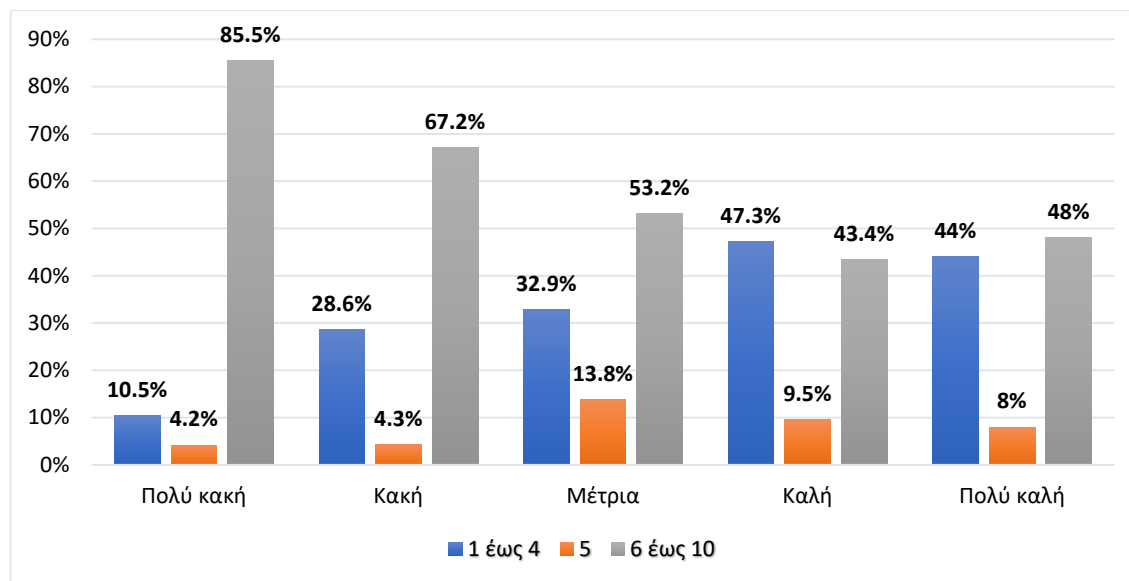
Εικόνα 86 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Από την εικόνα 87 γίνεται κατανοητό πως οι ασθενείς που καλούνται να αντιμετωπίσουν σημαντικές επιπτώσεις του καρκίνου στην κοινωνική τους δραστηριότητα είναι όσοι ανήκουν στα φτωχότερα οικονομικά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα το 85,5% των ασθενών που βρίσκεται σε πολύ κακή οικονομική κατάσταση θεωρεί πως έχει επηρεαστεί από την ασθένειά του στον συγκεκριμένο τομέα. Αντίθετα οι ασθενείς που βρίσκονται σε καλή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση θεωρούν σε ποσοστό 47,3% και 44% αντίστοιχα πως η ασθένειά τους δεν τους έχει επηρεάσει στην κοινωνική τους ζωή και δραστηριότητα. Η τιμή  $p$ -value (0,000) υποδεικνύει πολύ ισχυρή εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών.



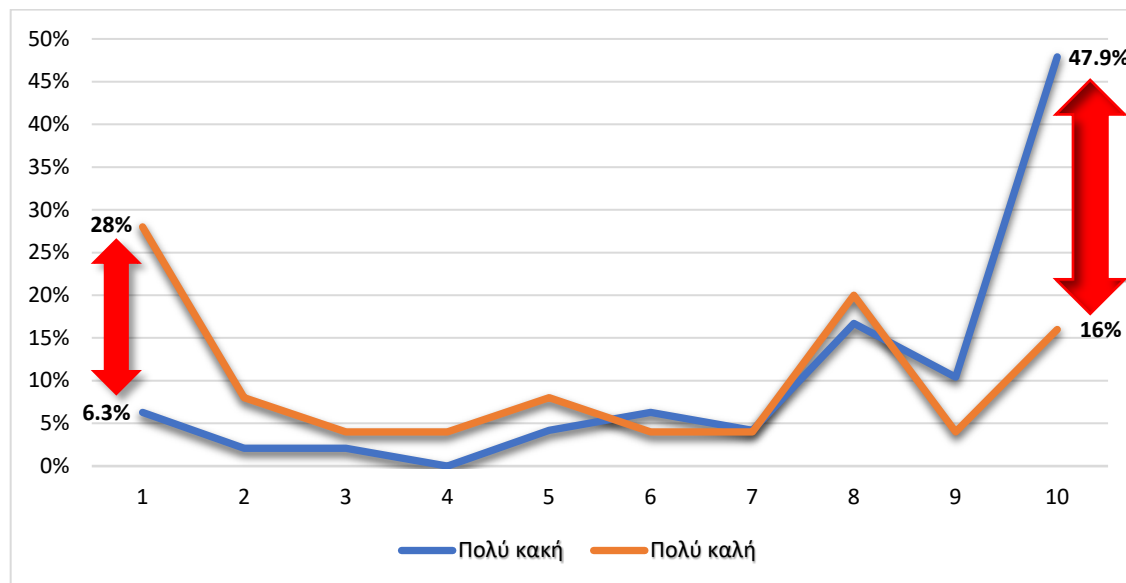
Εικόνα 87 Επίπτωση του καρκίνου σε μια κλίμακα από το 1 έως και το 10 στην κοινωνική δραστηριότητα των ασθενών ανά οικονομική κατάσταση



Με σκοπό να παρουσιαστεί πιο ξεκάθαρα το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των ασθενών με πολύ καλή και πολύ κακή οικονομική κατάσταση σχετικά με τις επιπτώσεις του καρκίνου στην κοινωνική ζωή και δραστηριότητα των ασθενών, παρατηρείται από την εικόνα 88 πως οι φτωχότεροι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στον συγκεκριμένο τομέα ως απόρροια της ασθένειάς τους σε ποσοστό 49,9%, σε αντίθεση με τους πλουσιότερους, οι οποίοι συγκεντρώνουν ποσοστό 16%. Το χάσμα μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών φαίνεται να είναι πολύ μεγάλο, καθώς οι φτωχότεροι συγκεντρώνουν τριπλάσιο ποσοστό αντιμετώπισης σημαντικών επιπτώσεων του καρκίνου στην κοινωνική τους ζωή σε σχέση με τους πολύ πλούσιους, οι οποίοι μάλιστα σε ποσοστό 28% υποστηρίζουν πως δεν έχουν επηρεαστεί καθόλου.

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

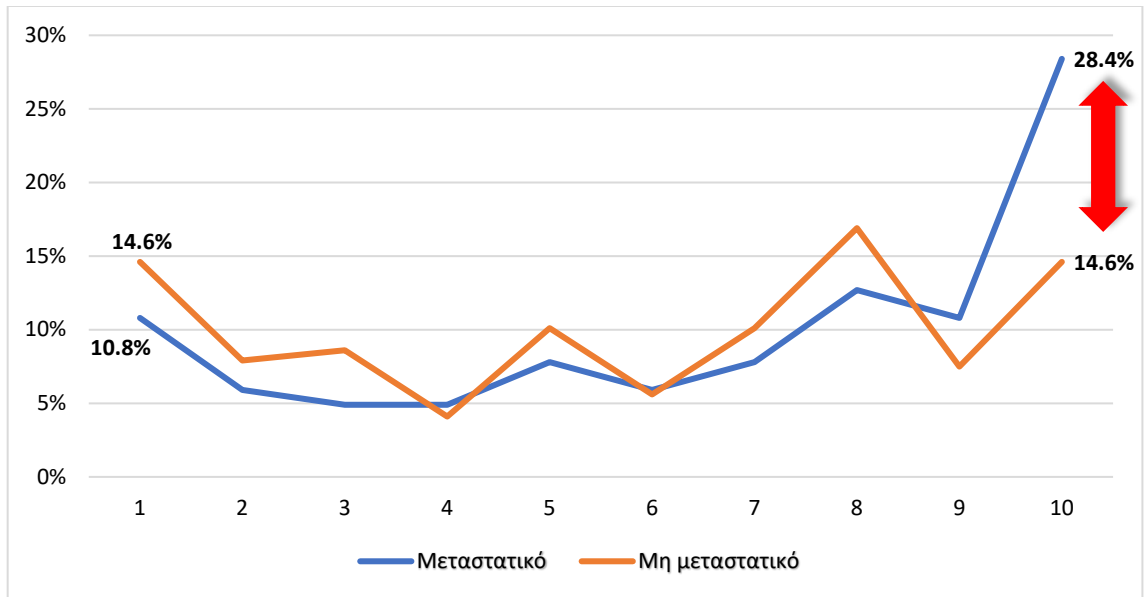
Εικόνα 88 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην κοινωνική δραστηριότητα μεταξύ καρκινοπαθών με πολύ κακή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση



Τέλος, όπως παρουσιάζεται και στην εικόνα 89, οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο σε ποσοστό 28,4% δηλώνουν πως έχουν έρθει αντιμέτωποι με προβλήματα στην κοινωνική τους δραστηριότητα ως απόρροια της ασθένειάς τους, σε αντίθεση με το 14,6% των ασθενών με μη μεταστατικό καρκίνο. Επιπλέον οι καρκινοπαθείς με μη μεταστατικό καρκίνο υποστηρίζουν σε ποσοστό 14,6% πως δεν έχουν επηρεαστεί στην κοινωνική τους ζωή από την ασθένειά τους. Στην συγκεκριμένη περίπτωση δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p\text{-value}=0,17 > 0,005$ ).



Εικόνα 89 Χάσμα επιπτώσεων καρκίνου στην κοινωνική δραστηριότητα μεταξύ καρκινοπαθών που έχουν διαγνωστεί με μεταστατικό και μη μεταστατικό καρκίνο



## 6. Προτάσεις

Τα Ηνωμένα Έθνη και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σε μια συντονισμένη κίνηση καταπολέμησης της ασθένειας του καρκίνου ζήτησαν από τα κράτη – μέλη να αναπτύξουν πολιτικές υγείας που αποβλέπουν στην μείωση των χρόνιων και μη μεταδοτικών ασθενειών κατά 25% έως το 2025. Η Ευρωπαϊκή Ένωση συμμετέχοντας ενεργά στο πεδίο της πολιτικής υγείας των κρατών – μελών της δραστηριοποιείται ήδη 30 σχεδόν χρόνια κατά του καρκίνου με το πρόγραμμα “Europe Against Cancer” και έχει θέσει ως στόχο την μείωση της επίπτωσης του καρκίνου κατά 15% έως και το 2020.

Οι πολλαπλές δυσκολίες όμως της σύγχρονης κοινωνίας αποτελούν σημαντική τροχοπέδη για αυτή την εξέλιξη. Ήδη η εκτεταμένη οικονομική κρίση του 2008-2018 που μάστιξε ολόκληρο τον κόσμο και δη τις νοτιοευρωπαϊκές χώρες δημιούργησε εξαιρετικά προβλήματα στην αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και τις ποιοτικές υπηρεσίες που παρείχαν τα συστήματα υγείας.

Στην Ελλάδα οι περικοπές πόρων στον χώρο της υγείας δημιούργησαν σοβαρά προβλήματα λειτουργικότητας κυρίως εξαιτίας της υποστελέχωσης, της έλλειψης ιατροφαρμακευτικών πόρων αλλά και της παραμέλησης των μέσων και των εγκαταστάσεων, ενώ με τον τρόπο αυτό αύξησαν τις **ανισότητες υγείας** και τις **ανικανοποίητες ανάγκες** με την μετακύληση του κόστους στα νοικοκυριά (125-128).

Όλα τα παραπάνω είχαν σημαντικές επιπτώσεις και στην αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου, κυρίως υπογραμμίζοντας και αναδεικνύοντας το ζήτημα της εύκολης, αποτελεσματικής, ισότιμης και ποιοτικής πρόσβασης των ασθενών αυτών στις υπηρεσίες υγείας που είχαν άμεσα ανάγκη. Το συγκεκριμένο πρόβλημα μάλιστα αναδείχθηκε ακολούθως και κατά την περίοδο επικράτησης της πανδημίας COVID-19, όπου και επήλθε ο **μετασχηματισμός του Συστήματος Υγείας** για την κάλυψη των άμεσων και επιτακτικών αναγκών για την περίθαλψη των ασθενών με Covid-19. Οι χρόνιες και μη μεταδιδόμενες ασθένειες αποτέλεσαν δευτερεύουσα επιλογή με αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην παροχή φροντίδας των χρονίως πασχόντων.

Ένα νέο μοντέλο διαχείρισης της ασθένειας που θα μπορούσε να αναπτυχθεί είναι εκείνο το οποίο θα βασιζόταν στην έννοια της **πολυσυμμετοχικότητας**. Πιο συγκεκριμένα όλο και περισσότερο, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ασθενείς τους σε ένα νέο μοντέλο **πολυσυμμετοχικής συνεργασίας** για την αποτελεσματική διαχείριση της



ασθένειας και την προώθηση της υγείας. Αυτή η συνεργασία απαιτεί τη μετατροπή του επαγγελματικού ρόλου από τον «**αρχηγό**» σε «**συνεργάτη**» και τον ρόλο του ασθενή από τον «**παθητικό παραλήπτη οδηγιών**» εξίσου σε «**συνεργάτη**». Αυτή είναι μια νέα προσέγγιση εταιρικής σχέσης και έχει ιδιαίτερη αξία σε ένα μεταρρυθμισμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που δίνει έμφαση όλο και περισσότερο στην ενεργό συμμετοχή και τις ενέργειες αυτοεξυπηρέτησης ατόμων και οικογενειών για τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Η συνεργασία όμως αυτή δεν περιορίζεται μονάχα σε αυτή τη σχέση, αλλά και στην υποστήριξη της **διάδρασης** μεταξύ πολλαπλών φορέων για την αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως συμβαίνει και σε άλλες σύγχρονες καταστάσεις ιατρικού ενδιαφέροντος με τη συμμετοχή κυβερνήσεων, επαγγελματιών, ερευνητικών ιδρυμάτων, εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, του κοινού και των μέσων ενημέρωσης (129).

Με τον τρόπο αυτό θα αυξάνονταν τα επίπεδα τήρησης του ασθενούς στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού, καθώς ο ασθενής θα βρισκόταν σε θέση να επικοινωνήσει στον ιατρό τους προβληματισμούς του, αλλά και να συζητήσει μαζί του λύσεις. Επιπλέον η ανάδειξη της κατανόησης της ασθένειας θα μπορούσε να οδηγήσει σε καταπολέμηση των φόβων του ασθενούς.

Επιπλέον σημαντική απόρροια των ανωτέρω αποτελεί το γεγονός ότι με βάση αυτή τη σχέση θα μπορούσε να υπογραμμιστεί η αδήριτη ανάγκη για σωστή πληροφόρηση και διαχρονική πρόληψη. Πιο συγκεκριμένα μέσω της ανωτέρω διάδρασης ο ιατρός μπορεί να συμβουλευτεί ή ακόμη και να αποτρέπει τους ασθενείς του από συνήθειες, οι οποίες μπορεί να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου έκθεσης στην ασθένεια, ενώ από την άλλη πλευρά γνωρίζοντας το προφίλ του ασθενούς θα μπορούσε να παρέχει έναν ολοκληρωμένο και βάσει πρωτοκόλλου προγραμματισμένο προληπτικό έλεγχο.

Σημαντική επίσης κρίνεται και η κοινωνική πολιτική παρέμβαση προς αυτή την κατεύθυνση. Η υποστήριξη του **προσυμπτωματικού ελέγχου** μέσω εθνικών προγραμμάτων δωρεάν εξετάσεων θα μπορούσε να οδηγήσει σε έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση, με απώτερο στόχο την ίαση. Πέραν όμως από μια εθνική καμπάνια, η καταπολέμηση του καρκίνου θα μπορούσε να διαμοιραστεί ως πεδίο αρμοδιότητας και στους κατά τόπους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης υποστηρίζοντας έτσι το στοιχείο της σωστής καταγραφής των αναγκών βάσει του πληθυσμού μέσω **αντικαρκινικών συμβουλευτικών κέντρων** (130).

Με τον τρόπο αυτό ανοίγει ο δρόμος της αποκέντρωσης ενός τόσο σοβαρού προβλήματος όπως η συγκεκριμένη ασθένεια. Έτσι στα πλαίσια αυτά μπορούν να δημιουργηθούν

## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

**Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα (131)**, οι οποίες με την υποστήριξη του κεντρικού κράτους θα μπορούν από την μια πλευρά να παρέχουν επικουρικές υπηρεσίες υγείας, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, επείγοντα περιστατικά ή και κατ' οίκον νοσηλεία, ενώ από την άλλη θα έχουν τη δυνατότητα να προωθούν καμπάνιες κατά των παραγόντων κινδύνου και να παρέχουν πληροφορίες ή ακόμη και **ψυχολογική υποστήριξη**.

Στα πλαίσια αυτά είναι σημαντική και η ανάπτυξη της παρηγορητικής ιατρικής – φροντίδας. Εξαιτίας του φόβου του θανάτου, της εγκατάλειψης, της κοινωνικής απομόνωσης, του άγχους, στρες, της κατάθλιψης, του περιορισμού της σεξουαλικότητας και του περιορισμού των δραστηριοτήτων και των υπόλοιπων κοινωνικών ρόλων τόσο ο ασθενής όσο και οι οικείοι του βιώνουν έντονα τις επιπτώσεις της ασθένειας. Για τον συγκεκριμένο λόγο είναι σημαντική και η ανάπτυξη **ανακουφιστικής ψυχολογικής υποστήριξης** ή και ψυχοθεραπείας τόσο στους ασθενείς όσο και στους οικείους, καθώς από μελέτες φαίνεται πως μπορεί να βοηθήσει δραστικά και αποτελεσματικά (132-134).

Εικόνα 90 Προτάσεις για την αντιμετώπιση του καρκίνου



1

- Πολυσυμμετοχικό μοντέλο
- ΣΔΙΤ στον τομέα υγείας

2

Εθνικές καμπάνιες ενημέρωσης και προσυμπτωματικού ελέγχου για έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση

3

- Ανακουφιστική φροντίδα
- Παρηγορητική ιατρική
- Ψυχοθεραπεία



## 7. Συμπεράσματα

Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε πως οι ασθενείς με καρκίνο έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρά αλλά και ακραία προβλήματα **άγχους ή και κατάθλιψης**, αφού η διάγνωση του καρκίνου, η οποία θεωρείται μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια, συνδέεται με μια σειρά υπαρξιακών ζητημάτων που προκαλούν ψυχολογικά επακόλουθα (135). Η συγκεκριμένη διάσταση του άγχους/κατάθλιψης είναι τόσο εκτεταμένη στους καρκινοπαθείς, ώστε σχεδόν το **15%-40% αναπτύσσει τέτοια συμπτώματα** (136), ενώ πολλές φορές τέτοια φαινόμενα παρατηρούνται στους ασθενείς ακόμη και από την πρώτη ημέρα της διάγνωσης. Το άγχος και η κατάθλιψη δεν μειώνουν απλώς την ποιότητα ζωής τους, αλλά ενέχουν και κινδύνους θνησιμότητας (137, 138).

Επιπλέον εξαιτίας της ασθένειας αλλά και των απαιτητικών θεραπειών που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμησή της επηρεάζονται αρνητικά μια σειρά από **σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές λειτουργίες του ασθενούς**, όπως επίσης και η **σεξουαλική, επαγγελματική και οικογενειακή του ζωή** (26-28), προκαλώντας προβλήματα στην διεκπεραίωση των καθημερινών **κοινωνικών ρόλων**.

Η διερεύνηση και καταμέτρηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν μέσα από την ανάλυση των διαστάσεων του ερωτηματολογίου του EQ-5D-5L αλλά και του EORTC-QLQ-C30 για την ποιότητα ζωής αποτελούν βασικά και καίρια εργαλεία για την ανάλυση του βάρους της ασθένειας. Κι αυτό συμβαίνει γιατί με τον τρόπο αυτό γίνεται κατανοητή η **υποκειμενική υγεία των ασθενών** περιορίζοντας παράγοντες που μπορούν να οδηγούν στην αντίστοιχη μείωσή της. Παράλληλα σε συνδυασμό με τις νέες φαρμακευτικές προσεγγίσεις και την εκτεταμένη ιατρική προσπάθεια αντιμετώπισης του καρκίνου μπορεί να οδηγή **στην στοχευμένη καταπολέμηση** παραγόντων που προβληματίζουν τους ασθενείς. Σημαντικό παράδειγμα αποτελεί η αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης των συμπτωμάτων της **κόπωσης και της αϋπνίας**, τα οποία ναι μεν μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (139-141), αλλά η διαχείρισή τους μέσω ενός συνδυασμού φαρμακολογικών και μη μέσων μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο όχι μόνο σε αυτά αλλά και στα υπόλοιπα συμπτώματα και κατά συνέπεια στη συνολική υγεία και ποιότητα ζωής (79, 142).

Επιπροσθέτως, όσον αφορά και την οπτική αναλογική κλίμακα, αυτή έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα κατά την διερεύνηση της ασθένειας του καρκίνου. Μάλιστα χρησιμοποιείται για την διερεύνηση τόσο του πόνου όσο και των συναισθηματικών του επιπτώσεων, όπως του

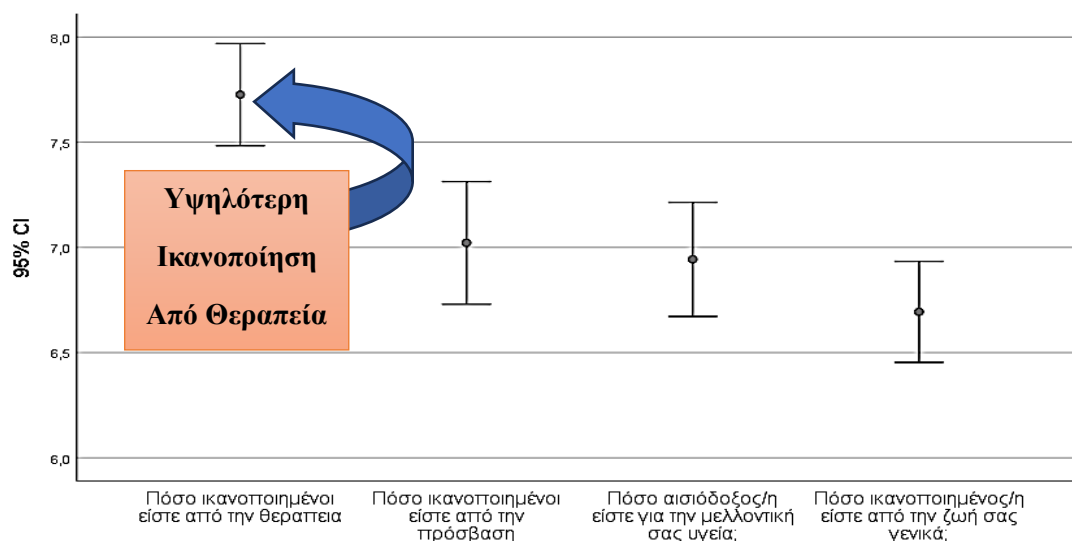


## Ποιότητα ζωής καρκινοπαθών

άγχους και της κατάθλιψης (143-145), στην υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας των ασθενών την στιγμή της έρευνας. Γενικότερα όμως η χρησιμότητα της Visual Analogue Scale θεωρείται εξαιρετικά σημαντική για την σύγκριση κυρίως θεραπειών καρκίνου, ειδικά όταν δεν αναμένεται παρατεταμένη επιβίωση (146). Η αξιοπιστία του συγκεκριμένου εργαλείου δίνει τη δυνατότητα ευρείας χρήσης, ενώ ταυτόχρονα εξαιτίας της αποτελεσματικότητας και της άμεσης απόκρισής του χρησιμοποιείται από τους κλινικούς ιατρούς ευρέως (145).

Από την έρευνα αυτή επίσης φάνηκε πως οι ασθενείς με καρκίνο φαίνεται να είναι περισσότερο **ικανοποιημένοι από την θεραπεία** που λαμβάνουν και κατά πολύ λιγότερο από την ζωή τους γενικότερα (εικόνα 91). Αρκετά ικανοποιημένοι όμως φαίνεται να είναι και από **την πρόσβασή τους σε ογκολογικές υπηρεσίες**.

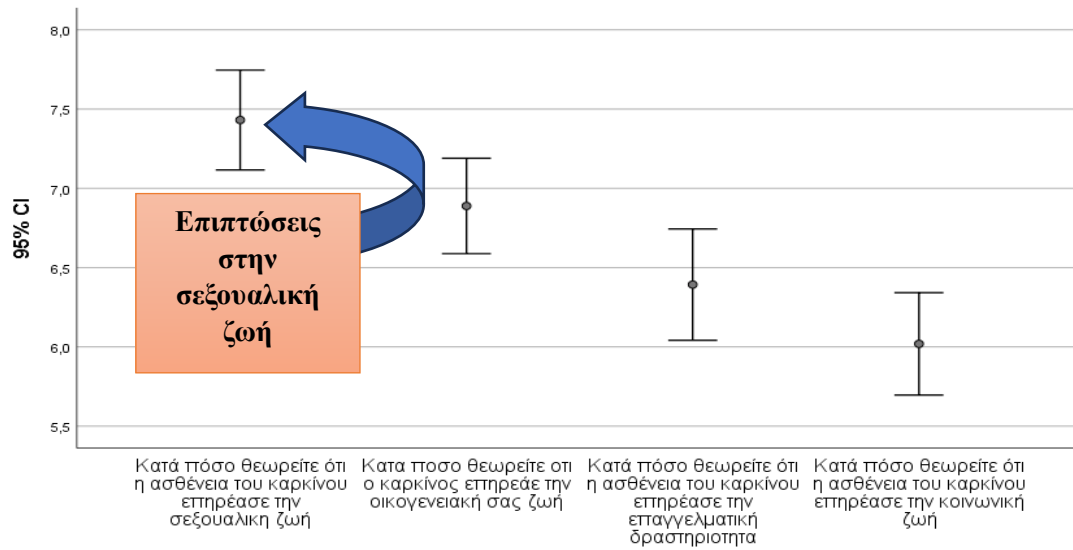
Εικόνα 91 Ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο



Από την άλλη πλευρά φαίνεται πως η ασθένεια του καρκίνου παρουσιάζει σημαντικές επιπτώσεις κατά κύριο λόγο στην **σεξουαλική ζωή** των ασθενών, καθώς και στην **οικογενειακή τους ζωή** συνολικά (εικόνα 92). Σε μικρότερο όμως βαθμό βιώνουν οι ασθενείς τις επιπτώσεις του καρκίνου στην κοινωνική τους δραστηριότητα.



Εικόνα 92 Επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς



Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό εναρκτήριο βήμα για την **λήψη πολιτικών και ιατρικών αποφάσεων** απέναντι στη νόσο του καρκίνου, όπως παρατηρείται και από πολλές άλλες έρευνες (147, 148), αφού υπογραμμίζει τις διάφορες επιπτώσεις του καρκίνου στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών βάσει των απόψεών τους.

## Βιβλιογραφία

1. McGuire S. World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015. *Advances in nutrition*. 2016;7(2):418-9.
2. Popat K, McQueen K, Feeley TW. The global burden of cancer. *Best practice & research Clinical anaesthesiology*. 2013;27(4):399-408.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
4. Kim YA, Lee Y-R, Park J, Oh I-H, Kim H, Yoon S-J, et al. Socioeconomic Burden of Cancer in Korea from 2011 to 2015. *crt*. 2020;52(3):896-906.
5. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncology*. 2015;1(4):505-27.
6. WHO. Ten statistical highlights in global public health. *World health statistics*. 2007;9420.
7. Globocan. International Agency for Research on Cancer: Greece 20202020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>.
8. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today [Internet]. 2021 [cited 7/12/2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>.
9. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(1):16-27.
10. Bray F, Soerjomataram I. The Changing Global Burden of Cancer: Transitions in Human Development and Implications for Cancer Prevention and Control. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank© 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.; 2015.
11. Santucci C, Carioli G, Bertuccio P, Malvezzi M, Pastorino U, Boffetta P, et al. Progress in cancer mortality, incidence, and survival: a global overview. *Eur J Cancer Prev*. 2020;29(5):367-81.
12. Ames BN, Gold LS, Willett WC. The causes and prevention of cancer. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1995;92(12):5258-65.
13. Stein CJ, Colditz GA. Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer*. 2004;90(2):299-303.
14. McCormick PJ. Cancer tsunami: Emerging trends, economic burden, and perioperative implications. *Current anesthesiology reports*. 2018;8:348-54.
15. Hofmarcher T, Brådvik G, Svedman C, Lindgren P, Jönsson B, Wilking N. Comparator report on cancer in Europe 2019--disease burden, costs and access to medicines. *IHE report*. 2019;7:204-9.
16. Simoens S, van Harten W, Lopes G, Vulto A, Meier K, Wilking N. What happens when the cost of cancer care becomes unsustainable. *Eur Oncol Haematol*. 2017;13(2):108-13.
17. Hirsch BR, Balu S, Schulman KA. The impact of specialty pharmaceuticals as drivers of health care costs. *Health Affairs*. 2014;33(10):1714-20.



18. Vogler S. Can we achieve affordable cancer medicine prices? Developing a pathway for change. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2021;21(3):321-5.
19. Vogler S, Paris V, Ferrario A, Wirtz VJ, de Joncheere K, Schneider P, et al. How can pricing and reimbursement policies improve affordable access to medicines? Lessons learned from European countries. *Applied health economics and health policy*. 2017;15:307-21.
20. Vogler S, Vitry A. Cancer drugs in 16 European countries, Australia, and New Zealand: a cross-country price comparison study. *The Lancet Oncology*. 2016;17(1):39-47.
21. Godman B, Hill A, Simoens S, Selke G, Selke Krulichová I, Zampirolli Dias C, et al. Potential approaches for the pricing of cancer medicines across Europe to enhance the sustainability of healthcare systems and the implications. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2021;21(4):527-40.
22. Godman B, Wild C, Haycox A. Patent expiry and costs for anti-cancer medicines for clinical use: expiry and costs anti-cancer medicines. *Generics and Biosimilars Initiative Journal*. 2017:1-3.
23. Godman B, Bucsis A, Vella Bonanno P, Oortwijn W, Rothe CC, Ferrario A, et al. Barriers for access to new medicines: searching for the balance between rising costs and limited budgets. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:328.
24. Haycox A. Why cancer? *PharmacoEconomics*. 2016;34(7):625-7.
25. Cohen D. Cancer drugs: high price, uncertain value. *Bmj*. 2017;359.
26. Fernández CA, Flores AB. Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea*. 2011;2(2):187.
27. Garcia Martin A, Fernandez Rodriguez EJ, Sanchez Gomez C, Rihuete Galve MI. Study on the Socio-Economic Impact of Cancer Disease on Cancer Patients and Their Relatives. *Healthcare*. 2022;10(12):2370.
28. Rodriguez EJF, Galve MIR, Hernandez JJC. Impact of a comprehensive functional rehabilitation programme on the quality of life of the oncological patient with dyspnoea. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2021;157(1):10-6.
29. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*. 2010;19(7):734-41.
30. Teunissen S, de Graeff A, Voest E, De Haes J. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative medicine*. 2007;21(4):341-6.
31. Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D, et al. Management of cancer symptoms: pain, depression, and fatigue. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]: Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2002*.
32. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *JNCI Monographs*. 2004;2004(32):32-9.
33. WHO. WHO, editor2023. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
34. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021;199:20-4.
35. Lichtenberg FR. The effect of new cancer drug approvals on the life expectancy of American cancer patients, 1978–2004. *Economics of Innovation and New Technology*. 2009;18(5):407-28.

36. Howard DH, Chernew ME, Abdelgawad T, Smith GL, Sollano J, Grabowski DC. New anticancer drugs associated with large increases in costs and life expectancy. *Health Affairs*. 2016;35(9):1581-7.
37. Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2004;13(3):147-60.
38. Li Y, Hecht SS. Carcinogenic components of tobacco and tobacco smoke: A 2022 update. *Food and Chemical Toxicology*. 2022;165:113179.
39. Phua ZJ, MacInnis RJ, Jayasekara H. Cigarette smoking and risk of second primary cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology*. 2022;78:102160.
40. Hecht SS, Hatsukami DK. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*. 2022;22(3):143-55.
41. Gallagher EJ, LeRoith D. Obesity and cancer. *Cancer and Metastasis Reviews*. 2022;41(3):463-4.
42. Tzenios N. Obesity as a risk factor for cancer. *EPRA International Journal of Research and Development (IJRD)*. 2023;8(2):101-4.
43. Yoo JE, Han K, Shin DW, Kim D, Kim B-s, Chun S, et al. Association between changes in alcohol consumption and cancer risk. *JAMA network open*. 2022;5(8):e2228544-e.
44. Armstrong BK, Kricger A, English DR. Sun exposure and skin cancer. *The Australasian journal of dermatology*. 1997;38:S1-6.
45. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci*. 2017;13(11):1387-97.
46. Thomsen S, Ng N, Biao X, Bondjers G, Kusnanto H, Liem N, et al. Bringing evidence to policy to achieve health-related MDGs for all: justification and design of the EPI-4 project in China, India, Indonesia, and Vietnam. *Global health action*. 2013;6:1-10.
47. Jacobs LA, Shulman LN. Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. *The Lancet Oncology*. 2017;18(1):e19-e29.
48. Thomas C, Morris SM. Informal carers in cancer contexts. *European Journal of Cancer Care*. 2002;11(3):178-82.
49. Govina O, Kotronoulas G, Mystakidou K, Katsaragakis S, Vlachou E, Patiraki E. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(1):81-8.
50. Bedke J, Rini BI, Plimack ER, Stus V, Gafanov R, Waddell T, et al. Health-related Quality of Life Analysis from KEYNOTE-426: Pembrolizumab plus Axitinib Versus Sunitinib for Advanced Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol*. 2022;82(4):427-39.
51. Bulamu NB, Chen G, Ratcliffe J, Schloite A, Bright T, Watson DI. Health-Related Quality of Life Associated with Barrett's Esophagus and Cancer. *World J Surg*. 2019;43(6):1554-62.
52. Grivas P, Kopyltsov E, Su PJ, Parnis FX, Park SH, Yamamoto Y, et al. Patient-reported Outcomes from JAVELIN Bladder 100: Avelumab First-line Maintenance Plus Best Supportive Care Versus Best Supportive Care Alone for Advanced Urothelial Carcinoma. *Eur Urol*. 2023;83(4):320-8.



53. Hagiwara Y, Shiroiwa T, Taira N, Kawahara T, Konomura K, Noto S, et al. Mapping EORTC QLQ-C30 and FACT-G onto EQ-5D-5L index for patients with cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):354.
54. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al. Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19).
55. Thom L, Lowe D, Rogers SN. Implications of the Quality of Life Metric in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2022;60(6):810-6.
56. Witjes JA, Galsky MD, Gschwend JE, Broughton E, Braverman J, Nasroulah F, et al. Health-related Quality of Life with Adjuvant Nivolumab After Radical Resection for High-risk Muscle-invasive Urothelial Carcinoma: Results from the Phase 3 CheckMate 274 Trial. *Eur Urol Oncol*. 2022;5(5):553-63.
57. WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life 2012. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
58. Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*. 2001;18(3):218-29.
59. Θεοδοροπούλου Ε, Καρτερολιώτης Κ, Νάσσης Γ, Κοσκοκού Μ, Γελαδάς Ν. Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής». *Κινησιολογία: Ανθρωπιστική Κατεύθυνση*. 2012;5(1):58-66.
60. Υφαντόπουλος Γ. Τα οικονομικά της υγείας-Θεωρία και πολιτική. Βιβλιοθήκη Οικονομίας, Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας, Εκδόσεις Τυποθήτω, Αθήνα. 2018.
61. Yfantopoulos J. Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic medicine*. 2001;18(2):114-30.
62. Yfantopoulos J. Measuring quality of life and the European health model. *Arch Hell Med*. 2007;24(supl 1):6-18.
63. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-76.
64. Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Sullivan M. EORTC QLQ-C30 scoring manual: European Organisation for research and treatment of cancer; 1995.
65. Fitzsimmons D, Kahl S, Butturini G, van Wyk M, Bornman P, Bassi C, et al. Symptoms and Quality of Life in Chronic Pancreatitis Assessed by Structured Interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. 2005;100(4):918-26.
66. Husson O, Zebrack BJ, Aguilar C, Hayes-Lattin B, Cole S. Cancer in adolescents and young adults: Who remains at risk of poor social functioning over time? *Cancer*. 2017;123(14):2743-51.
67. WARREN M. Uncertainty, lack of control and emotional functioning in women with metastatic breast cancer: a review and secondary analysis of the literature using the critical appraisal technique. *European Journal of Cancer Care*. 2010;19(5):564-74.
68. Brezden CB, Phillips KA, Abdoell M, Bunston T, Tannock IF. Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2000;18(14):2695-701.
69. Castellon SA, Ganz PA, Bower JE, Petersen L, Abraham L, Greendale GA. Neurocognitive performance in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy and tamoxifen. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2004;26(7):955-69.



70. Heflin LH, Meyerowitz BE, Hall P, Lichtenstein P, Johansson B, Pedersen NL, et al. Cancer as a risk factor for long-term cognitive deficits and dementia. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97(11):854-6.
71. Kreukels BP, van Dam FS, Ridderinkhof KR, Boogerd W, Schagen SB. Persistent neurocognitive problems after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Clin Breast Cancer.* 2008;8(1):80-7.
72. Schagen SB, Muller MJ, Boogerd W, Rosenbrand RM, van Rhijn D, Rodenhuis S, et al. Late effects of adjuvant chemotherapy on cognitive function: a follow-up study in breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2002;13(9):1387-97.
73. Zebrack BJ. Cancer Survivor Identity and Quality of Life. *Cancer Practice.* 2000;8(5):238-42.
74. Morrow GR, Andrews PL, Hickok JT, Roscoe JA, Matteson S. Fatigue associated with cancer and its treatment. *Supportive Care in Cancer.* 2002;10(5):389-98.
75. Wagner LI, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches. *British Journal of Cancer.* 2004;91(5):822-8.
76. Mock V, McCorkle R, Ropka M, Pickett M, Poniatowski B, editors. Fatigue and physical functioning during breast cancer treatment. *Oncol Nurs Forum;* 2002.
77. Cella D, Davis K, Breitbart W, Curt G, Coalition F. Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *Journal of clinical oncology.* 2001;19(14):3385-91.
78. O'Donnell JF. Insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone.* 2004;6(1, Supplement D):S6-S14.
79. Theobald DE. Cancer pain, fatigue, distress, and insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone.* 2004;6(1, Supplement D):S15-S21.
80. Poole K, Froggatt K. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? *Palliative Medicine.* 2002;16(6):499-506.
81. Jeon KH, Shin DW, Lee JW, Baek HJ, Chung NG, Sung KW, et al. Parent caregivers' preferences and satisfaction with currently provided childhood cancer survivorship care. *J Cancer Surviv.* 2022.
82. Heerdegen ACS, Petersen GS, Jervelund SS. Determinants of patient satisfaction with cancer care delivered by the Danish healthcare system. *Cancer.* 2017;123(15):2918-26.
83. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal.* 2014;29(1):3.
84. Bleich SN, Özaltın E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World health Organization.* 2009;87(4):271-8.
85. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open.* 2013;3(1).
86. Walker MS, Ristvedt SL, Haughey BH. Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction? *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer.* 2003;12(3):291-300.
87. Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie W-C, Efficace F, Conroy T, et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and



- Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *European journal of cancer*. 2007;43(2):323-30.
88. De Boer D, Delnoij D, Rademakers J. Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expectations*. 2010;13(3):285-97.
  89. Sandoval GA, Brown AD, Sullivan T, Green E. Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;18(4):266-74.
  90. Thind A, Hoq L, Diamant A, Maly RC. Satisfaction with care among low-income women with breast cancer. *Journal of Women's Health*. 2010;19(1):77-86.
  91. Kavadas V, Barham C, Finch-Jones M, Vickers J, Sanford E, Alderson D, et al. Assessment of satisfaction with care after inpatient treatment for oesophageal and gastric cancer. *Journal of British Surgery*. 2004;91(6):719-23.
  92. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. The relationship between perceived service quality and patient willingness to recommend at a national oncology hospital network. *BMC health services research*. 2011;11:1-8.
  93. Becker MH, Maiman LA. Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of community health*. 1980;6(2):113-35.
  94. Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*. 1983;9(2):91-109.
  95. Soria-Reyes LM, Cerezo MV, Molina P, Blanca MJ. Life Satisfaction and Character Strengths in Women With Breast Cancer: Zest and Hope as Predictors. *Integr Cancer Ther*. 2023;22:15347354231197648.
  96. Kristjanson LJ, Ashcroft T. The family's cancer journey: A literature review. *Cancer Nursing*. 1994;17(1):1-17.
  97. Shi Q, Smith TG, Michonski JD, Stein KD, Kaw C, Cleeland CS. Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis. *Cancer*. 2011;117(12):2779-90.
  98. Park J-H, Park J-H, Kim S-G. Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in Korea. *Psycho-Oncology*. 2009;18(7):691-9.
  99. Zhang Q-Y, Wang F-X, Jia K-K, Kong L-D. Natural Product Interventions for Chemotherapy and Radiotherapy-Induced Side Effects. *Frontiers in Pharmacology*. 2018;9.
  100. Shapiro CL. Highlights of recent findings on quality-of-life management for patients with cancer and their survivors. *JAMA oncology*. 2016;2(11):1401-2.
  101. Turcotte LM, Liu Q, Yasui Y, Arnold MA, Hammond S, Howell RM, et al. Temporal trends in treatment and subsequent neoplasm risk among 5-year survivors of childhood cancer, 1970-2015. *Jama*. 2017;317(8):814-24.
  102. Northouse LL, Cracchiolo-Caraway A, Appel CP, editors. *Psychologic consequences of breast cancer on partner and family*. Seminars in Oncology Nursing; 1991: WB Saunders.
  103. Maguire P. The repercussions of mastectomy on the family. *International Journal of Family Psychiatry*. 1981;1(6):485-503.
  104. Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*. 1987;36(4):221-5.
  105. Baider L, De-Nour AK. Couples' reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report. *The international journal of psychiatry in medicine*. 1985;14(3):265-76.



106. Sabo D. Men, death anxiety, and denial: Critical feminist interpretations of adjustment to mastectomy. *Clinical sociological perspectives on illness and loss*. 1990;71-84.
107. Treanor C, Donnelly M. Late effects of cancer and cancer treatment--the perspective of the patient. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):337-46.
108. Novakovic B, Fears TR, Wexler LH, McClure LL, Wilson DL, McCalla JL, et al. Experiences of cancer in children and adolescents. *Cancer Nursing*. 1996;19(1):54-9.
109. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry*. 2000;22(3):200-5.
110. Woźniak K, Iżycki D. Cancer: a family at risk. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*. 2014;13(4):253-61.
111. Vess Jr JD, Moreland JR, Schwebel AI. An empirical assessment of the effects of cancer on family role functioning. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1985;3(1):1-16.
112. Boelhouwer IG, Vermeer W, van Vuuren T. The associations between late effects of cancer treatment, work ability and job resources: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2021;94:147-89.
113. Di Mattei VE, Perego G, Taranto P, Mazzetti M, Marotta E, Candiani M, et al. The Long-Term Effects of Cancer Treatment on Sexuality and Couple Relationships. *Family Process*. 2021;60(3):853-65.
114. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3712-9.
115. Breukink SO, Donovan KA. Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors. *J Sex Med*. 2013;10 Suppl 1:74-83.
116. Kim N, Kang D, Shin SH, Heo JS, Shim S, Lim J, et al. Effects of cancer stigma on quality of life of patients with hepatobiliary and pancreatic cancer. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2023;27(2):172-9.
117. Rashid YA, Ghafoor ZA, Masood N, Mehmood T, Awan S, Ansar T, et al. Psychosocial impact of cancer on adult patients. *Labour*. 2012;37(18):15.
118. Northouse L. The Impact of Cancer on the Family: An Overview. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1985;14(3):215-42.
119. Lewis FM. The impact of cancer on the family: A critical analysis of the research literature. *Patient Education and Counseling*. 1986;8(3):269-89.
120. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica*. 2007;46(4):446-51.
121. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1\_part\_2):349-73.
122. Trachtenberg L, Esplen MJ, Toner B, Piran N. Gender Socialization as a Predictor of Psychosocial Well-Being in Young Women with Breast Cancer. *Current Oncology*. 2022;29(11):8121-32.
123. Neetu JA, Stoebenau K, Ritter S, Edmeades J, Balvin N, Unicef. Gender socialization during adolescence in low-and middle-income countries: Conceptualization, influences and outcomes. 2017.
124. Piran N. *Journeys of embodiment at the intersection of body and culture: The developmental theory of embodiment*: Academic Press; 2017.



125. Yfantopoulos I, Chantzars A, Ollandezos M. The impact of the economic crisis on the incidence and intensity of catastrophic health payments in Greece. *Value in Health*. 2016;19(7):A626.
126. Yfantopoulos J. Awaiting the “catharsis”. *The European Journal of Health Economics*. 2021;22(4):499-504.
127. Yfantopoulos J, Chantzaras A, Ollandezos M. Unmet pharmaceutical needs during the economic crisis in Greece. *Value in Health*. 2017;20(9):A510.
128. Yfantopoulos N, Yfantopoulos P, Yfantopoulos J. Pharmaceutical Policies under Economic Crisis: The Greek case. *JHPOR*. 2016.
129. Zhang J, Zhang Z-m. Ethics and governance of trustworthy medical artificial intelligence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2023;23(1):7.
130. Yoo K-Y. Cancer Control Activities in the Republic of Korea. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2008;38(5):327-33.
131. Howard SC, Zaidi A, Cao X, Weil O, Bey P, Patte C, et al. The My Child Matters programme: effect of public–private partnerships on paediatric cancer care in low-income and middle-income countries. *The Lancet Oncology*. 2018;19(5):e252-e66.
132. Cleary JF, Carbone PP. Palliative medicine in the elderly. *Cancer*. 1997;80(7):1335-47.
133. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer*. 2001;92(S4):1049-52.
134. Thomas LPM, Meier EA, Irwin SA. Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer. *Current psychiatry reports*. 2014;16:1-6.
135. Sharpe L, Curran L, Butow P, Thewes B. Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-Oncology*. 2018;27(11):2559-65.
136. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*. 1999;80(11):1770-80.
137. Pinquart M, Duberstein P. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2010;40(11):1797-810.
138. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*. 2009;115(22):5349-61.
139. Howell D. A program to develop research and education in cancer-related fatigue. *Canadian Oncology Nursing Journal= Revue Canadienne de Nursing Oncologique*. 1998;8(S1):S1-2.
140. Longman AJ, Braden CJ, Mishel MH. Side effects burden in women with breast cancer. *Cancer Practice*. 1996;4(5):274-80.
141. Pater JL, Zee B, Palmer M, Johnston D, Osoba D. Fatigue in patients with cancer: results with National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group studies employing the EORTC QLQ-C30. *Supportive care in cancer*. 1997;5:410-3.
142. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*. 2002;54(9):1309-21.
143. Ahles TA, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Cancer-related pain—II. Assessment with visual analogue scales. *Journal of Psychosomatic Research*. 1984;28(2):121-4.



144. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *The Journal of Pain*. 2003;4(7):407-14.
145. Lesage F-X, Berjot S, Deschamps F. Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupational Medicine*. 2012;62(8):600-5.
146. Hauser K, Walsh D. Visual analogue scales and assessment of quality of life in cancer. *J Support Oncol*. 2008;6(6):277-82.
147. Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdel-Rahman O, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA oncology*. 2019;5(12):1749-68.
148. Zhao M, Wu Q, Hao Y, Hu J, Gao Y, Zhou S, et al. Global, regional, and national burden of cervical cancer for 195 countries and territories, 2007–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):419.