

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ : «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. ΕΙΔΙΚΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (πρόληψη και
αντιμετώπιση). »

Υπεύθυνη Εργασίας: Μπουντζιούκα Βασιλική

Επιβλέπων Καθηγητής: Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος
(Επίκουρος Καθηγητής)

Εξεταστική Επιτροπή:

Ανδρικόπουλος Νικόλαος: Καθηγητής

Ζαμπέλας Αντώνιος: Επίκουρος Καθηγητής

Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος: Επίκουρος Καθηγητής

Στον κ. Πολυχρονόπουλο με ιδιαίτερη εκτίμηση για
την αμέριστη συμπαράστασή του
και την εμπιστοσύνη του
Στην οικογένειά μου για το κουράγιο
και την υποστήριξή τους στις δύσκολες στιγμές
Στις φίλες μου για τις ευχάριστες
στιγμές που μου έδωσαν δύναμη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ 1- 2
Καρκίνος.....	σελ 3-12
1.0 Γενικά.....	σελ 3
2.0 Διαδικασία καρκινογένεσης.....	σελ 4
3.0 Κατηγορίες καρκίνου.....	σελ 6-12
1.3.1 Καρκίνος του στομάχου.....	σελ 6
1.3.2 Καρκίνος του παγκρέατος.....	σελ 7
1.3.3 Καρκίνος του ήπατος.....	σελ 8
1.3.4 Καρκίνος του παχέως εντέρου.....	σελ 9
1.3.5 Καρκίνος του μαστού.....	σελ 9
1.3.6 Καρκίνος του προστάτη.....	σελ 10
1.3.7 Καρκίνος του πνεύμονα.....	σελ 11
Παράγοντες Κινδύνου.....	σελ 13-16
2.1 Γενικά.....	σελ 13
2.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου.....	σελ 13-16
2.2.1 Γενική ατμοσφαιρική ρύπανση.....	σελ 14
2.2.2 Ηλιακή ακτινοβολία.....	σελ 14
2.2.3 Ιονίζουσα ακτινοβολία.....	σελ 15
2.2.4 Βιομηχανικά απόβλητα.....	σελ 15
2.2.5 Χημικοί ρυπαντές.....	σελ 15
Καρκίνος και Διατροφή.....	σελ 17-29
3.1 Γενικά.....	σελ 17
3.2 Επιβαρυντικοί παράγοντες διατροφής.....	σελ 18-23
3.2.1 Υψηλή ενεργειακή πρόσληψη.....	σελ 19
3.2.2 Φυσική δραστηριότητα.....	σελ 20
3.2.3 Αυξημένη πρόσληψη λιπαρών.....	σελ 21
3.2.4 Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.....	σελ 22
3.2.5 Κατανάλωση άλατος.....	σελ 22
3.3 Προστατευτικοί παράγοντες διατροφής.....	σελ 23-26
3.3.1 Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.....	σελ 24

3.3.2 Μικροσυστατικά και βιταμίνες. Συμπληρώματα διατροφής.....σελ	24
3.3.3 Φυτικές ίνες.....σελ	26
3.4 Πρόληψη καρκίνου.....σελ	26
Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας- Πρόγραμμα ΕΠΙΚ.....σελ	30-32
Προαγωγή Υγείας.....σελ	33-34
5.1 Γενικά.....σελ	33
5.2 Επανελέγχος- Follow Up.....σελ	34
Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας.....σελ	35-59
6.1 Γενικά.....σελ	35
6.2 Συμβολή των ΜΜΕ.....σελ	36
6.3 Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου.....σελ	37
6.4 Πρόγραμμα Διδασκαλίας.....σελ	38
6.5 Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας.....σελ	41-45
6.5.1 Γενικοί Ιατροί.....σελ	41
6.5.2 Διαιτολόγοι.....σελ	42
6.5.3 Νοσηλευτικό Προσωπικό.....σελ	44
6.6 Εφαρμογή Προγραμμάτων Διδασκαλίας.....σελ	45-48
6.6.1 Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση.....σελ	45
6.6.2 Θεραπευτική Αγωγή. Φροντίδα και Αποκατάσταση.....σελ	47
6.7 Ποιότητα Ζωής.....σελ	48
6.8 Παρηγορητική Αγωγή.....σελ	49
6.9 Διαχείριση του Πόνου.....σελ	50
6.10 Ψυχολογική Αγωγή.....σελ	52
6.11 Βελτίωση Επικοινωνίας Ασθενών- Επ. Υγείας.....σελ	53
6.12 Επιπτώσεις στη υγεία του Υγειονομικού Προσωπικού.....σελ	56
6.13 Εξασφάλιση Ποιότητας.....σελ	57
Θεραπεία Καρκίνου.....σελ	61-73
7.1 Γενικά.....σελ	61
7.2 Ρόλος των Επ. Υγείας στη Θεραπεία του Καρκίνου.....σελ	62
7.3 Εξασφάλιση Ποιότητας στη Θεραπεία του Καρκίνου.....σελ	64
7.4 Η Διατροφή στη Θεραπεία του Καρκίνου.....σελ	65-69
7.4.1 Διατροφή και Θεραπευτικές Μέθοδοι.....σελ	66

7.4.2 Διατροφικές Συστάσεις.....σελ	68
7.5 Οδηγίες προς Ασθενείς με Επιπλοκές της Θεραπείας.....σελ	69-73
7.5.1 Ανορεξία.....σελ	69
7.5.2 Ναυτία- Έμετος.....σελ	70
7.5.3 Διάρροια.....σελ	70
7.5.4 Ξηροστομία- Πονόλαιμος.....σελ	71
7.5.5 Δυσγευσία.....σελ	71
7.5.6 Αλλαγή Γεύσης.....σελ	71
7.5.7 Αλλαγή Σωματικού Βάρους.....σελ	72
7.5.8 Απώλεια Οδόντων.....σελ	72
7.5.9 Πόνος.....σελ	72
7.5.10 Αίσθημα Κόπωσης.....σελ	73
Ευθύνη των Επαγγελματιών Υγείας.....σελ	74
Συζήτηση.....σελ	75-76
Παράρτημα.....σελ	77-81
Βιβλιογραφία.....σελ	82-86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος θεωρείται ένα από τα πιο σύγχρονα, χρόνια νοσήματα του οποίου η μη έγκαιρη διάγνωση, μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Καθώς, λοιπόν, η πρόληψη δεν παύει να είναι και η πιο αποτελεσματική ανθρωποκεντρική προσέγγιση, σκόπιμο είναι να αναφερθούν οι σημαντικότεροι παράγοντες που έχουν κύριο ρόλο στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης νεοπλασιών.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση του καρκίνου παίζει η διατροφή, ασκώντας είτε επιβαρυντική, είτε προστατευτική δράση. Αλληλένδετος παράγοντας με τη διατροφή στην εμφάνιση των νεοπλασιών είναι και ο τρόπος ζωής συμπεριλαμβανομένης της φυσικής δραστηριότητας και του καπνίσματος.

Από το ευρύ φάσμα των διαφόρων μορφών καρκίνου αναφέρονται αυτές που σχετίζονται με το γαστρεντερικό σύστημα, αλλά και εκείνες, η εμφάνιση των οποίων οφείλεται στην επίδραση του περιβάλλοντος. Από τις πολυάριθμες συνιστώσες της διατροφής αναφέρονται εκείνες που η αυξημένη κατανάλωσή τους προάγει ή μειώνει την ανάπτυξη καρκίνου.

Στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τον καρκίνο, στον τομέα της πρόληψης και της αντιμετώπισης αυτού, σημαντικό ρόλο έπαιξε το πρόγραμμα «η Ευρώπη κατά του Καρκίνου», το οποίο χρηματοδοτεί πολλές έρευνες όπως το ΕΠΙΚ (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας). Το ΕΠΙΚ είναι μια μεγάλη πανευρωπαϊκή έρευνα που βρίσκεται σε εξέλιξη τα τελευταία 14 χρόνια.

Είναι αναγκαία, λοιπόν, η συνεισφορά των διαφόρων λειτουργών υγείας (ιατρών, διαιτολόγων και νοσηλευτικού προσωπικού,) για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Χρειάζεται, επομένως, να λάβουν ειδική

και διαρκή εκπαίδευση για τη σωστή πρόληψη, αλλά και τη φροντίδα των ασθενών, ώστε να μη καταβληθούν από την ασθένεια.

Βέβαια, ο τομέας της εκπαίδευσης, σχετικά πρόσφατα, έχει αρχίσει να απασχολεί τους επιστήμονες και τους ερευνητές. Θα αναφερθούν στοιχειώδη θέματα εκπαίδευσης, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να είναι αποτελεσματικοί όσον αφορά στη διαδικασία διαλογής, στον επανέλεγχο, αλλά και στην παρηγορητική και υποστηρικτική αγωγή προς τους ασθενείς.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστούν όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία, που αφορούν στην εκπαίδευση των λειτουργών υγείας και να δοθεί το έναυσμα για την περαιτέρω διερεύνηση αυτού του τομέα.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο καρκίνος θεωρείται πλέον ως η κυριότερη αιτία θανάτου στον κόσμο. Στη Μ. Βρετανία, περίπου 200000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο αποδεικνύουν πως ο καρκίνος έχει πάρει το προβάδισμα από τις καρδιαγγειακές παθήσεις στον τομέα των αιτιολογιών του θανάτου. Ο καρκίνος θα επηρεάσει το 1/3 του ανθρώπινου πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής του, με ποσοστό περισσότερο του 70% να ανήκει στην κατηγορία ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών. Είναι, δηλαδή, μια ασθένεια που πλήττει κυρίως άτομα της λεγόμενης τρίτης ηλικίας.⁽¹⁾ Στην Ελλάδα η επίπτωση των κακοηθών νεοπλασιών είναι μικρότερη απ' ότι στις αναπτυγμένες, δυτικού τύπου, χώρες (74).

Η ανάπτυξη του καρκίνου αποτελεί ένα πολύπλοκο σύστημα διαδικασιών, το οποίο περιληπτικά είναι το ακόλουθο:

1^ο στάδιο Έναρξη (initiation): αναφέρεται στην έκθεση σε ουσίες ή άλλες επιρροές που είναι ικανές να προκαλέσουν γενετικές μεταλλαγές. Κάθε είδους καταστροφή του DNA μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καρκίνου.

2^ο στάδιο Προώθηση (promotion): κάτω από την επίδραση αυτών των ουσιών η επερχόμενη καταστροφή του DNA ξεκινάει να εκφράζει κυτταρικές αλλαγές.

3^ο στάδιο Πρόοδος (transformation): μια πολύπλοκη διαδικασία οδηγεί στην ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων που έχουν την ικανότητα να προσβάλλουν άλλους ιστούς.⁽¹⁾

Η παρουσία καρκινογόνων παραγόντων είναι αναγκαία, αλλά δεν είναι πάντα αρκετή για την έναρξη της καρκινογένεσης. Σε πολλές περιπτώσεις

απαιτείται η επίδραση ενός ή περισσότερων «προωθητικών» παραγόντων (promoters) (74).

1.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ

Ο καρκίνος μπορεί να χαρακτηριστεί ως ασθένεια των σωματικών κυττάρων. Η ανάπτυξη του προκαλεί την καταστροφή του DNA των κυττάρων, μια καταστροφή που συσσωρεύεται με το πέρασμα του χρόνου (2). Ο καρκίνος εξαπλώνεται εισβάλλοντας στους περιφερικούς ιστούς μέχρι να φτάσει στα αιμοφόρα αγγεία ή στη λέμφο. Μικρές ομάδες κυττάρων μπορεί να αποκοπούν από τον κύριο όγκο και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου εγκαθίστανται και αναπτύσσονται δημιουργώντας μεταστάσεις (1). Πιο αναλυτικά θα λέγαμε, ότι, όταν τα κατεστραμμένα κύτταρα ξεφύγουν από τον έλεγχο των μηχανισμών, που προστατεύουν τον οργανισμό από τον ταχύτατο πολλαπλασιασμό τέτοιων κυττάρων, σχηματίζεται το νεόπλασμα. Η ανάπτυξη ενός τέτοιου, κακοήθους νεοπλασματος καταστρέφει τους περιβάλλοντες ιστούς με αποτέλεσμα όταν εξαπλωθεί σε πιο απομακρυσμένους ιστούς να δημιουργηθεί η μετάσταση (2).

Οι παράγοντες που εμπλέκονται στην καρκινογένεση έχουν ως τελικό αποτέλεσμα μεταβολές στο DNA των κυττάρων των ιστών, οι οποίες οδηγούν στην πρόκληση μεταλλάξεων και στην προδιάθεση για νεοπλασίες (3,4). Με αυτό τον τρόπο ο αριθμός των γονιδίων που, όντας μεταλλαγμένα, συνεισφέρουν στην εμφάνιση καρκίνου, αυξάνεται διαρκώς (3).

Με βάση τις γενετικές αλλαγές στην πορεία της ογκογένεσης εμπλέκονται τουλάχιστον δύο κατηγορίες γονιδίων. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στα ογκογονίδια (ή επικρατή γονίδια), που αποτελούν μεταλλάξεις ορισμένων φυσιολογικών γονιδίων. Μερικά ογκογονίδια οδηγούν στη σύνθεση ενός μεμβρανικού υποδοχέα αυξητικών παραγόντων. Ο υποδοχέας αυτός, εξαιτίας της μετάλλαξης, παράγει

αυξητικό σήμα, ακόμη και αν η πραγματική συγκέντρωση των αυξητικών κυττάρων στο πλάσμα δε δικαιολογεί κάτι τέτοιο. Κατ' αυτόν τον τρόπο προκαλείται η έναρξη της νεοπλασματικής διεργασίας (3).

Η δεύτερη κατηγορία γονιδίων, που σχετίζεται με τον καρκίνο, είναι τα επονομαζόμενα ογκοκατασταλτικά (ή υπολλειπόμενα γονίδια). Τα γονίδια αυτά κωδικοποιούν πρωτεΐνες που αναστέλλουν διάφορα στάδια της αντιγραφής. Οι μεταλλάξεις σε ένα μόνο, από τα δύο αλληλόμορφα των ογκοκατασταλτικών γονιδίων, προκαλούν διακοπή της λειτουργίας του γονιδίου. Αφήνουν, όμως, ανέπαφο το φυσιολογικό γονίδιο στο ομόλογο χρωμόσωμα το οποίο μπορεί να καταστείλει την ογκογόνο ανάπτυξη. Μόνο όταν μεταλλαχθούν και τα δύο αλληλόμορφα χρωμοσώματα του εν λόγω γονιδίου είναι δυνατόν να μετατραπεί ένα κύτταρο σε καρκινικό (3).

Επομένως, παρατηρούμε ότι οποιαδήποτε μετάλλαξη που δύναται να συμβεί σε οποιονδήποτε από τους δύο τύπους γονιδίων, φέρει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της λειτουργικής τους ρύθμισης άρα και το σχηματισμό όγκων, είτε καλοηθών είτε κακοηθών, οπότε και αναπτύσσεται ο καρκίνος (3).

Ο καρκίνος, λοιπόν, θεωρείται μια πολυπαραγοντική νόσος στην παθογένεια της οποίας ενέχονται διάφοροι παράγοντες, ενδογενείς και εξωγενείς. Χαρακτηριστικά αναφέρονται η γενετική αστάθεια, η ενεργοποίηση ογκογονιδίων, φυσικές και χημικές ουσίες, ιοί. Θεωρείται ότι απαιτείται η συνεργιστική δράση δύο ή και περισσότερων εκ των ανωτέρων παραγόντων για να αναπτυχθεί η νεοπλασία (4).

1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο όρος καρκίνος χρησιμοποιείται για την περιγραφή ενός μεγάλου αριθμού κακοηθών όγκων, διαχωριζόμενων σε 81 είδη που επηρεάζουν ποικίλα όργανα και ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού. Στη Μ. Βρετανία οι πιο κοινές μορφές καρκίνου αναφέρονται στον καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου, του προστάτη και του πνεύμονα ⁽¹⁾. Με βάση, όμως, τα στοιχεία της επίπτωσης του καρκίνου, ο Parkin και οι συνεργάτες του υπολόγισαν ότι στις αναπτυγμένες χώρες οι συχνότεροι θανατηφόροι καρκίνοι είναι οι εξής: του πνεύμονα, του στομάχου, του παχέος εντέρου, του μαστού, του τραχήλου και σώματος της μήτρας, του προστάτη, του ήπατος, της ουροδόχου κύστης, των ωοθηκών, του παγκρέατος, καθώς και οι λευχαιμίες ⁽⁵⁾. Είναι, λοιπόν, χρήσιμο να γίνει μια σύντομη αναφορά σε ορισμένες μορφές καρκίνου καθώς, ενώ υπάρχει κοινή αιτιολογία, διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν την ανάπτυξη κάθε είδους καρκίνου ⁽¹⁾.

1.3.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Αποτελεί έναν από τους δύο συχνότερους καρκίνους του πεπτικού συστήματος, παγκοσμίως. Η φανερή μείωση της συχνότητας του καρκίνου του στομάχου, τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε άλλες χώρες, δείχνει ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της νόσου ⁽⁶⁾.

Καθώς ο γαστρικός βλεννογόνος βρίσκεται σε παρατεταμένη επαφή με πλήθος τροφών, έχει βρεθεί ότι, ενώ οι υπεραλατισμένες τροφές αυξάνουν τα φρούτα και τα λαχανικά μειώνουν τον κίνδυνο νόσησης. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ενδογαστρικός σχηματισμός

καρκινογόνων ενώσεων αζώτου αναστέλλεται από την παρουσία βιταμίνης C και πολυφαινολών. Τέλος, άλλοι γνωστοί παράγοντες κινδύνου είναι η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική τάξη, το υπάρχον ιστορικό γαστρεκτομής και η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*helicobacter pylori*) (5,6) . Παρ' όλο που η πεποίθηση ότι το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού αποτελεί τον κύριο παράγοντα εμφάνισης καρκίνου του στομάχου είναι ισχυρή, εντούτοις ευθύνεται για λιγότερες από τις μισές περιπτώσεις εμφάνισης αυτού. Η επίδραση διατροφικών συστατικών, όπως του άλατος και των νιτρωδών, είναι εξίσου σημαντική στην εμφάνιση αυτού του καρκίνου. Η πρόληψη, αλλά και η αντιμετώπισή του εξαρτάται, όχι μόνο από την ευεργετική επίδραση των φρούτων και των λαχανικών, αλλά και από τον τρόπο ζωής (6,7).

1.3.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις αναπτυγμένες χώρες. Η θεραπεία έχει μειωμένη αποτελεσματικότητα και το ποσοστό των επιζώντων, περίπου για 5 χρόνια με καρκίνο του παγκρέατος, παραμένει κάτω από 5%. Στην κατηγορία ατόμων υψηλού κινδύνου ανήκουν αυτοί που διανύουν την 6^η έως την 8^η δεκαετία της ζωής τους, αυτοί που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παγκρέατος και αυτοί με ιστορικό κατανάλωσης καπνού (8).

Η αιτιολογία των περισσότερων περιπτώσεων καρκίνου είναι αδιευκρίνιστη. Αρκετά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία και η φυλή, ενέχονται στην εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος ενώ το κάπνισμα αποτελεί τον μόνο τεκμηριωμένο παράγοντα. Επίσης, ως προς την ενδεχόμενη επίδραση της καφεΐνης στην εμφάνιση αυτού του καρκίνου, τα στοιχεία εργασίας του Διεθνούς Οργανισμού Έρευνας Καρκίνου δείχνουν μια ήπια συσχέτιση (5).

Η πρωτογενής πρόληψη είναι και η πιο αποτελεσματική προσέγγιση όσον αφορά τη μείωση της επίπτωσης καρκίνου του παγκρέατος. Εκτός

από τους προαναφερόμενους παράγοντες σημαντικό ρόλο στην επίπτωση έχουν το περιβάλλον, ο τρόπος ζωής, καθώς και η γενετική προδιάθεση. Σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα ή σακχαρώδη διαβήτη αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παγκρέατος (9).

Σχετικά με το ρόλο της διατροφής έχει βρεθεί ότι η υψηλή ενεργειακή πρόσληψη, η κατανάλωση κυρίως κόκκινου κρέατος και τροφίμων πλούσιων σε χοληστερόλη, παρουσιάζουν θετική συσχέτιση στην εμφάνιση τέτοιας μορφής καρκίνου. Αντίθετα, η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αποτελεί προστατευτικό παράγοντα (9).

1.3.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η πρόληψη, πλέον, αποτελεί το κύριο μέσο της ιατρικής για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία αρκετών ασθενειών. Βέβαια, ο τομέας της πρόληψης στον καρκίνο του ήπατος δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένος και όλες οι έρευνες επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες επιπλοκές χρόνιων νοσημάτων και στον εμβολιασμό για την ιογενή ηπατίτιδα (10).

Η χρόνια λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β οδηγεί στη δημιουργία ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, που ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος. Υπάρχουν, επίσης, και άλλοι παράγοντες που συνδέονται αιτιολογικά με τη δημιουργία ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, αλλά και με τη χρόνια λοίμωξη από ηπατίτιδα Β. Ενδεικτικά αναφέρονται ο ιός της ηπατίτιδας C, οι αφλατοξίνες και το κάπνισμα (5).

Η θεραπεία αυτής της μορφής καρκίνου επιτυγχάνεται με λήψη φαρμακευτικής αγωγής και μεταμόσχευση ήπατος. Η φροντίδα των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση είναι περίπλοκη, ιδίως, όταν εκδηλώνονται και άλλες ασθένειες, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι νεφροπάθειες (11).

1.3.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το δεύτερο κατά σειρά, μετά τον καρκίνο του στομάχου, πιο συχνά εμφανιζόμενο καρκίνο στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυγμένες χώρες δεν εμφανίζονται διαχρονικές διαφοροποιήσεις, σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες, όπου η επίπτωση αυξάνει διαχρονικά (5).

Η χρόνια ελκώδης κολίτιδα και ίσως η νόσος του Crohn αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου (12).

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η φυσική δραστηριότητα προστατεύει από τη νόσο. Όντως, οι αποδείξεις από προοπτικές έρευνες και έρευνες ασθενών-μαρτύρων δείχνουν ότι ο ελεύθερος χρόνος και η ενασχόληση με την άσκηση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι των διαφόρων μορφών καρκίνου. Υπάρχουν, όμως, περισσότερα στοιχεία για την προστατευτική δράση στον καρκίνο του παχέος εντέρου απ' ότι στις υπόλοιπες μορφές καρκίνου. Θα πρέπει, παράλληλα, να ληφθεί υπ' όψη η επίδραση της διατροφής και του σωματικού βάρους στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου (13). Βλέπουμε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ασκεί προστατευτική δράση, ενώ η κατανάλωση ζωικών προϊόντων αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της νόσου (5). Επίσης, η παχυσαρκία, ως διατροφική συμμεταβλητή, οδηγεί στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου (5, 14).

1.3.5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού, η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στις Αμερικανίδες, ευθύνεται για το 15% όλων των θανάτων οφειλόμενων σε καρκίνο, στις γυναίκες. Μόνο ο καρκίνος του πνεύμονα υπερβαίνει αυτό το ποσοστό. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τόσο η θνησιμότητα όσο και η επίπτωση αυξάνονται συνεχώς (15).

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται ταχύτατα με την αύξηση της ηλικίας. Μετά την εμμηνόπαυση συνεχίζει να αυξάνεται, αλλά με βραδύτερο ρυθμό (15). Η μικρή ηλικία πρώτης τεκνοποίησης της μητέρας αποτελεί προστατευτικό παράγοντα, ενώ η γέννηση παιδιού μετά την ηλικία των 35 ετών, επιβαρυντικό. Η πρόιμη εμμηναρχή και η όψιμη εμμηνόπαυση, το υψηλό ανάστημα και η παχυσαρκία μετά-εμμηνοπαυσιακών γυναικών σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (5,16).

Σύμφωνα με περιγραφικές έρευνες, βρέθηκε ότι τα ολικά καροτενοειδή, το λυκοπένιο και το β-καροτένιο σχετίζονται σημαντικά με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης αυτού του καρκίνου. Σε έρευνα προοπτικής που πραγματοποιήθηκε το 1989 πρόσληψη λουτεΐνης είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου σε γυναίκες άνω των 80 ετών (17).

Οι οδηγίες, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Καρκινική Εταιρεία για γυναίκες άνω των 40 ετών, συστήνουν ετήσια μαστογραφία και κλινική εξέταση μαστού για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού (16).

1.3.6 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο καρκίνος του προστάτη είναι πολύ συχνός και σύμφωνα με τις υποκλινικές περιπτώσεις, που ανακαλύπτονται τυχαία, πρόκειται για τη συχνότερη μορφή καρκίνου των ανδρών, στις αναπτυγμένες χώρες (5). Διαγνώσκεται σε ένα μικρό ποσοστό ανδρών, κάτω των 50 ετών (<0,1% όλων των περιπτώσεων). Οι πιο συνηθισμένες ηλικίες, όπου εμφανίζεται αυτή η δυσλειτουργία, είναι τα 72-74 έτη, ενώ το 85% των περιπτώσεων διαγνώσκεται μετά την ηλικία των 65 ετών. Η επίπτωση του καρκίνου του προστάτη ποικίλει, ανάλογα με την εθνικότητα και τη χώρα, με το μικρότερο ποσοστό να εμφανίζεται στην Ασία (18).

Εκτός, όμως, από την ηλικία και την εθνικότητα, ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη είναι και το οικογενειακό ιστορικό (19). Περίπου το 10-15% των ασθενών με καρκίνο του προστάτη, έχει τουλάχιστον ένα συγγενή με την ίδια νόσο (18). Επίσης, έχει βρεθεί ότι ο καρκίνος του προστάτη συσχετίζεται με το λεγόμενο δυτικό τρόπο ζωής και ιδιαίτερα με τη διατροφή. Τόσο η υψηλή πρόσληψη λιπαρών (κορεσμένων και ακόρεστων), όσο και του κρέατος, αλλά και των γαλακτοκομικών προϊόντων σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου του προστάτη (5). Βέβαια, μελετάται και η προστατευτική δράση ορισμένων μικροστοιχείων, κυρίως του σεληνίου και της βιταμίνης Ε. Η συμβολή αυτών των δύο στοιχείων στην παρεμπόδιση της δημιουργίας καρκίνου του προστάτη οφείλεται στην αντιοξειδωτική τους ιδιότητα και στην ικανότητα ενίσχυσης του ανοσοποιητικού συστήματος (18).

Τέλος, εξετάζονται και άλλοι παράγοντες πέραν της διατροφής, όπως το κάπνισμα, η σωματική άσκηση και η χρήση αλκοόλ, οι οποίοι δε φαίνεται να επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτής της μορφής του καρκίνου (18).

1.3.7 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα θεωρείται ως η κυριότερη αιτία θανάτου στις βιομηχανικές, δυτικού τύπου, κοινωνίες. Σχετίζεται θετικά με το κάπνισμα (20) και αξίζει να αναφερθεί ότι και οι πρώην καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα (21). Σύμφωνα, όμως, με την Αμερικάνικη Εταιρία Κλινικής Ογκολογίας ο έλεγχος της χρήσης καπνού φέρει σημαντική μείωση στην επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα (22).

Βέβαια, το κάπνισμα -ακόμα και το παθητικό- να μεν αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου, αλλά δεν είναι ο μοναδικός. Υπάρχει μια σειρά περιβαλλοντικών παραγόντων, που η επίδρασή τους στην εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα είναι το ίδιο σημαντική με αυτή του καπνίσματος. Χαρακτηριστικά αναφέρονται η ατμοσφαιρική

ρύπανση, τα προϊόντα καύσης πετρελαιοειδών, άλλοι επαγγελματικοί παράγοντες (όπως ο αμίαντος και τα προϊόντα καύσης άνθρακα) και κυρίως η διατροφή (5).

Στον τομέα της διατροφής αξίζει να αναφέρουμε την προστατευτική δράση των καροτενοειδών, όχι τόσο ως προδρόμων ουσιών της βιταμίνης Α, αλλά ως ανεξάρτητων ουσιών. Επίσης, οι πολυφαινόλες είναι προστατευτικοί παράγοντες που εμποδίζουν την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα. Επομένως, φρούτα και λαχανικά που είναι πλούσια σε καροτενοειδή και πολυφαινόλες δρουν προστατευτικά έναντι στην ανάπτυξη αυτού του καρκίνου (5).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι στην εμφάνιση των διαφόρων μορφών καρκίνου σημαντικό ρόλο έχουν, εκτός από τους γενετικούς παράγοντες, το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας.

Παράρτημα: Πίνακας 1

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η συχνότητα της εμφάνισης του καρκίνου αυξάνεται διαρκώς με ραγδαίο ρυθμό. Επομένως, η ασθένεια αυτή αποτελεί έναν τομέα που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση, καθώς υπάρχουν κενά όσον αφορά στην πολυπλοκότητα των παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση του καρκίνου. Περίπου το 5% των περιπτώσεων του καρκίνου προέρχεται από κληρονομούμενες μεταλλάξεις. Το υπόλοιπο 95% αυτών οφείλεται στο συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών αλλαγών (1).

Εφ' όσον η συμβολή των επιστημόνων στον τομέα της γενετικής ως προς την αντιμετώπιση και τη θεραπεία βρίσκεται σε εξέλιξη, όλες οι προσπάθειες για την πρόληψη του καρκίνου θα πρέπει να επικεντρωθούν στην αναγνώριση και στην ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου και κυρίως στην επίδραση του περιβάλλοντος (1). Οι κύριοι παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιολογία του καρκίνου είναι η διατροφή, τα αλκοολούχα ποτά, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή, διάφορα λοιμώδη αίτια, η ιονίζουσα ακτινοβολία, διάφοροι επαγγελματικοί παράγοντες, η ρύπανση του περιβάλλοντος, γονίδια υψηλής διαπεραστικότητας (5).

Παράρτημα: Πίνακας 2

1.1 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η επίδραση του περιβάλλοντος στον τομέα της υγείας δεν αναφέρεται μόνο στη σχέση του φυσικού περιβάλλοντος (ατμόσφαιρα, ηλιακή ακτινοβολία), αλλά και στην ευρύτερη έννοια αυτού. Περιλαμβάνει τον εργασιακό χώρο, καθώς και την έκθεση κάθε ατόμου σε χημικά τοξικά ή σε ραδιενεργή ή ιονιζόμενη ακτινοβολία (23).

Έχει ήδη αναφερθεί, στην έρευνα που έγινε το 1981 από τους Doll και Peto, ότι τα προϊόντα καπνού και η διατροφή ήταν οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση καρκίνου. Αξίζει, όμως, να σημειωθεί ότι το 5% των θανάτων από καρκίνο οφειλόταν σε εργασιακούς παράγοντες και μόλις το 2% στη μόλυνση του περιβάλλοντος (23).

Συγκεκριμένα, ως περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να χαρακτηρισθούν η ηλιακή ακτινοβολία, η ιονίζουσα ακτινοβολία, η γενική ατμοσφαιρική ρύπανση, τα βιομηχανικά απόβλητα και διάφοροι χημικοί ρυπαντές (5).

2.2.1 ΓΕΝΙΚΗ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ

Η ατμοσφαιρική ρύπανση χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ρύπων στην ατμόσφαιρα. Το μίγμα των ρύπων αποτελείται περισσότερο από αιωρούμενα σωματίδια, οξείδια αζώτου και όζοντος. Οι επιπτώσεις της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία μπορούν να διακριθούν σε βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες. Έτσι λοιπόν, μπορούν να προκαλέσουν χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή καρκίνο του πνεύμονα (5).

Σε σχέση με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια υπάρχει σημαντική συσχέτιση με τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, σε άτομα που εκτέθηκαν σε υψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε σχέση με την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση. Σημαντικό ρόλο, όμως, έχει και η κατανάλωση καπνού (5) και αυτό γιατί περίπου το 1/3 των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα σχετίζεται με το κάπνισμα (1).

2.2.2 ΗΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Οι περισσότερες μορφές καρκίνου του δέρματος οφείλονται στην επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα (1). Η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία είναι η μόνη τεκμηριωμένη αιτία του μελανώματος, του

μελανώματος των οφθαλμών και του καρκίνου των χειλέων. Άτομα που ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου είναι όσα έχουν ανοικτό χρώμα δέρματος και την τάση να δημιουργούν φακίδες ⁽⁵⁾.

2.2.3 IONΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η ιονίζουσα ακτινοβολία στο φυσικό περιβάλλον προέρχεται κατά μεγάλο ποσοστό από φυσικές πηγές και λιγότερο από ιατρικές χρήσεις και ανθρωπογενείς πηγές. Μεγάλες δόσεις ακτινοβολιών, γ και x, είναι επίσης καρκινογόνες ⁽⁵⁾. Μάλιστα, η υπερέκθεση σε ακτίνες x ή σε πυρηνικές εκπομπές άλλων πηγών ραδιενέργειας αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμιών ⁽¹⁾.

2.2.4 ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ

Έκθεση σε τοξικά απόβλητα, όπως ο αμίαντος και το χλωριούχο βινύλιο, μπορούν ταχύτατα να οδηγήσουν σε εμφάνιση καρκίνου. Αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα των αναπτυσσόμενων χωρών, όπου οι έλεγχοι περιβαλλοντικής ασφάλειας είναι περιορισμένοι, με αποτέλεσμα την ραγδαία ανάπτυξη κάθε μορφής καρκίνου ⁽¹⁾.

2.2.5 ΧΗΜΙΚΟΙ ΡΥΠΑΝΤΕΣ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι εξατμίσεις μηχανών diesel, ο αμίαντος, το βενζόλιο και οι διοξίνες. Η συχνή, επαγγελματική και μη, έκθεση στους πιο πάνω παράγοντες ευθύνεται για την ανάπτυξη κυρίως του καρκίνου του πνεύμονα, αλλά και άλλων μορφών καρκίνου, όπως της ουροδόχου κύστης και του ήπατος. Επίσης, οι παράγοντες αυτοί και ιδιαιτέρως οι διοξίνες, παραμένουν επί σειρά ετών στο περιβάλλον χωρίς να αποσυντεθούν. Με τον τρόπο αυτό εισέρχονται στη διατροφική αλυσίδα και συσσωρεύονται στο λιπώδη ιστό του σώματος προκαλώντας

οξείες τοξικές συνέπειες στον άνθρωπο. Τέλος, σε μεγάλες συγκεντρώσεις οι ουσίες αυτές, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (5,23).

Παράρτημα: Πίνακας 3

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Μια σωστή διατροφή θα πρέπει να περιέχει όλα τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά, καθώς και τις απαραίτητες θερμίδες για μια ισορροπημένη ενεργειακή πρόσληψη. Με αυτό τον τρόπο, δύναται ο οργανισμός να αναπτυχθεί σωστά και να διατηρηθεί σε όλα τα στάδια της ζωής. Η διατροφή σχετίζεται με 5 από τα κυριότερα θανατηφόρα νοσήματα: καρδιαγγειακές παθήσεις, συγκεκριμένοι τύποι καρκίνου, εμφράγματα, σακχαρώδης διαβήτης, αθηροσκλήρωση. Κάθε στάδιο της ζωής έχει συγκεκριμένες διατροφικές απαιτήσεις, ώστε ο άνθρωπος να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες του οργανισμού. Γι' αυτό θα πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας ότι η διατροφή διαδραματίζει και προστατευτικό, αλλά και επιβαρυντικό ρόλο στην εμφάνιση και ανάπτυξη των πιο πάνω ασθενειών, ιδιαιτέρως του καρκίνου (24). Η διπλή αυτή δράση εξαρτάται από το είδος των τροφίμων και των θρεπτικών συστατικών που περιέχονται σ' αυτά (1).

Ποικίλες αποκλίσεις στην επίπτωση και στο ποσοστό της θνησιμότητας στην εμφάνιση του καρκίνου μεταξύ διαφόρων χωρών και ανθρώπων που ανήκουν σε διαφορετικές κοινωνικό-οικονομικές ομάδες, δείχνουν ότι η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου (6). Αυτό το ενδιαφέρον, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και το ενδεχόμενο εμφάνισης καρκίνου αντλείται από τις διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων μορφών καρκίνου και της επίπτωσης αυτών σε διάφορες χώρες. Τέτοιου είδους παρατηρήσεις δείχνουν τη σημαντικότητα των πιθανών τροποποιήσεων στους παράγοντες αιτιολογίας και πρόληψης του καρκίνου, άρα και της διατροφής. Το 1981 οι Doll και Peto πρότειναν ότι οι διατροφικοί παράγοντες ευθύνονται για το 35% των θανάτων από καρκίνο, ένα ποσοστό ανάλογο του καπνίσματος (25).

3.2 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η διατροφή και η φυσική δραστηριότητα είναι οι δύο κυριότεροι παράγοντες του τρόπου ζωής που συμβάλλουν στην εμφάνιση κάποιας μορφής καρκίνου (26). Συγκεκριμένα η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη, που οδηγεί στην ανάπτυξη παχυσαρκίας και η μειωμένη σωματική άσκηση, που συντελεί στη συντήρηση αυτής, ευθύνονται για την ανάπτυξη ορισμένων μορφών καρκίνου (6). Δεν είναι, όμως, οι μόνοι υπεύθυνοι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση νεοπλασιών. Επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται, επίσης, η αυξημένη κατανάλωση λιπαρών ουσιών, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και η υπερβολική πρόσληψη άλατος (25).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη δεκαετία του '70 η διατροφή των ανθρώπων στις δυτικού τύπου κοινωνίες ήταν πλούσια σε ζωικά προϊόντα, λίπη και σάκχαρα. Σε αυτούς, λοιπόν, παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων μορφών καρκίνου όπως του παχέως εντέρου, του μαστού, του προστάτη και του πνεύμονα. Αυτή η κατάσταση έρχεται σε αντίθεση με τον τρόπο διατροφής των ανθρώπων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η διατροφή τους ήταν πλούσια σε δημητριακά και φυτικές ίνες, με αποτέλεσμα τη χαμηλή συχνότητα εμφάνισης καρκίνου. Επομένως, θα λέγαμε ότι οι διατροφικοί παράγοντες προφανώς επηρεάζουν την ανάπτυξη καρκίνου (5).

Παράρτημα: Πίνακας 4

Η κατανόηση αυτών των καρκινογόνων παραγόντων μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα στην πρόληψη του καρκίνου, καθώς θα καθοριστούν οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι που προέρχονται από τη διατροφή. Αυτό θα οδηγήσει στην ανάπτυξη αμυντικών, αντικαρκινογόνων μηχανισμών του οργανισμού (27).

3.2.1 ΥΨΗΛΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, ιδιαίτερα στην Αμερική, και θεωρείται συνέπεια της αλλαγής του τρόπου ζωής, δηλαδή της θερμιδικής υπερκατανάλωσης και της μειωμένης σωματικής άσκησης (28).

Μια απλή συσχέτιση μεταξύ της ενεργειακής πρόσληψης και της επίπτωσης του καρκίνου είναι εσφαλμένη, εφ' όσον η ποικιλία της ενεργειακής πρόσληψης καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την φυσική δραστηριότητα. Ευτυχώς, ο βαθμός ανάπτυξης και το σωματικό βάρος είναι ευαίσθητοι δείκτες της ισορροπίας μεταξύ θερμιδικής πρόσληψης και κατανάλωσης και μπορούν εύκολα να μετρηθούν σε επιδημιολογικές έρευνες. Το ύψος των ενηλίκων παρέχει μια σαφή ένδειξη της παιδικής και εφηβικής διατροφής τους, ενώ η αύξηση του σωματικού βάρους, άρα και η παχυσαρκία, αντανακλά την ενεργειακή πρόσληψη σ' αυτό το στάδιο της ζωής (25).

Σύμφωνα, όμως, με έρευνες ασθενών-μαρτύρων έχει βρεθεί ότι ο μέσος όρος του ύψους των γυναικών σχετίζεται ισχυρά με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερο ύψος σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και του παχέως εντέρου. Επίσης, η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη και η συσσώρευση σωματικού λίπους κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της χοληδόχου κύστης και του ενδομήτριου, αλλά και του παχέως εντέρου, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες (25).

Η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη σε συνδυασμό με τη μειωμένη σωματική άσκηση, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου είναι ανάλογος του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Άτομα σε υψηλό κίνδυνο είναι αυτά

που έχουν ΔΜΣ μικρότερο ή μεγαλύτερο από αυτόν που καθορίζεται για τα υγιή άτομα, σύμφωνα με τις πιο κάτω κατηγορίες:

- ΔΜΣ $<22\text{kg}/\text{m}^2$ και $>28,5\text{kg}/\text{m}^2$: κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού και του παχέως εντέρου
- ΔΜΣ $<23,5\text{kg}/\text{m}^2$ και $>30\text{kg}/\text{m}^2$: κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του ενδομήτριου
- ΔΜΣ $<22,5\text{kg}/\text{m}^2$ και $>27\text{kg}/\text{m}^2$: κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του προστάτη και των νεφρών
- ΔΜΣ $<21,5\text{kg}/\text{m}^2$ και $>25\text{kg}/\text{m}^2$: κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου (14).

Υπάρχει μια σαφής ένδειξη ότι η παχυσαρκία μπορεί να προκαλέσει πολλές μορφές καρκίνου, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Ακόμα, όμως, παραμένει αβέβαιο το περιθώριο αύξησης του σωματικού βάρους χωρίς αυτό να οδηγεί στην ανάπτυξη νεοπλασιών. Σκοπός είναι η επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους, κάτι που μπορεί να συμβεί με την εξισορρόπηση της προσλαμβανόμενης με την καταναλισκόμενη ενέργεια. Αυτό μπορεί να συμβεί, είτε με μείωση της λαμβανόμενης ποσότητας φαγητού, είτε με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (14).

3.2.2 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Έχει ήδη αναφερθεί η σχέση της άσκησης με την παχυσαρκία και κατ' επέκταση με την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων. Υπάρχει, λοιπόν, η πεποίθηση ότι σε άτομα που ασκούνται συστηματικά, η άσκηση αυτή παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι στην εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου και ιδιαίτερα του μαστού, του παχέως εντέρου και του ενδομήτριου (14).

Γνωρίζουμε ότι η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας επηρεάζει την αύξηση του σωματικού βάρους. Παρ' όλα αυτά, αν συνδυαστεί με την κατάλληλη διατροφική πρόσληψη, είναι αποτελεσματική όσον αφορά

στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Πέραν του ελέγχου του σωματικού βάρους, άρα και της πρόληψης της παχυσαρκίας, η φυσική δραστηριότητα συντελεί στη μείωση των θανάτων από πολλές αιτιολογίες, όπως των καρδιαγγειακών, του σακχαρώδη διαβήτη και του καρκίνου (14).

Συμπερασματικά, μεγαλώνουν οι αποδείξεις ότι η συστηματική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, ανεξάρτητα από τυχόν αλλαγές στο σωματικό βάρος και στο ΔΜΣ (14). Ο συνδυασμός άσκησης και αποτελεσματικής πρόληψης στην εμφάνιση του καρκίνου μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασιών (28).

3.2.3 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΛΙΠΑΡΩΝ

Η πιθανή συσχέτιση της πρόσληψης λιπαρών μέσω της διατροφής στην επίπτωση του καρκίνου ποικίλει, ανάλογα με τις διάφορες κατηγορίες καρκίνου (μαστού, προστάτη, παχέως εντέρου). Αυτές οι συσχετίσεις συνδέονται περισσότερο με την κατανάλωση ζωικού λίπους και όχι τόσο του φυτικού, αυξάνοντας την πιθανότητα να μην αποτελεί παράγοντα κινδύνου το λίπος αυτό καθ' εαυτό (25).

Συγκεκριμένα, τα κορεσμένα λιπίδια είναι αυτά που σχετίζονται με την εμφάνιση όχι μόνο του καρκίνου αλλά και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Επίσης, τα trans λιπαρά (που αποτελούν συστατικά κυρίως των μαργαρινών) έχουν τις ίδιες, αν όχι χειρότερες, συνέπειες με αυτές των κορεσμένων. Τα πολυακόρεστα ενέχονται και αυτά στην εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου, κυρίως του προστάτη και του παχέως εντέρου. Αντίθετα, τα μονοακόρεστα σχετίζονται αρνητικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αλλά και άλλων μορφών καρκίνου (29).

Έρευνες ασθενών-μαρτύρων που έγιναν σε Ελλάδα και Ισπανία, έδειξαν ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν ελαιόλαδο εμφάνισαν μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, κάτι που πιθανώς να σχετίζεται με την υψηλή περιεκτικότητά του σε αντιοξειδωτικά και

μονοακόρεστα λιπαρά ⁽²⁵⁾. Επίσης, και ο καρκίνος του παχέως εντέρου συνδέεται με την κατανάλωση ζωικών λιπαρών και κρέατος. Συγκεκριμένα για το κρέας, αύξηση του κινδύνου παρατηρήθηκε με αύξηση της κατανάλωσης κόκκινου και προπαρασκευασμένου κρέατος ⁽³⁰⁾. Τέλος, συσχετίσεις μεταξύ της διαιτητικής πρόσληψης λιπαρών και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του προστάτη έχουν βρεθεί σε προοπτικές έρευνες και σε έρευνες ασθενών-μαρτύρων. Συγκεκριμένα, στην έρευνα Health professionals' study όπου συμμετείχαν 51000 άνδρες, βρέθηκε θετική συσχέτιση με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος και λίπους ⁽³⁰⁾.

Πάντως, υπάρχει η πεποίθηση ότι το προσλαμβανόμενο λίπος μέσω της διατροφής συμβάλλει στην εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου. Ο ρόλος του έγκειται στο γεγονός ότι αποτελεί σημαντική πηγή ενέργειας που προάγει την παχυσαρκία. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η παχυσαρκία αποτελεί και αυτή με τη σειρά της παράγοντα κινδύνου για αρκετά χρόνια νοσήματα ⁽²⁵⁾.

3.2.4 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ

Η υψηλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών είναι σημαντικός διατροφικός παράγοντας που οδηγεί στην ανάπτυξη καρκίνου του ήπατος. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι είναι μια καλά τεκμηριωμένη αιτία ανάπτυξης καρκίνου του στόματος, του λάρυγγα και του οισοφάγου σε συνδυασμό μάλιστα με το κάπνισμα. Τέλος, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών εμπλέκεται και στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αξιοσημείωτο είναι ότι αποτελεί το δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου μετά την παχυσαρκία. Ακόμα και η ημερήσια κατανάλωση ενός ποτού ενδέχεται να οδηγήσει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού ^(20,30).

3.2.5 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΑΤΟΣ

Η υπόθεση ότι η υπερβολική κατανάλωση άλατος συμμετέχει στην αιτιολογία του καρκίνου παρουσιάστηκε το 1965. Συχνή κατανάλωση υψηλών δόσεων άλατος συμβάλλει στην εμφάνιση πρόδρομης ατροφικής γαστρίτιδας, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του στομάχου (6). Συγκεκριμένα, παρατηρείται αύξηση του κινδύνου με αύξηση της κατανάλωσης τροφίμων διατηρημένων στο αλάτι (όπως τα παστά, τα κονσερβοποιημένα τρόφιμα, οι πίκλες) (30).

3.3 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν ενδείξεις που ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για ένα μεγάλο ποσοστό των διαφόρων νοσημάτων, όπως των νεοπλασιών, κάποιες από τις ομάδες τροφίμων συμβάλλουν στην πρόληψη αυτών (5). Οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν κυρίως τα φρούτα και τα λαχανικά, τις φυτικές ίνες, διάφορα μικροσυστατικά-βιταμίνες και κάποια συμπληρώματα διατροφής (25).

Μια διατροφή, λοιπόν, για να είναι σωστή και ισορροπημένη και να ασκεί προστατευτική δράση έναντι στην εμφάνιση κακοηθών νεοπλασιών, θα πρέπει να περιλαμβάνει κυρίως την ομάδα των φρούτων και των λαχανικών. Μέσω αυτής θα προμηθευτεί ο οργανισμός την απαραίτητη ποσότητα φυτικών ινών, βιταμινών και ιχνοστοιχείων που απαιτούνται για την καλή λειτουργία αυτού (31).

Εκτός, όμως, από τον προστατευτικό ρόλο της διατροφής στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου, η καλή διατροφή είναι σημαντική και στους ασθενείς που έχουν ήδη εκδηλώσει κάποια μορφή καρκίνου. Σ' αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητη η ποικιλία φαγητών που παρέχουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για τη διατήρηση της «καλής υγείας» (32).

3.3.1 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΡΟΥΤΩΝ ΚΑΙ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ

Τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι σε πολλές μορφές καρκίνου, και κυρίως του καρκίνου του στομάχου. Αρκετές έρευνες έδειξαν, σχεδόν ομοιόμορφα, την προστατευτική δράση των φρούτων και των λαχανικών, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες ⁽⁶⁾. Υψηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών σχετίζεται, επίσης, με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του ήπατος, του παχέως εντέρου και του οισοφάγου ⁽³⁰⁾.

Αντίστροφες συσχετίσεις της πρόσληψης αυτής της ομάδας τροφίμων με την εμφάνιση καρκίνου έχουν παρατηρηθεί σε 200 περίπου έρευνες ασθενών-μαρτύρων (Steinmetz KA et al '91, Block G et al '92). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζονται από έρευνες όπου βιοχημικοί δείκτες κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, όπως τα επίπεδα καροτενοειδών του ορού, σχετίζονται και αυτά με μειωμένο κίνδυνο. Επομένως, η πεποίθηση ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης πολλών μορφών καρκίνου δεν είναι ξεκάθαρη. Η ομάδα, αυτή, περιέχει ήδη πολλούς προστατευτικούς παράγοντες, όπως τα καροτενοειδή, το φολικό οξύ, τις βιταμίνες C και E και φυτικές ίνες, στους οποίους πιθανόν να οφείλεται η ευεργετική δράση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ⁽²⁵⁾.

3.3.2 ΜΙΚΡΟΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τα πιθανά προστατευτικά μικροσυστατικά των φρούτων και των λαχανικών περιλαμβάνουν τα καροτενοειδή (κυρίως το β-καροτένιο), το σελήνιο, το φολικό οξύ, τη βιταμίνη E και τη βιταμίνη C. Οι αποδείξεις είναι ισχυρότερες για τη βιταμίνη C, όπου η υψηλή κατανάλωση αυτής σχεδόν υποδιπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου έναντι της

χαμηλής κατανάλωσης (6). Ιδιαίτερα, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του στομάχου μειώνεται λόγω της υψηλής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, είναι ένα γεγονός όμως που οφείλεται και στην υψηλή περιεκτικότητα αυτών σε ασκορβικό οξύ (30).

Τα συμπληρώματα βιταμίνης Ε έχουν σχετισθεί με τη μείωση εμφάνισης καρκίνου του στόματος και του παχέως εντέρου και όχι τόσο με τον καρκίνο του μαστού. Όσο για την προστατευτική δράση του β-καροτένιου είναι μια υπόθεση που βασίζεται κυρίως σε θεωρητικούς μηχανισμούς και χρειάζεται επιπλέον διερεύνηση. Έρευνες ασθενών-μαρτύρων για τα επίπεδα σεληνίου στο αίμα δεν έδειξαν κάποια σχέση ως προς την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και του παχέως εντέρου. Έδειξαν, επίσης, μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα και του προστάτη, ενώ κατανάλωση συμπληρωμάτων σεληνίου ανέπτυξε κατά κάποιο τρόπο μορφές καρκίνου του δέρματος. Χαμηλή πρόσληψη φολικού οξέως έχει σχετισθεί με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου, ενώ χρήση πολυβιταμινών σχετίζεται με μείωση αυτού (25).

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι αφού πρόκειται για πολυβιταμίνες και όχι για καθαρή λήψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων, μιλάμε και για την επίδραση του β-καροτένιου και της βιταμίνης D στην εμφάνιση του καρκίνου. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα παρόντα στοιχεία λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου μετριάξει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου, ενώ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη (30).

Καταλήγουμε, λοιπόν, στο ότι κάθε μικροσυστατικό έχει διαφορετική επίδραση στον κίνδυνο εμφάνισης οποιασδήποτε μορφής καρκίνου. Στο σύνολό τους, όμως, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία ως συστατικά των φρούτων και των λαχανικών έχουν προστατευτική δράση εναντίον της ανάπτυξης νεοπλασιών (24).

3.3.3 ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ

Η μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου μπορεί να επιτευχθεί με μια σωστή διατροφή. Αρχικά, θα πρέπει να μειωθεί η ενεργειακή πρόσληψη και η κατανάλωση λιπαρών, ενώ να αυξηθεί η κατανάλωση φυτικών ινών (33).

Οι φυτικές ίνες θεωρείται ότι μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου με τις εξής διαδικασίες:

- i. Δεσμεύοντας τις καρκινογόνες ουσίες,
- ii. Αραιώνοντας αυτές και επιταχύνοντας τη μεταφορά τους διαμέσω του παχέως εντέρου,
- iii. Μειώνοντας το Ph και
- iv. Μεταβάλλοντας τη χλωρίδα του παχέως εντέρου (30).

Παρ' όλα αυτά η σημασία των φυτικών ινών στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης νεοπλασιών σιγά-σιγά φθίνει, και αυτό γιατί έχουν συνεργική δράση με άλλους προστατευτικούς παράγοντες (25).

Παράρτημα: Πίνακας 4

3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Όλες αυτές οι συνιστώμενες διατροφικές αλλαγές δεν αποτελούν μόνο παράγοντα μείωσης εμφάνισης καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων, αλλά και συνεισφέρουν στην ανάπτυξη καλύτερης ποιότητας ζωής (33). Για να είναι αποτελεσματικός ο τομέας της πρόληψης θα πρέπει να παρέμβουμε δραστικά στην αλλαγή του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών. Πρωταρχικός στόχος είναι η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών επιλογών. Πιο κάτω παρατίθενται κάποιες οδηγίες που θα βοηθήσουν στην υλοποίηση αυτού του στόχου:

1. Κατανάλωση μακροχρόνιας διατροφής πλούσιας σε φυτικά προϊόντα: φρούτα, λαχανικά, δημητριακά
 - 1.1 Τα φρούτα και τα λαχανικά να περιλαμβάνονται σε κάθε γεύμα

- 1.2 Φρούτα και λαχανικά ως σνακ
- 1.3 Αντικατάσταση κρέατος με όσπρια
- 1.4 Επιλογή ολικών δημητριακών αντί επεξεργασμένων
- 1.5 Κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες
2. Περιορισμένη πρόσληψη λιπαρών προϊόντων
 - 2.1 Οι μερίδες κρέατος να είναι συγκριτικά μικρότερες από αυτές των λαχανικών
 - 2.2 Επιλογή άπαχου κρέατος
 - 2.3 Κατανάλωση ψαριών και πουλερικών έναντι κρεάτων πλούσιων σε κορεσμένο λίπος
 - 2.4 Μείωση της πρόσληψης τηγανητών
 - 2.5 Περιορισμένη χρήση λιπαρών υλών στην παρασκευή φαγητών
3. Περιορισμένη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών
4. Τα τρόφιμα καλό είναι να παρασκευάζονται και να αποθηκεύονται με τρόπους, ώστε να μειωθεί η μόλυνση με μικροβιακούς παράγοντες.
 - 4.1 Τα φρέσκα τρόφιμα να πλένονται καλά πριν την κατανάλωσή τους
 - 4.2 Ευαίσθητα προς αλλοιώσεις τρόφιμα να ψύχονται
 - 4.3 Μείωση της κατανάλωσης κονσερβοποιημένων τροφίμων, καπνιστών και διατηρημένων στην άρμη
5. Μείωση της ποσότητας άλατος που χρησιμοποιείται κατά το μαγείρεμα ή στην κατανάλωση των φαγητών
6. Εξισορρόπηση της προσλαμβανόμενης με την καταναλισκόμενη ενέργεια
 - 6.1 Κατανάλωση μικρών μερίδων τροφής πλούσιων σε λιπαρά
 - 6.2 Τακτική άσκηση για διατήρηση του σωματικού βάρους
7. Να μη λαμβάνονται συμπληρώματα διατροφής, όταν αυτή είναι ισορροπημένη
 - 7.1 Αύξηση της πρόσληψης τροφίμων πλούσιων σε βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία
 - 7.2 Χρήση συμπληρωμάτων μόνο για ανάγκες που δεν καλύπτονται από τη διατροφή ⁽³⁴⁾.

Πέραν, όμως, των αλλαγών των διατροφικών συνηθειών σημαντικό κομμάτι στον τομέα της πρόληψης εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, αποτελεί και η πρόληψη της παχυσαρκίας. Η πρόληψη της παχυσαρκίας δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο από την παράθεση συμβουλών για σωστή διατροφή προς τον πληθυσμό. Είναι ευθύνη των κυβερνητικών και μη οργανισμών, των εργοστασίων τροφίμων, των ΜΜΕ, των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον λιγότερο συμβαλλόμενο στην απόκτηση βάρους. Οι ατομικές προσπάθειες για τη βελτίωση της διατροφής και της άσκησης είναι αναποτελεσματικές χωρίς την υποστήριξη του κοινωνικού περίγυρου. Η πρόληψη της παχυσαρκίας θα πρέπει να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία. Είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να δίνουν έμφαση στην αξία της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, ώστε τα παιδιά να ακολουθήσουν ένα διαφορετικό τρόπο ζωής που θα τα προφυλάξει από την μελλοντική, πιθανή ανάπτυξη νεοπλασιών και των άλλων νοσημάτων φθοράς (14).

Όσον αφορά στην προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας, ασφαλή και ελκυστικά μέρη για περπάτημα, ποδηλασία ή άλλες δραστηριότητες μπορούν να συνεισφέρουν στην υιοθέτηση μιας πιο ενεργητικής καθημερινότητας. Επομένως, στα σχολεία θα πρέπει να παρέχονται, εκτός από υγιεινά γεύματα, και αθλητικές εγκαταστάσεις, ώστε να προωθηθεί αυτό το μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς. Είναι άμεση ανάγκη σ' αυτό το έργο της ενίσχυσης των νέων ανθρώπων να επιτύχουν αυτό το σκοπό, να συμβάλλουν τόσο το οικογενειακό περιβάλλον όσο και οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες υγείας (35).

Τέλος, η αποφυγή του καπνίσματος είναι και ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος ως προς την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα (36). Ο στόχος των επιστημόνων είναι η άμεση μείωση της πρόσληψης καπνού και η μακροχρόνια επίτευξη ενός περιβάλλοντος χωρίς προϊόντα καπνού. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, συστήνονται:

- i. Άμεση απαγόρευση της πρόσβασης σε προϊόντα καπνού παιδιών και εφήβων
- ii. Μείωση της διαφήμισης και των άλλων μέσων προώθησης
- iii. Αύξηση των φόρων
- iv. Εκπαίδευση του κοινού ως προς τις καταστρεπτικές συνέπειες του καπνίσματος και
- v. Μείωση του ποσοστού έκθεσης του κοινού στους επιβλαβείς παράγοντες του καπνού ως παθητικού καπνιστές (22).

Κλείνοντας την ενότητα αυτή θα λέγαμε ότι, αν και είναι πολλά θέματα γνωστά για τις συγκεκριμένες προσδοκίες από τη διατροφή στο θέμα του καρκίνου, ιδιαίτερο βάρος δίνεται στην αποφυγή επικίνδυνων συστατικών της τροφής. Οι προστατευτικοί παράγοντες αυτής παραμένουν τα φρούτα και τα λαχανικά και στην κατανάλωση αυτών δίνεται πρωταρχικά η προσοχή. Η αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου λόγω αυξημένης ενεργειακής πρόσληψης και μειωμένης σωματικής άσκησης έχει πλέον καθιερωθεί για τον καρκίνο του μαστού και του παχέως εντέρου (25).

Παράρτημα: Πίνακας 5

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΚ

Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας, γνωστό ως ΕΠΙΚ, αποτελεί την πιο σημαντική έρευνα προοπτικής που έλαβε ποτέ χώρα παγκοσμίως. Το ΕΠΙΚ ξεκίνησε το 1989-'90 σε επτά ευρωπαϊκές χώρες: Ην. Βασίλειο, Ολλανδία, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία και Ελλάδα. Ο σχεδιασμός της έρευνας βρισκόταν σε εξέλιξη επί 2 χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων γινόνταν πιλοτικές έρευνες (37). Μάλιστα το πρόγραμμα στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1994, μετά την επιτυχία του πιλοτικού προγράμματος 1991-'93 και ο αριθμός των συμμετεχόντων ολοκληρώθηκε το 1999 . Αυτή τη στιγμή στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ συμμετέχουν εννέα ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσα στις επτά αρχικές προστέθηκαν η Δανία και η Σουηδία, και απασχολεί 460000 εθελοντές (38).

Το ΕΠΙΚ δημιουργήθηκε από την επιτακτική ανάγκη να αποσαφηνιστεί και να αξιολογηθεί ο ρόλος της διατροφής στην αιτιολογία των νεοπλασιών και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Η υπόθεση ότι η διατροφή μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη νέων περιπτώσεων καρκίνου διατυπώθηκε από το 1980. Εν τούτοις, οι τεκμηριωμένες συσχετίσεις είναι λίγες. Το ΕΠΙΚ μελετά ένα μεγάλο και ετερογενή πληθυσμό με διαφορετικές συνήθειες και διαφορετικό βαθμό επίπτωσης των κακοηθών νεοπλασιών. Συλλέγει, δηλαδή, ένα πλήθος κοινωνικών, δημογραφικών και ιατρικών πληροφοριών και εισάγει ένα επιπλέον στοιχείο, τη συλλογή και τη διατήρηση βιολογικών δειγμάτων, τα οποία διατηρούνται στους - 196° C (39).

Ο αριθμός των συμμετεχόντων στη Ελλάδα ανέρχεται στους 27953 άνδρες και γυναίκες που προέρχονται από όλα τα κοινωνικο-οικονομικά

επίπεδα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση προτυπομένων ερωτηματολογίων, σύμφωνα με τα οποία ζητώνται πληροφορίες σχετικά με:

- i. Το ιατρικό και αναπαραγωγικό ιστορικό
- ii. Το κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά
- iii. Τον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες

Αυτά τα στοιχεία αποτυπώνουν τις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού, τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής και άλλες παραμέτρους (38). Τον Ιανουάριο του 1997 ξεκίνησε και η φάση της διαχρονικής παρακολούθησης της υγείας των εθελοντών, το λεγόμενο follow-up. Σκοπός είναι η εντόπιση και η πιστοποίηση όλων των νέων περιστατικών καρκίνου, αλλά και όλων των θανάτων που προέκυψαν κατά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα του ΕΠΙΚ (39).

Η συλλογή αυτών των στοιχείων αποσκοπεί στην περαιτέρω διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων της διατροφής, στην εμφάνιση και την ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασιών. Τα πρώτα αποτελέσματα αυτής, της υπό εξέλιξης, έρευνας αναμενόταν το 2000. Σύμφωνα με αυτά:

- Επιβεβαιώθηκε η προστατευτική δράση των φρούτων και των λαχανικών, ιδιαίτερα ως προς τη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του παχέως εντέρου. Όσο για τη συσχέτιση με τον καρκίνο του στομάχου και του πνεύμονα, αυτή δεν είναι ξεκάθαρη, γιατί η περίοδος του επανελέγχου ήταν πολύ σύντομη
- Η έρευνα του ΕΠΙΚ επιβεβαιώνει τη βλαβερή επίδραση του καπνίσματος στον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και τις αρνητικές επιπτώσεις από την κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος σε έναν καπνιστή είναι 8 φορές μεγαλύτερος απ' ότι σε ένα μη καπνιστή, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ (60gr αιθανόλης αντιστοιχεί σε 750ml κρασί) αυξάνει τον κίνδυνο 9 φορές. Συνδυασμός αυτών των δύο αυξάνει τον κίνδυνο 50 φορές.
- Συγκρουόμενα είναι τα αποτελέσματα ως προς την κατανάλωση κονσερβοποιημένων κρεάτων και κόκκινου κρέατος και την προστατευτική επίδραση των ψαριών. Όσον αφορά, λοιπόν, τα

ζωικά προϊόντα οι αναλύσεις επικεντρώνονται στην εμφάνιση καρκίνου του παχέως εντέρου, του στομάχου και του άνω γαστρεντερικού σωλήνα. Η κατανάλωση πουλερικών σχετίζεται περισσότερο με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης κάποιας μορφής καρκίνου, παρά με την αύξηση ⁽⁴⁰⁾

Τέλος, αναφέρεται ότι η πολυπαραγοντική επίδραση της διατροφής στην επίπτωση του καρκίνου, σχετίζεται με τη σημαντική συμβολή της φυσικής δραστηριότητας και της πρόληψης της παχυσαρκίας. Αυτά ήταν και τα πρώτα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα του προγράμματος του ΕΠΙΚ που παρουσιάστηκαν στη Γαλλία ⁽⁴⁰⁾.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στο πρώτο μέρος έχει γίνει μια σύντομη αναφορά στο σημαντικό ρόλο της διατροφής στην προαγωγή υγείας και στην πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων. Όλες οι υπηρεσίες που προωθούν την αγωγή υγείας, δίνουν έμφαση στο ρόλο της διατροφής, στη σωστή επιλογή τροφίμων και στη φυσική δραστηριότητα και απαιτούν τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας στη δημόσια υγεία ⁽⁴¹⁾.

Για να επιτευχθεί η επιθυμητή βελτίωση της δημόσιας υγείας και να διευρυνθούν οι γνώσεις του κοινού ως προς τη διατροφή, θα πρέπει οι διαιτολόγοι – αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας- να γίνουν μέλη ενός προγράμματος που θα ασχολείται με την αγωγή υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα αφοσιωθούν στο σχεδιασμό και τη μετάδοση της αγωγής υγείας, καθώς και σε προγράμματα που αφορούν στην πρόληψη διαφόρων ασθενειών σε τομείς, όπως το σχολείο ή οι χώροι εργασίας ⁽⁴¹⁾.

Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας στην προώθηση της «καλής υγείας», έγκειται στην επιτυχία που έχει η παρέμβασή τους στον τομέα της πρόληψης. Ο τομέας της πρόληψης μπορεί να διακριθεί σε τρεις κατηγορίες:

- i. στην πρωτογενή, όπου λαμβάνει χώρα η προαγωγή υγείας
- ii. στη δευτερογενή, όπου σκοπός είναι η μείωση του κινδύνου με την έγκαιρη παρέμβαση και
- iii. στην τριτογενή, όπου αναφερόμαστε στη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας ⁽⁴¹⁾

Στόχος, λοιπόν, της προαγωγής υγείας είναι αφ' ενός η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και αφ' ετέρου η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Η υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς αποτελεί και το αντικείμενο της αγωγής υγείας. Η αγωγή υγείας

συμβάλλει στη θεραπευτική αγωγή των ασθενών, καθώς η σωστή ενημέρωση και η ενεργός συμμετοχή του ασθενή συντελούν στην επιτυχία του θεραπευτικού σχήματος ⁽⁴²⁾.

5.2 ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ –FOLLOW UP

Δεδομένης, λοιπόν, της απαιτούμενης βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της προόδου στον τομέα της φροντίδας του ασθενή ιατροί, διαιτολόγοι και νοσηλευτικό προσωπικό, έρχονται αντιμέτωποι με το θέμα του επανέλεγχου ⁽¹⁶⁾. Η έρευνα για τον επανέλεγχο των επαγγελματιών υγείας (HPFS-Health Professionals Follow-up Study) ξεκίνησε το 1986. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να αξιολογηθεί μια σειρά υποθέσεων ως προς τη σχέση των διατροφικών παραγόντων στην επίπτωση ασθενειών, όπως ο καρκίνος ⁽⁴³⁾. Άλλωστε, στην ογκολογία ο επανέλεγχος είναι σημαντικό τμήμα της διαχείρισης των ασθενών ⁽⁴⁴⁾.

Ο επανέλεγχος σε κάποιον ασθενή, ο οποίος εμφάνισε κάποια κακοήγη νεοπλασία είναι απαραίτητος και συχνός, ώστε να προληφθεί δεύτερη ογκογένεση. Τέτοιοι όγκοι μπορούν να αναπτυχθούν στη στοματική κοιλότητα, στον αναπνευστικό σωλήνα, στο παχύ έντερο και στον πρωκτό. Υπάρχει, λοιπόν, ένας συνδυασμός επανέλεγχου για κάθε χρόνια ασθένεια. Παρόλο που αυτοί οι συνδυασμοί διαφέρουν ως προς τις λεπτομέρειες, σε κάθε νοσοκομειακό ίδρυμα υπάρχει κοινό ενδιαφέρον ως προς το περιεχόμενο του προσυμπτωματικού ελέγχου για κάθε κακοήγη ασθένεια ⁽⁴⁴⁾. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομικό επίπεδο (check-up) ή σε ομαδικό επίπεδο, οπότε και ονομάζεται διαλογή (screening) ⁽⁵⁾. Ο επανέλεγχος, λοιπόν, είναι πολύ σημαντικός ως προς τη διάγνωση και την πρόληψη ανάπτυξης νεοπλασιών ⁽⁴⁴⁾.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η υγιεινή διατροφή και η σωστή επιλογή τροφίμων αποτελούν τα κύρια συστατικά που βοηθούν στην προαγωγή υγείας και στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Η προαγωγή υγείας και η πρόληψη πρέπει να αποτελούν σημαντικά μέρη κάθε είδους αγωγής υγείας, όπως της κοινότητας, δημόσιας υγείας και των επαγγελματικών προγραμμάτων κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής ⁽⁴¹⁾.

Οι διαιτολόγοι, σε όλους τους τομείς της πρακτικής, θα πρέπει να έχουν έναν καθοριστικό ρόλο στα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας. Προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στις κοινωνικές και συμπεριφοριστικές επιπτώσεις, και να απευθυνθούν τα προγράμματα αξιολόγησης, συμπερασμάτων και αποτελεσματικότητας στην προαγωγή υγείας και στην πρόληψη ασθενειών ⁽⁴¹⁾.

Ο ρόλος, όμως, των διαιτολόγων, αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας δεν επικεντρώνεται μόνο στην πρόληψη και την προώθηση του μοντέλου της «καλής υγείας». Στόχος τους, επίσης, είναι η παρηγορητική και υποστηρικτική αγωγή, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους. Φροντίζουν, επομένως, για την καλύτερη υγεία των ασθενών, για την καλυτέρευση, δηλαδή, της ποιότητας ζωής τους. Θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να διαχειρίζονται σωστά τον πόνο, προσφέροντας ανακούφιση σε κάθε ασθενή. Τέλος, όσοι απ' αυτούς ασχολούνται με τον τομέα της παρηγορητικής αγωγής θα πρέπει να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς και ιδιαίτερα σ' αυτούς του τελικού σταδίου. Η παρηγορητική αγωγή στο σύνολό της οικογένειας την καθιστά λειτουργική, συνεκτική και πιο ικανή στην προσαρμογή και στην αντιμετώπιση της τελικής διάγνωσης ^(45,46).

Δε θα πρέπει να ξεχνάμε πως ο καρκίνος είναι μια συχνή ασθένεια, κυρίως των ενηλίκων. Η επικοινωνία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, διαιτολόγων και ασθενών ως προς την πρόληψη, τη διαλογή, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα αυτών είναι πολύπλοκη. Εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, όπως «τα πιστεύω» των ασθενών, τις πεποιθήσεις και τη γνώση αυτών στο θέμα του καρκίνου. Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να βασιστεί και στους πιο πάνω παράγοντες, ώστε να είναι αποτελεσματική (47,48).

6.2 ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΜΜΕ

Πριν επεκταθούμε στο σημαντικό ρόλο των λειτουργών υγείας, είναι σκόπιμο να γίνει μια σύντομη αναφορά στη σπουδαία συνεισφορά των ΜΜΕ στην ενημέρωση του κοινού. Η προληπτική ιατρική εξακολουθεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμμετέχει στην υπεράσπιση της υγείας του ανθρώπου. Χρειάζεται, όμως, εκτός από την πρόληψη, κατανόηση και αντιμετώπιση των συμπεριφορών που σχετίζονται με τις αιτίες μιας ασθένειας. Βέβαια, είναι ένας τομέας που συναντά πολλά εμπόδια σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Εδώ υπεισέρχεται ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ). Όπου επεμβαίνει η διαφήμιση, αντιμετωπίζονται οι διάφορες απειλές κατά της υγείας (49).

Τα ΜΜΕ είναι ένα σημαντικό μέσο παροχής μηνυμάτων στο κοινό για την προώθηση της αντίληψης ως προς τα διατροφικά θέματα (41). Ενημερώνουν τους πολίτες για τη μεγάλη χρησιμότητα των προληπτικών εξετάσεων, ιδίως του τεστ ΠΑΠ στις γυναίκες. Επισημαίνουν τις αιτίες που προκαλούν καρκίνο, τον επιβαρυντικό ρόλο διαφόρων τροφίμων, την επίδραση του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη κάποιας μορφής καρκίνου. Συμβάλλουν στην ενημέρωση του κοινού, προβάλλοντας δημοσιεύματα για τα συμπτώματα που πρέπει να γνωρίζουν, όπως απώλεια βάρους,

ασυνήθιστη αιμορραγία ή πληγές που δεν επουλώνονται. Τέλος, βοηθητικό ρόλο έχουν δημοσιεύματα με το έργο των επιστημόνων, τις αιτίες και την πρόληψη, ή με φορείς στους οποίους μπορούν να απευθύνονται για εξετάσεις ή απλή ενημέρωση (50).

6.3 Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το πρόγραμμα « Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου» έχει δώσει από την αρχή έμφαση στο ρόλο των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των γενικών και ειδικών ιατρών, των διαιτολόγων αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού (51). Οι επαγγελματίες υγείας είναι το κλειδί, τόσο στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, όσο και κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία (52). Επομένως, η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού στην πρόληψη, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση των καρκινοπαθών είναι ιδιαίτερα σημαντική (51).

Βέβαια, πριν οι επαγγελματίες υγείας επέμβουν στους ασθενείς και τους πείσουν να αλλάξουν τρόπο ζωής και τις διατροφικές τους συνήθειες, θα πρέπει να εφαρμόσουν οι ίδιοι αυτές τις οδηγίες. Έμφαση, λοιπόν, δίνεται στο ρόλο αυτών ως «μοντέλα» που θα επηρεάσουν την κοινή γνώμη, αλλά και το βαθμό αποτελεσματικότητας των πληροφοριών που παρέχονται στο κοινό (52).

Το πρόγραμμα « η Ευρώπη κατά του καρκίνου» ήταν μια εκστρατεία που ξεκίνησε με σκοπό την πρόληψη και τη μείωση θνητότητας και θνησιμότητας από τις διάφορες μορφές καρκίνου. Η αποτελεσματικότητα αυτού του προγράμματος οφείλεται στην πολύ καλή οργάνωση της μεθόδου διαλογής του πληθυσμού. Προτεραιότητα δίνεται στην έναρξη ενός μαζικού προγράμματος διαλογής σε εκείνη την ηλικιακή ομάδα, όπου η επίπτωση του καρκίνου είναι μεγαλύτερη. Η επιτυχία εξαρτάται από τον αριθμό των συμμετεχόντων και από τη διατήρηση ενός υψηλού ποσοστού συμμετοχής. Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνονται λεπτομερώς για το πρόγραμμα, ώστε να συμβουλευσουν σωστά τους

ασθενείς και να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την κατανόηση του καρκίνου, τις αιτίες και το σκοπό της διαλογής (53).

Η διαδικασία της διαλογής καλό είναι να επαναλαμβάνεται κάθε 3-5 χρόνια. Το διάστημα αυτό εξαρτάται από τις πηγές που είναι διαθέσιμες και από τη σημαντική συσχέτιση ασθένειας και ασθενή. Η αξιολόγηση και η υιοθέτηση αυτών των προγραμμάτων εξαρτάται από τον επανέλεγχο των ατόμων που έλαβαν μέρος. Η επιτυχία των διαφόρων στρατηγικών που χρησιμοποιούνται για την αύξηση της συμμετοχής του πληθυσμού στον επανέλεγχο και στην αξιολόγηση, έγκειται στην επιλογή διαφορετικών ενδιαφερόντων που απασχολούν κάθε φορά τον εν λόγω πληθυσμό. Η διαλογή είναι ένα αποτελεσματικό μέσο μείωσης της επίπτωσης και της θνησιμότητας κάθε μορφής καρκίνου, ιδιαίτερα όταν αυτή εφαρμόζεται σε ασυμπτωματικά άτομα (53).

6.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Ένα πρόγραμμα που περιγράφει τον τρόπο διδασκαλίας των επαγγελματιών υγείας, ώστε να αναπτύξουν τις επικοινωνιακές τους ικανότητες είναι το East Anglia Deanery Communication Skills Teaching Project που ξεκίνησε το 1996 περίπου, από τους Draper J, Silverman J, Hibble A, Berrington R και Kurtz S.

Επειδή παρουσιάστηκαν προβλήματα στις αρχικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη των επικοινωνιακών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ξεκίνησε αυτό το πρόγραμμα διδασκαλίας μέσω της κοινότητας. Για να διαδοθεί πιο εύκολα, σχεδιάστηκε ένα τέτοιο πρόγραμμα, ώστε να συγκεντρωθεί ένας μικρός αριθμός διευκολύνσεων που θα ενισχύσουν τη διδασκαλία των επαγγελματιών υγείας σε όλα τα επίπεδα. Σκοπός της ομάδας ήταν να βελτιωθούν οι ικανότητες εκμάθησης ως μέρος στρατηγικής της εκπαίδευσης της κοινότητας.

Πριν αναπτυχθεί η ενίσχυση των τοπικών διδασκάλων, αναπτύχθηκε ένα πλαίσιο εργασίας για το ποιο αντικείμενο θα διδαχθεί και πως θα διδαχθεί αυτό. Αυτός ο οδηγός είναι ένα στοιχείο βασισμένο στην προσέγγιση που ορίζει τις ικανότητες της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή. Είναι κατανοητό ότι καλύπτει ιατρικές πληροφορίες πρωτογενούς ή δευτερογενούς αγωγής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλο το ιατρικό προσωπικό. Οι αρχές της μεθόδου οδηγούνται από τις διατάξεις και βασίζονται στα αποτελέσματα της ανάλυσης. Είναι μια μέθοδος για την ανάλυση των συμβουλών που μεγιστοποιεί την εκμάθηση και την ασφάλεια και βοηθάει τον εκπαιδευόμενο και τον εκπαιδευτή να βρουν την ουσία του προβλήματος. Σκοπό έχει να συντάξει έναν αριθμό συμβατικών κανόνων για την επίτευξη της επικοινωνίας, προάγοντας, παράλληλα, την αυτοεκτίμηση.

Σχεδιάστηκε, λοιπόν, το 1995 ένα πρόγραμμα για τη διάδοση αυτής της μεθόδου διδασκαλίας επικοινωνιακών ικανοτήτων. Το πρόγραμμα είχε δύο σκοπούς : 1.να συμπληρώσει την ατομική εκμάθηση σε ατομική εκπαιδευτική εξάσκηση και σε ομαδική δουλειά στην εκπαίδευση 2. να αναπτύξει προγράμματα για τις επικοινωνιακές ικανότητες των γενικών και ειδικών ιατρών.

Υπήρξαν τέσσερις μέρες επανελέγχου κάθε μήνα για την ομάδα, έτσι ώστε:

- να συνεχιστεί η εκμάθηση των επικοινωνιακών μεθόδων
- να μοιράζονται τις πληροφορίες πάνω στις δικές τους εμπειρίες εκμάθησης
- να βελτιώνουν την εκπαίδευσή τους μέσω των παρατηρήσεων των άλλων συναδέλφων
- να εξερευνήσουν ένα δύσκολο τομέα, όπως δουλεύοντας με ένα μέλος που δυσκολεύεται να ξεκινήσει τη διαδικασία

Στα αρχικά στάδια, το πρόγραμμα έδωσε τη δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να δοκιμάσουν την πρόοδό τους πάνω στη δική τους επικοινωνία με τον ασθενή. Με την εξέλιξη του προγράμματος δινόταν

έμφαση από την επικοινωνία μεταξύ των εκπαιδευόμενων στην επικοινωνία των ασθενών, με την ενίσχυση της παρατηρητικότητας αυτών ως εκπαιδευόμενων και όχι με την ιδιότητα του ιατρού.

Η έρευνα έχει τις ακόλουθες ευθύνες:

α) στον τομέα της επαγγελματικής εκπαίδευσης

- να αναπτύξει και να διδάξει μια σειρά επικοινωνιακών δεξιοτήτων
- να αναπτύξει ένα δομημένο πρόγραμμα
- να βοηθήσει τους εκπαιδευτές να αναπτύξουν μεθόδους διδασκαλίας
- να συνδέσει τις επικοινωνιακές τους ικανότητες με αποτέλεσμα την αξιολόγηση του προγράμματος

β) στη συνεχόμενη ιατρική εκπαίδευση

- διδασκαλίες, ομιλίες, επιδείξεις και συναντήσεις σε μικρές ομάδες για να προσελκύσουν τους ενδιαφερόμενους
- μαθήματα στον τόπο κατοικίας των ενδιαφερόμενων
- συναντήσεις επανελέγχου σε μικρές ομάδες για μια βμηνη περίοδο ώστε να αναπτύξουν τις ικανότητές τους

Το πρόγραμμα βρίσκεται σε εξέλιξη εδώ και 7 περίπου χρόνια. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν προσαρτηθεί σε αυτό ανέρχονται στα 40 άτομα μέλη. Βέβαια, παρουσιάστηκαν αρκετές δυσκολίες που αφορούν τέσσερις κατηγορίες: χρόνο, οικονομικά, διάδοση και χωρητικότητα.

Το πρόγραμμα έχει αξιολογηθεί ως πρόγραμμα παρέμβασης. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα των πληροφοριών περιλαμβάνουν ημιποσοτικά ερωτηματολόγια, κατ' ιδίαν και ομαδικές συζητήσεις, επικοινωνία μέσω τηλεφώνου και έδειξαν ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είχε θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της επικοινωνίας.

Παρόλο που οι συμμετέχοντες φαίνεται να έχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας στην υιοθέτηση και στην εφαρμογή αυτών των μεθόδων παρακολούθησης, παρατηρήθηκαν δυσκολίες: στη γρήγορη ανάλυση

συμβουλών, στη δόμηση της διδασκαλίας, στο να γίνουν οικείοι με τη διδασκαλία και τη θεωρία των επικοινωνιακών ικανοτήτων, στο να γνωρίζουν πότε ακριβώς να εκφράσουν τις γνώσεις τους και πώς να προετοιμάσουν μια διδασκαλία και τέλος, στο να διευκολύνουν τους εκπαιδευόμενους στην εκμάθηση, παρουσιάζοντας κάποιες καταστάσεις (54).

6.5 ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.5.1 ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Οι γενικοί ιατροί πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζουν ποιοι ασθενείς θα ωφεληθούν άμεσα από την παρέμβαση, ποιοι βρίσκονται σε χαμηλό κίνδυνο και ποιους θα είναι χρήσιμο να καθησυχάσουν και να συμβουλευθούν σε πρώτο επίπεδο (55). Για το λόγο αυτό θεσπίστηκε το Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα στην Πρόληψη του Καρκίνου. Αυτό το πρόγραμμα βασίστηκε στη διδασκαλία, στην επιστημονική έρευνα από το HSPH (Harvard School of Public Health) και σε κλινικές πηγές από το DFCI (Dana Farber Cancer Institute). Συνδυάζοντας τα διάφορα στοιχεία δημιούργησε τις βάσεις για ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου. Πρωταρχικός στόχος είναι να εκπαιδευτούν οι ειδικοί στην πρόληψη του καρκίνου, ώστε να είναι ικανοί να παρέχουν επιστημονική ηγεσία στην εξέλιξη της έρευνας, με σκοπό την καλύτερη αποτελεσματικότητα του προγράμματος (56).

Η σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή είναι πολύ σημαντική. Ο βαθμός ποιότητας αυτής της σχέσης αποτελεί και το μέτρο της επιτυχίας της γενικής ιατρικής τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Αυτή η σχέση θα πρέπει να διατηρηθεί δυνατή και να ενισχύεται, κάθε φορά που αποδυναμώνεται. Δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η ιδιαίτερη σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή είναι το σημείο- κλειδί στην παροχή υπηρεσιών υγείας και οφείλουμε να το προστατέψουμε και να το αναπτύξουμε.

Επομένως, χρειάζεται οργάνωση των γενικών ιατρών σε μια ομάδα που θα εξασφαλίσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νοσήματα φθοράς (57).

Η έρευνα στον τομέα των τεχνολογικών προσδοκιών της ιατρικής πιθανόν να προκαλέσει ζημιά στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας στρέφουν, πλέον, το ενδιαφέρον προς την πρωτοβάθμια φροντίδα των ασθενών μέσω της γενικής ιατρικής. Οι ιατροί θα παρέχουν υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση της κοινότητας. Ο κύριος ρόλος τους αφορά στην πρόληψη των καρδιαγγειακών, στη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου και στην προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής. Η πρώτη ευθύνη των γενικών ιατρών είναι η υγεία και η ποιότητα ζωής που πρέπει να εξασφαλίσουν στον ασθενή (58).

Η προληπτική ιατρική είναι το βασικότερο μέρος της καθημερινής ιατρικής δραστηριότητας. Η πρωτοβάθμια πρόληψη δεν είναι μόνο ευθύνη του ιατρικού προσωπικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, αλλά και των τοπικών αρχών, κυρίως για την προστασία του περιβάλλοντος και για την προστασία του κοινού έναντι στην υπερκατανάλωση αλκοόλ, καπνού και φαρμάκων. Οι ιατροί κατέχουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της πρόληψης και προαγωγής υγείας και γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση (59).

6.5.2 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΙ

Οι διαιτολόγοι διευκολύνουν τους ασθενείς στην αλλαγή των διατροφικών τους συνηθειών, ως μέτρο προσέγγισης για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών. Όταν η κοινωνία, η οικογένεια και ο ιδιωτικός φορέας συμμετέχουν μαζί με τους διαιτολόγους στο σχεδιασμό, την υλοποίηση, τη διανομή και την αξιολόγηση προγραμμάτων διατροφής, οι στρατηγικές αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς είναι πιο αποτελεσματικές (41).

Οι δραστηριότητες που αναφέρονται στη μόρφωση, στην πρακτική και έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνουν ευρείες προσεγγίσεις για να βελτιώσουν τη συμπεριφορά του ατόμου στον τομέα διατροφής και υγείας. Αυτό θα επιτευχθεί προάγοντας πρότυπα που θα βελτιώσουν την υγεία στην κοινότητα, στοχεύοντας σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, χρησιμοποιώντας διάφορες στρατηγικές πρόληψης. Οι διαιτολόγοι θα πρέπει να αναπτύξουν και να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητές τους στη διευκόλυνση των προγραμμάτων συμβουλών, μόρφωσης, επικοινωνίας, αξιολόγησης και ανάπτυξης τακτικής. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη θεωριών και μοντέλων που ερμηνεύουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, οι διαιτολόγοι πρέπει να είναι σε θέση να κατανοούν και να συμμετέχουν σε διάφορα προγράμματα παρέμβασης και να ενημερώνονται για τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας, για την αποτελεσματικότερη σχέση με τους ασθενείς.

Η υγιεινή διατροφή και η σωστή επιλογή τροφίμων είναι τα κυριότερα συστατικά προαγωγής υγείας και μείωσης του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Ο διαιτολόγος οφείλει να καταβάλει προσπάθειες στην πρόληψη, αλλά είναι εξίσου σημαντικός ο ρόλος του και στην αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών, όπως ο καρκίνος. Είναι σημαντική η σωστή διατροφική υποστήριξη των ασθενών, γιατί θα τους βοηθήσει, ώστε να αντεπεξέλθουν στη θεραπεία και να αναρρώσουν γρήγορα (41).

Ο ρόλος, λοιπόν, του διαιτολόγου στη θεραπευτική ομάδα είναι πολύ σημαντικός, καθώς είναι σε θέση να αναγνωρίζει τους διατροφικούς παράγοντες κινδύνου και να αξιολογεί το βαθμό συμμετοχής καθενός από αυτούς στην εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων. Συγκεκριμένα:

1. Καταγράφει τις ανάγκες και την κατάσταση του ασθενή
2. Καθιερώνει ένα διατροφικό πλάνο για τη φροντίδα του ασθενή, το οποίο βασίζεται σε πληροφορίες από τη συνήθη διατροφή του. Αξιολογεί προηγούμενες διατροφικές οδηγίες, τη γνώσει περί διατροφής και θέτει ένα ρεαλιστικό στόχο μαζί με το θεράποντα ιατρό
3. Λαμβάνει πληροφορίες από το διατροφικό διάγραμμα

4. Δίνει συμβουλές και διατροφικές συστάσεις, όποτε είναι αναγκαίο. Δίνει τον ορισμό της δίαιτας και εξηγεί τη σχέση μεταξύ διατροφής και ασθενειών. Είναι υπεύθυνος για την προαγωγή υγιούς συμπεριφοράς
5. Συμβουλεύει τον ιατρό αλλά και συμβουλευέται από αυτόν για τις ειδικές ανάγκες και επιθυμίες του ασθενή
6. Διατηρεί την επικοινωνία της ιατρικής ομάδας με την ενεργό συμμετοχή του στις συγκεντρώσεις του υγειονομικού προσωπικού
7. Επικοινωνεί με ομάδες εξωτερικών ασθενών διδάσκοντας τα στάδια αλλαγής του τρόπου ζωής
8. Παρακολουθεί τη διατροφική πρόοδο του ασθενή: τον έλεγχο της μερίδας, την ποιότητα των γευμάτων
9. Ελέγχει τη διατροφική πρόοδο των ασθενών με τον επανέλεγχο και την αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης του επιθυμητού στόχου
10. Συμμετέχει στη διαχείριση και την αξιολόγηση πηγών, σχεδιαγραμμάτων και αποτελεσμάτων
11. Οφείλει να επικοινωνεί με τον ασθενή, να τον ακούει, για την καλύτερη δυνατή φροντίδα του (73).

6.5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Η φροντίδα των καρκινοπαθών αποτελεί ευθύνη όλου του υγειονομικού προσωπικού, ιδιαίτερα όμως των νοσηλευτών. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που περνάει το μεγαλύτερο διάστημα με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, γνωρίζει τους φόβους, τις αγωνίες και τις ανασφάλειές τους και αντιμετωπίζει την εξέλιξη της νόσου σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι λοιποί επαγγελματίες υγείας (60). Γι' αυτό το σκοπό η συμβουλευτική επιτροπή για την κατάρτιση των νοσηλευτών αποφάσισε το Δεκέμβριο του 1986 να συγκροτήσει εξ υπ' αρχής μια ομάδα εργασίας για την κατάρτιση σε θέματα καρκίνου. Προτάθηκε, λοιπόν, η σύνταξη ενός εξειδικευμένου ενιαίου προγράμματος ογκολογικής νοσηλευτικής για τους πτυχιούχους νοσηλευτές (51).

Η επιτροπή πρότεινε τη « συγκρότηση ενός σώματος ειδικών και διδασκόντων στην περίθαλψη των καρκινοπαθών, που θα αποτελείται από ειδικούς και του οποίου ο σκοπός θα είναι η από κοινού κατάρτιση ενός ενιαίου προγράμματος και η εφαρμογή του». Αυτό το κοινό πρόγραμμα διδασκαλίας θα συνταχθεί από νοσηλευτές με ειδική πείρα στην περίθαλψη καρκινοπαθών και στην αντιμετώπιση του καρκίνου σε συνεργασία με άλλους ειδικούς .

Προκειμένου να υπάρξει ανταπόκριση σε αυτές τις συστάσεις διοργανώθηκε ένα σεμινάριο στην Αγγλία από 2 έως 7 Απριλίου 1989. Σκοπός του ήταν η κατάρτιση ενός ενιαίου προγράμματος εκπαίδευσης για την εξειδίκευση των νοσηλευτών στην ογκολογική νοσηλευτική και στην ανάπτυξη τομέων ειδικής φροντίδας καρκινοπαθών .

Αυτό το πρόγραμμα θα προετοιμάσει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να αναλάβει τη φροντίδα των καρκινοπαθών όλων των ηλικιών. Η φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται τόσο στο στάδιο της διάγνωσης, όσο και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και της θεραπείας.. Απώτερος στόχος παραμένει πάντα η ανακούφιση του ασθενή και η φροντίδα αυτού, ακόμα και στο τελικό στάδιο της ασθένειας (51).

6.6 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Το σχεδιάγραμμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εφαρμογή του προγράμματος διδασκαλίας και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας δείχνει τους τομείς που πρέπει να ληφθούν υπ' όψη και περιλαμβάνει:

- i. την εκτίμηση των αναγκών,
- ii. τη διατύπωση της φιλοσοφίας,
- iii. τον καθορισμό στόχων του προγράμματος,
- iv. το σχεδιασμό του περιεχομένου και της μεθόδου εφαρμογής που ακολουθείται,
- v. τον καθορισμό ευκαιριών εκμάθησης, και

vi. την αξιολόγηση της προόδου και των αποτελεσμάτων του προγράμματος

Για την καλύτερη φροντίδα των καρκινοπαθών θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη κάποια κύρια στοιχεία, όπως: η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση, η θεραπευτική αγωγή, η φροντίδα και η αποκατάσταση του ασθενή (51).

6.6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν συνείδηση της συμβολής τους στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, άρα και στην προαγωγή υγείας. Η πρόληψη διακρίνεται σε τρία στάδια, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι διαφορετική για κάθε ένα από αυτά.

Η πρόληψη σε αρχικό στάδιο περιλαμβάνει: - παροχή πληροφοριών

- συστάσεις στο κοινό για προσπάθεια μείωσης των πιθανοτήτων προσβολής από καρκίνο
- συμμετοχή σε δραστηριότητες και προγράμματα προαγωγής υγείας

Οι δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας περιλαμβάνουν:

- παροχή πληροφοριών
- ενθάρρυνση και καθοδήγηση των ατόμων στο να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο συμπεριφοράς και διαβίωσης
- στήριξη των ατόμων που προσπαθούν να αλλάξουν συνήθειες ως προς το καλύτερο

Η δευτερογενής πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση αφορούν:

- στην εκπαίδευση σε σχέση με τα προειδοποιητικά σημεία του καρκίνου
- σε προγράμματα εντοπισμού

Οι δραστηριότητες απευθύνονται: - στην παροχή πληροφοριών για τα προγράμματα εντοπισμού

- στην ενθάρρυνση των οικογενειών υψηλού κινδύνου να υποβληθούν σε εξετάσεις
- στην ψυχική στήριξη των ασθενών που αναμένουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων
- στη φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε εξετάσεις

- στην ψυχολογική στήριξη των ασθενών που πληροφορήθηκαν ότι πρέπει να ακολουθήσουν θεραπεία

Τέλος, η τριτοβάθμια πρόληψη απευθύνεται σε όσους έχει διαπιστωθεί ότι πάσχουν από κακοήθεις νεοπλασίες και επομένως στη φροντίδα και την αποκατάσταση αυτών, κάτι που αναφέρεται και στη θεραπεία των ασθενών (51).

6.6.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Φτάνοντας στη θεραπευτική αγωγή, θεωρείται ότι όλο το υγειονομικό προσωπικό έχει τις ειδικές γνώσεις και ικανότητες που απαιτούνται για την παροχή κατάλληλης περίθαλψης προς τους ασθενείς. Έχουν, λοιπόν, ειδικές γνώσεις ως προς:

- τον καρκίνο ως ασθένεια και τις επιπτώσεις του στο άτομο
- την προώθηση της αποκατάστασης και της προσαρμογής στην ασθένεια
- τις αποτελεσματικές μεθόδους θεραπευτικής αγωγής
- την παυσίπονο αγωγή και την περίθαλψη ασθενών σε τελικό στάδιο

Εκτός, όμως, από τη θεωρητική εκπαίδευση απαιτούνται και ειδικές ικανότητες:

- τεχνικής φύσεως
- ψυχο-κοινωνικής φύσεως: διαπροσωπικές σχέσεις, ανάπτυξη μεθόδων αντιμετώπισης καρκίνου, ενημέρωση ασθενών, οικογενειών, συναδέλφων
- για το συντονισμό της περίθαλψης
- για την προσπάθεια να λειτουργήσει ως μέλος μιας ομάδας διαφορετικών ειδικοτήτων
- για τη συνεργασία με συναδέλφους, με σκοπό τη σχεδίαση ενός κατάλληλου προγράμματος αποκατάστασης ασθενών

Ιδιαίτερη εκπαίδευση χρειάζονται οι νοσηλεύτες, καθώς οι δραστηριότητές τους περιλαμβάνουν:

- την ενθάρρυνση των ασθενών να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με τον καρκίνο
- τη βοήθεια προς τους ασθενείς, ώστε να μάθουν να ζουν με τον καρκίνο
- την πρόληψη επιπλοκών βιολογικής και ψυχολογικής φύσεως που μπορεί να προκύψουν από την ίδια την ασθένεια ή τη θεραπεία της
- την παρακολούθηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων και των συμπτωμάτων του καρκίνου και της θεραπευτικής του αγωγής
- τη στήριξη των ασθενών στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν τη σωματική και την ψυχική τους υγεία, καθώς και τις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού που απειλούνται από τον καρκίνο και τη θεραπεία του
- την υποστήριξη ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση
- τη χορήγηση αντικαρκινικών φαρμάκων και τη γνώση των απαιτούμενων προφυλάξεων
- τη συμμετοχή στην παροχή θεραπευτικής αγωγής
- την παροχή πληροφοριών σχετικά με τον καρκίνο και τη θεραπεία του, ως γνώσεις και προσωπική εμπειρία (51).

6.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Βοηθώντας τους ασθενείς να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής στο τέλος της ζωής τους, απαιτείται προσοχή στο σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό τομέα των ανθρώπων που προσδοκούν καλύτερη υγεία. Οι ασθενείς έχουν συχνά πολλά συμπτώματα, ως αποτέλεσμα μιας μη ιάσιμης ασθένειας (όπως ο καρκίνος) ή της θεραπείας της. Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα που παρατηρείται είναι το αίσθημά του πόνου και έπονται στη συνέχεια δύσπνοια, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, κούραση και ανορεξία .

Η φροντίδα, λοιπόν, των ασθενών αποσκοπεί στην ανακούφιση αυτών των συμπτωμάτων και στη διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερων λειτουργιών του οργανισμού. Συναισθήματα, όπως αγωνία, φόβος, κατάθλιψη, μοναξιά, θυμός και απελπισία είναι κοινά. Η εφ' όρου ζωής θεραπεία μιας ασθένειας αλλάζει τον κοινωνικό ρόλο των ασθενών και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Μπορεί να επηρεάσει τη συνεύρεση με φίλους, το γονεϊκό ρόλο, την προσήλωση σε θρησκευτικές υπηρεσίες και τέλος την απόδοση στον εργασιακό χώρο .

Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους χρειάζονται πολλές φορές βοήθεια, για να διατηρήσουν τη δομή της οικογένειάς τους στα φυσιολογικά πλαίσια. Είναι, συχνά, δύσκολο οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν μια χρόνια ασθένεια να νιώθουν ότι η ζωή τους συνεχίζεται με κανονικούς ρυθμούς. Η έννοια της φροντίδας περιλαμβάνει τη βοήθεια προς τους ασθενείς, ώστε να ψάξουν και να βρουν το νόημα της ζωής μέσα από τη νόσο. Είναι σημαντική η συνεισφορά των επαγγελματιών υγείας στην αποδοχή του αισθήματος αβεβαιότητας από μέρους του ασθενή. Πάνω απ' όλα πρέπει να γίνεται σεβαστή η παράδοση και οι συνήθειες του ίδιου του ασθενή και της οικογένειάς του, ώστε να του εξασφαλιστεί η επιθυμητή ποιότητα ζωής παρά το πρόβλημα που ανέκυψε (60).

6.8 ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (PALLIATIVE CARE)

Ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευτεί με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ασθενείς και μάλιστα, σε ορισμένους δεν μπορεί να θεραπευτεί καθόλου. Σε αυτές τις περιπτώσεις αντιμετωπίζεται μέσω της παρηγορητικής αγωγής. Η θεραπεία επικεντρώνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, παρά στην αντιμετώπιση της αιτιολογίας τους (1).

Υπάρχουν εννέα βαθμίδες στις οποίες απευθύνονται οι προσδοκίες της αγωγής και της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου: η παρηγορητική αγωγή, η διαχείριση του πόνου, η διαχείριση των συμπτωμάτων, διάφορα ηθικά και νομικά ζητήματα, πολιτιστικές διαπραγματεύσεις,

επικοινωνία, θλίψη και απώλεια, επίτευξη ποιότητας ζωής μέχρι το τέλος και προετοιμασία για τη ζωή του θανάτου (60).

Η παρηγορητική αγωγή αποσκοπεί στη θεραπεία των παραπόνων και των συμπτωμάτων με προχωρημένη νόσο. Δε βιώνουν, για παράδειγμα, όλοι οι ασθενείς το αίσθημα του πόνου. Όταν, όμως, το νιώσουν υπάρχουν διαφορετικές αιτίες που το προκάλεσαν και χρειάζεται διαφορετικό τρόπο προσέγγισης. Η παρηγορητική αγωγή περιλαμβάνει ένα πλήθος θεραπευτικών επιλογών, όπως φαρμακευτική αγωγή, εγχειρήσεις, θεραπεία με ακτινοβολία, φυσιοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη (61).

Ειδικότερα, οι κύριοι στόχοι της παρηγορητικής αγωγής είναι:

- η όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής
- η πρόληψη ειδικών συμπτωμάτων
- η θεραπεία από τον πόνο και τα συμπτώματα (υποστηρικτική αγωγή)
- η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους

Όλο το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να σκεφτεί σοβαρά αν η παρηγορητική αγωγή θα ανακουφίσει ή θα παρατείνει τον πόνο, προτού εφαρμοστεί στον ενδιαφερόμενο ασθενή (61).

6.9 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η νόσος δεν εξελίσσεται με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις περιπτώσεις. Έτσι, λοιπόν, δεν προκαλεί σε όλους τους ασθενείς το αίσθημα του πόνου, αλλά, όταν αυτό παρουσιαστεί, θα πρέπει να ανακουφιστεί με διάφορους τρόπους. Το ζητούμενο, επομένως, από τους λειτουργούς υγείας είναι η καλή διαχείριση του πόνου. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να ακολουθηθούν αυστηροί κανόνες, συμπεριλαμβανομένου ενός προσεκτικού ιστορικού που αφορά τον πόνο, μιας πλήρους σωματικής εξέτασης, επιπρόσθετων ερευνών στη στρατηγική της θεραπείας του

πόνου, προσεκτικού επανελέγχου και προσαρμοσμένη θεραπεία, όπου κρίνεται απαραίτητη .

Τρεις κύριες αιτίες που προκαλούν τον πόνο μπορούν να εξακριβωθούν στους καρκινοπαθείς: α) εξαιτίας της ύπαρξης του όγκου, β) εξαιτίας της θεραπείας (χημειοθεραπεία, εγχείρηση, ακτινοβολήση), γ) εξαιτίας άλλων υπάρχοντων καταστάσεων πέραν του καρκίνου.

Σημαντική είναι, επίσης, και η σοβαρότητα του πόνου. Η ισχύς του πόνου διακρίνεται σε μέση, μέτρια και δυνατή. Συχνά χρησιμοποιείται μια κλίμακα από το μηδέν, όπου δεν υπάρχει το αίσθημα του πόνου, έως το δέκα, όπου ο πόνος είναι αφόρητος .

Υπάρχουν και άλλοι επιπρόσθετοι παράγοντες που μπορεί να επιδεινώσουν τον πόνο. Για την επαρκή διαχείριση του πόνου είναι σκόπιμο να ταυτοποιηθούν οι σωματικού και οι μη- σωματικοί παράγοντες που τον προκαλούν. Στους μη-σωματικούς ανήκουν η αγωνία, ο θυμός και η κατάθλιψη. Η αγωνία μπορεί να προκληθεί από το φόβο (του καρκίνου, του πόνου ή του θανάτου) ή από άλλες ανησυχίες (ως προς τη δουλειά, τους συγγενείς, το μέλλον). Ο θυμός μπορεί να προέρχεται από την καθυστέρηση των αποτελεσμάτων των ερευνών, την αποτυχία της θεραπείας, τη μη διαθεσιμότητα της φροντίδας των επαγγελματιών υγείας ή τη μη συμπαράσταση αυτών. Η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στο αίσθημα της απώλειας, της χρόνιας κούρασης, ή της έλλειψης δύναμης (σωματικής ή ψυχικής) (61).

Ο πόνος αντιμετωπίζεται με τη θεραπεία. Για την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος είναι απαραίτητο να είναι γνωστή η προέλευση του πόνου. Η στρατηγική της θεραπείας βασίζεται σε μια προσεκτική αξιολόγηση του πόνου μαζί με τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Η θεραπεία, λοιπόν, που σχεδιάζεται για την αντιμετώπιση του πόνου έχει θεραπευτική και μη διάσταση. Ο πόνος μπορεί να απομακρυνθεί με τη θεραπευτική μεταχείριση. Αυτό, όμως, αναφέρεται κυρίως στον προσωρινό πόνο, που μπορεί να ανακουφιστεί

από την αντικαρκινική θεραπεία και αν είναι απαραίτητο μαζί με αναλγητικά φάρμακα. Η μη-θεραπευτική μεταχείριση έχει ως σκοπό τη μείωση της εξάπλωσης της ασθένειας ή τουλάχιστον τη σταθεροποίησή της. Κάτι τέτοιο παρατηρείται στην ορμονοθεραπεία και μάλιστα έχει ένα καλό αποτέλεσμα στην ανακούφιση από τον πόνο .

Η διαχείριση του πόνου περιλαμβάνει, όπως και κάθε αντικαρκινική θεραπεία, έναν προσεκτικό και συνεχή επανέλεγχο. Όταν ο πόνος δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία ή όταν παρουσιαστούν νέα συμπτώματα, είναι αναγκαίος ένας νέος τρόπος αντιμετώπισης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι νέες έρευνες για τους ασθενείς τελικού σταδίου θα πρέπει να γίνουν, μόνο όταν πρόκειται για τη σίγουρη ανακούφιση του ασθενή (61).

6.10 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η ψυχολογική αγωγή περιλαμβάνει την υποστήριξη και την παροχή συμβουλών προς τους ασθενείς, αλλά και τους συγγενείς τους, για τη λύση των προβλημάτων που προκύπτουν ως συνέπεια της ασθένειας. Η διάγνωση του καρκίνου είναι μια νέα πραγματικότητα και το άτομο δεν μπορεί πάντα να διατηρήσει την ψυχραιμία του. Επομένως, πρέπει να βρεθεί μια ισορροπία σ' αυτή τη νέα κατάσταση .

Μερικοί άνθρωποι είναι πολύ δραστήριοι στην αναζήτηση ενός νέου τρόπου ζωής. Ψάχνουν να βρουν πληροφορίες για την ασθένεια, τις αιτίες ώστε να την κατανοήσουν καλύτερα ή ακόμα ζητάνε την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται για να συνεχίσουν. Άλλοι έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην ανάκτηση της ισορροπίας, αρνούμενοι την πραγματικότητα. Πολλές φορές υπάρχουν μέσα στην οικογένεια απροσδόκητες συγκρούσεις μπροστά στην αποδοχή της προόδου της ασθένειας και στην εύρεση αυτής της νέας ισορροπίας. Οικογενειακοί ιατροί, νοσηλευτές και εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη και οδηγίες σε ψυχολογικό επίπεδο. Η βοήθεια

και η πείρα που μπορεί να προσφέρει κάποιος από αυτούς περιλαμβάνει: - πληροφορίες και συμβουλές σε καθημερινά θέματα

- συμμετοχή του ασθενή σε κοινωνικές εκδηλώσεις
- συναισθηματική υποστήριξη
- βοήθεια, ώστε ο ασθενής να συμβιβαστεί με την παρούσα κατάσταση
- ενασχόληση του ασθενή με τα ενδιαφέροντά του

Για την αποτελεσματικότητα της σχέσης μεταξύ λειτουργών υγείας-ασθενών πρέπει να ληφθούν υπ' όψη ορισμένες σημαντικές παράμετροι. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν τον καρκίνο φοβούνται τον πόνο, το θάνατο και το αβέβαιο μέλλον. Ο ρόλος τους, ως ασθενείς, είναι καινούριος και άγνωστος (μη οικείος). Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν το χρόνο για τις προσωπικές τους ανάγκες. Επίσης, παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατανόηση νέων πληροφοριών, ειδικά όταν πρόκειται για άσχημα νέα, επειδή παρεμποδίζονται από τα συναισθήματά τους. Σε τέτοια περίπτωση, καλό είναι να βρίσκεται παρών και κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο του ασθενή για την καλύτερη αποδοχή και αντιμετώπιση των νέων. Όλο το υγειονομικό προσωπικό, αλλά κυρίως ο ιατρός, κατέχει έναν εξέχον ρόλο στη ζωή του ασθενή. Γι' αυτό και είναι επιθυμητή η καλή σχέση μεταξύ τους .

Η συνεργασία με τους καρκινοπαθείς είναι δύσκολη. Για να συνεργαστούν αποτελεσματικά πρέπει να γίνει σαφές και κατανοητό ότι ο καθένας (ιατρός και ασθενής) θα χειριστεί τον άλλο μέσα στα δικά του πλαίσια. Η ομαδική δουλειά είναι το ζητούμενο και μέσα απ' αυτή μπορεί να προσφερθεί η σωστή υποστήριξη ⁽⁶²⁾.

6.11 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Για πολλούς ασθενείς η έλλειψη μόρφωσης είναι ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο που επηρεάζει την επικοινωνία στον τομέα της αγωγής υγείας.

Άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου έχουν συνήθως φτωχή υγεία και, άρα, υψηλές ιατρικές ανάγκες. Το ποσοστό αυτών που εισάγονται στο νοσοκομείο είναι υψηλότερο από αυτό των ατόμων με υψηλό μορφωτικό επίπεδο .

Η συνειδητοποίηση ενός πιθανού επικοινωνιακού χάσματος μπορεί να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας να προλάβουν την εμφάνιση αυτού του εμποδίου και να σχεδιάσουν στρατηγικές, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς στην καλύτερη κατανόηση ιατρικών συμβουλών και οδηγιών. Επίσης, άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δεν έχουν προσαρμοστεί με την εξέλιξη της τεχνολογίας. Γι' αυτό και θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν άλλες πηγές ενημέρωσης από τις σύγχρονες έντυπες και ηλεκτρονικές μορφές. Είναι πιο εύκολο να αποκτήσουν γνώσεις ως πληροφορίες μέσω της τηλεόρασης, του ραδιοφώνου ή από προφορικές εξηγήσεις κάποιας προσωπικής εμπειρίας .

Τα τελευταία 25 χρόνια η έρευνα, ως προς τη βελτίωση της παροχής πληροφοριών στους ασθενείς, έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο και ανάπτυξη. Οι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να αλλάξουν κάποιους από τους παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία, όπως πολιτιστικά πιστεύω και αξίες, υποχρεωτική παιδεία, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, γλωσσικές διαφορές και πνευματικές ιδιότητες. Βρίσκονται σε θέση να καθορίζουν τον τρόπο παροχής των συμβουλών και των οδηγιών προς τους ασθενείς. Οι ασθενείς, με τη σειρά τους, έχουν την ανάγκη να δεχτούν κατανοητές και λογικές συμβουλές. Θέλουν να δουν πως μπορούν να τις εφαρμόσουν στον τρόπο ζωής τους, αν αυτό είναι εφικτό και αν αξίζει η προσπάθεια να το πετύχουν .

Απλά και ευνόητα μηνύματα θα βοηθήσουν τους ασθενείς να καταλάβουν σημαντικές πληροφορίες για τον καρκίνο και την ανάγκη της συνεχούς φροντίδας. Οι γλωσσικές διαφορές πρέπει να ληφθούν υπ' όψη για την επιλογή του κατάλληλου λεξιλογίου. Καλό είναι να αποφεύγονται δύσκολες γλωσσικές έννοιες και εξειδικευμένες λέξεις.

Εκτός από τα μαθησιακά προβλήματα, άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν επαρκή νοημοσύνη. Οι καινούριες πληροφορίες μπορούν να μαθευτούν, αν συνδυαστούν με παλαιότερες γνώσεις και σχετικές με την κατάσταση του ασθενή .

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να μεταδώσουν κατανοητά μηνύματα, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς. Οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο χρειάζονται σαφείς και ρητές πληροφορίες. Οι ανάγκες αυτές φαίνονται σε ειδικά στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς, δηλαδή την αντίληψη, το σχεδιασμό, τη δράση και την αξιολόγηση .

Η θεωρία για την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας, αλλά και η εφαρμογή αυτή στους ενήλικες, προτείνει ειδικές στρατηγικές και ειδικότερα: - περιορισμός των πληροφοριών στις απαραίτητες λέξεις-κλειδιά που πρέπει να γνωρίζει την κάθε στιγμή ο ενδιαφερόμενος. Γενικές λεπτομέρειες ως προς τη φυσιολογία ή το ιστορικό της θεραπείας μπορούν να δοθούν αργότερα

- διαχωρισμός της πληροφορίας σε ευνόητα κομμάτια, αν αυτή είναι εκτενής. Όταν οι συμβουλές δίδονται τμηματικά, είναι πιο εύκολο να συγκρατηθούν από τους ασθενείς. Με αυτό τον τρόπο είναι πιο εύκολο να δεχθούν οι ασθενείς τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν

- παρουσίαση του συνολικού περιεχομένου, πριν δοθούν νέες συστάσεις. Αυτό μπορεί να φαίνεται ασήμαντο, αλλά αυξάνει το βαθμό κατανόησης και απομνημόνευσης, αφού πρώτα δημιουργείται (στον εγκέφαλο) ένα μέρος, όπου θα αποθηκευθούν οι πληροφορίες. Έτσι αφομοιώνονται καλύτερα .

Οι απλές συμβουλές και οδηγίες, ειδικά αυτές που επικεντρώνονται στη συμπεριφορά, είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς όλων των μορφωτικών επιπέδων και ιδιαίτερα σε αυτούς με χαμηλή μόρφωση (63).

6.12 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η διάγνωση του καρκίνου επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του, αλλά και τα άτομα που φροντίζουν την υγεία του. Ο καρκίνος είναι μια δυσλειτουργία που επηρεάζει πολλούς ανθρώπους, άμεσα ή έμμεσα. Επίσης, μεταβάλλεται από μια οξεία ασθένεια με προδιαγεγραμμένη πορεία που καταλήγει σε θάνατο, σε μια χρόνια ασθένεια με μακροχρόνια θεραπεία και ρυθμίσεις για συνεχόμενη φροντίδα και στο σπίτι. Όχι μόνο η διάγνωση, αλλά και η επακόλουθη πορεία της νόσου, μπορεί να επηρεάσει το παρόν στάδιο της υγείας .

Οι καρκινοπαθείς είναι μια ομάδα στην οποία η ανάγκη για φροντίδα είναι συνεχώς αυξανόμενη και, ως συνέπεια, τα προβλήματα που προκύπτουν από την παροχή φροντίδας από τους ειδικούς συνεχώς αλλάζουν, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Επιπρόσθετα, το άγχος στους ειδικούς για τη φροντίδα του καρκινοπαθή μπορεί να παρουσιαστεί από την αδυναμία τους να χειριστούν την ασθένεια .

Παρά τις αρνητικές εμπειρίες της φροντίδας των ασθενών, αναφέρονται και πολλά ευεργετικά αποτελέσματα. Οι εμπειρίες των υπεύθυνων για τη φροντίδα των ασθενών μπορεί να είναι και θετικές. Οι προσδοκίες από την εμπειρία της παροχής υπηρεσιών που χαρακτηρίζονται ως θετικές, ποικίλουν. Αυτές ορίζονται ως αίσθημα ικανοποίησης, αυτό-εκτίμησης και υπεροχής. Νιώθουν περισσότερο ικανοποιημένοι με το έργο τους και τη φροντίδα του ασθενή .

Σε μελέτες που εξετάζονται τα αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών, διακρίνονται σε δύο διαστάσεις: η ψυχολογική και η σωματική υγεία. Οι μελέτες που επικεντρώνονται στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας έδειξαν αύξηση της κατάθλιψης , του άγχους και της

συναισθηματικής εξάντλησης. Μάλιστα, παρατηρήθηκε ότι ο βαθμός εξάρτησης και κατάθλιψης των ασθενών σχετίζεται με το καθημερινό πρόγραμμα και την κατάσταση υγείας των υπευθύνων τους, αντίστοιχα .

Επομένως, ο καρκίνος μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα από τα σύγχρονα νοσήματα φθοράς με σημαντικές, συνεχείς και κυμαινόμενες ειδικές ανάγκες και προβλήματα, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς, όσο και στα άτομα που τους φροντίζουν. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη να μελετηθεί η σχέση των καρκινοπαθών και των υπευθύνων για τη φροντίδα τους, για την καλύτερη πρόοδο της αγωγής υγείας. Από τη στιγμή που η σωματική και η ψυχική υγεία των φροντιστών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την πορεία της ασθένειας και την σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, μπορούμε να ταυτοποιήσουμε ότι μπορεί και οι πρώτοι να έχουν ανάγκη από υποστήριξη. Καλύτερη φροντίδα των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί αν δοθεί προσοχή στα βιώματα του υγειονομικού προσωπικού, είτε αυτά είναι θετικά, είτε είναι αρνητικά (64).

6.13 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η εξασφάλιση της ποιότητας στην ιατρική είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας επιχειρούμε να αξιολογήσουμε την πραγματική ποιότητα της φροντίδας που δίνεται σε ασθενείς είτε μεμονωμένα, είτε ομαδικά. Όταν αναγνωρίζονται οι ελλείψεις, διατυπώνονται τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για τη σωστή δράση. Παρ' όλο, όμως, που αυτή είναι μια προφανής διαδικασία για την πρόοδο της φροντίδας στον τομέα της υγείας, λίγες έρευνες έχουν λάβει χώρα .

Η ποιότητα αντιπροσωπεύει ένα ιδανικό μέσο όρο χρήσης των πηγών και όχι την καλύτερη δυνατή χρήση κάθε μεμονωμένης περίπτωσης. Ο προσδιορισμός της ποιότητας αναφέρεται στο επίπεδο επίτευξης της φροντίδας μέσα από καθορισμένες ρυθμίσεις. Η έννοια της ποιότητας καθορίζει το στόχο που πρέπει να επιτευχθεί με τη θεραπεία και πιστοποιεί τους παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπεία, αναλύει

τεχνικές μέτρησης που μπορούν να ζητηθούν και προσδιορίζει την επίδραση των σωστών μετρήσεων .

Για τους ασθενείς το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας είναι αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία. Το αποτέλεσμα καλύπτει μια πληθώρα παραγόντων, όπως η θεραπεία, οι παρενέργειες και η ικανοποίηση του ασθενή. Η θεραπεία και η παρενέργειες είναι παράγοντες που μπορούν να αξιολογηθούν αρκετά χρόνια αργότερα. Αυτό σημαίνει ότι, όταν τα αποτελέσματα θα είναι διαθέσιμα, δε θα είναι πια σχετικά με την πορεία της ασθένειας. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος σε τόσο μικρό αριθμό ατόμων, με τόσο σύντομο επανέλεγχο, είναι συχνά αντιπαραγωγική. Όταν αξιολογηθεί το αποτέλεσμα, δίνει περιορισμένες πληροφορίες χωρίς να υποδεικνύει πιθανές αιτίες για τις ελλείψεις. Εάν το αποτέλεσμα είναι λιγότερο ικανοποιητικό από το αναμενόμενο, είναι αναγκαίο να αναλυθούν οι επιμέρους όψεις της διαδικασίας και να διερευνηθούν οι αιτίες. Συγκριτικά με την αξιολόγηση του αποτελέσματος είναι ευκολότερο να εκτιμηθεί η υποδομή ή η διαδικασία που χρησιμοποιείται για την απόκτηση αυτού .

Η πολύ-επιστημονική προσέγγιση αποτελεί τη βάση για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του καρκίνου. Με το συνδυασμό διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων αποφεύγεται η υπό- ή υπερθεραπεία. Η πολύ-επιστημονική προσέγγιση είναι συχνά ελλιπής στην ιατρική πρακτική, με πιθανή αρνητική συνέπεια στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Μια ιδανική ρύθμιση περιλαμβάνει συχνές συνεδρίες των επιστημόνων όπου συζητώνται:

- α) όλες οι περιπτώσεις καρκίνου πριν την έναρξη της θεραπείας
- β) προκαθορισμένα πρωτόκολλα για τη θεραπεία κάτω από δεδομένες συνθήκες, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν σε όλες τις περιπτώσεις στα νοσοκομεία .

Τα κλινικά πειράματα παρέχουν την καλύτερη επιστημονική προσέγγιση για τη διαπίστωση της δραστηριότητας της θεραπείας. Ο ιατρικός έλεγχος

είναι αυτός που θα αποφασίσει αν η δραστικότητα μπορεί να μεταφραστεί σε αποτελεσματικότητα. Τα τελικά αποτελέσματα ποικίλουν ανάλογα με την αρχική πρόθεση της θεραπείας, αλλά η ερμηνεία αυτών διαφέρει μεταξύ των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού (κυρίως στην παρηγορητική αγωγή). Εκτός από τη συλλογή πληροφοριών χρειάζεται και επιβεβαίωση της εγκυρότητας από τον ίδιο τον ασθενή, αφού ο έλεγχος γίνεται προς όφελος του ασθενή .

Τέλος, είναι σημαντικό οι ασθενείς να μην αρνούνται εσφαλμένα την όποια θεραπευτική παρέμβαση. Η αναγνώριση της κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου είναι δύσκολη, όπως επίσης είναι δύσκολη και η απόφαση να μην ακολουθηθεί κάποια θεραπεία. Για παράδειγμα, ένα απλό ερωτηματολόγιο μπορεί να διαπιστώσει και να κρίνει τις συνέπειες και την καταλληλότητα της θεραπείας σε ασθενείς που λαμβάνουν κυτταροτοξικά φάρμακα και σε αυτούς που δε λαμβάνουν (65).

Το 1984 ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) στις συστάσεις του για το πρόγραμμα « Υγεία 2000» πρότεινε την έναρξη εργασιών για την εξασφάλιση της ποιότητας στη φροντίδα των ασθενών. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συνείσφερε στην εξασφάλιση της ποιότητας στη γενική ιατρική με την παράθεση οδηγιών για τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ιατρών πάνω στη γενική ιατρική. Αυτό θα παρέχει γνώσεις όχι μόνο πάνω στην «μοντέρνα, κλινική ιατρική» αλλά και γνώσεις γηριατρικής και κοινωνικής ιατρικής. Για να εξασφαλιστεί η ποιότητα χρειάζεται συνεχόμενη αξιολόγηση των περιεχομένων της μεταπτυχιακής αξιολόγησης (66).

Τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της συνεχόμενης ιατρικής εκπαίδευσης. Ο κύκλος ελέγχου περιλαμβάνει τέσσερα στάδια:

1. καθορισμός προτύπων (τι αναμένεται να συμβεί)
2. παρατήρηση πρακτικής (τι πραγματικά συμβαίνει)
3. σύγκριση προτύπων με τα πραγματικά αποτελέσματα

4. αναφορά προτεινόμενων αλλαγών, ώστε να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι.

Το θέμα του ελέγχου στον τομέα της ιατρικής αναπτύσσεται ταχύτατα και ως σκεπτικό και ως πραγματικότητα. Ο έλεγχος είναι μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, περιλαμβανομένων των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά και τη χρήση όλων των πηγών που είναι διαθέσιμες για την επίτευξη της ποιότητας ζωής του ασθενή. Απαιτείται προσεκτική προετοιμασία, ώστε να εξασφαλιστεί ο καλοπροαίρετος ρόλος και να μην αντιμετωπίζεται ως απειλή. Με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί η επιθυμητή ποιότητα στη φροντίδα του ασθενή καθ' όλη την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας (67).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

7.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η αντικαρκινική θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως τη χημειοθεραπεία, την ακτινοβολία και την εγχείρηση, ή ένα συνδυασμό των πιο πάνω μεθόδων. Εγχείρηση: στη θεραπεία των όγκων η χειρουργική παρέμβαση κατέχει ένα σημαντικό ρόλο στην υψηλή θέση των θεραπευτικών σχημάτων (66). Αποτελεί τον πρώτο τρόπο θεραπείας σε ασθενείς με γαστρεντερικές κακοήθειες αλλοιώσεις και μπορεί να συνδυαστεί με προ-εγχειρητική ή μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία. Όταν ο όγκος εντοπίζεται στο γαστρεντερικό σωλήνα, παρουσιάζονται διάφορα διατροφικά προβλήματα τόσο λόγω της χειρουργικής θεραπείας, όσο και λόγω της εξέλιξης της νόσου. Η εγχείρηση έχει ως αποτέλεσμα την προσωρινή ή μόνιμη χρήση σωλήνα σίτισης. Ασθενείς που αντιμετωπίζουν πρόβλημα δυσφαγίας χρειάζονται συνεχή εκπαίδευση στον τρόπο μάσησης και κατάποσης της τροφής (2).

Ακτινοβολήση: Αναφέρεται στη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας που έχει ως αντικείμενο θεραπείας την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η θεραπεία με ακτινοβολία γίνεται, συνήθως, μία φορά ημερησίως, υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις όπου γίνεται συχνότερα. Η ακτινοβολήση αποτελεί μέθοδο θεραπείας, ενώ η παρηγορητική αγωγή δίδεται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων, όπως ο πόνος ή η δυσκολία στην αναπνοή. Συνηθισμένες παρενέργειες της ακτινοβολήσης είναι η ανορεξία, η ναυτία, το αίσθημα κόπωσης και η κατάθλιψη. Ένας συνδυασμός αυτών, μαζί με τη διαδικασία που ο ακολουθεί ο ασθενής για τη θεραπεία έχουν αρνητική επίδραση στην πρόσληψη τροφής. Επιπλέον, αρνητική επίδραση στην κατανάλωση τροφής έχει ως αποτέλεσμα και η ίδια η θεραπεία, ανάλογα και με την περιοχή όπου επιδρά (1). Ακτινοβολήση στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού προκαλεί ένα πλήθος παρενεργειών, όπως πονόλαιμο, ξηροστομία,

καταστροφή οδόντων και ούλων, αλλοίωση της γεύσης και της οσμής. Ακτινοβόληση στην κοιλιακή χώρα μπορεί να προκαλέσει οξεία γαστρίτιδα ή εντερίτιδα με ναυτία, τάση προς έμετο, διάρροια και ανορεξία (2).

Χημειοθεραπεία: περιλαμβάνει τη χρήση χημικών παραγόντων ή φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία του καρκίνου. Η χημειοθεραπεία είναι μια συστηματική θεραπεία που επηρεάζει όλο το σώμα. Η επίδραση των χημειο-θεραπευτικών παραγόντων δεν περιορίζεται μόνο στα καρκινικά κύτταρα αλλά και σε φυσιολογικούς ιστούς (2). Οι συνέπειες και οι παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία εντοπίζονται κυρίως στη στοματική κοιλότητα και στο γαστρεντερικό σωλήνα (1). Ως αποτέλεσμα, επηρεάζεται η διατροφική πρόσληψη και οι διατροφικές συνήθειες του ασθενή (2). Επίσης, ο αριθμός των κυτταροτοξικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, συνεχώς αυξάνεται. Παρ' όλο, όμως, που το κάθε φάρμακο έχει διαφορετικές παρενέργειες συνδυασμός των φαρμάκων έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της δράσης τους έναντι των καρκινικών κυττάρων και την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών για τον ασθενή (1). Χρειάζεται, λοιπόν, ιδιαίτερη προσοχή, γιατί αφ' ενός η πρόσληψη της τροφής επηρεάζεται από τυχόν φαινόμενα στοματίτιδας, γλωσσίτιδας και οισοφαγίτιδας και αφ' ετέρου οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής οδηγούν σε ανορεξία, ολιγοφαγία και διάρροια (2).

7.2 ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντικός στην αντιμετώπιση και στο σωστό χειρισμό των ασθενών που λαμβάνουν θεραπευτική φροντίδα. Όλο το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει τις επιδράσεις του καρκίνου και της θεραπείας του στον ασθενή. Οι συνέπειες δεν είναι μόνο σωματικής και ψυχολογικής φύσεως, αλλά

και πνευματικής και κοινωνικής. Οι ασθενείς παρουσιάζουν οξύ και χρόνιο πόνο, γαστρεντερικές διαταραχές, ερεθισμό της στοματικής κοιλότητας, δύσπνοια, δερματικές αλλοιώσεις, αλωπεκία, απώλεια/ αύξηση σωματικού βάρους, καχεξία, κόπωση, άγχος, ανασφάλεια και, τέλος, ρήξη με τον κοινωνικό τους περίγυρο. Γι' αυτό είναι άμεση ανάγκη, πέραν των ιατρών, να γνωρίζει και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό (διαιτολόγοι, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι) γενικά στοιχεία για τις μορφές της θεραπείας. Συνοπτικά, οι γνώσεις τους θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις εξής πληροφορίες :

Εγχείρηση: - αρχές χειρουργικής του καρκίνου

- απαιτούμενη περίθαλψη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εγχείρηση
- συγκεκριμένα προβλήματα που προκύπτουν από τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου

Ακτινοβολία: - αρχές ακτινοβολίας/ ακτινοφυσική

- βιολογικές επιδράσεις της ακτινοθεραπείας
- προστασία από την ακτινοβολία
- πρόληψη και θεραπεία παρενεργειών της ακτινοβολίας (βραχυχρόνια και μακροχρόνια)
- φροντίδα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία

Χημειοθεραπεία: - βασικές αρχές χημειοθεραπείας

- φαρμακολογία κυτταροτοξικών φαρμάκων
- βιολογικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας
- ασφαλής χορήγηση και χρησιμοποίηση κυτταροτοξικών φαρμάκων
- κλινικές δοκιμασίες
- μέτρα αναζωογόνησης που απαιτούνται μετά τη θεραπεία
- πρόληψη και θεραπεία παρενεργειών (βραχυχρόνια και μακροχρόνια)

Έχοντας αυτές τις βασικές γνώσεις στον τομέα της θεραπείας θα είναι πιο χρήσιμοι και αποτελεσματικοί όχι μόνο ως προς τη θεραπεία αλλά και στη συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή (51).

7.3 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Μια θεραπεία για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να μην εμφανίσει προβλήματα. Σκοπός, των ερευνητών είναι η ελαχιστοποίηση των προβλημάτων που μπορεί να ανακύψουν κατά την εφαρμογή των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων και τη μεγιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς. Για κάθε μέθοδο, ενώ ο επιθυμητός στόχος της ποιότητας παραμένει ο ίδιος, αλλάζει η μέθοδος για την πραγματοποίηση αυτού .

- Εγχείρηση: στη θεραπεία των όγκων η χειρουργική επέμβαση έχει μια κύρια θέση ανάμεσα στις αποτελεσματικές θεραπείες. Καθώς η χειρουργική διαδικασία αποτελεί μια συνέχεια των τεχνικών διεργασιών για την εξασφάλιση της ποιότητας στη θεραπεία, θα πρέπει να δοθεί βάση στις προσδοκίες των αποτελεσμάτων της μεθόδου. Ένα βήμα για να επιτευχθεί η εξασφάλιση της ποιότητας είναι η προσπάθεια να αναπτυχθεί η μεθοδολογία για τον έλεγχο ειδικών όγκων, απευθυνόμενοι στην υποδομή των διαδικασιών που απαιτούνται κατά την εγχείρηση.
- Ακτινοβολήση: προς το παρόν, η ακτινοβολήση γίνεται μέσα από ένα σύνολο υποδομών και μεταβλητών της θεραπευτικής μεθοδολογίας και μέσα από διαδικασίες παροχής υπηρεσιών. Η ανάγκη για ακρίβεια στην ακτινοθεραπεία είναι πολύ σημαντική. Αλλαγή της τάξης του 5% στην ένταση της δόσης μπορεί να επηρεάσει το βαθμό ελέγχου του όγκου. Η ανάγκη για εξασφάλιση της ποιότητας φάνηκε, όταν αρκετές επιπτώσεις της ακτινοβολίας οδήγησαν σε επιπλοκές που είχαν ως αποτέλεσμα το θάνατο των ασθενών (Σαραγόσσα το 1991). Η ανάγκη για ενιαία και σαφή πρωτόκολλα επιβεβαιώθηκε από την EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) για τη θεραπεία του καρκίνου στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού. Το πρώτο σημείο της θεραπείας είναι ότι στην προετοιμασία της συμμετέχει ένας μεγάλος αριθμός

ατόμων. Λάθη εξαιτίας της ανεπαρκούς μεταφοράς πληροφοριών από το ένα στάδιο στο άλλο, μπορεί να επηρεάσει το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας στο 5% των περιπτώσεων. Επειδή είναι εξαιρετικά δύσκολη η εξάλειψη όλων των πιθανών πηγών των λαθών, χρειάζεται προετοιμασία για την επιλογή της τελικής θεραπείας κατά τη διάρκεια εξέλιξης της νόσου.

- Χημειοθεραπεία: οι δόσεις της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από την αντοχή που δείχνει ο ασθενής και από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Για κάποιες μορφές όγκων η χημειοθεραπεία είναι αποτελεσματική για ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών. Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση της έκτασης του όγκου, η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης. Δεδομένης της σημαντικότητας της χημειοθεραπείας και της εφαρμογής της στους διάφορους τύπους νεοπλασιών, είναι απαραίτητο ο ποιοτικός έλεγχος να είναι και ο ιδανικός. Η πρόβλεψη παροχής «καλής» χημειοθεραπείας απαιτεί οργάνωση και εξειδίκευση. Προτείνεται, λοιπόν, η συγκέντρωση των θεραπειών αυτών σε ειδικά κέντρα. Αυτό θα παρέχει ένα ιδανικό περιβάλλον για τη συγκέντρωση του εκπαιδευμένου προσωπικού σε ένα χώρο, την παροχή ανέσεων προς τους ασθενείς και την πεποίθηση ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας θα βελτιώνονται συνεχώς ⁽⁶⁶⁾.

7.4 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η διατροφή κατέχει μια πολύ σημαντική θέση στον τομέα της αντιμετώπισης των καρκινοπαθών. Επειδή η διατροφική κατάσταση των ασθενών ποικίλει, η θεραπεία μπορεί να έχει διάφορες επιδράσεις πάνω στη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Ένας καλά σιτιζόμενος ασθενής θα ανταποκριθεί καλύτερα στη θεραπεία. Ισχύει, όμως, και το αντίστροφο. Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία απαιτείται και καλή διατροφική κατάσταση του ασθενή. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη διατροφική συμπεριφορά του ασθενή πριν, κατά τη διάρκεια και

μετά το πέρας της θεραπείας. Αυτό είναι αποκλειστική υποχρέωση των διαιτολόγων, αλλά είναι επιθυμητή και η καλή συνεργασία με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό για καλύτερα αποτελέσματα .

Η φτωχή διατροφική κατάσταση αναγνωρίζεται έγκαιρα και μπορεί να προληφθεί η χειροτέρευση της κατά τη θεραπεία. Χρειάζεται προσοχή για τυχόν αλλαγές στην όρεξη του ασθενή, στη γεύση του, στις διατροφικές του συνήθειες και στο σωματικό του βάρος. Η ανάγκη για θεραπεία αυξάνεται σε ασθενείς που: α) διατρέφονται φτωχά, β) χρειάζονται άμεσα χειρουργική παρέμβαση και γ) έχουν αφύσικη απώλεια υγρών και θρεπτικών συστατικών, όπως σε περιπτώσεις παρατεταμένων εμέτων ή διάρροιας .

Οι διατροφικές οδηγίες θα πρέπει να δίνονται από την αρχή της θεραπείας. Σκοπός αυτής της προσπάθειας του υγειονομικού προσωπικού είναι η διατήρηση ή η βελτίωση της διατροφικής κατάστασης του ασθενή, καθώς και η μείωση των παραπόνων που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της θεραπείας (68).

7.4.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και απώλεια της όρεξης είναι αποτέλεσμα του καρκίνου και της θεραπείας αυτού. Ανάλογα με το είδος της θεραπείας που ακολουθεί ο κάθε ασθενής, παρουσιάζονται και διάφορα προβλήματα που χρειάζονται ανάλογη αντιμετώπιση (69).

- Εγχείρηση: όταν ένας ασθενής χρειάζεται άμεσα εγχείρηση, είναι σημαντικό να ρυθμιστεί η διατροφή του, την ώρα της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Η διατροφική του κατάσταση μπορεί, είτε να παραμείνει ως έχει, είτε να βελτιωθεί. Αυτό δύναται να συμβεί με εντερική σίτιση ή παρεντερική σίτιση ή με το συνδυασμό των δύο. Όταν ο γαστρεντερικός σωλήνας λειτουργεί προτιμάται η εντερική σίτιση .

- Ακτινοβολήση: τα διατροφικά προβλήματα που σχετίζονται με την ακτινο-θεραπευτική μέθοδο, εξαρτώνται από το μέρος του σώματος που υποβάλλεται σε θεραπεία, τη δόση της ακτινοβολούμενης ενέργειας, τον αριθμό των θεραπειών και το συνδυασμό εγχείρησης και χημειοθεραπείας. Τα προβλήματα που ανακύπτουν εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή της κεφαλής και του λαιμού, του πνευμονικού διαφράγματος και της κοιλιακής χώρας

α) Κεφαλή και λαιμός: η ραδιοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει έκκριση βλέννας, αύξηση παραγωγής σιέλου, καθώς και αλλαγή ή απώλεια γεύσης. Οι συνέπειες της θεραπείας έχουν άμεσες επιπτώσεις στην όρεξη των ασθενών και στην ικανότητά τους να καταναλώνουν διάφορα τρόφιμα. Η απώλεια όρεξης έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια βάρους. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η καταναλισκόμενη ποσότητα φαγητού θα πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες των ασθενών.

β) Πνευμονικό διάφραγμα: η ακτινοβολήση μπορεί να προκαλέσει από σοβαρά προβλήματα κατάποσης έως οισοφαγίτιδα. Η οισοφαγίτιδα έχει τις ίδιες επιπτώσεις στην όρεξη του ασθενή και στην ικανότητά του να καταναλώνει τροφή, όπως συμβαίνει και στη θεραπεία στην περιοχή κεφαλής και λαιμού.

γ) Κοιλιακή χώρα: η θεραπεία εδώ μπορεί να προκαλέσει ναυτία, κολίτιδα και διάρροια. Μια καλά ισορροπημένη διατροφή είναι πιθανό να προλάβει την εμφάνιση αυτών των επιπλοκών .

- Χημειοθεραπεία: ασθενείς, που υπόκεινται σε θεραπεία με κυτταροτοξικά φάρμακα, μπορεί να εμφανίσουν κάποια διατροφικά προβλήματα. Η χημειοθεραπεία επηρεάζει κυρίως το βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Επομένως, παρουσιάζονται δυσκολίες στη μάσηση και στην κατάποση της τροφής, διάρροια, απώλεια υγρών, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών συστατικών, ναυτία, τάση προς έμετο και νευρικές διαταραχές .

Είναι σκόπιμο και άκρως σημαντικό να εξηγηθεί στον ασθενή ότι οι επιπλοκές που παρουσιάζονται είναι συνέπεια των θεραπευτικών

μεθόδων που ακολουθούνται και όχι εξαιτίας των τροφίμων που καταναλώνονται (68).

Παράρτημα: Πίνακας 6

7.4.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Η κακή διατροφή που οδηγεί σε καχεξία, ευθύνεται για ένα ποσοστό μεταξύ του 22% και 67% των θανάτων από καρκίνο. Περίπου το 80% των ασθενών έχουν μειωμένα επίπεδα αλβουμίνης του ορού, η οποία είναι και δείκτης πρωτεϊνικής και θερμιδικής πρόσληψης. Σκοπός, λοιπόν, της διατροφής είναι αφ' ενός η αποφυγή του κακοσιτισμού και αφ' ετέρου η μείωση των τοξικών επιδράσεων της φαρμακευτικής αγωγής (70).

Σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστώνται μικρά και συχνά γεύματα κάθε 1-2 ώρες, υψηλή πρωτεϊνική πρόσληψη και κατανάλωση τροφίμων υψηλής ενεργειακής αξίας. Ειδικότερα προτείνονται:- μικρά και συχνά γεύματα

- κατανάλωση τροφίμων υψηλής θερμιδικής και πρωτεϊνικής αξίας ως κύριο γεύμα ή σνακ
- αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα
- ευχάριστη ατμόσφαιρα στα γεύματα (69).

Βέβαια, οι θρεπτικές απαιτήσεις ποικίλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και ο διαιτολόγος σε συνεργασία με τον ασθενή θα καθορίσουν τις ανάγκες του και θα θέσουν θεμιτούς στόχους για τη βελτίωση της διατροφικής του κατάστασης. Άλλωστε, μια σωστή διατροφή θα βοηθήσει τον ασθενή ώστε: να νιώθει καλά, να έχει δυνάμεις και ενέργεια, να διατηρήσει το βάρος του και τα αποθέματα σε θρεπτικά συστατικά, να ανταπεξέλθει στις επιπτώσεις της θεραπείας, να μειώσει τον κίνδυνο κάποιας άλλης μόλυνσης και τέλος να αναρρώσει γρήγορα .

Καλή διατροφή σημαίνει κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων που παρέχουν όλα τα θρεπτικά συστατικά για την ενίσχυση του οργανισμού, δηλαδή πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, υγρά, μέταλλα και βιταμίνες:

- Πρωτεΐνη: βοηθάει στην αναπλήρωση των ιστών του σώματος και στη διατήρηση ενός υγιούς ανοσοποιητικού συστήματος. Χωρίς επαρκή πρόσληψη πρωτεϊνών, η επιθυμητή ανάρρωση του οργανισμού δεν είναι γρήγορη και μειώνεται η αντίστασή του στις μολύνσεις.
- Υδατάνθρακες και λίπη: παρέχουν στον οργανισμό το απαραίτητο ποσό ενέργειας που χρειάζεται. Το ποσό αυτό εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία και τη φυσική δραστηριότητα των ασθενών.
- Μέταλλα και βιταμίνες: είναι απαραίτητα για τη σωστή ανάπτυξη. Επιπρόσθετα, επιτρέπουν στον οργανισμό να χρησιμοποιήσει την ενέργεια που παρέχεται από τις τροφές.
- Υγρά: απαραίτητη η επαρκής πρόσληψη υγρών, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διάρροιας ή εμέτου, ώστε να αποφευχθεί η αφυδάτωση του οργανισμού (32).

7.5 ΟΔΗΓΙΕΣ/ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΡΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φροντίδα των ασθενών περιλαμβάνει εξατομικευμένες οδηγίες για τη σωστή διατροφή και την καλύτερη αντιμετώπιση των επιπτώσεων της θεραπείας. Υπάρχουν, όμως, και κάποιες γενικότερες οδηγίες για την καλύτερη διαχείριση και την ανακούφιση από τα προβλήματα που παρουσιάζονται εξαιτίας της θεραπευτικής μεθόδου που ακολουθείται (71).

7.5.1 ANOPEΞΙΑ

Είναι μια κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε καχεξία. Ο ασθενής έχει αυξημένες ανάγκες σε ενέργεια και πρωτεΐνη και γι' αυτό συστήνονται (72):

1. μικρά και συχνά γεύματα
2. κατανάλωση τροφίμων υψηλής θερμιδικής και πρωτεϊνικής αξίας (σνακς)
3. ευχάριστη ατμόσφαιρα κατά τη λήψη των γευμάτων (71).

7.5.2 NAYTIA-EMETOS

Σε περιπτώσεις ναυτίας ή τάσης για έμετο καλό είναι ο ασθενής :

1. να λάβει βαθιές αναπνοές
2. να αποφύγει λιπαρά τρόφιμα τα οποία πέπτονται αργά
3. να αποφύγει τη λήψη υγρών μαζί με το γεύμα (72)
4. να καταναλώνει μικρές μερίδες τροφής και συχνά γεύματα
5. να αποφεύγει την κατανάλωση τροφίμων που προκαλούν αέρια (71)
6. να λαμβάνει τουλάχιστον 1,5 λίτρο υγρών ανάμεσα στα γεύματα
7. να καταναλώνει αργά τα τρόφιμα (68)

7.5.3 ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Σε ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν διαρροϊκές κενώσεις συστήνονται:

1. μειωμένη κατανάλωση λιπαρών τροφίμων
2. αυξημένη κατανάλωση υγρών, ώστε να αποφευχθεί η αφυδάτωση και η περαιτέρω απώλεια ηλεκτρολυτών (72)
3. αποφυγή κατανάλωσης τροφίμων που προκαλούν αέρια (π.χ. κουνουπίδι, όσπρια, κρεμμύδι)
4. αποφυγή τροφίμων που αυξάνουν την κινητικότητα του εντέρου (π.χ. αλκοόλ, μπαχαρικά, καφεΐνη, καπνός)
5. αποφυγή κατανάλωσης δύσπεπτων τροφών και τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες (π.χ. δημητριακά, ξηροί καρποί, ξηρά φρούτα) (68)
6. εάν παρουσιαστεί δυσανοχή στη λακτόζη, να αποφευχθούν τρόφιμα που την περιέχουν (71). Ειδικότερα, να μην

καταναλώνονται περισσότερα γαλακτοκομικά απ' ότι πριν τη θεραπεία (68).

7.5.4 ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ-ΠΟΝΟΛΑΙΜΟΣ

Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας και του πονόλαιμου συστήνονται:

1. αυξημένη κατανάλωση υγρών, κυρίως μαζί με το γεύμα
2. κατανάλωση μαλακών και υδαρών τροφίμων (π.χ. σουπες, κρέμες)
3. μείωση της κατανάλωσης μπαχαρικών, όξινων και υπερ-αλατισμένων τροφίμων, δημητριακών
4. πλύσεις στοματικής κοιλότητας με ανθρακικό νάτριο (72)
5. καραμέλες και τσίχλες, χωρίς ζάχαρη, βοηθούν στη διατήρηση υγρασίας του στόματος
6. προσθήκη υγρασίας κατά την προετοιμασία των φαγητών (π.χ. σάλτσες, ζωμοί κρέατος, βούτυρο) (71)

7.5.5 ΔΥΣΓΕΥΣΙΑ

Η δυσγευσία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια όρεξης, ανορεξία και απώλεια βάρους. Γι' αυτό δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα: 1. στο άρωμα και το χρώμα του φαγητού
2. στην ποικιλία τροφών
3. στην κατανάλωση έντονα γευστικών τροφίμων, όπως όξινα τρόφιμα που ενισχύουν τη γεύση (72)

7.5.6 ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΕΥΣΗΣ

Συνήθως οι καρκινοπαθείς νιώθουν μια έντονη, μεταλλική γεύση που επηρεάζει την κατανάλωση τροφίμων. Επομένως, συστήνονται:

1. η κατανάλωση κρύων τροφίμων, γιατί τα ζεστά ενισχύουν τη γεύση και την οσμή
2. η χρήση πλαστικών και γυάλινων σκευών (71).

7.5.7 ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Κατά την ακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής μπορεί να παρατηρηθεί είτε αύξηση, είτε μείωση του σωματικού βάρους.

Όταν έχουμε απώλεια βάρους, είναι επιθυμητή: 1. η κατανάλωση τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας (π.χ. ζάχαρη, μέλι) ⁽⁷²⁾

2. η κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων

3. η κατανάλωση υγρών συμπληρωμάτων διατροφής ⁽⁷¹⁾.

Στην περίπτωση που παρατηρείται αύξηση βάρους συστήνονται:

1. προγραμματισμένα γεύματα και σνακ. Να μην παραλείπεται κανένα γεύμα
2. προσοχή στο μέγεθος της μερίδας
3. ελαφρά άσκηση
4. περιορισμένη κατανάλωση λιπαρών ⁽⁷¹⁾.

7.5.8 ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΔΟΝΤΩΝ

Είναι μια συχνά παρατηρούμενη επίπτωση της θεραπείας. Το στόμα είναι πιο ευαίσθητο στο κρύο ή στο ζεστό, επομένως τα τρόφιμα καλό είναι να καταναλώνονται σε θερμοκρασία περιβάλλοντος. Βέβαια, για την πρόληψη αυτού, καλό είναι να αποφεύγονται τα γλυκά και να γίνεται χρήση διαλύματος φθοριούχου νατρίου 3 φορές την ημέρα ⁽⁷²⁾.

7.5.9 ΠΟΝΟΣ

Το αίσθημα του πόνου δεν είναι μόνο αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά και της ίδιας της νόσου. Σε τέτοια περίπτωση ο ασθενής:

1. θα πρέπει να λαμβάνει αναλγητική αγωγή
2. να τρώει, όταν νιώθει λιγότερο πόνο
3. να λαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα ⁽⁷¹⁾.

7.5.10 ΑΙΣΘΗΜΑ ΚΟΠΩΣΗΣ

Οι καρκινοπαθείς έχουν συχνά έντονο το αίσθημα της κούρασης, γεγονός που επηρεάζει τη διατροφική τους πρόσληψη. Είναι επιθυμητό:

1. να ξεκουράζονται κατά τη διάρκεια του φαγητού
2. να λαμβάνουν αρκετά, ελαφρά γεύματα και να καταναλώνουν μικρές ποσότητες φαγητού σε κάθε γεύμα
3. να αντικατασταθούν τα στερεά τρόφιμα με πιο μαλακά, τα κρύα γεύματα με ζεστά και τα φρούτα με τους χυμούς ⁽⁶⁸⁾
4. να προτιμώνται τρόφιμα πλούσια σε ενέργεια
5. τα τρόφιμα να προετοιμάζονται εύκολα
6. να δεχθούν τη βοήθεια συγγενών ή φίλων στην προετοιμασία του φαγητού ⁽⁷¹⁾.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δε θα πρέπει να παραλείπονται γεύματα. Όταν θα διακόπτονται, εξαιτίας της θεραπείας ή άλλων παραγόντων, καλό είναι να συμπληρώνονται αργότερα κατά τη διάρκεια της ημέρας ή το βράδυ ⁽⁷²⁾. Επίσης, καλό θα είναι να προσαρμόσουν την ώρα των γευμάτων με τη στιγμή που θα νιώθουν τη μεγαλύτερη όρεξη ⁽⁶⁸⁾.

ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο καρκίνος είναι ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας της σημερινής εποχής. Ο καρκινοπαθής είναι ένα άτομο με μυαλό και αισθήματα, του οποίου πάσχει μόνο το σώμα. Έχει διαμορφωμένους τρόπους συμπεριφοράς, ικανότητες, ενδιαφέροντα, παρορμήσεις, ελπίδες και όνειρα. Επομένως, η ευθύνη των λειτουργών υγείας για τη σωστή αντιμετώπιση των καρκινοπαθών είναι μεγάλη και η φιλοσοφία της περίθαλψής τους περιλαμβάνει τις εξής παραμέτρους:

1. οι καρκινοπαθείς είναι άτομα με προσωπικές ανάγκες, που πρέπει να ζήσουν μια ολοκληρωμένη ζωή. Αναγνώριση του ασθενούς ως ξεχωριστή οντότητα
2. κάθε ασθενής έχει δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη, χωρίς να υπολογίζονται κοινωνικό-οικονομικές και πολιτικές διαφορές
3. ενθάρρυνση, όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους. Απαραίτητη η ενεργώς συμμετοχή όλων για την επίτευξη των στόχων
4. πολύπλευρη προσέγγιση ως προς τη φροντίδα του ατόμου που πάσχει από καρκίνο
5. συμμετοχή όλου του υγειονομικού προσωπικού στην προαγωγή υγείας και την πρόληψη του καρκίνου
6. έρευνα, ώστε να τεθούν οι βάσεις για τη βελτίωση της νοσηλείας των ασθενών
7. πρόσβαση στην ογκολογική ιατρική για πληροφορίες και ενημέρωση
8. όλο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό να λειτουργεί ως στήριγμα για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
9. ευθύνη για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο, την πρόληψη και τη θεραπεία του (51).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αποφυγή της έκθεσης στους επιβαρυντικούς παράγοντες ή η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών προς το καλύτερο δεν αποτελεί πανάκεια του προβλήματος. Για να είμαστε σίγουροι για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη και οι γενετικοί παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη νεοπλασιών.

Επιδημιολογικές έρευνες συμβάλουν στη μελέτη της κατανομής διαφόρων μορφών καρκίνου και στην αναγνώριση των παραγόντων και άλλων παραμέτρων της ασθένειας. Οι επιδημιολογικές έρευνες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της μεθοδολογίας και της αξιολόγησης των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου.

Η πρόληψη, που είναι και ο σημαντικότερος τομέας της αντιμετώπισης του καρκίνου, είναι τρισδιάστατη. Η πρωτογενής πραγματοποιείται για να αποφευχθεί ή να απομακρυνθεί η αιτία μιας ασθένειας πριν την έξαρσή της. Η δευτερογενής λαμβάνει χώρα για να προληφθεί η ανάπτυξη της ασθένειας, ενώ με την τριτογενή πρόληψη σκοπός είναι να αποφευχθούν οι επιπλοκές και να περιοριστεί το αίσθημα ανικανότητας που οφείλεται στην εδραίωση της ασθένειας.

Η παρούσα εργασία διερευνά το ρόλο των λειτουργών υγείας, καθώς και την ειδική εκπαίδευση που πρέπει να λάβουν, όχι μόνο για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου, αλλά και για τη σωστή διαχείριση και συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς. Ένα πρόγραμμα που ασχολείται με τον τομέα της πρόληψης είναι το πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου» που καλύπτει την πρόληψη του καρκίνου, την πληροφόρηση του κοινού, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και περαιτέρω έρευνα όσον αφορά τον καρκίνο. Τέλος, καθώς ο τομέας της εκπαίδευσης

είναι σχετικά καινούριος και δεν έχει εξελιχθεί ακόμα, μπορεί να βασιστεί στο πρόγραμμα που ξεκίνησε με σκοπό την ενημέρωση και την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, έτσι ώστε να τεθούν οι βάσεις για τη μετέπειτα πρόοδο και εξέλιξή του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7. Thomas B. *Cancer*, p.637-657. *Manual of Dietetics Practice* 2001, 3rd edition. Εκδόσεις Blackwell Science.
8. Frankmann C. *Medical Nutrition Therapy for Neoplastic Disease*, p.867-888. *Krause's Food Nutrition and Diet Therapy*, 10th edition.
9. Γελαδάς Ν., Τσακόπουλος Μ. *Γενετική πληροφορία και πρωτεϊνοσύνθεση*, σελ.125-156. *Φυσιολογία του ανθρώπου*, 8^η έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδη.
4. Frendenheim JO. *Genetic Influence on Cancer Risk*, p.199-207. *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease* 2001.
5. Τριχόπουλος Δ., Πετρίδου Ε. *Επιδημιολογία και πρόληψη κακοηθών νεοπλασιών*, σελ.125-164. *Προληπτική ιατρική και Δημόσια Υγεία* 2000. Εκδόσεις Ζήτα.
6. Kelley J.R., Duggan J.M. *Gastric Cancer Epidemiology and Risk Factors*. *J Clin Epidem.* 2003; 56:1-9.
7. Kikuchi S. *Epidemiology of Helicobacter Pylori and Gastric Cancer*. *Gastric Cancer* 2002; 5 (1): 6-15.
8. Konner J., O' Reilly E. *Pancreatic Cancer: epidemiology, genetics and approaches to screening*. *Oncology (Huntingt)*. 2002 Dec; 16(12): 1615-22, 1631-2; discussion 1632-3, 1637-8.
9. Simon B., Printz H. *Epidemiological Trends in Pancreatic Neoplasias*. *Dig Dis*. 2001; 19(1): 6-14.
10. Arguedas MR., Fallon MB. *Prevention in liver disease*. *Am J Med Sci*. 2001 Feb; 321(2): 145-51.
11. Fisher DA., Huffam SE. *Management of chronic hepatitis virus infection in remote-dwelling aborigines and torres strait islanders: an update for primary healthcare providers*. *MJA* 2003; 178(2): 82-85.
12. Olsen SJ., Zawacki K. *Hereditary colorectal cancer*. *Nurs Clin North Am*. 2000 Sep; 35(3): 671-85.
13. Ture I., Furberg AS. *Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, and site specific*. *Med Sci Sports Exerc*. 2001 Jun; 33(6 suppl): S530-50; discussion S 609-10.

14. Bianchini F., Kaaks R., Vainio H. *Overweight, obesity and cancer risk.* Lancet Oncol. 2002; 3: 565-74.
15. Lacey J., Devesa S., Brinton L. *Recent trends in breast cancer incidence and mortality.* Environ Mol Mutagen. 2002 ; 39 : 82-88.
16. Holmes C., Hyman M. *Diagnosis and treatment of breast cancer in the elderly.* Cancer J Clin 2003; 53: 227-244.
17. Sato R., Heljouer K., Alberg A et al. *Prospective study of carotenoids, tocopherols and retinoid concentrations and the risk of breast cancer.* Cancer Epidem Biom and Prev. 2002 May; 11: 451-457.
18. Gronberg H. *Prostate cancer epidemiology.* Lancet 2003; 361: 859-64.
19. Johns LE., Houlston RS. *A systematic review and meta- analysis of familial prostate cancer risk.* BJU Inter. 2003; 91: 789-794.
20. Weisburger JH. *Approaches for chronic disease prevention based on current understanding of underlying mechanisms.* Am J Clin Nutr. 2000; 71(suppl): 1710S-4S.
21. Goodman G. *Prevention of lung cancer.* Oncol/ Heamatol. 2000; 33: 187-197.
22. Bunn P., Pfister DG. *Tobacco control- reducing cancer incidence and saving lives.* J Clin Oncol. 2003; 21: 2777-2786.
23. Clapp R. *Environment and health: 4. Cancer.* CMAJ 2000; 163(8): 1009-12.
24. Bidlack WR. *Interrelationships of food, nutrition, diet and health: the national association of state universities and land grant colleges white paper.* J Am Coll Nutr. 1996 Oct; 15(5): 422-33.
25. Willet WC. *Diet and cancer.* The Oncol. 2000; 5: 394-404.
26. Woo J. *Relationships among diet, physical activity and other lifestyle factors and debilitating diseases in the elderly.* Eur J Clin Nutr. 2000 Jun ; 54(suppl3) : S143-7.
27. Μουρελάτος ΔΚ. *Καρκίνος και Διατροφή.* Ιατρική 1985; 48: 075-85.
10. www.eurekalert.org. *The role of obesity and calories in cancer prevention, Oct 2002*
11. www.UICC.org. *Nutrition and cancer. Dietary guidelines for adults in Greece, 1999*
30. Key T., Allen N., Spencer E., Travis R. *The effect of diet on risk of cancer.* Lancet 2002; 360: 861-68.

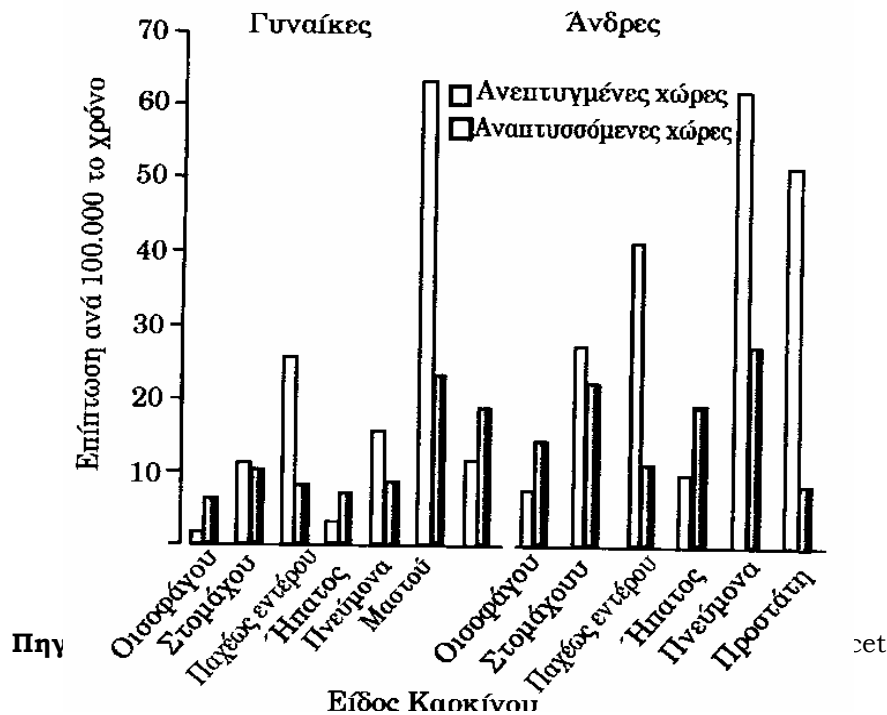
31. www.oncolink.org. *Antioxidant vitamin supplementation and cancer treatments, 2003*
32. www.cancer.org. *Benefits of good nutrition, 2003*
33. Williams GM., Williams CL., Weisburger JH. *Diet and cancer prevention: the first fiber diet*. Toxicol Sci. 1999 Dec; 52(2suppl): 72-86.
34. www.UICC.org. *Nutrition and cancer. UICC statement on diet, nutrition and cancer, 2000*
35. Saslow D., Runowicz CD., Solomon D. *American Cancer Society Guideline for the Elderly Detection of Cervical Neoplasia and Cancer*. CA Cancer J Clin. 2002; 52: 342-362.
36. Greenwald R. *Cancer prevention clinical trials*. J Clin Oncol. 2002; 20: 14s-22s.
37. Riboli E. *Nutrition and cancer : background and rational of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), 1992*
38. www.UICC.org. *Nutrition and Cancer: EPIC, Jul 1999*
12. www.nut.uoa.gr. *EPIC*
13. www.UICC.org. *Nutrition and Cancer: First results on the EPIC study, Jun 2001*
41. Position of ADA. *The role of nutrition in health promotion and disease prevention programs* . J Am Diet Assoc. 1998; 98: 205-508.
42. Τούντας Γ. *Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση*. Σελ.97-103. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Ελ. Καρκινική Εταιρεία. Μπεσμπέας Σ.
14. www.hsph.harvard.edu. *About the health professionals follow-up study. Harvard school of public health, 2000*
44. Haagedoorn EML., Oldhoff J., Bender W., Clarke WD., Sleijfer DTh. *Follow-up, p.35-37. Essential Oncology for Health Professionals, 1994.*
45. Fischer C. *The invisible dimension: abuse in palliative care families*. J Palliat Med. 2003 Apr; 6(2): 257-64.
46. Greene MG., Adelman RD. *Physician-older patient communication about cancer*. Patient Educ Couns. 2003 May; 50(1): 55-60.
47. Abrahm JL. *Care without chemotherapy: the role of the palliative care test*. Cancer J. 2002 Sep-Oct; 8(5): 357-63.
48. Shields CE. *Giving patients bad news*. Prim Care. 1998 Jun; 25(2): 381-90.

- 49.Χαρτοκόλλη Κ. *Πρόληψη και ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες*, σελ.945-948. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Ελ. Καρκινική Εταιρεία. Μπεσμπέας Σ.
- 50.Κρητικός Γ. *Καρκίνος και ο ρόλος των ΜΜΕ στην ενημέρωση των πολιτών*, σελ.961-964. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Ελ. Καρκινική Εταιρεία. Μπεσμπέας Σ.
51. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου. Ενιαίο πρόγραμμα μεταβατικής εκπαίδευσης στην ογκολογική νοσηλευτική. European Oncology Nursing Society, 1994.
- 52.European Code Against Cancer, 1995.
- 53.Europe Against Cancer. *Recommendations of the committee of cancer experts on cervix uteri cancer screening in Europe*. 10-11 Oct 1989.
54. Draper J., Silverman J., Hibble A., Berrington RM., Kurtz SM. *The East Anglia Deanery Communication Skills Teaching Project- six years on*. Med Teach.2002 May; 24(3): 294-8.
55. Watson E., Austoker J., Lucassen A. *A study for GP referrals to a family cancer clinic for breast/ ovarian cancer*. Fam Practice 2001; 18(2): 131-134.
- 15.www.hsph.harvard.edu. *Harvard Center for Cancer Prevention*, 2002.
- 57.Macnamara C. *General practice in Europe. The doctor- patient relationship*, p.13-14. European Union of GP's reference book, 1995-96 UEMO.
- 58.Hayes G. *The expanding role of general practice*, p15-16. European Union of GP's Reference Book, 1995-96 UEMO.
- 59.Bonnel M. *Public health and preventive medicine in Europe*, p.127-132. European Union of GP's Reference Book, 1995-96 UEMO.
- 60.Ferrell BR., Coyle N. *An overview of palliative nursing care*. AJN 2002 May; 102(5): 26-31.
- 61.Haagedoorn EML., Oldhoff J et all. *Cancer pain management*, p.323-339. Essential oncology for health professionals 1994.
62. Haagedoorn EML., Oldhoff J et al. *Psychological care*, p.353-358. Essential oncology for health professionals 1994.
63. Doak C., Doak L., Friedell G., Meade C. *Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: Strategies for clinicians*. CA Cancer J Clin. 1998 May-Jun; 48(3): 151-162.

64. Nijboer C., Tempelaar R., Sanderman R., Triemstra M., Spruij TR., Van Der Bos G. *Cancer and caregiving: the impact on caregivers health*. *Psyco-Oncol.* 1998;7:3-13.
65. Van Der Schueren E., Moriot JCl., Leunes G et al. *Quality assurance in cancer treatment*. *Eur J Cancer* 1993; 29A(2): 172-181.
66. Weisner E. *Quality assurance in general practice*, p.181. European Union of GP's Reference Book, 1995-96 UEMO.
67. Wilson AM. *Quality assurance and medical audit in general practice*, p.182-184. European Union of GP's Reference Book, 1995-96 UEMO.
68. Haagedoorn EML., Oldhoff J. et al. *Nutrition in oncology*, p.342-351. *Essential Oncology for Health Professionals* 1994.
16. www.cancer.org. *Poor appetite*, 1998.
17. www.immunopower.com *Nutrition in cancer treatment*, 1999.
71. Eldridge B., Rock Ch., McCallum P. *Nutrition and the patient with cancer*, p.397-412. *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease*, 2001.
18. Escott- Stumps S. *Leukemias, Lymphomas and Cancer*, p.396-407. *Nutrition and Diagnosis Related Care*, 3rd edition 1992.
19. Escott- Stumps S. *Dietetic process, forms, counseling tips*, p.711-743. *Nutrition and Diagnosis Related Care*, 4th edition.
74. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ. *Προληπτική ιατρική*, σελ 47- 60, 1986.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1, σελ. 12 : Επίπτωση, σε σχέση με την ηλικία, των πιο συνηθισμένων μορφών καρκίνου



Πίνακας 2, σελ.13 : Ποσοστά θανάτων (μη αθροιστά) από καρκίνους, που μπορούν να αποδοθούν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε ανεπτυγμένες χώρες.

Παράγοντες ή Ομάδα Παράγοντων		Ποσοστό (%)
1	Κάπνισμα	30
2	Αλκοολούχα ποτά	3
3	Διατροφικές συνήθειες / Παχυσαρκία	30
4	Περιγεννητικές επιδράσεις - Ραγδαία σωματική ανάπτυξη	5
5	Καθιστική ζωή	3
6	Λοιμώδη αίτια	10
7	Αναπαραγωγικοί Παράγοντες	2
8	Ιονίζουσα και Υπεριώδεις Ακτινοβολία	2
9	Επαγγελματικοί Παράγοντες	5
10	Ρύπανση περιβάλλοντος	2

Πηγή: Τρικόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία 2000, σελ 156

Πίνακας 3, σελ.16 : Παράγοντες καθημερινής έκθεσης με καρκινογόνες ιδιότητες

Πηγή: Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία 2000, σελ 155

Πίνακας 5, σελ.29: Συστάσεις για την προαγωγή υγείας μέσω του τρόπου ζωής

1. Αποφυγή χρήσης καπνού σε οποιαδήποτε μορφή (μασώμενου, εισπνεόμενου)
2. Μείωση ολικού προσλαμβανομένου λίπους. Κατανάλωση κυρίως μονοακόρεστων λιπαρών. Κατανάλωση ψαριών αρκετές φορές την εβδομάδα.
3. Πρόληψη παχυσαρκίας. Προσαρμογή ενεργειακής πρόσληψης στις ανάγκες του οργανισμού.
4. Αύξηση κατανάλωσης φυτικών ινών.
5. Αύξηση κατανάλωσης λαχανικών (κυρίως τομάτες) και φρούτων, καθώς είναι έσοχες πηγές βιταμινών, μετάλλων, φυτικών ινών και αντιοξειδωτικών.
6. Αποφυγή αλατισμένων και καπνιστών τροφίμων.
7. Περιορισμός της πρόσληψης τηγανητών ή προπαρασκευασμένων τροφίμων.
8. Αυξημένη κατανάλωση ασβεστίου, από πηγές όμως αποβουτυρωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων.
9. Μέτρια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.
10. Κατανάλωση 1-1,5 lt νερού ή υγρών γενικότερα, ημερησίως.
11. Προσοχή στην έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία.
12. Συχνή και συστηματική άσκηση.

Πηγή: Weisburger HJ. Approaches for chronic disease prevention based on current understanding of underlying mechanisms. Am J Clin Nutr 2000; 71 (suppl.): 1710S-45S.

Πίνακας 6, σελ.68: Επιπλοκές της θεραπείας του καρκίνου.

Είδος θεραπείας	Σημείο εντοπισμού	Παρατηρούμενη επιπλοκή
Εγχείρηση	Φάρυγγας	Μειωμένη πρόσβαση στο γαστρεντερικό σωλήνα.
	Οισοφάγος	Δυσασπορρόφηση λίπους, απώλεια ικανότητας κατάποσης, παρεμπόδιση λειτουργίας.
	Στόμαχος	Δυσασπορρόφηση, αναιμία, σύνδρομο dumping.
	Πάγκρεας	

		Εξωκρινής ή ενδοκρινής ανεπάρκεια.
	Μικρό Έντερο	Στεατόρροια, δυσαπορρόφηση λίπους, έλλειψη B ₁₂ , αναιμία, μείωση χολικών οξέων.
	Παχύ Έντερο	Απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών.
Χημειοθεραπεία	Αντιβιοτικά	Ανορεξία, διάρροια, ναυτία, έμετος, στοματίτιδα.
	Αντιμεταβολικά	Διάρροια, ναυτία, έμετος, στοματίτιδα.
	Κορτικοστεροειδή	Κατακράτηση υγρών και νατρίου.
	Αλκαλοειδή	Ναυτία, έμετος.
Ακτινοβολήση	Κεφαλή – Λαιμός	Ανορεξία.
	Φάρυγγας	Ναυτία, έμετος, δυσφαγία, ξηροστομία, αλλαγή γεύσης, απώλεια βάρους.
	Κοιλιακή χώρα, Έντερο, Πύελος	<u>Αρχικά</u> : εντερίτιδα, διάρροια, πόνος στην κοιλιακή χώρα, ναυτία, έμετος. <u>Έπειτα</u> : στένωση εντέρου, οίδημα, απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, απώλεια βάρους.

Πηγή: Escott – Stump S. (1992). Leukemias, Lymphomas and Cancer, p. 369-407.
Nutrition and Diagnosis Related Care 3rd edition.