

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
(ΤΕΙ) ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Κ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



Γραμματεία: Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι, Πάτρα

Τηλ. 2610325101

Πτυχιακή Εργασία

ΘΕΜΑ:
**Η ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΑ ΕΤΗ 2000
– 2008, ΣΤΗ ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΜΑΡΔΑ ΜΑΡΙΑ – ΜΟΥΧΑ ΚΥΡΙΑΚΗ – ΤΣΟΥΡΡΑ ΜΑΡΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΣΠΥΡΑΤΟΣ ΦΩΤΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου επί του συνόλου των νοσημάτων παγκόσμια. Παρά τη βελτίωση αναφορικά με την επιβίωση σε πολλές κατηγορίες καρκίνων, η επιβίωση στον καρκίνο παραμένει πτωχή, κυρίως γιατί κατά τη στιγμή της διάγνωσης είναι προχωρημένος και οι θεραπευτικές δυνατότητες περιορισμένες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σχολιάζοντας την επιδημιολογία των αιτιών θανάτου (WHO, 2010), εκφράζει την έκπληξή του επειδή ορισμένες χώρες δεν δίνουν αριθμούς κάθε χρόνο, μερικές δε, συμπληρώνουν το βιβλιογραφικό κενό στο χώρο τους κάθε 5 χρόνια και πλέον. Επίσης, εκφράζει την άποψη ότι δεν είναι δυνατό να προκύψουν ακριβή στοιχεία όταν συγκρίνονται στην επιδημιολογία αιτιών θανάτου ευρήματα από διαφορετικές πηγές και μάλιστα διαφορετικών ετών.

Ένα άλλο θέμα που τονίζει η ίδια πηγή αφορά στη σημασία και την αναγκαιότητα ενδεχομένως που έχει η επιδημιολογία των αιτιών θανάτου. Η εκτίμηση π.χ. του αριθμού των θανόντων κάθε χρόνο, καθώς και η καταγραφή των αιτιών θανάτου με πιθανές τοπογραφικές διαφορές σε κάθε χώρα, βοηθά στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας που ισχύει σε αυτή. Αναγνωρίζεται ότι η πρόοδος σε αυτόν τον τομέα είναι κρίσιμη για τη βελτίωση των πολιτικών της υγείας και τη μείωση των αναστρέψιμων αιτιών θανάτων στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των θανάτων από νεοπλάσματα, στο πλαίσιο πληθυσμιακής μελέτης που καλύπτει εννεαετή διάρκεια στην πόλη της Πάτρας, μετά μάλιστα τη διαπίστωση της έλλειψης ανάλογων ερευνών στην ελληνική τουλάχιστον βιβλιογραφία.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προσδοκείται να είναι αξιοποιήσιμα από τους επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων, καθώς και να αποτελέσουν συγκρίσιμο οδηγό με ανάλογες μελλοντικές εργασίες.

Αναλυτικότερα στο γενικό μέρος της μελέτης αναφέρεται στην Ιστορία και τα χαρακτηριστικά του Καρκίνου, στην πρόληψη και στον ρόλο του Νοσηλευτή, στην Θεραπεία του Καρκίνου και σε Επιδημιολογικά στοιχεία του Καρκίνου τόσο παγκοσμίως όσο και στη Ελλάδα.

Το ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της μελέτης για τους θανάτους από Καρκίνο στην πόλη της Πάτρας.

SUMMARY

Cancer remains a leading cause of death for all the diseases worldwide. Despite improvements regarding survival in many cancer types, the cancer survival remains poor, mainly because at the time of diagnosis is advanced and the therapeutic possibilities limited.

The World Health Organization (WHO), commenting on the epidemiology of causes of death is surprised because some countries do not give numbers every year, some not, complete the bibliographic void in their place every five years and longer. It also expresses the view that there is accurate information may result when compared to the epidemiology of causes of death findings from different sources and even different years.

The purpose of the study is the recording of deaths from tumors within the population study covering nine-year period in the Municipality of Patras, under the urging of the World Health Organization (WHO), but also for coverage of bibliographic and statistical gap in the Greek area.

The conclusions drawn from this study showed:

- Cancer of the lung in the region of Patras, it remains the leading cause of death as does the Greek territory, without much significant change in the variation of deaths in the general population.
- In contrast to WHO data, lung cancer has the lead and women even with a short head. Second cancer in women is breast cancer.
- The term Generalized Ca, used in this study probably reflects poor recording cause of death on the death certificate, by the doctor. Last decade was a common practice, especially when the certificates were written at home or were elderly or related secondary cancer metastases, etc. This finding requires further investigation by future researchers using other statistical variables.
- Men excel in the number of women in deaths from cancer, which is probably related to protective factors for women or men lethal factors (lifestyle, environmental factors, etc.)
- In relation to Greek territory, in the region of Patras significant increase of Ca Liver men. This probably needs further investigation by the competent public health authorities (identifying carcinogens, known or unknown, which causes liver cancer)
- The hematologic cancers are remarkably low.
- The mean age at death from cancer in the Patras region agrees with the corresponding average in the Greek territory.
- The genital cancers, although at low levels, however, relate primarily to the female population.

In conclusion we could suggest that having knowledge of cancer mortality in the nine years 2000-2008 in Patras area, which is close to the decade that should health policies in our region to adapt so as to reduce all those factors, known or unknown, who directly or indirectly associated with high statistical levels cancers (eg lung cancer that is associated with smoking).

KEY WORDS: Cancer, Health policies.

Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά το Ν. 2121/1993 και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που κυρώθηκε με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, με οποιοδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια των συγγραφέων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	2
Summary–Keywords.....	3
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
Κεφάλαιο1.ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	7
1.1.Τι είναι καρκίνος.....	7
1.2.Ιστορία της Νόσου του Καρκίνου.....	7
1.3.Κυριότερες Μορφές της Νόσου	10
1.4.Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου	12
1.5. Παράγοντες που Σχετίζονται με την Εμφάνιση Καρκίνου	17
Κεφάλαιο 2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	19
2.1. Η πρόληψη του καρκίνου στις μέρες μας.....	19
2.2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου	20
2.3. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογία του Ασθενή	21
2.4.Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογική Αντιμετώπιση των Συγγενών του Ασθενή	23
2.5 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πορεία του Ασθενή Μετά την Θεραπεία ή Χειρουργική Επέμβαση.....	24
2.6. Δεξιότητες επικοινωνίας του νοσηλευτή σε ασθενείς με διαφορετικές μορφές καρκίνου.....	28
Κεφάλαιο3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	31
3.1. Βιοψία.....	31
3.2. Χειρουργική θεραπεία.....	32
3.3.Χημειοθεραπεία.....	34
3.4. Ορμονοθεραπεία.....	34
3.5. Ακτινοθεραπεία.....	35
Κεφάλαιο 4 – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	36
4.1 Επιδημιολογία Καρκίνου Παγκοσμίως	36
4.2 Επιδημιολογία Καρκίνου στην Ευρώπη	38
4.3 Επιδημιολογία Καρκίνου στην Ελλάδα	39
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
Κεφάλαιο 1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	42
1.1. Σχεδιασμός και σκοπός της μελέτης	42
1.2. Μεταβλητές προς διερεύνηση	42
1.3.Εργαλείο μέτρησης	42
1.4. Το δείγμα της μελέτης	43
1.5. Συλλογή και ανάλυση των δεδομένων	43
Κεφάλαιο 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	45
Κεφάλαιο 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	57
Κεφάλαιο 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

Ιστορία και Χαρακτηριστικά του Καρκίνου

1.1 Τι είναι καρκίνος

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια των κυττάρων, τα οποία είναι βασικά δομικά στοιχεία του σώματος. Η λέξη καρκίνος λειτουργεί ως ομπρέλα για να περιγράψει ταυτόχρονα μια μεγάλη ομάδα νόσων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Με το άκουσμα της λέξης καρκίνος αυτόματα το άτομο φορτίζει αρνητικά.

Το σώμα μας φτιάχνει συνεχώς νέα κύτταρα για να μας βοηθήσει να αναπτυχθούμε, να αντικαταστήσουμε φθαρμένα κύτταρα, ή να θεραπεύσουμε τα κατεστραμμένα κύτταρα μετά από έναν τραυματισμό. Ορισμένα γονίδια ελέγχουν αυτή τη διαδικασία και όλες οι μορφές καρκίνου προκαλούνται από κάποια βλάβη σε αυτά τα γονίδια. Αυτή η βλάβη συνήθως συμβαίνει στη διάρκεια της ζωής μας, αν και ένας μικρός αριθμός ατόμων κληρονομεί κάποιο κατεστραμμένο γονίδιο από έναν γονέα.

Κανονικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και πολλαπλασιάζονται με συγκεκριμένο τρόπο. Ωστόσο, κατεστραμμένα γονίδια είναι δυνατόν να αναγκάσουν τα κύτταρα να συμπεριφέρονται αφύσικα..

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις (όχι καρκίνος) ή κακοήθεις (καρκίνος). Οι καλοήθεις όγκοι δεν εξαπλώνονται πέρα από τα συνήθη όριά τους σε άλλα μέρη του σώματος (μεταστάση). Όταν ένας κακοήθης όγκος αναπτύσσεται για πρώτη φορά, ίσως να περιοριστεί στην αρχική του περιοχή. Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα κύτταρα, είναι δυνατόν να εξαπλωθούν πέρα από τα κανονικά όριά τους και σε περιβάλλοντες ιστούς, κι έτσι να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο (Corner et Bailey, 2009)

1.2 Ιστορία της Νόσου του Καρκίνου

Οι έρευνες για πρόληψη του καρκίνου πέρασαν από πολλά στάδια μέχρι να φτάσουμε σε αυτά που γνωρίζουμε σήμερα. Οι παλαιότερες παρατηρήσεις που έχουμε για πρόληψη του καρκίνου εμφανίζονται από το 1700 – 1800 (Kelly et al, 2006). Στη διάρκεια αυτής της περιόδου δόθηκε για πρώτη φορά έμφαση στην βαρύτητα της πρόληψης από τον καρκίνο.

Βέβαια, το 168 π.Χ ήταν η πρώτη φορά που αναφέρεται πως ο ανθυγιεινός τρόπος διατροφής συσχετίζεται με τον καρκίνο. Στον 18ο αιώνα ανακαλύφθηκε η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του τρόπου ζωής (μη σεξουαλική δραστηριότητα) και της απουσίας

καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς επίσης αναγνωρίζονται οι κίνδυνοι χρήσης καπνού (Sivesind et al, 2003).

Κατά τον 19ο και 20ο αιώνα σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην μελέτη για την θεραπεία του καρκίνου καθώς επίσης και στην έρευνα για τους παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν μετάλλαξη.

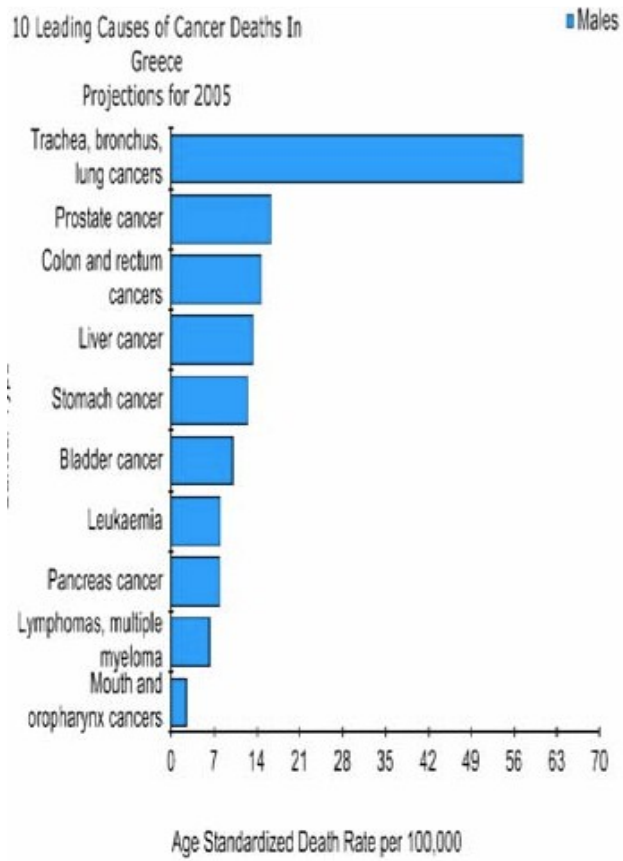
Συγκεκριμένα μελέτες της περιόδου αυτής έδειξαν την θετική επίδραση της λήψης αντισυλληπτικών με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της μήτρας, της ουσίας ταμοξιφαίνης με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, της ουσίας ραλοξιφαίνης με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οστεοπόρωση, του εμβολίου Gardasil για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, της τακτικής λήψης ασπιρίνης με καρκίνο του παχέος εντέρου, της δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά με την πρόληψη υποτροπής καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και με την μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών, ιών με εμφάνιση καρκίνων σε κοτόπουλα, του καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονα και του αμianto με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων (Kelly et al, 2006).

Τέλος, παράλληλα ανακαλύφθηκαν διάφορες ιατρικές μέθοδοι και εξετάσεις (τεστ Παπανικολάου, μαστογραφία, χημειοπροφύλαξη - χημειοθεραπεία, κολονοσκόπηση), οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στην διάγνωση και στην θεραπεία διαφόρων μορφών καρκίνου. Ωστόσο και παρά τις αλματώδεις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης κατά τις τελευταίες δεκαετίες, δεν έχει γίνει σημαντική πρόοδος στον τομέα των ανακαλύψεων της αιτιολογίας του καρκίνου. Μικρή μόνο πρόοδος έγινε στον τομέα της θεραπευτικής αντιμετώπισης του.

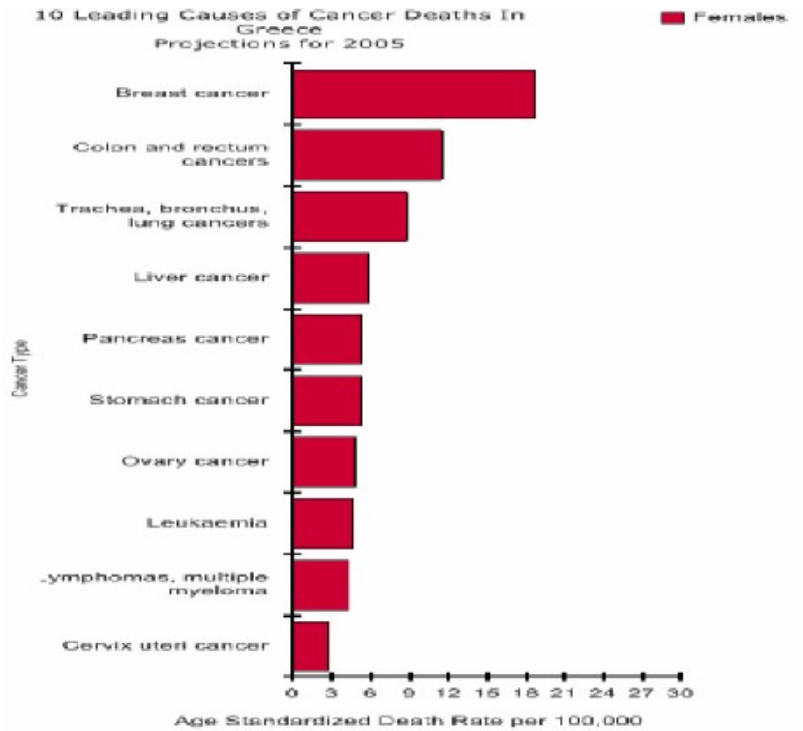
Μόνη επομένως ελπίδα για την μείωση του ποσοστού εμφάνισης καρκίνου και την βελτίωση της πρόγνωσης του αποτελούν η πρόληψη, όπου είναι δυνατή, και η έγκαιρη διάγνωση. Ειδικότερα, στον καρκίνο του πεπτικού σωλήνα, η έννοιας πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση αποκτούν πρακτική σημασία, δεδομένου ότι υπάρχουν μορφές καρκίνου, των οποίων την ανάπτυξη μπορούμε να ματαιώσουμε, και άλλες στις οποίες είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση με συνέπεια την ευνοϊκή πρόγνωση (Sivesind et al, 2003).

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική εταιρεία δημοσίευσε πρόσφατα τους εκτιμώμενους θανάτους από καρκίνο σε άνδρες και σε γυναίκες καθώς επίσης και τα ποσοστά των διάφορων τύπων καρκίνου στα 2 φύλα.

Κατά τον 19ο και 20ο αιώνα σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην μελέτη για την θεραπεία του καρκίνου καθώς επίσης και στην έρευνα για τους παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν μετάλλαξη (Bland, Copeland, 1991).



Εικόνα Νο.1- Σημαντικότερα Είδη καρκίνου στους άνδρες



Εικόνα Νο.2 –Σημαντικότερα Είδη Καρκίνου στις γυναίκες

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως η θνησιμότητα από καρκίνο πρέπει να θεωρηθεί σημείο εκκίνησης για περαιτέρω έρευνα και όχι να αποτελέσει καθυσύχαση, όπως επισημαίνουν κορυφαίοι συγγραφείς. Μια διπλή προσπάθεια, η οποία θα συνδυάζει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση της υπάρχουσας γνώσης με την εξέλιξη της έρευνας για βελτίωση στον τομέα της πρόληψης, θα βοηθήσει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Έτσι, θα διατηρηθεί και θα επεκταθεί αυτή η πρόοδος στο μέλλον (Cunningham, 2006).

1.3Κυριότερες Μορφές της Νόσου

1.3.1 Καρκίνος Μαστού

Ο όρος «καρκίνος του μαστού» αναφέρεται στη νοσηρή ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις πλέον συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καρκίνος του μαστού χτυπά 1 γυναίκα στις 10. Είναι ο πιο συχνός όγκος στο γυναικείο φύλλο και αποτελεί το 25% του συνόλου των όγκων που πλήττουν τις γυναίκες. Είναι το πρώτο αίτιο θνησιμότητας από όγκο στο γυναικείο φύλλο με ποσοστά γύρω στο 17% στο σύνολο των θανάτων ογκολογικής φύσης (Kelly, Gould, White, Berridge, 2006).

1.3.2 Καρκίνος του Πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι από τις κυριότερες αιτίες θανάτου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Προκαλεί περισσότερους θανάτους από ότι όλοι μαζί οι καρκίνοι του παχέως εντέρου, του μαστού και του προστάτη (Kelly, Gould, White, Berridge, 2006).

1.3.3 Καρκίνος του Στομάχου

Ο καρκίνος του στομάχου είναι κακοήθης νόσος που προσβάλλει συνήθως άτομα άνω των 55 ετών. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε άτομα μικρότερης ηλικίας. Υπολογίζεται ότι η συχνότητα στους άνδρες είναι διπλάσια από ότι στις γυναίκες (Kelly, Gould, White, Berridge, 2006).

1.3.4 Καρκίνος του Προστάτη

Για πολλούς άνδρες η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη μπορεί να δημιουργεί έντονο φόβο, αφού είναι μια πάθηση που όταν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα γίνεται απειλητική για την ζωή. Στατιστικά, είναι πολύ συχνός καρκίνος, αφού περίπου ένας στους δέκα άνδρες θα αναπτύξει καρκίνο του προστάτη κατά τη διάρκεια της ζωής του. Ο καρκίνος του προστάτη συνήθως αναπτύσσεται αργά, δεν εξαπλώνεται σε άλλα σημεία και σε γενικές γραμμές η πρόβλεψη είναι καλή όταν όμως εντοπιστεί έγκαιρα (Kelly, Gould, White, Berridge, 2006).

1.3.5 Καρκίνος του Παχέος Εντέρου

Το παχύ έντερο αποτελείται από 4 τμήματα: το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές. Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε από τα 4 τμήματα του εντέρου και μπορεί να έχει διαφορετικά συμπτώματα ανάλογα με τον εντοπισμό του. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου φαίνεται ότι αναπτύσσεται επί μακρό χρονικό διάστημα. Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου ξεκινούν σαν πολύποδες, που είναι γνωστοί και σαν αδενώματα (Kelly, Gould, White, Berridge, 2006).

1.3.6 Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοήθων (καρκινικών) κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου αναπτύσσεται συνήθως μετά από μακρό χρονικό διάστημα εξέλιξης ιστολογικών μεταβολών στα κύτταρα του τραχήλου οι οποίες είναι γνωστές ως δυσπλασία. Στο σύνολό τους οδηγούν στην εμφάνιση μη φυσιολογικών κυττάρων στους ιστούς του τραχήλου (Kelly, Gould, White, Berridge, 2006).

1.4 Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου

Ένας νέος κλάδος που ανήκει στον τομέα της Ψυχοθεραπείας στις μέρες μας και αναφέρεται στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο και στην σχετική ψυχοκοινωνική διάσταση, είναι εκείνος της Ψυχοογκολογίας (Ρηγάτος, 2000). Ο κλάδος αυτός αναπτύχθηκε ειδικά για τις ανάγκες και την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών. Τα στοιχεία που χρησιμοποιεί είναι αυτά της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας.

Στόχος της είναι να συμβάλλει όσο μπορεί σε μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο. Βάση στοιχείων ερευνών έως τις μέρες μας, διαφαίνεται ότι ο συγκεκριμένος κλάδος ψυχολογίας, έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες και τους ανθρώπινους φόβους αλλά και τις ανάγκες των ασθενών οι οποίες δημιουργούνται από την ασθένεια.

Ένας επίσης βασικός στόχος της συγκεκριμένης επιστήμης, είναι και η επανένταξή τους στην κοινωνία δηλαδή σε μια φυσιολογική ζωή και ταυτόχρονα στο να ελαχιστοποιήσει τις όποιες ψυχολογικές συνέπειες από την ασθένεια μπορεί να υπάρξουν σχετικά (Massie, Holland, 1990).

Φυσικά ο πρώτος στόχος του τομέα της Ψυχοογκολογίας, είναι να δημιουργήσει και να διατηρήσει όσο το δυνατό μια καλή ποιότητα ζωής των ασθενών. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι ο καρκίνος δεν αποτελεί στις μέρες μας μια απλή ασθένεια αλλά μια κρίσιμη καμπή στη ζωή κάποιων ανθρώπων ή και των οικογενειών τους. Ο παράγοντας της ψυχοθεραπευτικής ίασης, είναι απαραίτητος για την ασθένεια αυτή. Η υποστήριξη από την Ψυχοογκολογία παρουσιάζεται ως θετική. Πρόκειται λοιπόν για μια νέα θεωρία η οποία όμως επικρατεί στη σύγχρονη ιατρική του δυτικού κόσμου (Ρηγάτος, 2000).

Πέρα από την ιατρική παρακολούθηση, είναι απαραίτητη και μια συμπληρωματική προσέγγιση του ασθενή η οποία να προσφέρει τη δυνατότητα σε αυτόν να μπορεί να κατανοήσει το πόσο σημαντική είναι η ασθένεια αυτή για τον οργανισμό του και τον ίδιο τον εαυτό του. Έτσι σε αυτή την περίπτωση μια αντικειμενική ορθότητα στο όλο ζήτημα δεν φαίνεται να έχει και τόση σημασία.

Σε αυτό το σημείο ακριβώς, η Ψυχοογκολογία δημιουργήθηκε έχοντας ως σκοπό να βοηθήσει ψυχολογικά τους ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου. Να προσφέρει μια ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη καθώς και ν' αντιμετωπίσει τους φόβους, τις ανάγκες

αλλά και τις δυσκολίες των ασθενών, οι οποίες δημιουργούνται καθημερινά από την ασθένεια (Llor, Ronson, Delvaux, 1996).

Επίσης βοηθά στο να επιτευχθεί μια σωστή και αποτελεσματική επανένταξη του ασθενή στην κοινωνία και σε μια φυσιολογική ζωή. Η μείωση όλων των συνεπειών της ασθένειας, είναι ένας πολύ σημαντικό παράγοντας. Δίνεται ουσιαστικά μια εποικοδομητική αντιμετώπιση της ασθένειας και διεξάγεται μια συνεχή προσπάθεια ώστε ο ασθενής να έχει μια όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα ζωής αργότερα. Είναι γεγονός πως η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες αλλά και τη στάση των ασθενών απέναντι σε αυτή. Οι παράγοντες αυτοί πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Είναι σημαντικό το ερώτημα ποιος είναι ο ρόλος της ιατρικής βοήθειας και αν πραγματικά είναι εφικτό να σωθεί η ζωή κάποιων ασθενών. Αν όχι, τότε ποια η σημασία της ποιότητας ζωής και της υγείας (Ρηγάτος, 2000).

Πολλοί είναι οι ασθενείς αυτοί οι οποίοι κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας εμφανίζουν κάποια διαύγεια και ειδικά οι βαριά άρρωστοι ή ετοιμοθάνατοι. Κάποιοι από αυτούς είναι σε θέση να διευκρινίσουν τι είναι και τι δεν είναι σημαντικό. Αντιμετωπίζουν ορισμένα πράγματα κάτω από μια διαφορετική ματιά και βαρύτητα. Προσφέρουν διαφορετικές προτεραιότητες στον εαυτό τους και σημασία σε διαφορετικά πράγματα. Αυτός είναι και ο σκοπός της ψυχοογκολογίας, να βοηθήσει δηλαδή τον ασθενή να διακρίνει τι έχει πραγματικά σημασία για αυτόν (Llor, Ronson, Delvaux, 1996).

Τα προβλήματα που υπάρχουν στο θέμα της προκατάληψης σχετικά με την ασθένεια του καρκίνου εντοπίζονται σε διαφορετικά πεδία στις μέρες μας. Η διάγνωση είναι ένα από αυτά. Χαρακτηρίζεται ως ένα σημαντικό και πρωταρχικό ζήτημα αλλά ταυτόχρονα και καίριο το οποίο αρχικά αναστατώνει τον ασθενή και του αλλάζει όλη του τη ζωή (Massie, Holland, 1990).

Λόγω της προκατάληψης που ισχύει στις μέρες μας, είναι σύνηθες φαινόμενο για κάποιους ιατρούς να ανακοινώνουν την ασθένεια αρχικά μόνο σε συγγενείς των ασθενών. Κρύβουν δηλαδή την όποια διάγνωση από τον ασθενή και ως αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής να μη ξέρει τι του συμβαίνει. Η ψυχο-ογκολογία βέβαια δεν επικροτεί αυτή την τακτική και ειδικά από τη στιγμή που ασθενής δεν είναι σε θέση να είναι γνώστης της κατάστασης του και να μη μπορεί να χρησιμοποιήσει τις δικές του αυτό-θεραπευτικές δυνάμεις με σκοπό μια σωστή αντιμετώπιση της ασθένειας (Ρηγάτος, 2000).

Έτσι λοιπόν ολόκληρη η πορεία της ασθένειας να παραμένει απρόβλεπτη μετά την πρώτη διάγνωση και συνήθως φαίνεται να μην μπορεί να επηρεασθεί από τη στάση του ασθενή. Το σοκ είναι μεγάλο και αποτελεί ουσιαστικά μια ψυχολογική επιβάρυνση. Ο

ασθενής πολλές φορές έχει να αντιμετωπίσει πολλές φοβίες, άγχη και αρνητικά συναισθήματα. Τα συναισθήματα αυτά προκαλούνται και έπειτα από την ιατρική αγωγή και βάση των παρενεργειών που προκαλούνται σχετικά από τη θεραπεία. Επιπρόσθετα υπάρχουν και οι συνέπειες από το περιβάλλον που λαμβάνονται ως μια συνηθισμένη προκατάληψη αλλά και κοινωνική περιθωριοποίηση (Llor, Ronson, Delvaux, 1996).

Θα πρέπει να σημειωθεί σχετικά λοιπόν πως ο κάθε καρκινοπαθής είναι εκτεθειμένος στα παραπάνω ζητήματα και θα πρέπει να τα αντιμετωπίσει με αποτελεσματικό τρόπο. Συναισθήματα όμως με έντονη φόρτιση διαθέτουν και οι πλέον κοντινοί σε αυτόν άνθρωποι με αποτέλεσμα πολλές φορές ο ίδιος ο ασθενής να νιώθει ενοχές, αφού πιστεύει ότι αυτός είναι ο υπαίτιος για ότι του συμβαίνει. Πιστεύει ότι επιβαρύνει τους γύρω του και έτσι η αυτοεκτίμηση του ελαττώνεται.

Συνεπώς και η ποιότητα ζωής του. Στο σημείο αυτό επεμβαίνει η επιστήμη της ψυχοθεραπείας η οποία έχει ως απώτερο στόχο την επίτευξη μιας ορθής συναισθηματικής κατάστασης για τους ασθενείς αλλά και την καλύτερη ποιότητα ζωής για αυτούς (Llor, Ronson, Delvaux, 1996).

Ολόκληρη η διαδικασία της θεραπείας θα πρέπει να είναι ήπια και να εστιάζει στην κατάσταση του ασθενή. Στην θεραπεία πρέπει να λάβουν μέρος επίσης η οικογένεια αλλά και φίλοι του ασθενή, προκειμένου να συμβάλλουν και αυτοί στην ψυχολογική του υποστήριξη. Ότι θετικό στοιχείο διαθέτει ο κάθε ασθενής είναι πολύ σημαντικό. Τα όποια τραυματικά γεγονότα υπάρχουν στη μνήμη του δεν θα πρέπει να αναφέρονται στο μέλλον. Συχνά όμως οι αντιλήψεις για τη ζωή από πολλούς ασθενείς θεωρούνται πάγιες διαδικασίες.

Όταν ένας ασθενής ακούει πως πάσχει από μια μορφή καρκίνου, αυτομάτως αρχίζει να διαλογίζεται για το τι είναι ζωή, θάνατος, ασθένεια και υγεία. Δε χρειάζεται να σκεφτούν περισσότερο για αυτές τις έννοιες, ειδικά από τη στιγμή που η ίδια η κοινωνία τους έχει επιβάλλει αυτές τις αντιλήψεις (Ρηγάτος, 2000).

Ο ρόλος της ψυχο-ογκολογίας λοιπόν θεωρείται αποτελεσματικός στην επίτευξη των στόχων αυτών. Ένας άλλος βασικός στόχος της ψυχοθεραπείας και ψυχο-ογκολογίας είναι να κάνει τον ασθενή να μειώσει τη συναισθηματική ένταση που βιώνει ή και να τη χειρισθεί καλύτερα. Οι πιο συχνές βασικές συναισθηματικές καταστάσεις των ασθενών είναι οι εξής (Ρηγάτος, 2000):

- Φόβος
- Οργή-θυμός
- Ενοχή
- Απελπισία

Έτσι λοιπόν, η δράση για το ασθενή είναι μια απαραίτητη ενέργεια και διαδικασία στην οποία και πρέπει να περάσει. Οι όποιες βασανιστικές σκέψεις που είναι άσκοπες και επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής του, πρέπει να σταματήσουν. Ο θυμός του δε θα πρέπει να καταπιέζεται. Μέσα από την ψυχοθεραπεία μαθαίνει με ποιο τρόπο μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του και να αντιμετωπίζει αυτές τις δυσάρεστες καταστάσεις, να παίρνει αποφάσεις σωστές και να έχει μια ψυχολογική ισορροπία. Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι πολύ σημαντικές για τον ασθενή για να μπορέσει να επιτύχει και μια ηρεμία στο τρόπο σκέψης. Η βαθιά χαλάρωση που θα προκύψει από την παραπάνω διαδικασία, θα έχει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στο ανοσοποιητικό σύστημα αντίστοιχα (Massie, Holland, 1990).

Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως ο πόνος που νιώθει ο ασθενής μπορεί να δημιουργεί ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα και ταυτόχρονα μια ψυχιατρική νοσηρότητα. Οι όποιες ψυχολογικές ανάγκες των είναι ποικίλες ανάλογα με τον ασθενή. Είναι επιβαρυντικές για τον ίδιο, τους συγγενείς και τους φίλους. Επιπλέον υπάρχουν και ορισμένα άλλα προβλήματα τα οποία εμφανίζονται πέρα από τα ψυχολογικά σημεία της ασθένειας και της θεραπείας. Κάποια από αυτά είναι τα εξής (Llop, Ronson, Delvaux, 1996):

- Συμμετοχή σε ενημέρωση ευθύνης για απόκρυψη της ασθένειας ή της διάγνωσης
- Απόκρυψη συναισθημάτων λύπης, αγωνίας, σε μια συμπεριφορά ευχάριστη, προκειμένου να μη φανεί η αλήθεια στον ασθενή
- Δοσοληψία με άλλους ιατρούς ή επαγγελματίες
- Παραμέληση εργασίας και οικονομικά προβλήματα
- Παραμέληση μελών οικογένειας
- Ευέξαπτη συμπεριφορά από την καταπίεση συναισθημάτων
- Παραμέληση εαυτού τους προβολή φόβων για κληρονομικότητα της νόσου ή από τον κακό τρόπο ζωής

Βάση όλων των παραπάνω που αναφέρθησαν, θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως οι συγγενείς όπως και οι ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου, έχουν αναπτύξει στις μέρες μας μια συγκεκριμένη τακτική απέναντι στην ασθένεια και η οποία σχετίζεται με ορισμένους αμυντικούς μηχανισμούς με σκοπό την επίτευξη μιας ψυχικής ομοιόστασης. Οι αμυντικοί αυτοί μηχανισμοί δύναται να αναφέρονται στα εξής (Ρηγάτος, 2000):

- Άρνηση της νόσου
- Ένδειξη αντιπάθειας σε κάθε είδος θεραπείας
- Υπεραναπλήρωση των στιγμών που ζουν

➤ Μεγαλύτερη προβολή του εαυτού τους

Είναι σημαντικό δε το γεγονός ότι και οι συγγενείς όμως μπορούν να βιώνουν μια ψυχολογική κατάσταση άρνησης, κατάθλιψης και εσωτερικής «εξέγερση» με τον ίδιο τρόπο όπως και αντίστοιχα και οι ασθενείς. Απέχουν πολύ από το να φτάσουν σε μια αποδοχή της νόσου και της πραγματικότητας. Η παρέμβαση της ψυχολογικής υποστήριξης είναι απαραίτητη σε ασθενείς στους οποίους έχει διαγνωσθεί κακοήθης όγκος αλλά και στους συγγενείς αυτών. Η καθημερινή επικοινωνία των ασθενών με τους θεράποντες ιατρούς θεωρείται μια μορφή άτυπη ψυχοθεραπείας. Το ίδιο βέβαια και η επαφή με τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες υγείας (Massie, Holland, 1990).

Την ίδια σχεδόν συμπεριφορά διαθέτει λοιπόν πια το άμεσο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή, οι οποίοι με τον τρόπο τους θα πρέπει να τον βοηθούν να ξεπεράσει την ασθένεια του. Τα άτομα τα οποία είναι βαθιά θρησκευόμενα χρειάζονται την παρουσία κάποιου ιερέα ή κάποιου θρησκευτικού λειτουργού και ειδικότερα αν είναι ειδικευμένα σε θέματα ψυχολογίας. Οι όποιες ψυχολογικές παρεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται από επαγγελματίες για να θεωρούνται αποτελεσματικότερες και οι πιο αξιόπιστες.

Άλλωστε οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι συμβάλλουν πάντα θετικά σε αυτές τις περιπτώσεις. Η όποια ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να είναι ομαδική ή ατομική. Οι ατομικές παρεμβάσεις δίνουν τη δυνατότητα για εφαρμογή πολλών ψυχαναλυτικών εφαρμογών, τεχνικών γνωσιακών μεθόδων, θεωριών συμπεριφοράς, τεχνικών χαλάρωσης και χορήγησης φαρμάκων αντίστοιχα (Massie, Holland, 1990).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως από τις αρχές του 1970, εφαρμόζονται οι ομαδικές ψυχοθεραπείες οι οποίες αφορούν συζητήσεις για την αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπείας σε σταδιακή μορφή. Επίσης περιέχουν θέματα οικογενειακά, και προσωπικά. Την εποχή αυτή έκαναν την εμφάνισή τους και τα προγράμματα στα οποία λάμβαναν μέρος ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου. Μέσα από ορισμένες μορφές θεραπείας προέκυψαν στοιχεία όπως (Ρηγάτος, 2000) :

- Η δυνατότητα εξαφάνισης αρνητικών συναισθημάτων
- Η τόνωση ηθικού
- Η μείωση άγχους
- Η καλύτερη και μεγαλύτερη ικανοποίηση καθώς και αύξηση εμπιστοσύνης στους ιατρούς
- Η μείωση δυσανεξίας
- Η ευκαιρία για συζητήσεις περί οδυνηρών περιστατικών και καλύτερη αντιμετώπιση αυτών

➤ Το ενδιαφέρον για τη ζωή

Αναφερόμενοι τέλος και στην περίπτωση της Ελλάδος, θα λέγαμε πως οι καταστάσεις σε εγχώρια βάση δεν θεωρούνται να είναι και τόσο ανεπτυγμένα, αφού τα ανάλογα προγράμματα είναι ανεπαρκή και δεν υπάρχει η προοπτική ανάπτυξης. Σε ότι αφορά τη στελέχωση των τμημάτων ή και των ειδικών νοσοκομείων, αυτή αναφέρεται ως ανεπαρκής. Μόνο κάποιοι ψυχολόγοι και ψυχίατροι μεμονωμένοι υπάρχουν σε κάποιες κενές θέσεις στα νοσοκομεία και με σκοπό την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων ασθενών με καρκίνο. Οι συνθήκες δυστυχώς χαρακτηρίζονται ακόμα ως άκρως δυσχερείς. Κάποιες εθελοντικές οργανώσεις προσπαθούν να καλύψουν τις όποιες ανάγκες σε κενές θέσεις. Κάποιες από αυτές τις εταιρίες είναι :

- Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
- Η Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής
- Ορισμένα σωματεία πασχόντων και φίλων

Τα σωματεία αυτά έχουν αρχίσει και προσλαμβάνουν ειδικούς και επαγγελματίες, αφού γνωρίζουν πολύ καλά τις ανάγκες που υπάρχουν. Οι επαγγελματίες αυτοί εφαρμόζουν μια ποικιλία από ατομικές και ομαδικές παρεμβάσεις. Σημαντικά βέβαια είναι και τα προγράμματα τα οποία εφαρμόζονται και από τα μέλη των οικογενειών αλλά και φίλων καρκινοπαθών. Δεν θεωρούνται κάτι το διαφορετικό από ψυχοθεραπευτικές ομάδες συζύγων και παιδιών ή και τα προγράμματα οικογενειακής θεραπείας. Στόχος τους είναι να αντιμετωπίσουν την ασθένεια με αποτελεσματικό τρόπο, κυρίως στο ψυχολογικό τομέα αφού αποτελεί επείγουσα ανάγκη η κατανόηση των αναγκών των ασθενών από τα νοσοκομεία ή/και από άλλες δομές υγείας.

1.5 Παράγοντες που Σχετίζονται με την Εμφάνιση Καρκίνου

Ως ακολούθως, αναφέρονται οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες που εντοπίζονται στις μέρες μας και μπορούν αντίστοιχα να αιτιολογήσουν την εμφάνιση καρκίνου διαφόρων μορφών, ως εξής (*Kelly, Gould, White, Berridge, 2006*)

➤ Ακτινοβόληση θώρακα. Πρόκειται για το μόνο παράγοντα με αποδεδειγμένη άμεση συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού.

➤ Γενετική προδιάθεση για τη νόσο. Αντιστοιχεί στο 5-10% των περιπτώσεων.

- Οικογενειακό ιστορικό, δηλαδή εμφάνιση της νόσου σε συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, κόρη ή αδελφή).
- Ατομικό ιστορικό προηγούμενου καρκίνου μαστού. Αυξάνει τις πιθανότητες προσβολής και του άλλου μαστού.
- Η λευκή φυλή. Τα άτομα της λευκής φυλής προσβάλλονται συχνότερα από αυτά των άλλων φυλών.
- Εμμηναρχή (εμφάνιση πρώτης εμμηνορροσίας) σε μικρή ηλικία, δηλαδή πριν από το 12ο έτος.
 - Εμμηνόπαυση πριν από το 50ό έτος.
 - Απουσία τεκνοποίησης ή τεκνοποίηση για πρώτη φορά μετά τα 30 χρόνια.
 - Πιθανότατα η μακροχρόνια χρήση -πάνω από δέκα έτη- θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, αν και αυτό δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά.
 - Πιθανότατα η χρήση από του στόματος χορηγούμενων αντισυλληπτικών δισκίων
 - Η λήψη μεγάλης ποσότητας αλκοόλ.
 - Η ζωή σε βιομηχανικές περιοχές και ο σύγχρονος τρόπος ζωής και εργασίας, αν και οι ακριβείς παράγοντες παραμένουν αδιευκρίνιστοι.
 - Το κάπνισμα.
 - Η παχυσαρκία και η πλούσια σε λίπη διατροφή, σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή και την έλλειψη άσκησης.
 - Συγγενείς γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο και στους δύο μαστούς.
 - Επανεπιλημμένη εμφάνιση στην ίδια οικογένεια στο παρελθόν καρκίνου μαστού ή ωοθηκών.
 - Λήψη οιστρογόνων τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.

Κεφάλαιο 2

Πρόληψη Καρκίνου και ο Ρόλος του Νοσηλευτή

2.1 Η πρόληψη του καρκίνου στις μέρες μας

Η πρόληψη του καρκίνου χωρίζεται σε πρωτογενή και στη δευτερογενή:

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως σκοπό την πρόληψη της εμφάνισης καρκίνου μέσω της μείωσης του κινδύνου εμφάνισης του, δηλαδή με την αλλαγή στη συμπεριφορά του ανθρώπου ή τη μείωση του παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει στον καρκίνο. Η πρωτογενής πρόληψη μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου. Παραδείγματα είναι η διακοπή του καπνίσματος και ο εμβολιασμός. (Brankousli M. Isam)

Γενικές συστάσεις για αλλαγές τρόπου ζωής περιλαμβάνουν:

- 1) **Αποφυγή καπνίσματος:** Το κάπνισμα είναι η περισσότερο προβλέψιμη αιτία καρκίνου και είναι υπεύθυνο περίπου για το 20% των θανάτων από καρκίνο παγκοσμίως. Είναι ισχυρός παράγοντας για καρκίνο του πνεύμονα, αυξάνοντας τη πιθανότητα νόσησης 10 έως 20 φορές.
- 2) **Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας:** Η μειωμένη σωματική δραστηριότητα εμφανίζεται να αυξάνει την πιθανότητα για καρκίνο. Γι' αυτούς που δεν καπνίζουν, η άσκηση είναι πολύ σπουδαίος τροποποιήσιμος παράγοντας για μείωση πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου κυρίως παχέως εντέρου, μαστού και προστάτη.
- 3) **Διατήρηση φυσιολογικού βάρους σώματος:** Το αυξημένο βάρος σώματος ενέχεται σε αυξημένη πιθανότητα αρκετών τύπων καρκίνου.
- 4) **Δίαιτα – Διατροφή:** Συνιστάται δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ολικής άλεσης τροφές, καθώς και χαμηλών κορεσμένων λιπαρών οξέων (ζωικά). Συγκεκριμένα, η μεγάλη κατανάλωση του κόκκινου κρέατος ενέχεται στον καρκίνο του παχέως εντέρου, ενώ η πρόσληψη ντομάτας μειώνει την πιθανότητα για καρκίνο του προστάτη.
- 5) **Περιορισμός αλκοόλ:** Η υπερβολική χρήση αλκοόλ αυξάνει την πιθανότητα για πολλούς καρκίνους. Ο αυξημένος κίνδυνος αφορά ιδίως καρκίνο ανώτερου αναπνευστικού, πεπτικού συστήματος και του ήπατος.
- 6) **Προφύλαξη έναντι σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων:** Ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν θετική επίδραση στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου. Π.χ. ιοί της ηπατίτιδας ευθύνονται για καρκίνο ήπατος, ιός των θηλωμάτων (HPV) για καρκίνο τραχήλου μήτρας του AIDS (HIV) για διάφορες μορφές καρκίνου, ο ιός της λοιμώδους μονοπυρήνωσης (EBV) και ο ανθρώπινος λεμφοτροπικός ιός (HTLV1) για διάφορους τύπους λεμφωμάτων.
- 7) **Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο:** Ο καρκίνος του δέρματος είναι άμεσα σχετιζόμενος με την έκθεση στον ήλιο. Σε άτομα με ιστορικό ηλιακών εγκαυμάτων είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος.

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου (έγκαιρη διάγνωση) περιλαμβάνει τη χρήση των εξετάσεων για την ανίχνευση ενός καρκίνου, σε αρχικό στάδιο. Σε αυτή την περίπτωση η ασθένεια έχει ήδη αναπτυχθεί, αλλά ο σκοπός είναι να την βρούμε νωρίς, πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, ώστε να έχουμε τις μεγαλύτερες πιθανότητες θεραπείας.

Για τις γυναίκες :

- α) Αυτοεξέταση μαστού. Πρέπει να αρχίζει στην ηλικία των 20 ετών και να συνεχίζεται κάθε μήνα για πάντα.
- β) Μαστογραφία. Γίνεται σε γυναίκες άνω των 40 κάθε 2 χρόνια και σε γυναίκες άνω των 50 κάθε μήνα.
- γ) Τεστ παπ και γυναικολογική εξέταση. Πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο μετά τα 18 έτη.

Για τους άνδρες:

- α) Έλεγχος προστάτη. Γίνεται κάθε χρόνο μετά τα 50 έτη με δακτυλική εξέταση και μέτρηση του PSA μέσω αιματολογικών εξετάσεων.

Και για τα δύο φύλα.

- α) Επισκόπηση του δέρματος
- β) Κολonosκόπηση κάθε 5 με 10 χρόνια σε ηλικίες άνω των 50
- γ) Εξέταση κοπράνων για αίμα σε άτομα άνω των 50 κάθε χρόνο

2.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου

Ο νοσηλευτής και ο οποίος εργάζεται στο τομέα της αντιμετώπισης διαφόρων μορφών καρκίνου προς στους ασθενείς, μέσω της εργασίας του σε άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί πως πάσχουν από διάφορες μορφές καρκίνου, φροντίζει και παρέχει στήριξη στις εξής περιπτώσεις:

- Στην προσαρμογή του στο Νοσοκομείο. Ο ρόλος του νοσηλευτή και ο οποίος στο τομέα της αντιμετώπισης διαφόρων μορφών καρκίνου προς στους ασθενείς, σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο θεραπευτικό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης αργότερα. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς την αποκατάσταση.
- Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής και της κοινωνικής αποκατάστασης εν συνεχεία. Θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ατόμου πριν και μετά από μία ιδιαιτέρως σοβαρή χειρουργική επέμβαση και μορφής θεραπείας.

➤ Φροντίζει για το δικαίωμα προσέγγισης του ασθενή στις υπηρεσίες του ψυχιατρικού κέντρου (αν αυτό υπάρχει), τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της αποκατάστασης του.

➤ Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει το άτομο στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του ασθενή μέσω της φαρμακευτικής και κοινωνικής υποστήριξης.

➤ Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του στην κοινωνία που δραστηριοποιείται. Τα άτομα ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Επίσης διαθέτουν το δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση- θεραπεία- προοπτική). Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ατόμου (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου). Το συμφέρον του ατόμου και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων σχετικά με την αποκατάσταση του. Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις) (Wilkinson, Gambles, Roberts, 2002).

➤

2.3 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογική Αντιμετώπιση του Ασθενή

Αναφερόμενοι σχετικά στα καθήκοντα των νοσηλευτών ως προς την παροχή ψυχολογικής και φαρμακευτικής βοήθειας και συμβουλών σε καρκινοπαθή ασθενείς, θα λέγαμε πως το επάγγελμα του Νοσηλευτή, έχει πρώτιστα ως στόχο να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή, ο οποίος χρειάζεται φυσική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας του (Cunningham et al, 2006).

Γι' αυτό το λόγο, ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλει διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια προκειμένου να εξασκεί το συγκεκριμένο επάγγελμα με επιτυχία. Επιπρόσθετα, ο Νοσηλευτής θα πρέπει να έχει γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες για να χειριστεί καρκινοπαθή ασθενείς.

Επίσης, θα πρέπει να αλληλεπιδρά με τον ασθενή, να επικοινωνεί συνέχεια μαζί του προκειμένου να είναι επιτυχής η προσπάθεια της όποιας θεραπείας. Οι συνθήκες στις οποίες εργάζεται το Νοσηλευτικό Προσωπικό επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα του παρεχόμενου έργου γι' αυτό και πρέπει να διατηρούνται στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο

όπως και το επίπεδο στελέχωσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού (Wilkinson, Gambles, Roberts, 2002).

Οι συνθήκες εργασίας εξαρτώνται από διάφορες παράγοντες όπως η ικανοποιητική κατάσταση των κτιρίων, ο άρτιος εξοπλισμός, η υποδομή των χώρων εργασίας και η στελέχωση από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού. Το πρωτεύον κριτήριο για να διασφαλίζεται ένα ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας είναι η ποσοτική και την ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Όταν μιλάμε για ποσοτική σύνθεση εννοούμε τον δείκτη αντιστοιχίας νοσηλευτή και ασθενών και όταν αναφερόμαστε στην ποιοτική σύνθεση εννοούμε την εκπαίδευση του νοσηλευτή.

Προκειμένου οι νοσηλευτές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα σε ασθενείς και ως προς την παροχή ψυχολογικής και φαρμακευτικής βοήθειας και συμβουλών σε καρκινοπαθής ασθενείς, θα πρέπει να υπάρξει επαρκής στελέχωση, ώστε να διασφαλίζεται ότι οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι σε θέση να ξεδιπλώσουν όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού τους ρόλου. Στην περίπτωση αυτή διασφαλίζεται η εφαρμογή των απαραίτητων νοσηλευτικών πράξεων καθώς επίσης και ο απαραίτητος χρόνος που πρέπει να έχει στη διάθεση του ο νοσηλευτής για την φροντίδα του ασθενή.

Σε ότι αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτή ως προς την παροχή ψυχολογικής και φαρμακευτικής βοήθειας και συμβουλών σε καρκινοπαθής ασθενείς, είναι κάτι που συνδέεται με το επίπεδο γνώσεων που έχει λάβει ο κάθε νοσηλευτής και το οποίο επηρεάζει την επαγγελματική του κρίση (Παπαδούρη, 2005).

Οι νοσηλευτές είναι κοντά στον ασθενή, καθ' όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου και εφόσον έχουν την επαρκή γνώση, μπορούν, σε συνδυασμό βέβαια και με τις αναγκαίες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, να εκμηδενίσουν κάποιες αρνητικές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν και να επηρεάσουν την ζωή του ασθενούς, ώστε να τους παρέχεται το επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας που τους πρέπει.

Δυστυχώς, ενώ διεθνώς σε έρευνα που έγινε σχετικά με τους νοσηλευτές, έδειξε ότι ο ρόλος που διαδραματίζουν είναι σημαντικός για την διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών (Cunningham et al, 2006), στην Ελλάδα δεν έχει γίνει αντιληπτό με συνέπεια να μην έχουν γίνει οι απαραίτητες ενέργειες που θα αναδιαμορφώσουν τις συνθήκες εργασίας, το νομικό πλαίσιο της άσκησης του επαγγέλματος και τις κοινωνικές αντιλήψεις ώστε να αναδειχθεί η δυναμική της Νοσηλευτικής.

Σε ότι αφορά τις σχετικές υπηρεσίες υγείας ως προς την παροχή ψυχολογικής και φαρμακευτικής βοήθειας και συμβουλών σε καρκινοπαθής ασθενείς, είναι απαραίτητη η

ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και επαρκούς εξοπλισμού. Η ύπαρξη της συνθήκης αυτής, αυξάνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν οι νοσηλευτές και βελτιώνει τόσο την μεταξύ τους επικοινωνία όσο και μεταξύ των υπόλοιπων επαγγελματικών ομάδων. Η ύπαρξη της συγκεκριμένης συνθήκης έχει βρεθεί, μέσω διάφορων μελετών, ότι επηρεάζει θετικά τους νοσηλευτές που αισθάνονται ικανοποίηση από την εργασία τους. Η καταλληλότητα του χώρου εργασίας των νοσηλευτών, διευκολύνει την δουλειά τους που από μόνη της είναι ιδιαίτερα δύσκολη (Wilkinson, Gambles, Roberts, 2002).

Εκτός των ανωτέρω όμως, αρκετά ωφέλιμη είναι η επικοινωνία των νοσηλευτών με όλα τ' άτομα – ενήλικες ή παιδιά τα οποία πάσχουν από διάφορες μορφές καρκίνου. Έτσι δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης και κατανόησης όπου τα συγκεκριμένα άτομα ή/και ασθενείς έχουν την δυνατότητα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και τα συναισθήματά τους για την φροντίδα του ατόμου στο σπίτι (Odling, Danielson, Jansson, 2001)

2.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογική Αντιμετώπιση των Συγγενών του Ασθενή

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής προσφέρει στην οικογένεια στήριξη σχετικά με την παροχή ψυχολογικής και φαρμακευτικής βοήθειας και συμβουλών. Οργανώνει ένα σχέδιο εκπαίδευσης με βάση τα υλικά και τα φάρμακα που θα χρησιμοποιήσουν οι συγγενείς στο σπίτι για τη φροντίδα του ατόμου. Οι συγγενείς κατά την παροχή φροντίδας στο σπίτι αναπτύσσουν δεξιότητες αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της πάθησης. Ο προγραμματισμός για την εκτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας προσφέρει στους γονείς εμπιστοσύνη κι ασφάλεια (Cunningham *et al*, 2006).

Είναι αρκετά χρήσιμο για τους γονείς ή συγγενείς, η παροχή γραπτού οδηγού ο οποίος με απλές και σαφείς οδηγίες θα τους δείχνει τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χειριστούν καρκινοπαθή ασθενείς. Οι γονείς ή τα ενήλικα άτομα, είναι πολύ σημαντικό να κατανοούν την ασθένεια στα άτομα αυτά και να προσπαθούν να μαθαίνουν συνέχεια όσα περισσότερα μπορούν για αυτήν. Με αυτό τον τρόπο έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν άμεσα τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν και επίσης θα γνωρίζουν τι να περιμένουν. Η επαρκής πληροφόρηση δίνει στους γονείς την δυνατότητα να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση έχουν τα καρκινοπαθή άτομα, σχετικά με την ασθένειά του (Παπαδούρη, 2005).

Ιδιαίτερα η συμπεριφορά των ενήλικων απαιτεί μεγάλη προσοχή όταν μέσα στην οικογένεια υπάρχουν και υγιή παιδιά. Είναι πολύ σημαντικό να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν με τον ίδιο τρόπο όλα τα άτομα. Η διαφορετική συμπεριφορά θα φέρει τους καρκινοπαθής ασθενείς σε μειονεκτική θέση και θα δημιουργήσει ανισότητες. Ταυτόχρονα οι γονείς χρειάζεται να θέτουν όρια στη συμπεριφορά ενός παιδιού με διάφορες μορφές καρκίνου.

Η πειθαρχία διασφαλίζει την καλή συνεργασία και την αποδοχή του θεραπευτικού προγράμματος. Οι γονείς θα πρέπει να απαιτούν από το παιδί τους να έχει το δικό του μερίδιο ευθύνης στην καθημερινότητα. Για την ανάθεση εργασιών πρέπει να χρησιμοποιούν την κρίση τους, ώστε το παιδί να μπορεί να τις εκτελεί με επιτυχία (*Odling, Danielson, Jansson, 2001*).

Οι γονείς πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι το παιδί ή οι συγγενείς πως οι καρκινοπαθής ασθενείς, λειτουργούν καλύτερα όταν οι ρυθμοί της καθημερινότητας τους είναι οργανωμένοι και ακριβείς. Γι' αυτό το λόγο οφείλουν να διατηρήσουν την καθημερινότητα σε σταθερά επίπεδα (π.χ. ώρες φαγητού, ώρες ξυπνήματος, ώρες ύπνου). Συνήθως οι συγγενείς των ατόμων αυτών, αισθάνονται αγχωμένοι, αδύναμοι να προσφέρουν βοήθεια στον άρρωστο τους και δυσκολεύονται να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του κάθε συγκεκριμένου ατόμου (*Odling, Danielson, Jansson, 2001*).

Γι' αυτό χρειάζονται συμβουλές από το νοσηλευτικό προσωπικό για υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν. Είναι απαραίτητο οι γονείς να διαθέτουν χρόνο και για τα άλλα παιδιά της οικογένειας εάν υπάρχουν και να τους εξηγούν την ασθένεια του συγγενικού ατόμου στην οικογένεια. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι συγκρούσεις, οι θυμοί και η ζήλεια (*Παπαδούρη, 2005*).

2.5 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πορεία του Ασθενή Μετά την Θεραπεία ή Χειρουργική Επέμβαση

Οι Νοσηλευτές, ως οι κατέχοντες του μεγαλύτερου ποσοστού ανθρωπίνου δυναμικού στο χώρο της υγείας, έχουν την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους πολίτες. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών η επιστήμη της Νοσηλευτικής ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως

βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα - νοσοκομεία, κέντρα υγείας, σπίτι, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα) (*Wilkinson, Gambles, Roberts, 2002*).

Ένας ασθενής ο οποίος θα υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ενός όγκου θα δεχτεί την προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα που θα δεχτεί ο ασθενής σε οποιαδήποτε άλλη χειρουργική επέμβαση δίνοντας βέβαια ιδιαίτερη προσοχή στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής φτάνοντας στο νοσοκομείο γίνεται μια πλήρης συλλογή του ιστορικού με κύρια χαρακτηριστικά την διακριτικότητα και την εχεμύθεια. Το ιστορικό αυτό αφορά τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή(όνομα, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής), τα φάρμακα που λαμβάνει, πιθανές αλλεργίες που μπορεί να έχει, πιθανές προηγούμενες επεμβάσεις, ένα έχει χρειαστεί να μεταγγιστεί, το οικογενειακό του ιστορικό κ.α. Κατόπιν γίνεται λήψη αίματος για εξετάσεις και για διασταύρωση(πιθανών να χρειαστεί μετάγγιση). (*Ignatavicius ,Workman ,2008*)

Ο ασθενής ενημερώνεται πλήρως για την διαδικασία του χειρουργείου και υπογράφει την συγκατάθεση του , εάν δεν είναι σε θέση τότε υπογράφει ο συγγενείς. Μία μέρα πριν το χειρουργείο ο ασθενής παραμένει νήστις και από το βράδυ δε πίνει ούτε νερό. Την ίδια μέρα του χειρουργείου γίνεται προετοιμασία του εντέρου με την χρήση καθαρτικών και εάν χρειάζεται τοποθετείται καθετήρας στην ουροδόχο κύστη. Γίνεται διδασκαλία μετεγχειρητικών διαδικασιών για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών. Φτάνοντας στην ώρα του χειρουργείου ο νοσηλευτής αφαιρεί όλα τα κοσμήματα και τα ξένα σώματα του ασθενή π.χ μασέλα ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία και πηγαίνει στο χειρουργείο.(*Perry, Potter 2012*)

Όταν επιστρέψει από την χειρουργική επέμβαση ο νοσηλευτής παραλαμβάνει τον ασθενή ελέγχοντας τα ζωτικά του σημεία, τις παροχετεύσεις που πιθανών να έχει και ένα το τραύμα του ασθενή είναι καθαρό. Τέλος αξιολογείται η γενική εικόνα του ασθενή παραδίδονται να προσωπικά του αντικείμενα τα οποία αφαιρέθηκαν πριν το χειρουργείο και ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να προβεί στις ασκήσεις που διδάχτηκε πριν το χειρουργείο για την γρήγορη και χωρίς επιπλοκές επανένταξη του ατόμου στις σωστές λειτουργίες του οργανισμού (αναπνευστικές ασκήσεις, εξάσκηση αναπνοής, βήχας ,γρήγορης κινητοποίησης του ασθενή).(Woodhead,Wicker 2005)

Ο ασθενής όμως θα παραμείνει στο χώρο του νοσοκομείου για μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι η φροντίδα του σταματάει εκεί. Έτσι λοιπόν θα λέγαμε πως ο

ρόλος του νοσηλευτή στην πορεία του ασθενή μετά την θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση, εστιάζεται ουσιαστικά στον όρο “Κατ’ οίκον Νοσηλεία”, όπου ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στ’ άτομα και τις οικογένειές τους μέσα στο χώρο που ζουν και οι οποίες είναι κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας (Παπαδούρη, 2005). Ως εκ τούτου, θα πρέπει να σημειωθεί πως οι πέντε βασικοί στόχοι της Κατ’ οίκον Νοσηλείας και στον ρόλο του νοσηλευτή στην πορεία του ασθενή μετά την θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση, είναι οι εξής (Nies, McEwen, 2001):

- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσής τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.

Βάσει των ανωτέρω, θα λέγαμε λοιπόν πως αποτελεί γεγονός στις μέρες μας πως οι περισσότερες κοινωνίες φέρνουν την ευθύνη προς τους ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου, που απαιτούν τη συνεχή ιατρική παρακολούθηση και την προσοχή στο σπίτι. Ο ιατρός και νοσηλευτής σε συνεργασία με τους συγγενείς και τον οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας που εργάζονται, συνήθως αντιμετωπίζουν τις χρόνιες ασθένειες με διάφορες μορφές καρκίνου και τα συμπτώματά τους. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται υποστήριξη για να βελτιώσουν την κατάστασή τους ανεξάρτητα από το αν ζουν στις προσωπικές τους κατοικίες (Odling, Danielson, Jansson, 2001).

Όλοι οι ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου που δεν είναι ικανοί να εκτελέσουν τακτικά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μόνοι τους και επομένως χρήζουν βοήθειας άλλων ειδικευμένων ανθρώπων όπως οι νοσηλευτές που περιλαμβάνονται σ’ ένα αντίστοιχο πρόγραμμα Κατ’ οίκον νοσηλείας. Το κάθε αντίστοιχο πρόγραμμα λοιπόν εστιάζει στις αποτελεσματικότερες μεθόδους για την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων και των συνοδών συμπτωμάτων, ακόμη και στην εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών και των συγγενών τους για το καλύτερο τρόπο ζωής των ηλικιωμένων (Cunningham et al, 2006).

Σχετικά με την παράθεση των παραπάνω, θα λέγαμε πως μελέτες, όπως αυτή της Pitsiou, αναδεικνύουν τη σημασία της διατήρησης των οικογενειακών δεσμών για την καλή ψυχική

και σωματική υγεία και την ευμάρεια των ατόμων διάφορες μορφές καρκίνου που έχουν την ανάγκη των νοσηλευτών προγραμμάτων. Ωστόσο, η ανάγκη αποκλειστικής φροντίδας των ατόμων αυτών από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα η ανάληψη των ρόλων-φροντιστών από γυναίκες που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία εντείνει την αδυναμία τους να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας και ως εκ τούτου επιβαρύνει τα ποσοστά της γυναικείας ανεργίας (Wilkinson, Gambles, Roberts, 2002).

Δεν θα ήταν εύκολο, ωστόσο, να υποστηριχθεί ότι η εφαρμογή των σχετικών προγραμμάτων στη χώρα μας στάθηκε δυνατόν να υποκαταστήσει την πλήρη φροντίδα που παρέχει κατ' οίκον κάποιος συγγενής/φροντιστής. Αυτό οφείλεται, όπως προαναφέρθηκε, στον αρχικό σχεδιασμό των διαφόρων κοινωνικών παραγόντων στους περιορισμένους πόρους που δεν επέτρεπαν την εικοσιτετράωρη ή κατ' ελάχιστον την οκτάωρη συνεχή αποκλειστική φροντίδα στους χρήζοντες, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα στους φροντιστές/συγγενείς να απαλλαγούν της φροντίδας για ένα συνεχόμενο οκτάωρο και να αναζητήσουν εργασία.

Εν κατακλείδι και βάση της έρευνας, είναι σημαντικό, αφενός, για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και, αφετέρου, για τη σταθεροποίηση των δομών να προχωρήσει η πολιτεία σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση α' και β' βαθμού στην εδραίωση του θεσμού και των υπάρχουσών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η επιβίωση του θεσμού της Κατ' οίκον νοσηλείας για ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου, θα συμβάλει ποικιλοτρόπως στην καλύτερη φροντίδα των αποδεκτών υπηρεσιών, καθώς τα ίδια τα στελέχη των προγραμμάτων, αφού ξεπεράσουν το αίσθημα ανασφάλειας και την αβεβαιότητα για το επαγγελματικό τους μέλλον, θα μπορούν να αναπτύξουν περισσότερο αποτελεσματικές δράσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα και παροχή υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα (Cunningham et al, 2006).

Βάσει των παραπάνω, θα λέγαμε πως υπάρχουν επίσης έρευνες, οι οποίες κάνουν λόγο για την ικανοποίηση των ατόμων με διάφορες μορφές καρκίνου από σχετικά προγράμματα που προσφέρονται από τους νοσηλευτές. Μια αντίστοιχη έρευνα, είναι εκείνη η οποία δημοσιεύθηκε στο ηλεκτρονικό περιοδικό Επιστήμη και Τεχνολογία και διεξήχθη από τους Χαραλάμπους, Κλεισιάρη και Αγά (2009), την χρονική περίοδο 20/06/07 έως 20/08/07 σχετικά με την ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους με διάφορες μορφές καρκίνου, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα.

Ο Έλληνας ασθενής φάνηκε να έχει ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό του μέσω του νοσηλευτή, γεγονός που πιθανώς θα του αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα. Όταν η επικοινωνία αυτή

είναι ελλιπής, πολλές φορές δεν διστάζει να αλλάξει νοσηλευτή και ιατρό. Επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετέχων στη θεραπευτική διαδικασία και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν πάρει γι' αυτόν. Η συμμετοχή της οικογένειας δεν παύει να υπάρχει, αλλά φαίνεται η τάση των ασθενών να έχουν τον κύριο λόγο και να επιζητούν την ενημέρωση για τη φύση της νόσου τους, όσο επώδυνα κι αν είναι αυτά που πρόκειται να ακούσουν.

Ο χρόνος που διαθέτει ο νοσηλευτής για ενημέρωση των ασθενών με διάφορες μορφές καρκίνου, φάνηκε ότι δεν είναι επαρκής, και σε πολλές περιπτώσεις η ανεπάρκεια αυτή αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο ο ασθενής επιλέγει να αλλάξει θεράποντα ιατρό. Όπως αναφέρεται, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλο βάρος στον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί μαζί τους και κατά πόσο ο νοσηλευτής θεωρείται ανθρώπινος στη συμπεριφορά του. Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων, που εργάζονται με συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή με διάφορες μορφές καρκίνου.

2.6 Δεξιότητες Επικοινωνίας του Νοσηλευτή σε Ασθενείς με Διάφορες Μορφές Καρκίνου

Προκειμένου να ξεκινήσει η ανταπόκριση στις ανάγκες επικοινωνίας με τους ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου, στην περίπτωση της Νοσηλευτικής, οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν και να εξασκήσουν ένα ρεπερτόριο δεξιοτήτων που θα τους επιτρέψουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών με διάφορες μορφές καρκίνου και στην συνέχεια να επικοινωνήσουν περισσότερο αποτελεσματικά μαζί τους. Οι βασικές αυτές δεξιότητες αναφέρονται ακολούθως.

Αποτελεσματική ακρόαση & παρατήρηση

Και τα δύο είναι ουσιώδη προκειμένου να γίνει αναγνώριση διαφόρων ενδείξεων από τον ασθενή ή τους συγγενείς του, με διάφορες μορφές καρκίνου

Ικανότητες εμπύχωσης

Αυτές βασίζονται σε συμπεριφορές που ενθαρρύνουν τον ασθενή ή τον συγγενή του, να συνεχίσει να μιλάει. Αυτές συμπεριλαμβάνουν επιφωνήματα ή μικρές λέξεις, όπως “εμμμ”, “εμμμμ χμμμ”, “ναι”, “πάμε”, τα οποία ενθαρρύνουν χωρίς να διακόπτουν τη ροή της συζήτησης, και μη λεκτικές ενθαρρύνσεις όπως κούνημα του κεφαλιού, άγγιγμα στο χέρι, συνεχή επαφή ματιών.

Παράδειγμα: Ασθενής: “Δεν υπάρχει λόγος να κάνω κράτηση για διακοπές εφόσον είμαι τόσο άρρωστος”

Νοσηλεύτης: “Εφόσον είστε τόσο άρρωστος;”

Ο ασθενής τότε, θα επιχειρηματολογήσει σχετικά με τις αντιλήψεις του ή τα συναισθηματά του και αυτό θα μπορούσε να δώσει στον νοσηλευτή πολύτιμες πληροφορίες, οι οποίες θα τον βοηθούσαν να κάνει μια πιο αξιόπιστη αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή.

Αντανάκλασεις

Μια άλλη σημαντική ικανότητα που διευκολύνει την έκφραση και την διερεύνηση των συναισθημάτων και των αισθημάτων είναι αυτή της *αντανάκλασης των συναισθημάτων*. Εδώ, ο νοσηλευτής πρέπει να συμπεριλάβει την ενεργητική ακρόαση με την συμπάθεια ώστε να προχωρήσει πέραν των λόγων του ασθενή και μεταφορικά «να μπει στη θέση του».

Παράδειγμα: Ασθενής: “Δεν φαίνεται να έχω καμία βελτίωση”

Νοσηλεύτης: “Αυτό πρέπει να σε απογοητεύει”

Στην συνέχεια, ο ασθενής με διάφορες μορφές καρκίνου, μπορεί να επιχειρηματολογήσει σχετικά με τα συναισθήματα του συμπεραίνοντας ότι η προσπάθεια του νοσηλευτή να *καθρεφτίσει* τα συναισθήματα του ήταν επιτυχής. Είναι φανερό ότι αυτή η μορφή ενδυνάμωσης θα είναι η κατάλληλη και πετυχημένη μόνο εάν ο νοσηλευτής γνωρίζει ήδη καλά τον ασθενή.

Ανοικτές ερωτήσεις

Η χρήση των ανοικτών ερωτήσεων παρέχει στον νοσηλευτή, ίσως, το πιο χρήσιμο εργαλείο όταν προσπαθεί να αξιολογήσει και να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και των συγγενών. Οι ανοικτές ερωτήσεις, οι οποίες εισάγονται πάντα από τις λέξεις τι, που, γιατί, πως, ποίος ή τι, δεν εμποδίζουν ούτε περιορίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα δοθεί η απάντηση. Δίνουν έμφαση στην κόσμο-αντίληψη του ασθενή παρά του νοσηλευτή και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε έναν μεγάλο αριθμό καταστάσεων. Μια ανοικτή ερώτηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από τον νοσηλευτή, για παράδειγμα:

Ασθενής: “Δεν φαίνεται να έχω καμία βελτίωση”

Νοσηλευτής: “Τι σε κάνει να λες κάτι τέτοιο;”

Αυτή η προσέγγιση διασφαλίζει ότι ο ασθενής με καρκίνο, επιχειρηματολογεί σχετικά με τις αντιλήψεις του για την κατάσταση του και ξαναδίνει στον νοσηλευτή πολύτιμη πληροφόρηση, στην οποία μπορεί να βασιστεί οποιαδήποτε περαιτέρω επικοινωνία. Επιδέξια χρήση των ανοικτών ερωτήσεων και ενδυναμωμένη στρατηγική σε συνδυασμό με την ενεργητική ακρόαση και παρατήρηση, θα εξασφαλίσουν ότι ο νοσηλευτής είναι ικανός να κάνει μια ακριβή αξιολόγηση των ψυχολογικών και σωματικών αναγκών του ασθενή. Μια προσεκτική εικόνα μπορεί να βασιστεί τότε στην ικανότητα κατανόησης του ασθενή και του συγγενή, τι θέλουν να ξέρουν, τι πιστεύουν και πως αυτοί μπορούν να βοηθηθούν στο να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα τους.

Κεφάλαιο 3

Θεραπεία του Καρκίνου

3.1 Βιοψία

Για την λήψη σωστών θεραπευτικών αποφάσεων είναι αναγκαία η συλλογή όσων περισσότερων πληροφοριών για την δυνητική κακοήθεια. Αυτό επιτυγχάνεται είτε χειρουργικά είτε με μη χειρουργικές εξετάσεις. Ο σημαντικότερος ρόλος σε αυτό το στάδιο είναι η αφαίρεση ιστών για ιστολογική διάγνωση (βιοψία). Η λήψη ιστού για βιοψία είναι αναγκαία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και η ανίχνευση ιστολογικού τύπου της νόσου. Γίνεται με την αφαίρεση μέρος ζώντος ιστού και την μικροσκοπική εξέταση με στόχο να καθοριστεί εάν είναι κακοήθης ή μη. (Susan C. Dewit ,2009)

Κατά την διενέργεια χειρουργικής βιοψίας είναι απαραίτητα η πορεία των βελόνων της βιοψίας καθώς και οι ουλές που θα δημιουργηθούν πρέπει αν βρίσκονται σε θέση ώστε να μπορούν να αφαιρεθούν από την χειρουργική επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί προκειμένου να εμποδιστεί η διασπορά καρκινικών κυττάρων και για αισθητικούς λόγους. Επιπλέον η βιοψία θα πρέπει να γίνεται με απόλυτη προσοχή για την αποφυγή μόλυνσης με καρκινικά κύτταρα νέοι ιστοί. Ακόμα η τεχνική που θα επιλεγεί για την βιοψία θα πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά ώστε να προσληφθεί επαρκής ποσότητα δείγματος ιστού και το δείγμα να χειρίζεται πολύ προσεκτικά καθώς υπάρχει κίνδυνος να αχρηστευθεί σε μη σωστούς χειρισμούς. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι συλλογής ιστού. Μερικοί από αυτούς είναι :

α) Βιοψία δια αναρροφήσεως

Η διενέργεια βιοψίας με τη χρήση του συστήματος βιοψίας δια αναρροφήσεως μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό γιατρό να πραγματοποιήσει διάγνωση μιας ανωμαλίας ενός μέρους σώματος με μεγάλη ακρίβεια και χωρίς να είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Η συγκεκριμένη μέθοδος υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί και για τη διάγνωση μη-καρκινικών όγκων όπως το ινοαδένωμα. Το μέγεθος του όγκου από τη συγκεκριμένη διαδικασία μπορεί να μειωθεί τόσο έτσι ώστε στη συνέχεια να μην είναι ανιχνεύσιμος με ψηλάφηση ή με την χρήση υπερήχων

Η χρήση του συστήματος βιοψίας δια αναρροφήσεως ενδείκνυται μόνο για διαγνωστικούς σκοπούς και όχι για θεραπευτικούς. Η χρήση του αντενδεικνύεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ή πιθανότητα επιπλοκών κατά τη διάρκεια βιοψίας, βάση της κρίσης του κλινικού γιατρού. Η παραπάνω μέθοδος εξασφαλίζει ακριβή διάγνωση με τον ελάχιστο πόνο, χρόνο ανάρρωσης και ψυχολογικής πίεσης του ασθενή. Η όλη διαδικασία χρειάζεται λιγότερο από μια ώρα για να ολοκληρωθεί ενώ ο ασθενής επιστρέφει άμεσα στις καθημερινές του δραστηριότητες. (Heine, Malhotra, 2002).

β) βιοψία με λεπτή βελόνη

Είναι γρήγορη, ασφαλής, αξιόπιστη μέθοδος. Αποτελεί διαδικασία εκλογής επί υψηλού κινδύνου κακοήθειας. Γίνεται καλά ανεκτή με μικρό τραυματισμό. Χρησιμοποιείται τοπικό αναισθητικό. Μπορεί να διενεργηθεί υπό καθοδήγηση με την χρήση αξονικής τομογραφίας ή υπερηχογραφήματος. Όπως είναι φυσικό υπάρχει περίπτωση η βελόνα να μην φτάσει στη καρκινική μάζα. Επομένως μόνο το θετικό αποτέλεσμα θεωρείται ότι έχει διαγνωστική αξία.

γ) βιοψία με ευρεία βελόνη

Η τεχνική αυτή αφορά στην αφαίρεση ενός κυλινδρικού τμήματος ιστού διαμέσο μιας ειδικής βελόνης. Γίνεται με τοπική αναισθησία και είναι επαρκής για τους περισσότερους κακοήθεις όγκους.

δ)βιοψία με εντομή

Η βιοψία αυτή γίνεται με την αφαίρεση ενός μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου ιστού από μια μεγαλύτερη μάζα η οποία είναι ύποπτη για καρκίνο. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως για την διάγνωση καρκινωμάτων σε μαλακά μέρη και στα οστά. Η περιοχή της βιοψίας αφαιρείται ολοκληρωτικά κατά την χειρουργική επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί.

δ)βιοψία με εκτομή ιστού

Με την τεχνική αυτή αφαιρείται ολόκληρος ο ύποπτος όγκος χωρίς την αφαίρεση ενός περιθωρίου υγιούς ιστού. Αποτελεί την διαδικασία εκλογής για μικρούς και εύκολους όγκους. Μπορεί να αποτελέσει και την οριστική χειρουργική επέμβαση. (Corner ,Bailey 2009)

3.2 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου αποτελεί την παλαιότερη μορφή αντιμετώπισης του καρκίνου αλλά και από τις πιο σημαντικές και ωφέλιμες μορφές ίασης στην σύγχρονη εποχή. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται είτε για την λήψη ιστού για βιοψία, είτε για προφύλαξη όπως π.χ την αφαίρεση των ωοθηκών σε γυναίκα που η μητέρα της

εμφάνισε Ca ωοθηκών, είτε για την αφαίρεση συμπαγούς όγκου με σκοπό την ίαση και την πρόληψη μεταστάσεων. Η χειρουργική αφαίρεση των όγκων γίνεται σε συνδυασμό με άλλες μορφές θεραπείας όπως είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός γίνεται για να αποφευχθεί η ολική αφαίρεση του οργάνου που πλήττεται, για την μείωση υποτροπών και για την μείωση της αφαίρεσης γειτονικών ιστών.(Susan C. Dewit.2009)

Η χειρουργική θεραπεία με το πέρασμα του χρόνου έχει αλλάξει αρκετά και έχει αναβαθμιστεί. Οι κύριες αλλαγές στην χειρουργική που έχουν βελτιώσει την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο περιλαμβάνει:

α)την πρόοδο της τεχνική ικανότητας των χειρουργών με αποτέλεσμα την ριζικότερη και περιπλοκότερη χειρουργική επέμβαση.

β)τη χρήση ραδιοσημασμένων αντισωμάτων για την διευκόλυνση αφαίρεσης του όγκου

γ)την ελάττωση δευτερογενών λοιμώξεων με την χρήση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος

δ)την αύξηση του χρόνου επιβίωσης μετά την ριζική αφαίρεση ενός όγκου με την βοήθεια της προηγμένης τεχνολογίας στις μονάδες εντατικής θεραπείας

ε)τη χρήση προσθετικών υλικών τα οποία βοηθούν στην βελτίωση της ψυχολογίας ασθενούς που έχει υποβληθεί σε ριζική χειρουργική επέμβαση.(Corner, Bailey, 2009)

Όπως ειπώθηκε και παραπάνω οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν μορφοποιηθεί. Μια από τις κύριες αλλαγές είναι η μείωση της έκτασης των χειρουργείων πλέον δεν γίνονται ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις παρά μόνο συντηρητικές. Για παράδειγμα μια γυναίκα με καρκίνο στο μαστό στο παρελθόν θα υποβαλλόταν σε ολική μαστεκτομή ,η ολική μαστεκτομή περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού συμπεριλαμβανομένης της θωρακικής περιτονίας και δειγματοληψίας από τους μασχαλιαίους αδένες. Αντίθετα σήμερα η χειρουργική επέμβαση γίνεται για την αφαίρεση του όγκου είτε αυτό γίνεται με Ογκεκτομή (η ογκεκτομή είναι μια χειρουργική επέμβαση η οποία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου σε συνδυασμό με τη θεραπεία με ακτινοβολία. Χρησιμοποιείται επίσης για να αφαιρεθούν καλοήθεις όγκοι στο μαστό, όπως τα ινοαδενώματα, μη καρκινικούς όγκους και άλλα κύτταρα τα οποία πολλαπλασιάζονται πιο γρήγορα από το φυσιολογικό.)είτε με μερική μαστεκτομή. Στη μερική μαστεκτομή γίνεται ανοιχτή εκτομή των ιστών του μαστού με ιδιαίτερη προσοχή στα χειρουργικά όρια. Γίνεται μια τομή στο δέρμα στη περιοχή που βρίσκεται ο όγκος και γίνεται σύσφιξη του λεμφικού συστήματος και των αιμοφόρων αγγείων.. (Green, 2010)

3.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία στο καρκίνο γίνεται είτε για προοπτική ίαση της νόσου μια και καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα είτε για επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής είτε για ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου όπως πόνος, δύσπνοια. Σε κάποιους ασθενείς οι οποίοι έχουν προχωρήσει σε επέμβαση για καρκίνο, γίνεται χημειοθεραπεία και φυσικά μετά από τα ανάλογα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης. Σκοπός της είναι να αποστειρώσει, σκοτώνοντας τα καρκινικά κύτταρα, τον οργανισμό. Έτσι ακόμα και αν κάποια από αυτά έχουν ξεφύγει από τον κύριο όργανο που εμφανίστηκε εξαφανίζονται. (Corner et Bailey.2009) Η αντικαρκινική χημειοθεραπεία γίνεται με την χορήγηση αντινεοπλασματικών φαρμάκων είτε μεμονομένα είτε σε συνδιασμό μεταξύ τους. Η ασφάλεια την οποία παρέχουν τα σύγχρονα φάρμακα χημειοθεραπείας είναι μεγάλη και τα αποτελέσματα το ίδιο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η χημειοθεραπεία γίνεται από ένα υποδόριο καθετήρα αλλά υπάρχουν και κάποιες παρενέργειες όπως χάσιμο μαλλιών. Σ' αυτό τον καθετήρα διοχετεύονται τα φάρμακα της χημειοθεραπείας και στη συνέχεια σε μια μεγάλη φλέβα την υποκλείδιο φλέβα (Καρβέλας, 1995).

3.4 Ορμονοθεραπεία

Μια άλλη μορφή θεραπείας είναι η ορμονοθεραπεία που συνήθως εφαρμόζεται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους θεραπείας. Ο όγκος ελέγχεται από το εργαστήριο έπειτα από την εκτομή προκειμένου να βρεθούν καρκινικά κύτταρα ορμονικών υποδοχέων. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούνται ειδικά φάρμακα τα οποία και τα σταματάνε προκειμένου να πολλαπλασιασθούν. (Bland, Copeland, 1991)

Οι όγκοι που εμφανίζονται σε περιοχές οι οποίες φυσιολογικά επηρεάζονται από την δράση ορμονών μπορούν να μειωθούν με το χειρισμό των επιπέδων των ορμονών. Κυρίως αυτή η μέθοδος λαμβάνει χώρα στο καρκίνο του μαστού, του προστάτη, του θυρεοειδή και του ενδομητρίου. Η ορμονοθεραπεία με κύρια ορμόνη τα στεροειδή έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει τη δράση της χημειοθεραπείας.

Η θεραπεία με ορμόνες δεν είναι θεραπεία ίασης από το καρκίνο αλλά προκαλεί ύφεση της νόσου και αυτό συμβαίνει καθώς οι όγκοι αποτελούνται από μικτά κύτταρα τα οποία άλλα είναι ευαίσθητα στην ορμονική στέρηση και πεθαίνουν ενώ άλλα δεν επηρεάζονται και συνεχίζεται η εξάπλωση και ο πολλαπλασιασμός τους. Γι αυτό το λόγο η

ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που στοχεύουν στην εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων που δεν καταστρέφονται από την ορμονοθεραπεία. (Corner, Bailey.2009)

3.5 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική και στοχευόμενη θεραπεία με την οποία καταστρέφονται υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα μετά το χειρουργείο κυρίως. Ωστόσο το 50 % των ασθενών με καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κάποια στιγμή στη διάρκεια της θεραπείας τους. Η ακτινοθεραπεία στοχεύει στο τοπικό έλεγχο της νόσου και χρησιμοποιείται είτε για ίαση της ασθένειας είτε για παρηγορητικούς λόγους. Η αποτελεσματικότητα της εξαρτάται από το μέγεθος της μάζας και την ευαισθησία του όγκου στην ακτινοβολία (Bland, Copeland, 1991).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία είναι περιορισμένος και σχεδόν ανύπαρκτος καθώς οι νοσηλευτές δεν είναι ενήμεροι για τα αποτελέσματα που έχει η ακτινοθεραπεία στον ασθενή και για τον τρόπο δράσης του καθώς επίσης υποτιμάται η βαρύτητα των παρενεργειών . Η ακτινοθεραπεία λαμβάνει χώρα κυρίως σε εξωτερικούς ασθενείς με αποτέλεσμα να μειώνεται η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας .(Corner et Bailey.2009)

Η ακτινοθεραπεία γίνεται με την χρήση κυρίως ιονιζουσών ακτινοβολιών και χορηγείται με την μορφή ακτινών χ και γ και σπάνια χρησιμοποιούνται τα νετρόνια και πρωτόνια. Η ακτινοβολία προκαλεί βλάβες στις έλικες του DNA και επιφέρει θάνατο στα κύτταρα κυρίως σε αυτά που βρίσκονται στην φάση του διπλασιασμού. Η θεραπεία αυτή επηρεάζει τόσο τα υγιή όσο και τα καρκινικά κύτταρα. Στόχος του είναι η καταστροφή των του όγκου και η διατήρηση της λειτουργικότητας των φυσιολογικών κυττάρων

Κεφάλαιο 4

Επιδημιολογία του Καρκίνου

4.1 Επιδημιολογία Καρκίνου Παγκοσμίως

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, σημαντική παράμετρος στην εκδήλωση του καρκίνου στα άτομα, αποτελεί η φυλή (National Cancer Institute, SEER Program, 2011). Βάση των συγκεκριμένων στοιχείων που απεικονίζονται στο πίνακα Νο.1, θα λέγαμε πως παρουσιάζονται τα ποσοστά περιστατικών καρκίνου αναλόγως της φυλής, αναφέροντας στη λευκή φυλή έχουμε περιστατικά 132,5 ατόμων ανά 100.000, στη μαύρη φυλή αντίστοιχα, 118,3 ανά 100.000, στην Ασιατική Ήπειρο και τα Νησιά του Ειρηνικού 89 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, στους Ιθαγενείς της Αλάσκα και τους Ινδιάνους Αμερικής 69.8 ανά 100.000 και στους κατοίκους της Ισπανικής 89.3 ανά 100.000 κατοίκους (WHO, 2011).

Πίνακας 1: Περιστατικά καρκίνων ανάλογα με τη φυλή (Πηγή: National Cancer Institute, SEER Program, 2011)

Ποσοστό περιστατικών Με Βάση τη Φυλή	
Φυλή / Εθνικότητα	Αριθμός Ατόμων
Συνολικός Αριθμός	127.8 / 100,000
Λευκή	132.5 / 100,000
Μαύρη	118.3 / 100,000
Ασιατική / Νησιά του Ειρηνικού	89.0 / 100,000
Ιθαγενείς Αλάσκα / Ινδιάνοι Αμερικής	69.8 / 100,000
Ισπανικής	89.3 / 100,000

Πίνακας 2: Θάνατοι ασθενών με καρκίνο διαφορετικών ειδών ανάλογα με τη φυλή (Πηγή: National Cancer Institute, SEER Program, 2011)

Αριθμοί θανάτων Με Βάση τη Φυλή	
Φυλή / Εθνικότητα	Αριθμός Ατόμων
Συνολικός Αριθμός	25.5 / 100,000
Λευκή	25 / 100,000
Μαύρη	33.8 / 100,000
Ασιατική / Νησιά του Ειρηνικού	12.6 / 100,000
Ιθαγενείς Αλάσκα / Ινδιάνοι Αμερικής	16.1 / 100,000

Ισπανική	16.1 / 100,000

Αντίστοιχα στον παραπάνω πίνακα, θα λέγαμε πως παρουσιάζονται τα ποσοστά θανάτων από καρκίνου διαφορετικών ειδών, αναλόγως της φυλής, αναφέροντας στη λευκή φυλή έχουμε περιστατικά 25 γυναικών ανά 1000.000, στη μαύρη φυλή αντίστοιχα, 33,8 ανά 100.000, στην Ασιατική Ήπειρο και τα Νησιά του Ειρηνικού 12,6 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, στους Ιθαγενείς της Αλάσκα και τους Ινδιάνους Αμερικής 16,1 ανά 100.000 και στους κατοίκους της Ισπανικής το ίδιο, δηλαδή 16,1 ανά 100.000 κατοίκους.

Οπότε συμπεράνουμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό ασθένειας με καρκίνο έχει η λευκή φυλή αλλά περισσότερους θανάτους έχει η μαύρη φυλή. Επίσης παρατηρούμε ότι μεγάλη εμφάνιση καρκίνου έχουν και η Ασιατική φυλή, τα νησιά του Ειρηνικού, οι ιθαγενείς της Αλάσκας, οι Ινδιάνοι της Αμερικής και η Ισπανική φυλή. Ωστόσο στον πίνακα Νο 2 παρατηρούμε ότι τα ποσοστά θανάτου είναι μικρά σε σχέση με τα ποσοστά ασθένειας (WHO, 2011).

Για το 2011, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου στην ετήσια έκθεση που παρουσίασε, ανακοίνωσε ότι κάθε μέρα πέθαιναν από καρκίνο σε όλο τον κόσμο 20.000 άνθρωποι δηλαδή 7,6 εκατομμύρια περίπου θάνατοι. Επίσης, κατά το ίδιο έτος, τουλάχιστον 12,3 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου έχουν διαγνωστεί.

Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων 6,7 εκατομμύρια και 4,7 εκατομμύρια των θανάτων έχουν σημειωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ 5,4 εκατομμύρια κρούσματα και 2,9 εκατομμύρια θάνατοι έχουν σημειωθεί στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο μαστού για τις γυναίκες, αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 και οι νέες περιπτώσεις της νόσου να αυξηθούν στα 16 εκατομμύρια (WHO, 2011).

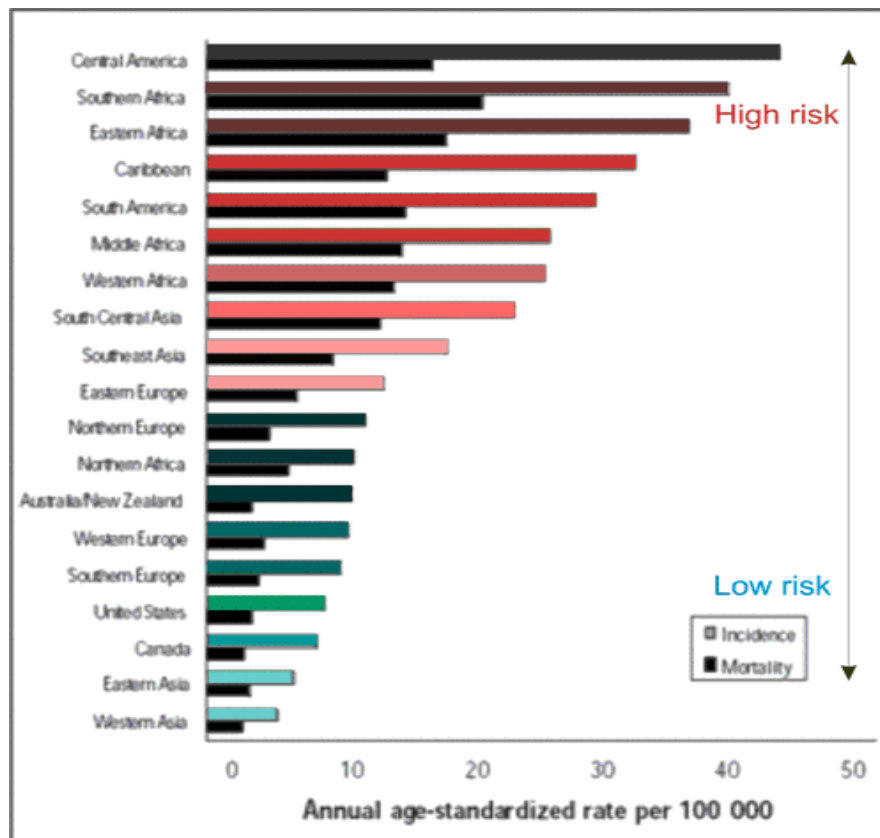
Το 15% όλων των καρκίνων μαστού στις γυναίκες παγκοσμίως, συνδέονται με τη μόλυνση σύμφωνα με την έκθεση Global Cancer Facts & Figures για το 2011 (Global Cancer Facts & Figures, 2011). Η έκθεση αποκαλύπτει επίσης, ότι στις ανεπτυγμένες χώρες οι τρεις πιο κοινά τύποι καρκίνου στους άντρες είναι του προστάτη, των πνευμόνων και του παχέος εντέρου, ενώ στις γυναίκες του μαστού, του παχέος εντέρου και του πνεύμονα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, οι πιο κοινές μορφές καρκίνου είναι των πνευμόνων, του στομάχου, του ήπατος για τους άνδρες και του μαστού, του τράχηλου της μήτρας, του στομάχου για τις γυναίκες (WHO, 2011).

4.2 Επιδημιολογία Καρκίνου στην Ευρώπη

Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι δεύτερη παγκοσμίως μετά τον καρκίνο του μαστού. Τα δεδομένα από αρχεία καρκίνου δείχνουν ότι υπάρχουν σχεδόν 400.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου και 200.000 θάνατοι από αυτήν την νόσο κάθε χρόνο (IARC 2012).

Η τιμή της επίπτωσης ποικίλλει από χώρα σε χώρα, ενώ το ογδόντα τοις εκατό (80%) των περιπτώσεων συμβαίνει στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Η αιτία για αυτό μπορεί να βρίσκεται στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές τις χώρες, όπου η δυνατότητα οικογενειακού προγραμματισμού, η μαιευτική και γυναικολογική δημόσια υγεία είναι μηδαμινή και τα προληπτικά προγράμματα για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ουσιαστικά δεν υπάρχουν (WHO, 2014).

Η ετήσια τιμή της επίπτωσης των μορφών καρκίνου, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την γεωγραφική περιοχή. Οι τιμές επίπτωσης και θνησιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα με την Ευρώπη, ως εξής:



Διάγραμμα Νο.1 – Εξάπλωση Καρκίνου σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο

4.3 Επιδημιολογία Καρκίνου στην Ελλάδα

Μια από της πηγές πληροφόρησης για την κατάσταση των καρκινοπαθών στην Ελλάδα λοιπόν είναι τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Βλέποντας λοιπόν κάποιος τα σχετικά στοιχεία ανακαλύπτει αυτό που ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την 20ετία από το 1980 έως και το 2006 είναι φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι δείκτες θνησιμότητα από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Η προτυπωμένη θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν, το 2013, σε 161,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 182,43 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνεται η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ότι στον ελληνικό χώρο, όπου η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία 20 χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (161,14 το 1985 και 161,9 ανά 100.000, το 2014) (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Μελετώντας τα στοιχεία κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται μείωση της θνησιμότητας στις ηλικίες ως 75 ετών και μια αξιοσημείωτη αύξηση από τα 75 έτη και μετά. Οι άνδρες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, εμφανίζουν πολύ υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, οι άνδρες έχουν δείκτη θνησιμότητας 218,84 ανά 100.000 και οι γυναίκες 114,7, διαφορά συγκρίσιμη με αυτή που παρατηρείται συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αξίζει να τονιστεί ότι στην ηλικιακή ομάδα 30-44 ετών, η θνησιμότητα των γυναικών είναι υψηλότερη απ' ότι των ανδρών, εξαιτίας της αυξημένης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Μελέτη της κατά ηλικία θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, δείχνει ότι στις ηλικίες από 0-29 ετών, κυριότερη αιτία θανάτου είναι τα νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Από την ηλικία των 30 ετών και μετά, κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν οι νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος. Μεταξύ 30 και 59 ετών, σημαντική είναι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ενώ από τα 75 έτη και μετά, σε σημαντικές αιτίες θνησιμότητας εξελίσσονται τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου και του προστάτη, για τον ανδρικό πληθυσμό (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Στις γυναίκες, τα κακοήθη νεοπλάσματα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλάσματα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέος εντέρου και του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Στα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, η θνησιμότητα στο γυναικείο φύλο είναι μικρότερη απ' ό,τι στο ανδρικό (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα στις γυναίκες από αυτά, όχι μόνο δεν μειώθηκε, αλλά αυξήθηκε κατά 10,7%. Συγκρινόμενη, ωστόσο, με την αύξηση κατά 27,9% που σημειώθηκε στην Ε.Ε., η αύξηση χαρακτηρίζεται ως σχετικά περιορισμένη, αν και είναι ανησυχητικό το ότι αποτελεί σταθερό φαινόμενο από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά. Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75 ετών (από 87,47 το 1990 σε 120,38 το 1996 και σε 179,87 το 2004), η οποία και αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Με εξαίρεση τα κακοήθη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλότερη θνησιμότητα από την Ευρωπαϊκή Ένωση στις επιμέρους κατηγορίες κακοήθων νεοπλασιών. Εντούτοις, η πορεία της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα δεν ακολουθεί την πτωτική πορεία που εδραιώνεται στην Ευρώπη, για τις περισσότερες από τις κατηγορίες κακοηθειών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη, όπου μόνο η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου δεν παρουσιάζει αύξηση. Η μεγάλη θνησιμότητα της ομάδας αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

Μόνο την πενταετία 2008-2013, πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άντρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες εντοπίσεις. Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις σε όλο το διάστημα των 25 ετών. Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2013 μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 2006 και μετά. Τέλος, η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με αρκετές μελέτες (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2013).

ΙΙ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. Σχεδιασμός και σκοπός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη αφορά σε μια περιγραφική με συγχρονικές συγκρίσεις έρευνα των θανάτων από νεοπλασματικές ασθένειες στον Δήμο της Πάτρας (με συνολικό πληθυσμό 316.131 κατοίκους) και στο πλαίσιο πληθυσμιακής επιδημιολογικής μελέτης υπό το γενικό τίτλο «Η Θνητότητα από Καρκίνο τα έτη 2000-2008, περίπτωση μελέτης η πόλη της Πάτρας», καταγράφηκαν όλοι οι θανόντες (11.060), σε διάρκεια εννεαετίας (2000–2008). Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν οι 2.548 θάνατοι από νεοπλάσματα.

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των θανάτων από νεοπλάσματα στο πλαίσιο πληθυσμιακής μελέτης που καλύπτει εννεαετή διάρκεια στο Δήμο της Πάτρας, σύμφωνα με την προτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), αλλά και για κάλυψη του βιβλιογραφικού και στατιστικού κενού στον ελληνικό χώρο.

1.2. Μεταβλητές προς διερεύνηση

Οι μεταβλητές που διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη αφορούν στα **χαρακτηριστικά** του δείγματος:

1. Ηλικία
2. Φύλο
3. Έτος γέννησης
4. Έτος θανάτου
5. Τόπος θανάτου
6. Αιτία θανάτου (πρωταρχική αιτία θανάτου, δευτερογενής αιτία θανάτου, συνοσηρότητα)

1.3. Εργαλείο μέτρησης

Οι συγγραφείς της μελέτης κατέγραψαν οι ίδιοι, με επίσκεψη στο ληξιαρχικό γραφείο του Δήμου Πατρέων, μετά από ειδική άδεια, όλους τους θανόντες της χρονικής περιόδου από 01-01-2000 έως 31-12-2008. Για την υλοποίηση της έρευνας, ο τίτλος της οποίας αναγράφηκε στην εισαγωγή, καταγράφηκαν το έτος γέννησης, το φύλο, το έτος θανάτου, τον τόπο θανάτου και με λεπτομέρεια ό,τι είχε αναγράψει ο χορηγησας το πιστοποιητικό

θανάτου ιατρός. Επίσης, με ειδικό κωδικό σημειώθηκε αριθμός των θανόντων ανά έτος, προνοούντες για τυχόν συγκρίσιμες διαφορές. Κατ' αυτόν τον τρόπο καταγράφηκαν στο σύνολο της πόλης των Πατρών και για την εννεαετία 2000-2008, 11.060 θανόντες, με διάφορες αιτίες θανάτου. Μια ιδιαίτερη ομάδα ήταν αυτή που αποτέλεσε το θέμα της παρούσας εργασίας, όπως παρατίθεται και στην εισαγωγή.

1.4 Το δείγμα της μελέτης

Ανευρέθηκαν 2.548 θανόντες από νεοπλάσματα, στο σύνολο των θανάτων. Έγιναν συγκρίσεις της ηλικίας μεταξύ των δύο φύλων στο σύνολο των ετών της μελέτης. Στη συνέχεια, τα άτομα της μελέτης διαχωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με το έτος θανάτου τους, δηλαδή η πρώτη ομάδα με χρονολογία θανάτου κατά το χρονικό διάστημα 2001 και η τελευταία ομάδα το 2008. Έγιναν συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων σε κάθε μια ομάδα χωριστά, αλλά και μεταξύ των στοιχείων των ομάδων.

1.5. Συλλογή και Ανάλυση των δεδομένων

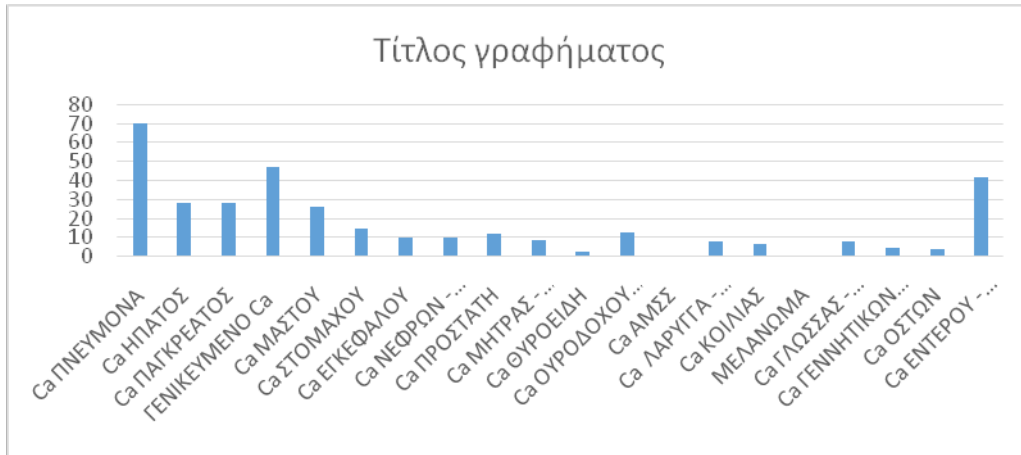
Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 24.0 (IBM SPSS statistics) και το Microsoft Excel (Windows Office 2010). Η μέθοδος της στατιστικής ανάλυσης περιελάμβανε τον υπολογισμό για κάθε μεταβλητή του μέσου όρου (mean, MO) και της σταθερής απόκλισης (standard deviation, SD).

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων εφαρμόστηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Επίσης χρησιμοποιήθηκαν και οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney-Wilcoxon Rank Sums test για τη σύγκριση δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, όταν ήταν απαραίτητο. Ο έλεγχος της κανονικότητας πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία Kolmogoro –Smirnov. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Η επιλογή των μεταβλητών έγινε με την μέθοδο του διαδοχικού αποκλεισμού μεταβλητών (backward elimination procedure) σε επίπεδο σημαντικότητας $P < 0,05$.

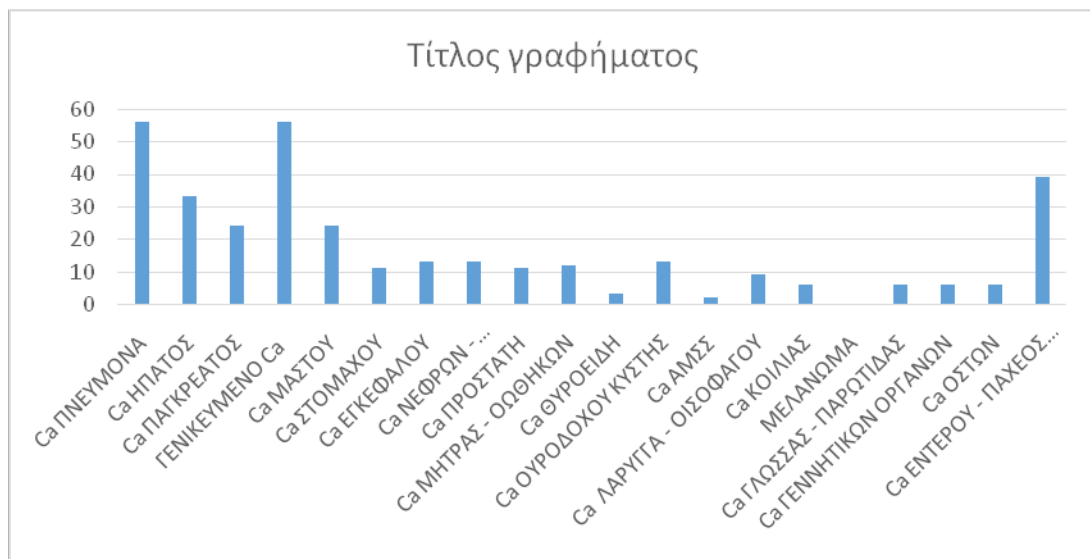
Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, εξ αιτίας των πολλαπλών συγκρίσεων, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni, σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k =αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δύο

ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1–0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31–0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι $>0,5$. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης / αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors, SE).



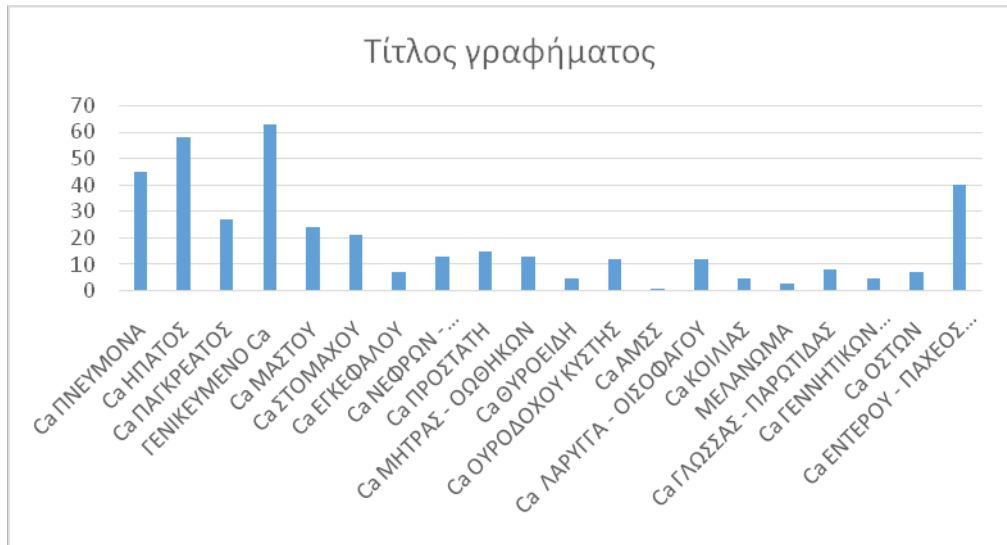
Πίνακας 2. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2000.

Για το έτος 2000, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 349 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφάνισης: Ca Πνεύμονα, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Ήπατος, Ca Μαστού και Ca Παγκρέατος (πίν. 2).



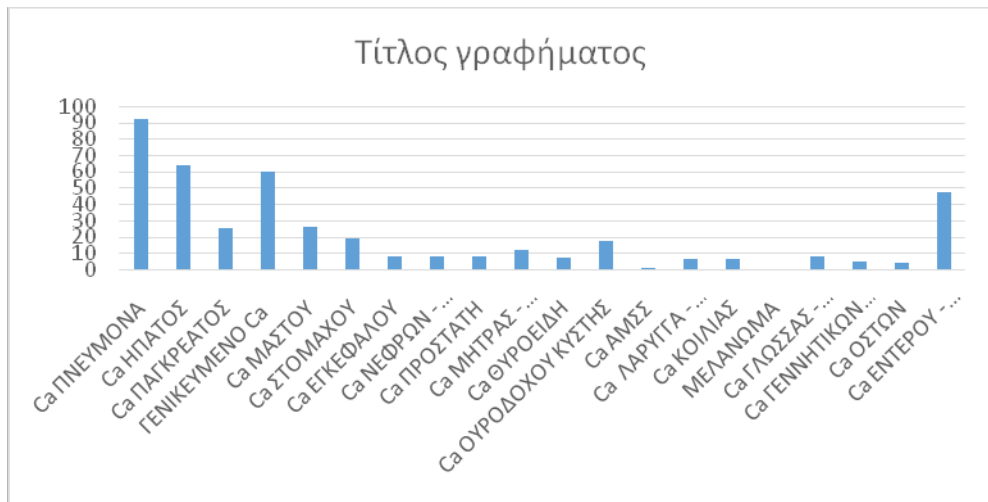
Πίνακας 3. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2001.

Για το έτος 2001, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 350 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφάνισης: Ca Πνεύμονα, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Ήπατος, Ca Μαστού και Ca Παγκρέατος (πίν. 3).



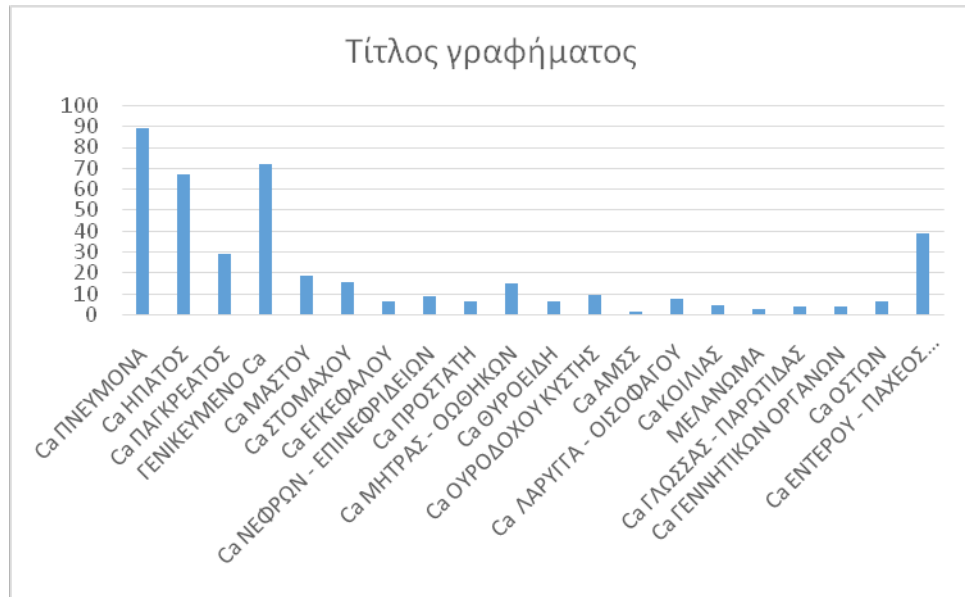
Πίνακας 4. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2002.

Για το έτος 2002, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 397 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφάνισης: Γενικευμένο Ca , Ca Ήπατος, Ca Πνεύμονα, Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Παγκρέατος, Ca Μαστού και. Ca στομάχου (πίν. 4).



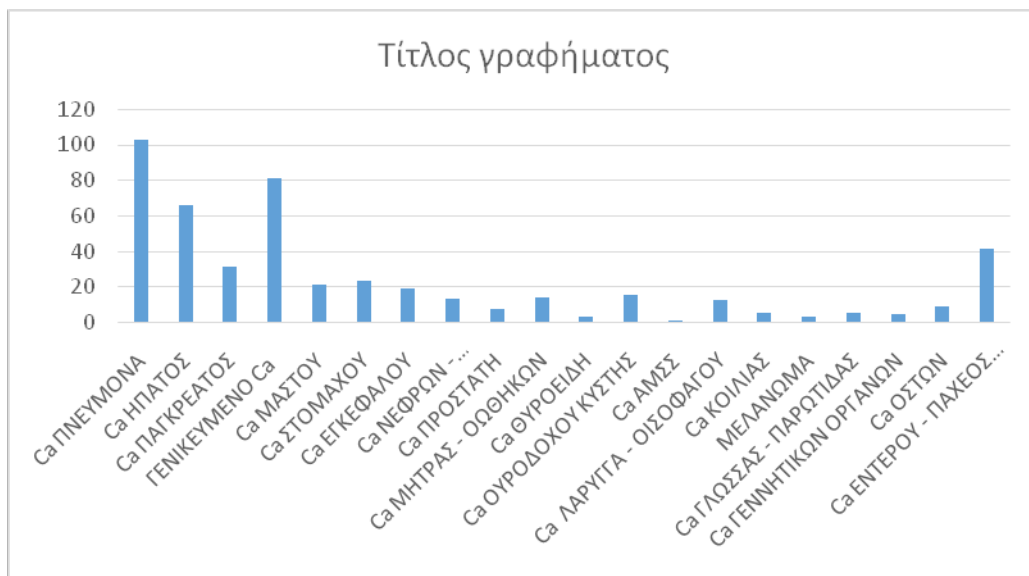
Πίνακας 5. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2003.

Για το έτος 2003, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 440 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφάνισης: Ca Πνεύμονα, Ca Ήπατος, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Μαστού και Ca Παγκρέατος (πίν. 5).



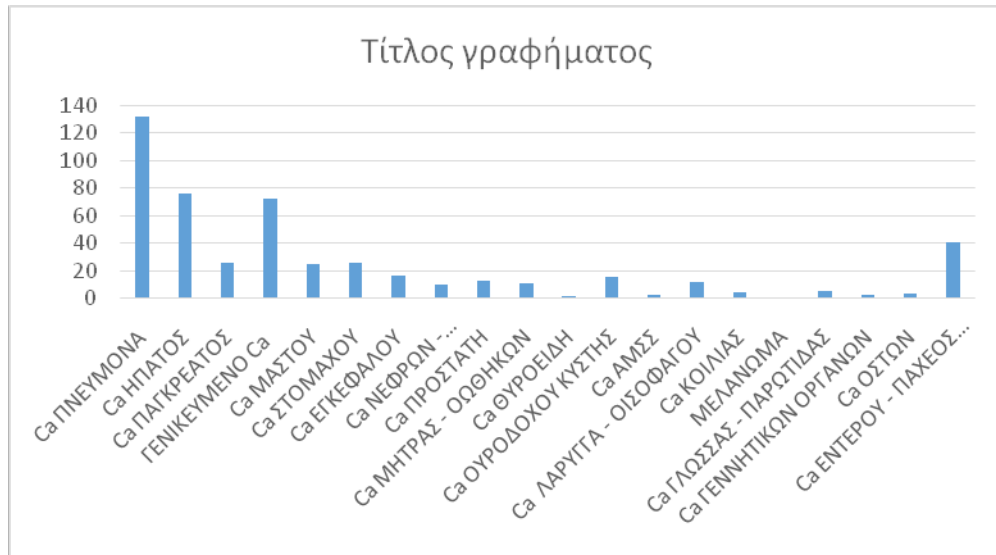
Πίνακας 6. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2004.

Για το έτος 2004, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 447 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφάνισης: Ca Πνεύμονα, Ca Ήπατος, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Παγκρέατος και Ca Μαστού (πίν. 6).



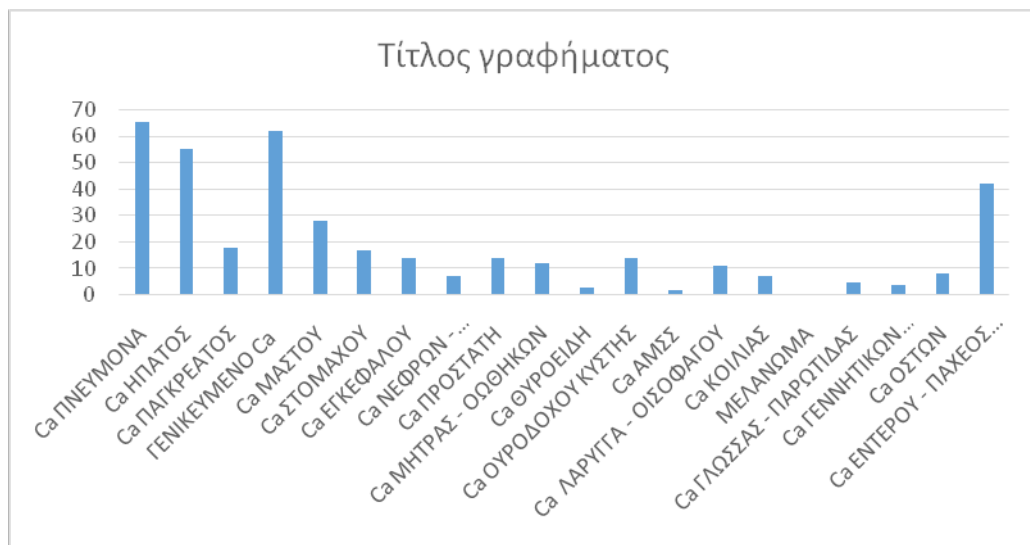
Πίνακας 7. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2005.

Για το έτος 2005, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 493 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφανίσεως: Ca Πνεύμονα, Ca Ήπατος, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Παγκρέατος και Ca Μαστού (πίν. 7).



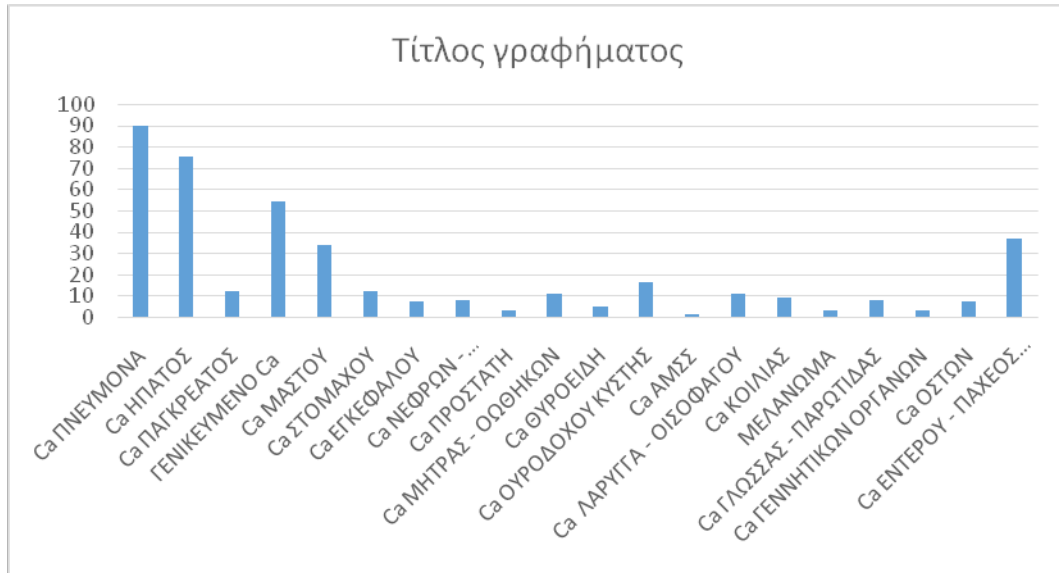
Πίνακας 8. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2006.

Για το έτος 2006, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 523 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφανίσεως: Ca Πνεύμονα, Ca Ήπατος, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca στομάχου, Ca Παγκρέατος και Ca Μαστού (πίν. 8).



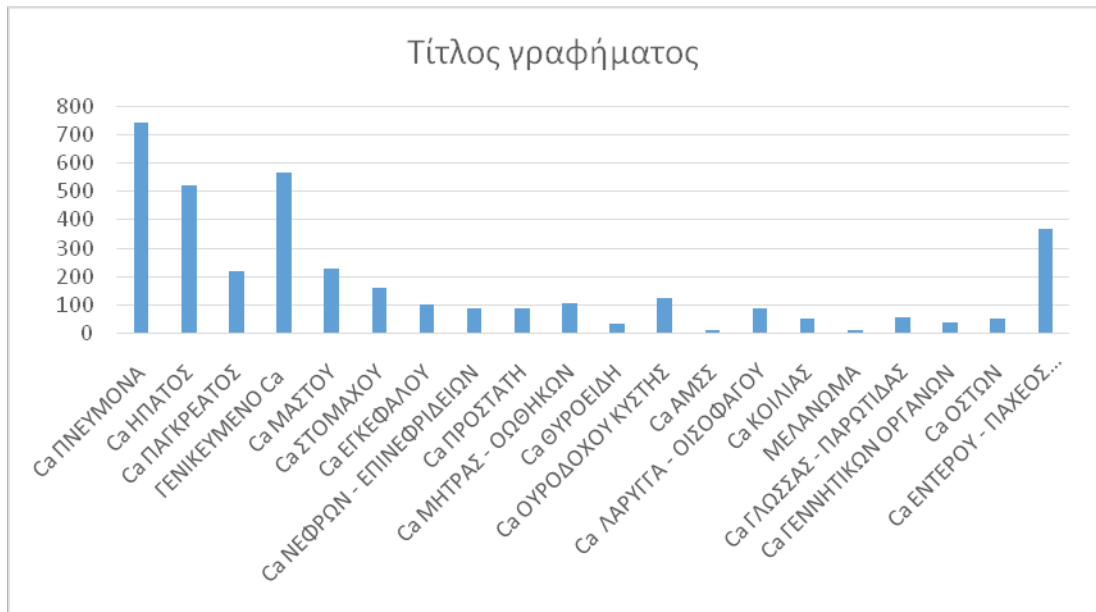
Πίνακας 9. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2007.

Για το έτος 2007, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 398 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφανίσεως: Ca Πνεύμονα, Ca Ήπατος, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Μαστού, Ca Ουροδόχου κύστεως και Ca στομάχου (πίν. 9).



Πίνακας 10. Εμφάνιση τύπων καρκίνου το έτος 2008.

Για το έτος 2008, οι θάνατοι από καρκίνο ήσαν 412 και οι επικρατέστεροι τύποι ήσαν με σειρά εμφανίσεως: Ca Πνεύμονα, Ca Ήπατος, Γενικευμένο Ca , Ca Εντέρου-Παχέος εντέρου, Ca Μαστού και Ca Παγκρέατος (πίν. 10).



Πίνακας 11. Συνολική Εμφάνιση τύπων καρκίνου τα έτη 2000-2008.

Κατά την εννεατία 2000-2008, η σειρά εμφάνισης τύπων καρκίνων στους θανόντες από καρκίνο στην Πάτρα έχει ως εξής:

- Ca Πνεύμονα (29,1%),
- Γενικευμένο Ca (22,3%),
- Ca Ήπατος (20,5%),
- Ca Εντέρου – Παχέος εντέρου – Ορθού – Σιγμοειδούς (14,5%),
- Ca Μαστού (8,9%),
- Ca Παγκρέατος (8,6%),
- Ca Στομάχου (6,3%),
- Ca Ουροδόχου Κύστεως (5%),
- Ca Μήτρας – Ωοθηκών (4,3%),
- Ca Εγκεφάλου (4%),
- Ca Λάρυγγα – Οισοφάγου (3,5%),
- Ca Προστάτη (3,5%),
- Ca Νεφρών (3,5%),
- Ca Γλώσσας – Παρωτίδας (2,3%),

- Ca Οστών 92,3%),
- Ca Γεννητικών οργάνων (1,5%) (πίν. 11 και πίν. 12).



Πίνακας 12. Κυριότεροι τύποι νεοπλασιών.

ΤΥΠΟΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΑΝΑ ΕΤΟΣ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	ΣΥΝΟΛΟ
Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ	70	56	45	92	89	103	132	65	90	742
Ca ΗΠΑΤΟΣ	28	33	58	64	67	66	76	55	75	522
Ca ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	28	24	27	25	29	31	26	18	12	220
Ca ΟΡΘΟΥ	10	7	9	10	13	8	9	6	4	76
Ca ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	7	8	5	13	12	9	6	7	9	76
ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ Ca	47	56	63	60	72	81	72	62	54	567
Ca ΠΕΟΥΣ	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
ΛΕΜΦΩΜΑ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Ca ΚΟΛΠΟΥ	0	0	2	2	0	0	0	1	0	5
Ca ΜΑΣΤΟΥ	26	24	24	26	19	21	25	28	34	227
Ca ΣΤΟΜΑΧΟΥ	15	11	21	19	16	23	26	17	12	160
Ca ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	10	13	7	8	7	19	17	14	7	102
ΧΜΛ	0	5	3	0	6	0	4	0	0	18
ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡ. (MDS)	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3

Ca ΝΕΦΡΟΥ	5	8	6	5	5	11	8	6	7	61
Ca ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ	0	0	4	2	2	2	0	2	0	12
Ca ΠΡΟΣΤΑΤΗ	12	11	15	8	7	7	13	14	3	90
Ca ΕΝΤΕΡΟΥ (ΑΓΝΩΣΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ)	13	7	9	9	12	17	21	11	6	105
Ca ΩΟΘΗΚΩΝ	4	6	5	5	8	4	5	6	7	50
ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΤΥΠΟΣ)	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Ca ΜΗΤΡΑΣ	2	4	5	3	3	5	3	2	2	29
ΟΜΛ	0	2	3	1	1	2	3	1	0	13
Ca ΘΥΡΟΕΙΔΗ	3	3	5	7	7	3	2	3	5	38
Ca ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ (ΑΓΝΩΣΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ)	2	1	1	3	2	1	1	0	0	11
ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	2	3	3	1	1	1	3	2	1	17
Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	13	13	12	17	10	15	16	14	16	126
ΧΛΛ	2	1	1	3	2	0	0	2	0	11
ΟΛΛ	1	1	0	1	0	1	1	3	0	8
Ca ΠΡΩΚΤΟΥ	1	2	1	1	1	1	0	1	1	9
Ca ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	4	5	5	3	4	8	7	6	5	47
Ca ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜ.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ca ΣΤΟΜΑΤΟΣ	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Ca ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΙΩΝ	5	5	7	3	4	2	2	1	1	30
Ca ΑΜΣΣ	0	2	1	1	2	1	3	2	1	13
Ca ΛΑΡΥΓΓΑ	4	4	7	3	4	4	5	5	6	42
ΣΑΡΚΩΜΑ	0	0	1	2	0	1	2	0	0	6
Ca ΚΟΙΛΙΑΣ	7	6	5	6	5	5	5	7	9	55
ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ΜΕΛΑΝΩΜΑ	0	0	3	0	3	3	0	0	3	12
Ca ΓΛΩΣΣΑΣ	4	3	4	4	2	4	5	4	7	37
Ca ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	4	3	4	4	2	1	1	1	1	21
Ca ΙΓΜΟΡΕΙΩΝ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ	0	0	2	0	0	0	2	0	0	4
Ca ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	3	2	3	4	4	5	3	4	2	30
Ca ΑΙΔΟΙΟΥ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ca ΚΡΑΝΙΟΥ	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Ca ΟΣΤΩΝ	4	6	7	4	7	9	4	8	7	56
Ca ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	12	13	11	16	17	17	13	15	21	135

Πίνακας 13. Αναλυτικά και συγκεντρωτικά οι θανόντες από καρκίνο τα έτη 2000-2008.

Η αναλυτική καταγραφή των τύπων καρκίνων (πιν. 13), δείχνει το Ca πνεύμονος να βρίσκεται μακράν ο δημοφιλέστερος τύπος καρκίνου, ιδιαίτερα στους άνδρες (84%) αλλά και

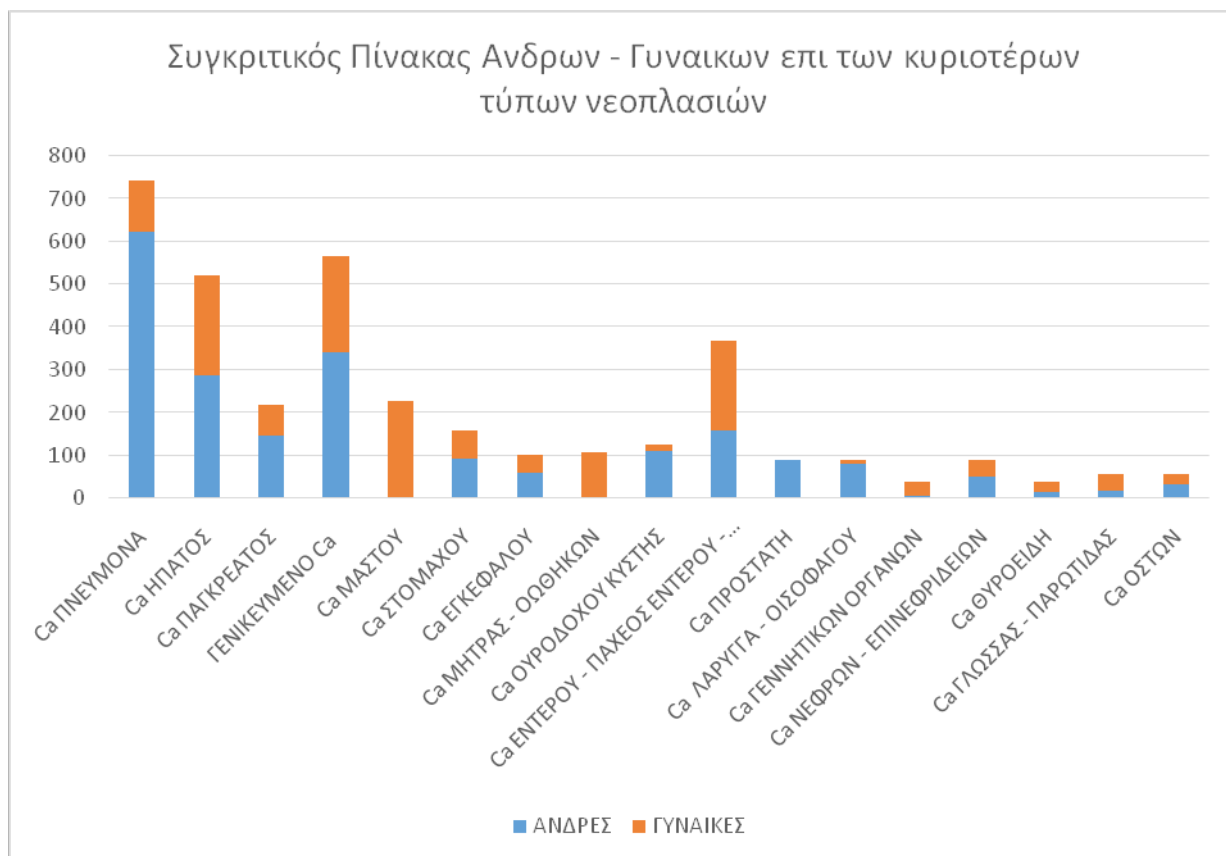
στις γυναίκες (16%). Το Ca Μαστού έχει αποκλειστική κατανομή στις γυναίκες (8,9%) και είναι ο δεύτερος δημοφιλέστερος τύπος καρκίνου στις γυναίκες.

Το γεγονός ότι ο γενικευμένος καρκίνος κατέχει την δεύτερη θέση επί του συνόλου των τύπων καρκίνου, μπορεί και να είναι αποτέλεσμα της μη σωστής καταγραφής από τους βεβαιώνοντες τον θάνατο, ιατρούς.

Το Ca Ήπατος βρίσκεται στην τρίτη θέση επί του συνόλου των τύπων καρκίνου και είναι αξιοσημείωτα υψηλή για την περιοχή της Πάτρας. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει για το ποσοστό επί των ανδρών – γυναικών (περίπου 50-50) (πιν 14), γεγονός που δείχνει των τρόπο ζωής και την θέση που κατέχει το αλκοόλ σε αυτήν.

Ο καρκίνος του εντέρου και κυρίως του παχέος εντέρου έχει αξιοσημείωτη υψηλή θέση (4^η) και το γεγονός ότι αφορά κυρίως την ηλικιακή ομάδα των 60+, μας δείχνει την έλλειψη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως λόγω της πρόληψης.

Παρ'ότι υπάρχει σε χαμηλό ποσοστό ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων, προβληματίζει το γεγονός ότι είναι σχεδόν αποκλειστικά γυναικεία υπόθεση (πιν 15).



Πίνακας 14. Συγκριτικός πίνακας Ανδρών – Γυναικών επι των κυριοτέρων τύπων καρκίνου.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2000 - 2008	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ	623	119
Ca ΗΠΑΤΟΣ	289	233
Ca ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	148	72
ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟ Ca	341	226
Ca ΜΑΣΤΟΥ	0	227

Ca ΣΤΟΜΑΧΟΥ	92	68
Ca ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	59	43
Ca ΜΗΤΡΑΣ - ΟΩΘΗΚΩΝ	0	109
Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	111	15
Ca ΕΝΤΕΡΟΥ - ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΟΡΘΟΥ - ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ	160	208
Ca ΠΡΟΣΤΑΤΗ	90	0
Ca ΛΑΡΥΓΓΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	80	9
Ca ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	7	32
Ca ΝΕΦΡΩΝ - ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΕΙΩΝ	51	40
Ca ΘΥΡΟΕΙΔΗ	16	22
Ca ΓΛΩΣΣΑΣ - ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	19	39
Ca ΟΣΤΩΝ	32	24

Πίνακας 15. Συγκεντρωτικός συγκριτικός πίνακας Ανδρών – Γυναικών.

Περαιτέρω ανάλυση των συγκεντρωθέντων στοιχείων έδειξε ότι:

- Η μέση ηλικία στους άνδρες ήταν τα 74,15 έτη και η μέση ηλικία στις γυναίκες ήταν τα 76,77 έτη.
- Στην ομάδα των ανδρών, η μεγαλύτερη αιτία νεοπλασιών (κύρια και μεταστατική), είναι ο καρκίνος του πνεύμονος με 678 θανάτους (44,5%) και έπονται ο καρκίνος του ήπατος με 283 θανάτους (18,6%) και ο καρκίνος του παγκρέατος με 72 θανάτους (4,7%). Στην ομάδα των γυναικών, η μεγαλύτερη αιτία νεοπλασίας (κύρια και μεταστατική) είναι ο καρκίνος του μαστού με 225 θανάτους (21,9
- Στην πρώτη ομάδα (χρονολογία θανάτου μεταξύ 2000-2004) βρέθηκαν 1332 άτομα, 802 άνδρες (60,2%) και 530 γυναίκες (39,8%) και στη δεύτερη ομάδα (χρονολογία θανάτου μεταξύ 2005–2008) 1216 άτομα, 721 άνδρες (59,3%) και 495 γυναίκες (40,7%). ($p < 0,05$)
- Στην πρώτη πενταετία βρέθηκε ότι οι γυναίκες, ο θάνατος των οποίων αποδόθηκε σε καρκίνο του πνεύμονα, ήπατος και γενικευμένο καρκίνο, απεβίωσαν σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ό,τι οι άνδρες, $69,24 \pm 11,79$ έναντι $65,31 \pm 10,45$ ($p = 0,05$), ενώ, αντίθετα, στη δεύτερη τετραετία η ηλικία θανάτου ήταν σχεδόν ίδια και στα δύο φύλα, $68,34 \pm 13,48$ έναντι $68,27 \pm 10,58$ ($p = \text{NS}$ [non-significant, μη σημαντικό]).

- Στο σύνολο των θανόντων, ανεξαρτήτως έτους μελέτης, η επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του στήθους βρέθηκε μεγαλύτερη έναντι των ανδρών με καρκίνο του πνεύμονα, $70,04 \pm 12,79$ έναντι $68,48 \pm 10,55$ έτη ($p=0,04$).
- Στην πρώτη πενταετία, οι γυναίκες εμφάνιζαν μεγαλύτερη ηλικία θανάτου από τους άνδρες ($70,77$ έναντι $68,48$, $p<0,05$). Αντίθετα, στη τετραετία 2005–2008 η ηλικία θανάτου ήταν σχεδόν η ίδια στα δύο φύλα ($69,64$ έτη έναντι $69,17$, $p=NS$ [μη σημαντικό]).
- Ο καρκίνος του πνεύμονος είναι η επικρατέστερη αιτία θανάτου.

Κεφάλαιο 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο.(Parkin DM, 2002) Το 2002 καταγράφηκαν περίπου 1,18 εκατομμύρια θάνατοι, ενώ παρατηρήθηκε μια αύξηση 70.000 θανάτων από το 2000. (Spiro SG, 2005) Η συγκεκριμένη νόσος ευθύνεται για το

18% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο και για το 2% του συνόλου των θανάτων παγκόσμια, ενώ, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 25,81% και 6,36%. (Schwartz AG, 2006)

Περίπου 75% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα αφορούν σε άνδρες, ενώ στην παρούσα μελέτη το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 84% (7,5 προς 1). (Albertsen 1995)

Πρέπει να αναφερθεί όμως ότι ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες παγκόσμια, σε σχέση με όλους τους άλλους καρκίνους, ενώ στις γυναίκες κατέχει την τέταρτη θέση. (Pyrozynski, 2006)

Στην παρούσα μελέτη, η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από πιστοποιητικά θανάτων που συγκεντρώθηκαν στο Δήμο της Πάτρας. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η τάση, η οποία υιοθετήθηκε και από εμάς, να αποδίδεται εύκολα ο θάνατος σε νεόπλασμα γενικά, ακόμη κι αν η πραγματική αιτία είναι κάποια επιπλοκή της θεραπείας. (Black 2002, Ederer 1999)

Παρ' όλα αυτά και παρά τη δέσμευση από τον τίτλο της έρευνάς μας, κυρίαρχη ήταν η αναζήτηση και η καταγραφή της συχνότητας της νόσου και όχι τόσο η ευθύνη της για το θάνατο.

Μελέτες που εξετάζουν την ακρίβεια των αναφερομένων αιτιών θανάτου σε νεοπλασματικές ασθένειες έχουν διεξαχθεί αρκετές για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, τον καρκίνο του προστάτη κ.λπ. (Jemal et al, 2007) Στην περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα, όπως και για τους προαναφερθέντες καρκίνους, η ακρίβεια των αιτιών θανάτου που αναγράφεται στο πιστοποιητικό, δηλαδή την πηγή πληροφόρησης που χρησιμοποίησε και η μελέτη στην πόλη της Πάτρας, φθάνει σύμφωνα με μια μελέτη σε ποσοστό 85,50%. Στην παρούσα μελέτη, σε κάθε περίπτωση όπου υπήρχε κακόηθες νεόπλασμα κατά την ανάγνωση των πιστοποιητικών θανάτου, καταγράφηκε αυτό καθώς και η δευτερεύουσα αιτία θανάτου.

Στην προαναφερόμενη μελέτη (Dogia 2009) εξετάστηκε η ειδικότητα και η ευαισθησία των αναφερομένων αιτιών θανάτου σε πιστοποιητικά θανάτου. Επρόκειτο για μια τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη που περιέλαβε 9.211 άρρενες καπνιστές (έλεγχος με απλή ακτινογραφία θώρακα), με παρακολούθηση από το 1976–1983, σε σύγκριση με άλλα αποτελέσματα στο γενικό πληθυσμό. (Pensen 2002) Στη αναφερόμενη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι ποσοστό 1,6% επί του συνόλου των θανάτων αφορούσε στον καρκίνο του πνεύμονα.

Σημαντική υπεροχή των ανδρών όσον αφορά στην προσβολή και το θάνατο από καρκίνο των πνευμόνων έχει διαπιστωθεί και σε άλλες μελέτες που αφορούν σε καπνιστές, π.χ. για το έτος 2000 διαπιστώθηκε εμφάνιση καρκίνου των πνευμόνων 85% σε άνδρες καπνιστές και 47% σε γυναίκες καπνίστριες. Μελέτη στον ελληνικό χώρο, η οποία διερεύνησε τους θανάτους από

νεοπλάσματα του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος σε λιγνιτωρύχους, δηλαδή σε περιοχή εξόρυξης λιγνίτη, αναφέρει ότι το ποσοστό θνησιμότητας, το οποίο αναλογεί στην αιτία που αναφέρθηκε, αυξήθηκε στη δεκαετία του 1991–2000 σε 6,6% από 3,5% τη δεκαετία 1971–1980, στο κάπνισμα.

Ανάλογα αποτελέσματα σχετικά με την αυξημένη θνησιμότητα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, που διαπιστώθηκε στη μελέτη μας, ανεξάρτητα από κάπνισμα και άλλους παράγοντες κινδύνου, έχουν αναφερθεί και στα υπόλοιπα βαλκανικά κράτη. Συγκεκριμένα, σε άνδρες ηλικίας 45–64 ετών βρέθηκε ποσοστό θνησιμότητας (mortality rate) 0,56%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε γυναίκες ανήλθε στο 0,275%. Στον ανδρικό πληθυσμό, ηλικίας >65 ετών βρέθηκε ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα 1,5–1,6%, ενώ στο θήλυ πληθυσμό αυτό ήταν σημαντικά χαμηλότερο (1,1%). Ένα άλλο εύρημα στην παρούσα μελέτη ήταν ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα έχει αυξηθεί, καθώς η μέση ηλικία θανάτου ήταν αυξημένη στη δεκαετία 2001–2010. Αυξημένα ποσοστά επιβίωσης παρατηρούνται και στη Μ. Βρετανία με την πάροδο των ετών. Στον ανδρικό πληθυσμό, τα ποσοστά επιβίωσης σε ένα έτος μετά από την εμφάνιση της νόσου αυξήθηκαν από 15% (1971–1975) σε 29,4% (2005–2009). Στην ίδια μελέτη βρέθηκαν επίσης αυξημένα ποσοστά επιβίωσης των γυναικών σε ένα έτος μετά την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα, που ανέρχονταν στο 33% κατά τα έτη 2005–2009. (Vrdoljak 2011, Rachet 2009, Coleman 1999, ONS 2005)

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα της μελέτης της Μ. Βρετανίας, ότι δηλαδή τα ποσοστά αυξημένης επιβίωσης στο θήλυ πληθυσμό σημειώθηκαν μετά από τα έτη 1991–1995, όπως διαπιστώθηκε και στην παρούσα μελέτη. (ONS 2005)

Συμπερασματικά, αυτή η πληθυσμιακή μελέτη έδειξε ότι η επιβίωση των ατόμων με καρκίνο του πνεύμονα έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, παραμένει η μειονεκτική θέση του ανδρικού πληθυσμού σε σχέση με τον πληθυσμό των θηλέων αναφορικά με την επιβίωση από το εν λόγω νόσημα. (Παπάζογλου et al, 2005)

Ποσοστό περίπου 24% των θανάτων στην Ελλάδα οφείλονται στον καρκίνο (το 2004 πέθαναν από καρκίνο >25.000 άτομα). Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου που μπορεί να αποδοθεί σε επαγγελματικές εκθέσεις. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους, οι ερευνητές εκτιμούν ότι περίπου 5% όλων των καρκίνων μπορούν να αποδοθούν άμεσα σε επαγγελματικές εκθέσεις, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο. (Imbernon E 2003, Doll R Peto R 1981, Nurminen M Karjalainen A 2001, Steenland K et al 2003, Kogevinas M et al 1998, Colditz A 2000)

Οι κακοήθεις όγκοι που συσχετίζονται πιο συχνά με επαγγελματικές εκθέσεις (κυρίως βιομηχανικές) είναι εκείνοι του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστης, των παραρρινίων κόλπων, το

αγγειοσάρκωμα του ήπατος, το μεσοθηλίωμα, οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα και οι μη μελανωματικοί καρκίνοι του δέρματος. (Peto J et al 1995, Boffeta P et al 1998, Demers PA, et al 1995, Gonzalez CA, Agudo A. 1999, Ojajarvi A, et al 2001, Schulte PA. 2005, Vineis P, Simonato L. 1991, Garcia-Gomez M, Kogevinas M.1996). Περιγράφεται, επίσης, συσχετισμός των βιομηχανικών εκθέσεων και με άλλες κακοήθειες, όπως του παγκρέατος, του εγκεφάλου, του λάρυγγα, του προστάτη, του παχέος εντέρου και των νεφρών.

Γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες από τη βιβλιογραφία είναι ο αμιάντος, οι αρωματικές αμίνες, το αρσενικό και τα σκευάσματά του, το βενζόλιο, το βηρύλλιο, οι διχλωρομεθυλαιθέρες, το κάδμιο, το βινυλοχλωρίδιο, το χρώμιο VI και τα σκευάσματα χρωμίου VI, οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες (PAH) και τα προϊόντα απόσταξης του γαιάνθρακα και του άνθρακα, π.χ. αιθάλη, πίσσα (διάφορα είδη), το ανθρακένιο, τα μεταλλικά άλατα, η αργή παραφίνη, τα παράγωγα ή τα τελικά προϊόντα αυτών των ουσιών, το νικέλιο και τα σκευάσματα νικελίου, η σκόνη από ξύλο, η πυρίτιδα, το ραδόνιο και η ιονίζουσα ακτινοβολία.

Η αποτίμηση των επιδημιολογικών και των πειραματικών δεδομένων σχετικά με την καρκινογένεση από φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες γίνεται από το πρόγραμμα μονογραφιών της IARC (International Agency for Research on Cancer) και λειτουργεί από το 1971. (Iarc 1972) Το ενδιαφέρον εστιάζεται είτε σε παράγοντες που υπάρχουν στο περιβάλλον (π.χ. ατμοσφαιρική ρύπανση) είτε σε ουσίες στις οποίες εκτίθενται εργαζόμενοι σε συγκεκριμένα επαγγέλματα ή βιομηχανίες. Σε μια πρόσφατη επιθεώρηση, οι Siemiatycki et al κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες που αξιολογήθηκαν από την IARC, σε σχέση με την επαγγελματική προέλευσή τους. Χρησιμοποίησαν διάφορα κριτήρια, με πλέον καθοριστικό τον αριθμό των εργαζομένων υπό έκθεση. Όρισαν ότι ένα καρκινογόνο μπορεί να χαρακτηριστεί ως επαγγελματικό, όταν εκτιμάται ότι >10.000 εργαζόμενοι στον κόσμο ή >1.000 σε μια οποιαδήποτε χώρα είναι εκτεθειμένοι σε αυτό. Λόγω έλλειψης στοιχείων, εξαιρέθηκαν οι εκθέσεις σε φάρμακα ή βιολογικούς παράγοντες, όπως ο ιός του AIDS και οι ιοί της ηπατίτιδας B και C, παρόλο που υπάρχουν στοιχεία ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μπορεί να εκτεθούν σε επικίνδυνα φαρμακευτικά σκευάσματα ή ιούς. Χρησιμοποιώντας αυτά τα κριτήρια, ως επαγγελματικά καρκινογόνα προσδιορίστηκαν τα εξής:

- 30 πιστοποιημένα ανθρώπινα καρκινογόνα (ομάδα 1 της IARC)
- 29 σχεδόν σίγουρα καρκινογόνα (ομάδα 2A της IARC)
- 114 δυνητικά καρκινογόνα (ομάδα 2B της IARC)
- 18 ασχολίες ή βιομηχανίες που είναι πιθανόν ή δυνατόν ή σίγουρο ότι συνδέονται με την αύξηση του κινδύνου από καρκίνο ανάμεσα στους εργαζόμενούς τους (ομάδα 1, 2A ή 2B).

- Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται καρκίνοι που σχετίζονται με πιστοποιημένα ανθρώπινα καρκινογόνα στον επαγγελματικό χώρο.

Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στις επαγγελματικές εκθέσεις των αγροτών (ηλιοέκθεση, φυτοφάρμακα), που αποτελούν μια από τις σημαντικότερες επαγγελματικές ομάδες στην Ελλάδα. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες περιοχές της χώρας διαπιστώθηκε αυξημένη επίπτωση μελανώματος σε επαγγελματίες αγρότες (56,3% του συνόλου των ασθενών) (Roussaki-Schulze AV et al 2005), ακτινικής χειλίτιδας σε εργαζόμενους που ήταν εκτεθειμένοι στον ήλιο (66,2% των ασθενών) (Markopoulos A et al 2004), καρκίνου του θυρεοειδούς αδένος σε κατοίκους αγροτικών περιοχών (Alevizaki M, et al 1995) και καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί επαγγελματικά σε ζιζανιοκτόνα. (Dialyna I, et al 2004, Dolapsakis G, et al 2001)

Αναφορά έχει γίνει επίσης σε περιπτώσεις μεσοθηλιώματος στην Ελλάδα και τη σχεδόν αποκλειστική αιτιολογική συσχέτισή τους με την επαγγελματική έκθεση στον αμίαντο. (Molo 1995, Schiletidis et al 1992, Valavanidis et al 1996).

Επίσης, σε μελέτες ασθενών-μαρτύρων έχουν ερευνηθεί τα επαγγέλματα με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου της ουροδόχου κύστης (Rebelakos et al 1985)

πίνακας 16. Καρκίνοι σχετιζόμενοι με επαγγελματικά καρκινογόνα κατηγορίας 1 της IARC.

Εντόπιση καρκινογόνα: ενδείξεις	Επαγγελματικά καρκίνου ισχυρές
Στοματοφάρυγγας Ήπαρ αφλατοξίνες Ήπαρ (αγγειοσάρκωμα) Ρινικές κοιλότητες	Φορμαλδεΰδη Ιονίζουσα ακτινοβολία και Μονομερές βινυλοχλωριδίου Σκόνη ξύλου, νικέλιο και χρώμιο και τα παράγωγά τους, η κατασκευή και η επιδιόρθωση υποδημάτων και δερμάτινων ειδών καθώς και η κατασκευή επίπλων
Λάρυγγας	Σκόνες ισχυρών οργανικών οξέων που περιέχουν θειικό οξύ

Πνεύμονας	Αρσενικό, αμιάντος, αιθάλη, αιματίτης, κρυσταλλικό πυρίτιο, ατμοί άνθρακα, φούρνοι του κοκ, ιονίζουσα ακτινοβολία, σκόνη από ίνες αμιάντου, βηρύλλιο, αλουμίνιο, κάδμιο, χρώμιο και νικέλιο και τα παράγωγά τους. Επίσης, η υπόγεια εξόρυξη μετάλλων με έκθεση στο ραδόνιο και το παθητικό κάπνισμα
Μεσοθηλίωμα	Σκόνη ινών αμιάντου, πρόδρομες μορφές αμιάντου
Δέρμα (μη μελανωματικός καρκίνος)	Ηλιακή ακτινοβολία, αρσενικό, πίσσα, αιθάλη, αργό πετρέλαιο, ατμοί άνθρακα, εργασία σε φούρνους του κοκ
Μελάνωμα δέρματος	Ηλιακή ακτινοβολία
Ουροδόχος κύστη	4-αμινοδιφαινύλιο, β-ναφθυλαμίνη, πίσσα, πορφύρα, ατμοί άνθρακα, βενζιδίνη, αλουμίνιο και τα παράγωγά του, εργασία σε βιομηχανία ελαστικών, βαφείς
Οστά	Οξειδίο του αιθυλενίου
Θυρεοειδής Λευχαιμία	Ιονίζουσα ακτινοβολία Βενζένιο, ιονίζουσα ακτινοβολία, οξειδίο του αιθυλενίου, κατασκευή και επισκευή υποδημάτων και δερμάτινων ειδών
Όλοι οι καρκίνοι	Διοξίνες

Από τις δεδομένες επιδημιολογικές μελέτες, είναι δύσκολη η εκτίμηση του ποσοστού των καρκίνων που αποδίδονται σε εκθέσεις στο χώρο εργασίας. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματικές παθήσεις σπάνια εμφανίζονται στις καταγραφές θνησιμότητας. Μάλιστα, σύμφωνα με τους garcia και gadea, 83% των ασθενειών αυτών δεν αναγνωρίζονται ως επαγγελματικές.

Μια άλλη μεθοδολογική προσέγγιση είναι η εκτίμηση των καρκίνων επαγγελματικής αιτιολογίας με βάση δεδομένα μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Τα επαγγελματικά καρκινογόνα καταλαμβάνουν ειδική θέση στην αναγνώριση και την πρόληψη όλων των καρκίνων στον άνθρωπο, δεδομένου ότι υπήρξαν τα πρώτα καρκινογόνα που προσδιορίστηκαν και αποτελούν ακόμα και σήμερα ένα σημαντικό ποσοστό του συνόλου των καρκινογόνων.

Το 2002, καταγράφηκαν 24.173 θάνατοι από καρκίνο στον ελληνικό πληθυσμό και 38.785 νέες περιπτώσεις καρκίνου κάθε είδους εκτός από τους μη μελανωματικούς καρκίνους του δέρματος. Υπάρχει μια σχετική ασάφεια σε σχέση με την αναλογία όλων των καρκίνων που μπορούν να αποδοθούν σε εργασιακές εκθέσεις. Οι υπάρχουσες εκτιμήσεις υποδεικνύουν ότι οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου που αποδίδονται σε εργασιακές εκθέσεις εμφανίζονται στους άνδρες. Η πλειοψηφία των επαγγελματικής αιτιολογίας καρκίνων είναι καρκίνοι του πνεύμονα και της ουροδόχου κύστης, με εκτιμήσεις που κυμαίνονται από μερικές δεκάδες έως εκατοντάδες θανάτους για κάθε εντόπιση.

Οι συγκεκριμένοι τύποι καρκίνου έχει βρεθεί να σχετίζονται με μια σειρά παραγόντων που εντοπίζονται στο εργασιακό περιβάλλον, όπως σκόνες και ίνες, μέταλλα, ακτινοβολίες, προϊόντα ανάφλεξης και αρωματικές αμίνες.

Άλλοι σημαντικοί καρκίνοι σχετικοί με εργασιακές εκθέσεις είναι το μεσοθηλίωμα, που αποδίδεται σχεδόν αποκλειστικά στην έκθεση σε αμιάντο, οι καρκίνοι της ρινικής κοιλότητας που αποδίδονται στη σκόνη από ξύλο, στα μέταλλα και τη φορμαλδεΰδη, και οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα, που αποδίδονται σε διαλύματα, εντομοκτόνα και άλλα.

Οι αριθμοί δείχνουν ότι ο καρκίνος εξακολουθεί να έχει μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας.

Τα στοιχεία που ακολουθούν αφορούν την Ελλάδα και προέρχονται από το “Globocan Project” της Διεθνούς Υπηρεσίας για την Έρευνα στον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer – IARC) του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Είναι ό,τι πιο έγκυρο και επίσημο υπάρχει όσον αφορά τα στατιστικά στοιχεία για τον καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ο στόχος του Globocan Project είναι να παρέχει σύγχρονες εκτιμήσεις της επίπτωσης, της θνησιμότητας και της επικράτησης των βασικών τύπων καρκίνου, σε εθνικό επίπεδο, για 184 χώρες στον κόσμο.

Οι υπολογισμοί βασίζονται στο 2012, που είναι και η τελευταία διαθέσιμη χρονιά τέτοιας παγκόσμιας στατιστικής αποτύπωσης του καρκίνου. Από εκεί και πέρα, με μαθηματικά μοντέλα και εξειδικευμένους αλγόριθμους, αυτά τα νούμερα εφαρμόζονται στον πληθυσμό κάθε χώρας και παρουσιάζονται εκτιμήσεις για το 2016 και προβλέψεις για τα επόμενα χρόνια.

Τα στοιχεία σε κάθε περίπτωση αφορούν ενήλικο πληθυσμό μόνο (ηλικίας 15 ετών και άνω).

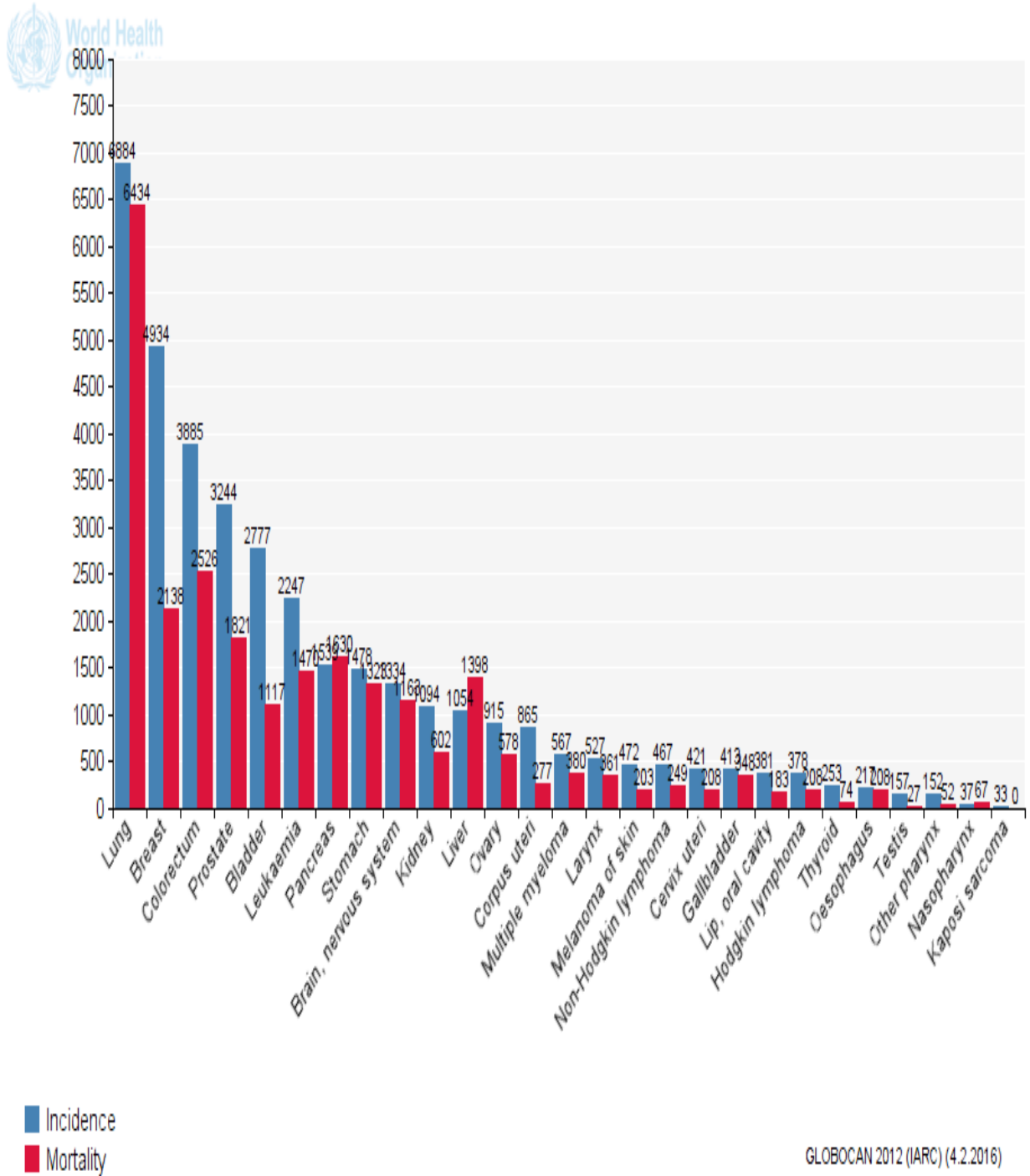
Καρκίνος στην Ελλάδα: Νέα κρούσματα και θάνατοι από κάθε τύπο καρκίνου ΣΥΝΟΛΙΚΑ (όλες οι ηλικίες)

Οι μπλε μπάρες απεικονίζουν τα νέα κρούσματα και οι κόκκινες μπάρες τους θανάτους.

Ο κάθετος άξονας αναγράφει τον αριθμό και ο οριζόντιος άξονας τον κάθε ξεχωριστό τύπο καρκίνου.

International Agency for Research on Cancer

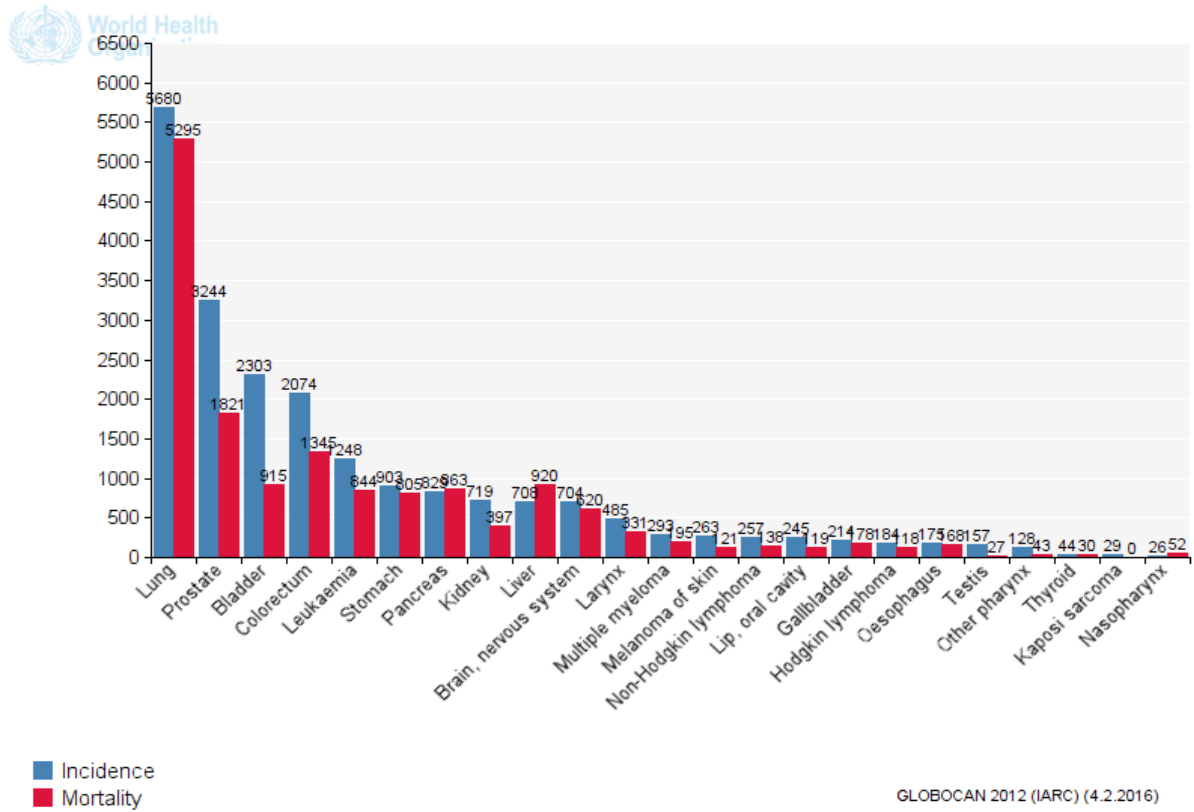
Greece: Both sexes, all ages



Όπως βλέπετε, ο πιο συχνός καρκίνος στην Ελλάδα είναι ο **καρκίνος του πνεύμονα** (6.884 νέα κρούσματα και 6.434 θάνατοι το 2012) και ακολουθούν ο **καρκίνος του μαστού**, ο **καρκίνος του παχέος εντέρου**, ο **καρκίνος του προστάτη** και ο **καρκίνος της ουροδόχου κύστης**.

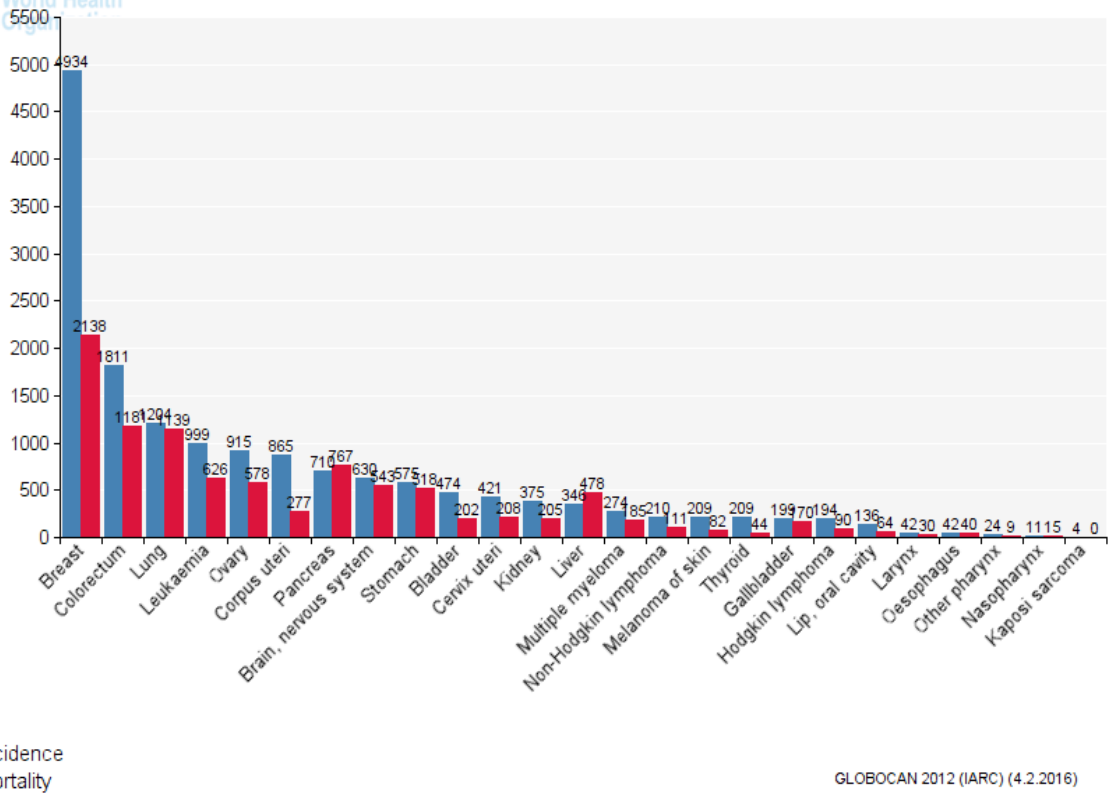
Ελλάδα: Νέα κρούσματα και θάνατοι για ΑΝΔΡΕΣ (όλες οι ηλικίες)

International Agency for Research on Cancer **Greece: Male, all ages**



GLOBOCAN 2012 (IARC) (4.2.2016)

Ελλάδα: Νέα κρούσματα και θάνατοι για ΓΥΝΑΙΚΕΣ (όλες οι ηλικίες)



GLOBOCAN 2012 (IARC) (4.2.2016)

Ελλάδα: Πρόβλεψη μέχρι το 2025

Στα παρακάτω γραφήματα και πίνακες, μπορείτε να δείτε την πρόβλεψη για τα κρούσματα καρκίνου στην χώρα μας μέσα στα επόμενα 10 χρόνια. Με κίτρινο χρώμα βλέπετε το επίπεδο που ήταν τα στοιχεία το 2012 και με γαλάζιο χρώμα την πρόβλεψη/αύξηση για το 2025.

Γράφημα 1: Συνολική πρόβλεψη (άνδρες + γυναίκες, όλες οι ηλικίες)

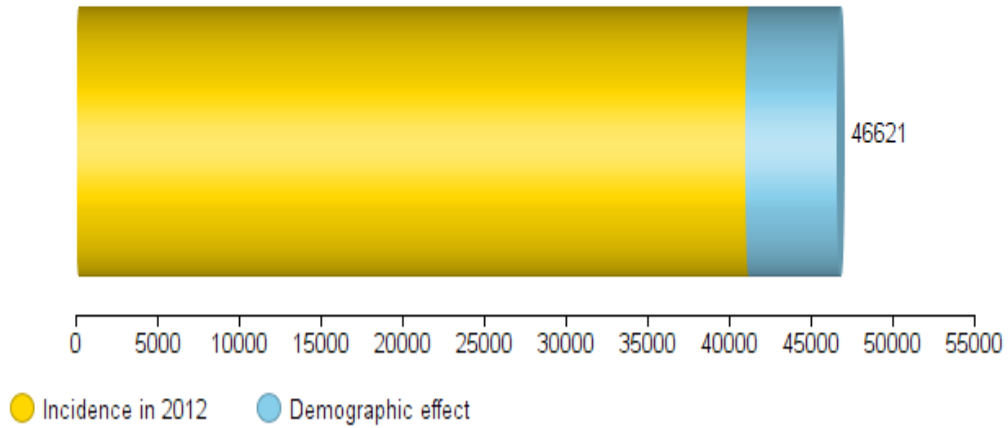
International Agency for Research on Cancer



Greece

All cancers excl. non-melanoma skin cancer

Number of new cancers in 2025 (all ages) - Both sexes



GLOBOCAN 2012 (IARC) (4.2.2016)

Πίνακας: Τα στοιχεία επάνω στα οποία βασίζονται οι παραπάνω προβλέψεις

Greece
 All cancers excl. non-melanoma skin cancer

Year	Estimated number of new cancers (all ages)	Male	Female	Both sexes
2012		23319	17652	40971
	ages < 65	6664	6045	12709
	ages >= 65	16655	11607	28262
2025		26982	19639	46621
	ages < 65	7240	6152	13392
	ages >= 65	19742	13487	33229
	Demographic change	3663	1987	5650
	ages < 65	576	107	683
	ages >= 65	3087	1880	4967

GLOBOCAN 2012 (IARC) - 4.2.2016

Κεφάλαιο 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη έδειξαν τα εξής:

1. Ο καρκίνος του πνεύμονα στην περιοχή της Πάτρας και για τα δύο φύλλα, παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου όπως άλλωστε και στην Ελληνική επικράτεια, χωρίς ιδιαίτερη σημαντική μεταβολή όσον αφορά την αυξομείωση των θανάτων στον γενικό πληθυσμό.
2. Σε αντίθεση με τα στοιχεία της ΠΟΥ, ο καρκίνος του πνεύμονα έχει τεθεί επικεφαλής και στις γυναίκες έστω και με βραχεία κεφαλή. Δεύτερος καρκίνος στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού.
3. Ο όρος Γενικευμένο Ca, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, πιθανόν αντανακλά κακή εγγραφή αιτίας θανάτου στο πιστοποιητικό θανάτου, από τον εκάστοτε ιατρό. Την περασμένη δεκαετία ήταν συνήθης πρακτική, ιδιαίτερα όταν τα πιστοποιητικά γράφονταν σε οικία ή αφορούσαν υπερήλικες ή αφορούσαν δευτεροπαθείς μεταστάσεις του καρκίνου, κλπ. Το συγκεκριμένο εύρημα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης από μελλοντικούς ερευνητές, χρησιμοποιώντας άλλες στατιστικές μεταβλητές.
4. Οι άνδρες υπερέχουν σε αριθμό από τις γυναίκες στους θανάτους από καρκίνο, γεγονός που πιθανόν συνδέεται με προστατευτικούς παράγοντες στις γυναίκες ή με θνησιγόνους παράγοντες στους άνδρες (τρόπος ζωής, περιβαλλοντικοί παράγοντες, κλπ)
5. Σε σχέση με την Ελληνική επικράτεια, στην περιοχή της Πάτρας παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση του Ca Ήπατος στους άνδρες. Το γεγονός αυτό μάλλον χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση από τις αρμόδιες αρχές Δημόσιας Υγείας (εντοπισμός καρκινογόνων παραγόντων, γνωστών ή άγνωστων, που προκαλούν καρκίνο του Ήπατος)
6. Οι αιματολογικοί καρκίνοι είναι σε αξιοσημείωτα χαμηλά επίπεδα.
7. Ο μέσος όρος ηλικίας θανάτου από καρκίνο στην περιοχή της Πάτρας συμφωνεί με τον αντίστοιχο μέσο όρο στην Ελληνική επικράτεια.
8. Οι καρκίνοι των Γεννητικών οργάνων, αν και βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, εντούτοις αφορούν κατά κύριο λόγο τον γυναικείο πληθυσμό.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να προτείνουμε ότι έχοντας γνώση τη θνησιμότητα από καρκίνο την εννεαετία 2000-2009 στην περιοχή της Πάτρας, η οποία είναι κοντά στην δεκαετία που διανύουμε, ότι θα πρέπει οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται στην περιοχή μας να προσαρμοστούν έτσι ώστε να περιορίσουν όλους εκείνους τους παράγοντες, γνωστούς ή άγνωστους οι οποίοι σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τους υψηλά σε στατιστικά επίπεδα καρκίνους (πχ καρκίνος πνεύμονα ο οποίος σχετίζεται με το κάπνισμα).

Εδώ ο ρόλος του Νοσηλευτή μπορεί να αποδειχθεί κομβικός και ουσιαστικός, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Albanes, D. (1999). "Beta-carotene and lung cancer: a case study." *Am J Clin Nutr* 69(6): 1345S-1350S.
- Albertsen PC, Walters S, Hanley JA. A comparison of cause of death determination in men previously diagnosed with prostate cancer who died in 1985 or 1995. *JUrol* 2000, 163:519–523.
- Alevizaki M, Papapetrou P, Georgouli P, Alevizaki CC, Papadodima H, Souvatzoglou A et al. Increased incidence of medullary carcinoma of the thyroid in rural regions in Greece. *J Endocrinol Invest* 1995, 18:220–223.
- Amant, F., P. Moerman, et al. (2005). "Endometrial cancer." *Lancet* 366(9484): 491- 505.
- Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter 2012 *Clinical nursing skills and techniques 7th Edition*.
Συντονισμός- Επιμέλεια- Πρόλογος Ελληνικής έκδοσης Σαράφης Παύλος
- Black WC, Haggstrom DA, Welch HG. All cause mortality in randomized trials of cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 2002, 94:167–173.
- Bland K. & Copeland E. III (1991), *The Breast, Comprehensive management of benign and malignant diseases*”. W B Saunders Company. Philadelphia.
- Boffeta P, Garcia-Gomez M, Pompe Kirn Ve. Cancer occurrence among European mercury miners. *Cancer Causes Control* 1998, 9:591–599.
- Bottomley, A., 1997. Psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 4
- Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., 1996. Social support and cognitive behavioural therapy with cancer patients. A pilot study of group interventions. *Journal of Psychological Oncology* 14 (1)
- Colditz GA, Atwood KA, Emmons K, Monson RR, Willet WC, Trichopoulos D et al. Harvard report on cancer prevention, volume 4: Harvard cancer risk index. Risk Index working group, Harvard Center for Cancer Prevention. *Cancer Causes Control*, 2000, 11:477–488.
- Coleman MP, Babb P, Damiack I P, Arslan A, Renard H. Cancer survival trends in England and Wales, 1971–1995: Deprivation and NHS region. Series SMPS no 61. ONS, London, 1999.
- Corner, J., 2002. Nurses’ experiences of cancer. *European Journal of Cancer Care* 11 (3)
- Corner J. and Bailey C. 2009. *Cancer nursing care in context*
- Cunningham, S.M., Copp, G., Collins, B., Baxter, M., 2006. Pre- registration nursing students’ experience of caring for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 10
- Davis, S., Kristjanson, L.J., Blight, J., 2003. Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nursing* 26 (5)
- Demers PA, Kogevinas M, Boffetta P, Leclerc A, Luce D, Gerin M et al. Wood dust and sino-nasal cancer: Pooled re-analysis of twelve case-control studies. *Am J Ind Med* 1995, 28:151–166.
- Dialyna I, Tzanakakis G, Dolapsakis G, Tsatsakis A. A tetranucleotide repeat polymorphism in the CyP19 gene and breast cancer susceptibility in a Greek population exposed and not exposed to pesticides. *Toxicol Lett* 2004, 151:267–271.
- Diggleby, W., Wright, K., 2004. Elderly palliative care cancer patients’ descriptions of hope-fostering strategies. *International Journal of Palliative Nursing* 10 (7)
- Dolapsakis G, Vlachonikolis IG, Varneris C, Tsatsakis AM. Mammographic findings and occupational exposure to pesticides currently in use on Crete. *Eur J Cancer* 2001, 37:1531–1536.
- Doll R, Peto R. The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United

- States today. *J Natl Cancer Inst* 1981, 66:1191–1308.
- Donna D. Ignatavicius , M. Linda Workman 2008. Παθολογική- Χειρουργική νοσηλευτική κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Έκδοση 5^η Τόμος 1ος. Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Δρ. Βασιλειάδου Ασπασία
- Doria-Rose VP, Marcus PM. Death certificates provide an adequate source of cause of death information when evaluating lung cancer mortality: An example from the Mayo Lung Project. *Lung Cancer* 2009, 63:295–300.
- Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, Church TR, Mandel JS. Colorectal cancer deaths as determined by expert committee and from death certificate: A comparison. The Minnesota study. *J Clin Epidemiol* 1999, 52:447–452.
- Freedland, S. J., W. J. Aronson, et al. (2004). "Impact of obesity on biochemical control after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: a report by the Shared Equal Access Regional Cancer Hospital database study group." *J Clin Oncol* 22(3): 446-53.
- Garcia A, Gadea R. Estimacion de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en Espana. *Arch Pre Riesgos Labor* 2004, 7:3–8.
- Garcia-Gomez M, Kogevinas M. Estimate of mortality from occupational cancer and of carcinogen exposure in the workplace in Spain in the 90's. *Gac Sanit* 1996, 10:143–151.
- Gonzalez CA, Agudo A. Occupational cancer in Spain. *Environ Health Perspect* 1999, 107(Suppl 2):273–277.
- Heine, J., Malhotra, P. (2002), "Mammographic tissue, breast cancer risk, serial image analysis and digital mammography", *Acad. Radiol.*, Vol. 9, pp. 298-316.
- Higginson, I.J., 1997. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens, A., Raftery, J. (Eds.), *Health Care Needs Assessment*. Radcliffe Medical Press
- Iarc. Iarc monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Volumes 1–88. Lyon, France, 1972–2005, <http://www.iarc.fr>
- Imbernon E. Estimation de certains cancers professionnels. Institut Veille Sanitaire, 2003.
- Jansen, M. C., H. B. Bueno-de-Mesquita, et al. (1999). "Dietary fiber and plant foods in relation to colorectal cancer mortality: the Seven Countries Study." *Int J Cancer* 81(2): 174-9.
- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007, 57:43– 66.
- Kelly, D., Gould, D., White, I., Berridge, E., 2006. Modernising cancer and palliative care education in the UK: insights from one Cancer Network. *European Journal of Oncology Nursing* 10
- Kogevinas M, Kauppinen T, Boffeta P, Saracci R. Estimation of the burden of occupational cancer in Europe. Final report to the European Commission of a project funded by the programme "Europe against cancer" (Contract SOC96–200742 05F02), IMIM, Barcelona, 1998.
- Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: Clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis* 2004, 10:212–216.
- Minuchin, S. (2000), "Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία", Αθήνα Ελληνικά Γράμματα
- Mollo F, Magnani C. European multicentric case control study on risk for mesothelioma after non-occupational (domestic and environmental) exposure to asbestos. *Med Lav* 1995, 86:496–500.
- Morgan P. (2009). Mastectomy from devastation to resilience, the stories of seven young mothers in their words. Author house.
- Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2001, 27:161–213.
- Odling, G., Danielson, E., Jansson, L., 2001. Caregivers' descriptions of patients with advanced cancer in connection with supervision sessions in a surgical ward. *Cancer Nursing* 24 (1)
- Office for National Statistics (ONS). Cancer survival: England and Wales, 1991–2001, twenty major

- cancers by age group. ONS, London, 2005.
- Ojajarvi A, Partanen T, Ahlbom A, Boffetta P, Hakulinen T, Jourenkova N et al. Risk of pancreatic cancer in workers exposed to chlorinated hydrocarbon solvents and related compounds: A meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2001, 153:841–850.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005, 55:74–108.
- Penson DF, Albertsen PC, Nelson PS, Barry M, Stanford JL. Determining cause of death in prostate cancer: Are death certificates valid? *J Natl Cancer Inst* 2001, 93:1822–1823.
- Peto J, Hodgson JT, Matthews FE, Jones JR. Continuing increase in mesothelioma mortality in Britain. *Lancet* 1995, 345:535–539.
- Pirozynski M. 100 years of lung cancer. *Respir Med* 2006, 100:2073–2084.
- Rachet B, Maringe C, Nur U, Quaresma M, Shah A, Woods LM, et al. Population-based cancer survival trends in England and Wales up to 2007: An assessment of the NHS cancer plan for England. *Lancet Oncol* 2009, 10:351–369.
- Rebelakos A, Trichopoulos D, Tzonou A, Zavitsanos X, Velonakis E, Trichopoulos A. Tobacco smoking, coffee drinking, and occupation as risk factors for bladder cancer in greece. *J Natl Cancer Inst* 1985, 75:455–461.
- Roussaki-Schulze AV, Rammos C, Rallis E, Terzis A, Archontonis N, Sarmanta A et al. Increasing incidence of melanoma in central greece: A retrospective epidemiological study. *Int J Tissue React* 2005, 27:173–179.
- Rousseau MC, Straif K, Siemiatycki J. Iarc carcinogen update. *Environ Health Perspect* 2005, 113:A580–A581.
- Rubin R.- Strayer D. (2008). Rubin’s pathology, clinicotherapy foundations of medicine. Lippinett William and Wilkins.
- Schulte PA. Characterizing the burden of occupational injury and disease. *J Occup Environ Med* 2005, 47:607–622.
- Schwartz AG, Prysak GM, Bock CH, Cote ML. The molecular epidemiology of lung cancer. *Carcinogenesis* 2007, 28:507–518.
- Shilling C. (2004). Physical capital and situated action: a new direction for a corporeal sociology. *British Journal of Sociology of Education*. Vol. 25, No. 4, 473-487
- Shilling C. (2005). *The Body in Culture, Technology and Society*. Sage.
- Sichletidis L, Daskalopoulou E, Tsarou V, Pnevmatikos I, Chloros D, Vamvalis C. Five cases of pleural mesothelioma with endemic pleural calcifications in a rural area in greece. *Med Lav* 1992, 83:326–329.
- Sivesind, D., Parker, P.A., Cohen, L., Demoor, C., Bumbaugh, M., Throckmorton, T., Volker, D.L., Baile, W.F., 2003. Communicating with patients in cancer care: what areas do nurses find most challenging? *Journal of Cancer Education* 18 (4).
- Spiro SG, Silvestri GA. One hundred years of lung cancer. *AmJ Respir Crit Care Med* 2005, 172:523–529.
- Steenland K, Burnett C, Lalich N, Ward E, Hurrell J. Dying for work: The magnitude of US mortality from selected causes of death associated with occupation. *Am J Ind Med* 2003, 43:461–482.
- Susan C. Dewit : medical- surgical nursing concepts and practice
- Ulrich-Canale-Wendell, Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας . Εκδόσεις Λαγός 1994
- Valavanidis A, Balomenou H, Macropoulou I, Zarodimos I. A study of the synergistic interaction of asbestos fibers with cigarette tar extracts for the generation of hydroxyl radicals in aqueous buffer solution. *Free Radic Biol Med* 1996, 20:853–858.
- Vineis P, Simonato L. Proportion of lung and bladder cancers in males resulting from occupation: A

- systematic approach. *Arch Environ Health* 1991, 46:6–15.
- Vrdoljak E, Wojtkiewicz MZ, Pienkowsky M, Bodoky G, Berzinec P, Finek J, et al. Cancer epidemiology in Central, South and Eastern European countries. *Croat Med J* 2011, 52:478–487.
- Watson U., (1992), Role of psychosocial factors in carcinogenesis and course of disease. In: Zit-399
toun R.(ed.): Quality of life of cancer patients. A review. International Congress of
Psycho-social Oncology, Beaune.
- Wilkinson, S., Gambles, M., Roberts, A., 2002. The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. *Journal of Advanced Nursing* 40 (6).
- Woodhead K. ,Wicker P. 2005 Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αναστασόπουλος Δ. (1994). Η ψυχαναλυτική προσέγγιση στην θεραπεία της οικογένειας. Βασική Ψυχιατρική, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Καλαντζή-Αζίζι Α. & Παρίτσης Ν. (επιμ.) (1999), “Οικογένεια. Ψυχοκοινωνικές – Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις”, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Καρβέλας Φ., (1995), Παράγοντες κινδύνους στον Καρκίνο του μαστού. Τόμος 57, τεύχος 1, Περιοδικό «Ιατρική».
- Κυρίτση Ε., (1999), Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενής με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας. Νοσηλευτική 2
- Nettleton S. (2002) Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Εκδόσεις: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος
- Παντελή Β. (2004) «Μαστός- Αλλαγή σωματικής εικόνας- Ψυχολογικές επιπτώσεις, Εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενών- οικογενειακού περιβάλλοντος», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας-εκπαίδευση εκπαιδευτών, Οκτ. 2003- Ιαν 2004
- Παπαδάτου Δ., (1999), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα
- Ρηγάτος Γ., (2000), Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα
- Σταθόπουλος Π., (2005), Κοινωνική Πρόνοια Ιστορική εξέλιξη- Νέες κατευθύνσεις, εκδ. Παπαζήση
- Jessica C. & Christopher, B. (2006). Νοσηλευτική Ογκολογία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Ζαν Γ. (1993). Ψυχοσωματική και Καρκίνος. Αθήνα: Χατζηνικολή.
- Charles B. (1991). Ο καρκίνος. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Μανιατέα.
- Dollinger M. et al. (1992). Ο καρκίνος. Αθήνα: Εκδόσεις Κάτοπτρο.
- Παπαδούρη Α. (2005), Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Καρκίνο, Ιδιαιτερότητες και προοπτικές, 7(3),180-184

Παπάζογλου Ν, Ψάλλας Μ, Τζατζάγου Γ, Καλαμπάκας Α, Τσιάντας Γ, Τσανικίδης Η, Μανές Χ:
Επιδημιολογία αιτιών θανάτου: Θάνατοι από νεοπλάσματα του αναπνευστικού. Συγκριτικά
ευρήματα μεταξύ των 13 Καποδιστριακών Δήμων του νομού Πιερίας Πληθυσμιακή μελέτη
εικοσαετίας (1991–2010). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2015, 32(1):54-59.