

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΦΩΤΟΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ονοματεπώνυμο φοιτητριών

Λιάρου Άννα

Δεληπέτρου Δέσποινα

Επιβλέπων καθηγητής

Παπαδόπουλος Ιορδάνης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2019

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ABSTRACT	5
ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	13
1.1 Ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία.....	13
1.2 Υπεριώδης ακτινοβολία	14
1.3 Δείκτης υπεριώδους ακτινοβολίας	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	18
2.1 Θετικές επιδράσεις ήλιου	18
2.1.2 Ψωρίαση.....	19
2.1.3 Ατοπική Δερματίτιδα.....	23
2.2 Παραγωγή βιταμίνης D	24
2.2.1 Βιταμίνη D και φωτογήρανση	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	26
3.1 Φωτογήρανση	26
3.1.1 Φωτοπροστασία.....	29
3.1.2 Τροποποίηση συμπεριφοράς.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	32
4.1 Προκαρκινωμάτωσης και καρκινικές βλάβες από τον ήλιο.....	32
4.2 Ακτινική υπερκεράτωση.....	37
4.3 Βασικό κυτταρικό καρκίνωμα (BCC).....	39
4.4 Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα	41
4.4.1 Θεραπεία Προκαρκινικών Βλαβών	43
4.4.2 Θεραπεία Καρκινικών Βλαβών.....	43
4.4.3 Πρόληψη	44
4.5 Κακοήθες μελάνωμα	44
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	50
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	50
ΔΕΙΓΜΑ	50
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	51
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	132
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	138

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	145

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ: Να γίνει γνωστό κατά πόσο η ηλικία και το επάγγελμα έχει σχέση με τη φωτογήρανση του δέρματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη δημιουργία και το μοίρασμα ερωτηματολογίου, που συντάχθηκε για τους σκοπούς της και μοιράστηκε την περίοδο Οκτωβρίου- Δεκεμβρίου 2018 σε 200 άνδρες, της Καλύμνου και της Εδέσσης, το επάγγελμα των οποίων τους φέρνει σε επαφή με τον ήλιο, άρα είναι πιο πιθανό να έχουν ηλιακές βλάβες στο δέρμα τους. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες: Α Ομάδα οι άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Κάλυμνο και Β Ομάδα οι άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Έδεσσα. Στα παραρτήματα της παρούσης εργασίας παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων του δείγματος. Για τα αποτελέσματα έγινε στατιστικός έλεγχος με τη χρήση των προγραμμάτων SPSS 2.0, με περιγραφική στατιστική συχνοτήτων (frequencies, Crosstabulation).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι και στις δύο ομάδες του δείγματος δεν υπάρχει συμμόρφωση σχετικά με τη χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας ή της τακτικής επίσκεψης στο δερματολόγο ώστε να εξετασθούν τυχόν δερματικές βλάβες εγκαίρως, ιδιαίτερα στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 40-50 και 50-60 ετών και στα επαγγέλματα του Οικοδόμου και του Αγρότη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ηλικιακές ομάδες 40-50 και 50-60 ετών δεν ακολουθούν τις Διεθνείς Συστάσεις για την προστασία του δέρματος από την επίδραση του ηλίου. Στην έρευνά μας φαίνεται επίσης ότι οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» και οι «ΑΓΡΟΤΕΣ», παρόλο που η εργασία τους έχει άμεση σχέση με τον ήλιο, είναι εκείνοι που δεν προστατεύονται και δεν πηγαίνουν τακτικά σε δερματολόγο, προκειμένου να εξετάσουν το δέρμα τους.

ABSTRACT

PURPOSE: To know whether age and occupation are related to skin irradiation.

METHODOLOGY: The survey was carried out with the creation and distribution of a questionnaire drawn up for its purposes and distributed between October and December 2018 to 200 men, Kalymnos and Edessa, whose profession brings them into contact with the sun, so are more likely to have sun damage to their skin. The sample was divided into two groups: Group A men living and working in Kalymnos and Group B men living and working in Edessa. The annexes to this paper provide the questionnaire used to collect the sample data. The results were statistically tested using the SPSS 2.0 programs, with descriptive frequency and Crosstabulation.

RESULTS: The results of our research show that in both sample groups there is no compliance with the use of sunscreen during work or regular dermatologist visit to examine any skin lesions in time, especially in the age groups between 40-50 and 50-60 years old in the occupations of the builder and the farmer.

CONCLUSIONS: The age groups 40-50 and 50-60 years do not follow the International Recommendations on skin protection from the effects of the sun. In our research it also appears that "BUILDINGS" and "AGROTES", although their work is directly related to the sun, are those who are not protected and do not regularly go to a dermatologist to examine their skin.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Πίνακας συχνοτήτων της ηλικίας του δείγματος A

Γράφημα 1: Ηλικία δείγματος A

Πίνακας 2: Πίνακας συχνοτήτων της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος A

Γράφημα 2: Επαγγελματική κατάσταση δείγματος A

Πίνακας 3: Πίνακας Συχνοτήτων για τη χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας του δείγματος A

Γράφημα 3: Χρήση αντηλιακού από το δείγμα A

Πίνακας 4: Σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και ηλικίας δείγματος A

Γράφημα 4: Σχέση μεταξύ ηλικίας και χρήσης αντηλιακού

Πίνακας 5: Σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και επαγγέλματος

Γράφημα 5: Σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και επαγγέλματος

Πίνακας 6: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

Γράφημα 6: συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

Πίνακας 7: Πίνακας συχνότητας χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος A

Γράφημα 7: συχνότητα χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος A

Πίνακας 8: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

Γράφημα 8: Συχνότητα χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας σε σχέση με το επάγγελμα του δείγματος A

Πίνακας 9: Πίνακας συχνοτήτων των ωρών που εργάζεται κάτω από τον ήλιο το δείγμα A

Γράφημα 9: ώρες που εργάζεται το δείγμα A κάτω από τον ήλιο

Πίνακας 10: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας στον ήλιο σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 10: Συχνότητα παραμονής κάτω από τον ήλιο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος A

Πίνακας 11: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο, σε σχέση με το επάγγελμα

Γράφημα 11: Σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο

Πίνακας 12: Πίνακας συχνοτήτων για την παρουσία ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος A

Γράφημα 12: Συχνότητα εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος A

Πίνακας 13: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος A

Γράφημα 13: Σχέση εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος A

Πίνακας 14: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

Γράφημα 14: Σχέση μεταξύ ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια και επαγγέλματος

Πίνακας 15: Πίνακας συχνοτήτων ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα A

Γράφημα 15: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα A

Πίνακας 16: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με το δείγμα A

Γράφημα 16: Σχέση μεταξύ ηλιοκαμένης επιδερμίδας και ηλικίας του δείγματος A

Πίνακας 17: Ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος A

Γράφημα 17: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με το επάγγελμα του δείγματος Α

Πίνακας 18: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα στο δείγμα Α

Γράφημα 18: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα του δείγματος Α

Πίνακας 19: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 19: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

Πίνακας 20: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

Γράφημα 20: Ποσοστά εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση το επάγγελμα του δείγματος Α

Πίνακας 21: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

Γράφημα 21: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

Πίνακας 22: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

Γράφημα 22: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

Πίνακας 23: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

Γράφημα 23: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

Πίνακας 24: Πίνακας συχνότητας αναφορικά με το αν το δείγμα Α επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

Γράφημα 24: Πίνακας συχνότητας αναφορικά με το αν το δείγμα Α επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

Πίνακας 25: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

Γράφημα 25: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

Πίνακας 26: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

Γράφημα 26: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

Πίνακας 27: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α

Γράφημα 27: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α

Πίνακας 28: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 28: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την ηλικία

Πίνακας 29: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

Γράφημα 29: Συχνότητα παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

Πίνακας 30: Πίνακας Συχνότητας εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Α

Γράφημα 30: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Α

Πίνακας 31: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 31: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία
Πίνακας 32: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος A
Γράφημα 32: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος A
Πίνακας 33: Πίνακας συχνότητων εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο
Γράφημα 33: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο
Πίνακας 35: Πίνακας Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία
Γράφημα 35: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία
Πίνακας 36: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση
Γράφημα 36: Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση
Πίνακας 37: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο
Γράφημα 37: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο
Πίνακας 38: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία
Γράφημα 38: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία
Πίνακας 39: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση
Γράφημα 39: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση
Πίνακας 40: Πίνακας συχνότητων της ηλικίας του δείγματος B

Γράφημα 40: Ηλικία δείγματος B
Πίνακας 41: Πίνακας συχνότητων της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος B
Γράφημα 41: Επαγγελματική κατάσταση δείγματος B
Πίνακας 42: Πίνακας Συχνότητων για τη χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας του δείγματος B
Γράφημα 42: Χρήση αντηλιακού από το δείγμα B

Πίνακας 43: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας
Γράφημα 43: συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας
Πίνακας 44: Πίνακας συχνότητας χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος B

Γράφημα 44: συχνότητα χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος B

Πίνακας 45: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού του δείγματος B
Γράφημα 45: Συχνότητα χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

Πίνακας 46: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την ηλικία του δείγματος B

Γράφημα 46: Συχνότητα χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την ηλικία του δείγματος B

Πίνακας 47: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος B

Γράφημα 47: Ποσοστιαία κατανομή χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Πίνακας 48: Πίνακας συχνοτήτων των ωρών που εργάζεται κάτω από τον ήλιο το δείγμα Β

Γράφημα 48: ώρες που εργάζεται το δείγμα Β κάτω από τον ήλιο

Πίνακας 49: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας στον ήλιο σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 49: Συχνότητα παραμονής κάτω από τον ήλιο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Πίνακας 50: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο, σε σχέση με το επάγγελμα

Γράφημα 50: Σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο

Πίνακας 51: Πίνακας συχνοτήτων για την παρουσία ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος Β

Γράφημα 51: Συχνότητα εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος Β

Πίνακας 52: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Γράφημα 52: Σχέση εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Πίνακας 53: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

Γράφημα 53: Σχέση μεταξύ ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια και επαγγέλματος

Πίνακας 54: Πίνακας συχνοτήτων ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα Β

Γράφημα 54: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα Β

Πίνακας 55: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Γράφημα 55: Σχέση μεταξύ ηλιοκαμένης επιδερμίδας και ηλικίας του δείγματος Β

Πίνακας 56: Ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Γράφημα 56: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με το επάγγελμα του δείγματος Β

Πίνακας 57: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα στο δείγμα Β

Γράφημα 57: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα του δείγματος Β

Πίνακας 58: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 58: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Πίνακας 59: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Γράφημα 59: Ποσοστά εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση το επάγγελμα του δείγματος Β

Πίνακας 60: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

Γράφημα 60: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

Πίνακας 61: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Γράφημα 61: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

Πίνακας 62: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Γράφημα 62: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Πίνακας 63: Πίνακας συχνότητας αναφορικά με το αν το δείγμα Β επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

Γράφημα 63: Πίνακας συχνότητας αναφορικά με το αν το δείγμα Β επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

Πίνακας 64: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

Γράφημα 64: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

Πίνακας 65: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

Γράφημα 65: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

Πίνακας 66: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β

Γράφημα 66: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β

Πίνακας 67: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 67: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την ηλικία

Πίνακας 68: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

Γράφημα 68: Συχνότητα παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

Πίνακας 69: Πίνακας Συχνότητας εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Β

Γράφημα 69: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Β

Πίνακας 70: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 70: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

Πίνακας 71: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Γράφημα 71: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

Πίνακας 72: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο

Γράφημα 72: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο

Πίνακας 73: Πίνακας Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία

Γράφημα 73: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία

Πίνακας 74: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση

Γράφημα 74: Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση

Πίνακας 75: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο

Γράφημα 75: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο

Πίνακας 76: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία

Γράφημα 76: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία

Πίνακας 77: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

Γράφημα 77: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή εργασία με τίτλο «Φωτογήρανση και Καρκίνος του Δέρματος» χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελεί τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και αναλύονται σε τέσσερα κεφάλαια οι δερματικές βλάβες από την υπερέκθεση στον ήλιο, μέσα από πρόσφατα άρθρα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας.

Το δεύτερο μέρος, αποτελείται από την έρευνα πάνω σε 200 άνδρες που εργάζονται σε επαγγέλματα, όπως Οικοδόμος, Αγρότης, Ψαράς και άλλα, της Εδέσσης και της Καλύμνου, ηλικίας από 30 έως και πάνω από 70 ετών, όπου έρχονται σε άμεση επαφή με τον ήλιο και έχουν περισσότερο κίνδυνο από τις βλαβερές συνέπειές του.

Η εργασία κλείνει με την παράθεση των συμπερασμάτων, της βιβλιογραφίας και του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την επίτευξή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία

Η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία (Electromagnetic Radiation - EMR) είναι η ενέργεια που διαδίδεται μέσω του χώρου με την ταχύτητα του φωτός στη μορφή ημιτονοειδών ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων, που συνθέτουν τα κατακόρυφα διευθετημένα ηλεκτρικά και μαγνητικά πεδία. Η EMR κυμαίνεται από ακτίνες γ με πολύ μικρό μήκος κύματος σε μεγάλα ραδιοκύματα. Τα μικρότερα μήκη κύματος μπορούν επίσης να είναι διαμορφωμένα ως σωματίδια (φωτόνια). Η αλληλεπίδραση της EMR με την ύλη αποτελεί τη βάση για την τηλεανίχνευση (Kerle, 2013).

Η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία (EMR) αποτελείται από ημιτονοειδή που παράγονται μέσα στο διάστημα με την ταχύτητα του φωτός (περίπου $300.000 \text{ km s}^{-2}$), που χαρακτηρίζεται από ηλεκτρικά και μαγνητικά πεδία που είναι διατεταγμένα (Lillesand et al, 2004). Η κεντρική ιδιότητα της EMR είναι ότι το μήκος κύματος, είναι αντιστρόφως ανάλογο σε συχνότητα. Κυμαίνεται από τις ακτίνες γ υψηλής συχνότητας (με το πικόμετρο (picometer - 10m) ως σωματίδια ή φωτόνια) σε ραδιοκύματα πολλών χιλιομέτρων και με χαμηλές συχνότητες, ευρέως γνωστό ως «ηλεκτρομαγνητικό φάσμα». Το Κύμα ή η ενέργεια είναι επίσης ανάλογη της συχνότητας. Η EMR αποτελεί τη βάση για την τηλεπισκόπηση (remote sensing - RS), η οποία έχει πλέον μεγάλη σημασία για τη μελέτη και την παρακολούθηση των κινδύνων της υγείας των ανθρώπων (Tralli et al, 2005).

Λιγότερο συνηθισμένοι είναι οι ανιχνευτές που καταγράφουν το θερμικό υπέρυθρο φάσμα (record thermal infrared - TIR) (8-14 mm). Οι κύριες μορφές της ενεργού RS είναι η σάρωση με λέιζερ, το ραντάρ και το sonar. Η σάρωση με λέιζερ χρησιμοποιεί πολύ σύντομα κύματα, μεταξύ περίπου 400 nm και 1 mm, ενώ στα ραντάρ τα κύματα κυμαίνονται μεταξύ περίπου 0,1-1 m. Το Sonar χρησιμοποιεί ακουστικά κύματα με αρκετά μέτρα μήκος. Ένα πλεονέκτημα όλων των ενεργών αισθητήρων είναι ότι είναι σε μεγάλο βαθμό είναι ανεξάρτητοι από τις καιρικές συνθήκες και μπορούν επίσης να εφαρμοστούν τη νύχτα.

Η ίδια η EMR μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τους ζώντες οργανισμούς. Γνωστά παραδείγματα ακτινοβολίας, στα οποία υπάρχει έκθεση και πρέπει να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν, είναι οι ακτίνες X (μήκος κύματος λίγων nm),

οι υπεριώδεις ακτίνες του ηλίου που προκαλούν ηλιακό έγκαυμα (περίπου 0,3-0,4 mm), αλλά και τα μικροκύματα (μήκος κύματος περίπου 12 cm) (Kerle, 2013).

1.2 Υπεριώδης ακτινοβολία

«Υπεριώδης ακτινοβολία» (Ultraviolet radiation - UVR) ονομάζεται η περιοχή της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, της οποίας το μήκος κύματος στο κενό κυμαίνεται περίπου μεταξύ 380 και 60 νανομέτρων (nm) (ΕΚΕΤΑ, 2010). Υπάρχουν τρία είδη υπεριώδους ακτινοβολίας:

UV-A: Αυτή η ακτινοβολία κυμαίνεται στο κενό μεταξύ 315 και 400 nm και είναι το πιο ακίνδυνο είδος.

UV-B: Κυμαίνεται στο κενό μεταξύ 280 και 315 nm. Αυτή προκαλεί το μαύρισμα, αλλά μπορεί να γίνει επικίνδυνη για την υγεία του ανθρώπου.

UV-Γ: Αυτή η ακτινοβολία κυμαίνεται στο κενό μεταξύ 40 nm και 280 nm . Είναι το πιο επικίνδυνο είδος της υπεριώδους ακτινοβολίας, καθώς με αυτήν έχουν επιτευχθεί εργαστηριακά μεταλλάξεις και ενοχοποιείται για τις περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος.

Κύρια πηγή της υπεριώδους ακτινοβολίας είναι ο ήλιος. Φτάνει στη γη μέσω της επανεκπομπής της από τη στρατόσφαιρα. Είναι επικίνδυνη ακτινοβολία και το στρώμα του όζοντος προστατεύει την επιφάνεια της γης από αυτήν, γι αυτό και η τρύπα του όζοντος αποτελεί σοβαρό οικολογικό πρόβλημα (ΕΚΕΤΑ, 2010).

Το 2006 η Επιστημονική Επιτροπή για τα Καταναλωτικά Προϊόντα διατύπωσε γνώμη σχετικά με τις βιολογικές επιπτώσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας (UVR) που σχετίζονται με την υγεία, λέγοντας ότι οι συσκευές UVR , είτε με UVB είτε / και με UVA, ήταν πιθανό να αυξήσουν τον κίνδυνο κακοήθους μελανώματος του δέρματος και πιθανόν οφθαλμικού μελανώματος. Το 2009 και το 2012, η Διεθνής Υπηρεσία Έρευνας για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer- IARC) εξέτασε όλα τα στοιχεία σχετικά με τις καρκινογόνες επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας (UVR) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με τη σειρά της, ζήτησε

από την Επιστημονική Επιτροπή για την Υγεία, τους Περιβαλλοντικούς και τους Αναδυόμενους Κινδύνους (Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks - SCHEER) να επανεξετάσει πρόσφατα στοιχεία προκειμένου να βελτιώσει την κατανόηση των επιπτώσεων στην υγεία που συνδέονται με την ακτινοβολία UV

Η ακτινοβολία UVB που μπορεί να προκαλέσει παραγωγή της βιταμίνης D και η αύξηση της παραγωγής βιταμίνης D που προκαλείται από την υπεριώδη ακτινοβολία είναι περιορισμένη λόγω της ισορροπίας μεταξύ της φωτοπαραγωγής και της φωτο-αποικοδόμησης της βιταμίνης D. Επαγγελματίες και δημόσιοι οργανισμοί σε πολλές χώρες του κόσμου δεν συνιστούν τη χρήση συσκευών (solarium) για την ενίσχυση στα επίπεδα βιταμίνης D, ακόμη και το χειμώνα, επειδή οι διαιτητικές πηγές ή τα συμπληρώματα βιταμίνης D είναι κατάλληλες και προσιτές πλέον εναλλακτικές λύσεις αλλά κυρίως καθώς η UV κρίνεται επικίνδυνη για την υγεία (SCHEER, 2016).

Από την άλλη πλευρά, ο ρόλος της ακτινοβολίας UVB στην ανοσοκαταστολή έχει εδραιωθεί. Τώρα υπάρχουν επίσης ενδείξεις για ένα ανοσοκατασταλτικό αποτέλεσμα που προκαλείται από ακτινοβολία UVA στην περιοχή μήκους κύματος από 350-390 nm. Η υπεριώδης ακτινοβολία (τόσο UVA όσο και UVB) έχει τοπική εφαρμογή (δηλ. στο δέρμα) και παρουσιάζει συστηματική ανοσοκατασταλτική δράση. Όμως, η έκθεση σε ακτινοβολία UVA και UVB ενισχύει τη φωτογήρανση του δέρματος, μεταξύ άλλων, καταστρέφοντας το κολλαγόνο και την ελαστίνη. Έχει επισημανθεί ένα φαινόμενο βραχείας διάρκειας (περίπου 30 λεπτά) από την ακτινοβολία UVA στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Μερικά άτομα έχουν θετική αντίδραση στην έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, λόγω μιας θετικής επιρροής στην διάθεση. Οι καλλιέργειες δερματικών κυττάρων που εκτίθενται σε ακτινοβολία UVB έχουν δείξει αυξημένη έκφραση β-ενδορφίνης.

Επίσης, η έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει μια σειρά οφθαλμικών καταστάσεων και μπορεί να προκαλέσουν την πρόωμη εμφάνιση ασθενειών που συνδέονται κανονικά με τη γήρανση, όπως ο καταρράκτης και η εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με την ηλικία (age-related macular Degeneration - AMD).

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις από μελέτες για σημαντικά αυξημένο κίνδυνο δερματικού μελανώματος που σχετίζεται με τη χρήση σε συσκευές ηλιοθεραπείας

(solarium). Ο κίνδυνος αυξάνεται με τον αριθμό των συνεδριών και τη συχνότητα χρήσης. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν αύξηση του κινδύνου μελανώματος που σχετίζεται με έκθεση σε συσκευή solarium σε νεαρότερη ηλικία. Παρόλο που βασίζεται σε μικρότερο αριθμό μελετών από ότι για το μελάνωμα, υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις που δείχνουν ότι η χρήση των συσκευών αποτελεί επίσης ένα παράγοντα κινδύνου για καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων και σε μικρότερο βαθμό για καρκίνωμα βασικών κυττάρων, ειδικά όταν η έκθεση λαμβάνει χώρα σε μια νεαρή ηλικία. Υπάρχουν μέτριες ενδείξεις ότι η έκθεση σε συσκευή UV μπορεί επίσης να προκαλέσει οφθαλμικό μελάνωμα, καθώς ο κίνδυνος αυξάνεται όταν αρχίζει η έκθεση σε νεαρή ηλικία.

Table 2: Classification of UV sunbeds (tanning devices) (EN 60335-2-27:2013), effective irradiance weighted with the erythema action spectrum

UV type appliance	Wavelength range [nm]	UVR effective irradiance [mW/m ²]
1	320 < λ ≤ 400	≥ 150
	250 < λ ≤ 320	< 0.5
2	320 < λ ≤ 400	≥ 150
	250 < λ ≤ 320	0.5 - 150
3	320 < λ ≤ 400	< 150
	250 < λ ≤ 320	< 150
4	320 < λ ≤ 400	< 150
	250 < λ ≤ 320	≥ 150

Πηγή: SCHEER (2016). *Opinion on Biological effects of ultraviolet radiation relevant to health with particular reference to sunbeds for cosmetic purposes*

1.3 Δείκτης υπεριώδους ακτινοβολίας

Ο δείκτης UV (Υπεριώδους Ακτινοβολίας) δημιουργήθηκε το 1992 στον Καναδά και αποτελεί μια μέτρηση της υπεριώδους ακτινοβολίας του ήλιου. Όταν ο δείκτης φτάσει ή ξεπεράσει το 3 μπορεί να προκαλέσει βλάβες στα μάτια και στο δέρμα. Όσο ανεβαίνει ο δείκτης τόσο πιο επικίνδυνος γίνεται για την υγεία. Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Πρακτορείο για την Προστασία του Περιβάλλοντος EPA (United States Environmental Protection Agency, 2017)



UV δείκτης	Περιγραφή	Χρώμα απεικόνισης	Προστασία
0-2	Κίνδυνος για ανθρώπους με υπερευαίσθητο δέρμα	Πράσινο	Φοράμε γυαλιά ηλίου και αντηλιακό σε περίπτωση χιονιού.
3-5	Μικρός κίνδυνος για απροστάτευτο δέρμα	Κίτρινο	Φοράμε γυαλιά ηλίου και αντηλιακό, ρούχα, καπέλο και αποφεύγουμε τον ήλιο τις μεσημεριανές ώρες.
6-7	Μεγάλος κίνδυνος για απροστάτευτο δέρμα	Πορτοκαλί	Φοράμε γυαλιά ηλίου και αντηλιακό (με δείκτη >15), ρούχα, καπέλο και αποφεύγουμε τον ήλιο μετά τις 10 το πρωί μέχρι τις 4 το απόγευμα.
8-10	Πολύ μεγάλος κίνδυνος για απροστάτευτο δέρμα	Κόκκινο	Φοράμε γυαλιά ηλίου και αντηλιακό, ρούχα, καπέλο. Δεν μένουμε στον ήλιο για πολύ.
11+	Τεράστιος κίνδυνος για απροστάτευτο δέρμα	Μωβ	Παίρνουμε όλα τα μέτρα προστασίας: φοράμε γυαλιά ηλίου και αντηλιακό, φαρδιά ρούχα και μεγάλο καπέλο, και προσπαθούμε να κινούμαστε μόνο πριν από την ανατολή και μετά από τη δύση του ήλιου.

Πηγή: EPA (2017). UV Index Scale (Μεταφρασμένη φωτογραφία από google.com)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Θετικές επιδράσεις ήλιου

Η ατμόσφαιρα της Γης αποκλείει το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας UV της ηλιακής ενέργειας, που μεταδίδεται (ακτινοβολεί) από μια πηγή με τη μορφή ακτίνων ή κυμάτων ή σωματιδίων και λαμβάνει ένα μικρότερο. Μερικές από τις θετικές επιδράσεις της ηλιακής ενέργειας είναι:

Ενεργοποιεί τη βιταμίνη D: Ο οργανισμός μας χρειάζεται τη UV από τον ήλιο για να παράγει βιταμίνη D, η οποία βοηθά στην ενίσχυση των οστών, των μυών και του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού. Μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης ορισμένων μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

Βοηθά σε κάποιες δερματικές παθήσεις: η UV χρησιμοποιείται στη θεραπεία δερματικών παθήσεων όπως η ψωρίαση. Πρόκειται για μια κατάσταση όπου το δέρμα ρίχνει τα κύτταρα πολύ γρήγορα και αναπτύσσει κνησμώδη, εξογκωμένα “μπαλώματα”. Η έκθεση στη UV ακτινοβολία επιβραδύνει την ανάπτυξη των κυττάρων του δέρματος και ανακουφίζει τα συμπτώματα.

Βοηθάει στη διάθεση: Η έρευνα υποδηλώνει ότι το ηλιακό φως διεγείρει τον επιγονώδη αδένες στον εγκέφαλο για την παραγωγή ορισμένων χημικών ουσιών που ονομάζονται «τρυπταμίνες». Αυτές οι χημικές ουσίες βελτιώνουν τη διάθεσή μας.

Βοηθάει στην όραση τόσο των ανθρώπων όσο και των ζώων: Όπως είναι λογικό, ο άνθρωπος έχει καλύτερη όραση το πρωί από όσο τη νύχτα, όπου χρειάζεται φώτα για να δει καθαρά. Και ορισμένα ζώα όμως, (συμπεριλαμβανομένων των πουλιών, των μελισσών και των ερπετών) μπορούν να δουν στο κοντινό υπεριώδες φως προκειμένου να εντοπίσουν πολλά ώριμα φρούτα, λουλούδια και σπόρους που ξεχωρίζουν πιο έντονα από το φόντο της φύσης. Τα φρούτα, τα λουλούδια και οι σπόροι εμφανίζονται συχνά στα ζώα εντελώς διαφορετικά από το πώς τα βλέπουν οι άνθρωποι. Επίσης, το φως βοηθά τα έντομα, γι αυτό τα βλέπουμε να προσελκύονται από τα φώτα το βράδυ.

Χρησιμεύει στην απολύμανση και την αποστείρωση: Η UV έχει θετικές εφαρμογές στους τομείς της απολύμανσης και της αποστείρωσης, καθώς μπορεί αποτελεσματικά να «σκοτώσει» (απενεργοποιήσει ή να καταστρέψει) μικροοργανισμούς όπως οι ιοί

και τα βακτηρίδια. Για να καταστρέψουν τους μικροοργανισμούς, οι ακτίνες UV διεισδύουν στη μεμβράνη του κυττάρου, καταστρέφοντας το DNA και έτσι σταματούν την ικανότητα αναπαραγωγής και πολλαπλασιασμού. Αυτό το καταστροφικό αποτέλεσμα εξηγεί γιατί μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αντιβακτηριακές λυχνίες UV για απολύμανση και αποστείρωση (SLH, 2008).

2.1.2 Ψωρίαση

Η ψωρίαση είναι μια κοινή χρόνια φλεγμονώδης δερματική νόσος που χαρακτηρίζεται συνήθως από καλά οριοθετημένες, ερυθρηματώδεις πλάκες. Η ψωρίαση, έχει πολλούς διαφορετικούς τύπους, όπως: η κοινή ψωρίαση (*vulgaris*) ή ψωρίαση κατά πλάκας, η σημηματορροϊκή ψωρίαση, η σταγονοειδής ψωρίαση (*Guttate psoriasis*), η ανάστροφη ψωρίαση, η φλυκταινώδης ψωρίαση, η ερυθροδερμική ψωρίαση, η ψωρίαση των νυχιών και η ψωριασική αρθρίτιδα (αρθροπαθητική ψωρίαση).

Συγκεκριμένα, η *Psoriasis vulgaris* (χρόνια στατική ψωρίαση ή ψωρίαση τύπου πλάκας) αποτελεί τον συνηθέστερο τύπο ψωρίασης, που αντιπροσωπεύει το 90% όλων των περιπτώσεων. Χαρακτηρίζεται από πλάκες ερυθρού χρώματος. Εμφανίζονται πιο συχνά στον κορμό, στο κεφάλι και στα άκρα. Οι πλάκες κατανέμονται συνήθως συμμετρικά και εμφανίζονται συνήθως στις εκτεινόμενες πτυχές των αγκώνων και των γόνατων. το τριχωτό της κεφαλής (όπου σπάνια παρεμβαίνουν πέρα από τη γραμμή των μαλλιών), την οσφυϊκή περιοχή και τον ομφαλό. Η ενεργή φλεγμονώδης ψωρίαση χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο Koebner, στο οποίο αναπτύσσονται νέες βλάβες σε σημεία τραύματος ή πίεσης (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Η σημηματορροϊκή ψωρίαση, που ονομάζεται έτσι λόγω της ομοιότητας της μορφολογίας και της ανατομικής κατανομής της με σημηματορροϊκή δερματίτιδα, μπορεί να συμβεί είτε μεμονωμένα είτε συνδυαζόμενη με ψωρίαση πλάκας σε άλλα σημεία του σώματος. Οι θέσεις εμπλοκής είναι οι ρινοβαβικές πτυχές, τα μάγουλα, η μύτη, τα αυτιά, τα φρύδια, η γραμμή των μαλλιών, το τριχωτό της κεφαλής. Χαρακτηριστικά οι βλάβες είναι λεπτές, κόκκινες και καλά οριοθετημένες (σαν

ενδομυϊκή ψωρίαση) με μεταβαλλόμενους βαθμούς κλιμάκωσης (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Η σταγονοειδής ψωρίαση (Guttate psoriasis) επηρεάζει περίπου το 2% του παγκόσμιου πληθυσμού και από αυτές τις περιπτώσεις, το 2% εκδηλώνεται ως ψωρίαση με έμετο. Είναι ο δεύτερος συνηθέστερος τύπος ψωρίασης. Η γενετική ψωρίαση, μια σημαντική κλινική παραλλαγή, εμφανίζεται συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Χαρακτηρίζεται από την ξαφνική εμφάνιση ευρέως διασκορπισμένων μικρών κόκκινων λεπιών, κυρίως πάνω από τον κορμό και τα κοντινά άκρα. Τα συμπτώματά της είναι πολυάριθμες μικρές, κόκκινες σταγόνες, που καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του δέρματος. Βακτηριακές στρεπτοκοκκικές μολύνσεις (στρεπτικό λαιμό, χρόνια αμυγδαλίτιδα) ή ιογενής αναπνευστική λοίμωξη συνήθως προηγούνται και προκαλούν τα πρώτα σημάδια της Guttate Psoriasis σε άτομα με προδιάθεση για ψωρίαση (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Σε μια πληθυσμιακή μελέτη της ψωρίασης, οι φλυκταινώδεις βλάβες αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια της ψωρίασης σε περίπου 20% των ασθενών. Ασθενείς με γενικευμένη φλυκταινώδη ψωρίαση (GPP) μπορεί να έχουν προϋπάρχουσα ψωρίαση πλάκας ή να αναπτύσσονται μετά από φλυκταινώδη επεισόδια. Τα οξεία επεισόδια μπορεί να προκληθούν σε ασθενείς με ψωρίαση κατά πλάκας με ερεθισμό από την τοπική θεραπεία ή από απότομη απομάκρυνση των κορτικοστεροειδών. Κατά την έναρξη της οξείας GPP το δέρμα γίνεται πολύ κόκκινο και τρυφερό. Μπορεί να υπάρχουν πυρετός και συστηματικά συμπτώματα όπως ανορεξία και ναυτία. Μέσα σε λίγες ώρες εμφανίζονται φλύκταινες μεγέθους καρφίτσας και μπορεί να έχουν πύο. Στη συνέχεια, στεγνώνουν και το δέρμα ξεφλουδίζεται, αφήνοντας μια γυάλινη, ομαλή ερυθματώδη επιφάνεια στην οποία μπορεί να εμφανιστούν νέες καλλιέργειες φλυκταινών (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Η Ερυθροδερμική ψωρίαση αποτελεί μια πιο εκτεταμένη εμπλοκή, λόγω συχνά μη προσδιοριζόμενων παραγόντων ενεργοποίησης. Συχνά χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση μιας φλεγμονώδους φάσης με κυρίαρχο ερύθημα και περιορισμένη κλιμάκωση που συνδέεται με κνησμό και ταχείες βλάβες που προχωρούν. Αυτή η ασταθής ψωρίαση μπορεί μερικές φορές να εξελιχθεί γεμίζοντας ολόκληρο το σώμα. Η ερυθροδερμική φάση κυριαρχείται από γενικευμένο ερύθημα, απώλεια ιδιόμορφων

κλινικών χαρακτηριστικών της ψωρίασης και αποτυχία του δέρματος, δηλαδή, αδυναμία διατήρησης των ομοιοστατικών λειτουργιών. Η ερυθροδερμική ψωρίαση χαρακτηρίζεται από σοβαρή κλιμάκωση, φαγούρα και πόνο και επηρεάζει το μεγαλύτερο μέρος του σώματος (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Η Ψωρίαση των νυχιών παρουσιάζεται σε περίπου 50% όλων των ασθενών με ψωρίαση. Τα συνηθέστερα σημάδια ψωρίασης των νυχιών είναι η κνησμώδης και μακρινή ονυχόλυση. Οι κλινικές εκδηλώσεις κυμαίνονται από το σχηματισμό κηλίδων, κιτρινωπού αποχρωματισμού και παρωνύκιας, από υπογόνιμη υπερκεράτωση, ονυχόλυση και σοβαρή ονυχοδυστροφία (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Η ψωριασική αρθρίτιδα (PsA) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης ασθένεια των αρθρώσεων που εμφανίζεται στο 6-39% των ασθενών με ψωρίαση με επιπολασμό PsA στο γενικό πληθυσμό περίπου 0,1-0,25%. Με βάση τα διάφορα κοινά κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά, η PsA θεωρείται μέλος της οικογένειας των σπονδυλοαρθρίτιδων. Αυτός ο τύπος αρθρίτιδας μπορεί να αναπτυχθεί αργά και ήπια ή μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα. Μπορεί να είναι μια σοβαρή μορφή αρθρίτιδας με πρόγνωση παρόμοια με εκείνη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (RA). Είναι σημαντικό ότι το 80% των ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα έχουν ψωρίαση των νυχιών. Στην παθογένεση της καταστροφής των οστών που σχετίζεται με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, ο αρθρικός υμένας έχει μια θέση ενεργού αλληλεπίδρασης μεταξύ ανοσοποιητικών και οστικών κυττάρων (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Σπάνιες, απειλητικές για τη ζωή παρουσιάσεις είναι πολύ λιγότερο συχνές από ό, τι στο παρελθόν λόγω των πολλών εξαιρετικά αποτελεσματικών συστηματικών φαρμάκων που είναι τώρα διαθέσιμα για τη θεραπεία της σοβαρής ψωρίασης (Feldman, 2018).

Οι εκτιμήσεις της επικράτησης της ψωρίασης ποικίλουν σε όλες τις μελέτες. Μια συστηματική ανασκόπηση μελετών βασισμένων στον πληθυσμό διαπίστωσε μεγάλες διαφορές στον παγκόσμιο επιπολασμό της ψωρίασης (Parisi et al, 2013). Ο επιπολασμός της ψωρίασης σε ενήλικες κυμάνθηκε από 0,91 έως 8,5% και ο επιπολασμός της νόσου στα παιδιά κυμάνθηκε από 0 έως 2,1%. Η γεωγραφική θέση επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης ψωρίασης. ο επιπολασμός της ασθένειας τείνει

να αυξάνεται με την αυξανόμενη απόσταση από τον ισημερινό. Μια συστηματική παγκόσμια ανασκόπηση έδειξε ότι ο επιπολασμός της ψωρίασης κυμάνθηκε από 0,5 έως 11,4% στους ενήλικες και από το 0 έως 1,4% στα παιδιά (Michalek et al, 2017).

Δεν υπάρχει σαφής προδιάθεση φύλου για την ψωρίαση (Rachakonda et al, 2014;Parisi et al, 2013). Παρόλο που η ψωρίαση μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, η ασθένεια είναι λιγότερο συχνή στα παιδιά από τους ενήλικες. Φαίνεται ότι υπάρχουν δύο κορυφές για την ηλικία έναρξης: μία ηλικία μεταξύ 30 και 39 ετών και μία ηλικία μεταξύ 50 και 69 ετών (Parisi et al, 2013).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Πανελληνίου Συνδέσμου Ασθενών με Ψωρίαση και Ψωριακή Αρθρίτιδα «Επιδέρμα» (2018), η ψωρίαση επηρεάζει περισσότερο από 125.000.000 ανθρώπους παγκοσμίως ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η σοβαρή ψωρίαση έχει συσχετιστεί με κινδύνους ανάπτυξης συνοσηροτήτων, όπως για παράδειγμα, η υπέρταση, το μεταβολικό σύνδρομο και η ηπατική νόσος. Επομένως, είναι σημαντικό η ψωρίαση να παρακολουθείται και να θεραπεύεται στενά και αποτελεσματικά.



Πηγή: *Επιδέρμα. (2018). Στατιστικά στοιχεία για την ψωρίαση*

2.1.3 Ατοπική Δερματίτιδα

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την Ατοπική Δερματίτιδα. Οι δύο πιο συχνοί όροι είναι η «Ατοπική Δερματίτιδα (ΑΔ)» και το «Ατοπικό έκζεμα (ΑΕ)». Πρόκειται για μια φλεγμονώδη, κνησμώδη, χρόνια ή χρόνια υποτροπιάζουσα, δερματική ασθένεια που συμβαίνει συχνά σε άτομα που παρουσιάζουν άλλες ατοπικές ασθένειες (βρογχικό άσθμα και / ή αλλεργική ρινοκωδίκωση- ερυθρίτης). Το ΑΕ είναι μία από τις πιο κοινές μη μεταδοτικές δερματικές παθήσεις που επηρεάζουν έως 20% των παιδιών και 2-8% των ενηλίκων στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σε πολλές περιπτώσεις, το ΑΕ αρχίζει στην παιδική ηλικία, ενώ σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να παραμείνουν σε ενήλικες. Περίπου το 1/3 των περιπτώσεων ενηλίκων αναπτύσσονται κατά την ενηλικίωση. Το ΑΕ αποτελεί συχνά το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη άλλων ατοπικών ασθενειών, όπως η αλλεργική ρινοεπιπεφυκίτιδα ή το άσθμα και οι αλλεργίες στα τρόφιμα (Wollenberg et al, 2018).

Για τη διάγνωση της ΑΔ το πιο κοινό χαρακτηριστικό είναι τα υψηλά επίπεδα IgE στον ορό. Εμφανίζεται στο 80% των μονοζυγωτικών διδύμων και στο 20% των ετεροζυγωτικών, ωστόσο, υπάρχουν και άλλα χαρακτηριστικά της παθοφυσιολογίας. Αυτά περιλαμβάνουν μία ανοσολογική απόκλιση προς την οδό των T2 βοηθητικών κυττάρων (Th2) στο φάση έναρξης, με επακόλουθη αυξημένη παραγωγή IgE.

Μετά την διάγνωση της ΑΔ, η σοβαρότητα της ασθένειας πρέπει να προσδιορίζεται με την αξιολόγηση τόσο των αντικειμενικών όσο και των υποκειμενικών συμπτωμάτων. Δεδομένου ότι οι βαθμολογίες μόνο των σημείων είναι ελλιπείς, πρέπει να αξιολογούνται κι άλλα σημεία και συμπτώματα για την αξιολόγηση της συνολικής σοβαρότητας της νόσου. Η κλασική σύνθετη βαθμολογία είναι η βαθμολογία της ατοπικής δερματίτιδας (Scoring of Atopic Dermatitis - SCORAD) που αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Ομάδα Ατοπικής Δερματίτιδας (European Task Force of Atopic Dermatitis - ETFAD). Το σκορ SCORAD πάνω από 50 θεωρείται «σοβαρή ΑΔ», ενώ οι τιμές SCORAD κάτω των 25 θεωρούνται ως «ήπια ΑΔ» (Wollenberg et al, 2018).

Αντίθετα, η περιοχή που δημιουργήθηκε το έκζεμα και η βαθμολογία σοβαρότητας (Eczema Area and Severity Score EASI) είναι βαθμολογία μόνο για τα ορατά σημεία που αξιολογούν μόνο τις ορατές αλλοιώσεις, αλλά όχι τα υποκειμενικά

συμπτώματα. Το εργαλείο με βάση τον ασθενή που παρουσιάζει έκζεμα (Patient-Oriented Eczema Measures for Eczema - POEM) είναι μια βαθμολογία μόνο για τα υποκειμενικά συμπτώματα, αλλά όχι τα αντικειμενικά σημεία στις κλινικές δοκιμές.

Οι περισσότερες περιπτώσεις ΑΕ μπορεί να θεωρηθούν ήπιες, ενώ λιγότερο από το 10% των ασθενών πάσχουν από σοβαρές εκζεματικές αλλοιώσεις του δέρματος. Η συχνότητα των σοβαρών περιπτώσεων φαίνεται να είναι υψηλότερη στους ενήλικες (Wollenberg et al, 2018).

2.2 Παραγωγή βιταμίνης D

Η βιταμίνη D₃ παράγεται στο δέρμα από την 7-δεϋδροχοληστερόλη με υπεριώδη ακτινοβολία, η οποία διασπά τον Β δακτύλιο για να σχηματίσει την προ-D₃ (Pre-D₃). Η Pre-D₃ ισομερίζεται είτε σε D₃ είτε με συνεχή ακτινοβολία με υπεριώδη ακτινοβολία σε ταχυστερόλη και φωσφατίνη. Η D₃ απομακρύνεται από το δέρμα, δεσμευμένη σε DBP. Το ήπαρ και άλλοι ιστοί μεταβολίζουν τη βιταμίνη D, είτε από το δέρμα είτε από το στόμα, σε 25OHD, την κύρια μορφή κυκλοφορίας της βιταμίνης D. Πολλά ένζυμα έχουν δραστηριότητα 25-υδροξυλάσης, αλλά το CYP2R1 είναι το πιο σημαντικό. Το 25OHD στη συνέχεια μεταβολίζεται περαιτέρω στο 1,25 (OH) 2D κυρίως στο νεφρό, από το ένζυμο CYP27B1, αν και άλλοι ιστοί που περιλαμβάνουν διάφορα επιθηλιακά κύτταρα, κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος και παραθυροειδή αδένες περιέχουν αυτή την ενζυματική δραστηριότητα. Το 1,25 (OH) 2D είναι η κύρια ορμονική μορφή της βιταμίνης D, υπεύθυνη για τις περισσότερες από τις βιολογικές δράσεις της (Bikle, 2014).

Η μελανίνη στην επιδερμίδα, απορροφώντας την υπεριώδη ακτινοβολία, μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα του ηλιακού φωτός στην παραγωγή D₃ στο δέρμα. Αυτό μπορεί να είναι ένας σημαντικός λόγος για τα κατώτερα επίπεδα 25OHD (ένα καλά τεκμηριωμένο μέτρο υποκατάστασης για τα επίπεδα βιταμίνης D στο σώμα) στους μαύρους και ισπανόφωνους που ζουν σε εύκρατα γεωγραφικά πλάτη. Η έκθεση στο φως του ήλιου αυξάνει την παραγωγή μελανίνης και έτσι παρέχει έναν άλλο μηχανισμό μέσω του οποίου μπορεί να αποφευχθεί η υπερβολική

παραγωγή D3. Η ένταση της UV ακτινοβολίας είναι επίσης σημαντική για την αποτελεσματική παραγωγή D3. Η εποχιακή διακύμανση των επιπέδων 25OHD μπορεί να είναι αρκετά έντονη, με υψηλότερα επίπεδα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες και χαμηλότερα επίπεδα κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Η έκταση αυτής της εποχιακής διακύμανσης εξαρτάται από το γεωγραφικό πλάτος και επομένως η ένταση του ηλιακού φωτός που ‘‘χτυπά’’ το εκτεθειμένο δέρμα (Bikle, 2014).

2.2.1 Βιταμίνη D και φωτογήρανση

Η γήρανση του δέρματος είναι μια σύνθετη διαδικασία που επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η περιβαλλοντική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία (UVR) προάγει τη γήρανση του δέρματος και η φωτοπροστασία (αντηλιακό, χρήση σκιάς) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη γήρανση του δέρματος. Ωστόσο, ο περιορισμός της έκθεσης στον ήλιο μπορεί επίσης να μειώσει τα επίπεδα της βιταμίνης D, καθώς η UVR διεγείρει την παραγωγή βιταμίνης D στα κερατινοκύτταρα. Πράγματι, η Αμερικανική Ακαδημία Δερματολογίας και η Καναδική Εταιρεία Καρκίνου συστήνουν 1000 IU / ημέρα σε άτομα που προστατεύονται από την ηλιακή ακτινοβολία. Επειδή το πρόσωπο είναι μια συχνά εκτεθειμένη περιοχή και η γήρανση του δέρματος του προσώπου είναι ένας εύκολα ορατός φαινότυπος, η επιστημονική ομάδα των Chang et al, (2010) ερεύνησαν αν άτομα με γήρανση του προσώπου λόγω φωτοπροστασίας είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλή βιταμίνη D, όπως μετράται με επίπεδα 25 (OH) D και βρήκαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της γήρανσης του δέρματος και των επιπέδων 25 (OH) D στον οργανισμό. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 55 ετών (SD 6,1) και το 56% είχε ανεπάρκεια στη βιταμίνη D. Όπως τονίζουν, η κατάσταση της εμμηνόπαυσης, το κάπνισμα, το ιστορικό καρκίνου του δέρματος επηρεάζουν επίσης τη γήρανση του δέρματος ή τα επίπεδα της 25 (OH) D. Στα συμπεράσματά τους τονίζουν ότι η αποφυγή της UVR οδηγεί σε μικρότερου βαθμού φωτογήρανση του προσώπου, και προδιαθέτει τις γυναίκες να μειώσουν την ανεπάρκεια της 25 (OH) D και της βιταμίνης D (Chang et al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Φωτογήρανση

Η γήρανση του δέρματος είναι μια σύνθετη διαδικασία με αποτέλεσμα πολλές λειτουργικές και αισθητικές αλλαγές. Μπορεί να χωριστεί σε δύο βασικές διαδικασίες: τη βιολογική γήρανση και τη φωτογήρανση. Η βιολογική γήρανση του δέρματος, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από λειτουργικές αλλοιώσεις, συμβαίνει αναπόφευκτα ως φυσική συνέπεια των γενετικά προωθούμενων φυσιολογικών αλλαγών με την πάροδο του χρόνου (Silveira & Pedroso 2014). Η φωτογήρανση, από την πλευρά της, προκαλεί πρόωρη γήρανση στο δέρμα λόγω της σωρευτικής έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία (UV) από τον ήλιο αλλά και από τεχνητές πηγές UV.

Ο όρος «φωτογήρανση» πρωτοεμφανίστηκε το 1986 για να περιγράψει τις επιδράσεις της χρόνιας έκθεσης της υπεριώδους ακτινοβολίας στο δέρμα (Kligman & Kligman 1986). Οι ακριβείς μοριακοί μηχανισμοί της γήρανσης και της φωτογήρανσης δεν ήταν καλά τεκμηριωμένοι. Η τελική εμφάνιση της γήρανσης ή της φωτογήρανσης είναι αποτέλεσμα μιας περίπλοκης διαδικασίας κυττάρων. Είναι γνωστό ότι η υπερέκθεση στην UV ακτινοβολία παράγει υπερφορτωμένα αντιδραστικά είδη οξυγόνου (ROS), τα οποία ενεργοποιούν τα κύτταρα και προκαλείται οξείδωση πρωτεΐνης, μιτοχονδρική βλάβη και βλάβη στο DNA (εικόνα)

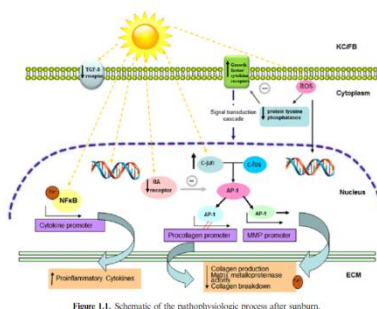


Figure 1.1. Schematic of the pathophysiologic process after sunburn.

Πηγή: Rui Yin, Hambin M. Qiquan Chen (2013). *Photoaging. Handbook of Photomedicine*, pp 95-110

Τα σημάδια της φωτογήρανσης γίνονται άμεσα αντιληπτά. Δημιουργείται τραχύτητα, όπου το δέρμα γίνεται ξηρό και τραχύ, λόγω της καταστροφής του υδρολιπιδικού φιλμ και της πάχυνσης της κερατινής στιβάδας της επιδερμίδας. Εμφανίζονται ρυτίδες, οι οποίες δημιουργούνται λόγω της απώλειας κολλαγόνου και

ελαστίνης στο χόριο και αυξάνονται με την αφυδάτωση του δέρματος. Το δέρμα εμφανίζει χαλάρωση καθώς δεν έχει επαρκή ελαστικότητα για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της βαρύτητας και έτσι χαλαρώνει. Τα αιμοφόρα αγγεία του δέρματος καταστρέφονται και μειώνονται κι έτσι εμφανίζεται η ελαφρά κίτρινη απόχρωση του δέρματος ενώ αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι ότι στο δέρμα δημιουργείται ανεπάρκεια των αιμοφόρων αγγείων. Επιπλέον, εμφανίζονται δυσχρωμίες σε κάποιες περιοχές του δέρματος και ως καταστροφή των χρωστικών κυττάρων σε περιοχές που το δέρμα είναι πιο ανοιχτό. Αυτό μπορεί να συμβεί και σε άτομα με σκούρο δέρμα και αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα του μελαχρινού και του μαύρου δέρματος. Στη μύτη και το μέτωπο εμφανίζονται μεγάλα ‘μαύρα στίγματα’ (φαγέσωρες), λόγω του υπερβολικού αριθμού των ελεύθερων κερατινοκυττάρων που αναμειγνύονται με το σμήγμα και φράζουν τους πόρους.

Τα ηλιακά σημάδια (ή η υπερκεράτωση) τελικά προκαλούνται από την καταστροφή του DNA των κυττάρων που έχουν δεχθεί ακτινοβολία και τα οποία τότε αναπτύσσονται ως υπερκεράτωση ή καρκίνος του δέρματος. Άλλη μορφή φωτογήρανσης είναι η ελάστοση, γνωστή επίσης ως ‘δέρμα χήνας’ στο λαιμό και στην περιοχή του θώρακα, καθώς το υλικό της ελαστίνης σχηματίζει συμπαγή μάζα. Φαίνεται ότι οι ελαστικές ίνες σπάνε εξαιτίας της έκθεσης στις ακτίνες UV και όταν σπάσουν απότομα, διασκορπίζονται σε μικρές μπάλες. Πρόκειται για ηλιακή καταστροφή με μόνιμα αποτελέσματα και πολύ λίγα μπορούμε να κάνουμε για να τη θεραπεύσουμε.

Πολλές αναφορές έχουν ενοχοποιήσει έντονα την καταστροφή του DNA ή την κακή επισκευή του DNA στην ενδογενή και εξωγενή γήρανση, και αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη φωτογήρανση (Gilchrest et al 2009; Gilchrest 2013; Yaar & Gilchrest 2007). Εν όψει της συχνής βλάβης του DNA, τα κερατινοκύτταρα και οι φιβροβλάστες μπορεί συχνά να υποβάλλονται σε απόπτωση ή κυτταρική γήρανση (Gilchrest et al, 2009). Στην πραγματικότητα, τα επιδερμικά κερατινοκύτταρα τυπικά υποβάλλονται σε απόπτωση περισσότερο, από τα κύτταρα της γήρανσης, μετά από ακτινοβολία με υπερϊώδη ακτινοβολία, οδηγώντας σε αυτό που περιγράφεται ως «κύτταρα ηλιακού εγκαύματος». Αντιστρόφως, οι ινοβλάστες (fibroblasts) υποβάλλονται κυρίως σε γήρανση μετά από οξεία βλάβη DNA ή πολλαπλών κύκλων κυτταρικής διαίρεσης (Gilchrest 2013).

Η διάκριση μεταξύ βιολογικής και φωτογήρανσης του δέρματος έχει τόσο κλινική όσο και ιστολογική σημασία (πίνακας). Η ελάττωση της ελαστίνης στο άνω χόριο είναι το χαρακτηριστικό της φωτογήρανσης στην ιστοπαθολογία (Gilchrest 2013).

Πίνακας : Κλινική εικόνα βιολογικής γήρανσης και φωτογήρανσης

	ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ	ΦΩΤΟΓΗΡΑΝΣΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	Λέπτυνση του δέρματος, χαλαρότητα και βαθιές ρυτίδες	Ξηροδερμία, δυσχρωμία, χαλαρότητα, τελαγγειεκτασία, ερύθημα, βαθιές πτυχές και ρυτίδες, δερματικές κακοήθειες
ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	Επιδερμική ατροφία, δερμική ατροφία	Εξαφάνιση των δερματικών θηλών, ακανόνιστη διανομή των μελανοκυττάρων και των μελανοσωμάτων, άτυπων κερατινοκυττάρων πολυάριθμοι και υπερπλαστικοί ινοβλάστες, παρουσία παραμορφωμένου κολλαγόνου, ίνες, μείωση του συνολικού ποσού του κολλαγόνου

Πηγή: Rui Yin, Hambin M. Qiquan Chen (2013). *Photoaging. Handbook of Photomedicine*, pp 95-110

Η αναζωογόνηση και η επιβράδυνση της διαδικασίας γήρανσης αποτελούν σημαντικούς στόχους της δερματολογίας. Στρατηγικές για την ιατρική περίθαλψη και την επέμβαση στο δέρμα συμπεριέλαβαν (α) μέτρα για την πρόληψη της βλάβης που προκαλεί η UV και β) φάρμακα και διαδικασίες για την αναστροφή της υπάρχουσας γήρανσης. Η πρόληψη μπορεί να είναι περαιτέρω υποχωρισμένη σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτογενή. Η πρωτοβάθμια πρόληψη αναφέρεται στη μείωση των παραγόντων κινδύνου πριν εμφανιστεί η φωτογήρανση, για παράδειγμα μέσω της φωτοπροστασίας. Η ανάπτυξη των καλλυντικών αντηλιακών που προστατεύουν τόσο από την ακτινοβολία UVB όσο και από την UVA είναι σημαντικά βήματα προόδου, που εμποδίζουν την εμφάνιση φωτογήρανσης. Ο στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η έγκαιρη ανίχνευση της ύπαρξης της φωτογήρανσης, ενδεχομένως χωρίς να είναι ασυμπτωματική, για να επιτρέψει θετικές παρεμβολές για την πρόληψη, την αναβολή, την αναστροφή ή την εξασθένιση της συμπτωματικής κλινικής κατάστασης μέσω θεραπειών όπως η τρετινοΐνη (όλο-τρανρενοϊκό οξύ). Η τριτοβάθμια πρόληψη είναι η θεραπεία μιας υπάρχουσας συμπτωματικής εκδήλωσης για την ελάφρυνση των επιδράσεων της και η αντιστροφή ή καθυστέρηση της προόδου της (Rui et al, 2013).

3.1.1 Φωτοπροστασία

Η φωτοπροστασία αναφέρεται σε διαφορετικές πρακτικές για την προστασία του δέρματος από τις βλάβες που προκαλεί η υπεριώδης ακτινοβολία και επιτυγχάνεται με αντηλιακά, καπέλο και γυαλιά και φυσικά αποφυγή του ήλιου. Τα ρούχα, το καπέλο και τα γυαλιά ηλίου αποτελούν την πρώτη γραμμή άμυνας έναντι στην ακτινοβολία UV και προστατεύουν από βλάβες της υπεριώδους ακτινοβολίας, τα ηλιακά εγκαύματα, το σχηματισμό ρυτίδων και αλλαγές στη χρωστική του δέρματος. Τα αντηλιακά έχουν παραδοσιακά χωριστεί σε οργανικούς (χημικούς) απορροφητές και ανόργανους (φυσικούς) αναστολείς. Οι οργανικές ενώσεις απορροφούν την υψηλή ακτινοβολία UV και να τη μετατρέπουν σε θερμότητα,

απαγορεύοντας έτσι την αλληλεπίδρασή της με άλλα μόρια στο δέρμα. Τα ανόργανα αντηλιακά (διοξείδιο του τιτανίου και ψευδάργυρος οξείδιο) προστατεύουν το δέρμα με την αντανάκλαση και τη διασπορά της υπεριώδους ακτινοβολίας. Ανησυχίες, ωστόσο, έχουν δημιουργηθεί ότι τα αντηλιακά μπορεί να έχουν οιστρογονική δραστηριότητα, να ασκούν φωτοτοξικότητα, και να προκαλούν μείωση των επιπέδων βιταμίνης D (Sambandan & Ratner 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) θεωρεί ότι τα ρούχα αποτελούν επίσης την πρώτη γραμμή άμυνας έναντι της ηλιακής UV. Η σύνθεση του υφάσματος και το χρώμα του είναι οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν το ικανότητα προστασίας των ενδυμάτων από τον ήλιο. Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι τα ρούχα με πυκνότερη δομή και τα έντονα χρώματα παρέχουν καλύτερη προστασία έναντι της ακτινοβολίας UV (Aguilera et al, 2014). Ο πολυεστέρας είναι ένα ύφασμα που είναι άνετο και αποτελεσματικό στη φωτοπροστασία. Τα ρούχα που προσφέρουν υπεριώδη προστασία συνήθως κατασκευάζονται από πολυεστέρα. Ωστόσο, υπάρχει κάποια διαμάχη για το κατά πόσον τα ρούχα προέρχονται από ένα τα τεχνητά υφάσματα όπως ο πολυεστέρας είναι πιο αποτελεσματικά από τα κανονικά («φυσικά») ρούχα για προστασία από την UV. Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι τα ρούχα μπορεί να εμποδίσουν τη μετάδοση της ακτινοβολίας UV (Bielinski & Bielinski 2014).

Η αποφυγή του ήλιου είναι ακόμα ένας πολύ αποτελεσματικός τρόπος για να αποφευχθεί η βλάβη από τον ήλιο. Τα μέτρα περιλαμβάνουν την αποφυγή του ηλίου κατά τις θερινές ώρες 11-4 και την αναζήτηση σκιάς όταν υπάρχει περίπτωση να είμαστε εκτός σπιτιού. Η ομπρέλα και το νερό κρίνονται απαραίτητα (McMichael et al 2014).

3.1.2 Τροποποίηση συμπεριφοράς

Η ηλιακή προστατευτική συμπεριφορά μπορεί να προωθηθεί μέσω της γενικής εκπαίδευσης και της αποφυγής της μεσημεριακής έκθεσης στον ήλιο όταν η υπεριώδης ακτινοβολία είναι πιο έντονη, η συμμετοχή σε υπαίθριες δραστηριότητες νωρίς ή αργά την ημέρα, η αποφυγή της ηλιοθεραπείας (ακόμη και με αντηλιακά), αλλά και η αποφυγή τεχνητού μαυρίσματος σε συσκευές UV (solarium).

Οι συμβουλές και οι συστάσεις των δερματολόγων είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη από τη φωτογήρανση και άλλες επικίνδυνες βλάβες από την ηλιακή ακτινοβολία. Οι επικίνδυνες επιπτώσεις του ηλίου είναι πολλές, ανάμεσά τους και η φωτο-βλάβη του DNA και τα εγκαύματα στο δέρμα (Reinaw et al, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Προκαρκινωματοδείς και καρκινικές βλάβες από τον ήλιο

Οι κακοήθεις δερματικές βλάβες είναι η συνηθέστερη διάγνωση καρκίνου και πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν μια αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του δέρματος στη Βόρεια Αμερική (Novak et al, 2007) . Η έκθεση στον ήλιο έχει εντοπιστεί ως πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκινικών βλαβών του δέρματος και έχουν εφαρμοστεί εκπαιδευτικά προγράμματα που ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αποφεύγουν την έκθεση στον ήλιο, ιδιαίτερα μετά από διάγνωση καρκίνου του δέρματος. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει κάποια συμμόρφωση με τις συμπεριφορές προστασίας από τον ήλιο σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του δέρματος ή / και μετά την εκπαίδευση των ασθενών. Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχουν πολλοί ασθενείς που δεν συμμορφώνονται με αυτές τις συστάσεις (Novak et al, 2007).

Ειδικότερα, στη μελέτη τους οι Novak et al, (2007) κάλεσαν ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο ή προκαρκινική αλλοίωση του δέρματος στο παρελθόν προκειμένου να απαντήσουν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο σχετικά με την προστασία από τον ήλιο και την έκθεση στον ήλιο που λάμβαναν μετά την αποθεραπεία τους. Τα βασικά μέτρα έκβασης ήταν η έκθεση στον ήλιο και οι παράγοντες προστασίας από τον ήλιο: η χρήση αντηλιακής προστασίας, η χρήση γυαλιών ηλίου, η χρήση προστατευτικού ρουχισμού και η περιορισμένη υπαίθρια δραστηριότητα λόγω της διάγνωσης τους. Στην μελέτη συμμετείχαν 50 ασθενείς (27 άνδρες και 23 γυναίκες) με μέση ηλικία 59 ± 13 έτη. Οι ασθενείς με μελάνωμα (μέση ηλικία 53 ± 12 έτη) ήταν σημαντικά νεότεροι από τους ασθενείς με μη μελανώματα (μέση ηλικία 63 ± 12 ετών) ($P = 0,004$). Οι διαγνώσεις περιελάμβαναν μελάνωμα ($n = 21$), καρκίνωμα βασικών κυττάρων ($n = 20$), καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων ($n = 5$), ακτινική κεράτωση ($n = 2$) και δυσπλαστικό νεύρο ($n = 2$). Τέσσερις ασθενείς ανέφεραν ότι καπνίζουν. Οι βλάβες εντοπίστηκαν στο κεφάλι ($n = 29$), πόδι και πόδι ($n = 8$), βραχίονας ($n = 5$), πίσω ($n = 4$) και θώρακα ($n = 4$). Μετά την εκτομή της αλλοιώσεως του δέρματος, ήταν απαραίτητη η ανασυγκρότηση για να κλείσει το δέρμα σε 15 ασθενείς και οι υπόλοιπες τομές κλείστηκαν κυρίως με την τυπική τεχνική συρραφής. Είκοσι εννέα ασθενείς ανέφεραν ότι η εμφάνιση της ουλής δεν

τους ενοχλεί και η πλειονότητα των ασθενών (n = 43) ανέφεραν ότι ήταν πολύ ικανοποιημένοι (n = 31) ή ικανοποιημένοι (n = 12) με την εκτομή.

Η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε ότι, μετά από τη διάγνωση του καρκίνου ή της προκαρκινικής αλλοίωσης του δέρματος, πάντα ή σχεδόν πάντα φορούν αντηλιακό, φορούν καπέλο, περιορίζουν την παραμονή τους στον ήλιο και αποφεύγουν τον ήλιο μεταξύ 10:00 και 14:00. Μετά τη διάγνωσή τους, υπήρχαν σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που ανέφεραν ότι φορούσαν αντηλιακό και αυτό ήταν συχνότερο στις γυναίκες. Υπήρξαν σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που ανέφεραν να φορούν αντηλιακό με δείκτη προστασίας SPF 30 ή υψηλότερο και πάλι αυτό ήταν συχνότερο στις γυναίκες. Υπήρξαν σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που ανέφεραν ότι φορούν καπέλο μετά τη διάγνωσή τους για καρκινική ή προκαρκινική αλλοίωση. Αυτοί οι ασθενείς με αλλοιώσεις από μη μελανώματα ήταν σημαντικά πιο πιθανό να φορούν καπέλο. Υπήρξαν σημαντικά περισσότεροι ασθενείς που ανέφεραν ότι απέφευγαν τον ήλιο μεταξύ των ωρών 10:00 και 14:00 και απέφυγαν τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τον ήλιο. Οι ασθενείς με μελάνωμα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να περιορίσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω της διάγνωσης και αυτό ήταν συχνότερο στις γυναίκες (Novak et al, 2007).

Η έκθεση στον ήλιο έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκινικών αλλοιώσεων του δέρματος και προηγούμενες μελέτες έχουν αναφέρει μια θετική σχέση μεταξύ έκθεσης στον ήλιο και ανάπτυξης αυτών των νεοπλασμάτων (Task Force on Community Preventive Services, 2004). Ενώ αναπτύχθηκαν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα σε ορισμένες περιοχές, ιδιαίτερα σε περιοχές με υψηλό επιπολασμό καρκινικών αλλοιώσεων του δέρματος, τα περισσότερα άτομα γνωρίζουν τους κινδύνους της έκθεσης στον ήλιο και τη σύνδεσή του με την ανάπτυξη δερματικών καρκίνων. Ενώ πολλοί ασθενείς έχουν ακολουθήσει συστάσεις για προστασία από τον ήλιο μετά από μια διάγνωση καρκινικής βλάβης του δέρματος, φαίνεται ότι ορισμένες ομάδες του πληθυσμού ήταν πιο συμμορφωμένες με άλλες στην τήρηση της μείωσης των ηλιακών συμπεριφορών κινδύνου. Παλαιότερα, οι Rhee et al (2004) παρακολούθησαν 121 ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση για κακοήγη δερματική βλάβη και ανέφεραν σημαντική αύξηση στην συμπεριφορά προστασίας από τον ήλιο μετά τη διάγνωση. Σημείωσαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να αποφύγουν τον ήλιο

της μέσης ημέρας και οι άντρες ήταν πιθανότερο από τις γυναίκες να παραμείνουν εκτός του ήλιου. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από τους Rhee et al (2004), ο Robinson (1989) βρήκε χαμηλότερο ποσοστό συμμόρφωσης με τις συμπεριφορές προστασίας από τον ήλιο σε ηλικιωμένα άτομα.

Η εκπαίδευση υποστηρίζεται συχνά ως μέθοδος αλλαγής της συμπεριφοράς των ασθενών και μείωσης της συμμετοχής σε δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκινικών αλλοιώσεων του δέρματος. Οι Freiman et al (2004) μελέτησαν 217 ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με μελάνωμα, για να αξιολογήσουν εάν είχαν μεταβάλει τις συμπεριφορές τους στον ήλιο μετά την διάγνωση. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι οι ασθενείς έλαβαν περισσότερες συμβουλές σχετιζόμενες με τον ήλιο μετά από τη διάγνωση μελανώματος και ότι οι ασθενείς ανέφεραν αυξημένη συνειδητοποίηση του ήλιου και προστασία από τον ήλιο μετά από αυτήν την εκπαίδευση. Από την πλευρά τους, οι Owen et al (2004) αξιολόγησαν τη συμπεριφορά της γνώσης για τους κινδύνους του ηλίου σε ενήλικες στη Βόρειο Ιρλανδία. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι τα ηλικιωμένα άτομα είχαν χειρότερη ηλιακή γνώση και οι έλεγχοι της επιδερμίδας δεν πραγματοποιούνταν συστηματικά. Φαίνεται ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορεί να μην είναι αποτελεσματικά για να αλλάξουν συμπεριφορές και πεποιθήσεις για τους κινδύνους του ηλίου και ότι ίσως αυτά τα προγράμματα να αλλάξουν και να στοχεύσουν σε συγκεκριμένες ομάδες.

Πολλά από τα προγράμματα εκπαίδευσης και συμπεριφοράς στοχεύουν σε εφήβους και παιδιά για να επιτύχουν την έγκαιρη παρέμβαση σε συμπεριφορές και πεποιθήσεις προστασίας από τον ήλιο. Οι Bauer et al (2005) πραγματοποίησαν μια μελέτη για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης μελανοκυτταρικού νεύρου σε 1232 παιδιά. Οι συγγραφείς διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης και της χρήσης αντηλιακού για τη μείωση της επίπτωσης των μελανοκυτταρικών νεύρων τρία χρόνια μετά την παρέμβασή τους. Βρήκαν λίγες αλλαγές στη συμπεριφορά του αντηλιακού και καμία από τις αλλαγές δεν αποδόθηκε στην παρέμβασή τους. Οι De Vries et al (2005) αξιολόγησαν τη συμπεριφορά και τις πεποιθήσεις προστασίας από τον ήλιο σε εφήβους στην Ολλανδία και διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι ανέφεραν λιγότερη έκθεση στον ήλιο αλλά περισσότερα ηλιακά εγκαύματα. Η χρήση αντηλιακών ήταν η πιο συχνά αναφερθείσα μέθοδος προστασίας από τον ήλιο και ήταν πιο διαδεδομένη στα κορίτσια. Άλλες μέθοδοι προστασίας από τον ήλιο, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης προστατευτικής ενδυμασίας και αποφυγής του

ήλιου σε ώρες αιχμής, παρατηρήθηκαν λιγότερο συχνά. Οι Savona et al (2005) αξιολόγησαν τις διαφορές στις συμπεριφορές έκθεσης στον ήλιο, την προστασία από τον ήλιο και τις γνώσεις σχετικά με την έκθεση στον ήλιο και τον καρκίνο μεταξύ εφήβων της Δανίας και της Αμερικής. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι τα αγόρια της Δανίας και τα κορίτσια και των δύο χωρών ήταν πιο πιθανό να συμμετάσχουν στη χρήση συσκευών μαυρίσματος και σολάριουμ, ενώ οι έφηβοι της Δανίας ήταν λιγότερο πιθανό να φορούν καπέλο (Savona et al, 2005).

Στην έρευνα των Aksoy et al, (2017) συνολικά 21.085 ασθενείς παρουσιάστηκαν στις 3 κλινικές εξωτερικών ασθενειών δερματολογίας το 2016. Μεταξύ των ασθενών, υπήρχαν 81 περιπτώσεις προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων, με ετήσια επίπτωση 0,38%. Η ετήσια επίπτωση των προκαρκινικών βλαβών (n = 58) ήταν 0,27%, έναντι 0,11% (n = 23) για καρκινικές αλλοιώσεις. Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις συμπεριλάμβαναν την Ακτινική Κεράτωση (actinic keratosis-AK), τη νόσο του Bowen, την παραψωρίαση και τις διαγνωσθείσες κακοήθεις βλάβες που περιελάμβαναν τα : Βασικό Κυτταρικό Καρκίνωμα (basal cell carcinoma BCC, Καρκίνωμα Πλακωδών Κυττάρων (squamous cell carcinoma- SCC), κακόηθες μελάνωμα (MM), (malignant melanoma- MM), μυκητίαση fungoides (mycosis fungoides- MF), σάρκωμα Kaposi και δερματικές μεταστάσεις καρκίνων μακριών οργάνων.

Η ηλικία και το φύλο των ασθενών, η νοσοκομειακή κατανομή, ο συνδυασμός των ασθενειών και η διάρκεια των αλλοιώσεων δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ασθενών με προκαρκινικές και καρκινικές αλλοιώσεις. Ο εντοπισμός βλαβών στην κεφαλή και το λαιμό και η συχνότητά τους ήταν σημαντικά υψηλότεροι στους ασθενείς με προκαρκινικές αλλοιώσεις σε σχέση με εκείνους με καρκινικές αλλοιώσεις. Σημαντικά περισσότεροι ασθενείς με καρκινικές βλάβες υποβλήθηκαν σε βιοψία, χειρουργική θεραπεία και άλλες θεραπείες (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και φωτοθεραπεία) σε σύγκριση με εκείνους με προκαρκινικές αλλοιώσεις. Ο ρυθμός κρυσταλλοχειρουργικής / ηλεκτροχειρουργικής ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με προκαρκινικές αλλοιώσεις από ότι σε εκείνους με καρκινικές αλλοιώσεις. Ο ρυθμός τοπικής θεραπείας (τοπικά κορτικοστεροειδή, κρέμα 5-φθοροουρακίλης 5% και κρέμα 3% νατριούχου δικλοφενάκης) δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών με προκαρκινικές και καρκινικές αλλοιώσεις (Aksoy et al, 2017).

Δύο άλλες αναδρομικές μελέτες που διεξήχθησαν στην Τουρκία περιλάμβαναν όλους τους δερματολογικούς ασθενείς ηλικίας > 65 ετών, αναφέροντας ότι η συχνότητα των προκαρκινικών και καρκινικών δερματικών βλαβών ήταν 5,2% έως 9,4% (Çölgecen et al, 2015; Yalçın et al, 2006) και ότι αυξήθηκε με την ηλικία των ασθενών (4,6% -12,5 %) (Yalçın et al, 2006). Επιπρόσθετα, αναφέρθηκε ότι μεταξύ 1999 και 2003 η συχνότητα των προκαρκινικών και καρκινικών δερματικών βλαβών στην Τουρκία αυξήθηκε σχεδόν κατά 1,5 φορές (4,0% -6,4%) (Yalçın et al, 2006). Πρόσφατη τουρκική μελέτη διαπίστωσε ότι οι δερματικοί όγκοι είναι η πιο συνηθισμένη βλάβη του δέρματος στον πληθυσμό ηλικίας > 65 ετών στην Άγκυρα, με ρυθμό 81,5%, συμπεριλαμβανομένων των καλοήθων, προκαρκινικών και καρκινικών όγκων, και ότι μεταξύ των προκαρκινικών δερματικών όγκων το 19% είναι AK (Demirseren et al, 2010). Η συχνότητα εμφάνισης AK σε γηριατρικούς ασθενείς ήταν 3,8% (Çölgecen et al, 2015).

Μια κορεατική μελέτη διαπίστωσε ότι ο επιπολασμός των προκαρκινικών δερματικών βλαβών ήταν 0,16% (71,2% όλων των περιπτώσεων ήταν AK) (Kim et al, 2010). Μια άλλη κορεατική μελέτη παρατήρησε ότι η ετήσια επίπτωση των προκαρκινικών δερματικών βλαβών ήταν 1,82% (Choi et al, 2016). Η συχνότητα του AK στο βόρειο ημισφαίριο είναι 11% έως 25% στον πληθυσμό ηλικίας > 40 ετών (Bonerandi et al, 2011). Στην ίδια έρευνα αναφέρθηκε ότι η επίπτωση του AK ήταν 3% έως 6% στους άνδρες ηλικίας 40-49 ετών και 20% στους άνδρες ηλικίας > 60 ετών. Ολλανδοί ερευνητές ανέφεραν ότι ο επιπολασμός του AK σε άνδρες ηλικίας > 45 ετών ήταν 49%, ενώ ήταν 28% σε γυναίκες ηλικίας όμοιας ηλικίας (Flohil et al 2013). Μια αναδρομική μελέτη από την Κίνα ανέφερε ότι η διάγνωση των προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών με βάση τη βιοψία ήταν διαδεδομένη μεταξύ των βλαβών της κεφαλής και του λαιμού, του κορμού και των άκρων και ότι η μέση ηλικία στη διάγνωση ήταν τα 62,27 χρόνια (Huang et al, 2013). Σε αυτή την κινεζική μελέτη, ο BCC ήταν ο πιο συχνά διαγνωσμένος καρκίνος, ακολουθούμενος από AK, SCC in situ, SCC, MF και MM. Η μελέτη των ασθενών στη γηριατρική δερματολογία στο Yozgat έδειξε ότι η συχνότητα του BCC ήταν 0,81%, έναντι 0,27% για το SCC (Çölgecen et al, 2015). Η ετήσια επίπτωση της SCC αναφέρθηκε στο 0,03% στο γενικό πληθυσμό της Γαλλίας (Bonerandi et al, 2011). Στη μελέτη των δειγμάτων παθολογίας στο Mersin, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ όλων των καρκίνων του δέρματος, η συνηθέστερη ήταν το BCC (74,44% των καρκίνων του δέρματος και 1,29% όλων

των δειγμάτων), ακολουθούμενη από το SCC (19,16% καρκίνους του δέρματος και 0,33% όλα τα παθολογικά δείγματα) και MM (4,91% των καρκίνων του δέρματος και 0,08% όλων των δειγμάτων παθολογίας) (Aydin et al, 2000).

4.2 Ακτινική υπερκεράτωση

Η υπερκεράτωση αναφέρεται στην πάχυνση του εξωτερικού στρώματος του δέρματος. Αυτό το στρώμα είναι κατασκευασμένο από μια πρωτεΐνη που ονομάζεται «κερατίνη». Ορισμένοι τύποι υπερκεράτωσης εμφανίζονται λόγω κληρονομικότητας. Μπορεί να είναι παρόντες κατά τη γέννηση. Άλλα είδη υπερκεράτωσης μπορεί να είναι πρώιμα συμπτώματα καρκίνου του δέρματος, που τείνουν να αναπτύσσονται αργότερα στη ζωή (Taylor, 2017).

Η ακτινική κεράτωση (actinic keratoses- AK) είναι μια συχνή δερματική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δερματικές βλάβες στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές του σώματος. Η επικράτηση της AK στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία κυμάνθηκε από 11 έως 26% σε διάφορες μελέτες και βρέθηκε ότι περίπου το 19% των Αυστραλών, ηλικίας άνω των 40 ετών, χωρίς ιστορικό AK κατά την έναρξη της μελέτης, ανέπτυξε μία ή περισσότερες AK μέσα σε 12 μήνες (Cohen, 2010).

Η AK αποτέλεσε την πρωταρχική διάγνωση για 4,55 εκατομμύρια επισκέψεις σε γιατρούς από το 1993 έως το 1994, σύμφωνα με την Εθνική Έρευνα Εξερευνητικής Ιατρικής Φροντίδας (Salasche, 2000) και περιλάμβανε το 14% όλων των επισκέψεων των δερματολόγων των ΗΠΑ για 10 χρόνια (Gupta et al, 2002). Η ετήσια συχνότητα επισκέψεων εξαιτίας της AK σταθεροποιήθηκε από το 1995 έως το 2003, αλλά αναμένεται να αυξηθεί όσο αυξάνεται η ηλικία του πληθυσμού (Warino, et al, 2006). Αυτός ο υψηλός επιπολασμός μεταφράζεται σε σημαντικό ιατρικό κόστος, με το άμεσο κόστος της AK να υπερβαίνει το ένα δισεκατομμύριο δολάρια ετησίως (The Lewin Group, 2005).

Η κλινική σημασία της AK σχετίζεται με τον κίνδυνο κακοήθειας μετασχηματισμού σε καρκίνο του δέρματος του μη μελανώματος (nonmelanoma skin

cancer - NMSC), συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πλακώδους κυττάρου (squamous cell carcinoma- SCC) και του καρκινώματος των βασικών κυττάρων (basal cell carcinoma- BCC). Αν και το NMSC θεραπεύεται, ορισμένες βλάβες, ιδιαίτερα οι SCC, μπορεί να γίνουν τοπικά επεμβατικές και καταστρεπτικές και ενδεχομένως να οδηγήσουν σε μετάσταση ή θάνατο. Το NMSC και οι θεραπείες μπορεί να σχετίζονται με σημαντική νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένων των λειτουργικών βλαβών του δέρματος, ιδιαίτερα από τις χειρουργικές επεμβάσεις (Clayman, 2005)

Το NMSC, η πιο κοινή δερματική κακοήθεια, προκύπτει από τα επιδερμικά κερατινοκύτταρα. Η πλειοψηφία του ενός εκατομμυρίου νέων καρκίνων του δέρματος που διαγιγνώσκονται ετησίως είναι NMSC, με το 80% περίπου να αντιπροσωπεύει το BCC και το 16% να αντιπροσωπεύει το SCC. Η AK εξελίσσεται από την αλλοιωμένη ρύθμιση της ανάπτυξης των κερατινοκυττάρων και να σχετίζεται περισσότερο με το SCC μεταξύ των NMSCs. Η AK και το NMSC είναι αλληλένδετα. Ωστόσο, η φύση και ο βαθμός αυτής της σχέσης παραμένει αμφιλεγόμενη. Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης SCC εντός και γύρω από βλάβες της AK. Η AK έχει αναφερθεί ότι είναι συνεχόμενη με το SCC μέχρι και σε 82 % των περιπτώσεων (Cohen, 2010).

Τα δεδομένα από τη δοκιμή VA Topical Tretinoin Chemoprevention (VATTC) έδωσαν πληροφορίες για τις πιθανότητες για κακοήγη εξέλιξη της AK. Αφού παρακολούθησαν 169 ασθενείς κλινικά και φωτογραφικά για έξι χρόνια, τα ποσοστά της εξέλιξης της AK σε SCC υπολογίστηκαν σε 0,6% σε ένα έτος και 2,6% σε τέσσερα χρόνια. Από αυτά τα SCCs, το 75% θεωρήθηκε επεμβατικό και το υπόλοιπο ήταν in situ (Criscione et al, 2008).

Οι κλινικές παρουσιάσεις της AK κυμαίνονται από ερυθρηματώδεις εστίες της ωχράς κηλίδας έως τις μεγάλες υπερκερατοειδείς πλάκες. Αυτές οι βλάβες εμφανίζονται σε εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές, όπως η κεφαλή, ο λαιμός, οι βραχίονες, τα χέρια και η άνω πλευρά. Το επιδερμικό SCC επιτόπια εμφανίζεται σε παρόμοια ανατομική κατανομή, συνήθως ως μια αρκετά οριοθετημένη, υπερκερατωτική, ερυθρηματώδης πλάκα. Το δερματικό SCC μπορεί να επανορθωθεί ή να επισημανθεί με σταθερές ουλές, πλάκες ή οζίδια με υπερκεράτωση, εξέλκωση

(καλά διαφοροποιημένη) ή σαρκώδη, μαλακή, κοκκιωματώδη ουλές ή οζίδια χωρίς κερατινοποίηση (ελάχιστα διαφοροποιημένη). υπερκερατωτική, η οποία μπορεί να περιπλέξει την κλινική διαφοροποίηση μεταξύ του AK και του πιο κλινικά σοβαρού SCC (Cohen, 2010).

Η διαδοχική και σωρευτική γενετική βλάβη είναι κρίσιμες πτυχές της παθογένειας των AK και NMSC. Η πρωταρχική πρόληψη της διεξαγόμενης γενετικής βλάβης που προκαλείται από υπεριώδεις ακτινοβολίες είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση της ανάπτυξης των AK και NMSC. Καθώς οι γενετικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στη φωτογήρανση, η αποκατάσταση της κυτταρικής δυσλειτουργίας και η αποκατάσταση του δεοξυριβονουκλεϊκού οξέος (DNA) καθίστανται σαφέστερες, εμφανίζεται μια μετατόπιση στη διαχείριση και τη θεραπεία τους. Με βάση την αρχή ότι τα AK και NMSC αντιπροσωπεύουν οντότητες κατά μήκος ενός φάσματος κλινικά προοδευτικής νόσου, προκύπτει ότι η θεραπεία πρώιμων κλινικών βλαβών ή η χρήση χημειοθεραπευτικών παραγόντων που ρυθμίζουν υποκείμενους μοριακούς μηχανισμούς, μπορεί να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης διηθητικών νεοπλασμάτων και μεταστάσεων (Cohen, 2010).

4.3 Βασικό κυτταρικό καρκίνωμα (BCC)

Το βασικό κυτταρικό καρκίνωμα (Basal cell carcinoma - BCC) είναι ο πιο συνηθισμένος καρκίνος του δέρματος στους ανθρώπους, ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πάνω από το, εκτεθειμένο στον ήλιο, δέρμα ως μια αργά αναπτυσσόμενη, τοπικά επεμβατική αλλοίωση, που σπάνια κάνει μετάσταση. Η ενδοκυτταρική οδός σηματοδότησης patched / hedgehog διαδραματίζει κεντρικό ρόλο και στις δύο σποραδικές BCCs και στο βρογχικό σύνδρομο BCC (σύνδρομο Gorlin). Αυτή η οδός είναι ζωτικής σημασίας για τη ρύθμιση της κυτταρικής ανάπτυξης και η διαφοροποίηση και η απώλεια αναστολής αυτής της οδού συνδέεται με την ανάπτυξη του BCC. Η πρωτεΐνη sonic hedgehog είναι η πιο σχετική με το BCC. Εντούτοις, η πρωτεΐνη Patched (PTCH) είναι το συστατικό πρόσδεσης του συμπλόκου υποδοχέα hedgehog στην κυτταρική μεμβράνη. Το άλλο μέλος πρωτεΐνης του συμπλόκου υποδοχέα, (SMO), είναι υπεύθυνο για τη μεταγωγή σηματοδότησης hedgehog σε

καθοδικά γονίδια, οδηγώντας σε μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η σημασία αυτής της οδού επισημαίνεται από την επιτυχή χρήση σε προχωρημένες μορφές BCC, ενός φαρμάκου εγκεκριμένου από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων, το οποίο αναστέλλει επιλεκτικά τον υποδοχέα SMO. Οι εξειδικευμένες στο UV νουκλεοτιδικές αλλαγές στα γονίδια καταστολής όγκων, TP53 και PTCH, έχουν επίσης εμπλακεί στην ανάπτυξη του BCC (Sehgal et al, 2014).

Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του BCC φαίνεται να είναι η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία. Πρόωρη έκθεση κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία συνδέεται με σημαντική αύξηση του κινδύνου για την ασθένεια. Άτομα υψηλού κινδύνου, έχουν ανοιχτό δέρμα, ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και μπλε, πράσινα ή γκρι μάτια. Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι σε ορισμένες περιπτώσεις η επαφή με αρσενικό, η έκθεση στην ραδιενέργεια, οι ανοικτές πληγές που δεν επουλώνονται, οι χρόνιες φλεγμαίνουσες δερματικές καταστάσεις και επιπλοκές από εγκαύματα, ουλές, μολύνσεις, εμβόλια ή ακόμη και από τατουάζ. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα, η BCC έχει παρατηρηθεί στην παιδική ηλικία, στην ηλικιακή ομάδα 0 έως 19 ετών, σε άτομα με ιστορικό έντονης έκθεσης UV ακτινοβολία. Οι βλάβες εμφανίζονται συνήθως σε εικόνα χρόνιας φωτοκαταστραμμένης επιδερμίδας. Βρίσκονται συνήθως πάνω την περιοχή της κεφαλής και του λαιμού. Η κλινική εικόνα εμφανίζει έναν όγκο σαν μαργαριτάρι ή κερύ στο πρόσωπο, στα αφτιά ή στο λαιμό ή μια επίπεδη στο χρώμα του δέρματος ή καφέ αλλοίωση, σαν ουλή, στο στήθος ή στην πλάτη (Sehgal et al, 2014).

Η θεραπεία εξαρτάται από το μέγεθος του καρκίνου, τη θέση και το βάθος του. Η τάση κάθε δερματικού καρκίνου, είναι να μεγαλώνει σε μέγεθος είτε επιφανειακά, είτε σε βάθος. Έτσι, όσο περισσότερο χρόνο υφίσταται προτού υποβληθεί σε θεραπεία, τόσο μεγαλύτερος και βαθύτερο θα είναι το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει απόξεση και καυτηρίαση του καρκίνου, κρυοθεραπεία (κρυοχειρουργική), ακτινοβολία, χειρουργική εκτομή ή μια σειρά μικροσκοπικά ελεγχόμενων αποξέσεων που λέγεται χειρουργική Mohs. Επειδή πολλοί καρκίνοι του δέρματος αναπτύσσονται στο πρόσωπο, ο χειρουργός μπορεί επίσης να κάνει διορθωτική επέμβαση, όπως μεταμόσχευση δέρματος, αν είναι αναγκαίο.

Με την έγκαιρη θεραπεία ο βασικοκυτταρικός καρκίνος έχει ποσοστό θεραπείας μεγαλύτερο από 95%. Θα χρειαστεί επιμελής προστασία από τον ήλιο, για να αποφευχθεί η περαιτέρω εμφάνιση νεοπλασιών. Άτομα που έχουν ένα βασικοκυτταρικό καρκίνωμα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και άλλους καρκίνους του δέρματος, με την πάροδο του χρόνου είτε στην ίδια περιοχή είτε σε άλλη. Βρίσκονται επίσης σε μεγάλο κίνδυνο για άλλους τύπους καρκίνου του δέρματος (Sehgal et al, 2014).

4.4 Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

Πρόκειται για έναν όγκο επιθηλιακής προέλευσης με μαλπιγιανή διαφοροποίηση. Παρόλο που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο όγκος δεν είναι απειλητικός για τη ζωή, υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθεί μετάσταση. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί να εμφανιστεί de novo ή σε έδαφος προκαρκινικής βλάβης, όπως η ακτινική υπερκεράτωση και η νόσος του Bowen (Κωστάκη και συν, 2012).

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες:

- Μέγεθος όγκου: Όγκοι με διάμετρο μεγαλύτερη από 2cm φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Ανάλογα με την εντόπιση του όγκου το όριο των 2cm μεταβάλλεται και γίνεται 6mm για όγκους που αναπτύσσονται σε περιοχές υψηλού κινδύνου και 10mm για όγκους που αναπτύσσονται σε περιοχές μεσαίου κινδύνου.

- Εντόπιση: Με βάση το πού εντοπίζεται ο όγκος διακρίνονται 3 κατηγορίες. Οι αυξημένου κινδύνου περιοχές (περιοχές H) περιλαμβάνουν το κεντρικό πρόσωπο και ιδιαίτερα την περιοχή γύρω από τα μάτια, το στόμα και τα αυτιά, τη μύτη, την κροταφική χώρα, την περιοχή κατά μήκος της κάτω γνάθου, καθώς και τα γεννητικά όργανα, την άκρα χείρα και το άκρο πόδι. Οι μεσαίου κινδύνου περιοχές (περιοχές I) περιλαμβάνουν τις παρειές, το μέτωπο, το τριχωτό της κεφαλής και τον τράχηλο, ενώ χαμηλού κινδύνου (περιοχές B) θεωρούνται ο κορμός και τα άκρα.

- Κλινικά όρια όγκου: Οι όγκοι με ασαφή κλινικά όρια παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής.

- Πρωτοπαθής ή υποτροπιάζουσα βλάβη: Οι υποτροπιάζουσες βλάβες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.

- Ανοσοκαταστολή: Οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς, καθώς και όσοι έχουν υποβληθεί σε μακροχρόνια φωτοθεραπεία τύπου PUVA παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Επιπλέον, η νόσος στους μεταμοσχευμένους ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο επιθετική.

- Σημείο προηγηθείσας ακτινοθεραπείας: Οι όγκοι που αναπτύσσονται σε σημεία σε οποία έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία για καλοήθεις βλάβες, θεωρούνται αυξημένου κινδύνου.

- Περινευρική διήθηση: Οι βλάβες με περινευρική διήθηση παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο υποτροπής καθώς και μετάστασης.

- Βαθμός διαφοροποίησης: Οι καλώς διαφοροποιημένοι όγκοι έχουν σαφώς μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής και μετάστασης.

- Σημείο χρόνιας φλεγμονής: Οι βλάβες που αναπτύσσονται σε έδαφος χρόνιας φλεγμονής παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μετάστασης.

- Ταχέως αναπτυσσόμενος όγκος: Οι ταχέως αναπτυσσόμενοι όγκοι παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μετάστασης

- Νευρολογικά συμπτώματα: Στο 40% των περιπτώσεων όγκων με περινευρική διήθηση παρουσιάζονται κλινικά συμπτώματα που υποδεικνύουν την προσβολή κινητικών ή αισθητικών νευρών. Στις περιπτώσεις αυτές οι όγκοι θεωρούνται υψηλού κινδύνου.

- Ιστολογικά χαρακτηριστικά: Το αδενοειδές ή ακανθολυτικό, το αδενοακανθοκυτταρικό και το δεσμοπλαστικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής και μετάστασης. Επιπλέον, τόσο το πάχος του όγκου σε mm όσο και το επίπεδο διήθησης, κατ'αντιστοιχία με τους δείκτες Breslow και Clark του μελανώματος, φαίνεται να έχουν σημαντική προγνωστική αξία. Έτσι, οι όγκοι με μεγαλύτερο πάχος, καθώς και αυτοί που διηθούν το εν τω βάθει δικτυωτό χόριο και το υποδόριο λίπος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο μετάστασης και

υποτροπής. Τέλος κίνδυνο υποτροπής παρουσιάζουν και τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα in situ (Κωστάκη και συν, 2012).

4.4.1 Θεραπεία Προκαρκινικών Βλαβών

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επιθετικά όταν πρωτοεμφανίζονται. Οι προτεινόμενες θεραπείες είναι: κρυοθεραπεία, 5-fluorouracil, imiquimod, φωτοδυναμική θεραπεία, απόξεση και ηλεκτροκαυτηρίαση. Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν το diclofenac, το χημικό peeling (TCA) ή το ablative skin resurfacing (laser, dermabrasion) Οι ακτινικές υπερκερατώσεις που έχουν άτυπη κλινική εικόνα ή που δεν ανταποκρίνονται στη κατάλληλη θεραπεία θα πρέπει να αξιολογούνται ιστολογικά με βιοψία (Κωστάκη και συν, 2012).

4.4.2 Θεραπεία Καρκινικών Βλαβών

Στις κατηγορίες ασθενών υψηλού κινδύνου που μπορούν να αναπτύξουν πολλαπλές βλάβες σε μικρό χρονικό διάστημα, οι καταστρεπτικές θεραπείες (απόξεση και ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοθεραπεία) μπορούν να αποτελέσουν θεραπεία εκλογής για τους κλινικά χαμηλού κινδύνου όγκους λόγω της δυνατότητας θεραπείας πολλαπλών βλαβών σε μία μόνο συνεδρία. Στην περίπτωση της απόξεσης η βιοψία της βλάβης που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να μελετάται προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη ιστολογικών στοιχείων υψηλού κινδύνου που καθιστούν απαραίτητη την περαιτέρω θεραπεία της βλάβης.

Σε ασθενείς με πολλαπλούς όγκους στην ίδια περιοχή η χειρουργική θεραπεία μπορεί να μην περιλαμβάνει το γύρω προσβεβλημένο δέρμα. Για την αντιμετώπιση των in situ βλαβών μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλες θεραπευτικές μέθοδοι. Σε ασθενείς με πολλαπλούς κοντινούς όγκους στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών και στα αντιβράχια η χειρ/κή εκτομή και αποκατάσταση με μόσχευμα έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία. Απαιτεί ωστόσο μεγάλο διάστημα αποκατάστασης. Σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις περινευρικής διήθησης και ως συμπληρωματική θεραπεία, και λιγότερο συχνά ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Δορυφόρες βλάβες (in-transit δερματικές μεταστάσεις) παρουσιάζονται πιο συχνά σε αυτόν τον πληθυσμό. Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επιθετικά και να εξετάζεται η δυνατότητα χρήσης της ακτινοθεραπείας ως θεραπείας εκλογής. Σε μεταμοσχευμένους ασθενείς η μείωση της ανοσοκαταστολής μπορεί να εξετάζεται σε

περιπτώσεις απειλητικών για τη ζωή καρκίνων ή ταχείας ανάπτυξης πολλαπλών όγκων (Κωστάκη και συν, 2012).

4.4.3 Πρόληψη

Η χρήση συστηματικών ρετινοϊδών φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση των προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών του δέρματος σε ορισμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Ωστόσο, η θεραπευτική τους δράση αναιρείται μετά τη διακοπή του φαρμάκου, ενώ η χρήση τους περιορίζεται εξαιτίας των παρενεργειών και της τερατογόνου δράσης τους (Κωστάκη και συν, 2012).

4.5 Κακοήθες μελάνωμα

Το μελάνωμα είναι ένας κακοήθης όγκος που προέρχεται από τα μελανοκύτταρα και εμφανίζεται κατ' εξοχήν στο δέρμα. Το μελάνωμα εμφανίζεται σπανιότερα στον οφθαλμό (στον επιπεφυκότα και στην ίριδα), στις μήνιγγες καθώς και σε άλλους βλεννογόνους, όπου υπάρχουν μελανοκύτταρα και πρόδρομες μορφές τους (ΕΛΛΕΜΕΛ, 2016).

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του μελάνωματος ποικίλουν ανάλογα με τη φυλή, τη γεωγραφική περιοχή, το φύλο, την ηλικία, τον ιστολογικό τύπο και την ανατομική εντόπιση της νόσου. Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται διαρκώς κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία, δικαιολογώντας το χαρακτηρισμό της επιδημικής εξάπλωσης σε αυτές τις γεωγραφικές περιοχές. Αντιπροσωπεύει περίπου το 3% όλων των κακοηθειών. Η ετήσια αύξηση της επίπτωσης έχει υπολογιστεί σε περίπου 3-7% ετησίως για τους Καυκάσιους και αυτή η αύξηση αφορά όλες τις κατηγορίες μελανωμάτων ανεξάρτητα από το ιστολογικό τους πάχος (≤ 1 , 1.01–2, 2.01–4 και >4 mm). Το μελάνωμα είναι σπάνιο σε Ασιάτες και εξαιρετικά σπάνιο σε άτομα της μαύρης φυλής στους οποίους η πλειονότητα των μελανωμάτων εμφανίζεται στα άκρα. Στην Ευρώπη η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στο Βορρά σε σύγκριση με το Νότο, σε αντίθεση με το δείκτη της υπερϊώδους ακτινοβολίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του

GLOBOCAN 2008, η προσαρμοσμένη για την ηλικία επίπτωση της νόσου ήταν υψηλότερη στη Σουηδία (19,2 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους) και χαμηλότερη στη Ρουμανία (2,8 ανά 100.000 κατοίκους) και στην Ελλάδα (2,2 ανά 100.000 κατοίκους). Πρόσφατες αναφορές σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές (π.χ. Κρήτη) αναφέρουν υψηλότερες τιμές (4-5/100.000 κατοίκους). Η αυξημένη επίπτωση στη Βόρεια Ευρώπη μπορεί να οφείλεται στα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού (ανοιχτό χρώμα δέρματος, μαλλιών και ματιών), στην εντονότερη διαλείπουσα έκθεση στον ήλιο κατά τις καλοκαιρινές διακοπές, ή στις διαφορές στην καταγραφή των περιστατικών (ΕΛΛΕΜΕΛ, 2016).

Η αύξηση της επίπτωσης των λεπτών μελανωμάτων είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, ενώ όσον αφορά τα MM μεγαλύτερου πάχους είναι μεγαλύτερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Το μελάνωμα μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, αλλά είναι σχετικά σπάνιο στα παιδιά. Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 55 έτη. Τα μελανώματα που εμφανίζονται σε μικρότερες ηλικίες είναι συχνότερα σε γυναίκες και είναι συνήθως επιφανειακώς εξαπλούμενα με εντόπιση στα κάτω άκρα, ενώ τα μελανώματα σε μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζονται συχνότερα σε άνδρες με εντόπιση στην κεφαλή και τον τράχηλο. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά αυτά ενδέχεται να διαφέρουν σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει οικογενειακό ιστορικό μελανώματος. Η υπεριώδης ακτινοβολία, είτε η φυσική ή η τεχνητή της μορφή (τεχνητές πηγές μαυρίσματος), θεωρείται ο σημαντικότερος περιβαλλοντικός παράγοντας στην παθογένεια του μελανώματος.^{3, 4} Η αποφυγή της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία, η οποία μπορεί να επιτευχθεί και μέσω της τακτικής χρήσης αντηλιακών, συμβάλλει στη μείωση της επίπτωσης του πρωτοπαθούς δερματικού μελανώματος (ΕΛΛΕΜΕΛ, 2016).

Η αύξηση της σχετικής με το μελάνωμα θνησιμότητας δεν είναι αντίστοιχη με την αύξηση της επίπτωσης της νόσου. Στις ΗΠΑ η θνησιμότητα αυξήθηκε κατά τα έτη 1975-1989, αλλά στη συνέχεια παρέμεινε σταθερή. Το 2005 η θνησιμότητα ήταν 3,9 ανά 100.000 άνδρες και 1,7 ανά 100.000 γυναίκες. Αυτή η διαφορά μπορεί να οφείλεται σε πρόωμη διάγνωση λόγω ενημέρωσης του κοινού ή σε βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών και την έγκαιρη διάγνωση. Στην Ευρώπη η θνησιμότητα ανά 100.000 κατοίκους ποικίλει από 3,2 στη Νορβηγία σε 1,0 στη Ρουμανία και 0,9 στην Ελλάδα.

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση μελανώματος είναι οι εξής:

- **Ανοιχτόχρωμο δέρμα** (φωτότυπος κατά Fitzpatrick I ή II). Μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη μελανώματος φέρουν τα άτομα με ανοιχτό φωτότυπο δέρματος, φακίδες, κόκκινα ή ξανθά μαλλιά που "καίγονται" εύκολα στον ήλιο και "μαυρίζουν" δύσκολα. Παραλλαγές γονιδίων που ελέγχουν την μελάγχρωση του δέρματος και των τριχών, όπως του γονιδίου του υποδοχέα της μελανοκορτίνης-1 (melanocortin-1 receptor (MC1R) gene variants) έχουν συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος, πιθανώς λόγω του ανοιχτόχρωμου φαινότυπου που προκαλούν.

- **Ιστορικό υπέρμετρης έκθεσης στον ήλιο ή σε τεχνητές πηγές "μαυρίσματος"**. Στοιχεία που προέρχονται από την Αυστραλία, τη Μεγάλη Βρετανία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά, υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με αυξημένη διαλείπουσα έκθεση στον ήλιο παρουσιάζουν κατά 60% υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος σε σχέση με άτομα με χαμηλή έκθεση στον ήλιο. Αντίστοιχα αυξημένη επικινδυνότητα παρουσιάζουν ασθενείς με ιστορικό επώδυνου ηλιακού εγκαύματος, ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία. Η χρήση τεχνητών μέσων μαυρίσματος επίσης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση μελανώματος. Έχει αναφερθεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος είναι κατά 16-25% υψηλότερη σε ασθενείς που έχουν χρησιμοποιήσει solarium ανεξαρτήτως ηλικίας και κατά 59% σε άτομα που το έχουν χρησιμοποιήσει σε ηλικίες κάτω των 35 ετών.

- **Πολλαπλοί κοινοί ή άτυποι μελανοκυτταρικοί σπίλοι**: Παρατηρείται αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος σε ασθενείς με >100 σπίλους ή >5 άτυπους σπίλους. Η επικινδυνότητα εμφάνισης μελανώματος σε ασθενείς με >100 σπίλους είναι 7 φορές περισσότερη από ότι σε ασθενείς με μικρό αριθμό σπίλων (0-15).

- **Οικογενειακό ιστορικό μελανώματος**: Η πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος διπλασιάζεται σε άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό μελανώματος. Η επικινδυνότητα είναι ακόμη υψηλότερη εάν ο συγγενής με μελάνωμα είναι κάτω της ηλικίας των 30 ετών. Η παρουσία μεταλλάξεων στα γονίδια CDKN2A και CDK4

ενοχοποιούνται για το 40% των περιπτώσεων οικογενούς μελανώματος ή πολλαπλών μελανωμάτων. Έξι στους 10 ασθενείς που φέρουν την μετάλλαξη στο γονίδιο CDKN2A, και πάσχουν από το σύνδρομο οικογενούς μελανώματος - δυσπλαστικών σπίλων (FAMMM), θα εμφανίσουν μελάνωμα έως την ηλικία των 80. Η επικινδυνότητα αυτή διαφέρει ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή.

- **Ανοσοκαταστολή:** Ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία μετά από μεταμόσχευση οργάνου παρουσιάζουν 2,4 φορές αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος, καθώς και αυξημένη θνητότητα. Αμφιλεγόμενα είναι τα ευρήματα συσχέτισης με ασθενείς με χρόνια αυτοάνοσα προβλήματα που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητική θεραπεία.

- **Ιστορικό κακοήθους νεοπλασματος:** Ασθενείς με ιστορικό βασικοκυτταρικών ή ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων του δέρματος φέρουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος. Άλλοι καρκίνοι εν τω βάθει οργάνων που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση μελανώματος αποτελούν: ο καρκίνος του μαστού, λέμφωμα nonHodgkin, ο καρκίνος του νεφρού, ο καρκίνος του θυρεοειδούς, ο καρκίνος του προστάτη κ.α. Η πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος σε αυτούς τους ασθενείς δύναται να είναι έως και διπλάσια, ενώ η σχέση είναι πιθανώς αμφίδρομη. Αυξημένη πιθανότητα μελανώματος έχει επίσης αναφερθεί και σε ασθενείς με ιστορικό κακοήθους νεοπλασματος κατά την παιδική ηλικία και ειδικά σε αυτούς που έχουν λάβει ακτινοθεραπεία.

• **Ύπαρξη μεγάλου μεγέθους ή γιγαντιαίου συγγενούς σπίλου**

Διακρίνονται τέσσερις κύριοι τύποι μελανώματος. Κάθε τύπος έχει ξεχωριστά επιδημιολογικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά και πιθανώς διαφορετικό μοριακό υπόβαθρο και συσχέτιση με την ηλικιακή έκθεση.

Επιφανειακώς επεκτεινόμενο μελάνωμα: Είναι η συχνότερη μορφή στη λευκή φυλή και αποτελεί το 70% του συνόλου των μελανωμάτων. Διαγιγνώσκεται συνήθως σε άτομα ηλικίας 30-50 ετών, αλλά μπορεί να ανευρεθεί και σε οποιαδήποτε ηλικία. Αντιστοιχεί στην οριζόντια φάση ανάπτυξης του όγκου και χαρακτηρίζεται από παζετοειδή διασπορά κακοήθων μελανοκυττάρων σε όλο το πάχος της επιδερμίδας. Μπορεί να αναπτύσσεται έως και στις μισές περιπτώσεις επί προϋπάρχοντος δυσπλαστικού σπίλου, αν και ο κίνδυνος εξαλλαγής καθενός μεμονωμένου σπίλου

είναι εξαιρετικά χαμηλός. Εμφανίζεται ως μελαγχρωματική κηλίδα με ασυμμετρία, ακανόνιστη παρυφή, ποικιλοχρωμία (καστανό, μαύρο, ερυθρό, γκρίζο, λευκό λόγω υποστροφής), διάμετρο $>0,5$ cm, η οποία εξελίσσεται σε πλάκα, πάνω στην οποία μπορεί να αναπτυχθούν βλατίδες ή οζίδια. Μπορεί να εντοπίζεται οπουδήποτε, αλλά απαντάται συχνότερα στον κορμό στους άνδρες και στις κνήμες στις γυναίκες.

Οζώδες μελάνωμα: Αντιπροσωπεύει το 10-15% των μελανωμάτων και διαγιγνώσκεται συνήθως σε άτομα ηλικίας 50-60 ετών, συχνότερα άνδρες. Αντιστοιχεί στην κάθετη φάση ανάπτυξης του όγκου, μετά από σύντομη ή απύσχα οριζόντια φάση. Συνεπώς είναι ιδιαίτερα επιθετικό και, επειδή η διάγνωση γίνεται σε πιο προχωρημένο στάδιο, έχει χειρότερη πρόγνωση. Εμφανίζεται σαν καστανό, κυανό ή μελανό οζίδιο με σχετική συμμετρία, ομοιογένεια και μονοχρωμία, που όμως μεγαλώνει γρήγορα και συχνά εξελκώνεται και αιμορραγεί. Το 5% αυτών των μελανωμάτων είναι αμελανωτικά, και εμφανίζονται με ερυθρό ή ρόδινο χρώμα. Οι συχνότερες εντοπίσεις αφορούν στον κορμό, την κεφαλή και τον τράχηλο, μπορεί ωστόσο να εντοπίζεται οπουδήποτε στο σώμα.

Μελάνωμα αναπτυσσόμενο επί κακοήθους φακίδας: Αντιστοιχεί σε έως 15% των μελανωμάτων. Αναπτύσσεται αργά (εντός πολλών ετών) σε έδαφος κακοήθους φακίδας (μελάνωμα in situ) σε φωτοεκτεθειμένες περιοχές (στην κεφαλή, ιδίως στη ρίνα και τις παρειές, και τον τράχηλο) ηλικιωμένων ατόμων (συνηθέστερα ηλικίας 60-70 ετών). Περίπου 5-10% των κακοήθων φακίδων εξελίσσονται σε διηθητικό μελάνωμα. Χαρακτηρίζεται από φακοειδή υπερπλασία άτυπων μελανοκυττάρων κατά το δερμο-επιδερμικό όριο και από στοιχεία χρόνιας ακτινικής βλάβης (ηλιακή ελάστωση). Εμφανίζεται σαν ευμεγέθους, καστανόμαυρη κηλίδα με υπόχρωμες περιοχές και ακανόνιστη παρυφή, επί της οποίας αναπτύσσεται οζίδιο.

Μελάνωμα των άκρων τύπου εφηλίδας: Το μελάνωμα των άκρων τύπου εφηλίδας είναι σπάνιο στη λευκή φυλή (5-10%), αλλά αποτελεί τη συχνότερη μορφή μελανώματος στη μαύρη (έως 70%) και κίτρινη (έως 45%) φυλή. Εντοπίζεται συνήθως στις παλάμες και τα πέλματα ή στην ονυχία μονάδα. Εμφανίζεται ως ακανόνιστη, ευμεγέθους, καστανόμαυρη (ποικιλόχρωμη) κηλίδα (οριζόντια φάση) επί της οποίας μπορεί να αναπτυχθεί οζίδιο (κάθετη φάση). Όταν αφορά την μήτρα του όνυχος, εμφανίζεται ως ταινιοειδής μελανονυχία (σκουρόχρωμη, ακανόνιστη σε σχήμα και ανομοιογενής σε χρώμα, μελάγχρωση με πάχος >3 mm) ή ως

υπερμελάγχρωση που επεκτείνεται στο υπονύχιο ή πέρα από την εγγύς και τις πλάγιες ονυχαίες πτυχές (σημείο Hutchinson). Η διάγνωση συχνά καθυστερεί λόγω της θέσης και τις δυσκολίες στην έγκαιρη αναγνώρισή του.

Άλλοι τύποι μελανώματος: Άλλοι σπανιότεροι τύποι μελανώματος είναι το αμελανωτικό, το δεσμοπλαστικό, το σπιτσοειδές και το μικροκυτταρικό μελάνωμα, ο κακοήθης κυανός σπίλος, το εκ διαυγών κυττάρων μελάνωμα, το ζωικού τύπου μελάνωμα και το μελάνωμα των βλεννογόνων. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά παρουσιάζει το μελάνωμα της παιδικής ηλικίας (ΕΛΛΕΜΕΛ, 2016).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Να γίνει γνωστό κατά πόσο η ηλικία και το επάγγελμα έχει σχέση με τη φωτογήρανση του δέρματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη δημιουργία και το μοίρασμα ερωτηματολογίου, που συντάχθηκε για τους σκοπούς της, μοιράστηκε την περίοδο Οκτωβρίου- Δεκεμβρίου 2018 σε 200 άνδρες, της Καλύμνου και της Εδέσσης, το επάγγελμα των οποίων τους φέρνει σε επαφή με τον ήλιο, άρα είναι πιο πιθανό να έχουν ηλιακές βλάβες στο δέρμα τους. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες: Α Ομάδα οι άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Κάλυμνο και Β Ομάδα οι άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Έδεσσα. Στα παραρτήματα της παρούσης εργασίας παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων του δείγματος. Για τα αποτελέσματα έγινε στατιστικός έλεγχος με τη χρήση των προγραμμάτων SPSS 2.0, με περιγραφική στατιστική συχνοτήτων (frequencies, Crosstabulation).

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελείται από 200 άνδρες, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: 100 άτομα στην ομάδα Α, που αποτελείται από άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Κάλυμνο και 100 άτομα στην ομάδα Β, που αποτελείται από άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Έδεσσα. Το δείγμα έχει ηλικία από 30 έως και πάνω από 70 ετών, με μέσο όρο 50-60 ετών. Τα επαγγέλματα που δήλωσε το δείγμα είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» και «ΑΓΡΟΤΗΣ» και σε μικρότερο ποσοστό «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ», «ΨΑΡΑΣ», «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

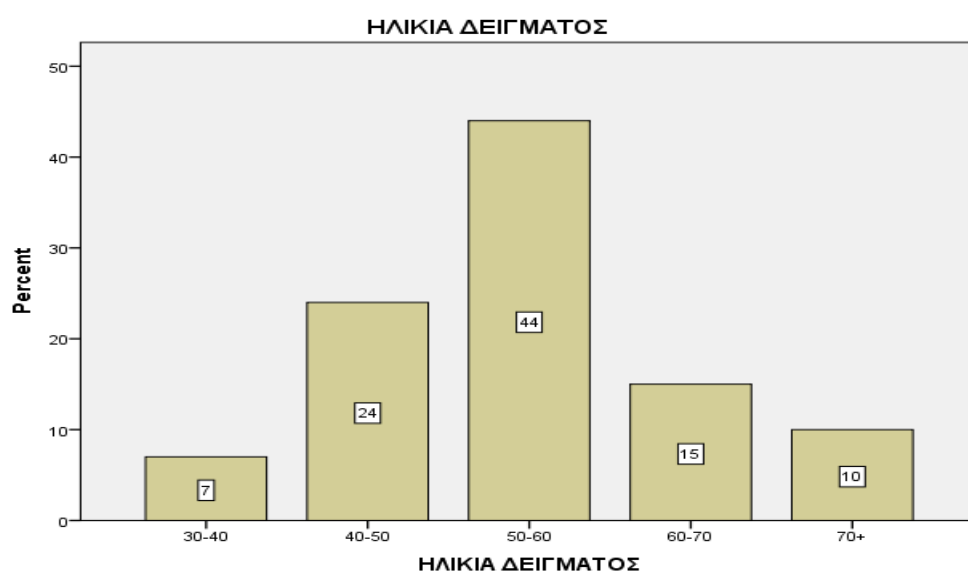
Α ΟΜΑΔΑ (Άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Κάλυμνο)

ΗΛΙΚΙΑ

Η πλειοψηφία του Α δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 50-60ετών, σε ποσοστό 44%. Στη συνέχεια, με 24% ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών, με 15% η ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών, με 10% η ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών και τέλος, 7% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών.

Πίνακας 1: Πίνακας συχνοτήτων της ηλικίας του δείγματος Α

ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 30-40	7	7,0	7,0	7,0
40-50	24	24,0	24,0	31,0
50-60	44	44,0	44,0	75,0
60-70	15	15,0	15,0	90,0
70+	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



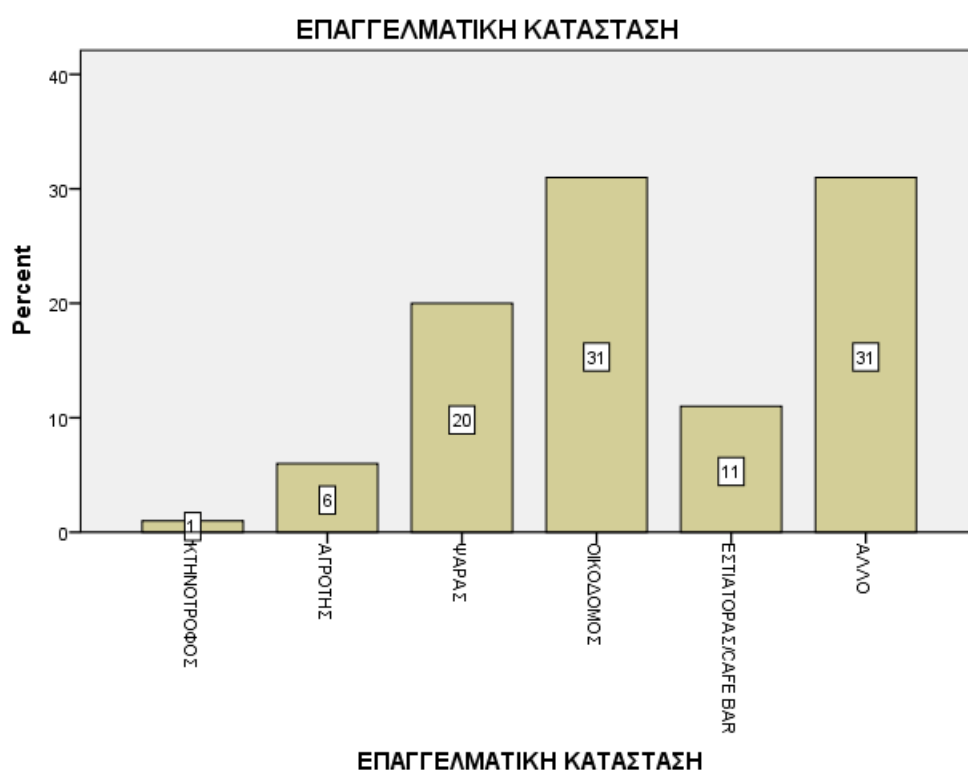
Γράφημα 1: Ηλικία δείγματος Α

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στην επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α από 31% δηλώνουν «οικοδόμοι» και «άλλο επάγγελμα». Το 20% δηλώνει «ψαράς», το 11% δηλώνει «εστιατοράς/café bar», το 6% «αγρότης» και 1% «κτηνοτρόφος».

Πίνακας 2: Πίνακας συχνότητων της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος Α

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	1	1,0	1,0
	ΑΓΡΟΤΗΣ	6	6,0	7,0
	ΨΑΡΑΣ	20	20,0	27,0
Valid	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	31	31,0	58,0
	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	11	11,0	69,0
	ΑΛΛΟ	31	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



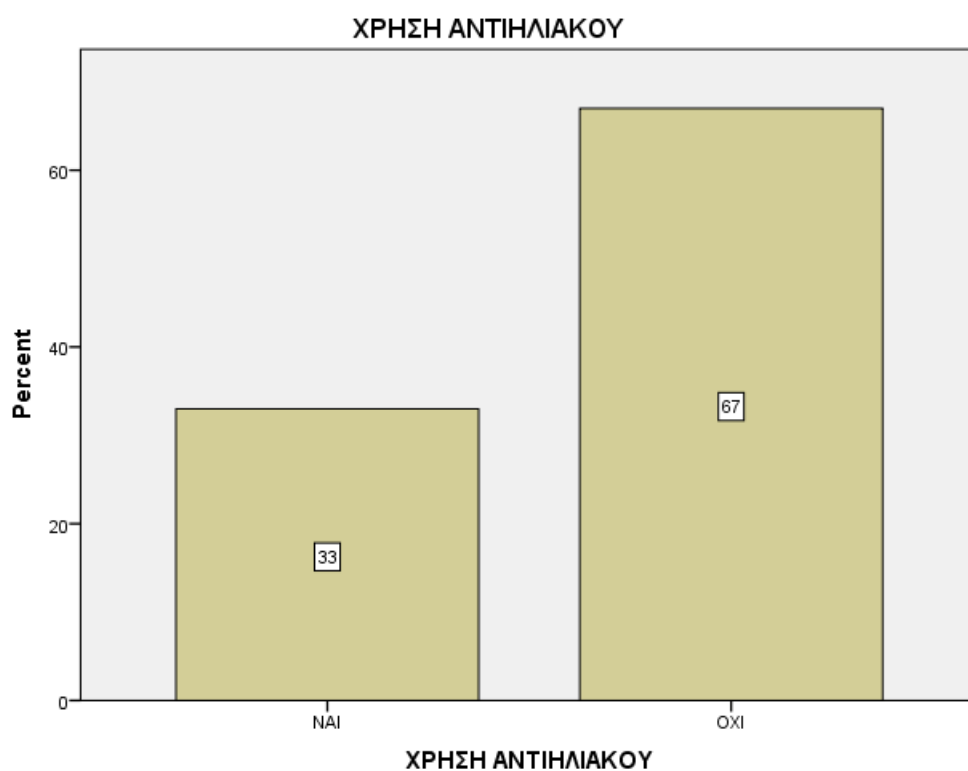
Γράφημα 2: Επαγγελματική κατάσταση δείγματος Α

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ

Για το αν κάνει το δείγμα Α χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας του, η πλειοψηφία στο 67% δηλώνει πως δεν κάνει χρήση αντηλιακού και το 33% δηλώνει ότι χρησιμοποιεί αντηλιακό.

Πίνακας 3: Πίνακας Συχνοτήτων για τη χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας του δείγματος Α

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	33	33,0	33,0
	OXI	67	67,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



Γράφημα 3: Χρήση αντηλιακού από το δείγμα Α

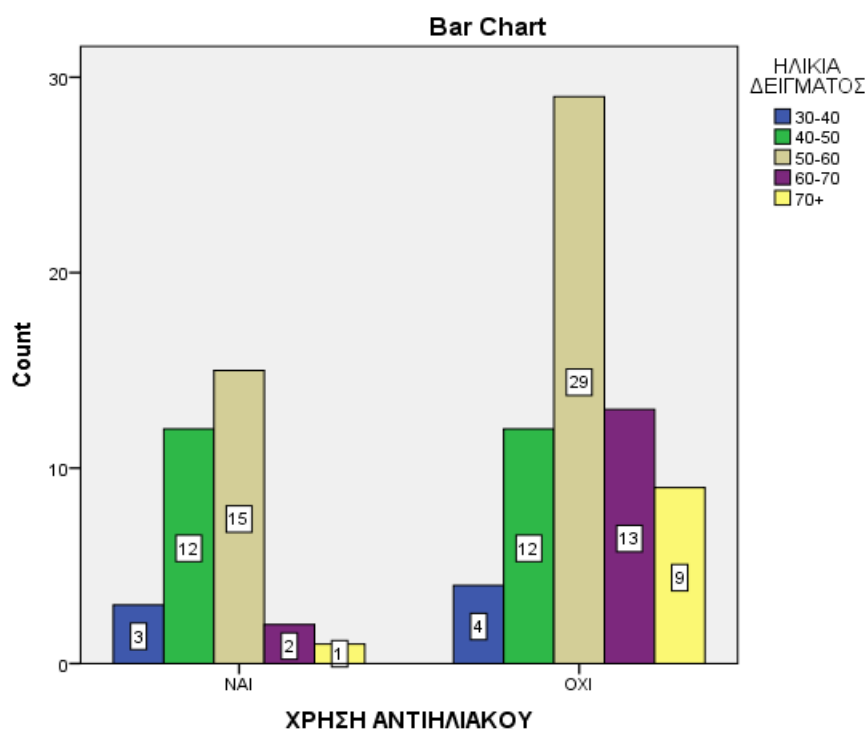
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην αναζήτησή μας για τη σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και ηλικίας βρήκαμε ότι το 29% της ηλικιακής ομάδας 50-60 ετών δε χρησιμοποιεί αντηλιακή προστασία ενώ το 15% της ίδιας ηλικιακής ομάδας το χρησιμοποιεί, το 13% της ηλικιακής ομάδας 60-70 ετών δε χρησιμοποιεί ενώ μόλις το 2% της ίδιας ηλικιακής ομάδας το χρησιμοποιεί. Το ίδιο ποσοστό, δηλαδή το 12%, εμφανίστηκε και στις δύο απαντήσεις, δηλαδή «χρησιμοποιώ αντηλιακή προστασία» και «δε χρησιμοποιώ αντηλιακό» μεταξύ των 40-50 ετών. Έπειτα, το 9% των άνω των 70 ετών δε χρησιμοποιεί ενώ το 1% χρησιμοποιεί αντηλιακό και τέλος, το 4% της ηλικιακής ομάδας των 30-40 ετών δε χρησιμοποιεί ενώ το 3% χρησιμοποιεί.

Πίνακας 4: Σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και ηλικίας δείγματος Α

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ	ΝΑΙ	3	12	15	2	1	33
	ΟΧΙ	4	12	29	13	9	67
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 4: Σχέση μεταξύ ηλικίας και χρήσης αντηλιακού

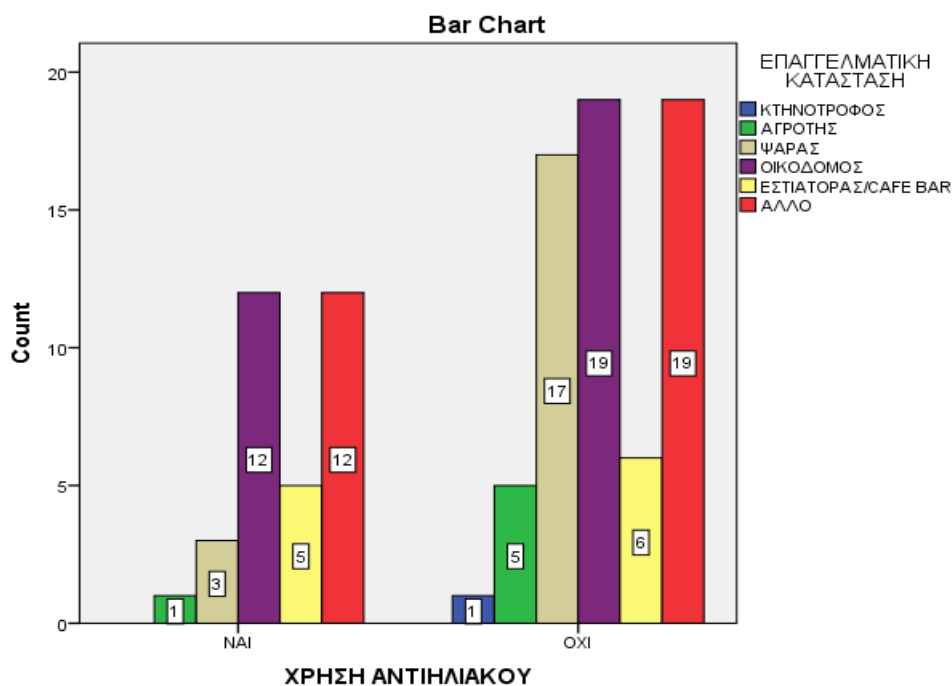
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Όσον αφορά στην χρήση αντηλιακής προστασίας σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α, οι οικοδόμοι και όσοι ανέφεραν σαν επαγγελματική ιδιότητα «ΑΛΛΟ», φαίνεται να μη συμμορφώνονται και να μη χρησιμοποιούν αντηλιακή προστασία στο 19% του δείγματος, αντίστοιχα και στο 17% οι ψαράδες. Όσον αφορά σε εκείνους που χρησιμοποιούν αντηλιακό, πάλι οι οικοδόμοι και όσοι δήλωσαν στην επαγγελματικής τους ιδιότητας «ΑΛΛΟ» χρησιμοποιούν, στο 12% του δείγματος της αντίστοιχης ομάδας, αντηλιακή προστασία κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

Πίνακας 5: Σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και επαγγέλματος

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΧΡΗΣΗ	ΝΑΙ	0	1	3	12	5	12	33
ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ	ΟΧΙ	1	5	17	19	6	19	67
Total		1	6	20	31	11	31	100



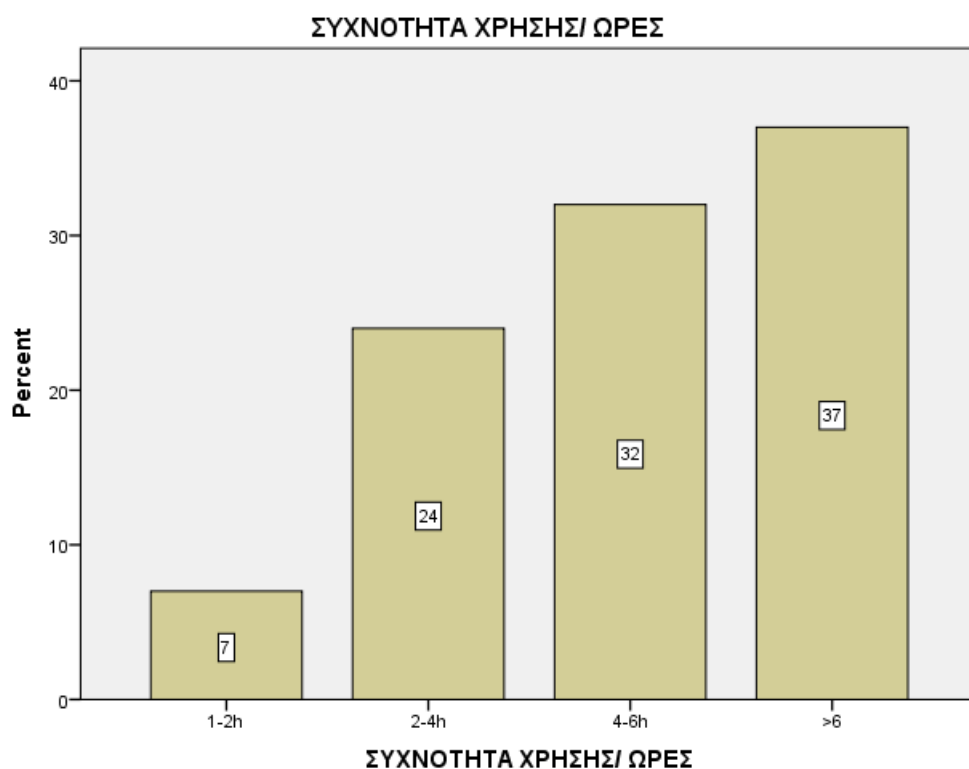
Γράφημα 5: Σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και επαγγέλματος

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ

Όσον αφορά στο πόσο συχνά κάνει χρήση αντηλιακού το δείγμα Α στην πλειοψηφία, του (37%) δηλώνει πως κάνει πάνω από 6 ώρες για να χρησιμοποιήσει αντηλιακό, το 32% ανά 4-6 ώρες, το 24% ανά 2-4 ώρες και 7% ανά 1-2 ώρες.

Πίνακας 6: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ/ ΩΡΕΣ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1-2h	7	7,0	7,0	7,0
2-4h	24	24,0	24,0	31,0
Valid 4-6h	32	32,0	32,0	63,0
>6	37	37,0	37,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Γράφημα 6: συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

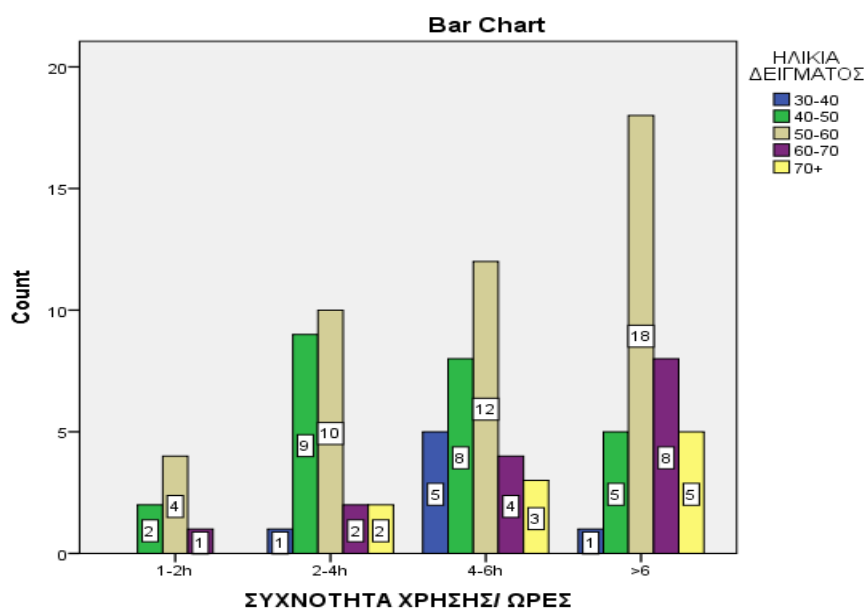
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Το δείγμα Α δείχνει ότι οι άνδρες της ηλικιακής ομάδας μεταξύ 50-60 ετών είναι πιο προσεκτικοί με τον ήλιο, καθώς εκείνοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης αντηλιακού σε όλες τις ώρες της ημέρας. Αντίθετα, εκείνοι που φαίνεται να μην “λογαριάζουν” τον ήλιο και την επικινδυνότητά του ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 ετών.

Πίνακας 7: Πίνακας συχνότητας χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ/ ΩΡΕΣ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ/ ΩΡΕΣ	1-2h	0	2	4	1	0	7
	2-4h	1	9	10	2	2	24
	4-6h	5	8	12	4	3	32
	>6	1	5	18	8	5	37
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 7: συχνότητας χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

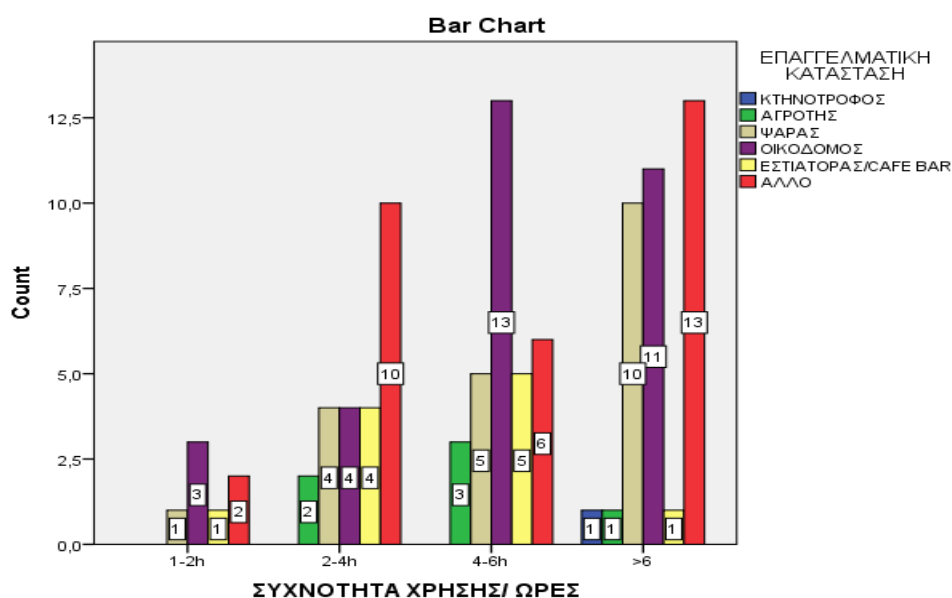
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στο δείγμα Α φαίνεται ότι οι άνδρες που δηλώνουν «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» και «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» είναι πιο προσεκτικοί με τον ήλιο και χρησιμοποιούν τακτικά αντηλιακό κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε αντίθεση με εκείνους που δηλώνουν «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ» όπου μόνο 1 βάζει αντηλιακό κάθε 6 και παραπάνω ώρες.

Πίνακας 8: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ/ ΩΡΕΣ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ/ ΩΡΕΣ	1-2h	0	0	1	3	1	2	7
	2-4h	0	2	4	4	4	10	24
	4-6h	0	3	5	13	5	6	32
	>6	1	1	10	11	1	13	37
Total		1	6	20	31	11	31	100



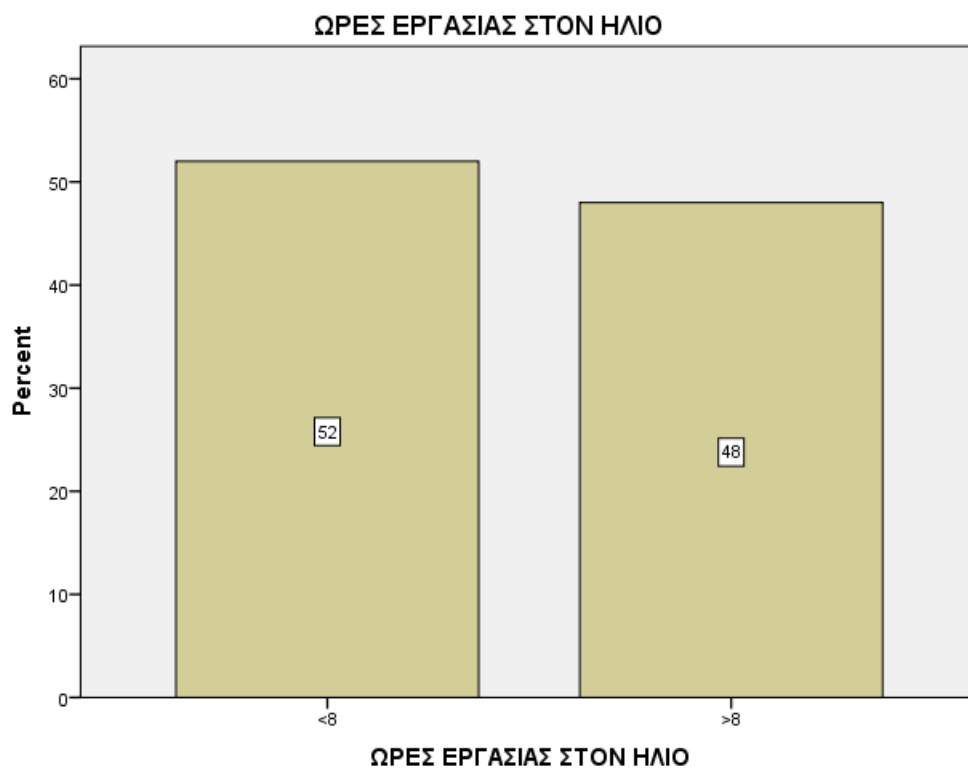
Γράφημα 8: Συχνότητα χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας σε σχέση με το επάγγελμα του δείγματος Α

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ

Το δείγμα Α, στο 52%, εργάζεται κάτω από τον ήλιο λιγότερες από 8 ώρες και το 48% περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα.

Πίνακας 9: Πίνακας συχνοτήτων των ωρών που εργάζεται κάτω από τον ήλιο το δείγμα Α

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<8	52	52,0	52,0	52,0
Valid >8	48	48,0	48,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



Γράφημα 9: ώρες που εργάζεται το δείγμα Α κάτω από τον ήλιο

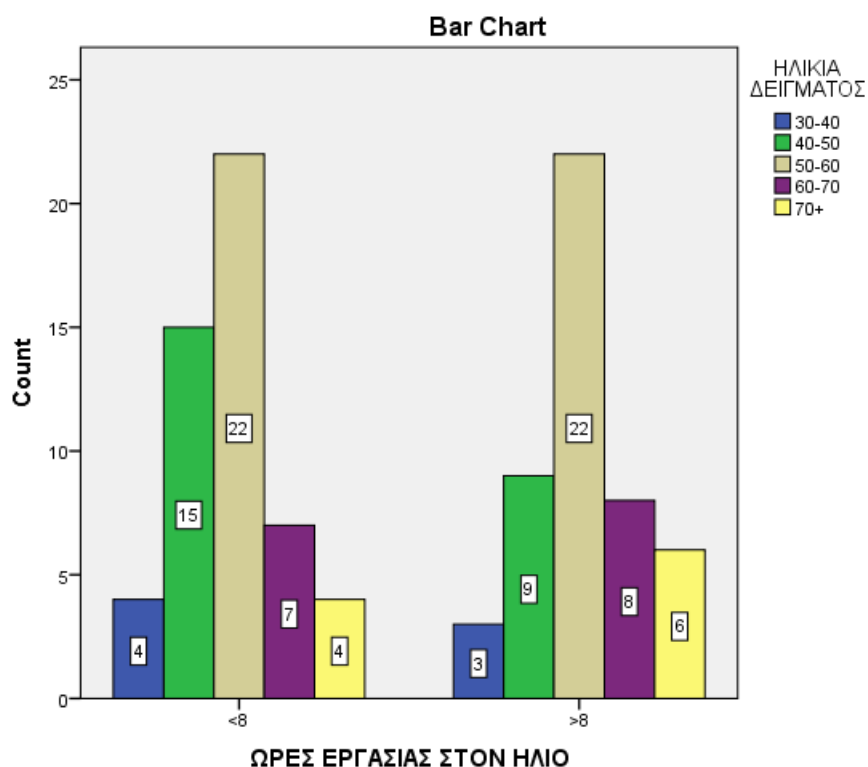
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που φαίνεται να περνά περισσότερες ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας κάτω από τον ήλιο είναι μεταξύ 50-60 ετών. Εκείνοι που φαίνεται να περνούν λιγότερες ώρες κάτω από τον ήλιο ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών.

Πίνακας 10: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας στον ήλιο σε σχέση με την ηλικία

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ	<8	4	15	22	7	4	52
ΗΛΙΟ	>8	3	9	22	8	6	48
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 10: Συχνότητα παραμονής κάτω από τον ήλιο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος A

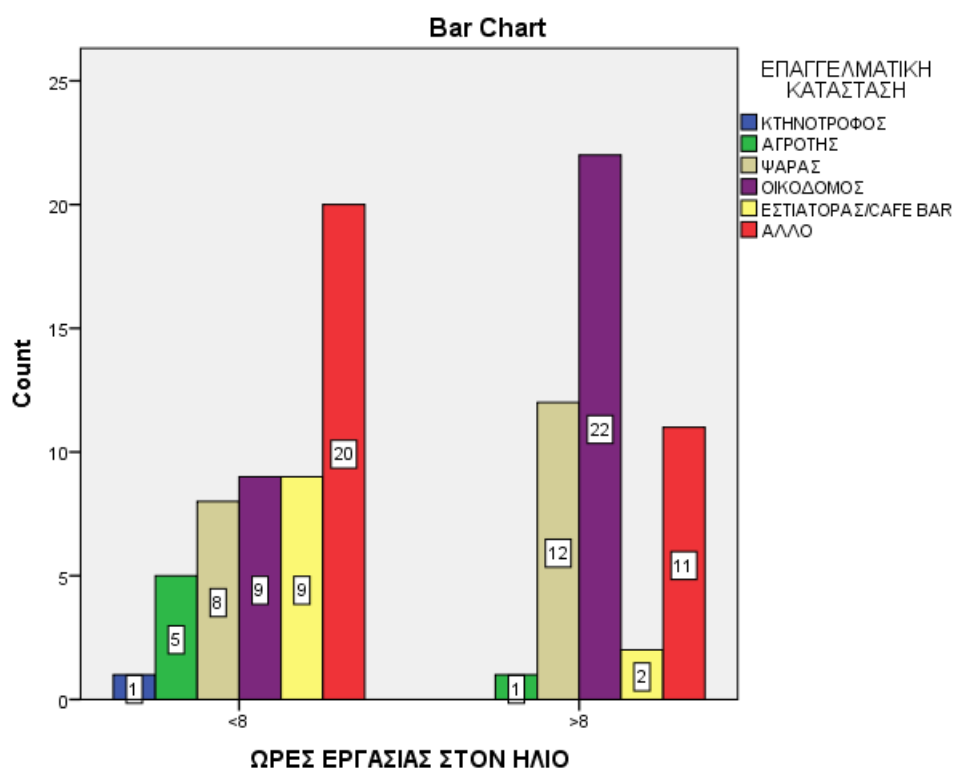
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στο δείγμα Α φαίνεται ότι το επάγγελμα που περνάει περισσότερες ώρες κάτω από τον ήλιο είναι αυτό του «ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ» και εκείνο που περνά λιγότερο χρόνο στον ήλιο είναι «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» και πολύ κοντά παρουσιάζεται το επάγγελμα του «ΑΓΡΟΤΗ»

Πίνακας 11: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο, σε σχέση με το επάγγελμα

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ	<8	1	5	8	9	9	20	52
	>8	0	1	12	22	2	11	48
Total		1	6	20	31	11	31	100



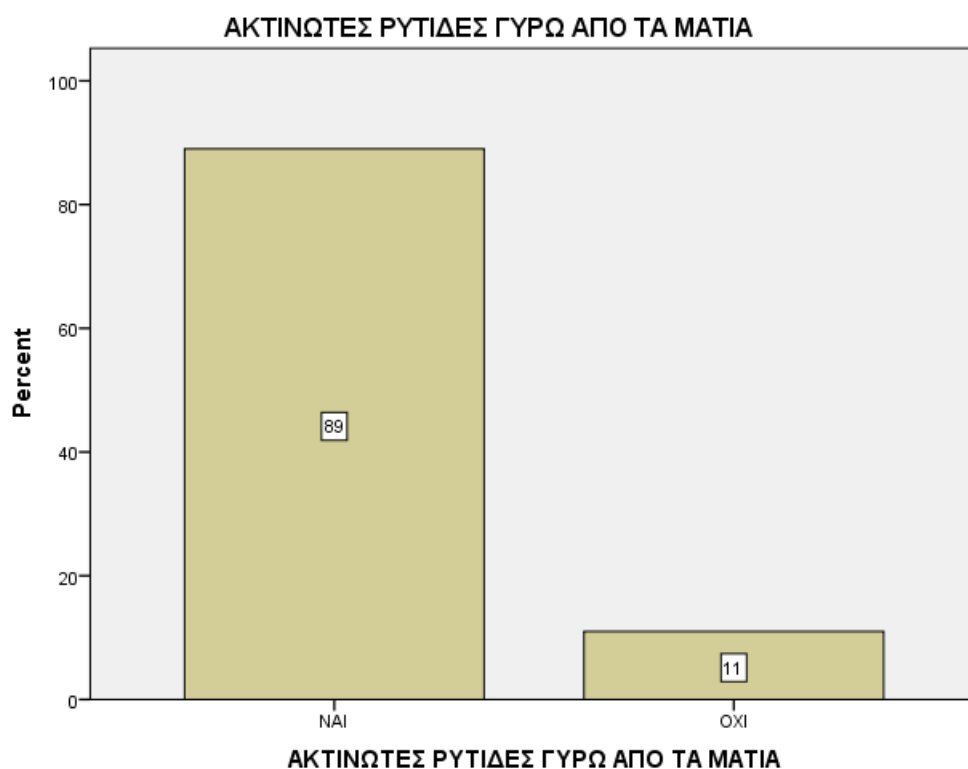
Γράφημα 11: Σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ

Στην συντριπτική του πλειοψηφία το δείγμα Α έχει ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια, και συγκεκριμένα στο 89% ενώ το υπόλοιπο 11% δήλωσε πώς δεν έχει.

Πίνακας 12: Πίνακας συχνοτήτων για την παρουσία ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος Α

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	89	89,0	89,0
	OXI	11	11,0	100,0
Total		100	100,0	



Γράφημα 12: Συχνότητα εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος Α

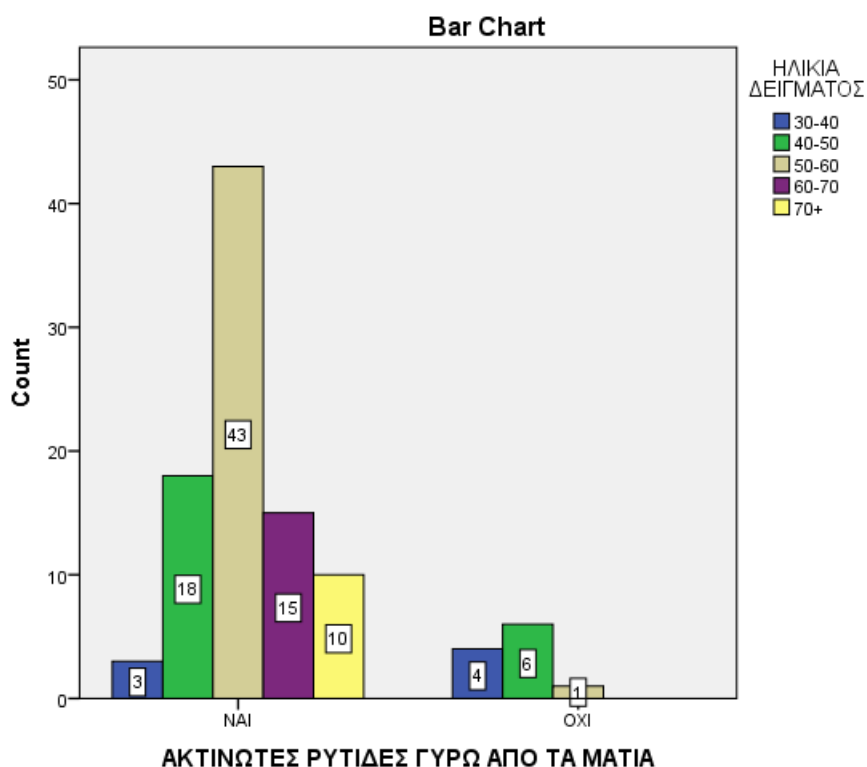
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία μεταξύ 50-60 ετών παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια, με ποσοστό 43%. Θα μπορούσαμε όμως να πούμε ότι εμφανίζεται αρκετά μεγάλο ποσοστό από τις ηλικίες μεταξύ 40 – 50 ετών στο δείγμα Α.

Πίνακας 13: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ	ΝΑΙ	3	18	43	15	10	89
ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ	ΟΧΙ	4	6	1	0	0	11
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 13: Σχέση εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

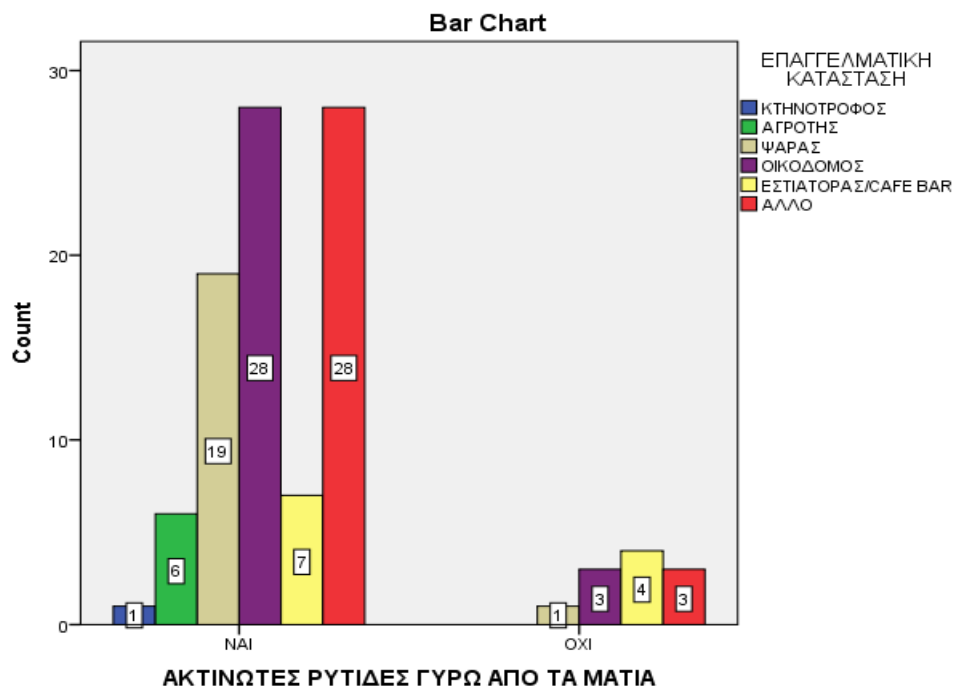
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ φαίνεται για ακόμα μια φορά ότι εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνιση ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια, με 28% και εκείνοι που εμφανίζουν το μικρότερο ποσοστό είναι οι ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ με 1%.

Πίνακας 14: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ	ΝΑΙ	1	6	19	28	7	28	89
	ΟΧΙ	0	0	1	3	4	3	11
Total		1	6	20	31	11	31	100



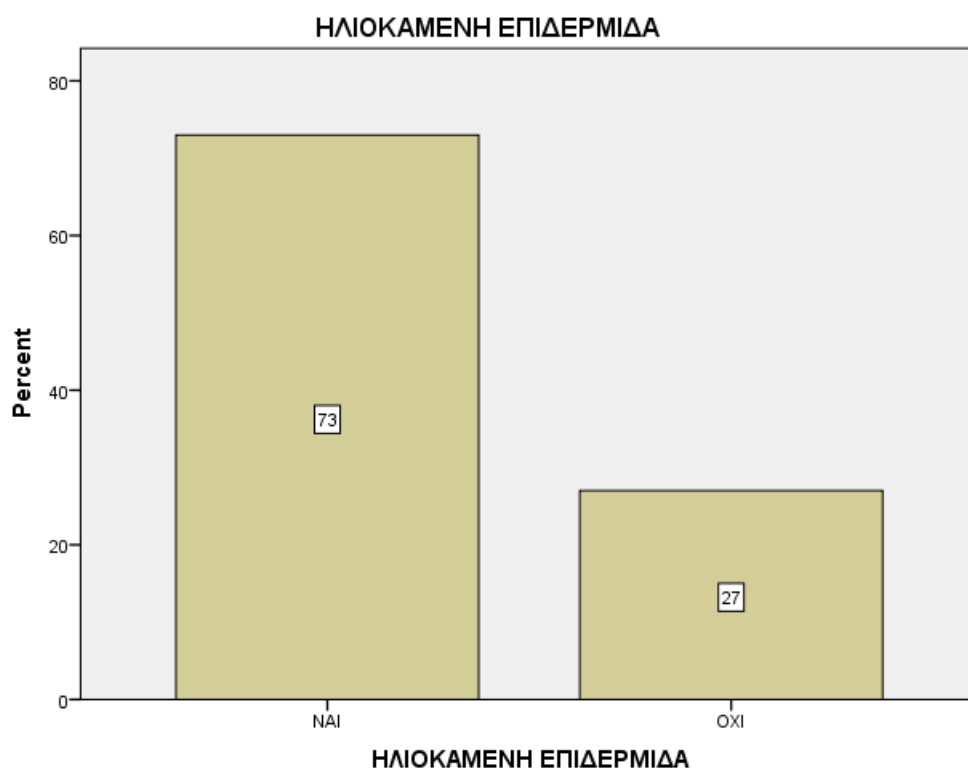
Γράφημα 14: Σχέση μεταξύ ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια και επαγγέλματος

ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Το 73% του δείγματος δήλωσε ότι έχει ηλιοκαμένη επιδερμίδα ενώ το 27% δήλωσε ότι δεν έχει ηλιοκαμένη επιδερμίδα.

Πίνακας 15: Πίνακας συχνοτήτων ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα Α

ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	73	73,0	73,0
	OXI	27	27,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



Γράφημα 15: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα Α

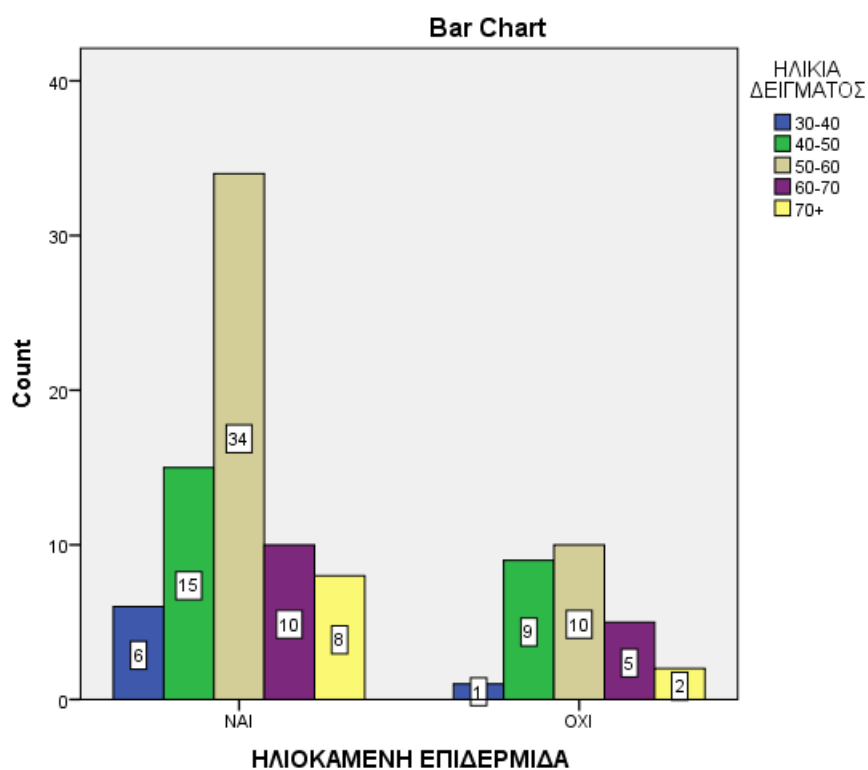
ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στο δείγμα Α, μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας εμφανίζει η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών. Εκείνη που εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό είναι η ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών και πολύ κοντά εμφανίζεται και η ηλικία άνω των 70 ετών.

Πίνακας 16: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με το δείγμα Α

ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ	ΝΑΙ	6	15	34	10	8	73
ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ	ΟΧΙ	1	9	10	5	2	27
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 16: Σχέση μεταξύ ηλιοκαμένης επιδερμίδας και ηλικίας του δείγματος Α

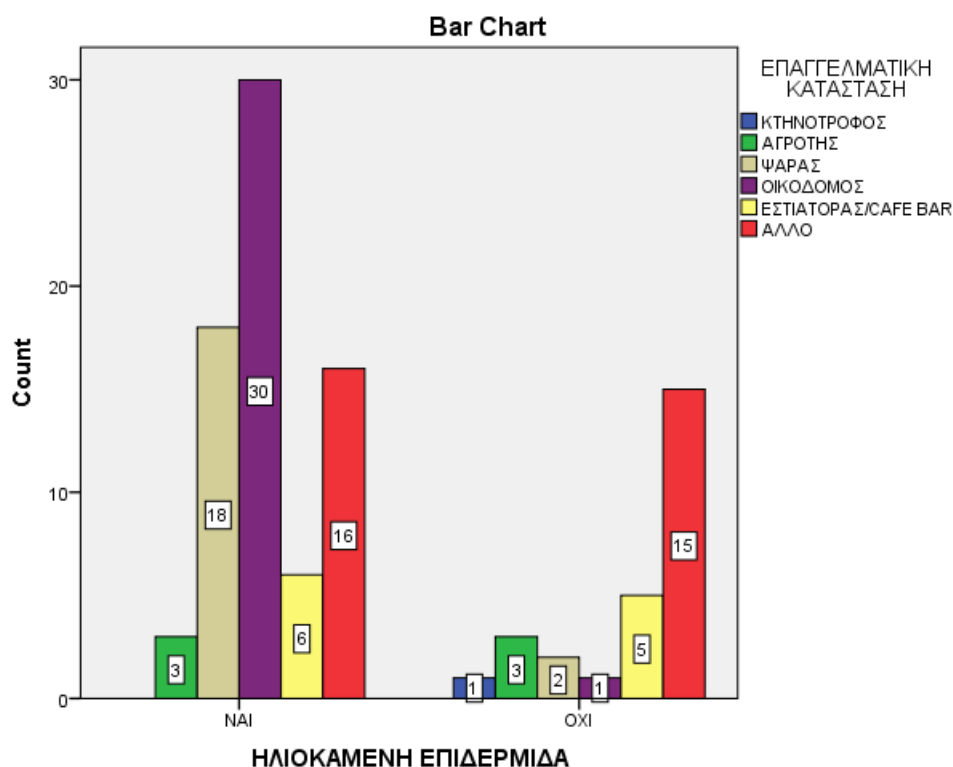
ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι το επάγγελμα στο οποίο οι άνδρες του δείγματος Α εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ηλιοαμμένης επιδερμίδας είναι και πάλι αυτό του ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ. Για άλλη μια φορά στο δείγμα Α, οι ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ έχουν το μικρότερο ποσοστό.

Πίνακας 17: Ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ	ΝΑΙ	0	3	18	30	6	16	73
	ΟΧΙ	1	3	2	1	5	15	27
Total		1	6	20	31	11	31	100



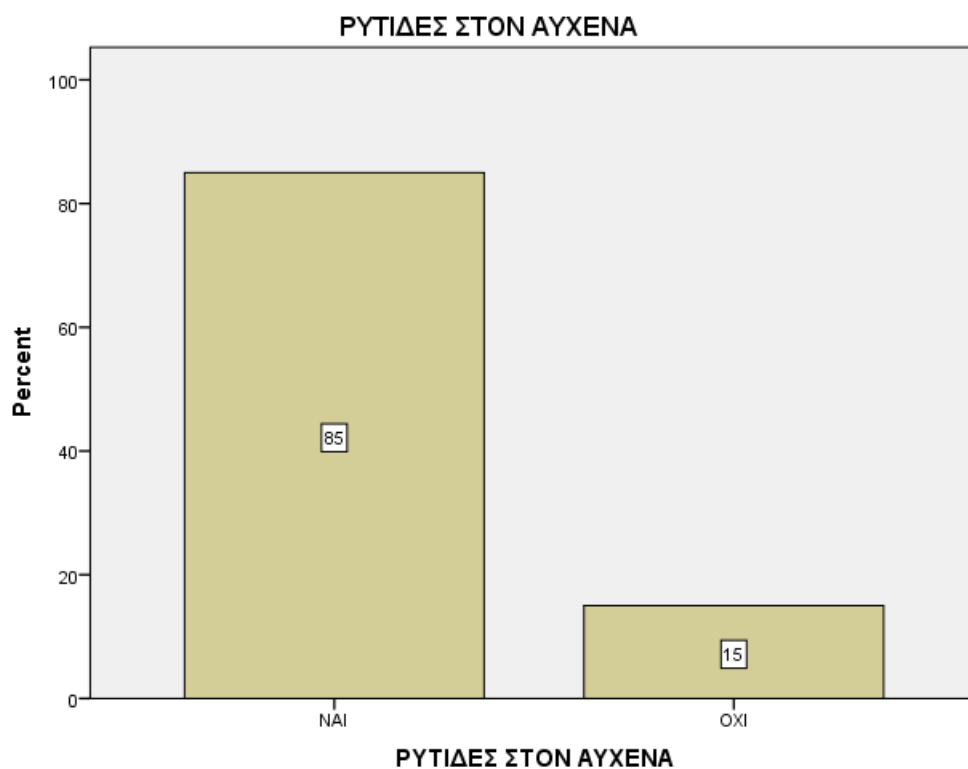
Γράφημα 17: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με το επάγγελμα του δείγματος Α

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος Α, κατά 85%, δηλώνει ότι έχει ρυτίδες στον αυχένα ενώ το 15% δηλώνει πως δεν έχει.

Πίνακας 18: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα στο δείγμα Α

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	85	85,0	85,0
	OXI	15	15,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



Γράφημα 18: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα του δείγματος Α

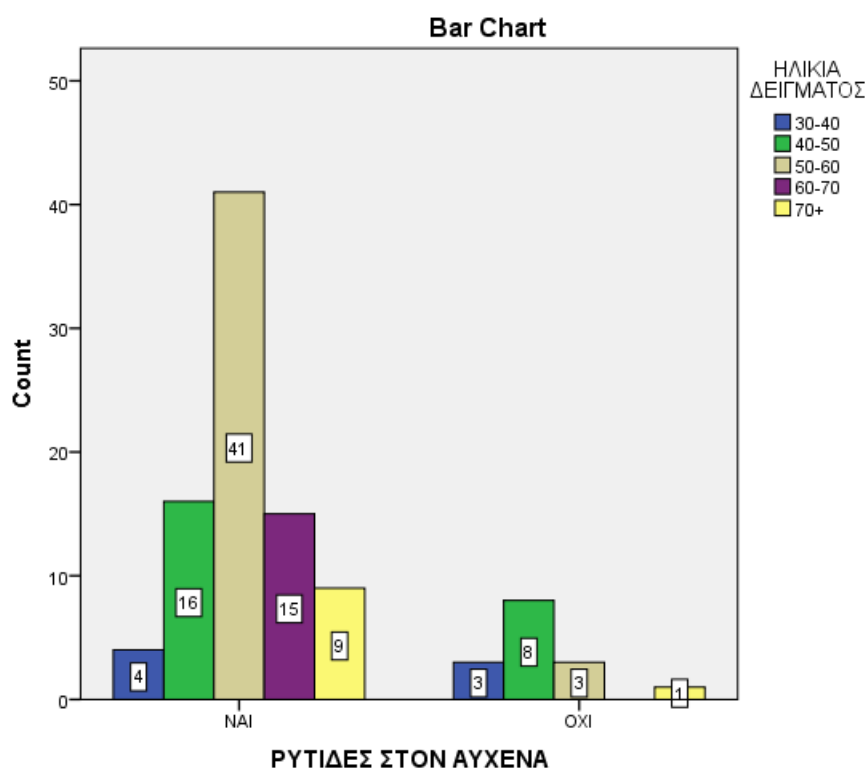
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στο δείγμα Α η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει περισσότερο ρυτίδες στον αυχένα είναι μεταξύ 50-60 ετών. Εκείνοι που εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα είναι μεταξύ 30-40 ετών και άνω των 70.

Πίνακας 19: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	ΝΑΙ	4	16	41	15	9	85
	ΟΧΙ	3	8	3	0	1	15
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 19: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

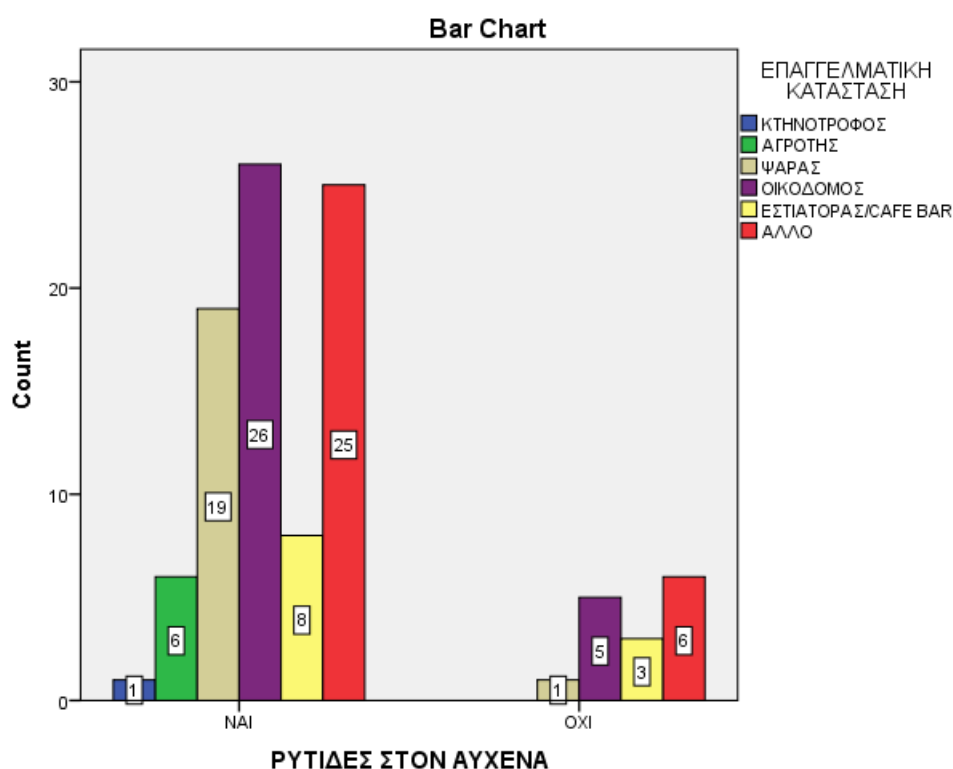
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Για ακόμα μια φορά οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα, όπως και οι ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ που εμφανίζουν το μικρότερο ποσοστό στο δείγμα Α.

Πίνακας 20: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ	ΝΑΙ	1	6	19	26	8	25	85
	ΟΧΙ	0	0	1	5	3	6	15
Total		1	6	20	31	11	31	100



Γράφημα 20: Ποσοστά εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση το επάγγελμα του δείγματος Α

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ

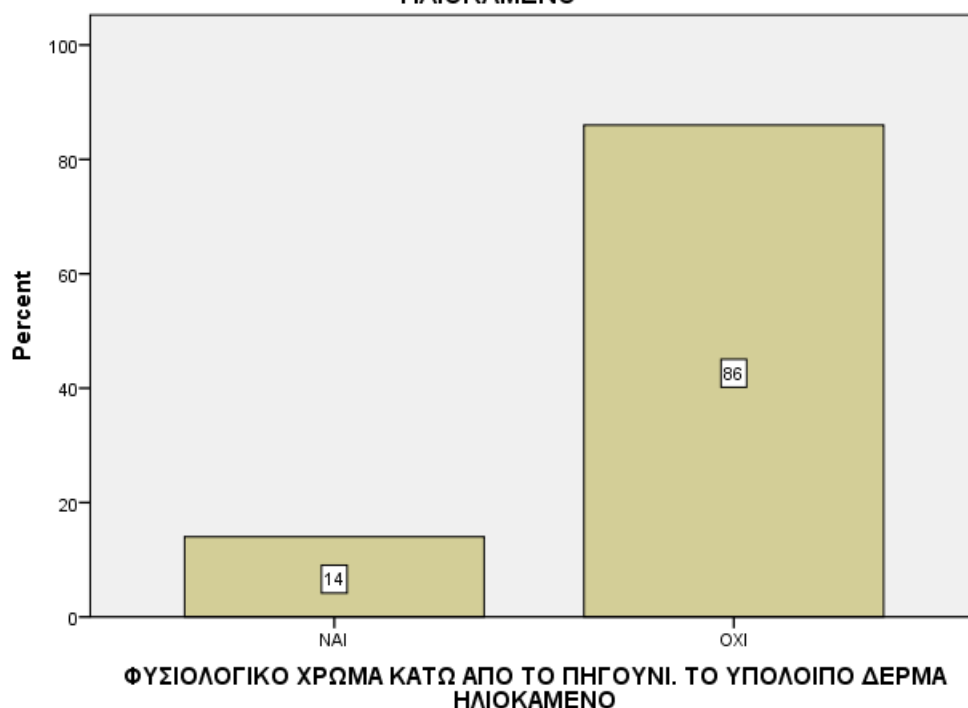
Η πλειοψηφία του δείγματος Α, στο 86%, δηλώνει πως δεν έχει φυσιολογικό δέρμα κάτω από το πηγούνι ενώ το 14% δηλώνει πως έχει.

Πίνακας 21: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ. ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	14	14,0	14,0	14,0
OXI	86	86,0	86,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ. ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ



Γράφημα 21: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

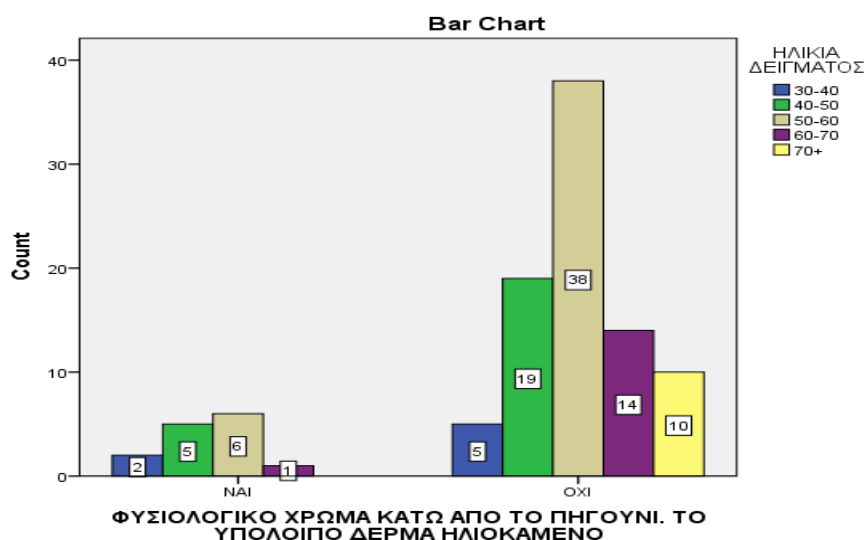
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος Α δεν εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο. Το μεγαλύτερο ποσοστό έχει η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών.

Πίνακας 22: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ. ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ.	ΝΑΙ	2	5	6	1	0	14
ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ	ΟΧΙ	5	19	38	14	10	86
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 22: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Α

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Δυστυχώς και σε αυτήν την ερώτηση, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος Α δεν εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε σχέση με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο. Εκείνοι που δήλωσαν σαν επαγγελματική κατάσταση «ΑΛΛΟ», οι ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ και οι «ΨΑΡΑΔΕΣ» εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό.

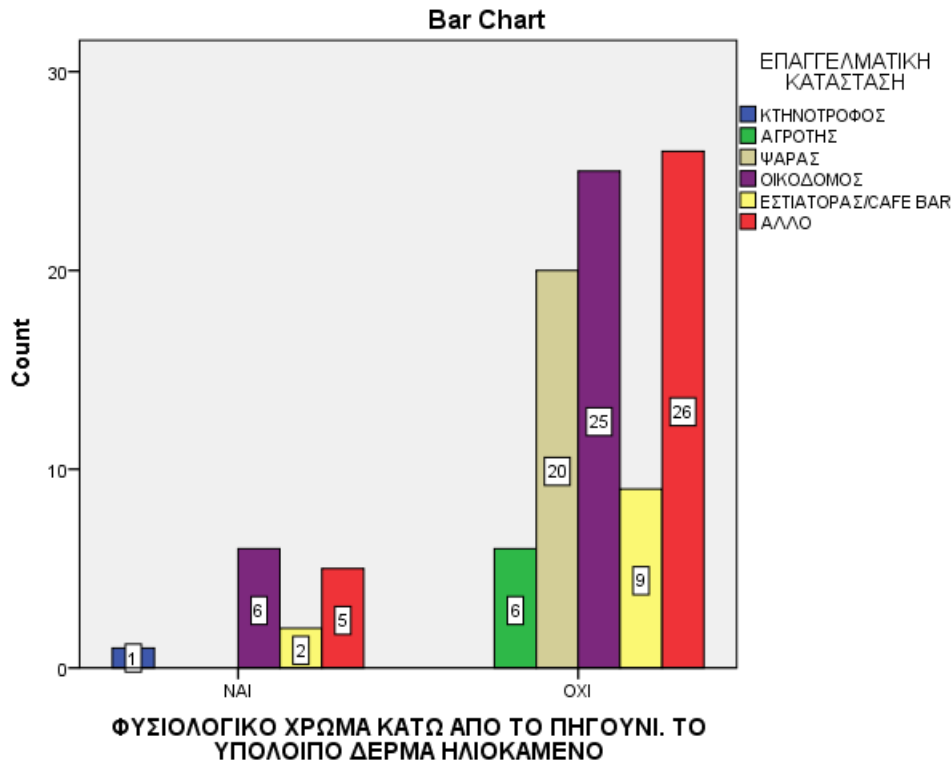
Πίνακας 23: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ. ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Crosstabulation

Count

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ. ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ	ΝΑΙ	1	0	0	6	2	5	14
	ΟΧΙ	0	6	20	25	9	26	86
Total		1	6	20	31	11	31	100



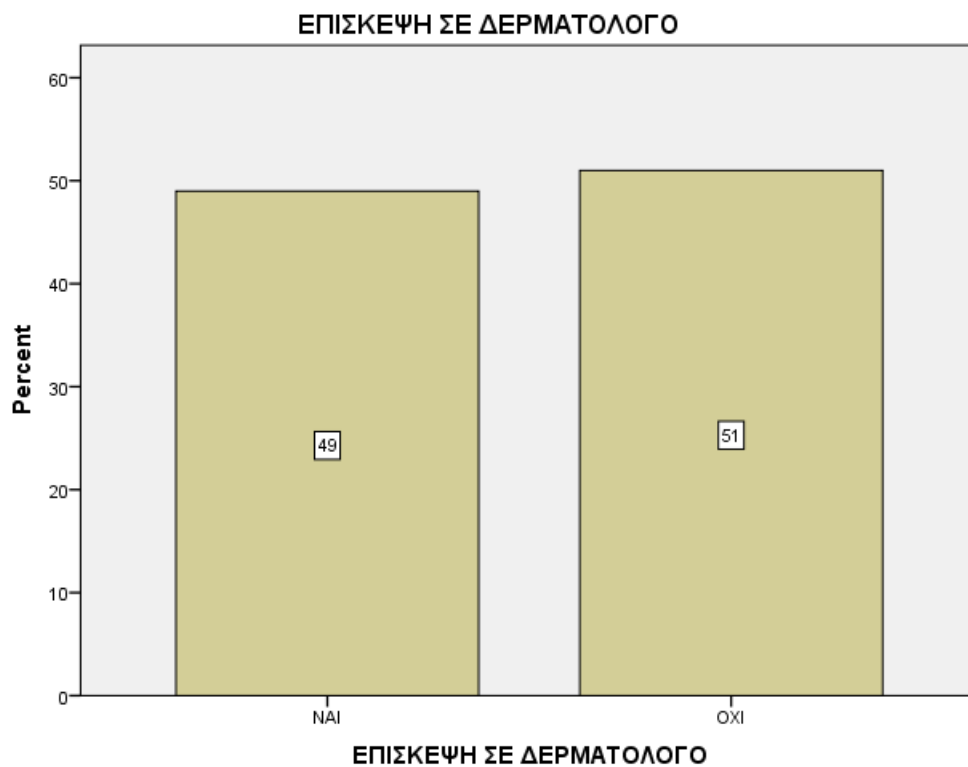
Γράφημα 23: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ

Σχεδόν ίδιες ήταν οι απαντήσεις του δείγματος Α, αναφορικά με το αν επισκέπτονται τον δερματολόγο κατά τη διάρκεια του έτους. Ειδικότερα το 51% έδωσε την απάντηση «ΟΧΙ», δηλαδή ότι δεν επισκέπτεται δερματολόγο κατά τη διάρκεια της χρονιάς και το 49% «ΝΑΙ», δηλαδή ότι τον επισκέπτεται.

Πίνακας 24: Πίνακας συχνοτήτων αναφορικά με το αν το δείγμα Α επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	49	49,0	49,0
	OXI	51	51,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



Γράφημα 24: Πίνακας συχνοτήτων αναφορικά με το αν το δείγμα Α επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

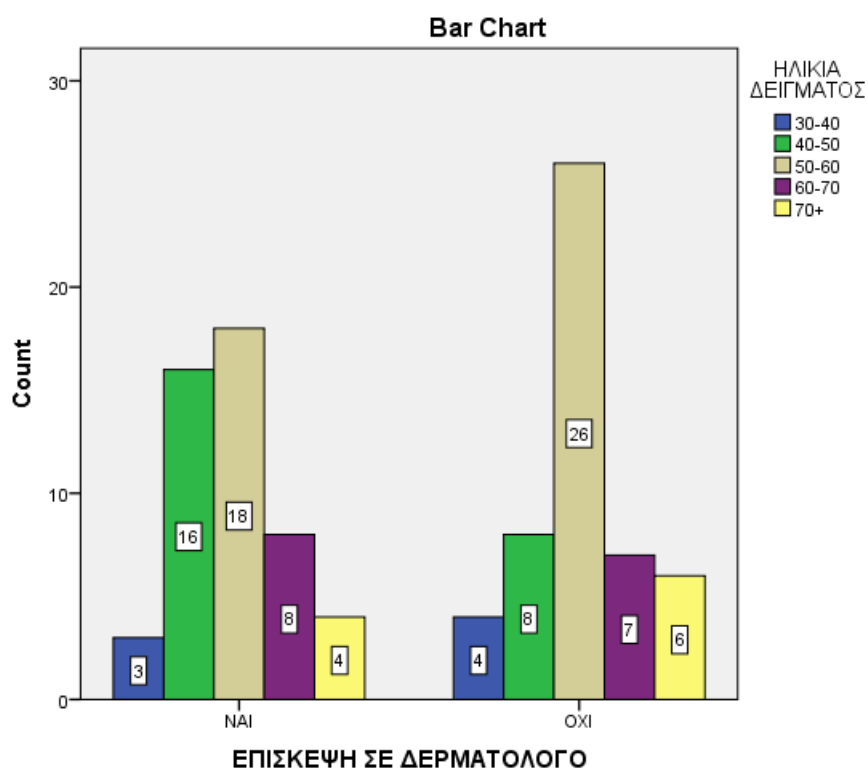
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Όπως είδαμε πιο πάνω, το δείγμα Α εμφανίζει σχεδόν ίσο ποσοστό σχετικά με το αν επισκέπτεται ή όχι τον δερματολόγο. Οι ηλικιακές ομάδες που επισκέπτονται τον δερματολόγο είναι μεταξύ 50-60 ετών και 40-50 ετών, ωστόσο η ηλικιακή ομάδα των 50-60 ετών είναι εκείνη που επίσης εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις ηλικιακές ομάδες αναφορικά με το ότι δεν επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο.

Πίνακας 25: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ	ΝΑΙ	3	16	18	8	4	49
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ	ΟΧΙ	4	8	26	7	6	51
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 25: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

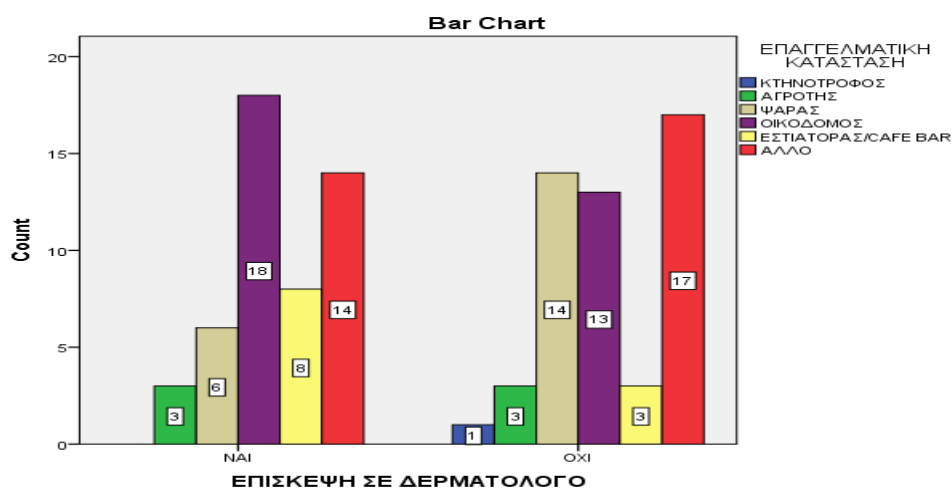
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στο δείγμα Α φαίνεται ότι εκείνοι που επισκέπτονται τακτικά τον δερματολόγο ανήκουν στην επαγγελματική κατάσταση του «ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ» ενώ εκείνοι που δεν πηγαίνουν στον δερματολόγο είναι οι «ΨΑΡΑΔΕΣ».

Πίνακας 26: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ	ΝΑΙ	0	3	6	18	8	14	49
	ΟΧΙ	1	3	14	13	3	17	51
Total		1	6	20	31	11	31	100



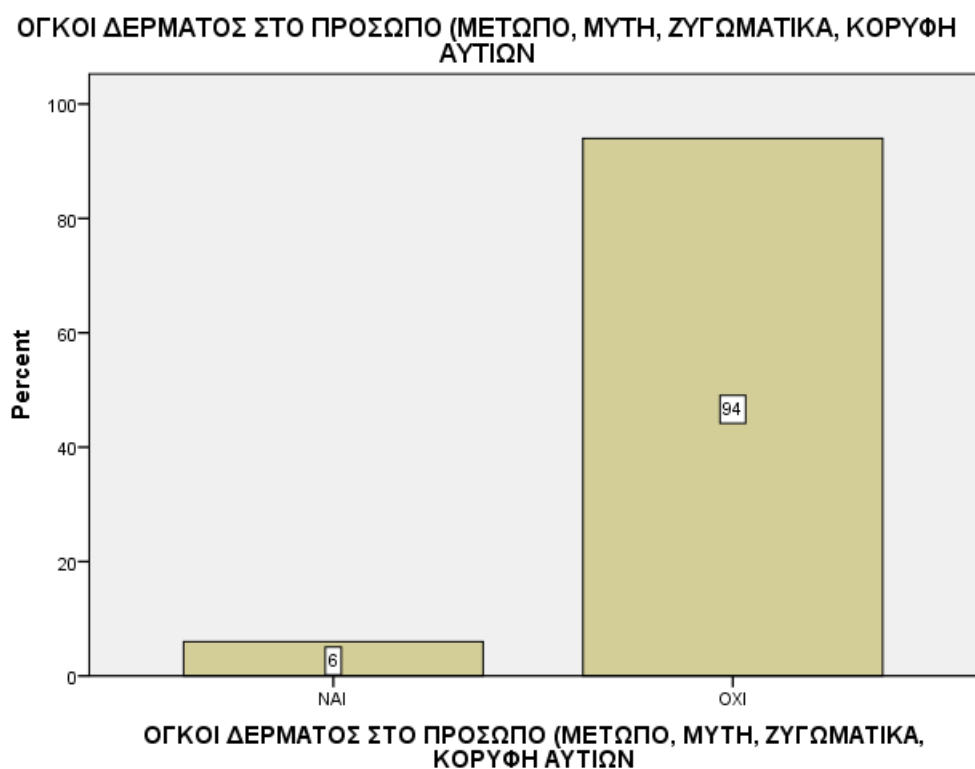
Γράφημα 26: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΓΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ)

Το 94% του δείγματος Α δεν εμφανίζει στο πρόσωπό του όγκους δείγματος ενώ το 6% εμφανίζει.

Πίνακας 27: Πίνακας συχνοτήτων παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α

ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ)				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	6	6,0	6,0
	ΟΧΙ	94	94,0	100,0
Total		100	100,0	



Γράφημα 27: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α

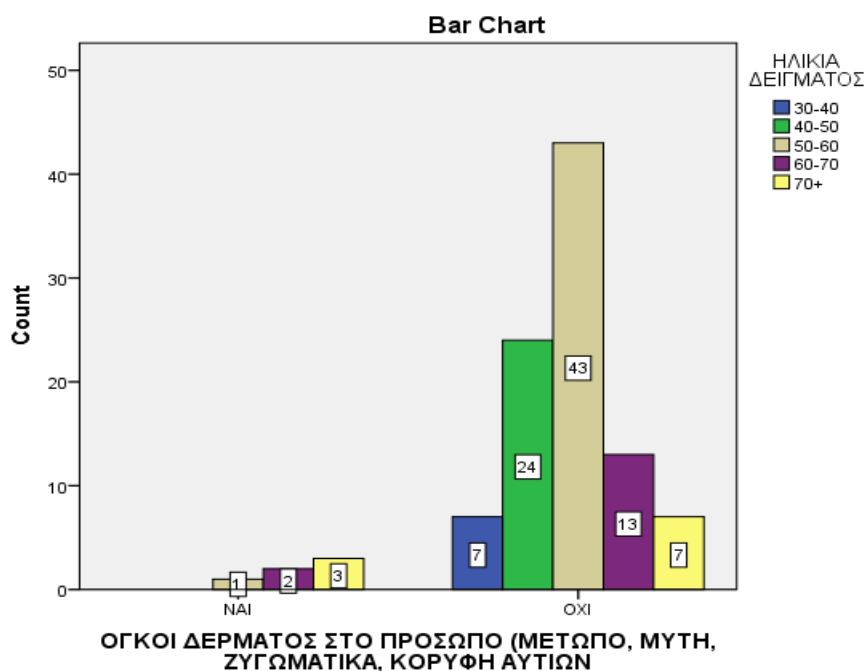
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΓΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Το δείγμα Α φαίνεται ότι δεν παρουσιάζει όγκους δέρματος στο πρόσωπο σε μεγάλη συχνότητα. Συγκεκριμένα μόνο 3 άτομα άνω των 70 ετών, 2 άτομα της ηλικιακής ομάδας 60-70 και 1 άτομο της ηλικιακής ομάδας 50-60 εμφανίζουν όγκους δέρματος στο πρόσωπο.

Πίνακας 28: Πίνακας συχνοτήτων παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την ηλικία

ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ)	ΝΑΙ	0	0	1	2	3	6
	ΟΧΙ	7	24	43	13	7	94
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 28: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την ηλικία

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΓΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το δείγμα Α, γενικότερα, δεν έχει παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο. Ένα μικρό ποσοστό εμφανίζει η επαγγελματική κατάσταση «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» 3%, «ΑΛΛΟ» 2% και «ΨΑΡΑΣ» 1%.

Πίνακας 29: Πίνακας συχνοτήτων παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

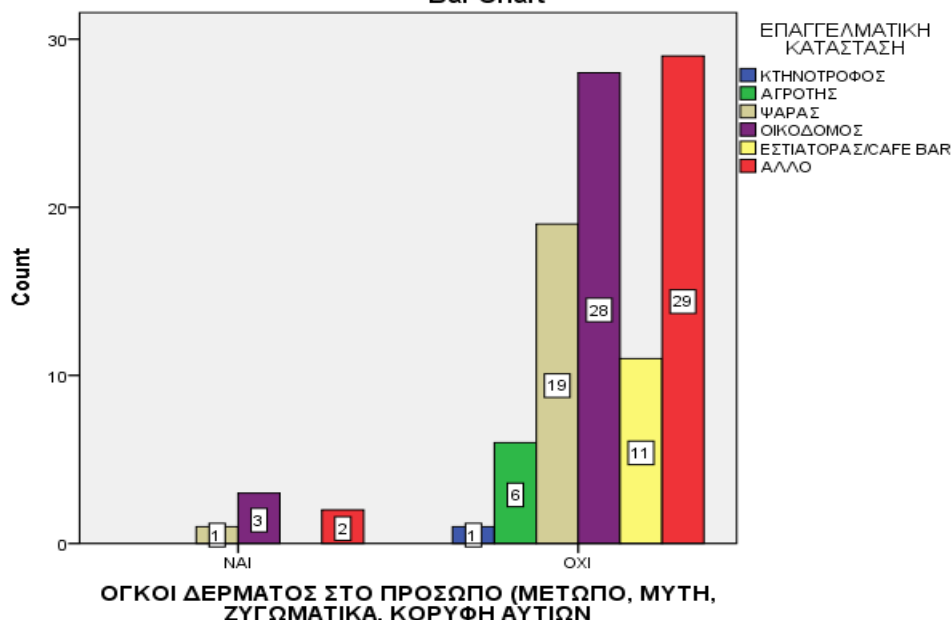
ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Crosstabulation

Count

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ)	ΝΑΙ	0	0	1	3	0	2	6
	ΟΧΙ	1	6	19	28	11	29	94
Total		1	6	20	31	11	31	100

Bar Chart



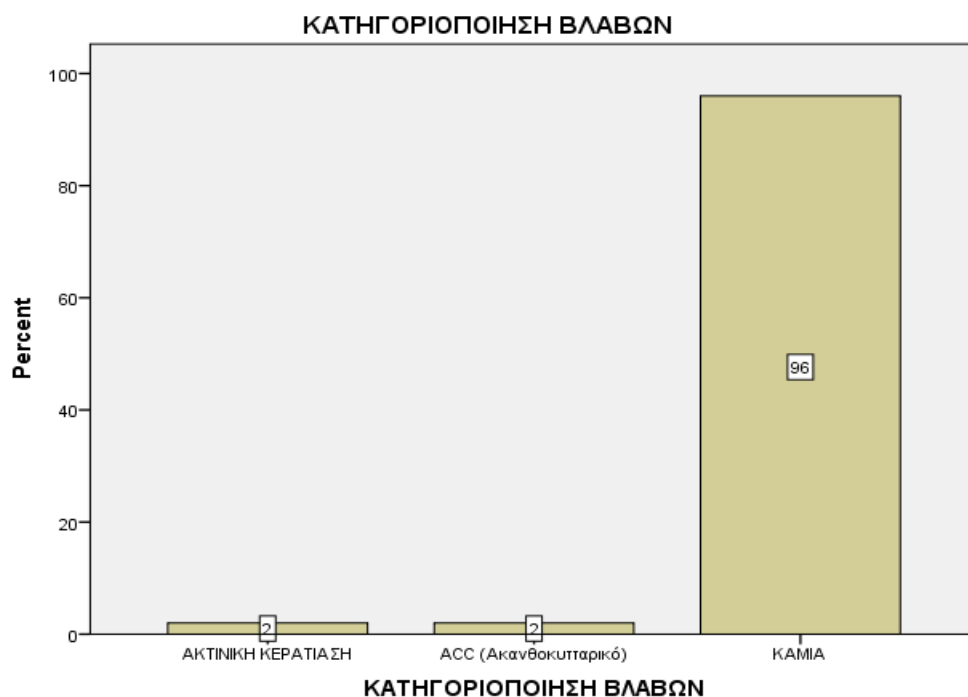
Γράφημα 29: Συχνότητα παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Α σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Όσον αφορά στην κατηγοριοποίηση των βλαβών, το 96% δεν εμφάνισε καμία βλάβη, ενώ από 2% εμφάνισαν οι βλάβες ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ και ACC. (Στο spss δυστυχώς δεν εμφανίζει τις υπόλοιπες BCC και ΜΕΛΑΝΩΜΑ, λόγω του ότι δεν εμφάνισαν κανένα ποσοστό).

Πίνακας 30: Πίνακας Συχνοτήτων εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Α

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ	2	2,0	2,0	2,0
	ACC (Ακανθοκυτταρικό)	2	2,0	2,0	4,0
	ΚΑΜΙΑ	96	96,0	96,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



Γράφημα 30: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Α

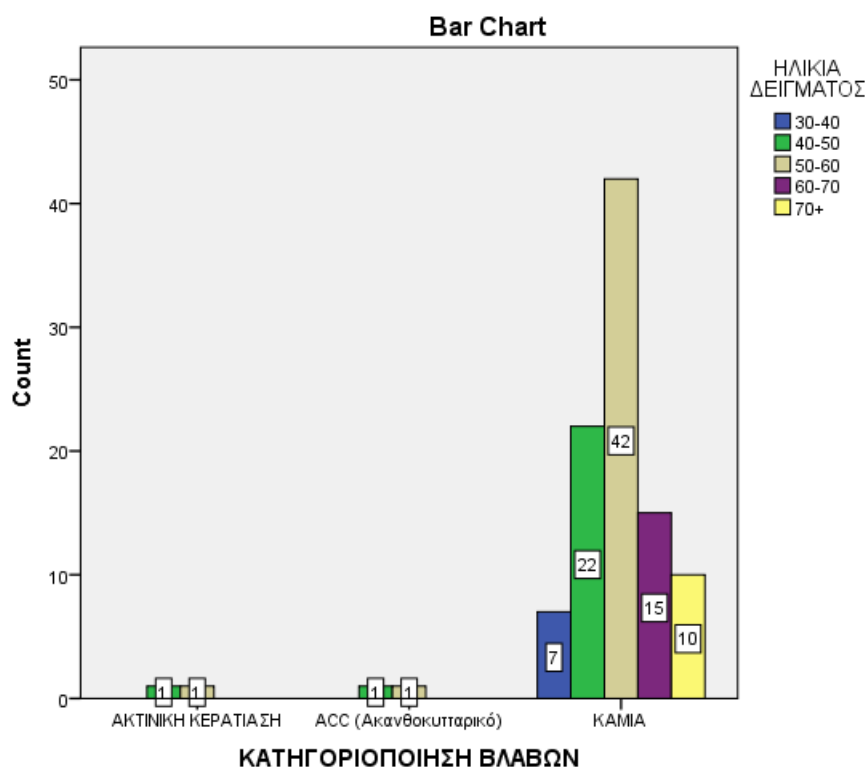
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Οι βλάβες που εμφανίζονται στο δείγμα Α είναι σε πολύ μικρό ποσοστό, σε σχέση με την ηλικία. Ειδικότερα, από 1 άτομο εμφάνισαν «ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ» και «ACC» στις ηλικίες 40-50 ετών και 50-60 αντίστοιχα.

Πίνακας 31: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ	ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ	0	1	1	0	0	2
	ACC (Ακανθοκυτταρικό)	0	1	1	0	0	2
	ΚΑΜΙΑ	7	22	42	15	10	96
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 31: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

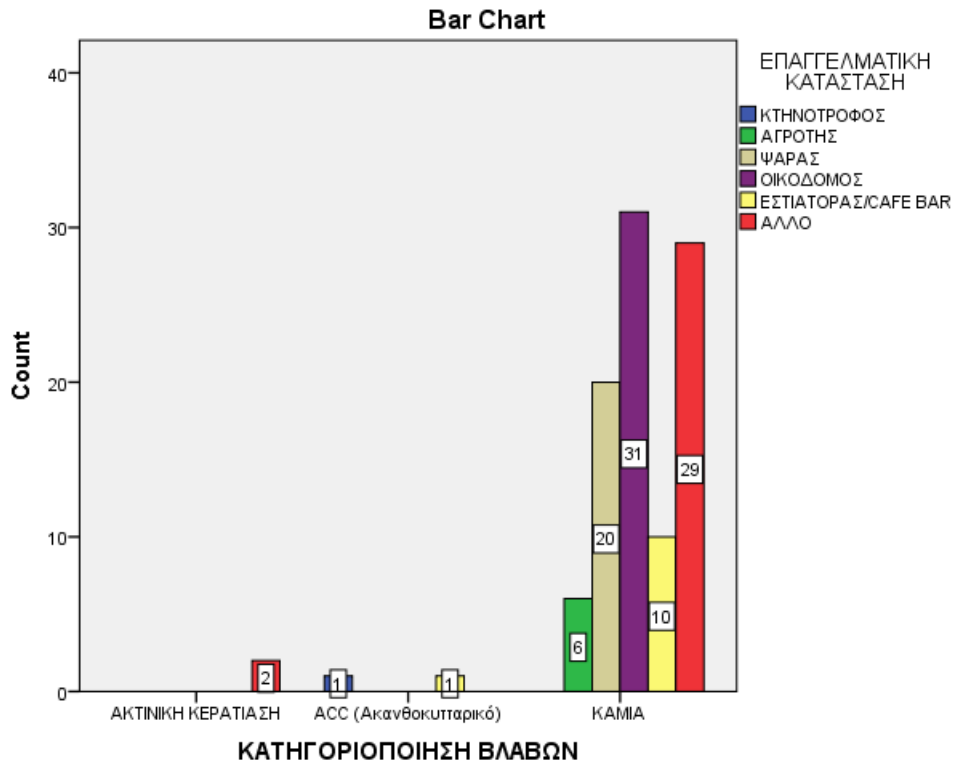
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α, μόνο 1% «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» και 1% «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFÉ/BAR» εμφάνισαν ACC (Ακανθοκυτταρικό).

Πίνακας 32: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΆΛΛΟ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ	ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ	0	0	0	0	0	2	2
	ACC (Ακανθοκυτταρικό)	1	0	0	0	1	0	2
	ΚΑΜΙΑ	0	6	20	31	10	29	96
	Total	1	6	20	31	11	31	100



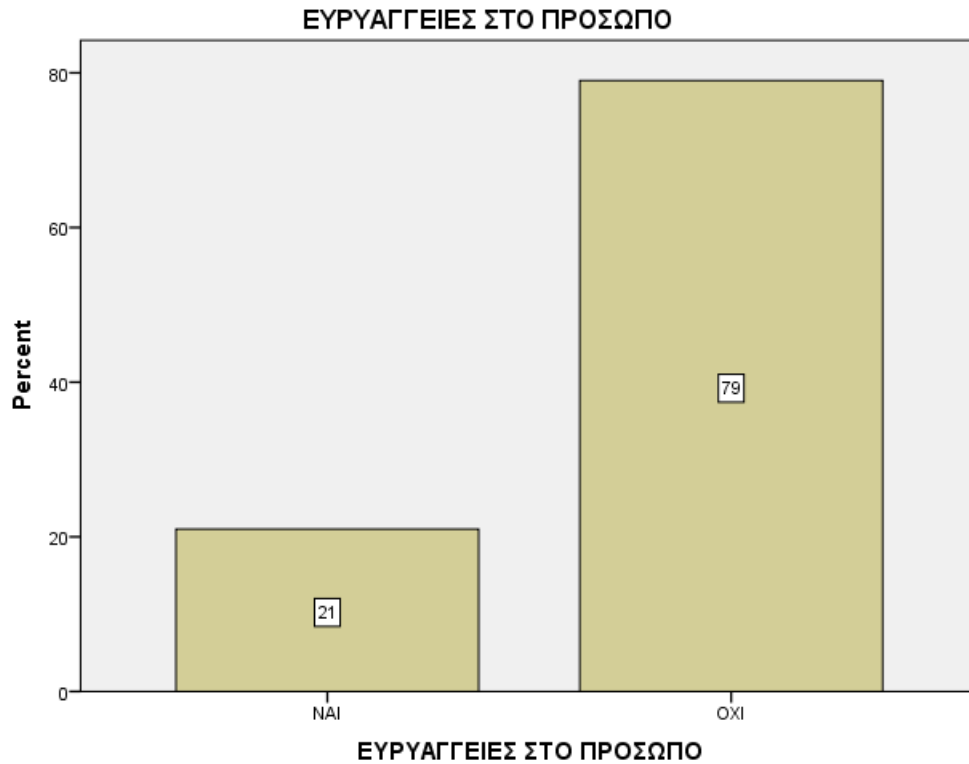
Γράφημα 32: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Η πλειοψηφία του δείγματος Α, σε ποσοστό 79% δεν εμφανίζει ευραγγείες στο πρόσωπο, ενώ το 21% εμφανίζει.

Πίνακας 33: Πίνακας σχενοτήτων εμφάνισης ευραγγειών στο πρόσωπο

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	21	21,0	21,0
	OXI	79	79,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



Γράφημα 33: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο

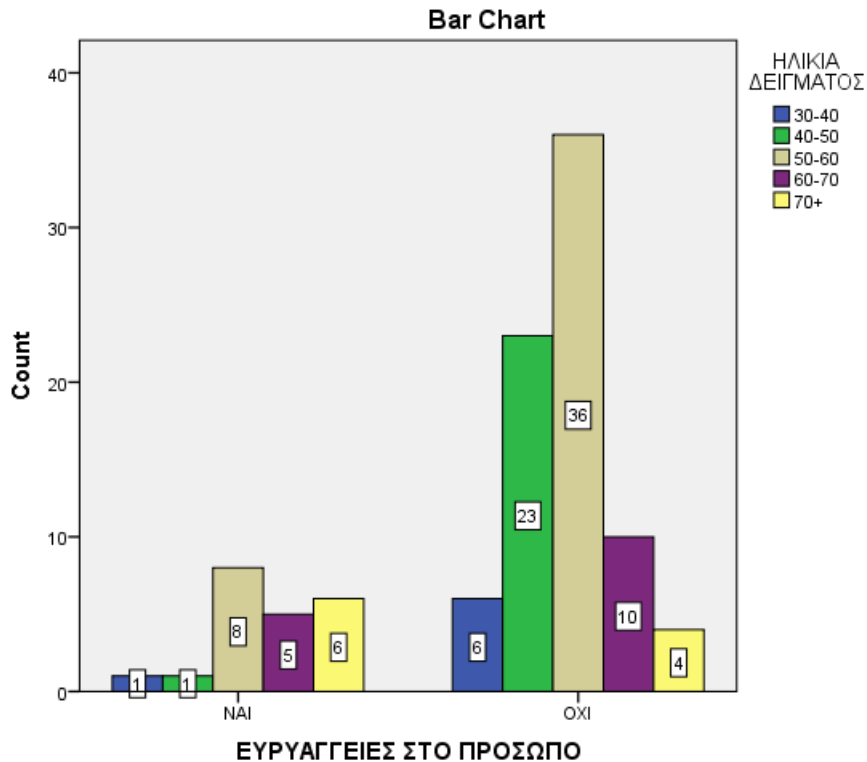
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που εμφάνισε μεγαλύτερο ποσοστό ευρυαγγειών στο πρόσωπο είναι μεταξύ 50-60 ετών σε ποσοστό 8% και αμέσως μετά με ποσοστό 6 και 5% είναι οι ομάδες πάνω από 70 και μεταξύ 60-70 ετών αντίστοιχα.

Πίνακας 35: Πίνακας Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ	ΝΑΙ	1	1	8	5	6	21
ΠΡΟΣΩΠΟ	ΟΧΙ	6	23	36	10	4	79
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 35: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία

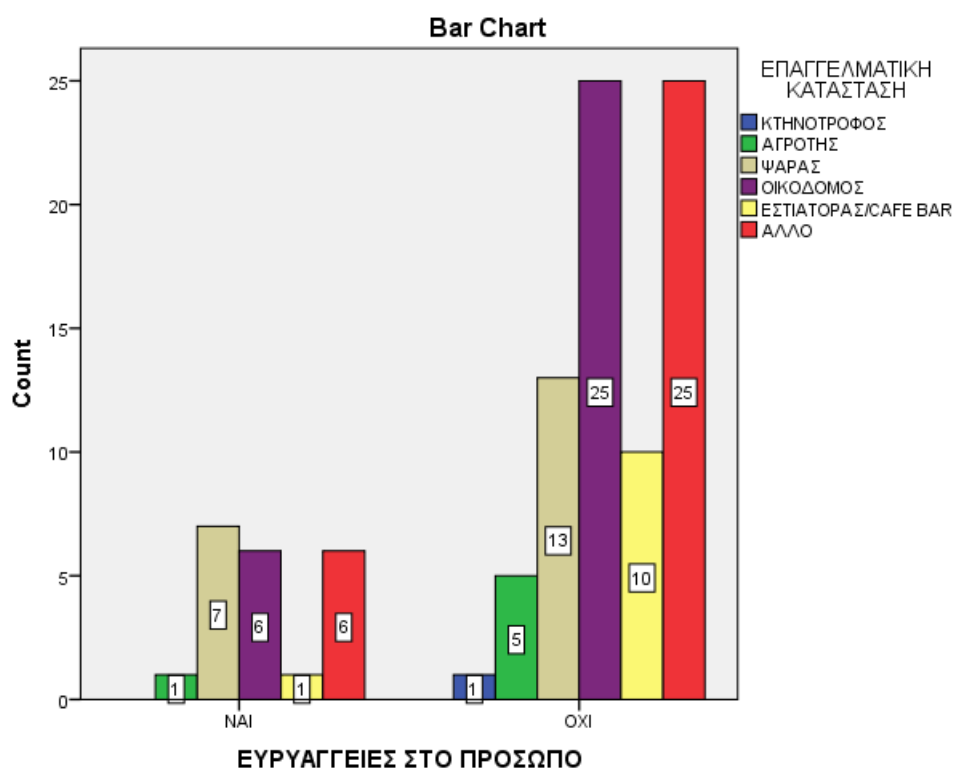
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το δείγμα Α εμφανίζει ευρυαγγείες στο πρόσωπο σε πολύ μικρό ποσοστό σε σχέση με το επάγγελμα. Συγκεκριμένα, ο «ΨΑΡΑΣ» έχει ποσοστό 7% και όσοι δηλώνουν «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» και «ΑΛΛΟ», από 6%.

Πίνακας 36: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ	0	1	7	6	1	6	21
	ΟΧΙ	1	5	13	25	10	25	79
Total		1	6	20	31	11	31	100



Γράφημα 36: Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Σε ποσοστό 52% η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει καφέ κηλίδες στο πρόσωπο ενώ το 48% δεν εμφανίζει.

Πίνακας 37: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	52	52,0	52,0
	OXI	48	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0



Γράφημα 37: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο

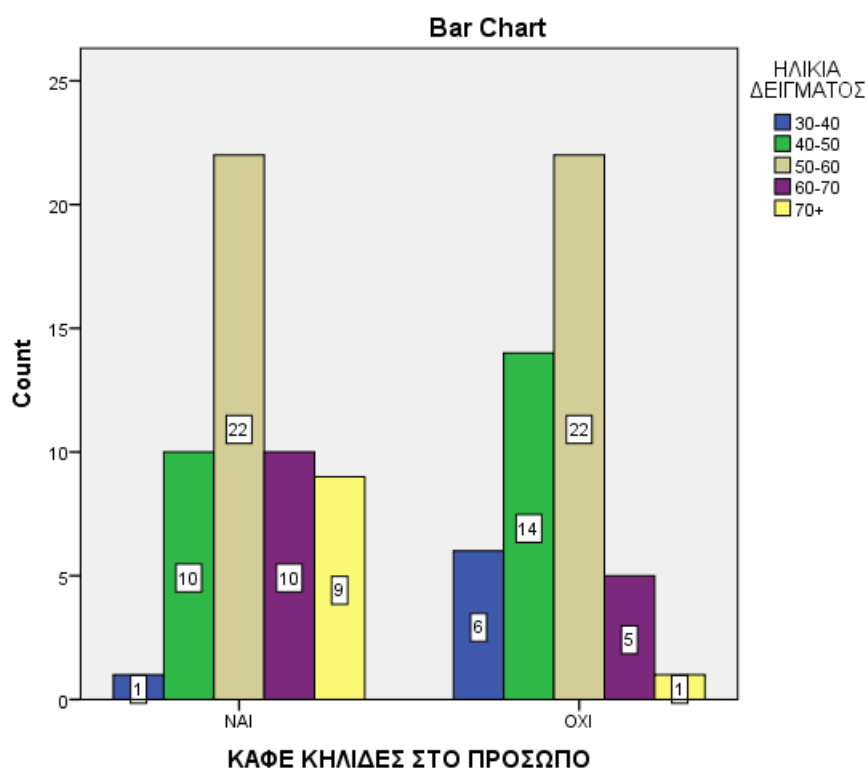
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό καφέ κηλίδες στο πρόσωπο είναι αυτή των 50-60 ετών. Το μικρότερο ποσοστό, όπως είναι φυσικό, το εμφανίζουν τα άτομα μεταξύ 30-40 ετών.

Πίνακας 38: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ * ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ	ΝΑΙ	1	10	22	10	9	52
ΠΡΟΣΩΠΟ	ΟΧΙ	6	14	22	5	1	48
Total		7	24	44	15	10	100



Γράφημα 38: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία

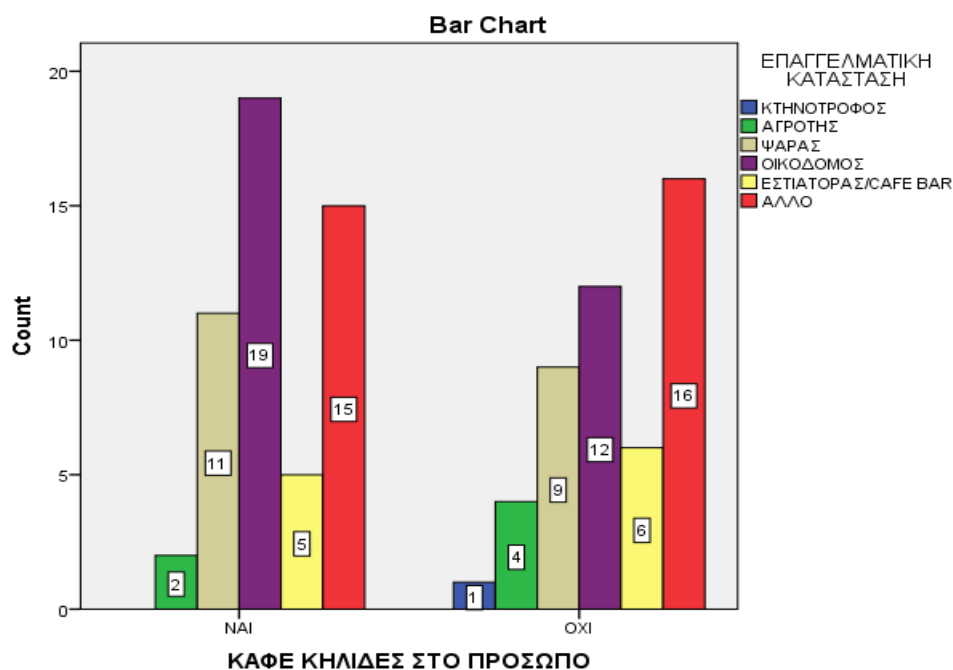
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το επάγγελμα που εμφανίζει καφέ κηλίδες στο πρόσωπο είναι ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 19%, το «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» σε ποσοστό 15% και ο «ΨΑΡΑΣ» σε ποσοστό 11%. Ο «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ» σε ποσοστό 5% και ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 2%.

Πίνακας 39: Πίνακας συχρότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFE BAR	ΑΛΛΟ	
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	ΝΑΙ	0	2	11	19	5	15	52
	ΟΧΙ	1	4	9	12	6	16	48
Total		1	6	20	31	11	31	100



Γράφημα 39: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

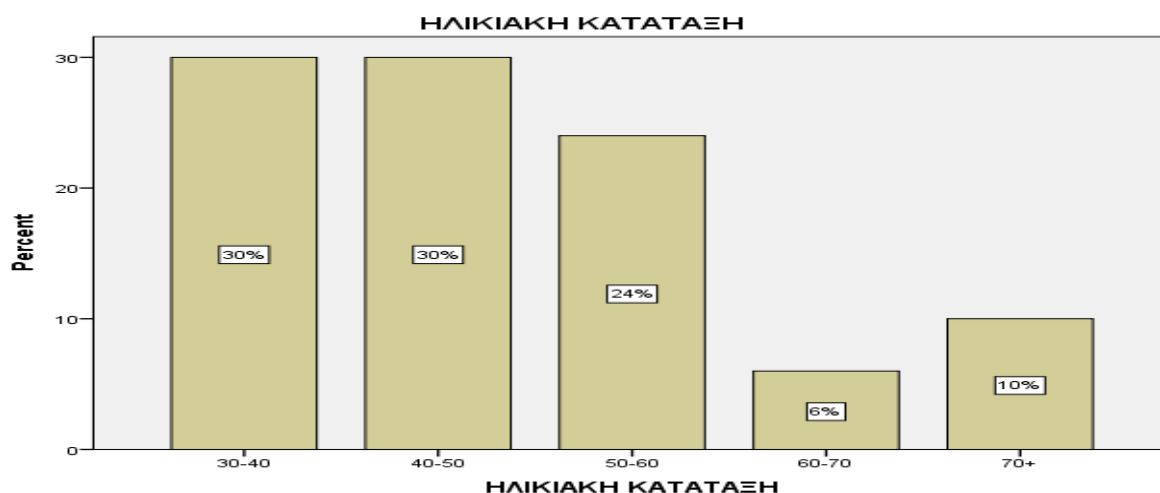
Β ΟΜΑΔΑ (100 άνδρες από την Έδεσσα)

ΗΛΙΚΙΑ

Η πλειοψηφία των 100 ανδρών από την Έδεσσα είναι μεταξύ 30-40 ετών και 40-50 ετών, σε ποσοστό 30%. Το 24% του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 50-60 ετών, το 10% είναι άνω των 70 και 6% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 60-70 ετών.

Πίνακας 40: Πίνακας συχνοτήτων της ηλικίας του δείγματος Β

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 30-40	30	30,0	30,0	30,0
40-50	30	30,0	30,0	60,0
50-60	24	24,0	24,0	84,0
60-70	6	6,0	6,0	90,0
70+	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



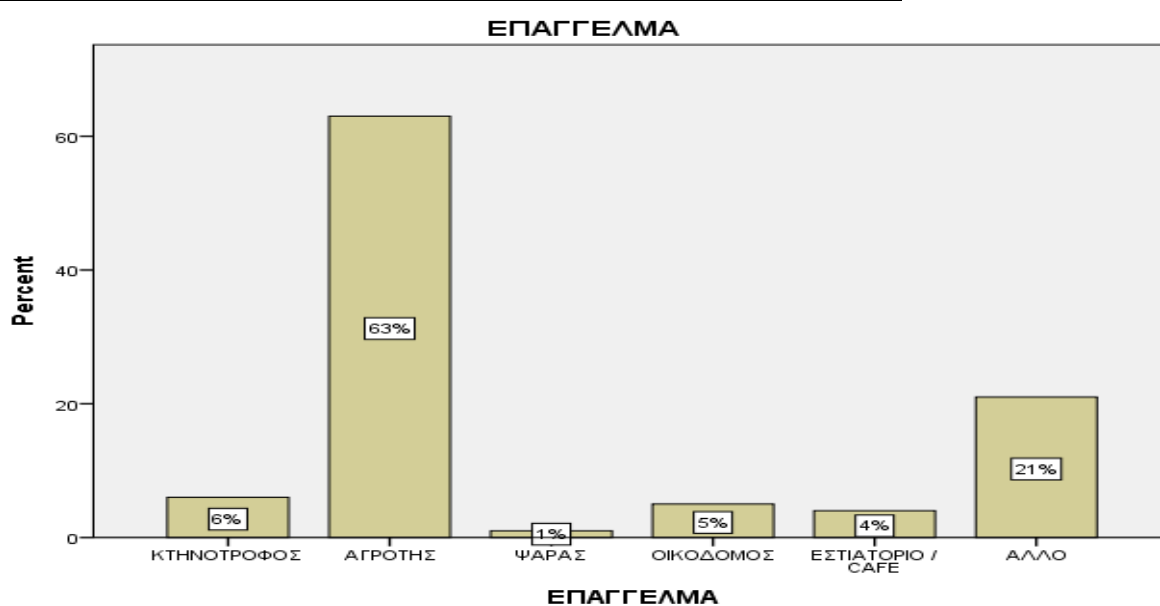
Γράφημα 40: Ηλικία δείγματος Β

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος Β δήλωσε «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 63%. Ακολουθεί το 21% που δηλώνει «ΑΛΛΟ», ο «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» σε ποσοστό 6%, ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 5%, ο «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ» σε ποσοστό 4% και τέλος ο «ΨΑΡΑΣ» σε ποσοστό 1%.

Πίνακας 41: Πίνακας συχνότητων της επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος Β

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ			
		ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	6	6.0	6.0	6.0
	ΑΓΡΟΤΗΣ	63	63.0	63.0	69.0
	ΨΑΡΑΣ	1	1.0	1.0	70.0
	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	5	5.0	5.0	75.0
	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	4	4.0	4.0	79.0
	ΑΛΛΟ	21	21.0	21.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	



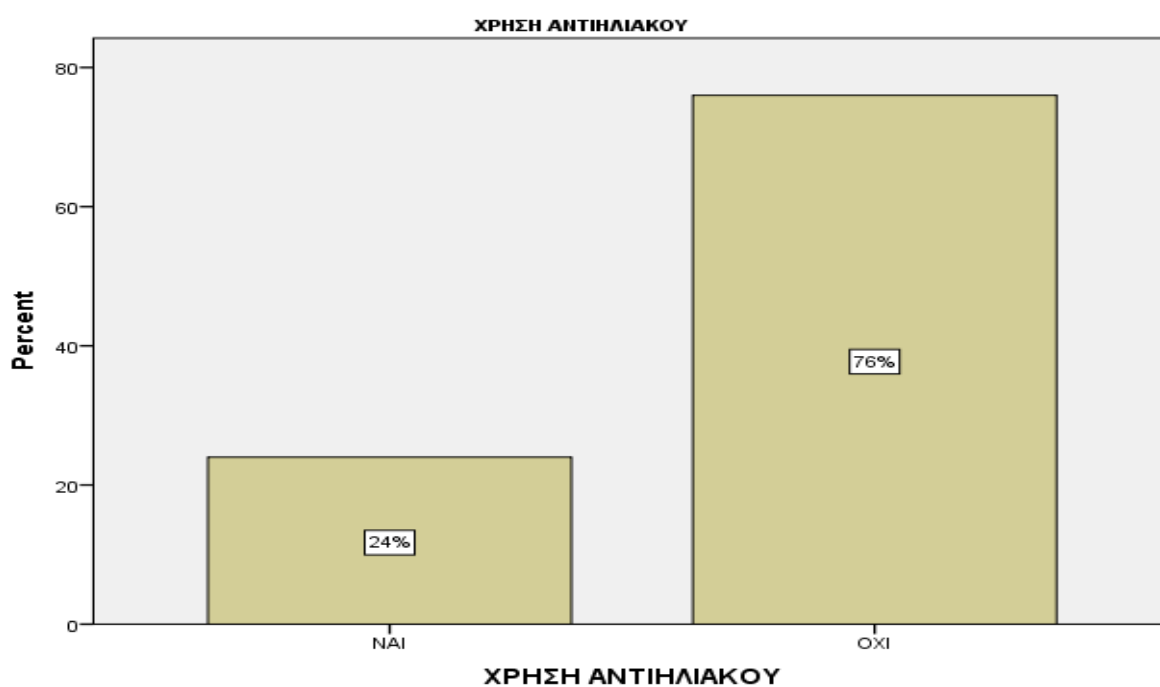
Γράφημα 41: Επαγγελματική κατάσταση δείγματος Β

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ

Για το αν κάνει το δείγμα Β χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας του, η πλειοψηφία δήλωσε πως δεν χρησιμοποιεί αντηλιακό σε ποσοστό 76% ενώ ένα 24% δήλωσε πως χρησιμοποιεί.

Πίνακας 42: Πίνακας Συχνοτήτων για τη χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας του δείγματος Β

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ					
		ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
	ΝΑΙ	24	24.0	24.0	24.0
Valid	ΟΧΙ	76	76.0	76.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	



Γράφημα 42: Χρήση αντηλιακού από το δείγμα Β

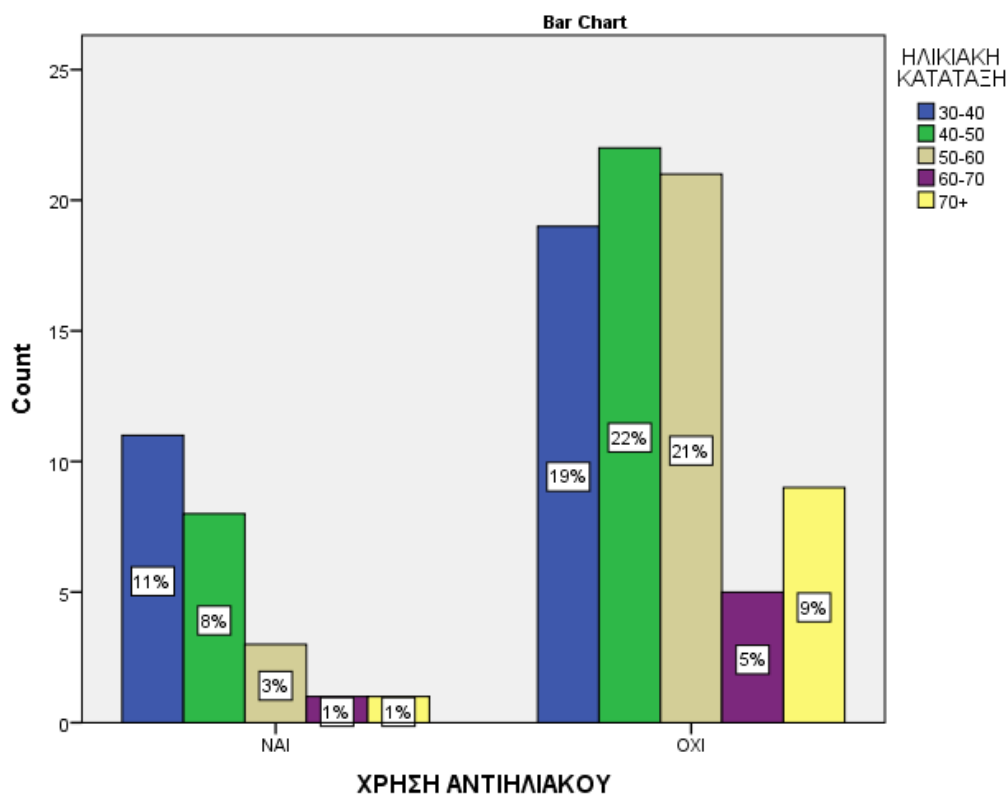
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην αναζήτησή μας για τη σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και ηλικίας βρήκαμε ότι η ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών χρησιμοποιεί στο 11% αντηλιακό κατά την διάρκεια της ημέρας. Αντίθετα, οι ηλικιακές ομάδες 40-50 και 50-60 δήλωσαν σε ποσοστό 22 και 21% αντίστοιχα ότι δε χρησιμοποιούν αντηλιακό κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Πίνακας 43: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					ΣΥΝΟΛΟ
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΧΡΗΣΗ	ΝΑΙ	11	8	3	1	1	24
ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ	ΟΧΙ	19	22	21	5	9	76
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 43: συχνότητας χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

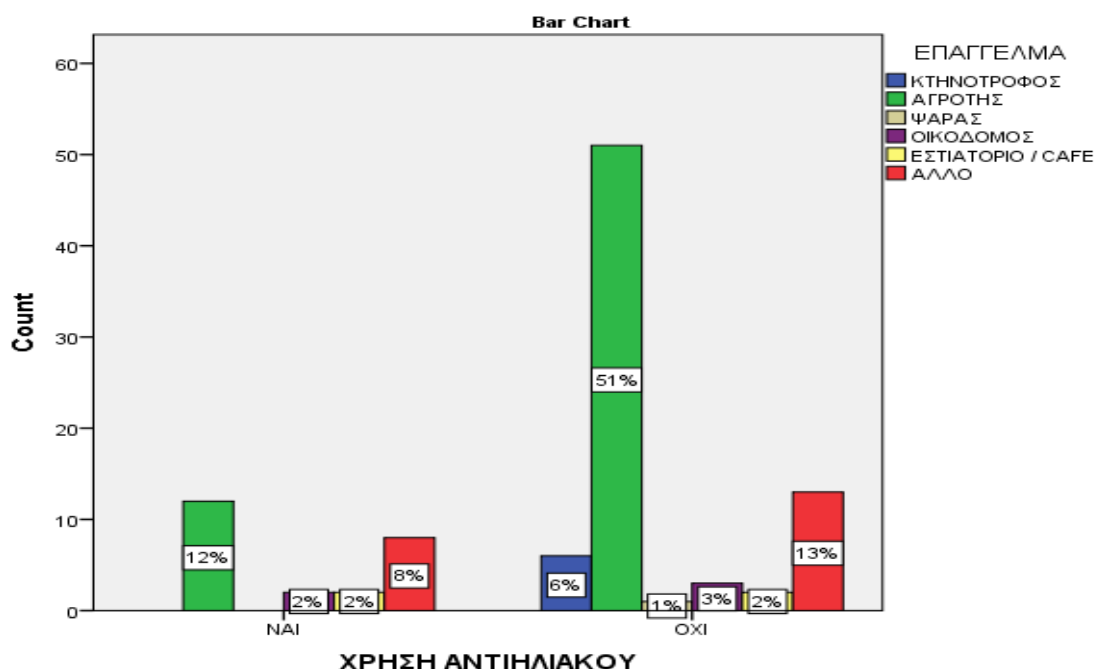
ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Όσον αφορά στην χρήση αντηλιακής προστασίας σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β φαίνεται ότι η πλειοψηφία του επαγγέλματος «ΑΓΡΟΤΗΣ», στο 51%, δε χρησιμοποιεί αντηλιακό κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Πίνακας 44: Πίνακας συχνότητας χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						ΣΥΝΟΛΟ
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ ΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜ ΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙ Ο / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΧΡΗΣΗ	ΝΑΙ	0	12	0	2	2	8	24
ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ	ΟΧΙ	6	51	1	3	2	13	76
Total		6	63	1	5	4	21	100



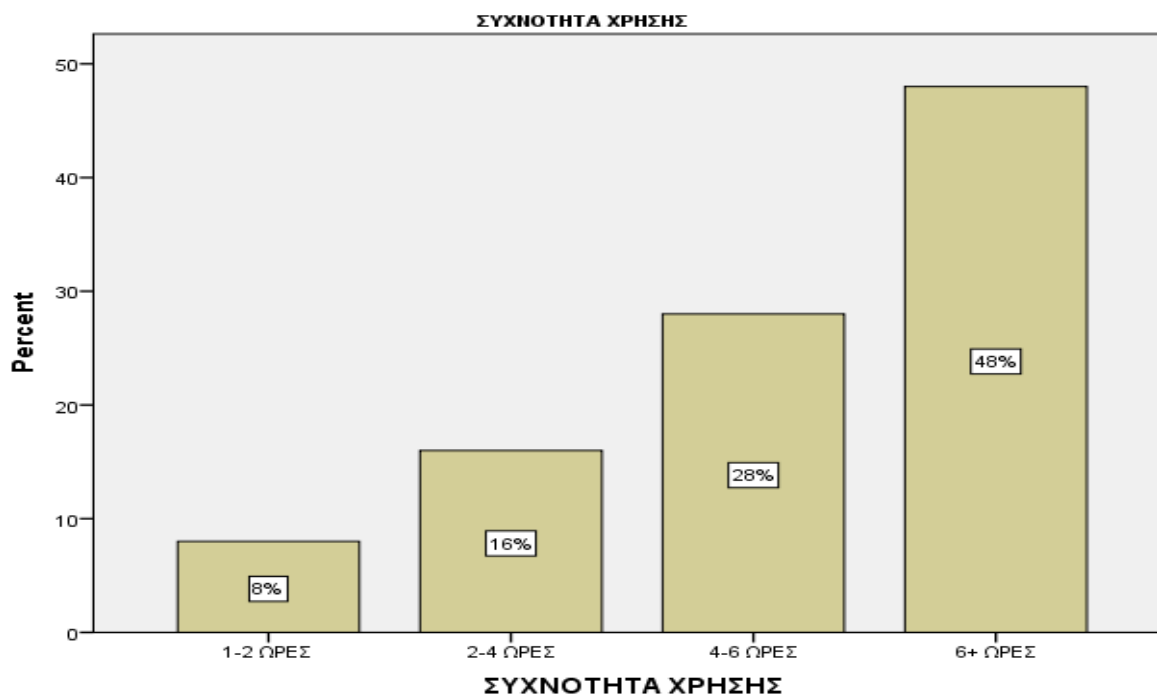
Γράφημα 44: συχνότητα χρήσης σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ

Όσον αφορά στο πόσο συχνά κάνει χρήση αντηλιακού το δείγμα Β κατά τη διάρκεια της ημέρας το μεγαλύτερο ποσοστό βάζει αντηλιακό σε περισσότερες από 6 ώρες την ημέρα, σε ποσοστό 48%. Κάθε 4-6 ώρες σε ποσοστό 28%, σε 2-4 ώρες το 16% και ανά 1-2 ώρες το 8%

Πίνακας 45: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού του δείγματος Β

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ					
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	
Valid	1-2 ΩΡΕΣ	8	8.0	8.0	8.0
	2-4 ΩΡΕΣ	16	16.0	16.0	24.0
	4-6 ΩΡΕΣ	28	28.0	28.0	52.0
	6+ ΩΡΕΣ	48	48.0	48.0	100.0
Total	100	100.0	100.0		



Γράφημα 45: Συχνότητα χρήσης αντηλιακού κατά τη διάρκεια της ημέρας

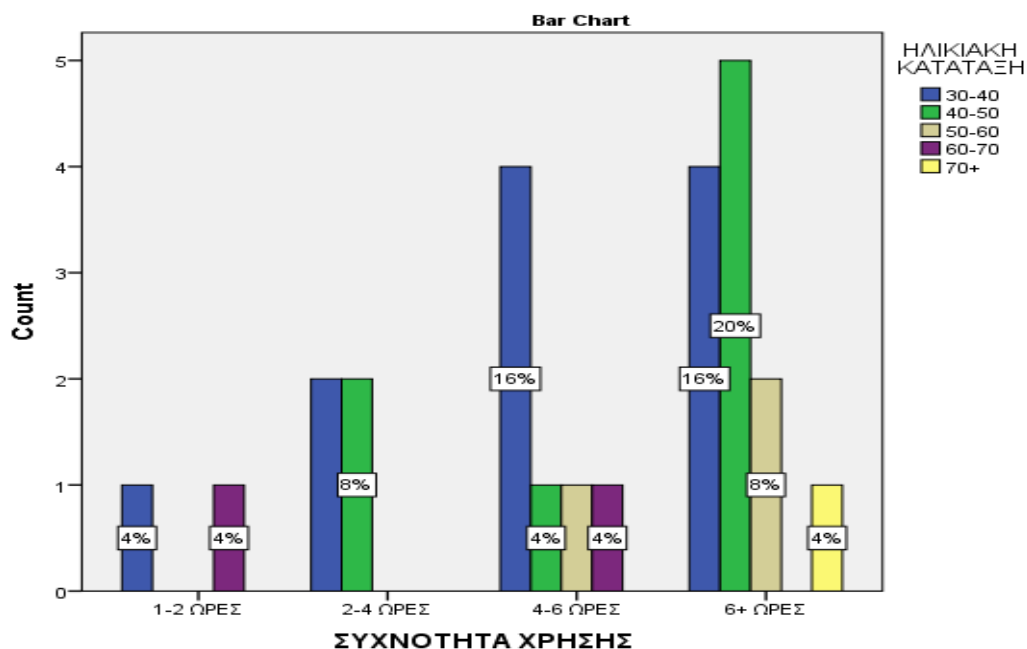
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στο δείγμα Β βλέπουμε ότι εκείνοι που χρησιμοποιούν κάθε 2-4 ώρες είναι οι ηλικίες μεταξύ 40-50 ετών και οι αμέσως επόμενες είναι οι μεταξύ 30-40. Στο δείγμα Β φαίνεται ότι σχεδόν κανείς από το δείγμα δε βάζει τακτικά, δηλαδή ανα 1-2 ώρες αντηλιακή προστασία.

Πίνακας 46: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ	1-2 ΩΡΕΣ	1	0	1	1	0	3
	2-4 ΩΡΕΣ	12	14	3	1	6	36
	4-6 ΩΡΕΣ	7	2	5	3	2	19
	6+ ΩΡΕΣ	10	14	15	1	2	42
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 46: Συχνότητα χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

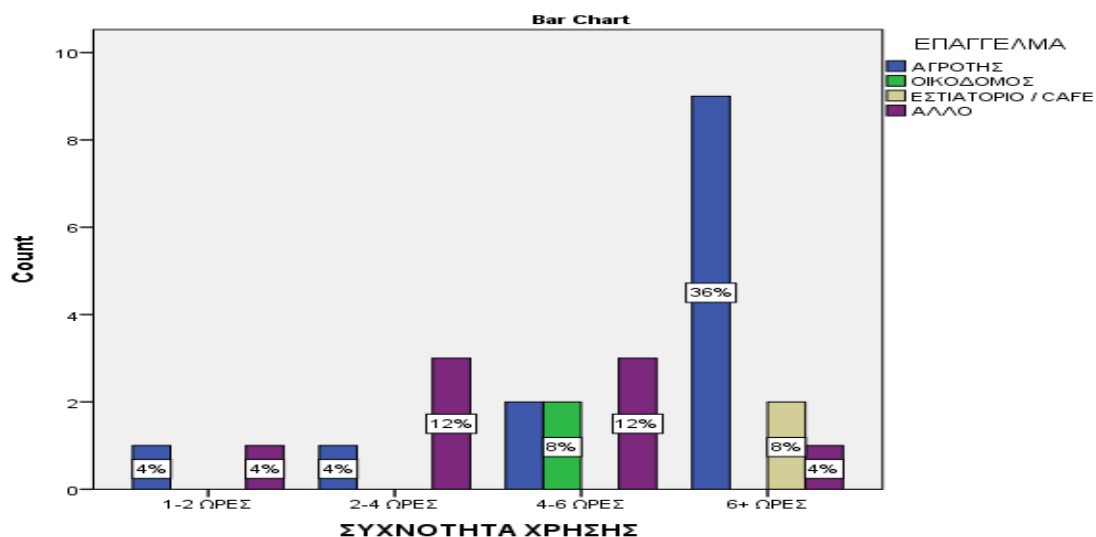
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΗΛΙΑΚΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε σχέση με το επάγγελμα εκείνοι που χρησιμοποιούν συχνότερα αντηλιακό είναι οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» ανά 2-4 ώρες, σε ποσοστό 23%. Η ίδια επαγγελματική κατάσταση, όμως χρησιμοποιεί στο 29% αντηλιακό ανά 6 και πάνω ώρες και στο 10% ανά 4-6 ώρες.

Πίνακας 47: Πίνακας συχνότητας χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ	1-2 ΩΡΕΣ	0	1	0	0	0	2	3
	2-4 ΩΡΕΣ	2	23	0	3	0	8	36
	4-6 ΩΡΕΣ	1	10	0	2	1	5	19
	6+ ΩΡΕΣ	3	29	1	0	3	6	42
	Total	6	63	1	5	4	21	100



Γράφημα 47: Ποσοστιαία κατανομή χρήσης αντηλιακού σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ

Το 63% του δείγματος Β έρχεται σε επαφή με τον ήλιο, περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα. Το 37% λιγότερες από 8 ώρες.

Πίνακας 48: Πίνακας συχνότητων των ωρών που εργάζεται κάτω από τον ήλιο το δείγμα Β

ΩΡΕΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ				
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	37	37.0	37.0	37.0
Valid ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	63	63.0	63.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



Γράφημα 48: ώρες που εργάζεται το δείγμα Β κάτω από τον ήλιο

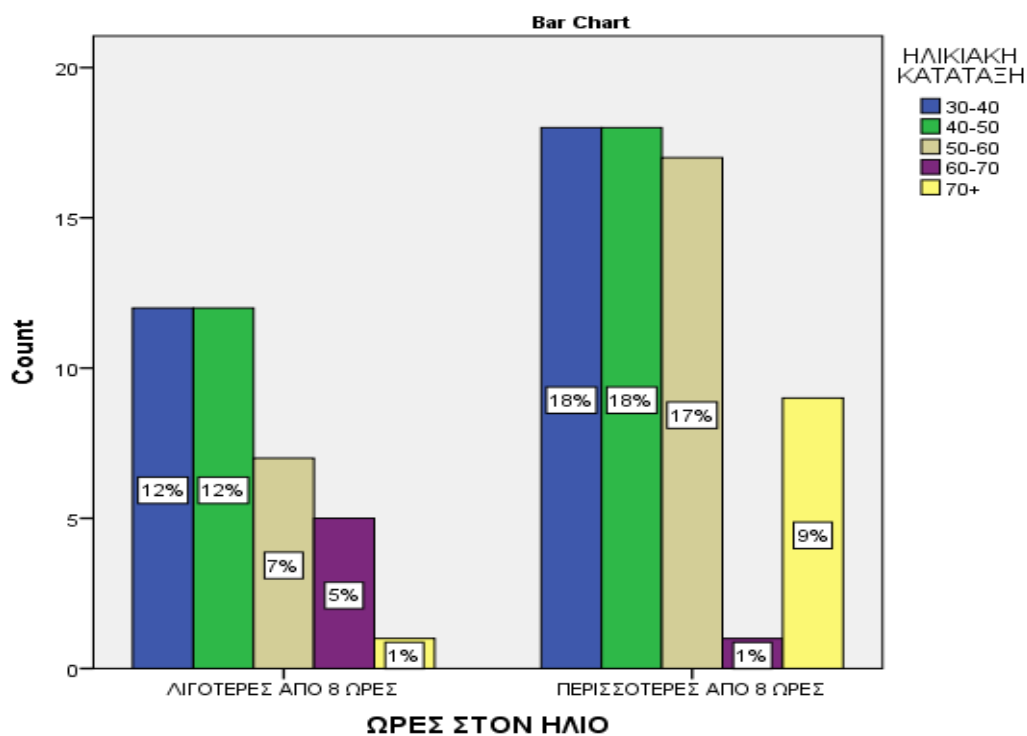
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που έρχεται σε επαφή με τον ήλιο για περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα είναι μεταξύ 30-40 και 40-50, σε ποσοστό 18% και αμέσως μετά ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών σε ποσοστό 17%. Στο 9% η ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών και τέλος 1% μεταξύ 60-70 ετών.

Πίνακας 49: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας στον ήλιο σε σχέση με την ηλικία

ΩΡΕΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΩΡΕΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ	ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	12	12	7	5	1	37
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	18	18	17	1	9	63
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 49: Συχνότητα παραμονής κάτω από τον ήλιο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

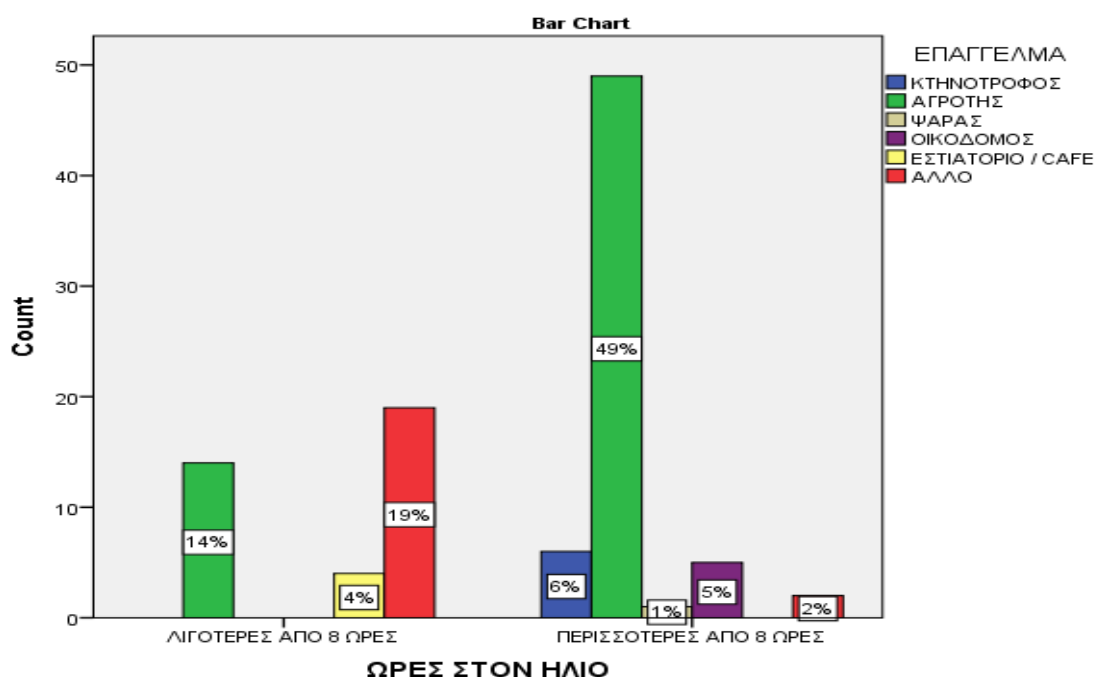
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε σχέση με το επάγγελμα, εκείνο που μένει περισσότερες ώρες κάτω από τον ήλιο είναι ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 49%. Τα υπόλοιπα επαγγέλματα του δείγματος Β, δεν παρουσίασαν μεγάλα ποσοστά για τη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 50: Πίνακας συχνοτήτων ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο, σε σχέση με το επάγγελμα

ΩΡΕΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΩΡΕΣ	ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	0	14	0	0	4	19	37
ΣΤΟ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	6	49	1	5	0	2	63
Ο	Total	6	63	1	5	4	21	100



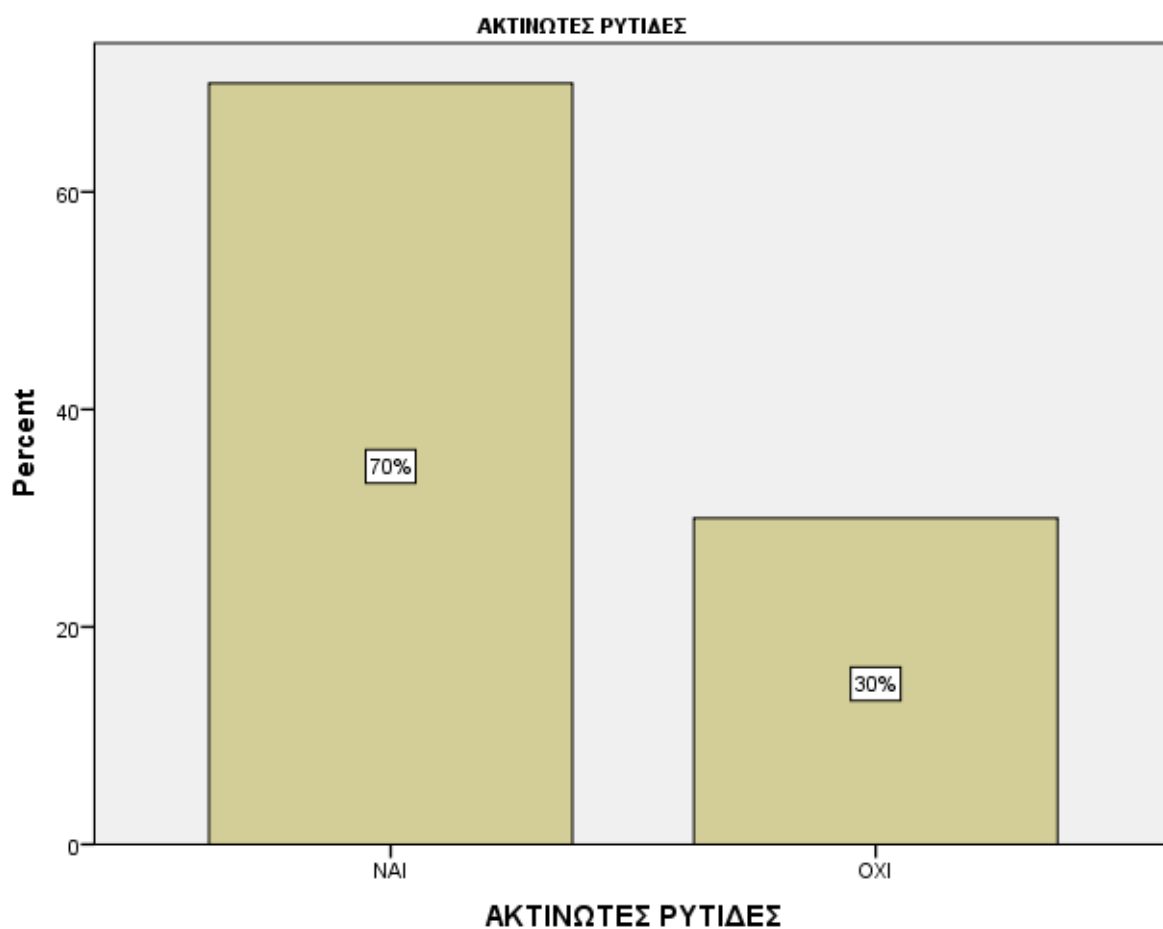
Γράφημα 50: Σχέση μεταξύ επαγγελματικής κατάστασης και ωρών εργασίας κάτω από τον ήλιο

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ

Το 70% του δείγματος Β εμφανίζει ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια.

Πίνακας 51: Πίνακας συχνοτήτων για την παρουσία ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος Β

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	70	70.0	70.0
	ΟΧΙ	30	30.0	100.0
Total		100	100.0	100.0



Γράφημα 51: Συχνότητα εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια του δείγματος Β

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

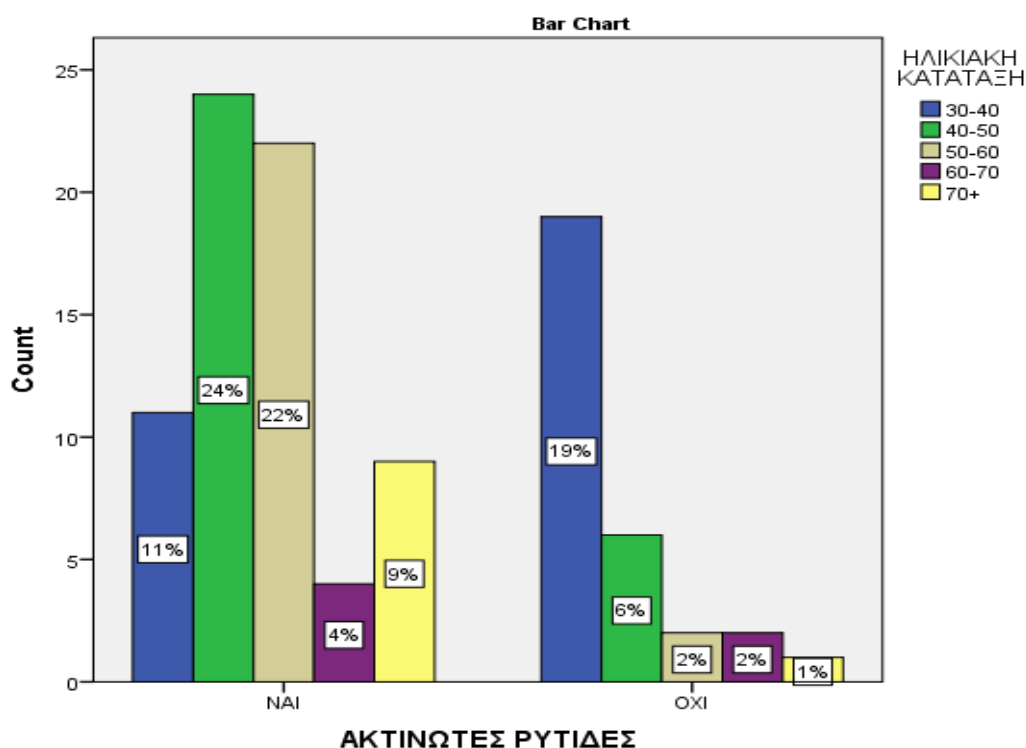
Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια είναι στο 40-50 ετών, σε ποσοστό 24% και στο 22% μεταξύ 50-60 ετών. Η ηλικιακή ομάδα

που δεν εμφανίζει ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια, σε ποσοστό 19% είναι η 30-40 ετών.

Πίνακας 52: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ	ΝΑΙ	11	24	22	4	9	70
ΡΥΤΙΔΕΣ	ΟΧΙ	19	6	2	2	1	30
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 52: Σχέση εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

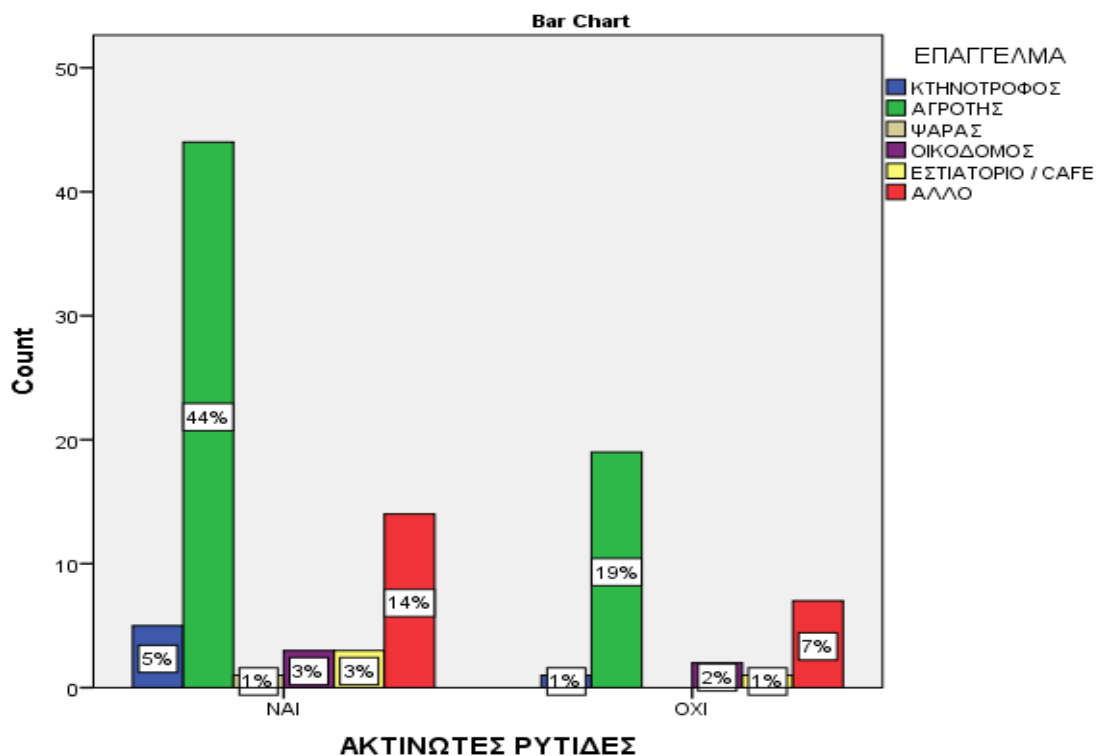
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το δείγμα Β εμφανίζει περισσότερες ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια στο επάγγελμα του «ΑΓΡΟΤΗ», σε ποσοστό 44%. Ακολουθεί με 14% όσοι δήλωσαν για επαγγελματική κατάσταση «ΑΛΛΟ».

Πίνακας 53: Πίνακας συχνότητας εμφάνιση ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΑΚΤΙΝΩΤΕΣ ΡΥΤΙΔΕΣ	ΝΑΙ	5	44	1	3	3	14	70
	ΟΧΙ	1	19	0	2	1	7	30
Total		6	63	1	5	4	21	100



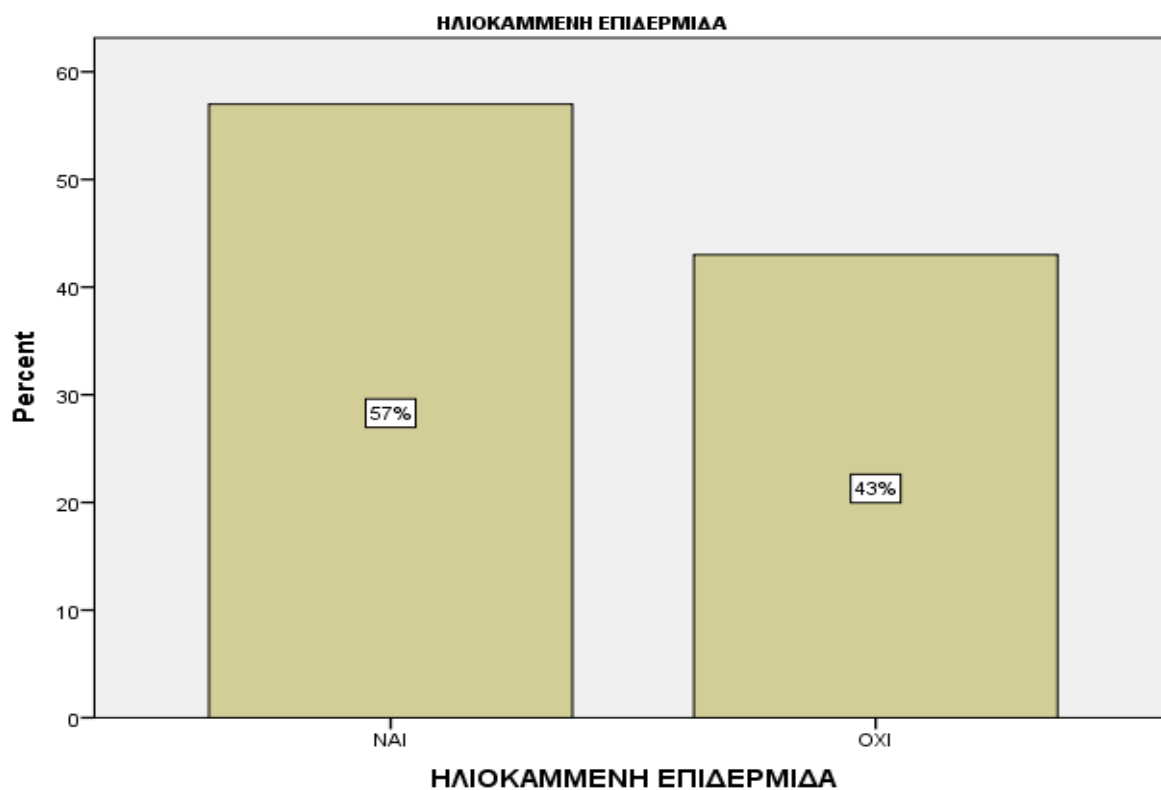
Γράφημα 53: Σχέση μεταξύ ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια και επαγγέλματος

ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Περισσότερο από το μισό του δείγματος Β εμφανίζει ηλιοκαμένη επιδερμίδα, συγκεκριμένα σε ποσοστό 57%.

Πίνακας 54: Πίνακας συχνοτήτων ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα Β

ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	57	57.0	57.0
	ΟΧΙ	43	43.0	100.0
Total		100	100.0	



Γράφημα 54: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας στο δείγμα Β

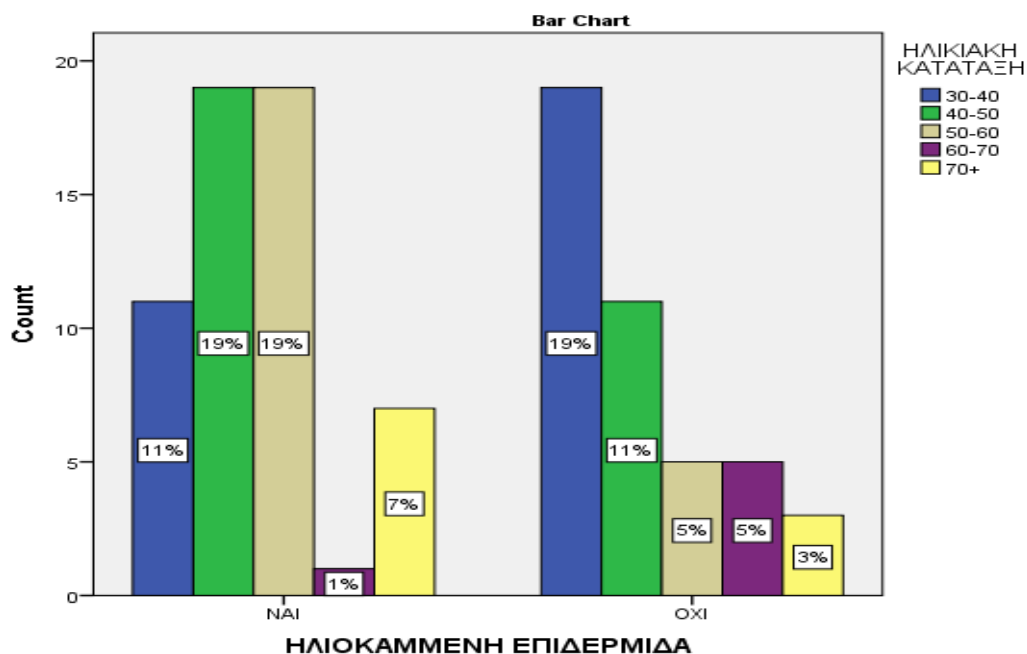
ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Με βάση την ηλικία, οι ηλικιακές ομάδες που εμφανίζουν ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε ποσοστό 19% είναι μεταξύ 40-50 και 50-60. Αμέσως μετά ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 30-40 με 11%, οι πάνω από 70 ετών με ποσοστό 7% και οι 60-70 με ποσοστό 1%.

Πίνακας 55: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με την ηλικία

ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ	ΝΑΙ	11	19	19	1	7	57
ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ	ΟΧΙ	19	11	5	5	3	43
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 55: Σχέση μεταξύ ηλιοκαμένης επιδερμίδας και ηλικίας του δείγματος Β

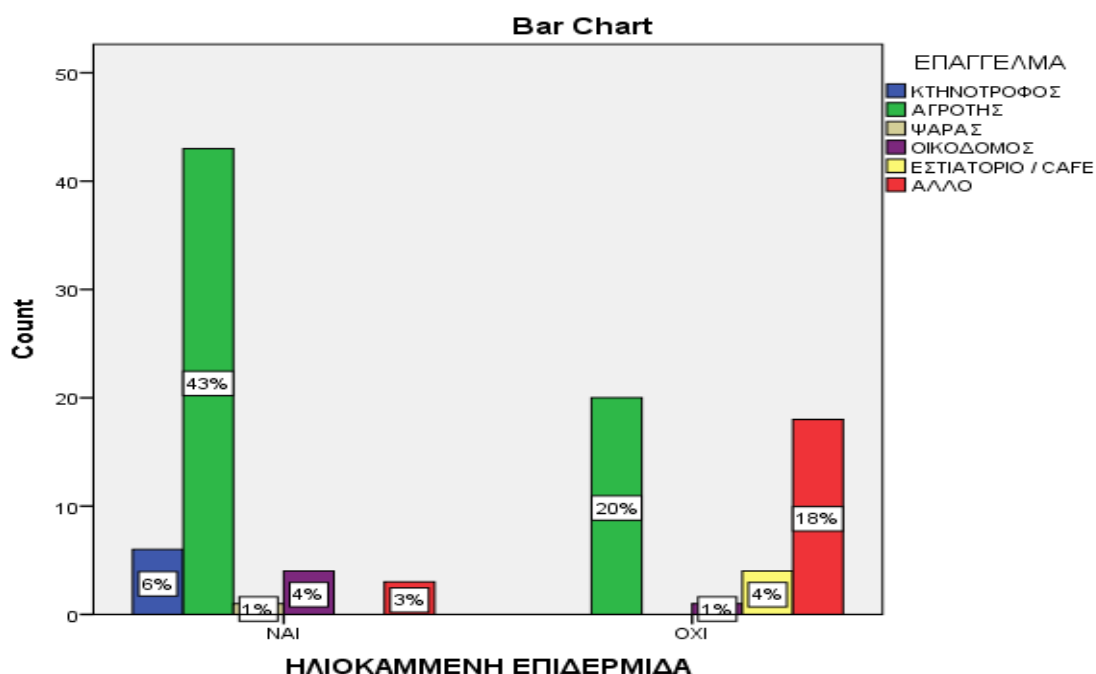
ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει ηλιοκαμένη επιδερμίδα είναι αγρότης σε ποσοστό 43%. Τα υπόλοιπα επαγγέλματα εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά.

Πίνακας 56: Ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΆΛΛΟ	
ΗΛΙΟΚΑΜΜΕΝΗ	ΝΑΙ	6	43	1	4	0	3	57
ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ	ΟΧΙ	0	20	0	1	4	18	43
Total		6	63	1	5	4	21	100



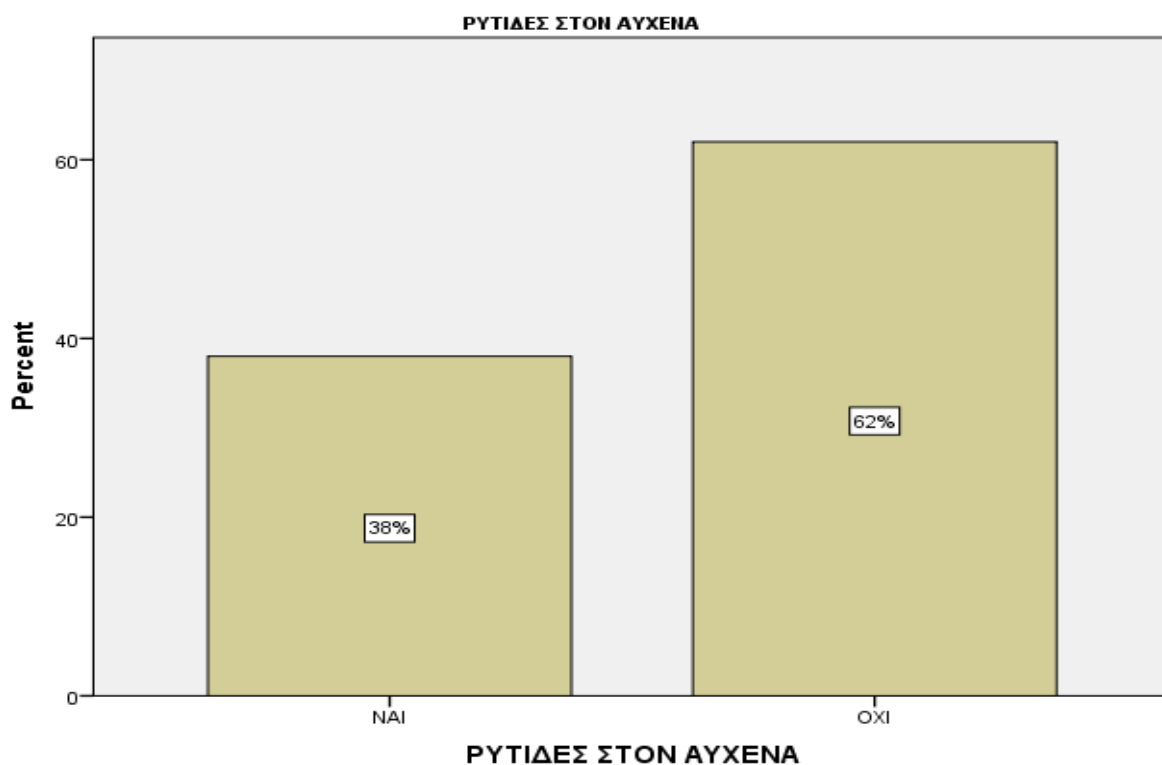
Γράφημα 56: Ποσοστά εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας σε σχέση με το επάγγελμα του δείγματος Β

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ

Το δείγμα Β εμφανίζει 38% ρυτίδων στον αυχένα.

Πίνακας 57: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα στο δείγμα Β

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	38	38.0	38.0
	ΟΧΙ	62	62.0	100.0
Total		100	100.0	



Γράφημα 57: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα του δείγματος Β

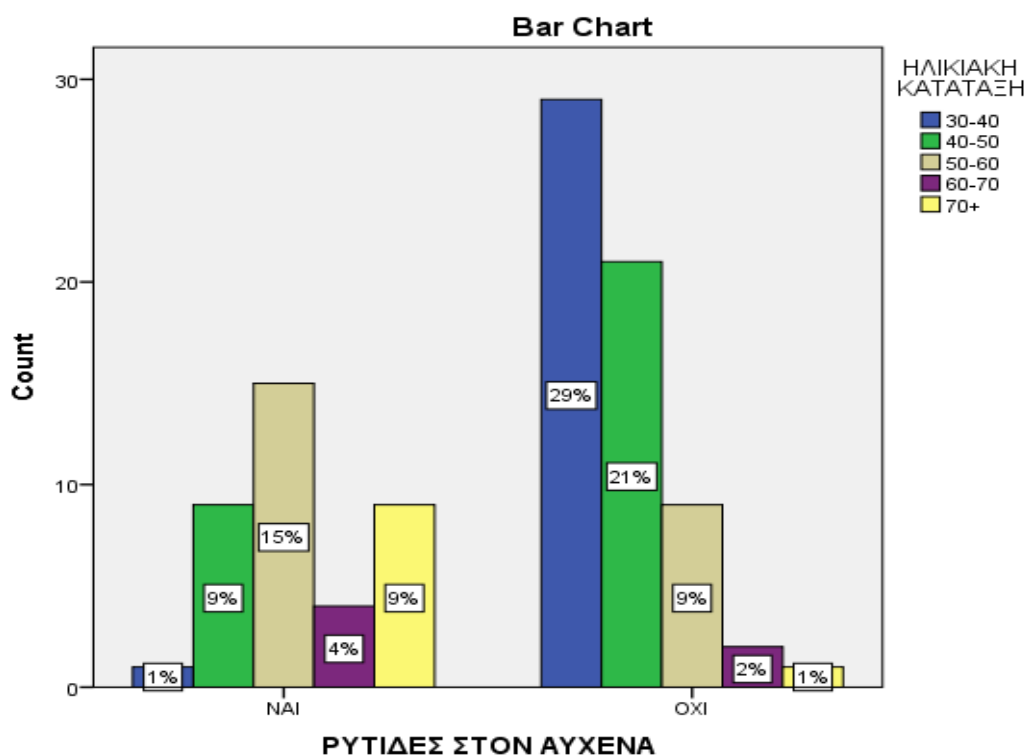
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό (15%) ρυτίδες στον αυχένα είναι μεταξύ 50-60%. Ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες των 40-50 και άνω των 70 ετών με ποσοστό 9% αντίστοιχα.

Πίνακας 58: Πίνακας συχρότητας εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ	ΝΑΙ	1	9	15	4	9	38
ΑΥΧΕΝΑ	ΟΧΙ	29	21	9	2	1	62
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 58: Ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

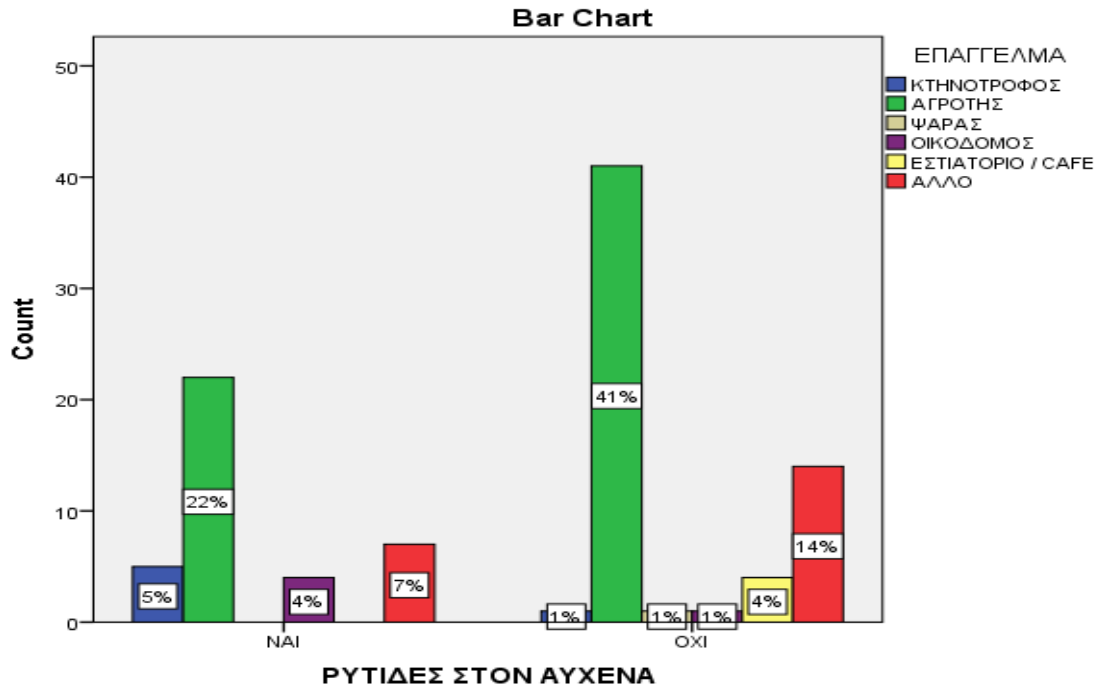
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει ρυτίδες στον αυχένα σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» με ποσοστό 22%. Ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά οι υπόλοιπες επαγγελματικές καταστάσεις, όπως «ΑΛΛΟ» σε ποσοστό 7%, ο «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» σε ποσοστό 5% και ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 4%.

Πίνακας 59: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ ΑΥΧΕΝΑ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡ ΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜ ΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙ Ο / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΡΥΤΙΔΕΣ ΣΤΟΝ	ΝΑΙ	5	22	0	4	0	7	38
ΑΥΧΕΝΑ	ΟΧΙ	1	41	1	1	4	14	62
Total		6	63	1	5	4	21	100



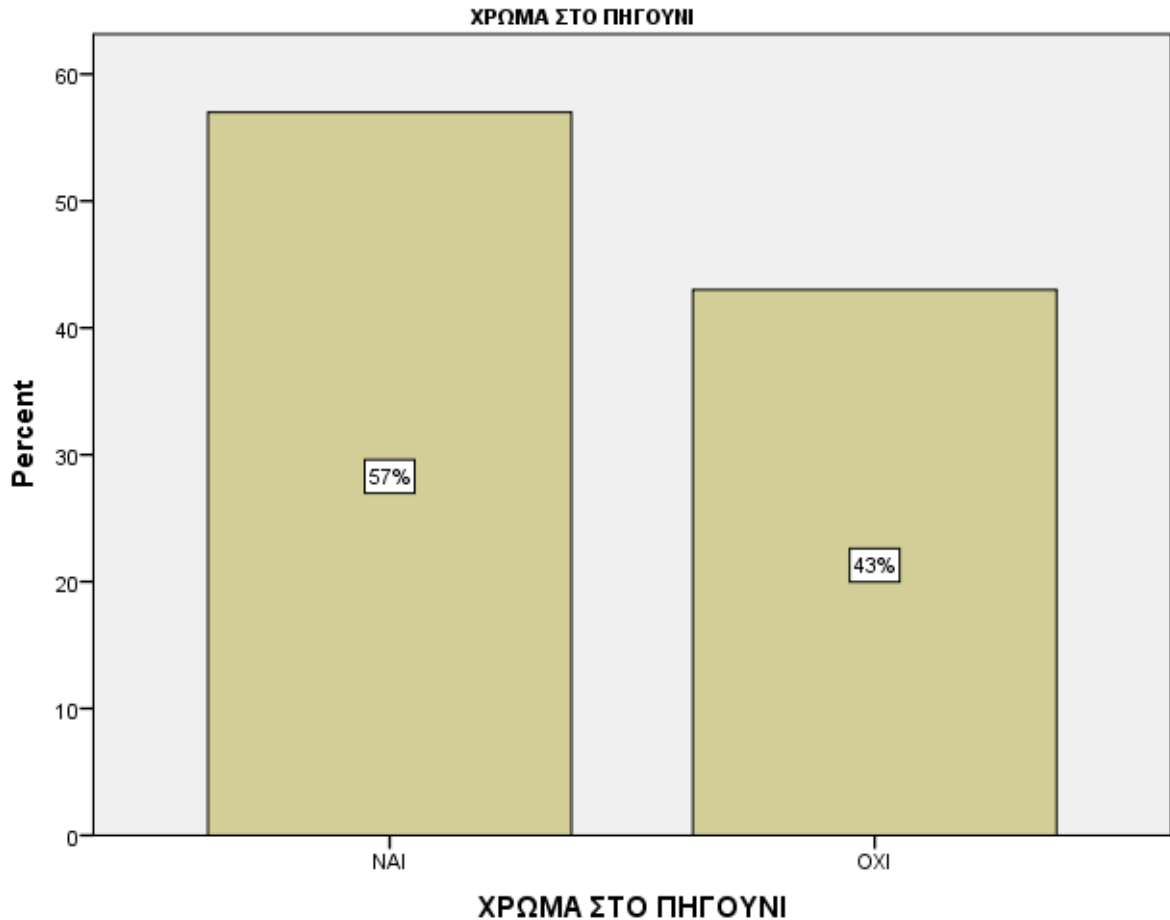
Γράφημα 59: Ποσοστά εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα με βάση το επάγγελμα του δείγματος Β

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ

Σε ποσοστό 57% το δείγμα Β εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο δέρμα του, που είναι ηλιοκαμένο.

Πίνακας 60: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

ΧΡΩΜΑ ΣΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	57	57.0	57.0
	ΟΧΙ	43	43.0	100.0
Total		100	100.0	



Γράφημα 60: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο.

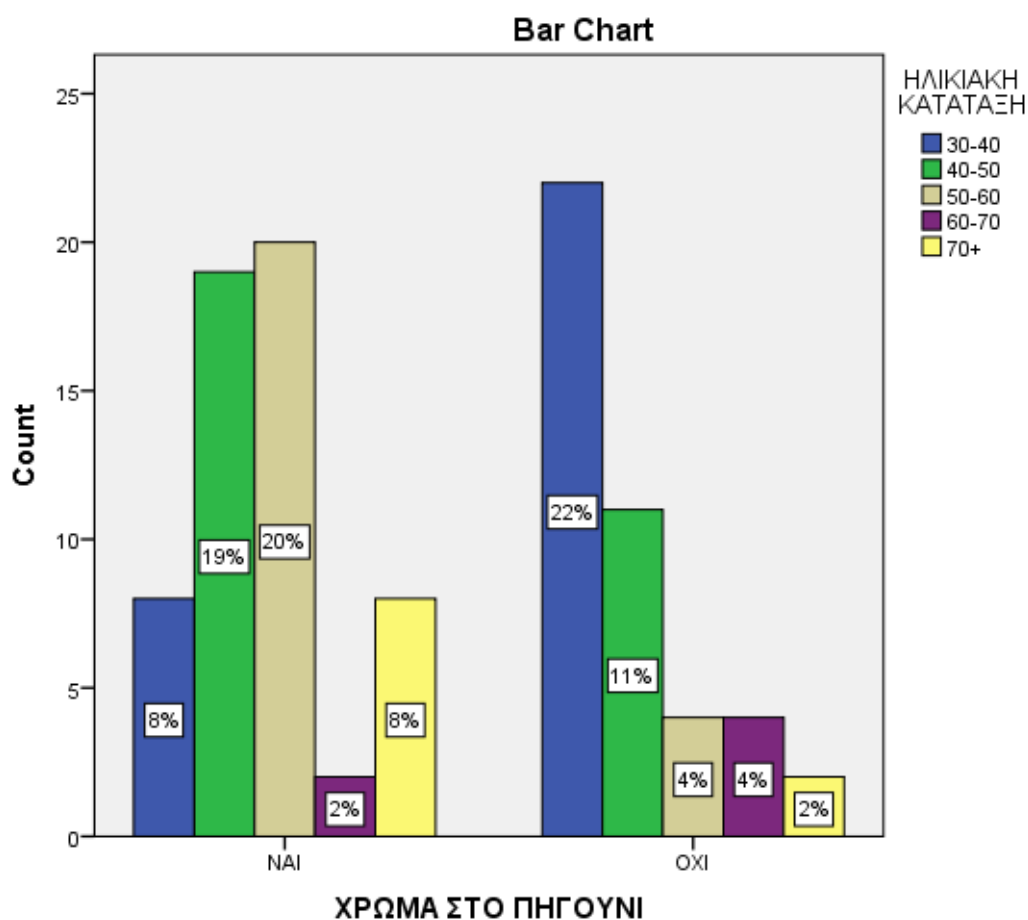
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο, είναι σε ποσοστό 20% μεταξύ 50-60 ετών. Εκείνοι που δηλώνουν ότι δεν έχουν φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο, είναι μεταξύ 30-40% σε ποσοστό 22%.

Πίνακας 61: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

ΧΡΩΜΑ ΣΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΧΡΩΜΑ ΣΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ	ΝΑΙ	8	19	20	2	8	57
ΧΡΩΜΑ ΣΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ	ΟΧΙ	22	11	4	4	2	43
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 61: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την ηλικία του δείγματος Β

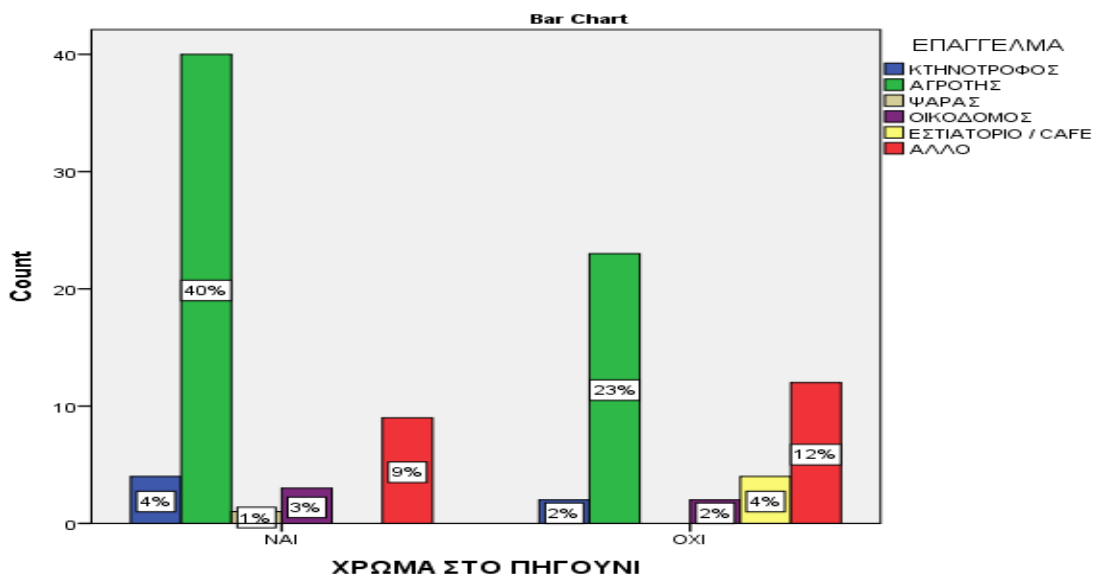
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ ΜΕ ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΔΕΡΜΑ, ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΛΙΟΚΑΜΕΝΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που δηλώνει ότι εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο, είναι, σε ποσοστό 40% ο «ΑΓΡΟΤΗΣ». Σε μικρότερα ποσοστά εμφανίζονται τα υπόλοιπα επαγγέλματα, όπως εκείνοι που δηλώνουν «ΑΛΛΟ» με ποσοστό 8%, «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» σε ποσοστό 4%, «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 3% και «ΨΑΡΑΣ» σε ποσοστό 1%. Η επαγγελματική κατάσταση «ΑΓΡΟΤΗΣ» που αποτελεί και την πλειοψηφία του δείγματος Β, δηλώνει σε ποσοστό 23% ότι δεν εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο. Ακολουθεί, σε ποσοστό 12% η κατάσταση «ΑΛΛΟ», σε ποσοστό 4% «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ» και από 2% εμφανίζουν τα επαγγέλματα «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» και «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ».

Πίνακας 62: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΧΡΩΜΑ ΣΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΧΡΩΜΑ ΣΤΟ ΠΗΓΟΥΝΙ	ΝΑΙ	4	40	1	3	0	9	57
	ΟΧΙ	2	23	0	2	4	12	43
Total		6	63	1	5	4	21	100



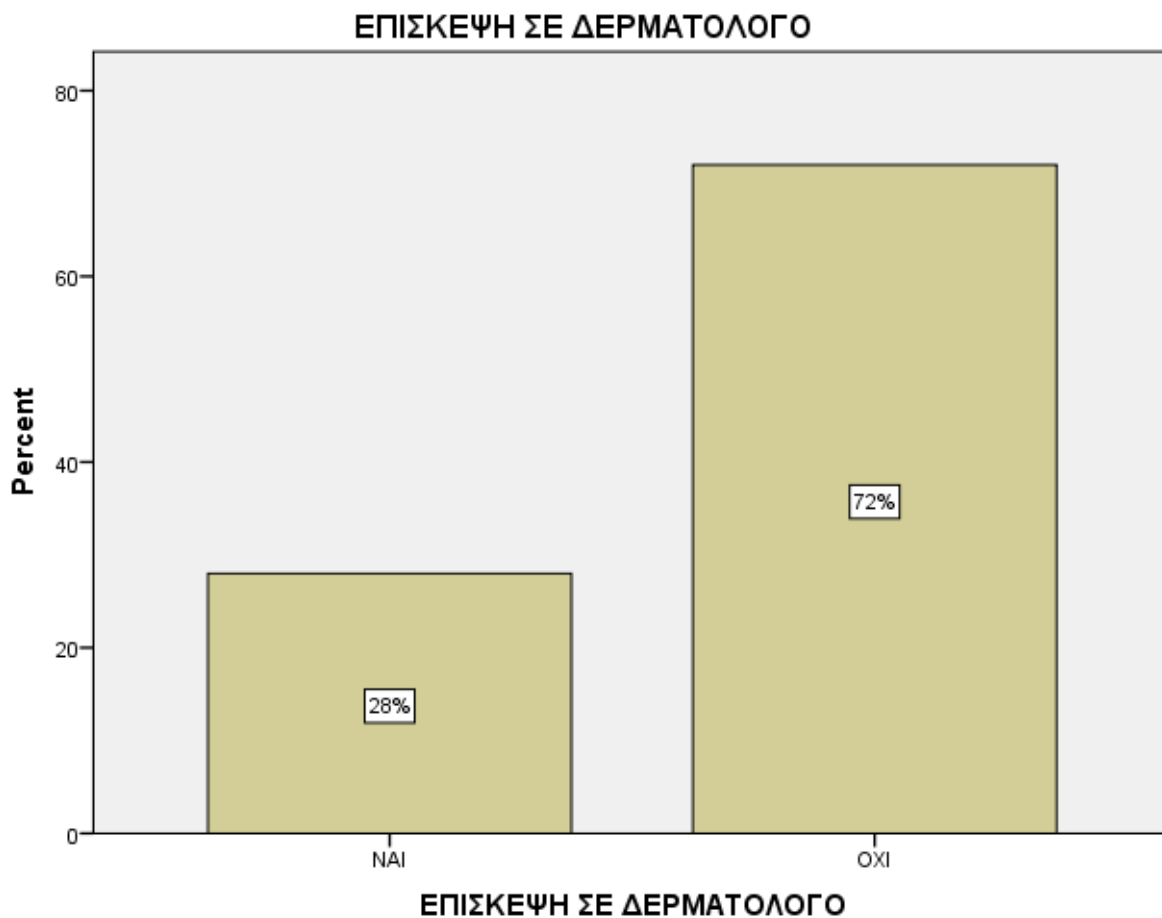
Γράφημα 62: Ποσοστά εμφάνισης φυσιολογικού χρώματος κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ

Το δείγμα Β, σε μεγάλο ποσοστό, δηλαδή στο 72%, δεν επισκέπτεται τον δερματολόγο.

Πίνακας 63: Πίνακας συχνοτήτων αναφορικά με το αν το δείγμα Β επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	28	28.0	28.0
	ΟΧΙ	72	72.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0



Γράφημα 63: Πίνακας συχνοτήτων αναφορικά με το αν το δείγμα Β επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

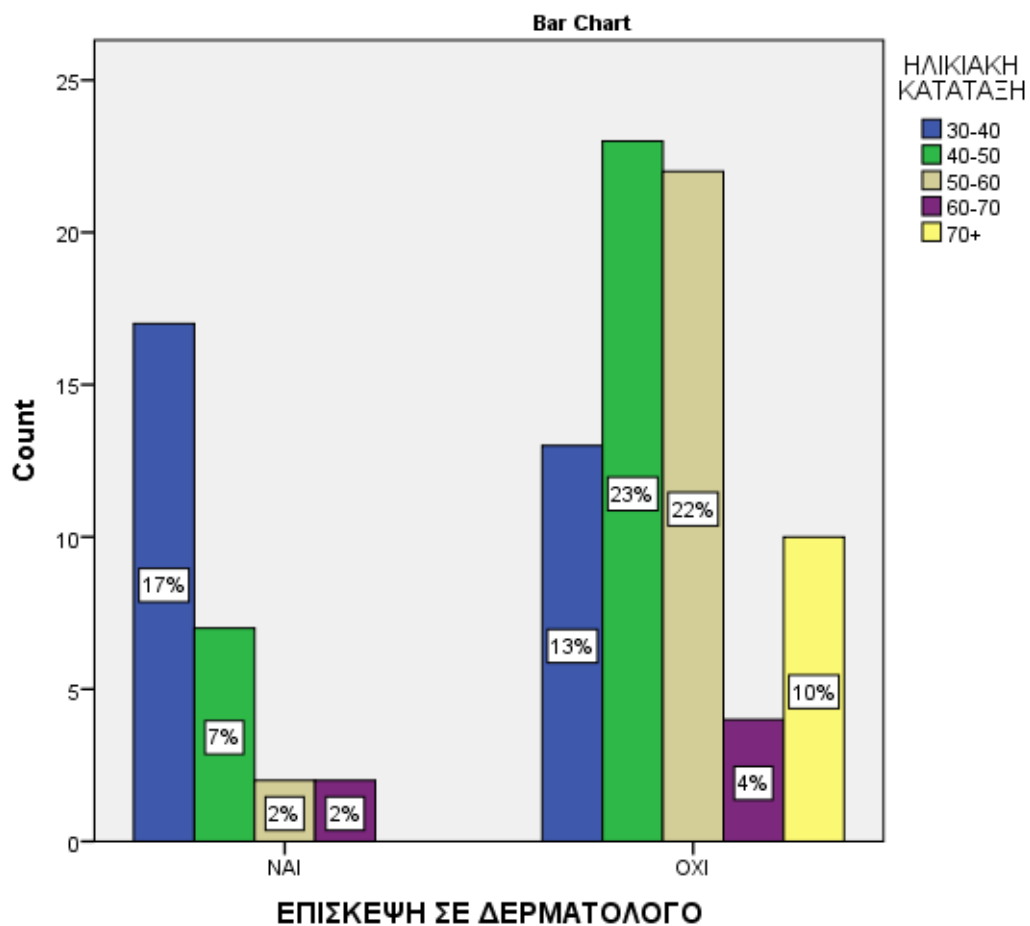
Σε σχέση με την ηλικία, εκείνοι που επισκέπτονται τον δερματολόγο είναι μεταξύ 30-40 ετών, σε ποσοστό 17%. Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά. Εκείνοι που δεν πηγαίνουν σε δερματολόγο είναι μεταξύ 40-50 ετών σε ποσοστό 23% και 50-60 ετών σε ποσοστό 22%. Στο 13% μεταξύ 30-40 και 10% οι πάνω από 70 ετών.

Πίνακας 64: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count

		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ	ΝΑΙ	17	7	2	2	0	28
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ	ΟΧΙ	13	23	22	4	10	72
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 64: Σχέση ηλικίας με επίσκεψη στον δερματολόγο

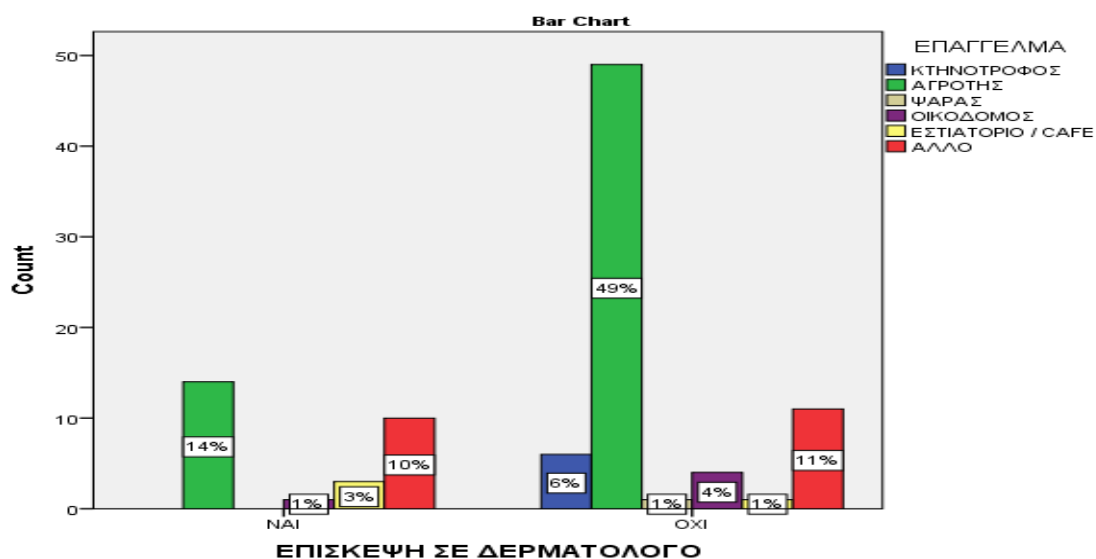
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που πηγαίνει σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, είναι οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» σε ποσοστό 14%. Ακολουθεί το «ΑΛΛΟ» σε ποσοστό 10%, ο «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ» σε ποσοστό 3% και ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 3%. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι δεν πηγαίνει στον δερματολόγο. Το 49% των «ΑΓΡΟΤΩΝ», το 11% του «ΑΛΛΟ», το 6% του «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΥ», το 4% του «ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ» και από 1% τα επαγγέλματα «ΨΑΡΑΣ» και «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ».

Πίνακας 65: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ	ΝΑΙ	0	14	0	1	3	10	28
	ΟΧΙ	6	49	1	4	1	11	72
Total		6	63	1	5	4	21	100



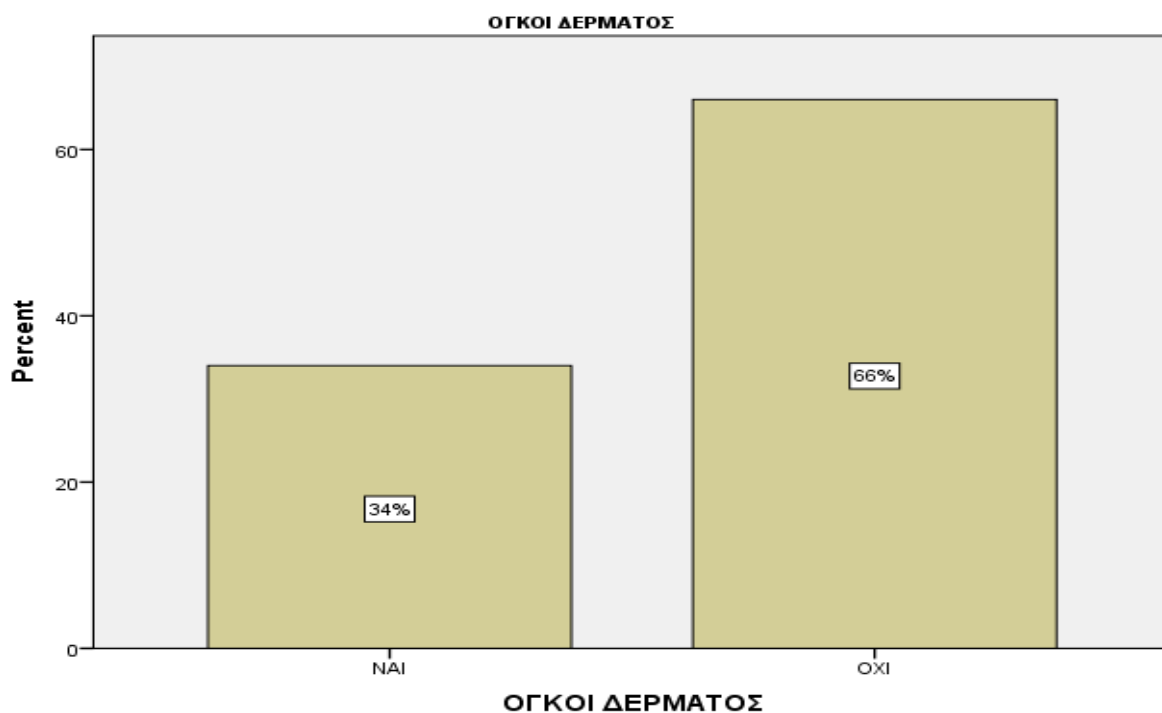
Γράφημα 65: Σχέση επαγγελματικής κατάστασης με επίσκεψη στον δερματολόγο

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΓΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΙΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ)

Η πλειοψηφία του δείγματος δεν εμφανίζει όγκους δέρματος στο πρόσωπο, σε ποσοστό 66%.

Πίνακας 66: Πίνακας συχνοτήτων παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β

ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	34	34.0	34.0
	ΟΧΙ	66	66.0	100.0
Total		100	100.0	



Γράφημα 66: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β

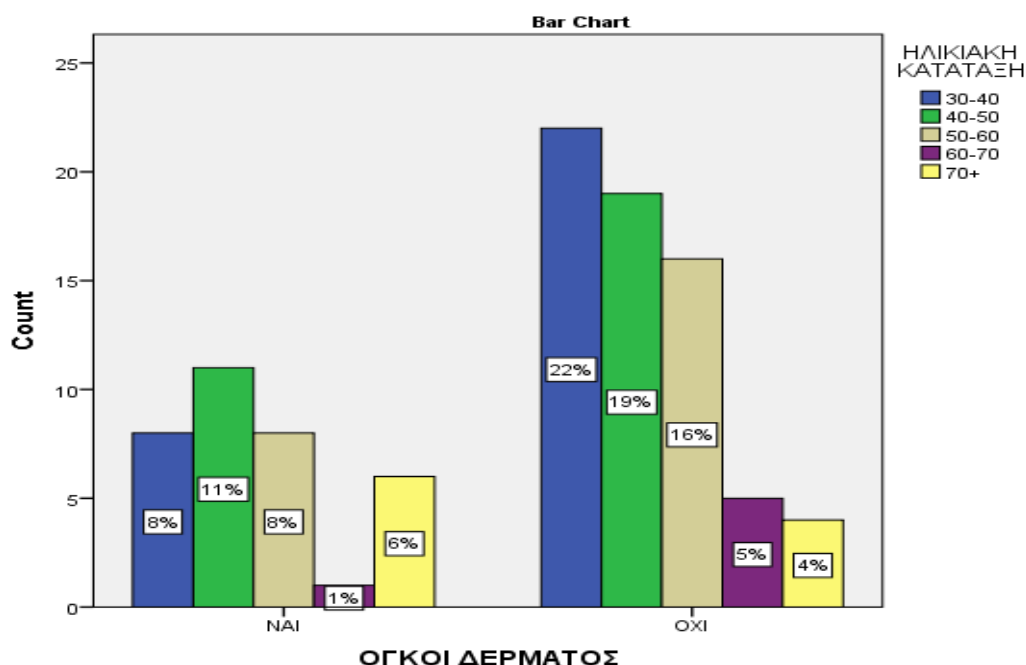
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΓΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει όγκους δέρματος στο πρόσωπο είναι στο 11% μεταξύ 40-50 ετών. Από 8% οι ηλικιακές ομάδες 30-40 και 50-60 ετών. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών με ποσοστό 6% και οι μεταξύ των 60-70 σε ποσοστό 1%.

Πίνακας 67: Πίνακας συχνοτήτων παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την ηλικία

ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ	8	11	8	1	6	34
	ΟΧΙ	22	19	16	5	4	66
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 67: Παρουσία όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την ηλικία

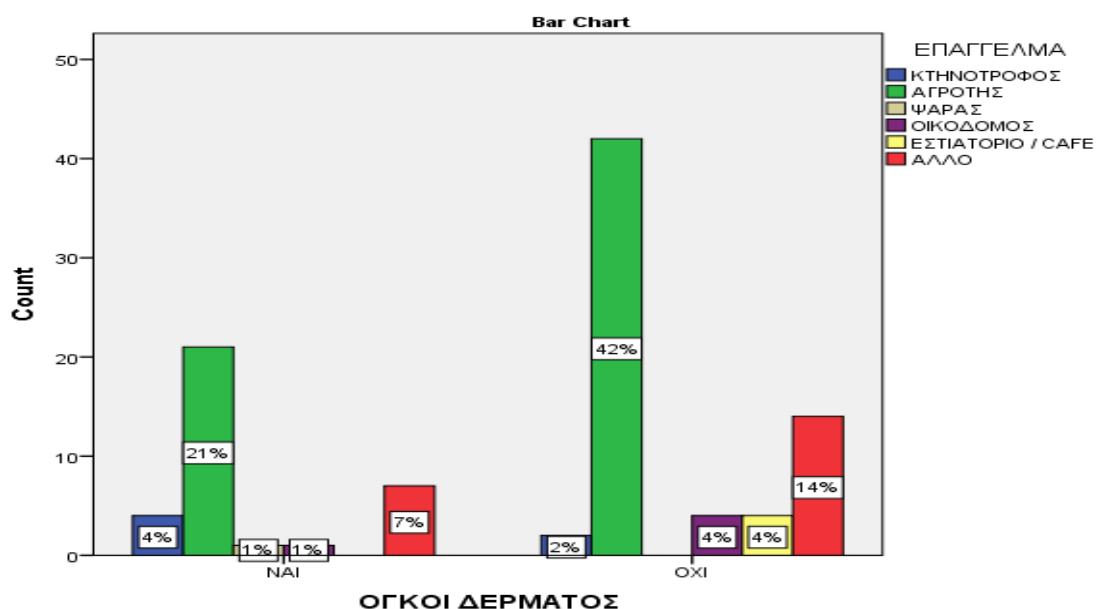
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΟΓΚΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ (ΜΕΤΩΠΟ, ΜΥΤΗ, ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ, ΚΟΡΥΦΗ ΑΥΤΙΩΝ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό όγκους στο δέρμα είναι ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 21%, ακολουθεί το «ΑΛΛΟ» σε ποσοστό 7%, ο «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» σε ποσοστό 4% και από 1% ο «ΨΑΡΑΣ» και ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ».

Πίνακας 68: Πίνακας συχνότητας παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΟΓΚΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ	4	21	1	1	0	7	34
	ΟΧΙ	2	42	0	4	4	14	66
Total		6	63	1	5	4	21	100



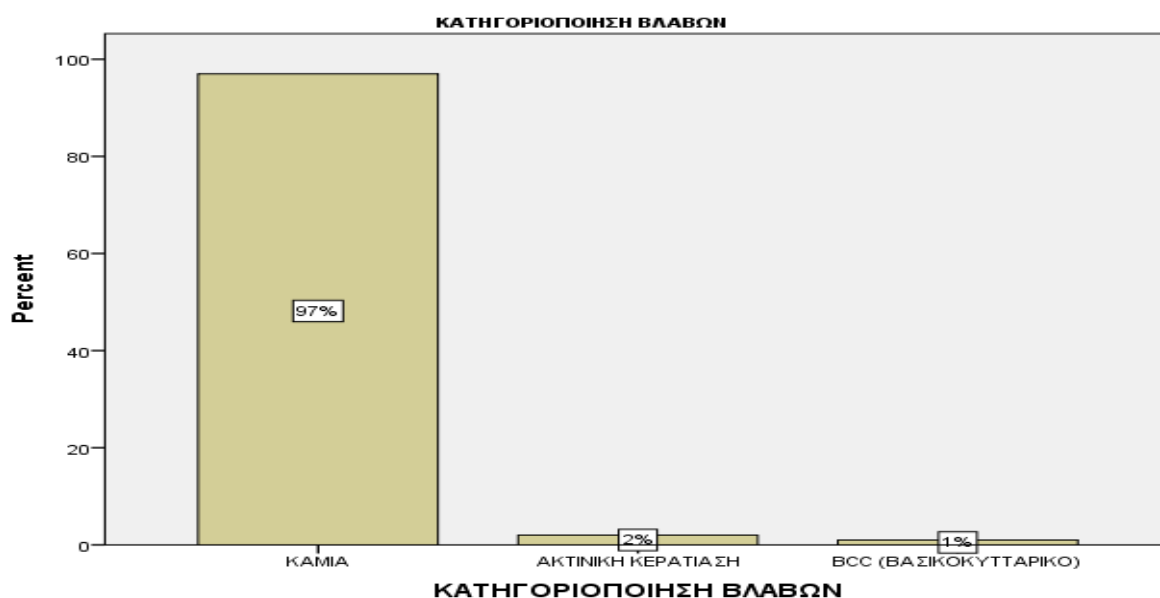
Γράφημα 68: Συχνότητα παρουσίας όγκων δέρματος στο πρόσωπο του δείγματος Β σε σχέση με την επαγγελματική του κατάσταση

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δείγμα Β, στο μεγαλύτερο ποσοστό, 97% δεν εμφανίζει καμία βλάβη στο δέρμα του. Το 2% εμφανίζει ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ και το 1% ΒCC.

Πίνακας 69: Πίνακας Συχνοτήτων εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Β

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
ΚΑΜΙΑ	97	97.0	97.0	97.0
ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ	2	2.0	2.0	99.0
Valid ΒCC (ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚ Ο)	1	1.0	1.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	



Γράφημα 69: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών στο δέρμα του δείγματος Β

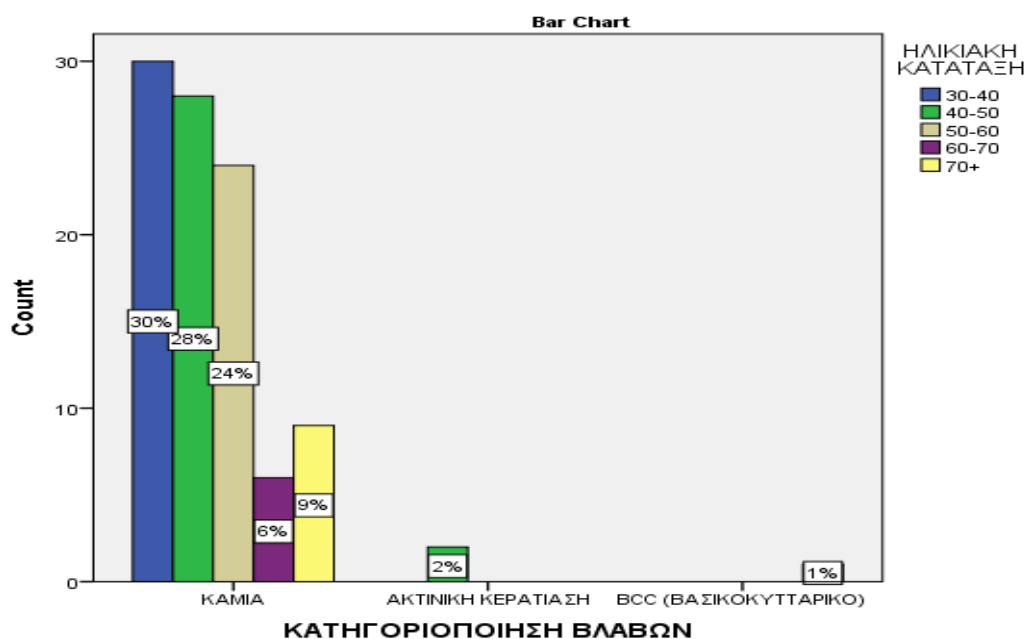
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικιακή ομάδα του δείγματος που εμφανίζει δερματική βλάβη είναι μεταξύ 40-50 ετών στο 2% και 1% άνω των 70 ετών.

Πίνακας 70: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ Η ΒΛΑΒΩΝ	ΚΑΜΙΑ	30	28	24	6	9	97
	ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ	0	2	0	0	0	2
	BCC (ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚ Ο)	0	0	0	0	1	1
	Total	30	30	24	6	10	100



Γράφημα 70: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την ηλικία

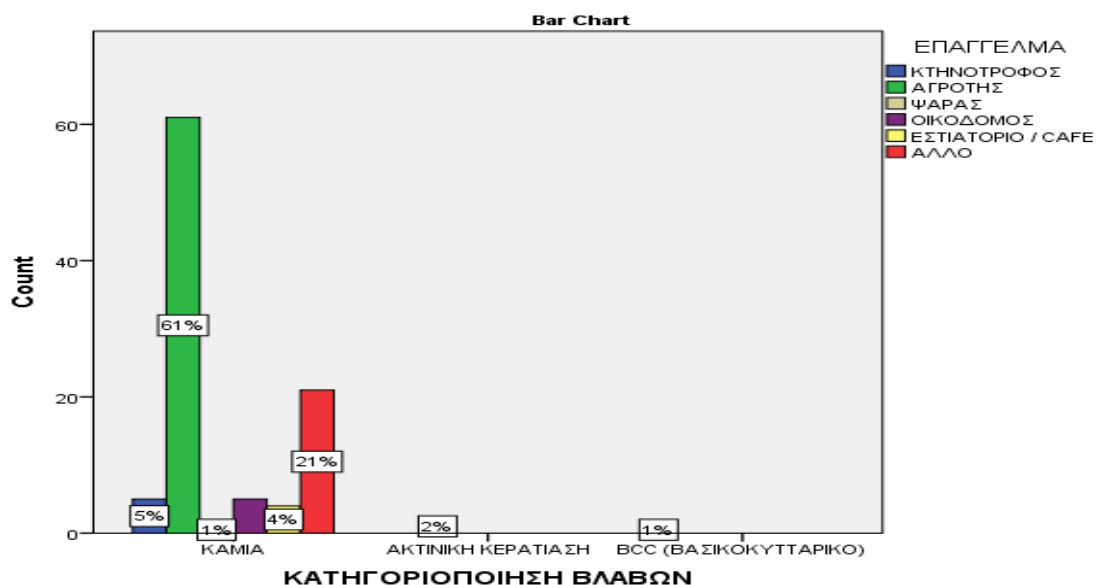
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το επάγγελμα που εμφάνισε στο 2% «ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ» είναι ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» και BCC ο «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ, στο 1%.

Πίνακας 71: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
	ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΚΑΜΙΑ	5	61	1	5	4	21	97
ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ	0	2	0	0	0	0	2
BCC (ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ)	1	0	0	0	0	0	1
Total	6	63	1	5	4	21	100



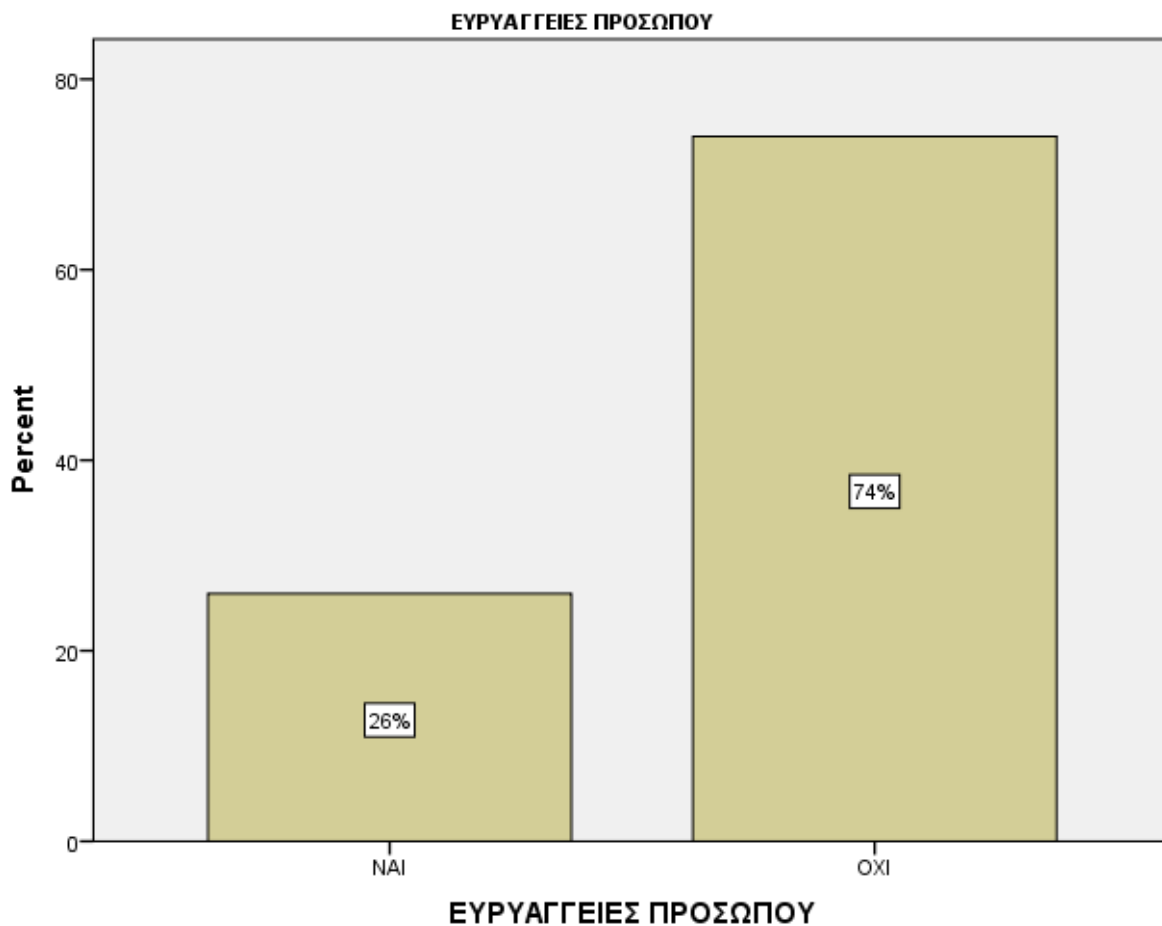
Γράφημα 71: Ποσοστό εμφάνισης βλαβών σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Β

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Το δείγμα Β σε ποσοστό 26% εμφανίζει ευρυαγγείες στο πρόσωπο.

Πίνακας 72: Πίνακας συχνοτήτων εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	26	26.0	26.0
	ΟΧΙ	74	74.0	100.0
Total		100	100.0	



Γράφημα 72: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο

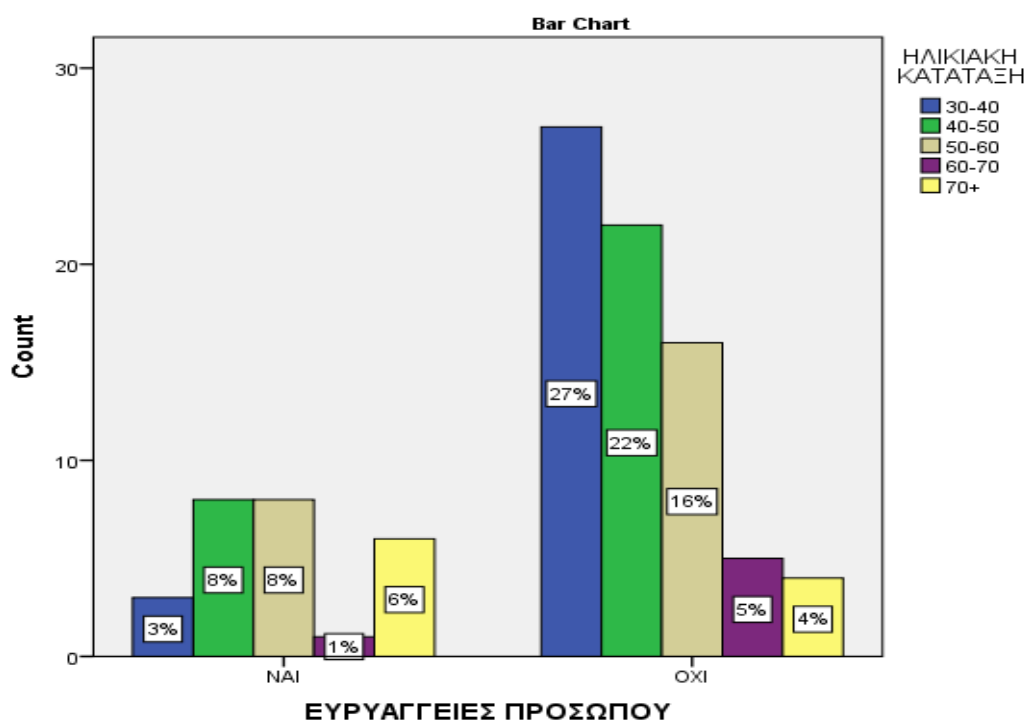
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Σε σχέση με την ηλικία, οι ευρυαγγείες εμφανίζονται στο πρόσωπο μεταξύ των 40-50 ετών και 50-60, σε ποσοστό 8% αντίστοιχα. Ποσοστό 6% εμφανίζουν τα άτομα άνω των 70 ετών, 3% οι 30-40 και τέλος 1% οι μεταξύ των 60-70 ετών.

Πίνακας 73: Πίνακας Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ	ΝΑΙ	3	8	8	1	6	26
ΠΡΟΣΩΠΟΥ	ΟΧΙ	27	22	16	5	4	74
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 73: Συχνότητα εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την ηλικία

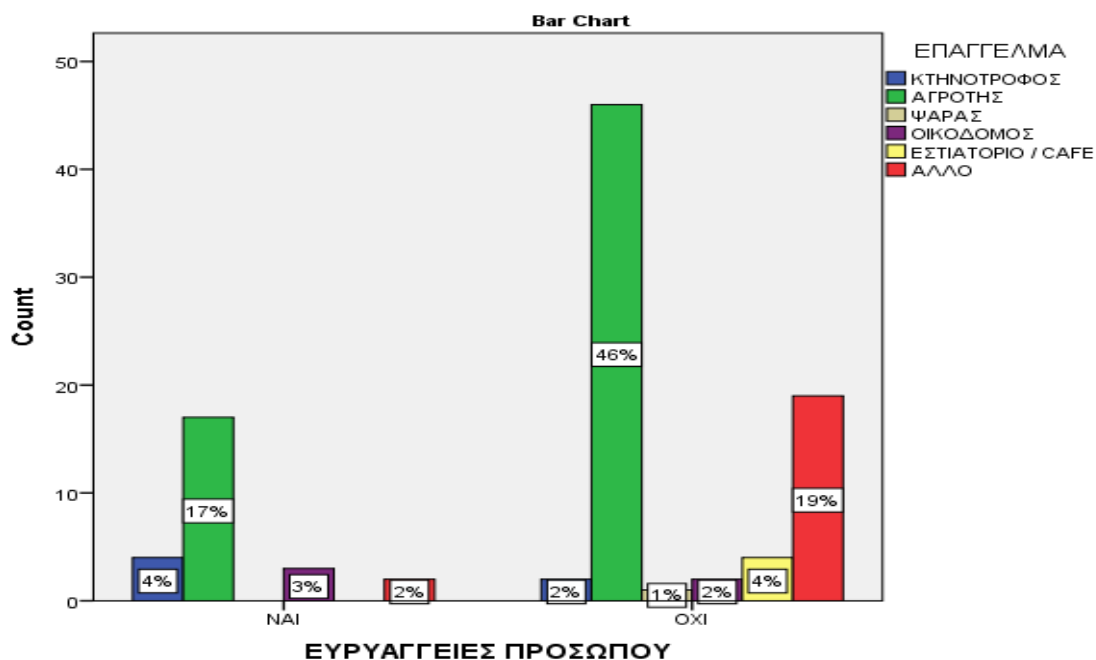
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό ευρυαγγείες στο πρόσωπο είναι, σε ποσοστό 17% οι «ΑΓΡΟΤΕΣ». Ακολουθούν οι «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ» σε ποσοστό 4%, οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ», στο 3% και «ΑΛΛΟ» σε ποσοστό 2%.

Πίνακας 74: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση

ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	ΝΑΙ	4	17	0	3	0	2	26
	ΟΧΙ	2	46	1	2	4	19	74
Total		6	63	1	5	4	21	100



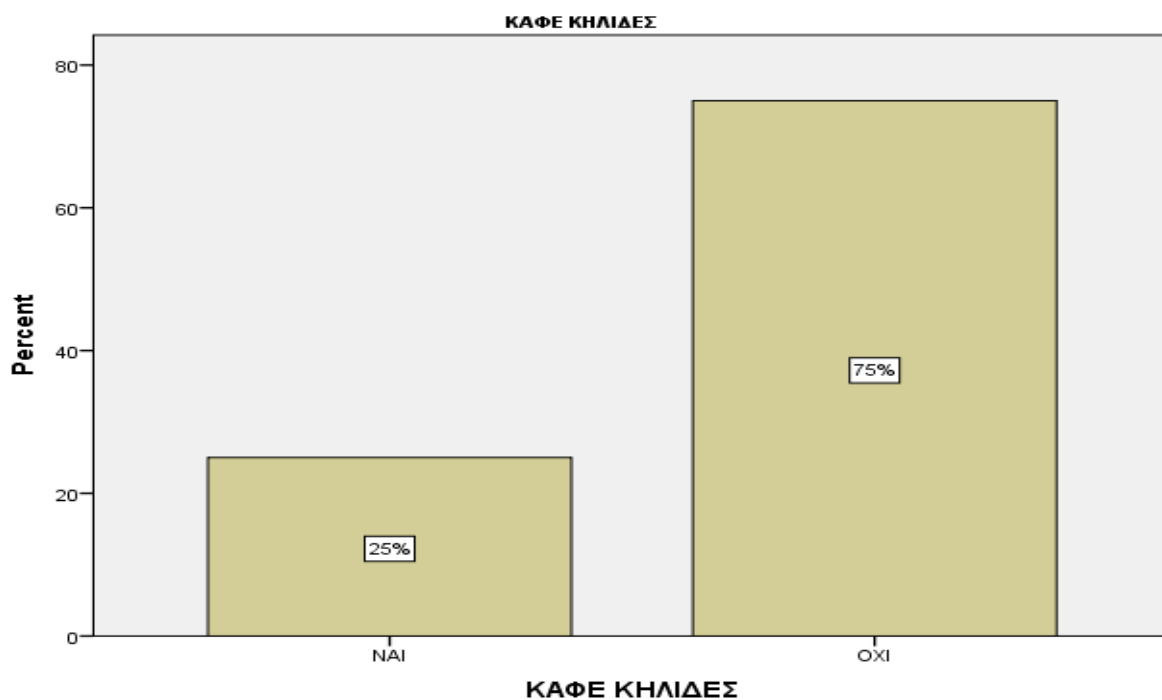
Γράφημα 74: Συχνότητας εμφάνισης ευρυαγγειών στο πρόσωπο με βάση την επαγγελματική κατάσταση

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Στο 25% του δείγματος Β εμφανίζονται καφέ κηλίδες στο πρόσωπο.

Πίνακας 75: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ				
	ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙ ΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗ ΤΑ
Valid	ΝΑΙ	25	25.0	25.0
	ΟΧΙ	75	75.0	100.0
Total		100	100.0	



Γράφημα 75: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο

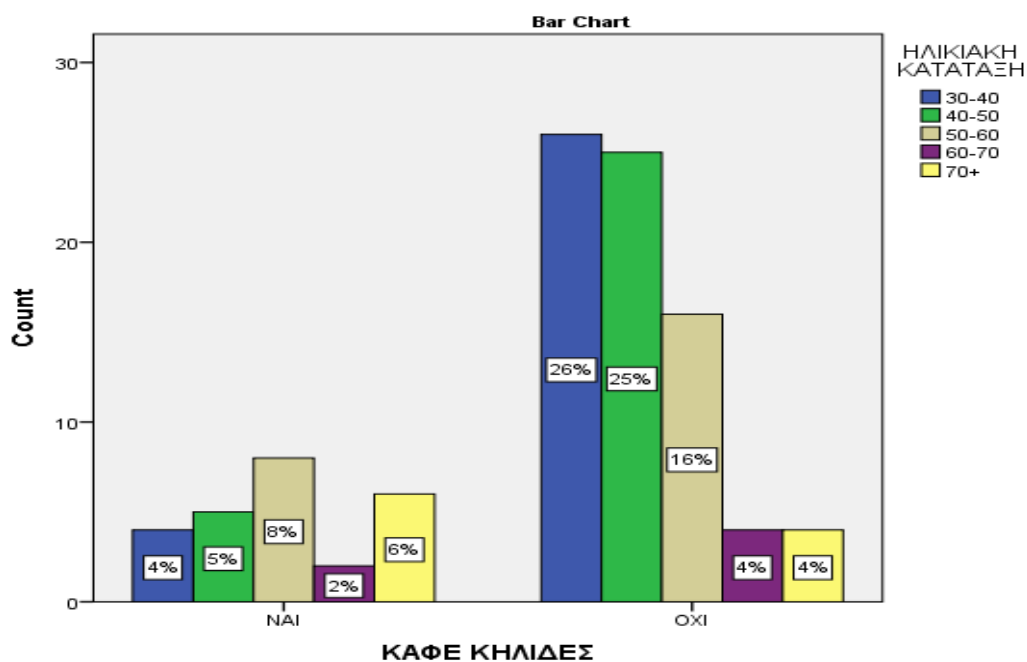
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Σε σχέση με την ηλικία, η ηλικιακή ομάδα του δείγματος Β εμφανίζει στο 8% καφέ κηλίδες στο πρόσωπο, μεταξύ 50-60 ετών, στο 6% άνω των 70 ετών, στο 5% οι μεταξύ 40-50 ετών, στο 4% οι 30-40 και στο 2% οι μεταξύ 60-70 ετών.

Πίνακας 76: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ * ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ Crosstabulation

Count		ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ					Total
		30-40	40-50	50-60	60-70	70+	
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ	ΝΑΙ	4	5	8	2	6	25
	ΟΧΙ	26	25	16	4	4	75
Total		30	30	24	6	10	100



Γράφημα 76: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την ηλικία

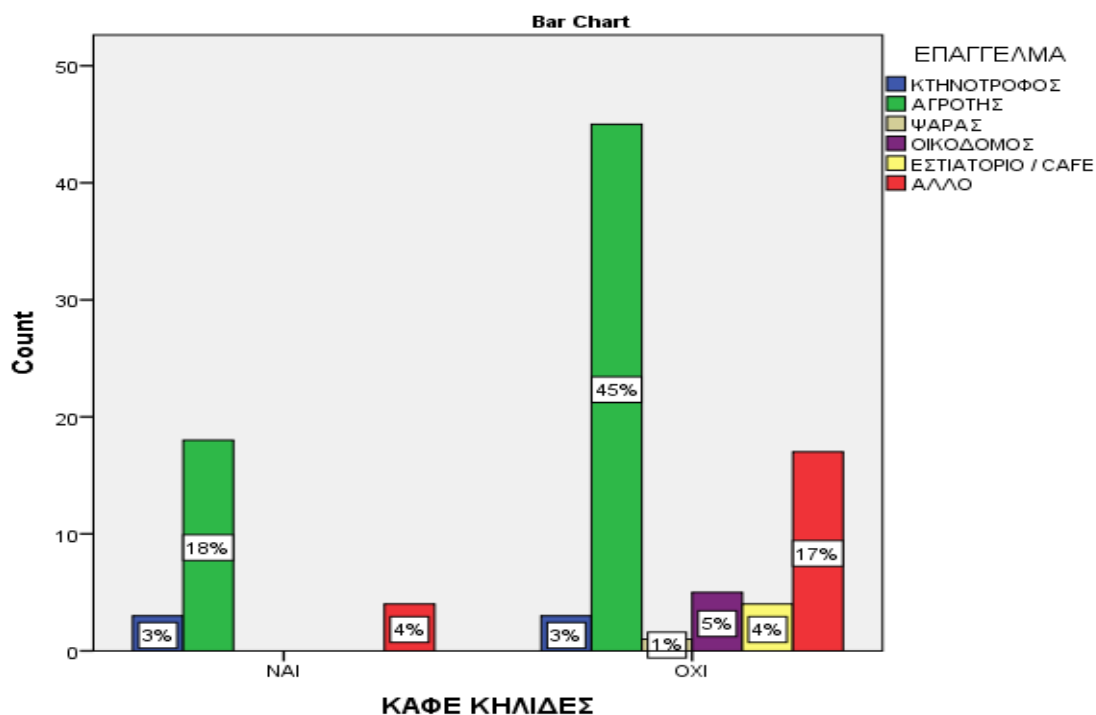
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης καφέ κηλίδων είναι οι «ΑΓΡΟΤΕΣ», σε ποσοστό 18%, «ΑΛΛΟ» σε ποσοστό 4% και οι «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ» σε ποσοστό 3%.

Πίνακας 77: Πίνακας συχνότητας εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ * ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ Crosstabulation

Count		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						Total
		ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	ΑΓΡΟΤΗΣ	ΨΑΡΑΣ	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ / CAFE	ΑΛΛΟ	
ΚΑΦΕ ΚΗΛΙΔΕΣ	ΝΑΙ	3	18	0	0	0	4	25
	ΟΧΙ	3	45	1	5	4	17	75
Total		6	63	1	5	4	21	100



Γράφημα 77: Συχνότητα εμφάνισης καφέ κηλίδων στο πρόσωπο σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το δείγμα αποτελείται από 200 άνδρες, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: 100 άτομα στην ομάδα Α, που αποτελείται από άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Κάλυμνο και 100 άτομα στην ομάδα Β, που αποτελείται από άνδρες που ζουν και εργάζονται στην Έδεσσα. Το δείγμα έχει ηλικία από 30 έως και πάνω από 70 ετών, με μέσο όρο 50-60 ετών. Τα επαγγέλματα που δήλωσε το δείγμα είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» και «ΑΓΡΟΤΗΣ» και σε μικρότερο ποσοστό «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ», «ΨΑΡΑΣ», «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΣΕ CAFÉ/BAR».

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι και στις δύο ομάδες δεν γίνεται χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ή όταν χρησιμοποιούν αντηλιακό δεν το ανανεώνουν τακτικά. Στην ομάδα Α σε ποσοστό 67% και στην ομάδα Β σε ποσοστό 76% δηλώνουν ότι δε χρησιμοποιούν αντηλιακό. Στην αναζήτησή μας για τη σχέση μεταξύ χρήσης αντηλιακού και ηλικίας εκείνοι που κάνουν χρήση αντηλιακού, αλλά σε μικρό ποσοστό, είναι για την μεν ομάδα Α το 15% της ηλικιακής ομάδας 50-60 ετών και για τη Β ομάδα το 11% των 30-40 ετών. Εκείνοι που σε μεγαλύτερο ποσοστό δεν χρησιμοποιούν αντηλιακό στην ομάδα Α είναι στο 29% της ηλικιακής ομάδας 50-60 ετών και στο 22% μεταξύ 40-50 ετών της Β ομάδας.

Όσον αφορά στην χρήση αντηλιακής προστασίας σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος Α, οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» και όσοι ανέφεραν σαν επαγγελματική ιδιότητα «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ», φαίνεται να μη συμμορφώνονται και να μη χρησιμοποιούν αντηλιακή προστασία στο 19% του δείγματος Α ενώ τα πράγματα φαίνονται χειρότερα στη Β ομάδα, που σε ποσοστό 51%, του επαγγέλματος «ΑΓΡΟΤΗΣ», δε χρησιμοποιεί αντηλιακό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Για τη συχνότητα που βάζει αντηλιακό το δείγμα Α, στην πλειοψηφία του (37%), δηλώνει πως κάνει πάνω από 6 ώρες στην εργασία του για να ανανεώσει το αντηλιακό, το 32% ανά 4-6 ώρες, το 24% ανά 2-4 ώρες και 7% ανά 1-2 ώρες. Το δείγμα Β εμφανίζει περίπου τα ίδια αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό ανανεώνει το αντηλιακό του μετά από περισσότερες από 6 ώρες την ημέρα, σε ποσοστό 48%, κάθε 4-6 ώρες σε ποσοστό 28%, σε 2-4 ώρες το 16% και ανά 1-2 ώρες το 8%. Το δείγμα Α δείχνει ότι οι άνδρες της ηλικιακής ομάδας μεταξύ 50-60 ετών είναι πιο προσεκτικοί με τον ήλιο, καθώς εκείνοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη

συχνότητα χρήσης αντηλιακού σε όλες τις ώρες της ημέρας. Αντίθετα, εκείνοι που φαίνεται να μην “λογαριάζουν” τον ήλιο και την επικινδυνότητά του ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 ετών. Στο δείγμα Β βλέπουμε ότι εκείνοι που χρησιμοποιούν κάθε 2-4 ώρες είναι οι ηλικίες μεταξύ 40-50 ετών και οι αμέσως επόμενες είναι οι μεταξύ 30-40. Στο δείγμα Β φαίνεται ότι σχεδόν κανείς από το δείγμα δε βάζει τακτικά αντηλιακό, δηλαδή ανά 1-2 ώρες αντηλιακή προστασία.

Στο δείγμα Α φαίνεται ότι οι άνδρες που δηλώνουν «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» και «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» είναι πιο προσεκτικοί με τον ήλιο και χρησιμοποιούν τακτικά αντηλιακό κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε αντίθεση με εκείνους που δηλώνουν «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ» όπου μόνο 1% βάζει αντηλιακό και μάλιστα, κάθε 6 και παραπάνω ώρες. Στην ομάδα Β, σε σχέση με το επάγγελμα, εκείνοι που χρησιμοποιούν συχνότερα αντηλιακό είναι οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» ανά 2-4 ώρες, σε ποσοστό 23%. Η ίδια επαγγελματική κατάσταση, όμως χρησιμοποιεί στο 29% αντηλιακό ανά 6 και πάνω ώρες και στο 10% ανά 4-6 ώρες. Στα παραπάνω ποσοστά παίζει ρόλο το μέγεθος του δείγματος, καθώς η πλειοψηφία της ομάδας Β είναι «ΑΓΡΟΤΕΣ».

Το δείγμα Α, στο 52%, εργάζεται κάτω από τον ήλιο λιγότερες από 8 ώρες και το 48% περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα. Το 63% του δείγματος Β έρχεται σε επαφή με τον ήλιο, περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα και το 37% λιγότερες από 8 ώρες. Η ηλικιακή ομάδα, στο δείγμα Α, που φαίνεται να περνά περισσότερες ώρες, κατά τη διάρκεια της ημέρας, κάτω από τον ήλιο είναι μεταξύ 50-60 ετών στο 22%. Εκείνοι που φαίνεται να περνούν λιγότερες ώρες κάτω από τον ήλιο ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 ετών σε ποσοστό 3%. Για την ομάδα Β, η ηλικιακή ομάδα που έρχεται σε επαφή με τον ήλιο για περισσότερες από 8 ώρες την ημέρα είναι μεταξύ 30-40 και 40-50, σε ποσοστό 18% και αμέσως μετά ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών σε ποσοστό 17%, στο 9% η ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών και τέλος 1% μεταξύ 60-70 ετών. Σε σχέση με το επάγγελμα, για την ομάδα Α, εκείνο που μένει περισσότερες ώρες στον ήλιο είναι ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» με ποσοστό 22% ενώ στη Β, εκείνο που μένει περισσότερες ώρες κάτω από τον ήλιο είναι ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 49%.

Στην συντριπτική του πλειοψηφία το δείγμα Α έχει ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια, και συγκεκριμένα στο 89%, ενώ το 70% του δείγματος Β εμφανίζει ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το 30% όχι. Η ηλικία μεταξύ 50-60 ετών

παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια, με ποσοστό 43% στην ομάδα Α. Στην ομάδα Β η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει περισσότερο ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια είναι στη 40-50 ετών, σε ποσοστό 24% και στο 22% μεταξύ 50-60 ετών. Οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ», στην ομάδα Α, που όμως αποτελούν και την πλειοψηφία του δείγματος, φαίνεται ότι εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια, με 28%. Στο δείγμα Β, εμφανίζει περισσότερες ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια το επάγγελμα του «ΑΓΡΟΤΗ», σε ποσοστό 44%. Ακολουθεί με 14% όσοι δήλωσαν για επαγγελματική κατάσταση «ΑΛΛΟ».

Όσον αφορά στην ηλιοκαμένη επιδερμίδα, το δείγμα της ομάδας Α δηλώνει στο 73% ότι έχει ηλιοκαμένη επιδερμίδα. Περισσότερο από το μισό του δείγματος Β εμφανίζει ηλιοκαμένη επιδερμίδα, συγκεκριμένα σε ποσοστό 57%. Στο δείγμα Α, μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας εμφανίζει η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών, με ποσοστό 34%. Εκείνη που εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό είναι η ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών με ποσοστό 6% και πολύ κοντά εμφανίζεται και η ηλικία άνω των 70 ετών, με 8%. Για την ομάδα Β, με βάση την ηλικία, οι ηλικιακές ομάδες που εμφανίζουν ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε ποσοστό 19% είναι μεταξύ 40-50 και 50-60. Αμέσως μετά ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 30-40 με 11%, οι πάνω από 70 ετών με ποσοστό 7% και οι 60-70 με ποσοστό 1%. Το επάγγελμα στο οποίο οι άνδρες του δείγματος Α εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ηλιοκαμένης επιδερμίδας είναι του «ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ» σε ποσοστό 30%. Η επαγγελματική κατάσταση, στην ομάδα Β, που εμφανίζει ηλιοκαμένη επιδερμίδα είναι «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 43%.

Η πλειοψηφία του δείγματος Α, κατά 85%, δηλώνει ότι έχει ρυτίδες στον αυχένα. Το δείγμα Β εμφανίζει 38% ρυτίδων στον αυχένα. Στο δείγμα Α η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει περισσότερο ρυτίδες στον αυχένα είναι μεταξύ 50-60 ετών, στο 41%. Για την Β ομάδα, η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό (15%) ρυτίδες στον αυχένα είναι μεταξύ 50-60 ετών. Και σε αυτήν την περίπτωση, οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα, στο δείγμα Α, σε ποσοστό 26% και οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» με ποσοστό 22% στο δείγμα Β.

Η πλειοψηφία του δείγματος Α, στο 86%, δηλώνει πως δεν έχει φυσιολογικό δέρμα κάτω από το πηγούνι, ενώ μόνο το 14% δηλώνει πως έχει φυσιολογικό δέρμα κάτω

από το πηγούνι. Το μεγαλύτερο ποσοστό έχει η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών, στο 38%. Εκείνοι που δήλωσαν σαν επαγγελματική κατάσταση «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» (26%), οι ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ (25%) και οι «ΨΑΡΑΔΕΣ» (20%), εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Σε ποσοστό 57% το δείγμα Β εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο δέρμα του, που είναι ηλιοκαμένο. Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο, είναι σε ποσοστό 20% μεταξύ 50-60 ετών. Εκείνοι που δηλώνουν ότι δεν έχουν φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο, είναι μεταξύ 30-40% σε ποσοστό 22%. Η επαγγελματική κατάσταση που δηλώνει ότι εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο, είναι, σε ποσοστό 40% ο «ΑΓΡΟΤΗΣ». Η ίδια επαγγελματική κατάσταση («ΑΓΡΟΤΗΣ»), που αποτελεί και την πλειοψηφία του δείγματος Β, δηλώνει σε ποσοστό 23% ότι δεν εμφανίζει φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι, σε αντίθεση με το υπόλοιπο δέρμα που είναι ηλιοκαμένο. Ακολουθεί, σε ποσοστό 12% η κατάσταση «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ», σε ποσοστό 4% «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ» και από 2% εμφανίζουν τα επαγγέλματα «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» και «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ».

Σχεδόν ίδιες ήταν οι απαντήσεις των δύο δειγμάτων, αναφορικά με το αν επισκέπτονται τον δερματολόγο κατά τη διάρκεια του έτους. Ειδικότερα, στην Α ομάδα, το 51% δεν επισκέπτεται δερματολόγο κατά τη διάρκεια της χρονιάς και το δείγμα Β σε ποσοστό 72%, δεν επισκέπτεται τον δερματολόγο. Οι ηλικιακές ομάδες που επισκέπτονται τον δερματολόγο στο δείγμα Α, είναι μεταξύ 50-60 ετών και 40-50 ετών με ποσοστό 18 και 16% αντίστοιχα, ωστόσο η ηλικιακή ομάδα των 50-60 ετών είναι εκείνη που επίσης εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις ηλικιακές ομάδες αναφορικά με το ότι δεν επισκέπτεται τακτικά τον δερματολόγο, σε ποσοστό 26%. Για τη Β ομάδα, η πλειοψηφία που δεν πηγαίνει σε δερματολόγο ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών σε ποσοστό 23% και 50-60 ετών σε ποσοστό 22%. Στο 13% βρίσκονται οι μεταξύ 30-40 ετών και 10% παρουσιάζουν οι πάνω από 70 ετών. Όπως είδαμε παραπάνω, και στις δύο ομάδες, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι δεν πηγαίνει στον δερματολόγο. Στο δείγμα Α φαίνεται ότι εκείνοι που επισκέπτονται τακτικά τον δερματολόγο ανήκουν στην επαγγελματική κατάσταση του «ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ» στο 18% ενώ εκείνοι που δεν πηγαίνουν στον

δερματολόγο είναι εκείνου που δηλώνουν «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» σε ποσοστό 17% και οι «ΨΑΡΑΔΕΣ» σε ποσοστό 14%. Στην ομάδα Β η επαγγελματική κατάσταση που πηγαίνει σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες, στο δερματολόγο, είναι οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» σε ποσοστό 14%. Ακολουθεί το «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» σε ποσοστό 10%, ο «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ» σε ποσοστό 3% και ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 3%.

Η πλειοψηφία του ολικού δείγματος δεν εμφανίζει όγκους στο πρόσωπο και ειδικότερα, το 94% του δείγματος Α και το 66% του δείγματος Β. Το δείγμα Α φαίνεται ότι δεν παρουσιάζει όγκους δέρματος στο πρόσωπο σε μεγάλη συχνότητα. Συγκεκριμένα μόνο 3 άτομα άνω των 70 ετών, 2 άτομα της ηλικιακής ομάδας 60-70 και 1 άτομο της ηλικιακής ομάδας 50-60 εμφανίζουν όγκους δέρματος στο πρόσωπο. Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει όγκους δέρματος στο πρόσωπο στην Β ομάδα, είναι στο 11% μεταξύ 40-50 ετών. Από 8% εμφανίζουν οι ηλικιακές ομάδες 30-40 και 50-60 ετών. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα άνω των 70 ετών με ποσοστό 6% και οι μεταξύ των 60-70 σε ποσοστό 1%. Ένα μικρό ποσοστό του δείγματος Α που δηλώνει επαγγελματική κατάσταση «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» εμφανίζει όγκους στο 3%, «ΑΛΛΟ» 2% και «ΨΑΡΑΣ» 1%. Για το δείγμα Β, η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό όγκους στο δέρμα είναι ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 21%, ακολουθεί το «ΑΛΛΟ» σε ποσοστό 7%, ο «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» σε ποσοστό 4% και από 1% ο «ΨΑΡΑΣ» και ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ».

Όσον αφορά στην κατηγοριοποίηση των βλαβών, το 96% του Α δείγματος δεν εμφάνισε καμία βλάβη, ενώ από 2% εμφάνισαν οι βλάβες ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ και ACC. Το δείγμα Β, στο μεγαλύτερο ποσοστό, 97% δεν εμφανίζει καμία βλάβη στο δέρμα του. Το 2% εμφανίζει ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ και το 1% BCC. Οι βλάβες που εμφανίζονται στο δείγμα Α είναι σε πολύ μικρό ποσοστό, σε σχέση με την ηλικία. Ειδικότερα, στην ομάδα Α, από 1 άτομο εμφάνισαν «ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ» και «ACC» στις ηλικίες 40-50 ετών και 50-60 αντίστοιχα και στην επαγγελματική κατάσταση «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ» και «ΕΣΤΙΑΤΟΡΑΣ/CAFÉ/BAR». Στην ομάδα Β, η ηλικιακή ομάδα του δείγματος που εμφανίζει δερματική βλάβη είναι μεταξύ 40-50 ετών στο 2% και 1% άνω των 70 ετών και το επάγγελμα που εμφάνισε στο 2% «ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ» είναι ο «ΑΓΡΟΤΗΣ» και BCC ο «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ, στο 1%.

Το 21% του δείγματος Α και το 26% του δείγματος Β εμφανίζει ευρυαγγείες στο πρόσωπο. Η ηλικιακή ομάδα του δείγματος Α, που εμφάνισε μεγαλύτερο ποσοστό ευρυαγγειών στο πρόσωπο είναι μεταξύ 50-60 ετών σε ποσοστό 8% και αμέσως μετά με ποσοστό 6 και 5% είναι οι ομάδες πάνω από 70 και μεταξύ 60-70 ετών αντίστοιχα. Ο «ΨΑΡΑΣ» έχει ποσοστό 7% και όσοι δηλώνουν «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» και «ΑΛΛΟ», από 6%. Στην ομάδα Β, σε σχέση με την ηλικία, οι ευρυαγγείες εμφανίζονται στο πρόσωπο μεταξύ των 40-50 ετών και 50-60, σε ποσοστό 8% αντίστοιχα. Ποσοστό 6% εμφανίζουν τα άτομα άνω των 70 ετών, 3% οι ηλικίες μεταξύ 30-40 και τέλος 1% οι μεταξύ των 60-70 ετών. Η επαγγελματική κατάσταση που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό ευρυαγγείες στο πρόσωπο είναι, σε ποσοστό 17% οι «ΑΓΡΟΤΕΣ». Ακολουθούν οι «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ» σε ποσοστό 4%, οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ», στο 3% και «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» σε ποσοστό 2%.

Σε ποσοστό 21% η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει καφέ κηλίδες στο πρόσωπο στην ομάδα Α και στο 25% του δείγματος Β. Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό καφέ κηλίδες στο πρόσωπο, στην ομάδα Α, είναι αυτή των 50-60 ετών με ποσοστό 8%. Τα ίδια αποτελέσματα εμφανίζει και η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών του δείγματος Β (8%). Το επάγγελμα, στην ομάδα Α, που εμφανίζει περισσότερο καφέ κηλίδες στο πρόσωπο είναι ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 19%, το «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» σε ποσοστό 15% και ο «ΨΑΡΑΣ» σε ποσοστό 11%. Για την ομάδα Β, οι «ΑΓΡΟΤΕΣ», εμφανίζουν περισσότερο καφέ κηλίδες στο πρόσωπο, σε ποσοστό 18%, «ΑΛΛΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» σε ποσοστό 4% και οι «ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ» σε ποσοστό 3%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι και στις δύο ομάδες του δείγματος, δεν γίνεται χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ή όταν χρησιμοποιούν αντηλιακό δεν το ανανεώνουν τακτικά, παρόλο που, εξαιτίας της επαγγελματικής τους κατάστασης, βρίσκονται πολλές ώρες σε επαφή με τον ήλιο. Επιπλέον, δεν επισκέπτονται τακτικά τον δερματολόγο για να ελέγξουν τυχόν βλάβες στο δέρμα τους.

Οι ηλικιακές ομάδες που δεν συμμορφώνονται με τις Διεθνείς Συστάσεις για την προστασία του δέρματος από τις ακτίνες του ηλίου είναι κυρίως οι μεγαλύτερες ηλικίες, δηλαδή άνω των 50 ετών. Στην έρευνά μας φαίνεται επίσης ότι οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» και οι «ΑΓΡΟΤΕΣ», παρόλο που η εργασία τους έχει άμεση σχέση με τον ήλιο, είναι εκείνοι που δεν προστατεύονται.

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος εμφάνισε ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια, (στο 89% του δείγματος Α και στο 70% του δείγματος Β), μεταξύ των ηλικιών 40-50 και 50-60 ετών. Οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ», στην ομάδα Α, που όμως αποτελούν και την πλειοψηφία του δείγματος, φαίνεται ότι εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ακτινωτών ρυτίδων γύρω από τα μάτια, με 28%. Η ομάδα Β, εμφανίζει περισσότερες ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια στο επάγγελμα του «ΑΓΡΟΤΗ», που επίσης, αποτελεί την πλειοψηφία στο συγκεκριμένο δείγμα.

Όσον αφορά στην ηλιοκαμένη επιδερμίδα, το δείγμα της ομάδας Α δηλώνει στο 73% ότι έχει ηλιοκαμένη επιδερμίδα και περισσότερο από το μισό του δείγματος Β εμφανίζει ηλιοκαμένη επιδερμίδα, συγκεκριμένα σε ποσοστό 57%. Στο δείγμα Α, μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ηλιοκαμένης επιδερμίδας εμφανίζει η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών, με ποσοστό 34%. Για την ομάδα Β, με βάση την ηλικία, οι ηλικιακές ομάδες που εμφανίζουν ηλιοκαμένη επιδερμίδα σε ποσοστό 19% είναι μεταξύ 40-50 και 50-60. Το επάγγελμα στο οποίο οι άνδρες του δείγματος Α εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ηλιοκαμένης επιδερμίδας είναι του «ΟΙΚΟΔΟΜΟΥ» σε ποσοστό 30%. Η επαγγελματική κατάσταση, στην ομάδα Β, που εμφανίζει ηλιοκαμένη επιδερμίδα είναι «ΑΓΡΟΤΗΣ» σε ποσοστό 43%.

Η πλειοψηφία του δείγματος Α, κατά 85%, δηλώνει ότι έχει ρυτίδες στον αυχένα ενώ το δείγμα Β παρουσίασε χαμηλότερο ποσοστό (38%) της συγκεκριμένης δερματικής βλάβης. Στο δείγμα Α η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει περισσότερο ρυτίδες στον αυχένα είναι μεταξύ 50-60 ετών, στο 41%. Για την Β ομάδα, η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό (15%) ρυτίδες στον αυχένα είναι μεταξύ 50-60 ετών. Και σε αυτήν την περίπτωση, οι «ΟΙΚΟΔΟΜΟΙ» εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ρυτίδων στον αυχένα, στο δείγμα Α, σε ποσοστό 26% και οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» με ποσοστό 22% στο δείγμα Β.

Χαμηλό ποσοστό δήλωσε ότι έχει καφέ κηλίδες στο πρόσωπο. Συγκεκριμένα, σε ποσοστό 21% η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει καφέ κηλίδες στο πρόσωπο στην ομάδα Α και στο 25% του δείγματος Β. Η ηλικιακή ομάδα που εμφανίζει σε μεγαλύτερο ποσοστό καφέ κηλίδες στο πρόσωπο και στις δύο ομάδες είναι αυτή των 50-60 ετών με ποσοστό 8%. Το επάγγελμα, στην ομάδα Α, που εμφανίζει περισσότερο καφέ κηλίδες στο πρόσωπο είναι ο «ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ» σε ποσοστό 19%, και στην ομάδα Β, οι «ΑΓΡΟΤΕΣ» σε ποσοστό 18%.

Και στις δύο ομάδες, τα άτομα που έλαβαν μέρος και απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, απάντησαν ότι έχουν φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι τους και το ποσοστό που εμφάνισε σοβαρές δερματικές βλάβες, όπως όγκους στο πρόσωπο ή διάφορους τύπους καρκίνων, όπως ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ, ACC και BCC, ήταν εξαιρετικά χαμηλό 1-2%.

Φυσικά απαιτείται περαιτέρω μελέτη για τις δερματικές βλάβες σε σχέση με την ηλικία και το επάγγελμα. Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκε μόνο δείγμα του ανδρικού πληθυσμού και εξετάστηκαν επαγγελματίες δύο περιοχών της Ελλάδας, συγκεκριμένα στην Έδεσσα και την Κάλυμνο. Οπότε κρίνεται επιτακτική ανάγκη να συνταχθούν μελέτες που θα αφορούν και στα δύο φύλα σε όλες τις περιοχές της Ελλάδας και να γίνεται ενημέρωση από την Πολιτεία σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του ηλίου κατά τη διάρκεια του έτους και όχι μόνο τους θερινούς μήνες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aksoy Berna, Aslı Tatlıparmak, Funda Tamer, Can Ergin, Erol Koç (2017). The Incidence of Precancerous and Cancerous Skin Lesions: A Retrospective Multicenter Study. *South. Clin. Ist. Euras.*;28(3):199-203. Ανακτήθηκε από: https://www.journalagent.com/scie/pdfs/SCIE_28_3_199_203.pdf (30/11/2018)
- Aguilera J M, de Galvez V, Sanchez-Roldan C and Herrera-Ceballos E 2014 New advances in protection against solar ultraviolet radiation in textiles for summer clothing *Photochem. Photobiology* 90, 1199-206
- Aydın Ö, Polat A, Düşmez D, Eğilmez R. (2000). A study of cancer incidence and distribution in Mersin. *The Turkish Journal of Pathology*;16:48–52.
- Bauer J, Buttner P, Wiecker TS, Luther H, Garbe C. (2005). Interventional study in 1232 young German children to prevent the development of melanocytic nevi failed to change sun exposure and sun protective behavior. *Int J Cancer.*;116:755–61
- Bielinski K and Bielinski N 2014 UV radiation transmittance: regular clothing versus sun-protective clothing *Cutis* 94 135–8
- Bikle Daniel,(2014). *Vitamin D: Production, Metabolism, and Mechanisms of Action*. Comprehensive Free on line Endocrinology Book. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278935/> (25/11/2018)
- Bonerandi JJ, Beauvillain C, Caquant L, Chassagne JF, Chaussade V, Clavère P, et al. (2011). Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*;25 Suppl 5:1–51
- Chang A. L. Fu T. S., , Omar Amir, Tang Jean Y. (2010). Association of facial skin aging and vitamin D levels in middle-aged white women. *Cancer Causes Control*. 21(12): 2315–2316. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042365/> (25/11/2018)
- Choi SH, Kim KH, Song KH. (2016). Clinical Features of Cutaneous Premalignant Lesions in Busan City and the Eastern Gyeongnam Province, Korea: A Retrospective Review of 1,292 Cases over 19 Years (1995~2013). *Ann Dermatol*;28:172–8.
- Clayman GL, Lee JJ, Holsinger FC, et al. (2005). Mortality risk from squamous cell skin cancer. *J Clin Oncol.*;23:759–765
- Cohen J.I L. (2010). Actinic Keratosis Treatment as a Key Component of Preventive Strategies for Nonmelanoma Skin Cancer. *J Clin Aesthet Dermatol*. 3(6): 39–44. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921751/> (15/12/2018)

Çölgecen E, Börekçi E, Kader Ç, Yıldırım T, Özyurt K. (2015). Prevalence of Skin Diseases Among Geriatric Patients in The Region of Yozgat. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*;68:119–23

Criscione VD, Weinstock MA, Naylor MF, et al. (2008). Natural history and malignant progression of actinic keratoses: the VATTC trial. *J Invest Dermatol.*;128(Suppl 1):S85.

de Vries H, Lezwijn J, Hol M, Honing C. (2005). Skin cancer prevention: Behaviour and motives of Dutch adolescents. *Eur J Canc Prev.*;14:39–50

Demirseren DD, Emre S, Ateşkan Ü, Metin A. (2010). Prospective analysis of skin findings of patients admitted to a geriatric outpatient clinic. *Turkish Journal of Geriatrics*;13:87–91.

EPA (United States Environmental Protection Agency), (2017). *UV Index Scale*. Ανακτήθηκε από: <https://www.epa.gov/sunsafety/uv-index-scale-1> (25/11/2018)

Feldman S. (2018). *Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis*. Ανακτήθηκε από: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis> (25/11/2018)

Flohil SC, van der Leest RJ, Dowlatshahi EA, Hofman A, de Vries E, Nijsten T. (2013). Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: the Rotterdam Study. *J Invest Dermatol*;133:1971–8

Freiman A, Yu J, Loutfi A, Wang B. (2004). Impact of melanoma diagnosis on sun-awareness and protection: Efficacy of education campaigns in a high-risk population. *J Cutan Med Surg.*;8:303–9.

Gilchrest B A 2013 Photoaging *J. Invest. Dermatol.* 133 E2–6

Gilchrest B A, Eller M S and Yaar M 2009 Telomere-mediated effects on melanogenesis and skinaging *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc.* 14 25–31

Gupta AK, Cooper EA, Feldman SR, Fleischer AB., Jr(2002). A survey of office visits for actinic keratosis as reported by NAMCS, 1990–1999. National Ambulatory Medical Care Survey. *Cutis.*;70(2 Suppl):8–13.

Huang YS, Chen XX, Yang SX, Wu LS, Zhao JY, Li XY, et al(2013). Preliminary exploration of the clinical features of Chinese patients with skin malignancies and premalignancies: a retrospective study of 1420 cases from Peking University First Hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*;27:1114–9

Kerle Norman (2013). Electromagnetic Radiation (EMR). *Geographic information systems (GIS) and natural hazards* (pp.250). Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/publication/236889037_Electromagnetic_Radiation_EM (25/11/2018)

- Kim HS, Cho EA, Bae JM, Yu DS, Oh ST, Kang H, et al. (2010). Recent trend in the incidence of premalignant and malignant skin lesions in Korea between 1991 and 2006. *J Korean Med Sci*;25:924–9
- Kligman L H and Kligman A M (1986) The nature of photoaging: its prevention and repair. *Photodermatol.* 3215–27
- Lillesand, T. M., Kiefer, R. W., and Chipman, J. W., 2004. RemoteSensing and Image Interpretation. *New York: Wiley.*
- McMichael J, Ezirike R J, Veledar E, Rice J E and Chen S C 2014 The social acceptability of handheld umbrellas for sun protection *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.* 30 220–7
- Michalek IM, Loring B, John SM. (2017). A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 31:205
- Novak Christine B, Young Diana S, Joan E Lipa, and Neligan Peter C Evaluation of sun protection behaviour in patients following excision of a skin lesion. *Can J Plast Surg.* 2007 Spring; 15(1): 38–40. Ανακτήθηκε από : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686043/> (10/12/2018)
- Owen T, Fitzpatrick D, Dolan O, Gavin A (2004). Knowledge, attitudes and behaviour in the sun: The barriers to behavioural change in Northern Ireland. *Ulster Med J*;73:96–104.
- Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. (2013). Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*; 133:377.
- Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW. (2014). Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol* 70:512
- Reinau D, Achermann C, Arnet N, Meier C R, Hatz C and Surber C 2014 Sun protective behaviour of vacationers spending holidays in the tropics and subtropics *Br. J. Dermatol.* 171 868–74
- Rhee JS, Matthews BA, Neuburg M, Smith TL, Burzynski M, Nattinger AB. (2004). Quality of life and sun-protective behavior in patients with skin cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*;130:141–6
- Rui Yin, Hambin M. Qiquan Chen (2013). Photoaging. *Handbook of Photomedicine*, pp 95-110. Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/publication/290146122_Photoaging (25/11/2018)
- Robinson JK. Behavior modification obtained by sun protection education coupled with removal of a skin cancer. *Arch Dermatol.* 1989;126:477–81.

Salasche SJ. (2000). Epidemiology of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.*;42(1 Pt 2):S4–S7.

Sambandan D R and Ratner D 2011 Sunscreens: an overview and update. *J. Am. Acad. Dermatol.*64 748–58

Savona MR, Jacobsen MD, James R, Owen MD. Ultraviolet radiation and the risks of cutaneous malignant melanoma and non-melanoma skin cancer: Perceptions and behaviors of Danish and American adolescents. *Eur J Canc Prev.* 2005;14:57–62.

SCHEER (2016). Opinion on Biological effects of ultraviolet radiation relevant to health with particular reference to sunbeds for cosmetic purposes. Ανακτήθηκε από: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_003.pdf (1/12/2018)

Sehgal V. N. Pandhi D., Kingshuk C. Khurana A. (2014). Basal Cell Carcinoma: Pathophysiology. *SKINmed* 12(3):176-18. Ανακτήθηκε από: https://www.researchgate.net/publication/263696802_Basal_Cell_Carcinoma_Pathophysiology (15/12/2018)

Silveira J E and Myaki Pedroso D M 2014 UV light and skin aging Rev. *Environ. Health*29 243–54

SLH (2008). Positive and negative effects of UV. *Science Learnig Hub* Ανακτήθηκε από: <https://www.sciencelearn.org.nz/resources/1304-positive-and-negative-effects-of-uv> (25/11/2018)

Task Force on Community Preventive Services (2004). Recommendations to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation. *Am J Prev Med.*;27:467–70

Taylor J. (2017). Hyperkeratosis. Ανακτήθηκε από: <https://www.healthline.com/health/hyperkeratosis> (15/12/2018)

The Lewin Group. (2005). *The Burden of Skin Diseases: 2005*. Falls Church, VA: The Lewin Group, for the Society for *Investigative Dermatology and the American Academy of Dermatology Association*;

Tralli, D. M., Blom, R. G., Zlotnicki, V., Donnellan, A., and Evans, D. L., 2005. Satellite remote sensing of earthquake, volcano, flood, landslide and coastal inundation hazards. *ISPRS Journal of Photogrammetry and Remote Sensing*,59, 185–198.

Warino L, Tusa M, Camacho F, et al. (2006). Frequency and cost of actinic keratosis treatment. *Dermatol Surg.*;32:1045–1049

Wollenberg A., S. Barbarot, T. Bieber, S. Christen-Zaech, M. Deleuran, A. Fink-Wagner, U. Gieler, G. Girolomoni, S. Lau, A. Muraro, M. Czarnecka-Operacz, P. Schmid-rendelmeier, D. Simon, Z. Szalai, J.C. Szepietowski, A. Torrelo, T. Werfel, J. Ring

(2018). GUIDELINES Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *JEADV*. Ανακτήθηκε από: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdv.14891> (25/11/2018)

Yaar M and Gilchrist B A 2007 Photoageing: mechanism prevention and therapy. *J.Dermatol.* 157 874–87

Yalçin B, Tamer E, Toy GG, Oztaş P, Hayran M, Alli N. (2006). The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol*;45:672–6.

Zangeneh F.Z. and Shooshtary. F S. (2013). *Psoriasis — Types, Causes and Medication*. Ανακτήθηκε από: http://cdn.intechopen.com/pdfs/44173/InTech-Psoriasis_types_causes_and_medication.pdf (25/11/2018)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΕΚΕΤΑ (2010). Βασικές Γνώσεις Εργασίας με Υπεριώδη Ακτινοβολία. *Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής ανάπτυξης*.

ΕΛΛΕΜΕΛ, (2016). Κατευθυντήριες οδηγίες διάγνωσης και αντιμετώπισης μελανώματος. *Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Μελανώματος*. Ανακτήθηκε από: <http://www.elemmel.gr/wp-content/uploads/2017/06/e-book.pdf> (15/12/2018)

Κωστάκη Μ., Νικολάου Β., Στρατηγός Α. Ι. (2012). Κατευθυντήριες οδηγίες για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα: διάγνωση και αντιμετώπιση. *ΕΟΦ*. Ανακτήθηκε από: http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_1_id=14016&folderId=480449&name=DLFE-2437.pdf (15/12/2018)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

1. Ηλικιακή κατάταξη:

- 30 – 40
- 40 – 50
- 50 – 60
- 60 – 70
- 70+

Ακριβής ηλικία:

2. Κατηγορία Επαγγέλματος:

- ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ
- ΑΓΡΟΤΗΣ
- ΨΑΡΑΣ
- ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ
- ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ/cafe-bar
- ΑΛΛΟ

3. Χρήση αντιηλιακού

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

4. Συχνότητα χρήσης αντιηλιακού

ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΚΑΘΕ:

- 1-2h
- 2-4h
- 4-6h
- 6 ή περισσότερες

5. Ωρες εργασίας στον ήλιο

- ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ από 8
- ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ από 8

6. Ακτινωτές ρυτίδες γύρω από τα μάτια

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

7. Ηλιοκαμμένη επιδερμίδα

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

8. Ρυτίδες στον αυχένα

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

9. Φυσιολογικό χρώμα κάτω από το πηγούνι αντιθέτως με το υπόλοιπο δέρμα το οποίο είναι ηλιοκαμμένο

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

10. Επίσκεψη σε δερματολόγο:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

11. Όγκοι δέρματος στο πρόσωπο (μέτωπο-μύτη-ζυγωματικά-κορυφή αυτιών):

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

**Επιθυμητή η λήψη φωτογραφίας με την συγκατάθεση σας ,για την χρήση της.*

12. Κατηγοριοποίηση βλαβών:

- ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΙΑΣΗ
- BCC (βασικοκυτταρικό)
- ACC (ακανθοκυτταρικό)
- ΜΕΛΑΝΩΜΑ

13. Ευρυαγγείες στο πρόσωπο:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

14.Καφέ κηλίδες στο πρόσωπο:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΟΣ