



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΩΝ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ (ΕΟΣΣΚ)**

**ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΕΛΙΔΗΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ

ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΒΡΥΞΕΛΛΕΣ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2016



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Λίστα με ακρωνύμια.....	5
Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	10
Γενικό Μέρος.....	13
1 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Ιστορικά και στατιστικά στοιχεία καρκίνου και κόστος αυτού.....	14
1.1 Ιστορικά στοιχεία.....	14
1.2 Στατιστικά στοιχεία.....	15
1.3 Το κόστος του καρκίνου.....	17
1.3.1 Κόστος θεραπείας.....	17
1.3.2 Κόστος απουσίας από την παραγωγή.....	18
1.3.3. Κόστος από την έναρξη μίας νέας έρευνας μέχρι την έγκριση της νέας θεραπείας..	19
2 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Γεωγραφικά στοιχεία για τον καρκίνο.....	20
2.1 Σύγκριση Ευρώπης και ΗΠΑ.....	20
2.1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	20
2.1.2 Οικονομικά στοιχεία.....	21
2.1.3 Πολιτική Υγείας κατά του καρκίνου.....	21
2.1.4 Ύπαρξη ιατρικών μηχανημάτων.....	23
2.2 Σύγκριση χωρών εντός ΕΕ και κατάσταση στην Ελλάδα.....	24
2.2.1 Παραδείγματα διαφορών μεταξύ των κρατών.....	24
2.2.2 Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	26
3 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Ο στρατηγικός σχεδιασμός στην Υγεία και τον καρκίνο.....	30
3.1 Εισαγωγικά στοιχεία.....	30
3.2 Ο ΣΣ στην Υγεία.....	31
3.3 Ο ΣΣ στην αντιμετώπιση του καρκίνου.....	32
3.3.1 Πρόληψη.....	33
3.3.2 Έγκαιρη διάγνωση.....	34
3.3.3 Θεραπεία.....	34
4 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Πολιτική Υγείας και πολιτική για τον καρκίνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	36
4.1 Συνθήκη της Λισσαβόνας.....	36
4.2 ΣΣ της ΕΕ για τον καρκίνο.....	37
4.3 Οδεύει η ΕΕ προς μία ενοποίηση στην Υγεία ή/και τον καρκίνο;.....	38
Ειδικό Μέρος.....	40
5 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αντικείμενο και μεθοδολογική προσέγγιση.....	41
5.1 Κύριοι στόχοι της διατριβής.....	41
5.2 Δημιουργία και περιεχόμενο ερωτηματολογίου.....	41
5.3 Πληθυσμός και συλλογή δεδομένων.....	42
5.4 Στατιστικό πρόγραμμα και στατιστική ανάλυση.....	43
5.5 Ισχύς ερωτηματολογίου.....	44
5.6 Περιορισμοί της έρευνας.....	46
6 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Αποτελέσματα.....	48
6.1 Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων και συνάφεια επαγγέλματος.....	48
6.2 Καρκίνος στο εγγύτερο περιβάλλον.....	50

6.3 Φόβος για τον καρκίνο.....	51
6.4 Ικανοποίηση των συγγενών και φίλων από την παροχή υπηρεσιών.....	52
6.5 Ικανοποίηση των καρκινοπαθών από την παροχή υπηρεσιών.....	57
6.6 Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση περιστατικών και αιτίες.....	60
6.7 Μετακίνηση σε άλλη πόλη ή χώρα.....	61
6.8 Απόψεις των ερωτώμενων αναφορικά με την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός Ευρωπαϊκού Οργανισμού για το Στρατηγικό Σχεδιασμό κατά του Καρκίνου.....	65
6.9 Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων της αδυναμίας εύρεσης λύσης για τον καρκίνο...67	
6.10 ΕΕ και καρκίνος.....	69
7 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	71
Επίλογος.....	76
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	79
Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγιο.....	93

## ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ:

EAN:	Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΠΥΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΣΣΚ:	Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τον Στρατηγικό Σχεδιασμό κατά του Καρκίνου
ΕΟΦ:	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΗΠΑ:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη
ΣΣ:	Στρατηγικός Σχεδιασμός
ΤΕΠ:	Τομογράφος Εκπομπής Ποζιτρονίων
CanCon:	Development of the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control
EANM:	European Agency for Nuclear Medicine
EASMAC:	European Agency for the Strategic Management Against Cancer
ECPC:	European Cancer Patient Coalition
EMA:	European Medicine Agency
EPAAC:	European Partnership for Action Against Cancer
E.U.:	European Union
FDA:	Food and Drug Administration
FP7:	Framework Program 7
MAC:	Members of the European Parliament Against Cancer
NCI:	National Cancer Institute
NCR:	National Cancer Registries
NCTN:	National Clinical Trials Network
NHI:	National Institute of Health

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Αρχικά επιθυμώ να εκφράσω τις βαθύτατες ευχαριστίες μου στην Καθηγήτρια κυρία Όλγα Σίσκου για την αμέριστη συμπαράστασή της, όχι μόνο για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας, αλλά κυρίως στα όποια επαγγελματικά και προσωπικά μου προβλήματα προέκυψαν κατά τη διάρκεια αυτής. Επίσης, ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου τον Καθηγητή κύριο Πέτρο Γαλάνη για τη βοήθειά του στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων και στις προσπάθειές του να με κάνει να καταλάβω «δυσνόητες» στατιστικές έννοιες. Θεωρώ, πλέον, τους δύο ανωτέρω πιο πολύ «φίλους», παρά συνεργάτες!

Θα ήταν μέγιστη παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τον Καθηγητή κύριο Μάμα Θεοδώρου για την υπομονή που έδειξε από την αρχή της φοίτησής μου στο ΑΠΚυ μέχρι και τώρα, μιας και δεν ήταν λίγες οι φορές που χρειάστηκα τη βοήθειά του.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου και ζητώ τη συγχώρεσή τους για τον όποιο χρόνο τους «έκλεψα» προκειμένου να ολοκληρώσω αυτό το Μεταπτυχιακό.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

- Εισαγωγή:** Για την αντιμετώπιση του καρκίνου κάθε χώρα στην ΕΕ εφαρμόζει τα δικά της θεραπευτικά και διαγνωστικά πρωτόκολλα, σε αντίθεση με τις ΗΠΑ. Προκειμένου να επιτευχθεί εναρμονισμός των θεραπειών και τρόπων παρακολούθησης, μεγάλο ρόλο μπορεί να παίζει η ύπαρξη ενός κεντρικού φορέα. Η παρούσα μελέτη διερευνά την άποψη όλων των Ελλήνων κοινωνικών εταίρων όσον αφορά τον προαναφερθέντα φορέα και τις υπηρεσίες Υγείας στον τομέα του καρκίνου γενικότερα.
- Μεθοδολογία:** Η εργασία διενεργήθηκε μέσω της χρήσης ενός ανώνυμου διαδικτυακού ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε από την ερευνητική ομάδα μέσω ανάλυσης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και εκτενών συζητήσεων. Η έρευνα περιλαμβάνει τις απαντήσεις μεταξύ Μαΐου 2015 και Ιουνίου 2016 και η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.
- Αποτελέσματα:** Απαντήσεις ελήφθησαν από 387 άτομα, εκ των οποίων οι 205 προέρχονταν από το χώρο της Υγείας και οι 119 από δομές/υπηρεσίες αντιμετώπισης του καρκίνου. Από το σύνολο των ατόμων οι 24 ήταν καρκινοπαθείς. Περισσότεροι από το 80% γνωρίζουν προσωπικά κάποιον καρκινοπαθή και περισσότεροι από το 70% αποδίδουν το θάνατο ενός συγγενικού ή φιλικού προσώπου στον καρκίνο. Παρόλ'αυτά, ο φόβος για τον καρκίνο δεν είναι μεγάλος, ακόμη και μεταξύ των καρκινοπαθών. Όσον αφορά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από το προσωπικό, τα διαθέσιμα μέσα και το κόστος, τα δύο πρώτα έλαβαν θετικές απαντήσεις, ενώ το κόστος κρίνεται υψηλό. Περίπου οι μισοί γνωρίζουν τουλάχιστον ένα περιστατικό καρκίνου που, ενώ υπήρχε τρόπος αντιμετώπισης, αυτός δεν εφαρμόστηκε και αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι ο εν λόγω τρόπος αντιμετώπισης δεν εφαρμόζεται ακόμη στον τόπο διαμονής του ασθενή και στο κόστος. Όλοι οι ερωτηθέντες συμφωνούν με τη μετακίνηση των καρκινοπαθών σε άλλη πόλη για να έχουν καλύτερη παροχή

υπηρεσιών Υγείας, αλλά όχι απαραίτητως σε άλλη χώρα. Μάλιστα, η Ελλάδα θεωρείται η 7<sup>η</sup> καλύτερη χώρα αντιμετώπισης περιστατικών καρκίνου. Η δημιουργία του εν λόγω Πανευρωπαϊκού οργανισμού βρίσκει σύμφωνους τους ερωτηθέντες σε ποσοστό άνω του 80%, οι οποίοι μάλιστα πιστεύουν πως η ΕΕ θα πρέπει να επιληφθεί και των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των (πρώην) καρκινοπαθών.

**Συμπεράσματα:** Η άποψη των Ελλήνων κοινωνικών εταίρων δεν είναι αρνητική για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά ταυτόχρονα επιθυμούν την πιο ενεργή συμμετοχή της ΕΕ στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

#### **ABSTRACT:**

**Introduction:** For cancer treatment each country in the EU has its own therapeutic and diagnostic protocols, contrary to the USA. In order to achieve a therapeutic and follow-up harmonization, the existence of a central agency can be of paramount importance. The aim of the current work is to question all Greek stakeholders concerning the beforementioned agency and their generic opinion on cancer services.

**Materials & Methods:** The work has been carried out via the use of an online anonymous questionnaire created by the research team based on analysis of the existing bibliography and extensive discussions. Our research includes responses between May 2015 and June 2016 and the statistical analysis took place with the use of the statistical package SPSS.

**Results:** 387 people replied, among which there have been 205 coming from people within the Health sector and 119 from people within the cancer sector. 24 people were cancer patients. More than 80% knew someone with cancer in person and more than 70% attribute the death of a family member or friend due to cancer. However, fear for cancer was moderate, even among the cancer



patients. Concerning the satisfaction of the responders from the personnel, the available means and the cost, the first two got positive replies, while the cost is judged as high. Approximately half of the people know at least a cancer case where, although there existed a treatment, this has not been applied, mainly due to the fact that this therapy was unavailable to the home place of the patient and the cost. All responders agree with the movement of cancer patients to a different city in order to enjoy better Health services, but not necessarily to a different country, since Greece is considered the 7<sup>th</sup> best country to treat cancer cases. Responders agree with the creation of a Paneuropean organisation and they also think that the EU should deal with the socioeconomic problems of (ex) cancer patients.

Conclusions: The Greek stakeholders' opinion is not negative concerning the provided services, but would prefer the EU to have a more active role in cancer treatment.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο καρκίνος ευθύνεται για το 13% περίπου όλων των θανάτων κάθε χρόνο [1]. Αυτό καθιστά τον καρκίνο ως την κυριότερη αιτία θανάτου στον ανεπτυγμένο κόσμο [2], Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) συμπεριλαμβανομένης, δεδομένου ότι το 2012 πάνω από 1.270.000 άνθρωποι απεβίωσαν από καρκίνο στην ΕΕ [3].

Αυτό οφείλεται κυρίως στη μεγάλη θνητότητα που εμφανίζει η νόσος, αλλά και σε διάφορους άλλους παράγοντες, όπως η διαφορά μεταξύ των κρατών-μελών στον τρόπο αντιμετώπισης των περιπτώσεων [4], οι διαφορές στην κοινωνική [5-7] και οικονομική [8] κατάσταση των ασθενών, οι κατακερματισμένες και ασυντόνιστες μεταξύ τους μελέτες για την αντιμετώπιση του καρκίνου [9], κ.α.. Μάλιστα, είναι γνωστό πως δεν υπάρχουν εναρμονισμένες (βασιζόμενες σε ενδείξεις – evidence based) θεραπείες [10-14] ή τρόποι παρακολούθησης των ιαθέντων από τον καρκίνο [15] στην ΕΕ, ακόμη και για τους πιο κοινούς τύπους καρκίνου, σε αντίθεση με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (National Cancer Institute – NCI) των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ) [16], με αποτέλεσμα η κάθε χώρα και, ενίοτε, το κάθε νοσοκομείο ή και ιατρός να εφαρμόζει τα δικά του πρωτόκολλα, χωρίς πάντοτε αυτά να στηρίζονται σε τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο εν λόγω εναρμονισμός των θεραπειών και τρόπων παρακολούθησης, μεγάλο ρόλο μπορεί να παίξει η ύπαρξη ενός κεντρικού φορέα, όπως θα μπορούσε να είναι ένας νέος Πανευρωπαϊκός Οργανισμός κατά του καρκίνου, με αναγνωρισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες (European Agency [17]). Με δεδομένες τις δυσκολίες που κάτι τέτοιο εμπεριέχει [18], είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η γνώμη όλων των κοινωνικών εταίρων (stakeholders).

Σκοπός της παρούσης διατριβής είναι η διερεύνηση της άποψης όλων των κοινωνικών εταίρων στην Ελλάδα όσον αφορά την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός νέου Πανευρωπαϊκού Οργανισμού κατά του καρκίνου, που θα ονομαστεί Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τον Στρατηγικό Σχεδιασμό κατά του Καρκίνου – European Agency for the Strategic Management Against Cancer (ΕΟΣΣΚ – EASMAC), ο οποίος θα κινείται στους εξής βασικούς άξονες:

- α) εναρμονισμός των τρόπων διάγνωσης, θεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης, με βάση επιστημονικά τεκμηριωμένες ιατρικές πράξεις και ενδείξεις (evidence based medicine),
- β) εξασφάλιση της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών οργανισμών μέσω αντικαταβολών από τον ΕΟΣΣΚ για τους καρκινοπαθείς για τις ιατρικές πράξεις που περιγράφονται στο (α),
- γ) αποδοτικότερη και συντονισμένη διαχείριση των Ευρωπαϊκών κονδυλίων για την έρευνα κατά του καρκίνου και
- δ) βελτίωση των (κοινωνικών και οικονομικών) συνθηκών διαβίωσης των ιαθέντων από τον καρκίνο.

Ο ΕΟΣΣΚ, ως Πανευρωπαϊκό «υπερυπουργείο» Στρατηγικού Σχεδιασμού κατά του καρκίνου, θα μπορούσε πιθανώς να δώσει ώθηση στην αναίρεση των ανωτέρω παραγόντων που αναγάγουν τον καρκίνο σε μείζον πρόβλημα στις χώρες-μέλη της ΕΕ και είναι ακριβώς αυτός ο «βαθμός συμφωνίας» μεταξύ των Ελλήνων κοινωνικών εταίρων που θα μελετηθεί στην παρούσα διατριβή. Παρόλ'αυτά, η δημιουργία του ΕΟΣΣΚ, σε περίπτωση που φανεί πως θα μπορούσε να είναι χρήσιμος, έρχεται σε αντίθεση με τις βασικές Πολιτικές Υγείας της ΕΕ, αφού η οργάνωση του τομέα της Υγείας επαφίεται στα κράτη-μέλη. Συνεπώς, ένας ανάλογος οργανισμός με τον ΕΟΣΣΚ θα μπορούσε να έχει γνωμοδοτικό ρόλο. Έτσι, η εργασία, βασιζόμενη στα αποτελέσματα που προέκυψαν, σχολιάζει και την υφιστάμενη Πολιτική Υγείας της ΕΕ.

Η εργασία διενεργήθηκε μέσω της χρήσης ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου, με τη βοήθεια εξειδικευμένων επιστημόνων, το οποίο υποβλήθηκε και σε μία πιλοτική μελέτη. Κατόπιν διανεμήθηκε σε όλους τους ενδιαφερόμενους Έλληνες κοινωνικούς εταίρους, όπως ογκολογικές εταιρείες, οργανισμοί κατά του καρκίνου, καρκινοπαθείς, συγγενείς και φίλοι καρκινοπαθών (κοινό), ιατροί με ειδικότητες σχετικές με τον καρκίνο, κ.λ.π., μέσω ηλεκτρονικών μηνυμάτων και σελίδων κοινωνικής δικτύωσης. Συνολικά συλλέχθηκαν 387 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια μεταξύ Μαΐου 2015 και Ιουνίου 2016. Η ανάλυση των απαντήσεων έγινε με διαστρωματοποίηση ανάλογα με την «ιδιότητα» του ερωτηθέντα και με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS (20<sup>η</sup> έκδοση).

Στα πρώτα δύο κεφάλαια του γενικού μέρους παρατίθενται συγκριτικά επιδημιολογικά δεδομένα τόσο της Ελλάδας όσο και άλλων χωρών (ΗΠΑ, ΕΕ). Έπειτα παρουσιάζεται η έννοια του Στρατηγικού Σχεδιασμού και παραδείγματα επιτυχούς χρήσης του στην Υγεία και, ειδικότερα, για την οργάνωση των υπηρεσιών που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του καρκίνου (3ο Κεφάλαιο). Κατόπιν, παρουσιάζονται οι Πολιτικές Υγείας της ΕΕ γενικά, αλλά και ειδικότερα στον τομέα του καρκίνου (4ο Κεφάλαιο). Το Ειδικό Μέρος ξεκινά με την περιγραφή της Μεθοδολογίας (5ο Κεφάλαιο) και ακολουθούν τα αποτελέσματα της εργασίας (6ο Κεφάλαιο). Τέλος, παρουσιάζονται τα Συμπεράσματα (7ο Κεφάλαιο) και η εργασία ολοκληρώνεται με τον επίλογο.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:**

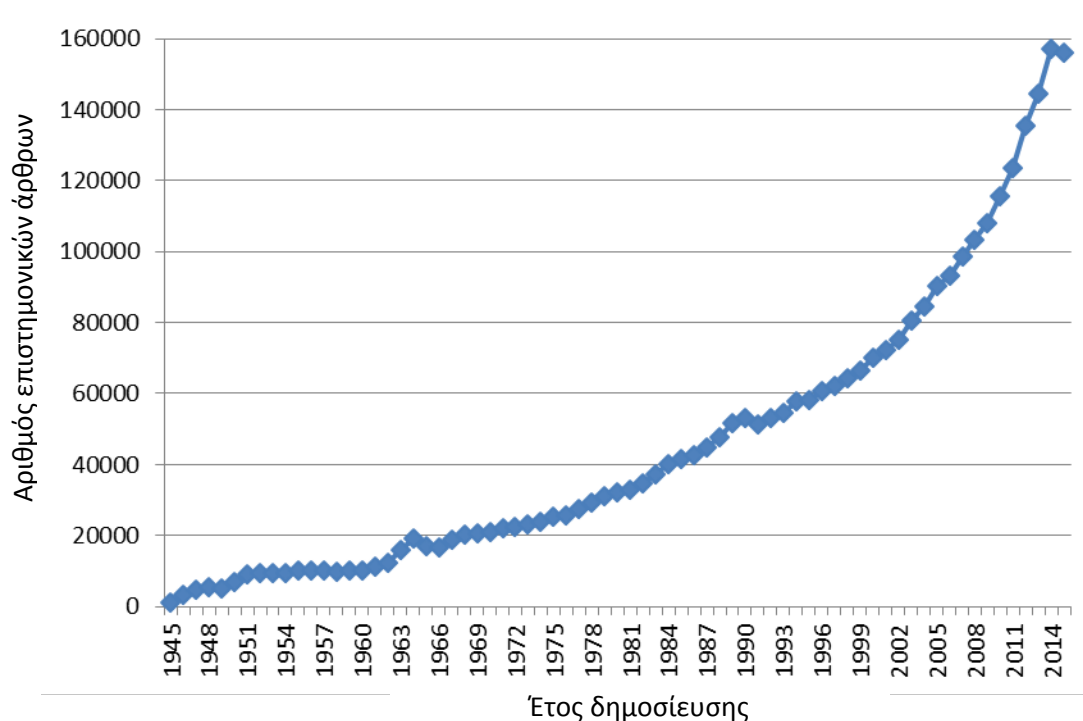
## 1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΑΥΤΟΥ

### 1.1 Ιστορικά στοιχεία:

Καρκίνος ονομάζεται μία ομάδα ασθενειών που σχετίζονται με τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων σε ένα σημείο του σώματος, με πιθανότητα διάδοσης σε άλλα σημεία του σώματος (μετάσταση), εν αντιθέσει με τους καλοήθεις όγκους, που αδυνατούν να μεταστατήσουν. Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σήμερα, αφού αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες [19] και την πιο συχνή αιτία στον ανεπτυγμένο κόσμο [2].

Ο καρκίνος πρωτοαναφέρεται σε έγγραφα που χρονολογούνται από το 1.600 π.Χ. [20], ενώ έχουν ανακαλυφθεί απολιθώματα δεινοσαύρων με οστικούς καρκινικούς όγκους [21]. Ο ιατρός που απέδωσε στην ασθένεια το όνομα "καρκίνος" ήταν ο Ιπποκράτης, ενώ χαρακτηριστικό του πόσο θανατηφόρος ήταν ο καρκίνος μέχρι και 100 χρόνια πριν είναι πως ο πρώτος ασθενής με καρκίνο που επέζησε περιγράφεται μόλις το 1891 [22].

Το πρώτο επιστημονικό άρθρο για τον καρκίνο εμφανίστηκε το 1818 [23], ταυτόχρονα με τα πρώτα επιστημονικά περιοδικά. Από τότε, η έρευνα και, κατ' επέκταση, οι επιστημονικές δημοσιεύσεις για τον καρκίνο, ακολουθούν μία εκθετική πορεία, ξεπερνώντας τα 150.000 άρθρα το 2015, όταν το αντίστοιχο νούμερο ήταν στο μισό μόλις 13 χρόνια πριν [24], όπως φαίνεται στο σχήμα που ακολουθεί:



Σχήμα 1.1: Αριθμός επιστημονικών δημοσιεύσεων για τον καρκίνο από το 1945 μέχρι το 2015

## 1.2 Στατιστικά στοιχεία:

Στις μέρες μας εκτιμάται πως από καρκίνο θα νοσήσουν περίπου οι μισοί άντρες και μία στις τρεις γυναίκες στην πορεία της ζωής τους [25-27], με τις συχνότερες μορφές καρκίνου με φθίνουσα σειρά να είναι αυτή του μαστού στις γυναίκες, του προστάτη στους άντρες, και του πνεύμονα και παχέος εντέρου και στα δύο φύλλα [28]. Οι συχνότερες μορφές καρκίνου στον άνθρωπο έχουν αλλάξει σημαντικά μεταξύ των αρχών του 20ού αιώνα και σήμερα, με αποτέλεσμα να έχει αποδειχθεί πως αρκετές μορφές καρκίνου οφείλονται:

- στο σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως για παράδειγμα στην υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος (καρκίνος του παχέος εντέρου) [29] και καπνίσματος (καρκίνος του πνεύμονα) [30],
- αλλά και στο ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά, αφού η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου εμφανίζει μία σχεδόν γραμμική σχέση με την ηλικία, με καλύτερο παράδειγμα αυτό του καρκίνου του προστάτη [31].

Το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο εξαρτάται από πάρα πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία [32], το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο [32], το στάδιο του καρκίνου τη στιγμή της διάγνωσης [33], το είδος του καρκίνου [1-3], τη χώρα και τη γεωγραφική περιοχή εντός της χώρας αντιμετώπισης [4-6], κ.α.. Με δεδομένο ότι για να προκύψουν αξιόπιστα ποσοστά επιβίωσης θα πρέπει πρώτα να υπάρξει μία άρτια βάση δεδομένων για τους καρκινοπαθείς, δηλαδή ένα μητρώο καρκινοπαθών, οι περισσότεροι αναλυτές βασίζονται σε στοιχεία από τις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Αυστραλία, που φαντάζουν ως τα πιο πλήρη. Από αυτά προκύπτει πως το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης (μετρούμενο από τη στιγμή της διάγνωσης) οποιασδήποτε μορφής καρκίνου κυμαίνεται από λίγο πάνω από 50% [3], δηλαδή επιζούν οριακά περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς, έως και 68% [28], δηλαδή λίγο περισσότεροι από δύο στους τρεις, ανάλογα με την περιοχή αναφοράς.

Τα κράτη και οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις έχουν καταφέρει να ευαισθητοποιήσουν αρκετά τον πληθυσμό σε θέματα πρόληψης, μέσω του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η συχνή άσκηση, η περιορισμένη λήψη κόκκινου κρέατος και αλκοόλ, και ο προσυμπτωματικός έλεγχος (π.χ.: τεστ ΠΑΠ), κάτι που έχει ήδη διαδραματίσει ένα θετικό ρόλο σε αρκετές μορφές καρκίνου. Έτσι, για παράδειγμα η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζει σταθερή μείωση από το 1990 [28], ακριβώς γιατί έχουν αρχίσει να μειώνονται τα κρούσματα. Ταυτόχρονα, οι αλλαγές στην καθημερινότητα που έφερε το ηλεκτρικό ψυγείο αντικατοπτρίζονται θετικά και στον καρκίνο του στομάχου, που στις μέρες μας θεωρείται εξαιρετικά σπάνιος, εν αντιθέσει με πριν από 100 χρόνια [34].

Από την άλλη, η Ιατρική έχει προφανώς συμβάλει επίσης στην επιτυχή αντιμετώπιση του καρκίνου, με καλύτερα παραδείγματα αυτά του καρκίνου του προστάτη και του μαστού, που εμφανίζουν σταθερή μείωση θνησιμότητας (αλλά όχι μείωση εμφάνισης) από το 1993 και το 1990 αντίστοιχα, με αποτέλεσμα αυτές οι δύο μορφές καρκίνου να θεωρούνται στις μέρες μας οι πιο συχνές και, ταυτόχρονα, οι λιγότερο θανατηφόρες [35]. Οι μεγάλες επιτυχίες της Ιατρικής στον προστάτη και στο μαστό οφείλονται, προφανώς, στον τεράστιο κοινωνικό αντίκτυπο που προξενούσε ο θάνατος αυτών των πολυάριθμων ατόμων, αλλά και στο γεγονός πως η υψηλή



συχνότητα εμφάνισης ευνοεί τη μελέτη μεγάλου αριθμού ατόμων σε μικρό χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα η έρευνα να προχωράει ταχύτερα [36].

Ακόμη και έτσι, όμως, αρκετοί είναι οι τύποι καρκίνου που τα τελευταία 50 χρόνια δεν εμφανίζουν (σχεδόν) καμία μεταβολή είτε στη συχνότητα εμφάνισής τους είτε στην πιθανότητα επιβίωσης (π.χ.: ήπαρ, πάγκρεας, νεφρά), αφού είθισται οι ασθενείς να μην εκδηλώνουν συμπτώματα έγκαιρα, με αποτέλεσμα η διάγνωση να γίνεται σε προχωρημένα στάδια δηλαδή όταν ο καρκίνος έχει ήδη εμφανίσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα, κατάσταση που θεωρείται "καρκίνος τελικού σταδίου" [37].

### 1.3 Το κόστος του καρκίνου:

Το κόστος του καρκίνου, πέραν του ψυχολογικού αντίκτυπου για τον ασθενή και τους συγγενείς και φίλους του, μπορεί να χωριστεί σε τρία μέρη:

1. το κόστος της θεραπείας,
2. το κόστος για την κοινωνία εξαιτίας της ολιγόμηνης απουσίας του ασθενούς από την εργασία του ή και τον πιθανό θάνατό του πριν τη συνταξιοδότηση και
3. το κόστος της έρευνας κάποιας νέας θεραπείας ή διαγνωστικής εξέτασης, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου διαπραγματεύσεων μεταξύ των (συνήθως φαρμακευτικών) εταιρειών και του κάθε κράτους ξεχωριστά για τις εκάστοτε αποζημιώσεις, άπαξ και εγκριθεί η θεραπεία ή η διαγνωστική εξέταση.

#### 1.3.1: Κόστος θεραπείας:

Οι σύγχρονοι και επιστημονικά αποδεκτοί τρόποι θεραπείας του καρκίνου είναι:

- χειρουργική αφαίρεση (τοπική θεραπεία),
- χημειοθεραπεία (συστημική θεραπεία),
- ακτινοθεραπεία (τοπική θεραπεία),
- ανοσοθεραπεία (συστημική θεραπεία) και
- ορμονοθεραπεία (συστημική θεραπεία).

Η εφαρμογή και των πέντε σε έναν ασθενή είναι εξαιρετικά σπάνια, όπως σπάνια είναι και η "μονοθεραπεία", δηλαδή η χρήση μόνο μίας εξ αυτών. Έτσι, στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται δύο ή τρεις και, συχνά, ταυτόχρονα (π.χ.: πρώτα χειρουργική αφαίρεση και έπειτα ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία).

Ταυτόχρονα, υπάρχουν και διάφοροι άλλοι, προς το παρόν μη επιστημονικά τεκμηριωμένοι (αλλά όχι αυτόματα μη αποδεκτοί) τρόποι αντιμετώπισης, συνήθως "επικουρικού" χαρακτήρα, όπως είναι τα συμπληρώματα διατροφής [38], η κρυοθεραπεία [39], η κλινικά ελεγχόμενη νηστεία [40], κ.λ.π..

Το κόστος των ανωτέρω θεραπειών εξαρτάται από τη χώρα όπου συντελούνται και, κυρίως από το είδος του καρκίνου, αλλά μία μέση εκτίμηση για τις ΗΠΑ αναφέρει πως απαιτούνται συνολικά περίπου 9.000 δολάρια κατά μέσον όρο [41], αν και είναι πολλοί αυτοί που θεωρούν την ανωτέρω τιμή υπερβολικά αισιόδοξη, αφού πιστεύουν πως η πραγματική είναι τουλάχιστον διπλάσια [42]. Σε μία "μέση" Ευρωπαϊκή χώρα, όπως το Βέλγιο, το αντίστοιχο κόστος βρίσκεται περίπου στα 7.700 ευρώ [43]. Αξίζει, δε, να σημειωθεί πως υπάρχουν αρκετές συστημικές θεραπείες των οποίων το κόστος ξεπερνά τις 100.000 δολάρια το χρόνο [44].

### **1.3.2 Κόστος απουσίας από την παραγωγή:**

Οι εκτιμήσεις για την ΕΕ αναφέρουν πως το ετήσιο κόστος εξαιτίας των πρόωρων θανάτων από καρκίνο ανέρχεται στα 42,6 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ οι χαμένες μέρες από την παραγωγή των καρκινοπαθών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους κοστίζουν περίπου 9,5 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως [45]. Αυτές οι δαπάνες συνδυαζόμενες ισοδυναμούν με το μισό του ετήσιου προϋπολογισμού της Ελλάδας και ξεπερνούν τον συνολικό ετήσιο προϋπολογισμό ορισμένων κρατών της ΕΕ, όπως η Σλοβακία και το Λουξεμβούργο [46].

Οι ανωτέρω δαπάνες επιβαρύνουν τις εκάστοτε κοινωνίες και τις οικονομίες των κρατών, αλλά κανείς δεν πρέπει να αμελεί και το κόστος, είτε άμεσο είτε έμμεσο, και για τους ίδιους τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους. Με δεδομένο ότι οι θεραπείες για τον καρκίνο έχουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, αναμένεται πως οι

καρκινοπαθείς θα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες Υγείας μετά την αποθεραπεία τους περισσότερο από ότι οι μη καρκινοπαθείς. Έτσι, σύμφωνα με μία μελέτη του 2015 στις ΗΠΑ οι καρκινοπαθείς χρησιμοποιούν (και πληρώνουν λόγω της δομής-οργάνωσης του συστήματος Υγείας) περίπου 1,5 φορές περισσότερο από ότι οι μη καρκινοπαθείς τις υπηρεσίες Υγείας [47]. Επίσης, η επανένταξη των (πρώην) καρκινοπαθών στην αγορά εργασίας μετά τη θεραπεία τους αργεί, ενώ η πιθανότητα έγκρισης οποιασδήποτε μορφής δανείου τα πρώτα χρόνια είναι μηδαμινή.

### **1.3.3: Κόστος από την έναρξη μίας νέας έρευνας μέχρι την έγκριση της νέας θεραπείας:**

Προκειμένου ένα νέο σκεύασμα να εισέλθει στην αγορά, θα πρέπει να έχει επιτύχει στατιστικώς σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα σε κλινικές μελέτες σε ανθρώπους.

Κατά μέσον όρο κάθε καινούριο φάρμακο κατά κάποιας συγκεκριμένης μορφής καρκίνου στοιχίζει 1,1 δισεκατομμύρια ευρώ [48] και χρειάζονται περίπου 8 χρόνια από τις αρχικές μελέτες μέχρι την ένταξή του στην αγορά [49], κάτι που "επιτυγχάνουν" λιγότερα από το ένα πέμπτο όλων των σκευασμάτων που δοκιμάζονται [50]. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η λιανική τιμή του φαρμάκου να ξεπερνά, ενίοτε, τα 100.000 ευρώ ετησίως [49], αφού στους ανωτέρω λόγους πρέπει να προστεθεί και η περιορισμένη αγορά, τουλάχιστον στις σπάνιες μορφές καρκίνου, και το ότι η πατέντα κάθε φαρμάκου διαρκεί είκοσι χρόνια, πρέπει, δηλαδή, το κόστος να υπερκαλυφθεί σε μικρό χρονικό διάστημα από λίγους καταναλωτές. Ταυτόχρονα, το συνολικό κόστος της έρευνας για τις φαρμακοβιομηχανίες ανέρχονταν στο ποσό των 45 δισεκατομμυρίων ευρώ το χρόνο για το 2008 [51], ενώ αντίστοιχο αναμένεται να είναι το κόστος και στην "ακαδημαϊκή" έρευνα.

## 2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

### 2.1 Σύγκριση Ευρώπης και ΗΠΑ:

Όπως προαναφέρθηκε, η πενταετής επιβίωση για όλες τις μορφές καρκίνου κυμαίνεται από 55% στην Ευρώπη μέχρι 68% στις ΗΠΑ, με περίπου τις ίδιες πιθανότητες εμφάνισης όλων των μορφών καρκίνου στις δύο περιοχές [3;28]. Με δεδομένο ότι καρκίνο παθαίνουν περίπου 2.600.000 άτομα το χρόνο στην Ευρώπη [2], από αυτά θα επιζήσουν (για τουλάχιστον πέντε χρόνια) τα 1.430.000, ενώ εάν αυτά λάμβαναν τη θεραπεία τους στις ΗΠΑ, θα επιζούσαν τα 1.768.000. Παρακάτω θα επιχειρηθεί να εξηγηθεί αυτή η διαφορά των περίπου 338.000 θανάτων το χρόνο, αριθμός που -καθαρά για σύγκριση- ισούται περίπου με τους κατοίκους του Δήμου Θεσσαλονίκης και είναι σχεδόν 4 φορές μεγαλύτερος από τον αριθμό των παιδιών που γεννήθηκαν στην Ελλάδα το έτος 2015 [52].

#### 2.1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα:

Είναι γνωστό πως οι Αφροαμερικανοί και οι Ισπανόφωνοι στις ΗΠΑ εμφανίζουν (κυρίως λόγω οικονομικοκοινωνικών κριτηρίων) υψηλότερη θνησιμότητα από καρκίνο σε σχέση με τους Ινδοευρωπαίους [35]. Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τις επίσημες σχετικές αρχές, το ποσοστό των Ινδοευρωπαίων στις δύο περιοχές είναι διαφορετικό, όντας σαφώς υψηλότερο στην Ευρώπη [53]. Έτσι, εάν για την ανωτέρω διαφορά ευθύνονταν η φυλή του ντόπιου πληθυσμού, αυτή θα έπρεπε να είναι αντεστραμμένη και "υπέρ" των Ευρωπαίων.

Όσον αφορά τον τρόπο ζωής, η κατανάλωση κόκκινου κρέατος στις ΗΠΑ είναι υψηλότερη από ότι στην Ευρώπη κατά περίπου 50% [54], το ποσοστό των καπνιστών είναι περίπου ίδιο [55], όπως και η "επαρκής" φυσική άσκηση [56], ενώ ο αριθμός των υπέρβαρων ατόμων είναι υψηλότερος κατά περίπου 13% στις ΗΠΑ [57]. Έτσι, εάν για την ανωτέρω διαφορά ευθύνονταν ο τρόπος ζωής, αυτή θα έπρεπε και πάλι να είναι αντεστραμμένη και "υπέρ" των Ευρωπαίων.

### **2.1.2 Οικονομικά στοιχεία:**

Είναι αδιαμφισβήτητο πως υπάρχουν μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ των κατοίκων των διαφόρων πολιτειών των ΗΠΑ. Συγκεκριμένα, υπάρχουν πολιτείες όπου το μέσο ετήσιο εισόδημα μίας οικογένειας είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό οικογενειών σε άλλες πολιτείες (Maryland και Mississippi αντίστοιχα [58]). Επίσης, υπάρχουν μεγάλες τέτοιες διαφορές εντός των ίδιων των πολιτειών, αφού, για παράδειγμα, στην πολιτεία της Νέας Υόρκης υπάρχουν ταυτόχρονα η πόλη της Νέας Υόρκης (όντας η πιο ακριβή πόλη για να ζει κανείς παγκοσμίως [59]) και διάφορες αγροτικές περιοχές, όπου το εισόδημα των κατοίκων είναι περίπου το ένα τρίτο αυτού ενός κατοίκου της Νέας Υόρκης [60]. Μάλιστα, οι ΗΠΑ βρίσκονται στην κορυφή της λίστας των κρατών με τις περισσότερες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες [61]. Αυτό, όμως, είναι εν μέρει αλήθεια και για την Ευρώπη, όπου όχι μόνο τα ίδια τα κράτη διαφέρουν αισθητά μεταξύ τους [62], αλλά υπάρχουν και πολύ μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές ανά περιοχή εντός των ίδιων των κρατών, με κλασικότερο παράδειγμα αυτό ανάμεσα στη Νότια και τη Βόρεια Ιταλία (διαφορά μεγαλύτερη του 50% - [63]). Άρα, ούτε η (μη υφιστάμενη) διαφορά στα κοινωνικοοικονομικά στοιχεία μπορεί να δικαιολογήσει τη διαφορά στην πενταετή επιβίωση μεταξύ των ΗΠΑ και της Ευρώπης.

### **2.1.3 Πολιτική Υγείας κατά του καρκίνου:**

Παρότι το σύστημα Υγείας στις ΗΠΑ θεωρείται πως είναι φιλελεύθερο και ότι γενικά στερείται σημαντικών επιρροών από το κράτος (ανυπαρξία Εθνικού Συστήματος Υγείας –ΕΣΥ) [64], μέσω ιδιωτικών πρωτοβουλιών δημιουργήθηκε το 1937 το NCI, το οποίο μέχρι και σήμερα βρίσκεται υπό τη σκέπη του Ομοσπονδιακού Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας (National Institute of Health- NIH) [65]. Επίσης, το 1906 δημιουργήθηκε η Ομοσπονδιακή Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration - FDA) [66], η οποία το 2008 διαχειρίστηκε κεντρικά 275 δισεκατομμύρια δολάρια φαρμάκων (μεταξύ ενός συνόλου 1 τρισεκατομμυρίων δολαρίων συνολικής διαχείρισης) [67]. Μάλιστα, το 1971 κηρύχθηκε "επίσημα" ο "Πόλεμος κατά του Καρκίνου" από τον Πρόεδρο των ΗΠΑ Ρίτσαρντ Νίξον [68], πολιτικό "στοίχημα" που ανανεώθηκε αρκετές φορές, με τελευταία φορά αυτήν της προεκλογικής περιόδου του 2008 από τον τότε υποψήφιο και γερουσιαστή και μετέπειτα Πρόεδρο Μπαράκ Ομπάμα [69]. Άρα,

υπάρχει σαφής Πολιτική Υγείας κατά του καρκίνου στις ΗΠΑ, με κύριους εκφραστές της το NCI και την FDA [70], οι οποίοι διαμορφώνουν τους τρόπους αντιμετώπισης των διαφόρων μορφών καρκίνου στις ΗΠΑ, μέσω:

- της έγκρισης νέων αντικαρκινικών φαρμάκων και θεραπειών σε ομοσπονδιακό επίπεδο και
- της ενημέρωσης, μέσω της κεντρικά διεξαγόμενης έρευνας από το Εθνικό Δίκτυο Κλινικών Δοκιμών (National Clinical Trials Network - NCTN) του NCI, αναφορικά με τους πλέον ενδεδειγμένους και σύγχρονους τρόπους θεραπείας ([71] ως παράδειγμα).

Στην Ευρώπη και πιο συγκεκριμένα στην ΕΕ, όπου το σύστημα Υγείας σε όλες τις χώρες είναι Εθνικό [72], σύμφωνα με τη συνθήκη της Λισσαβόνας του 2007 η Υγεία επαφίεται στα κράτη-μέλη [73]. Αυτό σημαίνει πως δεν υφίσταται Πανευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας κατά του καρκίνου με την ίδια έννοια που υπάρχει στις ΗΠΑ, η θεραπεία του οποίου αποφασίζεται εθνικά [74], περιφερειακά [75], ενδονοσοκομειακά [76] ή ανά ιατρό [77], ανάλογα με τη χώρα. Αυτή ακριβώς η ελευθερία επιλογής της θεραπευτικής αγωγής (κάτι παράδοξο για συστήματα Υγείας που είναι κρατικά ελεγχόμενα - και τελείως αντίθετο από την σχετική έλλειψη ελευθερίας στις ΗΠΑ, παρά το φιλελεύθερο του συστήματος) επιτρέπει στους λειτουργούς της Υγείας την επιλογή αγωγών που δεν είναι απαραίτητα οι πλέον ενδεδειγμένες, αφού βασίζονται συνήθως στην προσωπική εμπειρία του θεράποντος ιατρού και, ενίοτε, σε παλαιές πρακτικές. Χαρακτηριστικό αυτού είναι πως η λέξη "ιατρός" στα γερμανικά και τα ολλανδικά είναι "artz" και "arts" αντίστοιχα, υπονοώντας πως το επάγγελμα του ιατρού είναι (και) τέχνη, αυξάνοντας υπερβολικά την κοινωνική τους θέση, αλλά και την απόσταση μεταξύ ενός "καλού" και "κακού" ιατρού, πράγματα που δεν παρατηρούνται τόσο στην κοινωνία των ΗΠΑ [78].

Άρα, η μη ύπαρξη ενός κεντρικού, πανευρωπαϊκού μηχανισμού ελέγχου μπορεί να αιτιολογήσει (εν μέρει) τη διαφορά στην πενταετή επιβίωση μεταξύ ΗΠΑ και ΕΕ.

#### 2.1.4 Ύπαρξη ιατρικών μηχανημάτων:

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση Πυρηνικής Ιατρικής (European Agency for Nuclear Medicine - EANM) παρότι παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στον αριθμό των Τομογράφων Εκπομπής Ποζιτρονίων (ΤΕΠ) στην Ευρώπη ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους [79], ο μέσος όρος είναι κοντά σε αυτόν των ΗΠΑ [80]. Αντίστοιχα, συγκρίσιμος είναι και ο αριθμός άλλων διαγνωστικών μεθόδων [81].

Αυτό, όμως, το οποίο διαφέρει μεταξύ ΕΕ και ΗΠΑ είναι ο αριθμός των θεραπευτικών μηχανημάτων, όπως για παράδειγμα οι γραμμικοί επιταχυντές που χρησιμοποιούνται στην Ακτινοθεραπεία. Έτσι, παρότι ο αριθμός των γραμμικών επιταχυντών στη Γερμανία και τις ΗΠΑ το 1987 ήταν συγκρίσιμος (3,13 και 3,97 αντίστοιχα, χωρίς να περιλαμβάνεται η Ανατολική Γερμανία), αυτό έπαψε να ισχύει εντός μόλις 5-6 ετών, αφού το 1992-1993 ήταν υπερδιπλάσιος στις ΗΠΑ (4,6 στη Γερμανία και 10,3 στις ΗΠΑ) [80]. Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούνται και στον αριθμό των ογκολογικών κλινικών και κρεβατιών, που είναι σαφώς "υπέρ" των ΗΠΑ [82].

Παρόλ'αυτά, η πρόσβαση των Αμερικανών σε αυτές τις θεραπείες δε θεωρείται ιδεατή [83;84], με το μέσο χρόνο πρόσβασης των ασθενών σε Ακτινοθεραπευτικό τμήμα της Πολιτείας της Iowa να είναι τα είκοσι λεπτά της ώρας [85]. Αντίθετα, η πρόσβαση των ασθενών στην ΕΕ θεωρείται κατά μέσον όρο καλή, αφού -για παράδειγμα- στη Γαλλία υπάρχει τουλάχιστον ένα Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα ανά Νομό [86].

Άρα, και ο μεγάλος αριθμός θεραπευτικών (αλλά όχι διαγνωστικών) μηχανημάτων, έστω και με μερικώς "λανθασμένη" γεωγραφική κατανομή (μη ιδεατή προσβασιμότητα), μπορεί εν μέρει να αιτιολογήσει τη διαφορά στην πενταετή επιβίωση μεταξύ ΗΠΑ και ΕΕ.

## 2.2 Σύγκριση χωρών εντός ΕΕ και κατάσταση στην Ελλάδα:

### 2.2.1 Παραδείγματα διαφορών μεταξύ των κρατών:

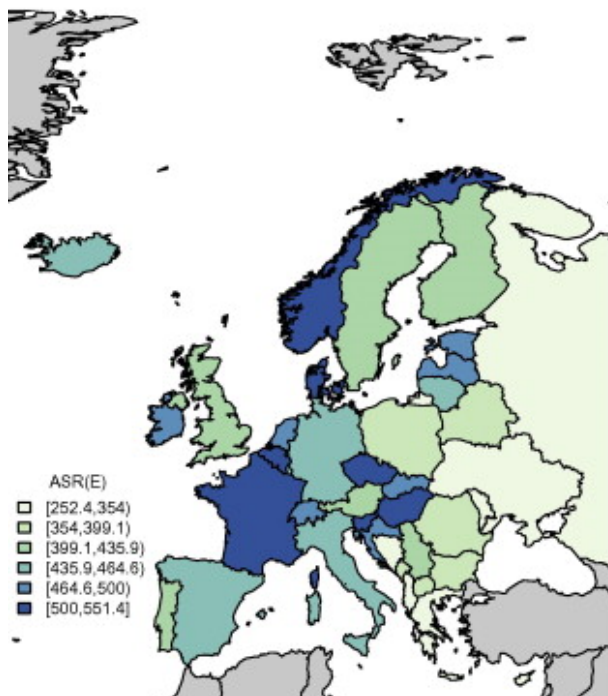
Όσον αφορά την επιδημιολογία του καρκίνου, εντός της ΕΕ οι διαφορές μεταξύ των κρατών είναι πολύ μεγάλες [3]. Μάλιστα, το μόνο κοινό στατιστικό στοιχείο που εμφανίζουν οι χώρες της ΕΕ είναι πως ο πιο κοινός καρκίνος είναι αυτός του μαστού στις γυναίκες. Χαρακτηριστικό των μεγάλων επιδημιολογικών διαφορών είναι πως:

- η αναλογία αυτών που διαγιγνώσκονται ετησίως με καρκίνο στην Ελλάδα είναι περίπου η μισή σε σύγκριση με τη Γαλλία (διαμορφούμενη σε 289 και 550 άτομα αντίστοιχα ανά 100.000 πληθυσμού), κάτι που ισχύει και για τις γυναίκες στην Ελλάδα και τη Δανία (192 και 454 άτομα αντίστοιχα ανά 100.000 πληθυσμού), αν και αυτό εν μέρει οφείλεται και σε πιθανά προβλήματα καταγραφής στην Ελλάδα
- από καρκίνο πέθαναν σχεδόν διπλάσιες γυναίκες στη Δανία από ότι στην Ισπανία (168 και 99 άτομα αντίστοιχα ανά 100.000 πληθυσμό).

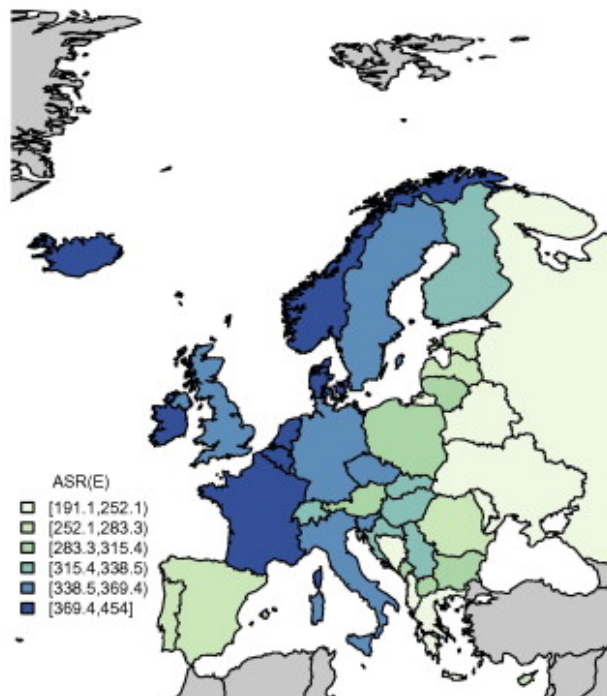
Οι επιδημιολογικές διαφορές φαίνονται καλύτερα στα δύο σχήματα που ακολουθούν:



**Πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου: άντρες**

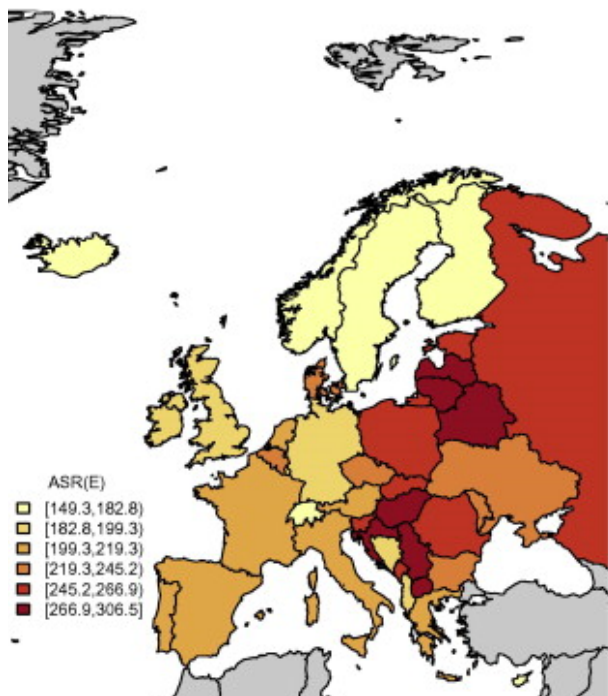


**Πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου: γυναίκες**

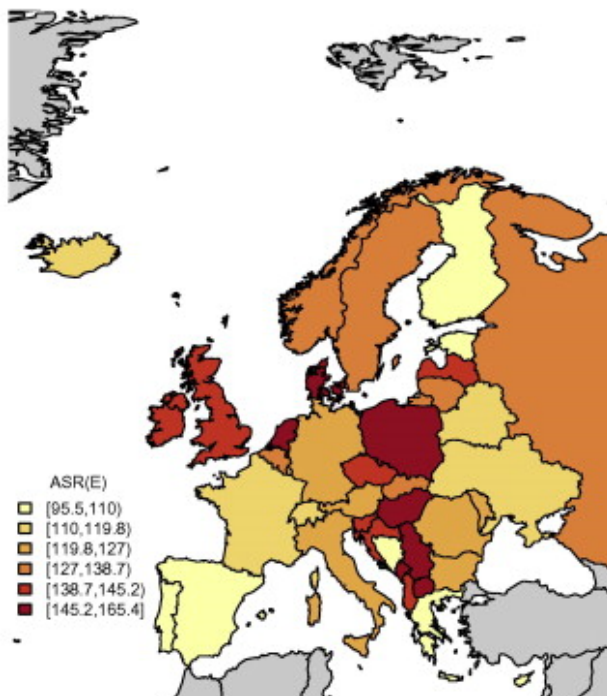


Σχήμα 2.1: Πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου ανά φύλο ανά έτος ανά 100.000 άτομα το 2012 [3].

**Πιθανότητα θανάτου από καρκίνο: άντρες**



**Πιθανότητα θανάτου από καρκίνο: γυναίκες**



Σχήμα 2.2: Πιθανότητα θανάτου από καρκίνο ανά φύλο ανά έτος ανά 100.000 άτομα το 2012 [3]

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Συνασπισμού Καρκινοπαθών (European Cancer Patient Coalition - ECPC), οι γυναίκες στη Σουηδία έχουν μία πιθανότητα 86% πενταετούς επιβίωσης από καρκίνο του μαστού, ενώ στην άλλη πλευρά της Βαλτικής οι γυναίκες στη Λιθουανία και τη Λεττονία έχουν 66% και 69% αντίστοιχα. Ταυτόχρονα, οι άνδρες στην Ιταλία έχουν μία πιθανότητα σχεδόν 90% πενταετούς επιβίωσης από καρκίνο του προστάτη, όταν λίγα χιλιόμετρα ανατολικότερα οι άνδρες στην Κροατία έχουν 71% [87].

Επίσης, μεγάλες διαφορές παρατηρούνται και στην ύπαρξη και διατήρηση αξιόπιστων επιδημιολογικών δεδομένων, μέσω Εθνικών Αρχείων Νεοπλασιών (National Cancer Registries - NCR), αφού στις Νότιες και Ανατολικές χώρες της ΕΕ η ύπαρξη NCR είναι είτε κάτι εξαιρετικά πρόσφατο είτε ανύπαρκτο [88], ενώ στις χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης τέτοια NCR υπάρχουν εδώ και τουλάχιστον 60 χρόνια (για παράδειγμα Φινλανδία: [89], Γερμανία: [90], κ.λ.π.).

Τέλος, εκτός από τις τοπικές διαφορές εντός της ίδιας της χώρας (που παρατηρούνται ακόμη και σε κράτη που θεωρούνται ιδιαίτερα ανεπτυγμένα, όπως για παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο [91] και η Σουηδία [92]), υπάρχουν και μεγάλες διαφορές στην ύπαρξη και διάθεση θεραπευτικών μεθόδων και μηχανημάτων, αφού -σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ)- ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους υπάρχουν 4 γραμμικοί επιταχυντές στη Λεττονία και 17 στο Βέλγιο [93]. Μάλιστα, με δεδομένο ότι η κάθε χώρα της ΕΕ διατηρεί το δικό της Εθνικό Οργανισμό (έγκρισης) Φαρμάκων -παρά την ύπαρξη του Ευρωπαϊκού Ιατρικού Οργανισμού (European Medicine Agency - EMA) στο Λονδίνο [94]-, υπάρχουν καινούρια χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σε κάποιες χώρες, ενώ σε άλλες η έγκρισή τους εκκρεμεί (ή και έχει απορριφθεί) εδώ και αρκετά χρόνια ([95] ως παράδειγμα).

### **2.2.2 Η κατάσταση στην Ελλάδα:**

Σύμφωνα με το ελληνικό "Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο: 2011 - 2015" [96], αλλά και όπως προαναφέρθηκε πιο πάνω, η θνησιμότητα από καρκίνο στην Ελλάδα είναι λίγο καλύτερη

από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Παρόλ'αυτά, θεωρείται πως αυτό είναι εν μέρει πλασματικό, αφού παρατηρούνται ελλείψεις στη διάγνωση, σφάλματα στην ταξινόμηση και, κυρίως, ένδεια ολοκληρωμένων και αξιόπιστων επιδημιολογικών δεδομένων για τη χώρα, κάτι που γίνεται προσπάθεια να αλλάξει προς το καλύτερο, μέσω της σύστασης του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών [97]. Βέβαια, απαιτείται ακόμη πολύ προσπάθεια προκειμένου το EAN να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, αφού η εναρμόνισή του με τα ευρωπαϊκά πρότυπα είναι ακόμη σε πρώιμο στάδιο και οι οικονομικοί του πόροι είναι περιορισμένοι, ενώ μέχρι τον Οκτώβριο του 2015, δηλαδή τρία χρόνια μετά την επίσημη έναρξή του, είχε καταφέρει να συλλέξει μόλις 38.000 περιστατικά καρκινοπαθών [98], δηλαδή περίπου το 1/3 του συνόλου [3]. Επίσης, παρότι -μέσω της βελτίωσης των υπηρεσιών Υγείας- η απευκταία θνησιμότητα από καρκίνο παρουσιάζει μείωση άνω του 30% το χρονικό διάστημα 2004-2007 σε σχέση με το χρονικό διάστημα 1980-1984, στην Ελλάδα παρατηρείται μία σταθερή αύξηση στο συνολικό αριθμό θανάτων από καρκίνο για το ίδιο διάστημα [99].

Όσον αφορά τις τοπικές διαφορές εντός της χώρας, ακριβώς όπως και στην ΕΕ έτσι και στην Ελλάδα παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων [100-102]. Μάλιστα, η Ελλάδα είναι μία από τις λίγες χώρες της ΕΕ όπου παρατηρούνται και σημαντικές διαφορές εντός των γεωγραφικών της διαμερισμάτων, τουλάχιστον όσον αφορά τους αγροτικούς και αστικούς πληθυσμούς [103].

Οι παροχές Υγείας προς τους καρκινοπαθείς υπάγονται στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που δημιουργήθηκε το 2012, έτσι ώστε να συγκεντρώσει όλες τις παροχές Υγείας στη χώρα [νόμος 3918/2011]. Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει σε ποσοστό 90% τις φαρμακευτικές δαπάνες των ασφαλισμένων καρκινοπαθών, εκτός από αυτές της "βασικής" θεραπείας (π.χ.: χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας), όπου εκεί η συμμετοχή των καρκινοπαθών είναι μηδενική [άρθρο 38 του ν. 4025/2011 (228 Α'/2012) και της τροποποίησης της υπ'αριθ. Φ.42000/οικ.2555/353/28-2-2012 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 497/Β/2012) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου»]. Αυτό το ποσοστό κάλυψης είναι υψηλότερο σε σχέση με άλλες χρόνιες παθήσεις (π.χ.: οστεοπόρωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, κ.λ.π.) και, μάλιστα, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει σε ποσοστό 75% τις "δευτερεύουσας σημασίας" μη φαρμακευτικές δαπάνες που

σχετίζονται με τον καρκίνο και τις θεραπείες αυτού, όπως είναι η αγορά περούκας (λόγω αλωπεκίας εξαιτίας, π.χ., της χημειοθεραπείας). Επίσης, η οικονομική κάλυψη του καρκινοπαθούς είναι πλήρης σε περιπτώσεις μεταφοράς του στο νοσοκομείο (είτε για λήψη θεραπείας είτε ως επείγον περιστατικό) με ιδιωτικό ασθενοφόρο ή με ταξί.

Αυτή η ευρεία οικονομική κάλυψη των ασφαλισμένων με τον ΕΟΠΥΥ καρκινοπαθών συμβαδίζει με το μέσον όρο της αντίστοιχης κάλυψης των εθνικών ασφαλιστικών φορέων άλλων χωρών της ΕΕ (ως παράδειγμα: Γαλλία: [104], Ηνωμένο Βασίλειο: [105]). Παρόλ'αυτά, το Ελληνικό κράτος δεν έχει επενδύσει αρκετά στην πρόληψη του καρκίνου, κάτι το οποίο έχει αποδειχθεί πως είναι πολύ πιο οικονομικά αποδοτικό από την ίδια τη θεραπεία του καρκίνου [106]. Επίσης, παρότι το κόστος της θεραπείας του καρκίνου στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ [107], ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), που είναι υπεύθυνος για την έγκριση των θεραπειών στη χώρα, εμφανίζει καθυστερήσεις στην έγκριση νέων φαρμάκων και, τελικά, εγκρίνει ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό αυτών, την ίδια στιγμή που η γενικότερη κατεύθυνση στην ΕΕ είναι η evidence based medicine, δηλαδή η έγκριση νέων (και απόρριψη παλαιών) φαρμάκων μόνο όταν η χρήση τους έχει σαφώς καλύτερα αποτελέσματα από ότι τα παλαιότερα [108]. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το κόστος της θεραπείας του καρκίνου στη χώρα να κινείται ανοδικά και, κυρίως, ανεξέλεγκτα, αφού δεν υπάρχει πραγματικός ελεγκτικός μηχανισμός για το cost effectiveness των νέων θεραπειών.

Ταυτόχρονα, η Ελλάδα είναι μία χώρα ορεινή και με πολλά νησιά, με αποτέλεσμα η προσβασιμότητα των καρκινοπαθών στις υπηρεσίες Υγείας να είναι προβληματική, αφού ακόμη και σε Νομούς όπου υπάρχουν νοσοκομεία με αντίστοιχα τμήματα, η πρόσβαση των καρκινοπαθών των αγροτικών περιοχών του ίδιου Νομού να είναι δυσχερής. Μάλιστα, η Ελλάδα έχει μόνο δύο αντικαρκινικά νοσοκομεία (στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη), δύο Νομούς με παιδοογκολογικά τμήματα και τμήματα Ακτινοθεραπείας υπάρχουν μόνο σε επτά Νομούς, ενώ τμήματα Ογκολογίας υπάρχουν σε δέκα (Πίνακας 2.1) [109].

Πίνακας 2.1: Νομοί με ογκολογικά και ακτινοθεραπευτικά τμήματα:

Νομός	Τμήμα	
	Ακτινοθεραπείας	Ογκολογίας
Αττικής	X	X
Αχαΐας	X	X
Έβρου	X	X
Ηρακλείου	X	X
Θεσσαλονίκης	X	X
Ιωαννίνων	X	X
Καβάλας		X
Λαρίσης	X	X
Τριπόλεως		X
Χανίων		X

Η ανωτέρω περιγραφόμενη ένδεια υπηρεσιών θεραπείας του καρκίνου, συγκρινόμενη με αυτήν κάποιων χωρών της ΕΕ, είναι ίδια με αυτήν στη Ρουμανία, όπου υπάρχουν 10 νομοί με ογκολογικά τμήματα [110], καλύτερη από αυτήν στη Βουλγαρία (4 Νομοί) [111] και βρίσκεται σε απόλυτη αντίθεση με την κατάσταση στη Γαλλία, όπου υπάρχει τουλάχιστον ένα Ακτινοθεραπευτικό και Ογκολογικό Τμήμα ανά Νομό [86], όπως προαναφέρθηκε στο Κεφ. 2.1.4.

## 3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ο ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

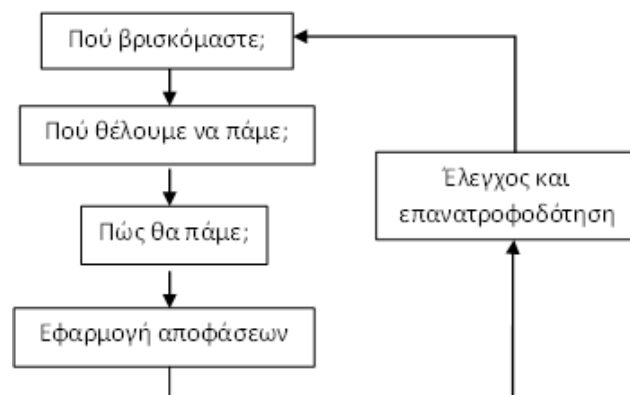
### 3.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Ο Στρατηγικός Σχεδιασμός (ΣΣ), που είναι κυρίαρχη μορφή σκέψης στη σύγχρονη διοίκηση, αναφέρεται στη διαδικασία που εφαρμόζουν επιχειρήσεις και οργανισμοί προκειμένου να καθορίσουν τη μακροπρόθεσμη πορεία τους. Ένας άλλος ορισμός του ΣΣ είναι πως πρόκειται για τον μετασχηματισμό ή/και την αλλαγή πορείας των πόρων μίας επιχείρησης, προκειμένου να επιτευχθεί το μακροπρόθεσμο όραμά της, μέσω της προσεκτικής μελέτης όλων των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που την επηρεάζουν [112, 113].

Ο ΣΣ είναι μία βηματική διαδικασία, που περιλαμβάνει τουλάχιστον τα κάτωθι βήματα [112]:

- α) Διερεύνηση του εσωτερικού και, κυρίως, του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης, προκειμένου να διαπιστωθεί η ακριβής θέση της σε σχέση με τους ανταγωνιστές (αποτίμηση της κατάστασης - "πού βρισκόμαστε;")
- β) Θέσπιση ενός σαφούς μακροπρόθεσμου στόχου (στρατηγική ανάλυση - "πού θέλουμε να πάμε;")
- γ) Εύρεση τρόπων προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος ("πώς θα πάμε;")
- δ) Στρατηγική εφαρμογή των τρόπων και
- ε) Συνεχής επιτήρηση της πορείας και επανάληψη του βήματος (α).

Ο ανωτέρω περιγραφόμενος βρόγχος φαίνεται καλύτερα στο Σχήμα 3.1 που ακολουθεί:



Σχήμα 3.1: Ελάχιστα βήματα ΣΣ.

### 3.2 Ο ΣΣ στην υγεία:

Το αγαθό της Υγείας έχει πολλές ιδιαιτερότητες για τις επιχειρήσεις και οργανισμούς που ασχολούνται μαζί του, αφού η Υγεία έχει πολύ μεγάλη κοινωνική επίπτωση και, ταυτόχρονα, πρόκειται για ένα "προϊόν" που διέπεται από:

- πολλούς νόμους (regulations),
- ισχυρούς και πολυάριθμους "παίκτες" (stakeholders),
- χαμηλή διαφοροποίηση μεταξύ των παρόχων/ανταγωνιστών, τουλάχιστον στα μάτια των καταναλωτών,
- μεγάλη αβεβαιότητα και
- υψηλή τεχνολογική εξάρτηση [114].

Είναι ακριβώς αυτές οι ιδιαιτερότητες που καθιστούν την εφαρμογή του ΣΣ στην Υγεία επιβεβλημένη.

Οι εφαρμογές του ΣΣ στον τομέα της Υγείας έχουν πολλούς στόχους, ανάλογα με:

- τη μορφή της ιδιοκτησίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (δημόσια ή ιδιωτικά),
- την αποστολή και πιθανή εξειδίκευσή τους (γενικά νοσοκομεία ή ειδικά νοσοκομεία),
- το μέγεθος του νοσοκομείου και της περιοχής που αυτό εξυπηρετεί (κέντρα υγείας, νομαρχιακά νοσοκομεία, ή κέντρα εθνικής -και, ενίοτε, παγκόσμιας- αναφοράς),
- κ.α.,

αλλά οι δύο στόχοι που συνυπάρχουν σε κάθε έκφραση του ΣΣ στην Υγεία, είναι η βελτίωση της Υγείας του εξυπηρετούμενου πληθυσμού και, ταυτόχρονα, η διασφάλιση της (οικονομικής) βιωσιμότητας του ιδρύματος [115]. Παρότι αυτές οι δύο έννοιες μοιάζουν αρχικά ασύνδετες, έως και αντικρουόμενες, αποδεικνύεται πως είναι συχνά αλληλένδετες, αφού καλύτερη Υγεία του πληθυσμού πολύ συχνά συνδυάζεται και με μεγαλύτερα έσοδα για το ίδρυμα [116]. Είναι ακριβώς ο συνδυασμός όλων των ανωτέρω παραγόντων που πρέπει να ληφθούν υπόψη

ταυτόχρονα που καθιστούν τον ΣΣ την καλύτερη, σήμερα, προσέγγιση στη Διοίκηση των μονάδων Υγείας.

Παραδείγματα επιτυχούς εφαρμογής του ΣΣ στον τομέα της Υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων:

- τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων, όπως συνέβη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο "Καρολίνσκα" στη Σουηδία [117],
- τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα το 1983 [Νόμος 1397/83] και όσες αλλαγές αυτή επέφερε στη βελτίωση της Υγείας, κυρίως των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών [118],
- τον προληπτικό εμβολιασμό πληθυσμών για διάφορες ασθένειες, όπως συνέβη στην Ολλανδία, όπου ο εμβολιασμός για την "κοινή" γρίπη επιτελείται πλέον από το 2008 σε άτομα άνω των 60 ετών και όχι μόνο σε άτομα άνω των 65 ετών, με επιτυχή αποτελέσματα [119],
- τις "διαφημιστικές" καμπάνιες κατά της κατάχρησης φαρμακευτικών προϊόντων και διαγνωστικών εξετάσεων με ακτινοβολίες, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στη Γαλλία [120] και το Βέλγιο [91, 121, 122],
- κ.λ.π..

### 3.3 Ο ΣΣ στην αντιμετώπιση του καρκίνου:

Ο ΣΣ έχει χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιείται στην οργάνωση της αντιμετώπισης του καρκίνου στον τομέα της πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, και θεραπείας. Μάλιστα, όπως θα φανεί παρακάτω, η ένταση χρήσης του ΣΣ στον καρκίνο μοιάζει να έχει μία περίπου αντίθετη γραμμική σχέση με τους προαναφερθείς τομείς, αφού φαίνεται πως χρησιμοποιείται περισσότερο στην πρόληψη, όχι πολύ στην έγκαιρη διάγνωση και σχεδόν καθόλου στη θεραπεία.



### 3.3.1 Πρόληψη:

Όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου, ο ΣΣ έχει χρησιμοποιηθεί πολύ συχνά, ίσως και λόγω της συνέργειάς του με τον αντίστοιχο της πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, με σημαντικά αποτελέσματα. Έτσι, ορισμένα παραδείγματα είναι:

- η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους [123], τα "εργαστήρια" διακοπής του καπνίσματος που έχουν αναπτυχθεί σε κάθε νοσοκομείο μεγάλων πόλεων [124] και οι εναλλακτικοί (και λιγότερο επικίνδυνοι) τρόποι πρόσληψης νικοτίνης [125], είτε μέσω κεντρικού ΣΣ από το κράτος είτε μέσω ιδιωτικών πρωτοβουλιών (κυρίως από φαρμακοβιομηχανίες). Ταυτόχρονα, η λιανική τιμή αγοράς προϊόντων καπνού ανεβαίνει, λόγω ΣΣ, προκειμένου να μειωθούν οι χρήστες, ακριβώς όπως προτείνουν διάφορες διεθνείς μελέτες [126-128]
- η προώθηση μίας πιο υγιεινής ζωής, όσον αφορά τουλάχιστον τη σωστή διατροφή και συχνή άθληση, που αρχίζει να αποτελεί στόχο πολλών δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων που προσπαθούν να την εμφυσήσουν στους μαθητές τους, με πολύ καλά αποτελέσματα [129]
- η (σχεδόν) καθολική χρήση του εμβολίου κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες, χρηματοδοτούμενο από τα κράτη ή, όπου αυτό δεν είναι δυνατόν, από αρκετές από τις ιδιωτικές ασφαλίσεις Υγείας που δραστηριοποιούνται εκεί [130]
- η αποτροπή πρόσληψης (μεγάλων ποσοτήτων) αλκοόλ, με δεδομένο ότι έχει και άμεσα αρνητικά αποτελέσματα (π.χ.: αύξηση βίας, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, κ.λ.π.) εκτός από μακροπρόθεσμα (καρκίνος), που έχει οδηγήσει τις κυβερνήσεις διαφόρων κρατών στη λήψη μέτρων μέσω ΣΣ, όπως συνέβη χαρακτηριστικά στη Μεγάλη Βρετανία [131]. Μάλιστα, αρκετοί είναι οι ερευνητές που προτείνουν, πια, η πρόληψη να εισέλθει ως μάθημα στα σχολεία [132].

### 3.3.2 Έγκαιρη διάγνωση:

Με δεδομένο ότι όσο νωρίτερα ανακαλυφθεί ένας καρκίνος, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες ίασης, η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων σε τακτά χρονικά διαστήματα για κάθε πιθανό καρκίνο θα μείωνε αισθητά τη θνησιμότητα. Δυστυχώς, αυτό δεν είναι οικονομικά (και χρονικά) αποτελεσματικό, αφού ορισμένες εξετάσεις είναι εξαιρετικά κοστοβόρες, οι περισσότεροι καρκίνοι έχουν πολύ μικρή πιθανότητα εμφάνισης, οι περισσότερες απεικονιστικές εξετάσεις δε διακρίνουν καρκινικούς όγκους μικρότερους του 1 cm και η μελέτη με διάφορες εξετάσεις ενός και μόνο ανθρώπου θα διαρκούσε αρκετές μέρες. Έτσι, ο ΣΣ στην έγκαιρη διάγνωση έχει ως σκοπό την εύρεση των πλέον "ευπαθών" ομάδων και την εφαρμογή μόνο σε αυτούς των πλέον κατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων.

Παραδείγματα επιτυχούς εφαρμογής του ΣΣ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου αποτελούν, μεταξύ άλλων, η καθολική μαστογραφία και το τεστ ΠΑΠ στις γυναίκες και η μέτρηση του PSA στους άντρες. Στις προαναφερθείσες περιπτώσεις στόχος του ΣΣ δεν ήταν μόνο η εύρεση της σωστής ηλικίας, πέραν της οποίας θα πρέπει κανείς να κάνει τις εν λόγω εξετάσεις, αλλά κυρίως η συχνότητα επανάληψής τους, η χρηματοδότησή τους και η "διαφήμιση" της αξίας τους στο κοινό, προκειμένου το τελευταίο να τις πραγματοποιήσει [133].

### 3.3.3 Θεραπεία:

Δυστυχώς ο ΣΣ δεν έχει χρησιμοποιηθεί προς το παρόν ευρέως στη θεραπεία του καρκίνου, με προφανή εξαίρεση τη sporadική δημιουργία ιδιωτικών ή κρατικών "Αντικαρκινικών" νοσοκομείων (ενηλίκων και παιδών) και την Πολιτική Υγείας στις ΗΠΑ. Αυτό έρχεται σε ευθεία αντίθεση με το γεγονός πως, ενώ η καταπολέμηση του καρκίνου αποτελεί "πόλεμο", αυτός μοιάζει να διεξάγεται μεμονωμένα ανά ιατρό και νοσηλευτικό ίδρυμα και χωρίς στρατηγική οργάνωση.

Όπως προειπώθηκε, η εκάστοτε νέα θεραπεία για τον καρκίνο (όπως και για κάθε ασθένεια) θα πρέπει να έχει υποβληθεί σε εκτενείς κλινικές μελέτες. Στην ΕΕ η έρευνα για τον καρκίνο είναι εξαιρετικά "ρυθμισμένη νομοθετικά" (highly regulated), με την τελευταία κοινοτική οδηγία για

τις κλινικές έρευνες σε ανθρώπους [134] να θέτει ακόμη περισσότερα εμπόδια στη διεξαγωγή τους [135-137]. Το μεγαλύτερο, όμως, πρόβλημα που μοιάζει να αποθαρρύνει την εφαρμογή ΣΣ στη θεραπεία του καρκίνου είναι το μικρό ποσοστό επιτυχίας των νέων σκευασμάτων, σε συνδυασμό με την κοστοβόρα και μεγάλη χρονικά διαδικασία έρευνας και έγκρισής τους (βλ. Κεφ. 1.3.3).

## 4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΕ

Η ίδια η δημιουργία της ΕΕ αποτελεί ένα από τα καλύτερα (και ίσως το πρώτο χρονικά) παραδείγματα πολιτικού ΣΣ, αφού έξι χρόνια μετά το τέλος του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου το Βέλγιο, η Γαλλία, η (Δυτική) Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία και το Λουξεμβούργο υπέγραψαν τη Συνθήκη του Παρισιού [138], διάρκειας 50 ετών, μέσω της οποίας δημιουργήθηκε η Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα, με σαφείς σκοπούς την προοδευτική ενοποίηση των χωρών της Ευρώπης, με πρώτο στάδιο τον οικονομικό τομέα. Συνέχεια της Συνθήκης του Παρισιού αποτελεί η Συνθήκη της Ρώμης του 1957 και όλες οι υπόλοιπες συνθήκες της ΕΕ, με πλέον πρόσφατη αυτήν της Λισσαβόνας<sup>1</sup>.

### 4.1 Συνθήκη της Λισσαβόνας:

Στα τέλη του 2007 οι ηγέτες των χωρών της ΕΕ υπέγραψαν τη συνθήκη της Λισσαβόνας [73], μέσω της οποίας θεωρητικά ισχυροποιείται η εμπλοκή της ΕΕ στην Υγεία, αφού:

*"η ευημερία των Ευρωπαίων πολιτών βρίσκεται στην καρδιά της Συνθήκης της Λισσαβόνας, η οποία, για τον λόγο αυτόν, προωθεί ιδιαίτερα τις πολιτικές για την υγεία. Προβλέπει μέτρα που αποσκοπούν ευθέως στην προστασία της δημόσιας υγείας, μεταξύ άλλων για την καταπολέμηση του καπνίσματος και του αλκοολισμού. Για την καλύτερη προστασία των ασθενών, η ΕΕ μπορεί πλέον να θεσπίζει πρότυπα όσον αφορά τα φάρμακα και τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Τέλος, η Συνθήκη βοηθά τα κράτη μέλη να παρακολουθούν το σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης σε περίπτωση σοβαρών διασυννοριακών απειλών, όπως η γρίπη των πτηνών. Και, στην περίπτωση που οι απειλές αυτές γίνουν πραγματικότητα, τα κράτη μέλη μπορούν να κινητοποιούν όλους τους διαθέσιμους πόρους με συντονισμένο και αποτελεσματικό τρόπο."* [139].

Ο ρόλος, όμως, της ΕΕ είναι επικουρικός στην Υγεία, αφού αυτή επαφίεται στο κάθε κράτος-μέλος [140], δηλαδή δεν αλλοιώνεται ο "Χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων της ΕΕ" του 2000 [141], όπου ρητά αναφέρεται (άρθρο 35) πως "κάθε πρόσωπο δικαιούται να... απολαύει

---

<sup>1</sup> Περισσότερα για την ιστορία της ΕΕ μπορούν να αναζητηθούν: [http://europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/index\\_el.htm](http://europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/index_el.htm).

ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές". Για την ακρίβεια, η ΕΕ έχει "συντρέχουσα αρμοδιότητα" στις κοινές ανησυχίες σε ότι αφορά τη δημόσια Υγεία και "υποστηρικτική αρμοδιότητα" για την προστασία και βελτίωση της δημόσιας Υγείας [142].

#### 4.2 ΣΣ της ΕΕ για τον καρκίνο:

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο ρόλος της ΕΕ στην Υγεία και, κατ' επέκταση, στον καρκίνο είναι υποστηρικτικός. Έτσι, το 2009 δημιουργήθηκε η "Ευρωπαϊκή Σύμπραξη για τη Δράση Κατά του Καρκίνου" (European Partnership for Action Against Cancer - EPAAC) [<http://www.eraac.eu/>], κυρίως μέσω της πρωτοβουλίας του Σλοβένου Ευρωβουλευτή Alojz Peterle [143], ο οποίος επίσης δημιούργησε και την ομάδα των "Μελών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου Κατά του Καρκίνου (Members of the European Parliament Against Cancer - MAC) [144]. Η EPAAC χρηματοδοτήθηκε από το 7ο Πρόγραμμα-Πλαίσιο (Framework Program 7 - FP7) [145] και οι κύριοι στόχοι της ήταν η "χαρτογράφηση" του καρκίνου στην ΕΕ, η βελτίωση της οργάνωσης της θεραπείας των παιδιατρικών καρκίνων στην ΕΕ και η προώθηση της δημιουργίας Εθνικών Σχεδίων Δράσης για τον καρκίνο [146] σε κάθε κράτος-μέλος.

Η EPAAC ολοκλήρωσε τη δράση της το Φεβρουάριο του 2014 και "αντικαταστάθηκε" από τη "Δημιουργία του Ευρωπαϊκού Οδηγού για τη Βελτίωση της Ποιότητας του Πλήρους Ελέγχου του Καρκίνου" (Development of the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control - CanCon) [147] που θα ολοκληρωθεί το 2017 και χρηματοδοτείται από τον "Ορίζοντα 2020" (Horizon 2020) [148]. Βασικοί στόχοι του CanCon είναι η μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου κατά 15% μέχρι το 2020, κυρίως μέσω δύο αξόνων:

- εντοπίζοντας βασικά στοιχεία και πρότυπα ποιότητας για πλήρη έλεγχο του καρκίνου στην Ευρώπη και προετοιμάζοντας έναν τεκμηριωμένο Ευρωπαϊκό οδηγό για τη βελτίωση της ποιότητας στον πλήρη έλεγχο του καρκίνου και

- διευκολύνοντας τη συνεργασία και την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, για να προσδιοριστούν και να καθοριστούν τα βασικά στοιχεία για να εξασφαλιστεί η καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη φροντίδα για τον καρκίνο [149].

Τέλος, η ΕΕ έχει επίσης πρόσφατα δημιουργήσει μία "Ομάδα Εμπειρογνομόνων για τον Έλεγχο του Καρκίνου" (Expert Group on Cancer Control) [150] και δημοσίευσε την 4η έκδοση του "Ευρωπαϊκού Κώδικα Κατά του Καρκίνου" [151].

#### 4.3 Οδεύει η ΕΕ προς μία ενοποίηση στην υγεία ή/και τον καρκίνο;:

Η δημιουργία της ΕΕ βασίζεται στο αίσθημα που διατηρεί ακόμη και σήμερα ο "μέσος" πολίτης των κρατών-μελών της, πως δηλαδή *"επιθυμεί να ζήσει αρμονικά με όλους τους υπόλοιπους Ευρωπαίους σε ένα ευρύτερο και κοινό πολιτικο-οικονομικό-κοινωνικό πλαίσιο"*, όπως αποδεικνύουν διάφορες μελέτες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, μέσω του "Ευρωβαρόμετρου" [152]. Βέβαια, αυτή η ενοποίηση δεν έχει ακόμη συντελεστεί, αφού το κάθε κράτος-μέλος διατηρεί ακόμη και σήμερα τον πλήρη έλεγχο σε αρκετούς, αλλά όχι όλους, τους τομείς. Παρόλ'αυτά, οι φωνές υπέρ μίας πλήρους ενοποίησης αρχίζουν να αυξάνουν και, μάλιστα, ανήκουν πλέον όχι μόνο σε "άνωνυμους" πολίτες, αλλά και σε "σημαίνοντα" πρόσωπα για την ΕΕ, όπως είναι αυτή του αρχηγού των Φιλελεύθερων Ευρωβουλευτών [153], του Γάλλου Προέδρου Φρανσουά Ολάντ [154] και της Γερμανικής Βουλής [155]. Παρά τις φωνές αυτές, η ΕΕ διατηρεί μόνο ένα όργανο με πλήρη νομοθετική εξουσία, εν είδη "Υπερυπουργείου", το οποίο, μάλιστα, δημιουργήθηκε το 1957, δηλαδή σχεδόν 60 χρόνια πριν (πρόκειται για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας - Euratom [<http://www.euratom.org/>]).

Όπως φάνηκε στο Κεφάλαιο 2, δεν υπάρχουν εναρμονισμένες (βασιζόμενες σε ενδείξεις – evidence based) θεραπείες [10-14] ή τρόποι παρακολούθησης των ιαθέντων από τον καρκίνο [15] στην ΕΕ, ακόμη και για τους πιο κοινούς τύπους καρκίνου, σε αντίθεση με το NCI των ΗΠΑ. Προκειμένου να επιτευχθεί ο εν λόγω εναρμονισμός, μεγάλο ρόλο μπορεί να παίξει η ύπαρξη μίας κεντρικής «εξουσίας», όπως θα μπορούσε να είναι ένας νέος Πανευρωπαϊκός Οργανισμός κατά του καρκίνου, με αναγνωρισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες

(European Agency) [17]. Ο ΕΟΣΣΚ, παρότι σε φαινόμενη αντίθεση με τη συνθήκη της Λισσαβόνας, θα αποτελεί φυσική συνέχεια της CanCon.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:**



## 5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### 5.1 Κύριοι στόχοι της διατριβής

Σκοπός της παρούσης διατριβής είναι η διερεύνηση των απόψεων των κοινωνικών εταίρων στην Ελλάδα αναφορικά με την τρέχουσα διαχείριση του καρκίνου και την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός νέου Πανευρωπαϊκού Οργανισμού κατά του καρκίνου που θα ονομαστεί Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τον Στρατηγικό Σχεδιασμό κατά του Καρκίνου – European Agency for the Strategic Management Against Cancer (ΕΟΣΣΚ – EASMAC), ο οποίος θα κινείται στους εξής βασικούς άξονες:

- α) εναρμονισμός των τρόπων διάγνωσης, θεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης, με βάση επιστημονικά τεκμηριωμένες ιατρικές πράξεις και ενδείξεις (evidence based medicine),
- β) εξασφάλιση της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών οργανισμών μέσω αντικαταβολών από τον ΕΟΣΣΚ για τους καρκινοπαθείς για τις ιατρικές πράξεις που περιγράφονται στο (α),
- γ) διαχείριση των Ευρωπαϊκών κονδυλίων για την έρευνα κατά του καρκίνου και
- δ) βελτίωση των (κοινωνικών και οικονομικών) συνθηκών διαβίωσης των ιαθέντων από τον καρκίνο.

Με δεδομένο ότι αρκετοί κοινωνικοί εταίροι στην Ευρώπη (Κεφ. 4.3) αρχίζουν, πλέον, να πιστεύουν στην Ευρωπαϊκή (πολιτική) ολοκλήρωση, τα αποτελέσματα της εργασίας αναμένεται να συμβάλουν στη χάραξη πολιτικής Υγείας σε επίπεδο ΕΕ, αλλά και να αναδείξουν τα όποια προβλήματα υπάρχουν στην αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ελλάδα.

### 5.2 Δημιουργία και περιεχόμενο ερωτηματολογίου

Η εν λόγω διερεύνηση έγινε με τη χρήση ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου σε ιστότοπο που αποκτήθηκε και λειτουργεί ειδικά για αυτό τον σκοπό ([www.EASMAC.eu](http://www.EASMAC.eu)). Οι ερωτήσεις και οι πιθανές απαντήσεις του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν κατόπιν εκτενούς βιβλιογραφικής αναζήτησης [156-158] και πολλαπλών συνεννοήσεων με τους επιβλέποντες καθηγητές της

διπλωματικής και πέντε (5) επαγγελματίες στη θεραπεία του καρκίνου (Drs. Warren Grant, Melissa Christiaens, Julie Hermans, Philip Poortmans και Julio Celis).

Πρόέκυψαν 26 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι δύο ήταν ανοιχτού τύπου, οι 20 ήταν κλειστού τύπου, τρεις ήταν κλειστού τύπου, αλλά επέτρεπαν στον ερωτώμενο να απαντήσει και με ελεύθερο κείμενο εάν το επιθυμούσε και μία επέτρεπε στον ερωτώμενο να εισάγει τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του, προκειμένου να ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της έρευνας. Οι ερωτήσεις χωρίστηκαν σε πέντε ενότητες (Επάγγελμα, καρκίνος στο ευρύτερο περιβάλλον του ερωτώμενου, σχέση αντιμετώπισης καρκίνου με την περιοχή και χώρα κατοικίας, χρησιμότητα ΕΟΣΣΚ και δημογραφικά στοιχεία).

Το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από ενημερωτική επιστολή η οποία παρατίθεται στο Παράρτημα όπως και το πλήρες ανάπτυγμα του ερωτηματολογίου.

Η εργασία είναι μία συγχρονική ποσοτική μελέτη και για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου λήφθηκαν υπόψη οι επικρατούσες επιστημονικές αρχές για την ανάπτυξη ερωτηματολογίων [159] και οι μεταβλητές που εξετάστηκαν σε παρόμοιες μελέτες που έγιναν στο παρελθόν [160-163].

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με τη χρήση του δωρεάν και "ελεύθερης πηγής" (open source) προγράμματος Limesurvey ([www.limesurvey.org](http://www.limesurvey.org)). Το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στον ιστότοπο το Μάιο του 2015 και η παρούσα διατριβή αφορά τις ληφθείσες απαντήσεις μέχρι και τις 30 Ιουνίου 2016.

### 5.3 Πληθυσμός και συλλογή δεδομένων

Ηλεκτρονικές "προσκλήσεις" (μέσω μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) εστάλησαν στις αρχές Ιουνίου 2015 σε περίπου 500 ηλεκτρονικές διευθύνσεις (που εισήλθαν στην κρυφή κοινοποίηση, προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων) φιλικών και γνωστών ενήλικων Ελλήνων, καθώς και ελληνικών επιστημονικών οργανισμών επαγγελματιών κατά του καρκίνου και οργανισμών καρκινοπαθών. Το αρχικό μήνυμα ευγενικά

ζητούσε την προώθηση της πρόσκλησης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και σε άλλους φίλους και γνωστούς και στα μέλη των οργανισμών. Ωστόσο, είναι αδύνατη η γνώση του αριθμού των παραληπτών που τελικά το προώθησαν. Έτσι, ο συνολικός αριθμός των παραληπτών δεν είναι γνωστός.

Το ηλεκτρονικό μήνυμα εστάλη στους ίδιους παραλήπτες άλλες τρεις φορές, το Σεπτέμβριο και το Δεκέμβριο του 2015 και το Μάιο του 2016. Ταυτόχρονα, δημιουργήθηκε μία σχετική σελίδα σε γνωστό ηλεκτρονικό κοινωνικό δίκτυο και προωθήθηκε σε φίλους και γνωστούς. Ο τελικός αριθμός ληφθέντων (ολοκληρωμένων) απαντήσεων ανήλθε στις 387, όπου ολοκληρωθήσες θεωρήθηκαν οι απαντήσεις ατόμων που είχαν συμπληρώσει στοιχεία τουλάχιστον μέχρι και την ερώτηση 18, δηλαδή χωρίς υποχρεωτικά τα δημογραφικά τους στοιχεία (σελίδα 5 του ερωτηματολογίου). Ο αριθμός αυτός κρίνεται ικανοποιητικός, αφού υπερβαίνει το δεκαπλάσιο του αριθμού των μεταβλητών του ερωτηματολογίου [164].

#### 5.4 Στατιστικό πρόγραμμα και στατιστική ανάλυση

Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για τις στατιστικές αναλύσεις ήταν το SPSS Statistics, 20<sup>η</sup> έκδοση, της εταιρείας πληροφορικής IBM. Το πρόγραμμα παρέχονταν δωρεάν από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου στους φοιτητές αυτού και η χρήση του γίνονταν με εξ αποστάσεως σύνδεση.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων ομαδοποιήθηκαν βάσει δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών τα οποία σύμφωνα με τη βιβλιογραφία επηρεάζουν διαφορετικά τη διαμόρφωση των απόψεων των ερωτώμενων σε σχέση με τη διαχείριση του καρκίνου [165-167].

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman και ο έλεγχος McNemar. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης

σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των απαντήσεων των διαφόρων υποομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney U test [168], μιας και οι κατανομές δε μπορούν να θεωρηθούν «κανονικές» [169]. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p$ ) ορίστηκε ίσο με 0,05.

## 5.5 Ισχύς ερωτηματολογίου

Πριν την ευρεία κυκλοφορία του ερωτηματολογίου προηγήθηκε μία πιλοτική έρευνα την άνοιξη του 2015 όσον αφορά την ισχύ του. Έτσι, το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από μία "κλειστή" ομάδα 31 ατόμων, οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν και το όλο εγχείρημα επαναλήφθηκε εντός 10 ημερολογιακών ημερών. Τα δύο σύνολα απαντήσεων συγκρίθηκαν μεταξύ τους ανά άτομο όσον αφορά την επαναληψιμότητά τους (test-retest) με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman [170] και του ελέγχου McNemar (εύρεση του συντελεστή  $P$ ) [171] και τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 5.1: Επαναληψιμότητα (και ισχύς) ερωτηματολογίου:

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ:</b>	<b>SPEARMAN</b>	<b>McNEMAR</b>
Το επάγγελμά σας είναι/ήταν στο χώρο της υγείας;		1
Το επάγγελμά σας είναι/ήταν στο χώρο του καρκίνου;		1
Γνωρίσατε/γνωρίζετε κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό σας περιβάλλον (αλλά όχι εσείς ο ίδιος) που έπασχε/πάσχει από καρκίνο;		1
Γνωρίσατε/γνωρίζετε κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό σας περιβάλλον που απεβίωσε από καρκίνο;		1
Φοβάστε τον καρκίνο;	0.722	
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από τους ιατρούς]	0.544	
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με	0.403	

τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από τους νοσηλευτές]		
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ:</b>	<b>SPEARMAN</b>	<b>McNEMAR</b>
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό]	0.465	
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από την ύπαρξη και διάθεση των απαραίτητων μέσων διάγνωσης, θεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης]	0.607	
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από το κόστος]	0.567	
Γνωρίζετε κάποιον/κάποιους ασθενή/ασθενείς με καρκίνο που, ενώ υπήρχαν τρόποι αντιμετώπισης του περιστατικού, αυτοί δεν εφαρμόστηκαν;		0.453
Έχετε ακούσει στη χώρα κατοικίας σας για ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι πίστευαν/πιστεύουν πως η πιθανότητα θεραπείας τους θα ήταν μεγαλύτερη: [Στην ίδια χώρα, αλλά σε άλλη πόλη από τον τόπο διαμονής τους;]		1
Έχετε ακούσει στη χώρα κατοικίας σας για ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι πίστευαν/πιστεύουν πως η πιθανότητα θεραπείας τους θα ήταν μεγαλύτερη: [Σε άλλη χώρα;]		0.25
Εσείς συμφωνείτε με αυτήν την άποψη, αναφορικά με: [Τη μετακίνηση ασθενών σε άλλη/ες πόλη/εις εντός της 3ης χώρας για αναζήτηση υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών;]	0.493	
Εσείς συμφωνείτε με αυτήν την άποψη, αναφορικά με: [Τη μετακίνηση ασθενών σε άλλη χώρα για αναζήτηση υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών;]	0.528	
Πιστεύετε πως αν η θεραπεία του καρκίνου ελέγχονταν και καθοδηγούνταν από τον ΕΟΣΣΚ, η έκβαση του ασθενούς θα ήταν:	0.669	
Πολλοί αναφέρουν πως τα ασφαλιστικά ταμεία αρχίζουν να έχουν οικονομικές δυσκολίες. Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση της θεραπείας και αποκατάστασης όσων πάσχουν από καρκίνο από τον ΕΟΣΣΚ (ο οποίος θα χρηματοδοτείται αναλογικά από τα κράτη-μέλη της ΕΕ), θα ήταν κάτι το:	0.575	
Πιστεύετε πως μία Πανευρωπαϊκή εποπτεία, μέσω του ΕΟΣΣΚ, της έρευνας για τον καρκίνο εντός της ΕΕ, με σκοπό: -τη μείωση του κατακερματισμού, -τη δημιουργία βάσεων δεδομένων, -τη χρηματοδότηση καινοτόμων ερευνών και -τη διάθεση των (μη ευαίσθητων) δεδομένων σε κάθε ενδιαφερόμενο θα ήταν κάτι:	0.897	
Ευτυχώς στις μέρες μας αρκετοί ασθενείς με καρκίνο θεραπεύονται και μπορούν, θεωρητικά, να επιστρέψουν σε μία φυσιολογική ζωή. Εντούτοις, πολλές τράπεζες δεν τους χορηγούν δάνειο (φοβούμενες τη μη αποπληρωμή του), πολλοί εργοδότες αποφεύγουν την πρόσληψή τους, αδυνατούν να συνάψουν φυσιολογικές ερωτικές σχέσεις, κ.λ.π.. Πιστεύετε πως η ΕΕ οφείλει να συνδράμει στην αντιμετώπιση αυτών των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων;	0.416	

Σύμφωνα με τους ελέγχους Spearman και McNemar, προκειμένου να υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων με  $\alpha = 95\%$ , θα πρέπει  $r \leq 0.5$  ή  $P \leq 0.05$ . Από τον Πίνακα 5.1 προκύπτει πως οι περισσότερες ερωτήσεις εμφανίζουν μη στατιστικώς σημαντικές διαφορές και άρα είναι "στατιστικώς ισχυρές".

Εξάιρεση αποτελούν οι ερωτήσεις που συγκεντρώθηκαν για ευκολία στον Πίνακα 5.2. Αυτές εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, με αποτέλεσμα η στατιστική "ισχύς" των απαντήσεών τους να είναι αμφίβολη.

Πίνακας 5.2: Ερωτήσεις με αμφίβολη "στατιστική ισχύ":

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ:</b>	<b>SPEARMAN</b>
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από τους νοσηλευτές]	0.403
Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετωπίστηκε/αντιμετωπίστηκαν είναι γενικά: [Από το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό]	0.465
Εσείς συμφωνείτε με αυτήν την άποψη, αναφορικά με: [Τη μετακίνηση ασθενών σε άλλη/ες πόλη/εις εντός της χώρας για αναζήτηση υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών;]	0.493
Ευτυχώς στις μέρες μας αρκετοί ασθενείς με καρκίνο θεραπεύονται και μπορούν, θεωρητικά, να επιστρέψουν σε μία φυσιολογική ζωή. Εντούτοις, πολλές τράπεζες δεν τους χορηγούν δάνειο (φοβούμενες τη μη αποπληρωμή του), πολλοί εργοδότες αποφεύγουν την πρόσληψή τους, αδυνατούν να συνάψουν φυσιολογικές ερωτικές σχέσεις, κ.λ.π.. Πιστεύετε πως η ΕΕ οφείλει να συνδράμει στην αντιμετώπιση αυτών των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων;	0.416

## 5.6 Περιορισμοί της έρευνας

Αρχικά, και όπως προαναφέρθηκε (Κεφ. 5.3), είναι αδύνατη η γνώση του ακριβή αριθμού ατόμων που έλαβαν την πρόσκληση, προκειμένου αυτός να συγκριθεί με τον αριθμό των ολοκληρωμένων απαντήσεων. Επίσης, παρότι το συνοδευτικό μήνυμα της πρόσκλησης ανέφερε χαρακτηριστικά πως οι ενδιαφερόμενοι παρακαλούνται να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο μία και μόνο φορά, ο έλεγχος αυτού είναι αδύνατος, αφού το πρόγραμμα Limesurvey καταγράφει

μόνο τη διεύθυνση IP και άρα ίσως υπήρξαν διπλές ή και τριπλές απαντήσεις από κάποια άτομα, αλλά από διαφορετικό υπολογιστή. Ακόμη, υπάρχουν τέσσερις ερωτήσεις των οποίων η στατιστική ισχύς είναι αμφίβολη (Πίνακας 5.2). Τέλος, το συνολικό δείγμα των ατόμων που απήντησαν στο ερωτηματολόγιο κρίνεται επαρκές και καλώς κατανομημένο ηλικιακά και επαγγελματικά (εκτός Υγείας, εντός Υγείας και εντός του τομέα του καρκίνου), αλλά δυστυχώς δεν κατέστη εφικτό να συγκεντρωθούν επαρκή απηνητημένα ερωτηματολόγια από καρκινοπαθείς (απήντησαν μόνο 24 άτομα), με αποτέλεσμα η στατιστική επεξεργασία των (πιθανών) διαφορών μεταξύ των απαντήσεων των καρκινοπαθών σε σχέση με τους μη καρκινοπαθείς να είναι επισφαλής.

## 6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 6.1 Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων και συνάφεια επαγγέλματος

Παρακάτω παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων με ολοκληρωμένες απαντήσεις όσον αφορά το φύλο, την ηλικιακή "ομάδα" και τη χώρα διαμονής (Πίνακας 6.1) και το επίπεδο εκπαίδευσης και τη συνάφεια του επαγγέλματος με τον καρκίνο (Πίνακας 6.2):

Πίνακας 6.1: Φύλο, ηλικία και χώρα κατοικίας των ερωτηθέντων

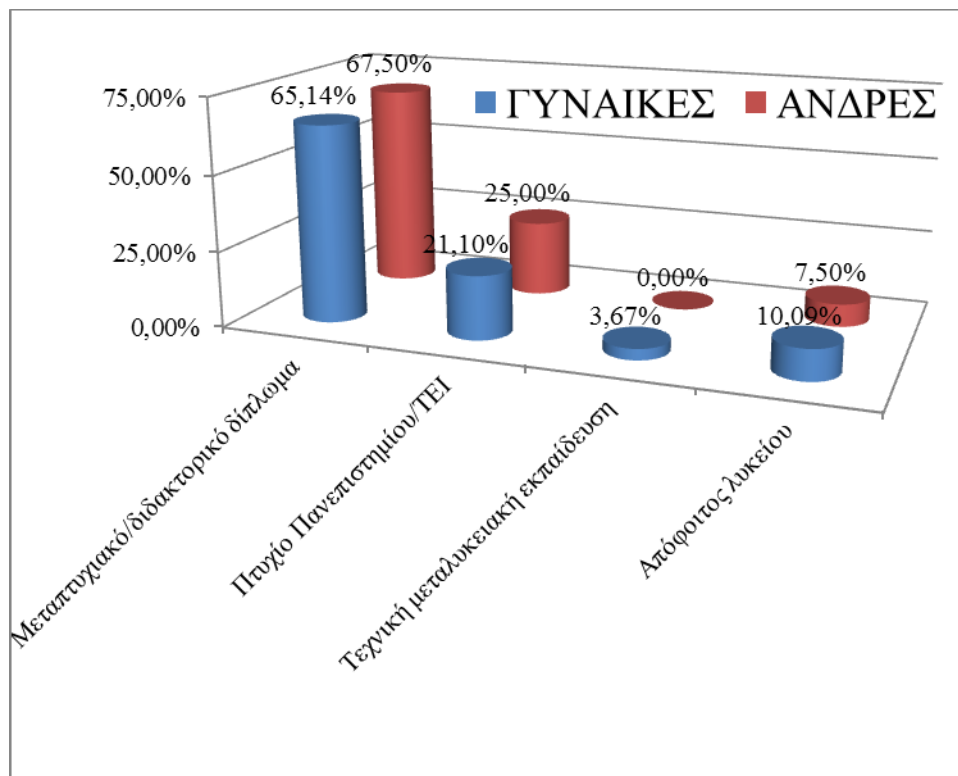
<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Γυναίκες	218	56,33
Άνδρες	159	41,34
Μη απηνητημένο	10	2,58
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18 μέχρι 30 ετών	48	12,4
31 μέχρι 40 ετών	148	38,24
41 μέχρι 50 ετών	112	28,94
51 μέχρι 60 ετών	46	11,89
Άνω των 60 ετών	24	6,2
Μη απηνητημένο	9	2,33
<b>ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ελλάδα	291	75,19
ΕΕ*	86	22,22
Ευρώπη εκτός ΕΕ*	6	1,55
Εκτός Ευρώπης*	4	1,03
Μη απηνητημένο*	0	0

\*: οι κατοικούντες εκτός Ελλάδος ήταν Έλληνες



Πίνακας 6.2: Επίπεδο εκπαίδευσης και συνάφεια επαγγέλματος

<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα	250	64,6
Πτυχίο πανεπιστημίου/ΤΕΙ	86	22,22
Τεχνική μεταλυκειακή εκπαίδευση	8	2,07
Απόφοιτος λυκείου	34	8,79
Μη απηνητημένο	9	2,32
<b>ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Επάγγελμα εκτός του χώρου της Υγείας	182	47,03
Επάγγελμα εντός του χώρου της Υγείας	205	52,97
Επάγγελμα εντός του χώρου του καρκίνου	119	30,75
Ιατρός - Ογκολόγος	4	3,36
Ιατρός - Ακτινοθεραπευτής	8	6,72
Ιατρός - Χειρουργός	2	1,68
Ιατρός άλλης ειδικότητας	10	8,40
Ερευνητής	12	10,08
Νοσηλεύτης	8	6,72
Άλλο	75	63,03



Σχήμα 6.1: Επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο.

Η ελάχιστη καταγραφήσα ηλικία ήταν 21 και η μέγιστη 70 έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν τα 40,6 έτη, ενώ η αντίστοιχη για τους άνδρες τα 42,9 έτη (με ελάχιστη και μέγιστη ηλικία για τις γυναίκες 21 και 67 έτη και για τους άνδρες 23 και 70 έτη).

Από τους επαγγελματίες στο χώρο της Υγείας (συνολικά 205 άτομα), οι 119 (58,05%) δήλωσαν πως το επάγγελμα τους σχετίζεται με το χώρο του καρκίνου (Πίνακας 6.2).

Μεταξύ των 75 επαγγελματιών στο χώρο του καρκίνου που απήντησαν "Άλλο" (Πίνακας 6.2) βρίσκονται εργαζόμενοι σε γραμματείες (13,33%), τεχνολόγοι Ιατρικών μηχανημάτων (29,33%), Ακτινοφυσικοί (56%), εργαζόμενοι σε κέντρα αποκατάστασης καρκινοπαθών (2,67%) και ψυχολόγοι (10,67%).

## 6.2 Καρκίνος στο εγγύτερο περιβάλλον των ερωτηθέντων

Από τα 387 άτομα που απήντησαν, μόνο τα 53 (13,7%) απήντησαν πως δε γνωρίζουν κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό τους περιβάλλον που έπασχε/πάσχει από καρκίνο, όπως φαίνεται στον Πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 6.3: Γνωρίσατε/γνωρίζετε κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό σας περιβάλλον (αλλά όχι εσείς ο ίδιος) που έπασχε/πάσχει από καρκίνο;

<b>Επαγγελματική ιδιότητα ερωτώμενων</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>
Επάγγελμα στο χώρο της Υγείας	178 (86,8%)	27 (13,2%)
Επάγγελμα στο χώρο του καρκίνου	98 (82,4%)	21 (17,6%)
Επάγγελμα εκτός του χώρου της Υγείας	156 (85,7%)	26 (14,3%)
<i>Σύνολο</i>	<i>334 (86,3%)</i>	<i>53 (13,7%)</i>

Αξίζει να σημειωθεί πως και μεταξύ των ατόμων που δεν δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας τα ποσοστά αυτών που δήλωσαν ότι γνωρίζουν κάποιο άτομο με καρκίνο είναι εξίσου υψηλά με τα αντίστοιχα των επαγγελματιών υγείας.

Όσον αφορά το κατά πόσο οι ερωτώμενοι γνωρίζουν κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό τους περιβάλλον που απεβίωσε από καρκίνο, οι απαντήσεις φαίνονται στον Πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 6.4: Γνωρίσατε/γνωρίζετε κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό σας περιβάλλον που απεβίωσε από καρκίνο;

<b>Επαγγελματική ιδιότητα ερωτώμενων</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>
Επάγγελμα στο χώρο της Υγείας	158 (77,1%)	47 (22,9%)
Επάγγελμα στο χώρο του καρκίνου	90 (75,6%)	29 (24,4%)
Επάγγελμα εκτός του χώρου της Υγείας	132 (72,5%)	50 (27,5%)
<i>Σύνολο</i>	<i>290 (74,9%)</i>	<i>97 (25,1%)</i>

### 6.3 Φόβος για τον καρκίνο

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων όσον αφορά το φόβο τους για τον καρκίνο φαίνονται στον Πίνακα που ακολουθεί (με παχιά γραμματοσειρά –bold– απεικονίζεται η επικρατούσα τιμή):

Πίνακας 6.5: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων (N=387) αναφορικά με το φόβο τους για τον καρκίνο

<b>Ιδιότητες ερωτώμενων</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
Σύνολο	28 (7,24%)	44 (11,37%)	118 (30,49%)	<b>121 (31,27%)</b>	76 (19,64%)
Γυναίκες	12 (5,5%)	24 (11,01%)	<b>72 (33,03%)</b>	58 (26,61%)	52 (23,85%)
Άνδρες	16 (10%)	20 (12,5%)	44 (27,5%)	<b>58 (36,25%)</b>	22 (13,75%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	12 (6,59%)	22 (12,09%)	44 (24,18%)	<b>68 (37,36%)</b>	36 (19,78%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	16 (7,8%)	22 (10,73%)	<b>74 (36,1%)</b>	53 (25,85%)	40 (19,51%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	10 (8,4%)	14 (11,76%)	<b>46 (38,66%)</b>	31 (26,05%)	18 (15,13%)
Γυναίκες στην Υγεία	8 (6,15%)	16 (12,31%)	<b>42 (32,31%)</b>	32 (24,61%)	32 (24,61%)
Άνδρες στην Υγεία	8 (11,43%)	6 (8,57%)	<b>32 (45,71%)</b>	18 (25,71%)	6 (8,57%)
Γυναίκες στον καρκίνο	6 (8,82%)	12 (17,65%)	<b>22 (32,35%)</b>	14 (20,59%)	14 (20,59%)
Άνδρες στον καρκίνο	4 (8%)	2 (4%)	<b>24 (48%)</b>	16 (32%)	4 (8%)
Καρκινοπαθείς	0 (0%)	6 (25%)	<b>8 (33,33%)</b>	4 (16,67%)	6 (25%)
Μη καρκινοπαθείς	26 (7,62%)	38 (11,14%)	102 (29,91%)	<b>107 (31,38%)</b>	68 (19,94%)

Το γενικό συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί από τον Πίνακα 6.5 είναι πως οι ερωτηθέντες φοβούνται μέτρια ή πολύ τον καρκίνο.

Οι ερωτηθέντες εκτός του χώρου της Υγείας φοβούνται τον καρκίνο περισσότερο από όσους εργάζονται στην Υγεία ( $p= 0,042$ ), όπως και οι γυναίκες εργαζόμενες στην Υγεία σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους ( $p = 0,029$ ). Καμία άλλη στατιστικώς σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε.

#### 6.4 Ικανοποίηση των συγγενών/φίλων από την παροχή υπηρεσιών

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα όσον αφορά την ικανοποίηση των συγγενών και φίλων ενός καρκινοπαθούς (αλλά όχι των ίδιων των καρκινοπαθών) από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό, τα μέσα διάγνωσης και θεραπείας και το κόστος (με παχιά γραμματοσειρά –bold– απεικονίζεται η επικρατούσα τιμή):

Πίνακας 6.6: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των συγγενών/φίλων καρκινοπαθών (N=315) από τους ιατρούς

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	10 (3,17%)	44 (13,97%)	78 (24,76%)	<b>125 (39,68%)</b>	58 (18,41%)
Γυναίκες	4 (2,25%)	28 (15,73%)	44 (24,72%)	<b>68 (38,2%)</b>	34 (19,1%)
Άνδρες	6 (4,62%)	16 (12,31%)	32 (24,62%)	<b>52 (40%)</b>	24 (18,46%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	6 (4,23%)	18 (12,68%)	36 (25,35%)	<b>56 (39,44%)</b>	26 (18,31%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	4 (2,31%)	26 (15,03%)	42 (24,28%)	<b>69 (39,88%)</b>	32 (18,5%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	2 (2,06%)	16 (16,49%)	30 (30,93%)	<b>35 (36,08%)</b>	14 (14,43%)
Γυναίκες στην Υγεία	2 (1,82%)	18 (16,36%)	26 (23,64%)	<b>46 (41,82%)</b>	18 (16,36%)
Άνδρες στην Υγεία	2 (3,45%)	8 (13,79%)	14 (24,14%)	<b>20 (34,48%)</b>	14 (24,14%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	10 (17,86%)	16 (28,57%)	<b>22 (39,29%)</b>	8 (14,29%)
Άνδρες στον καρκίνο	2 (5%)	6 (15%)	<b>14 (35%)</b>	12 (30%)	6 (15%)

Δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των υποομάδων και φαίνεται πως η εικόνα των ιατρών στους συγγενείς και φίλους των καρκινοπαθών είναι, γενικά, «θετική».

Πίνακας 6.7: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση συγγενών/φίλων καρκινοπαθών (N=297) από τους νοσηλευτές

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	4 (1,35%)	10 (3,37%)	84 (28,28%)	<b>124 (41,75%)</b>	75 (25,25%)
Γυναίκες	2 (1,19%)	6 (3,57%)	56 (33,33%)	<b>66 (39,29%)</b>	38 (22,62%)
Άνδρες	2 (1,64%)	4 (3,28%)	26 (21,31%)	<b>54 (44,26%)</b>	36 (29,51%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	2 (1,47%)	8 (5,88%)	42 (30,88%)	<b>54 (39,71%)</b>	30 (22,06%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	2 (1,24%)	2 (1,24%)	42 (26,09%)	<b>70 (43,48%)</b>	45 (27,95%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	26 (28,57%)	<b>40 (43,96%)</b>	25 (27,47%)
Γυναίκες στην Υγεία	2 (1,96%)	2 (1,96%)	32 (31,37%)	<b>42 (41,18%)</b>	24 (23,53%)
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	8 (14,81%)	<b>26 (48,15%)</b>	20 (37,04)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	<b>20 (38,46%)</b>	<b>20 (38,46%)</b>	12 (23,08%)
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	6 (15,79%)	<b>20 (52,63%)</b>	12 (31,58%)

Η εικόνα των νοσηλευτών στα μάτια των συγγενών και φίλων των καρκινοπαθών είναι, γενικά, «θετική».

Στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των υποομάδων, έστω και οριακά ενίοτε, παρατηρούνται μεταξύ ανδρών και γυναικών:

- στο σύνολο των ερωτηθέντων ( $p = 0,049$ ),
- στους επαγγελματίες υγείας ( $p = 0,006$ ) και
- στους επαγγελματίες του καρκίνου ( $p = 0,05$ ),

με τους άνδρες να δηλώνουν μία πιο «θετική» γνώμη σε σχέση με τις γυναίκες, αφού η απάντηση «ουδέτερη» γνώμη μεταξύ των γυναικών είναι ψηλά στις προτιμήσεις τους, σχεδόν όσο και η «θετική».

Πίνακας 6.8: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση συγγενών/φίλων καρκινοπαθών (N=271) από το παραϊατρικό προσωπικό

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	6 (2,21%)	8 (2,95%)	84 (31%)	<b>124 (45,76%)</b>	49 (18,08%)
Γυναίκες	4 (2,6%)	6 (3,9%)	48 (31,17%)	<b>70 (45,45%)</b>	26 (16,88%)
Άνδρες	2 (1,79%)	2 (1,79%)	34 (30,36%)	<b>52 (46,43%)</b>	22 (19,64%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	4 (3,33%)	6 (5%)	44 (36,67%)	<b>46 (38,33%)</b>	20 (16,67%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	2 (1,32%)	2 (1,32%)	40 (26,49%)	<b>78 (51,66%)</b>	25 (19,21%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	20 (22,99%)	<b>42 (48,28%)</b>	25 (28,74%)
Γυναίκες στην Υγεία	2 (2,13%)	2 (2,13%)	26 (27,66%)	<b>50 (53,19%)</b>	14 (14,89%)
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	12 (22,22%)	<b>28 (51,85%)</b>	14 (25,93%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	14 (29,17%)	<b>20 (41,67%)</b>	14 (29,17%)
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	6 (15,79%)	<b>22 (57,89%)</b>	10 (26,32%)

Η εικόνα του παραϊατρικού προσωπικού στους συγγενείς και φίλους των καρκινοπαθών είναι «θετική».

Στατιστικώς σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των επαγγελματιών Υγείας και όσων δεν εργάζονται στο χώρο της Υγείας ( $p = 0,016$ ), αφού οι πρώτοι έχουν πιο θετική γνώμη από ότι οι δεύτεροι. Αυτό γίνεται ακόμη εντονότερο ( $p < 0,001$ ) όταν γίνεται σύγκριση μεταξύ των επαγγελματιών στο χώρο του καρκίνου με αυτούς εκτός του χώρου της Υγείας.

Πίνακας 6.9: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση συγγενών/φίλων καρκινοπαθών (N=317) από την ύπαρξη και διάθεση των κατάλληλων μέσων διάγνωσης και θεραπείας

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	20 (6,31%)	64 (20,19%)	89 (28,08%)	<b>104 (32,81%)</b>	40 (12,62%)
Γυναίκες	10 (5,68%)	42 (23,86%)	<b>54 (30,68%)</b>	52 (29,55%)	18 (10,23%)
Άνδρες	8 (5,97%)	22 (16,42%)	32 (23,88%)	<b>50 (37,31%)</b>	22 (16,42%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	4 (2,78%)	34 (23,61%)	36 (25%)	<b>50 (34,72%)</b>	20 (13,89%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	16 (9,25%)	30 (17,34%)	53 (30,64%)	<b>54 (31,21%)</b>	10 (11,56%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	6 (6,06%)	20 (20,2%)	31 (31,31%)	<b>32 (32,32%)</b>	10 (10,1%)
Γυναίκες στην Υγεία	8 (7,41%)	20 (18,52%)	<b>36 (33,33%)</b>	34 (31,48%)	10 (9,26%)
Άνδρες στην Υγεία	6 (10%)	10 (16,67%)	14 (23,33%)	<b>20 (33,33%)</b>	10 (16,67%)
Γυναίκες στον καρκίνο	2 (3,57%)	12 (21,43%)	18 (32,14%)	<b>20 (35,71%)</b>	4 (7,14%)
Άνδρες στον καρκίνο	4 (9,52%)	8 (19,05%)	<b>12 (28,57%)</b>	<b>12 (28,57%)</b>	6 (14,29%)

Η εικόνα όσον αφορά την ικανοποίηση των συγγενών και φίλων των καρκινοπαθών από την ύπαρξη και διάθεση των κατάλληλων μέσων διάγνωσης και θεραπείας είναι γενικά «θετική», αν

και ο αριθμός των απαντήσεων «ουδέτερη» είναι, στις περισσότερες υποομάδες, πολύ κοντά σε αυτόν της «θετική».

Στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p = 0,022$ ) εμφανίζεται μεταξύ του συνόλου των ανδρών και των γυναικών (με τους άνδρες να είναι πιο ευχαριστημένοι), διαφορά που, όμως, εξαλείφεται όταν τα επαγγέλματα είναι είτε στο χώρο της Υγείας είτε στο χώρο του καρκίνου.

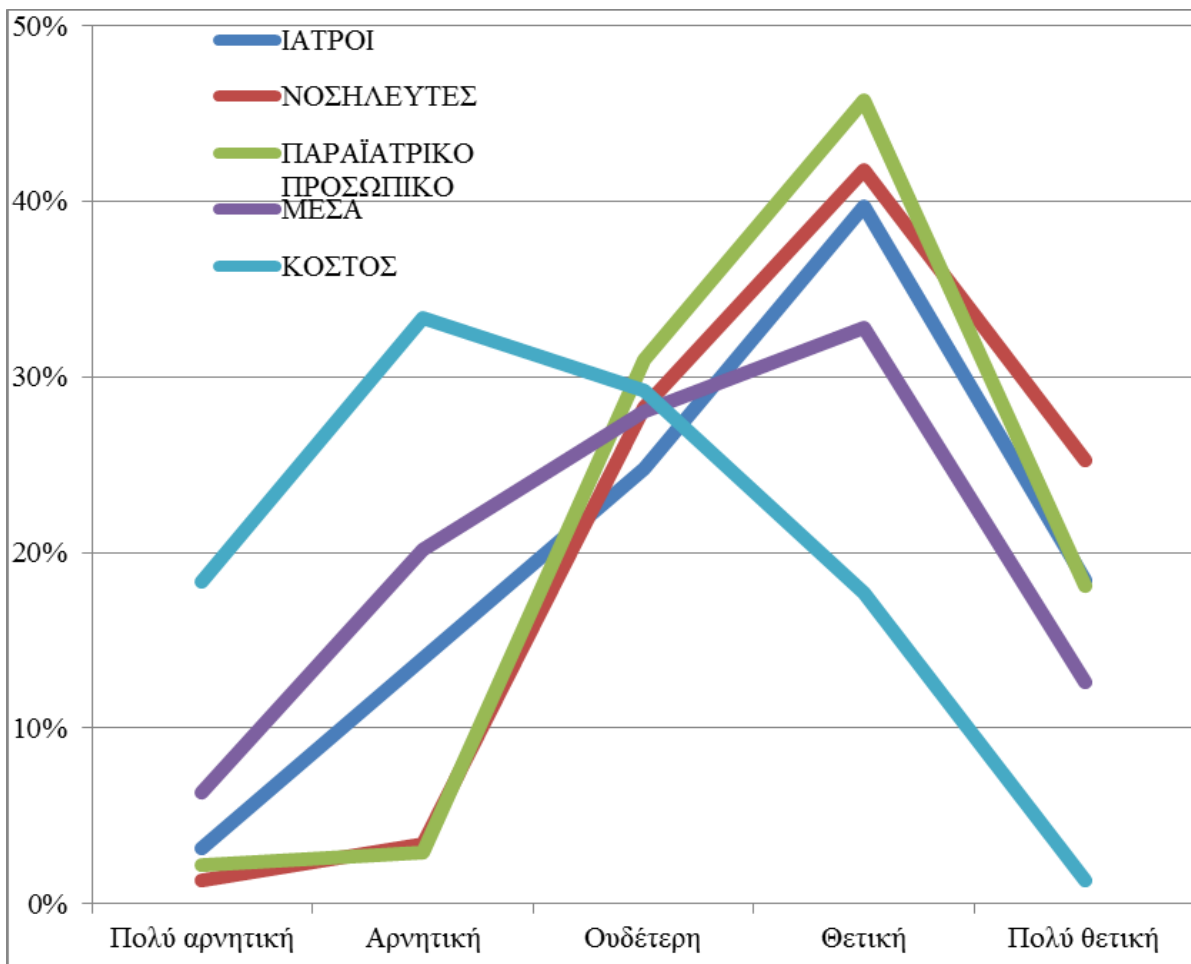
Οι Έλληνες που κατοικούν εκτός Ελλάδος ( $N=79$  για αυτήν την ερώτηση) δεν απήντησαν διαφορετικά από όσους κατοικούν εντός Ελλάδος σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο.

Πίνακας 6.10: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση συγγενών/φίλων καρκινοπαθών ( $N=294$ ) από το κόστος

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	54 (18,37%)	<b>98 (33,33%)</b>	86 (29,25%)	52 (17,69%)	4 (1,36%)
Γυναίκες	32 (19,28%)	<b>62 (37,35%)</b>	42 (25,3%)	26 (15,66%)	4 (2,41%)
Άνδρες	20 (16,39%)	34 (27,87%)	<b>44 (36,07%)</b>	24 (19,67%)	0 (0%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	22 (16,18%)	<b>52 (38,24%)</b>	36 (26,47%)	24 (17,65%)	2 (1,47%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	32 (20,25%)	46 (29,11%)	<b>50 (31,65%)</b>	28 (17,72%)	2 (1,27%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	18 (20%)	24 (26,67%)	<b>28 (31,11%)</b>	18 (20%)	2 (2,22%)
Γυναίκες στην Υγεία	24 (23,53%)	<b>32 (31,37%)</b>	26 (25,49%)	18 (17,65%)	2 (1,96%)
Άνδρες στην Υγεία	6 (11,54%)	12 (23,08%)	<b>24 (46,15%)</b>	10 (19,23%)	0 (0%)
Γυναίκες στον καρκίνο	<b>14 (25,93%)</b>	<b>14 (25,93%)</b>	12 (22,22%)	12 (22,22%)	2 (3,7%)
Άνδρες στον καρκίνο	4 (11,11%)	10 (27,78%)	<b>16 (44,44%)</b>	6 (16,67%)	0 (0%)

Η ικανοποίηση των συγγενών και φίλων των καρκινοπαθών από το κόστος της Υγείας βρίσκεται, γενικά, κάπου ανάμεσα στην «αρνητική» και στην «ουδέτερη». Παρόλ'αυτά, από τον Πίνακα 6.9 προκύπτει πως, με εξαίρεση την απάντηση «πολύ θετική», οι τέσσερις απαντήσεις από το «πολύ αρνητική» μέχρι το «θετική» συγκέντρωσαν την προτίμηση πολλών ατόμων, δηλαδή είναι σχεδόν ίσες στις περισσότερες υποομάδες. Αυτό εξηγεί και την απουσία στατιστικώς σημαντικών διαφορών μεταξύ των υποομάδων.

Ακολουθεί μία γραφική παράσταση των προηγούμενων μετρήσεων μόνο για το σύνολο των ερωτηθέντων (για πρακτικούς λόγους), όπου φαίνεται ξεκάθαρα η δυσaréσκεια των ερωτηθέντων από το κόστος:



Σχήμα 6.2: Αποτελέσματα για όλους τους συγγενείς και φίλους καρκινοπαθών όσον αφορά την ικανοποίησή τους από τις παροχές υπηρεσιών

Το σύνολο των ερωτηθέντων είχε καλύτερη γνώμη για τους νοσηλευτές από ότι για τους ιατρούς ( $p = 0,001$ ), ενώ άλλη στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού παραϊατρικού προσωπικού δεν βρέθηκε. Το σύνολο των ερωτηθέντων εξέφρασε χειρότερη γνώμη για το κόστος από ότι για κάθε άλλη κατηγορία ( $p < 0,001$ ).

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων με επάγγελμα εκτός του χώρου της Υγείας δεν εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αξιολόγηση των ιατρών, νοσηλευτών και λοιπού παραϊατρικού προσωπικού.

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων με επάγγελμα εντός του χώρου της Υγείας εμφανίζουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών ( $p = 0,001$ ) και



μεταξύ των ιατρών και του λοιπού παραϊατρικού προσωπικού ( $p = 0,018$ ), με τους ιατρούς να συγκεντρώνουν «χειρότερη» βαθμολογία στην ικανοποίηση σε σχέση με τους νοσηλευτές και το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό. Το φαινόμενο αυτό ενισχύεται στους ερωτηθέντες με επάγγελμα εντός του χώρου του καρκίνου ( $P < 0,001$  και στις δύο περιπτώσεις).

## 6.5 Ικανοποίηση των καρκινοπαθών από την παροχή υπηρεσιών

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα όσον αφορά την ικανοποίηση των ίδιων των καρκινοπαθών από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό, τα μέσα διάγνωσης και θεραπείας και το κόστος (με παχιά γραμματοσειρά –bold– απεικονίζεται η επικρατούσα τιμή). Οι στατιστικώς σημαντικές διαφορές που παρατηρούνται στους παρακάτω πίνακες ανά υποκατηγορία είναι μόλις τρεις (3), πολύ κοντά στο 0,05 και, κυρίως, μη μαθηματικά αποδεκτές, λόγω του πολύ μικρού αριθμού των μελών της συγκεκριμένης υποομάδας. Έτσι, δε θα γίνει αναφορά σε αυτές.

Πίνακας 6.11: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των καρκινοπαθών (N=24) από τους ιατρούς

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	0 (0%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	<b>10 (41,67%)</b>
Γυναίκες	0 (0%)	2 (14,29%)	2 (14,29%)	<b>6 (42,86%)</b>	4 (28,57%)
Άνδρες	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	2 (20%)	<b>6 (60%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	0 (0%)	2 (14,29%)	2 (14,29%)	<b>6 (42,86%)</b>	4 (28,57%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	0 (0%)	0 (0%)	2 (20,%)	2 (20%)	<b>4 (60%)</b>
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	2 (33,33%)	0 (0%)	<b>4 (66,67%)</b>
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (33,33%)	<b>4 (66,67%)</b>
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (100%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>

Η γνώμη των καρκινοπαθών για τους ιατρούς είναι, γενικά, «θετική» ή «πολύ θετική». Σημειωτέα είναι η μη ύπαρξη «πολύ αρνητικής» απάντησης.

Πίνακας 6.12: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των καρκινοπαθών  
(N=24) από τους νοσηλευτές

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	0 (0%)	0 (0%)	2 (8,33%)	10 (41,67%)	<b>12 (50%)</b>
Γυναίκες	0 (0%)	0 (0%)	2 (14,29%)	<b>6 (42,86%)</b>	<b>6 (42,86%)</b>
Άνδρες	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (40%)	<b>6 (60%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	0 (0%)	0 (0%)	2 (14,29%)	4 (28,57%)	<b>8 (57,14%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>6 (60%)</b>	2 (40%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (66,67%)</b>	2 (33,33%)
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (33,33%)	<b>4 (66,67%)</b>
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (100%)</b>	0 (0%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (100%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (100%)</b>	0 (0%)

Η γνώμη των καρκινοπαθών για τους νοσηλευτές είναι, γενικά, «θετική» ή «πολύ θετική». Σημειωτέα είναι η μη ύπαρξη «πολύ αρνητικής» ή «αρνητικής» απάντησης.

Πίνακας 6.13: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των καρκινοπαθών  
(N=24) από το παραϊατρικό προσωπικό

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	2 (8,33%)	2 (8,33%)	0 (0%)	<b>10 (41,67%)</b>	<b>10 (41,67%)</b>
Γυναίκες	2 (14,29%)	2 (14,29%)	0 (0%)	4 (28,57%)	<b>6 (42,86%)</b>
Άνδρες	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>6 (60%)</b>	4 (40%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	2 (14,29%)	2 (14,29%)	0 (0%)	4 (28,57%)	<b>6 (42,86%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>6 (60%)</b>	2 (40%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (66,67%)</b>	2 (33,33%)
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (33,33%)	<b>4 (66,67%)</b>
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (100%)</b>	0 (0%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (100%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (100%)</b>	0 (0%)

Οι καρκινοπαθείς αξιολογούν θετικά ή πολύ θετικά το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό. Σημειωτέα είναι η μη ύπαρξη «ουδέτερης» απάντησης.

Πίνακας 6.14: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των καρκινοπαθών (N=24) από τα μέσα διάγνωσης και θεραπείας

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	0 (0%)	4 (16,67%)	6 (25%)	6 (25%)	<b>8 (33,33%)</b>
Γυναίκες	0 (0%)	<b>4 (28,57%)</b>	2 (14,29%)	<b>4 (28,57%)</b>	<b>4 (28,57%)</b>
Άνδρες	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (40%)</b>	2 (20%)	<b>4 (40%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	0 (0%)	4 (28,57%)	4 (28,57%)	0 (0%)	<b>6 (42,86%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	<b>6 (60%)</b>	2 (20%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (33,33%)</b>	<b>2 (33,33%)</b>	<b>2 (33,33%)</b>
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>4 (66,67%)</b>	2 (33,33%)
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (100%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)

Τα μέσα διάγνωσης και θεραπείας αξιολογούνται από τους καρκινοπαθείς γενικά «ουδέτερα» ή «θετικά», αν και παρατηρούνται πολλές περιπτώσεις ισοκατανομής των απαντήσεων στις διάφορες κατηγορίες. Σημειωτέα είναι η μη ύπαρξη «πολύ αρνητικής» απάντησης.

Πίνακας 6.15: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των καρκινοπαθών (N=24) από το κόστος

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ουδέτερη	Θετική	Πολύ θετική
Σύνολο	2 (8,33%)	6 (25%)	<b>8 (33,33%)</b>	2 (8,33%)	6 (25%)
Γυναίκες	0 (0%)	4 (28,57%)	<b>6 (42,86%)</b>	0 (0%)	4 (28,57%)
Άνδρες	<b>2 (20%)</b>	<b>2 (20%)</b>	<b>2 (20%)</b>	<b>2 (20%)</b>	<b>2 (20%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	0 (0%)	4 (28,57%)	2 (14,29%)	2 (14,29%)	<b>6 (42,86%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	2 (20%)	2 (20%)	<b>6 (60%)</b>	0 (0%)	0 (0%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	2 (33,33%)	0 (0%)	<b>4 (66,67%)</b>	0 (0%)	0 (0%)
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	2 (33,33%)	<b>4 (66,67%)</b>	0 (0%)	0 (0%)
Άνδρες στην Υγεία	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)	0 (0%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	<b>2 (100%)</b>	0 (0%)	0 (0%)
Άνδρες στον καρκίνο	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)	<b>2 (50%)</b>	0 (0%)	0 (0%)

Στα μάτια των καρκινοπαθών το κόστος είναι, γενικά, «ουδέτερο». Σημειωτέα η μη ύπαρξη «θετικής» ή «πολύ θετικής» απάντησης από κανέναν επαγγελματία Υγείας.

Όπως ειπώθηκε στην αρχή αυτής της παραγράφου, το δείγμα είναι πολύ μικρό προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή στατιστικά συμπεράσματα μεταξύ των υποομάδων. Δεν ισχύει, όμως, κάτι τέτοιο και όσον αφορά το σύνολο των καρκινοπαθών (N = 24), όταν οι απαντήσεις τους συγκρίνονται με το σύνολο των συγγενών και φίλων (Κεφ. 6.5). Έτσι, οι καρκινοπαθείς

αξιολόγησαν πιο «θετικά» τους ιατρούς ( $p = 0,015$ ), τους νοσηλευτές ( $p = 0,002$ ), το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό ( $p = 0,025$ ), τα διαθέσιμα μέσα ( $p = 0,045$ ) και το κόστος ( $p = 0,018$ ) συγκριτικά με το σύνολο του πληθυσμού (βλ. Πίνακες 6.6 έως και 6.10).

## 6.6 Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση περιστατικών και αιτίες

Οι ερωτηθέντες που δήλωσαν πως γνωρίζουν τουλάχιστον ένα περιστατικό καρκίνου για το οποίο, ενώ υπήρχε θεραπεία, αυτή τελικά δεν εφαρμόστηκε φαίνονται στον κάτωθι Πίνακα:

Πίνακας 6.16: Αριθμός και ποσοστό ατόμων που δήλωσαν πως, ενώ υπήρχαν τρόποι αντιμετώπισης κάποιου καρκινοπαθή, αυτοί δεν εφαρμόστηκαν

<b>Ιδιότητες ερωτώμενων</b>	<b>N (%)</b>
Χωρίς επαγγελματική συνάφεια με το χώρο της υγείας ή του καρκίνου	149 (44,48%)
Στο χώρο της Υγείας	91 (50,84%)
Στο χώρο του καρκίνου	63 (63,64%)

Οι ανωτέρω διαφορές δεν είναι στατιστικώς σημαντικές στο επίπεδο 0,05.

Οι λόγοι για τους οποίους η θεραπεία δεν εφαρμόστηκε φαίνονται με σειρά προτεραιότητας και συγκεντρωτικά στον Πίνακα 6.17:

Πίνακας 6.17: Λόγοι για τους οποίους δεν εφαρμόστηκε κάποια θεραπεία σε καρκινοπαθή

Αιτίες	N (%)
Ο εν λόγω τρόπος αντιμετώπισης δεν εφαρμόζονταν/εφαρμόζεται ακόμη στον τόπο διαμονής του ασθενούς	75 (50,34%)
Υψηλό κόστος	74 (49,66%)
Σύμφωνα με τους ιατρούς, «ήταν ήδη πολύ αργά»	57 (38,26%)
Ο θεράπων ιατρός δεν ήθελε να εφαρμόσει τη συγκεκριμένη μέθοδο	52 (34,9%)
Επιλογή του ασθενούς	24 (16,11%)
Το νοσηλευτικό ίδρυμα ήταν πολύ μακριά από την οικία του ασθενούς	18 (12,08%)
Έλλειψη Τεχνολογίας και Προσωπικού	15 (10,07%)
Ιατρικό σφάλμα	7 (4,7%)
Δευτερεύοντα προβλήματα υγείας του ασθενούς	6 (4,03%)
Εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας	3 (2,01%)
Δεν επιθυμούσε η οικογένεια του ασθενούς	1 (0,67%)

\*: η άθροιση των ποσοστών υπερβαίνει το 100% λόγω του ότι οι ερωτώμενοι είχαν δικαίωμα επιλογής περισσότερων της μιας απαντήσεων.

## 6.7 Μετακίνηση σε άλλη πόλη ή χώρα

Στους Πίνακες 6.18, 6.19 και 6.20 αποτυπώνεται η κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων αναφορικά με το εάν έχει υποπέσει στην αντίληψή τους η πεποίθηση κάποιου καρκινοπαθή πως η μετακίνησή του σε άλλη πόλη (από τον τόπο κατοικίας του) ή σε άλλη χώρα θα επέφερε βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα για τον ίδιο (θεωρώντας πως αλλού η λήψη υγειονομικών φροντίδων θα ήταν αναβαθμισμένη) και κατά πόσο οι ίδιοι οι ερωτώμενοι συμφωνούν με αυτήν την άποψη αντίστοιχα:

Πίνακας 6.18: Κατανομή των απαντήσεων όσον αφορά τη γνώμη των ερωτηθέντων αναφορικά με τις πεποιθήσεις των καρκινοπαθών για μετακίνηση σε άλλη πόλη ή χώρα

<b>Μετακίνηση σε άλλη πόλη;</b>	<b>Άτομα</b>
Σύνολο	253 (80,32%)
Γυναίκες	150 (84,27%)
Άνδρες	98 (75,38%)
Στο χώρο της Υγείας	139 (80,35%)
Στο χώρο του καρκίνου	89 (91,75%)
Γυναίκες στο χώρο της Υγείας	88 (80%)
Άνδρες στο χώρο της Υγείας	48 (82,76%)
Γυναίκες στο χώρο του καρκίνου	52 (92,86%)
Άνδρες στο χώρο του καρκίνου	36 (90%)
<b>Μετακίνηση σε άλλη χώρα;</b>	<b>Άτομα</b>
Σύνολο	285 (90,48%)
Γυναίκες	162 (91,01%)
Άνδρες	116 (89,23%)
Στο χώρο της Υγείας	153 (88,44%)
Στο χώρο του καρκίνου	95 (97,94%)
Γυναίκες στο χώρο της Υγείας	90 (81,82%)
Άνδρες στο χώρο της Υγείας	57 (98,28%)
Γυναίκες στο χώρο του καρκίνου	50 (89,29%)
Άνδρες στο χώρο του καρκίνου	39 (97,5%)

Από τον Πίνακα 6.18 φαίνεται πως περισσότεροι από τέσσερεις στους πέντε ερωτηθέντες γνωρίζουν κάποιον καρκινοπαθή που θεωρούσε πως η μετακίνησή του σε άλλη πόλη θα επέφερε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, ενώ αυτό το ποσοστό αυξάνει ακόμη περισσότερο όσον αφορά τη μετακίνησή του σε άλλη χώρα.

Πίνακας 6.19: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων (N = 387) αναφορικά με το κατά πόσο η μετακίνηση σε άλλη πόλη θα έχει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα

Ιδιότητες ερωτώμενων	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Σύνολο	30 (7,75%)	24 (6,2%)	34 (8,79%)	116 (29,97%)	<b>183 (47,29%)</b>
Γυναίκες	20 (9,17%)	16 (7,34%)	20 (9,17%)	52 (23,85%)	<b>110 (50,46%)</b>
Άνδρες	10 (6,25%)	8 (5%)	12 (7,5%)	62 (38,75%)	<b>68 (42,5%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	16 (8,79%)	8 (4,4%)	12 (6,59%)	58 (31,87%)	<b>88 (48,35%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	14 (6,83%)	16 (7,8%)	22 (10,73%)	<b>58 (28,29%)</b>	53 (46,34%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	6 (5,04%)	10 (8,4%)	10 (8,4%)	40 (33,61%)	<b>53 (44,54%)</b>
Γυναίκες στην Υγεία	10 (7,69%)	12 (9,23%)	16 (12,31%)	32 (24,62%)	<b>60 (46,15%)</b>
Άνδρες στην Υγεία	4 (5,71%)	4 (5,71%)	6 (8,57%)	24 (34,29%)	<b>32 (45,71%)</b>
Γυναίκες στον καρκίνο	4 (5,88%)	8 (11,76%)	6 (8,82%)	20 (29,41%)	<b>30 (44,12%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	2 (4%)	2 (4%)	4 (8%)	20 (40%)	<b>22 (44%)</b>

Πίνακας 6.20: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων (N = 387) αναφορικά με το κατά πόσο η μετακίνηση σε άλλη χώρα θα έχει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα

Ιδιότητες ερωτώμενων	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Σύνολο	40 (10,34%)	38 (9,82%)	70 (18,09%)	100 (25,84%)	<b>139 (35,92%)</b>
Γυναίκες	26 (11,93%)	22 (10,09%)	46 (21,1%)	54 (24,77%)	<b>70 (32,11%)</b>
Άνδρες	14 (8,75%)	16 (10,%)	20 (12,5%)	46 (28,75%)	<b>64 (40,%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	16 (8,79%)	14 (7,69%)	22 (12,09%)	44 (24,18%)	<b>86 (47,25%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	24 (11,71%)	24 (11,71%)	48 (23,41%)	<b>56 (27,32%)</b>	27 (25,85%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	12 (10,08%)	16 (13,45%)	<b>36 (30,25%)</b>	28 (23,53%)	27 (22,69%)
Γυναίκες στην Υγεία	18 (13,85%)	14 (10,77%)	<b>36 (27,69%)</b>	32 (24,62%)	30 (23,08%)
Άνδρες στην Υγεία	6 (8,57%)	10 (14,29%)	10 (14,29%)	<b>24 (34,29%)</b>	20 (28,57%)
Γυναίκες στον καρκίνο	8 (11,76%)	10 (14,71%)	<b>28 (41,18%)</b>	10 (14,71%)	12 (17,65%)
Άνδρες στον καρκίνο	4 (8%)	6 (12%)	8 (16%)	<b>18 (36%)</b>	14 (28%)

Από τους Πίνακες 6.19 και 6.20 προκύπτει πως μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με την άποψη πως η μετακίνηση καρκινοπαθών σε άλλη πόλη (για τη λήψη αναγκαίων/ αναβαθμισμένων φροντίδων υγείας) επιφέρει βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των διμεταβλητών αναλύσεων βρέθηκε ότι τα άτομα τα οποία δεν έχουν επαγγελματική δραστηριοποίηση στο χώρο της Υγείας παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με την άποψη ότι η μετακίνηση κάποιου καρκινοπαθή σε άλλη χώρα μπορεί να επιφέρει βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονται στο χώρο της υγείας ( $p < 0,001$ ). Το ίδιο βρέθηκε και για:

- τα άτομα εκτός του τομέα της Υγείας και εντός του καρκίνου ( $p < 0,001$ ),
- τους άνδρες και τις γυναίκες ( $p = 0,045$ ) και
- τους άνδρες και γυναίκες με επάγγελμα στον τομέα του καρκίνου ( $p = 0,015$ ) – κάτι που δεν ισχύει μεταξύ των ανδρών και γυναικών με επάγγελμα στο χώρο της Υγείας.

Όσον αφορά τη σύγκριση των απαντήσεων μεταξύ της μετακίνησης σε άλλη πόλη και της μετακίνησης σε άλλη χώρα, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά σε όλες τις υποομάδες ( $p < 0,001$ ), εκτός από τους άνδρες ως σύνολο, με τη μετακίνηση σε άλλη πόλη να υπερτερεί της μετακίνησης σε άλλη χώρα.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων αναφορικά με το σε ποια χώρα θεωρούν πως η θεραπεία ενός καρκινοπαθή μπορεί να αποδώσει καλύτερα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.21:

Πίνακας 6.21: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων ( $N = 387$ ) αναφορικά με τις χώρες όπου η θεραπεία του καρκίνου αποδίδει καλύτερα

<b>Χώρα</b>	<b>N (%)</b>
ΗΠΑ	197 (50,9%)
Ηνωμένο Βασίλειο	119 (30,75%)
Γερμανία	109 (28,17%)
Γαλλία	57 (14,73%)
Σουηδία	41 (10,59%)
Ολλανδία	27 (6,98%)
Ελλάδα	23 (5,94%)
Ελβετία	23 (5,94%)
Βέλγιο	21 (5,43%)
"Ευρωπαϊκές" χώρες	12 (3,1%)
Καναδάς	10 (2,58%)
Ιταλία	10 (2,58%)
Φινλανδία	7 (1,81%)
Νορβηγία	7 (1,81%)
Αυστραλία	6 (1,55%)
Ρωσία	6 (1,55%)
Αυστρία	4 (1,03%)
Άλλες	7 (1,81%)
"Εξαρτάται από το είδος του καρκίνου"*	8 (2,07%)
"Εκεί που δεν υπάρχουν ουρές στο σύστημα Υγείας και τα νοσοκομεία έχουν κατάλληλο εξοπλισμό"*	8 (2,07%)

\*: «αυθόρμητες» απαντήσεις



Άξιο λόγου, όσον αφορά τον Πίνακα 7.20, είναι το γεγονός πως περίπου οι μισοί από τους ερωτώμενους δήλωσαν τις ΗΠΑ ως την καταλληλότερη χώρα προκειμένου κάποιος καρκινοπαθής να λάβει αναβαθμισμένες φροντίδες με διαφορά από τη δεύτερη θέση, αλλά και το ότι η Ελλάδα βρίσκεται απρόσμενα υψηλά (7<sup>η</sup> θέση).

## 6.8 Απόψεις των ερωτώμενων αναφορικά με την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός Ευρωπαϊκού Οργανισμού Στρατηγικού Σχεδιασμού κατά του Καρκίνου

Στους Πίνακες 6.22 έως 6.24 αποτυπώνονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός Ευρωπαϊκού Οργανισμού Στρατηγικού Σχεδιασμού κατά του Καρκίνου (ΕΟΣΣΚ) για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του καρκίνου σε Πανευρωπαϊκό επίπεδο (με παχιά γραμματοσειρά –bold– απεικονίζεται η επικρατούσα τιμή):

Πίνακας 6.22: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων (N = 386) αναφορικά με την εκτίμηση της έκβασης της θεραπείας καρκίνου (N = 386) εάν υπήρχε ο ΕΟΣΣΚ

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ χειρότερη	Χειρότερη	Ίδια	Καλύτερη	Πολύ καλύτερη
Σύνολο	0 (0%)	16 (4,15%)	72 (18,65%)	<b>220 (56,99%)</b>	78 (20,21%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	0 (0%)	6 (2,94%)	34 (16,67%)	<b>132 (64,71%)</b>	32 (15,69%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	22 (18,64%)	<b>76 (64,41%)</b>	20 (16,95%)
Επάγγελμα εκτός Υγείας	0 (0%)	10 (5,49%)	38 (20,88%)	<b>88 (48,35%)</b>	46 (25,27%)
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	4 (3,08%)	20 (15,38%)	<b>82 (63,08%)</b>	24 (18,46%)
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	2 (2,86%)	12 (17,14%)	<b>48 (68,57%)</b>	8 (11,43%)
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	16 (23,53%)	<b>38 (55,88%)</b>	14 (20,59%)
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	6 (12%)	<b>38 (76%)</b>	6 (12%)

Πίνακας 6.23: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων (N = 204\*) αναφορικά με την επιθυμία τους για την ύπαρξη του ΕΟΣΣΚ

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητικό	Αρνητικό	Ούτε αρνητικό/ούτε θετικό	Θετικό	Πολύ θετικό
Επάγγελμα εντός Υγείας	0 (0%)	2 (0,98%)	12 (5,88%)	90 (44,12%)	<b>100 (49,02%)</b>
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	2 (1,69%)	8 (6,78%)	<b>56 (47,46%)</b>	52 (44,07%)
Γυναίκες στην Υγεία	0 (0%)	2 (1,54%)	4 (3,08%)	<b>68 (52,31%)</b>	56 (43,08%)
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	8 (11,43%)	20 (28,57%)	<b>42 (60%)</b>
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	2 (2,94%)	4 (5,88%)	<b>40 (58,82%)</b>	22 (32,35%)
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	4 (8%)	16 (32%)	<b>30 (60%)</b>

\*: η ερώτηση απευθύνονταν μόνο στους επαγγελματίες Υγείας

Στους Πίνακες 6.22 και 6.23 παρατηρούμε πως η άποψη των ερωτηθέντων όσον αφορά την έκβαση της θεραπείας του καρκίνου, εάν αυτή ελέγχονταν κεντρικά από τον ΕΟΣΣΚ είναι θετική. Μάλιστα, οι ερωτηθέντες θεωρούν θετικό και πολύ θετικό το υποθετικό γεγονός της ύπαρξης ενός «υπερυπουργείου» της ΕΕ κατά του καρκίνου.

Στον Πίνακα 6.22 δεν παρατηρείται ουδεμία στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις μεταξύ των υποομάδων, ενώ στον Πίνακα 6.23 οι άνδρες με επάγγελμα εντός του χώρου του καρκίνου είναι πιο θετικοί (με στατιστικώς σημαντική διαφορά –  $p= 0,007$ ) σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους.

Ομαδοποιώντας τους ερωτηθέντες σε «μη καρκινοπαθείς» και «καρκινοπαθείς» προκύπτει ο κάτωθι Πίνακας:

Πίνακας 6.24: Κατανομή των απαντήσεων των καρκινοπαθών και μη (N = 24 και 340 αντίστοιχα) αναφορικά με την εκτίμηση της έκβασης της θεραπείας του καρκίνου εάν υπήρχε ο ΕΟΣΣΚ

Ιδιότητες ερωτώμενων	Πολύ αρνητικό	Αρνητικό	Ούτε αρνητικό/ούτε θετικό	Θετικό	Πολύ θετικό
Μη καρκινοπαθείς	0 (0%)	12 (3,53%)	68 (20%)	192 (56,47%)	68 (20%)
Καρκινοπαθείς	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (66,67%)	8 (33,33%)

Από τον ανωτέρω Πίνακα προκύπτει πως οι καρκινοπαθείς θεωρούν πως η θεραπεία θα ήταν καλύτερη εάν υπήρχε ο ΕΟΣΣΚ σε σχέση με τους μη καρκινοπαθείς ( $p = 0,008$ ). Παρεμπιπτόντως όσοι απέφυγαν να δηλώσουν κατά πόσο πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο δεν συμπεριελήφθησαν ούτε στους καρκινοπαθείς ούτε στους μη καρκινοπαθείς.

## 6.9 Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων της αδυναμίας εύρεσης λύσης για τον καρκίνο

Στον Πίνακα 6.25 παρουσιάζονται οι αποψεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την αδυναμία εύρεσης λύσης δραστικής θεραπείας του καρκίνου (με παχιά γραμματοσειρά –bold– απεικονίζονται οι δύο επικρατέστερες απόψεις ανά υποομάδα):

Πίνακας 6.25α: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων (N = 387) αναφορικά με τις αιτίες που η λύση για τη θεραπεία του καρκίνου δεν έχει βρεθεί ακόμη

Ιδιότητες Ερωτώμενων	Η λύση είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί	Ο κάθε καρκίνος είναι ξεχωριστός και διαφορετικός, οπότε χρειάζεται να βρεθεί μία λύση ανά καρκίνο	Λόγω οικονομικών συμφερόντων	Λόγω ελλιπούς έρευνας
Σύνολο	98 (25,32%)	<b>238 (61,5%)</b>	<b>210 (54,26%)</b>	56 (14,47%)
Επάγγελμα στο χώρο της Υγείας	60 (29,27%)	<b>118 (57,56%)</b>	<b>110 (53,66%)</b>	26 (12,68%)
Επάγγελμα στο χώρο του καρκίνου	32 (26,89%)	<b>76 (63,87%)</b>	<b>60 (50,42%)</b>	16 (13,45%)
Επάγγελμα εκτός του χώρου της Υγείας	38 (20,88%)	<b>120 (65,93%)</b>	<b>100 (54,95%)</b>	30 (16,48%)
Γυναίκες στο χώρο της Υγείας	32 (24,06%)	<b>68 (51,13%)</b>	<b>70 (52,63%)</b>	12 (9,02%)
Άνδρες στο χώρο της Υγείας	26 (36,11%)	<b>50 (69,44%)</b>	<b>36 (50,%)</b>	14 (19,44%)
Γυναίκες στο χώρο του καρκίνου	14 (20,29%)	<b>42 (60,87%)</b>	<b>34 (49,28%)</b>	6 (8,7%)
Άνδρες στο χώρο του καρκίνου	0 (0%)	<b>34 (68%)</b>	<b>26 (52%)</b>	10 (20%)

Πίνακας 6.25β: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων (N = 387) αναφορικά με τις αιτίες που η λύση για τη θεραπεία του καρκίνου δεν έχει βρεθεί ακόμη

Ιδιότητες Ερωτώμενων	Η έρευνα δε γίνεται πάντα προς τη σωστή κατεύθυνση	Λόγω κατακερματισμού της έρευνας	Ο καρκίνος είναι μία φυσιολογική διαδικασία του σώματος, με αποτέλεσμα η θεραπεία του να είναι αδύνατη	Λόγω έλλειψης μίας κεντρικής βάσης δεδομένων με όλους τους καρκινοπαθείς και τις εκβάσεις αυτών
Σύνολο	90 (23,26%)	122 (31,52%)	22 (5,68%)	162 (41,86%)
Επάγγελμα στο χώρο της Υγείας	52 (25,37%)	76 (37,07%)	12 (5,85%)	80 (39,02%)
Επάγγελμα στο χώρο του καρκίνου	32 (26,89%)	40 (33,61%)	10 (8,4%)	38 (31,93%)
Επάγγελμα εκτός του χώρου της Υγείας	38 (20,88%)	46 (25,27%)	10 (5,49%)	82 (45,05%)
Γυναίκες στο χώρο της Υγείας	28 (21,05%)	44 (33,08%)	6 (4,51%)	54 (40,6%)
Άνδρες στο χώρο της Υγείας	24 (33,33%)	30 (41,67%)	6 (8,33%)	24 (33,33%)
Γυναίκες στο χώρο του καρκίνου	12 (17,39%)	18 (26,09%)	6 (8,7%)	22 (31,88%)
Άνδρες στο χώρο του καρκίνου	20 (40%)	22 (44%)	4 (8%)	16 (32%)

Λίγοι ερωτηθέντες συμπλήρωσαν το πεδίο «άλλο» (με ελεύθερο κείμενο). Οι ξεχωριστές απαντήσεις που καταγράφηκαν σε αυτό το πεδίο ήταν:

- «Η έρευνα έχει βρει λύσεις αλλά όχι αρκετές ακόμα»,
- «Ο καρκίνος πρέπει να αντιμετωπιστεί προληπτικά και είναι ένα σημάδι των υπερβολικά συσσωρευμένων τοξινών, κάτι που πρέπει να αντιμετωπιστεί ως αιτία πλέον και όχι ως συμπτωματική προσέγγιση»,
- «Έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες»,
- «Θα πρέπει ίσως να στραφούμε στον έλεγχο/χειρισμό των γονιδίων» και
- «Μεγάλο χρονικό διάστημα για την υλοποίηση μίας νέας πειραματικής θεραπείας και την εξαγωγή συμπερασμάτων».

Από τον Πίνακα 6.25 προκύπτει πως όλες οι υποομάδες θεωρούν ως κυριότερη αιτία για τη μη εύρεση λύσης το ότι ο κάθε καρκίνος είναι ξεχωριστός και διαφορετικός, οπότε χρειάζεται να βρεθεί μία λύση ανά καρκίνο, αλλά και λόγω οικονομικών συμφερόντων.

## 6.10 ΕΕ και καρκίνος

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την αναγκαιότητα συστηματικότερης συμμετοχής της ΕΕ στην προσπάθεια αντιμετώπισης του καρκίνου αποτυπώνονται στους πίνακες (με παχιά γραμματοσειρά –bold– απεικονίζεται η επικρατούσα τιμή):

Πίνακας 6.26: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων (N = 386) αναφορικά με τη χρηματοδότηση της θεραπείας και αποκατάστασης του καρκίνου μέσω της ΕΕ

Ιδιότητες Ερωτώμενων	Ούτε				
	Πολύ αρνητικό	Αρνητικό	αρνητικό/ούτε θετικό	Θετικό	Πολύ θετικό
Σύνολο	6 (1,55%)	2 (0,52%)	48 (12,44%)	<b>166 (43,01%)</b>	164 (42,49%)
Επάγγελμα εντός Υγείας	4 (1,96%)	0 (0%)	22 (10,78%)	<b>92 (45,1%)</b>	86 (42,16%)
Επάγγελμα εντός καρκίνου	0 (0%)	0 (0%)	18 (15,25%)	44 (37,29%)	<b>56 (47,46%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	2 (1,1%)	2 (1,1%)	26 (14,29%)	74 (40,66%)	<b>78 (42,86%)</b>
Γυναίκες στην Υγεία	4 (3,08%)	0 (0%)	12 (9,23%)	<b>60 (46,15%)</b>	54 (41,54%)
Άνδρες στην Υγεία	0 (0%)	0 (0%)	10 (14,29%)	<b>30 (42,86%)</b>	<b>30 (42,86%)</b>
Γυναίκες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	10 (14,71%)	28 (41,18%)	<b>30 (44,12%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	0 (0%)	0 (0%)	8 (16%)	16 (32%)	<b>26 (52%)</b>

Πίνακας 6.27: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων (N = 384) αναφορικά με την ενασχόληση της ΕΕ με τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα των ιαθέντων καρκινοπαθών

Ιδιότητες Ερωτώμενων	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Σύνολο	8 (2,08%)	4 (1,04%)	32 (8,33%)	148 (38,54%)	<b>192 (50%)</b>
Επάγγελμα εντός Υγείας	8 (3,96%)	2 (,99%)	14 (6,93%)	84 (41,58%)	<b>94 (46,53%)</b>
Επάγγελμα εντός καρκίνου	6 (5,17%)	2 (1,72%)	8 (6,9%)	36 (31,03%)	<b>64 (55,17%)</b>
Επάγγελμα εκτός Υγείας	0 (0%)	2 (1,1%)	18 (9,89%)	64 (35,16%)	<b>98 (53,85%)</b>
Γυναίκες στην Υγεία	6 (4,69%)	2 (1,56%)	8 (6,25%)	52 (40,63%)	<b>60 (46,88%)</b>
Άνδρες στην Υγεία	2 (2,86%)	0 (0%)	6 (8,57%)	30 (42,86%)	<b>32 (45,71%)</b>
Γυναίκες στον καρκίνο	4 (6,06%)	2 (3,03%)	4 (6,06%)	20 (30,3%)	<b>36 (54,55%)</b>
Άνδρες στον καρκίνο	2 (4%)	0 (0%)	4 (8%)	16 (32%)	<b>28 (56%)</b>

Από τους Πίνακες 6.26 και 6.27 προκύπτει πως οι ερωτηθέντες θεωρούν πως η χρηματοδότηση της θεραπείας και αποκατάστασης του καρκίνου από την ΕΕ είναι κάτι το «θετικό» ή «πολύ

θετικό», ενώ η ΕΕ θα έπρεπε να ασχοληθεί με τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα των καρκινοπαθών σε μεγάλο βαθμό.

Στους Πίνακες 6.26 και 6.27 δεν παρατηρείται καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των διαφόρων υποομάδων.

Εάν γίνει, όπως και στον Πίνακα 6.24, ομαδοποίηση των ερωτώμενων σε καρκινοπαθείς και μη καρκινοπαθείς, τότε προκύπτει ο κάτωθι Πίνακας:

Πίνακας 6.28: Κατανομή των απαντήσεων των καρκινοπαθών και μη (N = 24 και 340 αντίστοιχα) αναφορικά με την ενασχόληση της ΕΕ με τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα των ιαθέντων καρκινοπαθών

<b>Ιδιότητες Ερωτώμενων</b>	Πολύ αρνητικό	Αρνητικό	Ούτε αρνητικό/ούτε θετικό	Θετικό	Πολύ θετικό
Μη καρκινοπαθείς	8 (2,35%)	4 (1,18%)	26 (7,65%)	130 (38,23%)	172 (50,59%)
Καρκινοπαθείς	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (33,33%)	16 (66,67%)

Στον Πίνακα 6.28 δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των καρκινοπαθών και μη καρκινοπαθών. Παρεμπιπτόντως όσοι απέφυγαν να δηλώσουν κατά πόσο πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο δεν συμπεριελήφθησαν ούτε στους καρκινοπαθείς ούτε στους μη καρκινοπαθείς.

## 7ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έκπληξη προξενεί το γεγονός πως περίπου ένας στους επτά δε γνωρίζει κάποιο άτομο με καρκίνο, παρά την εξαιρετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης της νόσου [25-27]. Αυτό μπορεί εν μέρει να είναι τυχαίο, αλλά δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός πως ακόμη και στις μέρες μας ο καρκίνος δεν είναι μία νόσος που ανακοινώνεται με ευκολία στον περίγυρο, είτε από τον ίδιο τον καρκινοπαθή είτε από τους πολύ κοντινούς του ανθρώπους [172], με αποτέλεσμα να είναι πολύ πιθανό σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες να είχαν κάποιον καρκινοπαθή στον περίγυρό τους, αλλά να μην το γνώριζαν.

Όσον αφορά το φόβο για τον καρκίνο, μοιάζει λογικό το ότι παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και μη, αφού οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι πιο εξοικειωμένοι με τη νόσο, αλλά και την ύπαρξη θεραπειών με θετικά αποτελέσματα. Παρόλ'αυτά, παρατηρείται μία μεταστροφή «προς το φόβο», πιθανότατα λόγω αυξημένης ενημέρωσης, αφού 30 χρόνια πριν το ποσοστό όσων φοβόταν τον καρκίνο ήταν μόλις στο 18% [173] ενώ στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ένα ποσοστό της τάξης του 25-30% (Πίνακας 6.5). Ακόμη και έτσι, όμως, ο φόβος για τον καρκίνο κρίνεται σχετικά χαμηλός, ίσως γιατί η Ελλάδα δε διαθέτει μεγάλα εργοστάσια παραγωγής καρκινογόνων λυμάτων (π.χ.: πυρηνικής ενέργειας), αφού έχει αποδειχθεί πως ο φόβος για τον καρκίνο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτό [174]. Πάντως, αυτό που προξενεί έκπληξη είναι πως οι καρκινοπαθείς δε φοβούνται τον καρκίνο περισσότερο από τους μη καρκινοπαθείς, κάτι που αντιβαίνει στις (παλαιότερες) μετρήσεις επί του θέματος [175, 176].

Αναφορικά με την ικανοποίηση των συγγενών και φίλων των καρκινοπαθών από το προσωπικό, τα διαθέσιμα μέσα και το κόστος, υπενθυμίζεται (Πίνακας 5.2) πως οι απαντήσεις για την ικανοποίηση από τους νοσηλευτές και το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό έχουν αμφίβολη στατιστική ισχύ. Αρχικά, θα επιχειρηθεί να εξηγηθεί η μεγαλύτερη ικανοποίηση από το παραϊατρικό προσωπικό όσων εργάζονται στην Υγεία σε σχέση με τους εργαζόμενους εκτός του χώρου της Υγείας και από όσους εργάζονται σε υπηρεσίες διαχείρισης/αντιμετώπισης του καρκίνου σε σχέση με το «λοιπό» προσωπικό Υγείας. Αυτό, λοιπόν, πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι το 74% περίπου όσων απήντησαν πως το επάγγελμά τους είναι στο χώρο του

καρκίνου ανήκουν στα παραϊατρικά επαγγέλματα και, άρα, απλώς «υποστηρίζουν» τους συναδέλφους τους [177,178]. Όσον αφορά το φαινόμενο της μικρότερης ικανοποίησης από τους ιατρούς σε σχέση με τους νοσηλευτές (παρότι και οι δύο ομάδες συγκεντρώνουν θετικές απαντήσεις), αυτό δεν προξενεί εντύπωση αφού οι νοσηλευτές βρίσκονται συνήθως πιο κοντά στους ασθενείς σε σύγκριση με τους ιατρούς και επίσης θεωρούνται (από τους ασθενείς) πιο οικεία πρόσωπα, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και εξηγηθεί στο παρελθόν [179].

Αυτό, όμως, που προξενεί εντύπωση είναι η αρνητική γνώμη των συγγενών και φίλων των καρκινοπαθών όσον αφορά το κόστος του καρκίνου, εν αντιθέσει μάλιστα με τους ίδιους τους καρκινοπαθείς. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι καρκινοπαθείς «αδιαφορούν» για το κόστος εξαιτίας της οικονομικής κάλυψής τους από την κοινωνική ασφάλιση [180], αλλά και από το ότι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν πολλά υπό το φόβο της σοβαρότητας της νόσου [181]. Τέλος, άξιο λόγου είναι το γεγονός πως οι συγγενείς και φίλοι των καρκινοπαθών θεωρούν την ύπαρξη και διάθεση των κατάλληλων μέσων διάγνωσης και θεραπείας ικανοποιητική, εν αντιθέσει με τη γενικότερη αίσθηση που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ([182-184]). Όσον αφορά την ικανοποίηση των ίδιων των καρκινοπαθών από το προσωπικό, τα διαθέσιμα μέσα και το κόστος, δε θα πρέπει να προξενεί έκπληξη το γεγονός ότι η ικανοποίησή τους είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους συγγενείς και φίλους, όχι μόνο γιατί αυτό έχει αποδειχθεί και στο παρελθόν [185], αλλά και γιατί στις μέρες μας οι καρκινοπαθείς έχουν (ή νομίζουν πως έχουν) μεγαλύτερο έλεγχο επί των διαθέσιμων μεθόδων θεραπειών και περισσότερη ενημέρωση, και, άρα, επαφή, με το προσωπικό [186].

Περίπου οι μισοί ερωτώμενοι (Πίνακας 6.16), δήλωσαν πως γνωρίζουν κάποιο περιστατικό καρκίνου που, ενώ υπήρχαν τρόποι αντιμετώπισης του, αυτοί δεν εφαρμόστηκαν. Μάλιστα, το εν λόγω ποσοστό αυξάνει όσο περισσότερο το επάγγελμα του ερωτώμενου σχετίζεται με τη διαχείριση του καρκίνου. Αυτό είναι αναμενόμενο, αφού οι επαγγελματίες Υγείας και, δη, όσοι ασχολούνται με τον καρκίνο είναι περισσότερο ενημερωμένοι για κάποια θεραπεία, η οποία όμως δεν εφαρμόζεται ακόμη στον τόπο κατοικίας του περιστατικού, αλλά και για το (υψηλό) κόστος αυτής (δύο λόγοι που συγκέντρωσαν περίπου το 50% των απαντήσεων). Από την άλλη, δε θα πρέπει να αποτελεί έκπληξη το γεγονός πως σχεδόν το 40% δήλωσε πως το περιστατικό



παρουσιάστηκε στον θεράπων ιατρό όταν ο καρκίνος ήταν ήδη σε προχωρημένο στάδιο, όπως προειπώθηκε [37].

Αυτό, όμως, το οποίο όντως προξενεί έκπληξη είναι πως περισσότεροι από το 1/3 των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ήταν ο θεράπων ιατρός που δεν ήθελε να εφαρμόσει τη μέθοδο. Αυτό δείχνει δύο αρνητικά στοιχεία: α) ενώ οι συγγενείς και φίλοι του καρκινοπαθή, αλλά και ο ίδιος ο καρκινοπαθής, έχουν διαφορετική γνώμη για τη θεραπευτική αντιμετώπιση και, άρα, ο βαθμός εμπιστοσύνης τους προς τον ιατρό φθίνει, β) επιλέγουν να μην αλλάξουν ιατρό. Το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς τον θεράποντα ιατρό είναι κρίσιμο [187-191], αλλά όσο και αν αναζητήθηκαν επιστημονικά άρθρα για τη συχνότητα αλλαγής του θεράποντα ιατρού από τους καρκινοπαθείς δε κατέστη εφικτό να βρεθεί ούτε ένα, ίσως ακριβώς γιατί (σχεδόν) κανείς καρκινοπαθής δεν άλλαξε ποτέ το θεράποντα ιατρό του, παρά τις συνεχώς αυξανόμενες περιπτώσεις όπου οι ασθενείς επιζητούν και μία «δεύτερη γνώμη», αφού μετά από την τελευταία εμπιστεύονται και πάλι τον αρχικό θεράποντα ιατρό [192-194]. Έτσι, ίσως αξίζει να γίνει μία μελέτη αναφορικά με τη συχνότητα αλλαγής του θεράποντα ιατρού από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου μέχρι και κάποια χρόνια μετά (ή το θάνατο – ό,τι έρθει πρώτο), σε συνδυασμό πάντα με την έκβαση και την εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του.

Περισσότεροι από τέσσερεις στους πέντε ερωτηθέντες δηλώνουν πως γνωρίζουν καρκινοπαθείς που θεωρούσαν πως η έκβαση της θεραπείας τους θα ήταν καλύτερη εάν μετακινούνταν σε άλλη πόλη. Μάλιστα, αυτό το ποσοστό γίνεται μεγαλύτερο όσον αφορά την πίστη του καρκινοπαθή πως η έκβαση θα ήταν καλύτερη σε άλλη χώρα. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες θεωρούν πως η έκβαση σε άλλη πόλη θα ήταν όντως καλύτερη (υπενθυμίζεται ότι οι απαντήσεις για τη μετακίνηση σε άλλη πόλη έχουν αμφίβολη στατιστική ισχύ – Πίνακας 5.2), αλλά όχι τόσο σε άλλη χώρα. Μάλιστα, όσο περισσότερο το επάγγελμα σχετίζεται με την αντιμετώπιση του καρκίνου, τόσο μειώνεται η αίσθηση πως η μετακίνηση σε άλλη χώρα παίζει τον οποιοδήποτε ρόλο στην έκβαση, ίσως επειδή οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τον καρκίνο γνωρίζουν την πρόοδο και το υψηλό επίπεδο υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες σε εξειδικευμένα κέντρα στην Ελλάδα και για αυτό δεν θεωρούν ότι η μετάβαση στο εξωτερικό μπορεί να επιφέρει βελτιωμένα αποτελέσματα για τον ασθενή. Αυτό το γενικότερο αρνητικό αίσθημα «κατά» της αλλαγής

χώρας επιβεβαιώνεται και από το ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην 7<sup>η</sup> θέση των αυθόρμητων απαντήσεων όσον αφορά την καλύτερη χώρα για τη θεραπεία του καρκίνου.

Όλες οι υποομάδες των ερωτηθέντων αναφέρουν το ότι ο κάθε καρκίνος είναι ξεχωριστός και διαφορετικός, οπότε χρειάζεται να βρεθεί μία λύση ανά καρκίνο, ως την κυριότερη αιτία για τη μη εύρεση γενικευμένης θεραπείας. Αυτή η έννοια (personalized medicine) εισήχθη στην αντιμετώπιση του καρκίνου μόλις πριν από 17 χρόνια [195] και προτάθηκε για συγκεκριμένο τύπο καρκίνου του παχέως εντέρου ακόμη πιο πρόσφατα [196] και προξενεί εντύπωση η εξοικείωση που μοιάζει να έχουν οι ερωτηθέντες με αυτήν. Παρόλ'αυτά, δεν παύει να αποτελεί μία απαισιόδοξη άποψη (ανεξαρτήτως του βαθμού στον οποίο τελικά είναι αληθής), ειδικά για τους έχοντες επαγγέλματα εκτός του χώρου της Υγείας, αφού υπάρχουν τουλάχιστον 100 διαφορετικά είδη καρκίνου και απόλυτη θεραπεία (>95% επιβίωση) δεν έχει βρεθεί, προς το παρόν, σχεδόν για κανένα [197]. Αντίθετα, δεν προξενεί μεγάλη έκπληξη το γεγονός πως όλες οι υποομάδες «κατηγορούν» τα οικονομικά συμφέροντα για τη μη εύρεση λύσης, αφού μέχρι και αντικειμενικές εξειδικευμένες υπηρεσίες τα ενοχοποιούν [198], κάτι που πάντως δεν είναι βέβαιο, αφού ακόμη και αν μία φαρμακοβιομηχανία ανακαλύψει το φάρμακο για τον καρκίνο, οι υπόλοιπες θα επωφεληθούν μέσω της πώλησης φαρμάκων για άλλες χρόνιες παθήσεις επί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους πρώην καρκινοπαθείς.

Όσον αφορά τη δημιουργία ενός «υπερυπουργείου» της ΕΕ κατά του καρκίνου (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για το Στρατηγικό Σχεδιασμό κατά του Καρκίνου – ΕΟΣΣΚ) και την πιθανή επίπτωση που κάτι τέτοιο θα είχε στην έκβαση της θεραπείας του καρκίνου, δεν υπήρξε ερωτηθείς που να απήντησε «πολύ αρνητικά». Μάλιστα, από την ομάδα των επαγγελματιών στο χώρο του καρκίνου μόνο δύο άτομα απήντησαν «αρνητικά», ενώ όλοι οι υπόλοιποι ήταν από «ουδέτεροι» μέχρι «πολύ θετικοί». Επίσης, παρότι –όπως προειπώθηκε– οι καρκινοπαθείς ήταν πιο ικανοποιημένοι από το προσωπικό, τα διαθέσιμα μέσα και το κόστος από ότι οι μη καρκινοπαθείς, είναι ακριβώς αυτοί που θεωρούν πως η έκβαση, μέσω του ΕΟΣΣΚ, θα ήταν καλύτερη. Τα ανωτέρω αναδεικνύουν σαφώς την ανάγκη που νιώθουν οι ερωτηθέντες για τη (σύμφωνα με την εκφώνηση των εν λόγω ερωτήσεων): *«δημιουργία ενός φορέα με σαφείς και αναγνωρισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες, που θα έχει ως σκοπό να ηγηθεί επιστημονικά της πανευρωπαϊκής προσπάθειας για τη θεραπεία και αντιμετώπιση του καρκίνου,*

θα εποπτεύεται από την ΕΕ και θα εποπτεύει την έρευνα για τον καρκίνο εντός της τελευταίας, με σκοπό:

- τη μείωση του κατακερματισμού,
- τη δημιουργία βάσεων δεδομένων,
- τη χρηματοδότηση καινοτόμων ερευνών και
- τη διάθεση των (μη ευαίσθητων) δεδομένων σε κάθε ενδιαφερόμενο».

Τέλος, αναφορικά με τη χρηματοδότηση της θεραπείας και αποκατάστασης του καρκίνου από την ΕΕ, και αφού γίνει υπενθύμιση (Πίνακας 5.2) πως οι απαντήσεις έχουν αμφίβολη στατιστική ισχύ, οι ερωτηθέντες το βλέπουν ως είναι κάτι «θετικό» ή «πολύ θετικό». Μάλιστα, πιστεύουν πως η ΕΕ θα έπρεπε να ασχοληθεί με τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα των καρκινοπαθών σε μεγάλο βαθμό, ακριβώς όπως προβλέπει η βιβλιογραφία [199].

## 8ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία διερεύνησε τις απόψεις των Ελλήνων κοινωνικών εταίρων όσον αφορά την ανάγκη δημιουργίας ενός φορέα κατά του καρκίνου (ΕΟΣΣΚ). Ο νέος αυτός οργανισμός, με σαφείς και αναγνωρισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες, θα έχει ως σκοπό να ηγηθεί επιστημονικά της πανευρωπαϊκής προσπάθειας για τη θεραπεία και αντιμετώπιση του καρκίνου, θα εποπτεύεται από την ΕΕ και θα εποπτεύει την έρευνα για τον καρκίνο εντός της τελευταίας, με σκοπό:

- τη μείωση του κατακερματισμού,
- τη δημιουργία βάσεων δεδομένων,
- τη χρηματοδότηση καινοτόμων ερευνών και
- τη διάθεση των (μη ευαίσθητων) δεδομένων σε κάθε ενδιαφερόμενο».

Τα αποτελέσματα της εργασίας προέκυψαν μέσω ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώθηκε από 387 άτομα συνολικά και εμπεριείχε και επιπλέον ερωτήσεις όσον αφορά, ενδεικτικά, τον φόβο για τον καρκίνο, το βαθμό ικανοποίησης των συγγενών και φίλων των καρκινοπαθών, αλλά και των ίδιων των καρκινοπαθών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την πιθανή μη αντιμετώπιση περιστατικών με καρκίνο, ενώ υπήρχαν τρόποι θεραπείας, κ.α.. Οι ερωτηθέντες συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τη δημιουργία του ΕΟΣΣΚ και πιστεύουν πως η ΕΕ θα πρέπει να εμβαθύνει και να ασχοληθεί περισσότερο με τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα των ιαθέντων καρκινοπαθών.

Προτείνεται η διενέργεια συμπληρωματικών εργασιών για να αποσαφηνιστούν κάποια ερωτήματα που ανέδειξε η διπλωματική, όπως:

- η συχνότητα και οι λόγοι που οι καρκινοπαθείς αλλάζουν θεράποντα ιατρό,
- κατά πόσο το αίσθημα που έχουν οι ερωτηθέντες αναφορικά με την (αναφερθήσα ως υψηλή) ποιότητα υπηρεσιών στην Ελλάδα βασίζεται σε αληθινά στοιχεία ή, απλώς, αποτελεί απόρροια οικονομικής ή άλλης αδυναμίας μετακίνησης και
- τις πραγματικές οικονομικές πιέσεις που θα υποστούν οι συναφείς φαρμακοβιομηχανίες σε περίπτωση εύρεσης του φαρμάκου για τον καρκίνο από ανταγωνίστρια εταιρεία,

πάντα σε σύγκριση με την αναμενόμενη αύξηση των κερδών τους από τη χρήση φαρμάκων για άλλες παθήσεις από τους ιαθέντες επί μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος.

Επίσης, με δεδομένη τη φαινόμενη θέληση των ερωτηθέντων για μεγαλύτερη ενασχόληση της ΕΕ με τον καρκίνο, προτείνεται η διενέργεια εργασίας (ίσως σε Διδακτορικό επίπεδο) επί του cost effectiveness ενός Ευρωπαϊκού Οργανισμού για το Στρατηγικό Σχεδιασμό κατά του Καρκίνου (ΕΟΣΣΚ).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ:

- [1] World Health Organization. Cancer. 2010 Oct.
- [2] Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011 Mar;61(2):69-90.
- [3] Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013 Apr;49(6):1374-403.
- [4] Trakatelli M, Siskou S, Proby C, Tiplica GS, Hinrichs B, Altsitsiadis E, et al. The patient journey: a report of skin cancer care across Europe. *Br J Dermatol* 2012 Aug;167 Suppl 2:43-52.
- [5] Signal V, Sarfati D, Cunningham R, Gurney J, Koea J, Ellison-Loschmann L. Indigenous inequities in the presentation and management of stomach cancer in New Zealand: a country with universal health care coverage. *Gastric Cancer* 2014 Aug 7.
- [6] Lea CS, King A. Cancer in a 29-county area in eastern North Carolina: an opportunity to reduce health inequities. *N C Med J* 2014 Jul;75(4):287-90.
- [7] Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PLoS One* 2014;9(1):e87046.
- [8] Eaker S, Halmin M, Bellocco R, Bergkvist L, Ahlgren J, Holmberg L, et al. Social differences in breast cancer survival in relation to patient management within a National Health Care System (Sweden). *Int J Cancer* 2009 Jan 1;124(1):180-7.
- [9] Pan European Networks. Research for the cancer agenda, interview with Ulrik Ringborg, Secretary General of European Academy of Cancer Sciences. 2014.
- [10] Strong VE. The new era of gastric cancer in the East and West: have our approaches harmonized? *Dig Surg* 2013;30(2):130-1.
- [11] Meldolesi E, van SJ, Dinapoli N, Dekker A, Damiani A, Gambacorta MA, et al. An umbrella protocol for standardized data collection (SDC) in rectal cancer: A prospective uniform naming and procedure convention to support personalized medicine. *Radiother Oncol* 2014 Jul;112(1):59-62.
- [12] Asai N, Ohkuni Y, Kaneko N, Yamaguchi E, Kubo A. Relapsed small cell lung cancer: treatment options and latest developments. *Ther Adv Med Oncol* 2014 Mar;6(2):69-82.
- [13] Lewis CM, Weber RS. Standardizing treatment: a crisis in cancer care. *Otolaryngol Clin North Am* 2013 Aug;46(4):671-9.

- [14] Calabrese L, Tagliabue M, Maffini F, Massaro MA, Santoro L. From wide excision to a compartmental approach in tongue tumors: what is going on? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2013 Apr;21(2):112-7.
- [15] Skinner R, Oeffinger KC. Developing international consensus for late effects screening and guidance. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013 Sep;7(3):303-8.
- [16] National Institutes of Health. National Cancer Institute (NCI). 2014. <http://www.cancer.gov/>. Ref Type: Online Source
- [17] European Union. Agencies and other EU bodies. 14-11-2014. [http://europa.eu/about-eu/agencies/index\\_en.htm](http://europa.eu/about-eu/agencies/index_en.htm). Ref Type: Online Source
- [18] European People's Party - European Democrats. European Union's budget for 2008: Achievements of the EPP-ED Group. 2008. Ref Type: Online Source [http://www.eppgroup.mobi/policies/budg/budget20081\\_el.asp](http://www.eppgroup.mobi/policies/budg/budget20081_el.asp).
- [19] Howard G, Peace F, Howard VJ. The contributions of selected diseases to disparities in death rates and years of life lost for racial/ethnic minorities in the United States, 1999-2010. *Prev Chronic Dis* 2014;11:E129.
- [20] Hajdu SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer* 2011 Mar 1;117(5):1097-102.
- [21] Rothschild BM, Tanke DH, Helbling M, Martin LD. Epidemiologic study of tumors in dinosaurs. *Naturwissenschaften* 2003 Nov;90(11):495-500.
- [22] Coley WB. II. Contribution to the Knowledge of Sarcoma. *Ann Surg* 1891 Sep;14(3):199-220.
- [23] Langstaff G. Cases of Fungus Haematodes Cancer, and Tuberculated Sarcoma, with Observations. *Med Chir Trans* 1818;9(Pt 2):297-353.
- [24] National Center for Biotechnology Information. Cancer Articles' Statistics. 2016 Jan 31.
- [25] Cancer Research UK. Lifetime risk of cancer. 2015 Jan 1.
- [26] National Cancer Institute (NCI). SEER Stat Fact Sheets: All Cancer Sites. 2013 Jan 1.
- [27] American Cancer Society. Lifetime Risk of Developing or Dying From Cancer. 2014 Oct 1.
- [28] American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2016. 2016 Feb 1.
- [29] Latino-Martel P, Cottet V, Druesne-Pecollo N, Pierre FH, Touillaud M, Touvier M, et al. Alcoholic beverages, obesity, physical activity and other nutritional factors, and cancer risk: A review of the evidence. *Crit Rev Oncol Hematol* 2016 Mar;99:308-23.

- [30] Hoffman FL. CANCER AND SMOKING HABITS. *Ann Surg* 1931 Jan;93(1):50-67.
- [31] Howlader N, Noone A, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse S, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2012. 2015 Apr 1.
- [32] Choi SH, Terrell JE, Fowler KE, McLean SA, Ghanem T, Wolf GT, et al. Socioeconomic and Other Demographic Disparities Predicting Survival among Head and Neck Cancer Patients. *PLoS One* 2016;11(3):e0149886.
- [33] Parker WP, Ho PL, Boorjian SA, Melquist JJ, Thapa P, Holzbeierlein JM, et al. The importance of clinical stage among patients with a complete pathologic response at radical cystectomy after neoadjuvant chemotherapy. *World J Urol* 2016 Mar 4.
- [34] Sitas F. Twenty five years since the first prospective study by Forman et al. (1991) on *Helicobacter pylori* and stomach cancer risk. *Cancer Epidemiol* 2016 Feb 24.
- [35] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin* 2015 Jan;65(1):5-29.
- [36] Bartelink H, Maingon P, Poortmans P, Weltens C, Fourquet A, Jager J, et al. Whole-breast irradiation with or without a boost for patients treated with breast-conserving surgery for early breast cancer: 20-year follow-up of a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015 Jan;16(1):47-56.
- [37] Mantripragada KC, Safran H. Optimizing initial chemotherapy for metastatic pancreatic cancer. *Future Oncol* 2016 Mar 4.
- [38] Patel S. Emerging Adjuvant Therapy for Cancer: Propolis and its Constituents. *J Diet Suppl* 2016;13(3):245-68.
- [39] Macbeth F, Russell C, Treasure T. Cryotherapy for Lung Metastases: A Procedure That Deserves Evaluation in a Randomized Trial. *J Thorac Oncol* 2016 Mar;11(3):e41.
- [40] Caffa I, Longo VD, Nencioni A. Fasting plus tyrosine kinase inhibitors in cancer. *Aging (Albany NY)* 2015 Dec;7(12):1026-7.
- [41] Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst* 2011 Jan 19;103(2):117-28.
- [42] Avalere Health L. Total Cost of Cancer Care by Site of Service: Physician Office vs Outpatient Hospital. 2012 Mar 1.
- [43] Pirson M, Van den Bulcke J, Di PL, Martins D, Leclercq P. [Medical and economic evaluation of oncological inpatients in 14 Belgian hospitals]. *Bull Cancer* 2015 Nov;102(11):923-31.



- [44] Siddiqui M, Rajkumar SV. The high cost of cancer drugs and what we can do about it. *Mayo Clin Proc* 2012 Oct;87(10):935-43.
- [45] Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol* 2013 Nov;14(12):1165-74.
- [46] EUROSTAT. National accounts and GDP. 2015 May 1.
- [47] Yabroff KR, Guy GP, Jr., Ekwueme DU, McNeel T, Rozjabek HM, Dowling E, et al. Annual patient time costs associated with medical care among cancer survivors in the United States. *Med Care* 2014 Jul;52(7):594-601.
- [48] DiMasi JA, Grabowski HG. Economics of new oncology drug development. *J Clin Oncol* 2007 Jan 10;25(2):209-16.
- [49] Rosamond T. The high cost of cancer drugs and what we can do about it. *Mayo Clin Proc* 2013 Mar;88(3):306.
- [50] DiMasi JA, Feldman L, Seckler A, Wilson A. Trends in risks associated with new drug development: success rates for investigational drugs. *Clin Pharmacol Ther* 2010 Mar;87(3):272-7.
- [51] Kaitin KI. The Landscape for Pharmaceutical Innovation: Drivers of Cost-Effective Clinical Research. *Pharm Outsourcing* 2010 May;2010.
- [52] Μείωση του πληθυσμού στην Ελλάδα - Περισσότεροι οι θάνατοι από τις γεννήσεις. 08/07/2016. <http://www.tanea.gr/news/greece/article/5373462/perissoteroi-oi-thanatoi-apo-tis-gennhseis-sthn-ellada/>. Ref Type: Online Source
- [53] United Nations' Department of Economic and Social Affairs - Population Division. *World Urbanization Prospects*. 2014.
- [54] Livestock and Fish Primary Equivalent FAOSTAT. *Current Worldwide Annual Meat Consumption per capita*. 2009.
- [55] Pereltsvaig A. Mapping the Global Patterns of Tobacco Consumption. *Languages of the World* 2014 Oct 16.
- [56] Pucher J. Promoting Safe Walking and Cycling to Improve Public Health: Lessons from Europe. 2014 Dec 3.
- [57] Fisk M. Obesity in America Compared to Europe. 2015 Mar 8.
- [58] U.S.Department of Housing and Urban Development. *FY 2007 Income Limits*. 2007 Mar 20.
- [59] Snyder B. These are the world's most expensive cities. *Fortune* 2015 Sep 18.

- [60] Hunger Action Network of New York State. The Impact of Income Inequality. 2016.
- [61] Pickett, Wilkinson. The Spirit Level. 2011.
- [62] Central Intelligence Agency (CIA). The World Factbook. 2007.
- [63] EUROSTAT. File:Gross domestic product (GDP) per inhabitant, in purchasing power standard (PPS), by NUTS level 2 region, 2013 (H) (% of the EU-28 average, EU-28 = 100). 2015 Jul 3.
- [64] Chaufan C. What Can US Single-Payer Supporters Learn From the Swiss Rejection of Single Payer? Int J Health Serv 2016 Feb 15.
- [65] National Institutes of Health. National Cancer Institute (NCI). 2014. <http://www.cancer.gov/>. Ref Type: Online Source
- [66] Food and Drug Administration. When and why was FDA created? 2016 Mar 4.
- [67] Harris G. The safety gap. New York Times 2009 Nov 2.
- [68] P.L.92-218. National Cancer Act of 1971. 1971 Dec 23.
- [69] Adamson J. ICYMI: Nixon started giving cancer the Apollo treatment in 1971. USA Today 2016 Jan 14.
- [70] American Society of Clinical Oncology policy statement: oversight of clinical research. J Clin Oncol 2003 Jun 15;21(12):2377-86.
- [71] Mitin T, George A, Zietman AL, Heney NM, Kaufman DS, Uzzo RG, et al. Long-Term Outcomes Among Patients Who Achieve Complete or Near-Complete Responses After the Induction Phase of Bladder-Preserving Combined-Modality Therapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Pooled Analysis of NRG Oncology/RTOG 9906 and 0233. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2016 Jan 1;94(1):67-74.
- [72] Mingardi A. Healthcare and the slippery slope of state growth: lessons from the past. J Med Philos 2015 Apr;40(2):169-89.
- [73] European Commission. Treaty of Lisbon: Taking Europe into the 21st century. 30-1-2014. Ref Type: Online Source
- [74] Gomez A, Gonzalez JA, Counago F, Vallejo C, Casas F, de Dios NR. Evidence-based recommendations of postoperative radiotherapy in lung cancer from Oncologic Group for the Study of Lung Cancer (Spanish Radiation Oncology Society). Clin Transl Oncol 2016 Apr;18(4):331-41.
- [75] Exposito J, Linares I, Castillo I, Martinez M, Vargas P, Herruzo I, et al. Evaluation of the utilization of external radiotherapy in the treatment of localized prostate cancer in Andalusia, Spain. Radiat Oncol 2015;10:265.

- [76] MacKenzie Ross AD, Haydu LE, Quinn MJ, Saw RP, Shannon KF, Spillane AJ, et al. The Association Between Excision Margins and Local Recurrence in 11,290 Thin (T1) Primary Cutaneous Melanomas: A Case-Control Study. *Ann Surg Oncol* 2016 Apr;23(4):1082-9.
- [77] Ciardiello F, Adams R, Tabernero J, Seufferlein T, Taieb J, Moiseyenko V, et al. Awareness, Understanding, and Adoption of Precision Medicine to Deliver Personalized Treatment for Patients With Cancer: A Multinational Survey Comparison of Physicians and Patients. *Oncologist* 2016 Mar;21(3):292-300.
- [78] Rizo CA, Jadad AR, Enkin M. What's a good doctor and how do you make one? Doctors should be good companions for people. *BMJ* 2002 Sep 28;325(7366):711.
- [79] European Association of Nuclear Medicine. PET and PET/CT scans grow by 21% a year. 2011 Oct 21.
- [80] Esmail N, Wrona D. Medical Technology in Canada. 2008 Aug 1.
- [81] Cristofaro M, Bibbolino C, Lauria FN, Petrecchia A, Squarcione S, David V. Comparison between indicators for the measurement of radiology activity volumes (Italy-USA). *Radiol Med* 2004 Oct;108(4):426-38.
- [82] Steinmetz T, Totzke U, Soling U, Groschek M, Mittermuller J, Schweigert M, et al. Hemoglobin levels that trigger erythropoiesis-stimulating agent treatment decisions for cancer-associated anemia--examination of practice in Germany. *Curr Med Res Opin* 2008 Oct;24(10):2751-6.
- [83] Aboagye JK, Kaiser HE, Hayanga AJ. Rural-Urban Differences in Access to Specialist Providers of Colorectal Cancer Care in the United States: A Physician Workforce Issue. *JAMA Surg* 2014 Jun;149(6):537-43.
- [84] Aneja S, Smith BD, Gross CP, Wilson LD, Haffty BG, Roberts K, et al. Geographic analysis of the radiation oncology workforce. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012 Apr 1;82(5):1723-9.
- [85] Ward MM, Ullrich F, Matthews K, Rushton G, Tracy R, Goldstein MA, et al. Where do patients with cancer in Iowa receive radiation therapy? *J Oncol Pract* 2014 Jan;10(1):20-5.
- [86] Ruggieri-Pignon S, Pignon T, Marty M, Rodde-Dunet MH, Destembert B, Fritsch B. Infrastructure of radiation oncology in France: a large survey of evolution of external beam radiotherapy practice. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005 Feb 1;61(2):507-16.
- [87] European Cancer Patient Coalition. Europe of disparities. 2014.
- [88] Karalexi MA, Papathoma P, Thomopoulos TP, Ryzhov A, Zborovskaya A, Dimitrova N, et al. Childhood central nervous system tumour mortality and survival in Southern

and Eastern Europe (1983-2014): Gaps persist across 14 cancer registries. *Eur J Cancer* 2015 Nov;51(17):2665-77.

- [89] Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research. Finish Cancer Registry. 2016. Ref Type: Online Source
- [90] Parkin M. Cancer registries in Europe are needed everywhere. 2013.
- [91] Morris M, Woods LM, Rogers N, O'Sullivan E, Kearins O, Rachet B. Ethnicity, deprivation and screening: survival from breast cancer among screening-eligible women in the West Midlands diagnosed from 1989 to 2011. *Br J Cancer* 2015 Jul 28;113(3):548-55.
- [92] McGee M. Sweden draws on Denmark/s experiences to reduce cancer care inequalities. 2-4-2015. Ref Type: Online Source
- [93] OECD. Health equipment: Radiotherapy equipment (indicator). 2016.
- [94] European Union. European Medicine Agency. 2016. Ref Type: Online Source
- [95] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The cost of nab-paclitaxel is not justified by its limited benefit, says NICE in draft guidance. 2014 Dec 30.
- [96] Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΓΓΔΥ. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015. 2010 Dec 16.
- [97] Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών. 2012. Ref Type: Online Source
- [98] Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών: Η προσπάθεια αποδίδει καρπούς - 38.000 καταγεγραμμένες περιπτώσεις στο ΕΣΥ. Onmed.gr. 08/10/2015. <http://www.onmed.gr/ygeia/story/335334/ethniko-arxeio-neoplasion-i-prospatheia-apodidei-karpoys---38000-katagegrammenes-periptoseis-sto-esy?v7>.
- [99] Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο: 2008-2012. 2007.
- [100] Τούντας Ι. Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Έκθεση του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. 2001.
- [101] Tzala E. Multivariate analysis of spatial and temporal variation in cancer mortality in Greece. PhD Thesis, Department of Epidemiology and Public Health, Imperial College London. 2004.
- [102] Tzala E, Best N. Bayesian latent variable modelling of multivariate spatio-temporal variation in cancer mortality. *Stat Methods Med Res* 2008 Feb;17(1):97-118.

- [103] Nikolaidis C, Tentes I, Lialiaris T, Constantinidis TC, Kortsaris A. Regional disparities in cancer mortality across the rural-urban axis: a case study from north-eastern Greece. *Rural Remote Health* 2015 Jul;15(3):3013.
- [104] Institut National du Cancer. Coût des traitements. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Tumeurs-du-cerveau/Cout-des-traitements>. 2016. Ref Type: Online Source
- [105] National Health System UK. When do I have to pay for NHS treatment? <http://www.nhs.uk/chq/Pages/888.aspx?CategoryID=68&>. 2016. Ref Type: Online Source
- [106] Winn AN, Ekwueme DU, Guy GP, Jr., Neumann PJ. Cost-Utility Analysis of Cancer Prevention, Treatment, and Control: A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2016 Feb;50(2):241-8.
- [107] Vogler S, Vitry A, Babar ZU. Cancer drugs in 16 European countries, Australia, and New Zealand: a cross-country price comparison study. *Lancet Oncol* 2016 Jan;17(1):39-47.
- [108] Nordrum A. Cancer's High Cost: Patients And Drug Companies Revolt After UK Axes Coverage Of Cancer Treatments. *International Business Times* 2015 Sep 8.
- [109] Σύλλογος Φίλων Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου "Οι Άγιοι Ανάργυροι". Ογκολογικές Κλινικές σε Δημόσια Νοσοκομεία. <http://www.stopcancer.gr/2012-01-26-02-29-18>.2016. Ref Type: Online Source
- [110] WhatClinic. Oncology Clinics Romania. <http://www.whatclinic.com/oncology/romania>. 2016. Ref Type: Online Source
- [111] WhatClinic. Oncology Clinics Bulgaria. <http://www.whatclinic.com/oncology/bulgaria>. 2016. Ref Type: Online Source
- [112] Παπούλιας Δ. Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων και Αλλαγών. 3<sup>η</sup> Έκδοση. Αθήνα: Καστανιώτη; 2002.
- [113] Walston S, Chou A. Strategic Thinking and Achieving Competitive Advantage. In: Burns L, Bradley E, Weiner B, editors. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. 6th ed. Clifton Park: Delmar; 2012. p. 282-312.
- [114] Swayne L, Duncan J, Ginter P. *Strategic Management of Health Care Organizations*. 6th ed. Chichester: Jossey-Bass; 2011.
- [115] Spoerl B. 6 Tips for Hospitals to Improve Population Health Management. 2012 Jun 1.
- [116] Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980 Oct 23;303(17):963-70.

- [117] Choi S, Holmberg I, Lowstedt J, Brommels M. Executive Management in Radical Change - the Case of the Karolinska University Hospital Merger. *Scandinavian Journal of Management* 2011;(27):11-23.
- [118] Μάνιου Μ, Ιακωβίδου Ε. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2009 Oct 1;8(4):380-400.
- [119] McDonald SA, van AL, van der Hoek W, Donker GA, Wallinga J. The impact of national vaccination policy changes on influenza incidence in the Netherlands. *Influenza Other Respir Viruses* 2016 Mar;10(2):76-85.
- [120] Institut de Vieille Sanitaire. Consommation d'antibiotiques et resistance aux antibiotiques en France : necessite d'une mobilisation determinee et durable. 2014 Nov 18.
- [121] Service public fédéral Santé publique. Antibiotica Gebruik Ze Goed en Enkel Als Het Moet! <http://www.gebruikantibioticacorrect.be/nl>. 1-1-2016. Ref Type: Online Source
- [122] Service public fédéral Santé publique. Pas des rayons sans raisons : Les images médicales ne sont pas des photos de vacances. <http://www.pasderayonssansraisons.be/fr>. 2016. Ref Type: Online Source
- [123] Grassi MC, Enea D, Ferketich AK, Lu B, Nencini P. A smoking ban in public places increases the efficacy of bupropion and counseling on cessation outcomes at 1 year. *Nicotine Tob Res* 2009 Sep;11(9):1114-21.
- [124] Giraud A, Fournier V, Yeu C, Logerot H, Manac'h D, Jolly D. Effectiveness and prognostic factors of success in 12 smoking cessation clinics in the hospitals of Assistance publique-Hopitaux de Paris. *Int J Qual Health Care* 1996 Jun;8(3):291-6.
- [125] Bui Q. Electronic Cigarettes for Smoking Cessation. *Am Fam Physician* 2016 Feb 1;93(3):178-9.
- [126] Levy DT, Ellis JA, Mays D, Huang AT. Smoking-related deaths averted due to three years of policy progress. *Bull World Health Organ* 2013 Jul 1;91(7):509-18.
- [127] Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 2014 Jan 2;370(1):60-8.
- [128] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Achievements in Public Health, 1900-1999: Tobacco Use -- United States, 1900-1999. 1999 Nov 5.
- [129] Pate RR, O'Neill JR. Summary of the American Heart Association scientific statement: promoting physical activity in children and youth: a leadership role for schools. *J Cardiovasc Nurs* 2008 Jan;23(1):44-9.
- [130] American Cancer Society. How much do HPV vaccines cost? <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/othercarcinogens/infectiousagents/hp>

[v/humanpapillomavirusandhpv Vaccinesfaq/hpv-faq-vaccine-cost](#). 2016. Ref Type: Online Source

- [131] Cabinet Office PMSU. Alcohol harm reduction strategy for England. London; 2004.
- [132] Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction* 2003 Apr;98(4):397-411.
- [133] Loeb S, Walter D, Curnyn C, Gold HT, Lepor H, Makarov DV. How Active is Active Surveillance? Intensity of Follow-Up During Active Surveillance for Prostate Cancer in the United States. *J Urol* 2016 Mar 2.
- [134] European Commission. Clinical trials - Regulation EU No 536/2014. [http://ec.europa.eu/health/human-use/clinical-trials/regulation/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/human-use/clinical-trials/regulation/index_en.htm). 2016. Ref Type: Online Source
- [135] Giannuzzi V, Altavilla A, Ruggieri L, Ceci A. Clinical Trial Application in Europe: What Will Change with the New Regulation? *Sci Eng Ethics* 2015 Jun 3.
- [136] Westra AE, Bos W, Cohen AF. New EU clinical trials regulation. *BMJ* 2014;348:g3710.
- [137] Bender E. Big data in biomedicine: 4 big questions. *Nature* 2015 Nov 5;527(7576):S19.
- [138] European Commission. European Coal And Steel Community. [http://www.cvce.eu/obj/treaty\\_establishing\\_the\\_european\\_coal\\_and\\_steel\\_community\\_paris\\_18\\_april\\_1951-en-11a21305-941e-49d7-a171-ed5be548cd58.html](http://www.cvce.eu/obj/treaty_establishing_the_european_coal_and_steel_community_paris_18_april_1951-en-11a21305-941e-49d7-a171-ed5be548cd58.html). 2016. Ref Type: Online Source
- [139] European Commission. Policies for a better life. [http://ec.europa.eu/archives/lisbon\\_treaty/glance/better\\_life/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/archives/lisbon_treaty/glance/better_life/index_en.htm). 30-1-2014. Ref Type: Online Source
- [140] European Union. Health. [http://europa.eu/pol/health/index\\_en.htm](http://europa.eu/pol/health/index_en.htm). 2016. Ref Type: Online Source
- [141] European Community. Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. 2000 Dec 18.
- [142] European Parliament. Η αρχή της Επικουρικότητας. 2016.
- [143] European Commission. Short Biography of Alojz Peterle. <https://ec.europa.eu/digital-agenda/events/cf/ageing-summit-2015/speaker.cfm?id=189>. 2016. Ref Type: Online Source
- [144] Members of the European Parliament Against Cancer (MAC). 2014. Ref Type: Online Source

- [145] Community Research and Development Information Service (CORDIS) of the European Union. FP7. [http://cordis.europa.eu/projects/result\\_en?q=programme/code=%27FP7%27%20AND%20contenttype=%27project%27](http://cordis.europa.eu/projects/result_en?q=programme/code=%27FP7%27%20AND%20contenttype=%27project%27). 2016. Ref Type: Online Source
- [146] European Commission. European Partnership for Action Against Cancer . <http://www.epaac.eu/national-cancer-plans>. 2016. Ref Type: Online Source
- [147] European Union. Cancer Control Joint Action (CanCon). <http://www.europecancerleagues.org/component/content/article.html?id=333:cancer-eu-joint-action-2014-2017>. 2016. Ref Type: Online Source
- [148] European Commission. Horizon 2020. <http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/>. 2016. Ref Type: Online Source
- [149] Health and Food Safety Division of the European Commission. Kick-off meeting of the Comprehensive Cancer Control Joint Action (CANCON). [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/dyna/enews/enews.cfm?al\\_id=1461](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/dyna/enews/enews.cfm?al_id=1461). 2016. Ref Type: Online Source
- [150] European Commission. Expert Group on Cancer Control. [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/cancer/index\\_en.htm#fragment2](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm#fragment2). 2016. Ref Type: Online Source
- [151] European Commission. Prevention of Cancer. [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/cancer/index\\_en.htm#fragment3](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm#fragment3). 2016. Ref Type: Online Source
- [152] European Commission. Standard Eurobarometer: Public Opinion. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb\\_arch\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_arch_en.htm). 2016. Ref Type: Online Source
- [153] in.gr. Το Ελληνικό "Ποτέ πια" του Guy Verhofstadt. <http://news.in.gr/greece/article/?aid=1500012924>. 2015. Ref Type: Online Source
- [154] in.gr. Ενιαία διακυβέρνηση στην Ευροζώνη με τη Γαλλία μπροστά ζητά ο Ολάντ. <http://news.in.gr/world/article/?aid=1500013468>. 2015. Ref Type: Online Source
- [155] in.gr. Spiegel: Θετική η Γερμανία σε κοινό υπουργείο οικονομικών της Ευροζώνης. <http://news.in.gr/economy/article/?aid=1500014996>. 2015. Ref Type: Online Source



- [156] Selmouni F, Zidouh A, Alvarez-Plaza C, El Rhazi K. Perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) at Meknes-Tafilalet Region, Morocco: a population-based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2015 Nov 24;15:106. doi: 10.1186/s12905-015-0268-0.
- [157] Brinkman-Stoppelenburg A, Polinder S, Vergouwe Y, van der Heide A. Palliative care consultation services in hospitals in the Netherlands: the design of the COMPASS study. *BMC Palliat Care*. 2015 Dec 1;14:68. doi: 10.1186/s12904-015-0069-0.
- [158] Debreuve-Theresette A, Jovenin N, Stona AC, Kraïem-Leleu M, Burde F, Parent D, et al. Patients' satisfaction and waiting time in oncology day care centers in Champagne-Ardenne. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015 Dec;63(6):381-6. doi: 10.1016/j.respe.2015.08.006. Epub 2015 Oct 31.
- [159] Γαλάνης Π. Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012, 29(6), σελ. 744-755.
- [160] Sacristán JA, Lizan L, Comellas M, Garrido P, Avendaño C, Cruz-Hernández JJ, et al. Perceptions of Oncologists, Healthcare Policy Makers, Patients and the General Population on the Value of Pharmaceutical Treatments in Oncology. *Adv Ther*. 2016 Nov;33(11):2059-2068. Epub 2016 Oct 7.
- [161] Roundtable on Public Interfaces of the Life Sciences; Board on Life Sciences; Division on Earth and Life Studies; Board on Science Education; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Trust and Confidence at the Interfaces of the Life Sciences and Society: Does the Public Trust Science? A Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Sep.
- [162] Teston CB, Graham SS, Baldwinson R, Li A, Swift J. Public voices in pharmaceutical deliberations: negotiating "clinical benefit" in the FDA's Avastin Hearing. *J Med Humanit*. 2014 Jun;35(2):149-70. doi: 10.1007/s10912-014-9277-5.
- [163] Ramers-Verhoeven CW, Geipel GL, Howie M. New insights into public perceptions of cancer. *Ecancermedicalscience*. 2013 Sep 10;7:349. doi: 10.3332/ecancer.2013.349. eCollection 2013.
- [164] Γαλάνης Π. Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2013, 30(1), σελ. 97-110.
- [165] Wilcox AN, Silverman DT, Friesen MC, Locke SJ, Russ DE, Hyun N, et al. Smoking status, usual adult occupation, and risk of recurrent urothelial bladder carcinoma: data from The Cancer Genome Atlas (TCGA) Project. *Cancer Causes Control*. 2016 Dec;27(12):1429-1435. Epub 2016 Nov 1.
- [166] Esteban-Vasallo MD, Aerny-Perreten N, García-Riolobos C, López Rubio A, Domínguez-Berjón F. Influence of primary care professionals on early detection of

breast cancer: different perception between family physicians and nursing professionals. *Eur J Cancer Prev.* 2017 Jan;26(1):48-54.

- [167] Committee on Improving the Quality of Cancer Care: Addressing the Challenges of an Aging Population; Board on Health Care Services; Institute of Medicine; Levit L, Balogh E, Nass S. *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2013 Dec 27.
- [168] Mann HB, Whitney DR. On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *The Annals of Mathematical Statistics* Volume 18, Number 1(1947), pp50-60.
- [169] de Winter, J.C. & Dodou, D., 2010. Five-point Likert items: t test versus Mann-Whitney-Wilcoxon. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 15(11), pp.1–12.
- [170] Lehman A. *For Basic Univariate And Multivariate Statistics: A Step-by-step Guide.* SAS Press; 2005.
- [171] McNemar Q. Note on the sampling error of the difference between correlated proportions or percentages. *Psychometrika* 1947 Jun;12(2):153-7.
- [172] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed. Text Revision 2000. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- [173] Nylenna M. Fear of cancer among patients in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 1984 Feb;2(1):24-6.
- [174] Berman SH, Wandersman A. Fear of cancer and knowledge of cancer: a review and proposed relevance to hazardous waste sites. *Soc Sci Med.* 1990;31(1):81-90.
- [175] Charmaz K. Experiencing chronic illness. In: *Handbook of social studies in health and medicine.* Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.
- [176] Stanton AL, Collins CA, Sworowski LA. *Handbook of Health Psychology - Adjustment to chronic illness: Theory and research.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
- [177] van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care.* 2008 Aug;17(4):249-52.
- [178] Association of Schools of Allied Health Professions ([www.asahp.org](http://www.asahp.org)). 2016. Ref Type: Online Source
- [179] Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 2002 Apr 6;324(7341):819-23.

- [180] Schickedanz A. Of value: A discussion of cost, communication, and evidence to improve cancer care. *Oncologist*. 2010;15 Suppl 1:73-9. doi: 10.1634/theoncologist.2010-S1-73.
- [181] Siddiqui M, Rajkumar SV. The High Cost of Cancer Drugs and What We Can Do About It. *Mayo Clin Proc*. 2012 Oct; 87(10): 935–943.
- [182] Ανδρεάκης Ι. Ο «Γολγοθάς» των Λαρισαίων καρκινοπαθών. *larissanet.gr*. <http://www.larissanet.gr/2015/02/21/o-golgothas-ton-larisaion-karkinopathou/>. 21/02/2015. Ref Type: Online Source
- [183] Μπουλουτζιά Π. Μεγάλη αναμονή για ακτινοθεραπείες σε παλαιά μηχανήματα. Η Καθημερινή. <http://www.kathimerini.gr/875879/article/epikairothta/ellada/megalh-anamomh-gia-aktinotherapeies-se-palaia-mhxanhmata>. 22/09/2016. Ref Type: Online Source
- [184] Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Νομού Αχαΐας «Άλμα Ζωής». Έκκληση για ένα κρεβάτι για τις χημειοθεραπείες στο Νοσοκομείο του Ρίου. <https://patratora.gr/archives/55615>. 02/12/2014. Ref Type: Online Source
- [185] Johnsen AT, Ross L, Petersen MA, Lund L, Groenvold M. The relatives' perspective on advanced cancer care in Denmark. A cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*; December 2012, Volume 20, Issue 12, pp 3179–3188
- [186] Isaksen AS, Thuen F, Hanestad B. Patients with cancer and their close relatives: experiences with treatment, care, and support. *Cancer Nurs*. 2003 Feb;26(1):68-74.
- [187] Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005 Sep; 1(3): 189–199.
- [188] Holwerda N, Sanderman R, Pool G, Hinnen C, Langendijk JA, Bemelman WA, Hagedoorn M, Sprangers MA. Do patients trust their physician? The role of attachment style in the patient-physician relationship within one year after a cancer diagnosis. *Acta Oncol*. 2013 Jan;52(1):110-7.
- [189] Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 4;(3).
- [190] Hillen MA, de Haes HC, Smets EM. Cancer patients' trust in their physician-a review. *Psychooncology*. 2011 Mar;20(3):227-41.
- [191] Lord K, Ibrahim K, Kumar S, Rudd N, Mitchell AJ, Symonds P. Measuring trust in healthcare professionals--a study of ethnically diverse UK cancer patients. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2012 Feb;24(1):13-21.

- [192] Shin DW, Cho J, Yang HK, Kim SY, Mok HK, Lee H, et al. Attitudes towards second opinion services in cancer care: a nationwide survey of oncologists in Korea. *Jpn J Clin Oncol*. 2016 May;46(5):441-7. doi: 10.1093/jjco/hyw016. Epub 2016 Mar 22.
- [193] Ruetters D, Keinki C, Schroth S, Liebl P, Huebner J. Is there evidence for a better health care for cancer patients after a second opinion? A systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2016 Jul;142(7):1521-8. doi: 10.1007/s00432-015-2099-7. Epub 2015 Dec 21.
- [194] Fuchs T, Hanaya H, Seilacher E, Koester MJ, Keinki C, Liebl P, et al. Information Deficits and Second Opinion Seeking - A Survey on Cancer Patients. *Cancer Invest*. 2016 Nov 28:1-8.
- [195] Langreth R, Waldholz M. New era of personalized medicine: targeting drugs for each unique genetic profile. *Oncologist*. 1999;4(5):426-7.
- [196] Seitz DE. Personalized medicine: the search for prognostic and predictive factors in colorectal cancer. *J Lab Clin Med*. 2003 Jul;142(1):5-6.
- [197] National Cancer Institute. Cancer Types. <https://www.cancer.gov/types>. Ref Type: Online Source.
- [198] Cancer Research UK. Potential cancer drug DCA tested in early trials. <http://scienceblog.cancerresearchuk.org/2010/05/12/potential-cancer-drug-dca-tested-in-early-trials/>. 12/05/2010. Ref Type: Online Source.
- [199] Lindbohm ML, Kuosma E, Taskila T, Hietanen P, Carlsen K, Gudbergsson S, Gunnarsdottir H. Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psychooncology*. 2014 Jun;23(6):634-41.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Ενημερωτική επιστολή που προηγούνταν του ερωτηματολογίου:

*Σε αυτό το ερωτηματολόγιο καταγράφεται η γνώμη σας αναφορικά με τη δημιουργία ενός «Υπερυπουργείου» της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καρκίνου. Ο εν λόγω μελλοντικός φορέας, με σαφείς και αναγνωρισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες, θα έχει ως σκοπό να ηγηθεί της πανευρωπαϊκής προσπάθειας για τη θεραπεία και αντιμετώπιση του καρκίνου.*

*Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν μεμονωμένες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης.*

*Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί περίπου 10 λεπτά.*

*Μπορείτε να επικοινωνήσετε για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία με το [info@easmac.eu](mailto:info@easmac.eu).*

*Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή και το χρόνο σας.*

### Ερωτηματολόγιο:

#### 1<sup>η</sup> σελίδα:

- 1) Το επάγγελμά σας είναι/ήταν στο χώρο της υγείας;  
Α) Όχι Β) Ναι
  
- 2) Εάν "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση: Το επάγγελμά σας είναι/ήταν στο χώρο του καρκίνου;  
Α) Όχι Β) Ναι

3) *Εάν "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση:* Το επάγγελμά σας στο χώρο του καρκίνου είναι/ήταν:

- A) Ιατρός – Ογκολόγος
- B) Ιατρός – Ακτινοθεραπευτής
- Γ) Ιατρός – Χειρουργός
- Δ) Ιατρός άλλης ειδικότητας
- E) Ερευνητής
- ΣΤ) Νοσηλεύτης
- Z) Άλλο (ελεύθερο κείμενο):

2<sup>η</sup> σελίδα:

4) Γνωρίσατε/γνωρίζετε κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό σας περιβάλλον (αλλά όχι εσείς ο ίδιος) που έπασχε/πάσχει από καρκίνο;

- A) Όχι B) Ναι

5) *Εάν "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση:* Γνωρίσατε/γνωρίζετε κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό ή/και φιλικό σας περιβάλλον που απεβίωσε από καρκίνο;

- A) Όχι B) Ναι

6) Εσείς πάσχατε ή πάσχετε από καρκίνο;

- A) Ναι B) Όχι Γ) Καμία απάντηση

7) Φοβάστε τον καρκίνο; Επιλέξτε μία από τις παρακάτω απαντήσεις

- A) Καθόλου
- B) Λίγο
- Γ) Μέτρια
- Δ) Πολύ
- E) Πάρα πολύ

8) *Εάν "ναι" στην ερώτηση 4:* Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας το/τα περιστατικό/περιστατικά καρκίνου που γνωρίζετε. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αυτό/αυτά αντιμετώπιστηκε/αντιμετώπιστηκαν είναι γενικά:

	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ούτε αρνητική ούτε θετική	Θετική	Πολύ θετική	Δε γνωρίζω
Από τους ιατρούς						
Από τους νοσηλευτές						
Από το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό						
Από την ύπαρξη και διάθεση των απαραίτητων μέσων διάγνωσης, θεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης						
Από το κόστος						

- 9) Εάν "ναι" στην ερώτηση 6: Σας παρακαλούμε να φέρετε στο νου σας τη δική σας περίπτωση. Η εντύπωση που σας έχει μείνει αναφορικά με τον τρόπο που αντιμετωπιστήκατε είναι γενικά:

	Πολύ αρνητική	Αρνητική	Ούτε αρνητική ούτε θετική	Θετική	Πολύ θετική
Από τους ιατρούς					
Από τους νοσηλευτές					
Από το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό					
Από την ύπαρξη και διάθεση των απαραίτητων μέσων διάγνωσης, θεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης					
Από το κόστος					

- 10) Εάν "ναι" στην ερώτηση 4 ή 6: Γνωρίζετε κάποιον/κάποιους ασθενή/ασθενείς με καρκίνο που, ενώ υπήρχαν τρόποι αντιμετώπισης του περιστατικού, αυτοί δεν εφαρμόστηκαν;

- A) Ναι  
B) Όχι

- 11) Εάν "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση: Κατά τη γνώμη σας οι λόγοι που αυτοί δεν εφαρμόστηκαν ήταν οι εξής:

- A) Το νοσηλευτικό ίδρυμα ήταν πολύ μακριά από την οικία του ασθενούς

- B) Επιλογή του ασθενούς
- Γ) Υψηλό κόστος
- Δ) Σύμφωνα με τους ιατρούς, «ήταν ήδη πολύ αργά»
- Ε) Ο εν λόγω τρόπος αντιμετώπισης δεν εφαρμόζονταν/εφαρμόζεται ακόμη στη χώρα διαμονής του ασθενούς
- ΣΤ) Ο θεράπων ιατρός δεν ήθελε να εφαρμόσει τη συγκεκριμένη μέθοδο
- Ζ) Άλλο:

3<sup>η</sup> σελίδα:

- 12) Έχετε ακούσει στη χώρα κατοικίας σας για ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι πίστευαν/πιστεύουν πως η πιθανότητα θεραπείας τους θα ήταν μεγαλύτερη:

	Ναι	Όχι
Στην ίδια χώρα, αλλά σε άλλη πόλη από τον τόπο διαμονής τους;		
Σε άλλη χώρα;		

Εσείς συμφωνείτε με αυτήν την άποψη, αναφορικά με:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Τη μετακίνηση ασθενών σε άλλη/ες πόλη/εις εντός της ίδιας χώρας για αναζήτηση υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών;					
Τη μετακίνηση ασθενών σε άλλη χώρα για αναζήτηση υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών;					

- 13) Παρακαλώ αναγράψτε σε ποιές χώρες κατά τη γνώμη σας η θεραπεία του καρκίνου αποδίδει καλύτερα (ελεύθερο κείμενο):

4<sup>η</sup> σελίδα:

Σας παρακαλούμε να υποθέσετε την ύπαρξη ενός «Ευρωπαϊκού Οργανισμού για το Στρατηγικό Σχεδιασμό Κατά του Καρκίνου» (ΕΟΣΣΚ). Ο εν λόγω φορέας, με σαφείς και αναγνωρισμένες εκτελεστικές και νομοθετικές εξουσίες, θα έχει ως σκοπό να ηγηθεί επιστημονικά της πανευρωπαϊκής



προσπάθειας για τη θεραπεία και αντιμετώπιση του καρκίνου και θα εποπτεύεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ).

- 14) Πιστεύετε πως αν η θεραπεία του καρκίνου ελέγχονταν και καθοδηγούνταν από τον ΕΟΣΣΚ, η έκβαση του ασθενούς θα ήταν:
- A) Πολύ χειρότερη
  - B) Χειρότερη
  - Γ) Ίδια
  - Δ) Καλύτερη
  - E) Πολύ καλύτερη
- 15) Πολλοί αναφέρουν πως τα ασφαλιστικά ταμεία αρχίζουν να έχουν οικονομικές δυσκολίες. Θεωρείτε πως η χρηματοδότηση της θεραπείας και αποκατάστασης όσων πάσχουν από καρκίνο από τον ΕΟΣΣΚ (ο οποίος θα χρηματοδοτείται αναλογικά από τα κράτη-μέλη της ΕΕ), θα ήταν κάτι το:
- A) Πολύ αρνητικό
  - B) Αρνητικό
  - Γ) Ούτε θετικό/ούτε αρνητικό
  - Δ) Θετικό
  - E) Πολύ θετικό
- 16) Για ποιούς λόγους, κατά τη γνώμη σας, η έρευνα για τον καρκίνο δεν έχει ακόμη βρει τη λύση στο πρόβλημα;
- A) Η λύση είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί
  - B) Ο κάθε καρκίνος είναι ξεχωριστός και διαφορετικός, οπότε χρειάζεται να βρεθεί μία λύση ανά καρκίνο
  - Γ) Λόγω οικονομικών συμφερόντων
  - Δ) Λόγω ελλειπών έρευνας
  - E) Η έρευνα δε γίνεται πάντα προς τη σωστή κατεύθυνση
  - ΣΤ) Λόγω κατακερματισμού της έρευνας
  - Z) Ο καρκίνος είναι μία φυσιολογική διαδικασία του σώματος, με αποτέλεσμα η θεραπεία του να είναι αδύνατη
  - H) Λόγω έλλειψης μίας κεντρικής βάσης δεδομένων με όλους τους καρκινοπαθείς και τις εκβάσεις αυτών

Θ) Άλλο (ελεύθερο κείμενο):

17) Πιστεύετε πως μία Πανευρωπαϊκή εποπτεία, μέσω του ΕΟΣΣΚ, της έρευνας για τον καρκίνο εντός της ΕΕ, με σκοπό:

- τη μείωση του κατακερματισμού,
- τη δημιουργία βάσεων δεδομένων,
- τη χρηματοδότηση καινοτόμων ερευνών και
- τη διάθεση των (μη ευαίσθητων) δεδομένων σε κάθε ενδιαφερόμενο

θα ήταν κάτι:

- A) Πολύ αρνητικό
- B) Αρνητικό
- Γ) Ούτε θετικό/ούτε αρνητικό
- Δ) Θετικό
- E) Πολύ θετικό

18) Ευτυχώς στις μέρες μας αρκετοί ασθενείς με καρκίνο θεραπεύονται και μπορούν, θεωρητικά, να επιστρέψουν σε μία φυσιολογική ζωή. Εντούτοις, πολλές τράπεζες δεν τους χορηγούν δάνειο (φοβούμενες τη μη αποπληρωμή του), πολλοί εργοδότες αποφεύγουν την πρόσληψή τους, αδυνατούν να συνάψουν φυσιολογικές ερωτικές σχέσεις, κ.λ.π..

Πιστεύετε πως η ΕΕ οφείλει να συνδράμει στην αντιμετώπιση αυτών των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων;

- A) Καθόλου
- B) Λίγο
- Γ) Μέτρια
- Δ) Αρκετά
- E) Πολύ

5<sup>η</sup> σελίδα:

19) Είστε πολίτης ενός από τα 28 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης;

- A) Ναι
- B) Όχι
- Γ) Δε γνωρίζω

20) Σε κράτος ποιάς περιοχής είστε πολίτης;

- A) Ευρώπη
- B) Αφρική
- Γ) Δυτική Ασία (Εγγύς Ανατολή)
- Δ) Μέση Ασία (Μέση Ανατολή)
- E) Ανατολική Ασία (Απω Ανατολή)
- ΣΤ) Αυστραλία
- Z) Βόρεια Αμερική
- H) Κεντρική ή Νότια Αμερική

21) Ποιά είναι η ηλικία σας;

22) Ποιό είναι το φύλο σας;

23) Ποιό είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;

- A) Απόφοιτος δημοτικού
- B) Απόφοιτος γυμνασίου
- Γ) Απόφοιτος λυκείου
- Δ) Τεχνική μεταλυκειακή εκπαίδευση
- E) Πτυχίο Πανεπιστημίου/ΤΕΙ
- ΣΤ) Μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα

24) Σε ποιά χώρα κατοικείτε τώρα; (28 χώρες της ΕΕ αλφαβητικά και στο τέλος οι απαντήσεις της ερώτησης 20)

25) Έχετε κάποια πράγματα να προτίνετε για τη βελτίωση αυτού του ερωτηματολογίου; (ελεύθερο κείμενο):

26) Εάν επιθυμείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα αυτού του ερωτηματολογίου (τα οποία εκτιμάται πως θα είναι έτοιμα το φθινόπωρο του 2016), παρακαλώ όπως εισάγετε την ηλεκτρονική σας διεύθυνση, η οποία δε θα χρησιμοποιηθεί για κανέναν άλλο σκοπό (ελεύθερο κείμενο).