



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**" Ασθενείς με καρκίνο.
Η Συμμόρφωση στους ασθενείς με καρκίνο και η
κοινωνικοοικονομική τους θέση. Η περίπτωση του
νοσοκομείου Σωτηρία."**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κούκουρα Ουρανία

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Κυριάκος Σουλιώτης, Επιβλέπων, Επίκουρος Καθηγητής
Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Ξενοφών Κοντιάδης, Καθηγητής

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2015

Copyright © Ουρανία Κούκουρα, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο.Ο.Σ.Α. : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Ε.Ε. : Ευρωπαϊκή Ένωση

IARC: International Agency for Research on Cancer

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	8
Μέρος Α': Καρκίνος και η κοινωνικοοικονομική θέση των ασθενών με καρκίνο.	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ασθενείς με καρκίνο	10
1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία	10
1.2 Παράγοντες εμφάνισης καρκίνου.....	13
1.3 Μέτρα πρόληψης και έγκαιρη διάγνωση	14
1.4 Οργανώσεις.....	17
1.5 Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Καρκίνος και ανισότητες	22
2.1 Ο ρόλος της κοινωνικοοικονομικής θέσης	22
2.2 Καρκίνος της μήτρας	22
2.3 Καρκίνος του μαστού	25
2.4 Καρκίνος του προστάτη	27
2.5 Καρκίνος του ήπατος	29
2.6 Καρκίνος του δέρματος.....	30
2.7 Συμπέρασμα.....	32
Μέρος Β': Η έρευνα. Διερεύνηση της τήρησης της θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Η περίπτωση του νοσοκομείου «Σωτηρία».	33
Ορισμός συμμόρφωσης.....	33
Παράγοντες Συμμόρφωσης ή μη	35
Αποτελέσματα μη συμμόρφωσης.....	49
Υπολογισμός Συμμόρφωσης	51
Ο Καρκίνος του Πνεύμονα και η τήρηση της θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.	56
Μεθοδολογία	60
Αποτελέσματα.....	66
Συζήτηση	73

Βιβλιογραφία.....	76
Παράρτημα.....	83
Ερωτηματολόγιο (I).....	83
Ερωτηματολόγιο (II).....	84
Ερωτηματολόγιο (III).....	90

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1 Αριθμός θανόντων ανδρών από καρκίνο.....	11
Πίνακας 2 Αριθμός θανόντων γυναικών από καρκίνο.....	12
Πίνακας 3 Ποσοστό Ελλήνων που καπνίζουν σε καθημερινή βάση	13
Πίνακας 4 Παράγοντες Συμμόρφωσης ή μη	35
Πίνακας 5 Ταμείο Ασφάλισης.....	66
Πίνακας 6 Επίπεδο Εκπαίδευσης	67
Πίνακας 7 Επαγγελματική κατάσταση.....	67
Πίνακας 8 Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα.....	68
Πίνακας 9 Επίπεδα Εξάρτησης από το κάπνισμα	68
Πίνακας 10 Συχνότητα αντιμετώπισης δυσκολιών για κάλυψη αναγκών	69
Πίνακας 11 Επίπεδα άγχους	70
Πίνακας 12 Επίπεδα κατάθλιψης	70
Πίνακας 13 Τήρηση της θεραπείας.....	71
Πίνακας 14 Εμπόδια κατά την επίσκεψη στον θεράποντα	71
Πίνακας 15 Εμπόδια κατά την θεραπεία.....	72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών μου του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με τίτλο μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» κατά το ακαδημαϊκό έτος 2012-2013.

Το θέμα της εργασίας φέρει τον τίτλο «Ασθενείς με καρκίνο. Η συμμόρφωση στους ασθενείς με καρκίνο και η κοινωνικοοικονομική τους θέση. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. 'Η Σωτηρία' ». Επιβλέπων καθηγητής είναι ο κος Κυριάκος Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας σημαντικό ρόλο έπαιξαν τα παρακάτω πρόσωπα τα οποία και θα ήθελα να ευχαριστήσω:

Τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Κυριάκο Σουλιώτη, για την ευκαιρία που μου έδωσε να εμβαθύνω σε ένα τόσο μείζον κοινωνικό και ευαίσθητο θέμα και που για την συνεργασία που μου προσέφερε.

Την Αμαλία-Μαρία Πανταζή, ψυχολόγο, για την συνεργασία της στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διατριβής και για την βοήθειά της σε τυχόν προβλήματα που προέκυπταν.

Τις προπτυχιακές φοιτήτριες του Τμήματος «Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Ανδρεαδάκη Κωνσταντίνα, Βαττέ Αικατερίνη, Κουμτσάκη Μαρία, Ξυδιά Ισιδώρα-Παναγιώτα και Σταθούση Μαρία, οι οποίες με βοήθησαν για την συλλογή των ερωτηματολογίων, καθώς και τους φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών του τμήματος Ψυχολογίας, Βάθη Μαρία, Λουκόπουλος Παντελής και Ψύλλου Ευτυχία.

Την φίλη μου και μεταφράστρια, Παναγιώτου Φλώρα για την βοήθειά της στην απόδοση ορισμών που χρειάστηκαν να μεταφραστούν έτσι ώστε να δίνουν την σωστότερη απεικόνιση του θέματος.

Κόρινθος 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συμμόρφωση αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο στον τομέα της υγείας το οποίο χρήζει ανάλυσης, καθώς επηρεάζει όχι μόνο την κατάσταση του ασθενή, αλλά και της κοινωνίας γενικότερα. Πολλοί είναι οι λόγοι που επηρεάζουν την συμμόρφωση των ασθενών οι οποίοι πρέπει να εξετασθούν προκειμένου να αρθούν τυχόν ανισότητες που μπορεί να προκύψουν. Μέσω του εντοπισμού των εμποδίων που υπάρχουν και παρεμποδίζουν την τήρηση της θεραπείας του ασθενή μπορούμε να προβούμε σε κατάλληλες πολιτικές υγείας προκειμένου να τα αντιμετωπίσουμε.

Λέξεις-κλειδιά

Συμμόρφωση, κοινωνικές ανισότητες, καρκίνος, τήρηση θεραπείας

ABSTRACT

Compliance is a major field in the health sector which needs analysis. Compliance not only affects the patient's health but also the whole society generally. Several reasons affect compliance which needs to be examined in order to eliminate any inequalities that may arise. Through the identification of existing barriers which hinder the maintenance of the patient's treatment we can proceed with the appropriate health policies to deal with them.

Keywords

Adherence-compliance, social inequalities, cancer, treatment compliance

Εισαγωγή

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη τα οποία αφορούν το κομμάτι του καρκίνου. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται γενικότερα στοιχεία που αφορούν τον καρκίνο, όπως επιδημιολογικά στοιχεία, οι παράγοντες εμφάνισής του, τα μέτρα πρόληψης, διάφορες οργανώσεις και τέλος τα δικαιώματα των ασθενών. Στην συνέχεια γίνεται μία προσπάθεια να ερευνηθεί κατά πόσο συνδέονται κάποιες μορφές καρκίνου με κάποια κοινωνικά χαρακτηριστικά. Φαίνεται πως η φυλή, η τοποθεσία που ζει κάποιος, η εκπαίδευση και το εισόδημα παίζουν σημαντικό ρόλο στις διάφορες μορφές καρκίνου. Τα χαμηλά εισοδήματα δεν είναι πάντα εκείνα που πλήττονται από την νόσο, αλλά και τα μεσαία-υψηλά φαίνεται να κατέχουν πιο υψηλά ποσοστά σε συγκεκριμένες μορφές, όπως ο καρκίνος του μαστού, όπου οι γυναίκες υψηλότερων εισοδημάτων και υψηλότερης κοινωνικής θέσης πλήττονται περισσότερο.

Το δεύτερο και σημαντικότερο μέρος της εργασίας αποτελείται από το κομμάτι της έρευνας. Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσει τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι επηρεάζουν την συμμόρφωση και εκείνη με την σειρά της πως επηρεάζει την νόσο. Ο καρκίνος που θεωρείται ένα μείζον πρόβλημα στις μέρες μας συνδέεται άμεσα με την συμμόρφωση του ασθενούς. Παράδειγμα σε αυτό μπορεί να αποτελέσει η συνήθεια του καπνίσματος, το οποίο φαίνεται να αποτελεί κύριο παράγοντα καρκίνου, αλλά σαν συνήθεια δεν περιορίζεται πάντα από τους ασθενείς ακόμα και όταν ξέρουν ότι επιβάλλεται να αλλάξουν τρόπο ζωής.

Η συμμόρφωση των ασθενών είναι ένα μείζον κοινωνικό ζήτημα, το οποίο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη όταν εξετάζουμε θέματα που αφορούν το κομμάτι της υγείας. Ο λόγος που πρέπει να γίνεται αυτό είναι γιατί χωρίς την συμμόρφωση δεν μπορεί να υπάρξει θεραπεία, άρα και θετική έκβαση της ασθένειας.

Όπως είναι λογικό, ο βαθμός της συμμόρφωσης δεν είναι κοινός για όλους, καθώς διάφοροι παράγοντες τον επηρεάζουν. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι δημογραφικοί, προσωπικοί, κοινωνικοί ή ακόμα και ψυχολογικοί. Όταν οι παράγοντες αυτοί εμποδίσουν την συμμόρφωση του ασθενούς είναι λογικό πως θα υπάρχει αρνητικό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο. Τόσο το άμεσο, όσο και το έμμεσο κόστος

αυξάνονται και για την κοινωνία και για τον ίδιο τον ασθενή και τους συγγενείς του. Σημαντικό κομμάτι όμως, είναι και η ψυχολογία του ασθενούς, καθώς η επιδείνωση της υγείας του αποτελεί άλλο ένα τροχοπέδη για την κοινωνική ζωή του ατόμου. Ενδεχομένως, να τον οδηγήσει στην απομόνωση και με τον καιρό σε ακόμη πιο δυσχερή κατάσταση της υγείας του.

Την συμμόρφωση μπορούμε να την υπολογίσουμε με δύο μεθόδους, την έμμεση και την ευθεία-άμεση. Στην πρώτη περίπτωση ο ερευνητής εστιάζει στις προσωπικές απαντήσεις του ασθενούς και βασίζεται στις προσωπικές του σημειώσεις, όπως είναι κάποιο ημερολόγιο. Αντίθετα η ευθεία μέθοδος είναι πιο άμεση και αξιόπιστη, καθώς βασίζεται σε πιο επιστημονικά δεδομένα, όπως η μέτρηση του επιπέδου φαρμάκων στο αίμα.

Όπως είναι λογικό, η συμμόρφωση συνδέεται άμεσα με την μορφή της ασθένειας. Έτσι για παράδειγμα, η χαμηλή εκπαίδευση, που αποτελεί σημαντικό κομμάτι μη συμμόρφωσης, δεν βοηθάει τις γυναίκες να λαμβάνουν τις προσωπικές τους προληπτικές εξετάσεις με αποτέλεσμα τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας να αυξάνονται.

Πρέπει λοιπόν, να δοθεί βάση στην μελέτη της συμμόρφωσης, καθώς είναι αναγκαίο να βρεθούν λύσεις προκειμένου τα άτομα να ακολουθούν την θεραπεία που τους έχει δοθεί. Με αυτόν τον τρόπο θα αποφευχθούν κόστη τόσο οικονομικής, όσο και κοινωνικής φύσης.

Μέρος Α': Καρκίνος και η κοινωνικοοικονομική θέση των ασθενών με καρκίνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ασθενείς με καρκίνο

1.1 *Επιδημιολογικά στοιχεία*

Ο καρκίνος είναι γνωστός ιατρικά ως κακοήθες νεόπλασμα ή όγκος και αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας, καθώς προσβάλλει οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι η μεγάλη αύξηση και εξάπλωση των μη φυσιολογικών κυττάρων, τα οποία αυξάνονται πολύ ταχύτερα από τα φυσιολογικά και εισβάλλουν στους ιστούς και τους καταστρέφουν.¹

Στις μέρες μας αποτελεί την δεύτερη μεγαλύτερη αιτία θανάτου, μετά τα καρδιοαγγειακά νοσήματα στις ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο, ενώ ακολουθούν του στομάχου, του ήπατος, του παχέος εντέρου και του μαστού. Πάνω από 7,6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πέθαναν το 2008, ενώ περίπου το 70% των θανάτων άνηκαν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Το 30% των περιπτώσεων καρκίνου σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. μπορεί να προληφθεί, ενώ μέχρι το 2030 ο αριθμός θνησιμότητας αναμένεται να αυξηθεί πάνω από 13,1 εκατομμύρια ανθρώπους.² Όσον αφορά την Ελλάδα τα ποσοστά θνησιμότητας σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α είναι χαμηλότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα το 2004 βρισκόταν στην 19^η θέση μεταξύ των 34 χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α για τους άντρες και στην 23^η για τις γυναίκες κάτι που όμως

¹Παγκόσμια ημέρα κατά του καρκίνου: <http://www.moh.gov.gr>

²World Health Organization, World Cancer Day: <http://www.who.int>

ίσως να είναι πλασματικό λόγω των ελλείψεων που υπάρχουν στην διάγνωση, σφαλμάτων στην ταξινόμηση και λόγω έλλειψης εθνικού αρχείου νεοπλασιών.³

Οι πιο συνηθισμένοι τύποι καρκίνου φαίνεται να έχουν διαφορά ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες και σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Π.Ο.Υ. η Ιαπωνία φαίνεται να έχει τους περισσότερους θανάτους και στα δύο φύλα, ενώ ακολουθεί η Γερμανία(πίνακας 1, πίνακας 2).

Πίνακας 1 Αριθμός θανάτων ανδρών από καρκίνο

International Agency for Research on Cancer (IARC) - 20.7.2013

Population	Deaths
Japan	213185
Germany	119799
Spain	64967
Poland	51557
Ukraine	49325
Republic of Korea	44870
Romania	28506
Australia	24208
The Netherlands	22982
Hungary	17992
Egypt	16283
Portugal	15233
Czech Republic	15008
Serbia	12089
Austria	10577
Bulgaria	9820
Denmark	7990
China, Hong Kong	7937
Croatia	7866
Finland	6092
Norway	5819
Republic of Moldova	3191
Singapore	2752
Armenia	2640
Estonia	1926
Luxembourg	572
Mauritius	500
Malta	474
Kuwait	361

Πηγή: World Health Organization

³Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, σελίδα 7

Πίνακας 2 Αριθμός θανάτων γυναικών από καρκίνο

International Agency for Research on Cancer (IARC) - 20.7.2013

Population	Deaths
Japan	144116
Germany	101844
Poland	40649
Spain	40575
Ukraine	39631
Republic of Korea	26717
The Netherlands	19901
Romania	19486
Australia	18476
Hungary	14680
Egypt	12370
Czech Republic	12163
Portugal	10425
Austria	9418
Serbia	8922
Denmark	7248
Bulgaria	7024
Croatia	5780
Finland	5491
China, Hong Kong	5306
Norway	5022
Republic of Moldova	2450
Singapore	2341
Armenia	2019
Estonia	1702
Mauritius	480
Luxembourg	470
Malta	402
Kuwait	344

Πηγή: World Health Organization

Στην χώρα μας έχει παρατηρηθεί μία σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο και στα δύο φύλα μεταξύ του 1980-2004 με κύρια αιτία θανάτου τον καρκίνο του πνεύμονα.⁴

Κάθε χρόνο στις 4 Φεβρουαρίου γιορτάζεται η Παγκόσμια ημέρα κατά του Καρκίνου, η οποία έχει καθιερωθεί με πρωτοβουλία της Διεθνούς Ένωσης κατά του Καρκίνου. Η εκστρατεία αυτή δίνει έμφαση στην πρόληψη, η οποία μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση καρκίνου μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Λίγες μέρες μετά, στις 15 Φεβρουαρίου, γιορτάζεται η Παγκόσμια ημέρα κατά του Παιδικού Καρκίνου, η οποία είναι με πρωτοβουλία της Διεθνούς Ένωσης Γονέων με Καρκινοπαθή παιδιά.

⁴Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012, σελίδες 16-17

1.2 Παράγοντες εμφάνισης καρκίνου

Διάφοροι είναι οι λόγοι που επηρεάζουν την υγεία ενός ατόμου και που μπορεί να το οδηγήσουν στην εμφάνιση κακοηθών νεοπλασμάτων. Πέραν των γονιδιακών σημαντικό ρόλο παίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στους οποίους εκτίθενται σε καθημερινή βάση τα άτομα. Πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία. Αρνητικές συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η κακή διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης μπορούν να οδηγήσουν σε ανεπανόρθωτες συνέπειες. Το κάπνισμα αποτελεί τον πιο σύνηθες παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο. Περίπου το 25% των περιπτώσεων καρκίνου στην Ε.Ε. οφείλεται στο κάπνισμα, ενώ πάνω από το 80% των θανάτων από καρκίνο οφείλεται σε καρκίνο του πνεύμονα. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η Ελλάδα παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό καπνιστών ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α, καθώς σε καθημερινή βάση το 44,3% των Ελλήνων καπνίζουν.

Πίνακας 3 Ποσοστό Ελλήνων που καπνίζουν σε καθημερινή βάση

Behavioural risk factors	males	females	total
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>			
Current daily tobacco smoking	59.0	30.1	44.3
Physical inactivity	20.2	15.5	17.8

Πηγή: World Health Organization

Το αλκοόλ είναι και αυτό επίσης ένας παράγοντας που επηρεάζει στην εμφάνιση διάφορων τύπων καρκίνου, όπως του ήπατος ή ακόμα και του μαστού. Η Ελλάδα θεωρείται χώρα μέσης κατανάλωσης αλκοόλ.

Η Παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης συμβάλουν και αυτές με την σειρά τους στην εμφάνιση κάποιας κακοήθειας και είναι έννοιες αλληλένδετες. Όσο αυξάνεται η μάζα του σώματος και μειώνεται η σωματική άσκηση τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. περίπου το 40% περιπτώσεων καρκίνου της μήτρας οφείλεται στην παχυσαρκία.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν σε καρκινογενέσεις είναι διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, η φυσική καρκινογένεση, όπως είναι η ιονίζουσα και υπεριώδης ακτινοβολία, η χημική καρκινογένεση, όπως στοιχεία αμιάντου, καπνός

τσιγάρου, αφλατοξίνη και αρσενικό και η βιολογική καρκινογένεση, όπως βακτήρια, λοιμώξεις από ιούς και παράσιτα.⁵

Η ηλικία είναι ένας σοβαρός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να εκδηλώσει καρκίνο. Αρκετοί τύποι καρκίνου εμφανίζονται σε ηλικιωμένους ανθρώπους και αυτό συμβαίνει, διότι το άτομο εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες στην ζωή του και αυτό λειτουργεί αθροιστικά με αποτέλεσμα όσο μεγαλώνει ένα άτομο τόσο πιο σύνηθες είναι να εμφανίσει καρκίνο και μάλιστα οι μηχανισμοί επισκευής των κυττάρων δεν λειτουργούν το ίδιο αποτελεσματικά όσο σε ένα νεαρό άτομο. Βασικό ρόλο παίζει όμως και η κληρονομικότητα, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

Τέλος, ακόμα ένας παράγοντας είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επικρατεί σε ένα άτομο ή πληθυσμό. Δεν είναι λίγες οι μελέτες που έχουν συσχετίσει την εμφάνιση καρκίνου με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που ζει ένα άτομο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας που εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες χαμηλότερης κοινωνικής τάξης σε αντίθεση με τον καρκίνο του μαστού που εμφανίζεται περισσότερο σε γυναίκες ανώτερης κοινωνικής τάξης. Το σύνολο της θνησιμότητας σχετίζεται άμεσα με το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στην μειωμένη πρόσβαση που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα σε υπηρεσίες υγείας και έχει ως αποτέλεσμα να καθυστερεί η διάγνωση του καρκίνου και όταν αυτή γίνει να είναι πλέον σε προχωρημένο στάδιο.

1.3 Μέτρα πρόληψης και έγκαιρη διάγνωση

Οι εμβολιασμοί είναι ένα σημαντικό μέτρο πρόληψης της νόσου. Σημαντικά εμβόλια είναι το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, καθώς είναι ο δεύτερος συχνότερος παράγοντας θνησιμότητας από καρκίνο σε γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση(Ε.Ε.) και το εμβόλιο κατά του καρκίνου του ήπατος, καθώς

⁵World Health Organization, Cancer: <http://www.who.int>

κάθε χρόνο στην Ε.Ε. σημειώνονται περίπου 30.000 περιστατικά για τα οποία ευθύνεται η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β και C.⁶

Η έγκαιρη διάγνωση ανήκει στην δευτερογενή πρόληψη και προσπαθεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο πριν ακόμα εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματά του. Όσο γρηγορότερα ανιχνευτεί τόσο πιο αποτελεσματικά μπορεί να θεραπευτεί ή και να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης. Σημαντικές εξετάσεις που γίνονται και μπορούν να προλάβουν την νόσο είναι για τις γυναίκες το τεστ ΠΑΠ(Παπανικολάου), που ανιχνεύει το 90% των περιστατικών καρκίνου και πρέπει να γίνεται κατά μέσο όρο μία με δύο φορές το χρόνο, εξαρτάται από το ιστορικό κάθε γυναίκας και η μαστογραφία, η οποία μπορεί να ανιχνεύσει τυχόν αλλοιώσεις που υπάρχουν στον μαστό. Για τους άντρες το PSA(καρκίνος του προστάτη) είναι μία πολύ σημαντική εξέταση, καθώς μπορεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο του προστάτη. Κοινή εξέταση που μπορεί να γίνει και στα δύο φύλα είναι η εξέταση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού(ορθοκολικός καρκίνος), όπου είναι πολύ συχνή μορφή καρκίνου και στα δύο φύλα σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Ο κίνδυνος εμφάνισής του συνάδει με την αύξηση της ηλικίας. Όσο μεγαλώνει ένα άτομο τόσες περισσότερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης του.⁷

Με βάση την έγκαιρη διάγνωση δημιουργήθηκε και ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου, ο οποίος είναι ο εξής:⁸

1. Μη καπνίζετε. Καπνιστές σταματήστε το κάπνισμα. Εάν αποτύχετε να διακόψετε το κάπνισμα, μην καπνίζετε παρουσία μη καπνιστών.
2. Αποφύγετε την παχυσαρκία.
3. Αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα, σε καθημερινό επίπεδο
4. Να τρώτε ποικιλία λαχανικών και φρούτων καθημερινά, να τρώτε τουλάχιστον πέντε μερίδες την ημέρα. Περιορίστε την κατανάλωση τροφών που περιέχουν ζωικά λίπη.
5. Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση σε δύο ποτά την ημέρα εάν είστε άνδρας και ένα ποτό εάν είστε γυναίκα.
6. Πρέπει να φροντίζετε να αποφεύγετε την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Είναι

⁶Παγκόσμια ημέρα κατά του καρκίνου: <http://www.moh.gov.gr>

⁷Παγκόσμια ημέρα κατά του καρκίνου: <http://www.moh.gov.gr>

⁸Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Έγκαιρη διάγνωση <http://www.cancer-society.gr>

ιδιαίτερα σημαντικό να προστατεύονται τα παιδιά και οι έφηβοι. Τα άτομα που έχουν τάση να καίγονται στον ήλιο, θα πρέπει να λαμβάνουν προστατευτικά μέτρα σε όλη τη ζωή τους.

7. Να εφαρμόζετε αυστηρά τους κανονισμούς που στοχεύουν στην πρόληψη της έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες στο επαγγελματικό ή άλλο περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευτούν εάν διαγνωστούν έγκαιρα.

8. Επισκεφθείτε ένα γιατρό εάν παρατηρήσετε: ένα εξόγκωμα, μία πληγή που δεν επουλώνεται (και στο στόμα ακόμη), μία κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα, ή μία μη φυσιολογική αιμορραγία, προβλήματα που δεν υποχωρούν όπως βήχας, βραχνάδα, καούρα και δυσκολία στη κατάποση, ανεξήγητη αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της ούρησης, ή ανεξήγητη απώλεια βάρους. Υπάρχουν προγράμματα Δημόσιας Υγείας, τα οποία μπορούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων ή να αυξήσουν την πιθανότητα ενός καρκίνου να θεραπευτεί.

9. Γυναίκες 25 ετών και άνω, να συμμετέχετε σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

10. Γυναίκες 50 ετών και άνω, να συμμετέχετε σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

11. Άτομα 50 ετών και άνω, να συμμετέχετε σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για την ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου με το test της αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα (haemoccult Test) ή και με συνδυασμό με κολονοσκόπηση.

12. Να συμμετέχετε σε προγράμματα εμβολιασμού για την μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, σε αρχικό στάδιο, πριν τη μεταστατική διασπορά του αποτελεί την δευτερογενή πρόληψη. Πληθυσμιακός προληπτικός έλεγχος (Screening) όταν είναι αποτελεσματικός προαπαιτούμενο είναι να παρουσιάζει ελάττωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του οργάνου για τον οποίο γίνεται προληπτικός έλεγχος.

1.4 Οργανώσεις

Στην Ελλάδα έχουν δημιουργηθεί πολλές οργανώσεις στήριξης και ενημέρωσης όχι μόνο των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, αλλά και των ίδιων των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα παρατίθενται ορισμένες οργανώσεις:⁹

- **Σύλλογος Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων & Ιατρών Αθηνών (Κ.Ε.Φ.Ι.)**

Παρέχει υποστήριξη κοινωνική και ψυχολογική στους ογκολογικούς ασθενείς, αλλά και στις οικογένειές τους.

Δημιουργεί ομάδες συζήτησης προκειμένου τα μέλη να μοιραστούν το πρόβλημά τους και τις εμπειρίες τους.

Υπάρχει ομαδική ψυχολογική υποστήριξη.

Διοργανώνει ημερίδες, ομιλίες που αφορούν κυρίως την πρόληψη και την ενημέρωση των ασθενών με νέες επιστημονικές εξελίξεις αντιμετώπισης της νόσου.

Επιπλέον, διοργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια για εθελοντές, καθώς και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.

Τέλος, παρέχει κατ' οίκον κοινωνική και προνοιακή φροντίδα.

- **Πρότυπο Κέντρο Πρόληψης «το Σπίτι του Στόχου»**

Στο συγκεκριμένο κέντρο έχουν την δυνατότητα οι γυναίκες ηλικίας 40-69 να κάνουν δωρεάν μαστογραφία και προληπτικές εξετάσεις. Μάλιστα, όσες λαμβάνουν μέρος στο πρόγραμμα καλούνται μετά από ένα με δύο χρόνια για να ξανακάνουν εξετάσεις.

- **Άλμα Ζωής-Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με καρκίνο μαστού**

Παρέχεται ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, πρόγραμμα αλληλοβοήθειας και εκπαίδευσης των εθελοντών. Ακόμα, υπάρχει και τηλεφωνική γραμμή στήριξης, καθώς και ενημέρωση όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού.

- **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**

Αναπτύσσει στρατηγική πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου.

⁹Υγεία και Κοινωνικά Δίκτυα: <http://epatientgr.wordpress.com>

Προσπαθεί να παρακινήσει τους Έλληνες στο να καταφεύγουν σε τακτικό έλεγχο και να τους ενημερώνει σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο.

- **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ –Κέντρο Ψυχο-Κοινωνικής Στήριξης Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Ελλη Λαμπέτη»**

Παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες και στις οικογένειές τους με προβλήματα καρκίνου του μαστού.

Επιπλέον, τους υποστηρίζει στην επανένταξή τους στο οικογενειακό και εργασιακό τους περιβάλλον.

Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα έρχονται σε επαφή προκειμένου να βοηθήσουν η μία την άλλη.

- **ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ**

Η οργάνωση αυτή προσφέρει ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, καθώς και ενημέρωση όσον αφορά τον καρκίνο του λάρυγγα.

1.5 Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο

Σύμφωνα με το άρθρο 21, §3 του Συντάγματος το κράτος υποχρεούται να λαμβάνει μέτρα προκειμένου να διατηρεί και να αποκαθιστά την υγεία των πολιτών του. Ταυτόχρονα, απαγορεύει τόσο στα κρατικά όργανα όσο και σε άλλους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς να προβούν σε ενέργειες που ενδεχομένως να βλάψουν την υγεία των ατόμων.¹⁰

Είναι γεγονός πως γενικότερα όλοι οι ασθενείς καλύπτονται με ένα μανδύα δικαιωμάτων κάτω από τον οποίο προστατεύουν την ανθρώπινη αξιοπρέπειά τους. Οι καρκινοπαθείς όμως λόγω της ευαισθησίας της ασθένειάς τους καλύπτονται και με άλλα δικαιώματα.

Πιο συγκεκριμένα, τα δικαιώματα των ασθενών είτε καρκινοπαθών είτε πασχόντων από άλλη ασθένεια είναι τα εξής:

- Δικαίωμα στην ίση πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Θεμελιώδες και συνταγματικά κατοχυρωμένο είναι το δικαίωμα για ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς να γίνεται διάκριση λόγω φύλου, φυλής, θρησκείας ή οποιουδήποτε άλλου λόγου.

- Δικαίωμα για αξιοπρεπή και εξατομικευμένη φροντίδα.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να του παραχθεί φροντίδα, η οποία θα είναι σε πλαίσια που θα σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπειά του σε ασφαλές και καθαρό περιβάλλον. Όπως είναι λογικό αυτή η φροντίδα δε περιλαμβάνει μόνο την ιατρική και νοσηλευτική άσκηση αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή και μεταχείριση και τέλος την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.¹¹ Οποιαδήποτε πράξη πρόκειται να ακολουθήσει πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ανθρώπινη αξιοπρέπεια του ασθενούς.

- Δικαίωμα στην ενημέρωση

¹⁰Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, (2004), «Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας», Αθήνα-Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα

¹¹Εκστρατεία για την ενημέρωση των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών:
<http://dikaiomamou.anticancerath.gr>

Ο ασθενής έχει δικαίωμα ενημέρωσης τόσο για την νόσο του όσο και για την θεραπεία που πρόκειται να ακολουθήσει. Αφού λάβει λεπτομερώς την κατάλληλη ενημέρωση μπορεί να προχωρήσει εάν το επιθυμεί στην θεραπεία.

- Δικαίωμα στην συναίνεση

Έπεται της ενημέρωσης και αποτελεί και αυτό ένα θεμελιώδες δικαίωμα. Ο ασθενής μπορεί είτε να συναινέσει στην ιατρική πράξη, είτε να αρνηθεί. Ο γιατρός υποχρεούται να λάβει την συναίνεση του ασθενούς για να προχωρήσει στην κατάλληλη θεραπεία διαφορετικά μία πράξη χωρίς συναίνεση θεωρείται παράνομη, πλην ορισμένων νομοθετημένων εξαιρέσεων.

- Δικαίωμα ιατρικού απορρήτου

Είναι το δικαίωμα της εμπιστευτικής και απόρρητης πληροφορίας που αφορά το ιστορικό του ασθενούς και τον ατομικό φάκελο της υγείας του. Τόσο οι γιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουν να έχουν εχεμύθεια.¹² Το δικαίωμα αυτό μπορεί να αναιρεθεί σε εξαιρετικές νομοθετημένες εξαιρέσεις.

- Δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να έχει πρόσβαση στον ιατρικό του φάκελο και μάλιστα να ζητήσει και αντίγραφο του.

Τα δικαιώματα αυτά είναι τα σημαντικότερα που καλύπτουν όλους τους ασθενείς. Υπάρχουν όμως και άλλα δικαιώματα πιο εξειδικευμένα που αφορούν τους καρκινοπαθείς. Πιο συγκεκριμένα είναι τα εξής:

- Δικαίωμα στην αναπηρική σύνταξη

Τα άτομα που πάσχουν από κάθε μορφή καρκίνου μπορούν να απευθυνθούν στα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) προκειμένου να τους αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας και να τους παραχθεί αναπηρική σύνταξη.

¹²Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι., «Ψάξε, μάθε, διεκδίκησε, έχεις δικαίωμα», Εκστρατεία για την ενημέρωση των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών.

- Δικαίωμα σύγχρονων ιατρικών εξετάσεων και εξελεγμένων φαρμάκων.

Ο γιατρός μπορεί να ζητήσει να παραχθούν στον ασθενή του οποιοσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις ανεξάρτητα από το κόστος τους όπως και να του συνταγογραφήσει φάρμακα που μπορεί να μην περιλαμβάνονται στο Εθνικό Συνταγολόγιο αν τα κρίνει απαραίτητα για την θεραπεία του ασθενούς.

- Δικαίωμα δεύτερης ιατρικής γνώμης και σύγκλισης ιατρικού συμβουλίου.

Οι καρκινοπαθείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν προσωπικά για την νόσο τους και την θεραπεία τους. Έχουν λοιπόν, το δικαίωμα να ζητήσουν και δεύτερη ιατρική γνώμη ή και να ζητήσουν να γίνει ιατρικό συμβούλιο.

- Δικαίωμα κοινωνικών παροχών.

Τα άτομα με καρκίνο λόγω της ιδιαίτερης κατάστασής τους ευνοούνται με διάφορες κοινωνικές παροχές ή με κάποια κοινωνικά πλεονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα, τους δίνεται πάσο για τις συγκοινωνίες αστικές και υπεραστικές για να μετακινούνται δωρεάν ή με μειωμένα ναύλα, τους παραχωρούνται ορθοπεδικά βοηθήματα όπως οι πατερίτσες κάθε δύο χρόνια για να μπορούν να κινούνται ευκολότερα ή ακόμα τους δίνονται περούκες λόγω της χημειοθεραπείας, δικαιούνται δωρεάν όλα τα φάρμακα που τους προσφέρουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής, τους παρέχεται αποκλειστική νοσοκόμα (στους εντός του νοσοκομείου ασθενείς που είναι άμεσα ασφαλισμένοι), δικαιούνται ακόμα δελτία Κοινωνικού Τουρισμού κάθε χρόνο, το πρώτο παιδί δικαιούται μειωμένη θητεία αν ο γονέας του έχει ποσοστό αναπηρίας από 67% και πάνω, ενώ το άρρεν παιδί που νοσεί από καρκίνο απαλλάσσεται από την στρατιωτική θητεία καθώς και άλλα δικαιώματα που συμβάλουν στο να έχουν μια ποιοτικότερη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Καρκίνος και ανισότητες

2.1 Ο ρόλος της κοινωνικοοικονομικής θέσης

Η θέση των ασθενών, το γνωστό status, κατέχει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στους ασθενείς και κυρίως στους ασθενείς με καρκίνο. Πρώτα απ' όλα όμως πρέπει να διευκρινίσουμε τι εννοούμε με τον όρο κοινωνικοοικονομική θέση των ασθενών. Αφορά την κοινωνική κατάταξη των ασθενών βάση εισοδήματος, εκπαίδευσης-γνώσης, περιοχής και πολλών άλλων στοιχείων που θα μπορούσαμε να πούμε πως συμπληρώνουν το «προφίλ» των ασθενών. Όλοι αυτοί οι παράγοντες τον επηρεάζουν όσον αφορά στην συμμόρφωσή του απέναντι στις υποδείξεις του θεραπευτή, αλλά και στην γενικότερη έκβαση και μορφή της ασθένειάς του. Έτσι λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι ένα πολυδιάστατο πεδίο με πολλούς παράγοντες. Η κοινωνικοοικονομική θέση των ασθενών σε πολλές περιπτώσεις είναι υπεύθυνη για την είσοδό τους στο σύστημα υγείας. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα γίνει μία προσέγγιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων σε σύγκριση με τις μορφές καρκίνου. Δεν θα εστιάσει στους κληρονομικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι από την φύση τους σημαντικοί και κατέχουν κυρίαρχο ρόλο, αλλά θα εστιάσει στις μορφές καρκίνου οι οποίες διαφέρουν λόγω κοινωνικής θέσης. Το κάθε άτομο έχει επιλέξει ένα τρόπο διαβίωσης που σε ορισμένες περιπτώσεις το εκθέτει σε διάφορες μορφές κινδύνου. Σε αυτό οφείλεται και η διαφοροποίηση των διάφορων μορφών καρκίνου. Άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς πως οι ανισότητες στην υγεία είναι ένα κομμάτι των κοινωνικών ανισοτήτων.

2.2 Καρκίνος της μήτρας

Ο καρκίνος της μήτρας είναι από τους πιο διαδεδομένους τύπους καρκίνου σε όλο τον κόσμο, καθώς φαίνεται να είναι ο πιο συνήθης στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το ποσοστό θνησιμότητας ξεπερνάει το 80%, ενώ σημαντική θέση κατέχει και στις αναπτυγμένες. Όπως είναι λογικό η ανακάλυψη του τεστ Παπανικολάου από τον

Γεώργιο Παπανικολάου την δεκαετία του 1940 μείωσε κατά πολύ την θνησιμότητα από αυτόν τον τύπο καρκίνου, παρόλα αυτά η εμφάνιση του δεν μένει αδιάφορη.

Από έρευνες έχει προκύψει πως η ομάδα που προσβάλλεται σε μεγαλύτερο βαθμό είναι οι γυναίκες που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα¹³. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για διάφορους κοινωνικούς παράγοντες. Σύμφωνα με έρευνες, γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση και συγκεκριμένα χωρίς εκπαίδευση κινδυνεύουν να νοσήσουν τρεις φορές περισσότερο σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η χαμηλή εκπαίδευση συσχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά δεν συσχετίζεται με την μόλυνση από τον ιό HPV¹⁴. Μάλιστα πρέπει να σημειωθεί πως η χαμηλή εκπαίδευση από μόνη της δεν αποτελεί παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο της μήτρας, αλλά αποτελεί ένα δείκτη ο οποίος έρχεται να συμπληρώσει το «προφίλ» των γυναικών που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές θέσεις και υποφέρουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.¹⁵

Το κάπνισμα, τα αντισυλληπτικά χάπια και το τεστ Παπ ευθύνονται επίσης για την εμφάνιση η μη του καρκίνου¹⁶. Οι γυναίκες που ανήκουν σε μεγαλύτερη κοινωνική θέση λαμβάνουν σε τακτικότερο βαθμό τις προληπτικές τους εξετάσεις, όπως είναι και το τεστ Παπ σε αντίθεση με τις γυναίκες χαμηλότερων στρωμάτων. Εξαιτίας αυτού οφείλεται επίσης το γεγονός πως οι γυναίκες του αναπτυσσόμενου κόσμου υποφέρουν σε μεγαλύτερα ποσοστά, λόγω της μικρής τους συμμετοχής στην εξέταση που γίνεται από το τεστ Παπανικολάου¹⁷ και πολλές φορές δεν κάνουν το τεστ, γιατί δε το θεωρούν απαραίτητο, καθώς πιστεύουν πως άμα προσέχουν τον εαυτό τους μπορούν και να αποφύγουν τυχόν ασθένειες. Τέλος, τα αντισυλληπτικά χάπια φαίνεται να έχουν μία μικρή συσχέτιση στο να μην εμφανιστεί καρκίνος, καθώς προστατεύουν τις ωοθήκες

¹³Ackerson K. et al(2008), “Personal Influencing Factors Associated With Pap Smear Testing and Cervical Cancer, University of Michigan School of Nursing, USA

¹⁴ Ο HPV είναι γνωστός ως ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Επηρεάζει το δέρμα, τον λαιμό, τα πόδια, το στόμα, τα δάχτυλα, τα νύχια, τον πρωκτό και τα γεννητικά όργανα. Περίπου το 40% των τύπων του επηρεάζουν την γεννητική περιοχή. Δεν παρουσιάζουν συνήθως κάποιο σύμπτωμα. Ένας μικρός αριθμός τους μπορούν να οδηγήσουν σε διάφορες μορφές καρκίνου, μία εκ των οποίων είναι ο καρκίνος της μήτρας.

¹⁵ British Journal of Cancer(2009), Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level, **101**, 865–870. doi:10.1038/sj.bjc.6605224

¹⁶SanjoséS. et al (1997), “Social differences in sexual behavior and cervical cancer”, *Serveid’ Epidemiología i Registredelcancer, Institut Catalád’ Oncología, Ciutat Sanitariai Universitariade Bellvitge*

¹⁷Segan N (1997), “Socioeconomic status and cancer screening”, Department of Oncology S. Giovanni Hospital, Turin, Italy

και το ενδομήτριο, ενώ το κάπνισμα είναι πλέον αποδεδειγμένο πως ευθύνεται για πολλές μορφές καρκίνου. Έτσι μία γυναίκα η οποία καπνίζει αυτομάτως αυξάνει και τις πιθανότητες.

Όπως είναι λογικό, οι γυναίκες χαμηλών στρωμάτων ανήκουν και στον ανεπτυγμένο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο, όπου όπως προαναφέρθηκε τα κρούσματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι μεγαλύτερα. Ένας ακόμα κύριος συντελεστής εμφάνισής του είναι και η σεξουαλική επαφή. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που έχουν συναναστραφεί με πολλαπλούς συντρόφους ή έχουν ξεκινήσει την σεξουαλική τους ζωή σε μικρή ηλικία ή εγκυμονούν σε μικρή ηλικία παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο. Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί πως, σύμφωνα με ισπανική έρευνα σημαντική αιτία επίσης είναι και η σεξουαλική ζωή των αντρών με πόρνες, οι οποίοι είναι παντρεμένοι με γυναίκες που ανήκουν σε χαμηλή κοινωνική τάξη.¹⁸

Παρότι έχει αποδειχθεί πως το τεστ Παπ σώζει ζωές φαίνεται να μην λαμβάνεται σε ικανοποιητικό ποσοστό. Στην Ελλάδα μάλιστα, το 2009 το 59,4% των γυναικών ηλικίας 21-69 έλαβαν την προληπτική αυτή εξέταση¹⁹. Καταρχήν, ακόμα και στις μέρες μας υπάρχουν γυναίκες οι οποίες δεν αντιμετωπίζουν το τεστ Παπ ως έναν προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά αντίθετα μπαίνουν στην διαδικασία λήψης του τεστ αφότου έχουν κάποια συμπτώματα καρκίνου. Η εκ των υστέρων εξέταση όπως είναι λογικό αυξάνει τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου.

Άλλο ένα εμπόδιο είναι η περιοχή στην οποία ζει μία γυναίκα. Έχει παρατηρηθεί πως οι γυναίκες των αγροτικών περιοχών τείνουν να εξετάζονται σε μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες των αστικών περιοχών. Αυτό ενδεχομένως να ευθύνεται στο γεγονός ότι μπορεί να ζουν πιο μακριά από κάποιο νοσοκομείο ή κάποιο κέντρο υγείας με αποτέλεσμα να τους καθιστά δυσκολότερη την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

¹⁸Sanjosé S. et al(1997), “Social differences in sexual behavior and cervical cancer”, Servei d’ Epidemiologia i Registre del cancer, Institut Catalá d’ Oncologia, Ciutat Sanitaria i Universitaria de Bellvitge

¹⁹Dimitrakaki C. et al.(2009), “Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from nation-wide Hellas Health 1 survey”, Central for Health Services Research, Medical School, University of Athens, Greece

Δεν μπορούμε να αποκλείσουμε και τον παράγοντα της κουλτούρας. Πολλές γυναίκες φοβούνται την διαδικασία ή ντρέπονται να προβούν στην εξέταση. Τέλος, η έλλειψη ορισμένες φορές υλικών λόγω της μεγάλης οικονομικής κρίσης καθιστά δύσκολη την εξέταση ακόμα και όταν μία γυναίκα αποφασίσει να λάβει το τεστ Παπ.

Το Πανεπιστήμιο του Michigan εκτιμά πως άμα υπάρξει σωστή πληροφόρηση σε αυτές τις γυναίκες και σωστές συμβουλές τα τεστ Παπανικολάου θα αυξηθούν.

2.3 Καρκίνος του μαστού

Σύμφωνα με την American Cancer Society ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον δεύτερο πιο σύνηθες καρκίνο στις γυναίκες, καθώς περίπου το 12% θα προσβληθεί στην ζωή του. Το έτος 2014 αναμένεται να νοσήσουν περίπου 232.000 γυναίκες ενώ αναμένεται να πεθάνουν περίπου 62.500. Η αυξητική τάση αυτής της μορφής καρκίνου ξεκίνησε το 2000, ενώ μειώθηκε κατά 7% το 2002. Η μείωση αυτή οφείλεται στην μείωση κατανάλωσης αντισυλληπτικών χαπιών και ορμονικής θεραπείας. Πλέον τα ποσοστά φαίνεται να έχουν σταθεροποιηθεί ενδεχομένως λόγω της ύπαρξης προσυμπτωματικού ελέγχου και έγκαιρης διάγνωσης.²⁰

Ενώ στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας φαίνεται να μην κατέχει ρόλο η κληρονομικότητα, στον καρκίνο του μαστού φαίνεται το αντίθετο. Γυναίκες οι οποίες έχουν στο άμεσο συγγενικό τους περιβάλλον ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν και πρέπει να εξετάζονται σε τακτικότερη βάση. Ενώ ο έλεγχος πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο σε γυναίκες που έχουν φτάσει την ηλικία των 40, στην περίπτωση ιστορικού πρέπει να ξεκινήσει αυτός ο έλεγχος σε μικρότερη ηλικία.

Σύμφωνα με έρευνες υπάρχει θετική συσχέτιση της εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα αλκοόλ, ενώ ο καπνός δεν φαίνεται να έχει τόσο άμεση συσχέτιση.²¹ Ενώ συνδεδεμένο φαίνεται να είναι και το

²⁰ American Cancer Society, www.cancer.org

²¹ Cancer Epidemiology Unit, “Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer”, University of Oxford

αντισυλληπτικό χάπι. Πιο συγκεκριμένα, ανάλογα με την διάρκεια που το λαμβάνει η γυναίκα αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Έτσι, οι πιθανότητες μπορούν μέχρι και να τριπλασιαστούν εάν υπάρχει παρατεταμένη χρήση του χαπιού σε γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία μικρότερη των 33 χρόνων.²² Ο κίνδυνος φαίνεται να εξαλείφεται μετά από πεντάχρονη διακοπή.

Οι γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει κινδυνεύουν να νοσήσουν 1,5 φορά περισσότερο από τις γυναίκες που έχουν γεννήσει. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι οι άτοκες γυναίκες δεν έχουν θηλάσει, καθώς ο θηλασμός προστατεύει από την νόσο, όμως κάτι τέτοιο δεν ισχύει όταν η γυναίκα γεννήσει το πρώτο της παιδί σε μεγάλη ηλικία κυρίως άνω των 35 χρόνων. Ακόμα και η διατροφή κατέχει σημαντικό ρόλο. Η αυξημένη κατανάλωση λίπους αυξάνει και την πιθανότητα καρκινογένεσης.

Η δραστήρια ζωή(δουλειές στο σπίτι, περπάτημα κ.τ.λ.) φαίνεται να επιδρά θετικά στην υγεία των γυναικών, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με έρευνα οι γυναίκες που έχουν μία πιο δραστήρια ζωή έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού της τάξης του 13%. Μάλιστα αναφέρει πως εάν υπάρχει σωματική αύξηση μπορούν να αποφευχθούν 3000 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο.²³

Οι περιοχές που νοσούν περισσότερο είναι οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, ενώ αντίθετα οι χώρες της Ασίας έχουν το χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού και συγκεκριμένα οι πρώτες έχουν τις πενταπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης, ενώ χαμηλό ποσοστό παρουσιάζεται και στις χώρες της Αφρικής. Από έρευνες προκύπτει πως η εκπαίδευση, το εισόδημα και η ασφαλιστική κάλυψη επηρεάζουν σημαντικά τις γυναίκες προκειμένου να οδηγηθούν σε προσυμπτωματικό έλεγχο(screening). Σε μία έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ από το “NCI Breast Cancer Screening Consortium” έδειξε πως οι γυναίκες με χαμηλότερη εκπαίδευση και εισόδημα μικρότερο των 15000\$ τείνουν να λαμβάνουν λιγότερες μαστογραφίες.²⁴

²² Βασιλαρος Ντ.(1989) «Κληρονομικότητα και επιδημιολογία καρκίνου του μαστού στον Ελληνικό Πληθυσμό», Διδακτορική διατριβή, Αθήνα

²³ Huffpost lifestyle-United Kingdom, huffingtonpost.co.uk

²⁴ N. Segnan et. al, “Socioeconomic status and cancer screening”, Social inequalities and cancer, International Agency for Research on Cancer(IARC), Lyon 1997

Σε μελέτη που έχει λάβει χώρα στο Εδιμβούργο έχει φανεί πως η θνησιμότητα από καρκίνο το μαστού έτεινε να αυξάνεται όσο αυξανόταν και η κοινωνικοοικονομική θέση της γυναίκας.²⁵ Στην Ευρώπη την περίοδο 2000-2004 οι γυναίκες με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση υπέφεραν από καρκίνο του μαστού κατά 25% περισσότερο.

Στην Ελλάδα, σε έρευνα του 2009, το 53,8% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών τα τελευταία τρία χρόνια έχουν κάνει μαστογραφία.²⁶ Το ποσοστό δεν είναι ικανοποιητικό, καθώς δείχνει πως στην διάρκεια μίας τριετίας σχεδόν οι μισές γυναίκες αυτής της ηλικίας έχουν εξετασθεί, ενώ δεν γνωρίζουμε για τις υπόλοιπες. Ένα ακόμη τροχοπέδη, πέραν της μειωμένης συμμετοχής, είναι πως δεν υπάρχει κάποιο Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών ώστε να μπορεί η Ελλάδα σαν χώρα να συλλέξει πληροφορίες με αποτέλεσμα τα στοιχεία που λαμβάνει ο ΠΟΥ να είναι κατά προσέγγιση και ορισμένες φορές να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.²⁷

Εύλογο είναι να αναρωτηθεί κανείς για ποιο λόγο οι γυναίκες που κατέχουν μία υψηλότερη κοινωνική θέση εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης αυτού του τύπου καρκίνου, ενώ έρευνες έχουν δείξει πως είναι εκείνες οι οποίες εξετάζονται πιο τακτικά σε σχέση με γυναίκες χαμηλότερης θέσης. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα είναι ο τρόπος ζωής. Πιο αναλυτικά, τείνει να εμφανίζεται σε αυτές τις γυναίκες, διότι είναι εκείνες που υιοθετούν τον δυτικό τρόπο ζωής. Τα αντισυλληπτικά χάπια, η εγκυμοσύνη σε μεγάλη ηλικία, διάφορες ορμονικές θεραπείες, ο μειωμένος θηλασμός, η μειωμένη σωματική άσκηση, η παχυσαρκία, τα λίγα παιδιά είναι μερικοί λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες της υψηλής κοινωνικής τάξης εμφανίζουν καρκίνο του μαστού.²⁸

2.4 Καρκίνος του προστάτη

²⁶Dimitrakaki C. et al.(2009), “Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from nation-wide Hellas Health 1 survey”, Central for Health Services Research, Medical School, University of Athens, Greece

²⁷ Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα και συν., τεύχος 23, σελ. 9, «Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών Με Καρκίνο Του Μαστού που επισκέφθηκαν το Κέντρο Έλλη Λαμπέτη από 01/01/2012 – 30/06/2013»

²⁸Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M; Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet, 366, 1784–93.

Ο καρκίνος του προστάτη θεωρείται ως η πιο συνήθη μορφή καρκίνου στους άντρες στις ΗΠΑ, κυρίως από 60 ετών και άνω. Ένας στους έξι λέγεται πως θα διαγνωσθεί με καρκίνο του προστάτη μία φορά στην ζωή του. Αν και θεωρείται ως η πιο συχνή αιτία καρκίνου στους άντρες παρόλα αυτά θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο, καθώς πρώτος έρχεται ο καρκίνος των πνευμόνων. Εάν υπάρξει έγκαιρη διάγνωση τα ποσοστά θνησιμότητας μπορούν να μειωθούν αρκετά, έως και 98%.

Οι παράγοντες που μπορεί να εμφανίσει κανείς καρκίνο του προστάτη ποικίλλουν ανάλογα την ηλικία, τον τρόπο ζωής και το ιστορικό του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικία για να εμφανίσει ένας άντρας καρκίνο του προστάτη παίζει τον πιο καθοριστικό ρόλο, καθώς φαίνεται πως το 60% των περιπτώσεων είναι άνω των 60 ετών, ενώ τα ποσοστά αυτά φαίνεται να είναι πολύ μικρότερα όταν η ηλικία είναι νεαρότερη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα που διεξήχθη στην Αγγλία και επιβεβαιώνει το παραπάνω. Το 89% των κρουσμάτων καρκίνου του προστάτη οφείλονται στην ηλικία.²⁹

Καρκίνο του προστάτη συναντάμε περισσότερο σε χώρες της Β. Αμερικής και της Βορειοδυτικής Ευρώπης, καθώς και στην Αυστραλία, ενώ αντίθετα λιγότερα κρούσματα υπάρχουν στην Ασία και στην Αφρική. Θα μπορούσε κανείς λαμβάνοντας αυτό υπόψη του να συμπεράνει πως συναντάται στις αναπτυγμένες χώρες κυρίως και σε άτομα υψηλότερης κοινωνικής θέσης. Όμως, αυτό δεν είναι κάτι που έχει ξεκαθαριστεί.³⁰

Ο τρόπος διατροφής και η παχυσαρκία άλλοτε δείχνουν να συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση καρκίνου του προστάτη και άλλοτε δείχνουν να συσχετίζονται αρνητικά. Για παράδειγμα έρευνα έχει δείξει πως οι άντρες που καταναλώνουν περισσότερα φρούτα, λιγότερο κόκκινο κρέας και λιπαρά έχουν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου, αλλά αυτό δεν αποδεικνύεται πάντα από τις έρευνες.³¹ Ούτε λοιπόν και σε αυτήν την περίπτωση μπορούμε να πούμε ξεκάθαρα πως η ανάπτυξη αυτού του τύπου καρκίνου συσχετίζεται με την διατροφή.

²⁹“Cancer Registration Statistics, England, 2011”, Office for National statistics-Statistical Bulletin(2013)

³⁰M. Kogevinas et al. “Social inequalities and cancer”, IARC, Lyon 1997

³¹American Cancer Society, www.cancer.org, “What are the risk factors for prostate cancer”

Τέλος, το ιστορικό παίζει μεγάλο ρόλο, καθώς άντρες που έχουν στο συγγενικό τους περιβάλλον άντρα που έχει προσβληθεί με καρκίνο του προστάτη έχουν περίπου 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες από κάποιον άλλο που δεν έχει τέτοιου είδους ιστορικό.³²

Ενδεχομένως και σε αυτή την περίπτωση να ευθύνεται ο τρόπος ζωής της Δύσης. Οι άντρες των πιο αναπτυγμένων κρατών υπόκεινται συχνότερα σε προληπτικό έλεγχο σε σχέση με τους άντρες λιγότερο αναπτυγμένων κρατών, διότι είναι περισσότερο ενημερωμένοι. Έρευνα³³ που έχει πάρει μέρος στην Ελλάδα δείχνει πως μόνο το 40% των αντρών ηλικίας 50-69 έχουν λάβει σε διάστημα τριών χρόνων τον ετήσιο έλεγχο του προστάτη (PSA).

2.5 Καρκίνος του ήπατος

Ο καρκίνος του ήπατος θεωρείται ως η τρίτη πιο συνήθης μορφή καρκίνου παγκοσμίως. Μέσα στο 2014 υπολογίζεται πως θα νοσήσουν περίπου 33.000, ενώ θα πεθάνουν περίπου 23.000.

Αυτή η μορφή καρκίνου είναι πιο διαδεδομένη στον αναπτυσσόμενο κόσμο από ότι στον αναπτυγμένο. Οι χώρες που πλήττονται περισσότερο από καρκίνο του ήπατος είναι η Αφρική και η Ασία. Οι κοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν σε αυτή την ασθένεια ποικίλλουν. Κατά κύριο λόγο το «προφίλ» των ασθενών είναι άρρενες άνω των 45 ετών, οι οποίοι ζουν σε πιο χαμηλή κοινωνική τάξη. Η διαφορά στο φύλο ενδεχομένως να οφείλεται στις διαφορετικές κοινωνικές συνήθειες των αντρών και των γυναικών. Οι άντρες για παράδειγμα φαίνεται να πίνουν αλκοολούχα περισσότερο σε σχέση με τις γυναίκες. Κύριος παράγοντας εμφάνισής του λοιπόν, είναι και το αλκοόλ, το οποίο ευθύνεται και για άλλες μορφές καρκίνου, όπως του φάρυγγα.³⁴ Το αλκοόλ φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με την κίρρωση του ήπατος, η οποία συνήθως

³² Έθνος online, «Ο καρκίνος του προστάτη αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά σε πρώιμα στάδια», 12/09/2013

³³ Dimitrakaki C. et al.(2009), “Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from nation-wide Hellas Health 1 survey”, Central for Health Services Research, Medical School, University of Athens, Greece

³⁴ H. Moller and H. Tonnesen(1997), “Alcohol drinking, social class and cancer”, IARC, Lyon

προμηγνύει καρκίνο. Από κίρρωση κινδυνεύουν και τα παχύσαρκα άτομα.³⁵ Όπως είναι φυσικό και σε αυτή την περίπτωση δεν θα μπορούσε να μην υπάρξει ως αιτία και το κάπνισμα, το οποίο σε συνδυασμό με το αλκοόλ ανεβάζει πολύ τα ποσοστά. Στην Ελλάδα μάλιστα, από έρευνα φάνηκε πως ο καπνός και το αλκοόλ αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο.³⁶

Η χρόνια ιογενής ηπατίτιδα είναι η πιο συχνή αιτία εμφάνισης καρκίνου του ήπατος, καθώς μπορεί να μεταδοθεί από άτομο σε άτομο όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες προφυλάξεις, όπως είναι η κοινή χρήση βελόνων, η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό, οι μεταγγίσεις αίματος από αίμα που δεν έχει ελεγχθεί σωστά κ.ο.κ.

2.6 Καρκίνος του δέρματος

Ο καρκίνος του δέρματος είναι ένας πολύ συνηθισμένος τύπος καρκίνου και μάλιστα έχει διάφορους τύπους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει το μελάνωμα, το οποίο δημιουργείται στο δέρμα και είναι συνήθως μαύρο ή καφέ και υπάρχουν και άλλοι τύποι όπως ο καρκίνος του αδενώματος των βασικών κυττάρων, ο καρκίνος των πλακωδών κυττάρων και άλλοι, οι οποίοι μάλιστα είναι πιο συχνοί από το μελάνωμα, αλλά λιγότερο επικίνδυνοι, διότι δεν κάνουν μεταστάσεις εύκολα.³⁷

Σύμφωνα με την American Cancer Society³⁸ το έτος 2014 οι νέες περιπτώσεις πρόκειται να ξεπεράσουν τις 76.000, ενώ οι θάνατοι τις 9500. Τα τελευταία 30 χρόνια έχει παρατηρηθεί μία αύξηση των κρουσμάτων, ενώ πρόκειται να τριπλασιαστεί μέσα στα επόμενα είκοσι χρόνια, εφόσον τα άτομα δεν λαμβάνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις κατά της ηλιακής ακτινοβολίας, όπως είναι η χρήση αντηλιακού.

Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος. Είναι γεγονός πως ορισμένα άτομα δεν λαμβάνουν μόνο την φυσική ηλιακή ακτινοβολία, αλλά λαμβάνουν και τεχνητή μέσα από τις λάμπες φυσικού

³⁵ V. Bagnardi et. al, "Alcohol consumption and the risk of cancer. A Meta-Analysis", National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

³⁶ "Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate, Cancer of the liver", vol monographs, volume 96, IARC

³⁷ American Cancer Society, www.cancer.org, "What is melanoma skin cancer?"

³⁸ American Cancer Society, www.cancer.org, "What are the key statistics about melanoma skin cancer?"

μαυρίσματος (σολάρριουμ). Τόσο μέσα από τις φυσικές ακτίνες του ηλίου, όσο και από τις τεχνητές τα άτομα κινδυνεύουν να νοσήσουν, λόγω των γνωστών ακτινών UVA, UVB, οι οποίες έχει αποδειχθεί πως προκαλούν καρκινώματα. Μάλιστα η ομάδα που κινδυνεύει περισσότερο σύμφωνα με μελέτες^{39,40,41} είναι οι νέες γυναίκες της υψηλής κοινωνικής τάξης. Αν και ο μέσος όρος εμφάνισης μελανώματος είναι τα 61 χρόνια, φαίνεται να παρουσιάζεται και σε ηλικίες κάτω των 30 ετών. Η αιτία που οι νέες ευκατάστατες γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς (εξαπλάσια πιθανότητα) είναι κατά κύριο λόγο λόγω των διακοπών σε εξωτικά μέρη, καθώς και λόγω του σολάρριουμ, τα οποία έχουν την οικονομική δυνατότητα να πράξουν. Επιπροσθέτως, εάν μία γυναίκα είναι λευκή ή ένας άντρας είναι λευκός με ανοιχτόχρωμα χαρακτηριστικά και συνήθως με φακίδες, τότε ο κίνδυνος για μελάνωμα δεκαπλασιάζεται. Αυτό οφείλεται και στο γεγονός πως αυτή η ομάδα ανθρώπων είναι πιο επιρρεπής σε εγκαύματα.

Οι ελιές του δέρματος επίσης είναι άλλο ένα χαρακτηριστικό το οποίο εντείνει στην δημιουργία καρκίνου του δέρματος. Όπως είναι λογικό, δεν είναι όλες οι ελιές επιρρεπείς σε καρκινώματα, αλλά εκείνες που διαφέρουν σε σχήμα και συνήθως χρώμα. Τα άτομα που έχουν το σύνδρομο παραγωγής τέτοιων ελιών έχουν και 10% περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν.

Από την άλλη μεριά, η χαμηλή κοινωνική τάξη δεν μπορούμε να πούμε πως δεν κινδυνεύει, όχι όμως όσο η υψηλή. Πολλά άτομα από αυτή την τάξη φαίνεται να μην υιοθετούν ασφαλή πρότυπα συμπεριφοράς για την υγεία τους, όπως να φορέσουν αντηλιακό ή καπέλο στον ήλιο, και να υπάρχει ενδεχόμενο να διαγνωσθούν σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του δέρματος. Αυτό συμβαίνει, γιατί η εκπαίδευση παίζει εξέχοντα ρόλο στην πρόληψη. Άτομα που εγκατέλειψαν το σχολείο σε μικρή ηλικία, 14 ετών, δεν συνειδητοποιούν εύκολα την βλάβη που ενδέχεται να δημιουργήσουν στον οργανισμό τους και έτσι μόνο το 21% προστατεύεται, σε αντίθεση με εκείνους που εγκατέλειψαν την εκπαίδευση σε ηλικία 19-25, των οποίων το ποσοστό αγγίζει το 45%.

³⁹ Jo Willey, “Young rich girls more at risk of skin cancer”, express 2011

⁴⁰ Science Daily, “Social Class Dictates Cancer Risk”, 26/09/2008, <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/09/080925214831.htm>

⁴¹ Michael Marmot(2006), “Cancer and health inequalities: An introduction to current evidence”, Cancer Research UK

2.7 Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, οι παράγοντες που οδηγούν σε συγκεκριμένες μορφές καρκίνου ποικίλλουν. Αρχικά, η εκπαίδευση φαίνεται να κατέχει εξέχοντα ρόλο. Όσο μεγαλύτερη είναι η εκπαίδευση ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη και ενημέρωσή του πάνω σε θέματα που αφορούν την υγεία του. Ο ασθενής που είναι καλύτερα ενημερωμένος θα λάβει και καλύτερα προληπτικά μέτρα, όπως για παράδειγμα η διακοπή του καπνίσματος ή συχνότερες προληπτικές εξετάσεις, καθώς επίσης θα ακολουθήσει και καλύτερα την θεραπεία που του έχει δοθεί. Μέσω της εκπαίδευσης, τα άτομα αναπτύσσουν και μία καλύτερη κριτική σκέψη και άποψη, η οποία τα βοηθάει στο να προφυλάσσουν καλύτερα τον εαυτό τους.

Διαφορές ακόμα υπάρχουν ανάμεσα και στα δύο φύλα που έχει να κάνει με τον τρόπο ζωής τους. Τα πιο αντρικά πρότυπα (αλκοόλ, τσιγάρο) είναι και αυτά που δημιουργούν κάποιες μορφές καρκίνου, όπως του ήπατος ή των πνευμόνων. Αν και φαίνεται πως τα ποσοστά αυτά έχουν αυξηθεί και στο γυναικείο πληθυσμό παρόλα αυτά οι άντρες καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο κομμάτι.

Η κοινωνική τάξη επίσης από μόνη της δεν κατέχει τόσο σημαντικό ρόλο. Τα άτομα σε χαμηλές τάξεις δεν είναι απαραίτητο να αναπτύσσουν καρκινώματα περισσότερο σε σχέση με τα άτομα της μεσαίας-υψηλής, καθώς αυτό που παίζει πραγματικό ρόλο είναι η διαφορά στις καθημερινές τους συνήθειες. Έτσι για παράδειγμα ο καρκίνος της μήτρας συνδέεται με την υψηλή τάξη λόγω των δυτικών προτύπων. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς χαμηλότερης κοινωνικής τάξης μπορεί να διαφέρουν στις μορφές καρκινωμάτων με τους ασθενείς της υψηλής, διότι διαφέρουν στον τρόπο ζωής, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως και για τα δύο φύλα. Οι συνήθειες είναι αυτές που επηρεάζουν την μορφή του καρκίνου σε μεγαλύτερο βαθμό.

Καταλήγουμε πως πολλοί είναι οι παράγοντες που δημιουργούν καρκινώματα και ποικίλλουν. Η περιοχή, οι συνήθειες-τρόπος ζωής, η εκπαίδευση, η ηλικία, οι απόψεις είναι μερικές από αυτούς. Οι ανισότητες τείνουν να δημιουργούν μεγάλα προβλήματα

στον τομέα της υγείας που όταν όμως υπάρξουν σωστές κρατικές πολιτικές μπορούν να μειωθούν και να δημιουργήσουν καλύτερες προοπτικές περίθαλψης.

Μέρος Β': Η έρευνα. Διερεύνηση της τήρησης της θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Η περίπτωση του νοσοκομείου «Σωτηρία».

Ορισμός συμμόρφωσης

Γενικότερα μιλώντας και σύμφωνα με την ετυμολογία που δίνει το λεξικό της Οξφόρδης η λέξη «συμμόρφωση» θεωρείται εκείνη η πράξη σύμφωνα με την οποία τα υποκείμενα καλούνται να υπακούσουν σε κάποιους κανόνες οι οποίοι δημιουργούνται από τις αρχές.

Όσον αφορά στον κόσμο της ιατρικής η λέξη «συμμόρφωση» έχει άλλη σημασία καθώς περιγράφει τον βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά των ασθενών συμβαδίζει με τις παραγγελίες του γιατρού και την λήψη των φαρμάκων οι οποίες μπορεί να συνδυάζονται με κάποια δίαιτα ή αλλαγή του τρόπου ζωής. Ο όρος «Συμμόρφωση» είναι πολύ διαδεδομένος στον χώρο της Ιατρικής και γενικότερα στους τομείς της υγείας. Ο ασθενής συμμορφώνεται απόλυτα όταν δεν χάνει καμία προβλεπόμενη δόση ή αντίστοιχα δεν ξεπερνάει τον αριθμό των συνιστώμενων δόσεων ή δεν τις λαμβάνει σε άλλη ώρα της ημέρας από την προκαθορισμένη.⁴²

Η Συμμόρφωση λοιπόν, είναι εκείνη που καθορίζει τον βαθμό τον οποίο οι ασθενείς ακολουθούν τις συμβουλές του γιατρού ή του θεραπευτή γενικότερα. Στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία όταν γίνεται αναφορά για «συμμόρφωση», εμφανίζονται συχνότερα δύο όροι. Ο όρος «compliance», ο όρος «concordance» και ο όρος «adherence». Ο πρώτος όρος προέρχεται από την Λατινική λέξη “complire”, η οποία σημαίνει γεμίζω,

⁴² Ruddy K, Mayer E, Patridge A, Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment, CA CANCER J CLIN 2009;59:56-66

συμπληρώνω και ως εκ τούτο λαμβάνεται ως μία ενέργεια η οποία γίνεται για να ολοκληρωθεί μία υπόσχεση. Το ίδιο μπορεί να εννοηθεί και όσον αφορά στην ιατρική, δηλαδή κατά πόσο ο ασθενής εκπληρώνει τις οδηγίες του γιατρού του. Μπορεί όμως να δώσει την έννοια ότι ο θεράπωντας ασκεί κάποια εξουσία στον ασθενή «διατάζοντάς» τον τι πρέπει να κάνει. Ο δεύτερος όρος που σημαίνει περισσότερο «συμφωνία» φαίνεται να είναι καλύτερος σε σχέση με τον πρώτο, καθώς φανερώνει μία συνεργασία ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό του. Ο ασθενής έχει περισσότερες ευθύνες για την πορεία της υγείας του, κάτι όμως το οποίο μπορεί να φέρει και αρνητικά, καθώς δεν γνωρίζουμε ποιος ασθενής είναι πρόθυμος για συνεργασία, ποιον θα ωφελήσει και ποιον όχι. Τέλος, ο όρος «adherence» φαίνεται να χρησιμοποιείται περισσότερο σε σχέση με τους άλλους δύο όρους. Προέρχεται από τον όρο “adhaerere” και σημαίνει προσκολλώμαι, κρατάω κοντά. Στο Αγγλικό Λεξικό της Οξφόρδης δίνεται ως η επιμονή σε μία πράξη ή σε ένα δόγμα, κάτι το οποίο απεικονίζει καλύτερα την επιμονή που πρέπει να έχει ο γιατρός ούτως ώστε να καταφέρει να προσκολλήσει τον ασθενή στην κατάλληλη θεραπεία.⁴³

Πρέπει να αναφερθεί πως το «International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research» (ISPOR) θεωρεί πως η λέξη “compliance” είναι συνώνυμη με την λέξη “adherence”, αλλά παράλληλα θεωρεί την πρώτη ως επικρατέστερο όρο. Ο ορισμός που δίνει είναι «ο βαθμός ή η έκταση της συμμόρφωσης με τις συστάσεις που δίνονται από τον πάροχο στην καθημερινή του θεραπεία, όσον αφορά τον χρόνο, την δοσολογία και την συχνότητα».⁴⁴

⁴³ Jeffrey K Aronson(2007), «Compliance, concordance, adherence», British Journal of Clinical Pharmacology

⁴⁴ Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health. 2008;11: 44-47.

Παράγοντες Συμμόρφωσης ή μη

Πίνακας 4 Παράγοντες Συμμόρφωσης ή μη

Παράγοντες Συμμόρφωσης ή μη

A. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

B. Δημογραφικοί παράγοντες

Γ. Γνωστικοί παράγοντες και τρόπος ζωής

Δ. Ψυχολογικοί παράγοντες

E. Επικοινωνία θεραπευτή-ασθενή

Στ. Η θεραπεία

Η Συμμόρφωση των ασθενών αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας του ασθενή. Πολλοί είναι εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση των ασθενών ή την μη συμμόρφωση τους.

α. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Η κοινωνική υποστήριξη. Το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και μεγαλώνει ένα άτομο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Μάλιστα η κοινωνική υποστήριξη που μπορεί να λαμβάνει ένας ασθενής μπορεί να αποτελέσει διάλυο στην συμμόρφωση με την θεραπεία του και κατ' επέκταση με την ενδεχόμενη αλλαγή στην συμπεριφορά. Οι αρνητικές στάσεις που ενδεχομένως να έχει ένας ασθενής μπορούν να μειωθούν, καθώς επίσης να βοηθηθεί στο να θυμάται να λαμβάνει την θεραπευτική του αγωγή. Έρευνα έχει δείξει πως τα άτομα που χαίρουν υποστήριξης από τις οικογένειές τους συμμορφώνονται 1,74 φορές περισσότερο σε σχέση με τους ασθενείς που ζουν σε συγκρουσιακά περιβάλλοντα.⁴⁵

Ο περιορισμένος χρόνος. Ο χρόνος που μπορεί να έχει στην διάθεσή του ο ασθενής παίζει καθοριστικό παράγοντα, καθώς ίσως να μην έχει την δυνατότητα για παράδειγμα να λείπει εύκολα από την δουλειά του. Ο χρόνος όμως δεν εστιάζεται μόνο στον χρόνο που θα διαρκέσει η εξέταση από τον γιατρό, αλλά και στην απόσταση που έχει να διανύσει το άτομο προκειμένου να μπορέσει να έχει πρόσβαση σε κάποια υγειονομική υπηρεσία. Έτσι, ασθενείς που κατοικούν σε περιοχές που βρίσκονται κοντά σε υγειονομικές υπηρεσίες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα στο να συμμορφωθούν. Η

⁴⁵ DiMatteo, M. Robin, Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis, Health Psychology, Vol 23(2), Mar 2004, 207-218

διάρκεια, λοιπόν του ταξιδιού κατέχει αξιοσημείωτη θέση, σύμφωνα και με έρευνα, η οποία αναφέρει πως οι ασθενείς, οι οποίοι ταξίδευαν λιγότερο από 30 λεπτά, είχαν και μεγαλύτερα ποσοστά συμμόρφωσης.⁴⁶ Όμως, δεν είναι μόνο αυτοί οι λόγοι που ένας ασθενής είτε δε μπορεί, είτε δεν θέλει να συμμορφωθεί. Φαίνεται πως οι προτεραιότητες που έχει ένα άτομο καθορίζουν και την συμμόρφωσή του. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν πιο φορτωμένο πρόγραμμα λόγω του επαγγέλματός τους το βάζουν και σε προτεραιότητα σε σχέση με τους άλλους ασθενείς.

Το κόστος της θεραπείας. Το κόστος της θεραπείας μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη στην θεραπεία του ασθενή. Όταν αναφερόμαστε σε κόστος δεν εννοούμε μόνο τα χρήματα που ενδεχομένως να χρειασθεί να ξοδέψει ο ασθενής προκειμένου να θεραπευτεί, τις γνωστές καταστροφικές δαπάνες, ή την τεράστια παραοικονομία που κρύβεται πίσω από ένα δημόσιο σύστημα, αλλά και τα έξοδα που καλείται να καλύψει προκειμένου να πάει στο ραντεβού του με τον γιατρό. Ένα άτομο το οποίο ζει μακριά από κάποια υπηρεσία υγείας όχι μόνο χρειάζεται περισσότερο χρόνο όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, αλλά χρειάζεται και περισσότερα ναύλα, τα οποία σε πολλές περιπτώσεις δεν μπορούν να καλυφθούν ακόμα και αν υπάρχουν ορισμένες φορές υπηρεσίες που τα καλύπτουν δεν επαρκούν πάντα.

Οι ασθενείς που φαίνεται να πλήττονται περισσότερο είναι εκείνοι που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια η οποία μπορεί να τους συνοδεύει σε όλη τους την ζωή, καθώς αυτοί καλούνται να ξοδεύουν συνεχώς προκειμένου να διαβιούν με αξιοπρέπεια. Το εισόδημα του κάθε ασθενή είναι ουσιαστικά το κλειδί για να αρθεί αυτό το εμπόδιο. Ασθενείς με υψηλό εισόδημα δεν αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα με τους ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος, καθώς οι πρώτοι σε πολλές περιπτώσεις καλύπτονται και από ιδιωτικές ασφαλίσεις. Αυτό σημαίνει πως δεν χρειάζεται να αναμένουν πολύ καιρό για να εξετασθούν ή και να νοσηλευτούν, καθώς και σε πολλές περιπτώσεις, ειδικά τώρα εν μέσω κρίσης που τα δημόσια νοσοκομεία έχουν πολλές ελλείψεις, να τους παρέχετε μία καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Όμως, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τους ασθενείς οι οποίοι λόγω της δυσμενούς οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης δεν μπορούν να έχουν όχι μόνο ιδιωτική αλλά ούτε και κοινωνική ασφάλιση. Αυτά τα άτομα πλήττονται στον έπακρο βαθμό καθώς δεν έχουν τα χρήματα

⁴⁶Gonzalez J, Williams JW, Jr, Noel PH, et al. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board FamPract.* 2005;18:87-96

για να θεραπευτούν. Η πρόσβαση σε ένα υγειονομικό σύστημα ενδεχομένως να αποτελεί το άλφα και το ωμέγα, διότι έτσι ξεκινάει η θεραπεία και η νοσηλεία του ασθενή. Η δυσμενής πρόσβαση στο σύστημα υγείας οδηγεί και στην μη συμμόρφωση. Όλοι οι παραπάνω λόγοι όπως είναι λογικό οδηγούν τους ασθενείς στην μη τήρηση της θεραπείας τους, η οποία πολλές φορές είναι και χωρίς την βούλησή τους.

β. Δημογραφικοί παράγοντες.

Φαίνεται πως μεγάλο ρόλο στην συμμόρφωση ή μη των ασθενών παίζουν οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση σύμφωνα με την βιβλιογραφική μελέτη των Jing Jin et al. που κυμαινόταν από το 1970 έως και το 2005. Πιο συγκεκριμένα:

Η ηλικία. Η ηλικία φαίνεται να συσχετίζεται με την συμμόρφωση ή μη των ασθενών, καθώς χωρίζεται σύμφωνα με αυτή σε τέσσερις μεγάλες ηλικιακές ομάδες. Τα άτομα που άνηκαν στην ομάδα των 55 ετών και άνω φαίνεται να έχουν μεγάλη συμμόρφωση, η οποία αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία τους, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α.⁴⁷ Όμως, το αντίθετο διαπιστώνεται σε μία αγροτική περιοχή της Τουρκίας σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε εκεί, καθώς δείχνει πως οι φυματικοί ασθενείς που ήταν σε πιο προχωρημένη ηλικία δεν συμμορφώνονταν τόσο όσο οι μικρότερης ηλικίας, αλλά όπως διαπιστώθηκε αυτό που ευθυνόταν για την μη συμμόρφωσή τους ή για την λιγότερο συμμόρφωση ήταν το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το οποίο ήταν χαμηλό.⁴⁸ Γενικότερα όμως μιλώντας, πληθώρα ερευνών^{49,50,51,52} δείχνουν πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο δύσκολο να συμμορφωθούν σε ποσοστό που κυμαίνεται από 40% έως 70%. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται όχι μόνο στην έλλειψη υψηλού μορφωτικού επιπέδου, αλλά και σε προβλήματα τα οποία είναι πιθανό να εμφανιστούν με την αύξηση της ηλικίας, όπως είναι τα προβλήματα όρασης, τα οποία δεν αφήνουν πολλές φορές τον ασθενή να μπορεί να ξεχωρίσει τα φάρμακά

⁴⁷ Buck D, Jacoby A, Baker GA, et al. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure*. 1997;6:87-93

⁴⁸ Balbay O, Annakkaya AN, Arbak P, et al. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. *Jpn J Infect Dis*. 2005;58:152-8

⁴⁹ Salzman C., Medication compliance in the elderly, *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 1:18-22

⁵⁰ Cramer JA, enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring, *Drugs Aging*. 1998 Jan;12(1):7-15

⁵¹ Wick Jeannette Y. (2011), Adherence Issues in Elderly Patients, *Pharmacy times*

⁵² Evangelista, Lorraine S et al., Compliance Behaviors of Elderly Patients With Advanced Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003;18(3):197-206

του με αποτέλεσμα να παίρνει λάθος κάποιες φορές ή ακόμα και να τον κάνουν να παραιτηθεί της προσπάθειας ή ακόμα και τα προβλήματα μνήμης, τα οποία μπορεί να τον οδηγήσουν είτε σε παράληψη της δόσης είτε σε υπερδοσολογία. Ενδεχομένως εάν υπάρξει ένα μέλος της οικογένειας ή κάποιος που να φροντίζει τον ηλικιωμένο, τότε ίσως να μειωθεί το ποσοστό της μη συμμόρφωσης στην ομάδα αυτή, καθώς φαίνεται να είναι πιο συνειδητοποιημένοι από τις μικρότερες ηλικίες.

Όσον αφορά όμως τους καρκινοπαθείς ασθενείς συγκεκριμένα το ποσοστό συμμόρφωσης τείνει να αυξάνεται, ίσως λόγω της φύσης της ασθένειας και του ρίσκου που θα είχε εάν δεν ακολουθούσαν τις δοθέντες οδηγίες.^{53,54} Έρευνα⁵⁵ σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα η οποία διήρκησε 298 ημέρες έδειξε πως οι ασθενείς τήρησαν την θεραπεία τους κατά 93%. Αντίθετα, άλλη έρευνα που έγινε έδειξε πως οι μεγαλύτερης ηλικίας καρκινοπαθείς ασθενείς είναι δυσκολότερο να τηρούν την θεραπεία τους, καθώς δεν τους είναι εύκολο να σταματήσουν συνήθειες, όπως το κάπνισμα και έχουν επίσης δυσκολίες στο να κατανοήσουν τις οδηγίες του γιατρού τους.⁵⁶

Τα άτομα που ανήκουν στην μέση ηλικιακή ομάδα, δηλαδή οι ηλικίες 40-59, φαίνεται να είναι λιγότερο πρόθυμοι να συμμορφωθούν, διότι όπως δείχνουν έρευνες έχουν άλλες προτεραιότητες στην καθημερινότητά τους και δεν μπορούν να ξοδεύουν χρόνο προκειμένου να ακολουθούν την αγωγή τους ή να περιμένουν στην αναμονή για κάποιο ιατρικό ραντεβού. Ακόμα και οι ασθενείς κάτω των 40 ετών, οι οποίοι ανήκουν στην τρίτη ηλικιακή ομάδα, δεν είναι τόσο τυπικοί όσον αφορά την συμμόρφωσή τους στην θεραπεία που ακολουθούν.

Τέλος, λυπηρό είναι το γεγονός πως ακόμα και στις πολύ μικρές ηλικίες όπως είναι τα παιδιά και οι έφηβοι φαίνεται να υπάρχουν μεγάλα ποσοστά μη συμμόρφωσης κυρίως σε χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο καρκίνος, τα οποία ενδεχομένως να οφείλονται στο ότι τα παιδιά μπορεί να χρειάζονται περισσότερη προσοχή προκειμένου

⁵³ Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-497

⁵⁴ Lewis C. et al., Compliance with Cancer Therapy by Patients and Physicians, *The American Journal Of Medicine*, 1983;74: 673-678

⁵⁵ Lee CR, Nicholson PW, Souhami RL, et al. Patient compliance with prolonged low dose oral etoposide for small cell lung cancer. *Br J Cancer.* 1993;67:630-634.

⁵⁶ DiMatteo MR, Hays RD, Sherbourne CD, Adherence to cancer regimens: implications for treating the older patient, 1992, 6(2 Suppl):50-57

να εφαρμόσουν την κατάλληλη θεραπεία. Οι έφηβοι πάλι βρίσκονται σε μία ηλικία στην οποία αρχίζουν να απογαλακίζονται από την εξάρτηση τους από τους γονείς και μπαίνουν σιγά-σιγά σε μία αυτονομία, κάτι που ίσως να τους προκαλεί σύγχυση για το ποιος είναι ο υπεύθυνος προκειμένου να ακολουθηθεί η θεραπεία.⁵⁷ Η απουσία κριτικής σκέψης είναι τροχοπέδη σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ενώ η κατάλληλη χρήση της γλώσσας, η σωστή επικοινωνία με τον θεραπευτή, καθώς και οι κοινωνικές σχέσεις που έχει αναπτύξει ένας έφηβος μπορούν να τον βοηθήσουν σε καλύτερη τήρηση της θεραπευτικής του αγωγής.⁵⁸

Όσο αυξάνεται το προσδόκιμο ηλικίας, τόσο θα αυξάνονται οι ασθένειες και η ανάγκη για θεραπεία. Το ζήτημα είναι να εξετασθεί κατά πόσο οι ηλικιωμένοι τηρούν την θεραπεία τους και τις οδηγίες του ιατρού τους. Σε έρευνα που έχει γίνει και έχει εξετάσει το διάστημα από το 1962 έως και το 1997 έχει καταλήξει πως δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας δεν τηρούν την θεραπεία τους. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικία φαίνεται να μην αποτελεί σε μεγάλο βαθμό τροχοπέδη όσον αφορά την συμμόρφωση, αντίθετα με την φυλή, η οποία φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας συμμόρφωσης ανάμεσα στους ηλικιωμένους, θεωρώντας τους λευκούς ως περισσότερο «συνεπείς». Παρόλα αυτά όμως, δεν καταλήγει σε κάποιο συμπέρασμα αναφέροντας πως δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι μη τήρησης της θεραπείας.⁵⁹

Το επίπεδο εκπαίδευσης. Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει υψηλή συσχέτιση με το επίπεδο συμμόρφωσης των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί κανείς να φανταστεί πως όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο του ατόμου τόσο πιο σχετικό είναι να ακολουθεί την θεραπεία και να προσαρμόζεται σε κάποιο τρόπο ζωής. Έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α έδειξε πως όσοι ασθενείς με άσθμα είχαν κάτω από δώδεκα χρόνια εκπαίδευση και ήταν κακοί στην επικοινωνία έτειναν να προσαρμόζονται σε μικρότερο βαθμό.⁶⁰ Ακόμα μία έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία έδειξε και αυτή πως το χαμηλό

⁵⁷ Tebbi CK. Treatment compliance in childhood and adolescence. *Cancer*. 1993;71:3441–9

⁵⁸ Taddeo D, Egedy M, Frappier J, Adherence to treatment in adolescents, *Paediatr Child Health*. 2008 Jan; 13(1): 19–24

⁵⁹ Balkrishnan, R. (1998). Predictors of medical adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 20, 764–771

⁶⁰ Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, et al. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157:1810–7

μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την συμμόρφωση ή μη του ασθενή.⁶¹ Μεγαλύτερα ποσοστά πλήρους συμμόρφωσης (ακτινοθεραπεία και κλινική παρακολούθηση) φαίνονται σε ασθενείς με μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης σε μία έρευνα που εξέταζε τον καρκίνο του στήθους.⁶²

Το φύλο. Ένας ακόμα σημαντικός δημογραφικός παράγοντας που πρέπει να εξετασθεί είναι το φύλο. Υπάρχουν μελέτες, όπως των Lertmaharit S. et al. που δείχνουν πως το φύλο παίζει ρόλο στην συμμόρφωση, καθώς μετά από έρευνα που έκαναν επάνω σε φυματικούς ασθενείς παρατήρησαν πως οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη συμμόρφωση από ότι οι άντρες.⁶³ Ακόμα μία έρευνα που διεξήχθη φανερώνει την διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά την στάση τους απέναντι στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι γυναίκες φαίνεται να το αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη συνέπεια όσον αφορά την σχέση τους με τον γιατρό, είναι περισσότερο ενημερωμένες και εκφράζουν πιο εύκολα τις απόψεις τους σχετικά με τον έλεγχο, ενώ σε αντίθεση οι άντρες δεν φαίνεται να είναι και τόσο συνεπείς, είναι λιγότερο ενημερωμένοι και προτιμούν να κρατούν «συναισθηματικές» αποστάσεις με τον γιατρό, καθώς και να είναι περισσότερο ασαφείς.⁶⁴ Όμως, υπάρχουν και άλλες έρευνες που δείχνουν το αντίθετο, ότι δηλαδή δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην συμμόρφωση και το φύλο. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Leslie R Martinet. al. η οποία αναφέρει πως το φύλο, όπως η ηλικία και εθνικότητα είναι σημαντικά στοιχεία αλλά δεν είναι απόλυτα και δεν είναι τόσο σημαντικά όσο οι επικοινωνιακοί παράγοντες.⁶⁵ Φαίνεται οι απόψεις να δίστανται όσον αφορά την σχέση του φύλου με την συμμόρφωση, καθώς δεν επηρεάζει τόσο όσο άλλοι παράγοντες.

Η εθνικότητα. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η εθνικότητα έχει και αυτή έναν σημαντικό ρόλο στην μη συμμόρφωση των ασθενών αλλά παρόλα αυτά δεν θεωρείται και αυτή απόλυτο στοιχείο όσον αφορά την εξέταση της συμμόρφωσης. Η ανισότητα που μπορεί να υπάρχει μεταξύ των εθνικοτήτων όσον αφορά την προσήλωση του

⁶¹ Okuno J, Yanagi H, Tomura S. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? Eur J Clin Pharmacol. 2001;57:589–94

⁶² Benjamin D. L. Li et al., Patient Compliance Is Critical for Equivalent Clinical Outcomes for Breast Cancer Treated by Breast-Conservation Therapy, Ann Surg. 2000 Jun; 231(6): 883–889.

⁶³ Lertmaharit S, Kamol-Ratankul P, Sawert H, et al. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. J Med Assoc Thai. 2005;88(Suppl 4):S149–56

⁶⁴ Ritvo P, Myers R, Paszat L, Serenity M, Perez D, Rabeneck L, Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening, BMC Public Health 2013, 13:500

⁶⁵ Martin L, Williams S, Haskard K, DiMatteo R, The challenge of patient adherence 2005; 1(3): 189–199

ασθενή στην θεραπεία ενδεχομένως και να οφείλεται στα γλωσσικά εμπόδια, αλλά και στη χαμηλή κοινωνική θέση.⁶⁶ Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Peek M. et. al. όπου αναφέρεται το παραπάνω πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν πως τα μεταναστευτικά ρεύματα γυναικών που ζουν στις Η.Π.Α. και είναι ισπανόφωνες με ανεπάρκεια στην γνώση των αγγλικών, έχουν μεγάλο πρόβλημα στο να επωφεληθούν από τις οδηγίες του γιατρού και στο να εξετασθούν προληπτικά. Ευάλωτες ομάδες όπως οι μειονότητες, οι φτωχοί και άλλοι δεν έχουν τόσο καλή επίγνωση της κατάστασης με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται όλη αυτή την διαδικασία αρνητικά, όπως αναφέρεται στην έρευνα για τις γυναίκες στις Η.Π.Α, οι οποίες είναι μειονότητα και παρανοούν θέματα σχετικά με τον καρκίνο και καταλήγουν στο να «βλέπουν» αρνητικά την μαστογραφία.⁶⁷

Η οικογενειακή κατάσταση. Η οικογενειακή κατάσταση έχει έναν πολύ σημαντικό ρόλο όσον αφορά την συμμόρφωση. Έρευνες αποδεικνύουν πως τα παντρεμένα ζευγάρια τείνουν να έχουν μικρότερα ποσοστά μη συμμόρφωσης, σε αντίθεση με τα άγαμα άτομα. Αυτό οφείλεται σε αρκετές περιπτώσεις στο ότι τα έγγαμα άτομα αλληλοβοηθούνται και στο ότι υπάρχει υποστήριξη. Μελέτη ανάμεσα σε 11 χώρες έδειξε πως τα ενήλικα άτομα που έχουν πρόβλημα αλκοολισμού είναι κυρίως ανύπαντρα.⁶⁸

γ. Γνωστικοί παράγοντες και τρόπος ζωής.

Αλφαβητισμός υγείας. Ένας πολύ σημαντικός λόγος για τον οποίο οι ασθενείς συμμορφώνονται ή όχι είναι το γνωστικό τους επίπεδο. Είναι λογικό πως τα άτομα που νοσούν από μία ασθένεια πρέπει να καταλαβαίνουν το τι πρέπει να κάνουν, για ποιο λόγο πρέπει να το κάνουν, ποιο θα είναι δηλαδή το αποτέλεσμα. Με λίγα λόγια ο αλφαβητισμός ή αναλφαβητισμός υγείας (health literacy) είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες. Σύμφωνα με το *Healthy People 2010*, ο όρος αλφαβητισμός υγείας αναφέρεται ως «ο βαθμός στον οποίο κάθε άτομο έχει την ικανότητα να αντιληφθεί, να επεξεργαστεί και να κατανοήσει βασικές πληροφορίες για την υγεία και

⁶⁶Jin J, Sklar G, et al, Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, 2008 4(1): 269–286

⁶⁷Peek ME, Han JH. Disparities in screening mammography. Current status, interventions and implications. J Gen Intern Med. 2004;19:184–94

⁶⁸Cooper C, Carpenter I, Katona C, et al. The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:1067–76

τις υπηρεσίες που απαιτούνται για να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις για την υγεία του». ⁶⁹ Έρευνες έχουν αποδείξει πως οι ασθενείς που δεν μπορούν να διαβάσουν και να κατανοήσουν τις οδηγίες του γιατρού τείνουν να έχουν μεγαλύτερο ποσοστό μη συμμόρφωσης. Σε μία έρευνα η οποία έγινε σε 2659 ασθενείς έδειξε πως πάνω από το 40% δεν ήταν ικανό να καταλάβει τις οδηγίες του γιατρού να παίρνει τα φάρμακά του με άδειο στομάχι, το 26% αδυνατούσε να κατανοήσει για το πότε είναι η επόμενη συνάντηση και περίπου το 60% δεν μπορούσε να καταλάβει ένα πρότυπο έγγραφο ενημέρωσης για συγκατάθεση. ⁷⁰ Το ίδιο φανερώνει και η έρευνα των Murrayet. al. η οποία αναφέρει χαρακτηριστικά πως η μειωμένη συμμόρφωση οφείλεται στην μη ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει την συνταγή και τις βοηθητικές ετικέτες αλλά προσθέτει ακόμα πως ένας επιπλέον λόγος είναι και το άνοιγμα του φαρμάκου, καθώς το αποσπώμενο γυαλόχαρτο τους δυσκολεύει με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν την θεραπεία τους. ⁷¹

Έρευνα που αφορούσε τον καρκίνο του παχέος εντέρου έδειξε πως τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση, η οποία συνδέεται με τον αναλφαβητισμό υγείας, είχαν και χαμηλά ποσοστά στον προσυμπτωματικό έλεγχο. ⁷²

Ακόμα στον αλφαβητισμό υγείας μπορεί να προστεθεί και το εμπόδιο της γλώσσας. Υπάρχουν ασθενείς που δεν κατανοούν την γλώσσα, αλλά ακόμα και να την κατανοούν δεν κατανοούν τις οδηγίες του γιατρού. Κυρίως οι ασθενείς σε μεγαλύτερη ηλικία είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα, σύμφωνα με την έρευνα των Gazmararianet. al. ⁷³ Όταν όμως υπάρξουν οδηγίες και εικονογράμματα επάνω στο κάθε φάρμακο ο ασθενής φαίνεται να συμμορφώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό. ⁷⁴

Η άποψη του κάθε ασθενή. Είναι γεγονός πως ο κάθε άνθρωπος είναι μία ξεχωριστή μονάδα και έχει την δική του γνώμη, τα δικά του πιστεύω και τα δικά του κίνητρα. Το

⁶⁹ US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010, understanding and improving health: objective for improving health [online] 2. 2000. Accessed 16 Jun 2005

⁷⁰ Williams MV, Parker RM, Baker DW, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. JAMA. 1995;274:1677-82

⁷¹ Murray MD, Darnell J, Weinberger M, et al. Factors contributing to medication noncompliance in elderly public housing tenants. Drug IntellClin Pharm. 1986;20:146-52

⁷² Davis Terry C. et al.(2001), The role of Inadequate Health Literacy Skills in Colorectal Cancer Screening, 19(2): 193-200

⁷³ Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. JAMA. 1999;281:545-51

⁷⁴ Dowse R, Ehlers M. Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? Patient EducCouns. 2005;58:63-70

ίδιο συμβαίνει και στα θέματα υγείας. Πολλές φορές ο αλφαριθμητισμός υγείας είναι και που επηρεάζει τα πιστεύω ενός ατόμου. Σύμφωνα με 23 έρευνες που εξέτασαν οι Jinet. al. απεικόνισαν εκείνες τις πεποιθήσεις των ατόμων που συμβάδιζαν με μεγαλύτερη συμμόρφωση. Συγκεκριμένα είναι οι εξής⁷⁵:

1. Ο ασθενής αισθάνεται ευαίσθητος στην ασθένεια και στις επιπλοκές της. Χαρακτηριστική έρευνα είναι των Abottet. al. η οποία διέκρινε το ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ανησυχία των ασθενών τόσο πιο μεγάλος είναι και ο αριθμός συμμόρφωσής τους.⁷⁶
2. Ο ασθενής πιστεύει ότι η ασθένειά του ή οι επιπλοκές αυτής μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία του. Σύμφωνα με έρευνα των Löffler W. et. al. όταν ερωτήθηκαν ασθενείς για ποιο λόγο συμμορφώνονται η πλειονότητα των απαντήσεων αφορούσε το αναμενόμενο όφελος από την θεραπεία.⁷⁷
3. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι η θεραπεία και τα οφέλη της θα είναι αποτελεσματικά. Η έρευνα των Gonzalez J αναφέρει πως οι ασθενείς είχαν όλο και μεγαλύτερη συμμόρφωση όταν αντιλαμβάνονταν τα οφέλη της θεραπείας τους.⁷⁸

Σε πολλές περιπτώσεις όμως ο ασθενής μπορεί να πιστέψει πως η θεραπεία του με το πέρασμα του χρόνου είναι αναποτελεσματική και να οδηγηθεί σε μη συμμόρφωση στην αγωγή του. Ακόμα έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, όπως είναι και ο καρκίνος, τείνουν να έχουν μικρότερη συμμόρφωση, γιατί φοβούνται την εξάρτησή τους από την θεραπεία, όπως αναφέρουν στην έρευνά τους οι Bender BG, Bender SE οι οποίοι εξέτασαν 32 ασθενείς με άσθμα.⁷⁹

Πρέπει να σημειωθεί ακόμα πως οι ασθενείς δεν είναι λίγες οι φορές που καταλήγουν από μόνοι τους στο πως θα κάνουν την θεραπεία τους. Πιο συγκεκριμένα,

⁷⁵Jin J, Sklar G, et al, Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, 2008 4(1): 269–286

⁷⁶Abbott J, Dodd M, Webb AK. Health perceptions and treatment adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax*. 1996;51:1233–8

⁷⁷Löffler W, Kilian R, Toumi M, et al. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*. 2003;36:105–12

⁷⁸Gonzalez J, Williams JW, Jr, Noel PH, et al. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board FamPract*. 2005;18:87–96

⁷⁹Bender BG, Bender SE. Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to interviews, focus groups, and questionnaires. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2005;25:107–30

τείνουν να λαμβάνουν την φαρμακευτική αγωγή μόνο όταν εκδηλώνονται τα συμπτώματα, δηλαδή ενεργούν εκ των υστέρων παρά τις οδηγίες των γιατρών.

Τρόπος ζωής. Η στάση ζωής που ακολουθεί ένα άτομο επηρεάζει και την υγεία του είτε θετικά είτε αρνητικά. Έτσι λοιπόν επηρεάζει και την συμμόρφωσή του στην θεραπεία. Ενδεχομένως να χρειασθεί ο ασθενής να αλλάξει τον τρόπο ζωής του προκειμένου να θεραπευτεί. Κάτι τέτοιο όμως δεν είναι πάντα εφικτό. Οι ασθενείς που δεν είναι καπνιστές και δεν καταναλώνουν αλκοόλ, τείνουν να συμμορφώνονται περισσότερο από τους καπνιστές και αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ.

δ. Ψυχολογικοί παράγοντες.

Η αρνητική στάση που μπορεί να κρατήσει ένας ασθενής απέναντι στην θεραπεία μπορεί να οφείλεται σε διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως είναι η κατάθλιψη ή ακόμα και ο φόβος που μπορεί να αισθανθεί ένα άτομο που νοσεί για την ασθένεια. Σε 200 ασθενείς με διαβήτη το 10% έπασχε από κατάθλιψη και δήλωνε πως δεν ακολουθούσε πιστά την θεραπεία του, αναφέρει έρευνα.⁸⁰

Είναι γεγονός πως η κατάθλιψη, σύμφωνα με έρευνες⁸¹, είναι απόλυτα συσχετισμένη με την μη συμμόρφωση του ασθενή. Μάλιστα, το ποσοστό της μη συμμόρφωσης είναι 27% μεγαλύτερο σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη.⁸² Ενδεχομένως αυτό να συμβαίνει, διότι οι ασθενείς αυτοί είναι λιγότερο αισιόδοξοι και τείνουν να αποσύρονται από το κοινωνικό σύνολο με αποτέλεσμα να μειώνεται η θέλησή τους για θεραπεία.

Επιπλέον, υπάρχουν φορές που η διάγνωση της κατάθλιψης παρεμποδίζεται λόγω διαφόρων παραγόντων. Η έλλειψη συνειδητοποίησης της κατάστασης καθώς και ο φόβος για στιγματισμό οδηγούν τον ασθενή και κυρίως τον ψυχικά ασθενή να απομακρύνεται από την θεραπεία.⁸³

⁸⁰ Kilbourne AM, Reynolds CF, 3, Good CB, et al. How does depression influence diabetes medication adherence in older patients? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:202–10

⁸¹ Phillip S. Wang et al. Noncompliance with Antihypertensive Medications. Volume 17, Issue 7, pages 504-511, July 2002

⁸² Martin L, Williams S, Haskard K, DiMatteo R, The challenge of patient adherence 2005; 1(3): 189–199

⁸³ Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(Suppl 1):5–10

Πρέπει να προστεθεί πως το άγχος των ασθενών και γενικότερα η ψυχολογική τους κατάσταση τείνει να είναι ένας σημαντικός παράγοντας συμμόρφωσης ή μη. Έτσι λοιπόν, έχει παρατηρηθεί πως ένας ασθενής μπορεί να ξεχάσει να πάρει τα φάρμακά του ή ακόμα να ξεχάσει να πάει στο ραντεβού με τον γιατρό του, ή να μην συγκρατεί όλες τις πληροφορίες που του ανέφερε ο γιατρός του λόγω άγχους. Χαρακτηριστική είναι και η έρευνα των Shapiro et al. η οποία διεξήχθη σε 40 γυναίκες που βρίσκονταν σε κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Το ίδιο αποτέλεσμα ανακοινώθηκε και στις 40 γυναίκες με την μόνη διαφορά στον τρόπο της παρουσίασης των αποτελεσμάτων. Στην μία περίπτωση οι γυναίκες ενημερώθηκαν από τον γιατρό με πιο καθησυχαστικό τρόπο, ενώ στην άλλη περίπτωση ο γιατρός ήταν πιο ανήσυχος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι γυναίκες που άνηκαν στην δεύτερη ομάδα να είναι περισσότερο αγχωμένες και με υψηλά επίπεδα σφυγμού καταλήγοντας έτσι να θυμούνται λιγότερες πληροφορίες από ότι οι γυναίκες της πρώτης ομάδας και θεωρώντας την κατάσταση της υγείας του πολύ πιο βεβαρημένη.⁸⁴

Παρόλα αυτά μία άλλη έρευνα⁸⁵ έχει δείξει πως ενώ η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στην θεραπεία το άγχος παρουσιάζει μικρά αποτελέσματα με όχι και τόσο σημαντική συσχέτιση. Οι ασθενείς που έχουν παρουσιάσει κατάθλιψη φαίνεται να έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να μην τηρήσουν την θεραπεία τους σε σχέση με εκείνους που δεν παρουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης.

Όσον αφορά τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα έρευνα έχει δείξει πως η κατάθλιψη και το άγχος «μικραίνουν» το προσδόκιμο επιβίωσης τους αφού έχουν φτωχότερη τήρηση της θεραπείας τους. Σαφέστερα, τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν πως τα άτομα που βρίσκονται σε κακή φυσική κατάσταση εμφανίζουν και υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και είναι κυρίως γυναίκες, ενώ ο μέσος όρος επιβίωσης τους ανέρχεται στους 6,8 μήνες σε αντίθεση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς που ο μέσος όρος είναι πάνω από το διπλάσιο αγγίζοντας τους 14 μήνες.⁸⁶

⁸⁴Shapiro DE, Boggs SR, Melamed BG, et al. The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: an analogue study. *Health Psychol.*1992;11:61–6

⁸⁵M. Robbin DiMatteo et al. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. 2000;160(14):2101-2107

⁸⁶ Arrieta O et. al., Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer, 2013 Jun;20(6):1941-8. doi: 10.1245/s10434-012-2793-5.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου τους τείνουν να συμμορφώνονται λιγότερο, με αποτέλεσμα να πεθαίνουν νωρίτερα από το αναμενόμενο.⁸⁷

ε. Επικοινωνία θεραπευτή-ασθενή.

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες συμμόρφωσης είναι και η σχέση που θα αναπτύξει ο ασθενής με τον γιατρό του. Κυρίως μάλιστα σε χρόνιες παθήσεις όπως είναι και ο καρκίνος. Όταν ο γιατρός είναι περισσότερο ευσυνείδητος, υποστηρικτικός και ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει και αυτός στην θεραπεία του τότε φαίνεται να αναπτύσσεται μία καλή σχέση μεταξύ τους, κάτι που σημαίνει καλύτερη επικοινωνία, άρα και μεγαλύτερη συμμόρφωση. Οι ασθενείς που αισθάνονται ότι ο γιατρός τους, τους ακούει με προσοχή και προσπαθεί να ενστερνιστεί τα προβλήματά τους έχουν μεγαλύτερα ποσοστά συμμόρφωσης.⁸⁸

Αντίθετα, όταν ο γιατρός αποφεύγει την οπτική επαφή με τον ασθενή, του αφιερώνει λίγη ώρα και γενικότερα κάνει λίγες ερωτήσεις για την κατάσταση της υγείας του, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής δεν καταλαβαίνει την γλώσσα του γιατρού, τότε το ποσοστό της συμμόρφωσης μικραίνει. Όμως υπάρχουν και φορές που όχι μόνο δεν υπάρχει η κατάλληλη συμμόρφωση, αλλά από την κακή επικοινωνία μπορούν να οδηγηθούν οι ασθενείς σε λάθος αντιλήψεις, όπως ότι ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται για την θεραπεία τους, κάτι που μπορεί να τους προξενήσει άγχος και όπως αναφέρθηκε και παραπάνω να έχει αυτό αρνητικές συνέπειες.

Ο ασθενής πρέπει να πιστεύει πως ο θεραπευτής του είναι κάποιος που μπορεί να εμπιστευτεί, διότι είναι ειδικευμένος να μπορεί να κατανοήσει την ασθένεια που βιώνει το άτομο. Η εμπιστοσύνη που ενδεχομένως να αναπτυχθεί μεταξύ ασθενή και γιατρού είναι πολύ σημαντική, καθώς ο ασθενής που νιώθει ότι ο γιατρός του ενστερνίζεται πλήρως την κατάστασή του τείνει να αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια από τις οδηγίες του γιατρού και έτσι να συμμορφώνεται σε αυτές. Συγκεκριμένα, η συμμόρφωση

⁸⁷ Christensen, Alan J.; Ehlers, Shawna L. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 70(3), Jun 2002, 712-724

⁸⁸ Moore PJ, Sickel AE, Malat J, et al. Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. *J Health Psychol.* 2004;9:421-33

μπορεί να είναι έως και τρεις φορές μεγαλύτερη σε έναν ασθενή ο οποίος έχει αναπτύξει μία σχέση εμπιστοσύνης με τον γιατρό του⁸⁹.

Όταν ο ασθενής επιθυμεί να συμμετέχει πιο ενεργά στην θεραπεία του, τότε κάνει περισσότερες ερωτήσεις στον θεραπευτή του και εκείνος με την σειρά του άμα είναι πρόθυμος να αναπτύξει μία καλή σχέση με τον ασθενή του τον ενθαρρύνει να συμμετέχει περισσότερο και να είναι ενεργός. Στην αγγλική ορολογία θα προτιμούσαμε τον όρο “concordance”, δηλαδή συμφωνία, καθώς υπάρχει επικοινωνία και συναπόφαση για την θεραπεία, αφού ο ασθενής κατανοεί καλύτερα τα κόστη και τα οφέλη της.⁹⁰

Καταλήγουμε πως η καλή επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενή είναι πολύ σημαντική, καθώς με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής εμπλέκεται πιο ενεργά στην καταπολέμηση της ασθένειάς του. Έχοντας τον γιατρό ως σύμμαχο, ο οποίος είναι εκεί όχι μόνο για να θεραπεύσει την νόσο, αλλά και για να ακούσει και να ενθαρρύνει τον ασθενή τότε η συμμόρφωση τείνει να είναι υψηλότερη.

στ. Η θεραπεία.

Η μορφή της θεραπείας και η διάρκειά της. Η μορφή της θεραπείας όπως είναι λογικό επηρεάζει τον ασθενή. Έρευνα που έχει διεξαχθεί σε ασθενείς με άσθμα έχει δείξει πως οι ασθενείς που λαμβάνουν την φαρμακευτική αγωγή από το στόμα και όχι εισπνεόμενα έχουν μεγαλύτερη συμμόρφωση.⁹¹ Ακόμα, φαίνεται να συσχετίζεται με την συμμόρφωση και ο αριθμός των δόσεων που καθορίζονται για μία θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, δεν φαίνεται να συσχετίζεται ο αριθμός των φαρμάκων που έχει να λάβει ένας ασθενής, αλλά με τον αριθμό των δόσεων που πρέπει να λάβει από το καθένα. Δηλαδή, όσο πιο πολύ αυξάνεται ο αριθμός των δόσεων σε ένα φάρμακο τόσο περισσότερο φαίνεται να μειώνεται η συμμόρφωση.

Η διάρκεια επίσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας συμμόρφωσης. Έχει παρατηρηθεί πως οι χρόνιες ασθένειες συνοδεύονται και από ένα μεγαλύτερο ποσοστό

⁸⁹Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *JFamPract.* 1998;47:213–20

⁹⁰ Martin L, Williams S, Haskard K, DiMatteo R, The challenge of patient adherence 2005; 1(3): 189–199

⁹¹Kelloway JS, Wyatt RA, Adlis SA. Comparison of patients' compliance with prescribed oral and inhaled asthma medications. *Arch Intern Med.* 1994;154:1349–52

μη συμμόρφωσης, σε αντίθεση με τις διαπεραστικές παθήσεις, όπου φαίνεται το ποσοστό αυτό να είναι σε μικρότερη κλίμακα. Ως αποτέλεσμα μίας χρόνιας ασθένειας είναι η χρόνια θεραπεία, η οποία όσο αυξάνεται αυξάνει ταυτόχρονα και την μη συμμόρφωση του ασθενούς. Αυτό ενδεχομένως να συμβαίνει γιατί μπορεί οι ασθενείς να μην θέλουν να νοιώθουν εξαρτημένοι από την θεραπεία τους. Παρόλα αυτά υπάρχει και η αντίθετη άποψη, η οποία υποστηρίζει πως οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις έχουν μεγαλύτερα επίπεδα συμμόρφωσης από ότι οι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς. Μία λογική εξήγηση που δίνεται για αυτό είναι ότι οι ασθενείς υποφέροντας χρόνια από την ασθένεια συμβιβάζονται με την θεραπεία προκειμένου να τους ανακουφίσει.

Οι παρενέργειες των φαρμάκων. Όπως είναι λογικό οι παρενέργειες που μπορεί να έχουν κάποιες φαρμακευτικές αγωγές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την μη συμμόρφωση του ασθενή. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε υπερτασικούς ασθενείς δείχνει πως τα ποσοστά συμμόρφωσης μειώνονταν όταν τα φάρμακα είχαν δυσμενείς επιπτώσεις.⁹² Αυτό το γεγονός μπορεί να θεωρηθεί λογικό, καθώς οι ασθενείς μπορεί να αρχίσουν να αναθεωρούν για την αποτελεσματικότητα που έχει η θεραπεία τους, λόγω της δυσφορίας που ενδεχομένως να αισθάνονται και πολλές φορές μάλιστα να τείνουν στην μείωση της εμπιστοσύνης που έχουν απέναντι στον γιατρό τους. Προκειμένου να εξετασθεί το επίπεδο της τήρησης της θεραπείας των ασθενών με καρκίνο, έρευνα εξέτασε σε βάθος έξι μηνών κατά πόσο οι ασθενείς επηρεάζονται από τις παρενέργειες της θεραπείας και κατά συνέπεια να μην την τηρούν. Επίσης, εξετάστηκε και κατά πόσο είναι συνεπείς στα ραντεβού τους με τον θεράποντα ιατρό τους προκειμένου να λάβουν την χημειοθεραπεία τους. Η ναυτία φαίνεται να είναι η πιο σύνθητες παρενέργεια, ενώ σε συνδυασμό με πυρετό και πόνο είναι ακόμα πιο δύσκολο να μπορέσει να αντέξει ο ασθενής. Περισσότερο οι νεότεροι ασθενείς δεν αντιμετώπιζαν τόσο εύκολα την παρενέργεια των φαρμάκων σε σχέση με τους γηραιότερους. Παρόλα αυτά όμως δεν φάνηκαν τα συμπτώματα να εμποδίζουν την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στα ραντεβού τους για την χημειοθεραπεία τους.⁹³

⁹²Dusing R, Weisser B, Mengden T, et al. Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and compliance. Blood Press. 1998;7:313-5

⁹³ J. L. Richardson, G. Marks and A. Levine, The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy, 1988 by American Society of Clinical Oncology

Η από του στόματος χημειοθεραπεία είναι δύσκολο να εξετασθεί όταν ένας ασθενής γνωρίζει ότι μελετάται, διότι μπορεί να θέλει να επιδείξει μεγαλύτερη προσήλωση σε σχέση με τον μέσο όρο και να μην δώσει έτσι τα αντικειμενικά αποτελέσματα.⁹⁴

Αποτελέσματα μη συμμόρφωσης

Η μη συμμόρφωση των ασθενών αποτελεί ένα εμπόδιο όχι μόνο στην αντιμετώπιση της νόσου του ασθενούς, αλλά και γενικότερα στην κοινωνία και την οικονομία, καθώς συνοδεύεται από πληθώρα αρνητικών αποτελεσμάτων.

Το κόστος στην υγεία μπορεί να μετρηθεί σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο κόστος αφορά αγαθά και υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία και χωρίζεται σε ιατρικό και σε μη ιατρικό. Στην πρώτη περίπτωση αφορά θεραπείες, εργαστηριακές εξετάσεις, χρήση διαγνωστικής τεχνολογίας, νοσηλευτική ή ιατρική φροντίδα στο σπίτι και άλλα. Στην δεύτερη περίπτωση αφορά την φροντίδα που μπορεί να παρασχεθεί από το περιβάλλον του ασθενούς, την μεταφορά του από και προς το νοσοκομείο, την οικιακή βοήθεια και άλλα.⁹⁵ Το έμμεσο κόστος αφορά την αξία του διαφυγόντος εισοδήματος ή την μειωμένη παραγωγικότητα λόγω νοσηρότητας του ατόμου. Ακόμα και το ίδιο το περιβάλλον του ασθενούς πλήττεται από το διαφυγόν εισόδημα λόγω του ότι ξοδεύει τον χρόνο του προκειμένου να προσέχει τον ασθενή. Εφόσον γίνεται λόγος για τις επιπτώσεις που έχει η μη συμμόρφωση των ατόμων δεν γίνεται να μην λάβουμε υπόψη μας το άμεσο και έμμεσο κόστος αυτής.

Ένας ασθενής, ο οποίος δεν συμμορφώνεται είτε με την θεραπεία του είτε με τις υποδείξεις του θεραπευτή του είναι λογικό πως κατά μεγάλη πιθανότητα θα νοσήσει ή θα επιδεινώσει την ήδη άσχημη κατάσταση της υγείας του. Αυτό ταυτόχρονα σημαίνει πως θα χρειασθεί από την μία πλευρά να του χορηγηθούν και άλλα φάρμακα και από την άλλη ενδέχεται να χρειασθεί να νοσηλευθεί σε κάποιο νοσοκομείο. Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή έρευνες έχουν δείξει πως το μέσο κόστος του φάρμακου είναι υψηλότερο για εκείνους τους ασθενείς που προσθέτουν και άλλο ένα φάρμακο, ενώ το

⁹⁴ Kathryn Ruddy, Erica Mayer, Ann Partridge, Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment, Volume 59, Issue 1, 2009

⁹⁵ Υφαντόπουλος Γ. (2006), Τα οικονομικά της Υγείας, Αθήνα, τυπωθήτω

κόστος αυτό μειώνεται για τους περιστασιακούς χρήστες.⁹⁶ Ταυτόχρονα, η βιομηχανία φαρμάκου δαπανεί 30 δισεκατομμύρια δολάρια τον χρόνο ως αποτέλεσμα της μη συμμόρφωσης.⁹⁷ Όσον αφορά την νοσηλεία, είναι εύλογο πως αυτόματα το κόστος ανεβαίνει. Είτε ο ίδιος ο ασθενής δαπανεί χρήματα για να νοσηλευτεί, είτε η ιδιωτική ή κοινωνική του ασφάλιση. Σε αυτή την περίπτωση είναι σαφές πως το κόστος του ασθενή αυξάνεται. Μάλιστα, στις ΗΠΑ ξοδεύονται περίπου 100 δις δολάρια το χρόνο, τα οποία βαραίνουν την κοινωνία σε λανθασμένη χρήση των φαρμάκων.⁹⁸

Το διαφυγόν εισόδημα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μη συμμόρφωσης όσον αφορά το οικονομικό κομμάτι. Το άτομο που νοσεί και δεν μπορεί να παραστεί στην εργασία του μπορεί να χάσει τα χρήματα εκείνα που θα έπαιρνε εάν ήταν στην εργασία του, το ίδιο μπορεί να συμβεί και για τον περίγυρό του που ενδεχομένως να τον προσέχει. Όμως και ο ίδιος ο εργοδότης φαίνεται να ζημιώνεται από αυτό, καθώς ο ασθενής γίνεται λιγότερο παραγωγικός, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να μειώνει την παραγωγή του. Αν το ανάγουμε δηλαδή στο σύνολο της κοινωνίας φαίνεται να έχει αρνητικό οικονομικό αντίκτυπο.

Ακόμα πέρα από τα δύο κόστη, άμεσο και έμμεσο, υπάρχει ένα ακόμα κόστος, το κρυφό, το οποίο αφορά περισσότερο την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και δεν μετριέται εύκολα σε νομισματικές μονάδες, όπως τα άλλα δύο κόστη. Το άτομο που νοσεί και δυσχεραίνεται η κατάστασή του μπορεί να νιώσει φόβο ή και αγωνία για την έκβαση της νόσου του. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα στο να απομονωθεί, να χάσει την εργασία του, ενδεχομένως να γίνει επιθετικός και να συγκρουστεί με την οικογένειά του. Τέλος, ένα ακόμα αποτέλεσμα που ενδέχεται να φέρει η μη συμμόρφωση είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής του ατόμου, για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται να πηγαίνει συχνά σε κάποιο νοσοκομείο, κάτι που μπορεί να του αλλάζει το πρόγραμμά του. Το κρυφό κόστος με λίγα λόγια μελετάει τα ποιοτικά μεγέθη.

Συμπερασματικά, η μη συμμόρφωση έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην κοινωνία όσο και στον ίδιο τον ασθενή και τον περίγυρό του. Ο ασθενής με λίγα λόγια νιώθει να

⁹⁶Muszbek N et al. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J ClinPract.* 2008 February 1; 62(2): 338–351

⁹⁷DrMadhu Davies and DrFaizKermani(2006) *Patience Compliance, Sweetening the Pill, USA*, Gower

⁹⁸Dezii CM. Medication noncompliance: what is the problem? *Manag Care.* 2000;9: 7-12.

υποβαθμίζεται η ζωή του μέσα από την επιδείνωση της υγείας του. Ακόμα, επιβαρύνεται και οικονομικά, όπως αναφέρθηκε, λόγω των δαπανών που ενδεχομένως να χρειασθεί να ξοδέψει, αλλά και μέσω του διαφυγόντος εισοδήματος του ίδιου και των συγγενών του. Αυτό που συμβαίνει στο μικρο-επίπεδο φαίνεται να αντανακλάται και στο μακρο-επίπεδο, δηλαδή την κοινωνία γενικότερα, η οποία καλείται να ξοδέψει χρήματα προκειμένου να παράσχει περίθαλψη στον ασθενή, αλλά παρατηρούμε και μία γενικότερη μείωση της παραγωγικότητας που προκύπτει από κάποιο θάνατο ή νόσημα, μειώνοντας έτσι την παραγωγή έργου.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της μη συμμόρφωσης στους ασθενείς με καρκίνο πρέπει να επισημανθεί πως δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να αναφέρουν τις συνέπειες και αυτό γιατί τα αποτελέσματα διαφέρουν από φάρμακο σε φάρμακο.

Υπολογισμός Συμμόρφωσης

Πρέπει να διευκρινιστεί πως δεν υπάρχει κάποιο πρότυπο μέτρησης, καθώς οι μέθοδοι που ακολουθούνται δεν είναι πάντα οι ίδιοι, λόγω του ότι αυτό εξαρτάται από τις ανάγκες και τους περιορισμούς της κάθε ασθένειας, στην οποία μπορεί να χρησιμοποιούνται περισσότερες από μία μέθοδοι. Παρόλα αυτά όμως πρέπει να αναφερθεί πως όλες οι μέθοδοι όσο αποτελεσματικές και να είναι πάντα έχουν τους περιορισμούς τους.

Τις μεθόδους μέτρησης μπορούμε να τις χωρίσουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις ευθείες και τις έμμεσες μεθόδους (direct-indirect methods). Οι έμμεσες μέθοδοι κατά κύριο λόγο στηρίζονται στις απαντήσεις των ασθενών, καθώς και στις προσωπικές τους σημειώσεις. Πιο συγκεκριμένα σε αυτή την κατηγορία εμπεριέχονται οι εξής μέθοδοι:

α. Συνεντεύξεις και Ερωτηματολόγια.

Οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια αποτελούν την πρώτη πηγή μέσα από την οποία μπορεί να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής συμμορφώνεται ή όχι. Αποτελούν, δηλαδή για την κλινική πρακτική την «πρώτη εντύπωση». Πολλές φορές οι ερωτήσεις μπορεί να αποτελέσουν υπενθύμιση στον ασθενή προκειμένου να λάβει την φαρμακευτική του αγωγή. Όπως είναι λογικό οι ερωτήσεις που γίνονται σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να είναι επικριτικές ή επιθετικές. Αυτή η μέθοδος όμως στηρίζεται αποκλειστικά στην

γνώμη των υποκειμένων-ασθενών, οι οποίοι κρίνουν με τα δικά τους δεδομένα και την δική τους μνήμη, ενώ υπάρχει ο κίνδυνος ο ασθενής να απαντήσει στον γιατρό με κριτήριο το τι θέλει να ακούσει ο γιατρός, δείχνοντας έτσι μία βελτιωμένη τήρηση της θεραπείας,⁹⁹ κάτι που σημαίνει ότι τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν να μην είναι αξιόπιστα, οπότε και θα χρειάζεται περεταίρω ανάλυση. Συνήθως τα ερωτηματολόγια που έχουν απαντηθεί από τον ασθενή και παρουσιάζουν μία πλήρη συμμόρφωση τείνουν να είναι και μη αληθή. Αντίθετα, τα ερωτηματολόγια τα οποία δεν παρουσιάζουν απόλυτη συμμόρφωση τείνουν να είναι πιο κοντά στην πραγματικότητα.

100

β. Προσωπικά αντικείμενα ασθενούς.

Τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενούς, όπως είναι το ημερολόγιο ή διάφορες σημειώσεις αποτελούν και αυτά μία έμμεση πηγή άντλησης πληροφοριών όσων αφορά την συμμόρφωση του ασθενούς. Οι σημειώσεις αυτές δεν είναι απαραίτητο να είναι αποκλειστικά και μόνο του ίδιου του ασθενή, για παράδειγμα, οι γονείς ενός παιδιού μπορούν να κρατούν σημειώσεις ή και γενικότερα οι συγγενείς του παθόντα. Οι προσωπικές αυτές σημειώσεις είναι πολύ χρήσιμες και σημαντικές στο να ελεγχθεί η συμμόρφωση. Παρόλα αυτά όμως και σε αυτή την περίπτωση μπορεί να υπάρχουν αρνητικά, καθώς ο ασθενής ή ο περίγυρός του μπορούν να παραλείψουν να σημειώσουν ότι ο ασθενής έχει ακολουθήσει την θεραπεία του χωρίς να έχει παραλείψει τις δόσεις του με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε σε λάθος συμπεράσματα,¹⁰¹ καθώς επίσης και σε αυτή την περίπτωση αν ο ασθενής γνωρίζει ότι τον παρατηρούν μπορεί και εδώ να απαντήσει μεροληπτικά.

γ. Η Εκτίμηση του γιατρού.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και η άποψη του γιατρού, ο οποίος μπορεί να διαπιστώσει εάν ο ασθενής ακολουθεί την θεραπεία του ή όχι. Αυτό μπορεί να το ελέγξει με το αν ο ασθενής του παρουσιάζει αρνητικές επιπτώσεις-παρενέργειες. Όμως,

⁹⁹ Ruddy K, Mayer E, Patridge A, Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment, CA CANCER J CLIN 2009;59:56-66

¹⁰⁰ Isabel dos Santos Silva, Cancer Epidemiology: Principles and Methods, W.H.O., International Agency for research on Cancer

¹⁰¹ W. Archie Bleyer, Ronald D. Barr(2007), Cancer in Adolescents and Young Adults, Pediatric Oncology, Springer

ο γιατρός τείνει να υπερεκτιμάει σε ορισμένες περιπτώσεις την λήψη φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, θεωρεί συνήθως ότι η αποτυχία της θεραπείας οφείλεται στην μη συμμόρφωση. Αυτό όμως δεν είναι πάντα αποτέλεσμα μόνο της μη συμμόρφωσης, καθώς οι ασθενείς διαφέρουν μεταξύ τους και η ασθένεια έτσι έχει ένα τόνο υποκειμενικότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ασθένεια να μην ανταποκρίνεται στην θεραπεία πάντα με επιτυχία, καθώς και οι παρενέργειες να μην είναι συνυφασμένες με την λήψη του φαρμάκου. Έτσι, η απουσία παρενέργειας δεν σημαίνει αυτόματα ότι ο ασθενής συμμορφώνεται με την θεραπεία του. Ο συνδυασμός όμως με τις προσωπικές σημειώσεις του ασθενή ή την συνέντευξη σίγουρα μπορεί να φέρει αντικειμενικότερα αποτελέσματα.

δ. Καταμέτρηση της δοσολογίας

Η καταμέτρηση της δοσολογίας καταγράφει μία διαφορά ανάμεσα στα προβλεπόμενα φάρμακα και στα υπολειπόμενα, δηλαδή κάνει ουσιαστικά μία σύγκριση ανάμεσα στα φάρμακα που πήρε ο ασθενής και σε αυτά που έμειναν. Θα μπορούσαμε να πούμε πως αυτός ο τρόπος μέτρησης της συμμόρφωσης είναι πολύ βοηθητικός, καθώς ο γιατρός-ερευνητής μπορεί να καταγράψει με αυτόν τον τρόπο αν ο ασθενής ακολούθησε την θεραπεία του και δεν παρέλειψε καμία δόση. Όμως και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν αρνητικές πλευρές, διότι αυτή η μέθοδος μπορεί να θεωρηθεί ως περιορισμένη κλινικά. Αυτό μπορεί να συμβεί, διότι ο ασθενής πριν την προγραμματισμένη του κλινική επίσκεψη μπορεί να έχει παραλείψει να πάρει μαζί του τα φάρμακά του προκειμένου να διαπιστώσει ο γιατρός αν ακολουθεί την θεραπεία του ή ενδεχομένως να έχει χύσει τα χάπια του, να τα έχει κάνει εμετό, να μην έχει καταφέρει να τα καταπιεί με αποτέλεσμα να τα έχει αποπτύσει και τέλος να τα έχει παραμερίσει, διότι μπορεί να νομίζει πως είναι πολλά και δεν χρειάζεται να τα λαμβάνει όλα. Στην βιβλιογραφία η τελευταία περίπτωση ονομάζεται ως «*parking-lot effect*» ή ως «*pill dumping effect*». Η καταμέτρηση των χαπιών ίσως να είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται και με άλλες μετρήσεις, όπως είναι η μέτρηση του ορρού. Η μέθοδος αυτή θα μπορούσε να πει κανείς πως δεν αντικατοπτρίζει την συμμόρφωση απόλυτα, αλλά ένα μέσο όρο αυτής. Αυτό συμβαίνει, διότι ως μέθοδος

μόνη της δεν μπορεί να διαφοροποιήσει με ακρίβεια ποια μέρα πήρε ο ασθενής την δόση του, ποια όχι και πότε υπερέβη την συνιστώμενη δοσολογία.¹⁰²

Οι έμμεσες μέθοδοι φαίνεται να μη αποτελούν τις απόλυτα αξιόπιστες πηγές από μόνες τους. Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές παρατηρήσεις θα έλεγε κανείς πως είναι πολύ σημαντικές στον να δημιουργηθεί μία πρώτη εικόνα του ασθενούς.

Οι άμεσες μέθοδοι είναι αυτές που μπορούν να οδηγήσουν σε πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Οι μέθοδοι είναι οι εξής:

α. Μέτρηση επιπέδου φαρμάκων στα ούρα και το αίμα.

Αυτή η μέθοδος μπορεί να αποτελέσει μια αξιόπιστη πηγή προκειμένου να ελεγχθεί εάν ο ασθενής έχει ακολουθήσει την συνιστώμενη θεραπεία του. Τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα ή στα ούρα του μπορούν να φανούν αρκετά εύκολα και χωρίς να ανησυχούμε για εσκεμμένη απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή. Παρόλα αυτά πρέπει να σημειωθεί πως οι οργανισμοί διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την απορρόφηση του φαρμάκου και σε θέματα μεταβολισμού, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να «μπερδεύει» τους ερευνητές-γιατρούς ως προς το επίπεδο συμμόρφωσης. Επιπλέον, σε αυτή την μέθοδο υπάρχει ένα ακόμη πρόβλημα, το θέμα του κατά πόσο είναι ορατές όλες οι δόσεις, αλλά και για πόση ώρα. Η δόση που φαίνεται είναι η τελευταία και αν έχει μικρή διάρκεια «ζωής» μέσα στον οργανισμό είναι πολύ πιθανό να μην μπορεί να γίνει ορατή ούτε και αυτή. Τέλος, η μέθοδος δεν είναι χρήσιμη για όλα τα φάρμακα και δεν μπορεί να πραγματοποιείται συνέχεια λόγω του μεγάλου κόστους της. Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία για τον καρκίνο οι δείκτες αυτοί δεν είναι εύκολο να μετρηθούν.

β. Τοποθέτηση ιχνηλατών

Οι ιχνηλάτες(tracers) τοποθετούνται στο φάρμακο που χορηγείται στον ασθενή και μπορούν να αποδειχθούν ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης της συμμόρφωσης των ασθενών. Οι ιχνηλάτες αυτοί μπορούν να «δείξουν» εάν ο ασθενής έχει ακολουθήσει την θεραπεία που του έχει δοθεί. Η καλύτερη όμως παρακολούθηση μπορεί να γίνει ενώ δεν έχει περάσει αρκετός χρόνος από την κατάποση. Αυτό αυτόματα μπορεί να

¹⁰²Melnikow J, Kiefe C(1994), Patience Compliance and medical research, JGIM, Volume 9, Issue 2,pp 96-105

σημαίνει πως ο ασθενής έχει την δυνατότητα να πάρει λίγο πριν το τεστ την συνιστώμενη δοσολογία του προκειμένου να φανεί ότι συμμορφώνεται, ενώ σε γενικές γραμμές να μην συμμορφώνεται.

γ. Υποκατάστατοι δείκτες^{103,104}

Η μέτρηση των λευκοκυττάρων, της ριβοφλαβίνης (βιταμίνη B2), της διγοξίνης ή και άλλων δεικτών μπορούν να αποκαλύψουν την συμμόρφωση του ασθενούς. Οι δείκτες αυτοί «σημαδεύουν» τα φάρμακα, καθώς έχουν μεγάλη διάρκεια ζωής και έτσι μπορούν να παρακολουθούνται σε βάθος χρόνου. Το θετικό αυτής της μεθόδου είναι πως οι δείκτες αυτοί μπορούν να τοποθετηθούν σε οποιοδήποτε φάρμακο και να βοηθήσουν έτσι στην μελέτη της συμμόρφωσης. Όμως το κόστος τους μπορεί να αποτελέσει τροχοπέδη και να καταστήσει μη πρακτική την μελέτη με αυτό τον τρόπο.

δ. Μικρο-ηλεκτρονικά αυτόματα συστήματα Ελέγχου

Αυτές οι αυτόματες μικροσυσκευές προσφέρουν πολλά θετικά όσον αφορά τον έλεγχο της συμμόρφωσης των ασθενών και κατά κύριο λόγο των ασθενών που δεν είναι εύκολα συνεργάσιμοι. Αυτή η μέθοδος μπορεί να δώσει πληροφορίες και δεδομένα που είναι αδύνατο να δοθούν από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο¹⁰⁵ και αυτό γιατί έχει το εξής θετικό. Στο καπάκι των φαρμάκων προσθέτονται κάτι μικροεπεξεργαστές των οποίων η αρμοδιότητα είναι να καταγράφει κάθε άνοιγμα και κάθε δόση που αφαιρείται μέσα από το μπουκάλι. Μέσω αυτής της ηλεκτρονικής παρακολούθησης καθίσταται εφικτή η διαφοροποίηση των τύπων της συμμόρφωσης, εάν δηλαδή είναι μικρή ή μεγάλη η συμμόρφωση των ασθενών. Έτσι, ύστερα από αυτό ο θεραπευτής μπορεί να εξετάσει τους λόγους που οδηγούν σε χαμηλή συμμόρφωση και να μπορέσει έτσι να τους αντιμετωπίσει ορθότερα. Έχει διαπιστωθεί για παράδειγμα πως οι ασθενείς συμμορφώνονται καλύτερα τις απογευματινές ώρες γιατί υπάρχει καλύτερη επιτήρηση σε σχέση με τις πρωινές, όπου υπάρχει μεγαλύτερος συνωστισμός, ενώ ταυτόχρονα φανερώνουν πως και τα Σαββατοκύριακα υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό μη

¹⁰³Melnikow J, Kiefe C(1994), Patience Compliance and medical research, JGIM, Volume 9, Issue 2,pp 96-105

¹⁰⁴ W. Archie Bleyer, Ronald D. Barr(2007), Cancer in Adolescents and Young Adults, Pediatric Oncology, Springer

¹⁰⁵ Cramer J(1995), Microelectronic Systems for Monitoring and Enhancing Patience Compliance with Medication Regiments, Drugs, Volume 49, Issue 3,pp 321-327

συμμόρφωσης.¹⁰⁶ Όμως και αυτή η μέθοδος, όπως και όλες άλλωστε κρύβει και μία αρνητική πλευρά, καθώς υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να βελτιώσει την συμμόρφωσή του λίγες μέρες πριν την προγραμματισμένη του κλινική επίσκεψη. Κάτι τέτοιο έχει παρατηρηθεί και ονομάζεται από την βιβλιογραφία «*tooth brush effect*» ή «*white coat compliance*», την οποία ονομασία του έχει πάρει από το φαινόμενο του πλυσίματος των δοντιών πριν από την επίσκεψη στον οδοντίατρο, όπου ο ασθενής ενώ σε καθημερινή βάση δε βουρτσίζει τα δόντια του το κάνει πριν από την προγραμματισμένη του επίσκεψη. Επιπλέον θεωρείται πως έχει και αυτή μεγάλο οικονομικό κόστος, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί λάθος. Η μείωση του κόστους των μικροηλεκτρονικών συστημάτων θα ήταν σωτήρια, καθώς η μέθοδος θα γινόταν περισσότερο πρακτική για μία μεγαλύτερη και πιο διαδεδομένη χρήση κυρίως για τους ασθενείς με καρκίνο.

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται πως η μέθοδος που θεωρείται αποτελεσματικότερη είναι η τελευταία(τα μικροηλεκτρονικά συστήματα), καθώς αυτή μπορεί να δώσει δεδομένα τα οποία είναι περισσότερο κοντά στη πραγματικότητα.

Ο Καρκίνος του Πνεύμονα και η τήρηση της θεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Στατιστικά Στοιχεία.

Ο καρκίνος του πνεύμονα θεωρείται ως ο δεύτερος συνηθέστερος τύπος καρκίνου τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, ενώ αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε σχέση με όλους τους άλλους τύπους και στα δύο φύλα με ποσοστό που αγγίζει το 27% των θανάτων από καρκίνο. Σύμφωνα με την American Cancer Society οι ηλικιωμένοι είναι εκείνοι που προσβάλλονται σε μεγαλύτερο βαθμό, ενώ ο μέσος όρος εμφάνισής του είναι περίπου τα 70 χρόνια.

Είναι από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο κυρίως στις χαμηλές κοινωνικές τάξεις. Οι άντρες με χαμηλή εκπαίδευση έχουν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλότερη, ενώ οι γυναίκες

¹⁰⁶ W. Archie Bleyer, Ronald D. Barr(2007), *Cancer in Adolescents and Young Adults*, Pediatric Oncology, Springer

2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα.¹⁰⁷ Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι οι χαμηλότερες τάξεις έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος. Επιπροσθέτως, οι λευκοί άντρες παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα σε σχέση με τους νέγρους με ποσοστό που φτάνει και το 20%.

Το 2015, σύμφωνα με την Αμερικανική αντικαρκινική κοινότητα (American Cancer Society), υπολογίστηκε ότι θα προστεθούν 221.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα, ενώ οι θάνατοι θα πλησιάσουν τους 158.000. Το κάπνισμα θεωρείται ως η κύρια αιτία για την εμφάνιση αυτού του είδους καρκίνου, ενώ ευθύνεται για το 87% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.¹⁰⁸

Παράγοντες εμφάνισης.

Πέρα του καπνού, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνισή του. Η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι ένας ακόμη παράγοντας, στον οποίο όταν υπάρξει μεγάλη έκθεση αυξάνει το ποσοστό εμφάνισης έως και 47%, καθώς και τα καύσιμα στις μεγαλουπόλεις αυξάνουν τον κίνδυνο κατά ένα τρίτο.

Η έκθεση σε ραδόνιο είναι επίσης μία αιτία εμφάνισης. Είναι ένα ραδιενεργό στοιχείο το οποίο το συναντάει κανείς στο έδαφος και στις πέτρες. Δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό από τον μέσο άνθρωπο, καθώς δεν είναι ορατό και είναι άοσμο. Είναι επικίνδυνο, διότι μπορεί να υπάρξει σε μεγάλες ποσότητες μέσα στο σπίτι, ενώ κινδυνεύουν σε μεγάλο βαθμό και οι εργάτες των ορυχείων. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Προστασίας του Περιβάλλοντος ευθύνεται ως η δεύτερη αιτία εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα με 14.000 θανάτους ετησίως, κυρίως όμως σε καπνιστές.

Τέλος, άλλος ένας σημαντικός παράγοντας είναι και η έκθεση σε χημικά, όπως ο αμίαντος και το διοξείδιο του πυριτίου. Φυσικά υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Όπως είναι λογικό, ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων με το κάπνισμα να αυξάνει ακόμα πιο πολύ την πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από καρκίνο των πνευμόνων.^{109,110}

¹⁰⁷ Journal of the national cancer institute, February 2009, "Smoking behavior partially explains socioeconomic inequalities in Lung Cancer incidence"

¹⁰⁸ American Cancer Society, www.cancer.org, "Lung Cancer"

¹⁰⁹ American Cancer Society, www.cancer.org, "What are the risk factors for non-small cell lung cancer?"

¹¹⁰ www.cancersearchuk.org, "lung cancer risks and causes"

Φαίνεται πως ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν πιο συχνή αιτία θανάτου περισσότερο για τους άντρες παρά για τις γυναίκες, αυτό συνέβαινε καθώς το κάπνισμα ήταν συνήθεια των αντρών κατά κύρια βάση. Όμως η «υιοθέτηση» αυτών των προτύπων από τις γυναίκες είχε ως αποτέλεσμα να είναι μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου και στις γυναίκες.¹¹¹ Οι διαφορές που μπορεί να προκύπτουν ανάμεσα στα φύλα και στα έθνη όσον αφορά την εμφάνιση και την θνησιμότητα οφείλονται στις διαφορετικές συνήθειες καπνίσματος.¹¹²

Τα χρόνια που είναι ένα άτομο καπνιστής, καθώς επίσης και ο μέσος όρος τσιγάρων που κάνει καθημερινά παίζουν κυρίαρχο ρόλο για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα, ενώ και ο παθητικός καπνιστής εκτίθεται και αυτός στον κίνδυνο. Οι πιθανότητες να νοσήσει ένα άτομο μη καπνιστής λόγω του ότι ζει και εργάζεται με άλλους που είναι καπνιστές αυξάνεται κατά 30% σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν στο άμεσό τους περιβάλλον καπνιστές.

Το ερώτημα όμως τίθεται στο κατά πόσο τα άτομα που διεγνώσθησαν με καρκίνο του πνεύμονα έκοψαν και το κάπνισμα. Σύμφωνα με την Αμερικανική αντικαρκινική κοινότητα 1 στους 3 παραιτήθηκαν αυτής της συνήθειας όταν πληροφορήθηκαν για το πρόβλημα της υγείας τους. Όμως σε μία άλλη έρευνα στην οποία εξετάστηκαν περίπου 3000 ασθενείς με 10 διαφορετικά είδη καρκίνου 9 χρόνια μετά την διάγνωσή τους έδειξε πως το 9,3% των επιζώντων εξακολουθούσαν να είναι καπνιστές καπνίζοντας περίπου 15 τσιγάρα ημερησίως.¹¹³

Μέσω έρευνας που έχει διεξαχθεί¹¹⁴ δείχνει πως έως το 2050 θα υπάρξει διπλάσια συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα στους άντρες, ενώ θα μειωθεί ελαφρά στις γυναίκες. Αν η τιμή των τσιγάρων αυξηθεί και διαφημιστικές καμπάνιες προώθησης της υγείας λάβουν δράση θα μειώναμε το κοινωνικό χάσμα όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα ως το 2050.

Η ψυχολογία στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και το προσδόκιμο επιβίωσής τους.

¹¹¹ΧαρίσιοςΚαρανικιώτης, «Καρκίνος του πνεύμονα», www.care.gr

¹¹²Μ. Παπαδάκου, Κεφάλαιο 11, «Επιδημιολογία του Καρκίνου»

¹¹³ Westmaas Lee, J (2014), Continuing to smoke after a cancer diagnosis, American Cancer Society

¹¹⁴Isabelle Soerjomataram et al, Lung Cancer 73(2011), 268-273, “Reducing inequalities in lung cancer incidence through smoking policies”

Το προσδόκιμο επιβίωσης στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, συνήθως μπορεί να συνδεθεί με το πώς θα νοιώσει ο ασθενής όταν πληροφορηθεί πως έχει καρκίνο. Έρευνα που έχει διεξαχθεί στην Αμερική έχει δείξει πως υπάρχει άμεση σχέση της ποιότητας ζωής που έχει ο ασθενής με το προσδόκιμο επιβίωσης από την στιγμή της διάγνωσης, μελετώντας 2442 ασθενείς. Οι ασθενείς που χαρακτηρίζαν την ποιότητα της ζωής τους (quality of life) ως καλή, αύξαναν το προσδόκιμο ηλικίας τους σε σχέση με αυτούς που την χαρακτηρίζαν κακή.¹¹⁵

Διαφορές στο προσδόκιμο φαίνεται να υπάρχουν και από τον τύπο του καρκίνου του πνεύμονα. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με μη μικρο-κυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (NSCLC) σταδίου IV ζουν έως 5 έτη σε ποσοστό από 2% έως 13%, ενώ τα ποσοστά αυτά μειώνονται κι άλλο στον μικρο-κυτταρικό τύπο (SCLC), όπου αγγίζουν μόλις το 1%.¹¹⁶

Το στίγμα στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Έχει θεωρηθεί πως ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μία ασθένεια που προκλήθηκε από τον ίδιο τον ασθενή και αυτό γιατί στην πλειονότητά του οφείλεται στο κάπνισμα. Οι ασθενείς πολλές φορές νοιώθουν ντροπή για το πρόβλημα υγείας που τους εμφανίστηκε σε σχέση με ασθενείς που έχουν αναπτύξει άλλους τύπους καρκίνου, όπως ο προστάτης ή ο καρκίνος του μαστού και μάλιστα δεν είναι σπάνιο ότι τείνουν να το «κρύβουν» από το οικείο περιβάλλον τους, ενώ φοβούνται μη δεν τους παρασχεθεί η κατάλληλη ιατρική φροντίδα λόγω του καπνίσματος.¹¹⁷

Η συμμόρφωση στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Σε αυτό το σημείο της έρευνας γίνεται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση για την συμμόρφωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Έχει παρατηρηθεί πως η διεθνής βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη έως μηδενική, ενώ πληθώρα αναφορών γίνονται για την συμμόρφωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Πρέπει να εξετασθεί κατά

¹¹⁵ Sloan A. J. et al., Relationship Between Deficits in Overall Quality of Life and Non-Small-Cell Lung Cancer Survival, Journal Of Clinical Oncology, 30(13): 1498–1504

¹¹⁶ Outcome for non small cell lung cancer, outcome for small cell lung cancer, <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/lung-cancer/treatment/statistics-and-outlook-for-lung-cancer#small>

¹¹⁷ Chapple A, Ziebland S, McPherson A., Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study, British Medical Journal. 2004. 328(7454)

πόσο οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα τηρούν την θεραπεία τους και αν όχι τι είναι εκείνο που τους εμποδίζει.

Σύμφωνα με τον Jack A. Roth et al. πολλοί ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα συνεχίζουν να καπνίζουν και ύστερα από την διάγνωσή τους. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό αγγίζει περίπου το 33%, ενώ περίπου το 50% πρώην καπνιστών συνεχίζει το κάπνισμα μετά από την επέμβαση του καρκίνου του πνεύμονα.¹¹⁸ Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν έναν ασθενή στην συνέχιση της συνήθειάς του αυτής είναι πολλοί, είτε γιατί οι συγγενείς που ζουν μαζί του καπνίζουν, είτε γιατί υπάρχει μεγάλο διάστημα μεταξύ διάγνωσης και αξιολόγησης της ασθένειας, είτε λόγω της μεγάλης εξάρτησης από την νικοτίνη, η μοιρολατρία, ότι με το να το σταματήσει δεν έχει να κερδίσει πλέον κάτι, καθώς και άλλοι πολλοί.¹¹⁹

Η φυλή σύμφωνα με έρευνα επηρεάζει την συνήθεια του καπνίσματος, άρα και την συμμόρφωση. Οι νέγροι ασθενείς εξακολουθούν να καπνίζουν και μετά την διάγνωση σε μεγαλύτερα ποσοστά από ότι οι λευκοί.¹²⁰ Η ηλικία πάλι, όπως και στις περισσότερες ασθένειες έτσι και εδώ δεν αποτελεί παράγοντα συμμόρφωσης. Έρευνα έχει δείξει πως το 93% των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα συμμορφώθηκαν με την θεραπεία τους,¹²¹ ενώ άλλη δεν επιβεβαιώνει κάτι τέτοιο, καθώς δεν τους είναι εύκολο να κόψουν συνήθειες όπως το κάπνισμα.¹²²

Μεθοδολογία

Πλαίσιο

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο «Σωτηρία» και συγκεκριμένα στο τμήμα της ογκολογικής κλινικής, όπου διευθυντής και θεράποντας ιατρός είναι ο κύριος

¹¹⁸ Roth Jack A., Hong Waun Ki, Komaki Ritsuko U.(2014), Lung Cancer, 4th edition, Wiley Blackwell

¹¹⁹ Schnoll Robert A. et al.(2002), Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. Patient education and counseling, 46:137-145

¹²⁰ Park Elyse R. et al.(2011), Disparities Between Blacks and Whites in Tobacco and Lung Cancer Treatment, THE ONCOLOGIST Express

¹²¹ Lee CR, Nicholson PW, Souhami RL, et al. Patient compliance with prolonged low dose oral etoposide for small cell lung cancer. Br J Cancer. 1993;67:630-634.

¹²² DiMatteo MR, Hays RD, Sherbourne CD, Adherence to cancer regimens: implications for treating the older patient, 1992, 6(2 Suppl):50-57

Κωνσταντίνος Συρίγος, καθηγητής Παθολογίας – Ογκολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τον κύριο Συρίγο τον απαρτίζει μία ομάδα ογκολόγων ιατρών, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την συστηματική παρακολούθηση των ασθενών που επισκέπτονται την ογκολογική κλινική. Οι ασθενείς έρχονται στο χώρο του «Σωτηρία» με προγραμματισμένη επίσκεψη προκειμένου να τους παραχθεί η κατάλληλη χημειοθεραπεία, ενώ στην συνέχεια λαμβάνουν ενημέρωση από τον ιατρό τους. Κάθε φορά που επισκέπτονται το νοσοκομείο ενδέχεται να εξετάζονται και από διαφορετικό γιατρό της ομάδας δίνοντας έτσι την δυνατότητα να έχουν όλοι οι γιατροί γνώση της κατάστασης τους. Ο κύριος Συρίγος πραγματοποιεί εβδομαδιαίες επισκέψεις στον χώρο όπου γίνεται η χημειοθεραπεία και ενημερώνεται για την κατάσταση υγείας των ασθενών. Τέλος, η Τετάρτη έχει ορισθεί ως η ημέρα υποδοχής των ανασφάλιστων ασθενών που καταφθάνουν για την χημειοθεραπεία τους, ενώ ταυτόχρονα τους παρέχονται δωρεάν τα φάρμακα που χρειάζονται για την αντιμετώπιση της νόσου τους.

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι η πρώτη που διενεργείται στην Ελλάδα και λόγω του ότι μελετά πολλές μεταβλητές προτιμήθηκε ο σχεδιασμός της συγχρονικής/ διατμηματικής μελέτης. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα θα μπορούν να κατευθύνουν και το σχεδιασμό μιας διαχρονικής μελέτης κοόρτης που θα μπορεί να επικεντρωθεί και να διερευνήσει σε βάθος τους συσχετισμούς που βρέθηκαν να έχουν βαρύνουσα σημασία.

Δείγμα

Το δείγμα των ασθενών προέρχεται από την Ογκολογική Μονάδα του Νοσοκομείου «Σωτηρία» και ανέρχεται στους 93 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα τετάρτου σταδίου, εκ των οποίων 4 είναι ανασφάλιστοι και 89 ασφαλισμένοι. Το στάδιο του καρκίνου διεγνώσθη με βάση το Tumor Node Metastasis (TNM). Οι ασθενείς που εξαιρέθηκαν ήταν όσοι δε μιλούν ελληνικά και οι ασθενείς που δεν άνηκαν στο προαναφερόμενο στάδιο.

Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν για την συμμετοχή τους στην μελέτη έδωσαν εγγράφως την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους σε έντυπο, η οποία ήταν διαμορφωμένη σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Ερευνητικό Εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο έχει χωριστεί σε τρία επιμέρους ερωτηματολόγια.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορά στοιχεία που συλλέγονται από τον φάκελο του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα μελετάται το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, σε ποιο ταμείο είναι ασφαλισμένος, την ημερομηνία διάγνωσης του όγκου και τον τύπο του καρκίνου(NSCLC, SCLC), καθώς επίσης πόσα και ποια φάρμακα λαμβάνει ο ασθενής και σε τι δοσολογίες όχι μόνο όσον αφορά την αντιμετώπιση του καρκίνου, αλλά και αν λαμβάνει φάρμακα και για άλλες ασθένειες, ενώ στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναφέρεται και το όνομα του γιατρού που τον εξέτασε.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τις ερωτήσεις που γίνονται στον ίδιο τον ασθενή. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν τα εξής τμήματα:

Τμήμα Α: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο συγκεκριμένο τμήμα γίνεται αναφορά στα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία του ασθενούς. Τέτοια στοιχεία θεωρούνται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, οι συνθήκες διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα του ασθενούς.

Τμήμα Β: Οικονομική δυσχέρεια και μεταβλητές που σχετίζονται με την κρίση

Προκειμένου να αποτυπωθεί ο βαθμός της οικογενειακής δυσχέρειας των ασθενών χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας, ο οποίος έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Ο δείκτης αυτός περιλαμβάνεται από 8 ερωτήσεις, οι οποίες περιγράφουν την δυσκολία του δείγματος στον να ανταποκριθεί στις καθημερινές του οικονομικές ανάγκες, οι οποίες μπορεί να είναι τα πάγια έξοδα, η δόση κάποιου δανείου αλλά και οι φορολογικές του υποχρεώσεις μέσα στο τελευταίο εξάμηνο. Οι απαντήσεις δίνονται σε μία τριτοβάθμια κλίμακα, αντικατοπτρίζοντας τις εξής διαστάσεις συχνότητας: σπάνια, μερικές φορές, συχνά. Το συνολικό σκορ της κλίμακας κυμαίνεται από 8 που σημαίνει καθόλου οικονομικά προβλήματα μέχρι 24 που σημαίνει σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Το σημείο «15» θεωρείται ως η διάκριση που δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Στο συγκεκριμένο τμήμα μελετάται επίσης και η πρόσβαση στην περίθαλψη κατά την περίοδο της κρίσης, στα πρότυπα των μελετών “HOPE”. Με τον τρόπο αυτό θα αξιολογηθούν οι επιπτώσεις της κρίσης στην πρόσβαση σε κλινική εξέταση, διαγνωστικές υπηρεσίες και θεραπεία (φαρμακευτική περίθαλψη), σε συνδυασμό με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και την ασφαλιστική κάλυψη.

Τμήμα Γ: Τήρηση της Θεραπείας

Ο βαθμός τήρησης της θεραπείας αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα, με τις περισσότερες μελέτες να συγκλίνουν ως προς την χρήση μικρο-ηλεκτρονικών συστημάτων ελέγχου στο καπάκι των φαρμάκων, τα οποία καταγράφουν κάθε άνοιγμα και δόση που αφαιρείται από το μπουκάλι. Αυτό συναντάται σε μελέτες κοόρτης, ενώ το κόστος είναι μεγάλο. Στην συγκεκριμένη μελέτη λόγω του ότι είναι διατμηματική η τήρηση της θεραπείας θα εκτιμηθεί μέσω των αυτο-αναφορών. Ωστόσο υπάρχει ο φόβος η αυτο-αναφορά να οδηγήσει σε υπο-εκτίμηση της μη τήρησης της αγωγής, είτε λόγω σφάλματος ανάκλησης της πληροφορίας, είτε γιατί ο ασθενής θέλει να γίνει αρεστός στον ιατρό του, πολλές φορές όμως, έρευνες έχουν δείξει από άλλα πεδία πως η εγκυρότητα των ερωτήσεων αυτο-αναφοράς μπορεί να είναι υψηλή. Οι Gonzalez και συνεργάτες θέλοντας να μελετήσουν την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σε διαβητικούς ασθενείς χρησιμοποίησαν τις αυτο-αναφορές, οι οποίες είχαν υψηλή εγκυρότητα και απέδειξαν ισχυρή συσχέτιση με την τήρηση της θεραπείας, όπως αποτυπώθηκε από τα μικρο-ηλεκτρονικά συστήματα ελέγχου της φαρμακευτικής αγωγής. Στην παρούσα έρευνα οι ερωτήσεις για την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής στηρίζονται σε εργασία των Luk και των συνεργατών του, η οποία απευθυνόταν σε οροθετικούς ασθενείς. Οι ασθενείς συγκεκριμένα καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο πιστεύουν πως τηρούν την θεραπεία και τις οδηγίες που λαμβάνουν από τον γιατρό και ως προς την φαρμακευτική αγωγή αλλά και ως προς την θεραπευτική αντιμετώπιση γενικότερα.

Τμήμα Δ: Εξάρτηση από το κάπνισμα

Η κλίμακα Fagerstrom αντικατοπτρίζει την εξάρτηση του ατόμου από την νικοτίνη. Είναι το πλέον πιο διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο καταγραφής της εξάρτησης από την νικοτίνη. Στην κλίμακα περιλαμβάνονται έξι ερωτήσεις και η βαθμολογία μπορεί

να κυμαίνεται από 0-10, όπου οι τιμές 0-2 δείχνουν μικρή εξάρτηση από την νικοτίνη, ενώ 8-10 δείχνουν μεγάλο βαθμού εξάρτηση. Η κλίμακα δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό, αλλά διάφορες ελληνικές μελέτες την έχουν ενσωματώσει στον ερευνητικό τους σχεδιασμό, ενώ περιλαμβάνεται και σε σχετικό υλικό της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας.

Τέλος, εάν ο ασθενής έχει απαντήσει καταφατικά στην ερώτηση εάν καπνίζει, τότε αυτομάτως θεωρείται πλημμελής τήρηση των οδηγιών του θεράποντα ιατρού.

Τμήμα Ε: Παρουσία κατάθλιψης-άγχους

Η παρουσία κατάθλιψης και άγχους στους ασθενείς του δείγματος θα ανιχνευτεί με την κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο. Η συγκεκριμένα κλίμακα εστιάζει στα ψυχολογικά και όχι στα σωματικά συμπτώματα και για αυτό τον λόγο επιλέγεται συχνά όταν αφορά μελέτες που εστιάζουν στον καρκίνο. Περιλαμβάνεται από 14 ερωτήσεις εκ των οποίων 7 εστιάζουν στην κατάθλιψη και οι υπόλοιπες 7 στο άγχος. Η κάθε ερώτηση ακολουθείται από τέσσερις απαντήσεις (τετραβάθμια κλίμακα), οι οποίες βαθμολογούνται από το 0-3. Όπου 0 ισούται με καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, ενώ 3 ισούται με μεγάλο βαθμό άγχους ή κατάθλιψης. Ο Μιχαλόπουλος και οι συνεργάτες του έχουν σταθμίσει την κλίμακα αυτή στον ελληνικό πληθυσμό.

Το τρίτο και τελευταίο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τις ερωτήσεις που γίνονται στον γιατρό του ασθενούς. Η διασταύρωση των απαντήσεων των ασθενών διασταυρώθηκαν και με τις απαντήσεις που έδωσαν οι θεράποντες ιατροί τους, καθώς οι ερωτήσεις για την τήρηση της θεραπείας είναι οι ίδιες με αυτές που έγιναν και στους ασθενείς.

Διαδικασία

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα κατατέθηκε το ερευνητικό πρωτόκολλο στην Επιτροπή Κλινικών Ερευνών του Νοσοκομείου και στην συνέχεια δόθηκε η έγκριση. Οι βασικοί υπεύθυνοι της έρευνας ήταν η Αμαλία-Μαρία Πανταζή και η Ουρανία Κούκουρα, ενώ φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής και του Πανεπιστημίου Αθηνών του

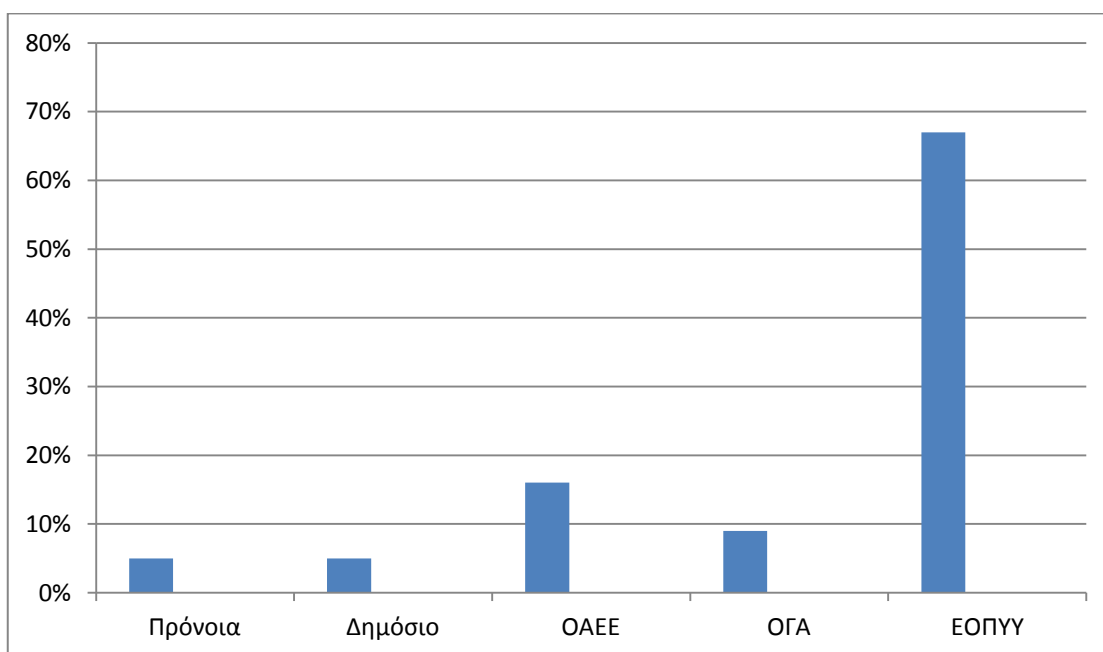
τμήματος Ψυχολογίας ύστερα από σχετική εκπαίδευση συγκέντρωσαν τα ερωτηματολόγια σε μορφή δομημένης συνέντευξης στο πλαίσιο εκπλήρωσης εργασίας.

Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν ήρθαν σε επαφή με τους ερευνητές στον χώρο του νοσοκομείου και αφού ενημερώθηκαν και συμφώνησαν να συμμετάσχουν έδωσαν και έγγραφη την συγκατάθεσή τους σε έντυπο που έχει διαμορφωθεί σύμφωνα με τις οδηγίες του Π.Ο.Υ. Ο ερευνητής συμπλήρωσε τα στοιχεία και τις πληροφορίες που του έδωσε ο ασθενής και το όνομα του ασθενή αντικαταστάθηκε από έναν πενταψήφιο κωδικό, όπου αποτελούταν από τα αρχικά του ονόματός του συν έναν αύξοντα αριθμό, ενώ σε ένα excel αρχείο διατηρήθηκε η αντιστοιχία ανάμεσα στους κωδικούς αυτούς και τα στοιχεία του ασθενούς. Στην συνέχεια, ο ερευνητής ήρθε σε επαφή και με τον ιατρό του ασθενούς προκειμένου να συμπληρώσει και την δική του εκτίμηση, χωρίς όμως να γνωστοποιεί στον ιατρό τις απαντήσεις που έδωσε ο ασθενής, έτσι ώστε να υπάρχει ανεξαρτησία των εκτιμήσεων. Τέλος, οι απαντήσεις που δόθηκαν καταχωρήθηκαν σε ένα αρχείο SPSS προκειμένου να επεξεργαστούν και αναλυθούν.

Αποτελέσματα

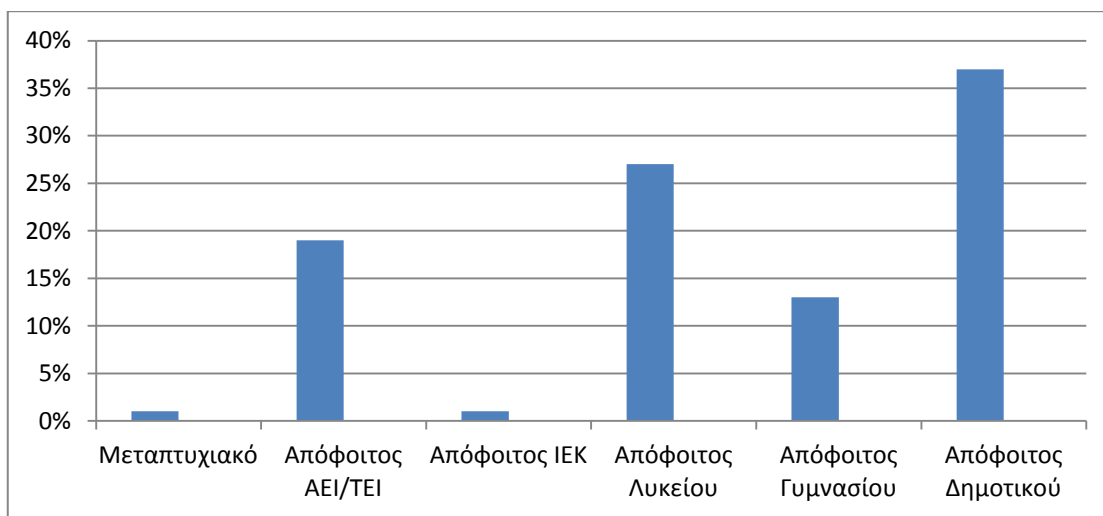
Σύμφωνα με την ανάλυση του δείγματος ο μεγαλύτερος πληθυσμός των συμμετεχόντων ήταν άντρες, σε ποσοστό που αγγίζει το 67%, ενώ το 33% ήταν γυναίκες. Ως επί το πλείστον ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ(67%), ενώ μόνο το 4% ήταν ανασφάλιστοι.

Πίνακας 5 Ταμείο Ασφάλισης



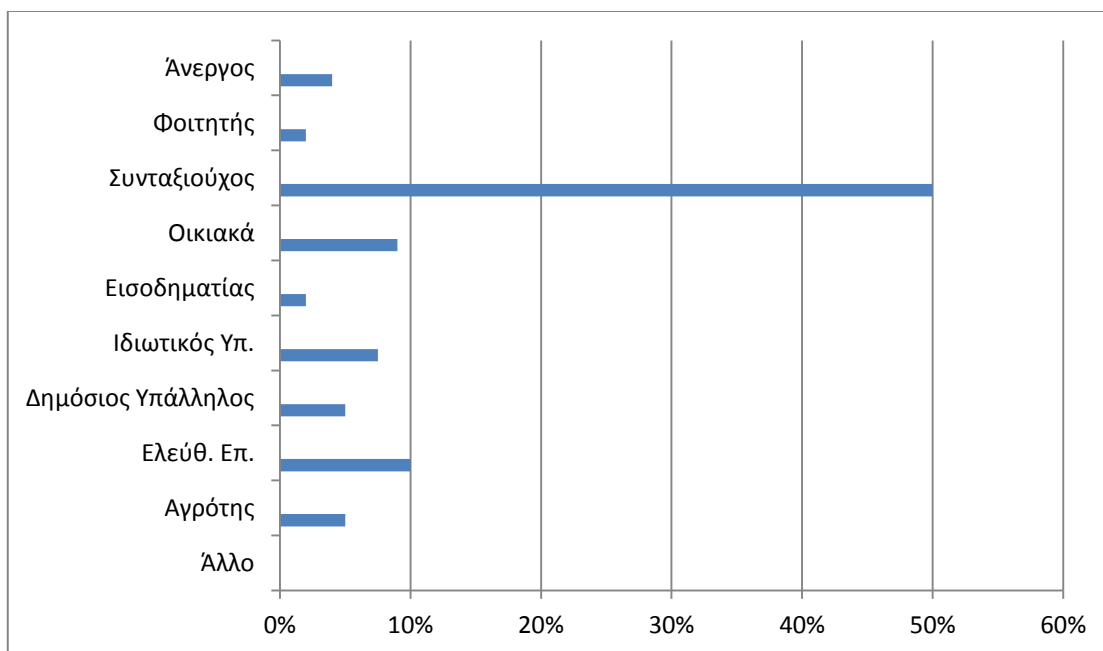
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δήλωσε έγγαμο(75%), ενώ ένα μικρό ποσοστό(5%) χηρευόμενο. Το 65% κατοικεί εντός Αττικής, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να έχει μεγαλύτερα ποσοστά από απόφοιτους δημοτικού(37%) και απόφοιτους λυκείου(27%), ενώ οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας αγγίζουν περίπου το 1/5 του δείγματος.

Πίνακας 6 **Επίπεδο Εκπαίδευσης**



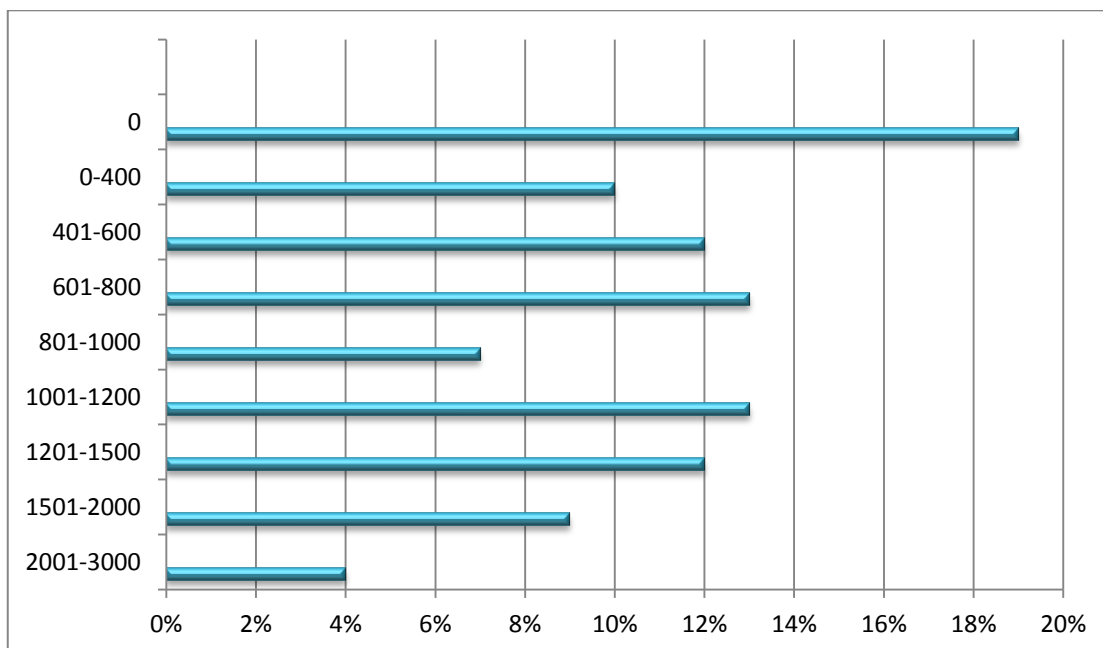
Περίπου οι μισοί ήταν συνταξιούχοι, ενώ μόλις το 2% ήταν φοιτητές και εισοδηματίες.

Πίνακας 7 **Επαγγελματική κατάσταση**



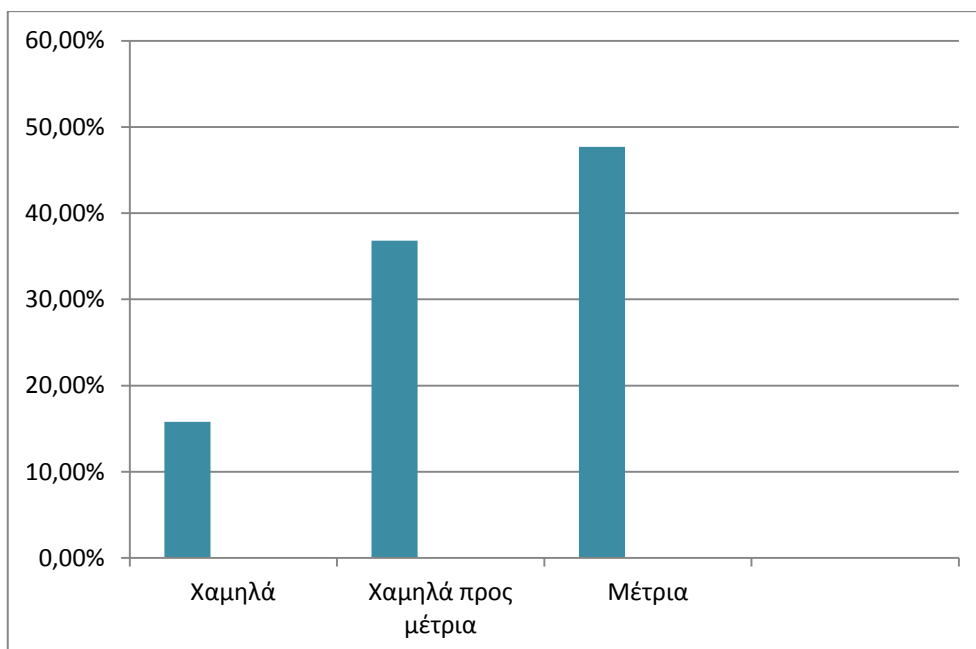
Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό(19%) δεν είχε εισοδήματα από κάποια πηγή, ενώ τα αμέσως μικρότερα ποσοστά(13%) παρουσιάζονται στις ομάδες 1001-1200€ και 601-800€.

Πίνακας 8 Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα



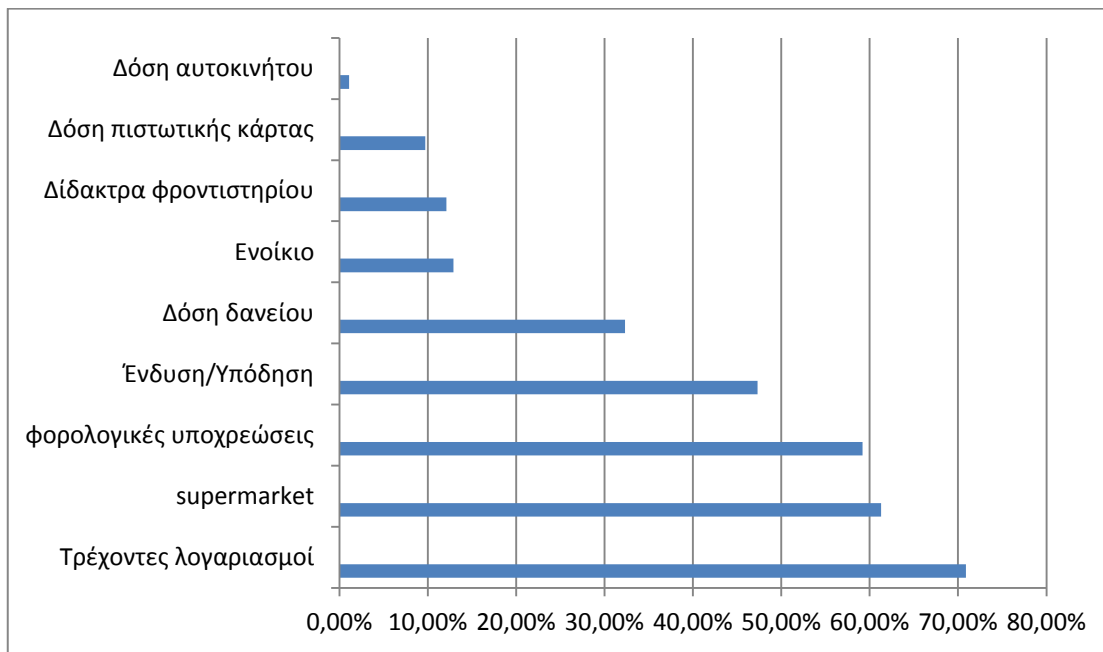
Υψηλή φαίνεται να παραμένει και η εξάρτηση από το κάπνισμα σε ποσοστό που φτάνει το 47%.

Πίνακας 9 Επίπεδα Εξάρτησης από το κάπνισμα



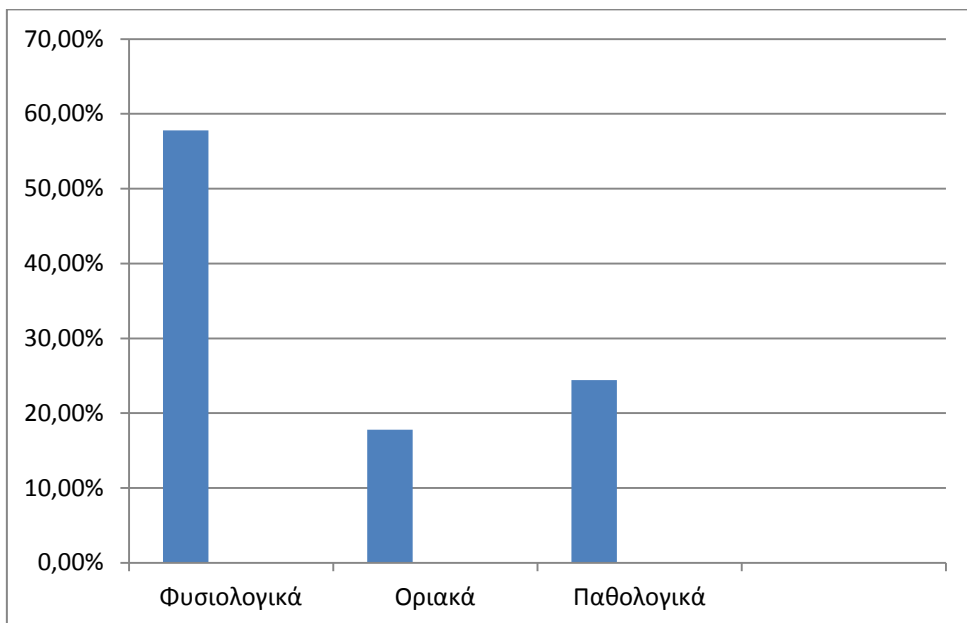
Παράλληλα οι οικονομικές υποχρεώσεις που βαραίνουν σε μεγάλο βαθμό είναι οι πάγιοι λογαριασμοί(71%), τα ψώνια από το super market(61%) και οι φορολογικές υποχρεώσεις(59%).

Πίνακας 10 Συχνότητα αντιμετώπισης δυσκολιών για κάλυψη αναγκών

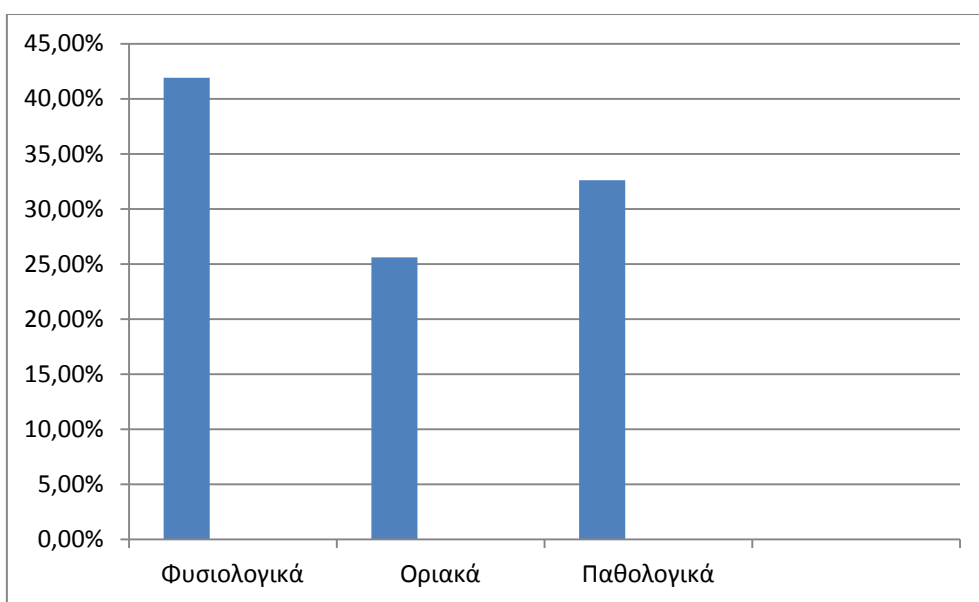


Παρόλα αυτά τα επίπεδα άγχους είναι σε φυσιολογικά επίπεδα στο 58% του δείγματος, ενώ σε παθολογικά επίπεδα ανήκει το 24%. Αυτό αλλάζει στα επίπεδα της κατάθλιψης μειώνοντας τα επίπεδα του φυσιολογικού σε ποσοστό 42% και αυξάνοντας τα επίπεδα του παθολογικού σε 33%. Πρέπει ακόμα να σημειωθεί πως αυξημένα εμφανίζονται και τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε υποκλινικό επίπεδο φτάνοντας το 18% και 26% αντιστοίχως.

Πίνακας 11 Επίπεδα άγχους

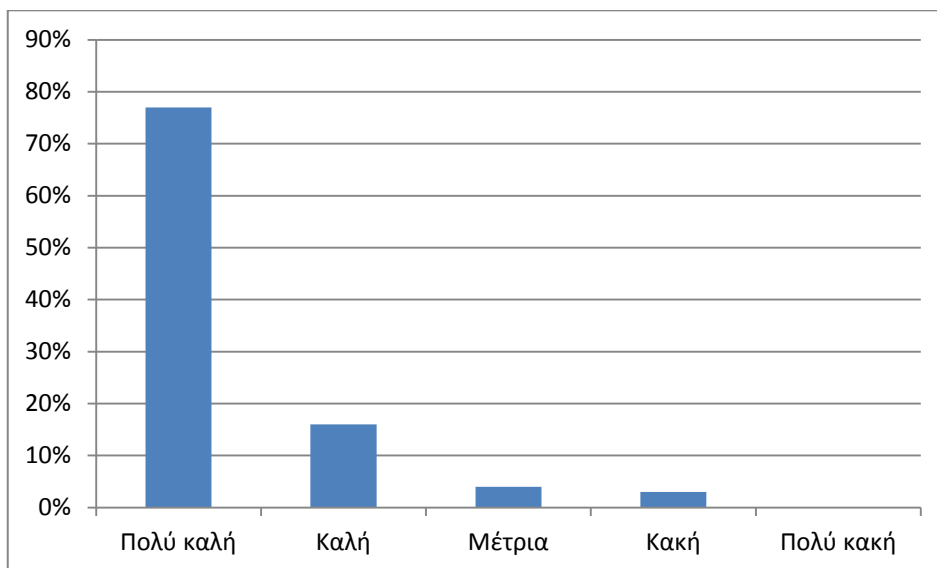


Πίνακας 12 Επίπεδα κατάθλιψης



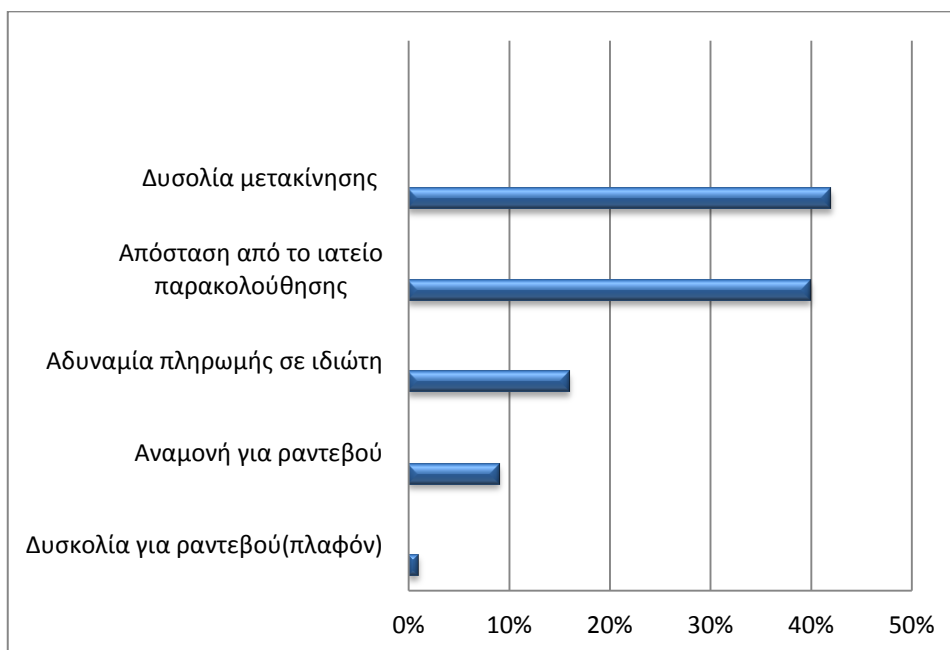
Η τήρηση της θεραπείας των ασθενών αγγίζει το 77% ως πολύ καλή, ενώ δεν υπάρχουν απαντήσεις με πολύ κακή τήρηση της θεραπείας.

Πίνακας 13 Τήρηση της θεραπείας



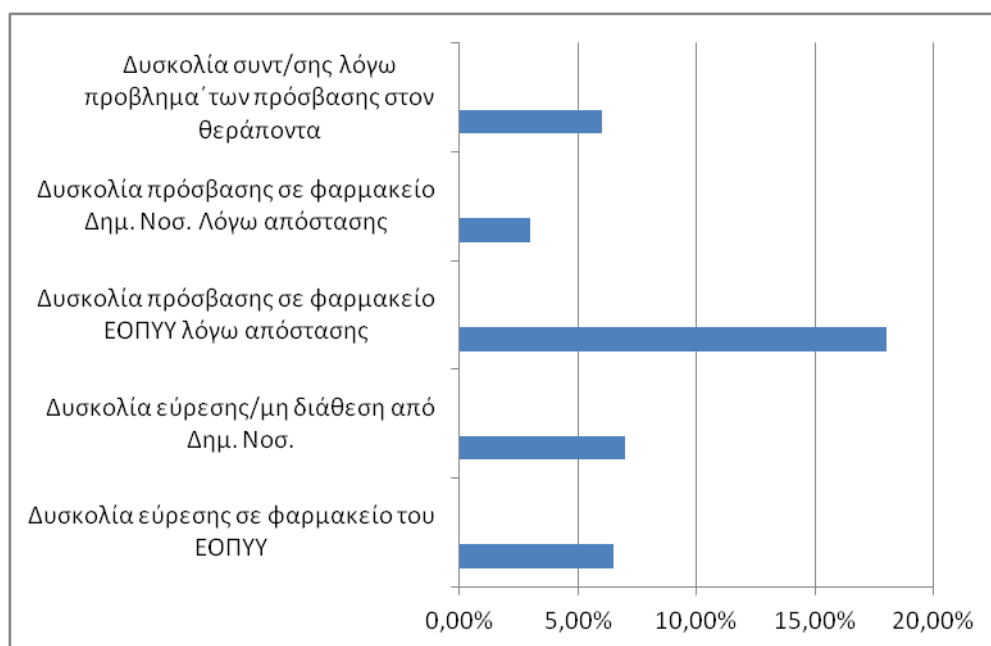
Η συχνότητα επίσκεψης της ογκολογικής κλινικής γίνεται κατά κύρια βάση μία φορά το μήνα(49,5%) και κάθε είκοσι μέρες(48%), ενώ μεγαλύτερο εμπόδιο κατά την επίσκεψη θεωρείται η μετακίνηση.

Πίνακας 14 Εμπόδια κατά την επίσκεψη στον θεράποντα



Δυσκολία συναντάται και στην θεραπεία όσον αφορά την πρόσβαση σε φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ λόγω απόστασης(18%).

Πίνακας 15 Εμπόδια κατά την θεραπεία



Παρά τις όλες δυσκολίες το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(34%) δεν αντιμετωπίζει κάποια συνέπεια στην θεραπεία του.

Από τη παραπάνω απεικόνιση του δείγματος αναμένονται τα εξής:

Παρά το ότι δεν υπάρχουν στοιχεία για την προ κρίσης κατάσταση των συμμετεχόντων, παρουσιάζεται υψηλή συσχέτιση μεταξύ της τήρησης της θεραπείας και των παραγόντων που την προσδιορίζουν, οι οποίοι είναι το εισόδημα, το επάγγελμα, η οικονομική δυσχέρεια, τα εμπόδια στην πρόσβαση και τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης.

Στην ομάδα των ασθενών με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο αναμένεται όπως είναι λογικό μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια, ενώ παρουσιάζεται και μεγαλύτερη εξάρτηση από το κάπνισμα σε σχέση με την ομάδα των ασθενών που ανήκουν σε υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, δεν αναμένεται μόνο το κάπνισμα σε μεγαλύτερα ποσοστά, αλλά το άγχος και η κατάθλιψη αναμένονται να παρουσιάζονται περισσότερο στην ομάδα των ασθενών με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το οποίο ίσως και να οφείλεται στην οικονομική δυσχέρεια στην οποία βρίσκονται.

Τα εμπόδια όχι μόνο στην θεραπεία, αλλά ακόμα και στην επίσκεψη στον θεράποντα ιατρό αυτής της ομάδας του δείγματος τείνουν εμφανίζονται περισσότερο σε σχέση με τις υψηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες, ενώ αναμένουμε να υπάρχουν περισσότερες συνέπειες στην τήρηση της θεραπείας εξαιτίας των εμποδίων, άρα και στην χειρότερη τήρησή της.

Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση και η μελέτη της συμμόρφωσης στους ασθενείς και πιο συγκεκριμένα σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα τέταρτου σταδίου και ο προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν, ενώ παράλληλα ερευνήθηκε κατά πόσο επηρεάζει την συμμόρφωση και η οικονομική κρίση. Αρχικά, έγινε μία βιβλιογραφική προσέγγιση του ζητήματος διαπιστώνοντας πως δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες για τον καρκίνο του πνεύμονα πλην ελαχίστων ερευνών.

Στις έρευνες που βρέθηκαν διαπιστώθηκε πως το ποσοστό των ασθενών που συνεχίζουν το κάπνισμα μετά την διάγνωση ή την επέμβαση από καρκίνο του πνεύμονα είναι υψηλό, ενώ και η φυλή δείχνει να έχει συσχέτιση, καθώς όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω οι νέγροι εξακολουθούν να καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους λευκούς. Επιπλέον, η κατάθλιψη φαίνεται να επιδρά αρνητικά, καθώς μειώνει την συμμόρφωση των ασθενών¹²³ και κατά συνέπεια το επίπεδο βιωσιμότητας.¹²⁴

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη στο Νοσοκομείο «Σωτηρία» οδηγήσαμε στα εξής συμπεράσματα, τα οποία έρχονται να επιβεβαιώσουν τα στοιχεία που βρέθηκαν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση:

Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα τελικού σταδίου, οι οποίοι ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα επηρεάζονται περισσότερο από τις κοινωνικές ανισότητες σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν σε υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό

¹²³ Arrieta O., Angulo L.P. et al., Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer., 2013 Jun;20(6):1941-8 doi: 10.1245/s10434-012-2793-5

¹²⁴ Sullivan D.R., Ducart J.P., Slatore C.G., Lung Cancer Outcomes Among Patients With Depression, Psychosocial Factors Associated with Respiratory Health Outcomes, 2012

επίπεδο με αποτέλεσμα να έρχονται αντιμέτωποι με περισσότερα εμπόδια και ως συνέπεια αυτού να καταλήγουν σε χειρότερη τήρηση της θεραπείας τους.

Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση οι ασθενείς αυτοί (χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου) έχουν πρόσβαση στην ογκολογική κλινική του Σωτηρία, η οποία διατηρεί συγκεκριμένα οργανωσιακά χαρακτηριστικά. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε όμως, τι ακριβώς συμβαίνει σε άλλες κλινικές στην χώρα που δεν διαθέτουν τα ίδια οργανωσιακά χαρακτηριστικά. Βάση της επιστημονικής τεκμηρίωσης, τα άτομα με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δεν έχουν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οπότε οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το πρόβλημα είναι ακόμα μεγαλύτερο.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η συμμόρφωση των ασθενών κατέχει σημαντικότερο θέμα στον χώρο της υγείας, καθώς χωρίς αυτήν σοβαρά προβλήματα μπορούν να προκύψουν. Ποικίλλουν οι τρόποι που θα βοηθήσουν στο να καλυτερεύσει η συμμόρφωση των ασθενών. Καταρχήν πρέπει να δοθεί στους ασθενείς η δυνατότητα να εισέρχονται στο σύστημα υγείας με ευκολότερο τρόπο, όπως είναι το να κλείνουν ραντεβού σε σύντομο χρονικό διάστημα. Στην συνέχεια, σημαντικό είναι να μπορούν να βρίσκουν φαρμακεία έτσι ώστε να μπορέσουν να προμηθευτούν τα φάρμακά τους. Τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ για παράδειγμα όπου πολλοί καρκινοπαθείς ασθενείς προμηθεύονται τα φάρμακά τους είναι δυσεύρετα για ορισμένους, καθώς υπάρχουν μόνο σε ορισμένες περιοχές, ενώ φαίνεται να είναι συγκεντρωμένα τα περισσότερα στην καρδιά των αστικών κέντρων με αποτέλεσμα να μην είναι πάντα εύκολη η πρόσβαση σε αυτά.

Δεν είναι λίγες οι φορές που οι προγραμματισμένες δόσεις μπορεί να μπερδέψουν τον ασθενή και να μην τηρήσει την θεραπεία του κατάλληλα. Η υπενθύμιση της λήψης των φαρμάκων του ίσως μπορέσει να μειώσει τα συμπτώματα μη συμμόρφωσης. Ενδεχομένως ένα ξυπνητήρι με το φάρμακο που πρέπει να πάρει στο κινητό, είτε του ίδιου του ασθενή, είτε του ατόμου που τον προσέχει να βοηθήσει αρκετά.

Επιπλέον, η φύση της ασθένειας, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η σωστή χρήση των φαρμάκων πρέπει να δίνονται με τον πιο απλοϊκό τρόπο στον ασθενή, έτσι ώστε να μπορέσει να κατανοήσει όσο το δυνατό περισσότερο γίνεται την σπουδαιότητα

της συμμόρφωσης. Σε αυτό το κομμάτι σημαντικό ρόλο κατέχει η σχέση μεταξύ θεράποντος και ασθενή, διότι όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω ένας γιατρός που ακούει με προσοχή και συμπόνια τον ασθενή του, που δείχνει ότι τον καταλαβαίνει και τον ενστερνίζεται σίγουρα θα επιφέρει και καλύτερα ποσοστά συμμόρφωσης.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναμένεται να υποδείξουν ποιοι τομείς χρήζουν άμεσων και στοχευόμενων μέτρων πολιτικής υγείας, έτσι ώστε να υπάρξει αντιμετώπιση του φαινομένου της κοινωνικής ανισότητας, η οποία πλήττει όπως αναφέρθηκε την ομάδα των ασθενών που ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

Σε όλες τις περιπτώσεις το θέμα της συμμόρφωσης χρήζει άμεσης και περαιτέρω μελέτης και παρακολούθησης. Μέσω των ερευνών ίσως καταφέρουμε να κατανοήσουμε καλύτερα τα προβλήματα και τους λόγους που οδηγούν στην μη τήρηση της θεραπείας και να καταφέρουμε να τα μειώσουμε στο μεγαλύτερο δυνατό.

Βιβλιογραφία

Έντυπη Ελληνόγλωσση

1. Βασίλαρος Ντ.(1989) «Κληρονομικότητα και επιδημιολογία καρκίνου του μαστού στον Ελληνικό Πληθυσμό», Διδακτορική διατριβή, Αθήνα
2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, σελίδα 7
3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012, σελίδες 16-17
4. Ιωαννίδου-Μουζάκα Λυδία και συν., τεύχος 23, σελ. 9, «Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών Με Καρκίνο Του Μαστού που επισκέφθηκαν το Κέντρο Έλλη Λαμπέτη από 01/01/2012 – 30/06/2013»
5. Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, (2004), «Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας», Αθήνα-Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα
6. Παπαδάκου Μ., Κεφάλαιο 11, «Επιδημιολογία του Καρκίνου»
7. Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι., «Ψάξε, μάθε, διεκδίκησε, έχεις δικαίωμα», Εκστρατεία για την ενημέρωση των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών
8. Υφαντόπουλος Γ. (2006), Τα οικονομικά της Υγείας, Αθήνα, τυπωθήτω

Έντυπη ξενόγλωσση

1. Abbott J, Dodd M, Webb AK. Health perceptions and treatment adherence in adults with cystic fibrosis. Thorax. 1996;51:1233–8
2. Ackerson K. et al(2008), “Personal Influencing Factors Associated With Pap Smear Testing and Cervical Cancer, University of Michigan School of Nursing, USA
3. Apter AJ, Reisine ST, Affleck G, et al. Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. Socioeconomic and health-belief differences. Am J RespirCrit Care Med. 1998;157:1810–7

4. Archie Bleyer W., Ronald D. Barr(2007), *Cancer in Adolescents and Young Adults*, Pediatric Oncology, Springer
5. Aronson Jeffrey K (2007), «Compliance, concordance, adherence», *British Journal of Clinical Pharmacology*
6. Arrieta O et. al., Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer, 2013 Jun;20(6):1941-8. doi: 10.1245/s10434-012-2793-5.
7. Bagnard V. et al, "Alcohol consumption and the risk of cancer. A Meta-Analysis", *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*
8. Balbay O, Annakkaya AN, Arbak P, et al. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. *Jpn J Infect Dis.*2005;58:152–8
9. Balkrishnan, R. (1998). Predictors of medical adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 20, 764-771
10. Beena Jimmy, Jose Jimmy, *Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice*, *Oman Med J.* 2011 May; 26(3): 155–159.
11. Bender BG, Bender SE. Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to interviews, focus groups, and questionnaires. *Immunol Allergy Clin N Am.* 2005;25:107–30
12. Benjamin D. L. Li et al., Patient Compliance Is Critical for Equivalent Clinical Outcomes for Breast Cancer Treated by Breast-Conservation Therapy, *Ann Surg.* 2000 Jun; 231(6): 883–889
13. *British Journal of Cancer*(2009), Differences in the risk of cervical cancer and human papillomavirus infection by education level, 101, 865–870. doi:10.1038/sj.bjc.6605224
14. Buck D, Jacoby A, Baker GA, et al. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimens. *Seizure.* 1997;6:87–93
15. Cancer Epidemiology Unit, "Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer", University of Oxford
16. Chapple A, Ziebland S, McPherson A., Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study, *British Medical Journal.* 2004. 328(7454)

17. Christensen, Alan J.; Ehlers, Shawna L. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 70(3), Jun 2002, 712-724
18. Cooper C, Carpenter I, Katona C, et al. The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:1067–76
19. Cramer JA, Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring, *Drugs Aging*”. 1998 Jan;12(1):7-15
20. Cramer J(1995), *Microelectronic Systems for Monitoring and Enhancing Patient Compliance with Medication Regimens*, *Drugs*, Volume 49, Issue 3,pp 321-327
21. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008;11: 44-47
22. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M; Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366, 1784–93.
23. Dezii CM. Medication noncompliance: what is the problem? *Manag Care*. 2000;9: 7-12.
24. DiMatteo MR, Hays RD, Sherbourne CD, Adherence to cancer regimens: implications for treating the older patient, 1992, 6(2 Suppl):50-57
25. DiMatteo, M. Robin, Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis, *Health Psychology*, Vol 23(2), Mar 2004, 207-218
26. Dimitrakaki C. et al.(2009), “Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from nation-wide Hellas Health 1 survey”, Central for Health Services Research, Medical School, University of Athens, Greece
27. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*.1997;58(Suppl 1):5–10
28. Dowse R, Ehlers M. Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? *Patient EducCouns*. 2005;58:63–70
29. DrMadhu Davies and DrFaizKermani(2006) *Patient Compliance, Sweetening the Pill*, USA, Gower

30. Dusing R, Weisser B, Mengden T, et al. Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and compliance. *Blood Press.* 1998;7:313–5
31. Evangelista, Lorraine S et al., Compliance Behaviors of Elderly Patients With Advanced Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003;18(3):197-206
32. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA.* 1999;281:545–51
33. Gonzalez J, Williams JW, Jr, Noel PH, et al. Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board FamPract.* 2005;18:87–96
34. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, “Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate, Cancer of the liver”, volume 96
35. Isabel dos Santos Silva, *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*, W.H.O., International Agency for research on Cancer
36. Jin J, Sklar G, et al, Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient’s perspective, 2008 4(1): 269–286
37. *Journal of the national cancer institute*, February 2009, “Smoking behavior partially explains socioeconomic inequalities in Lung Cancer incidence”
38. Kelloway JS, Wyatt RA, Adlis SA. Comparison of patients’ compliance with prescribed oral and inhaled asthma medications. *Arch Intern Med.* 1994;154:1349–52
39. Kilbourne AM, Reynolds CF, 3, Good CB, et al. How does depression influence diabetes medication adherence in older patients? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:202–10
40. Kogevinas M. et al. “Social inequalities and cancer”, IARC, Lyon 1997
41. Lebovits Allen et al., Patient noncompliance with self-administrated chemotherapy, *Cancer* 65:17-22, 1990.
42. Lee CR, Nicholson PW, Souhami RL, et al. Patient compliance with prolonged low dose oral etoposide for small cell lung cancer. *Br J Cancer.* 1993;67:630-634
43. Lertmaharit S, Kamol-Ratankul P, Sawert H, et al. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2005;88(Suppl 4):S149–56
44. Lewis C. et al., Compliance with Cancer Therapy by Patients and Physicians, *The American Journal Of Medicine*, 1983;74: 673-678

45. Loffler W, Kilian R, Toumi M, et al. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*. 2003;36:105–12
46. Marmot Michael (2006), “Cancer and health inequalities: An introduction to current evidence”, Cancer Research UK
47. Martin L, Williams S, Haskard K, DiMatteo R, The challenge of patient adherence 2005; 1(3): 189–199
48. Melnikow J, Kiefe C(1994), Patience Compliance and medical research, *JGIM*, Volume 9, Issue 2,pp 96-105
49. Moller H. and Tonnesen H. (1997), “Alcohol drinking, social class and cancer”, IARC, Lyon
50. Moore PJ, Sickel AE, Malat J, et al. Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. *J Health Psychol*. 2004;9:421–33
51. Murray MD, Darnell J, Weinberger M, et al. Factors contributing to medication noncompliance in elderly public housing tenants. *Drug IntellClin Pharm*. 1986;20:146–52
52. Muszbek N et al. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J ClinPract*. 2008 February 1; 62(2): 338–351
53. Office for National statistics-Statistical Bulletin(2013) “Cancer Registration Statistics, England, 2011”
54. Okuno J, Yanagi H, Tomura S. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *Eur J ClinPharmacol*. 2001;57:589–94
55. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-497
56. Park Elyse R. et al.(2011), Disparities Between Blacks and Whites in Tobacco and Lung Cancer Treatment, *THE ONCOLOGIST Express*
57. Peek ME, Han JH. Disparities in screening mammography. Current status, interventions and implications. *J Gen Intern Med*. 2004;19:184–94

58. Phillip S. Wang et al. Noncompliance with Antihypertensive Medications. Volume 17, Issue 7, pages 504-511, July 2002
59. Richardson J. L., Marks G. and Levine A., The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy, 1988 by American Society of Clinical Oncology
60. Ritvo P, Myers R, Paszat L, Serenity M, Perez D, Rabeneck L, Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening, BMC Public Health 2013, 13:500
61. Robbin DiMatteo M. et al. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. 2000;160(14):2101-2107
62. Roth Jack A., Hong Waun Ki, Komaki Ritsuko U.(2014), Lung Cancer, 4th edition, Wiley Blackwell
63. Ruddy K, Mayer E, Patridge A, Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment, CA CANCER J CLIN 2009;59:56-66
64. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care.JFamPract. 1998;47:213–20
65. Salzman C., Medication compliance in the elderly, J Clin Psychiatry. 1995;56 Suppl 1:18-22
66. SanjoséS. etal(1997), “Social differences in sexual behavior and cervical cancer”, Serveid’ Epidemiològicai Registredelcancer, Institut Catalád’ Oncològia, Ciutat Sanitariai Universitariade Bellvitge
67. Schnoll Robert A. et al.(2002), Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. Patient education and counseling, 46:137-145
68. Segnan N. et. al, “Socioeconomic status and cancer screening”, Social inequalities and cancer, International Agency for Research on Cancer(IARC), Lyon 1997
69. Shapiro DE, Boggs SR, Melamed BG, et al. The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: an analogue study. Health Psychol.1992;11:61–6

70. Sloan A. J. et al., Relationship Between Deficits in Overall Quality of Life and Non-Small-Cell Lung Cancer Survival, *Journal Of Clinical Oncology*, 30(13): 1498–1504
71. Soerjomataram Isabelle et al, *Lung Cancer* 73(2011), 268-273, “Reducing inequalities in lung cancer incidence through smoking policies”
72. Sullivan D.R., Ducart J.P., Slatore C.G., *Lung Cancer Outcomes Among Patients With Depression, Psychosocial Factors Associated with Respiratory Health Outcomes*, 2012
73. Taddeo D, Egedy M, Frappier J, Adherence to treatment in adolescents, *Paediatr Child Health*. 2008 Jan; 13(1): 19–24
74. Tebbi CK. Treatment compliance in childhood and adolescence. *Cancer*. 1993;71:3441–9
75. Terry C. Davis et al.(2001), The role of Inadequate Health Literacy Skills in Colorectal Cancer Screening, 19(2): 193-200
76. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010, understanding and improving health: objective for improving health [online]* 2. 2000. Accessed 16 Jun 2005
77. Westmaas Lee, J (2014), Continuing to smoke after a cancer diagnosis, *American Cancer Society*
78. Wick Jeannette Y.(2011), Adherence Issues in Elderly Patients, *Pharmacy times*
79. Willey Jo, “Young rich girls more at risk of skin cancer”, *express* 2011
80. Williams MV, Parker RM, Baker DW, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*. 1995;274:1677–82

Διαδικτυακή βιβλιογραφία

1. www.cancer.org
2. www.cancersearchuk.org
3. <http://www.cancer-society.gr>
4. www.care.gr
5. <http://dikaiomamou.anticancerath.gr>
6. <http://www.moh.gov.gr>
7. <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/09/080925214831.htm>
8. <http://www.who.int>

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο (I)

Στοιχεία που συμπληρώνονται από τον Φάκελο

1. Φύλο

Άνδρας	<input type="radio"/>
Γυναίκα	<input type="radio"/>

2. Ηλικία (σε έτη): _____

3. Εθνικότητα : _____

4. Είναι ο ασθενής ασφαλισμένος σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο;

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

- Εάν είναι ασφαλισμένος παρακαλώ σημειώστε το ταμείο:

5. Ημερομηνία Διάγνωσης (Παρακαλώ συμπληρώστε το έτος): _____

6. Τύπος Καρκίνου: _____

7. Παρακαλώ συμπληρώστε ποια φάρμακα λαμβάνει και σε τι δοσολογίες:

	Όνομασία	Δοσολογία	Είδος Θεραπείας
Φάρμακο 1			
Φάρμακο 2			
Φάρμακο 3			
Φάρμακο 4			
Φάρμακο 5			
Φάρμακο 6			
Φάρμακο 7			
Φάρμακο 8			
Φάρμακο 9			
Φάρμακο 10			
Φάρμακο 11			
Φάρμακο 12			

8. Παρακαλώ συμπληρώστε σε νούμερο, το σύνολο των φαρμάκων που ο ασθενής λαμβάνει στο σπίτι του (εκτός της φ.α. που λαμβάνει στο νοσοκομείο): _____

9. Όνομα Θεράποντος Ιατρού: _____

Ερωτηματολόγιο (II)

Η Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου «ΣΩΤΗΡΙΑ» σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου πραγματοποιεί έρευνα με σκοπό την αποτύπωση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην τήρηση της θεραπείας ασθενών με όγκο. Θα μας βοηθούσε πολύ αν μπορούσατε να μας πείτε τις εμπειρίες σας, τις σκέψεις σας και τις απόψεις σας για το θέμα αυτό. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια και αυθόρμητα σε όλες τις ερωτήσεις.

Αρχικά θα θέλαμε να μας απαντήσετε με κάποιες βασικές ερωτήσεις για εσάς και την καθημερινότητά σας

10. Την παρούσα στιγμή, ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος / άγαμη	<input type="radio"/>
Έγγαμος / έγγαμη / Συζείτε	<input type="radio"/>
Χωρισμένος / χωρισμένη	<input type="radio"/>
Χήρος / Χήρα	<input type="radio"/>

11. Τόπος διαμονής: _____

12. Έχετε παιδιά

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

Εάν ναι, πόσα; _____

13. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

Ανεκπαιδευτος	<input type="radio"/>
Απόφοιτος Δημοτικού	<input type="radio"/>
Απόφοιτος Γυμνασίου	<input type="radio"/>
Απόφοιτος Λυκείου	<input type="radio"/>
Απόφοιτος ΙΕΚ	<input type="radio"/>
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	<input type="radio"/>
Μεταπτυχιακές Σπουδές	<input type="radio"/>

14. Ποια είναι/ήταν η επαγγελματική σας ενασχόληση;

Άνεργος	<input type="radio"/>
Φοιτητής/Σπουδαστής	<input type="radio"/>
Συνταξιούχος	<input type="radio"/>
Νοικοκυρά	<input type="radio"/>
Εισοδηματίας	<input type="radio"/>
Ιδιωτικός υπάλληλος	<input type="radio"/>
Δημόσιος υπάλληλος	<input type="radio"/>
Ελεύθερος επαγγελματίας	<input type="radio"/>
Αγρότης	<input type="radio"/>
Άλλο: _____	<input type="radio"/>

15. Αυτή τη περίοδο μένετε με:

Μόνος	<input type="radio"/>
Με τους γονείς σας	<input type="radio"/>
Με τη δική σας οικογένεια	<input type="radio"/>
Με άλλο συγγενή	<input type="radio"/>
Με φίλο/η σας	<input type="radio"/>
Με τη σχέση σας	<input type="radio"/>
Άλλο	<input type="radio"/>

16. Ποιο είναι το μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα από όλες τις πηγές που διαθέτετε (μισθοί, ενοίκια, επιδόματα);

€ 0	<input type="radio"/>	€1501-2000	<input type="radio"/>
Έως €400	<input type="radio"/>	€2001-3000	<input type="radio"/>
€401-600	<input type="radio"/>	€3001-5000	<input type="radio"/>
€601-800	<input type="radio"/>	€5001-10000	<input type="radio"/>
€801-1000	<input type="radio"/>	Άνω των €10001	<input type="radio"/>
€1001-1200	<input type="radio"/>	ΔΓ/ΔΑ	<input type="radio"/>
€1201-1500	<input type="radio"/>		

17. Πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μια από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας;

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια / Σχεδόν ποτέ	Δεν έχω αυτό το έξοδο
1. Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κλπ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Τη δόση κάποιου δανείου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Τη δόση του αυτοκινήτου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Το ενοίκιο της κατοικίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Τα ψώνια στο Supermarket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Φορολογικές υποχρεώσεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.Είναι ο ασθενής ασφαλισμένος σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο;

- -Εάν είναι ασφαλισμένος παρακαλώ σημειώστε το ταμείο: _____
-Εάν είναι ανασφάλιστος παρακαλώ συμπληρώστε πόσο καιρό είναι χωρίς ασφάλεια: _____

19.Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον ιατρό που σας παρακολουθεί για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζεται;

Παραπάνω από μια φορά το μήνα	<input type="radio"/>
Μια φορά το μήνα	<input type="radio"/>
Μια φορά το τρίμηνο	<input type="radio"/>
Μια φορά το έτος	<input type="radio"/>

20.Τους τελευταίους 12 μήνες παρακαλώ συμπληρώστε αν προέκυψαν κάποιο/α από τα παρακάτω εμπόδια κατά την επίσκεψη σας στον ιατρό που σας παρακολουθεί.
(μπορείτε να συμπληρώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

Καυστέρηση στο κλείσιμο του ραντεβού (σε ιατρό Κέντρου Υγείας και άλλου δημόσιου φορέα όπως νοσοκομείο ΕΣΥ και πολυϊατρείο του ταμείου σας)	<input type="radio"/>
Αδυναμία πληρωμής της ιατρικής επίσκεψης σε μη συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό	<input type="radio"/>
Απόσταση από το ιατρείο στο οποίο παρακολουθούμαι	<input type="radio"/>
Δυσκολία μετακίνησης (λόγω υγείας, έλλειψης μεταφορικού μέσου κ.λπ.)	<input type="radio"/>
Δυσκολία κλεισίματος ραντεβού σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό εντός του μηνιαίου πλαφόν των επισκέψεων	<input type="radio"/>

21.Τους τελευταίους 12 μήνες παρακαλώ συμπληρώστε αν προέκυψαν κάποιο/α από τα παρακάτω εμπόδια κατά τη θεραπεία σας (φαρμακευτική αγωγή).

(μπορείτε να συμπληρώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

Δυσκολία στη συνταγογράφηση λόγω προβλημάτων πρόσβασης στον ιατρό που με παρακολουθεί	<input type="radio"/>
Δυσκολία όσον αφορά στην απαιτούμενη, σε ετήσια βάση, γνωμάτευση ιατρού δημόσιου νοσοκομείου	<input type="radio"/>
Δυσκολία πρόσβασης σε φαρμακείο δημόσιου νοσοκομείου λόγω απόστασης	<input type="radio"/>
Δυσκολία πρόσβασης σε ιδιωτικό φαρμακείο λόγω απόστασης	<input type="radio"/>
Δυσκολία πρόσβασης σε φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ λόγω απόστασης	<input type="radio"/>
Δυσκολία εύρεσης ή χορήγησης του προϊόντος σε φαρμακείο δημόσιου νοσοκομείου	<input type="radio"/>
Δυσκολία εύρεσης ή χορήγησης του προϊόντος σε ιδιωτικό φαρμακείο	<input type="radio"/>
Δυσκολία εύρεσης ή χορήγησης του προϊόντος σε φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ	<input type="radio"/>
Μη διάθεση φαρμάκου από το δημόσιο νοσοκομείο στο οποίο θα μου χορηγούνταν	<input type="radio"/>
Μη διάθεση φαρμάκου από την ιδιωτική κλινική στην οποία θα μου χορηγούνταν	<input type="radio"/>
Απεργιακές κινητοποιήσεις φαρμακοποιών	<input type="radio"/>
Άλλο (αναφέρατε):	<input type="radio"/>

22. Τι συνέπειες είχαν τα παραπάνω εμπόδια στη θεραπεία σας;

Αναγκάστηκα να πληρώσω για τη θεραπεία μου πέρα από το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής	<input type="radio"/>
Έχασα ή καθυστέρησα να λάβω τη θεραπεία μου σε σχέση με τις συστάσεις του θεράποντος ιατρού	<input type="radio"/>
Άλλαξα τη θεραπεία μου με άλλη με μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής	<input type="radio"/>
Άλλαξα τη θεραπεία μου με άλλη με μικρότερο ποσοστό συμμετοχής	<input type="radio"/>
Άλλαξα τη θεραπεία μου με άλλη με ίδιο ποσοστό συμμετοχής	<input type="radio"/>
Δεν είχαν καμία συνέπεια	<input type="radio"/>

23. Εάν αναγκαστήκατε να πληρώσετε πέρα από το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής, παρακαλώ συμπληρώστε:

Φορές που χρειάστηκε να πληρώσετε το τελευταίο έτος για τη θεραπεία σας: _____

Ποσό που καταβάλατε συνολικά το τελευταίο έτος για τη θεραπεία σας: _____ €

Σας επεστράφη το ποσό που καταβάλατε από το ασφαλιστικό σας ταμείο;

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

Στη συνέχεια θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις που αφορούν την θεραπευτική σας αγωγή

24. Τον τελευταίο μήνα, σε τι ποσοστό ακολουθείτε τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού και λαμβάνετε τη φαρμακευτική σας αγωγή για την θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας σας;
(Όπου 0% δεν λαμβάνετε καθόλου τη προβλεπόμενη φαρμακευτική αγωγή και 100% λαμβάνετε πλήρως τη προβλεπόμενη φαρμακευτική αγωγή)

0%	<input type="radio"/>	60%	<input type="radio"/>
10%	<input type="radio"/>	70%	<input type="radio"/>
20%	<input type="radio"/>	80%	<input type="radio"/>
30%	<input type="radio"/>	90%	<input type="radio"/>
40%	<input type="radio"/>	100%	<input type="radio"/>
50%	<input type="radio"/>		

25. Πως βαθμολογείτε τη συνέπειά ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας σας, κατά τον τελευταίο μήνα;

Πολύ καλή	<input type="radio"/>
Καλή	<input type="radio"/>
Μέτρια	<input type="radio"/>
Κακή	<input type="radio"/>
Πολύ κακή	<input type="radio"/>

Τέλος θα θέλαμε να σας κάνουμε κάποιες ερωτήσεις που αφορούν το κάπνισμα

26. Είστε καπνιστής;

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

*Αν όχι, παρακαλώ σημειώστε πριν πόσο καιρό διακόψατε το κάπνισμα: _____

27. Εάν ΝΑΙ παρακαλώ συμπληρώστε τις παρακάτω ερωτήσεις.

28. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε την εβδομάδα πριν τη διάγνωση του παρόντος προβλήματος;

29. Πόση ώρα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο τσιγάρο;

Μέσα σε 5 λεπτά	<input type="radio"/>
6-30 λεπτά	<input type="radio"/>
31-60 λεπτά	<input type="radio"/>
Μετά από 60 λεπτά	<input type="radio"/>

30. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε περιοχές που απαγορεύεται το κάπνισμα (π.χ. εκκλησία, κινηματογράφος, βιβλιοθήκη, κτλ);

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

31. Ποιο τσιγάρο είναι αυτό που σας ενοχλεί περισσότερο να μην καπνίσετε;

Το πρώτο κάθε πρωί	<input type="radio"/>
Όλα τα άλλα	<input type="radio"/>

32. Πόσα τσιγάρα καπνίζεις ημερησίως;

Έως 10	<input type="radio"/>
11-20	<input type="radio"/>
21-30	<input type="radio"/>
Πάνω από 31	<input type="radio"/>

33. Καπνίζετε συχνότερα μέσα στην πρώτη ώρα μετά το ξύπνημα απ' ό,τι μέσα στην υπόλοιπη μέρα;

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

34. Καπνίζεις ακόμα κι αν είστε τόσο άρρωστος που πρέπει να μένετε στο κρεβάτι την περισσότερη ημέρα;

Ναι	<input type="radio"/>
Όχι	<input type="radio"/>

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΑΩ

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πως αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοείστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μία μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΑΩ

A	D		A	D
		Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		
3		Τον περισσότερο καιρό		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου
2		Πολύ καιρό		Σχεδόν όλο τον καιρό
1		Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά		Πολύ συχνά
0		Καθόλου		Μερικές φορές
		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω		Καθόλου
0		Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω 'πεταλούδες' στο στομάχι μου
1		Όχι στον ίδιο βαθμό		Καθόλου
2		Λίγο μόνο		Περιστασιακά
3		Καθόλου		Αρκετά συχνά
		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		Πολύ συχνά
3		Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου
2		Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά		Ακριβώς
1		Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί		Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
0		Καθόλου		Τσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
		Μπορώ να γελώ και να βλέπω την χαρωπή όψη των πραγμάτων		Την φροντίζω όπως πάντοτε
0		Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα		Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι
1		Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν		Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
2		Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ		Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
3		Καθόλου		Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
		Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		Καθόλου
3		Πάρα πολύ καιρό		Προσμένο με χαρά διάφορα πράγματα
2		Πολύ καιρό		Τόσο όπως και στο παρελθόν
1		Όχι τόσο συχνά		Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
0		Πολύ λίγο		Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
		Νιώθω κεφάλτος		Καθόλου
3		Ποτέ		Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού
2		Όχι συχνά		Πράγματι πολύ συχνά
1		Μερικές φορές		Αρκετά συχνά
0		Τον περισσότερο καιρό		Όχι τόσο συχνά
		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος		Καθόλου
0		Ακριβώς		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα
1		Συνήθως		Συχνά
2		Όχι συχνά		Μερικές φορές
3		Καθόλου		Όχι συχνά
				Πολύ σπάνια

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

A D
ΣΥΝΟΛ

Ερωτηματολόγιο (III)

Εκτίμηση της Τήρησης στη Θεραπεία από την Οπτική Γωνία του Θεράποντος Ιατρού

- 35. Τον τελευταίο μήνα, σε τι ποσοστό ο ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες σας και λαμβάνει τη φαρμακευτική σας αγωγή για την θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου;**
(Όπου 0% δεν λαμβάνετε καθόλου τη προβλεπόμενη φαρμακευτική αγωγή και 100% λαμβάνετε πλήρως τη προβλεπόμενη φαρμακευτική αγωγή)

0%	<input type="radio"/>	60%	<input type="radio"/>
10%	<input type="radio"/>	70%	<input type="radio"/>
20%	<input type="radio"/>	80%	<input type="radio"/>
30%	<input type="radio"/>	90%	<input type="radio"/>
40%	<input type="radio"/>	100%	<input type="radio"/>
50%	<input type="radio"/>		

Λόγοι που δεν τηρεί την αγωγή:

- 36. Έχει χάσει προγραμματισμένα ραντεβού τα οποία δεν έχει αναπληρώσει;**

- 37. Πως βαθμολογείτε τη συνέπειά ως προς την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου κατά τον τελευταίο μήνα;**

Πολύ καλή	<input type="radio"/>
Καλή	<input type="radio"/>
Μέτρια	<input type="radio"/>
Κακή	<input type="radio"/>
Πολύ κακή	<input type="radio"/>