

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ  
ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ, ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ  
ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ  
ΝΟΜΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

---



ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2322
----------------------	------

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ  
ΣΤΑΔΙΟΥ, ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ  
ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ  
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Μετέχοντες Σπουδαστές:  
Σεβλιανού Αριστέα  
Τουλουμτζής Παναγιώτης

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:  
Αλεξοπούλου Ουρανία  
Καθηγήτρια Εφαρμογών του  
Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα κοινωνικής εργασίας της σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Τμήματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1993

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Συρηνία Αλεξοπούλου  
Καθηγήτρια Εφαρμογών του  
τμήματος Βοιωνικής Εργασίας

Αίλιαν Γεωργαπούλου  
Καθηγήτρια Εφαρμογών του  
τμήματος Βοιωνικής Εργασίας

Απόστολος Αποστολόπουλος  
Επίκουρος Καθηγητής Βοιωνικής  
Εργασίας

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κατ' αρχήν την υπεύθυνο καθηγήτριά μας κ. Ουρανία Αλεξοπούλου για την συνεργασία, την βοήθεια και υποστήριξη στη μελέτη αυτή.

Ευχαριστούμε ακόμα το Ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Βόλου, το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Άγιος Σάββας και ιδιαίτερα την κυρία Γιδοπούλου για το ενδιαφέρον που έδειξε για αυτή τη μελέτη, καθώς και την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία για την υλική βοήθεια που μας παρείχαν.

Ευχαριστούμε επίσης τον Τσεράχογλου Τάσο για την επεξεργασία των στοιχείων και τον σύζυγό μου Καλλιακούδα Γεώργιο για την ηθική και υλική υποστήριξη που μας έδωσε.

Αφιερώνουμε τέλος αυτή τη μελέτη στην Επισκέπτρια Υγείας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου κυρία Αγγέλα Ματή, η οποία το καλοκαίρι του 1993 έχασε τη μάχη με την επάρατο νόσο, για την πολύτιμη συνεργασία μας κατά την διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης που πραγματοποιήθηκε το καλοκαίρι του 1992.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

	Σελίδα
Πίνακας 1: Ηλικία των ερωτηθέντων καρκινοπαθών .....	87
Πίνακας 2: Φύλο των ερωτηθέντων καρκινοπαθών .....	131
Πίνακας 3: Μορφωτικό Επίπεδο των ερωτηθέντων καρκινοπαθών .....	87
Πίνακας 4: Επαγγέλματα των ερωτηθέντων καρκινοπαθών .....	87
Πίνακας 5: Γνωρίζουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια .....	91
Πίνακας 6: Ασθένεια από την οποία δηλώνουν ότι πάσχουν οι ερωτηθέντες .....	91
Πίνακας 7: Αποψη των ερωτηθέντων για το αν πρέπει να λέει ο γιατρός την αλήθεια για την ασθένεια στον ασθενή .....	93
Πίνακας 8: Επιθυμία των ερωτηθέντων να γνωρίζουν την ασθένειά τους .....	93
Πίνακας 9π: Επιθυμία των ερωτηθέντων να μάθουν από τους συγγενείς τους τη σοβαρότητα της κατάστασής τους .....	131
Πίνακας 10π: Άποψη για το αν θα πρέπει οι επαγγελματίες να είναι ειλικρινείς στο θέμα της υγείας τους .....	131
Πίνακας 11π: Θα έλεγαν την αλήθεια σε κάποιον άλλο που έπασχε από κάποια βαρειά ασθένεια .....	132
Πίνακας 12: Ποιόν προτιμούν να γνωρίζει την άσχημη κατάσταση της υγείας τους .....	132
Πίνακας 13π: Πιστεύουν ότι η ασθένεια που έχουν είναι σοβαρή .....	132
Πίνακας 14: Πρόσωπο το οποίο θα προτιμούσαν να τους πληροφορήσει για την άσχημη κατάσταση της υγείας τους .....	93
Πίνακας 15π: Είχαν πάντα θάρρος στην ζωή τους .....	133
Πίνακας 16π: Πιστεύουν στον εαυτό τους .....	133
Πίνακας 17π: Επιθυμούν να τους συμπαραστέκονται οι συγγενείς τους στις δύσκολες στιγμές που περνούν .....	133
Πίνακας 18π: Τους φροντίζουν περισσότερο οι συγγενείς τους τώρα που είναι άρρωστο .....	134
Πίνακας 19: Αλλάξε η ποιότητα της ζωής τους από τη στιγμή που αρρώστησαν .....	97
Πίνακας 20: Από τότε που αρρώστησαν η ψυχική τους ηρεμία άλλαξε .....	97

Πίνακας 21π: Έχουν καθημερινά ενδιαφέροντα (χόμπυ) .....	134
Πίνακας 22π: Λόγοι για τους οποίους δεν έχουν καθημερινά ενδιαφέροντα .....	134
Πίνακας 23: Αν κάποιος αρρωσταίνει, η ζωή πρέπει να σταματά γι' αυτόν .....	97
Πίνακας 24: Έχουν προσπαθήσει να βελτιώσουν τη ζωή τους από τότε που εκδηλώθηκε η ασθένεια .....	98
Πίνακας 25: Λόγοι για τους οποίους αρνούνται να βελτιώσουν τη ζωή τους .....	98
Πίνακας 26: Απόψη για το αν δικαιούνται οι ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμη και λίγο πριν το θάνατο .....	98
Πίνακας 27π: Είναι ικανοποιημένος/η από την αντιμετώπιση των γιατρών τους .....	135
Πίνακας 28π: Άποψη σχετικά με την υποχρέωση του να συμπαραστέκεται μέχρι το τέλος στον άρρωστο .....	135
Πίνακας 29π: Συνεργασία κατά την διάρκεια της ασθένειας με άλλους επαγγελματίες ..	135
Πίνακας 30π: Η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες ήταν ουσιαστική σε βοήθεια για τους ερωτηθέντες .....	136
Πίνακας 31: Άποψη σχετικά με το αν η ψυχολογία του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας του .....	102
Πίνακας 32: Ειδικότητες με τις οποίες προτιμούν οι ερωτηθέντες να συζητούν τα προσωπικά τους προβλήματα και τα προβλήματα υγείας τους .....	102
Πίνακας 33: Απόψεις των ερωτηθέντων για το αν πρέπει να στελεχωθεί το νοσοκομείο με ειδικότητες που βοηθούν στην ψυχολογική τους υποστήριξη .....	102
Πίνακας 34π: Είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους .....	136
Πίνακας 35: Ηλικία των ερωτηθέντων επαγγελματιών .....	89
Πίνακας 36: Φύλο των ερωτηθέντων επαγγελματιών .....	89
Πίνακας 37: Ειδικότητα των ερωτηθέντων επαγγελματιών .....	89
Πίνακας 38π: Χρονικό διάστημα που ασχολούνται οι επαγγελματίες με τους καρκινοπαθείς .....	136
Πίνακας 39: Έχουν εξειδίκευση στον τομέα των καρκινοπαθών .....	105
Πίνακας 40: Τρόποι ενημέρωσης των ερωτηθέντων επαγγελματιών .....	105
Πίνακας 41: Κρίνουν αναγκαία την εξειδίκευση στο τομέα των καρκινοπαθών .....	105
Πίνακας 42π: Λόγοι για τους οποίους κρίνετε απαραίτητη από τους ερωτηθ. επαγ. η ειδικότητα στο χώρο των καρκινοπαθών .....	137

Πίνακας 43π: Αναγκαιότητα της συνεχούς ενημέρωσης πάνω στον τομέα των καρκινοπαθών .....	106
Πίνακας 44π: Τρόποι με τους οποίους οι ερωτηθέντες επαγγελματίες επιθυμούν να ενημερώνονται για το θέμα του καρκίνου .....	137
Πίνακας 45: Πρέπει να λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς .....	108
Πίνακας 46: Πόσες φορές έχουν ενημερώσει τον καρκινοπαθή για την πραγματική του ασθένεια .....	108
Πίνακας 47π: Τι προκαλεί στον καρκινοπαθή η γνώση της ασθένειας .....	137
Πίνακας 48π: Αντιδράσεις των καρκινοπαθών όταν γνωρίζουν την αλήθεια .....	138
Πίνακας 49π: Στάση των ερωτηθέντων επαγγελματιών για το ποιοι πρέπει να γνωρίζουν την αλήθεια .....	138
Πίνακας 50: Άποψη των ερωτηθέντων επαγγελματιών για το ποιος πρέπει να λέει την αλήθεια στον καρκινοπαθή .....	110
Πίνακας 51: Κρίνουν απαραίτητη την προετοιμασία των καρκινοπαθών πριν από την ενημέρωσή τους .....	113
Πίνακας 52: Διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για να προετοιμάσουν τον ασθενή να δεχθεί την αλήθεια .....	106
Πίνακας 53π: Κρίνουν ότι η ασθένεια του καρκίνου έχει κάποια ιδιαιτερότητα σε σχέση με τις άλλες ασθένειες .....	138
Πίνακας 54: Κρίνουν αναγκαία την οργάνωση του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών τελικού σταδίου .....	113
Πίνακας 55π: Είδος προετοιμασίας των καρκινοπαθών .....	139
Πίνακας 56: Κρίνουν απαραίτητη τη συνεργασία όλου του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών .....	114
Πίνακας 57: Αναφέρονται οι επαγγελματίες που κρίνονται απαραίτητοι για την προετοιμασία και την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών .....	114



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ

Σελίδα

1. ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 1: Άποψη των ερωτηθέντων για το αν πρέπει να λέει ο γιατρός την αλήθεια για την ασθένεια στον ασθενή .....	94
2. ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 2π: Ποιόν προτιμούν να γνωρίζει την άσχημη κατάσταση της υγείας τους .....	140
3. ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 3: Άποψη για το αν δικαιούνται οι ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμη και λίγο πριν το θάνατο .....	99
4. ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 4: Πόσες φορές έχουν ενημερώσει τον καρκινοπαθή για την πραγματική του ασθένεια .....	109
5. ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 5π: Διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για να προετοιμάσουν τον ασθενή να δεχτεί την αλήθεια .....	141

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ .....	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	IV
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ .....	VI

### Κεφάλαιο

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
Το πρόβλημα .....	1
Σκοπός της μελέτης .....	3
Ορισμοί όρων .....	3
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	8
Ιστορική εξέλιξη .....	8
Ο καρκίνος από την αρχαία εποχή έως σήμερα. Μορφές και στάδια του καρκίνου .....	8
Μορφές και στάδια του καρκίνου .....	12
Αναφορά στα αποτελέσματα ερευνών που έχουν γίνει έως τώρα, σχετικά με το αν λέγεται η αλήθεια στον καρκινοπαθή .....	14
Πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστεια του; .....	17
Ψυχικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών από την γνώση της αρρώστειάς τους .....	23
Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος. Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα .....	26
Συμπεράσματα σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των καρκινοπαθών τελικού σταδίου .....	31
Ψυχοσωματική παράδοση στον καρκίνο από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας .....	33
Ψυχολογικά χαρακτηριστικά καρκινοπαθών τελικού σταδίου .....	35
Ψυχολογική υποστήριξη καρκινοπαθούς .....	42
α) Ατομική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς .....	44
β) Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς .....	46

γ) Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς .....	49
Ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών .....	52
Προσευχή για τους θεραπευτές .....	54
Ο ρόλος του γιατρού στην αντιμετώπιση καρκινοπαθών τελικού σταδίου .....	55
Ο ρόλος του/της νοσηλεύτη/τριας και της επισκέπτριας υγείας στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου .....	57
Ο ρόλος του ψυχολόγου στην αντιμετώπιση καρκινοπαθών τελικού σταδίου .....	61
Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην αντιμετώπιση καρκινοπαθών τελικού σταδίου .....	63
Αναφορά σε Αντικαρκινικά Νοσοκομεία Ελλάδος .....	70
α) Θεαγένειο Θεσσαλονίκης .....	70
β) Αντικαρκινικό Νοσοκομείο "Άγιος Σάββας" Αθήνα .....	71
γ) Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου Ογκολογικό Τμήμα .....	73
 <b>III ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
Είδος της Έρευνας .....	75
Σκοπός της Έρευνας .....	75
Ερωτήματα .....	76
Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας .....	78
Ερωτηματολόγιο .....	80
Περιορισμοί της Έρευνας .....	81
Τρόπος ανάλυσης στοιχείων .....	82
Τρόπος παρουσίασης του υπολοίπου της Έρευνας .....	83
 <b>IV ΑΠΟΣΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	
A. Δημογραφικά στοιχεία - Ερωτηθέντων Καρκινοπαθών και Ερωτηθέντων Επαγγελματικών Υγείας .....	86
B. Αναλύεται το ποσοστό των καρκινοπαθών που γνωρίζουν την πραγματική τους ασθένεια .....	90
Γ. Αντιλήψεις των καρκινοπαθών για γνώση της πραγματικής τους ασθένειας .....	92

Δ. Αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής από την στιγμή εμφάνισης της ασθένειας .....	95
Ε. Αντιλήψεις των καρκινοπαθών για την αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας - επίδραση αυτής στην ψυχολογική τους κατάσταση .....	100
ΣΤ. Αναγκαιότητα εξειδίκευσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με καρκινοπαθείς στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου .....	103
Ζ. Αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν θα πρέπει να λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς (Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου) .....	107
Η. Αντιλήψεις σχετικά με το κατά πόσο είναι απαραίτητη η προετοιμασία των καρκινοπαθών να δεχθούν την αλήθεια, συνεργασία επιστημονικού προσωπικού .....	111
V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ .....	115
Εισηγήσεις .....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
A. Ερωτηματολόγιο .....	120
B. Πίνακες Υπολογισμών .....	131
Γ. Γραφικές Παραστάσεις .....	140
Δ. Ενέργειες που έγιναν για την συλλογή πληροφοριών - δραστηριότητες	
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	142

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή στοχεύει στην αναφορά του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι καρκινοπαθείς τελικού σταδίου καθώς και στις ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής της αντιμετώπισης. Η συνεχής αύξηση του αριθμού των καρκινοπαθών ανά τον κόσμο αλλά και στην Ελλάδα τελευταία αποτέλεσε βασικό κίνητρο για τη μελέτη αυτή. Επίσης η συνεργασία των μελετητών με το ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Βόλου και η διαπίστωση ότι είναι πολύ λίγες οι εργασίες που έχουν γίνει πάνω σ' αυτό το θέμα ήταν ένα άλλο σημαντικό κίνητρο για τους μελετητές.

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος αντιμετώπισης των καρκινοπαθών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο από επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.) καθώς επίσης πως επηρεάζει αυτή η αντιμετώπιση στον ψυχικό τους κόσμο.

Η ολοκλήρωση της έρευνας αυτής ήταν το αποτέλεσμα μελέτης συγγραμμάτων ελλήνων και ξένων επιστημόνων. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε η μελέτη αυτή στην πόλη του Βόλου του Νομού Μαγνησίας. Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε στους καρκινοπαθείς του ογκολογικού τμήματος του Νοσοκομείου Βόλου και το δεύτερο ερωτηματολόγιο στο προσωπικό του Νοσοκομείου και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς. Το πρώτο μέρος και των δύο ερωτηματολογίων αφορά τη συγκέντρωση δημογραφικών στοιχείων. Το δεύτερο και τρίτο μέρος του πρώτου ερωτηματολογίου αφορά τη συλλογή στοιχείων που αναφέρονται αν γνωρίζουν οι καρκινοπαθείς την ασθένειά τους και αν επιθυμούν να τη γνωρίζουν. Το τέταρτο μέρος συλλέγει πληροφορίες για την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών και το πέμπτο μέρος αναφέρεται στη συλλογή πληροφοριών για τις αντιλήψεις των καρκινοπαθών σχετικά με την αντιμετώπιση και συμπαράσταση των επαγγελματιών υγείας και την επίδραση στην δικιά τους ψυχολογία.

Το δεύτερο μέρος του δεύτερου ερωτηματολογίου αφορά τη συλλογή στοιχείων για την εξειδίκευση των επαγγελματιών που ασχολούνται με καρκινοπαθείς. Το τρίτο μέρος αναφέρεται στη συλλογή πληροφοριών για το αν λένε οι επαγγελματίες την αλήθεια στους καρκινοπαθείς και το τέταρτο μέρος συλλέγει πληροφορίες για την προετοιμασία των καρκινοπαθών να δεχθούν την αλήθεια και στην συνεργασία των επαγγελματιών υγείας.

Από τα ευρήματα της έρευνας προέκυψαν τα εξής:

1. Οι καρκινοπαθείς παρόλη τη στοιχειώδη εκπαίδευση έδειξαν στην πλειοψηφία τους να επιθυμούν να γνωρίζουν την αλήθεια για την ασθένειά τους. Οι επαγγελματίες υγείας ήταν στην πλειοψηφία τους γιατροί χειρουργοί με αποτέλεσμα να καλύπτεται περισσότερο το ιατρικό κομμάτι και σχεδόν καθόλου το ψυχολογικό.

2. Αναφορικά τώρα με την επιθυμία των καρκινοπαθών για καλύτερη αντιμετώπιση, η πλειοψηφία επιθυμεί σεβασμό της προσωπικότητάς τους, απαραίτητη την ιατρική αλλά και την ψυχολογική φροντίδα και στελέχωση των Νοσοκομείων με ειδικότητες που να βοηθούν στην ψυχολογική τους υποστήριξη.

3. Οσον αφορά καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ίδιους από ότι φαίνεται όλοι επιθυμούν, αλλά δεν υπάρχουν τα κίνητρα που θα τους ενεργοποιήσουν για να τη διεκδικήσουν. Οπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας οι προσπάθειες που κάνουν για καλύτερη ποιότητα ζωής είναι από ελάχιστες έως μηδαμινές.

4. Σε σχέση με την εξειδίκευση που έχουν οι επαγγελματίες πάνω σε θέματα του καρκίνου αυτή είναι ελάχιστη. Έχουν συνειδητοποιήσει όμως την ιδιαιτερότητα της πάθησης και θεωρούν την εξειδίκευση απαραίτητη.

5. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θέλουν να ενημερώνουν τον καρκινοπαθή για την σοβαρότητα της ασθένειάς του αλλά εφόσον θα υπάρχει η κατάλληλη υποδομή για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες που προκύπτουν από μία τέτοια ανακοίνωση.

6. Τέλος επιθυμούν να υπάρχει συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον τομέα των καρκινοπαθών και καλύτερη οργάνωση για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί ολοκληρωτικά ένα κομμάτι των καρκινοπαθών που ή παραμένει κρυμμένο στην ψυχή τους ή θάπτεται μαζί με αυτούς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### Εισαγωγή

Στην πτυχιακή αυτή εργασία γίνεται αναφορά και μελέτη του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζονται από το προσωπικό των νοσοκομείων, είτε αυτό ονομάζεται ιατρικό προσωπικό, είτε νοσηλευτικό, είτε είναι ψυχολόγοι είτε κοινωνικοί λειτουργοί.

Είναι φυσικό πως η λέξη καρκίνος έχει συνδεθεί από τους ανθρώπους σαν κάτι το επώδυνο, το βασανιστικό κάτι από το οποίο δεν μπορεί να γλυτώσει με τίποτα αυτός που το υφίσταται. Όλα αυτά συντελούν στο να περνάει ο άνθρωπος που πληροφορείται ότι πάσχει από καρκίνο από διάφορα στάδια τα οποία έχουν σχέση με τον ψυχικό του κόσμο, στάδια που επηρεάζουν και αναμφίβολα κλωνίζουν την ψυχική του ισορροπία και ηρεμία.

Ο τρόπος λειτουργίας των αντικαρκινικών νοσοκομείων και ιδιαίτερα του "Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου" απασχολεί αυτή την εργασία. Η εξειδίκευση του προσωπικού πάνω στην συγκεκριμένη ασθένεια έχει προκαλέσει ερωτηματικά, πάνω στην θετική ή αρνητική συνεισφορά της στην προσπάθεια που γίνεται να αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα.

Μέσα σε όλα όσα έχουμε αναφέρει παραπάνω δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την ιδιαιτερότητα και την ευαισθησία που χρειάζεται ο χειρισμός αυτού του θέματος το οποίο κατά γενική ομολογία προκαλεί σοκ στα άτομα που απλά και μόνο το παρακολουθούν γενικά από τα διάφορα μέσα ενημέρωσης.

### Το πρόβλημα

"Η υγεία δεν σημαίνει κατ' ανάγκη

ευτυχία, πληρότητα ή επιτυχία.

Το θέμα πρωτίστως είναι να είμαστε

ένα με τις οποιεσδήποτε περιστάσεις

που μας κυκλώνουν. Ακόμα και ο θάνατος

μας μπορεί να' ναι περίπτωση υγείας,  
 νοουμένου ότι θ' αγκαλιάσουμε  
 ανεδοίαστα το γεγονός του θανάτου....  
 Το πρόβλημα είναι να' χουμε υπόψη  
 πως ζούμε μέσα στο παρόν. Οτι και να  
 διαλαμβάνει η τωρινή μας υπόσταση,  
 αν είμαστε πράγματι ένα μαζί της,  
 είμαστε και υγιείς" (Lather)

(ELISABETH KUBLER ROSS, 1981)

Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζεται από μία ανεξέλεγκτη ανάπτυξη ανωμάτων κυττάρων. Κάθε χρόνο σ' ολόκληρο τον κόσμο αναφέρονται 6.000.000 περίπου νέες περιπτώσεις καρκίνου από τις οποίες τα 4.000.000 και των δύο φύλων πεθαίνουν. Απο μια στατιστική έρευνα που έγινε στην Ευρώπη το 1985 πέθαναν 760.000 άτομα από καρκίνο. (Επιστήμη και ζωή, σελ. 219).

Έχει υπολογιστεί ότι αν συνεχιστεί ο σημερινός ρυθμός εξάπλωσης του καρκίνου, ένας στους 4 ευρωπαίους θα προσβληθεί από την αρρώστεια κατά τη διάρκεια της ζωής του, με πρόβλεψη για το 2000 ένας στους 3, αν αφεθούνε χωρίς καμία δράση για να αναχαιτίσουμε τη σημερινή ξέφρενη τάση εξάπλωσής του. Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, μας γνωρίζει ότι έχουμε περί τις 18-20.000 νέες περιπτώσεις το χρόνο και πληθυσμό καρκινοπαθών γύρω στις 50.000 (Παιδεία, σελ. 164).

Στην 20ετία που πέρασε έγιναν πάρα πολλές προσπάθειες για να μειωθούν οι παραπάνω ρυθμοί. Τα αποτελέσματα δεν ήταν όμως ικανοποιητικά. Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι όσο περνάνε τα χρόνια το ποσοστό των καρκινοπαθών θα αυξάνεται. Τι είναι όμως αυτό που επιδυνώνει την κατάσταση; Σύμφωνα με πολλούς γιατρούς - ογκολόγους ρίχνεται το βάρος στο κάπνισμα, σε φυσικούς και χημικούς παράγοντες, στην διατροφή.

Άλλοι υποστηρίζουν τους παράγοντες όπως άγχος, η μη ικανότητα συγκινησιακού αυτοε-



λέγχου, η ανικανότητα έκφρασης των επιθυμιών μας. Βρετανοί ερευνητές στο Νοσοκομείο "Ρόγιαλ Μάρσντεν" στο Σάρεϊ της Αγγλίας (Science Times, Δεκέμβριος 1980), διατυπώνουν την άποψη ότι οι καρκινοπαθείς που έχουν ψυχολογική υποστήριξη αισθάνονται λιγότερο άγχος και κατάθλιψη για την αρρώστεια τους.

Ψυχαναλυτικοί υποστηρικτές πιστεύουν στην ενημέρωση του καρκινοπαθή για την αρρώστεια του γιατί όπως αναφέρουν "ο θρήνος προσφέρει ανακούφιση, αν μπορείς να θρηνησεις" (ΛΕΣΑΝ 1981, σελ. 40)

### Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί ο τρόπος αντιμετώπισης των καρκινοπαθών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο από επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.) και πως επηρεάζει αυτή η αντιμετώπιση στον ψυχικό τους κόσμο.

Ιδιαίτεροι στόχοι της μελέτης αυτής είναι:

- Διερεύνηση: Για το αν πραγματοποιείται κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση στους υπεύθυνους του Γ.Ν.Ν. Βόλου που ασχολούνται με άτομα που πάσχουν από καρκίνο.

- Αν λέγεται η αλήθεια από τους επαγγ. υγείας του Νοσοκομείου Βόλου και αν οι ίδιοι προετοιμάζουν τον ασθενή για να τη δεχτεί.

- Αν οι ίδιοι οι ασθενείς θέλουν να γνωρίζουν την αλήθεια.

- Αν επηρεάζονται οι καρκινοπαθείς ψυχολογικά από τη στάση και την αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών κ.λπ.).

- Κατά πόσο αλλάζει η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών από την αρχή της ασθένειας τους και καθ' όλη τη διάρκεια και εξέλιξη αυτής.

### Ορισμοί Ορων

#### **Καρκίνος**

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η εγκυκλοπαίδεια "Παιδεία", καρκίνος είναι ή κακοήθης

όγκος ή κακοήθες νεόπλασμα, σοβαρότατη και θανατηφόρα πάθηση κάθε ζωντανού οργανισμού, η οποία χαρακτηρίζεται από άσκοπο και αχαλίνωτο πολλαπλασιασμό ενός ή περισσότερων κυττάρων του, τα οποία ξεφεύγουν από την κανονική τους λειτουργία με κατάληξη την καταστροφή τη δική τους και των ιόντων του οργανισμού (Παιδεία, σελ. 164).

Ο Λεσάν στο βιβλίο του "ΜΠΟΡΕΙΣ Ν' ΑΓΩΝΙΣΤΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΣΟΥ" γράφει: "Ο καρκίνος δεν είναι απλά και μόνο μια ασθένεια. Είναι μια ποικιλία ασθενειών που έχουν σχέση μεταξύ τους και που προσβάλλουν διάφορα μέρη του ανθρώπινου σώματος με διαφορετικούς τρόπους. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους παραμένει η πιο μυστηριώδεις από όλες τις σοβαρές ασθένειες". (ΛΕΣΑΝ 1981, σελ. 25)

Ο Δρ. Μ. Χρυσοχόου, επιμελητής στο Νοσοκομείο "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" αναφέρει ότι με τον όρο καρκίνο εννοούμε την εμφάνιση σε ένα πολυκύτταρο οργανισμό άτυπων κυτταρικών πληθυσμών που αναπτύσσονται άναρχα και καταστρέφουν τους φυσιολογικούς πληθυσμούς του οργανισμού (ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ 1991, σελ. 11)

Αναλυτικότερα σχετικά με τους παράγοντες που είναι υπαίτιοι για την τόσο σημαντική αύξηση και εξάπλωση του καρκίνου, ο Ν. ΔΟΝΤΑΣ καθηγητής και διευθυντής στο Νοσοκομείο "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" (1991), αναφέρει:

α) Την παράταση αυτής καθ' εαυτής της ζωής από αύξηση του χρόνου επιβίωσης των ατόμων στις αναπτυγμένες κυρίως χώρες. β) Την αύξηση των συνθηκών μόλυνσης του περιβάλλοντος που ο ίδιος ο άνθρωπος προκαλεί με προσπάθεια του οργανισμού προσαρμογής στις ανώμαλες αυτές συνθήκες (ΔΟΝΤΑΣ 1991 σελ. 13).

### **Καρκινοπαθής τελικού σταδίου**

Ο ΔΟΣΙΟΣ (1986) προσδίδει στον όρο "καρκινοπαθής" το παρακάτω περιεχόμενο: με τον όρο "καρκινοπαθή" εννοείται ο άρρωστος που πάσχει από οποιαδήποτε κακοήθη νόσο" (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, 1986, σελ. 15.).

Η ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ (1986) δίνει στον όρο καρκινοπαθής τελικού σταδίου τον εξής ορισμό: "Κά-

θε άτομο που η ζωή του απειλείται από μια σοβαρή αρρώστεια, όπως συγκεκριμένα εδώ ο καρκίνος, έχει περάσει από όλες τις ιατρικές διεγασίες και δεν μπορεί να θεραπευτεί, βιώνει μια ψυχολογική διεργασία καθώς πορεύεται προς τον θάνατο, συγχρόνως βιώνει την σωματική αλλά και την ψυχολογική του φθορά, τότε αναφερόμαστε σε καρκινοπαθή τελικού σταδίου" (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ - ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ 1986, σελ. 109).

Σύμφωνα τώρα με τον ογκολόγο Τσιγκουράκο (1991) ο όρος καρκινοπαθής τελικού σταδίου αποτελεί μια ιδιαίτερη κατηγορία ασθενούς στον οποίο έχει εξαντληθεί κάθε διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο και χρειάζεται μόνο συμπτωματική αγωγή και νοσηλευτική φροντίδα. Στην κατηγορία αυτή των ασθενών απαιτούνται σημαντικοί οικονομικοί πόροι και καλή υποδομή παροχής εξειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών και νοσηλευτικών). (ΤΣΙΓΚΟΥΡΑΚΟΣ 1991, σελ. 85).

Τέλος σύμφωνα με τον ογκολόγο Σκάρλο (1991) στον καρκινοπαθή τελικού σταδίου δεν μπορεί να εφαρμοσθεί πλέον κανένας από τους ιατρικούς χειρισμούς. Αυτό όμως καθόλου δεν σημαίνει την εγκατάλειψη του ασθενούς. Αντίθετα, ο εξειδικευμένος ογκολόγος ιατρός και νοσηλευτής πρέπει να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής (συμπτωματική αγωγή) ενώ παράλληλα επικεντρώνεται η προσπάθεια στην ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος (ΣΚΑΡΛΟΣ 1991, σελ. 91).

#### **Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση**

Ο Αναγνωστόπουλος 1986, αναφέρει ότι η κύρια ψυχολογική προσφορά έγκειται στο επιλεγμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα εφαρμόσει ο ψυχολόγος, δηλαδή ατομική (αναλυτική, υποστηρικτική, συμπεριφορική) ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχοθεραπεία, ανάλογα με το ποια θα κριθεί σαν η πιο κατάλληλη. Στόχος είναι να τροποποιήσουμε τη συμπεριφορά αλλάζοντας διαστάσεις της προσωπικότητας (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ - ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, 1986, σελ. 61).

Πάνω στον ίδιο όρισμο ο Βελισσαρόπουλος 1986, αναφέρει ότι η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση καρκινοπαθούς τελικού σταδίου έγκειται κυρίως στην προσωπικότητα του ατόμου

που παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά, που πιθανόν να παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι η φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, η αδυναμία εξωτερίκευσης επιθετικών συναισθημάτων, η συνεχής προσπάθεια του ατόμου να είναι αρεστό και συμπαθές στους άλλους και η προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης σε κρίσιμες στιγμές. Μέσα από την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση το άτομο θα μάθει να αισθάνεται εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα και μια ποιότητα επαφής διαφορετική από τις μέχρι τώρα επαφές όπου είχε εμπλακεί (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ - ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ 1986, σελ. 70).

Τέλος σύμφωνα με την ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ 1991, μέσα στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση υπάγεται και η κοινωνική εργασία με τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο κυρίως τελικού σταδίου. Εδώ σκοπός είναι η ανάπτυξη σχέσης Κοινωνικού Λειτουργού και ασθενή με απότερους στόχους την βοήθεια επίλυσης των διάφορων προβλημάτων που προκύπτουν για τους ασθενείς. (ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ 1991, σελ. 77)

### **Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση**

Σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο 1986, ο όρος ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αναφέρεται σε όλες τις προσπάθειες που πρέπει να γίνουν για να κατανοηθεί και να αντιμετωπιστεί η προσωπικότητα του καρκινοπαθούς να ακολουθήσει κάποια προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης ώστε να έχει τις καλύτερες προϋποθέσεις για ένταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον και καλύτερη ποιότητα ζωής. (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ 1986, σελ. 47)

Σύμφωνα τώρα με την Γιδοπούλου 1991, ο όρος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συνεπάγεται διαδικασία κοινωνικής μάθησης. Είναι προσπάθειες που δεν επικεντρώνονται μόνο στον ασθενή αλλά και σε όλη την οικογένειά του. Μέσα στον όρο ψυχοκοινωνική αποκατάσταση έχει θέση η συμβολή προσωπικής επαφής, η συνέντευξη, οι τεχνικές, μέθοδοι και πηγές βοήθειας με αποτέλεσμα την αντιμετώπιση όχι της αρρώστειας του καρκίνου αλλά την αντιμετώπιση "ασθενούς με καρκίνο". Όλες οι παραπάνω προσπάθειες έχουν σαν αποτέλε-

σμα την κοινωνική επανένταξη του αρρώστου. (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991, σελ. 121).

Τέλος η Πατηράκη - Κουρμπάνη 1991, αναφέρει ότι "η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσπαση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική - ψυχική - πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση" (ΠΑΤΗΡΑΚΗ - ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ 1991, σε. 9)

### **Χημειοθεραπεία**

Ο όρος χημειοθεραπεία σύμφωνα με την Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου 1991, είναι η ενδοφλέβια χρήση κυτταροστατικών φαρμάκων, η οποία για να εφαρμοσθεί πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις όπως: 1) να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών, 2) να μην υπάρχουν λοιμώξεις, 3) να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος και 4) πάνω απ' όλα να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία. (ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΤΟΥ 1991, σελ. 47-48).

Τέλος, το αγγλικό ιατρικό λεξικό "DORLAND'S ILLUSTRATED - MEDICAL DICTIONARY" αναφέρει ότι "ο όρος χημειοθεραπεία προσδιορίζεται ως η θεραπεία με χημικά φάρμακα η οποία είναι αβέβαιη για κάθε οργανισμό τι επιπλοκές μπορεί να επιφέρει".

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ

#### ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται ανασκόπηση βιβλιογραφίας και σχετικών μελετών - ερευνών που έχουν γίνει πάνω στο θέμα του καρκίνου.

Χωρίζεται σε πέντε βασικές ενότητες:

Στην πρώτη ενότητα θα γίνει μια ιστορική αναδρομή από αρχαιοτάτων χρόνων για την πορεία και εξέλιξη του καρκίνου που αφορά στις μορφές και τα στάδια του καρκίνου.

Στην δεύτερη ενότητα θα αναφερθούμε αν λέγεται η αλήθεια στον καρκινοπαθή, θα εκθέσουμε όλες τις απόψεις και θα αναφέρουμε και τις επιπτώσεις στην ψυχολογία του καρκινοπαθή, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης.

Στην τρίτη ενότητα θα αναφερθούμε στα συναισθήματα των καρκινοπαθών τελικού σταδίου, στις ψυχικές αντιδράσεις, στάδια που περνάει, στην ποιότητα ζωής του, καθώς και στις ενέργειες που γίνονται για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

Στην τέταρτη ενότητα θα αναφέρουμε τις ειδικότητες εκείνες που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς, ξεκινώντας από το έργο που ο καθένας προσφέρει και τελειώνοντας με τα προσόντα που θα πρέπει να έχει.

Τέλος στην πέμπτη ενότητα θα γίνει μια αναφορά στο σημερινό τρόπο λειτουργίας των μεγαλύτερων Αντικαρκινικών Νοσοκομείων όπως το Θεαγένειο Θεσσαλονίκης, ο Άγιος Σάββας στην Αθήνα και μια αναφορά στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου.

#### Ιστορική εξέλιξη

##### Ο καρκίνος από την αρχαία εποχή έως σήμερα

Ο καρκίνος όπως δείχνουν πολλά βιβλία ήταν γνωστός από πολύ παλιά. Οι λεγόμενοι όγκοι είχαν κινήσει την προσοχή των αρχαίων γιατρών γιατί είχαν κακοήθη πορεία και όταν αφαιρούνταν προκαλούσαν σύντομα το θάνατο. Από τον πάπυρο του Σμιθ συμπεραίνουμε ότι

οι αρχαίοι Αιγύπτιοι (3000 π.Χ) ήξεραν τον καρκίνο, γιατί γνώριζαν ορισμένους όγκους, οι οποίοι υποτροπιάζαν όταν τους αφαιρούσαν. Οι Ασσυροβαβυλώνιοι γνώριζαν κακοήθεις όγκους, τους οποίους ξεχώριζαν από άλλους φλεγμονώδεις όγκους (Παιδεία, σελ. 164).

Οι Ινδοί γνώριζαν όγκους τους οποίους έπρεπε να αφαιρέσουν έγκαιρα πριν υποτροπιάσουν. Ωστόσο σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια Επιστήμη και Ζωή, την έννοια του καρκίνου συνέλαβαν πολύ καλά οι αρχαίοι έλληνες, στους οποίους και οφείλεται η ονομασία. Ο Ιπποκράτης (460 π.Χ) διέκρινε τον καρκίνο σε επιφανειακό και σε καρκίνο που προχωρεί κατά βάθος και νόμιζε ότι ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας είναι κληρονομικός (Επιστήμη και Ζωή, σελ. 219).

Αλλά υπήρξαν και άλλοι αρχαίοι Έλληνες γιατροί που περιγράψανε τον καρκίνο και τον χειρουργήσαν, όπως ο Αρχιγένης μαθητής του Ιπποκράτη, ο Αρεταίος (70 μ.Χ), ο Κέλσος (30 μ.Χ.), ο Γαληνός (131-200 μ.Χ). Ο Γαληνός διέκρινε τον καρκίνο και πίστευε ότι προσβάλλει όλα τα όργανα του ανθρώπου. Ήταν αυτός που έδωσε την ονομασία "καρκίνος" γιατί σ' ένα σύγγραμά του παρομοιάζει τον καρκίνο των μαστών με το ζώο καρκίνο. Πίστευε ακόμα ότι ο καρκίνος οφείλετε σε αυξημένη ποσότητα "μαύρης χολής" στο σώμα. (Παιδεία, σελ 164-165). Ως τις αρχές του 18ου αι. οι ιδέες του Γαληνού και των άλλων ελλήνων γιατρών, ήταν ακόμα παραδεκτές. Το 1757 ο Γάλλος Λε Ντράν αναφέρει ότι ο καρκίνος είναι τοπική πάθηση, η οποία κάνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες από τα λεμφικά αγγεία. Το 1775 ο Άγγλος Ποτ, κατόπιν σειράς παρατηρήσεων έδωσε τα δικά του συμπεράσματα. Την πρώτη μικροσκοπική έρευνα του καρκίνου έκαναν οι Γερμανοί Γιόχαν Μίλερ (1838) και ο μαθητής του Βίρχοβ (1863). (Παιδεία, σελ.166).

Το έτος 1851 ο Αμερικανός Τζότζεφ Λέιντι χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τα πειραματόζωα στη μελέτη του καρκίνου, ενοφθαλίζοντας σ' αυτά καρκινικά κύτταρα. Αργότερα το 1910 ο Αμερικανός Φράνσις Πέιτον Ρόις ανακαλύπτει το διηθητικό ιό του καρκίνου των ορνίθων (σάρκωμα) και ένα χρόνο αργότερα, οι Ιάπωνες Ιαμαγκίβα και Ιτσικάβα προκαλούν πειραματικά καρκίνο με επάλειψη πίσσας σε πειραματόζωα. Άλλοι που ασχολήθηκαν με τον καρκίνο

ήταν ο Virchow το 1872, ο Conheim το 1880 και ο Green το 1954. (Επιστήμη και Ζωή σελ. 200).

Πολλά νεότερα λεξικά αναφέρουν τον όρο καρκίνο αναλύοντάς τον πολύ απλά σαν κακοήθη όγκο. Αρκετά διασαφηνίστηκαν λόγω των ερευνών που έγιναν.

Εχετε όμως ακούσει ότι ο εγκέφαλος παράγει μια μεγάλη ποσότητα από εγκεφαλίνες και ενδορφίνες - ουσίες σαν την μορφίνη, που όχι μόνο αντιστρατεύονται τον πόνο αλλά και βοηθούν στο να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για ανάρρωση. (Λεσάν, 1981).

Κατόπιν αυτού ξεκινάει ένας άλλος μαραθώνιος ο οποίος ενισχύει μία άλλη άποψη, ότι η παραγωγή ιντερφερόνης μιας ύλης του εγκεφάλου μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη του καρκίνου. Τα τελευταία 25 χρόνια αναφέρονται οι Μπάνσον, Κίσσην, Λεσάν, Ρέτζνικοφ, Σμάλε και Αικερ. Αυτοί είναι που αναζήτησαν εκείνες τις ψυχολογικές διαταραχές καθώς και τους τύπους προσωπικότητας που είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση κακοήθους όγκου.

Όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Λεσάν (1981) "ένα πράγμα φαίνεται πιθανό: κάτω από συνθήκες κατάθλιψης, απόγνωσης, πανικού, φόβου, εκνευρισμού και απογοήτευσης, οι θεραπευτικές ικανότητες του ανθρώπινου εγκεφάλου δεν λειτουργούν απόλυτα. Κάτω όμως από συνθήκες μιας δυνατής επιθυμίας για ζωή και έντονων προσδοκιών, αυξάνει η ικανότητα του εγκεφάλου για χημικές μεταβολές". (ΛΕΣΑΝ 1981, σελ. 18-19).

Πολλά πανεπιστήμια όπως του Στάνφορντ, του Χάρβαντ, της Καλιφόρνιας στο Σαν Φραντσίσκο, της Καλιφόρνιας στο Λος Άντζελες έγιναν ερευνητικά κέντρα και έδωσαν αρκετό υλικό στο ευρύ κοινό.

Γνωστοί γιατροί όπως ο Ν. ΔΟΝΤΑΣ, επίκουρος καθηγητής και χειρουργικής θώρακος του νοσοκομείου "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" καθώς και πρόεδρος της "ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ" (1991) αναφέρει:

"Ο καρκίνος είναι μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμματίστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Η ανάπτυξη αυτή μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του οργανισμού του ανθρώπου από την γέννησή του μέχρι το βαθύ γήρας". (ΔΟΝΤΑΣ 1991, σελ. 13).



Ο Δρ. Γεράσιμος Πανάγος (1992) παθολόγος - χημειοθεραπευτής του Γεν. Νομ/κού Ογκολογικού Νοσοκ. Κηφισιάς "Άγιοι Ανάργυροι" επισημαίνει ότι μερικές φορές η διαίρεση ενός κυττάρου δεν γίνεται σωστά. Το λάθος ξεκινά από τον πυρήνα όπου κάτι παίρνει στραβό δρόμο. Μερικές φορές τα χρωμοσώματα σπάζουν και χάνονται κομμάτια τους. Άλλες φορές τα κομμάτια των σπασμένων χρωμοσωμάτων συναρμολογούνται με λάθος σειρά. Όταν τα χρωμοσώματα δεν είναι φυσιολογικά, τα μηνύματα προς το κύτταρο δεν είναι φυσιολογικά και το κύτταρο δεν αναπτύσσεται και δεν λειτουργεί σωστά. Τα ειδικά χαρακτηριστικά χάνονται και τα κύτταρα γίνονται πιο πρωτόγονα και ανειδίκευτα. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να φέρουν σε πέρας τη σχετική με το είδος του ιστού που ανήκουν. Έτσι σχηματίζεται ένα σύνολο ανώμαλων κυττάρων. Το σύνολο αυτών των κυττάρων είναι ένας καρκίνος (Πανάγος 1992. σελ. 4).

Η εξέλιξη της επιστήμης αλλά και της ίδιας της ζωής δίνει την δυνατότητα στην διασαφήνιση και ανάλυση των όρων του καρκίνου καθώς και στην δυνατότητα να εντοπίζονται τα άτομα που προσβάλλονται απ' αυτόν και στα αίτιά του.

Σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια Παιδεία (1979) την τελευταία 50ετία οι θάνατοι από καρκίνο πολλαπλασιάστηκαν πλήττοντας κυρίως την ώριμη και την γεροντική ηλικία. Το 33% των καρκίνων εντοπίζεται στο αναπνευστικό σύστημα, το 13% στο δέρμα και το άλλο 13% στα γεννητικά όργανα. Από έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι η εμφάνιση στους άντρες είναι συχνότερη ενώ στις γυναίκες υπάρχει όξυνση κατά την κλιμακτήριο για καρκίνο στα γεννητικά όργανα και στο μαστό. (Παιδεία 1979, σελ. 166).

Τα αίτια του καρκίνου όπως αναφέρονται σε αρκετά βιβλία είναι οι χημικοί παράγοντες, κάπνισμα, βιομηχανικές χημικές ουσίες, φαρμακευτικά προϊόντα, δίαιτα επίσης οι φυσικοί παράγοντες όπως το φως του ήλιου, ιονίζουσα ακτινοβολία, ιοί και παράσιτα.

Υπάρχουν όμως και αυτοί που πιστεύουν ότι ο καρκίνος παρουσιάζεται σε άτομα με προσωπικότητα καταπιεσμένη, άτομα που ποτέ δεν έκαναν αυτό που ήθελαν που επιθυμούσαν, που ποτέ δεν κατάφεραν να επαναστατήσουν όταν ένιωθαν αδικημένοι. Προσωπικότητες αγ-

χωτικές με μόνο σκοπό στη ζωή τους η εξυπηρέτηση των άλλων.

Για αυτούς τους λόγους η επιστήμη συνεχίζει να προχωράει και να ερευνεί τα αίτια της ασθένειας αυτής που μέχρι και σήμερα αποτελεί ταμπού για την κοινωνία των ανθρώπων.

### **ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Σίγουρα όλοι θα έχουμε απορρήσει ακούγοντας τη λέξη καρκίνο να συνοδεύει και ένα μέρος του σώματός μας. Που εμφανίζεται όμως ο καρκίνος συνήθως; Όπως αναφέρεται σε αρκετά βιβλία ιατρικά και μη έχουμε αρκετές μορφές: α) καρκίνος στομάχου, β) πνεύμονα, γ) μαστού, δ) εντέρου, ε) δέρματος, ζ) μήτρας γεννητικών οργάνων.

Θα μπορούσαμε να απαριθμήσουμε και άλλες μορφές καρκίνου αλλά αυτό θα ήταν ανώφελο. Το σημαντικό είναι ότι ο καρκίνος έχει μπει βαθιά στη ζωή μας. Πόσες φορές όλοι μας όταν βρισκόμαστε σε στιγμές απόγνωσης δεν έχουμε πει τη φράση "δεν αντέχω θα βγάλω καρκίνο". Η αρκετές φορές όταν τελικά ακούμε ότι κάποιος πάσχει από αυτή την ασθένεια και μας το επιβεβαιώνει και ο γιατρός προσπαθούμε να το αποβάλλουμε και να το απορρίψουμε.

Φτάνοντας το άτομο μπροστά στο γιατρό μετά από μια διαδικασία εξετάσεων και αφού πλέον έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από κακοήγη όγκο ξεκινάει ένας άλλος αγώνας. Τις περισσότερες φορές μετά από μια τέτοια διάγνωση χρειάζεται το άτομο να περάσει από 3 στάδια.

Σύμφωνα με την ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ (1991) το πρώτο στάδιο είναι το προεγχειρητικό. Εδώ γίνεται μια πρώτη επαφή και προετοιμασία του ασθενή να δεχτεί και να κατανοήσει τι χρειάζεται για να το ξεπεράσει. Ο ρόλος εδώ τόσο του/της νοσηλεύτη/τριας όσο και της επισκέπτριας υγείας και του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός. Εργο τους είναι οι μεν πρώτοι να προετοιμάσουν και να ενημερώσουν το άτομο σε θέματα ιατρικά, ο δε κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το ψυχολογικό κομμάτι. (ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ 1991).

Στην 4η ενότητα της μελέτης μας θα αναλύσουμε το ρόλο των επαγγελματιών απέναντι

στους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου.

Στο διεγχειρητικό στάδιο ο κάθε επαγγελματίας προσπαθεί από τη δική του πλευρά να αναλάβει τις ευθύνες που του ορίζει το επάγγελμά του. Εδώ ο ασθενής προετοιμάζεται για να μπει πλέον στο χειρουργείο. Ακούγοντας τη λέξη χειρουργείο αισθανόμαστε πάρα πολύ άσχημα ακόμα και αν το χειρουργείο είναι απλές αμυγδαλές. Η σοβαρότητα της ασθένειας και η είσοδος του ασθενή στο χειρουργείο αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι δουλειάς. (ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ 1991, σελ. 36).

Το τρίτο στάδιο που είναι το μετεγχειρητικό γίνεται ένας αγώνας τόσο από νοσηλευτικής πλευράς για να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενή όσο και από ψυχολογικής πλευράς όπου δουλεύονται τα συναισθήματά του, άγχος, φόβος, κατάθλιψη. Μετά από αυτό το στάδιο ο ασθενής προετοιμάζεται για να επιστρέψει στο σπίτι του. Εκεί προετοιμάζονται και οι συγγενείς οι οποίοι θα αναλάβουν τη φροντίδα του.

Αυτά είναι τα στάδια που θα περάσει ο ασθενής με καρκίνο. Από εκεί και πέρα ίσως χρειαστεί να κάνει κάποια θεραπεία ώστε να διατηρηθεί σε κάποια κατάσταση τέτοια για να αποφευχθούν οι επιπλοκές. Ομως αρκετές φορές τα πράγματα δυστυχώς δεν σταματούν εδώ συνεχίζονται και παίρνουν τη φθίνουσα. Κανονικά θα έπρεπε να λέμε ότι υπάρχουν 4 στάδια του καρκίνου. Κι όμως όλα τα βιβλία σταματούν στο τρίτο. Το επόμενο στάδιο που είναι και το τελικό του καρκίνου αποφεύγεται να αναφέρεται.

Ακούγοντας τελικό στάδιο καρκίνου συνδιάζουμε στο μυαλό μας το θάνατο. Και αυτή είναι δυστυχώς η πραγματικότητα. Φτάνοντας κανείς στο τελικό στάδιο αν δεν το γνωρίζει ο ίδιος θα πρέπει να γνωρίζουν οι συγγενείς του ότι έχει πλέον φτάσει πολύ κοντά στο θάνατο. Εδώ φυσιολογικά θα πρέπει να ξεκινάει ένα άλλο κεφάλαιο. Και μάλιστα αυτό το κεφάλαιο είναι και το πιο σημαντικό, έχεις πλέον να κάνεις με τις τελευταίες στιγμές ενός ανθρώπου. Έχεις να αντιμετωπίσεις τα συναισθήματα του ίδιου αλλά και της οικογένειας.

Τι γίνεται όμως στην πραγματικότητα, γνωρίζει ο ασθενής για την κατάσταση, λέγεται η αλήθεια, πώς αντιμετωπίζεται αυτός ο άνθρωπος, η οικογένεια, υπάρχει ενδιαφέρον από τους

επαγγελματίες ή επειδή είναι ένα βήμα πριν το θάνατο αφήνεται στη μοίρα του; Ξέρουν οι επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν αυτές τις περιπτώσεις έχουν ειδικευτεί ή ο καθένας αυτοσχεδιάζει;

Στη μελέτη μας αυτή θα ασχοληθούμε με όλα τα παραπάνω ερωτήματα και θα περιπλανηθούμε στο απογορευμένο κομμάτι που είναι το τελικό στάδιο.

### Αναφορά στα αποτελέσματα ερευνών που έχουν γίνει έως τώρα, σχετικά με το αν λέγεται η αλήθεια στον καρκινοπαθή.

Σίγουρα ο καρκίνος αποτελεί μία από τις ασθένειες που όλοι πιστεύουν ότι είναι επάρατος νόσος. Σε όλες τις στατιστικές που έχουν γίνει αποτελεί την πρώτη ασθένεια που όλοι φοβούνται και που πάρα πολλοί φτάνουν στο σημείο να μην θέλουν ούτε να την εκφράζουν. Μια τέτοια αρρώστια όπως ο καρκίνος, μια αρρώστια με ιστορία χιλιάδων χρόνων η οποία προκαλεί το δέος σε όλους θα ήταν προτιμότερο να μην μας κτυπήσει την πόρτα. Τι γίνεται όμως όταν η αρρώστια αυτή φτάνει πολύ κοντά σ' εμάς. Τι κάνουμε τότε της γυρίζουμε την πλάτη και προσπαθούμε να ζήσουμε στον δικό μας όμορφο κόσμο ή δεχόμαστε το γεγονός και προσπαθούμε να το αντιμετωπίσουμε και να δεχτούμε όλες τις συνέπειες;

Στην Ελλάδα το θέμα της ενημέρωσης του καρκινοπαθούς δεν είναι τόσο ξεκάθαρο. Οι Manos και Christakis (1986) υπέβαλαν ένα ερωτηματολόγιο σε 110 έλληνες γιατρούς, ειδικούς στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Όλοι οι γιατροί εργάζονταν σε μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Από αυτούς απάντησαν οι 71. Τα αποτελέσματα από την έρευνα ήταν ότι από τους 71 οι 37 ποτέ δεν ανακοίνωσαν την πραγματική διάγνωση στους ασθενείς τους. Μόνον 5 από τους γιατρούς δηλαδή το 7% απάντησε ότι έχει ανακοινώσει την πραγματική διάγνωση αρκετά συχνά σε ποσοστό 21%-90% των περιπτώσεών του. 14 γιατροί δήλωσαν ότι σπανίως ενημερώνουν τους αρρώστους τους ότι πάσχουν από καρκίνο και 15 γιατροί πολύ σπανίως τους ενημερώνουν. Τα συμπεράσματα από την έρευνα αυτή δείχνουν ότι το 73% ουδέποτε ή πολύ σπανίως ανακοινώνουν στον καρκινοπαθή ότι πάσχουν από καρκίνο. (Μάχη

και Ελπίδα - Μάρτιος 1990 - Τεύχος 30).

Όπως αναφέρει ο Τσιλιακός (1986) στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα "Άγιοι Ανάργυροι" αποφεύγουν να λένει στον καρκινοπαθή άρρωστο όλη την αλήθεια σχετικά με την αρρώστεια του. Σε μια άλλη μελέτη που έγινε το 1986 σχετικά με τις απόψεις των γιατρών εάν πρέπει να γνωρίζει ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του δήλωσαν ότι παρόλο που οι ίδιοι θα το ήθελαν για τον εαυτό τους, εν τούτοις σε ποσοστό 87% δεν το κάνουν. (Μάχη και Ελπίδα - Μάρτιος 1990 - Τεύχος 30).

Όπως φαίνεται από τις έρευνες που έχουν γίνει στο χώρο των γιατρών το μεγαλύτερο ποσοστό δεν επιθυμεί να ανακοινώνει την πραγματική διάγνωση στους καρκινοπαθείς. Τους λόγους που μπορεί να υπάρχουν και ακολουθούν αυτή τη στάση θα τους αναλύσουμε σε άλλη ενότητα.

Παρόλα αυτά σε άλλες έρευνες που έχει κάνει η "Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία" έχει διαπιστωθεί ότι θεωρητικά όλοι οι γιατροί πιστεύουν στο θέμα της πληροφόρησης των ασθενών καθώς και στην εκπαίδευση πάνω στο θέμα πως να γίνεται η πληροφόρηση και πώς να αντιμετωπίζονται τα συναισθήματα των καρκινοπαθών.

Η "Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία" ξεκίνησε μια άλλη έρευνα από το 1971 σχετικά με τη στάση και τη συμπεριφορά του κοινού έναντι του καρκίνου. Στο ερώτημα "εάν ο γιατρός πρέπει να λέει στον άρρωστο ότι πάσχει από καρκίνο" το 1971 στο σύνολο της χώρας δόθηκαν οι εξής απαντήσεις:

23% απάντησε θετικά

71,5% απάντησε αρνητικά και

11,8% απάντησε ότι δεν γνωρίζουν

Το 1977 στην επανάληψη της έρευνας είχαμε τα εξής αποτελέσματα:

45% απάντησε θετικά

43% απάντησε αρνητικά

6,6% απάντησε ότι δεν γνωρίζουν

Το 1987 τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι:

51% απάντησε θετικά

33% απάντησε αρνητικά και

14,4% απάντησε ότι δεν γνωρίζουν

Από αυτή την έρευνα μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα ότι: μέσα σε μια 15ετία το 23% που υποστήριζε ότι ο γιατρός πρέπει να λέει την αλήθεια έγινε 51%. Ενώ το 4,8% που δεν ήξεραν και ήσαν προβληματισμένοι έγινε 14,4%. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Γίνεται προφανές ότι καθώς πέρνουν τα χρόνια και ο κόσμος ενημερώνεται για την ασθένεια προτιμούν την αλήθεια. Υπάρχει βέβαια και αυτό το ποσοστό που η γνώμη του πάλλεται μεταξύ της γνώσης και της ημιμάθειας.

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στο Νοσοκομείο "Μεταξά" παρατηρήθηκε ότι παίζει σημαντικό ρόλο και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο ετοιμάστηκε από την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε τυχαίο δείγμα ασθενών του νοσοκομείου. Από τους 300 ερωτηθέντες ασθενείς οι 164 δηλαδή το 55% ήταν ενημερωμένοι, οι 124 ποσοστό 41% δεν ήταν ενημερωμένοι, και 12 ποσοστό 4% "προσποινήθηκαν" ότι δεν ήξεραν τη διάγνωση.

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων ήταν: οι ενημερωμένοι είχαν σε ποσοστό 44% μέση και ανωτέρα μόρφωση, σε αντίθεση με τους μη ενημερωμένους όπου το ποσοστό ήταν 22%. Επίσης αυτοί που έκαναν άρνηση είχαν όλοι στοιχειώδη εκπαίδευση. (Γιδοπούλου 1991, σελ. 147).

Στο εξωτερικό εδώ και αρκετά χρόνια δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση. Σύμφωνα με τον Wulliemier (1990) αναφέρεται ότι αρκετές εργασίες έδειξαν: α) πάνω από το 80% των αρρώστων επιθυμούν να πληροφορηθούν για το μέλλον τους. β) κάτω από το 30% από τους ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς και 10% από τους Νοσοκομειακούς πιστεύουν ότι πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής. (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30).

Από στοιχεία του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών το 1974 που αναφέρθηκαν σε στρογγυλή τράπεζα, 27% των ερωτηθέντων αρρώστων απάντησαν θετικά και 70% αρνητικά, σχετικά με την ενημέρωσή τους, αν έπασχαν από καρκίνο. Στην Φινλανδία, χώρα με μακρά παράδοση ενημέρωσης του αρρώστου, 30% των καρκινοπαθών δεν γνωρίζουν τη φύση της αρρώστιας τους. Από το 70% των αρρώστων που γνωρίζουν μόνο το 30% το ζήτησαν από το γιατρό τους. Το υπόλοιπο ποσοστό το έμαθε τελείως αυθόρμητα. (Κορδιολής 1990, σελ.5).

Συμπεραίνουμε γενικά από όλες αυτές τις έρευνες που αναφέραμε ότι από την μια πλευρά οι επιστήμονες θεωρητικά υποστηρίζουν την ενημέρωση του αρρώστου στην πράξη όμως για αυτούς είναι αρκετά δύσκολο. Διαπιστώθηκε ότι από τους ασθενείς οι περισσότεροι προτιμούν την αμάθεια σαν να θέλουν να αυτοπροστατευτούν από τις ψυχολογικές συνέπειες της γνώσης της.

Παρόλα αυτά όλοι αντιμετωπίζουν με αισιοδοξία το μέλλον αφού πιστεύουν ότι το σημαντικό στην όλη υπόθεση είναι η εκπαίδευση τόσο του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και των ατόμων που ασχολούνται με το ψυχολογικό κομμάτι. Σημαντικό κομμάτι για όλους είναι η ενημέρωση του ευρύ κοινού για την ασθένεια, τον καρκίνο. Έτσι ώστε να μάθουν οι περισσότεροι ότι αυτή η ασθένεια μπορεί πλέον να θεραπευτεί αν γίνει πρόωρα η πρόληψή της. Σκοπός τους είναι να αποβάλλουν από τον κόσμο την ιδέα ότι η ασθένεια μεταδίδεται ή είναι αθεράπευτη.

Συμπέρασμα γενικό η προώθηση της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης για την καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας.

### Πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής

#### για την αρρώστειά του:

Αλήθεια, διαφάνεια, λέξεις που αγγίζουν την ηθικότητα του κάθε ανθρώπου, λέξεις που αποτελούν το προσώπιο για ένα άτομο που θέλει να θεωρείται δίκαιο, έντιμο άτομο της κοινωνίας. Λέξεις που πολλές φορές έχουν υμνηθεί από ποιητές, φιλοσόφους, συγγραφείς. Τι

γίνεται όμως όταν η αλήθεια έρχεται σε σύγκρουση με τα συναισθήματά μας; Όταν χρησιμοποιώντας την αλήθεια είναι σαν να χρησιμοποιούμε ένα μαχαίρι για να κόψουμε το νήμα της ζωής κάποιου ανθρώπου;

Σε περιπτώσεις καρκινοπαθών οι περισσότεροι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και οι συγγενείς πιστεύουν ότι λέγοντας την αλήθεια σ' έναν καρκινοπαθή του δημιουργούν περισσότερα προβλήματα από ότι έχει και τον σκοτώνουν. Ας ξεκινήσουμε το θέμα της αλήθειας και της ενημέρωσης των καρκινοπαθών από την ιατρική πλευρά.

Η ιατρική προτιμάει να αποφεύγει τις φιλοσοφικές θεωρίες περί υγείας. Παρουσιάζεται σαν μια υποτιθέμενη αντικειμενική επιστήμη που δεν ασχολείται με ηθικές κρίσεις και απόψεις. Ο Τζωρτζ Ινγκελς (1990) αναφέρει "η ιατρική επιστήμη εξακολουθεί να βασίζεται στην αντίληψη του σώματος σαν μηχανή, στην αντίληψη της αρρώστειας σαν βλάβη της μηχανής - και στην αντίληψη ότι το καθήκον του γιατρού είναι να επιδιορθώνει χαλασμένες μηχανές". (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30 σελ. 13).

Φαίνεται φανερά ότι είναι δύσκολο να κατανοήσουν τις ψυχολογικές αποχρώσεις της αρρώστειας. Ευτυχές είναι το γεγονός ότι τώρα τελευταία εισέρχεται στις σχολές της Ιατρικής, η θεωρία περί των ψυχολογικών αντιδράσεων των ασθενών. Θα χρειαστεί όμως αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι να εμπεδωθεί και να βρεθεί βαθιά μέσα μας.

Χωρίς να υπάρχουν οι γνώσεις με τις οποίες κατανοούμε την προσωπικότητα του ασθενούς είναι δύσκολο να ξέρουμε να τον αντιμετωπίσουμε. Για το λόγο αυτό οι περισσότεροι γιατροί αποφεύγουν να έρθουν πρόσωπο με πρόσωπο με τον ασθενή και να του πουν την αλήθεια. Δεν γνωρίζουν πως θα αντιμετωπίσουν τις αντιδράσεις του αλλά και παράλληλα σαν μηχανισμό άμυνας δικό τους αναφέρουν ότι μη γνωρίζοντας την αλήθεια αποφεύγεται το άγχος και ο φόβος και δημιουργείται καλύτερη ψυχική διάθεση. Δεν γνωρίζουν όμως ότι ο ασθενής ακόμα και όταν δεν του έχεις αναφέρει την αλήθεια, ο φόβος, το άγχος, η αγωνία υπάρχει πιο έντονη αφού περνάει μια ολόκληρη ταλαιπωρία.

Νομοθετικά ο γιατρός είναι υποχρεωμένος σεβόμενος την προσωπικότητα του ανθρώπου



(ασθενή), πριν επιχειρήσει οποιαδήποτε επέμβαση να πληροφορήσει τον ασθενή για την πορεία της νόσου του για την έκταση των ιατρικών μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για τους κινδύνους και τις εναλλακτικές λύσεις. Η ίδια η νομοθεσία επιτρέπει στον γιατρό να μην πει την αλήθεια, όταν κρίνει ο ίδιος ότι για κάποιους σοβαρούς λόγους ο ασθενής δεν πρέπει να μάθει τίποτα. Ακόμα σε κείμενο ψηφίσματος για τον Ευρωπαϊκό Χάρτη των Δικαιωμάτων των ασθενών σε ειδικό άρθρο αναφέρεται λεπτομερώς το δικαίωμα για πλήρη πληροφόρηση. (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 36).

Συμπερασματικά φαίνεται η αντίφαση που υπάρχει μεταξύ του τι υποχρεούται και τι επιτρέπεται. Ποιος είναι εκείνος όμως που θα αποφασίσει τι είναι κίνδυνος για τον καρκινοπαθή. Κίνδυνος είναι μήπως ο καρκινοπαθής, μαθαίνοντας την αλήθεια φτάσει μέχρι το θάνατο ή κίνδυνος είναι το ότι μη γνωρίζοντας την αλήθεια δεν μπορεί να καθορίσει την ποιότητα ζωής του. Και ποιος έχει το δικαίωμα να του στερήσει να καθορίσει τη ζωή του όπως αυτός προτιμάει.

Τι πιστεύουν πάνω σ' αυτό το θέμα οι ειδικοί που ασχολούνται με την ψυχολογία του ανθρώπου και μιλάμε βέβαια για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, ψυχολόγους και ψυχιάτρους.

Σύμφωνα με την Γιδοπούλου (1991) αναφέρεται ότι από την 30χρονη πείρα της με τους ασθενείς έχει έρθει πολλές φορές στο ηθικό ερώτημα αν πρέπει ο ασθενής να μάθει την αλήθεια. Ποιός έχει το δικαίωμα να τους στερήσει την ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τους φόβους και τις αγωνίες τους, αφού όλα τα παραπάνω υπάρχουν μέσα τους. Το κυρίως πρόβλημα όπως η ίδια η Γιδοπούλου αναφέρει είναι ότι δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Η συνοχή όλων αυτών και η χάραξη μιας κοινής πολιτικής στον τομέα του καρκίνου μπορεί να φέρει καλύτερα αποτελέσματα στο χώρο αυτό. Βέβαια αυτό προϋποθέτει, όπως και άλλοι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν τονίσει, στην εκπαίδευση από την οποία θα τους δίνεται η δυνατότητα για παραπέρα εξέλιξη. (Γιδοπούλου 1991, σελ. 150).

Κοινωνικοί Λειτουργοί αυτή τη στιγμή αναλαμβάνουν το βαρύ φορτίο βασιζόμενοι στις προ-

σωπικές τους αναζητήσεις και από προσωπικό τους ενδιαφέρον. Διότι το να έρθεις σε επαφή με έναν άρρωστο που αντιμετωπίζει αυτή την ασθένεια χρειάζεται να έχεις θάρρος, υπομονή αλλά και να μπορείς να αντιμετωπίσεις τις άμυνες του καρκινοπαθούς. Παράλληλα αυτό που πιστεύουν Κοινωνικοί Λειτουργοί που έχουν ασχοληθεί με τον ογκολογικό τομέα της επιστήμης, αλλά και αρκετοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι είναι το γεγονός ότι θα πρέπει να οργανωθεί το σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με την Γρηγοροπούλου και Ψιμούλη (1990) αναφέρεται ότι "αποφασίζουν να μην μάθει την αλήθεια ο καρκινοπαθής διότι η πληροφόρηση του αρρώστου προϋποθέτει αυτοοργάνωση γιατρού, νοσηλευτού, κοινωνικού λειτουργού, ψυχολόγου ενώ στο σημερινό σύστημα υγείας δεν υπάρχει κάτι παρόμοιο. Ο γιατρός είναι αυτός που αναλαμβάνει την ευθύνη και προσπαθεί να διατηρήσει μια θέση ανώτερη από τον άρρωστο". (Μάχη και Ελπίδα 1990, Τεύχος 30, σελ. 15).

Συμπερασματικά από τα παραπάνω εντοπίζουμε την πρόταση ότι η αλήθεια πρέπει να λέγεται αλλά μόνο εφόσον υπάρχει οργάνωση του συστήματος και συνεργασία μεταξύ των διάφορων ειδικοτήτων. Μία άλλη θέση που υποστηρίζεται είναι η εξατομίκευση της κάθε περίπτωσης, που προϋποθέτει τη σωστή οργάνωση και εκπαίδευση των ειδικοτήτων.

Σε μία έρευνα που έγινε από τους Ιακωβίδη ψυχίατρο, Καρκανιά ψυχίατρο και Σκούρκα Κοινωνική Λειτουργό (1990) αναφέρονται τα εξής συμπεράσματα: α) Ο φόβος ότι οι καρκινοπαθείς έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών δνευσταθεί, β) οι άρρωστοι που ενημερώθηκαν αποδέχτηκαν ευκολότερα δύσκολες και πολυδάπανες θεραπείες και γ) οι ενημερωμένοι ασθενείς πραγματοποίησαν αρκετές επιθυμίες ζωής που δεν είχαν εκπληρώσει μέχρι τότε. (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 18.).

Σε άλλη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ για τη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην ιατρική φάνηκε ότι στα 2/3 ο γιατρός γίνεται εκπρόσωπος της επιθυμίας της οικογένειας του ασθενούς. (Λεσάν 1981). Σύμφωνα με την Kubler - Ross (1969) ο ασθενής δίνει μηνύματα στον ιατρό για το τι θέλει πραγματικά να μάθει και πότε. (KUBLER - ROSS 1969).

Τελειώνοντας με τις γνώμες των διαφόρων ειδικοτήτων που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς, θα αναφερθούμε σ' ένα άλλο μεγάλο κομμάτι που είναι σχετικό με τη γνώμη της θρησκείας. Θα ήταν σοβαρή παράλειψη αν αφήναμε τη θρησκεία χωρίς να γνωρίσουμε τη γνώμη της εφόσον ξέρουμε ότι παίρνει μέρος σε όλα τα σοβαρά θέματα που αφορούν την ελληνική κοινωνία.

Ο θάνατος σύμφωνα με την θρησκεία μας δεν αποτελεί το τελεσίδικο στοιχείο της ανθρώπινης ζωής. Παρ' όλα αυτά η ίδια η εκκλησία που φιλοσοφεί στα ανθρώπινα και θεολογεί πάνω στα θεανδρικά και θεανθρώπινα υμνογραφεί: "Θρηνώ και οδύρομαι όταν εννοήσω τον θάνατο". (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30 σελ. 23).

Ο ίδιος ο χριστιανός φοβάται την οδύνη της βαρειάς αρρώστειας που μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Σύμφωνα με τον Μουστάκη (1990) υπάρχουν άνθρωποι που αντέχουν την αλήθεια και άλλοι όχι. Αυτό που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη είναι η κατανόηση της κάθε προσωπικότητας με την οποία ερχόμαστε σε επαφή. Η θρησκεία δεν θεωρεί ανέντιμο το να μην πεις την αλήθεια σε κάποιον, εφόσον πιστεύει ότι μια ανώδυνη μορφή άγνοιας αποτελεί μια απαλή μορφή ευθανασίας. (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 24). Σύμφωνα με τον Καρπαθίου (1990) διάκονο και ψυχίατρο αναφέρεται ότι: "η αλήθεια για την αρρώστεια δεν συνίσταται στο να πληροφορηθεί ο ασθενής τη νόσο, αλλά στο να υποστηριχθεί ώστε όταν και εάν πληροφορηθεί ή υποπτευθεί να ελαχιστοποιηθεί το ψυχολογικό κόστος γι' αυτόν". (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 27).

Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι περισσότεροι δεν στέκονται στο γεγονός αν θα πρέπει να λέγεται η αλήθεια και αν στέκονται σε αυτό, το συμπέρασμα που διαμορφώνουμε είναι ότι θα πρέπει να γίνονται εξατομικευμένη προσπάθεια έτσι όπως είναι η ελληνική πραγματικότητα. Αυτό που οι περισσότεροι πιστεύουν είναι στην οργάνωση δηλαδή με ποιο τρόπο θα είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τον καρκινοπαθή. Διότι τα συναισθήματα υπάρχουν μέσα του. Πως λοιπόν θα βοηθηθεί ο ίδιος να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα και πως θα βοηθηθεί και η ίδια η οικογένεια.

Από προσωπική μου πείρα στο χώρο του Νοσοκομείου και συγκεκριμένα στο ογκολογικό ότμήμα μπορώ να εκφράσω και τη δική μου γνώμη. Κάθε φορά που επισκεπτόμουνα σπίτι καρκινοπαθή, διαισθανόμουνα κάποια ένταση στην ατμόσφαιρα. Τον ασθενή ποτέ οι συγγενείς δεν τον αφήνανε μόνο του μαζί μου και πάντα θέλανε αυτοί να διευθύνουν τη συζήτηση έτσι ώστε να είναι σίγουροι ότι δεν θα υποπτευθεί τίποτα ο άνθρωπός τους.

Παράλληλα ο ίδιος ο καρκινοπαθής προσπαθούσε από τη μία να προστατέψει τον εαυτό του και από την άλλη τους συγγενείς του. Όταν εξετάζαμε την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών διαπιστώναμε ότι όλοι συμπλήρωναν ότι αισθάνονται πολύ καλά ή ότι δεν είχε αλλάξει τίποτα στη ζωή τους παρόλο που από τις επισκέψεις μας φαινόταν το αντίθετο.

Αυτοί οι άνθρωποι δεν είχαν εκφράσει τα συναισθήματά τους ή αυτά που ένιωθαν, γιατί δεν γνώριζαν για τι πράγμα να μιλήσουν ή γιατί δεν ήξεραν το λόγο που αισθάνονται έτσι αφού όλοι τους καθησύχαζαν ότι δεν έχουν τίποτα το σοβαρό. Αλλά και εμείς που πηγαίναμε στο σπίτι τους ερχόμασταν σε πολύ δύσκολη θέση ενώ προσπασθούσαμε να δικαιολογήσουμε την παρουσία μας.

Δεν θα ξεχάσω την Κυρία που πήγα σπίτι της και κάποια στιγμή μου είπε: “μα αφού δεν έχω κάτι το σοβαρό γιατί έρχεστε σπίτι μου, δεν χρειάζομαι Κοινωνικούς Λειτουργούς”. Αναρωτιόντουσαν πολλές φορές γιατί σε αυτούς πηγαίνουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι επισκέπτριες υγείας και δεν πηγαίνουν σε άλλα σπίτια.

Ενα άλλο παράδειγμα είναι η Κυρία “Χ” που μου είπε: “μακάρι να ήξερα και να μου έλεγαν την αλήθεια για την ασθένειά μου, τότε θα έκανα κάποια πράγματα στη ζωή μου που τα έχω ειλικρινά ανάγκη”. Όλα αυτά πολλές φορές με έκαναν να έρθω σε πολύ δύσκολη θέση αλλά και να καταλάβω ότι ουσιαστικά δεν μπορούσα να βοηθήσω αυτούς τους ανθρώπους, διότι δεν εξαρτιόταν μόνο από εμένα αλλά και από τους άλλους συνεργάτες μας.

Παράλληλα όμως αυτή η εμπειρία μου με έκανε να διαβάσω ακόμα περισσότερα για αυτούς τους ανθρώπους, αλλά συγχρόνως να αναρωτηθώ πολλές φορές για το αν θα πρέπει να τους λέμε την αλήθεια ή να παίζουμε κάθε φορά και μια καινούρια παράσταση. Συμπερα-

σματικά η αλήθεια θα ήταν προτιμότερο να λέγεται. Ποτέ δεν πρέπει να υποτιμήσουμε την νοημοσύνη των ασθενών μας, γιατί το μόνο που θα καταφέρουμε είναι να χάσουμε την εμπιστοσύνη τους.

Βαθεία μέσα τους γνωρίζουν την αλήθεια, βλέπουν την αγωνία στα μάτια όλων όταν ο γιατρός προσπαθεί να δικαιολογηθεί. Καταλαβαίνουν την αλλαγή των συγγενών τους όταν αυτοί γίνονται υπερπροστατευτικοί, γιατί αυτό δεν κρατάει λίγο χρονικό διάστημα, αλλά θα κρατήσει μέχρι ο άρρωστος να φτάσει στο τέλος.

Βέβαια σκοπός όλων θα πρέπει να είναι ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει η ενημέρωση, η εκπαίδευση των ειδικοτήτων που ασχολούνται με άτομα που αναγκάζονται να σηκώσουν τόσο βαρύ φορτίο. Για τους τρόπους όμως που θα πρέπει να γίνεται η ενημέρωση θα μιλήσουμε παρακάτω.

#### Ψυχικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών

##### από τη γνώση της αρρώστειας τους

Έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών επηρεάζουν ακόμη και την καθαρά βιολογική πλευρά της πορεία της νόσου τους. Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος που αρκετοί τον εκφράζουν σαν επιχείρημα για να στηρίξουν την πρόταση ότι ο καρκινοπαθής δεν πρέπει να μαθαίνει την αλήθεια για την ασθένειά του. Παράλληλα όμως η αντίθετη πλευρά πιστεύει ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν τους έχει ανακοινωθεί.

Σύμφωνα με τους ΣΟΛΔΑΤΟ, ΣΑΚΚΑ και ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ (1986), "καλά μεθοδευμένες μελέτες σύγκρισης ομάδων καρκινοπαθών που διέφεραν μόνο ως προς την έκβαση της νόσου από πλευράς επιβίωσης και λειτουργικής επάρκειας έδειξαν ότι ασθενείς με δυσμενέστερη έκβαση εμφανίζουν: υψηλότερα επίπεδα άγχους, μειωμένη ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, συχνότερη τάση για άρνηση της νόσου τους, πιο παθητική γενικά στάση και πιο συ-

χνή καταθλιπτική αντίδραση". (ΣΟΛΔΑΤΟΣ, ΣΑΚΚΑΣ, ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ 1986, σελ. 41-42).

Τα μη λεκτικά μηνύματα του γιατρού, του νοσηλευτή, των συγγενών είναι τις περισσότερες φορές πολύ αποκαλυπτικά απέναντι στον καρκινοπαθή. Αλλά ακόμα και τα μηνύματα που λαμβάνει από τον ίδιο τον εαυτό του όπως το άγχος, η δυσφορία, ο περιορισμός της κινητικότητας αποτελούν αδιάψευστα τεκμήρια σοβαρής νόσου.

Σύμφωνα με την Γίδοπούλου (1991), οι ασθενείς φτάνουν να νιώθουν ότι θα πεθάνουν και δεν έχουν μοιραστεί μέχρι εκείνη τη στιγμή τα συναισθήματά τους με κανέναν. Αυτό συμβαίνει γιατί καθόλη τη διάρκεια της αρρώστειας τους είχαν υψώσει μεταξύ τους ένα τοίχος συναισθηματικής σιωπής. Και η κυρία Γίδοπούλου συνεχίζει δίνοντάς μας ένα τρανταχτό παράδειγμα για να συνειδητοποιήσουμε ότι το τοίχος που υψώνουν είναι δύσκολο να γκρεμιστεί. Σε μια προσπάθειά της να βοηθήσει μια κυρία να εκφάσει τα συναισθήματά της εκείνη της απάντησε: "Δεν βαριέσθε. Εχουν κάνει τόσα πολλά για να με πείσουν πως δεν πρόκειται να πεθάνω, που δεν θέλω να τους στενοχωρήσω και να τους το πω εγώ". (Γίδοπούλου 1991, σελ. 132).

Ο άρρωστος με καρκίνο, ο άρρωστος που φτάνει στο τελικό στάδιο της ασθένειάς του, αντιμετωπίζεται μ' έναν διαφορετικό τρόπο. Οι περισσότεροι προσπαθούν να προστατέψουν τον καρκινοπαθή πιστεύοντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα τον βοηθήσουν αποτελεσματικότερα.

Πολλοί ψυχολόγοι αναφέρουν ότι ο καρκινοπαθής από τη στιγμή που θα εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας εμφανίζει αμυντικούς μηχανισμούς.

Σύμφωνα με τους ΣΟΛΔΑΤΟ, ΣΑΚΚΑ και ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ (1986) οι κυριότεροι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί είναι η άρνηση, η απώθηση - καταπίεση, η υπεραναπλήρωση και η προβολή. Με το μηχανισμό της άρνησης ο ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τη νόσο και τις επιπτώσεις της. Συχνά ο ασθενής δεν ασχολείται με τη νόσο του, αδιαφορεί, όταν συμβαίνει αυτό υποσυνείδητα μιλάμε για το μηχανισμό της απώθησης, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά μιλάμε για το μηχανισμό της καταπίεσης. Με τον μηχανισμό της υπεραναπλήρωσης ο

ασθενής χάνει την εκτίμηση για τον εαυτό του, ενώ με τον μηχανισμό της προβολής στρέφεται προς τους άλλους και γίνεται επιθετικός, γκρινιάρης, εριστικός. (ΣΟΛΔΑΤΟΣ, ΣΑΚΚΑΣ, ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ, 1986).

Όσοι έχουν ασχοληθεί με τους καρκινοπαθείς και γενικότερα με ασθενείς τελικού σταδίου πιστεύουν ότι ο άρρωστος από την πρώτη στιγμή διαισθάνεται τη σοβαρότητα της ασθένειάς του και φυσικά όπως όλοι οι άνθρωποι αναπτύσσει άμυνες. Από εδώ φαίνεται η συλλογική ευθύνη των επαγγελματιών. Αν υπάρχει συνεργασία ξεκινούν έναν αγώνα να βοηθήσουν τον ασθενή ο καθένας από τη δική του πλευρά να κατανοήσει το πρόβλημά του και τα συναισθήματά του. Διαφορετικά ο καθένας διαδραματίζει ένα δικό του ψεύτικο ρόλο όπου η μόνη προσπάθεια είναι να μην μάθει ο άρρωστος την αλήθεια.

Μια γενικότερη εικόνα της προσωπικότητας των καρκινοπαθών μας δίνει ο ΛΕΣΑΝ (1981) όπου αναφέρει, ότι όλοι οι καρκινοπαθείς έχουν μια προσωπικότητα έντονης έλλειψης εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Αφού τους παρακολούθησε για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και ακολουθώντας ένα ειδικό πρόγραμμα ψυχοθεραπείας, συνειδητοποίησε ότι όσο περισσότερο βοηθούσε τους καρκινοπαθείς, τόσο περισσότερο η κατάσταση από συναισθηματικής πλευράς πήγαινε προς το καλύτερο με αποτέλεσμα ο καρκινοπαθής να βοηθείται και βιολογικά. Βασική προϋπόθεση για τον Λεσάν ήταν ο άρρωστος να γνωρίζει την ασθένειά του. (ΛΕΣΑΝ 1981).

Παράλληλα ο ΛΕΣΑΝ (1981) υποστηρίζει ότι "ο ασθενής τελευταίου σταδίου ανοίγει ένα δρόμο για να τον βοηθήσουμε. Κι αυτό γιατί από την πλευρά του υπάρχει μεγαλύτερη διάθεση να δεχθεί τις δυνατότητες της ψυχοθεραπείας. Εφόσον έχουν ακούσει ότι ο θάνατος, βρίσκεται κοντά, οι ασθενείς αυτοί έχουν λιγότερα επιχειρήματα για να επιμείνουν στην απόκρυψη του αληθινού εαυτού τους". (ΛΕΣΑΝ 1981, σελ. 149).

Συμπερασματικά ο καρκινοπαθής από την πρώτη στιγμή αισθάνεται τη σοβαρότητα της αρρώστειάς του και βέβαια πολύ φυσιολογικά αναπτύσσει τις άμυνές του. Κύριο μέλημα των επαγγελματιών που ασχολούνται είναι η ετοιμότητα από επαγγελματική και από ανθρώπινης

πλευράς να βοηθήσουν τον άρρωστο: α) να μειώσει τις άμυνές του, β) να του δοθεί το δικαίωμα να μάθει την αλήθεια, γ) να κατανοήσει τα συναισθήματά του και δ) να σκιαγραφήσει την υπόλοιπη ζωή του όπως ο ίδιος επιθυμεί.

### Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος

#### Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα

Μέχρι τώρα έγινε εξέταση για το αν ο καρκινοπαθής θέλει να ενημερώνεται, αναφερθήκαμε στις απόψεις πολλών επιστημόνων που έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα. Είδαμε τις ψυχικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών και την πολύπλοκη ψυχολογία τους από την στιγμή που θα πάρουν μέρος σ' αυτό το παιχνίδι, το παιχνίδι με το θάνατο όπως πολλοί υποστηρίζουν.

Πολλές φορές προβληματίσε αρκετούς με ποιο τρόπο είναι προτιμότερο να οδηγείται ο άρρωστος στη συνειδητοποίηση της αρρώστειάς του, ώστε να έχει τις ηπιότερες ψυχικές αντιδράσεις. Ο γιατρός ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΡΗΓΑΤΟΣ (1990) αναφέρει απόψεις που έχουν έως τώρα εκφραστεί. Οι απόψεις αυτές είναι τρεις: Αποψη πρώτη "ο άρρωστος δεν πρέπει να ενημερώνεται για τον καρκίνο του, αλλά αντίθετα πρέπει να καθησυχάζεται". Αποψη δεύτερη "ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται με ακρίβεια και λεπτομέρειες για την πάθηση, την θεραπεία του και την πρόγνωση της αρρώστειάς του. Αποψη τρίτη "όλοι πρέπει να μαθαίνουν ένα μέρος τουλάχιστον της αλήθειας, όσο μπορούν να σηκώσουν, όσο χρειάζεται για τη συνεργασία και συμμόρφωσή τους στους θεραπευτές. Ορισμένοι όμως από τους αρρώστους πρέπει να ενημερώνονται περισσότερο ή πλήρως, ανάλογα με την προσωπικότητα και την ψυχική τους δύναμη". (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30 σελ. 28).

Σύμφωνα επίσης με τον ΔΟΣΙΟ (1986) αναφέρονται ακόμα τρεις τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι τρεις αυτοί τρόποι είναι σχετικοί με τους προαναφερόμενους. Πρώτος τρόπος: "σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η αρρώστεια του.



Κατά συνέπεια οι πληροφορίες που πρέπει να δίνονται στον άρρωστο σχετικά με τη διάγνωση της αρρώστιας, τη θεραπεία και την πρόγνωσή του, πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα".

Δεύτερος τρόπος: "όλοι οι καρκινοπαθείς, χωρίς καμία εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς την αρρώστια τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτήν. Τρίτος τρόπος: "η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την αρρώστια του, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε άρρωστο". (ΔΟΣΙΟΣ 1986, σελ. 22-23).

Οι απόψεις και οι τρόποι δεν διαφέρουν μεταξύ τους. Όλοι έχουν καταλήξει κάπου και φυσικά ο καθένας διαλέγει τον τρόπο εκείνον που τον ικανοποιεί περισσότερο και που τον αντιπροσωπεύει σαν επαγγελματία. Η κάθε άποψη θα πρέπει και να τεκμηριώνεται έτσι ώστε στις διάφορες συζητήσεις που γίνονται να λέγονται οι λόγοι που ο καθένας προτιμάει έναν από τους παραπάνω τρόπους.

Σε αυτό το σημείο θα κάνουμε αναφορά στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που ακούγονται για τον καθένα τρόπο χωριστά. Οσον αφορά τον πρώτο τρόπο αντιμετώπισης, πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι όταν ο άρρωστος δεν γνωρίζει τη σοβαρότητα της αρρώστιας του πιστεύει ή έχει την ελπίδα ότι σύντομα θα γίνει καλά.

Γνωρίζουμε ότι για τους Έλληνες ο καρκίνος έως σήμερα θεωρείται μια αρρώστια συνώνυμη με το θάνατο. Φτάνουν στο σημείο να μην λένε τη λέξη αλλά να χρησιμοποιούν λέξεις όπως "εξορκισμένος", "καταραμένος". Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν έχουν βοηθήσει και τόσο στην ενημέρωση του κοινού με σκοπό να καταλάβουν ότι η επιστήμη έχει εξελιχτεί για το θέμα του καρκίνου.

Η αναγγελία της διάγνωσης κινητοποιεί όλους τους μηχανισμούς άμυνας του ανθρώπου και του δημιουργεί αρκετά ψυχικά προβλήματα με συνέπεια το άτομο να πεθαίνει δυο φορές. Οι υποστηρικτές αυτής της γνώμης πιστεύουν ότι αν τους αποκρύψουν την αλήθεια τους δίνουν ελπίδα και αποτρέπονται οι πιο πάνω αντιδράσεις. Οι υποστηρικτές αυτού του τρό-

που πιστεύουν ότι οι Έλληνες σαν μεσογειακός λαός έχουν ευματάβολο συναισθηματικό κόσμο. Κατά συνέπεια δεν μπορούν να δεχτούν τόσο σκληρές διαγνώσεις.

Για τον γιατρό αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης θεωρείται ο καλύτερος. Ο γιατρός με αυτόν τον τρόπο δεν έρχεται σε δύσκολη θέση να αντιμετωπίσει τις εκρήξεις του αρρώστου. Με λίγα λόγια είναι σαν να αποφεύγει ο ίδιος να βοηθήσει τον ασθενή, εφόσον ο ίδιος αρνείται το πρόβλημα, όπως υποστηρίζουν αρκετοί ψυχαναλυτές.

Το πιο σημαντικό μειονέκτημα αυτού του τρόπου αντιμετώπισης αγγίζει την ηθική πλευρά. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι η απόκρυψη της αλήθειας συνεπάγεται ένα τεράστιο ηθικό πρόβλημα. (ΔΟΣΙΟΣ 1986).

Εδώ θίγονται τα δικαιώματα των ίδιων των ασθενών. Συνέπεια των παραπάνω, πως είναι δυνατόν ο ασθενής να ακολουθήσει την θεραπεία του γιατρού, που όσοι έχουν ασχοληθεί θα γνωρίζουν ότι είναι και μακροχρόνια αλλά και επώδυνη, και πως θα συνεργαστούν με τον γιατρό.

Ενα άλλο μειονέκτημα είναι ότι αφήνουμε τον άρρωστο μόνο του να λύσει τα ψυχικά του προβλήματα. Γιατί όπως έχουμε αναφέρει δεν πρέπει ποτέ να αμφισβητούμε τη νοημοσύνη του κάθε αρρώστου. Ο άρρωστος βλέπει όλα αυτά που γίνονται γύρω του, σίγουρα έχει ανησυχίες, υπόνοιες, φόβους άσχετα αν δεν τους εκφράζει, αυτό δεν σημαίνει όμως ότι δεν αισθάνεται την ανάγκη να τα πει. Παλιότερα έλεγαν ότι ούτε οι γονείς ούτε οι δάσκαλοι πρέπει να μιλούν στα παιδιά για την γενετήσια λειτουργία. Ελεγαν ότι τα παιδιά θα βρουν μόνο το δρόμο τους. Σήμερα έχουν αλλάξει γνώμη πάνω σ' αυτό το θέμα, γιατί να μην αλλάξουν τα πράγματα και στο θέμα των καρκινοπαθών.

Ενα άλλο μειονέκτημα είναι ο κλονισμός στη σχέση γιατρού - αρρώστου. Πάρα πολλές είναι οι περιπτώσεις που ο άρρωστος μαθαίνει τελικά την αλήθεια. Τι γίνεται τότε όταν αισθάνεται ότι όλοι του έπαιζαν ένα παιχνίδι και κυρίως ο γιατρός του που τον θεωρεί άτομο με κύρος και ήθος.

Για τους καρκινοπαθείς σε τελικό στάδιο καρκίνου η απόκρυψη της αλήθειας εγκυμονεί και

άλλους κινδύνους. Από ψυχαναλυτικής πλευράς δεν δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να καθορίσει όπως θα ήθελε αυτό τους τελευταίους μήνες της ζωής του. Χάνει τη δυνατότητα να τακτοποιήσει διάφορα κληρονομικά ή κοινωνικά ή οικονομικά ζητήματα. Αν οι άρρωστοι ήταν ενημερωμένοι για την πάθησή τους, στις πιο πολλές περιπτώσεις θα είχαν φροντίσει να τακτοποιήσουν εγκαίρως αυτές τις εκκρεμότητες.

Ακολουθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του δεύτερου τρόπου αντιμετώπισης. Υπάρχουν αρκετά επιχειρήματα υπέρ αυτής της άποψης τόσο θρησκευτικά όσο και ηθικά, νομικά και ιατρικά, τα οποία ιατρικά, θα μας απασχολήσουν περισσότερο.

Αρχικά η ενημέρωση του αρρώστου σημαίνει συνεργασία με τον γιατρό, τακτική συμμετοχή στην θεραπεία του. Ο άρρωστος αποφασίζει για αυτά που θα ήθελε να γίνουν στη ζωή του. Μπορεί έγκαιρα να επιλύσει τυχόν οικονομικά και κληρονομικά προβλήματα.

Μια ασθενής μου είχε πει, αναφέρει η ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ (1991), σε μια επίσκεψή μου σπίτι της: "αν ήξερα τι έχω και πόσο θα ζήσω θα προσπαθούσα να επισπεύσω το γάμο του γιου μου, για να τον τακτοποιήσω και αυτόν και μετά να φύγω ήσυχη". (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991, σελ. 147).

Ένα άλλο πλεονέκτημα είναι ότι η πλήρης και υπεύθυνη ενημέρωση κάθε καρκινοπαθούς για την αρρώστεια του συντελεί στην ορθή ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις κακοήθειες νόσους. Νομικά ο άρρωστος έχει δικαίωμα να ενημερώνεται για την πάθησή του και να αποφασίζει για το είδος της θεραπείας του. Επιπλέον και για λόγους ηθικής είμαστε υποχρεωμένοι να λέμε την αλήθεια στον άρρωστο.

Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με το εξής επιχειρήμα, ότι ο γιατρός έχει ταχθεί να υπηρετεί τον άρρωστο και όχι την αλήθεια. Αναφερόμαστε στα μειονεκτήματα αυτής της άποψης. Πολλοί πιστεύουν ότι υπάρχουν άρρωστοι που δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο. Έτσι μπορούν να φτάσουν μέχρι την αυτοκτονία. Για παράδειγμα αναφέρουν το καρκινοπαθές ζεύγος Καίσιερ που αυτοκτόνησε ο ένας στην αγκαλιά του άλλου.

Ένα άλλο παράδειγμα σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ (1990) είναι για τον διακεκριμένο γιατρό που χειρουργήθηκε για καρκίνο στον πνεύμονα. Η κατάσταση του ήταν τόσο προχωρημένη, ώστε οι χειρουργοί αναγκάστηκαν να τον ξανακλείσουν. Καθώς όμως ο χειρουργημένος είχε μισοξεναρκωθεί άκουσε τη δραματική συζήτηση των χειρουργών. Σε λίγα λεπτά τον ξεναρκωσαν και τον πήγαν στον τελευταίο όροφο του νοσοκομείου. Από εκεί ο άρρωστος γιατρός άνοιξε το παράθυρο και πήδηξε κάτω στο κενό. (Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 32).

Ερευνες που έχουν γίνει έρχονται σε αντίθεση με τα δύο προηγούμενα παραδείγματα και υποστηρίζουν ότι έχει διαπιστωθεί ότι είναι σπάνιες οι αυτοκτονίες καρκινοπαθών λόγω της ανάπτυξης ειδικών αμυντικών ψυχολογικών μηχανισμών. (KUBLER-ROSS 1981).

Συνεχίζοντας με τα μειονεκτήματα αυτού του τρόπου αντιμετώπισης θα αναφέρουμε ότι δεν υπάρχει οργάνωση στα Νοσοκομεία και συνεργασία μεταξύ γιατρών, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων. Ο γιατρός αναλαμβάνει μόνος του το βάρος της ψυχολογικής υποστήριξης του καρκινοπαθούς όταν του πει την αλήθεια. Πολλοί γιατροί δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για να κάνουν ψυχολογική υποστήριξη, με αποτέλεσμα αυτό να τους κάνει πιο δύσκολο το έργο.

Κάτι άλλο που δεν πρέπει να λησμονούμε είναι ότι όπως ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να μαθαίνει την αλήθεια, υπάρχει και το δικαίωμα του αρρώστου να μη θέλει να μάθει την αρρώστεια του.

Ο τρίτος τρόπος αντιμετώπισης διακρίνεται για τα εξής πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Όπως θα φανεί παρακάτω η άποψη αυτή προσπαθεί να συμβιβάσει τους δύο άλλους τρόπους. Εδώ λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ο ψυχισμός του ανθρώπου. Αποφεύγεται να λέγεται πλήρως η αλήθεια στους αρρώστους που δεν είναι σε θέση να την μάθουν. Ενώ εκείνοι που επιθυμούν να μάθουν την αλήθεια, σύμφωνα βέβαια με τη γνώμη των ειδικών, ενημερώνονται υπεύθυνα από τον γιατρό τους και έχουν όλα τα πλεονεκτήματα που αναλύσαμε στο δεύτερο τρόπο αντιμετώπισης.

Το μειονέκτημα είναι ότι ο γιατρός πρέπει να είναι τόσο καλά καταρτισμένος με θέματα

που αφορούν την ψυχοσύνθεση του ατόμου, ώστε να μπορεί να κρίνει σε ποιους να λέει την αλήθεια. Το φορτίο επομένως του γιατρού γίνεται πολύ βαρύ για το λόγο ότι του είναι αδύνατο να κάνει τον κοινωνικό λειτουργό ή τον ψυχολόγο. Πολλές φορές μπορεί να κάνει κάποιο λάθος που ίσως να είναι μοιραίο για τον άρρωστο που δεν θα μπορέσει να το χειριστεί μόνος του.

Συμπερασματικά αυτοί ήταν οι κυριότεροι τρόποι αντιμετώπισης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες.

**Συμπεράσματα σχετικά με τον τρόπο**  
**αντιμετώπισης των καρκινοπαθών**  
**τελικού σταδίου**

Φτάνοντας σε αυτό το σημείο έχουμε μια πλήρη εικόνα πάνω στο θέμα της ενημέρωσης των καρκινοπαθών. Μέσα από αυτή την εικόνα θα προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε μερικά συμπεράσματα που θα ολοκληρώνουν τη δεύτερη ενότητα της μελέτης μας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι είναι τελείως ανορθόδοξο να λέμε ψέματα στον άρρωστο σχετικά με την ασθένειά του. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής χάνει την εμπιστοσύνη του προς το πρόσωπο του γιατρού. Κυρίως ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να κρύβει την αλήθεια όταν ο άρρωστος βρίσκεται στο τελικό στάδιο. Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου πρέπει να μαθαίνει την αλήθεια για το λόγο ότι έχει το δικαίωμα να καθορίσει τη ζωή του, αυτή που του μένει, όπως επιθυμεί. Είναι αδύνατο ο ασθενής τελικού σταδίου να μην έχει αντιληφθεί την κρίση που περνάει σαν άνθρωπος. Ο κάθε άνθρωπος το διαισθάνεται όταν έρθει η ώρα του θανάτου του.

Ο γιατρός αυτά που πρέπει να προσέχει είναι κυρίως ο τρόπος επαφής του με τους καρκινοπαθείς. Ποτέ δεν θα πρέπει να απογοητεύσει τους ασθενείς του, αλλά παράλληλα να μην διαψεύει την πραγματικότητα. Ο γιατρός είναι αυτός που θα σταθεί δίπλα στις πιο δύ-

σκολες στιγμές του καρκινοπαθούς και ας μην ξεχνάμε ότι οι ασθενείς εμπιστεύονται τον γιατρό τους. Αν υπάρχει ενημέρωση από την πλευρά του γιατρού προς τον ασθενή τότε μαζί θα αντιμετωπίσουν καλύτερα την πορεία της ασθένειας αλλά και ο ασθενής θα ακολουθεί σωστά την θεραπεία του. Ο γιατρός θα είναι αυτός που θα πρέπει να απαιτήσει να έχει μαζί του και άλλους συνεργάτες που θα αντιμετωπίζουν το ψυχολογικό κομμάτι αυτής της θεραπείας.

Ο ασθενής και κυρίως ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου έχει ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη. Έχει ανάγκη για το λόγο ότι με το άκουσμα της ασθένειάς του αναπτύσσει αρκετές άμυνες και χρειάζεται από κάποιον ειδικό βοήθεια για να τις αντιμετωπίσει.

Σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ (1990) η ωρίμανση πάνω στο θέμα της ενημέρωσης του καρκίνου έχει αρχίσει και εξελίσσεται. Αρκετός κόσμος δεν αντιμετωπίζει τον καρκίνο σαν κάτι το αθεράπευτο. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η κάθε περίπτωση να εξατομικεύεται. Αυτό δεν μπορεί να γίνει όμως μόνο από την πλευρά του γιατρού. Θα πρέπει σε όλα τα νοσοκομεία που ασχολούνται με καρκινοπαθείς να υπάρχει η διεπιστημονική ομάδα που θα αποτελείται από τον γιατρό, τον νοσηλεύτη, τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο. (ΡΗΓΑΤΟΣ 1990).

Όλοι μαζί θα πρέπει να συνεργάζονται και να βρίσκουν με ποιο τρόπο, για τον κάθε ασθενή χωριστά, θα τον βοηθήσουν να ξεπεράσει όσο πιο ανώδυνα γίνεται το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Έτσι ο ασθενής δεν αισθάνεται μόνος του αλλά βλέπει ότι μια σειρά επιστημόνων ασχολούνται μαζί του. Αυτό θα του παρέχει κουράγιο και ελπίδα.

Η ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ (1991) πιστεύει ότι η ομάδα αυτή μπορεί να ασχοληθεί και με την οικογένεια του ασθενούς. Η οικογένεια γνωρίζουμε ότι από πολύ νωρίς θέλει να πάρει το ρόλο του προστάτη και να καθορίζει η ίδια ποιο είναι το καλό του ασθενούς τους κυρίως όταν αυτός βρίσκεται στο τελικό στάδιο. Εκεί είναι που πάρα πολλά πράγματα μπορεί να δημιουργήσουν αντιφάσεις σχετικά με αυτά που θα του λένε και σε αυτά που θα του δείχνουνε. (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991).

Όλα τα παραπάνω μέσα από μια ειδική εκπαίδευση που πρέπει να γίνεται τόσο από την πλευρά των γιατρών όσο των κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων γιατί ας μην ξεχνάμε ότι κάθε περίπτωση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να γίνουν με κάποιο ρυθμό ώστε μερικά πράγματα να αρχίσουν να εδραιώνονται σε όλα τα νοσοκομεία και να αποτελέσουν την αρχή για την καλύτερη αντιμετώπιση της τύχης των καρκινοπαθών.

### Ψυχοσωματική παράδοση στον καρκίνο

#### από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας

Η ψυχοσωματική αντίληψη στον καρκίνο φτάνει πίσω στα βάθη των αιώνων. Εκεί παρατηρούμε τη γένεση του καρκίνου μέσα από ένα διαφορετικό πρίσμα. Εκεί ο καρκίνος εμφανίζεται μέσα από την ψυχή του ανθρώπου, μέσα από τα βάσανα και τις στενάχωρες καταστάσεις που η μοίρα τους επιφυλάσσει.

Σύμφωνα με τον ΚΟΥΖΗ 1902, τόσο η ρωμαϊκή όσο και η αραβική ιατρική διατηρούν τις αντιλήψεις του Ιπποκράτη. Ο μεγάλος πέρσης γιατρός Αβικένας (980-1037) συνεχίζοντας την παράδοση αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στη μελαγχολία. Το ίδιο πιστεύει και ο Μιχαήλ Ψελλός (1018- 1078) αλλά και οι βυζαντινοί γιατροί. Η μεγάλη αρχαιοελληνική παράδοση, κάτω από το βάρος της, διατηρεί βαθειά ριζωμένες αυτές τις αντιλήψεις. (ΚΟΥΖΗΣ 1902).

Ο ιστορικός συγγραφέας Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.Χ.) γράφοντας για την Ιουλία, μητέρα του Ταράντου, μας διασώζει την πληροφορία ότι η γυναίκα αυτή μαθαίνοντας το θάνατο του γιου της κτυπά το στήθος της και ο καρκίνος που για καιρό "ησύχαζε" εκεί, ερεθίστηκε και εξελίχτηκε.: "Η δε Ιουλία η του Ταράντου μήτηρ έτυχε μεν εν τη Αντιοχεία ούσα... και επει τα εν τη Ρώμη περί του υιέος αυτής λεχθέντα ήκουσον, ουκέτι εφιλοψύχησεν, αλλ' ήδη τρόπον τινά και υπό του καρκίνου, ον εν των μαστώ εκ πάνω πολλού χρόνου ησυχάζοντά πως έχουσα τότε ηρέθισεν εκ της πληγής..." (RERUM ROMANORUM 1894, τομ. 11, σελ. 432).

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής το θέμα μπαίνει και πάλι στις αρχές του 18ου αι., από τον Γάλλο γιατρό Gendron, και στα μέσα του ίδιου αιώνα από τον άγγλο Sier Richard Guy (1759). Ο Gerdon, καθηγητής στο Montpellier, εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος. (ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ 1983).

Κατά τον GUY 1759, στη μονογραφία του "επί των σκίρρων όγκων και καρκίνων", που εκδόθηκε στο Λονδίνο περιγράφει δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στεναχώρια: στη μία γυναίκα εξαιτίας του θανάτου του παιδιού της και στην άλλη εξαιτίας φυλάκισής της. Ο ίδιος παρατηρεί πως οι όγκοι αυτοί είναι συχνότεροι σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά ενοχλήματα και κύρια στις μελαγχολικές. Ανάλογες αντιλήψεις εκφράζει αργότερα και ο Loennec (1781-1826), ο εφευρετής του στηθοσκοπίου. (GUY R. 1759).

Στα μέσα και στα τέλη του 19ου αιώνα μια πλειάδα γνωστών γιατρών εκφράζει τις ίδιες περίπου αντιλήψεις. Σύμφωνα με τον AMUSSAT 1854, εκφράζεται η άποψη του παθογενετικού ρόλου των συγκινήσεων στην μονογραφία του για την θεραπευτική του καρκίνου. Ο διακεκριμένος για την εποχή του Dr. WILLIARD PARKER 1885, ενοχοποιεί την θλίψη μετά την μελέτη 397 περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. (AMUSSAT 1854) (PARKER 1885).

Ο αμερικανός CUTTER 1887, σε άρθρο του για τη διαίτα στον καρκίνο γράφει πως η κατάθλιψη είναι πολύ κοινό στοιχείο σε περιπτώσεις καρκίνου, για να μπορέσει κάποιος να το αγνοήσει. Στην Αγγλία ο γνωστός και για άλλους λόγους PAGET 1870, περιλαμβάνει τις αντιλήψεις αυτές στο σύγγραμμά της χειρουργικής παθολογίας. Ο ίδιος γράφει πως η ματαίωση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλασματος. (CUTTER 1887), (PAGET 1870).

Προς τα τέλη του 19ου αιώνα ο SNOW, Άγγλος γιατρός, διαπίστωσε ότι από 250 ασθενείς με καρκίνο οι 156 είχαν σημαντικά επηρεασθεί από το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας, 32 αντιμετώπιζαν σημαντικές επαγγελματικές δυσκολίες και μόνο 19 δεν ανέφεραν



ψυχολογικούς ή κοινωνικούς συντελεστές στην αρρώστεια τους. (SNOW 1893):

Γενικά οι εργασίες διαφόρων ερευνητών του 18ου και του 19ου αιώνα, όπως τις συνοψίζουν οι GOLDFARB, DRIESEN και COLE 1967, αναφέρουν ότι οι ψυχοτραυματισμοί που περισσότερο σχετίζονται με τον καρκίνο είναι: α) η απώλεια (θάνατος ή χωρισμός) αγαπημένου προσώπου, όπως οι γονείς, τα παιδιά και οι σύζυγοι, β) η ματαίωση γεγονότων σημαντικών και γ) κοινό χαρακτηριστικό είναι η τάση για απογοήτευση και η απελπισία σε κάθε απώλεια ή ματαίωση. (GOLDFARB, DRIESEN, COLE 1967, σελ. 123).

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα, ότι από την αρχαιότητα έως σήμερα όλοι οι ερευνητές δεν παρέμειναν στον καρκίνο σαν εξέλιξη μόνο βιολογική, αλλά μέσα από πολλές έρευνες διαπίστωσαν ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα διαφόρων συγκινησιακών καταστάσεων για αρκετούς ανθρώπους. Συνοπτικά συμπεραίνουμε την αυξημένη επίπτωση καρκίνου σε άτομα με έντονο συγκινησιακό ερέθισμα, την ιδιαίτερη συχνή επίπτωση σε άτομα με κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και την επίδραση ψυχολογικών συντελεστών στην εξέλιξη της νόσου.

### Ψυχολογικά χαρακτηριστικά

#### καρκινοπαθών τελικού σταδίου

Η αντίληψη ότι στην προσωπικότητα του καρκινοπαθούς υπάρχουν ειδικά χαρακτηριστικά ξεκινάει ακόμα από τα χρόνια του Γαληνού. Στα 1951 οι TARLOU και SMALHEISER σύγκριναν γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού με γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με βάση ψυχιατρικά - ψυχοδυναμικά δεδομένα διαπίστωσαν ότι οι πρώτες εμφάνιζαν τις βασικές ψυχοσυγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο, ενώ οι δεύτερες κατά το γεννητικό.

Μία φιλανδική ομάδα ερευνητών σύμφωνα με τον ACHTE 1970, αναφέρουν τη συχνή ύπαρξη ψυχικής απομόνωσης και τη σταθερή τάση για αυτοκαταστροφή στα άτομα που πρό-

κειται να προσβληθούν από καρκίνο (ACHTE 1970).

Αργότερα το στοιχείο αυτό επιβεβαιώνεται και από ελληνική εργασία. Σε ανάλυση της ψυχολογίας του καρκινοπαθούς, όπως αυτή καταγράφεται στα λογοτεχνικά κείμενα του γνωστού πεζογράφου Μάριου Χάκκα, επισημαίνεται συχνά η αυτοκαταστροφική αυτή διάθεση (ΡΗΓΑΤΟΣ 1981).

Αρκετές μελέτες κινούνται σε ανάλογα πλαίσια, μέχρι πρόσφατα. Σύμφωνα με το BECKER 1978, σε μία σύγκριση γυναικών με καρκίνο του μαστού, κάτω των 50 ετών με άλλες πάνω από 50 ετών επιβέβαιωσε για τις νεότερες άρρωστες μία τυπική απόρριψη του γυναικείου ρόλου. Αναφέρονται σε αυτές περισσότερα προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή, ενώ μόνο 12% από τις νεότερες άρρωστες εκφράζει μία σταθερά θετική στάση προς την κατεύθυνση αυτή. Οι νεότερες άρρωστες ανέφεραν ακόμα σε πιο ευρεία έκταση από τις μεγαλύτερες, προβλήματα στον τοκετό και κατά τον θηλασμό. Συνεχίζοντας να αναλύει ο Becker ψυχοδυναμικά τα ευρήματά του, διατύπωσε την υπόθεση της ύπαρξης στις άρρωστες αυτές μιας ειδικής κατάστασης που την ονόμασε "σύμπλεγμα της Αμαζόνος" (Amazon complex) παραλληλίζοντας τις γυναίκες αυτές προς τον τυπικά απορριπτικό του γυναικείου ρόλου μυθικό λαό των Αμαζόνων (BECKER 1978).

Ο KERR και οι συνεργάτες του 1969, παρακολούθησαν 128 αρρώστους 4 χρόνια μετά την έξοδό τους από το ψυχιατρείο, όπου νοσηλεύτηκαν για σύνδρομο άγχους και κατάθλιψης. Από τους 128 καταθλιπτικούς, πέντε άνδρες, πάνω από τη μέση ηλικία (47-82 ετών) πέθαναν από καρκίνο διαφόρων οργάνων. Συγκρίνοντας οι συγγραφείς την αναλογία αυτή προς την αναλογία θανάτων από καρκίνο σε εθνικό επίπεδο βρήκαν ότι υπήρχε μεταξύ τους διαφορά στατιστικά σημαντική. Ενδιαφέροντα είναι και μερικά γενικότερα χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται στη προσωπικότητα και τη συμπεριφορά καρκινοπαθών. Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές οι καρκινοπαθείς περιγράφονται ως άτομα με πολλές αναστολές, έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συμβατικοί και καθηλωμένοι στους τύπους, ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες. (BAHNSON 1976 - 1969, BALTRUSCH

1969 - 1978, BOOTH 1964, KISSEN 1969, LE SHAN 1966 - 1977).

Σύμφωνα με τον ΡΩΤΑ 1982, υπάρχει ένα πολύ συχνό στοιχείο στην προσωπικότητα των καρκινοπαθών, είναι η τάση για άρνηση και καταπίεση μη επιτρεπτών αισθημάτων, αναστολή στην έκφραση των αισθημάτων, προφανής αδυναμία να εκφράσουν την ένταση, το θυμό ή το άγχος τους, και όλα αυτά πίσω από μία πρόσοψη ηρεμίας και ευχαρίστησης. Στα άτομα αυτά, συνεχίζει ο Ρώτας, έχει παρατηρηθεί αυξημένο ενδιαφέρον για τους άλλους και τα πράγματα που συμβαίνουν γύρω τους, παρά γι' αυτά που συμβαίνουν μέσα τους (ΡΩΤΑΣ 1982).

Σημαντικό είναι το έργο του Le Shan, ο οποίος για αρκετά χρόνια ασχολήθηκε αποκλειστικά με την ψυχολογία των καρκινοπαθών φέρνοντας στην επιφάνεια αξιόλογα στοιχεία. Στις εργασίες του LE SHAN 1969, περιγράφεται η ανικανότητα έκφρασης αισθημάτων εχθρότητας σε ποσοστό 47% μεταξύ των καρκινοπαθών έναντι 25% των μαρτύρων. Ο LE SHAN το 1977 μεταφέροντας την άποψη από βιβλίο του S. Silvermann της Ιατρικής Σχολής του Harvard, αναφέρει ότι ο θυμός, η λύπη ή η έντονη ανησυχία δεν βρίσκουν διέξοδο και τελικά επηρεάζουν το σώμα. Αν υπάρχει μία λανθάνουσα τάση να αναπτυχθεί ένας καρκίνος η αδυναμία να εκφράσουμε τα αισθήματα συγκίνησης θα χτυπήσει το σώμα σ' ένα ευάλωτο σημείο (LE SHAN 1969, 1977).

Αργότερα ο LE SHAN 1981 δίνει μέσα από την ψυχοθεραπεία μία πληρέστερη εικόνα για τον καρκινοπαθή. Αρχικά παρατηρεί μία έντονη τάση να μην αγαπούν τον εαυτό τους και μία έλλειψη εμπιστοσύνης σ' αυτόν. **Ο** περισσότεροι απ' αυτούς είχαν παραδεχτεί βασικά μία εικόνα του εαυτού τους όπως "ηλίθιος", "τεμπέλης", "καταστρεπτικός" κτλ. (LE SHAN 1981, σελ. 56-57).

Καθώς συνεχίζονταν οι συναντήσεις εντατικής θεραπείας ο Le Shan όλο και εμφάνιζε καινούργια στοιχεία, προσπαθώντας να απομονώσει τρία δευτερεύοντα συστατικά της απόγνωσης του καρκινοπαθή. Ο Le Shan 1981 αναφέρει "πρώτο, υπάρχει μία έλλειψη πίστης στο ότι εξωτερικά "αντικείμενα" μπορούν να δώσουν ικανοποίηση, δεύτερο δεν πιστεύει στην ε-

εξέλιξη. Ο ασθενής δεν έχει καμμία πίστη ότι ο χρόνος ή η δική τους εξέλιξη μπορούν ν' αλλάξουν τη βασική του κατάσταση στη ζωή, και τρίτο, δεν πιστεύει ότι οποιαδήποτε κίνηση κι αν κάνει θα μπορέσει να ελαφρύνει το αίσθημα της μοναξιάς. Εκείνο που απορρίπτει είναι ο εαυτός του, έτσι όπως είναι" (LE SHAN 1981, σελ. 60-61).

Ο Le Shan κατάφερε να ανακαλύψει και κάτι άλλο μέσα από τη μακρόχρονη ψυχοθεραπεία με τους καρκινοπαθείς. Μέσα από έρευνες που έκανε ανακάλυψε ότι ο βαθμός συγκινησιακής αποξένωσης ενός ανθρώπου από τη ζωή μπορεί να επηρεάσει τη σοβαρότητα και την εξάπλωση του ίδιου του καρκίνου.

Το βασικό συγκινησιακό σχήμα του καρκινοπαθή σύμφωνα με τον LE SHAN 1981 αποτελείται από τρία κύρια μέρη: "Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει μία παιδική ή εφηβική ηλικία σηματοδωμένη από αισθήματα μοναξιάς. Υπάρχει μία αίσθηση ότι οι έντοντες σχέσεις που έχουν κάποιο βαθύτερο νόημα, είναι επικίνδυνες και ότι προκαλούν πόνο και απόρριψη.

Το δεύτερο μέρος έχει για κέντρο την περίοδο κατά την οποία ο άνθρωπος ανακαλύπτει μία σχέση με βαθύτερο νόημα. Αυτό το γεγονός του επιτρέπει να χαρεί μία αίσθηση παραδοχής από τους άλλους και να βρει ένα νόημα στη ζωή του.

Και το τρίτο μέρος έρχεται στην επιφάνεια μετά την απώλεια της σημαντικής αυτής σχέσης, του σημαντικού τρόπου που είχε βρει για να έρχεται σε επαφή με τους ανθρώπους. Στην τρίτη αυτή φάση, εκείνο που επικρατεί είναι η πεποίθηση ότι δεν υπάρχει πια καμμία ελπίδα στη ζωή" (LE SHAN 1981, σελ. 89-90).

Σύμφωνα τώρα με τον ΣΤΕΦΑΝΗ 1981, η αιτιολογική σύνδεση ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου διερευνήθηκε σε δύο βασικούς τομείς: Στον τομέα της προσωπικότητας και στον τομέα των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ατομικής ζωής. Όσον αφορά στον τομέα της προσωπικότητας, υπάρχουν μελέτες που καταλήγουν στη διαπίστωση ότι σε ορισμένους τύπους καρκίνου (όπως π.χ. των γεννητικών οργάνων στις γυναίκες και του πνεύμονος) υπάρχει μία προδιαθεσιακή προσωπικότητα με κύρια γνωρίσματα, την μη εκδηλούμενη εχθρικότητα, την καταπίεση των αρνητικών συναισθημάτων (θυμού π.χ.), την τάση για κυριαρχικότητα και το

αδύναμο Εγώ (ΣΤΕΦΑΝΗΣ 1981, σελ. 212).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των καρκινοπαθών είναι το stress. Σύμφωνα με τον FIORE 1979, ο οποίος έπασχε και ο ίδιος από καρκίνο, θεωρεί ότι το σώμα και το μυαλό του ανθρώπου - αρρώστου είναι ισχυροί παράγοντες που πρέπει να κινητοποιούνται στη μάχη κατά του καρκίνου. Συνεχίζοντας ο FIORE αναφέρει ότι το ψυχοφυσιολογικό στρες (με την έννοια αυτή λογίζονται ανησυχίες, ενοχές, πίεση από γεγονότα και προθεσμίες, απώλειες προσφιλών προσώπων και άλλες ψυχοτραυματικές εμπειρίες) μπορεί να μειώνει τις αμυντικές δυνατότητες του οργανισμού υπερφορτώνοντας το ανοσοποιητικό σύστημα και αναγκάζοντας τα επινεφρίδια να ευρίσκονται σε κατάσταση χρόνιας υπερλειτουργίας (FIORE 1979, σελ. 32-33).

Για τον ΣΤΕΦΑΝΗ 1981, η συρροή ψυχοτραυματικών γεγονότων στη ζωή (stress) προδιαθέτει στην ανάπτυξη νεοπλασίας και έχει τις ρίζες της στη λαϊκή αντίληψη πως τον καρκίνο τον γεννάει η στεναχώρια, αλλά ενισχύεται και από σχετικά πρόσφατα ευρήματα στον τομέα της πειραματικής καρκινογένεσης. Το στρες τροποποιεί όχι μόνο το συναίσθημα και την κοινωνική συμπεριφορά, αλλ' όπως προκύπτει από πρόσφατες πειραματικές ενδείξεις τροποποιεί και τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις (ΣΤΕΦΑΝΗΣ 1981).

Ο ΣΤΕΦΑΝΗΣ 1981, αναφέρει και τις ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου. Οι ψυχικές διαταραχές στον καρκίνο προκύπτουν από τις κοινωνικές συνέπειες της αρρώστιας. Κοινωνική συνέπεια είναι να αναγκασθεί το άτομο να αποσυρθεί ολότελα ή μερικά από την ενεργό ζωή ή οι επαγγελματικές και οικονομικές απώλειες με αντίκτυπο στις φιλικές και κοινωνικές του σχέσεις. Ακόμα στην εποχή μας η λέξη καρκίνος προκαλεί πανικό γιατί συνδέεται με τον θάνατο. Η λέξη και μόνο θάνατος φέρει ψυχιατρικές επιπλοκές. Και ο ΣΤΕΦΑΝΗΣ συνεχίζοντας αναφέρει ότι το άτομο περνάει αναγκαστικά από τρεις φάσεις ψυχολογικών αντιδράσεων. Την πρώτη φάση (όταν μαθαίνει για την αρρώστια), που χαρακτηρίζεται από την άδριστη ανησυχία μέχρι τον πανικό στη συνεδητοποίηση της αρρώστιας. Την δεύτερη φάση (όταν πια έχει συνειδητοποιήσει την αρρώστια και οργανώνει τις ψυχολογικές του άμυνες), που

χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλ. άγχος, φόβο θανάτου ή αποχωρισμού και ακόμα συχνότερα άρνηση της αρρώστιας, και την τρίη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα άμυνας), που χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από την παρουσία ψυχιατρικών επιπλοκών (ΣΤΕΦΑΝΗΣ 1981, σελ. 217).

Οι ψυχιατρικές αυτές επιπλοκές εμφανίζονται κυρίως σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου. Ένα άλλο στοιχείο που εμφανίζεται εντονότερα εδώ είναι η απόπειρα αυτοκτονίας, και αυτό γιατί ο καρκινοπαθής που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας του, σχεδόν πάντα περιμένει την αποτυχία και την απόρριψη. Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου είναι μία κλειστή λίμνη που δεν έχει ούτε εσόδους ούτε εξόδους.

Σύμφωνα με την ROSS 1981, ο καρκινοπαθής που σκέφτεται για αυτοκτονία διακρίνεται: Πρώτον σ' εκείνους που αισθάνονται την ανάγκη να έχουν έλεγχο πάνω σε κάθετι και στον καθένα, δεύτερον σ' εκείνους που δεν υπάρχουν περιθώρια για ουσιαστική βοήθεια και τρίτον σ' εκείνους που τους δόθηκαν υπερβολικές ελπίδες με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται τελικά την πραγματικότητα και απογοητεύονται ξαφνικά (ROSS 1981).

Η ROSS 1981, αναφέρει ότι οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο προσπαθούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους πιο συχνά από ότι οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο. Αυτό συμβαίνει γιατί ο άρρωστος δεν μπορεί πια να φροντίζει τον εαυτό του, όταν ο πόνος γίνεται αβάσταχτος και τα έξοδα ανεβαίνουν τόσο που αρχίζει ν' ανησυχεί για την οικογένειά του (ROSS 1981).

Ο ΣΤΕΦΑΝΗΣ 1981, αναφέρει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας των καρκινοπαθών έχει υπερεκτιμηθεί. Ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες που βρέθηκαν να συμβάλουν στον κίνδυνο αυτοκτονίας συγκαταλέγονται πρώτον η ανάπτυξη ψυχικής διαταραχής τύπου αγχώδους μελαγχολίας, δεύτερον δυσανεξία στο σωματικό πόνο και τη δυσφορία, τρίτον απαιτητικότητα με διεκδίκηση αγάπης και προσοχής από το περιβάλλον, τέταρτον συναισθήματα ματαίωσης στις προσδοκίες και πέμπτον προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας (ΣΤΕΦΑΝΗΣ 1981, σελ. 217 - 218).

Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου δεν θα πρέπει να απομονώνεται αλλά θα πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία να εκφράζει τα συναισθήματά του, για το λόγο ότι αυτή η κατηγορία ανθρώπων έχει τις περισσότερες ψυχολογικές και ψυχιατρικές επιπλοκές. Συμπερασματικά, συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω δίνουμε τα εξής ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που παθαίνουν καρκίνο. Τα άτομα αυτά πάσχουν από ψυχική απομόνωση, τάση για αυτοκαταστροφή, κατάθλιψη και ενοχές. Η αμετάκλητη απελπισία, η αίσθηση αβοήθητου είναι χαρακτηρισματα της καταθλιπτικής προσωπικότητας που διευκολύνει τις νεοπλασματικές διαδικασίες.

Περισσότερα χαρακτηριστικά υπάρχουν στις γυναίκες με καρκίνο μαστού, όπου παρουσιάζονται σαν προσωπικότητες με διαταραχή γυναικείου ρόλου, με αυξημένες ευθύνες κατά την παιδική ηλικία, με προβλήματα σεξουαλικής ζωής. Άλλα χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών είναι οι πολλές αναστολές, η συμβατικότητα, η άρνηση και η καταπίεση μη επιτρεπτών αισθημάτων. Πολλοί ανέφεραν την αδυναμία έκφρασης θυμού, έντασης, επιθετικότητας. Οι καρκινοπαθείς σε τελευταίο στάδιο καρκίνου παρουσιάζουν έντονα την επιθυμία για αφαίρεση της ζωής τους, ώστε να φύγει το βαρύ φορτίο από τους συγγενείς τους. Επίσης πολλοί καρκινοπαθείς προέρχονται από οικογένειες όπου ο πατέρας τους ήταν σκληρός ή είχαν μη εκδηλωτική μητέρα. Όλα τα παραπάνω σκιαγραφούν την προσωπικότητα του καρκινοπαθή και ακόμα περισσότερο αυτού που φτάνει στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας του.

## Ψυχολογική υποστήριξη

### καρκινοπαθούς

Ο τρόπος αντιμετώπισης των καρκινοπαθών απασχόλησε πάρα πολλούς ερευνητές. Διεξοδικά εμφανίζονταν η συμπεριφορά του καρκινοπαθούς όλο και πιο πολύπλοκη. Το άτομο καρκινοπαθής κουβαλούσε μαζί του το "στίγμα" του θανάτου ενώ παράλληλα είχε να αντιμετωπίσει το δικό του χαρακτήρα με όλες τις άμυνες καθώς και το γιατρό του και το οικογενειακό του περιβάλλον. Εδώ θα γίνει μία αναφορά στα ψυχολογικά εκείνα στάδια από τα οποία θα περάσει ο ασθενής από την ώρα που θα αναπτυχθεί σ' αυτόν κακοήθες νεόπλασμα μέχρι τις τελευταίες στιγμές του, καθώς και τα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης που μπορεί να εφαρμοστούν.

Κατά την άποψη του Αναγνωστόπουλου 1984 ο καρκινοπαθής περνάει από τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση όπου αναφέρεται και σαν πρώιμο στάδιο αρχίζει μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, όπου οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και σοκ, και επακολουθεί ή η άρνηση της ιατρικής βοήθειας ή η αναζήτηση για ξαναεπιβεβαίωση της διάγνωσης. Συνεχίζοντας ο Αναγνωστόπουλος 1984 αναφέρει ότι οι στόχοι σε αυτή τη φάση είναι οι εξής: Πρώτον να βοηθήσουμε τον ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της. Δεύτερον να βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες. Τρίτον να βοηθήσουμε να προσαρμοστεί στη νέα (αλλαγμένη) εικόνα σώματος και εαυτού. Και τέταρτον να βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ 1984, σελ. 136).

Ο Αναγνωστόπουλος 1984, αναφέρει στη συνέχεια το ενδιάμεσο στάδιο ή τη δεύτερη φάση. Στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας του ο ασθενής προσπαθεί να βρει αρκετούς τρόπους για να δικαιολογήσει την υποτροπή (π.χ. "Χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεξα την διατροφή"). Άλλοι άρρωστοι κατηγορούν τον γιατρό ότι δεν τους είχε προειδοποιήσει ή θέλει να τους χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή χωρίς λόγο. Με την επιδείνωση της ασθένει-



ας ο καρκινοπαθής περιορίζει τις δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν. Παράλληλα αισθάνεται φόβο μήπως τώρα τον εγκαταλείψουν οι δικοί του. Σε αυτό το στάδιο πρέπει να βεβαιώσουμε τον ασθενή ότι κανείς δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψει και να του δώσουμε την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά του.

Η τρίτη φάση ή τελικό στάδιο διακρίνεται από τον ενδεχόμενο θάνατο που πρέπει να αντιμετωπίσει γιατρός και ασθενής. Ο καρκινοπαθής σε αυτό το στάδιο ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του. Για να φτάσει κανείς σ' αυτό το στάδιο θα έχει περάσει χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες, θα έχει υποβληθεί σε πολλές εγχειρήσεις. Παράλληλα επομένως με τον φυσικό θάνατο που περιμένει θα έχει υποστεί και τον ψυχικό θάνατο πιο νωρίς. Σ' αυτή τη φάση είναι σημαντικό για τον άρρωστο να γνωρίζει ότι γιατρός, νοσοκόμες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν, αλλά θα είναι πάντα διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του. (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ 1984).

Η KUBLER - ROSS 1975, αναφέρει με το δικό της τρόπο τις αντιδράσεις του καρκινοπαθούς από τη στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπος με τη φύση της αρρώστιας του έως τις τελευταίες ώρες της ζωής του. Στην πρώτη φάση, αναφέρει την φάση της άρνησης, όπου ο άρρωστος έχει την τάση να αρνηθεί (ασυνειδήτα και άρα ακούσια) το γεγονός της ασθένειας. Ακολουθεί η φάση της οργής ή εξέγερσης, όπου ο ασθενής βρίσκει τη μοίρα του άδικη και αδικαιολόγητη "γιατί να είμαι εγώ και όχι άλλος". Έρχεται ύστερα η φάση της διαπραγματεύσης του παζαρέματος, που χαρακτηρίζεται από την τάση για ικεσίες, που παίρνουν τη μορφή τάματος. Ακολουθεί η καταθλιπτική φάση. Ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο, νοιώθοντας τα συμπτώματα να εντείνονται, κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτουποτίμησης. Και κλείνει με την τελευταία φάση, τη φάση της αποδοχής, όπου έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση πριν από το μακρύ ταξίδι (KUBLER - ROSS 1975).

Ανάλογα με το ποιιά άποψη θέλουμε να υποστηρίξουμε, είτε δηλαδή τις τρεις φάσεις του Αναγνωστόπουλου, είτε τις φάσεις της ROSS το τελικό συμπέρασμα είναι ότι παντού χρειάζεται στρατηγική για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών. Και όταν λέμε αντιμετώπιση εννοούμε τη βοήθεια προς τους καρκινοπαθείς να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, να κατανοήσουν τις άμυνές τους, να ωριμάσουν μέσα από την ασθένειά τους. Για όλα τα παραπάνω χρειάζεται μεθοδευμένη δουλειά και επαγγελματίες με αρκετές γνώσεις και εμπειρίες στο αντικείμενο. Παράλληλα χρειάζεται και ειλικρίνεια τόσο προς την πλευρά των ασθενών όσο και προς τον ίδιο μας τον εαυτό σαν επαγγελματίες.

Θα αναλύσουμε για αυτό το λόγο παρακάτω την ατομική ψυχοθεραπεία για καρκινοπαθείς, την ομαδική ψυχοθεραπεία για καρκινοπαθείς και κοινωική εργασία με καρκινοπαθείς, για να εντοπίσουμε την δουλειά που μπορεί να προσφέρει και σ' αυτό το κομμάτι ο ψυχολόγος αλλά και ο κοινωνικός λειτουργός. Η ίδια δουλειά μπορεί να γίνει και με την οικογένεια του καρκινοπαθή αλλά αυτό δεν αποτελεί αντικείμενο έρευνας της μελέτης μας.

#### α) Ατομική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς

Η ψυχοθεραπεία άρχισε να υπεισέρχεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών εδώ και τρεις δεκαετίες. Κατά τη διάρκεια όμως των τελευταίων ετών η ψυχοθεραπεία άρχισε να χρησιμοποιείται ως αγωγή για καρκινοπαθείς σε μερικά νοσοκομεία, ενώ έχουν ήδη δημοσιευθεί ορισμένα ευνοϊκά αποτελέσματα.

Λίγα χρόνια αργότερα ο Rempner 1963, συμπεραίνει ότι η ψυχοθεραπεία δρα ευνοϊκά στους καρκινοπαθείς βοηθώντας να απελευθερώσει καθηλωμένα και ματαιωμένα ένστικτα, και καθιστώντας δυνατή την εγκατάσταση νέων στάσεων που θα είναι ελεύθερες από ψυχικές συγκρούσεις. Ο ίδιος ερευνητής όπως μας αναφέρει ο Ρασιδάκις 1983, αναλύει τα αποτελέσματα ψυχοθεραπείας σε 22 καρκινοπαθείς. Η μέση πρόγνωση, όπως υπολογίζεται από τον

συγγραφέα, αναμενόταν να είναι 4,5 έτη, ενώ με την εφαρμογή της ψυχοθεραπείας η επιβίωση έφτασε τα 7,3 έτη (Ρασιδάκις 1983).

Ο Grossarth - Maticek 1980 άρχισε να εφαρμόζει στη Χαϊδελβέργη ένα πρόγραμμα "κοινωνικής ψυχοθεραπείας" για καρκινοπαθείς, θεωρώντας ότι η τροποποίηση της στάσης του ασθενούς απέναντι στο κοινωνικό περιβάλλον και στον εαυτό του μπορεί να τροποποιήσει την εξέλιξη της νόσου. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση χρησιμοποιεί τόσο κοινωνικές όσο και ψυχιατρικές μεθόδους. Οι ψυχιατρικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τεχνικές από τη συνομιλία μέχρι την ύπνωση, αποσκοπούν στην κατανόηση των επιθυμιών και των αναγκών του αρρώστου, στην απελευθέρωση των αισθημάτων, στην καθιέρωση νέου τύπου αναγκών και στην αντιμετώπιση τυχόν ειδικών προβλημάτων του (GROSSARTH - MATICEKR 1980).

Ο LE SHAN 1981, αναφέρει ότι ο καρκινοπαθής έχει συνήθως χάσει την κεντρική σηματική σχέση της ζωής του πριν ακόμα και από την εμφάνιση του καρκίνου του, νιώθει πολύ μόνος και απομονωμένος μέσα σ' έναν κόσμο εχθρικό που δεν νοιάζεται γι' αυτόν. Με την παρουσία του και με το γνήσιο ενδιαφέρον του, ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να δώσει στον ασθενή ένα νόημα μέσα από τη ζεστή, ανθρώπινη επαφή. Και συνεχίζει ο Le Shan λέγοντας "συχνά δίνω στους ασθενείς μου το βιβλίο του Βίκτορ Φρανκλ «Από τα στρατόπεδα του θανάτου στον υπαρξισμό». Σ' αυτό το βιβλίο ο Φρανκλ περιγράφει τη δική του εσωτερική εξέλιξη, ωρίμανση και ανάπτυξη, όσον καιρό βρισκόταν μέσα στη μοναδική κόλαση που επινόησε ποτέ άνθρωπος και που μπορεί να συγκριθεί με την κόλαση του καρκινοπαθή - τα γερμανικά στρατόπεδα συγκέντρωσης" (LE SHAN 1981, σελ. 125).

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η ατομική ψυχοθεραπεία μ' ένα καρκινοπαθή, έχει σαν στόχο να μάθει ο άρρωστος να αισθάνεται ενεργητικός, με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες και να του δώσουμε την δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του.

Ο καρκινοπαθής μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία πρέπει να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη που τον χαρακτηρίζει να είναι διαρκώς καλός, συμπαθής και αρεστός

στους άλλους, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης και απώθησης στην καθημερινή ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλλει τον εαυτό του και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει, ανεξάρτητα από τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι. Να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις.

Η ατομική ψυχοθεραπεία για καρκινοπαθή θα πρέπει να έχει σαν βασικό σκοπό να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να αναγνωρίσει την αρρώστια του. Διότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να βασίζεται στην ειλικρίνεια και στην φερεγγυότητα του ψυχοθεραπευτή. Στην Ελλάδα προγράμματα ατομικής ψυχοθεραπείας σε καρκινοπαθείς είναι από ελάχιστα έως μηδαμινά, για το λόγο ότι εδώ δεν έχουν ακόμα αποφασίσει μεταξύ τους οι επαγγελματίες αν θα πρέπει να λένε την αλήθεια στον άρρωστο. Αν ο άρρωστος αφήνεται στον κόσμο του σίγουρα θα φέρνει πολλές αντιρρήσεις αν εμείς του μιλήσουμε για ψυχοθεραπεία.

Συμπερασματικά η εφαρμογή ατομικής ψυχοθεραπείας σε καρκινοπαθείς είναι μία μέθοδος που ακόμα πρέπει να λογίζεται ως ερευνητικού ενδιαφέροντος, παρέχει όμως ενδείξεις ότι βοηθά τους αρρώστους στους οποίους εφαρμόζεται, και μάλιστα όχι μόνο στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Είναι δε περισσότερο πιθανό ότι η εφαρμογή ψυχοθεραπείας γίνεται αποτελεσματικότερη όταν συνδυάζεται με την αντιμετώπιση και των κοινωνικών αναγκών του καρκινοπαθούς.

### β) Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς

Ο καρκινοπαθής και ιδίως ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου, σταδιακά απομονώνεται διατηρώντας ελάχιστη επαφή με τον εξωτερικό κόσμο, μη θέλοντας να γίνει βάρος στους φίλους και στην οικογένεια με τους φόβους και τις ανησυχίες του, αλλά ακόμη και γιατί βλέπει πως αντιδρούν οι ίδιοι οι συγγενείς του, μη μπορώντας ή μη επιθυμώντας να εμπλακούν στη σο-

βαρότητα της κατάστασης. Έτσι ο άρρωστος βοθημαία αποκόβει δεσμούς - επικοινωνία και μένει όλο και περισσότερο μόνος. Σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά και σε άλλες η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης.

Τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι αρχικά ότι ο καρκινοπαθής ανήκει σε μία ομάδα ατόμων όπου όλοι βιώνουν το ίδιο πρόβλημα. Η αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα βελτιώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς. Η απομόνωση οφείλεται στο γεγονός ότι οι άρρωστοι τις περισσότερες φορές αποκόβουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον τους, είτε γιατί δεν θέλουν να αναστατώσουν τους δικούς τους, είτε γιατί οι ίδιοι συγγενείς απομακρύνονται φοβούμενοι μήπως "κολλήσουν" τον καρκίνο.

Μέσα στην ομάδα ο ασθενής αισθάνεται ότι είναι χρήσιμος στους άλλους, δίνοντας αλλά και παίρνοντας, συμβάλλει στην ψυχολογική κατάσταση των άλλων, αυξάνει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης. Η ομάδα βοηθά στην αποευαισθητοποίηση των αρρώστων με την ιδέα του θανάτου. Αυτό πετυχαίνεται από συζητήσεις που γίνονται μέσα στην ομάδα για το θέμα αυτό, με αποτέλεσμα να εξοικιώνονται με την ιδέα του θανάτου. Τέλος στην ομάδα δίνεται έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να βρεθούν τρόποι χρησιμοποίησης του υπόλοιπου της ζωής κατά τον καλύτερο τρόπο.

Πρόσφατα ερευνητικά προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας, όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος 1983, με καρκινοπαθείς προχωρημένων σταδίων έδειξαν ότι με τις ομαδικές συνεδρίες οι άρρωστοι βοηθήθηκαν στο να αποευαισθητοποιηθούν με την αποβίωση, να αναπτύξουν τακτικές προσαρμογής στις συνθήκες της νόσου τους, να επεξεργαστούν οικογενειακά τους προβλήματα, να βελτιώσουν την επικοινωνία με τους γιατρούς και να καλυτερεύσουν την ποιότητα ζωής τους (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ 1983, σελ. 151).

Όπως φαίνεται οι Spiegel, Bloom και Yalom, σύμφωνα με τις αναφορές του Αναγνωστόπουλου και του Βελισσαρόπουλου 1983, εφάρμοσαν πρόγραμμα ομαδικής υποστηρικτικής θεραπείας σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο μαστού. Η ομάδα συναντιόταν μία φορά την εβδομάδα για μιάμιση ώρα και διευθυνόταν από έναν ψυχίατρο και μία σύμβουλο που είχε καρ-

κίνο μαστού σε ύφεση. Δημιουργήθηκε μία ομάδα ελέγχου για να συγκριθούν τα αποτελέσματα από την παρέμβαση ή μη. Διαπιστώθηκε ότι οι άρρωστοι έγιναν λιγότερο αγχώδεις, καταθλιμένοι, φοβισμένοι, με μικρότερο βαθμό άρνησης της αρρώστιας καθώς και μεγαλύτερη κοινωνικότητα, αυτοεκτίμηση, αίσθηση προσφοράς στους συνανθρώπους και βελτιωμένη ποιότητα ζωής (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΒΕΛΙΣΣΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 1983).

Στην Ελλάδα το 1986 ξεκίνησε στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα "Οι Άγιοι Ανάργυροι", στα πλαίσια των ερευνητικών δραστηριοτήτων της ψυχολογικής υπηρεσίας του Ιδρύματος και του Ινστιτούτου Ψυχολογικών και Κοινωνικών Ερευνών, μελέτη της αποτελεσματικότητας της ομαδικής θεραπείας σε καρκινοπαθείς. Στην ομάδα συμμετέχουν 6-7 ασθενείς με μέση ηλικία 58 έτη και το μορφωτικό επίπεδο σχετικά χαμηλό. Οι συμμετέχοντες παρακολουθούνται παράλληλα και σε ατομικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο 1986, η ανάπτυξη της συγκεκριμένης ομάδας παρατηρήθηκε κάτω από τα εξής πρίσματα: Πρώτον τα στάδια στην εξέλιξη της θεραπευτικής ομάδας, δεύτερον τους τρόπους προσέγγισης των καρκινοπαθών από τους αρχηγούς, τρίτον το βαθμό συμμετοχής των ασθενών, τέταρτον τα σημαντικά φαινόμενα στην ομάδα, πέμπτον την εξέλιξη των χρησιμοποιούμενων τεχνικών κατά τη λειτουργία της ομάδας και έκτον τις αντιστάσεις που δρουν περιοριστικά ή κατασταλτικά στην ανάπτυξη της ομάδας (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ 1986, σελ. 75).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία όπως συμπεραίνουμε αποτελεί ένα βασικό μέσο αντιμετώπισης της ψυχολογικής κατάστασης των καρκινοπαθών. Παράλληλα με την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας, πρέπει να θυμόμαστε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία στιγμή αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση και να μην τον εγκαταλείψουμε αλλά να στεκόμαστε δίπλα του.

Όσον αφορά αυτών δηλαδή των θεραπευτών, που ασχολούνται με τις ομάδες θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις δικές τους δυνάμεις και να έχουν την ικανότητα να βοηθούν τους καρκινοπαθείς να φέρνουν στην ομάδα και να δίνουν όλο το υλικό που έχουν μέσα τους για ε-

πεξεργασία. Ο ψυχοθεραπευτής στην ομάδα δεν μπορεί να κάνει διαχωρισμό μεταξύ του "εμείς" οι ζωντανοί - υγιείς θεραπευτές και "αυτοί" οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Πρέπει οι θεραπευτές να δεχτούν ότι είναι "εμείς" που αντιμετωπίζουμε το θάνατο και θα μοιραστούμε την αγωνία, το άγχος, τις ανησυχίες της ομάδας.

### γ) Κοινωνική εργασία με

#### καρκινοπαθείς

Η κοινωνική εργασία είναι σήμερα μία εφαρμοσμένη επιστήμη, αφού αποτελεί αναγκαία παρέμβαση για κοινωνική πολιτική. Στο χώρο της υγείας η κοινωνική εργασία είναι απαραίτητη για το λόγο ότι ο κοινωνικός προσδιορισμός δέχεται ότι υγεία δεν είναι μόνο το βιολογικό κομμάτι του ανθρώπου αλλά και η οργάνωση της ποιότητας ζωής του.

Η ROSS 1981 στο έργο της "ΘΑΝΑΤΟΣ - το τελικό στάδιο της εξέλιξης" αναφέρει ότι κρίνεται σκόπιμο ν' αρχίσει κανείς να ασχολείται με τα αισθήματα του αρρώστου, αμέσως ύστερα από την ενημέρωση που του κάνει για την κατάστασή του ο γιατρός. Και συνεχίζει λέγοντας ότι είναι συχνά ευκολότερο να εμποδίσει κανείς οργή, πικρία ή κατάθλιψη παρά να βοηθήσει τον άρρωστο να νικήσει τα αισθήματά του που τυχόν έχουν ριζώσει (KUBLER ROSS, 1981).

Η Κοινωνική εργασία ερευνά το υλικό που χρειάζεται να γίνει κατανοητό για να εφαρμοστεί κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς. Η υπόνοια καρκίνου ή ο διαγνωσμένος καρκίνος φέρνει τους κοινωνικούς λειτουργούς αντιμέτωπους με ανθρώπους οι οποίοι αποτελούνται από μία συμπαγή ομάδα προβλημάτων. Αρχικός σκοπός είναι να ενισχυθεί η λειτουργία του ατόμου σαν κοινωνικό άτομο, να αποκατασταθούν κάποια συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, το άγχος. Να βοηθήσει το άτομο να ξεμπλοκαριστεί συναισθηματικά ώστε να ανοίξει το δρόμο για σκέψη και δράση.

Η Γιδοπούλου 1991, αναφέρει χαρακτηριστικά μέσα από την μακρόχρονη εμπειρία της στο

χώρο των καρκινοπαθών, "κατέχουμε μία οργανωμένη ιδέα σχετικά με κάποια σταθερά μέσα που διαθέτουμε και έτσι ελεύθερα προσπαθούμε ν' ακούμε, να βλέπουμε, να συναισθανόμαστε τον πελάτη μας, να συνδεόμαστε μαζί του με θέρμη και να σκεφτόμαστε ή να δρούμε χωρίς να εμποδιζόμαστε από αγχώδη αβεβαιότητα για τα επόμενα βήματα ή κατευθύνσεις. Αυτό το κομμάτι καλύπτει την πρώτη πτυχή της επαφής με το πρόβλημα ασθενής - καρκίνος - είναι οι πρώτες και σημαντικότερες μας σκέψεις". (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991, σελ. 77).

Στοιχεία για την κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς έχουμε κυρίως από το Νοσοκομείο "Άγιος Σάββας" όπου έχει γίνει δουλειά εδώ και αρκετά χρόνια και μπορούν να εξαχθούν κάποια συμπεράσματα. Το συγκλονιστικότερο από όλα τα γεγονότα είναι όταν ανακοινώνει ο γιατρός στον άρρωστο ότι πάσχει από καρκίνο. Το άκουσμα αυτής της ασθένειας και ο φόβος του θανάτου δημιουργούν στον ασθενή μία σειρά αντιδράσεων που έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενες ενότητες. Αυτές τις αντιδράσεις και αυτά τα συναισθήματα έρχεται με τη σειρά της η κοινωνική εργασία να απαλύνει και να βάλει κάποιες προτεραιότητες στη ζωή του αρρώστου.)

! Σημαντικό είναι το κοινωνικό ιστορικό που λαμβάνεται ώστε να μελετηθεί η σύνθεση και η δομή του περιβάλλοντος του ασθενή. Η κοινωνική εργασία προσπαθεί αρχικά να εντοπίσει τις λειτουργίες της οικογένειας, ώστε να αξιοποιηθούν οι δυνάμεις προς όφελος όλων. Είναι αρκετά γνωστό ότι το καθετί εξαρτάται από τη δομή και από τον τρόπο που λειτουργεί η ίδια η οικογένεια. Για παράδειγμα μία σοβαρή αρρώστια ενός ατόμου αφήνει πολλά κενά πίσω του.

Στην περίπτωση, αναφέρει η Γιδοπούλου 1991, να γίνει η είσοδος στο νοσοκομείο ενός συζύγου, η σύζυγος θα πρέπει να εξοικειωθεί με πάρα πολλά. Μπορεί να αισθάνεται απειλούμενη γιατί χάνοντας την ασφάλεια και την εξάρτησή της από το σύζυγο θα πρέπει συγχρόνως να αναλάβει περισσότερες δραστηριότητες, που προηγούμενα ήταν δικές του. Ξαφνικά εμπλέκεται σε οικονομικά θέματα που απέφευγε πριν. Έχει αυξημένες υποχρεώσεις για τη φροντίδα του άντρα της σ' άλλο χώρο όπως το Νοσοκομείο, ενώ παράλληλα έχει να α-



ντιμετωπίσει τις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών της (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991).

Πολλά είναι τα προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω της κοινωνικής εργασίας με καρκινοπαθείς. Υπάρχουν καταστάσεις στη ζωή του ανθρώπου που είναι πιο κρίσιμες από αυτές που μπορεί να αντέξει. Καταστάσεις που το εγώ ενός ανθρώπου όταν "λιμοκτονεί" δεν μπορεί να τις αντιμετωπίσει. Η κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς έρχεται να αναφερθεί όχι μόνο στην προσωπικότητά του, να του μάθει δηλαδή να αγωνίζεται για τη ζωή του, αλλά ασχολείται και με το κοινωνικό του περιβάλλον με το οποίο το άτομο έρχεται σε αλληλοεπίδραση μαζί του.<sup>1</sup>

Θα μας επιτρέψετε εδώ να κάνουμε τον επίλογό μας με αυτό που αναφέρει και η ίδια τη Γιδοπούου 1991, από το μνημειώδες έργο του Γκάρυ Ζούκαφ "Οι χορευτές δάσκαλοι του Βου Λι".

Πραγματικό είναι ότι δεχόμαστε σαν αληθινό

Ό,τι δεχόμαστε σαν αληθινό είναι ό,τι πιστεύουμε

Ό,τι αντιλαμβανόμαστε είναι αυτό που ψάχνουμε

Το τι ψάχνουμε εξαρτάται από το τι σκεφτόμαστε

Το τι σκεφτόμαστε εξαρτάται από το τι αντιλαμβανόμαστε

Το τι αντιλαμβανόμαστε προσδιορίζει το τι πιστεύουμε

Το τι πιστεύουμε προσδιορίζει αυτό που δεχόμαστε σαν αληθινό

Αυτο που δεχόμαστε σαν αληθινό είναι η πραγματικότητά μας. (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991, σελ. 85)

## Ποιότητα ζωής των

### καρκινοπαθών

Στην ιατρική επιστήμη εδώ και αρκετά χρόνια οι περισσότεροι ειδικοί αναφέρονται στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και όχι στην ποσότητα. Όλα τα προηγούμενα που αναλύσαμε αναφέρονται στο να βοηθήσουν τον άρρωστο να βελτιώσει ποιοτικά τη ζωή του. Τόσο η ψυχοθεραπεία όσο και η κοινωνική εργασία έχουν σαν άμεσο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του καρκινοπαθούς και κυρίως αυτού που βρίσκεται στο τελικό στάδιο.

Πολλά νοσοκομεία στο εξωτερικό από τη στιγμή που ο καρκινοπαθής εισέρχεται στο χώρο τους έχουν σαν κύριο μέλημα τη μέτρηση της ποιότητάς του. Οι μετρήσεις αυτές γίνονται είτε με συνεντεύξεις, είτε με ερωτηματολόγια, ή συνδυασμός των παραπάνω.

Σύμφωνα με τους KAASA και NAESS 1988, η μέτρηση της ποιότητας ζωής κρίνεται απαραίτητη πριν και μετά από την υποβολή των καρκινοπαθών σε χημειοθεραπεία. Στα ερωτηματολόγια φαίνεται ότι η ποιότητα ζωής του κάθε ασθενούς μπορεί να αλλάξει όχι προς το καλύτερο, μετά την υποβολή τους στη χημειοθεραπεία, λόγω της τοξικότητας των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Αυτό είναι σε έξαρση κυρίως μία με δύο μέρες μετά την χημειοθεραπεία. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό ασθενών το οποίο δεν επηρεάζεται δυσμενώς από την θεραπεία αυτή (KAASA, NAESS, 1988).

Για την Γιδοπούλου 1991, η ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς είναι το πιο σημαντικό σημείο στο οποίο πρέπει να σταθούν όλοι οι επαγγελματίες που ασχολούνται. Και κυρίως η ποιότητα ζωής είναι σημαντική για τους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου οι οποίοι έχουν το δικαίωμα, και εμείς την υποχρέωση, να τους σταθούμε και να τους βοηθήσουμε ώστε να περάσουν όσο πιο ποιοτικά τους αξίζει τις τελευταίες ώρες, μέρες, μήνες της ζωής τους. Γι' αυτό το λόγο όλοι εμείς αγωνιζόμαστε για να έχει κάθε νοσοκομείο τους απαραίτητους επαγγελματίες ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και τα κατάλληλα εφόδια, καθώς και τα διάφορα κέντρα αποκατάστασης για την καλύτερη αντιμετώπιση των καρκινοπαθών

(ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991).

Ο όρος ποιότητα ζωής όπως συμπεραίνουμε, έχει μπει αμέσως στην καθημερινή μας συνομιλία και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι όλων των προηγμένων κρατών. Ποιότητα ζωής για τους περισσότερους είναι η καλή λειτουργία των διαφόρων συστημάτων του οργανισμού. Γενικότερα αλλά και πιο πρακτικά θα μπορούσε καθένας να πει ότι αυτή η καλή λειτουργία, υπάρχει όταν το άτομο μπορεί να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες από μόνος του, μετακίνηση, θρέψη, καθαριότητα. Άλλοι θεωρούν την ποιότητα ζωής ότι υπάρχει μόνο όταν η σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του είναι ομαλή και ικανοποιητική. Μιλάνε για ομαλές σεξουαλικές, οικογενειακές, κοινωνικές, επαγγελματικές σχέσεις.

Το 1981 αμερικανοί επιστήμονες ανέλυσαν ότι η ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου εξαρτάται από την προηγούμενη ζωή που έκανε, από την πληροφόρηση που είχε ως τώρα για την πορεία της ασθένειάς του, από την δουλειά που προσφέρουν οι υπηρεσίες υγείας, από την θεραπεία που έχει υποστεί ο καρκινοπαθής, από τις επιπλοκές που είχε έως σήμερα, από τον τρόπο επανένταξης του, από τη συμπεριφορά της οικογένειας και των φίλων του και από τη συμπεριφορά της ίδιας της κοινωνίας. (Scientific American 1981).

Όλα τα παραπάνω περί ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών υλοποιούνται μόνο και εφόσον υπάρχει παντού το απαραίτητο προσωπικό και σωστά βέβαια καταρτισμένο από θέματα γνώσεων και εμπειριών. Η σωστή συμμετοχή όλων, αλλά και η σωστή συνεργασία όλων των επαγγελματιών με βασική προϋπόθεση η ιεράρχηση των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών τελικού σταδίου αλλά και κάθε αρρώστου συνθέτει την εικόνα για ύπαρξη ποιοτικής ζωής και στους έλληνες καρκινοπαθείς.

Προσευχή για τους θεραπευτές

ΚΥΡΙΕ

Δώσε να γίνω όργανο της Χάρης Σου:

Κι όπου αρρώστια

να προσφέρω θεραπεία

όπου πληγή

βοήθεια·

όπου πόνος

ανακούφιση·

όπου θλίψη

παρηγοριά·

όπου απόγνωση

ελπίδα·

όπου θάνατος

αποδοχή και γαλήνη·

Δώσε να μη με νοιάζει:

αν θάχω προσωπική δικαίωση

όσο το να παρηγορώ·

αν οι άλλοι θα με υπακούνε

όσο τους άλλους να κατανοούν·

αν οι άνθρωποι θα με τιμούν

όσο εγώ να αγαπώ...

γιατί με το δοσιμό μας

θεραπεύουμε,

με το ν' ακούμε

παρηγορούμε,

με το να πεθαίνουμε

γεννιόμαστε στην αιωνιότητα.

Προσευχή Αγ. Φραγκίσκου

(προσαρμογή: Charles C. Wise)

Από το βιβλίο της ELISABETH KUBLER-ROSS

"Θάνατος - το τελικό στάδιο της εξέλιξης"

### Ο ρόλος του γιατρού στην αντιμετώπιση

#### καρκινοπαθών τελικού σταδίου

Σε αυτή την ενότητα δεν θα εξετάσουμε το ρόλο του γιατρού ή του νοσηλευτή ή των άλλων επαγγελματιών, από την πλευρά αν εφαρμόζουν σωστά τις γνώσεις τους πάνω στο αντικείμενό τους. Κυρίως θα εξετάσουμε το ρόλο του γιατρού, του νοσηλευτή, του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με την επικοινωνία τους με τον καρκινοπαθή τελικού σταδίου.

Πολλοί γιατροί σήμερα ισχυρίζονται ότι η ιατρική πλέον δεν έχει παραμείνει στη μηχανιστική της αντίληψη, αλλά ακολουθεί ένα νέο μοντέλο που την φέρνει πιο κοντά στον άνθρωπο από ψυχολογικής πλευράς. Είναι γνωστό ότι ο ρόλος τους ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Σύμφωνα με τους ΣΟΛΔΑΤΟ, ΣΑΚΚΑ και ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ 1986, από την στιγμή που κάποιος άνθρωπος ασθενεί εξαρτάται από το γιατρό τους, ενώ στην αντίθετη περίπτωση δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλον. Ο ρόλος του γιατρού είναι παραδοσιακά ρόλος εξουσίας, ρόλος αυταρχικός. Συνήθως ο γιατρός αποπροσωπείται τη σχέση με τον ασθενή του. Οι ίδιοι οι συγγραφείς πιστεύουν ότι το άγχος για την υγεία του ανθρώπου τον κάνει να μην θέλει να επωμισθεί και τα συναισθήματα του κάθε ασθενή (ΣΟΛΔΑΤΟΣ, ΣΑΚΚΑΣ, ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, 1986).

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη θέλει τη σχέση γιατρού - ασθενούς ισότιμη. Αυτό στη γλώσσα μας μπορεί να σημαίνει πολλά. Είδαμε στη πρώτη ενότητα της πτυχιακής μας τη διαμάχη σχετικά με το αν θα πρέπει να λέγεται η αλήθεια στον καρκινοπαθή. Οι γιατροί που προτιμούσαν την συναισθηματική απόσταση από τον ασθενή τους, δεν του έλεγαν την αλήθεια σχετικά με την ασθένειά του.

Οι νεότεροι γιατροί καλλιεργούν τη συνεργασία και με άλλους επιστήμονες και εξετάζουν τόσο την ψυχολογική κατάσταση του καρκινοπαθή όσο αν έχει την ανάλογη συναισθηματική ικανότητα για να ακούσει ένα δυσάρεστο νέο. Ο γιατρός είναι αυτός που θα πρέπει να σεβαστεί την νοημοσύνη του κάθε ασθενή και να γνωρίζει ότι ο καρκινοπαθής αντιλαμβάνεται τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα, αφού εκείνη τη στιγμή η αντιληπτική του ικανότητα βρίσκεται σε εγρήγορση, από το άγχος να μάθει την κατάσταση της υγείας του.

Σύμφωνα με τον ΔΟΝΤΑ (1991), ο γιατρός κρίνεται απαραίτητο να συνεργάζεται με τις άλλες ειδικότητες νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτριες υγείας για τον προγραμματισμό και την πορεία του κάθε καρκινοπαθή. Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου δεν έχει την αντιμετώπιση που θα του έπρεπε. Συνήθως ο γιατρός έχει προσφέρει πάρα πολλά από ιατρικής πλευράς και ακόμα και σε αυτό το στάδιο συνεχίζει με διάφορα φάρμακα να παρατείνει τη ζωή του καρκινοπαθή. Το πρόβλημα εδώ είναι ότι παρατείνεται η ζωή του καρκινοπαθή και μιλάμε για ποσότητα ζωής και δεν φροντίζουν για την ποιότητα ζωής του. (ΔΟΝΤΑΣ 1991).

Επίσης σύμφωνα με τον ΣΚΑΡΛΟ 1991, πολλοί είναι οι γιατροί που παρασύρονται από τους φόβους των συγγενών και μέχρι την τελευταία στιγμή δεν παίρνουν την ευθύνη να πούνε την αλήθεια στον άρρωστο με καρκίνο τελικού σταδίου. Όπως συμβαίνει και κάτι άλλο, ο καρκινοπαθής αυτού του σταδίου στέλνεται τελικά σπίτι του και αφήνεται να πεθάνει ανάμεσα στους συγγενείς του, που τις περισσότερες φορές του κάνουν κακό αφού προβάλλουν σ' αυτόν τους φόβους και το άγχος τους για το θάνατο (ΣΚΑΡΛΑΤΟΣ 1991).

Σήμερα έχει ξεκινήσει και αποφεύγεται η ψεύτικη πληροφόρηση του καρκινοπαθή. Ο άρ-

ρωστος τελικού σταδίου στέλνεται τις περισσότερες φορές σπίτι του αλλά έχει την βοήθεια όλων των επαγγελματιών που είχαν ασχοληθεί μαζί του, γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτριες υγείας, αλλά αρκετές φορές μένει σε ειδικές μονάδες - όπου υπάρχουν - που λειτουργούν μόνο για καρκινοπαθείς τελικού σταδίου.

Συμπερασματικά για την επίτευξη όλων των παραπάνω απαιτείται από την πλευρά των γιατρών να συνειδητοποιηθεί ότι ο άρρωστος πρέπει: Πρώτον να αντιμετωπίζεται σαν προσωπικότητα με αξιοπρέπεια και σεβασμό, δεύτερον να υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία που να έχει σαν στόχο την καλύτερη της υγείας και της ποιότητας ζωής του αρρώστου, τρίτον οι ίδιοι οι γιατροί να ζητούν την εξειδίκευση όχι μόνο από ιατρικής πλευράς, αλλά και από την πλευρά της κατανόησης της προσωπικότητας των ασθενών και τέταρτον όσον αφορά τους γιατρούς που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς και κυρίως του τελικού σταδίου θα πρέπει οι ίδιοι προσωπικά σαν υπεύθυνοι επαγγελματίες να ζητούν την επιμόρφωσή τους με διάφορα σεμινάρια, ώστε για τη 10ετία που διανύουμε να ξεφύγουμε από το μοντέλο της απλής και καθόλου αξιοπρεπώς αντιμετώπισης των καρκινοπαθών και κυρίως αυτών του τελικού σταδίου.

Ο ρόλος του/της νοσηλευτή/τριας και της  
επισκέπτριας υγείας στην αντιμετώπιση του  
καρκινοπαθούς τελικού σταδίου

Εξετάζοντας το θέμα του καρκίνου από την ψυχοκοινωνική του άποψη, είναι αναγκαίο να εξηγήσουμε το ρόλο που διαδραματίζουν οι διάφορες ειδικότητες που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς. Μία από τις σημαντικές ειδικότητες που ασχολούνται μ' αυτό το θέμα είναι το νοσηλευτικό προσωπικό και οι επισκέπτριες υγείας, οι οποίοι διαδραματίζουν έναν αρκετά σημαντικό ρόλο. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες για να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει αλλά και για να ζήσει μία ζωή που

θα είναι ποιοτική.

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας ο καρκινοπαθής περνάει από πολλές φάσεις. Η ανάγκη για μακρόχρονη παρακολούθηση, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η εμφάνιση μεταστάσεων και ο χρόνιος πόνος είναι μία ακόμη ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις.

Σύμφωνα με την ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ 1991, υπάρχουν ομάδες νοσηλευτών οι οποίες εφαρμόζουν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα το οποίο αναφέρεται σε συγκεκριμένη αντιμετώπιση προς τους καρκινοπαθείς. Μερικοί από τους στόχους του προγράμματος είναι: Πρώτον η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Δικαίωμα δηλαδή στους αρρώστους να εκφράζουν αυτά που αισθάνονται, δεύτερον η ικανότητα να ενισχύουν την αυτοεκτίμηση του αρρώστου. Η φροντίδα δηλαδή να μη χαθεί η αξιοπρέπεια του κάθε αρρώστου ακόμα και την τελευταία του στιγμή, τρίτον η ανακούφιση του πόνου. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% των αρρώστων με καρκίνο. Οι νοσηλευτές/τριες με διάφορους τρόπους που διδάσκονται προσπαθούν να μειώσουν τον πόνο των καρκινοπαθών, και τέταρτον η παροχή άμεσης φροντίδας. Παράλληλα ο/η νοσηλευτής/τρια μπορεί να πάρει το ρόλο του συμβουλευτή, του ανθρώπου που παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο και το ρόλο του συντονιστή που συμβάλει στην διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας (ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ 1991).

Εδώ θα αναφερθούμε στην προσφορά του/της νοσηλευτή/τριας στα τρία στάδια από τα οποία περνάει ο καρκινοπαθής. Θα εξετάσουμε δηλαδή το στάδιο της διάγνωσης και της ανάγκης για χειρουργική επέμβαση, το στάδιο της χημειοθεραπείας και το τελικό στάδιο. Όταν φτάνει κανείς στο στάδιο της διάγνωσης, δύο είναι οι κυριότερες απαντήσεις που μπορεί να πάρει ο άρρωστος. Πρώτον ότι ο όγκος που έχει είναι καλοήθης και χρειάζεται μόνο παρακολούθηση και δεύτερον και το πιο οδυνηρό ότι ο όγκος είναι κακοήθης και χρειάζεται ο άρρωστος να εγχειριστεί.

Σύμφωνα με την ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ 1991, νοσηλεύτρια και υπεύθυνος του χειρουργικού τμήμα-



τος στον "ΑΓΙΟ ΣΑΒΒΑ", το χειρουργείο είναι από τις σημαντικότερες και πιο νευραλγικές μονάδες του Νοσοκομείου. Είναι ο χώρος μέσα στον οποίο σβήνονται ή αναζωπυρώνουν ή φουντώνουν οι τελευταίες σπιθές ελπίδας που κρατούν κρυφές εκείνοι οι άρρωστοι που έχουν την υποψία ότι πάσχουν από καρκίνο. Είναι ο χώρος που βλέπει κανείς την άρρωστη με τα βουρκωμένα μάτια να σφίγγει τα χέρια της πάνω στο στήθος της, γιατί είναι σίγουρη ότι μετά το χειρουργείο δεν θα τολμήσει να βάλει το χέρι της και να ψάξει. Ο ρόλος του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας που εργάζεται στο χώρο του χειρουργείου έχει σαν σκοπό να προσπαθήσει να ενισχύσει ψυχολογικά τον άρρωστο, να απαλύνει όσο μπορεί τον πόνο, τους φόβους, τις ανησυχίες και να αξιολογεί τις νοσηλευτικές ανάγκες, να προγραμματίζει και να οργανώνει. (ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ 1991)

Η ίδια η κυρία ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ 1991, αναφέρει σε άρθρο της τι φροντίδα που πρέπει να προσφέρει ο/η νοσηλευτής/τρια από την αρχή της εγχείρισης έως το τέλος. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Εκτιμά το επίπεδο αντίληψης του αρρώστου.
- Δίνει ψυχολογική υποστηρίξη.
- Ενημερώνει τα μέλη της χειρουργικής ομάδας για ειδικές ανάγκες αν υπάρχουν.
- Ο/Η νοσηλευτής/τρια παραμένει κοντά στον ασθενή, κρατάει το χέρι και τον υποστηρίζει ψυχολογικά μέχρι να τον πάρει η νάρκωση.
- Αξιολογεί τα αποτελέσματα ή την αποτυχία των νοσηλευτικών πράξεων στο χειρουργείο.
- Ανιχνεύει την ικανοποίηση του αρρώστου, την μετεγχειρητική και ψυχολογική του κατάσταση, και
- Δίνει συμβουλές για την έξοδό του και συμπεριφορά στο σπίτι". (ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ 1991, σελ. 34)

Αναφερόμενοι στο στάδιο της χημειοθεραπείας χρειάζεται να τονίσουμε κατ' αρχήν ότι είναι ένα ιδιόρρυθμο στάδιο. Υπάρχουν ασθενείς που αναγκάζονται να έρχονται για μια μέρα νοσηλεία και να κάνουν το χημειοθεραπευτικό τους σχήμα. Γι' αυτούς τους ασθενείς χρειάζε-

ται ένας ιδιαίτερος τρόπος αντιμετώπισης. Ο/Η νοσηλεύτης/τριας θα πρέπει να είναι έτοιμος/η ανά πάσα στιγμή να έρθει σε επαφή με τους ασθενείς, να τους ενημερώσει για τα φάρμακα που θα πάρουν, να τους ενημερώσει για τις επιπτώσεις από τα φάρμακα. Στο στάδιο της χημειοθεραπείας οι επιπλοκές είναι αρκετές για τον άρρωστο. Μπορεί να του πέσουν τα μαλλιά, μπορεί να κάνει εμμέτους, να έχει ζαλάδες, διάρροια.

Σημαντικός είναι ο ρόλος εδώ της επισκέπτριας υγείας. Είναι εκείνη που θα επισκεφθεί τον άρρωστο στο σπίτι, που θα εξετάσει την κατάσταση της υγείας του μετά από κάθε νέο σχήμα που κάνει, που θα τον βοηθήσει ψυχολογικά για να συνεχίσει ο γιατρός. Η επισκέπτρια υγείας θα είναι αυτή που θα συζητήσει με τον άρρωστο για την κατάστασή του, που θα ακούσει τις ανησυχίες του και που θα τις μεταφέρει στο γιατρό του.

Η προσφορά των δύο αυτών επαγγελματιών στο τελικό στάδιο είναι πολύ σημαντική. Το τελικό στάδιο για τον άρρωστο με καρκίνο είναι πολύ μακρύ σε χρόνο, πολύ επώδυνο, πολύ δύσκολο. Ο ρόλος του/της νοσηλεύτη/τριας δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση, αντιθέτως οι επιδιώξεις πρέπει να αποβλέπουν διαρκώς σε μία ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

Στα ευρωπαϊκά κράτη, σύμφωνα με την ΚΑΤΣΙΓΙΑΝΝΗ 1991, υπάρχουν ειδικές μονάδες που φιλοξενούν ασθενείς τελικού σταδίου, με καταρτισμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό. Στην Ελλάδα όμως ο άρρωστος αυτού του σταδίου θα καταλήξει σπίτι του. Όσα και να θέλουν να προσφέρουν οι επαγγελματίες σίγουρα κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι δύσκολο, γιατί στο σπίτι του ο άρρωστος απομονώνεται και φεύγει από τη ζωή τελείως μόνος.

Η επισκέπτρια υγείας θα κάνει κάποιες επισκέψεις σπίτι του για να δει την κατάστασή του. Όταν όμως δεν υπάρχει οργάνωση και συνεργασία όλα αυτά φέρουν κόπωση σωματική και ψυχική και έχουν σαν αποτέλεσμα την αδιαφορία. Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας δεν υπάρχει σωστή αντιμετώπιση στο θέμα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου.

Συμπερασματικά αυτό που θα πρέπει να γίνει είναι η παροχή νοσηλείας στο σπίτι, δηλαδή ο άρρωστος τελικού σταδίου να πηγαίνει σπίτι του αλλά να έχει την ίδια φροντίδα που θα

είχε στο νοσοκομείο με την βοήθεια βέβαια όλων των επαγγελματιών υγείας. Το πρόγραμμα αυτό έχουν ξεκινήσει πειραματικά τα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Μεταξύ και Άγιοι Ανάργυροι και θα ακολουθήσουν σύντομα ο Ερυθρός Σταυρός και ο Άγιος Σάββας. Αυτό όμως που είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε τελειώνοντας είναι ότι χρειάζεται συνεχή και εξειδικευμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών/τριων και των επισκεπτριών υγείας για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σ' ένα τόσο δύσκολο έργο όπως είναι η δουλειά με καρκινοπαθείς. Καθώς επίσης και σοβαρή υπευθυνότητα από τους επαγγελματίες που αποφασίζουν να ασχοληθούν μ' ένα τόσο δύσκολο θέμα. Και όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στις νέες αντιλήψεις περί νοσηλευτικής υψηλού επιπέδου, θα πρέπει να ξεφύγουμε από το ρόλο του "εκτελεστικού οργάνου" και να συγκεντρωθούμε στο νοσηλευτικό μοντέλο της φροντίδας του αρρώστου.

### Ο ρόλος του ψυχολόγου στην αντιμετώπιση

#### καρκινοπαθών τελικού σταδίου

Η κατά μέτωπο αντιμετώπιση με το φόβο, τον πανικό, το άγχος, την ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον που ζουν τα άτομα με καρκίνο δημιουργούν σίγουρα θεμελιώδη υπαρξιακά προβλήματα. Αυτά τα προβλήματα οδηγούν στην διαταραχή της προσωπικότητας του καρκινοπαθούς. Εδώ εμφανίζεται ο ρόλος του ψυχολόγου, ένας ρόλος αρκετά σημαντικός σε αυτό το στάδιο. Σε αυτή την ενότητα θα αναφερθούμε στους ουσιαστικούς στόχους που επιτελεί ο ψυχολόγος.

Σύμφωνα με τον Βελισσαρόπουλο 1986, από την ψυχοκοινωνική πλευρά ο ψυχολόγος μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του καρκινοπαθούς, που συνδέονται τόσο με τη νόσο όσο και με τη θεραπευτική προσέγγισή της (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κ.ά.). Ο ψυχολόγος εκτός από την υποστηρικτική παρέμβασή του, μπορεί να χρησιμοποιήσει μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (ατομικά ή σε ομάδα) για να βοηθήσει τον

ασθενή. (ΒΕΛΙΣΣΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 1986, σελ. 69-70).

Επίσης σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο 1986, αναφέρεται ότι "η συμβολή του ψυχολόγου στον ιατρικό χώρο συνίσταται στο να αναγνωρίσει τα ψυχολογικά προβλήματα ή τις διαταραχές που εμφανίζονται στη συμπεριφορά των ασθενών, να απαπτύξει τακτικές παρεμβάσεις ώστε να αντιμετωπισθούν αυτά τα προβλήματα και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της ψυχολογικής θεραπείας που εφαρμόστηκε. Ο ψυχολόγος προσεγγίζει τα άτομα με καρκίνο είτε σε ατομικό επίπεδο είτε στο επίπεδο μιας ομάδας καρκινοπαθών". (ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ 1986, σελ. 87).

Ενας άλλος τρόπος με τον οποίο ο ψυχολόγος αντιμετωπίζει τους καρκινοπαθείς και κυρίως αυτούς που γνωρίζουν ότι βρίσκονται στο τελικό στάδιο είναι οι τεχνικές αυτοελέγχου στην αντιμετώπιση του πόνου. Ο ψυχολόγος για την αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να χρησιμοποιήσει τεχνικές όπως η ύπνωση, η χαλάρωση, ο διαλογισμός και η βιονάδραση. Με τις τεχνικές αυτές ο ψυχολόγος βοηθάει τον καρκινοπαθή να ελέγξει την αντίληψη του πόνου, να ελέγχει το άγχος, την μυϊκή ένταση, τον μυϊκό πόνο. Ο ρόλος του ψυχολόγου δεν σταματάει εδώ. Διευρύνεται και στους συγγενείς του καρκινοπαθή αλλά και στο ίδιο το οικογενειακό του περιβάλλον. Η υποστηρικτική παρέμβαση στις ομάδες αυτές αποσκοπούν να ενθαρυνθεί η οικογένεια, η οποία περιβάλλει τον άρρωστο, να βοηθηθούν τα μέλη να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα και να δημιουργηθούν δυναμικά μέσα στο οικογενειακό και στο συγγενικό περιβάλλον τους.

Τον Ιανουάριο του 1983 η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία οργάνωσε το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο. Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε έμμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο. Η λειτουργία του κέντρου στηρίζεται στη συνεργασία Κοινωνικών Λειτουργών και Ψυχολόγων. Δέκα χρόνια αργότερα 1993 δημιουργείται στο Αρεταίειο ένα τμήμα για την αντι-

μετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών και κυρίως αυτών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο.

Συνοπτικά ο ρόλος του ψυχολόγου από ένα σημείο και μετά είναι αρκετά σημαντικός για το λόγο ότι προσφέρει ουσιαστική βοήθεια σε εκείνα τα άτομα, καρκινοπαθείς, που βρίσκονται σε περίοδο κρίσης τόσο κατά την ανακοίνωση της ασθένειάς τους όσο και όταν φτάνουν μερικά βήματα πριν το θάνατο.

### Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

#### στην αντιμετώπιση καρκινοπαθών

#### τελικού σταδίου

Πριν αναφερθούμε στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε σχέση με τους καρκινοπαθείς, θεωρούμε απαραίτητο πρώτα να παρουσιάσουμε το ρόλο του στον τομέα γενικά της υγείας.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου και αναπηρίας (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1988, σελ. 275). Όταν λέμε υγεία δεν εννοούμε μόνο την αντιμετώπιση ή τον έλεγχο της ασθένειας. Ο όρος υγεία εμπεριέχει μέσα του και μια κοινωνική διάσταση.

Σύμφωνα πάλι με την Γιδοπούλου 1988 "η υγεία δεν διασφαλίζεται μόνο μέσα από τον έλεγχο της αρρώστειας ή με τις θεραπείες ή μόνο με τη σχέση συνεργασίας γιατρού με νοσοκόμα. Τα προβλήματα υγείας συνδέονται όλο και περισσότερο στην εποχή μας με άλλα προβλήματα και απαιτούν κοινωνική δράση". (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1988, σελ. 275-276).

Πάνω στο ίδιο θέμα η Ελένη Αγάθωνος - Μαρούλη 1980 αναφέρει ότι "τα κοινωνικά προβλήματα συνήθως συνυπάρχουν με τα πρόβλήματα υγείας, άλλοτε σαν συνέπεια και άλλοτε σαν αιτία ψυχοκοινωνικών δυσκολιών. (Ελένη Αγάθωνος - Μαρούλη 1980, σελ. 80).

Από τα προλεχθέντα γίνεται φανερό ότι επικρατεί η ιδέα για ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης και εφαρμογής στον τομέα της υγείας και βέβαια πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μιας

και η προσφορά του κρίνεται αναγκαία πάνω στο θέμα των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών των ατόμων - ασθενών. Ο κύριος ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που του δημιουργεί μια τέτοια ψυχική κατάσταση η οποία παρεμποδίζει την θεραπεία του. )

Παρόλα αυτά ο Κοινωνικός Λειτουργός και σε αυτόν τον τομέα ασχολείται κυρίως με προνοιακά προβλήματα των ασθενών με χρόνιες αναπηρίες και προβλήματα υγείας, στην ιδρυματική περίθαλψη εγκατελειμμένων παιδιών, εξασφάλιση επιδομάτων κ.ά. Σε λίγα νοσοκομεία υπάρχει δυνατότητα για κοινωνική εργασία με άτομο στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής σχέσης.

( Πριν αναφερθούμε συγκεκριμένα στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα των καρκινοπαθών κρίνουμε αναγκαίο να αναφέρουμε αρχικά ότι τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι καρκινοπαθείς, είναι έντονα, τόσο στο χώρο της σωματικής όσο και στο χώρο της ψυχικής τους υγείας, και έπειτα ότι τα προβλήματα διαφέρουν για κάθε στάδιο της νόσου. Διαφορετική θα είναι η αντιμετώπιση αν η νόσος εμφανιστεί νωρίς όπου εδώ τα προβλήματα σχετίζονται με αυξημένες ανάγκες για προστασία και φροντίδα, άλλη αν εκδηλωθεί στην παραγωγική ηλικία και άλλη όταν αυτή εμφανιζεται στα μεγαλύτερα άτομα. )

( Αναφερόμενοι στο στάδιο της διάγνωσης επισημάνουμε το εξής ότι οι άνθρωποι αυτοί νιώθουν αυτόματα με τη διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία να τους κατακλύζει μια διπλή απειλή. Όπως αναφέρει η Γιδοπούλου 1991, "η πρώτη απειλή αναφέρεται στην ίδια τη ζωή του αφού στην κοινή γνώμη ο καρκίνος=θάνατος και η δεύτερη για τη σωματική του ακεραιότητα με τις αναπηρίες, που συχνά προκαλεί η ίδια η θεραπευτική αντιμετώπιση, δηλαδή την αναγκαστική αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού"; (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991, σελ. 114).

( Σε αυτό το στάδιο το άτομο βιώνει τέτοια συναισθήματα όπου τον οδηγούν σε διαταραχές της συναισθηματικής ισορροπίας του. Ο καρκινοπαθής αυτού του σταδίου εμφανίζεται με συναισθήματα απελπισίας που φτάνουν έως το στάδιο της κατάθλιψης. Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει να αντιμετωπίσει σ' αυτό το στάδιο το σοκ του καρκινοπαθή μετά τη διάγνωση, την

άρνηση, θυμό, θλίψη, οργή, ενοχή και αμφιθυμικά συναισθήματα. Τα εφόδια που θα πρέπει να έχει ο Κοινωνικός Λειτουργός γύρω από αυτό το στάδιο είναι να γνωρίζει αρκετά την ψυχολογία του αρρώστου, αρκετές γνώσεις και εμπειρία.)

Είναι αρκετά δύσκολο να εκφράσει κανείς τα συναισθήματά του για το πρόβλημα που έχει με το να εκφράζει απλά το πρόβλημά του. Έτσι υπάρχει αρκετή δουλειά για τον Κοινωνικό Λειτουργό που θα έχει σαν σκοπό τη συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου πάνω στο πρώτο άκουσμα της διάγνωσης. Γίνεται επομένως προσπάθεια να αντιμετωπιστούν όλοι οι μηχανισμοί άμυνας που μπορεί να προκύψουν και να προσαρμοστεί το άτομο στις νέες αλλαγές που συμβαίνουν από εδώ και στο εξής.

Όταν μιλάμε για αλλαγές εννοούμε το στάδιο της θεραπείας. Μετά λοιπόν την διάγνωση χρειάζεται τις περισσότερες φορές να ακολουθήσει κάποια εγχείρηση, η οποία μπορεί να αφήσει ορατά ή μη ορατά σημάδια. Η ψυχολογία του καρκινοπαθή σε αυτό το στάδιο είναι αρκετά παράξενη και δύσκολη. Για έναν έμπειρο Κοινωνικό Λειτουργό ο άρρωστος με το απλανές βλέμμα και το ήσυχο και ευγενικό χαμόγελο θα πρέπει να "κρύβει πολλά". Όπως επίσης και ο άρρωστος που λέει συνέχεια ότι νιώθει καλά ότι είναι μια χαρά.

Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού γίνεται ακόμα πιο δύσκολο όταν ο άρρωστος δεν γνωρίζει ότι έχει καρκίνο και πρέπει να δουλέψει με μια αόρατη αρρώστεια ή την αρρώστεια που του έχουν πει οι γιατροί. Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να προσέξει στο στάδιο της θεραπείας τους αναγκαστικούς ακρωτηριασμούς που πραγματοποιούνται. Θα πάρουμε ως παράδειγμα τη μαστεκτομή που είναι η πιο συχνή και αναγκαία επέμβαση για να σωθεί όλο το σώμα. Σε αυτό το στάδιο, σύμφωνα με την Γιδοπούλου 1991, υπάρχουν συναισθήματα κατάθλιψης και απελπισίας τα οποία συγχέονται με συναισθήματα καχυποψίας και αμφισβήτησης για την διάγνωση και την θεραπεία. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματά του, να μπορέσει να διακρίνει την πραγματικότητα από την υποψία. Σκοπός του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει την πραγματικότητα και να δουλέψουν μαζί πάνω σ' αυτή. (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ 1991).

Ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή είναι ένας ακρωτηριασμός με ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα. Ξέρουμε ότι η κοινωνία όλων των εποχών έμαθε την γυναίκα να θεωρεί το μαστό άλλοτε σαν έκφραση της μητρότητας και άλλοτε σαν έκφραση της θηλυκότητας. Η υποτίμηση των προβλημάτων που συνοδεύουν την επέμβαση αυτή καταδικάζει τη γυναίκα σε αλλοίωση της ποιότητας ζωής.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού εδώ, σύμφωνα με την Στρογγυλού 1991, είναι να βοηθήσει τη γυναίκα να συνειδητοποιήσει ότι θυσιάζει ένα κομμάτι από το σώμα της για να σωθεί η υγεία της. Θα πρέπει να βοηθηθεί να συνειδητοποιήσει ότι χάνοντας το στήθος της δεν σημαίνει ότι χάνει τα δικαιώματά της για τη ζωή και ότι δεν στιγματίζεται με την ετικέτα της σεξουαλικής ανικανότητας. (ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ 1991).

/ Συνοψίζοντας στο στάδιο της θεραπείας συμπερένουμε ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να προσεγγίζει τους ασθενείς με στόχο την έκφραση των συναισθημάτων, την δημιουργία ανοικτής επικοινωνίας, αλλά και να ενθαρρύνει την επικοινωνία ασθενούς - συζύγου - ιατρού ώστε τα taboo του sex, οι ενοχές και η μείωση της ποιότητας ζωής, να διαπιστωθεί ότι δεν είναι αναγκαίο να συμβούν.

/ Το τελικό στάδιο αποτελεί το πιο δύσκολο κομμάτι δουλειάς για τον Κοινωνικό Λειτουργό, αλλά παράλληλα είναι και το πιο δύσκολο στάδιο για τον καρκινοπαθή. Εδώ πλέον φτάνει ο ασθενής ένα βήμα πριν να φύγει από αυτό τον κόσμο για πάντα. Όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο ο καρκινοπαθής αυτού του σταδίου μπορεί να ξεκινήσει με προβλήματα κατάθλιψης μέχρι και ψυχιατρικά προβλήματα.

Εδώ η δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού είναι αρκετά διαφορετική από τα δύο προηγούμενα στάδια. Το στάδιο αυτό είναι πράγματι αρκετά δύσκολο και στόχος του είναι όχι να κάνει τον ασθενή να χαμογελάσει και να ξεχαστεί αλλά να βγάλει από μέσα του και να συζητήσει την πραγματικότητα. Εδώ όπως πολλοί αναφέρουν δεν χρειάζεται ο ασθενής παρηγοριά. Αν προσπαθήσουμε να του παρουσιάσουμε μια ωραία εικόνα ο ασθενής θα αντιληφθεί το ψέμα για το λόγο ότι βιώνει τη φθορά του.



Σύμφωνα με την Γιαννουλάκη 1991, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις σκέψεις, τα γεγονότα και τις διάφορες συγκρούσεις που τυχόν εμφανιστούν. Ο/Η Κ.Λ. είναι που θα τον βοηθήσει σ' αυτό το στάδιο να αποκοπεί από ότι τον κρατά στη ζωή και μιλάμε βέβαια για τις τελευταίες υποχρεώσεις με τις οποίες θα ήθελε να ασχοληθεί, γι' αυτά που θα ήθελε να κάνει πριν φύγει για το μεγάλο ταξίδι χωρίς γυρισμό. Σε αυτό το στάδιο ο Κ.Λ. θα δουλέψει πολύ και με την οικογένεια του ασθενούς. Για παράδειγμα αν ένας ασθενής είναι σε μια οικογένεια που κρατά με τη δουλειά του τη ζήση όλων, συνετό είναι να προγραμματίζονται τα οικονομικά τους από πριν, έτσι που όλα τα εξαρτώμενα πρόσωπα να έχουν σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστειας του, κάποια ασφάλεια (ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΚΗ 1991).

Ο παραμερισμός των οικονομικών ανησυχιών αίρει ένα σοβαρό εμπόδιο στο δρόμο προς τη συναισθηματική προσαρμοστικότητα. Η καλλιέργεια σχέσεων αγάπης με την οικογένεια προσφέρει συμπαράσταση μπρος το θάνατο. Είναι μάταιο και ανώφελο να περιμένει κανείς να φτάσει ο άρρωστος του μπροστά στον ιερέα για να ξεκινήσει διάλογο με τον ασθενή και προσπάθεια εγκαθίδρυσης μιας πιο σωστής σχέσης ανάμεσα στον άρρωστο και στους συγγενείς. Ο ασθενής σε αυτή τη φάση θα πρέπει να μείνει χαλαρωμένος για να γευτεί τις τελευταίες στιγμές της ζωής του. Η παραπάνω δουλειά θα γίνει μόνο όταν ο ασθενής ξέρει την αλήθεια για την κατάστασή του και η οικογένειά του συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα. Διαφορετικά ο Κ.Λ. θα πάρει το ρόλο του παρηγορητή και μέχρι τελευταία στιγμή θα μπει στο παιχνίδι της υποκρισίας και του θεάτρου χωρίς να πετύχει κάτι το ουσιαστικό.

Η Γιαννουλάκη 1991, συνεχίζοντας αναφέρει χαρακτηριστικά "στις πρώτες φάσεις της ασθένειας ο γιατρός έχει το ρόλο του θεού, του Σωτήρα. Στο τελικό όμως στάδιο εκεί που μόνο παυσίπονο μπορεί - αν μπορεί - να είναι η επέμβαση, το στήριγμα αυτό χάνεται για τον ασθενή. Στο σημείο αυτό η εργασία του Κ.Λ. είναι καθοριστική αν ο θεράπων γιατρός κατανοεί ή μάλλον δέχεται ότι ο ασθενής δεν είναι όργανο υποχρεωμένο να δοκιμάσει όλες τις επιτεύξεις της επιστήμης της ιατρικής αλλά μια ψυχοσωματική οντότητα που έχει δικαίωμα

να πεθάνει διατηρώντας την αξιοπρέπειά του".

(ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΚΗ 1991, σελ. 126).

Συμπερασματικά ο κάθε άνθρωπος έχει αξιοπρέπεια και προσωπικότητα. Ακόμα και την τελευταία στιγμή ο άνθρωπος δεν θέλει να χάσει τα δύο αυτά πολύτιμα για τον εαυτό του στοιχεία. Αυτό βέβαια θα πρέπει να το συνειδητοποιήσουν όλοι όσοι ασχολούνται με τους ασθενείς τελικού σταδίου. Η υποστήριξη της αξιοπρέπειας του προσώπου του ασθενούς από την πλευρά του ΚΛ είναι το κλειδί της γνήσιας και καθαρής επικοινωνίας. Αυτό στην εργασία μας ισχύει σε όλα τα πλαίσια, όμως επειδή υπάρχει εδώ άμεση σχέση με τον θάνατο οι ισορροπίες είναι πιο ευαίσθητες και θέλουν μεγαλύτερη προσοχή. Είναι η άμεση επαφή με την αλήθεια του τέλους της ζωής.

Συνεχίζοντας είναι απαραίτητο να αναφερθούμε στην συνεχή εκπαίδευση του Κ.Λ. και την συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες. Ο Κ.Λ. εφόσον αντιμετωπίζει τον άνθρωπο μέσα στον κοινωνικό περίγυρο και εφ' όσον οι κοινωνικές συνθήκες αλλάζουν πρέπει σαν επαγγελματίας να είναι συνεχώς έτοιμος για την αντιμετώπιση της αδιάκοπης αυτής αλλαγής. Σύμφωνα με την Γιδοπούλου 1991, ο επαγγελματικός εξοπλισμός των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να είναι τέτοιος ώστε:

Πρώτον: Να είναι σε θέση να κατανοούν τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες.

Δεύτερον: Να έχουν γνώση της νομοθεσίας, των θεσμών και των υπηρεσιών.

Τρίτον: Πρέπει να έχουν γνώση της αναπτύξεως του ανθρώπου από άποψη βιολογικής και ψυχολογικής.

Τέταρτον: Απαραίτητη είναι η καλή εξάσκηση στην τεχνική της συνέντευξης, της παρατηρητικότητας, του ακούειν, του ερευνάν και του επιδράν ευεργετικά πάνω στην ανθρώπινη ψυχή και

Πέμπτον: Να παρακολουθούν συχνά σεμινάρια πάνω στο αντικείμενο στο οποίο εργάζονται. (ΓΙΔΟΠΥΛΟΥ 1991).

Όταν ο Κ.Λ. ασχολείται μ' ένα αντικείμενο τόσο δύσκολο όπως είναι το τελικό στάδιο του καρκινοπαθή, θα πρέπει να έχει δουλέψει πρώτα με τον εαυτό του, για να μπορέσει να δουλέψει και με τους άλλους. Διαβάζουμε συχνά για τις ομάδες υποστήριξης του προσωπικού ή ομάδες ψυχοθεραπείας για επιστήμονες, που υπάρχουν και που γίνονται με τον χρόνο όλο και πιο γνωστές στον ελληνικό χώρο. Είναι αναγκαία αυτή η υποστήριξη κυρίως για τους επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου.

Η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς καθώς και η αποκατάστασή του δεν μπορεί να θεωρηθεί έργο ενός ειδικού ή μεμονομένων προσπαθειών. Είναι καθοριστική η συνεργασία όλων των επαγγελματιών μα πάνω απ' όλα συνεργασία με τον ίδιο τον άρρωστο. Με την συνεργασία όλων η αποκατάσταση του αρρώστου μπορεί τόσο να αρχίζει έγκαιρα και σωστά όσο και η ίδια η θεραπεία της αρρώστειας. Η συνεχή επαγγελματική κατάρτιση του Κοινωνικού Λειτουργού επιφέρει την συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες γιατί μόνο έτσι ο Κ.Λ. μπορεί να σταθεί δίπλα στον γιατρό, τον ψυχολόγο, τον ψυχίατρο και να καταξιωθεί σαν επαγγελματίας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε τα εξής: οι ιδιαίτερες γνώσεις, η ευαισθησία, ο προγραμματισμός είναι εφόδια που χρειάζεται ο Κ.Λ. για να υποστηρίξει και να δώσει τη δυνατότητα στον καρκινοπαθή να αγωνισθεί για τη ζωή του. Η υποστήριξη αυτή θα πρέπει να προσεγγίζει τρία κεντρικά σημεία: Πρώτον την φροντίδα και θεραπεία του αρρώστου. Δεύτερο το σεβασμό της προσωπικότητας του αρρώστου και τρίτον την υποστήριξη της οικογένειας. Για να επιτευχθούν όμως όλα τα παραπάνω χρειάζεται συνεχή εκπαίδευση και καλή συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες.

## Αναφορά σε Αντικαρκινικά Νοσοκομεία

### της Ελλάδος

#### Θεαγένειο Θεσσαλονίκης

Οι δραστηριότητες της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου ξεκίνησαν από το 1985. Ιδιαίτερα την απασχόλησαν 5273 περιπτώσεις ασθενών, έναντι 4456 του 1984. Εκτός από τους ασθενείς υπήρχε και συμμετοχή από τους συγγενείς και τους συνοδούς των ασθενών, με τους οποίους απασχολήθηκε το χρόνο αυτό η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, για την καλύτερη υποστήριξη των ασθενών.

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπισε η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου είναι:

- δυσκολία αποδοχής της ασθενείας τους
- δυσκολία προσαρμογής τους στο νέο περιβάλλον
- πεσμένο ηθικό
- εξεύρεση στέγης
- κινητοποίηση της κοινότητας για να συμπαρασταθούν τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς τους.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων έγιναν τα ακόλουθα:

- συνεντεύξεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.
- συνεργασία με το Ιατρικό Νοσηλευτικό και Διοικητικό Προσωπικό.
- συνεργασία με τους συγγενείς των ασθενών
- συνεργασία με τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Νομαρχίας Θεσσαλονίκης καθώς και με τους Δήμους και τις Κοινότητες καταγωγής των ασθενών.
- συνεργασία με Ιδρύματα και Οργανισμούς.

Σήμερα στο Θεαγένειο λειτουργούν ξενώνες κατάλληλοι για την φιλοξένηση των συγγε-

νών των ασθενών.

Τα παραπάνω στοιχεία μας δόθηκαν ύστερα από συνάντηση που είχαμε με την υπεύθυνη Κοινωνική Λειτουργό του Νοσοκομείου.

### Αντικαρκινικό Νοσοκομείο "Άγιος Σάββας"

#### Αθήνα

Ο "Άγιος Σάββας" ιδρύθηκε σαν ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ το 1935. Ήταν το όνειρο του Καθηγητή και Ακαδημαϊκού Αριστοτέλη Κούδη. Στις αρχές του 1940 λειτουργούσαν στο Ίδρυμα τέσσερα νοσηλευτικά τμήματα, 5 εξωτερικά ιατρεία και 4 επιστημονικά εργαστήρια. Το 1946 προστέθηκε στα δύο λειτουργούντα Ακτινοθεραπευτικά και τρίτο και εκσυγχρονίστηκαν το Μικροβιολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο.

Κατά την περίοδο 1950 - 1980 έγιναν τα μεγάλα έργα της θεμελίωσης της κεντρικής πτέρυγας του Ίδρύματος, διαμορφώθηκαν αίθουσες ακτινοθεραπείας, άρχισαν εργασίες για την ανάπτυξη τμημάτων Ισοτόπων, εξαώροφη πτέρυγα στην ΒΔ πλευρά που περιλαμβάνει ακτινοθεραπευτικά - εξωτερικά ιατρεία - πέντε νοσηλευτικοί όροφοι δυνάμειως 145 κρεβατιών. Η ΒΑ πτέρυγα, αναδιοργανώθηκαν οι νοσηλευτικές μονάδες, τα εργαστήρια και έγιναν νέες κλινικές ιδρύθηκε το Κέντρο Ογκολογικής Ερεύνης και Πειραματικής Χειρουργικής κ.ά.

Στην 10ετία του 1980-1990 οργανώθηκαν και λειτουργούν ένας νέος αριθμός ιατρικών τμημάτων και μονάδων για την διερεύνηση του πεδίου παρεχομένων υπηρεσιών, την εξασφάλιση της αυτοδυναμίας του νοσοκομείου και την εναρμόνιση στις σύγχρονες απαιτήσεις των ιατρικών εξελίξεων. Οργανώθηκαν: Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης - Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού - Τμήμα Αξονικού Τομογράφου - Τμήμα Ανοσολογίας.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου λειτουργεί με 2 επαγγελματίες ΚΛ. και τους εκπαιδευόμενους. Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζεται από τον γιατρό, την επισκέπτρια υγείας, την Κ.Λ., την ψυχολόγο και τον/την νοσοκόμο/μα. Τόσο ο ρόλος των ΚΛ

όσο και των άλλων επαγγελματιών είναι αρκετά ξεκαθαρισμένος στην ομάδα.

Η ΚΛ δουλεύει με τον ασθενή για τον ασθενή, προσπαθώντας να τον βοηθήσει για το πώς θέλει να είναι η ποιότητα ζωής του. Φροντίζει για την ψυχολογική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς όταν αυτός γνωρίζει την ασθένειά του. Υποστηρίζει την ίδια την οικογένεια του καρκινοπαθούς. Προσπαθεί να σπάσει την κοινωνική απομόνωση στην οποία μπορεί να επέλθει ο καρκινοπαθής μετά την γνώση της αρρώστειάς του.

Όταν ο γιατρός ανακοινώνει στον άρρωστο τη νόσο του και την πορεία εξέλιξης αυτής, οι άλλοι επαγγελματίες είναι έτοιμοι να χειριστούν τα συναισθήματα του ασθενή και τις άμυνές του. Ο ασθενής έχει όλο το δικαίωμα να αποφασίσει αν θέλει να επωφεληθεί από τη βοήθεια αυτή ή αν θέλει να απομονωθεί στο περιβάλλον του. Από τη στιγμή όμως που αποφασίζει να έχει τη βοήθεια των επαγγελματιών, τότε αυτή η βοήθεια τον ακολουθεί σ' όλη την πορεία της ζωής του.

Μετά την επαφή του καρκινοπαθή με την Κοινωνική Υπηρεσία και εφόσον έχουν δουλευτεί οι άμυνές του, κρίνεται είτε από τους επαγγελματίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή η μετάβασή του στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων όπου εκεί γίνεται πιο εντατική εργασία με τη βοήθεια ψυχολόγων.

Βασική προϋπόθεση για όλα τα παραπάνω είναι η καλή συνεργασία που υπάρχει μεταξύ όλων των επαγγελματιών καθώς και το γεγονός ότι όλοι βαδίζουν με την αρχή, ο ασθενής να μαθαίνει την αλήθεια για την ασθένειά του.

Όλες οι παραπάνω πληροφορίες δόθηκαν μετά από προσωπική επαφή που είχαμε στις 8 Οκτωβρίου 1992 με την Διευθύντρια της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου την Κυρία Γιδοπούλου.

## ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

### ΒΟΛΟΥ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Το ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Βόλου οργανώθηκε τον Φεβρουάριο του 1992. Συμμετείχε στην ομάδα ο γιατρός, επισκέπτρια υγείας και η νοσοκόμα που ήταν υπεύθυνη για τις χημειοθεραπείες. Τον Απρίλιο του 1992 προσχώρησε στην ομάδα και Κοινωνική Λειτουργός του Νοσοκομείου.

Το ογκολογικό τμήμα είχε συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου, όπου συμμετείχε ψυχίατρος και ψυχολόγος. Μια φορά το μήνα συναντιότανε η ομάδα και συζητούσαν τα διάφορα προβλήματα που υπήρχαν καθώς και την πορεία εξέλιξης της προσπάθειας αυτής. Κύριος σκοπός από την αρχή της οργάνωσης ήταν η παροχή βοήθειας από ψυχολογικής πλευράς τόσο στους καρκινοπαθείς όσο και στις οικογένειές τους.

Ιδιαίτεροι στόχοι της ομάδος ήταν:

Πρώτον η αρχειοθέτηση όλων των περιστατικών.

Δεύτερον η τήρηση βιβλίων επισκέψεων των ασθενών.

Τρίτον η τήρηση Κοινωνικών Ιστορικών και ποιότητα ζωής των ασθενών.

Τέταρτον η επίσκεψη κατ' οίκον

Πέμπτον η συμπαράσταση των ασθενών στις συνεχείς χημειοθεραπείες.

Εκτον η εξυπηρέτηση σε διοικητικά θέματα του Νοσοκομείου.

Η παρακολούθηση των καρκινοπαθών κατ' οίκον γινότανε κατόπιν συνεννοήσεως μεταξύ της επισκέπτριας υγείας και της εκπαιδευόμενης Κοινωνικής Λειτουργού. Συζητούσαμε διάφορα θέματα που τους απασχολούσαν, αποφεύγαμε όμως να αναφερθούμε στην ασθένειά τους για το λόγο ότι αρχή του ιατρείου ήταν να μην γνωρίζουν την αλήθεια. Παράλληλα για σοβαρότερα περιστατικά γινότανε παραπομπή στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας όπου εκεί αναλάμβαναν ψυχολόγοι και ψυχίατροι.

Το ογκολογικό ιατρείο λειτουργεί κάθε Τετάρτη πρωί στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Μέσα στο ιατρείο κατά την ώρα της επίσκεψης των καρκινοπαθών υπήρχε μαζί με τον γιατρό, η επισκέπτρια υγείας η οποία οργάνωνε τους φακέλλους του τμήματος και η εκπ. ΚΛ η οποία αναλάμβανε τη σύνταξη του Κοινωνικού Ιστορικού μετά από συνέντευξη και τον κανονισμό του ραντεβού στο σπίτι του ασθενή.

Αυτή τη στιγμή ο αριθμός των καρκινοπαθών που επισκέπτονται το ιατρείο απαριθμεί γύρω στα 100 άτομα.

Τον Φεβρουάριο του '93 ξεκίνησε ένα καινούριο πρόγραμμα από το Ογκολογικό ιατρείο και με συνεργασία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας. Εγιναν οι ομάδες συγγενών. Σκοπός της ομάδας αυτής ήταν η ενημέρωση στους συγγενείς των καρκινοπαθών για το τι είναι καρκίνος, ψυχολογική υποστήριξη αυτών, αλλά και ενημέρωση πάνω σε θέματα διατροφής και κάπνισμα. Οι συναντήσεις γινόντουσαν κάθε 13 μέρες. Στις ομάδες συμμετείχε ο γιατρός, ψυχολόγος, επισκέπτρια υγείας και Κοινωνική Λειτουργός. Οι συναντήσεις αυτές τελείωσαν τον Μάιο αφού πραγματοποιήθηκαν 7 τον αριθμό. Εκκρεμεί ως αυτή τη στιγμή η αξιολόγηση της παραπάνω προσπάθειας.



### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 1. Είδος της Έρευνας

Η έρευνα αυτή είναι διερευνητική. Επιλέχθηκε το είδος αυτό της έρευνας για τους ακόλουθους λόγους:

1. Δεν υπήρχαν πολλά στοιχεία ερευνών που να έχουν γίνει σ' αυτό το θέμα ακριβώς, παρά μόνο αποσπασματικά στοιχεία που προκύπτουν από άλλες παρεμφερείς έρευνες (π.χ. πρόληψη του καρκίνου, αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων από τη νόσο του καρκίνου).

2. Οι μελετητές δεν διέθεταν τον απαραίτητο χρόνο, εξειδικευμένες γνώσεις και την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή για μία πιο εκτεταμένη και εξειδικευμένη διερεύνηση.

Σύμφωνα με τον Φίλια (1977) διερευνητική έρευνα είναι το είδος της έρευνας που πρωταρχικό σκοπό έχει την διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση ή την διατύπωση υποθέσεων ή την ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παραπέρα έρευνα. Σε μία διερευνητική έρευνα βασική έμφαση δίνεται στην ανακάλυψη. Το βασικό της χαρακτηριστικό είναι η ευελιξία.

#### 2. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί ο τρόπος αντιμετώπισης των καρκινοπαθών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο από επαγγελματίες υγείας και πως επηρεάζει αυτή η αντιμετώπιση στον ψυχικό τους κόσμο. Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο ερωτηματολόγιο θα αξιολογηθούν οι απόψεις των καρκινοπαθών τελικού σταδίου και ο εντοπισμός τυχόντων προβλημάτων που αυτοί αντιμετωπίζουν και στο δεύτερο ερωτηματολόγιο οι απόψεις των

επαγγελματιών (γιατρών, νοσηλευτών, νοσηλευτριών, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτριών υγείας, ψυχολόγων, ψυχιάτρων) που ασχολούνται με το πρόβλημα.

Τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά και αφορούν μόνο ασθενείς, και το προσωπικό του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου, και συγκεκριμένα της χειρουργικής κλινικής του Νοσοκομείου και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

Ειδικότεροι στόχοι της μελέτης αυτής είναι:

Για το πρώτο ερωτηματολόγιο,

1. Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι καρκινοπαθείς τελικού σταδίου.
2. Η διερεύνηση η οποία αφορά την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών.
3. Η διερεύνηση για το αν επιθυμούν να γνωρίζουν τη σοβαρότητα της ασθένειάς τους.

Για το δεύτερο ερωτηματολόγιο,

1. Η διερεύνηση σχετικά με την αναγκαιότητα της εξειδίκευσης στο χώρο της εργασίας τους.
2. Η διερεύνηση σχετικά με το αν θα πρέπει να λέγεται η αλήθεια στον καρκινοπαθή.
3. Η διερεύνηση για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίζεται ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου.

### 3. Ερωτήματα

Στη μελέτη αυτή διατυπώθηκαν τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Η ηλικία, το φύλλο, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα τόσο των καρκινοπαθών όσο και του προσωπικού του Νοσοκομείου.
2. Γνωρίζουν οι καρκινοπαθείς που ρωτήθηκαν ότι πάσχουν από καρκίνο ή νομίζουν ότι πάσχουν από κάποια άλλη ασθένεια;
3. Επιθυμούν οι ίδιοι να γνωρίζουν την αλήθεια για την σοβαρότητα της υγείας τους;

4. Επιθεράζει η ασθένεια τη ποιότητα ζωής τους και με ποιό τρόπο; Επιθυμούν οι ίδιοι μια καλύτερη ποιότητα ζωής;
5. Οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς έχουν εξειδίκευση στον τομέα αυτό;
6. Επιθυμούν οι επαγγελματίες να λένε την αλήθεια και αν ναι έχουν τρόπους να αντιμετωπίσουν τις αντιδράσεις των καρκινοπαθών;
7. Κρίνεται αναγκαία η προετοιμασία των καρκινοπαθών για να δεχθούν την αλήθεια καθώς και η συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού;

### Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας

Ενώ ο αρχικός προγραμματισμός και πρόθεση των ερευνητών ήταν πληθυσμό της έρευνας να αποτελέσουν καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο, στην πορεία αυτό αναθεωρήθηκε εξ' αιτίας δυσκολιών που παρουσιάστηκαν. Έτσι πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν καρκινοπαθείς που έχουν υποστεί έστω και μία φορά χειρουργική επέμβαση και επισκέπτονται κάθε μήνα το ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου. Για το δεύτερο ερωτηματολόγιο ως πληθυσμός κλήθηκε, οι επαγγελματίες του Νοσοκομείου (γιατροί, νοσηλεύτές/τριες, Κοινωνικοί Λειτουργοί) που ασχολούνται με καρκινοπαθείς και επαγγελματίες (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, επισκέπτριες υγείας) από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου που συνεργάζεται με το Ογκολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου Βόλου.

- Τα κύρια γνωρίσματα της περιοχής από την οποία επιλέχθηκε ο πληθυσμός είναι το γεγονός ότι αποτελεί πρωτεύουσα του νομού Μαγνησίας, πρόκειται για αστική περιοχή και το Νοσοκομείο του φιλοξενεί όλα τα περιστατικά καρκινοπαθών από τις γύρω περιοχές και τα νησιά, Σκιάθος, Σκόπελος, Αλόνησος. Συγκεκριμένα η πόλη του Βόλου βρίσκεται χτισμένη στις ακτές του Παγασητικού κόλπου και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα βιομηχανικά κέντρα της χώρας. Η έκτασή της φτάνει τα 26.177 στρέμ. (Δήμος Βόλου) και 22.100 στρέμ. (Δήμος Ν. Ιωνίας) ενώ απαριθμεί 97.811 κατοίκους (Δήμος Βόλου - Ν. Ιωνίας). Κριτήριο επιλογής εξάλλου αυτής της πόλης αποτέλεσε:

1. Το γεγονός ότι είναι αντιπροσωπευτική του αστικού πληθυσμού.
2. Το ότι οι ερευνητές κατάγονται από την συγκεκριμένη αστική περιοχή, αποτέλεσε ένα δεύτερο παράγοντα για την επιλογή του πληθυσμού.

Από τα αρχεία του Ογκολογικού τμήματος του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου, επιλέχθηκαν τα στοιχεία των καρκινοπαθών που κρίθηκαν κατάλληλα για την έρευνα. Η επιλογή

του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της "τυχαιοποίησης" (ανά δύο περιπτώσεις) ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι αντιπροσωπευτικά ως προς τον πληθυσμό των καρκινοπαθών που είναι εγγεγραμμένοι στα αρχεία του Ογκολογικού τμήματος του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου.

Αναλυκότερα, ο αριθμός των καρκινοπαθών της περιοχής Βόλου και οι οποίοι βρίσκονται εγγεγραμμένοι στα βιβλία του Ογκολογικού τμήματος για το έτος 1992 ανέρχεται στις 100 περιπτώσεις. Από το σύνολο αυτών των περιπτώσεων 15 ανήκουν στην κατηγορία των καρκινοπαθών τελικού σταδίου, και οι 40 ανήκουν στην κατηγορία των καρκινοπαθών που έχουν υποστεί έστω και μία φορά χειρουργική επέμβαση ακολουθούν εβδομαδιαίες χημειοθεραπείες και επισκέπτονται κάθε μήνα το Ογκολογικό ιατρείο. Ο υπόλοιπος αριθμός των περιπτώσεων αντιπροσωπεύει απλά περιστατικά όπως καλοήθεις όγκους ή όγκους χωρίς μεταστατική εξέλιξη. Υπάρχει βέβαια και ένας μικρός αριθμός περιπτώσεων όπου οι καρκινοπαθείς έχουν πεθάνει. Το ερωτηματολόγιο όμως δόθηκε σε 23 περιπτώσεις οι οποίες πληρούσαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο για τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς, κατάλογο αποτέλεσε το βιβλίο του προσωπικού της Χειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου Βόλου και το προσωπικό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας με το οποίο συνεργάζεται. Πληθυσμό της Έρευνας αποτέλεσαν γιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτριες υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι δηλαδή 50 επαγγελματίες. Το ερωτηματολόγιο όμως δόθηκε σε 27 επαγγελματίες για το λόγο ότι οι υπόλοιποι δεν ασχολούνται με καρκινοπαθείς. Συγκεκριμένα επιλέχθησαν 12 γιατροί χειρουργοί, 11 νοσηλευτές/τριες, 1 Κοινωνική Λειτουργός, 1 Επισκέπτρια Υγείας, 1 Κλινική Ψυχολόγος, 1 Ψυχίατρος. Όλοι οι παραπάνω αποτελούν την επιστημονική ομάδα που ασχολείται με καρκινοπαθείς.

## Ερωτηματολόγιο

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης αυτής δημιουργήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, το πρώτο που απευθύνεται στους καρκινοπαθείς απαρτίζεται από 5 μέρη, και το δεύτερο που απευθύνεται στους επαγγελματίες απαρτίζεται από 4 μέρη.

- Το πρώτο μέρος και των δύο ερωτηματολογίων προσπαθεί να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Το δεύτερο και τρίτο μέρος του πρώτου ερωτηματολογίου που απευθύνεται στους καρκινοπαθείς, αναφέρεται στη συλλογή πληροφοριών για το αν γνωρίζουν οι καρκινοπαθείς από τι ασθένεια πάσχουν και αν οι ίδιοι επιθυμούν να γνωρίζουν την αλήθεια για την ασθένειά τους.

Το τέταρτο μέρος του πρώτου ερωτηματολογίου συλλέγει πληροφορίες για την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών και το πέμπτο μέρος συλλέγει πληροφορίες για τις αντιλήψεις των καρκινοπαθών σχετικά με την αντιμετώπιση και συμπαράσταση των επαγγελματιών υγείας και την επίδραση στην δικιά τους ψυχολογία.

Όσον αφορά τώρα το δεύτερο ερωτηματολόγιο αναφέρεται στους επαγγελματίες.

Το δεύτερο μέρος αυτού συλλέγει πληροφορίες για την εξειδίκευση των επαγγελματιών (αν υπάρχει) που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς.

Το τρίτο μέρος συλλέγει πληροφορίες για το αν λένε οι επαγγελματίες την αλήθεια στους καρκινοπαθείς.

Τέλος το τέταρτο μέρος του δεύτερου ερωτηματολογίου συλλέγει πληροφορίες που αναφέρονται στην προετοιμασία των καρκινοπαθών για να δεχθούν την αλήθεια και στην συνεργασία των επαγγελματιών υγείας.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από 30 ερωτήσεις, ενώ το δεύτερο από 20. Το είδος αυτών των ερωτήσεων ήταν "πραγματικές" και ερωτήσεις "γνώμης" ή "πίστης". Ο τύ-

πος των ερωτήσεων ήταν κλειστές και πρακατασκευασμένες στο σύνολό τους, με εξαίρεση ορισμένα υποερωτήματα που ήσαν ανοικτά. Οι πραγματικές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων, γιατί αφ' ενός είναι πιο εύκολο να κωδικογραφηθούν, αφ' ετέρου έχουν περισσότερες πιθανότητες κατά τον Φίλια (19, 77) να απαντηθούν με ειλικρίνεια.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε επί συνεντεύξει, αφού πρώτα και όπου ήταν δυνατό, προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία, ενώ το δεύτερο ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε στο χώρο του Νοσοκομείου και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και συμπληρώθηκε από τους ανάλογους επαγγελματίες.

### Περιορισμοί της Έρευνας

Η έρευνα περιορίστηκε μόνο στην περιοχή του Νομού Μαγνησίας, κυρίως γιατί στο Νομό αυτό δεν έχει γίνει άλλη έρευνα τέτοιου είδους και επειδή οι ερευνητές δεν διέθεταν τον απαραίτητο χρόνο και εξειδικευμένες γνώσεις για μία πιο εκτεταμένη διερεύνηση.

Αναφορικά με τον πληθυσμό της έρευνας, η έρευνα υπέστη επιμέρους περιορισμούς που οδήγησαν στην επιλογή του πληθυσμού όσον αφορά τα αρχεία του Ογκολογικού τμήματος του Νοσοκομείου. Και αυτό γιατί μεταξύ των επαγγελματιών που ασχολούνται με τον τομέα των καρκινοπαθών υπάρχουν αρκετές προστριβές τόσο για λόγους καθαρά ηγετικούς όσο και για το λόγο ότι είναι ένας νεοσύστατος τομέας για το Νοσοκομείο και το αντικείμενο σε θέματα γνώσεων όχι τόσο ιατρικά όσο ψυχολογικά αρκετά άγνωστα για τους περισσότερους επαγγελματίες. Έτσι στην πορεία αναθεωρήθηκε η άποψη να αφήσουν τους ερευνητές να συμπεριλάβουν ως πληθυσμό καρκινοπαθείς τελικού σταδίου όπως είχε οριστεί αρχικά.

Η ένταξη του Ογκολογικού τμήματος στην επίβλεψη της Χειρουργικής Κλινικής του Νο-

σοκομείου επέφερε αλλαγή στην ηγεσία του με αποτέλεσμα ο νέος γιατρός λόγω των δικών του πεποιθήσεων και απόψεων να δημιουργήσει τα προβλήματα στους ερευνητές. Παράλληλα ένας σημαντικός παράγοντας ήταν το γεγονός ότι καλλιεργείται η αντίληψη της πλήρους σιωπής όσον αφορά την ενημέρωση των καρκινοπαθών για την πραγματική τους ασθένεια.

Οι ερευνητές με δική τους πρωτοβουλία και ευθύνη και λόγω της πρόσβασης που είχαν στα αρχεία του Ογκολογικού (η συνάδελφος Σεβλιανού Αριστέα είχε κάνει εκεί την πρακτική της και είχε κρατήσει όλους τους φακέλους των ασθενών) έκαναν την έρευνα ερχόμενη σε επαφή με καρκινοπαθείς που είχαν υποστεί έστω και μία φορά εγχείρηση λόγω καρκινώματος και βρίσκονταν σε μεταστατικό στάδιο, δηλαδή προχωρούσαν προς το τελικό.

Όσον αφορά τον πληθυσμό του δεύτερου ερωτηματολογίου εκεί χρειάστηκε, πάλι ερχόμενη σε επαφή με τα άτομα της Χειρουργικής, να χρησιμοποιήσουμε άλλα μέσα για να γίνει τουλάχιστον αυτό το ερωτηματολόγιο. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο επιλέχθησαν μόνο οι επαγγελματίες εκείνοι που ασχολούνται με καρκινοπαθείς γι' αυτό και το δείγμα απαρτίζεται μόνο σε 27 άτομα.

### Τρόπος Ανάλυσης των Συλλεχθέντων Στοιχείων

Η ανάλυση των συλλεχθέντων στοιχείων έγινε με ηλεκτρονικό υπολογιστή και παρουσιάζονται σε αριθμητικές και εκατοστιαίες μονάδες. Για τα αποτελέσματα της κάθε μία ερώτησης δημιουργήθηκε ξεχωριστός πίνακας ο οποίος και αναλύεται. Επιπλέον υπάρχουν και γραφικές παραστάσεις για μερικό αριθμό αποτελεσμάτων.



### Τρόπος Παρουσίασης του Υπολοίπου της Έρευνας

Στο επόμενο κεφάλαιο IV περιγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας βάση των ερωτημάτων που τέθηκαν από την αρχή.

Στο V κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα της μελέτης καθώς και οι εισηγήσεις που έχουν γίνει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο από επαγγελματίες υγείας και η επίδραση που έχει η αντιμετώπιση αυτή - στον ψυχικό τους κόσμο.

Ιδιαίτερη δε βαρύτητα δόθηκε, στην διερεύνηση για το αν υπάρχει εξειδίκευση ή εκπαίδευση, για το αν λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς και με ποιό τρόπο, αν γίνεται προετοιμασία, αν οι ίδιοι οι καρκινοπαθείς επιθυμούν να γνωρίζουν την αλήθεια, αν οι ίδιοι οι καρκινοπαθείς επηρεάζονται ψυχολογικά από την στάση και την αντιμετώπιση των επαγγελματιών. Ακόμη διερεύνηση της αλλαγής της ποιότητας της ζωής των καρκινοπαθών μετά την εμφάνιση της ασθένειάς τους.

Τα ευρήματα της έρευνας παρουσιάζονται ως ακολούθως:

1. Γίνεται περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων αρχικά των ερωτηθέντων καρκινοπαθών και στην συνέχεια του προσωπικού του Νοσοκομείου Βόλου.
2. Γίνεται ανάλυση του κατά πόσο οι καρκινοπαθείς που ρωτήθηκαν γνωρίζουν ότι πάσχουν από την πραγματική τους ασθένεια.
3. Αναλύονται οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων καρκινοπαθών σχετικά με το αν οι ίδιοι επιθυμούν να γνωρίζουν την αλήθεια για την ασθένειά τους και για την σοβαρότητα της κατάστασής τους.
4. Αναλύονται οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων καρκινοπαθών σχετικά με την ποιότητα ζωής τους από την στιγμή που εμφανίζεται η ασθένειά τους.
5. Περιγράφονται οι αντιλήψεις και οι στάσεις των ερωτηθέντων καρκινοπαθών για την αντιμετώπιση και συμπαράσταση των επαγγελματιών υγείας και κατά πόσο αυτή επηρεάζει την δικιά τους ψυχολογική κατάσταση.

6. Αναφέρεται η αναγκαιότητα της εξειδίκευσης και της εκπαίδευσης στο προσωπικό που ασχολείται με τους καρκινοπαθείς στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου.
7. Αναλύονται οι απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με το αν θα πρέπει να λέγεται αυτούσια η αλήθεια στους καρκινοπαθείς.
8. Γίνεται ανάλυση κατά πόσο κρίνουν αναγκαία, οι ερωτηθέντες επαγγελματίες, την προετοιμασία των καρκινοπαθών για να δεχθούν την αλήθεια και την συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού για την καλύτερη αντιμετώπισή τους.

**Α' ΜΕΡΟΣ****Δημογραφικά Στοιχεία - Ερωτηθέντων Καρκινοπαθών και****Ερωτηθέντων Επαγγελματιών Υγείας.**

Το πρώτο ερωτηματολόγιο, απαντήθηκε συνολικά από 23 καρκινοπαθείς, εκ των οποίων 7 (30%) ήσαν ηλικίας 45 έως 55 ετών, 7 (30%) ήσαν ηλικίας 56 έως 65 ετών, 7 (30%) ηλικίας 66 έως 75 ετών και 2 (10%) ηλικίας 76 έως 85 ετών. (Πίνακας 1)

Το φύλο των καρκινοπαθών όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2 ήταν: 12 (52%) ήσαν άντρες και 11 (48%) ήταν γυναίκες.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των καρκινοπαθών, η πλειοψηφία τους 10 καρκινοπαθείς (44%) είχαν Στοιχειώδη εκπαίδευση, 7 (30%) ήταν αναλφάβητοι και 2 (9%) είχαν Ανωτάτη Εκπαίδευση. (Πίνακας 3)

Η επαγγελματική κατάσταση των καρκινοπαθών διαμορφώνεται από τα ευρήματα της έρευνας ως εξής: Ένας μεγάλος αριθμός καρκινοπαθών 11 (47%) είναι συνταξιούχοι, 10 (43%) οικιακά, 1 (4%) είναι ξυλουργοί και 1 (4%) καθηγητές. (Πίνακας 4)

Από τα παραπάνω λοιπόν συμπεραίνουμε πως οι ερωτηθέντες καρκινοπαθείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν ηλικίας από 45 έως 75, στην πλειοψηφία τους ήταν άντρες, είχαν κατά κύριο λόγο στοιχειώδη εκπαίδευση και η πλειοψηφία τους ήταν

Πίνακας 1

Ηλικία των ερωτηθέντων καρκινοπαθών		
ΗΛΙΚΙΑ	Αριθμός	Ποσοστό %
Κάτω των 45 ετών	0	0
45 - 55 ετών	7	30
56 - 65 ετών	7	30
66 - 75 ετών	7	30
76 - 85 ετών	2	10
86 και άνω	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 3

Μορφωτικό Επίπεδο των ερωτηθέντων καρκινοπαθών		
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Αριθμός	Ποσοστό %
Αναλφάβητος	7	30
Στοιχειώδης Εκπαίδευση	10	44
Μέση Εκπαίδευση	4	17
Ανωτέρα Εκπαίδευση	0	0
Ανωτάτη Εκπαίδευση	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 4

Επαγγέλματα των ερωτηθέντων καρκινοπαθών		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Αριθμός	Ποσοστό %
Συνταξιούχοι	11	47
Οικιακά	10	43
Ευλουργοί	1	4
Καθηγητές	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

συνταξιούχοι.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο απαντήθηκε συνολικά από 27 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων 17 (62%) ήταν ηλικίας 25 έως 35 ετών, 8 (30%) ηλικίας 36 έως 45, 1 (4%) ηλικίας 46 έως 55 και 1 (4%) ηλικίας 56 έως 65 ετών. (Πίνακας 35)

Το φύλο των ερωτηθέντων επαγγελματιών υγείας ήταν: 12 (44%) ήταν άντρες και 15 (56%) γυναίκες. (Πίνακας 36)

Όσον αφορά την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας βρέθηκαν 12 (44%) ήταν γιατροί χειρουργοί, 11 (40%) ήταν νοσηλεύτες, 1 (4%) επισκέπτριες υγείας, 1 (4%) Κοινωνικοί Λειτουργοί, 1 (4%) Κλινικοί ψυχολόγοι και 1 (4%) ήταν ψυχίατροι. (Πίνακας 37)

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε πως οι ερωτηθέντες επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους είχαν ηλικία από 25 έως 35 ετών, ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες και όσον αφορά την ειδικότητα οι περισσότεροι ήταν γιατροί χειρουργοί.

Πίνακας 35

Ηλικία των ερωτηθέντων επαγγελματιών		
ΗΛΙΚΙΑ	Αριθμός	Ποσοστό %
Κάτω των 25 ετών	0	0
25 - 35 ετών	17	62
36 - 45 ετών	8	30
46 - 55 ετών	1	4
56 - 65 ετών	1	4
66 και άνω	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 36

Φύλο των ερωτηθέντων επαγγελματιών		
ΦΥΛΟ	Αριθμός	Ποσοστό %
Ανδρες	12	44
Γυναίκες	15	56
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 37

Ειδικότητα των ερωτηθέντων επαγγελματιών		
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατροί - Χειρουργοί	12	44
Νοσηλευτής / τρια	11	40
Επισκέπτρια υγείας	1	4
Κοινωνική Λειτουργός	1	4
Κλινική Ψυχολόγος	1	4
Ψυχίατρος	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

**B' ΜΕΡΟΣ****Αναλύεται το ποσοστό των καρκινοπαθών που****γνωρίζουν την πραγματική τους ασθένεια**

Όσον αφορά τους καρκινοπαθείς που ρωτήθηκαν αν γνωρίζουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια, 22 (96%) δήλωσε ότι γνωρίζει, ενώ μόνο 1 (4%) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει. (Πίνακας 5)

Στην αμέσως επόμενη ερώτηση ζητήσαμε να μας πούνε την συγκεκριμένη ασθένεια από την οποία πάσχουν. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6 μόνο 6 (26%) δήλωσαν ότι έχουν καρκίνο, 16 (70%) ανέφεραν διαφορετική ασθένεια ενώ 1 (4%) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει την ασθένειά του.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ενώ σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες καρκινοπαθείς δηλώνουν ότι γνωρίζουν την ασθένεια από την οποία πάσχουν μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό γνωρίζει την πραγματική του ασθένεια, δηλαδή ότι έχει καρκίνο, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει διαφορετικές ασθένειες, όπως λίπωμα, διαταραχές στο έντερο, πολύποδα που δεν έχουν καμμία σχέση με τον καρκίνο.



Πίνακας 5

Γνώριζουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	22	96
Ο Χ Ι	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 6

Ασθένεια από την οποία δηλώνουν ότι πάσχουν οι ερωτηθέντες		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Καρκίνος	6	26
Διαφορετική ασθένεια	16	70
Δεν γνωρίζω	1	4

## Γ' ΜΕΡΟΣ

Αντιλήψεις των Καρκινοπαθών για γνώση  
της πραγματικής τους ασθένειας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 7 για το αν ο γιατρός πρέπει να λέει την αλήθεια για την ασθένεια στον ασθενή, 21 (91%) απάντησαν θετικά και 2 (9%) απάντησαν αρνητικά.

Για το αν οι ίδιοι οι ερωτηθέντες καρκινοπαθείς θέλουν να γνωρίζουν την αλήθεια για την ασθένειά τους όσο σοβαρή και αν είναι απάντησαν 22 (96%) θετικά, ενώ 1 (4%) αρνητικά. (Πίνακας 8)

Σχετικά με το αν θέλουν να μάθουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους από το συγγενικό τους περιβάλλον 18 (78%) απάντησαν θετικά, 2 (9%) απάντησαν αρνητικά, ενώ 3 (13%) απάντησαν ότι δεν ξέρει. (Πίνακας 9π)

Όσον αφορά για το ποιόν προτιμούν να γνωρίζει την άσχημη κατάσταση της υγείας τους 21 (92%) προτιμούν τον εαυτό τους, 1 (4%) δήλωσε τους συγγενείς και 1 (4%) κανέναν. (Πίνακας 12π)

Τέλος σχετικά με το ποιόν επιθυμούν να τους πληροφορήσει για την άσχημη κατάσταση της υγείας τους 23 (100%) προτιμούν αρχικά το γιατρό, 10 (43%) προτιμούν και τους συγγενείς, ενώ 8 (35%) δήλωσαν και τον Κοινωνικό Λειτουργό. (Πίνακας 14)

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι ασθενείς πιστεύουν ότι ο γιατρός θα πρέπει να είναι ειλικρινής απέναντί τους όσον αφορά το θέμα της ασθένειάς τους. Παράλληλα οι ίδιοι επιθυμούν να γνωρίζουν την ασθένειά τους και τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Επίσης όταν οι συγγενείς τους γνωρίζουν την ασθένειά τους προτιμούν να τους το πούνε και όχι να τους το κρύβουν. Δίνουν μεγαλύτερη προτεραιότητα στο γιατρό τους για να τους πληροφορήσει για την ασθένειά τους και αυτό σημαίνει ότι τον εμπιστεύονται και τον θεωρούν άτομο φερέγγυο. Δείχνουν όμως και κάποια μικρότερη προτίμηση στους συγγενείς τους και στους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Πίνακας 7

Αποψη των ερωτηθέντων για το αν πρέπει να λέει ο γιατρός την αλήθεια για την ασθένεια στον ασθενή		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	21	91
Ο Χ Ι	2	9
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

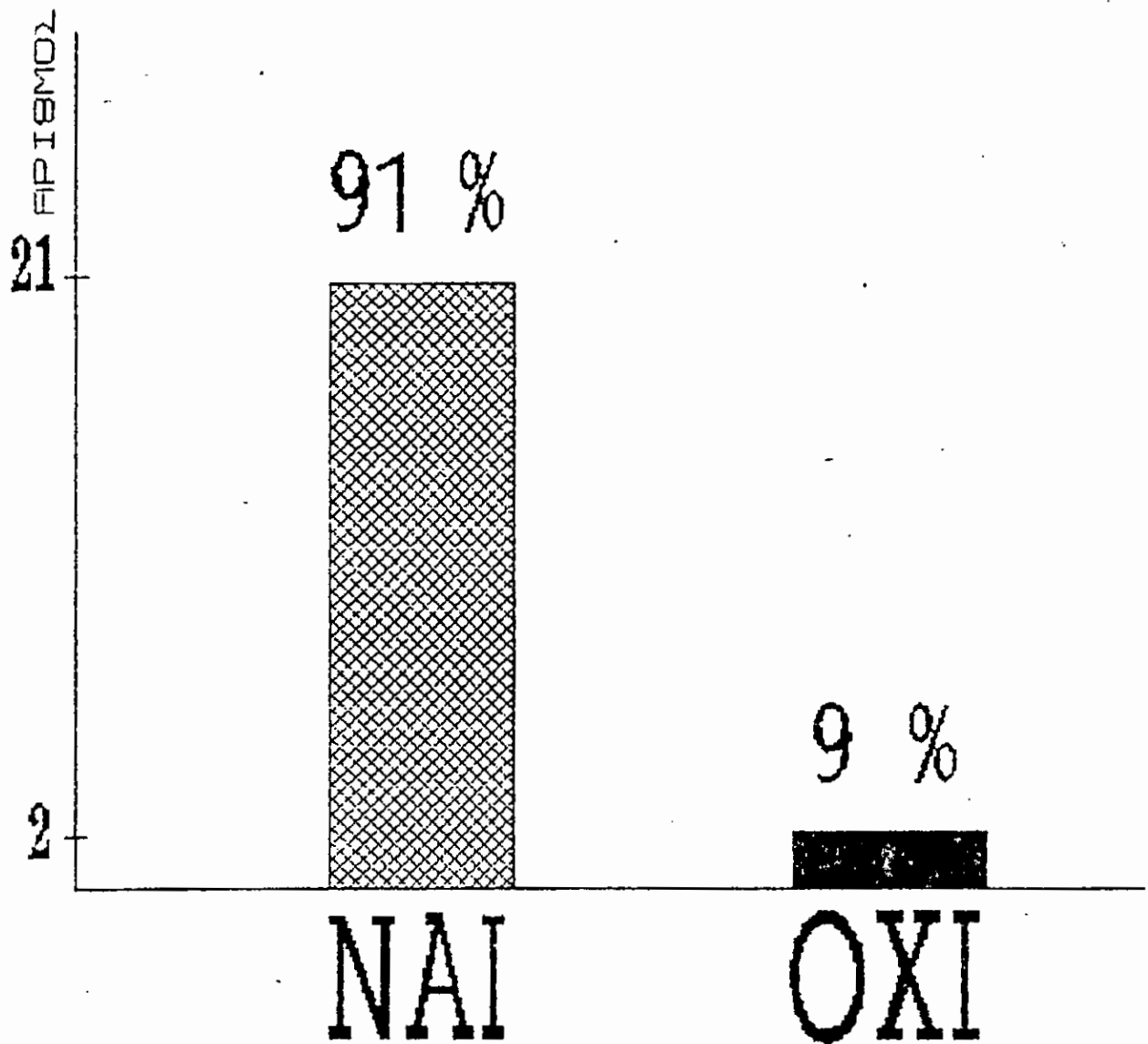
Πίνακας 8

Επιθυμία των ερωτηθέντων να γνωρίζουν την ασθένειά τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	22	96
Ο Χ Ι	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 14

Πρόσωπο το οποίο θα προτιμούσαν να τους πληροφορήσει για την άσχημη κατάσταση της υγείας τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατρός	23	100
Κοινωνικός Λειτουργός	8	35
Ψυχολόγος	0	0
Συγγένεις	10	43
Κανένας από τους παραπάνω	0	0

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 7



ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΠΡΕΠΕΙ  
ΝΑ ΛΕΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

**Δ' ΜΕΡΟΣ****Αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής από  
την στιγμή εμφάνισης της ασθένειας**

Όσον αφορά την αλλαγή στη ζωή τους από τη στιγμή που αρρωστήσανε 2 (9%) απάντησαν καθόλου, 14 (61%) απάντησαν λίγο, 5 (21%) απάντησαν πολύ και 2 (9%) πάρα πολύ.

(Πίνακας 19)

Η αλλαγή στην ψυχική τους ηρεμία από τη στιγμή που αρρωστήσανε όπως αναφέρθηκε από τους καρκινοπαθείς, διαμορφώνεται ως εξής: 3(13%) δήλωσαν καθόλου, 13 (57%) δήλωσαν ότι η ψυχική ηρεμία άλλαξε λίγο, 6 (16%) δήλωσαν πολύ και 1 (4%) δήλωσε πάρα πολύ. (Πίνακας 20).

Για το αν συνεχίσουν να έχουν καθημερινά ενδιαφέροντα (χόμπυ) 12 (52%) απάντησαν θετικά και 11 (48%) απάντησαν αρνητικά. (Πίνακας 21π)

Από τους παραπάνω 11 (48%) που απάντησαν αρνητικά, οι λόγοι για τους οποίους αρνούνται καθημερινά ενδιαφέροντα είναι οι εξής: 2 (9%) επειδή είναι άρρωστοι, 5 (22%) επειδή δεν έχουν διάθεση, 2 (9%) δεν τους αρέσουν τώρα αυτά και 5 (22%) δήλωσαν κάποιον άλλο λόγο. (Πίνακας 22π)

Σχετικά με το αν η ζωή για κάποιο άτομο (καρκινοπαθή) πρέπει να σταματά όταν αρρωσταίνει και οι 23 (100%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά. (Πίνακας 23)

Στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν τη ζωή τους από τότε που εκδηλώθηκε η ασθένεια 9 (39%) απάντησαν θετικά και 14 (61%) απάντησαν αρνητικά. (Πίνακας 24)

Από τους παραπάνω 14 (61%) οι οποίοι απάντησαν αρνητικά, οι λόγοι για τους οποίους αρνούνται να βελτιώσουν τη ζωή τους διαμορφώθηκαν ως εξής: 8 (35%) δεν νομίζουν ότι χρειάζεται, 3 (13%) πιστεύουν ότι δεν θα βοηθήσει σε τίποτα και 3 (13%) τους ικανοποιεί

η ζωή που έχουν. (Πίνακας 25)

Σχετικά με το αν δικαιούνται οι ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμα και λίγο πριν το θάνατο και οι 23 (100%) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 26)

Από τα παραπάνω προκύπτει πως η ζωή των ερωτηθέντων καρκινοπαθών και κυρίως η ψυχολογική τους κατάσταση από τη στιγμή που αρρωστήσανε έχει αλλάξει λίγο σε σχέση με το πως ήταν πριν αρρωστήσουν. Όσον αφορά τα καθημερινά τους ενδιαφέροντα για αρκετούς υπάρχουν, υπάρχει όμως και ένα σημαντικό ποσοστό που έχει σταματήσει να ασχολείται, κυρίως, γιατί τώρα αυτοί οι άνθρωποι δεν έχουν την ίδια διάθεση με το παρελθόν, πριν δηλαδή την εμφάνιση της ασθένειάς τους. Δηλώνουν όμως όλοι ότι η ζωή δεν πρέπει να σταματά για κάποιον που αρρωσταίνει. Το παράδοξο όμως είναι ότι πολύ λίγοι από αυτούς προσπάθησαν να βελτιώσουν τη ζωή τους από τη στιγμή που αρρώστησαν. Οι υπόλοιποι φαίνεται ότι αδιαφορούν να βελτιώσουν τη ζωή τους γιατί νομίζουν ότι πλέον δεν χρειάζεται να γίνει κάτι τέτοιο. Ενώ τέλος η στάση τους για δικαίωμα των ασθενών (των ιδίων) για καλύτερη ποιότητα ζωής είναι θετική από όλους.

Πίνακας 19

Αλλαξε η ποιότητα της ζωής τους από τη στιγμή που αρρώστησαν		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Καθόλου	2	9
Λίγο	14	61
Πολύ	5	21
Πάρα Πολύ	2	9

Πίνακας 20

Από τότε που αρρώστησαν η ψυχική τους ηρεμία άλλαξε		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Καθόλου	3	13
Λίγο	13	57
Πολύ	6	26
Πάρα Πολύ	1	4

Πίνακας 23

Αν κάποιος αρρωσταίνει , η ζωή πρέπει να σταματά γι'αυτόν		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	0	0
Ο Χ Ι	23	100
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 24

Έχουν προσπαθήσει να βελτιώσουν τη ζωή τους από τότε που εκδηλώθηκε η ασθένεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	9	39
Ο Χ Ι	14	61
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 25

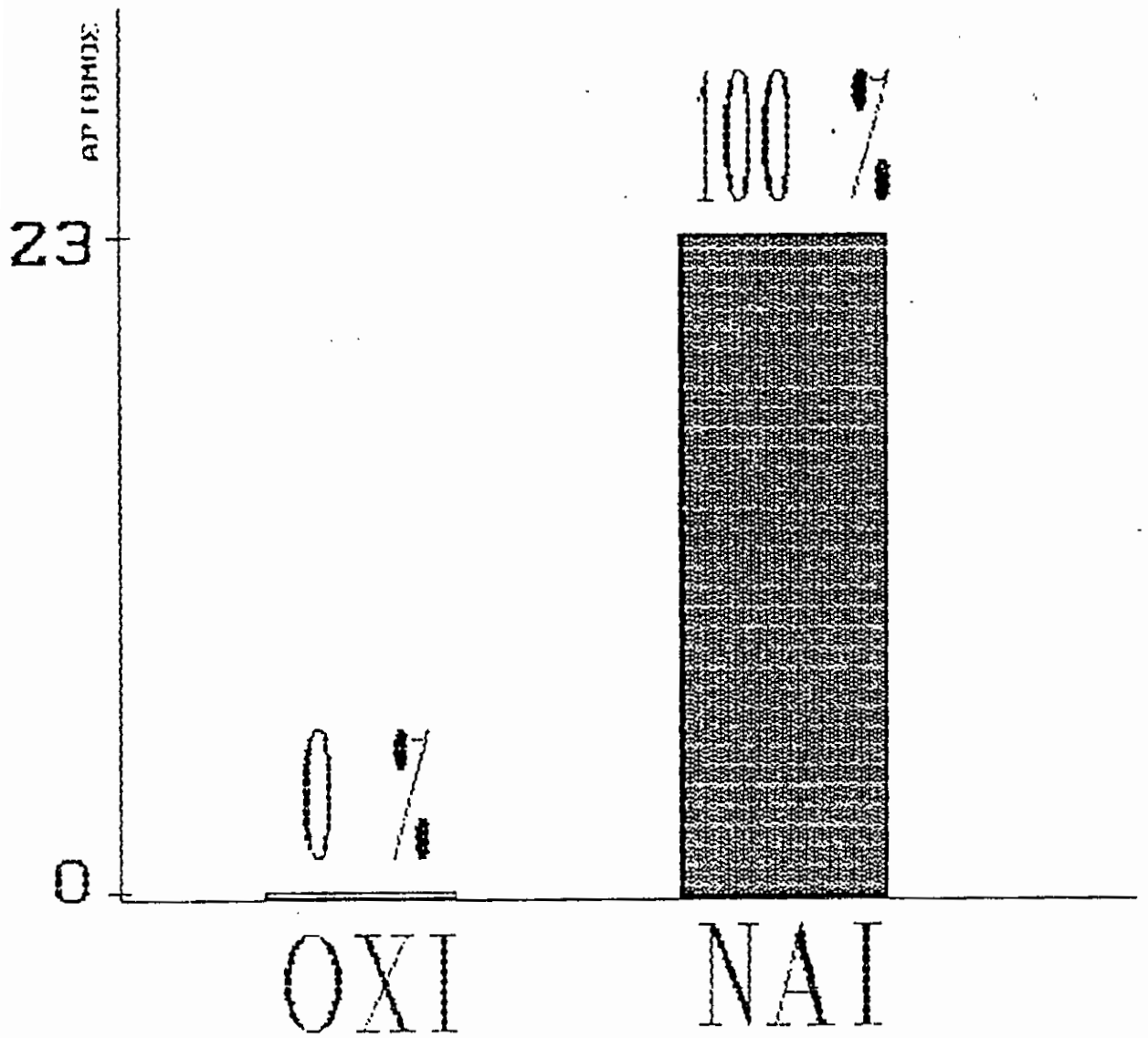
Λόγοι για τους οποίους αρνούνται να βελτιώσουν τη ζωή τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Δεν νομίζουν ότι χρειάζεται	8	35
Δεν θα βοηθήσει σε τίποτα	3	13
Τους ικανοποιεί η ζωή που έχουν	3	13
Κάτι άλλο	0	0

Πίνακας 26

Αποψη για το αν δικαιούνται οι ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμη και λίγο πριν το θάνατο		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	23	100
Ο Χ Ι	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	23	100



## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2 6



ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΛΥΤΕΡΗ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΛΙΓΟ ΠΡΙΝ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

**Ε' ΜΕΡΟΣ****Αντιλήψεις των καρκινοπαθών για την αντιμετώπιση των επαγγελματιών****υγείας - επίδραση αυτής στη ψυχολογική τους κατάσταση**

Όσον αφορά την υποχρέωση του γιατρού να συμπαραστέκεται μέχρι το τέλος στον άρρωστο και οι 23 (100%) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 28π)

Σχετικά με την συνεργασία κατά την διάρκεια της ασθένειάς τους με άλλους επαγγελματίες 23 (100%) καρκινοπαθείς συνεργάστηκαν με γιατρό, παράλληλα όμως οι 22 (96%) συνεργάστηκαν με Κοινωνικό λειτουργό, οι 20 (87%) είχαν συνεργαστεί και με επισκέπτρια υγείας, 5 (22%) με νοσηλεύτη/τρια, 1 (4%) με ψυχολόγο και 1 (4%) με ψυχίατρο. (Πίνακας 29π)

Εάν αυτή η συνεργασία τους ήταν ουσιαστική για τους ερωτηθέντες καρκινοπαθείς 22 (96%) απάντησαν θετικά και 1 (4%) αρνητικά. (Πίνακας 30π)

Όσον αφορά την άποψη ότι η ψυχολογία του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας του 21 (91%) απάντησαν θετικά, 2 (9%) απάντησε δεν ξέρω. (Πίνακας 31)

Σχετικά με τις ειδικότητες που προτιμούν οι ερωτηθέντες να συζητούν τα προσωπικά τους προβλήματα και τα προβλήματα υγείας τους 18 (48%) προτιμούν τον Κοινωνικό Λειτουργό, 12 (52%) προτιμούν το γιατρό, 10 (44%) προσδιορίζουν στο κάτι άλλο τους συγγενείς 9 (39%) προτιμούν την επισκέπτρια υγείας και 1 (4%) κανέναν από τους παραπάνω. (Πίνακας 32)

Για το αν επιθυμούν τη στελέχωση του Νοσοκομείου με ειδικότητες που βοηθούν στην ψυχολογική τους υποστήριξη και οι 23 (100%) απάντησαν θετικά. (Πίνακας 33)

Από τα παραπάνω (βγαίνει το συμπέρασμα) ότι οι καρκινοπαθείς πιστεύουν ότι ο γιατρός πρέπει μέχρι το τέλος της ζωής τους να τους συμπαραστέκεται. Κατά την πορεία της ασθένειάς τους συνεργάστηκαν στην πλειοψηφία τους με γιατρό, Κοινωνική λειτουργό και

Επισκέπτρια Υγείας, ενώ ελάχιστοι με νοσηλεύτη, ψυχολόγο και ψυχίατρο. Η συνεργασία τους αυτή ήταν ουσιαστική σχεδόν για όλους. Θεωρούν ότι η ψυχολογία του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας τους γι' αυτό και προτιμούν να συζητούν τα προσωπικά τους προβλήματα και τα προβλήματα υγείας τους με τον Κοινωνικό λειτουργό, με το γιατρό και την επισκέπτρια υγείας αλλά και ένα σημαντικό ποσοστό με πολύ κοντινά τους συγγενικά πρόσωπα. Τέλος όλοι επιθυμούν τη στελέχωση του Νοσοκομείου με ειδικότητες που να βοηθούν στην ψυχολογική τους υποστήριξη.

Πίνακας 31

Αποψη σχετικά με το αν η ψυχολογία του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας του		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	21	91
Ο Χ Ι	0	0
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 32

Ειδικότητες με τις οποίες προτιμούν οι ερωτηθέντες να συζητούν τα προσωπικά τους προβλήματα και τα προβλήματα υγείας τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατρό	12	52
Κοινωνικό Λειτουργό	18	78
Επισκέπτρια υγείας	9	39
Ψυχίατρο	0	0
Ψυχολόγο	12	52
Νοσηλεύτη / τρια	0	0
Κανέναν	1	4
Κάτι Άλλο	10	44

Πίνακας 33

Απόψεις των ερωτηθέντων για το αν πρέπει να στελεχωθεί το νοσοκομείο με ειδικότητες που βοηθούν στην ψυχολογική τους υποστήριξη		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	23	100
Ο Χ Ι	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

**ΣΤ' ΜΕΡΟΣ****Αναγκαιότητα εξειδίκευσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών****υγείας που ασχολούνται με καρκινοπαθείς στο****Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου.**

Σχετικά με το χρονικό διάστημα που ασχολούνται οι επαγγελματίες υγείας στο Νοσοκομείο Βόλου με τους καρκινοπαθείς 8 (30%) απάντησαν λιγότερο από ένα χρόνο, 5 (19%) απάντησαν περισσότερο από ένα χρόνο και 14 (51%) περισσότερο από δύο χρόνια. (Πίνακας 38π)

Όσον αφορά αν έχουν εξειδίκευση πάνω στο τομέα των καρκινοπαθών 26 (96%) απάντησαν αρνητικά και 1 (4%) θετικά. (Πίνακας 39)

Οι τρόποι ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας που δεν έχουν καμμία εξειδίκευση στο χώρο των καρκινοπαθών είναι οι εξής: 3 (11%) παρακολούθηση σεμιναρίων, 3 (11%) από συνέδρια, 17 (63%) καμμία ενημέρωση και 3 (11%) κάτι άλλο. (Πίνακας 40)

Σχετικά με το αν κρίνουν αναγκαία την εξειδίκευση στο τομέα των καρκινοπαθών 25 (93%) απάντησαν θετικά και 2 (7%) αρνητικά. (Πίνακας 41)

Οι λόγοι τους οποίους κρίνουν απαραίτητη την εξειδίκευση στον τομέα των καρκινοπαθών είναι οι εξής: 2 (7%) γιατί βοηθάει τους ίδιους, 5 (19%) γιατί βοηθάει τους ασθενείς, 19 (70%) γιατί βοηθάει και τους δύο και 1 (4%) κάτι άλλο χωρίς να προσδιορίζονται. (Πίνακας 42π)

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 43 εάν κρίνουν απαραίτητη τη συνεχή ενημέρωση πάνω στο τομέα των καρκινοπαθών, 26 (96%) απάντησαν θετικά και 1 (4%) αρνητικά.

Οι τρόποι με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν να ενημερώνονται για το θέμα του καρκίνου είναι οι εξής: 19 (70%) με σεμινάρια, 8 (30%) συνέδρια, 15 (56%) με ομιλίες, 10 (37%) με ενημερωτικά φυλλάδια και 9 (33%) κάτι άλλο, το οποίο δεν το προσ-

διορίζουν. (Πίνακας 44π)

Όσον αφορά το αν πιστεύουν ότι διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για να προετοιμάσουν τον ασθενή να δεχθεί την αλήθεια για την ασθένειά του 6 (22%) απάντησαν θετικά και 21 (78%) αρνητικά. (Πίνακας 52)

Από τα παρακάτω προκύπτει ότι οι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται πάνω από δύο χρόνια στο χώρο των καρκινοπαθών, στην πλειοψηφία τους δεν έχουν εξειδικευτεί στο τομέα αυτό, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει καμμία ενημέρωση σχετικά με το αντικείμενο του καρκίνου, κρίνουν όμως αναγκαία στην πλειοψηφία τους την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς και αυτό γιατί θεωρούν ότι η εξειδίκευση βοηθάει και τους δύο. Θεωρούν επίσης αναγκαία τη συνεχή ενημέρωση κυρίως με σεμινάρια, συνέδρια, ενημερωτικά φυλλάδια και ομιλίες. Αυτή τη στιγμή τέλος η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να προετοιμάσει τους ασθενείς να δεχθούν την αλήθεια για την ασθένειά τους.

Πίνακας 39

Εχουν εξειδίκευση στον τομέα των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	1	4
Ο Χ Ι	26	96
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 40

Τρόποι ενημέρωσης των ερωτηθέντων επαγγελματιών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Παρακολούθηση Σεμιναρίων	3	11
Συνέδρια	3	11
Καμία	17	63
Κάτι Άλλο	3	11

Πίνακας 41

Κρίνουν αναγκαία την εξειδίκευση στον τομέα των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	25	93
Ο Χ Ι	2	7
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 43

Αναγκαιότητα της συνεχούς ενημέρωσης πάνω στον τομέα των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	26	96
Ο Χ Ι	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 52

Διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για να προετοιμάσουν τον ασθενή να δεχτεί την αλήθεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	6	22
Ο Χ Ι	21	78
ΣΥΝΟΛΟ	27	100



## Ζ' ΜΕΡΟΣ

### Αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για το αν θα πρέπει

#### να λέγεται η αλήθεια στους

#### καρκινοπαθείς - Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου

Σχετικά με το αν πρέπει να λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς 13 (48%) απάντησαν θετικά, 9 (33%) απάντησαν αρνητικά και 5 (19%) απάντησαν ότι εξαρτάται από την περίπτωση. (Πίνακας 45)

Για το πόσες φορές οι ίδιοι έχουν ενημερώσει τον καρκινοπαθή για την πραγματική του ασθένεια βρέθηκαν 19 (70%) καμμία φορά, 4 (16%) λίγες φορές, 1 (4%) αρκετές και 1 (4%) πάρα πολλές. (Πίνακας 46)

Όσον αφορά τη θέση των επαγγελματιών υγείας για το ποιοι πρέπει να γνωρίζουν την αλήθεια 6 (22%) απάντησαν ο ίδιος ο ασθενής, 6 (22%) μόνο οι συγγενείς του, 10 (37%) και οι δύο και 5 (19%) κανένας από τους δύο. (Πίνακας 49π)

Σχετικά με το ποιός επαγγελματίας υγείας πρέπει να λέει την αλήθεια στον καρκινοπαθή 20 (74%) απάντησαν ο γιατρός, 3 (11%) ο Κοινωνικός λειτουργός, 1 (4%) νοσηλεύτρια, 2 (7%) επισκέπτρια υγείας, 8 (30%) ψυχολόγος και 3 (11%) κανένας από τους παραπάνω. Η ερώτηση αυτή είχε παραπάνω από μία επιλογές. (Πίνακας 50)

Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα οι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν να λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς παρόλα αυτά οι περισσότεροι δεν έχουν πει καμμία φορά την αλήθεια στους καρκινοπαθείς. Θεωρούν ότι τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους πρέπει να γνωρίζουν την πραγματικότητα. Ο γιατρός κρίνεται από αυτούς ο πιο αρμόδιος για να ενημερώσει τον καρκινοπαθή ενώ παράλληλα θέλουν στην ενημέρωση να συμμετέχει ο Κοινωνικός Λειτουργός και ο ψυχολόγος. Όλα τα παραπάνω όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου που ασχολούνται στον τομέα των καρκινοπαθών.

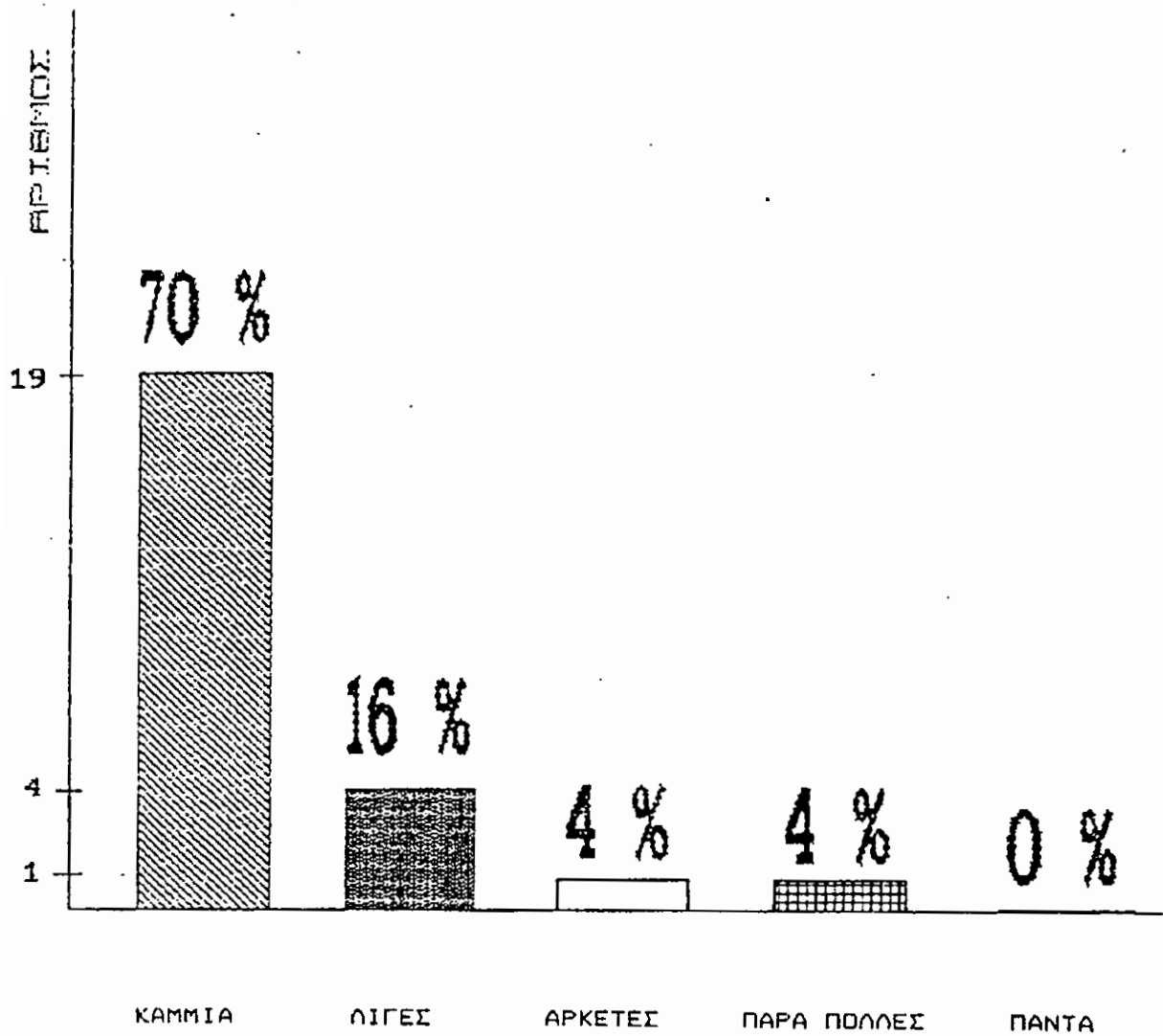
Πίνακας 45

Πρέπει να λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	13	48
Ο Χ Ι	9	33
Ε Ξ Α Ρ Τ Α Τ Α Ι	5	18
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 46

Πόσες φορές έχουν ενημερώσει τον καρκινοπαθή για την πραγματική του ασθένεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Καμία	19	70
Λίγες	4	16
Αρκετές	1	4
Πάρα Πολλές	1	4
Πάντα	0	0

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 48



**ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΟΥΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΕΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Πίνακας 50

Απόψη των ερωτηθέντων επαγγελματιών για το ποιος πρέπει να λέει την αλήθεια στον καρκινοπαθή		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατρός	20	74
Κοινωνικός Λειτουργός	3	11
Νοσηλεύτης / τρια	1	4
Επισκέπτρια Υγείας	2	7
Ψυχολόγος	8	30
Κανένας	3	11

## Η' ΜΕΡΟΣ

Αντιλήψεις σχετικά με το κατά πόσο είναι απαραίτητη  
η προετοιμασία των καρκινοπαθών να δεχθούν την αλήθεια,  
συνεργασία επιστημονικού προσωπικού.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 51 για το αν κρίνουν οι επαγγελματίες υγείας απαραίτητη την προετοιμασία των καρκινοπαθών πριν από την ενημέρωσή τους 26 (96%) απάντησε θετικά και 1 (4%) αρνητικά.

Σχετικά με το αν κρίνουν αναγκαία την οργάνωση του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών τελικού σταδίου 25 (93%) απάντησε θετικά και 2 (7%) απάντησε αρνητικά. (Πίνακας 54)

Για το είδος προετοιμασίες των καρκινοπαθών βρέθηκαν 26 (96%) να προτιμούν την ιατρική αλλά και την ψυχολογική προετοιμασία ταυτόχρονα ενώ 1 (4%) μόνο την ψυχολογική. (Πίνακας 55π)

Όσον αφορά την αναγκαιότητα της συνεργασίας όλου του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών 25 (93%) απάντησαν θετικά ενώ 2 (7%) αρνητικά. (Πίνακας 56)

Σχετικά με το ποιοι επαγγελματίες κρίνονται απαραίτητοι για την προετοιμασία αλλά και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών βρέθηκαν 8 (30%) απάντησαν ο γιατρός, 4 (15%) ο νοσηλευτής, 3 (11%) ο Κοινωνικός λειτουργός, 2 (7%) επισκέπτρια υγείας, 5 (19%) ψυχολόγος και 19 (70%) όλους τους παραπάνω. (Πίνακας 57)

Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου θεωρούν απαραίτητη την προετοιμασία των καρκινοπαθών

πριν από την ενημέρωσή τους, κρίνουν αναγκαία την οργάνωση του επιστημονικού προσωπικού, θεωρούν ότι η προετοιμασία πρέπει να είναι τόσο ιατρική όσο και ψυχολογική. Ενώ κρίνουν αναγκαία τη συνεργασία του επιστημονικού προσωπικού ένα μόνο μικρό ποσοστό από αυτούς θεωρεί ότι η συνεργασία πρέπει να επιτυγχάνεται από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας του Νοσοκομείου Βόλου.

Πίνακας 51

Κρίνουν απαραίτητη την προετοιμασία των καρκινοπαθών πρίν από την ενημέρωσή τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
N A I	26.	96
O X I	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 54

Κρίνουν αναγκαία την οργάνωση του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών τελικού σταδίου		
	Αριθμός	Ποσοστό %
N A I	25	93
O X I	2	7
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 56

Κρίνουν απαραίτητη τη συνεργασία όλου του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	25	93
Ο Χ Ι	2	7
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 57

Αναφέρονται οι επαγγελματίες που κρίνονται απαραίτητοι για την προετοιμασία και την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατρός	8	30
Νοσηλεύτης	4	15
Κοινωνικός Λειτουργός	3	11
Επισκέπτρια Υγείας	2	7
Ψυχολόγος	5	19
Όλοι οι παραπάνω	19	70



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ — ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν, η συγκέντρωση στοιχείων που θα οδηγούσαν στην αξιολόγηση του τρόπου αντιμετώπισης των καρκινοπαθών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο από επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ) και πως επηρεάζει τον ψυχικό κόσμο αυτών των ατόμων. Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν η διερεύνηση: για το αν οι ίδιοι οι ασθενείς θέλουν να γνωρίζουν την αλήθεια, για το αν επηρεάζονται οι καρκινοπαθείς ψυχολογικά από τη στάση και την αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας, κατά πόσο αλλάζει η ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών από την αρχή της ασθένειάς τους και καθ' όλη τη διάρκεια και εξέλιξη αυτής, για το αν πραγματοποιείται κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση στους υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου που ασχολούνται με άτομα που πάσχουν από καρκίνο και τέλος, αν λέγεται η αλήθεια από τους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου Βόλου και αν οι ίδιοι προετοιμάζουν κατάλληλα τον ασθενή για να τη δεχτεί.

Ενώ το πρόβλημα του καρκίνου στις μέρες μας ακολουθεί μία εξελικτική πορεία με θετικά αποτελέσματα στο τομέα της ενημέρωσης και της θεραπείας, παρόλα αυτά οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με αυτό το θέμα συνεχίζουν να το θεωρούν ταμπού και εξακολουθούν μια πορεία σιωπής και φυγής από την πραγματικότητα. Για τον καρκινοπαθή όμως ο οποίος βιώνει καθημερινά τη φθορά του, η γνώση της αλήθειας θεωρείται γι' αυτόν πολύ σημαντική. Αυτό εξάλλου μαρτυρούν τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής. Τα στοιχεία που προέκυψαν από την μελέτη δείχνουν τις σκέψεις των καρκινοπαθών για την πορεία και εξέλιξη της ασθένειάς τους καθώς και τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε αυτούς.

Οι καρκινοπαθείς παρόλο που στην πλειοψηφία τους είχαν στοιχειώδη εκπαίδευση έδει-

Ξαν επιθυμία να μάθουν την αλήθεια για την ασθένειά τους.

Οι επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονταν με τους καρκινοπαθείς ήταν στην πλειοψηφία τους γιατροί χειρουργοί με αποτέλεσμα να καλύπτεται περισσότερο το ιατρικό κομμάτι της ασθένειας και να αφήνεται ακάλυπτο το ψυχολογικό.

Στο ερώτημα που τέθηκε αν επηρεάζονται οι καρκινοπαθείς ψυχολογικά από τη στάση και την αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας, συμπεραίνουμε ότι οι καρκινοπαθείς επιθυμούν το σεβασμό της προσωπικότητάς τους και θεωρούν υποχρέωση των γιατρών να τους συμπαραστέκονται ως το τέλος της ζωής τους παρέχοντάς τους, σε συνεργασία με το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό, ιατρική και ψυχολογική φροντίδα. Για αυτό το λόγο θεωρούν απαραίτητη τη στελέχωση του Νοσοκομείου με ειδικότητες που να βοηθούν στην ψυχολογική τους υποστήριξη.

Στο ερώτημα που τέθηκε σχετικά με τη ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών συμπεραίνουμε ότι στην πλειοψηφία τους επιθυμούν να βελτιωθεί η ζωή τους και να υπάρχει σε αυτήν κάποια ποιότητα. Οι ίδιοι όμως δεν παίρνουν εύκολα πρωτοβουλία για να αλλάξουν προς το καλύτερο τη ζωή τους και αυτό γιατί πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο δεν θα έφερε κανένα αποτέλεσμα.

Όσον αφορά τα ερωτήματα που τέθηκαν στους επαγγελματίες υγείας για την εξειδίκευση και ενημέρωσή τους πάνω στα θέματα του καρκίνου, βλέπουμε ότι οι περισσότεροι δεν έχουν καμία εξειδίκευση για το αντικείμενο με το οποίο ασχολούνται, η ενημέρωσή τους είναι από ελάχιστη έως μηδαμινή, παρ' όλα αυτά όμως από την επαφή τους με τους καρκινοπαθείς έχουν συνειδητοποιήσει την ιδιαιτερότητα της ασθένειας και την αναγκαιότητα της συνεχούς ενημέρωσης και εξειδίκευσης πάνω σ' αυτή. Με αυτό το τρόπο πιστεύουν ότι η βοήθεια που θα προσφέρουν στους καρκινοπαθείς θα είναι σημαντικότερη.

Στο ερώτημα που τέθηκε στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το αν λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι επιθυμούν να την πούνε αλλά δεν τολμούν γιατί δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για να αντιμετωπίσουν τις α-

ντιδράσεις που επιφέρει μία τέτοια ενέργεια. Πιστεύουν όμως ότι πρέπει να ενημερώνονται για την ασθένεια τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους και θεωρούν το γιατρό ως το καταλληλότερο πρόσωπο για να ανακοινώσει μία δυσάρεστη διάγνωση. Θεωρούν επίσης τον Κοινωνικό Λειτουργό και τον ψυχολόγο τις πιο κατάλληλες ειδικότητες μετά το γιατρό για συμμετοχή σε αυτή την ανακοίνωση.

Τέλος στο ερώτημα σχετικά με την προετοιμασία των καρκινοπαθών για να δεχθούν την αλήθεια βεβαιώνεται απ' όλους ότι η προετοιμασία είναι απαραίτητη καθώς και η οργάνωση του επιστημονικού προσωπικού για καλύτερη ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη. Παρόλα αυτά όμως στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου δεν υπάρχει σωστή λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας.

## ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Το θέμα της αντιμετώπισης του καρκινοπαθή αποτελεί ως τις μέρες μας ένα δύσκολο κομμάτι μελέτης μια και οι απόψεις αυτών που έχουν ασχοληθεί δίστανται. Στην πτυχιακή μας εργασία θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε αντικειμενικά τη στάση τόσο των καρκινοπαθών όσο και των επαγγελματιών υγείας για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του καρκίνου στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου. Έτσι παραθέτουμε κάποιες προσωπικές προτάσεις οι οποίες προέρχονται τόσο από την προσωπική μας πείρα όσο και από τα συμπεράσματα που βγάλαμε από την έρευνα που διεξάχθηκε.

- Αρχικά θεωρούμε πως κύριο μέλημα όλων των επαγγελματιών θα πρέπει να είναι η παροχή βοήθειας στον καρκινοπαθή για να αρχίσει να ζει με τη γνώση της σοβαρότητας της ασθένειάς του και των συνεπειών της. Αυτό βέβαια προϋποθέτει ετοιμότητα από την πλευρά του προσωπικού για άμεση αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που επιφέρει η γνώση μιας τέτοιας ασθένειας.

Στον καρκινοπαθή πρέπει να παρέχεται κατάλληλη βοήθεια ώστε να ξεπερνάει τόσο

τους σωματικούς πόνους που επιφέρουν οι εγχειρήσεις και οι χημειοθεραπείες όσο και τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται από τη χρόνια αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας.

Θεωρούμε απαραίτητο ότι ο καρκινοπαθής θα πρέπει να βοηθηθεί από το επιστημονικό προσωπικό να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες της ζωής του που επιβάλλει η ίδια του η ασθένεια. Οι συνεχείς επισκέψεις στο Νοσοκομείο καθώς και η υποβολή του σε εγχειρήσεις και χημειοθεραπείες αλλοιώνουν την ποιότητα ζωής του όταν αυτός αφήνεται μόνος του. Η συνεχής όμως υποστήριξη από εξειδικευμένο προσωπικό θα τον βοηθήσουν ώστε να λειτουργεί όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά.

Οι συγγραφείς αυτής της μελέτης πιστεύουν πως είναι απαραίτητη η διεπιστημονική ομάδα και η σωστή συνεργασία όλων των επιστημόνων που συμμετέχουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Η σωστή συνεργασία όμως για να πραγματοποιηθεί προϋποθέτει παραμερισμό των προσωπικών διαφορών και ανταγωνισμών, των προσωπικών φιλοδοξιών και ευελιξία στο τρόπο αντιμετώπισης των καρκινοπαθών.

Μία άλλη πρόταση που θεωρούμε σημαντική είναι ότι επαγγελματίες που ασχολούνται με τόσο σοβαρά θέματα όπως ο καρκίνος θα πρέπει να κατανοούν αρχικά τα δικά τους συναισθήματα πάνω στην συγκεκριμένη ασθένεια για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα και τις άμυνες των καρκινοπαθών για να τους βοηθήσουν πιο αποτελεσματικά. Μιλάμε εδώ για αυτογνωσία των ίδιων των επαγγελματιών.

Για το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου πιστεύουμε ότι είναι απαραίτητη η ενίσχυσή του με περισσότερους εξειδικευμένους γιατρούς πάνω στο θέμα του καρκίνου οι οποίοι δεν θα αντιμετωπίζουν τον καρκινοπαθή με την μηχανιστική αντίληψη του Ίνγκλες αλλά θα μπορούν να παρέχουν και κάποια ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης θεωρούμε απόλυτα αναγκαίο την ενίσχυση του Νοσοκομείου με Κοινωνικούς Λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας οι οποίοι θα είναι εξειδικευμένοι πάνω στο θέμα της αντιμετώπισης των καρκινοπαθών έτσι ώστε να παρέχουν τη σωστή ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται

αυτοί οι ασθενείς.

Βέβαια δεν παραβλέπουμε ότι το Ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Βόλου είναι νεοσύστατο γι' αυτό το λόγο θεωρούμε απαραίτητο να ξεκινήσει αμέσως προσπάθεια συνεργασίας με τις κοινωνικές υπηρεσίες των μεγάλων Αντικαρκινικών Νοσοκομείων της Ελλάδος και ιδιαίτερα με την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου Άγιος Σάββας η οποία έχει αξιόλογη πείρα στο τομέα της αντιμετώπισης του καρκίνου και ιδιαίτερα του καρκίνου του τελικού σταδίου.

Τέλος, οι συγγραφείς αυτής της έρευνας προτείνουν την επανάληψη αυτής της έρευνας μετά από διάστημα δέκα ετών στον ίδιο χώρο έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις και να διαπιστώσουμε εάν πραγματικά το ογκολογικό τμήμα του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου εξελίχθηκε ικανοποιητικά ακολουθώντας τα άλλα μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία της Ελλάδος στον τρόπο αντιμετώπισης των καρκινοπαθών και ιδιαίτερα των καρκινοπαθών τελικού σταδίου.

Θεωρούμε ότι η διεξαγωγή άλλων τέτοιων ερευνών σε Νομαρχιακά Νοσοκομεία από διάφορες περιοχές της Ελλάδος είναι απαραίτητη και χρειάζονται για να μας δώσει το στίγμα της αντιμετώπισης των καρκινοπαθών και ιδιαίτερα των καρκινοπαθών τελικού σταδίου που επικρατεί σήμερα στις αστικές περιοχές της Ελλάδος.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - Α**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

(Καρκινοπαθών)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Νο 1

ΗΛΙΚΙΑ : .....

ΦΥΛΟ : .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: .....

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: Αναλφάβητος ..... Στοιχειώδης εκπαίδευση .....

Μέση εκπαίδευση ..... Ανωτέρα ..... Ανωτάτη .....

1 Γνωρίζετε από τί πάσχετε;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

2 Αν η απάντησή σας είναι θετική γράψτε μας αμέσως παρακάτω την ασθένειά σας

ΑΣΘΕΝΕΙΑ:

3 Πιστεύετε ότι ο γιατρός πρέπει να λέει την αλήθεια στον άρρωστο;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

4 Αν πάσχετε από κάποια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος ή το AIDS, θα θέλατε να το μαθαίνατε;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

5 Αν οι συγγενείς σας μαθαίνανε ότι σε λίγες μέρες ή μήνες θα πεθαίνατε, θα θέλατε να σας το πουν;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ ..... ΔΕΝ ΞΕΡΩ .....

6 Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι και κυρίως οι επαγγελματίες θα πρέπει να είναι ειλικρινείς όσον αφορά τα θέματα υγείας σας;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... **ΔΕΝ ΞΕΡΩ** .....

7 Αν είχατε κάποιον δικό σας άνθρωπο που έπασχε από βαρεία ασθένεια, εσείς θα του λέγατε την αλήθεια;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... **ΔΕΝ ΞΕΡΩ** .....

8 Ποιόν θα προτιμούσατε να γνωρίζει για την άσχημη κατάσταση της υγείας σας;

..... α Τον εαυτό μου

..... β Τους συγγενείς μου

..... γ Κανέναν

9 Πιστεύετε ότι η ασθένεια που έχετε είναι σοβαρή;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... **ΔΕΝ ΞΕΡΩ** .....

10 Ποιόν θα προτιμούσατε για να σας πει ένα δυσάρεστο γεγονός που αφορά την υγεία σας;

..... α Γιατρός

..... β Κοινωνικός Λειτουργός

..... γ Ψυχολόγος

..... δ Συγγενείς

..... ε Κανένα από τους παραπάνω

(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)



11 Είχατε πάντα θάρρος στη ζωή σας;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... **ΔΕΝ ΞΕΡΩ** .....

12 Πιστεύετε στον εαυτό σας, στις δυνάμεις σας;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... **ΔΕΝ ΞΕΡΩ** .....

13 Θα θέλατε οι συγγενείς σας να συμπαραστέκονται στις δύσκολες ώρες που περνάτε;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

14 Πιστεύετε ότι τώρα οι συγγενείς σας, σας φροντίζουν περισσότερο από κάθε φορά;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

15 Από τότε που αρρωστήσατε κατά πόσο άλλαξε η ζωή σας;

..... **α** Καθόλου

..... **β** Λίγο

..... **γ** Πολύ

..... **δ** Πάρα πολύ

16 Από τότε που αρρωστήσατε κατά πόσο έχει αλλάξει η ψυχική σας ηρεμία;

..... **α** Καθόλου

..... **β** Λίγο

..... **γ** Πολύ

..... **δ** Πάρα πολύ

17 Απασχολείστε καθημερινά με πράγματα που σας ενδιαφέρουν;

(χόμπυ, άλλες ασχολίες)

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**18** Αν απαντήσετε όχι, ποιός νομίζετε ότι είναι ο λόγος που το κάνετε;

..... α Επειδή είμαι άρρωστος

..... β Δεν έχω διάθεση

..... γ Δεν μου αρέσουν τώρα αυτά

..... δ Κάτι άλλο

(προσδιορίστε)

**19** Πιστεύετε ότι όταν κάποιος αρρωσταίνει, πρέπει να σταματάει η ζωή γι' αυτόν;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**20** Έχετε προσπαθήσει να καλύτερέσετε την ζωή σας από τότε που αρρωστήσατε;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**21** Αν απαντήσετε όχι γιατί νομίζετε ότι δεν το κάνετε;

..... α Δεν νομίζω ότι χρειάζεται

..... β Δεν θα βοηθήσει σε τίποτα

..... γ Με ικανοποιεί η ζωή που έχω τώρα

..... δ Κάτι άλλο;

(προσδιορίστε)

**22** Πιστεύετε ότι έχει δικαίωμα ο άρρωστος και κυρίως αυτός που βρίσκετε λίγο πριν το θάνατο, για καλή αντιμετώπιση και ποιότητα ζωής;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**23** Είσαστε ικανοποιημένος/η από την αντιμετώπιση των γιατρών σας;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**24** Πιστεύετε ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος μέχρι το τέλος να συμπαραστέκεται στον άρρωστο;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**25** Έχετε συνεργαστεί κατά τη διάρκεια της ασθένειάς σας με άλλους επαγγελματίες;

..... **α** Γιατρός

..... **β** Κοινωνικός Λειτουργός

..... **γ** Νοσηλεύτης /τρια

..... **δ** Ψυχολόγος

..... **ε** Ψυχίατρος

..... **στ** Επισκέπτρια υγείας

..... **ζ** Κάτι άλλο (προσδιορίστε)

(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

**26** Η συνεργασία σας αυτή σας βοήθησε ουσιαστικά;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**27** Πιστεύετε ότι η ψυχολογία του αρρώστου παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας του;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... **ΔΕΝ ΞΕΡΩ** .....

**28** Με ποιόν από τις παρακάτω ειδικότητες θα συζητούσατε πολύ προσωπικά σας θέματα, είτε αυτά που σας στεναχωρούν, είτε αυτά που αφορούν την υγεία σας;

..... α Γιατρό

..... β Ψυχολόγο

..... γ Κοινωνικό Λειτουργό

..... δ Επισκέπτρια υγείας

..... ε Ψυχίατρος

..... στ Νοσηλεύτης /τρια

..... ζ Κανέναν

..... η Κάτι άλλο (προσδιορίστε)

(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

**29** Πιστεύετε ότι κάθε νοσοκομείο εκτός από τους γιατρούς θα πρέπει να διαθέτει και άλλο επιστημονικό προσωπικό, για να βοηθούνται οι άρρωστοι και ψυχολογικά;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**30** Αν σας ρωτούσαν "είσαστε ευχαριστημένος/η από την ζωή σας" τι θα απαντούσατε;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

(Επαγγελματιών υγείας)

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Νο 2**

**ΗΛΙΚΙΑ:** .....

**ΦΥΛΟ:** .....

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** .....

**1** Πόσο καιρό έχετε που ασχολείστε με τον τομέα των καρκινοπαθών;

..... **α** Λιγότερο από 1 χρόνο;

..... **β** Περισσότερο από 1 χρόνο;

..... **γ** Περισσότερο από 2 χρόνια;

**2** Έχετε εξειδίκευση πάνω στον τομέα των καρκινοπαθών;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

**3** Εάν όχι, με ποιόν άλλο τρόπο έχετε ενημερωθεί;

..... **α** Έχω παρακολουθήσει σεμινάρια

..... **β** Έχω παρακολουθήσει συνέδρια

..... **γ** Καμία

..... **δ** Κάτι άλλο

**4** Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η εξειδίκευση στον χώρο των καρκινοπαθών;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

5 Για ποιό λόγο πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η εξειδίκευση στον χώρο των καρκινοπαθών;

..... α Γιατί βοηθάει εσάς στη δουλειά σας;

..... β Γιατί βοηθάει τους ίδιους τους ασθενείς;

..... γ Γιατί βοηθάει εσάς και τους ασθενείς;

..... δ Κάτι άλλο

(προσδιορίστε το κάτι άλλο)

6 Κρίνετε απαραίτητη την συνεχή ενημέρωση πάνω στο θέμα των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

7 Με ποιό τρόπο νομίζετε ότι θα πρέπει να γίνεται η ενημέρωση;

..... α Σεμινάρια;

..... β Συνέδρια;

..... γ Ομιλίες;

..... δ Ενημερωτικά φυλλάδια;

..... ε Κάτι άλλο

(προσδιορίστε)

8 Πιστεύετε ότι πρέπει να λέγεται η αλήθεια στους καρκινοπαθείς;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** ..... Εξαρτάται από την περίπτωση .....

9 Πόσες φορές έχετε ενημερώσει τον καρκινοπαθή για την πραγματική του ασθένεια;

..... α Καμμία

..... β Λίγες

..... γ Αρκετές

..... δ Πάρα πολλές

..... ε Πάντα

10 Πιστεύετε ότι η γνώση της ασθένειάς τους, προκαλεί στον καρκινοπαθή;

..... α Ψυχική ηρεμία;

..... β Αναστάτωση;

..... γ Φόβο και άγχος;

..... δ Οργανωμένη αντιμετώπιση;

..... ε Κάτι άλλο

(προσδιορίστε)

11 Πώς αντιδρούν οι καρκινοπαθείς όταν μαθαίνουν την αλήθεια για την ασθένειά τους;

..... α Το δέχονται θετικά;

..... β Αρνούνται το γεγονός;

..... γ Πανικοβάλλονται;

..... δ Κάτι άλλο;

(προσδιορίστε)

12 Ποιοί πιστεύετε ότι πρέπει να γνωρίζουν την ασθένεια του καρκινοπαθούς;

..... α Ο ίδιος ο ασθενής;

..... β Μόνο οι ασθενείς;

..... γ Και οι δύο;

..... δ Κανένας από τους δύο;

13 Ποιός νομίζετε ότι πρέπει να λέει την αλήθεια στον καρκινοπαθή;

..... α Ο γιατρός;

..... β Ο κοινωνικός λειτουργός;

..... γ Ο νοσηλευτής /τρια

..... δ Επισκέπτρια υγείας

..... ε Ψυχολόγος;

..... στ Κανένας;

(μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

14 Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η προετοιμασία του ασθενούς πριν από την ενημέρωσή του;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

15 Νομίζετε ότι διαθέτεται τις απαραίτητες γνώσεις για να προετοιμάσετε τον ασθενή ώστε να δεχθεί την αλήθεια;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

16 Πιστεύετε ότι η ασθένεια του καρκίνου έχει μία ιδιαιτερότητα σε σχέση με τις άλλες ασθένειες;

ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....



17 Κρίνετε αναγκαία την οργάνωση επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών τελικού σταδίου;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

18 Τί είδους φροντίδα πιστεύετε ότι πρέπει να παρέχετε στους καρκινοπαθείς;

..... α Ιατρική;

..... β Ψυχολογική;

..... γ Και τα δύο;

19 Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχει συνεργασία όλου του επιστημονικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών;

**ΝΑΙ** ..... **ΟΧΙ** .....

20 Ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες κρίνετε απαραίτητους για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών;

..... α Γιατρό

..... β Νοσηλεύτη

..... γ Κοινωνικό Λειτουργό

..... δ Επισκέπτρια Υγείας

..... ε Ψυχολόγο

..... στ Όλους τους παραπάνω

(μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**

Πίνακας 2

Φύλο των ερωτηθέντων καρκινοπαθών		
ΦΥΛΟ	Αριθμός	Ποσοστό %
Ανδρες	12	52
Γυναίκες	11	48
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 9

Επιθυμία των ερωτηθέντων να μάθουν από τους συγγενείς τους τη σοβαρότητα της κατάστασής τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	18	78
Ο Χ Ι	2	9
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	3	13
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 10

Αποψη για το αν θα πρέπει οι επαγγελματίες να είναι ειλικρινείς στο θέμα της υγείας τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	21	91
Ο Χ Ι	0	0
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	2	9
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 11

Θα έλεγαν την αλήθεια σε κάποιον άλλο που έπασχε από κάποια βαρειά ασθένεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	7	30
Ο Χ Ι	8	35
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	8	35
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 12

Ποιόν προτιμούν να γνωρίζει την άσχημη κατάσταση της υγείας τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Τον Εαυτό τους	21	92
Τους συγγενείς τους	1	4
Κανέναν	1	4

Πίνακας 13

Πιστεύουν ότι η ασθένεια που έχουν είναι σοβαρή		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	3	13
Ο Χ Ι	17	74
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	3	13
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 15

Είχαν πάντα θάρρος στη ζωή τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	16	70
Ο Χ Ι	7	30
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 16

Πιστεύουν στον εαυτό τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	16	70
Ο Χ Ι	6	26
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 17

Επιθυμούν να τους συμπαραστέκονται οι συγγενείς τους στις δύσκολες στιγμές που περνούν		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	20	87
Ο Χ Ι	3	13
Δ Ε Ν Ξ Ε Ρ Ω	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 18

Τους φροντίζουν περισσότερο οι συγγενείς τους τώρα που είναι άρρωστοι		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	8	35
Ο Χ Ι	15	65
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 21

Έχουν καθημερινά ενδιαφέροντα ( χόμπυ )		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	12	52
Ο Χ Ι	11	48
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 22

Λόγοι για τους οποίους δεν έχουν καθημερινά ενδιαφέροντα		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Επειδή είναι άρρωστοι	2	9
Επειδή δεν έχουν διάθεση	5	22
Επειδή δεν τους αρέσουν τώρα αυτά	2	9
Κάτι άλλο	5	22

Πίνακας 27

Είναι ικανοποιημένος / νη από την αντιμετώπιση των γιατρών τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	21	91
Ο Χ Ι	2	9
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 28

Αποψη σχετικά με την υποχρέωση του γιατρού να συμπαραστήκεται μέχρι το τέλος στον άρρωστο		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	23	100
Ο Χ Ι	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 29

Συνεργασία κατά την διάρκεια της ασθένειας με άλλους επαγγελματίες		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατρό	23	100
Κοινωνικό Λειτουργό	22	96
Νοσηλεύτη / τρια	5	22
Ψυχολόγο	1	4
Ψυχίατρο	1	4
Επισκέπτρια υγείας	20	87
Κάτι Άλλο	0	0

Πίνακας 30

Η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες ήταν ουσιαστική σε βοήθεια για τους ερωτηθέντες		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	22	96
Ο Χ Ι	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 34

Είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	16	70
Ο Χ Ι	7	30
ΣΥΝΟΛΟ	23	100

Πίνακας 38

Χρόνικο διάστημα που ασχολούνται οι επαγγελματίες με τους καρκινοπαθείς		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Λιγότερο από 1 χρόνο	8	30
Περισσότερο από 1 χρόνο	5	19
Περισσότερο από 2 χρόνια	14	51



Πίνακας 42

Λόγοι για τους οποίους κρίνεται απαραίτητη από τους ερωτηθέντες επαγγελματίες η εξειδίκευση στο χώρο των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Γιατί βοηθάει τους ίδιους	2	7
Γιατί βοηθάει τους ασθενείς	5	18
Γιατί βοηθάει και τους δύο	19	70
Κάτι Άλλο	1	4

Πίνακας 44

Τρόποι με τους οποίους οι ερωτηθέντες επαγγελματίες επιθυμούν να ενημερώνονται για το θέμα του καρκίνου		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Σεμινάρια	19	70
Συνέδρια	8	30
Ομιλίες	15	56
Ενημερωτικά Φυλλάδια	10	37
Κάτι Άλλο	9	33

Πίνακας 47

Τί προκαλεί στον καρκινοπαθή η γνώση της ασθένειας		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ψυχική Ηρεμία	0	0
Αναστάτωση	3	11
Φόβο και Αγχος	13	48
Οργανωμένη αντιμετώπιση	9	33
Κάτι Άλλο	4	15

Πίνακας 48

Αντιδράσεις των καρκινοπαθών όταν γνωρίζουν την αλήθεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Το δέχονται θετικά	0	0
Αρνούνται το γεγονός	3	11
Πανικοβάλλονται	21	78
Κάτι Άλλο	5	19

Πίνακας 49

Στάση των ερωτηθέντων επαγγελματιών για το ποιοί πρέπει να γνωρίζουν την ασθένεια		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ο ίδιος ο ασθενής	6	22
Μόνο οι συγγενείς	6	22
Και οι δύο	10	37
Κανένας απο τους δύο	5	19

Πίνακας 53

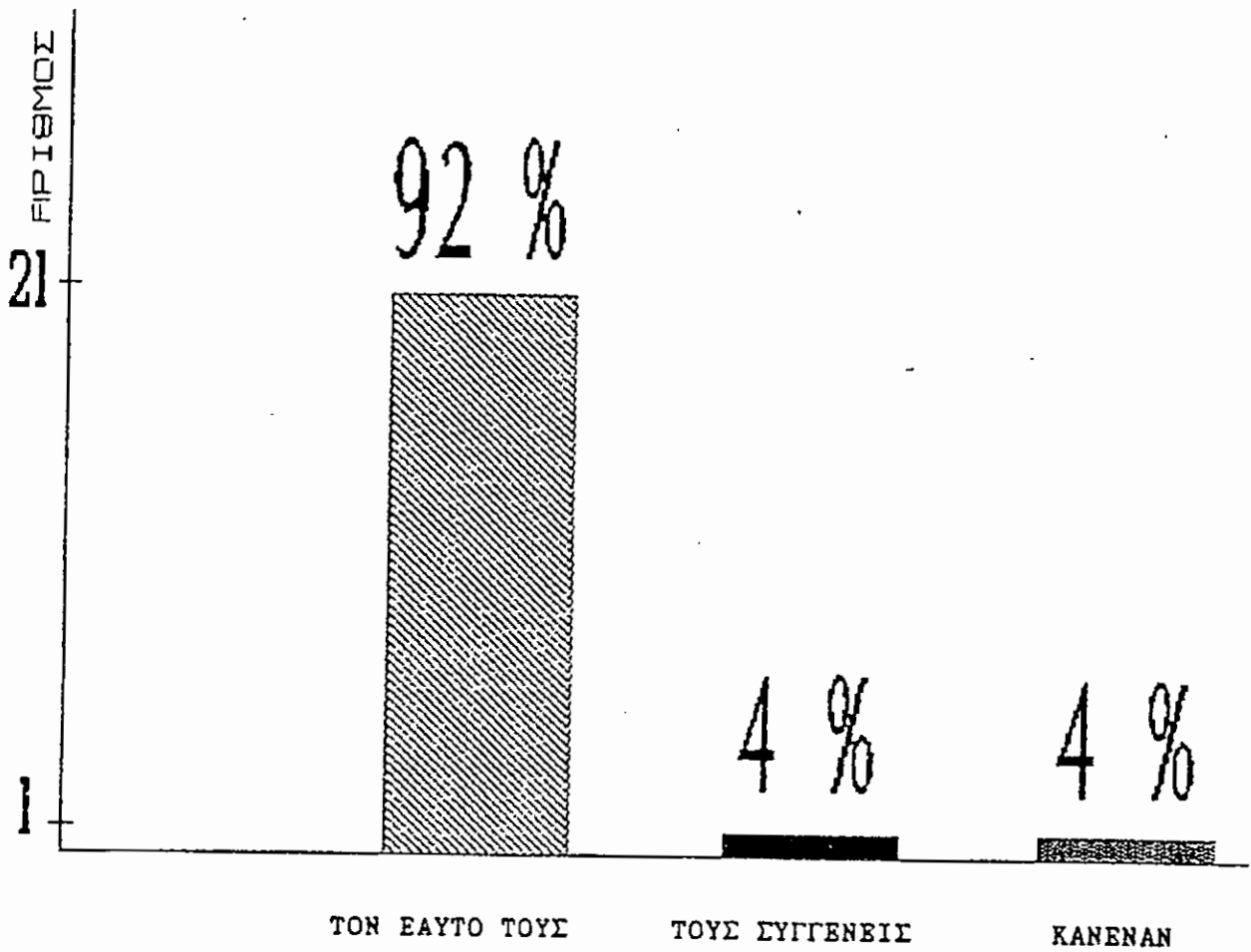
Κρίνουν ότι η ασθένεια του καρκίνου έχει κάποια ιδιαιτερότητα σε σχέση με τις άλλες ασθένειες		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ν Α Ι	26	96
Ο Χ Ι	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	27	100

Πίνακας 55

Είδος προετοιμασίας των καρκινοπαθών		
	Αριθμός	Ποσοστό %
Ιατρική	0	0
Ψυχολογική	1	4
Και τα δύο	26	96

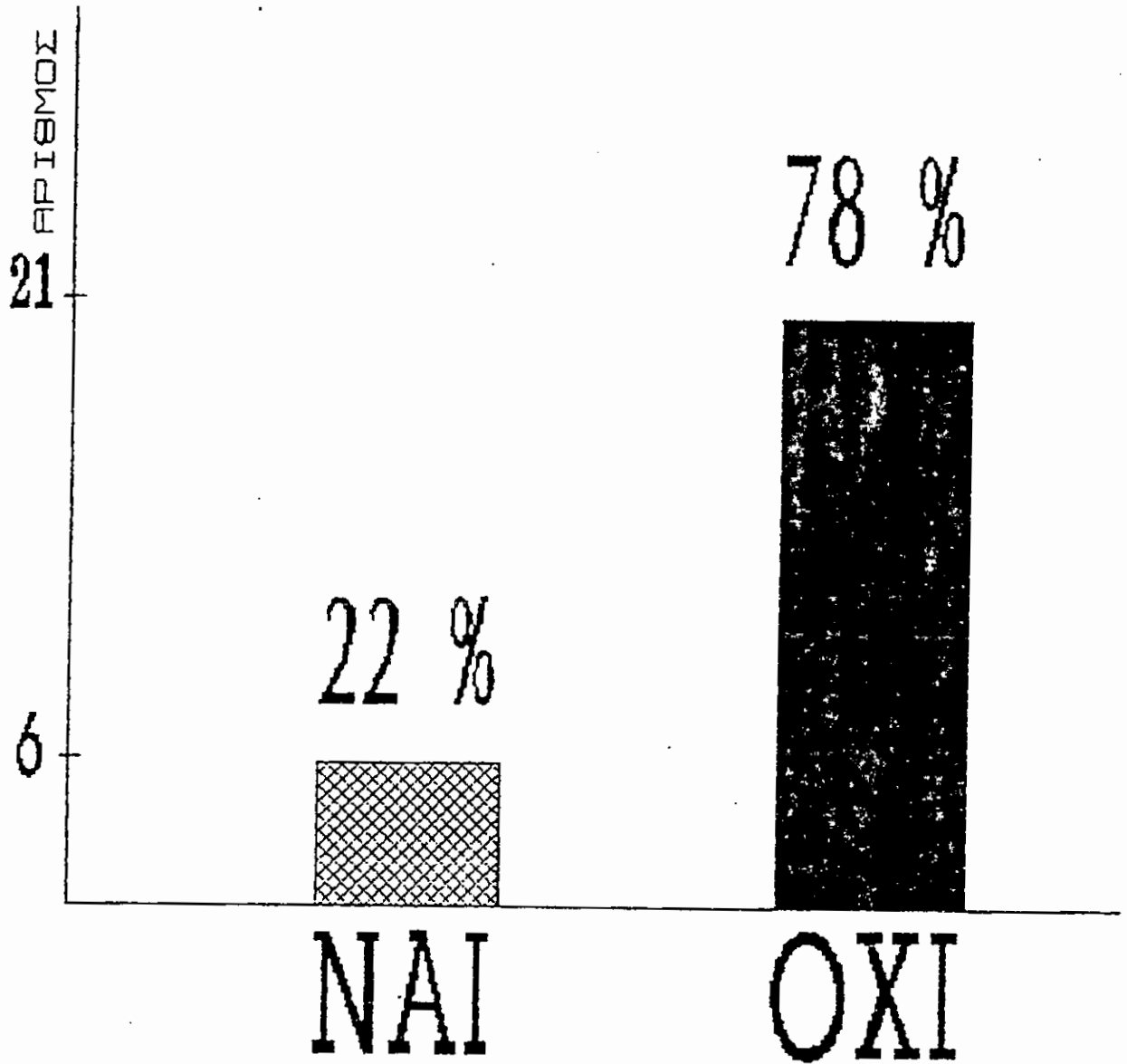
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1 2



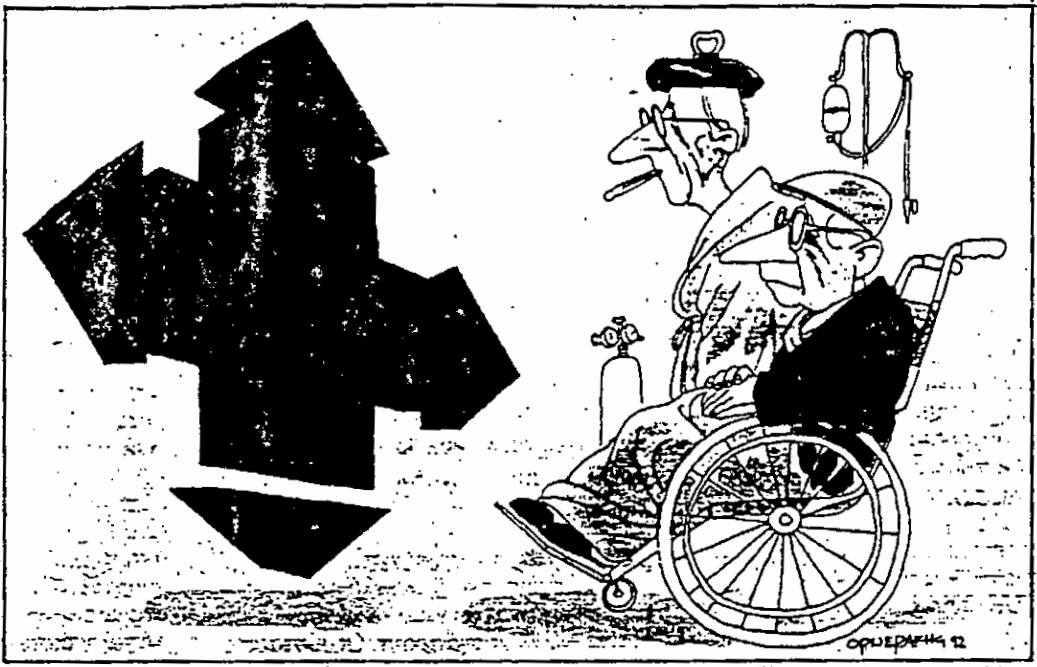
ΠΟΙΟΝ ΠΡΟΤΙΜΟΥΝ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΑΣΧΗΜΗ  
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 5 2



ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΤΙΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ  
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΔΕΧΤΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ



Του ΣΠΥΡΟΥ ΟΡΦΕΡΑΚΗ

# Η ψυχολογική υποστήριξη βοηθάει τους καρκινοπαθείς

**Ο**ι καρκινοπαθείς που έχουν ψυχολογική υποστήριξη αισθάνονται λιγότερο άγχος και κατάθλιψη για την αρρώστια τους, σύμφωνα με Βρετανούς ερευνητές στο Νοσοκομείο «Ρόαγιαλ Μάρσεντ» στο Σάρεϊ της Αγγλίας. Ένας Αμερικανός ειδικός στον

συμπαράσταση ανέφεραν ότι αισθάνονταν πολύ λιγότερο απελπισμένοι, αγχώδεις και προκατεληγμένοι με την ιδέα της αρρώστιας, σύμφωνα με τον δρ Γκριν.

Επίσης, έδειξαν να έχουν περισσότερο «μαχητικό πνεύμα», πρόσθεσε.

Μετά τέσσερις μήνες υποστήριξης, οι ασθενείς αυτοί συνέχισαν να αναφέρουν λιγότερο στρες σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν ψυχολογική συμπαράσταση.

«Είμαι χαρούμενη, γιατί έχουμε επαρκείς αποδείξεις ότι η ψυχολογική υποστήριξη βοηθάει σημαντικά τους καρκινοπαθείς», λέει η δρ Κάρεν Ρίτσι, του Κέντρου Καρκίνου «Μ. Ντ. Άντερσον» του Πανεπιστημίου του Τέξας στο Χιούστον. Στο Κέντρο αυτό, οι ασθενείς ενώνονται σε ομάδες υποστήριξης.

«Οι ασθενείς μπορούν να κάνουν μεταξύ τους θεραπευτική εργασία», λέει.

«Και ο θρήνος προσφέρει ανακούφιση, αν μπορείς να θρηνησεις».

«Οι ασθενείς μπορούν επίσης να αντιγράφουν, ο ένας από τον άλλο, επιδεξιότητες και γνώσεις».

«Η συνάντηση με άλλους καρκινοπαθείς στις ομάδες υποστήριξης μπορεί επίσης να ελαττώσει την αίσθηση εγκαταλείψεως», λέει η δρ Ρίτσι. «Αντιλαμβάνεσαι ότι δεν είσαι μόνος».

Πολύ λίγες μελέτες έχουν γίνει για να μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι η ψυχολογική υποστήριξη αυξάνει και την επιδίωξη των καρκινοπαθών, σύμφωνα με τον Μπέρναρντ Φοξ, καθηγητή ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Βοστώνης.

Η συμπαράσταση αυτή όμως ανακουφίζει από την κατάθλιψη και το άγχος που συχνά συνοδεύουν την ασθένεια, προσθέτει ο Φοξ.

**TA NEA**  
**Science Times**  
24h News Desk Times

καρκίνο επιδειβαιώνει αυτά τα ευρήματα, λέγοντας ότι οι ομάδες υποστήριξης καρκινοπαθών και τα δίκτυα ασθενών μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής αυτών που «κτύπησε» ο καρκίνος. Ο δρ Στίβεν Γκριν ανέφερε τα ευρήματά του σε τεύχος του Βρετανικού Ιατρικού Περιοδικού. Ο Βρετανός ερευνητής μελέτησε 156 άτομα με καρκίνο, στους οποίους είχε δοθεί ζωή ενός περιόδου χρόνου. Ύστερα από δύο μήνες ψυχοθεραπείας, όσοι είχαν



Ημερολόγιο επισκέψεων και συναντήσεων με καρκινοπαθείς του ογκολογικού τμήματος του Νοσοκομείου Βόλου

15-4-92 Επίσκεψη στο ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Βόλου

Συνάντηση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με την διεπιστημονική ομάδα για τον καθορισμό σκοπών και στόχων

16-4-92 Επίσκεψη κατ' οίκον σε καρκινοπαθή

22-4-92 Ογκολογικό Ιατρείο (Ψυχολογική υποστήριξη στους καρκινοπαθείς που επισκέπτονται το Ιατρείο). Επίσκεψη κατ' οίκον σε καρκινοπαθή του Ιατρείου

29-4-92 Ογκολογικό Ιατρείο

Επίσκεψη κατ' οίκον σε καρκινοπαθή του Ιατρείου

6-5-92 Ογκολογικό Ιατρείο

7-5-92 Επίσκεψη κατ' οίκον σε καρκινοπαθή του Ιατρείου

13-5-92

Ογκολογικό ιατρείο

Επίσκεψη κατ' οίκου σε καρκινοπαθή του ιατρείου

Συνάντηση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας  
Σκοπός της συνάντησης η αυξήση χάρω  
αυτή τις δραστηριότητες της διεπιστημονι  
κής ομάδας. Μελλοντικοί στόχοι:

14-5-92

Επίσκεψη κατ' οίκου σε  
καρκινοπαθή του ιατρείου.

15-5-92

Επίσκεψη κατ' οίκου σε  
καρκινοπαθή του ιατρείου.

19-5-92

Επίσκεψη κατ' οίκου σε  
καρκινοπαθή του ιατρείου.

20-5-92

Ογκολογικό ιατρείο

Επίσκεψη κατ' οίκου σε καρκι  
νοπαθή του ιατρείου.

27-5-92

Ογκολογικό ιατρείο

Επίσκεψη - κατ' οίκου σε  
καρκινοπαθή του ιατρείου

3-6-92 Ογκολογικό ιατρείο

9-6-92 Επίσκεψη κατ'οίκου σε  
καρκινοπαθή του ιατρείου

10-6-92 Ογκολογικό ιατρείο

16-6-92 Επίσκεψη κατ'οίκου

17-6-92 Ογκολογικό ιατρείο

19-6-92 Επίσκεψη κατ'οίκου

26-6-92 Συγκέντρωση όλων των  
κέντρων υγείας στο Νοσοκομείο  
Βόλου για ενημέρωση των ώμων  
στην λειτουργία του ογκολογικού  
τμήματος

1-7-92 Ογκολογικό ιατρείο

Επίσκεψη κατ'οίκου

8-7-92 Ογκολογικό ιατρείο

15-7-92 Ογκολογικό ιατρείο

29-7-92 Ογκολογικό ιατρείο

12-8-92

Ογκολογικό ιατρείο

19-8-92

Ογκολογικό ιατρείο

24-8-92

Επίσκεψη κατ'οίκον σε καρδιολογική του νοσοκομείου.

26-8-92

Ογκολογικό ιατρείο

Επίσκεψη κατ'οίκον σε καρδιολογική του ογκολογικού ιατρείου

1-9-92

Επίσκεψη κατ'οίκον.

2-9-92

Ογκολογικό ιατρείο

4-9-92

Επίσκεψη κατ'οίκον.

23-9-92

Ογκολογικό ιατρείο

24-9-92

Επίσκεψη κατ'οίκον.

28-9-92

Επίσκεψη κατ'οίκον.

29-9-92

Επίσκεψη κατ'οίκον.

30-9-92

Ογκολογικό ιατρείο

1-10-92 Επίσκεψη κοσ'οίκου

5-10-92 Συνάντηση στο Κέντρο  
Ψυχικής Υγείας για ανάλυση για  
τις παραπάνω επισκέψεις.

7-10-92 Επίσκεψη στο Αντικαρκινικό  
Νοσοκομείο Άγιος Σάββας Συνάντηση  
με την κ.Α Γεωργιάδου.

Επίσκεψη στην Αντικαρκινική  
Εταιρεία Αθηνών.

16-11-92 Επίσκεψη στο Θεατρικό  
Θεσσαλονίκης

20-11-92 Επίσκεψη στο Κέντρο  
Ψυχοκοινωνικής Ανακατάστασης Καρτε-  
νοπαθών Αθήνα.

ΟΝΟΜΑΤ/ΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ ή ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ: ΕΦΑ ΣΕΒΝΙΑΚΟΥ

ΛΕΘΕΝΟΥΣ:

ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

ΠΛΗΘΗΝ : Κα Υασα

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 17-6-92

ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (Όσον αφορά την θεραπεία και την πορεία της νόσου)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

(Βοηθούμενο από τον θεράποντα γιατρό)

Λισθάνομαι

χειρότερα απ'ότι

μπορώ να φανταστώ

Λισθάνομαι

απολύτως καλά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΛΕΘΕΝΗ  
ΚΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Εχω το περισσότερο  
άγχος που μπορώ να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
άγχος

Εχω τη μεγαλύτερη  
κατάθλιψη που μπορώ  
να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
κατάθλιψη

Εχω τον δυνατότερο  
πόνο που μπορώ να  
φανταστώ

Δεν πονάω  
καθόλου

Η δραστηριότητά μου (επαγγελμ. και  
κοινωνική) έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη επαγγελμα-  
τική και κοινωνική  
δραστηριότητα

Η σεξουαλική ζωή μου  
έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη σεξουαλι-  
κή ζωή

Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι στο χειρότερο σημείο

Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι όπως πριν.

Δεν έχω καμμία  
εμπιστοσύνη στον  
εαυτό μου

Έχω πλήρη εμπιστο-  
σύνη στον εαυτό μου

ΚΛΙΜΑΚΑ KARNOFSKY

100: Φυσιολογικό. Καθόλου συμπτώματα. Καμμία ένδειξη νόσου.

90: Ικανός για φυσιολογική δραστηριότητα. Μικρά σημεία ή συμπτώματα.

80: Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια. Μερικά σημεία ή συμπτώματα

70: Αυτοεμπειρέτηση, αλλά αδυναμία για φυσιολογική δραστηριότητα ή εργασία .

60: Χρειάζεται ευκαιριακή βοήθεια, αλλά είναι ικανός για τις περισσότερες προσωπικές ανάγκες .

50: Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική βοήθεια .

40: Ανίκανος . Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια .

30: Σοβαρά ανίκανος. Ανάγκη νοσ/μειακής περίθαλψης , αλλά ο θάνατος είναι δυνατός .

20: Πολύ άρρωστος . Η νοσ/μειακή περίθαλψη και η ενεργός υποστηρικτική αγωγή είναι απαραίτητα .

10: Ετοιμοθάνατος .

0: Θάνατος

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΝΟΜΑΤΕΡΟΝΥΜΟΝ .. Ανδρονίκη .. ΗΛΙΚΙΑ .. 66 ..  
/ΝΣΗ .. .. .. .. ΤΗΛ. ....  
ΠΡΟΣΩΠΟ .. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΚΟΡΕΑΣ ..  
ΥΠΟΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΤΑΣ 5 μέλη ..  
ΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (ο ίδιος, άλλος, αξιολογιστής) .. η ίδια ..  
ΓΑΜΟΣ .. .. .. ΕΓΓΑΜΟΣ .. X .. .. ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ..

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η κ. Χ. είναι ασημένια εδώ ή 35 χρόνια με τον  
κ. Βασίλη Χαρολά. Ημερομηνία γάμου έχουν 3  
παιδιά δύο αγόρια ή ένα κορίτσι ηλικίας 35  
33 ή 31 ετών

Τα παιδιά τους είναι ασημένια ή δεν με εις  
οικονομίες τους στο Βόλο. Αυτά τη στιγμή το  
δέντρο είναι γύρω τους σε ένα άριστο δέντρο  
σε σπίτι, αρκετά κερδοφόρα

Από ότι φαίνεται στη συνέντευξη η κ. Χ. είχε μια  
άντρα που με την ενόχληση της τα κέρδη  
και το σπίτι του ή τα παιδιά της

Η ίδια έχει κληθεί να κέρσει κάτι που  
γίνεται φαίνεται αρκετά κερδοφόρα άτομα  
με την οικογένεια ή για τους οποίους έχουν  
αυτά στην ίδια ή για να χρωστάει χίλια  
την. Οι κτήσεις της ποσότητας με τον άντρα της  
ή με τα παιδιά της κέρσει με το κέρσι  
Δεν φανερώνεται την επέλευση ότι είχε κάποια  
ιδιότητα κέρσι

26 χρόνια κληθεί στην Αθήνα να ελεγχτεί  
δέντρο γυναικός που είχε. Η ελεγχτική δεν έγινε  
επειδή εκείνη την εποχή κληθεί η κληθεί της. Μετά  
αυτή έγινε έγκριση στο κέρσι της κληθεί ζήτησαν  
το κέρσι χωρίς να χρειαστεί χειρουργική  
επέμβαση.



ΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Αυτή τη στιγμή τα βίχλα της ομάδας είναι  
 31 του βίχλου Ο βίχλος δίνει σε  
 αυτοκίνητο ή σε αυτή τη στιγμή βίχλος  
 είναι 60.000 από το ΤΣΑ.  
 Η ίδια ώρα είναι σε αρκετά γρήγορα του βίχλου  
 είναι αρκετά καλά ή το βίχλο της

ΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Όσο αφορά τη φυσική της δραστηριότητα Η  
 Κ"Χ. από νωρίς ήταν αρκετά δραστήρια στην  
 αυτή τη στιγμή εκτελεί με ένα κλειδί  
 είναι σε θέση να εκτελεί με κλειδί  
 είναι σε θέση να εκτελεί με κλειδί  
 είναι σε θέση να εκτελεί με κλειδί  
 είναι σε θέση να εκτελεί με κλειδί  
 είναι σε θέση να εκτελεί με κλειδί

ΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η Κ"Χ. ήταν σε επαφή με το κλειδί της τον  
 Απρίλιο του 1991 κλειδί εισέπραξε με γρήγορα  
 τον ΙΚΑ. Δεν είναι εχθρική  
 Δεν είναι γρήγορα την εχθρική της κλειδί με  
 κλειδί κλειδί κλειδί κλειδί κλειδί κλειδί  
 κλειδί κλειδί κλειδί κλειδί κλειδί κλειδί



ΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΛΤΑΣΤΑΣΗ

Η Κ. Ξ, ερχόσαστε στη Σελή της γάμο για να φέρετε σε χρομείο. Διατάξτε τον δικό σας καλεσμάτων και χρομίων που είχε η Ευ-  
 λωία γιατί ο πατέρας της πιστεύει ότι δεν πρέπει να καθόσαστε

ΓΙΑΒΡΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

Η ίδια χωρίζει την κοιλία της Βίβλια  
 κορτί τώρα να την αναμνησθεί με την  
 δική της κορτί και είναι στέδια κατάλληλη  
 ίδια κορτί της κοιλίας της και χρομίων  
 οι οποίες είναι έχουν στο δικό της κορτί είχε  
 κορτί κορτί και το χρομίων της η κορτί  
 κορτί της είναι κορτί ίδια κορτί κορτί  
 κορτί  
 κορτί τώρα αναμνησθεί πρώτη αναμνησθεί της  
 κορτί να βάλει τον κορτί κορτί  
 κορτί κορτί τώρα η να είναι κορτί από  
 κορτί κορτί

ΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ  
ΔΙΟΙΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ  
"ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"

A/A.....  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ. 1-7-92.....  
Ε. ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ. ΣΕΒΗΛΙΑΝΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΝΟΜΑΤΕΛΕΧΝΙΟ..... βασιλίδης..... ΗΛΙΚΙΑ..... 70.....  
ΓΝΗΣΗ..... ΤΗΛ.....  
ΠΡΟΣΤΙΑ ΣΥΝΤΡΟΦΕΙΑ..... ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΩΜΑΤΟΣ..... ΙΚΑ.....  
ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ..... 2 υιούς.....  
ΑΠΡΟΦΟΡΙΕΣ (Ο ΙΔΙΟΣ, ΆΛΛΟΣ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ)..... Ο. ΣΥΝΤΡΟΦ. 15.7.....  
ΣΥΝΤΡΟΦ. ....  
ΓΑΜΟΣ..... ΕΓΓΑΜΟΣ..... Χ..... ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο κύριος "Κ" είναι ανενεργός με την κυρία Δοφία  
δίνοντας σαράντα χρόνια. Αλλά τα γάμο τους έχουν  
να περιτομή ηλικίας 39 ετών, η οποία είναι ανενεργός  
ήδη ή έχει ένα περιτομή  
Οι σχέσεις της οικογένειας από ανέκαθεν ήταν  
κατά αυτή κατ'εξοχή.  
Από αυτό φαίνεται ότι η κυρία Δοφία είναι εκεί  
η και αναλαμβάνει όλες τις ευθύνες. Διότι με  
από τα χρόνια ή συγχρόνως είχε και σαν ευθύνες  
σε οικονομία.  
Ο κύριος Βασίλης φαίνεται ότι είναι ένας ήσυχος  
άνθρωπος ή φαίνεται η εξάρτηση του από τη  
μηνιαία του.  
Οι σχέσεις του διαρκώς είναι καλά κατά  
με αυτό το λόγο μέχρι τώρα τα χρόνια στη ζωή του  
έχουν όλα καλά κατά.  
Ο κύριος Βασίλης έχει για αδελφή η οποία έχει σαν  
δουλειά αλλά δεν έχουν καμία σχέση.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Και τα δύο υίτη του αικαχένιας ωάρων  
οιταζη από το ΛΕΑ. Τα υίτη στο ααίο γίναντε  
είναι ιδιαίτερα

Αυτά τα υίτη η οικονομική τους κατάσταση είναι  
ωάρη από υίτη δεν έχουν ιδιαίτερα οικονομικό υίτη  
μα, βέβαια υίτησαν ότι υίτησαν η υίτη από υίτη  
ωάρη υίτη υίτη

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Οι δραστηριότητες του κυρίου Βασίλη κυμαίνονται  
υίτη των υίτητων στο υίτη υίτη η υίτη υίτη  
υίτη υίτη των υίτη των υίτη

Του υίτη να υίτηται με τα υίτη υίτη υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο κύριος Βασίλης υίτη υίτη τον υίτη του 90. υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη

Δεν υίτηται να υίτη κάποιες υίτη υίτη υίτη  
υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη υίτη

μια. Μίτρι σου δεν έχει άλλα πρόβλημα.

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από ψυχολογικά ωστόσο ο Κίριος είναι σε καλή κατάσταση. Δίνεται ότι δεν έχει κανένα δικό του πρόβλημα αναμένεται ωστόσο όσον αφορά σε άλλα καλά τόσο να αναχρηματιστεί όσο και σχετικά με την

### ΗΘΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΛΛΟΝ

Όσον αφορά τα συγγενικά περιβάλλον δίνεται ότι δεν έχει καμία σχέση με κανέναν. Αυτά που του παθίζουν είναι τα κακά σου φίλα ωστόσο τα δικά του είναι η δουλειά σου η ερώτηση σου ή ο χαρακτήρας σου.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο κύριος Βασίλης Σοϊτζος και οικογένειά του βίβη  
α, στα ορφανά είχε αποθηκεύσει με άλλες δουλειές.  
Όλα αυτά με τα χρόνια είχε αποθηκεύσει του ορφαν  
να ή του ευχαριστήσω.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

Ο ίδιος πιστεύει ότι εκπαιδεύει από πολύ νωρίς  
στα έντερα. Η ανδρεία αυτή του γράφει και  
αυτή η κατάσταση δεν χάνεται τίποτα άλλο από  
την ανδρεία του.

ΛΕΘΕΝΟΥΣ:

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΠΛΗΘΗ: Ca. εύτερου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 1-7-92

ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (Όσον αφορά την θεραπεία και την πορεία της νόσου)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
(Βοηθούμενο από τον θεράποντα γιατρό)

Λιθάνομαι  
χειρότερα απ'ότι  
μπορώ να φανταστώ

Λιθάνομαι  
απολύτως καλά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΛΕΘΕΝΗ  
ΚΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Εχω το περισσότερο  
άγχος που μπορώ να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
άγχος

Εχω τη μεγαλύτερη  
κατάθλιψη που μπορώ  
να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
κατάθλιψη

Εχω τον δυνατότερο  
πόνο που μπορώ να  
φανταστώ

Δεν πονάω  
καθόλου

Η δραστηριότητά μου (επαγγελμ. και  
κοινωνική) έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη επαγγελμα-  
τική και κοινωνική  
δραστηριότητα

Η σεξουαλική ζωή μου  
έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη σεξουαλι-  
κή ζωή



Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι στο χειρότερο σημείο

Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι όπως πριν.

Εγώ έχω καμιά  
εμπιστοσύνη στον  
εαυτό μου

Εχω πλήρη εμπιστο-  
σύνη στον εαυτό μου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΡΝΟΦΣΚΥ

- 0: Φυσιολογικό. Καθόλου συμπτώματα. Καμιά ένδειξη νόσου.
- 1: Ικανός για φυσιολογική δραστηριότητα. Μικρά σημεία ή συμπτώματα.
- 2: Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια. Μερικά σημεία ή συμπτώματα
- 3: Αυτοεξυπηρέτηση, αλλά αδυναμία για φυσιολογική δραστηριότητα ή  
ργασία .
- 4: Χρειάζεται ευκαιριακή βοήθεια, αλλά είναι ικανός για τις περισσό-  
τερες προσωπικές ανάγκες .
- 5: Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική βοήθεια .
- 6: Ανίκανος . Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια .
- 7: Σοβαρά ανίκανος. Ανάγκη νοσ/μειακής περίθαλψης , αλλά ο θάνατος  
είναι δυνατός .
- 8: Πολύ άρρωστος . Η νοσ/μειακή περίθαλψη και η ενεργός υποστηρικτι-  
κή αγωγή είναι απαραίτητα .
- 9: Ετοιμοθάνατος .
- 10: Θάνατος

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ  
"ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ"

Α/Α.....  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 22-6-92.....  
ΕΥΧΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ Σεβαστός Αριστείδης

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ..... Μιχαήλ..... ΗΛΙΚΙΑ..... 61.....  
Δ/ΝΣΗ..... ΤΗΛ.....  
..... Συνοζωοτόμος..... ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΟΡΟΙΣ ΤΕΒΕ.....  
ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 4 μέλη.....  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (ο ίδιος, άλλος, εξ' αποστάσεως) ο ίδιος.....  
.....  
ΑΓΑΜΟΣ..... ΕΓΓΑΜΟΣ..... X..... ΔΙΕΖΥΓΜΕΝΟΣ.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο Κύριος..... είναι παντρεμένος από το 1965. Έχει  
δύο παιδιά, ένα αγόρι ηλικίας 21 ετών ή ένα κο-  
ρίτσι ηλικίας 26 ετών. Αυτή τη στιγμή τα παιδιά του  
βρίσκονται ή τα δύο στην Αμερική μετά την επι-  
ερχομιά τους.

Ο Κύριος..... έχει αυτό τη στιγμή σε ιδιωτική  
σπίτι μαζί με την γυναίκα του. Οι σχέσεις τους  
είναι καλά μαζί ο καθένας. Η Κύρια.....  
ασχολείται με τα δουλειές του αυτοκίνητου. Αρκετά  
είναι καλά την αυτοχρησία του όσο ή τα παιδιά του.  
Τα αίτια τους είναι αρκετά απλοποιημένα ή σε  
κάτι κατάσταση.

Μεταξύ τους υπάρχει απλή καλή συννεύση ή  
αλληλεγγύη. Τα παιδιά του από το παιδί του  
στο παιδί του όσο ή στο καρμύνη.

Ο Κύριος..... είναι επίσης  
επιχειρηματίας. Άλλες δύο αυτοχρησίες οι αυτοχρησίες του  
στον αυτοχρησίες. Οι αυτοχρησίες του είναι καλά  
απλά.

ΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ Σε αυτό την σύνταξη του συνόλου  
από τα φυλάσσεται χίρια και 48.000 ή από  
επιπλέον από ταίρια από ένα κομμάτι το οποίο  
επιπλέον το οποίο είναι χίρια και 20.000  
η είναι ή από ταίρια ταίρια από τα ταίρια  
η ταίρια ή ταίρια από ταίρια ταίρια  
δεν ταίρια να ταίρια ή τα ταίρια

ΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Κίρια ... ουσία από ταίρια ή  
ταίρια από ταίρια ή ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια ή ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια ή ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια ή ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια ή ταίρια από ταίρια

ΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ον Οκτώβριο του 90 εφάρμοσε από τα ταίρια  
τα ταίρια από ταίρια από ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια από ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια από ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια από ταίρια από ταίρια  
ταίρια από ταίρια από ταίρια από ταίρια

Από την δραστηριότητα που είναι έχει για να είναι  
υψηλά βαθμολογείται αλλά είναι ελαφρώς χαμηλά από την  
συνολική του κατάσταση. Άλλες επιπτώσεις δεν  
υπάρχουν.

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αυτή τη στιγμή είναι σε κακή κατάσταση ψυχολογική  
κατάστασης. Η εγχείριση που έχει επιρροή του  
ιδίου, ακολουθώντας κάποια με τη φύση, δεν έχει  
ωριμάσει ακόμα, ούτε κατάλληλη.  
Στο χρόνο που έχει επιρροή είναι ότι είναι ελαφρώς  
δύσκολη την εγχείριση καθότι είναι σημαντική για  
εμένα.  
Γενικά η εγχείριση δεν έχει επιρροή του ίδιο από  
αυτά γίνεται με τον χρόνο που είναι σημαντική  
φυσικά του στο σώμα.

### ΗΘΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Οι συγγενείς του που σταθμίζονται είναι πολύ καλοί  
στην κατάσταση της εγχείρισης. Βέβαια είναι ότι δεν  
έχουν τόσο φόβο όταν είναι να εγχειριστεί. Η  
εμπειρία είναι ότι η εγχείριση που είναι αυτής της  
κατάστασης να δηλώνει ότι είναι καλή κατάσταση  
που απαιτείται να είναι διαφορετικά.

ΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο κύριος ... σχετικά με όλα τα χρόνια  
της ζωής του με το μεγαλύτερο εφόδιο  
να γράφω βιβλία όπου επιδιώκω να  
α γράφω τα επίκαιρα θέματα που χαρακτηρίζουν  
το έργο.

Να σημειώσω ότι έχω ήδη αρχίσει να γράφω  
για την δραστηριότητα αυτή. Βέβαια έχω σε  
προσέλευση ερωτήματα που μου στέλνουν.

ΠΙΣΤΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

Ο κύριος ... ζήτησε να ερευνηθεί από  
εμπειρογόνο, που γράφει ερωτήσεις από  
τη ζωή του.  
Με τη συγχρηματοδότηση από την ίδρυση  
του, που να έχει άλλο πρόβλημα γιατί η  
ανάστασή του να είναι πάντα από κάτω.

ΟΝΟΜΑΤ/ΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ ή ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ: ΣΕΒΛΙΑΝΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ  
ΛΣΘΕΝΟΥΣ: ΜΙΧΑΛΗΣ

ΠΛΗΘΗΝ : Ca Ευρέου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 22-6-92

ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (Όσον αφορά την θεραπεία και την πορεία της νόσου)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
(Βοηθούμενο από τον θεράποντα γιατρό)

Λισθάνομαι  
χειρότερα απ'ότι  
μπορώ να φανταστώ

Λισθάνομαι  
απολύτως καλά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΛΣΘΕΝΗ  
ΚΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Εχω το περισσότερο  
άγχος που μπορώ να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
άγχος

Εχω τη μεγαλύτερη  
κατάθλιψη που μπορώ  
να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
κατάθλιψη

Εχω τον δυνατότερο  
πόνο που μπορώ να  
φανταστώ

Δεν πονάω  
καθόλου

7

Η δραστηριότητά μου (επαγγελμ. και  
κοινωνική) έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη επαγγελμα-  
τική και κοινωνική  
δραστηριότητα

6

Η σεξουαλική ζωή μου  
έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη σεξουαλι-  
κή ζωή

Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι στο χειρότερο σημείο

Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι όπως πριν.

Δεν έχω καμιά  
εμπιστοσύνη στον  
εαυτό μου

Έχω πλήρη εμπιστο-  
σύνη στον εαυτό μου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΡΝΟΦΣΚΥ

100: Φυσιολογικό. Καθόλου συμπτώματα. Καμιά ένδειξη νόσου.

90: Ικανός για φυσιολογική δραστηριότητα. Μικρά σημεία ή συμπτώματα.

80: Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια. Μερικά σημεία ή συμπτώματα

70: Αυτοεξυπηρέτηση, αλλά αδυναμία για φυσιολογική δραστηριότητα ή εργασία .

60: Χρειάζεται ευκαιριακή βοήθεια, αλλά είναι ικανός για τις περισσότερες προσωπικές ανάγκες .

50: Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική βοήθεια .

40: Ανίκανος . Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια .

30: Σοβαρά ανίκανος. Ανάγκη νοσ/μειακής περίθαλψης , αλλά ο θάνατος είναι δυνατός .

20: Πολύ άρρωστος . Η νοσ/μειακή περίθαλψη και η ενεργός υποστηρικτική αγωγή είναι απαραίτητα .

10: Ετοιμοθάνατος .

0: Θάνατος

ΟΝΟΜΑΤ/ΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ ή ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ: ΖΕΒΩΛΙΑΝΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΛΕΘΕΝΟΥΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΠΛΗΘΗΝ: ΓΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 1-7-92

ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (Όσον αφορά την θεραπεία και την πορεία της νόσου)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
(Βοηθούμενο από τον θεράποντα γιατρό)

Λισθάνομαι  
χειρότερα απ'ότι  
μπορώ να φανταστώ

Λισθάνομαι  
απολύτως καλά

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΛΕΘΕΝΗ  
ΚΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Εχω το περισσότερο  
άγχος που μπορώ να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
άγχος

Εχω τη μεγαλύτερη  
κατάθλιψη που μπορώ  
να φανταστώ

Δεν έχω καθόλου  
κατάθλιψη

Εχω τον δυνατότερο  
πόνο που μπορώ να  
φανταστώ

Δεν πονάω  
καθόλου

Η δραστηριότητά μου (επαγγελμ. και  
κοινωνική) έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη επαγγελμα-  
τική και κοινωνική  
δραστηριότητα

Η σεξουαλική ζωή μου  
έχει σταματήσει τελείως

Εχω πλήρη σεξουαλι-  
κή ζωή

Δεν είναι πανεργασιές



Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι στο χειρότερο σημείο

Οι συζυγικές σχέσεις  
είναι όπως πριν.

Δεν έχω καμιά  
εμπιστοσύνη στον  
εαυτό μου

Έχω πλήρη εμπιστο-  
σύνη στον εαυτό μου

ΚΛΙΜΑΚΑ KARNOFSKY

100: Φυσιολογικό. Καθόλου συμπτώματα. Καμιά ένδειξη νόσου.

90: Ίκανός για φυσιολογική δραστηριότητα. Μικρά σημεία ή συμπτώματα.

80: Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια. Μερικά σημεία ή συμπτώματα

70: Λυτοεξυπηρέτηση, αλλά αδυναμία για φυσιολογική δραστηριότητα ή εργασία .

60: Χρειάζεται ευκαιριακή βοήθεια, αλλά είναι ικανός για τις περισσότερες προσωπικές ανάγκες .

50: Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική βοήθεια .

40: Ανίκανος . Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια .

30: Σοβαρά ανίκανος. Ανάγκη νοσ/μειακής περίθαλψης , αλλά ο θάνατος είναι δυνατός .

20: Πολύ άρρωστος . Η νοσ/μειακή περίθαλψη και η ενεργός υποστηρικτική αγωγή είναι απαραίτητα .

10: Ετοιμοθάνατος .

0: Θάνατος



ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η οικονομική κατάσταση είναι αρκετά καλή. Συνεχίζω να εργάζομαι στην εταιρεία μου και να είμαι ευχαριστημένος.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Τον τελευταίο χρόνο του συγκρίνω με τον προηγούμενο και βλέπω ότι έχω γίνει πιο ευχάριστος και πιο κοινωνικός. Σε όλα τα σημεία της ζωής μου είμαι πιο ήρεμος και πιο υπεύθυνος. Πιστεύω ότι είχα κάνει κάποιες αλλαγές που με βοήθησαν να είμαι καλύτερος άνθρωπος. Ελπίζω να συνεχίσω να είμαι έτσι και να είμαι ευχαριστημένος με τον εαυτό μου.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η επιχείρησή μου είναι σε καλή κατάσταση. Οι πωλήσεις είναι σταθερές και οι πελάτες είναι ευχαριστημένοι. Έχω κάνει κάποιες επενδύσεις για να βελτιώσω την ποιότητα των προϊόντων και να είμαι πιο ανταγωνιστικός. Ελπίζω να συνεχίσω να είμαι επιτυχημένος.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο Κ. είναι ένα αρκετά ήσυχο ή χαμηλότερο άτομο. Ο ίδιος κατά τη διάρκεια των συναντήσεων δεν είχε κανένα πρόβλημα να ανταλλάξει με άλλους τη φωνή του. Με αρκετή δυσκολία έδωσε στο έδαφος χαρτί τα δικά του, καθώς διαφέρεται για τα χέρια του. Περαιτέρω, ο ίδιος τρέφει για τα χέρια του ένα έγκλειστο ριζοσπάστη. Αυτά τα στοιχεία φέρνουν να υποθέσει ψυχολογικά ανήκειται στην ομάδα για τη λήψη για να υποθέσει να είναι όλα αρνητικά ή ταυτίζεται.

ΘΗΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Οι συγγενείς του ατόμου φαίνεται η αδερφή του χρωμάτισαν για την κατάσταση του. Αλλά στον ίδιο τον ίδιο τον να το κάνει ο ίδιος, για να υποθέσει είναι αρκετά ενδιαφέρον άτομο. Οι συγγενείς του τον στήριξαν αρκετά. Η αδερφή του είναι εκεί που έρχεται σε επαφή μαζί του αρκετά φορές την ημέρα. Η ίδια τον υποστηρίζει ή τον υποχρησιμεύει.

ΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο Κ. ... αποχώρησε με το εγχείρημα τα περισσότερα χρόνια της επαγγελματικής του καριέρας. ... με το εγχείρημα έλαβε αρκετά χρήματα ...

... είναι άσχετα με τα άλλα ... στην ...

... ηλικίας

ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

... δεν μπορούσε να ... Πιστεύω ότι έχω ...

... από ... για να ...

... είναι ...

... έχω ...

... είχα ...

... έχω ...

... έχω ...

... έχω ...



Βαλτετσίου 11 - GR 10680 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 36.11.774 και 36.45.627

Βόλος 15 Σεπτεμβρίου 1992

Αναπλητη κυρία

Με ιδιαίτερη χαρά σας πληροφορούμε ότι η αυτοκινούμενη μονάδα της Ελληνικής Ογκολογικής Εταιρείας για πρόληψη και εγκαίρως διαγνώση των κακοήθων ογκών μαστού και τραχήλου μήτρας έχει αρχίσει να λειτουργεί για τον παραπάνω σκοπό στο Νομό Μαγνησίας από τις αρχές Ιουλίου με πρώτο σταθμό την πόλη του Βόλου.

Θα ήταν για μας μεγάλη τιμή να μας εμπιστευθείτε και να δηλώσετε την συμμετοχή σας στην υψηλής σημασίας εθνική προσπάθεια που καταβάλουμε η οποία όπως καταλαβαίνετε έχει παρα πολύ μεγάλη σημασία γιατί στοχεύει στην εξασφάλιση όχι μόνο της υγείας αλλά και της ζωής σας. Οι εξετάσεις που θα πραγματοποιούνται στην αυτοκίνητη μονάδα είναι το ΤΕΣΤ ΠΑΠ που θα γίνεται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 25 ετών έως 65 και η ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ των δύο μαστών που θα γίνεται στις γυναίκες ηλικίας 40 ετών έως 65. Σας γνωρίζουμε ότι οι ως άνω εξετάσεις θα προσφέρονται εντελώς δωρεάν.

Παρακαλούμε θερμά να δηλώσετε τη συμμετοχή σας στο τοπικό παράρτημα της Ε.Ο.Ε. ΒΟΛΟΥ στο τηλέφωνο 195.

Η Κινητή μονάδα είναι στελεχωμένη με αποκλειστικά γυναικείο προσωπικό και λειτουργεί καθημερινά 8 έως 4 τις εργάσιμες μέρες.

Πιστεύοντας ότι η συμμετοχή των γυναικών του νομού Μαγνησίας θα ξεπεράσει κάθε προσδοκία σε σύγκριση με άλλους νομούς που επισκευθήκαμε χωρίς στην ενεργό συμπαρασταση και προθυμία σας, ευελπιστούμε για τη θετική ανταπόκριση στο κάλεσμά μας και σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΙΝΟΝΤΑΙ:

-----  
Στο γραφείο της Ελληνικής Ογκολογικής Εταιρείας  
Κτίριο ΣΠΙΡΕΡ  
Μικρασιατών και Μακρονιτσης 1ος όροφος  
Τηλ: 0421- 195 ΒΟΛΟΣ



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**  
ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

**HELLENIC CANCER SOCIETY**  
MEMBER OF THE U.I.C.C.

Αριθμ. Πρωτ... 9474.

Αθήνα 2 Δεκεμβρίου 1992

Κυρία  
Σεβλιανού Αρια  
Ανακρέοντος 7  
384 45 Ν. ΙΩΝΙΑ, ΒΟΛΟΣ

Αγαπητή Κυρία Σεβλιανού,

Σας εσωκλείουμε πρόσφατα τετράπτυχα φυλλάδια της Εταιρείας μας για την ενημέρωσή σας.

Εσωκλείουμε επίσης αιτήσεις για εγγραφή φίλων σας με την βεβαιότητα ότι θα ανταποκριθείτε θετικά ώστε να βοηθήσετε και εσείς την προσπάθειά μας για αύξηση των μελών της Εταιρείας.



Με τιμή  
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δρ. Καθηγητής ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΔΟΝΤΑΣ



# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

HELLENIC CANCER SOCIETY

MEMBER OF THE U.I.C.C.

Αριθ. Πρωτ. 9006..

Αθήνα 18 Νοεμβρίου 1992

Κυρία  
Σεβλιανού Αρια  
Ανακρέοντος 7  
384 45 ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ, ΒΟΛΟΣ

Αγαπητή Κυρία Σεβλιανού,

Με το γράμμα αυτό σας γνωρίζουμε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας στην 285η Συνεδρίασή του της 16ης Οκτωβρίου 1992, σας εξέλεξε Πάρεδρο Μέλος της Εταιρείας.

Πιστεύουμε ότι με την ενεργητικότητά σας και τις γνώσεις σας, θα προσφέρετε κάθε δυνατή υπηρεσία στην Εταιρεία για το καλό του γενικότερου συνόλου.

Με πολλούς φιλικούς χαιρετισμούς

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΔΟΝΤΑΣ



Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΕΛΙΔΗΣ

Σημείωση: Εσωκλείεται ταχυδρομική επιταγή εκ δρχ. 3.000 (1.000 δρχ. δικαίωμα εγγραφής και 2.000 δρχ. συνδρομή έτους 1992).





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ  
HELLENIC SOCIETY OF PSYCHOSOCIAL ONCOLOGY

Αθήνα, 8-12-92

Αγαπητή Κυρία Σεβζιάνω,

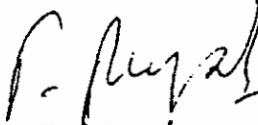
Με χαρά σας πληροφορούμε ότι η αίτησή σας για μέλος της Εταιρείας μας έγινε δεκτή.

Ελπίζουμε ότι με την συμμετοχή σας θα συμβάλετε στις προσπάθειες, στους στόχους και στις επιδιώξεις της Εταιρείας.

Παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τον Ταμία της Εταιρείας Ιατρό κ. Ν. Βογιατζή ( τηλ. 7239-214, Κλεομένης 26-Αθήνα 106 76) εάν δεν έχετε ήδη τακτοποιήσει τις οικονομικές σας υποχρεώσεις.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς  
 Για το Διοικητικό Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

  
 Γ. Ρηγάτος



Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

  
 Θ. Μαρινάκης



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ  
ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ  
ΤΣΟΡΤΖ 5 - 105 82 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ. 3513890 - 3525600

Αθήνα \_\_\_\_\_

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο \_\_\_\_\_  
Όνομα \_\_\_\_\_  
Όνομα πατέρα/συζύγου \_\_\_\_\_  
Έτος γέννησης \_\_\_\_\_  
Τόπος γέννησης \_\_\_\_\_  
Διεύθυνση Κατοικίας \_\_\_\_\_  
Περιοχή/Ταχ. Κώδ. \_\_\_\_\_  
Αστυν. Τμήμα \_\_\_\_\_  
Α/Α Ταυτότητας \_\_\_\_\_  
Επάγγελμα \_\_\_\_\_  
Τηλέφωνο εργασίας \_\_\_\_\_  
Τηλέφωνο κατοικίας \_\_\_\_\_

Προς  
Το Διοικητικό Συμβούλιο  
Της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας  
Ενταύθα

Κύριε Πρόεδρε,

Επιθυμώ να γίνω μέλος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και παρακαλώ με γράψετε σαν Πάρεδρο μέλος.

Δηλώνω ότι, θα συμβάλλω στο κατά δύναμη, για την επίτευξη των σκοπών της Εταιρείας.

Σε περίπτωση αλλαγής της Διεύθυνσης κατοικίας μου ή αλλαγής του αριθμού τηλεφώνου μου, θα ενημερώσω τη Γραμματεία της Εταιρείας.

υπογραφή

ΟΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΝΤΕΣ:

Όνοματεπώνυμο — Υπογραφή

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΔΑΝΑΗ Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα 1986.
2. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΜΑΡΟΥΛΙ ΕΛΕΝΗ "Τα επαγγέλματα υγείας στην σύγχρονη περίθαλψη, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού" Εκλογή Δεκέμβριος 1980, Τόμος Β, σελ. 8-11.
3. AMUSSAT J.Z. Queleques Reflexions sur la curabilite du cancer Edit E. Thunoth, Paris 1854.
4. A. ASCHILLEOUDI Seven Years of Experience with Cancer Vol 4, No 1, January - March 1993.
5. ΓΙΑΛΑΜΑΚΗΣ Χ. "Η αλήθεια στον άρρωστο με καρκίνο" Μάχη και Ελπίδα 1990, Τεύχος 30, σελ. 8-10.
6. ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΠΙΝΙΚΗ, ΨΙΜΟΥΛΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ "Η αλήθεια που δεν λέγεται" Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 13-16.
7. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΚΗ "Τελική Νοσηλεία" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών Αθήνα 1991, σελ. 125-131.
8. ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ Κ. "Δ' ΥΓΕΙΑ" ανακοίνωση στο Γ' Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργιών Αθήνα Μάρτιος 1-3, 1987, σελ. 275 - 289.
9. ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ - ΣΤΡΑΒΟΛΑΙΜΟΥ "Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών Αθήνα 1991, σελ. 101-110.
10. ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ - ΣΤΡΑΒΟΛΑΙΜΟΥ "Η αλήθεια και ο άρρωστος - ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα στη συνεργασία με ογκολογικούς αρρώστους" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών με θέμα ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, Αθήνα 1991, σελ. 145-154.
11. ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ - ΣΤΡΑΒΟΛΑΙΜΟΥ "Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Αποκατά-

- σταση" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα "Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση καρκινοπαθούς" Αθήνα 1991, σελ. 113-121.
12. CUTTER E. Diet on Cancer 1887.
13. ΔΟΝΤΑΣ Ν. ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ Ν. "Ο αντικαρκινικός αγώνας στην Ελλάδα "Μάχη και Ελπίδα" 1991, τεύχος 36, σελ. 8-10.
14. ΔΟΝΤΑΣ Ν. "Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ογκολογική πράξη" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή. Αθήνα 1991, σελ. 87-92.
15. ΔΕΛΗ ΑΝΤΩΝΗ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ "Ιδιαιτερότητες στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε Αντικαρκινικό Νοσοκομείο" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1991, σελ. 65-68.
16. ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΖΩΗ, Εκδοτικές και Εμπορικές Επιχειρήσεις Χατζηϊακώβου ΑΕ, Αθήνα τόμος 8ος, σελ. 219-223.
17. ΖΟΥΜΠΟΥΛΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΙΑ, Περιμένοντας το Μάη, εκδόσεις Επικαιρότητα, Αθήνα 1991.
18. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ, ΚΑΡΚΑΝΙΑ, ΣΚΟΥΡΤΑ "Πόσο ενημερωμένος είναι ο καρκινοπαθής για τη νόσο του σήμερα" Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 18-20.
19. KUBLER - ROSS ELISABETH Γι αυτόν που πεθαίνει, Εκδόσεις Ταμασός, Αθήνα 1981.
20. KUBLER - ROS ELISABETH Θάνατος - το τελικό στάδιο της εξέλιξης, Εκδόσεις Ταμασός, Αθήνα 1981.
21. ΚΟΥΖΗΣ Α. Ο καρκίνος παρά τους Αρχαίους Έλλησιν Ιατροίς Εκδόσεις Κωνσταντινίδου, Αθήναι 1902.
22. ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ Ν. "Πληροφόρηση και καρκίνος - η αλήθεια και η πραγματικότητα "Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 4-7.
23. ΚΟΚΚΑΛΗΣ Γ. "Αλήθεια και Αποκατάσταση" Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 21-22.

24. ΚΑΡΠΑΘΙΟΥ Σ. "Η αλήθεια για την αρρώστεια" Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 26-27.
25. ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ Ν. "Η συμβολή του προγράμματος. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου - στη θεμελίωση του αντικαρκινικού αγώνα στη χώρα μας Μάχη και Ελπίδα, 1991, τεύχος 36, σελ. 16-18.
26. ΚΩΣΤΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ "Καρκίνος: Σήμερα κοινωνικό στίγμα αύριο τι; Ιατρική 1993, σελ. 17.
27. ΚΑΛΑΟΥΖΗ Μ. "Οι δυσκολίες του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού σε ογκολογικό Νοσοκομείο" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών με θέμα ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, Αθήνα 1991, σελ. 61-64.
28. ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ Α. "Νοσηλευτική μέριμνα του αρρώστου στο χειρουργείο" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή, Αθήνα 1991, σελ. 29-41.
29. ΚΑΤΣΙΓΙΑΝΝΗ Α. "Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή, Αθήνα 1991, σελ. 75-78.
30. ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ Ν. "Αντιμετώπιση του πόνου" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. αποκατάσταση καρκινοπαθούς, Αθήνα 1991, σελ. 113-121.
31. ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ Ν. "Καρκίνος και πόνος - Μύλοι και πραγματικότητα" εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1991.
32. ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ. "Ο χρόνος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του", Πάτρα 1989.
33. ΚΑΑΣΑ, ΝΑΕΣΣ Quality of life of lung cancer patients in a ranolimiden clinical trial evaluated by a psychosocial well - being questionnaire. Norway 1988.
34. ΛΙΣΣΑΙΟΣ Β. "Ο ρόλος του γιατρού στην επιμόρφωση του κοινού" Μάχη και Ελπίδα 1991, τεύχος 36, σελ. 4-7.

35. ΛΩΡΕΝΣ ΛΕΣΑΝ Μπορείς ν' αγωνιστής για τη ζωή σου. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1981.
36. ΛΑΚΚΑ, ΚΑΡΙΠΙΔΟΥ, ΤΕΖΗ, ΧΑΛΚΙΑ "Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών με θέμα ψυχοκοινωνική διάσταση του Καρκίνου Αθήνα 1991, σελ. 113-123.
37. ΜΑΝΤΑΚΑ - ΤΡΙΦΥΛΛΗ Μ. "Η ώρα της αλήθειας" Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 11-12.
38. ΜΟΥΣΤΑΚΗΣ Γ. "Το μυστικό που "σκοτώνει" και λυτρώνει" Μάχη και Ελπίδα 1990, τεύχος 30, σελ. 23-25.
39. Παγκόσμια Σύγχρονη Εγκυκλοπαίδεια Παιδεία, Εκδοτικός Οργανισμός Μάλλιανη, Αθήνα τόμος 6ος, σελ. 164-167.
40. ΠΑΠΑΓΕΡΙΔΟΥ Φ. "Κοινωνική Εργασία με Καρκινοπαθείς σε Γενικό Νοσοκομείο" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών με θέμα Ψυχοκοινωνική διάσταση του Καρκίνου, Αθήνα 1991, σελ. 53-59.
41. ΠΑΤΗΡΑΚΗ - ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ Ε. "Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής, αρρώστου με καρκίνο" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική φροντίδα στον Καρκινοπαθή Αθήνα 1991, σελ. 9-16.
42. ΠΛΑΤΗ Χ. "Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/τη στην αποκατάσταση του Καρκίνου" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική φροντίδα στον Καρκινοπαθή Αθήνα 1991, σελ. 103-111.
43. PAGET Surgical Pathology 2nd Edition London 1870.
44. ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. Μεταβολές της συμπεριφοράς των αρρώστων σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα της αντικαρκινικής χημειοθεραπείας - Αρχαία Ιατρική Εταιρεία, Αθήνα 1983.
45. ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. "Ομολογία ή απόκριση της διάγνωσης του Καρκίνου;" Μάχη και Ελπίδα 1990, Τεύχος 30, σελ. 28-31.
46. ΡΑΖΗΣ Δ. "Το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο - Ομιλία στο Γενικό Περιφερειακό Αντικαρκινι-

κό Νοσοκομείο Πειραιά - Μεταξύ την 19η Νοεμβρίου 1989" Μάχη και Ελπίδα 1990, Τεύχος 31, σελ. 10-14.

47. ΡΙΤΣΑΤΑΚΗ ANNA "Η ανάπτυξη πολιτικής - υγεία για όλους 2000 - στην Ευρώπη και η κατάσταση στην Ελλάδα" Εκλογή Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 1988, Τόμος 18ος, σελ. 205.

48. ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. "Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο" "Θέματα Παθολογίας, Ογκολογίας" Αθήνα 1985.

49. ΡΑΓΙΑ Α. Ψυχολογική και κοινωνική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς - Νοσηλευτική Θεώρηση. Μάχη και Ελπίδα 1988, σελ. 8-14-22.

50. ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου - Κλινική Ογκολογία Εκδόσεις Εθνικού Συμβουλίου Ογκολογίας, Αθήνα 1981.

51. ΣΚΑΡΛΟΣ Δ. "Η φροντίδα του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση καρκινοπαθούς Αθήνα 1991, σελ. 91-98.

52. SNOW H.L. Cancer and the Cancer Process, London 1893.

53. ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ Μ. "Κοινωνική εργασία με το άτομο ασθενή" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών λειτουργιών με θέμα Ψυχοκοινωνική διάσταση του Καρκίνου Αθήνα 1991, σελ. 73-85.

54. ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ Μ. "Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς - Μεθοδολογική ανάλυση" ανακοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών με θέμα ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου Αθήνα 1991, σελ. 113-123.

55. FRANKL E. VIKTOR Αναζητώντας νόημα ζωής και ελευθερίας σ' ένα στρατόπεδο συγκεντρώσεως Εκδόσεις Τομασός, Αθήνα 1979.

56. ΦΑΚΙΟΛΑΣ ΝΙΚΟΣ "Κοινωνική Εργασία και Πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα" Εκλογή Δεκέμβριος 1980, Τόμος Α, σελ. 17-20.

57. ΨΑΡΑΔΑΚΗ Ε. "Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Διεπιστημονική ομάδα" ανα-

κοίνωση στο Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών με θέμα Ψυχοκοινωνική διάσταση του Καρκίνου Αθήνα 1991, σελ. 139-143.

