



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καθηγητής κ. ΤΖΩΡΤΖΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Διδακτορική Διατριβή

«Διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο προστάτη που διαβιούν στην κοινότητα και των συντρόφων τους και αξιολόγηση της χρήσης των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή κλινική πρακτική των επιστημόνων υγείας»

υπό

ΒΗΣΣΑΡΙΩΝΑ Ι. ΜΠΑΚΑΛΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΕ, MSc

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2023

© 2023 ΒΗΣΣΑΡΙΩΝ Ι. ΜΠΑΚΑΛΗΣ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

- 1^{ος} Εξεταστής (Επιβλέπων/-ουσα)** **Βασίλειος Τζώρτζης**
Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 2^{ος} Εξεταστής** **Γεώργιος Τζοβάρας**
Καθηγητής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 3^{ος} Εξεταστής** **Αναστάσιος Καρατζάς**
Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 4^{ος} Εξεταστής** **Σωκράτης Βαρντιμίδης**
Καθηγητής Ορθοπαιδικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 5^{ος} Εξεταστής** **Δημήτριος Ζαχαρούλης**
Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 6^{ος} Εξεταστής** **Ιωάννης Ζάχος**
Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 7^{ος} Εξεταστής** **Δημήτριος Συμεωνίδης**
Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πάντα εν μεταβολή· και αυτός συ εν διηνεκεί αλλοιώσει και κατά τι φθορά, και ο κόσμος δε όλος.

Τα εις εαυτόν, θ'19 Μάρκος Αυρήλιος

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελεί το αποκορύφωμα μιας μεγάλης προσωπικής προσπάθειας αλλά ταυτόχρονα και μιας συνεχούς συμπαράστασης από πολλούς ανθρώπους τους οποίους και θα ήθελα να τους ευχαριστήσω προσωπικά για την συναισθηματική και πνευματική τους υποστήριξη και να τους εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για τη πολύτιμη βοήθειά τους.

Πρώτον απ' όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον επιβλέποντά μου κ. Βασίλειο Τζώρτζη, Καθηγητή Ουρολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ο οποίος μου έδειξε εμπιστοσύνη, με καθοδήγησε και με στήριξε καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής μου προσπάθειας, από τη στιγμή που έγινα δεκτός ως Υποψήφιος Διδάκτορας.

Οφείλω να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως τον Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Γεώργιο Τζοβάρα για τη συμμετοχή του στην τριμελή επιτροπή, την υποστήριξη και τις πολύτιμες επισημάνσεις του.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Αναπληρωτή Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Αναστάσιο Καρατζά για τη συμμετοχή του στην τριμελή επιτροπή, για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους Καθηγητές του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κκ Σωκράτη Βαρυτιμίδα και Δημήτριο Ζαχαρούλη που με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην επταμελή εξεταστική επιτροπή της διδακτορικής μου διατριβής.

Ευχαριστώ ακόμη τους Επίκουρους Καθηγητές Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κκ. Ιωάννη Ζάχο και Δημήτριο Συμεωνίδα για τη συμμετοχή τους στην επταμελή επιτροπή.

Τέλος το μεγαλύτερο ευχαριστώ ανήκει στα μέλη της οικογένειας μου στα οποία και αφιερώνεται η παρούσα διατριβή. Πρώτα από όλα στη μητέρα μου Αικατερίνη και στον πάτερα μου Ιωάννη, οι οποίοι με δίδαξαν από παιδί την αξία του να “αγωνίζεσαι”. Στάθηκαν στο πλευρό μου πραγματικοί συνοδοιπόροι καθ’ όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και όχι μόνο.

Ευχαριστώ τον πολυαγαπημένο μου αδελφό Χρήστο, ο οποίος άκουγε τις ανησυχίες μου, και στήριζε πάντα τα όνειρά μου.

Τέλος, ένα πολύ μεγάλο, βαθύ και θερμό ευχαριστώ οφείλω στη σύζυγο μου Χαρά, που χωρίς την αγάπη και τη συμπαράστασή της, η εκπόνηση και η ολοκλήρωση της διατριβής μου δε θα ήταν ποτέ δυνατή.

ΒΗΣΣΑΡΙΩΝ Ι. ΜΠΑΚΑΛΗΣ

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Προσωπικά Στοιχεία

Όνοματεπώνυμο	Βησσαρίων Μπακάλης
Όνομα Πατρός	Ιωάννης
Όνομα Μητρός	Αικατερίνη
Τόπος Γεννήσεως	Λάρισα
Ημερομηνία Γεννήσεως	28 Οκτωβρίου 1987
Υπηκοότητα	Ελληνική
Διεύθυνση κατοικίας	Μεσσηνίας 7, 41335 Λάρισα
Τηλέφωνο	6988067614
Ηλεκτρονική διεύθυνση	vbakalis@uth.gr

Διδακτικό έργο στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών

Προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας

- Συνεπικούρηση στην κλινική άσκηση των φοιτητών (2017-2018), συνολικά για 2 εξάμηνα στα ακόλουθα μαθήματα:
 - ✓ Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού
 - ✓ Επείγουσα Νοσηλευτική – ΜΕΘ
 - ✓ Χειρουργική Νοσηλευτική ΙΙ
 - ✓ Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
- Συνεπικούρηση στην κλινική άσκηση των φοιτητών (2019-2020), συνολικά για 2 εξάμηνα στα ακόλουθα μαθήματα:
 - ✓ Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού
 - ✓ Χειρουργική Νοσηλευτική ΙΙ

- Συνεπικουρήση στην κλινική άσκηση των φοιτητών (2020-2021), συνολικά για 2 εξάμηνα στα ακόλουθα μαθήματα:
 - ✓ Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιού
 - ✓ Επείγουσα Νοσηλευτική – ΜΕΘ
 - ✓ Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

Προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

- Συνεπικουρήση στην εργαστηριακή άσκηση των φοιτητών (2019-2020), συνολικά για 1 εξάμηνο στο ακόλουθο μάθημα:
 - ✓ Κοινωνική Νοσηλευτική
- Συνεπικουρήση στην εργαστηριακή άσκηση των φοιτητών (2020-2021), συνολικά για 2 εξάμηνα στο ακόλουθα μαθήματα:
 - ✓ Παθολογική Νοσηλευτική Ι
 - ✓ Νοσηλευτική Φροντίδα ηλικιωμένων και Χρονίως Πασχόντων
 - ✓ Κοινωνική Νοσηλευτική
 - ✓ Παθολογική Νοσηλευτική ΙΙ
- Συνεπικουρήση στην εργαστηριακή άσκηση των φοιτητών (2021-2022), συνολικά για 1 εξάμηνο στο ακόλουθα μαθήματα:
 - ✓ Παθολογική Νοσηλευτική Ι
 - ✓ Πρώτες Βοήθειες - Επείγουσα Νοσηλευτική
- Συνεπικουρήση στην εργαστηριακή άσκηση των φοιτητών (2022-2023), συνολικά για 2 εξάμηνα στο ακόλουθα μαθήματα:
 - ✓ Παθολογική Νοσηλευτική Ι
 - ✓ Παθολογική Νοσηλευτική ΙΙ
 - ✓ Πρώτες Βοήθειες - Επείγουσα Νοσηλευτική
- Διάλεξη στα πλαίσια του μαθήματος «Παθολογική Νοσηλευτική Ι» με θέμα «Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενή με ΑΕΕ»

Ανακοινώσεις - εισηγήσεις σε ελληνικά συνέδρια, σεμινάρια και ημερίδες, με σύστημα κριτών, με δημοσίευση περίληψης εργασίας σε πρακτικά συνεδρίων ή σε τόμο περιλήψεων ή σε CD- περιλήψεων

1. **Β. Μπακάλης Β**, “Ασφάλεια και προφύλαξη του νοσηλευτή από αιματογενώς μεταδιδόμενες λοιμώξεις”. 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Φοιτητών Νοσηλευτικής. Αθήνα, 9-11.12.2005.
2. Χ. Τσίρος, **Α. Μπακάλης**, Ι. Σταθούλης, Σ. Ζυγά, “Το φαινόμενο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε νοσηλευτές κλειστών τμημάτων”. 1^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό και Επαγγελματικό Συνέδριο Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Λευκάδα, 12-15.5.2008. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 29
3. **Α. Μπακάλης**, Σ. Αρμπούζης, Ι. Σταθούλης, Σ. Ζυγά, “Αυτοαντίληψη νοσηλευτών και νοσηλευτική πρακτική”. 1^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό και Επαγγελματικό Συνέδριο Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος. Λευκάδα, 12-15.5.2008. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 10
4. Π. Σαράφης, Μ. Μαλλιάρου, Δ. Ριζικού, Χ. Γεωργίου, **Β. Μπακάλης**, Π. Κολοβός, Σ. Ζυγά, “Συγκριτική ανάλυση κριτηρίων επιλογής φοίτησης σε Τμήματα Νοσηλευτικής Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης”. 2^ο Πανελλήνιο και 1^ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό και Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Ρόδος, 12-15.5.2009. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 73
5. **Β. Μπακάλης**, Κ. Ζαφειροπούλου, “Οι τέχνες ως μέσο θεραπείας στην Νοσηλευτική”. 2^ο Πανελλήνιο & 1^ο Πανευρωπαϊκό Επιστημονικό & Επαγγελματικό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Ρόδος, 12-15.5.2009. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 61
6. **Β. Μπακάλης**, Δ. Τσιμπίδα, “Η μουσική ως μέσο θεραπείας σε παιδιά με ειδικές ικανότητες”. 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων. Λάρισα, 28-30.03.2013.
7. **Β. Μπακάλης**, “Έκφοβισμός στο χώρο εργασίας (bullying). Ο ρόλος του νοσηλευτή – συμβούλου”. 25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. Καστοριά, 9-12.10.2014. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 10
8. **Β. Μπακάλης**, “Μη φαρμακευτικοί τρόποι διαχείρισης του παιδιατρικού πόνου στο τμήμα επειγόντων περιστατικών”. 7^ο Επιστημονικό Συμπόσιο Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, ΕΣΝΕ. Λάρισα, 7-9.11.2014. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 16

9. **B. Μπακάλης**, “Φωτοδυναμική κυστεοσκόπηση. Ο ρόλος του περιεγχειρητικού νοσηλευτή”. 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ. Βόλος, 24 – 27.09.2015. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 17
10. Δ. Ζαχαρούλης, Ε. Σιώκα, **B. Μπακάλης**, Ε. Ζαχαρή, Δ. Τσιμπίδα, Γ. Κατσογριδάκη, Γ. Τζοβάρας, “Απήχηση της βαριατρικής χειρουργικής στην ιατρική κοινότητα”. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής της Παχυσαρκίας, Λάρισα 2-3.10.2015. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 7
11. **B. Μπακάλης**, Ε. Σιώκα, Ε. Ζαχαρή, Γ. Κατσογριδάκη, Γ. Τζοβάρας, Δ. Ζαχαρούλης, “Περιεγχειρητική φροντίδα του νοσογόνα παχύσαρκου ασθενή. Ο ρόλος του νοσηλευτή”. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής της Παχυσαρκίας, Λάρισα 2-3.10.2015. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ.15
12. Ε. Σιώκα, Γ. Τζοβάρας, Γ. Κατσογριδάκη, **B. Μπακάλης**, Σ. Μπαμπαλίτσα, Ε. Ζαχαρή, Δ. Ζαχαρούλης, “Επιθυμία για πλαστικές επανορθωτικές επεμβάσεις μετά από λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή”. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής της Παχυσαρκίας, Λάρισα 2-3.10.2015. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ.16
(ΒΡΑΒΕΥΣΗ)
13. **B. Μπακάλης**, “Πρόληψη χειρουργικών λοιμώξεων: Συνεχιζόμενη φροντίδα”. 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Καβάλα 13-16.10.2016. Τόμος περιλήψεων – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 20
14. **B. Μπακάλης**, “Προεγχειρητική φροντίδα παιδιού. Στρατηγικές βελτίωσης”. 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Καβάλα 13-16.10.2016. Τόμος περιλήψεων – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 24
15. **B. Μπακάλης**, Χ. Μπακόλα, “Ακτινοπροστασία στο χώρο του χειρουργείου”. 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Καβάλα 13-16.10.2016. Τόμος περιλήψεων – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 47
16. **B. Μπακάλης**, “Παρηγορητικές χειρουργικές παρεμβάσεις: Η συμβολή τους στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο.” 5^ο Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, ΕΣΝΕ, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Λάρισα 13-15.10.2017 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 11
17. **B. Μπακάλης**, Χ. Μπακόλα, “Οι επιπτώσεις του θορύβου στην επαγγελματική απόδοση και ασφάλεια των νοσηλευτών χειρουργείου.” 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Καλαμάτα 19-22.10.2017. Τόμος περιλήψεων – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 11

- 18. Β. Μπακάλης**, Χ. Μπακόλα, “Η επικοινωνία στο περιεγχειρητικό περιβάλλον” 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Καλαμάτα 19-22.10.2017. Τόμος περιλήψεων – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 27
- 19. Β. Μπακάλης**, Χ. Μπακόλα, “ Σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής στο χώρο του χειρουργείου. Συστηματική ανασκόπηση” 29^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Λευκάδα 18-21.10.2018. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 11
- 20. Β. Μπακάλης**, Χ. Μπακόλα, “Η επίδραση της πληροφορικής στην Περιεγχειρητική Νοσηλευτική” 30^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., Ιωάννινα 10 -13.10.2020 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 16
- 21. Α. Κολοβού, Β. Μπακάλης**, “Επείγον περιστατικό σε ανοιχτή προνοιακή δομή” 2η Επιστημονική Νοσηλευτική Διημερίδα Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής (TEEN) ΕΣΝΕ – Περιφερειακού Τμήματος (ΠΤ) ΕΣΝΕ Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 22-23.11.2019. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 8
- 22. Β. Μπακάλης**, Χ. Μπακόλα, “Covid19 – Επείγουσα χειρουργική επέμβαση, Συστηματική ανασκόπηση” 31^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., 3-6.09.2020. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 12
- 23. Βησσαρίων Μπακάλης**, Χαμαϊδή Μπακόλα “Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΛΑΘΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ” 32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., 7-10.10.2021. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 21
- 24. Βησσαρίων Μπακάλης**, Χαμαϊδή Μπακόλα “Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ” 32^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ., 7-10.10.2021. Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 21
- 25. Τσιμπίδα Διαλεχτή**, Πασχαλίδου Ιωάννα-Χρύσα, Γκιπάτα Χρυσούλα, **Μπακάλης Βησσαρίων**, Γκουλέτσα Κρυσταλλία “ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΙΚΟΥ ΩΡΑΡΙΟΥ ΣΤΟΝ ΚΙΡΚΑΔΙΟ ΡΥΘΜΟ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ” 49^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, 18-21.05.2022 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 42
- 26. Β. Μπακάλης** “ΕΜΒΟΛΙΑ: ΧΤΕΣ-ΣΗΜΕΡΑ-ΑΥΡΙΟ” 49^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, 18-21.05.2022 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ. 78

27. **Β. Μπακάλης** “ Ο ρόλος του συντρόφου - φροντιστή στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο προστάτη” 4^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νοσηλευτικών Ερευνών του Ινστιτούτου Υγείας. 10-13.06.2022 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ.15
28. Κ. Γκουλέτσα, Δ. Τσιμπίδα, Χ. Γκιπάτα, **Β. Μπακάλης**, Ι. Πασχαλίδου, Ι. Παπαθανασίου, Κ. Τσάρας “ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕΘ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19: ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ” 4^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νοσηλευτικών Ερευνών του Ινστιτούτου Υγείας. 10-13.06.2022 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ.33 **ΒΡΑΒΕΥΣΗ**
29. Χ. Γκιπάτα, Δ. Τσιμπίδα, Κ. Γκουλέτσα, Β. Μπακάλης, Ι. Πασχαλίδου, Ε. Φραδέλος, Κ. Τσάρας “ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕΘ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19: ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ” 4^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νοσηλευτικών Ερευνών του Ινστιτούτου Υγείας. 10-13.06.2022 Τελικό πρόγραμμα – ηλεκτρονική μορφή. Σελ.33

Ανακοινώσεις - εισηγήσεις σε ξενόγλωσσα συνέδρια, σεμινάρια και ημερίδες, με σύστημα κριτών, με δημοσίευση περίληψης εργασίας σε πρακτικά συνεδρίων ή σε τόμο περιλήψεων ή σε CD- περιλήψεων

Ferekidou E., Tsironi M., Papagianni A., **Bakalis V.**, Lampas E., Tsilafakis K., Zyga S. Bloodstream infections: Nurses’ safety and precaution in nursing practice. A comparative study. 5th Conference of the German-Greek Academy for Biomedical Research, University of Athens, Athens, 16-17.6.2006.

Πρωτότυπες ελληνικές επιστημονικές δημοσιεύσεις, σε ειδικά επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών, σε διεθνείς βάσεις δεδομένων

1. **Β. Μπακάλης** (2015). Εκφοβισμός στο χώρο εργασίας (bullying). Ο ρόλος του νοσηλευτή – συμβούλου. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 4(2): 66-72
2. **Β. Μπακάλης** (2019). Η Επικοινωνία στο Περιεγχειρητικό Περιβάλλον. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 8(1): 54-60

Πρωτότυπες ξενόγλωσσες επιστημονικές δημοσιεύσεις, σε διεθνούς κύρους ειδικά επιστημονικά περιοδικά με σύστημα κριτών, σε διεθνείς βάσεις δεδομένων

1. **Bakalis V.**, Malliarou M., Theofilou P, Zyga S. (2014). Improvement of diabetic patients nursing care by the development of educational programmes. *Health Psychology Research* 2:931: 13-15 (Indexed in DOAJ, PubMed, Member of crossref) DOI: <http://dx.doi.org/10.4081/hpr.2014.931>
2. [Sioka E](#), [Tzouvaras G](#), [Katsogridaki G](#), **Bakalis V**, [Bampalitsa S](#), [Zachari E](#), [Zacharoulis D](#) (2015). Desire for Body Contouring Surgery After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Aesthetic Plastic Surgery* 2015 Dec; 39(6):978-84 (Indexed in DOAJ, PubMed, Member of crossref) doi:10.1007/s00266-015-0561-1
3. Zacharoulis, D., **Bakalis, V.**, Zachari, E., Sioka, E., Tsimpida, D., Magouliotis, D., Tasiopoulou, V., Chatedaki, C. and Tzouvaras, G. (2017), Current knowledge and perception of bariatric surgery among Greek doctors living in Thessaly. *Asian J Endosc Surg.* doi:10.1111/ases.12436
4. Sioka E., Tzouvaras G., Perivoliotis K., **Bakalis V.**, Zachari E., Magouliotis D., Tassiopoulou V., Potamianos S., Kapsoritakis A., Poultzidi A., Tepetes K., Chatzitheofilou C., Zacharoulis D. “Impact of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy on Gastrointestinal Motility,” *Gastroenterology Research and Practice*, vol. 2018, Article ID 4135813, 17 pages, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/4135813>.
5. PRAPA, P., PAPATHANASIOU, I., **BAKALIS, V.**, MALLI, F., PAPAGIANNIS, D., FRADELLOS, E.. Quality of Life and Psychological Distress of Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *World Journal of Oncology, North America*, 12, may. 2021. Available at: <<https://wjon.org/index.php/wjon/article/view/1371>>. Date accessed: 17 May. 2021.
6. Fradelos EC, Albani E, Papathanasiou IV, Prapa PM, Tsomaka E, **Bakalis V**, Artemi S, Lavdaniti M. Spiritual Needs of Lung Cancer Patients and Their Relation to Psychological Distress and Quality of Life. *Cureus*. 2021 Dec 7;13(12): e20225. doi: 10.7759/cureus.20225. PMID: 35004042; PMCID: PMC8733845.
7. Mitsogiannis IC, Mitsogianni M, Bakalis V, Tzortzi de Paz A, Vlachostergios PJ, Tzortzis V. Health-Related Quality of Life Assessment in Daily Urologic Practice: A Survey of Greek Urologists. *Res Rep Urol*. 2022 Mar 17; 14:71-78. doi: 10.2147/RRU.S354925. PMID: 35321536; PMCID: PMC8937306.
8. Fradelos EC, Montegrigo J, Cornelius J, Bakalis V, Malliarou M, Papathanasiou IV, Fasoi G, Kelesi M, Kaba E, Alikari V. Translation and Validation of Nursing Students’

Knowledge and Attitudes of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Health Concerns Survey in the Greek Language. *Healthcare*. 2022; 10(12):2547. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122547>

9. Bakalis, V., Gkouletsa, K., Paschalidou, I.-C., Tsimpida, D. (2023). Occupational Burnout & Sleep disorder in nurses during the pandemic COVID-19. *International Journal of Clinical Studies and Medical Case Reports*, 24(3). <https://doi.org/10.46998/ijcmcr.2023.24.000587>

«Διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο προστάτη που διαβιούν στην κοινότητα και των συντρόφων τους και αξιολόγηση της χρήσης των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή κλινική πρακτική των επιστημόνων υγείας»

ΒΗΣΣΑΡΙΩΝ Ι. ΜΠΑΚΑΛΗΣ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2023

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Βασίλειος Τζώρτζης** Καθηγητής Ουρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Επιβλέπων)
2. **Γεώργιος Τζοβάρας** Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
3. **Αναστάσιος Καρατζάς** Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Περίληψη

Η ριζική προστατεκτομή είναι μία βαρύτατη επέμβαση η οποία εμφανίζει μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παρόλα αυτά αναφέρεται να μην επηρεάζει τη γενική ποιότητα ζωής. Σε αυτή τη διδακτορική διατριβή, διερευνήθηκε η μεταβολή των αντιλήψεων των ασθενών με καρκίνο προστάτη για την ποιότητα ζωής τους μετά από ριζική προστατεκτομή, και συγκρίθηκε το επίπεδο συμφωνίας των διαπροσωπικών και συναισθηματικών αναγκών τόσο των συντρόφων όσο και των ασθενών. Επιπρόσθετα η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι επί του παρόντος, μια βασική κλινική παράμετρος τόσο στην καθημερινή πρακτική όσο και στην έρευνα. Αν και στο πλαίσιο των κλινικών δοκιμών, τα θέματα ποιότητας ζωής διερευνώνται αυστηρά, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη ανησυχία σχετικά με τη χρήση και τον βαθμό ενσωμάτωσης της αξιολόγησης των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Στη παρούσα διδακτορική διατριβή τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης είναι: α) η επιδείνωση της σεξουαλικής ικανοποίησης των ασθενών που μελετήθηκαν σε επίπεδο στυτικής λειτουργίας όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους, β) η αναγνώριση κυρίως από τους ίδιους τους ασθενείς της βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους μετά την χειρουργική επέμβαση.

Παράλληλα, η παρούσα διδακτορική διατριβή ανέδειξε ότι το περιβάλλον εργασίας είναι ένας σπουδαίος παράγοντας που επηρεάζει όχι μόνο τη συχνότητα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική, αλλά και την απροθυμία των ασθενών να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής. Το τελευταίο ήταν πιο συνηθισμένο στο ιδιωτικό ιατρείο, εύρημα που είναι δύσκολο να ερμηνευθεί, καθώς θα περίμενε κανείς ότι οι ασθενείς θα ήταν πιο πρόθυμοι να ανταποκριθούν σε ένα ιδιωτικό περιβάλλον γραφείου σε σύγκριση με μια πολυάσχολη κλινική. Επιπρόσθετα, η υπ' ομάδα των εκπαιδευόμενων ουρολόγων ανέφεραν έλλειψη χρόνου για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική, κάτι που εξηγείται από το απαιτητικό τους πρόγραμμα. Επιπλέον, έμπειροι (>10 χρόνια πρακτικής άσκησης) Ουρολόγοι θεώρησαν τη διαφορά μεταξύ αξιολόγησης ποιότητας ζωής και

αξιολόγησης συμπτωμάτων λιγότερο εμφανή και χαρακτήρισαν την αξιολόγηση ποιότητας ζωής ως ακατάλληλη για καθημερινή πρακτική. Μια πιθανή εξήγηση αυτού, είναι ότι η βαθμολόγηση της συμπτωματολογίας αντανακλά καλύτερα στην ποιότητα ζωής, χωρίς την ανάγκη χρήσης λεπτομερών ερωτηματολογίων .

Εν κατακλείδι, μέσω αυτής της μελέτης προέκυψαν πληροφορίες και συμπεράσματα σχετικά με τις ψυχολογικές και σεξουαλικές επιπτώσεις της ριζικής προστατεκτομής στους ασθενείς, ώστε να γίνουν κατανοητές για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Επιπλέον αυτή είναι η πρώτη μελέτη που παρέχει μια λεπτομερή εικόνα της στάσης των Ελλήνων Ουρολόγων ως προς τη χρήση της αξιολόγησης ποιότητας ζωής στην καθημερινή τους πρακτική. Συλλογικά, τα αποτελέσματά υποδεικνύουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται καλά αντιληπτή από τους Έλληνες Ουρολόγους, αν και δεν έχει ακόμη επιτύχει σημαντικό βαθμό ενσωμάτωσης στην καθημερινή πρακτική τους, συννηθέστερα λόγω χρονικών περιορισμών και άτυπης αξιολόγησης των συμπτωμάτων.

Abstract

Radical prostatectomy is a serious operation that has postoperative complications. However, it is reported not to affect the general quality of life. In this PhD thesis, we investigated the change in prostate cancer patients' perceptions of their quality of life after radical prostatectomy and compared the level of agreement of interpersonal and emotional needs of both partners and patients. In addition, quality of life assessment is currently, a key clinical parameter in both daily practice and research. Although in the context of clinical trials, quality of life issues are rigorously explored, there is still much concern about the use and extent of integration of quality of life questionnaire assessment into daily clinical practice.

In this PhD thesis the main findings of the study are a) the deterioration of sexual satisfaction of the patients studied in terms of erectile function as assessed by the patients themselves, b) the recognition mainly by the patients themselves of the improvement in their quality of life after surgery.

At the same time, this PhD thesis has shown that the work environment is an important factor influencing not only the frequency of quality-of-life assessment in daily practice, but also the reluctance of patients to complete quality of life questionnaires. The latter was more common in private practice, a finding that is difficult to interpret, as one would expect patients to be more willing to respond in a private office environment compared to a busy clinic. In addition, the subgroup of urology trainees reported a lack of time for quality-of-life assessment in daily practice, which can be explained by their demanding schedule. In addition, experienced (>10 years of practice) urologists considered the difference between quality-of-life assessment and symptom assessment to be less obvious and described quality of life assessment as inappropriate for daily practice. A possible explanation for this is that symptom scoring better reflects quality of life without the need for detailed questionnaires.

In conclusion, through this study, information, and conclusions about the psychological and sexual impact of radical prostatectomy on patients have been obtained to be understood to improve the health care provided.

Furthermore, this is the first study to provide a detailed picture of the attitudes of Greek urologists towards the use of quality-of-life assessment in their daily practice. Collectively, the results suggest that quality of life assessment is well perceived by Greek urologists, although it has not yet achieved a significant degree of integration into their daily practice, most commonly due to time constraints and informal assessment of symptoms.

Πίνακας Περιεχομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ..	23
1.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής	23
1.1.1 Διαστάσεις και δείκτες της ποιότητας ζωής	24
1.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	26
1.2 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία - Ορισμός και χαρακτηριστικά της χρόνιας νόσου.....	27
1.3 Η Έννοια της Υγείας	29
1.4 Ορισμός της Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)	30
1.5 Ποιότητα Ζωής και Χρόνια Ασθένεια.....	30
1.6 Μεθοδολογία Μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).....	33
1.7 Επισκόπηση Υγείας SF-36	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	37
2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα	37
2.2 Παράγοντες κινδύνου	38
2.3 Προληπτικός έλεγχος.....	42
2.4 Σταδιοποίηση της νόσου.....	47
2.5 Θεραπεία του καρκίνου προστάτη	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	50
3.1. Η Εμπειρία του Καρκίνου για την Οικογένεια.....	50
3.2 Ποιότητα Ζωής Οικογενειών Ασθενών με Καρκίνο	54
3.3. Η Επίδραση της Νόσου στο Σύντροφο Πάσχοντα από Καρκίνο	56
3.4 Αντιλήψεις Ασθενών και Συντρόφων για την Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρκίνο	59
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	62
Σκοπός της Μελέτης.....	63

Δείγμα της μελέτης.....	63
Μέθοδος Επιλογής του Δείγματος	64
Εργαλεία Μέτρησης	65
Στατιστική Ανάλυση.....	70
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	71
Περιγραφικά Δεδομένα του Δείγματος	72
Διερεύνηση των αλλαγών στις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους.....	72
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

1.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής δεν είναι κάτι καινούργιο, έκανε την εμφάνιση της κατά την αρχαιότητα. Συγκεκριμένα ο φιλόσοφος Αριστοτέλης απέδωσε την Ποιότητα Ζωής στο έργο του «Ηθικά Νικομάχεια» με το «ευ ζην». Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη η ποιότητα ζωής και η ευτυχία αποτελούν την «Ευδαιμονία», την οποία περιέγραψε ως πλήρες και αυτάρκες αγαθό.

Ο Holmes (2005) επισημαίνει ότι ο όρος «ποιότητα ζωής» έχει χρησιμοποιηθεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους όλα αυτά τα χρόνια. Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτός από ορισμένες κοινωνικές ομάδες. Με την ταχεία οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε μετά την πολεμική εποχή, οι προσδοκίες για την ποιότητα ζωής έχουν αυξηθεί. Αρχικά, ο όρος «ποιότητα ζωής» ταυτίστηκε με το υψηλό επίπεδο διαβίωσης και χαρακτήριζε την κατανάλωση, την ύπαρξη υλικών αγαθών στην κοινωνία καθώς και την ύπαρξη χρημάτων. Ακόμη ο όρος αυτός αναφερόταν σε έννοιες όπως είναι ο ελεύθερος χρόνος, η προσωπική φροντίδα, η ελευθερία, η ξεκούραση, η συναισθηματική και η ψυχοκοινωνική ισορροπία και η ευεξία. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, εκφράστηκε έντονα το ενδιαφέρον από τους επιστήμονες για το πως συνδεόταν η ποιότητα ζωής των ανθρώπων σε καταστάσεις ασθένειας, αποκατάστασης και θεραπείας. Σύμφωνα με το Θεοφίλου ο όρος ποιότητα ζωής εντάχθηκε από τη Medline το 1975 και υιοθετήθηκε στο ιατρικό ευρετήριο το 1977 (Θεοφίλου,2015).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί σημαντικό αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ανθρώπων απασχολεί επιστήμονες από διάφορους τομείς όπως της ιατρικής, της ψυχολογίας, και άλλων. Έτσι αυτοί συνέβαλαν στον εμπλουτισμό του εννοιολογικού περιεχομένου και στην μεθοδολογική ανάπτυξη και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτοί προσφέρουν διαφορετική αντίληψη για την ποιότητα ζωής, βάση του εκάστοτε τομέα μελέτης και επομένως γίνεται χρήση του όρου διαφορετικά. Ο όρος «ποιότητα ζωής» χρησιμοποιείται ευρέως για την περιγραφή της ευημερίας των κοινωνιών και των ανθρώπων που τις αποτελούν.

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν από τους επιστήμονες να οριστεί ένας ενιαίος αποδεκτός ορισμός της ποιότητας ζωής, αυτό δεν κατέστη δυνατό λόγω της πολυπλοκότητάς της (Hörnquist, 1982). Επίσης σύμφωνα με τον Higginson (Higginson, 2001), ο όρος αυτός αναφέρεται σε μια έννοια που το περιεχόμενο της διαφοροποιείται συνέχεια και εξαρτάται από την κουλτούρα του κάθε ατόμου και τις προσωπικές αξίες του. Σαφέστερα η έννοια της

ποιότητας ζωής βασίζεται στην ιδέα ότι ο κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός και αποτελεί μια υποκειμενική έκφραση ευημερίας αυτού.

Ο όρος ποιότητας ζωής περιέχει τόσο εννοιολογική ασάφεια όσο και σημασιολογική πολυσημία, γεγονός που αναγνωρίζεται στους ορισμούς που βρίσκονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο Elkinton ήταν ο πρώτος που τεκμηρίωσε τον όρο της ποιότητας ζωής που ορίζεται από τα εξής τρία χαρακτηριστικά: α) τη ψυχική ευεξία, β) την ικανοποίηση από τη ζωή του και γ) τη σχέση του ανθρώπου με το περιβάλλον του (Οικονόμου & συν., 2001). Ορισμένοι συγγραφείς ορίζουν την ποιότητα ζωής ως την παρουσία κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων, καθώς και την ικανότητα κατανομής των πόρων για την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών. Σύμφωνα με το συγγραφέα McCall «η ποιότητα ζωής συνίσταται όταν ο άνθρωπος έχει πρόσβαση στις αναγκαίες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια κοινωνία ή περιοχή». Ομοίως, ο Coombs ορίζει το όρο Ποιότητα Ζωής ως «το βαθμό στον οποίο η κοινωνία προσφέρει ευκαιρίες και πόρους στα μέλη της για τη δημιουργία μιας καλής ζωής» και αναφέρει πως η ποιότητα ζωής δεν είναι μόνο ατομική αλλά και κοινωνική ευθύνη. Ο Franklin ακόμη ορίζει την ποιότητα ζωής ως «μια κατάσταση ευημερίας που καθορίζεται από τις συνθήκες ζωής του ατόμου, την ικανοποίηση και τη προσαρμογή του σε αυτές τις συνθήκες» (Franklin et al., 1986).

Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η θέση του κάθε ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον και στο σύστημα αξιών στο οποίο ζει σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τα ενδιαφέροντά που αυτό έχει». Ακόμη η ποιότητα ζωής επηρεάζεται άμεσα από τη σωματική υγεία του ατόμου, τη ψυχική του κατάσταση, το βαθμό ανεξαρτησίας του, των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων του και του περιβάλλοντος του. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επικεντρώθηκε στις υποκειμενικές (προσωπικές) αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για τη ζωή τους σε σχέση με την κοινωνία στην οποία ζουν και αλληλοεπιδρούν. Με αυτόν τον τρόπο συμπεραίνουμε ότι ο ορισμός της ποιότητας ζωής δεν είναι σαφής, λόγω της πολυδιάστατης φύσης του και ότι ο προσδιορισμός του είναι μια δυναμική διαδικασία που διαρκώς αλλάζει. Κοινό χαρακτηριστικό όλων των ορισμών που έχουν διατυπωθεί με την πάροδο των χρόνων, είναι ότι το κέντρο του είναι ο ίδιος ο άνθρωπος.

1.1.1 Διαστάσεις και δείκτες της ποιότητας ζωής

Υπάρχει μεγάλη πολυπλοκότητα στην έννοια της ποιότητας ζωής, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί ορισμοί και μέτρα για αυτήν, έτσι ώστε να αξιολογηθεί ορθά. Σύμφωνα με τον Θεοδώρου και τους συνεργάτες του, «η ποιότητα ζωής έχει τρεις διαστάσεις: α) τη σωματική διάσταση, β) τη ψυχολογική διάσταση και γ) την κοινωνική

διάσταση. Η φυσική διάσταση αναφέρεται στην προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου για την κατάσταση της υγείας του. Η ψυχολογική διάσταση αναφέρεται στον πόνο, τη νοσηρότητα και τη σωματική λειτουργία που αισθάνεται το άτομο και η κοινωνική διάσταση κάνει λόγο για την κοινωνική και οικογενειακή ζωή αυτού”(Θεοδώρου& συν.,2001).

Επίσης το 1975, ο Morris κατέληξε στη διάκριση των τεσσάρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής, συγκεκριμένα: 1) την επιδημιολογική διάσταση, που αναφέρει, ως κύριο παράγοντα την υγεία του ατόμου, 2) τη λειτουργική διάσταση που κάνει λόγο για την καθημερινότητά του ατόμου, τις ανάγκες του και την ανταπόκρισή του σε αυτές, 3) την πολιτισμική και συμπεριφορική διάσταση που επηρεάζεται από τις κοινωνικές σχέσεις του και 4) την οικονομική διάσταση που επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Zautra & Goodhart (Zautra & Goodhart, 1979), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «το να έχει ο άνθρωπος μια καλή ζωή». Ο ορισμός αυτός απαιτεί έναν συνδυασμό υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών. Στην υποκειμενική θεώρηση της ποιότητας ζωής, το ίδιο το άτομο αξιολογεί και εκφράζει τις προσωπικές του εμπειρίες και αντιδράσεις με υποκειμενικά κριτήρια. Από την άλλη μεριά στην αντικειμενική θεώρηση, η ποιότητα ζωής καθορίζεται από την αξιολόγηση των εξωτερικών παραγόντων που την επηρεάζουν (Οικονόμου & Συν., 2001). Ταυτόχρονα, η αντικειμενική αντίληψη, στο επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών του ανθρώπου είναι δυνατή και συνδέεται με την ευημερία και την ικανοποίηση των αναγκών του από το περιβάλλον του.

Παρομοίως, ο Lehman αναφέρει ότι οι αντικειμενικοί δείκτες κάνουν λόγο στο τι μπορεί να κάνει ένα άτομο, τις ευκαιρίες που του παρουσιάζονται στη ζωή του, την πρόσβασή του σε πόρους και πώς τους χρησιμοποιεί για να επιτύχει τους στόχους του, ενώ οι υποκειμενικοί δείκτες σχετίζονται με τον ίδιο τον στόχο (Lehman, 1983).

Ο Schalock ορίζει την ποιότητα ζωής «ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει τόσο υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά στοιχεία και αναδεικνύει το άτομο όπως αυτό επιθυμεί και αντιλαμβάνεται τη ζωή του». Σύμφωνα με τον Schalock « η ποιότητα ζωής αποτελείται από οκτώ διαστάσεις και καθεμία από αυτές έχει τους αντίστοιχους δείκτες της.

Οι 8 διαστάσεις είναι:

- 1) Η υλική ικανοποίηση με δείκτες την οικονομική κατάσταση, την εργασία και τη στέγαση.
- 2) Η προσωπική ανάπτυξη με δείκτες την εκπαίδευση, την προσωπική ικανοποίηση και τις επιδόσεις.
- 3) Οι διαπροσωπικές σχέσεις με δείκτες τις αλληλεπιδράσεις, την υποστήριξη και τις σχέσεις.
- 4) Η συναισθηματική ευεξία με δείκτες την ικανοποίηση, την αυτογνωσία, και την απουσία άγχους.

- 5) Η κοινωνική ενσωμάτωση με δείκτες την κοινωνική ένταξη και τη συμμετοχή, τους κοινωνικούς ρόλους και την κοινωνική υποστήριξη.
- 6) Η σωματική ικανοποίηση με δείκτες την υγεία και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- 7) Ο αυτοπροσδιορισμός με δείκτες την αυτονομία, τον προσωπικό έλεγχο των στόχων και των προσωπικών αξιών.
- 8) Τα δικαιώματα με δείκτες τα νομικά και τα ανθρώπινα δικαιώματα (Schalock, 2004).

Συμπερασματικά γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας ζωής βασίζεται στις υποκειμενικές εμπειρίες του ατόμου, οι οποίες αλλάζουν και μεταβάλλονται βάσει των αλλαγών που εμφανίζονται στις διαστάσεις που την αποτελούν. Αν και αυτές οι διαστάσεις είναι ίδιες για όλους τους ανθρώπους, η σημασία και η αξία που δίνει το κάθε άτομο σε κάθε διάσταση μπορεί να είναι διαφορετική. Επιπλέον, η ιεραρχία σημαντικότητας των διαστάσεων για το ίδιο το άτομο ποικίλλει και μεταβάλλεται ανάλογα με το στάδιο της ζωής. Τα πράγματα που είχαν μεγαλύτερη σημασία στο παρελθόν είναι τώρα ασήμαντα, ενώ τα πράγματα που είχαν αγνοηθεί στο παρελθόν μπορεί τώρα να έχουν πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο και σημασία.

Παρά την ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης για την ποιότητα ζωής του ατόμου, δεν υπάρχουν παράμετροι για την προσέγγιση αξιολόγησης αυτής, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικές διαφωνίες μεταξύ των ειδικών. Η έννοια της ποιότητας ζωής διαφοροποιείται και αλλάζει για κάθε άνθρωπο, έτσι πρόκειται για μια έννοια πολυδιάστατη, υποκειμενική και αφηρημένη. Ως εκ τούτου, η ποιότητα ζωής θεωρείται μια δυναμική διαδικασία που αναθεωρείται και διαμορφώνεται σύμφωνα με τις προσωπικές αντιλήψεις και τις αξίες του κάθε ατόμου και στη στάση που αυτό διατηρεί στα γεγονότα που μπορεί να το επηρεάζουν.

1.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν και διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Για τη μελέτη αυτών των παραγόντων, διεξήχθη ένας μεγάλος αριθμός μελετών. Στις μελέτες αυτές, ανάλογα με το πόσο σημαντικοί είναι οι διάφοροι παράγοντες που την επηρεάζουν, διαμορφώθηκαν τα κατάλληλα μοντέλα. Ως εκ τούτου, ορισμένα μοντέλα αφορούσαν παράγοντες που κάλυπταν τις βασικές ανάγκες του ατόμου, ενώ άλλα έδωσαν προτεραιότητα σε παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση από τη ζωή, την ευτυχία, την ψυχολογική ευεξία, τις κοινωνικές προσδοκίες και τις γνώσεις αυτού (Παπάνης & Ρουμελιώτου, 2007).

Οι Young και Longman (1983) αναφέρουν ότι σημαντικοί παράγοντες όπως είναι ο γάμος, η οικογενειακή ζωή, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικονομική άνεση, η υγεία, οι δραστηριότητες στο σπίτι ή στη γειτονιά, η επαγγελματική ζωή, η στέγαση και το φιλικό περιβάλλον καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής είναι οι εργασιακές αποδοχές, το προσδόκιμο ζωής, τα ατομικά και νομικά δικαιώματα, η ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, οι προσωπικές και κοινωνικές ελευθερίες, το επάγγελμα και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Σαφέστερα η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται με όσα ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να είναι και να κάνει (Schalock, 2004).

Ο Flanagan (1978) μελέτησε τους παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου, συγκεκριμένα αυτοί οι παράγοντες μπορεί να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη σωματική και στην υλική ευημερία (υγεία και καλή οικονομική κατάσταση), στις σχέσεις με τα άτομα (συζυγικές, οικογενειακές και φιλικές σχέσεις), στην προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (επαγγελματική αναγνώριση, πνευματική και προσωπική ανάπτυξη), Ακόμη στις κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες, στον ελεύθερο χρόνο και στη διασκέδαση.

Σύμφωνα με τον Σαρρή (2001), «η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο καθοριστικών παραγόντων. Όπως είναι η κατάσταση του εισοδήματος, το μορφωτικό, το εκπαιδευτικό και πολιτιστικό επίπεδο, η διατροφή, ο τρόπος ζωής, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι κοινωνικές σχέσεις, οι κλιματικές συνθήκες, η οικολογική ισορροπία, η εργασία, η στέγαση, η ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη» (Σαρρής,2001).

Συμπερασματικά η ποιότητα ζωής του ανθρώπου καθορίζεται από διάφορους παράγοντες που συνδέονται μεταξύ τους και το επίπεδο ζωής που βιώνει αυτός βασίζεται σε αυτούς τους παράγοντες. Ωστόσο, πρέπει να τονίσουμε ότι αυτό δεν σημαίνει ότι η απουσία ενός από αυτά θα οδηγήσει σε λιγότερη υψηλή ποιότητα ζωής ή ότι η παρουσία κάποιων άλλων θα οδηγήσει σε υψηλή ποιότητα ζωής.

1.2 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία - Ορισμός και χαρακτηριστικά της χρόνιας νόσου

“Χρόνια νόσος ορίζεται η κατάσταση της υγείας που παρουσιάζει συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερο από τρεις μήνες, με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης, αλλά και παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου”. Συνήθως πρόκειται για μια πολυπαραγοντική νόσο και απαιτεί συνεχή διαχείριση για χρόνια ή δεκαετίες, καθώς δεν υπάρχει οριστική θεραπεία. Ελέγχεται με βάση τα συμπτώματα και αξιολογείται κλινικά.

Η έννοια της χρόνιας νόσου σε κοινωνικό επίπεδο, δηλαδή η ιδέα ότι μια ασθένεια είναι μια μακροχρόνια κατάσταση, μπορεί να διαταράσσει τόσο τις επαγγελματικές όσο και τις κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου, το οποίο τώρα χαρακτηρίζεται ως ασθενής, ενώ η έννοια της χρόνιας ασθένειας αναφέρεται στο λειτουργικό επίπεδο και αφορά την υποκειμενική εμπειρία του ασθενή που νιώθει πόνο, αδυναμία και κόπωση (Walker, 2001).

Τα κύρια χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων θεωρούνται τα εξής:

- 1) Μακρά περίοδος νόσησης.
- 2) Δεν υπάρχει αποδεκτή θεραπεία.
- 3) Υπάρχει πιθανότητα υποτροπής.
- 4) Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται στενή παρακολούθηση και μπορεί να χρειαστούν ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις και ειδική φροντίδα για την αποκατάσταση και την επανεξέταση.
- 5) Συχνά, χρειάζονται εξειδικευμένη εκπαίδευση από το προσωπικό που θα τους παρακολουθεί.
- 6) Η αποχώρησή τους αφήνει ένα υπόλειμμα ανικανότητας.
- 7) Οι ασθενείς με χρόνια νόσο έχουν αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου τους. Ως αποτέλεσμα, πολλές φορές να υπάρχουν μεγάλες αλλαγές σε όλα τα επίπεδα της ζωής τους, που τους οδηγούν σε σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Ζέρβας, 2003; Μάντη & Τσελέπη, 2000; Παπαδοπούλου, 2011).

Βάση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), οι συνηθέστερες χρόνιες ασθένειες είναι: τα κακοήθη νεοπλάσματα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η ρευματοειδή αρθρίτιδα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσο του θυρεοειδούς, η λευχαιμία, η επιληψία και η μεσογειακή αναιμία.

1.3 Η Έννοια της Υγείας

Η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό των ανθρώπων και ένας από τους σπουδαιότερους παράγοντες ευτυχίας, που συμβάλλει στη βελτίωση του αναπτυξιακού επιπέδου μιας κοινωνίας. Διαδραματίζει βασικό ρόλο στη μείωση της ανισότητας και της φτώχειας και αποτελεί ουσιαστικό συστατικό της οικονομικής ανάπτυξης και της εσωτερικής σταθερότητας μιας χώρας.

Η υγεία αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα του κάθε ατόμου αναγνωρισμένο από την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948). Το νόημά του ωστόσο, σε όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας εμφανίζει διαφορές.

Με αυτόν τον ορισμό αναγνωρίζονται αρχικά δύο παράγοντες που οριοθετούν την υγεία: ο παράγοντας της απουσίας ασθένειας και ο παράγοντας της ευημερίας. Ωστόσο, οι επικριτές λένε ότι με αυτόν τον ορισμό κανείς δεν μπορεί να θεωρηθεί απολύτως υγιής. Επιπλέον με τον όρο «κατάσταση» προϋποθέτει ότι η υγεία είναι κάτι που δεν μπορεί να αλλάξει.

Το επίπεδο υγείας ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια και μόνο συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Οι Marrot και Morris υποστηρίζουν ότι τόσο οι «προσωπικοί» όσο και οι «περιβαλλοντικοί» παράγοντες παίζουν ρόλο στην κατάσταση της υγείας ενός ατόμου για όλη τη διάρκεια της ζωής του. Αυτοί οι παράγοντες βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση (MORRIS, 1955).

Οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες για το επιθυμητό επίπεδο υγείας μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο. Σαφέστερα η υγεία βασίζεται στο βαθμό πληρότητας όπως γίνεται αντιληπτή από τον καθένα και περιγράφεται ανάλογα των δυνατοτήτων του, τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες και τις πεποιθήσεις του. Οι άνθρωποι που είναι υγιείς και αισθάνονται υγιείς τείνουν να μειώνουν τη σημασία της υγείας, ενώ αυτό δεν συμβαίνει όταν χρειαστεί να έρθουν αντιμέτωποι με μια σοβαρή ασθένεια (Dimatteo και Martin, 2001). Η εμπειρία της υγείας είναι συνήθως έντονη αν γίνει αισθητή, η εμπειρία της απώλειας της.

1.4 Ορισμός της Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Η υγεία είναι έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής. Στη διάρκεια της κλινικής έρευνας η έννοια της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται με μια πιο περιορισμένη έννοια, περιλαμβάνοντας παραμέτρους που σχετίζονται με την υγεία. Ο όρος που ευρέως χρησιμοποιείται είναι η «Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής» (ΣΥΠΖ) ο οποίος παρουσιάζει την ίδια πολυμορφία και πολυπλοκότητα όπως και ορισμός της Ποιότητας Ζωής. Σύμφωνα με τους Gill και Feinstein (1994), «ο όρος της (ΣΥΠΖ) αποτελεί δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων και των επιπτώσεων που έχουν αυτές στη ζωή του ανθρώπου» (Gill & Feinstein, 1994).

Σύμφωνα με το Υφαντόπουλο “ η Σχετιζόμενη με την υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) αποτελεί ένα αναδυόμενος κλάδος που διερευνά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την ολιστική προσέγγιση της υγείας. Καθορίζεται από την υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου για την κατάσταση της υγείας του, όπως αυτή ορίζεται από τις σωματικές, κοινωνικές και ψυχικές παραμέτρους της” (Υφαντόπουλος, 2007). Με αυτόν τον τρόπο σύμφωνα με τον Σαρρή οι τρεις διαστάσεις της ΣΥΠΖ είναι:

α) Η φυσική (σωματική) ευεξία που κάνει λόγο για την εκτίμηση που έχει το άτομο για την υγεία του, εξετάζοντας τη νοσηρότητα, τον πόνο και το επίπεδο της σωματικής λειτουργικότητας. Ακόμη ο χρόνιος πόνος περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα του ανθρώπου να δημιουργήσει συνθήκες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

β) Η πνευματική (ψυχική) ευεξία που αφορά την ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου και στους περιορισμούς που προκύπτουν από την ασθένεια αυτού.

γ) Η κοινωνική ευεξία που αντανακλά το βαθμό της γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του. Συγκεκριμένα ο κοινωνικός του ρόλος, η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, οι διαπροσωπικές του σχέσεις και η στήριξη από το στενό του περιβάλλον. Επίσης οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, συχνά εκφράζουν φόβους εγκατάλειψης από συγγενείς και φίλους (Σαρρής, 2001).

1.5 Ποιότητα Ζωής και Χρόνια Ασθένεια

Η υψηλή ποιότητα ζωής του ατόμου προϋποθέτει την ύπαρξη της καλής υγείας αυτού. Η ποιότητα ζωής μελετά τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κατάσταση της υγείας ενός ανθρώπου στην καθημερινή του ζωή και στην ικανότητά του να ανταποκρίνεται και να λειτουργεί κανονικά σε αυτή (Αργέντου , 2009).

Ο Rokeach το 1973 διαπίστωσε ότι τα άτομα βαθμολογούσαν στην κλίμακα, υψηλότερα την καλή υγεία τους, περισσότερο από κάθε άλλη επιλογή (Sarris, 2001). Η

αξιολόγηση του ΣΥΠΖ δεν παραμένει σταθερή μεταξύ των ατόμων, αλλά αλλάζει με την κατάσταση της υγείας (βελτίωση ή επιδείνωση), τον ρόλο τους στην κοινωνία, την οπτική τους για τη ζωή, τις εμπειρίες τους και τις σχέσεις τους (Θεοφίλου, 2010).

Σύμφωνα με τους Kaplan και Bush, «το ΣΥΠΖ περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις συγκεκριμένα:

- Την υποκειμενική εκτίμηση της ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ανθρώπου.
- Τη συνολική επίδραση της κατάστασής της υγείας στη λειτουργικότητά του.
- Τη μειωμένη λειτουργικότητα του στους τομείς εκείνους που είναι αναγκαίοι, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να ικανοποιεί τους στόχους που θέτει στη ζωή του».

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου σε σχέση με την υγεία είναι η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση της υγείας του και η παρουσία χρόνιας νόσου. Μελέτες που συγκρίνουν την ποιότητα ζωής ανδρών και γυναικών δείχνουν ότι οι γυναίκες συχνά έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από το αντίθετο φύλο. Ακόμη η ΣΥΠΖ επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Η ύπαρξη μιας ή περισσότερων χρόνιων ασθενειών επηρεάζει αρνητικά τη ΣΥΠΖ, η οποία σύμφωνα με έρευνα των (Michelson et al., 2000) δεν εξαρτάται από την ηλικία του ανθρώπου. Ειδικότερα, η ΣΥΠΖ εξαρτάται από: α) τον τύπο και τη βαρύτητα της νόσου β) το ποσοστό της μειωμένης λειτουργικότητας του ατόμου λόγω της νόσου και γ) τις πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που δίνεται (Θεοφίλου, 2010).

Ακόμη οι χρόνιες ασθένειες μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε συναισθήματα αδυναμίας, φόβου, αβεβαιότητας, κοινωνικού στιγματισμού και εξάρτησης. Αυτά τα χαρακτηριστικά των χρόνιων ασθενειών εμφανίζουν δυσμενή επίδραση για την ποιότητα ζωής του. (Καραδήμας, 2005).

Πιο αναλυτικά η χρόνια ασθένεια προκαλεί σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα στο άτομο. Ακόμη μπορεί να το οδηγήσουν σε σωματική αδυναμία, η οποία συνοδεύεται από αυξημένα και ανησυχητικά συμπτώματα όπως είναι ο πόνος, η παράλυση, η αδυναμία και η κατάρρευση. Για παράδειγμα, τα άτομα που πάσχουν από τη χρόνια νόσο διαβήτη παρουσιάζουν καρδιαγγειακά νοσήματα, τύφλωση και ακρωτηριασμό. Επιπλέον τα άτομα με χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν συχνά ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματός τους, όταν η ασθένεια ή η θεραπεία τους δημιουργεί σημαντικές σωματικές αναπηρίες (π.χ. μαστεκτομή) (Taylor, 1999). Έτσι μπορεί να αισθάνονται μη αποδεχτοί και να βιώνουν έντονο στρες (Ferrell-Torrey & Glick, 1993). Επίσης οι αντικαρκινικές θεραπείες που λαμβάνουν οι καρκινοπαθείς ασθενείς έχουν δυσάρεστες παρενέργειες όπως είναι η τριχόπτωση, η ναυτία, η διάρροια, η απώλεια όρεξης και προκαλούν αναστάτωση σε αυτούς, φόβο για τη ζωή τους καθώς και άγχος (Taylor, 1999).

Τα συμπτώματα της χρόνιας νόσου εμποδίζουν τους ασθενείς να εργαστούν, γεγονός που προκαλεί οικονομικά προβλήματα σε αυτούς και τις οικογένειές τους. Οι οικογένειες των χρόνιων πασχόντων βιώνουν συχνά αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις, μειώνουν την κοινωνική τους δραστηριότητα για τη φροντίδα των αρρώστων, αφήνοντας σε δεύτερη θέση τα δικά τους σχέδια. Αυτό μπορεί να προκαλέσει τύψεις και ενοχές στους χρόνια πάσχοντες και να διαταράξει τις μεταξύ τους σχέσεις.

Άρα η χρόνια ασθένεια οδηγεί τους ασθενείς σε μια καινούργια πραγματικότητα, την οποία πρέπει να αποδεχτούν και να προσαρμοστούν, αποδεχόμενοι τη βλάβη που έχουν υποστεί. Ακόμη πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τους στόχους τους και να αντιμετωπίσουν τους νέους περιορισμούς που τίθενται.

Λόγω των συμπτωμάτων της νόσου, οι ψυχικές και σωματικές δυσλειτουργίες του ατόμου επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, διαφοροποιούνται και μεταβάλλονται από διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Θεοφίλου, 2010). Η αξιολόγηση του ΣΥΠΖ των ασθενών μπορεί να περιγράψει την επίδραση της ασθένειας στη σωματική και ψυχοκοινωνική του ευεξία που δεν μπορεί να διερευνηθεί μόνο με την κλινική εξέταση.

Είναι λοιπόν απόλυτα λογικό οι επαγγελματίες υγείας να εκφράζουν μια αντικειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών τους, ενώ οι ίδιοι οι ασθενείς να εκφράζουν μια πιο υποκειμενική εκτίμηση. Ως εκ τούτου, υπάρχει έλλειψη συμφωνίας των γιατρών και των ασθενών τους σχετικά με τον αντίκτυπο της νόσου στην ποιότητα ζωής αυτών. Η αντίληψη ενός ατόμου για την υγεία του και η ικανοποίησή του από τη ζωή επηρεάζεται από: την ικανότητα προσαρμογής αυτού στους περιορισμούς που προκαλεί η ασθένεια, τις γνώση του για τα θέματα υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης που διαθέτει, την οικονομική του κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης του, τη συμπεριφορά της υγείας του και τη συναισθηματική του κατάσταση. Επίσης άτομα ίδιας λειτουργικής κατάστασης έχουν συχνά διαφορετική ποιότητα ζωής, επειδή οι υποκειμενικές εκτιμήσεις τους είναι διαφορετικές. Επομένως, η ΣΥΠΖ εκτιμά την κλινική αξιολόγηση και την υποκειμενική αξιολόγηση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ασθενή.

Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι το ΣΥΠΖ επηρεάζει τόσο τους ασθενείς όσο και τους υγιείς ανθρώπους. Για τους ασθενείς, η ΣΥΠΖ αξιολογείται μέσω της υποκειμενικής αντίληψης των περιορισμών που προκαλούνται από την ασθένεια και τη θεραπεία τους. Για τους υγιείς ανθρώπους, από την άλλη πλευρά, αξιολογείται σε συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές διαστάσεις με βάση τον τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του (Αργέντου, 2009).

1.6 Μεθοδολογία Μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Έχει διαπιστωθεί μέσω της παγκόσμιας βιβλιογραφίας ότι η επιστημονική κοινότητα ενδιαφέρεται πολύ για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που σχετίζονται με την υγεία. Η μέτρηση του ΣΥΠΖ αποτελεί σημαντικό μέρος μιας ολιστικής προσέγγισης για την υγεία ενός πληθυσμού και δεν σταματά μόνο στους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Οι λόγοι που έχουν διατυπωθεί για την εφαρμογή ερευνών της μέτρησης ΣΥΠΖ του γενικού πληθυσμού και του ανθρώπου είναι:

- α) Η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και εκτίμησή της.
- β) Η εξέλιξη των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών.
- γ) Η αξιολόγησή της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων και ο εντοπισμός των ανεπιθύμητων παρενεργειών της θεραπείας.
- δ) Η σύγκριση διαφόρων μορφών θεραπείας.
- ε) Η αξιολόγηση του επιπέδου των εγκαταστάσεων υγείας.
- στ) Η αξιολόγηση προγραμμάτων υπηρεσιών.
- η) Η εκτίμηση των ατομικών και πληθυσμιακών αναγκών υγείας.
- θ) Η ανίχνευση των ομάδων υψηλού κινδύνου.

Στη δεκαετία του 1970, η πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας υγείας ξεκίνησε με τη δημιουργία εργαλείων που στοχεύουν στην μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος, με μετρήσεις που σχετίζονται με τη σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία. Αυτά τα εργαλεία εφαρμόζονται στις περισσότερες μελέτες που αφορούν τις κλινικές παρεμβάσεις και στα αποτελέσματα αυτών (Burckhardt et al., 2003). Ακόμη αυτά τα εργαλεία είναι σταθμισμένα ερωτηματολόγια που εστιάζουν στο γενικό επίπεδο υγείας του ανθρώπου ή στοχεύουν στα αποτελέσματα συγκεκριμένων νόσων στην ποιότητα ζωής αυτού, (Υφαντόπουλος, 2007). Ακόμη αυτά βασίζονται σε ένα ενιαίο θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η καταγραφή της σωματικής λειτουργικότητας είναι σημαντικός δείκτης, αλλά δεν αρκεί για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της υγείας.

Τα ερωτηματολόγια έχουν αρκετές ψυχομετρικές ιδιότητες που τα καθιστούν αξιόπιστες πηγές πληροφοριών. Οι βασικές αρχές μιας μέτρησης (Guyatt, 1993), (Higginson, 2001), (Σαρρής, 2001), Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001) είναι η αξιοπιστία, η ειδικότητα, η εγκυρότητα, και η ευαισθησία ή ανταποκρισιμότητα.

Σαφέστερα:

α) Αξιοπιστία: Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης αντανακλά τόσο την ακρίβεια της υπό εξέταση μέτρησης όσο και τη μεταβλητότητα των αποτελεσμάτων λόγω τυχαίων παραγόντων στη ζωή των ανθρώπων. Η αξιοπιστία μιας μέτρησης μπορεί να αποδειχθεί από τον συντελεστή

συσχέτισης μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Οι μετρήσεις αξιοπιστίας κυμαίνονται μεταξύ 0,70 και 0,90 διαφορά (Higginson, 2001), Σαρρής 2001).

β) Εγκυρότητα, η οποία περιλαμβάνει: 1) τη χρήση εννοιών που σχετίζονται άμεσα με το σκοπό της μελέτης (αντιπροσωπευτική εγκυρότητα) 2) μια ευρεία και βαθιά δομή του ερωτηματολογίου που είναι απολύτως σχετική με το σκοπό της μέτρησης (εγκυρότητα περιεχομένου) 3) το σχεδιασμό του οργάνου σε σχέση με εξωτερικά κριτήρια (εγκυρότητα κριτηρίων) και 4) τη δομή του οργάνου που επιλέγεται ώστε να καταγράφει τις διαφορές μεταξύ των πληθυσμών που μελετώνται με διακριτικό τρόπο (δομική εγκυρότητα).

γ) Ειδικότητα: αντικατοπτρίζει την ικανότητα του εργαλείου μέτρησης να διακρίνει ασθενείς από διαφορετικούς πληθυσμούς. (Σαρρής, 2001).

δ) Ευαισθησία ή ανταπόκριση των εργαλείων μέτρησης: διαπιστώνει το βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη και εντοπίζει τις αλλαγές στη σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία ενός ατόμου. Η ευαισθησία ως διαδικασία μέτρησης είναι υψίστης σημασίας κατά την αξιολόγηση των επιπτώσεων των ιατρικών παρεμβάσεων. (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Επιπλέον το κάθε εργαλείο μέτρησης πρέπει να είναι αποδεκτό από τους συμμετέχοντες, να είναι σύντομο, απλό και κατανοητό. Επίσης να χαρακτηρίζεται από ευαισθησία στις αλλαγές και να επιτυγχάνει πολυδιάστατη προσέγγιση (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001), (G Velikova et al., 1999). Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε ένα γενικό ερωτηματολόγιο που επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και σε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Ειδικότερα τα γενικά εργαλεία χρήσης, αξιολογούν μέρος της κατάστασης της υγείας του ενός ανθρώπου ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Είναι επίσης πολυδιάστατα και διακρίνονται από την ακρίβεια τους η οποία δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένες ασθένειες ή ιατρικές παρεμβάσεις. Μελετούν γενικές διαστάσεις της υγείας όπως: την κοινωνική και σωματική λειτουργικότητα, τη ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις της γενικής υγείας (Υφαντόπουλος, 2007).

Ωστόσο, έχει το μεγάλο μειονέκτημα ότι δεν είναι σε θέση να εντοπίσει μικρές αλλά σημαντικές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Υφαντόπουλος, 2007). Για αυτό το λόγο οι επιστήμονες επιλέγουν να συνδυάσουν γενικά και ειδικά εργαλεία για τον εντοπισμό των κλινικών αλλαγών. Τα γενικά ερωτηματολόγια αξιολογούν ένα μεγάλο αριθμό παραμέτρων της υγείας και χρησιμοποιούνται σε όλες τις ασθένειες προσδιορίζοντας γενικά τη ΣΥΠΖ, δίνοντας τα μεγάλο πλεονέκτημα (Garratt, 2002). Στην κατηγορία των γενικών εργαλείων χρήσης ανήκει το ερωτηματολόγιο «Επισκόπηση υγείας SF-36 » (Ware

J.E., 1993). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα εργασία και θα αναλυθεί παρακάτω.

Ειδικά εργαλεία χρήσης: Τα ειδικά εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή συμπληρωματικά με τα γενικά εργαλεία. Τα ειδικά εργαλεία για την ασθένεια χρησιμοποιούνται όταν δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις επιπτώσεις μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο επίπεδο υγείας του ασθενούς. Οι ερωτήσεις αποσκοπούν στο να περιγράψουν με λεπτομέρεια την αντίληψη του ασθενούς για το πώς βιώνει τους περιορισμούς λόγω της ασθένειάς του. Τα στοιχεία που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον περιλαμβάνουν τη συναισθηματική και σεξουαλική λειτουργία, την κατάθλιψη, τον πόνο, το άγχος, τη ναυτία, τον εμετό και το άσθμα. (Υφαντόπουλος, 2007).

1.7 Επισκόπηση Υγείας SF-36

Ένα κοινό εργαλείο για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας αποτελεί το ερωτηματολόγιο “Επισκόπηση Υγείας SF-36” και χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες με το γενικό πληθυσμό. (Κοντοδημόπουλος & συν., 2004). Οι Ware και Sherbourne (1992) διαμόρφωσαν αυτό το εργαλείο για να διερευνήσουν το επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών του πληθυσμού, υγιών και ασθενών και διαφορετικών μεθόδων θεραπείας που εφαρμόζονται σε μια κατηγορία ασθενών.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα του, είναι η ταυτόχρονη μέτρηση της ψυχικής και της σωματικής υγείας των συμμετεχόντων (Υφαντόπουλος, 2007). Σύμφωνα με το Υφαντόπουλου και το Σαρρή «το ερωτηματολόγιο SF-36 ερευνά τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των ανθρώπων που συμμετέχουν στη μελέτη καθώς και τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους, που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και συνδέεται με την υγεία τους, τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Απαρτίζεται από τριάντα έξι (36) δομημένες ερωτήσεις κλειστού τύπου, στις οποίες οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν επιλέγοντας από μια σειρά πιθανών απαντήσεων που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο. Οι τριάντα έξι (36) αυτές ερωτήσεις τις συνέλεξαν οι μελετητές από μια πηγή εκατό σαράντα εννέα (149) ερωτήσεων διαφορετικών οργάνων μέτρησης της ποιότητας ζωής και στη συνέχεια εφόσον τις επεξεργάστηκαν προτάθηκαν από τους ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων» (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Οι τριάντα έξι (36) ερωτήσεις αποτελούνται από οχτώ (8) κλίμακες οι οποίες με τη σειρά τους διαμορφώνουν δύο (2) συνοπτικές κλίμακες (Lins & Carvalho, 2016). Οι δυο (2) συνοπτικές κλίμακες περιλαμβάνουν α) τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και β) τη συνοπτική κλίμακα της σωματικής υγείας (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004).

Αναλυτικότερα σύμφωνα με το Υφαντόπουλο «οι οχτώ (8) κλίμακες είναι :

- 1) Η σωματική λειτουργικότητα που αξιολογεί το βαθμό περιορισμού του ατόμου στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω της κατάστασης της υγείας του.
- 2) Ο σωματικός ρόλος που αξιολογεί το βαθμό της απόδοσης του ατόμου στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του μπορεί να περιορίζεται από την κατάσταση της σωματικής του υγείας.
- 3) Ο σωματικός πόνος που αξιολογεί το βαθμό του σωματικού πόνου που νιώθει το άτομο και το περιορίζει στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων τόσο στην εργασία όσο και στο σπίτι.
- 4) Η γενική υγεία, το άτομο αξιολογεί την τωρινή κατάσταση της υγείας του.
- 5) Η ζωτικότητα, το άτομο προσδιορίζει το αίσθημα ζωντάνιας, δραστηριότητας, εξάντλησης και κούρασης.
- 6) Η κοινωνική λειτουργικότητα, που μελετάτε η επίδραση που ασκεί η σωματική υγεία του ατόμου καθώς και των συναισθηματικών του προβλημάτων στις κοινωνικές του δραστηριότητες.
- 7) Ο συναισθηματικός ρόλος, που μελετάτε η επίδραση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων.
- 8) Η ψυχική υγεία, που αξιολογεί την ψυχική κατάσταση του ατόμου από το πως βιώνει την κατάθλιψη, την ανησυχία, την απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων του».

Το ερωτηματολόγιο « επισκόπηση υγείας SF-36» χρησιμοποιείται σε άτομα 14 ετών και άνω και συμπληρώνεται είτε μέσω προσωπικής συνέντευξης, τηλεφώνου είτε και αυτοπροσώπως. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι από πέντε (5) έως δέκα (10) λεπτά (Υφαντόπουλος,2007), (Brazier et al., 1992).

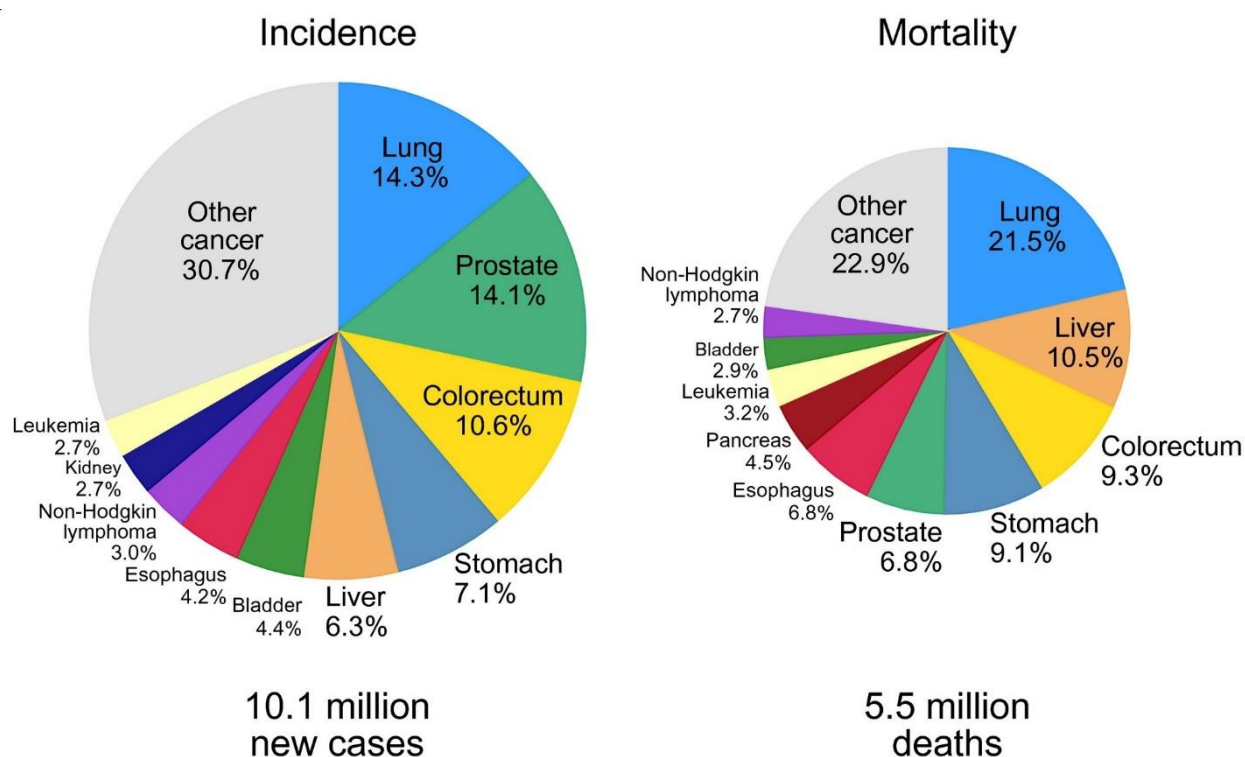
Το SF-36 παρουσιάζει μεγάλη εγκυρότητα και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Το ερωτηματολόγιο επιτρέπει τη σύγκριση ατομικών και ομαδικών αποτελεσμάτων, χρησιμοποιείται διεθνώς σε πολλές έρευνες και επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών χωρών. (Κοντοδημόπουλος & συν., 2004). Επίσης το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Παππά, Κοντοδημόπουλο και Νιάκα (Παππά & συν.,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος καρκίνου στους άνδρες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και η πέμπτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στον κόσμο.

(Εικόνα 1)



Εικόνα 1 Κατανομή των νέων κρουσμάτων και των θανάτων από τους 10 συχνότερους καρκίνους στους άνδρες. Ποσοστό επί του συνόλου των κρουσμάτων ή θανάτων το 2020. Πηγή: Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN 2021; 0:1–41 <https://doi/10.3322/caac.21660>

Για μια τόσο κοινή ασθένεια όπως είναι ο καρκίνος του προστάτη, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της είναι λίγα. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, η εθνικότητα και ορισμένες μεταλλάξεις. Βέβαια τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται αυξομειώσεις στη συχνότητα εμφάνισης του. Αυτές οι διαφορές αποδίδονται στον τρόπο ζωής, στους περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και στις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις μεταξύ των χωρών.

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος στους άνδρες σε τουλάχιστον 112 χώρες. Το 2020, περίπου 1.400.000 νέα κρούσματα και 375.000 θάνατοι καταγράφηκαν παγκοσμίως. Στην Ελλάδα το ίδιο έτος, έχουν σημειωθεί 6.217 νέες περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη (17.1%). Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης, υπάρχει μεγάλη γεωγραφική ετερογένεια παγκοσμίως. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στη

βόρεια και δυτική Ευρώπη, στην Καραϊβική, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία, στη Βόρεια Αμερική και στη Νότια Αφρική, ενώ η Ασία και η Βόρεια Αφρική έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά.

Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, τα στοιχεία του ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) για το 2020 αναφέρουν 6.217 νέα κρούσματα (17,1%), με συνολικά 1.835 θανάτους και την τέταρτη υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη και την πέμπτη θέση σχετικά με το ποσοστό θνησιμότητας αυτού του καρκίνου (Εικόνα 2). Το καταγεγραμμένο ποσοστό θνησιμότητας ήταν 13,51 ανά 100.000 πληθυσμού, προσαρμοσμένο για την ηλικία στην οποία αναπτύσσεται ο καρκίνος. Το 2020, στην Ευρώπη ο καρκίνος του προστάτη, αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο με 1.414.259 νέες περιπτώσεις (14.1%).

Greece Source: Globocan								
Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site								
Cancer	New cases				Deaths			
	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Rank	(%)	Cum.risk
Lung	8 960	1	13.9	4.52	7 662	1	23.1	3.67
Breast	7 772	2	12.0	7.63	2 333	3	7.0	1.50
Colon	6 529	3	10.1	2.54	3 431	2	10.3	0.90
Prostate	6 217	4	9.6	6.31	1 835	5	5.5	0.55
Bladder	5 645	5	8.7	2.67	1 543	6	4.7	0.42
Pancreas	2 302	6	3.6	0.96	2 097	4	6.3	0.84
Corpus uteri	2 117	7	3.3	2.35	483	16	1.5	0.35
Leukaemia	1 847	8	2.9	0.80	1 314	9	4.0	0.41
Liver	1 833	9	2.8	0.78	1 522	7	4.6	0.57
Kidney	1 808	10	2.8	0.89	692	11	2.1	0.23
Stomach	1 780	11	2.8	0.70	1 347	8	4.1	0.45
Non-Hodgkin lymphoma	1 554	12	2.4	0.84	606	13	1.8	0.22
Brain, central nervous system	1 401	13	2.2	0.70	1 082	10	3.3	0.51
Melanoma of skin	1 313	14	2.0	0.75	295	18	0.89	0.12
Thyroid	1 251	15	1.9	0.83	86	24	0.26	0.03
Rectum	1 220	16	1.9	0.52	499	15	1.5	0.14
Ovary	1 020	17	1.6	0.99	677	12	2.0	0.54
Multiple myeloma	917	18	1.4	0.38	590	14	1.8	0.18
Larynx	811	19	1.3	0.44	379	17	1.1	0.15
Cervix uteri	697	20	1.1	0.77	282	19	0.85	0.23
Lip, oral cavity	603	21	0.93	0.28	217	20	0.65	0.08
Hodgkin lymphoma	361	22	0.56	0.22	108	22	0.33	0.04
Testis	321	23	0.50	0.48	22	32	0.07	0.03
Oesophagus	247	24	0.38	0.11	210	21	0.63	0.09
Nasopharynx	193	25	0.30	0.11	92	23	0.28	0.05
Vulva	170	26	0.26	0.09	84	25	0.25	0.03
Salivary glands	157	27	0.24	0.04	75	26	0.23	0.01
Akna	146	28	0.23	0.07	40	30	0.12	0.01
Kaposi sarcoma	116	29	0.18	0.05	22	33	0.07	0.01
Penis	97	30	0.15	0.09	35	31	0.11	0.02
Gallbladder	84	31	0.13	0.03	64	27	0.19	0.02
Oropharynx	78	32	0.12	0.04	46	29	0.14	0.02
Mesothelioma	57	33	0.09	0.03	48	28	0.14	0.03
Hypopharynx	20	34	0.03	0.01	11	34	0.03	0.00
Vagina	15	35	0.02	0.01	7	35	0.02	0.00
All cancer sites	64 530	-	-	26.33	33 166	-	-	11.36

Εικόνα 2. Συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητα των καρκίνων στην Ελλάδα (2020). Πηγή: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets>

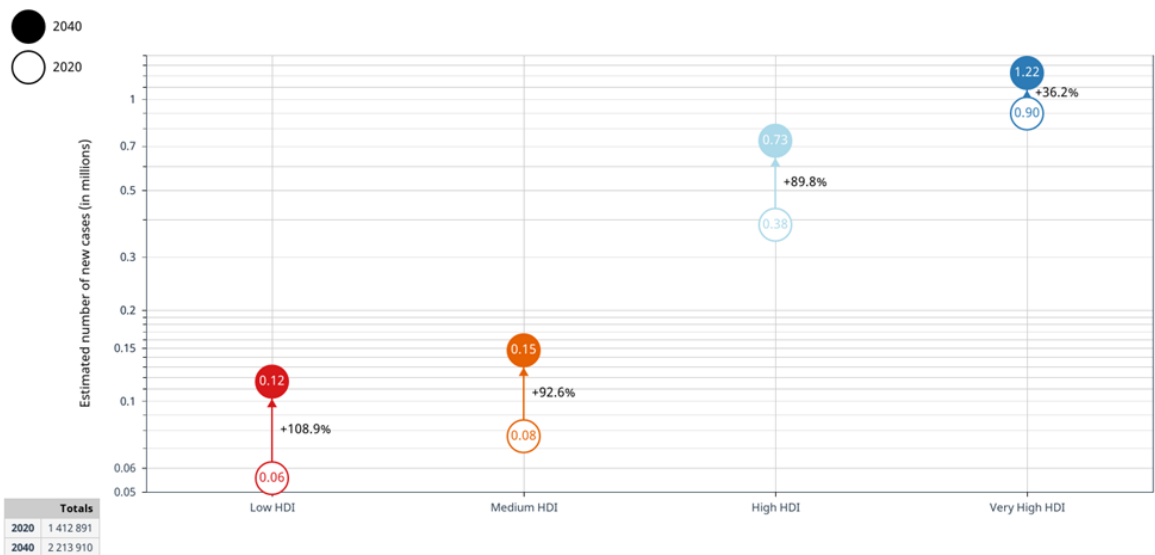
2.2 Παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη είναι αντικείμενο πολλών μελετών και τα ακριβή αίτια της νόσου παραμένουν σε μεγάλο βαθμό άγνωστα σε σύγκριση με άλλους τύπους καρκίνου. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη είναι η ηλικία, η εθνικότητα, ο τρόπος ζωής, οι γενετικοί παράγοντες και το οικογενειακό ιστορικό (Gann, 2002).

Ηλικία

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του προστάτη θεωρείται η ηλικία, καθώς όσο αυξάνεται, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης του, ιδιαίτερα σε άνδρες άνω των 65 ετών (Bashir, 2015). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Ουρολογίας συστήνει τον έλεγχο του προστατευτικού αντιγόνου (PSA), στην ηλικία των 40 έως 45 ετών, ως πρώτο μέτρο για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη (Heidenreich et al., 2013). Η εμφάνιση καρκίνου του προστάτη σε άνδρες κάτω των 50 ετών συνδέεται με μια πιο επιθετική μορφή της νόσου. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν προοδευτική νόσο με επίμονη υποτροπή και μεταστάσεις, ενώ άλλοι παρουσιάζουν ήπια νόσο με χαμηλή πιθανότητα μετάστασης (Guo et al., 2019). Στην Ιαπωνία, ο έλεγχος του καρκίνου του προστάτη πραγματοποιείται σε όλους τους άντρες άνω των 50 ετών (Ito et al., 2008). Η ηλικιακή ομάδα των άντρων που είναι μεγαλύτεροι των 65 ετών, εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης νέων καρκίνων. Συνολικά 174.650 νέες περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη καταγράφηκαν στις ΗΠΑ το 2019, εκ των οποίων μόνο 900 αφορούσαν άνδρες κάτω των 45 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός νέων περιπτώσεων στην ηλικιακή ομάδα 65+ έφτασε τις 100.490. Υψηλότερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του προστάτη είναι σε άντρες Αφρικανικής καταγωγής και μπορεί να εκδηλωθεί και σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών. Ο ακριβής μηχανισμός που οδηγεί σε αυτή την εμφάνιση δεν είναι απόλυτα σαφής, αν και φαίνεται να οφείλεται στη γήρανση των κυττάρων και κατ' επέκταση στις αλλαγές που υφίσταται το DNA τους (Scardino, 1989). Η μέση ηλικία διάγνωσης της νόσου είναι τα 70 έτη.

Επιπλέον μέχρι το 2040, αναμένεται η συνολική αύξηση 64% των ασθενών με καρκίνο του προστάτη, σε σύγκριση με 14,1 εκατομμύρια κρούσματα το 2020, φτάνοντας τα 22,1 εκατομμύρια παγκοσμίως (Εικόνα 3).



Εικόνα 3. Προβλεπόμενος αριθμός νέων περιπτώσεων για το σύνολο των καρκίνων (και στα δύο φύλα) το 2040 σύμφωνα με τον δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης 4 επιπέδων (Human Development Index, HDI).

Πηγή: GLOBOCAN 2020.

Εθνικότητα

Σχετικά με την εθνικότητα, μεγάλη ποικιλομορφία παρουσιάζει ο επιπολασμός του καρκίνου του προστάτη ανάμεσα στις διάφορες φυλετικές ομάδες. Αυτή η μεγάλη ανισότητα έχει συσχετιστεί τόσο με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, όσο και με τους βιολογικούς παράγοντες. Η καταγραφή των υψηλότερων ποσοστών παρατηρείται στις αναπτυγμένες περιοχές (Ferlay et al., 2019). Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι πιο συχνός σε περιοχές όπως η Βόρεια Αμερική, η Βορειοδυτική Ευρώπη και η Αυστραλία. Αντίθετα, η επίπτωση είναι χαμηλότερη σε περιοχές όπως η Λατινική Αμερική, η Βόρεια Αφρική και η Ασία.

Σε πολλές χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης και στην Αμερική, παρουσιάζεται μείωση τις τάξεως των 20-40% των διαγνωσμένων περιπτώσεων καρκίνου του προστάτη που οφείλεται στον έλεγχο της τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου PSA (Jemal et al., 2015)(Etzioni, 2002)(Draisma et al., 2009)(Quinn & Babb, 2002). Αντίθετα, υπάρχει αυξητική τάση εμφανίζεται σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Στους περισσότερους ετερόχρωμους πληθυσμούς, ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στους άνδρες είναι ο καρκίνος του προστάτη. Οι Αφροαμερικανοί έχουν το υψηλότερο ποσοστό καρκίνου του προστάτη, περίπου 158,3 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ανά 100.000 άνδρες, και το ποσοστό θνησιμότητας είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό των Καυκάσιων. Οι

παρατηρούμενες διαφορές αποδίδονται σε περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες (Pernar et al., 2018) (Mucci et al., 2017)(E., 2015). Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται επίσης σε νεότερο και πιο προχωρημένο στάδιο σε ορισμένες αφρικανικές χώρες, όπως η Νιγηρία, σε σύγκριση με άλλες εθνοτικές ομάδες Το 37% των Αφρικανών κάτω των 40 ετών μπορεί να αναπτύξει καρκίνο του προστάτη χωρίς εμφανή σημάδια ή συμπτώματα. (Rebbeck & Haas, 2014). Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) το 2018 αναφέρουν ότι η εμφάνιση νέων κρουσμάτων καρκίνου του προστάτη στην Αφρική για όλες τις ηλικίες έφτασε τα 70.919, ενώ στην Ευρώπη τα 424.663. Επίσης παρατηρείται υψηλή συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη σε άντρες με καταγωγή τη Καραϊβική, γεγονός που υποδηλώνει την παρουσία κοινού γενετικού υποβάθρου με τους άνδρες της Αφρικής που νοσούν, και ευνοεί την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη. Αντίθετα ο καρκίνος του προστάτη είναι λιγότερο συχνός σε άνδρες Ασιατικής και Ισπανικής καταγωγής σε σχέση με άλλες γεωγραφικές περιοχές (Cuzick et al., 2014).

Τρόπος ζωής

Οι πιθανότητες ενός άνδρα να αναπτύξει καρκίνο του προστάτη μπορεί να αυξάνονται ή να μειώνονται ανάλογα του τρόπου ζωής του. Συγκεκριμένα αυτή η διαφορά, πιθανότατα οφείλεται σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι οι συνθήκες διαβίωσής του και ο τρόπος ζωής που υιοθετεί. Το κάπνισμα φαίνεται να έχει μικρή αρνητική επίδραση στον καρκίνο του προστάτη, ενώ η κατανάλωση καφέ να έχει μεγαλύτερη αρνητική επίδραση (Gallus et al., 2007). Αντίθετα, η άσκηση φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ μειώνει τις πιθανότητες για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (Wilson et al., 2012).

Σεξουαλικό προφίλ

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Αμερική από το 1992 έως το 2000, στην οποία συμμετείχαν 31.925 άνδρες, διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα της εκσπερμάτισης κάθε μήνα αλλάζει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του προστάτη. Όσο πιο συχνή είναι η εκσπερμάτιση, τόσο χαμηλότερος είναι ο κίνδυνος καρκίνου προστάτη, είτε πρόκειται για σεξ με άλλο άτομο είτε για αυτοϊκανοποίηση. Σύμφωνα με τη μελέτη των Rider J. et al.(2016), οι άνδρες ηλικίας 20-29 ετών που εκσπερματώνουν περισσότερες από 21 φορές το μήνα έχουν 19% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν όψιμο καρκίνο του προστάτη από εκείνους που εκσπερματώνουν 4 έως 7 φορές κάθε μήνα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη μείωση των αδενικών λοιμώξεων λόγω του τακτικού «καθαρισμού» του προστάτη μέσω της εκσπερμάτωσης (Rider et al., 2016)(Leitzmann, 2004). Αν και δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί, η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε νεαρή ηλικία και η ύπαρξη πολλών και

διαφορετικών συντρόφων, ίσως μπορεί και να σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη λόγω έκθεσης σε διάφορα βακτήρια (π.χ. γονόρροια, ερπητοϊός τύπου 2, γονόκοκκος κ.α.) (Rosenblatt, 2001).

Οικογενειακό ιστορικό

Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη. Ένας άνδρας με συγγενή πρώτου βαθμού που νοσεί από το συγκεκριμένο καρκίνο, έχει διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του προστάτη από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Carter et al., 1993) (Verhage et al., 2004). Εάν ένας άνδρας έχει δύο συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν καρκίνο του προστάτη, η πιθανότητα να αναπτύξει τη νόσο είναι πενταπλάσια, ενώ εάν ένας άνδρας έχει τρεις συγγενείς που έχουν καρκίνο του προστάτη, η πιθανότητα να εμφανίσει τη νόσο είναι δεκαπλάσια. Μια εξέταση ελέγχου του προστατευτικού αντιγόνου PSA είναι σημαντικό μέρος της συνολικής φροντίδας για την πρόληψη του καρκίνου.

Διατροφή

Μια διατροφή πλούσια σε λαχανικά και φρούτα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου και θνησιμότητας από κάθε αιτία (Aune et al., 2017). Μελέτες έχουν δείξει ότι μια διαίτα πλούσια σε λαχανικά και όσπρια, καθώς και η αποφυγή τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε γαλακτοκομικά προϊόντα και γάλα, είναι μια πιθανή πρόληψη κατά του καρκίνου του προστάτη (Perez-Cornago et al., 2017)(Zhang & Kesteloot, 2005). Μια διατροφή που περιλαμβάνει την κατανάλωση εσπεριδοειδών, καθώς και τροφίμων που περιέχουν λυκοπένιο, έχουν συσχετιστεί με μικρή μείωση του κινδύνου του καρκίνου του προστάτη (Maso et al., 2004) (Perez-Cornago et al., 2017). Ακόμη το σελήνιο φαίνεται να έχει ελαφρώς μεγαλύτερη επίδραση στην πρόληψη του καρκίνου του προστάτη (Lipsky et al., 2004). Σημαντικό ρόλο μπορεί να διαδραματίσουν οι δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε β-καροτίνη στην ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη σε νεαρούς άνδρες (Wu et al., 2004).

2.3 Προληπτικός έλεγχος

Προ-συμπτωματικός έλεγχος και βαθμίδες πρόληψης

Η προσυμπτωματική εξέταση των ανδρών είναι ένα σημαντικό μέρος ενός γενικού ελέγχου που μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό του καρκίνου του προστάτη. Ανιχνεύοντας έγκαιρα τον καρκίνο του προστάτη, οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαχειριστούν σωστά τη νόσο και να μειώσουν τις αρνητικές συνέπειες της θεραπείας. Φυσικά,

είναι σημαντικό να μην γίνεται υπερβολική διάγνωση ή υπερβολική θεραπεία των ασθενών, κάτι που θα οδηγούσε σε περιττή επιβάρυνση τόσο των ασθενών όσο και του ασφαλιστικού συστήματος υγείας (VITTORAKI et al., 2007)(Baade et al., 2009). Μια μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη για τον καρκίνο του προστάτη σε 162,243 άντρες διαπίστωσε ότι ο έλεγχος των επιπέδων του PSA οδήγησε σε μείωση της θνησιμότητας κατά 20%, αλλά συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερο κίνδυνο υπερδιάγνωσης (Schröder et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «τα επίπεδα πρόληψης για οποιαδήποτε νόσο είναι τρία, η πρωτογενής πρόληψη, η δευτερογενής και η τριτογενής.

- Η πρωτογενής πρόληψη λαμβάνει όσο το δυνατόν περισσότερες αποφάσεις που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, με απώτερο στόχο την προαγωγή της υγείας και ευημερίας και την αποφυγή της επιδείνωσης της υγείας μέσω της λήψης προφυλάξεων/ενεργειών. Σκοπός είναι να κατανοηθούν και να αποφευχθούν οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου και να προωθηθούν παράγοντες που ευνοούν γενικότερα την υγεία όπως είναι η άσκηση, η υγιεινή διατροφή, η διακοπή του καπνίσματος και το σεξ με προφυλάξεις.
- Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής διάγνωσης της νόσου σε πρώιμο στάδιο, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση της θνησιμότητας από αυτήν. Αρχίζει πρωτίστως όταν ένα άτομο αισθάνεται ότι η υγεία του βρίσκεται σε κίνδυνο. Η κύρια κατευθυντήρια οδηγία για τον προ-συμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του προστάτη είναι η μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA)μία φορά κάθε δύο χρόνια για άνδρες άνω των 40 ετών και μία φορά το χρόνο για άνδρες άνω των 50 ετών. Η δακτυλική εξέταση του προστάτη, το διορθικό υπερηχογράφημα, η διενέργεια πολυπαραμετρικής μαγνητικής τομογραφίας προστάτη αδένα (mpMRI) και η ιστολογική σάρωση (HistoScanning™) μπορούν να πραγματοποιηθούν βάση των ιατρικών οδηγιών.
- Η τριτογενής πρόληψη περιέχει τις ενέργειες που χρειάζονται να γίνουν για την θεραπεία της ασθένειας, ή για τη διαχείριση της από τον ασθενή. Σαφέστερα αυτή αναφέρεται στη διαχείριση μιας νόσου μέσω της χρήσης διαφόρων μέτρων, όπως η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.»

Στην περίπτωση της Ελλάδας, το κράτος δεν έχει εκδώσει επίσημο πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του προστάτη, με αποτέλεσμα η Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία (EOE) να ακολουθεί τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας στις συστάσεις της. Ακόμη δεν έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στα προγράμματα πρόληψης γενικά, λόγω της δύσκολης

οικονομικής κατάστασης στη χώρα, λόγω δημοσιονομικών προβλημάτων, αλλά και λόγω έλλειψης μελετών κόστους-οφέλους για κάθε ασθένεια ή πρόγραμμα πρόληψης.

Έλεγχος τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA)

Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη είναι ο έλεγχος των επιπέδων του ειδικού προστατικού αντιγόνου PSA. Φυσικά, τα όρια που δίνουν ανωμαλίες του PSA και φυσιολογικά στο αίμα περιλαμβάνουν ένα ποσοστό σφαλμάτων που οφείλονται σε διαφορετική γενετική (γονίδιο KLK3, MSMB κ.λπ.). Αυτά περιλαμβάνουν κλινικούς παράγοντες όπως τα φάρμακα που παίρνει κάποιος και βιολογικούς παράγοντες όπως η ηλικία. Η μελλοντική συσχέτιση των τιμών του ειδικού για τον προστάτη αντιγόνου με τον Δείκτη Μάζας Σώματος και ορισμένους γενετικούς παράγοντες/προδιαθέσεις κάθε ατόμου θα βοηθούσε στην αποτύπωση μιας πιο εξατομικευμένης αξίας του υποκειμένου (Cornu et al., 2016). Τα υψηλά επίπεδα ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) στο αίμα ενός άνδρα μπορεί να υποδηλώνουν καρκίνο του προστάτη, φλεγμονές του προστάτη, ΚΥΠ, ή χειρισμούς στον προστάτη (μάλαξη, βιοψία κτλ). Γενικά, όσο υψηλότερη είναι η τιμή του PSA ενός ατόμου, τόσο πιο πιθανό είναι να διαγνωστεί με καρκίνο.

Ο τυπικός έλεγχος για τα ειδικά για τον προστάτη επίπεδα προστατικού αντιγόνου στο αίμα μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη σε πρώιμο στάδιο, με αποτέλεσμα τη λιγότερο επιθετική θεραπεία του καρκίνου και τις λιγότερες παρενέργειες στον ασθενή και έτσι η μέση διάρκεια ζωής του ασθενή θα είναι μεγαλύτερη (Heidenreich et al., 2013)(Oberaigner et al., 2006).

Μια πανευρωπαϊκή μελέτη για τον προ-συμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του προστάτη κατέληξε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα σε άνδρες με επίπεδα ειδικού για το PSA προστατικού αντιγόνου κάτω από 1 ng/ml. Σύμφωνα με αυτούς, η επανεξέταση κάθε 8 χρόνια μπορεί να μειώσει τόσο το κόστος και το άγχος των εξεταστών όσο και τον αριθμό των επισκέψεων στο γιατρό, αλλά είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξει διηθητικό καρκίνο σε ανίατο στάδιο (Roobol et al., 2005). Η εξέταση ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) συνιστάται συνήθως σε συνδυασμό με την Δακτυλική Ορθική Εξέταση για τη βελτίωση της έκβασης του προ-συμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του προστάτη στους άνδρες (Prcic et al., 2016).

Από την άλλη πλευρά, οι υπερβολικά τακτικές εξετάσεις οδηγούν σε κίνδυνο υπέρ διάγνωσης, γι' αυτό συνιστάται η εισαγωγή επαναλαμβανόμενων εξετάσεων PSA σε άνδρες με ετήσιες τιμές που κυμαίνονται από 2,1 έως 4,0 ng/ml, με τιμές που κυμαίνονται από 1 έως 2,0 ng/ml κάθε δύο χρόνια και έως 1 ng/ml κάθε τέσσερα χρόνια (Ito et al., 2008).

Δακτυλική ορθική εξέταση

Η δακτυλική ορθική εξέταση (DRE) είναι μια γρήγορη και εύκολη εξέταση ρουτίνας για τον έλεγχο της υγείας του προστάτη αδένου. Με αυτή την εξέταση μπορούν να ανιχνευτούν καταστάσεις όπως είναι ένας διευρυμένος προστάτης (καλοήθης προστατική υπερπλασία) ακόμη και ο καρκίνος του προστάτη. Η εξέταση περιλαμβάνει τον ορθικό δακτυλικό έλεγχο για τον έλεγχο τυχόν ανωμαλιών. Όπως είναι για παράδειγμα, μια διόγκωση πίσω από το τοίχωμα του ορθού που ανιχνεύει έναν διευρυμένο προστάτη. Ενώ ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να παρουσιάζει εξογκώματα στην κανονικά ομαλή επιφάνεια του προστάτη αδένου. Η δακτυλική ορθική εξέταση γίνεται συνήθως σε συνδυασμό με την εξέταση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA).

Τα μειονεκτήματα αυτής της εξέτασης περιλαμβάνουν την αδυναμία διάγνωσης καλοήθους ή κακοήθους όγκου, καθώς και την ικανότητας ανίχνευσης μικρού όγκου. Μετά την ολοκλήρωση αυτής της εξέτασης, ο ουρολόγος θα αποφασίσει εάν είναι απαραίτητη η βιοψία προστάτη (Χατζημουρατίδης, 2010).

Διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη - Βιοψία του προστάτη

Σε περιπτώσεις όπου ο ουρολόγος διαπιστώσει σκληρία του προστάτη/ανωμαλίες κατά τη διάρκεια της δακτυλικής εξέτασης ή λόγω του αυξημένου PSA του ασθενούς, μπορεί να επιλέξει να πραγματοποιήσει βιοψία του προστάτη αδένου (Harvey et al., 2012). Η συνηθέστερα εφαρμοζόμενη μέθοδος είναι εκείνη της διορθικής προσπέλασης, όπου το υλικό που θα εξεταστεί λαμβάνεται με λεπτή βελόνα η οποία εισάγεται από το ορθό. Η λήψη των τεμαχιδίων δεν γίνεται τυχαία αλλά με συγκεκριμένη σειρά (χαρτογράφηση), έτσι ώστε, όταν ελεγχθούν μικροσκοπικά οι ιστοί να ξέρουμε από ποιο τμήμα του προστάτη αδένου ελήφθησαν. Η εντόπιση των ορίων των ύποπτων και πιθανώς παθολογικών περιοχών του προστάτη αδένου γίνεται με τη χρήση υπερηχογραφικού μηχανήματος υψηλής ευκρίνειας που επιτρέπει την ακριβή απεικόνιση του οργάνου, σε μεγάλη οθόνη.

Η βιοψία του προστάτη είναι μια γρήγορη και ανώδυνη μέθοδος ελέγχου του οργάνου για τη διευκρίνιση πιθανών παθολογιών, κατά τη μέτρηση της τιμής του PSA ή της δακτυλικής εξέτασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν, κατά την εξέταση, να μη ληφθεί υλικό από μια παθολογική περιοχή του προστάτη και να παρουσιαστεί ένα ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα. Η πιθανότητα αυτή καθιστά αναγκαία τόσο τη στενή ιατρική παρακολούθηση όσο και την εγρήγορση, ακόμη και σε περιπτώσεις αρνητικών βιοψιών προστάτη.

Πολυπαραμετρική Μαγνητική τομογραφία Προστάτη Αδένα

Η Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία Προστάτη είναι μια εξέταση που γίνεται στο μαγνητικό τομογράφο και παρέχει καλύτερη εικόνα των παθολογιών του προστάτη από το διορθικό υπερηχογράφημα. Η εξέταση αυτή συνδυάζει τις ειδικές λειτουργικές τεχνικές του μαγνητικού συντονισμού με τις ανατομικές εικόνες υψηλής ευκρίνειας για την ανάδειξη παθολογικών καταστάσεων του οργάνου. Σύμφωνα με την Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, συνιστάται να προηγείται η Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία του Προστάτη Αδένα πριν από κάθε βιοψία. Τα αποτελέσματα ορισμένων μελετών δείχνουν ότι η Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία του Προστάτη παρουσιάζει πολύ μεγάλη αρνητική προγνωστική αξία (Ahmed et al., 2017). Σαφέστερα αν μια ύποπτη εστία δεν ανιχνευθεί από την Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία Προστάτη είναι σχεδόν σίγουρο (εφόσον τα κλινοεργαστηριακά δεδομένα το επιτρέπουν) ότι δεν πρόκειται για κακοήθεια και μπορεί να μη γίνει η διορθική βιοψία.

Αυτή η εξέταση είναι εξαιρετικά χρήσιμη και ακριβής στην αξιολόγηση των ορίων της έκτασης του καρκίνου (σταδιοποίηση), στο σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπείας (ακτινοθεραπεία ή χειρουργική) και για την επίτευξη των μέγιστων αποτελεσμάτων με τις λιγότερες επιπλοκές για τον ασθενή καθώς και στην πρόιμη ανίχνευση τοπικής υποτροπής του καρκίνου, όταν υπάρχει αυξημένη τιμή PSA μετά τη θεραπεία.

2.4 Σταδιοποίηση της νόσου

Μόλις επιβεβαιωθεί ο καρκίνος του προστάτη, το αμέσως επόμενο βήμα είναι η είσοδος στο στάδιο που περιγράφει το μέγεθος του όγκου, την εξάπλωσή του στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία στο σώμα (μεταστάσεις). Η ακριβής σταδιοποίηση της νόσου είναι σημαντική για την πρόγνωση, τη θεραπεία και την αξιολόγηση της θεραπείας. Τα πιο κοινά συστήματα ταξινόμησης για τον καρκίνο είναι το σύστημα Gleason και το TNM (Tumor-Nodes-Metastasis), τα οποία αναλύονται λεπτομερέστερα παρακάτω.

Σταδιοποίηση κατά Gleason.



Εικόνα 4. Σχηματική απεικόνιση της κλίμακας Gleason

Πηγή: <http://en.wikipedia.org/wiki/>

Σύμφωνα με την Σιαμπανοπούλου η ταξινόμηση κατά Gleason αξιολογείται με βάση την αρχιτεκτονική διάταξη και τη μορφολογία του προστάτη. “Είναι το άθροισμα των δύο κύριων ιστοπαθολογικών τύπων αδενικής μορφολογίας που επικρατούν στα δείγματα του προστάτη. Η συνηθέστερη μορφή είναι ο βαθμός 3, ενώ ο βαθμός 4 κ 5 αντιπροσωπεύει τις πιο επιθετικές μορφές καρκίνου (Σιαμπανοπούλου, 2014). Υπάρχει συσχέτιση του Gleason score με το μέγεθος του όγκου, τη διήθηση της κάψας και την εξωπροστατική διήθηση με λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η διήθηση εκτός του προστάτη αδένα ξεκινάει μόλις ο όγκος ξεπεράσει τα 0,5 cm³ και τις περισσότερες φορές εκδηλώνεται όταν ξεπεράσει τα 1,4 cm³. Όγκοι με Gleason score <4 συνήθως δεν εμφανίζουν μεταστατικές εστίες κατά τη διάγνωση, ενώ όγκος με Gleason score >7, έχουν λεμφαδενικές διηθήσεις κακή πρόγνωση. Δυστυχώς ο ακριβής περιορισμός του όγκου προεγχειρητικά είναι δύσκολη υπόθεση”. Επομένως,

απαιτούνται διαγνωστικές εξετάσεις όπως MRI,C/T, σπινθηρογράφημα οστών για την εκτίμηση του σταδίου του ασθενούς και τη διάγνωση της θεραπείας. (Σιαμπανοπούλου, 2014).

Σύστημα σταδιοποίησης TNM

T	<i>Πρωτοπαθής Όγκος</i>
TX:	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί
T0:	Δεν υπάρχει ενδεικτικό σημείο όγκου
T1:	Μη ψηλαφητός και μη απεικονιζόμενος όγκος
T1a:	τυχαίο εύρημα διουρηθρικής, < 5% του εκταμένου ιστού
T1b:	τυχαίο εύρημα διουρηθρικής, > 5% του εκταμένου ιστού
T1c:	διαπιστώνεται από βιοψία λόγω αυξημένου PSA
T2:	Όγκος περιορισμένος στον προστάτη
T2a:	ο όγκος καταλαμβάνει τον ένα λοβό του προστάτη
T2b:	ο όγκος καταλαμβάνει και τους δύο λοβούς του προστάτη
T3:	Ο όγκος διασπά την προστατική κάψα
T3a:	διάσπαση της κάψας (μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη)
T3b:	διήθηση σπερματοδόχων κύστεων
T4:	Ο όγκος διηθεί άλλα όργανα εκτός των σπερματοδόχων κύστεων
T4a:	διήθηση αυχένα κύστης, έξω σφιγκτήρα, ορθού
T4b:	διήθηση ανελκτήρα, καθηλωμένος στα πυελικά τοιχώματα
N	<i>Περιοχικοί λεμφαδένες</i>
NX:	Δεν έχει εκτιμηθεί η λεμφαδενική μετάσταση
N0:	Δεν υπάρχει λεμφαδενική μετάσταση
N1:	Μετάσταση σε ένα λεμφαδένα μεγίστης διαμέτρου 2 cm
N2:	Μετάσταση σε ένα λεμφαδένα μεγαλύτερο των 2 cm αλλά μικρότερο των 5 cm σε μέγιστη διάμετρο, ή διήθηση πολλών λεμφαδένων όχι μεγαλύτερων των 5 cm σε μέγιστη διάμετρο
N3:	Μετάσταση σε λεμφαδένα μεγαλύτερο των 5 cm
M	<i>Μεταστάσεις</i>
MX:	Δεν έχει γίνει εκτίμηση για μεταστάσεις
M0:	Δεν διαπιστώνονται μεταστάσεις
M1a:	Μετάσταση σε μη περιοχικούς λεμφαδένες
M1b:	Οστικές μεταστάσεις
M1c:	Μετάσταση σε άλλα όργανα (ήπαρ, πνεύμονες κ.λπ.)

(Mottet et al., 2021)

Για καρκίνο χαμηλού κίνδυνου δεν απαιτείται απεικόνιση. Οι πιο χρήσιμες πληροφορίες για το στάδιο της νόσου προέρχονται από τον βαθμό του όγκου, τον αριθμό των βιοψιών και το επίπεδο του PSA (Mottet et al., 2021).

2.5 Θεραπεία του καρκίνου προστάτη

Αναλόγως του σταδίου της διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη, λαμβάνεται η κατάλληλη θεραπεία. Στο αρχικό στάδιο, ο ασθενής υποβάλλεται σε ενεργό παρακολούθηση, χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία. Στα τελικά στάδια διάγνωσης μπορεί να γίνει ενεργός παρακολούθηση, χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία σε μια προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς, ή χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.

- Η ενεργητική επιτήρηση αναφέρεται σε συχνούς προληπτικούς ελέγχους διότι ο καρκίνος του προστάτη είναι μια ασθένεια που εξελίσσεται με αργό ρυθμό. Προορίζεται για άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών που έχουν μη προχωρημένο καρκίνο

και δεν έχουν μεγάλο προσδόκιμο ζωής λόγω της παρουσίας μιας σημαντικής υποκείμενης διαταραχής (McVary et al., 2011) (Heidenreich et al., 2013).

- Η αφαίρεση ολόκληρου του προστάτη και τυχόν κοντινών λεμφαδένων χειρουργικά είναι η καταλληλότερη θεραπευτική επιλογή για πολλούς άνδρες με καρκίνο του προστάτη. Πρόσφατα, υπήρξε μια επανάσταση στη χειρουργική πρακτική, με την εμφάνιση της χειρουργικής ρομποτικής. Αυτή η τεχνολογία επιτρέπει μικρότερες τομές και χειρουργικές επεμβάσεις σε δυσπρόσιτες περιοχές, γεγονός που έχει κάνει τη χειρουργική επέμβαση πιο προσιτή και αποτελεσματική (Heidenreich et al., 2013).
- Η ακτινοθεραπεία στοχεύει στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων/όγκων/οζιδίων είτε με εξωτερική ακτινοβολία είτε με ακτινοθεραπεία εγγύτητας (μεταμόσχευση ραδιενεργών σπόρων στον προστάτη με τη χρήση διορθικού υπερηχογραφήματος).
- Η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται για τη μείωση της παραγωγής τεστοστερόνης.
- Η χημειοθεραπεία χορηγείται όταν η ορμονική θεραπεία δεν είναι πλέον αποτελεσματική ή όταν ο καρκίνος έχει δημιουργήσει μεταστάσεις. Η χρήση αναλγητικών μπορεί να είναι πολύ ευεργετική για ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

3.1. Η Εμπειρία του Καρκίνου για την Οικογένεια

Η έννοια της οικογένειας σχετίζεται άμεσα με τη μακρά ιστορία όσων έχουν βιώσει την ανάγκη δημιουργίας ομάδων για τη βελτίωση της ασφάλειας και της προστασίας. Αρχικά, μια οικογένεια ορίστηκε από τους δεσμούς αίματος ή τις σχέσεις γάμου μεταξύ των μελών της. Ωστόσο, οι αλλαγές στην κοινωνική δομή και στους σύγχρονους ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες απαιτούν επαναπροσδιορισμό και προσαρμογή αυτού του ορισμού. Οι Patterson και Garwick (Patterson & Garwick, 1994) όρισαν την οικογένεια ως «μια ομάδα ανθρώπων που ζουν μαζί και νοιάζονται ο ένας για τον άλλον», έτσι περιγράφονται ικανοποιητικότερα οι σχέσεις των μελών της στη σημερινή οικογένεια. Ο ευρύτερος ορισμός γίνεται αποδεκτός ως άτομο που ορίζεται από τον ίδιο τον ασθενή.

Η διάγνωση του καρκίνου και η όλη διαδρομή μέχρι τη θεραπεία του, έχει ολιστική επίδραση τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για τα άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή και επηρεάζονται περισσότερο από τις απειλές, το άγχος και τις απώλειες που προκαλούνται από την ασθένεια. Η επίδραση των μελών της οικογένειας των ασθενών με καρκίνο στην ασθένεια είναι η ίδια με την επίδραση που έχει ο ίδιος ο ασθενής (Gotay, 1984). Ο θυμός, η απογοήτευση, το άγχος, ο φόβος του θανάτου, η αβεβαιότητα και η κόπωση αποτελούν μέρος της αντίδρασης των μελών της οικογένειας των ασθενών με καρκίνο, από τη διάγνωση μέχρι το θάνατο των συγγενών τους. Εκτιμάται ότι στο ένα τρίτο των ενηλίκων με καρκίνο, οι σύντροφοι και τα παιδιά υποφέρουν από σοβαρή καταπόνηση τόσο ψυχικής όσο και κοινωνικής κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου.

Τρία βασικά θεωρητικά κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν για την ερμηνεία των επιπτώσεων του καρκίνου στην οικογένεια των ασθενών με καρκίνο: η συστημική θεωρία, η θεωρία ανάπτυξης και η θεωρία προσαρμογής και άγχους από την παροχή φροντίδας. Η θεωρία συστήματος παρουσιάζει την οικογένεια να μοιράζεται μια κοινή ιστορία και ένα κοινό μέλλον και ως ένα σύστημα ατόμων που αποτελούνται από τα μεμονωμένα υποσυστήματα, τα μέλη τους. Η θεωρία συστήματος αναγνωρίζει ότι οι αλλαγές των μελών της οικογένειας επηρεάζονται και αντικατοπτρίζονται σε όλα τα άλλα μέλη. Η θεωρία ανάπτυξης, με την πάροδο του χρόνου, ερμηνεύει τις αλλαγές στην οικογενειακή σύνθεση και την εξέλιξη των μελών της και εξηγεί τις σχετικές αλλαγές των ρόλων, των ευθυνών και των καθηκόντων τους. Η διάγνωση καρκίνου ενός μέλους της οικογένειας, επηρεάζει σαφώς τους ρόλους και τις

ευθύνες του ίδιου του ασθενούς. Ωστόσο επηρεάζονται και οι ρόλοι και οι ευθύνες των μελών της οικογένειας που επιδιώκουν να εξισορροπήσουν τις ανάγκες του ασθενούς με τις δικές τους. Τέλος, η θεωρία της προσαρμογής και του άγχους στην παροχή φροντίδας υποστηρίζει ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες, επηρεάζουν τον τρόπο που ένα άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί. Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο αναλύει την προέλευση των στρεσογόνων παραγόντων, κατηγοριοποιώντας τους σε στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με συνεχή φροντίδα και στρεσογόνους παράγοντες επίλυσης προβλημάτων στην καθημερινή ζωή (King & Hinds, 1998)

Η σοβαρότητα της απειλής του καρκίνου που καλείται να αντιμετωπίσει η οικογένεια καθορίζεται από τη βαρύτητα που δίνεται στην ασθένεια του μέλους της και στον ίδιο τον καρκίνο. Η αναζήτηση νοήματος φαίνεται να βοηθά στη μείωση της απειλής που βιώνεται από τη διάγνωση (Pearlin et al., 1990). Όταν διαγιγνώσκεται μια κακοήθεια σε ένα μέλος της οικογένειας, η οικογένεια αντιδρά στη διάγνωση αυτή με μοναδικό τρόπο. Έτσι υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις των οικογενειών ανάλογα με τις διάφορες συμπεριφορές και αντιδράσεις τους. Ο Kissane και οι συνεργάτες του (Kissane et al., 1998) περιγράφουν πέντε διαφορετικούς τύπους οικογενειών: τις υποστηρικτικές, εκείνες που αντιμετωπίζουν συγκρούσεις, τις ενδιάμεσες, τις μελαγχολικές και τις εχθρικές. Αυτή η ταξινόμηση βασίστηκε στον βαθμό συνοχής, σύγκρουσης και έκφρασης των συναισθημάτων και των σκέψεων των μελών της οικογένειας σχετικά με τη νόσο.

Ο Zabora και οι συνεργάτες του (Zabora et al., 1989) χρησιμοποίησαν τις έννοιες της προσαρμοστικότητας και της συνοχής για να ταξινομήσουν τις απαντήσεις της οικογένειας στον καρκίνο. Η προσαρμοστικότητα ορίστηκε ως η ικανότητα ανταπόκρισης στο στρες που προκαλεί ο καρκίνος αναλαμβάνοντας ή αλλάζοντας ρόλους στην καθημερινή ζωή και εφαρμόζοντας νέες στρατηγικές αντιμετώπισης. Η συνοχή χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την ποιότητα των συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των οικογενειών και τη συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται στα άρρωστα μέλη.

Η φυσική ανάπτυξη και ωρίμανση μιας οικογένειας διακόπτεται, μεταβάλλεται ή επιταχύνεται μετά τη διάγνωση ενός μέλους με καρκίνο ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα δεν παρέχουν σαφή απάντηση σε αυτό το ερώτημα λόγω της περιγραφής αντικρουόμενων συμπερασμάτων. Μελέτες σε οικογένειες ασθενών με καρκίνο δείχνουν ότι τα παιδιά τους, εκτιμούν περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους (Armsden & Lewis, n.d.) και αντιμετωπίζουν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές (SIEGEL et al., 1992).

Η επίδραση της οικογένειας στον καρκίνο συχνά εξαρτάται από τον ρόλο και την κατάσταση του ασθενούς. Όταν ο ασθενής είναι ο συντονιστής της οικογένειας, επηρεάζονται σε σημαντικότερο βαθμό τα υπόλοιπα μέλη. Σε κάθε περίπτωση, η ασθένεια αναγκάζει να αναδιανείμει και να επαναπροσδιορίσει τους ρόλους και τις σχέσεις εντός της οικογενειακής δομής (Hockley, 2000). Επιπλέον, η ανάγκη για παροχή φροντίδας και υποστήριξης στα επηρεαζόμενα μέλη δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις που πρέπει να εκπληρωθούν, δημιουργώντας νέους ρόλους και υποχρεώσεις για τα υπόλοιπα μέλη. Αυτές οι αλλαγές επιβαρύνουν τους ασθενείς που αδυνατούν να τις καλύψουν και αυξάνουν το άγχος τους. Οι οικογένειες προσπαθούν να προσαρμοστούν σε αυτές τις νέες καταστάσεις, παρέχοντας στους ασθενείς όσο το δυνατόν περισσότερα και αποφορτίζοντας τους από τους ρόλους και τα καθήκοντα που κατείχαν (Hockley, 2000). Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας και ειδικότερα ο κύριος φροντιστής εγκαταλείπουν τους κοινωνικούς, εργασιακούς ή άλλους ρόλους που κατείχαν και αναλαμβάνουν τον ρόλο για τον οποίο ήταν υπεύθυνος ο ασθενής. Με αυτόν τον τρόπο, συνεχίζεται η παροχή φροντίδας στον ασθενή και η κάλυψη των αναγκών άλλων μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Η προσαρμογή σε νέους ρόλους είναι συχνά δύσκολη και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσαρμοστικότητα, τη σύνθεση και την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας (Glasdam et al., 1996). Οι προσπάθειες προσαρμογής σε νέους ρόλους συνοδεύονται συχνά από θυμό, σύγχυση και εξασθενημένη επικοινωνία (Hockley, 2000).

Η οικογένεια αναπόφευκτα εμπλέκεται στη βοήθεια και στην υποστήριξη του καρκινοπαθούς κατά τη σύντομη ή μακρά περίοδο της ασθένειας και της θεραπείας. Η επιρροή της οικογένειας στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε καρκινοπαθείς έχει πλέον μελετηθεί ευρέως και τα ερευνητικά στοιχεία υποστηρίζουν τη σημασία αυτής της αλληλεπίδρασης. Το δίκτυο υποστήριξης και η οικογένεια των καρκινοπαθών φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της νόσου. Οι γυναίκες ασθενείς με περιορισμένα δίκτυα υποστήριξης που επέζησαν από την απομόνωση βρέθηκαν να έχουν αυξημένο κίνδυνο κακής πρόγνωσης (Reynolds & Kaplan, 1990).

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα πολυδιάστατο μέγεθος, το οποίο σύμφωνα με την Schaefer και τους συνεργάτες (Schaefer et al., 1981) περιλαμβάνει τρεις διαφορετικούς τύπους υποστήριξης: την πρακτική, τη συναισθηματική και την πληροφόρηση. Η λειτουργική υποστήριξη, περιλαμβάνει την παροχή βοήθειας για την εκτέλεση ορισμένων δραστηριοτήτων που διευκολύνουν τον ασθενή. Αυτή η φροντίδα δεν περιορίζεται σε χρόνο ή τόπο, αλλά σχετίζεται κυρίως με το χρονικό διάστημα που ο ασθενής μένει στο σπίτι. Αποδείχθηκε ότι οι φροντιστές είναι διαθέσιμοι να παρέχουν φροντίδα κατά τη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας.

Η παροχή βοήθειας μπορεί να περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμάκων, την επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, την αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων, όπως είναι η επείγουσα περίθαλψη και η θεραπεία που σχετίζεται με την ασθένεια και τη θεραπεία. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή φροντίδας περιλαμβάνουν εκείνους που σχετίζονται με τους κύριους φροντιστές, εκείνους που σχετίζονται με τους ασθενείς και εκείνους που συνήθως συνδέονται με την ανάγκη για φροντίδα. Έχει βρεθεί ότι η παροχή φροντίδας και η υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο προσδιορίζεται και συσχετίζεται με διάφορες πολιτισμικές και κοινωνικές παραμέτρους (Thomas & Morris, 2002).

Παρόλου που το φύλο δεν φαίνεται να είναι παράγοντας που επηρεάζει τη παροχή φροντίδας, φαίνεται ότι ο κύριος φροντιστής ενός καρκινοπαθή ασθενή είναι συνήθως θηλυκό. Ορισμένοι παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας είναι η ηλικία του φροντιστή και του ασθενή, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, η μόρφωση τους, η θρησκεία τους, το επίπεδο υγείας τους, η κατάσταση διαβίωσης τους, η σχέση ασθενή - φροντιστή, η εντόπιση του καρκίνου, καθώς και οι απόψεις ασθενών και φροντιστών για τη φροντίδα και την υγεία (Iconomou, Anna Viha, Haralabos P. K, 2001).

Η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο απαιτεί συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες που συχνά λείπουν από τα άτομα που δεν έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση, όπως τα μέλη της οικογένειας. Οι φροντιστές συχνά περιγράφουν τους εαυτούς τους ως ανεπαρκώς προετοιμασμένους να αναλάβουν αυτόν τον ρόλο και εκφράζουν ανησυχίες για την ανεπαρκή υποστήριξη που παρέχουν στον ασθενή και στην οικογένεια (Rusinak & Murphy, 1995). Η συναισθηματική υποστήριξη σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα των μελών της οικογένειας αλλά και του ίδιου του φροντιστή να μοιράζονται τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με τον ασθενή. Η φροντίδα των αγαπημένων προσώπων, η ακρόαση, ο εφησυχασμός ενός αγαπημένου ατόμου όπως και η ενίσχυση της σημαντικότητάς του, η στοργή και η αγάπη θα αυξήσει την αυτοπεποίθηση του φροντιστή και την ευημερία του. Ζευγάρια με καρκίνο ανέφεραν ότι η συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών τους χρειαζόταν περισσότερο χρόνο από όσο μπορούσαν να καλύψουν τις καθημερινές τους ανάγκες ή να ενισχύσουν τις άλλες αποστολές τους στο πλαίσιο της φροντίδας τους (Toseland et al., 1995). Ωστόσο, η οικογένεια του καρκινοπαθούς μπορεί να μην υποστηρίζει τον ασθενή, να είναι επικριτική απέναντί του ή/και να αντιτίθεται στις προσπάθειες του να προσαρμοστεί στη νόσο ή στη θεραπεία. Ο ασθενής επίσης μπορεί να θεωρεί τη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας ως ανέντιμη, φανταστική, υπερβολική ή μη ρεαλιστική και να μην αντιλαμβάνεται την οικογενειακή συμπεριφορά ως υποστηρικτική. Η αρνητική συμπεριφορά ενός συζύγου

συνδέεται με την περιορισμένη ευημερία του ασθενούς. Ελάχιστη έρευνα έχει γίνει για την υποστήριξη των οικογενειών των ασθενών με καρκίνο.

3.2 Ποιότητα Ζωής Οικογενειών Ασθενών με Καρκίνο

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα αποκάλυψαν ότι η ποιότητα ζωής των οικογενειών με καρκίνο δεν είχε μελετηθεί διεξοδικά. Οι διαθέσιμες μελέτες περιορίζονται σε συγκεκριμένους τομείς της εμπειρίας του καρκίνου και στοχεύουν κυρίως στη διάγνωση, στη θεραπεία και στη τελική φροντίδα. Οι μελέτες σχετικά με την οικογενειακή εμπειρία ασθενών με καρκίνο ή οι μελέτες σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα νόσο είναι σχετικά περιορισμένες (Lewis, 1986). Τα συμπεράσματα μιας μελέτης αποκαλύπτουν ότι οι πιο συχνές ανάγκες των μελών οικογενειών ασθενών με καρκίνο στο διαγνωστικό στάδιο είναι ψυχολογικής και συναισθηματικής φύσεως (Hileman et al., 1992). Οι ασθενείς και οι σύντροφοι συχνά εκπλήσσονται, φοβούνται και παρουσιάζουν κατάθλιψη μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου. Επιπλέον, το άγχος των ζευγαριών με καρκίνο αυξάνεται σταδιακά μέχρι να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να φτάσει στο μέγιστο σημείο έως και δύο μήνες από την ανακοίνωση της διάγνωσης (Marilyn T. Oberst & Scott, 1988).

Αν και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή ανδρών συζύγων με καρκίνο του μαστού κατά τη διάγνωση βρέθηκε να σχετίζεται με την κοινωνική υποστήριξη που έλαβαν τόσο ο σύζυγος όσο και ο ασθενής. Οι άνδρες σύζυγοι φάνηκε να περιγράφουν λιγότερη υποστήριξη από το περιβάλλον τους από ότι οι ίδιες οι ασθενείς (Northouse, 1992). Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια σε ζευγάρια ασθενών με καρκίνο του προστάτη, με τους άνδρες ασθενείς να περιγράφουν ένα περιορισμένο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, το οποίο συνήθως περιλαμβάνει μέλη του ίδιου φύλου. Αντίθετα, οι γυναίκες σύντροφοί τους αλληλοεπιδρούν με ένα τεράστιο δίκτυο υποστήριξης που εκτείνεται πέρα από τα οικογενειακά όρια και περιλαμβάνει φίλους, γείτονες και την εκκλησία. (Boehmer & Clark, 2001)

Επιπλέον, βρέθηκαν διαφορές στις αντιλήψεις των ασθενών και των συντρόφων για την υποστήριξή τους και το υποστηρικτικό τους κοινωνικό δίκτυο. Οι πεποιθήσεις των ασθενών συνδέονται κυρίως με την αίσθηση της εξάρτησης και την ανάγκη για φροντίδα και βοήθεια. Αντίθετα, εκείνες των συντρόφων συνδέονται με την προσπάθειά τους να προσφέρουν στον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερα. Η αισιοδοξία των φροντιστών των καρκινοπαθών στο στάδιο της διάγνωσης συνδέεται με λιγότερη κατάθλιψη και η αίσθηση ότι η ανάγκη παροχής φροντίδας στους ασθενείς, έχει μικρότερο αντίκτυπο στη ζωή τους. Το αυξημένο ψυχολογικό και συναισθηματικό άγχος ασθενών και συντρόφων στο διαγνωστικό στάδιο εκδηλώνεται

συχνά με οργανικά συμπτώματα, όπως προβλήματα ύπνου, διαταραχές όρεξης, αδυναμία συγκέντρωσης και κόπωσης.(Margot E. Kurtz et al., 1995)

Η διάρκεια της θεραπείας και η φροντίδα που παρέχεται έχουν πολλαπλές επιπτώσεις στον ασθενή και στα μέλη της οικογένειας. Ο ίδιος ο ασθενής φαίνεται να βιώνει λιγότερο συναισθηματικό στρες όταν νιώθει ότι μπορεί να καλύψει τις περισσότερες από τις καθημερινές του ανάγκες και να επιβαρυνθεί λιγότερο με το φροντιστή και άλλα μέλη της οικογένειας. Παράλληλα, οι φροντιστές βιώνουν αυξημένο άγχος, κυρίως ψυχολογικό, λόγω άγχους και κατάθλιψης, αλλά και οργανικό, λόγω κούρασης από τη συνεχόμενη παροχή φροντίδας, περιορίζοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους. Οι ανησυχίες και οι φόβοι που σχετίζονται με τη θεραπεία, η αγωνία και το οργανικό και ψυχολογικό άγχος του ασθενούς είναι οι κύριες αιτίες άγχους μεταξύ των φροντιστών κατά τη διάρκεια της θεραπείας.(Cliff & Macdonagh, 2001)

Οι οικογένειες αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, κυρίως κατά τη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο. Αυτές οι οικονομικές δυσκολίες προκαλούνται συνήθως από την περιορισμένη εργασιακή ικανότητα των μελών της, ιδιαίτερα του κύριου φροντιστή, με αποτέλεσμα οι οικονομικοί πόροι να είναι περιορισμένοι. Ο πόνος είναι ένα από τα συμπτώματα των καρκινοπαθών που έχουν μελετηθεί ευρέως για την επίπτωση του στην ποιότητα ζωής της οικογένειας. Υπολογίζεται ότι περισσότερο από το 30% των οικογενειών μακροχρόνιας φροντίδας δεν μπορούν να συμβιβαστούν με τις συνέπειες του πόνου. Η οικογένεια παρόλο που έχει επίγνωση των επιπτώσεων του πόνου στον ασθενή και την επιρροή του στην ποιότητα ζωής του, εκφράζει αδυναμία διαχείρισης των συμπτωμάτων. (Hinds, 1992)

Μέχρι στιγμής, ελάχιστη έρευνα έχει γίνει για την επίδραση του καρκίνου στις οικογένειες όταν ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου. Ωστόσο είναι γνωστό ότι η οικογένεια αισθάνεται την επίδραση της νόσου ακόμη σε αυτή τη φάση. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους προσαρμόζονται διαφορετικά στο χρονικό διάστημα ελεύθερης νόσου.(Hull, 1992) Σύζυγοι με συντρόφους με καρκίνο του μαστού αναφέρουν την ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων ακόμη κι όταν οι σύντροφοί τους ήταν ελεύθερες νόσου.

Από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία για την επίδραση του καρκίνου στην ποιότητα ζωής και την ευημερία των οικογενειών με καρκίνο, το μεγαλύτερο ποσοστό κάνει λόγο για το τελικό στάδιο του καρκίνου. Σύζυγοι καρκινοπαθών ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου, περιγράφουν πώς η ζωή τους άλλαξε ριζικά λόγω της ανάγκης να φροντίσουν έναν ασθενή που πεθαίνει και αναφέρουν ότι οι κύριες προκλήσεις εκείνη την εποχή ήταν η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, η διατήρηση των δεξιοτήτων διαχείρισης της

οικογένειας, η αντιμετώπιση οικονομικών δυσκολιών και διαχείριση της εμπειρίας επιδείνωσης του ασθενούς. Οι κύριες αιτίες του οικογενειακού άγχους στους θανάτους καρκινοπαθών ασθενών φαίνεται να είναι η εμπειρία παροχής βοήθειας, η αβεβαιότητα και οι αλλαγές στην ψυχική κατάσταση του ασθενούς.(M E Kurtz et al., 1994)

Οι φροντιστές συχνά ερμηνεύουν την προχωρημένη ασθένεια και τη χορήγηση ανακουφιστικής θεραπείας ως ανάγκη για την αύξηση της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή. Η εξέλιξη της νόσου του ασθενούς, η επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του και η μείωση της ικανότητάς του για αυτοθεραπεία συνδέονται με αυξημένο φορτίο για τους συμμετέχοντες στην παροχή της φροντίδας. Παρόλο που τα δεδομένα της έρευνας είναι αντιφατικά, φαίνεται ότι η ευημερία των φροντιστών και η ποιότητα ζωής τους, επηρεάζονται από την κακή διάγνωση του ασθενούς, τη σωματική του κατάσταση, την παρουσία μεταστατικής νόσου ή τη χορήγηση ανακουφιστικής θεραπείας. (Buehler & Lee, 1992) (M T Oberst et al., 1989). Τέλος, περιγράφεται ότι με την αύξηση της χρονικής διάρκειας της παροχής φροντίδας στον ασθενή και με το θάνατο να είναι κοντά, οι φροντιστές αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση, διαταραχές ύπνου, περιορισμένο ελεύθερο χρόνο και περισσότερες ευθύνες. (Weitzner et al., 1999)

Συμπερασματικά, τα κακοήθη νοσήματα επηρεάζουν κυρίως τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών οικογενειών και σε μικρότερο βαθμό τις οργανικές πτυχές της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής τους.

3.3. Η Επίδραση της Νόσου στο Σύντροφο Πάσχοντα από Καρκίνο

Αν και η επίδραση του καρκίνου σε ζευγάρια ασθενών με καρκίνο έχουν διερευνηθεί τα τελευταία χρόνια, λίγα είναι τα ερευνητικά δεδομένα που είναι διαθέσιμα. Η οικογενειακή κατάσταση θεωρείται σημαντικός δείκτης πρόγνωσης σε ασθενείς με καρκίνο. Τα υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης για τους παντρεμένους ασθενείς πιστεύεται ότι σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση, τις καλύτερες θεραπευτικές επιλογές και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τη σύζυγό τους και την ευρύτερη οικογένειά τους. (Goodwin et al., 1987) Ο γάμος θεωρείται πλεονέκτημα για την καλύτερη πρόγνωση των καρκινοπαθών, αν και δεν βρέθηκε θετική ή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του έγγαμου βίου και της επιβίωσης αυτών. (Forsén, 1991)(Ell et al., 1992)

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παντρεμένοι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ευεξία και αυξημένη ποιότητα ζωής. Επίσης αυτοί δίνουν μεγάλη σημασία στην ύπαρξη ενός υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος κατά τη διάρκεια της νόσου. Ωστόσο, η

υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας, ιδιαίτερα τα παιδιά, προκαλούν σημαντικό ψυχολογικό στρες στους καρκινοπαθείς. Τα παραπάνω παρουσιάζουν την ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την αποσαφήνιση των επιπτώσεων του γάμου, σε σχέση με το φύλο, την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς(Hopper, 2003).

Η προσφορά του συντρόφου είναι σημαντική τόσο για την υποστήριξη και τη φροντίδα του ασθενή, όσο και για τη συμβολή του στην προσαρμογή της ασθένειας αυτού και της θεραπείας της. Το ενδιαφέρον για περαιτέρω μελέτη αυξάνεται όταν η επίδραση της νόσου και της θεραπείας προς το σύντροφο είναι αρνητική και η ικανότητα του να συνεχίσει να παρέχει φροντίδα στο σύζυγο ασθενή περιορισμένη. Οι σύντροφοι των ασθενών με καρκίνο συμμετέχουν στον πρωταρχικό ρόλο ως φροντιστές και αγωνιούν για την ικανότητα να τους ανακουφίσουν και να τους υποστηρίξουν (Coe & Kluka, 1990). Ακόμη ο φροντιστής που δεν είναι και σύντροφος του ασθενή δεν βιώνει τόσο έντονα το αίσθημα της κατάθλιψης σε αντίθεση με το σύντροφο που έχει και τον ρόλο του φροντιστή. Επίσης ο σύντροφος φροντιστής οφείλει να είναι δυνατός και αισιόδοξος. Η ικανότητα του συντρόφου να κατανοήσει τις ανάγκες του καρκινοπαθή ασθενή σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της υποστήριξης που παρέχει. Οι συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις του συντρόφου περιλαμβάνουν την υποστήριξη και τη φροντίδα του ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της υπερβολικής προστασίας, της μη ανάληψης των ρόλων, της απόκρυψης των συναισθημάτων, των διαφορετικών αντίθετων συναισθημάτων, του φόβου για τον καρκίνο και της αίσθησης έλλειψης βοήθειας.

Ο σύζυγος του καρκινοπαθή ασθενή βιώνει την ίδια ψυχοκοινωνική καταπόνηση που βιώνει και ο ίδιος ασθενής. Και οι δυο αντιμετωπίζουν τους ίδιους φόβους και ανησυχίες για την ασθένεια και την επιβίωση του αγαπημένου τους προσώπου. Μια μελέτη δειγμάτων ασθενών με καρκίνο του μαστού, του εντέρου και του προστάτη και των συζύγων τους έδειξε ότι οι σύντροφοί τους υπέφεραν από παρόμοιο πόνο, στρες και κατάθλιψη (Dar et al., 1992)(Robinson et al., 2005). Άλλες επιβεβαίωσαν ότι οι άνδρες σύζυγοι βιώνουν παρόμοιο ψυχοκοινωνικό στρες με τις ασθενείς, αλλά όχι το αντίστροφο. Αντίθετα, καμία μελέτη δεν επιβεβαίωσε τη συσχέτιση του στρες και της καταπόνησης συζύγων και ασθενών(Hannum et al., 1991).

Αν και τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα δεν απαντούν στο ερώτημα εάν το φύλο σχετίζεται με το ψυχολογικό στρες των ασθενών και των συντρόφων τους από τη νόσο, φαίνεται ότι οι γυναίκες ασθενείς και οι σύζυγοι βιώνουν μεγαλύτερο ψυχολογικό στρες από τους συζύγους και τους άνδρες ασθενείς, αντίστοιχα (Leiber et al., 1976). Οι γυναίκες σύντροφοι φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη κατανόηση του ρόλου του φροντιστή από τους

άντρες και συμμετέχουν περισσότερο στη φροντίδα του αρρώστου συζύγου. Οι άνδρες, από την άλλη πλευρά, μπορεί να δίνουν μικρότερη σημασία στον ρόλο του φροντιστή και να ανησυχούν περισσότερο για θέματα που σχετίζονται με τα οικονομικά και τις δουλειές του σπιτιού (Baider et al., 1998). Το προηγούμενο προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας, η προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας, ο εθισμός στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το πρόσφατο πένθος ή η έλλειψη αυτοελέγχου, η απαισιοδοξία και η έλλειψη προσαρμοστικότητας αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχολογικής καταπόνησης του συντρόφου.

Οι επιπτώσεις του καρκίνου στη ζωή του ζευγαριού ποικίλλουν, και μπορεί να είναι μακροχρόνιες. Η σχέση ορισμένων ζευγαριών φαίνεται να βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της ασθένειας καθώς οι σύντροφοι πλησιάζονται. Αντίθετα, η επιδείνωση των συζυγικών σχέσεων συμβαίνει όταν το ζευγάρι βιώνει σοβαρή καταπόνηση από τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας, όπως είναι οι αυξημένες οικονομικές δυσκολίες, η προβληματική συμπεριφορά του ασθενή, οι αλλαγές στην εργασία του συντρόφου και των ρόλων που αφορούν τις οικογενειακές δραστηριότητες. Διαταραχές στις συζυγικές σχέσεις προκύπτουν ακόμη από το έντονο ψυχολογικό στρες και την καταπόνηση που συνήθως βιώνουν οι σύντροφοι από την υγεία του ασθενούς (Arai et al., 1996). Η επιδείνωση της συζυγικής σχέσης εκδηλώνεται συνήθως με επικοινωνιακές διαταραχές και ανειλικρινείς εκφράσεις στοργής μεταξύ του συντρόφου και του ασθενή σχετικά με την ασθένεια και την καθημερινή ζωή. Ο ασθενής και ο σύντροφος συχνά περιγράφουν την προσπάθειά τους να μην μιλήσουν ή να μην εκφραστούν με ειλικρίνεια προκειμένου να προστατεύσουν τους συντρόφους τους από ανεπιθύμητες αναμνήσεις και συναισθηματικά φορτισμένα γεγονότα.

Σε αρκετές μελέτες έχουν μελετηθεί οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή του συντρόφου στην ασθένεια ή στη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο. Τα δημογραφικά στοιχεία του συντρόφου δεν φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα αυτής της προσαρμογής, αλλά τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν το αντίθετο (Kuyper & Wester, 1998). Έχει περιγράψει να είναι πιο δύσκολη η προσαρμογή των γυναικών φροντιστών και των ατόμων με χαμηλό κοινωνικό - οικονομικά επίπεδο μόρφωσης. Τα χαρακτηριστικά της ασθένειας του ασθενούς ή της θεραπείας του σχετίζονται με τη μειωμένη προσαρμογή του συντρόφου που συνηγορεί με την ασθένεια ή τη θεραπεία, περιλαμβάνουν την εντόπιση του καρκίνου, την υποτροπή του, την παροχή επικουρικής θεραπείας, την εμπειρία καταπόνησης του ασθενή, το αίσθημα έλλειψης βοήθειας και της αβεβαιότητας για το μέλλον. Αντίθετα, η προσαρμογή του συντρόφου, βρέθηκε ότι δεν σχετίζεται με την εντόπιση του καρκίνου, το στάδιο της νόσου και τον βαθμό δυσφορίας (Siegel et al., 1991).

Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ των συζύγων φαίνεται να διευκολύνει την προσαρμογή τόσο του ασθενή όσο και του συντρόφου στη νέα πραγματικότητα της νόσου και συσχετίζεται θετικά με την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής (Yoo et al., 2014). Επιπλέον έρευνες δείχνουν ότι η κακή οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με αυξημένο άγχος και χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών, των συντρόφων τους ή και των δύο. Λέγεται ότι οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη σημασία στη συντροφικότητα της σχέσης τους, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Αντίθετα, οι σύντροφοι εστιάζουν περισσότερο στην επίλυση των προβλημάτων τους μέσα στη σχέση τους (Greenwald, 1987)(SNEEUW et al., 2001).

3.4 Αντιλήψεις Ασθενών και Συντρόφων για την Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρκίνο

Οι ασθενείς φαίνεται να θεωρούν την οικογένεια σημαντικό παράγοντα, που επηρεάζει θετικά την ευεξία και την ποιότητα ζωής τους, αλλά μόνο ένα μικρό μέρος της σύγχρονης βιβλιογραφίας αναφέρετε στην αντίληψη των μελών της οικογένειας για στην ποιότητα ζωής αυτών. Στις υπάρχουσες μελέτες, τα μέλη της οικογένειας, οι κύριοι φροντιστές αλλά και άλλοι σημαντικοί άνθρωποι του περιβάλλοντός τους, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Αν και οι σύντροφοι χρησιμοποιούνται συχνά για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, οι πεποιθήσεις τους δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως. Τα περισσότερα δείγματα των μελετών που αφορούν την έμμεση αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών, περιλαμβάνουν τους συντρόφους τους, καθώς αυτοί σχετίζονται κυρίως με τη φροντίδα τους ή τους θεωρούν ως τους πιο σημαντικούς ανθρώπους (Rustoen et al., 1999). Οι αξιολογήσεις από τους συντρόφους για τη ποιότητα ζωής των ασθενών διερευνήθηκαν μαζί με τις αξιολογήσεις από άλλα μέλη της οικογένειας ή άλλους βασικούς φροντιστές ή σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος. Λίγες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει μόνο τους συντρόφους για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του καρκινοπαθούς ασθενή.

Οι περισσότερες από τις διαθέσιμες μελέτες περιλαμβάνουν δείγματα από ασθενείς με διάφορες διαγνώσεις καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού ή του προστάτη ή του καρκίνου του πνεύμονα. Ως αποτέλεσμα, μέχρι σήμερα, υπάρχουν ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αντίληψη της ποιότητας ζωής των συντρόφων ασθενών (SNEEUW et al., 2001). Αναμφίβολα, αναγνωρίζεται ότι η εκτίμησή τους για την ποιότητα ζωής του ασθενή είναι πιο κοντά στην εκτίμηση του ίδιου του ασθενή παρά σε έναν επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν μελέτες στη βιβλιογραφία που να συνέκριναν τις αντιλήψεις των συντρόφων με αυτές των άλλων μελών ή των ατόμων της οικογένειας στο περιβάλλον του ασθενούς.

Ο σύντροφος, είναι ο πιο κοντινός άνθρωπος του ασθενή. Αυτός έχει πλήρη επίγνωση των σκέψεων του, των συναισθημάτων του, των αντιλήψεων και των πεποιθήσεών του για την ασθένεια και της θεραπείας του. Επιπλέον, γνωρίζει καλύτερα τις οργανικές, κοινωνικές και συναισθηματικές του ανάγκες και μπορεί και ταυτίζεται με αυτές. Ο ασθενής με καρκίνο προσαρμόζεται ομαλότερα στην ασθένειά του, όταν ο σύντροφος του συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία του, και έτσι ενισχύεται η συμμετοχή του στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Η στενή σχέση του συντρόφου με τον ασθενή και η σημασία που του δίνει ο ασθενής υποστηρίζει την αξία της έμμεσης αξιολόγησης της ποιότητας ζωής του ασθενούς μέσω του συντρόφου (Hinton, 1981).

Η σύγκριση των αντιλήψεων του ασθενή και του συντρόφου για την ποιότητα ζωής αποφέρει αντιφατικά αποτελέσματα. Ο σύντροφος συχνά υπερεκτιμά τα οργανικά συμπτώματα και τις ψυχολογικές καταπονήσεις του ασθενή σε σύγκριση με την εκτίμηση του ίδιου του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, η αντίληψη του ασθενή και του συντρόφου για την ποιότητα ζωής φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το περιεχόμενο των υπό διερεύνηση παραμέτρων. Οι ασθενείς και οι σύντροφοι συμφωνούν σε παραμέτρους που σχετίζονται με απλές παρατηρήσεις, όπως είναι η ευκολία του ντυσίματος, η ικανότητα χρήσης του μπάνιου, οι αλλαγές του σωματικού βάρους και τα δεδομένα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας. Αντίθετα, οι διαφορές στις αξιολογήσεις ασθενών και συντρόφων, παρατηρούνται στις πιο υποκειμενικές ερωτήσεις όπως είναι οι εμπειρίες της ασθένειας, τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι φόβοι (Boehmer & Clark, 2001).

Οι αλλαγές στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού, είναι ένας παράμετρος της ποιότητας της ζωής που μελετήθηκε σε ζευγάρια που ο ένας σύντροφος έπασχε από καρκίνο του μαστού ή του προστάτη. Τόσο ο ασθενής όσο και ο σύντροφος δίνει μικρή σημασία στη σεξουαλική ζωή, ειδικά στο στάδιο της διάγνωσης ή αμέσως μετά από αυτό. Η σεξουαλικότητα από την άλλη μεριά φαίνεται να αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τον σύντροφο και τον ασθενή. Οι άνδρες που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη συνήθως δίνουν μεγάλη αξία στη σεξουαλική ικανότητα, αλλά στη συζυγική τους σχέση η επίδραση της είναι μικρότερη. Αντίθετα, οι γυναίκες σύντροφοί τους περιγράφουν το πρόβλημα της σεξουαλικής ζωής τους, περισσότερο στην επίδραση της στην ευεξία των ασθενών συζύγων τους, παρά στη δική τους, και τείνουν να υποστηρίζουν τον ανδρισμό τους (Boehmer & Clark, 2001).

Η σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ευημερίας του ασθενούς και των αποτελεσμάτων της θεραπείας με το οικογενειακό του περιβάλλον είναι πιθανόν να είναι υπεύθυνη για τον αυξανόμενο αριθμό των μελετών που σχετίζονται με την επίδραση του καρκίνου στην

οικογένεια του ασθενούς και ιδιαίτερα εκείνων που εμπλέκονται στη φροντίδα του. Ωστόσο, πολλά ζητήματα παραμένουν ασαφή, συμπεριλαμβανομένης της διερεύνησης των αντιλήψεων των συντρόφων για τη ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ολιστική προσέγγιση των καρκινοπαθών ασθενών απαιτεί τη μεγιστοποίηση της ευημερίας τους, που επιτυγχάνεται μέσω της ευαισθητοποίησης και αναγνώρισης των προβλημάτων και των αναγκών των ίδιων, αλλά και όσων τους προσφέρουν φροντίδα και υποστήριξη.

Λαμβάνοντας υπόψη τις αντιλήψεις του συντρόφου του καρκινοπαθή ασθενή κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αυτού, μπορεί κανείς να αμφισβητήσει την αξιοπιστία τους. Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να είναι πιο αισιόδοξος για την υγεία και την ευημερία του, ενώ ο σύντροφος του μπορεί να είναι πιο ρεαλιστής ή το αντίστροφο. Σε κάθε περίπτωση, η αντίληψη του συντρόφου και των άλλων μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορεί να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες και γνώσεις, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα την εμπειρία του ασθενούς και να διαχειριστούν ικανοποιητικότερα τη φροντίδα και τη θεραπεία του.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της Μελέτης

Η παρούσα προοπτική μελέτη έχει στόχο να μελετήσει τρία βασικά σημεία:

- Την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο προστάτη πριν και μετά τη θεραπεία.
- Την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των συντρόφων τους.
- Την ευαισθησία των Ελλήνων Ουρολόγων στο να εκτιμούν και να λαμβάνουν υπόψιν τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής των ασθενών τους.

Δείγμα της μελέτης

Στο πρώτο μέρος το υλικό της μελέτης αποτελείται από ζευγάρια με το σύζυγο πρόσφατα διαγνωσθέντα με καρκίνο προστάτη (προοπτική μελέτη) οποίος έλαβε χειρουργική θεραπεία, για την πάθηση του. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε πριν την θεραπεία και 6, 12 μήνες μετά τη θεραπεία. Από το δείγμα της μελέτης αποκλείστηκαν ασθενείς και σύντροφοι με αδυναμία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας καθώς και άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές λόγω ανεπαρκών έγκυρων στοιχείων αυτών των κοινωνικών ομάδων ή για αποκλεισμό παραγόντων που δε σχετίζονται με την παρούσα έρευνα. Απαραίτητη προϋπόθεση για συμμετοχή στη μελέτη ήταν η συναίνεση τόσο του ασθενή όσο και του/ της συντρόφου του η οποία παραχωρήθηκε και εγγράφως από τους συμμετέχοντες. Ο ερευνητής εξηγούσε στο ζευγάρι τους στόχους και τη διαδικασία της έρευνας, τονίζοντας τον προαιρετικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Επίσης, το ζευγάρι είχε τη δυνατότητα να υποβάλλει ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη και να λάβει τις απαραίτητες επεξηγήσεις όποτε χρειαζόταν. Επιπλέον, επισημαινόταν ότι η συμμετοχή στη μελέτη δεν ήταν δεσμευτική και ότι ο ασθενής ή η σύντροφός του μπορούσαν να αποχωρήσουν όποτε το επιθυμούσαν, χωρίς αυτό να έχει οποιαδήποτε επίπτωση στη φροντίδα του ασθενούς. Η απομάκρυνση από τη μελέτη ενός εκ των δύο μελών του ζεύγους σήμαινε διακοπή της συμμετοχής και του άλλου.

Στο δεύτερο μέρος διερευνήθηκε η θέση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή κλινική πράξη των Ελλήνων ουρολόγων. Απεστάλη ερωτηματολόγιο ειδικά διαμορφωμένο (16 ερωτήσεων) σε όλους τους Έλληνες Ουρολόγους μέσω την Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας και εκτιμήθηκε η θέση τους.

Μέθοδος Επιλογής του Δείγματος

Το δείγμα της μελέτης ήταν ευκολίας και η επιλογή του πραγματοποιήθηκε στη Ουρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας από τον Φεβρουάριο του 2019 έως τον Φεβρουάριο του 2020. Η Επιτροπή Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας(Αρ. Πρωτ.18/12-02-2019) εξέτασε και ενέκρινε τη μελέτη και όλοι οι συμμετέχοντες παρείχαν την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους.

Η επιλογή του δείγματος γινόταν από τους νεοεισερχόμενους ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου του προστάτη που προσέρχονταν στο νοσοκομείο για έναρξη χειρουργικής θεραπείας. Ο ερευνητής σε συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών ενημερωνόταν σε καθημερινή βάση για τις εισαγωγές προκειμένου να εντοπίσει τους ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια της μελέτης. Στη συνέχεια, προσέγγιζε τον ασθενή και τη σύντροφό του και ζητούσε τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στη μελέτη, μετά από προφορική ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης καθώς και για την ανωνυμία και εμπιστευτικότητα των δεδομένων, την εθελοντικότητα και τη δυνατότητα αποχώρησης από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή.

Μετά τη συγκατάθεση του ζευγαριού, ασθενείς και σύντροφοι απάντησαν την ίδια ημέρα, ταυτόχρονα - συμπληρούμενα ερωτηματολόγια, σε χωριστά δωμάτια, ο ένας μετά τον άλλο με την παρουσία του ερευνητή. Η σειρά με την οποία παρέχονταν τα ερωτηματολόγια περιγράφεται στη συνέχεια. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε τρία διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Πριν από την χειρουργική επέμβαση, έξι (6) μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση και δώδεκα (12) μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες ουρολόγους να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που εστάλη μέσω email και να επιστρέψουν τις απαντήσεις τους εντός 30 ημερών. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελούνταν από δημογραφικά δεδομένα, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της ηλικίας, της θέσης εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος και 11 ερωτήσεις κλίμακας Likert σχετικά με την αντίληψη και τη χρήση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην κλινική πράξη. Για στατιστικές αναλύσεις, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε υποομάδες με βάση τα δημογραφικά τους στοιχεία. Η ανάλυση σε κλίμακα Likert διεξήχθη συνδυάζοντας τις απαντήσεις «συμφωνώ απόλυτα» και «πιθανώς συμφωνώ» σε μία ομάδα («συμφωνώ»). Ομοίως, οι απαντήσεις με τους όρους «πιθανώς διαφωνώ» και «διαφωνώ έντονα» συγχωνεύτηκαν σε μια δεύτερη ομάδα («διαφωνώ»).

Εργαλεία Μέτρησης

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντόπισε έναν αρκετά μεγάλο αριθμό εργαλείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη. Ωστόσο, επελέγησαν 5 εργαλεία, τα οποία θεωρούνται περισσότερο αξιόπιστα, έχουν χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές και ανταποκρίνονται καλύτερα στους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη είναι τα ακόλουθα:

Ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών, κλινικών και ιατρικών πληροφοριών που δημιουργήθηκε από τον ερευνητή

«The Short Form (36) Health Survey»

«European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30)»

«Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P)»

«Partner Relationship Inventory Form IA και Form IB (PRI)»

«The International Index of Erectile Function (IIEF-5)»

«Ερωτηματολόγιο έρευνας απόψεων των Ελλήνων Ουρολόγων»

Η σειρά με την οποία παρουσιάζονται τα ερωτηματολόγια είναι η ίδια με εκείνη που συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς. Τα ερωτηματολόγια EORTC QLQ-C30 και FACT-P είναι εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, ενώ το PRI αποτελεί εργαλείο εκτίμησης της σχέσης του ζευγαριού. Οι ασθενείς και οι σύντροφοί τους εκτίμησαν τη δυνητική διαμάχη της συντροφικής τους σχέσης και στις τρεις χρονικές στιγμές. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο PRI Form IA και οι σύντροφοι το PRI Form IB. Πρόκειται για δυο διαφορετικές εκδόσεις του ίδιου ερωτηματολογίου που περιέχουν τις ίδιες ενότητες ερωτήσεων με διαφορετική σειρά.

Οι εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής των ασθενών σε όλες τις συνεντεύξεις γίνονταν και με τα τρία ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής (EORTC QLQ-C30, και FACT-P) από τους ασθενείς. Τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι σύντροφοι είχαν παραφραστεί στο τρίτο πρόσωπο, έτσι ώστε οι απαντήσεις να αντανακλούν την αντίληψή τους για την ποιότητα ζωής του ασθενή. Για τη χρήση των ερωτηματολογίων EORTC QLQ-C30 και FACT-P προηγήθηκε άδεια από το European Organization for Research and Treatment of Cancer.

A. The Short Form (36) Health Survey

Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας των πληθυσμών. Έχει αποδείξει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της, καθώς και υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης σε πληθυσμούς σε πολλές κλινικές μελέτες, καθώς και σε κοινωνικές έρευνες. Το κύριο πλεονέκτημα της κλίμακας SF-36 είναι ότι καταγράφει ταυτόχρονα την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ερωτηθέντων και τις υποκειμενικές τους εκτιμήσεις. Το SF-36 είναι ένα ερωτηματολόγιο που έχει σχεδιαστεί για να μετρά τη σωματική και ψυχική υγεία των ερωτηθέντων σε διαστάσεις με 36 ερωτήσεις, οι οποίες συνοψίζονται σε οκτώ διαστάσεις με τη βοήθεια κατάλληλων αλγορίθμων. Οι επιλεγμένες ερωτήσεις συλλέχθηκαν, επεξεργάστηκαν και τελικά αντλήθηκαν από μια ειδική πηγή 149 ερωτήσεων από τους ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS).

Οι ερωτήσεις αποτελούνται από 8 κλίμακες των 2-10 ερωτήσεων η καθεμία: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary), σωματικός ρόλος (role-physical), σωματικός πόνος (bodily pain), γενική υγεία (general health), ζωτικότητα (vitality), κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary), συναισθηματικός ρόλος (role-emotional) και ψυχική υγεία (mental health).

B. European Organization of Cancer Treatment and Research EORTC QLQ-C30.

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Έρευνα και τη Θεραπεία του Καρκίνου «το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε υποκλίμακες πολλαπλών ερωτήσεων και μίας μόνο ερώτησης. Σε αυτές περιλαμβάνονται πέντε υποκλίμακες λειτουργικότητας, τρεις υποκλίμακες συμπτωμάτων, μια υποκλίμακα ολικής υγείας και μια ολικής ποιότητας ζωής και έξι υποκλίμακες συμπτωμάτων μιας μόνο ερώτησης. Οι περισσότερες ερωτήσεις εμφανίζονται με τη μορφή τετράβαθμης αριθμητικής και περιγραφικής κλίμακας (1-4) με διαβάθμιση: (1) Καθόλου, (2) Λίγο, (3) Αρκετά, και (4) Πολύ». Αναλυτικά οι υποκλίμακες διαμορφώνονται ως εξής:

Πέντε υποκλίμακες λειτουργικότητας:

Οργανικής λειτουργικότητας: τρεις ερωτήσεις (10, 12, 18).

Λειτουργικότητας ρόλων: δυο ερωτήσεις (6,7)

Συναισθηματικής λειτουργικότητας: τέσσερις ερωτήσεις (21, 22, 23, 24)

Γνωστικής λειτουργικότητας: δυο ερωτήσεις (20, 25)

Κοινωνικής λειτουργικότητας: δυο ερωτήσεις (26, 27)

Τρεις υποκλίμακες συμπτωμάτων με περισσότερες από μία ερωτήσεις:

Κόπωσης: τρεις ερωτήσεις (10, 12, 18)

Ναυτίας και εμέτου: δυο ερωτήσεις (14, 15)

Πόνου: δυο ερωτήσεις (9, 19)

Έξι υποκλίμακες συμπτωμάτων με μια ερώτηση:

Δύσπνοιας: ερώτηση 8

Διαταραχών του ύπνου: ερώτηση 11

Απώλειας όρεξης: ερώτηση 13

Δυσκοιλιότητας: ερώτηση 16

Διάρροιας: ερώτηση 17

Οικονομικών δυσκολιών: ερώτηση 28

Υποκλίμακες ολικής υγείας και ολικής ποιότητας ζωής

Η ερώτηση ολικής υγείας είναι η 29 και της ολικής ποιότητας ζωής η 30. Οι ερωτήσεις 29 και 30 αποτελούνται από επτάβαθμες αριθμητικές κλίμακες (1-7). Στον αριθμό 1 αντιστοιχεί η επιλογή “Πολύ κακή” και στον αριθμό 7 η επιλογή “Εξαιρετική”».

Βαθμολόγηση Υποκλιμάκων του EORTC

Τα αποτελέσματα για κάθε υποκλίμακα εμφανίζονται ως τιμή που κυμαίνεται από 0 έως 100. Μια υψηλότερη τιμή απάντησης υποδηλώνει υψηλότερη ανταπόκριση στην εν λόγω ερώτηση. Οι υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα λειτουργικότητας αντιπροσωπεύουν υψηλότερη λειτουργικότητα. Υψηλότερες εκτιμήσεις της συνολικής υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής αντιπροσωπεύουν καλύτερη συνολική υγεία και ποιότητα ζωής. Τέλος, οι υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα συμπτωμάτων αντιπροσωπεύουν υψηλότερο άγχος συμπτωμάτων /προβλημάτων.

Η βασική αρχή για τη βαθμολόγηση των υποκλιμάκων είναι η εκτίμηση της τιμής της υποκλίμακας από τις απαντήσεις σε κάθε ερώτηση της υποκλίμακας και η μετατροπή του εύρους τιμών από 0 έως 100. Τα αποτελέσματα κάθε υποκλίμακας παρουσιάζονται με εύρος τιμών από 0 έως 100.

Γ. Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P)

Το ερωτηματολόγιο FACT-P περιλαμβάνει 39 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε υπό κλίμακες πολλαπλών ερωτήσεων. Σε αυτές περιλαμβάνονται υποκλίμακα προσωπικής/φυσικής κατάστασης, υποκλίμακα κοινωνικής/οικογενειακής κατάστασης, υποκλίμακα συναισθηματικής κατάστασης, υποκλίμακα γενικής ικανότητας λειτουργικότητας και υποκλίμακα προσθέτων ανησυχιών. Οι περισσότερες ερωτήσεις εμφανίζονται με τετράβαθμη αριθμητικής και περιγραφικής κλίμακας (1-4) με διαβάθμιση: (1) Καθόλου, (2) Λίγο, (3) Αρκετά, και (4) Πολύ. Αναλυτικά οι υποκλίμακες διακρίνονται ως εξής:

Υποκλίμακα προσωπικής φυσικής κατάστασης: επτά ερωτήσεις

Υποκλίμακα κοινωνικής/οικογενειακής κατάστασης: επτά ερωτήσεις

Υποκλίμακα συναισθηματικής κατάστασης: έξι ερωτήσεις

Υποκλίμακα γενικής ικανότητας λειτουργικότητας: επτά ερωτήσεις

Υποκλίμακα πρόσθετων ανησυχιών: δώδεκα ερωτήσεις

Δ. Partner Relationship Inventory Form IA.

Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τη μορφή του ερωτηματολογίου Partner Relationship Inventory Form IA. Η κατανομή των ερωτήσεων στις κλίμακες και υποκλίμακες έχει ως εξής:

Κλίμακα Διαπροσωπικών Αναγκών

Υποκλίμακα Συμφωνίας στον Τρόπο Σκέψης: Ερωτήσεις 1, 7, 8, 11, 17.

Υποκλίμακα Επικοινωνίας: Ερωτήσεις 6, 12, 15, 20, 33.

Υποκλίμακα Διαφωνίας στη Συμπεριφορά: Ερωτήσεις 9, 16, 29, 35, 36.

Υποκλίμακα Αντίληψης των Συναισθημάτων του Άλλου: Ερωτήσεις 2, 21, 31, 32, 34.

Υποκλίμακα Συντροφικότητας: Ερωτήσεις: 3, 10, 14, 25, 28.

Κλίμακα Συναισθηματικών Αναγκών

Υποκλίμακα Συναισθηματικής Ικανοποίησης: Ερωτήσεις 19, 22, 24, 26, 37.

Υποκλίμακα Αισθήματος Ασφάλειας: Ερωτήσεις: 5, 23, 27, 39, 40.

Υποκλίμακα Αισθήματος Αναγνώρισης: Ερωτήσεις: 4, 13, 18, 30, 38.

Δ1. Partner Relationship Inventory Form IB.

Οι σύντροφοι συμπλήρωσαν τη μορφή του ερωτηματολογίου Partner Relationship Inventory Form IB. Η κατανομή των ερωτήσεων στις κλίμακες και υποκλίμακες έχει ως εξής:

Κλίμακα Διαπροσωπικών Αναγκών

Υποκλίμακα Συμφωνίας στον Τρόπο Σκέψης: Ερωτήσεις 19, 25, 29, 33, 37.

Υποκλίμακα Επικοινωνίας: Ερωτήσεις 1, 6, 7, 14, 30.

Υποκλίμακα Διαφωνίας στη Συμπεριφορά: Ερωτήσεις 2, 11, 26, 34, 38.

Υποκλίμακα Αντίληψης των Συναισθημάτων του άλλου: Ερωτήσεις 3, 8, 12, 15, 20.

Υποκλίμακα Συντροφικότητας: Ερωτήσεις: 10, 16, 17, 22, 36.

Κλίμακα Συναισθηματικών Αναγκών

Υποκλίμακα Συναισθηματικής Ικανοποίησης: Ερωτήσεις 4, 9, 18, 32, 39.

Υποκλίμακα Αισθήματος Ασφάλειας: Ερωτήσεις: 24, 27, 31, 35, 40.

Υποκλίμακα Αισθήματος Αναγνώρισης: Ερωτήσεις: 5, 13, 21, 23, 28.

E. The International Index of Erectile Function (IIEF-15)

Το ερωτηματολόγιο IIEF-15 αποτελείται από μια πενταβάθμια κλίμακα που αξιολογεί την αυτοπεποίθηση του άνδρα όσον αφορά την απόκτηση και τη διατήρηση της στύσης, το κατά πόσον η στύση είναι επαρκής για την εισαγωγή, τη συχνότητα διατήρησης της στύσης μετά την εισαγωγή, τη δυσκολία διατήρησης της στύσης για την ολοκλήρωση της συνουσίας και τη συνολική ικανοποίηση κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Η στυτική δυσλειτουργία ταξινομείται σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με τη σοβαρότητα σύμφωνα με τη βαθμολογία IIEF-15.

IIEF – 5 score	Στυτική Δυσλειτουργία
25-22	Φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία
21-17	Ήπια στυτική δυσλειτουργία
12-16	Ήπια –μέτρια στυτική δυσλειτουργία
8-11	Μέτρια στυτική δυσλειτουργία
1-7	Σοβαρή/πλήρη στυτική δυσλειτουργία

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 25,0 (Statistical Package of Social Sciences). Η σύγκριση των βαθμολογιών των εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής μεταξύ των εκτιμήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους έγινε με μη παραμετρικές μεθόδους. Στις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνονται: Η δοκιμασία Wilcoxon χρησιμοποιείται για τη σύγκριση ανά ζεύγη των κατανομών που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, των εκτιμήσεων των ασθενών σε κάθε μια από τις τρεις μετρήσεις της μελέτης, των εκτιμήσεων των συντρόφων στις μετρήσεις της μελέτης και των εκτιμήσεων των ασθενών σε κάθε μια μέτρηση. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας για ανάλυση υποομάδας κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν η δοκιμή Chi-square και Fisher's Exact καθώς και η λογιστική παλινδρόμηση. Η στατιστική σημασία ορίστηκε στο 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 2019 - Φεβρουάριος 2020, 173 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο προστάτη προσήλθαν στη κλινική, όπου διεξάγονταν η μελέτη, για προγραμματισμό χειρουργείου αφαίρεσης προστάτη αδένα. Από αυτούς, 10 ασθενείς δεν είχαν σύντροφο (10 χήροι).

Από τα 163 ζευγάρια που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη, οι 130 ασθενείς και οι σύντροφοί τους συναίνεσαν να συμμετάσχουν (ποσοστό ανταπόκρισης 79,75%). Δεκαπέντε ασθενείς αρνήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια περιγράφοντας ως κύρια αίτια την αυξημένη καταπόνηση από τα συμπτώματα και την πτωχή διάθεση για επικοινωνία. Κάποιοι ανέφεραν ότι η συμμετοχή τους στη μελέτη δεν θα ωφελούσε σε τίποτε την κατάσταση της υγείας τους. Πέντε ασθενείς ενώ αρχικά συναίνεσαν, διέκοψαν πριν ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στην πρώτη μέτρηση και αποχώρησαν από τη μελέτη.

Δεκατρείς σύντροφοι (13 γυναίκες) αρνήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια παρά τη συναίνεση του ασθενή, με συνέπεια το ζευγάρι να μη συμπεριληφθεί στο δείγμα της μελέτης. Οι σύντροφοι ανέφεραν ότι δεν ήθελαν να συμμετάσχουν γιατί δε θα ωφελούνταν ο ασθενής.

Περιγραφικά Δεδομένα του Δείγματος

Το τελικό δείγμα αποτελούταν από 130 ζευγάρια. Η ηλικία των ανδρών κυμάνθηκε από 67 έως 82 έτη με μέση τιμή και τυπική απόκλιση $74,20 \pm 4,42$ έτη. Η ηλικία των συντρόφων, που είναι ανάλογη με των ασθενών κυμαίνεται από 62 έως 80 έτη, με μέση τιμή και τυπική απόκλιση $70,88 \pm 5,52$ έτη.

**Διερεύνηση των αλλαγών στις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους
Σύγκριση της αξιολόγησης της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών κατά την πρώτη και τη δεύτερη μέτρηση με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF36.**

Οι ασθενείς δεν παρατήρησαν σημαντική αλλαγή στη λειτουργικότητα τους από τη πρώτη στη δεύτερη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο SF36. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μόνο για τις εκτιμήσεις των ασθενών αναφορικά με την κοινωνική λειτουργικότητα (p (wilcoxon) = 0,035)). Οι ασθενείς περιέγραψαν στη δεύτερη μέτρηση σημαντική βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $52,0 \pm 24,2$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $45,0 \pm 24,8$) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της αξιολόγησης της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών κατά την πρώτη και τη δεύτερη μέτρηση με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF36.

	Πρώτη Μέτρηση	Δεύτερη Μέτρηση		
Υποκλίμακα Λειτουργικότητας (0-100)*	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Σωματική Λειτουργικότητα	50,3 ± 12,8	49,6 ± 12,1	0,6 ± 18,7	0.604
Περιορισμοί Ρόλων λόγω Σωματικής Υγείας	53,0 ± 24,9	50,5 ± 26,3	2,5 ± 35,7	0.362
Περιορισμοί Ρόλων λόγω Συναισθηματικών Προβλημάτων	53,0 ± 32,3	51,2 ± 28,5	1,7 ± 40,3	0.509
Ζωτικότητα/Ενέργεια	48,5 ± 16,4	49,9 ± 18,6	-1,3 ± 25,1	0.490
Συναισθηματική Ευτυχία	50,1 ± 15,9	51,0 ± 15,5	-0,8 ± 23,5	0.858
Κοινωνική Λειτουργικότητα	45,0 ± 24,8	52,0 ± 24,2	-7,0 ± 35,7	0.035
Σωματικός Πόνος	48,7 ± 22,6	46,6 ± 23,2	2,0 ± 30,8	0.380
Γενική Υγεία	48,2 ± 16,6	50,1 ± 16,1	-1,9 ± 23,1	0.420
Αλλαγή Υγείας (πριν 1 έτος)	47,5 ± 37,0	49,8 ± 36,3	-2,3 ± 52,9	0.602

**Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας*

Σύγκριση των αξιολογήσεων της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά την πρώτη και τη δεύτερη μέτρηση με τη χρήση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ C-30.

Οι ασθενείς δεν παρατήρησαν σημαντική αλλαγή στη λειτουργικότητα τους από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30. Ωστόσο οι εκτιμήσεις τους για την οργανική, γνωστική και κοινωνική λειτουργικότητα καθώς και τη λειτουργικότητα ρόλων τους δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά (p (wilcoxon) $> 0,050$). Οι ασθενείς περιέγραψαν στη δεύτερη μέτρηση επιδείνωση της γνωστικής (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $50,7 \pm 14,7$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $52,1 \pm 13,4$) και κοινωνικής λειτουργικότητας (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $48,4 \pm 25,7$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $50,6 \pm 26,6$) τους (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και των αξιολογήσεων της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά την πρώτη και τη δεύτερη μέτρηση με τη χρήση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ C-30.

Υποκλίμακα Λειτουργικότητας (0-100)*	Πρώτη Μέτρηση	Δεύτερη Μέτρηση		
	Μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά \pm σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Οργανική λειτουργικότητα	51,3 \pm 17,6	51,0 \pm 18,0	0,3 \pm 24,3	0,916
Λειτουργικότητα ρόλων	48,7 \pm 27,5	48,7 \pm 25,8	0,0 \pm 40,1	0,825
Συναισθηματική λειτουργικότητα	51,4 \pm 16,3	50,3 \pm 17,5	1,0 \pm 25,1	0,688
Γνωστική λειτουργικότητα	52,1 \pm 13,4	50,7 \pm 14,7	1,3 \pm 20,3	0,328
Κοινωνική λειτουργικότητα	50,6 \pm 26,6	48,4 \pm 25,7	2,1 \pm 34,4	0,430

*Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας

Σύγκριση των εκτιμήσεων των ασθενών για τα συμπτώματά τους με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης.

Οι ασθενείς βίωναν καταπόνηση σε ορισμένα από τα αναφερόμενα συμπτώματα του ερωτηματολογίου EORTC QLQ-C30, αλλά οι παρατηρούμενες αυτές διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,050$). Οι ασθενείς στη δεύτερη μέτρηση βίωναν περισσότερο πόνο (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $46,6 \pm 26,6$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $51,4 \pm 25,5$) και διαταραχές ύπνου (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $46,9 \pm 38,8$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $51,0 \pm 35,0$) συγκριτικά με τις απαντήσεις τους στη πρώτη μέτρηση (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των εκτιμήσεων των ασθενών για τα ειδικά συμπτώματα από τη νόσο και τη θεραπεία της με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30 μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης.

Υποκλίμακα Συμπτωμάτων (0-100)*	Πρώτη Μέτρηση	Δεύτερη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κόπωση	51,0 ± 21,4	51,7 ± 23,0	-0,6 ± 33,0	0,830
Ναυτία και έμετος	52,1 ± 25,7	46,5 ± 26,2	5,6 ± 37,2	0,114
Πόνος	46,6 ± 26,6	51,4 ± 25,5	-4,7 ± 34,5	0,152
Δύσπνοια	48,2 ± 35,7	50,7 ± 36,2	-2,5 ± 51,6	0,545
Διαταραχές του ύπνου	46,9 ± 38,8	51,0 ± 35,0	-4,1 ± 48,7	0,314
Διαταραχές της όρεξης	47,9 ± 35,9	47,4 ± 37,3	0,5 ± 46,9	0,877
Δυσκοιλιότητα	53,0 ± 37,7	51,2 ± 35,9	1,7 ± 56,6	0,675
Διάρροια	52,8 ± 34,4	52,8 ± 34,4	0,0 ± 46,2	0,955
Οικονομικές δυσκολίες	52,3 ± 37,5	45,8 ± 37,6	6,4 ± 55,5	0,152

*Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν υψηλότερη καταπόνηση από τα συμπτώματα

Σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης για την συνολική ποιότητα ζωής τους με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30.

Οι ασθενείς εκτίμησαν βελτίωση της ολικής ποιότητας ζωής τους από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30, αλλά οι διαφορές αυτές δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ((p (wilcoxon) $> 0,05$)) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης για την συνολική ποιότητα ζωής τους με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30.

Υποκλίμακα (0-100)	Πρώτη Μέτρηση	Δεύτερη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Ολικής Ποιότητας Ζωής	48,5 ± 25,8	52,8 ± 27,9	-4,23 ± 34,1	0,147

Σύγκριση των αξιολογήσεων της ευεξίας των ασθενών μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου FACT – P.

Οι ασθενείς παρατήρησαν αλλαγές στην κοινωνική και συναισθηματική τους ευεξία από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο FACT – P, αλλά οι παρατηρούμενες αυτές διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,050$). Ωστόσο οι εκτιμήσεις τους για την σωματική και λειτουργικά ευεξία, όπως και για την υποκλίμακα για τον καρκίνο προστάτη δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ($(p \text{ (wilcoxon)} > 0,050)$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων της ευεξίας των ασθενών μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου FACT – P.

	Πρώτη Μέτρηση	Δεύτερη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Σωματική ευεξία (0-28)	14,3 ± 3,1	14,2 ± 3,5	0,1 ± 4,5	0,575
Κοινωνική ευεξία (0-28)	13,3 ± 3,6	14,3 ± 3,9	-0,9 ± 5,3	0,093
Συναισθηματική ευεξία (0-24)	11,8 ± 3,1	12,1 ± 3,3	-0,3 ± 4,3	0,370
Λειτουργική ευεξία (0-28)	14,3 ± 4,0	14,4 ± 3,7	-0,1 ± 5,2	0,919
Υποκλίμακα καρκίνου προστάτη (0-48)	27,7 ± 4,8	27,7 ± 4,5	0,0 ± 7,0	0,989
Δείκτης αποτελεσμάτων Δοκιμών (0-104)	56,5 ± 7,0	56,4 ± 6,3	0,0 ± 9,7	0,942
FACT- G TOTAL (0-108)	53,9 ± 7,5	55,2 ± 7,7	-1,2 ± 10,5	0,340
FACT – P TOTAL *(0-156)	81,7 ± 9,0	82,9 ± 8,6	-1,2 ± 12,9	0,306

*Υψηλότερες τιμές αντιπροσωπεύουν καλύτερη ποιότητα ζωής

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών με τη χρήση του ερωτηματολογίου IIEF-15 μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης.

Οι ασθενείς περιέγραψαν επιδείνωση της στυτικής τους λειτουργία, της σεξουαλικής τους επιθυμίας και της συνολικής τους ικανοποίηση με το ερωτηματολόγιο IIEF-15 μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης. Από τη σύγκριση των απαντήσεων τους μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εκτιμήσεων τους για τη στυτική λειτουργία ((p wilcoxon) = 0,000), τη σεξουαλική επιθυμία ((p (wilcoxon) = 0,000)) και της συνολικής ικανοποίησης ((p (wilcoxon) = 0,034)). Επιπλέον οι ασθενείς ανέφεραν στη δεύτερη μέτρηση σημαντική ικανοποίηση από τη σεξουαλική επαφή (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $7,7 \pm 3,0$ έναντι μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $6,9 \pm 3,0$) σε σχέση με την πρώτη μέτρηση. Η διαφορά που προέκυψε είναι στατιστικά σημαντική ((p (wilcoxon) = 0,020)) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών με τη χρήση του ερωτηματολογίου IIEF-15 μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης.

	Πρώτη Μέτρηση	Δεύτερη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Στυτική Λειτουργία (0-30)	16,1 ± 4,1	14,1 ± 3,7	1,9 ± 5,8	0,000
Οργασμική Λειτουργία (0-10)	4,7 ± 2,4	4,9 ± 2,4	-0,2 ± 3,5	0,486
Σεξουαλική Επιθυμία (0-10)	6,1 ± 1,9	4,9 ± 2,1	1,2 ± 2,8	0,000
Ικανοποίηση Σεξουαλικής Επαφής (0-15)	6,9 ± 3,0	7,7 ± 3,0	-0,7 ± 4,1	0,020
Συνολική Ικανοποίηση (0-10)	5,9 ± 2,0	5,3 ± 2,5	0,6 ± 3,2	0,034

Σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών τους αναγκών με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory στην πρώτη μέτρηση.

Οι εκτιμήσεις ασθενών και συντρόφων για τη σχέση του ζευγαριού με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory δε διάφεραν στατιστικά σημαντικά αναφορικά με την αντίληψη τους για την ικανοποίηση των διαπροσωπικών αναγκών στη σχέση τους. Επιπλέον δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπό κλίμακες των διαπροσωπικών αναγκών(Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών τους αναγκών.

	Ασθενής	Σύντροφος		
Κλίμακα και υποκλίμακες Διαπροσωπικών Αναγκών*	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κλίμακα Διαπροσωπικών αναγκών (25-100)	63,1 ± 5,2	62,7 ± 5,1	0,4 ± 7,5	0,710
Συμφωνία στον τρόπο σκέψης (5-20)	12,7 ± 2,4	12,2 ± 2,3	0,4 ± 3,6	0,169
Επικοινωνία (5-20)	12,8 ± 2,3	12,6 ± 2,5	0,1 ± 3,4	0,665
Διαφωνία στη συμπεριφορά (5-20)	12,7 ± 2,5	12,7 ± 2,2	0,0 ± 3,4	0,912
Αντίληψη των συναισθημάτων του άλλου (5-20)	12,4 ± 2,4	12,4 ± 2,3	-0,0 ± 3,1	0,669
Συντροφικότητα (5-20)	12,4 ± 2,7	12,6 ± 2,5	-0,1 ± 3,6	0,423

**Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν χαμηλότερη ικανοποίηση των διαπροσωπικών αναγκών.*

Σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών με τη χρήση του ερωτηματολογίου *Partner Relationship Inventory* στη πρώτη μέτρηση.

Οι εκτιμήσεις ασθενών και συντρόφων δεν διάφεραν στατιστικά σημαντικά σχετικά με την αντίληψή για την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών από τη σχέση τους όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο *Partner Relationship Inventory*. Επιπλέον δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπό κλίμακες των συναισθηματικών αναγκών (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών.

Κλίμακα και υποκλίμακες Συναισθηματικών Αναγκών*	Ασθενής	Σύντροφος		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κλίμακα Συναισθηματικών αναγκών (15-60)	37,8 ± 4,3	37,1 ± 4,7	0,7 ± 6,5	0,158
Συναισθηματική ικανοποίηση (5-20)	12,6 ± 2,2	12,2 ± 2,6	0,3 ± 3,5	0,355
Αίσθημα ασφάλειας (5-20)	12,8 ± 2,5	12,3 ± 2,2	0,4 ± 3,4	0,149
Αίσθημα αναγνώρισης (5-20)	12,4 ± 2,4	12,5 ± 2,5	-0,0 ± 3,3	0,998

*Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν χαμηλότερη ικανοποίηση διαπροσωπικών αναγκών

Σύγκριση των αξιολογήσεων της ποιότητας ζωής των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης.

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης μέτρησης με το ερωτηματολόγιο SF36.

Οι ασθενείς περιέγραψαν επιδείνωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, της συναισθηματικής ευτυχίας τους καθώς και της λειτουργικότητας ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων με το ερωτηματολόγιο SF36 μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης. Επιπρόσθετα ανέφεραν βελτίωση της ζωτικότητας τους. Καμία ωστόσο από τις παραπάνω διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,005$) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης μέτρησης με το ερωτηματολόγιο SF36.

	Δεύτερη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
Υποκλίμακα Λειτουργικότητας (0-100)*	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Σωματική Λειτουργικότητα	49,6 ± 12,1	49,0 ± 13,0	0,6 ± 17,5	0,692
Περιορισμοί Ρόλων λόγω Σωματικής Υγείας	50,5 ± 26,3	51,5 ± 24,0	-0,9 ± 33,4	0,799
Περιορισμοί Ρόλων λόγω Συναισθηματικών Προβλημάτων	51,2 ± 28,5	49,7 ± 30,0	1,5 ± 39,5	0,611
Ζωτικότητα/Ενέργεια	49,9 ± 18,6	53,3 ± 17,8	-3,4 ± 23,6	0,062
Συναισθηματική Ευτυχία	51,0 ± 15,5	47,6 ± 16,2	3,3 ± 23,2	0,066
Κοινωνική Λειτουργικότητα	52,0 ± 24,2	50,3 ± 24,6	1,6 ± 34,8	0,729
Σωματικός Πόνος	46,6 ± 23,2	46,3 ± 20,3	0,3 ± 30,3	0,949
Γενική Υγεία	50,1 ± 16,1	51,8 ± 16,1	-1,6 ± 21,3	0,363
Αλλαγή Υγείας (πριν 1 έτος)	49,8 ± 36,3	49,6 ± 36,4	0,1 ± 54,5	0,979

**Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας*

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ C-30.

Οι ασθενείς βίωναν αυξημένη λειτουργικότητα με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30, στη τρίτη μέτρηση συγκριτικά με τις εκτιμήσεις τους στη δεύτερη, με εξαίρεση τη οργανική λειτουργικότητα και τη κοινωνική λειτουργικότητα οι οποίες μειωθήκαν. Καμία από τις διαφορές αυτές των εκτιμήσεων δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,050$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου EORTC QLQ C-30.

	Δεύτερη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
Υποκλίμακα λειτουργικότητας (0-100)*	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Οργανική λειτουργικότητα	51,0 ± 18,0	48,5 ± 18,3	-2,4 ± 24,9	0,174
Λειτουργικότητα ρόλων	48,7 ± 25,8	50,7 ± 27,2	2,0 ± 37,0	0,486
Συναισθηματική λειτουργικότητα	50,3 ± 17,5	52,6 ± 18,1	2,2 ± 25,6	0,232
Γνωστική λειτουργικότητα	50,7 ± 14,7	52,0 ± 13,5	1,2 ± 20,8	0,477
Κοινωνική λειτουργικότητα	48,4 ± 25,7	47,6 ± 27,8	-0,7 ± 37,3	0,938

**Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας.*

Σύγκριση της αξιολόγησης των συμπτωμάτων των ασθενών με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ δεύτερης & τρίτης μέτρησης.

Οι ασθενείς βίωσαν βελτίωση των περισσότερων συμπτωμάτων τους από τη δεύτερη στη τρίτη μέτρηση, με εξαίρεση τη ναυτία και το έμετο, τη δύσπνοια, τις διαταραχές της όρεξης και τις οικονομικές δυσκολίες. Ωστόσο καμία από τις παραπάνω διαφορές δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p (wilcoxon) $> 0,050$) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της αξιολόγησης των συμπτωμάτων των ασθενών με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ δεύτερης & τρίτης μέτρησης.

Υποκλίμακα συμπτωμάτων (0-100)*	Δεύτερη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κόπωση	51,7 ± 23,0	47,8 ± 22,4	-3,8 ± 33,3	0,238
Ναυτία και έμετος	46,5 ± 26,2	49,3 ± 23,6	2,8 ± 37,3	0,412
Πόνος	51,4 ± 25,5	50,7 ± 25,6	-0,6 ± 35,6	0,881
Δύσπνοια	50,7 ± 36,2	53,8 ± 38,1	3,0 ± 47,2	0,439
Διαταραχές του ύπνου	51,0 ± 35,0	43,3 ± 38,8	-7,6 ± 50,9	0,100
Διαταραχές της όρεξης	47,4 ± 37,3	47,9 ± 36,4	0,5 ± 47,5	0,920
Δυσκοιλιότητα	51,2 ± 35,9	45,1 ± 37,3	-6,1 ± 50,2	0,136
Διάρροια	52,8 ± 34,4	50,5 ± 36,4	-2,3 ± 49,6	0,603
Οικονομικές δυσκολίες	45,8 ± 37,6	46,6 ± 35,8	0,7 ± 51,9	0,891

*Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη καταπόνηση από τα συμπτώματα.

Σύγκριση των αξιολογήσεων της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30.

Οι ασθενείς παρουσίασαν επιδείνωση της ολικής ποιότητας ζωής τους από τη δεύτερη στη τρίτη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30, αλλά οι διαφορές αυτές δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές (p (wilcoxon) $> 0,05$) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30.

Υποκλίμακα (0-100)*	Δεύτερη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Ολικής Ποιότητας Ζωής	52,8 ± 27,9	48,5 ± 25,7	3,9 ± 38,5	0,264

Σύγκριση των αξιολογήσεων της ευεξίας των ασθενών μεταξύ της δεύτερης & τρίτης μέτρησης με το ερωτηματολόγιο FACT – P.

Οι ασθενείς δεν ανέφεραν σημαντικές αλλαγές στην ευεξία τους από την δεύτερη στη τρίτη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο FACT – P. Ωστόσο οι εκτιμήσεις τους για την λειτουργική ευεξία διέφεραν στατιστικά σημαντικά (p (wilcoxon) =0,024) από τη δεύτερη στη τρίτη μέτρηση (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και των αξιολογήσεων της ευεξίας των ασθενών μεταξύ της δεύτερης & τρίτης μέτρησης με το ερωτηματολόγιο FACT – P.

Κλίμακες και υποκλίμακα FACT-P	Δεύτερη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Σωματική ευεξία (0-28)	14,2 ± 3,5	14,0 ± 3,5	0,2 ± 5,2	0,722
Κοινωνική ευεξία (0-28)	14,3 ± 3,9	14,1 ± 3,5	0,2 ± 5,0	0,587
Συναισθηματική ευεξία (0-24)	12,1 ± 3,3	12,3 ± 3,4	-0,2 ± 4,6	0,739
Λειτουργική ευεξία (0-28)	14,4 ± 3,7	13,4 ± 3,4	1,0 ± 5,1	0,024
Υποκλίμακα καρκίνου προστάτη (0-48)	27,7 ± 4,5	28,0 ± 5,1	-0,2 ± 6,8	0,454
Δείκτης αποτελεσμάτων Δοκιμών (0-104)	56,4 ± 6,3	55,4 ± 7,5	0,9 ± 10,3	0,255
FACT- G TOTAL (0-108)	55,2 ± 7,7	53,9 ± 6,4	1,3 ± 10,0	0,128
FACT – P TOTAL *(0-156)	82,9 ± 8,6	81,9 ± 8,2	1,0 ± 12,1	0,292

*Υψηλότερες τιμές αντιπροσωπεύουν καλύτερη ποιότητα ζωής

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών με το ερωτηματολόγιο IIEF-15 μεταξύ δεύτερης και τρίτης μέτρησης

Οι ασθενείς δεν περιέγραψαν ουσιαστικές αλλαγές στην λειτουργικότητα τους με το ερωτηματολόγιο IIEF-15 μεταξύ δεύτερης και τρίτης μέτρησης. Καμία από τις αλλαγές αυτές δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p (wilcoxon) $> 0,05$) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών με το ερωτηματολόγιο IIEF-15 μεταξύ δεύτερης και τρίτης μέτρησης

	Δεύτερη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Στυτική Λειτουργία (0-30)	14,1 ± 3,7	14,8 ± 3,8	-0,6 ± 5,6	0,266
Οργασμική Λειτουργία (0-10)	4,9 ± 2,4	4,8 ± 2,5	0,1 ± 3,4	0,757
Σεξουαλική Επιθυμία (0-10)	4,9 ± 2,1	5,0 ± 2,4	-0,1 ± 2,9	0,542
Ικανοποίηση Σεξουαλικής Επαφής (0-15)	7,7 ± 3,0	7,3 ± 2,7	0,3 ± 3,7	0,302
Συνολική Ικανοποίηση (0-10)	5,3 ± 2,5	4,9 ± 2,6	0,3 ± 3,6	0,249

Σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών τους αναγκών με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory στην δεύτερη μέτρηση.

Οι εκτιμήσεις ασθενών και συντρόφων για τη σχέση του ζευγαριού με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory δε διάφεραν στατιστικά σημαντικά αναφορικά με την αντίληψη τους για την ικανοποίηση των διαπροσωπικών αναγκών στη σχέση τους. Επιπλέον δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπό κλίμακες των διαπροσωπικών αναγκών (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών τους αναγκών

	Ασθενής	Σύντροφος		
Κλίμακα και υποκλίμακες Διαπροσωπικών Αναγκών	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κλίμακα Διαπροσωπικών αναγκών (25-100)	62,2 ± 6,1	62,1 ± 6,1	0,1 ± 8,7	0,630
Συμφωνία στον τρόπο σκέψης (5-20)	12,6 ± 2,4	12,6 ± 2,6	0,0 ± 3,5	0,838
Επικοινωνία (5-20)	12,3 ± 2,3	12,3 ± 2,4	0,0 ± 3,4	0,907
Διαφωνία στη συμπεριφορά (5-20)	12,5 ± 2,3	12,6 ± 2,4	-0,0 ± 3,3	0,858
Αντίληψη των συναισθημάτων του άλλου (5-20)	12,2 ± 2,6	12,3 ± 2,4	-0,1 ± 3,7	0,865
Συντροφικότητα (5-20)	12,4 ± 2,6	12,1 ± 2,3	0,2 ± 3,2	0,701

Σύγκριση των αξιολογήσεων της συναισθηματικής ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών και των συντρόφων τους με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory στη δεύτερη μέτρηση.

Οι εκτιμήσεις ασθενών και συντρόφων δεν διάφεραν στατιστικά σημαντικά σχετικά με την αντίληψή τους για την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών από τη σχέση τους όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory. Η σύγκριση των απαντήσεων ασθενών και συντρόφων για την υποκλίμακα (αίσθημα ασφάλειας) της κλίμακας των Συναισθηματικών Αναγκών έδειξε ότι αυτές διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ($p < 0,050$). Οι σύντροφοι βίωναν λιγότερο αίσθημα ασφάλειας (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $12,1 \pm 2,3$) στη σχέση τους από ότι περιέγραφαν οι ασθενείς (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $12,7 \pm 2,3$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων της συναισθηματικής ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών και των συντρόφων τους

Κλίμακα και υποκλίμακες Συναισθηματικών Αναγκών	Ασθενής	Σύντροφος		
	Μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά \pm σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κλίμακα Συναισθηματικών αναγκών (15-60)	$37,8 \pm 5,0$	$36,9 \pm 4,4$	$0,8 \pm 6,4$	0,099
Συναισθηματική ικανοποίηση (5-20)	$12,7 \pm 2,6$	$12,4 \pm 2,7$	$0,2 \pm 3,6$	0,458
Αίσθημα ασφάλειας (5-20)	$12,7 \pm 2,3$	$12,1 \pm 2,3$	$0,6 \pm 3,4$	0,044
Αίσθημα αναγνώρισης (5-20)	$12,3 \pm 2,6$	$12,3 \pm 2,5$	$0,0 \pm 3,4$	0,770

Σύγκριση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης.

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της πρώτης και της τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου SF36.

Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη μελέτη περιέγραψαν επιδείνωση της σωματικής, συναισθηματικής λειτουργικότητας και της λειτουργικότητας ρόλων. Αντίθετα περιέγραψαν βελτίωση της ζωτικότητας, της κοινωνικής λειτουργικότητας τους και της γενικής τους υγείας με το ερωτηματολόγιο SF36, εκ των οποίων μόνο η ζωτικότητα βρέθηκε στατιστικά σημαντική (p (wilcoxon) = 0,013)), οι άλλες παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των ασθενών δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά (p (wilcoxon) > 0,050)) (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της πρώτης και της τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου SF36.

	Πρώτη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
Υποκλίμακα Λειτουργικότητας (0-100)*	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Σωματική Λειτουργικότητα	50,3 ± 12,8	49,0 ± 13,0	1,3 ± 18,2	0,479
Περιορισμοί Ρόλων λόγω Σωματικής Υγείας	53,0 ± 24,9	51,5 ± 24,0	1,5 ± 34,2	0,643
Περιορισμοί Ρόλων λόγω Συναισθηματικών Προβλημάτων	53,0 ± 32,3	49,7 ± 30,0	3,3 ± 41,6	0,326
Ζωτικότητα/Ενέργεια	48,5 ± 16,4	53,3 ± 17,8	-4,8 ± 23,4	0,013
Συναισθηματική Ευτυχία	50,1 ± 15,9	47,6 ± 16,2	2,5 ± 2,0	0,344
Κοινωνική Λειτουργικότητα	45,0 ± 24,8	50,3 ± 24,6	-5,3 ± 36,3	0,141
Σωματικός Πόνος	48,7 ± 22,6	46,3 ± 20,3	2,4 ± 29,8	0,384
Γενική Υγεία	48,2 ± 16,6	51,8 ± 16,1	-3,6 ± 23,0	0,104
Αλλαγή Υγείας (πριν 1 έτος)	47,5 ± 37,0	49,6 ± 36,4	-2,1 ± 50,6	0,674

**Μεγαλύτερες τιμές εκτιμήσεων αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη καταπόνηση από τα συμπτώματα.*

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της πρώτης και της τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου SF36.

Η σύγκριση των εκτιμήσεων των ασθενών για τη λειτουργικότητα τους με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30, μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις περισσότερες ερωτήσεις ($p > 0,050$). Οι ασθενείς περιέγραψαν ότι στην τρίτη μέτρηση βίωσαν επιδείνωση της λειτουργικότητας των ρόλων συγκριτικά με τις απαντήσεις τους στη πρώτη μέτρηση (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών μεταξύ της πρώτης και της τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου SF36.

Υποκλίμακα Λειτουργικότητας (0-100)*	Πρώτη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Οργανική λειτουργικότητα	51,3 ± 17,6	48,5 ± 18,3	2,7 ± 20,5	0,118
Λειτουργικότητα ρόλων	48,7 ± 27,5	50,7 ± 27,2	-2,0 ± 39,3	0,606
Συναισθηματική λειτουργικότητα	51,4 ± 16,3	52,6 ± 18,1	-1,1 ± 24,2	0,561
Γνωστική λειτουργικότητα	52,1 ± 13,4	52,0 ± 13,5	0,1 ± 18,0	0,883
Κοινωνική λειτουργικότητα	50,6 ± 26,6	47,6 ± 27,8	2,9 ± 37,9	0,465

**Μεγαλύτερη τιμή εκτιμήσεων αντιπροσωπεύει τη καλύτερη λειτουργικότητα.*

Σύγκριση της αξιολόγησης των συμπτωμάτων των ασθενών με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης.

Από τη σύγκριση των εκτιμήσεων των ασθενών μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης για τα συμπτώματα τους δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για όλες ερωτήσεις ($p > 0,050$). Οι ασθενείς στην τρίτη μέτρηση περιέγραψαν ότι βίωσαν επιδείνωση του πόνου και της δύσπνοιας σε σχέση με την πρώτη μέτρηση (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της αξιολόγησης των συμπτωμάτων των ασθενών με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης.

Υποκλίμακα Συμπτωμάτων (0-100)*	Πρώτη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κόπωση	51,0 ± 21,4	47,8 ± 22,4	3,1 ± 28,5	0,176
Ναυτία και έμετος	52,1 ± 25,7	49,3 ± 23,6	2,8 ± 35,8	0,339
Πόνος	46,6 ± 26,6	50,7 ± 25,6	-4,1 ± 36,6	0,206
Δύσπνοια	48,2 ± 35,7	53,8 ± 38,1	-5,6 ± 51,5	0,199
Διαταραχές του ύπνου	46,9 ± 38,8	43,3 ± 38,8	3,5 ± 58,1	0,451
Διαταραχές της όρεξης	47,9 ± 35,9	47,9 ± 36,4	0,0 ± 47,1	0,963
Δυσκοιλιότητα	53,0 ± 37,7	45,1 ± 37,3	7,9 ± 51,8	0,069
Διάρροια	52,8 ± 34,4	50,5 ± 36,4	2,3 ± 46,8	0,647
Οικονομικές δυσκολίες	52,3 ± 37,5	46,6 ± 35,8	5,6 ± 47,8	0,189

*Μεγαλύτερη τιμή εκτιμήσεων αντιπροσωπεύει τη καλύτερη λειτουργικότητα.

Σύγκριση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης.

Η σύγκριση των εκτιμήσεων των ασθενών μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης για την ολική ποιότητας ζωής τους με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ C-30, δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές (p (wilcoxon) $> 0,050$) (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης.

Υπό κλίμακα (0-100)	Πρώτη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Ολικής Ποιότητας Ζωής	48,5 ± 25,8	48,5 ± 25,7	-0,2 ± 33,7	0,794

Σύγκριση των αξιολογήσεων της ευεξίας των ασθενών για την ευεξία τους μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου FACT – P.

Οι ασθενείς περιέγραψαν βελτίωση της κοινωνικής, συναισθηματικής και λειτουργικής ευεξία τους από την πρώτη στη τρίτη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο FACT – P. Επιπλέον δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αλλαγή της υπό κλίμακα του καρκίνου προστάτη. Τέλος καμία αλλαγή δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική στο ερωτηματολόγιο FACT –P από την πρώτη στη τρίτη μέτρηση (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων της ευεξίας των ασθενών για την ευεξία τους μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης με την χρήση του ερωτηματολογίου FACT – P.

	Πρώτη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Σωματική ευεξία (0-28)	14,3 ± 3,1	14,0 ± 3,5	0,3 ± 4,6	0,519
Κοινωνική ευεξία (0-28)	13,3 ± 3,6	14,1 ± 3,5	-0,7 ± 4,8	0,111
Συναισθηματική ευεξία (0-24)	11,8 ± 3,1	12,3 ± 3,4	-0,5 ± 4,5	0,189
Λειτουργική ευεξία (0-28)	14,3 ± 4,0	13,4 ± 3,4	0,9 ± 5,3	0,055
Υπό κλίμακα καρκίνου προστάτη (0-48)	27,7 ± 4,8	28,0 ± 5,1	-0,2 ± 6,8	0,740
Δείκτης αποτελεσμάτων Δοκιμών (0-104)	56,5 ± 7,0	55,4 ± 7,5	1,0 ± 10,4	0,256
FACT- G TOTAL (0-108)	53,9 ± 7,5	53,9 ± 6,4	0,0 ± 9,5	0,854
FACT – P TOTAL *(0-156)	81,7 ± 9,0	81,9 ± 8,2	-0,2 ± 11,6	0,624

*Υψηλότερες τιμές αντιπροσωπεύουν καλύτερη ποιότητα ζωής

Σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών με το ερωτηματολόγιο ΠEF-15 μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης

Οι ασθενείς περιέγραψαν επιδείνωση της στυτικής λειτουργίας τους (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $14,8 \pm 3,8$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $16,1 \pm 4,1$) και της σεξουαλικής επιθυμίας τους (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $5,0 \pm 2,4$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $6,1 \pm 1,9$) με το ερωτηματολόγιο ΠEF-15 μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης. Επιπλέον η επιδείνωση αυτή είναι στατιστικά σημαντική με $p=0,011$ και $p=0,000$ αντίστοιχα. Επιπρόσθετα στατιστικά σημαντική επιδείνωση έχουμε και της συνολικής ικανοποίησης (μέση τιμή και σταθερή απόκλιση $4,9 \pm 2,6$ έναντι μέσης τιμής και σταθερής απόκλισης $5,9 \pm 2,0$ $p=0,001$). Τέλος στην οργασμική λειτουργία και στην ικανοποίηση από την σεξουαλική επαφή δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (p (wilcoxon) $> 0,05$) (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση της λειτουργικής αξιολόγησης των ασθενών με το ερωτηματολόγιο ΠEF-15 μεταξύ πρώτης και τρίτης μέτρησης

	Πρώτη Μέτρηση	Τρίτη Μέτρηση		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Στυτική Λειτουργία (0-30)	$16,1 \pm 4,1$	$14,8 \pm 3,8$	$1,2 \pm 5,5$	0,011
Οργασμική Λειτουργία (0-10)	$4,7 \pm 2,4$	$4,8 \pm 2,5$	$-0,1 \pm 3,2$	0,526
Σεξουαλική Επιθυμία (0-10)	$6,1 \pm 1,9$	$5,0 \pm 2,4$	$1,0 \pm 3,2$	0,000
Ικανοποίηση Σεξουαλικής Επαφής (0-15)	$6,9 \pm 3,0$	$7,3 \pm 2,7$	$-0,4 \pm 3,6$	0,200
Συνολική Ικανοποίηση (0-10)	$5,9 \pm 2,0$	$4,9 \pm 2,6$	$1,0 \pm 3,4$	0,001

Σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών τους αναγκών με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory στην τρίτη μέτρηση.

Οι εκτιμήσεις ασθενών και συντρόφων για τη σχέση του ζευγαριού με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory δε διάφεραν στατιστικά σημαντικά αναφορικά με την αντίληψη τους για την ικανοποίηση των διαπροσωπικών αναγκών στη σχέση τους. Επιπλέον δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπό κλίμακες των διαπροσωπικών αναγκών (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους σχετικά με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών τους αναγκών.

	Ασθενής	Σύντροφος		
Κλίμακα και υποκλίμακες Διαπροσωπικών Αναγκών	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (paired t-test)
Κλίμακα Διαπροσωπικών αναγκών (25-100)	62,7 ± 5,7	62,3 ± 5,4	0,4 ± 8,2	0,542
Συμφωνία στον τρόπο σκέψης (5-20)	12,3 ± 2,5	12,5 ± 2,4	-0,2 ± 3,7	0,363
Επικοινωνία (5-20)	12,3 ± 2,4	12,5 ± 2,5	-0,2 ± 3,7	0,390
Διαφωνία στη συμπεριφορά (5-20)	12,6 ± 2,7	12,1 ± 2,6	0,5 ± 3,9	0,215
Αντίληψη των συναισθημάτων του άλλου (5-20)	12,5 ± 2,4	12,4 ± 2,4	0,0 ± 3,2	0,774
Συντροφικότητα (5-20)	12,9 ± 2,5	12,5 ± 2,4	0,3 ± 3,3	0,171

Σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους ως προς την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών με την χρήση του ερωτηματολογίου Partner Relationship Inventory στη τρίτη μέτρηση.

Οι εκτιμήσεις ασθενών και συντρόφων δε διάφεραν στατιστικά σημαντικά σχετικά με την αντίληψή για την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών από τη σχέση τους όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Partner Relationship Inventory. Επιπλέον δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπό κλίμακες των συναισθηματικών αναγκών (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις και σύγκριση των αξιολογήσεων των ασθενών και των συντρόφων τους ως προς την ικανοποίηση των συναισθηματικών τους αναγκών.

Κλίμακα και υποκλίμακες Συναισθηματικών Αναγκών	Ασθενής	Σύντροφος		
	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	Μέση διαφορά ± σταθερή απόκλιση	p (wilcoxon)
Κλίμακα Συναισθηματικών αναγκών (15-60)	37,8 ± 4,0	37,4 ± 4,1	0,3 ± 5,1	0,595
Συναισθηματική ικανοποίηση (5-20)	12,5 ± 2,1	12,5 ± 2,2	0,0 ± 3,2	0,816
Αίσθημα ασφάλειας (5-20)	12,4 ± 2,5	12,5 ± 2,6	-0,1 ± 3,7	0,730
Αίσθημα αναγνώρισης (5-20)	12,8 ± 2,4	12,3 ± 2,8	0,4 ± 3,6	0,182

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας συνολικά συμμετείχαν 1000 Έλληνες Ουρολόγοι, εκ των οποίων οι 400 (40%) απάντησαν. Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως άνδρες (94,8%) με μέση ηλικία τα 43,7 έτη και μέση εργασιακή εμπειρία 12,5 έτη. Οι περισσότεροι Ουρολόγοι (47,3%) εργάζονται ως ιδιωτικοί ιατροί ενώ το 13,3% είναι εκπαιδευόμενοι. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η αξιολόγηση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής είναι σημαντική για την κλινική τους πρακτική (95,3%) και πολύτιμη τόσο για τη συμβουλή των ασθενών (95,8%) όσο και για την παρακολούθηση της θεραπείας (91,8%). Ωστόσο, το 51% των ουρολόγων συμφώνησε με τη δήλωση ότι υπάρχει περιορισμένος χρόνος για την αξιολόγηση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική. Τα επικυρωμένα ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν ως χρήσιμα από το 75,5% των συμμετεχόντων, σε αντίθεση με το 22,5% που ούτε ενέκρινε ούτε απέρριψε αυτή τη δήλωση. Συνολικά, το 26,7% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν ενσωματώσει ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής στην καθημερινή τους πρακτική.

Επιπλέον η σημασία της αξιολόγησης των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην παρακολούθηση ασθενών διατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες γιατρών. Αντίθετα, η πολύ παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ έμπειρων (>10 ετών πρακτικής άσκησης) και μη έμπειρων γιατρών σχετικά με την αξιολόγηση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική, με τους πρώτους να είναι πιο δύσπιστοι ως προς τη χρησιμότητά της (OR 0,38, $p=0,008$, 95% CI 0,19–0,77). Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57,8%) δυσκολεύτηκαν να διακρίνουν μεταξύ της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της αξιολόγησης των συμπτωμάτων και αυτό ήταν πιο δύσκολο για τους γιατρούς με >10 χρόνια πρακτικής (OR 0,32, $p<0,001$, 95% CI 0,17–0,61). Οι Ουρολόγοι κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης ήταν λιγότερο πιθανό να θεωρήσουν τα επικυρωμένα ερωτηματολόγια χρήσιμα στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (OR 4,79, $p=0,017$, 95% CI 1,3–17,3), αλλά πιο πιθανό δήλωσαν ότι υπάρχει περιορισμένος χρόνος για τους γιατρούς να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής στην καθημερινή πρακτική (OR 0,7, $p<0,001$, 95% CI 0,57–0,85). Μια μειοψηφία συμμετεχόντων (14%) συμφώνησε με τη δήλωση ότι οι ασθενείς αρνούνται να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής. Η θέση εργασίας ήταν ο μόνος παράγοντας που σχετίζεται με αυτήν την αξιολόγηση στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (OR 1,3, $p=0,007$, 95% CI 1,07–1,58), με τους ιατρούς του ιδιωτικού ιατρείου (μη ακαδημαϊκοί) να είναι πιο πιθανό να υποστηρίξουν αυτή τη δήλωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ριζική προστατεκτομή είναι μία μεγάλης βαρύτητας επέμβαση η οποία εμφανίζει μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παρόλα αυτά αναφέρεται να μην επηρεάζει τη γενική ποιότητα ζωής. Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκε η μεταβολή των αντιλήψεων των ασθενών με καρκίνο προστάτη για την ποιότητα ζωής τους μετά από ριζική προστατεκτομή, και συγκρίθηκε το επίπεδο συμφωνίας των διαπροσωπικών και συναισθηματικών αναγκών των συντρόφων και των ασθενών.

Τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης ήταν:

- α) η επιδείνωση της σεξουαλικής ικανοποίησης των μελετηθέντων ασθενών σε επίπεδο στυτικής και σεξουαλικής λειτουργίας όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους,
- β) η αναγνώριση κυρίως από τους ίδιους τους ασθενείς της βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους σε κοινωνικό και ζωτικό επίπεδο.

Σύγκριση των εκτιμήσεων των ασθενών για την ποιότητα ζωής τους μεταξύ των μετρήσεων

Κύρια ευρήματα της σύγκρισης των εκτιμήσεων των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης ήταν:

- α) Η επιδείνωση της κοινωνικής λειτουργικότητας τους.
- β) Η επιδείνωση των συμπτωμάτων του πόνου και της διαταραχής ύπνου.
- γ) Η σημαντική επιδείνωση της στυτικής λειτουργίας, της σεξουαλικής επιθυμίας και της συνολικής ικανοποίησης τους.

Κύρια ευρήματα της σύγκρισης των εκτιμήσεων των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους μεταξύ της δεύτερης και τρίτης μέτρησης ήταν:

- α) Η βελτίωση της ζωτικότητας.
- β) Η επιδείνωση την συναισθηματικής ευτυχίας.

γ) Η επιδείνωση της διαταραχής ύπνου, της δυσκοιλιότητας, της κόπωσης και της ολικής ποιότητας ζωής.

δ) Η σημαντική επιδείνωση της λειτουργικής ευεξίας αλλά και επιδείνωση του αισθήματος ασφάλειας από τους συντρόφους των ασθενών.

Κύρια ευρήματα της σύγκρισης των εκτιμήσεων των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους μεταξύ της πρώτης και τρίτης μέτρησης ήταν:

α) Η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, της ζωτικότητας και της γενικής υγείας.

β) Η βελτίωση της δυσκοιλιότητας, της διαταραχής ύπνου, της κόπωσης και της οικονομικής κατάστασης, αλλά και επιδείνωση των συμπτωμάτων του πόνου και της δύσπνοιας.

γ) Η σημαντική επιδείνωση της στυτικής λειτουργίας, της σεξουαλικής επιθυμίας και της συνολικής ικανοποίησης.

Ο Jeldres και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι 12 μήνες μετά τη ριζική προστατεκτομή, το Rand 36 σκορ επέστρεψε στα προ θεραπείας επίπεδα σε 86-97% των ασθενών (Jeldres et al., 2015). Σε αυτή τη μελέτη, η ποιότητα ζωής είναι σημαντικά βελτιωμένη ένα (1) έτος μετά την ριζική προστατεκτομή. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες. Από τη μία πλευρά, τα προ θεραπείας ερωτηματολόγια απαντήθηκαν μόλις 2 εβδομάδες πριν την επέμβαση, τη χρονική στιγμή που οι ασθενείς είχαν σημαντικό άγχος λόγω του προσφάτως διαγνωσθέντος καρκίνου. Από την άλλη, τα μετεγχειρητικά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν δύο χρόνια μετά την επέμβαση από ασθενείς χωρίς νόσο, με ελάχιστες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η σεξουαλική λειτουργικότητα αποτελείται από τη στυτική, την οργασμική λειτουργικότητα, τη σεξουαλική επιθυμία και την ικανοποίηση από την συνουσία. Όλες αυτές οι παράμετροι μελετήθηκαν από το ερωτηματολόγιο IIEF-15. Η επιθυμία για σεξουαλική επαφή δε διέφερε στους ασθενείς μετά από ριζική προστατεκτομή από αυτούς των ομάδων ελέγχου, μιας και είναι περισσότερο εγκεφαλική λειτουργία παρά οργανική. Η επίτευξη στύσης, όπως αναμενόταν, ήταν επηρεασμένη στατιστικά στους ασθενείς μετά από ριζική προστατεκτομή, εύρημα που επιβεβαιώνει τη γνωστή επίδραση της ριζικής προστατεκτομής στη στυτική λειτουργία. Σε μια μελέτη οι ασθενείς ανέφεραν, σε ποσοστό 45,5% επιδείνωση της σεξουαλικής τους ζωής μετά από ριζική προστατεκτομή (Arai et al., 2000). Σύμφωνα με

την Massachusetts Male Aging Study, η πιθανότητα πλήρους ανικανότητας σε άνδρες ηλικίας 70 ετών είναι 15%, με άλλα δεδομένα για την στυτική δυσλειτουργία να φθάνουν έως το 71% (Feldman et al., 1994).

Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά από ριζική προστατεκτομή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το διάστημα από τη διάγνωση, το στάδιο του καρκίνου, τη θεραπεία και τις επιπλοκές. Υπάρχει επίσης μια σαφής σχέση μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς μετά από ριζική προστατεκτομή. Οι καταθλιπτικές, κυκλοθυμικές, ευερέθιστες και αγχώδεις ιδιοσυγκρασίες συνδέονται γενικά με φτωχότερη ποιότητα ζωής (Poriolek et al., 2022).

Επιπρόσθετα στο δεύτερο μέρος της εργασίας η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι επί του παρόντος, μια βασική κλινική παράμετρος τόσο στην καθημερινή πρακτική όσο και στην έρευνα. Αν και στο πλαίσιο των κλινικών δοκιμών, τα θέματα ποιότητας ζωής πρέπει να διερευνηθούν αυστηρά, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη ανησυχία σχετικά με τη χρήση και το βαθμό ενσωμάτωσης της αξιολόγησης των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική. Μελέτες έχουν δείξει ότι, παρά το γεγονός ότι τα δεδομένα ποιότητας ζωής θεωρούνται σημαντικά από τους γιατρούς, η συλλογή τέτοιων δεδομένων είναι στην πραγματικότητα περιορισμένη λόγω της έλλειψης χρόνου, της πολυπλοκότητας και της διάρκειας των ερωτηματολογίων και της εμπειρίας στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Skevington et al., 2005). Το ποσοστό των Ελλήνων ουρολόγων που έχουν ενσωματώσει ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής στην καθημερινή τους πρακτική (26,7%) είναι σημαντικά μικρότερο από αυτό που αναφέρθηκε στη γερμανική έρευνα, όπου περισσότερο από το 60% των ερωτηθέντων βρέθηκε να χρησιμοποιούν επικυρωμένα ερωτηματολόγια για την καταγραφή της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής (Schmick et al., 2017). Με βάση αυτά τα ευρήματα, είναι προφανές ότι τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής δεν αποτελούν επί του παρόντος αναπόσπαστο μέρος της Ουρολογικής πρακτικής στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γιατρών τα θεωρούν σημαντικά διαγνωστικά εργαλεία. Μειωμένη χρήση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής (17%) αναφέρθηκε επίσης μεταξύ των Ολλανδών παιδίατρων (Baars et al., 2007). Τα εμπόδια που φέρεται να εμπόδισαν τη χρήση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής ήταν ο επιπλέον χρόνος που χρειαζόταν για την αξιολόγηση, η έλλειψη επικυρωμένων ερωτηματολογίων και η κακή γνώση σχετικά με την τεκμηρίωση της ποιότητας ζωής (Baars et al., 2007).

Ακόμη, η μελέτη αποκάλυψε ότι το περιβάλλον εργασίας είναι ένας σπουδαίος παράγοντας που επηρεάζει όχι μόνο τη συχνότητα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική, αλλά και την απροθυμία των ασθενών να συμπληρώσουν

ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής. Το τελευταίο ήταν πιο συνηθισμένο στο ιδιωτικό ιατρείο, εύρημα που είναι δύσκολο να ερμηνευθεί, καθώς θα περίμενε κανείς ότι οι ασθενείς θα ήταν πιο πρόθυμοι να ανταποκριθούν σε ένα ιδιωτικό περιβάλλον σε σύγκριση με μια πολυάσχολη κλινική. Επιπρόσθετα, η ομάδα των εκπαιδευομένων ουρολόγων ήταν ο κύριος εκπρόσωπος της δήλωσης σχετικά με την έλλειψη χρόνου για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην καθημερινή πρακτική, κάτι που εξηγείται από το σφιχτό πρόγραμμά τους. Επιπλέον, έμπειροι (>10 χρόνια πρακτικής άσκησης) ουρολόγοι θεώρησαν τη διαφορά μεταξύ αξιολόγησης ποιότητας ζωής και αξιολόγησης συμπτωμάτων λιγότερο εμφανή και χαρακτήρισαν την αξιολόγηση ποιότητας ζωής ως ακατάλληλη για καθημερινή πρακτική. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι έμπειροι ουρολόγοι αισθάνονται πιο σίγουροι για τη βαθμολόγηση της συμπτωματολογίας των ασθενών και τον αντίκτυπό της στην ποιότητα ζωής, χωρίς την ανάγκη χρήσης λεπτομερών ερωτηματολογίων.

Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει την επίδραση της χρήσης ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής τόσο για την ανίχνευση της νόσου όσο και για τη διαχείριση ασθενών, με ορισμένα αντιφατικά ευρήματα (Kazis et al., 1990)(McLachlan et al., 2001)(Magruder-Habib et al., 1990). Γενικά, η χρήση των ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει θετικά τη διαδραστική σχέση μεταξύ ασθενών και ιατρών. Ο Detmar και οι συνεργάτες του κατέδειξαν ότι η ενσωμάτωση τυποποιημένων αξιολογήσεων ποιότητας ζωής στην καθημερινή ογκολογική πρακτική διευκολύνει τη συζήτηση για θέματα ποιότητας ζωής και μπορεί να αυξήσει την ευαισθητοποίηση των γιατρών για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς είχαν θετική επίδραση στην επικοινωνία ασθενούς-γιατρού και είχαν ως αποτέλεσμα καλύτερη ποιότητα ζωής και συναισθηματική λειτουργία (Galina Velikova et al., 2004). Αυτά τα ευρήματα αναμφίβολα υποδεικνύουν σημαντικό ρόλο της τακτικής αξιολόγησης ποιότητας ζωής στη φροντίδα των ασθενών.

Η μελέτη αυτή περιορίστηκε από τη χρήση ενός μη επικυρωμένου ερωτηματολογίου καθώς και από τη μεροληψία απόκρισης, λόγω του γεγονότος ότι οι ερωτηθέντες ενδέχεται να ενδιαφερόντουσαν περισσότερο να συμμετάσχουν από τους μη ερωτηθέντες.

Επιπρόσθετα τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης πρέπει να ερμηνευτούν με βάση ορισμένους περιορισμούς. Το δείγμα των ασθενών και κατ' επέκταση των συντρόφων τους ήταν ευκολίας και όχι τυχαίο. Επιπλέον οι σύντροφοι των ασθενών ήταν διαφορετικού φύλου. Παρότι τα ευρήματα οδηγούν ενδεχομένως στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη μελέτη μεταβλήθηκε, δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο.

Εν κατακλείδι, μέσω αυτής της μελέτης, προέκυψαν πληροφορίες και συμπεράσματα σχετικά με τις ψυχολογικές και σεξουαλικές επιπτώσεις της ριζικής προστατεκτομής στους ασθενείς, ώστε να γίνουν κατανοητές για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Επιπλέον αυτή είναι η πρώτη μελέτη που παρέχει μια λεπτομερή εικόνα της στάσης των Ελλήνων ουρολόγων ως προς τη χρήση της αξιολόγησης ποιότητας ζωής στην καθημερινή τους πρακτική. Συλλογικά, τα αποτελέσματά υποδεικνύουν ότι η αξιολόγηση ποιότητας ζωής γίνεται καλά αντιληπτή από τους Έλληνες ουρολόγους, αν και δεν έχει ακόμη επιτύχει σημαντικό βαθμό ενσωμάτωσης στην καθημερινή πρακτική τους, συνηθέστερα λόγω χρονικών περιορισμών και άτυπης αξιολόγησης συμπτωμάτων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmed, H. U., El-Shater Bosaily, A., Brown, L. C., Gabe, R., Kaplan, R., Parmar, M. K., Collaco-Moraes, Y., Ward, K., Hindley, R. G., Freeman, A., Kirkham, A. P., Oldroyd, R., Parker, C., & Emberton, M. (2017). Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *The Lancet*, *389*(10071), 815–822. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32401-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32401-1)
- Arai, Y., Aoki, Y., Okubo, K., Maeda, H., Terada, N., Matsuta, Y., Maekawa, S., & Ogura, K. (2000). Impact of interventional therapy for benign prostatic hyperplasia on quality of life and sexual function: a prospective study. *The Journal of Urology*, *164*(4), 1206–1211. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10992367>
- Arai, Y., Kawakita, M., Hida, S., Terachi, T., Okada, Y., & Yoshida, O. (1996). Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *The Journal of Urology*, *155*(2), 574–578. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8558663>
- Armsden, G. C., & Lewis, F. M. (n.d.). Behavioral adjustment and self-esteem of school-age children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *21*(1), 39–45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8140000>
- Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N., Norat, T., Greenwood, D. C., Riboli, E., Vatten, L. J., & Tonstad, S. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*, *46*(3), 1029–1056. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw319>
- Baade, P. D., Youlden, D. R., & Krnjacki, L. J. (2009). International epidemiology of prostate cancer: Geographical distribution and secular trends. *Molecular Nutrition & Food Research*, *53*(2), 171–184. <https://doi.org/10.1002/mnfr.200700511>
- Baars, R., Pal, S., Koopman, H., & Wit, J. (2007). Clinicians' perspective on quality of life assessment in paediatric clinical practice. *Acta Paediatrica*, *93*(10), 1356–1360. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2004.tb02937.x>
- Baider, L., Koch, U., Esacson, R., & De-Nour, A. K. (1998). Prospective study of cancer patients and their spouses: the weakness of marital strength. *Psycho-Oncology*, *7*(1), 49–56. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199801/02\)7:1<49::AID-PON312>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<49::AID-PON312>3.0.CO;2-Z)

- Bashir, M. N. (2015). Epidemiology of Prostate Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(13), 5137–5141. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.13.5137>
- Boehmer, U., & Clark, J. A. (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *The Journal of Family Practice, 50*(3), 226–231. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11252211>
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ, 305*(6846), 160–164. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
- Buehler, J. A., & Lee, H. J. (1992). Exploration of home care resources for rural families with cancer. *Cancer Nursing, 15*(4), 299–308. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1504960>
- Burckhardt, C. S., Anderson, K. L., Archenholtz, B., & Hägg, O. (2003). The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of Construct Validity. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-59>
- Carter, B. S., Bova, G. S., Beaty, T. H., Steinberg, G. D., Childs, B., Isaacs, W. B., & Walsh, P. C. (1993). Hereditary Prostate Cancer: Epidemiologic and Clinical Features. *Journal of Urology, 150*(3), 797–802. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)35617-3](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)35617-3)
- Cliff, A. M., & Macdonagh, R. P. (2001). Psychosocial morbidity in prostate cancer: II. A comparison of patients and partners. *BJU International, 86*(7), 834–839. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00914.x>
- Coe, M., & Kluka, S. (1990). Comparison of concerns of clients and spouses regarding ostomy surgery for treatment of cancer: Phase II. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 17*(3), 106–111. <https://doi.org/10.1097/00152192-199005000-00018>
- Cornu, J.-N., Cancel-Tassin, G., Cox, D. G., Roupret, M., Koutlidis, N., Bigot, P., Valeri, A., Ondet, V., Gaffory, C., Fournier, G., Azzouzi, A.-R., Cormier, L., & Cussenot, O. (2016). Impact of Body Mass Index, Age, Prostate Volume, and Genetic Polymorphisms on Prostate-specific Antigen Levels in a Control Population. *European Urology, 70*(1), 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.01.027>
- Cuzick, J., Thorat, M. A., Andriole, G., Brawley, O. W., Brown, P. H., Culig, Z., Eeles, R. A., Ford, L. G., Hamdy, F. C., Holmberg, L., Ilic, D., Key, T. J., Vecchia, C. La, Lilja, H., Marberger, M., Meyskens, F. L., Minasian, L. M., Parker, C., Parnes, H. L., ... Wolk, A. (2014). Prevention and early detection of prostate cancer. *The Lancet Oncology, 15*(11),

- Dar, R., Beach, C. M., Barden, P. L., & Cleeland, C. S. (1992). Cancer pain in the marital system: A study of patients and their spouses. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(2), 87–93. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(92\)90119-3](https://doi.org/10.1016/0885-3924(92)90119-3)
- Draisma, G., Etzioni, R., Tsodikov, A., Mariotto, A., Wever, E., Gulati, R., Feuer, E., & de Koning, H. (2009). Lead Time and Overdiagnosis in Prostate-Specific Antigen Screening: Importance of Methods and Context. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 101(6), 374–383. <https://doi.org/10.1093/jnci/djp001>
- E., C. (2015). Epidemiology of prostate cancer in Europe. *Centre for Parliamentary Studies*. <https://doi.org/JRC101382>
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531–541. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90038-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90038-4)
- Etzioni, R. (2002). Overdiagnosis Due to Prostate-Specific Antigen Screening: Lessons From U.S. Prostate Cancer Incidence Trends. *CancerSpectrum Knowledge Environment*, 94(13), 981–990. <https://doi.org/10.1093/jnci/94.13.981>
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and Its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151(1), 54–61. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)34871-1](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)34871-1)
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1941–1953. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
- Ferrell-Torry, A. T., & Glick, O. J. (1993). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, 16(2), 93–101. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477405>
- Forsén, A. (1991). Psychosocial Stress as a Risk for Breast Cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55(2–4), 176–185. <https://doi.org/10.1159/000288427>
- Franklin, J. L., Simmons, J., Solovitz, B., Clemons, J. R., & Miller, G. E. (1986). Assessing Quality of Life of the Mentally Ill. *Evaluation & the Health Professions*, 9(3), 376–388.

<https://doi.org/10.1177/016327878600900308>

- Gallus, S., Foschi, R., Talamini, R., Altieri, A., Negri, E., Franceschi, S., Montella, M., Dal Maso, L., Ramazzotti, V., & La Vecchia, C. (2007). Risk Factors for Prostate Cancer in Men Aged Less Than 60 Years: A Case–Control Study from Italy. *Urology*, *70*(6), 1121–1126. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2007.07.020>
- Gann, P. H. (2002). Risk factors for prostate cancer. *Reviews in Urology*, *4 Suppl 5*, S3–S10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16986064>
- Garratt, A. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, *324*(7351), 1417–1417. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (n.d.). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, *272*(8), 619–626. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894>
- Glasdam, S., Jensen, A. B., Madsen, E. L., & Rose, C. (1996). Anxiety and depression in cancer patients' spouses. *Psycho-Oncology*, *5*(1), 23–29. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199603\)5:1<23::AID-PON206>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199603)5:1<23::AID-PON206>3.0.CO;2-H)
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., & Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA*, *258*(21), 3125–3130. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3669259>
- Gotay, C. C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Social Science & Medicine*, *18*(7), 605–613. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90076-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90076-5)
- Greenwald, H. P. (1987). The Specificity of Quality-of-Life Measures Among the Seriously III. *Medical Care*, *25*(7), 642–651. <https://doi.org/10.1097/00005650-198707000-00007>
- Guo, Y., Mao, S., Zhang, A., Wang, R., Zhang, Z., Zhang, J., Wang, L., Zhang, W., Wu, Y., Ye, L., Yang, B., & Yao, X. (2019). Prognostic Significance of Young Age and Non-Bone Metastasis at Diagnosis in Patients with Metastatic Prostate Cancer: a SEER Population-Based Data Analysis. *Journal of Cancer*, *10*(3), 556–567. <https://doi.org/10.7150/jca.29481>
- Guyatt, G. H. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, *118*(8), 622. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
- Hannum, J. W., Giese-Davis, J., Harding, K., & Hatfield, A. K. (1991). Effects of Individual

- and Marital Variables on Coping with Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 1–20. https://doi.org/10.1300/J077v09n02_01
- Harvey, C. J., Pilcher, J., Richenberg, J., Patel, U., & Frauscher, F. (2012). Applications of transrectal ultrasound in prostate cancer. *The British Journal of Radiology*, 85(special_issue_1), S3–S17. <https://doi.org/10.1259/bjr/56357549>
- Heidenreich, A., Abrahamsson, P.-A., Artibani, W., Catto, J., Montorsi, F., Van Poppel, H., Wirth, M., & Mottet, N. (2013). Early Detection of Prostate Cancer: European Association of Urology Recommendation. *European Urology*, 64(3), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.06.051>
- Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322(7297), 1297–1300. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7297.1297>
- Hileman, J. W., Lackey, N. R., & Hassanein, R. S. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 771–777. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1608841>
- Hinds, C. (1992). Suffering: a relatively unexplored phenomenon among family caregivers of non-institutionalized patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 918–925. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02019.x>
- Hinton, J. (1981). Sharing or withholding awareness of dying between husband and wife. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(5), 337–343. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(81\)90045-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(81)90045-3)
- Hockley, J. (2000). Psychosocial Aspects in Palliative Care- Communicating with the Patient and Family. *Acta Oncologica*, 39(8), 905–910. <https://doi.org/10.1080/02841860050215864>
- Hopper, G. (2003). ?Cancer and the family? (Second Edition). Edited by Lea Baider, Cary L. Cooper and Atara Kaplan De-Nour. Wiley, Chichester, 2000 (hardback). 572pp. ISBN: 0471803006. *Psycho-Oncology*, 12(2), 198–198. <https://doi.org/10.1002/pon.661>
- Hörnquist, J. O. (1982). Abuse of Alcohol and Disability Pension. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(3), 113–118. <https://doi.org/10.1177/140349488201000308>
- Hull, M. M. (1992). Coping strategies of family caregivers in hospice homecare. *Oncology Nursing Forum*, 19(8), 1179–1187. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1408959>
- Iconomou, Anna Viha, Haralabos P. K, G. (2001). Impact of Cancer on Primary Caregivers of

- Patients Receiving Radiation Therapy. *Acta Oncologica*, 40(6), 766–771.
<https://doi.org/10.1080/02841860152619205>
- Ito, K., Kakehi, Y., Naito, S., & Okuyama, A. (2008). Japanese Urological Association guidelines on prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer and the ongoing cluster cohort study in Japan. *International Journal of Urology*, 15(9), 763–768.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2008.02125.x>
- Jeldres, C., Cullen, J., Hurwitz, L. M., Wolff, E. M., Levie, K. E., Odem-Davis, K., Johnston, R. B., Pham, K. N., Rosner, I. L., Brand, T. C., L'Esperance, J. O., Sterbis, J. R., Etzioni, R., & Porter, C. R. (2015). Prospective quality-of-life outcomes for low-risk prostate cancer: Active surveillance versus radical prostatectomy. *Cancer*, 121(14), 2465—2473.
<https://doi.org/10.1002/cncr.29370>
- Jemal, A., Fedewa, S. A., Ma, J., Siegel, R., Lin, C. C., Brawley, O., & Ward, E. M. (2015). Prostate Cancer Incidence and PSA Testing Patterns in Relation to USPSTF Screening Recommendations. *JAMA*, 314(19), 2054. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.14905>
- Kazis, L. E., Callahan, L. F., Meenan, R. F., & Pincus, T. (1990). Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(11), 1243–1253. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90025-K](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90025-K)
- King, C. R., & Hinds, P. S. (1998). *Quality of life from nursing and patient perspectives : theory, research, practice*.
- Kissane, D. W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowall, A. C., & Nitzan, R. (1998). Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-Oncology*, 7(1), 14–25.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199801/02\)7:1<14::AID-PON313>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<14::AID-PON313>3.0.CO;2-D)
- Kurtz, M E, Given, B., Kurtz, J. C., & Given, C. W. (1994). The interaction of age, symptoms, and survival status on physical and mental health of patients with cancer and their families. *Cancer*, 74(7 Suppl), 2071–2078. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19941001\)74:7+<2071::aid-cncr2820741715>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19941001)74:7+<2071::aid-cncr2820741715>3.0.co;2-r)
- Kurtz, Margot E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression—A longitudinal view. *Social Science & Medicine*, 40(6), 837–846.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00249-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00249-S)
- Kuyper, M. B., & Wester, F. (1998). In the Shadow: The Impact of Chronic Illness on the

- Patient's Partner. *Qualitative Health Research*, 8(2), 237–253.
<https://doi.org/10.1177/104973239800800207>
- Lehman, A. F. (1983). The Well-being of Chronic Mental Patients. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 369. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790040023003>
- Leiber, L., Plumb, M. M., Gerstenzang, M. L., & Holland, J. (1976). The Communication of Affection Between Cancer Patients and Their Spouses. *Psychosomatic Medicine*, 38(6), 379–389. <https://doi.org/10.1097/00006842-197611000-00003>
- Leitzmann, M. F. (2004). Ejaculation Frequency and Subsequent Risk of Prostate Cancer. *JAMA*, 291(13), 1578. <https://doi.org/10.1001/jama.291.13.1578>
- Lewis, F. M. (1986). The impact of cancer on the family: A critical analysis of the research literature. *Patient Education and Counseling*, 8(3), 269–289.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0738-3991\(86\)90005-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0738-3991(86)90005-4)
- Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine*, 4, 205031211667172. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>
- Lipsky, K., Zigeuner, R., Zischka, M., Schips, L., Pummer, K., Rehak, P., & Hubmer, G. (2004). Selenium levels of patients with newly diagnosed prostate cancer compared with control group. *Urology*, 63(5), 912–916. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.12.028>
- Magruder-Habib, K., Zung, W. W. K., & Feussner, J. R. (1990). Improving Physicians?? Recognition and Treatment of Depression in General Medical Care. *Medical Care*, 28(3), 239–250. <https://doi.org/10.1097/00005650-199003000-00004>
- Maso, L. D., Zucchetto, A., Vecchia, C. La, Montella, M., Conti, E., Canzonieri, V., Talamini, R., Tavani, A., Negri, E., Garbeglio, A., & Franceschi, S. (2004). Prostate cancer and body size at different ages: an Italian multicentre case–control study. *British Journal of Cancer*, 90(11), 2176–2180. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601859>
- McLachlan, S.-A., Allenby, A., Matthews, J., Wirth, A., Kissane, D., Bishop, M., Beresford, J., & Zalcborg, J. (2001). Randomized Trial of Coordinated Psychosocial Interventions Based on Patient Self-Assessments Versus Standard Care to Improve the Psychosocial Functioning of Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4117–4125. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.21.4117>
- McVary, K. T., Roehrborn, C. G., Avins, A. L., Barry, M. J., Bruskewitz, R. C., Donnell, R. F.,

- Foster, H. E., Gonzalez, C. M., Kaplan, S. A., Penson, D. F., Ulchaker, J. C., & Wei, J. T. (2011). Update on AUA Guideline on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia. *Journal of Urology*, *185*(5), 1793–1803. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.01.074>
- Michelson, H., Bolund, C., & Brandberg, Y. (2000). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *9*(10), 1093–1104. <https://doi.org/10.1023/a:1016654621784>
- MORRIS, J. N. (1955). Uses of epidemiology. *British Medical Journal*, *2*(4936), 395–401. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.4936.395>
- Mottet, N., van den Bergh, R. C. N., Briers, E., Van den Broeck, T., Cumberbatch, M. G., De Santis, M., Fanti, S., Fossati, N., Gandaglia, G., Gillessen, S., Grivas, N., Grummet, J., Henry, A. M., van der Kwast, T. H., Lam, T. B., Lardas, M., Liew, M., Mason, M. D., Moris, L., ... Cornford, P. (2021). EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer—2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *European Urology*, *79*(2), 243–262. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.09.042>
- Mucci, L. A., Wilson, K. M., & Giovannucci, E. L. (2017). Epidemiology of Prostate Cancer. In *Pathology and Epidemiology of Cancer* (pp. 107–125). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-35153-7_9
- Northouse, L. L. (1992). Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), *47*(5), 161–164. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1460219>
- Oberaigner, W., Horninger, W., Klocker, H., Schönitzer, D., Stühlinger, W., & Bartsch, G. (2006). Reduction of Prostate Cancer Mortality in Tyrol, Austria, after Introduction of Prostate-specific Antigen Testing. *American Journal of Epidemiology*, *164*(4), 376–384. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj213>
- Oberst, M T, Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, *12*(4), 209–215. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2766264>
- Oberst, Marilyn T., & Scott, D. W. (1988). Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Research in Nursing & Health*, *11*(4), 223–233.

<https://doi.org/10.1002/nur.4770110404>

- Patterson, J. M., & Garwick, A. W. (1994). The Impact of Chronic Illness on Families: a Family Systems Perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, *16*, 131–142.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, *30*(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Perez-Cornago, A., Travis, R. C., Appleby, P. N., Tsilidis, K. K., Tjønneland, A., Olsen, A., Overvad, K., Katzke, V., Kühn, T., Trichopoulou, A., Peppas, E., Kritikou, M., Sieri, S., Palli, D., Sacerdote, C., Tumino, R., Bueno-de-Mesquita, H. B., Agudo, A., Larrañaga, N., ... Key, T. J. (2017). Fruit and vegetable intake and prostate cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *International Journal of Cancer*, *141*(2), 287–297. <https://doi.org/10.1002/ijc.30741>
- Pernar, C. H., Ebot, E. M., Wilson, K. M., & Mucci, L. A. (2018). The Epidemiology of Prostate Cancer. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, *8*(12), a030361. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a030361>
- Popiołek, A., Brzoszczyk, B., Jarzemski, P., Piskunowicz, M., Jarzemski, M., Borkowska, A., & Bieliński, M. (2022). Quality of Life of Prostate Cancer Patients Undergoing Prostatectomy and Affective Temperament. *Cancer Management and Research, Volume 14*, 1743–1755. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S358054>
- Prcic, A., Begic, E., & Hiros, A. (2016). Usefulness of Total PSA Value in Prostate Diseases Diagnosis. *Acta Informatica Medica*, *24*(3), 156. <https://doi.org/10.5455/aim.2016.24.156-161>
- Quinn, M., & Babb, P. (2002). Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. *BJU International*, *90*(2), 162–173. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.2002.2822.x>
- Rebbeck, T. R., & Haas, G. P. (2014). Temporal trends and racial disparities in global prostate cancer prevalence. *The Canadian Journal of Urology*, *21*(5), 7496–7506. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347377>
- Reynolds, P., & Kaplan, G. A. (1990). Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, *16*(3), 101–110. <https://doi.org/10.1080/08964289.1990.9934597>

- Rider, J. R., Wilson, K. M., Sinnott, J. A., Kelly, R. S., Mucci, L. A., & Giovannucci, E. L. (2016). Ejaculation Frequency and Risk of Prostate Cancer: Updated Results with an Additional Decade of Follow-up. *European Urology*, *70*(6), 974–982. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.03.027>
- Robinson, W. D., Carroll, J. S., & Watson, W. L. (2005). Shared Experience Building Around the Family Crucible of Cancer. *Families, Systems, & Health*, *23*(2), 131–147. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.2.131>
- Roobol, M. J., Roobol, D. W., & Schröder, F. H. (2005). Is additional testing necessary in men with prostate-specific antigen levels of 1.0 ng/mL or less in a population-based screening setting? (ERSPC, section Rotterdam). *Urology*, *65*(2), 343–346. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.09.046>
- Rosenblatt, K. A. (2001). Sexual Factors and the Risk of Prostate Cancer. *American Journal of Epidemiology*, *153*(12), 1152–1158. <https://doi.org/10.1093/aje/153.12.1152>
- Rusinak, R. L., & Murphy, J. F. (1995). ELDERLY SPOUSAL CAREGIVERS: Knowledge of Cancer Care, Perceptions of Preparedness, and Coping Strategies. *Journal of Gerontological Nursing*, *21*(3), 33–41. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19950301-07>
- Rustoen, Moum, Wiklund, & Hanestad. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(2), 490–498. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00912.x>
- Scardino, P. T. (1989). Early detection of prostate cancer. *The Urologic Clinics of North America*, *16*(4), 635–655. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2479160>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(4), 381–406. <https://doi.org/10.1007/BF00846149>
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, *48*(3), 203–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>
- Schmick, A., Juergensen, M., Rohde, V., Katalinic, A., & Waldmann, A. (2017). Assessing health-related quality of life in urology – a survey of 4500 German urologists. *BMC Urology*, *17*(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12894-017-0235-1>
- Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L. J., Ciatto, S., Nelen, V.,

- Kwiatkowski, M., Lujan, M., Lilja, H., Zappa, M., Denis, L. J., Recker, F., Berenguer, A., Määttänen, L., Bangma, C. H., Aus, G., Villers, A., Rebillard, X., van der Kwast, T., ... Auvinen, A. (2009). Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *New England Journal of Medicine*, 360(13), 1320–1328. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0810084>
- SIEGEL, K., MESAGNO, F. P., KARUS, D., CHRIST, G., BANKS, K., & MOYNIHAN, R. (1992). Psychosocial Adjustment of Children with a Terminally Ill Parent. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 327–333. <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00022>
- Siegel, K., Raveis, V. H., Mor, V., & Houts, P. (1991). The relationship of spousal caregiver burden to patient disease and treatment-related conditions. *Annals of Oncology*, 2(7), 511–516. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.annonc.a058005>
- Skevington, S. M., Day, R., Chisholm, A., & Trueman, P. (2005). How much do doctors use quality of life information in primary care? Testing the Trans-Theoretical Model of behaviour change. *Quality of Life Research*, 14(4), 911–922. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-3710-6>
- SNEEUW, K. C. A., ALBERTSEN, P. C., & AARONSON, N. K. (2001). COMPARISON OF PATIENT AND SPOUSE ASSESSMENTS OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN MEN WITH METASTATIC PROSTATE CANCER. *Journal of Urology*, 165(2), 478–482. <https://doi.org/10.1097/00005392-200102000-00029>
- Thomas, C., & Morris, S. M. (2002). Informal carers in cancer contexts. *European Journal of Cancer Care*, 11(3), 178–182. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2002.00336.x>
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science & Medicine*, 40(4), 517–528. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)E0093-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0093-8)
- Velikova, G, Stark, D., & Selby, P. (1999). Quality of life instruments in oncology. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1571–1580. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(99\)00193-8](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00193-8)
- Velikova, Galina, Booth, L., Smith, A. B., Brown, P. M., Lynch, P., Brown, J. M., & Selby, P. J. (2004). Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-Being: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(4), 714–724. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.06.078>
- Verhage, B. A. J., Aben, K. K. H., Witjes, J. A., Straatman, H., Schalken, J. A., & Kiemeny,

- L. A. L. M. (2004). Site-specific familial aggregation of prostate cancer. *International Journal of Cancer*, *109*(4), 611–617. <https://doi.org/10.1002/ijc.20015>
- VITTORAKI, A., ALEXIOU, G., KARAKATSANIS, A., MAURI, D., XILOMENOS, A., ZACHARIAS, G., KOUKOURAKIS, G., HRYSOVALANTOU-MARSONI, E., MILOUSIS, A., ATHANASIADOU, M., & CHASIOTI, D. (2007). Tumour marker prescriptions for cancer screening in the Hellenic primary care. *European Journal of Cancer Care*, *16*(1), 86–89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00710.x>
- Walker, C. (2001). Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness. *Australian Health Review*, *24*(2), 207. <https://doi.org/10.1071/AH010207>
- Weitzner, M. A., McMillan, S. C., & Jacobsen, P. B. (1999). Family Caregiver Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, *17*(6), 418–428. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00014-7)
- Wilson, K. M., Giovannucci, E. L., & Mucci, L. A. (2012). Lifestyle and dietary factors in the prevention of lethal prostate cancer. *Asian Journal of Andrology*, *14*(3), 365–374. <https://doi.org/10.1038/aja.2011.142>
- Wu, K., Erdman, J. W., Schwartz, S. J., Platz, E. A., Leitzmann, M., Clinton, S. K., DeGroof, V., Willett, W. C., & Giovannucci, E. (2004). Plasma and dietary carotenoids, and the risk of prostate cancer: a nested case-control study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, *13*(2), 260–269. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-03-0012>
- Yoo, W., Shah, D. V., Shaw, B. R., Kim, E., Smaglik, P., Roberts, L. J., Hawkins, R. P., Pingree, S., McDowell, H., & Gustafson, D. H. (2014). The Role of the Family Environment and Computer-Mediated Social Support on Breast Cancer Patients' Coping Strategies. *Journal of Health Communication*, *19*(9), 981–998. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.864723>
- Zabora, J. R., Fetting, J. H., Shanley, V. B., Seddon, C. F., & Enterline, J. P. (1989). Predicting Conflict with Staff Among Families of Cancer Patients During Prolonged Hospitalizations. *Journal of Psychosocial Oncology*, *7*(3), 103–111. https://doi.org/10.1300/J077v07n03_07
- Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of Life Indicators: *Community Mental Health Review*, *4*(1), 1–14. https://doi.org/10.1300/J257v04n01_01

- Zhang, J., & Kesteloot, H. (2005). Milk Consumption in Relation to Incidence of Prostate, Breast, Colon, and Rectal Cancers: Is There an Independent Effect? *Nutrition and Cancer*, 53(1), 65–72. https://doi.org/10.1207/s15327914nc5301_8
- Χατζημουρατίδης, Κ. (2010). Σύγγραμμα Ουρολογίας [Ebook] (2nd ed., Κεφάλαιο 17, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).
- Θεοφίλου Π. Α. (2015). «Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής». *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 2 (6).
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε. & Χριστοδούλου Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.,(2001) .*Συστήματα Υγείας* . Αθήνα. Παπαζήση.
- OECD(2012). Quality of life dimensions – OECD.
- Παπάνης Ε., Ρουμελιώτου Μ(2007). Ποιότητα ζωής. <http://eparanis.blogspot.com>
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 126-147.
- Σαρρής Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης
- Ζέρβας Κ. (2003). Η φαινομενολογία της χρόνιας ασθένειας: Παραδειγματική μελέτη της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας, Διπλωματική Διατριβή στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Πάτρα.
- Μάντη Π., Τσελέπη Χ. (2000). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Α΄, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Παπαδοπούλου Σ. (2011). *Ψυχολογική και Κοινωνιολογική Προσέγγιση χρόνιας ασθένειας, όπως η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας*, Διπλωματική Διατριβή στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Πάτρα.
- Dimatteo M. R., Martin L.R.(2001). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*, 24, 6-18

- Αργέντου Α.(2009). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία. ΕΛΕΥΘΩ, 1,25-30
- Kaplan R.M., Sallis J.F.& Patterson, T.L. (1993). Health and human behavior. New York: Mc Graw Hill.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005).Κατάθλιψη, άγχος, θυμός και σωματική υγεία και οι πιθανοί ενδιάμεσοι μηχανισμοί, Ψυχολογία 12(2). 22(3), 502-508.
- Taylor,S.E. (1999). Health Psychology. Singapore: Mc Graw Hill companies.
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):218-229.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., et al. (1993) SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, the Health Institute, Boston.
- Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ.(2004).Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητα και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF36. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(5):451-462.
- Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ. (2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(2), 159-166.
- Σιαμπανοπούλου Μ, 2014, Η διερεύνηση των παραγόντων αύξησης και αγγειογένεσης σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη με ή χωρίς οστικές μεταστάσεις. Συσχέτιση με καρκινικούς δείκτες και απεικονιστικά ευρήματα. (Διδακτορική διατριβή). Διαθέσιμο από: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών