



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η ποιότητα ζωής και ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής

Σπουδάστρια:

Φουτούλογλου Αναστασία, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 118)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Χριστοπούλου Ιωάννα, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Αθήνας

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2009

Τη στιγμή που ο θάνατος είναι τόσο κοντά, που η θλίψη και ο πόνος κυριαρχούν, μπορεί να υπάρξει ακόμα ζωή, χαρά, πρωτόγνωρη ψυχική δύναμη σε ένταση και σε βάθος.»

Marie de Hennezel

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract.....	6
Εισαγωγή	7
ΜΕΡΟΣ Α	8
Κεφάλαιο 1	8
1. Ανατομικά στοιχεία του τραχήλου της κεφαλής.....	8
1.1. Στοματική κοιλότητα	8
1.2. Γλώσσα	9
1.3. Φάρυγγας.....	9
1.4. Υπερώιες αμυγδαλές.....	9
1.5. Λάρυγγας.....	10
1.6. Σιελογόνοι αδένες.....	10
1.7.Παραρρίνιοι κόλποι	10
2. Επιδημιολογικά στοιχεία	11
2.1. Παράγοντες κινδύνου	14
2.1.1. Χρήση καπνού.....	14
2.1.2. Κατανάλωση οиноπνεύματος.....	15
2.1.3. Ιοί.....	16
2.1.4. Λευκοπλακία	16
2.1.5. Ερυθροπλακία	17
2.1.6. Διατροφή	17
2.1.7. Τρόπος ζωής.....	17
3. Διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής	18
3.1. Ταξινόμηση	18
4. Θεραπευτική προσέγγιση.....	19
5. Δυσχέρειες και προβλήματα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής	20
6. Πόνος.....	23
6.1. Φαρμακολογική αντιμετώπιση του πόνου	25
6.2. Διαφορική προσέγγιση του πόνου	28

7. Αντιμετώπιση των δυσχεριών	29
Κεφάλαιο 2	32
1 Ποιότητα ζωής	32
1.1.Ιστορική αναδρομή.....	32
1.2.Ορισμός της ποιότητας ζωής.....	33
1.3.Σκοπός και μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής	34
1.4 Μέτρηση ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής	35
1.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία	37
1.6 Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας	38
1.7 Ερωτηματολόγια για τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής	39
1.8 Ερωτηματολόγια για τον πόνο	42
ΜΕΡΟΣ Β	43
Κεφάλαιο 1	43
1 Σκοπός της έρευνας.....	43
2. Σημασία της έρευνας.....	43
3. Επιλογή πληθυσμού και δείγματος	43
4. Περιορισμοί της έρευνας	44
5. Συλλογή δεδομένων / πληθυσμού	44
6. Πραγματοποίηση έρευνας.....	44
7. Ερωτηματολόγια	45
Κεφάλαιο 2	46
1 Στατιστική ανάλυση	46
1.1.Συσχέτιση δεδομένων	46
2. Ανάλυση αποτελεσμάτων	48
2.1.Δημογραφικά στοιχεία.....	48
2.2.Ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου	50
2.3.Περιγραφικά στοιχεία ερωτηματολογίου.....	57
2.4.Μονοπαραγοντική ανάλυση.....	60
2.5.Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης	74
3. Συζήτηση.....	85
3.1.Σύγκριση με άλλες μελέτες.....	88
4. Συμπέρασμα	90

Βιβλιογραφία	91
Παράρτημα	105

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο: Η συγκεκριμένη έρευνα είναι πιλοτική και σχεδιάστηκε με σκοπό τη μελέτη της ποιότητας ζωής και του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής, που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή σε συνδυασμένη θεραπεία ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας.

Ασθενείς και μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 92 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. Η συλλογή δεδομένων έγινε από τον Απρίλιο του 2009, έως τον Ιούλιο του 2009. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας» στην Αθήνα, υπό την επίβλεψη της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτηματολόγια, ένα με δημογραφικά στοιχεία, το SF-36 και το BPI (βλέπε παράρτημα).

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες (n=75) 81% με μόλις 18,5% να είναι γυναίκες (n=17), με μέσο όρο ηλικίας τα 63,70. Από αυτούς οι 59 συνέχιζαν να καπνίζουν (64,1%) και μετά τη διάγνωση της νόσου. Από αυτούς οι 17 (18,5%) έπαιρναν οπιοειδή και οι 16 (17,4%) λάμβαναν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και σε αυτά που δεν καπνίζουν, καθώς επίσης και σε αυτούς που κάνουν χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Συζήτηση: το κάπνισμα, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και να παρεμβαίνουν στη σοβαρότητα του πόνου στους ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής.

Keywords: head and neck cancer, pain in head and neck cancer SF-36, quality of life in head and neck cancer

ABSTRACT

Subject: This is a pilot study and it was designed with the view to study the quality of life and the pain of patients who suffer from head and neck cancer and are treated with radiotherapy, chemotherapy or combined chemo radiotherapy.

Patients and methods: 92 patients with diagnosed head and neck cancer participated in this study. The data were collected from April 2009 till July 2009. The study took place in «Agios Savvas» Oncological Hospital , Athens under the auspices of the University of Ioannina Medical School. 3 questionnaires were used. One with demographic data, SF-36 and BPI (see appendix).

Results: The majority of the patients were men (n=75) 81% with only 18.5% been women (n=17), with mean age 63.70 years. Among them 59 (64.1%) were still smoking after the diagnosis of the disease. Between them 17 (18.5%) were using opioids and 16 (17.4%) antidepressive drugs. We noticed a statistically significant difference between patients who smoke and do not smoke , as well as in those who use antidepressives.

Discussion: smoking, use of opioids and antidepressives influence the quality of life and interfere with the severity of pain in patients with head and neck cancer.

Keywords: head and neck cancer, pain in head and neck cancer SF-36, quality of life in head and neck cancer

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καρκίνος, «cancer», είναι λατινικός όρος και σημαίνει καβούρι, μια λέξη, η οποία περιγράφει κατάλληλα την εμφάνιση ενός κακοήθους όγκου. Η λέξη καρκίνος που σήμερα σηματοδοτεί την έννοια μιας ομάδας κακοήθων νοσημάτων, είχε αρχικά πολύ περισσότερες έννοιες από το γνωστό θαλάσσιο ή ποτάμιο ζώο. Σήμαινε και είδος πέδινων, είδος επιδέσμου, είδος στίχου στην ποίηση, είδος λαβίδας, είδος εμβρυουλκού, αλλά και όργανο βασανισμού (Ρηγάτος Γ., 2007). Όπως η κίνηση των καβουριών παρουσιάζει ένα ακανόνιστο, λοξό και με συχνές και ξαφνικές εκρήξεις στη μετακίνηση, έτσι και ο καρκίνος παρουσιάζει ένα παρόμοιο τρόπο αύξησης του. Σήμερα θα λέγαμε ότι είναι μια γενική ασθένεια η οποία μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε ιστό και μέρος του ανθρώπινου σώματος (Morgan G., 2001).

Οι κακοήθεις όγκοι κεφαλής του τραχήλου συνιστούν μια ιδιαίτερη κατηγορία όγκων, στην οποία συμπεριλαμβάνονται οι κακοήθεις όγκοι της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα, του λάρυγγα, του ρινοφάρυγγα, των παραρρινίων κόλπων και της βάσης του κρανίου. Η θεραπεία αυτών των καρκίνων περιλαμβάνει ένα συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. Εξαιτίας των πολλών παρενεργειών που μπορεί να έχει το θεραπευτικό σχήμα, η φροντίδα που θα δίνεται από τη διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει να παρέχει υποστήριξη τόσο στο φυσικό, όσο και στο συναισθηματικό και ψυχολογικό πόνο των ασθενών, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη διάγνωση και το προσδόκιμο επιβίωσης καθώς επίσης και στην ποιότητα ζωής (Goldstein N., et al., 2008).

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Ανατομικά στοιχεία τραχήλου της κεφαλής

Η περιοχή του τραχήλου της κεφαλής είναι αρκετά περίπλοκη με πολλές διαφορετικές δομές και ιστολογικούς τύπους που βρίσκονται μέσα σε μια περιορισμένη περιοχή. Ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά γνωρίσματα για τους χειρουργούς είναι όχι μόνο η ιστολογική διάγνωση, αλλά και οι δομές που έχουν προσβληθεί από τον όγκο και τα ανατομικά όρια που είναι ελεύθερα (Slootweg P., 2005).

Η κεφαλή χωρίζεται από λαιμό με γραμμή που αρχίζει από το γένειο, πορεύεται κατά μήκος του κάτω χείλους του σώματος της κάτω γνάθου, περνά από τη γωνία της κάτω γνάθου, τη μαστοειδή απόφυση, την άνω αυχενική γραμμή και φτάνει στο έξω ινιακό όγκωμα. Στο πρόσωπο βρίσκονται η ρινική, η στοματική και η γενειακή χώρα. Ο τράχηλος χωρίζεται από τον κορμό εμπρός με τη σφαγιτιδική εντομή του στέρνου τις κλείδες, ενώ πίσω δεν υπάρχουν σαφή όρια και υποδιαιρείται στην πρόσθια τραχηλική χώρα και στις εκατέρωθεν δυο πλάγιες τραχηλικές χώρες (Platzer W., et al., 1985).

1.1. Στοματική κοιλότητα

Τα ανατομικά όρια του στοματικού διαστήματος είναι ο βυκανήτης μυς στη μέση, το επιφανειακό στρώμα της βαθιάς αυχενικής ζώνης και οι μύες του προσώπου. Η κοιλότητα του στόματος τοποθετείται στην έναρξη του γαστρικού σωλήνα, είναι μια σχεδόν oval κοιλότητα και αποτελείται από δύο μέρη: ένα εξωτερικό, τον προθάλαμο, και ένα εσωτερικό, μεγαλύτερο μέρος, τη στοματική κοιλότητα.

Η στοματική κοιλότητα περιλαμβάνει το άνω και κάτω χείλος, την άνω και κάτω γνάθο, το οπισθογόμφιο τρίγωνο, την υπερώα, τη γλώσσα και τα ζυγωματικά

(Platzer W., et al. 1985). Η υπερώα χωρίζει τις ρινικές και στοματικές κοιλότητες και περιλαμβάνει:

1 τη σκληρή υπερώα – θάλαμος: διαμορφώνεται από τον υπερώιο έδαφος της γνάθου και το οριζόντιο έδαφος του υπερώιου οστού, και αποτελείται από το οστό, το περιόστεο και το βλεννώδες επιθήλιο στο οποίο είναι ενσωματωμένοι μικροσκοπικοί βοηθητικοί σιελογόνοι αδένες (Platzer W., et al., 1985).

2 τη μαλακή υπερώα: που κρεμά ως κουρτίνα μεταξύ του ρινοφάρυγγα και του στοματοφάρυγγα. Σε αυτό το ινώδες φύλλο είναι τοποθετημένος ο υπερώιος μυς καλυμμένος από μια βλεννώδη μεμβράνη (Ellias H. 2003).

Τα χείλη και οι παρειές σχηματίζουν το πολύ ελαστικό έξω τοίχωμα του προστόμιου (Gray H., 2000).

1.2. Γλώσσα

Η γλώσσα είναι το κεντρικό τμήμα της στοματικής κοιλότητας και του στοματοφάρυγγα. Επιτρέπει τη γεύση των τροφών και παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό του πολτού της τροφής. Είναι επίσης απαραίτητη για την ομιλία και είναι τοποθετημένη στο έδαφος του στόματος. **Η ρίζα** της εμφανίζει ανώμαλη επιφάνεια λόγω της παρουσίας των γλωσσικών λεμφοζιδίων και λεμφοθυλακίων. **Η κατώτερη επιφάνειά** της συνδέεται με την κάτω γνάθο. Το **ραχιαίο τμήμα της γλώσσας** είναι κυρτό, τραχύ, καλυμμένο με τις θηλές του βλεννογόνου της και τη διαιρεί συμμετρικά στη μέση (Gray H., 2000). Η γλώσσα είναι ουσιαστικά μια μάζα σκελετικών μυών, καλυμμένη από βλεννώδη μεμβράνη (Ong C., et al., 2006).

1.3. Φάρυγγας

Ο φάρυγγας είναι ένας μυϊκός σωλήνας, ο οποίος επεκτείνεται από τη βάση του κρανίου ως τον οισοφάγο, τοποθετείται πίσω από τις ρινικές κοιλότητες, το στόμα και το λάρυγγα και ενεργεί σαν κοινή είσοδο για τον αέρα και την τροφή. Το μήκος του είναι περίπου 12.5 εκατ. (Gray H., 2000). Είναι συνεχές με τον οισοφάγο, και είναι συνδεδεμένο διαδοχικά με την κάτω γνάθο, τη γλώσσα, τους χόνδρους και το θυρεοειδή πλευρικά. Επτά κοιλότητες επικοινωνούν με το φάρυγγα, και είναι: δύο ρινικές κοιλότητες, δύο τυμπανικές κοιλότητες, το στόμα, ο λάρυγγας, και ο

οισοφάγος (Gray H., 2000). Η κοιλότητα του φάρυγγα από άνω προς τα κάτω, αποτελείται από τρεις περιοχές:

1. **Το ρινοφάρυγγα**, πίσω από τα ρινικά βοθρία, επάνω από τη μαλακή υπερώα, και αποτρέπει την επιστροφή των τροφίμων προς τα έξω μέσω της μύτης.
2. **Το στοματοφάρυγγας**, που είναι το μέρος του φάρυγγα που βρίσκεται πίσω από το στόμα και τη γλώσσα. Το σημαντικότερο τμήμα του είναι οι υπερώιες αμυγδαλές (Ellias H., et al., 2002).
3. **Το λάρυγγικό μέρος του φάρυγγα** που βρίσκεται πίσω από το λάρυγγα, και είναι συνέχεια του οισοφάγου.

Ο φάρυγγας αποτελείται από τρεις χιτώνες: *το βλεννώδη, τον ινώδη, και το μυϊκό*. Ο *ινώδης χιτώνας* είναι τοποθετημένος μεταξύ των βλεννογόνων και των μυϊκών στρωμάτων. Ο *βλεννώδης χιτώνας* είναι όμοιος με την επένδυση που έχουν οι ακουστικοί σωλήνες, οι ρινικές κοιλότητες, το στόμα και ο λάρυγγας. Κάτω από τη βλεννώδη μεμβράνη είναι οι βλεννώδεις αδένες, που είναι πολυάριθμοι στο ανώτερο μέρος του φάρυγγα (Gray H., 2000).

1.4. Υπερώιες αμυγδαλές

Οι υπερώιες αμυγδαλές είναι δυο προεξέχουσες μάζες, τοποθετημένες σε κάθε πλευρά μεταξύ της καμάρας της γλωσσικής παρίσθμιας και της φαρυγγικής. Κάθε αμυγδαλή αποτελείται πλήρως από μια συνάθροιση του λεμφειοειδικού ιστού που κρύβεται κάτω από τη βλεννώδη μεμβράνη. Στο παιδί οι αμυγδαλές είναι μεγαλύτερες από ό,τι στον ενήλικο. Μετά από την εφηβεία η αμυγδαλή μικραίνει αρκετά σε μέγεθος μοιάζει σαν ένας αμφίκυκλος δίσκος. Η μορφή και το μέγεθος της αμυγδαλής, εντούτοις, ποικίλλει αρκετά σε κάθε άτομο.

1.5. Λάρυγγας

Ο **λάρυγγας** ή το **όργανο της φωνής** τοποθετείται στο ανώτερο μέρος. Είναι τοποθετημένος στο μπροστινό τμήμα μεταξύ της τραχείας και της ρίζας της γλώσσας.

Ο λάρυγγας είναι ευρύς προς τα πάνω, όπου παρουσιάζει τη μορφή ενός τριγωνικού κιβωτίου. Αποτελείται από εννέα χόνδρους, τρεις μονοφυείς, το θυρεοειδή, τον κρικοειδή και την επιγλωττίδα, και τρεις διφυείς, τους αρυταινοειδείς, τους κερατοειδείς και τους σφηνοειδείς (Platzer W., et al., 1985), οι οποίοι συνδέονται με τους συνδέσμους και κινούνται από πολυάριθμους μυς (Gray H., 2000).

1.6. Σιελογόνοι αδένες

Υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί σιελογόνοι αδένες διάσπαρτοι στο βλεννογόνο των χειλέων, των παρειών, της γλώσσας και της υπερώας. Όσο πλησιέστερα προς το φάρυγγα βρίσκονται τόσο περισσότερα βλεννώδη στοιχεία περιέχουν.

Η παρωτίδα είναι ο μεγαλύτερος σιελογόνος αδένας, βρίσκεται μπροστά από το πτερύγιο του ωτός, στην οπισθογνάθια χώρα και επί του κλάδου της κάτω γνάθου.

Ο υπογνάθιος αδένας βρίσκεται στο υπογνάθιο τρίγωνο που σχηματίζεται μεταξύ του σώματος της κάτω γνάθου και των δυο γαστέρων του διγαστροαμύγδαλου.

Ο υπογλώσσιος αδένας έχει μήκος 3-4 εκ., βρίσκεται πάνω από το γναθοϋοειδή μυ και σχηματίζει την υπογλώσσια πτυχή. Αποτελείται από πολυάριθμους μικρούς υπογλώσσιους βλεννογόνους αδένες και από τον κύριο υπογλώσσιο αδένα (Platzer W., et al., 1985).

1.7. Παραρρίνιοι κόλποι

Οι παραρρίνιοι κόλποι επενδύονται με βλεννογόνο, που αποτελεί επέκταση του ρινικού βλεννογόνου. Οι ρινικές κόγχες είναι λεπτά οστά που καλύπτονται επίσης με βλεννογόνο. Μεταξύ του κάτω τοιχώματος κάθε ρινικής κόγχης και του έξω τοιχώματος της ρινικής θαλάμης σχηματίζεται ο ρινικός πόρος.

2. Επιδημιολογικά στοιχεία

Το 1622, ο Gasparo Aselli ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τα γαλακτοφόρα αγγεία ως ένδειξη της παρουσίας ενός λεμφαδενικού συστήματος στην περιοχή του τραχήλου της κεφαλής. Ο Paolo Mascagni το 1787 και ο Sappey το 1875, ήταν οι πρώτοι που δημοσίευσαν ιατρικούς άτλαντες επάνω στους τραχηλικούς λεμφαδένες. Περισσότερη όμως γνώση προήλθε αργότερα από την αυτοψία και τη μετεγχειρητική παρατήρηση ιστοτεμαχίων με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής (Harish K., 2005).

Ο καρκίνος τραχήλου της κεφαλής αποτελεί μεταξύ του 5% και 10% των κακοήθων όγκων παγκοσμίως. Οι περιοχές που μπορεί να αναπτύξουν καρκίνο κεφαλής τραχήλου είναι τα χείλη (άνω ή κάτω χείλος), η γλώσσα, το έδαφος του στόματος, οι σιελογόνοι αδένες, ο στοματοφάρυγγας, ο υποφάρυγγας, ρινοφάρυγγας, λάρυγγας, η μύτη και οι παραρρίνιοι κόλποι (Bjorklund M., et al., 2008).

Οι σιελογόνοι όγκοι αποτελούν μόνο το 3% όλων των όγκων του σώματος και υπολογίζεται ότι είναι περίπου το 1% από όλους τους όγκους του τραχήλου της κεφαλής. Οι όγκοι αυτοί δίνουν λίγα κλινικά συμπτώματα, γιατί σε αρκετές περιπτώσεις η διαφοροποίηση της καλοήθειας από την κακοήθεια δεν είναι δυνατή (Thoeny H., 2007). Προκύπτει από τα εκκριτικά επιθηλιακά κύτταρα των σιελογόνων αδένων (Sung M.-W., et al., 2003). Ο πόνος του προσώπου και η παραισθησία του τριδύμου είναι το πιο συχνό σύμπτωμα του (Amal A-H., et al., 2007).

Το ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα είναι μια κακοήθεια του τραχήλου της κεφαλής, που προκύπτει από τα επιθηλιακά κύτταρα που καλύπτουν τον ρινοφάρυγγα. Η ασθένεια αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1901, ο κλινικός χαρακτηρισμός της έγινε το 1922. Είναι αρκετά σπάνια κακοήθεια στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και αντιπροσωπεύει το 2% όλων των καρκίνων της περιοχής του τραχήλου της κεφαλής. Παρόλαυτα, θεωρείται ότι έχει τη μορφή ενδημίας σε γεωγραφικές περιοχές όπως είναι η Νότια Κίνα και η Νοτιοανατολική Ασία, με επιπτώσεις 15-50 άτομα ανά 100000 ατόμων. Μια ενδιάμεση επίπτωση έχει παρουσιαστεί στην Αλάσκα και στη

λεκάνη της Μεσογείου, σε χώρες όπως η Βόρεια Αφρική, η Νότια Ιταλία, η Ελλάδα και η Τουρκία με 10-20 περιπτώσεις ανά 100000 άτομα (Abdulmir A., et al., 2008).

Στις ενδημικές περιοχές η ρινοφαρυγγική κακοήθεια παρουσιάζεται ως μια περίπλοκη ασθένεια οφειλόμενη στην αλληλεπίδραση της ογκογένεσης, στη χρόνια μόλυνση από τον ιό Epstein-Barr, τους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες (Zhou X., et al., 2007). Έχει υψηλή κακοήθεια και μεγάλη επιθετικότητα. Περίπου το 90% των ασθενών παρουσιάζουν τραχηλικές λεμφαδενικές μεταστάσεις (Abdulmir A., et al., 2008).

Ο καρκίνος πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου της κεφαλής είναι από τους πιο κοινούς καρκίνους και η έκτη πιο συχνά εμφανιζόμενη νεοπλασία παγκοσμίως. Αντιπροσωπεύει περίπου το 1,6% όλων των τύπων καρκίνου που διαγνώστηκαν στις ΗΠΑ με μια επίπτωση 22000 νέες περιπτώσεις ετησίως (Estilo C., et al., 2009). Στη Νοτιοανατολική Ασία υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύει το 40% όλων των καρκίνων σε σχέση με το 4% στις αναπτυγμένες χώρες. Περισσότερες από 45.000 νέες περιπτώσεις αναμένονταν να εμφανιστούν στις ΗΠΑ μέσα στο 2007.

Ο καρκίνος του υποφάρυγγα είναι σχετικά μια ασυνήθιστη ασθένεια που έχει επίπτωση λιγότερο από 1/100000 στον πληθυσμό και συνήθως εμφανίζεται στις ηλικίες 60-70 ετών, πιο συχνή στους άνδρες και συνδέεται με το κάπνισμα και το αλκοόλ (Helliwell T. R., 2003).

Ο στοματικός καρκίνος, είναι ο πιο συχνός καρκίνος στη Νότια Ασία και περιλαμβάνει τον καρκίνο της γλώσσας, του εδάφους του στόματος, της μαλακής υπερώας, των χειλέων, της αμυγδαλής. Η υψηλή νοσηρότητα της ασθένειας, οι δευτεροπαθείς εντοπίσεις, ο πόνος, η απώλεια λειτουργικότητας, η έλλειψη ποιότητας ζωής, η συχνή παραμόρφωση και ο θάνατος αποτελούν περίπου το 40% όλων των κακοηθειών στην Ινδία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας θα διαγνωστούν περίπου 2670000 νέες περιπτώσεις παγκοσμίως, περίπου το 40% θα είναι στην Ινδία, στο Πακιστάν και στο Μπαγκλαντές (Ahluwalia K., 2005).

Περίπου 200000 θάνατοι υπολογίζονται κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας με την έκβαση της να μην έχει βελτιωθεί τα τελευταία 25 χρόνια (Doweck I., et al., 2006). Άτομα ηλικίας 40 με 50 είναι πιο ευάλωτα, με την αναλογία 3:1 της επίπτωσης των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες να μειώνεται (Sanderson R., et al 2002),(Kingsley et al., 2008). Στην Ελλάδα ο στοματικός καρκίνος έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός κίνδυνος υγείας με

ουσιαστικά προβλήματα. Υπολογίζεται ότι ετησίως υπάρχουν 600 με 650 νέες περιπτώσεις, οι οποίες συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα και χαμηλή επιβίωση (Zavras A., et al., 2002).

2.1. Παράγοντες κινδύνου

Η ασθένεια είναι πολυπαραγοντική στην παθογένεια της και συνδέεται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90% με τη χρήση καπνού, το αλκοόλ και την επίδραση από τον ιό HPV (human papillomavirus). Οι περισσότεροι από τους ασθενείς εισάγονται με στάδιο III ή IV και για αυτό έχουν προσδοκώμενο επιβίωσης λιγότερο από 40% στην πενταετή επιβίωση, πάρα τις πολύμορφες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία (Solbach C., et al., 2006).

2.1.1. Χρήση καπνού

Το κάπνισμα είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του στοματικού καρκίνου. Ο κίνδυνος είναι 7 φορές μεγαλύτερος σε αυτούς που καπνίζουν σε σχέση με αυτούς που δεν καπνίζουν. Υπάρχουν αποδείξεις, ότι το κάπνισμα σε όλες τις μορφές του, συμπεριλαμβανομένου και διαφόρων περιέργων προσμείξεων που είτε καπνίζονται, είτε εισπνέονται από τη μύτη, προκαλούν καρκινογένεση. (Zakrzewska 1999) Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα πολύπλοκο μείγμα χημικών συστατικών, περιέχει περίπου 4800 διαφορετικές ενώσεις, 100 από τις οποίες είναι γνωστές οι καρκινογόνες ουσίες, τα μεταλλαξιογόνα και οι υποκινητές όγκων. Τα τσιγάρα τα οποία τείνουν να καπνίζονται χωρίς φίλτρα οδηγούν σε μεγαλύτερο κίνδυνο (Aldington S., et al., 2008). Δεν είναι καλά κατανοητό αν ο καπνός του τσιγάρου ή τα συστατικά του είναι η αιτία για την ανάπτυξη όγκων και δεν έχουν αναφερθεί αν τα αποτελέσματα από το κάπνισμα συγκεντρώνονται στα ανθρώπινα κύτταρα για να προάγουν τη δημιουργία, την εισβολή και τη μετάσταση του όγκου (Nagaraj N., et al., 2007). Η κάνναβη που καπνίζουν αρκετοί, έχει επίσης τη δυνατότητα να συμβάλλει στην ανάπτυξη του καρκίνου τραχήλου της κεφαλής. Ο καπνός της είναι παρόμοιος με τον καπνό του

τσιγάρου αν και περιέχει μέχρι και δύο φορές περισσότερους καρκινογόνους πολυαρωματικούς υδρογονάνθρακες (Aldington S., et al., 2008).

Δεδομένου ότι οι άνθρωποι ξοδεύουν τον μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους τόσο στο σπίτι όσο και στον εργασιακό τους χώρο, είναι πιθανότερο να εκτεθούν παθητικά στο κάπνισμα. Στις ΗΠΑ, το 1999-2002 υπολογίστηκε ότι περίπου 60% των παιδιών (3-11χρονών) και περισσότερο από 40% των μη καπνιστών ενηλίκων είναι παθητικοί καπνιστές. Περίπου 7,5 εκατομμύρια εργαζόμενοι σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες της Ένωσης υπολογίστηκαν ότι εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα τουλάχιστον για το 75% του χρόνου απασχόλησής τους στις αρχές της δεκαετίας του 1990, και 24,6 εκατομμύρια εργαζόμενοι στις ΗΠΑ. Το παθητικό κάπνισμα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς για τον καρκίνο τραχήλου κεφαλής λόγω δυσκολίας στη συγκέντρωση αρκετών περιπτώσεων που δεν ήταν ποτέ χρήστες καπνών. Μόνο δύο μελέτες έχουν εξετάσει την πιθανή ένωση του παθητικού καπνίσματος και του καρκίνου τραχήλου της κεφαλής (Lee Y., et al., 2008). Ο καπνός ωστόσο συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο στοματικού και φαρυγγικού καρκίνου με τη δημιουργία λευκοπλακίας (Morse D., et al., 2007). Έχει επίσης αποδειχτεί και η σχέση μεταξύ των προκαρκινικών αλλοιώσεων με μορφή ερυθροπλακίας και τη χρήση μασημένου καπνού (Sciubba J., 2001).

2.1.2. Κατανάλωση οινόπνεύματος

Η χρήση οινόπνεύματος είναι ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής από άτομα με ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης οινόπνευματών ποτών και κυρίως μπίρας.

Παρόλο που είναι συχνά δύσκολο να ξεχωρίσουν τα αποτελέσματα του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, μελέτες έχουν δείξει ότι το αλκοόλ αυξάνει δραματικά τον κίνδυνο για καρκίνο. Το οινόπνευμα στο βλεννογόνο του στόματος μπορεί να είναι ερεθιστικό και να ενεργήσει ως διαλύτης για τις καρκινογόνες ουσίες που βρίσκονται στον καπνό (White J., et al., 2007). Ο μηχανισμός ή οι μηχανισμοί από τους οποίους τα οινόπνευμα ποτά αυξάνουν τον κίνδυνο δε γίνονται σαφώς κατανοητά και περιπλέκονται από το γεγονός ότι η αιθανόλη αυτή καθ' εαυτή δεν έχει εμφανίσει καρκινογένεση στα πειραματόζωα. Είναι γνωστό, εντούτοις, ότι η αιθανόλη μπορεί να μεταβολίζεται στην ακεταλδεΐδη,

η οποία είναι καρκινογόνος. Επιπλέον, το οινόπνευμα μπορεί α) να παρεμποδίσει τη θρεπτική ικανότητα ή τη βιολογική διαθεσιμότητα, β) να ενισχύσει τη διείσδυση των καρκινογόνων ουσιών στο στοματικό βλεννογόνο, γ) να μειώσει την ανοσολογική λειτουργία, δ) να ενδυναμώσει την τοξικότητα ή να ενεργοποιήσει τους καρκινογόνους υποδοχείς, ε) να παρέμβει με το DNA στην επισκευή και στ) να εμποδίσει την αποτοξίνωση των καρκινογόνων ουσιών (Morse D., et al., 2007).

2.1.3. Ιοί

Οι ιοί διαδραματίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο, με το DNA από τον ιό Epstein-Barr να βρίσκεται σχεδόν σε όλους τους τύπους του ρινοφαρυγγικού καρκίνου. Ο ιός Epstein-Barr είναι η κύρια αιτία εμφάνισης λευκοπλακίας ή οποία χαρακτηρίζεται και ως προκαρκινική αλλοίωση. Ο ρόλος του στην παθογένεση της ασθένειας, ιδιαίτερα σε ενδημικούς πληθυσμούς, καθιστά τον ιό πρόσφορο για έρευνα (Palka K., et al., 2008).

Υπάρχει επίσης και ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV) που φαίνεται να εμπλέκεται και να σχετίζεται με την εμφάνιση άλλων καρκίνων τραχήλου της κεφαλής (Aldington S., et al., 2008). Πρόσφατες έρευνες πιστεύουν ότι ο ιός HPV συνδέεται με ορισμένους τύπους στοματικού και φαρυγγικού καρκίνου. Ο HPV-16 και ο HPV-18 έχει βρεθεί σε ποσοστό περισσότερο από 22% και 14% αντίστοιχα σε στοματικούς καρκίνους (Neville B., Day T., 2002). Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι 5 χρόνια νωρίτερα σε ασθενείς με θετικό HPV. Η μόλυνση από τον HPV ιό είναι μια σεξουαλικώς μεταδιδόμενη ασθένεια (Palka K., et al., 2008). Μερικές έρευνες υποστηρίζουν ότι ο HPV έχει συνεργατικά αποτελέσματα με το κάπνισμα, άλλες, ότι μπορεί να είναι ανεξάρτητος παράγοντας (White J., et al., 2007).

2.1.4. Λευκοπλακία

Ο όρος λευκοπλακία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1877 από τον Schwimmer για να περιγράψει μια λευκή αλλοίωση στη γλώσσα, η οποία αντιπροσώπευε τη συφιλική γλωσσίτιδα. Ο καθορισμός του ορισμού λευκοπλακία συχνά συγχέεται και αμφισβητείται. Όπως έχει καθοριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, λευκοπλακία είναι τα λευκά μπαλώματα ή η πλάκα, τα οποία δεν μπορούν να χαρακτηριστούν κλινικά ή παθολογικά κάπως αλλιώς, όπως καντιντίαση ή λειχήνες ή λευκοοίδημα. Η λευκοπλακία είναι πιο συχνή στη μέση ηλικία και στους ηλικιωμένους με μια αύξηση ανάλογα με την ηλικία. Λιγότερο από 1% από τους

άντρες είναι ηλικίας μικρότερης των 30 ετών με λευκοπλακία, αλλά η αύξηση μεγαλώνει επικίνδυνα στο 80% στους άνδρες άνω των 70 ετών. Η επίπτωση στις γυναίκες μικρότερες των 70 ετών είναι 2% (Scully C., Porter S., 2000).

2.1.5. Ερυθροπλακία

Παρόμοια με το ορισμό της λευκοπλακίας, η ερυθροπλακία είναι ένας κλινικός όρος που αναφέρει σε ένα κόκκινο μάλωμα το οποίο να μη μπορεί να καθοριστεί κλινικά ή παθολογικά σε οποιοδήποτε άλλη κατάσταση. Εμφανίζεται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους ως κόκκινο στίγμα ή κηλίδα με μια μαλακή, βελούδινη σύσταση. Το έδαφος του στόματος, πλευρική γλώσσα, και η μαλακή υπερώα είναι οι πιο κοινές περιοχές της δημιουργίας ερυθροπλακίας. Συχνά το τραύμα είναι καλά οροθετημένο, αλλά μερικά μπορούν βαθμιαία να καλύψουν όλο το βλεννογόνο. Η ερυθροπλακία είναι συχνά συμπτωματική, αν και μερικοί ασθενείς μπορούν παραπονεθούν για μια επώδυνη και αίσθηση καψίματος (Neville B., et al., 2002).

2.1.6. Διατροφή

Πρόσφατα, η προσοχή έχει στραφεί στη διατροφή και στην επίδραση της στην ανάπτυξη του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα έχει υπογραμμιστεί ο πιθανός ρόλος μικροτροφών με σχετική αντιοξειδωτική επίδραση. Οι διαιτητικοί παράγοντες τροποποιούν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, με τα παστά ψάρια να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ρινοφαρυγγικού καρκίνου. Αντίθετα οι τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Α, Γ, Ε, οι φυσικές ενώσεις καρωτινοειδούς, το φυσικό σελίνιο δρουν προστατευτικά, λόγω των αντιοξειδωτικών αποτελεσμάτων που προσφέρουν (Sciubba J., 2001).

2.1.7. Τρόπος ζωής

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου παίζει επίσης σημαντικό ρόλο για τη δημιουργία στοματικού καρκίνου. Ο καρκίνος του κάτω χείλους θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα

της ηλιακής ακτινοβολίας, της εκθέσεις του ατόμου στον ήλιο για περίοδο αρκετών χρόνων (Sciubba J., 2001). Σε μια έρευνα αποδείχτηκε ότι ορισμένα επαγγέλματα όπως οι εργαζόμενοι σε χημικές βιομηχανίες, σε ξυλουργικές εργασίες, στην καλλιέργεια, στη μεταλλουργία έχουν περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής (Pinar T., et al., 2007).

3. Διάγνωση και σταδιοποίηση καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής

Τα κρούσματα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής τα τελευταία χρόνια συνεχώς αυξάνονται. Ενώ η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία είναι συχνά επιτυχής, οι περισσότεροι στοματικοί καρκίνοι ανιχνεύονται αργά, γεγονός που δημιουργεί μεγάλη φυσική και ψυχοκοινωνική νοσηρότητα. Οποιαδήποτε πληγή ή έλκος το οποίο κάνει περισσότερο από τρεις εβδομάδες για να επουλωθεί, κόνδυλοι στο στόμα, άσπρα ή κόκκινα στίγματα στη στοματική κοιλότητα, δυσκαταποσία, βράγχος φωνής, αίσθηση ξένου στόματος στο λαιμό, όλα αυτά πρέπει να θορυβούν τον ασθενή και να εξετάζεται το συντομότερο δυνατόν από κάποιον ειδικό (Clark A., 2000).

Οι στοματικές προκαρκινικές αλλοιώσεις παρουσιάζουν πρόοδο σε ένα ποσοστό 17% μέσα σε μια μέση χρονική περίοδο 7 χρόνων μετά την αρχική διάγνωση της ερυθροπλακίας ή της λευκοπλακίας (Epstein J., et al., 2008). Η διάγνωση των κακοήθων όγκων θα βασιστεί στους κλινικούς χαρακτήρες του όγκου, στις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που θα καθορίσουν και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Το ιστορικό της εξέλιξης της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Ο τρόπος εισαγωγής και η διάρκεια των συμπτωμάτων θα πρέπει να καταγράφονται όσο το δυνατόν ακριβέστερα. Τραχηλική διόγκωση βραχείας χρονικής διάρκειας, η οποία μπορεί να υποτροπιάζει μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή η οποία υποτροπιάζει. Διόγκωση με ταχύ ρυθμό ανάπτυξης δεν αποκλείεται να είναι κακοήθους εξαλλαγής (Clark A., 2000).

3.1. Ταξινόμηση

Οι κακοήθεις όγκοι της κεφαλής τραχήλου είναι ταξινομημένοι σύμφωνα με το σύστημα TNM, όπου: T: Tumor, δηλαδή η παρουσία όγκου, N: Nodes, που είναι

οι λεμφαδένες και M: Metastasis, που δηλώνει την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων ή όχι. Είναι ένα σύστημα παγκοσμίως γνωστό και ευρέως διαδεδομένο. Οι στόχοι του είναι να βοηθήσει στην επιλογή της θεραπείας, να δώσει στους ασθενείς μια πρόγνωση της πορείας της νόσου και να συγκρίνει τα αποτελέσματα της θεραπείας. Η πρώτη προσπάθεια να ταξινομηθούν οι κακοήθεις όγκοι σε διαφορετικά στάδια έγινε τα πρώτα χρόνια του 20^{ου} αιώνα. Ήταν όχι πριν από το 1982, όταν στο 13^ο Διεθνές Συνέδριο Καρκίνου, η American Joint Committee (AJC) και η Union Internationale Center le Cancer, συμφώνησαν να οργανώσουν και να εφαρμόσουν ένα ενιαίο σύστημα TNM, το οποίο ύστερα από εκτενείς μελέτες δημοσιεύθηκε το 1997. Οι ταξινόμηση των όγκων κεφαλής τραχήλου είναι ταξινομημένοι σύμφωνα με το σύστημα TNM, με δυο βασικές τροποποιήσεις. Αντί για τη σταθερότητα ή την κινητικότητα του όγκου λαμβάνεται υπόψη το μέγεθος του διογκωμένου λεμφαδένα και δεύτερον, η ασθένεια στο στάδιο IV διαιρείται σε IVa, IVb, IVc (Van der Schroeff M., et al., 2009).

4. Θεραπευτική προσέγγιση

Η πρώτη αναφορά για τη χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας έγινε το 1908 από τον Frieben και τους συνεργάτες του για τον καρκίνο του δέρματος (Pfeiffer J., et al., 2006). Η θεραπεία όμως για τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής ήταν παραδοσιακά χειρουργική εξαιτίας της χειρουργικής κυριαρχίας στην πρακτική αντιμετώπιση αυτών των νεοπλασμάτων. Στις προηγούμενες δυο δεκαετίες, δυο σημαντικές εξελίξεις προέκυψαν άλλαξαν τελείως το τομέα της αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής. Το πρώτο είναι η εισαγωγή της βοηθητικής χημειοθεραπείας και το δεύτερο η επιτυχημένη και ταυτόχρονη χρησιμοποίηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας σε προχωρημένα στάδια (El-Naggar A., et al., 2009). Τα αποτελέσματα είναι θεαματικά στη συνδυασμένη χημείο-ακτινοθεραπεία (Sunwoo J., et al., 2001).

Η χημειοθεραπεία, έχει αποδειχτεί αποτελεσματική για τις χαμηλής κακοήθειας εξεργασίες, ενώ η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματική στους ασθενείς στους οποίους δεν έγινε ολική εξαίρεση του όγκου (Mendenhall W.,

et al., 2006). Η πρώτη τυχαία δοκιμή για τη συνδυασμένη θεραπεία του καρκίνου κεφαλής τραχήλου έγινε το 1978, και από τότε ακλούθησαν πολλές δοκιμές παγκοσμίως (Forastiere A., et al., 2006), οι οποίες φαίνεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα στις απομακρυσμένες μεταστάσεις (Adelstein D., et al., 2006). Ταυτόχρονη χημείο-ακτινοθεραπεία μπορεί να έχει σημαντικά αποτελέσματα και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε σχέση με την ακτινοθεραπεία μόνη της. Εντούτοις 3 χρόνια μετά από τη χημείο-ακτινοθεραπεία το 30% με 40% των ασθενών θα παρουσιάσουν τοπική υποτροπή ή και απομακρυσμένες μεταστάσεις (Russo G., et al., 2008).

Το ενθαρρυντικό στοιχείο, παρόλη την υψηλή θνησιμότητα που παρουσιάζει ο καρκίνος του τραχήλου της κεφαλής, είναι ότι γίνονται προσπάθειες για νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις με τη μικρότερη δυνατή τοξικότητα και τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα που θα αυξήσουν το προσδόκιμο επιβίωσης (Desai N., et al., 2009).

5. Δυσχέρειες και προβλήματα των ασθενών με καρκίνο κεφαλής τραχήλου.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο της κεφαλής τραχήλου θα αναπτύξουν κάποιο βαθμό στοματικής φλεγμονής. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία είναι πιο διαδεδομένη θεραπεία για τον καρκίνο. Αν και αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι υπάρχουν για να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, συνδέονται με διάφορες παρενέργειες (Aziz L., et al., 2007), με αποτέλεσμα τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των ασθενών. Η σημαντικότερη αιτία διακοπής της ακτινοθεραπείας είναι η ελκώδης βλενογοννίτιδα, η οποία εμφανίζεται όχι μόνο στη στοματική κοιλότητα, αλλά και στον οισοφάγο και τον υποφάρυγγα (Russo G., et al., 2008).

Στοματικές παρενέργειες που συνδέονται με τη χημειοθεραπεία και/ή με την ακτινοθεραπεία είναι συμπεριλαμβανομένης της βλενογοννίτιδας (στοματίτιδα), είναι η ξηροστομία (ξηρό στόμα), η μυκητίαση, η βακτηριακή λοίμωξη, η έλλειψη της γεύσης, η ακτινική οστεονέκρωση, η ασιτία και ο έντονος πόνος (Naidu M., et al.,

2004). Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσει η χημειοθεραπεία φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1:Τοξικότητα που αναπτύσσεται μετά από χημειοθεραπεία (Khuri F., et al., 2000).

1)Σωματικά συμπτώματα	Δύσπνοια
Αδυναμία	Πνευμονία
Πόνος περιοχών εγχύσεων	Ασφυξία
Πόνος	Αναπνευστικές διαταραχές
Πονοκέφαλος	Μεταβολικές διαταραχές
Μόλυνση	Οίδημα
Πόνος τραχήλου	Υποπρωτεϊναιμία
Οίδημα προσώπου	4)Νευρικό σύστημα
Μόλυνση βακτηριακή	Υπνηλία
Κοιλιακός πόνος	Σύγχυση
Καχεξία	Σπασμός
Οίδημα περιοχών εγχύσεων	Νευραλγία
Δυσσοσμία στόματος	5)Καρδιαγγειακό σύστημα
Νεόπλασμα	Υπόταση
Σηψαιμία	Συγκοπή
2)Γαστρεντερικό σύστημα	Αιμορραγία
Ναυτία	Ταχυκαρδία
Δυσφαγία	Αορτική στένωση
Εμετός	Αρρυθμία
Στοματικό έλκος	Συμφορητική συγκοπή καρδιάς
Οίδημα γλώσσας	6)Αιματολογικές
Ανορεξία	Αναιμία
Οισοφαγική στένωση	Υπόχρωμη αναιμία
Διάτρηση πεπτικό έλκος	Λευκωκυττάρωση
Θρεπτικές διαταραχές	7)λοιπές αισθήσεις
3)Αναπνευστικό σύστημα	

Η μυκητίαση της στοματικής κοιλότητας είναι μια φλεγμονή των βλεννογόνων μεμβρανών και εμφανίζεται συνήθως ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας και της ακτινοβολίας (Harris D., και συν., 2008). Ο όρος βλενογοννίτιδα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στο τέλος της δεκαετίας του 1980 (Naidu M., et al. 2007). Η βλενογοννίτιδα αντιπροσωπεύει μια μεγάλη ομάδα μη αιματολογικών επιπλοκών, συνδεδεμένη με τις κυτταροτοξικές επιπλοκές της χημειοθεραπείας και της ακτινοβολίας που συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα, πόνο κατά τη λήψη τροφών, έλλειψη της γεύσης και επομένως αφυδάτωση και υποσιτισμό. Σε περιπτώσεις σοβαρής στοματικής βλενογοννίτιδας, όταν ο ασθενής

δεν είναι πλέον σε θέση να συνεχίσει τη θεραπεία του, η θεραπεία διακόπτεται. Αυτή η διακοπή της θεραπείας από τον ασθενή μπορεί να έχει άμεσες επιπτώσεις στην επιβίωση του (Naidu M., 2004).

Σε πρόσφατη έρευνα (Wolff H., et al., 2009) αποδείχτηκε ότι το 94% από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής με ακτινοβολίες και περίπου το 90% από αυτούς που έλαβαν χημειοθεραπεία εμφάνισαν τοξικότητα 3^{ου} βαθμού, όπως βλενογοννίτιδα, δυσφαγία και ουδετεροπενία. Ο βαθμός και η διάρκεια της βλενογοννίτιδας σε ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, εξαρτάται από την πηγή της ακτινοβολίας, τη δόση, την ένταση, τη διάρκεια, το μέγεθος του πεδίου που ακτινοβολείται, τη συνέχιση του καπνίσματος, την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τη στοματική υγιεινή (Naidu M., et al., 2004).

Εντούτοις, η έκθεση στην ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει ζημία στους παρωτιδικούς αδένες και να εξασθενήσει έτσι τη δυνατότητα να παράγουν σιέλο. Η απώλεια παραγωγής σιέλου είναι μια σοβαρή επιπλοκή, που μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε ξηροστομία, με αποτέλεσμα τη δυσκολία στη μάσηση, στην κατάποση και τη στοματική υγεία. Σε μερικούς ασθενείς η απώλεια μπορεί να είναι παροδική και πολύ σύντομη, σε άλλους όμως μπορεί να κρατήσει ένα χρόνο ή και περισσότερο (Li Y., et al., 2007).

Η ακριβής παθοφυσιολογία της βλενογοννίτιδας δεν είναι απολύτως γνωστή, περιλαμβάνει όμως τέσσερις φάσεις. Φάση I: αρχική φλεγμονώδεις ή αγγειακή φάση. Φάση II: επιθηλιακή φάση. Τα αποτελέσματα της είναι ορατά από την 4-5 μέρα της έναρξης της χημειοθεραπείας. Φάση III: Ελκωτική ή βακτηριακή φάση (ψευδομεμβρανώδες), η οποία δημιουργεί έλκος, το οποίο εμφανίζεται μέσα σε 1 εβδομάδα από την έναρξη της θεραπείας. Φάση IV: φάση της αποκατάστασης. Μπορεί να διαρκέσει από 12 έως 16 ημέρες και εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς, την ηλικία, την παρουσία παραγόντων που παρεμποδίζουν το έλκος να θεραπευτεί (Naidu M., et al., 2004).

Η φυσική δυνατότητα να μασήσει και να καταπιεί ένας ασθενής, μειώνεται κατόπιν 2-3 εβδομάδων ακτινοθεραπείας, το οποίο χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου. Σε μερικούς ασθενείς, το πρόβλημα είναι τόσο έντονο που είναι αδύνατον να καταπιούν έστω και μια μικρή ποσότητα νερού, λόγω του οιδήματος της στοματικής κοιλότητας και του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς στο στόμα και τον τράχηλο.

Επιπλέον, σε πολλούς ασθενείς η κατάποση λόγω του οιδήματος και της στενότητας της τραχηλικής περιοχής, γίνεται με λανθασμένο τρόπο και οι τροφές αντί να προωθηθούν στον οισοφάγο, πηγαίνουν στην τραχεία και στους πνεύμονες. Η αλλαγή επίσης στην ποιότητα και την ποσότητα του σιέλου μπορεί να προκαλέσει έμετο, ο οποίος οδηγεί στην απροθυμία για λήψη τροφής. Όλα αυτά προκαλούν μείωση της επιθυμίας του ασθενούς για λήψη τροφής, καθώς τη συνδέουν με μια δυσάρεστη εμπειρία και κατά συνέπεια αρνούνται να δεχθούν τροφή. Κάποιοι ασθενείς χαρακτηρίζουν την περιοχή σαν μια μεγάλη περιοχή εγκαύματος που ακόμα και η μετακίνηση της γλώσσας προκαλούν το χειρότερο πόνο που μπορούν να βιώσουν (Larson M., et al., 2002).

Η φωνή είναι μία από τις σημαντικότερες λειτουργίες στον άνθρωπο. Η λειτουργία και η ποιότητα της μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες όπως φυσικούς, ορμονικούς, συναισθηματικούς και να επηρεαστεί από τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοβολία για θεραπεία καρκίνου του λάρυγγα, παρουσιάζουν μείωση της παραγωγής σιέλου, το οποίο προκαλεί επιδείνωση της ποιότητας ζωής, ξηροστομία και κατά συνέπεια έκπτωση της φωνητικής λειτουργίας (Roh J., et al., 2005).

6. Πόνος

Εκτός από την επιβίωση, ο πόνος αποτελεί την πρώτη ανησυχία των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. *«Ο πόνος εκτιμάται ότι είναι το χειρότερο σύμπτωμα του στοματικού καρκίνου και συνδέεται με την ομιλία, την κατάποση, τη λήψη τροφής και νερού, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ποιότητα ζωής»* (Epstein J., et al., 2009). Στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής περισσότερο από το 85% αναφέρει πόνο (Epstein J., et al., 2009). Με σκοπό να βελτιώσει τη διαχείριση του πόνου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποφάσισε να χαρακτηρίζεται ο πόνος, ως δυνατός, μεσαίος, δριμύς για να μπορεί να γίνεται καλύτερα η αντιμετώπιση του (Kolokythas A., et al 2007).

Ο πόνος αποτελεί λειτουργική εκδήλωση που προκαλείται από ανατομικές βλάβες ή άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως φλεγμονές ή νεοπλάσματα. Παρά το

γεγονός ότι ο συμπτωματικός πόνος χρησιμεύει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία διαφόρων παθήσεων, ο πόνος από κακοήθη νοσήματα, ιδιαίτερα της περιοχής του τραχήλου της κεφαλής, επιφέρει σοβαρές διαταραχές στον ασθενή και την οικογένεια του (Βασιλόπουλος Π., et al., 1995).

Σε όγκους που σχετίζονται άμεσα με τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, το 78% των ασθενών ανέφερε πόνο στο κεφάλι ή στο στόμα και το 54% ανέφερε πόνο την αυχενική περιοχή ή στους ώμους. Μολαταύτα, αρκετοί ασθενείς αναφέρουν πόνο σε απομακρυσμένες περιοχές όπως στο θώρακα, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στην πύελο (Benoliel R., et al., 2007). Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι πάνω από 80% των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, έχουν ανώδυνα συμπτώματα πόνου, όπως τραύματα στο στόμα, επίμονο βήχα, και διογκωμένους τραχηλικούς λεμφαδένες. Ακολουθώντας τη θεραπεία, ο πόνος μπορεί να γίνει εμπόδιο για την κοινωνική και ψυχολογική αποκατάσταση. Για τον λόγο αυτό η αξιολόγηση και η διαχείριση του πόνου παραμένουν μια από τις βασικές δραστηριότητες για το νοσηλευτή που ασχολείται με τον καρκίνο. (Whale Z., et al., 2001).

Τα αίτια του πόνου του καρκίνου κεφαλής τραχήλου δεν έχουν ουσιαστική διαφορά από τον πόνο που προκαλούν οι άλλοι τύποι καρκίνου, με τη διαφορά ότι η δυσκαταποσία είναι πάρα πολύ έντονη (Goldstein N., et al., 2008). Η ανικανότητα που οφείλεται στον πόνο, μπορεί να αφορά διαταραχές της φυσικής λειτουργίας και να δημιουργεί κόπωση (Taylor J., 2004). Τα αίτια του πόνου στον καρκίνο κεφαλής τραχήλου μπορεί να είναι:

- Φλεγμονή, οίδημα, εξέλκωση
- Πίεση νεύρων ή αγγείων
- Μετάσταση του όγκου
- Μετεγχειρητικές παρενέργειες ή παρενέργειες από την ακτινοβολία
- Παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία
- Νευροπαθητικοί μηχανισμοί πυροδότησης του πόνου (Harris D., 2006).

Ο πόνος, η στοματική δυσλειτουργία, και ο γαστρεντερικός κίνδυνος είναι συνήθως από τις πιο κοινές ανεπιθύμητες εκδηλώσεις σε ασθενείς με βλενογοννίτιδα και εξαρτάται από το βαθμό και την ένταση της.. Ο οξυς πόνος που δημιουργείται από τη βλενογοννίτιδα, είναι αποτέλεσμα της εσχαροποίησης του επιθηλιακού ιστού

και τη φλεγμονή του βλεννογόνου. Ο τραυματισμός του ιστού ενεργοποιεί τους ευαίσθητους σε τραυματικά ερεθίσματα υποδοχείς που προκαλούν πόνο. Ο πόνος από τη βλενογοννίτιδα θεωρείται από τους ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία, ως το πιο στρεσογόνο συναισθημα (Harris D., 2006).

Ο πόνος έχει επιπτώσεις στο 40% - 90% των ασθενών με κακοήγη νεοπλασία και ο νευροπαθητικός πόνος εμφανίζεται στο 1/3 των ασθενών με καρκίνο. Αν και μόνο το 5% όλων των καρκίνων προέρχονται από την περιοχή του τραχήλου της κεφαλής, εντούτοις η διαβρωτική φύση, η πλούσια νεύρωση της κεφαλής του τραχήλου και οι συστηματικές θεραπευτικές αγωγές είναι η κοινή αιτία πόνου και νευροπαθητικού πόνου στη συγκεκριμένη περιοχή. Ανάμεσα στο 25% με 60% των ασθενών με πόνο στην περιοχή του τραχήλου της κεφαλής θα αναπτύξουν νευροπαθητικό πόνο (Potter J., et al., 2003).

Η διάκριση του νευροπαθητικού πόνου από άλλο είδος πόνου είναι θεμελιώδες στη διαχείρισης του πόνου (Potter J., et al., 2003). Νευροπαθητικός μπορεί να χαρακτηριστεί ο πόνος που εμμένει για χρονικό διάστημα περισσότερο από 3 μήνες και εντοπίζεται στην περιοχή των νευρικών δερμάτων που αντιστοιχεί στη ρίζα ενός νεύρου, χωρίς τη συνακόλουθη παρουσία ενεργούς βλάβης (Vecht C., et al., 1992). Η περιφερική νευροτοξικότητα ή ο νευροπαθητικός πόνος είναι οι κλινικά σημαντικές επιπλοκές της χημειοθεραπείας (Benoliel R., et al., 2007). Η απώλεια αίσθησης στην περιοχή του τραχήλου της κεφαλής είναι παρούσα στο 60% των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοβολία. Η μετακτινική νευροπάθεια φαίνεται να είναι καλά τεκμηριωμένη και να απασχολεί τους ασθενείς που έχουν δεχτεί θεραπεία για τον καρκίνο τραχήλου κεφαλής. Ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο παρουσιάζουν συμπτώματα αλλοδυνίας και υπεραναισθησίας κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων όπως είναι το ξύρισμα, η έκθεση στο κρύο ή σε χαμηλές θερμοκρασίες (Benoliel R., et al., 2007).

6.1. Φαρμακευτική Αντιμετώπιση πόνου

Ο δριμύς και ανεξέλεγκτος πόνος είναι μια από τις πιο τρομακτικές συνέπειες του καρκίνου. Πράγματι στους ασθενείς με προχωρημένο ή τελικό στάδιο καρκίνου, ο πόνος εμφανίζεται στο 75-90% των περιπτώσεων. Δυστυχώς όμως υπολογίζεται ότι 45% με 80% των ασθενών υφίστανται ανεπαρκή διαχείριση του πόνου τους. Ο

καρκινικός πόνος σχετίζεται με την αυξανόμενη νοσηρότητα, μειώνει την απόδοση της θεραπευτικής προσέγγισης, την ποιότητα ζωής, αυξάνει όμως την ανησυχία και την κατάθλιψη. Εμπόδια στη σωστή αντιμετώπιση του πόνου είναι η απροθυμία των ασθενών να εκφράσουν τον πόνο τους, η ανεπαρκής αντιμετώπιση του από τους γιατρούς, καθώς επίσης και η ελλιπής ενημέρωση και οι αρνητικές απόψεις των ασθενών για τη χρήση των οπιοειδών (Epstein J., et al., 2007).

Πριν από περίπου 20 χρόνια ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O) ανέπτυξε οδηγίες για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου. Οι οδηγίες περιλάμβαναν 3 στάδια που είναι γνωστά ως «αναλγητική σκάλα», με σκοπό να διευκολύνει και να τυποποιήσει τη φαρμακολογική διαχείριση του καρκινικού πόνου και να συμβουλευεί τους γιατρούς για την καλύτερη διαχείριση του πόνου στους ασθενείς τους με καρκίνο. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του καρκίνου κεφαλής τραχήλου θα πρέπει να είναι βασισμένη στις αρχές διαχείρισης του πόνου μέσα από τις σύνθετες διαδικασίες που εμφανίζονται στη συγκεκριμένη περιοχή. Η χορήγηση των φαρμάκων σύμφωνα με τον αλγόριθμο των «αναλγητικών σκαλιών» πρέπει να εξατομικεύεται και να κατευθύνεται πάντα από την ένταση του πόνου (Nersesyan H., et al., 2007).

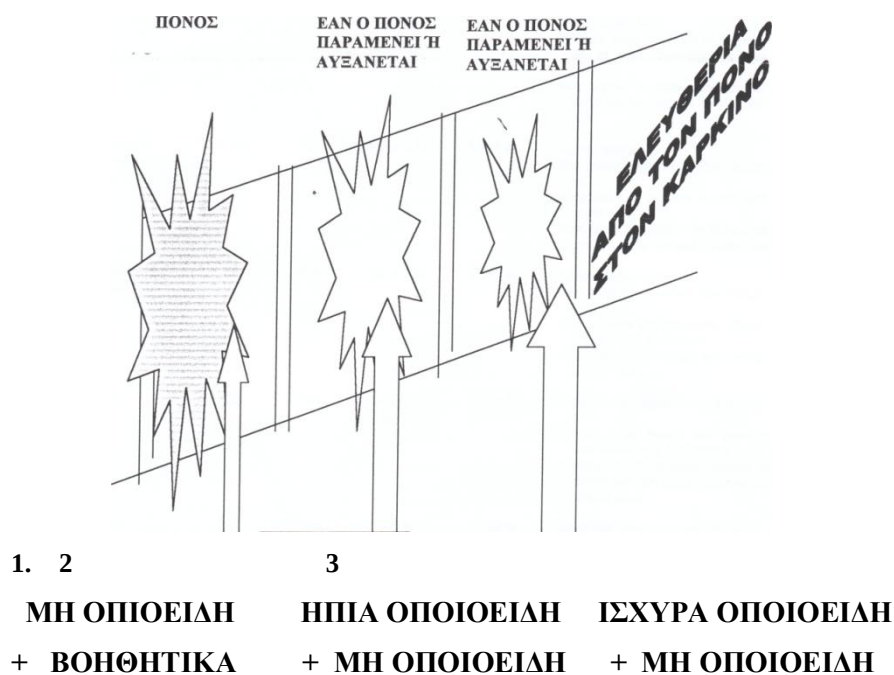
Σύμφωνα με την «σκάλα ανακούφισης» του καρκινικού πόνου του W.H.O. το αρχικό βήμα σε οποιοδήποτε διαχείριση του πόνου αποτελεί η χρησιμοποίηση των μη οπιοειδών αναλγητικών, που περιλαμβάνουν την παρεκεταμόλη και την ακεταμινοφένη, οι οποίες είναι αποτελεσματικές και έχουν καλή ανοχή από τους περισσότερους ασθενείς η μέγιστη καθημερινή δόση θα πρέπει να είναι μέχρι 4000mg. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAID) είναι ισχυρά αναλγητικά και με αντιπυρετικές ιδιότητες, τα οποία είναι πολύ χρήσιμα για την αντιμετώπιση του πόνου, με τη χρόνια χρήση τους όμως μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά γαστρικά έλκη και αιμορραγικά επεισόδια. Στη συνέχεια και αν ο πόνος συνεχίζει να υφίσταται χρησιμοποιούμε ήπια αναλγητικά όπως η κωδεΐνη και η τραμαδόλη. Η τραμαδόλη μπορεί να είναι ευεργετική στους ασθενείς οι οποίοι επιθυμούν να καθυστερήσουν τη χρήση των ισχυρών οπιούχων και αποδεικνύεται αποτελεσματικό στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Nersesyan H., et al., 2007).

Τα στεροειδή στην κοινή δόση, προκαλούν εφορία, βοηθούν την όρεξη, και ελεγχουν τον πόνο. Τα στεροειδή είναι πιο αποτελεσματικά όταν ο πόνος είναι συνδεδεμένος με φλεγμονή και οίδημα, και μπορεί να έχουν και αντιεμετική δράση.

Τα αποτελέσματα των στεροειδών είναι συνήθως ορατά μέσα σε 2-3 ημέρες. Θα πρέπει να δίνονται και εκλεκτικοί αντιχολινεργικοί γαστρικοί υποδοχείς, όπως H-2 αναστολής, όπου χρειάζεται (Talmi Y., et al., 1997).

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προάγουν την αναλγησία για 4 ώρες ή και περισσότερο. Εκτός από την παρατεταμένη διάρκεια δράσης τους για τον πόνο, δεν προκαλούν κάψιμο στην περιοχή του βλεννογόνου που πάσχει και είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου (Epstein J., et al. 2001). Αγχολυτικά όπως η διαζεπάμη, και η υδροχλωρική υδροξισίνη, έχουν αντισταμινική και αντιεμετική δράση. Οι βενζοδιαζεπίνες είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της ανησυχία, των συμπτωμάτων πανικού και ανακουφίζουν τον πόνο. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα όπως η καρβαζεπάμη και το παλιπροϊκό οξύ έχουν βοηθητικά αναλγητικά αποτελέσματα (Talmi Y., et al., 1997).

Τα οπιούχα τέλος είναι τα πιο κοινά φάρμακα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Δεν υπάρχει μέγιστη δόση και ο μόνος περιοριστικός παράγοντας είναι η ανάπτυξη παρενεργειών και η ένταση τους. Οι ασθενείς με πολύ έντονο πόνο από καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής μπορούν να πάρουν μορφίνη ή φεντανύλη. Αυτά, μπορούν να συνδυαστούν βοηθητικά και με αλλά μη οπιοειδή φάρμακα (Talmi Y., et al., 1997). Οι παρενέργειες είναι η ναυτία, η δυσκοιλιότητα, η σύγχυση οι οποίες όμως μπορούν να περιοριστούν με την καθημερινή ρύθμιση των δόσεων τους (Nersesyan H., et al., 2007).



+_ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ

+_ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ

Πίνακας 2: Κλίμακα τριών βαθμίδων ανακούφισης πόνου στον καρκίνο.

6.2. Διαφορική προσέγγιση πόνου

Η επιτυχημένη διαχείριση του πόνου απαιτεί τη διαχείριση και αντιμετώπιση όλων των παραμέτρων όπως της φυσικής, της ψυχολογικής, της κοινωνικής και της πνευματικής κατάστασης που συνδέεται με τον πόνο (Talmi Y., et al., 1997).

Αν και η φαρμακολογική διαχείριση του πόνου από καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής είναι κυρίαρχη σε πολλές μελέτες, υπάρχουν και άλλες πτυχές του πόνου που είναι σημαντικές και πρέπει να εκτιμηθούν. Για παράδειγμα, η ψυχολογική αντίδραση στις αλλαγές της εικόνας του σωματικού ειδωλίου, της ομιλίας ή της δυσκολίας στη διατροφή μπορεί να αλλάξει την αντίληψη για τον πόνο. Ο πόνος μπορεί να προκαλέσει άρνηση σίτισης ή αναστολή της έκφρασης των συναισθημάτων (γέλιου ή κλάματος). Η αβεβαιότητα για την αιτία του πόνου, μπορεί να αύξηση την ανησυχία και να επιδείνωση την εμπειρία του πόνου (Whale Z., et al., 2001).

Οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, πολύ ιδιαίτερη ομάδα που έχει ανάγκη από κοινωνική υποστήριξη. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι γενικά ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής υποστήριξης για τους ασθενείς, που αντιλαμβάνονται μερικές φορές την ιατρική φροντίδα ανεπαρκή, που δε συνοδεύεται από συναισθηματική υποστήριξη (Mathieson C., et al., 1996).

Σύμφωνα με έρευνες οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής, έχουν την ανάγκη να έχουν δίπλα τους κάποιον με τον οποίον θα μπορούν να μιλήσουν για τις σκέψεις τους, τις αντιδράσεις, να ακούσει τις ανησυχίες, τους φόβους τους σχετικά με την ασθένεια, και να μπορούν να τον εμπιστευτούν, 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα. Οι στενές επαφές δημιουργούν μια πιο βαθιά και ουσιαστική σχέση και εμπνέουν ελπίδα και πίστη για το μέλλον (Bjorklund M., et al., 2008).

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου απαιτεί την ακριβή διάγνωση του πολυπαραγοντικού πόνου. Η θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται στους παράγοντες που συνδέονται με τον πόνο. Μια διεπιστημονική ομάδα πρέπει να παρέχει μια ολιστική διαχείριση στους ασθενείς με

καρκίνο συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης, της διαχείρισης και του προγραμματισμού της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ασθενών. Η διεπιστημονική ομάδα πρέπει να περιλαμβάνει παθολόγους, νοσηλευτές, οδοντίατρους και φαρμακοποιούς. Εναλλακτικά και επικουρικά στην ομάδα θα πρέπει να συμμετέχουν και ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και φυσικοθεραπευτές (Epstein J., et al., 2007).

7. Αντιμετώπιση δυσχεριών

Ο υποσιτισμός και η επακόλουθη σημαντική απώλεια βάρους των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, έχουν αναγνωριστεί ως οι πιο σημαντικές ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας. Η νοσηρότητα που έχει σχέση με την απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και περιλαμβάνει τον υποσιτισμό, την αφυδάτωση, την εισαγωγή σε νοσοκομείο, τη μείωση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αντιμετώπισης, έκπτωση της ποιότητας ζωής και κατά συνέπεια μείωση της επιβίωσης, είναι μεγάλη. Εξατομικευμένη θρεπτική παροχή συμβουλών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου, βελτιώνει τη θρεπτική κατάσταση του ατόμου και κατά συνέπεια και την ποιότητα ζωής (Hewett J., Howland D., 2009).

Η σίτιση με σωλήνα διατροφής είναι ένας εύκολος, επαρκής τρόπος διατροφής και ενυδάτωσης για ασθενείς που κάνουν θεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής γιατί δε δημιουργεί ενόχληση στο στοματικό βλεννογόνο και στην αλλαγή γεύσης. Οι διαδερμικοί ενδοσκοπικοί σωλήνες γαστροστομίας¹ (PEG) προτιμώνται στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου περισσότερο από τους ρινογαστρικούς σωλήνες σίτισης. Παρόλο που το PEG θεωρείται η πιο ασφαλής και με το μικρότερο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών, εντούτοις δεν είναι μια ολότελα ασφαλής μέθοδος (Cady J., 2007). Έχουν αναφερθεί επιπλοκές όπως περιτονίτιδα, απόστημα, ανάπτυξη συριγγίων, μόλυνση της περιοχής με την ανάπτυξη βακτηρίων, μετακίνηση του σωλήνα με αποτέλεσμα να μη γίνεται σωστά η διατροφή του ασθενούς. Έχει αναφερθεί ακόμα και μετάσταση στην περιοχή της γαστροστομίας από τον αρχικό όγκο (Lee J., et al 1998)

¹ Για λόγους οικονομίας οι διαδερμικοί ενδοσκοπικοί σωλήνες γαστροστομίας θα αναφέρονται ως PEG.

Οι χειρουργικά τοποθετημένοι σωλήνες γαστροστομίας, είναι πιο άνετοι και πιο βολικοί για τους ασθενείς από ότι ο οισοφαγικός και ο ρινογαστρικός σωλήνας, αλλά απαιτούν γενική νάρκωση και συνδέεται με ένα υψηλό ποσοστό νοσηρότητας. Αντίθετα η τοποθέτηση PEG είναι μια εύκολη διαδικασία, μπορεί να τοποθετηθεί στον ασθενή με τοπική νάρκωση. Δε χρειάζεται γενική αναισθησία, είναι λιγότερο ακριβή και επικίνδυνη από τη χειρουργική τοποθέτηση γαστροστομίας και ο χρόνος αποκατάστασης για τον ασθενή πολύ πιο σύντομος (Beaver M., et al., 1998).

Ο χρόνος παραμονής του PEG εξαρτάται από το είδος, τη διάρκεια της θεραπείας, την ηλικία του ασθενούς, το σύνολο των χαμένων κιλών και τις θρεπτικές ανάγκες του. Μπορεί να είναι από έναν ως και οχτώ μήνες. Η μέση διάρκεια παραμονής του σωλήνα σίτισης είναι περίπου πέντε μήνες. Πολλοί όμως ασθενείς αναπτύσσουν χρόνια δυσφαγία και ο χρόνος παραμονής του σωλήνα σίτισης αυξάνεται (Nguyen N., et al., 2006).

Εκτός από τη θρεπτική αξιολόγηση, την επέμβαση και την αποτελεσματική παρεμπόδιση απώλειας βάρους, με την τοποθέτηση PEG, οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, έχουν ανάγκη από οδοντιατρική αξιολόγηση. Σε μελέτες που έχουν γίνει, οι ασθενείς απαίτησαν οδοντιατρική θεραπεία πριν από την έναρξη της ακτινοβολίας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα στη γνάθο, στη στοματική κοιλότητα και στα δόντια, ώστε η οδοντιατρική παρέμβαση να είναι απαραίτητη και βοηθητική (Collins R., et al., 2005).

Όταν η αιτιολογία του πόνου προσδιορίζεται και τα συμπτώματα μπορούν να παρέχουν οδηγίες για τον καθορισμό του πόνου, η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να κατευθύνεται προς εκείνη την κατεύθυνση. Αν ο πόνος οφείλεται σε μυκητίαση, ο πόνος μπορεί να περιοριστεί αν ελεγχθεί η εξέλιξη της βακτηριακής μόλυνσης. Στόχος επίσης είναι να διατηρείται κατά το δυνατόν σε καλή κατάσταση η στοματική κοιλότητα (Epstein J., et al., 2007).

Σε περιπτώσεις ξηροστομίας, μειωμένης παραγωγής σιέλου ή αλλαγής της ποιότητας και της πυκνότητας του σιέλου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Μικρές γουλιές από νερό για να ανακουφίσουν τη ξηροστομία.
- Στοματικές πλύσεις με διάλυμα μαγειρικής σόδας νερού και άλατος σε ίσες ποσότητες αρκετές φορές την ημέρα
- Μάσηση σακχαρώδους τσίχλας, για τη δημιουργία σιελογόνου ροής

- Χορήγηση χολινεργικών παραγόντων (Lalla R., et al 2008).

Πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα, σε ασθενείς οι οποίοι κάνουν ακτινοβολίες για καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής, χρησιμοποιούν τα αλατούχα στοματικά διαλύματα, πάγο και διάφορα διαλύματα που μπορεί να περιέχουν αναισθητικό όπως ιξώδης λιδοκαΐνη 2%, που έχει αναμειχθεί σε ίσους όγκους με διφαινυδραμίνη και μιας κατευναστικής ουσίας όπως το Maalox. Τέτοια βοηθητικά διαλύματα όμως μπορούν να προσφέρουν βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Διάφορα αλλά επικουρικά διαλύματα, τα οποία δεν είναι αναισθητικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για να απαλύνουν τον πόνο στο στοματικό βλεννογόνο, δημιουργώντας ένα προστατευτικό στρώμα στο βλεννογόνο που φλεγμαίνει (Lalla R., et al., 2008).

Ένας μεγάλος αριθμός από αντιμικροβιακά φάρμακα συμπεριλαμβανομένης της τομπραμυκίνης, φλουκοναζόλης, της πολυμιξίνης έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλές δόσεις και με πολλούς συνδυασμούς, αλλά δεν έχουν αναφερθεί σαφή οφέλη. Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά τοπικά αναλγητικά αλλά ο πόνος μπορεί να επιμένει. Η ύφεση του πόνου από τα τοπικά αναισθητικά είναι μικρή και μπορεί να διαρκέσει περίπου μισή ώρα (Harris D., et al., 2007).

Η βενζυδαμίνη είναι ένα με – στεροειδές, αντιφλεγμονώδες αναλγητικό φάρμακο, που χρησιμοποιείται τοπικά. Είναι επίσης προστατευτικό με αναισθητικές και αντιμικροβιακές ιδιότητες (Hondt D., et al., 2006). Έχουν, ωστόσο, παρατηρηθεί ανεπιθύμητες ενέργειες όπως το κάψιμο και αίσθηση κακουχία (Epstein J., et al., 2001).

Στην Ταϊλάνδη, έρευνες έχουν αποδείξει ότι η βοτανική θεραπεία είναι πολύ δημοφιλής, εγκεκριμένη, έγκαιρη, φτηνή και με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με πολλά συνθετικά φάρμακα. Ένα από αυτά είναι και η Παπάγυϊα ή *clinacanthus nutans*, βότανο το οποίο είναι εγκεκριμένο από τον οργανισμό φαρμάκων της χώρας, ως ιατρικό προϊόν για χρήση στα νοσοκομεία σε ασθενείς με έντονη βλενογοννίτιδα από ακτινοθεραπεία σε καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής (Putwatana P., et al., 2009).

Η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, απαιτεί την ακριβή διάγνωση του πολύπλευρου αιτιολογικού παράγοντα του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο. Μια διεπιστημονική ομάδα πρέπει να παρέχει, μετά από προσεκτική μελέτη, σωστή αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου, που θα περιλαμβάνει τόσο τη γενική υγεία του

ασθενή, τη διάγνωση της κακοήθειας, την εντόπιση και το στάδιο, όσο την ψυχοκοινωνική λειτουργία του και την κοινωνική και οικονομική θέση του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. Ποιότητα ζωής

Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής. Πολλές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τα ζητήματα που προκύπτουν σε σχέση με την ποιότητας ζωής και με την πρακτική αξία που έχουν οι δείκτες στην πραγματική έννοια της ποιότητας της ζωής (Bowling A., 1995). Η σημασία που έχει για τον ιατρικό χώρο η ποιότητα ζωής αναγνωρίζεται και προωθείται από τον οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών μέσα από τις διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις (WHO 1947). Η διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ΟΗΕ, το 1948, μολονότι δεν περιέχει τον όρο ποιότητα ζωής, καλύπτει την έννοια το άρθρο 25, που αναφέρει «...που εξασφαλίζει η υγεία και ευεξία».

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ενασχόληση των επιστημόνων με την ποιότητα ζωής δεν είναι κάτι που προέκυψε τα τελευταία 20 χρόνια. Ήδη ο Αριστοτέλης (384-322) στο έργο του Ηθικά Α, κεφ. 4, αναφέρει: «οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία» (Νάκου Σ., 2001).

Η τάση αναζήτησης μιας καλύτερης ζωής είναι ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό και ξεπερνά τα στενά όρια της υγείας. Το ζήτημα του «τι είναι καλύτερο» ενέχει υποκειμενική χροιά, αλλά εξαρτάται επίσης από τις πολιτισμικές

και προσωπικές αξίες, ωστόσο οι διαμάχες και οι αντιφάσεις που την ορίζουν ξεκινούν ήδη από την αρχαιότητα. Ο Αριστοτέλης αναφέρει ότι *«διαφωνούν, όμως, μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και φτηνά αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι Πολλοί και οι Σοφοί»* (Νάκου Σ., 2001). Η σχετικά με την υγεία ποιότητα ζωής έχει γίνει επομένως σημαντική ανάγκη για την εκτίμηση της μέσα στο πέρασμα του χρόνου. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι ένα από τα πιο σοβαρά στοιχεία ως μέτρο έκβασης της ασθένειας, σε ασθενείς με καρκίνο. Είναι μια πολυδιάστατη έννοια που καλύπτει όλους τους τομείς που είναι σημαντικοί για τον άνθρωπο, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής δυνατότητας, της ψυχολογικής ευημερίας και της κοινωνικής ζωής (Davies N., 2008).

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται κυρίως στις ανθρώπινες σχέσεις και στο τρόπο διαβίωσης και λειτουργίας του ατόμου ως μέλους της κοινωνίας. Συμπεριφορές που αναιρούν ή καταργούν την ποιότητα ζωής, θεωρούνται αυτές που δε στηρίζονται στο σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου, αλλά αντίθετα στηρίζονται στην προσβολή της αξιοπρέπειας του (Παπαδόπουλος Ν., 2005).

1.2. Ορισμός ποιότητας ζωής

Το 1948, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), όρισε *«...υγεία ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής, και κοινωνικής υγείας και όχι μόνο σαν απουσία ασθένειας ή αδυναμία»*. Σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο, οι φυσικές, διανοητικές, και κοινωνικές καταστάσεις της υγείας ενός ατόμου είναι αλληλένδετες, παρόλο που η δύναμη και η αιτιώδης φύση των σχέσεών τους δεν έχουν τεκμηριωθεί καλά. Η φτωχή *φυσική υγεία* μπορεί να παρεμποδίσει τη *συναισθηματική υγεία*, ενώ η και οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη ή το άγχος μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία μιας φτωχής ποιότητας ζωής (Kugaya A., et al., 2000).

Πλήθος άλλων ορισμών έχουν αποδοθεί στους όρους *«υγεία»* και *«ποιότητα ζωής»*. Το ερώτημα ποσότητα ή ποιότητα παραμένει ανοιχτό. Η ποσότητα και η ποιότητα ζωής συχνά συνδέονται μεταξύ τους, δίνοντας μάλιστα έμφαση σε στοιχεία της ποιότητας, όπως είναι η χαρά και ικανοποίηση για τη ζωή. Ωστόσο υπάρχουν πολλά εργαλεία για την ποσοτική μέτρηση της ποιότητας ζωής (Vickers A., 2004).

Η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως η αξιολόγηση ενός ασθενούς και η ικανοποίησή του σε σχέση με το δικό του επίπεδο λειτουργικότητας, συγκρινόμενο

με αυτό που γίνεται αντιληπτό σε σχέση με αυτό που είναι πιθανόν. Στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ζωής παρέχουν στους ασθενείς με ένα κατανοητό τρόπο τις λειτουργικές συνέπειες που θα έχει σαν αποτέλεσμα τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ νόσου και θεραπείας. Επιπλέον δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή ένα αμερόληπτο τρόπο, να ισορροπήσει τα αποτελέσματα από το κέρδος της ύφεσης της νόσου και των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Oates J., et al., 2007).

Η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη λοιπόν έννοια και περιλαμβάνει τη φυσική, τη λειτουργική, την ψυχολογική και την κοινωνική ευημερία. Άλλες διαστάσεις που περιλαμβάνονται είναι η πνευματικότητα, η σεξουαλικότητα, η οικειότητα με άλλους ανθρώπους, η επαγγελματική λειτουργικότητα, και οι γενικές εκτιμήσεις για την ποιότητα ζωής. Ο καρκίνος όμως και οι σχετικές θεραπευτικές επεμβάσεις, μπορούν να οδηγήσουν στη διάσπαση μιας ή περισσότερων διαστάσεων της ποιότητας ζωής (Gritz E., et al., 1999).

1.3. Σκοπός και μεθοδολογία μέτρησης ποιότητας ζωής

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Τα πρώτα ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, συμπεριλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Από το 1970 και μετά, έχει παρατηρηθεί στην ιατρική βιβλιογραφία ένας σταθερά αυξανόμενος αριθμός ερευνών, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία του ατόμου. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχει υπάρξει μεγάλο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής (Babin E., et al., 2008).

Το μεγάλο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής άρχισε προς το τέλος της δεκαετίας του 1980, γιατί οι επιστήμονες συνειδητοποίησαν ότι ενώ η θεραπευτικές μέθοδοι εξελίσσονταν από πολλές απόψεις, πολλοί θεσμοί είχαν αποτύχει να αποδείξουν το βαθμό επιβίωσης μεταξύ νόσου και θεραπείας (Weymuller E., et al., 2000). Στοιχεία για τη σπουδαιότητα των αποτελεσμάτων έχουν αποδειχτεί με τον πολλαπλασιασμό των εργαλείων για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Μέχρι το 1989 υπήρχαν περισσότερα από 300 άρθρα στη βιβλιογραφία για τον καρκίνο του

τραχήλου της κεφαλής που αναφέρονταν στην ποιότητα ζωής (Schwartz S., et al 2001).

Στο παρελθόν, η αναγνώριση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας στην ογκολογία, μέσω του ελέγχου του όγκου, η επιβίωση και η ελεύθερη από την ασθένεια επιβίωση, ήταν τα μοναδικά όργανα μέτρησης. Οι ιατροί ανησυχούσαν ουσιαστικά μόνο για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την ποσότητα της ζωής των ασθενών και η επιβίωση είχε γίνει το μοναδικό εργαλείο μέτρησης. Αναπόφευκτα έννοια της ποιότητας ζωής έχει γίνει απίστευτα σημαντική για τους ογκολογικούς ασθενείς δεδομένου ότι τα περιθώρια για επιβίωση είναι σημαντικά περιορισμένα και η θεραπεία σπάνια προσφέρει πλήρη ίαση. Συνεπώς, παράλληλα με την επιβίωση ή την απάντηση στη θεραπεία, η ποιότητα ζωής των ασθενών θεωρείται κριτήριο αξιολόγησης των κλινικών δοκιμών. Οι εξελίξεις στο πεδίο της ογκολογίας, άλλαξαν τις προτεραιότητες και μετέφεραν τη σχέση μεταξύ ασθενούς και φροντιστών. Πρωταρχικός στόχος στις κλινικές μελέτες έγινε η ποιότητα ζωής (Babin E., et al., 2008). Στοιχεία αποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να έχει επίσης προγνωστικό ρόλο για την επιβίωση των ασθενών με μεταστατική νόσο (Fang F.-M., et al., 2004).

Σήμερα οι περισσότερες μελέτες για τα αποτελέσματα κλινικών παρεμβάσεων περιλαμβάνουν κάποιας μορφής μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Πέρα, όμως, από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων, η οποία αντιπροσωπεύει το παραδοσιακό βιοϊατρικό πρότυπο για την υγεία, σημαντική κρίνεται και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του (Υφαντόπουλος Γ., 2007).

1.4. Μέτρηση ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής

Η ποιότητα ζωής μπορεί να αναδεχθεί ως αναγκαιότητα των ασθενών με

καρκίνο να εκτελέσουν τις καθημερινές ασχολίες τους σε σχέση με την ψυχολογική, φυσική ευεξία, αναγνωρίζοντας στους ασθενείς την ικανοποίηση ανάλογα με τα επίπεδα της λειτουργικότητας τους (Rampling T., et al., 2003).

Οι έρευνες για την ποιότητα ζωής στον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής συνεχώς αυξάνονται. Πολλαπλές μελέτες έχουν συσχετίσει και αξιολογήσει τις προβλέψεις για την ποιότητα ζωής και οι ερευνητές έχουν μελετήσει τα χαρακτηριστικά του όγκου, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τη θεραπεία, και τις συνήθειες όπως η χρήση αλκοόλ ή το κάπνισμα με δημογραφικά στοιχεία, τα οποία τα σύνδεσαν με την ποιότητα ζωής (Terrell J., et al., 2004).

Οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής έχουν σημαντικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους που συνδέονται με την ασθένεια και τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Κοινά προβλήματα σε όλους τους ασθενείς περιλαμβάνουν τη δυσκολία στην ομιλία, στην αναπνοή και στην κατάποση, καθώς επίσης υπάρχει και ο ψυχολογικός αντίκτυπος της απώλειας της λειτουργικότητας και της φυσικής δυσμορφίας (Karvonen - Gutierrez C., et al., 2008). Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και στην ψυχοκοινωνική τους κατάσταση καθώς επίσης και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες (Vartanian J.-G., et al., 2004).

Η ποιότητα ζωής λοιπόν για ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, εξαρτάται από απλά πράγματα που προκαλούν ευχαρίστηση όπως η απόλαυση του φαγητού, ο νυχτερινός ύπνος χωρίς διακοπές και οι κοινωνικές διασυνδέσεις. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο αντικατοπτρίζει το χάσμα μεταξύ της πραγματικότητας και των προσδοκιών ή των επιθυμιών τους. (Campdell B., et al., 2004).

Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος του καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής, στην οικογενειακή ζωή είναι ένα σημαντικό ζήτημα που δεν μπορεί να παραβλεφθεί, και πρέπει να προσδιοριστούν όλοι οι προγνωστικοί παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, ώστε να τους οδηγήσουν στην αποκατάσταση (Onakoya P., et al., 2006).

Πολλές διαχρονικές μελέτες έχουν εξετάσει την επίδραση που έχει ασκήσει η ακτινοθεραπεία στη μακροπρόθεσμη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. Αυτές οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι παρότι αρχικώς υπάρχει ένα υψηλό επίπεδο κατάθλιψης και η θεραπεία σχετίζεται με τη συμπτωματολογία. Εντούτοις υπάρχει μια βαθμιαία βελτίωση της ψυχολογικής λειτουργικότητας και της

ποιότητας ζωής με τον χρόνο. Παρότι υπάρχουν πολλές έρευνες διαθέσιμες που αξιολογούν τη δριμύτητα των παρενεργειών στην οξεία φάση, όπως είναι η βλενογοννίτιδα, εντούτοις πολύ λίγες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στις τοξικές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας στην ποιότητα ζωής και στα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Kelly C. et al., 2007).

1.5. Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά όργανα μέτρησης της ποιότητας της ζωής, όργανα μέτρησης που εκφράζουν διαφορετικές προσέγγισης και αντανακλούν διαφορετικές θεωρητικές απόψεις. Παρόλαταυτα, κάθε όργανο μέτρησης πρέπει να τηρεί ορισμένες βασικές προϋποθέσεις και συνθήκες, προκειμένου αφενός τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και αφετέρου να είναι δυνατή η ερμηνεία τους. Οι βασικές αυτές προϋποθέσεις αφορούν την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την ειδικότητα και την ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης (Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., 2001). Η επιλογή του εκάστοτε εργαλείου θα πρέπει επίσης να σχετίζεται άμεσα με το υπό μελέτη δείγμα του πληθυσμού. Τα περισσότερα από τα πρώτα εργαλεία που δημιουργήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, είχαν ως σκοπό να μετρήσουν αντικειμενικά την επάρκεια της λειτουργικότητας των ατόμων σε διάφορες περιοχές και συνθήκες ζωής όπως είναι οι σωματικές, οι επαγγελματικές, και οι διαπροσωπικές (Morrow and Bryant 1995).

Η σημαντικότερη έκβαση για τους ασθενείς με καρκίνο είναι η γενική επιβίωση. Εντούτοις, η ασθένεια και η θεραπεία συχνά ασκούν σημαντική επίδραση στη σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ)² και στη λειτουργική ικανότητα των ασθενών με καρκίνο κεφαλής τραχήλου (Borggreven P., et al., 2007). Η ΣΥΠΖ είναι ένα σημαντικό εργαλείο που δημιουργήθηκε από την ένωση των Βρετανών Ογκολόγων που ασχολούνται με τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. Στη βιβλιογραφία όμως, αναγνωρίζεται η δυσκολία του καθορισμού και της ποσοτικής μέτρησης της ΣΥΠΖ των ασθενών (Kanas A., Rogers S., 2004).

Ένας μεγάλος αριθμός από εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι διαθέσιμα στους γιατρούς και στους ασθενείς να τα χρησιμοποιήσουν ώστε να έχουν

² Για λόγους οικονομίας η σχετικά με την υγεία ποιότητα ζωής θα γράφεται ΣΥΠΖ

τα καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία και στην ποιότητα ζωής (Konski A., et al., 2009). Αυτά αποτελούνται συνήθως από πολλές διαφορετικές ερωτήσεις, που ομαδοποιούνται σε διαφορετικές ομάδες, και για διαφορετικές έννοιες υγείας. Τα αριθμητικά αποτελέσματα που δίνονται σε απάντηση των ερωτήσεων, είναι αθροισμένα χωριστά και αναφέρονται ως υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες μπορούν να αθροιστούν και να αναφερθούν ως σύνθετα αποτελέσματα. Οι υποκλίμακες επίσης μπορούν να προστεθούν και να δώσουν ένα συνολικό αποτέλεσμα. Η στατιστική αποδοτικότητα μπορεί να ερμηνευθεί μόνο σε σχέση με το μέγεθος του δείγματος (Vickers A., 2004).

Καθώς η χρήση αυτών των ερευνητικών εργαλείων στην κλινική πράξη και στην έρευνα αυξάνεται, είναι σημαντικό να μπορούν να ερμηνεύσουν αυτά τα αποτελέσματα με τον πιο χρήσιμο τρόπο. Για να συμβεί αυτό πρέπει να υπάρχουν δυο θεμελιώδεις όροι. Πρώτον, τα δεδομένα πρέπει να παρουσιάζονται από στοιχεία που είναι κλινικά σημαντικά. Δεύτερον, το μέγεθος από την κλινικά σημαντική ομάδα να αλλάζει ή η ομάδα να αποδίδει διαφορετικά αποτελέσματα όπου χρειάζεται. Αυτή η σύγκριση των στοιχείων συνήθως γίνεται με τυχαία γεγονότα και τα αποτελέσματα σπάνια μεταδίδουν ένα χρήσιμο κλινικό μήνυμα (Funk G., et al., 2004). Οι ασθενείς στις διάφορες κλινικές μελέτες επιλέγονται κάθε φορά με διαφορετικό τρόπο. Τα αποτελέσματα που δίνει μια έρευνα μπορεί να μην είναι χρήσιμα για ασθενείς που δεν συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα (Bjordal K., et al., 2001).

1.6. Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας.

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, χωρίς ωστόσο να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας. Οι κλίμακες *γενικού επιπέδου της υγείας* επιτρέπουν στον ερευνητή τη διεύρυνση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος και παράλληλα παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Από την άλλη πλευρά, ένα σημαντικό μειονέκτημα αυτών των

ερωτηματολογίων είναι ότι δεν οδηγούν στον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων μιας ασθένειας. Για το λόγο αυτόν, αρκετοί κλινικοί ερευνητές τονίζουν ότι τα εργαλεία γενικού επιπέδου υγείας πρέπει να συνοδεύονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για κάθε ασθένεια, προκειμένου να μπορούν να ανιχνεύσουν σημαντικές κλινικές αλλαγές (Bjordal K., et al., 2001).

Το πιο γνωστό από τα ερωτηματολόγια γενικής υγείας και ποιότητας ζωής είναι το EuroQoL (European quality of life scale). Είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη: (α) μια οπτική αναλογική κλίμακα, στην οποία οι ασθενείς βαθμολογούν την κατάσταση υγείας τους και (β) ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο ταξινομεί τον ασθενή σε μία από τις 243 καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα έχει πέντε διαστάσεις: κινητικότητα, φροντίδα για τον εαυτό τους, συνήθειες δραστηριότητες, πόνος, άγχος/κατάθλιψη. Σε κάθε διάσταση, ο ερωτώμενος επιλέγει μία από τις τρεις περιγραφές, τις οποίες θεωρεί ότι του ταιριάζει καλύτερα. (Υφαντόπουλος Γ., 2007) .

1.7. Ερωτηματολόγια για τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής

Ο παγκοσμίως αποδεκτός καθορισμός της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατος, και συμπεριλαμβάνει τη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία και ευεξία και είναι υποκειμενικά καθοριζόμενη (Curran D., et al., 2007).

Το πρώτο ερωτηματολόγιο ΣΥΠΖ για τους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής δημοσιεύθηκε το 1986 από τον Pruyh, και ήταν δειγματοληπτική ή αναδρομική μελέτη, αλλά τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευθεί πολλές έρευνες (Hammerlid E., Taft C., 2001). Η Ευρωπαϊκή Οργάνωση Έρευνας και Θεραπείας ανέπτυξαν ένα ολοκληρωμένο ερευνητικό πρόγραμμα για την ποιότητα ζωής ασθενών. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει ένα πολυπαραγοντικό ερωτηματολόγιο το οποίο έχει σκοπό να αξιολογήσει τη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική κατάσταση των ασθενών με καρκίνο (Μυστακίδου Κ., 2001). Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής πρέπει να είναι πολυδιάστατα, ευαίσθητα στις οποίες αλλαγές κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να σέβονται την προσωπικότητα του ασθενούς (Sherman A., et al., 2000).

Δυο επικυρωμένα και πολυδιάστατα ερωτηματολόγια είναι αποδεκτά από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτά είναι το EORTC QLQ-C30 (European Organisation for

Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30) και το EORTC QLQ- H&N35 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Head and Neck Cancer – Specific Module 35).

Το EORTC QLQ-30 είναι ένα ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στην ποιότητα ζωής και στη αυτοδιαχείριση της νόσου. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες την κλίμακα της λειτουργικότητας και την κλίμακα των συμπτωμάτων. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 5 λειτουργικές κατηγορίες: φυσική κατάσταση, διαμόρφωση ρόλου, συναισθηματική κατάσταση, γνωστικής λειτουργικότητας, και κοινωνικής κατάστασης. Στις ψυχομετρικές ιδιότητες υπάρχουν τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: κόπωση, ναυτία και έμετος, πόνος και ερωτήσεις που αναφέρονται στη δύσπνοια, αϋπνία, απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα, διάρροια, οικονομικές συνέπειες και τέλος ερωτήσεις για τη συνολική ποιότητα ζωής. Το υψηλό αποτέλεσμα στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής, δηλώνει το υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας, ενώ το υψηλό αποτέλεσμα για τα συμπτώματα δηλώνουν την έντονη συμπτωματολογία από τη νόσο (Hammerlid E., Taft C., 2001).

Το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ – H &N35 καταγράφει τα συμπτώματα και τα προβλήματα από τη θεραπεία στους ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 7 υποκατηγορίες: πόνου, δυσκαταποσία, αισθητικότητας, ομιλίας, διατροφής, κοινωνικών επαφών, και σεξουαλικότητας. Υπάρχουν και ερωτήσεις που αναφέρονται στα προβλήματα με τα δόντια, ξηροστομία, βήχα, άνοιγμα στόματος, κολλώδη σιελόρροια, απώλεια βάρους, απόκτηση βάρους, συμπληρώματα διατροφής, στομίες για διατροφή και φάρμακα για τον πόνο (Hammerlid E., Taft C., 2001). Ο χρόνος αναφοράς για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι «κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας». Τα υψηλά ποσοστά να εκφράζουν τα υψηλά επίπεδα των συμπτωμάτων και των προβλημάτων (Bjordal K., et al., 1999)

Από τα πλέον γνωστά ψυχομετρικά όργανα (το οποίο χρησιμοποιείται και στην παρούσα εργασία), είναι η επισκόπηση υγείας SF-36 (βλέπε παράρτημα) που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις τις οποίες επέλεξαν οι ερευνητές από 149 ερωτήσεις, ο οποίες είχαν χρησιμοποιηθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Το SF 36 περιλαμβάνει 8 κλίμακες μέτρησης:

- PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary)

- RP: Σωματικός ρόλος (role-physical)
- BP: Σωματικός πόνος (bodily pain)
- GH: Γενική υγεία (general health)
- VT: Ζωτικότητα (vitality)
- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary)
- RE: Συναισθηματικός ρόλος (role-emotional)
- MH: Ψυχική υγεία (mental health).

Αποτελούμενη από 2 ερωτήσεις η καθεμία οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνές διαστάσεις υγείας. Οι κλίμακες όπως η φυσική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις), ο σωματικός ρόλος (4 ερωτήσεις), ο σωματικός πόνος (2 ερωτήσεις), γενική υγεία (5 ερωτήσεις), αναφέρονται στη φυσική υγεία και η ζωτικότητα (4 ερωτήσεις), κοινωνική λειτουργικότητα (2 ερωτήσεις), συναισθηματικός ρόλος (3 ερωτήσεις), ψυχική υγεία (5 ερωτήσεις) αντιπροσωπεύουν την πνευματική υγεία. Το αποτέλεσμα μετράται από το 0 (το χειρότερο) έως το 100 (το καλύτερο) και δίνονται αποτελέσματα για κάθε κατηγορία ξεχωριστά (Παππά Ε., et al., 2006).

Επίσης υπάρχουν διαφορετικά υποκειμενικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής που απεικονίζουν τη δυσκολία στην κατάποση (Campdell B., et al 2004). Ένα από αυτά και το πιο πολυχρησιμοποιημένο είναι το MDADI (M. D. Anderson Dysphagia Inventory), το οποίο χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει πως οι ασθενείς βλέπουν την έκβαση της κατάποσης τους ως αποτέλεσμα της νόσου και πως η δυσλειτουργία αυτή έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους (Chen A., et al 2001).

Το UW-QOL (University of Washington Quality of Life Questionnaire), είναι ένα ερωτηματολόγιο που ασχολείται με 9 ειδικές κατηγορίες όπως είναι ο πόνος, η παραμόρφωση, η ενεργητικότητα, η διασκέδαση, εργασία, ομιλία, μάσηση, κατάποση και ανικανότητα κίνησης ώμων (Weymuller E., et al., 2000). Το συνολικό αποτέλεσμα υπολογίζεται αφού προστεθούν μαζί και οι 9 κατηγορίες και δίνουν αποτέλεσμα από 195 έως 900 (Bolzoni – Villaret A., et al., 2008).

Υπάρχει ακόμα το S- SECEL (The Original Self Evaluation of Communication Experience after Laryngectomy), το οποίο αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει τη δυσκολία επικοινωνίας σε ασθενείς με λαρυγγεκτομή και έχει αποδείξει ότι υπάρχουν σημαντικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 35 στοιχεία που εξετάζουν τη επικοινωνιακή εμπειρία και τη δυσλειτουργία (Johansson M., et al 2008).

Στα εργαλείων που είναι διαθέσιμα για τους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, έχει γίνει εστίαση σε συγκεκριμένες ανάγκες της καθημερινής φυσικής λειτουργίας, όπως η ομιλία, η διατροφή ή η εμφάνιση (The Performance Status Scale for Head and Neck cancer), ή ακόμα και κλίμακες που ανιχνεύουν τις διαταραχές στη διάθεση των ασθενών που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία (Hospital Anxiety and Depression). Κάθε άτομο ομαδοποιείται σύμφωνα με μια κλινικά δοκιμασμένη ταξινόμηση ψυχιατρικής νοσηρότητας (Johansson M., et al 2008).

1.8. Ερωτηματολόγιο για τον πόνο

Ο πόνος αποτελεί προσωπική και υποκειμενική υπόθεση και μπορεί να περιγραφεί με χιλιάδες λέξεις. Υπάρχουν διάφορες αναλογικές και ψηφιακές κλίμακες με τις οποίες ο ασθενής μπορεί να διαβαθμίσει τον πόνο του για να μπορεί ο ιατρός να παρακολουθήσει τις διακυμάνσεις του στο χρόνο και σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση να μπορέσει να παρέμβει παρέχοντας την καλύτερη δυνατή αγωγή (Μυστακίδου Κ., 2001).

Τέτοιες κλίμακες αποτελούν: Α) το Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Πόνου (Brief Pain Inventory), το οποίο αποτελείται από 2 κύρια μέρη (βλέπε παράρτημα). Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις μέτρησης της έντασης του πόνου με κλίμακα από το 0 (καθόλου πόνος) έως το 10 (πολύ δυνατός πόνος). Στο δεύτερο μέρος αναφέρονται οι παράγοντες παρέμβασης του πόνου, πως δηλαδή παρεμβαίνει ο πόνος π.χ. στη γενική δραστηριότητα. Β) το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του McGill για τον πόνο (Μυστακίδου Κ., 2001). Ο Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 ένα όργανο μέτρησης με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση του πόνου. Το ερωτηματολόγιο για τον πόνο συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν πως ένας άρρωστος αισθάνεται τον πόνο (Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Ν., 2001).

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε πως η ποιότητα ζωής είναι πολύ σημαντική για την ολοκληρωμένη ογκολογική φροντίδα. Πολλές ολοκληρωμένες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μασάζ, βελονισμό και μουσικοθεραπεία, τα οποία δεν έχουν κανένα αντίκτυπο στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, αλλά χρησιμοποιούνται γιατί βοηθούν τους ασθενείς να αισθάνονται καλύτερα και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους (Vickers A., 2006).

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Σκοπός της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό τη μελέτη της ποιότητας ζωής και του πόνου που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή σε συνδυασμένη θεραπεία ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας. Επιμέρους σκοπός ήταν να βρεθεί α) κατά πόσο ο πόνος των ασθενών αυτών αντιμετωπίζεται καλύτερα και β) ποιες είναι οι δυσχέρειες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και κατά πόσο αυτοί οι παράγοντες συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής.

2. Σημασία της έρευνας

Τα κρούσματα καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής στον Ελλαδικό χώρο, όπως και στο δυτικό κόσμο, φαίνεται να αυξάνονται συνεχώς. Η ποιότητα ζωής στους καθώς επίσης και ο πόνος που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης έχει μελετηθεί ελάχιστα στον Ελλαδικό χώρο.

3. Επιλογή πληθυσμού και δείγματος

Η έρευνα είναι πιλοτική με σκοπό να διενεργηθεί αργότερα μια μεγαλύτερης κλίμακας μελέτη. Ο πληθυσμός του δείγματος ήταν μια αντιπροσωπευτική ομάδα ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής.

4. Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα αυτή έχει τους ακόλουθους περιορισμούς

- α) οι ασθενείς να είναι με διαγνωσμένο καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής
- β) η θεραπευτική τους αντιμετώπιση να είναι η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία ή να γίνεται συνδυασμός και των δυο θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- γ) το δείγμα ήταν μόνο από δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα

Στην έρευνα αυτή αν και ο αρχικός περιορισμός ήταν η νοσηλεία του ασθενούς σε κάποιο νοσοκομείο, στην πορεία της έρευνας διαπιστώθηκε ότι κάτι τέτοιο δε θα έπρεπε να υφίσταται, καθώς αρκετοί ασθενείς δέχονται τις θεραπευτικές παρεμβάσεις χωρίς να νοσηλεύονται.

5. Συλλογή δεδομένων / πληθυσμός

Η συλλογή δεδομένων έγινε από τον Απρίλιο του 2009, έως τον Ιούλιο του 2009. Πηγή συλλογής δεδομένων ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωσμένο καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. Τα όργανα συλλογής δεδομένων έγιναν με συνεντεύξεις και με συμπλήρωση τριών ερωτηματολογίων.

6. Πραγματοποίηση έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό νοσοκομείο «Ο Άγιος Σάββας». Για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνα λάβαμε άδεια από το τμήμα της Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου

Ιωαννίνων, και από το επιστημονικό και ερευνητικό συμβούλιο του νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας». Άδεια διεξαγωγής έρευνας ελήφθει και από το νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», αλλά λόγω έλλειψης περιστατικών η άδεια δεν χρησιμοποιήθηκε.

7. Ερωτηματολόγια

Τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ήταν τρία. Το πρώτο αποτελούνταν από δημογραφικές ερωτήσεις (όπως ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο κ.α.) καθώς επίσης και από ατομικά χαρακτηριστικά το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τη νόσο και τη συνύπαρξη συνοδών προβλημάτων ή δυσχεριών, και τη χρήση φαρμάκων.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο ήταν το SF-36. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που χωρίζονται σε 8 υποκατηγορίες και εκφράζουν τη φυσική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία.

Το τρίτο ερωτηματολόγιο ήταν το BPI. Αυτό αποτελείται από 2 κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις μέτρησης της σοβαρότητας του πόνου, και στο δεύτερο μέρος αναφέρονται οι παράγοντες παρέμβασης του πόνου, πως δηλαδή παρεμβαίνει ο πόνος π.χ. στη γενική δραστηριότητα.

Για τη χρησιμοποίηση των ερωτηματολογίων SF-36 και BPI, ζητήθηκε και ελήφθει άδεια από τα αντίστοιχα κέντρα και οργανισμούς (Οργανισμός SF-36 και από το νοσοκομειακό και ερευνητικό κέντρο του MD Anderson).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση εκτελέστηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS (version 13) (Statistical Package for Social Sciences).

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράζονται σαν μέση τιμή και τυπική απόκλιση ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται σαν συχνότητες και ποσοστά αντίστοιχα. Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test και το normal probability plot. Η σύγκριση των κατηγοριών των κατηγορικών μεταβλητών σε σχέση με τους εξαρτημένους δείκτες πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το τ-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test), ενώ η συσχέτιση των συνεχών μεταβλητών με τους παραπάνω δείκτες έγινε με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Όλοι οι παράγοντες είτε παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, είτε όχι στη μονοδιάστατη ανάλυση συμμετείχαν στην πολυδιάστατη ανάλυση.

1.1. Συσχέτιση δεδομένων

Η συσχέτιση των εξαρτημένων δεικτών με τις μεταβλητές ελέγχου μελετήθηκε χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (**multiple linear regression**) με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών ταυτόχρονα (**enter method**) όπου το μοντέλο εισάγει κατευθείαν όλες τις μεταβλητές στους υπολογισμούς.

Για τη χρήση των παραπάνω μοντέλων ελέγχθηκαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής τους:

- **Τα σφάλματα (residuals) να ακολουθούν κανονική κατανομή** (γραφική παράσταση των κανονικοποιημένων σφαλμάτων),

- **Τα σφάλματα (residuals) να έχουν σχεδόν σταθερή διακύμανση** (γραφικός έλεγχος των σφαλμάτων πρόβλεψης της εξαρτημένης Y όταν χρησιμοποιούνται όλες οι ανεξάρτητες εκτός της X_i και γραφικός έλεγχος των σφαλμάτων πρόβλεψης της ανεξάρτητης όταν χρησιμοποιούνται όλες οι ανεξάρτητες εκτός της X_i)

- **Οι μετρήσεις να είναι στατιστικά ανεξάρτητες** (Durbin-Watson test)

- **Να μην υπάρχει συγγραμμικότητα** (collinearity) ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές χρήση του **δείκτη VIF** – variance inflation factor – τιμές πάνω από 10 δηλώνουν πρόβλημα, χρήση του **δείκτη Condition Index**- τιμές πάνω από 100 δηλώνουν πρόβλημα και τέλος η χρήση των **ιδιοτιμών** (eigenvalues) και των ποσοστών των διακυμάνσεων κάθε μεταβλητής (variance proportion) – αν 2 ή περισσότερα ποσοστά μεταβλητότητας ξεπερνούν το 50% για κάθε ιδιοτιμή ή ιδιοπαράγοντα τότε υποδηλώνει πρόβλημα.

Η τιμή p -value <0.05 (διπλής κατεύθυνσης) καθορίστηκε σαν επίπεδο στατιστικά σημαντικής διαφοράς, επίσης θα καταγραφούν και οι οριακές στατιστικά σημαντικές διαφορές ($0,05 < p < 0,1$)

2. Ανάλυση Αποτελεσμάτων

2.1. Δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	N	%
Φύλο		
Ανδρας	75	81,5
Γυναίκα	17	18,5
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	8	8,7
Έγγαμος	62	67,4
Διαζευγμένος	15	16,3
Χήρος	7	7,6
Μένετε με		
Συγγενείς	73	79,3
Μόνος	15	16,3
Μη Συγγενείς	4	4,3
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Δημοτικό	44	47,8
Γυμνάσιο	35	38,0
Λύκειο	7	7,6
Πανεπιστήμιο	5	5,4

Μεταπτυχιακές Σπουδές	1	1,1
Μηνιαίο εισόδημα		
Λιγότερα από 1000 ευρώ	78	84,8
Περισσότερα από 1000 ευρώ	14	15,2

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1 από τους 92 ασθενείς οι περισσότεροι ήταν άνδρες (n=75), έγγαμοι (n=62), που ζούσαν με την οικογένεια τους, οι οποίοι είχαν λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση (n=44), κάτι που αποδεικνύεται και από το χαμηλό μηνιαίο εισόδημα (n=78, με εισόδημα λιγότερο από 1000 ευρώ το μήνα). Αυτή η υπόθεση μπορεί να στηριχθεί στο γεγονός ότι το δείγμα ήταν από ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής και σκόπιμο θα ήταν να ελεγχθούν και ιδιωτικά θεραπευτήρια, για την απόδειξη αυτής της υπόθεσης. Επίσης σε ποσοστό 64,1% οι ασθενείς ήταν ακόμα καπνιστές, ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που έκαναν στο παρελθόν κατανάλωση αλκοόλ (n=43) με ποσοστό 46,7%, καταναλώνοντας περισσότερες από 2 μεζούρες ημερησίως (λέγοντας μεζούρες εννοούμε 2 ποτήρια μύρα, 2 ούισκι ή άλλο αλκοολούχο ποτό και 3 ποτήρια κρασί) (πίνακας 2).

Μεταβλητές	N	%
Κάπνισμα		
Ναι	59	64,1
Όχι	33	35,9
Αλκοόλ		
Ναι	43	46,7
Όχι	49	53,3

Πίνακας 2: Ασθενείς που καπνίζουν και κάνουν κατανάλωση αλκοόλ.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση έτσι όπως υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές της ηλικίας, του βάρους, του ύψους, και της μάζας σώματος (BMI) των δημογραφικών στοιχείων.

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
--	-----------	-----------------	----------	----------	---------

Ηλικία	63,70	12,45	63,0	24	92
Βάρος	69,51	9,11	70,5	47	95
Ύψος	1,70	0,06	171,0	1,52	1,89
BMI	23,81	2,28	23,62,	17,26	30,44
Ημερήσιος αρ. τσιγάρων	31,69	18,57	20,0	5	80

Πίνακας 3: Ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για τα δημογραφικά στοιχεία

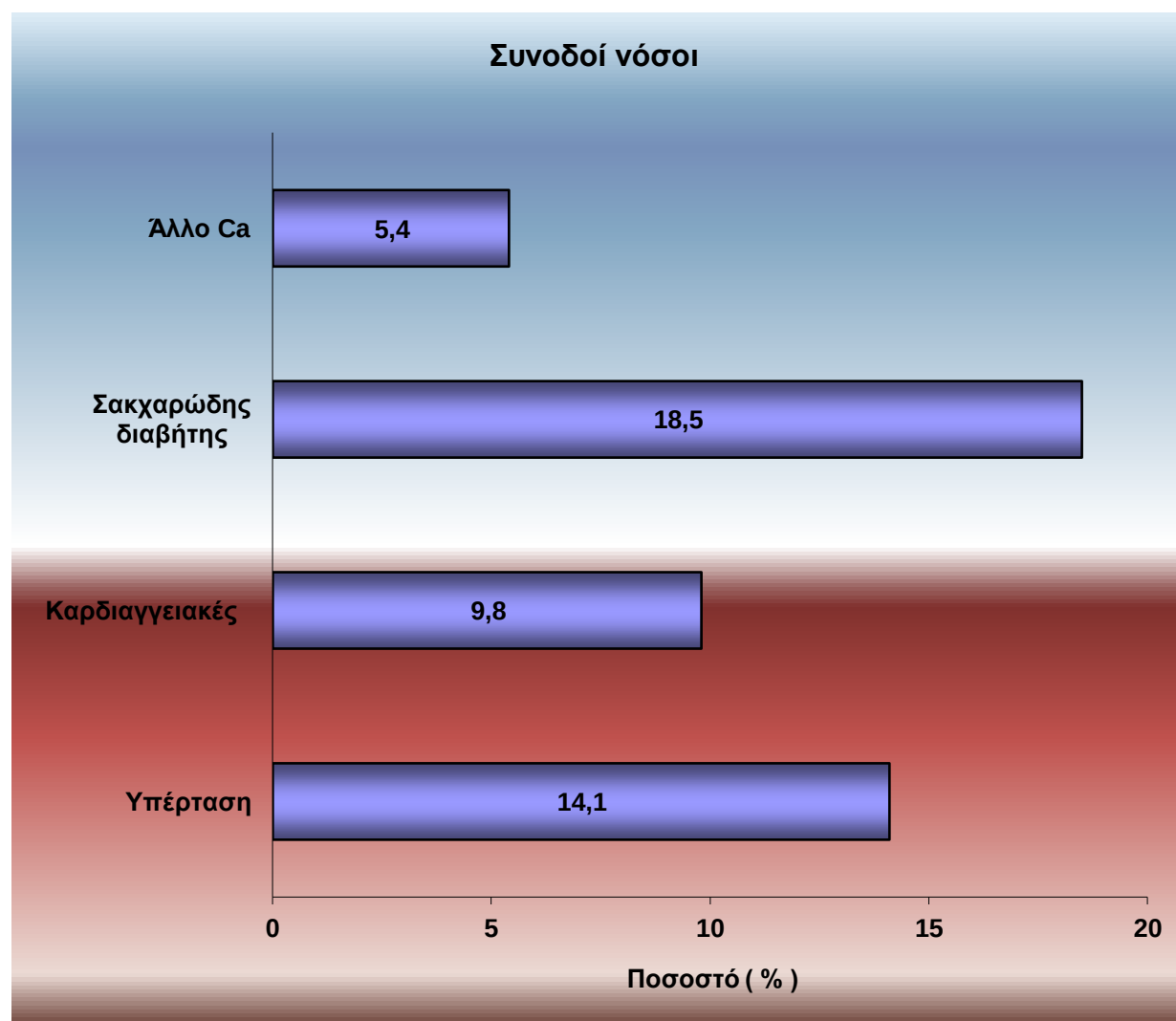
2.2. Ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου

	N	%
Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου		
Ναι	53	57,6
Όχι	39	42,4
Μεταστάσεις		
Ναι	29	31,5
Όχι	63	68,5
Θεραπεία		
Χημειοθεραπεία	17	18,5
Ακτινοθεραπεία	48	52,2
Συνδυασμός	27	29,3
Συνοδοί νόσοι		
Ναι	39	42,4
Όχι	53	57,6
Συνοδοί νόσοι		
Υπέρταση	13	14,1
Καρδιαγγειακές	9	9,8
Σακχαρώδης διαβήτης	17	18,5
Άλλο Ca	5	5,4
Επέμβαση		
Λαρυγγεκτομή, τραχειοτομία	15	16,3

Τοποθέτηση peg	15	16,3
Λεμφαδενικός καθαρισμός	22	23,9
Άλλη	15	16,3

Πίνακας 4: Τα κυριότερα κλινικά προβλήματα των ασθενών.

Σε ποσοστό 57,6% οι ασθενείς είχαν ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια όπως φαίνεται και από τον πίνακα 4. Ο ίδιος πίνακας μας παρουσιάζει ποιά ήταν και τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι ασθενείς πριν τη διάγνωση με καρκίνο τραχήλου της κεφαλής, καθώς επίσης και τις επεμβάσεις τις οποίες δέχτηκαν λίγο πριν τη διάγνωση της νόσου και κατά τη διάρκεια της ακτινοβολίας ή της χημειοθεραπείας. Στο γράφημα 1 παρουσιάζονται οι συνοδοί νόσοι που είχαν αρκετοί ασθενείς παράλληλα με τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, με σακχαρώδη διαβήτη να έχουν 17 (ποσοστό 18,5%) και υπέρταση 13 (ποσοστό 14,1%) από τους 92 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα.



Γράφημα 1: Παρουσίαση με γράφημα των συνοδών νόσων.

Μεταβλητή	N	%
Οπιοειδή		
Όχι	17	18,5
Ναι	75	81,5
ΜΣΑΦ		
Όχι	71	77,2
Ναι	21	22,8
Αντικαταθλιπτικά		

Όχι	76	82,6
Ναι	16	17,4
Παρακεταμόλη		
Όχι	63	68,5
Ναι	29	31,5

Πίνακας 5: Τα φάρμακα που λαμβάνουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ($n=75$), φαίνεται να παίρνουν οποιοδήποτε είτε αυτά είναι ισχυρά όπως η μορφίνη και η φεντανύλη, είτε πιο ήπια, όπως είναι η κωδεΐνη και η τραμαδόλη. Η μεταβλητή των φάρμακων που λαμβάνουν οι ασθενείς, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), θα συσχετιστεί αργότερα με τη μονοπαγοντική ανάλυση της μεταβλητής της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, του κοινωνικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου, της ψυχικής υγείας και του πόνου.

Η αλλαγή ωστόσο στην εμφάνιση είναι μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές που θα βιώσει ένας ασθενής με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 6, με το 76% ($n=70$) των ασθενών να πιστεύει ότι έχει αλλάξει η εμφάνιση τους. Η σπουδαιότητα που έχει μέτρηση φαίνεται από τη δημιουργία εργαλείων για την αξιολόγηση της αλλαγής της εμφάνισης των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, όπως το «The Performance Status Scale for Head and Neck cancer» (Johansson M., et al 2008) (πίνακας 6).

Οι παρενέργειες ωστόσο σχετίζονται άμεσα με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, με τους περισσότερους ασθενείς να εμφανίζουν βλενογοννίτιδα ($n=36$) και δυσκαταποσία ($n=40$) σε ποσοστό 43,5% και στοματίτιδα ($n=39,1$) και ποσοστό 39,1%.

Μεταβλητές	N	%
Έχει αλλάξει η εμφάνισή σας		
Ναι	70	76,1
Όχι	22	23,9

Είχατε παρενέργειες		
Ναι	64	69,6
Όχι	28	30,4
Παρενέργειες		
Δυσκαταποσία	40	43,5
Στοματίτιδα	36	39,1
Άλλη	17	18,5

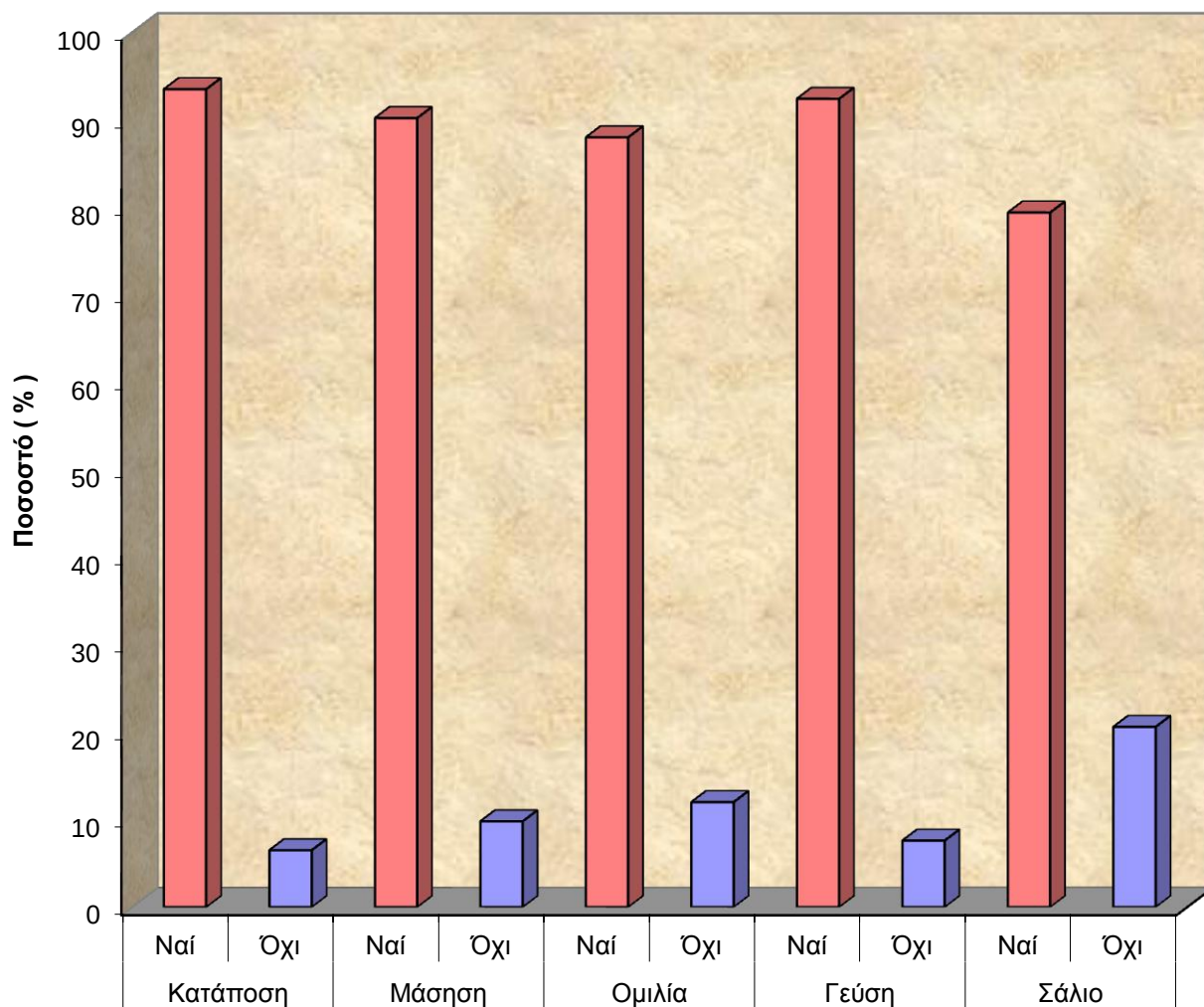
Πίνακας 6: Αλλαγή εμφάνισης και οι παρενέργειες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς.

Έχει αλλάξει		N	%
Κατάποση	Ναι	86	93,5
	Όχι	6	6,5
Μάσηση	Ναι	83	90,2
	Όχι	9	9,8
Ομιλία	Ναι	81	88,0
	Όχι	11	12,0
Γεύση	Ναι	85	92,4
	Όχι	7	7,6
Σάλιο	Ναι	73	79,4
	Όχι	19	20,6

Πίνακας 7: Αλλαγές στις στοματικές λειτουργίες.

Σε ερωτήσεις για τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, οι ασθενείς ερωτήθηκαν αν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αντιμετώπιζαν προβλήματα με δυσκαταποσία, τη μάσηση, την ομιλία, τη γεύση, και το σάλιο. Σχεδόν όλοι (n=86) σε ποσοστό 93,5% ανέφεραν δυσκολία στην κατάποση και στην ομιλία 88% (n=83) ως απόρροια της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου. Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνονται οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς από τη χημειοθεραπεία ή και την ακτινοθεραπεία για καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής.

Εχει αλλάξει



Γράφημα 2: Σχηματική αναπαράσταση των δυσχερειών.

Εντόπιση της νόσου	N	%
Αμυγδαλής	3	3,3
Άνω γνάθου	1	1,1
Γλώσσας	13	14,1
Εδάφους στόματος	6	6,5

Επιγλωττίδας	1	1,1
Στοματοφάρυγγας	3	3,3
Κάτω γνάθου	3	3,3
Λάρυγγος	30	32,4
Μαλακής υπερώας	1	1,1
Οπισθογόμφιου τριγώνου	2	2,2
Παρειάς	5	5,4
Παρωτίδας	2	2,2
Ρινικής θάλαμης	3	3,3
Ρινικού κόγχου	2	2,2
Ρινοφάρυγγος	16	17,4
Σταφυλής	1	1,1

Πίνακας 8: Οι εντοπίσεις της νόσου, έτσι όπως προέκυψαν από την έρευνα.

Οι κακοήθεις όγκοι κεφαλής του τραχήλου συνιστούν μια ιδιαίτερη κατηγορία όγκων, οι οποίες μπορούν να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε μέλος της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα ή της ρινός. Στην έρευνα μας από τους 92 ασθενείς οι 30 είχαν εντόπιση της κακοήθειας στο λάρυγγα (ποσοστό 32,4%,) 16 στο ρινοφάρυγγα (17,4%), ενώ οι υπόλοιποι σε διάφορες περιοχές του τραχήλου της κεφαλής. Στο γράφημα 3 που ακολουθεί φαίνονται τα ποσοστά ανάπτυξης κακοήθους εξεργασίας στον τράχηλο της κεφαλής.

SF-36	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	60,76	31,43	75,00	0	100
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	15,76	26,39	,00	0	100
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	42,70	25,16	41,00	0	100
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	42,17	17,37	40,00	10	87
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	56,47	18,46	60,00	10	90
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	51,36	23,76	50,00	0	100
7. ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	13,04	27,49	,00	0	100
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	51,87	13,01	52,00	24	84

Πίνακας 9: Συνοπτική περιγραφική ανάλυση του ερωτηματολογίου SF-36.

Τα περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου όπως παρουσιάζονται μετά τη συσχέτιση τους με το γενικό πληθυσμό. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή που παίρνει η κάθε μεταβλητή από τις 8, τόσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία του SF- 36 και κατά συνέπεια και καλύτερη ποιότητα ζωής. Η βαθμολόγηση της κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε. Ο μετασχηματισμός αυτός επιτυγχάνεται σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο:

Μετασχηματισμός βαθμολογίας κλίμακας = [Πραγματική βαθμολογία κλίμακας – χαμηλότερη βαθμολογία κλίμακας ÷ Πιθανή διακύμανση βαθμολογίας κλίμακας] × 100 (Υφαντόπουλος Γ., 2007).

Παρόμοια με το SF-36 ανάλυση δέχεται και το BPI, για τους τομείς δραστηριότητα, διάθεση, περπάτημα, εργασία, σχέσεις, ύπνος, διασκέδαση, και τη σοβαρότητα του πόνου που δηλώνει το χειρότερο πόνο, τον ελάχιστο, το μέσο όρο του πόνου κατά το τελευταίο 24ωρο και τον πόνο που αισθανόταν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Όλα βαθμολογούνται από το 0 (ο πόνος δεν παρεμβαίνει) ως το 10 (ο πόνος παρεμβαίνει πλήρως), εκτός από την ερώτηση 8 που αναφέρεται στην ανακούφιση από τον πόνο που προσφέρουν τα φάρμακα, όπου βαθμολογείται στην 100βαθμη κλίμακα, με το 0% να μην έχουν ανακούφιση και το 100% να έχουν πλήρη ανακούφιση. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση φαίνονται στους πίνακες 10,11,12 και 13.

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Παρέμβαση		
Δραστηριότητα	4,00	2,52
Διάθεση	4,90	2,62
Περπάτημα	2,84	2,73
Εργασία	3,24	2,74
Σχέσεις	4,16	2,75
Ύπνος	4,16	2,70
Διασκέδαση	5,17	2,78
Σοβαρότητα		
Χειρότερος πόνος	5,15	2,49
Ελάχιστος πόνος	1,49	1,07
Μέσος πόνος	3,21	1,73
Τωρινός πόνος	2,60	2,07

Πίνακας 10: Η συνοπτική ανάλυση έτσι όπως προκύπτει από την ανάλυση που έγινε στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου BPI.

BPI	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Bpi-Σοβαρότητα	3,11	1,72	2,75	0	7

Bpi-Παρέμβαση	4,07	2,44	3,71	0	9
---------------	------	------	------	---	---

Πίνακας 11: Η συνοπτική περιγραφική ανάλυση του ερωτηματολογίου BPI.

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
BPI-8	82.61	18.51	90	20	100

Πίνακας 12: Παρουσιάζει την ανακούφιση που προσφέρουν τα φάρμακα στον πόνο του καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής.

Μεταβλητές	N	%
BPI-1		
Ναι	65	70,7
Όχι	27	29,3
BPI-2		
Μπροστά - τράχηλος της κεφαλής	92	100,0
Μπροστά – υπόλοιπο σώμα	7	7,6
Πίσω	7	7,6

Πίνακας 13: Πίνακας που δηλώνει τη σοβαρότητα και την εντόπιση του πόνου.

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς σε ποσοστό 70,7%, δηλώσαν για την υποκειμενική μεταβλητή του πόνου, ότι το τελευταίο 24ωρο ό πόνος δεν ήταν ο συνηθισμένος που μπορεί να αντιμετωπίσει στην καθημερινότητα του ένας άνθρωπος, όπως ο πονόδοντος ή ο πονοκέφαλος, αλλά ήταν πιο έντονος και καλά εστιασμένος στο μπροστινό τμήμα της τραχηλικής περιοχής της κεφαλής για όλους τους ασθενείς με ποσοστό 100%.

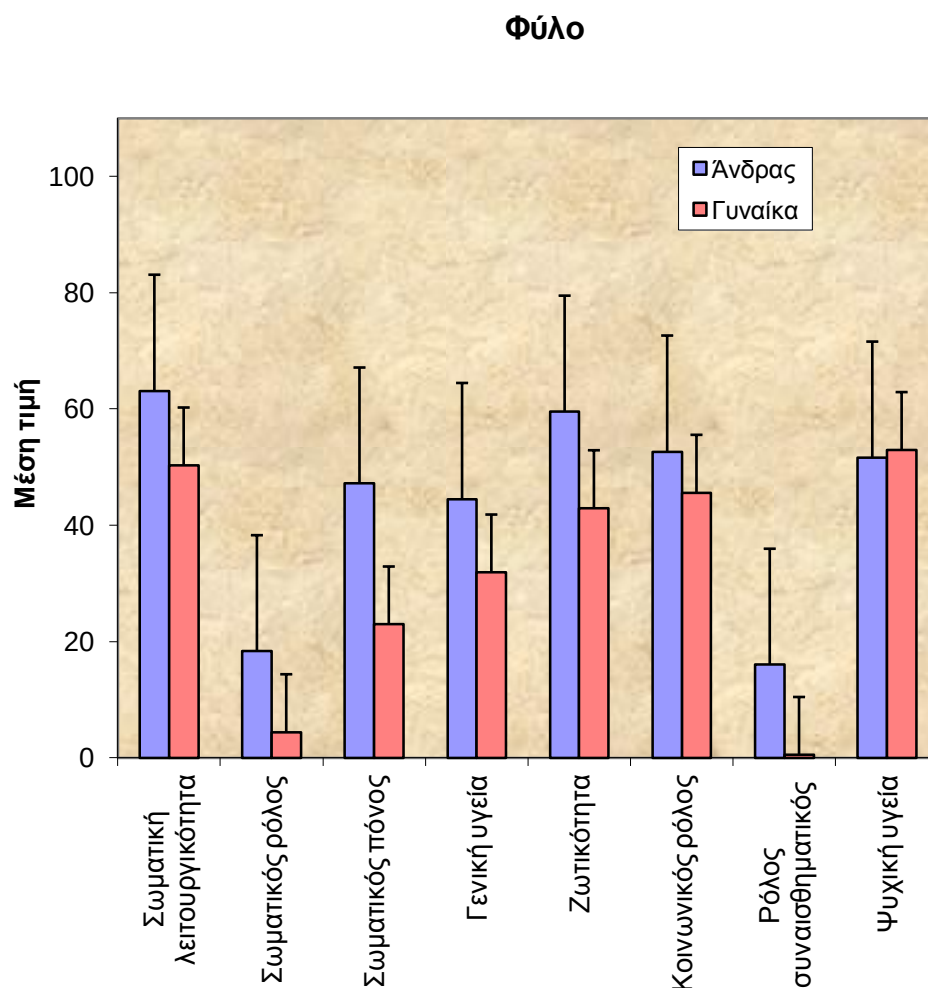
2.4. Μονοπαράγοντική ανάλυση

	Φύλο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
--	------	-----------	-----------------	---------

1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Ανδρας	63,1	31,19	0,129
	Γυναίκα	50,2	31,25	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ανδρας	18,3	28,28	0,049
	Γυναίκα	4,41	9,82	
3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Ανδρας	47,1	24,79	<0,0005
	Γυναίκα	22,9	15,75	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ανδρας	44,5	17,79	<0,0005
	Γυναίκα	31,8	10,68	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ανδρας	59,5	17,11	0,001
	Γυναίκα	42,9	18,63	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ανδρας	52,6	23,90	0,270
	Γυναίκα	45,5	22,94	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Ανδρας	16,0	29,69	0,029
	Γυναίκα	0,00	0,00	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ανδρας	51,6	12,50	0,709
	Γυναίκα	52,9	15,46	

Πίνακας 14: Ανάλυση του SF-36 ως προς το φύλο των ασθενών.

Με τη μονοπαραγοντική ανάλυση παρατηρούμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με το p-value να είναι μικρότερο από 0,05, ανάμεσα στα δημογραφικά, ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά και στις μεταβλητές που υπάρχουν στο εκάστοτε εργαλείο που χρησιμοποιούμε. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που θα συσχετίσουμε είναι το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ενώ από τα ατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά η μετάσταση, τα οπιοειδή, τα αντιφλεγμονώδη, τα αντικαταθλιπτικά και η θεραπευτική αντιμετώπιση. Συγκεκριμένα στον πίνακα 14 παρατηρούμε ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με το p-value < 0,05, ανάμεσα στα 2 φύλα για τις μεταβλητές σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, και συναισθηματικός ρόλος.** Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και στο γράφημα που ακολουθεί.



Γράφημα 4: Σχηματική αναπαράσταση της μονοπαραγοντικής ανάλυσης ως προς το φύλο.

	φύλο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Bri-Σοβαρότητα	Ανδρας	2,72	1,54	<0,0005
	Γυναίκα	4,82	1,41	
Bri-Παρέμβαση	Ανδρας	3,63	2,38	<0,0005
	Γυναίκα	5,98	1,75	

Πίνακας 15: Μονοπαραγοντική ανάλυση για τον πόνο ως προς το φύλο.

Η μονοπαραγοντική ανάλυση πίνακας 15 ως προς το φύλο έδειξε ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα 2 φύλα για τις μεταβλητές Bri-Σοβαρότητα και Bri-Παρέμβαση.**

	Οικογενειακή κατάσταση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
--	------------------------	-----------	-----------------	---------

1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Μη Έγγαμος	54,6	32,90	0,197
	Έγγαμος	63,7	30,53	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Μη Έγγαμος	13,3	21,51	0,542
	Έγγαμος	16,9	28,55	
3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Μη Έγγαμος	42,4	23,60	0,938
	Έγγαμος	42,8	26,06	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Μη Έγγαμος	42,8	15,64	0,792
	Έγγαμος	41,8	18,26	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Μη Έγγαμος	52,8	19,99	0,191
	Έγγαμος	58,2	17,58	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Μη Έγγαμος	48,3	24,73	0,399
	Έγγαμος	52,8	23,35	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Μη Έγγαμος	7,78	16,80	0,203
	Έγγαμος	15,5	31,20	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Μη Έγγαμος	50,2	14,62	0,414
	Έγγαμος	52,6	12,21	

Πίνακας 16: Ανάλυση του SF-36 ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών

Στον πίνακα 16, 17, συσχετίζοντας την οικογενειακή κατάσταση ασθενών ανάμεσα στους έγγαμους και τους μη έγγαμους, βλέπουμε ότι **δεν υπάρχει** στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 2 ομάδες των μεταβλητών αξιολόγησης, με το p – value να κυμαίνεται πάνω από τα όρια του 0,05 τόσο για την ποιότητα ζωής, όσο και για τον πόνο.

	Οικογενειακή κατάσταση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Bri-Σοβαρότητα	Μη Έγγαμος	3,14	1,88	0,907
	Έγγαμος	3,10	1,65	
Bri-Παρέμβαση	Μη Έγγαμος	3,99	2,18	0,823
	Έγγαμος	4,11	2,58	

Πίνακας 17: Εμφάνιση της επίδρασης που έχει η οικογενειακή κατάσταση στον πόνο.

	Κάπνισμα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Ναι	68,14	27,73	0,002
	Όχι	47,58	33,71	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ναι	19,92	28,53	0,043
	Όχι	8,33	20,41	

3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Ναι	45,14	23,45	0,215
	Όχι	38,33	27,80	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ναι	42,36	16,84	0,894
	Όχι	41,85	18,54	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ναι	61,10	16,11	0,001
	Όχι	48,18	19,72	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ναι	52,12	22,28	0,684
	Όχι	50,00	26,52	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Ναι	13,56	27,76	0,811
	Όχι	12,12	27,41	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ναι	51,59	12,33	0,787
	Όχι	52,36	14,33	

Πίνακας 18: Ανάλυση του ερωτηματολογίου SF-36 ως προς το κάπνισμα.

Από την ανάλυση των στοιχείων του παραπάνω πίνακα του καπνίσματος και των υποκειμενικών μεταβλητών όπως η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος, και η ψυχική υγεία φαίνεται να **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και σε αυτά που δεν καπνίζουν για τις μεταβλητές σωματική λειτουργικότητα με το p -value 0,002, το σωματικό ρόλο με p -value 0,043, και τη ζωτικότητα με p -value 0,001.** Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα ζωής για τις παραπάνω μεταβλητές.

	Κάπνισμα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Bri-Σοβαρότητα	Ναι	2,77	1,57	0,009
	Όχι	3,73	1,82	
Bri-Παρέμβαση	Ναι	3,76	2,40	0,101
	Όχι	4,63	2,46	

Πίνακας 19: Επίδραση του καπνίσματος στον πόνο.

Τα αποτελέσματα για τον συσχετισμό του καπνίσματος μας δείχνουν **ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και σε αυτά που δεν καπνίζουν για τη μεταβλητή Βρι-Σοβαρότητα με το p-value να είναι 0,009**. Η ένταση και η σοβαρότητα του πόνου φαίνεται να εξαρτάται και να συσχετίζεται με το κάπνισμα.

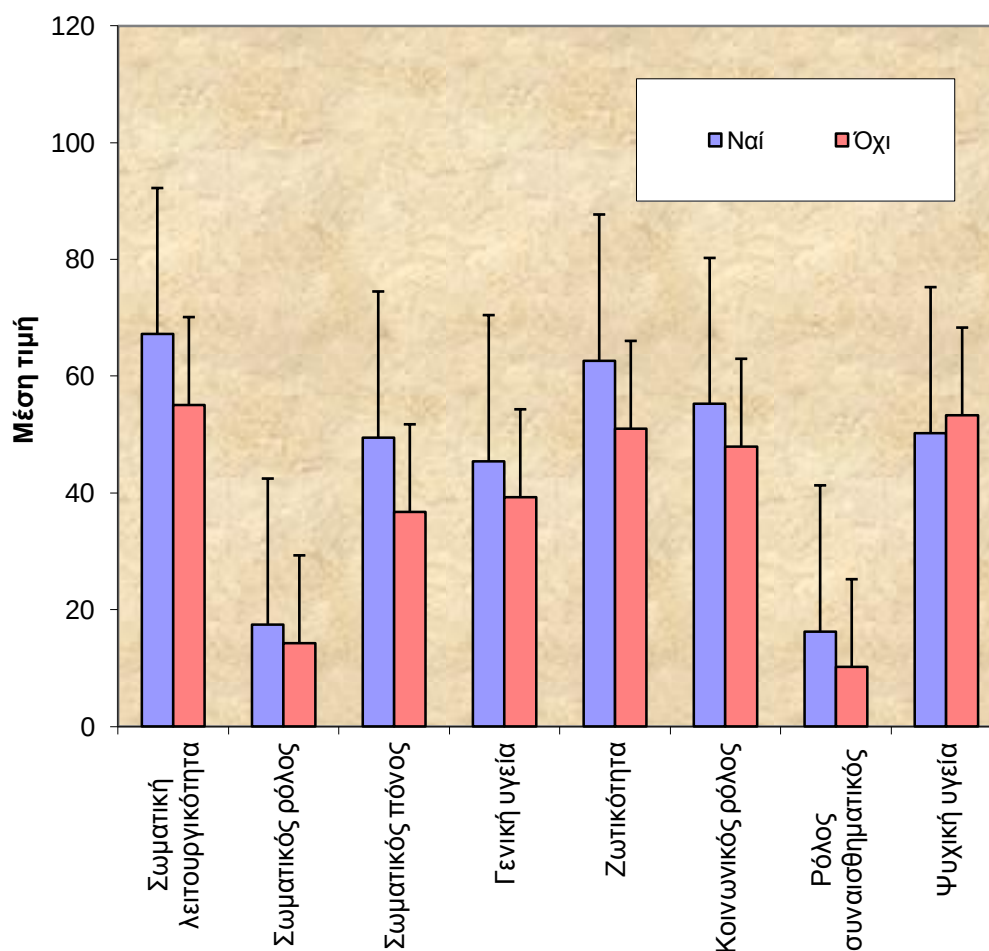
	Αλκοόλ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Ναι	67,21	29,91	0,065
	Όχι	55,10	31,94	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ναι	17,44	25,90	0,570
	Όχι	14,29	27,00	
3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Ναι	49,49	23,70	0,014
	Όχι	36,73	25,11	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ναι	45,44	17,77	0,091
	Όχι	39,31	16,66	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ναι	62,67	16,49	0,002
	Όχι	51,02	18,54	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ναι	55,23	22,03	0,144
	Όχι	47,96	24,91	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Ναι	16,28	28,52	0,293
	Όχι	10,20	26,53	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ναι	50,23	11,46	0,261
	Όχι	53,31	14,20	

Πίνακας 20: Ανάλυση της επίδρασης του αλκοόλ στην ποιότητα ζωής.

Αντίστοιχα αποτελέσματα με το κάπνισμα φαίνεται να έχει και ο συσχετισμός των μεταβλητών με το αλκοόλ. Παρατηρούμε **ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ και σε αυτά που δεν καταναλώνουν, σε μόνο 2 από τις 8 μεταβλητές της ποιότητας ζωής και συγκεκριμένα για τις μεταβλητές του σωματικού ρόλου με το p-value 0,014 και της ζωτικότητας με p-value 0,002**. Φαίνεται λοιπόν ότι η χρήση αλκοόλ μειώνει την αντοχή του ατόμου στον σωματικό πόνο και στη ζωτικότητα, με αποτέλεσμα να

μειώνεται στις κατηγορίες αυτές η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, κάτι που παρουσιάζεται και στο γράφημα που ακολουθεί.

Αλκοόλ



Γράφημα 5: Σχηματική αναπαράσταση της επίδρασης του αλκοόλ στην ποιότητα ζωής.

	Αλκοόλ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Βρι-Σοβαρότητα	Ναι	2,57	1,57	0,004
	Όχι	3,59	1,72	
Βρι-Παρέμβαση	Ναι	3,31	2,30	0,005
	Όχι	4,73	2,40	

Πίνακας 21: Η επίδραση του αλκοόλ στον πόνο.

Στον πίνακα 21 παραθέτουμε τα αποτελέσματα της επίδρασης της μεταβλητής του αλκοόλ πάνω στον πόνο, όπου υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που πίνουν αλκοόλ και σε αυτά που δεν πίνουν για τις μεταβλητές *Bri-Σοβαρότητα* και *Bri-Παρέμβαση*, με p- value 0,004 και 0,005 αντίστοιχα.

	Μετάσταση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Ναι	40,52	30,10	<0,0005
	Όχι	70,08	27,58	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ναι	2,59	10,23	0,001
	Όχι	21,83	29,27	
3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Ναι	31,72	20,85	0,004
	Όχι	47,75	25,50	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ναι	33,21	16,28	0,001
	Όχι	46,30	16,38	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ναι	45,86	16,96	<0,0005
	Όχι	61,35	17,14	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Ναι	37,50	25,00	<0,0005
	Όχι	57,74	20,38	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Ναι	3,45	13,64	0,022
	Όχι	17,46	31,03	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Ναι	44,00	12,69	<0,0005
	Όχι	55,49	11,55	

Πίνακας 22: Η επίδραση των μεταστάσεων στην ποιότητα ζωής.

Η μετάσταση είναι ένας παράγοντας στην εξελικτική πορεία της νόσου που δρα αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Στη συσχέτιση που έγινε ανάμεσα στη μετάσταση και σε όλες τις μεταβλητές για την ποιότητα ζωής, βλέπουμε να **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που έχουν μετάσταση και σε αυτά που δεν έχουν για όλες τις μεταβλητές αξιολόγησης**. Επίσης στον πίνακα 23 αποδεικνύεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα

που έχουν μετάσταση και σε αυτά που δεν έχουν για τις μεταβλητές *Bri-Σοβαρότητα* και *Bri-Παρέμβαση*. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η μεταστάσεις δρουν αρνητικά σε όλες της εκφάνσεις της ποιότητας ζωής, όσο και στη σοβαρότητα και την παρέμβαση του πόνου στην καθημερινότητα.

	Μετάσταση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Bri-Σοβαρότητα	Ναι	3,91	1,62	0,002
	Όχι	2,74	1,65	
Bri-Παρέμβαση	Ναι	5,55	2,52	<0,0005
	Όχι	3,39	2,10	

Πίνακας 23: Η επίδραση των μεταστάσεων στον πόνο.

Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά που μας έδωσε η μονοπαραγοντική ανάλυση στον συσχετισμό των μεταστάσεων με την ποιότητα ζωής και τον πόνο, μας δίνει και ο συσχετισμός της χρήσης οπιοειδών πίνακας 24,25. Τα οπιοειδή φάρμακα είναι τα πιο κοινά φάρμακα για την αντιμετώπιση του έντονου πόνου. Άλλωστε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών 81,5% έκαναν χρήση οπιοειδών είτε αυτά ήταν ισχυρά οπιοειδή όπως η φεντανύλη, ή ασθενή όπως η κωδεΐνη. Συγκεκριμένα στον πίνακα 24, 25, παρατηρούμε ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση οπιοειδών και σε αυτά που δεν κάνουν για όλες τις μεταβλητές αξιολόγησης, όπως η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο ρόλος συναισθήματος, η ψυχική υγεία και για τις μεταβλητές Bri-Σοβαρότητα και Bri-Παρέμβαση.**

	Οπιοειδή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Bri-Σοβαρότητα	Όχι	1,85	1,37	0,001
	Ναι	3,40	1,67	
Bri-Παρέμβαση	Όχι	2,82	2,78	0,019
	Ναι	4,35	2,29	

Πίνακας 24: Η σχέση του πόνου και των οπιοειδών.

	Οπιοειδή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	76,76	30,20	0,019
	Ναι	57,13	30,75	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Όχι	30,88	34,83	0,008
	Ναι	12,33	23,02	
3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Όχι	60,35	28,20	0,001
	Ναι	38,69	22,77	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Όχι	49,35	20,09	0,059
	Ναι	40,55	16,41	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	63,82	16,54	0,069
	Ναι	54,80	18,57	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Όχι	64,71	29,06	0,010
	Ναι	48,33	21,49	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Όχι	33,33	39,09	0,001
	Ναι	8,44	21,98	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Όχι	57,65	15,50	0,042
	Ναι	50,56	12,12	

Πίνακας 25: Η χρήση οπιοειδών και η ποιότητα ζωής.

	ΜΣΑΦ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	63,66	31,46	0,104
	Ναι	50,95	29,98	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Όχι	16,55	27,69	0,601
	Ναι	13,10	21,82	

3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Όχι	43,86	25,52	0,418
	Ναι	38,76	24,07	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Όχι	42,18	17,05	0,993
	Ναι	42,14	18,84	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	57,96	17,98	0,156
	Ναι	51,43	19,63	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Όχι	53,35	23,24	0,141
	Ναι	44,64	24,87	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Όχι	13,62	28,50	0,716
	Ναι	11,11	24,34	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Όχι	52,28	12,71	0,579
	Ναι	50,48	14,23	

Πίνακας 26: Τα ΜΣΑΦ στην ποιότητα ζωής.

Αντίθετα με τα οπιοειδή, αντιφλεγμονώδη φάρμακα δεν έπαιρναν πολλοί ασθενείς (ν=21), με το 77,2% να μην κάνουν χρήση φαρμάκων και φαίνεται ότι **δεν υπάρχει** στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση ΜΣΑΦ και σε αυτά που δεν κάνουν για όλες τις μεταβλητές αξιολόγησης. Ανάλογα αποτελέσματα δείχνει και ο πίνακας 27, όπου **δεν υπάρχει** στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση ΜΣΑΦ και σε αυτά που δεν κάνουν για όλες τις μεταβλητές αξιολόγησης του πόνου.

	ΜΣΑΦ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Bri-Σοβαρότητα	Όχι	2,96	1,63	0,124
	Ναι	3,62	1,96	
Bri-Παρέμβαση	Όχι	3,85	2,43	0,111

	Ναι	4,82	2,41	
--	------------	------	------	--

Πίνακας 27: Η σχέση ΜΣΑΦ και πόνος.

	Αντικαταθλιπτικά	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	66,18	29,11	<0,0005
	Ναι	35,00	30,00	
2.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Όχι	18,75	28,03	0,017
	Ναι	1,56	6,25	
3.ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Όχι	46,93	24,11	<0,0005
	Ναι	22,56	20,24	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Όχι	44,09	16,64	0,020
	Ναι	33,06	18,41	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Όχι	60,66	16,32	<0,0005
	Ναι	36,56	15,02	
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Όχι	54,77	22,73	0,002
	Ναι	35,16	22,46	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Όχι	15,79	29,55	0,036
	Ναι	0,00	0,00	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Όχι	53,21	11,48	0,030
	Ναι	45,50	17,76	

Πίνακας 28: Η χρήση αντικαταθλιπτικών στην ποιότητα ζωής.

Η χρήση όμως των αντικαταθλιπτικών δεν φαίνεται να έχουν τα ίδια αποτελέσματα με τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, καθώς ο πίνακας που παρατίθεται πάνω δείχνει ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση αντικαταθλιπτικών και σε αυτά που δεν κάνουν για όλες τις μεταβλητές αξιολόγησης του εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας ζωής .**

	Αντικαταθλιπτικά	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
--	-------------------------	------------------	------------------------	----------------

Bpi-Σοβαρότητα	Όχι	2,8224	1,5667	<0,0005
	Ναι	4,4844	1,7946	
Bpi-Παρέμβαση	Όχι	3,6071	2,2696	<0,0005
	Ναι	6,2589	2,0736	

Πίνακας 29: Αντικαταθλιπτικά φάρμακα και πόνος.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση αντικαταθλιπτικών και σε αυτά που δεν κάνουν για τις μεταβλητές *Bpi-Σοβαρότητα και Bpi-Παρέμβαση*.

	Θεραπεία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Χημειοθεραπεία	67,35	32,41	0.615
	Ακτινοθεραπεία	60,00	32,58	
	Συνδυασμός	57,96	29,23	
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Χημειοθεραπεία	17,65	27,62	0.702
	Ακτινοθεραπεία	13,54	24,71	
	Συνδυασμός	18,52	29,08	
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Χημειοθεραπεία	46,65	27,73	0.309
	Ακτινοθεραπεία	38,83	23,68	
	Συνδυασμός	47,07	25,91	
4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Χημειοθεραπεία	48,00	15,40	0.216
	Ακτινοθεραπεία	39,56	18,47	
	Συνδυασμός	43,15	16,05	
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Χημειοθεραπεία	60,00	16,39	0.548
	ακτινοθεραπεία	54,58	19,75	
	Συνδυασμός	57,59	17,51	
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	χημειοθεραπεία	52,21	21,76	0.345
	ακτινοθεραπεία	54,17	23,82	
	Συνδυασμός	45,83	24,76	
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	χημειοθεραπεία	21,57	35,24	0.371
	ακτινοθεραπεία	11,11	26,03	
	Συνδυασμός	11,11	24,46	
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	χημειοθεραπεία	50,59	14,00	0.765
	ακτινοθεραπεία	51,50	12,61	
	Συνδυασμός	53,33	13,45	

Πίνακας 30: Η επίδραση της θεραπευτικής αντιμετώπισης στην ποιότητα ζωής.

Στη μονοπαραγοντική ανάλυση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου **δεν υπάρχει** στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 κατηγορίες θεραπείας για όλες τις μεταβλητές ελέγχου. Άλλωστε στόχος των επιστημόνων είναι οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις με τη μικρότερη δυνατή τοξικότητα και τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα με την καλύτερη ποιότητα ζωής. Αντίθετα **παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 κατηγορίες θεραπείας για τις μεταβλητές Bpi-Σοβαρότητα και Bpi-Παρέμβαση.**

	Θεραπεία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
BPI- σοβαρότητα	χημειοθεραπεία	2,13 *	1,73	0,008
	ακτινοθεραπεία	3,58	1,52	
	συνδυασμός	2,90	1,81	
BPI- παρέμβαση	χημειοθεραπεία	2,98 *	2,48	0,034
	ακτινοθεραπεία	4,65	2,24	
	συνδυασμός	3,71	2,56	

* p<0,05 vs. ακτινοθεραπεία

Πίνακας 31: η επίδραση της θεραπευτικής αντιμετώπισης στον πόνο.

		Ηλικία	Bmi
1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	Pearson Correlation	-0,320	0,035
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,738
2. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Pearson Correlation	-0,175	0,096
	Sig. (2-tailed)	0,095	0,360
3. ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	Pearson Correlation	-0,111	0,180
	Sig. (2-tailed)	0,292	0,087

4. ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Pearson Correlation	-0,066	0,125
	Sig. (2-tailed)	0,533	0,236
5. ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	Pearson Correlation	-0,341	0,095
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,369
6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	Pearson Correlation	-0,109	0,126
	Sig. (2-tailed)	0,303	0,232
7.ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	Pearson Correlation	-0,061	0,120
	Sig. (2-tailed)	0,561	0,253
8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Pearson Correlation	0,028	0,213
	Sig. (2-tailed)	0,789	0,042
BPI-σοβαρότητα	Pearson Correlation	0,115	-0,169
	Sig. (2-tailed)	0,273	0,107
BPI-παρέμβαση	Pearson Correlation	0,148	-0,154
	Sig. (2-tailed)	0,159	0,144

Πίνακας 32: Συσχέτιση της ποιότητας ζωής και του πόνου με την ηλικία και το δείκτη σωματικής μάζας (bmi).

Για να εξεταστούν οι 10 υποθέσεις της παρούσας έρευνας και να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην ηλικία και το σωματικό δείκτη Bmi με τις παραμέτρους της ποιότητας της υγείας και του πόνου, εφαρμόστηκε ή μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται παραπάνω στον πίνακα 32. Φαίνεται οι μόνες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις είναι αυτές ανάμεσα **στην ηλικία και στη σωματική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα αντίστοιχα.**

2.5. Μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης

Στο τρίτο μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης συσχετίστηκαν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές και οι αδροί λόγοι πιθανοτήτων (συσχέτιση συμπτωμάτων δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών) με τον πόνο και την ποιότητα ζωής στην κλίμακα των ερωτηματολογίων BPI και SF-36. Μέσω της πιλοτικής μελέτης προέκυψαν οι συγκεκριμένες τιμές για τις αντίστοιχες κατηγορίες αναφοράς και τις ανάλογες τιμές p-value, για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν.

Σωματική λειτουργικότητα	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	83,01	40,59	0,044
Φύλο	Άνδρας	13,87	10,05	0,172
Ηλικία	----	-0,30	0,26	0,242
Οικογενειακή κατάσταση	Μη έγγαμος	8,83	6,05	0,148
BMI	----	-0,92	1,57	0,559
Κάπνισμα	Όχι	19,76	6,18	0,002
Αλκοόλ	Όχι	6,83	6,93	0,327
Μετάσταση	Όχι	-24,26	5,79	<0,0005
Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-4,87	4,86	0,320
Θεραπεία-ακτινοθεραπεία		2,46	3,71	0,510
Οποιοδής	Όχι	-20,16	7,15	0,006
ΜΣΑΦ	Όχι	1,68	6,91	0,809
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-31,03	9,03	0,001
$R^2=0,492$, $p\text{-value}< 0,0005$ $SE=24,1$				

Πίνακας 33: Η επίδραση πολλών μεταβλητών παραγόντων στη σωματική λειτουργικότητα.

Ο έλεγχος του μοντέλου δεν παρουσιάζει σοβαρές παραβιάσεις στις προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή του όπως επίσης και ο έλεγχος για τη συγγραμμικότητα δεν αναδεικνύει υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων-μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή **Σωματική λειτουργικότητα**. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του

μοντέλου μας ερμηνεύουν το 49% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς μόνο το κάπνισμα, η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη Σωματική λειτουργικότητα . Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο που καπνίζει έχει Σωματική λειτουργικότητα μεγαλύτερη κατά 19,8 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν καπνίζει.
- Ένα άτομο με μετάσταση έχει Σωματική λειτουργικότητα μικρότερη κατά 24,3 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Άτομα που κάνουν χρήση οπιοειδών έχουν Σωματική λειτουργικότητα μικρότερη κατά 20,2 μονάδες σε σχέση με άτομα που δεν κάνουν.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών έχει Σωματική λειτουργικότητα μικρότερη κατά 31,1 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

Σωματικός ρόλος	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	59,00	40,03	0,145
Φύλο	Άνδρας	-8,42	9,92	0,398
Ηλικία	----	-0,19	0,25	0,464
Οικογενειακή	Μη έγγαμος	1,20	5,97	0,842
BMI	----	-0,27	1,55	0,865
Κάπνισμα	Όχι	9,71	6,09	0,115
Αλκοόλ	Όχι	-5,01	6,83	0,466
Μετάσταση	Όχι	-19,36	5,71	0,001

Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-4,60	4,80	0,340
Θεραπεία-ακτινοθεραπεία		-1,26	3,66	0,731
Οπιοειδή	Όχι	-16,74	7,05	0,020
ΜΣΑΦ	Όχι	1,99	6,81	0,771
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-10,56	8,91	0,239
R ² =0,300 , p-value= 0,003 SE=23,7				

Πίνακας 34: Η επίδραση διαφόρων μεταβλητών παραγόντων στο σωματικό ρόλο.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 30% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς μόνο η μετάσταση με το p-value 0,001 και η χρήση οπιοειδών με το p-value 0,020, είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στο **Σωματικό ρόλο**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **Σωματικό ρόλο** με συντελεστή B μικρότερο κατά 19,4 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **Σωματικό ρόλο** με συντελεστή B μικρότερο κατά 16,7 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

Σωματικός πόνος	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	80,44	34,98	0,024
Φύλο	Ανδρας	-13,36	8,67	0,127
Ηλικία	----	0,08	0,22	0,718
Οικογενειακή	Μη έγγαμος	-0,96	5,21	0,854
BMI	----	-0,19	1,36	0,887
Κάπνισμα	Όχι	-0,66	5,32	0,902
Αλκοόλ	Όχι	8,41	5,97	0,163
Μετάσταση	Όχι	-16,80	4,99	0,001

Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-5,24	4,19	0,215
Θεραπεία-ακτινοθεραπεία		-2,46	3,20	0,443
Οπιοειδή	Όχι	-20,74	6,16	0,001
ΜΣΑΦ	Όχι	2,25	5,95	0,707
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-15,133	7,782	0,055
$R^2=0,411$, $p\text{-value}< 0,0005$ $SE=20,$				

Πίνακας 35: Ο σωματικός πόνος και η συσχέτιση του με τις διάφορες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του πίνακα 35, μας δείχνουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το 41% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής $R^2= 0,411$ με το $p\text{-value} < 0,0005$ και από αυτούς μόνο η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στο **Σωματικό πόνο**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **Σωματικό πόνο** με $p\text{-value} 0,001$ και το συντελεστή B μικρότερο κατά 16,8 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **Σωματικό πόνο** με $p\text{-value} 0,001$ και συντελεστή B μικρότερο κατά 20,7 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει χρήση οπιοειδών.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών έχει **Σωματικό πόνο** μικρότερη κατά 15,1 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

Γενική υγεία	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	75,88	26,3	0,005
Φύλο	Άνδρας	-14,58	6,52	0,028
Ηλικία	----	0,08	0,17	0,642
Οικογενειακή	Μη έγγαμος	-0,83	3,92	0,833
BMI	----	-0,30	1,02	0,771
Κάπνισμα	Όχι	-4,96	4,01	0,219

Αλκοόλ	Όχι	2,11	4,49	0,640
Μετάσταση	Όχι	-15,16	3,75	<0,0005
Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	1,77	3,15	0,577
Θεραπεία-ακτινοθεραπεία		-3,43	2,41	0,158
Οπιοειδή	Όχι	-6,35	4,64	0,175
ΜΣΑΦ	Όχι	2,62	4,48	0,561
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-2,20	5,85	0,709
$R^2=0,301$, $p\text{-value}= 0,003$ $SE=15$,				

Πίνακας 36: Η γενική υγεία και οι διάφορες μεταβλητές.

Τα αποτελέσματα του πίνακα 36 ερμηνεύουν το 30% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής $R^2 = 0,301$ και $SE= 15$ και το $p\text{-value}=0,003$. Από αυτούς μόνο η μετάσταση και το φύλο είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη Γενική υγεία. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο με μετάσταση έχει Γενική υγεία μικρότερη κατά 15,6 μονάδες και με το $p\text{-value} < 0,0005$ σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Οι γυναίκες έχουν Γενική υγεία μικρότερη κατά 14,6 μονάδες και $p\text{-value} < 0,028$, σε σχέση με τους άνδρες.

Ζωτικότητα	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	79,20	22,2	0,001
Φύλο	Άνδρας	-0,82	5,51	0,883
Ηλικία	----	-0,20	0,14	0,154
Οικογενειακή	Μη έγγαμος	5,31	3,32	0,114
BMI	----	-0,52	0,86	0,547
Κάπνισμα	Όχι	8,55	3,39	0,014
Αλκοόλ	Όχι	6,18	3,80	0,108
Μετάσταση	Όχι	-13,46	3,17	<0,0005

Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-4,47	2,67	0,097
Θεραπεία-ακτινοθεραπεία		0,17	2,03	0,934
Οπιοειδή	Όχι	-8,40	3,92	0,035
ΜΣΑΦ	Όχι	1,88	3,79	0,620
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-20,28	4,95	<0,0005
$R^2=0,558$, $p\text{-value}< 0,0005$ $SE=13,2$				

Πίνακας 37: Η ζωτικότητα σε σχέση με διάφορες μεταβλητές.

Χρησιμοποιώντας, όπως σε όλες τις αναλύσεις μας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων-μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή **Ζωτικότητα**. Τα αποτελέσματα ερμηνεύουν το 56% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς μόνο το κάπνισμα, η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη **Ζωτικότητα**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο που καπνίζει έχει **Ζωτικότητα** μεγαλύτερη κατά 8,6 μονάδες και $p\text{-value}$ 0,014 σε σχέση με ένα άτομο που δεν καπνίζει.
- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **Ζωτικότητα** μικρότερη κατά 13,5 μονάδες, $p\text{-value}$ <0,0005 σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **Ζωτικότητα** μικρότερη κατά 8,4 μονάδες, $p\text{-value}$ 0,035 σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών έχει **Ζωτικότητα** μικρότερη κατά 20,3 μονάδες και $p\text{-value}$ <0,0005 σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

Κοινωνικός ρόλος	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	58,82	34,87	0,096
Φύλο	Ανδρας	6,98	8,64	0,422
Ηλικία	----	0,04	0,22	0,849
Οικογενειακή	Μη έγγαμος	3,79	5,20	0,468
BMI	----	-0,37	1,35	0,783

Κάπνισμα	Όχι	0,34	5,31	0,949
Αλκοόλ	Όχι	11,52	5,95	0,056
Μετάσταση	Όχι	-17,06	4,97	0,001
Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-5,01	4,18	0,234
Θεραπεία -ακτινοθεραπεία		5,90	3,19	0,088
Οπιοειδή	Όχι	-18,35	6,14	0,004
ΜΣΑΦ	Όχι	0,34	5,94	0,954
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-17,85	7,76	0,024
$R^2=0,344$, $p\text{-value}< 0,0005$ $SE=20,6$				

Πίνακας 38: Οι μεταστάσεις, το αλκοόλ, τα οπιοειδή και τα αντικαταθλιπτικά επιδρούν στον κοινωνικό ρόλο του ατόμου.

Από το 35% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής του πίνακα 38 και από αυτούς μόνο το αλκοόλ, η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στον **Κοινωνικό ρόλο**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο που κάνει χρήση αλκοόλ έχει **Κοινωνικό ρόλο** μεγαλύτερο κατά 11,5 μονάδες με $p\text{-value}$ 0,056, σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.
- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **Κοινωνικό ρόλο** με $p\text{-value}$ 0,001 και συντελεστή B μικρότερο κατά 17,0 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **Κοινωνικό ρόλο** μικρότερο κατά 18,4 μονάδες του συντελεστή B, σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών έχει **Κοινωνικό ρόλο** μικρότερο κατά 17,9 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

Συναισθηματικός ρόλος	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	55,94	43,0	0,198
Φύλο	Ανδρας	-11,91	10,6	0,267
Ηλικία	----	0,17	0,27	0,540
Οικογενειακή	Μη έγγαμος	8,60	6,42	0,184
BMI	----	-1,25	1,67	0,457

Κάπνισμα	Όχι	-3,94	6,55	0,549
Αλκοόλ	Όχι	5,99	7,35	0,417
Μετάσταση	Όχι	-15,69	6,14	0,013
Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	1,42	5,16	0,785
Θεραπεία –		-1,53	3,94	0,698
Οπιοειδή	Όχι	-23,25	7,58	0,003
ΜΣΑΦ	Όχι	4,99	7,33	0,498
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	-6,60	9,58	0,493
R ² =0,253 , p-value=0,017 SE=24,5				

Πίνακας 39: Ο ρόλος του συναισθήματος στην ποιότητα ζωής σε σχέση με διάφορες μεταβλητές.

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι στο 25% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς μόνο η μετάσταση και η χρήση οπιοειδών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στον **Συναισθηματικός ρόλο**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **Συναισθηματικό ρόλο** μικρότερο κατά 15,7 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **Συναισθηματικό ρόλο** μικρότερο κατά 23,2 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

Ψυχική υγεία	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	37,43	19,7	0,061
Φύλο	Άνδρ	5,31	4,88	0,280
Ηλικία	----	0,06	0,12	0,622
Οικογενειακή	Μη	-0,37	2,94	0,901
BMI	----	0,62	0,76	0,418
Κάπνισμα	όχι	2,34	3,00	0,438
Αλκοόλ	όχι	-2,05	3,36	0,543
Μετάσταση	όχι	-	2,81	<0,0005

Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-1,72	2,36	0,469
Θεραπεία –		-1,14	1,80	0,528
Οπιοειδή	όχι	-6,90	3,47	0,050
ΜΣΑΦ	όχι	0,62	3,35	0,853
Αντικαταθλιπτικά	όχι	-8,29	4,38	0,062
$R^2=0,301$, $p\text{-value}=0,003$ $SE=11.67$				

Πίνακας 40: Η ανάλυση της επίδρασης διαφόρων μεταβλητών στην ψυχική υγεία.

Οι παράγοντες του πίνακα 40 ερμηνεύουν το 32% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής $R^2=0,301$ και από αυτούς μόνο η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην **Ψυχική υγεία**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **Ψυχική υγεία** μικρότερη κατά 10,3 μονάδες, με $p\text{-value} < 0,0005$, σε σχέση ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **Ψυχική υγεία** μικρότερη κατά 6,9 μονάδες με $p\text{-value} 0,050$ σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση αντικαταθλιπτικών έχει **Ψυχική υγεία** μικρότερη κατά 8,3 μονάδες με $p\text{-value} 0,062$ σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

BPI Σοβαρότητα	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	1,63	2,12	0,444
Φύλο	Ανδρας	1,57	0,52	0,004
Ηλικία	----	-0,01	0,01	0,348
Οικογενειακή	Άγαμος	0,02	0,32	0,943
BMI	----	-0,04	0,08	0,641
Κάπνισμα	Όχι	-0,39	0,32	0,231
Αλκοόλ	Όχι	-0,14	0,36	0,694
Μετάσταση	Όχι	1,36	0,30	<0,0005
Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-0,37	0,25	0,149
Θεραπεία -ακτινοθεραπεία		0,63	0,19	0,002

Οπιοειδή	Όχι	1,05	0,37	0,006
ΜΣΑΦ	Όχι	0,38	0,36	0,294
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	0,38	0,47	0,422
$R^2=0,538$, $p\text{-value}< 0,0005$ $SE=1,25$				

Πίνακας 41: η ανάλυση της σοβαρότητας του πόνου με τη συσχέτιση διαφόρων μεταβλητών παραγόντων.

Η μονοπαραγοντική ανάλυση πάνω στη μεταβλητή **BPI Σοβαρότητα** δείχνει ότι οι παραπάνω παράγοντες ερμηνεύουν το 54% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς μόνο το φύλο, η μετάσταση, η ακτινοθεραπεία και η χρήση οπιοειδών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη **BPI Σοβαρότητα**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Οι γυναίκες έχουν **BPI Σοβαρότητα** μεγαλύτερη κατά 1,6 μονάδες σε σχέση με τους άνδρες.
- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **BPI Σοβαρότητα** μεγαλύτερη κατά 1,4 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **BPI Σοβαρότητα** μεγαλύτερη κατά 1,1 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.
- Ένα άτομο που έχει κάνει ακτινοθεραπεία έχει **BPI Σοβαρότητα** μεγαλύτερη κατά 0,6 μονάδες σε σχέση με ένα άτομο που έχει κάνει συνδυασμό θεραπειών.

BPI Παρέμβαση	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής B	Τυπικό σφάλμα	p-value
Σταθερά	----	1,96	3,16	0,538
Φύλο	Ανδρας	1,43	0,78	0,072
Ηλικία	----	-0,01	0,02	0,672
Οικογενειακή	Άγαμος	0,26	0,47	0,587
BMI	----	-0,05	0,12	0,676
Κάπνισμα	Όχι	-0,14	0,48	0,770
Αλκοόλ	Όχι	-0,46	0,54	0,398
Μετάσταση	Όχι	2,22	0,45	<0,0005
Θεραπεία-χημειοθεραπεία	Συνδυασμός	-0,25	0,38	0,514
Θεραπεία -ακτινοθεραπεία		0,75	0,29	0,012
Οπιοειδή	Όχι	1,01	0,56	0,073

ΜΣΑΦ	Όχι	0,46	0,54	0,399
Αντικαταθλιπτικά	Όχι	1,35	0,70	0,059
$R^2=0,490$, $p\text{-value}< 0,0005$ $SE=1,87$				

Πίνακας 42: Η επίδραση παραγόντων στην BPI παρέμβαση.

Χρησιμοποιώντας τέλος το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης - με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression-enter method) και θέλοντας να δούμε την επίδραση των παραγόντων-μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω στη μεταβλητή **BPI Παρέμβαση**. Τα αποτελέσματα ερμηνεύουν το 49% της διακύμανσης της εξαρτημένης και από αυτούς μόνο το φύλο, η μετάσταση, η ακτινοθεραπεία και η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι οι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη **BPI Παρέμβαση**. Η ερμηνεία του δείκτη είναι η εξής:

- Οι γυναίκες έχουν **BPI Παρέμβαση** μεγαλύτερη κατά 1,4 μονάδες και $p\text{-value}$ 0,072 σε σχέση με τους άνδρες.
- Ένα άτομο με μετάσταση έχει **BPI Παρέμβαση** μεγαλύτερη κατά 2,2 μονάδες και $p\text{-value} < 0,0005$ σε σχέση με ένα άτομο χωρίς μετάσταση.
- Ένα άτομο που κάνει χρήση οπιοειδών έχει **BPI Παρέμβαση** μεγαλύτερη κατά 1,01 μονάδες και $p\text{-value}$ 0,012 σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.
- Ένα άτομο που έχει κάνει ακτινοθεραπεία έχει **BPI Παρέμβαση** μεγαλύτερη κατά 0,8 μονάδες, $p\text{-value}$ 0,012 σε σχέση με ένα άτομο που έχει κάνει συνδυασμό θεραπειών.
- Ένα άτομο με χρήση αντικαταθλιπτικών έχει **BPI Παρέμβαση** μεγαλύτερη κατά 1,4 μονάδες και $p\text{-value}$ 0,059 σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει.

3.Συζήτηση

Η εργασία αυτή είναι πιλοτική και είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου και της ποιότητας ζωής, σε σχέση με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες στους ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο τραχήλου της κεφαλής που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή σε συνδυασμό και των δυο θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το δείγμα για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν από τους ασθενείς του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «ο Άγιος Σάββας», από τον Απρίλιο του 2009 έως και τον Ιούλιο του 2009. Ελέγχθηκε η βασική υπόθεση ότι το κάπνισμα, οι μεταστάσεις καθώς επίσης η χρήση οπιοειδών

και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δρουν επιβαρυντικά στην ποιότητα ζωής ανεξαρτήτου φύλου (μιας και οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες). Αντίθετα απορρίφθηκε η υπόθεση ότι το αλκοόλ δρα και αυτό επιβαρυντικά στην ποιότητα ζωής. Επίσης ελέγχθηκε και επιβεβαιώθηκε και η υπόθεση ότι οι ασθενείς με ακτινοθεραπεία έχουν μεγαλύτερη BPI σοβαρότητα σε σχέση με αυτούς που δεν κάνουν ακτινοθεραπεία.

Συγκεκριμένα, στην έρευνα αποδείχτηκε ότι περισσότεροι ασθενείς είναι άνδρες ($n=75$), σε σχέση με τις γυναίκες που αποτελούσαν μόνο το 18,5% της έρευνας. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 63,70 χρόνια, με τη μικρότερη ηλικία να είναι στα 25 έτη και η μεγαλύτερη στα 92 ετη ζωής. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς φάνηκε να έχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, την οικογένεια τους, καθώς από αυτούς το 79,3% έμενε με το συγγενικό του περιβάλλον και το 16,3% έμεναν μόνοι τους. Το επίπεδο της εκπαίδευσης τους ήταν χαμηλό με τους περισσότερους, ποσοστό 47,8%, να έχουν τελειώσει το δημοτικό.

Φαίνεται ότι στους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής, η διάγνωση της νόσου δεν στάθηκε ικανή για τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς σε ποσοστό 64,1% συνέχιζαν να καπνίζουν παρότι δέχονταν θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Ο μέσος όρος ημερήσιας χρήση καπνού σε αριθμό τσιγάρων ήταν τα 31,69 τσιγάρα ημερησίως. Σε αντίθεση με το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ φάνηκε να είναι περιορισμένη με 50 από τους 92 ασθενείς να μην έχουν κάνουν κατανάλωση αλκοόλ.

Σε σχέση με τη θεραπεία, από τους 92 ασθενείς οι 17 (18,5%) έκαναν μόνο χημειοθεραπεία, οι 48 ακτινοθεραπεία (52,2%), και οι 27 είχαν συνδυασμένη θεραπεία με χημειοακτινοβολία (29,3). Στην έρευνα αυτή δεν είχαμε ασθενείς οι οποίοι είχαν σαν θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου τη χειρουργική επέμβαση, καθώς αυτό ήταν ένας από τους περιορισμούς της ερευνητικής μελέτης. Στην έρευνα αυτή 15 ασθενείς, ποσοστό 16,3% είχαν κάνει επέμβαση τοποθέτηση γαστρεντερικού σωλήνα σίτισης (PEG). Μεγάλο ποσοστό ασθενών 81,5% έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή με οπιοειδή (ασθενή όπως η κωδεΐνη, ή ισχυρά όπως η μορφίνη και η φεντανύλη), ενώ μικρότερα ήταν τα ποσοστά των ασθενών που έπαιρναν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα 22,8%, αντικαταθλιπτικά 17,4%, παρεκεταμόλη 31,5%.

Στο ερωτηματολόγιο με τα δημογραφικά στοιχεία υπήρχαν και κάποιες ερωτήσεις για το αν οι ασθενείς πιστεύουν ότι έχει αλλάξει η κατάποση τους, η ομιλία τους, η γεύση τους, ακόμα και το σάλιο τους. Όλες οι απαντήσεις ήταν θετικές με ποσοστά να κυμαίνονται από 79,4% για το σάλιο μέχρι 93,5% για την κατάποση. Αντίθετα οι παρενέργειες από τη θεραπευτική παρέμβαση ήταν μοιρασμένες με τη δυσκαταποσία και τη στοματίτιδα να έχουν υψηλά ποσοστά (43,5% και 39,1% αντίστοιχα).

Η εντόπιση της νόσου φαίνεται στον πίνακα 25, με τους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο λάρυγγα (n=30), ρινοφάρυγγα (n=16) και καρκίνο γλώσσας (n=13). Ο πόνος σε όλους τους ασθενείς είχε εντόπιση στην μπροστινή τραχηλική χώρα και στη στοματική κοιλότητα.

Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου SF-36 παρατηρούμε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διάφορα ανάμεσα στα 2 φύλα με τις γυναίκες να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής αναφορικά με το σωματικό ρόλο, σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα και τη συναισθηματική κατάσταση τους, καθώς τα χαμηλά αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο, δείχνει φτωχή ποιότητα ζωής. Παρόμοια στατιστική διάφορα παρατηρούμε να συμβαίνει και για τη BPI σοβαρότητα και BPI παρέμβαση. Αντίθετα δεν παρατηρούμε σημαντικά στατιστική διάφορα σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών. Στατιστική διάφορα υπάρχει ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και κάνουν κατανάλωση αλκοόλ σε αυτά που δεν καπνίζουν μόνο στη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, τη ζωτικότητα και στη BPI σοβαρότητα. Το αλκοόλ φαίνεται ότι έχει επίδραση και στο BPI παρέμβαση.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διάφορα ανάμεσα στα άτομα που έχουν μετάσταση, κάνουν χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και σε αυτά που δεν έχουν, για όλες τις μεταβλητές αξιολόγησης του SF-36 και του BPI.

Στο επίπεδο πολυμεταβλητής ανάλυσης και μετά από στάθμιση για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, τα ευρήματα ήταν παρόμοια με αυτά της μονομεταβλητής ανάλυσης, με λίγες διαφοροποιήσεις. Συγκεκριμένα χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με τη μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple linear regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την επίδραση των παραγόντων-μεταβλητών της μονοπαραγοντικής ανάλυσης πάνω

στη μεταβλητή Σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, το κοινωνικό ρόλο, το συναισθηματικό ρόλο, την ψυχική υγεία και το BPI σοβαρότητα και BPI παρέμβαση. Η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είχαν στατιστικά σημαντική διάφορα για όλες σχεδόν τις μεταβλητές. Τέλος φάνηκε να επιδρούν στατιστικά σημαντικά το BPI σοβαρότητα και στο BPI παρέμβαση στα άτομα που έχουν κάνει ακτινοθεραπεία σε σχέση με τα άτομα που έχουν κάνει συνδυασμό θεραπευτικής παρέμβασης όπως ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία ταυτόχρονα.

Ιδιαίτερη εντύπωση παρουσίαζε από την ανάλυση το γεγονός ότι το ενώ το κάπνισμα, το αλκοόλ, η μετάσταση, η χρήση οπιοειδών και αντικαταθλιπτικών είναι παράγοντες που επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη σωματική λειτουργικότητα και τη ζωτικότητα, από αυτά, όλοι σχεδόν οι παράγοντες λειτουργούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής, εντούτοις το κάπνισμα φαίνεται να λειτουργεί θετικά στην ποιότητα ζωής. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν από την ανάλυση των παραγόντων – μεταβλητών πάνω στη μεταβλητή του κοινωνικού ρόλου και τη χρήση αλκοόλ. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι ένα άτομο που κάνει χρήση αλκοόλ έχει κοινωνικό ρόλο μεγαλύτερο από 11,5 σε σχέση με ένα άτομο που δεν κάνει χρήση αλκοόλ. Αυτά τα αποτελέσματα χρήζουν περαιτέρω έρευνα και σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο.

3.1. Σύγκριση με άλλες μελέτες

Στην προσπάθεια μας για συσχέτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με άλλες παρόμοιες έρευνες δεν είχαμε τα αποτελέσματα που θα επιθυμούσαμε. Το ερωτηματολόγιο BPI δεν βρέθηκε στη βιβλιογραφία να έχει συσχετιστεί άλλη φορά με τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. Αντίθετα βρέθηκαν αρκετές έρευνες (116 στη μηχανή αναζήτησης Medline), με τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, για την ανακουφιστική θεραπεία του πόνου, για τον καρκίνο μαστού, κ.α., όχι όμως για τον καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής.

Το ερωτηματολόγιο SF 36 φαίνεται ότι έχει χρησιμοποιηθεί σε μερικές έρευνες για μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνου του τραχήλου της κεφαλής. Συγκεκριμένα οι Wang S., et all το 2005, είχαν δημοσιεύσει μια έρευνα με χρήση του ίδιου εργαλείου, με τα άτομα να έχουν μεγαλύτερα αποτελέσματα από σε 5 από τις 8 μεταβλητές του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο SF 36 χρησιμοποιήθηκε σε άλλη μια έρευνα όπως αυτή των Hammerlid et Taft C., το 2001, οι οποίοι χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Σε αυτό οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου είχαν χειρότερα αποτελέσματα σχεδόν σε όλες τις μεταβλητές εκτός από τον σωματικό πόνο. Σημαντική στατιστική διάφορα όμως παρουσιάστηκε μόνο στο σωματικό ρόλο.

Σε άλλη έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2008, οι Gutierrez et al., όπου η σωματική λειτουργικότητα των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Στην παρούσα έρευνα όμως δεν αποδείχτηκε κάτι τέτοιο.

Το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποίησαν και οι Duffy et al., το 2007, όπου τα καταθλιπτικά συμπτώματα φάνηκε να έχουν αρνητική επίδραση σε όλες τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου. Τα ίδια αποτελέσματα υπήρξαν και από τη χρήση καπνού, τσιγάρου. Αντίθετα το αλκοόλ δεν είχε σύνδεση με καμιά από τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου. Τα ίδια ακριβώς αποτελέσματα υπήρξαν και από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια.

Παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα εργασία έχουν αποδειχτεί και σε άλλες ερευνητικές προσπάθειες, οι οποίες ουσιαστικά είχαν τα ίδια αποτελέσματα, εντούτοις χρησιμοποιούσαν διαφορετικά ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής (El-Deiry et al., 2005, Duffy S., et al., 2006).

Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου με την ακτινοθεραπεία να δίνει χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με αυτούς που κάνουν χημειοθεραπεία. Στην παρούσα εργασία όμως η ομάδα σύγκρισης ήταν η ομάδα των ατόμων που έκαναν συνδυασμένη θεραπεία όπως χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Η κατάθλιψη, ο πόνος και η άρνηση για κοινωνικές επαφές ήταν ένα άλλο στοιχείο που αποδείχτηκε, όπως και σε αυτή την εργασία, ότι έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην ποιότητα ζωής (Nguyen N., et al., 2007).

Τέλος ο πόνος θεωρείται από την έρευνα των Vartanian et al., 2006, οι οποίοι χρησιμοποίησαν διαφορετικό ερωτηματολόγιο από αυτό τη δική μας έρευνας, ως ένας σοβαρός παράγοντας έκπτωσης της ποιότητας ζωής.

4. Συμπέρασμα

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής για τη μελέτη της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής. Στην Ελλάδα οι έρευνες στη βιβλιογραφία είναι περιορισμένες. Εντούτοις έχει αποδειχτεί ότι ο πόνος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς επίσης η χρήση καπνού και αλκοόλ είναι επιβαρυντικοί παράγοντες τόσο για την εξέλιξη της νόσου, όσο και για την ποιότητα ζωής.

Η παρούσα έρευνα είναι μια πιλοτική έρευνα, με στοιχεία σημαντικά στατιστικά που επικυρώνονται και από άλλες παρόμοιες μελέτες σε άλλες χώρες. Υπάρχουν όμως και κάποιοι στατιστικά σημαντικά παράγοντες όπως το κάπνισμα που δρα θετικά στο σωματικό ρόλο και τη ζωτικότητα, ή το αλκοόλ που δρα θετικά στον κοινωνικό ρόλο, τα οποία χρήζουν περαιτέρω έρευνας και μελέτης με μεγαλύτερο δείγμα ασθενών και με την άρση κάποιων περιορισμών όπως η νοσηλεία των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία, προκειμένου να έχουμε μια καλύτερη εικόνα και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της κεφαλής.

Η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει ωστόσο να συνεργαστεί μεταξύ της τόσο για τη ενημέρωση για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, όσο για την ενημέρωση και την έγκαιρη διάγνωση με σκοπό την ύπαρξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων με λιγότερο πόνο και με καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abdulamir A., Hafidh R., Abdulmuhammen N., Abubakar F., Abbas K., *The distinctive profile of risk factors of nasopharyngeal carcinoma in comparison with other head and neck cancer types*, BMC, Public Health 2008, 8:400.
2. Adelstein D., Saxton J., Rybicki L., Escamado R., Wood B., Strome M., Lavertu P., Lorenze R., Carroll M., *Multiagent concurrent chemo radiotherapy for loco regionally advanced squamous cell head and neck cancer: mature*

- results from a single institution*, Journal of Clinical Oncology, 2006, 24, 7:1064-1071.
3. Aldington S., Harwood M., Cox B., Weatherall M., Beckert L., Hansell A., Pritchard A., Robinson G., Beasley R., and Cannabis and Respiratory Disease Research Group, *Cannabis use and cancer of the head and neck: case control study*, Otolaryngology and Head and Neck Surgery, 2008, 138 (3): 374 – 380.
 4. Alhuwalia K., *Assessing the oral cancer risk of South-Asian immigrants in New York city*, Cancer, 2005, 15: 104, 12, 2959-2961.
 5. Amal A-H., Morris P., Markova T., *An unusual presentation of adenoid cystic carcinoma of the minor salivary glands with cranial palsy: a case study*, BMC Cancer, 2007, 7:157.
 6. Aziz L., Ebenfelt A., *Mucosal secretion changes during radiotherapy in the oral cavity*, Clinical Oral Investigation, 2007, 11: 293 – 296.
 7. Babin E., Sigston E., Hitier M., Dehesdin D., Marie J., Choussy O., *Quality of life in Head and Neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome*, European Archives of Otorhinolaryngology, 2008, 265: 265-270.
 8. Beaver M., Myers J., Griffenberg L., Waugh K., *Percutaneous Fluoroscopic Gastrostomy tube placement in patients with head and neck cancer*, Arch Otolaryngology Head and Neck Surgical, 1998, 124: 1141-1144.
 9. Benoliel R., Epstein J., Eliav E., Jurevic R., Elad S., *Orofacial Pain in Cancer Part I – Mechanisms*, Journal of Dental Research, 2007, 86, 6: 491 – 505.
 10. Bjordal K., Ahlner- Elmqvist M., Hammerlid E., Boysen M., Evensen J., Biorklund A., Jannert M., Westin T., Kaasa S., *A prospective Study of Quality of Life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal Data*, The Laryngoscope , 2001, 111: 1440- 1452.
 11. Bjordal K., Hammerlid E., Ahlner- Elmqvist M., De Graeff A., Boysen M., Evensen J., Biorklund A., De Leeuw R., Fayers P., Jannet M., Westin T., Kaasa S., *Quality of life in head and neck cancer patients: Validation of the European Organization for Research and treatment of cancer Quality of life Questionnaire–H&N35*, Journal of Clinical Oncology, 1999, 17,3: 1008-1019.

12. Bjorklund M., Sarvimaki A., Berg A., *Health promotion and empowerment from the perspective of individuals living with head and neck cancer*, European Journal of Oncology Nursing, 2008, 12, 26-34.
13. Bolzoni – Villaret A., Cappiello J., Piazza C., Pedruzzi B., Nikolai P., *Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study*, Acta Otorhinolaryngologica Italica, 2008, 28:120-125.
14. Bonner J., Harari H., Giralt J., Azarnia N., Shin D., Cohen R., Jones C., Sur R., Raben D., Jasssem J., Ove R., Kies M., Baselga J., Yousoufian H., Amellal N., Rowinsky E., Ang K., *Radiotherapy plus cetuximab for squamous cell carcinoma of the head and neck*, The new England Journal of Medicine, 2006, 354, 6: 567-578.
15. Borggreven P., Verdonck – De Leeuw I., Muller M., Heiligers M., De Bree R., Aaronson N., Leemans R., *Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study*, Eur. Arch Otorhinolaryngol, 2007, 264: 651- 657.
16. Bowling, A., *What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life*, Soc. Sci. Med., 1995, 41, 1447-1462.
17. Campbell B., Spinelli K., Marbella A., Myers K., Kuhn J., Layde P., *Aspiration, Weight Loss, and Quality of life in Head and Neck Cancer Survivors*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2004, 130: 1100-1103.
18. Candy J., *Nutritional support during radiotherapy for head and neck cancer : the role of prophylactic feeding tube placement*, Clinical Journal of Oncology Nursing, 11, 6 :875-880.
19. Chen A., Frankowski R., Bishop – Leone J., Hebert T., Leyk S., Lewin J., Goepfert H., *The development and Validation of a Dysphagia – Specific Quality of life Questionnaire for patients with Head and Neck cancer*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2001, 127: 870 - 876.
20. Clark A., *Oral cancer prevention and early detection*, Nursing Standard, 2000, 13, 41, 43-47.

21. Collins R., Flynn A., Melville A., Richardson R., Eastwood A., *Effective health care: management of head and neck cancers*, Quality Safety Health Care, 2005, 14:144-148.
22. Curran D., Giralt J., Harari P., Ang K., Cohen R., Kies M., Jassem J., Baselga J., Rowinsky E., Amellal N., Comte S., Bonner J., *Quality of life in head and neck cancer patients after treatment with high-dose radiotherapy alone or in combination with cetuximab*, Journal of Clinical Oncology, 2007, 25, 16: 2191-2197.
23. Davies N., *Measuring health – related quality of life in cancer patients*, Nursing Standard, 2009, 23, 30, 42 – 49.
24. Desai N., Trieu V., Damascelli B., Soon-Shiong P., *SPARC Expression correlates with tumor response to Albumin –Bound Paclitaxel in Head and neck cancer patients*, Translation Oncology, 2009, 2: 59-64.
25. Dinkel H., Beer K., Zren P., Triller J., *Establishing radiological percutaneous gastrostomy with balloon – retained tubes as an alternative to edoscopic and surgical gastrostomy in patients with tumors of the head and neck or oesophagus*, The British Journal of Radiology, 2002, 75: 371-377.
26. Doweck I., Kaplan-cohen V., Naroditsky I., Sabo E., Ilan N., Vlodavsky I., *Heparanase localization and expression by head and neck cancer: correlation with tumor progression and patient survival*, Neoplasia, 2006, 8, 12: 1055-1061.
27. Doweck I., Robbins T., Samant S., Vieira F., *intra- arterial chemo radiation for T3-4oral cavity cancer: treatment outcomes in comparison to oropharyngeal and hypopharyngeal carcinoma*, World Journal of Surgical Oncology, 2008, 6: 2.
28. Duffy S., Ronis D., Valenstein M., Fowler K., Lambert M., Bishop C., Terrell J., *Depressive Symptoms, smoking, drinking and Quality of life among Head and Neck cancer patients*, Psychosomatics, 2007, 48, 2:142-148.
29. Duffy S., Ronis D., Valenstein M., Lambert M., Fowler K., Gregory L., Bishop C., Myers L., Blow F., Terrell J., *A tailored smoking, Alcohol, and Depression intervention for Head and Neck Cancer Patients*, Cancer epidemiology Biomarkers Prev., 2006, 15, 11: 2203-2208.

30. Ellis H., *Clinical Anatomy A revision and applied anatomy for clinical students, Tenth edition*, p. 279-345, Blackwell science, U.K. 2002.
31. El- Deiry M., Funk G., Nalwa S., Karnell L., Smith R., Buatti J., Hoffman H., Clamon G., Graham S., Trask D., Dornfeld K., Yao M., *Long term Quality of life for surgical and nonsurgical Treatment of head and Neck Cancer*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2005, 131: 879 - 885.
32. El-Naggar A., Hopper C., Upile T., Jerjes W., *Head and neck Oncology: purpose, scope and goals-charting the future*, Head and Neck Oncology 2009, 1: 1.
33. El-Sayed S., Nabid A., Shelley W., Hay J., Balogh J., Gelinas M., MacKenzie R., Read N., Berthelet E., Lou H., Epstein J., Delvecchio P., ganguly P., Wong F., Burns P., Tu D., Pater J., *Prophylaxis of radiation – associated mucositis in conventionally treated patients with head and neck cancer: a double – blind, phase III, randomized, controlled trial evaluating the clinical efficacy of an antimicrobial lozenge using a validated mucositis scoring system*, Journal of Clinical Oncology, 2002, 20, 19 :3956-3963.
34. Epstein J., Elad S., Jurevic R., Benoliel R., *Orofacial Pain in Cancer: II- Clinical Perspectives and management*, Journal of Dental Research, 2007, 86, 6: 506 – 518.
35. Epstein J., Gorsky M., Cabay R., Day T., Gonsalves W., *Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma*, Canadian Family Physician, 2008, 54: 870-875.
36. Epstein J., Silverman S., Paggiarino D., Crockett S., Schubert M., Senzer N., Lockhart P., Gallagher M., Peterson D., Leveque F., *Benzydamine HCl for prophylaxis of radiation –induced oral mucositis*, Cancer, 2001, 92, 4: 875-885.
37. Epstein J., Truelove E., Oien H., Allison C., Le N., Epstein M., *Oral topical doxipen rinse: analgesic effect in patients with oral mucosal pain to cancer or cancer therapy*, Oral Oncology, 2001, 37: 632-637.
38. Epstein J., Wilkie D., Fischer D., Kim Y., Villines D., *Neuropathic and nociceptive pain in head and neck cancer patients receiving radiation therapy*, Head and Neck Oncology, 2009, 1: 26.

39. Estilo C., O - Charoenrat P., Talbot S., Socci N., Carlson D., Ghossein R., Williams T., Yonekawa Y., Ramanathan Y., O Boyle J., Kraus D., Patel S., Shaha A., Wong R., Huryn J., Shah J., Singh B., *Oral tongue cancer gene expression profiling: identification of novel potential prognosticators by oligonucleotide microarray analysis*, BMC, Cancer, 2009, 9: 11.
40. Fang F.- M., Lui Y.-T., Tang Y., Wang C.-J., Ko S.- F., *Quality of life as a survival predictor for patients with advanced Head and Neck carcinoma Treated with Radiotherapy*, Cancer, 2004, 100, 2: 425-432.
41. Farber D., *Paradigm shift in the treatment of head and neck cancer: the role of neoadjuvant chemotherapy*, The Oncologist, 2005, 10, 3:11-19.
42. Forastiere A., Trotti A., Pfister D., Grantis J., *Head and neck cancer: recent advances and new standards of care*, Journal of Clinical Oncology, 2006, 24, 17: 2603-2605.
43. Funk G., Karnell L., Smith R., Christensen A., *Clinical Significance of Health Status Assessment Measures in Head and Neck Cancer*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2004, 130: 825-829.
44. Glisson B., Murphy B., Frenette G., Khuri F., Forastiere A., *Phase II trial of doxetaxel and cisplatin combination chemotherapy in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck*, Journal of Clinical Oncology, 2002, 20, 6: 1593-1599
45. Gray H., *Anatomy of the human body*, Philadelphia: Lea & Febiger, 1918; Bartleby, 2000.
46. Gritz E., Carmack C., De Moor C., Coscarelli A., Schacherer W., Meyers E., Abemayor E., *First Year After Head and Neck Cancer: Quality of life*, Journal of Clinical Oncology, 1999, 17: 352- 360.
47. Goldstein N., Genden E., Morrison S., *Palliative care for patients with Head and Neck Cancer*, JAMMA 2008, 299, 15: 1818-1825.
48. Hammerlid E., Taft C., *Health – related quality of life in long – term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms*, British Journal of Cancer, 2001, 84, 2: 149- 156.
49. Harish K., *Neck dissections : radical to conservative*, World Journal of Surgical Oncology, 2005, 3: 21.

50. Harris D., *Cancer treatment-induced mucositis pain: strategies for assessment and management*, Therapeutics and Clinical Risk Management, 2006, 2, 3: 251-258.
51. Harris D., Cashavelly B., Maxwell C., *Management of oral mucositis*, Clinical Journal of Oncology Nursing, 2008, 12, 1: 141-152.
52. Harris D., Eilers J., Harriman A., Cashavelly B., Maxwell C., *Putting Evidence into Practice, Evidence – Based Interventions for the management of Oral Mucositis*, Clinical Journal of Oncology Nursing, 2008, 12, 1: 141- 152.
53. Helliwell T.R. *Evidence based pathology: squamous carcinoma of hypopharynx*, Journal of Clinical Pathology, 2003, 56: 81-85.
54. Hermans R., *Post - treatment imaging of head and neck cancer*, Cancer Imaging, 2004, 4: 6-15.
55. Hewett J., Howland D., *The benefits of a nurse and dietician – led follow – up clinic in head and neck cancer*, Cancer Nursing Practice, 2009, 8, 2: 23-27.
56. Hondt D., Lonchay L., Andre C., Canon M., Luc J., *Oral mucositis induced by anticancer treatments: physiopathology and treatments*, Therapeutics and Clinical Risk Management, 2006, 2, 2: 159-168.
57. Johansson M., Ryden A., Finizia C., *Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer – A longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer*, BMC, Cancer, 2008, 8: 80.
58. Kanatas A., Rogers Sn., *A national survey of health – related quality of life questionnaires in head and neck oncology*, Ann R. Surg. Engl., 2004, 86: 6-10.
59. Karvonen - Gutierrez C., Ronis D., Fowler K., Terrell J., Gruber S., Duffy S., *Quality of life Scores predict Survival Among Patients with head and neck*, Cancer Journal of Clinical Oncology, 2008, 26, 16: 2754 - 2760.
60. Kelly C., Paleri V., Downs C., Shah R., *Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer*, Otolaryngology – Head and Neck Surgery, 2007, 136: 108-111.
61. Khuri F., Nemunaitis J., Ganly I., Arseneu J., Tannock I., Romel L., Gore M., Ironside J., MacDougall R., Heise C., Randlev B., Gillenwater A., Bruso P., Kaye S., Hong W., Kirn D., *A controlled trial of intratumoral ONYX-015, a selectively replicating adenovirus, in combination with cisplatin and 5-*

- fluorouracil in patients with recurrent head and neck cancer*, Nature America Medicine, 2000, 6, 8: 879-885.
62. Kim C., Han H., Moon H., Kim H., Kim O., Chang K., *CT and MR imaging of the buccal space: normal anatomy and abnormalities*, Korean journal of radiology, 2005, 6 (1): 22-30.
63. Kingsley K., O'Malley S., Ditmyer M., Chino M., *Analysis of oral cancer epidemiology in the Us reveals state – specific trends: implications for oral cancer prevention*, BMC, Public Health, 2008, 8: 87.
64. Kolokythas A., Connelly T., Schmitt B., *Validation of the university of California San Francisco oral cancer pain Questionnaire*, Journal of Pain, 2007, 8, 12: 950-953.
65. Konski A., Winter K., Cole B., Ang K., Fu K., *Quality-Adjusted survival Analysis of Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 90-03:Phase III Randomized Study Comparing Altered Fractionation to standard Fractionation Radiotherapy for Locally Advanced head and Neck Squamous Cell Carcinoma*, Head and Neck, 2009, 31, 2: 207-212.
66. Kugaya A., Akechi T., Okuyama T., Nakano T., Mikami I., Okamura H., Uchitomi Y., *Prevalence, Predictive Factors, and screening for Psychological Distress in Patients with Newly Diagnosed Head and Neck Cancer*, Cancer, 2000, 88, 12: 2817-2823.
67. Kumar P., *Impact of anemia in patients with head and neck cancer*, The Oncologist, 2000, 5, 2: 13-18.
68. Lalla R., Sonis S., Peterson D., *Management of oral mucositis in patients with cancer*, Dental Clinical Of North America, 2008, 52, 1: 61-viii.
69. Larsson M., Hedelin B., Athlin E., *Lived experiences of eating problems for patients with head and neck cancer during radiotherapy*, Journal of Clinical Nursing, 2003, 12: 562 – 570.
70. Lee Y.-C. A., Boffetta P., Sturgis E., Wei Q., Zhang Z-F., Muscat J., Lazarus P., Matos E., Hayes R., Winn D., Zaridze D., Wunsch-Filho V., Eluf-Neto J., Koifman S., Mates D., Curado M.,-P., Menezes A., Fernandez L., Daudt A., Szeszenia-Dabrowska N., Fabianova E., Rudnai P., Ferro G., Berthiller J., Brennan P., Hashibe M., *Involuntary smoking and head and neck cancer risk:*

- pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium*, Cancer Epidemiology Biomarkers, 2008, 17, 8: 1974-1981.
71. Lee J., Machtay M., Unger L., Weinstein G., Weber R., Chalian A., Rosenthal D., *Prophylactic Gastrostomy Tubes in patients undergoing intensive irradiation for cancer of the head and neck*, Arch Otolaryngology Head and Neck Surgical, 1998, 124: 871-874.
72. Li Y., Taylor J., Ten Haken R., Eisbruch A., *The impact of dose on parotid salivary recovery in head and neck cancer patients treated with radiation therapy*, International Journal of Radiation Oncology on Biology Physian, 2007, 1, 67, 3: 660-669.
73. Logemann J., Rademaker A., Pauloski B., Lazarus C., Mittal B., Brockstein B., Mac Cracken E., Haraf D., Vokes E., Newman L., Liu D., *Site of disease and treatment protocol as correlates of swallowing function in patients with head and neck cancer treated with chemoradiation*, Head and neck, 2006, 28, 1: 64-73.
74. Mathieson C., Logan – Smith L., Phillips J., Macphee M., Attia E., *Caring for head and neck oncology patients, Does social support goes to better quality of life?*, Canadian Family Physician, 1996, 42: 1712-1720.
75. Mehanna H., Morton R., *Does Quality of Life Predict Long – term Survival in Patients with Head and Neck Cancer?* Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2006, 132: 27-31.
76. Mendenhall W., Hinerman R., Amdur R., Malyapa R., Lansford C., Werning J., Villaret D., *Postoperative radiotherapy for squamous cell carcinoma of the head and neck*, Clinical Medicine and Research, 2006, 4, 3: 200-208.
77. Morgan G., *Making sense of cancer*, Nursing Standard, 2000, 15, 20, 49 – 53.
78. Morrow R., Bryant J., *Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues*. Am. Jour. Public Health, 1995, 85: 1356-136.
79. Morse D., Psoter W., Cleveland D., Cohen D., Mohit – Tabatabai M., Kosis D., Eisenberg E., *Smoking and drinking in relation to oral cancer and oral epithelial dysplasia*, Cancer Causes Control, 2007, 18, 9: 919-929.

80. Nagaraj N., Zacharias W., *Cigarette smoke condensate increases cathepsin – mediated invasiveness of oral carcinoma cells*, Toxicology Letter, 2007, 170, 2: 134- 145.
81. Naidu M., Ramana G., Rani P., Mohan I., Suman A., Roy P., *Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-Induced oral Mucositis-complicating the treatment of cancer*, Neoplasia, 2004, 6, 5: 423-431.
82. Nersesyan H., Slavin K., *Current approach to cancer pain management: Availability and implication of different treatment options*, Therapeutics and Clinical Risk Management, 2007, 3, 3: 381 – 400.
83. Neville B., Day T., *Oral cancer and precancerous lesions*, CA Cancer Journal for Clinicians, 2002, 52: 195-215.
84. Nguyen N., North D., Smith H., Dutta S., Alfieri A., Karlsson U., Lee H., Martinez T., Lemanski C., Ngugen L., Ludin A., Sallah S., *Safety and effectiveness of prophylactic gastrostomy tubes for head and neck cancer patients undergoing chemoradiation*, Surgical Oncology, 2006, 15:199-203.
85. Nguyen N., Vos P., Karlsson U., Nguyen P., Dutta S., Lemanski C., Ludin A., Rose S., Nguyen L., Ward H., Huang S., Sallah S., *Quality of life following Chemoradiation and Postoperative Radiation for locally advanced Head and Neck Cancer*, ORL, 2007, 69: 271-276.
86. Oates J., Clark J., Read J., Reeve N., Gao K., Jackson M., Boyer M., O'Brien C., *Prospective Evaluation of Quality of life and Nutrition Before and after treatment for Nasopharyngeal carcinoma*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2007, 133: 533-540.
87. Onakoya P., Nwaorgu O., Adenipekun A., Aluko A., Ibekwe T., *Quality of life in patients with Head and Neck Cancer*, Journal of the National Medical Association, 2006, 98, 5: 765- 770.
88. Ong C., Chong V., *Imaging of tongue carcinoma*, Cancer Imaging, 2006, 6: 186-193.
89. Palka K., Slebos R., Chung C., *Update in molecular diagnostic tests in head and neck cancer*, Seminar Oncology, 2008, 35, 3: 198-210.
90. Pfeiffer J., Boedeker C., Ridder G., Maier W., Kayser G., *Radiation – induced leiomyosarcoma of the oropharynx*, Diagnostic Pathology, 2006, 1: 22.

91. Pinar T., Akdur R., Tuncbilek A., Altundag K., Cengiz M., *The relationship between occupations and head and neck cancers*, Journal of the National Medical Association, 2007, 99, 1: 64-71.
92. Platzer W., Kahle W., Leonhardt H., *Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου, με έγχρωμο Άτλαντα*, τόμος 1, Μυοσκελετικό Σύστημα, σελ.328, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1985.
93. Posner M., *adjuvant post operative chemo radiotherapy in head and neck cancer: a standard of care*, The Oncologist, 2005, 10:174-175.
94. Potter J., Higginson I., Scadding J., Quigley C., *Identifying neurophathic pain in patients with head and neck cancer: use of the Leeds assessments of neurophathic symptoms and signs scale*, Journal of the Oral Society of Medicine, 2003, 96: 379-383.
95. Putwatana P., Sanmanowong P., Oonprasertpong L., Junda T., Pitiporn S., Narkwong L., *Relief of radiation – induced oral mucositis in head and neck cancer*, Cancer Nursing, 2009, 32, 1: 82-87.
96. Rampling T., King H., Mais K., Humphris G., Swindell R., Sykes A., Slevin N., *Quality of life measurement in the head and neck cancer Radiotherapy Clinic: Is it feasible and Worthwhile?* Clinical Oncology, 2003, 15: 205-210.
97. Roh J., Kim A., Cho M., *Xerostomia Following Radiotherapy of the Head and Neck Affects Vocal Function*, Journal of Clinical Oncology, 2005, 23, 13, 3016 – 3023.
98. Russo G., Haddad R., Posner M., Machtay M., *Radiation treatment breaks and ulcerative mucositis in head and neck cancer*, The Oncologist Head and neck Cancer, 2008: 13: 886-898.
99. Sanderson R., Ironside A., *Squamous cell carcinoma of head and neck*, British Medical Journal, 2002, 325: 822-827.
100. Sciubba J., *Oral cancer and its detection: history –taking and the diagnostic phase of management*, Journal of the American Dental Association, 2001, 132: 12S-18S.
101. Schwartz S., Patrick D., Yueh B., *Quality of life Outcomes in the Evaluation of the head and neck cancer treatments*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2001, 127: 673-678.
102. Scully C., Porter S., *Oral cancer*, British Medical Journal, 2000, 321: 97-100.

103. Sherman A., Simonton S., Adams D.C., Vural E., Owens B., Hanna E., *Assessing Quality of life in Patients with Head and Neck Cancer*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2000, 126: 459-467.
104. Slootweg P. *Complex head and neck specimens and dissections. How to handle them*, Journal of Clinical Pathology, 2005, 58: 243-248.
105. Solbach C., Roller M., Eckerdt F., Peters S., Knecht R., *Pituitary tumor – transforming gene expression in a prognostic marker for tumor recurrence in squamous cell carcinoma of the head and neck*, BMC Cancer, 2006, 6: 242.
106. Stenson K., MacCracken E., List M., Haraf D., Brockstein B., Weichselbaum R., Vokes E., *Swallowing Function in Patients with Head and Neck Cancer Prior to Treatment*, Arch Otolaryngology Head and Neck Surg., 2000, 126, 371 – 377.
107. Sung M.-W., Kim K.-H., Kim J.-W., Min Y.- G., Seong W.-J., Roh J.-L., Lee S.-L., Kwon T.-K., Park S.-W., *Clinicopathologic predictors and impact of distant metastasis from adenoid cystic carcinoma of the head and neck*, Arch of otolaryngology head and neck surg. 2003: 129:1193-1197.
108. Sunwoo J., Herscher L., Kroog G., Thomas G., Ondrey F., Duffey D., Solomon B., Boss C., Albert P., McCullugh L., Rudy S., Muir C., Zhai S., Figg W., Cook J., Mitchell J., Van Waes C., *Concurrent Paclitaxel and radiation in the treatment of locally advanced head and neck cancer*, Journal of Clinical Oncology, 2001, 19, 3: 800-811.
109. Talmi Y., Waller A., Bercovici M., Horowitz Z., Pfeffer R., Adunski A., Kronenberg J., *Pain experienced by patients with terminal head and neck carcinoma*, Cancer, 1997, 15, 80, 6: 1117-1123.
110. Taylor J., Terrell J., Ronis D., Fowler K., Bishop C., Lambert M., Myers L., Duffey S., *Disability in Patients with head and neck cancer*, Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2004, 130: 764-769.
111. Terrell J., Ronis D., Fowler K., Bradford C., Chepeha D., Prince M., Teknos T., Wolf G., Duffy S., *Clinical Predictors of Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2004, 130: 401- 408.
112. Thoeny Harriet, *Imaging of salivary gland tumors*, Cancer Imaging, 2007, 7: 52- 62.

113. Van der Schroeffer M., Baatenburg de Jong R., *Staging and prognosis in head and neck cancer*, Oral Oncology, 45, 2009, 356 – 360.
114. Vartanian J. G., Carvalho A. L., Toyota J., Giacometti Kowalski I., Kowalski L.P., *Socioeconomic effects and risk factors for disability in long term survivors of head and neck cancer*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2006, 132: 32 - 35.
115. Vecht C., Hoff A., Kansen P., Boer M., Bosch A., *Types and causes of pain in cancer of the head and neck*, Cancer, 1992, 70, 1: 178-184.
116. Vertanian J.G., Carvalho A.L., Yueh B., Priante A. V. M., Melo De L. R., Correia L. M., Kohler H. F., Toyota J., Kowalski I. G., Kowalski L. P., *Long-term Quality of life Evaluation After Head and Neck Cancer Treatment in a Developing Country*, Arch of Otolaryngology of Head and Neck Surgeons, 2004, 130: 1209-1213.
117. Vickers A., *Statistical considerations for use of composite health-related quality of life scores in randomized trials*, Quality of Life Research, 2004, 13, 4: 717-723.
118. Vickers A., *How to measure quality of life in integrative oncology research*, Journal of Soc Integr. Oncol., 2006., 4, 2: 100 – 103.
119. Wang S., Ali J., *The quality of life impact of participation in a head and neck cancer support group*, Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2005, 133, 2: 208-209.
120. Weymuller E., Yueh B., Deleyiannis F., Kuntz A., Alsarraf R., Coltrera M., *Quality of life in patients with head and neck cancer*, Arch Otolaryngology Head and Neck Surgeons, 2000, 126, 329.
121. Weymuller E., Yueh B., Deleyiannis F., Kuntz A., Alsarraf R., Coltrera M., *Quality of life in head and neck cancer*, The Laryngoscope, 2000, 110: 4-7.
122. Whale Z., Lyne P., Papanikolaou P., *Pain experience following radical treatment for head and neck cancer*, European Journal of Oncology Nursing, 2001, 5, 2: 112-120.
123. White J., weissfeld J., ragin C., Rossie K., Martin C., Shuster M., Ishwad C., Law J., Myers E., Johnson J., Gollin S., *The influence of clinical and demographic risk factor on the establishment of head and neck squamous cell carcinoma cell lines*, Oral Oncology 2007, 43,7: 701-712

124. Wolff H., Overberk T., Roedel R., Hermann R., Hermann M., Kertesz T., Hille A., Matthias C., Hess C., Christiansen H., *Toxicity of dialy low dose cisplatin in radiochemotherapy for locally advanced head and neck cancer*, Journal of Cancer Research on Clinical Oncology, 2009, 135: 961-967.
125. World Health Organization 54.12, *World Health Assembly Recommendation 54.12, Strengthening Nursing and Midwifery* [online], 2001, Available at: www.wpro.who.int/pdf/wha54_12.pdf.
126. Zakrzewska I., *Oral cancer*, British Medical Journal 1999, 318: 1051-1054.
127. Zavras A., Andreopoulos N., Katsikeris N., Zavras D., Cartsos V., Vamvakidis A., *Oral cancer treatment costs in Greece and the effect of advance disease*, BMC Public Health, 2002, 2, 1 – 8.
128. Zhou X., Cui J., Macias V., Kajdacsy-Balla A., Ye H., Wang J., Rao N.,. *The progress on genetic analysis of nasopharyngeal carcinoma* Comparative and Functional Genomics, 2007, 57:5, 13.
129. Βασιλόπουλος Π., Τριχήλης Ε., *Όγκοι κεφαλής και τραχήλου, Διάγνωση-Θεραπεία-Αποκατάσταση*, εκδόσεις Βήτα, σελ, 151, Αθήνα 1995.
130. Μυστακίδου Κ., *Ολιστική αγωγή ασθενών με χρόνιες και καταληκτικές παθήσεις*, 2001, Μονάδα ανακούφισης πόνου και παρηγορητικής αγωγής «Τζένη Καρέζη», Εργαστήριο Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.
131. Νάκου Σ., *Measurement of quality of life in the health care field Applications in child health*. Archives of Hellenic Medicine , 2001, 3, 18, 254-266.
132. Παπαδόπουλος, Ν. Γ. *Λεξικό της Ψυχολογίας* (Β εκδ.) , 2005, Αθήνα, Ελλάδα: Σύγχρονη Εκδοτική.
133. Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ., *Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF 36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006, 23, 2: 159-166.
134. Ρηγάτος Γ., *Θέματα ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*, σελ.3, εκδόσεις Ascent, Αθήνα 2007.
135. Σαχίνη – Καρδάση Α., *Μεθοδολογία Έρευνας, Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*, 1997, Γ΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα.
136. Υφαντόπουλος Γ., *Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2007, 24: 6-18.

- 4)Έχετε παιδιά; 1.Ναι..... 2. Όχι.....
- 5)Μένετε με: 1.Συγγενείς (σύζυγος, παιδιά, γονείς).....
2.Μόνος.....
3. Άλλους μη συγγενείς.....
- 6)Εκπαιδευτικό επίπεδο: 1.Δημοτικό.....
2.Γυμνάσιο.....
3.Λύκειο.....
4.ΤΕΙ/ΑΕΙ.....
5.Μεταπτυχιακές / διδακτορικές σπουδές.....
- 7)Εισόδημα μηνιαίο : 1.Λιγότερα από 1000 ευρώ.....
2.Περισσότερα από 1000 ευρώ.....
- 8)Βάρος 8)Υψος.....
- 9)Κάπνισμα : 1.Ναι Αν ναι πόσα τσιγάρα την ημέρα.....
2.Όχι..... Προηγούμενος καπνιστής
- 10)Αλκοόλ: 1.Ναι..... 2.Όχι.....
Αν ναι πόσες μεζούρες* αλκοολούχων ποτών την ημέρα

Ατομικά χαρακτηριστικά και κλινικά χαρακτηριστικά νόσου

- 1)Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου: 1.Ναι..... 2. Όχι.....
- 2)Άλλη χρόνια νόσος.....
- 3)Επέμβαση.....
- 4)Μεταστάσεις: 1. Ναι..... 2. Όχι.....
- 5)Θεραπεία: 1.χημειοθεραπεία..... 2.Ακτινοθεραπεία..... 3.Συνδυασμός...
- 6)Φάρμακα: 1.Ηρεμιστικά/Βενζοδιαζεπίνες.....
2.Αντικαταθλιπτικά.....
3.Αναλγητικά
- 4.Οπιοειδή.....

- 5.Αλλα.....
- 7)Έχει αλλάξει η εμφάνιση σας; 1.Ναι 2. Όχι.....
- 8)Αν ναι, πόσο σας ενοχλεί η αλλαγή στην εμφάνιση σας; 1.Πολύ.....
2.Λίγο.....
3.Καθόλου
- 9)Έχει αλλάξει η κατάσταση σας; 1.Πολύ..... 2.Λίγο..... 3.Καθόλου.....
- 10)Έχει αλλάξει η μάσηση σας; 1.Ναι 2.Μερικές φορές 3. Όχι.....
- 11)Έχει αλλάξει η ομιλία σας; 1.Ναι 2.Μερικές φορές 3. Όχι.....
- 12)Έχει αλλάξει η γεύση σας : 1.Ναι 2.Μερικές φορές 3. Όχι.....
- 13)Έχει αλλάξει το σάλιο σας; 1.Ναι 2.Μερικές φορές 3. Όχι.....
- 14)Είχατε παρενέργειες από την θεραπεία; 1.Ναι 2. Όχι.....
- 15)Αν ναι ποιες ήταν οι παρενέργειες από τη θεραπεία;.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις απόψεις σας για την υγεία σας. Οι πληροφορίες θα βοηθήσουν στο να καταγραφεί το πως αισθάνεστε και πόσο καλά είσαστε σε θέση να φέρνετε σε πέρας τις καθημερινές σας δραστηριότητες.

Απαντήστε σε κάθε ερώτηση, σημειώνοντας την κατάλληλη απάντηση. Αν δεν είστε βέβαιοι για το πως να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση, παρακαλώ δώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε σε κύκλο ένα από τα

παρακάτω)

Εξαιρετική	1
Πολύ καλή	2
Καλή.....	3
Μέτρια.....	4
Κακή	5

2. Συγκριτικά με πριν από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα;

(βάλτε σε κύκλο ένα από τα παρακάτω)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	1
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	2
Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν	3
Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	4
Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν.....	5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Σήμερα, η κατάσταση της υγείας σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι, πόσο;

(βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

Δραστηριότητες	Ναι, περιορίζονται πολύ	Ναι, περιορίζονται λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται καθόλου
α. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
β. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3

δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
στ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμισι χιλιόμετρο	1	2	3
η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

4. Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

(βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

	Ναι	Όχι
α. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα απ' όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας (για παράδειγμα, χρειάστηκε να καταβάλετε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά σας προβλήματα, (όπως μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια ώστε να δημιουργήσουν στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

(βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

	Ναι	Όχι
α. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες σας δραστηριότητες	1	2
β. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα απ' όσα θα θέλατε	1	2
γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, σε ποιο βαθμό η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες κλπ. ;

(βάλτε σε κύκλο ένα από τα παρακάτω)

Καθόλου 1
Ελάχιστα..... 2
Μέτρια..... 3
Αρκετά 4
Πάρα πολύ 5

7. Πόσο *σωματικό* πόνο νοιώσατε τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων ;

(βάλτε σε κύκλο ένα από τα παρακάτω)

Καθόλου 1
Πολύ λίγο 2
Λίγο..... 3
Μέτριο..... 4
Έντονο..... 5
Πολύ έντονο 6

8. Στη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού) ;

(βάλτε σε κύκλο ένα από τα παρακάτω)

Καθόλου 1
Λίγο..... 2
Μέτρια..... 3
Αρκετά 4
Πάρα πολύ 5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και το πώς ήταν τα πράγματα για σας κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση, παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σ' αυτό που νοιώθατε.

Πόσο καιρό τις 4 τελευταίες εβδομάδες: (βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
α. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είσαστε ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
γ. Είχατε τόσο "τις μαύρες σας" που τίποτα δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Νοιώθατε ήρεμος και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος και μελαγχολικός;	1	2	3	4	5	6
ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος;	1	2	3	4	5	6
η. Είσαστε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
θ. Νοιώσατε κουρασμένος;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, για πόσο καιρό η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) ;

(βάλτε σε κύκλο ένα από τα παρακάτω)

Πάντα 1
 Τις πιο πολλές φορές 2
 Μερικές φορές 3
 Όχι συχνά 4
 Ποτέ 5

11. Πόσο ΣΩΣΤΟ ή ΛΑΘΟΣ είναι για σας καθένα από τα παρακάτω;

(βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε γραμμή)

	Απόλυτα	Μάλλον	Δεν	Μάλλον	Τελείως
--	---------	--------	-----	--------	---------

	Σωστό	Σωστό	Ξέρω	Λάθος	Λάθος
α. Φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2		4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο και κάθε άλλος που γνωρίζω	1	2		4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	1	2		4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2		4	5

Brief Pain Inventory (Short Form)

Ταυτότητα Έρευνας # Ίδρυμα#
 Ημερομηνία Ώρα
 Ονοματεπώνυμο

 (μεσαίο) (επώνυμο) (όνομα)

1. Κατά τη διάρκεια της ζωής μας οι περισσότεροι έχουμε κατά καιρούς πόνους (όπως ελαφρύ πονοκέφαλο, στραμπουλήγματα και πονόδοντο). Νιώσατε σήμερα άλλο πόνο εκτός από τους συνηθισμένους πόνους.

1. Ναι

2. Όχι

2. Στο διάγραμμα μολυβώστε τις περιοχές που νιώθετε πόνο. Βάλτε ένα X στην περιοχή που πονάτε περισσότερο:

ΜΠΡΟΣΤΑ

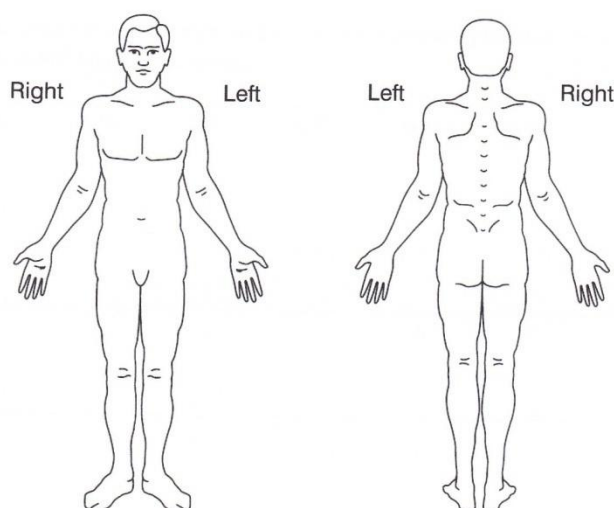
ΠΙΣΩ

Δεξιά

Αριστερά

Δεξιά

Αριστερά



3. Παρακαλώ βαθμολογείστε τον πόνο σας, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τον χειρότερο πόνο που αισθανθήκατε το τελευταίο 24ωρο.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Όχι πόνος								ο χειρότερος	
πόνος										

4. Παρακαλώ βαθμολογείστε τον πόνο σας, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τον ελάχιστο πόνο που αισθανθήκατε το τελευταίο 24ωρο.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Όχι πόνος									ο
	χειρότερος πόνος									

5. Παρακαλώ βαθμολογείστε τον πόνο σας, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που κατά μέσο όρο περιγράφει καλύτερα τον πόνο σας.

Ποσοστό που περιγράφει καλύτερα τον πόνο σας:											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	Όχι πόνος										0
	χειρότερος πόνος										

6. Παρακαλώ βαθμολογείστε τον πόνο σας, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα πόσο πονάτε τώρα.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	Όχι πόνος										ο
	χειρότερος πόνος										

7. Σε τι αγωγή υποβάλλεστε ή τι φάρμακα παίρνετε για τον πόνο σας.

8.Τις τελευταίες 24ωρες πόση ανακούφιση σας προσφέρουν η αγωγή ή τα φάρμακα: παρακαλώ βάλτε σε κύκλο το ποσοστό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την ανακούφιση που είχατε.

0	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
100% Όχι ανακούφιση									πλήρης ανακούφιση

9.Βάλτε σε κύκλο τον αριθμο που προσδιορίζει πως ο πονος παρεμβαίνει κατά την διάρκεια των τελευταίων 24 ωρών:

ι) στη γενική σας δραστηριότητα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10									
Δεν παρεμβαίνει πλήρως									παρεμβαίνει

ιι) στη διάθεση σας

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10									
Δεν παρεμβαίνει πλήρως									παρεμβαίνει

ιιι) στην ικανότητα σας για περπάτημα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10									
Δεν παρεμβαίνει πλήρως									παρεμβαίνει

ιiv) στη συνήθη εργασία (περιλαμβάνει την εργασία έξω από το σπίτι και τα οικιακά)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10									
Δεν παρεμβαίνει πλήρως									παρεμβαίνει

v) στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Δεν παρεμβαίνει							παρεμβαίνει		
	πλήρως									

vi) στον ύπνο

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Δεν παρεμβαίνει							παρεμβαίνει		
	πλήρως									

vii) στην απόλαυση της ζωής

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Δεν παρεμβαίνει							παρεμβαίνει		
	πλήρως									



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΔΙΠΛΩΜΟΥΣΤΕ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Β. ΜΑΥΡΕΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ - Π.Μ.Σ. «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ

Ιωάννινα, 20/05/2009

αρ. πρωτ. 294

Προς: Τον Πρόεδρο και το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου

Βεβαιώνεται ότι η Κα Φουτούλογλου Αναστασία, δευτεροετής φοιτήτρια στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών « Αντιμετώπιση του Πόνου » του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με το Γενικό Τμήμα Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων του Τ.Ε.Ι. Αθήνας εκπονεί διπλωματική εργασία με θέμα : « Ποιότητα ζωής και πόνος σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου». Τμήμα αυτής της εργασίας αποτελεί έρευνα με ερωτηματολόγιο προς ασθενείς με καρκίνο κεφαλής τραχήλου στην υπηρεσία σας.
Παρακαλούμε για την συνδρομή σας στην έρευνα αυτή

Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος του Π.Μ.Σ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΔΙΠΛΩΜΟΥΣΤΕ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ

Επικουρος Καθηγητής
Ιατρικής Ψυχολογίας

THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD ANDERSON
CANCER CENTER

Charles S. Cleeland, PhD
Professor and Chair
McCullough Professor of Cancer Research

Department of Symptom Research - Box 1450
Tel: 713-745-3470
Fax: 713-745-3475
E-mail: ccleeland@mdanderson.org

April 21, 2009

Ms. Anastasia Foutouloglou
Agios Savvas Oncology Hospital of Athens
45 Thespion Street
Peristeri, Athens Greece 12132

Re: Authorization to use the Brief Pain Inventory

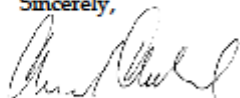
Dear Ms. Foutouloglou:

I am pleased that you have considered using the Brief Pain Inventory® (BPI) in your upcoming study. The study description you provided seems to be congruent with the intended use of the BPI. You are hereby granted permission to use it in your study. Please note that:

- Your use of the BPI is limited only to the study specified above; to use the BPI in additional studies, you must reapply online at www.mdanderson.org/departments/prg > Symptom Assessment Tools > The Brief Pain Inventory (BPI).
- You are permitted to reproduce the copy of the BPI that is included with this Letter of Authorization; however, you must not remove the copyright notice.
- The BPI may not be modified or translated into another language without the express written consent of the copyright holder, Charles S. Cleeland, PhD. Failure to comply may result in legal action. Permission to alter or translate the instrument may be obtained by contacting me at symptomresearch@mdanderson.org or by mail.

We would greatly appreciate your sending us a summary of your study results after the completion of your project, so that we can continue to evaluate the performance of our instrument.

Sincerely,



Charles S. Cleeland, PhD
McCullough Professor of Cancer Research and Chair
Department of Symptom Research

CARING • INTEGRITY • DISCOVERY
1515 HOLCOMBE BOULEVARD • HOUSTON, TEXAS 77030-4009
M. D. Anderson Switchboard (713) 792-2121 • www.mdanderson.org
A Comprehensive Cancer Center designated by the National Cancer Institute located in the Texas Medical Center



SALES QUOTE

Sales Quote Number: QM002096

Sales Quote Date: 08/14/09

Page: 1

Sell
To: University of Ioannina Medical School
 Anastasia Foutouloglou
 45 Thespion Street
 12132 Athens
 Attica
 Greece

Ship
To: University of Ioannina Medical School
 Anastasia Foutouloglou
 45 Thespion Street
 12132 Athens
 Attica
 Greece

Customer ID

Ship Via

Customer Contact Anastasia Foutouloglou	E-Mail anastasiafoutouloglou	Telephone 00306995779056	Terms Due on Receipt	Sales Contact Lynda LaPlante
---	--	------------------------------------	--------------------------------	--

Item No.	Description	Unit	Quantity	Unit Price	Total Price
ES0190	SF-36v1, Standard Recall Unfunded Student	Years	1	100.00	100.00
LANG0790	Greece (Greek)	Each	1		
ADMINS	Administrations	Each	100		

HAS MANUALS - NO PURCHASE
REQ'D.

Amount Subject to Sales Tax 0.00	Amount Exempt from Sales Tax 100.00	Subtotal:	100.00
		Tax:	0.00
		Total in USD:	100.00

