



# **ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ**

## **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο τμήμα Ακτινοθεραπείας του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου.**

**ΦΟΙΤΗΤΗΣ**

**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΕΥΤΥΧΙΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΟΥΣ**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ**

**ΜΑΙΟΣ 2016**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ίαση είναι η επιθυμητή έκβαση της πορείας ενός ασθενούς. Πρόκληση όμως για τους λειτουργούς υγείας αποτελεί και η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, η οποία θα επιφέρει, παρά το θεραπευτικό αποτέλεσμα, την αντίστοιχη ικανοποίηση του ασθενούς. Το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών αντανακλά και το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα ερευνητική εργασία επιχειρεί την μέτρηση της ικανοποίησης των καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία στο Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου.

Στόχος αποτελεί την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των συγκεκριμένων ασθενών, διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν και ανεύρεση των σημείων που το Ογκολογικό Κέντρο υστερεί, με σκοπό τη διόρθωση τους και με επακόλουθο την περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται. Παράλληλα μετράται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα των ασθενών και εξετάζεται η συσχέτιση της με την ικανοποίηση.

Η μεθοδολογική προσέγγιση που εφαρμόστηκε ήταν η συμπλήρωση δύο ανώνυμων ερωτηματολογίων με κλειστές ερωτήσεις από τους χρήστες ακτινοθεραπείας. Ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης και ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς.

Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των καρκινοπαθών και ο συσχετισμός της με διάφορους παράγοντες όπως το είδος και το στάδιο της νόσου, η σχέση του ασθενούς με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το περιβάλλον του νοσοκομείου, και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, δύνανται να βοηθήσουν στην ανεύρεση τυχόν προβληματικών λειτουργιών και αδυναμιών του τμήματος. Απώτερος στόχος αποτελεί την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών και την βελτίωση της παραγωγικότητας και λειτουργικότητας αυτού, που θα οδηγήσει και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των υποβαλλόμενων σε ακτινοθεραπεία ασθενών.

Στο γενικό μέρος της εργασίας αναφέρονται τα κύρια θεωρητικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα και αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στη συνέχεια γίνεται μία σύντομη παρουσίαση ερευνών που έχουν γίνει στο διεθνή χώρο στον τομέα της ογκολογίας και της ακτινοθεραπείας. Κατόπιν αναφέρονται γενικά χαρακτηριστικά του καρκίνου και περιγράφονται οι κύριες θεραπείες. Το γενικό μέρος κλείνει με την παρουσίαση του Ακτινοθεραπευτικού Τμήματος του Ογκολογικού Κέντρου και την αναφορά του στις βασικές λειτουργίες του.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας καταγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και η ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων που ελήφθησαν με τη συλλογή δύο ερωτηματολογίων. Το πρώτο ερωτηματολόγιο επιχειρεί την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και το δεύτερο την μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (EORTC QLQ-C30). Στην έρευνα συμμετείχαν 147 ασθενείς που έλαβαν ακτινοθεραπεία στο ΟΚΤΚ σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Η παρούσα εργασία ανέδειξε τους πιθανούς παράγοντες που επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό την ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν:

- Η ευγένεια και ο σεβασμός προς τους ασθενείς από το προσωπικό συμβάλλει σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενών.
- Η εκπαίδευση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση. Οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι
- Η μελέτη μας καταδεικνύει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και ορισμένων στοιχείων της έρευνας, καθώς και με τη συνολική ικανοποίηση. Οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες.
- Τέλος, το επίπεδο της ποιότητας της ζωής, μετρημένο με τα κριτήρια EORTC, μετά τη χρήση πολυπαραγοντικής ανάλυσης, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τη συνολική ικανοποίηση. Οι ασθενείς με χαμηλότερη βαθμολογία στην γενική κατάσταση υγείας εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Επόμενο βήμα είναι η ανεύρεση και η εφαρμογή μεθόδων από τη διοίκηση για τη βελτίωση των υπηρεσιών που φαίνεται να υστερούν.

**Λέξεις κλειδιά:** ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα ζωής, καρκινοπαθής, ακτινοθεραπεία, EORTC QLQ-C30

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Ενότητα 1:

<b>1. Εισαγωγή.....</b>	<b>6</b>
-------------------------	----------

### Ενότητα 2:

<b>2. Γενικό Μέρος.....</b>	<b>8</b>
-----------------------------	----------

<b>2.1 Ποιότητα ζωής και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....</b>	<b>9</b>
--	----------

2.1.1 Ιστορική Αναδρομή Ποιότητας Ζωής.....	9
---	---

2.1.2 Ποιότητα Ζωής.....	9
--------------------------	---

2.1.3 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).....	10
--	----

2.1.4 Ποιότητα Ιατρικών Υπηρεσιών.....	11
--	----

2.1.5 Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	13
---	----

<b>2.2 Ικανοποίηση.....</b>	<b>14</b>
-----------------------------	-----------

2.2.1 Η ικανοποίηση στις Υπηρεσίες Υγείας.....	14
--	----

2.2.2 Η μέτρηση της Ικανοποίησης στις Υπηρεσίες Υγείας.....	15
---	----

2.2.3 Ικανοποίηση και Καρκινοπαθής.....	16
---	----

2.2.4 Μέτρηση Ικανοποίησης σε Ογκολογικά Κέντρα.....	18
--	----

2.2.5 Γενικευμένα Συμπεράσματα για την Ικανοποίηση Ασθενών με Καρκίνο.....	21
--	----

<b>2.3 Καρκίνος.....</b>	<b>22</b>
--------------------------	-----------

2.3.1 Ιστορικές αναφορές του Καρκίνου.....	22
--	----

2.3.2 Η Βιολογία του Καρκίνου.....	24
------------------------------------	----

2.3.3 Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών.....	25
---	----

2.3.4 Θεραπεία του Καρκίνου.....	26
----------------------------------	----

2.3.4.1 Η Ιστορική Αναδρομή της Θεραπείας του Καρκίνου.....	26
---	----

2.3.4.2 Η Χειρουργική Ογκολογία.....	27
--------------------------------------	----

2.3.4.3 Η Χημειοθεραπεία.....	28
-------------------------------	----

2.3.4.4 Η Ορμονοθεραπεία.....	28
-------------------------------	----

2.3.4.5 Η Ακτινοθεραπεία.....	28
2.3.4.6 Ιστορική αναδρομή της Ακτινοθεραπείας.....	31
2.3.4.7 Ακτινοθεραπεία στην Κύπρο.....	32
<b>Ενότητα 3:</b>	
<b>3. Ειδικό Μέρος.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Σκοπός της παρούσας έρευνας.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Δείγμα και Συλλογή δεδομένων της έρευνας.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4 Στατιστική ανάλυση δεδομένων και Αποτελέσματα.....</b>	<b>36</b>
3.4.1 Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης.....	36
3.4.2 Το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 (version 3.0).....	52
3.4.2.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30....	53
3.4.3 Στατιστική ανάλυση και συσχέτιση των δύο ερωτηματολογίων.....	53
<b>3.5 Συμπεράσματα.....</b>	<b>57</b>
<b>3.6 Εφαρμογές-προεκτάσεις της μελέτης.....</b>	<b>57</b>
<b>3.7 Περιορισμοί της εργασίας.....</b>	<b>59</b>
<b>Ενότητα 4:</b>	
<b>4. Βιβλιογραφία.....</b>	<b>60</b>
4.1 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	60
4.2 Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	64
4.3 Ιστοσελίδες.....	65
<b>Ενότητα 5:</b>	
<b>5. Παράρτημα.....</b>	<b>66</b>
5.1 Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης.....	66
5.2 Ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 (version 3.0).....	71

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση του σύγχρονου ιατρικού κόσμου και της φαρμακοβιομηχανίας. Αποτελεί αντικείμενο πολυάριθμων ερευνών, και ταλανίζει εκατομμύρια ασθενείς σε όλη την υφήλιο. Είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο. Οι εφαρμοζόμενες θεραπείες είναι αμφισβητήσιμες, τοξικές και εξαντλητικές. Ελάχιστοι είναι οι τύποι του καρκίνου όπου μπορεί να επέλθει πλήρης ίαση. Γι αυτό και ο στόχος των περισσότερων υφιστάμενων θεραπειών είναι η παράταση του χρόνου ζωής και η διασφάλιση καλής ποιότητας ζωής.

Δυστυχώς ο καρκίνος επιφέρει πολλαπλές και σοβαρές ψυχοσωματικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του. Ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με το σωματικό πόνο και την κόπωση, αλλά παράλληλα βιώνει σε κάθε στάδιο της νόσου (διάγνωση, θεραπεία, επιπλοκές, και τελικό στάδιο, αν υπάρχει) μία μεγάλη ψυχική αναστάτωση, άγχος και κατάθλιψη. Καλείται να αντιμετωπίσει το μεγαλύτερο φόβο του ανθρώπου, το θάνατο.

Άμεση κοινωνική και οικονομική συνέπεια του καρκίνου είναι η ενασχόληση ενός μεγάλου αριθμού εργαζομένων για την παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής και φαρμακευτικής φροντίδας, καθώς και ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης στο σύνολο των καρκινοπαθών. Παράλληλα επιβαρύνεται σε μεγάλο βαθμό η οικονομία του κάθε κράτους, καθώς κοστίζουν υπερβολικά οι θεραπείες, η αντιμετώπιση των παρενεργειών τους και οι νοσηλείες των ασθενών, όπως επίσης επενδύονται υπέρογκα ποσά στην κατασκευή καινούριων φαρμάκων και στις δοκιμασίες (trials) εφαρμογής τους.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί ένα από τα ισχυρά όπλα κατά του καρκίνου. Στην Κύπρο το μοναδικό τμήμα Ακτινοθεραπείας βρίσκεται στο Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου και εξυπηρετεί όλο τον πληθυσμό της Κύπρου. Λειτουργεί από το 1999. Σήμερα απασχολεί ένα μεγάλο αριθμό εργαζομένων συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών, ακτινοφυσικών, τεχνολόγων, χημικών και γραμματειακού προσωπικού. Ο αριθμός των ασθενών που παρέρχεται εβδομαδιαίως είναι σημαντικά αυξημένος σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Το προσωπικό του τμήματος καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να εξυπηρετήσει τους ασθενείς χωρίς καθυστέρηση, να μειώσει τις πιθανά εμφανιζόμενες παρενέργειες της θεραπείας, να αντιμετωπίσει τις πολυάριθμες και ποικίλες επιπλοκές της νόσου του κάθε ασθενή και γενικά να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η σημαντικότητα του λειτουργήματος που ανέλαβε το τμήμα της ακτινοθεραπείας είναι αναμφισβήτητη. Παρόλα αυτά δεν πραγματοποιήθηκε μέχρι τώρα κάποια έρευνα που να επικεντρώνεται στην ικανοποίηση των ασθενών. Μέσα στα πλαίσια της μελέτης αυτής επιδιώκεται η διερεύνηση της ικανοποίησης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών και ελέγχεται σε ποιο βαθμό γίνεται σωστή ενημέρωση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό για τη διαδικασία της θεραπείας και για τον τρόπο αντιμετώπισης των πιθανά εμφανιζόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών. Ταυτόχρονα μελετάται η συμπεριφορά και η φροντίδα που παρέχεται από το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό

προσωπικό, διερευνάται η καταλληλότητα των εγκαταστάσεων και των χώρων περίθαλψης και η λειτουργικότητα του τμήματος στο σύνολο.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## **2.1 Ποιότητα ζωής και Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

### **2.1.1 Ιστορική Αναδρομή Ποιότητας Ζωής**

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία περιπλεγμένη έννοια, η οποία είναι δύσκολο να περιγραφεί με ένα απλό και συγκεκριμένο ορισμό.

Η αναφορά της έννοιας «ποιότητα ζωής» έχει γίνει από την αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης ταυτίζει την ποιότητα ζωής (ευ ζην και ευ πράττειν) με την ευτυχία (ευδαιμονία) στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια». (Hughes, 2013·Υfantopoulos,2001)

Πολύ αργότερα το 1960 η ποιότητα ζωής συνδέεται με έννοιες όπως η οικογενειακή ζωή και η οικονομική ασφάλεια, ενώ η δεκαετία του '70 χαρακτηρίζεται από την υποστήριξη των δικαιωμάτων της προσωπικής ελευθερίας και τονίζεται η σημασία της ψυχοσυναισθηματικής ισορροπίας. (Θεοδώρου, Σαρρης & Σούλης, 2001) Ο Mc Call το 1980 περιγράφει την ποιότητα ζωής ως τη δυνατότητα πρόσβασης σε ορισμένες συνθήκες που οδηγούν στην ευτυχία μέσα σε μία δεδομένη κοινωνία. Οι Zautra και Goodhart το 1979 προσδιόρισαν αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες και δείκτες που προσδιορίζουν την έννοια της ποιότητας. Οι αντικειμενικοί παράγοντες αποτελούν τους διαθέσιμους πόρους και ευκαιρίες ενός ατόμου, και οι ικανότητες του, ενώ οι υποκειμενικοί αποτελούν τα συναισθήματα που κατοικούν στον ψυχικό κόσμο του ανθρώπου.

Τη δεκαετία του 90' έχουν δημοσιευτεί πολλές μελέτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, οι περισσότερες σε διεθνή περιοδικά νοσηλευτικής. Μερικές από αυτές της μελέτες (όπως Ferrans,1990 και Zhan,1992) συνδέουν την ποιότητα ζωής με την έννοια της ικανοποίησης.(Moons,Budts & de Geest,2006)

Στην εποχή μας η ποιότητα ζωής προσεγγίζεται διαφορετικά ανάλογα με την επιστήμη που την ορίζει. Στην οικονομολογία η ποιότητα ζωής συνδέεται με τους οικονομικούς πόρους, ενώ στην ψυχολογία και κοινωνιολογία η ποιότητα παρουσιάζει πολυπαραγοντική διάσταση και εξαρτάται από ένα συνδυασμό των εξωτερικών συνθηκών, των διαπροσωπικών σχέσεων και της εσωτερικής ψυχικής ισορροπίας. Στον τομέα της υγείας η ποιότητα ζωής συνδέεται άρρηκτα με τη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς (performance status) αλλά και με την ψυχική του ευεξία. (Johnson & Temple,1985· Ρεπάσος & Παναγός 2007)

### **2.1.2 Ποιότητα Ζωής**

Σήμερα η ποιότητα Ζωής ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «η υποκειμενική αντίληψη του κάθε ανθρώπου για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ανήκει, αλλά και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα του. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται ποικιλοτρόπως από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος του». (WHO,1993)

Ορισμένοι συγγραφείς ορίζουν την ποιότητα ζωής ως την υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου για το ευ ζην. Αποτελεί το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών που λαμβάνουν χώρα στον ψυχικό και νοητικό κόσμο ενός ατόμου, και οι οποίες σχετίζονται με την ικανοποίηση του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Αλλιώς, είναι οι καταστάσεις που ωθούν προς την ευημερία του ατόμου (ψυχική, κοινωνική και σωματική), όπως η υγεία, η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η οικονομική κατάσταση. (Αλουμάνης 2002).

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής (Σαρρής 2001):

- Οι κλιματολογικές και οι γεωφυσικές συνθήκες του τόπου διαμονής.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες – η διαταραχή της ισορροπίας του οικολογικού συστήματος (μόλυνση του περιβάλλοντος)
- Η κοινωνική και οικονομική δομή της κοινωνίας (καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση)
- Πολιτισμικοί παράγοντες (ήθη και έθιμα) και η θρησκεία
- Το επίπεδο της υγείας στον πληθυσμό και το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας (ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη)
- Οι κοινωνικές και οι διαπροσωπικές σχέσεις
- Το επάγγελμα, ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης και το περιβάλλον εργασίας
- Η οικονομική άνεση (εισόδημα)

Η υγεία, όπως παρατηρείται αποτελεί μόνο ένα από την πληθώρα παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής. Οπότε και δημιουργήθηκε ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» για να διαχωριστεί από το γενικό ορισμό και να χρησιμοποιηθεί με περισσότερη ακρίβεια στον τομέα της Υγείας.

### **2.1.3 Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)**

Αφορά την αντίληψη του ατόμου για το επίπεδο υγείας του. Σχετίζεται με πτυχές της ζωής που επηρεάζονται από την κατάσταση της υγείας αλλά και τις δραστηριότητες της ζωής που επιφέρουν βελτίωση της υγείας.

Ο όρος περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις (Kaplan & Bush 1982): την υποκειμενική αποτίμηση της σωματικής και ψυχικής λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης υγείας στην καθημερινή δραστηριότητα του ατόμου και τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς που είναι απαραίτητοι για να μπορεί το άτομο να πραγματοποιήσει τους στόχους τους.

Για τον προσδιορισμό της ποιότητας της ζωής ενός ασθενούς πρέπει να περιγραφεί η κατάσταση της υγείας του με τα παρακάτω στοιχεία:

- Προσδιορισμός της λειτουργικότητας και της φυσικής κατάστασης του ασθενούς (physical functioning). Περιγραφή των συμπτωμάτων, των δυνατοτήτων του ασθενούς, της ικανότητας του να φροντίζει ή όχι τον εαυτό του, και της ικανότητας του για εργασία.
- Περιγραφή της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου (psychological functioning). Εκτίμηση του βαθμού του στρες, της αυτοεκτίμησης και γενικότερα την παρουσία ή απουσία συναισθημάτων θλίψης, οργής ή απελπισίας.
- Εκτίμηση της γνωσιακής λειτουργικότητας (cognitive functioning) Παρουσία ή όχι απώλειας συγκέντρωσης, απώλεια μνήμης, μείωση της αντιληπτικής ικανότητας.
- Μέτρηση του επιπέδου κοινωνικής λειτουργικότητας (social functioning). Περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικογενειακή ζωή και τις οικονομικές επιπτώσεις της νόσου και των θεραπειών στη ζωή του ατόμου.
- Καθορισμός της πνευματικότητας (spirituality). Η πνευματικότητα περιλαμβάνει τη θρησκευτικότητα και το επίπεδο της ψυχικής ηρεμίας του ασθενούς, η οποία συνήθως αυξάνει όσο η κατάσταση της υγείας του ασθενούς χειροτερεύει. Ο ασθενής χάνοντας τις σωματικές του δυνάμεις, αντλεί δύναμη από άλλες πηγές όπως η θρησκεία. (Οικονόμου & Καλόφωνος 2003)

#### **2.1.4 Ποιότητα των Ιατρικών Υπηρεσιών. Σύντομη αναδρομή.**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει υποκειμενικό χαρακτήρα. Καθορίζεται από τις προσδοκίες και τις εμπειρίες ενός ασθενή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα συνδέεται με την εφαρμογή των κατάλληλων διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος, στα πλαίσια πάντοτε των δυνατοτήτων της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας. Στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η ελαχιστοποίηση του ιατρικού κινδύνου και η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς σε επίπεδο θεραπευτικής διαδικασίας, συμπεριφοράς προσωπικού και τελικής θεραπευτικής έκβασης. (WHO,1993)

Η έννοια της ποιότητας στον ιατρικό χώρο απασχόλησε για πρώτη φορά τον Ιπποκράτη, όπου με τους ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες διασφάλιζε την ποιότητα των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών που προσφέρονταν στον ασθενή. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

Οι πρώτες εφαρμογές ελέγχου ποιότητας αφορούσαν την αξιοπιστία των ιατρικών εξετάσεων και των ιατρικών μηχανημάτων. Οι εργαστηριακές συσκευές πρέπει να ελέγχονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα και να διασφαλίζεται η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων τους. Αργότερα η προσοχή των ιθυνόντων της Δημόσιας Υγείας εστιάστηκε στην αντιμετώπιση των παρενεργειών των διαφόρων θεραπευτικών διαδικασιών και στον έλεγχο του ιατρικού σφάλματος. Αναμφίβολα η εμφάνιση ανεπιθύμητων εκδηλώσεων και το ιατρικό λάθος αυξάνουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και μειώνουν το επίπεδο της ποιότητας.

Ταυτόχρονα επιθυμείται και ο περιορισμός της αλόγιστης και υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας. (Τούντας,2008)

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα εφαρμόστηκαν στην Αμερική τα medical audit. Αφορούσαν επιθεωρήσεις από επιλεγμένο ιατρικό προσωπικό που εξέταζε αναδρομικά τους ιατρικούς φακέλους των νοσοκομείων. Στόχος η ανεύρεση τυχόν λανθασμένων κλινικών πράξεων που εφαρμόστηκαν ή ιατρικών αποφάσεων που πάρθηκαν, προς αποφυγή τους στο μέλλον. (Τούντας,2008)

Στην πορεία των χρόνων άρχισε να εντάσσεται ο ιατρικός αυτός έλεγχος μέσα στα πλαίσια του λεγόμενου clinical audit. Αποτελεί μια ευρύτερη προσπάθεια ποιοτικού ελέγχου που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία του δημοσίου και στις ιδιωτικές κλινικές, κυρίως σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία. Χρησιμοποιεί ως μέτρο σύγκρισης κριτήρια, πρότυπα ή πρωτόκολλα. Ένα από τα πρώτα clinical audit πραγματοποιήθηκε από την Florence Nightingale, νοσηλεύτρια και στατιστικολόγος, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου το 1853-1855. Κατά την άφιξη της στο νοσοκομείο στο Σκουτάρι το 1854 η νοσηλεύτρια συγκλονίστηκε από το βαθμό αθλιότητας που επικρατούσε στην ιατρική περίθαλψη, τις ανθυγιεινές συνθήκες και το τραγικά υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Προχώρησε ταχέως στην εφαρμογή προτύπων υγιεινής και πρωτοκόλλων θεραπείας. Επιπλέον, όντας λάτρης των μαθηματικών και της στατιστικής η Nightingale κατέγραφε σχολαστικά το ποσοστό θνησιμότητας των νοσηλευόμενων στρατιωτών. Μετά την επιβολή των μεταρρυθμίσεων στην ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε από το 40% στο 2%, γεγονός που έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην υπερνίκηση της αντίστασης που δέχτηκε από τους Βρετανούς ιατρούς και αξιωματικούς κατά την εφαρμογή τους. (Nightingale,1987·Τούντας,2008)

Αργότερα ο Flexner εισήγαγε πρότυπα λειτουργίας των ιατρικών σχολών με τη λογική ότι ποιότητα εκπαίδευσης των ιατρών έχει άμεση επίδραση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Beck,2004·Παπακωστίδης & Τσουκαλάς,2012). Την ίδια εποχή, το 1918, εφαρμόστηκε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program) από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, ενώ αργότερα το 1952 ιδρύθηκε ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων, η Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς,2012)

Τη δεκαετία 1960–1970 στην Αμερική, καθιερώθηκε ένα νέο γραφειοκρατικό σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, με υποχρεωτικό χαρακτήρα, από την Joint Commission on Accreditation of Health Organizations. Η επιτροπή αυτή ασκούσε έλεγχο του κόστους των αποζημιώσεων Medicare, που περιόρισε σημαντικά την αυτονομία των ιατρών. Με την έναρξη της δεκαετίας του 80' ο έλεγχος της ποιότητας αλλάζει χαρακτήρα και αποτελείται από στατιστικές αναλύσεις μοντέλων παροχής φροντίδας. (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς,2012)

Ο Donabedian, καθηγητής στη σχολή της Δημόσιας Υγείας του Michigan, ασχολήθηκε εκτεταμένα με την ποιότητα στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με αυτόν η ποιότητα ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, υπολογίζοντας πάντοτε το κόστος και το

κέρδος που θα προκύψει από μία ολοκληρωμένη διαδικασία περίθαλψης. Υποστηρίζει ότι οι πληροφορίες για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εξάγονται από τρεις παραμέτρους: τη δομή, τη διαδικασία και το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Η δομή αναφέρεται σε σταθερά χαρακτηριστικά όπως οι εγκαταστάσεις, οι οικονομικοί πόροι, η τεχνολογία και το ανθρώπινο δυναμικό. Η διαδικασία αποτελεί τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη και μπορεί να διαχωριστεί στο τεχνικό μέρος που αφορά τον τρόπο εφαρμογής της θεραπείας και το διαπροσωπικό στοιχείο που αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά την εφαρμογή της θεραπείας στον πάσχοντα. Σύμφωνα με το Donabedian η διερεύνηση της διαδικασίας ισοδυναμεί με τη διερεύνηση της ποιότητας ολόκληρης της παρεχόμενης φροντίδας, αφού περιλαμβάνει όλες τις ουσιαστικές παραμέτρους των υπηρεσιών υγείας. Το αποτέλεσμα περιλαμβάνει την επίδραση της παρεχόμενης φροντίδας στην υγεία των ασθενών, στη συμπεριφορά τους και στην ποιότητα ζωής τους. (Donabedian,1997)

Τις τελευταίες δεκαετίες ο έλεγχος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας απέκτησε κεντρικό ρόλο στις δημόσιες υπηρεσίες αλλά κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Η αύξηση της ανταγωνιστικότητας, η οικονομική κρίση και η ανάγκη για μείωση του κόστους των με ταυτόχρονη αύξηση των κερδών, επέβαλε την ανάγκη για εύρεση αποτελεσματικών τρόπων μέτρησης του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. (Τούντας,2008)

### **2.1.5 Αξιολόγηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας**

Όπως προαναφέρθηκε ανωτέρω, ο Donabedian αναφέρει ότι το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από την μελέτη τριών στοιχείων: τη δομή, τις διαδικασίες και το αποτέλεσμα. Ο υπολογισμός του βαθμού της ποιότητας μπορεί να γίνει με τη μέτρηση ποσοτικών χαρακτηριστικών όπως ο χρόνος αναμονής των ασθενών, ο βαθμός ικανοποίησής τους, το ποσοστό επιτυχίας των θεραπειών. (Donabedian,1997)

Ο βαθμός της ποιότητας μπορεί να διαχωριστεί σε τρία επίπεδα: α) Στο ελάχιστο επίπεδο κατά το οποίο κάτω από αυτό δεν επιτρέπεται να πέσει, β) στο μέσο επίπεδο, ένα αποδεκτό επίπεδο με περιθώρια βελτίωσης και γ) το ιδανικό επίπεδο, που αποτελεί και τον στόχο των συστημάτων υγείας.

Εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει ένα τμήμα αποτελούν οι δείκτες. Χρησιμοποιούν είτε στη σύγκριση μεταξύ δύο τμημάτων, είτε σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Επισημαίνουν τις αδυναμίες αλλά και τα δυνατά σημεία ενός τμήματος, βοηθώντας έτσι στη βελτίωση του. Χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

α) Δείκτες δομής ( που αφορούν τις εγκαταστάσεις και τη στελέχωση). Κρίνεται η καταλληλότητα και η επάρκεια των υποδομών, των οικονομικών πόρων και του προσωπικού που διαθέτει κάθε υπηρεσία υγείας.

β) Δείκτες διαδικασιών. Αξιολογούνται μια σειρά από ενέργειες που σχετίζονται με την ιατρική φροντίδα του ασθενούς ( περιλαμβάνουν δείκτες όπως ο χρόνος αναμονής για τη

θεραπεία, πληρότητα ιατρικών φακέλων, αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά ώρα)

γ) Δείκτες αποτελέσματος. Χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος ( ποσοστά επιβίωσης, τοξικότητα θεραπειών) (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς,2012)

Η επιλογή των δεικτών αποτελεί σημαντικό έργο, γιατί μέσα από αυτούς πρέπει να εξαχθούν τα σωστά συμπεράσματα και πάνω σε αυτούς θα βασιστούν οι μεταρρυθμίσεις που θα ακολουθήσουν για τη βελτίωση του τμήματος. Ένας δείκτης πρέπει να χαρακτηρίζεται από:

- 1) χρησιμότητα
- 2) εγκυρότητα
- 3) αξιοπιστία
- 4) δυνατότητα σύγκρισης
- 5) βαθμό απόκρισης
- 6) ειδικότητα και
- 7) ευαισθησία. (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς,2012)

Ο έλεγχος της ποιότητας είναι μια διαδικασία συνεχής και όχι στατική. Οι δείκτες και τα πρότυπα αξιολόγησης επαναξιολογούνται μετά από μία χρονική περίοδο και τροποποιούνται αναλόγως.

## **2.2 Ικανοποίηση**

### **2.2.1 Η ικανοποίηση στις Υπηρεσίες Υγείας**

Ο χαρακτηρισμός της ικανοποίησης ενός ασθενούς ως μέτρο αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε υπηρεσίες υγείας έγινε πρώτα από τον Donabedian. Συσχετίζει την ικανοποίηση του ασθενούς με τις προσδοκίες του και την άποψη του για τις υπηρεσίες που του προσφέρονται. Η ικανοποίηση μπορεί να μετρηθεί και να χρησιμοποιηθεί για να μεταβάλει το επίπεδο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Μπορεί επίσης να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών , αποκτώντας σημαντικό ρόλο στη χάραξη πολιτικής υγείας. (Stasser, Schweikhat, Weich & Burger, 1995)

Ο Pascoe το 1983 όρισε την ικανοποίηση ως μία αντίδραση (θετική ή αρνητική) των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας που τους έχουν προσφερθεί. Κατά την άποψη του η ικανοποίηση αποτελεί μια συναισθηματική αλλά και γνωστική αξιολόγηση της δομής, της διαδικασίας και του αποτελέσματος της θεραπείας. Οι προσδοκίες των ασθενών αφορούν διάφορες όψεις της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως η επαρκής ενημέρωση της διαδικασίας, των παρενεργειών και του επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος, η σχέση μεταξύ γιατρού ή νοσηλεύτη με τον ασθενή, το περιβάλλον του νοσοκομείου, ο χρόνος αναμονής και οι ευκολίες που τους παρέχονται. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να είναι γενική ή επιμέρους. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης μίας συγκεκριμένης προσδοκίας δύναται να παρέχει περισσότερο σημαντικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν πιο εύκολα στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Η ταύτιση των προσδοκιών των πασχόντων με των επαγγελματιών υγείας αποτελεί το ιδεώδες. (Gregory Pascoe, 1983)

Η ικανοποίηση στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με άλλες υπηρεσίες. Ο Pascoe για να εξηγήσει το φαινόμενο αυτό ξεχωρίζει τις υπηρεσίες σε απλές και σύνθετες. Στην περίπτωση που προσφέρεται μια σχετικά απλή υπηρεσία, κατανοητή στον ενδιαφερόμενο, με συγκεκριμένες προσδοκίες, τότε η σύγκριση μεταξύ της πρακτικής εμπειρίας και των προσδοκιών είναι ευκολότερη και οι απαιτήσεις περισσότερες. Στην περίπτωση όμως ενός ασθενούς η κατανόηση της νόσου και της διαδικασίας της θεραπείας είναι αρκετά δυσχερείς. Οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι συγκεκριμένες και αναδιαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της πρακτικής εμπειρίας. Οπότε και η ικανοποίηση επιτυγχάνεται πιο εύκολα. (Gregory Pascoe, 1983)

Οι περισσότεροι ερευνητές προσδίδουν ιδιαίτερο ρόλο στις προσδοκίες για τη διαμόρφωση της ικανοποίησης σε ασθενείς, χωρίς όμως η συσχέτιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης να είναι γραμμική. (Donabedian 1980)

Η Risser (1975) στη νοσηλευτική αναφέρει ότι η ικανοποίηση αποτελεί το βαθμό σύγκλισης των προσδοκιών των ασθενών για τη φροντίδα και της αντίληψης της πραγματικής φροντίδας την οποία λαμβάνουν. Οι Guzman και συνεργάτες όρισαν την ικανοποίηση ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας. (Guzman, Slierpceovich & Lacey, 1988) Ο Petersen το 1988 προτείνει ότι η ικανοποίηση αποτελεί την γενική αντίληψη του ασθενούς για τη φροντίδα που του παρέχεται, χωρίς να λαμβάνει υπόψη την καταλληλότητα της θεραπείας και την έκβαση της (θετική ή αρνητική). Στην πορεία του χρόνου έχουν δοθεί και αρκετοί άλλοι ορισμοί.

### **2.2.2 Η μέτρηση της Ικανοποίησης στις Υπηρεσίες Υγείας**

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών, ανάμεσα σε αυτούς και ο πατέρας της διασφάλισης της ποιότητας, ο Donabedian, θεωρεί ότι η αξιολόγηση της ικανοποίησης συμβάλλει σημαντικά στις λήψεις αποφάσεων από τη διοίκηση του νοσοκομείου για τον τρόπο παροχής της φροντίδας. Τεκμηριώνοντας σε ποια σημεία η ικανοποίηση καταγράφεται μικρότερη, η διοίκηση μπορεί να προχωρήσει στην εφαρμογή των κατάλληλων αλλαγών, με στόχο την παροχή υπηρεσιών με υψηλότερο επίπεδο ποιότητας. Η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια των ιθυνόντων, για διερεύνηση, χάραξη και εφαρμογή καινούριας πολιτικής υγείας (Papanikolaou & Ntani, 2008). Ο ασθενής παραθέτοντας την άποψη του βοηθάει στην εντόπιση των αδυναμιών ενός τμήματος. Με την πάροδο των χρόνων η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας των προηγμένων συστημάτων υγείας ( Strasen, 1988, Carey & Seibert 1993).

Ο Donabedian, παρά την έντονη παρότρυνση για καταμέτρηση της ικανοποίησης με στόχο την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών, διατηρούσε κάποιες επιφυλάξεις όσον αφορά την αντικειμενική αξιολόγηση από τους ασθενείς του τεχνικού μέρους της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται περιορισμένης εγκυρότητας:

- Οι ασθενείς δεν έχουν την κατάλληλη γνώση για να αξιολογήσουν αντικειμενικά και με ακρίβεια τις ικανότητες και δεξιότητες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ταυτόχρονα η κρίση των ασθενών επηρεάζεται εύκολα. Η νοσηρότητα διαταράσσει την ψυχική τους ισορροπία και θολώνει την κρίση.
- Ένας σημαντικός παράγοντας που αλλοιώνει την αντικειμενικότητα και συμβάλλει αρνητικά ή θετικά στην ικανοποίηση είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό. Η ευγένεια και ο σεβασμός, η κατανόηση και η προθυμία για βοήθεια, είναι στοιχεία τα οποία κερδίζουν την εκτίμηση του ασθενούς.
- Οι ασθενείς λόγω της ανισότητας της γνώσης με τον ιατρό, αισθάνονται εξάρτηση και αυτό προκαλεί φόβο στο να αποκαλύψουν τις πραγματικές τους επιθυμίες και σκέψεις.
- Λόγω των πολύπλοκων θεραπειών που εφαρμόζονται και λόγω της επηρεασμένης νοητικής λειτουργίας και της ψυχολογίας από τη νόσο, ή τη φαρμακευτική αγωγή, οι ασθενείς αρκετές φορές ξεχνάνε την ακριβή διαδικασία παροχής των υπηρεσιών. (Nelson & Neiderberger, 1990· Λαζάρου, 2001)

Η μέτρηση της ικανοποίησης ενός ασθενούς δεν αποτελεί άριστη μέθοδο διασφάλισης της ποιότητας. Χρειάζεται συνδυασμός με άλλα εργαλεία για το σαφή εντοπισμό παραγόντων που συμβάλλουν αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χρειάζεται επίσης να γίνεται με αξιοπιστία και συστηματικότητα. Τα αποτελέσματα που εξάγονται αντιπροσωπεύουν μόνο μία χρονική περίοδο. Είναι πρόβλημα η συλλογή δεδομένων να γίνεται με συνεχή τρόπο, για μεγάλο χρονικό διάστημα και να επαναλαμβάνεται μετά από αναδιοργάνωση των προσφερόμενων υπηρεσιών. (Λαζάρου, 2001)

Ένας τρόπος μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών είναι η καταγραφή των παραπόνων. Τα παράπονα μπορεί να αφορούν όλες τις πλευρές της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, όπως επίσης και τη λειτουργία ενός τμήματος, την πρόσβαση στον ιατρικό χώρο, την ώρα αναμονής και την καθαριότητα της νοσοκομειακής μονάδας. (Vander Veen & Ritz, 1996)

Ο πιο έγκυρος και αποτελεσματικός τρόπος για την αξιολόγηση της ικανοποίησης είναι η χρησιμοποίηση κατάλληλου ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια μπορούν να δοθούν είτε κατά την έξοδο ενός ασθενούς από το νοσοκομείο, είτε μετά την έξοδο του, δηλαδή αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία της υγειονομικής φροντίδας που θα λάβει. Με τη χρήση διάφορων ερωτήσεων γίνεται προσπάθεια εντόπισης των στοιχείων που παρουσιάζουν προβλήματα στην διαδικασία της παροχής φροντίδας. (Lis CG, Rodeghier M & Gupta, 2009)

### **2.2.3 Ικανοποίηση και Καρκινοπαθής.**

Οι καρκινοπαθείς αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η ευαισθητοποίηση όσον αφορά το πως αντιλαμβάνονται οι ασθενείς αυτοί την ποιότητα της



ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται. Αν και έχουν προταθεί διάφορες μεθοδολογίες για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ογκολογικών ασθενών, ο πιο συστηματικός και αντικειμενικός τρόπος θεωρείται η χρήση ερωτηματολογίου. Οι εργασίες με ερωτηματολόγια είναι πλέον ευρέως διαδεδομένες.

Ένα άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με τη διάγνωση του καρκίνου εισέρχεται σε μια πολύπλοκη σωματική, ψυχολογική και νοητική διεργασία. Βιώνει καθημερινά ένα μεγάλο στρες το οποίο εντείνεται και από τις εκτεταμένες και εξουθενωτικές θεραπείες στις οποίες υποβάλλεται και από τις οργανικές αλλαγές που προκαλούνται από τη νόσο. Το άγχος, η κατάθλιψη και η οργή αποτελούν χαρακτηριστικές συναισθηματικές διαταραχές. Ο συναισθηματικός κόσμος του καρκινοπαθούς είναι εύθραυστος και γι αυτό πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε ορισμένους εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να ενισχύσουν το στρες. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, η ανεπαρκής πληροφόρησης, η κακή σχέση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η απουσία ψυχοκοινωνικής βοήθειας είναι μερικά στοιχεία που επιδεινώνουν την συναισθηματική κατάσταση. Η έγκαιρη εντόπιση των στοιχείων των υπηρεσιών υγείας που υστερούν επιβάλλεται. Η τακτική εφαρμογή ερευνών αξιολόγησης της ικανοποίησης θα βοηθήσει σε αυτό και ως εκ τούτου και στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. (Ong, Visser & Lammes, 2000· Yang & Yoon, 2015· Οικονόμου & Καλόφωτος, 2003· Πολυκανδριώτη & Ευαγγέλου, 2005· Ρηγάτος, 2000· Ρηγάτος 2007)

Στην αναζήτηση για την ανεύρεση του κατάλληλου ερωτηματολογίου, έχουν αναπτυχθεί πολλά ερωτηματολόγια. Για να χρησιμοποιηθεί ένα ερωτηματολόγιο πρέπει πρώτα να αποδειχτεί η αξιοπιστία του και η εγκυρότητα του. Υπάρχουν τώρα αρκετά έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία με αντικειμενικές ερωτήσεις που αφορούν τις πτυχές της υγειονομικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα πρέπει είναι ερμηνεύσιμα και να εντοπίζουν τους συγκεκριμένους τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Η επιλογή ενός ερωτηματολογίου εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου υπό διερεύνηση, το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται, τη διαθεσιμότητα των πόρων, συμπεριλαμβανομένων του ανθρωπίνου προσωπικού και το στόχο της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονται είτε άμεσα από τον ασθενή, είτε με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού. Είναι πλέον διαθέσιμα αρκετά ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην ογκολογία. Ένα από τα πιο συχνά που χρησιμοποιείται είναι του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου: το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών (EORTC QLQ-SAT32). (Lis CG, Rodeghier M & Gupta, 2009)

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ερευνών έχει διεξαχθεί μέχρι σήμερα για να διερευνηθούν οι παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών στην ογκολογία. Οι έρευνες αυτές διαφέρουν μεταξύ τους λόγω των διαφορετικών πληθυσμών που εξετάζονται. Ο τύπος του καρκίνου ο οποίος εξετάζεται, οι υπηρεσίες που προσφέρονται, ο αριθμός του δείγματος των ασθενών και το είδος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιείται είναι μερικά από τα στοιχεία που διαφοροποιούν την κάθε εργασία και κάνουν τη σύγκριση μεταξύ τους δύσκολη.

#### **2.2.4 Μέτρηση Ικανοποίησης σε Ογκολογικά Κέντρα.**

Οι Groff και συνεργάτες το 2008 εξέτασαν την ικανοποίηση ασθενών που προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία ογκολογικής κλινικής και συγκεκριμένα τις πτυχές της ικανοποίησης που αφορούσαν τους περιβαλλοντικούς χώρους, τους χρόνους αναμονής, την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, το ιατρικό απόρρητο και την εμπιστοσύνη στους ιατρούς. Τα αποτελέσματα τους αποκαλύπτουν ότι ασθενείς με συγκεκριμένους τύπους καρκίνων παρουσιάζουν διαφορετικό επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με άλλους τύπους. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο παρουσίασαν μικρότερη ικανοποίηση σε κάποια από τα εξεταζόμενα στοιχεία (περιβαλλοντικός χώρος). (Groff, Carlson, Tsang & Potter, 2008)

Οι Kleeberg και συνεργάτες το 2008 σε μία μελέτη που εξέτασε το βαθμό ανταπόκριση των προσφερόμενων υπηρεσιών στις προσδοκίες των ασθενών, εντοπίστηκαν τα στοιχεία με τη λιγότερη ικανοποίηση όπως η ενημέρωση για τις παρενέργειες των θεραπειών και η αντιμετώπιση τους. Τα καλύτερα αποτελέσματα συλλέχθηκαν για τις πτυχές της φροντίδας που αφορούν την υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στο σπίτι, η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς και η συμπεριφορά των νοσηλευτών. (Kleeberg, Feyer, Gunther & Behrens, 2008)

Οι Sherlaw-Johnson και συνεργάτες διερεύνησαν την ικανοποίηση των καρκινοπαθών για την υγειονομική φροντίδα και προχώρησαν σε σύγκριση μεταξύ νοσοκομειακών μονάδων. Μικρότερη ικανοποίηση σημειώθηκε σε νεαρές γυναίκες ασθενείς. Η ικανοποίηση διέφερε ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου. Οι περισσότερες διαφορές σημειώθηκαν στην ικανοποίηση για ενδονοσοκομειακή φροντίδα και όχι σε εξωτερικούς ασθενείς. (Sherlaw-Johnson, Datta & McCarthy, 2008)

Οι Von Gruenigen και συνεργάτες μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης ασθενών και σοβαρότητας της κλινικής τους κατάστασης (συμπτώματα) σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο σε υποτροπή, υπό χημειοθεραπεία. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ικανοποίησης και κλινικής κατάστασης. Η εργασία αυτή συμπέρανε ότι η ικανοποίηση συνδέεται περισσότερο με τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενών παρά με την οξύτητα των συμπτωμάτων. (Von Gruenigen, Hutchins & Reidy, 2006)

Οι Egan και Dowling εξέτασαν την ικανοποίηση σε μονάδα υποστηρικτικής φροντίδας για καρκινοπαθείς την οποία χειρίζονταν νοσηλευτές. Τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν αρκετά υψηλά. Συγκεκριμένα οι ασθενείς ήταν πολύ ευχαριστημένοι με τη συμπεριφορά του προσωπικού και με τη λειτουργία της μονάδας. Παρουσίασαν όμως χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης όσον αφορά την εμπιστοσύνη για την καταλληλότητα του ατόμου που ανέλαβε τη φροντίδα τους. (Egan & Dowling, 2005)

Στις ΗΠΑ το 2004 οι Gessel και συνεργάτες μελέτησαν 5907 εξωτερικούς ασθενείς σε 23 νοσοκομεία σε όλη τη χώρα, με σκοπό να εντοπίσουν τα σημεία στις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται βελτίωση. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι χρειάζεται να δοθεί προτεραιότητα στις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, στην επαρκή ενημέρωση των

ασθενών και των συγγενών αυτών, στους χρόνους αναμονής και στη συνολική διευκόλυνση των ασθενών σε όλα τα θέματα. (Gesell & Gregory,2004)

Οι Καββαδάς και συνεργάτες μέτρησαν την ικανοποίηση ασθενών με καρκίνο οισοφάγου και στομάχου, υπό χημειοθεραπεία και μελέτησαν τους παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στην συνολική ικανοποίηση. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-SAT32 όταν έλαβαν το εξιτήριο τους από την κλινική. Η πολυπαραγοντική ανάλυση που εφαρμόστηκε ανέδειξε ότι η ικανοποίηση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η καθαριότητα της νοσοκομειακής μονάδας και οι ανέσεις οι οποίες προσφέρει συνέβαλαν περισσότερο στην συνολική ικανοποίηση. Η συνολική ικανοποίηση δεν επηρεάστηκε ομοίμορφα από όλες τις πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Kavadas, Barham, Finch-Jones, et al.,2004)

Οι Bredart και συνεργάτες το 2001 διερεύνησαν τη σκοπιμότητα σύνταξης και διανομής ερωτηματολογίου ικανοποίησης σε ογκολογική κλινική. Χρησιμοποίησαν ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής έδειχναν και μεγαλύτερη ικανοποίηση σε όλες τις πτυχές της υγειονομικής φροντίδας. Επίσης η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στην κλινική συνδέθηκε με μεγαλύτερη ικανοποίηση για την προσφερόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. (Bredart, Razavi & Robertson,2001)

Οι Ζησιάδης και συνεργάτες διερεύνησαν το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών υπό ακτινοθεραπεία σε σχέση με την ενημέρωση που γινόταν από τον ακτινοθεραπευτή ογκολόγο τους. Δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια, ένα ερωτηματολόγιο που μετράει την ικανοποίηση (Information Satisfaction Questionnaire) και ένα δεύτερο που αξιολογεί το στρες των ασθενών (State Trait Anxiety Index). Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι με την ενημέρωση για τη νόσο τους και για τις πιθανές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Μικρότερο ποσοστό των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι με την ενημέρωση για τον τρόπο ζωής που πρέπει να εφαρμόσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και με πρακτικά θέματα όπως το κόστος της θεραπείας. (Zissiadis, Provis & Harper,2006)

Η μελέτη των Landen και συνεργατών εξέτασε την ικανοποίηση σε συγκεκριμένο πληθυσμό ογκολογικών ασθενών και την συσχέτιση της ικανοποίησης με τα χαρακτηριστικά της νόσου. Οι ασθενείς εξέφρασαν την επιθυμία για περισσότερο χρόνο με τον ιατρό τους και καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση του πόνου. Υψηλή ικανοποίηση σημειώθηκε για την ειλικρίνεια και το ενδιαφέρον του ιατρού, και για την επικοινωνία μαζί του. Δεν αναγνωρίστηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση με το είδος της θεραπείας, ούτε με το χρόνο από τη διάγνωση. Οι ασθενείς εκδήλωσαν γενικά ικανοποίηση για το ιατρικό προσωπικό, παρά τη βαρύτητα της θεραπείας. Οι ασθενείς με οικονομικές δυσκολίες παρουσίασαν μικρότερα επίπεδα ικανοποίησης. (Landen, Younger, Collins Sharp & Underwood, 2003)

Οι Fossa και συνεργάτες στο Norwegian Radium Hospital (NRH) εξέτασαν την ικανοποίηση εξωνοσοκομειακών ασθενών για τις υπηρεσίες σε σχέση με τη φυσική τους κατάσταση. Συμπληρώθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το EORTC QLQ-C30 το οποίο μετράει το επίπεδο της κατάστασης υγείας ενός καρκινοπαθούς και ακόμα ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης, ειδικά σχεδιασμένο για την περίπτωση της έρευνας (Q-NRH). Από την ανάλυση των

αποτελεσμάτων δε βρέθηκε καμία συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το ιστορικό του ασθενούς, το στάδιο της νόσου, ή το αν ήταν υπό θεραπεία ή όχι. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών (20-25%) δήλωσαν δυσαρεστημένοι με την ενημέρωση για την ασθένειά τους, για τη διαδικασία της θεραπείας και για τις πιθανά εμφανιζόμενες παρενέργειες. (Fossa, Hjermsstad, Mork & Hjortdahl, 1996)

Για να βελτιωθεί η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς υπό ακτινοθεραπεία, ο D'Haese και οι συνεργάτες του εξέτασαν αν η χρονική στιγμή που δίνονται οι πληροφορίες έχει επίδραση στο άγχος και την ικανοποίηση των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκαν δύο πηγές πληροφόρησης: 1) ένα φυλλάδιο με μια περιγραφή των διαδικασιών ακτινοθεραπείας και τις παρενέργειες τους 2) ένα φυλλάδιο διδακτικού χαρακτήρα με πληροφορίες που σχετίζονται με τη θεραπεία που λαμβάνουν. Οι εξήντα οκτώ ασθενείς διαχωρίστηκαν σε μια ομάδα ταυτόχρονης ενημέρωσης (n = 31) και μία ομάδα σταδιακής πληροφόρησης (n = 37). Η μελέτη διαπίστωσε ότι η ομάδα με τη σταδιακή πληροφόρηση είχε σημαντικά λιγότερο άγχος πριν την προσομοίωση (Simulation) και ήταν περισσότερο ικανοποιημένη. Από τις μεταβλητές που μελετήθηκαν, μόνο η μεταβλητή υποστήριξη συνδέθηκε με υψηλή κατάσταση άγχους. Το συμπέρασμα ήταν ότι η παροχή πληροφοριών για τον ασθενή σε μια σταδιακή μορφή οδηγεί σε λιγότερο άγχος για τη θεραπεία και σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. (D'haese, Vinh-Hung, Bijdekerke et al., 2000)

Το 2004 οι Sandoval και συνεργάτες, στον Καναδά, διεξήγαγαν μια έρευνα με στόχο να εντοπίσουν τις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης τις οποίες οι ασθενείς με καρκίνο αντιλαμβάνονταν ως προβληματικές. Ταχυδρομήθηκε σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (8.521) συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Επεστράφησαν τα 5.015 και αξιολογήθηκαν τα 2.790. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι οι ασθενείς θεωρούν ως προβληματικές πτυχές τις παρακάτω: α) η ενημέρωση για τα επόμενα ραντεβού, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, β) η ενημέρωση για τα επόμενα βήματα του θεραπευτικού πλάνου, γ) η βοήθεια σε τυχόν μετέπειτα απορίες των ασθενών, δ) η επίγνωση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων. Στην έρευνα έγινε συσχέτιση της ηλικίας, του φύλου και του τύπου του καρκίνου με τους προγνωστικούς παράγοντες. Δεν αποδείχτηκε να επηρεάζουν τα δημογραφικά στοιχεία το τελικό αποτέλεσμα. (Sandoval GA, Brown AD, Sullivan T & Green E., 2006)

Στη Νορβηγία σε μια μελέτη από Skarstein και συνεργάτες για 2021 καρκινοπαθείς, εξετάστηκε η ικανοποίηση για τη νοσηλευτική φροντίδα, η ποιότητα ζωής, ο βαθμός του άγχους και της κατάθλιψης. Ένα μεγάλο ποσοστό (92%) ήταν ικανοποιημένο με τη διαμονή τους στο νοσοκομείο, ανεξάρτητα από τον τύπο του καρκίνου και τον αριθμό των προηγούμενων εισαγωγών. Αναγνωρίστηκαν μερικά στοιχεία που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών όπως: η απόδοση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, το ποσοστό των αντιληπτών πληροφοριών που έλαβαν, η έκβαση της θεραπείας τους και η υποδοχή του νοσοκομείου. (Skarstein, Dahl, Laading & Fossa, 2002)

Οι Bredart και συνεργάτες σε άλλη μια μελέτη διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με υψηλότερο από το υποχρεωτικό επίπεδο μόρφωσης παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά συνολικής ικανοποίησης. Επίσης χαμηλή ικανοποίηση βρέθηκε να έχουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπείες μεγάλης τοξικότητας. Ασθενείς με σχετικά υψηλότερο επίπεδο γενικής κατάστασης υγείας (Global Health Status) έδειξαν και μεγαλύτερη ικανοποίηση με το

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (διαπροσωπικές σχέσεις, ενημέρωση, και διαθεσιμότητα) και με τις συνολικές υπηρεσίες του νοσοκομείου. (Bredart, Coens, Aaronson et al,2007)

Οι Sandoval και συνεργάτες στον Καναδά (Οντάριο), το 2006 εντόπισαν πτυχές της υγειονομικής φροντίδας που μπορούν εύκολα να επιδεχτούν τροποποίηση και να επιφέρουν βελτίωση στην συνολική ποιότητα της περίθαλψης των καρκινοπαθών. Το δείγμα αποτελείτο από 2.247 ασθενείς με καρκίνο. Στοιχεία όπως οι δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού, η ευγένεια του προσωπικού και η καθαριότητα των χώρων βρέθηκε να επηρεάζουν σημαντικά τη συνολική ικανότητα από τις υπηρεσίες. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο κατάστασης υγείας ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες. (Sandoval, Levinton, Blackstien-Hirsch & Brown,2006)

Οι Feyer και συνεργάτες εξέτασαν τη συχνότητα εμφάνισης των παρενεργειών και της κόπωσης σε περιπατητικούς ασθενείς με καρκίνο και ανέλυσαν πώς τα συμπτώματα αυτά αντικατοπτρίζονται στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι ερωτηθέντες ήταν 4.538 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου, λέμφωμα και αιματολογικές κακοήθειες. Οι πιο συχνές παρενέργειες ήταν η κόπωση (60%), απώλεια μαλλιών (54%), ναυτία (51%), διαταραχές ύπνου (42%), η απώλεια βάρους (36%), διάρροια (32%), και έλκη του στόματος (31%). Τόσο οι παρενέργειες όσο και η κόπωση βρέθηκαν να συνδέονται αρνητικά με την ικανοποίηση των ασθενών. (Feyer, Kleeberg, Steingraber, Gunther & Behrens,2008)

Οι French και McGahan και συνεργάτες το 2009, στο Βανκούβερ, Καναδά, διερεύνησαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών υπό ακτινοθεραπεία, διαχρονικά, σε μια μελέτη που διήρκεσε 5 χρόνια. Αναγνώρισαν ορισμένους παράγοντες που αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ο ισχυρότερος παράγοντας αποτελεί η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Δημογραφικά στοιχεία τα οποία βρέθηκαν να σχετίζονται με το ποσοστό της ικανοποίησης ήταν η ηλικία (οι ασθενείς άνω των 50 παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης) και η εκπαίδευση (οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να έχουν αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης). Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι το φύλο δε βρέθηκε να σχετίζεται με την ικανοποίηση. (French & McGahan,2009)

### **2.2.5 Γενικευμένα Συμπεράσματα για την Ικανοποίηση Ασθενών με Καρκίνο.**

Η σύγκριση μεταξύ των μελετών με στόχο την αναγνώριση των παραγόντων που επηρεάζουν την συνολική ικανοποίηση είναι δυσχερής. Και αυτό γιατί διαφέρουν πολύ οι μεταβλητές που εξετάζονται, όπως επίσης ο ερωτηθέντος πληθυσμός και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν. Μόνο γενικευμένα και αόριστα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν.

Διαπιστώνεται ότι η ενημέρωση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό, όσον αφορά τη φύση και την έκταση της ασθένειας, όπως επίσης και για τη διαδικασία της θεραπείας είναι μεγάλης σημασίας. Ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία είναι και η ικανότητες των ιατρών και των νοσηλευτών όπως επίσης και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών και ο σεβασμός που δέχονται οι ασθενείς. Άλλοι βασικοί παράγοντες είναι οι χρόνοι αναμονής για τα ραντεβού και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες. Συνοπτικά:

1) οι ασθενείς επιζητούν πλήρη ενημέρωση σχετικά με την ασθένειά τους και τη θεραπεία τους,

2) επιθυμούν να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και ευγένεια, και

3) θα προτιμούσαν οι χρόνοι αναμονής να είναι εύλογα σύντομοι. (Lis CG et al,2009)

Οι ασθενείς πιθανόν να εκφράσουν την πλήρη ικανοποίηση με τις συνολικές υπηρεσίες ενός τμήματος, όταν είναι εξαιρετικά ικανοποιημένοι με όλους σχεδόν τους τομείς της φροντίδας τους.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της κατάστασης της υγείας του ασθενούς και της ικανοποίησης παρατηρείται μια θετική συσχέτιση. Ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο ζωής τείνουν να είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι με τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Η έκβαση της θεραπείας και η επίδραση της στην ικανοποίηση είναι δύσκολο να μετρηθεί, γιατί οι περισσότερες μελέτες αφορούν ασθενείς κατά τη διάρκεια κάποιας θεραπείας. Επίσης η ομάδα ασθενών με κακή εξέλιξη είναι εκ φύσεως αδύνατο να ερωτηθεί. (Lis CG et al,2009)

Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων είναι επίσης όχι ξεκάθαρη. Σε μερικές μελέτες αποδείχτηκε θετική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ικανοποίησης, αλλά και σε άλλες μελέτες αποκαλύφθηκε αρνητική συσχέτιση. Αν υπάρχει κάποια κανονικότητα στη σχέση ενός συγκεκριμένου δημογραφικού παράγοντα για την ικανοποίηση, θα χρειαστούν περισσότερες έρευνες για να αποκαλυφθεί. Επίσης η κάθε σχέση είναι πιθανό να εξαρτάται και από άλλους παράγοντες. (Lis CG et al,2009)

Ένας τομέας που δεν έχει διερευνηθεί εκτεταμένα είναι το πώς επηρεάζει την ικανοποίηση ο τύπος του νοσοκομείου, η αναλογία του προσωπικού προς τον αριθμό των κλινών, καθώς και η τοποθεσία του νοσοκομείου (αστικό ή επαρχιακό). (Lis CG et al,2009)

Στην παρούσα εργασία, για λόγους εγκυρότητας και για να δύναται η σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλη εργασία, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της μελέτης του John French στο Βανκούβερ του Καναδά (2009). Το ερωτηματολόγιο αφορά τμήμα ακτινοθεραπείας στο οποίο προσφέρονται οι ίδιες υπηρεσίες με το τμήμα του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου.

## **2.3 Καρκίνος**

### **2.3.1 Ιστορικές αναφορές του Καρκίνου**

Η νόσος ονομάστηκε για πρώτη φορά καρκίνος από τον αρχαίο έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, τον 'πατέρα της Ιατρικής'. Καρκίνος στα ελληνικά σημαίνει καβούρι. Ο Ιπποκράτης παρομοιάζει την ασθένεια με τις δακτυλιοειδείς προεκβολές της με το σχήμα του κάβουρα. Χρησιμοποίησε επίσης τη λέξη καρκίνωμα για να περιγράψει συγκεκριμένα τους όγκους που σχηματίζουν έλκη. (Hawkes,2015·American Cancer Society,2014) Αργότερα ο ρωμαίος μελετητής της ελληνικής ιατρικής ορολογίας Αύλος Κορνήλιος Κέλσος μετέφρασε την ελληνική λέξη σε cancer όπου αποτελεί την λατινική ονομασία του κάβουρα. (Hawkes,2015)

Η αρχαιότερη καταγραφή περιστατικού καρκίνου βρέθηκε σε ένα πάπυρο το 1862, από τον Έντουιν Σμιθ, ένα αυτοδίδακτο αιγυπτιολόγο, σε ένα παλαιοπωλείο στο Λούξορ της Αιγύπτου. Ο πάπυρος αποτελεί το σύνολο των διδασκαλιών του ιατρού Ιμχοτέπ, ο οποίος έζησε περίπου το 2625 π. Χ. Σε ένα από τα περιστατικά του περιγράφει για πρώτη φορά τον καρκίνο του μαστού, δηλαδή μια διογκωμένη μάζα στο μαστό μιας γυναίκας, με την μορφή και την υφή μιας κρύας μπάλας, η οποία εξαπλώνεται σε όλο το μαστό και για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία. (Lakhtakia,2014· <http://www.crystalinks.com/egyptmedicine.html>)

Μερικούς αιώνες αργότερα, περίπου το 160 μ. Χ. ο έλληνας ιατρός Γαληνός ορίζει την ασθένεια του καρκίνου ως μία μάζα που δημιουργήθηκε από παγιδευμένη μέλαινα χολή η οποία δεν μπορεί να παροχετευθεί. Ο Γαληνός βασίστηκε στην Ιπποκρατική θεωρία περί των χυμών: ότι η υλική υπόσταση του ανθρώπινου σώματος αποτελείται από τέσσερα δομικά στοιχεία, τους αποκαλούμενους τέσσερις χυμούς (αίμα, φλέγμα, ξανθή χολή και μαύρη χολή), και η οποιαδήποτε διαταραχή της ισορροπίας τους προκαλεί την εμφάνιση ασθενειών. (<http://www.beststrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/historyofcancer>)

Εκτός από αναφορές, έχουν βρεθεί στην Αίγυπτο και απολιθωμένα οστά με όγκο που προσομοιάζει με οστεοσάρκωμα και μούμιες με παραμορφωμένο κρανίο πιθανόν από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Στο Περού επίσης, σε ένα νεκροταφείο που χρονολογείται από το 1000 μ. Χ., διατηρήθηκαν ορισμένα νεκρά σώματα στα οποία υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν την ύπαρξη κακοήθων όγκων.

(<http://www.kathimerini.gr/487918/article/politismos/arxeio-politismoy/karkinos-asdeneaia-apo-to-2625-px>)

Στο σύγχρονο βιβλίο του Σιντάρτα Μούκερτζι, ενός ογκολόγου του πανεπιστημίου Κολούμπια, αναγράφεται με μεγάλη λεπτομέρεια η βιογραφία του καρκίνου. Το βιβλίο αυτό ονομάζεται «Η Μεγάλη Ασθένεια. Βιογραφία του Καρκίνου». Έναυσμα της συγγραφής του ογκώδους αυτού αφηγήματος ήταν η δήλωση μιας ασθενούς του ότι: «Είμαι πρόθυμη να συνεχίσω τη θεραπεία, αλλά πρέπει να μάθω τι είναι αυτό που πολεμάω». Το βιβλίο αυτό περιλαμβάνει το πότε πρωτοεμφανίστηκε η ασθένεια, πότε ονομάστηκε για πρώτη φορά καρκίνος, τι θεωρίες είχαν αναπτύξει οι αρχαίοι πολιτισμοί για την ασθένεια αυτή, περιγράφει τις πρώτες μάχες που δόθηκαν με την ανίατη και άγνωστη αυτή ασθένεια και αφηγείται τη διαδρομή των διαφόρων επιστημόνων αλλά και περιστατικά ασθενών που πάλεψαν με τη νόσο. Το βιβλίο αυτό απέσπασε το βραβείο Pulitzer στην κατηγορία non fiction, ενώ η New York Times το κατέταξαν στα δέκα πιο ενδιαφέροντα βιβλία της χρονιάς που κυκλοφόρησε (2010). (Μούκερτζι Σ, 2013)

<http://www.kathimerini.gr/487918/article/politismos/arxeio-politismoy/karkinos-asdeneaia-apo-to-2625-px>

### 2.3.2 Η Βιολογία του Καρκίνου

Σε κυτταρικό επίπεδο, ο καρκίνος αποτελεί την ανεξέλεγκτη αναπαραγωγή δύσμορφων, μη φυσιολογικών κυττάρων σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Το σύνολο των γενετικών μεταβολών, καθώς και η διαδικασία που οδηγεί στην κακοήγη εξαλλαγή των κυττάρων, παραμένουν σε μεγάλο βαθμό άγνωστα. Παρόλα αυτά, οι έρευνες στη σύγχρονη ιατρική έχουν σημειώσει τεράστια πρόοδο, με αποτέλεσμα να προσδιοριστούν ομάδες κυτταρικών γονιδίων που εμπλέκονται στην καρκινογένεση, να αναγνωριστούν γενετικές διαδικασίες που συνοδεύουν την καρκινική εξαλλαγή και να εντοπιστούν περιβαλλοντικοί παράγοντες που προωθούν την ανάπτυξη του καρκίνου.

Ένας κακόηθες όγκος αποτελείται τρεις μεγάλες κατηγορίες κυττάρων και από το στρώμα. Τα μητρικά κύτταρα, τα μη πολλαπλασιαζόμενα ζώντα κύτταρα τελικού σταδίου και τα νεκρά κύτταρα. Το σύνολο των μητρικών κυττάρων αποτελείται από πολλαπλασιαζόμενα και μη (εν ηρεμία) κύτταρα. Οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ίαση πρέπει να αποσκοπεί στην εξουδετέρωση ή εκρίζωση όλων των μητρικών κυττάρων. Ο πληθυσμός των κυττάρων τελικού σταδίου και των νεκρών κυττάρων ευθύνεται για τη δυσλειτουργία των ιστών και των οργάνων. Μια ριζική αποτελεσματική χειρουργική εξαίρεση ενός όγκου απομακρύνει όλα τα μητρικά κύτταρα, ενώ η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία τα σκοτώνει. Ο οργανισμός στη συνέχεια με το αμυντικούς μηχανισμούς όπως η φαγοκυττάρωση απομακρύνει τα νεκρά κύτταρα. (Stein J.H.,1994·Ρηγάτος Γ.,2006)

Η αντίληψη ότι ο καρκίνος αποτελεί μία πάθηση είναι λανθασμένη. Στην πραγματικότητα ο καρκίνος αντιπροσωπεύει εκατοντάδες παθήσεις με διαφορετικά αίτια και κλινικές εκδηλώσεις. Η διαφορετικότητα έγκειται στην προέλευση του μεταλλαγμένου κυττάρου που έχει διαφύγει από τις φυσιολογικές διαδικασίες ανάπτυξης του. Η θεραπευτική προσέγγιση για τον κάθε τύπο καρκίνου είναι επίσης διαφορετική. Η αρχική εντόπιση του καρκίνου και το στάδιο του κατά τη διάγνωση καθορίζει και την πιο κατάλληλη θεραπεία. Η κάθε θεραπεία στη συνέχεια προσαρμόζεται ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενούς, την ηλικία του, την ανοσολογική κατάσταση του και τυχόν άλλες παθήσεις από τις οποίες πάσχει ο ασθενής (καρδιακή, πνευμονική, νεφρική ή ηπατική νόσος). (Stein J.H.,1994·Ρηγάτος Γ.,2006)

Η εξέλιξη της νόσου επηρεάζεται και από κάποια άλλα μοριακά χαρακτηριστικά του όγκου. Ο ιστολογικός τύπος των καρκινικών κυττάρων και ο βαθμός διαφοροποίησης τους καθορίζει την επιθετικότητα του καρκίνου. Για παράδειγμα, υπάρχουν δυο μεγάλες ομάδες καρκίνου του πνεύμονα: ο μικροκυτταρικός και ο μη μικροκυτταρικός. Ένας ασθενής με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα με στάδιο I, έχει μεγάλες πιθανότητες ίασης αν προχωρήσει με χειρουργική αφαίρεση ή εφαρμοστεί ακτινοθεραπεία. Ένας ασθενής όμως με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, στο ίδιο στάδιο, παρουσιάζει αρκετά χαμηλό ποσοστό ίασης, γιατί παρουσιάζει πολύ γρήγορα μεταστάσεις ή υποτροπιάζει αρκετά συχνά. (Stein J.H.,1994)

Κριτικής σημασίας αποτελεί η αρχική σταδιοποίηση του όγκου. Η πορεία της νόσου εξαρτάται από τους αρχικούς θεραπευτικούς χειρισμούς. Η σταδιοποίηση της νόσου περιλαμβάνει την εφαρμογή εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, και τη



διενέργεια βιοψίας. Τα χαρακτηριστικά ενός καρκίνου που θα καθορίσουν την ταξινόμηση και σταδιοποίηση του αποτελούν το είδος της πρωτοπαθούς εστίας και ο ιστολογικός τύπος. Επιπλέον στους συμπαγείς όγκους περιγράφονται τα ειδικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι το μέγεθος του όγκου και ο βαθμός τοπικής διήθησης (T), η εντόπιση και η έκταση της προσβολής λεμφαδένων (N), και οι απομακρυσμένες εντοπίσεις σε διάφορα όργανα και ιστούς, οι αποκαλούμενες μεταστάσεις (M). Αυτά τα τρία χαρακτηριστικά αποτελούν το σύστημα σταδιοποίησης TNM. Όπου T αντιπροσωπεύει τη λέξη tumor (όγκος), N τη λέξη nodes (λεμφαδένες) και M τη λέξη metastasis (μετάσταση). (Sobin & Wittekind, 2001· Stein J.H.,1994·Ρηγάτος Γ.,2006)

Ο στόχος της αγωγής που θα εφαρμοστεί σε κάθε περίπτωση μπορεί να διαφέρει. Η θεραπεία μπορεί να στοχεύει την πλήρη ίαση, την παράταση της ζωής, ή να έχει ανακουφιστικό χαρακτήρα (παρηγορητική θεραπεία). Ανάλογα με το είδος της θεραπείας καθορίζονται και τα θεραπευτικά μέσα, ο χρόνος εφαρμογής τους και η ένταση της θεραπείας. (Stein J.H.,1994)

### **2.3.3 Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών**

Η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ποικίλλει ανάλογα με το είδος του καρκίνου. Σε γενικές γραμμές όμως ο καρκίνος είναι μια νόσος που ταλανίζει τον άνθρωπο σε σωματικό, συναισθηματικό, οικογενειακό, αλλά και σε οικονομικό επίπεδο. Οι μεταβολές στην ποιότητα ζωής τους είναι εμφανείς και συμβαίνουν κυρίως κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, αλλά και μετά από αυτή.

Το ανθρώπινο σώμα που προσβάλλεται από καρκίνο δέχεται μεγάλες βιολογικές μεταβολές. Προσβάλλονται τα ζωτικά όργανα του, διαταράσσεται η δομή του ιστού και υφίσταται διαταραχή της ισορροπίας του επιπέδου των ορμονών και άλλων συστατικών του αίματος. Ολόκληρο το σώμα νοσεί, αδυνατίζει και υπολειτουργεί. Υπάρχει έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και συναισθηματική επιβάρυνση. Ο ασθενής παλεύει να αποδεχτεί την νέα κατάσταση της υγείας του και προσπαθεί να βρει τρόπους να την αντιμετωπίσει. (Ρηγάτος,2007)

Κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης ο καρκινοπαθής υπόκειται σε διάφορες ψυχολογικές διεργασίες που κυμαίνονται από απλή αγχώδη αντίδραση, φόβο, κατάθλιψη και παρανοειδείς εκδηλώσεις. Οι αντιδράσεις αυτές ακολουθούνται από διαταραχές στην επικοινωνία και τη σχέση με τους ιατρούς. Η ψυχολογική παρέμβαση θεωρείται αναγκαία. (Ρηγάτος,2007)

Σε οικογενειακό επίπεδο, ο καρκινοπαθής χάνει το ρόλο του στην οικογένεια, δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις, και εξαρτάται από τη φροντίδα και οικονομική υποστήριξη των άλλων μελών της οικογένειας. Οι συναισθηματικές διαταραχές που διαπερνά θέτουν σε κίνδυνο τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Προβλήματα στη ζωή ενός καρκινοπαθούς δημιουργούνται και από το στίγμα και τις κοινωνικές προκαταλήψεις. Ο ασθενής περιθωριοποιείται καθώς μπορεί να χάσει τη δουλειά του.

Σε όλες αυτές τις δυσμενείς επιπτώσεις έρχεται να προστεθεί και το οικονομικό αντίκτυπο που έχει η ανικανότητα εργασίας και το κόστος των θεραπειών.

Όλα αυτά τα στοιχεία υποβαθμίζουν κατά πολύ την ποιότητα ζωής.

### **2.3.4 Θεραπεία του Καρκίνου**

#### **2.3.4.1 Η Ιστορική Αναδρομή της Θεραπείας του Καρκίνου**

Η πρώτη προσπάθεια εφαρμογής θεραπείας του καρκίνου έγινε από αρχαίους Έλληνες ιατρούς, μαθητές του Ιπποκράτη. Δοκιμάστηκε η τοπική χρήση φαρμάκων και άλλων ουσιών, όπως επίσης ο καυτηριασμός και η χειρουργική εξαίρεση των όγκων. Οι μάζες που εντοπίζονταν στις μασχαλιαίες χώρες, στον κορμό και στους μηρούς θεωρούνταν περισσότερο επιθετικές. Επίσης θεωρείτο συνετό να μην εξαίρονται όγκοι οι οποίοι δεν είχαν εξελκηθεί, γιατί αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει γρηγορότερα στο θάνατο. Δυστυχώς δεν υπάρχουν γραπτές αναφορές για τις χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονταν. (Paraanramidou, Paraanramides, Demetriou, 2010)

Μερικούς αιώνες αργότερα, ο Αρχιγένης της Απαμείας, ένας ρωμαίος ιατρός και συγγραφέας ιατρικών βιβλίων, χρησιμοποίησε ευρέως την τεχνική της χειρουργικής αφαίρεσης των καρκινικών μαζών. Η μέθοδος του περιγράφεται λεπτομερώς στα συγγράμματα του Ορειβάσιου τον 4<sup>ο</sup> αιώνα μ. Χ. Αναφέρει ότι θεωρεί αναγκαία τη χειρουργική εξαίρεση των μελών του σώματος που έχουν πάθει σήψη, είτε έχουν προσβληθεί από καρκινώματα. Υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης, γιατί πιστεύει ότι τα πρώιμα στάδια του καρκίνου δύναται να θεραπευτούν με φαρμακευτική αγωγή, χωρίς τη χρήση επεμβατικών μεθόδων. Στην περίπτωση που η διάγνωση γίνει σε προχωρημένο στάδιο τότε συνιστάται η εξαίρεση του όγκου, όπου και δίνεται λεπτομερέστατη περιγραφή της τεχνικής, τονίζοντας τη σημασία των ελεύθερων από καρκίνο ορίων εκτομής και της αντισηψίας που πρέπει να ακολουθήσει μετά την χειρουργική αφαίρεση. (Paraanramidou et al, 2010)

Ο Γαληνός, την ίδια περίπου εποχή, κατέγραψε διάφορα είδη νεοπλασιών και παρατήρησε τη συχνότερη εμφάνιση τους στους γυναικείους μαστούς. Όπως προαναφέρθηκε, πίστευε ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ του καρκίνου και της συσώρευσης μαύρης χολής. (Lewison, 1953) Ο Γαληνός θεωρούσε θεραπεύσιμη την ασθένεια του καρκίνου μόνο στα πρώτα στάδια της εμφάνισης του. Διαφορετικά αν η διάγνωση γίνει σε μετέπειτα στάδιο προτείνει την χειρουργική αφαίρεση με μεγάλη όμως προσοχή. Αναφέρει κινδύνους - επιπλοκές όπως η αιμορραγία και η διασπορά των καρκινικών κυττάρων στις γειτονικές περιοχές του όγκου, όπως επίσης επισημαίνει τη χρήση αλλά και την επικινδυνότητα της μεθόδου του καυτηριασμού. (Paraanramidou et al, 2010)

Ο Λεωνίδας της Αλεξάνδρειας, το δεύτερο αιώνα μ. Χ. ασχολήθηκε με το γυναικείο καρκίνο και επισήμανε ως ένδειξη κακοήθειας την εισολκή της θηλής. Εφάρμοσε τεχνικές

χειρουργικής αφαίρεσης όγκων που χρησιμοποιούσαν καυτηριασμό για τον έλεγχο της αιμορραγίας. Σημείωσε επίσης ότι ο καρκίνος του μαστού αφορά κυρίως τις γυναίκες και εμφανίζεται σπάνια σε άντρες. Σε περιπτώσεις όπου ο όγκος κατελάμβανε ολόκληρο το μαστό ή/και επεκτεινόταν στο θωρακικό τοίχωμα, πρότεινε την αποφυγή της εξαίρεσης του. Στις περιπτώσεις όμως όπου ο όγκος βρισκόταν επιφανειακά και καταλάμβανε πάνω από το ήμισυ του μαστού, πρότεινε τη μαστεκτομή. Τόνισε επίσης τη σημασία για ευρέα και χωρίς νόσο περιθώρια εκτομής. Οι τεχνικές αυτές προαναγγέλλουν τις αρχές της σύγχρονης χειρουργικής πρακτικής. (Lewison,1953·Papaanramidou et al, 2010·Lakhtakia,2014)

Τον 7<sup>ο</sup> αιώνα μ. Χ. ένας ικανός χειρουργός από την Αίγινα, Παύλος ο Αιγινήτης, περιγράφει στο βιβλίο του «Επιτομή», βασισμένο κυρίως στο Γαληνό, Διοσκουρίδη, Ορειβάσιο και Αέτιο, τις δικές του απόψεις για τις χειρουργικές μεθόδους. Στο κεφάλαιο «Περί καρκίνου» σημειώνει ότι ένας όγκος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, αλλά με μεγαλύτερη συχνότητα στο γυναικείο μαστό και στη μήτρα. Επιχειρεί παράλληλα να επεξηγήσει την ονοματολογία «καρκίνος» γραφοντας συγκεκριμένα: «έχουσι δε τα φλέβας πανταχόθεν περιτεταμένας, ώσπερ το ζών καρκίνος τους πόδας, όθεν αυτώ και τούνομα τέθεται». (Καμπερόπουλος,2004)

Η θεραπεία του καρκίνου στην εποχή μας συνδέεται άρρηκτα με τη χημειοθεραπεία. Η χρήση των κυτταροτοξικών αυτών ουσιών προέρχεται από μία παρατήρηση που σημειώθηκε το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Παρατηρήθηκε ότι μετά τη χρήση αερίων μουστάρδας αυξήθηκαν τα περιστατικά λεμφοπενίας στον πληθυσμό των στρατιωτών. Αυτό έδωσε το έναυσμα στους φαρμακοποιούς Goodman και Gilman να χρησιμοποιήσουν τα αέρια αυτά για να θεραπεύσουν λεμφοϋπερπλαστικές κακοήθειες. Πράγματι, η πρώτη κλινική εφαρμογή θεραπείας με αζωτούχο μουστάρδα σε ανθεκτικά στην ακτινοβολία λεμφώματα, αποδείχτηκε αποτελεσματική. Ακολούθησαν και άλλες δοκιμασίες με άλλες ειδικές χημικές ουσίες οι οποίες επηρέαζαν τη φυσική πορεία των κακοηθειών. Παρόλα αυτά οι χημειοθεραπείες επέφεραν και ανεπιθύμητες εκδηλώσεις, από την προσβολή υγιών οργάνων. Το ενδιαφέρον της επιστήμης στράφηκε προς την ανακάλυψη εξειδικευμένων κυτταροτοξικών φαρμάκων με πιο στοχευμένη δράση και στην παραγωγή φαρμακευτικών ουσιών που να μειώνουν την εκδήλωση των παρενεργειών. (DeVita,Chu,2008)

#### **2.3.4.2 Η Χειρουργική Ογκολογία**

Εξέχουσα θέση στη θεραπεία ενός καρκινοπαθούς αποτελεί η ειδικότητα της χειρουργικής. Το μεγαλύτερο ρόλο διακατέχει η ιστοπαθολογική εξέταση (βιοψία), η οποία με τον προσδιορισμό υποδοχέων στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων και τον ανοσολογικό φαινότυπο οδηγεί στη ταυτοποίηση του καρκίνου, καθορίζει την επιθετικότητα του, βοηθάει στη σταδιοποίηση της νόσου και τέλος κατευθύνει το σχεδιασμό της θεραπείας. Τεράστιο ρόλο στη θεραπεία αποτελεί η χειρουργική εξαίρεση με σκοπό την ίαση, όπου είναι κριτικής σημασίας η αφαίρεση του όγκου με επαρκή ελεύθερα νόσου όρια και η αποφυγή της διασποράς των καρκινικών κυττάρων μέσα στο χειρουργικό πεδίο. Οι αρχές αυτές της χειρουργικής διατυπώθηκαν, όπως έχει ήδη αναφερθεί από την αρχαιότητα.

Η αφαίρεση των όγκων βελτιώνει στη συνέχεια και τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Η χειρουργική παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση επιπλοκών ή στην ανακούφιση συμπτωμάτων που μπορεί να δημιουργηθούν από απόφραξη ή συμπίεση δομών του σώματος από την αναπτυσσόμενη μάζα. Επίσης μπορεί να αντιμετωπίσει μία αιμορραγία, ή κάποια λοίμωξη παροχτεύοντας ένα απόστημα. (Stein J.H.,1994)

#### **2.3.4.3 Η Χημειοθεραπεία**

Η Χημειοθεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ενδοφλεβίων ή από του στόματος κυτταροτοξικών φαρμάκων. Οι παρενέργειες των φαρμάκων αυτών είναι πολυάριθμες και συγκεκριμένες για κάθε ομάδα χημειοθεραπευτικών. Επιβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση τους, παρακολούθηση των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τακτός εργαστηριακός έλεγχος, έλεγχος καρδιακής, νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας και άμεση αντιμετώπιση των εμφανιζόμενων παρενεργειών.

Δυο είναι οι κύριοι στόχοι της χημειοθεραπείας: η ίαση ή η παράταση της φυσιολογικής ζωής, είτε ως μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία και η παρηγορητική θεραπεία, η οποία αποσκοπεί στη συμπτωματική ανακούφιση. (Stein J.H.,1994)

#### **2.3.4.4 Η Ορμονοθεραπεία**

Η αφαίρεση των ωοθηκών στις γυναίκες και των όρχων στους άντρες με μεταστατικό καρκίνο μαστού και προστάτη αντίστοιχα ήταν από τις πρώτες θεραπευτικές προσεγγίσεις, με καλά αποτελέσματα. Στη σύγχρονη εποχή ο ευνουχισμός αυτός γίνεται φαρμακευτικά. Ένα ιδιαίτερο πλεονέκτημα της ορμονοθεραπείας είναι η μικρή τοξικότητα των φαρμάκων σε σχέση με τη χημειοθεραπεία και η λιγότερες παρενέργειες. Ένα 75% των γυναικών με καρκίνο μαστού ορμονοευαίσθητο (θετικό σε υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης) επωφελείται από αυτό το φαρμακευτικό όπλο, το οποίο στη συγκεκριμένη περίπτωση ονομάζεται ταμοξιφαίνη. Παρόμοιο ποσοστό ανδρών (80%) με καρκίνο του προστάτη ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αγωνιστές LHRH, οι οποίοι μειώνουν την παραγωγή και απελευθέρωση των ανδρικών ορμονών. (Stein J.H.,1994)

#### **2.3.4.5 Η Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε ως μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία (είτε από του στόματος λήψη, είτε ενδοφλέβια). Ο στόχος της είναι θεραπευτικός ή ανακουφιστικός.

Το επιτυχές αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας εξαρτάται και πάλι από τη σταδιοποίηση της νόσου και την πλήρη γνώση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία που χρησιμοποιείται προέρχεται είτε από την εκπομπή γ-ακτινοβολίας από ραδιενεργά ισότοπα, είτε παράγεται από τη διαφορά δυναμικού της ηλεκτρικής ενέργειας (ακτίνες roentgen ή ακτίνες X). Μονάδα μέτρησης της απορροφούμενης δόσης ακτινοβολίας είναι το gray. 1 gray ισούται με 100 rad. (radiation absorbed dose). Η ιονίζουσα ακτινοβολία παράγει βιολογικά δραστικές και τοξικές ουσίες σε κυτταρικό επίπεδο, όπως είναι οι ελεύθερες ρίζες, οι οποίες προκαλούν βλάβες στο DNA των κυττάρων, κυρίως των ταχέως αναπαραγόμενων, παρεμποδίζουν την αντιγραφή του και οδηγούν στον κυτταρικό θάνατο. Η τοξική δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας μπορεί να είναι και μακροχρόνια και να οδηγήσει σε μετάλλαξη. Η χημικές μεταβολές που λαμβάνουν χώρα με τη χρήση της ακτινοβολίας είναι άμεσες, αλλά το βιολογικό αποτέλεσμα μπορεί να επέλθει σε μετέπειτα χρόνο. Η καταστροφή του όγκου μπορεί να επέλθει εβδομάδες μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Η μεταλλαξιγόνο δράση της ακτινοβολίας μπορεί να εκδηλωθεί μετά από χρόνια με καρκινογένεση. (Stein, 1994)

Η ακτινοβολία χαρακτηρίζεται σε χαμηλής και υψηλής ενέργειας. Το κάθε είδος έχει διαφορετική επίδραση στην ακτινοβόλουσα περιοχή και διαφορετικές παρενέργειες. Τα μηχανήματα orthovoltage που απελευθερώνουν χαμηλής ενέργειας ακτινοβολία, η μέγιστη δόση συσσωρεύεται επιφανειακά με αποτέλεσμα να έχουμε σαν παρενέργεια τον ερεθισμό της επιδερμίδας και πιθανό το έγκαυμα. Αντίθετα, ο εξοπλισμός με μηχανήματα supervoltage, που απελευθερώνει υψηλής ενέργειας ακτινοβολία, διαπερνά το δέρμα στοχεύοντας βαθύτερες δομές, και δεν προκαλεί εγκαύματα. (Stein, 1994)

Ο συνηθέστερος τρόπος ακτινοβολίας είναι η εξωτερική ακτινοβολήση με κατάλληλο σχεδιασμό του πεδίου, ώστε να αποφευχθεί η ακτινοβολήση ζωτικών οργάνων όπως η καρδιά, οι νεφροί και οι πνεύμονες. Η δόση που πρόκειται να δοθεί σε ένα πεδίο, διαιρείται σε μικρότερες δόσεις και οι οποίες χορηγούνται καθημερινά για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Αυτό λέγεται κλασματοποίηση της δόσης. Ορισμένες φορές, στο τέλος της θεραπείας, χορηγείται μια επιπρόσθετη ενισχυτική δόση (boost), στοχευόμενη στο κέντρο της περιοχής ενδιαφέροντος. Στον υπολογισμό της δόσης που θα χορηγηθεί υπολογίζεται η ακτινοευαισθησία της μάζας. Υπολογίζεται δηλαδή η δόση που θα χρειαστεί για να καταστραφούν όλα τα κακοήθη κύτταρα και να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα να εμφανιστούν στο μέλλον μεταστάσεις. (Stein, 1994)

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη δραστηριότητα και την αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας είναι το επίπεδο οξυγόνωσης του ακτινοβληθέντος ιστού, το ποσοστό των ενδογενών θειολών στο κύτταρο ( και άλλων αντιοξειδωτικών ουσιών) και η ταχύτητα πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων. Οι κακοήθεις μάζες συνήθως παρουσιάζουν, κυρίως στο κέντρο τους, χαμηλή οξυγόνωση, λόγω φτωχής αγγείωσης. Η υποξία αυτή των καρκινικών κυττάρων μειώνει την παραγωγή ελεύθερων ριζών οξυγόνου, στις οποίες βασίζεται η θεραπευτική δράση της ακτινοθεραπείας (πρόκληση βλάβης στο DNA). Οι όγκοι που παρουσιάζουν μεγάλη ταχύτητα πολλαπλασιασμού είναι συνήθως περισσότερο ακτινοευαίσθητοι. Ως πιο ακτινοευαίσθητοι χαρακτηρίζονται οι όγκοι από λεμφώματα και λιγότερο τα σαρκώματα. Οι πιθανές βλάβες στα γύρω υγιή όργανα προβάλλουν και αυτές περιορισμό στο θεραπευτικό αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας. (Stein, 1994)

Η επιλογή της ακτινοθεραπείας έναντι της χειρουργικής επέμβασης γίνεται στις περιπτώσεις όπου η μάζα βρίσκεται σε σημείο μη προσπελάσιμο με το χειρουργείο, είτε στις περιπτώσεις που το χειρουργείο ελλοχεύει κινδύνους όπως η πρόκληση παράλυσης νεύρων. Συνοπτικά, κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας σε ένα ασθενή πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ο τύπος του καρκίνου, η ακτινοευαισθησία που εμφανίζει, η εντόπιση του, το στάδιο της νόσου, το μέγεθος του πεδίου και η συνολική δόση της ακτινοβολίας που χρειάζεται να δοθεί για να έχουμε ένα θετικό αποτέλεσμα. (Stein,1994)

Η ακτινοθεραπεία παρουσιάζει επίσης σημαντικό ρόλο στο κομμάτι της παρηγορητικής θεραπείας (palliative treatment). Σε μεταστατικούς ασθενείς με επώδυνη οστική νόσο, η ακτινοθεραπεία συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άλγους. Σε καρκινοπαθείς που παρουσιάζουν συνεχή αιμορραγία π.χ. αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή από τον τράχηλο της μήτρας, η ακτινοθεραπεία φαίνεται να έχει αιμοστατικό ρόλο. (Stein,1994)

Προσοχή πρέπει να δίνεται στην παράλληλη χορήγηση τοξικών θεραπειών όπως η χημειοθεραπεία. Εξαιτίας των ανεπιθύμητων παρενεργειών που μπορούν να εμφανιστούν πρέπει να αποφεύγεται η ταυτόχρονη χορήγηση ορισμένων χημειοθεραπειών. Ένα σημείο που επίσης πρέπει να ελέγχεται είναι το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης στο αίμα του ασθενούς. Σε χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης η οξυγόνωση των ιστών είναι χαμηλή και το αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας αλλοιώνεται. (Stein,1994)

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες (ημέρες ή και εβδομάδες) και όψιμες (μήνες έως χρόνια). Το είδος των ανεπιθύμητων εκδηλώσεων εξαρτάται από την περιοχή που ακτινοβολείται. Οι σημαντικότερες παρενέργειες είναι:

#### Πρώιμες

- Κόπωση
- Ναυτία και έμετος
- Ανορεξία
- Διάρροιες
- Στοματίτιδα και οισοφαγίτιδα
- Δερματική αντίδραση/ερύθημα
- Κυστίτιδα
- Συχνουρία/νυκτουρία
- Ερεθισμός του βλεννογόνου του ορθού και του πρωκτού

- Καταστολή του μυελού των οστών
- Αλωπεκία

#### Όψιμες

- Νέκρωση του οστού
- Πνευμονίτιδα και πνευμονική ίνωση
- Νεφρίτιδα
- Ηπατίτιδα
- Εντερική ίνωση
- Εμφάνιση λευχαιμίας
- Καρκινογένεση
- Υποθυρεοειδισμός
- Καταρράκτης
- Στείριότητα (Stein J.H.,1994)

#### 2.3.4.6 Ιστορική αναδρομή της Ακτινοθεραπείας

Το 1896 ο καθηγητής Φυσικής από τη Γερμανία Wilhelm Conrad Roentgen παρουσίασε μία αξιοσημείωτη διάλεξη περί ενός νέου είδους ακτινοβολίας. Ο Roentgen την ονόμασε ακτινοβολία X. Υπήρξε άμεση παγκόσμια απήχηση. Μέσα σε λίγους μήνες αναπτύχθηκαν συστήματα παραγωγής ακτινών X τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για διάγνωση ασθενειών και μέσα σε τρία χρόνια η ακτινοβολία αυτή ξεκίνησε να χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου. Το 1901 ο Roentgen έλαβε το πρώτο βραβείο Νόμπελ Φυσικής. Η ακτινοθεραπεία ξεκίνησε με τη χρήση του ραδίου (ενός ραδιοϊσοτόπου). Στη συνέχεια, στη Γαλλία ανακαλύφθηκε ότι οι μικρές καθημερινές δόσεις, για ένα χρονικό διάστημα μερικών εβδομάδων, αλλάζουν θετικά την πορεία του καρκινοπαθούς.

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, μετά τη χρησιμοποίηση των ακτινών για θεραπεία και διάγνωση, η ακτινοβολία ενοχοποιήθηκε για καρκινογένεση, παρά τη θεραπευτική της ιδιότητα. Πολλοί ακτινολόγοι χρησιμοποιούσαν το δέρμα των χεριών τους για να ελέγξουν τη δόση της ακτινοβολίας η οποία θα ήταν ανεκτή για χρήση. Τα επόμενα χρόνια αρκετοί από αυτούς εμφάνισαν δυστυχώς λευχαιμία.

Η πρόοδος στην επιστήμη της φυσικής και της τεχνολογίας το τελευταίο τέταρτο του 20<sup>ου</sup> αιώνα επέτρεψε πλέον στην ακριβή στόχευση της ακτινοβολίας και στον περιορισμό της βλάβης των γύρω ιστών.

<http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/the-history-of-cancer-cancer-treatment-radiation>)

#### **2.3.4.7 Ακτινοθεραπεία στην Κύπρο**

Η ιστορία της ακτινοθεραπείας στην Κύπρο ξεκίνησε τη δεκαετία του 50' με την εγκατάσταση στο Νοσοκομείο Λεμεσού μονάδας παραγωγής orthovoltage ακτινών X, η οποία στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Στην επόμενη δεκαετία το τμήμα ακτινοθεραπείας επεκτάθηκε με την προσθήκη δύο μονάδων κοβαλτίου (Picker 1964 & Theratron τέλη δεκαετίας 60') (Cyprus Medical Museum, ιστοσελίδα)

Σήμερα το μόνο τμήμα ακτινοθεραπείας εν λειτουργία βρίσκεται στο ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Από την αρχή της λειτουργίας το 1998, το Ογκολογικό Κέντρο έχει καταφέρει σταδιακά να δημιουργήσει μια ομάδα αποτελούμενη από ακτινολόγους και ακτινοθεραπευτές ογκολόγους, άριστα εκπαιδευμένους, κατορθώνοντας να δημιουργήσουν ένα τμήμα υψηλού επιπέδου, με ευρωπαϊκές προδιαγραφές.

Το τμήμα πλέον παρέχει ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών ακτινοθεραπείας. Είναι εξοπλισμένο με τρεις γραμμικούς επιταχυντές ( 2 Elekta Synergy και 1 Elekta Synergy Platform), ένα εξειδικευμένο αξονικό τομογράφο Siemens Somatom που χρησιμοποιείται αποκλειστικά για το σχεδιασμό της θεραπείας, ένα συμβατικό εξομοιωτή Nucletron Simulix και μια μονάδα επιφανειακής ακτινοθεραπείας (Gulmay Dargac 3000), καθώς και μια μονάδα βραχυθεραπείας με μηχανήμα μεταφόρτισης (Nucletron microselectron HDR). Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν 3D-σύμμορφη και IMRT τεχνικές (Intensity Modulated Radiation Therapy). Το Κέντρο στοχεύει να εντάξει στο μέλλον και τις μεθόδους στερεοταξίας.



# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### 3.1 Σκοπός της παρούσας έρευνας

Η μελέτη αυτή επιχειρεί να μετρήσει την ικανοποίηση των ασθενών που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, με παράλληλη εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Επιπρόσθετα διερευνάται πιθανή συσχέτιση των δύο εννοιών.

### 3.2 Δείγμα και Συλλογή δεδομένων της έρευνας

Η διανομή των ερωτηματολογίων ξεκίνησε το Δεκέμβριο του 2015 και συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τα δεδομένα από τα πρώτα 147 ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν μέχρι και το Μάρτιο του 2016. Συνολικά δόθηκαν 220 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 147. Τα πακέτο ερωτήσεων αποτελείται από δύο ειδών ερωτηματολόγια.

### 3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το πρώτο ερωτηματολόγιο επιχειρεί να καταμετρήσει την ικανοποίηση των ασθενών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί από τον John French, FCAMRT MSc, CHE, Director of Operations, Radiation Therapy and Surgical Oncology, στο Vancouver, Canada το 1999, και έχει χρησιμοποιηθεί από τότε σε διάφορα ογκολογικά ακτινοθεραπευτικά κέντρα του Καναδά. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο τέλος της εργασίας.

Στο πρώτο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται κάποια δημογραφικά στοιχεία των ασθενών τα οποία είναι: το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, το είδος του καρκίνου και το στάδιο της νόσου. Επιπλέον εξετάζεται αν οι ασθενείς λαμβάνουν παράλληλα με την ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Το υπόλοιπο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 ερωτήσεις οι οποίες καλύπτουν τις πέντε πλευρές της ικανοποίησης όπως τις περιγράφει ο Westbrook:

1. Κτιριακές εγκαταστάσεις και περιβαλλοντικός χώρος
2. Προσβασιμότητα και ευκολία των ασθενών όσον αφορά τους χρόνους αναμονής και την ώρα του ραντεβού τους
3. Ξενοδοχειακές υπηρεσίες και καθαριότητα των χώρων
4. Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ασθενών και όλου του προσωπικού
5. Ικανότητα και επαγγελματισμός του προσωπικού και επαρκής ενημέρωση των ασθενών. (French,2009)

Οι απαντήσεις του 15 ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου Likert και περιλαμβάνουν 5 βαθμίδες: 1.καθόλου ικανοποιημένος, 2. Λίγο ικανοποιημένος, 3. Μέτρια ικανοποιημένος, 4. Αρκετά ικανοποιημένος, 5. Εξαιρετικά ικανοποιημένος. Η κλίμακα αυτή επιτρέπει τη δημιουργία μιας ομοιόμορφης δομής, εύκολα κατανοητή στον ασθενή, και διευκολύνει την επεξεργασία των δεδομένων από τον ερευνητή.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο (EORTC QLQ-C30 έκδοση 3.0) προέρχεται από το European Organization for Research and Treatment of Cancer. Αποτελεί μέτρο της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο τέλος της εργασίας. Αποτελείται συνολικά από 30 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε δύο ειδών κλίμακες, τις λειτουργικές και τις κλίμακες των συμπτωμάτων. Στις λειτουργικές κλίμακες ανήκουν ερωτήσεις που εξετάζουν τη φυσική κατάσταση (ερωτήσεις από 1 έως 5), το ρόλο του ασθενούς στην εργασία και τις καθημερινές ενασχολήσεις (6,7), την ψυχική και συναισθηματική λειτουργία (από 21 έως 24), τις νοητικές και γνωστικές λειτουργίες (20,25) και την κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς (26,27). Οι υπόλοιπες ερωτήσεις αφορούν πιθανά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει ο ασθενής. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων είναι κλειστές και χρησιμοποιείται η κλίμακα Likert, με 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4= πολύ. Στο τέλος παρατίθενται δύο ερωτήσεις όπου ο ασθενής μπορεί να εκφράσει με βαθμό από το 1 έως το 7 την γενική κατάσταση της υγείας του.

Το ερωτηματολόγιο QLQ-C30 είναι μια αυτο-αναφορά του ασθενούς και κατά γενική παραδοχή είναι ένα σχετικά σύντομο και καλά ανεκτό ερωτηματολόγιο, ιδιαίτερα κατάλληλο για χρήση σε κλινικές δοκιμές. Η ελληνική μετάφραση ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό (Mystakidou et al, 2001).

Τα ερωτηματολόγια διανέμονται από τις γραμματείες στην υποδοχή, κατά την εγγραφή των ασθενών, λίγες μέρες πριν το τέλος της ακτινοθεραπείας τους. Οι ασθενείς έχουν την επιλογή να επιστρέψουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στη γραμματέα, είτε να το στείλουν στο Κέντρο με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, είτε να το καταθέσουν σε ένα ειδικό κουτί στο χώρο αναμονής. Όλα τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς και είναι ανώνυμα. Ερωτηματολόγια διατίθενται σε ελληνική και αγγλική γλώσσα.

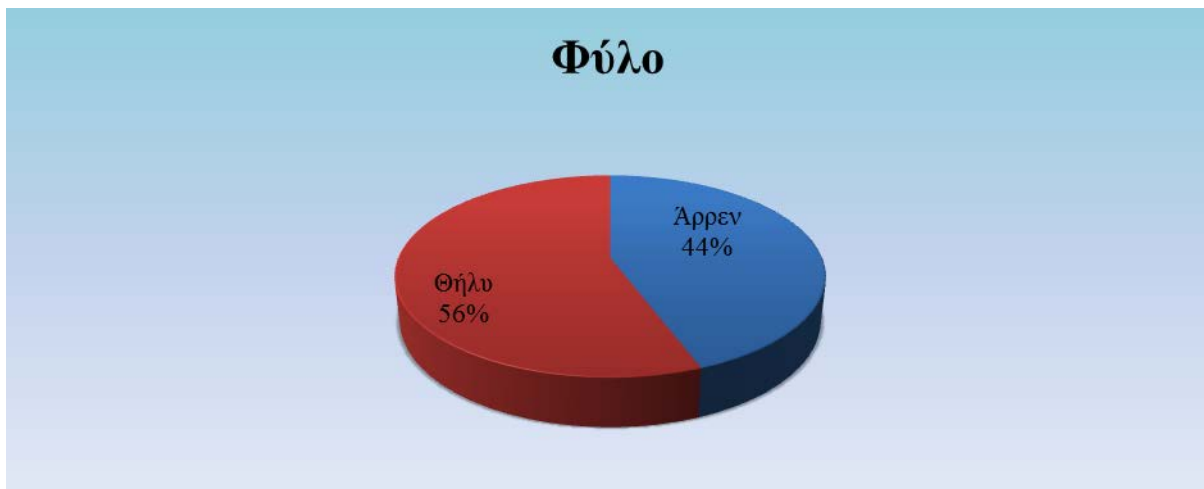
Από τη συμπλήρωση εξαιρούνται οι ανήλικοι ασθενείς, ασθενείς που δέχονται ακτινοθεραπεία στον εγκέφαλο, και οι ασθενείς που η γενική τους κλινική κατάσταση δεν τους το επιτρέπει.

### 3.4 Στατιστική ανάλυση δεδομένων και Αποτελέσματα.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και των δύο ερωτηματολογίων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος της **SPSS** (Superior Performance Software System).

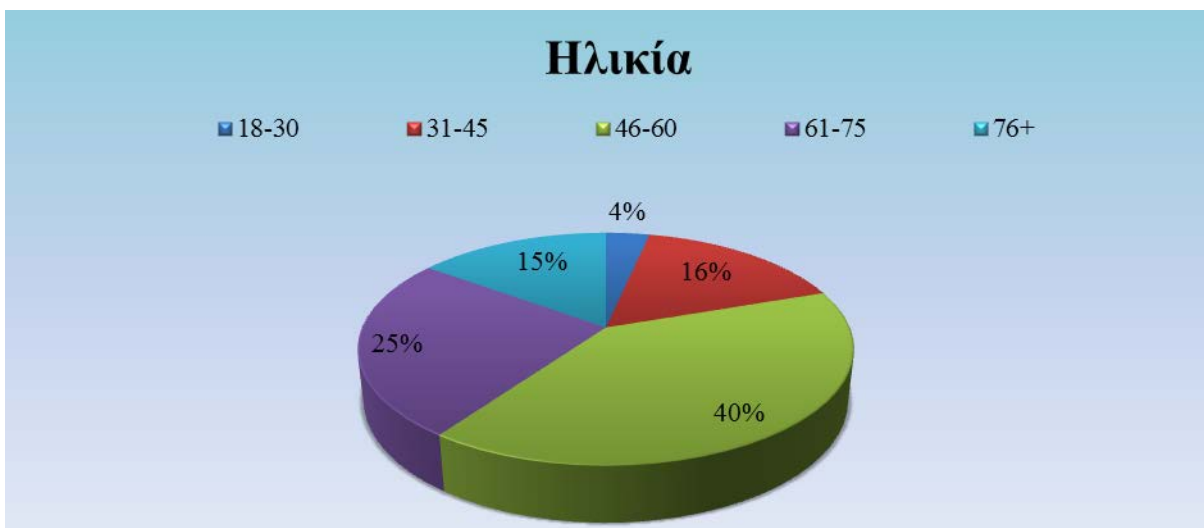
#### 3.4.1 Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης

Το δείγμα μας αποτελείται από 147 ασθενείς. Από τους οποίους οι 65 είναι άντρες και οι 82 γυναίκες.



Γραφική παράσταση 1.

Για λόγους ευκολίας στην ανάλυση δεδομένων οι ηλικίες του δείγματος έχουν χωριστεί σε 5 ομάδες: 18 έως 30, 31 έως 45, 46 έως 60, 61 έως 75 και τέλος 76 και άνω.



Γραφική Παράσταση 2.

Ηλικία		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-30	5	3.4	3.4	3.4
	31-45	24	16.3	16.3	19.7
	46-60	59	40.1	40.1	59.9
	61-75	37	25.2	25.2	85.0
	76+	22	15.0	15.0	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Πίνακας 2.

Το επόμενο δημογραφικό στοιχείο που εξετάζεται είναι το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Οι ασθενείς μας ανήκουν σε μία από τις παρακάτω 4 ομάδες:

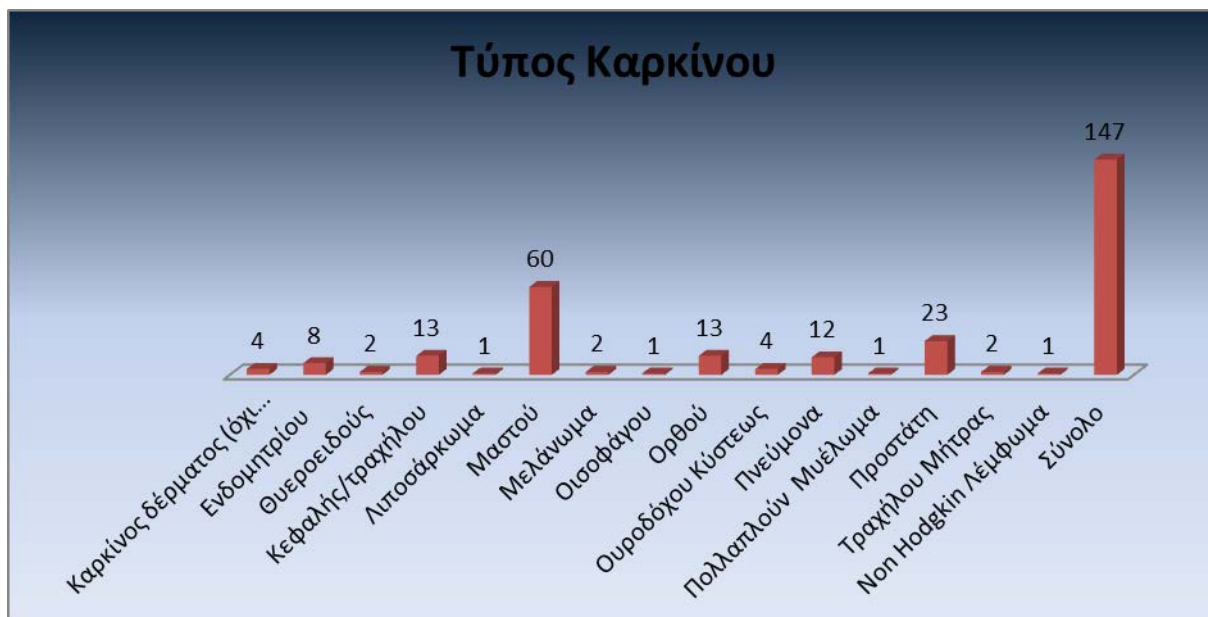


Γραφική Παράσταση 3.

Εκπαίδευση		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	48	32.7	32.7	32.7
	Γυμνάσιο	20	13.6	13.6	46.3
	Λύκειο	49	33.3	33.3	79.6
	Ανώτατη Σχολή	30	20.4	20.4	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Πίνακας 4.

Η επόμενη ερώτηση αφορά τον τύπο του καρκίνου του ασθενούς. Πχ καρκίνος μαστού, καρκίνος προστάτη κλπ.



Γραφική Παράσταση 4.

Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από ασθενείς με καρκίνο του μαστού με 60 περιστατικά, και ακολουθεί ο καρκίνος του προστάτη με 23 περιστατικά. Οι αναλογίες αυτές είναι συμβατές με τα συνήθη ποσοστά καρκινοπαθών που θεραπεύονται στο τμήμα.

Στη συνέχεια ακολουθεί η ερώτηση για το αν γνωρίζουν σε ποιο στάδιο βρίσκεται η ασθένεια τους.



Γραφική παράσταση 5.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Στάδιο I	41	27.9	43.6	43.6
	Στάδιο II	30	20.4	31.9	75.5
	Στάδιο III	18	12.2	19.1	94.7
	Στάδιο IV	5	3.4	5.3	100.0
	Σύνολο	94	63.9	100.0	
	Δε γνωρίζουν	53	36.1		
Total		147	100.0		

Πίνακας 5.

Πολύ σημαντική πληροφορία είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών που έλαβαν ακτινοθεραπεία δε γνώριζαν το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η ασθένεια τους. Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις που δίνεται απάντηση για το στάδιο, αυτή η πληροφορία δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα αληθής. Λόγω της ανωνυμίας του ερωτηματολογίου και του τρόπου συλλογής του, η απάντηση των ερωτηθέντων δεν μπορεί να επαληθευτεί. Κύριος στόχος της ερώτησης αυτής είναι να αποκαλυφθεί το ποσοστό που πιστεύουν ότι γνωρίζουν το στάδιο της νόσου τους.

Η τελευταία ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου αφορά το δεδομένο αν λαμβάνεται χημειοθεραπεία παράλληλα με την ακτινοθεραπεία. Η ομάδα αυτή των ασθενών περιλαμβάνει τους ασθενείς με καρκίνο ορθού, οι οποίοι λαμβάνουν από το στόμα χημειοθεραπεία (Capecitabine tablets), ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας ή κεφαλής/τραχήλου οι οποίοι λαμβάνουν ενδοφλέβια χημειοθεραπεία εβδομαδιαίως (Cisplatin weekly) και τέλος μια ομάδα ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα οι οποίοι μπορεί να λάβουν μερικές φορές ενδοφλέβια χημειοθεραπεία (Vinorelbine, Cisplatin) κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας τους.

Το δείγμα μας περιέχει μικρό ποσοστό ασθενών που λαμβάνει χημειοθεραπεία.



Γραφική Παράσταση 6.

Στη συνέχεια παρατίθενται οι συχνότητες των απαντήσεων για τις επόμενες 15 ερωτήσεις ομαδοποιημένες ανάλογα με το είδος της ερώτησης.

Οι ομαδοποίηση έγινε με βάση την εργασία των French και McGahan, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο. Η αξιοπιστία της συνοχής των ερωτήσεων σε κάθε ομάδα εξετάστηκε με το συντελεστή Cronbach's  $\alpha$  (alpha), ή δείκτης εσωτερικής συνέπειας (internal consistency coefficient). Θεωρητικά μπορεί να κυμαίνεται από το 0 – άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές έχουν νόημα).

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας:

< 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη

0.6= το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μή αποδεκτό για κλίμακες με πολλά items)

0.7=επαρκές, αλλά όχι καλό

0.8=καλύτερο

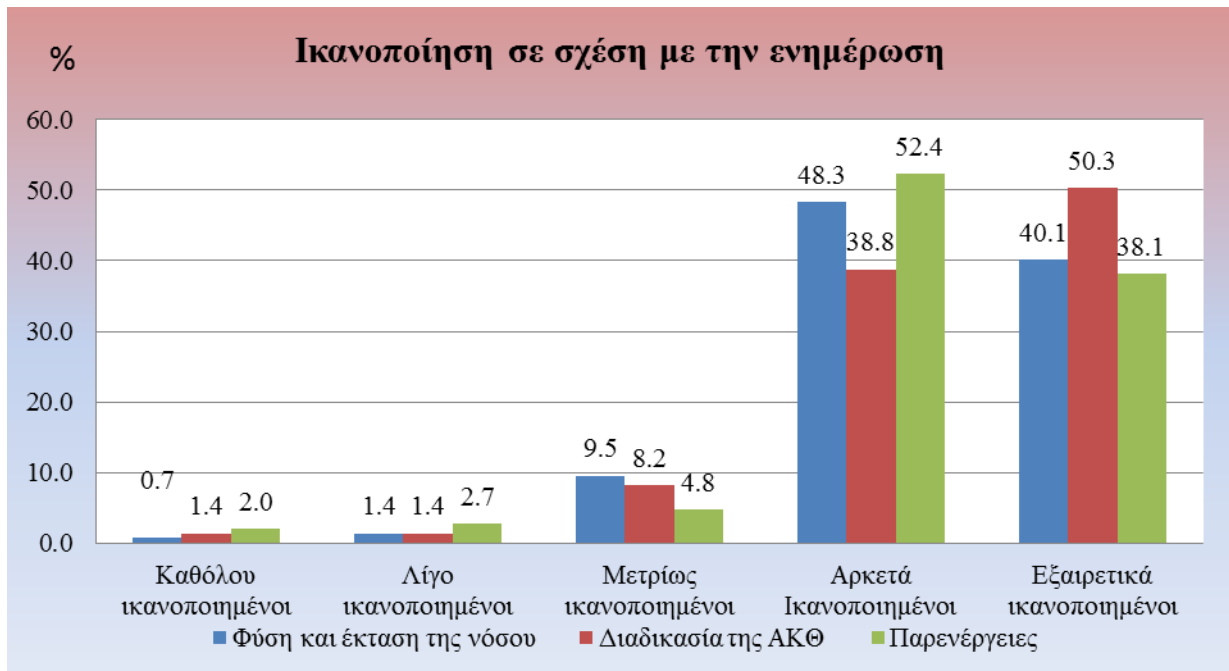
0.95=πολύ υψηλή αξιοπιστία (μάλλον σπάνιο)

Εξ ορισμού, ο δείκτης αξιοπιστίας ανεβαίνει καθώς αυξάνεται η μέση συσχέτιση μεταξύ των items. Όσο περισσότερα items περιλαμβάνει μία κλίμακα, τόσο αυξάνεται η ακρίβεια του δείκτη αξιοπιστίας που θα υπολογιστεί.

	Cronbach's $\alpha$
Ικανοποίηση σε σχέση με την ενημέρωση	0.800
Ικανότητα αντίληψης πληροφοριών	0.831
Αλληλεπίδραση ασθενών με προσωπικό	0.587
Ικανοποίηση με τους χρόνους αναμονής και το χώρο αναμονής	0.771

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου όσον αφορά τη συνοχή των ερωτήσεων στις ομάδες, με εξαίρεση την ομάδα που αφορά την αλληλεπίδραση ασθενών με το προσωπικό είναι αρκετά καλή.



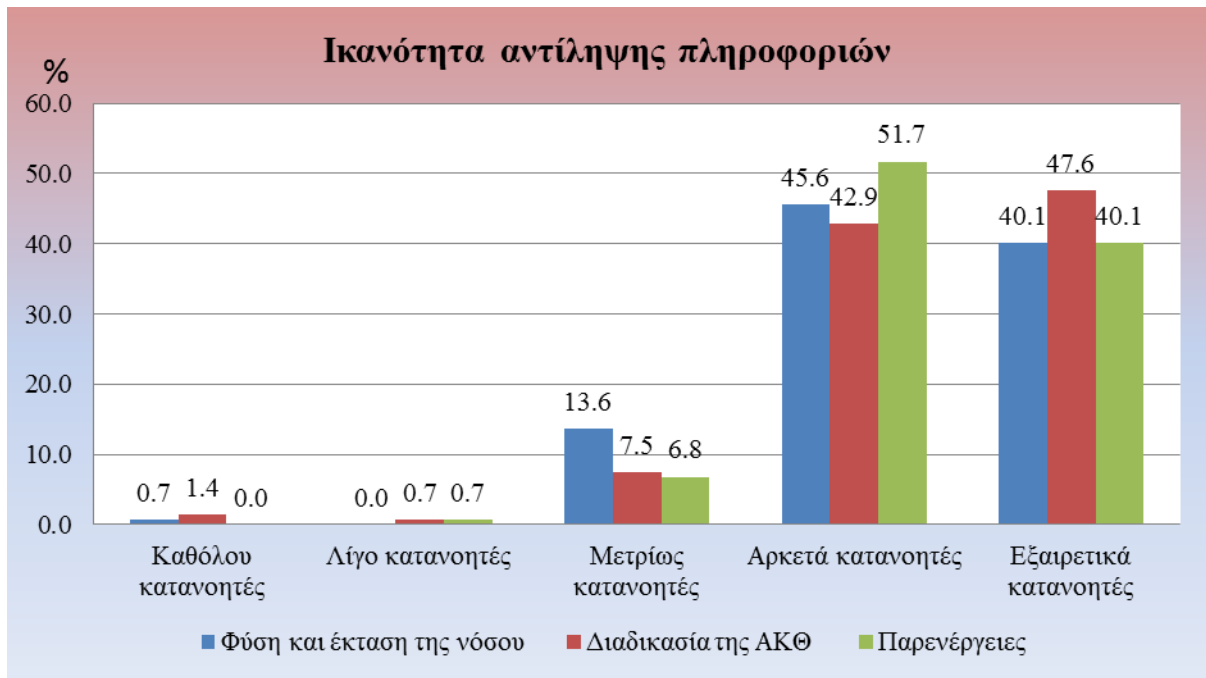


Γραφική Παράσταση 7.

Η πρώτη ομάδα ερωτήσεων αφορά την ενημέρωση των ασθενών για τη φύση και έκταση της νόσου, η οποία γίνεται από το θεράποντα ιατρό, για τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, όπου ο ασθενής ενημερώνεται εκτός από το ιατρικό προσωπικό και από τους τεχνολόγους ακτινολόγους, και τέλος την περιγραφή των πιθανών παρενεργειών, ενημέρωση για την οποία είναι υπεύθυνο το ιατρικό προσωπικό (θεράποντα ιατρό και παθολόγο ιατρό του τμήματος).

Από την γραφική παράσταση (Γράφημα 7) παρατηρείται ότι η ερώτηση με το μεγαλύτερο ποσοστό πλήρους/εξαιρετικής ικανοποίησης (50.3%), σε σχέση με τις άλλες δύο ερωτήσεις της ίδιας ομάδας, το παρουσιάζει η ενημέρωση για τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας. Οι δύο ερωτήσεις που αφορούν την ενημέρωση για την έκταση της νόσου και για τις παρενέργειες της θεραπείας ακολουθούν με σχετικά παρόμοια ποσοστά ικανοποίησης.

Στη συνέχεια ακολουθεί η γραφική παράσταση που περιγράφει την ικανοποίηση από το πόσο κατανοητές ήταν οι συγκεκριμένες πληροφορίες που δόθηκαν στους ασθενείς.

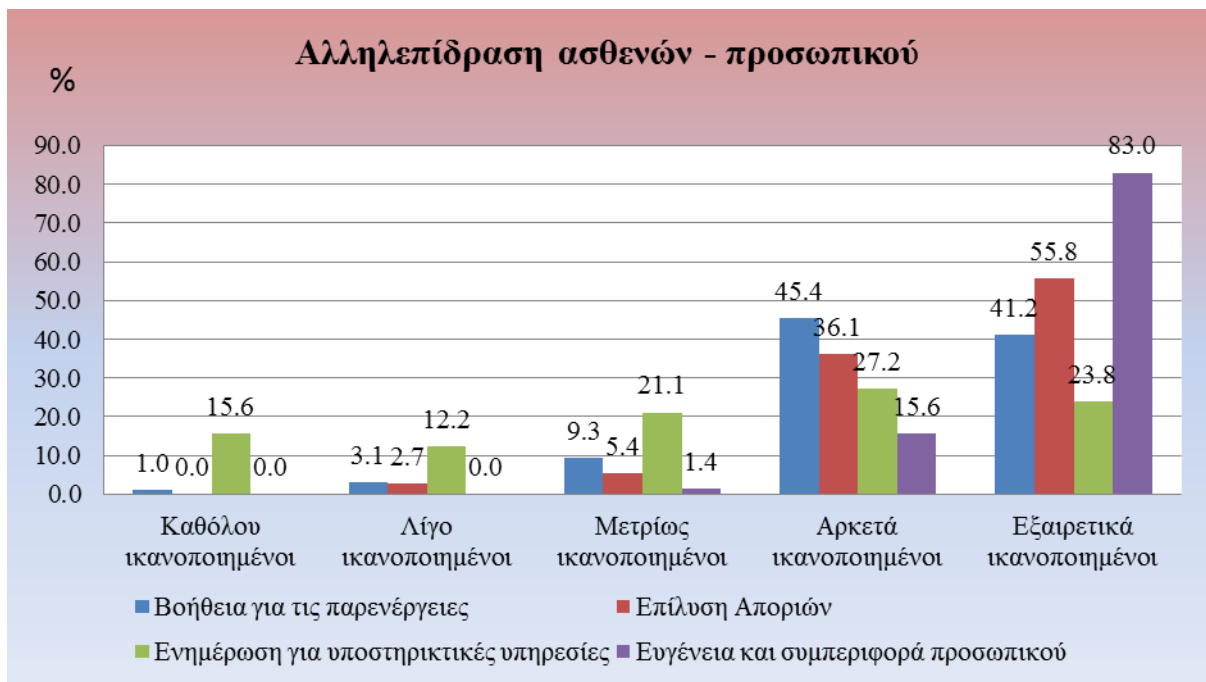


Γραφική παράσταση 8.

Όπως παρατηρείται από τη γραφική παράσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζει η ερώτηση που αφορά τις πληροφορίες που δόθηκαν για τη διαδικασία της θεραπείας (47.6%). Η ερώτηση που αφορά τις παρενέργειες παρουσιάζει το ίδιο ποσοστό πλήρους ικανοποίησης με τις πληροφορίες που δόθηκαν για την φύση και έκταση της ασθένειας με διαφορές στα ποσοστά των υπόλοιπων βαθμίδων ικανοποίησης. Λιγότερο κατανοητές παρουσιάζονται οι πληροφορίες για τη φύση και έκταση της νόσου με ένα ποσοστό μέτριας ικανοποίησης που φτάνει το 13.6%.

Η επόμενη γραφική παράσταση (9) παρουσιάζει τις 4 ερωτήσεις που εξετάζουν την σχέση των ασθενών με το προσωπικό. Διερευνάται η ικανοποίηση όσον αφορά:

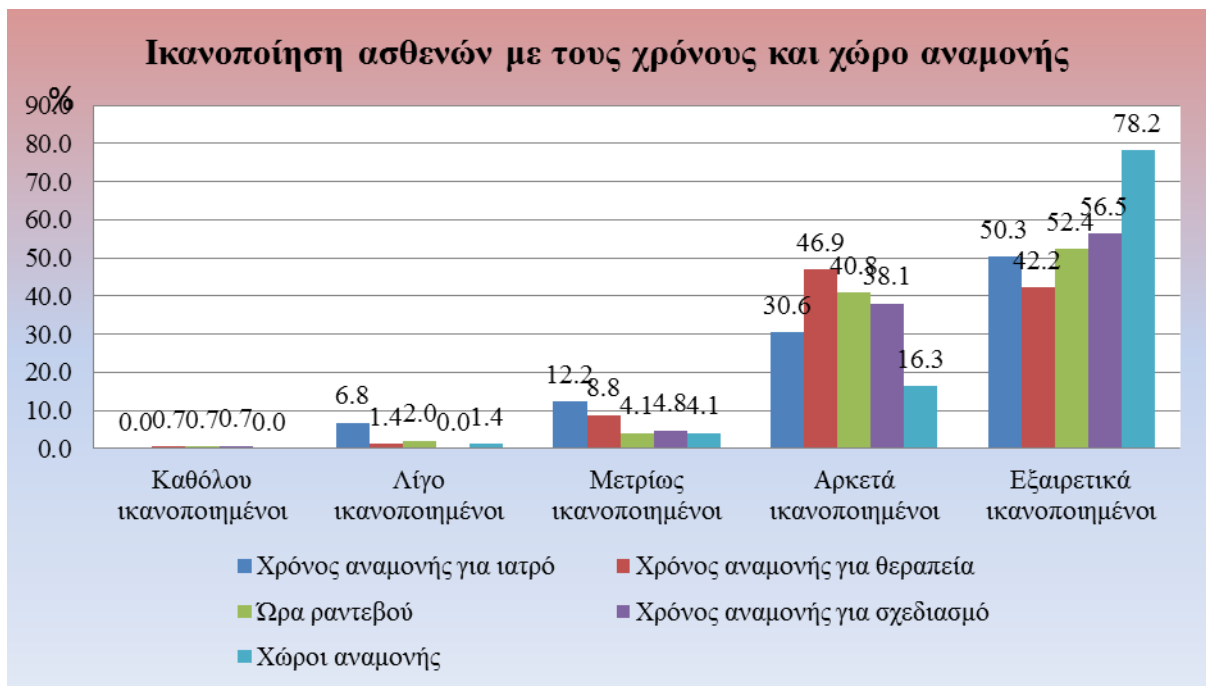
- τη βοήθεια που δέχτηκαν οι ασθενείς από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό για την αντιμετώπιση των παρενεργειών που εμφανίστηκαν κατά τη θεραπεία
- την επίλυση αποριών σχετικά με τη θεραπεία και σχετικά με τις ανεπιθύμητες εκδηλώσεις
- την ενημέρωση για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στους καρκινοπαθείς (διατροφολόγος, ψυχολόγος, νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι)
- και τη ευγένεια και συμπεριφορά ολόκληρου του προσωπικού του τμήματος ως προς τους ασθενείς.



Γραφική παράσταση 9.

Στην ομάδα αυτή ανήκει το στοιχείο που φανερώνει τη μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με όλα τα υπόλοιπα. Η ευγένεια και ο σεβασμός που δείχνει το προσωπικό προς τους ασθενείς έχει αφήσει το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (83%) εξαιρετικά ικανοποιημένο. Κανένας από τους ασθενείς δεν έχει δηλώσει καθόλου ή λίγο ικανοποιημένος με τη συμπεριφορά του προσωπικού. Αυτή η ομάδα των ερωτήσεων όμως περιέχει και το στοιχείο με τη λιγότερη ικανοποίηση. Φαίνεται ότι οι ασθενείς εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους όσον αφορά την ενημέρωση που τους γίνεται για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που διατίθενται χωρίς κάποια χρέωση στους ασθενείς. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επισκεφτούν ψυχολόγο και διατροφολόγο, όπως επίσης έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται από τους δύο υφιστάμενους συνδέσμους: τον Αντικαρκινικό σύνδεσμο και τον ΠΑΣΥΚΑΦ (Παγκύπριο Σύνδεσμο Καρκινοπαθών και Φίλων). Μόνο το 23.8% των ασθενών δηλώνει πλήρως ικανοποιημένο, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (15.6%) δηλώνει καθόλου ικανοποίηση.

Η τελευταία ομάδα ερωτήσεων παρουσιάζεται στην επόμενη γραφική παράσταση (10). Περιλαμβάνει την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με το χρόνο αναμονής για το ραντεβού τους με τον ιατρό (θεράπων ιατρός ή παθολόγος τμήματος), το χρόνο αναμονής για το σχεδιασμό της θεραπείας, το χρόνο αναμονής για τη θεραπεία, την ικανοποίηση για την ώρα που πρέπει να προσέρχονται για την ακτινοθεραπεία και τέλος την ικανοποίηση από τους χώρους αναμονής (καθαριότητα, εμφάνιση, λειτουργικότητα).



Γραφική παράσταση 10.

Το στοιχείο με το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης σε όλο το ερωτηματολόγιο αποτελεί η ικανοποίηση με τους χώρους αναμονής. Το 78% των ασθενών δηλώνει εξαιρετικά ικανοποιημένο ενώ κανένας ασθενής δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος. Οι χρόνοι αναμονής όσον αφορά το σχεδιασμό και το ραντεβού με τον ιατρό, όπως επίσης και η ικανοποίηση για την ώρα του ραντεβού παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά εξαιρετικής ικανοποίησης. Ο χρόνος αναμονής για το σχεδιασμό της θεραπείας παρουσιάζει συγκεκριμένα 56.5% εξαιρετικής ικανοποίησης, ποσοστό ελαφρώς μεγαλύτερο σε σχέση με την ικανοποίηση για τους υπόλοιπους χρόνους αναμονής. Λιγότερη ικανοποίηση εκφράζεται για το χρόνο αναμονής στον ασθενών για να λάβουν τη θεραπεία. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο, μιας και η συνέπεια στην ώρα της θεραπείας δεν εξαρτάται μόνο από τον ανθρώπινο παράγοντα αλλά και από τη λειτουργικότητα των μηχανημάτων. Σχετικά μεγάλα ποσοστά μέτριας ή λίγης ικανοποίησης σημειώνονται στο χρόνο αναμονής για το ραντεβού τους με τον ιατρό, γεγονός που αντανάκλα τον αυξημένο αριθμό των ασθενών που πρέπει ο ιατρός να δει μέσα σε μία μέρα.

Ακολουθεί το διάγραμμα (11) το οποίο φανερώνει την συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το τμήμα της ακτινοθεραπείας



Γραφική Παράσταση 11.

Το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης είναι σχετικά υψηλό σε σχέση με τα υπόλοιπα στοιχεία που εξετάζονται στο ερωτηματολόγιο. Το ποσοστό των εξαιρετικά ικανοποιημένων ασθενών φτάνει το 58%, ένα ποσοστό που αποτελεί το τρίτο μεγαλύτερο από όλα τα στοιχεία που διερευνώνται στην εργασία. 37% των ασθενών δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι και μόνο ένα 5% είναι μετρίως ικανοποιημένοι. Κανένας ασθενής από τους 147 ερωτηθέντες δεν έχει δηλώσει λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος.

Με σκοπό να προσδιοριστεί ποια στοιχεία της έρευνας μπορούν να καθορίσουν την έκβαση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών εφαρμόστηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης. Για την πραγματοποίηση της ανάλυσης αυτής οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δύο επιμέρους ομάδες: τους πλήρως ικανοποιημένους (εξαιρετική ικανοποίηση) και τους μη πλήρως ικανοποιημένους (όλες οι υπόλοιπες απαντήσεις). Ο παρακάτω πίνακας φανερώνει τα στοιχεία που μπορούν να προβλέψουν τη συνολική ικανοποίηση και το αντίστοιχο ποσοστό πιθανότητας για κάθε στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο.

Ερώτηση	Απάντηση	p-value	Odds ratio		
			Odds ratio	95% CI	
Ικανότητα αντίληψης της διαδικασίας της θεραπείας (B4)	Πλήρως ικανοποιημένοι vs όχι πλήρως ικανοποιημένοι	0.003	4.237	1.639	10.951
Ενημέρωση για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (Γ3)	Πλήρως ικανοποιημένοι vs όχι πλήρως ικανοποιημένοι	0.013	10.703	1.648	69.493
Ικανοποίηση με το χρόνο αναμονής για θεραπεία (Γ4)	Πλήρως ικανοποιημένοι vs όχι πλήρως ικανοποιημένοι	0.033	2.907	1.090	7.753
Συμπεριφορά του προσωπικού ως προς τους ασθενείς (Δ1)	Πλήρως ικανοποιημένοι vs όχι πλήρως ικανοποιημένοι	0.005	13.250	2.143	81.924
Χώροι αναμονής (Δ2)	Πλήρως ικανοποιημένοι vs όχι πλήρως ικανοποιημένοι	0.019	4.251	1.271	14.220

Πίνακας 6.

Ο λόγος πιθανοτήτων (odds ratio) είναι ένα μέτρο της συσχέτισης μεταξύ μίας συνθήκης και ενός αποτελέσματος. Αντιπροσωπεύει την πιθανότητα να συμβεί ένα αποτέλεσμα δεδομένης

μιας συνθήκης. Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η πιθανότητα ένας ασθενής να είναι πλήρως ικανοποιημένος με το σύνολο των υπηρεσιών με βάση τα επίπεδα της ικανοποίησης που δηλώνονται στα άλλα στοιχεία της έρευνας. Οι μεταβλητές: Δυνατότητα να κατανοήσουν τη διαδικασία της θεραπείας ακτινοβολίας, πληροφορίες σχετικά με υποστηρικτικές υπηρεσίες, ικανοποίηση με το χρόνο αναμονής για τη θεραπεία, η συμπεριφορά του προσωπικού, καθώς και οι χώροι αναμονής βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες στο μοντέλο.

Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα δείχνουν:

1. Για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με την ικανότητα να κατανοήσουν τη διαδικασία της θεραπείας ακτινοβολίας, είναι 4.237 φορές πιο πιθανό να είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τη συνολική εξυπηρέτηση του τμήματος.
2. Για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που τους δίδονται σχετικά με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες, είναι 10.703 φορές πιο πιθανό να είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τη συνολική υπηρεσία.
3. Για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με το χρόνο αναμονής για τη θεραπεία τους, είναι 2.907 φορές πιο πιθανό να είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τη συνολικές υπηρεσίες.
4. Για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τον τρόπο που αντιμετωπίστηκαν από το προσωπικό, είναι 13.250 φορές πιο πιθανό να είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τη συνολική υπηρεσία.
5. Και τέλος για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με το περιβάλλον και τους χώρους αναμονής, είναι 4.251 φορές πιο πιθανό να είναι απόλυτα ικανοποιημένοι με τη συνολική υπηρεσία.

Τα αποτελέσματα δείχνουν σαφώς την ισχυρή επίδραση που διαθέτει η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς στη συνολική ικανοποίηση.

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman rho χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών δεδομένων και των στοιχείων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης. Λόγω της φύσης των δεδομένων ήταν απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί ένα μη παραμετρικό μέτρο της συσχέτισης.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ:

1. του δημογραφικού στοιχείου «εκπαίδευση» και των ερωτήσεων της έρευνας B1, B3, B5, Γ3, Γ4 και Δ2,
2. του «φύλου» και των ερωτήσεων B3 και B5,
3. της «ηλικίας» και του ερωτήματος Γ7 και
4. μεταξύ «χημειοθεραπείας» και ερωτήσεων B5 και Δ1.

Ο αρνητικός συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και των έξι συγκεκριμένων ερωτήσεων της έρευνας δείχνει ότι οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με διάφορες πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών: με την ποσότητα των πληροφοριών που τους προσφέρονται σχετικά με τη φύση και την έκταση της νόσου τους, με τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, τις παρενέργειες της θεραπείας, με τις πληροφορίες που δίνονται σε τους για υποστηρικτικές υπηρεσίες, με τον χρόνο αναμονής για το ραντεβού με το ιατρό τους, καθώς και με τους χώρους αναμονής.

Οι γυναίκες δείχνουν μικρότερη ικανοποίηση με τις πληροφορίες που τους έχουν δοθεί σχετικά με την ακτινοθεραπεία και σχετικά με την ενημέρωση για τις παρενέργειες.

Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν πρόβλημα με το χρόνο που χρειάζεται να περιμένουν για το σχεδιασμό της θεραπείας.

Τέλος, οι ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση με τις πληροφορίες που τους δίδονται σχετικά με τις παρενέργειες της θεραπείας ακτινοβολίας και με τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από το προσωπικό.

Καμία σημαντική συσχέτιση δε βρέθηκε μεταξύ των δημογραφικών δεδομένων και της συνολικής ικανοποίησης.

Τα αποτελέσματα φαίνονται παρακάτω στον Πίνακα 7.

Συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho μεταξύ ερωτήσεων και των δημογραφικών στοιχείων.

	Φύλο	Ηλικία	Εκπαίδευση	Στάδιο	Χημειοθεραπεία
Spearman's rho B1 Correlation Coefficient	-0.145	0.000	-.245**	0.011	-0.072
Sig (2-tailed)	0.080	0.996	0.003	0.913	0.389
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho B2 Correlation Coefficient	-0.154	0.110	-0.125	-0.025	-0.081
Sig (2-tailed)	0.062	0.184	0.133	0.809	0.327
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho B3 Correlation Coefficient	-.200*	0.112	-.188*	0.052	-0.154
Sig (2-tailed)	0.015	0.176	0.023	0.621	0.062
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho B4 Correlation Coefficient	-0.055	0.023	-0.013	0.007	-0.075
Sig (2-tailed)	0.511	0.785	0.175	0.950	0.364
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho B5 Correlation Coefficient	-.195*	-0.019	-.168*	0.058	-0.188*
Sig (2-tailed)	0.018	0.821	0.042	0.578	0.023
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho B6 Correlation Coefficient	-0.139	-0.004	-0.121	0.053	-0.062
Sig (2-tailed)	0.094	0.965	0.144	0.613	0.460
N	146	146	146	93	146
Spearman's rho C1 Correlation Coefficient	-0.085	-0.060	-0.096	-0.098	-0.064
Sig (2-tailed)	0.408	0.561	0.352	0.427	0.533
N	97	97	97	68	97
Spearman's rho C2 Correlation Coefficient	-0.106	-0.062	-0.109	0.083	-0.122
Sig (2-tailed)	0.200	0.454	0.188	0.425	0.140
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho C3 Correlation Coefficient	-0.132	-0.065	-.205*	0.012	-0.014
Sig (2-tailed)	0.111	0.437	0.013	0.911	0.866
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho C4 Correlation Coefficient	-0.109	-0.014	-.204*	-0.034	-0.137
Sig (2-tailed)	0.189	0.869	0.013	0.747	0.098
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho C5 Correlation Coefficient	-0.054	-0.037	-0.141	-0.075	-0.101
Sig (2-tailed)	0.516	0.655	0.088	0.473	0.225
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho C6 Correlation Coefficient	-0.106	-0.051	-0.020	-0.0036	-0.145
Sig (2-tailed)	0.202	0.541	0.088	0.732	0.79
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho C7 Correlation Coefficient	0.020	-.206*	0.027	-0.094	-0.145
Sig (2-tailed)	0.807	0.012	0.741	0.367	0.80
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho D1 Correlation Coefficient	-0.151	-0.038	0.103	0.008	-0.195*
Sig (2-tailed)	0.068	0.650	0.214	0.943	0.018
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho D2 Correlation Coefficient	-0.017	-0.12	-.169*	0.141	-0.03
Sig (2-tailed)	0.842	0.148	0.04	0.174	0.968
N	147	147	147	94	147
Spearman's rho E1 Correlation Coefficient	-0.034	-0.112	-0.055	-0.062	-0.036
Sig (2-tailed)	0.678	0.175	0.512	0.554	0.661
N	147	147	147	94	147

Πίνακας 7.



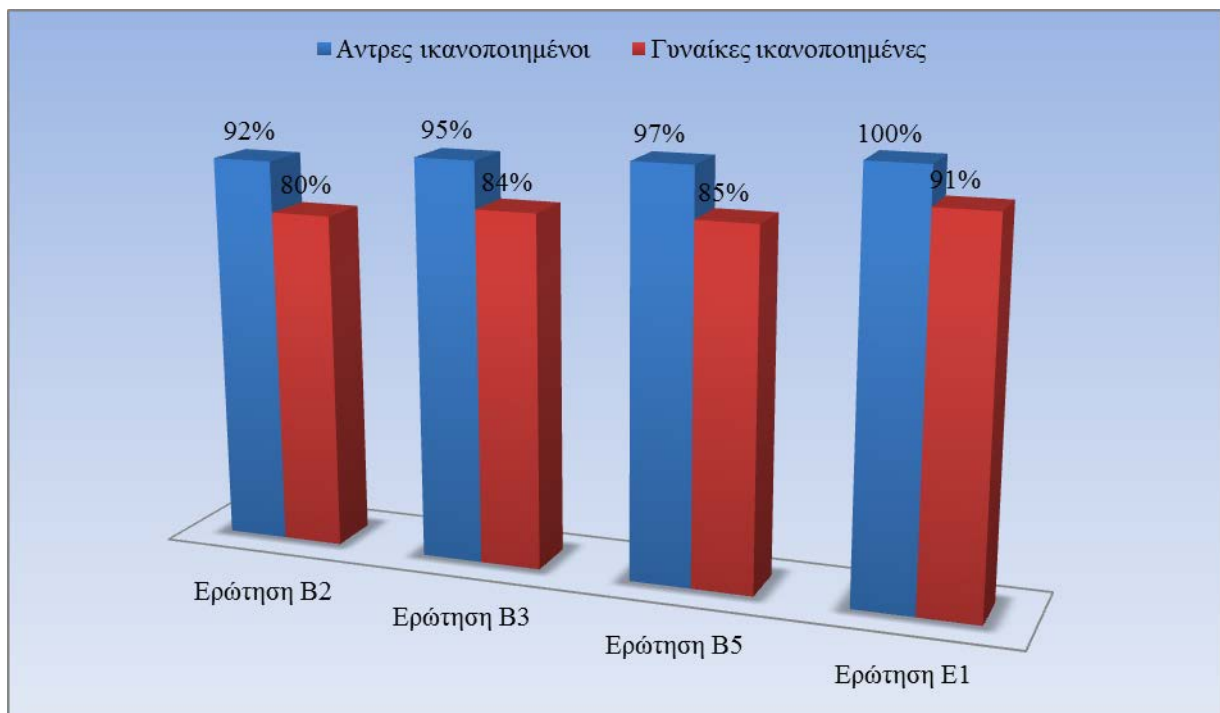
Στη συνέχεια έγινε ανακατανομή των ασθενών μας σε δύο διαφορετικές ομάδες: Ομάδα Α - ικανοποιημένοι (εντελώς και αρκετά ικανοποιημένοι) και ομάδα Β – μη ικανοποιημένοι (μετρίως, λίγο και καθόλου ικανοποιημένοι). Χρησιμοποιήσαμε chi square test for independence για να προσδιοριστεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών δεδομένων και των δύο διαφορετικών ομάδων. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ικανοποίησης.

Ο παρακάτω πίνακας αποκαλύπτει τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που ανευρέθηκαν:

Φύλο και ερωτήσεις B2, B3, B5, E1	$X^2$	p-value
B2	4.137	0.042
B3	4.721	0.030
B5	5.620	0.018
E1	5.826	0.018
Στάδιο νόσου και ερώτηση Δ1	$X^2$	p-value
Δ1	8.628	0.035
Εκπαίδευση και ερωτήσεις Γ2, E1	$X^2$	p-value
Γ2	8.407	0.038
E1	12.825	0.005

Πίνακας 8.

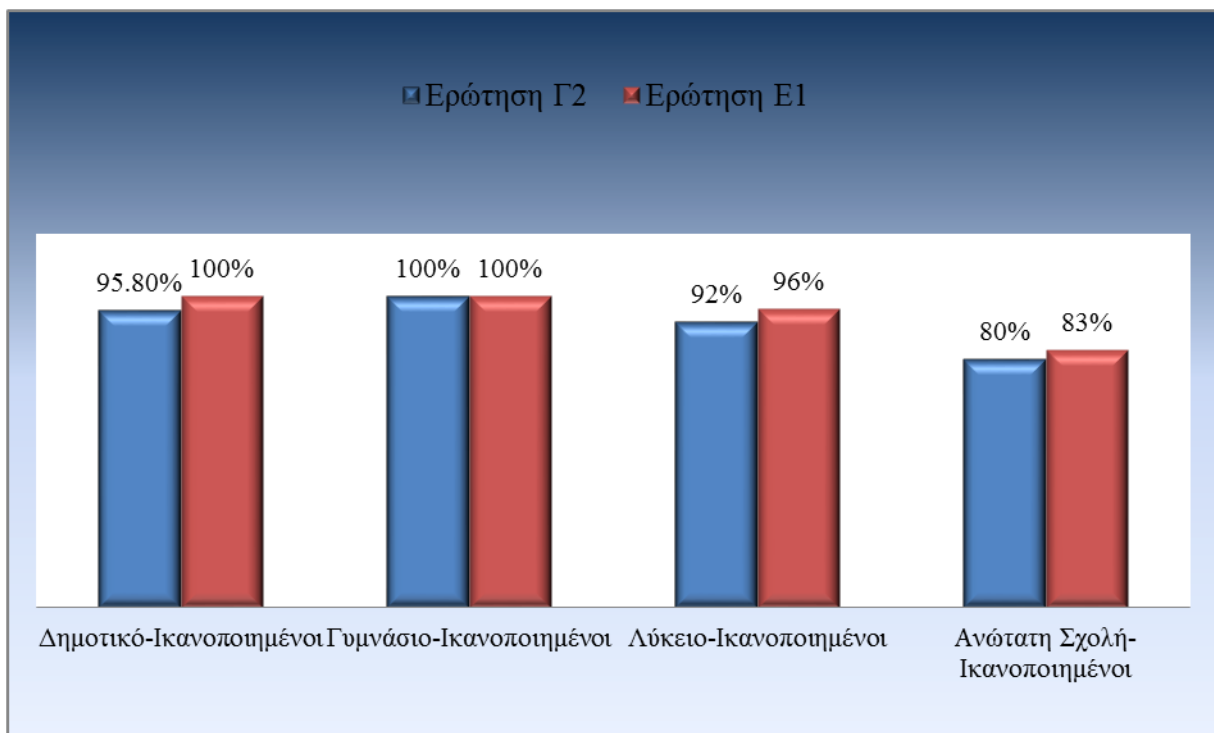
Στις ερωτήσεις B2, B3, B5 και E1 οι γυναίκες φαίνεται να δείχνουν μικρότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τους άνδρες και αυτή η σχέση έχει αποδειχτεί ως στατιστικά σημαντική. (Γραφική Παράσταση 12)



Γραφική Παράσταση 12.

Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ σταδίου νόσου και συμπεριφοράς προσωπικού (ερώτηση Δ1). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων που περιλαμβάνουν το στάδιο της νόσου δεν θεωρούνται έγκυρα για το λόγο ότι η απάντηση δίνεται από τους ασθενείς και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να είναι λανθασμένη.

Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ του επιπέδου της εκπαίδευσης και των ερωτήσεων Γ2 (επίλυση αποριών) και Ε1 (συνολική ικανοποίηση). Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και για τα δύο ερωτήματα, και δείχνουν ότι οι ασθενείς με εκπαίδευση δημοτικού ή και γυμνασίου φανερώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τους ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (λύκειο, ανώτατη σχολή).



Γραφική Παράσταση 13.

Όπως παρατηρείται, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι με τις συνολικές υπηρεσίες του τμήματος προέρχεται από την ομάδα με αυξημένο μορφωτικό επίπεδο.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν αναδείχτηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και της συνολική ικανοποίησης ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου της έρευνας.

Όσον αφορά την ερώτηση E1, που αποτελεί τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες του τμήματος, παρατηρείται ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με το φύλο (οι γυναίκες λιγότερο ικανοποιημένες) και με την εκπαίδευση (οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης είναι λιγότερο ικανοποιημένοι).

Ο αριθμός των γυναικών που απάντησαν μη ικανοποιημένες (ομάδα Β) στην ερώτηση E1 είναι 7. Το σύνολο των ασθενών που ήταν μη ικανοποιημένοι είναι 7.

Ερώτηση E1		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μετρίως ικανοποιημένοι	7	4.8	4.8	4.8
	Αρκετά ικανοποιημένοι	54	36.7	36.7	41.5
	Εξαιρετικά ικανοποιημένοι	86	58.5	58.5	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Πίνακας 9.

Λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος δεν μπορεί να εφαρμοστεί στατιστικό τεστ για ανεύρεση συσχέτισης με άλλους παράγοντες. Με την περιγραφική στατιστική όμως μπορούν να σημειωθούν κάποιες παρατηρήσεις.

Εκπαίδευση		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λύκειο	2	28.6	28.6	28.6
	Ανώτατη Σχολή	5	71.4	71.4	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Πίνακας 10.

Όλες οι ασθενείς στην ομάδα Β έχουν μόρφωση Λυκείου και Ανώτατης Σχολής.

Χημειοθεραπεία		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	7	100.0	100.0	100.0

Πίνακας 11.

Καμία από τις ασθενείς δεν έλαβε παράλληλα χημειοθεραπεία. Οπότε δεν μπορεί να αποδοθεί η χημειοθεραπεία ως παράγοντας μη ικανοποίησης για την ομάδα αυτή των ασθενών.

Ηλικία		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31-45	3	42.9	42.9	42.9
	46-60	4	57.1	57.1	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Πίνακας 12

Οι ηλικίες των γυναικών της ομάδας Β περιλαμβάνονται στις σχετικά νεαρότερες ομάδες.

Τύπος Καρκίνου		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	1	14.3	14.3	14.3
	ΜΑΣΤΟΥ	3	42.9	42.9	57.1
	ΜΕΛΑΝΩΜΑ	1	14.3	14.3	71.4
	ΠΝΕΥΜΟΝΑ	2	28.6	28.6	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Πίνακας 13.

Μελετώντας το δείγμα παρατηρείται ότι υπάρχουν διάφορα είδη καρκίνου στην ομάδα Β, οπότε και δεν μπορεί να ειπωθεί με ασφάλεια ότι επικρατεί κάποιο είδος καρκίνου σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Τα πιο πάνω αποτελέσματα ισχύουν και για τους ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Ουσιαστικά η ομάδα των μη ικανοποιημένων ασθενών αποτελείται από γυναίκες με ψηλό μορφωτικό επίπεδο (λύκειο, ανώτατη σχολή).

Μια αξιοσημείωτη παρατήρηση αφορά τους ασθενείς που δεν γνωρίζουν το στάδιο της νόσου τους. Μια υπόθεση θα μπορούσε να είναι ότι αυτοί οι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά τις πληροφορίες που τους παρέχονται σχετικά με τη φύση και την έκταση της νόσου τους. Διεξήχθη chi-square τεστ για να συγκριθούν τα παρατηρούμενα δεδομένα με τα δεδομένα που θα περίμενε κανείς να αποκτήσει σύμφωνα με την μηδενική υπόθεση (καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο εξεταζόμενων φαινομένων.). Τα αποτελέσματα αποκαλύπτονται στον επόμενο πίνακα:

**B1 \* Stage Crosstabulation**

			Στάδιο					Σύνολο
			Στάδιο I	Στάδιο II	Στάδιο III	Στάδιο IV	Δεν απάντησαν	
B1	Καθόλου	Count	0	1	0	0	0	1
	ικανοποιημένοι	% within Stage	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	Λίγο	Count	0	0	1	0	1	2
	ικανοποιημένοι	% within Stage	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	1.9%	1.4%
	Μετρίως	Count	4	4	0	0	6	14
	ικανοποιημένοι	% within Stage	9.8%	13.3%	0.0%	0.0%	11.3%	9.5%
	Enough	Count	17	11	10	1	32	71
	satisfied	% within Stage	41.5%	36.7%	55.6%	20.0%	60.4%	48.3%
	Completely	Count	20	14	7	4	14	59
	satisfied	% within Stage	48.8%	46.7%	38.9%	80.0%	26.4%	40.1%
Total	Count	41	30	18	5	53	147	
	% within Stage	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 14.

δοκιμασία  $\chi^2 = 19.618$ ,

p-value = 0,238

Η τιμή p είναι μεγαλύτερη από 0,05 ως εκ τούτου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αναμενόμενου και του παρατηρηθέντος αποτελέσματος.

Πιθανή εξήγηση του φαινομένου αυτού: ένας ασθενής μπορεί να κατανοεί πλήρως και να είναι ικανοποιημένος με την περιγραφή της ασθένειας που δόθηκε από τον ιατρό του, συμπεριλαμβανομένων της έκτασης της νόσου, της επιθετικότητας και τον τύπο του καρκίνου, παρόλα αυτά η ονομασία του σταδίου της ασθένειας μπορεί να έχει λιγότερη σημασία για αυτόν / αυτήν.

### 3.4.2 Το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Επεξήγηση του υπολογισμού του σκορ:

#### Πίνακας 15.

	Κλίμακα	Αριθμός ερωτήσεων	Έκταση (Item range)	Εκδοχή 3.0 Αριθμός ερώτησης	Λειτουργικές κλίμακες
<b>Γενική κατάσταση υγείας/ QoL</b>	QL2	2	6	29,30	
<b>Λειτουργικές κλίμακες</b>					
Σωματική δραστηριότητα	PF2	5	3	1 to 5	F
Εργασία/Ενασχόληση	RF2	2	3	6,7	F
Συναισθηματική λειτουργία	EF	4	3	21 to 24	F
Γνωστικές/νοητικές λειτουργίες	CF	2	3	20,25	F
Κοινωνική δραστηριότητα	SF	2	3	26,27	F
<b>Συμπτώματα</b>					
Κόπωση	FA	3	3	10,12,18	
Ναυτία/έμετος	NV	2	3	14,15	
Άλγος	PA	2	3	9,19	
Δύσπνοια	DY	1	3	8	
Αϋπνία	SL	1	3	11	
Ανορεξία	AP	1	3	13	
Δυσκοιλιότητα	CO	1	3	16	
Διάρροιες	DI	1	3	17	
Οικονομικές δυσκολίες	FI	1	3	28	

Item range (εύρος) είναι η διαφορά μεταξύ του μέγιστου και ελάχιστου βαθμού απάντησης, συνήθως από 1 έως το 4 (range=3), για κάθε ερώτηση. Σε όλες τις ερωτήσεις το εύρος (range) είναι 3 (4-1=3) με εξαίρεση τις ερωτήσεις της κλίμακας γενικής εκτίμησης της Γενικής Κατάστασης της Υγείας (Global Health Status) όπου range=6 (7-1=6).

Για κάθε κλίμακα το RawScore, RS (αδρή βαθμολογία) είναι ο μέσος όρος των στοιχείων που την αποτελούν:

RawScore = RS =  $(I_1+I_2+\dots+I_n)/n$  όπου  $I_1+I_2+\dots+I_n$  είναι οι ερωτήσεις που συμμετέχουν στην κλίμακα και n το πλήθος τους

Ο τελικός τρόπος υπολογισμού διαφέρει μεταξύ κλιμάκων:

Για τις λειτουργικές κλίμακες ισχύει:

$$\text{Score} = \{1 - (\text{RS}-1)/\text{range}\} * 100$$

Και για τις κλίμακες συμπτωμάτων και Γενικής Κατάστασης Υγείας/QoL:

$$\text{Score} = \{(\text{RS}-1)/\text{range}\} * 100$$

Στις λειτουργικές κλίμακες, μια υψηλή τιμή αντιπροσωπεύει καλό επίπεδο λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής, ενώ στις κλίμακες και τις ερωτήσεις συμπτωμάτων, η υψηλή τιμή

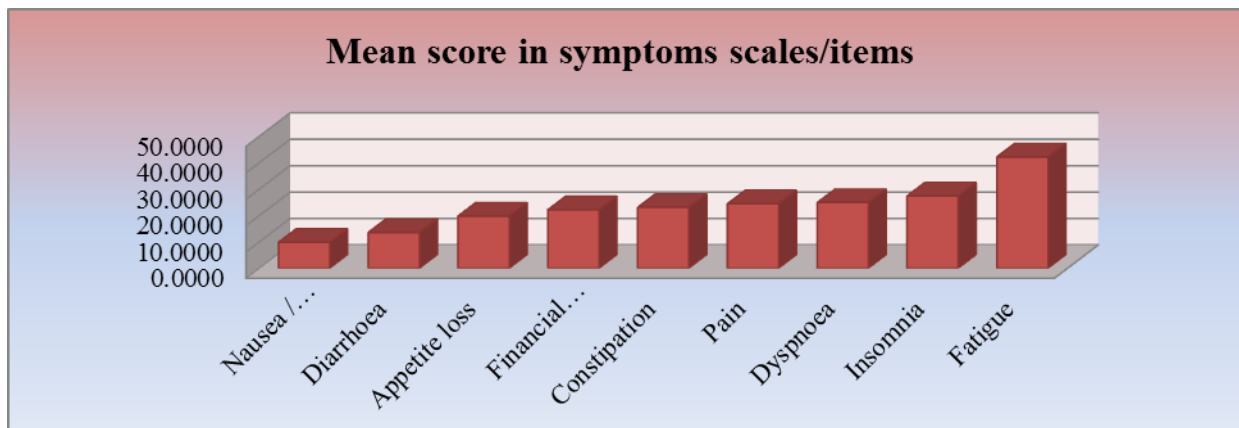
αντιπροσωπεύει και υψηλή συμπτωματολογία και αντίστροφα χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής.

Η αξιοπιστία των κλιμάκων που περιλαμβάνουν περισσότερες από μία ερωτήσεις ελέγχθηκε με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$ .

QL	0.905
PF	0.854
RF	0.837
EF	0.786
CF	0.655
SF	0.889
FA	0.899
NV	0.759
PA	0.847

Παρατηρείται αρκετά καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου όσον αφορά τη συνοχή των ερωτήσεων.

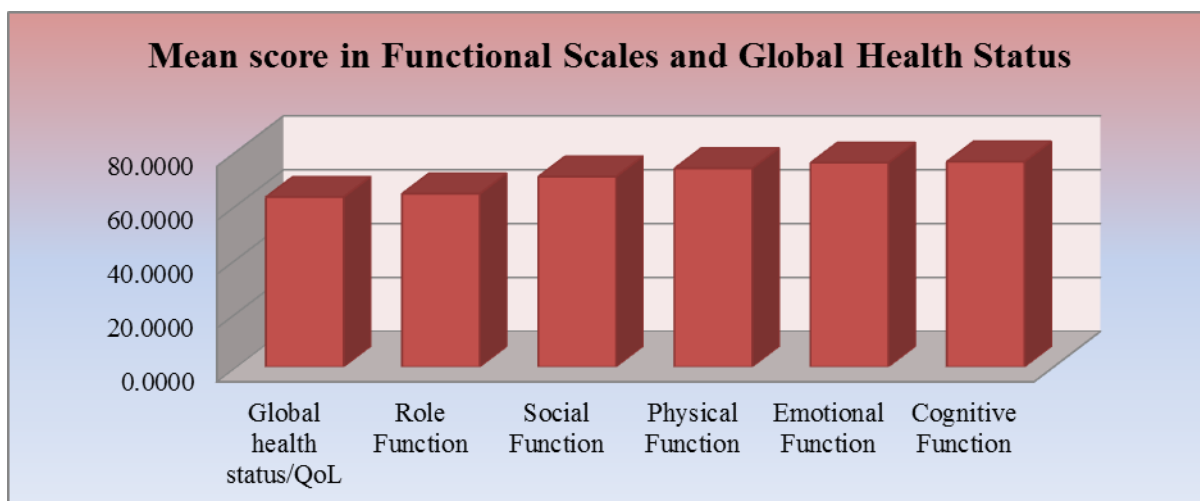
#### 3.4.2.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30



Γραφική παράσταση 14.

Η Γραφική παράσταση παρουσιάζει το μέσο όρο των σκορ που έχουν υπολογιστεί για κάθε ασθενή για τις κλίμακες των συμπτωμάτων. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς βιώνουν κόπωση. Ένα μεγάλο ποσοστό ταλαιπωρείται από αϋπνία, δύσπνοια και άλγος ενώ η ναυτία και έμετοι φαίνεται να επηρεάζουν λιγότερο τους ασθενείς μας. Στην ομάδα αυτή των ερωτήσεων εξετάζεται και το θέμα των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς. Ο μέσος όρος φτάνει το 20% ποσοστό σχετικά μικρό.

Η πιο κάτω Γραφική Παράσταση δείχνει τη μέση βαθμολογία για τις λειτουργικές κλίμακες και τη Γενική κατάσταση της υγείας (Global Health Status). Η γνωστική λειτουργία είναι το στοιχείο με την υψηλότερη βαθμολογία. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς μας δηλώνουν ότι αυτή είναι η λειτουργία που λιγότερο επηρεάζεται από την ασθένειά τους. Η Γενική κατάσταση της υγείας της υγείας έχει τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία.



Γραφική παράσταση 15.

### 3.4.3 Στατιστική ανάλυση και συσχέτιση των δύο ερωτηματολογίων.

T-test και ανάλυση Ανονα χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθούν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των διαφόρων ομάδων ασθενών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, κλπ) και της γενικής κατάστασης υγείας του ασθενούς. Δεν αποδείχτηκε καμία σημαντική συσχέτιση, εκτός από τους ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς που έλαβαν την ίδιο χρόνο χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία εμφανίζονται με χαμηλότερο σκορ γενικής κατάστασης της υγείας. Αυτό είναι ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα μιας και η χημειοθεραπεία συνήθως συνδέεται με πολλές παρενέργειες και μειώνει την ποιότητα της ζωής.

	p-value
Chemotherapy	0.034

Στη συνέχεια προκειμένου να μελετηθεί η επίδραση των δημογραφικών δεδομένων και της ερώτησης E1 (συνολική ικανοποίηση) του ερωτηματολογίου, σε σχέση με τις πολλαπλές εξαρτημένες μεταβλητές Γενική Κατάσταση της υγείας (QL2) και τις λειτουργικές μεταβλητές: Εργασία/ενασχόληση (RF2), Κοινωνική Δραστηριότητα (SF), Σωματική Δραστηριότητα (PF2), Συναισθηματική λειτουργία (EF) και τη Γνωστική λειτουργία (CF) ταυτόχρονα, και με βάση το γεγονός ότι οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι συνεχές, χρησιμοποιήσαμε πολυπαραγοντική ανάλυση.

	Wilk's lambda	p-value
Φύλο	0.951	0.313
Ηλικία	0.774	0.061
Εκπαίδευση	0.742	0.001
Στάδιο	0.803	0.385
Χημειοθεραπεία	0.944	0.236
Ερώτηση E1	0.808	0.003

Πίνακας 16.



	QL2		PF2		RF2		EF		CF		SF	
	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p
	Συνολική ικανοποίηση E1											
Μετρίως ικανοποιημένοι	- 14.1±8.1	0.083	- 6.67±8.9	0.453	- 22.0±11.7	0.062	- 18.1±8.6	<b>0.037</b>	-4.8±9.5	0.616	- 34.9±11.8	<b>0.004</b>
Αρκετά ικανοποιημένοι	- 13.8±3.6	<b>0.000</b>	-3.8±3.9	0.340	-11.3±5.2	<b>0.031</b>	-5.7±3.8	0.138	-5.1±4.2	0.225	-8.42±5.2	0.110
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι (ομάδα αναφοράς)												

Πίνακας 17.

	QL2		PF2		RF2		EF		CF		SF	
	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p	B±S.E	p
	Εκπαίδευση											
Δημοτικό	- 3.84±5.1	0.451	- 9.59±5.2	0.070	0.05±7.2	0.995	- 1.91±5.2	0.714	- 7.51±5.6	0.183	14.83±7.1	<b>0.038</b>
Γυμνάσιο	- 2.08±6.2	0.739	- 1.22±6.4	0.850	-5.28±8.8	0.550	- 2.50±6.4	0.696	5.28±6.9	0.446	25.56±8.7	<b>0.004</b>
Λύκειο	1.14±5.1	0.821	- 2.45±5.2	0.636	1.88±7.1	0.791	4.31±5.1	0.402	- 2.36±5.5	0.671	8.58±7.0	0.222
Ανώτερη σχολή (ομάδα αναφοράς)												

Πίνακας 18.

- Οι ασθενείς που απάντησαν αρκετά ικανοποιημένοι στη συνολική ικανοποίηση είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στις μεταβλητές QL2 (Γενική κατάσταση υγείας) και RF2 (εργασία / ενασχόληση) σε σύγκριση με τους ασθενείς που είναι εξαιρετικά ικανοποιημένοι.
- Οι ασθενείς που απάντησαν μέτρια ικανοποίηση είχαν χαμηλότερο σκορ στις μεταβλητές EF (συναισθηματική λειτουργία) και SF (κοινωνική δραστηριότητα) σε σύγκριση με τους εξαιρετικά ικανοποιημένους ασθενείς.
- Οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (δημοτικό και το γυμνάσιο) είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη μεταβλητή SF (κοινωνική δραστηριότητα) σε σύγκριση με τους ασθενείς με τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Η ίδια μέθοδος ανάλυσης έγινε για τα δημογραφικά στοιχεία και για την ερώτηση E1 σε σχέση και με τις κλίμακες συμπτωμάτων.

	Wilk's lambda	p-value
<b>Φύλο</b>	<b>0.772</b>	<b>0.000</b>
Ηλικία	0.728	0.193
Εκπαίδευση	0.797	0.270
<b>Στάδιο</b>	<b>0.603</b>	<b>0.028</b>
Χημειοθεραπεία	0.918	0.227
E1	0.912	0.814

Φύλο		Άντρες	Γυναίκες (αναφ)
FA (Κόπωση)	B±S.E	-1.7±4.9	
	p-value	0.730	
NV (Ναυτία Έμετος)	B±S.E	-0.6±3.2	
	p-value	0.851	
PA (Άλγος)	B±S.E	-1.1±4.6	
	p-value	0.806	
DY (Δύσπνοια)	B±S.E	-1.9±5.1	
	p-value	0.700	
SL (Αϋπνία)	B±S.E	-4.9±5.4	
	p-value	0.358	
AP (Ανορεξία)	B±S.E	19.7±5.0	
	p-value	<b>0.001</b>	
CO (Δυσκοιλότητα)	B±S.E	16.0±4.6	
	p-value	<b>0.001</b>	
DI (Διάρροιες)	B±S.E	7.1±3.6	
	p-value	0.050	
FI (Οικονομικές Δυσκολίες)	B±S.E	4.3±5.1	
	p-value	0.405	

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, με τους άντρες να υπερέχουν στα συμπτώματα της ανορεξίας και της δυσκοιλιότητας.

Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε και μεταξύ του σταδίου της νόσου και των κλιμάκων των συμπτωμάτων αλλά δε θα σχολιαστεί περαιτέρω, λόγω των μη έγκυρων απαντήσεων που αφορούν το στάδιο της νόσου.

### 3.5 Συμπεράσματα

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας με τα αποτελέσματα της μελέτης του John French στο Βανκούβερ του Καναδά το 2009, στην οποία χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών βρίσκονται κάποιες ομοιότητες:

- Η ευγένεια και ο σεβασμός προς τους ασθενείς από το προσωπικό είναι κρίσιμης σημασίας. Και οι δύο μελέτες υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα της δημιουργίας μιας καλής σχέσης μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών.
- Η εκπαίδευση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση. Οι ασθενείς με στοιχειώδη εκπαίδευση βρέθηκε να είναι πιο ικανοποιημένοι σε σύγκριση με άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου.
- Ωστόσο, η μελέτη μας καταδεικνύει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και ορισμένων στοιχείων της έρευνας, καθώς και με τη συνολική ικανοποίηση, ενώ η εργασία του French and Mc Gahan δείχνει ότι το φύλο δεν είχε καμία επίδραση στην ικανοποίηση.
- Η ηλικία φαίνεται να μην έχει καμία επίπτωση στη συνολική ικανοποίηση στη μελέτη μας (δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση), ενώ στη μελέτη French και McGahan, οι ασθενείς άνω των 50 ετών εκδηλώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.
- Τέλος, το επίπεδο της ποιότητας της ζωής, μετρημένο με τα κριτήρια EORTC, μετά τη χρήση πολυπαραγοντικής ανάλυσης, παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τη συνολική ικανοποίηση. Οι ασθενείς με χαμηλότερη βαθμολογία στην γενική κατάσταση υγείας εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας είναι μερικώς αναμενόμενα, καθώς δεν διαφέρουν σημαντικά από άλλες παρόμοιες μελέτες. Η εκπαίδευση φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών και σε άλλες μελέτες (όπως Anderson and Zimmerman). Οι ασθενείς με ανώτερη εκπαίδευση είναι λιγότερο ικανοποιημένοι.

Αν και η μελέτη μας έχει ένα μικρό αριθμό συμμετεχόντων, ο σκοπός να εντοπιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, και να επισημανθούν ποιες περιοχές των παρεχόμενων υπηρεσιών χρειάζονται βελτίωση, επιτεύχθηκε.

Στόχος μας είναι να συνεχίσουμε τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Θα πρέπει να ληφθούν πρωτοβουλίες, προκειμένου να βελτιωθούν οι πτυχές των υπηρεσιών που παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων θα γίνει στο μέλλον για να εξετάσει τα αποτελέσματα των ενεργειών που θα γίνουν για βελτίωση.

### 3.6 Εφαρμογές-προεκτάσεις της μελέτης

Η μελέτη αυτή χαρακτηρίζεται από την συνδυαστική αξιολόγηση δυο αλληλένδετων εννοιών: της ικανοποίησης των καρκινοπαθών από τις υπηρεσίες του τμήματος και την υφιστάμενη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Στόχος της μελέτης η εντόπιση των επιμέρους στοιχείων που επηρεάζουν θετικά και αρνητικά την ολική ικανοποίηση, λαμβάνοντας υπόψη και την ψυχολογική, νοητική και σωματική κατάσταση των ασθενών. Οι ασθενείς αποκτούν φωνή, και τους δίνεται, μέσα από μια σειρά ερωτήσεων, η ευκαιρία να εκφράσουν τη δυσαρέσκεια τους ή την ικανοποίηση τους για τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται.

Το Ογκολογικό Κέντρο με την εργασία αυτή, τοποθετεί τον ασθενή σε κεντρική θέση και ενισχύει την βαρύτητα της άποψης του. Δεσμεύεται στην παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και στοχεύει στην εφαρμογή μέτρων που θα επιλύσουν τυχόν προβλήματα που θα εντοπιστούν.

Ο αριθμός των μέχρι τώρα ερωτηθέντων ασθενών είναι σχετικά μικρός. Η διανομή των ερωτηματολογίων όμως συνεχίζεται με σκοπό τη συμπλήρωση ικανοποιητικού αριθμού, ώστε να είναι δυνατή η πραγματική απεικόνιση των αναγκών των ασθενών και η ασφαλής εξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων. Με την εντόπιση των σημείων που επιδέχονται βελτίωσης θα ακολουθήσει η εισήγηση μέτρων προς εφαρμογή. Μετά την επέλευση ορισμένου χρονικού διαστήματος και τη συλλογή καινούριων δεδομένων, το κέντρο θα προχωρήσει προς την ανάλυση τους με στόχο την επισήμανση των στοιχείων που έχουν σημειώσει την επιθυμητή βελτίωση.

Τα σημεία που εκ πρώτης όψεως χρήζουν προσοχής είναι:

- Η ενημέρωση για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται δωρεάν στον ασθενή. Η ερώτηση αυτή συγκέντρωσε το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης.
- Η ενημέρωση των ασθενών όσον αφορά την φύση και έκταση της νόσου, τη διαδικασία της θεραπείας και τις παρενέργειες που πιθανόν να εμφανιστούν. Σύμφωνα με τα ανάλυση Spearman correlation coefficient, φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών.
- Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ και της μόρφωσης με την ολική ικανοποίηση, με τους ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης να παρουσιάζονται ως λιγότεροι ικανοποιημένοι. Επομένως οι ασθενείς με αυξημένο μορφωτικό επίπεδο χρειάζονται ίσως διαφορετικό χειρισμό.

- Οι γυναίκες ασθενείς παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του τμήματος. Οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο απαιτητικές και συνίσταται να τους αποδίδεται περισσότερη προσοχή.
- Οι ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα και χημειοθεραπεία παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής. Γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη για όσο το δυνατόν καλύτερη παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, κατά τη διάρκεια της θεραπείας στο κέντρο αλλά και κατ' οίκον.
- Μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου ποιότητας ζωής του ασθενούς και της συνολικής ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής δηλώνουν γενικότερα λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του τμήματος. Συνιστάται προσεκτικότερος χειρισμός και καλύτερη παροχή φροντίδας στους ασθενείς αυτούς.

### 3.7 Περιορισμοί εργασίας

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που μαζεύτηκαν είναι μικρός. Τα στενά όρια του χρονικού διαστήματος όπου έπρεπε να γίνει η συλλογή των δεδομένων δεν επέτρεψαν να έχουμε ένα μεγάλο δείγμα. Αυτό αποτελεί περιορισμό στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Παρά ταύτα, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η συλλογή των ερωτηματολογίων θα συνεχίσει, και μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα θα επαναληφθεί στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Η ανταπόκριση των ασθενών στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι σχετικά μικρή. Έγινε διανομή 250 ερωτηματολογίων και επιστράφηκαν τα 147.

Η παρούσα μελέτη δεν επικεντρώνεται σε μια συγκεκριμένη ομάδα ασθενών με ορισμένο τύπο καρκίνου, αλλά περιλαμβάνει όλα τα είδη καρκίνου που επιδέχονται ακτινοθεραπείας. Το γεγονός αυτό εμποδίζει την εξαγωγή συμπερασμάτων για την επίδραση της ακτινοβολίας στην ποιότητα της ζωής των ασθενών, αφού εμπλέκεται και ο παράγοντας του τύπου της ασθένειας.

Ελάχιστες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα που να αφορούν την ικανοποίηση ασθενών σε τμήματα ακτινοθεραπείας, είτε σε παγκόσμιο επίπεδο, είτε σε πανελλήνιο. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας είναι δυσχερής μιας και δεν μπορούν να συγκριθούν με άλλα.

Το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου θα συνεχίσει την εργασία αυτή για τα επόμενα χρόνια, στοχεύοντας στη συλλογή αρκετών δεδομένων, και κατ' επακόλουθο στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

## 4. Βιβλιογραφία

### 4.1 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

American Cancer Society, 2014 “The History of Cancer”.

Anderson A. L., Zimmerman M. “Patient and Physician Perceptions of their Relationship and Patient Satisfaction: A study of Chronic Disease Management”, Article in Patient and education Counselling, Feb 1993.

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleisman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Takeda F. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376

Beck AH. *Student Jama*. The Flexner report and the standardization of American medical education. *JAMA* 2004, 291:2139–2140

Bredart A, Coens C, Aaronson N, et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *Eur J Cancer*. 2007;43:323–330.

Bredart A, Razavi D, Robertson C, et al. Assessment of quality of care in an oncology institute using information on patients’ satisfaction. *Oncology*. 2001;61:120–128.

Bredart A, Robertson C, Razavi D, et al. Patients’ satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. *Psychooncology*. 2003;12:68–77.

Carey R.G. & Seibert J.H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*. 31(9): 834-845

DeVita Jr V, Chu E. “A History of Cancer Chemotherapy” *Cancer Research* Nov 2008, 68; 8643

D’haese S, Vinh-Hung V, Bijdekerke P, et al. “The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy”. *J Cancer Educ*. 2000;15:223–227.

Donabedian A., The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*, 1997

Egan M, Dowling M. “Patients’ satisfaction with a nurse-led oncology service” *Br J Nurs*. 2005;14:1112–1116.

Feyer P, Kleeberg UR, Steingraber M, Gunther W, Behrens M. Frequency of side effects in outpatient cancer care and their influence on patient satisfaction-a prospective survey using the PASQOC(R) questionnaire. *Support Care Cancer*. 2008;16:567–575.

Famiglietti M. R., Neal C.E, Edwards T., Buchholz A. T., Determinants of patient satisfaction during receipt of radiation therapy. Article in *International Journal of radiation oncology, biology, physics*. September 2013

Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3<sup>rd</sup> Edition)* European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.

Ferrans C.E, “Quality of life: conceptual issues” *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4) (1990), pp. 248–254

Fossa SD, Hjermsstad MJ, Mork IH, Hjortdahl P. Does the service at a large oncologic outpatient clinic satisfy the patients’ perceived need. *Int J Health Care Qual Assur*. 1996;9:24–29

French J., McGahan E. C. Measuring patient satisfaction with radiation therapy service delivery. Article in *Healthcare Management Forum*, December 2009.

Hawkes Nigel “History of cancer treatment” *Raconteur*, June 4<sup>th</sup>, 2015

Hughes Gerard J. *The routledge guidebook to Aristotle’s Nicomachean Ethics*. 11 Feb 2013

Gesell SB, Gregory N. “Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care” *J Nurs Care Qual*. 2004;19:226–233.

Groff SL, Carlson LE, Tsang K, Potter BJ. Cancer patients’ satisfaction with care in traditional and innovative ambulatory oncology clinics. *J Nurs Care Qual*. 2008;23:251–257.

Grytten J., Carlsen F. Skau I. *Service Production and Patient Satisfaction in Primary Care*. Norwegian University of Science and Technology. 8/2007

Homer. *Iliad*. [Translated by WHD Rouse] New York: A Signet Classic. New American Library; 1966. p. 36.

Guzman PM, Sliepcevich EM, Lacey EP “Tapping patient satisfaction a strategy for quality assessment. 1988. Elsevier

Gvozdenovic B., Gajic T., Gajic Stamaovic B., McCormick P. B. Validation on a patient satisfaction questionnaire in primary health care. Article in *Public Health*. July 2012

Johnson JR, Temple R. “Food and Drug administration requirements for approval of new anticancer drugs”, *Cancer Treatment Report*, 1985, 69:1115-1117

Kamimura A., Ashbey J., Myers K. Satisfaction with Healthcare Services among Free Clinic Patients. Article in *Journal of Community Health*. June 2014

Kaplan RM., Bush JW. (1982) “Health related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis” *Health Psychology* 1982, 1:61-80

Kavadas V, Barham CP, Finch-Jones MD, et al. “Assessment of satisfaction with care after inpatient treatment for oesophageal and gastric cancer” *Br J Surg.* 2004;91:719–723

Kleeberg UR, Feyer P, Gunther W, Behrens M. Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC(R) questionnaire. *Support Care Cancer.* 2008;16:947–954.

Lakhtakia R. “A brief History of Breast Cancer Part I: Surgical domination reinvented” *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2014 May; 14(2): e166–e169.

Landen CN, Jr, Younger NO, Collins Sharp BA, Underwood PB. Cancer patients’ satisfaction with physicians: Princess Margaret Hospital Satisfaction with Doctor Questionnaire results. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:1177–1179.

Lewison EF. The surgical treatment of breast cancer; an historical and collective review. *Surgery.* 1953;34:904–53.

Lubeck P. D., Mathias S. D. An instrument to measure patient satisfaction with healthcare in an observational database: Results of a validation study using data from CaPSURE(TM). Article in *The American Journal of Managed Care.* February 2000

[Lis](#) CG, [Rodeghier](#) M, [Gupta](#) D. “Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature” *Patient Prefer Adherence.* 2009; 3: 287–304.

Marten-Mitag B., Shaffer C., Dinkel A. Patient satisfaction during radiation therapy. Correlates and patient suggestions. Article in *Strahlentherapie und Onkologie,* February 2012

McCall Storrs. What is Quality of life? *Philosophics* 25, 1980 (1), pp 5-14

Michelle J. Naughton, Kathryn E. Weaver, Physical and Mental Health Among Cancer Survivors: Considerations for Long-Term Care and Quality of Life, July, August 2014

Moons P., Budts W., De Geest S. (2006) “Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches” *International Journal of Nursing Studies.* 43(7): 891-901

Mousas B. “Quality of life in Oncology trials: A clinical guide. *Semin Radiat Oncol* 2003, 13:235-247

Nelson C. & Neiderberger J. (1990). Patient satisfaction Surveys: On opportunity for Total Quality Improvement. *Hospital & Health Services Administration.* 35(3): 409-427

Nightingale F, Goldie SM. “I have done my duty”: Florence Nightingale in the Crimean War, 1854–1856. Manchester University Press, Manchester, 1987



Ong LML, Visser MRM, Lammes FB “Doctor-Patient communication and cancer patients’ quality of life and satisfaction” *Patient Education and Counseling* 41 (2000) 145-156

Onyeka Ofili. Patient satisfaction in Healthcare Delivery – A review of current approaches and methods. Article in *European Scientific Journal*. September 2014

Papanikolaou V, Ntani S -Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care *International journal of health care* 2008

Papavramidou N., Papavramidis T., Demetriou T. “Ancient Greek and Greco–Roman Methods in Modern Surgical Treatment of Cancer” *Ann Surg Oncol*. 2010 Mar; 17(3): 665–667.

Pascoe G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program planning*, 1983.

Pashtenko H. V., Makarem C. S. Patient satisfaction with healthcare delivery systems. Article in *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. April 2008

Petersen M.B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 2(3): 25-35

Risser NL. “Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings.” *Nursing research*, 1975

Ritu Lakhtakia. A brief History of Breast Cancer Part I, *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2014 May

Sandoval GA, Levinton C, Blackstien-Hirsch P, Brown AD. Selecting predictors of cancer patients’ overall perceptions of the quality of care received. *Ann Oncol*. 2006;17:151–156.

Sandoval GA, Brown AD, Sullivan T, Green E. Factors that influence cancer patients’ overall perceptions of the quality of care. *Int J Qual Health Care*. 2006;18:266–274.

Sherlaw-Johnson C, Datta P, McCarthy M. Hospital differences in patient satisfaction with care for breast, colorectal, lung and prostate cancers. *Eur J Cancer*. 2008;44(11):1559–1565.

Skarstein J, Dahl AA, Laading J, Fossa SD. Patient satisfaction in hospitalized cancer patients. *Acta Oncol*. 2002;41:639–645.

Strasen L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18(11): 5-6

Strasser S., Schweikhart S., Welch G.E., Burge J.C “Satisfaction with Medical Care” *Journal of Health Care Marketing* 1995 15(3): 34-43

Vander Veen L. & Ritz M. (1996). Customer satisfaction: a practical approach for hospitals. *Journal for Healthcare Quality*. (18)2: 10-15

Von Gruenigen VE, Hutchins JR, Reidy AM, et al. Gynecologic oncology patients' satisfaction and symptom severity during palliative chemotherapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:84.

Ware E. J., Davies-Avery A., Stewart L. A. The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature. December 1977

WHO (1993) "Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries: Report of a WHO expert committee", Geneva: WHO Technical Report Series 831

WHO (2006) "Quality of care: a process for making strategic choices in health systems"

Yang J.H., Yoon J.A. "Factors affecting the customer satisfaction of cancer patient" *Advanced Science and Technology letters Vol 88 (Healthcare and Nursing 2015)* 176-180

Yfantopoulos J. (2001) "The social quality of life", *Archives of Hellenic Medicine* 18(2) 106-113

Zautra A., Goodhart D. Quality of life indicators: a review of literature. 1979

Zhan L., "Quality of life: conceptual and measurement issues" *Journal of Advanced Nursing*, 17 (7) (1992), pp. 795–800

Zissiadis Y, Provis A, Harper E, et al. Patient satisfaction in radiation oncology. *Australas Radiol*. 2006;50:455–462.

## **4.2 Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία**

Αλουμάνης Π «Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης» Αθηνά 2002:ΙΚΑ

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα, σελ 50-54

Καμπερόπουλος Δ. «Παύλος Αιγινίτης» 2004, *Ιστορικά, Ελευθεροτυπία*, αρ.227 σελ 38-41

Λαζάρου Π., Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών ,Απλή Σφυγμομέτρηση ή Εργαλείο Αποτίμησης και Διασφάλισης Ποιότητας ; περ. *Επιθεώρηση Υγείας* ,τεύχος Ιανουάριος Φεβρουάριος 2001

Μούκερτζι Σ. «Η μεγάλη ασθένεια: Βιογραφία του καρκίνου» *Μετάφραση: Τσιλεδάκη Σ., Φασούλη Ν. Εκδόσεις Μεταίχμιο*. 2013

Nelson A., Η Μέτρηση της Απόδοσης και η Βελτίωση της Ποιότητας , περ.Επιθεώρηση Υγείας , Σεπτ-Οκτ 1996

Οικονόμου Γ.Β., Καλόφωνος Χ.Π. «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών στα πλαίσια της κλινικής έρευνας» 2003 Βήμα Κλινικής Ογκολογίας Τόμος 2

Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν. «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της» Archives of Hellenic Medicine 2012

Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Το Βημα του Ασκληπιού 2005, 4(2): 93

Ρηγάτος Γ. «Ψυχοκοινωνική Ογκολογία» Ascent 2000 Αθήνα

Ρηγάτος Γ. «Εγκόλπιο Ογκολογίας» Τρίτη έκδοση, ASCENT 2006 Αθήνα

Ρηγάτος Γ. «Η ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς και της οικογένειας του» «Κλινική Ογκολογία, Τόμος Α΄» Εκδόσεις Touristorama, Αθήνα 2007 Κεφάλαιο 23, 395-400

Ρεπάσος Ε., Παναγός Γ. «Ποιότητα ζωής και κατάσταση λειτουργικής ικανότητας». Εισ «Κλινική Ογκολογία, τόμος Α΄» Εκδόσεις Touristorama, Αθήνα 2007, Κεφάλαιο 21, 377-385

Sobin L. Wittekind C, 2001 «TNM Ταξινόμηση των Κακοήθων Όγκων». Εκδόσεις Παρισιάνου

Stein J.H. (1994) «Παθολογία» 4<sup>η</sup> έκδοση Τόμος II Αιματολογία και Ογκολογία. 40-76

Τούντας Γ. (2008) Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Οδυσσέας

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» Archives of Hellenic Medicine 2001

#### **4.3 Ιστοσελίδες**

<http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/historyofcancer/>

<http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/the-history-of-cancer-cancer-treatment-radiation>

<http://www.crystalinks.com/egyptmedicine.html>

Cyprus Medical Museum “Milestones in Radiotherapy in Cyprus”

<http://www.cyprusmedicalmuseum.org/images/exhibits/Milestones%20in%20Radiotherapy%20in%20Cyprus.pdf>

UC San Diego School of Medicine. Health Sciences “History of Radiation Therapy”

<http://healthsciences.ucsd.edu/som/radiation-medicine/about/Pages/history-radiation-therapy.aspx>

<http://www.kathimerini.gr/487918/article/politismos/arxeio-politismoy/karkinos-as8eneia-apo-to-2625-px>

## 5 Παράρτημα

### 5.1 Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης

#### ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΚΥΠΡΟΥ

**Έρευνα Αξιολόγησης του βαθμού Ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο τμήμα Ακτινοθεραπείας του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου.**

- Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας το κατάλληλο τετράγωνο. (με X)
- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πρέπει να γίνει από τον ασθενή που έλαβε Ακτινοθεραπεία.
- Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Κανένα από τα στοιχεία του ασθενούς δε θα δημοσιοποιηθεί.

#### **Μέρος Α:**

##### **Δημογραφικά στοιχεία:**

1. Φύλο ασθενούς: Άρρεν  Θήλυ
2. Ηλικία: 18-30  31-45  46-60  61-75  76 και άνω
3. Εκπαίδευση
- Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο  Ανώτατη Σχολή

##### **Κλινικά στοιχεία:**

4. Ποια είναι η νόσος σας; (Π.χ. Καρκίνος Μαστού)
- 

5. Γνωρίζετε το στάδιο της νόσου; Αν ναι συμπληρώστε με X το κατάλληλο τετραγωνάκι.

Στάδιο I  Στάδιο II  Στάδιο III  Στάδιο IV

6. Παράλληλα με την ακτινοθεραπεία λαμβάνετε και χημειοθεραπεία;

Ναι  Όχι

**Μέρος Β:**

1. Είστε ικανοποιημένοι με τον αριθμό των πληροφοριών που σας δόθηκαν όσον αφορά τη φύση και την έκταση της ασθένειας σας;

Καθόλου ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Λίγο ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Μετρίως ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Αρκετά ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>

2. Οι πληροφορίες που σας δόθηκαν ήταν κατανοητές; Σε ποιο βαθμό;

Καθόλου κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Λίγο κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Μετρίως κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Αρκετά κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Πολύ κατανοητές	<input type="checkbox"/>

3. Είστε ικανοποιημένοι με τον αριθμό των πληροφοριών που σας δόθηκαν όσον αφορά τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας;

Καθόλου ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Λίγο ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Μετρίως ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Αρκετά ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>

4. Οι πληροφορίες που σας δόθηκαν για τη θεραπευτική διαδικασία ήταν κατανοητές; Σε ποιο βαθμό;

Καθόλου κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Λίγο κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Μετρίως κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Αρκετά κατανοητές	<input type="checkbox"/>
Πολύ κατανοητές	<input type="checkbox"/>

5. Είστε ικανοποιημένοι με την ενημέρωση που έγινε σε σας για τις πιθανές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας;

Καθόλου ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Λίγο ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Μετρίως ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Αρκετά ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>

6. Οι πληροφορίες που σας δόθηκαν για τις παρενέργειες ήταν κατανοητές; Σε ποιο βαθμό;

Καθόλου κατανοητές

Λίγο κατανοητές

Μετρίως κατανοητές

Αρκετά κατανοητές

Πολύ κατανοητές


**Μέρος Γ:**

1. Είστε ικανοποιημένοι με τη βοήθεια που σας δόθηκε για την αντιμετώπιση των παρενεργειών που εμφανίστηκαν κατά τη θεραπεία σας; Συμπληρώστε X μόνο αν έχουν εμφανιστεί παρενέργειες από τη θεραπεία.

Καθόλου ικανοποιημένοι

Λίγο ικανοποιημένοι

Μετρίως ικανοποιημένοι

Αρκετά ικανοποιημένοι

Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


2. Σε περίπτωση που είχατε απορίες σχετικά με τη θεραπεία σας και τις παρενέργειες της, σας βοήθησε το κατάλληλο προσωπικό στην επίλυση τους;

Καθόλου

Λίγο

Μετρίως

Αρκετά

Πολύ


3. Είστε ικανοποιημένοι με τις πληροφορίες που σας δόθηκαν για τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται στους καρκινοπαθείς; ( όπως διατροφολόγος, ψυχολόγος, νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι)

Καθόλου ικανοποιημένοι

Λίγο ικανοποιημένοι

Μετρίως ικανοποιημένοι

Αρκετά ικανοποιημένοι

Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


4. Είστε ικανοποιημένοι όσον αφορά το χρόνο αναμονής για το ραντεβού σας με τον ιατρό;

Καθόλου ικανοποιημένοι

Λίγο ικανοποιημένοι

Μετρίως ικανοποιημένοι

Αρκετά ικανοποιημένοι

Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


5. Είστε ικανοποιημένοι όσον αφορά το χρόνο αναμονής για τη θεραπεία σας;

Καθόλου ικανοποιημένοι  
Λίγο ικανοποιημένοι  
Μετρίως ικανοποιημένοι  
Αρκετά ικανοποιημένοι  
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


6. Είστε ικανοποιημένοι με την ώρα του ραντεβού σας για θεραπεία;

Καθόλου ικανοποιημένοι  
Λίγο ικανοποιημένοι  
Μετρίως ικανοποιημένοι  
Αρκετά ικανοποιημένοι  
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


7. Είστε ικανοποιημένοι όσον αφορά το χρόνο που περιμένατε για το ραντεβού σας για το σχεδιασμό της θεραπείας σας;

Καθόλου ικανοποιημένοι  
Λίγο ικανοποιημένοι  
Μετρίως ικανοποιημένοι  
Αρκετά ικανοποιημένοι  
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


### **Μέρος Δ:**

1. Πιστεύετε ότι το προσωπικό σας συμπεριφέρθηκε με ευγένεια και σεβασμό; Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι;

Καθόλου ικανοποιημένοι  
Λίγο ικανοποιημένοι  
Μετρίως ικανοποιημένοι  
Αρκετά ικανοποιημένοι  
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


2. Είστε ικανοποιημένοι με τους χώρους αναμονής (καθαριότητα, εμφάνιση, λειτουργικότητα) ;

Καθόλου ικανοποιημένοι  
Λίγο ικανοποιημένοι  
Μετρίως ικανοποιημένοι  
Αρκετά ικανοποιημένοι  
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


**Μέρος Ε:**

1. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι συνολικά από όλες τις υπηρεσίες του τμήματος της Ακτινοθεραπείας;

Καθόλου ικανοποιημένοι  
Λίγο ικανοποιημένοι  
Μετρίως ικανοποιημένοι  
Αρκετά ικανοποιημένοι  
Εξαιρετικά ικανοποιημένοι


**Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!**



## 5.2 Ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας μέσα σε ένα κύκλο τον αριθμό 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:

Τη χρονολογία

(ημέρα, μήνα, έτος):

Καθόλου (1), Λίγο (2), Αρκετά (3), Πολύ (4)

1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως όταν κουβαλάτε μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα; 1 2 3 4
2. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μεγάλο περίπατο; 1 2 3 4
3. Αισθάνεστε ενοχλήσεις όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο έξω από το σπίτι; 1 2 3 4
4. Χρειάζεται να μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα κατά τη διάρκεια της ημέρας; 1 2 3 4
5. Χρειάζεστε βοήθεια όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή όταν πηγαίνετε στην τουαλέτα; 1 2 3 4

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας: Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ

6. Περιοριστήκατε στην εργασία σας ή σε άλλες καθημερινές ασχολίες σας; 1 2 3 4
7. Περιοριστήκατε στις ερασιτεχνικές σας ασχολίες ή σε άλλες δραστηριότητες του ελεύθερού σας χρόνου; 1 2 3 4
8. Λαχανιάσατε; 1 2 3 4
9. Πονέσατε; 1 2 3 4
10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση; 1 2 3 4
11. Είχατε αϋπνίες; 1 2 3 4
12. Αισθανθήκατε αδυναμία; 1 2 3 4
13. Είχατε ανορεξία; 1 2 3 4
14. Είχατε τάση για εμετό; 1 2 3 4
15. Κάνατε εμετό; 1 2 3 4
16. Είχατε δυσκοιλιότητα; 1 2 3 4

Παρακαλείστε να συνεχίσετε στην επόμενη σελίδα

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας: Καθόλου (1), Λίγο (2), Αρκετά (3), Πολύ (4)

17. Είχατε διάρροια; 1 2 3 4

18. Αισθανόσασταν κουρασμένος/η; 1 2 3 4

19. Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια των καθημερινών σας ασχολιών; 1 2 3 4

20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση; 1 2 3 4

21. Αισθανόσασταν υπερένταση; 1 2 3 4

22. Αισθανόσασταν στεναχώρια; 1 2 3 4

23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η; 1 2 3 4

24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη; 1 2 3 4

25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα; 1 2 3 4

26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή; 1 2 3 4

27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, εμπόδισαν τις κοινωνικές σας εκδηλώσεις (κοινωνική ζωή); 1 2 3 4

28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνατε για τη θεραπεία σας, σας προξένησαν οικονομικές δυσκολίες; 1 2 3 4

Για τις επόμενες ερωτήσεις παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα από το 1 έως 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 (1) Εξαιρετική (7)

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

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ κακή (1) Εξαιρετική (7)