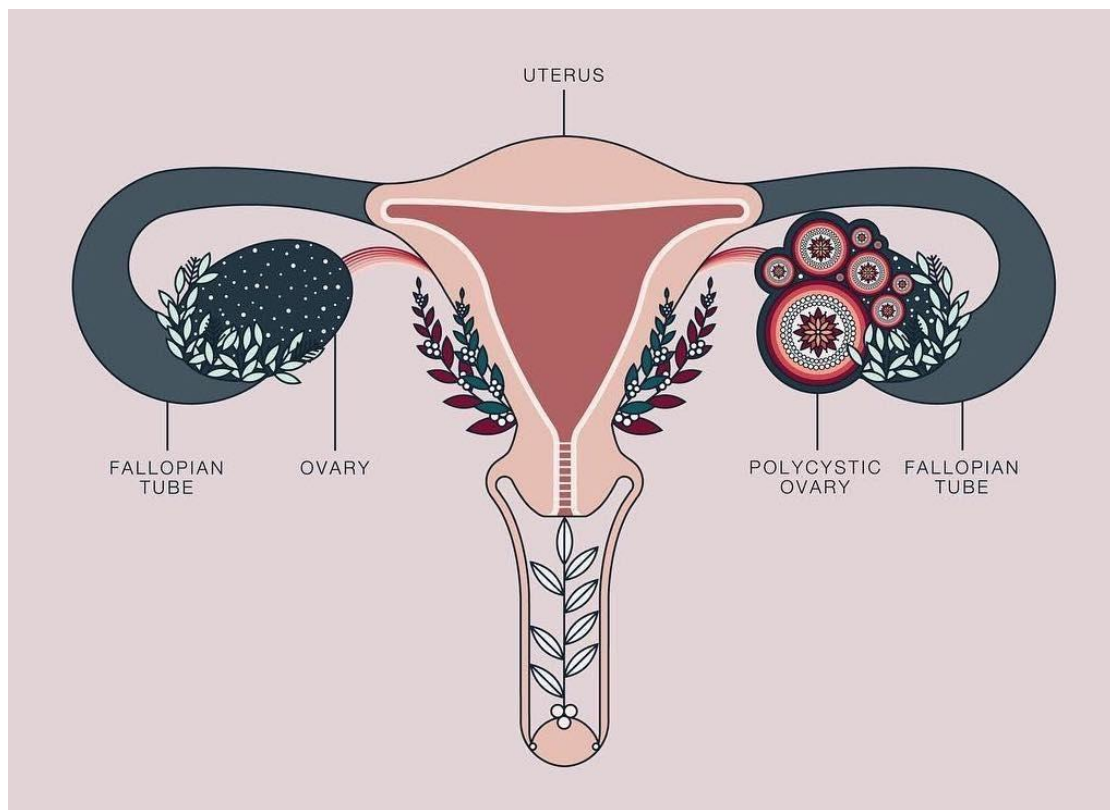




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ”**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ. ΤΡΙΣ ΖΑΜΠΙΡΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΤΣΙΚΑΛΑΚΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑ Α.Μ:18530

ΜΠΟΛΩΣΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ Α.Μ:18560

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή με θέμα «Καρκίνος των ωοθηκών και νοσηλευτικές διεργασίες» εκπονήθηκε από τις φοιτήτριες Κατσικαλάκη Βασιλεία και Μπόλωση Αγγελική στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Δρ. Τρις Ζαμπίρα. Ευχαριστούμε πολύ όλους όσους υπήρξαν δίπλα μας και μας στήριξαν αυτό το διάστημα. Ευχαριστούμε, επίσης, την καθηγήτρια μας για την καθοδήγηση και την βοήθεια που μας παρείχε προκειμένου να ολοκληρωθεί η εργασία μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
3.1 Ορισμός Καρκίνου	10
3.1.1 Ορισμός Καρκίνου των Ωοθηκών	10
3.2 Ιστορική Αναδρομή	10
3.3 Επιδημιολογικά Δεδομένα	11
3.4 Ανατομία Ωοθηκών	11
3.5 Φυσιολογία Ωοθηκών	13
3.5.1 Ωοθυλακικός Κύκλος	14
3.6 Παθοφυσιολογία Καρκίνου των Ωοθηκών	15
3.7 Κλινική Εικόνα Καρκίνου των Ωοθηκών	16
3.8 Διάγνωση	16
3.9 Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών	17
3.10 Διαφορική Διάγνωση	18
3.11 Θεραπευτική Προσέγγιση	18
3.12 Παρηγορητική Θεραπεία	20
3.13 Πρόγνωση	20

3.14 Πρόληψη	21
3.15 Νοσηλευτικοί Ρόλοι	21
3.15.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική της ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών	21
3.15.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών	22
3.15.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών	23
3.15.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών	24
3.15.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών	25
3.15.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών	26
3.15.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών	27
3.15.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών	28
3.15.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών	29
3.15.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία της ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών	30
3.15.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική φροντίδα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών τελικού σταδίου	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

4.1 Είδος Έρευνας	33
4.2 Περιγραφή Δείγματος	33
4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	33
4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	34
4.5 Επιλογή μελετών και Σύνθεση δεδομένων	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών και η συμβολή του νοσηλευτή	37
--	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	44

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο καθώς είναι δύσκολο να διαγνωστεί εγκαίρως.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναζήτηση και η παρουσίαση της σύγχρονης βιβλιογραφίας που αφορά τον καρκίνο των ωοθηκών και το ρόλο των νοσηλευτών στη διαχείριση της νόσου.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε επιστημονικά συγγράμματα καθώς και στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν έρευνες δημοσιευμένες κατά κύριο λόγο τα τελευταία δέκα έτη στην αγγλική γλώσσα, όπως επίσης και βιβλιογραφικά συγγράμματα στην ελληνική γλώσσα ή μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ο ωοθηκικός καρκίνος παρουσιάζει ασαφή συμπτώματα γι' αυτό και είναι δύσκολο να διαγνωστεί στα πρώιμα στάδια. Η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί με τις μεθόδους της χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας ή χειρουργικά ανάλογα από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Ο σωστός σχεδιασμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας έχουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση ποιότητας ζωής και στη διαχείριση της ψυχο-συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών. Τέλος, οι νοσηλευτές έχουν πρωτεύον ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου βοηθώντας τις ασθενείς με την διαδικασία της ανακουφιστικής φροντίδας στα τελευταία στάδια της ζωής.

Συμπεράσματα: Ο ωοθηκικός καρκίνος χρειάζεται υπομονή και επιμονή για την αντιμετώπιση του τόσο από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό αλλά και από την ίδια την ασθενή. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου μέχρι το τελικό στάδιο προσφέροντας παρηγορητική φροντίδα στην ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος, ωοθήκες, νοσηλευτής, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cancer is the most common cause of death among gynecological cancers as it's very hard to be diagnosed in time.

Aim: The aim of this thesis is the research and demonstration of update data which are related to ovarian cancer and to the role of nurses in disease management.

Methods and Materials: A review of the international literature in scientific textbooks and in the electronic databases of PubMed and Google Scholar has been carried out. This thesis contains information from studies published mainly during the past ten years in English as well as information from scientific Greek textbooks or from scientific textbooks translated in Greek language.

Results: Ovarian cancer presents unclear symptoms, and therefore it's difficult to be diagnosed in the first stages. It can be encountered with chemotherapy, radiotherapy and/ or surgery depending on the stage of the illness. An appropriate plan and application of nursing care plays an important role in improving the quality of life and in the management of the psycho-emotional condition of the patients with ovarian cancer. Finally, nurses have a primary role in the encounterment of the disease by helping the patients with the process of palliative care in the last stages of life.

Conclusions: Ovarian cancer needs patience and perseverance for its encounterment both by the nursing and medical staff but from the patient as well. Nurses play an important role from the moment of the diagnosis until the last stage providing palliative care to the patient.

Keywords: cancer, ovaries, nurse, quality of life.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τον καρκίνο των ωθηκών και το ρόλο των νοσηλευτών στη διαχείριση της νόσου. Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται συνοπτικά τα κεφάλαια της εργασίας, καθώς και τι πραγματεύεται το καθένα. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το θέμα. Συγκεκριμένα, αναφέρονται οι ορισμοί του καρκίνου και του καρκίνου των ωθηκών, η ιστορική αναδρομή και τα επιδημιολογικά δεδομένα. Επιπλέον, παρουσιάζονται η ανατομία, η φυσιολογία των ωθηκών και η παθοφυσιολογία του ωθηκικού καρκίνου. Ακόμη, παρουσιάζονται η κλινική εικόνα της νόσου, οι παράγοντες κινδύνου, η διάγνωση και η διαφορική διάγνωση, η σταδιοποίηση του καρκίνου των ωθηκών, η θεραπευτική προσέγγιση, η πρόγνωση και η πρόληψη της νόσου. Σ' αυτό το κεφάλαιο επίσης, παρουσιάζεται αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική, στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου, στην προεγχειρητική-μετεγχειρητική-μετανοσοκομειακή φροντίδα, στη θεραπεία, στη πρόληψη και στη ψυχολογία της ασθενούς με καρκίνο των ωθηκών. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα νέα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωθηκών και την συμβολή των νοσηλευτών. Στη συνέχεια, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα όλης της εργασίας. Τέλος, ακολουθεί η βιβλιογραφία με το σύστημα παράθεσης παραπομπών Harvard.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας πραγματοποιείται με στόχο την ολοκλήρωση των σπουδών μας και αποσκοπεί στην παρουσίαση της συμβολής του νοσηλευτή στην διαχείριση του καρκίνου των ωθηκών. Πρωταρχικός στόχος είναι η ενημέρωση και η κατανόηση του ωθηκικού καρκίνου από το αναγνωστικό κοινό καθώς και η ανάδειξη του πολύπλευρου ρόλου που έχει ο νοσηλευτής από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου έως το τελικό στάδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Ορισμός Καρκίνου

Φυσιολογικά, στον ανθρώπινο οργανισμό όσα κύτταρα πεθαίνουν άλλα τόσα όμοια ξαναγεννώνται. Ωστόσο, η μη φυσιολογική ανάπτυξη και διαίρεση των κυττάρων έχουν ως αποτέλεσμα τον σχηματισμό μιας μάζας που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις (καρκίνος). (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014).

3.1.1 Ορισμός Καρκίνου των Ωοθηκών

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι καρκίνος που αναπτύσσεται στους ιστούς της ωοθήκης. Οι καρκίνοι των ωοθηκών σχηματίζονται είτε από κύτταρα της επιφάνειας της ωοθήκης (ωοθηκικό επιθήλιο), μία μορφή που καλείται επιθηλιακός καρκίνος της ωοθήκης ή από άλλους ιστούς μέσα στην ωοθήκη (μη επιθηλιακός καρκίνος της ωοθήκης) (Lemcke et al., 2014).

3.2 Ιστορική Αναδρομή

Σύμφωνα με την ιστορία, υπάρχει ένα ρητό ότι ο καρκίνος υπήρξε σε ζώα πολύ πριν τον άνθρωπο. Το πρώτο περιστατικό καταγραφής καρκίνου σε άνθρωπο βρέθηκε σ' έναν πάπυρο το 3.000 π.Χ. και αφορούσε τον καρκίνο του μαστού. Το συμπέρασμα του συγγραφέα ήταν ότι πρόκειται για μία σοβαρή ασθένεια και δεν υπάρχει κάποια θεραπεία. Σε έναν άλλο πάπυρο το 1.500 π.Χ. αναφέρεται ένας όγκος μαλακού ιστού και πιθανά περιστατικά καρκίνου του δέρματος, της μήτρας του στομάχου και του ορθού. Οι Αιγύπτιοι, μέχρι τον 19ο αιώνα χρησιμοποίησαν μέσα όπως τον καυτηριασμό, τα μαχαίρια, τα άλατα και μια πάστα αρσενικού που παρέμεινε γνωστή ως “αιγυπτιακή αλοιφή” για να θεραπεύσουν όγκους και καρκίνους. Από την άλλη μεριά, οι Σουμέριοι, οι Κινέζοι, οι Ινδοί, οι Πέρσες και οι Εβραίοι για την αντιμετώπιση του καρκίνου, χρησιμοποιούσαν φυσικά μέσα όπως, τσάι, χυμούς φρούτων, σύκα και βραστό λάχανο. Σε προχωρημένες, όμως, περιπτώσεις χρησιμοποιούσαν διαλύματα και πάστες σιδήρου, χαλκού, θείου και υδραργύρου. Τα παρασκευάσματα αυτά χρησιμοποιήθηκαν για εσωτερική και εξωτερική χρήση για περισσότερο από 3.000 χρόνια (Hajdu, 2010).

Στην Ελλάδα, ο Ιπποκράτης (460-375 π.Χ.), ήταν αυτός που πρώτη φορά αναφέρθηκε στους όρους «καρκίνωμα» και «καρκίνος». Αγνοούσε τις δεισιδαιμονίες και πίστευε ότι ο καρκίνος προήλθε από φυσικά αίτια. Συμπτώματα όπως απώλεια αίματος, βλέννας, χολής και άλλων εκκρίσεων του σώματος, κυρίως σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, ίσως αφορούσαν εμφάνιση καρκίνου (Hajdu, 2010).

Οι Ρωμαίοι έμαθαν για τον καρκίνο, λόγω του Γαληνού (130-200 π.Χ.) που ήταν γιατρός στη Ρώμη και υποστήριζε την θεωρία του Ιπποκράτη. Ο τελευταίος πίστευε ότι, η παχιά μαύρη χολή προκαλούσε ελκώδη και ανίατο καρκίνο, ενώ η λεπτή κίτρινη χολή ήταν υπεύθυνη για τον μη ελκώδη και θεραπεύσιμο καρκίνο (Hajdu, 2010).

3.3 Επιδημιολογικά Δεδομένα

Ο καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο και την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου στις γυναίκες. Είναι ο πέμπτος κατά σειρά συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Ο κίνδυνος εμφάνισης του σε μια γυναίκα σε όλη την διάρκεια της ζωής της αντιστοιχεί σε 1 προς 70, δηλαδή 1,4% και εξαρτάται από την ηλικία που έχει. Στην ηλικιακή ομάδα 20 έως 29 ετών ο κίνδυνος είναι 4 στις 100.000. Στην ηλικιακή ομάδα 40 με 44 ετών είναι 15 στις 100.000 ,ενώ στην ομάδα 75 με 79 ετών είναι 54 στις 100.000. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα παιδιά και στις έφηβες το ποσοστό εμφάνισης κακοήθειας είναι μικρότερο από 5% (Lemcke et al., 2014).

Οι περισσότερες κακοήθειες των ωοθηκών δεν ανακαλύπτονται παρά μόνο όταν βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο. Συνεπώς, αυτό έχει ως αποτέλεσμα το επίπεδο επιβίωσης να κυμαίνεται σε ποσοστό 20-30% και το ποσοστό θνησιμότητας σε ποσοστό 80-85% (Παπαθανασίου, 2002).

3.4 Ανατομία Ωοθηκών

Τα ανατομικά χαρακτηριστικά του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας κατανέμονται στην ελάσσονα πύελο. Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται τα έσω γεννητικά όργανα που βρίσκονται στην ελάσσονα πύελο (ωοθήκες, σάλπιγγες, μήτρα και γυναικείος κόλπος) και τα έξω γεννητικά όργανα που βρίσκονται εκτός της πυέλου (αιδοίο). Όριο μεταξύ των έσω και των έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας. Επιπλέον, τα γυναικεία γεννητικά όργανα κατανέμονται σε: κυρίως γεννητικά όργανα (ωοθήκες, σάλπιγγες, μήτρα) και όργανα συνουσίας (γυναικείος κόλπος και αιδοίο) (Λουτράδης και συν., 2018).

Συγκεκριμένα, οι ωοθήκες βρίσκονται αριστερά και δεξιά στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου και του ωοθηκικού βόθρου. Έχουν αμυγδαλοειδές σχήμα, μήκος 4 εκ., πλάτος 1.5-2 εκ. και πάχος 1 εκ. (Platzer et al., 2005). Το βάρος τους είναι περίπου 3-10gr η καθεμία και το χρώμα τους λευκό ή ερυθρόφαιο. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ωοθηκών είναι η ασυμμετρία τους με την δεξιά ωοθήκη να είναι μεγαλύτερη από την αριστερή. Σε κάθε ωοθήκη παρατηρούνται (Λουτράδης και συν., 2018):

- Δύο χείλη:
 - A) το πρόσθιο (πυλαίο) χείλος έρχεται σε επαφή με τη λήκυθο του ωαγωγού και προσφύεται με το μεσωοθήκιο, που περιλαμβάνει τα αγγεία και τα νεύρα της ωοθήκης.
 - B) το οπίσθιο χείλος έρχεται σε επαφή με τον κώδωνα του ωαγωγού και τη μητριάια αρτηρία.
- Δύο άκρα:
 - A) το άνω άκρο έρχεται σε επαφή με τον ωαγωγό και προσφύεται ο κρεμαστήρας σύνδεσμος
 - B) το κάτω άκρο συνδέεται με το πλάγιο τοίχωμα της μήτρας με το μητροωοθηκικό σύνδεσμο
- Δύο επιφάνειες:
 - A) η έσω επιφάνεια καλύπτεται από τον κώδωνα του ωαγωγού και από το μεσοσαλπίγγιο που τροποποιεί τον ωοθηκικό βόθρο σε ωοθηκικό θύλακο.

Η επιφάνεια των ωοθηκών αλλάζει μορφή ανάλογα με την ηλικία. Στα βρέφη έχει σχήμα αλλαντοειδές (λουκάνικου) με λεία και ανοιχτόχρωμη επιφάνεια. Στην παιδική ηλικία, υφίσταται βαθμιαία πάχυνση και βράχυνση. Στην εφηβική ηλικία και μετά την έναρξη της έμμηνου ρύση, οι ωοθήκες αυξάνονται σε μέγεθος και βάρος. Στην σεξουαλικά ώριμη γυναίκα το σχήμα τους είναι ανώμαλο. Στην περίοδο μετά την εμμηνόπαυση έχει ατροφική και ρυτιδιασμένη όψη (Platzer et al., 2005: Smith, 2019). Δυο στιβάδες, το βλαστικό επιθήλιο και μια ινώδης κάψα απαρτίζουν την επιφάνεια της προεφηβικής ωοθήκης. Επιπλέον, στις στιβάδες αυτές υπάρχουν άφθονα άωρα ωοθυλάκια που περιβάλλονται από τα μελλοντικά κοκκώδη κύτταρα (Smith, 2019).

Οι ωοθήκες αναπτύσσονται από μια ομάδα κυττάρων που δημιουργούν ακρολοφίες προς το εσωτερικό των πόρων του Müller και του Wolff, στην έκτη εβδομάδα της κύησης. Σε αυτές παράγονται τα ωοθυλάκια και τα ωάρια. Με τον σχηματισμό των πρωτογενών ωοθυλακίων, στο οπίσθιο τοίχωμα του αρχέγονου εντέρου, μεταναστεύουν μέσα στις εμβρυϊκές γονάδες με σκοπό να αποτελέσουν τα χιλιάδες ωάρια που βρίσκονται στην ωοθήκη την περίοδο της γέννησης. Κατά τον τρίτο μήνα της κύησης, οι ωοθήκες κατεβαίνουν προς την πύελο. Ο γεννητο-βουβωνικός σύνδεσμος (μία κοιλιακή πτυχή που αυξάνεται βραδύτερα από το υπόλοιπο έμβρυο) έλκει τις γοναδικές ακρολοφίες προς τα κάτω. Στη συνέχεια, οι πτυχές αυτές ενώνονται μαζί στο μέσο τμήμα τους με το τμήμα του αντίστοιχου πόρου του Müller και δημιουργούν τον πυθμένα της μήτρας. Το πλάγιο ήμισυ σχηματίζει τον στρογγύλο σύνδεσμο και το έσω τμήμα της πτυχής τον κρεμαστήρα της ωοθήκης (Smith, 2019). Ο σύνδεσμος αυτός αποτελείται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες και περικλείει τα έσω σπερματικά αγγεία και νεύρα (Λουτράδης και συν., 2018).

3.5 Φυσιολογία Ωοθηκών

Οι ωοθήκες αποτελούνται από τρεις ζώνες, τον φλοιό, τον μυελό και την πύλη. Ο φλοιός αποτελεί την μεγαλύτερη και εξωτερική ζώνη. Καλύπτεται από το βλαστικό επιθήλιο μέσα στο οποίο περιέχονται τα ωοκύτταρα, το καθένα από τα οποία βρίσκεται μέσα σ' ένα ωοθυλάκιο. Ο μυελός, αποτελεί τη μέση ζώνη και εμφανίζει μεγάλη ποικιλία κυττάρων. Η πύλη αποτελεί την εσωτερική ζώνη κατά την οποία τα λεμφικά και τα αιμοφόρα αγγεία εισχωρούν στην ωοθήκη (Costanzo, 2012).

Το μονήρες ωοθυλάκιο είναι η λειτουργική μονάδα των ωοθηκών και περιέχει ένα αναπαραγωγικό κύτταρο που καλύπτεται από ενδοκρινικά κύτταρα. Η πλήρης εξέλιξη του ωοθυλακίου αποσκοπεί σε διάφορους ρόλους, όπως, την χορήγηση θρεπτικών συστατικών στο αναπτυσσόμενο κύτταρο, την απελευθέρωση του ωοκυττάρου μέχρι την στιγμή της ωορρηξίας και την προεργασία του κόλπου και του ωαγωγού με σκοπό να ομαλύνει την γονιμοποίηση του ωαρίου από ένα σπερματοζώαριο. Επίσης, ο βλεννογόνος της μήτρας προετοιμάζεται για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και συνεχίζει την παραγωγή στεροειδών ορμονών για το έμβρυο μέχρι να αναλάβει δράση ο πλακούντας (Costanzo, 2012).

Επίσης, λειτουργούν ως ενδοκρινείς αδένες που παράγουν αναπαραγωγικές ορμόνες (Costanzo, 2012). Όσον αφορά τις ωοθηκικές στεροειδείς ορμόνες, δηλαδή τα

οιστρογόνα (οιστραδιόλη, οιστριόλη, οιστρόνη) και την προγεστερόνη, έχουν παρακρινικές και ενδοκρινικές δράσεις καθώς υποστηρίζουν την ανάπτυξη των ωαρίων (Χαράτση-Γιωτάκη,2014). Η γοναδοτροπίνη (GnRH), η οποία παράγεται στον υποθάλαμο, συγκεντρώνεται σε υψηλά επίπεδα στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης διεγείροντας την παλμική έκκριση της ωχρινοτρόπου (LH) και θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), οι οποίες παράγονται στην αδενοϋπόφυση. Οι ορμόνες αυτές διεγείρουν την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και την ωορρηξία όπως και την σύνθεση των στεροειδών ορμονών του γυναικείου φύλου (Costanzo, 2012).

3.5.1 Ωοθυλακικός Κύκλος

Τα αρχέγονα ωοθυλάκια εμπεριέχουν τα αρχέγονα ωάρια. Πριν την αρχή της ωοθυλακιωρρηξίας και υπό της επίδρασης της FSH και των οιστρογόνων ξεκινούν να ωριμάζουν σε κάθε ωοθήκη από 1 έως 30 ωοθυλάκια. Η προωθυλακιωρρηκτική αύξηση της LH επιδρά στο επιλεγμένο ωοθυλάκιο. Με την ωρίμανση του ωοκυττάρου γίνεται η ωοθυλακιωρρηξία και το κενό ωοθυλάκιο ξεκινά να μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο. Η ωοθυλακική αυτή φάση του ωοθυλακικού κύκλου είναι διαφορετική σε διάρκεια από γυναίκα σε γυναίκα και καθίστανται υπεύθυνη στις περισσότερες παρατηρούμενες διαφορές στην διάρκεια του ωοθυλακικού κύκλου. Σε σπάνιες περιπτώσεις γίνεται επιλογή περισσότερων από ένα ωοθυλάκια και γίνεται ωρίμανση περισσότερων από ένα ωοκύτταρα για τη διαδικασία της ωοθυλακιωρρηξίας. Μετά από αυτή διαδικασία υπάρχει μείωση στα επίπεδα των οιστρογόνων. Ωστόσο, στο 90% των θηλέων παρουσιάζεται μία μικρή ποσότητα αίματος, η οποία έχει διαφύγει και σχεδόν περνά απαρατήρητη. Ενώ, στο 10% των θηλέων η αιμορραγία είναι ορατή καθώς υπάρχει μεγάλη ροή και αυτό ονομάζεται μεσοκυκλική αιμορραγία (Lowdermilk et al., 2013).

Η ωχρινική φάση ξεκινά αμέσως μετά την ωοθυλακιωρρηξία και τελειώνει με την αρχή της έμμηνου ρύσεως. Αυτή η φάση ονομάζεται μεταωοθυλακιωρρηκτική φάση συνήθως προϋποθέτει 14 ημέρες (κυμαίνεται από 13 έως 15 ημέρες). Η λειτουργική δραστηριότητα του ωχρού σωματίου τελειοποιείται 8 ημέρες μετά την ωοθυλακιωρρηξία, εκκρίνοντας οιστρογόνα και προγεστερόνη. Όταν η ωχρινική λειτουργία φτάσει στην μέγιστη λειτουργικότητα της, πραγματοποιείται εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο. Αν δεν πραγματοποιηθεί η εμφύτευση, τότε το ωχρο σωματίο υποστρέφεται, υπάρχει μείωση των στεροειδών ορμονών στο αίμα και εμφανίζεται η εμμηνορρυσία (Lowdermilk et al., 2013).

3.6 Παθοφυσιολογία Καρκίνου των Ωοθηκών

Τα αιτία του καρκίνου των ωοθηκών είναι άγνωστα. Παρολ' αυτά, έχουν αναγνωριστεί αρκετοί πιθανοί παράγοντες κινδύνου. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών αποτελεί το οικογενειακό ιστορικό καθώς και η παρουσία μεταλλάξεων του γονιδίου BRCA 1 και BRCA 2. Ειδικότερα, υπάρχουν τρία διαφορετικά σύνδρομα τα οποία αφορούν το οικογενειακό ιστορικό. Ως πρώτο υπάρχει το κληρονομικό σύνδρομο καρκίνου ωοθηκών συγκεκριμένης εντόπισης, στο οποίο παρατηρείται μόνο καρκίνος των ωοθηκών. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι οικογένειες με το παραπάνω κληρονομικό σύνδρομο συνδέονται με το γονίδιο BRCA 1. Επίσης, το πιο κοινό και γνωστό είναι το σύνδρομο καρκίνου μαστού-ωοθηκών, στο οποίο υπάρχει συνδυασμός των δύο νόσων και εμφανίζονται ταυτόχρονα στην ίδια ασθενή. Η περίπτωση αυτή σχετίζεται με μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA 1 και σε ορισμένες περιπτώσεις του γονιδίου BRCA 2. Ως τρίτο αναφέρεται το κληρονομικό σύνδρομο μη πολυποειδούς ορθοκολικού καρκίνου, δηλαδή ο συνδυασμός καρκίνου μαστού, ωοθηκών, κόλου και ενδομητρίου (Lemcke et al., 2014).

Άλλοι συσχετιζόμενοι αλλά μη τεκμηριωμένοι παράγοντες αποτελούν μεταξύ άλλων (Stewart et al., 2019; Καλογερόπουλος, 2012):

- Η ωορρηξία
- Η καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- Η ενδομητρίωση
- Η ατοκία ή η υπογονιμότητα (κυρίως όταν οι γυναίκες ακολουθούν θεραπεία με φάρμακα διεγερτικά της ωοθυλακιωρρηξίας)
- Οι διαιτητικοί παράγοντες (δίαιτα υψηλή σε λιπαρά, υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης και αλκοόλ)
- Η παχυσαρκία
- Η εθνικότητα/φυλή

3.7 Κλινική Εικόνα Καρκίνου των Ωοθηκών

Τα σημεία και συμπτώματα του ωοθηκικού καρκίνου είναι μη ειδικά και ασαφή. Ένα μεγάλο ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού, αναφέρει κοινά συμπτώματα όπως, το γρήγορο αίσθημα κορεσμού, τον κοιλιακό μετεωρισμό, την επιτακτική ούρηση, την συχνοουρία, τον πόνο στην πύελο ή στην κοιλιά, την κόπωση και τον πόνο στην οσφύ (Stewart et al., 2019). Εξαιτίας αυτής της κοινής συμπτωματολογίας οι γυναίκες δεν απευθύνονται σε κάποιο ειδικό με συνέπεια την καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, ο καρκίνος των ωοθηκών εντοπίζεται σε γυναίκες που υποβάλλονται σε μια λαπαροσκόπηση για τυχόν προβλήματα που σχετίζονται με την στειρότητα (Lemcke et al., 2014).

Είναι σημαντικό να καθοριστεί αν η ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα, αν έχει οξεία συμπτώματα, για παράδειγμα πόνος και αιμορραγία ή αν τα συμπτώματά της είναι πιο χρόνια. Ο πόνος στα μέσα του εμμηνορυσιακού κύκλου ίσως οφείλεται σε φυσιολογική κύστη, ενώ ο οξύς πυελικός πόνος αυξάνει την πιθανότητα συστροφής του όγκου. Επιπλέον, η εξόγκωση της κοιλίας με ασκίτη σηματοδοτεί νόσο τελικού σταδίου (LeMone et al., 2014; Lemcke et al., 2014). Κατά την προ-εμμηνοπαυσιακή περίοδο, εμφανίζονται ο πόνος κατά την συνουσία, η δυσκοιλιότητα και οι εμμηνορυσιακές διαταραχές. Μπορεί να συμβεί και μη φυσιολογική κολπική αιμορραγία αν το ενδομήτριο διεγείρεται από ορμονοεκκριτικό όγκο ή αν ο όγκος αλλοιώσει το κολπικό τοίχωμα (LeMone et al., 2014).

3.8 Διάγνωση

Για τη διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών η εξέταση της ασθενούς ξεκινά με την αντικειμενική λεπτομερή διάγνωση, καθώς και με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, όπου, προβάλλεται η εξόγκωση των ωοθηκών (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014). Κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης δεν πρέπει να αναφερθεί μόνο η παρουσία μιας πυελικής μάζας, αλλά να δοθούν και πρόσθετες πληροφορίες, όπως, το μέγεθος, η εντόπιση (αμφοτερόπλευρη ή όχι), η κινητικότητα (σταθερή ή κινητή), η σύσταση (συμπαγής ή κυστική), η ευαισθησία, το περίγραμμα (λείο ή ακανόνιστο) και η θέση στην οποία βρίσκεται η μάζα (Lemcke et al., 2014).

Έπειτα, πραγματοποιείται αιματολογικός έλεγχος ήπατος και νεφρών. Η πιο αναγκαία εργαστηριακή εξέταση είναι τα επίπεδα αντιγόνου σε CA-125, ένας καρκινικός δείκτης

που στο 90% των γυναικών είναι αυξημένος, όταν υπάρχει προχωρημένο στάδιο καρκίνου των ωοθηκών (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014). Επόμενο βήμα, είναι ο υπέρηχος κοιλίας, αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, μαγνητική τομογραφία κοιλίας, ποζιτρονική τομογραφία, λαπαροσκόπηση, κολonosκόπηση, και πιθανότατα βιοψία ωοθηκών (LeMone et al.,2014).

3.9 Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών

Η σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών κατά FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) περιλαμβάνει τέσσερα στάδια (πίνακας 1). Στα πρώτα στάδια δεν εμφανίζονται προειδοποιητικά συμπτώματα. Γενικά, όταν εμφανιστούν, είναι ασαφή και ήπια (LeMone et al., 2014).

Πίνακας 1: Σταδιοποίηση του καρκίνου των ωοθηκών (Ρούσσο, 2019)	
Στάδιο I	Όγκος που περιορίζεται στις ωοθήκες
Ia	Προσβολή της μιας ωοθήκης χωρίς διήθηση ή ρήξη της κάψας του όγκου, χωρίς ασκίτη
Ib	Προσβολή και των δύο ωοθηκών χωρίς διήθηση ή ρήξη της κάψας του όγκου, χωρίς ασκίτη
Ic	Όγκος σταδίου Ia ή Ib με διήθηση ή ρήξη της κάψας του όγκου ή ασκίτικο υγρό με κύτταρα θετικά για κακοήθεια ή περιτοναϊκό έκπλυμα ή με κύτταρα θετικά για κακοήθεια
Στάδιο II	Εντόπιση στη μία ή στις δύο ωοθήκες με επέκταση στην πύελο
IIa	Επέκταση στη μήτρα ή και τις σάλπιγγες
IIb	Επέκταση σε άλλα πυελικά όργανα
IIc	Όγκος σταδίου IIa ή IIb με ασκίτικο υγρό, με κύτταρα θετικά για κακοήθεια ή περιτοναϊκό έκπλυμα ή με κύτταρα θετικά για κακοήθεια
Στάδιο III	Εντόπιση στη μία ή στις δύο ωοθήκες με επέκταση της νόσου στην άνω κοιλία ή θετικούς οπισθοπεριτοναϊκούς ή βουβωνικούς λεμφαδένες. Επιφανειακές διηθήσεις ήπατος.
IIIa	Μικροσκοπική διήθηση του περιτοναίου εκτός πυέλου (άνω κοιλία). Αρνητικοί λεμφαδένες
IIIb	Μακροσκοπικές μεταστάσεις στην άνω κοιλία μεγέθους <2cm. Αρνητικοί λεμφαδένες
IIIc	Μακροσκοπικές μεταστάσεις στην άνω κοιλία μεγέθους >2cm ή θετικοί οπισθοπεριτοναϊκοί λεμφαδένες
Στάδιο IV	Εντόπιση στη μία ή στις δύο ωοθήκες με απομακρυσμένες μεταστάσεις
	Παρεγχυματικές μεταστάσεις σε ήπαρ, σπλήνα, πνεύμονα Κακοήθης πλευριτική συλλογή Μεταστάσεις στους υπερκλειδίους λεμφαδένες

3.10 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνει όλες τις καλοήθειες και κακοήθειες παθήσεις που σχετίζονται με γυναικολογικά αίτια ή μη γυναικολογικά αίτια αντίστοιχα. Στην διαφορική διάγνωση παρατηρούνται καλοήθειες μάζες στο ωχρό σωμάτιο και στο ωοθυλάκιο και μάζες στην πύελο που δεν προέρχονται από το γεννητικό σύστημα. Επιπλέον, παρατηρείται, ηπατική, καρδιακή και νεφρική νόσος που έχει ως συνέπεια την απώλεια βάρους και τον ασκίτη. Οι καλοήθειες παθήσεις του γυναικολογικού συστήματος είναι η ενδομητρίωση, η υδροσάλπιγγα, η έκτοπη κύηση σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και τα μισχωτά ινομύωματα ή λειομύωματα. Άλλα μη γυναικολογικά αίτια που αποτελούν κακοήθειες παθήσεις είναι ο πυελικός ή πεταλοειδής νεφρός και ο καρκίνος του γαστρεντερικού συστήματος. Καθώς, λοιπόν, υπάρχει κοινή συμπτωματολογία με τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, κρίνεται απαραίτητη η διαφορική διάγνωση (Smith, 2019).

3.11 Θεραπευτική Προσέγγιση

Οι θεραπευτικές μέθοδοι απέναντι στον καρκίνο έχουν ως στόχο την αλληλοεπικάλυψη για την αντιμετώπιση της ασθένειας, τον έλεγχο της νόσου ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθενούς. Μετά τη διάγνωση του καρκίνου ακολουθεί η χειρουργική και φαρμακευτική θεραπεία. Γι' αυτό το λόγο οι στόχοι της θεραπείας είναι (LeMone et al, 2014):

- Να πραγματοποιηθεί εξάλειψη του όγκου ή των κακοηθών κυττάρων
- Να γίνει πρόληψη της μετάστασης
- Να μειωθεί η κυτταρική ανάπτυξη και το μέγεθος του όγκου
- Να γίνει προαγωγή των λειτουργικών ικανοτήτων και να παρέχεται ανακούφιση από τον πόνο στις ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία

Η θεραπεία ποικίλλει από αφαίρεση των ωοθηκών έως ολική υστερεκτομή. Για την ελάττωση του όγκου είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία γίνεται αφαίρεση ενός μεγάλου τμήματος του όγκου και θα μειώσει την ποσότητα των καρκινικών κυττάρων (Osborn et al., 2013). Οι νέες γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν και βρίσκονται στο Στάδιο I, η θεραπεία τους είναι δυνατό να περιλαμβάνει την αφαίρεση μίας ωοθήκης. Πορολ'αυτά, εφαρμόζεται ολική

υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπγγο-ωοθηκεκτομή σε προχωρημένο στάδιο (LeMone et al., 2014). Περιστασιακά, η προληπτική χειρουργική επέμβαση θα γίνει σε όργανα που έχουν ασθενήσει και τα ποσοστά κινδύνου είναι υψηλότερα στην ανάπτυξη ενός μεταγενέστερου καρκίνου (Osborn et al., 2013) Ακόμη, κι μ' αυτή την μορφή αντιμετώπισης δεν αποκλείεται η ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών, αφού περιλαμβάνει το ποσοστό επανεμφάνισης έως 10% (Smith,2019). Μετά την εγχείρηση ακολουθεί η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, που εξαρτιούνται από την γενική κατάσταση της γυναίκας καθώς και το στάδιο του καρκίνου στο οποίο βρίσκεται (LeMone et al., 2014).

Η συστηματική χορήγηση κυτταροτοξικών ουσιών σχετικά με την θεραπεία του καρκίνου ορίζεται ως χημειοθεραπεία (Osborn et al., 2013). Η χημειοθεραπεία, πραγματοποιείται σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου και αφορά την αντιμετώπιση των μεταστάσεων (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014). Στόχος της χημειοθεραπείας είναι να ελαττωθεί το μέγεθος του όγκου είτε συμμετέχοντας συμπληρωματικά στη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία είτε στην πρόληψη της εμφάνισης μεταστάσεων και την αντιμετώπιση γνωστών μεταστατικών εστιών. Σε όλες τις χημειοθεραπευτικές μεθόδους υπάρχουν παρενέργειες ή τοξικές δράσεις που το είδος και η βαρύτητα τους εξαρτώνται από την χρήση των φαρμάκων (LeMone et al., 2014).

Η ακτινοθεραπεία, που πραγματοποιείται για την ανακούφιση του πόνου, γίνεται με την χρήση εξωτερικής πηγής ή ραδιενεργών ενδοκοιλιακών εμφυτευμάτων και έχει ως σκοπό την συρρίκνωση του όγκου σε συγκεκριμένες περιοχές (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014). Επιπλέον, η ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία ή η χειρουργική επέμβαση. Η ακτινοθεραπεία, έχει ως στόχο: την ανάληψη μιας θεραπευτικής προσπάθειας για την εξάλειψη της ασθένειας, τον έλεγχο της μεταστατικής δραστηριότητας, την ανακούφιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη της μικροσκοπικής νόσου σχετιζόμενη με συγκεκριμένους πρωτοπαθής όγκους και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, για την ανακούφιση ή τον περιορισμό των συμπτωμάτων στον προχωρημένο καρκίνο (Osborn et al., 2013).

Στη θεραπεία περιλαμβάνονται, επίσης, η ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία με ιντερφερόνη άλφα και η ορμονική θεραπεία (Χαράτση-Γιωτάκη, 2014). Δεν ενδείκνυται κάποιο είδος ειδικής διαίτας ούτε περιορισμός

δραστηριοτήτων. Παρόλ' αυτά, στη περίπτωση που η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, η παρεντερική διατροφή κρίνεται απαραίτητη πριν ή μετά την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης. Κανένα φάρμακο δεν ενδείκνυται εκτός από την επικουρική θεραπεία που έχει ως στόχο την βελτίωση των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με τη συμπληρωματική θεραπεία έναντι του καρκίνου (Smith, 2019).

3.12 Παρηγορητική Θεραπεία

Η παρηγορητική θεραπεία ορίζεται ως η εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης και επικεντρώνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να εμπεριέχει την παροχή ανακούφισης από τον πόνο, την υποστήριξη ασθενών και οικογενειών, την ενσωμάτωση ψυχολογικών και πνευματικών πτυχών της περίθαλψης και την παροχή άυλης βοήθειας στη δύσκολη λήψη αποφάσεων. Παράλληλα με την παρηγορητική φροντίδα μπορεί να παρέχονται θεραπείες που προορίζονται για τη θεραπεία της υποκείμενης ασθένειας ή την παράταση της ζωής, όπως η χημειοθεραπεία που είναι κατάλληλη σε οποιαδήποτε ηλικία ή στάδιο σοβαρής ασθένειας. Η εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα συνδέεται με βελτιωμένη ποιότητα ζωής, έλεγχο των συμπτωμάτων, ικανοποίηση ασθενών και φροντιστών, κατανόηση της νόσου, φροντίδα στο τέλος της ζωής, κόστος φροντίδας και ίσως επιβίωση (Hui & Bruera, 2016; Hui & Bruera, 2020).

3.13 Πρόγνωση

Την υψηλότερη θνησιμότητα σε σχέση με όλους τους άλλους γυναικολογικούς καρκίνους κατέχει ο καρκίνος των ωοθηκών, δημιουργώντας τους περισσότερους θανάτους ετησίως συγκριτικά με τον καρκίνο του τραχήλου και του ενδομητρίου μαζί.. Η επιβίωση από τον ωοθηκικό καρκίνο είναι εφικτή αν γίνει έγκυρη ιχνηλάτηση και αντιμετώπιση με επιθετική χειρουργική αφαίρεση και επικουρική θεραπεία. Παρόλ' αυτά για την επιβίωση σημαντικό ρόλο αποτελεί το στάδιο του καρκίνου, ο βαθμός διαφοροποίησης, ο κυτταρικός τύπος και ο υπολειπόμενος καρκινικός ιστός μετά την χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Όσον αφορά την πενταετή επιβίωση τα στάδια έχουν ως εξής: στάδιο I 80%, στάδιο II 60%, στάδιο III 25% και στάδιο IV 15% (Smith, 2019).

3.14 Πρόληψη

Για την έγκαιρη ανίχνευση του πρωτοπαθούς καρκίνου των ωοθηκών, έως σήμερα, δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί μέθοδοι προληπτικού αποτελεσματικού ελέγχου. Η παρακολούθηση της ανταπόκρισης των ασθενών στην θεραπεία ή η αξιολόγηση μιας κακοήθους ή καλοήθους μάζας θα πραγματοποιηθεί με το διακολπικό υπερηχογράφημα, την μαγνητική και την αξονική τομογραφία και τους βιοχημικούς δείκτες (CA-125). Ωστόσο οι εξετάσεις αυτές δεν προσδίδουν εγκυρότητα στον μαζικό ασυμπτωματικό έλεγχο. Σε ασθενείς που υπάρχει υπόνοια υποτροπής της νόσου εκτιμάται ο χειρουργικός επανέλεγχος για την εξέλιξή της και την πιθανή ανακάλυψη λανθάνουσας νόσου. Σε περίπτωση αρνητικού χειρουργικού επανελέγχου το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης είναι 50%. Επίσης, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με καρκίνο των ωοθηκών προτείνεται η προληπτική σαλπινγο-ωοθηκεκτομή, μετά την ολοκλήρωση της τεκνοποίησης καθώς είναι προτιμότερη από την μακροχρόνια παρακολούθηση της (Smith, 2019). Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στη μείωση εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών είναι η πολυτοκία, ο θηλασμός και η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών από το στόμα (Lemcke et al., 2014)

3.15 Νοσηλευτικοί Ρόλοι

Οι ρόλοι της νοσηλευτικής επικεντρώνονται στην υποστήριξη του ατόμου ως σύνολο και στην επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων όπως, πτώχή θρέψη, πόνος, κόπωση, αφυδάτωση, μη φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις, μη αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης από το άτομο και την οικογένεια και τις παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, η φροντίδα του νοσηλευτή επικεντρώνεται στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής βοηθώντας στην αποκατάσταση των ασθενών που επιζούν από τον καρκίνο αλλά και παρέχοντας βοήθεια σε εκείνους που καταλήγουν από την ασθένεια να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια τους μέχρι το τέλος της ζωής τους (LeMone et al., 2014).

Κατά την διάρκεια της μέριμνας των ασθενών με καρκίνο το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιθανό να αντιμετωπίσει διάφορες επείγουσες καταστάσεις στις οποίες η επιβίωση του ασθενή θεωρείται κρίσιμη από τον ρόλο των νοσηλευτών. Οι καταστάσεις αυτές προϋποθέτουν οξυδέρκεια, σωστή κρίση και γρήγορη δράση κατά την διάρκεια της αναγνώρισης του προβλήματος (LeMone et al., 2014).

Καθώς ο καρκίνος επιδρά σε ολόκληρη την οικογένεια, η φροντίδα του νοσηλευτή περικλείει όλα τα άτομα που έχουν σχέση με την φροντίδα της ασθενούς από την στιγμή της διάγνωσής της νόσου και καθόλη την διάρκεια της νόσου και της θεραπείας μέχρι την καταληκτική της έκβαση (LeMone et al., 2014).

3.15.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή στην κλινική του ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών

Το πρώτο βήμα με την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο είναι η διαδικασία λήψης του ιστορικού της κατά την οποία ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράψει αν υπάρχει γενετική προδιάθεση εμφάνισης καρκίνου του αναπαραγωγικού συστήματος αλλά και να τεθούν ερωτήσεις που αφορούν το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών. Κατά την φυσική εξέταση, εάν υπάρχει υπόνοια για γενετική διαταραχή ο νοσηλευτής πρέπει να παρακινήσει την ασθενή να υποβληθεί σε γεννητικό έλεγχο και να της προτείνει υπηρεσίες γεννητικής συμβουλευτικής για την καλύτερη αντιμετώπισή του. Ευθύνη του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει και να προετοιμάσει την ασθενή για τις διαγνωστικές εξετάσεις, να γίνει, εάν χρειάζεται, λήψη της συγκατάθεσης της, να εκτιμήσει την κατάστασή της ασθενούς για την λήψη φαρμακευτικής αγωγής και να επιβλέπει τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων (LeMone et al., 2014).

3.15.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών

Ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί άγχος σε γυναίκες με καρκίνο είναι η προετοιμασία των διαγνωστικών εξετάσεων και η αναμονή των αποτελεσμάτων τους. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει σημαντική υποστήριξη στις ασθενείς κατά την διάρκεια των εξετάσεων, παρέχοντας την απαραίτητη καθοδήγηση στην πορεία εξέλιξης της νόσου. Μετά την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής πραγματοποιεί μια συζήτηση με την ασθενή, που αφορά τις γνώσεις της πάνω στο θέμα με σκοπό να δημιουργηθεί μία σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Με τη συζήτηση ενθαρρύνεται αυτή η σχέση εμπιστοσύνης που αποσκοπεί στην αίσθηση ελέγχου της κατάστασής της. Στην πορεία οι ασθενείς ξεκινούν να αισθάνονται όλο και πιο οικεία με το νοσηλευτή με αποτέλεσμα να εκφράσουν τις ανησυχίες, τους φόβους κι άλλα συναισθήματά τους. Ο νοσηλευτής οφείλει να ακούει την ασθενή με προσοχή, να την υποστηρίζει και να γίνεται κατάλληλη ενημέρωση πληροφοριών σχετικά με την νόσο

χωρίς να προσπαθεί να της επιβληθεί και να της δίνει ψεύτικες ελπίδες. Ωστόσο, υπάρχουν και ασθενείς που δεν έχουν ακόμη την ευχέρεια της εμπιστοσύνης απέναντι στον νοσηλευτή και αυτό συμβαίνει, είτε λόγω του θυμού που αισθάνονται είτε λόγω της άρνησης της συζήτησης για τις ανησυχίες τους και των πιθανών αποριών που προκύπτουν. Ο νοσηλευτής όμως, οφείλει να παρέχει την υποστήριξη της εμπιστοσύνης του με άλλους μεθόδους μη λεκτικής επικοινωνίας, που θα έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία ενός ζεστού και ήρεμου περιβάλλοντος για την ύπαρξη του αλληλοσεβασμού. Τέλος, ο νοσηλευτής παρέχει και υποστηρικτική φροντίδα στα μέλη της οικογένειας των ασθενών που υποβάλλονται σε διαγνωστικό έλεγχο, καθώς τα μέλη της οικογένειας προσπαθούν να δείξουν δυνατοί απέναντι στις ασθενείς προκειμένου να τονώσουν το ηθικό τους (LeMone et al., 2014).

3.15.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών

Κατά την προεγχειρητική περίοδο ο χειρισμός των συμπτωμάτων της ασθενούς θα επιδράσει στην ανταπόκριση της χειρουργικής επέμβασης και στην ανάρρωση. Κάθε ογκολογικός ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση προϋποθέτει ένα πλάνο φροντίδας. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να είναι ικανός να αναγνωρίζει την πιθανή συννοσηρότητα και άλλα σημεία και συμπτώματα πριν την διαδικασία της επέμβασης και να εξατομικεύσει το σχέδιο φροντίδας πριν το χειρουργείο. Η παροχή ολιστικής φροντίδας από τον νοσηλευτή στις ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με ωοθηκικό καρκίνο απαιτεί εγρήγορση για τα προβλήματα και τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν (Osborn et al., 2013). Ο ρόλος του νοσηλευτή, λοιπόν, πριν το χειρουργείο είναι: (LeMone et al., 2014):

- Να αφαιρέσει τα τιμαλφή και να τα τοποθετήσει στην ειδική σακούλα με τα στοιχεία της ασθενούς.
- Να αφαιρέσει τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες και φακούς επαφής.
- Να ελέγξει τα νύχια της ασθενούς ώστε να μην είναι βαμμένα.
- Να πραγματοποιηθεί προετοιμασία εντέρου και διατροφική υποστήριξη.
- Να γίνεται λήψη ζωτικών σημείων συνεχώς, καθώς και μισή ώρα πριν εισέλθει η ασθενής στο χειρουργείο.

- Να αναλάβει τη περιποίηση της περιοχής που πρόκειται να χειρουργηθεί (ξύρισμα συνήθως 1-2 ώρες πριν το χειρουργείο).
- Να βοηθήσει την ασθενή να φορέσει τον κατάλληλο ρουχισμό για το χειρουργείο (σκούφο, ποδονάρια και η χειρουργική μπλούζα).
- Να λάβει ενυπόγραφη τη συγκατάθεση της ασθενούς για το χειρουργείο και αν χρειαστεί να δοθεί προνάρκωση.

Σε όλη την διάρκεια αυτών που αναφέρθηκαν παραπάνω πρέπει να εμψυχώνει και να υποστηρίζει τον ασθενή, καθώς το άγχος και ο φόβος είναι δυο συναισθήματα που κυριεύουν το άτομο πριν μπει στο χειρουργείο (LeMone et al., 2014).

3.15.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινάει μόλις η ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης που ο ρόλος του νοσηλευτή είναι και εδώ πολύ σημαντικός. Μεταξύ άλλων, οφείλει να (LeMone et al., 2014):

- Ελέγχει συνεχώς τα ζωτικά της σημεία και την περιοχή όπου έγινε η επέμβαση.
- Ελέγχει το επίπεδο συνείδησης.
- Καταγράφει τα προσβαλλόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, για τυχόν επιπλοκές στο ουροποιητικό και καρδιαγγειακό σύστημα.
- Χορηγεί αναλγητικά σε περιπτώσεις οξέων πόνων (όπου δύναται).
- Η συναισθηματική υποστήριξη είναι και εδώ ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στην ψυχολογία της ασθενούς, καθώς καθησυχάζει και ενημερώνει διαρκώς τόσο την ίδια την ασθενή όσο και την οικογένειά της.

Μετά από τον χώρο της ανάνηψης και την σταθεροποίησή της, η ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο της κλινικής. Οι παρεμβάσεις στο συγκεκριμένο χώρο δεν διαφέρουν τόσο πολύ, όσο στην αίθουσα ανάνηψης. Αφορούν τον όρο «εκτίμηση» και περιλαμβάνει τα ακόλουθα (LeMone et al., 2014):

- Γενική εμφάνιση
- Ζωτικά σημεία

- Χρώμα δέρματος
- Πόνος
- Ναυτία/Εμετοι
- Χορήγηση φαρμάκων
- Χειρουργικό τραύμα
- Κινητικότητα

Καθώς ο νοσηλευτής πραγματοποιεί τα νοσηλευτικά του καθήκοντα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, διότι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι πολύ σοβαρές για την υγεία της ασθενούς (LeMone et al., 2014).

3.15.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών

Για την κάλυψη των αναγκών της ασθενούς πρέπει να πραγματοποιηθεί ο καλύτερος δυνατός προγραμματισμός της εξόδου της στην οποία περιλαμβάνεται: η αξιολόγηση, η αναγνώριση των αναγκών της συνεχούς φροντίδας, η εκπαίδευση καθώς και η εφαρμογή ενός πλάνου που θα καλύψει τις ανάγκες της. Ο προγραμματισμός τυπικά αρχίζει με την είσοδο της ασθενούς στο νοσοκομείο, όμως, φυσιολογικά αρχίζει αξιολογώντας τις ανάγκες της ασθενούς στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο επικοινωνούν περισσότερο με το προσωπικό του περιβάλλοντος αυτού για τις θεραπείες και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους (Osborn et al., 2013).

Για την καλύτερη αντιμετώπιση της ασθενούς πριν την έξοδο από το νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση τόσο της πάσχουσας όσο και των οικείων προσώπων που θα ασχοληθούν με την φροντίδα της στο σπίτι. Οι ρόλοι του νοσηλευτή στην μετανοσοκομειακή φροντίδα έχουν ως εξής (LeMone et al., 2014):

- Συζήτηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την συγκεκριμένη μορφή καρκίνου και της θεραπείας.
- Παροχή επαρκούς πληροφόρησης για τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν και οδηγίες για το πότε πρέπει να ειδοποιείται ο γιατρός.

- Να παρέχει σαφείς οδηγίες που αφορούν ειδικές δίαιτες σε συνεργασία με τον διαιτολόγο.
- Έλεγχος της ασθενούς καθώς και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, εάν έχει γίνει πλήρης κατανόηση των ιατρικών οδηγιών, όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή ή των άλλων μορφών θεραπείας και για την μετέπειτα συνάντηση ιατρού-ασθενή.
- Παροχή ή παραγγελία του απαραίτητου εξοπλισμού που χρειάζεται για την κατ' οίκον φροντίδα, δηλαδή κάποιο ειδικό κρεβάτι ή συσκευές για την βοήθεια στην κινητοποίηση και την παροχή της ασφάλειάς της στο σπίτι.
- Σε ασθενείς που απαιτείται σύνθετη φροντίδα, όπως η εφαρμογή παρεντερικής διατροφής πρέπει να παρέχεται εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό στην κατ' οίκον φροντίδα, πριν την έξοδο της από το νοσοκομείο.

3.15.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών

Για τις ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών είναι διαθέσιμες πολλές επιλογές θεραπείας. Όλες αυτές οι θεραπευτικές επιλογές κρύβουν ανεπιθύμητες ενέργειες που παρ' όλα αυτά έχουν και ποσοστά επιτυχίας. Ο νοσηλευτής έχει την δυνατότητα να παρέχει βοήθεια στην ασθενή και την οικογένεια της στην λήψη πληροφοριών που σχετίζονται με τις θεραπευτικές επιλογές (Osborn et al., 2013).

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την δυνατότητα να αναπτύξει αλληλένδετη σχέση με τις ασθενείς και τις οικογένειές τους στην διάρκεια της διάγνωσης και της θεραπείας. Η σχέση αυτή βοηθάει το νοσηλευτή να αφομοιώσει τους στόχους και τις αξίες των ασθενών σχετικά με τις εμπειρίες τους έναντι του καρκίνου. Η συνεργασία ασθενούς-νοσηλευτή είναι αξιοσημείωτη για την κατάρτιση ενός πλάνου φροντίδας που θα περιλαμβάνει τους στόχους και τις αξίες τους (Osborn et al., 2013).

Η θεραπεία των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλαπλών συμπτωμάτων, τα οποία είναι δυνατόν να προξενήσουν διαφορετικού βαθμού δυσφορία στην ασθενή. Ο νοσηλευτής μπορεί να επιδράσει θετικά στην ποιότητα ζωής της ασθενούς τοποθετώντας σε βαθμό προτεραιότητας την εκδήλωση των συμπτωμάτων και λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψιν τα κατάλληλα ανακουφιστικά μέτρα. Ανάλογα με την συμπτωματολογία που αναφέρει η κάθε ασθενής, όπως για παράδειγμα, δυσφορία ή κόπωση, ο νοσηλευτής μπορεί να ανακαλύψει την ύπαρξη ενός σημαντικότερου

προβλήματος που ευθύνεται για τα συμπτώματα της ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς θα αναγνωρίσουν την αξία του νοσηλευτή και με το καιρό θα δημιουργείται ένα αίσθημα εμπιστοσύνης (Osborn et al., 2013).

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εκπαιδεύσει τις ασθενείς (LeMone et al., 2014):

- Στην αυξημένη πρόσληψη ποσότητας υγρών για τη διευκόλυνση της απομάκρυνσης των φαρμάκων από τον οργανισμό.
- Στην ανάπαυση μεγάλων χρονικών διαστημάτων με σκοπό οι ασθενείς να ανεχθούν καλύτερα την θεραπεία και να αποφύγουν την εμφάνιση άλλων ασθενειών.
- Στη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τυχόν επιπλοκές που θα προκληθούν από την λήψη των φαρμάκων τους.
- Στην πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με την ειδοποίηση του ιατρού ή της ομάδας επείγουσας βοήθειας την κατάλληλη χρονική στιγμή.

3.15.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χημειοθεραπεία σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών

Η χημειοθεραπεία ,συγκεκριμένα, αποτελεί μία δύσκολη και περίπλοκη μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο (Osborn et al., 2013). Ο ρόλος του νοσηλευτή επικεντρώνεται στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση τοξικών παρενεργειών των φαρμάκων αλλά και στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών διαταραχών. Η εμπειριστατωμένη εκτίμηση, ο έλεγχος της ασθενούς για πιθανή εκδήλωση σημείων και συμπτωμάτων και η διεξαγωγή των κατάλληλων εργαστηριακών εξετάσεων, δίνουν την δυνατότητα να προειδοποιήσουν από πριν τον νοσηλευτή για την παρουσία τοξικών παρενεργειών. Συγκεκριμένα τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω, συνιστούν εξειδικευμένες φαρμακευτικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις (LeMone et al., 2014):

- ναυτία
- έμετος
- φλεγμονή και εξέλκωση του βλεννογόνου του στόματος
- διάρροια

- αλλοιώσεις του δέρματος
- απώλεια των τριχών
- ανορεξία
- κόπωση

Σε ασθενείς που πρόκειται να δεχτούν την χημειοθεραπεία οι νοσηλευτικοί στόχοι είναι (Corner & Bailey, 2006):

1. Παροχή πληροφοριών που αφορούν την χημειοθεραπεία σε ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον και εξήγηση τυχόν αποριών που θα προκύψουν.
2. Παροχή επαρκούς χρόνου με στόχο την προσαρμογή των ασθενών στην ιδέα της χημειοθεραπείας.
3. Αποτελεσματική χορήγηση της αγωγής στις ασθενείς προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν δυσφορίες ή τραυματισμοί.
4. Πρόληψη των δυνητικών παρενεργειών ή της τοξικότητας των φαρμάκων για την μείωση ή την ανακούφιση τους.
5. Ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων, σκέψεων και αγωνιών που υπάρχει πιθανότητα να προκύψουν κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.
6. Ενθάρρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών για ψυχολογική και σωματική υποστήριξη τόσο στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο.
7. Δυνατότητα στις ασθενείς να ζήσουν την όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

3.15.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία σε ασθενή με καρκίνο των ωοθηκών

Όπως προαναφέρθηκε, η ακτινοθεραπεία είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης του ωοθηκικού καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί είτε εξωτερικά είτε εσωτερικά. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός καθώς πρέπει να γίνει προσεκτική εκτίμηση και να αντιμετωπιστούν τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν. Επιπλέον, βοηθάει και στην καταγραφή των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Osborn et al., 2013).

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία (ή τηλεθεραπεία) πραγματοποιείται με τη χρήση μίας μηχανής σε προκαθορισμένη απόσταση από το σώμα. Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής έχει ευθύνη για (Osborn et al., 2013) :

- Παρακολούθηση ανεπιθύμητων ενεργειών: αλλοιώσεις δέρματος όπως ερύθημα, αχρωμία, οίδημα ή αιμορραγία, εξέλκωση των βλεννογόνων, ναυτία και έμετος.
- Παρακολούθηση για δύσπνοια ή μεταβολές στην αναπνοή.
- Καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει η ασθενής κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Παρακολούθηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων για ενδεχόμενη μείωση.

Η εσωτερική ακτινοβολία (ή βραχυθεραπεία) πραγματοποιείται με τη χρήση σφραγισμένης ραδιενεργούς πηγής (εμφύτευμα) που τοποθετείται μέσα ή κοντά σ' έναν όγκο. Πιο ειδικά ο ρόλος του νοσηλευτή είναι (Osborn et al., 2013) :

- Η τοποθέτηση της ασθενούς σε ξεχωριστό δωμάτιο.
- Ο περιορισμός του χρόνου επίσκεψης από 10 έως 30 λεπτά και με απόσταση τουλάχιστον δύο μέτρων από την ασθενή.
- Η παρακολούθηση ανεπιθύμητων ενεργειών: αίσθημα καύσου, υπερβολική εφίδρωση, ρίγος και πυρετός, ναυτία και έμετος ή διάρροια.

3.15.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου των ωοθηκών

Μία ενδιαφέρουσα πρόκληση των νοσηλευτών απέναντι στον καρκίνο των ωοθηκών είναι η εκπαίδευση των γυναικών σχετικά με τα μέτρα πρόληψης και τις αλλαγές του τρόπου ζωής, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης του καρκίνου. Παρ' όλα αυτά, από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση του, ο νοσηλευτής παρέχει την απαραίτητη υποστήριξη σε όλη την διάρκεια της αποκατάστασης και στην γρήγορη ανάρρωση των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών. Ο νοσηλευτής παράλληλα, διαβεβαιώνει τις ασθενείς ότι δεν είναι οι ίδιες υπεύθυνες για την νόσο τους (LeMone et al., 2014).

Στη δευτερογενή πρόληψη για τον καρκίνο των ωοθηκών συμπεριλαμβάνονται προγράμματα προληπτικού ελέγχου με ενδοκολπικό υπέρηχο και έλεγχο για το ειδικό καρκινοεμβυϊκό αντιγόνο CA125 που παραμένει όμως μη ειδικό για ελέγχους μεγάλης κλίμακας. Τα προγράμματα αυτά έχουν μεγάλη βαρύτητα για την επισήμανση περιστατικών σε αρχικό στάδιο (Corner & Bailey, 2006).

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην πρόληψη γίνεται όλο και πιο έντονη μέσω της συμμετοχής τους σε προγράμματα εξέτασης, βοηθώντας τους μ' αυτό τον τρόπο στην επιλογή των κατάλληλων μεθόδων πρόληψης και ανίχνευσης του καρκίνου και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο εάν ο νοσηλευτής έχει αντιληφθεί τις αρχές κάθε προγράμματος. Οι νοσηλευτές κατέχουν ενεργό ρόλο στην εκπαίδευση των ατόμων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου, τους παράγοντες κινδύνου και την πρόωρη ανίχνευση του (Osborn et al., 2013).

3.15.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του ασθενούς με καρκίνο των ωοθηκών

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος που έχει ο καρκίνος σε μία ασθενή είναι ισότιμος με τον οργανικό καθώς προκαλεί ριζικές αλλαγές, όχι μόνο στην ίδια αλλά και στο οικογενειακό της περιβάλλον. Η ασθενής που έχει διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών έρχεται αντιμέτωπη με τις αλλαγές στην συναισθηματική της κατάσταση, στα οικονομικά ζητήματα, στον καταμερισμό των ευθυνών και στις κοινωνικές δραστηριότητες ολόκληρης της οικογένειας (Osborn et al., 2013).

Υπάρχουν γυναίκες ασθενείς που αντιλαμβάνονται τον ωοθηκικό καρκίνο ως μια θανατική καταδίκη και αισθάνονται έντονη θλίψη, στην οποία παραδίδονται ολοκληρωτικά. Επίσης, άλλες ασθενείς αισθάνονται ένοχες καθώς θεωρούν, ότι ο καρκίνος είναι μία μορφή τιμωρίας για τις συνήθειες του παρελθόντος όπως, κάπνισμα, μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες ή για την αμέλεια σχετικά με την διάγνωση ή την εφαρμογή της θεραπείας. Το αίσθημα του θυμού, που συχνά υποδηλώνει ένα αίσθημα αδυναμίας, επικρατεί ειδικότερα όταν η ασθενής πιστεύει ότι είχε δημιουργήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ο φόβος, που είναι το πιο συχνό συναίσθημα επικρατεί σε διάφορες μορφές, όπως φόβος για την κατάληξη της νόσου, φόβος για τις συνέπειες της θεραπείας και φόβος για τον πόνο και το θάνατο. Επιπλέον, άλλες ασθενείς έρχονται αντιμέτωπες με το αίσθημα της απομόνωσης λόγω του στίγματος του καρκίνου και λόγω παλιών απόψεων που αφορά τη μεταδοτικότητα της νόσου. Ακόμη,

ανησυχούν για την εικόνα του σώματος τους και τη διαταραχή της σεξουαλικής δραστηριότητας, ειδικότερα όταν ο καρκίνος έχει προσβάλει τα γεννητικά όργανα (όπως σ' αυτή τη περίπτωση τις ωοθήκες) ή όταν έχει προξενήσει ορατές αλλοιώσεις στην μορφολογία του σώματος (LeMone et al., 2014).

Οι νοσηλευτές, λοιπόν, οφείλουν να έχουν επεξεργαστεί τα συναισθήματα τους απέναντι στον καρκίνο και τη μέριμνά του, με στόχο να υποστηρίξουν τόσο τις ασθενείς όσο και τις οικογένειες τους. Τα βασικά στοιχεία για να αποδειχθεί αποτελεσματικός ένας νοσηλευτής ογκολογίας είναι η επιδεξιότητα του να εμπνέει ελπίδα στις ασθενείς και στα οικεία τους πρόσωπα. Η ελπίδα δίνει την δυνατότητα στις ασθενείς με καρκίνο να διατηρήσουν τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης ταυτόχρονα με τον χειρισμό της νόσου. Οι μορφές της ελπίδας που ποικίλουν εξαρτώνται άμεσα από την κατάσταση της ασθενούς (Osborn et al., 2013):

- Ελπίδα ότι τα συμπτώματα δεν είναι σοβαρά
- Ελπίδα για την αποτελεσματική θεραπεία
- Ελπίδα για ανεξαρτησία
- Ελπίδα για ανακούφιση των συμπτωμάτων
- Ελπίδα για μεγαλύτερη διάρκεια ζωής
- Ελπίδα για έναν ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο

3.15.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική φροντίδα ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών τελικού σταδίου

Οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο καρκίνου των ωοθηκών επιθυμούν να πεθάνουν σπίτι τους, επειδή αυτό αποτελεί επιθυμία των ίδιων και των οικογενειών τους, εξαιτίας της μη αναστρεψιμότητας της κατάστασης. Διατίθενται ποίκιλα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών με δυνατότητα νοσηλείας του ασθενή από 24 ώρες μέχρι και εβδομάδες. Μ' αυτό τον τρόπο δίνεται η αναγκαία φροντίδα στην ασθενή σε περίπτωση που ένα μέλος της οικογένειας της νοσήσει ή σε περίπτωση που χρειάζεται ένα διάλλειμα από την φροντίδα του οικείου του προσώπου. Στο τελικό στάδιο καρκίνου ο νοσηλευτής προσφέρει ανακούφιση και διευκόλυνση για την αποδοχή της κατάστασης από τα οικεία πρόσωπα (LeMone et al., 2014).

Οι ικανότητες επαγγελματικής επάρκειας που πρέπει να διαθέτουν οι νοσηλευτές προκειμένου να παρέχουν αυξημένη φροντίδα στην ασθενή που πρόκειται να αποβιώσει είναι (LeMone et al., 2014) :

- Η αποτελεσματική επικοινωνία με την ασθενή και η εκδήλωση συμπάθειας απέναντι στην ίδια σχετικά με τα θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής.
- Η αναγνώριση των προσωπικών και πνευματικών πεποιθήσεων, αισθημάτων, αξιών και προσδοκιών που σχετίζονται με το θάνατο.
- Η εκδήλωση σεβασμού απέναντι στις απόψεις και στις επιθυμίες της ασθενούς κατά τη διάρκεια της φροντίδας στα τελευταία στάδια της νόσου της.
- Η παροχή βοήθειας προς την ασθενή, την οικογένεια, τους συναδέλφους αλλά και προς τον ίδιο της τον εαυτό για την αντιμετώπιση του πόνου, της θλίψης, της απώλειας και του πένθους κατά τη νοσηλευτική φροντίδα στο τέλος της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

4.1 Είδος Έρευνας

Η ακόλουθη έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της εργασίας μας αποτελεί μία δευτερογενή μελέτη που βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και έχει ως στόχο τη συλλογή των νεότερων δεδομένων από αξιόπιστα επιστημονικά άρθρα, όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών και τον ρόλο του νοσηλευτή.

4.2 Περιγραφή Δείγματος

Η δειγματοληψία της έρευνας αποτελείται από 10 επιστημονικά άρθρα που έχουν δημοσιευτεί στην αγγλική γλώσσα την τελευταία 10ετία στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed.

4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων έγινε με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Για τον εντοπισμό των νεότερων ερευνητικών δεδομένων τα άρθρα που προέκυψαν από την αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων.

Τα κριτήρια αποδοχής ήταν τα εξής:

- Η ύπαρξη περίληψης.
- Όλα τα επιλεγόμενα άρθρα ήταν δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία (2011-2021).
- Όλα τα επιλεγόμενα άρθρα ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής:

- Αποκλείστηκαν όλα τα άρθρα που δεν είχαν περίληψη.
- Αποκλείστηκαν όλα τα άρθρα που ήταν δημοσιευμένα σε άλλη γλώσσα.

- Αποκλείστηκαν όλα τα άρθρα που δεν ανέφεραν τον καρκίνο των ωοθηκών και την ποιότητα ζωής.

4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων, σχετικά με το καρκίνο των ωοθηκών και τη ποιότητα ζωής των ασθενών, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική μηχανή αναζήτησης PubMed.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: (“ovarian cancer”) AND (“quality of life”) AND (nurs*), με αποτέλεσμα να προκύψουν 119 αποτελέσματα. Χρησιμοποιήθηκαν τα φίλτρα: γλώσσα δημοσίευσης English και περιορίσαμε την αναζήτηση μας στην τελευταία δεκαετία (“10 years”), με αποτέλεσμα να προκύψουν 72 άρθρα.

Μετά από προσεκτική μελέτη και των 72 άρθρων, απορρίψαμε τα 60 άρθρα καθώς δεν ανταποκρίνονταν πλήρως στο θέμα μας. Τα 10 άρθρα που επιλέχθηκαν είναι δημοσιευμένα από 03/06/2013 έως 15/04/2021.

4.5 Επιλογή μελετών και Σύνθεση δεδομένων

α/α	Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος Μελέτης	Σκοπός Μελέτης	Κύρια Ευρήματα
1.	(Gao et al., 2021), Chongqing, China	Προοπτική μελέτη σε 85 ασθενείς από τον Μάρτιο του 2018 έως τον Αύγουστο 2020.	Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση στην επίδραση της ανθρωπιστικής φροντίδας που βασίζεται στο μοντέλο φροντίδας της Καρολίνας στη μετεγχειρητική αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών.	Η νοσηλευτική φροντίδα που βασίζεται στο μοντέλο της Καρολίνας μπορεί να βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό την ανάρρωση των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών, να μειώσει το σωματικό και ψυχολογικό στρες και να βελτιώσει αποτελεσματικά την ποιότητα ζωής.
2.	(Zhou et al., 2017), Connecticut, USA	Τυχαιοποιημένη μελέτη σε 144 ασθενείς από τον Μάιο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2014.	Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επιρροή που έχει η σωματική άσκηση στις γυναίκες με ωοθηκικό καρκίνο και η επίδραση στην ποιότητα ζωής τους.	Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να παροτρύνει τις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών σε προγράμματα άσκησης για την καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

3.	(Zhou et al., 2016), Connecticut, USA	Μελέτη σε 365 ασθενείς από τον Ιούλιο του 2000 έως τον Νοέμβριο του 2005.	Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε επιζώντες από καρκίνο των ωοθηκών και να πραγματοποιηθεί εξέταση των προγνωστικών παραγόντων της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία ενός και δύο ετών μετά τη διάγνωση των ασθενών.	Η χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία συσχετίστηκε με έναν αριθμό μεταβλητών, όπως η υποτροπή της νόσου, η κατάσταση θεραπείας, η επιβάρυνση των συμπτωμάτων, η ηλικία και ο αριθμός των συννοσηροτήτων. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εντοπίσουν επιζώντες που μπορεί να ωφεληθούν από σχετικές παρεμβάσεις.
4.	(Kim et al., 2018), Seoul, Korea	Μελέτη σε 150 ασθενείς από τον Δεκέμβριο του 2015 έως τον Αύγουστο του 2016.	Στόχος της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί τον επιπολασμό της προσωπικότητας τύπου D και να αναγνωριστεί η επιρροή της στα συμπτώματα και η ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία.	Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την προσωπικότητα τύπου D στην αξιολόγηση και παρέμβαση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής, μαζί με την κατάσταση απόδοσης και το στάδιο του καρκίνου.
5.	(Lanceley et al., 2017) United Kingdom	Τυχαιοποιημένη μελέτη σε 113 ασθενείς για 2 χρόνια.	Σκοπός της μελέτης ήταν να πραγματοποιηθεί μια σύγκριση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών για εξατομικευμένη παρακολούθηση από νοσηλεύτη έναντι της συνηθισμένης ιατρικής παρακολούθησης που αφορά τον καρκίνο των ωοθηκών.	Η εξατομικευμένη νοσηλευτική παρακολούθηση παρείχε καλύτερη ποιότητα ζωής και ήταν ανώτερη από τη συνηθισμένη ιατρική παρακολούθηση.
6.	(Ebbert et al., 2015)	Πιλοτική μελέτη σε 27 ασθενείς από το 2010 έως το 2012.	Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη σκοπιμότητα επιτόπιων εκπαιδευτικών συνεδριών συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής για τη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής για τις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών.	Τα δεδομένα της έρευνας είναι ενημερωτικά όσον αφορά τα εμπόδια και τις εναλλακτικές μεθόδους για την ανταλλαγή χρήσιμων πληροφοριών σε γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών
7.	(Cheong et al., 2018), Korea	Μελέτη σε 168 ασθενείς από τον Ιούνιο έως τον	Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί τα μη ανιχνευμένα συμπτώματα	Η έγκαιρη και κατάλληλη παρέμβαση αποκατάστασης μπορεί

		Αύγουστο του 2016.	των ασθενών και τη λειτουργική απώλεια που σχετίζονται με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADLs) σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών κατά το στάδιο της χημειοθεραπείας και να προσδιορίσει την επίδραση της χημειοθεραπείας σε αυτή την απώλεια.	να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση αυτών των συμπτωμάτων και της λειτουργικής απώλειας και να συμβάλει περαιτέρω στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.
8.	(Bielik et al., 2020), Slovakia	Συστηματική μελέτη σε 123 ασθενείς.	Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μεταξύ των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών και την ικανότητά τους να εργαστούν.	Η διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την εργασιακή ικανότητα που σχετίζονται μεταξύ τους θετικά σε μεγάλο βαθμό.
9.	(Wen et al., 2017), Zhejiang, China	Μελέτη σε γυναίκες ασθενείς από τον Ιούνιο του 2012 έως τον Φεβρουάριο του 2014.	Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις αλλαγές στην ψυχική κατάσταση κατά τη διάρκεια της ενεργού χημειοθεραπείας, να καθορίσει τον αντίκτυπο αυτής στην ποιότητα ζωής και να αξιολογήσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης σε Κινέζες γυναίκες με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών.	Η κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε με βελτιωμένη ψυχική κατάσταση και αρκετούς τομείς λειτουργίας και συμπτωμάτων της ποιότητας ζωής.
10.	(Penar-Zadarko et al., 2013), Rzeszow, Poland	Διαχρονική μελέτη κοόρτης σε 93 ασθενείς από τον Οκτώβριο του 2006 έως τον Δεκέμβριο του 2008.	Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η διαχρονική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες που έλαβαν θεραπεία για καρκίνο των ωοθηκών προεγχειρητικά και 3 έως 6 μήνες μετεγχειρητικά.	Η ποιότητα ζωής των ασθενών είχε αυξηθεί μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με την αρχική τους κατάσταση και υπάρχει ανάγκη να εφαρμοστεί στην πράξη η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών.

Πίνακας 2. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών και η συμβολή του νοσηλευτή

Οι Gao et al., (2021), ασχολήθηκαν με τη μελέτη που αφορούσε την επίδραση της ανθρωπιστικής φροντίδας με βάση το μοντέλο φροντίδας της Καρολίνα για ασθενείς με ωοθηκικό καρκίνο στη μετεγχειρητική αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής τους. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 85 ασθενείς με ωοθηκικό καρκίνο και χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Στη πρώτη ομάδα οι ασθενείς έλαβαν ανθρωπιστική φροντίδα με βάση το μοντέλο φροντίδας της Καρολίνα, ενώ στη δεύτερη ομάδα οι ασθενείς έλαβαν τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα. Συνεπώς, η νοσηλευτική φροντίδα που βασίζεται στο μοντέλο της Καρολίνα μπορεί να βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό την ανάρρωση των ασθενών με ωοθηκικό καρκίνο, να μειώσει το σωματικό και ψυχολογικό στρες και να βελτιώσει αποτελεσματικά την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, οι Zhou et al., (2017), μελέτησαν τις παρενέργειες από την θεραπεία που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών και δύναται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι η σωματική άσκηση βελτιώνει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση. Οι ερευνητές ήθελαν να εξετάσουν τον αντίκτυπο μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής σε διάστημα έξι μηνών σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και την σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση. Στην έρευνα συμμετείχαν 144 γυναίκες οι οποίες χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες και κατανεμήθηκαν 74 για την άσκηση και 70 για τον έλεγχο της προσοχής. Στο τέλος της εξάμηνης άσκησης, οι γυναίκες είχαν βελτιωμένη φυσική σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε σύγκριση με τον έλεγχο της προσοχής. Συνολικά, το 78,5% των γυναικών ολοκλήρωσαν την εξάμηνη αξιολόγηση. Από τη μελέτη προέκυψε ότι το γρήγορο περπάτημα σχετίζεται με βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών. Τέλος, η καλύτερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και η άσκηση αφορούν την συνολική επιβίωση των γυναικών με καρκίνο των ωοθηκών. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να παροτρύνει τις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών σε προγράμματα άσκησης για την καλύτερη ποιότητα ζωής τους.

Σε μια άλλη έρευνα τους οι Zhou et al., (2016) διερεύνησαν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε επιζώντες από καρκίνο των ωοθηκών και εξέτασαν τους προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία ενός και δύο ετών μετά τη διάγνωση σε αυτόν τον πληθυσμό. Στην έρευνα συμμετείχαν 365 επιζώντες από καρκίνο των ωοθηκών. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια ένα έτος μετά τη διάγνωση σχετικά με τα κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία, τους κλινικούς παράγοντες και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι 284 γυναίκες είχαν δεδομένα ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία δύο χρόνια μετά τη διάγνωση. Από την έρευνα προέκυψε ότι η συνολική ψυχική και σωματική λειτουργία αυτών των επιζώντων από καρκίνο των ωοθηκών ήταν παρόμοια με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία συσχετίστηκε με έναν αριθμό μεταβλητών, όπως η υποτροπή της νόσου, η κατάσταση θεραπείας, η επιβάρυνση των συμπτωμάτων, η ηλικία και ο αριθμός των συννοσηροτήτων. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εντοπίσουν επιζώντες που μπορεί να ωφεληθούν από σχετικές παρεμβάσεις.

Επίσης, οι Kim et al., (2018) διερεύνησαν τον επιπολασμό της προσωπικότητας τύπου D (δηλαδή, η προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από χρόνια αρνητικά συναισθήματα, πεσιμισμό και συστολή) και ο εντοπισμός των σχέσεων μεταξύ των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο των ωοθηκών και βρισκόνταν στο στάδιο της χημειοθεραπείας. Για τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Προσωπικότητας Τύπου D-14, η Κλίμακα Αξιολόγησης Συμπτωμάτων Μνήμης - Σύντομη Μορφή και η Λειτουργική Εκτίμηση του Καρκίνου με ερωτηματολόγιο μέσω προσωπικής συνέντευξης. Συμπερασματικά προκύπτει ότι, ο επιπολασμός της προσωπικότητας τύπου D σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών ήταν υψηλός και η προσωπικότητα τύπου D συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλή βαθμολογία συμπτωμάτων και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την προσωπικότητα τύπου D στην αξιολόγηση και παρέμβαση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής, μαζί με την κατάσταση απόδοσης και το στάδιο του καρκίνου.

Ακόμα, οι Lanceley et al., (2017) σύγκριναν την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών για εξατομικευμένη παρακολούθηση από νοσηλεύτη έναντι της συνηθισμένης ιατρικής παρακολούθησης που αφορά τον καρκίνο των ωοθηκών. Στην

μελέτη αυτή συμμετείχαν 112 γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών, της σάλπιγγας ή του περιτοναίου και είχαν ολοκληρώσει την πρωτογενή θεραπεία (χειρουργικά ή με χημειοθεραπεία) ανεξαιρέτως από το ποσοστό επιβίωσης για περισσότερο από το διάστημα των 3 μηνών. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, όπου οι 57 συμμετείχαν σε εξατομικευμένη παρακολούθηση και οι 55 ασθενείς σε συνήθη παρακολούθηση. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η εξατομικευμένη νοσηλευτική παρακολούθηση παρείχε καλύτερη ποιότητας ζωής και ήταν ανώτερη από τη συνήθη παρακολούθηση

Από την άλλη, οι Ebbert et al., (2015) αξιολόγησαν τη σκοπιμότητα επιτόπιων εκπαιδευτικών συνεδριών συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής για τη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής για τις γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών. Η παρέμβαση αποτελούνταν από τέσσερις εβδομαδιαίες συνεδρίες όπου η καθεμία επικεντρωνόταν στις τεχνικές και τα οφέλη ενός συγκεκριμένου θέματος της συμπληρωματικής και της εναλλακτικής ιατρικής (π.χ. διατροφή, μασάζ, χαλάρωση). Οι συμμετέχοντες προσκλήθηκαν από το Κέντρο Ογκολογίας Γυναικών στο Κέντρο Καρκίνου από το 2010 έως το 2012. Οι επιλαχούσες συμμετέχουσες είχαν διαγνωστεί με καρκίνο των ωοθηκών με προσδόκιμο ζωής τουλάχιστον 12 μήνες. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 18 ετών και άνω. Η νοσηλεύτρια ερευνητής Γυναικολογικής Ογκολογίας προσκάλεσε γυναίκες στο εξωτερικό ιατρείο που πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Η νοσηλεύτρια της έρευνας εξήγησε τη μελέτη και παρείχε ένα έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης και έναν φάκελο επιστροφής. Πολλές γυναίκες που συναίνεσαν είχαν γρήγορες αλλαγές στην κατάσταση της υγείας τους, με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα να ξεπερνούν τη στρατολόγηση των 20 που χρειαζόνταν για να προχωρήσουν στις τέσσερις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Διενεργήθηκαν έρευνες αναφοράς και παρακολούθησης για να αξιολογηθούν οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής, τη γνώση και την ικανοποίηση από την παρέμβαση. Ενώ 27 γυναίκες συναίνεσαν και 24 γυναίκες ολοκλήρωσαν την βασική έρευνα, μόνο πέντε γυναίκες συμμετείχαν στην παρέμβαση. Οι πέντε γυναίκες που συμμετείχαν ήταν όλες λευκές και είχαν μέση ηλικία 60 ετών και μέσο όρο 102 μήνες από τη διάγνωση και ήταν όλες σε ενεργή θεραπεία, εκτός από μία. Στη μελέτη αυτή τα δεδομένα της έρευνας είναι ενημερωτικά όσον αφορά τα εμπόδια και τις εναλλακτικές μεθόδους για την ανταλλαγή χρήσιμων πληροφοριών σε γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών.

Επιπρόσθετα, οι Cheong et al., (2019), στη μελέτη τους ασχολήθηκαν με τη λειτουργική απώλεια στην καθημερινή δραστηριότητα σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τα μη ανιχνευμένα συμπτώματα των ασθενών και τη λειτουργική απώλεια που σχετίζονται με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών κατά το στάδιο της χημειοθεραπείας και να προσδιορίσει την επίδραση της χημειοθεραπείας σε αυτή την απώλεια. Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με ωοθηκικό καρκίνο και υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία νοσηλεύτηκαν στο Γυναικολογικό και Μαιευτικό τμήμα δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που αφορούσαν τον ωοθηκικό καρκίνο καθώς και τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη θεραπεία, την αναγνώριση των αναγκών αποκατάστασης από τον ασθενή και τη βαθμολογία του δείκτη Katz. Τη δειγματοληψία αποτέλεσαν συνολικά 168 ασθενείς. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσίασε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, με την παραισθησία, την κόπωση, τον πόνο, τη μυϊκή αδυναμία, τη δυσλειτουργία μνήμης και συγκέντρωσης, το λεμφοίδημα, τη δυσφορία στην αναπνοή, τη δυσφαγία και τη δυσκολία στην ομιλία να αποτελούν τα κύρια συμπτώματα με φθίνουσα σειρά. Περίπου το 20% των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία είχαν λειτουργική εξάρτηση. Οι λειτουργίες της καθημερινής δραστηριότητας που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν η εγκράτεια, το μπάνιο, η μεταφορά και το ντύσιμο με φθίνουσα σειρά. Το σύμπτωμα κόπωσης και η λειτουργική εξάρτηση έδειξαν σημαντική συσχέτιση αναλογικά με τον συνολικό αριθμό των κύκλων χημειοθεραπείας. Οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως υπάρχουν μη ανιχνευμένα συμπτώματα και λειτουργική απώλεια σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών στο στάδιο της χημειοθεραπείας. Η έγκαιρη και κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση αποκατάστασης μπορεί να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση αυτών των συμπτωμάτων και της λειτουργικής απώλειας και να συμβάλει περαιτέρω στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Στην μελέτη τους οι Bielik et al., (2020), είχαν ως σκοπό να ανακαλύψουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζονται με την υγεία μεταξύ των ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών και την ικανότητα τους να εργαστούν. Το δείγμα για την συλλογή των δεδομένων αποτέλεσαν 123 ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών που είχαν εγγραφεί σε διάφορα ογκολογικά ιατρεία με τη βοήθεια των νοσηλευτών στη Σλοβακία. Επιπλέον, εξετάστηκαν οι γνώσεις για τη νόσο, οι

αρνητικές αντιλήψεις που είχαν οι ασθενείς για την υγειονομική περίθαλψη, η ικανότητα εργασίας καθώς και η κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Η έρευνα αυτή περιλάμβανε την αριθμητική κλίμακα (1=χειρότερο,10=καλύτερο) κι επιλεγμένες πληροφορίες από το ερωτηματολόγιο QoL-On28. Χρησιμοποιήθηκαν τα συγκριτικά ζεύγη Friedman και Dunne για να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ικανότητας εργασίας. Η ποιότητα ζωής ήταν σημαντικά διαφορετική σε πολλά σημεία κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης, της διάγνωσης και της υγείας. Ομοίως, παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές στην τρέχουσα εργασιακή ικανότητα, συγκριτικά με την εργασιακή ικανότητα την περίοδο της διάγνωσης και της υγείας. Η υψηλότερη συσχέτιση της ποιότητας ζωής ήταν με την τρέχουσα ικανότητα εργασίας και με τον αντίκτυπο της θεραπείας για τον καρκίνο. Αν και ο μέσος μηνιαίος μισθός είναι 470,84€ οι ασθενείς ήταν πρόθυμοι να πληρώνουν μηνιαία για θεραπευτική θεραπεία 191,84€. Οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διάγνωση του καρκίνου των ωοθηκών έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ποιότητα ζωής και την ικανότητα να εργαστούν.

Οι Wen et al., (2017) μελέτησαν τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας κατά τη διάρκεια της ενεργού χημειοθεραπείας, να χαρακτηρίσει την επίδραση αυτών των αλλαγών στην ποιότητα ζωής και να μελετήσει την πιθανή ρυθμιστική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο, το άγχος και η κατάθλιψη αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη και τρεις μήνες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε ταυτόχρονα με τη χρήση ερωτηματολογίου 30 σημείων βασικής ποιότητας ζωής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας (EORCT), (QLQ-C30) και QLQ-OV28. Η κοινωνική υποστήριξη αξιολογήθηκε από την κλίμακα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης (PSSS) κατά την έναρξη της χημειοθεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν υψηλά σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα ωοθηκικό καρκίνο. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μείωση στα επίπεδα του άγχους αλλά όχι στα επίπεδα της κατάθλιψης μετά την διαδικασία της χημειοθεραπείας. Συνεπώς, τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη συσχετίστηκαν σημαντικά με φτωχότερη ποιότητα ζωής σε όλους τους λειτουργικούς τομείς. Η κοινωνική και νοσηλευτική υποστήριξη συσχετίστηκε με βελτιωμένη ψυχική κατάσταση και αρκετούς τομείς λειτουργίας και συμπτωμάτων της ποιότητας ζωής.

Τέλος, οι Penar-Zadarko et al., (2013) διερεύνησαν τη διαχρονική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες που έλαβαν θεραπεία για καρκίνο των ωοθηκών, προεγχειρητικά, τρεις και έξι μήνες μετεγχειρητικά. Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 93 ασθενείς με πρόσφατα διαγνωσμένο καρκίνο των ωοθηκών στο Ειδικό Νοσοκομείο F. Chopin Voivodeship στο Rzeszow της Πολωνίας και ερωτήθηκαν προ και μετεγχειρητικά με δύο ερωτηματολόγια: EORTC QLQ-C30 και QLQ-OV28 μεταξύ Οκτωβρίου 2006 και Δεκεμβρίου 2008. Με βάση το EORTC QLQ-30 διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση στην υγεία και τη συναισθηματική λειτουργία των ασθενών. Επίσης, παρατηρήθηκε βελτίωση στα συμπτώματα όπως η ναυτία και ο έμετος. Οι ασθενείς παραπονέθηκαν για λιγότερο πόνο σε όλη τη χρονική περίοδο της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο QLQ-OV28 έδειξε βελτίωση της ποιότητας ζωής στις κλίμακες σχετικά με την κοιλιακή χώρα και τη στάση απέναντι στη νόσο/θεραπεία. Παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων στην κλίμακα σχετικά με την εικόνα του σώματος και τις σεξουαλικές ανησυχίες. Ακόμη, παρατηρήθηκε αύξηση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας και των ορμονικών συμπτωμάτων αλλά στη συνέχεια βελτιώθηκαν. Η πρόοδος στη φροντίδα του καρκίνου των ωοθηκών έχει επίσης προσφέρει νέες ευκαιρίες στους ογκολογικούς νοσηλευτές να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών τους. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών είχε αυξηθεί μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με την αρχική τους κατάσταση και υπάρχει ανάγκη να εφαρμοστεί στην πράξη η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ένας κακοήθης όγκος που προσβάλλει τη μία ή και τις δύο ωοθήκες. Οι ακριβείς μηχανισμοί που οδηγούν στην ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών είναι άγνωστοι. Παρολ' αυτά, στους πιο γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες ανήκουν το οικογενειακό ιστορικό, η κληρονομικότητα, η μεγάλη ηλικία και προϋπάρχον καρκίνος του μαστού. Η πρόωμη έγκαιρη διάγνωση του ωοθηκικού καρκίνου, αν και είναι δύσκολη, είναι ιδιαίτερα σημαντική και παίζει σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της πορείας της νόσου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς καλύπτει ένα φάσμα φυσικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών προκειμένου να προσφέρει στις ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών τη στήριξη που χρειάζονται προκειμένου να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε όλα τα στάδια της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bielik, J., Bystricky, B., Hoffmannova, K., Melus, V., & Matisakova, I. (2020). Quality of life and work ability of ovarian cancer patients in Slovakia. *Neoplasma*, 67(2), 389-393.
- Cheong, I. Y., Yoo, J. S., Chung, S. H., Park, S. Y., Song, H. J., Lee, J. W., & Hwang, J. H. (2019). Functional loss in daily activity in ovarian cancer patients undergoing chemotherapy. *Archives of gynecology and obstetrics*, 299(4), 1063-1069.
- Corner, J., & Bailey, C., 2006. *Νοσηλευτική ογκολογία: Το Πλαίσιο Φροντίδας*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ε. Πατηράκη-Κουρμπάνη. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Costanzo, L.S., 2012. *Φυσιολογία*. Μετάφραση από Αγγλικά από Δ. Λαγός Λευκωσία: Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός.
- Gao, M., Zhang, L., Wang, Y., Li, L., Wang, C., Shen, Q., ... & Liao, B. (2021). Influence of humanistic care based on Carolina care model for ovarian cancer patients on postoperative recovery and quality of life. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 3390.
- Hajdu, S. I. (2011). A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer*, 117(5), 1097-1102.
- Hui, D., & Bruera, E. (2016). Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature reviews Clinical oncology*, 13(3), 159-171.
- Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of palliative care delivery for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 852.
- Kim, S. R., Nho, J. H., & Nam, J. H. (2018). Relationships among Type-D personality, symptoms and quality of life in patients with ovarian cancer receiving chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(4), 289-296.
- Lanceley, A., Berzuini, C., Burnell, M., Gessler, S., Morris, S., Ryan, A., ... & Jacobs, I. (2017). Ovarian cancer follow-up: a preliminary comparison of 2 approaches. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 27(1).

- Lemcke, D., Pattison, J., Marshall, A.L., Cowley, S.D., 2014. *Φροντίδα της Υγείας της Γυναίκας*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Θ. Στέφος. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισινού Α.Ε.
- LeMone, P., Burke, K., Bauldoff, G., 2014. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. 5^η Έκδοση. Μετάφραση από Αγγλικά από Δ. Λαγός. Αθήνα: Εκδόσεις Δ. Λαγός.
- Lowdermilk, L.D. & Perry, E.S. & Cashion, K., 2013. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. 8^η έκδοση. Μετάφραση από Αγγλικά από Α. Λυκερίδου & Α. Δελτσίδου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός Δημήτριος.
- Osborn, S.K., Wraa E.C., Watson, B.A., Holleran, R., 2013. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. 2^η Έκδοση. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Pearson Education Inc. Κύπρος: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Penar-Zadarko, B., Binkowska-Bury, M., Wolan, M., Gawelko, J., & Urbanski, K. (2013). Longitudinal assessment of quality of life in ovarian cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 381-385.
- Platzer, W., Fritsch, H., Kóhnel, W., Kahle, W., Frotscher, M., 2011. *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Λ.Δ Αρβανίτη. Λευκωσία: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Smith, R.P., 2019. *Netter's ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Α. Ζαφράκα. Λευκωσία: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Stewart, C., Ralyea, C., & Lockwood, S. (2019, April). Ovarian cancer: an integrated review. *In Seminars in oncology nursing* (Vol. 35, No. 2, pp. 151-156). WB Saunders.
- Wen, Q., Shao, Z., Zhang, P., Zhu, T., Li, D., & Wang, S. (2017). Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 85-91.
- Zhou, Y., Cartmel, B., Gottlieb, L., Ercolano, E. A., Li, F., Harrigan, M., ... & Irwin, M. L. (2017). Randomized trial of exercise on quality of life in women

with ovarian cancer: women's activity and lifestyle study in connecticut (WALC). *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 109(12).

- Zhou, Y., Irwin, M. L., Ferrucci, L. M., McCorkle, R., Ercolano, E. A., Li, F., ... & Cartmel, B. (2016). Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors—I. *Gynecologic Oncology*, 141(3), 543-549.
- Καλογερόπουλος, Α., 2012. *Επίτομη Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS A.E.
- Λουτράδης, Δ. & Δεληγεώρογλου, Ε. & Παπαντωνίου, Ν. & Παππά, Κ., 2018. *Μαιευτική και γυναικολογία*. Λευκωσία: Broken Hill Publishers LTD.
- Παπαθανασίου, Κ., 2002. *Γυναικολογική Ογκολογία*. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS A.E.
- Ρούσσο, Δ., 2019. *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΤΖΙΟΛΑ.
- Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις NEXTCOM A.E.