

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Αποκατάσταση Καρκινοπαθών**

**και**

**Οργάνωση Κέντρων Αποκατάστασης**

**Σίμων ΜΑΛΑΣ**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Ανδρέας Παυλάκης**

**Απρίλιος 2015**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Αποκατάσταση Καρκινοπαθών**  
**και**  
**Οργάνωση Κέντρων Αποκατάστασης**

**Σίμων ΜΑΛΑΣ**

**Επιβλέπων Καθηγητής**  
**Ανδρέας Παυλάκης**

**Απρίλιος 2015**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες .....	vi
Ελληνική περίληψη .....	vii
Αγγλική περίληψη.....	ix

### Κεφάλαια

<b>1</b>	<b>Κεφάλαιο Πρώτο</b>	
1.1	Εισαγωγή .....	1
<b>2</b>	<b>Κεφάλαιο Δεύτερο</b>	
2.1	Επιδημιολογία του Καρκίνου .....	3
2.2	Θεραπεία του Καρκίνου .....	4
2.2.1	Γενικά Σχόλια .....	4
2.2.1.1	Χειρουργική Επέμβαση .....	4
2.2.1.2	Ακτινοθεραπεία .....	5
2.2.1.3	Χημειοθεραπεία .....	5
2.2.2	Θεραπεία του Καρκίνου στην Κύπρο .....	5
2.2.3	Επίπτωση του Καρκίνου στην Κύπρο .....	6
2.2.4	Ογκολογικά Τμήματα στα Νοσοκομεία Λευκωσίας/Λεμεσού ....	9
2.2.5	Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου .....	11
2.2.6	Ιδιωτικά ογκολογικά κέντρα/ιδιώτες ογκολόγοι .....	13
<b>3</b>	<b>Κεφάλαιο Τρίτο</b>	
3.1	Επιπτώσεις από τη Θεραπεία του Καρκίνου.....	14

3.1.1	Μακροπρόθεσμες Επιπτώσεις μετά από Αντικαρκινική Θεραπεία .....	15
3.1.1.1	Σωματική Υγεία .....	15
3.1.1.2	Ψυχική Υγεία .....	16
3.1.1.3	Κόπωση .....	16
3.1.1.4	Σεξουαλικότητα .....	17
<b>4</b>	<b>Κεφάλαιο Τέταρτο</b>	
4.1	Αποκατάσταση .....	20
4.1.1	Αποκατάσταση Καρκινοπαθών .....	20
4.1.2	Επιζώντες Καρκινοπαθείς .....	21
4.1.3	Προϋποθέσεις για Αποκατάσταση .....	22
4.1.4	Κέντρα Αποκατάστασης .....	25
4.1.5	Ανάγκη Αποκατάστασης σε Ασθενείς με Καρκίνο .....	26
4.1.6	Ανάγκη για Σωματική Άσκηση και Ψυχολογική Στήριξη.....	26
4.2	Αποκατάσταση και Διεθνής Πραγματικότητα .....	27
4.2.1	Γενικά Σχόλια .....	27
4.2.2	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) .....	28
4.2.3	Ευρώπη .....	29
4.2.3.1	Γενικά Σχόλια .....	29
4.2.3.2	Γερμανία .....	30
4.2.3.3	Ολλανδία .....	31
4.2.3.4	Δανία .....	32
4.2.3.5	Ηνωμένο Βασίλειο .....	32
4.2.3.6	Ελλάδα .....	34

4.2.4	Κύπρος .....	35
4.2.4.1	Κυπριακή Πραγματικότητα .....	35
4.2.4.2	Αντικαρκινικός Σύνδεσμος Κύπρου (ΑΣΚ) .....	35
4.2.4.3	Παγκύπριος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων .....	38
4.2.4.4	Euroga Donna Κύπρου .....	40
4.2.4.5	Μελέτη «Κωνσταντίνου Λόρδου».....	42
4.2.4.6	Υπουργείο Υγείας Κύπρου .....	43
4.3	Κόστος-Αποτελεσματικότητα της Αποκατάστασης .....	45
<b>5</b>	<b>Κεφάλαιο Πέμπτο</b>	
5.1	Συζήτηση-Συμπεράσματα .....	47
5.2	Εισηγήσεις .....	49
<b>6</b>	<b>Κεφάλαιο Έκτο</b>	
6.1	Βιβλιογραφία .....	53

## *Ευχαριστίες*

Θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Ανδρέα Παυλάκη, για την καθοδήγηση και την άμεση και ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής. Η επιμονή του όλο αυτό το διάστημα για την ολοκλήρωση της διατριβής υπήρξε μοναδική και θα τον θυμούμαι για πάντα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, την Ντίνα, την Αντιγόνη και τον Παναγιώτη για την αμέριστη βοήθεια, την ενθάρρυνση και την υπερβολική κατανόηση που μου προσέφεραν όλο αυτό το διάστημα.

Χρωστάω επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους ασθενείς οι οποίοι όλα αυτά τα χρόνια μου διδάσκουν ότι υπάρχει ζωή και μετά τη διάγνωση του καρκίνου.

## *Περίληψη*

Η αύξηση της νοσηρότητας από διάφορες μορφές καρκίνου, ή έγκαιρη διάγνωση, οι αποτελεσματικές νέες αντικαρκινικές θεραπείες, η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και το αυξημένο ποσοστό ηλικιωμένων ανθρώπων στο συνολικό πληθυσμό έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιζώντων καρκινοπαθών, δηλαδή ασθενών οι οποίοι έχουν πλήρως αποθεραπευτεί από τη νόσο τους και προσπαθούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή.

Ο καρκίνος αλλά και οι ογκολογικές θεραπείες μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, όχι μόνο κατά τη διάρκεια των θεραπειών, αλλά και χρόνια μετά την ολοκλήρωσή τους. Οι ασθενείς προσπαθούν να προσαρμοστούν στην εμπειρία του καρκίνου αλλά συνδέονται και με προβλήματα που μπορεί να είναι σωματικά (μειωμένη φυσική ικανότητα, κόπωση), ψυχολογικά (άγχος, κατάθλιψη, ανασφάλεια) και κοινωνικά (απομόνωση, ανεργία).

Στην παρούσα εργασία αναφέρονται στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα του καρκίνου και γίνεται μια αποτύπωση των ογκολογικών υπηρεσιών στην Κύπρο. Στη συνέχεια περιγράφονται οι επιπτώσεις της θεραπείας στην ποιότητα της ζωής, η ανάγκη για αποκατάσταση, καθώς και η ανάπτυξη προγραμμάτων αποκατάστασης για ασθενείς με καρκίνο μετά την ολοκλήρωση των ογκολογικών θεραπειών.

Η αποκατάσταση των καρκινοπαθών έχει ενταχθεί, παγκοσμίως, σε πλείστα συστήματα υγείας με αρκετά θετικά αποτελέσματα. Στους ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν επιπτώσεις, απόρροια των θεραπειών, θα πρέπει έγκαιρα και αποτελεσματικά να τους παρέχονται υποστηρικτικές παρεμβάσεις φροντίδας, όπως τα προγράμματα αποκατάστασης, καθώς διαπιστώνεται ότι η επανένταξη των ασθενών αυτών στο κοινωνικό σύνολο, έχει τη δυνατότητα να είναι ένα αποδοτικό μέσο δαπάνης οικονομικών πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

Στην Κύπρο ενώ λειτουργούν με απόλυτη επιτυχία, από εθελοντικές οργανώσεις, υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου η αποκατάσταση των επιζώντων καρκινοπαθών δεν έχει τύχει ανάλογης φροντίδας και διαχείρισης. Επίσης οι ανάγκες των επιζώντων καρκινοπαθών στην Κύπρο δεν έχουν αξιολογηθεί και έτσι δεν υπάρχουν τα απαραίτητα στοιχεία τα οποία να τύχουν επεξεργασίας και μελέτης προσδοκώντας στην εξαγωγή στοιχείων τα οποία να αναδείξουν τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών αυτών. Η ανάγκη επιστημονικών ερευνών θα βοηθήσει σε αυτό τον τομέα.

Συμπερασματικά η αποκατάσταση του Κύπριου καρκινοπαθή κρίνεται αδιαμφισβήτητα αναγκαία και θα πρέπει το Υπουργείο Υγείας αλλά και οι σύνδεσμοι ασθενών να σχεδιάσουν προγράμματα, να αναπτύξουν πρωτόκολλα κλινικής πρακτικής, και να επενδύσουν στην έρευνα ούτως ώστε οι ασθενείς να επανενταχθούν με απόλυτη επιτυχία στο κοινωνικό σύνολο προσφέροντας μας την παραγωγικότητα τους, τις ικανότητες τους αλλά και τις εμπειρίες μιας ζωής.

**Λέξεις Κλειδιά: Καρκίνος, αποκατάσταση, επιπτώσεις, κόστος-αποτελεσματικότητα, συστηματική ανασκόπηση**



## *Summary*

The increase in morbidity from various forms of cancer, early diagnosis, effective new cancer treatments, the significant increase in life expectancy and the increasing proportion of older people in the total population have resulted in an increase of survivors of cancer, i.e. patients who have fully recovered from their disease and try to live a normal life.

Cancer and oncological treatments can have serious effects on the quality of life of cancer patients, not only during treatment, but even years after their completion. Patients are trying to adapt to the experience of cancer and side effects. These can be physical (decreased physical fitness, fatigue), psychological (anxiety, depression, insecurity) and social (isolation, unemployment).

In this work we present the cancer incidence and the different oncology services in Cyprus. Then we described the effects of the treatment on the quality of life, the need for rehabilitation and developing rehabilitation programs for cancer patients after treatment is completed.

It appears that the rehabilitation of cancer patients worldwide has been included in most health systems with quite positive results. Patients who suffer with side effects should be promptly and effectively be supported by attending rehabilitation programs. The reintegration of these patients back in the community was shown in a number of studies to be cost-effective.

In Cyprus the two non-governmental organisations operate successfully, palliative care services for terminally ill patients but the rehabilitation of cancer survivors has not received similar attention and management. No studies have been carried out in Cyprus to evaluate the actual needs of these patients. The need for a scientific research, may be, in the form of a questionnaire or studies, would probably give us useful information about the real needs of these patients.

In conclusion, the rehabilitation of cancer patients is undoubtedly necessary and the Ministry of Health together with the cancer associations should join forces and design programs, develop protocols for good clinical practice and invest in research. These patients should be reintegrated successfully into the society by offering their productivity, their skills and the experience of a lifetime.

**Keywords: Cancer, rehabilitation, side effects, cost-effectiveness, systematic review**

# **1.Κεφάλαιο Πρώτο**

## **1.1Εισαγωγή**

Με την πρόοδο που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια στην ιατρική και ειδικά στην ογκολογία, το προσδόκιμο επιβίωσης σε πολλές μορφές καρκίνου, έχει αυξηθεί σημαντικά. Περίπου το 50% των νέο-διαγνωσθέντων ασθενών έχουν προσδόκιμο επιβίωσης μεγαλύτερο από δέκα χρόνια (1). Υπολογίζεται ότι πάνω από 30 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν σήμερα ανάμεσα μας, κάποια στιγμή στη ζωή τους είχαν διαγνωστεί από κάποια μορφή καρκίνου. Από αυτούς τα 12 εκατομμύρια ζουν στην Ευρώπη (2). Σχεδόν 14,5 εκατομμύρια άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) με ιστορικό καρκίνου ήταν επιζώντες το 2014 και ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε περίπου 19 εκατομμύρια μέχρι το 2024 (3).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός καρκινοπαθών οι οποίοι επιζούν από τον καρκίνο τους, συνδυάζεται αρκετές φορές με τοξικότερες αλλά και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας θεραπείες οι οποίες επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τα άτομα αυτά, δημιουργώντας τεράστια προβλήματα επανένταξης τους στο κοινωνικό σύνολο (4-7).

Επιπρόσθετα, οι απότερες επιπτώσεις των θεραπειών ποικίλουν και περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων κόπωση, μειωμένη σωματική λειτουργία, ψυχική οδύνη, λεμφοίδημα, αλλαγές στο βάρος, καρδιαγγειακές παθήσεις, δευτερογενείς καρκίνους και διάφορα άλλα εντοπισμένα συμπτώματα όπως ακράτεια και άλλα συναφή (8-11). Για εκείνους που βιώνουν απότερες επιπτώσεις μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί βέλτιστη υγεία και ποιότητα ζωής. Ωστόσο η ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα αυτά, ποικίλει ανάλογα με τη σοβαρότητα, το είδος και τη διάρκεια των απότερων επιπτώσεων. Η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει τις απότερες επιπτώσεις είναι επίσης σημαντική για τη βοήθεια που χρειάζεται. Κάποιοι κατορθώνουν να αντιμετωπίσουν από μόνοι τους την εμπειρία του καρκίνου ή με βοήθεια από την οικογένεια και φίλους. Κάποιοι άλλοι ασθενείς θα χρειαστούν ένα πολύπλοκο σύστημα υπηρεσιών αποκατάστασης σε περίπτωση πολλαπλών ή σύνθετων απότερων επιπτώσεων. Για άλλους, που παρουσιάζουν μια μόνο απότερη επίπτωση, η στήριξη από μόνο ένα επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι επαρκής βοήθεια.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξανόμενη έμφαση στον εντοπισμό αποτελεσματικών στρατηγικών αποκατάστασης, που σκοπό έχουν να βοηθήσουν τα άτομα με εμπειρία καρκίνου, οποιουδήποτε τύπου, οι οποίοι εξακολουθούν να ζουν (επιζώντες καρκινοπαθείς) (12), στην αντιμετώπιση μεμονωμένων ή πολυσύνθετων προβλημάτων. Η αποκατάσταση θεωρείται σχετικά

ως ένας νέος τομέας στην ογκολογία και ως εκ τούτου δεν υπάρχει επαρκής εμπειρική τεκμηρίωση των αναγκών αλλά και των αποτελεσμάτων των διαφόρων προγραμμάτων. Η γνώση εξακολουθεί να είναι περιορισμένη σχετικά με το ποίοι ασθενείς έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες αποκατάστασης και πώς πρέπει να γίνονται οι κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Επίσης υπάρχει θέμα με το περιεχόμενο, τις ομάδες-στόχους, το χρονοδιάγραμμα, την τοποθεσία του κέντρου αποκατάστασης, τη διάρκεια και το αποτέλεσμα. Πιστεύουμε όμως ότι με περισσότερες γνώσεις στον τομέα των υπηρεσιών αποκατάστασης θα μπορούσε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό στε να μην ούτως ώστε και οι σχετικοί οικονομικοί πόροι να κατανεμηθούν πιο αποτελεσματικά.

Κίνητρο για την επιλογή του θέματος υπήρξε η καθημερινή επαφή του γράφοντος με καρκινοπαθείς. Ζώντας αρκετά από τα προβλήματα που έχουν αυτοί οι ασθενείς μετά το τέλος της θεραπείας τους αποφάσισε να διερευνήσει τι υπάρχει σήμερα σε θέματα αποκατάστασης καρκινοπαθών ασθενών σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο. Ειδικότερα θα εξετασθεί η παρούσα κατάσταση στην Κύπρο. Έχουν τεθεί δε τα ακόλουθα ερωτήματα.

Τι γίνεται με τους ασθενείς μετά το τέλος της θεραπείας τους;

Υπάρχουν από το κράτος/Υπουργείο Υγείας κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την αποκατάσταση των καρκινοπαθών;

Τι προσφέρεται από τους συνδέσμους ασθενών;

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι, εφ' όσο δώσει μια περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με την αποκατάσταση των καρκινοπαθών ασθενών στην Κύπρο, στην Ελλάδα, στην Ευρώπη αλλά και στις ΗΠΑ, να εισηγηθεί λύσεις και να προτείνει συγκεκριμένα μέτρα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και μείωση των απώτερων επιπτώσεων των ασθενών αυτών.

## ***2. Κεφάλαιο Δεύτερο***

### ***2.1 Επιδημιολογία του Καρκίνου***

Η προέλευση της λέξης «καρκίνος», αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως ο «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού (13).

Ο «όρος» καρκίνος δεν αποδίδεται σε μια μόνο ασθένεια. Είναι η γενική ονομασία για μία ομάδα ασθενειών, οι οποίες είναι πάνω από εκατό. Αν και υπάρχουν πολλά είδη καρκίνου, όλοι οι καρκίνοι ξεκινούν από ένα ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων. Τα φυσιολογικά κύτταρα του σώματος αυξάνονται, διαιρούνται και δημιουργούν νέα κύτταρα τα οποία πεθαίνουν με μεθοδευμένο τρόπο. Κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου, τα φυσιολογικά κύτταρα διαιρούνται πιο γρήγορα για να επιτρέψουν στο άτομο να αναπτυχθεί. Όταν το άτομο ενηλικιωθεί, τα περισσότερα κύτταρα διαιρούνται μόνο για την αντικατάσταση φθαρμένων ή αποθανόντων κυττάρων ή την επισκευή κυττάρων μετά από τραυματισμό (14).

Ο καρκίνος ξεκινά όταν κύτταρα σε ένα μέρος του σώματος αρχίζουν να αναπτύσσονται εκτός ελέγχου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα καρκινικά κύτταρα σχηματίζουν μια μάζα κυττάρων η οποία ονομάζεται όγκος.

Γενικά, τα χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων είναι ότι:

- i. Αντιστέκονται στην απόπτωση,
- ii. πολλαπλασιάζονται παρουσία ή μη αυξητικών παραγόντων,
- iii. αντιστέκονται σε σήματα που σταματούν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό,
- iv. αντιστέκονται στο μηχανισμό γήρανσης,
- v. κάνουν μεταστάσεις και
- vi. δημιουργούν αγγεία για την αιμάτωση τους.

Έτσι, ένας κακοήθης όγκος μπορεί σταδιακά να εισβάλλει σε ένα όργανο, ένα σύστημα ή ένα ολόκληρο οργανισμό (14). Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σχεδόν σε κάθε ιστό στο ανθρώπινο σώμα και κάθε τύπος καρκίνου έχει ένα μοναδικό γνώρισμα που οδηγεί σε διαφορετικά επιμέρους χαρακτηριστικά.

Ο ετήσιος αριθμός περιστατικών καρκίνου αυξάνεται και η αύξηση αυτή αναμένεται να συνεχιστεί και στα επόμενα χρόνια (15). Η αυξανόμενη συχνότητα οφείλεται κυρίως:

- i. Στο γεγονός ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και του προσδόκιμου ζωής,
- ii. στη βελτίωση της ανίχνευσης και των διαγνωστικών μέσων και
- iii. σε ένα αυξανόμενο αριθμό ατόμων που εκτίθενται σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, τη σωματική αδράνεια, την ανθυγιεινή διατροφή και το υπερβολικό βάρος (15).

## ***2.2 Θεραπεία του Καρκίνου***

### ***2.2.1 Γενικά Σχόλια***

Τα κύρια θεραπευτικά μέσα για αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Οι θεραπείες αυτές μπορεί να δοθούν ξεχωριστά ή σε συνδυασμό. Νέοι μέθοδοι θεραπείας έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια όπως η στοχευμένη θεραπεία ή η ανοσοθεραπεία. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Επίσης περίπου οι μισοί ασθενείς υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής τους (16). Οι ογκολόγοι εξετάζουν μια σειρά από παράγοντες για να αποφασίσουν το είδος της θεραπείας και τους ενδεχόμενους συνδυασμούς που δίνονται σε κάθε ασθενή. Εξετάζεται ο τύπος του καρκίνου, το στάδιο κατά τη διάγνωση, η ηλικία και η κατάσταση της υγείας του ασθενή, η ευαισθησία που αναμένεται να υπάρξει σε καθεμιά από τις προαναφερθέντες θεραπείες, ο κίνδυνος άμεσων και αργότερων επιπτώσεων καθώς και οι επιθυμίες του ίδιου του ασθενή (16).

#### ***2.2.1.1 Χειρουργική Επέμβαση***

Η χειρουργική επέμβαση παραμένει εδώ και καιρό μια από τις κυριότερες θεραπείες αντιμετώπισης του καρκίνου. Ο σκοπός της διενέργειας κάθε εγχείρησης μπορεί να διαφέρει. Η εγχείρηση μπορεί να γίνει για να εξακριβωθεί αν κάποιος όγκος είναι κακοήθης (βιοψία), για να αφαιρεθεί ένας καρκινικός όγκος (εάν είναι σε αρχικό στάδιο και είναι εξαιρεσιμος) ή για να εξακριβωθεί εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος (μετάσταση).

Επίσης μπορεί να γίνει η εγχείρηση για την αντιμετώπιση μιας απόφραξης ή για τη μείωση του μεγέθους του όγκου στις περιπτώσεις που δεν μπορεί να αφαιρεθεί πλήρως. Στις περιπτώσεις

αυτές χορηγείται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και μπορεί ο ασθενής σε μελλοντικό χρονικό διάστημα να επαναχειρουργηθεί.

### **2.2.1.2 Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτινοβολία, η οποία σκοτώνει τα καρκινικά κύτταρα ή τα τραυματίζει, ούτως ώστε να μην μπορούν να πολλαπλασιαστούν. Η ακτινοθεραπεία γίνεται με δύο τρόπους (εξωτερική και εσωτερική). Η εξωτερική ακτινοθεραπεία βασίζεται στη χορήγηση δέσμης ακτίνων υψηλής ενέργειας στην περιοχή που έχει προσβληθεί από τον καρκίνο ενώ η εσωτερική ακτινοθεραπεία γίνεται με την τοποθέτηση μικρών ποσοτήτων ραδιενεργού υλικού στους ιστούς στους οποίους έχει αναπτυχθεί ο καρκίνος από το εσωτερικό του σώματος. Εφαρμόζεται ή το ένα είδος ή ένας συνδυασμός και των δύο μορφών ακτινοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του πρωτοπαθούς αλλά και του μεταστατικού καρκίνου.

### **2.2.1.3 Χημειοθεραπεία**

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντικαρκινικών φαρμάκων που καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα ή σταματούν τον πολλαπλασιασμό τους. Στα περισσότερα χημειοθεραπευτικά σχήματα χορηγούνται συγχρόνως διάφορα φάρμακα. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν ή μετά μίας χειρουργικής επέμβασης ή ακτινοθεραπείας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η χημειοθεραπεία δίνεται μαζί με την ακτινοθεραπεία. Το είδος της χημειοθεραπείας εξαρτάται από το είδος και το στάδιο του καρκίνου, την κατάσταση υγείας του ασθενή και συνοδά νοσήματα.

## **2.2.2 Θεραπεία του Καρκίνου στην Κύπρο**

Στην Κύπρο η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να γίνει στα γενικά νοσοκομεία τα οποία υπάρχουν σε κάθε πόλη αλλά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία/κλινικές. Όλα τα θεραπευτικά μέσα είναι διαθέσιμα και μόνο σε ειδικές περιπτώσεις οι καρκινοπαθείς θα πρέπει να μεταβούν στο εξωτερικό για θεραπεία. Οι περιπτώσεις αυτές είναι όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα διαγνωστικά ή θεραπευτικά μέσα ή δεν υπάρχει επαρκής εμπειρία ή δεν μπορεί να παρασχεθεί έγκαιρη θεραπεία. Το Υπουργείο Υγείας μετά από αίτημα του ογκολόγου ή ακόμη του ίδιου του ασθενή αξιολογεί τα περιστατικά αυτά και εάν συμφωνεί τότε καλύπτει και τα έξοδα θεραπείας. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι, για το 2014 όσον αφορά το σχέδιο αποστολής ασθενών στο εξωτερικό δαπανήθηκαν γύρω στα 10 εκατομμύρια €(17).

### **2.2.3 Επίπτωση του Καρκίνου στην Κύπρο**

Το Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας άρχισε τη λειτουργία Αρχείου Καρκίνου το Μάιο του 1998 όταν πέντε χώρες της Μέσης Ανατολής (Ισραήλ, Παλαιστίνη, Αίγυπτος, Ιορδανία και η Κύπρος) δημιούργησαν μια κοινοπραξία με σκοπό να συλλέξουν τα νέα περιστατικά καρκίνου στις χώρες τους με βάση ένα κοινό σύστημα κωδικοποίησης. Το 2008 η ομάδα Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας ανέλαβε τη διεύθυνση και διαχείριση του αρχείου. Έγινε μια γενική ανασκόπηση και διαπιστώθηκαν ελλείψεις και αδυναμίες των δεδομένων, οι οποίες με τη βοήθεια του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου (NCI) των ΗΠΑ και της Κοινοπραξίας Μέσης Ανατολής για τον Καρκίνο (MECC) διορθώθηκαν (18).

Το Αρχείο Καρκίνου Κύπρου καλύπτει τις περιοχές που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο της Κυπριακής Δημοκρατίας. Η πληρότητα κάλυψης των περιστατικών καρκίνου από το αρχείο είχε υπολογιστεί το 1999 γύρω στο 86% και το 2009 γύρω στο 92%. Οι πηγές πληροφοριών του αρχείου είναι οι ιστοπαθολογικές, κυτταρολογικές και αιματολογικές εκθέσεις από τα ογκολογικά τμήματα των κρατικών νοσοκομείων (Λευκωσίας και Λεμεσού), το Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου και ο ιδιωτικός τομέας. Από το 2004 και μετά εισάγονται και πληροφορίες από το Αρχείο Θανάτων της Κυπριακής Δημοκρατίας (18).

Το Αρχείο Καρκίνου Κύπρου είναι το μόνο πληθυσμιακό αρχείο που λειτουργεί στην Κύπρο και αποτελεί την κυριότερη πηγή πληροφοριών για τον υπολογισμό της επίπτωσης και της θνησιμότητας του καρκίνου στην Κύπρο. Ως σήμερα υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία για τα νέα περιστατικά που διαγνώστηκαν κατά την περίοδο 1998-2011 (18).

Σύμφωνα με το Αρχείο Καρκίνου του Υπουργείου Υγείας Κύπρου το 2011 περισσότερα από 3200 άτομα είχαν διαγνωστεί με καρκίνο στη Κύπρο, ελάχιστοι πιο πολλοί άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου το 2011 ήταν ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη, του εντέρου και του πνεύμονα που αποτελούσαν σχεδόν το ήμισυ όλων των νέων περιστατικών καρκίνου στην Κύπρο (19).

Από τον καιρό που άρχισαν να καταγράφονται τα περιστατικά, δηλαδή από το 1998 μέχρι το 2011, υπάρχει μια σημαντική αύξηση. Το ετήσιο ποσοστό αύξησης των νέων περιστατικών αγγίζει το 3% περίπου, ποσοστό που μεταφράζεται σε εκατό επί πλέον άτομα περίπου κάθε χρόνο. Παρόλο που η αύξηση των νέων περιστατικών καρκίνου στην Κύπρο τα τελευταία χρόνια είναι καταγεγραμμένη και υφίσταται, εντούτοις οι ειδικοί παρουσιάζονται ιδιαίτερα καθησυχαστικοί, τονίζοντας ότι η Κύπρος βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (19).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται ο αριθμός των νέων περιστατικών καρκίνου, κατά φύλο και έτος από το 1998-2011.

*Πίνακας 1*

*Αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου, κατά φύλο και έτος από το 1998-2011\**

Έτος	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
1998	773	830	<b>1603</b>
1999	803	813	<b>1616</b>
2000	934	830	<b>1764</b>
2001	986	928	<b>1914</b>
2002	1077	980	<b>2057</b>
2003	1116	1044	<b>2160</b>
2004	1267	1121	<b>2388</b>
2005	1274	1149	<b>2423</b>
2006	1315	1163	<b>2478</b>
2007	1399	1356	<b>2755</b>
2008	1530	1432	<b>2962</b>
2009	1546	1381	<b>2927</b>
2010	1607	1466	<b>3073</b>
2011	1647	1573	<b>3220</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>17 274</b>	<b>16 066</b>	<b>33 340</b>

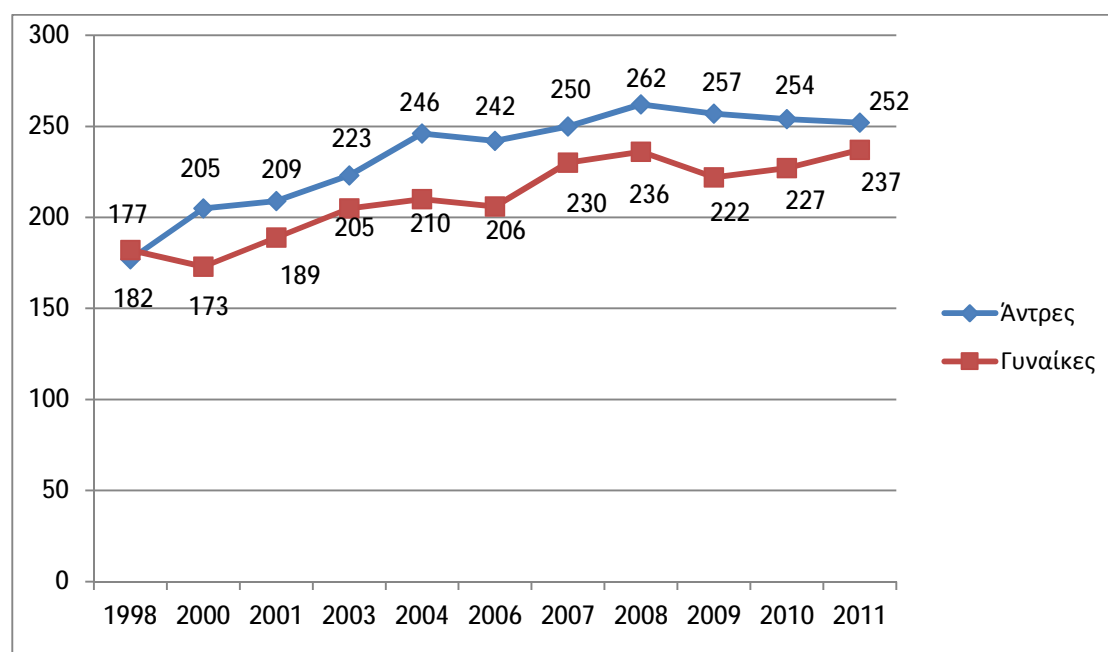
\* Πηγή: Αρχείο Καρκίνου Κύπρου.

\* Περιλαμβάνονται και περιστατικά που εντοπίστηκαν μόνο από πιστοποιητικά θανάτου  
Εξαιρούνται: τα περιστατικά ενδοεπιθηλιακού καρκίνου και τα περιστατικά κατοίκων περιοχών που δεν ελέγχονται από την Κυπριακή Δημοκρατία.



Σύμφωνα με τον πιο πάνω πίνακα, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των περιστατικών καρκίνου τα τελευταία χρόνια σε απόλυτους αριθμούς. Οι έξι συχνότεροι καρκίνοι στους άντρες από το 1998-2011 ήταν ο καρκίνος του προστάτη με τεράστια διαφορά από τα υπόλοιπα είδη, ο καρκίνος του εντέρου, του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστεως, του λεμφώματος μη Hodgkin και του στομάχου. Στις γυναίκες, οι έξι συχνότεροι καρκίνοι από το 1998-2011 ήταν του μαστού, του εντέρου, του θυρεοειδούς, του σώματος μήτρας, του πνεύμονα, και του λεμφώματος μη Hodgkin.

Στο Γράφημα 1 που ακολουθεί παρατίθενται τα σταθμισμένα κατά ηλικία ποσοστά του καρκίνου στα οποία λαμβάνεται υπόψη και η αύξηση του πληθυσμού και η ηλικιακή του σύνθεση. Μελετώντας τα στοιχεία αυτά, η αύξηση των περιστατικών καρκίνου εμφανίζεται πιο ομαλή (19).



Πηγή: Αρχείο Καρκίνου Κύπρου

Γράφημα 1. Διαχρονική τάση των κατά ηλικία σταθμισμένων ποσοστών των περιστατικών καρκίνου [world age-standardised rate (WASR)], 1998-2011.\*

\* Περιλαμβάνονται και περιστατικά που εντοπίστηκαν μόνο από πιστοποιητικά θανάτου. Εξαιρούνται: τα περιστατικά ενδοεπιθηλιακού καρκίνου και τα περιστατικά κατοίκων περιοχών που δεν ελέγχονται από την Κυπριακή Δημοκρατία.

Όπως έχει προαναφερθεί, στην Κύπρο τα περιστατικά καρκίνου που εντοπίζονται από τα πιστοποιητικά θανάτου προστέθηκαν στο αρχείο από το 2004 και μετά. Τα περιστατικά αυτά αποτελούν τώρα το 10% του συνολικού αριθμού ετήσιων περιστατικών ενώ στα προηγούμενα

χρόνια δεν καταγράφονταν λόγω της μη ύπαρξης καλά οργανωμένου αρχείου αιτιών θανάτου. Επίσης από το 2007 και μετά έχουν εντατικοποιηθεί οι προσπάθειες του προσωπικού του Αρχείου Καρκίνου για εντοπισμό και καταγραφή των νέων περιστατικών. Ο εντοπισμός έχει επίσης διευκολυνθεί με την εισαγωγή ηλεκτρονικών μεθόδων συλλογής μέρους των στοιχείων σε αντίθεση με την δια χειρός καταγραφή που γινόταν προηγουμένως. Επομένως η παρατηρούμενη "ραγδαία" αύξηση των νέων περιστατικών καρκίνου στην Κύπρο οφείλεται κυρίως:

- i. Στην αύξηση της καταγραφής,
- ii. στην αύξηση του πληθυσμού,
- iii. στη γήρανση του πληθυσμού (λόγω της μεγαλύτερης επίπτωσης καρκίνου στις μεγάλες ηλικίες) και
- iv. στην αποτελεσματικότερη διάγνωση του καρκίνου (λόγω των βελτιωμένων διαγνωστικών μέσων) (19).

#### ***2.2.4 Ογκολογικά Τμήματα στα Γενικά Νοσοκομεία Λευκωσίας/Λεμεσού***

Στην Κύπρο το πρώτο ογκολογικό τμήμα, με διευθυντή τον ιατρό Δημήτρη Σουλιώτη, ιδρύθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας το 1950 και λειτουργούσε με ένα μηχάνημα επιφανειακής ακτινοβολίας. Εκτός από την ακτινοθεραπεία δινόταν και χημειοθεραπεία. Η πρώτη μονάδα κοβαλτίου (μηχάνημα ακτινοθεραπείας για όγκους οι οποίοι εντοπίζονται πιο βαθιά στο ανθρώπινο σώμα) εγκαταστάθηκε το 1966 και η δεύτερη το 1976. Το 1971 διορίστηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, η ογκολόγος ιατρός Χέλεν Σωτηρίου η οποία αφυπηρέτησε ως διευθυντής του ογκολογικού τμήματος το 1982. Κατά την περίοδο αυτή, αλλά και μετά, το τμήμα αναβαθμίστηκε με την εργοδότηση επιπρόσθετων επαγγελματιών υγείας, όπως ογκολόγων, ακτινογράφων ακτινοθεραπείας, ιατροφυσικών και νοσηλευτών με εκπαίδευση στην ογκολογία.

Το τμήμα αυτό ήταν και το μοναδικό ογκολογικό κέντρο και εξυπηρετούσε όλη την Κύπρο ως το 1998 χρονιά κατά την οποία λειτούργησε το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Με την λειτουργία του νέου Γενικού Νοσοκομείου στην Λευκωσία το 2006 μεταφέρθηκε μαζί με τα υπόλοιπα τμήματα και το ογκολογικό τμήμα σε νέους χώρους. Στο τμήμα αυτό παρέχονταν υπηρεσίες ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας και ανακουφιστικής ιατρικής. Από το 2002 το ογκολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας δεν παρέχει υπηρεσίες ακτινοθεραπείας (20) λόγω μη εγκατάστασης καινούργιων μηχανημάτων ακτινοθεραπείας όπως οι γραμμικοί επιταχυντές.

Το 2004 άρχισε τη λειτουργία του το ογκολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Στο τμήμα αυτό, το οποίο εξυπηρετεί ως επί το πλείστο ασθενείς των επαρχιών Λεμεσού

και Πάφου, παρέχονται όλες οι ογκολογικές υπηρεσίες εκτός της ακτινοθεραπείας. Ογκολογικοί θάλαμοι λειτουργούν και στα δύο Γενικά Νοσοκομεία Λευκωσίας και Λεμεσού. Στους θαλάμους αυτούς νοσηλεύονται ασθενείς στους οποίους χορηγείται χημειοθεραπεία, αντιμετώπιση καρκινικού πόνου ή λοίμωξης, ενυδάτωση, κλπ. Οι ογκολόγοι των δημόσιων νοσοκομείων εξετάζουν και ασθενείς της ειδικότητας τους μια φορά την εβδομάδα στα νοσοκομεία Λάρνακας, Πάφου και Αμμοχώστου.

Οι ασθενείς εφ' όσον θα πρέπει να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία αποστέλλονται στο Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Πάγιο αίτημα και των δύο τμημάτων εξακολουθεί να είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών με την προσθήκη ακτινοθεραπευτικού τμήματος. Οι ιατροί και των δύο τμημάτων συμμετέχουν σε ιατροσυμβούλια με άλλες κλινικές για την καλύτερη και ορθότερη αντιμετώπιση των καρκινοπαθών από τα πρώτα στάδια της διάγνωσης τους.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Υπουργείου Υγείας Κύπρου το 2012 απασχολούνταν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας 5 ογκολόγοι ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού 4 ογκολόγοι.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται ο αριθμός των κλινών, ιατρών, νοσηλευτών, επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και εισαγωγών στον ογκολογικό θάλαμο του Ογκολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας για τα έτη 2011-2013 (20).

#### Πίνακας 2

*Στατιστικά στοιχεία για το Ογκολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας για τα έτη 2011-2013\**

<b>Βασικές Πληροφορίες</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Αριθμός κλινών	18	18	18
Αριθμός ιατρών	5	5	5
Αριθμός νοσηλευτών	24	24	24
Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών	7158	7.070	6.084
Σύνολο εισαγωγών	1.295	1.603	1.574

\*Πηγή: Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται ο αριθμός των κλινών, ιατρών, νοσηλευτών, επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και εισαγωγών στον ογκολογικό θάλαμο του ογκολογικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού για τα έτη 2011-2013 (20).

*Πίνακας 3*

*Στατιστικά στοιχεία για το Ογκολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού για τα έτη 2011-2013\**

<b>Βασικές Πληροφορίες</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Αριθμός κλινών	16	16	16
Αριθμός ιατρών	4	4	4
Αριθμός νοσηλευτών	20	20	20
Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών	7.549	8,003	7.927
Σύνολο εισαγωγών	1.325	1.530	1403

\*Πηγή: Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα γενικά νοσοκομεία παρέχονται δωρεάν σε ασθενείς, οι οποίοι είναι κάτοχοι κάρτας νοσηλείας, με βάση την υφιστάμενη νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας. Ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν έγκυρη ταυτότητα νοσηλείας δεν καλύπτονται και πληρώνουν ανάλογα με τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν. Οι ετήσιες λειτουργικές δαπάνες των γενικών νοσοκομείων καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό της Κυπριακής Δημοκρατίας.

### ***2.2.5 Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου***

Το 1998 λειτούργησε το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου το οποίο αποτελεί καταπίστευμα μεταξύ του Ιατρικού Ιδρύματος της Τράπεζας Κύπρου και της Κυπριακής Δημοκρατίας, οι οποίοι είναι και οι ιδρυτές του. Είναι νοσοκομείο εξειδικευμένο στην θεραπεία του καρκίνου και προσφέρει τις ακόλουθες ογκολογικές υπηρεσίες:

- i. Ακτινοθεραπεία,
- ii. χημειοθεραπεία,

- iii. ορμονοθεραπεία,
- iv. νοσηλεία εσωτερικών ασθενών,
- v. διαγνωστικές εξετάσεις, όπως, αιματολογικές και απεικονιστικές (ακτινολογικές, πυρηνικής ιατρικής) και
- vi. υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης (21).

Οι υπηρεσίες του κέντρου παρέχονται δωρεάν σε ασθενείς, οι οποίοι είναι κάτοχοι κάρτας νοσηλείας, με βάση την υφιστάμενη νομοθεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας. Ασθενείς που δεν καλύπτονται και δεν έχουν έγκυρη ταυτότητα νοσηλείας, πληρώνουν ανάλογα με τις υπηρεσίες που θα τους παρασχεθούν. Επίσης οι ετήσιες λειτουργικές δαπάνες του καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ οι κεφαλαιουχικές δαπάνες από την Τράπεζα Κύπρου (21).

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται ο αριθμός των κλινών, ιατρών, νοσηλευτών, επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, εισαγωγών στον ογκολογικό θάλαμο του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου και συνεδριών ακτινοθεραπείας για τα έτη 2011-2013 (21).

#### Πίνακας 4

*Στατιστικά στοιχεία για το Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου για τα έτη 2011-2013\**

<b>Βασικές Πληροφορίες</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Αριθμός κλινών	32	32	32
Αριθμός ιατρών	25	25	25
Αριθμός νοσηλευτών	73	73	73
Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών	31.715	33.428	34.449
Σύνολο εισαγωγών	2.276	2.231	2.253
Σύνολο συνεδριών ακτινοθεραπείας	31.863	34.487	33.714

\*Πηγή: (21)

### **2.2.6 Ιδιωτικά Ογκολογικά Κέντρα/Ιδιώτες Ογκολόγοι**

Στη Λευκωσία και στη Λεμεσό υπάρχουν, στο παρόν χρονικό διάστημα, τέσσερις ιδιώτες ιατροί ογκολόγοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε καρκινοπαθείς στα ιατρεία τους ή σε νοσοκομεία/κλινικές. Οι υπηρεσίες είναι χορήγηση χημειοθεραπείας, παρακολούθηση ασθενών κλπ. Οι ασθενείς πληρώνουν για κάθε επίσκεψη στον ιατρό, διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπείες κ.λπ. Οι χρεώσεις καθορίζονται με βάση τα τέλη χρεώσεων του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου ή του ιατρού. Δεν υπάρχει στον ιδιωτικό τομέα η δυνατότητα παροχής ακτινοθεραπείας, υπηρεσία η οποία παρέχεται μόνο στο Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου. Επίσης δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των ασθενών οι οποίοι παρακολουθούνται από τους εν λόγω ιατρούς. Ο αριθμός των ιδιωτών ογκολόγων στην Κύπρο αναμένεται να αυξηθεί με την εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓΕΣΥ).

Από το 1982 και μέχρι το 1995, λειτούργησε στη Λευκωσία στο Ιατρικό Κέντρο Ευαγγελίστρια από τους ιατρούς Δρ Χέλεν Σωτηρίου και Δρ Γιώργο Μαρκουλλή το Κέντρο Ογκολογίας Ακτινοθεραπείας και Αιματολογίας Ανατολικής Μεσογείου. Οι υπηρεσίες που παρέχονταν ήταν διαγνωστικές εξετάσεις, χημειοθεραπείες, παρακολούθηση ασθενών κλπ.. Επίσης υπήρχε εγκατεστημένη και μία μονάδα κοβαλτίου για την παροχή ακτινοθεραπείας. Το κέντρο αυτό έκλεισε το 1995 με την αποχώρηση της ιατρού Δρ Χέλεν Σωτηρίου λόγω οριστικής συνταξιοδότησης. Ο Δρ Γιώργος Μαρκουλλής εξακολουθεί να λειτουργεί ογκολογικό ιατρείο στο Ιατρικό Κέντρο Ευαγγελίστρια.

### **3. Κεφάλαιο Τρίτο**

#### **3.1 Επιπτώσεις (άμεσες και απώτερες) από τη Θεραπεία του Καρκίνου**

Οι ογκολογικές θεραπείες στοχεύουν στην καταστροφή των γρήγορα διαιρούμενων καρκινικών κυττάρων, αλλά παράλληλα μπορεί να επηρεάσουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Υγιή κύτταρα, που φυσιολογικά αναπτύσσονται και διαιρούνται, είναι αυτά του στόματος, του γαστρεντερικού σωλήνα και των μαλλιών και είναι αυτά που επηρεάζονται πιο συχνά από τις αντικαρκινικές θεραπείες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι:

- i. Οι επιπτώσεις των θεραπειών διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Αυτό έχει να κάνει με πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα τη δόση της ακτινοβολίας ή το συνδυασμό των φαρμάκων κατά τη χημειοθεραπεία.
- ii. δεν εμφανίζονται όλοι οι ασθενείς άμεσες επιπτώσεις κατά τη διάρκεια των θεραπειών και όταν εμφανιστούν, συνήθως σταματούν με το πέρας της θεραπείας.
- iii. η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή έχει μεγάλη σημασία. Πολλές από τις επιπτώσεις, είναι πιθανό να οφείλονται όχι στη θεραπεία αυτή καθαυτή, αλλά στο άγχος, την ανησυχία και το φόβο που αισθάνεται ο ασθενής. Η ψυχολογική στήριξη από το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον αλλά και από ειδικούς ψυχολόγους διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη εμφάνιση ή όχι ψυχικών συμπτωμάτων (10,11,22).

Άμεσες ανεπιθύμητες επιπτώσεις όπως ναυτία, έμετος, απώλεια βάρους και κόπωση αναπτύσσονται γενικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και οι περισσότερες από αυτές σταδιακά ελαττώνονται όταν η θεραπεία ολοκληρωθεί.

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, όπως η μειωμένη σωματική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας και της δύναμης των μυών, η κακή ψυχική υγεία (κατάθλιψη, άγχος) αλλά και η κόπωση είναι πολύ συχνές στους ασθενείς με καρκίνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σε κάποιους οι επιπτώσεις αυτές ενδεχομένως να διαρκέσουν για αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας (10,11, 23).

Ο καρκίνος αλλά και οι θεραπευτικοί χειρισμοί μπορεί μέσω των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων να επηρεάσουν αρνητικά τον καρκινοπαθή σε πολλούς τομείς όπως η εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση, η λειτουργικότητα σε κοινωνικό επίπεδο, η μειωμένη σε διάρκεια ικανότητα εργασίας, η πρόωρη συνταξιοδότηση κλπ.. Επίσης μπορεί να δημιουργηθεί μια

πίεση/ένταση στην οικογένεια του ασθενή με επιπτώσεις σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν μια συνολική μείωση της ποιότητας ζωής τους (24,25).

### ***3.1.1 Μακροπρόθεσμες Επιπτώσεις μετά από Αντικαρκινική Θεραπεία.***

#### ***3.1.1.1 Σωματική Υγεία***

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το 1946, η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η σωματική υγεία μπορεί να οριστεί ως ένα ουσιαστικό μέρος της συνολικής υγείας του ατόμου, η οποία περιλαμβάνει τα πάντα, από τη φυσική κατάσταση ως τη συνολική ευεξία (26).

Ο καρκίνος αλλά και οι αντικαρκινικές θεραπείες μπορεί να προκαλέσουν στον ασθενή μεγάλες περιόδους σωματικής αδράνειας. Ο ασθενής έχει μειωμένη σωματική υγεία, η οποία περιλαμβάνει διαταραγμένη καρδιοαναπνευστική ικανότητα, μειωμένη μυϊκή δύναμη και μειωμένο εύρος κίνησης (27). Όλα αυτά μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην ικανότητα των ασθενών να εκτελούν:

- i. Διάφορες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής,
- ii. δραστηριότητες που σχετίζονται με το επάγγελμα του ασθενή ή και
- iii. δραστηριότητες σε περιόδους αναψυχής (28).

Σε έρευνα που έγινε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, Διατροφής, Έρευνας και Εξέτασης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) πάνω από τους μισούς επιζώντες καρκινοπαθείς ανέφεραν περιορισμούς στη σωματική απόδοση σε σύγκριση με 21% στους υγιείς. Οι καρκινοπαθείς παρουσίασαν μειωμένη ικανότητα να εκτελούν εργασίες που απαιτούν είτε παρατεταμένες μυϊκές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα για συγκεκριμένη απόσταση ή το να στέκονται όρθιοι για μεγάλο χρονικό διάστημα, ή εργασίες που απαιτούν μεγάλες κινήσεις του σώματος όπως λύγισμα, ανύψωση και μετακίνηση από καθιστή σε όρθια θέση (11). Ο κίνδυνος περιορισμού της σωματικής απόδοσης ήταν 80% μεγαλύτερος για τους πρόσφατα και 50% μεγαλύτερος για τους μακροχρόνια επιζώντες από καρκίνο σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ιστορικό καρκίνου. Επίσης, η ικανότητα του ασθενή να εκτελεί καθημερινές εργασίες ή δραστηριότητες που σχετίζονται με τη φροντίδα του εαυτού του, τη διαχείριση του σπιτιού, την εργασία και δραστηριότητες αναψυχής μειώθηκε στο 30% στην ομάδα των επιζώντων καρκινοπαθών σε σύγκριση με 13% στους υγιείς (11).



Αντρες οι οποίοι υποβάλλονται σε θεραπεία στέρησης ανδρογόνων έχουν σημαντικά μειωμένη μυϊκή δύναμη και λειτουργική απόδοση. Η αδράνεια και οι θεραπείες (ορμονική θεραπεία/χημειοθεραπεία) επηρεάζουν αρνητικά τη σύσταση του σώματος [αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)] και του σωματικού λίπους καθώς και μείωση της μυϊκής μάζας του σώματος (29,30).

Γυναίκες με καρκίνο μαστού οι οποίες εξετάστηκαν τέσσερα χρόνια μετά από χειρουργική επέμβαση, ανέφεραν σε ποσοστό 33% προβλήματα στο χέρι και στον ώμο. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονταν με μειωμένη σωματική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής (31).

### **3.1.1.2 Ψυχική υγεία**

Ο εντοπισμός κακοήθειας σε διάφορες περιοχές του σώματος δεν έχει να κάνει μόνο με θέματα θεραπείας και πρόγνωσης, αλλά και με την εμφάνιση ανάλογων ψυχολογικών προβλημάτων. Αυτά καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από την επίδραση στον ψυχισμό του ασθενή για το προσβεβλημένο όργανο καθώς κάθε όργανο έχει και τη διαφορετική συμβολική του αξία για τον πάσχοντα. Αυτή η νέα ψυχική πραγματικότητα που διαμορφώνει ο καρκίνος προκειμένου να αντιμετωπισθεί πυροδοτεί συναισθήματα και κινητοποιούνται μηχανισμοί άμυνας. Επιπρόσθετα, η ανάγκη για επεμβάσεις θεραπευτικού τύπου, ορισμένες φορές με ακρωτηριασμούς, έχει ως αποτέλεσμα σωματικές παραμορφώσεις. Τις επιπτώσεις αυτές, καλείται ο ασθενής να διαχειριστεί (32).

Το άγχος, η κατάθλιψη, η ανασφάλεια, η υποχονδρίαση, η οξυθυμία, τα κοινωνικά προβλήματα (όπως αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις), η απώλεια εργασίας και υπαρξιακά και πνευματικά προβλήματα που αφορούν το νόημα και την εκτίμηση της ζωής αποτελούν συνηθισμένες συναισθηματικές αντιδράσεις μετά από εκτεταμένες χειρουργικές παρεμβάσεις (32).

Ασθενείς με δεκατέσσερις διαφορετικές διαγνώσεις καρκίνου ανέφεραν ψυχολογικά προβλήματα σε ποσοστό ως και 33% (33) ενώ η συχνότητα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των επιβιωσάντων ασθενών με καρκίνο του μαστού ήταν 38% και 22% αντίστοιχα (34).

### **3.1.1.3 Κόπωση**

Ο Αμερικάνικος Οργανισμός Καρκίνου (NCCN) ορίζει τη σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση ως «μια οδυνηρή επίμονη, υποκειμενική αίσθηση σωματικής, συναισθηματικής και/ή γνωστικής κούρασης ή εξάντλησης η οποία σχετίζεται με τον καρκίνο ή τη θεραπεία του και δεν είναι ανάλογη με πρόσφατη δραστηριότητα και παρεμβαίνει στη συνήθη δραστηριότητα του ατόμου» (35). Η κόπωση αποτελεί ένα πολύ συχνό σύμπτωμα των ασθενών με καρκίνο.

Υπολογίζεται ότι εννέα στους δέκα ασθενείς την εκδηλώνουν κάποια στιγμή στην πορεία της νόσου ή της θεραπείας. Ωστόσο, μόνον ο ένας στους πέντε πιστεύει ότι κάτι μπορεί να κάνει γι' αυτήν, με συνέπεια οι υπόλοιποι να μην την αναφέρουν ούτε στους γιατρούς τους (36).

Ασθενείς με καρκίνο του μαστού ανέφεραν κόπωση σε ποσοστό 33% ακόμη και μετά από πέντε ως δέκα χρόνια μετά τη διάγνωση (37). Σε μακροχρόνια επιζώντες ασθενείς με λέμφωμα Hodgkin και καρκίνο τραχήλου της μήτρας η συχνότητα της χρόνιας κόπωσης ήταν 30%, σε σύγκριση με περίπου 11-13% στο γενικό πληθυσμό (38, 39).

Η κόπωση επηρεάζει τον ασθενή νοητικά, ψυχικά και συναισθηματικά και δυσχεράνει κάθε πλευρά της καθημερινότητας του. Πολλές φορές οι ασθενείς είναι τόσο κουρασμένοι ώστε να μην μπορούν να μιλήσουν. Επηρεάζεται η σχέση του ασθενή με τους συγγενείς και φίλους, οι οποίοι συχνά αδυνατούν να καταλάβουν πως είναι δυνατόν ο ασθενής να είναι μόνιμα κουρασμένος.

Επίσης η κόπωση μπορεί να επηρεάσει την εργασιακή δυνατότητα του ασθενή. Η κόπωση είναι τόσο έντονη ώστε πολλοί ασθενείς αναγκάζονται να μειώσουν τις ώρες εργασίας ή να σταματήσουν να εργάζονται γεγονός που, ιδίως όταν δημιουργεί οικονομικά προβλήματα, οδηγεί σε άγχος, το οποίο με τη σειρά του επιτείνει την κόπωση.

#### **3.1.1.4 Σεξουαλικότητα**

Η σεξουαλικότητα είναι ένα θέμα ταμπού και δύσκολα συζητείται με τους επαγγελματίες υγείας. Όμως, η σεξουαλικότητα αποτελεί κάτι το φυσιολογικό και συνεπώς ο ασθενής δεν πρέπει να διστάζει να αναζητεί πληροφορίες από τον ιατρό σχετικά με τα προβλήματα αυτά.

Είναι γεγονός ότι ο καρκίνος αλλά και οι αντικαρκινικές θεραπείες επιδρούν αρνητικά στη σεξουαλικότητα του ατόμου. Ο επηρεασμός της έκφρασης της σεξουαλικότητας και η δημιουργία προβλημάτων στην ερωτική επιθυμία/πράξη είναι απότοκο:

- i. Των μεταβολών της σωματικής εικόνας/λειτουργικότητας,
- ii. της μειωμένης ενεργητικότητας,
- iii. της αγωνίας για επιβίωση και
- iv. του άγχους - λόγω οικογενειακών και οικονομικών δυσκολιών (40).

Τα προβλήματα αυτά μπορεί να παρουσιαστούν και στα δύο φύλα. Τα πιο συνηθισμένα σωματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άντρες μετά τη θεραπεία περιλαμβάνουν:

- i. Στυτική δυσλειτουργία (ανικανότητα να επιτευχθεί ή να διατηρηθεί στύση),
- ii. πρόωρη ή καθυστερημένη εκσπερμάτωση,

- iii. φυσικές ή χειρουργικές παραμορφώσεις, όπως καμπυλότητα του πέους κατά τη διάρκεια της στύσης (νόσος Peyronie), η οποία μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα ορισμένων θεραπειών του καρκίνου του προστάτη,
- iv. προβλήματα γονιμότητας,
- v. χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης κ.α. (40).

Οι γυναίκες παρουσιάζουν συναισθήματα άγχους, θλίψης, απώλειας, καθώς και έλλειψη ενδιαφέροντος για τη σεξουαλική επαφή. Οι αλλαγές στη σεξουαλική ζωή των γυναικών δημιουργούνται λόγω προβλημάτων ή επεμβάσεων στον κόλπο καθώς και ορμονικών διαταραχών.

Η ριζική επέμβαση στον κόλπο ή το αιδοίο αλλοιώνει τη φυσιολογική όψη των γεννητικών οργάνων και η σεξουαλική πράξη καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, εξαιτίας του φόβου για την πρόκληση πόνου και αιμορραγίας.

Η φυσική εμμηνόπαυση περιλαμβάνει μία σταδιακή μείωση στα επίπεδα των ορμονών μιας γυναίκας -συνήθως κατά τη διάρκεια αρκετών χρόνων- ακολουθούμενη από το τέλος της εμμήνου ρύσεως. Όταν μια γυναίκα υποβάλλεται σε αντικαρκινική θεραπεία, η εμμηνόπαυση μπορεί να ξεκινήσει πρόωρα και απότομα. Μια εξέλιξη που κανονικά χρειάζεται χρόνια για να ολοκληρωθεί μπορεί να είναι θέμα λίγων μηνών.

Η πρόωρη εμμηνόπαυση λόγω θεραπείας μπορεί να προκληθεί από:

- i. Τη χειρουργική επέμβαση με την αφαίρεση των ωοθηκών,
- ii. τη χημειοθεραπεία,
- iii. την ακτινοθεραπεία, ή
- iv. την ορμονοθεραπεία.

Οι ορμόνες οι οποίες χορηγούνται σε γυναίκες με ορισμένους τύπους καρκίνου του μαστού δημιουργούν και προβλήματα στη λειτουργικότητα του κόλπου και στη σεξουαλικότητα. Τα συμπτώματα είναι πιο έντονα και σοβαρά από εκείνα που σημειώνονται κατά τη φυσική διαδικασία, και μπορεί να περιλαμβάνουν:

- i. Κολπική ξηρότητα,
- ii. δυσφορία και πόνο,
- iii. δυσκολία με τη σεξουαλική διέγερση και
- iv. πόνο κατά τη συνουσία.

Επίσης ένα άλλο θέμα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι ότι συχνά αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή κυρίως λόγω της αρνητικής συναισθηματικής φόρτωσης, της αλλαγής της εικόνας του σώματος και λόγω του φόβου της απόρριψης από το σύζυγο. Έχει αποδειχθεί όμως σε μελέτες ότι η πρόωμη επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας έχει θετικές επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία και ζωή των ζευγαριών (41).

## ***4. Κεφάλαιο Τέταρτο***

### ***4.1.1 Αποκατάσταση***

Η αποκατάσταση, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι μια διεργασία, σε άτομα με αναπηρία, που στόχο έχει να τους διευκολύνει να επιτύχουν και να διατηρήσουν βέλτιστη σωματική, αισθητηριακή, διανοητική, ψυχολογική ή/και κοινωνική λειτουργία. Η αποκατάσταση παρέχει σε άτομα με ειδικές ανάγκες τα εργαλεία που χρειάζονται για να επιτύχουν την ανεξαρτησία και την αυτοδιάθεση τους (42). Η αποκατάσταση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, όπως ιατρική περίθαλψη, σωματικές και ψυχολογικές θεραπείες καθώς και εργοθεραπείες και υπηρεσίες στήριξης.

Σε ορισμένους τομείς της ιατρικής, όπως η ρευματολογία, η τραυματολογία, η καρδιολογία, η νευρολογία κ.α. η αποκατάσταση έχει καθιερωθεί εδώ και χρόνια με σχετικά συγκεκριμένο περιεχόμενο που σχετίζεται με τους περιορισμούς των λειτουργιών σε κάθε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Π.χ. υπάρχουν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες στο Ηνωμένο Βασίλειο για την αποκατάσταση των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο (43) όπως και το ότι υπάρχουν αρκετά καλά τεκμηριωμένες μελέτες για την ωφελιμότητα της αποκατάστασης σε καρδιακούς ασθενείς (44).

Ακόμη υπάρχουν τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες σωματικής άσκησης για χρόνιες παθήσεις όπως οι καρδιαγγειακές (45), διαβήτη τύπου II (46) και ψυχιατρικές παθήσεις (47) καθώς η σωματική άσκηση αποτελεί συχνά μέρος της ρουτίνας στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών.

### ***4.1.1 Αποκατάσταση Καρκινοπαθών***

Η έννοια της αποκατάστασης στη φροντίδα του καρκίνου είναι μέρος μιας νέας κατάστασης που χαρακτηρίζεται από μια σταθερή αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου στις περισσότερες χώρες. Η έγκαιρη διάγνωση, ο σύγχρονος συνδυασμός θεραπειών και οι εξελιγμένες εξατομικευμένες θεραπευτικές επιλογές έχουν αυξήσει σημαντικά τον αριθμό των επιζώντων από καρκίνο στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες καθιστώντας την αποκατάσταση επιτακτική ανάγκη.

Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί σήμερα με μία από τις κοινές μορφές καρκίνου θα είναι ζωντανόι μετά από πέντε χρόνια. Η πενταετής επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού είναι σχεδόν 80%, με καρκίνο του προστάτη 75% και με καρκίνο του παχέος εντέρου σχεδόν 55% (48). Η υγεία, αυτών των

επιζώντων καρκινοπαθών, μπορεί να έχει περισσότερο ή λιγότερο αποκατασταθεί, μπορεί να θεωρούνται αποθεραπευμένοι ή ακόμα και σε ύφεση, μπορεί να μην έχουν θεραπευτεί τελείως και να αντιμετωπίζουν τον καρκίνο τους ως μια χρόνια ασθένεια, αλλά δεν παύει να είναι μια «ευαίσθητη» από άποψη υγείας ομάδα πληθυσμού, που απαιτεί τακτικούς περιοδικούς επανελέγχους. Ποιοι όμως ασθενείς χαρακτηρίζονται ως επιζώντες καρκινοπαθείς;

#### **4.1.2 Επιζώντες Καρκινοπαθείς**

Στην Αγγλόφωνη βιβλιογραφία οι καρκινοπαθείς οι οποίοι είχαν εμπειρία με καρκίνο και είναι πλήρως αποθεραπευμένοι αναφέρονται με τον όρο «cancer survivors». Έτσι είναι γι' αυτό που στην Ελληνική γλώσσα επικράτησε ο όρος επιζών. Ο όρος δημιουργήθηκε από τον παιδίατρο Dr. Fitzhugh Mullan, που είχε ήδη ασθενήσει και εμφανίστηκε σε άρθρο του στις 25 Ιουλίου 1985 με τίτλο «Οι λόγοι της επιβίωσης: Σκέψεις ενός γιατρού με καρκίνο» (49).

Κυρίως στις ΗΠΑ στους επιζώντες περιλαμβάνονται και τα μέλη της οικογένειας, ο φροντιστής ή κάποιο αγαπητό πρόσωπο του ασθενή. Στις ΗΠΑ ο καρκίνος δεν θεωρείται ως μια ατομική ή προσωπική εμπειρία, αλλά ως μια εμπειρία, όχι μόνο, του ασθενή αλλά και του στενού οικογενειακού ή άλλου κύκλου.

Ενώ στις ΗΠΑ φαίνεται ότι έχει επικρατήσει ο όρος «επιζών καρκίνου», αυτός ο όρος δεν έχει σε όλες τις χώρες το ίδιο νόημα. Στην Ελληνική γλώσσα αλλά και σε πολλές Ευρωπαϊκές ο όρος «επιζών» (survivor) έχει μια αρνητική χροιά γιατί συνδέεται με άτομα που έχουν καταφέρει να επιβιώσουν από μια φυσική ή άλλη μεγάλη καταστροφή χωρίς να προσδιορίζεται η κατάσταση στην οποία βρίσκονται μετά την επιβίωση τους. Πιστεύω όμως ότι δεν είναι δόκιμο να ορίζονται ως επιζώντες τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία για τον καρκίνο, είναι σε τελικό στάδιο, έχουν μεταστάσεις ή έχουν μόλις διαγνωσθεί;

Οι ιατροί στις ΗΠΑ ίσως θέλησαν με τον όρο αυτό να τονίσουν την προσωπική μάχη που καταβάλει κάθε ασθενής με καρκίνο και η οικογένεια του για να δεχθεί και να ξεπεράσει τα προβλήματα που δημιουργεί η αντικαρκινική θεραπεία;

Πάντως, στην Ευρώπη μεταξύ των οργανώσεων ασθενών με καρκίνο υπάρχει σοβαρή αμφισβήτηση για την ορθότητα του όρου, χωρίς όμως να έχουν καταλήξει σε έναν άλλο, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή κουλτούρα. Αλλά και στις ΗΠΑ έχει αρχίσει τελευταία μία κίνηση αμφισβήτησης του όρου «survivor», διότι πέραν των αρνητικών συνειρμών που προκαλεί, δεν υποδηλώνει δυναμισμό, στην επάνοδο στη κανονική ζωή. Για αυτό πολλές οργανώσεις ασθενών αλλά και ίδιοι οι καρκινοπαθείς στις ΗΠΑ, χρησιμοποιούν τον όρο «thrivers», που δηλώνει άτομο

που ευημερεί και έχει οικονομική ευρωστία, δηλ. χαρακτηριστικά γνωρίσματα που έχουν οι υγιείς άνθρωποι (50).

Ο όρος «thrivers», που στα Ελληνικά θα μπορούσε να αποδοθεί ως νικητές ή επιτυχημένοι, δημιουργεί θετικούς συνειρμούς διότι αφορά άτομα, χωρίς αναφορά στην κατάσταση της υγείας τους, που διαπρέπουν και αναπτύσσονται. Έτσι όταν ο όρος αποδίδεται σε άτομα που έχουν βιώσει τον καρκίνο, υποδηλώνει ότι έδωσαν τη μάχη, νίκησαν, ξεκίνησαν και δημιούργησαν κάτι θετικό από την αρνητική τους εμπειρία.

Οι επιζώντες καρκινοπαθείς για να δώσουν έμφαση στο ότι η ζωή συνεχίζεται και μετά τη διάγνωση του καρκίνου καθιέρωσαν και γιορτάζουν κάθε χρόνο σ' όλο τον κόσμο την πρώτη Κυριακή του Ιουνίου, ως την παγκόσμια ημέρα επιζώντων.

Στόχος της παγκόσμιας ημέρας είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού σε σχέση με τον καρκίνο και η απομυθοποίηση του ως θανατηφόρος νόσος. Ακόμη η ημέρα αυτή χρησιμοποιείται ως μια πηγή έμπνευσης, ελπίδας, αισιοδοξίας και δύναμης για όσους ανθρώπους εμπλέκονται με τον καρκίνο. Η παγκόσμια ημέρα δεν απευθύνεται μόνο στους ασθενείς, αλλά και στο οικείο περιβάλλον, στους επαγγελματίες υγείας, στους ειδικούς ψυχικής υγείας, αλλά και στο ευρύ κοινό που δεν έχει σχέση με τον καρκίνο. Στα πλαίσια της ημέρας αυτής διοργανώνονται πορείες, συγκεντρώσεις και ημερίδες/συνέδρια για ενημέρωση σε θέματα αποκατάστασης (51).

### ***4.1.3 Προϋποθέσεις για Αποκατάσταση***

Οι καρκινοπαθείς ενδέχεται να έχουν μια συνεχή ανάγκη για αποκατάσταση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, αν και η απαίτηση για υπηρεσίες αποκατάστασης μπορεί να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου.

Επειδή όμως η αποκατάσταση καρκινοπαθών είναι ένας σχετικός νέος τομέας υπάρχει έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με το πώς πρέπει η αποκατάσταση να γίνεται. Επίσης λόγω του ότι μετά από τη θεραπεία επηρεάζονται διάφορες λειτουργίες του σώματος, οι καρκινοπαθείς μπορεί να χρειάζονται διαφορετικών ειδών υπηρεσίες αποκατάστασης σε διαφορετικούς χρόνους και διαφορετικής πολυπλοκότητας προκειμένου να επανακτήσουν μια όσο το δυνατό βέλτιστη σωματική υγεία. Ακόμη, οι λειτουργικοί περιορισμοί των ασθενών με καρκίνο ποικίλουν αρκετά και είναι συχνά λιγότερο συγκεκριμένοι για κάθε διαγνωστική ομάδα από ότι στις άλλες ιατρικές ειδικότητες που προαναφέρθηκαν. Φυσικά αυτά είναι και μια πρόκληση για κάθε διαγνωστική ομάδα για το σχεδιασμό προγραμμάτων αποκατάστασης. Ωστόσο, υπάρχουν και

μερικές εξαιρέσεις, όπως η ανάγκη για φυσικοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση για σαρκώματα ή μαστό.

Σε γενικές γραμμές, κάποιοι καρκινοπαθείς θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση και θα ανακτήσουν την υγεία τους με δικές τους προσπάθειες στηριζόμενοι από το περιβάλλον τους, όπως ο/η σύντροφος, η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνάδελφοι (51). Ωστόσο, λόγω μιας ενδεχόμενης συνεχιζόμενης θλίψης/απογοήτευσης ή σοβαρών σωματικών βλαβών, κάποιοι άλλοι ασθενείς χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια αποσκοπώντας στην απόκτηση ενός βέλτιστου επίπεδου υγείας και λειτουργικότητας.

Οι προσπάθειες αποκατάστασης σε καρκινοπαθείς συχνά ενσωματώνουν μια ευρεία ποικιλία υπηρεσιών όπως:

- i. Πληροφορίες και συμβουλές,
- ii. αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η σωματική άσκηση ή αλλαγές στη διατροφή,
- iii. ψυχολογική στήριξη,
- iv. στήριξη σε θέματα κοινωνικής πρόνοιας αλλά και
- v. εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων (52).

Η βέλτιστη παροχή αποκατάστασης μπορεί να δοθεί από ένα ή περισσότερα μέλη επαγγελματιών υγείας, όπως:

- i. Ιατρούς,
- ii. φυσικοθεραπευτές,
- iii. γυμναστές,
- iv. ψυχολόγους,
- v. εργοθεραπευτές,
- vi. κοινωνικούς λειτουργούς,
- vii. ειδικούς σε θέματα ψυχαγωγίας,
- viii. νοσηλευτές αποκατάστασης,
- ix. διαιτολόγους κ.α.

Μερικοί ασθενείς θα χρειαστούν βοήθεια για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα (απλή αποκατάσταση) το οποίο μπορεί να δοθεί από ένα συγκεκριμένο επαγγελματία υγείας. Για παράδειγμα, ασθενείς με λεμφοίδημα μετά από ακτινοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση μπορεί να χρειαστούν βοήθεια από ένα φυσικοθεραπευτή που ειδικεύεται στο λεμφοίδημα. Το ίδιο ισχύει και για ασθενείς με καρκίνο του προστάτη που έχουν προβλήματα με μειωμένη μυϊκή μάζα και δύναμη



ως συνέπεια της ορμονοθεραπείας που υποβάλλονται. Αυτοί θα μπορούσαν να συμβουλευτούν/καθοδηγηθούν από γυμναστές. Αυτές οι συγκεκριμένες υπηρεσίες μπορούν να προσφερθούν στα αντικαρκινικά/ογκολογικά κέντρα των νοσοκομείων/κλινικών ή ακόμη και σε επίπεδο κοινότητας.

Υπάρχουν όμως και ασθενείς που έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις προερχόμενες από μια διάσταση ή ένταση που απαιτούν μια πιο σύνθετη προσπάθεια αποκατάστασης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πολλαπλές υπηρεσίες αποκατάστασης (πολύπλοκη αποκατάσταση) μπορεί να απαιτούνται προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη λειτουργία. Η ανάγκη για αποκατάσταση μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμένη βοήθεια από διάφορους επαγγελματίες, όπως φυσικοθεραπευτές για προβλήματα που αφορούν σωματικές βλάβες, κοινωνικούς λειτουργούς για προβλήματα που σχετίζονται με εργασιακές καταστάσεις και ψυχολόγους για ψυχική οδύνη που μπορεί να σχετίζεται με την αντιμετώπιση της εμπειρίας του καρκίνου.

Η πολύπλοκη αποκατάσταση μπορεί να οργανωθεί από διάφορες υπηρεσίες ανεξάρτητες μεταξύ τους ή από μια διεπιστημονική ομάδα η οποία οργανώνει προγράμματα το οποία οι ασθενείς μπορούν να τα παρακολουθούν ως εσωτερικοί ή εξωτερικοί ασθενείς.

Οι εσωτερικοί ασθενείς μένουν στο κέντρο αποκατάστασης για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα ενώ οι εξωτερικοί ασθενείς μένουν στο σπίτι τους και συμμετέχουν στα προγράμματα καθημερινώς ή ορισμένες φορές την εβδομάδα και για όσο διαρκεί το πρόγραμμα.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου σε μερικούς ασθενείς η αποκατάσταση θα πρέπει να ξεκινήσει και κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αυτή μπορεί να είναι και επί καθημερινής βάσης. Επίσης υπηρεσίες αποκατάστασης μπορεί να παρέχονται και στο σπίτι του ασθενή, πχ όταν είναι κλινήρης, για κάποιο χρονικό διάστημα ως ότου επανακτήσει τις δυνάμεις του. Στις περιπτώσεις αυτές μιλούμε καθαρά για περιστατικά τα οποία αναμένεται να θεραπευτούν πλήρως και δεν είναι περιστατικά με μεταστατικό καρκίνο τα οποία θα τύχουν ανακουφιστικής φροντίδας. Ένα άλλο σημαντικό θέμα το οποίο δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει είναι οι περιπτώσεις στις οποίες οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις γίνονται πρώτα αισθητές μήνες ή χρόνια μετά από το τέλος της θεραπείας και δημιουργούν την ανάγκη για αποκατάσταση τη δεδομένη στιγμή. Οι ογκολόγοι θα πρέπει να είναι γνώστες αυτού του ενδεχομένου και να παραπέμπουν τους ασθενείς έγκαιρα στα κέντρα αποκατάστασης.

#### **4.1.4 Κέντρα Αποκατάστασης**

Με την μία ή την άλλη μορφή κέντρα αποκατάστασης υπήρξαν παγκόσμια για αιώνες. Κέντρο αποκατάστασης προσδιορίζεται κάθε χώρος όπου κάποιος μπορεί να ξεκουραστεί και να αναρρώσει από ασθένεια ή ατύχημα ή εθισμό ή θλίψη. Επίσης τα περισσότερα κέντρα αποκατάστασης χρησιμεύουν ως ένας χώρος όπου οι ασθενείς μαθαίνουν δεξιότητες για την αντιμετώπιση μιας σωματικής «αναπηρίας», ή ενός εθισμού κ.α. (53).

Τα προγράμματα αποκατάστασης για καρκινοπαθείς που παρέχονται σε διάφορες χώρες βασίζονται κατά κύριο λόγο σε μια παρόμοια αντίληψη της έννοιας της αποκατάστασης, αν και η οργάνωση των υπηρεσιών μπορεί να διαφέρει μεταξύ των χωρών και σχετίζεται ως επί το πλείστον με τις διαφορές που υπάρχουν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλά κέντρα υπάρχουν προγράμματα τόσο για εξωτερικούς όσο και για εσωτερικούς ασθενείς, είναι ως επί το πλείστον ομαδικά και ασχολούνται με ψυχοκοινωνικές και σωματικές πτυχές της αποκατάστασης.

#### **4.1.5 Ανάγκη Αποκατάστασης σε Ασθενείς με Καρκίνο**

Η ανάγκη αλλά και το είδος για υπηρεσίες αποκατάστασης μπορεί να διαφέρουν μεταξύ ασθενών και εξαρτώνται από την πρόγνωση και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις όπως σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή συναισθηματικές ή συνδυασμοί αυτών.

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο για τις ανάγκες που μπορεί να παρουσιαστούν έχει:

- i. Η προσωπικότητα του ασθενή,
- ii. η οικογενειακή και επαγγελματική του κατάσταση,
- iii. οι στρατηγικές αντιμετώπισης και
- iv. το κοινωνικό δίκτυο που έχει ο κάθε ασθενής (54).

Ο καρκίνος είναι μια πολύπλοκη ασθένεια και ο αντίκτυπος της αλλά και η θεραπεία μπορεί να είναι διαφορετική από ασθενή σε ασθενή ακόμη και με την ίδια διάγνωση. Έτσι η αποκατάσταση πρέπει να είναι διαφορετική όσον αφορά στο περιεχόμενο, στη χρονική στιγμή και στη διάρκεια της. Ακόμη η αξιολόγηση των αναγκών κάθε ασθενή αυξάνει τη δυνατότητα σχεδιασμού στοχευμένων υπηρεσιών αποκατάστασης. Πληροφορίες σχετικά με τη φυσική λειτουργία ενός ασθενή, το επίπεδο της ψυχικής δυσφορίας ή της ποιότητας ζωής μπορεί να αναδείξουν την ανάγκη ενός ατόμου για αποκατάσταση.

Μερικοί ασθενείς μπορεί να θεωρούν την κακή λειτουργία του οργανισμού τους ή τα ψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας ως προκλήσεις που θα χειριστούν από μόνοι τους, ενώ άλλοι θέλουν να

τους προσφερθεί επαγγελματική βοήθεια προκειμένου να βελτιωθεί η κακή τους υγεία (55,56). Πληροφορίες σχετικά με το πώς οι ίδιοι οι ασθενείς εκτιμούν τις δικές τους ανάγκες για υπηρεσίες αποκατάστασης μπορεί να αναζητηθούν μέσω ερωτηματολογίων τα οποία να έχουν συγκεκριμένες και άμεσες ερωτήσεις.

#### ***4.1.6 Η Ανάγκη για Σωματική Άσκηση και Ψυχολογική Στήριξη***

Μελέτη από τη Νορβηγία εξέτασε τις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο για υπηρεσίες αποκατάστασης και παράγοντες που σχετίζονται με τέτοιες ανάγκες. Επίσης εξέτασε τις ανικανοποίητες ανάγκες και συναφείς παράγοντες.

Το 63% των ασθενών ανέφερε ανάγκη για τουλάχιστον μία υπηρεσία αποκατάστασης. Η ανάγκη για φυσικοθεραπεία αναφέρθηκε πιο συχνά (43%), ακολουθούμενη από τη σωματική άσκηση (34%), την ψυχολογική στήριξη (27%), ομαδικές συνεδρίες αλληλοϋποστήριξης (24%), εισαγωγή σε αναρρωτήριο (24%), επαφή/διαβούλευση με κοινωνικό λειτουργό (19%) και εργοθεραπεία (6%). Η αλλαγή στο καθεστώς εργασίας και η χορήγηση χημειοθεραπείας συνδέονταν με ανάγκη για όλες τις υπηρεσίες αποκατάστασης.

Το 40% των ασθενών ανέφερε ανικανοποίητες ανάγκες, οι οποίες ήταν πιο συχνές μεταξύ των ατόμων που ζούσαν μόνοι τους, είχαν αλλάξει την εργασιακή τους κατάσταση, είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή ανέφεραν συνοδά νοσήματα (57).

Αποτελέσματα από παρόμοιες μελέτες έχουν δείξει ότι 77-84% των ασθενών ενδιαφέρονται για την παροχή συμβουλών σε θέματα άσκησης (58). Η πλειοψηφία των ασθενών προτιμά η παροχή συμβουλών να γίνεται σε ογκολογικά τμήματα, με κατ' ιδίαν συναντήσεις και από έναν ειδικό σε θέματα άσκησης (59,60).

Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας έχει διαφανεί από μελέτες ότι ωφελεί πολύ τους επιζώντες καρκινοπαθείς καθώς μειώνει τις επιπτώσεις των αντικαρκινικών θεραπειών ή των χειρουργικών επεμβάσεων. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να ανεχτούν καλύτερα τη θεραπεία και να συνεχίσουν με τις καθημερινές δραστηριότητες τους. Η τακτική άσκηση μειώνει την κόπωση, βελτιώνει τη διάθεση και τον ύπνο, μειώνει το άγχος και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα (61).

Επίσης αποτελεί πρόκληση στην αποκατάσταση η αναγνώριση εκείνων των ασθενών που είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη ψυχολογικών συμπτωμάτων καθώς η έγκαιρη διάγνωση του άγχους,

της κατάθλιψης κ.α. αλλά και η εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά τους ασθενείς αυτούς.

Πότε όμως πρέπει να γίνονται τα προγράμματα σωματικής άσκησης; Κάποιοι ασθενείς τα προτιμούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή αμέσως μετά ενώ κάποιοι άλλοι τρεις με έξι μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Υπάρχουν επίσης κάποιες διαφοροποιήσεις στις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με τη δομή, τα προγράμματα αλλά και τους χώρους που γίνονται τα προγράμματα των ασκήσεων (58,60).

Η στήριξη της σωματικής άσκησης καθώς και της ψυχολογίας του ασθενή είναι δύο παραδείγματα απλής αποκατάστασης όπου υπάρχουν προγράμματα και παρέχονται συμβουλές. Για να σχεδιαστούν όμως τα κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης σχετικά με τη σωματική άσκηση απαιτούνται πληροφορίες για τις ανάγκες των ασθενών. Επίσης η διαθεσιμότητα τέτοιων προγραμμάτων, τα οποία όμως να ανταποκρίνονται και στις προτιμήσεις των ασθενών, εύλογα θα αυξήσει τη συμμετοχή αυτών.

## ***4.2 Αποκατάσταση και Διεθνής Πραγματικότητα***

### ***4.2.1 Γενικά Σχόλια***

Για πολλά χρόνια υπήρχαν τρεις βασικές μέθοδοι θεραπείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως η χειρουργική θεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Πιο πρόσφατες μέθοδοι είναι η βιολογική ή στοχευμένη θεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο απαιτεί συχνά συνδυασμό χειρουργικής επέμβασης, ακτινοθεραπείας και/ή χημειοθεραπείας.

Η συστηματική θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει τη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία και τις νεώτερες θεραπευτικές μεθόδους. Οι δυνατότητες της συστηματικής θεραπείας αυξάνονται διαρκώς καθώς νέα φάρμακα και νέες θεραπευτικές μέθοδοι έρχονται να προστεθούν στο οπλοστάσιο της.

Χάρη στη πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Για αρκετούς μάλιστα τύπους και περιπτώσεις μπορεί να μιλάμε πλέον για οριστική θεραπεία χωρίς την πιθανότητα υποτροπών. Είναι για αυτό που οι υπηρεσίες αποκατάστασης είναι

μια επιτακτική ανάγκη και ήδη σε αρκετές χώρες προγράμματα αποκατάστασης έχουν αρχίσει να υλοποιούνται.

#### **4.2.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)**

Στις ΗΠΑ η πρώτη προσέγγιση για θέματα αποκατάστασης καρκινοπαθών έγινε με εθνικό νόμο το 1971. Η νομοθεσία αυτή είχε ως αντικειμενικό στόχο την αποκατάσταση των καρκινοπαθών και κατεύθυνε τα αναγκαία κεφάλαια για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων.

Το 1972, το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI) επιχορήγησε συγκεκριμένο συνέδριο το οποίο ασχολήθηκε σε εθνικό επίπεδο για το σχεδιασμό κέντρων αποκατάστασης. Στο συνέδριο αυτό εντοπίστηκαν τέσσερις στόχοι για την αποκατάσταση των ασθενών με καρκίνο:

- i. Ψυχοκοινωνική στήριξη,
- ii. βελτίωση της φυσικής λειτουργίας,
- iii. συμβουλές σε επαγγελματικά ζητήματα και
- iv. βελτίωση της λειτουργίας σε κοινωνικό επίπεδο (62).

Στις ΗΠΑ, τα πρώτα προγράμματα αποκατάστασης διαμορφώθηκαν κατά τη δεκαετία του 1970, όταν ερευνητές απέδειξαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αποκατάστασης για ασθενείς με καρκίνο και την ανάγκη για εξειδικευμένα προγράμματα στον τομέα αυτό (63-65).

Από τις αρχές του 1980 αναπτύχθηκαν πολλά προγράμματα σε όλη τη χώρα για παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης σε ασθενείς με καρκίνο. Οι υπηρεσίες αυτές λειτουργούσαν σε μεγάλο βαθμό στα νοσοκομεία, ενσωματωμένες με άλλες υπηρεσίες παροχής αποκατάστασης ή σε ογκολογικές κλινικές και παρέχονταν από διεπιστημονικές ομάδες (66).

Σήμερα η αποκατάσταση στις ΗΠΑ έχει ενταχθεί στην καθημερινή φροντίδα των καρκινοπαθών για συγκεκριμένες παθήσεις που προκύπτουν από την αντικαρκινική θεραπεία (π.χ., διαχείριση του λεμφοιδήματος μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού ή στη μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών μετά από λαρυγγεκτομή). Επιπλέον στον ιατρικό κόσμο η αποκατάσταση των ασθενών αυτών έχει αναγνωριστεί ως υποειδικότητα. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση ιατρών σε θέματα αποκατάστασης καρκινοπαθών είναι πλέον διαθέσιμη σε πολλά σημαντικά αντικαρκινικά κέντρα για ιατρούς από συναφείς ειδικότητες (67).

## **4.2.3 Ευρώπη**

### **4.2.3.1 Γενικά Σχόλια**

Το 2008 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προώθησε την έναρξη της μελέτης EUROCHIP-3 (European Cancer Health Indicator Project-III/Ευρωπαϊκός δείκτης υγείας για καρκινοπαθείς) για να καταστεί δυνατή η ουσιαστική σύγκριση των αναγκών των καρκινοπαθών και η ικανότητα των αντικαρκινικών υπηρεσιών μεταξύ διαφόρων χωρών και περιφερειών, με στόχο την προώθηση της ισότητας της θεραπείας του καρκίνου σε όλη την Ευρώπη.

Στο πλαίσιο αυτό σε ένα από τα πακέτα εργασίας, ανατέθηκε σε εμπειρογνώμονες να καταρτίσουν έναν κατάλογο δεικτών που θα επέτρεπε την αξιολόγηση των αναγκών αποκατάστασης των καρκινοπαθών στα 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η ομάδα των εμπειρογνομόνων, κατέληξε το 2013, σε συμφωνία για δύο τύπους δεικτών:

- i. Δείκτες επιπολασμού του καρκίνου. Αυτοί οι δείκτες προτάθηκαν για να βοηθήσουν ως ένα εργαλείο υπολογισμού του μεγέθους των αναγκών αποκατάστασης από το χρόνο της διάγνωσης και την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Οι δείκτες αυτοί μπορούσαν να εκτιμηθούν με βάση τα στοιχεία του μητρώου καρκίνου ή με τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την παρακολούθηση των ασθενών (μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας) αλλά και τις θεραπείες που έχουν δοθεί.
- ii. Δείκτες επιτυχίας αποκατάστασης. Αυτοί οι δείκτες περιελάμβαναν: την επιστροφή στην εργασία, την ποιότητα ζωής, καθώς και την ικανοποίηση συγκεκριμένων αναγκών αποκατάστασης.

Η ομάδα των εμπειρογνομόνων επέλεξε να διερευνήσει τις πιο κάτω παρεμβάσεις για την εξακρίβωση της ικανοποίησης συγκεκριμένων αναγκών αποκατάστασης, όπως:

- i. Τη λογοθεραπεία για καρκίνους της κεφαλής και του τραχήλου,
- ii. τη φυσικοθεραπεία για τον καρκίνο του μαστού,
- iii. τη διαιτητική θεραπεία για καρκίνο του παχέος εντέρου και
- iv. την ψυχολογική στήριξη για όλους τους καρκίνους.

Οι μελέτες μπορούσαν να πραγματοποιηθούν για την εκτίμηση αυτών των δεικτών στις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δίνοντας και τη δυνατότητα να ληφθούν στοιχεία για σύγκριση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Αποφασίστηκε ότι θα έπρεπε να δινόταν ένα ερωτηματολόγιο σε

τυχαία επιλεγμένα δείγματα ασθενών με βάση τον πληθυσμό και τις βάσεις δεδομένων των μητρώων καρκίνου.

Ωστόσο, τρεις παράγοντες περίπλεξαν τις μελέτες μέσω του ερωτηματολογίου:

- i. Οι ασθενείς μπορεί σε ορισμένες χώρες να μην γνώριζαν ότι έχουν καρκίνο,
- ii. η ελλιπή συμμετοχή στη μελέτη θα μπορούσε να οδηγήσει σε λανθασμένα αποτελέσματα και
- iii. οι εθνικές νομοθεσίες σε ορισμένες περιπτώσεις, απαγόρευαν πρόσβαση στα μητρώα καρκίνου τα οποία θα χρησιμοποιούνταν για την προσέγγιση των ασθενών.

Οι εμπειρογνώμονες κατέληξαν ότι, αν και οι μελέτες αυτές είναι δαπανηρές και θα υπάρξουν δυσκολίες στην πραγματοποίησή τους, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν. Αναφέρουν δε ότι καθώς ο αριθμός των επιζώντων καρκινοπαθών στην Ευρώπη αυξάνεται δραματικά, είναι σημαντικό να αρχίσει η συλλογή πληροφοριών το συντομότερο δυνατό μέσω πιλοτικών μελετών. Αυτές θα προσδιορίσουν τις ανάγκες των ασθενών και κατά πόσο εκπληρούνται οι απαιτήσεις τους καθώς επίσης θα αποκτήσουν πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης, προκειμένου να καθοδηγήσουν τις Ευρωπαϊκές πολιτικές ελέγχου του καρκίνου, σύμφωνα με τις συστάσεις του Συμβούλιου της Ευρώπης (68).

#### **4.2.3.2 Γερμανία**

Στη Γερμανία, η αποκατάσταση είναι αναπόσπαστο μέρος ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης το οποίο έχει τις ρίζες του στον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Οι νομοθετημένοι οργανισμοί ασφάλισης συντάξεων έγιναν οι πιο σημαντικοί χρηματοδότες των προγραμμάτων αποκατάστασης. Το ενδιαφέρον τους για πρόληψη της πρόωρης συνταξιοδότησης προέκυψε μετά από υπολογισμούς ότι η μετάθεση της πρόωρης συνταξιοδότησης για τρεις έως τέσσερις μήνες αντισταθμίζει το μέσο κόστος μιας νοσηλείας, τεσσάρων εβδομάδων, σε κέντρο αποκατάστασης. Οι οργανισμοί ασφάλισης επένδυσαν αρκετά χρήματα και ανέλαβαν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του τομέα της αποκατάστασης (69). Το σύνθημα «αποκατάσταση πριν από τη συνταξιοδότηση» (Reha vor Rente) εκλαμβάνει την ιδέα της αποκατάστασης ως πρόληψη της πρόωρης συνταξιοδότησης.

Σήμερα, με βάση τη Γερμανική νομοθεσία οι ασθενείς έχουν το νόμιμο δικαίωμα για αποκατάσταση, εφόσον πληρούν σαφή κριτήρια για την ανάγκη αποκατάστασης (70). Η αποκατάσταση γίνεται κυρίως με ενδονοσοκομειακά προγράμματα σε εξειδικευμένες κλινικές, οι οποίες είναι πολύ καλά στελεχωμένες με διεπιστημονικές ομάδες.

Το 2013, οι Γερμανικοί οργανισμοί ασφάλισης πλήρωσαν για 826.421 χιλιάδες υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής ιατρικής αποκατάστασης σε ενήλικες, από τις οποίες οι 150.675 (18,2%) ήταν σε υπηρεσίες προς καρκινοπαθείς. Παρά το γεγονός ότι τα ποιοτικά κριτήρια όσον αφορά στο περιεχόμενο των υπηρεσιών, στο προσωπικό της κλινικής, στην ποιότητα των προγραμμάτων, κλπ. είναι τα ίδια είτε πρόκειται για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ή για υπηρεσίες που προσφέρονται στα εξωτερικά ιατρεία, σήμερα στη Γερμανία περίπου το 1% του συνόλου των υπηρεσιών αποκατάστασης πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία (71).

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης για τους καρκινοπαθείς διαρκούν κανονικά τρεις εβδομάδες. Το 2013 ο μέσος όρος αποκατάστασης ήταν 23 ημέρες. Εάν υπάρχει ιατρική ένδειξη, μπορεί να δοθεί από τον ιατρό, υπεύθυνο της αποκατάστασης, μια χρονική παράταση. Κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης οι ασθενείς, παρακολουθούν ένα συνδυασμένο διεπιστημονικό πρόγραμμα θεραπείας που αποτελείται από φυσικοθεραπεία, ασκήσεις χαλάρωσης, εξάσκηση σε θέματα κινητικής λειτουργικότητας, θεραπείες ψυχο-ογκολογίας, ομαδικές συνεδρίες, παροχή συμβουλών σε θέματα διατροφής και επαγγελμάτων, εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα πρόληψης και θεραπείας κ.λπ.. Οι θεραπείες αυτές εξαρτώνται και είναι ανάλογες της λειτουργικής ικανότητας και αναγκών των ασθενών όπως αξιολογούνται κατά την έναρξη των υπηρεσιών αποκατάστασης.

Τα αποτελέσματα από μια σειρά μελετών αξιολόγησης στη Γερμανία έχουν αποδείξει ότι η αποκατάσταση οδηγεί σε βελτίωση της ποιότητας ζωής, της σωματικής λειτουργίας αλλά και της γενικής ευημερίας σε ασθενείς με καρκίνο (72-74).

#### **4.2.3.3 Ολλανδία**

Στην Ολλανδία υπολογίζεται ότι το 2015 οι επιζώντες από καρκίνο θα είναι γύρω στο 4% του Ολλανδικού πληθυσμού, δηλαδή γύρω στις 700.000 χιλιάδες (75). Η αποκατάσταση παρέχεται σε νοσοκομεία, πρωτοβάθμια ιατρικά κέντρα αλλά και εξειδικευμένα κέντρα για ψυχοκοινωνική στήριξη βάσει εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα έως και 12 εβδομάδες να παρακολουθήσουν τα προγράμματα αποκατάστασης ακόμη και ως εξωτερικοί ασθενείς. Συνδυάζουν δε τη σωματική άσκηση (ατομική εκπαίδευση και ομαδικά αθλήματα) δύο φορές την εβδομάδα με ψυχο-εκπαίδευση μία φορά την εβδομάδα. Πρόκειται για ομαδικά προγράμματα σχεδιασμένα για μικτές ομάδες επιζώντων τα οποία στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της φυσικής λειτουργικότητας και της αντιμετώπισης των αποπτώσεων από αντικαρκινικές θεραπείες όπως κόπωση κλπ.. Οι πολυεπιστημονικές ομάδες αποτελούνται από ειδικούς ιατρούς αποκατάστασης, φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α.. Το κόστος καταβάλλεται και εδώ, όπως στη Γερμανία, από τα ασφαλιστικά



ταμεία. Τα θετικά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των προγραμμάτων επιβεβαιώθηκαν σε πολυκεντρικές μελέτες όπου οι ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι από την ολοκληρωμένη εκπαίδευση, την επαφή που είχαν με άλλους ασθενείς και την εκπαίδευση που είχαν σε θέματα ψυχολογίας (76,77).

Για να είναι εγγυημένη η ποιότητα φροντίδας σε θέματα αποκατάστασης έχει αναπτυχθεί και επιτηρείται στην Ολλανδία ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης από το Ίδρυμα Αποκατάστασης και Σταθερότητας. Το ίδρυμα αυτό εκδίδει άδειες λειτουργίας, εκπαιδεύει επαγγελματίες υγείας και ακόμη παρακολουθεί τις δραστηριότητες των κέντρων μέσω διαδικτύου. Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες απαιτούν τα κέντρα αποκατάστασης να έχουν άδειες λειτουργίας ως προϋπόθεση για χρηματοδότηση (78).

#### **4.2.3.4 Δανία**

Η Δανέζικη Εταιρεία Καρκίνου το 2010 παρουσίασε στρατηγικό πλάνο για την αποκατάσταση των καρκινοπαθών αναγνωρίζοντας ότι υπάρχει μια ολοένα και αυξανόμενη ανάγκη επανένταξης τους στην κοινωνία, εστιάζοντας σε συγκεκριμένες και προσανατολισμένες προσπάθειες σε όλους τους τομείς του Δανέζικου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ήδη στη Δανία υπάρχουν κέντρα αποκατάστασης τα οποία λειτουργούν με συγκεκριμένα προγράμματα (79).

Ένα από τα κέντρα αποκατάστασης στη Δανία είναι το Dallund της Δανέζικης Εταιρείας Καρκίνου το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2001. Είναι το πρώτο και μοναδικό κέντρο στην Δανία το οποίο προσφέρει διαμονή. Η αποκατάσταση γίνεται με συντονισμένες προσπάθειες αρκετών ειδικών. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει φυσικοθεραπεία, ψυχοκοινωνική στήριξη, εργοθεραπεία και ασχολείται επίσης με υπαρξιακά θέματα. Το πρόγραμμα ποικίλει μεταξύ διαλέξεων, ατομικών συνεδριών, δημιουργικών και σωματικών δραστηριοτήτων καθώς και συζητήσεις μέσα στην ομάδα. Κάθε εβδομάδα 20 ασθενείς διαμένουν στο κέντρο για έξη ημέρες το οποίο έχει ετήσια δυναμικότητα 700 συμμετεχόντων (80).

#### **4.2.3.5 Ηνωμένο Βασίλειο (HB)**

Η Εθνική Πρωτοβουλία Επιζώντων Καρκίνου στο Ηνωμένο Βασίλειο (HB) [National Cancer Survivorship Initiative (NCSI)] δημοσίευσε ένα έγγραφο το Μάρτιο του 2013 το οποίο ονόμασε «Ζώντας μαζί και πέρα από τον Καρκίνο (Living With and Beyond Cancer)/Ανάληψη δράσης για τη βελτίωση της έκβασης (Taking action to improve outcomes)» (81).

Το έγγραφο αυτό αποτέλεσε το επιστέγασμα ενός έργου που είχε αναλάβει η συνεργασία του Υπουργείου Υγείας, του Macmillan Cancer Support και του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) του ΗΒ από το 2007. Ένας από τους κύριους στόχους της NCSI ήταν να στηρίξει για να καταστεί δυνατό οι επιζώντες του καρκίνου να ζήσουν όσο το δυνατόν μια υγιή και καλή ζωή, για όσο περισσότερο χρονικό διάστημα.

Αναφέρεται, δε, ενώ το 2007 υπήρχαν ελάχιστες διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών, από εκείνο το χρονικό διάστημα και μετά έχει συσσωρευτεί αρκετή γνώση για το σημαίνει η επιβίωση για τους ανθρώπους αυτούς. Στο ΗΒ υπήρχαν το 2013 περίπου 2 εκατομμύρια άνθρωποι που ζούσαν με τον καρκίνο και το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί και να φθάσει τα 4 εκατομμύρια το 2030.

Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις του εγγράφου πολλοί από τους επιζώντες καρκινοπαθείς είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες, ενώ άλλοι υπόφεραν από τις επιπτώσεις της αντικαρκινικής θεραπείας (82-84). Το νέο αυτό έγγραφο αναγνώρισε την ανάγκη να αλλάξει ο τρόπος που προσφέρονται αυτές οι υπηρεσίες στους καρκινοπαθείς. Παραπέμπουν δε, σε βασικά θέματα γνώσεων/πρακτικών για την αντιμετώπιση αυτών των ανεκπλήρωτων αναγκών για να υπάρξει ανταπόκριση στην συνεχή αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών.

Αναφέρεται επίσης ότι οι υπηρεσίες οι οποίες θα προσφέρονται στο μέλλον δεν μπορεί να είναι πως να κάνουν περισσότερα από τα ίδια, αλλά πως να κάνουν διαφορετικά πράγματα. Το έγγραφο στηρίζει τα μέλη της επιτροπής αλλά και τους παροχείς υγειονομικής περίθαλψης να αναλάβουν δράση και να περιγράψουν όλο το υπόβαθρο των δοκιμών των νέων προσεγγίσεων οι οποίες έχουν αναληφθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών για τον προσδιορισμό νέων μοντέλων φροντίδας.

Αυτό περιλαμβάνει:

- i. Μια δέσμη μέτρων για αποκατάσταση μέσω της ολιστικής αξιολόγησης των αναγκών και αναπτύσσοντας ένα σχέδιο εξατομικευμένης φροντίδας,
- ii. σύνοψη των θεραπειών στις οποίες έχει υποβληθεί ο ασθενής (αποστέλλεται στον οικογενειακό ιατρό, με αντίγραφο στον ασθενή),
- iii. επανεξέταση της φροντίδας των ασθενών από τον οικογενειακό ιατρό και
- iv. εκπαιδευτικές εκδηλώσεις για στήριξη και ενημέρωση με την αποπεράτωση της θεραπείας.

Αυτά όλα θα πρέπει να ενισχυθούν με συμβουλές και πρόσβαση σε προγράμματα στήριξης των ασθενών για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους.

Πιστεύεται δε ότι η εφαρμογή των αλλαγών αυτών στην πράξη, θα βελτιώσει την ευημερία, την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και την ανεξαρτητοποίηση των ασθενών. Ένας οδηγός για το «πώς να» [‘how to’] (85) είναι επίσης διαθέσιμος για την στήριξη του εγγράφου «Ζώντας μαζί και πέρα από τον Καρκίνο (Living With and Beyond Cancer) καθιστώντας δυνατό την υλοποίηση. Και τα δύο είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα της οργάνωσης (81).

#### **4.2.3.6 Ελλάδα**

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία προσπάθησε τη δεκαετία του 2000 να θέσει σε λειτουργία δυο ειδικά κέντρα φροντίδας-αποθεραπείας ασθενών με καρκίνο και διενέργειας σχετικών εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα κέντρα αυτά ένα στην Αθήνα και το άλλο στη Θεσσαλονίκη θα είχαν ένα μεικτό χαρακτήρα δηλαδή ξενώνας για ασθενείς οι οποίοι θα υποβάλλονταν σε ογκολογική θεραπεία αλλά και αποκατάσταση. Δυστυχώς κανένα από αυτά τα κέντρα δεν κατάφερε να γίνει κέντρο αποκατάστασης. Το κέντρο στην Παιανία, Αθήνα δεν λειτούργησε ποτέ ενώ το άλλο στην Πυλαία Θεσσαλονίκης λειτουργεί ως ξενώνας παροχής απλής φιλοξενίας με τεράστια οικονομικά προβλήματα (86).

Στην Αθήνα λειτουργεί, επίσης από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ειδικό πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ασθενών με καρκίνο. Παράλληλα διάφορες εθελοντικές οργανώσεις σε όλη την επικράτεια της Ελλάδας παρέχουν υπηρεσίες ηθικής στήριξης για την κάλυψη ψυχοκοινωνικών αναγκών συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και στην αποκατάσταση των καρκινοπαθών (87).

Στην Ελλάδα λειτουργούν επίσης διάφορα ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης τα οποία ασχολούνται κυρίως με ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του μυοσκελετικού, νευρικού, καρδιαγγειακού, ερειστικού και αναπνευστικού συστήματος. Ένα από αυτά τα κέντρα είναι και το κέντρο αποκατάστασης «Αναβίωση» στη Δράμα. Λειτούργησε το 2014 και αναφέρεται ως το πρώτο εξειδικευμένο θεραπευτικό τμήμα αποκατάστασης καρκινοπαθών στην Ελλάδα. Η «Αναβίωση» σε συνεργασία με ειδικό ιατρό φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης εξειδικευμένο στην αποκατάσταση καρκινοπαθών, δημιούργησε μια θεραπευτική ομάδα όλων των ειδικοτήτων της αποκατάστασης (φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, υδροθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, διατροφολόγους κ.α.) η οποία στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Στο παρόν χρονικό διάστημα υπάρχουν προγράμματα για αντιμετώπιση των πιο κάτω προβλημάτων:

- i. Λεμφοίδημα μετά από αφαίρεση λεμφαδένων,
- ii. εκτεταμένη μυϊκή αδυναμία και
- iii. χρόνιος πόνος σπλαχνικού ή νευροπαθητικού νεύρου (88).

#### **4.2.4 Κύπρος**

##### **4.2.4.1 Κυπριακή Πραγματικότητα**

Στην Κύπρο δεν υπάρχουν σωστά στελεχωμένες και καταρτισμένες διεπιστημονικές ομάδες ή προγράμματα τα οποία να ασχολούνται αποκλειστικά με το θέμα της αποκατάστασης των καρκινοπαθών στην κυπριακή κοινωνία. Ενώ κατά τη φάση της θεραπείας, οι ασθενείς με καρκίνο αισθάνονται ότι υποστηρίζονται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας αλλά και από την οικογένεια και τους φίλους τους, μόλις τελειώσει η θεραπεία, υπάρχουν αισθήματα εγκατάλειψης και ανασφάλειας τα οποία περιπλέκονται από αναπάντητα ερωτήματα.

Στη Κύπρο κάποιες υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται επί του παρόντος μόνο από δύο μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) καρκινοπαθών, τον Αντικαρκινικό Σύνδεσμο Κύπρου (ΑΣΚ) και τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑΣΥΚΑΦ). Υπάρχουν φυσικά και άλλοι σύνδεσμοι οι οποίοι παρέχουν όμως περισσότερο υπηρεσίες ενημέρωσης σχετικά με πρόληψη και πρόωμη διάγνωση. Επίσης δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες για τη διερεύνηση των πραγματικών ανεκπλήρωτων αναγκών των ασθενών οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία για τον καρκίνο. Στην Κύπρο υπολογίζεται, αν και δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία ότι οι επιζώντες καρκινοπαθείς είναι πάνω από 25 χιλιάδες (89).

##### **4.2.4.2 Αντικαρκινικός Σύνδεσμος Κύπρου (ΑΣΚ)**

Ο ΑΣΚ ιδρύθηκε το 1971 και ήταν ο πρώτος σύνδεσμος για καρκινοπαθείς στην Κύπρο. Από την ίδρυση του έταξε ως σκοπό του, την παροχή φροντίδας στους καρκινοπαθείς καθώς και τη διαφώτιση του κοινού, για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

Το 1976 ίδρυσε και λειτούργησε την «Αροδαφνούσα». Η Αροδαφνούσα είναι ένα είδος ξενώνα ο οποίος αρχικά είχε σαν σκοπό του να καλύψει τις ανάγκες των καρκινοπαθών, κυρίως των προσφύγων και άπορων που χρειάζονται στέγη και φροντίδα. Στη συνέχεια εξελίχθηκε σε σύγχρονο κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας όπου στόχοι πλέον είναι η ανακούφιση του πόνου και

των άλλων συμπτωμάτων καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών τελικού σταδίου καθώς και των οικογενειών τους (90).

Από το 1992 ο ΑΣΚ, ακολουθώντας τις σύγχρονες αντιλήψεις για αποϊδρυματοποίηση των ασθενών, λειτουργεί το πρόγραμμα φροντίδας ασθενών στο σπίτι τους. Άρχισε πρώτα στη Λευκωσία και στην συνέχεια αναπτύχθηκε σε όλη την ελεύθερη Κύπρο. Η προσφορά φροντίδας είναι ανάλογη με τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας. Περιλαμβάνει νοσηλευτική φροντίδα όπως:

- i. Υγιεινή σώματος,
- ii. αλλαγή πληγής,
- iii. φροντίδα κολοστομίας,
- iv. φροντίδα ουρηθρικού καθετήρα,
- v. αιμοληψίες,
- vi. χορηγία ενέσεων,
- vii. ψυχολογική στήριξη στον ασθενή και την οικογένεια,
- viii. κοινωνική και οικονομική στήριξη,
- ix. φυσικοθεραπεία,
- x. παραχώρηση εξοπλισμού, όπως τροχοκαθίσματα, βοηθήματα τουαλέτας και μπάνιου, φιάλη οξυγόνου, νεφελοποιητή κ.α.

Στόχος της πιο πάνω ανακουφιστικής φροντίδας είναι η παραμονή του ασθενή στο οικείο περιβάλλον. Πρόκειται ως επί το πλείστο για ασθενείς τελικού σταδίου ή υπό θεραπεία οι οποίοι παρουσιάζουν διάφορες επιπτώσεις λόγω των θεραπειών. Δεν υπάρχουν εξειδικευμένα προγράμματα για επιζώντες εκτός από ψυχοκοινωνική στήριξη η οποία γίνεται ή σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο (90).

Ο ΑΣΚ απασχολεί 62 άτομα προσωπικό. Από αυτούς δύο ιατροί, είκοσι επτά νοσηλευτές, μια φυσικοθεραπεύτρια, μια ψυχολόγος και μια κοινωνική λειτουργός απασχολούνται στο κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας Αροδαφνούσα. Οι υπόλοιπες υπηρεσίες απασχολούν τριάντα τρία άτομα (έντεκα άτομα διοικητικό προσωπικό, ένας ιατρός, δεκατέσσερις νοσηλευτές, τέσσερις ψυχολόγοι, μια κοινωνική λειτουργός και δύο οδηγούς) (90).

Το 2013 τα έσοδα του συνδέσμου ήταν 2,400,000 €. Οι κυριότερες πηγές εσόδων ήταν εισφορές εις μνήμη, οδικός έρανος, πορεία Χριστοδούλας, φιλανθρωπικά καταστήματα, κρατικές

χορηγίες και άλλες εκδηλώσεις. Οι κρατικές χορηγίες ανέρχονταν το 2013 σε 500,000 € Τα λειτουργικά έξοδα το 2013 ανήλθαν στα 2,400,000 €(90).

Στατιστικά στοιχεία των υπηρεσιών του ΑΣΚ:

- i. Κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας «Αροδαφνούσα»: Στο κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας «Αροδαφνούσα» κατά το 2012 φιλοξενήθηκαν 315 ασθενείς με μέσο όρο παραμονής 14 ημέρες. Τα έξοδα λειτουργίας του κέντρου, το 2012 ανήλθαν σε 1.493.000 €σε σύγκριση με 1.461.000 €το 2011 δηλαδή αυξήθηκαν κατά 32.000 €
- ii. Υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδα ασθενών: Η δαπάνη για τη λειτουργία της υπηρεσίας το 2012 ανερχόταν σε 744.000 € σε σύγκριση με 755.000 € το 2011 δηλαδή υπήρξε μια αύξηση 11.000 € Κατά το 2012 προσφέρθηκε δωρεάν κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική στήριξη σε 1.760 ασθενείς παγκύπρια.
- iii. Υπηρεσία μεταφοράς ασθενών: Ο ΑΣΚ διέθετε μικρά λεωφορεία για τη δωρεάν καθημερινή μεταφορά των ασθενών από τις επαρχίες Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας και Αμμοχώστου προς το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου και το ογκολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Κατά το 2012 είχαν γίνει 6.469 μεταφορές.
- iv. Υπηρεσία φυσικοθεραπείας/λεμφοιδήματος: Ο ΑΣΚ προσφέρει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και λεμφοιδήματος σε ασθενείς σε δύο κέντρα, στο κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας «Αροδαφνούσα», για κάλυψη των αναγκών της Λευκωσίας, Λάρνακας και Αμμοχώστου και στο «Ευαγόρειο» κέντρο ανακουφιστικής φροντίδας για τις ανάγκες των επαρχιών Λεμεσού και Πάφου. Το 2012 έτυχαν εξυπηρέτησης και φροντίδας φυσικοθεραπείας και λεμφοιδήματος 394 ασθενείς.
- v. Υπηρεσία ημερήσιας φροντίδας ασθενών: Για την κοινωνικοποίηση των ασθενών λειτουργούσε το 2012 η υπηρεσία ημερήσιας φροντίδας ασθενών μία φορά την εβδομάδα στη Λευκωσία, Λεμεσό, Πάφο, Παραλίμνι και Λάρνακα. Η δαπάνη για τη λειτουργία των κέντρων ημερήσιας φροντίδας κατά το 2012 ανήλθε σε 23.000 €
- vi. Υπηρεσία ψυχοκοινωνικής στήριξης: Το 2012 η ομάδα, που κάλυπτε τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, σε όλες τις επαρχίες, στελεχωνόταν από 3 ψυχολόγους, 1 κοινωνιολόγο και 1 κοινωνικό λειτουργό. Το 2012 έτυχαν εξυπηρέτησης και φροντίδας 688 ασθενείς (90).

#### **4.2.4.3 Παγκύπριος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑΣΥΚΑΦ)**

Ο ΠΑΣΥΚΑΦ ιδρύθηκε το 1986 από μια ομάδα ασθενών και φίλων και οι κυριότεροι του συνδέσμου είναι:

- i. Η διασφάλιση καλής ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο σε όλα τα στάδια της ασθένειας μέσω των υπηρεσιών και προγραμμάτων του συνδέσμου,
- ii. η σωστή ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου τα οποία υλοποιούνται μέσω ετήσιων εκστρατειών και άλλων προγραμμάτων διαφώτισης και
- iii. η συνεχής επαγρύπνηση για τη διασφάλιση αντιμετώπισης/διαχείρισης του καρκίνου σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις πρόληψης, διαφώτισης και θεραπείας του καρκίνου.

Ο ΠΑΣΥΚΑΦ παρέχει επίσης τις πιο κάτω υπηρεσίες και προγράμματα:

- i. Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα,
- ii. υπηρεσία φυσικοθεραπείας και λεμφοιδήματος,
- iii. υπηρεσία ψυχοκοινωνικής στήριξης,
- iv. υπηρεσία μεταφοράς ασθενών και
- v. κέντρα στήριξης, επαφής και δραστηριοτήτων (91).

Ο ΠΑΣΥΚΑΦ από τα πρώτα χρόνια ίδρυσης του επικεντρώθηκε στην ψυχολογική στήριξη των καρκινοπαθών. Με τη βοήθεια του ψυχολόγου Άθου Ερωτοκρίτου το 1989 αναπτύχθηκαν διάφορα προγράμματα τα οποία αποσκοπούσαν στην ανάδειξη των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των καρκινοπαθών και μέσω της ψυχολογικής βοήθειας η αποκατάσταση αυτών. Σε κείμενα εισηγήσεων του 1989 αναφέρονται δε τα ακόλουθα:

«Η ψυχολογική στήριξη δεν είναι ένα απλό υποστηρικτικό χτύπημα στον ώμο ή το "κουράγιο και υπομονή" που θα πούμε σε κάποιον. Και είναι σημαντικό να ξέρουμε πως ένας μεγάλος φόβος των αρρώστων με καρκίνο είναι ο πόνος, γιατί σε πολλούς είναι συνδεδεμένος ή εξισωμένος με φρικτούς πόνους. Κι αυτός ο φόβος, μαζί με το φόβο θανάτου και ακρωτηριασμού αρχίζουν πολύ πριν το άτομο αρχίσει πράγματι να έχει επαφή με το νοσοκομείο ή τη θεραπεία του. Γι' αυτό, η ψυχολογική παρέμβαση και προσπάθεια αποκατάστασης πρέπει να αρχίζει πριν ο άρρωστος μπει στο νοσοκομείο, γιατί έτσι θα έχει καλύτερα αποτελέσματα» (32).

Έτσι από τα τέλη της δεκαετίας του 80 εντοπίστηκε η ανάγκη αποκατάστασης των καρκινοπαθών μέσω ψυχολογικών παρεμβάσεων. Αργότερα ο ΠΑΣΥΚΑΦ επέκτεινε τις υπηρεσίες του και σε άλλα προγράμματα όπως κατ' οίκον φροντίδα, κοινωνική στήριξη, φυσικοθεραπεία, πρόληψη και θεραπεία.

Ο ΠΑΣΥΚΑΦ απασχολεί 71 άτομα προσωπικό. Από αυτούς τα πενήντα τρία είναι μόνιμο προσωπικό και οι υπόλοιποι δεκαοκτώ συνεργάτες. Οι υπηρεσίες νοσηλευτική/ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι, η ψυχολογική στήριξη, η κοινωνική στήριξη, η φυσικοθεραπεία και οι κλινικές λεμφοειδήματος απασχολούν δύο ιατρούς, δεκαεννέα νοσηλευτές, επτά ψυχολόγους, εννέα φυσικοθεραπευτές και τέσσερεις κοινωνικούς λειτουργούς (91).

Το 2013 τα έσοδα του συνδέσμου ήταν 2.200.000 €. Οι κυριότερες πηγές εσόδων ήταν εισφορές εις μνήμη, οδικός έρανος, Παγκύπριο λαχείο, φιλανθρωπικά καταστήματα, κρατικές χορηγίες και άλλες εκδηλώσεις. Οι κρατικές χορηγίες ανέρχονταν το 2013 σε 239.000 €. Τα λειτουργικά έξοδα το 2013 ανήλθαν στα 2.000.000 €(91).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδα του ΠΑΣΥΚΑΦ σε αριθμούς για τα έτη 2009-2013 (91).

#### Πίνακας 5

*Στατιστικά στοιχεία για την υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδα του ΠΑΣΥΚΑΦ για τα έτη 2009-2013\**

	2009	2010	2011	2012	2013
Ασθενείς	1067	1236	1553	1664	1814
Επισκέψεις	15833	17277	19423	19687	21769
Νοσηλευτές	17	18	18	18	18
Ιατροί	2	2	3	4	3
Κόστος υπηρεσίας (€)	687.082	750.797	803.887	838.527	702.846

Πηγή: (91)



Δεν έχουν όμως δημιουργηθεί, από κανένα από τους δύο συνδέσμους, εξειδικευμένα προγράμματα για επιζώντες καρκινοπαθείς. Υπάρχουν αρκετές υπηρεσίες, οι οποίες προσφέρουν κάποια προγράμματα αποκατάστασης (φυσικοθεραπεία, ψυχολογική στήριξη) αλλά όχι πάνω σε μια συγκροτημένη και μόνιμη βάση.

#### **4.2.4.4 Europra Donna Κύπρου**

Η προσπάθεια ευαισθητοποίησης και σωστής ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού είναι οι δύο κύριοι στόχοι της Europra Donna Κύπρου. Η οργάνωση είναι μέλος της Ευρωπαϊκής συνομοσπονδίας EUROPA DONNA η οποία αποτελείται από 45 χώρες μέλη.

Οι στόχοι της Europra Donna Κύπρου είναι:

- i. Η σωστή ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού,
- ii. η εξασφάλιση άριστης ποιότητας ιατρικών κα άλλων θεραπευτικών υπηρεσιών από τον κρατικό και ιδιωτικό τομέα για όλες τις γυναίκες,
- iii. η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή για δεύτερη ιατρική γνώμη,
- iv. η ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των γυναικών και αντρών σε θέματα έγκαιρης διάγνωσης της ασθένειας,
- v. ο ποιοτικός έλεγχος του ιατρικού εξοπλισμού σε τακτά χρονικά διαστήματα,
- vi. η προώθηση και οικονομική ενίσχυση από το κράτος της επιστημονικής έρευνας για τον καρκίνο του μαστού,
- vii. η εισαγωγή προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και
- viii. η ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των θεραπειών για επιμόρφωση τους στις σύγχρονες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας (92).

Η EUROPA DONNA Κύπρου σχεδίασε και υλοποίησε τον τελευταίο χρονικό διάστημα το πρόγραμμα «ΣτηρίΖΩ», με βασικό στόχο να ανταποκριθεί στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες που έχουν οι γυναίκες και οι άντρες, με εμπειρία καρκίνου του μαστού και οι οικογένειές τους, για άμεση ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη.

Το πρόγραμμα προσφέρει σε γυναίκες και άντρες τη δυνατότητα να αναζητήσουν τον τρόπο με τον οποίο θα ξεπεράσουν την αρχική «αναστάτωση» που προκαλεί η διάγνωση καρκίνου του

μαστού. Επίσης προσφέρει στα άτομα την ευκαιρία να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους ώστε να μπορέσουν να ξεπεράσουν τις διάφορες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, να ανακαλύψουν νέες πτυχές του εαυτού τους και να δομήσουν τη ζωή τους σύμφωνα με τους όρους που το κάθε άτομο επιθυμεί. Λειτουργούν τα ακόλουθα προγράμματα:

- i. Ατομική ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική,
- ii. οικογενειακή θεραπεία και συμβουλευτική ζεύγους και η
- iii. ομαδική θεραπεία - αυτογνωσία

Τα προγράμματα επιδιώκουν:

- i. Την αντιμετώπιση της ατομικής και οικογενειακής αναστάτωσης που ακολουθεί τη διάγνωση καρκίνου του μαστού,
- ii. τη βελτίωση συνολικά της ποιότητας ζωής του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη τις μοναδικές και ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός,
- iii. την κατανόηση και διαχείριση των συναισθημάτων που κατακλύζουν τα περισσότερα άτομα με διάγνωση καρκίνου του μαστού (θυμός, λύπη, ανησυχία για τον εαυτό και για όλους τους άλλους, άγχος, φόβος μετάστασης, φόβος θανάτου, θλίψη),
- iv. την εξοικείωση με τη νέα εικόνα του σώματος και την προσαρμογή στις νέες συνθήκες ζωής και
- v. την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν στον οικογενειακό, κοινωνικό ή εργασιακό χώρο μετά τη διάγνωση/θεραπεία.

#### ***4.2.4.5 Μελέτη «Κωνσταντίνου Λόρδου»***

Μια αξιολογή προσπάθεια για κωδικοποίηση των προβλημάτων των υπηρεσιών καρκίνου στην Κύπρο έγινε από την ομάδα εργασίας «Cancer services in Cyprus», γνωστή ως «έκθεση Λόρδου», αρχές της δεκαετίας του 2000. Η μελέτη εισηγείτο ότι η Κυβέρνηση θα πρέπει να προχωρήσει στη δημιουργία ειδικής ογκολογικής μονάδας (κέντρο αναφοράς) κάτω από τον έλεγχο των κρατικών ιατρικών υπηρεσιών στο χώρο του νέου Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Επιπλέον η γειτνίαση του νέου Γενικού Νοσοκομείου με το Πανεπιστήμιο και την ιατρική σχολή θα μπορούσε να προσφέρει και ευκαιρίες εκπαίδευσης στους φοιτητές.

Επίσης, στην εν λόγω μελέτη, αναφέρεται ότι το Ογκολογικό Κέντρο της Τράπεζας Κύπρου θα μπορούσε, μετά την ίδρυση του προτεινόμενου ογκολογικού κέντρου αναφοράς, να αναμορφωθεί σε ένα πλήρως ανεξάρτητο ίδρυμα προσφοράς εξειδικευμένων ογκολογικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου από το οποίο να αγοράζονται υπηρεσίες από το Γενικό Σχέδιο Υγείας (ΓΕΣΥ).

Επιπρόσθετα, στην ίδια μελέτη επισημαίνεται ότι θα πρέπει να προγραμματισθούν για το μέλλον περιφερειακές ογκολογικές μονάδες και για τις υπόλοιπες πόλεις αρχίζοντας από τη Λεμεσό (93). Η μελέτη δυστυχώς δεν αξιοποιήθηκε δεόντως από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου.

#### ***4.2.4.4 Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) Κύπρου***

Το 2001 δημοσιεύτηκε από το Υπουργείο Υγείας εθνικό πρόγραμμα για τον έλεγχο του καρκίνου στην Κύπρο. Η μελέτη αυτή περιέγραψε τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που προσφέρονταν στην Κύπρο για έλεγχο του καρκίνου. Ετοιμάστηκε, δε, για να χρησιμοποιηθεί ως βάση για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου δράσης που για να αναπτυχθεί χρειαζόταν προηγουμένως να γνωρίζει το ΥΥ, τι υπηρεσίες ήταν διαθέσιμες στην Κύπρο. Μετά θα ακολουθούσε αξιολόγηση και σύγκριση με τις υπηρεσίες που θα έπρεπε να υπήρχαν και στη συνέχεια θα έθεταν στόχους για διαμόρφωση στρατηγικής. Στη μελέτη παρουσιάζονταν επίσης συνοπτικά τα κυριότερα προβλήματα που παρατηρούνταν και αναφέρονταν και εισηγήσεις για μέτρα που έπρεπε να ληφθούν για επίλυση τους. Δυστυχώς η μελέτη αυτή έμεινε στα συρτάρια του ΥΥ Κύπρου και δεν αξιολογήθηκε από κανένα φορέα (93).

Το 2009 το Υπουργείο Υγείας Κύπρου εξήγγειλε νέα εθνική στρατηγική αντιμετώπισης του καρκίνου. Διορίστηκε επταμελής εθνική επιτροπή για τον καρκίνο, αρμοδιότητα της οποίας ήταν μεταξύ άλλων:

- i. Η διαμόρφωση πολιτικής,
- ii. η ιεράρχηση προτεραιοτήτων,
- iii. ο συντονισμός και
- iv. η παρακολούθηση της υλοποίησης της εθνικής στρατηγικής.

Στα πλαίσια των εργασιών της η επιτροπή διαμόρφωσε εισηγήσεις και λειτούργησε υποστηρικτικά στη διαμόρφωση πολιτικής σε σχέση με τέσσερις πυλώνες:

#### ***ΠΥΛΩΝΑΣ 1: Πρόληψη και Προγράμματα Πληθυσμιακού Ελέγχου***

Αφορούσε στον αποτελεσματικότερο συντονισμό και βελτίωση των υφιστάμενων προγραμμάτων πρόληψης, εισαγωγή επιπρόσθετων προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου και εξασφάλιση της αειφορίας τους.

#### ***ΠΥΛΩΝΑΣ 2: Διάγνωση και Θεραπεία***

Αφορούσε στην αναβάθμιση του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου σε κέντρο προσφοράς εξειδικευμένων ογκολογικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου. Επίσης αποφασίστηκε η δημιουργία ογκολογικών κέντρων, πλήρως στελεχωμένων και εξοπλισμένων στα νοσοκομεία Λευκωσίας και Λεμεσού. Τα τριτοβάθμια αυτά κέντρα θα συνδέονταν αργότερα με την ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Κύπρου. Ακόμα αποφασίστηκε η δημιουργία εξειδικευμένων κλινικών αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού και του εντέρου.

#### ***ΠΥΛΩΝΑΣ 3: Ανακουφιστική Φροντίδα και Αποκατάσταση***

Αφορούσε στην ετοιμασία κατευθυντήριων γραμμών για την εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας, βελτίωση της κοινοτικής υπηρεσίας γενικής νοσηλευτικής και τη δημιουργία κέντρων ανακουφιστικής φροντίδας.

#### ***ΠΥΛΩΝΑΣ 4: Έρευνα***

Αποφασίστηκε η δημιουργία της κατάλληλης υποδομής για το συντονισμό όλων των υφιστάμενων κέντρων.

Η επιτροπή στο κείμενο που ετοιμάστηκε αναγνώρισε το πρόβλημα ότι η επανένταξη των καρκινοπαθών είναι μια εξατομικευμένη διαδικασία και για την καλύτερη οργάνωση θα έπρεπε να ληφθούν τα ακόλουθα μέτρα:

- i. Δημιουργία δεικτών και ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τα μέτρα ανάπτυξης,
- ii. σύσταση μίας ομάδας συνεργασίας (coordination group) πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας/τριτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και κοινοτικής νοσηλευτικής,

- iii. δημιουργία πρωτοκόλλων τα οποία θα παρακολουθούν την εξέλιξη και θα ελέγχουν την αποτελεσματικότητα των μέτρων επανένταξης και
- iv. ενεργό ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης (93).

Δυστυχώς τα πλείστα από τα πιο πάνω έχουν μείνει ως διακηρύξεις. Επίσης δεν έχουν υλοποιηθεί τα μέτρα που αποφασίστηκαν για αποκατάσταση και επανένταξη του Κύπριου καρκινοπαθή στη κοινωνία.

### ***4.3 Κόστος-Αποτελεσματικότητα της Αποκατάστασης***

Δεδομένου ότι ο αριθμός των ανθρώπων που έχουν επιζήσει από καρκίνο αυξάνεται με γρήγορο ρυθμό, το κόστος-αποτελεσματικότητα είναι ένα σημαντικό ζήτημα στην εφαρμογή των υπηρεσιών αποκατάστασης των καρκινοπαθών.

Το 2011, μια αμερικανική μελέτη ανέφερε ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για περίπου 13.8 εκατομμύρια επιζώντες καρκινοπαθείς εκτιμήθηκε ότι ήταν πέραν των 124 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Με βάση την αυξανόμενη συχνότητα και τη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης, ο αριθμός των επιζώντων καρκινοπαθών στις ΗΠΑ αναμένεται να αυξηθεί μέχρι το 2020 σε τουλάχιστον 18,1 εκατομμύρια, δημιουργώντας ένα ετήσιο κόστος 157 δισεκατομμυρίων δολαρίων το χρόνο (94). Αν και είναι δύσκολο να υπολογιστούν οι έμμεσες δαπάνες των επιζώντων καρκινοπαθών στις ΗΠΑ (π.χ., απώλεια μισθών, επιβαρύνσεις φροντιστή, μεταφορά και υποστηρικτικός εξοπλισμός), αυτές είναι προφανώς τεράστιες.

Άλλες χώρες, ωστόσο, έχουν επιχειρήσει να υπολογίσουν τις δαπάνες αυτές. Οικονομολόγοι της υγείας στην Πολωνία έχουν υπολογίσει ότι η απώλεια εργασίας λόγω καρκίνου αντιπροσωπεύει το 0,8% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (95). Εάν στις ΗΠΑ υπήρχε μια παρόμοια απώλεια εργασίας λόγω του καρκίνου (με ακαθάριστο εγχώριο προϊόν περίπου 15 τρισεκατομμυρίων αμερικανικών δολαρίων), το αντίστοιχο κόστος θα ήταν 120 δισεκατομμύρια δολάρια. Για την Κύπρο με ακαθάριστο εγχώριο προϊόν περίπου 18 δισεκατομμύρια το 2013 το κόστος θα ήταν 144 εκατομμύρια. Ένα ποσό όχι ευκαταφρόνητο (96).

Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση αξιολογήθηκαν τέσσερις μελέτες στις οποίες εξετάστηκαν παρεμβάσεις αποκατάστασης σε καρκινοπαθείς. Βρέθηκε ότι εάν η ίδια η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική τότε υπήρχε ένα ευνοϊκό αποτέλεσμα κόστους-αποτελεσματικότητας. Παρά το γεγονός ότι όλες οι οικονομικές αναλύσεις αξιολόγησαν πολύ διαφορετικές παρεμβάσεις, διαπιστώθηκε ότι η αποκατάσταση έχει τη δυνατότητα να είναι ένα αποδοτικό μέσο δαπάνης οικονομικών πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Αναφέρεται δε ότι η σχέση κόστους-

αποτελεσματικότητας δεν έχει ως τώρα αξιολογηθεί στις περισσότερες μελέτες αποκατάστασης και συστήνεται στους ερευνητές λόγω της έλλειψης οικονομικών αξιολογήσεων να περιλαμβάνουν στοιχεία για το κόστος στις επόμενες μελέτες τους (97).

Επιπλέον, μια γερμανική μελέτη διερεύνησε την κατάσταση απασχόλησης σε 1100 επιζώντες καρκινοπαθείς ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση ενός προγράμματος ιατρικής αποκατάστασης. Σε ένα μέσο χρονικό διάστημα έξι εβδομάδων μετά την αποκατάσταση, 76% των ασθενών είχαν επιστρέψει στην εργασία τους (98).

## **5. Κεφάλαιο Πέμπτο**

### **5.1 Συζήτηση –Συμπεράσματα**

Είναι γεγονός ότι η αύξηση της νοσηρότητας από διάφορες μορφές καρκίνου, ή έγκαιρη διάγνωση, η θεραπεία με νέες βελτιωμένες μεθόδους και φάρμακα, η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ηλικίας, και η δημογραφική γήρανση συντελούν στην αύξηση αυτής της πολυπληθούς πληθυσμιακής ομάδας που ονομάζεται επιζώντες από τον καρκίνο.

Η υγεία των ατόμων αυτών μπορεί να έχει περισσότερο ή λιγότερο αποκατασταθεί, μπορεί να θεωρούνται αποθεραπευμένοι ή ακόμα και σε ύφεση, μπορεί να μην έχουν θεραπευτεί τελείως και να αντιμετωπίζουν τον καρκίνο τους ως μια χρόνια ασθένεια, αλλά δεν παύει να είναι μια «ευαίσθητη» από άποψη υγείας ομάδα πληθυσμού, που απαιτεί τακτικούς περιοδικούς επανελέγχους.

Η μακρόχρονη ιατρική παρακολούθηση της υγείας του ασθενή με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας και κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας είναι απαραίτητη, όχι μόνο για την έγκαιρη διάγνωση τυχόν επανεμφάνισης της νόσου, αλλά και τη διάγνωση εμφάνισης επιπτώσεων της ογκολογικής θεραπείας, αφού συχνά διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν μετά από πάροδο ετών, δεύτερους ή τρίτους κακοήθεις όγκους, γενετικές ανωμαλίες κ.ά.. Επιπτώσεις όπως μυοκαρδιοπάθειες, χρόνιες πνευμονοπάθειες, μειωμένη νεφρική λειτουργία, ανεπάρκειες της νοητικής και ενδοκρινούς λειτουργίας, ακράτεια, σεξουαλικά προβλήματα, κολοστομίες, νεφροστομίες και τραχειοστομίες, είναι καταστάσεις που επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής και αυξάνουν τη νοσηρότητα.

Επιπλέον, οι επιζώντες καρκίνου καλούνται να αντιμετωπίσουν και τις αρνητικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου που εκδηλώνονται με το φόβο της επανεμφάνισης της νόσου, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος και την κατάθλιψη, αλλά και τις διακρίσεις στο χώρο εργασίας και των ασφαλιστικών εταιρειών.

Είναι όμως αναγκαίο και οι ιατροί και ειδικά οι ογκολόγοι να είναι προσεκτικοί με τις θεραπείες που δίνονται στους καρκινοπαθείς. Αυτές θα πρέπει να δημιουργούν τα λιγότερα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα ώστε να μην εμφανίζονται αξεπέραστες προσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές, οικονομικές και κοινωνικές δυσχέρειες.

Στην αποκατάσταση των προβλημάτων ενός καρκινοπαθούς μετέχει μια ολόκληρη ομάδα εξειδικευμένων επαγγελματιών εφαρμόζοντας σε κάθε περίπτωση εξατομικευμένη θεραπεία. Η

ομάδα επαγγελματιών υγείας λειτουργώντας σε ολιστικό επίπεδο αποτελείται από τον ογκολόγο, τον νοσηλευτή, το φυσικοθεραπευτή, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, το διατροφολόγο, το λογοθεραπευτή κ.α. Αρκετές φορές είναι αναγκαίο να συμμετέχουν στην ομάδα αυτή και φίλοι, εθελοντές, ακόμη και θρησκευτικοί λειτουργοί και πρώην θεραπευμένοι ασθενείς.

Επίσης εάν μιλούμε σε καθαρά οικονομικά πλαίσια οι διαδικασίες αποκατάστασης είναι ευεργετικές καθώς αν και εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι επιβαρύνουν το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία οικονομικά αυτό δεν είναι αλήθεια. Τα προγράμματα αποκατάστασης διαρκούν μικρό χρονικό διάστημα και όταν γίνεται η επανένταξη των καρκινοπαθών στην κοινωνία υπάρχει απόσβεση μέσω της παραγωγικότητας τους. Γιατί οι επανεντασσόμενοι καρκινοπαθείς δεν έχουν πια ανάγκη από νοσοκομεία και ιδρύματα και παροχές, αλλά γίνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας όπως και όλοι οι υγιείς άνθρωποι.

Η περιγραφή των συστημάτων αποκατάστασης από τις ΗΠΑ, τη Δανία, τη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία δείχνει ότι ανάλογα και με τις διαφορές στη κοινωνική ασφάλιση και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η αποκατάσταση των καρκινοπαθών είναι εντεταγμένη στη φροντίδα που παρέχεται σε αυτούς τους ασθενείς. Η αποκατάσταση μπορεί να πραγματοποιείται σε διαφορετικούς χώρους (εξωτερικός ή εσωτερικός ασθενής, νοσοκομείο ή κέντρο αποκατάστασης) και ποικίλει ακόμη και στη χρονική διάρκεια (μονοήμερα, εβδομαδιαία). Τα προγράμματα αυτά βασίζονται σε μια παρόμοια, πολυδιάστατη και διεπιστημονική αντίληψη της αποκατάστασης του καρκινοπαθή και έχουν αποδείξει ότι βοηθούν τον ασθενή να επανενταχτεί στον κοινωνικό ιστό.

Δυστυχώς στην Ελλάδα η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία δεν κατάφερε να δημιουργήσει κέντρα αποκατάστασης και παρέχει μαζί με άλλες εθελοντικές οργανώσεις κάποιες υπηρεσίες όπως ψυχολογική στήριξη και φυσικοθεραπεία. Κάποια ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης τα οποία άρχισαν να παρέχουν υπηρεσίες θα πρέπει να τύχουν αξιολόγησης και πιστοποίησης από το κράτος/Υπουργείο Υγείας.

Στην Κύπρο ενώ υπάρχει ο πυλώνας στο στρατηγικό σχέδιο του Υπουργείου Υγείας που αναφέρεται σε αποκατάσταση καρκινοπαθών λιγιστά πράγματα έχουν γίνει.

Οι εθελοντικές οργανώσεις, ιδίως ο ΑΣΚ και ο ΠΑΣΥΚΑΦ, έχουν εδώ και πολλά χρόνια δημιουργήσει υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας για τους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου με απόλυτη επιτυχία επιτυγχάνοντας αξιοπρεπή διαχείριση συμπτωμάτων κλπ.. Θέματα όμως όπως η αποκατάσταση των επιζώντων καρκινοπαθών δεν έχουν τύχει ανάλογης φροντίδας και διαχείρισης.



Επίσης οι ανάγκες των επιζώντων καρκινοπαθών στην Κύπρο δεν έχουν αξιολογηθεί και έτσι δεν υπάρχουν τα απαραίτητα στοιχεία τα οποία να τύχουν επεξεργασίας και μελέτης προσδοκώντας στην εξαγωγή στοιχείων τα οποία να αναδείξουν τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών αυτών. Η ανάγκη μιας επιστημονικής έρευνας, με τη μορφή ενός παγκύπριου ερωτηματολογίου πιστεύω ότι θα βοηθήσει σε αυτό τον τομέα.

## **5.2 Εισηγήσεις**

Στην Κύπρο υπολογίζεται, αν και δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία, ότι οι επιζώντες καρκινοπαθείς είναι πάνω από 25 χιλιάδες. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να αυξάνεται κάθε χρόνο με την προσθήκη νέων ασθενών οι οποίοι θα αποθεραπεύονται πλήρως. Το ΥΥ Κύπρου αλλά και οι υπόλοιπες υπηρεσίες του κράτους - Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλες - πρέπει να διερευνήσουν/μελετήσουν το θέμα δημιουργώντας τις υποδομές που θα προσφέρουν τις αναγκαίες υπηρεσίες που θα βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική κατάσταση των ασθενών βοηθώντας στην επανένταξη τους. Επίσης και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (μαζί ή κάθε μια ξεχωριστά) θα πρέπει να κινηθούν άμεσα αναγνωρίζοντας τα προβλήματα αυτών των ασθενών και εντάσσοντας στις προσφερόμενες τους υπηρεσίες και την αποκατάσταση σε μια πιο ολοκληρωμένη μορφή. Στο προσχέδιο για το ΓΕΣΥ αναφέρεται επιγραμματικά και η αποκατάσταση ασθενών χωρίς να προσδιορίζονται περαιτέρω θέματα παροχής υπηρεσιών, αποζημιώσεις κλπ. (99). Οι οργανώσεις των καρκινοπαθών θα πρέπει να συζητήσουν το θέμα με την Βουλή των Αντιπροσώπων και το ΥΥ για να εξασφαλισθεί η χρηματοδότηση μέσω του ΓΕΣΥ των προγραμμάτων αποκατάστασης για τους καρκινοπαθείς.

Η Ογκολογική Εταιρεία Κύπρου (ΟΕΚ), ως επαγγελματικός/συνδικαλιστικός φορέας των ιατρών-ογκολόγων, με τη σειρά της θα πρέπει να ασκεί ανάλογες πιέσεις προς το κράτος, το ΥΥ αλλά και τις οργανώσεις με σκοπό να προσδιοριστούν οι υπηρεσίες που θα βοηθήσουν περισσότερο τους ασθενείς. Επίσης η ΟΕΚ θα πρέπει να συμπεριλάβει στα ογκολογικά της συνέδρια/ημερίδες κλπ. τα θέματα της αποκατάστασης καρκινοπαθών για επιμόρφωση και συνεχή εκπαίδευση των μελών της. Αυτοί είναι και οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θεράπευσαν και εξακολουθούν να παρακολουθούν τους ασθενείς αυτούς και πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι υπάρχει σήμερα η δυνατότητα αποκατάστασης τους. Έτσι η έγκαιρη ανίχνευση από τους ιατρούς των ασθενών οι οποίοι παρουσιάζουν επιπτώσεις απότοκο των θεραπειών, θα βοηθήσει στην αποκατάσταση αυτών και στην επάνοδο τους σε φυσιολογικούς ρυθμούς. Ακόμη θα πρέπει να ετοιμάζεται ιατρική έκθεση από τον ογκολόγο με σύνοψη των θεραπειών στις οποίες έχει

υποβληθεί ο ασθενής και να αποστέλλεται στον οικογενειακό ιατρό, με αντίγραφο στον ασθενή. Η συνεργασία του ειδικού και του γενικού γιατρού είναι στα πλαίσια αυτά άκρως σημαντική.

Συνιστάται η συστηματική αξιολόγηση όλων των ασθενών με καρκίνο ως προς τις ανάγκες τους για αποκατάσταση. Το χρονικό πλαίσιο της αξιολόγησης τοποθετείται τόσο στη φάση της θεραπείας όσο και της παρακολούθησης. Οι ογκολόγοι αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα προγράμματα αποκατάστασης και η παραπομπή να γίνεται σχετικά εύκολα και χωρίς ιδιαίτερη γραφειοκρατία.

Η παραπομπή θα πρέπει να γίνεται στο κέντρο αποκατάστασης. Εκεί οι ασθενείς θα αξιολογούνται από μια έμπειρη διεπιστημονική ομάδα αναλόγως της διάγνωσης, των προβλημάτων και των αναγκών τους. Ακολούθως θα τους προσφέρεται η δυνατότητα συμμετοχής στα ειδικά προγράμματα. Γι αυτό θα πρέπει να αναπτυχθούν στους χώρους του κέντρου ολοκληρωμένα διεπιστημονικά προγράμματα αποκατάστασης καρκινοπαθών είτε αυτοί είναι νέο-διαγνωσθέντες ή έχουν τελειώσει με τη θεραπεία τους.

Αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να απευθύνονται στους ασθενείς που επιθυμούν να διατηρήσουν ένα ασφαλές επίπεδο δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και επίσης θέλουν να είναι σε θέση να μεγιστοποιήσουν την απόδοση τους στις καθημερινές τους δραστηριότητες (εργασία, οικογένεια, σωματικές δραστηριότητες) μετά τη θεραπεία. Επίσης θα πρέπει να απευθύνεται σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν οποιαδήποτε προβλήματα που δεν είχαν πριν από τη διάγνωση τους, ιδιαίτερα εάν παρεμβαίνουν με λειτουργικές ικανότητες ή την ποιότητα της ζωής τους.

Στόχος του κέντρου πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου τόσο σε κινητικό επίπεδο, σε επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης όσο και επικοινωνίας, συνδυάζοντας ακόμα και την ψυχοκοινωνική θεραπεία. Θα πρέπει επίσης να δημιουργηθούν προσαρμοσμένα προγράμματα για την αντιμετώπιση ενός ευρέος φάσματος συμπτωμάτων και διαγνώσεων για κάθε τύπο καρκίνου και αναλόγως των προγραμμάτων αυτών να ενταχθούν και οι ασθενείς.

Η έμπειρη διεπιστημονική ομάδα πρέπει να είναι έτοιμη για την αντιμετώπιση των αναγκών αποκατάστασης για μια ποικιλία παθήσεων όπως: κόπωση, αδυναμία, κακή αντοχή, δυσκαμψία των αρθρώσεων, πόνος, δυσκολία στο βάδισμα, μούδιασμα στα πόδια ή τα χέρια, ξηροστομία κ.α. Επίσης θα πρέπει να υπάρχουν ειδικά προγράμματα για το λεμφοίδημα, τον έλεγχο του εντέρου και της ουροδόχου κύστης καθώς και θέματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Τα προγράμματα αποκατάστασης θα πρέπει επίσης να περιέχουν πληροφορίες σχετικά με ένα υγιεινό τρόπο ζωής και σχετικές υπηρεσίες υποστήριξης, όταν πρόκειται για αλλαγή της συμπεριφοράς σε σχέση με τα τρόφιμα, το κάπνισμα, τη σωματική δραστηριότητα και το αλκοόλ. Ακόμη τα προγράμματα θα πρέπει να αξιολογούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να αλλάζουν αναλόγως των αναγκών των ασθενών.

Η αποκατάσταση του καρκινοπαθή ασθενή κρίνεται αδιαμφισβήτητα αναγκαία και θα πρέπει να είναι στις άμεσες προτεραιότητες κάθε κράτους, των συνδέσμων ασθενών, καθώς και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από κάθε σωστό εθνικό σχέδιο υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επανένταξη ενός θεραπευμένου καρκινοπαθούς στην κοινωνία είναι να έχει διατηρήσει ή να έχει ανακτήσει όλες τις σωματικές και ψυχικές δεξιότητες που είχε πριν αρρωστήσει.

Προτείνονται τα πιο κάτω με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επιζώντων καρκίνου:

- i. Ευαισθητοποίηση και παρουσίαση των αναγκών των επιζώντων καρκίνου στους φορείς υγείας, στους παροχείς ιατρικής περίθαλψης και στις οργανώσεις ασθενών.
- ii. Σχεδιασμό προγραμμάτων παρακολούθησης υγείας επιζώντων.
- iii. Ανάπτυξη πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής.
- iv. Επένδυση σε έρευνα, με σκοπό την κατανόηση των αιτιών του καρκίνου αλλά και αποτελεσματικότερων μορφών θεραπείας οι οποίες να δημιουργούν όσο το δυνατό λιγότερες αποπτώσεις στους ασθενείς.
- v. Αντιμετώπιση των προκλήσεων που θα αντιμετωπίσουν τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας με την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης.
- vi. Αντιμετώπιση των προβλημάτων σχετικά με την απασχόληση των επιζώντων.

Συμπερασματικά, η επανένταξη των καρκινοπαθών στην κοινωνία συμφέρει. Απαιτεί όμως οργάνωση, σωστό προγραμματισμό, εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, ειδικά κέντρα αποκατάστασης, ευαισθητοποίηση του κράτους και του κοινωνικού συνόλου, ειδικούς ασφαλιστικούς κανονισμούς, κατάλληλους νόμους και χρηματοδότηση. Και κυρίως απαιτεί ηθική, επιστημονική, κοινωνική και οικονομική συνείδηση των ιατρών κι άλλων επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην αποκατάσταση των καρκινοπαθών, ώστε με τις παρεμβάσεις τους να μην καταδικάσουν ανθρώπους που μπορεί να θεραπευθούν και μπορούν να μας προσφέρουν την παραγωγικότητά τους, τις ικανότητές τους και τις εμπειρίες της ζωής τους.

## Κεφάλαιο 6

### 6.1 Βιβλιογραφία

1. [http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/Product/CS\\_REPORT\\_SURVIVAL.pdf](http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/Product/CS_REPORT_SURVIVAL.pdf) (1/3/15)
2. [http://www.letto.gr/page.aspx?p\\_id=1352](http://www.letto.gr/page.aspx?p_id=1352) (1/3/15)
3. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, Alteri R, Robbins AS, Jemal A. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014, CA Cancer J Clin. 2014;Jul-Aug; 64(4):252-71.
4. Fossa SD, Vassilopoulou-Sellin R, Dahl AA. Long term physical sequelae after adult-onset cancer. J Cancer Surviv 2008;2:3–11.
5. Fossa SD, Loge JH, Dahl AA. Long-term survivorship after cancer: How far have we come? Ann Oncol 2008;19(Suppl 5):v25 – v29.
6. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: A new challenge for supportive care. Cancer J 2006;12:432–43.
7. Aziz NM. Cancer survivorship research: Challenge and opportunity. J Nutr 2002;132(11 Suppl):3494S – 503S.
8. Aziz N.M. Cancer survivorship research: state of knowledge, challenges and opportunities. Acta Oncol 2007;46,417-432.
9. Baker F., Denniston M., Smith T., & West M.M. Adult cancer survivors: how are they faring? Cancer 2005;104,2565-2576.
10. Minton O. & Stone P. How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. Breast Cancer Res.Treat.2008;112,5-13.
11. Ness K.K., Wall M.M., Oakes J.M., Robison L.L., & Gurney J.G. Physical performance limitations and participation restrictions among cancer survivors: a population-based study. Ann.Epidemiol. 2006;16,197-205.
12. [http://en.wikipedia.org/wiki/Cancer\\_survivor](http://en.wikipedia.org/wiki/Cancer_survivor) 21/3/15
13. <http://www.pare-dose.net/ca-forum/index.php?topic=14.0;wap2> 23/3/15
14. <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer> 11/3/15
15. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008> 11/3/15
16. <http://www.agsavvas-hosp.gr/Μάθε-για-τον-καρκίνο/Θεραπεία/Θεραπεία-του-καρκίνου> 11/3/15

17. <http://www.philenews.com/el-gr/top-stories/885/225146/10-ekat-gia-apostoli-asthenon-sto-exoteriko#sthash.cJHIRHDi.dpuf> 29/3/15
18. [http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/EEBCAF0CDB3C0C4FC22577BB0026941E/\\$file/Ετήσια%20Εκθεση%202010.pdf](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/EEBCAF0CDB3C0C4FC22577BB0026941E/$file/Ετήσια%20Εκθεση%202010.pdf) 21/3/15
19. [http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/82B40CE2FEE19D7AC22579C6002CBFAD/\\$file/Κυριότεροι%20Πίνακες%201998-2011.pdf](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/82B40CE2FEE19D7AC22579C6002CBFAD/$file/Κυριότεροι%20Πίνακες%201998-2011.pdf) 11/3/15
20. [http://www.moh.gov.cy/moh/ngh/ngh.nsf/All/850670F92D9777F2C2257DB3002CD467/\\$file/Ετήσια%20Εκθεση%202013.pdf](http://www.moh.gov.cy/moh/ngh/ngh.nsf/All/850670F92D9777F2C2257DB3002CD467/$file/Ετήσια%20Εκθεση%202013.pdf) 23/1/15
21. <http://www.neaeope.gr/ogkologiko-kentro-kuprou/> 23/1/15
22. Peuckmann V., Ekholm O., Rasmussen N.K., Groenvold M., Christiansen P., Moller S., Eriksen J., & Sjogren P. Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Eur.J Pain* 2009;13,478-485.
23. Baker F., Denniston M., Smith T., & West M.M. Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer* 2005;104,2565-2576.
24. Montazeri A., Vahdaninia M., Harirchi I., Ebrahimi M., Khaleghi F., & Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC.Cancer* 2008;8,330.
25. Vistad I., Fossa S.D., & Dahl A.A. (2006) A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecol.Oncol* 102, 563-572.
26. [http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_51/11.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf) 16/3/15
27. Courneya K.S. Exercise in cancer survivors: an overview of research. *Med.Sci.Sports Exerc.* 2003;35,1846-1852.
28. Stevinson C., Faught W., Steed H., Tonkin K., Ladha A.B., Vallance J.K., Capstick V., Schepansky A., & Courneya K.S. Associations between physical activity and quality of life in ovarian cancer survivors. *Gynecol.Oncol* 2007;106, 244-250.
29. Galvao D.A., Taaffe D.R., Spry N., Joseph D., Turner D., & Newton R.U. Reduced muscle strength and functional performance in men with prostate cancer undergoing androgen suppression: a comprehensive crosssectional investigation. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2009;12,198-203.
30. Berruti A., Dogliotti L., Terrone C., Cerutti S., Isaia G., Tarabuzzi R., Reimondo G., Mari M., Ardisson P., De L.S., Fasolis G., Fontana D., Rossetti S.R., & Angeli A.

- Changes in bone mineral density, lean body mass and fat content as measured by dual energy x-ray absorptiometry in patients with prostate cancer without apparent bone metastases given androgen deprivation therapy. *J Urol.* 167,2002;2361-2367.
31. Nesvold I.L., Fossa S.D., Holm I., Naume B., & Dahl A.A. Arm/shoulder problems in breast cancer survivors are associated with reduced health and poorer physical quality of life. *Acta Oncol* 2010;49,347-353.
  32. Ερωτοκρίτου Άθως, Ψυχοκοινωνικά προβλήματα καρκινοπαθών και η συμβολή της ψυχολογικής βοήθειας στην αποκατάσταση τους, Σειρά, Ψυχολογικά και κοινωνικά θέματα 2 Εκδότης, Πασυκάφ, Κύπρος, 1992
  33. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., & Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10,19-28.
  34. Vahdaninia M., Omidvari S., & Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.* 2010;45,355-361.
  35. [http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/suppl\\_1/1.full](http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/suppl_1/1.full) 16/3/15
  36. <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping-with-cancer/coping-physically/fatigue/what-is-cancer-fatigue> 16/3/15
  37. Bower J.E., Ganz P.A., Desmond K.A., Bernards C., Rowland J.H., Meyerowitz B.E., & Belin T.R. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer* 2006;106,751-758.
  38. Hjermstad M.J., Fossa S.D., Oldervoll L., Holte H., Jacobsen A.B., & Loge J.H. Fatigue in long-term Hodgkin's Disease survivors: a follow-up study. *J Clin Oncol* 2005;23,6587-6595.
  39. Vistad I., Fossa S.D., Kristensen G.B., & Dahl A.A. Chronic fatigue and its correlates in long-term survivors of cervical cancer treated with radiotherapy. *BJOG.* 2007;114,1150-1158.
  40. [http://www.bestrong.org.gr/el/living\\_with\\_cancer/physical/sexualityproblems/](http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/physical/sexualityproblems/) 17/3/15
  - 41 Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer-Inst Monogr* 1994; (16):177–182.
  42. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> 1/3/15
  43. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162> 11/3/15
  44. <http://www.nice.org.uk/guidance/cm40> 11/3/15

45. Thompson P.D., Buchner D., Pina I.L., Balady G.J., Williams M.A., Marcus B.H., Berra K., Blair S.N., Costa F., Franklin B., Fletcher G.F., Gordon N.F., Pate R.R., Rodriguez B.L., Yancey A.K., & Wenger N.K. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation* 2003;107,3109-3116.
46. Sigal R.J., Kenny G.P., Wasserman D.H., Castaneda-Sceppa C., & White R.D. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2006; 29,1433-1438.
47. Meyer T. & Broocks A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: guidelines for exercise testing and prescription. *Sports Med.* 2000;30, 269-279.
48. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota MB, Coebergh JW, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995 – 99: Results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007;8:773–83.
49. Mullan F. Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med* 1985; Jul25:313(4):270-273.
50. Bell K, Ristovski-Slijepcevic S. Cancer survivorship: Why labels matter. *J Clin Oncol* 2013; 31: 409–11.
51. <http://www.ncsd.org> 18/3/15
52. Johansen C. Rehabilitation of cancer patients - research perspectives. *Acta Oncol* 2007;46,441-445.
53. <https://answers.yahoo.com/question/index?qid=20071009015550AAqvmJn> 1/3/15
54. Johansen C. Rehabilitation of cancer patients - research perspectives. *Acta Oncol* 2007;46,441-445.
55. Cella D.F. & Tulsky D.S. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Invest* 1993;11,327-336.

56. Sanson-Fisher R., Girgis A., Boyes A., Bonevski B., Burton L., & Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000;88, 226-237.
57. Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol.* 2011;50:212-222.
58. Vallance J.K., Courneya K.S., Jones L.W., & Reiman T. Exercise preferences among a population-based sample of non-Hodgkin's lymphoma survivors. *Eur.J.Cancer Care (Engl.)* 2006;15,34-43.
59. Jones L.W., Guill B., Keir S.T., Carter K., Friedman H.S., Bigner D.D., & Reardon D.A. Exercise interest and preferences among patients diagnosed with primary brain cancer. *Support Care Cancer.* 2007; 15,47-55.
60. Karvinen K.H., Courneya K.S., Campbell K.L., Pearcey R.G., Dundas G., Capstick V., & Tonkin K.S. Exercise preferences of endometrial cancer survivors: a population-based study. *Cancer Nursing* 2006; 29, 259-265.
61. <http://www.fairview.org/Services/Rehab/Services/Cancerrehabilitation/index.htm> 16/3/15
62. <http://emedicine.medscape.com/article/320261-overview#showall> 2/3/15
63. Dietz JH: Rehabilitation of the cancer patient: Its role in the scheme of comprehensive care. *Clin Bull* 1974;4(3):104–107.
64. Dietz JH Jr: Rehabilitation of the cancer patient. *Med Clin North Am* 1969;53(3):607–624.
65. Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, et al: Cancer rehabilitation: Assessment of need, development, and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978;59(9):410–419.
66. Harvey RF, Jellinek HM, Habeck RV: Cancer rehabilitation: An analysis of 36 program approaches. *JAMA* 1982; 247:2127-2131.
67. Stubblefield MD, O'Dell MW (eds): *Cancer Rehabilitation: Principles and Practice.* New York, Demos Medical Publishing, Inc., 2009
68. [http://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(12\)00862-3/pdf](http://www.ejancer.com/article/S0959-8049(12)00862-3/pdf) 28/3/15



69. Gerdes N, Zwingmann C, Jäckel WH. The system of rehabilitation in Germany. In: Research in Rehabilitation. Results from a research network in Southwest Germany. Jäckel WH, Bengel J, Herdt J, editors. Stuttgart: Schattauer 2006;pp. 3–19.
70. Bengel J, Herwig JE, Koch U. Research in Rehabilitation in Germany. In: Research in Rehabilitation. Results from a research network in Southwest Germany. Jäckel WH, Bengel J, Herdt J, editors. Stuttgart: Schattauer 2006;20–7.
71. Deutsche Rentenversicherung, Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2008. Vol. 174. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2009
72. Hartmann U, Ring C, Kluge A, Reuss-Borst M, Verbesserung von Angst und Depression bei Brustkrebspatientinnen während stationärer onkologischer Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven Studie. Rehabilitation 2006;45:88–94.
73. Teichmann JV. Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmassnahmen. Rehabilitation (Stuttg) 2002;41:53 – 63.
74. Weis J, Moser MT, Bartsch HH. Goal-oriented evaluation of inpatient rehabilitation programs for women with breast cancer (ZESOR-study). In: Research in Rehabilitation. Results from a research network in Southwest Germany. Jäckel WH, Bengel J, Herdt J, editors. Stuttgart: Schattauer 2006;162–71.
75. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag, 2007.
76. Korstjens I, Mesters I, van der Peet E, Gijsen B, van den Borne B. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. Eur J Cancer Prevent 2006;15:541–7.
77. Korstjens I, May AM, van Weert E, Mesters I, Tan F, Ros WJ, et al. Quality of life after self-management cancer rehabilitation: A randomized controlled trial comparing physical and cognitive-behavioral training versus physical training. Psychosom Med 2008;70: 422–9.
78. <http://www.herstellenbalans.nl> 4/3/15
79. <http://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/1/1561/1385430087/strategicpresentationoncancerrehabilitationthedanishcancersociety.pdf> 4/3/15

80. <file:///C:/Users/User/Downloads/MASCCogECRS2.pdf> 4/3/15
81. Department of Health, Living with and beyond cancer: Taking Action to improve outcomes. 2013; Available on [www.ncsi.org.uk](http://www.ncsi.org.uk) 23/3/15
82. Armes, J. et al, Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective longitudinal survey. Journal of Clinical Oncology 2009;27,6172–6179
83. Department of Health, The Quality of life of Cancer Survivors. 2012; [www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2012/12/9284-TSO-2900701-PROMS.pdf](http://www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2012/12/9284-TSO-2900701-PROMS.pdf) 23/3/15
84. Glaser, A. et al, Patient-reported outcomes of cancer survivors in England 1-5 years after diagnosis: a cross sectional survey. BMJ Open 2013;3(4):e002317. Published online 2013 April 12. Doi:10.1136/bmjopen-2012-002317
85. NHS Improvement, Innovation to Implementation, A 'how to guide' 2013; available on [www.ncsi.org.uk](http://www.ncsi.org.uk) 23/3/15
86. <http://www.ygeia360.gr/el/news/itemlist/tag/παγκοσμια%20ημερα%20κατα%20του%20καρκινου%202015> 8/3/15
87. <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1329> 8/3/15
88. <http://www.anabiosi.gr/programs.php?lang=gr> 8/3/15
89. <https://chrandreou.wordpress.com/2014/05/30/παγκόσμια-ημέρα-επιζώντων-του-καρκίν/> 1/3/15
90. <http://www.anticancersociety.org.cy/anticancer1/page.php?pageID=17&mpath=/8/26> 8/3/15
91. <http://pasykaf.org/en/pasykaf> 8/3/15
92. <http://www.europadonna.com.cy/index.php?page=home> 25/3/15
93. Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου στην Κύπρο, Κυβερνητικό Τυπογραφείο, Υπουργείο Υγείας Κύπρου, Νοέμβριος, 2009
94. 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;103:117-128.
95. Macioch T, Hermanowski T. The indirect costs of cancer-related absenteeism in the workplace in Poland. J Occup Environ Med. 2011;53:1472-1477.

96. <http://www.sigmalive.com/news/local/171257/veltionontai-oi-dimosionomikoi-deiktis-kyprou> 19/3/15
97. Mewes JC, Steuten LM, Ijzerman MJ, van Harten WH. Effectiveness of multidimensional cancer survivor rehabilitation and cost-effectiveness of cancer rehabilitation in general: a systematic review. *Oncologist*. 2012;17:1581-1593.
98. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation-a prospective study. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39:76-87.
99. [http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/FAE2A2B6D1526BE7C2257DAB0035D237/\\$file/ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ%20ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ%20ΓεΣΥ\\_111214.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/All/FAE2A2B6D1526BE7C2257DAB0035D237/$file/ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ%20ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ%20ΓεΣΥ_111214.pdf?OpenElement) 28/3/15