

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του
καρκίνου**



**Φοιτήτριες: Βασιλική Μαρινάκη
Αντιγόνη Τάσιου**

Καλαμάτα, Νοέμβριος 2018

«Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie (...) Je juge donc que le sens de la vie est la plus pressante des questions».

Albert Camus, «Le Mythe De Sisyphe. Essai sur l' adsrde» 1942

Paris, ed. Gallimard/coll.Idees, 1984, p.p.15&16

«Τη στιγμή που αποφασίζεις ότι η ζωή αξίζει ή δεν αξίζει τον κόπο να τη ζήσεις, απαντάς στο βασικό ερώτημα της φιλοσοφίας. (...) Συμπεραίνω λοιπόν ότι το νήμα της ζωής είναι το σπουδαιότερο από τα ερωτήματα»

Αλμπέρ Καμύ, «Ο μύθος του Σίσσυφου. Δοκίμιο πάνω στο παράλογο»

(1942), μετάφραση στα ελληνικά από το γαλλικό πρωτότυπο:

Βαγγέλης Χατζηδημητρίου, Αθήνα, εκδ. Μπουκομάνη, 1973

(β' έκδοση), σελ. 11 & 12

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο 6,7 εκατ άνθρωποι. Κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 10,9 εκατ νέοι ασθενείς. Κάθε χρόνο υπάρχουν 24,6 εκατ ζώντες με καρκίνο. Περισσότεροι από 9 εκατ. ασθενείς παγκοσμίως υποφέρουν από πόνο εξαιτίας του καρκίνου ή των συνεπειών της θεραπείας του.

Ο καρκίνος και η θεραπεία του, εκτός των επιπτώσεων που έχει στη φυσική και βιολογική λειτουργία του ατόμου, έχει επιπτώσεις και στην ψυχολογική και την κοινωνική του λειτουργία. Ανεξάρτητα από την ηλικία, η απειλή του καρκίνου, μαζί με τη διαπίστωση ότι μια αρρώστια απειλεί τη ζωή του, είναι τα δύο κύρια συστατικά στον ψυχολογικό αντίκτυπο. Αυτά τα συναισθήματα συχνά αγγίζουν κάθε άποψη της ζωής τους κι έτσι εμπλέκουν την οικογένειά τους και το κοινωνικό πρότυπο συμπεριφοράς που έχουν δημιουργήσει.

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι οι κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου και ο σκοπός της, η μελέτη και η καταγραφή της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Η εργασία χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του καρκίνου. Αναλύεται η έννοια της υγείας και της ασθένειας και περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων. Επιπλέον αναλύονται όλοι οι παράγοντες που ευθύνονται για την ασθένεια.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ασθενών, στους παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης αναλύονται οι μέθοδοι εκτίμησης των ασθενών, αλλά και τα εργαλεία με τα οποία αξιολογούνται οι καρκινικοί ασθενείς. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πανευρωπαϊκής έρευνας σχετικά με τον πόνο στον Καρκίνο (EPIC), η οποία διεξήχθη σε 11 ευρωπαϊκές χώρες και δημοσιεύθηκε στα Χρονικά της Ογκολογίας το 2009.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας που σχετίζονται τόσο με την νοσηρότητα και θνησιμότητα, όσο και με την διαχείριση της νόσου και την πρόσβαση στα Συστήματα Υγείας. Όσον αφορά τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, παρουσιάζονται τα πρόσφατα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης της νόσου και τα ποσοστά θνησιμότητας, όπως καταγράφηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και το Υ.Υ.Κ.Α. Στη συνέχεια ις οικονομικές επιπτώσεις της νόσου, παρουσιάζεται η οικονομική διάσταση και οικονομική επιβάρυνση της ασθένειας στα συστήματα υγείας παγκοσμίως και αναλύεται η χρηματοδότηση και οι δαπάνες.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στις ψυχολογικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου. Αναλύονται τα συναισθήματα που βιώνουν οι καρκινοπαθείς ως αποτέλεσμα της νόσου, οι ψυχικές ασθένειες που αναπτύσσονται, τα στάδια της ψυχολογικής διακύμανσης, η κατάθλιψη και οι τάσεις αυτοκτονίας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ψυχική και κοινωνική υποστήριξη, την οποία χρειάζονται οι ασθενείς προκειμένου να διαχειριστούν την νόσο. Επιπλέον αναλύεται ο ρόλος της οικογένειας, αλλά και οι υπάρχουσες κοινωνικές δομές.

Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήθηκε.

Λέξεις – Κλειδιά: Καρκίνος, Υγεία, Ασθένεια, Ποιότητα Ζωής, Κατάθλιψη, Νοσηρότητα, Θνησιμότητα, Κοινωνική Υποστήριξη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	v
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	viii
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ	viii
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	viii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	3
1.1 Εισαγωγή.....	3
1.2 Υγεία και ασθένεια.....	3
1.3 Η ασθένεια του καρκίνου.....	5
1.3.1 Χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων.....	7
1.3.2 Παράγοντες κινδύνου.....	9
1.4 Η ασθένεια ως κοινωνικό φαινόμενο	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	21
2.1 Εισαγωγή.....	21
2.2 Η έννοια της ποιότητας ζωής.....	21
2.3 Ποιότητα ζωής και καρκίνος	23
2.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.....	24
2.4 Μέθοδοι εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο	26
2.5 Αξιολόγηση των ασθενών	26
2.5.1 Εργαλεία αξιολόγησης	28

2.6	Ευρήματα πανευρωπαϊκής έρευνας της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο		34
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ		34
3.1	Εισαγωγή.....	34
3.2	Ανάγκες των καρκινοπαθών.....	34
3.3	Το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου	36
3.4	Κοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου	37
3.4.1	Νοσηρότητα και θνησιμότητα	37
3.4.2	Διαχείριση της νόσου και πρόσβαση στα Συστήματα Υγείας ...	40
3.5	Οικονομικές διαστάσεις του καρκίνου	41
3.5.1	Οικονομική διάσταση.....	41
3.5.2	Χρηματοδότηση και δαπάνες	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο		
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ		45
4.1	Εισαγωγή.....	45
4.2	Προσωπικότητα και ασθένεια	45
4.2.1	Καρκίνος και συναισθήματα	46
4.3	Ψυχοσωματικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου	48
4.4	Ψυχικές ασθένειες που αναπτύσσονται σε ασθενείς με καρκίνο	49
4.4.1	Στάδια ψυχολογικής διακύμανσης	50
4.4.2	Σχέση καρκίνου και κατάθλιψης.....	52
4.5	Αυτοκτονικές τάσεις σε ασθενείς με καρκίνο	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο		56
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ		56

5.1	Εισαγωγή.....	56
5.2	Ψυχική υποστήριξη	56
5.3	Κοινωνική υποστήριξη	57
5.3.1	Μορφές κοινωνικής υποστήριξης	58
5.4	Επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία.....	59
5.4.1	Η Κοινωνική Υποστήριξη στη διαχείριση της ασθένειας του καρκίνου	60
5.5	Ο ρόλος της οικογένειας ως παράγοντας υποστήριξης	61
5.6	Κοινωνικές δομές στήριξης καρκινοπαθών	62
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	64
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου (σύμφωνα με την Αμερικανική Καρκιнологική Εταιρεία: Στοιχεία καρκίνου και αριθμοί 2015.	7
Πίνακας 2: Άμεσο κόστος διαχείρισης του καρκίνου στην Ευρώπη (2014) .	43

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Το μοντέλο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο των Ferrell B., Padilla G., Vemury S. & Rhiner M.	24
Εικόνα 2: Συχνότερη εμφάνιση καρκίνου ανά χώρα για το έτος 2018	39

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Καρκινογόνοι παράγοντες σε σχέση με το ποσοστό (%) θανάτων από καρκίνο, παγκόσμια, στις χώρες με χαμηλό-μεσαίο εισόδημα και στις χώρες με υψηλό και χαμηλό εισόδημα.	17
Διάγραμμα 2: Εκτιμώμενος αριθμός περιστατικών καρκίνου από το 2018 έως το 2040	38
Διάγραμμα 3: Εκτιμώμενα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης καρκίνου το 2018, σε όλο τον κόσμο, και στα δύο φύλα, σε όλες τις ηλικίες	38
Διάγραμμα 4: Συνολικός αριθμός θανάτων από καρκίνο στην Ελλάδα 1980-2004	40
Διάγραμμα 5: Καταστροφικές δαπάνες ασθενών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα, 2015	44

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο «καρκίνος» δεν νοείται μία και μόνη ασθένεια, αλλά μια ετερογενής ομάδα αποτελούμενη από 150-200 παθήσεις οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς την αιτιολογία, την κλινική πορεία, την θεραπεία και την πρόγνωση. Η θεραπεία της ασθένειας του καρκίνου, έχει απασχολήσει τους επιστήμονες από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Ο Ιπποκράτης ήταν εκείνος που έδωσε στην πάθηση το όνομά της και παρουσίασε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα (καρκίνου) λόγω της ακτινοειδούς διάταξης των φλεβών¹.

Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και οι θεραπείες πολλών τύπων καρκίνου σε συνδυασμό με την υποστηρικτική φροντίδα, αυξάνουν τις πιθανότητες ίασης. Παρόλα αυτά, τα στάδια της διάγνωσης και της θεραπείας περιγράφονται και βιώνονται από τους ασθενείς ως ένας αγώνας για επιβίωση, εξαιτίας ακριβώς της χρονιότητας και της αβεβαιότητας, την πορεία και την πρόγνωση της ασθένειας ενώ ταυτόχρονα εγείρει έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις στην προσπάθεια διατήρησης μιας στοιχειώδους αξιοπρέπειας και ταυτότητας. Όλα αυτά, γίνονται ακόμα πιο δύσκολα εξαιτίας του πλήθους των σωματικών αλλαγών που υφίσταται ο ασθενής, τις επώδυνες θεραπείες και τον ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης που έχει από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και την οικογένειά του².

Η ιδιαίτερη ανάπτυξη των ανθρωπιστικών επιστημών και ιδιαίτερα της ψυχολογίας της υγείας, έχει αναδείξει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στην ψυχολογική αντιμετώπισή της ασθένειας. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης που διανύουμε σήμερα, η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή δεν μπορεί να αποτελείται μόνο από ιατρικές πράξεις προκειμένου αυτός να διατηρηθεί στη ζωή, αλλά και από παρεμβάσεις ανακούφισης από τις ψυχικές και φυσικές του ανησυχίες καθώς αυτές όχι μόνο ενισχύουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και της

1 Ζ. Σαραντοπούλου. Ο καρκίνος ως χρόνια νόσημα. Ο ρόλος της οικογένειας ως παράγοντας υποστήριξης του ογκολογικού ασθενούς. Η έννοια της επιβάρυνσης των φροντιστών. «Ενδυνάμωση» του ασθενούς. Επιστημονικά Χρονικά 2018; 23(1): 72

2 Ο.π. σελ.72

οικογένειάς τους αλλά ταυτόχρονα βελτιώνουν και τις πιθανότητες επιτυχίας των θεραπευτικών αγωγών³.

3 M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin. Κεφάλαιο 7: Η διεργασία της ασθένειας: Ψυχολογικοί παράγοντες και παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε: *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Εκδόσεις: Πεδίο, 2011, σελ.419

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1.1 Εισαγωγή

Είναι γνωστό ότι τα όργανα και οι ιστοί του σώματος αποτελούνται από μικροσκοπικά οικοδομικά σωματίδια, τα κύτταρα, τα οποία παρά το ότι έχουν διαφορετικές μεταξύ τους λειτουργίες, εντούτοις επιδιορθώνονται και αναπαράγονται κατά τον ίδιο τρόπο. Συνήθως η διαίρεσή τους γίνεται με τακτικό και ελεγχόμενο τρόπο αλλά, για κάποιο λόγο, κάποιες φορές συνεχίζουν να διαιρούνται δημιουργώντας έτσι ένα εξόγκωμα που ονομάζεται όγκος και που μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης. Ο κακοήθης όγκος αποτελείται από καρκινογενή κύτταρα, που μπορούν να εξαπλώνονται πέρα από την αρχική τους θέση και έτσι μπορούν να εισβάλουν και να καταστρέψουν τους γειτονικούς ιστούς. Μερικές φορές αποκόπτονται από το αρχικό καρκίνωμα και εξαπλώνονται σε άλλα όργανα του σώματος δια μέσου του κυκλοφοριακού ή του λεμφικού συστήματος⁴.

Ο καρκίνος λοιπόν, είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη διαίρεση κυττάρων και την δυνατότητα αυτών των κυττάρων να εισβάλουν σε άλλους ιστούς, είτε από την άμεση αύξηση στον παρακείμενο ιστό μέσω εισβολής είτε από την εμφύτευση σε απόμακρες περιοχές μέσω μετάστασης. Αυτή η ανεξέλεγκτη αύξηση προκαλείται από μεταλλάξεις στα γονίδια που ελέγχουν την κυτταροδιαίρεση⁵.

1.2 Υγεία και ασθένεια

Η υγεία είναι θεμελιώδες και πρωταρχικό πλεονέκτημα για όλα τα μέλη μιας κοινωνίας. Δεν επηρεάζει μόνο το πώς αισθανόμαστε, αλλά πώς λειτουργούμε και συμμετέχουμε στην κοινότητα. Οι έννοιες της «υγείας» και της «κακής υγείας» φθάνουν πολύ πέρα από το άτομο και είναι δύσκολο

4 Παπαθανασίου Κ. (2002). «Γυναικολογική Ογκολογία». Αθήνα, University Studio Press. σελ.22

5 Bunkusi Isam : Πρακτική Προσέγγιση στην κλινική ογκολογία, επιμέλεια-μετάφραση Ζωγράφος Γεώργιος, επίτομος, 2η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2012, σ. 16-20

να προσδιοριστούν και να μετρηθούν, καθώς περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα εμπειριών και γεγονότων και η ερμηνεία τους μπορεί να έχει σχέση με τα κοινωνικά πρότυπα και πλαίσια. Ως εκ τούτου, τα άτομα, οι ομάδες και οι κοινωνίες μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές ερμηνείες στο τι είναι η ασθένεια και τι σημαίνει να είσαι σε καλή υγεία. Ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός της υγείας ορίστηκε στο προοίμιο του Συντάγματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) το 1946. Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, *η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η ελευθερία από ασθένειες και αναπηρίες*⁶. Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει τις διανοητικές και κοινωνικές διαστάσεις και εστιάζει πέρα από τις ατομικές φυσικές ικανότητες ή δυσλειτουργίες. Η υγεία είναι επομένως η γενική ευημερία του ατόμου⁷.

Από την άλλη πλευρά, ασθένεια θεωρείται οποιαδήποτε διαταραχή της φυσιολογικής κατάστασης ή της φυσιολογικής δραστηριότητας του σώματος. Ένα άτομο είναι άρρωστο εάν διαταραχθεί η συντονισμένη συνεργασία μεταξύ των φυσικών ή ψυχολογικών ή ψυχοφυσικών λειτουργικών συνιστωσών του οργανισμού, είτε υποκειμενικά είτε με κλινική διαπίστωση, στο βαθμό που το άτομο απαιτεί ιατρική ή γενική υποστήριξη. Η κατανόηση της ασθένειας συνδυάζει υποκειμενική εμπειρία, αντικειμενικά εμφανή ευρήματα και κοινωνική και πολιτισμική ερμηνεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ασθένεια έχει βιολογική βάση. Ταυτόχρονα, πολλά από τα φαινόμενα που χαρακτηρίζονται ως ασθένειες έχουν ψυχολογικά ή κοινωνικά αίτια.

Στην καθημερινή ζωή, η υγεία και η ασθένεια είναι σχετικοί όροι εντός του κοινωνικοπολιτιστικού περιβάλλοντος. Το ιστορικό προσωπικής ζωής αντιπροσωπεύει το υπόβαθρο της ασθένειας, το οποίο συχνά συνεπάγεται την αλληλεπίδραση κοινωνικών και ιστορικών αιτιών. Το σθένος της

6 WHO (World Health Organization) 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health conference, New York, 19–22 June, 1946. New York: WHO. Page:7

7 Australian Institute of Health and Welfare 2014 *Australia's health 2014*. Australia's health series no. 14. Cat. no. AUS 178. Canberra: AIHW

ασθένειας ποικίλλει επίσης μεταξύ των πολιτισμών. Από την αρχαιότητα, οι άνθρωποι με λέπρα απέμειναν από την κοινωνία για πολλούς αιώνες. Στη σύγχρονη κοινωνία, τα άτομα με AIDS συχνά υφίστανται διακρίσεις. Σε ορισμένες ασθένειες, όπως η άνοια, αναμιγνύονται αναπόσπαστα συνδεδεμένοι φυσικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Από την άλλη πλευρά, σοβαρές ασθένειες όπως ο καρκίνος μπορούν επίσης να προκαλέσουν ψυχολογικές επιπτώσεις.

Ως χρόνια ασθένεια ορίζεται η κατάσταση υγείας με συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερους από τρεις μήνες με περιόδους λανθ'ανουσας κατάστασης αλλά παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και καθώς δεν έχει οριστική θεραπεία, απαιτεί τη συνεχή διαχείριση για χρονικό διάστημα ετών ή δεκαετιών⁸.

1.3 Η ασθένεια του καρκίνου

Ο καρκίνος σαν ασθένεια ήταν γνωστός από την αρχαιότητα. Τον γνώριζαν οι Αιγύπτιοι, οι Ινδοί και οι αρχαίοι Έλληνες. Ο Ιπποκράτης μάλιστα τον διέκρινε σε επιφανειακό και σε καρκίνο που προχωρεί σε βάθος. Σύμφωνα με τον ορισμό του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου, ο καρκίνος είναι το όνομα που δίνεται σε μια συλλογή σχετικών ασθενειών. Σε όλους τους τύπους καρκίνου, ορισμένα από τα κύτταρα του σώματος αρχίζουν να διαιρούνται χωρίς να σταματούν και να εξαπλώνονται στους περιβάλλοντες ιστούς. Οι καρκινικοί όγκοι είναι κακοήθεις, πράγμα που σημαίνει ότι μπορούν να εξαπλωθούν ή να εισβάλουν στους κοντινούς ιστούς. Επιπλέον, καθώς αυτοί οι όγκοι αναπτύσσονται, ορισμένα καρκινικά κύτταρα μπορούν να σπάσουν και να μετακινηθούν σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος μέσω του αίματος ή του λεμφικού συστήματος και να σχηματίσουν νέους όγκους μακριά από τον αρχικό όγκο. Σύμφωνα με έρευνα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, περισσότερα από 14 εκατομμύρια νέα κρούσματα

8 Centre for Chronic Disease Prevention and Control (2006). *What are chronic and non-communicable diseases?* Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. Page:35

καρκίνου διαγνώστηκαν παγκοσμίως το 2012 και πάνω από το ήμισυ αυτών των περιπτώσεων εμφανίστηκαν σε οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπλέον, 8 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως το 2012 οφείλονταν στον καρκίνο. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, μέχρι το έτος 2030, ο αριθμός των θανάτων που οφείλονται στον καρκίνο παγκοσμίως θα αυξηθεί⁹.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι υπήρξαν εντυπωσιακές εξελίξεις τόσο στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στη θεραπεία του καρκίνου, καθώς και στην καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας του καρκίνου. Ο τελευταίος περιλαμβάνει μια σαφέστερη κατανόηση τόσο των περιβαλλοντικών παραγόντων όσο και των λεγόμενων «τερατογόνων» και «καρκινογόνων», αλλά και των γενετικών μηχανισμών μέσω των οποίων δημιουργείται και μεταδίδεται ευαισθησία για τον καρκίνο από τη μια γενιά στην άλλη. Ο λόγος για αυτό είναι η αύξηση των ανθυγιεινών τρόπων ζωής, ιδίως η αδράνεια και η ανθυγιεινή διατροφή καθώς και η περιβαλλοντική ρύπανση και το άγχος που κατέστησαν τον καρκίνο τη δεύτερη σημαντική αιτία θανάτου στον κόσμο. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η ψυχο-ογκολογία είναι ένα αυξανόμενο επιστημονικό πεδίο που ασχολείται με τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της πρόληψης, της αιτιολογίας, της διάγνωσης, της θεραπείας και της αποκατάστασης του καρκίνου. Είναι ένας διεπιστημονικός τομέας που περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ ιατρικών και μη ιατρικών επαγγελματιών, ιδιαίτερα ψυχολόγων. Οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές με τη μορφή αρνητικών επιπτώσεων και ακόμη και ψυχιατρικών διαταραχών παρατηρούνται στο 30-60% των ασθενών με καρκίνο¹⁰.

9 Shahidi S. (2017), «Psycho-oncology: The relationship Between Psychology, Personality and Cancer» in *Cancer Genetics and Psychotherapy*. Springer International Publishing, Parvin Mehdipour Department of Medical Genetics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Page:2

10 Grassi L, Watson M (2012) Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-oncology Societies. *Psychooncology* 21(10):1027–1033

Πίνακας 1: Οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου (σύμφωνα με την Αμερικανική Καρκινολογική Εταιρεία: Στοιχεία καρκίνου και αριθμοί 2015.

Type of cancer	Estimated new cases
Bladder	74,000
Breast (female-male)	231,840–2350
Colon and rectal (combined)	132,700
Endometrial	54,870
Kidney (renal cell and renal pelvis)	61,560
Leukemia (all types)	54,270
Lung (including bronchus)	221,200
Melanoma	73,870
Non-hodgkin lymphoma	71,859
Pancreatic	48,960
Prostate	220,800
Thyroid	62,450

1.3.1 Χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων

Τα καρκινικά κύτταρα είναι παθολογικά, δεν εξυπηρετούν κάποια χρήσιμη λειτουργία και είναι επικίνδυνα για τους φυσιολογικούς ιστούς του σώματος. Τα κακοήθη καρκινικά κύτταρα συνήθως:

1. **Διαιρούνται ταχύτατα και συνεχώς:** Στα πρώτα χρόνια της ζωής, και μέχρι την ενηλικίωση του ατόμου, ο ρυθμός διαίρεσης των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού είναι έντονος. Στη συνέχεια τα κύτταρα διαιρούνται μόνο για να αντικαταστήσουν άλλα που έχουν φθαρεί ή πεθάνει. Τα καρκινικά κύτταρα διαφέρουν από τα φυσιολογικά κύτταρα, διότι συνεχίζουν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα, Αμέσως μόλις ολοκληρωθεί ένας μιτωτικός κύκλος, τα θυγατρικά κύτταρα ξεκινούν νέο κύκλο διαίρεσης¹¹.

¹¹ Κωστάκης Α, (2015). «Σύγχρονη χειρουργική διαγνωστική και θεραπευτική», τόμος 1ος , έκδοση 3η , εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2015, σ. 1-5

2. **Ανθίστανται στην απόπτωση ή και σε άλλες μορφές προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου:** Τα περισσότερα καρκινικά κύτταρα έχουν μεγάλα τελομερή και ποσότητα από ένα ένζυμο, την τελομέραση, που αποκαθιστά το DNA των τελομερών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα καρκινικά κύτταρα να μην αντιδρούν σε μηνύματα απόπτωσης και έτσι να ζουν απεριόριστα.
 3. **Εμφανίζουν αναπλαστική μορφολογία:** Τα καρκινικά κύτταρα αποβάλλουν τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των πατρικών τους κυττάρων και γίνονται έτσι αναπλαστικά. Καθώς ένα καρκινικό κύτταρο γίνεται ολοένα και πιο κακόηθες, εμφανίζεται μικρότερο και σφαιρικό. Αυτή η απώλεια της συγκεκριμένης μορφολογίας κάνει τη διάγνωση του κυτταρικού τύπου δύσκολη, καθώς τα περισσότερα είδη καρκινικών κυττάρων μοιάζουν μεταξύ τους.
 4. **Παρουσιάζουν μεγάλη αναλογία πυρήνα προς κυτταρόπλασμα:** Ο πυρήνας ενός καρκινικού κυττάρου είναι μεγαλύτερος από τον πυρήνα ενός φυσιολογικού, ενώ γενικά το καρκινικό κύτταρο είναι μικρότερο. Ο πυρήνας καταλαμβάνει το μεγαλύτερο χώρο μέσα στο κύτταρο, αυξάνοντας σημαντικά την αναλογία πυρήνα - κυτταρόπλασμα.
 5. **Απώλεια μερικών ή όλων των εξειδικευμένων λειτουργιών:** Παράλληλα με την αλλαγή της εμφάνισης από εκείνη των πατρικών κυττάρων, τα καρκινικά κύτταρα χάνουν και κάποιες από τις λειτουργίες που επιτελούσαν. Τα καρκινικά κύτταρα δεν εξυπηρετούν κάποιο χρήσιμο σκοπό.
 6. **Συνδέονται χαλαρά μεταξύ τους:** Τα καρκινικά κύτταρα συνδέονται χαλαρά μεταξύ τους και απομακρύνονται εύκολα από τον κύριο όγκο.
 7. **Έχουν ικανότητα μετανάστευσης:** Επειδή τα καρκινικά κύτταρα δεν συνδέονται στενά μεταξύ τους και διαθέτουν πληθώρα ενζύμων στην επιφάνειά τους, έχουν την ικανότητα να διαφεύγουν διαμέσου των αγγείων και των ιστών και να απλώνονται από την κύρια περιοχή του όγκου σε πολλά άλλα σημεία του σώματος. Η ικανότητα αυτή να
-

επεκτείνονται αποτελεί ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των καρκινικών κυττάρων, καθώς και μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου των καρκινοπαθών.

8. **Αναπτύσσονται με εισβολή:** Τα καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται και εξαπλώνονται σε άλλους ιστούς είτε κοντά ή μακριά από την πρωτοπαθή εστία μέσω εισβολής ή διήθησης. Η ικανότητα τους αυτή, καθώς και η συνεχιζόμενη αύξηση, κάνουν τον καρκίνο θανατηφόρο χωρίς θεραπεία.
9. **Δεν αναστέλλονται εξ επαφής:** Τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να διαιρούνται ακόμα και αν βρίσκονται σε πλήρη επαφή με άλλα γειτονικά κύτταρα, που σημαίνει ότι η ανάπτυξή τους δεν αναστέλλεται εξ επαφής. Η επίμονη αυτή κυτταρική διαίρεση του καρκίνου αποτελεί έναν παράγοντα που δυσχεραίνει τον έλεγχο της νόσου.
10. **Δημιουργούν αγγεία για την αιμάτωσή τους:** Πολλοί όγκοι σχηματίζουν ένα δικό τους αγγειακό δίκτυο, του οποίου η δομή είναι πιο άτακτη και πυκνή από τη φυσιολογική¹².

1.3.2 Παράγοντες κινδύνου

Η λέξη καρκίνος, ακόμη και σήμερα που η επιστήμη της ιατρικής έχει εξελιχθεί πολύ, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, αγωνία και άγχος. Βασικές αιτίες είναι οι αδιευκρίνιστες αιτίες που τον προκαλούν, αλλά και τα θεραπευτικά μέτρα τα οποία στα μάτια των ασθενών φαντάζουν περίπλοκα. Ο καρκίνος δεν είναι μια ασθένεια που οφείλεται σε μια μόνο αιτία και απαιτεί ένα μοναδικό τρόπο θεραπείας, αλλά υπάρχουν περισσότερες από διακόσιες διαφορετικές μορφές καρκίνου και κάθε μια από αυτές έχει τη δική της ονομασία και θεραπεία¹³.

Παράγοντας κινδύνου είναι οτιδήποτε θα μπορούσε να επηρεάσει τις πιθανότητες ανάπτυξης μιας ασθένειας, όπως ο καρκίνος. Οι διάφοροι τύποι

12 Καβαντζάς Ν. : Ιστοπαθολογική Ταξινόμηση των Όγκων, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000, σ. 23-58

13 Μουζάκα, Ι. (1985). «Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού», Αθήνα, *Ιατρική* 47, σελ 6-11.

καρκίνου έχουν και διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου. Η αιτιολογία του καρκίνου στην πλειονότητα των κακοηθών όγκων, είναι άγνωστη μέχρι σήμερα. Παρόλο που γενετικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση με την ασθένεια, κανένας, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι προβλεπτικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσής της¹⁴.

Η επιστήμη, έχει καταλήξει σήμερα σε μια σειρά από παράγοντες που, όπως αποδείχθηκε, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο. Αυτοί είναι οι ατομικοί και οι εξωτερικοί παράγοντες.

Ατομικοί παράγοντες, είναι οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, η κακή διατροφή, η άσκηση, ακόμα και ο ύπνος¹⁵.

Εξωτερικοί παράγοντες είναι αυτοί που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου. Όπως για παράδειγμα η γενετική προδιάθεση ή κληρονομικότητα, η ηλικία, οι χημικές ουσίες, η υπεριώδης ακτινοβολία, η ιονίζουσα ακτινοβολία ή ακτίνες X, η περιβαντολογική ρύπανση, το βεβαρημένο εργασιακό περιβάλλον κ.α.

Συμπερασματικά και γενικά όπως αναφέρει ο Σπηλιώτης (2017), ο κίνδυνος να αναπτύξει κάποιος άνθρωπος καρκίνο, ορίζεται από την απάντηση στις ερωτήσεις:

Ποιός είναι; = γενετική σύνθεση, στοιχεία κληρονομικότητας.

Που ζει; = περιβαλλοντικοί παράγοντες, καρκινογόνες ουσίες.

Πως ζει; =προσωπικός τρόπος ζωής, καθημερινές συνήθειες¹⁶.

14 Καρβελάς, Φ. (1990). «Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού», Αθήνα, *Ιατρική* 57(1). σελ 25-29.

15 Σπηλιώτης Ι. (2017). «Καρκίνος Ποιος είσαι; Πού ζεις; Πώς ζεις;». Εκδόσεις: Broken Hill Publishers. Λευκωσία, Κύπρος. Σελ.128-160

16 Σπηλιώτης Ι. ο.π. σελ. 17, 95 και 127

Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Οι διαφορετικές μορφές καρκίνου έχουν συνδεθεί επανειλημμένως με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Είναι χαρακτηριστικό ότι μόνο σε ό,τι αφορά το επαγγελματικό περιβάλλον έχουν καταγραφεί 28 επιβεβαιωμένοι καρκινογόνοι παράγοντες, 27 πιθανοί καρκινογόνοι παράγοντες και 113 δυνητικοί καρκινογόνοι παράγοντες¹⁷.

Καρκινογόνοι παράγοντες κάποιες από τις χημικές ουσίες που βρίσκονται είτε στον αέρα που αναπνέουμε είτε στα βρώσιμα είδη, όπως για παράδειγμα ο καπνός των τσιγάρων, οι αναθυμιάσεις από συσκευές, χημικές ουσίες που εμπεριέχονται στο πόσιμο νερό, ακατάλληλα τρόφιμα κλπ. Οι ουσίες αυτές απορροφούνται είτε από τους πνεύμονες, είτε από το στομάχι και περνούν στην κυκλοφορία του αίματος. Από το αίμα μπορούν να φτάσουν και να επικαθήσουν σε οποιοδήποτε σημείο του ανθρωπίνου σώματος, (στα νεφρά, στο συκώτι, στο πάγκρεας, στον εγκέφαλο) αυξάνοντας έτσι στα αντίστοιχα σημεία την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Το ίδιο αποτέλεσμα έχουν πάνω στον οργανισμό και κάποιες ακτινοβολίες, όπως για παράδειγμα η ραδιενέργεια¹⁸.

Στην κορυφή των νεοπλασιών βρίσκεται ο καρκίνος του πνεύμονος, ο οποίος αυξάνεται χρόνο με τον χρόνο στις ανεπτυγμένες χώρες. Εκτός από το κάπνισμα, στο οποίο αποδίδεται το 66% των κρουσμάτων της νόσου, αυτή συνδέεται επίσης με την ατμοσφαιρική ρύπανση, τη ρύπανση στους εσωτερικούς χώρους λόγω καύσεως στερεών καυσίμων, αλλά και την έκθεση σε ραδόνιο, σε ιονίζουσα ακτινοβολία, σε άσβεστο και σε άλλα χημικά στοιχεία, όπως το χρώμιο, το νικέλιο, το κάδμιο.

Δεύτερος στην αρνητική σειρά ο καρκίνος του στομάχου, που συνδέεται με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και ο οποίος χτυπάει περισσότερο τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Με περιβαλλοντικούς παράγοντες φαίνεται να συνδέονται και άλλα νεοπλάσματα, όπως η λευχαιμία - ποσοστό της τάξεως

17 Τζώλη Θ. (2006). «Περιβάλλον και εμφάνιση καρκίνου» Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» 13/08/2006, Σελ.: Η02 Κωδικός άρθρου: Β14838Η021

18 Σπανός Ν. (2012). «Ψυχοσωματικές διαστάσεις του καρκίνου: Από τον Ράιχ προς τις σύγχρονες συμπληρωματικές προσεγγίσεις» Ελληνικό Ινστιτούτο Νευροφυτοθεραπείας και ανάλυσης χαρακτήρα. Ομιλία στο Κέντρο «Βίλχελμ Ράιχ» Τετάρτη 24 Οκτωβρίου 2012. Αθήνα

του 2% των κρουσμάτων αποδίδεται σε έκθεση σε χημικά όπως το βενζόλιο - αλλά και το κακόηθες μελάνωμα - κύρια αιτία εμφάνισής του είναι η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία. Σε εμφάνιση καρκίνου συμβάλλουν επίσης οι αφλατοξίνες στις τροφές, ο άσβεστος στο πόσιμο νερό, αλλά και ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV¹⁹.

Γενετικοί παράγοντες: Ως γενετικοί παράγοντες, προσδιορίζονται τα χαρακτηριστικά εκείνα που περνούν από γενιά σε γενιά και δεν είμαστε σε θέση να τα μεταβάλουμε. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι, η φυλή καταγωγής, τα γονίδια τα οποία κληρονομούνται, το φύλο και η ηλικία, τα οποία καθιστούν κάποιες πληθυσμιακές ομάδες πιο ευάλωτες στη προσβολή του καρκίνου.

- **Κληρονομικότητα:** Σύμφωνα με στατιστική έρευνα που διεξήχθη το 1976 στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Henry T. Lynch και τους συνεργάτες του σε σχέση με την κληρονομικότητα, σε 4515 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο, εξήχθησαν τα εξής συμπεράσματα. Το 8,9% αυτών είχαν ένα άτομο στην οικογένεια τους με παρόμοιο ιατρικό ιστορικό, 16,2% με δυο συγγενείς που είχαν εμφανίσει παρόμοια ασθένεια, ενώ 27,4% είχαν 3 ή περισσότερους νοσήσαντες στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Αυτό επιβεβαιώνεται από πιο σύγχρονη μελέτη των David E. Anderson και Michael Badzioch το 1984, σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, στο Houston. Είναι άγνωστο βάσει ποιών γενετικών διεργασιών γίνεται αυτή η μεταβίβαση²⁰.
- **Φύλο:** Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, σε ορισμένους τύπους καρκίνου. Ο γυναικείος πληθυσμός προσβάλλεται από καρκίνο του μαστού συχνότερα απ' ό,τι ο ανδρικός.

19 Τζώλη Θ. ο.π. σελ. Η02

20 Φύσσας Ι. (2006). «Ο μαστός κι οι παθήσεις του». Αθήνα Εκδόσεις Λιβάνη. Σελ.36-37

Από την άλλη πλευρά, το ανδρικό φύλο από μόνο του αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη²¹.

- **Ανθυγιεινός Τρόπος Ζωής:** Ο καρκίνος είναι κυρίως αποτέλεσμα της έκθεσης του ατόμου σε καρκινογόνους παράγοντες. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου παγκοσμίως με βάση τα πιο πρόσφατα δεδομένα, είναι η χρήση καπνού που είναι υπεύθυνη συνολικά για το 20% των θανάτων από καρκίνο, ενώ για τις χώρες με υψηλό εισόδημα το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 30%. Στη συνέχεια ακολουθούν η κατανάλωση αλκοόλ και η υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών με περίπου 5% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο^{22, 23}.
- **Χρήση καπνού – Κάπνισμα:** Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο γνωστό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο. Η εξάρτηση από τον καπνό κατατάσσεται από τον Π.Ο.Υ. στην κατηγορία «ICD-10», σαν μια χρόνια κατάσταση στον τομέα των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, υπολογίζεται ότι το 25% όλων των περιπτώσεων καρκίνου στην Ε.Ε. μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα καθώς και το 80 με 90% των θανάτων από καρκίνο των πνευμόνων. Έχει υπολογιστεί ότι ο συνολικός αριθμός των θανάτων από τη χρήση καπνού το 2005, ανήλθε σε 5,4 εκατομμύρια ανθρώπους. Αν ο αριθμός αυτός συνεχίσει να αυξάνεται με τον ίδιο ρυθμό, θα οδηγηθούμε σε 6,4 και 8,3 εκατομμύρια θανάτους το 2015 και 2030 αντίστοιχα. Η χρήση καπνού συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση πολλών τύπων καρκίνου, όπως του πνεύμονα, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του οισοφάγου και της ουροδόχου κύστης. Η ανάπτυξη του

21 Μουζάκα, Ι. (1985). «Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού», Αθήνα, *Ιατρική* 47, σελ 6-11.

22 Γενικό Αντικαρκινικό –Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»
[http://www.agsavvas-hosp.gr/%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B5%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CE%A0%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%A4%CE%AF%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF;](http://www.agsavvas-hosp.gr/%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B5%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CE%A0%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%A4%CE%AF%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%;) Τελευταία ημερ. πρόσβασης 14/10/2018

23 Σπηλιώτης Ι. ο.π. σελ.

καρκίνου σε συγκεκριμένα όργανα εξαρτάται από τα σημεία που έρχονται σε επαφή τα χημικά συστατικά του καπνού. Ο αυξανόμενος κίνδυνος που παρουσιάζουν τα υπόλοιπα όργανα προέρχεται πιθανότατα από τις καρκινογόνες ουσίες που απορροφώνται στο αίμα μέσω των πνευμόνων και μεταφέρονται στο κάθε όργανο. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα πούρου και πίπας είναι το ίδιο επιβαρυντικά για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα, όπως το κάπνισμα τσιγάρου. Στις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος θα πρέπει να υπολογιστεί και ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα και πιθανόν άλλων μορφών καρκίνου σε μη καπνιστές, από την παθητική έκθεση στον καπνό (παθητικό κάπνισμα). Ο κίνδυνος αυξάνεται ανάλογα με το χρονικό διάστημα και την ποσότητα που καπνίζει κανείς κάθε μέρα. Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και μετά από δέκα χρόνια αποχής, ο κίνδυνος για τον πρώην καπνιστή δε φτάνει ούτε τον ελάχιστο κίνδυνο ενός ατόμου που δεν έχει καπνίσει ποτέ στη ζωή του. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Ελλάδα παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών όχι μόνο ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και ανάμεσα στις χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α.. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες εκτιμούν ότι το ποσοστό των ενηλίκων που καπνίζουν καθημερινά φτάνει το 40%, το οποίο αυξάνεται στο 50% στους έφηβους, ενώ τα διαθέσιμα αντικαπνιστικά μέτρα που περιστασιακά έχουν επιβληθεί έως σήμερα φαίνεται πως έχουν αποτύχει²⁴.

- **Κατανάλωση αλκοόλ:** Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση πολλών τύπων καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού, του ήπατος, του οισοφάγου, του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα και του εντέρου. Ο συνδυασμός καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (συνεργική δράση). Το 22% των στοματικών καρκίνων και του

φάρυγγα στους άνδρες αποδίδονται στο αλκοόλ, ενώ το ποσοστό πέφτει στο 9% για τις γυναίκες. Παρόμοια διαφορά εντοπίζεται και στους καρκίνους του οισοφάγου και του ήπατος. Έρευνες αναδεικνύουν τη μακροχρόνια βλάβη που προκαλείται στο νευρικό σύστημα, στο ήπαρ και σε άλλα όργανα μετά από χρόνια κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Ενώ για τους περισσότερους τύπους καρκίνου ο κίνδυνος εμφάνισης αυξάνεται με την αύξηση της ποσότητας που καταναλώνει κάποιος, στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και ένα ποτήρι αλκοόλ την ημέρα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατά 10%. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες, μεταξύ των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, με μεσαία κατανάλωση οινοπνεύματος, ωστόσο παρουσιάζει αύξηση της τάξεως του 8% μεταξύ του 1970 και 2003. Αξίζει να σημειωθεί ότι χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία έχουν σημειώσει αξιόλογη μείωση της τάξεως του 35% και 50% αντίστοιχα για το ίδιο διάστημα^{25, 26}.

- **Ανθυγιεινή Διατροφή:** Οι ενδείξεις για τη σχέση της διατροφής και της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου δεν είναι τόσο ισχυρές, όσο οι ενδείξεις για τη σχέση μεταξύ καρκίνου και καπνίσματος ή αλκοόλ ή έκθεσης σε χημικές ουσίες. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να σχετίζονται με το 30% των καρκίνων στις αναπτυγμένες χώρες και πιθανώς με το 20% των καρκίνων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για το λόγο αυτό, σοβαρή σημασία θα πρέπει να δοθεί στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών με στόχο την πρόληψη της νόσου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος και τροφής πλούσιας σε λίπος συνδέεται με τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ λίπους και πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου. Αντιθέτως, η υγιεινή διατροφή, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά φαίνεται πως έχει προστατευτική

25 Γενικό Αντικαρκινικό –Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» ο.π.

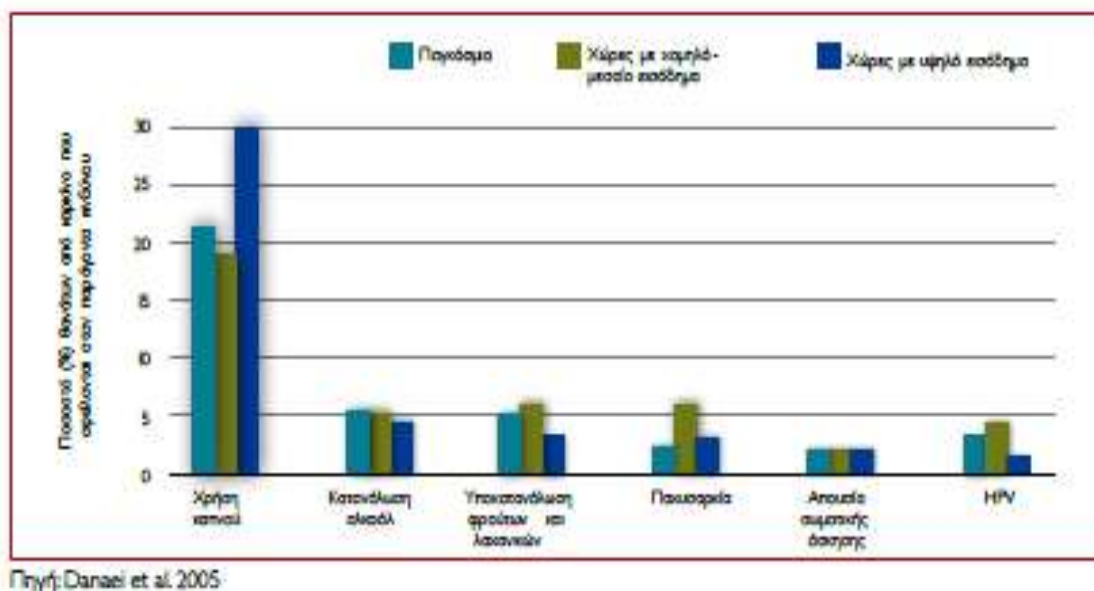
26 Σπηλιώτης Ι. ο.π. σελ

δράση. Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της βάσης δεδομένων του Π.Ο.Υ. παρουσιάζει το δεύτερο -μετά την Ισπανία- ποσοστό αύξησης (16,9%) στη μέση ημερήσια κατανάλωση θερμίδων ανά άτομο για το διάστημα 1970 και 2003, ενώ έχει την 3η υψηλότερη κατανάλωση θερμίδων ανά άτομο (3.666 kcal) μετά την Πορτογαλία (3.746 kcal) και την Ιταλία (3.675 kcal)²⁷.

- **Παχυσαρκία και απουσία σωματικής άσκησης:** Η έλλειψη σωματικής άσκησης και η παχυσαρκία αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Η αύξηση της μάζας του σώματος σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης ευθύνονται για το 19% των θανάτων από καρκίνο του μαστού και για το 26% των θανάτων από καρκίνο του εντέρου. Στην Ευρώπη, περίπου ο μισός πληθυσμός ενηλίκων θεωρείται υπέρβαρος, ενώ στα αστικά κέντρα ανάλογος είναι ο αριθμός των ατόμων που δεν αθλούνται. Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και καρκίνων του ενδομητρίου, εντέρου, στομάχου και οισοφάγου. Οι βασικές αιτίες της παχυσαρκίας είναι κοινωνικές, προερχόμενες από περιβάλλοντα που προωθούν την καθιστική ζωή και την υπερκατανάλωση τροφών που περιέχουν υψηλές θερμίδες. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η παχυσαρκία ευθύνεται για το 40% των περιπτώσεων του καρκίνου της μήτρας. Επιπλέον, σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης ευθύνεται για 159.000 θανάτους από καρκίνο του παχέος εντέρου κάθε χρόνο και για 88.000 θανάτους από καρκίνο του μαστού. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η φυσική άσκηση και η ισορροπημένη διατροφή είναι προστατευτικοί παράγοντες στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του εντέρου και του καρκίνου του μαστού. Το περιττό σωματικό βάρος και η έλλειψη άσκησης ευθύνονται για το 1/5 με 1/3 περίπου των καρκίνων του μαστού, του εντέρου, του ενδομητρίου, του στομάχου και του οισοφάγου. Διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα, κατά τελευταία χρόνια (1980-2003), παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, τόσο στους άνδρες,

27 Γενικό Αντικαρκινικό –Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» ο.π

όσο και στις γυναίκες, τα οποία είναι σχεδόν διπλάσια από εκείνα των άλλων χωρών της Ευρώπης. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ανδρών άνω των 15 ετών που είναι παχύσαρκοι φτάνει το 46%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες είναι 38% ^{28,29} .



Διάγραμμα 1: Καρκινογόνοι παράγοντες σε σχέση με το ποσοστό (%) θανάτων από καρκίνο, παγκόσμια, στις χώρες με χαμηλό-μεσαίο εισόδημα και στις χώρες με υψηλό και χαμηλό εισόδημα.
Πηγή: ΥΥΚΑ, (2008)³⁰

1.4 Η ασθένεια ως κοινωνικό φαινόμενο

Η ασθένεια του καρκίνου, εκτός από τη βιολογική δυσλειτουργία, αποτελεί ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται από την κοινωνία και τις προτεραιότητες που αυτή θέτει. Οι κοινωνικές επιστήμες, ιδιαίτερα η κοινωνιολογία της υγείας, της ασθένειας και του σώματος, έχουν αναδείξει την σπουδαιότητα της κοινωνικής και βιοματικής διάστασης της ασθένειας.

28 Γενικό Αντικαρκινικό –Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» ο.π

29 Σπηλιώτης Ι. ο.π. σελ

30 ΥΥΚΑ (2008). «Εθνικό Σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2008-2012».

Η ασθένεια οδηγεί σε επαναπροσδιορισμό της σχέσης του ατόμου με το σώμα του. Η σχέση αυτή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ατομικής κοινωνικής ταυτότητας, επειδή το σώμα δεν αποτελεί απλώς μια στατική βιολογική οντότητα. Σύμφωνα με τις τρέχουσες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις, το άτομο νοείται ως ενσώματο κοινωνικό υποκείμενο, και η καθημερινή - βιωματική σχέση που αναπτύσσει με το σώμα του αποτελεί βασικό προσδιοριστικό στοιχείο της κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι κυρίαρχες μορφές σχέσης με το σώμα διαφοροποιούνται και στο εσωτερικό κάθε κοινωνίας, καθώς συνδέονται με τα ιδιαίτερα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των επιμέρους κοινωνικών ομάδων και στρωμάτων, και των αντίστοιχων σωματικών εμπειριών³¹.

Σε αυτό το ερμηνευτικό πλαίσιο αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον οι περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών, οι οποίες οδηγούν σε μια βίαιη τροποποίηση της πρότερης σχέσης του ατόμου με το σώμα του. Η εμφάνιση των ασθενειών αυτού του τύπου οδηγεί σε μια νέα σχέση με το σώμα, η οποία γίνεται το βάθρο πάνω στο οποίο στηρίζεται η εκ νέου διαμορφωθείσα κοινωνική ταυτότητα³².

Ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια η οποία πιθανόν να οδηγήσει σε κάποιο τύπο χειρουργικής επέμβασης. Παρά την σοβαρότητα της νόσου, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων χρόνων, όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, τη θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επιβίωσης των ατόμων που προσβάλλονται από αυτήν. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έφερε στην επιφάνεια τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες συνδέονται τόσο με την ασθένεια όσο και με τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Πέρα από τα βιολογικά προβλήματα και τις παρενέργειες που δημιουργεί η θεραπευτική παρέμβαση (αλωπεκία,

31 Τζανάκης Μ., Κατσικάρη Κ. & Μπρέκη Μ., (2012). «Ψυχοκοινωνικές συνδηλώσεις του καρκίνου του μαστού», Τετράδια Ψυχιατρικής (υπό έκδοση)

http://sociology.soc.uoc.gr/wp-content/uploads/2013/tzanakis/ARTHRA_KAI_KEFALAIA_SILLOGIKON_TOMON/19.%20TZANAKIS,%20KATSIKARI,%20BREKI201. Τελ. Ημερ. Πρόσβασης 14/10/18

32 Yardley L. (1997) «Reconstructing the Body Concept», *The British Journal of Psychology*, 88: 709-711.

κόπωση, στοματικά έλκη, ναυτία και στειρότητα), ο καρκίνος έχει μεγάλες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες υπερβαίνουν την αρωγή την οποία προσφέρει η επιστημονική ιατρική. Η χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία ορμονοθεραπεία κλπ. στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς, προκειμένου να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάστασης, έχουν πολλές παρενέργειες και απαιτούν μεγάλη προσπάθεια για τη διαχείριση της καθημερινότητας. Έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς διαχειρίζονται τη μετάβαση από την υγεία στην ασθένεια και το αντίθετο, και επιχειρούν να αναδομήσουν την καθημερινότητά τους και τις σχέσεις τους με τους άλλους. Η σοβαρότητα αυτής της ασθένειας απειλεί ευθέως την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση του εαυτού (Giddens, 1991, όπως αναφέρεται στους Τζανάκη κ.α., 2012)³³. Η υπερβολική εξάρτηση από τις ιατρικές υπηρεσίες οδηγεί σε μια μορφή ψυχολογικής αναπηρίας, η οποία θεωρείται τυπική στις περιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών³⁴. Η ψυχολογική αυτή αναπηρία αποκτά βαρύνουσα σημασία σε μια κοινωνία η οποία προάγει την αυτόβουλη συμπεριφορά.

Η προσαρμογή των ασθενών αλλά και του οικείου περιβάλλοντος στη νέα επώδυνη κατάσταση δεν είναι στατική, αλλά μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και επηρεάζεται από το κοινωνικό πλαίσιο. Όπως επισημαίνει ο Χριστοδούλου (2006), *τα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με έναν ήδη εγκατεστημένο καρκίνο δεν εξαρτώνται μόνο από το είδος, την εντόπιση, την έκταση, το ρυθμό ανάπτυξης και την αναπηρία που προκαλεί, αλλά και από το πώς 'αντιλαμβάνεται' κανείς την πάθησή του, δηλαδή από το βαθμό της απειλής που εκπροσωπεί η νόσος για το συγκεκριμένο άτομο*³⁵. Αυτή η «αντίληψη» εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο εννοιολογείται κοινωνικά η ασθένεια, τους συμβολισμούς με τους οποίους συνδέεται, καθώς και από την οργάνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, τη δομή των ιατρικών υπηρεσιών, το

33 Τζανάκης Μ., Κατσικάρη Κ. & Μπρέκη Μ., (2012), ο.π.

34 Χριστοδούλου Γ. (2006), «Καρκίνος», στο Χριστοδούλου Γ. (επιμ.), Ψυχιατρική, τ. Ι, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 453

35 Χριστοδούλου Γ. (2006), ο.π. σελ. 450

βαθμό και το είδος της παρέμβασής τους στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον³⁶.

36 Τζανάκης Μ., Κατσικάρη Κ. & Μπρέκη Μ., (2012) ο.π.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

2.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος αποτελεί ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, επηρεάζοντας με πολλούς τρόπους την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες έχει στραφεί προς την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση, ως ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον επαρκής. Οι διαρκώς αυξανόμενες επιθετικές θεραπείες, με μικρές αναμενόμενες διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα, έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως μια σημαντική παράμετρο κατά την διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία περιλαμβάνει αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις και συνεπώς δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί³⁷.

2.2 Η έννοια της ποιότητας ζωής

Οι πρώτες αναφορές για την Ποιότητα Ζωής γίνονται από το φιλόσοφο Αριστοτέλη, ο οποίος αποδίδει στην έννοια «ευδαιμονία» την ευτυχία, την ικανοποίηση και την ψυχική ευχαρίστηση.

Ο όρος «Ποιότητα Ζωής» είναι μία σχετικά νέα έννοια, η οποία με τον καιρό αναπτύχθηκε και έγινε πιο σύνθετη. Οροθετήθηκε στις ΗΠΑ, στη δεκαετία του '50 και είχε ταυτιστεί με το βιοτικό επίπεδο. Το 1960 ο όρος διευρύνθηκε, για να περιλάβει την παιδεία, την υγεία και ευεξία, την οικονομία και τη βιομηχανική ανάπτυξη³⁸.

37 Παπαγεωργίου Δ., Κουτελέκος Ι. (2009). «Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα». Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 8^{ος}, Τεύχος 40, Οκτώβριος –Δεκέμβριος 2009, σελ. 293

38 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2011). «Ποιότητα Ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος Ι): Έννοια και περιεχόμενο». Ελληνικό περιοδικό της νοσημελυτικής Επιστήμης. Τόμος 5, Τεύχος 3. Σελ. 9

Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στον ορισμό της υγείας, εκτός της απουσίας ασθένειας, σημειώνει την ύπαρξη φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευημερίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, που αφορά στην κατάσταση της ζωής του, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο πλαίσιο του συστήματος αξιών εντός του οποίου ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτό θέτει»³⁹.

Η Ποιότητα Ζωής εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με:

- τη νόσο (συμπτώματα της νόσου, επιτυχία αντιμετώπισης τους, κ.α.)
- τη θεραπεία (το είδος, την έκταση, τις παρενέργειες της υποστηρικτικής θεραπείας)
- την προσωπικότητα και ψυχολογία του πάσχοντος
- την οικογενειακή στήριξη την επαγγελματική ζωή
- την κοινωνική αποδοχή
- τη γνωστική και πνευματική καλλιέργεια και υπόσταση του ασθενούς

Για την προσέγγιση της επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου, εντάσσεται η έννοια της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (Health Related Quality of Life, HRQOL) και η εκτίμησή της έχει σκοπό να απεικονίσει το πολυπαραγοντικό φορτίο που επωμίζεται ο ασθενής λόγω της κλινικής του κατάστασης (Κάβουρα και συν., 2003). Η έννοια της περίθαλψης διευρύνεται για να συμπεριλάβει όχι μόνο τη διασφάλιση της ανθρώπινης ζωής αλλά και την εξασφάλιση του «ευ ζην» του ασθενούς.

Για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της ποιότητας ζωής έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα πολλά θεωρητικά μοντέλα και απόψεις. Ευρέως χρησιμοποιούνται στην έρευνα και στη νοσηλευτική κλινική πρακτική το μοντέλο των Ferrell Grant, Padilla, Vemury & Rhiner, των Wilson & Clearly

39 WHO (1996) WHOQOL-BREF. Geneva, WHO page 5

και το μοντέλο των Ferrans & Power (Vellerand et al, 1998). Και τα τρία μοντέλα θεωρούν την ποιότητα ζωής, πολυδιάστατη και με υποκειμενική φύση έννοια, βασίζονται στην ατομική-προσωπική θεώρηση και ιδεολογία του ατόμου ως μοναδική σύνθετη προσωπικότητα, η υγεία θεωρείται πολυδιάστατη έννοια και η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τις μοναδικές εμπειρίες κάθε ατόμου⁴⁰.

2.3 Ποιότητα ζωής και καρκίνος

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια η οποία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και επιφέρει δραματικές συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στο περιβάλλον τους. Πολλές φορές, η ασθένεια μπορεί να είναι κυρίαρχη σε τέτοιο βαθμό, ώστε η ποιότητα ζωής να είναι σχεδόν συνώνυμη με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο είναι η οικογενειακή κατάσταση, η μορφή του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, ο τρόπος νοσηλείας, το είδος θεραπείας, κ.ά.

Οι Ferrell, Grant, Padilla, Vemury & Rhiner (1991)⁴¹ δίνουν έμφαση στην ανάγκη της πολυδιάστατης προσέγγισης της έννοιας, όπου κάθε διάσταση αποτελείται από προσεγγίσεις γενικού περιεχομένου που ισχύουν για όλο τον πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο αλλά και από ειδικές προσεγγίσεις για κάθε τύπο καρκίνου και κάθε θεραπεία (Grant & Rivera 1998). Όπως φαίνεται στην παρακάτω εικόνα, οι ερευνητές διακρίνουν τις τέσσερις διαστάσεις-πεδία της ποιότητας ζωής⁴². (Εικόνα 1).

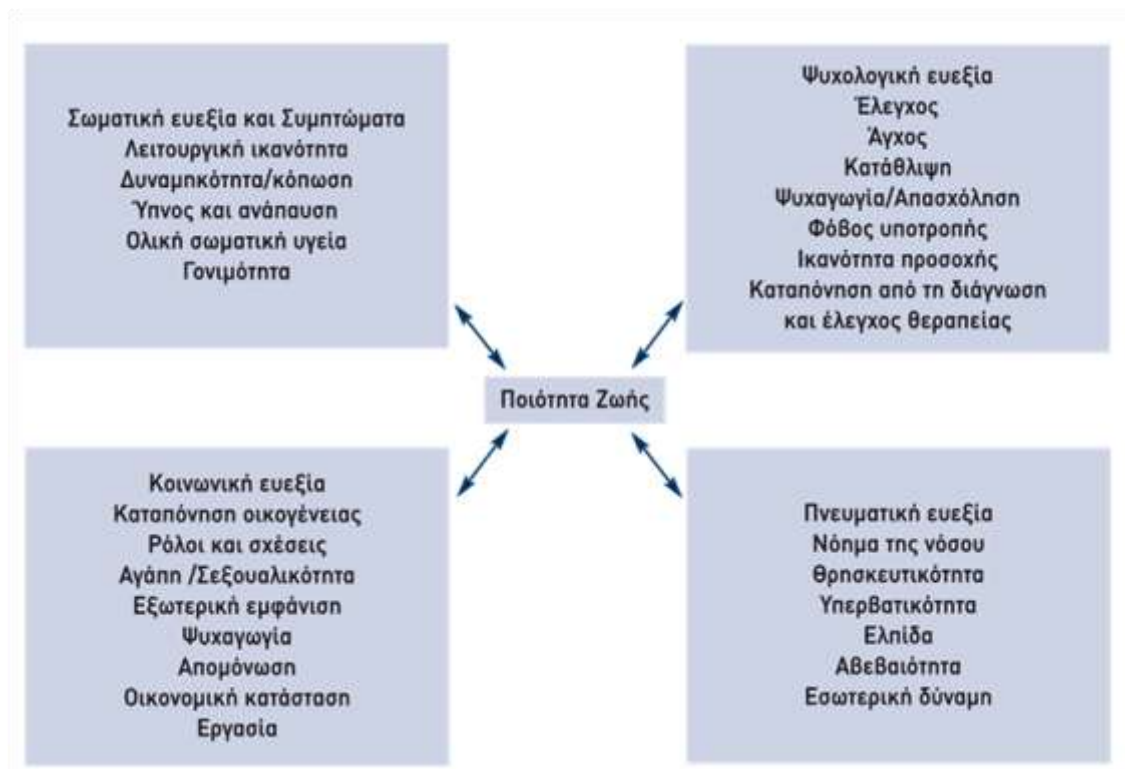
Η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου, από τη διάγνωση, τη θεραπεία μέχρι και τον επικείμενο θάνατο, και φυσικά οι διαστάσεις της είναι πολλαπλές. Εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που

40 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2011). ο.π. σελ. 9

41 Ferrell B, Grant M, Padilla G, Vemury S & Rhiner M (1991). «The experiences of pain and perceptions of QoL: Validation of a conceptual mode»l. The Hospice Journal, 7(3) pages 9-24

42 Ferrel B, Hassey Dow K, Leigh S, Ly J & Gulasekaram P (1995). «Quality of life in long term cancer survivors». Oncology Nursing Forum, 22(6) page 916

σχετίζονται με τη νόσο, όπως συμπτώματα και επιτυχία αντιμετώπισης τους, τη θεραπεία όπως τοξείδος, την έκταση και τις παρενέργειες, την προσωπικότητα και ψυχολογία του πάσχοντος, την οικογενειακή στήριξη, την επαγγελματική ζωή, την κοινωνική αποδοχή, την γνωστική, συμπεριφορική και πνευματική του καλλιέργεια και υπόσταση⁴³.



Εικόνα 1: Το μοντέλο ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο των Ferrell B., Padilla G., Vemury S. & Rhiner M.

(Πηγή: Αδαμακίδου – Καλοκαιρινού, 2011)⁴⁴

2.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών

Η υγεία και η ποιότητα ζωής παρόλο που αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο επηρεάζονται από κάποιους προσδιοριστικούς παράγοντες οι οποίοι μπορούν να καταταχθούν στις ακόλουθες κατηγορίες :

43 Ρηγάτος Γ. (2000). «Ψυχοκοινωνική ογκολογία». Εκδόσεις Ascent, Αθήνα, σελ 76

44 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2011). ο.π. σελ. 10

- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και βιοτικό επίπεδο:** κατοικία- κάλυψη των αναγκών στέγασης, ένδυσης και σίτισης, τρόπος ζωής και τρόπος διαβίωσης, οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες.
- **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** αξιοπρεπείς υγιεινή και ιατροφαρμακευτική φροντίδα, επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών παροχών, ύπαρξη πρόνοιας, ίση και εύκολη παροχή και προσβασιμότητα στις παροχές υγείας, εξέλιξη επιδημιολογικών ιατρικών και πρακτικών γνώσεων.
- **Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** ήθη και έθιμα, εκπαίδευση και μορφωτικό επίπεδο, νοοτροπίες στάσεις και τάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και αποδοχή, άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- **Κοινωνικοί παράγοντες:** κοινωνική προσφορά και ασφάλεια, εργασία, κοινωνική διαστρωμάτωση, οικονομική άνεση, κοινωνικές σχέσεις και σχέσεις παραγωγής, κοινωνικός σεβασμός, συνεργασία και αλληλεγγύη.
- **Οικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες:** επίπεδο ευημερίας, επίπεδο οικονομικής και πολιτικής ανάπτυξης, εισόδημα, οικονομική ανάπτυξη.
- **Φυσικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες:** οργανωτική σχέση μεταξύ φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, επίπεδο οικολογικής προστασίας και βαθμός της οικολογικής ρύπανσης.
- **Δημογραφικοί παράγοντες:** μετανάστευση, αστυφιλία- αστική και αγροτική πυκνότητα, ρυθμός αύξησης του πληθυσμού, ηλικία, φύλο, επάγγελμα⁴⁵.

45 Τσάτη Ε. (2017). «Διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία με τα εργαλεία FACT-G και HADS.». Μεταπτυχιακή Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών, σελ. 65-66.

2.4 Μέθοδοι εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο

Οι φυσικές λειτουργίες, η λειτουργική επάρκεια ή ανεπάρκεια, η κοινωνική κατάσταση, οι συναισθηματικές λειτουργίες, η ύπαρξη ρόλου στον περίγυρο, οι πνευματικές λειτουργίες, η ικανοποίηση από τη θεραπεία, η ελπίδα, η σεξουαλικότητα και τέλος θέματα επαγγελματικής απασχόλησης αποτελούν τον ευμεγέθη κορμό αξιολόγησης του πάσχοντος σε σχέση με τη νόσο, τη θεραπεία, τους θεράποντες και το περιβάλλον του.

Για το λόγο αυτό η ιατρική κοινότητα επικεντρώνει την προσοχή της τόσο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, όσο και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη ζωή των αρώστων. Ο συνδυασμός αυτών των δύο προοπτικών διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται η μελέτη για την ποιότητα ζωής: αφενός η προσωπική, υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του (αντικειμενική διάσταση)⁴⁶.

Οι επιθυμίες των ασθενών σχετικά με τη θεραπεία και τις παρενέργειές της, την πληροφόρηση και την πρόγνωση της νόσου αποτελούν επίσης μέρος της Ορθής Κλινικής Πρακτικής και πρέπει να καταγράφονται σχολαστικά.

Η ανάλυση αυτών των δεδομένων μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση της τοξικότητας συγκεκριμένων φαρμάκων ή θεραπειών και να ενισχύσει τη συνεργασιμότητα των ασθενών με τους θεράποντες ιατρούς.

2.5 Αξιολόγηση των ασθενών

Η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει πλήθος μελετών που διαπραγματεύονται και αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο σε διαφορετικές φάσεις της πορείας της νόσου. Εντούτοις, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της την καθιστούν ευάλωτη σε μεθοδολογικά προβλήματα - προκλήσεις, τα οποία οι

46 Υφαντόπουλος Γ., Σαρρης Μ. (2001). «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3) σελ. 219

ερευνητές πρέπει να διαχειριστούν προσεκτικά για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων τους⁴⁷.

Οι ασθενείς συχνά λόγω της κλινικής τους κατάστασης δεν δύναται να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής τους. Στην περίπτωση αυτή τα δεδομένα συλλέγονται από τους σημαντικούς άλλους (οικογένεια, φίλοι, άτυπος φροντιστής) ή/και από τους επαγγελματίες υγείας (ιατρός, νοσηλεύτης). Το ερώτημα που προκύπτει αφορά στην ακρίβεια της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ασθενών από κάποιο άλλο άτομο, όταν ο καλύτερος κριτής γι'αυτήν θεωρείται ο ίδιος ο ασθενής.

Οι ερωτώμενοι συνήθως καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων

- i. με κατηγορικές απαντήσεις ή απαντήσεις τύπου Likert, σύμφωνα με τις οποίες κάθε στοιχείο-ερώτηση ακολουθείται από ένα σύνολο επιλογών απαντήσεων και οι ερωτώμενοι καλούνται να επιλέξουν την επιλογή/απάντηση που τους εκφράζει,
- ii. την οπτική αναλογική κλίμακα, σύμφωνα με την οποία κάθε στοιχείο-ερώτηση ακολουθείται από μία ευθεία οριζόντια γραμμή, συνήθως 10 cm, με αναφορά της μέγιστης και ελάχιστης τιμής ή ενδιάμεσα καθορισμένα σημεία και οι ερωτώμενοι καλούνται να σημειώσουν στη γραμμή το σημείο ή την τιμή που τους αντιπροσωπεύει και
- iii. τη διχότομη απάντηση ναι-όχι, σε μικρότερη συχνότητα.

Τα εργαλεία αξιολόγησης που απευθύνονται σε παιδιά χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους ανεύρεσης της απάντησης, όπως ο πίνακας με σχήματα προσώπου με χαμόγελο έως κλάμα στο ιατρείο πόνου (continuum of smiling to crying faces)⁴⁸.

47 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2011), ο.π. σελ. 10

48 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2012). «Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Μέρος II. Εργαλεία αξιολόγησης». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Τόμος 5, Τεύχος 4, σελ. 6

2.5.1 Εργαλεία αξιολόγησης

Υπάρχουν ερωτηματολόγια ειδικά για τον καρκίνο. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα αυτών των εργαλείων είναι η ευαισθησία τους στις αλλαγές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την ασθένεια, καθώς επίσης είναι περιεκτικά, σύντομα και επαρκή στις προσεγγίσεις τους. Η ειδικότητά τους σε συγκεκριμένους τύπους καρκίνου αποκλείει τις συγκρίσεις των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών.

Ο στόχος από την επιλογή και χρήση ενός εργαλείου μέτρησης είναι η προσέγγιση των πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής του ατόμου και η παροχή αξιόπιστων και έγκυρων πληροφοριών που θα επιτρέπουν συγκρίσεις των μετρήσεων. Οι ερευνητές που προτίθενται να εξετάσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο, βρίσκονται αντιμέτωποι με την μεγάλη ποικιλία των ερωτηματολογίων. Αυτά διαφέρουν όχι μόνο ως προς το περιεχόμενο, τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής και τη βαρύτητα που επιδίδουν σε κάθε μία από αυτές, αλλά κυρίως διαφέρουν ως προς τον σκοπό της χρήσης τους⁴⁹.

Εργαλεία αξιολόγησης ποιότητας ζωής

- Δείκτης Ποιότητας Ζωής (Quality of Life Index-QLI): Η κλίμακα αυτή δημοσιεύθηκε προ 20 ετίας και είναι μία ειδική για τους καρκινοπαθείς κλίμακα, η οποία ωστόσο έχει κριτήρια παρόμοια με αυτά της γενικής υγείας. Συντάχθηκε από ομάδα έμπειρων επαγγελματιών υγείας και ασθενών και χρησιμοποιείται σε μεγάλο αριθμό μελετών, ως βαθμολόγηση από τον ασθενή.
- Το Ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ: Το ερωτηματολόγιο EORTC-QLQ (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core) σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε το 1991 ως υπόδειγμα μέτρησης της φυσικής, συναισθηματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας παράλληλα με τα συμπτώματα της νόσου, τις οικονομικές επιπτώσεις και την συνολική ποιότητα της

49 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2012), ο.π. σελ. 9

ζωής σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Περιλαμβάνει 30 σημεία αξιολογήσεως και θεωρείται ως εξαιρετικά αξιόπιστο.

- Δείκτης λειτουργικής διαβίωσης (Functional Living Index-FLIC): Πρόκειται για κλίμακα 22 στοιχείων, όπου ο ασθενής σημειώνει τις επιπτώσεις του καρκίνου στην καθημερινή ζωή του με τη βοήθεια ειδικού συστήματος βαθμολόγησης (Likert-type rating combined analog). Ο ψυχολογικός παράγοντας συσχετίζεται περισσότερο με μετρήσεις της κατάθλιψης και του άγχους παρά με αυτές της φυσικής λειτουργικότητας. Αντίθετα, ο φυσικός παράγοντας συσχετίζεται περισσότερο με την φυσική δραστηριότητα. Είναι ένα χρήσιμο εργαλείο που έχει εφαρμοστεί εκτενώς στην ογκολογία⁵⁰.
- Κλίμακα λειτουργικής εκτίμησης της θεραπείας του καρκίνου (Functional Assessment of Cancer Therapy-FACT scales): Το εργαλείο FACT αποτελείται από ένα γενικό κορμό 28 στοιχείων και 6 ειδικές υποκλίμακες στις οποίες αξιολογούνται συμπτώματα και προβλήματα ανάλογα με τη νόσο. Οι μετρήσεις παρέχουν μια γενική βαθμολογία ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία και επιμέρους βαθμολογίες για τη φυσική, κοινωνική, οικογενειακή, συναισθηματική και λειτουργική κατάσταση, τη σχέση με τον θεράποντα γιατρό και προβλήματα σχετιζόμενα με τη νόσο. Εξέλιξη του FACT αποτελεί το FACT-G, το οποίο μπορεί να διακρίνει μεταστατική από μη μεταστατική νόσο, ακόμη και μεταξύ σταδίων I, II, III και IV⁵¹.
- Σύστημα αξιολόγησης αποκατάστασης μετά από καρκίνο (Cancer Rehabilitation Evaluation System Short Form [CARES-SF]): Αποτελείται από 59 στοιχεία που συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή και αφορούν προβλήματα που αντιμετωπίζει από τη νόσο και κατά τη φάση αποκατάστασης. Από τις μετρήσεις προκύπτουν

50 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2012), ο.π. σελ. 8

51 Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2012), ο.π. σελ. 8

βαθμολογίες συνολική και επιμέρους που περιέχουν πληροφορίες για τη φυσική, ψυχοκοινωνική, συζυγική και σεξουαλική κατάσταση καθώς και την αλληλεπίδραση με τον θεράποντα. Η μέθοδος έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και ευαίσθητη σε σειρά μελετών.

- Γραμμικές αναλογικές κλίμακες αυτοαξιολόγησης (Linear Analog Self Assessment LASA scales): Πρόκειται για γραμμικές κλίμακες 10 cm στις οποίες ο ασθενής καλείται να σημειώσει την εκάστοτε παρούσα κατάστασή του βαθμολογώντας μεταξύ των δύο άκρων. Υπάρχουν διάφορα εργαλεία που έχουν δοκιμαστεί με τη γραμμική αναλογική κλίμακα. Η μέθοδος είναι ενδιαφέρουσα γιατί είναι σχετικά απλή για τους ασθενείς και φαίνεται ότι είναι εξαιρετικά ευαίσθητη, αν και υπάρχουν επιφυλάξεις για την αξιοπιστία της ευαισθησίας των, ενώ δεν είναι δυνατή η τηλεφωνική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Μέτρηση της ωφελιμότητας (Q-TWIST (Quality-adjusted Time Without Symptoms and Toxicity): Είναι το γνωστότερο εργαλείο μέτρησης ωφελιμότητας από αντικαρκινικές θεραπείες το οποίο σχεδιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας του πρώιμου καρκίνου του μαστού. Ως μέθοδος είναι σχετικά απλή και οικονομική⁵².

52 <https://www.emedi.gr/%CE%BA%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE/%CE%BF%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/item/2531-%CF%80%CE%BF%CE%B9%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1-%CE%B6%CF%89%CE%AE%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82.html#.W3sEYzF9hdg> Ημερ. Πρόσβασης 14/10/2018

2.6 Ευρήματα πανευρωπαϊκής έρευνας της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο

Η πανευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με τον πόνο στον Καρκίνο (EPIC)⁵³ ήταν μια προσπάθεια αντιμετώπισης της έλλειψης πανευρωπαϊκών δεδομένων σχετικά με την επικράτηση και τη διαχείριση του πόνου από τον καρκίνο. Η μελέτη είχε στόχο να προσδιορίσει τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα του καρκίνου, και στην απόκτηση περιγραφικών δεδομένων σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αξιολογείται και αντιμετωπίζεται.

Η έρευνα EPIC διεξήχθη σε 11 ευρωπαϊκές χώρες: Τσεχία, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Ρουμανία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο και στο Ισραήλ το 2006 και στις αρχές του 2007, και δημοσιεύθηκε στα Χρονικά της Ογκολογίας το 2009.

- **Βασικά αποτελέσματα:** Εξετάστηκαν συνολικά 5084 ασθενείς. Το 56% από αυτούς (2864 άτομα), αξιολόγησαν την ένταση του πόνου τους να είναι μέτρια έως σοβαρή και είχαν υποστεί επαναλαμβανόμενο πόνο αρκετές φορές το μήνα ή περισσότερο τον προηγούμενο μήνα. Ο επιπολασμός του πόνου ήταν σημαντικά διαφορετικός μεταξύ των διαφορετικών τύπων καρκίνου. Οι ασθενείς με τον υψηλότερο επιπολασμό του πόνου (> 85%) ήταν αυτοί με καρκίνους του παγκρέατος, των οστών, του εγκεφάλου, του λεμφώματος, του πνεύμονα, της κεφαλής και του λαιμού.
- **Αξιολόγηση της στάσης των θεραπόντων ιατρών:** Συνολικά, το 50% των ασθενών πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν την ποιότητα ζωής τους ως σημαντική πτυχή του συνολικού σχεδίου περίθαλψης. Ποσοστό 12% πιστεύει ότι ο επαγγελματίας του τομέα της υγείας δεν καταλάβαινε ότι ο πόνος ήταν πρόβλημα.

53 Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F., Filbet M., Foubert A.J., Cohen R., Dow L. (2009). «EPIC survey: cancer-related pain: Pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes». *Annals of Oncology*. 20 : 1425

- **Θεραπεία του πόνου:** Από τους ασθενείς του δείγματος που είχαν μέτριο έως σοβαρό πόνο, το 11% εξ αυτών δεν έλαβαν αναλγητικά φάρμακα. Μεταξύ αυτών με σοβαρό έως πολύ σοβαρό πόνο, το 42% έλαβαν θεραπεία. Ο ισχυρός πόνος ή η ανεπαρκής ανακούφιση από τον πόνο ήταν συχνός μεταξύ των ασθενών που έλαβαν ιατρική συνταγή και εμφανίστηκαν στο 63% των ασθενών. Από αυτούς τους ασθενείς, το 58% ανέφερε ανεπαρκή ανακούφιση από τον πόνο είτε όλες τις ώρες, αρκετές φορές την ημέρα, καθημερινά ή αρκετές φορές την εβδομάδα⁵⁴.
- **Η επίδραση του πόνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών:** Συνολικά, μόνο το 48% των ασθενών με πόνο ανέφερε ότι είχαν καλή ποιότητα ζωής. Σημαντικές αναλογίες ασθενών ανέφεραν ότι:
 - ο πόνος τους εμπόδιζε να συγκεντρωθούν ή να σκέφτονται (51%),
 - ο πόνος δημιούργησε δυσκολία στην άσκηση φυσιολογικών δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή (69%) και
 - ο καρκίνος τους έκανε αυξημένο βάρος σε άλλους (43%).
 - Σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών (30%) έπασχαν από πάρα πολύ πόνο για να είναι σε θέση να φροντίσουν επαρκώς για τον εαυτό τους
 - για αυτούς που εξακολουθούν να εργάζονται, το 52% δήλωσε ότι ο πόνος τους επηρέασε την εργασιακή του απόδοση.

Ο πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο περιγράφηκε ως δυσάρεστος από το 67% των ασθενών, ως ανυπόφορη πτυχή του καρκίνου τους κατά 36% και 32% ανέφεραν ότι ένιωθαν τόσο άσχημα που ήθελαν να πεθάνουν.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, υπογραμμίζουν το γεγονός ότι ο πόνος στους ασθενείς με καρκίνο παραμένει ένα μεγάλο ζήτημα, καθώς

54 Breivik et al (2009), ο.π. σελ. 1428-1430

επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι αισθάνονται αγρηστευμένοι, ότι η ποιότητα ζωής τους δεν αποτελεί συνείδηση για τον κλινικό ιατρό τους και ότι οι κλινικοί γιατροί τους δεν κατανοούν τον πόνο τους ή πώς να το αντιμετωπίζουν⁵⁵.

Αρκετοί λόγοι μπορεί να οφείλονται στην κακή φροντίδα του καρκινικού πόνου:

- Ανεπαρκής εκτίμηση από τον ιατρό για την ένταση του πόνου
- Έλλειψη γνώσης
- Ο φόβος των ανεπιθύμητων ενεργειών των οπιοειδών φαρμάκων
- Ρυθμιστικά εμπόδια στη συνταγογράφηση και διανομή οπιοειδών⁵⁶

55 Breivik et al (2009), ο.π. σελ. 1431

56 Breivik et al (2009), ο. π.σελ. 1432

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

3.1 Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο λόγω της προόδου των διαγνωστικών μεθόδων και των εξελίξεων στη θεραπεία, με αποτέλεσμα το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας να έχει στραφεί προς τη διερεύνηση των επιπτώσεων που επιφέρει η νόσος στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο αποτελεί σύνθετη αναζήτηση, η οποία διερευνά την ποιότητα ζωής τους παράλληλα με την παρεχόμενη φροντίδα⁵⁷.

3.2 Ανάγκες των καρκινοπαθών

Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο είναι σημαντική, επειδή:

1. επιτρέπει την άμεση αξιολόγηση των αναγκών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς,
2. επιτρέπει την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών με συνέπεια την ιεράρχηση αυτών και
3. αναγνωρίζει τις ομάδες υψηλού κινδύνου συμβάλλοντας στην πρόληψη διαμέσου της κατάλληλης και πρώιμης παρέμβασης.

Η εκτίμηση των αναγκών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο. Απώτερος στόχος είναι η απόκτηση πληροφόρησης, με σκοπό την αρωγή στη βελτίωση της

57 Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Μ., Ζαχάκη Ι., Ηλιοπούλου Π., Κουτελέκος Ι., Κυρίτσης Ε. (2010). «Ανάγκες ασθενών με καρκίνο». Περιοδικό Νοσηλευτική 2010, 49(3):237

παρεχόμενης φροντίδας υγείας, την παροχή στήριξης των ασθενών και τη μείωση της νοσηρότητας⁵⁸.

Η στήριξη μέσω της πληροφόρησης και της εκπαίδευσης στην πληθυσμιακή ομάδα των ασθενών με καρκίνο θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας, επειδή θεωρείται αναγκαία, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια. Τα κύρια ευεργετικά αποτελέσματα που επιφέρει η πληροφόρηση ύστερα από λεπτομερή εκτίμηση των αναγκών, είναι η ενίσχυση της αντίληψης του ελέγχου των ασθενών προς την ασθένεια, παρέχοντάς τους, τρόπους διαχείρισης της νόσου και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της. Σε αυτά εντάσσονται η μείωση του άγχους, η συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, η δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών, η προαγωγή της αυτοφροντίδας και της ενεργούς συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η αίσθηση ασφάλειας και η έλλειψη σύγχυσης που προκύπτει κυρίως μετά από τη διάγνωση της νόσου⁵⁹.

Στην Ελλάδα, υπάρχουν ακόμη πολλές δυσχέρειες όσον αφορά στην εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο και στην ανάπτυξη ομάδων πληροφόρησης και παρέμβασης. Οι κυριότεροι λόγοι που ευθύνονται για το έλλειμμα στην παροχή πληροφόρησης, είναι η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας, η έλλειψη επαρκούς χρόνου, η άρνηση των ασθενών να ακολουθήσουν τις παρεχόμενες οδηγίες και το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στη θεραπεία της νόσου και δεν συμπεριλαμβάνουν ως αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας τις βιο-ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών⁶⁰.

58 Mills ME, Sullivan K. (1999). «The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: A review of the literature». *J Clin Nurs* 1999, 8:631-642

59 Πολυκανδριώτη κ.α. (2010), ο.π. σελ. 238

60 Πολυκανδριώτη κ.α. (2010) ο.π. σελ.237

3.3 Το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου

Παρόλο που ο καρκίνος είναι από τις πιο διαδεδομένες ασθένειες τα τελευταία χρόνια, στην ελληνική κοινωνία του 21^{ου} αιώνα εξακολουθεί να προκαλεί τον φόβο και να διαιωνίζει την προκατάληψη⁶¹. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με καρκίνο είναι οι κοινωνικές προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ασθένεια του και ο αντίκτυπος που έχουν στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο καρκίνος ως ασθένεια αποτελεί την προσωποποίηση του κακού για την συλλογική κοινωνική συνείδηση. Η λέξη και μόνο ενεργοποιεί αυτόματα αισθήματα φόβου και για το λόγο αυτό πολλές φορές ο καρκίνος αναφέρεται ως η «επάρατη νόσος», που στην ουσία σημαίνει καταραμένη ενισχύοντας έτσι τον φόβο γύρω από την ασθένεια.

Το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τον καρκίνο αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους. Οι συμπεριφορές απόκρυψης της ασθένειας από την οικογένεια αλλά και από το ίδιο το άτομο οδηγούν στην απομόνωση και την περιθωριοποίηση του ασθενή, καθιστώντας έτσι την ασθένεια του ως απειλή για την επαγγελματική, οικογενειακή, κοινωνική του ζωή. Ο ασθενής αισθάνεται υποτίμηση, ντροπή και δυσφορία, γεγονός που δυσχεραίνει την ψυχολογία του και κατ'επέκταση και την προσπάθεια του να την αντιμετωπίσει. Πολλές φορές άνθρωποι οι οποίοι έχουν βιώσει ή βιώνουν καρκίνο προσπαθούν να κρατήσουν μυστικό και να κουβαλήσουν μόνοι τους το βαρύ φορτίο της ασθένειας

61 Βαρβαρούση Μ. «Καρκίνος και κοινωνικές προκαταλήψεις» Διαθέσιμο <http://wincancer.gr/2016/08/%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%BB%CE%A E%CF%88%CE%B5/> τελ. Ημερομ. Πρόσβασης 29/10/2018

τους μόνο και μόνο για να μην έρθουν αντιμέτωποι με την αρνητική στάση ή τον οίκτο του κοινωνικού τους περιγυρου.

Ο θετικός επαναπροσδιορισμός της κοινής γνώμης αναφορικά με τον καρκίνο, θα συμβάλλει στην πλήρη συνειδητοποίηση ότι δεν πρέπει να τον αποφεύγουμε αλλά ότι είναι απαραίτητο να τον αποδεχτούμε, να επεξεργαστούμε τα συναισθήματα που μας προκαλεί και να τον αντιμετωπίσουμε⁶².

3.4 Κοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου

3.4.1 *Νοσηρότητα και θνησιμότητα*

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), 11 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις με καρκίνο διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο⁶³. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί και εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 29,5 εκατομμύρια μέχρι το 2040 (Διάγραμμα 2)⁶⁴, δηλαδή μια αύξηση της τάξης του 63,1%.

Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα⁶⁵.

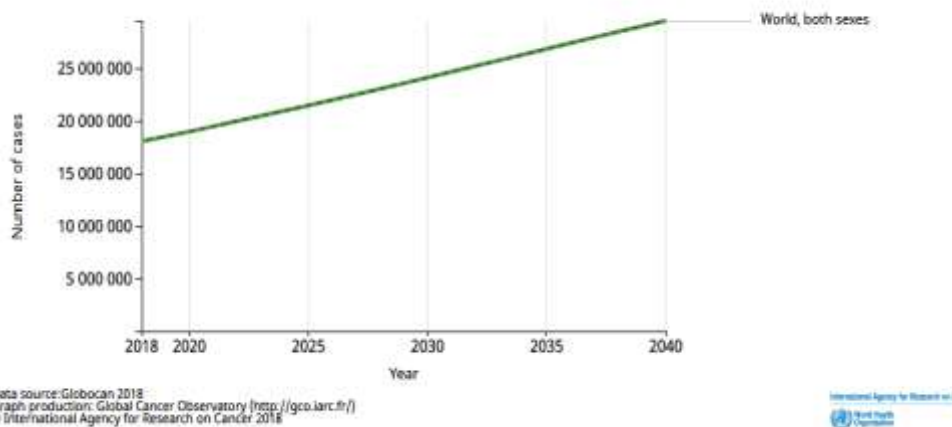
62 Τζαβέλα Ε. «Το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου» Διαθέσιμο στο: <https://www.healthpolicycongress.gr/%CF%84%CE%BF-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CF%8D%CF%80%CF%89%CE%BC%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84/> Ημερομ. Τελ. Πρόσβασης 29/10/2018

63 ΥΥΚΑ (2008). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2008-2012». Σελ. 4

64 WHO (2018). «International Agency for Research of Cancer» Διαθέσιμο στο <http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-line> Ημερομ. τελευταίας πρόσβασης 31/10/2018

65 ΥΥΚΑ (2008), ο.π. σελ. 4

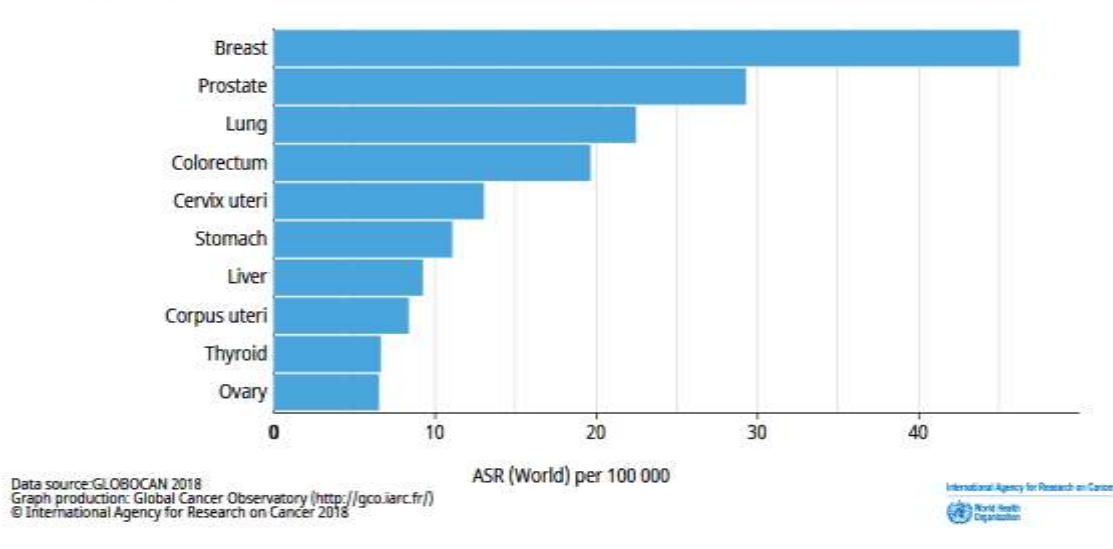
Estimated number of incident cases from 2018 to 2040, all cancers, both sexes, all ages



Διάγραμμα 2: Εκτιμώμενος αριθμός περιστατικών καρκίνου από το 2018 έως το 2040

Όσον αφορά τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου παγκοσμίως και για τα δύο φύλα για το έτος 2018, φαίνονται στο παρακάτω διάγραμμα. (Διάγραμμα 3)⁶⁶

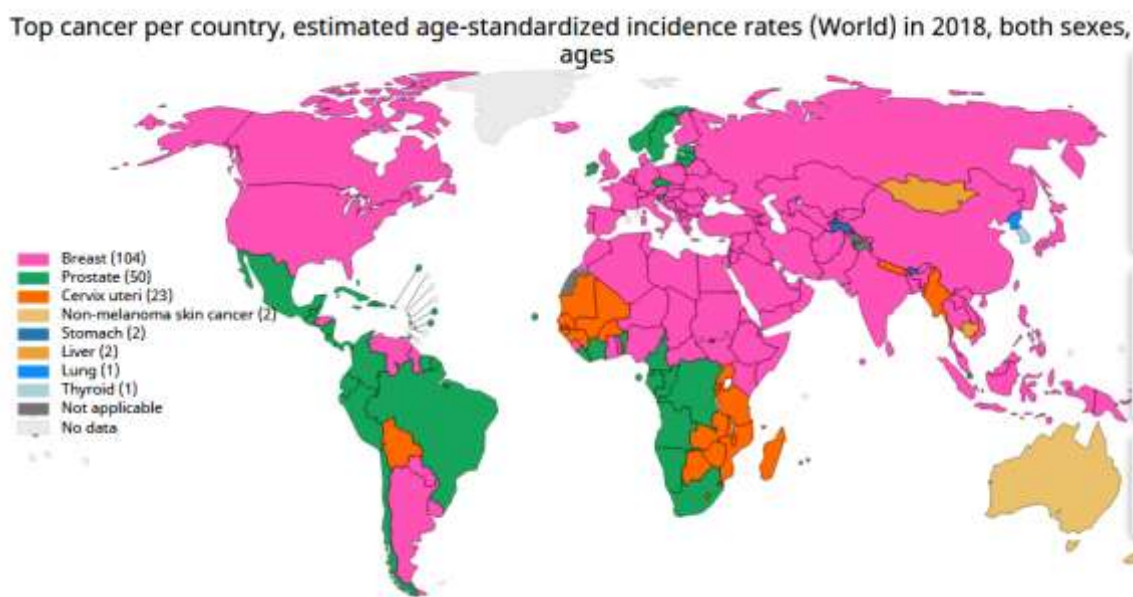
Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, worldwide, both sexes, all ages



Διάγραμμα 3: Εκτιμώμενα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης καρκίνου το 2018, σε όλο τον κόσμο, και στα δύο φύλα, σε όλες τις ηλικίες

66 WHO (2018), ο.π.

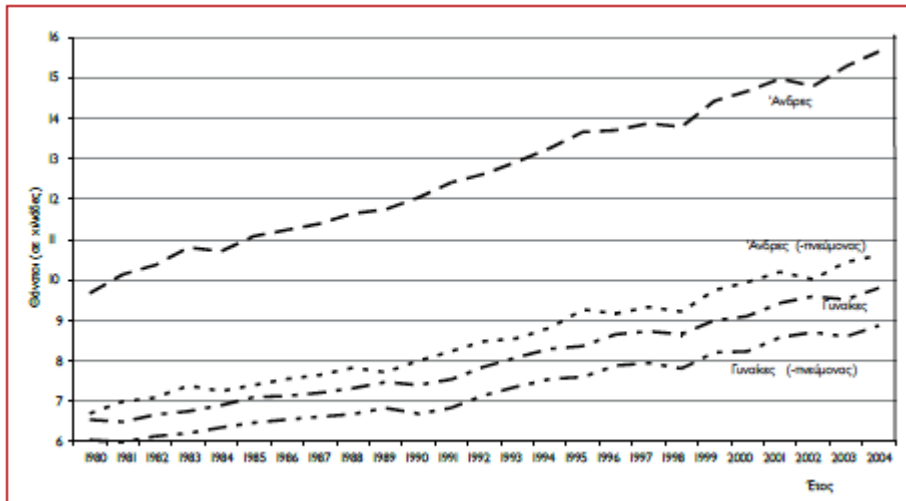
Ο καρκίνος του μαστού, είναι εκείνος με τη συχνότερη εμφάνιση ανά χώρα παγκοσμίως και έπεται ο καρκίνος του προστάτη (Εικόνα 2).



Εικόνα 2: Συχνότερη εμφάνιση καρκίνου ανά χώρα για το έτος 2018

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., ο καρκίνος συνιστά μία από τις μείζονες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ αναμένεται αύξηση της επίπτωσης κατά 27% μέχρι το 2035, σε σύγκριση με το 2012. Η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας. Συγκεκριμένα, μεταξύ 27 χωρών, η Ελλάδα κατατασσόταν το 2004, στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες. Στο παρακάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 4), απεικονίζεται η σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες από το 1980 έως και το 2004⁶⁷.

67 ΥΥΚΑ (2008), ο.π. σελ. 5



Διάγραμμα 4: Συνολικός αριθμός θανάτων από καρκίνο στην Ελλάδα 1980-2004

3.4.2 Διαχείριση της νόσου και πρόσβαση στα Συστήματα Υγείας

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου, με εξαίρεση τον καρκίνο του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Μεταξύ των χωρών της Ευρώπης παρουσιάζεται σημαντική διακύμανση στην επιβίωση από καρκίνο, γεγονός που υποδηλώνει τη διαφορετική αποτελεσματικότητα και ανταποκρισιμότητα των συστημάτων υγείας στη διαχείριση της πάθησης. Σοβαρές διακυμάνσεις στη θνησιμότητα παρατηρούνται και εντός των χωρών ανάμεσα σε διαφορετικούς καρκίνους.

Στην Ελλάδα, για τον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και του τραχήλου της μήτρας το φορτίο θνησιμότητας εμφανίζεται να αποκλίνει μεταξύ των νομών της χώρας, γεγονός το οποίο μπορεί να αποδοθεί στην απουσία ολοκληρωμένης πολιτικής για τη διαχείριση της νόσου και τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τις εκβάσεις υγείας. Ένας σημαντικός λόγος είναι η γεωγραφική ανισοκατανομή των διαθέσιμων ογκολογικών υποδομών, η οποία δυσχεραίνει την ισότιμη πρόσβαση σε αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας και επιδεινώνει σημαντικά τις ανισότητες στις εκβάσεις υγείας των ογκολογικών ασθενών.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας χαρακτηρίζεται από σοβαρές ποιοτικές και ποσοτικές ανισότητες στην κατανομή των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων. Οι συνέπειες αυτών είναι:

- Απορρύθμιση των ασθενών και μη συμμόρφωση ή μη συνέχιση της θεραπείας, λόγω δυσχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,
- Αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης που αφορά το κόστος της μετακίνησης και της παραμονής στον τόπο θεραπείας αλλά και
- Απώλεια παραγωγικότητας και επιβάρυνση για τον ασθενή και το συγγενικό ή ευρύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον
- Ανεπάρκεια υποστήριξης των ασθενών στο μεσοδιάστημα των θεραπειών τους (διαχείριση επιπλοκών, υποστηρικτική αγωγή, αντιμετώπιση πόνου κ.ά.).

Οι ανισότητες στη πρόσβαση λόγω κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και ανεπαρειών του συστήματος υγείας σε όρους παροχής υπηρεσιών υγείας και χρηματοδότησης φαίνεται να οξύνονται περαιτέρω σε περιόδους οικονομικής κρίσης με συνέπεια να επιβαρύνονται σημαντικά οι ασθενείς με καρκίνο.

3.5 Οικονομικές διαστάσεις του καρκίνου

3.5.1 Οικονομική διάσταση

Η ασθένεια του καρκίνου επιβαρύνει σημαντικά την υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους και για αυτό το λόγο αποτελεί σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας και για τις οικονομίες των χωρών παγκοσμίως, επειδή ο οικονομικός αντίκτυπος της πάθησης είναι ιδιαίτερα σημαντικός⁶⁸.

68 Κυριόπουλος Γ. (2017). «13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις πολιτικές της Υγείας». Διαθέσιμο στο <https://www.healthpolicycongress.gr/>. Ημερομηνία τελ. Πρόσβασης 1/10/2018

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου έχει υψηλό άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος. Το υψηλό άμεσο οικονομικό κόστος, που επιβαρύνει τα Συστήματα Υγείας, προκύπτει από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις υψηλής ακρίβειας και κόστους διαγνωστικές εξετάσεις αλλά κυρίως από τους θεραπευτικούς χειρισμούς που περιλαμβάνουν την ιδιαίτερα ακριβή φαρμακευτική αγωγή. Στοιχεία για το άμεσο κόστος στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, ωστόσο εκτιμάται ότι το κόστος για τη θεραπεία του καρκίνου κυμαίνεται περίπου στο 6,5% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Προκύπτει επίσης ένα υψηλό έμμεσο οικονομικό κόστος λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας, τόσο του πάσχοντα, όσο και της οικογένειάς του, που επιβαρύνεται με την κατ' οίκον νοσηλεία αυτού αλλά και από την απώλεια ημερών εργασίας από τον ίδιο τον ασθενή και τους φροντιστές του. Το έμμεσο κόστος υπολογίζεται ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιο του άμεσου⁶⁹.

Στην Ευρώπη, το έμμεσο κόστος για τη διαχείριση του καρκίνου το έτος 2009 ήταν το 60% του συνολικού κόστους, το οποίο ως επί το πλείστον αφορά στην απώλεια παραγωγικότητας λόγω πρόωρης θνησιμότητας και στο κόστος άτυπης φροντίδας. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του 2009, για το έμμεσο κόστος του καρκίνου, το κόστος λόγω απώλειας παραγωγικότητας ανήλθε σε περίπου 1 δισεκατομμύριο ευρώ, ενώ το κόστος της ανεπίσημης περίθαλψης εκτιμήθηκε στα 348 εκατ €⁷⁰.

Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για το άμεσο κόστος του καρκίνου στην Ελλάδα αφορούν το έτος 2014, σύμφωνα με τα οποία το 6,5% (1,361 εκατ. €) των συνολικών δαπανών για την υγεία σχετίζεται με το κόστος διαχείρισης και θεραπείας του καρκίνου (Πίνακας 2). Ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης, η Ελλάδα υπερβαίνει ελαφρώς τον μέσο όσο της Ευρώπης ο οποίος ανέρχεται στο 6%. Παρά ταύτα, η σύγκριση τής κατά κεφαλήν δαπάνης για καρκίνο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, που αποτελεί τον καταλληλότερο δείκτη σύγκρισης των δαπανών μεταξύ συστημάτων

69 ΥΥΚΑ (2010). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015»

70 Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A. and Sullivan, R. (2013). «Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis». *The Lancet Oncology*, Volume 14, Issue 12, November 2013, Pages 1165-1174.

υγείας, ιδίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπου τα συνολικά μεγέθη μειώνονται, υποδεικνύει πως η Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά του αντίστοιχου μέσου όρου της Ευρώπης⁷¹.

Πίνακας 2: Άμεσο κόστος διαχείρισης του καρκίνου στην Ευρώπη (2014)

	Total health expenditure			Direct health cost of cancer		
	% of GDP	total (million €, PPP)	per capita (€, PPP)	% of THE	total (million €, PPP)	per capita (€, PPP)
Austria	11.0 %	31,678	3,716	6.5 %	2,059	242
Belgium	11.2 %	38,750	3,465	6.2 %	2,415	216
Bulgaria	7.6 %	6,904	960	6.8 %	466	65
Croatia	7.3 %	4,919	1,161	6.9 %	337	80
Cyprus	7.4 %	1,405	1,636	6.3 %	88	103
Czech Republic	7.2 %	16,398	1,559	5.4 %	885	84
Denmark	10.6 %	19,542	3,461	4.5 %	879	156
Estonia	5.7 %	1,500	1,124	5.8 %	87	65
Finland	9.4 %	14,775	2,706	4.4 %	650	119
France	11.7 %	216,787	3,275	6.2 %	13,441	203
Germany	11.3 %	309,380	3,757	6.8 %	21,038	255
Greece	9.8 %	20,939	1,945	6.5 %	1,361	126
Hungary	8.0 %	14,345	1,455	7.0 %	1,004	102
Iceland	9.1 %	923	2,821	3.8 %	35	107
Ireland	8.9 %	14,002	3,040	5.0 %*	700	152
Italy	9.1 %	141,385	2,308	6.7 %	9,473	155
Latvia	5.7 %	2,077	1,043	6.2 %*	128	64
Lithuania	6.2 %	3,677	1,252	6.2 %*	226	77
Luxembourg	7.1 %	2,785	4,990	6.2 %*	174	311
Malta	8.7 %	870	2,033	6.5 %*	57	132
Netherlands	12.9 %	71,863	4,260	5.7 %	4,096	243
Norway	9.6 %	23,991	4,672	3.4 %	816	159
Poland	6.7 %	46,628	1,212	6.5 %	3,031	79
Portugal	9.7 %	20,395	1,957	3.9 %	795	76
Romania	5.3 %	15,533	783	6.8 %*	1,048	53
Slovakia	8.2 %	9,095	1,682	6.2 %*	564	104
Slovenia	9.2 %	4,230	2,051	6.7 %	283	137
Spain	8.9 %	102,776	2,238	5.8 %	5,961	130
Sweden	9.7 %	31,168	3,213	6.8 %	2,119	219
Switzerland	11.5 %	38,239	4,708	6.2 %	2,371	292
United Kingdom	9.1 %	165,950	2,566	5.0 %	8,298	128
Europe	10.1 %	1,463,522	2,793	6.0 %	87,895	169

3.5.2 Χρηματοδότηση και δαπάνες

Στην Ευρώπη παρατηρείται πως σε σχέση με το φορτίο νοσηρότητας που αποδίδεται στον καρκίνο, η νόσος φαίνεται να μην απορροφά την αντίστοιχη δαπάνη, ιδίως συγκριτικά με άλλες νόσους, οι οποίες συμβάλλουν λιγότερο στο φορτίο θνησιμότητας και νοσηρότητας.

71 Κυριόπουλος Γ. (2017), ο.π.

Είναι γνωστό πως η υστέρηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία αντισταθμίζεται από αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών, ώστε να παρακάμψουν τα εμπόδια στην πρόσβαση που δημιουργούνται από την υστέρηση αυτή και να λάβουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που επιθυμούν. Στο πλαίσιο αυτό, η Ελλάδα εμφανίζεται τρίτη μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τις υψηλότερες άμεσες ιατρικές δαπάνες ασθενών ως ποσοστό της τελικής κατανάλωσης των νοικοκυριών⁷². Σύμφωνα με μελέτες, η μέση συνολική ιδιωτική δαπάνη σε διάστημα 11 μηνών από τη διάγνωση έως και τη θεραπεία εκτιμήθηκε στα 4.706 €, γεγονός που οδήγησε το 47,3% των νοικοκυριών με ασθενή με καρκίνο του μαστού να υπόκειται σε καταστροφικές δαπάνες⁷³ (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5: Καταστροφικές δαπάνες ασθενών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα, 2015

72 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.

73 Skroumpelos et al. (2014), «Private and catastrophic health expenditure of patients with early and locally advanced breast cancer in Greece», November 2014; Volume 17, Issue 7, Pages A501-A502.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Οι σοβαρές ασθένειες είναι δυνατόν να αλλάξουν τη ζωή ενός ανθρώπου άμεσα και ριζικά, καθώς δεν επηρεάζουν μόνο το σώμα, αλλά και το νου — τη συνείδηση, τις σκέψεις, τις ανησυχίες και τα συναισθήματα των ασθενών που αφορούν τον εαυτό τους, τη ζωή τους και τις προοπτικές για το μέλλον τους. Οι ασθενείς με καρκίνο συναντούν δυσκολίες όταν καλούνται να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία που τους προτείνονται, καθώς και όταν αγωνίζονται να διατηρήσουν τον έλεγχο της ζωής τους⁷⁴. Επιπλέον, πρέπει συχνά να προσαρμόζουν τις προσδοκίες τους, τον τρόπο ζωής τους και την εργασία τους. Πολλοί θρηνούν για τις δυσκολίες αυτές και άλλοι έχουν παρατεταμένη δυσφορία και μπορεί να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές, συνηθέστερα κατάθλιψη ή άγχος⁷⁵.

4.2 Προσωπικότητα και ασθένεια

Η ασθένεια αποτελεί μια οδυνηρή υπενθύμιση ότι, παρόλο που οι άνθρωποι ζουν τον περισσότερο χρόνο σε έναν κόσμο πολιτισμού και σκέψεων όπου η συμπεριφορά προσδιορίζεται από προσδοκίες, αξίες και φιλοδοξίες, τα σώματά τους υπόκεινται σε περιορισμούς⁷⁶. Συνεπώς ο παράγοντας της προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο στην ασθένεια. Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός, παρατήρησε ότι οι μελαγχολικές γυναίκες ήταν πιο επιρρεπείς στον καρκίνο απ ό,τι οι γυναίκες με αυθόρμητη ιδιοσυγκρασία.

74 Di Matteo M.R., Martin L. (2011). «Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας». Εκδοσεις Πεδίο. σελ. 604

75 Turner J., Kelly B., (2000). «Emotional dimensions of chronic disease». *Western Journal of Medicine*, 2000 Feb. 172 (2): 125

76 Bradby H., (2010). «Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας». Εκδοσεις Πεδίο, Αθήνα σελ. 286

4.2.1 Καρκίνος και συναισθήματα

Σύμφωνα με τους Weisman & Worden 1976, (όπως αναφέρουν οι Τζανάκης κ.α. 2012, σελ.4)⁷⁷ «η εμφάνιση μιας ασθένειας η οποία απειλεί ευθέως τη ζωή, όπως ο καρκίνος, συνεπάγεται για το πάσχον άτομο μια επαναξιολόγηση των προτεραιοτήτων και τέτοιας έντασης ψυχολογικές επιπτώσεις που οδηγούν σε μια υπαρξιακή δοκιμασία»

Ο καρκίνος ως ασθένεια είναι μια αγχωτική εμπειρία. Αυτό συμβαίνει επειδή, όπως όλες οι χρόνιες ασθένειες, προκαλεί ταλαιπωρία στον ασθενή. Αυτή η ταλαιπωρία δεν παρουσιάζεται μόνο όταν διαγνωστεί ο καρκίνος, αλλά και κατά τη διάρκεια διαφόρων σταδίων της θεραπείας. Οι περισσότερες από αυτές τις θεραπείες απαιτούν την αντοχή πόνου και δυσφορίας από την πλευρά του ασθενούς και της οικογένειάς του. Ο πόνος περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικές διαταραχές και προβλήματα, αλλά και πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αντιδράσεις όπως ο θυμός, η άρνηση και η ενοχή που με τη σειρά τους διακόπτουν τη φυσιολογική πορεία της ζωής καθώς και την ποιότητά της. Πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει σχετικά με τον ρόλο του «πόνου» και της ταλαιπωρίας σε καρκινοπαθείς και έχουν διαπιστωθεί τρεις διαστάσεις: Φυσική, ψυχολογική και κοινωνική.

Η φυσική διάσταση, περιλαμβάνει συναισθήματα κόπωσης, πόνο και πιθανές παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Οι ψυχολογικές ταλαιπωρίες συνηθέστερα περιλαμβάνουν την κατάθλιψη και την απώλεια και όλα τα αρνητικά συναισθήματα και συναισθήματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και τις φυσικές αλλαγές που προκύπτουν από την ασθένεια. Λαμβάνοντας υπόψη την αναπόφευκτη κοινωνική και πολιτιστική σχέση μεταξύ καρκίνου και θανάτου, αυτή η ψυχολογική εξασθένιση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς προκαλεί απόσυρση και απομόνωση που οδηγεί στην τρίτη διάσταση, δηλαδή κοινωνική ταλαιπωρία⁷⁸.

77 Τζανάκης Μ., Κατσικάρη Κ., Μπρέκη Μ. (2012). «Ψυχοκοινωνικές συνδηλώσεις του καρκίνου του μαστού». Πανεπιστήμιο Κρήτης, σελ.4

78 Breitbart W., Poppito S. (2014). «Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer». Oxford University Press. Page. xiii

Οι Ellis et al., (2015)⁷⁹ διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη σχετικά με τους καρκινοπαθείς ασθενείς και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μέσω του πόνου και της ταλαιπωρίας, προκαλείται ένας μετασχηματισμός, κυρίως πνευματικής φύσης, που οδηγεί σε μεγαλύτερη και βαθύτερη κατανόηση του εαυτού τους. Αυτή η πνευματική κατανόηση επιτρέπει στον ασθενή να αντιμετωπίσει, να κατανοήσει και να αποδεχθεί την ταλαιπωρία που αντιμετωπίζει ως αποτέλεσμα του καρκίνου⁸⁰. Για ορισμένους ασθενείς, αυτό εξελίσσεται σε έναν πιο θρησκευτικό μετασχηματισμό.

Η έρευνα σε αυτόν τον τομέα έχει ανοίξει νέες πόρτες ώστε να κατανοηθεί το πώς οι ασθενείς με καρκίνο αντιδρούν στην ασθένεια και το πιο σημαντικό, πώς μπορούν να βοηθηθούν μερικοί ασθενείς αξιοποιώντας την ταλαιπωρία που αντιμετωπίζουν προς όφελός τους. Με άλλα λόγια, υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να μάθουν να γίνονται ισχυρότεροι ως αποτέλεσμα του πόνου τους. Αυτό είναι που ορισμένοι ψυχολόγοι έχουν χαρακτηριστεί ως «μετατραυματική ανάπτυξη» ή PTG⁸¹.

Η PTG χαρακτηρίζεται από μια αλλαγή στη γενική αντίληψη, την αυτο-αντίληψη και τη στάση απέναντι στη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των φιλοσοφικών / πνευματικών αλλαγών. Έχει βρεθεί ότι πολλοί ασθενείς που βιώνουν PTG απέκτησαν ισχυρό κίνητρο για προσωπική ανάπτυξη, που δεν οφείλεται αποκλειστικά σε στρατηγικές προσαρμογής και αντιμετώπισης αλλά αφορούσε θετικές αλλαγές ζωής και νέα εσωτερική δύναμη⁸².

79 Ellis J, Cobb M, O'Connor T, Dunn L, Irving G, Lloyd-Williams M (2015). «The meaning of suffering in patients with advanced progressive cancer». *Chronic Illn* 11:200

80 Ellis, et al., (2015), ο.π. σελ. 202

81 Foss MJ (2005) *Posttraumatic growth: the transformative potential of cancer*. Massachusetts School of Professional Psychology, Boston

82 Ellis, et al., (2015), ο.π. σελ. 202

4.3 Ψυχοσωματικές διαστάσεις της ασθένειας του καρκίνου

Κάθε σοβαρή απειλή εναντίον της ευεξίας του ατόμου προκαλεί αναπόφευκτα διάφορες σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία μεταβάλλονται ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η κατάσταση της υγείας του⁸³.

Ο καρκίνος και η θεραπεία του, εκτός των επιπτώσεων που έχει στη φυσική - βιολογική λειτουργία του ατόμου, έχει επιπτώσεις και στην ψυχολογική και την κοινωνική του λειτουργία⁸⁴ καθώς επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή. Σωματικά, επέρχεται η σταδιακή εξασθένιση λόγω της κακοήθειας, αλλά και των παρενεργειών της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς είναι η σκέψη ότι θα προσέλθουν για νέο σχήμα χημειοθεραπείας, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην οικογένεια ή στον σύντροφο, οι επιπτώσεις στη δουλειά, το σχολείο ή σε ασχολίες στο σπίτι, το άγχος ή η υπερένταση, ο φόβος, η κατάθλιψη, η κατάπτωση. Οι σωματικές αλλαγές και η γνώση του ασθενή για τη νόσο και τον επερχόμενο θάνατο έχουν άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του⁸⁵.

Το μεγαλύτερο ερώτημα που τίθεται, δηλαδή το πώς επηρεάζει ο καρκίνος τους ανθρώπους ψυχολογικά, έχει δύο διαστάσεις: Από τη μία πλευρά πώς ο καρκίνος επηρεάζει τους ανθρώπους ψυχολογικά και από την άλλη, σε ποιο βαθμό οι ψυχολογικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά τους, επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Το πρώτο ερώτημα είναι εύκολο να απαντηθεί: Οι άνθρωποι αντιδρούν στον καρκίνο με τον ίδιο τρόπο που αντιδρούν σε οποιαδήποτε σοβαρή ασθένεια. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι στα άτομα που διαγιγνώσκονται με καρκίνο υπάρχει πλήθος αρνητικών συναισθημάτων σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας. Τα συναισθήματα του σοκ και του φόβου είναι πολύ

83 DiMatteo M.R., Martin L. (2011), ο.π. σελ. 607

84 Σουτζόγλου – Κοτταρίδη Γ. (1985). «Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: Ο καρκίνος του μαστού». ΕΚΚΕ, τεύχος 56, σελ. 178

85 Καραπούλιος Δ., Γκέτσιος Ι., Ρίζου Β., Τσικλιτάρα Α., Κωστοπούλου Σ., Μπαλοδήμου Χ., Μάργαρη Ν. (2013). «Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS». Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 12, Τεύχος 4, σελ. 429

συνηθισμένα όταν γίνεται η διάγνωση. Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή ασθένεια και οι περισσότεροι άνθρωποι φοβούνται και αισθάνονται αβέβαιοι για τις συνέπειές του και τις πιθανότητες θεραπείας. Ποιες είναι οι παρενέργειες; Ποιος είναι ο αντίκτυπος στα παιδιά και στην οικογένεια; Όπως αναφέρει ο Sahidi (2017)⁸⁶, σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Borjalilu, Shahidi, Mazaheri και Emami (η οποία βρίσκεται υπό έκδοση) διερεύνησαν τις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου στα παιδιά και τους γονείς τους και διαπίστωσαν ότι η πνευματική κρίση μπορεί να αποτελέσει βασική ψυχολογική αντίδραση στον καρκίνο. Όταν τα παιδιά διαγιγνώσκονται με καρκίνο, μπορεί να δημιουργήσουν δύσκολες ερωτήσεις στις οποίες προσπαθούν να βρουν την απάντηση, όπως για παράδειγμα γιατί πάσχουν. Πράγματι, το πρώτο ερώτημα που τίθεται όταν ένα άτομο υποφέρει είναι «γιατί». Μη βρίσκοντας απαντήσεις στο ερώτημα μπορεί να οδηγηθούν σε έλλειψη ενέργειας, άγχος, κατάθλιψη, ανεξήγητους πόνους, θλίψη, έλλειψη ελέγχου πάνω στις σκέψεις και τα συναισθήματα και μια αίσθηση απομόνωσης⁸⁷.

Άλλες συνέπειες μπορεί να είναι τα συναισθήματα ενοχής, ο θυμός, η άρνηση, η αδυναμία και η απογοήτευση.

4.4 Ψυχικές ασθένειες που αναπτύσσονται σε ασθενείς με καρκίνο

Οι περισσότερες ασθένειες που αποκαλούνται «καρκίνος» ανήκουν στην κατηγορία των χρόνιων παθήσεων⁸⁸. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις πρέπει συχνά να προσαρμόζονται σε νέα δεδομένα, όσον αφορά τον τρόπο της ζωής και της εργασίας τους. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 13% των ανδρών και το 17% των γυναικών είχαν συναισθηματική διαταραχή⁸⁹. Τα ποσοστά συναισθηματικής διαταραχής των ασθενών με καρκίνο υπερβαίνουν το 30%,

86 Shahidi S. (2017). «Psycho-oncology: The Relationship Between Psychology, Personality and Cancer» in *Cancer Genetics and Psychotherapy*. Chapter 1, page:3. Springer Int. Publishing. Switzerland

87 Shahidi S. (2017). ο.π. page:4

88 Σουτζόγλου – Κοτταρίδη Γ. (1985), ο.π. σελ. 177

89 Mayou R, Hawton K, Feldman E, et al. (1991). «Psychiatric problems among medical admissions». *Int J Psychiatry Med* 1991;21 page:75

τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες⁹⁰. Τα φυσικά συμπτώματα όπως ο διαταραγμένος ύπνος, η μειωμένη όρεξη και η έλλειψη ενέργειας μπορεί να υπάρχουν ήδη ως αποτέλεσμα της ασθένειας. Μερικές φορές η θεραπεία για μια ιατρική κατάσταση (για παράδειγμα, η χρήση στεροειδών) μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση του ασθενούς, όπως και η ίδια η ασθένεια. Οι λειτουργικοί περιορισμοί που επιβάλλονται από την ασθένεια μπορεί να οδηγήσουν σε «κατανοητή» δυσφορία και ορισμένοι κλινικοί γιατροί δυσκολεύονται να αντιληφθούν μια τέτοια διαταραχή ως μια καταθλιπτική διαταραχή⁹¹.

Η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, το οποίο επηρεάζει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τη συνολική λειτουργικότητα του πάσχοντος και παρά το γεγονός ότι το άγχος, που συνοδεύει τον καρκίνο, μετριάζεται με την πάροδο του χρόνου, φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς⁹².

4.4.1 Στάδια ψυχολογικής διακύμανσης

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών με καρκίνο, διακρίνονται σε πέντε στάδια. Τα στάδια αυτά δεν ισχύουν μόνον για τους ασθενείς με αρχικού σταδίου καρκίνους, αλλά και για τους πάσχοντες από καρκίνο τελικού σταδίου, ενώ ισχύουν και για τους συγγενείς τους οι οποίοι περνούν από ανάλογες ψυχικές διεργασίες⁹³.

- ΑΡΝΗΣΗ: Ο ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται. Υποθέτει ότι ο γιατρός έχει κάνει λάθος, ζητάει άλλες γνώμες, δεν αξιολογεί τα τυχόν ενοχλήματα και συμπτώματά του, ενώ κάνει

90 McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al.(1995). «Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment». Arch Gen Psychiatry 1995;52,page:90

91 Turner J., Kelly B., (2000). ο.π. σελ. 126-127

92 Μουσσάς Γ.Ι., Καρκανιάς Α.Π., Παπαδοπούλου Α. (2008). «Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο». Περιοδικό Ψυχιατρική, Τεύχος 19, σελ. 126

93 Heydarnejad MS et al. (2011), «Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing Chemotherapy», African Health Sciences 2011; 11(2): 268

μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς αντιμετωπίζουν με αδιαφορία το πρόβλημά τους, σαν να αφορά κάποιο τρίτο πρόσωπο και όχι τους ίδιους.

- ΟΡΓΗ: Ο ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των γιατρών, είτε για τη διάγνωση είτε για την καθυστέρηση της διάγνωσης. Επαναστατεί ακόμα και κατά των οικείων του, κατά της κοινωνίας ή και του Θεού.
- ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ: Ο ασθενής, έχοντας αποδεχθεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τις μεγαλύτερες δυνατότητες θεραπείας και τις καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισής του.
- ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ο πάσχων, νιώθοντας ότι το πρόβλημά του δεν έχει αντιμετωπιστεί επαρκώς και ικανοποιητικά παρά τη μέχρι τώρα θεραπεία και τη δική του συνεργασία και στάση, εκδηλώνει δευτερογενή κατάθλιψη, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από αυτοκτονικό ιδεασμό που όμως σπανιότατα πραγματοποιείται.
- ΑΠΟΔΟΧΗ: Έπειτα από τη μακρά διαδρομή της νόσου και έχοντας περάσει την εμπειρία της διάγνωσης, των θεραπειών, των υποτροπών, των νέων συμπτωμάτων, των νέων θεραπειών κ.λπ., ο ασθενής προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την ασθένειά του, αντλώντας από τη ζωή του όσες χαρές μπορεί και ετοιμάζοντας τον εαυτό του για το τέλος, όποτε κι αν αυτό έρθει⁹⁴.

Είναι αυτονόητο ότι ούτε όλοι οι ασθενείς περνούν απ' όλα τα στάδια ούτε η αλληλουχία τους είναι πάντοτε η ίδια. Υπάρχουν επίσης συχνά παλινδρομήσεις ή και αναμειξίες των αντιδράσεων. Παρ' όλα αυτά, η ταξινόμηση αυτή ερμηνεύει αρκετές από τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών με καρκίνο⁹⁵.

94 Μουσσάς κ.α (2008), ο.π. σελ. 128

95 Τσάτη Ε. (2017). «Διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία με το εργαλείο FACT-G και HADS». Μεταπτυχιακή Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών. Σελ. 76-76

4.4.2 Σχέση καρκίνου και κατάθλιψης

Οι ασθενείς με καρκίνο δεν έχουν να παλέψουν μόνο με τη νόσο αλλά και με ό,τι αυτή συνεπάγεται, όπως ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία, συμπτώματα, οικονομικά προβλήματα, εργασιακά προβλήματα, οικογενειακές δυσκολίες, φόβο υποτροπής και αντιμετώπιση θετική ή αρνητική τόσο σε κοινωνικό επίπεδο όσο και μέσα στην ίδια την οικογένεια. Όλοι αυτοί οι παράγοντες τους κάνουν πιο ευάλωτους στην ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς στους οποίους τίθεται για πρώτη φορά η διάγνωση του καρκίνου, είναι υψηλή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και αποτελεί και την κυριότερη αιτία καθυστέρησης της επιστροφής τους στην εργασία τους⁹⁶.

Επειδή το άγχος και η κατάθλιψη συναντώνται πολύ συχνά στους καρκινοπαθείς, είναι σημαντικό να γίνεται η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών ορίων λύπης, άγχους και παθολογικών επιπέδων κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς. Η απελπισία, τα αισθήματα αναξιοτήτας, η απώλεια της αυτοεκτίμησης, τα αισθήματα ενοχής και ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι από τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης, που συναντώνται και σε μία νόσο όπως ο καρκίνος. Η αναγνώριση των παθολογικών επιπέδων κατάθλιψης, αλλά και η θεραπευτική αντιμετώπισή της, είναι απαραίτητες για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς⁹⁷.

Το 6% περίπου των καρκινοπαθών έχει κατάθλιψη η οποία προϋπάρχει του καρκίνου και η οποία θέτει το άτομο σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει την κατάθλιψη και μετά τη διάγνωση της νόσου⁹⁸. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου σε ασθενείς που δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με άλλους. Στη μελέτη

96 Καραπούλιος κ.α. (2013). ο.π. σελ 429-430

97 Βλαχιώτη Ε., Μάτζιου Β. (2012): «Ποιότητα Ζωής σε Παιδιά και Εφήβους με Κακοήθεια κατά τη Διάρκεια της Θεραπευτικής Αγωγής», Περιοδικό Νοσηλευτική τόμος 51, τεύχος 4, Αθήνα 2012, σελ. 17

98 Βλαχιώτη Ε., Μάτζιου Β. (2012), ο.π. σελ.18

των Satin και συν (2009)⁹⁹, οι ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία είχαν έως και 25% ψηλότερα ποσοστά θανάτου, ενώ σε καρκινοπαθείς ασθενείς στους οποίους είχε ήδη διαγνωσθεί ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη, η θνητότητα ήταν 39% υψηλότερη σε σχέση με καρκινοπαθείς ασθενείς που δεν είχαν οποιαδήποτε σύμπτωμα κατάθλιψης. Τα αυξημένα ποσοστά θανάτων λόγω κατάθλιψης παρέμεναν ακόμη και μετά από το συνυπολογισμό των άλλων κλινικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την επιβίωση των καρκινοπαθών ασθενών. Η καταπόνηση του ασθενούς και η στέρηση απολύτως βασικών λειτουργιών του εκλαμβάνονται ως σήμα τελικού σταδίου και πλήττουν την ποιότητα της ζωής του¹⁰⁰.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ποικίλουν από την καταθλιπτική διάθεση έως τη μείζονα κατάθλιψη. Μπορεί να παρατηρηθεί: μονοπολική κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, άτυπη κατάθλιψη, οργανικό ψυχοσύνδρομο, διαταραχή της προσωπικότητας και αγχώδεις διαταραχές. Έρευνες έχουν δείξει πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς αυξάνει ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και συμπτώματα όπως ο πόνος, καθώς επίσης και με τη σοβαρή απώλεια της λειτουργικότητας του ατόμου και την ανάγκη για συνεχή θεραπεία. Έχει φανεί επίσης από έρευνες πως υπάρχουν ορισμένες μορφές καρκίνου που σχετίζονται πιο συχνά με καταθλιπτικές διαταραχές από ότι άλλες¹⁰¹.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, φαίνεται πως η κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς με καρκίνο του στόματος ή φάρυγγα (22–57%), του παγκρέατος (33–50%), του μαστού (1,5–46%) και του πνεύμονα (11–44%). Μικρότερος επιπολασμός κατάθλιψης παρατηρείται σε άλλες μορφές καρκίνου όπως του εντέρου (13–25%), γυναικολογικούς καρκίνους (12–23%) και στο λέμφωμα (8–19%)¹⁰².

99 Satin JR, Linden W, Phillips MJ. (2009) «Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a metaanalysis». *Cancer* 2009; 115(22):5349-61.

100 Καραπούλιος κ.α. (2013). ο.π. σελ 430

101 Τσάτη Ε. (2017), ο.π. σελ. 75-76

102 Τσάτη Ε. (2017), ο.π. σελ. 74

Η διαδικασία της διάγνωσης είναι συχνά πολύπλοκη, όπως και η θεραπεία. Οι προσπάθειες για τον ακριβή προσδιορισμό της κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς περιλαμβάνουν διαφορετικές διαγνωστικές προσεγγίσεις και τρόπους αξιολόγησης¹⁰³. Παρά τις δυσκολίες, είναι απαραίτητη η διάγνωση και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης διότι ακόμη και η ήπια κατάθλιψη μπορεί να μειώσει το κίνητρο ενός ατόμου να αποκτήσει πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και να ακολουθήσει τα προγράμματα θεραπείας. Η κατάθλιψη και η απελπισία υπονομεύουν επίσης την ικανότητα του ασθενούς να αντιμετωπίσει τον πόνο και μπορεί να ασκήσει διαβρωτική επίδραση στις οικογενειακές σχέσεις¹⁰⁴.

4.5 Αυτοκτονικές τάσεις σε ασθενείς με καρκίνο

Οι ασθενείς με καρκίνο αυτοκτονούν δυο φορές συχνότερα από το γενικό πληθυσμό και ο αυτοκτονικός ιδεασμός στους καταληκτικούς ασθενείς είναι αυξημένος. Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και τη συνεχή ενασχόληση με αυτόν, ασθενών που πάσχουν από καρκίνο¹⁰⁵.

Παράγοντες αυτοκτονικότητας στους ασθενείς με καρκίνο

- Διαγνωσμένη κατάθλιψη.
- Πόνος/αίσθημα αβοήθητου.
- Αυξημένο άγχος.
- Παρορμητικές συμπεριφορές που συνδυάζονται με κατάχρηση αλκοόλ, οργανικό ψυχοσύνδρομο και ψύχωση.
- Δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.

103 Καραπούλιος κ.α. (2013). ο.π. σελ 430

104 Breitbart W. (1995) «Identifying patients at risk for and treatment of major psychiatric complications of cancer». Support Care Cancer 1995;3:45-60

105 Μουσσάς κ.α (2008), ο.π. σελ. 132

- Το αίσθημα που μπορεί να έχει ο άρρωστος ότι εξαρτάται από τρίτους.
- Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα.
- Διαταραχή προσωπικότητας.
- Σοβαρό ψυχικό τραύμα στο παρελθόν.
- Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας.
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας¹⁰⁶.

Επιπλέον, υπάρχουν και διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικότητας.

Κοινωνικοί παράγοντες

- Περιορισμένη υποστήριξη από το σπίτι
- Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη
- Έντονα εξαρτητικές σχέσεις
- Σοβαρές οικογενειακές διαφωνίες
- Έντονη ανησυχία του πάσχοντος για την οικογένεια και παιδιά
- Σοβαρή πνευματική και ψυχική κρίση¹⁰⁷.

106 Bukberg J, Penman D, Mc Callion S. (1984) «Depression in hospitalized cancer patients». Psychosom Med 1984, 43: p.200

107 Massie M, Cagnon P, Holland C. (1994). «Depression and suicide in patients with cancer». J Pain Symp Manag 1994, p. 332

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

5.1 Εισαγωγή

Το αιώνιο στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια και τη θεραπεία της είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη ψυχολογικής φροντίδας για ασθενείς με ιατρικά νοσήματα. Οι ψυχικές ασθένειες, όπως και ο καρκίνος, δεν είχαν γνωστή αιτία ή θεραπεία. Στα 1800, όπως και στους προηγούμενους αιώνες, η διάγνωση του καρκίνου θεωρήθηκε ως το ισοδύναμο του θανάτου. Δεν υπήρξε γνωστή αιτία ή θεραπεία. Η αποκάλυψη της διάγνωσης σε έναν ασθενή θεωρήθηκε σκληρή και απάνθρωπη, διότι ο ασθενής έχανε κάθε ελπίδα. Θεωρούσαν ότι θα μπορούσε να αντιμετωπίσει καλύτερα την ασθένεια αν δεν γνώριζε την αλήθεια. Αυτό θεωρήθηκε ως αποδεκτό «λευκό ψέμα». Ο φόβος του καρκίνου ήταν τόσο μεγάλος ώστε η οικογένεια δεν αποκάλυπτε τη διάγνωση σε τρίτους λόγω του στιγματισμού που συνδέεται με τον ασθενή και την οικογένεια. Η ντροπή και η ενοχή ήταν κυρίαρχα συναισθήματα, σε συνδυασμό με το φόβο ότι η ασθένεια ήταν μεταδοτική¹⁰⁸.

5.2 Ψυχική υποστήριξη

Στις αρχές του 20ου αιώνα, καθώς βελτιώθηκε η χειρουργική επέμβαση και αναπτύχθηκε η αναισθησία, κατέστη δυνατή η θεραπεία ενός καρκίνου αν ο όγκος ανιχνευόταν νωρίς και μπορούσε να απομακρυνθεί πριν εξαπλωθεί. Για πρώτη φορά, η εκπαίδευση του κοινού έγινε σημαντική. Εκπαιδευτικά προγράμματα που ενθάρρυναν τους ανθρώπους να αναζητήσουν συμβουλές για συμπτώματα ύποπτα από καρκίνο ξεκίνησαν μέσω της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου, η οποία ιδρύθηκε το 1913. Αυτά τα προγράμματα αντιπροσώπευαν τις πρώτες προσπάθειες να αλλάξουν οι μοιρολατρικές στάσεις του κοινού απέναντι στον καρκίνο. Η εντολή της

108 Holland J. (2002). «History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers». *Psychosomatic Medicine* 64:207

κοινωνίας ήταν να «διαδώσει τη γνώση σχετικά με τα συμπτώματα, τη θεραπεία και την πρόληψη του καρκίνου»¹⁰⁹.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, το κοινό αισθάνθηκε μια μεγαλύτερη αίσθηση αισιοδοξίας για τον καρκίνο, κυρίως λόγω του αυξανόμενου αριθμού των επιβιώντων από καρκίνο, οι οποίοι φωνάζουν για τα επιτυχημένα αποτελέσματα τους. Επιπλέον, οι προσωπικότητες άρχισαν να επιτρέπουν στα μέσα ενημέρωσης να καλύπτουν την ασθένειά τους, αποκαλύπτοντας τόσο τη διάγνωση όσο και τη θεραπεία. Τα πιο αξιοσημείωτα παραδείγματα ήταν η Betty Ford και η Happy Rockefeller το 1975. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών των παραγόντων, ο καρκίνος βγήκε από το ντουλάπι και η πόρτα άνοιξε για να εξερευνηθεί την ψυχολογική διάσταση του καρκίνου. Η πόρτα άνοιξε περαιτέρω για ψυχοκοινωνική και ψυχιατρική έρευνα για τον καρκίνο το 1975, όταν μια μικρή ομάδα κλινικών ερευνητών συγκεντρώθηκαν στο Σαν Αντόνιο του Τέξας για την πρώτη εθνική ερευνητική διάσκεψη για την ψυχο-ογκολογία¹¹⁰.

Στις μέρες μας μια ψυχο-ογκολογική μονάδα υπάρχει σχεδόν σε όλα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Οι μονάδες αυτές περιλαμβάνουν συνήθως μια πολυεπιστημονική ομάδα που προσφέρει ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες και διατηρεί την επίγνωση του προσωπικού σχετικά με αυτά τα θέματα στην περίθαλψη των ασθενών¹¹¹.

5.3 Κοινωνική υποστήριξη

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις και για το λόγο αυτό, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι ορισμοί, καθώς και μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια και σε ποια διάστασή της δίνουν έμφαση οι ερευνητές. Ο Mattson

109 American Cancer Society. (1980) «Fact book for the medical and related professional». New York: American Cancer Society; 1980.

110 Holland J. (2002), ο.π. σελ. 213

111 Cohen Sh. (1988). «Psychosocial Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease». Health Psychology, 7(3), page: 271

(2011)¹¹², βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών καταλήγει σε έναν ευρύτερο, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως «*μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν*».

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να διαχωριστεί αρχικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- στην *αντικειμενική* (actual, received or enacted support) και
- στην *αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική* (perceived or subjective support)

Η πρώτη αφορά στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πράξη, ενώ η δεύτερη αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει¹¹³.

5.3.1 Μορφές κοινωνικής υποστήριξης

Υπάρχουν πέντε τύποι κοινωνικής υποστήριξης:

- i. τη συναισθηματική υποστήριξη (emotional support), η οποία αφορά στη στήριξη που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου και είναι αυτή στην οποία πιο συχνά αναφέρονται οι ερευνητές, όταν μιλούν για κοινωνική υποστήριξη
- ii. την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support), η οποία αφορά σε όλες τις ενέργειες που γίνονται προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει.

112 Mattson. (2011). «Mattson's Health as Communication nexus». Kendall Hunt Publishing Company. 980-0-7575-5987-7.

113 Ποντισίδης Γ., Μπελλάλη Θ. (2015). «Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 8 (4): 8

- iii. την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support), η οποία αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου, δηλαδή αν και πόσοι σημαντικοί άλλοι υπάρχουν που μπορούν να τον στηρίξουν με διάφορους τρόπους.
- iv. την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support) η οποία αφορά στη διαθεσιμότητα και την παροχή πληροφοριών από την πλευρά των σημαντικών άλλων, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις σε θέματα που το αφορούν π.χ. διάγνωση, θεραπεία μιας νόσου κ.λπ.
- v. την έμπρακτη/υλική/πρακτική υποστήριξη (tangible or instrumental support), η οποία είναι η υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, δηλαδή η βοήθεια που παρέχεται στο άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά του π.χ. φροντίδα παιδιών, μετακινήσεις κλπ.¹¹⁴.

Σε όλες τις μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι η Κοινωνική Υποστήριξη έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, καθώς αποτρέπει την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, ενώ βελτιώνει τα ποσοστά θετικών συμπεριφορών όπως η άσκηση, και η τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, αυξάνει την καλή διάθεση και την αίσθηση του ελέγχου των ψυχοπαιστικών γεγονότων¹¹⁵.

5.4 Επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία

Η κοινωνική στήριξη έχει συμβάλει στην προστασία των ατόμων από παθολογικά και επιβλαβή αποτελέσματα από πολλά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως μέσο προστασίας των αρνητικών συνεπειών της ασθένειας. Είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση του θυμού και της κατάθλιψης και έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται θετικά με την

114 Krokavcova M., van Dijk J., Nagyova I., Rosenberger J., Gavelova M., Middel B., Gdovinova Z. & Groothoff J. (2008). «Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis». *Patient Education and Counseling* 73: 159-165

115 DiMatteo M.,R., Martin L., (2011), ο.π. σελ. 622

υποκειμενική εμπειρία της καλής υγείας. Η έλλειψη στήριξης, από την άλλη πλευρά, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με τη θνησιμότητα. Η έννοια της κοινωνικής στήριξης επηρεάζεται από τον πολιτισμό, τη θρησκεία, αλλά και από τα κλινικά και προσωπικά χαρακτηριστικά¹¹⁶.

5.4.1 Η Κοινωνική Υποστήριξη στη διαχείριση της ασθένειας του καρκίνου

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν μια ποικιλία αναγκών στήριξης, οι οποίες παραμένουν μετά τη χειρουργική επέμβαση και τη νοσηλεία και για παρατεταμένες χρονικές περιόδους προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απειλητική νόσο¹¹⁷.

Η περίοδος μετά το τέλος της θεραπείας, είναι αρκετά στρεσογόνα για τους ασθενείς. Αρκετοί βιώνουν αισθήματα ανησυχίας για τυχόν επανεμφάνιση της νόσου, άγχους όπως επίσης και αισθήματα αβεβαιότητας, απομόνωσης, απογοήτευσης. Αντίθετα κάποιοι άλλοι ασθενείς είναι δυνατόν να αναπτύξουν θετικά αισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου τα οποία συνεχίζουν να υπάρχουν και μετά το τέλος αυτής. Τέτοια αισθήματα είναι η αυξημένη αυτοεκτίμηση, η απόδοση μεγαλύτερου νοήματος στη ζωή, η αυξημένη πνευματικότητα και αυξημένα αισθήματα ειρήνης και καλής πρόθεσης. Αυτές οι μακροχρόνιες θετικές επιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν σαν πλεονεκτήματα της διάγνωσης και της θεραπείας του και συχνά χαρακτηρίζονται σαν μετατραυματική ανάπτυξη. Η επαφή μεταξύ των ασθενών που βιώνουν αυτά τα δύο είδη διαφορετικών ψυχολογικών αντιδράσεων έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχει βοηθήσει

116 Υφαντής Α., Ίντας Γ., Κοντός Μ. (2017). «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Τόμος 10, Τεύχος 2, σελ.10

117 Υφαντής Α., Ίντας Γ., Κοντός Μ. (2017), ο.π. σελ. 10

ασθενείς με καρκίνο μαστού που βίωναν αρνητικά συναισθήματα και ήρθαν σε επαφή με επιβιώσαντες που βίωναν τη μετατραυματική ανάπτυξη¹¹⁸.

Μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει ότι η στήριξη έχει θετικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με καρκίνο. Στη μελέτη των Arora et al (2007)¹¹⁹, η συναισθηματική υποστήριξη για δύο μήνες και η συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη πέντε μήνες μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σχετίστηκαν θετικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και την αυτο-εκτίμηση των γυναικών. Οι κύριες πηγές της συναισθηματικής στήριξης των ασθενών με καρκίνο είναι συνήθως τα μέλη της οικογένειάς τους, οι φίλοι, οι επαγγελματίες υγείας και οι εθελοντές επιζώντες του καρκίνου.

Η παροχή υποστηρικτικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που οι επιβιώσαντες να προσαρμοστούν στην περίοδο μετά το τέλος της θεραπείας όσο γίνεται καλύτερα, να την αποδεχτούν με ηρεμία και να αποκτήσουν αισθήματα εκτίμησης της ζωής και απόλαυσης μικρών διασκεδαστικών πραγμάτων¹²⁰.

5.5 Ο ρόλος της οικογένειας ως παράγοντας υποστήριξης

Η οικογένεια του ασθενή έχει αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση. Η αντικειμενική επιβάρυνση έχει να κάνει με τα έξοδα για τα νοσήλια και με την αλλαγή του τρόπου ζωής όλης της οικογένειας. Η υποκειμενική επιβάρυνση συνίσταται στο ψυχολογικό βάρος με το οποίο επιφορτίζονται οι οικείοι του ασθενή, το πένθος και η κατάθλιψη που

118 Kayser K, Scott J.L. (2010). «Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο», επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φώτιος, τόμος 1ος , έκδοση 1η , εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2010, σ. 51-82

119 Arora N.K., Rutten L.J.F., Gustafson D.H., Moser R. & Hawkins R.P. (2007). «Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer». *Psycho-Oncology* 16: 474486.

120 Konstantinidis T, (2016). «Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece», *Hippokratia*. 2016 Apr-Jun;20(2):139-146

έρχεται με την διάγνωση της ασθένειας, η έντονη ανησυχία για την έκβαση της υγείας του, το άγχος και ο φόβος της απώλειας. Η υποκειμενική επιβάρυνση, μπορεί να αυξάνεται όταν ο ασθενής είναι αγενής ή βίαιος με αποτέλεσμα πέρα από τις σωματικές και ψυχολογικές ενοχλήσεις τα μέλη της οικογένειας να βιώνουν συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης, ενοχής και ντροπής για την ασθένεια. Η υποκειμενική επιβάρυνση συνδέεται άμεσα με την αντικειμενική και η μία είναι συνάρτηση της άλλης. Τα οικονομικά και εργασιακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες, η αλλαγή ρόλων και σχέσεων μέσα στο οικογενειακό σύστημα, η κοινωνική απομόνωση αποτελούν αιτίες για την εμφάνιση άγχους και τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που εντοπίζονται στους συγγενείς των ασθενών όπως εξουθένωση, ανάγκη για ξεκούραση, κατάθλιψη και έλλειμμα ευεξίας. Αλλά και οι ίδιοι οι φροντιστές, προσλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον με μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία και την σταθερότητα της οικογένειας τελικά¹²¹.

5.6 Κοινωνικές δομές στήριξης καρκινοπαθών

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, δεν υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και όπου υπάρχουν υπολειτουργούν οπότε οι ασθενείς συνήθως δεν δέχονται άλλη βοήθεια πλην της ιατρικής. Στην Ελλάδα, την ανάγκη αυτή καλύπτουν περιοδικά εθελοντικές οργανώσεις όπως η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, η Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας και σύλλογοι φίλων και ασθενών οι οποίοι χρησιμοποιούν επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές για εφαρμογή ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων θεραπείας. Η εισαγωγή οργανωμένων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης είναι υποχρέωση της πολιτείας, όμως λόγω της ανεπάρκειάς τους, στην ανακουφιστική φροντίδα των καρκινοπαθών και των φροντιστών τους εμπλέκονται τόσο το οικογενειακό όσο και το περιβάλλον του νοσοκομείου, γιατροί και

121 Σαραντοπούλου Ζ. (2018), ο.π. σελ.75

νοσηλευτές, με κύριο κορμό βοήθειας την οικογένεια αφού συχνά οι φροντιστές είναι μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασθενών. Οι σύζυγοι, τα παιδιά οι γονείς και το φιλικό περιβάλλον των ασθενών προσπαθούν να επεξεργαστούν τον αργό θάνατο του συγγενή τους και ταυτόχρονα καλούνται να προσαρμοστούν σε έναν διαφορετικό τρόπο ζωής και να συμβιώσουν με ένα διαφορετικό άτομο από εκείνο με το οποίο μοιράζονταν έναν ισχυρό δεσμό. Επιπλέον, η καθημερινή φροντίδα ενός ασθενή με καρκίνο μπορεί να επιβάλλει στον οικογενειακό φροντιστή την παραίτηση από την εργασία του και τις υπόλοιπες δραστηριότητές του και συνεπώς να συμβάλει στην απώλεια της προσωπικής του ταυτότητας, στην παραμέληση του εαυτού του και στην συναισθηματική, ερωτική, κοινωνική και οικονομική ανεπάρκεια¹²².

122 Σαραντοπούλου Ζ. (2018), ο.π. σελ.75

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κάθε άνθρωπος που έρχεται αντιμέτωπος με μια πολύ σοβαρή ασθένεια πρέπει να ανταπεξέλθει σε πολλές και δύσκολες καταστάσεις, οι οποίες του προκαλούν αρνητικά συναισθήματα και ταυτόχρονα μεταβάλλουν την καθημερινότητά του. Μια από τις πιο σημαντικές είναι η διατήρηση της συναισθηματικής υγείας του σε πείσμα των δοκιμασιών στις οποίες υποβάλλεται από την κρίσιμη ιατρική κατάσταση στην οποία βρέθηκε και κατ' επέκταση η διατήρηση της ταυτότητάς του. Ο καρκίνος, που ως ασθένεια ενέχει κάποια θνησιμότητα, φέρει το άτομο αντιμέτωπο με το τρομακτικό ενδεχόμενο της απώλειας της ζωής του. Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί σοκ, όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή, αλλά και στο περιβάλλον του. Τα συναισθήματα που συνοδεύουν τη λέξη «καρκίνος», είναι αμηχανία, θυμός, φόβος, θλίψη, ανασφάλεια και απόγνωση. Είναι γεγονός ότι όταν μια σοβαρή ασθένεια απειλεί το μέλλον ενός ανθρώπου, η διατήρηση της ελπίδας ενδέχεται να αποδειχθεί δύσκολη ή και αδύνατη.

Στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η έρευνα σχετικά με την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την πρόληψη και την θεραπεία είχε σαν αποτέλεσμα την σημαντική βελτίωση της επιβίωσης και της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν προσβληθεί από καρκίνο. Η αύξηση αυτή του προσδόκιμου επιβίωσης ανέδειξε και άλλες πτυχές του προβλήματος, -τις ψυχοκοινωνικές- που συνδέονται άμεσα η και έμμεσα με την βασική νόσο και επηρεάζουν καθοριστικά, όχι μόνο την πορεία της νόσου, αλλά και την τελική της έκβαση.

Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στον καρκίνο δεν είναι στατική αλλά από την στιγμή της διάγνωσης μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Έρευνες που γίνονται τα τελευταία χρόνια, έδειξαν ότι ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου καθώς και η προσωπικότητα των ασθενών επηρεάζουν την επιβίωση και την πρόγνωση.

Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα σε τρεις διαστάσεις: στη βιολογική, στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη

αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο επιτακτική σε νοσήματα όπως ο καρκίνος, που έχουν πολλές φορές κακή πρόγνωση και σχετικά μακροχρόνια πορεία.

Έχει διαπιστωθεί πως η ψυχική αντίδραση κάθε ασθενούς στη διάγνωση μιας ασθένειας, όπως του καρκίνου, μπορεί να επηρεάσει έως έναν βαθμό την εξέλιξή της. Αν ο ασθενής έχει την ψυχική δύναμη να αποδεχθεί την ασθένεια ως ένα δεινό που μπορεί να αντιμετωπιστεί, τότε μπορεί και να την αντιμετωπίσει με πολύ καλύτερα αποτελέσματα.

Η ψυχιατρική παρέμβαση στοχεύει στην καλύτερη διαχείριση των ψυχοπαιστικών εκφάνσεων της νόσου από τον ασθενή, στην ψυχική ενδυνάμωση των μελών της οικογένειάς του αλλά και στην ενίσχυση της προσπάθειας των θεράποντων ιατρών, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα σύνθετα προβλήματα που προκαλεί μία νόσος επικίνδυνη για τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος. Το αίσθημα του «υποφέρειν» είναι πολύπλοκο και αντανακλά την ενδόμυχη αγωνία του ασθενούς μπροστά στην απειλή του καρκίνου, που αφορά την ψυχική, σωματική και κοινωνική του υπόσταση.

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν παράγοντα ζωτικής σημασίας, καθώς παρέχει ένα πλαίσιο που ενθαρρύνει αυτή την αλλαγή και φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης είναι ευρεία και περιλαμβάνει πολλές μορφές με διάφορες κατηγοριοποιήσεις, με κυρίαρχες ωστόσο την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την υποστήριξη σε συναισθηματικό, πληροφοριακό και πρακτικό επίπεδο.

Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν τα μέλη της οικογένειας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη νόσο και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται. Η αντίληψη από τους ασθενείς ότι τους παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον τους, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή τους. Φαίνεται ότι η συναισθηματική υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά ενάντια στην αναπόφευκτη εμφάνιση των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλεί η ασθένεια.

Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών σχετικά με την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην επιβίωση, στην προσαρμογή και γενικότερα στις διάφορες διαστάσεις της ζωής των ατόμων με χρόνιες νόσους όπως ο καρκίνος, έδειξαν ότι είναι θετική. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις έχουν βρεθεί με παράγοντες όπως η αυτοδιαχείριση της ασθένειας, η αυτοφροντίδα, η προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή, η μείωση του στρες και της κατάθλιψης. Αυτό όμως που διακρίνεται σε όλες τις μέχρι τώρα έρευνες είναι το γεγονός ότι συχνά δεν διακρίνεται ποιο είδος υποστήριξης είναι πιο βοηθητικό. Περεταίρω μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν προκειμένου σε κάθε περίπτωση της νόσου να γίνει διακριτό το είδος της υποστήριξης που είναι πιο βοηθητικό, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να στηρίζουν πιο αποτελεσματικά τους ασθενείς. Επιπλέον, μελετώντας τα βιώματα των ασθενών, θα πρέπει να διευκρινιστεί ποιες είναι οι ανάγκες τους, πώς αυτές μπορούν να καλυφθούν και από ποιους, έτσι ώστε τα πιο κατάλληλα άτομα να τους στηρίζουν αποτελεσματικά, αλλά και με επάρκεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brandby H., (2010). «Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας». Εκδόσεις Πεδίο. Αθήνα.
2. Bunkusi I. (2012). «Πρακτική Προσέγγιση στην κλινική ογκολογία», μτφρ Ζωγράφος Γεώργιος, επίτομος, 2η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 16-20, 54-72
3. DiMatteo M.,R., Martin L., (2011). Κεφάλαιο 7: «Η διεργασία της ασθένειας: Ψυχολογικοί παράγοντες και παροχή υπηρεσιών υγείας». Σε: *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Εκδόσεις: Πεδίο, 2011, σελ.419.
4. Kayser K, Scott J.L. (2010). «Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο», επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φώτιος, τόμος 1ος , έκδοση 1η , εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα 2010, σ. 51-82.
5. Mc Ardle O., O Mahony D.,(2010). «Ογκολογία, επιμέλεια Ζωγράφος Γεώργιος, επίτομος, έκδοση 1η , εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, σ. 8-15
6. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού Α. (2012). «Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο. Μέρος II. Εργαλεία αξιολόγησης». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Τόμος 5, Τεύχος 4. σελ. 6
7. Βλαχιώτη Ε Μάτζιου Β. (2012): «Ποιότητα Ζωής σε Παιδιά και Εφήβους με Κακοήθεια κατά τη Διάρκεια της Θεραπευτικής Αγωγής», Περιοδικό Νοσηλευτική τόμος 51, τεύχος 4, , Αθήνα 2012, σελ. 16-19
8. Καβαντζάς Ν. (2000). «Ιστοπαθολογική Ταξινόμηση των Όγκων», επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2000, σ. 23-58
9. Καραπούλιος Δ., Γκέτσιος Ι., Ρίζου Β., Τσικλιτάρα Α., Κωστοπούλου Σ., Μπαλοδήμου Χ., Μάργαρη Ν. (2013). «Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με

τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS». Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 12, Τεύχος 4, σελ. 429

10. Καρβελάς, Φ. (1990). «Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού», Αθήνα, Ιατρική 57(1). σελ 25-29.
11. Κατσώχης Κ. κ.συν. (2000). «Χειρουργικές παθήσεις μαστού». Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2000
12. Κωστάκης Α, (2015). «Σύγχρονη χειρουργική διαγνωστική και θεραπευτική», τόμος 1ος, έκδοση 3η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2015, σ. 1-5
13. Μουζάκα, Ι. (1985). «Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού», Αθήνα, Ιατρική 47, σελ 6-11.
14. Μουσσάς Γ.Ι., Καρκανιάς Α.Π., Παπαδοπούλου Α. (2008). «Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο». Περιοδικό Ψυχιατρική, Τεύχος 19, σελ. 124-144.
15. Παπαγεωργίου Δ. Κουτελέκος Ι. (2009). « Ποιότητα ζωής και οφειλόμενη σε χημειοθεραπεία νευροτοξικότητα». ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009. Σελ. 293
16. Παπαθανασίου Κ. (2002). «Γυναικολογική Ογκολογία». Αθήνα, University Studio Press.
17. Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Μ., Ζαχάκη Ι., Ηλιοπούλου Π., Κουτελέκος Ι., Κυρίτσης Ε. (2010). «Ανάγκες ασθενών με καρκίνο». Περιοδικό Νοσηλευτική 2010, 49(3):236-245.
18. Ποντισίδης Γ., Μπελλάλη Θ. (2015). «Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 8 (4): 6-16
19. Ρηγάτος Γ. (2000) Ψυχοκοινωνική ογκολογία. Εκδόσεις Ascent, Αθήνα, σελ 75-86

20. Σαραντοπούλου Ζ. (2018). «Ο καρκίνος ως χρόνια νόσημα. Ο ρόλος της οικογένειας ως παράγοντας υποστήριξης του ογκολογικού ασθενούς. Η έννοια της επιβάρυνσης των φροντιστών. «Ενδυνάμωση» του ασθενούς». ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΤΟΜΟΣ 23ος – ΤΕΥΧΟΣ 1 – 2018 σελ. 71-80
21. Σπανός Ν. (2012). «Ψυχοσωματικές διαστάσεις του καρκίνου: Από τον Ράϊχ προς τις σύγχρονες συμπληρωματικές προσεγγίσεις» Ελληνικό Ινστιτούτο Νευροφυτοθεραπείας και ανάλυσης χαρακτήρα. Αθήνα.
22. Σπηλιώτης Ι. (2017). «Καρκίνος Ποιος είσαι; Πού ζεις; Πώς ζεις;». Εκδόσεις: Broken Hill Publishers. Λευκωσία, Κύπρος.
23. Σουτζόγλου – Κοτταρίδη Γ. (1985). «οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας: Ο καρκίνος του μαστού». ΕΚΚΕ, τεύχος 56, σελ. 177-185
24. Τζανάκης Μ., Κατσικάρη Κ., Μπρέκη Μ. (2012). «Ψυχοκοινωνικές συνδηλώσεις του καρκίνου του μαστού». Πανεπιστήμιο Κρήτης, σελ.1-14.
25. Τζώλη Θ. (2006). «Περιβάλλον και εμφάνιση καρκίνου» Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» 13/08/2006, Σελ.: Η02 Κωδικός άρθρου: Β14838Η021
26. Τσάτη Ε. (2017). «Διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία με τα εργαλεία FACT-G και HADS.». Μεταπτυχιακή Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών.
27. ΥΥΚΑ (2008). «Εθνικό Σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2008-2012»
28. ΥΥΚΑ (2010). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015»
29. Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001). «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3) σελ. 219.
30. Υφαντής Α., Ίντας Γ., Κοντός Μ. (2017). «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Τόμος 10, Τεύχος 2, σελ. 7-14

31. Φύσσας Ι. (2006) «Ο μαστός και οι παθήσεις του». Αθήνα, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη. Σελ.36-37
32. Χριστοδούλου Γ. (2006), «Καρκίνος», στο Χριστοδούλου Γ. (επιμ.), Ψυχιατρική, τ. Ι, Αθήνα, Βήτα: 449-458.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Cancer Society. (1980) «Fact book for the medical and related professional». New York: American Cancer Society; 1980.
2. Arora N.K., Rutten L.J.F., Gustafson D.H., Moser R. & Hawkins R.P. (2007). «Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer». *Psycho-Oncology* 16: 474-486.
3. Australian Institute of Health and Welfare (2014) in *Australia's health 2014*. Australia's health series no. 14. Cat. no. AUS 178. Canberra: AIHW.
4. Breivik H, Cherny N, Collett B , de Conno F., Filbet M., Foubert A.J., Cohen R., Dow L. (2009). «EPIC survey: cancer-related pain: Pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes». *Annals of Oncology*. 20 : 1420-33
5. Breitbart W., Poppito S., (2014). «Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer». Oxford University Press
6. Breitbart W. (1995). «Identifying patients at risk for and treatment of major psychiatric complications of cancer». *Support Care Cancer* 1995;3:45-60
7. Bukberg J, Penman D, Mc Callion S. (1984) «Depression in hospitalized cancer patients». *Psychosom Med* 1984, 43:199-212

8. Centre for Chronic Disease Prevention and Control (2006). «What are chronic and non-communicable diseases?» Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.
9. Cohen Sh. (1988). «Psychosocial Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease». *Health Psychology*, 7(3), pages: 269-297
10. Cregan K. (2004). «The Body Turns the Sociology and Anthropology of Embodiment», *Sage*.
11. De Boer M., Slatman J. (2014). «Blogging and breast cancer: Narrating one's life, body and self on the Internet». *Women's Studies International Forum* 44, 2014
12. Denton S., Baum M. (1983). «Psychosocial Aspects of Breast Cancer». In Margolese R. (Ed.), *op. cit.*, p. 73.
13. Ellis J, Cobb M, O'Connor T, Dunn L, Irving G, Lloyd-Williams M (2015). «The meaning of suffering in patients with advanced progressive cancer». *Chronic Illn* 11:198–209
14. Featherstone M., Hepworth M. & Turner B. (1991), «The Body: Social Process and Social Theory», *Sage*
15. Ferrel B, Hassey Dow K, Leigh S, Ly J & Gulasekaram P (1995). «Quality of life in long term cancer survivors». *Oncology Nursing Forum*, 22(6): 915-922.
16. Holland J. (2002). «History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers». *Psychosomatic Medicine* 64:206–221 (2002)
17. Giddens A. (1991). «Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age», *Cambridge: Polity*
18. Grassi L, Watson M (2012). «Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-oncology Societies». *Psychooncology* 21(10):1027–1033

19. Heydarnejad MS et al (2011). «Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing Chemotherapy, African Health Sciences» ; 11(2): 266 – 270.
20. Konstantinidis T, (2016). «Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece», Hippokratia. 2016 Apr-Jun;20(2):139-146
21. Krokavcova M., van Dijk J., Nagyova I., Rosenberger J., Gavelova M., Middel B., Gdovinova Z. & Groothoff J. (2008). «Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis». Patient Education and Counseling 73: 159-165
22. Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A. and Sullivan, R. (2013). «Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis». The Lancet Oncology, Volume 14, Issue 12, November 2013, Pages 1165-1174.
23. Massie M, Cagnon P, Holland C. (1994). «Depression and suicide in patients with cancer». J Pain Symp Manag 1994, 9:325–340
24. Mattson. (2011). «Mattson's Health as Communication nexus». Kendall Hunt Publishing Company. 980-0-7575-5987-7.
25. Mayou R, Hawton K, Feldman E, et al. (1991). «Psychiatric problems among medical admissions». Int J Psychiatry Med 1991;21:71-84
26. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al.(1995). «Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment». Arch Gen Psychiatry 1995;52:89-99
27. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
28. Satin JR, Linden W, Phillips MJ.(2009) «Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a metaanalysis». Cancer 2009; 115(22):5349-61
29. Scambler G. (1987), «Sociological Theory and Medical Sociology», Tavistock Publications

30. Shahidi S. (2017), «Psycho-oncology: The relationship Between Psychology, Personality and Cancer» in *Cancer Genetics and Psychotherapy*. Springer International Publishing, Parvin Mehdipour Department of Medical Genetics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
31. Skroumpelos et al. (2014), «Private and catastrophic health expenditure of patients with early and locally advanced breast cancer in Greece», November 2014; Volume 17, Issue 7, Pages A501-A502
32. Turner G., Kelly B., (2000). «Emotional dimensions of chronic disease». *Western Journal of Medicine*, 2000 Feb. 172 (2): 124-128
33. WHO (World Health Organization) (1946). «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health conference», New York, 19–22 June, 1946. New York: WHO.
34. WHO (1996) WHOQOL-BREF. Geneva, WHO (pp 5)
35. Yardley L. (1997) «Reconstructing the Body Concept», *The British Journal of Psychology*, 88: 709-713

Πηγές από το Διαδίκτυο

1. <http://www.agsavvas-hosp.gr/>
2. Υπουργείο Υγείας, Παγκόσμια ημέρα κατά του Καρκίνου, Available from: <http://www.moh.gov.gr/articles/news/1574-pagkosmia-hmera-kata-toy-karkinoy>
3. Βαρβαρούση Μ. «Καρκίνος και κοινωνικές προκαταλήψεις» Διαθέσιμο στο:
<http://wincancer.gr/2016/08/%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82->

[%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%BB%CE%AE%CF%88%CE%B5/](#) τελ. Ημερομ. Πρόσβασης 29/10/2018

4. Τζαβέλα Ε. «Το κοινωνικό στίγμα του καρκίνου» Διαθέσιμο στο: <https://www.healthpolicycongress.gr/%CF%84%CE%BF-%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CF%8D%CF%80%CF%89%CE%BC%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84/> Ημερομ. Τελ. Πρόσβασης 29/10/2018.
5. WHO (2018). «International Agency for Research of Cancer» Διαθέσιμο στο <http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-line> Ημερομ. τελευταίας πρόσβασης 31/10/2018
6. Κυριόπουλος Γ. (2017). «13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις πολιτικές της Υγείας». Διαθέσιμο στο <https://www.healthpolicycongress.gr/>. Ημερομηνία τελ. Πρόσβασης 1/10/2018