



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

*Διπλωματική εργασία*

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ  
ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: «ΜΑΡΙΑ ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ»  
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: «ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»**

**ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2021**

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσης του διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και αναγνώριση δεν σημαίνει καθ' οποιοδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγραφέας/ δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταμόρφωση» downloading), «ανάρτηση» uploading, μετάφραση, τροποποίηση με οποιοδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς την ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέας/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο και η εκτίμηση του κόστους της ανοσοθεραπείας»

«ΜΑΡΙΑ ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ»

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Δρ. Φραγκιαδάκης Γεώργιος»

«Μέλος ΣΕΠ ΔΜΥ60»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

«Δρ. Καρακόλιας Στέφανος»

«Μέλος ΣΕΠ ΔΜΥ 60»

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2021

## ***Ευχαριστίες***

*Ύστερα από την ολοκλήρωση της ακαδημαϊκής χρονιάς και την ολοκλήρωση της παρούσης έρευνας, οφείλω να ευχαριστήσω τον κ. Δ. Νιάκα, Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος και τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Φραγκιαδάκη Γεώργιο, για την εύστοχη και ουσιώδης καθοδήγηση κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας.*

*Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς του ογκολογικού τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για την απλόχερη προθυμία στην συμβολή της έρευνας, καθώς μέσω αυτών κατανόησα τις ανάγκες και τις αγωνίες των ογκολογικών ασθενών. Καθώς επίσης και τους συναδέλφους μου για την υποστήριξη και την βοήθεια τους.*

*Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου.*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ένα θέμα που απασχολεί την κοινότητα των επιστημόνων είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών ασθενών. Καθώς μεγάλος αριθμός θανάτων, παγκοσμίως, οφείλεται στο καρκίνο. Η καινοτομία της ανοσοθεραπείας στοχεύει στην θεραπεία του καρκίνου, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και στην αύξηση της επιβίωσης. Έτσι, λοιπόν, η ανοσοθεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση των όγκων, όπως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του νεφρού, το μελάνωμα και ο καρκίνος κεφαλής τραχήλου, μέσω της ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος κάθε ανθρώπου προς όφελος του.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία και η ανασκόπηση του κόστους της ανοσοθεραπείας. Μέσω των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν αποτυπώνεται η κατάσταση της υγείας των ασθενών όσο αναφορά την σωματική και ψυχολογική ευεξία, την κοινωνική και πνευματική ομαλή λειτουργία. Καθώς επίσης εκτιμάται το κόστος των ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ως σήμερα στην Ελλάδα με αποτύπωση την ποιότητα ζωής.

**Μεθοδολογία :** Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία πραγματοποιήθηκε με τα ερωτηματολόγια SF\_36 και QLQ\_C30. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ογκολογική κλινική ημερησίας νοσηλείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, κατά την οποία δόθηκαν 150 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 100. Η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε μέσω προγράμματος SPSS.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα και από τα δύο ερωτηματολόγια αποδεικνύουν πως η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αξιολογείται ικανοποιητική και λειτουργική, καθώς το 61% των ερωτηθέντων αξιολογεί την υγεία του από καλή ως πολύ καλή, και η διάρκεια που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία έχει βελτιώσει την κατάσταση υγείας τους όπως αξιολογεί το 27%. Επιπλέον, το 49% δεν νιώθει καθόλου πόνο. Από τους ερωτηθέντες, μέσω του QLQ\_C30, αποδεικνύεται πως το 93% των ασθενών δεν αντιμετωπίζει προβλήματα προσωπικής φροντίδας, όπως και υπάρχει ισορροπία σε κοινωνικό επίπεδο.

**Λέξεις κλειδιά:** Ποιότητα ζωής, καρκίνος, ανοσοθεραπεία, θεραπεία, ερωτηματολόγια, ογκολογία

## ABSTRACT

**Introduction:** One issue that make an intense concern to the scientific community is the assessment of the quality of life of cancer patients. As a large number of deaths worldwide are due to cancer. The innovation of immunotherapy has the target on the treatment of cancer, on the patients' quality of life and on the increase survival. Thus, immunotherapy aims to treat the tumors, such as lung cancer, kidney cancer, melanoma, and the cancer of head and cervical cancer, by activating each person's immune system for their advantage.

**Purpose:** the purpose of this research is the assessment of quality of life of cancer patients who subject to immunotherapy and the review of immunotherapy's cost. Through the questionnaires which were used, reflected the condition of health of patients regarding to physical and psychological well-being, the social communication and the right mental function. Also, in the research is estimated the cost of immunotherapy drugs which are allowed for using in Greece, in reflection with the quality of life.

**Methodology:** Quality of life's assessment of cancer patients, who are treated by immunotherapy, held by the questionnaires SF\_36 and QLQ-C30. The research took place in the oncology division of The University Hospital of Patras, in which procedure were given 150 questionnaires and 100 of them were given back completed. The results were processed through SPSS program.

**Results:** The results of both questionnaires present that the subjective assessment of patient's quality of life is functional and satisfactory, as 61% of the responses rated their own health from good to very good, and during the immunotherapy their health conditions has been improved, as estimated by 27%. In addition, 49% do not feel any pain. For the QLQ\_C30 responses, is revealed that 93% of patients, do not face problems with personal care, as well as there is a balance at the social level.

**Key words:** quality of life, cancer, immunotherapy, treatment, questionnaires, oncology

## Περιεχόμενα

<i>Ευχαριστίες</i> .....	3
<b>Περίληψη</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	5
Κατάλογος Διαγραμμάτων /πινάκων .....	8
Κατάλογος Πινάκων .....	10
<b>Α ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	11
<b>Κεφάλαιο 1. Καρκίνος: Οι προτεραιότητες σε Ευρώπη και Ελλάδα</b> .....	12
1.1. Ορισμός των Σοβαρών και Χρόνιων Παθήσεων - Μορφές .....	12
1.2 Καρκίνος: επιδημιολογία, μορφές, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση .....	14
1.2.1. Επιδημιολογία .....	15
1.2.2 Μορφές.....	16
1.2.3 Διάγνωση.....	17
1.2.4. Θεραπεία .....	19
1.2.5. Αποκατάσταση .....	22
1.3 Αιτίες πρόκλησης του καρκίνου στην Ευρώπη και την Ελλάδα .....	23
1.4 Ευρωπαϊκό Σχέδιο Αντιμετώπισης κατά του Καρκίνου .....	29
1.5 Οι συνέπειες της πανδημίας COVID-19 στην αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και το καρκίνο .....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ποιότητα ζωής και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής</b> .....	33
2.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής .....	33
2.2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	35
2.3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής και ΣΥΠΖ.....	36
2.4 Ανασκόπηση μελετών μέτρησης της Ποιότητας Ζωής Ασθενών με καρκίνο .....	41
<b>Κεφάλαιο 3: Η μέθοδος της ανοσοθεραπείας, τα ανοθεραπευτικά φάρμακα και το κόστος</b> .....	43
3.1 Η μέθοδος της ανοσοθεραπείας .....	43
3.2 Μηχανισμός δράσης της ανοσοθεραπείας.....	44
3.3 Μορφές ανοσοθεραπείας .....	45
3.4 Ανοσοθεραπευτικά φάρμακα και παρενέργειες.....	46
3.5 Κόστος, κλινική αποδοτικότητα και QoL .....	52
<b>Β΄ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	55
<b>Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	56
4.Σκοπός και Μεθοδολογία της έρευνας .....	56

<b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ .....</b>	<b>59</b>
.....	60
<i>Διάγραμμα 13: Κατανομή απασχόλησης .....</i>	<i>63</i>
<i>Διάγραμμα 14: Κατανομή μηναίου εισοδήματος .....</i>	<i>63</i>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ – CHI SQUARE TEST (X<sup>2</sup>).....</b>	<b>86</b>
<b>5. Επιλεγμένα περιστατικά ασθενών που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία .....</b>	<b>94</b>
<b>6. Συμπεράσματα.....</b>	<b>96</b>
<b>6.1 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και ενίσχυση της ογκολογικής φροντίδας .....</b>	<b>98</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>100</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>106</b>
1.1 Φύλλο καταγραφής στοιχείων ασθενών .....	106
1.2 Ερωτηματολόγιο QLQ-C30 .....	109
1.3 Ερωτηματολόγιο SF-60 .....	112
1.4 Απόφαση Δ.Σ. του Π.Γ.Ν.Π. για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας.....	115



## Κατάλογος Διαγραμμάτων /πινάκων

Διάγραμμα 1: Σύνολο θανάτων από κακοήγη νεοπλάσματα 2010-2016.....	23
Διάγραμμα 2: Θάνατοι από κακοήθεια το 2012.....	24
Διάγραμμα 3: Θάνατοι από κακοήθεια το 2008.....	24
Διάγραμμα 4: Θάνατοι από καρκίνο στους αρένες.....	25
Διάγραμμα 5: Θάνατοι από καρκίνο στις γυναίκες.....	26
Διάγραμμα 6 : Θάνατοι στην Ευρώπη ανά κατηγορία νεοπλασιών για το έτος 2017.....	28
Διάγραμμα 7: Εκτίμηση των περιπτώσεων καρκίνου και θνησιμότητας για το 2020 στην Ευρώπη .....	29
Διάγραμμα 8: Ηλικιακή κατανομή.....	59
Διάγραμμα 9: Κατανομή Οικογενειακής κατάστασης.....	60
Διάγραμμα 10:Κατανομή φύλλου .....	60
Διάγραμμα 11: Κατανομή περιοχής κατοικίας.....	61
Διάγραμμα 12: Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης.....	62
Διάγραμμα 13: Κατανομή απασχόλησης.....	63
Διάγραμμα 14: Κατανομή μηνιαίου εισοδήματος.....	63
Διάγραμμα 15: Ερώτηση QLQ-1: Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες;.....	64
Διάγραμμα 16: Ερώτηση QLQ-2 : Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε μεγάλο περίπατο;.....	64
Διάγραμμα 17: Ερώτηση QLQ-3 Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο;.....	65
Διάγραμμα 18: Ερώτηση QLQ-4: Χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι ή σε καρέκλα κατά την διάρκεια της ημέρας;.....	65
Διάγραμμα 19: Ερώτηση QLQ-5: Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν περπατάτε στην τουαλέτα;.....	66
Διάγραμμα 20: Ερώτηση QLQ-6: Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες;.....	66
Διάγραμμα 21: Ερώτηση QLQ-7: Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες;.....	67
Διάγραμμα 22: Ερώτηση QLQ-8: Λαχανιάσατε;.....	67
Διάγραμμα 23: Ερώτηση QLQ-9: Πονούσατε.....	68
Διάγραμμα 24: Ερώτηση QLQ-10: Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;.....	68
Διάγραμμα 25: Ερώτηση QLQ-11: Είχατε αυπνίες;.....	68
Διάγραμμα 26: Ερώτηση QLQ-12:Αισθανθήκατε αδυναμία;.....	69
Διάγραμμα 27: Ερώτηση QLQ-13: Είχατε ανορεξία;.....	70
Διάγραμμα 28: Ερώτηση QLQ-14: Είχατε τάση για έμετο;.....	70

Διάγραμμα 29: Ερώτηση QLQ-15: Κάνατε εμετό;.....	71
Διάγραμμα 30: Ερώτηση QLQ-16: Είχατε δυσκοιλιότητα;.....	71
Διάγραμμα 31: Ερώτηση QLQ-17: Είχατε διάρροια;.....	72
Διάγραμμα 32: Ερώτηση QLQ-18: Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;.....	72
Διάγραμμα 33: Ερώτηση QLQ-19: Αισθανόσασταν πόνο κατά την διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας; .....	73
Διάγραμμα 34: Ερώτηση QLQ-20: Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε μια εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση; .....	73
Διάγραμμα 35: Ερώτηση QLQ-21: Αισθανόσασταν υπέρταση;.....	74
Διάγραμμα 36: Ερώτηση QLQ-22: Αισθανόσασταν στενοχώρια;.....	74
Διάγραμμα 37: Ερώτηση QLQ-23: Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η;.....	75
Διάγραμμα 38: Ερώτηση QLQ-24: Αισθανόσασταν κατάθλιψη;.....	75
Διάγραμμα 39: Ερώτηση QLQ-25: Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;.....	76
Διάγραμμα 40: Ερώτηση QLQ-26: Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για την θεραπεία σας, εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή; .....	77
Διάγραμμα 41: Ερώτηση QLQ-27: Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για την θεραπεία σας, εμπόδισαν την κοινωνική σας ζωή; .....	77
Διάγραμμα 42: Ερώτηση QLQ-28: Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για την θεραπεία σας, προξένησαν οικονομικές δυσκολίες; .....	78
Διάγραμμα 43: Ερώτηση QLQ-29: Πως θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;.....	79
Διάγραμμα 44 : Ερώτηση QLQ-30: Πως θα εκτιμούσατε συνολικά την ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;.....	79
Διάγραμμα 45: Ερώτηση 1 SF-36: Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι; .....	80
Διάγραμμα 46: Ερώτηση 2 SF-36: Σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας σήμερα;.....	81
Διάγραμμα 47: Ερώτηση 4α SF-36: Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στην δουλειά ή σε άλλες ασχολίες;.....	81
Διάγραμμα 48: Ερώτηση 5β SF-36: Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θέλατε;.....	82
Διάγραμμα 49: Ερώτηση 7 SF-36: Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;.....	82
Διάγραμμα 50: Ερώτηση 9 Γ SF-36:Αισθανόσαστε τόσο πολύ πιεσμένος/η ψυχολογικά που τίποτα δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;.....	83
Διάγραμμα 51: Ερώτηση 9 Ε SF-36:Είχατε πολλή ενεργητικότητα; .....	84
Διάγραμμα 52: Ερώτηση 9 ζ SF-36:Αισθανόσαστε εξάντληση; .....	84
Διάγραμμα 53: Ερώτηση 9 Η SF-36:Είσατε ευτυχισμένος/η; .....	85
Διάγραμμα 54: Ερώτηση 9 Θ SF-36:Αισθανόσαστε κούραση; .....	85
Διάγραμμα 55: Ερώτηση 11γ SF-36:Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει; .....	86

## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 1: Πίνακες αιτίων θανάτων.....	25
Πίνακας 2 : Κόστος ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων .....	53

# Α ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **Κεφάλαιο 1. Καρκίνος: Οι προτεραιότητες σε Ευρώπη και Ελλάδα.**

### **1.1. Ορισμός των Σοβαρών και Χρόνιων Παθήσεων - Μορφές**

Η Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζει την χρόνια πάθηση ως μία επιδείνωση της υγείας από την φυσιολογική. Οι χρόνιες - σοβαρές παθήσεις είναι πιθανό να αποτελέσουν μόνιμη κατάσταση ανικανότητας, να προκαλέσουν αναστρέψιμη παθολογική εικόνα που χρήζει συνεχή παρακολούθηση (Γιαβασόπουλος Ε., & Γουρνή Π., 2008). Οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν ένα συνεχές και όλο αυξανόμενο πρόβλημα. Αποτελούν την βασική αιτία θνησιμότητας για την Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς αγγίζει το 86% των συνολικών θανάτων στο γενικό πληθυσμό, και οφείλεται στον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Αναφέρεται πως δύο εκατομμύρια των θανάτων οφείλονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα ενώ ο σακχαρώδης διαβήτης έχει προσβάλει το 8% του πληθυσμού. Επιπλέον, το 80% των ανθρώπων άνω των 65 ετών προσβάλλονται από χρόνιες ασθένειες κάτι το οποίο προκαλεί αύξηση της νοσηρότητας σε συνδυασμό με άλλα νοσήματα αλλά και προβλήματα στην διοικητική διαχείριση. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ειδικά το έτος 2013 το 26% των θανάτων οφειλόταν στον καρκίνο, με παραπάνω από 1 εκατομμύριο άνθρωποι να έχασαν την ζωή τους. (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2013) Οι ασθένειες που κατατάσσονται στις χρόνιες παθήσεις είναι ο διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, αναπνευστικές παθήσεις, ψυχικές ασθένειες και μυοσκελετικές παθήσεις. (Ευρωπαϊκή επιτροπή, 2013)

Επιπλέον, η αυξανόμενη τάση που παρουσιάζουν οι χρόνιες παθήσεις αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας. Μία πρόκληση όσο αφορά την οικονομική διαχείριση αλλά και την κοινωνική ανάπτυξη ανά την Ευρώπη. Αυτό εκτιμάται ότι αγγίζει τα 700€ δισεκατομμύρια και πρόκειται να αυξηθεί χρόνο με το χρόνο (OECD Statistics, 2010).

Όσο αφορά την Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής είναι υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όμως η υγεία διαφοροποιείται με βάση το φύλλο και την κοινωνική θέση του ατόμου. Οι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια και εγκεφαλικά επεισόδια έχουν μειωθεί σε αντίθεση με μορφές καρκίνου και διαβήτη που έχουν αυξήσει τον αριθμό των θανάτων. Οι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν τις χρόνιες παθήσεις αποτελούν τα χαρακτηριστικά των συμπεριφορικών παραγόντων, το κάπνισμα αποτελεί το 40% των θανάτων στην Ελλάδα ποσοστό που ξεπερνά και το 39% μέσο όρο της Ευρώπης. Επίσης, η έλλειψη σωματικής

άσκησης και η ανοδική κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν σημεία που αυξάνουν τις χρόνιες παθήσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Αξίζει να σημειωθεί, ενώ η ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα εγκεφαλικά επεισόδια παρουσιάζουν μείωση συνεχίζουν και μετά το 2000 να αποτελούν τις βασικές αιτίες θανάτων. Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζει την μεγαλύτερη συχνότητα στους θανάτους από καρκίνο με την Ελλάδα να κατέχει την 6<sup>η</sup> υψηλότερη θέση για την Ευρωπαϊκή Ένωση το 2016, ακολουθούν οι καρκίνοι παγκρέατος και εντέρου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019).

Με βάση όλα τα παραπάνω, δημιουργήθηκε ένα παγκόσμιο πλαίσιο παρακολούθησης για τις χρόνιες παθήσεις από τον ΠΟΥ προκειμένου να αποτυπωθεί πρόοδος σε κάθε ασθένεια αλλά και η πρόληψη για κάθε μία σε συνάρτηση με τους παράγοντες κινδύνους. Η Πολιτική Διακήρυξη εγκρίθηκε από την Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών το 2011, θέτοντας ως βασικότερες χρόνιες παθήσεις τον καρκίνο, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τις χρόνιες πνευμονοπάθειες και τον διαβήτη. Το πλαίσιο αυτό αποτελείται από 9 στόχους καταπολέμησης της θνησιμότητας από τις τέσσερις ασθένειες, που λαμβάνει χώρα από το 2013 έως το 2025. Στην ουσία αποτελεί έργο των κρατών η αποτροπή από παράγοντες κινδύνου (WHO, 2013).

Οι μορφές των χρόνιων – σοβαρών παθήσεων, γνωστές και ως μη μεταδοτικές ασθένειες, με βάση τον ΠΟΥ αποτελούν ασθένεια που υπάρχει πάνω από 12 μήνες αποτελεί γενετικό, φυλετικό, περιβαλλοντικό και συμπεριφορικό παράγοντα, όπως η χρήση καπνού, η απουσία σωματικής άσκησης, η ανθυγιεινές διατροφές πλούσιες σε νάτριο και χρήση αλκοόλ. Οι κυριότερες χρόνιες παθήσεις είναι ο καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και διαβήτης και αποτελούν το 80% όλων των πρόωρων θανάτων, ενώ αποτελούν το 71% των θανάτων παγκοσμίως. Άτομα που χάνουν την ζωής τους από αυτές τις ασθένειες μεταξύ 30 και 70 ετών αγγίζουν τα 15 εκατομμύρια, και σε μεγάλο βαθμό παρουσιάζονται σε κοινωνίες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις κατατάσσονται πρώτες με 17,9 εκατομμύρια θανάτους, ακολουθεί ο καρκίνος με 9 εκατομμύρια θανάτους, οι αναπνευστικές παθήσεις και ο διαβήτης 3,9 και 1,6 εκατομμύρια αντίστοιχα (WHO, 2018).

Εκτενέστερα όμως εκτός από την θνησιμότητα οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζονται και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η αυξανόμενη τάση που παρουσιάζουν οι παθήσεις απειλούν την Ατζέντα για την Βιώσιμη Ανάπτυξη του 2030, η οποία στοχεύει στην μείωση των πρόωρων θανάτων. Η αυξανόμενη τάση της φτώχειας αυξάνει την εμφάνιση των χρόνιων παθήσεων, με

τα άτομα που ανήκουν στα χαμηλά εισοδήματα να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας λόγω της έκθεσης τους σε παράγοντες κίνδυνου όπως η κατανάλωση καπνού, μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων και την μειωμένη πρόσβαση στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO, 2018, Cockerman W.,et al.,2017).

## **1.2 Καρκίνος: επιδημιολογία, μορφές, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση**

Ο καρκίνος, ως νόσο, φαίνεται να έκανε την πρώτη εμφάνιση του με την μορφή οστεοσαρκώματος στο οστό του κρανίου σε μούμιες της αρχαίας Αιγύπτου. Επίσης, ο Ιπποκράτης φαίνεται να κατέγραψε τον όρο ‘καρκίνος’ ως ασθένεια. Έως τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ο καρκίνος αποτελούσε στην κοινωνία ως μία επιδείνωση ενός τραύματος (Τσεκουράκης Δ., 2001) Σήμερα, ο ΠΟΥ αναφέρει τον καρκίνο ως την δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως ύστερα από τις καρδιοαγγειακές παθήσεις, με 1 στους 6 θανάτους προέρχεται από περιστατικό καρκίνου. Η έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες εξαρτάται από το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο των ατόμων (WHO, 2018, Merletti F., et al., 2011). Επιπλέον, τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου εμφανίζουν σταθερή αύξηση τα τελευταία 20 χρόνια ενώ ταυτόχρονα οι δείκτες θνησιμότητας παρουσιάζουν πτωτική τάση. Αν και παρατηρείται σημαντική μεταβολή στα ποσοστά επιβίωσης σε διάφορους τύπους καρκίνου, που αγγίζουν τα 200 είδη. (Cancer research,2014) Με τον όρο ‘καρκίνος’ εννοείται ο πολλαπλασιασμός κυττάρων που οφείλεται σε αστάθεια της γενετικής βάσης δηλαδή προκαλείται παραμόρφωση της ορθής λειτουργίας συγκεκριμένων κυττάρων. Ο ρυθμός της συγκεκριμένης ανάπτυξης αυτών των κυττάρων και το σημείο συγκέντρωσης εντός του οργανισμού προκαλούν παθολογικά προβλήματα στην λειτουργία του οργανισμού (American cancer Society,2015).

Η παγκόσμια αύξηση των περιστατικών από καρκίνο προκαλεί ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Η ύπαρξη του καρκίνου ταλαιπωρεί συναισθηματικά τις οικογένειες των πασχόντων, αναταράσσει την κοινωνία και τα συστήματα υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν την έξαρση που παρουσιάζεται, καθώς η ανισότητες που δημιουργούνται ανάμεσα στις οικονομικές ανισότητες διαμορφώνουν και την έκβαση που θα έχει ο εκάστοτε ασθενής. Η χαμηλή και μεσαία τάξη αντιμετωπίζουν περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ενώ σε οικονομικά ισχυρά συστήματα η ποιότητα ζωής και η έκβαση της νόσου βελτιώνονται χάρη στην έγκαιρη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία (WHO, 2018).

### 1.2.1. Επιδημιολογία

Η ασθένεια του καρκίνου εμφανίζεται στον οργανισμό σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, είτε είναι ιστός ή όργανο, και η αρχή της ασθένειας ξεκινά με την ανεξέλεγκτη παραγωγή ανώμαλων κυττάρων καταλήγοντας να μεταδοθούν, ακόμη, και σε άλλα όργανα πέρα από τα όργανα έναρξης τους. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται μετάσταση. Για το έτος 2018, ο καρκίνος ευθύνεται για 9,6 εκατομμύρια θανάτους με τον καρκίνο να αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτων. Επίσης για το έτος 2012 τα περιστατικά καρκίνου άγγιξαν, παγκοσμίως, τα 14,1 εκατομμύρια και για το έτος 2008 12,7 εκατομμύρια. Με τους θανάτους που οφείλονταν σε καρκίνο να αγγίζουν το 8,2 εκατομμύρια (Ferlay J., et al., 2013). Σε γενική εικόνα το 70% των θανάτων από καρκίνο παρουσιάζονται σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά νοικοκυριά. Για τους άνδρες οι πιο συχνή τύποι καρκίνου εμφανίζονται στον πνεύμονα, στον προστάτη, στο παχύ έντερο, στο ήπαρ και στο στομάχι. Για τις γυναίκες στο παχύ έντερο, στο τράχηλο της μήτρας, στο πνεύμονα, στο μαστό και στο θυροειδή αδένα (WHO, 2018).

Αρχικά, οι παράγοντες κινδύνου των ατομικών συνηθειών που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου είναι ο τρόπος συμπεριφοράς και η ανθυγιεινή διατροφή. Εκτενέστερα, οφείλεται στην υποψία παχυσαρκίας, στην χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών, όπως φρούτα και λαχανικά (Danaei G., et al, 2005). Επιπλέον, την εμφάνιση εντείνει και η απουσία σωματικής άσκησης (Danaei G., et al, 2005) και όλα αυτά σε συνδυασμό με την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και καπνού. Ειδικά η κατάχρηση καπνού αυξάνει στο 22% τους θανάτους από καρκίνο (WHO, 2018, GBD, 2015). Ακόμη, τα σεξουαλικών μεταδιδόμενα νοσήματα ευθύνονται για την εμφάνιση κακοήθειας, ιδιαίτερα στην ανάπτυξη καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, όσο αφορά τις γυναίκες. Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και η ηπατίτιδα Β και C αποτελούν σύνηθες περιπτώσεις σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές περιοχές.(Plummer M., et al., 2012, Danaei G., et al, 2005) Ακόμη, τρεις εξωτερικοί παράγοντες που συμβάλλουν στον μετασχηματισμό των φυσιολογικών κυττάρων μετατρέποντας τα σε καρκινικά και, εν ακολουθία, στην εμφάνιση καρκινικών όγκων είναι η έκθεση σε φυσικές καρκινογόνες ουσίες δηλαδή, η υπεριώδης και ιονίζουσα ακτινοβολία. Επόμενες αναφέρονται οι χημικές καρκινογόνες ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ο αμιάντος, συστατικά του καπνού και στο αρσενικό, το οποίο βρίσκεται σε περιοχές με μολυσμένο πόσιμο νερό. Τέλος, οι λοιμώξεις από βακτήρια, ιούς και παράσιτα (WHO, 2018). Αξίζει να σημειωθεί, πως θεμελιώδης παράγοντας στην ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία και η κληρονομικότητα. Στην ηλικία, αυξάνεται ο κίνδυνος



για συγκεκριμένους τύπους καρκίνου, καθώς λόγω αποδυνάμωσης των κυτταρικών μηχανισμών για αντιμετώπιση της καρκινογένεσης ο κίνδυνος όλο και αυξάνεται. Όσο αφορά την κληρονομικότητα, η έναρξη μετάλλαξης κυττάρων σε καρκινογενέσεις παρατηρείται σε μέλη οικογενειών που έχουν αναπτύξει καρκίνο. (Scottenfeld D., et al.,1982)

### **1.2.2 Μορφές**

Η εμφάνιση καρκίνου σε έναν οργανισμό δεν είναι μια απλή διαδικασία ασθένειας καθώς ανάλογα με την ταχύτητα ανάπτυξης και το σημείο εξάπλωσης του αποτελεί κάθε φορά μία μεμονωμένη διαδικασία. Επι το πλείστον, όλοι οι καρκίνοι δημιουργούν έναν ιστό που ονομάζεται όγκος. Εάν ο όγκος που εμφανίζεται δεν είναι καρκινογένεση ονομάζεται καλοήθης, αντιθέτως κακοήθης όταν υπάρχει καρκινογένεση.(American Cancer Society,2015) Ανάλογα με την προέλευση τους οι τύποι καρκίνων χωρίζονται ως εξής (Varricchio Claudette G.,2004):

- 1) Καρκινώματα: είναι συμπαγής και προέρχονται από επιθηλιακά κύτταρα. Δηλαδή καλύπτουν όργανα όπως είναι το στήθος, ο πνεύμονας, το πάγκρεας, η μήτρα και το παχύ έντερο.
- 2) Σαρκώματα : είναι οι τύποι καρκίνων που εμφανίζονται σε σημεία συνδετικού χαρακτήρα, προέρχονται από συνδετικούς ιστούς. Δηλαδή, εμφανίζονται σε σημεία όπως είναι οι τένοντες, οι χόνδροι, τα νεύρα, τα οστά, τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία.
- 3) Λεμφώματα και λευχαιμίες: Και οι δύο τύποι εμφανίζονται σε κύτταρα που αποτελούν το αίμα. Αρχικά, οι λεμφαδένες είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά της λέμφου μέσω της άμεσης σύνδεσης με την κυκλοφορία του αίματος. Έτσι, λοιπόν, όταν υπάρχει τύπος καρκίνου λεμφώματος, εννοείται ένα αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα καθώς τα T και B λεμφοκύτταρα έχουν υποστεί αλλοίωση λόγω της καρκινογένεσης. Από την άλλη μεριά, οι λευχαιμίες προέρχονται άμεσα από τα κύτταρα του αίματος. Στην περίπτωση της των λευχαιμιών τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται στα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος. Το 30% των περιπτώσεων καρκίνου λευχαιμίας εμφανίζεται σε ανήλικους, ενώ υπάρχει μία τάση αύξησης σε ενήλικες και για τους δύο τύπους καρκίνων.
- 4) Καρκίνοι γεννητικών κυττάρων: Αποτελούν όγκους που εμφανίζονται στις ωοθήκες και στους όρχεις.

Ανάλογα, λοιπόν, το πόσο έχει εξελιχθεί ο καρκίνος αντιπροσωπεύεται από τέσσερα στάδια. Το 1<sup>ο</sup> και το 2<sup>ο</sup> σημαίνει πως ο καρκίνος δεν έχει εξελιχθεί πολύ ενώ με το 3<sup>ο</sup> και το 4<sup>ο</sup>

στάδιο υποδηλώνει έξαρση. Για την παραπάνω διαδικασία υπάρχουν εξετάσεις για κάθε τύπο καρκίνου που οδηγούν στην καλύτερη διάγνωση. (American Cancer Society,2015)

### **1.2.3 Διάγνωση**

Το να ανιχνευθεί, λοιπόν, ο καρκίνος είναι μία σημαντική και ποικιλόμορφη διαδικασία. Αυτό συμβαίνει καθώς η διάγνωση και ο τρόπος που αυτή θα γίνει διαφέρει ανάλογα με τον τύπο καρκίνου και τον τρόπο που θα εξετασθεί ο ασθενής. Η έγκυρη διάγνωση προσφέρει μία επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση. (Anand P., et.al., 2008)

Τα συμπτώματα που θα εμφανίσει ο εκάστοτε ασθενής είναι ένδειξη πως σημεία του οργανισμού χρήζουν ιατρικής παρέμβασης και διάγνωσης.(Butnow P., et al.,1996) Με την ύπαρξη των συμπτωμάτων ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να αξιολογήσει την πιθανή εμφάνιση καρκινογένεσης. Σε αρχικό στάδιο ο γιατρός θα πρέπει να εκμαιεύσει πληροφορίες σχετικά με οικογενειακό και προσωπικό ιστορικό του ασθενούς, και σε εκτενέστερο χρόνο να προβεί στις εργαστηριακές εξετάσεις, είτε στις ενδοσκοπικές είτε σε άλλες διαδικασίες, όπως η κυτταρολογία και η βιοψία που απεικονίζουν με εγκυρότητα την ύπαρξης καρκίνου. (National Cancer Institute, 2019, American Cancer Society, 2015)

Αρχικά, η διάγνωση για το καρκίνο θα πρέπει να αποτελείται από, όσο το περισσότερο, διαφορετικές προσεγγίσεις που να αξιολογούνται και να ελέγχονται μεταξύ τους. Η κλινική εξέταση αποτελεί πυρήνα, καθώς οποιαδήποτε ανωμαλία όπως αλλαγή στο χρώμα του δέρματος είτε η ψηλάφηση κάπου οργάνου οδηγεί σε εκτενέστερη διερεύνηση. Για αυτό το λόγο η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία ορίζει πως σημάδια όπως διόγκωση του μαστού ή οποιουδήποτε άλλου οργάνου, η χρωματική αλλαγή σε ελιές ή δέρμα, αλλαγή στην φωνή, δυσκολίες κατά την κατάποση ή οποιαδήποτε αίσθηση δυσπεψίας, αιμορραγίες δίχως εμφανή αιτιολογία και ανώμαλων χρωματισμών σε κενώσεις της ουρήθρας ή του εντέρου αποτελούν σημεία τα οποία θα πρέπει να αναφερθούν στον θεράποντα ιατρό.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις, (Καβαντζάς Ν.,2000) σε μη φυσιολογικά αποτελέσματα βοηθούν στην εντόπιση ανωμαλιών εντός του οργανισμού. Παραδείγματός χάρη, κύτταρα του κυκλοφορικού συστήματος που προκαλούν καρκίνο, όπως για παράδειγμα υψηλές τιμές λευκών αιμοσφαιρίων σε περιπτώσεις λευχαιμίας. Ακόμα, οι καρκινικοί δείκτες που ανιχνεύονται στο αίμα και στα ούρα είναι στοιχεία που συμβάλλουν στην διάγνωση συγκεκριμένων τύπων καρκίνου αλλά και στην παρακολούθηση της συνολικής εικόνας του ασθενούς ή εάν ο οργανισμός ανταποκρίνεται στην θεραπεία. Οι βασικές εξετάσεις αίματος

είναι η γενική αίματος, ο μεταβολικός έλεγχος, η νεφρική λειτουργία, υπατικές δοκιμασίες και εξετάσεις για τον θυροειδή αδέν. Σε περιπτώσεις που απαιτείται έγκαιρη και εξειδικευμένη διάγνωση του καρκίνου από τον γιατρό εξετάζεται:

- η πηκτικότητα αίματος
- η ανάλυση των ούρων
- η εξέταση μυελού των οστών
- η εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού
- η ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών
- η κάθαρση κρεατινίνης
- η ανίχνευσή ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων
- η ανίχνευση ύπαρξης ορμονικών υποδοχέων
- η ανίχνευση του ιού Epstein- Barr, σε περιπτώσεις λοίμωξης
- η παρουσία αίματος στα κόπρανα με την Mayer κοπράνων
- η ανίχνευση κερατίνης
- η ανίχνευση ασβεστίου στον ορό του αίματος
- η ανίχνευση της όξινης φωσφατάση, σε μεταστατικούς καρκίνους του προστάτη. (Καβαντζάς Ν., 2000, Andreoli Α., 2010, Marschall S., et al., 2012)

Επόμενες δοκιμές διάγνωσης αποτελούν οι απεικονιστικές εξετάσεις. Στην συγκεκριμένη ομάδα εξετάσεων, ελέγχονται τα οστά και τα όργανα του σώματος που είναι αδύνατον να ελεγχθούν κατά την φυσική εξέταση. Η απεικόνιση των συγκεκριμένων οργάνων γίνεται με σάρωση τομογραφίας μέσω υπολογιστή (CT) και σε μερικές περιπτώσεις με την εκπομπή ποζιτρονίων (PET), μέσω μαγνητικής τομογραφίας (MRI), με την χρήση υπερήχων και ακτινών Χ. Σε αντίθεση, με το μη παρεμβατικό χαρακτήρα των απεικονιστικών εξετάσεων οι διαδικασίες ενδοσκόπησης αποτελούν εξετάσεις των εσωτερικών κοιλοτήτων που δεν απεικονίζονται στις εξετάσεις μέσω απεικόνισης. Η διαδικασία την ενδοσκόπησης συμβαίνει μέσω ειδικών ενδοσκοπίων που εισάγονται στις πύλες εισόδου του σώματος. Εξετάσεις ενδοσκόπησης αποτελούν η βρογχοσκόπηση, κολονοσκόπηση, κυστεοσκόπηση, λαπαροσκόπηση, λαρυγγοσκόπηση, θωρακοσκόπηση και ανώτερη ενδοσκόπηση, η οποία εξετάζει την άνω πεπτική οδό, δηλαδή το στομάχι, τον οισοφάγο και το δωδεκαδάκτυλο.

Τέλος, η βιοψία και οι κυτταρολογικές εξετάσεις αποτελούν σημαντικό τομέα στην διάγνωση των καρκίνων. Τέλος, μία σημαντική κυτταρολογικής εξέταση αποτελεί η απόξεση

κυττάρων από συγκεκριμένα όργανα ή ιστούς, με την πιο γνωστή διαδικασία της συγκεκριμένης εξέτασης να αποτελεί το τεστ Παπανικολάου (PapTest).

#### **1.2.4. Θεραπεία**

Τις τελευταίες δεκαετίες ο καρκίνος αποτελεί μία χρόνια ασθένεια, τα περισσότερα άτομα που νόσησαν, λόγω της ανάπτυξης που έχει λάβει η αντιμετώπιση του καρκίνου, συνέχιζαν να ζουν επιστρέφοντας στην κανονικότητα σαν να μην είχαν νοσήσει ποτέ. Οι τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου είναι η χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία, η χειρουργική θεραπεία και τα τελευταία χρόνια η επιστήμονες έχουν στραφεί προς την ανοσοθεραπεία, η οποία είναι θεραπεία που στοχεύει στην ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος με στόχο την αντιμετώπιση των καρκινογενέσεων (Theilen Gh., et al.,1987). Η θεραπεία που θα λάβει ο εκάστοτε ογκολογικός ασθενής εξαρτάται από το θεραπευτικό πλαίσιο που έχει ορίσει ο θεράπων ιατρός, υπό το πρίσμα πως ο καρκίνος συνδέεται με την σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου, αλλά και την γονιδιακή μετάλλαξη. Το χρονικό διάστημα μπορεί να τελειώνει μέσα σε μήνες ή να διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επίσης, σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει βελτίωση της καρκινογένεσης η θεραπείες λαμβάνονται περιοδικά (Chu Edward., 2014).

Αρχικά, η χειρουργική θεραπεία είναι η βασική αντιμετώπιση των συμπαγή όγκων, κατά την οποία ο χειρουργός – ογκολόγος αφαιρεί ριζικά τον πρωτοπαθή όγκο από το σημείο του ιστού που έχει εμφανιστεί, και εν συνεχεία ο έλεγχος και η τυχόν αφαίρεση δευτερευόντων μεταστάσεων ή όγκων. Επιπλέον, κατά την διαδικασία της χειρουργικής αντιμετώπισης ο όγκος που έχει αφαιρεθεί οδηγείται για βιοψία ώστε να οριστεί επακριβώς η καλοήθεια ή κακοήθεια του καρκίνου, επίσης ορίζεται και το στάδιο που έχει φτάσει η καρκινογένεση. Όταν οι καρκινικοί όγκοι χρήζουν χειρουργικής επέμβασης ο ιατρικός στόχος είναι η ολοκληρωμένη αφαίρεση του ώστε να υπάρξει αποτελεσματική θεραπεία, αυτό το είδος της χειρουργικής επέμβασης ονομάζεται κύρια θεραπεία. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις η χειρουργική θεραπεία χρησιμοποιείται και ως επικουρική, ως προφυλακτική, ως θεραπεία διάσωσης και επανορθωτική θεραπεία (Susan C. Dewit, 2009). Η χειρουργική θεραπεία έχει αποδειχθεί ως βασική και κύρια αντιμετώπιση σε κακοήθεις όγκους με σπουδαία αποτελέσματα. Οι επεμβάσεις, πέρα από την ριζική αφαίρεση των πρωτοπαθών καρκίνων, που αποτελούν σημείο αναφοράς είναι οι προληπτικές επεμβάσεις, η αφαίρεση χειρουργικών

μεταστάσεων, οι επείγουσες χειρουργικές παρεμβάσεις, οι επεμβάσεις μείωσης κυτταρικού πληθυσμού, η επανορθωτικής φύσεως επεμβάσεις και οι ανακουφιστικές (Susan C. Dewit, 2009, Chu Edward., 2014).

Η χημειοθεραπεία αποτελεί την χορήγηση χημικών ουσιών για την αντιμετώπιση των καρκίνων. Η συστηματική χορήγηση της χημειοθεραπείας θεραπεύει σημεία του οργανισμού που έχουν φτάσει τα καρκινικά κύτταρα τα οποία δεν αντιμετωπίζονται με επεμβατικές πρακτικές. Τα χημικοθεραπευτικά σχήματα αποτελούνται είτε από ένα μόνο φάρμακο είτε συνδυαστικά αυτών. Ένας ογκολογικός ασθενής μπορεί να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία πριν από την χειρουργική παρέμβαση, η χημειοθεραπεία αυτή ονομάζεται εισαγωγική χημειοθεραπεία. Καθώς, επίσης, λαμβάνει χημειοθεραπεία ύστερα από την χειρουργική επέμβαση η οποία ονομάζεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία, είναι μέθοδος θεραπείας που πλεονέκτημα αποτελεί η συνδυαστική δυνατότητα με άλλες θεραπείες όπως είναι η χειρουργική θεραπεία και η χημειοθεραπεία. Χρησιμοποιεί ακτίνες X, διαφορετικά ιοντιζούσες ακτινοβολίες, με σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και την εμπόδιση του πολλαπλασιασμού. Η ακτινοθεραπεία πραγματοποιείται κυρίως σε πρωτοπαθείς, κακοήθεις καρκίνους και διαχωρίζεται σε ανακουφιστική και παρηγορητική ακτινοθεραπεία, συμπληρωματική ακτινοθεραπεία, ριζική ακτινοθεραπεία και επικουρική (Πιστεύου- Γομπάκη Κ.Π., 2013, Fitch MI., 2012).

Πριν το τέλος της προηγούμενης δεκαετίας υπήρχαν ως μέσα αντιμετώπισης του καρκίνου η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία, και η χημειοθεραπεία. (American Cancer Society, 2014) Κατά της διάρκεια του 2000 εμφανίζεται η ανοσοθεραπεία ως θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, ενεργοποιώντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού χρησιμοποιώντας το για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η καινοτομία της ανοσοθεραπεία χωρίζεται σε ενεργητική, παθητική και επαγωγική (Theilen Gh.et al., 1987). Αρχικά, η ενεργητική ανοσοθεραπεία πραγματοποιείται μέσω του εμβολιασμού με στόχο την δημιουργία καρκινοειδών ανταποκρίσεων. Ως ενεργητική ανοσοθεραπεία υπάρχει το μοναδικό ως τώρα Sipuleucel -Τα εμβόλιο, το οποίο από το 2010 χορηγείται για την αντιμετώπιση του μεταστατικού ορμονοανθεκτικού καρκίνου του προστάτη (Kantoff Pw., 2010). Η παθητική ανοσοθεραπεία ακολουθεί με την χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων που λειτουργούν ανασταλτικά στην ανάπτυξη των καρκινικών εστιών. Τέλος, η επαγωγική ανοσοθεραπεία είναι ένα είδος μεταμόσχευσης ανοσιακών κυττάρων

τροποποιημένοι ex vivo που λειτουργούν ως καρκινοειδικοί υποδοχείς (Rosenberg Sa.,2011). Η ποικιλομορφία της ανοσοθεραπείας στην αντιμετώπιση διαφορετικών τύπων καρκίνων έχει παρουσιάσει εξαιρετικά υποσχόμενα αποτελέσματα, ακόμη και σε συνδυασμό με τις προηγούμενες θεραπευτικές μεθόδους, βελτίωσης των κλινικών αποτελεσμάτων και της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, παρατείνοντας σημαντικά της επιβίωση τους (Decker WK.,2017). Με αυτό το τρόπο η ανοσοθεραπεία βρίσκεται στην ενεργό δράση για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Η ανακάλυψη των ανοσορυθμιστικών υποδοχέων ‘immune check points’ στα καρκινικά κύτταρα και των αμυντικών κυττάρων στο λεμφικό σύστημα ήταν η αρχή στην δημιουργία φαρμάκων που αναστέλλουν την λειτουργία των υποδοχέων και ως αποτέλεσμα επέρχεται ο τροποποιημένος ανοσολογικός μηχανισμός που λειτουργεί ως άμυνα στον ασθενή (Ribas et al.,2018). Η επάνοδος στην κανονικότητα, η μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών, οι ήπιες παρενέργειες και ο μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης καθιστούν την ανοσοθεραπεία ως μέσο αντιμετώπισης 1<sup>ης</sup> και 2<sup>ης</sup> γραμμής του μεταστατικού μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) αλλά και ως μέσο συντήρησης μετά από χημειοθεραπευτικά σχήματα, ακτινοθεραπείες (Giulio M.et al.,2019).

Άλλες θεραπείες που συμβάλουν στην αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η μεταμόσχευση μυελού των οστών που ακολουθεί ύστερα από καταστροφή των κυττάρων του μυελού λόγω της χημειοθεραπείας και την ακτινοβολίας. Οι τύποι της συγκεκριμένης θεραπείας είναι η αυτόλογη, κατά την οποία επανατοποθετείται ο μυελός του ίδιου ατόμου εφόσον έχει προφυλαχτεί υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Η αλλογενής μεταμόσχευση με κύτταρα από άλλο άτομο συμβατό και τέλος η μεταμόσχευση από συγγενικά άτομα (Gosselin Tk. Et al., 2010, Dekhkordi A., et al,2009). Επίσης, ακόμη μία θεραπεία αποτελεί η μεταμόσχευση ομφαλοπλακουντιακού αίματος με ποσοστό επιτυχίας 50% , αυξάνοντας τα επίπεδα επιβίωσης, την ποιότητα ζωής του ασθενούς με χαμηλά επίπεδα επιπλοκών. Επιπλέον, στην αντιμετώπιση της καρκινογένεσης συμβάλλουν και οι θεραπείες όπως ορμονοθεραπεία κατά την οποία στην αντικαρκινική της δράση εμποδίζει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων με την μείωση συγκεκριμένων ορμονών εντός του οργανισμού που χρησιμοποιήσουν τα καρκινικά κύτταρα, καθώς επίσης και η θεραπεία με λέιζερ, θεραπεία με υπερθερμία και κρυοπηξία και θεραπεία μέσω των αναστολέων αγγειογένεσης (Dekhkordi A., et al,2009).

### **1.2.5. Αποκατάσταση**

Η εμφάνιση του καρκίνου δεν αποτελεί, πάντα, ένα γεγονός το οποίο θεραπεύεται και εξαφανίζεται αλλά παρακολουθείται καθώς δεν εξαφανίζεται εντελώς. Αποτελεί μία χρόνια ασθένεια ιδιαίτερα σε ορισμένους τύπου καρκίνων παραδείγματος χάρη καρκίνος ωοθηκών και μαστού.

Ο έλεγχος και η αποκατάσταση του καρκίνου επέρχεται με θεραπεία κατά την οποία η κατάσταση της νόσου απομακρύνεται ή να διατηρείται σταθερή. Κατά την λήψη της θεραπείας ο καρκίνος μπορεί να υποτροπιάσει ή να παραμένει σταθερός, αυτό σημαίνει πως η ίαση από τον καρκίνο δεν υπάρχει αλλά ορίζει τον καρκίνο ως μία μόνιμη κατάσταση. Λόγο της μη θεραπευτικής δυνατότητας του καρκίνου υπάρχει η πιθανότητα ύφεσης και υποτροπής. Με τον όρο ύφεση ορίζεται η μείωση ή η απουσία όγκου ενώ με τον όρο υποτροπή ορίζεται η επέκταση και η ανάπτυξη νέων καρκινικών κυττάρων. Οι διαδικασίες που πρέπει να λαμβάνονται από τον θεράποντα ιατρό είναι ο τακτικός επανέλεγχος με σκοπό την εξασφάλιση της σταθερής νόσου. Μέσο της εντατικής παρακολούθησης προλαμβάνονται τα τυχόν προβλήματα, οι πιθανότητες υποτροπής και γενική εικόνα του οργανισμού. (American Cancer Society, 2019) Η αντιμετώπιση και η διατήρηση της ανενεργούς κατάστασης των καρκίνων γίνεται με θεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής και ονομάζεται συντηρητική, όπως γίνεται αντιληπτό αποτελεί θεραπεία που παρεμποδίζει την ανάπτυξη του καρκίνου και οι επιπτώσεις που επιφέρει στον ασθενή είναι περισσότερο ανεκτικές λόγω της διαφορετικής σύστασης τους. (Fialka -Moser V., et.al., 2003)

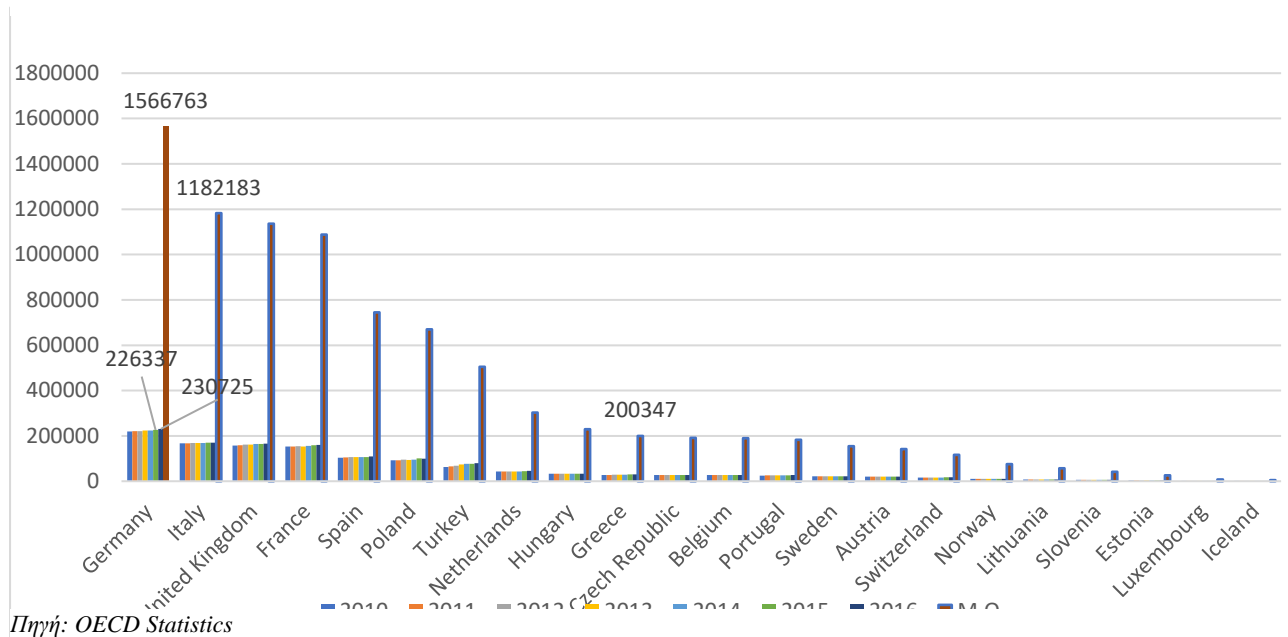
Επιπλέον, η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο της ασθένειας, από την ηλικίας του ασθενούς, το διάστημα μεταξύ των τυχόν υποτροπών, την επιθετικότητα των καρκινικών κυττάρων και το πως ανταποκρίνεται ο οργανισμός στην θεραπεία. Για αυτό το λόγο επειδή σε περιπτώσεις εμφάνισης καρκίνου η αβεβαιότητα είναι πάντα δεδομένη. Ο γιατρός θα πρέπει πάντα να ενημερώνει τον ασθενή και να τον ωθεί σε ένας θετικό και ελπιδοφόρο τρόπο ζωής αυξάνοντας την ποιότητα ζωής του. Πέρα όμως από την ιατρική αποκατάσταση ο ασθενής θα πρέπει να αποβάλλει το συνεχές άγχος, να εκφράζει όλα του τα συναισθήματα και τους φόβους και να προσπαθεί να βρίσκει χρόνο για την προσωπική του ευημερία.

### 1.3 Αιτίες πρόκλησης του καρκίνου στην Ευρώπη και την Ελλάδα

Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και παρουσιάζει ιδιαίτερη αυξητική τάση όσο αφορά τους θανάτους. Όπως φαίνεται και στο πίνακα 1 για την πενταετία 2010-2016 οι θάνατοι από κακοήγη νεοπλάσματα παρουσιάζει μία αυξητική τάση για τις

Όπως παρουσιάζεται και από το διάγραμμα η Γερμανία κατέχει την πρώτη θέση με τους

Διάγραμμα 1: Σύνολο θανάτων από κακοήγη νεοπλάσματα 2010-2016

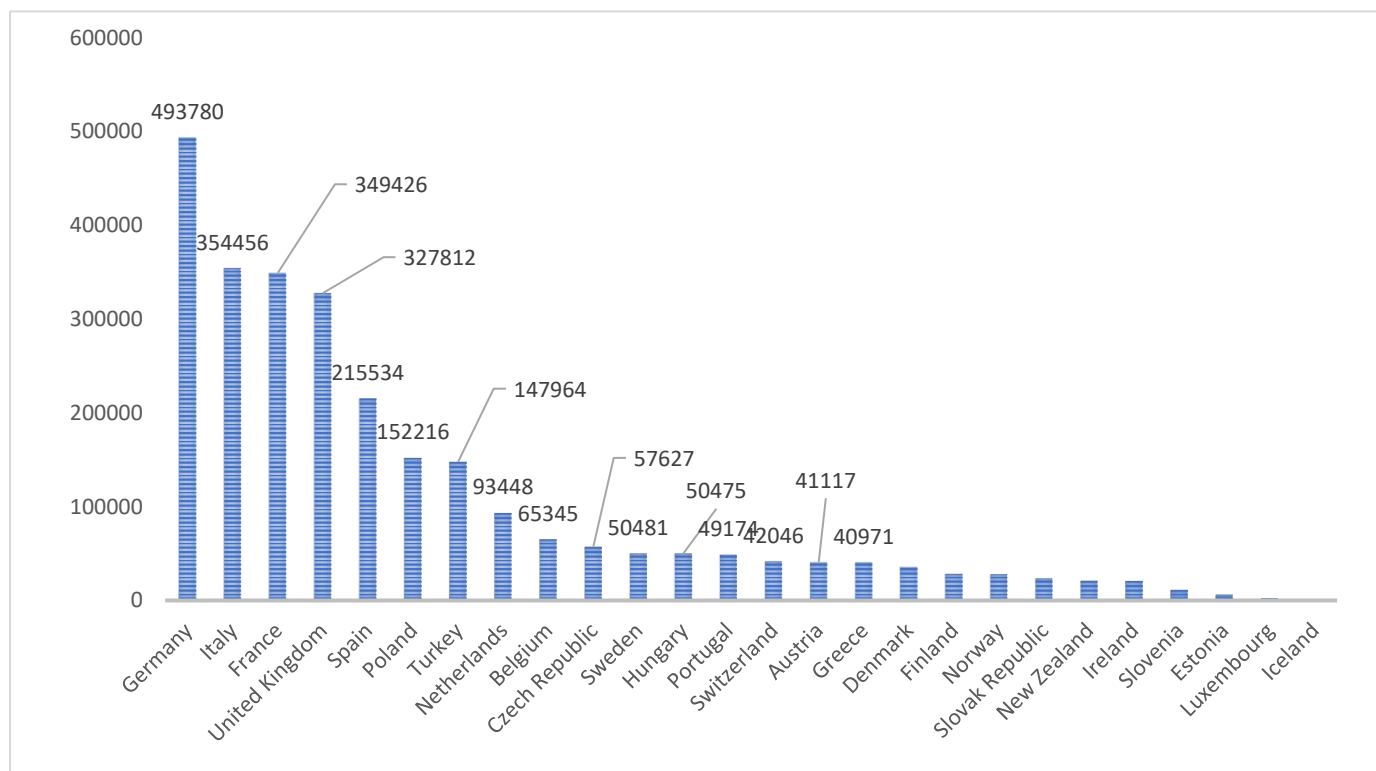


Πηγή: OECD Statistics

περισσότερους θανάτους, που κατά μέσο όρο ανέρχονται στους 1.566.763 και η Ισλανδία με τους λιγότερους που ανέρχονται τους 22. Η Ελλάδα ανέρχεται στην 10<sup>η</sup> θέση με 200.347 θανάτους παρουσιάζοντας σταθερή αυξητική τάση. Αξίζει να σημειωθεί πως η Γερμανία κατά την διάρκεια των ετών εμφανίζει σταθερή αυξητική τάση εκτός της διαφοράς του τελευταίου χρόνου όπου η αύξηση αγγίζει τους 4.388 θανάτους. Επίσης κατά το πέρας της τετραετίας 2008-2012 στους πίνακες 2 και 3 απεικονίζονται στο σύνολο τους οι θάνατοι για κάθε χώρα για την αρχή της τετραετίας έως το τέλος της.

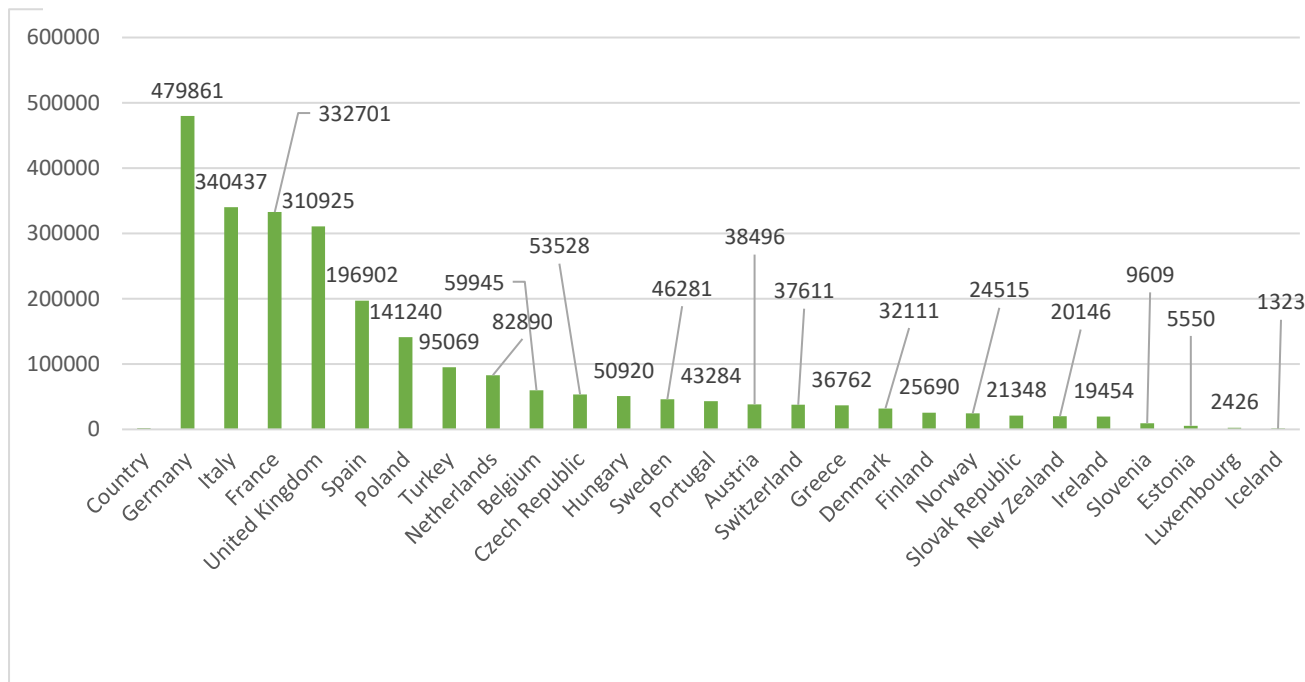


**Διάγραμμα 2: Θάνατοι από κακοήθεια το 2012**



Πηγή : OECD Statistics [OECD.Stat Metadata Viewer](https://data.oecd.org/)

**Διάγραμμα 3: Θάνατοι από κακοήθεια το 2008**

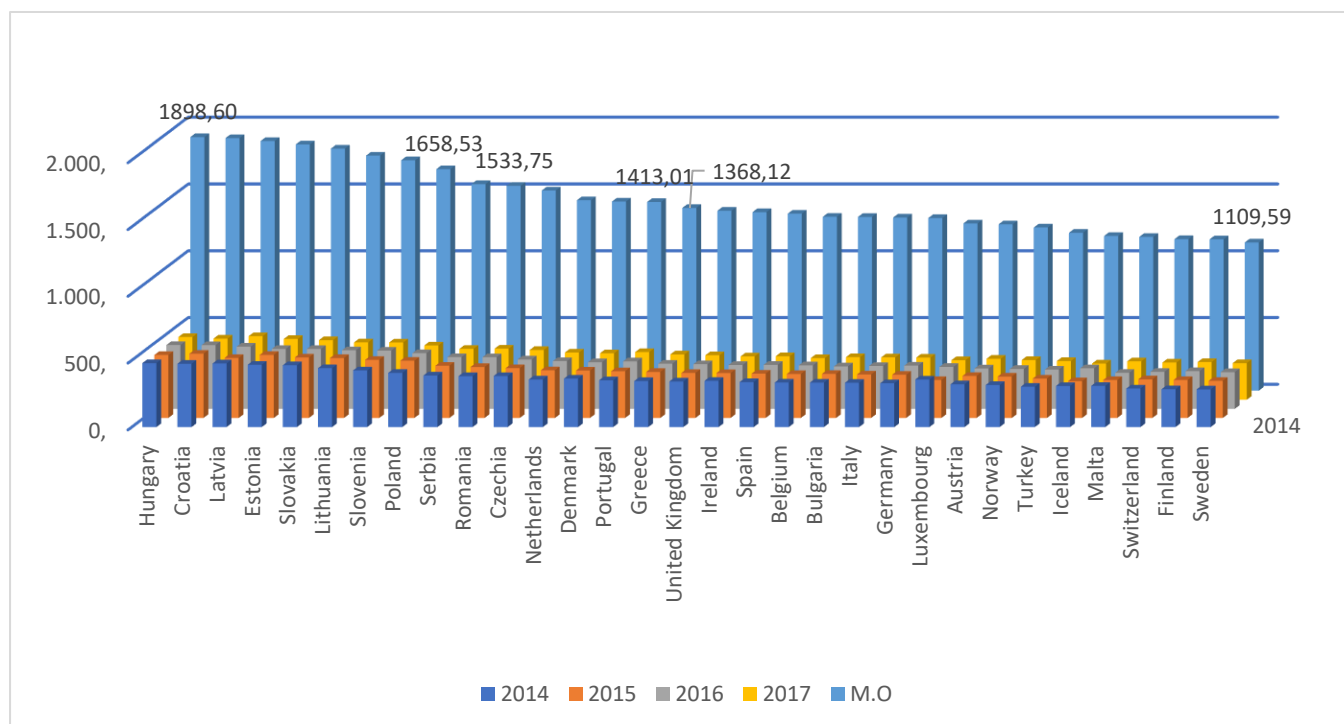


Πηγή: OECD Statistics [OECD.Stat Metadata Viewer](https://data.oecd.org/)

Με την Γερμανία να διατηρεί να κατέχει την πρώτη θέση με αυξητική τάση που ξεπερνά τους 12.000 θανάτους. Η Ισλανδία παρουσιάζει τους λιγότερους θανάτους με αυξητική τάση αλλά η διαφορά μεταξύ των χρόνων είναι ιδιαίτερα χαμηλή σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες. Επίσης η Ελλάδα φέρει 36.762 θανάτους για το 2008 και το 2012 αγγίζει τους 40.971 θανάτους, με μικρή αύξηση σε σύγκριση με άλλες χώρες. Στην συγκεκριμένη σύγκριση αξίζει να σημειωθεί πως οι χώρες, Γερμανία, Ιταλία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία και Τουρκία, εμφανίζουν εντός της τετραετίας σημαντική αύξηση που ξεπερνά τους 10.000 θανάτους αντίστοιχα για κάθε χώρα.

Επιπλέον, ο διαχωρισμός των δύο φύλων ορίζει σε μεγαλύτερο βαθμό τις προκλήσεις όσον αφορά την εικόνα που δημιουργεί στον πληθυσμό ο καρκίνος. Όπως εμφανίζονται τα στοιχεία από την Eurostat οι θάνατοι για τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες διαφέρει. Με βάση τους πίνακες 4 και 5 όπως παρουσιάζονται οι άντρες στις ευρωπαϊκές χώρες, τα έτη 2014-2017, παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό στα σύνολα θανάτων με σταθερή αύξηση κατά την διάρκεια των χρόνων.

**Διάγραμμα 4: Θάνατοι από καρκίνο στους αρένες**

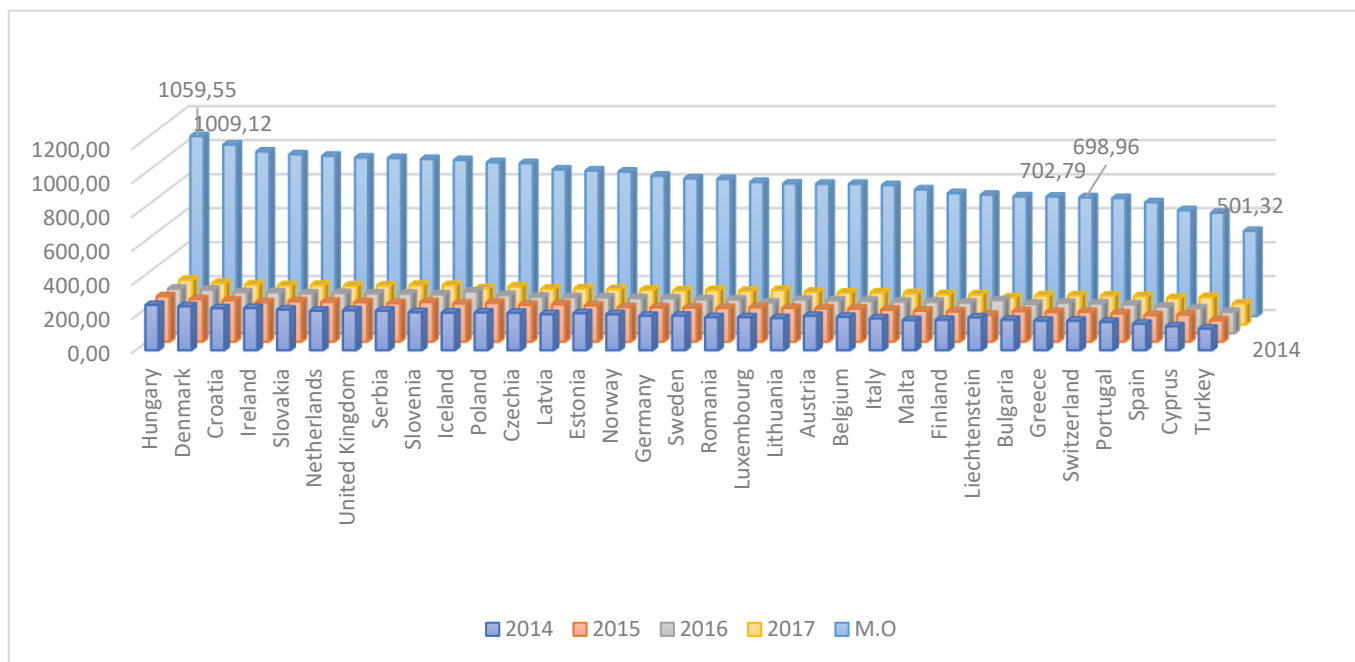


Πηγή: Eurostat, Death due to cancer for males, [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg_3_6_2_10&plugin=1)

Αρχικά, και για τα δύο φύλα, η Ουγγαρία κατέχει την πρώτη θέση με 1898,6 θανάτους στους άνδρες και 1059,55 στις γυναίκες. Η χώρα με τους λιγότερους θανάτους για

τους άνδρες είναι η Σουηδία με 1109,59 θανάτους και για τις γυναίκες η Τουρκία με 501,32 θανάτους. Συγκριτικά τα δύο φύλα παρατηρείται πως οι αριθμοί για τους άνδρες είναι υψηλότεροι.

**Διάγραμμα 5: Θάνατοι από καρκίνο στις γυναίκες**



Πηγή: Eurostat, Death due to cancer for females, [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&plugin=1)

Στην περίπτωση των αρρένων 8 χώρες είναι πάνω από το όριο των 1.500 θανάτων ενώ στις γυναίκες δεν ξεπερνάνε του 1060 θανάτους. Η Ελλάδα όσο αφορά τους θανάτους των αρρένων κατέχει την 15<sup>η</sup> θέση με 1368,12 θανάτους και για τις γυναίκες κατέχει την 28<sup>η</sup> θέση με 698,96 θανάτους. Ακόμα, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, στον πίνακα 6, σε καταμέτρηση που έγινε για οκτώ τύπους καρκίνου για τα έτη 1010-2016 φαίνεται να παρατηρείται με αυξητική τάση στους θανάτους αυτούς.

**Πίνακας 1: Πίνακας αιτίων θανάτων**

Αιτίες θανάτων	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Σύνολο	Σύνολο	Σύνολο	Σύνολο	Σύνολο	Σύνολο	Σύνολο
	ο	ο	ο	ο	ο	ο	ο

Κακοήθη νεοπλάσματα των χειλιών, στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα	259	278	101	325	374	371	377
Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του πεπτικού συστήματος και του περιτοναίου	7.564	7.778	3.261	8.225	8.124	8.399	8.612
Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του αναπνευστικού συστήματος και των ενδοθωρακικών οργάνων	6.799	7.015	1.324	7.423	7.501	7.606	7.600
Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών, του συνδετικού ιστού, του δέρματος και του μαστού	2.731	2.544	2.282	2.768	2.687	2.840	2.858
Κακοήθη νεοπλάσματα των ουροποιητικών οργάνων	4.346	4.377	1.502	4.641	4.932	5.023	4.937
Κακοήθη νεοπλάσματα άλλων και μη καθορισμένων εντοπίσεων	3.514	3.370	1.532	3.226	3.115	3.191	3.356
Κακοήθη νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού	1.946	1.979	889	2.236	2.325	2.226	2.280
Καλοήθη νεοπλάσματα	4	5	1	-	44	79	90

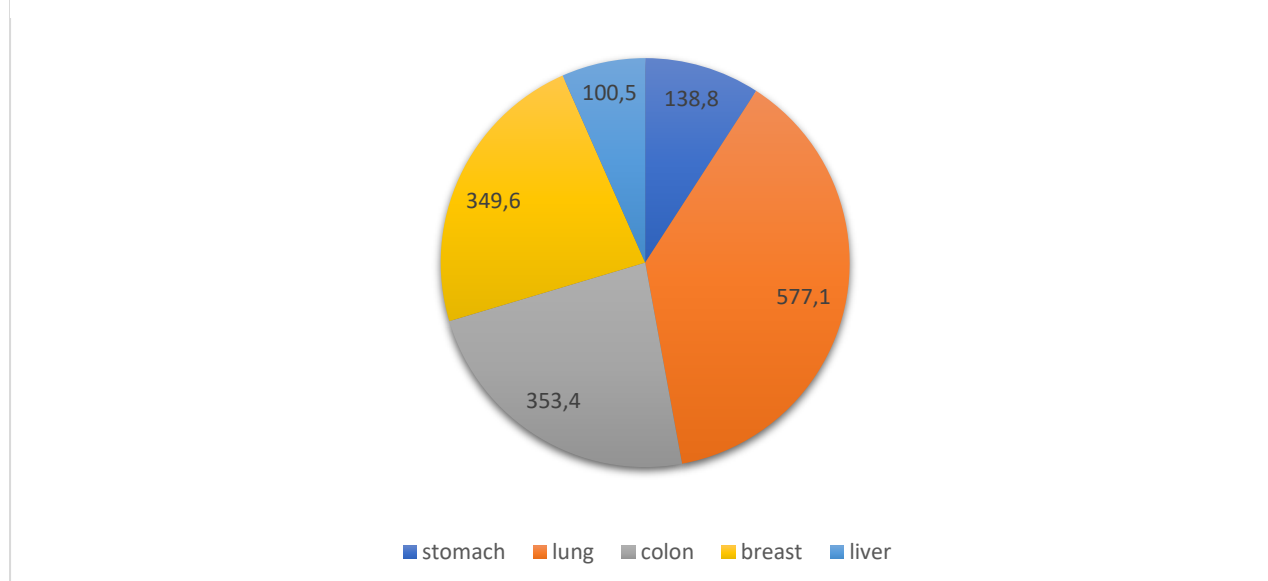
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2016

Οι τύποι κακοηθών νεοπλασμάτων είναι κακοήθειες στην περιοχή των χειλιών, στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα, κακοήθειες στο πεπτικό σύστημα και στο περιτόναιο, κακοήθειες στα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και ενδοθωρακικών οργάνων, κακοήθειες στα

οστά, των συνδετικών ιστών, του δέρματος και του μαστού, κακοήθειες στο ουροποιητικό σύστημα, κακοήθειες μη προσδιορισμένες, κακοήθειες λεμφικού και αιματολογικού ιστού και καλοήγη νεοπλάσματα. Αναλυτικότερα παρουσιάζεται μία αυξητική τάση σε όλους τους τύπους με τα νεοπλάσματα της στοματικής κοιλότητας το 2010 να καταμετρούνται σε 259 ενώ το 2016 σε 377, με μία μεγάλη αύξηση μεταξύ 2012 και 2013. Το 2012 οι θάνατοι καταμετρούνται σε 101 και το 2013 φτάνουν τους 325 και συνεχίζονται να αυξάνονται με λιγότερη ταχύτητα για τα επόμενα έτη. Η έντονη αύξηση αυτή παρατηρείται σε όλες τις κατηγορίες νεοπλασμάτων μεταξύ 2012 και 2013, η οποία αγγίζει το 560,65% στους θανάτους του αναπνευστικού συστήματος.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2018) οι συχνότερες προκλήσεις θανάτων είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος στομάχου, ο καρκίνος στο συκώτι, στο στήθος και στο έντερο και ορθού.

**Διάγραμμα 6: Θάνατοι στην Ευρώπη ανά κατηγορία νεοπλασιών για το έτος 2017**



Πηγή: OECD Statistics [OECD.Stat Metadata Viewer](https://data.oecd.org/)

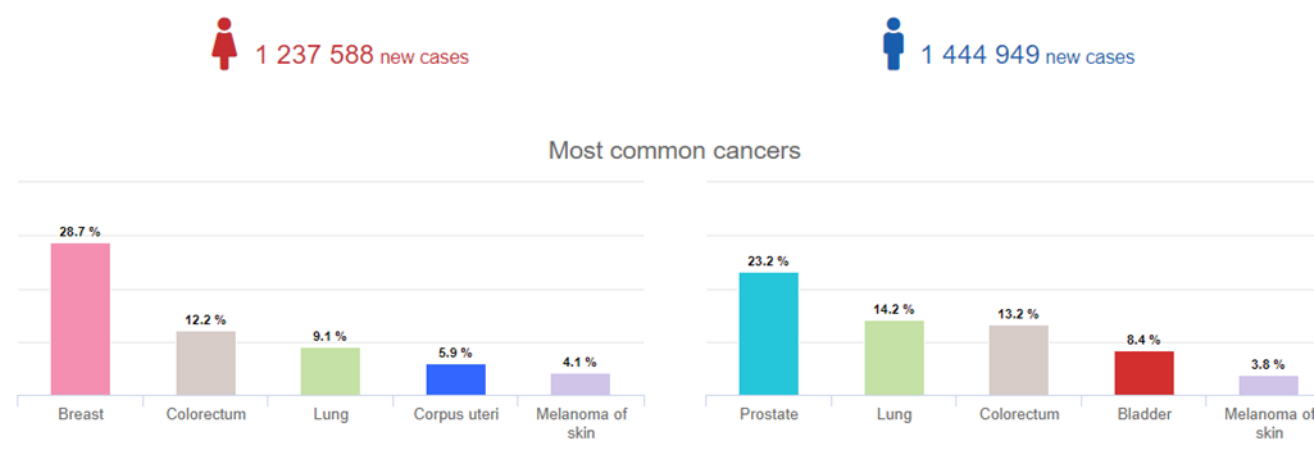
Για την Ευρώπη για το έτος 2017, όπως εμφανίζεται στο πίνακα 7, οι θάνατοι που οφείλονται σε νεοπλάσματα του ορθού ανέρχονται στους 353,4 /100.000 του πληθυσμού, για νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος ανέρχονται στους 577,1/100.000, για νεόπλασμα στο στήθος ανέρχονται 349,6/100.000 στις γυναίκες, οι θάνατοι οφειλόμενοι στις καρκινογενέσεις στο συκώτι ανέρχονται στους 100,5/100.000 και για τους θανάτους οφειλόμενοι στις νεοπλασίες του στομάχου ανέρχονται στους 138,8/100.000. Η αυξητική τάση

της εμφάνισης και των θανάτων από καρκίνο οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας στην δημιουργία ενός προγράμματος αντιμετώπισης του καρκίνου.

## 1.4 Ευρωπαϊκό Σχέδιο Αντιμετώπισης κατά του Καρκίνου

Παρά την εξέλιξη που έχει αναπτύξει η ιατρική ο καρκίνος παραμένει να αποτελεί μείζον πρόβλημα για την παγκόσμια αλλά και την ευρωπαϊκή κοινότητα θέτοντας με αυτό το τρόπο την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε μία πολύχρονη διάρκεια προσπάθειας καταπολέμησης του

Διάγραμμα 7 : ECIS- European Cancer Information System 'Estimates of cancer incidence and mortality in 2020,for all cancer sites'



καρκίνου σε συνεργασία με τα μέλη της ΕΕ. Έτσι, την 4<sup>η</sup> Φεβρουαρίου του 2020 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πραγματοποίησε διαβούλευση με θέμα «Το ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου: ας αγωνιστούμε για περισσότερα». Αυτό συνέβη καθώς ο καρκίνος παραμένει να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας που επηρεάζει κοινωνικά και οικονομικά την κοινωνία της Ευρωπαϊκής Ένωσης με 1,3 εκατομμύρια ανθρώπους να πεθαίνουν από καρκίνο και 3,5 εκατομμύρια να διαγιγνώσκονται από την νόσο, όπως εκτιμά η ΕΕ στο πίνακα 8.

Ήδη από το 1980 τα μέλη την ΕΕ έχουν ενεργήσει κατά του καρκίνου, και με την σειρά του ο Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στοχεύει στην καταπολέμηση του καρκίνου.

Οι στόχοι της επιτροπής βασίζονται στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση, στην θεραπεία και στην περιθάλψη παρακολούθησης με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών και των ανθρώπων που έχουν ξεπεράσει το κίνδυνο. Η κοινή αντιμετώπιση του

καρκίνου βασίζεται στην σύμπραξη μεταξύ των μελών μέσω συντονισμένων διαδικασιών, στήριξη των μελών μέσω ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειριών όσο αφορά την πρόληψη και καταπολέμηση του καρκίνου. Επίσης, η σύμπραξη των μελών, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει στόχο, ήδη από το 2009, πως το 2020 θα έχουν ολοκληρωμένα πρότυπα αντιμετώπισης του καρκίνου με μειωμένα περιστατικά καρκίνου έως 15% καθώς 1/3 των καρκίνων μπορεί να προληφθεί.

Αρχικά, η πρόληψη βασίζεται στην προαγωγή της υγείας ώστε να υπάρξει μείωση του άγχους του καρκίνου. Αυτό συμβαίνει μέσω της μείωσης ή διακοπής των παραγόντων κίνδυνου όπως την χρήση καπνού, την μείωση του σωματικού βάρους, την ενίσχυση υγιεινής διατροφής, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την μείωση αλκοολούχων ποτών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει αναπτύξει ενημερωτικές διαδικασίες, στρατηγικού χαρακτήρα, που ενημερώνουν για την βελτίωση της διατροφής ώστε να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους, η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού ιδιαίτερα σε νέους και παιδιά. Ακόμη μία βασική παράμετρος είναι η περιβαντολλογική πρόληψη και μείωση της έκθεσης και καρκινογόνες ουσίες και μολυσματικό αέρα (European Commission, 2009).

Με την έγκαιρη διάγνωση, ενισχύεται η βέλτιστη έκβαση των ασθενών μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου ιδιαίτερα για το καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου, καθώς τα επίπεδα της χρήσης του προσυμπτωματικού ελέγχου για την Ευρώπη δεν είναι θεμιτά στην περίπτωση ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Στόχος, λοιπόν, αποτελεί η αύξηση των διαγνωστικών εξετάσεων για το ευρύ κοινό που να αγγίζει τα 125 εκατομμύρια ετησίως. Επιπλέον, όσο αφορά την περίθαλψη και θεραπεία εντός του σχεδίου τονίζει τις κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την θεραπεία των καρκινοπαθών, ιδιαίτερα την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο αλλά και εκείνων που η κατάσταση της νόσου παραμένει σταθερή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε αυτή την περίπτωση, δεδομένης της αδύναμης θεραπείας, δίνεται έμφαση στην βελτίωση και παρέμβαση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών μέσω ανταλλαγής πρακτικών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κάθε κράτους αλλά και την ενίσχυση της περίθαλψης σε σπάνιες περιπτώσεις ασθενειών.

Τέλος, όλα τα παραπάνω οδηγούν στην βελτίωση ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα μέτρα αυτά συμπεριλαμβάνουν τους ασθενείς που έχουν ξεπεράσει το κίνδυνο και τους ασθενείς που βρίσκονται εν μέσω θεραπείας, ώστε να εξασφαλιστεί η επανένταξη στην

κανονικότητα και η απουσία διακρίσεων. Η ανταλλαγή σύγχρονων πρακτικών παρηγορητικής φροντίδας και περίθαλψης, η ανταλλαγή γνώσεων και στάσεων αποτελεί των πυρήνα της βελτίωσης. Καθώς επίσης, και η εξάπλωση των εναλλακτικών τεχνικών και οικονομικών διευκολύνσεων σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελεί μία ισότιμη αντιμετώπιση του καρκίνου.

## **1.5 Οι συνέπειες της πανδημίας COVID-19 στην αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και το καρκίνο**

Ο ιός του COVID-19, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αποτελεί μία λοίμωξη που επέφερε υγειονομική και οικονομική κρίση σε παγκόσμια κλίμακα. Κατά την διάρκεια της πανδημίας έγινε αντιληπτό πως κάθε άτομο είναι δυνατό να νοσήσει από τον ιό, με μεγαλύτερη πιθανότητα νοσηρότητας αποτελούν τα άτομα από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα και εκείνα που ήδη βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα επικινδυνότητας, ασθενείς με καρκίνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη και πνευμονοπάθειες (Cheater S.,2020, Bibby et al.,2020).

Οι συνέπειες που έχουν δημιουργηθεί από τον COVID-19 είναι διαφορετικές μα συνάμα όμοιες για καρκινοπαθείς και για ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Αρχικά, η υγειονομική κρίση που έχει δημιουργηθεί θέτει τις υπηρεσίες υγείας σε αναστολή, δηλαδή οι προληπτικοί έλεγχοι, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι προγραμματισμένες εξετάσεις έχουν ακυρωθεί ή έχουν τεθεί σε αναμονή. Έτσι, λοιπόν, η διαχείριση των μακροχρόνιων ασθενών διακόπτονται ( Bibby et al.,2020). Για παράδειγμα, 210.000 άτομα, πριν από την πανδημία, που συμμετείχαν σε προγράμματα ελέγχου στην Βρετανία από τον Μάρτιο του 2020 δεν έχουν πραγματοποιήσει καμία εξέταση. Καθώς επίσης οι διαγνωστικές εξετάσεις όπως αξονική τομογραφία, υπέρηχοι και ενδοσκοπήσεις έχουν μειωθεί, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει έγκαιρη πρόληψη και θεραπεία (Greenwood E., 2020).

Επιπλέον, οι καρκινοπαθείς λόγω του αυξημένου κινδύνου, δεν υποβάλλονται σε ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο αντιμετώπισης της ασθένειας, αντιθέτως πραγματοποιούνται μετατροπές όσον αφορά την κλινική φροντίδα για τους ασθενείς αυτούς, καθώς δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες για την αντιμετώπιση του ιού σε περιπτώσεις καρκίνου. (Al-Shamsi et.al.,2020) Ακόμα, η συνέπεια που προκαλείται κατά την διάρκεια της πανδημίας είναι πως η



ασθενείς έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και δυσκολία λήψης των απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών ακόμα και διακοπή της θεραπείας, είτε λόγω λοίμωξης είτε λόγω έλλειψης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα αναφέρεται πως η συνέπεια του COVID-19 σε καρκινοπαθείς αποτελεί η αύξηση του κινδύνου για σοβαρές επιπλοκές και θνησιμότητα (Al- Quteimat O., et al.,2020).

Οι συνέπειες συνεχίζουν να προσβάλλουν τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Οι προληπτικές εξετάσεις, η έγκαιρη ανίχνευση και η πρωτοβάθμια περίθαλψη τείνουν να μειώνονται κατά την διάρκεια της πανδημίας, καθώς επισκέψεις σε ιατρούς και μονάδες έχουν μειωθεί ή ακυρωθεί ή έχουν αντικατασταθεί από την τηλεϊατρική, καθώς ασθενείς με διαβήτη χρήζουν συνεχή παρακολούθηση. Έτσι ως αποτέλεσμα παρουσιάζεται η μείωση των προληπτικού ελέγχου, αλλά και της μειωμένης φροντίδας των ασθενών με εγκεφαλοπάθειες και καρδιαγγειακές παθήσεις. Συνεπώς, η καθυστερημένη διάγνωση δεν επιφέρει άμεση θεραπεία και ολοκληρωμένη παρακολούθηση (Wright A., et al., 2020).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ποιότητα ζωής και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

### **2.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής**

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάστηκε, όλο και μεγαλύτερο, το ενδιαφέρον των διοικητικών, πολιτικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την διαδικασία ανάπτυξης διαδικασιών με τις οποίες αυτή θα μετριέται. Ο όρος ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται σε μεγάλη κλίμακα από όλους του κλάδους των επιστημών, οι οποίοι σε διαφορετικές κλίμακες έχουν καταγράψει και μετρήσει τις επιπτώσεις της, για αυτό το λόγο δεν υπάρχει ένας σταθερά κοινός ορισμός για την ποιότητα ζωής. Αυτό συμβαίνει καθώς οι κλινικοί ιατροί εξετάζουν την φυσική διάσταση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ οι ψυχολόγοι εστιάζουν στην συναισθηματική και ψυχολογική διάσταση της υγείας. Για αυτό το λόγο η ποιότητα ζωής αποτελεί μία πολυδιάστατη, μεταβαλλόμενη και υποκειμενική έννοια, που μέσα στο χρόνο, διαφορετικοί μελετητές έχουν προτείνει με βάση το αντικείμενο της ερευνάς τους, ένας ορισμό. Ποιότητα ζωής (Quality of life), ή Ευημερία (Well-being) ή Καλή ζωή (Good life) είναι όροι που βρίσκονται στην βάση του διεθνούς ενδιαφέροντος. (Μπαλτόπουλος Γ., 2003, Υφαντόπουλος 2003)

Για τον ΠΟΥ, ο ορισμός της ποιότητας ζωής βασίζεται στην υποκειμενική αντίληψη που έχουν τα άτομα για την θέση τους στην ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και των αξιών της κοινωνίας που ζουν καθώς επίσης πως αυτή η θέση συσχετίζεται με τους προσωπικούς στόχους, τις ανησυχίες και τα πρότυπα (The WHO WOL GROUP, 1995). Δηλαδή, δεν αποτελεί μόνο τη απουσία κάποιας ασθένειας αλλά η πλήρης κατάσταση της ψυχικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Η ποιότητα ζωής είναι η γενική αντίληψη για την ζωή και η ικανοποίηση που λαμβάνει ένα άτομο (Fayers P. & Machin D., 2015). Αποτελεί μία σύνθετη έννοια, υπό υποκειμενικές αντιλήψεις και όχι αντικειμενικές καταστάσεις της ζωής, αλλά αποτελεί την ομαλή σύνθεση όλων των διαστάσεων που κάθε άτομο αντιλαμβάνεται σχετικά με τις επιθυμίες, την προσωπική ευεξία και την ικανοποίηση από την ζωή που έχει (Θεοδωράκης Γ., 2010).

Επιπλέον, κατά την διάρκεια των χρόνων έχουν αναφερθεί διαφορετικοί όροι για την ποιότητα ζωής. Κατά τον Freud, οι διαπροσωπικές σχέσεις διαμορφώνουν την ευτυχία του

ατόμου, ενώ από ορισμένους συγγραφείς η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται από την κάλυψη συγκεκριμένων προϋποθέσεων ώστε να είναι ευτυχισμένο. Συνεπώς, σε διαφορετικές ερμηνείες, η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από την δυνατότητα πρόσβασης σε συγκεκριμένες συνθήκες ανάλογα με την κοινωνία που κάθε άτομο ζει (Mc Call W., 1975) ή χαρακτηρίζεται από την υποκειμενική εικόνα του καθενός σχετικά με το τι είναι ποιότητα ζωής (Baker F. & Intagliata J., 1982). Αρκετοί, συγγραφείς αναφέρουν την υποκειμενική εκτίμηση που έχει το άτομο σχετικά με την ΠΖ. Έτσι, λοιπόν, ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστούν όλες οι εσωτερικές εκτιμήσεις του ατόμου που σχετίζονται με την έκβαση της ζωής, δηλαδή όλες τις καταστάσεις που ορίζουν την ευημερία του ατόμου όπως εκπαίδευση, εργασία, οικονομική κατάσταση οικογένεια κ.α. και αυτές να ικανοποιούνται βάση της πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε ατόμου, καθώς αυτή επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο την ποιότητα ζωής του (Chou Y. et al., 2007).

Όπως γίνεται αντιληπτό, σύμφωνα με τα παραπάνω η ποιότητα ζωής διακρίνεται βάση της υποκειμενικής και αντικειμενικής αντίληψης. Βέβαια στην ποιότητα ζωής δεν έχει αποδοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός καθώς βρίσκεται σε μία συνεχόμενη διαδικασία έρευνας και εξέλιξης, για αυτό το λόγο συναντάμε διαφορετικές έννοιες ανάλογα με τα επιστημονικά πεδία που εξετάζεται, όπως για παράδειγμα την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την οικονομία, την ψυχολογία και γενικά κάθε επιστήμη που ασχολείται με τον άνθρωπο. (Κάβουρα Μ., κ.α., 2003) Σε γενική εικόνα η ποιότητα ζωής εμπεριέχει σημεία πολιτιστικού, ψυχολογικού, διαπροσωπικού, οικονομικού και πολιτικού πλαισίου που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή. (Yfantopoulos J., 2001c) Τα σημεία αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και χωρίζονται ως εξής (Σαρρής Μ., 2001):

- Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: τρόπος και σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός της εργασίας και η κοινωνική διαστρωμάτωση
- Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: ο τρόπος ζωής, τα χαρακτηριστικά της κατοικίας τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά, οι ανισότητες και η αστική και αγροτική διάρθρωση.

- Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα εκπαίδευσης, ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, η κουλτούρα και η κοινωνική συμπεριφορά.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: το επίπεδο της μόλυνσης του περιβάλλοντος και το επίπεδο της προστασίας
- Γεωφυσικοί παράγοντες: το κλίμα, ο φυσικός πλούτος, οι πρώτες ύλες και η παραγωγικότητα
- Δημογραφικοί παράγοντες: η εξέλιξη του πληθυσμού, η πυκνότητα των κατοικήσιμων περιοχών, η μετανάστευση, και ο καταμερισμός φύλων, ηλικιών και επαγγελμάτων
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: το επίπεδο των γνώσεων της περίθαλψης

## **2.2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

Αρχικά, με τους όρους ‘Ποιότητα ζωής’ και ‘Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής’, όπως αναφέρθηκε, δεν είναι εύκολα αντιληπτή η επακριβής έννοια. Η ΣΥΠΖ προσδιορίζει τις εμπειρίες του ατόμου, τις πεποιθήσεις που αυτό έχει και την αντίληψη σχετικά με το βαθμό της σωματικής, φυσικής, κοινωνικής και της ψυχικής λειτουργίας και πόσο ικανοποιημένος είναι το εκάστοτε άτομο σύμφωνα με το ιδανικό πρότυπο του (Megari K., 2013). Η διαδικασία προσπαθεί να προσδιορίσει το τρόπο που οι μεταβλητές όπως, παραδείγματος χάρη μία ασθένεια ή μία αναπηρία, συσχετίζονται με τομείς της ζωής που αποτελούν σημαντική σημασία για τον άνθρωπο. Για αυτό το λόγο τα συμπτώματα, οι αντιλήψεις για την υγεία και την ποιότητα ζωής είναι κατά βάση το πλαίσιο στο οποίο ασκείται η έρευνα για ΣΥΠΖ, με τα περισσότερα συμπεράσματα της να αξιολογούν οποιαδήποτε επίπτωση έχει η νόσος στην γενική λειτουργία των ασθενών (Ware Jr. et al., 2016).

Ήδη από το 1982 ο όρος της ΣΥΠΖ αποτελούνταν από τρεις διαστάσεις. Πρώτη την υποκειμενική αποτίμηση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης που έχει το άτομο, δεύτερη την αλληλεπίδραση της λειτουργίας και της κατάστασης της υγείας και τρίτη το επίπεδο της λειτουργικότητας σε συγκεκριμένους τομείς ώστε να μπορεί το άτομο να πραγματοποιήσει οποιοδήποτε στόχο που επιθυμεί (Kaplan R.M. & Bush JW., 1982).

Επιπλέον, η ποιότητα ζωής είναι ένας ευρύς όρος που λαμβάνει υπόψιν όλες της διαστάσεις της ζωής, ενώ η ΣΥΠΖ βασίζεται σε συγκεκριμένες επιπτώσεις που προκαλούνται

από τις ασθένειες και τον τρόπο που αυτές πρέπει να αντιμετωπιστούν ώστε να βελτιωθεί η Ποιότητα ζωής (Megari K., 2013). Η ιδιαιτερότητα της ΣΥΠΖ είναι πως εξετάζει τα σημεία εκείνα της ποιότητας ζωής που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την κατάσταση της υγείας, με τα αρνητικά στοιχεία επιρροής να συμπεριλαμβάνουν τις ασθένειες και τις δυσλειτουργίες ενώ τα θετικά στοιχεία είναι η φυσική κατάσταση του ασθενούς, η ευεξία, και η εκτίμηση της ψυχικής υγείας (Lin XJ., et al., 2013).

Η ΣΥΠΖ, λοιπόν, συμπεριλαμβάνει πτυχές που επηρεάζουν την λειτουργία και την συναισθηματική ευεξία του ασθενούς, δηλαδή τα συμπτώματα που προκαλεί κάποια ασθένεια, την αποτελεσματικότητα κάποιου φαρμακευτικού σχήματος, την κοινωνικότητα, την γνωστική λειτουργία αλλά και την ικανοποίηση για ζωή. Κάτι το οποίο δεν συμβαίνει με την ποιότητα ζωής, η οποία εστιάζεται σε πτυχές όπως είναι το εισόδημα, η διατροφή, οι οικονομικοί πόροι, οι περιβαλλοντικές επιρροές και η ασφάλεια. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως η ΣΥΠΖ σχετίζεται ολοκληρωτικά με τα σημεία εκείνα που επηρεάζουν την υγεία και όχι σημεία τα οποία που είναι έμμεσα σχετικά (Fayers Pm. & Machin D., 2015, Calvert MJ. & Freemantle N., 2003).

### **2.3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής και ΣΥΠΖ**

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η ΣΥΠΖ αποτελεί την αντίληψη που έχει το άτομο για την προσωπική του σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, την κοινωνική του θέση και την ελευθερία του. (WHO, 2014) Η διαδικασία μέτρησης της ποιότητας ζωής γίνεται μέσα από όργανα μέτρησης που αντιπροσωπεύουν συγκεκριμένο δείγμα της ποιότητας ζωής. Οι διαδικασία μέτρησης γίνεται με κλίμακες αξιολόγησης σε γενικό επίπεδο με σκοπό να μπορούν να απαντήσουν όλοι όσοι εξετάζονται, ακόμη και αυτών που δεν είναι ασθενείς χρόνιας ασθένειας (Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2007). Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου ΠΖ βασίζονται σε τέσσερεις τομείς, οι οποίοι είναι η ανθρώπινη υγεία, η κοινωνική λειτουργικότητα, η σωματική λειτουργικότητα, η ψυχική υγεία και γενικές αντιλήψεις και μέσω αυτών αξιολογούνται τα δεδομένα του πληθυσμού σχετικά με την υγειονομική εικόνα τους, είτε είναι υγιείς είτε χρόνιοι ασθενείς, ανεξαρτήτου των τύπων ασθένειας, των συνθηκών και των παρεμβάσεων που λαμβάνουν (Webster K., et al., 2003, Γρηγορίου Σ., κ.α 2015, Megari K., 2013, Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2007).

- Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky (KPI)

Το συγκεκριμένο μέσο μέτρησης έχει βάση την εκτίμηση της σωματικής λειτουργίας, όπως συμπληρώνεται από τον ιατρό ή επαγγελματίες υγείας. Η αξιολόγηση κυμαίνεται από το 0 έως το 100, σε 10 επίπεδα λειτουργικότητας και ικανότητας. Με το υψηλότερο επίπεδο το 100 να αντιπροσωπεύει την άριστη λειτουργία ενώ χαμηλότερα επίπεδα αποδεικνύουν κακή ποιότητα ζωής.

- Ο δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ

Ο WHO 1979 το όργανο μέτρησης ποιότητας ζωής βασισμένο σε 5 βαθμίδες και κλίμακα από 0 έως 4 και εμπεριέχει 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανοποίησης. Με το 0 να αντιπροσωπεύει τον άρρωστο σαν άτομο που μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, ενώ το 4 αντιπροσωπεύει τον άρρωστο ως ανίκανο να ικανοποιήσει τον εαυτό του και τις καθημερινές ανάγκες.

- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας δημιουργήθηκε το 1972. Ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις. Οι ερωτήσεις για τον πρώτο τύπο είναι 28 και διαχωρίζονται σε ερωτήσεις κατάθλιψης, άγχους, κοινωνικής λειτουργίας και σωματική λειτουργία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνεται και σε αρρώστους και σε υγιείς ανθρώπους αλλά εστιάζει μόνο στην σωματική και ψυχολογική διάσταση χωρίς να εξετάζει άλλες διαστάσεις την ΠΖ.

- Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής ζωής.

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε το 1963 με απώτερο σκοπό να εκτιμηθεί η λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων σε ιδρύματα. Η εκτίμηση γίνεται στην βάση έξι ερωτήσεων και εκτιμάται η αυτοεξυπηρέτηση και η αυτοφροντίδα. Η βαθμολόγηση γίνεται ανάλογα της εξαρτημένης ή όχι φροντίδας, και οι ερωτήσεις διαχωρίζονται με βάση το δείκτη δυσκολίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό θεωρείται αξιόπιστο και έγκυρο για την συγκεκριμένη κατηγορία αρρώστων αλλά δεν είναι έγκυρο για μετρήσεις ποιότητας ζωής.

- Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής.

Ο συγκεκριμένος δείκτης, αρχικά, λειτούργησε ως όργανο μέτρησης ποιότητας ζωής για τους καρκινοπαθείς, και για άλλους ασθενείς. Η εκτίμηση βασίζεται σε πέντε τομείς α)

δραστηριότητες. β) καθημερινή ζωή, γ)αντίληψη υγείας, δ)κοινωνική υποστήριξη και ε) υποκειμενική εικόνα για την ζωή. Η βαθμολόγηση σε αυτούς τους τομείς γίνεται από το 0 έως το 2. Όπως αναφέρεται από τους σχεδιαστές το ερωτηματολόγιο αυτό δίνει ορθές συσχετίσεις κατά τους τρόπους βαθμολόγησης, που είναι είτε βαθμολόγηση από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης διακρίνεται για το σύντομο χρόνο συμπλήρωσης και προτείνεται σε επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν ελεύθερο χρόνο λόγω εργασίας.

- Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο

Το 1971 οι Melzack και Torgeson δημιούργησαν το συγκεκριμένο μέσο μέτρηση του πόνου που χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το ερωτηματολόγιο McGill χρησιμοποιείται σε καταστάσεις που ο άρρωστος αναφέρει το αίσθημα του πόνου, και είναι ένα μέσο μέτρηση πόνου που χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό για κλινικές έρευνες απευθυνόμενο σε διαφορετικές κατηγορίες ασθενών δεδομένου ότι ο πόνος επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής του ατόμου και ως αποτέλεσμα η μέτρηση του αποτελεί σημαντική πτυχή για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

- Επισκόπηση Υγείας του Nottingham

Τα αποτελέσματα θεραπευτικών πράξεων μετριοούνται στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε το 1980. Ο τρόπος συμπλήρωσης γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή και διαθέτει αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα όπως αυτά προκύπτουν από τα δύο μέρη. Αρχικά, το πρώτο μέρος αποτελείται από 38 καταστάσεις και χωρίζονται σε έξι περιπτώσεις προβλημάτων όπως είναι ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική υγεία, ύπνος, κοινωνική απομόνωση, σωματική δυσλειτουργία. Και το δεύτερο μέρος βασίζεται σε σημεία της καθημερινής ζωής όπως είναι η αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο και ενδιαφέροντα. Η βαθμολόγηση βασίζεται στο ναι και όχι και η υψηλή βαθμολογία αντιπροσωπεύει την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων. Το ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιείται σε όλο το πληθυσμό με μειονέκτημα ότι βασίζεται μόνο στα προβλήματα υγείας και όχι στην θετική διάσταση της υγείας.

- Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια

Η συγκεκριμένη κλίμακα δημιουργήθηκε το 1978 με δεδομένο ότι οποιαδήποτε εμφάνιση αρρώστιας επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε ψυχικό επίπεδο. Η διαδικασία μέτρησης βασίζεται σε 45 ερωτήσεις χωρισμένες σε 7 κατηγορίες όπως είναι α) φροντίδα υγείας, β)η

ικανοποίηση από το επαγγελματικό- εργασιακό περιβάλλον γ) οι επιρροές της αρρώστιας στον οικογενειακό περιβάλλον, δ) σεξουαλική ζωή, ε) ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις, στ) κοινωνικές δραστηριότητες και περιβάλλον και ζ) ψυχολογική κατάπτωση. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε 4 επίπεδα, και εφαρμόζεται σε διαφορετικούς χρόνιους ασθενείς παρουσιάζοντας αξιόπιστα αποτελέσματα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και να συμπληρωθεί από τους επαγγελματίες υγείας.

- Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας

Αποτελεί ένα γνωστό και σύνθετο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής. Δημιουργία των Bergner et al. το 1976 που εμπεριέχει 136 ερωτήσεις χωρισμένο σε 12 κατηγορίες που διαχωρίζονται ως ομάδες σωματικής λειτουργίας και ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Οι ερωτήσεις απαντώνται με Ναι ή Όχι και η βαθμολογία γίνεται βάση της βαρύτητας κάθε ερώτησης, η οποία μπορεί να εκφραστεί είτε ως συνολική είτε ως βαθμολογία ξεχωριστά για της δύο προαναφερόμενες κατηγορίες. Το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης εμπεριέχει ερωτήσεις βαρύτητας που έχουν δημιουργηθεί από 25 επαγγελματίες υγείας και επιστήμονες με στόχο να χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες αρρώστων, για αυτό το λόγο ανανεώνεται και βελτιώνεται συνεχώς ως προς την μεθοδολογία, την βαθμολογία και το περιεχόμενο.

- Επισκόπηση Υγείας SF-36

Το ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware με σκοπό να δημιουργηθούν οι ψυχομετρικές προδιαγραφές ώστε να μετρηθεί το επίπεδο υγείας των υγιών και πασχόντων ατόμων, μεταξύ των ανθρώπων που πάσχουν από τις ίδιες ασθένειες ή διαφορετικές. Καθώς επίσης να γίνει μέτρηση της εκτίμησης των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων σε ασθενείς όμοιας ασθένειας. (Κοντοδημόπουλος Ν., 2004) Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει γενικές καταστάσεις υγείας χωρίς να είναι συγκεκριμένες σε κάποια αρρώστια ή μέσο θεραπείας. Κατά την διάρκεια μέτρησης χρησιμοποιούνται 36 ερωτήσεις, που διαχωρίζονται σε 8 διαστάσεις – κλίμακες και εμπεριέχουν έως 10 ερωτήσεις. Αυτές αφορούν την σωματική λειτουργία, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος, ψυχική υγεία. Όλες οι παραπάνω κλίμακες διαχωρίζονται τελικά και αφορούν την σωματική υγείας αλλά και την ψυχική υγεία.



Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί, σε σύντομο χρόνο, από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από τον επαγγελματία υγείας. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μετρήσεις ποιότητας ζωής στο γενικό πληθυσμό άνω των 14 ετών σε περιοχές της ΗΠΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης λόγω της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας που προσφέρει, παγκοσμίως. Επίσης, το χρονικό πλάτος που χρησιμοποιεί για την εκτίμηση της υγείας καλύπτει το χρόνο πριν, κατά την διάρκεια της θεραπείας και μετά την ολοκλήρωση της. (Garraat A. et al., 1994)

- Επισκόπηση της Υγείας EQ-5D

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε το 1987 από Ευρωπαίους Ερευνητές και αποτελεί ένα από τα διαδομένα όργανα εκτίμησης της ποιότητας ζωής μεταφρασμένο σε πολλές γλώσσες μεταξύ και της ελληνικής. Αποτελείται από 5 βασικές διαστάσεις όπως είναι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι συνήθειες δραστηριότητες, ο πόνος και τέλος το άγχος-κατάθλιψη και αξιολογούνται σε τρία επίπεδα. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και αποτελεί ένα από τα αξιόπιστα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, καθώς απευθύνεται σε όλο το πληθυσμό αλλά και σε δείγματα ειδικών νόσων.

- Επισκόπηση Υγείας EQ-15D

Το ερωτηματολόγιο EQ-15D αποτελεί την ίδια βάση με το προηγούμενο όργανο μέτρησης με την διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις ποιότητας ζωής οι οποίες είναι η κινητικότητα, η όραση, η ακοή, η αναπνοή, ο ύπνος, το φαγητό, η ομιλία, η αφοδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία, η κατάθλιψη, η εξάντληση, η ζωτικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα και κάθε διάσταση αξιολογείται σε 5 επίπεδα.

- Ερωτηματολόγιο EQRTC QLQ-30

Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής δημιουργήθηκε από το European Organization for Research and Treatment of Cancer, το οποίο καταγράφει στοιχεία προς εκτίμηση του επιπέδου της ΣΥΠΖ σε καρκινοπαθείς ασθενείς. Η επίσημη έκδοση του είναι η QLQ-C30 3.0, η οποία αποτελεί και το πιο γνωστό εργαλείο εκτίμησης της ΣΥΠΖ. Το πρώτο ερωτηματολόγιο κυκλοφόρησε το 1987 με 36 ερωτήσεις εξιδεικευμένες στο καρκίνο καθώς επίσης ήταν δυνατόν να συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή λόγω της σαφήνειας και των αποκλεισμό πολιτιστικών διαφορών (Bjordal et al., 2000). Όσο αφορά την ελληνική

μετάφραση, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του έχουν ελεγχθεί σε ασθενείς για καρκίνο του μαστού και για ασθενείς τελικού σταδίου (Mystakidou et al., 2001, Kontodimopoulos et al., 2010) .

Οι κλίμακες που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο γενικά αλλά και στην παρούσα εργασία είναι 5 κλίμακες για την λειτουργία του ατόμου (συναισθηματική, σωματική, γνωστική κοινωνική και ρόλου), 9 κλίμακες συμπτωμάτων για τον έλεγχο του εμέτου, της ναυτίας, του πόνου, τις διαταραχές ύπνου, την κόπωση, την δύσπνοια, την δυσκοιλιότητα, την διάρροια και την οικονομική δυσκολία. Επίσης εμπεριέχεται μία διάσταση για την υγεία και την ποιότητα ζωής.

#### 2.4 Ανασκόπηση μελετών μέτρησης της Ποιότητας Ζωής Ασθενών με καρκίνο

Λόγω την σημαντικής επιρροής που ασκεί ο καρκίνος στην ποιότητα ζωής των ασθενών, όλα τα παραπάνω εργαλεία έχουν συμβάλλει σημαντικά στην αξιολόγηση της ΣΥΠΖ. Μελέτες στον κόσμο έχουν αναδείξει πως ο κάθε τύπος καρκίνου επηρεάζει διαφορετικά τον εκάστοτε ασθενή ανάλογα το φύλλο και την ηλικία. Αρχικά, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε άνδρες ηλικίας 44-88 ετών που έπασχαν από καρκίνο του προστάτη πρώιμου σταδίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου προκαλούσε άγχος, όπως απάντησε το 26-44%, το οποίο σχετίζεται άμεσα με την χαμηλή διάθεση και την κακή ποιότητα ζωής. Καλύτερη ποιότητα ζωής, που άγγιζε το 1-7%, έδειξαν οι άνδρες που δεν ένιωθαν κάποια απειλή, λόγο ανθεκτικότητας, και προσαρμόστηκαν πιο εύκολα συναισθηματικά με την αποδοχή της νόσου. Ως συμπέρασμα πηγάζει πως το υψηλό στρες συμβάλλει στην λειτουργική και συναισθηματική κατάσταση των επιζώντων από τον καρκίνο του προστάτη, με την ψυχολογική ανθεκτικότητα να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα. (Groarke AM. Et al., 2020) Σε ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα η χειρουργική εκτομή σχετίζεται με νοσηρότητα, λειτουργική δυσκολία και μειωμένη ποιότητα ζωής. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, ύστερα από ένα έτος από την χειρουργική επέμβαση σε 40 ασθενείς, τα συμπεράσματα έδειξαν πως η ψυχική υγεία και η συναισθηματική ευεξία βελτιώθηκαν λόγω της συμμετοχής στην αποκατάσταση. Το άγχος μειώθηκε μετά την επεμβατική θεραπεία, καθώς επίσης η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών από το κοντινό και ευρύ περιβάλλον δεν επηρεάστηκε. Επίσης η συνήθειες καπνίσματός, κατανάλωση αλκοόλ και σωματικής

δραστηριότητας αλλάξαν με τα δύο πρώτα να εμφανίζουν μείωση ένα χρόνο μετά και η σωματική αδράνεια αύξηση. (Sommer M. et al., 2018) Σε ασθενείς, όπως προκύπτει από έρευνα στην Ασία, με καρκίνου του μαστού, τα αποτελέσματα για την ΣΥΠΖ έδειξαν πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν χαμηλό επίπεδο ΣΥΠΖ από τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο σημαντικό χαμηλό επίπεδο ποιότητα ζωής παρουσιάζουν τα άτομα με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και ανεκπλήρωτες ανάγκες. Με το πέρασμα του χρόνου η ΣΥΠΖ αυξάνεται λόγω καλύτερης διάγνωσης και συμπεριφοράς. (Peh J.H. et al., 2018) Επιπλέον, χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής παρουσίασαν ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου κεφαλής σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 63 ασθενείς. Η ποιότητα ζωής μειώθηκε ένα μήνα μετά την έναρξη της νόσου ως και το τέλος της θεραπείας, με συμπτώματα λειτουργικής αδυναμίας όπως κόπωση, ναυτία, έμετο και ανορεξία να μην παρουσιάζουν βελτίωση. Καθώς επίσης και ο κοινωνικός ρόλος και η συναισθηματική υγεία να επηρεάζονται αρνητικά λόγω της ασθένειας, καθώς οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την διατροφή, κατά την σεξουαλική ζωή και κατά την επικοινωνία με τον κοινωνικό περιβάλλον. (Lima Santos E. et al., 2020) Ακόμα, η ποιότητα ζωής επηρεάζει εφήβους και νεαρούς ενήλικες που αντιμετωπίζουν νεοπλασματικές κακοήθειες όπως προκύπτει από έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2018. Η ποιότητα ζωής εμφάνισε χαμηλό επίπεδο λόγω της σωματικής αδυναμίας, επηρεασμένη από κόπωση, ναυτία και απώλεια μαλλιών καθώς επίσης και μείωση της γνωστικής λειτουργίας, λόγω δυσκολίας στην συγκέντρωση και σκέψη. Οι ασθενείς ανέφεραν περιορισμένες δραστηριότητες, και μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση συνεπώς η κοινωνική λειτουργία να είναι άμεσα επηρεασμένη. (Sodergren S. et al., 2017)

## **Κεφάλαιο 3: Η μέθοδος της ανοσοθεραπείας, τα ανοθεραπευτικά φάρμακα και το κόστος**

### **3.1 Η μέθοδος της ανοσοθεραπείας**

Πριν το τέλος της προηγούμενης δεκαετίας υπήρχαν ως μέσα αντιμετώπισης του καρκίνου η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία, και η χημειοθεραπεία (American Cancer Society, 2014). Κατά της διάρκεια του 2000 εμφανίζεται η ανοσοθεραπεία ως θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, ενεργοποιώντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού χρησιμοποιώντας το για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η καινοτομία της ανοσοθεραπείας χωρίζεται σε ενεργητική, παθητική και επαγωγική (Theilen Gh.et al., 1987). Αρχικά, η ενεργητική ανοσοθεραπεία πραγματοποιείται μέσω του εμβολιασμού με στόχο την δημιουργία καρκινοειδών ανταποκρίσεων. Ως ενεργητική ανοσοθεραπεία υπάρχει το μοναδικό ως τώρα Sipuleucel -Τα εμβόλιο, το οποίο από το 2010 χορηγείται για την αντιμετώπιση του μεταστατικού ορμονοανθεκτικού καρκίνου του προστάτη (Kantoff Pw., 2010). Η παθητική ανοσοθεραπεία ακολουθεί με την χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων που λειτουργούν ανασταλτικά στην ανάπτυξη των καρκινικών εστιών. Τέλος, η επαγωγική ανοσοθεραπεία είναι ένα είδος μεταμόσχευσης ανοσιακών κυττάρων τροποποιημένοι *ex vivo* που λειτουργούν ως καρκινοειδικοί υποδοχείς (Rosenberg Sa.,2011). Η ποικιλομορφία της ανοσοθεραπείας στην αντιμετώπιση διαφορετικών τύπων καρκίνων έχει παρουσιάσει εξαιρετικά υποσχόμενα αποτελέσματα, ακόμη και σε συνδυασμό με τις προηγούμενες θεραπευτικές μεθόδους, βελτίωσης των κλινικών αποτελεσμάτων και της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, παρατείνοντας σημαντικά της επιβίωση τους (Decker WK.,2017). Με αυτό το τρόπο η ανοσοθεραπεία βρίσκεται στην ενεργό δράση για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Η ανακάλυψη των ανοσορρυθμιστικών υποδοχέων ‘immune check points’ στα καρκινικά κύτταρα και των αμυντικών κυττάρων στο λεμφικό σύστημα ήταν η αρχή στην δημιουργία φαρμάκων που αναστέλλουν την λειτουργία των υποδοχέων και ως αποτέλεσμα επέρχεται ο τροποποιημένος ανοσολογικός μηχανισμός που λειτουργεί ως άμυνα στον ασθενή (Ribas et al.,2018). Η επάνοδος στην κανονικότητα, η μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών, οι ήπιες παρενέργειες και ο μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης καθιστούν την ανοσοθεραπεία ως μέσο αντιμετώπισης 1<sup>ης</sup> και 2<sup>ης</sup> γραμμής του μεταστατικού μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (MMΚΠ) αλλά και ως μέσο συντήρησης μετά από χημειοθεραπευτικά σχήματα, ακτινοθεραπείες (Giulio M.et al.,2019).

Η ανοσοθεραπεία αποτελεί βασικό εργαλείο στην θεραπεία του καρκίνου. Ο μηχανισμός της βασίζεται στην ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Το 19<sup>ο</sup> αιώνα η ανοσοθεραπεία αναφέρεται για πρώτη φορά σε μελέτη από τον William Calley και τον 20<sup>ο</sup> αιώνα καταγράφονται οι πρώτες θεραπείες με ανοσοθεραπευτικά σχήμα, όπως η ενδοκυστική χρήση του εμβολίου BCG στο καρκίνο του ουροθηλίου και η ιντερλευκίνη -2 και ιντερφερόνη -γ για την αντιμετώπιση του μελανώματος και καρκίνου νεφρού.

Το ανοσοποιητικό σύστημα όπως έχει αποδειχθεί τα τελευταία χρόνια συμβάλλει σημαντικά στη αντιμετώπιση του καρκίνου. Οι κλινικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αποτελούν πλέον βασική κλινική πρακτική. Η ανοσοθεραπεία μέσω των μονόκλωνικών αντισωμάτων και τις κυτταροκίνες αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής (Kaufman, 2015). Αυτό συμβαίνει καθώς η θεραπεία της ανοσοθεραπείας χρησιμοποιεί το ανοσολογικό σύστημα με σκοπό να καταπολεμήσει το καρκίνο. Αυτή είναι και η βασική διαφορά των ανοσογονολογικών θεραπειών με τις υπόλοιπες θεραπείες, η άμυνα του οργανισμού και η καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων. Το ανοσιακό σύστημα διαθέτει την ικανότητα να καταγράφει όγκους με μηδενική τοξικότητα για τον ιστό και μέσω της μακροχρόνιας καταγραφής να αποτρέπει την μελλοντική υποτροπή της νόσου. Η ανοσοθεραπεία χρησιμοποιείται ως θεραπεία 1<sup>ης</sup> και 2<sup>ης</sup> γραμμής σε μεταστατικό ΜΜΚΠ και ως θεραπεία συντήρησης μετά από χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (Giulio M.et al.,2019, Padmanee S., et al., 2017).

### **3.2 Μηχανισμός δράσης της ανοσοθεραπείας**

Οι όγκοι έχουν την τάση να διαφοροποιούν τα κύτταρα τους και να διαφεύγουν από την αναγνώριση τους από το ανοσοποιητικό σύστημα. Σε αυτό ακριβώς το σημείο έχει αναπτυχθεί η ανοσοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να μετατρέψει τα καρκινικά κύτταρα ορατά στο ανοσοποιητικό σύστημα και αυτό με την σειρά του να τα καταπολεμήσει, είτε να εμποδίσει την μεταστατική δυνατότητα τους (Theilen Gh.& Madwell Br., 1987).

Η μοριακή βιολογία έχει συμβάλλει στην πλήρη κατανόηση του ανοσοποιητικού συστήματος που αυτό αποτελείται από τα Τ και Β λεμφοκύτταρα και τα δενδριτικά κύτταρα τα οποία έχουν σκοπό την άμυνα του οργανισμού από ξενιστές όπως είναι οι ιοί, μικρόβια ή καρκινικά κύτταρα. Οτιδήποτε το οποίο δεν είναι φυσιολογικό για το ανοσοποιητικό σύστημα θεωρείται απειλή. Κάθε νέα ουσία που δεν αναγνωρίζει το ανοσοποιητικό καταπολεμάται,

όπως συμβαίνει και με την ουσία των καρκινικών κυττάρων, τα αντιγόνα. Τα αντιγόνα καταπολεμούνται από τα δενδρικά κύτταρα που λειτουργούν ως αντιγονοπαρουσιαστικά.

Τα T- λεμφοκύτταρα με την ενεργοποίηση των δενδρικών κυττάρων, δρουν ώστε να αναγνωρίσουν τα αντιγόνα και στην συνέχεια να προσκολλώνται στα καρκινικά κύτταρα. Η ένωση αυτή είτε αποδυναμώνει το καρκινικό κύτταρο ενισχύοντας το T-λεμφοκύτταρο είτε αποδυναμώνει την ανοσοποιητική απάντηση και ως αποτέλεσμα επέρχεται η διαφυγή του καρκινικού κυττάρου από το ανοσιακό σύστημα και η ενδυνάμωση του. Τα ρυθμιστικά σημεία ελέγχουν τις ενώσεις αυτές και ονομάζονται Programmed Death -1, ή PD1 και PDL1 και CTLA-4, που αποτελούν πρωτεΐνες επιφάνειας στα T-λεμφοκύτταρα και στα καρκινικά κύτταρα αντίστοιχα. Οι ανοσοθεραπευτικές θεραπείες παρεμποδίζουν την λειτουργία των ρυθμιστικών σημείων PD1, PDL1 και CTLA-4 και ενδυναμώνουν την λειτουργία των T-λεμφοκυττάρων ενάντια στα καρκινικά κύτταρα.

### **3.3 Μορφές ανοσοθεραπείας**

Η εξέλιξη που έχει καταγραφεί σημειώνει καινοτομίες στην ανοσοθεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, καθώς αυτή χωρίζεται σε ενεργητική, παθητική και επαγωγική ανοσοθεραπεία.

- **Ενεργητική Ανοσοθεραπεία**

Ο συγκεκριμένος τύπος ανοσοθεραπείας βασίζεται στην ανοσιακή απάντηση του οργανισμού σε συγκεκριμένα μεμβρανικά ή όχι αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων. Ο μηχανισμός βασίζεται στην ανάπτυξη αλλογενών ή αυτόλογων καρκινικών κυττάρων τα οποία είναι απενεργοποιημένα ή διαφορετικής σύστασης, όπως και αντιγόνα παράγωγά αυτών των κυττάρων. Η συνέχεια της διαδικασίας αυτής είναι ο εμβολιασμός ώστε ο εκάστοτε ασθενής να αποκτήσει την ανοσοδιέγερση έναντι των συγκεκριμένων στοιχείων. (Hong, 2012) Ήδη από το 1893 εμφανίζεται η μέθοδος του εμβολιασμού για την θεραπεία του καρκίνου από τον Colley (Coley, 1893), και με την πάροδο των χρόνων έχουν αναπτυχθεί εμβόλια που προκαλούν in vivo καρκινοειδικές ανοσοαποκρίσεις τόσο σε θεραπευτικό όσο και σε αποτρεπτικό επίπεδο. Η δημιουργία των εμβολίων βασίζεται στην δοκιμή διαφόρων μορίων, όπως συναφή ή ειδικά αντιγόνα όγκων με μορφή πεπτιδίων ή πρωτεϊνών, ολόκληρα προϊόντα λύσης όγκου που φέρουν συναφή αντιγόνα όγκων, φορείς κωδικοποίησης συναφών αντιγόνων του όγκου με ολόκληρα στοιχεία του DNA και του RNA, καθώς επίσης εμβόλια με δενδριτικά κύτταρα τα οποία έχουν εμπλουτιστεί με συναφή αντιγόνα όγκων ex vivo και in vivo. (Tacken

, 2007, Bonifaz, 2004) Ωστόσο, μόνο το κυτταρικό εμβόλιο Sipuleucel – Τα, είναι εγκεκριμένο για την θεραπεία ασθενών καρκίνου προστάτη που εμφανίστηκε το 2010. (Kantoff, 2010) Ως προφυλακτικά εμβόλια έχουν εγκριθεί το εμβόλια κατά του καρκίνου της μήτρας και των ανθρώπινων θηλωμάτων.

- Παθητική Ανοσοθεραπεία

Η παθητική ανοσοθεραπεία πραγματοποιείται σε περιπτώσεις που ο οργανισμός είναι εξασθενημένος από προηγούμενες θεραπείες ή από την πορεία της νόσου. Για αυτό το λόγο η παθητική ανοσοθεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση έτοιμων ανοσολογικών μορίων και αντισωμάτων. Η ειδική ανοσία που χρησιμοποιείται στην προκειμένη διαδικασία θεραπείας χρησιμοποιεί μονοκλωνικά αντισώματα που ενεργοποιούν τα T-λεμφοκύτταρα είτε μέσω της λέμφου είτε μέσω του CTL-4, καθώς επίσης και άμεσα μέσω των υποδοχέων στο κύτταρο PDL1 και PDL2. Η πλεονεκτική θέση της παθητικής ανοσοθεραπείας είναι πως τα μονοκλωνικά αντισώματα δρουν συγκεκριμένα με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες για τον ασθενή. Η παραγωγή τους προέρχεται από B-λεμφοκύτταρα που προσκολλώνται στα B-λεμφοκύτταρα των όγκων με στόχο την καταπολέμηση του όγκου. (Howland, 2007)

- Επαγωγική Ανοσοθεραπεία

Επαγωγική ανοσοθεραπεία εννοείται η μεταμόσχευση των ανοσιακών κυττάρων σε ex vivo περιβάλλον με στόχο την αναγνώριση των καρκινικών ειδικών υποδοχέων. Η αρχική της εμφάνιση συνέβη από ογκοδιηθητικά λεμφοκύτταρα των όγκων με μη δυνατή χειρουργική αντιμετώπιση σε ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα. Πραγματοποιήθηκε, λοιπόν, καλλιέργεια εντός στο περιβάλλον του καρκίνου με ύπαρξη της κυτταροκίνης IL-2 και στην συνέχεια T-κυττάρων όπως προήλθαν από των ασθενή. Η συγκεκριμένη διαδικασία είχε θετικά αποτελέσματα. (Κιάκου κ.α, 2015)

### **3.4 Ανοσοθεραπευτικά φάρμακα και παρενέργειες**

- Πεμπρολιζουμάμπη (Pembrolizumab)

Το Pembrolizumab ή Keytruda που είναι η εμπορική ονομασία, αποτελεί μονοκλωνικό αντίσωμα, που διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα. Προσδένεται στον υποδοχέα του κυττάρου PD-1 ο οποίος παρεμποδίζει την λειτουργία του ανοσοποιητικού ενάντια στον καρκίνο. Εν συνεχεία παρεμποδίζει την ένωση με τους συνδετικούς υποδοχείς PDL1 και PDL2

των καρκινικών κυττάρων αυξάνοντας έτσι την ικανότητα του ανοσοποιητικού να καταπολεμά τις καρκινογενέσεις.

Το pembrolizumab είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται για την θεραπεία του μελανώματος. Ως μονοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις προχωρημένου μεταστατικού τύπου μελανώματος και στο 3<sup>ο</sup> στάδιο με εμπλοκή λεμφαδένων που έχουν υποβληθεί σε πλήρη χειρουργική εκτομή. Σε μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα (NSCLC) το pembrolizumab ενδείκνυται σε θεραπείες 1<sup>ης</sup> γραμμής με μεταστατικές ενδείξεις ή προχωρημένου σταδίου καρκίνου και ιδιαίτερα σε υψηλά επίπεδα PDL-1. Ακόμη χορηγείται σε συνδυασμό με αλλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα όπως το Carboplatin σε περιπτώσεις μεταστατικές μη- πλακώδους μη μικροκυτταρικού καρκινώματος ή σε περιπτώσεις που δεν έχουν παρουσιάσει θετικές μεταλλάξεις EGFR. Επίσης συνδιάζεται σε 1<sup>η</sup> γραμμή με nab-paclitaxel σε πλακώδη μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Σε κλασσικό λέμφωμα Hodgkin δηλαδή καρκίνο λευκών αιμοσφαιρίων το pembrolizumab χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία. Επίσης χρησιμοποιείται στο καρκίνο του ουροθηλίου που παρουσιάζει προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνωμα αλλά ως μονοθεραπεία απαιτείται να έχει χορηγηθεί προηγούμενη θεραπεία με carboplatin. Επιπλέον, στο καρκίνο κεφαλής και λαιμού (HNSCC) και στο καρκίνο νεφρικών κυττάρων σε συνδυασμό με axitinib εμπεριέχεται σε θεραπεία πρώτης γραμμής. Τέλος χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής για τον καρκίνο παχέος εντέρου με μεταστατικές ενδείξεις.

Η χρήση αυτού του φαρμάκου γίνεται για καρκίνους που είναι μεταστατικοί, που είναι προχωρημένου σταδίου ή δεν υπάρχει ανταπόκριση σε άλλο είδος θεραπείας. Η δοσολογία του φαρμάκου ως μονοθεραπεία είναι 200mg ανά 3 εβδομάδες και 400mg ανά 6 εβδομάδες για ενδοφλέβια έγχυση ενώ συνδυαστικά χορηγείται 200mg ανά 3 εβδομάδες.

Οι παρενέργειες που προέρχονται από το pembrolizumab είναι η πνευμονίτιδα, η κολίτιδα, η ηπατίτιδα, η νεφρίτιδα, οι ενδοκρινοπάθειες, η δερματική αντίδραση καθώς επίσης όπως αναφέρεται οι ασθενείς παρουσιάζουν και μυοκαρδίτιδα, παγκρεατίτιδα, αρθρίτιδα, αιμολυτική αναιμία, σπάνια σύνδρομο Guillain – Barre, μυασθενικό σύνδρομο και μυελίτιδα. Οι πιο κοινές παρενέργειες είναι η πνευμονία, αναιμία, υποθυρεοειδισμός, μειωμένη όρεξη, μείωση ηλεκτρολυτών, κεφαλικό άλγος, ξηροφθαλμία, καρδιακές αρρυθμίες και υπέρταση. Σε θεραπεία αποκλειστικής χορήγησης παρενεργειών το 10% των ασθενών πολύ συχνά εμφανίζει μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, μειωμένη δραστηριότητα του θυροειδούς, αίσθημα



λιγότερης πείνας, πονοκέφαλο, δύσπνοια, βήχα, διάρροια, στομαχικό άλγος, τάση προς έμετο, δυσκοιλιότητα. Επίσης σε δερματικές αντιδράσεις εμφανίζει κνησμό και εξανθήματα. Εμφάνιση κάνουν οι μυοσκελετικοί πόνοι, καθώς επίσης παρουσιάζεται αίσθημα κόπωσης και αδυναμία. Το Keytruda έλαβε άδεια κυκλοφορίας για την ΕΕ στις 17 Ιουλίου το 2015.

- Νιβολουμαμπη (nivolumab)

Το nivolumab ή αλλιώς opdivo όπως είναι η εμπορική σημασία του είναι ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα (HuMab) ανοσοσφαιρίνης το οποίο λειτουργεί εντός των υποδοχέων PD-1 των Τ-κυττάρων και παρεμποδίζει την αλληλεπίδραση με τους υποδοχείς PDL1 – PDL2 που παράγονται στα καρκινικά κύτταρα. Το nivolumab έχει την ικανότητα να ενισχύει την δραστηριότητα των Τ-λεμφοκυττάρων και ως αποτέλεσμα αναστέλλεται η σύνδεση PD-1 με τους PDL-1 και PDL-2 με αποτέλεσμα την μείωση του καρκινικού όγκου και όχι την καταστροφή των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η χρήση του φαρμάκου γίνεται σε τύπους καρκίνων όπως είναι ο καρκίνος του μελανώματος σε προχωρημένο στάδιο σε ενήλικες καθώς επίσης λειτουργεί και ως επικουρική θεραπεία του μελανώματος κατά την οποία περίπτωση υπάρχουν καρκινογενέσεις στους λεμφαδένες. Επιπλέον, nivolumab χορηγείται ως θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής και ως μονοθεραπεία σε μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) σε προχωρημένο στάδιο ή μεταστατικό επίπεδο μετά από χημειοθεραπεία. Σε καρκίνωμα νεφρικών κυττάρων (RCC), χορηγείται είτε ως μονοθεραπεία σε προχωρημένο στάδιο μετά από άλλη θεραπεία αλλά και σε συνδυασμό με το ipilimumab χορηγείται και σε θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής. Ακόμη χορήγηση ενδείκνυται σε κλασικό λέμφωμα Hodgkin (ChL), σε καρκίνο πλακωδών κυττάρων της κεφαλής και του λαιμού (SCCHN) ως μονοθεραπεία. Μονοθεραπεία με nivolumab επίσης πραγματοποιείται σε ουροθηλιακό καρκίνωμα και καρκίνωμα πλακώδους οισοφάγου (OSCC) εφόσον έχει προηγηθεί χημειοθεραπεία.

Η χορήγηση των δόσεων του opdivo σε μονοθεραπεία για το μελάνωμα και το καρκίνωμα των νεφρικών κυττάρων διαμορφώνεται σε 240mg ανά 2 εβδομάδες για 30 λεπτά της ώρας και 480mg ανά 4 εβδομάδες για μία ώρα. Στους υπόλοιπους τύπους καρκίνων η δοσολογία ανέρχεται στα 240 mg κάθε 2 εβδομάδες για 30 λεπτά της ώρας.

Οι παρενέργειες που προκαλούνται από το nivolumab ως μονοθεραπεία και σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα είναι η πνευμονίτιδα, η κολίτιδα, ηπατίτιδα, ανοσοποιητική

νεφρίτιδα και δυσλειτουργία, ενδοκρινικές διαταραχές, δερματικές αντιδράσεις, μυοκαρδίτιδες αλλά και άλλες παρενέργειες που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό. Στις πολύ συχνές παρενέργειες που επηρεάζουν παραπάνω από ένα άτομα στα 10 είναι η μείωση κάποιων τύπων λευκοκυττάρων, η διάρροια και όλοι οι τύποι που αυτή περιλαμβάνει, ναυτία, δερματικά εξανθήματα που, πιθανόν, να παρουσιάσουν φυσαλίδες, κνησμός και αίσθηση κούρασης και αδυναμίας. Επίσης κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία μπορεί να παρουσιαστεί μόλυνση του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, δυσλειτουργίες στον θυροειδή αδένα, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, υπέρταση, διάρροιες, ναυτία, δερματολογικές διαταραχές όπως κνησμός και εξάνθημα, αρθραλγία, απώλεια όρεξης, διαταραχές στα μάτια όπως ξηροφθαλμία, θολή όραση, και ραγοειδίτιδα. Το Nivolumab στις 19 Ιουνίου το 2015, απέκτησε την έγκριση για κυκλοφορία στην ΕΕ.

- Ιπιλιμουμάμπη (Ipilimumab)

Το ipilimumab ή yervoy όπως είναι η εμπορική ονομασία αποτελεί αναστολέα του CTLA-4 του ανοσοποιητικού. Αυξάνει την δραστηριότητα και τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, που ικανότητα τους είναι η καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων.

Η χρήση του ipilimumab σε θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής γίνεται σε τρεις τύπους καρκίνου, όπως είναι του προχωρημένου σταδίου μελάνωμα, σε προχωρημένο καρκίνο των νεφρικών κυττάρων, και σε μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) με μεταστατικές εστίες χωρίς προηγούμενη αντιμετώπιση. Πιο συγκεκριμένα το ipilimumab χρησιμοποιείται τις περισσότερες φορές με το nivolumab, εκτός της περίπτωσης του μελανώματος που ενδείκνυται και ως μονοθεραπεία προχωρημένου μελανώματος σε ενήλικες και εφήβους άνω των 12 ετών.

Η δοσολογία του φαρμάκου χορηγείται μεταξύ 3mg/kg σε 90 λεπτά της ώρας και 1mg/kg σε 30 λεπτά της ώρας. Ωστόσο η χορήγηση και η διάρκεια της διαφέρουν ανάλογα τον τύπο καρκίνου και τον συνδυασμό με άλλα φάρμακα όπως το nivolumab αλλά και χημικοθεραπευτικά. Συνήθως, σε περίπτωση μονοθεραπείας για το καρκίνο δέρματος χορηγείται 1mg/kg σε 30 λεπτά της ώρας, ενώ σε συνδυασμό με το nivolumab η χορήγηση ανέρχεται στα 3mg/kg σε 90 λεπτά.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από το ipilimumab είναι απειλητικές για την ζωή, καθώς η υπερβολική δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος προκαλεί σοβαρές αντιδράσεις και φλεγμονές. Οι πιο συχνές παρενέργειες που μπορεί να επηρεάσουν περισσότερα από 1 άτομα στα 10 είναι εξάνθημα, κνησμός, αίσθημα κόπωσης, έντονες

διάρροιες, έμετος και μειωμένη όρεξη. Σε περιπτώσεις που η θεραπεία είναι συνδυαστική με το nivolumab οι παρενέργειες είναι πυρετός, υποθυρεοειδισμός ή υπερθυρεοειδισμός, κολίτιδα, αρθραλγίες, πονοκέφαλος και δύσπνοια. Το φάρμακο απέκτησε άδεια κυκλοφορίας για την ευρωπαϊκή περιφέρεια 13 Ιουλίου το 2011.

- Αβελουμαμπη (avelumab)

Το avelumab ή το bavencio όπως είναι η εμπορική ονομασία αποτελεί μονοκλωνικό αντίσωμα ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης το οποίο δεσμεύει τον PDL-1 και εμποδίζει την αλληλεπίδραση με τον υποδοχέα PD-1, με αυτό το τρόπο τα καρκινικά κύτταρα εμποδίζονται να καταστρέψουν τα T-κύτταρα.

Το bavencio χορηγείται σε ασθενείς με καρκίνωμα κυττάρων Merkel (MCC), που αποτελεί συγκεκριμένο τύπο καρκίνου του δέρματος και αυτός έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη. Επίσης χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής σε μεταστατικό ή προχωρημένο καρκίνο ουροθηλίου, επίσης χορηγείται σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο νεφρών.

Η δοσολογία του φαρμάκου ανέρχεται στα 800 mg χορήγησης ενδοφλεβίως σε διάρκεια 1 ώρας κάθε 2 εβδομάδες. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες του bavencio, που επηρεάζει ως μονοθεραπεία παραπάνω από 1 στα 10 άτομα, είναι το αίσθημα κόπωσης, η ναυτία, η παρουσία διαρροϊκών επεισοδίων, η μειωμένη όρεξη, η δυσκοιλιότητα, καθώς επίσης η απώλεια βάρους και τάση για έμετο. Ως σοβαρές παρενέργειες σημειώνονται η αναιμία, η δυσκολία στην αναπνοή και κοιλιακό άλγος. Ωστόσο σε συνδυασμό με axitinib οι παρενέργειες παρουσιάζονται σε παραπάνω από 1 στα 5 άτομα, είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση, αλλαγή της φωνής, κόπωση, ναυτία, υποθυρεοειδισμός, βήχας, πόνος στις αρθρώσεις, κεφαλαλγία, και δυσκολία στην αναπνοή. Η πλήρης άδεια κυκλοφορίας δόθηκε για το φάρμακο Bavencio, 19 Αυγούστου 2020, ωστόσο ήδη από το 2017 χρησιμοποιούνταν με περιορισμούς.

- Ατεζολιζουμαμπη (atezolizumab)

Το Atezolizumab αποτελεί μονοκλωνικό αντίσωμα, που προσκολλάται στους PDL-1 υποδοχείς των καρκινικών κυττάρων και μειώνει την δραστηριότητα τους με αποτέλεσμα το tecentriq, που είναι και η εμπορική ονομασία, αυξάνει την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να προσβάλλει τα καρκινικά κύτταρα και να επιβραδύνει την νόσο.

Η χορήγηση του φαρμάκου γίνεται σε καρκίνους του ουροθηλίου, σε καρκίνο του πνεύμονα, σε καρκίνο του μαστού, και σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως το tecentriq των 1.200mg χορηγείται ως μονοθεραπεία σε καρκίνους όπως το ουροθηλιακό καρκίνωμα, στο μη μικροκυτταρικό και μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα και στο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Αντίθετα, το tecentriq των 840mg χορηγείται σε καρκίνους ως μονοθεραπεία για το ουροθηλιακό καρκίνωμα με μεταστατικά ή προχωρημένα στοιχεία, επίσης σε καρκίνο του πνεύμονα μετά από προηγούμενη θεραπεία, καθώς επίσης και σε συγκεκριμένο τύπο καρκίνο μαστού γνωστός ως τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού.

Ανεπιθύμητες ενέργειες όπως εμφανίζονται στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι η ηπατίτιδα, η πνευμονίτιδα, η κωλίτιδ, η βλάβες στον θυροειδή αδένα, η ανεπάρκεια ανδρεναλίνης, η εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, η μυοκαρδίτιδα και νεφρίτιδα. Επιπλέον, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του tecentriq που εμφανίζονται πιο συχνά, είναι η κόπωση, μειωμένη όρεξη, ναυτία, βήχας, έμετος, δύσπνοια, πόνος στις αρθρώσεις, μυοσκολετικοί πόνοι, κνησμός, φλεγμονές στο ουροποιητικό σύστημα και πυρετός. Από την άλλη πλευρά ο συνδυασμός με άλλα φάρμακα επηρεάζουν παραπάνω από στα 2 στα 10 άτομα, είναι οι βλάβες σε νευρικές απολήξεις των άκρων, ναυτία, αναιμία, θρομβοπενία, εξανθήματα, αίσθημα κόπωσης, δυσκοιλιότητα, μειωμένη όρεξη, διάρροιες και βήχας. Η άδεια κυκλοφορίας δόθηκε 21 Σεπτεμβρίου 2017.

- Δουρβαλουμάμπη (Durvalumab)

Η δράση του Durvalumab, είναι η αναγνώριση και η προσκόλληση του στους υποδοχείς PDL-1 που βρίσκονται στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων. Οι PDL-1 υποδοχείς δρουν έχοντας στόχο την απενεργοποίηση των ανοσοκυττάρων και την καταπολέμηση αυτών προς τα καρκινικά κύτταρα. Η προσκόλληση, λοιπόν, στο PDL-1 του durvalumab

παρεμποδίζει την ανάπτυξη του όγκου μέσω της αυξανόμενης ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η χορήγηση του Imfizi, όπως είναι η εμπορική ονομασία της δραστικής ουσίας, γίνεται σε περιπτώσεις ως μονοθεραπεία για μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC). Επίσης, σε συνδυασμό με χημικοθεραπευτικά φάρμακα χρησιμοποιείται σε θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής σε περίπτωση μικροκυτταρικό πνεύμονα (ES-SCLC). Το συγκεκριμένο ανοσοθεραπευτικό φάρμακο χρησιμοποιείται σε τύπους καρκίνου, όπως αναφέρθηκαν, σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η χειρουργική παρέμβαση και δεν υπάρχει παρουσία επιδείνωσης μετά από χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.

Οι παρενέργειες που παρουσιάζει το durvalumab, είναι κοινές με όλες τις παρενέργειες που παρουσιάζονται στο ανοσοποιητικό σύστημα σε όλο το εύρος της ανοσοθεραπείας. Ωστόσο, εμφανίζονται σε παραπάνω από 1 στα 5 άτομα είναι ο βήχας, λοιμώξεις σε περιοχές της ρινικής και τραχηλικής περιοχής, καθώς επίσης και εξανθήματα. Συχνότερη παρενέργεια που επηρεάζει το 10% είναι η πνευμονίτιδα, η αδράνεια του θυροειδή αδένα που προκαλεί αδυναμία ή και αύξηση σωματικού βάρους, εμφανίζεται βήχας, διαρροϊκά επεισόδια, άλγος στο στομάχι και πυρετός. Το Imfizi κυκλοφορεί στην ΕΕ από την 18<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου 2018.

### **3.5 Κόστος, κλινική αποδοτικότητα και QoL**

Η αποτελεσματικότητα των ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων και ο αντίκτυπός στην ποιότητα ζωής των ασθενών αποτυπώνεται στην έρευνα Keytone-024. Κατά την οποία εξετάστηκε η αποδοτικότητα του pembrolizumab έναντι μίας συνηθισμένης χημειοθεραπείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 305 ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν για 35 κύκλους σταθερή δόση των 200mg pembrolizumab. Στην λήξη της έρευνας παρατηρήθηκε πως υπήρξε μεγαλύτερη επιβίωση, που κατά μέσο όρο ήταν 10,3 μήνες στην χορήγηση Pembrolizumab έναντι 6 μηνών στην χορήγηση της χημειοθεραπείας. Ποσοστιαία η επιβίωση για το pembrolizumab σε καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) άγγιζε το 80,2% έναντι του 72,4% της χημειοθεραπείας. Επίσης δεν σημειώθηκε πρόοδος της κακοήθειας αλλά και παρουσιάστηκαν λιγότερα ανεπιθύμητες ενέργειες σε σύγκριση με την χημειοθεραπεία. Το δείγμα της έρευνας

συμπεριλάμβανε ασθενείς διάμεσης ηλικίας των 65 ετών, με το 61% να είναι άνδρες. (Martin et al., 2016) Επίσης, η έρευνα Ckeckmate-017 εξετάζει την δραστικότητα του Nivolumab. Η έρευνα πραγματοποιηθηκε σε 272 ασθενείς άνω των 18 ετών να λαμβάνουν nivolumab σε 3mg ανά χιλιογραμμάριο του σωματικού βάρους για 2 εβδομάδες έναντι χημειοθεραπείας με Docetaxel των 75 mg. Το αποτέλεσμα της έρευνας συνολικά απέδωσε 9,2 μήνες επιβίωσης με το nivolumab έναντι 6 μηνών με την χημειοθεραπεία. Στο έτος η συνολική επιβίωση για το nivolumab ήταν 42% ενώ για το docetaxel 24%. Συμπερασματικά, οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του πνεύμονα παρουσίασαν λόγω του nivolumab μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης χωρίς εξέλιξη της νόσου. (Brahmer et al., 2015) Επιπλέον, η έρευνα Impower 130 πραγματοποιήθηκε σε 724 ασθενείς άνω των 18 ετών με κυτταρολογικά επιβεβαιωμένο καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) σταδίου IV, στους οποίους χορηγήθηκε το μονοκλωνικό αντίσωμα PDL-1, Atezolizumab 1200mg ανά 3 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσίασαν σημαντική κλινική βελτίωση στην επιβίωση ζωής αλλά και σημαντική επιβίωση χωρίς εξέλιξη της νόσου. Οι μήνες επιβίωσης με την χορήγηση του atezolizumab ήταν 18,6 μήνες αντίθετα με την χημειοθεραπεία που ήταν 14 μήνες. (West et al., 2019) Τέλος, όσο αφορά το φάρμακό Durvalumab η έρευνα Pacific επέδωσε σε 473 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) την χορήγηση Durvalumab 10mg ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους και 236 εικονικό φάρμακο ανά 2 εβδομάδες για έως και 1 έτος. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν με μεγαλύτερη επιβίωση που άγγιζε τους 16,8 μήνες χωρίς εξέλιξη της νόσου στις περιπτώσεις που χορηγήθηκε το Durvalumab αντί του εικονικού φαρμάκου που άγγιζε του 5,6 μήνες επιβίωσης. (Scott et al., 2017)

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η οικονομική αξιολόγηση των ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων σε συνδυασμό με την βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Το αποκλειστικό κόστος των φαρμάκων και της χορήγησης εντός του νοσοκομείου διαμορφώνεται σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο ΠΔ 187/05,ΦΕΚ 231/Α/05. Τα έξοδα χορήγησης των ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων πραγματοποιείται σύμφωνα με την οργάνωση του Εθνικού Συστήματος υγείας όπως συμβαίνει σε κάθε ιατρική πράξη που λαμβάνει χώρα εντός των δημοσίων δομών. Στην ανασκόπηση συμπεριλαμβάνονται μόνο τα άμεσα κόστη των φαρμάκων για την θεραπεία των ασθενών κατά την παραμονή τους στην ογκολογική κλινική.

Τα στοιχεία για τα κόστη των φαρμάκων συλλέχθηκαν από τον ιστότοπο Γαληνό και ο τρόπος χορήγησης των φαρμάκων είναι ενδοφλεβίως.

**Πίνακας 1: Κόστος ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων**

Φάρμακο	Εμπορική Τιμή	Ποσότητα φυαλιδίου	Αριθμός φυαλιδίων/χορήγηση	Συνολική Δοση ανα χορήγηση	Συχνότητα Χορήγησης ανα ημέρες	Συνολικό Κόστος/30 ημέρες	Συνολικό Κόστος/12 μήνες
Pembrolizumab (keytruda)	2.347,25 €	100 mg	2	200mg	21	6.706,43 €	80.477,14 €
Nivolumab (opdivo)	925,95 €	100mg	2	240mg	14	3.968,36 €	47.620,29 €
	369,63 €	40mg	1			792,06 €	9.504,77 €
Ipilimumab(yervoy)	2.619,16 €	50mg	6	300 mg	21	22.449,94 €	269.399,31 €
	10.234,64 €	200 mg	2			29.241,83 €	350.901,94 €
Avelumab (bavencio)	741,95 €	200 mg	4	800 mg	14	6.359,57 €	76.314,86 €
Atezolizumab (tecetrig)	3.533,56 €	1.200 mg	1	1.200 mg	21	5.047,94 €	60.575,31 €
Durvalumab (Infizi)	492,80 €	120mg	13	1.500 mg	21	9.152,00 €	109.824,00 €
	2.053,35 €	500 mg	3			8.800,07 €	105.600,86 €

## **Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## **Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **4.Σκοπός και Μεθοδολογία της έρευνας**

#### **Σκοπός**

Η παρούσα μελέτη πρόκειται να εστιάσει στην διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε επιλεγμένα περιστατικά καρκίνο και το κόστος της ανοσοθεραπείας. Επίσης, θα εκτιμηθεί η ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, η μελέτη πρόκειται να παρουσιαστεί το κόστος της ανοσοθεραπείας αποκλειστικά για τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Τέλος, θα εξετασθεί η επιρροή της ανοσοθεραπείας ως προς της βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στην Ογκολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Πατρών.

#### **Μεθοδολογία**

Για την συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθούν δύο ερωτηματολόγια αξιολόγησης ποιότητας ζωής το QLQ-C30 και το SF36 τα οποία θα συμπληρώνονται από τους ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοθεραπευτικά φάρμακα. Το Quality of Life Questionnaire (QLQ), περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και δημιουργήθηκε από το Ευρωπαϊκό Οργανισμό Ερευνάς και Αντιμετώπισης του Καρκίνου και χρησιμοποιείται για την καταγραφή του επιπέδου της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής των καρκινοπαθών. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για ασθενείς με καρκίνο μαστού και ασθενείς τελικού σταδίου.(Kontodimopoulos et al.,2011, Mystakidou et al, 2001).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο SF36, αποτελείται από 36 ερωτήσεις οκτώ διαστάσεων, και αποτελεί εργαλείο γενικής χρήσης για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής (Ware and Sherbourne, 2016) με το χρονικό εύρος να καλύπτει τα διαστήματα πριν, κατά την διάρκεια και ύστερα από την ολοκλήρωση της θεραπείας (Ware et al, 1999).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η επεξεργασία των δεδομένων θα πραγματοποιηθούν τηρώντας όλες τις βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας. Με ανώνυμη καταγραφή και εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα. Καμία πληροφορία φυσικού προσώπου ή της κλινικής θα δημοσιευθούν.

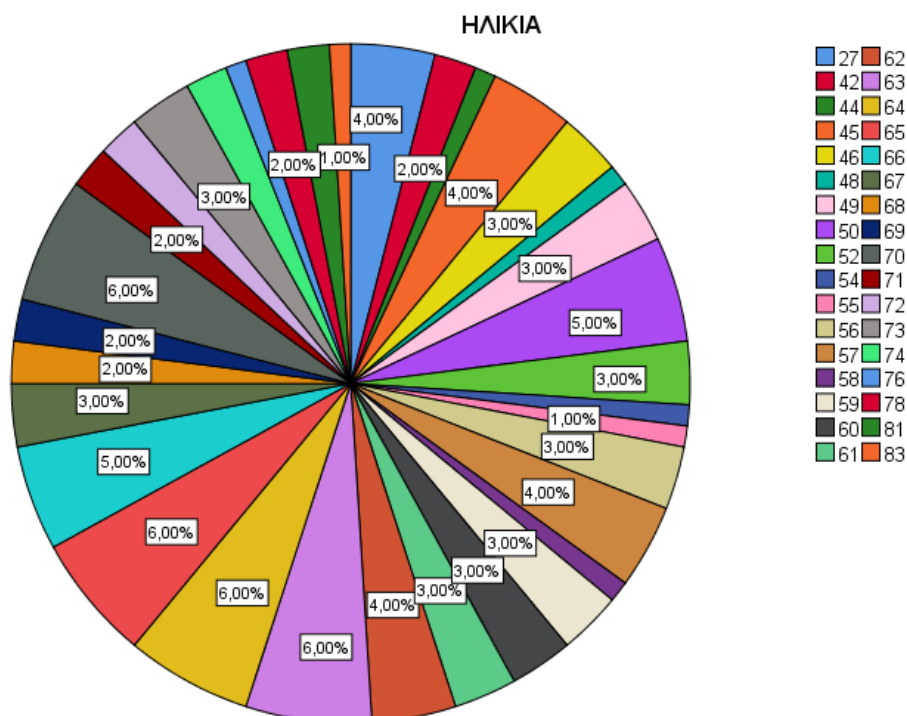
Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε περίπου 150 άτομα και απαντήθηκαν ολοκληρωμένα τα 100. Οι απαντήσεις καταχωρήθηκαν σε φύλλο του excel και στην συνέχεια επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων των ερωτήσεων θα γίνει με διαγράμματα μορφής πίτας και θα σχολιαστούν. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα δοθεί με περεταίρω ανάλυση συσχέτισης με την μέθοδο chi square των δημογραφικών χαρακτηριστικών και κάποιων ερωτήσεων από τα 2 ερωτηματολόγια προκειμένου να λάβουμε απαντήσεις εξάρτησης και να τις σχολιάσουμε.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με το αν ο ασθενής περιόρισε την εργασία του ή κάποιες άλλες ασχολίες ( EP. 6<sup>η</sup> QLQ).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με το αν άλλαξε η φυσική κατάσταση του ασθενή ή βρήκε εμπόδια στην οικογενειακή του ζωή ( EP. 26<sup>η</sup> QLQ).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την συνολική εκτίμηση της υγείας του ασθενή ( EP. 29<sup>η</sup> QLQ).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ασθενή ( EP. 30<sup>η</sup> QLQ).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την άποψη του ασθενή για την υγεία του ( EP. 1η SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την αξιολόγηση της υγείας του ασθενή (EP. 2η SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την μείωση της εργασίας του ασθενή ή άλλης ασχολίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες επηρεασμένος από την σωματική υγεία (EP. 4<sup>A</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με περιορισμό της εργασίας του ασθενή ή άλλης ασχολίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες επηρεασμένος από την συναισθηματική υγεία (EP. 4<sup>A</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την ένταση του πόνου του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 7<sup>η</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την πτώση της ψυχολογίας του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9<sup>η</sup> SF-36).

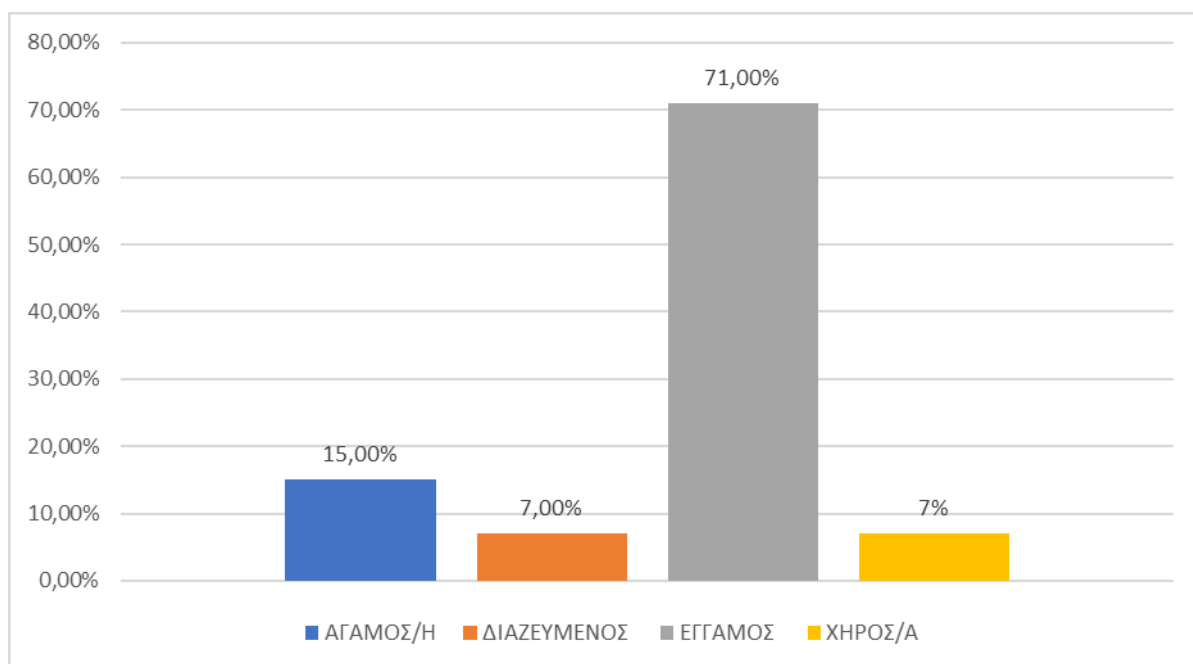
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την ενεργητικότητα του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9<sup>ε</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την εξάντληση του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9<sup>ς</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την ευτυχία του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9<sup>η</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την κούραση του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9<sup>θ</sup> SF-36).
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την άποψη του ασθενή ότι η υγεία του θα χειροτερεύσει (EP. 11<sup>γ</sup> SF-36).

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

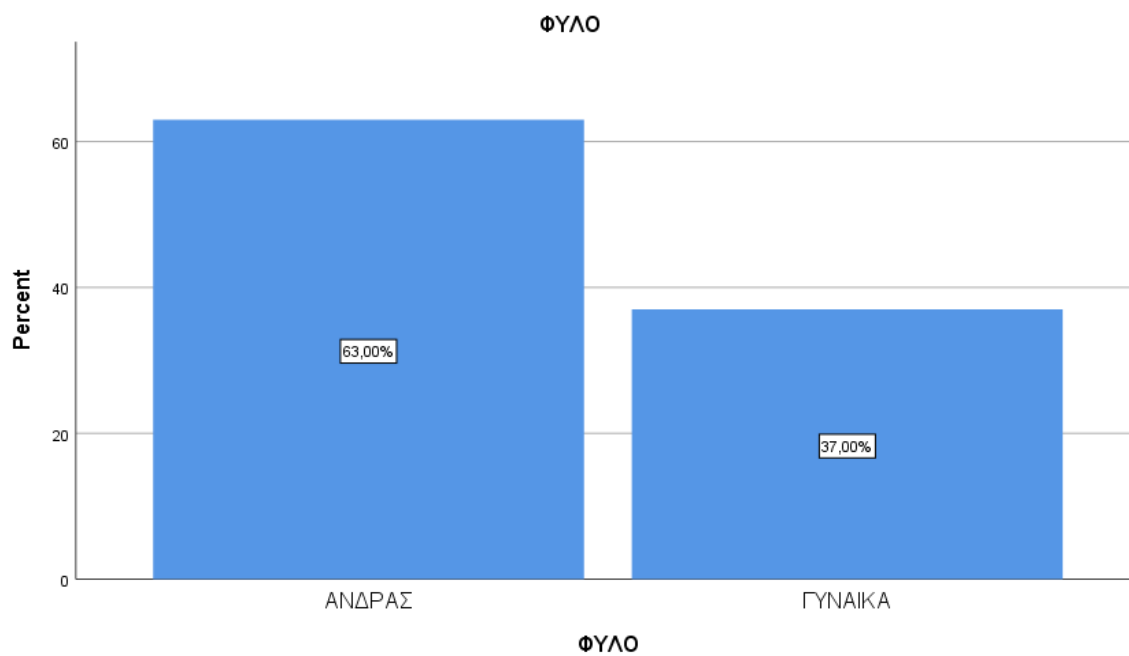


*Διάγραμμα 8: Ηλικιακή κατανομή*

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώνεται ηλικιακά από 27 ετών έως 83 ετών. Οι συμμετέχοντες δεν έχουν κάποιο σαφή προσδιορισμό ως προς κάποια ηλικιακή ομάδα καθώς οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες.



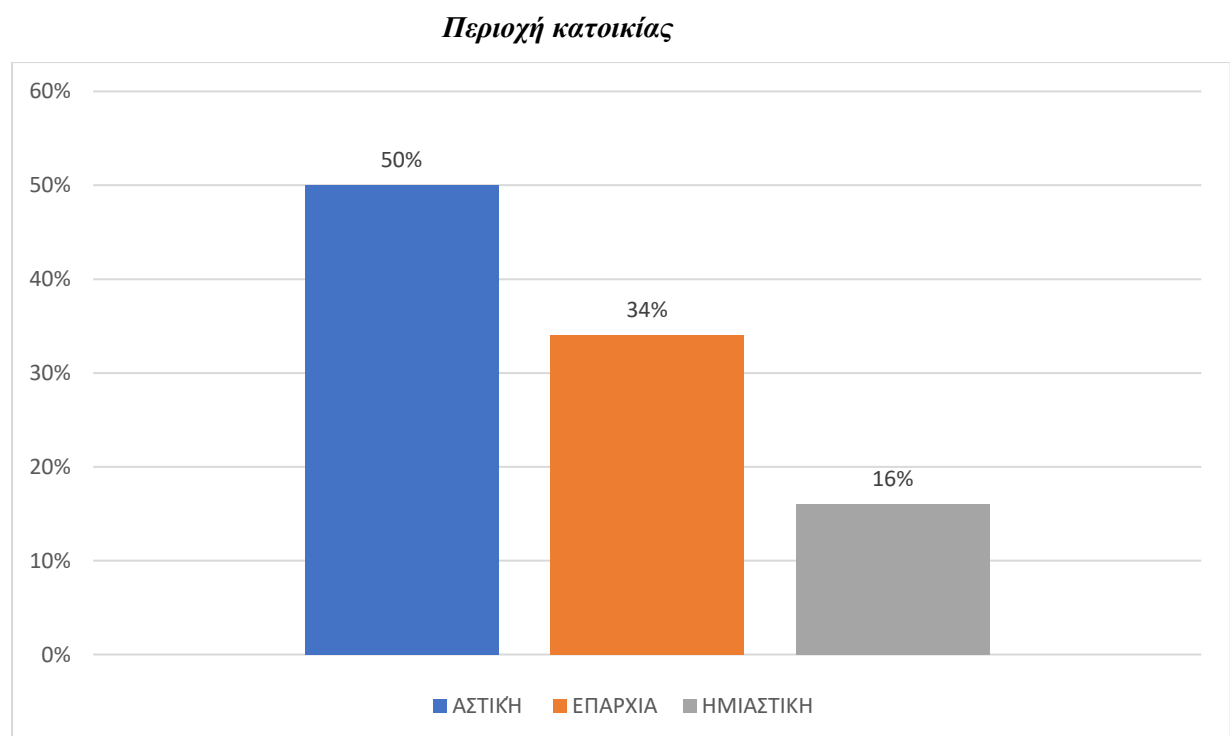
**Διάγραμμα 9: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης**



**Διάγραμμα 10: Κατανομή Φύλλου**

Το 63% των ερωτηθέντων είναι άνδρες και το υπόλοιπο γυναίκες.

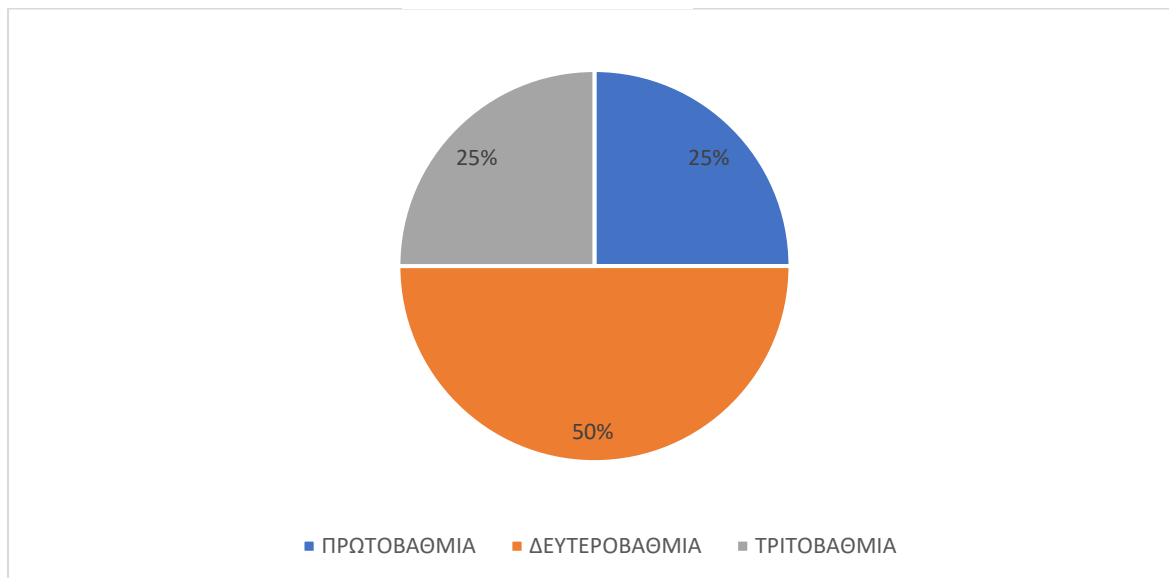
Το 71% δήλωσε ότι είναι παντρεμένο το 15% ότι δεν είναι παντρεμένο το 7% διαζευγμένο και το 7% έχει χάσει το σύντροφό του. Συνεπώς παρουσιάζεται μεγάλη ομοιότητα στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών



**Διάγραμμα 11: Κατανομή περιοχή κατοικίας**

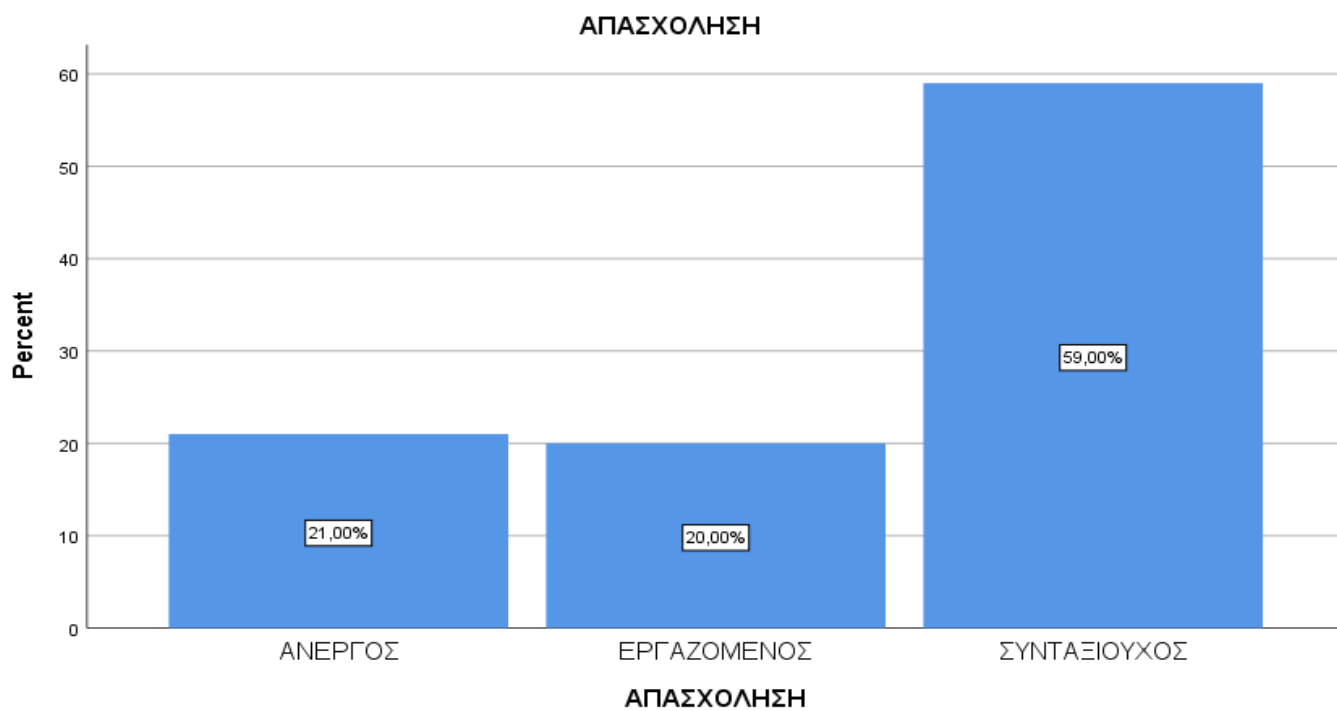
Το 50% του δείγματος κατοικεί σε αστική περιοχή, ενώ αντίθετα το 16% στην επαρχία.

#### *Επίπεδο εκπαίδευσης*



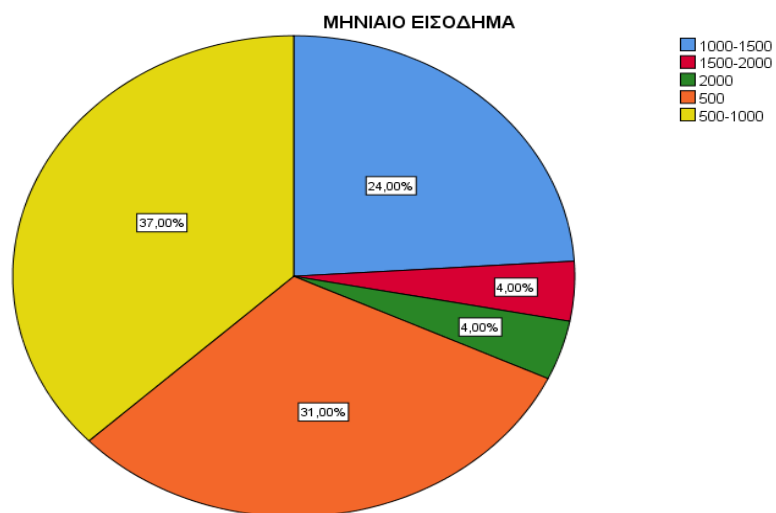
*Διάγραμμα 12: Κατανομή επιπέδου εκπαίδευσης*

Το 50% του δείγματος έχει σπουδές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ενώ από 25% έχουν επίπεδο εκπαίδευσης πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας.



*Διάγραμμα 13: Κατανομή απασχόλησης*

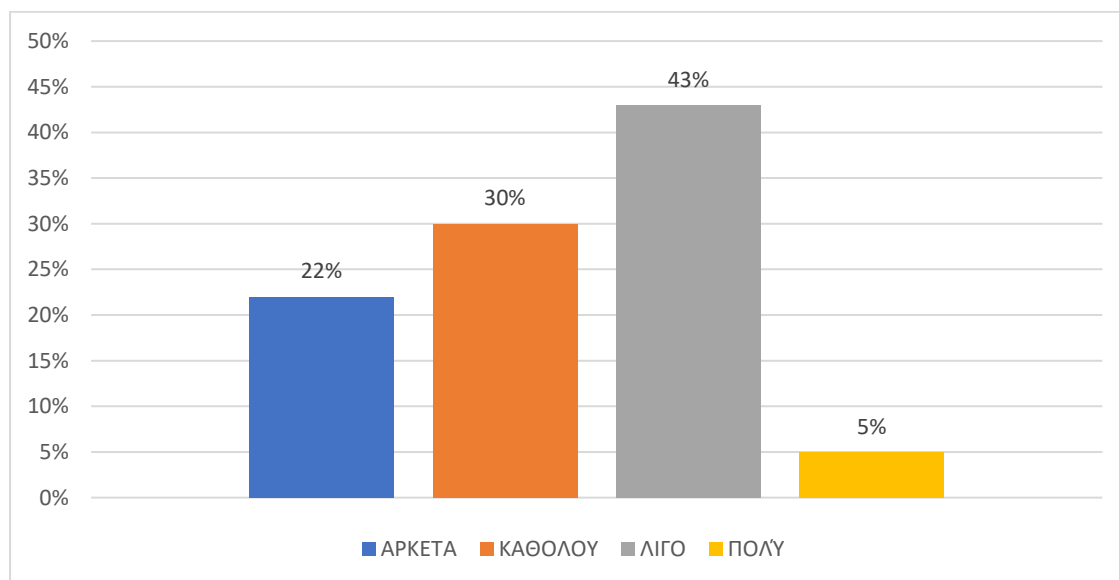
Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 59% είναι συνταξιούχοι 21% άνεργοι και το 20% εργαζόμενοι.



*Διάγραμμα 14: Κατανομή μηνιαίου εισοδήματος*

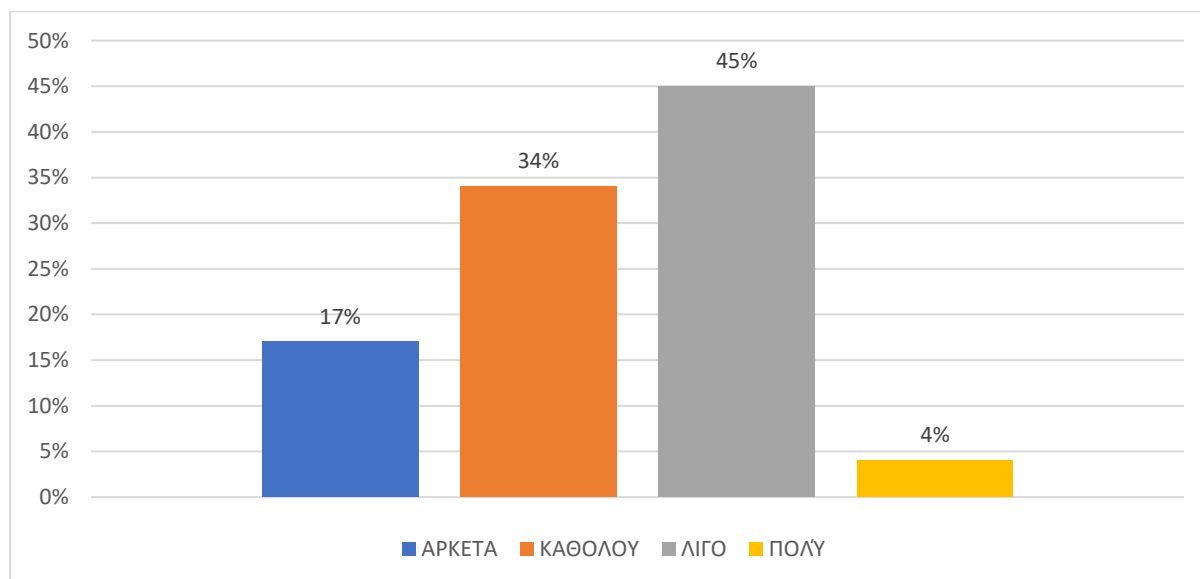


Το 68% έχει μηνιαίο εισόδημα από 500 ευρώ και πάνω, το 24% έχει εισόδημα από 1.000 έως 1.500 ευρώ και το 8% έχουν εισόδημα από 1.500 ευρώ και πάνω.



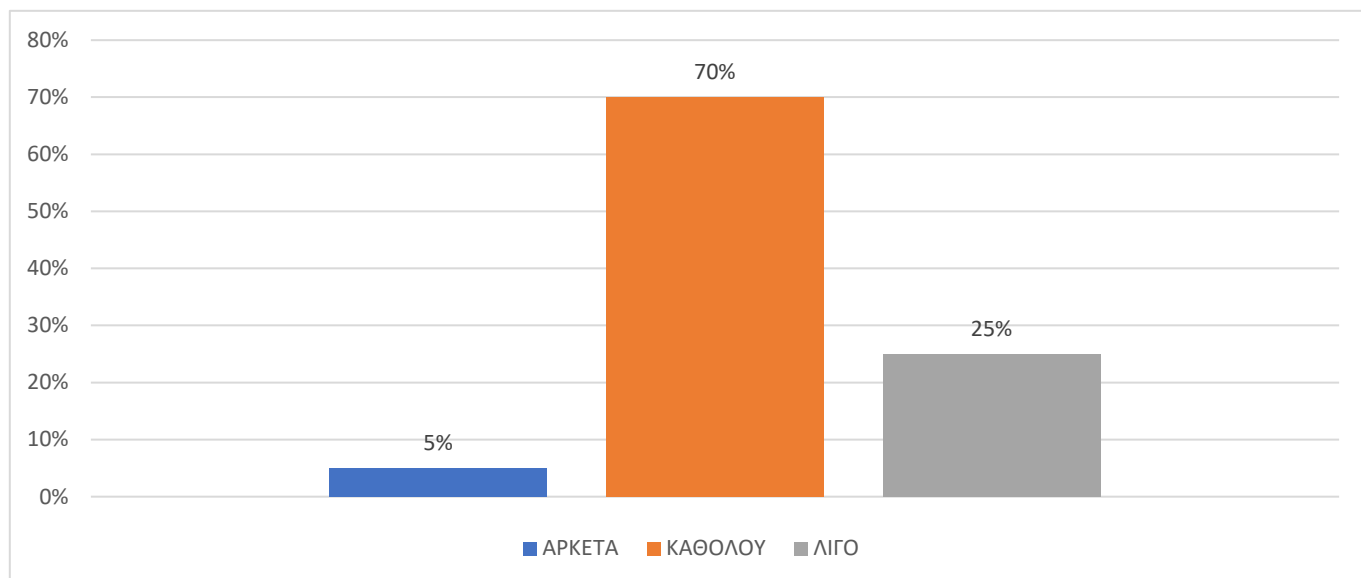
**Διάγραμμα 15: Ερώτηση QLQ-1: Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες;**

Περίπου το 73% δηλώνει ότι νιώθει έως καθόλου ενοχλήσεις όταν κάνει κοπιαστικές εργασίες παράδειγμα να κουβαλήσει μία βαλίτσα το υπόλοιπο 27% δηλώνει αρκετά έως πολύ.



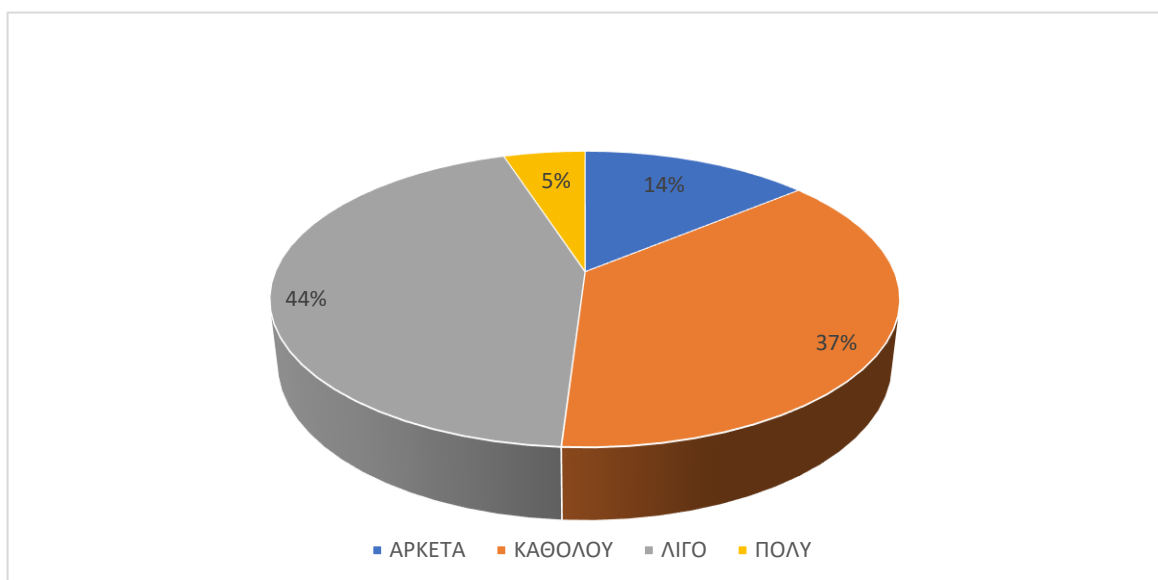
**Διάγραμμα 16: Ερώτηση QLQ-2 : Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε μεγάλο περίπατο;**

Η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 79% δηλώνει ότι αισθάνεται ενοχλήσεις κάνοντας έναν μεγάλο περίπατο από λίγο έως καθόλου το υπόλοιπο 21% δηλώνει αρκετά έως πολύ.

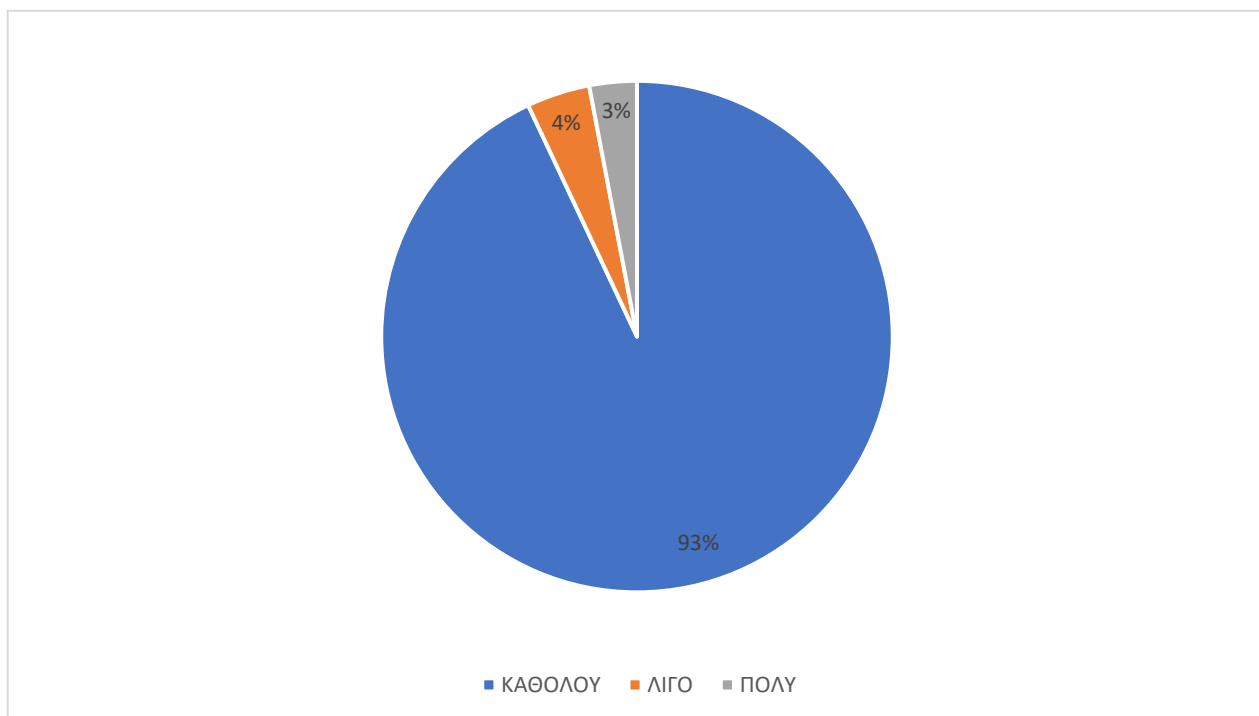


**Διάγραμμα 17: Ερώτηση QLQ-3 Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο;**

Στην επόμενη ερώτηση που αφορά ένα μικρό περίπατο το ποσοστό που νιώθει καθόλου όμως λίγο ενοχλήσεις αυξάνεται και γίνεται 95%.

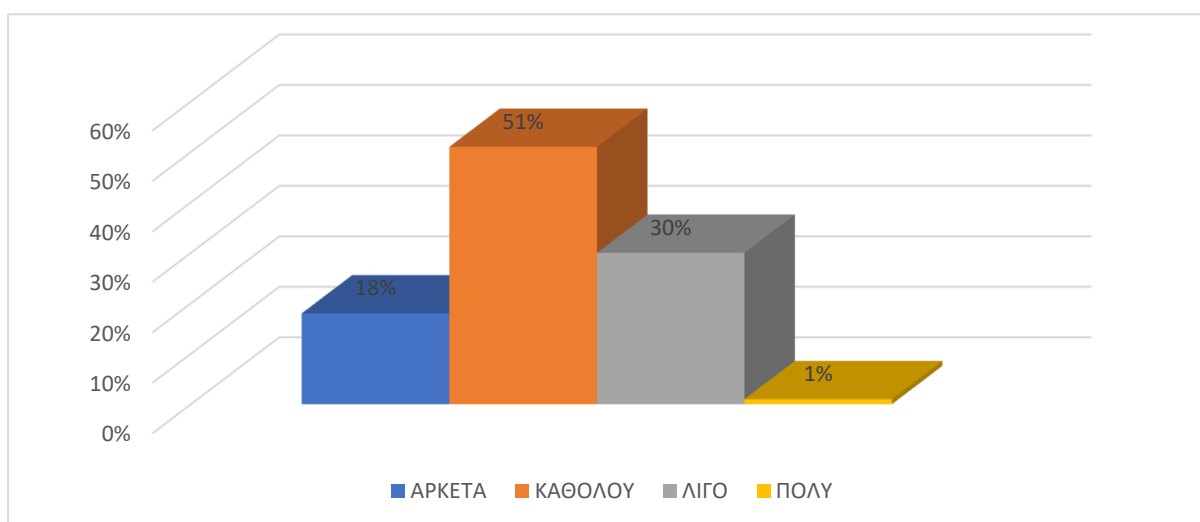


**Διάγραμμα 18: Ερώτηση QLQ-4: Χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι ή σε καρέκλα κατά την διάρκεια της ημέρας;**



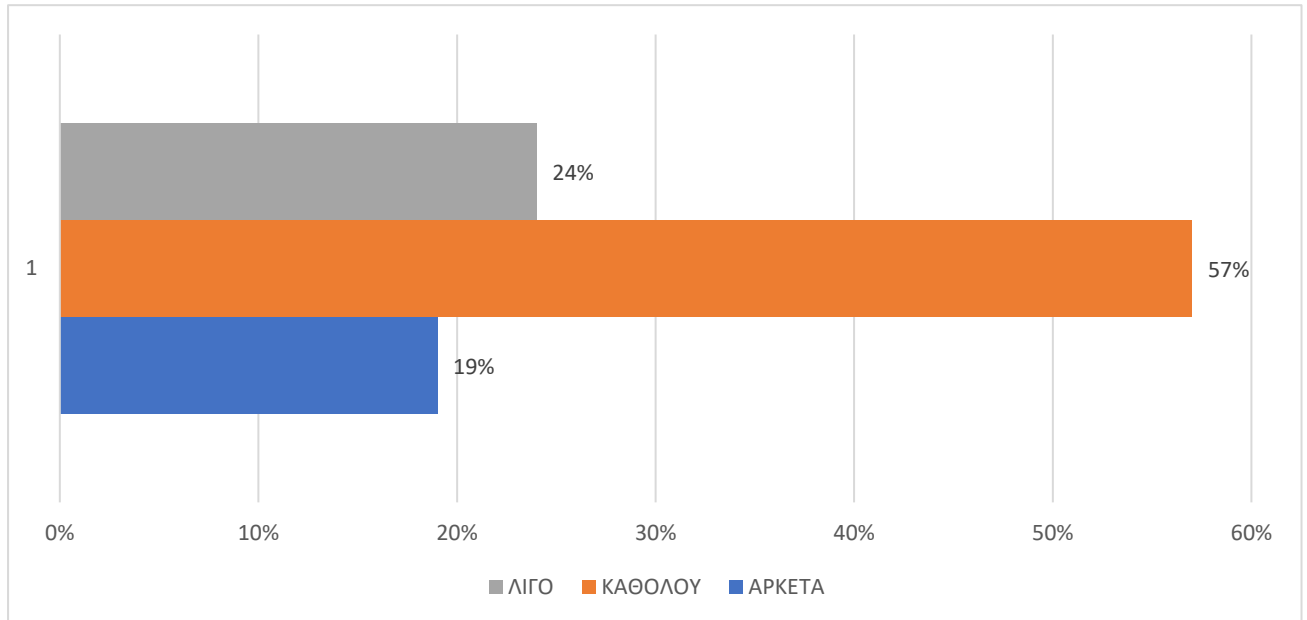
**Διάγραμμα 19: Ερώτηση QLQ-5: Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντυνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;**

Στις δύο παραπάνω ερωτήσεις όπου αφορούν την ξεκούραση μέσα στην ημέρα αλλά και τη βοήθεια στην προσωπική υγιεινή ή στην τουαλέτα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία μπορεί να ανταπεξέλθει στην προσωπική υγιεινή καθώς στην πρώτη ερώτηση το 37% απάντα καθόλου και το 44% λίγο ενώ στη δεύτερη ερώτηση το 97% πάντα επίσης το ίδιο. Συνεπώς γίνεται αντιληπτό πως η καθημερινότητα σε όσους λαμβάνουν ανοσοθεραπεία δεν επηρεάζεται στην ολοκλήρωση των προσωπικών αναγκών.



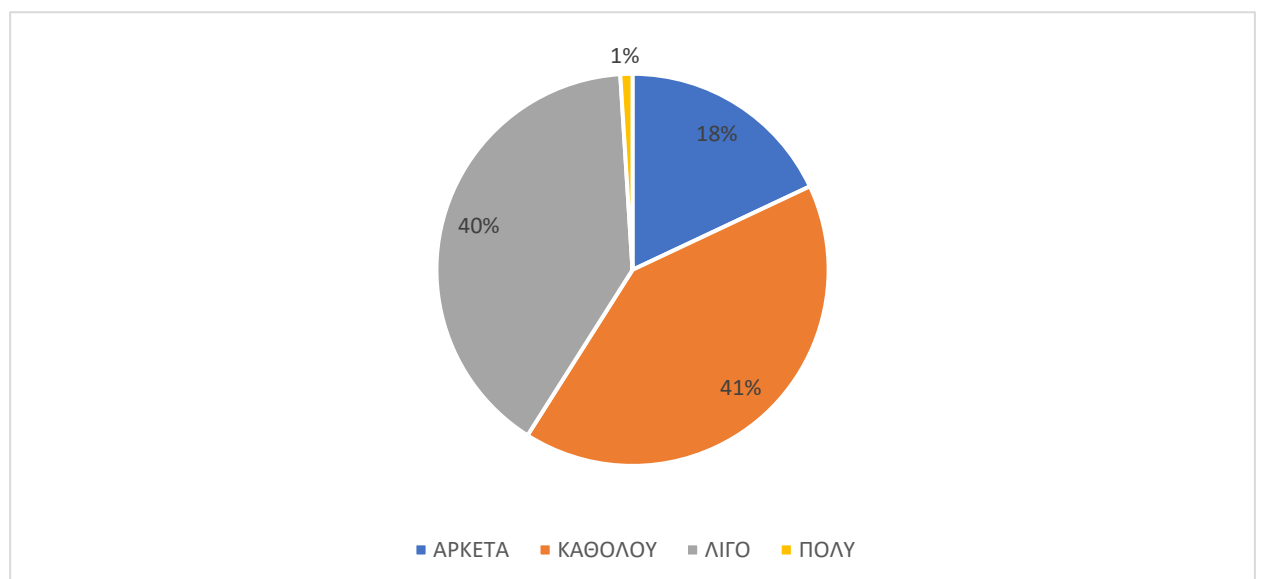
**Διάγραμμα 20: Ερώτηση QLQ-6: Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες;**

Οι ερωτηθέντες στην Ερώτηση 6 του QLQ σε ποσοστό 51% απαντούν πως καθόλου και 30% λίγο ότι δεν έχουν περιορίσει την εργασία τους είτε τις καθημερινές ασχολίες τους κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.



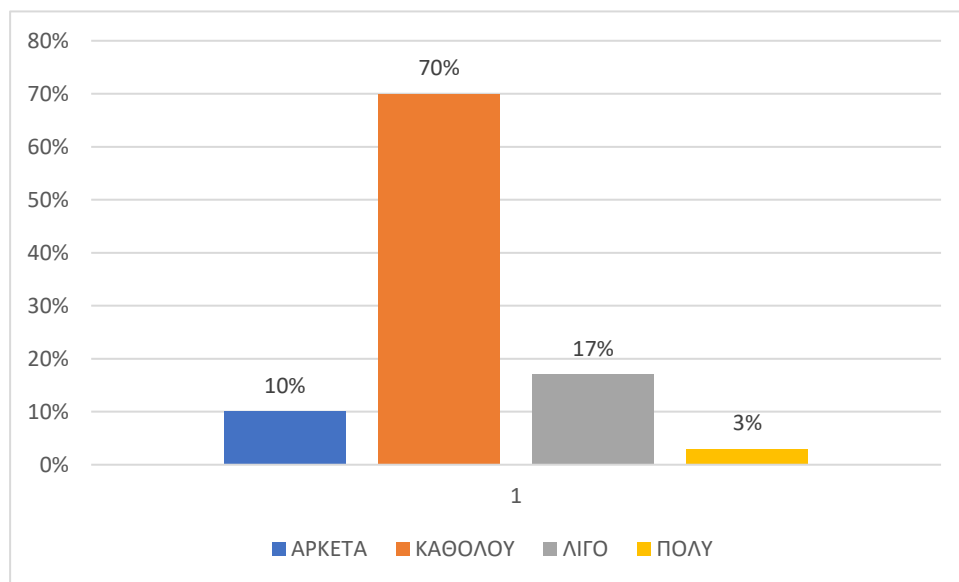
**Διάγραμμα 21: Ερώτηση QLQ-7: Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες;**

Επίσης και σε αυτή την ερώτηση με ποσοστό 81% οι ερωτηθέντες δεν έχουν περιορίσει δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου τους, αρά η καθημερινότητα τους δεν είναι επηρεασμένη από την θεραπεία που λαμβάνουν.



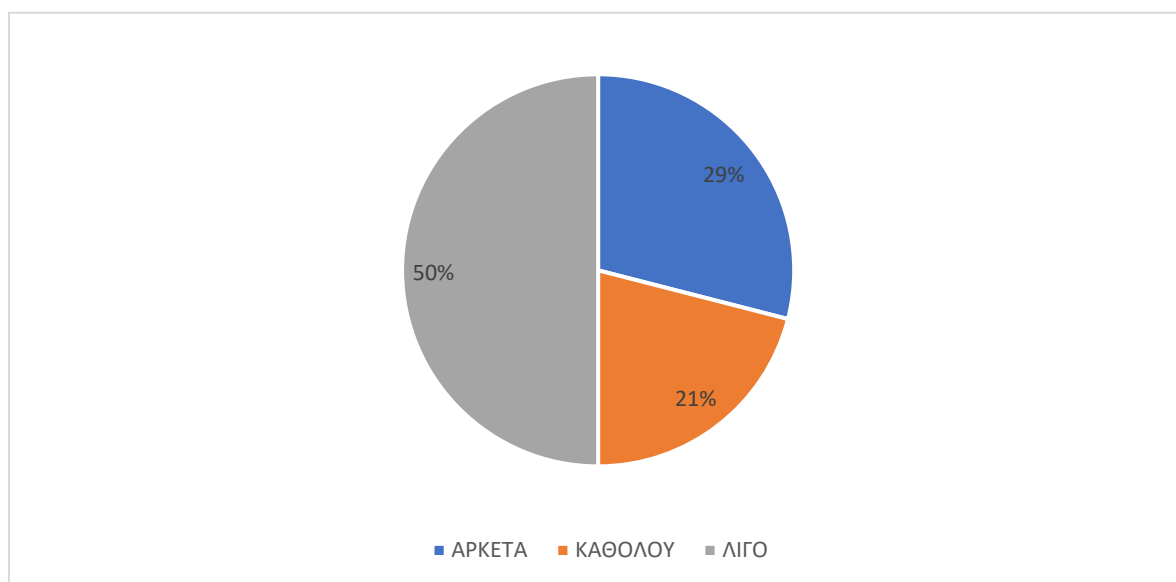
**Διάγραμμα 22: Ερώτηση QLQ-8: Λαχανιάσατε;**

Ωστόσο στην ερώτηση ένα λαχάνιασαν την τελευταία εβδομάδα οι νόσούντες απάντησαν 41% καθόλου ενώ το 1% πολύ.



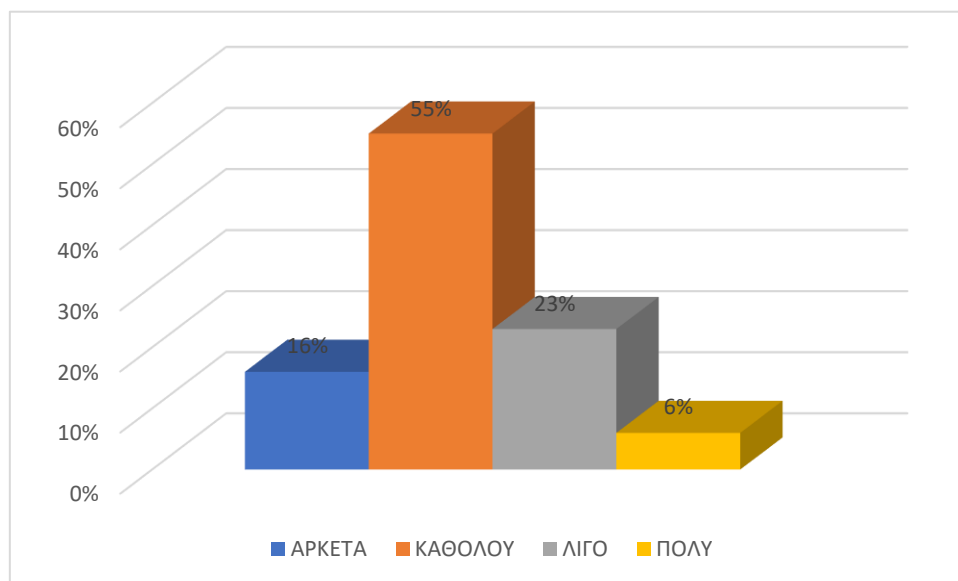
**Διάγραμμα 23: Ερώτηση QLQ-9: Πονούσατε;**

Το ίδιο ισχύει και στην ερώτηση εάν πόνεσαν, καθώς το 70% των ερωτηθέντων απάντησε πως δεν πόνεσε. Ενώ μόλις το 3% πως πόνεσε πολύ.



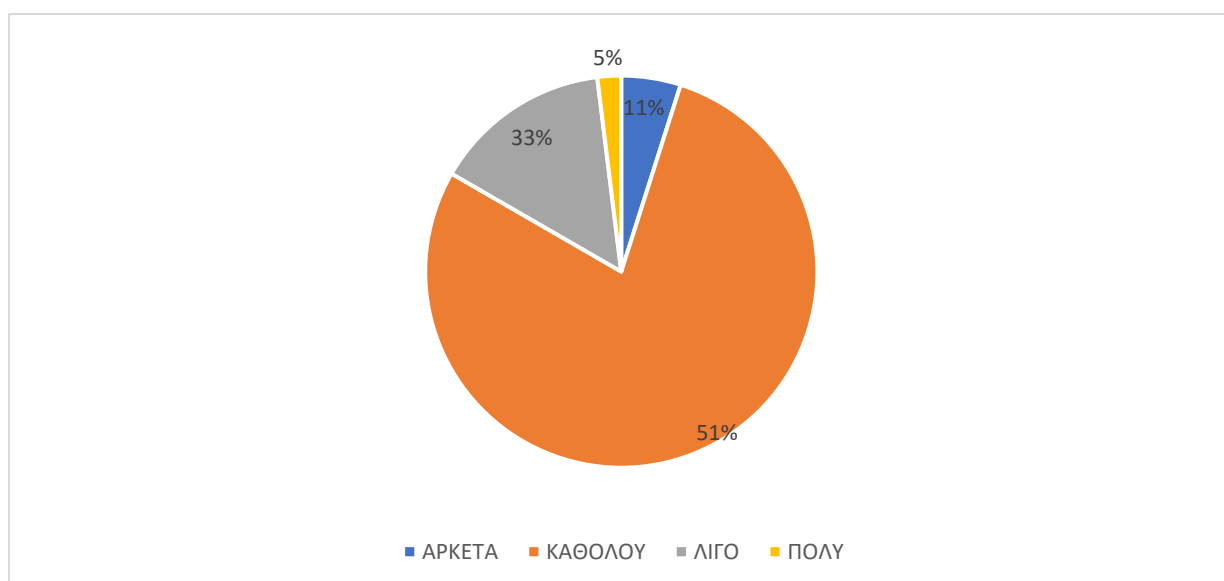
**Διάγραμμα 24: Ερώτηση QLQ-10: Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;**

Στην ερώτηση εάν είχαν ανάγκη από ξεκούραση το 50% των ερωτηθέντων απάντησε λίγο, ενώ το 21% απάντησε πως είναι δεν είχε καθόλου.



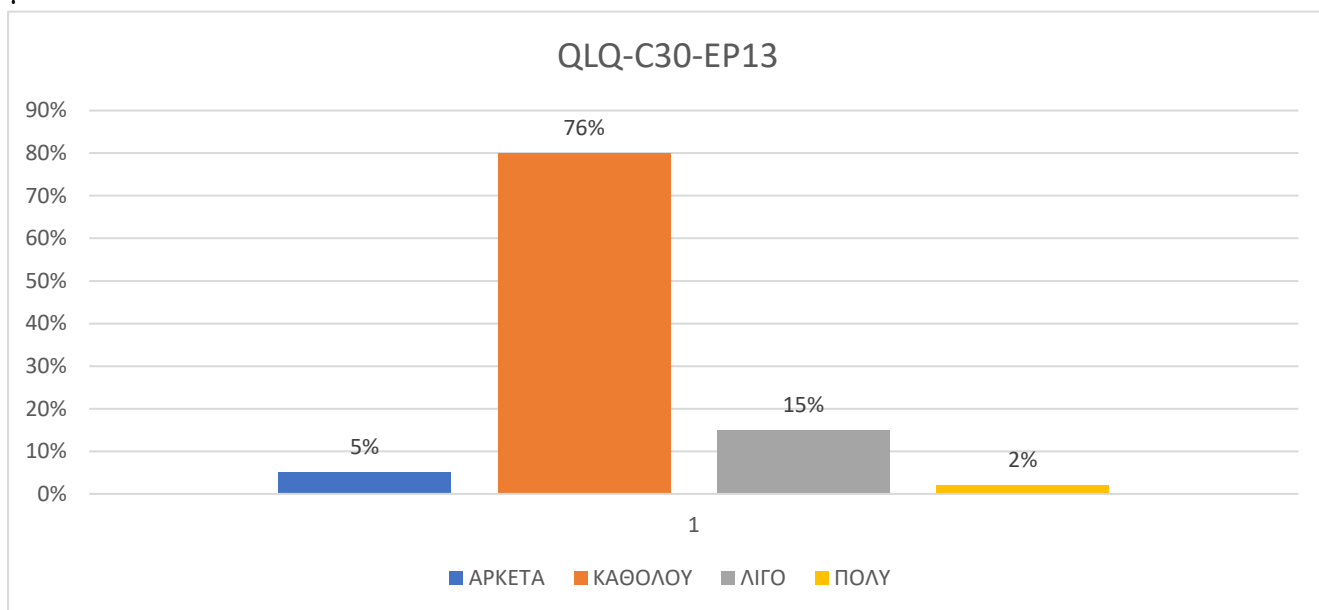
**Διάγραμμα 25: Ερώτηση QLQ-11: Είχατε αυπνίες;**

Στην ερώτηση εάν είχαν αυπνίες οι ερωτηθέντες το 55% απάντησε καθόλου, συνεπώς γίνεται αντιληπτό πως ο ύπνος είναι μία ομαλή διαδικασία για τους πάσχοντες. Αντίθετα, μικρό ποσοστό, 6%, απάντησε πως είχε πολλές αυπνίες την τελευταία εβδομάδα.



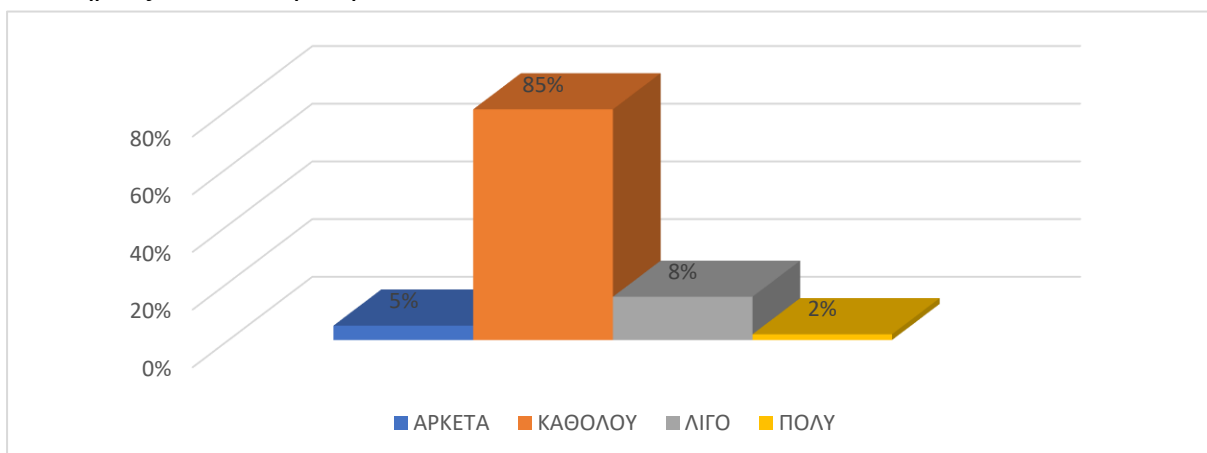
**Διάγραμμα 26: Ερώτηση QLQ-12: Αισθανθήκατε αδυναμία;**

Στην ερώτηση εάν αισθάνθηκαν κατά την τελευταία εβδομάδα αδυναμία, το 51% απάντησε καθόλου, 33% λίγο ενώ μόνο το 5% απάντησε πολύ. Στις παραπάνω έξι ερωτήσεις όπου οι ερωτηθέντες έπρεπε να απαντήσουν από πολύ έως καθόλου αν λαχανιάζουν αν έχουν πόνους αν έχουν ανάγκη για ξεκούραση εάν έχουν αϋπνίες και αν αισθάνονται αδυναμία το 80 με 85% απαντά καθόλου έως λίγο. Μόνο στην ερώτηση QLQ 10 το ποσοστό αυτό μειώνεται σε 71%.

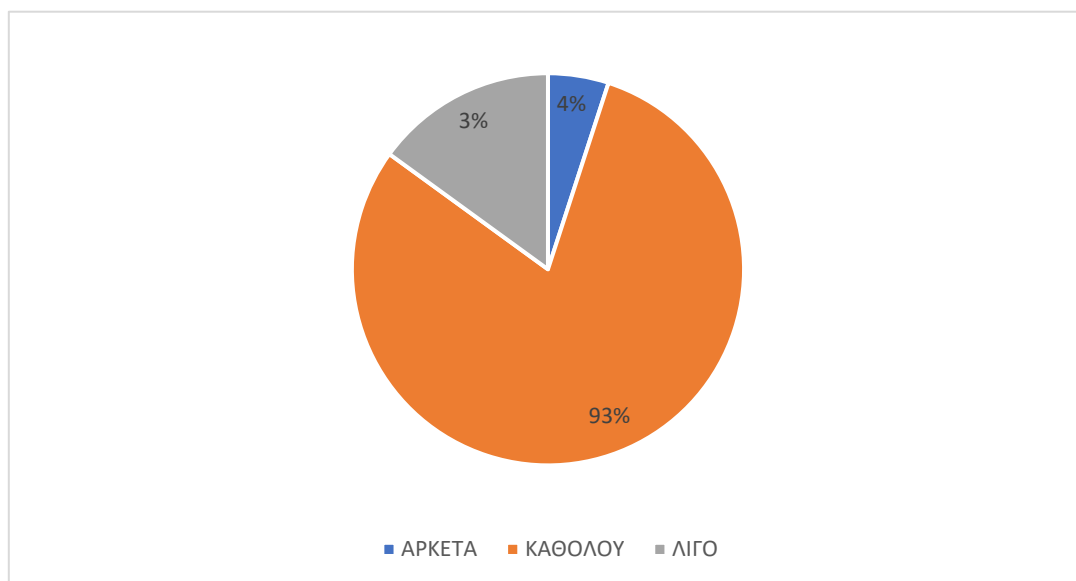


**Διάγραμμα 27: Ερώτηση QLQ-13: Είχατε ανορεξία;**

Το 51% απάντησε πως δεν είχε καθόλου ανορεξία και το 33% λίγο, ενώ αντίθετα το 16% απάντησε πολύ και αρκετά. Συνεπώς πηγάζει πως η διατροφή των ερωτηθέντων δεν δεν επηρεάζεται από την θεραπεία.

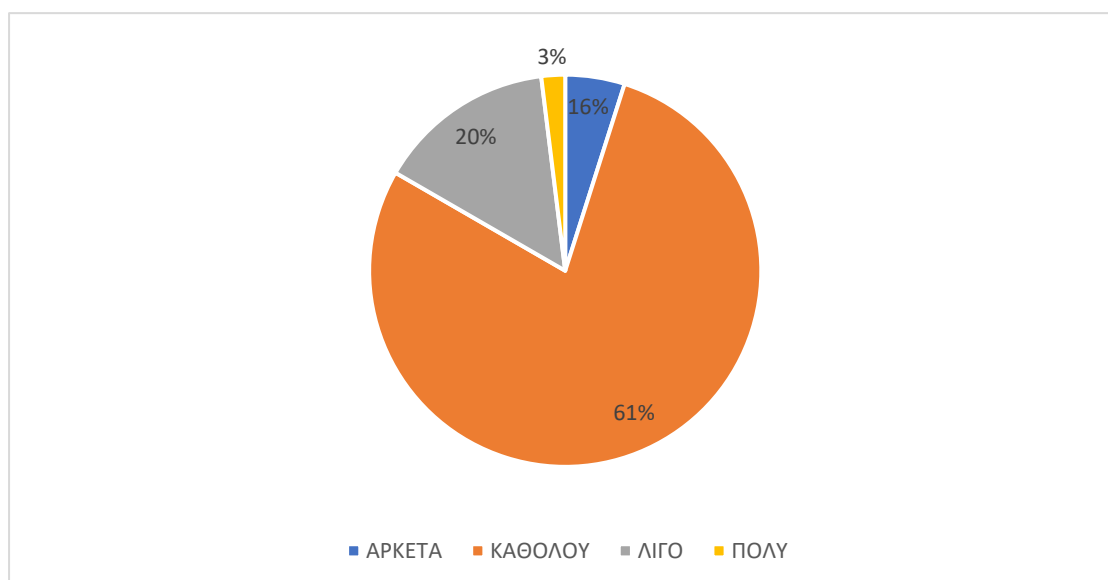


**Διάγραμμα 28: Ερώτηση QLQ-14: Είχατε τάση για έμετο;**



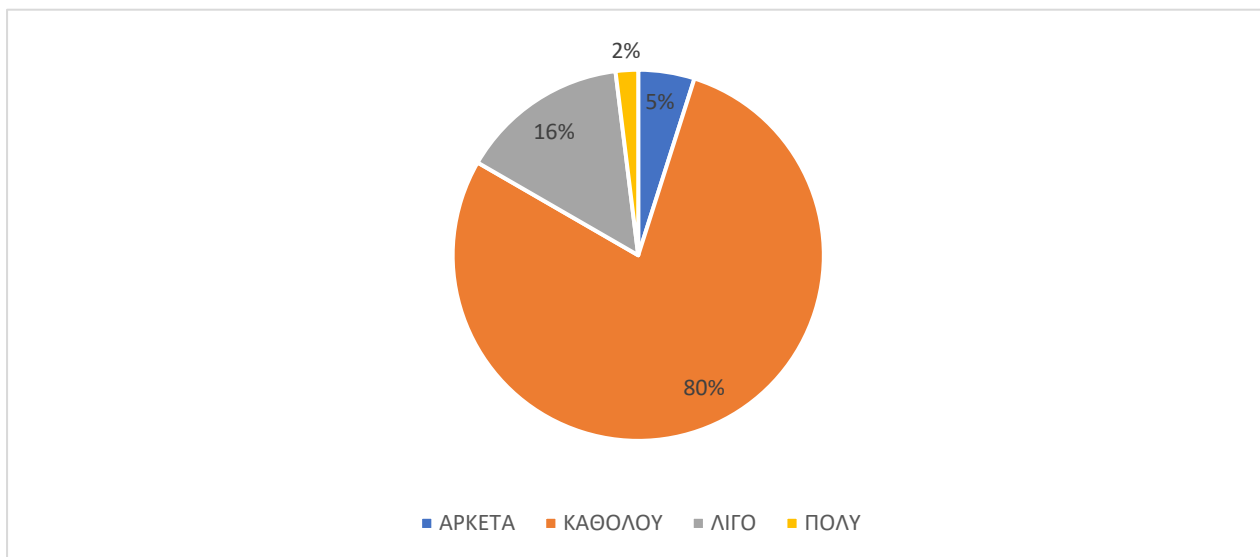
**Διάγραμμα 29: Ερώτηση QLQ-15: Κάνατε εμετό;**

Και στις δύο παραπάνω ερωτήσεις μεγάλο ποσοστό δεν έκανε και δεν είχε τάση για έμετο. Το 85% απάντησε στην πρώτη ερώτηση πως είχε τάση για έμετο ενώ το 95% στην ερώτηση εάν έκαναν έμετο απάντησα αρνητικά. Αντιθέτως, στην απάντηση λίγο διαφέρουν τα αποτελέσματα των δύο ερωτήσεων, το 8% απάντησε πως είχε τάση για έμετο ενώ, μόλις, το 3% δεν έκανε έμετο.



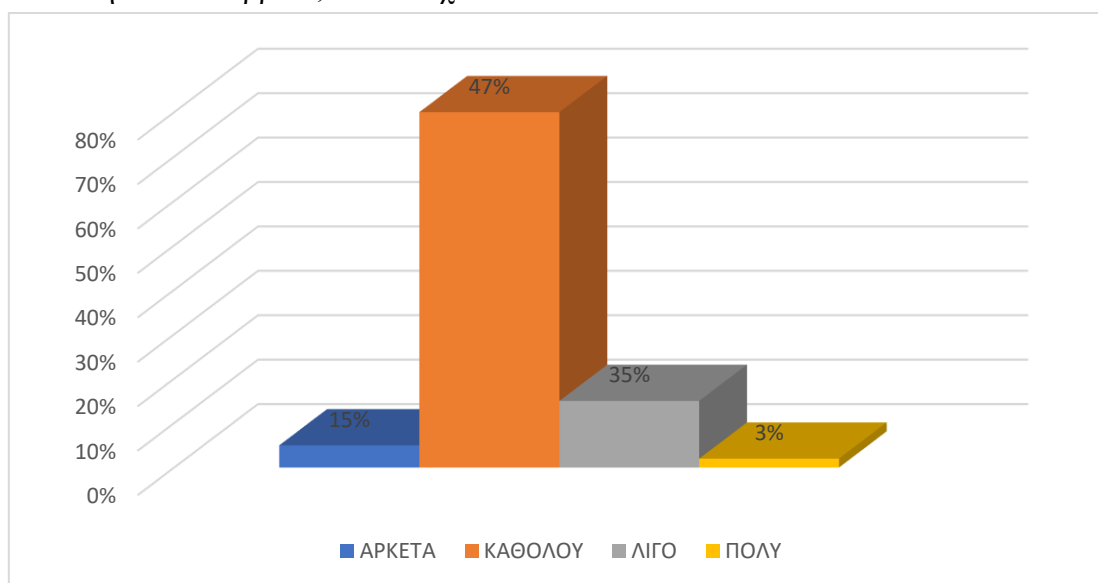
**Διάγραμμα 30: Ερώτηση QLQ-16: Είχατε δυσκοιλιότητα;**





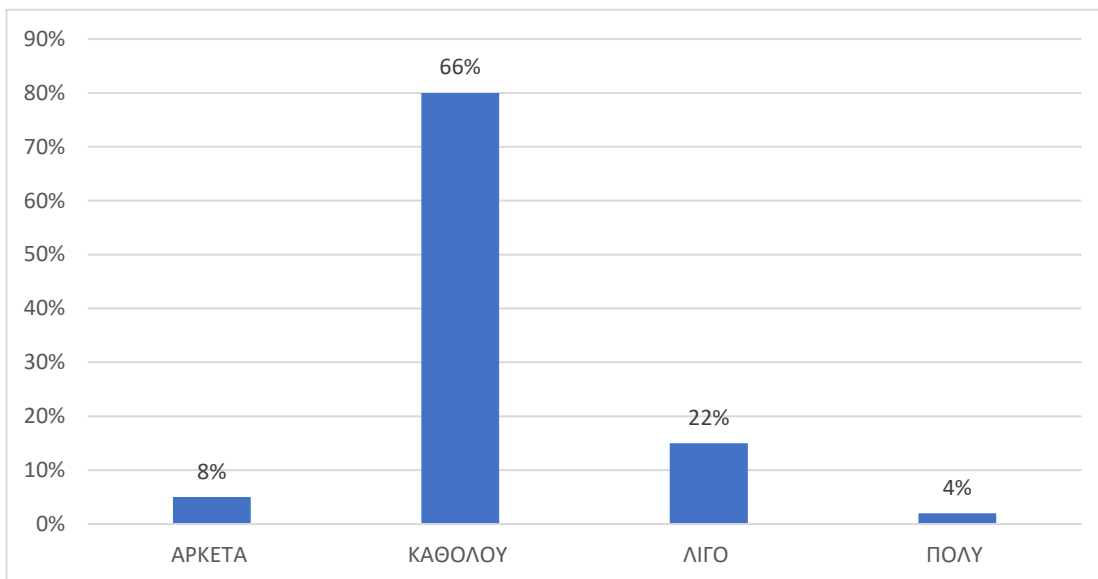
**Διάγραμμα 31: Ερώτηση QLQ-17: Είχατε διάρροια;**

Και στις δύο παραπάνω ερωτήσεις, αντικατοπτρίζεται η πεπτική κατάσταση των ασθενών. Καθώς το 80% και στις δύο ερωτήσεις απάντησε πως δεν είχε καθόλου δυσκοιλιότητα και διάρροια, αντίστοιχα.



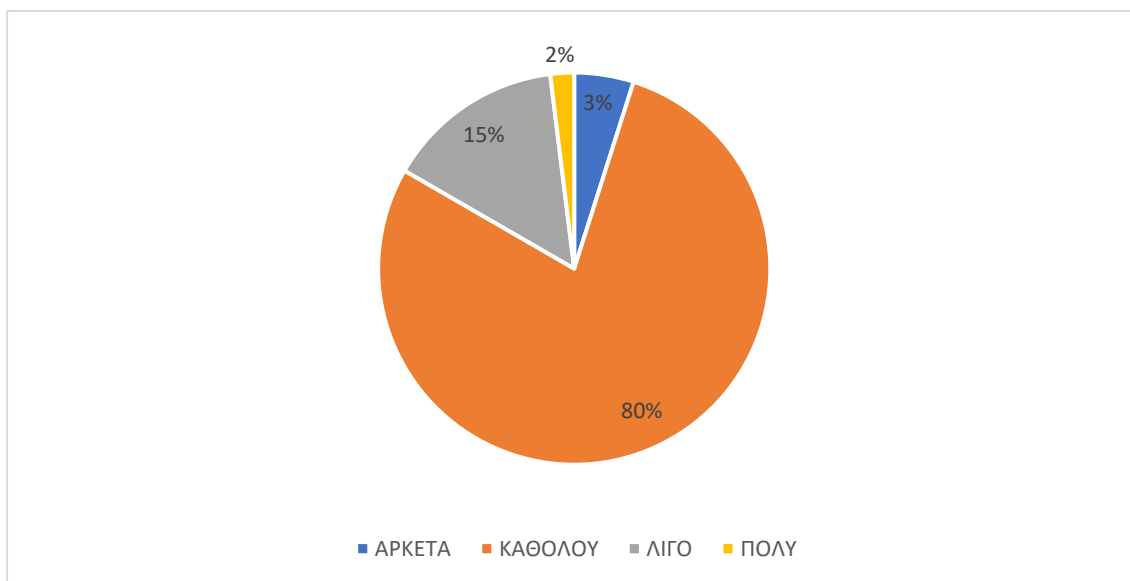
**Διάγραμμα 32: Ερώτηση QLQ-18: Αισθανόσασταν κουρασμένος/η;**

Στην ερώτηση εάν ο ασθενής αισθανόταν κουρασμένος το 47% απάντησε πως δεν αισθάνθηκε καθόλου, ενώ μόλις το 3% αισθάνεται πολύ κουρασμένο. Ωστόσο γίνεται αντιληπτό πως το 35% αισθάνεται λίγο κουρασμένο.



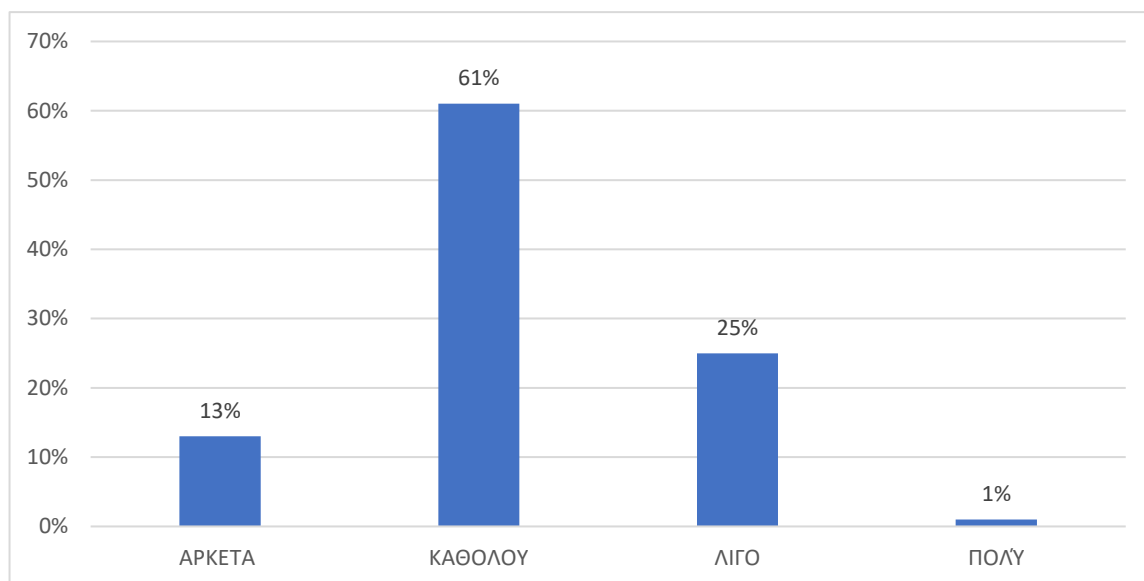
**Διάγραμμα 33: Ερώτηση QLQ-19: Αισθανόσασταν πόνο κατά την διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;**

Επιπλέον, όπως φαίνεται και από το γράφημα 23, ο πόνος απουσιάζει για το 66% στην καθημερινή εργασία, κάτι το οποίο έχει μεγάλη διαφορά όσον αφορά και τις υπόλοιπες απαντήσεις, ιδιαίτερα το 22% που αισθάνεται λίγο πόνο.

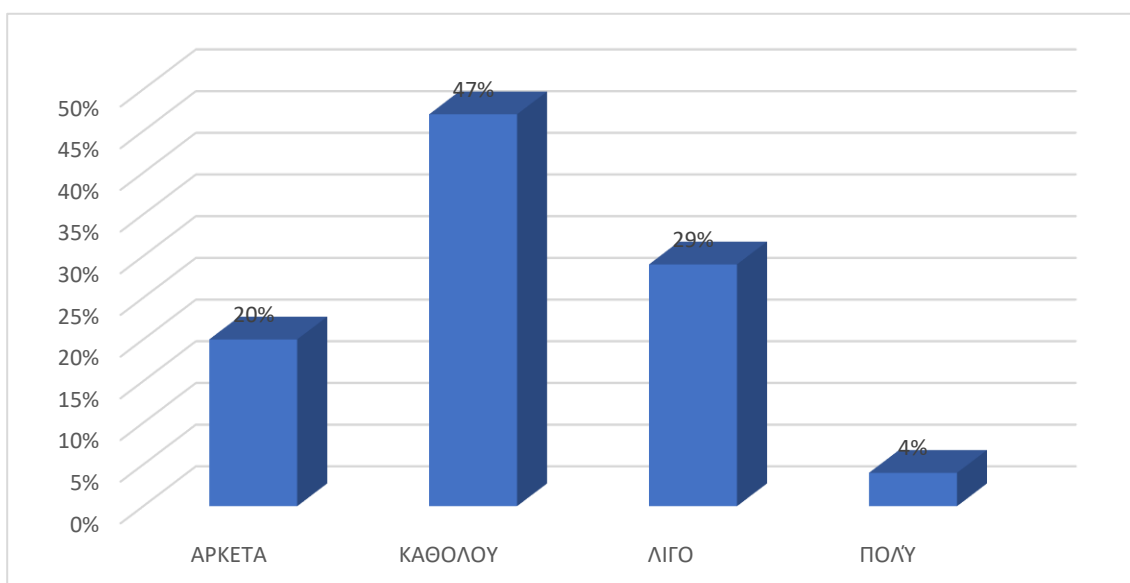


**Διάγραμμα 34: Ερώτηση QLQ-20: Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε μια εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;**

Από άποψη πνευματικής συγκέντρωσης και συγκρότηση σκέψης, το 80% απάντησε πως δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, ωστόσο το μικρότερο ποσοστό που αντιμετωπίζει πρόβλημα συγκέντρωσης είναι το 2%.

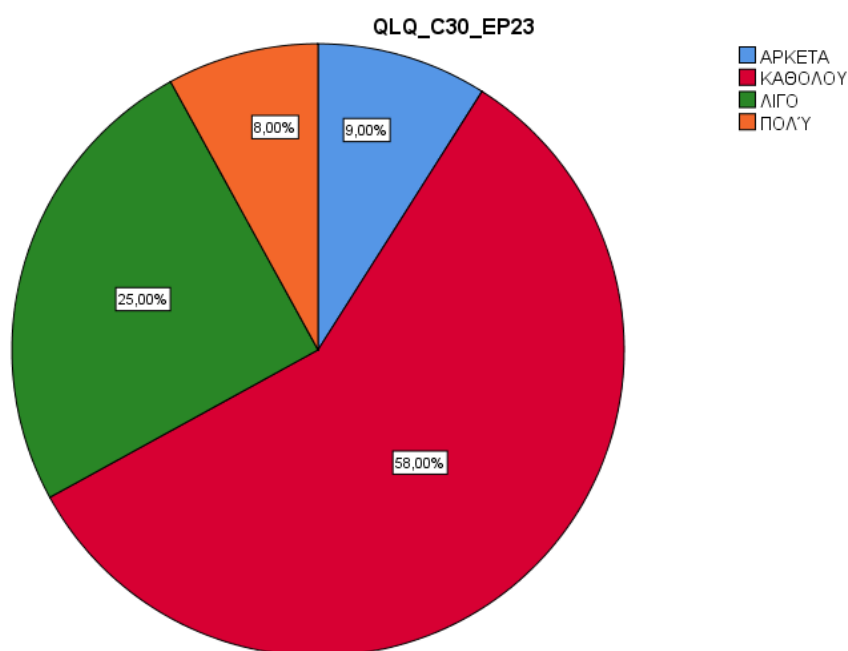


**Διάγραμμα 35: Ερώτηση QLQ-21: Αισθανόσασταν υπερένταση;**

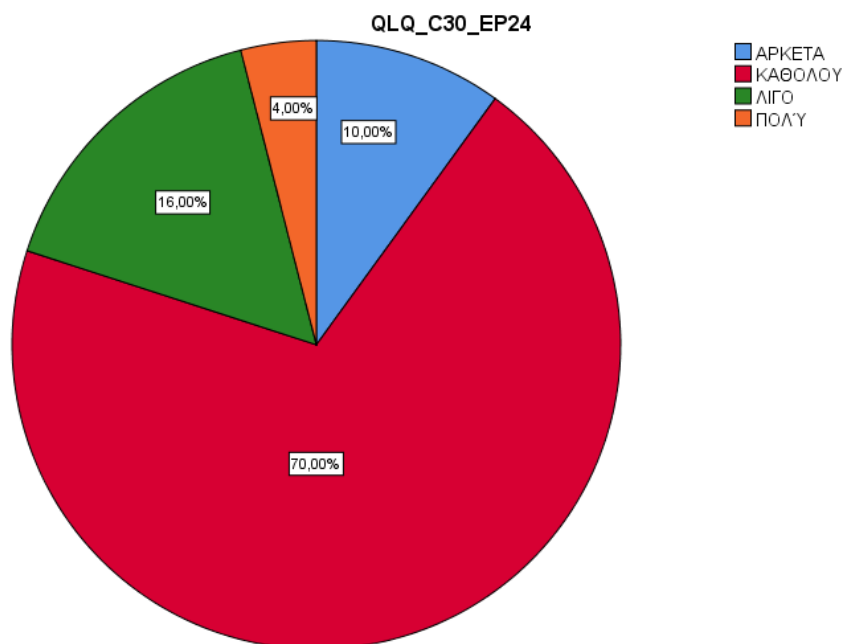


**Διάγραμμα 36: Ερώτηση QLQ-22: Αισθανόσασταν στενοχώρια;**

Στις δύο παραπάνω ερωτήσεις βλέπουμε απουσία ψυχολογικής και συναισθηματικής αστάθεια στους ερωτηθέντες. Καθώς το 61% δεν νιώθει υπερένταση και αντίστοιχα το 47% δεν νιώθει αισθήματα στενοχώριας. Ωστόσο, παρατηρείται πως μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει αρκετά στενοχωρημένο, που αγγίζει το 20% ενώ αντίθετα το 13% νιώθει αρκετά υπερένταση.

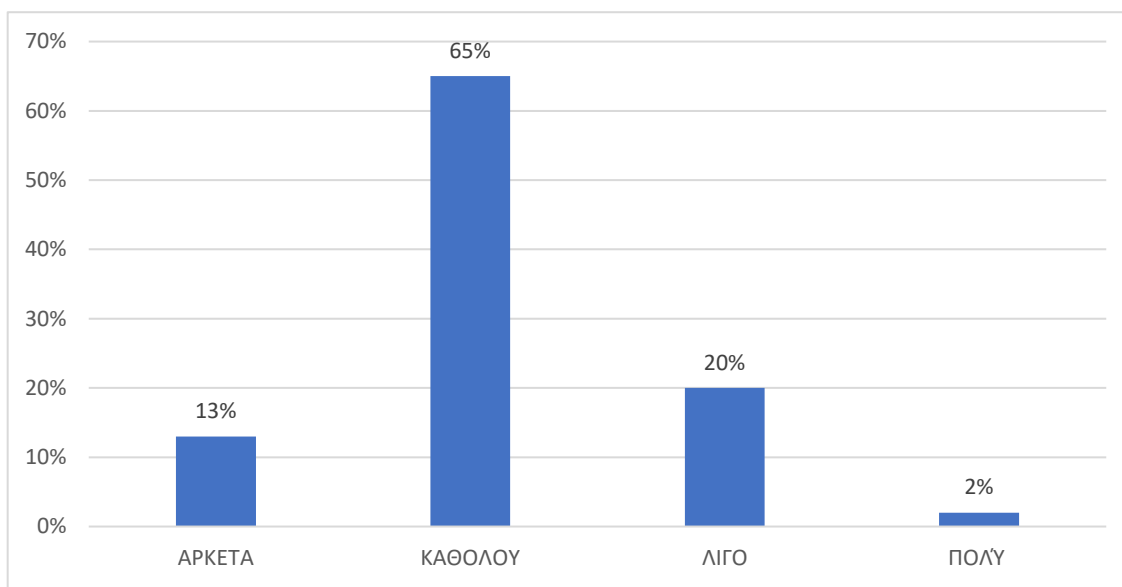


**Διάγραμμα 37: Ερώτηση QLQ-23: Αισθανόσασταν ενέξαπτος/η;**



**Διάγραμμα 38: Ερώτηση QLQ-24: Αισθανόσασταν κατάθλιψη;**

Επιπλέον, και στις δύο παραπάνω ερωτήσεις, παρατηρείται ισορροπία στις ερωτήσεις των ερωτηθέντων. Η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών παρουσιάζει μέσω των απαντήσεων, μία θετική αντιμετώπιση των καταστάσεων και του περιβάλλοντος της καθημερινότητας. Καθώς δεν υπάρχουν υψηλά ποσοστά στην ύπαρξη των συναισθημάτων αυτών.

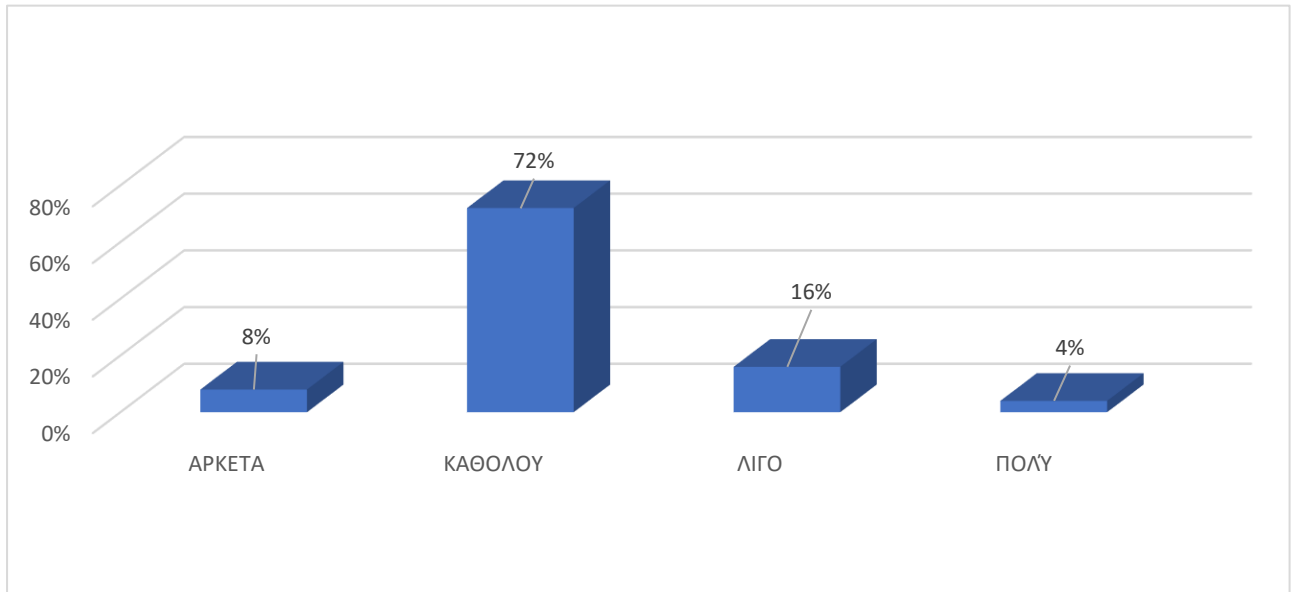


**Διάγραμμα 39: Ερώτηση QLQ-25: Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;**

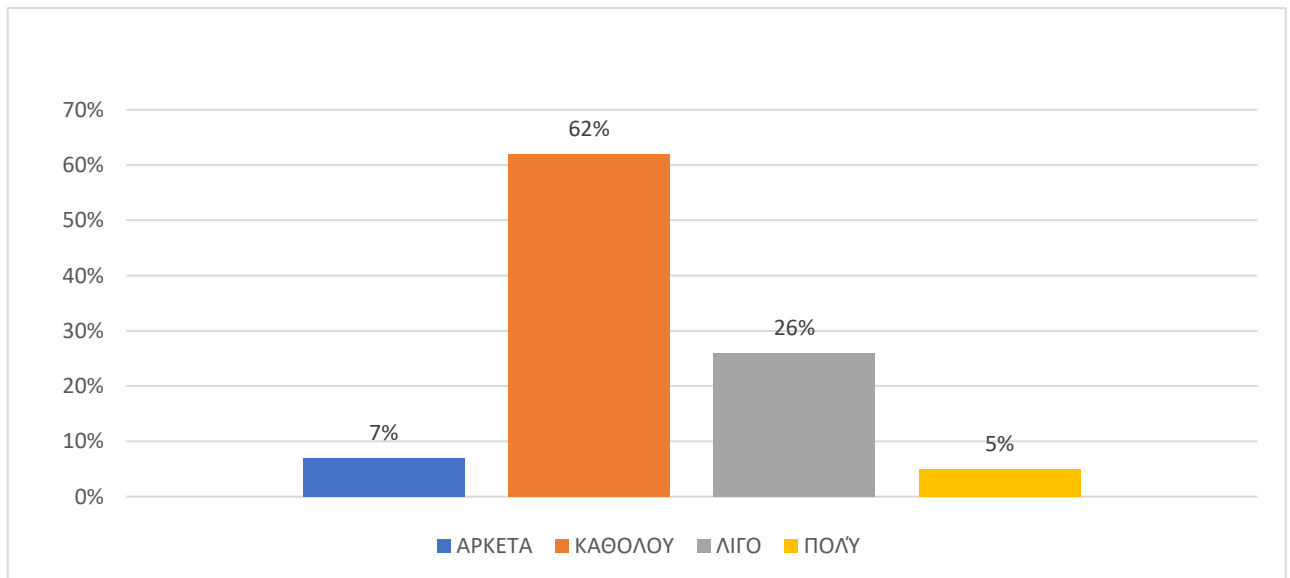
Στις παραπάνω 12 ερωτήσεις εξετάστηκαν τα εξής και οι απαντήσεις από καθόλου έως λίγο είναι:

- εάν ο ασθενής έχει ανορεξία 84%
- εάν έχει τάση για εμετό 93%
- εάν κάνει εμετό 96%
- εάν έχει δυσκοιλιότητα 81%
- εάν έχει διάρροια 96%
- εάν αισθάνεται κουρασμένος 82%
- εάν αισθάνεται πόνο 88%
- εάν αισθάνεται υπερένταση 95%
- εάν αισθάνεται στεναχώρια 86%

- εάν αισθάνεται ευέξαπτη 78%
- αν αισθάνεται κατάθλιψη 83%
- αν έχει δυσκολία στη μνήμη 86%



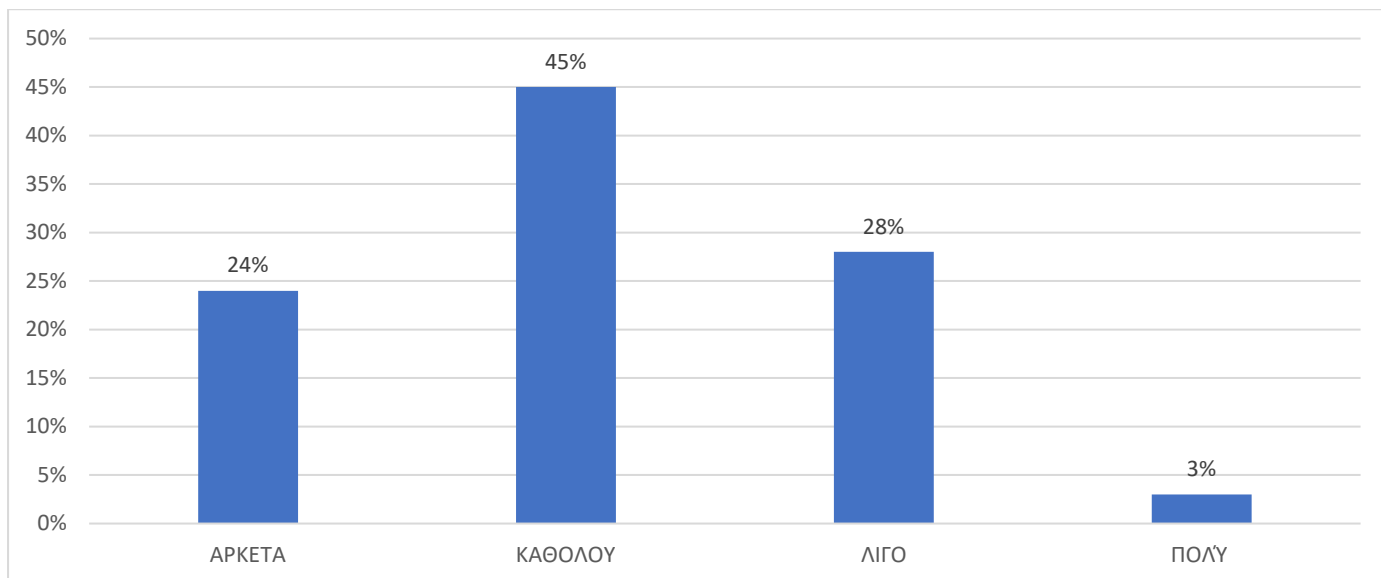
**Διάγραμμα 40: Ερώτηση QLQ-26: Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για την θεραπεία σας, εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή;**



**Διάγραμμα 41: Ερώτηση QLQ-27: Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για την θεραπεία σας, εμπόδισαν την κοινωνική σας ζωή;**

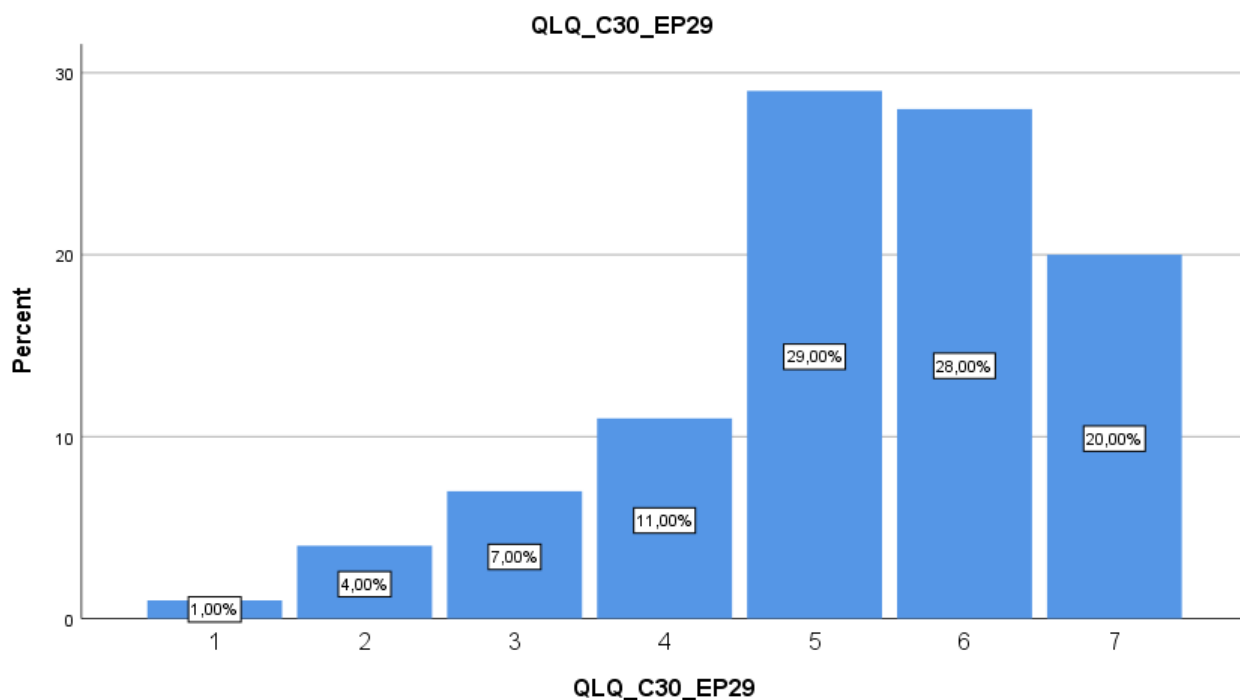
Στην ερώτηση αν τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής έχουν εμποδίσει την οικογενειακή του ζωή το 88% απάντα από καθόλου έως λίγο ενώ το υπόλοιπο απάντα από αρκετά ως πολύ.

Επίσης ούτε η κοινωνική ζωή των ασθενών φαίνεται να επηρεάζεται καθώς το 88% απάντα ότι δεν έχει αλλάξει από καθόλου έως λίγο. Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό πως η ανοσοθεραπεία δεν εμποδίζει το κοινωνικό και προσωπικό αποκλεισμό των ασθενών.

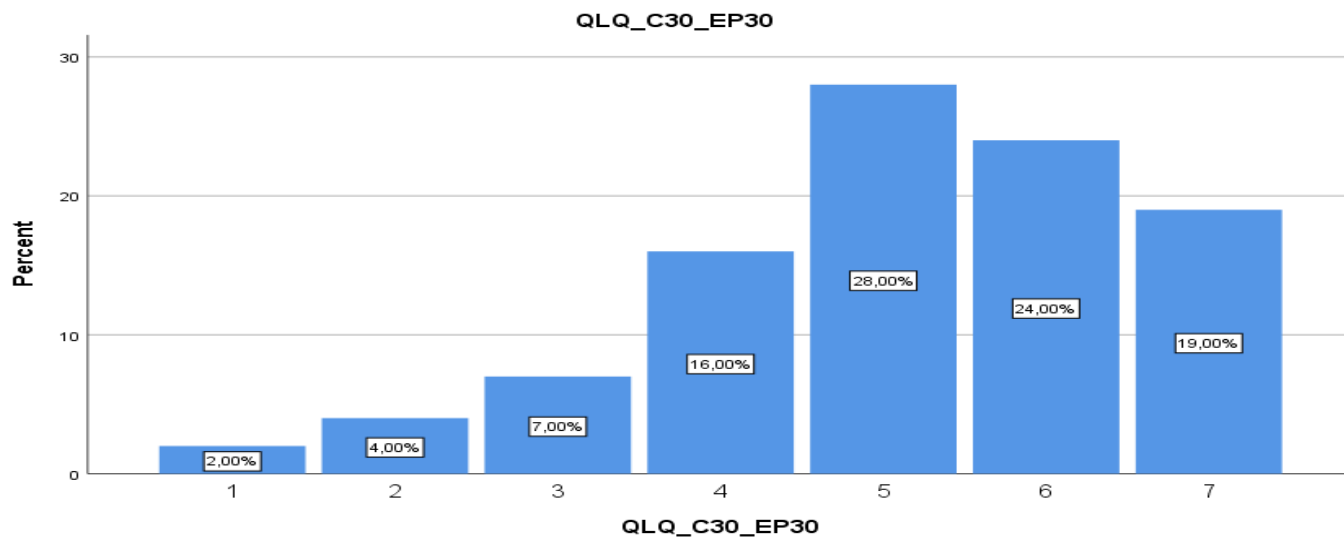


**Διάγραμμα 42: Ερώτηση QLQ-28: Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για την θεραπεία σας, προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;**

Στο κόστος των φαρμάκων και αν αυτά δημιούργησαν οικονομικές δυσκολίες στους ασθενείς 73% από λίγο έως καθόλου το υπόλοιπο 27% απαντά από αρκετά έως πολύ.



*Διάγραμμα 43: Ερώτηση QLQ-29: Πως θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;*

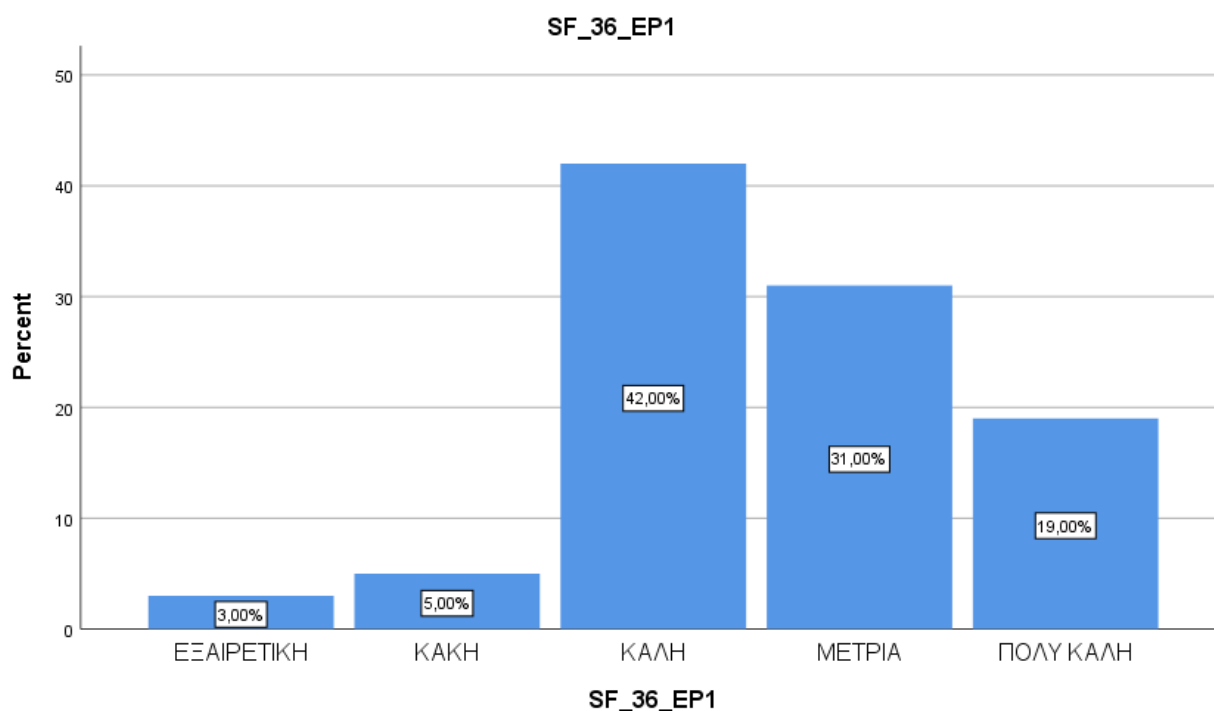


*Διάγραμμα 44 : Ερώτηση QLQ-30: Πως θα εκτιμούσατε συνολικά την ποιότητα ζωής σας κατά την διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;*

Στην ερώτηση πώς θα εκτιμούσα τα συνολικά την υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας με βαθμολογία 1 έως 7 από πολύ καλή έως εξαιρετική περίπου το 77% δίνει βαθμολογία από 5 έως 7 υπόλοιπο 23% έχει βαθμολογία από 1 έως 4.

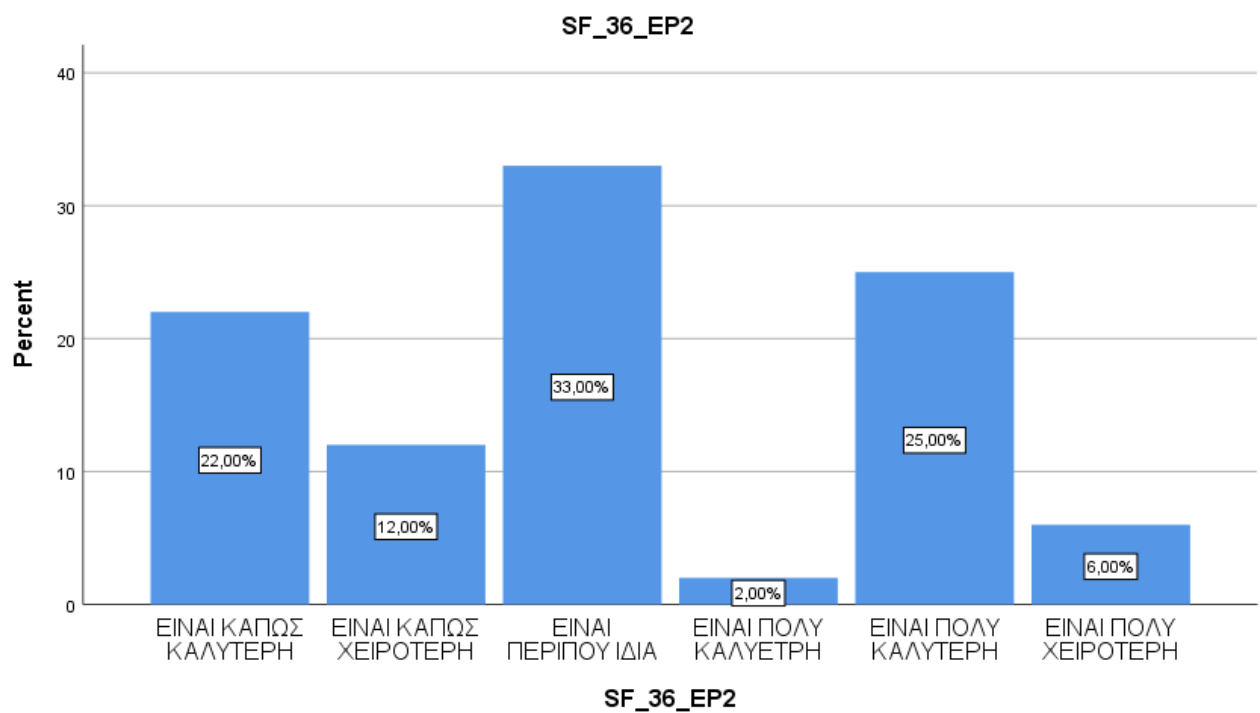


Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου QLQ\_C30 όπου οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με την ποιότητα ζωής τους τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας με βαθμολογία Από 1 έως 7 ξεκινώντας από πολύ καλή, κριτική το 71% Απάντα βαθμολογία 5 έως 7 και το υπόλοιπο 29% απαντάνε βαθμολογία 1 έως 4.



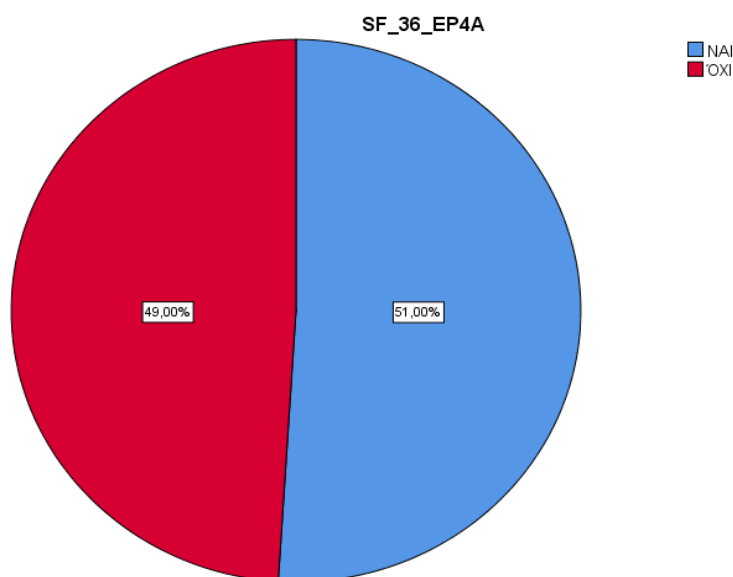
**Διάγραμμα 45: Ερώτηση 1 SF-36: Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι;**

Στην πρώτη ερώτηση του Δεύτερου ερωτηματολογίου SF\_36 όπου οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να χαρακτηρίσουν την υγεία τους το 22% απαντά πολύ καλή έως εξαιρετική, το 73% απαντά μετρίως καλή και το 5% απάντα κακή.



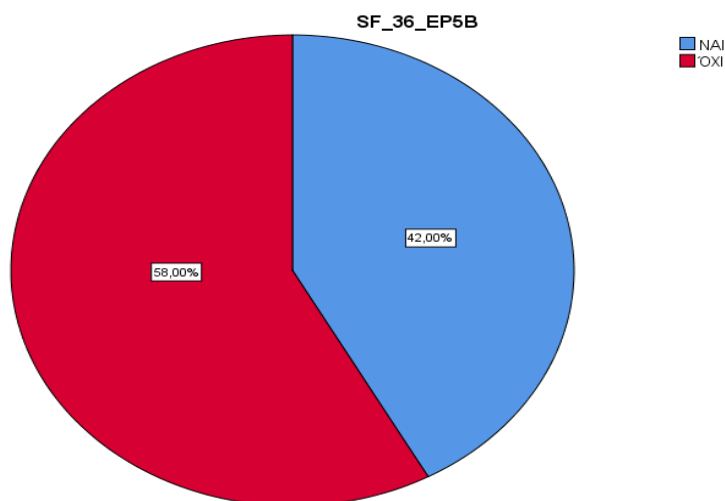
**Διάγραμμα 46: Ερώτηση 2 SF-36: Σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας σήμερα;**

Στην παραπάνω ερώτηση όπως συγκρίνεται η υγεία του ασθενή ένα χρόνο πριν το 33% απαντά ότι είναι περίπου ίδια το 22% ότι είναι κάπως καλύτερα το 12% είναι κάπως χειρότερα το 25% είναι πολύ καλύτερα μόνο το 6% απαντά ότι είναι πολύ χειρότερα.



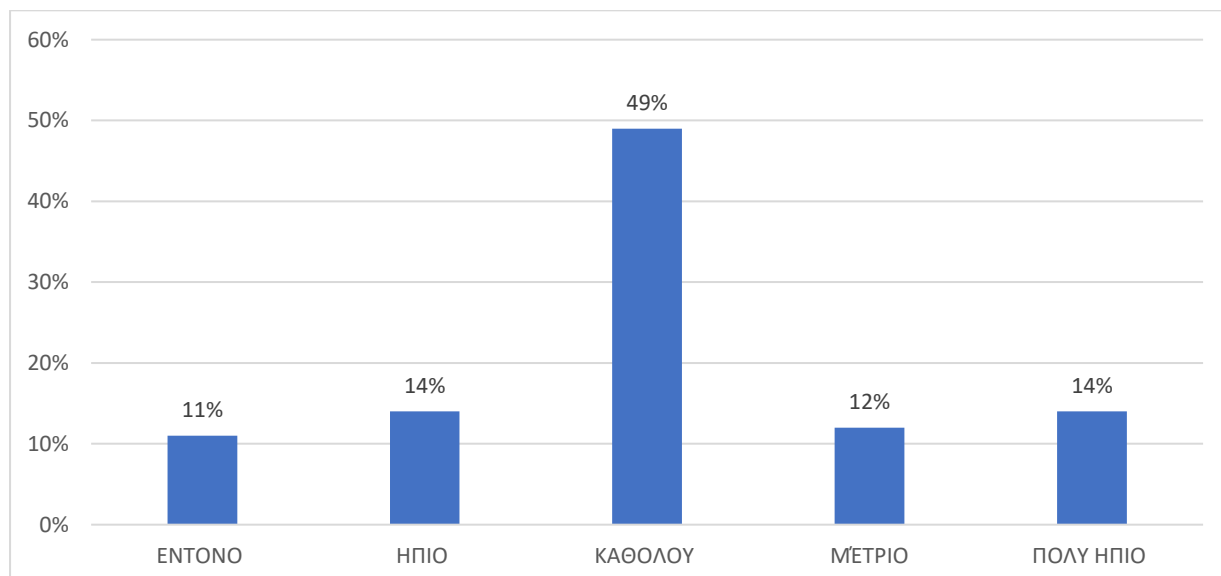
**Διάγραμμα 47: Ερώτηση 4α SF-36: Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στην δουλειά ή σε άλλες ασχολίες;**

Σε αυτήν την ερώτηση το 51% ότι μείωσε το χρόνο που δαπανούσε για τη δουλειά του ή για άλλες δραστηριότητες ενώ το 49% απάντα ότι δεν έχει μειώσει αυτό το χρόνο λαμβάνοντας υπόψιν την κατάσταση της σωματικής υγείας.



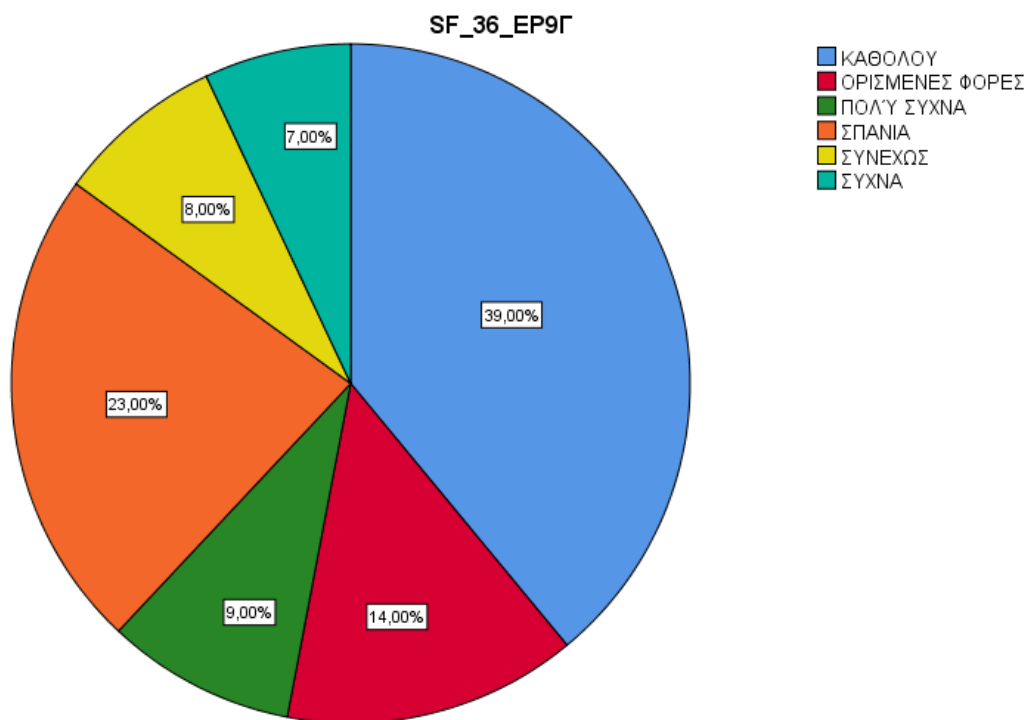
**Διάγραμμα 48: Ερώτηση 5β SF-36: Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θέλατε;**

Στην ερώτηση εάν ο ασθενής πραγματοποίησε λιγότερα από αυτά που ήθελε λόγω ότι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες είχε κάποιο συναισθηματικό πρόβλημα το 58% απαντά όχι το υπόλοιπο 42% απάντα ναι.



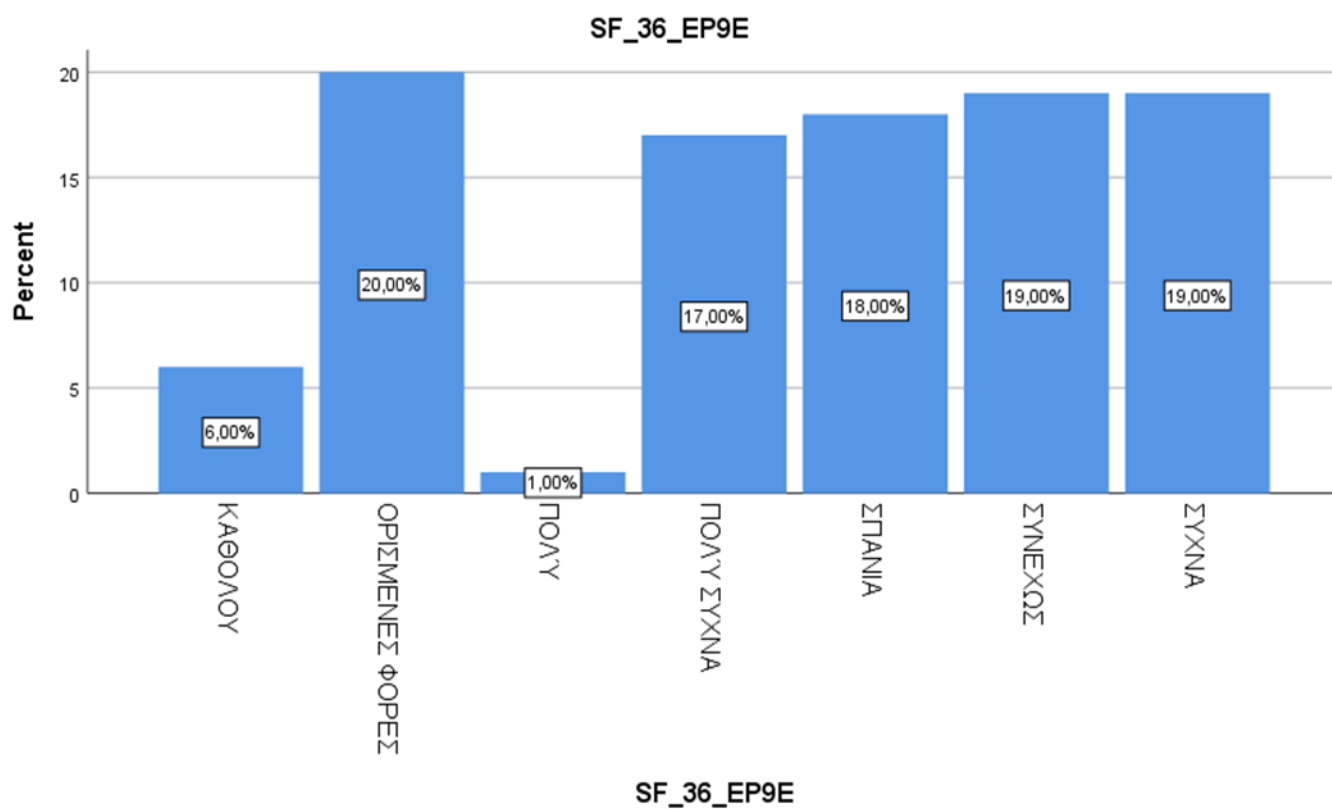
**Διάγραμμα 49: Ερώτηση 7 SF-36: Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;**

Στην ερώτηση πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, το 63% απαντά καθόλου έως πολύ ήπιο , το 26% ήπιος μέτριο και το 11% έντονο.



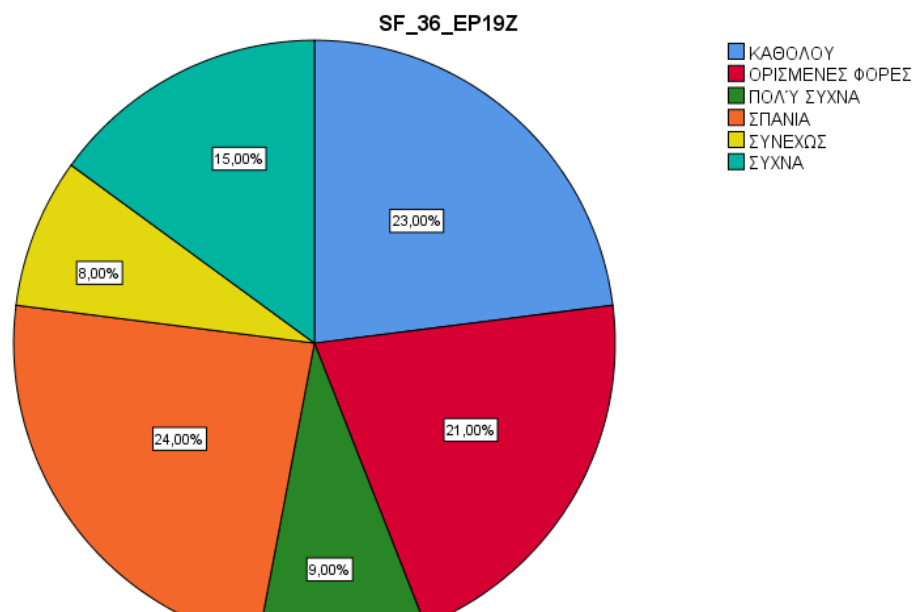
**Διάγραμμα 50: Ερώτηση 9 Γ SF-36: Αισθανόσαστε τόσο πολύ πιεσμένος/η ψυχολογικά που τίποτα δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;**

Το 39% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν νιώθει καθόλου πιεσμένο ψυχολογικά και το 23% απάντα σπάνια. Το 8% δηλώνει συνεχώς και το 9% πολύ συχνά.



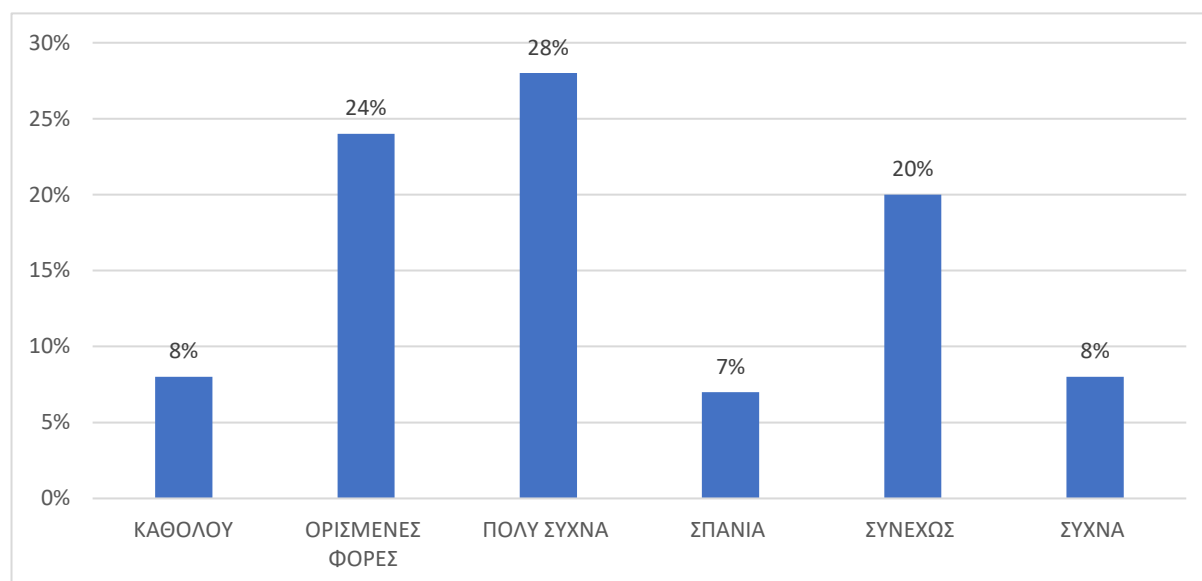
**Διάγραμμα 51: Ερώτηση 9 Ε SF-36:Είχατε πολλή ενεργητικότητα;**

Στην ερώτηση σχετικά με την ενεργητικότητα που ένιωθαν οι ασθενείς το 38% Απάντα συνεχώς έως συχνά, το 17% πολύ σπάνια, το 20% ορισμένες φορές και το 6% καθόλου.



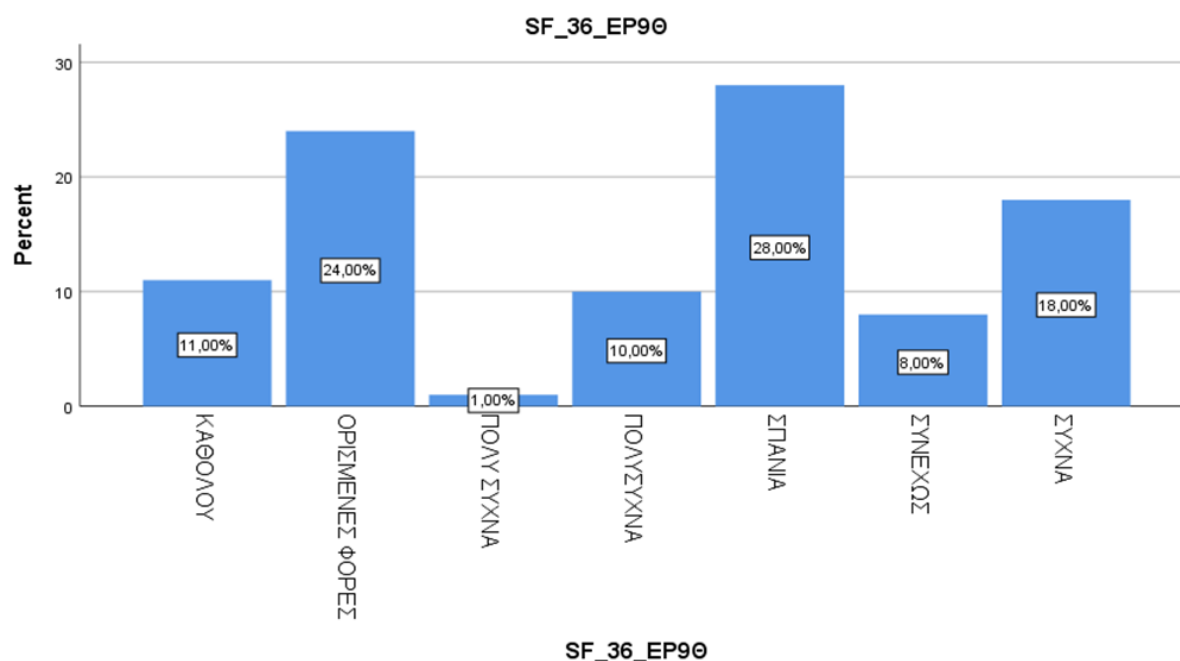
**Διάγραμμα 52: Ερώτηση 9 ζ SF-36:Αισθανόσαστε εξάντληση;**

Σχετικά με το αν νιώθουν εξάντληση οι ερωτηθέντες απάντησαν έως σπάνια 47% συχνά το 15% το 8% απάντησε συνεχώς και το 21% απάντησε ορισμένες φορές.



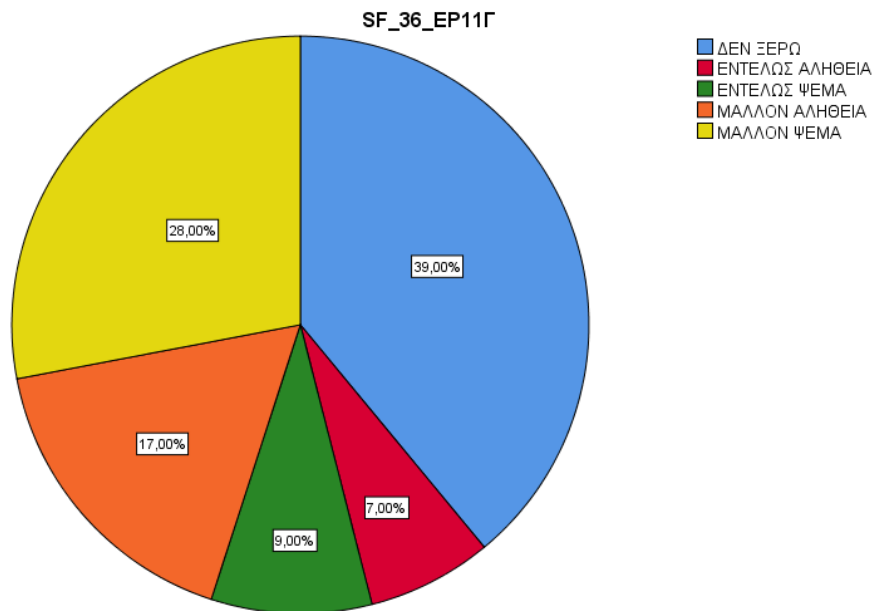
**Διάγραμμα 53: Ερώτηση 9 Η SF-36:Είσαστε ευτυχισμένος/η;**

Οι ερωτηθέντες σχετικά με το αν νιώθουμε ευτυχία απαντούν συνεχώς έως πολύ συχνά σε 48%, συχνά Σε ποσοστό 13% ορισμένες φορές 24% και καθόλου 8%.



**Διάγραμμα 54: Ερώτηση 9 Θ SF-36:Αισθανόσαστε κούραση;**

Στο αν αισθάνονται κούραση οι ερωτηθέντες το 39% απαντά σπάνια έως καθόλου πολύ συχνά  
Απάντα το 10%, συχνά Απάντα το 18% και ορισμένες φορές απάντα το 24%.



**Διάγραμμα 55: Ερώτηση 11γ SF-36:Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει;**

Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στο αν περιμένουν ότι υγεία τους θα χειροτερέψει με ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 39% να απαντά δεν ξέρω, περίπου το 31% απάντησε εντελώς ψέμα και μάλλον ψέμα, ενώ το 24% απάντα εντελώς αλήθεια έως μάλλον αλήθεια.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ – CHI SQUARE TEST ( $\chi^2$ )**

*I<sup>ο</sup>* : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με το αν ο ασθενής περιορίσε την εργασία του ή κάποιες άλλες ασχολίες (EP. 6η QLQ).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΑΣΧΟΛΙΑΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.002 < 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.473 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.000 < 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.055 > 0.05

<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	$p = 0.285 > 0.05$
<b>ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ</b>	$p = 0.839 > 0.05$
<b>ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ</b>	$p = 0.481 > 0.05$

Παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις στο περιορισμό της εργασίας ή κάποιας άλλης ασχολίας επηρεάζονται από την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση.

*2<sup>ο</sup> : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με το αν άλλαξε η φυσική κατάσταση του ασθενή ή βρήκε εμπόδια στην οικογενειακή του ζωή ( EP. 26<sup>η</sup> QLQ).*

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ</b>	<b>ΑΛΛΑΓΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΖΩΗΣ – ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b>
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	$p = 0.003 < 0.05$
<b>ΦΥΛΟ</b>	$p = 0.073 > 0.05$
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	$p = 0.095 > 0.05$
<b>ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>	$p = 0.127 > 0.05$
<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	$p = 0.048 < 0.05$
<b>ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ</b>	$p = 0.168 > 0.05$
<b>ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ</b>	$p = 0.003 < 0.05$

Η αλλαγή της οικογενειακής ζωής αλλά και της φυσικής κατάστασης φαίνεται να επηρεάζεται και να εξαρτάται από την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το μηνιαίο εισόδημα.

*3<sup>ο</sup> : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την συνολική εκτίμηση της υγείας του ασθενή ( EP. 29<sup>η</sup> QLQ).*

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	$p = 0.001 < 0.05$
<b>ΦΥΛΟ</b>	$p = 0.448 > 0.05$
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	$p = 0.019 < 0.05$
<b>ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>	$p = 0.207 > 0.05$
<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	$p = 0.242 > 0.05$
<b>ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ</b>	$p = 0.122 > 0.05$
<b>ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ</b>	$p = 0.043 < 0.05$



4<sup>ο</sup> : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ασθενή ( EP. 30η QLQ).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.000 < 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.071 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.442 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.537 > 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.336 > 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.04 < 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.058 > 0.05

Η απασχόληση και η ηλικία σχετίζεται με την εκτίμηση του ασθενή σχετικά με την ποιότητα ζωής του.

5<sup>ο</sup> : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την άποψη του ασθενή για την υγεία του ( EP. 1η SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.000 < 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.656 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.446 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.021 < 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.022 < 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.761 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.218 > 0.05

Η ηλικία και στο 5<sup>ο</sup> ερώτημα συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό παράγοντα, η περιοχή κατοικίας εντοπίζεται επίσης να εξαρτάται με την άποψη του ασθενή για την υγεία του καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης.

6° : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την αξιολόγηση της υγείας του ασθενή (EP. 2η SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΝΑΙ ΠΟΛΥ ΚΑΛΥΤΕΡΗ....ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΧΕΙΡΟΤΕΡΗ)
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.006 < 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.359 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.031 < 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.000 < 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.475 > 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.3 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.000 < 0.05

Η ηλικία , η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και το μηνιαίο εισόδημα είναι εξαρτώμενο της αξιολόγησης της υγείας του ασθενή και επηρεάζουν τις απαντήσεις του.

7° : Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την μείωση της εργασίας του ασθενή ή άλλης ασχολίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες επηρεασμένος από την σωματική υγεία (EP. 4A SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ -ΑΛΛΕΣ ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.085 > 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.957 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.519 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.512 > 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.517 > 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.227 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.002 < 0.05

Το μόνο δημογραφικό στοιχείο που σχετίζεται με το εάν η σωματική υγεία ασθενή επηρέασε τις δραστηριότητες του είναι το μηνιαίο εισόδημα. Επίσης παρατηρούμε ότι είναι πρώτη φορά μετά από 6 συνεχή ερωτήματα όπου ηλικία δεν θεωρείται εξαρτώμενη.

**8<sup>ο</sup> :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με περιορισμό της εργασίας του ασθενή ή άλλης ασχολίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες επηρεασμένος από την συναισθηματική υγεία (EP. 4A SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ -ΑΛΛΕΣ ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.061 > 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.34 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.126 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.498>0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.901 > 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.78 < 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= <b>0.009 &lt; 0.05</b>

Οι απαντήσεις καθώς οι σχέσεις εξαρτήσεις είναι οι ίδιες με το ερώτημα 7<sup>ο</sup> με το μοναδικό παράγοντα να είναι το μηναίο εισόδημα.

**9<sup>ο</sup> :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την ένταση του πόνου του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 7η SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Η ΕΝΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= <b>0.01 &lt; 0.05</b>
ΦΥΛΟ	p= <b>0.007 &lt; 0.05</b>
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= <b>0.024 &lt; 0.05</b>
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.393 > 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= <b>0.014 &lt; 0.05</b>
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.218 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= <b>0.012 &lt; 0.05</b>

Η ένταση του πόνου είναι το πρώτο ερώτημα που παρουσιάζει εξάρτηση από το φύλο. Επίσης εξάρτηση έχει με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και το μηναίο εισόδημα.

**10° :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την πτώση της ψυχολογίας του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9γ SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΠΤΩΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.000 < 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.82 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.000 < 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.424 > 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.007 < 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.046 < 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.033 < 0.05

Η πτώση της ψυχολογίας του ασθενή φαίνεται να επηρεάζεται από όλα τα δημογραφικά στοιχεία εκτός του φύλου και της περιοχής κατοικίας.

**11° :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την ενεργητικότητα του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9ε SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	p= 0.000 < 0.05
ΦΥΛΟ	p= 0.000 < 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.2 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.013 < 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	p= 0.161 > 0.05
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.245 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.000 < 0.05

Η ενέργεια που νοιώθει ο ασθενής τις 4 τελευταίες βδομάδες επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο και το μηνιαίο εισόδημα.

**12<sup>ο</sup> :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την εξάντληση του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9ζ SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	<b>p= 0.000 &lt; 0.05</b>
ΦΥΛΟ	p= 0.494 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.2515 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	p= 0.587 > 0.05
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	<b>p= 0.035 &lt; 0.05</b>
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.122 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.466 > 0.05

Οι απαντήσεις την ερώτηση 9 Z του ερωτηματολογίου SF -36 συσχετίζονται με την ηλικία και με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων.

**13<sup>ο</sup> :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την ευτυχία του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9η SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΕΥΤΥΧΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	<b>p= 0.000 &lt; 0.05</b>
ΦΥΛΟ	p= 0.525 > 0.05
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	p= 0.083 > 0.05
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	<b>p= 0.008 &lt; 0.05</b>
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	<b>p= 0.046 &lt; 0.05</b>
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	p= 0.87 > 0.05
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	p= 0.052 > 0.05

Η ευτυχία επηρεάζεται από την ηλικία, την περιοχή κατοικίας και το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενή.

**14° :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την κούραση του ασθενή τις τελευταίες 4 εβδομάδες (EP. 9θ SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	ΚΟΥΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΗΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ
ΗΛΙΚΙΑ	$p = 0.01 < 0.05$
ΦΥΛΟ	$p = 0.0027 < 0.05$
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	$p = 0.003 < 0.05$
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	$p = 0.32 > 0.05$
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	$p = 0.182 > 0.05$
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	$p = 0.811 > 0.05$
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	$p = 0.007 < 0.05$

Στην ερώτηση σχετικά με την κούραση που νοιώθει ο ασθενής τις τελευταίες 4 βδομάδες οι απαντήσεις σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και το μηναίο εισόδημα.

**15° :** Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν -σχετίζονται με την άποψη του ασθενή ότι η υγεία του θα χειροτερεύσει (EP. 11γ SF-36).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΘΑ ΧΕΙΡΟΤΕΡΕΥΕΙ
ΗΛΙΚΙΑ	$p = 0.000 < 0.05$
ΦΥΛΟ	$p = 0.0016 < 0.05$
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	$p = 0.11 > 0.05$
ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	$p = 0.062 > 0.05$
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	$p = 0.233 > 0.05$
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	$p = 0.003 < 0.05$
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	$p = 0.221 > 0.05$

Στην τελευταία ερώτηση σχετικά με το αν ο ασθενής πιστεύει ότι η υγεία του θα χειροτερέψει οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με την απάντηση του είναι η ηλικία το φύλο και η απασχόληση.

## 5. Επιλεγμένα περιστατικά ασθενών που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία

Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 53 ετών με μεταστατικό μελάνωμα ύστερα από χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου ξεκίνησε την θεραπεία με Nivolumab. Η έναρξη της θεραπείας με Nivolumab αναγράφεται στην 8<sup>η</sup> Μαΐου 2017, κατά την οποία για τις πρώτες τέσσερις θεραπείες η δοσολογία ήταν 177 mg / 21 ημέρες και στην συνέχεια η δοσολογία θα ήταν 240mg / 14 ημέρες συνεχώς. Η ασθενής λαμβάνει την ακριβή δοσολογία ως και την 8<sup>η</sup> Ιουλίου του 2021. Η ασθενής δεν έχει παρουσιάσει τοξικότητα στο φάρμακό, οι τιμές τις ουρίας και της κρεατινίνης παραμένουν σε σταθερά επίπεδα. Η πορεία της νόσου φαίνεται μέσω αξονικών τομογραφιών πως είναι σταθερή χωρίς επιδείνωση. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, η ασθενής δεν παρουσιάζει σωματικό πόνο, δεν περιορίζεται στις καθημερινές εργασίες, εργάζεται κανονικά. Επιπλέον, δεν έχει περιοριστεί στις κοινωνικές υποχρεώσεις και δεν έχει μειωθεί η ενεργητικότητα της.

Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 48 ετών, με Μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Ύστερα από 6 κύκλους χημειοθεραπείας, ξεκίνησε την 4<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2018 την ανοσοθεραπεία με Nivolumab 240mg / 14 ημέρες. Η ασθενής δεν έχει παρουσιάσει οποιαδήποτε τοξικότητα στο φάρμακό. Η νόσος φαίνεται να έχει ανταποκριθεί στην θεραπεία καθώς δεν έχει παρουσιάσει οποιαδήποτε επιδείνωση. Οι αιματολογικές εξετάσεις της ασθενούς κατά την διάρκεια των θεραπειών κυμαίνονταν στις φυσιολογικές τιμές. Η ασθενής λαμβάνει έως και την 6<sup>η</sup> Ιουλίου του 2021 το Nivolumab, χωρίς να υπάρχουν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Δεν παρουσιάζονται σημεία σωματικής εξουθένωσης και πόνου όπως και ψυχικές επιπτώσεις. Επιπλέον, η ασθενής εργάζεται κανονικά και ανταποκρίνεται στις καθημερινές υποχρεώσεις της.

Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 68 ετών με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ύστερα από χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση του όγκου έκανε έναρξη ανοσοθεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής λαμβάνει από την 9<sup>η</sup> Μαρτίου του 2020 Atezolizumab 1200mg / 21 ημέρες. Οι αξονικοί έλεγχοι δεν έχουν παρουσιάσει οποιαδήποτε επιδείνωση της νόσου. Η ασθενής δεν έχει παρουσιάζει κάποια δερματική, ενδοκρινολογική ή αιματολογική αστάθεια που να χρειάζεται διακοπή της χορήγησης. Η ποιότητα ζωής της ασθενούς δεν έχει επηρεαστεί αρνητικά, καθώς δεν πονάει πολύ, πραγματοποιεί όσα θέλει στην καθημερινή ζωή, και η υγεία της φαίνεται βελτιωμένη. Η τελευταία χορήγηση φαρμάκου Atezolizumab στην συγκεκριμένη ασθενή πραγματοποιήθηκε, την 23<sup>η</sup> Ιουνίου το 2021.

Ασθενής άνδρας, ετών 48 με μεταστατικό καρκίνο νεφρού, ξεκίνησε ύστερα από χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση την θεραπεία με ανοσοθεραπεία. Η χορήγηση γίνεται με Pembrolizumab 200mg / 21 ημέρες. Η πρώτη χορήγηση του Pembrolizumab έγινε την 3<sup>η</sup> Ιουνίου το 2019. Στην συνολική κατάσταση την υγείας του ο ασθενής δεν έχει παρουσιάσει σημεία ώστε να

δοθεί ιατρική εντολή για διακοπή του φαρμάκου, όπως τοξικότητα ή παρενέργειες που χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής του ασθενούς είναι σε κατάσταση που δεν περιορίζεται να ανταπεξέλθει στις σωματικές προσπάθειες. Επίσης δεν παρουσιάζει έντονα σημεία πόνου, ούτε ψυχολογική αστάθεια. Η τελευταία χορήγηση Pembrolizumab πραγματοποιήθηκε την 26<sup>η</sup> Μαΐου το 2021, καθώς φαίνεται από τους ελέγχους πως η νόσος ανταποκρίνεται θετικά στην ανοσοθεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Ασθενής άνδρας, ηλικίας 53 ετών με καρκίνο ουροδόχου κύστης ύστερα από 4 κύκλους χημειοθεραπείας ξεκίνησε την θεραπεία με Avelumab 1.090 mg / 14 ημέρες. Η πρώτη χορήγηση του φαρμάκου πραγματοποιήθηκε την 11<sup>η</sup> Ιανουαρίου το 2019. Κατά την διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής δεν παρουσίασε δερματολογικές παρενέργειες, ούτε ενδοκρινολογικές, ούτε παρενέργειες σε άλλα σημεία του σώματος. Η γενική εικόνα του ασθενή στον έλεγχο παρουσιάζεται χωρίς σημεία τοξικότητας και επιδείνωσης. Ο ασθενής συνέχισε την χορήγηση του φαρμάκου έως και την 2<sup>η</sup> Ιουλίου του 2021. Η ποιότητα ζωής του ασθενή είναι χωρίς σωματικούς και ψυχικούς περιορισμούς. Επίσης δεν νιώθει πόνο και η προσωπική αξιολόγηση της υγείας του συγκριτικά με έναν χρόνο πριν είναι πολύ καλύτερη.

	Ημέρες θεραπείας	Θεραπείες χρ. διαστήματος	Κόστος
1η Περίπτωση	1523	109	242.146,77 €
2η Περίπτωση	1037	74	164.393,22 €
3η Περίπτωση	472	23	81.272 €
4η Περίπτωση	761	37	173.697 €
5η Περίπτωση	904	65	289.361 €

Ο παραπάνω πίνακας αποτελεί το κόστος των φαρμάκων που χορηγήθηκαν στον ασθενή σε όλη την διάρκεια της θεραπείας του.



## 6. Συμπεράσματα

Τα βασικά συμπεράσματα της παρούσας έρευνας που μελέτησε την ποιότητα ζωής των ασθενών που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία είναι πως η ποιότητα ζωής των ατόμων δεν επηρεάζεται αρνητικά κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η ανοσοθεραπεία είναι μία σύγχρονη μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου και των διάφορων μορφών αυτού, όπως ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα, καρκίνος νεφρού μελανώματος και άλλων. Η διαφορά που χαρακτηρίζει την ανοσοθεραπεία από την κλασσική χημειοθεραπεία είναι η εκμετάλλευση της δυνατότητας του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού με στόχο την αντιμετώπιση της καρκινογένεσης. Ωστόσο, δεν αποτελεί αποκλειστική δίοδο θεραπείας αλλά ένα ακόμη μέσο θεραπείας που αυξάνει την ποιότητα ζωής στα χρόνια επιβίωσης των ασθενών.

Αρχικώς, οι ερωτηθέντες στο σύνολο ήταν 100, με το 63% από αυτούς να είναι άνδρες και το 37% να είναι γυναίκες. Μέσω την ερευνητικής διαδικασίας όπως προκύπτει από το QLQ\_C30 ερωτηματολόγιο, το 73% απάντησε πως δεν νιώθει ενοχλήσεις όταν κάνει κοπιαστικές εργασίες από λίγο έως καθόλου. Στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζεται να κάνουν μεγάλο ή μικρό περίπατο, το 79% και 70% δεν νιώθει, από καθόλου έως πολύ, ενοχλήσεις αντίστοιχα στις δύο ερωτήσεις. Επιπλέον, κατά την διάρκεια της θεραπείας, η ανοσοθεραπεία δεν επηρεάζει αρνητικά την συμπεριφορά των ασθενών καθώς το 81% των ασθενών, από καθόλου έως λίγο, δεν χρειάζεται να μείνει καθήμενος σε καρέκλα ή κρεβάτι.

Επίσης οι ασθενείς απαντούν κατά 93% πως πραγματοποιούν μόνοι τους την προσωπική τους υγιεινή. Ωστόσο, θετικό αποτύπωμα της ανοσοθεραπείας αποτελεί ο μη περιορισμός από την εργασία ή από τις καθημερινές ασχολίες, καθώς το 73%, από καθόλου έως λίγο, απαντά πως δεν έχει περιοριστεί. Στο τομέα των ερασιτεχνικών ενασχολήσεων, το 81% των ασθενών δεν έχει περιοριστεί, άρα πηγάζει πως η καθημερινότητα τους δεν είναι επηρεασμένη από την θεραπεία που λαμβάνουν. Συνεχίζοντας στο ίδιο ερωτηματολόγιο, η ύπαρξη λαχανάσματος απουσιάζει στο 81% των περιπτώσεων ενώ μόλις το 1% απάντησε πως λαχάνιασε πολύ. Στην ύπαρξη πόνου, το 87% απάντησε πως δεν πόνεσε καθόλου έως πολύ, συνεπώς η θεραπεία με

την ανοσοθεραπεία δεν προκαλεί αίσθημα πόνου που να εμποδίζει την καθημερινότητα των ασθενών σε όλες τις διαστάσεις.

Επιπλέον, προέκυψαν από τα αποτελέσματα πως σε γενική εικόνα οι ασθενείς δεν αντιμετώπισαν από καθόλου έως λίγο, κατά 84 % ανορεξία, όπως δεν σημειώθηκαν περιπτώσεις δυσκοιλιότητας και διαρροϊκών επεισοδίων. Επιπλέον, υψηλό ποσοστό των ασθενών, που αγγίζει το 82% δεν νιώθει κουρασμένο και 88% δεν νιώθει πόνο. Όσον αφορά, τα καταθλιπτικά σημεία στην καθημερινότητα των ασθενών, 83% των ερωτηθέντων απάντησε πως καθόλου έως λίγο δεν νιώθει κατάθλιψη ή στενοχώρια. Ακόμη, φαίνεται πως η διαδικασία της ανοσοθεραπείας δεν εμποδίζει τους ασθενείς να ανταποκριθούν στην οικογενειακή τους ζωή, καθώς το 88% απάντησε πως δεν έχει αντιμετωπίσει κάποια δυσκολία και αντίστοιχα σημειώνεται υψηλό ποσοστό, 48% στην ύπαρξη ευτυχίας στην ζωή των ασθενών.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο SF\_36, το 61% των ασθενών νιώθει πως η συνολική υγεία του κυμαίνεται από καλή ως πολύ καλή. Ωστόσο μικρό ποσοστό που αγγίζει το 3% την χαρακτηρίζει ως εξαιρετική, συνεπώς γίνεται αντιληπτό από τους ασθενείς η σοβαρότητα της νόσου και της καταστάσεώς τους. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν το 33% απαντά πως είναι περίπου ίδια η υγεία, το 47% την χαρακτηρίζει από κάπως καλύτερα ως πολύ καλύτερα ενώ αντίθετα το 18% χαρακτηρίζει με αρνητισμό την έκβαση της θεραπείας προς όφελος της υγείας του. Ωστόσο, υψηλό ποσοστό που αγγίζει το 42% απαντά πως πραγματοποίησε λιγότερα από όσα θα ήθελα χωρίς όμως να γίνεται γνωστή αιτία.

Συγκριτικά, με την ερώτηση που σχετίζεται με τον πόνο του QLQ\_C30 ερωτηματολογίου και του SF\_36, παρατηρείται μία ομοιότητα ως προς τις απαντήσεις, καθώς το 63% στο SF\_36 ερωτηματολογίου αποδεικνύει πως η ανοσοθεραπεία δεν προκαλεί επεισόδια σωματικού άλγους. Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι ασθενείς που κάνουν ανοσοθεραπεία φαίνεται να μην αντιμετωπίζουν ψυχολογική πτώση κατά 39%, αυτό πιθανόν να συμβαίνει στην διαδικασία της θεραπείας που δεν απαιτεί μακρόχρονη παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο και των μειωμένων παρενεργειών. Ακόμη, στην ερώτηση 9H που σχετίζεται με την ευτυχία οι ασθενείς αποτυπώνουν θετικές απαντήσεις καθώς το 48% νιώθει ευτυχισμένο και μόλις το 8% δεν νιώθει καθόλου ευτυχισμένο. Αξίζει, να σημειωθεί πως η ευτυχία αποτελεί μία πολύπλευρη κατάσταση που επηρεάζεται από διάφορες πτυχές της καθημερινότητας. Επίσης στο αν αισθάνονται οι ασθενείς κουρασμένοι το 39% απαντά καθόλου έως λίγο, όπως

το ίδιο ποσοστό διατηρείται και στην τελευταία ερώτηση του SF\_36, για την υποκειμενική στάση σχετικά με το μέλλον της υγείας των ασθενών, κατά την οποία απαντά δεν ξέρω.

Επιπροσθέτως, από τα αποτελέσματα εκμαιεύτηκε πως ο περιορισμός της εργασίας και της καθημερινής ασχολίας επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενών όπως και από την οικογενειακή κατάσταση που αυτός βρίσκεται. Η ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται πως ασκούν επιρροή στην αλλαγή της οικογενειακής ζωής αλλά και στην φυσική κατάσταση του ατόμου. Ωστόσο, η εκτίμηση της υγείας για τους ερωτηθέντες βασίζεται στην οικογενειακή κατάσταση και στο μηνιαίο εισόδημα, αντίθετα η απασχόληση είναι και αυτή η παράμετρος που εκτιμάται η ποιότητα ζωής για τους ασθενείς. Επιπλέον, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η περιοχή κατοικίας και το μηνιαίο εισόδημα επηρεάζουν αλλά και σχετίζονται με το πως οι ασθενείς αξιολογούν την υγεία τους. Αντίθετα, στην πτώση της ψυχολογίας όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την απάντηση εκτός από το φύλλο και την περιοχή κατοικίας.

### **6.1 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και ενίσχυση της ογκολογικής φροντίδας**

Η ύπαρξη την ανοσοθεραπείας αποτελεί έναν καινοτόμο δίαυλο στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Ωστόσο, απαιτεί κατάλληλη προσαρμογή τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών ώστε να υπάρξει σωστή αντιμετώπιση των ασθενών αυτών ως προς την ορθή ενημέρωση αλλά και στην ύπαρξη των πιθανών παρενεργειών της ανοσοθεραπείας. Για αυτό το λόγο χρειάζεται εγκαθίδρυση διαδικασιών επιμόρφωσης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, σε θέματα που αφορούν την ανοσοθεραπεία. Η αναγνώριση των αναγκών του εκάστοτε ασθενούς, όσο και η εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους σε όλη την διαδρομή της θεραπείας, αποτελεί βασικό στοιχείο στην αποτελεσματική και ποιοτική υγειονομική φροντίδα. Η θεραπεία και η φροντίδα δεν περιορίζεται εντός του νοσοκομείου αλλά επεκτείνεται και εκτός αυτού, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα και ενημέρωση των ογκολογικών ασθενών μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες και την έκβαση την νόσου και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αξιολογούνται οι νέες θεραπευτικές διαδικασίες ως προς την επιβίωση των ασθενών και ως προς την μεταγενέστερη ποιότητα ζωής που αυτή προσφέρει. Για αυτό το λόγο είναι σημαντική η ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και της θεραπευτικής ομάδας, η δυνατότητα συμμετοχής του ασθενή στην λήψη αποφάσεων αποτελεί κίνητρο για την αναγνώριση των προβλημάτων που αυτοί αντιμετωπίζουν.

Οι περιορισμοί και οι δυσκολίες που υπήρξαν κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν η βραχυπρόθεσμή παραμονή των ασθενών εντός της κλινικής προκειμένου να πραγματοποιηθεί η θεραπείας τους, με αποτέλεσμα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να πραγματοποιείται εκτός του χρονικού πλαισίου αυτού, με αποτέλεσμα την αύξηση παραμονής τους εντός της κλινικής. Επιπλέον, δεν υπήρξε πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο των ασθενών ώστε να γίνει γνωστό η ταχύτητα των βελτιώσεων της νόσου όπως απεικονίζονται στις αξονικές τομογραφίες. Ακόμη, σε περιπτώσεις που ασθενείς είχαν δυσκολίες οράσεως, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιούνταν με την βοήθεια τρίτου προσώπου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al- Quteiman Osama M. , Mustafa Amer, Am J Clin.Oncol.,2020, ‘The impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Patients’, 2020

Al-Shamsi O Humaid, Alhazzani Waleed, Alhurairji Ahmad et al., 2020, Oncologist, ‘ A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An International Collaborative Group’,2020

American Cancer Society, ‘Managong Cancer as a chronic illiness’ 2019, προσπέλαση 14/12/2020 στο <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/when-cancer-doesnt-go-away.html>

American Cancer Society, ‘Understanding Cancer’ 2015, προσπέλαση: 5/12/2020 <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>

Anand, P.; Sundaram, C.; Jhurani, S.; Kunnumakkara, A.B.; Aggarwal, B.B. (2008), Curcumin and cancer: An “old-age” disease with an “age-old” solution. Cancer Lett., 2008

Andreoli A., Cecil‘Βασική παθολογία’, επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ.,τόμος 1ος, έκδοση 5η, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2010

AnnMarie Groarke, Ruth Curtis, Jean Skelton, Jenny M. Groarke, ‘Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience’,PlosOne, 2020,15(9)

Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Program Planning, 5, 69-79

Bibby, J., Everest, G. and Abbs, I. (2020, May 7). *Will COVID-19 be a watershed moment for health inequalities?* The Health Foundation

Bjordal K., de Graeff A., Fayers P., Hammerlid E., van Pottelsberghe C., Curran D., Ahlner-Elmqvist M., Maher E., Meyza J., Brédart A., Söderholm A., Arraras J., Feine, J., Abendstein H., Morton R., Pignon T., Huguenin P., Bottomly A., Kaasa, S. (2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *European Journal of Cance*,36(14),pp 1796-1807

BONIFAZ LC, BONNYAY DP, CHARALAMBOUS A, DARGUSTE DI, FUQ JII S, SOARES H ET AL. In vivo targeting of antigens to maturing dendritic cells via the DEC-205 receptor improves T cell vaccination.J Exp Med 2004, 199:815–824

Butnow P., Kazemi J., Beeney L, Griffin AM, Dunn S, Tattersall M. (1996). When the Diagnosis Is Cancer. Cancer June 15

Calvert, M.J. and Freemantle, N., 2003. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 28(6), pp.513-521

Cancer Research UK. Cancer survival for common cancers. 2014.

Cheater, S. (2020). Health inequalities – Covid-19 will widen the gap. International Journal of Health Promotion and Education

- Chou Y. C., Schalock R.L., Tzou P. Y., Lin L.C., Chang A.L., Lee W.P., Chang S.C., 2007, Quality of life of adults with intellectual disabilities who live with families in Taiwan, *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 875-833
- Chu Edward, 'Πρωτόκολλα Χημειοθεραπείας : Οδηγός Τσέπης', επιμέλεια: Κ. Συρίγος, τόμος 1ος, έκδοση 7η, εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα 2014
- Cockerham William, Bryant W. Hamby, Gabriela R. Oates, 'The social determinants of chronic disease' 2017
- Coley Wb. The treatment of malignant tumors by repeated inoculations of Erysipelas: With a report of ten original cases. *Am J Med Sci* 1893, 105:487-511
- Commission of the European Communities, 2009 'COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS on Action Against Cancer: European Partnership', Brussels
- Decker WK da Silva RF, Sanabria MH *et al.* Cancer immunotherapy: historical diagnosed 2000 to 2015 and followed up to 2016. 2017
- Dehkordi A, M. Saeed Heydarnejad, Daryoush Fatehi 'Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy, *Oman Medical Journal* 2011, Volume 24, Issue 3, July 2009
- Electronic Medicines Compendium EMC, <https://www.medicines.org.uk/emc/>, προσπέλαση 14/2/2021
- Emanuelle do Nascimento Santos Lima, Isabela Borges Ferreira, Paula Philbert Lajolo, Carlos Eduardo Paiva, Yara Cristina de Paiva Maia, Geórgia das Graças Pen, 'Health-related quality of life became worse in short-term during treatment in head and neck cancer patients: a prospective study', 2020 *Health Qual Life Outcomes*, 18:307
- European Commission, Council of the European Union, 'Reflection process: Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems', Brussels, 2013
- European Commission, Η κατάσταση της Υγείας της ΕΕ ΕΛΛΑΔΑ, Προφίλ Υγείας 2019, 2019
- European Medicines Agency, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines>, προσπέλαση 8/2/2021
- Fayers P.M. and Machin, D., 2015. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. John Wiley & Son
- Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M. et al., globocan 2012 v1.0r Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base no11, 2013, προσπέλαση: 9/12/2020 στο [Global Cancer Observatory \(iarc.fr\)](http://GlobalCancerObservatory.iarc.fr)
- Fialka-Moser V., Crevenna R., Korpan M., Quittan M. (2003). Cancer rehabilitation. Particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* 2003
- Fitch MI, 'Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control.', 2012, τόμος 22ος, *Can Oncol Nurs J*
- Garratt A., Ruta D., Abdalla M., Russell I. (1994). SF 36 health survey questionnaire: II. Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. *Quality and Safety in Health Care*
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational and metabolic risks or clusters

of risks, 1190-2015: a systematic analysis for the Global Burden Of Disease Study 2015., The Lancet, 2016

Giulio Metro, Alfredo Addeo, Diego Signorelli, Alessio Gili, et al., *Outcomes from salvage chemotherapy or pembrolizumab beyond progression with or without local ablative therapies for advanced non-small cell lung cancers with PD-L1  $\geq 50\%$  who progress on first-line immunotherapy: real-world data from a European cohort*, Journal of Thoracic Disease, 2019

Goodarz Danaei, Stephen Vander Hoorn, Alan D Lopez, Christopher J L Murray, Majid Ezzati,, Comparative Risk Assessment Collaborating Group, ‘Causes of cancer in the world: Comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors, Lancet, 2005

Gosselin TK, Schneider SM, Plambeck MA, Rowe K A prospective randomized, placebo-controlled skin care study in women diagnosed with breast cancer undergoing radiation therapy. Oncol Nurs Forum 2010

Greenwood Emma & Swanton Charles, 2020, Nature Reviews Clinical Oncology, ‘Consequences of COVID-19 for cancer care – a CRUK perspective’, 2020

Hong Cw, Zeng Q. Awaiting a new era of cancer immunotherapy. Cancer Res 2012, 72:3715–3719

Howard West , Michael McCleod, Maen Hussein, Alessandro Morabito , Achim Rittmeyer 5, Henry J Conter, Hans-Georg Kopp, Davey Daniel , Steven McCune , Tarek Mekhail , Alona Zer, Niels Reinmuth, Ahad Sadiq, Alan Sandler, Wei Lin, Tania Ochi Lohmann , Venice Archer, Lijia Wang, Marcin Kowanetz, Federico Cappuzzo, Lancet Oncology ‘Atezolizumab in combination with carboplatin plus nab-paclitaxel chemotherapy compared with chemotherapy alone as first-line treatment for metastatic non-squamous non-small-cell lung cancer (IMpower130): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial’, 2019, Jul;20(7):924-937

Howland R, Mycek M, Harvey R, Champe P. Φαρμακολογία. 3η έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2007:526–528

<http://www.oecd.org/health/health-systems/48245231.pdf>

Julie Brahmer, M.D., Karen L. Reckamp, M.D., Paul Baas, M.D., Lucio Crinò, M.D., Wilfried E.E. Eberhardt, M.D., Elena Poddubskaya, M.D., Scott Antonia, M.D., Ph.D., Adam Pluzanski, M.D., Ph.D., Everett E. Vokes, M.D., Esther Holgado, M.D., Ph.D., David Waterhouse, M.D., Neal Ready, M.D., et al., The New England Journal of Medicine ‘Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Squamous-Cell Non–Small-Cell Lung Cancer’, N Engl J Med 2015; 373:123-135

KANTOFF PW, HIGANO CS, SHORE ND, BERGER ER, SMALL EJ, PENSON SON DF ET AL. Sipuleucel-T immunotherapy for castrationresistant prostate cancer. N Engl J Med 2010, 363:411–422

KANTOFF PW, HIGANO CS, SHORE ND, BERGER ER, SMALL EJ, PENSON DF ET AL. Sipuleucel-T immunotherapy for castrationresistant prostate cancer. N Engl J Med 2010

Kaplan R.M. & Bush J.W., 1982, ‘Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis’ Health Psychology

Kaufman HL1, Precision immunology: the promise of immunotherapy for the treatment of cancer. J Clin Oncol 2015, 33:1315–1317

- Kontodimopoulos N., Ntinoulis K., Niakas D. (2011). Validity of the Greek EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 for measuring health-related quality of life in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 20(3), pp.354-361
- Lin Xiao Jun, I Mei Lin, Fan Sheng-Yu, 2013 , Methological issues in measuring health-related quality of life, *Tzu Chi Medical Journal* 25
- Maja S. Sommer, Karen Trier, Jette Vibe-Petersen, Karl B. Christensen, Malene Missel, Merete Christensen, Klaus R. Larsen, Seppo W. Langer, Carsten Hendriksen, Paul F. Clementsen, Jesper H. Pedersen, Henning Langberg, ‘Changes in Health-Related Quality of Life During Rehabilitation in Patients With Operable Lung Cancer: A Feasibility Study (PROLUCA)’ *Integr Cancer Ther.*, 2018, 17(2)
- Marschall S. Runge, M. Andrew Greganti , Frank H. Netter, ‘Παθολογία: Βασικές αρχές’, επιμέλεια Χαράλαμπος Ρούσσος, επίτομος, , έκδοση 1η , εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
- Martin Reck, M.D., Ph.D., Delvys Rodríguez-Abreu, M.D., Andrew G. Robinson, M.D., Rina Hui, M.B., B.S., Ph.D., Tibor Csősz, M.D., Andrea Fülöp, M.D., Maya Gottfried, M.D., Nir Peled, M.D., Ph.D., Ali Tafreshi, M.D., Sinead Cuffe, M.D., Mary O’Brien, M.D., Suman Rao, M.D., et al., *The New England Journal of Medicine* “Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1–Positive Non–Small-Cell Lung Cancer”, *N Engl J Med* 2016; 375:1823-1833
- Mc Call W V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2: 229-248
- Megari, K., 2013. Quality of life in chronic disease patients. *Health psychology research*, 1(3).
- Merletti F., Galassi C., Spadea T., “The socioeconomic determinants of cancer” *Environ Health*, 2011
- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Kalaidopoulou O., Smyrniotis V., Vlachos L. (2001). The EORTC core questionnaire (QLQ-C30, version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: Validity and reliability in a Hellenic sample. *Int J Cancer*, 94(1):135-139
- PadmaneeSharma SiwenHu-Lieskovan Jennifer A.Wargo , Antoni Ribas, 2017, ‘Primary, Adaptive, and Acquired Resistance to Cancer Immunotherapy’, *Science Direct*, Volume 168, Issue 4, February, P: 707-723
- Peh Joo Ho, Sofie AM Gernaat, Mikael Hartman, Helena M Verkooijen, ‘Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review’ *BJM Open*, 2018, 8(4)
- Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S., *Lancet Oncology* ‘Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis’ ,June, 2012
- Ribas A, Wolchok JD.Cancer immunotherapy using checkpoint blockade. *Science*2018
- ROSENBERG SA. Cell transfer immunotherapy for metastatic solid cancer – what clinicians need to know. *Nat Rev Clin Oncol* 2011
- Scott J. Antonia, M.D., Ph.D., Augusto Villegas, M.D., Davey Daniel, M.D., David Vicente, M.D., et al., for the PACIFIC Investigators\*, *The New England Journal Of Medicine* ‘Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non–Small-Cell Lung Cancer’, 2017;377:1919-1929
- Scottenfeld D., Fraumeni J., (1982). ‘Cancer epidemiology and prevention’, προσπέλαση 6/12/2020 στο



<https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/oso/9780190238667.001.0001/oso-9780190238667>

Sodergren C. Samantha, Husson Olga, Robinson Jessica, Rohde Gudrun E., Tomaszewska Iwona M, Vivat Bella, Dyar Rebecca, Darlington Anna-Sophie and On behalf of the EORTC Quality of Life Group, 'Systematic review of the health-related quality of life issues facing adolescents and young adults with cancer' Qual Life Res., 2017, 26(7)

Susan C. Dewit, 'Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική - Έννοιες και πρακτική', επιμέλεια Αικατερίνη Λαμπρινού, Χρυσούλα Λεμονίδου, τόμος 1ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009

Tacken Pj, De Vries Ij, Torensma R, Figdor Cg. Dendritic-cell immunotherapy: From ex vivo loading to in vivo targeting. Nat Rev Immunol 2007, 7:790–802

THEILEN GH, MADEWELL BR. Clinical applications of cancer chemotherapy. In: Theilen GH, Madewell BR (eds) Veterinary cancer medicine. Lea & Febiger, Philadelphia, 1987:219

THEILEN GH, MADEWELL BR. Clinical applications of cancer chemotherapy. In: Theilen GH, Madewell BR (eds) Veterinary cancer medicine. Lea & Febiger, Philadelphia, 1987

Thielen Gh, Madewell Br., 'Clinical application of cancer chemotherapy.' In: Thielen Gh, Madewell BR (eds) Veterinary cancer medicine., Lea & Febiger, Philadelphia, 1987

THE WHOQOL GROUP, 1995, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Social Science and Medicine

Varicchio, Claudette G, 'A cancer source book for nurses' Boston, Jones and Barlett Publishers, 2004 Ware E. John J.E., Gandek, B. and Allison, J., 2016. The validity of disease-specific quality of life attributions among adults with multiple chronic conditions. International journal of statistics in medical research

Webster, K., Cella, D. and Yost, K., 2003. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. Health and quality of life outcomes

World Health Organization, 'Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, WHOQOL: measuring quality of life' 2014

World Health Organization, "Noncommunicable diseases", June, 2018

World Health Organization, 'Cancer', 2018, προσπέλαση 8/12/2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

World Health Organization, Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2025, 2013

Wright Adam, Salazar Alejandra, Mirica Maria, Volk A. Lynn, Schiff D. Gordon, 2020, Journal of General Internal Medicine: 'The invisible Epidemic: Neglect Chronic Disease Management During COVID-19', 2020

Yfantopoulos J, 2001c, Health -related Quality of life. Archives of Hellenic Medicine: 19:131-146

Zhou G, Stoltzfus JC, Houldin AD, Parks SM, Swan BA. Knowledge, 'Attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer.', τόμος 37ος, Oncol Nurs Forum, 2010

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γαληνός Οδηγός Φαρμάκων, <https://www.galinos.gr/> , προσπέλαση 8/2/2021

Γιαβασόπουλος, Κ.Ε. & Γούρνη, Π.Γ., 2008. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση- Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στους Χρονίως Πάσχοντες Ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού

Γρηγορίου Σ., Καρατζαφέρη Χ., Γιαννάκη Χ., Σακκάς Γ. 2015. Αξιολόγηση αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. Στο Εγχειρίδιο για την σωματική αξιολόγηση ειδικών πληθυσμών: δοκιμασίες εργαστηρίου και πεδίου για την επιστημονική υποστήριξη προγραμμάτων άσκησης για υγεία. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών

Θεοδωράκης, Γ. (2010). Άσκηση, ψυχική υγεία, και ποιότητα ζωής. Θεσσαλονίκη, Ελλάδα: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη

Καβαντζάς Ν., 'Ιστοπαθολογική Ταξινόμηση των Όγκων', επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000

Κάβουρα Μ., Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Βανδώρου Χρ., 2003, Ποιότητα ζωής., Αθήνα, JASNSSEN-CILAG

Κιάκου Μ., Τόλια Μ., Τσουκαλάς Ν., 2015, Ανοσοθεραπεία του καρκίνου μια διαφορετική προσέγγιση στην θεραπεία της νεοπλασματικής νόσου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(4):461-466

Μπαλτόπουλος Γ, 'Βασικές, Ανώτερες και εξειδικευμένες νοσηλευτικές δεξιότητες', επίτομος, έκδοση 1η , εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2013

Παπαγόρας Δ., κ.α, 'Μελέτη Καταγραφής της Συχνότητας Χορήγησης Μορφίνης σε Ασθενείς με Κακοήγη Νόσο Τελικού Σταδίου στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία', τόμος 52, Τεύχος 2, Νοσηλευτική , Αθήνα 2013

Πιστεύου - Γομπάκη Κυριακή Π., 'Αρχές ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας', επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα 2013

Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήσης

Τσεκουράκης Δαμιανός, 'Περί αρχαίας ιατρικ'σ.μετάφραση Ιπποκράτης' Έκδ. Ζαχόπουλος, Αθήνα, 2001

Υφαντόπουλος Γ., & Σαρρής Μ., 2001. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Arch Hell Med

Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. Νέα Υγεία: 36: 4-7

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 1.1 Φύλλο καταγραφής στοιχείων ασθενών



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

### ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Ονομάζομαι **ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ** και διεξάγω την παρούσα έρευνα ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Ε.Α.Π., στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα **«Διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο και εκτίμηση του κόστους της ανοσοθεραπείας σε επιλεγμένα περιστατικά»**.

Αυτή η έρευνα εντάσσεται στη θεματική ενότητα **«Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση της Υγείας και των Υπηρεσιών Υγείας»** των μεταπτυχιακών σπουδών με τίτλο **«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»**.

Η παρούσα διπλωματική εργασία πρόκειται να διερευνήσει τη ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών και ακολούθως να αποτιμήσει οικονομικά το κόστος της θεραπείας τους στο Ογκολογικό Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

**Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να τονίσω ότι:**

Η συμμετοχή σας είναι εντελώς εθελουσία.

Είστε ελεύθερος/η να αποσυρθείτε από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή.

Είστε ελεύθερος/η να αρνηθείτε να απαντήσετε οποιαδήποτε ερώτηση.

**Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα.**

Παρακαλώ απαντήστε ότι έχετε ενημερωθεί για την παρούσα έρευνα και ότι δέχεστε να συμμετέχετε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Έχω ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας:

ΝΑΙ   ΟΧΙ   (Κυκλώστε ένα)

Συναινώ να συμμετέχω στην έρευνα:

ΝΑΙ   ΟΧΙ   (Κυκλώστε ένα)

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (σημειώστε το αντίστοιχο κύβο)

---

ΗΛΙΚΙΑ:.....

ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

ΑΝΔΡΑΣ ☐

### 1. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η ☐

Έγγαμος/η ☐

Χήρος/α ☐

Διαζευγμένος/η ☐

Μονογονεϊκή οικογένεια ☐

Αριθμός Τέκνων: .....

### 2. Περιοχή Κατοικίας

Αστική (Πόλεις) ☐

Ημιαστική ☐

Επαρχία (χωριά, κοινοτόμεις) ☐

### 3. Επίπεδο Εκπαίδευσης

Πρωτοβάθμια (Δημοτικό) ☐

Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο) ☐

Τριτοβάθμια (ΑΕΙ- ΤΕΙ) ☐

### 4. Απασχόληση

Εργαζόμενος/η ☐

Άνεργος/η ☐

Συνταξιούχος ☐

### 5. Μηνιαίο Εισόδημα

Έως 500 € ☐

500 - 1000 € ☐

1000 - 1500 € ☐

1500 - 2000 € ☐

> 2000 € ☐

## 1.2 Ερωτηματολόγιο QLQ-C30

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α

(QLQ – C30)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που σας ταιριάζει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς εμπιστευτικές.

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας: \_\_\_\_\_

Την χρονολογία γεννήσεώς σας (ημέρα, μήνα, έτος): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Την σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες όπως κουβαλώντας μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μεγάλο</u> περίπατο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα <u>μικρό</u> περίπατο έξω από το σπίτι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας:	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Λαχανιάσατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Πονούσατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Είχατε αϋπνίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Αισθανθήκατε αδυναμία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Είχατε ανορεξία;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Είχατε τάση για εμετό;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Κάνατε εμετό;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Είχατε δυσκοιλιότητα;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Είχατε διάρροια;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Αισθανόσασταν κουρασμένη;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής σας εργασίας;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε μια εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Αισθανόσασταν υπερένταση;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Αισθανόσασταν στεναχώρια;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Αισθανόσασταν ευέξαπτη;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την <u>οικογενειακή σας</u> ζωή;                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις <u>κοινωνικές σας</u> εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, προξένησαν οικονομικές δυσκολίες;                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Για τις επόμενες ερωτήσεις παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα, από το 1 ως το 7

29. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την υγεία σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Πολύ κακή                      —————>                      Εξαιρετική

30. Πώς θα εκτιμούσατε συνολικά την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7  
 Πολύ κακή                      —————>                      Εξαιρετική



### 1.3 Ερωτηματολόγιο SF-60

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β (SF-36)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Στις ερωτήσεις που ακολουθούν ζητάμε τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

<b>1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:</b>				
<b>Εξαιρετική</b>	<b>Πολύ καλή</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Κακή</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας <u>σήμερα</u>:</b>				
<b>Είναι πολύ καλύτερη</b>	<b>Είναι κάπως καλύτερη</b>	<b>Είναι περίπου ίδια</b>	<b>Είναι κάπως χειρότερη</b>	<b>Είναι πολύ χειρότερη</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρουν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. <u>Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει</u> σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;</b>				
	<b>(Κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)</b>			
	<b>Ναι, με περιορίζει πολύ</b>	<b>Ναι, με περιορίζει λίγο</b>	<b>Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου</b>	
α. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή δραστηριότητες κουραστικών αθλημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
δ. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικούς</u> ορόφους με τα πόδια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ε. Όταν ανεβαίνετε <u>ένα όροφο</u> με τα πόδια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ζ. Όταν περπατάτε <u>περισσότερο</u> από ένα χιλιόμετρο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
η. Όταν περπατάτε <u>αρκετές</u> εκατοντάδες μέτρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

θ. Όταν περπατάτε <u>περίπου εκατό μέτρα</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, <u>εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας</u> ;						
	Ναι		Όχι			
α. Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
β. <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε; Έπρεπε να περιορίσατε <u>τα είδη</u> της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
γ. <u>Δυσκολευτήκατε</u> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (δηλαδή απαιτήθηκε πρόσθετος κόπος);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, <u>εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος</u> (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);						
	Ναι		Όχι			
α. Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
β. <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
γ. Κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες, με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;						
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Πόσο <u>σωματικό</u> πόνο νιώσατε τις <u>τελευταίες 4 εβδομάδες</u> ;						
Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ Έντονο	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , πόσο επηρέασε <u>ο πόνος</u> τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);						
Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες</u> , για πόσο χρονικό διάστημα:						
Συνεχώς		Πολύ συχνά	Συχνά	Ορισμένες φορές	Σπάνια	Καθόλου

α.	Αισθανόσαστε γεμάτος ζωντάνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β.	Είχατε πολύ εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ.	Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ.	Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε.	Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ.	Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ.	Αισθανόσαστε εξάντληση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η.	Ήσαστε ευτυχισμένος/η; Αισθανόσαστε κούραση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;**

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Πόσο αληθινές ή ψευδείς είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;**

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 1.4 Απόφαση Δ.Σ. του Π.Γ.Ν.Π. για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ"  
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ  
ΤΗΣ ΑΡ. 05/04.02.2021 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ  
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Στην Πάτρα σήμερα **04.02.2021**, ημέρα Πέμπτη και ώρα **09:40 π.μ.** συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Δ.Σ. το οποίο συγκροτήθηκε και λειτουργεί, σύμφωνα με το ΦΕΚ (τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) 140/19.03.2019, όπως τροποποιήθηκε με το ΦΕΚ (τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) 153/04.03.2020, και το 879/21.10.2020. Κατόπιν της αριθ. πρωτ. 2854/02.02.2021 πρόσκλησης του Αντιπροέδρου του Δ.Σ. προς τα τακτικά, αναπληρωματικά μέλη και εισηγητές, παρέστησαν στην συνεδρίαση οι :

1. ΜΠΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	ΑΝ. ΔΙΟΙΚ/ΤΗΣ, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.
2. ΝΤΑΒΛΟΥΡΟΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
3. ΣΚΟΥΛΙΔΗ ΧΑΡΙΤΙΝΗ-ΜΑΡΙΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
4. ΚΑΤΣΑΪΤΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
5. ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
6. ΦΙΛΤΙΣΕΝΙΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ

Ως Γραμματέας του Δ.Σ. παρέστη η υπάλληλος Συρίγου Βαρβάρα Ευαγγελία.

Επίσης η Δικηγόρος του Π.Γ.Ν.Π. κ. Π. Βίτσα για διευκρινίσεις επί θεμάτων της αρμοδιότητάς της, μετά τη λήξη των οποίων αποχώρησε, ενώ το Συμβούλιο συνέχισε με τα υπόλοιπα θέματά του.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία καθορίστηκαν για την αριθμ. **05/04.02.2021** Συνεδρίαση.

**ΑΔΑ: 95ΧΝ46906Γ-ΜΛ6**

#### **ΔΙΑΦΟΡΑ** **ΘΕΜΑ 13**

Ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. θέτει υπόψη των μελών το υπ' αριθ. 2399/29-01-21 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο έχει ως εξής:

#### **ΘΕΜΑ : ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση **25.01.2021** λαμβάνοντας υπ' όψιν την υπ. αρ. **02/14.01.21** απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, **εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας** με χρήση ερωτηματολογίων και τίτλο: «**Διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο και εκτίμηση του κόστους της ανοσοθεραπείας σε επιλεγμένα περιστατικά**» στην κ. Σπηλιωτοπούλου Μαρία-Νοσηλεύτρια Ογκολογικής Κλινικής ΠΓΝΠ, στο πλαίσιο εκπόνησης της



διδασκαλίας της διατριβής στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας στη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, η οποία θα διεξαχθεί στους ασθενείς ημερησίας νοσηλείας της Ογκολογικής κλινικής, υπό την ευθύνη και εποπτεία του Δρ. Φραγκιαδάκη Γεώργιου-Μέλος ΣΕΠ-ΕΑΠ/ΠΜΣ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, που αφορά:

- ✓ Ερευνητικό πρωτόκολλο διδακτορικής διατριβής
- ✓ Ερωτηματολόγια
- ✓ Έντυπο Συγκατάθεσης

**Επιστημονικός Υπεύθυνος:** Δρ Φραγκιαδάκης Γεώργιος-Μέλος ΣΕΠ-ΕΑΠ/ΠΜΣ Διοίκησης Μονάδων Υγείας

**Ερευνητές:** Σπηλιωτοπούλου Μαρία-Νοσηλεύτρια Ογκολογικής Κλινικής/Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΕΑΠ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ ΜΑΡΑΓΚΟΣ

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Αποδέχεται την εισήγηση του Επιστ. Συμβουλίου με την οποία εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας με χρήση ερωτηματολογίων και τίτλο: «Διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο και εκτίμηση του κόστους της ανοσοθεραπείας σε επιλεγμένα περιστατικά» στην κ. Σπηλιωτοπούλου Μαρία-Νοσηλεύτρια Ογκολογικής Κλινικής ΠΓΝΠ, στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής της διατριβής στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας στη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, η οποία θα διεξαχθεί στους ασθενείς ημερησίας νοσηλείας της Ογκολογικής κλινικής, υπό την ευθύνη και εποπτεία του Δρ. Φραγκιαδάκη Γεώργιου-Μέλος ΣΕΠ-ΕΑΠ/ΠΜΣ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, με την προϋπόθεση διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων και την τήρηση των κανόνων ηθικής και ερευνητικής δεοντολογίας που αφορά:

- ✓ Ερευνητικό πρωτόκολλο διδακτορικής διατριβής
- ✓ Ερωτηματολόγια
- ✓ Έντυπο Συγκατάθεσης

**Επιστημονικός Υπεύθυνος:** Δρ Φραγκιαδάκης Γεώργιος-Μέλος ΣΕΠ-ΕΑΠ/ΠΜΣ Διοίκησης Μονάδων Υγείας

**Ερευνητές:** Σπηλιωτοπούλου Μαρία-Νοσηλεύτρια Ογκολογικής Κλινικής/Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΕΑΠ

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

Δρ. ΜΠΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ  
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

ΣΥΡΙΓΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.

