

2024

**ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΝΟΣΟΥΝ**

Μετέχουσες Σπουδάστριες
Γουμενίδου Αλεξάνδρα
Καλαμοπούλου Παναγιώτα

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός
Θεοδωράτου Μαρία



Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία
από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Υγείας
και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος
(Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ, 1999

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΟΝ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 2637

Η τριμελής Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

Τι ζητούν από εμάς οι άρρωστοι του τελικού σταδίου. Ας ακούσουμε την απάντηση μέσα από τους στοίχους ενός νέου 23 χρονών που πέθανε από τη νόσο Hodgkin:

Θεράπευσέ τον σαν άνθρωπο
μη του δίνεις οίκτο ή ευσεβείς συμβουλές
οι πιθανότητες είναι πως μπορεί να σου πει
ένα δύο πράγματα
για τα γεγονότα της ζωής
Κοίταξέ τον στα μάτια
Μη σκοτίζεσαι να χαϊδέψεις το κεφάλι του
Αυτό είναι η μόνη μοίρα
αυτό είναι χειρότερο από το θάνατο
Τώρα και πάντα
είναι μια πλήρης ανθρώπινη ύπαρξη
Η δύναμή του μπορεί να χάθηκε
αλλά αυτό είναι το μόνο
Κοίταξε μέσα από τα μάτια του
Θα δεις τον κόσμο.

Από το βιβλίο
«Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας»

Οκτώβριος 1988

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	V

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	4
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	6
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	12
i) Περιγραφική επιδημιολογία	14
ii) Αναλυτική επιδημιολογία - Παράγοντες κινδύνου και Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες	19
iii) Ανίχνευση και πρόωμη διάγνωση	26
iv) Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	28
v) Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	37
i) Ιστορική ανασκόπηση	39
ii) Συναισθήματα και καρκίνος	43
iii) Ψυχοκοινωνικό στρες και καρκίνος	46
iv) Σχέσεις κατά την παιδική ηλικία και καρκίνος	48
v) Προσωπικότητα και καρκίνος	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ, ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ	67
i) Στο άτομο που νοσεί	68
ii) Στην οικογένεια του ατόμου που νοσεί	95

iii) Στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου που νοσεί	110
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Κ.Λ. ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	117
i) Έργο και δραστηριότητες του Κ.Λ.	118
ii) Στοιχεία Κ.Λ.	125
iii) Ρόλος του Κ.Λ. με το άτομο γυναίκα που νοσεί	128
iv) Ρόλος του Κ.Λ. με την οικογένεια	143
v) Ρόλος του Κ.Λ. με το κοινωνικό περιβάλλον	157
vi) Ρόλος του Κ.Λ. στη Διεπιστημονική Ομάδα	166
vii) Προβλήματα του Κ.Λ. κατά την εργασία του σε ογκολογικό πλαίσιο	172

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	179
ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	179
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	179
ΜΕΘΟΔΟΣ	180
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	189
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	193
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α (Ερωτηματολόγιο Έρευνας)	197
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (Νέα Θεραπευτική Μέθοδος για τον Ca του μαστού/Συνέντευξη / Αναφορά Περιστατικού)	202
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ (Απεικόνιση Νεοπλασιών)	226
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	231

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η εργασία αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πατρών για τη λήψη πτυχίου. Αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα και κύρια την καθηγήτριά μας κ. **Θεοδωράτου Μαρία** για την καθοδήγηση και την υποστήριξή της καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας που πραγματοποιήθηκε. Επίσης ευχαριστούμε θερμά τον κ. **Φ. Αναγνωστόπουλο** ψυχολόγο του Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι» Κηφισιάς για την ιδιαίτερη και καθοριστική του βοήθεια τόσο στο ερευνητικό όσο και στο θεωρητικό μέρος. Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους ακόλουθους: τον κ. **Δ.Τζανίνη**, εκτελών χρέη διευθυντού στην Γ' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι», τον κ. **Θ. Γιαννακάκη**, Διευθυντή της Α' Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι» και τον κ. **Κ. Στραβόλαιμο**, Διευθυντή της Χειρουργικής Κλινικής Μαστού του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας».

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά και τον κ. **Δ. Συμελίδη**, Διευθυντή του Διαβητολογικού τμήματος του Νοσοκομείου Κοζάνης και υπεύθυνο για τις χημειοθεραπείες των ασθενών για τη συμβολή του στο θεωρητικό μέρος και την κ. **Κ. Τεμερτζίδου** νοσηλεύτρια στο Διαβητολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Κοζάνης για τη συνεργασία της στο ερευνητικό μέρος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αποτελεί πλέον γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού δεν είναι απλώς μια νόσος με σοβαρές συνέπειες στην υγεία της γυναίκας αλλά επιφέρει και σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τόσο στην ίδια όσο και στο περιβάλλον της, άμεσο και έμμεσο.

Ο Ca του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου που προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες των ανεπτυγμένων χωρών. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες για τον καρκίνο του μαστού υπάρχουν ορισμένοι βασικοί ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου, οι οποίοι παρατίθενται λεπτομερώς στη μελέτη μας.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών είναι παρούσες ακόμη και όταν η διάγνωση δεν τους έχει ανακοινωθεί. Οι αντιδράσεις αυτές εξαρτώνται κυρίως από το είδος των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών που κινητοποιούνται. Στην διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς καθοριστικός παράγων είναι η ψυχοσυναλλαγή με το περιβάλλον του, οικογενειακό και κοινωνικό.

Το οικογενειακό κύτταρο όπως είναι φυσικό παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ακεραιότητας του ασθενούς, ωστόσο αναπόφευκτα αυτό διαταράσσεται όταν ένα μέλος του

προσβάλλεται από καρκίνο με συνέπεια να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα ζωής της οικογένειας.

Το κοινωνικό περιβάλλον από την άλλη παίζει το δικό του ρόλο στο θέμα του καρκίνου του μαστού, μεγιστοποιώντας με την προκατάληψη, το φόβο και τη γενικευμένη ανησυχία τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου.

Βασική προϋπόθεση στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών αποτελεί η ύπαρξη Διεπιστημονικής Ομάδας που απαρτίζεται από τον γιατρό, νοσηλεύτη, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και από άλλους επαγγελματίες των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού επικεντρώνεται στην εξατομικευμένη προσέγγιση των ατόμων αυτών, λαμβάνοντας υπόψη το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Σε τελική ανάλυση η μελέτη αυτή στοχεύει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μελών μιας κοινωνίας που αγνοεί τις Ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις της νόσου. Επιπλέον κρίνεται σκόπιμο να τονισθεί η ανάγκη δημιουργίας σύγχρονων υποδομών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των γυναικών με Ca μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί με τη διόγκωση, διήθηση της θηλής, τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας. Ακόμη η ονομασία καρκίνος του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Σήμερα ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία. Δύο στις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο.

Χιλιάδες άτομα επομένως πεθαίνουν κάθε χρόνο από τον καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων η ασθένεια αυτή υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο της ζωής τους. Ο καρκίνος του μαστού είναι αναμφισβήτητα ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εμφανίζουν οι γυναίκες του Δυτικού κόσμου, ενώ, ταυτόχρονα, αποτελεί και την κυριότερη αιτία θανάτου τους.

Από την άλλη, η σημαντική βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και των δυνατοτήτων των θεραπευτικών σχημάτων έχουν συντελέσει στην πρωιμότερη διάγνωση και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου, με συνέπεια την καλύτερευση των προγνωστικών δεικτών και γενικά των ποσοστών επιβίωσης.

Παρ' όλη την πρόοδο που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες για την αντιμετώπιση του καρκίνου –από την καθαρά ιατρική του πλευρά όπως τελειοποίηση νέων χειρουργικών διαδικασιών, η χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία οι οποίες αποδείχθηκαν αποτελεσματικές, τα διάφορα πειράματα από τη χρήση νέων φαρμάκων μέχρι την εφαρμογή υψηλών θερμοκρασιών στα διάφορα μέρη του σώματος που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια-εξακολουθεί να παραμένει η πιο μυστηριώδης από όλες τις σοβαρές ασθένειες καθώς τα αίτια της καρκινογένεσης αποτελούν ακόμα θέμα εικασιών και διαμαχιών.

Η αναζήτηση των αιτιών της ασθένειας γίνεται σε εξωγενής παράγοντες (κάπνισμα, διατροφή, μόλυνση περιβάλλοντος κλπ.) ενώ υπάρχουν ενδείξεις που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι σημαντικό ρόλο στην όλη διαδικασία παίζει και ο ίδιος ο ασθενής. Ένα σημαντικό πρόβλημα που μπορούμε να εντοπίσουμε στην ιατρική αντιμετώπιση του καρκίνου είναι το γεγονός ότι δε λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές και τα στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενούς. Η ιατρική επιστήμη τείνει να

εφαρμόσει το λεγόμενο «Καρτεσιανό Δυαλισμό» όπου διαχωρίζονται η ψυχή και το σώμα σαν δύο διαφορετικά στοιχεία που συνθέτουν την ανθρώπινη ύπαρξη.

Το ζητούμενο είναι να αλλάξει αυτή η οπτική που προσεγγίζει το ανθρώπινο σώμα σαν μια μηχανή, την ασθένεια σαν βλάβη της και τη θεραπεία σαν εξωγενή παρέμβαση από έναν ειδικό.

Η νοσηλεία σε ένα Ογκολογικό Νοσοκομείο επηρεάζει την ψυχολογική διάθεση του ασθενούς γιατί η λέξη καρκίνος διαφοροποιεί τη νόσο από τις άλλες ασθένειες και την ταυτίζει με τον θάνατο ο οποίος τις περισσότερες φορές είναι επώδυνος και βασανιστικός. Έννοιες όπως η μοναξιά, η απελπισία, η εγκατάλειψη, η κατάθλιψη κατακλύζουν όχι μόνο το συναισθηματικό κόσμο του ασθενούς αλλά και των μελών της οικογένειάς του.

Το θέμα του καρκίνου είναι πλέον θέμα που αφορά το σύνολο των μελών μιας κοινωνίας. Είναι ένα θέμα που πρέπει να αφορά και εμάς τους ίδιους ως μέλη μιας κοινωνίας που αγνοεί τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου, ως άτομα που προασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα και ως ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες που έχουμε την υποχρέωση να είμαστε διαρκώς σε ετοιμότητα να ανιχνεύσουμε τις ανάγκες των ατόμων αυτών και των οικογενειών τους. Και μέσω γνώσεων και δεξιοτήτων να προχωρήσουμε προς την παροχή υποστήριξης και βοήθειας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών αυτών και την ομαλότερη προσαρμογή εκείνων που φέρουν το «στίγμα του

καρκίνου», σε μια κοινωνία που ο κοινωνικός ρατσισμός ενώ θα έπρεπε να υποχωρεί, ενισχύεται με αποτέλεσμα την απομόνωση ατόμων που έχουν ανάγκη από μια ανθρώπινη επαφή και μια ειλικρινή αντιμετώπιση

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο καρκίνος όπως γνωρίζουμε όλοι μας, είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος- έξω από δω- ή κακιά αρρώστια παρά σαν μία χρόνια νόσος όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη.

Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με τον θάνατο αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο.

Το άγνωστο αίτιο της νόσου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα μας κάνει ακόμα πιο αδύναμους απέναντι στον «τερατώδη κάβουρα» που λέγεται καρκίνος, διαμορφώνοντας έτσι μία ολόκληρη μυθολογία ή δυσειδαιμονία γύρω από αυτόν.

Η πολυπλοκότητα και η ραγδαία εξέλιξη του καρκίνου διογκώνουν τον φόβο και την ανησυχία των εχόντων τον καρκίνο αλλά και αυτών που ζούνε σε μία κοινωνία που μετρά τις απώλειες εκείνων που προσβάλλονται από τη νόσο.

Ο καρκίνος του μαστού ως ο συχνότερος καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού –κυρίως εκείνου της Δύσης- προκαλεί στα

άτομα που νοσούν ανάμικτα συναισθήματα και έντονες αντιδράσεις όπως σοκ, άρνηση, φόβο, θυμό, ενοχές κ.α.

Με το πέρασμα του χρόνου οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου γίνονται περισσότερο αντιληπτές. Γεγονός που απορρέει από τη φύση της ασθένειας αλλά και από τον συμβολικό χαρακτήρα του μαστού για τη γυναίκα. Είναι εκείνο το σημείο του σώματος που συνδέεται άρρηκτα με τη μητρότητα και τη θηλυκότητα. Συμβολίζει ακόμα την αγάπη που μπορεί να προσφέρει η γυναίκα αλλά και να δεχτεί.

Το θέμα του καρκίνου του μαστού πέραν των σοβαρών επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου, επηρεάζει λόγω της φύσης και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του όλους τους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του. Η διατάραξη των προσωπικών και οικογενειακών σχέσεων οι μεταβολές στον τομέα της εργασίας με άμεσες επιπτώσεις στην οικονομική του ζωή και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μερικές από τις επιπτώσεις που επιφέρει η ασθένεια στο άτομο.

Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω καθώς και τις συνέπειες που επιφέρει η μακρόχρονη πορεία της θεραπείας και η προκατάληψη του κοινωνικού περιβάλλοντος τίθεται ο προβληματισμός κατά πόσο οι γυναίκες με Ca μαστού στη φάση της θεραπείας στηρίζονται στον εαυτό τους και στις δικές του δυνάμεις ή σε άλλους παράγοντες (τύχη, μοίρα, γιατρός) που ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους και καθορίζουν την εξέλιξη της θεραπείας

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κατά τη διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης σε νοσοκομειακό πλαίσιο ήρθαμε πολλές φορές σε επαφή με καρκινοπαθείς. Είδαμε στα μάτια τους τον πόνο, το φόβο, το θυμό, την απογοήτευση, την αγάπη, την πίστη να δυναμώνει ή να εξανεμίζεται και τόσα άλλα που πολλές φορές είναι δύσκολο να τα εκφράσει κανείς με λέξεις. Είναι η σιωπή που γίνεται πιο δυνατή από το λόγο, είναι τα μάτια αυτών των ανθρώπων που κάνουν την επικοινωνία πιο ουσιαστική, είναι το άγγιγμα που μας φέρνει πιο κοντά και μας φωνάζει πως δεν είμαστε μονάχοι.

Όλα αυτά μας οδήγησαν στο να μελετήσουμε τον καρκίνο από την ψυχοκοινωνική του πλευρά. Η εργασία μας στο νοσοκομειακό χώρο μας βοήθησε στο να καταλήξουμε στο θέμα που παρουσιάζουμε μέσα από αυτήν την πτυχιακή.

Η επιλογή αυτή όμως, πιστεύουμε πως άρχισε ήδη να λειτουργεί πολύ πριν την πρακτική μας άσκηση, πολύ πριν από την εισαγωγή μας στη σχολή της κοινωνικής εργασίας. Άρχισε να λειτουργεί όταν είδαμε αγαπημένα πρόσωπα να χάνουν δικούς τους αγαπημένους, όταν είδαμε συγγενείς και φίλους να βιώνουν την απώλεια του δικού τους ανθρώπου και μεις να στεκόμαστε εκεί αδύναμοι και ανήμποροι να βοηθήσουμε. Υπήρξαμε όπως χιλιάδες άλλοι, μάρτυρες μιας τραγωδίας που ενισχύει τα γιατί, την αδικία και τον πόνο της απώλειας ανθρώπων που προσβλήθηκαν από τη νόσο του καρκίνου.

Αυτό λοιπόν ήταν το ξεκίνημα και μέσα από αυτή την αρχή έχουμε ως πρωταρχικό σκοπό να καταγράψουμε τις ιατρικές, ψυχολογικές και τις κοινωνικές διαστάσεις του καρκίνου του μαστού, να παρουσιάσουμε τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του αλλά και στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου που νοσεί. Να καταγράψουμε ακόμα εκείνους τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση και εξέλιξη του Ca του μαστού και μέσω της ερευνητικής προσπάθειας να παρουσιάσουμε τα σημεία εκείνα στα οποία οι γυναίκες με καρκίνο μαστού εναποθέτουν τον έλεγχο της υγείας τους.

Μέσα σε όλα αυτά θα ήταν αδύνατο ν' απουσιάζει ο Κοινωνικός Λειτουργός, η συμβολή του στη νοσοκομειακή περίθαλψη με ογκολογικά περιστατικά και ο ρόλος του όπως αναπτύσσεται μέσα σ' αυτό το χώρο και μέσα από τη σχέση που γεννιέται με τον ασθενή, το περιβάλλον του, το προσωπικό του νοσοκομείου αλλά και τον ίδιο του τον εαυτό ως άνθρωπο και ως επαγγελματία.

Η μελέτη αυτή αποτελεί ένα είδος ευαισθητοποίησης προς το σύγχρονο τρόπο αντίληψης και αντιμετώπισης των γυναικών αυτών από τα συστήματα υγείας.

Αποτελεί ακόμη μια προσπάθεια με σκοπό την εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών αυτών μέσα από τη διεπιστημονική διεργασία για την ορθολογικότερη αντιμετώπιση των

ψυχοκοινωνικών «συμπτωμάτων» που επιφέρει η νόσος του καρκίνου.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

***Ακτινοθεραπεία:** «Χρησιμοποίηση ιονίζουσας ακτινοβολίας για θεραπευτικούς λόγους». Πιο συχνά χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από όγκους. (Σοβιετική Ιατρική εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1981, τόμος 1 σελ. 56).

***Χημειοθεραπεία:** Κατά την Sysan Love (1994) είναι μορφή θεραπευτικής αγωγής εναντίων νοσημάτων βασισμένη στη χρήση ορισμένων ουσιών.

***Ορμονοθεραπεία:** «Η χρήση φυσικών ή συνθετικών ορμονών για θεραπευτικούς λόγους και σκοπούς». (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 47, σελ. 446).

*** Μέλαινα χολή:** «Ένας από τους τέσσερις βασικούς χυμούς που ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός θεωρούσαν ότι περιέχεται στη σπλήνα κι αποτελεί το αίτιο της μελαγχολίας». (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 60, σελ. 440).

***Όγκος:** Ανώμαλη μάζα ιστού που μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης (το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994, σελ. 438).

***Νεόπλασμα:** «Καλοήθης ή κακοήθης όγκος που παράγεται από τους ιστούς του οργανισμού». (Το μεγάλο λεξικό, Α. Γεωργοπαπαδάκου, 1986, σελ. 669).

***Κακοήθης:** «Καρκινικός». (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love, 1994 σελ. 437).

***Καλοήθης:** «Μη καρκινικός». (Το βιβλίο του μαστού, Sysan Love 1994, σελ. 437).

***Μαστεκτομή:** «Η χειρουργική εξαίρεση του μαστού». (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς, Μπριτάνικα, 1991, τόμος 40, σελ. 438).

***Μετάσταση:** Κατά τη Sysan Love (1994) είναι η διασπορά του καρκίνου σε άλλα όργανα συνήθως μέσω της κυκλοφορίας του αίματος.

***Κύστη:** «Σάκος γεμάτος με υγρό». (Το βιβλίο του μαστού 1994, σελ. 437).

***Μηχανισμοί άμυνας:** Όρος που χρησιμοποιήθηκε από την Άννα Φρόντ. Πρόκειται γενικά για ψυχικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται από το άτομο για τη μείωση του άγχους που γεννιέται από εσωτερικές συγκρούσεις. (Λεξικό της Ψυχολογίας, Ν. Παπαδόπουλος, ΑΘΗΝΑ 1994, σελ. 346).

*** Κατάθλιψη Συγκαλυμμένη:** Ψυχοσωματικά συμπτώματα που δηλώνουν μια κατάθλιψη που το άτομο δεν επιτρέπει να εμφανιστεί. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, γιατί σε μερικές κοινωνίες δεν επιτρέπεται στα άτομα να είναι λυπημένα. Το φαινόμενο αυτό είναι υπό αμφισβήτηση. (Λεξικό της Ψυχολογίας, Ν. Παπαδόπουλος, ΑΘΗΝΑ, 1994, σελ. 274).

***Αποκατάσταση:** Η επαναφορά σε μία λειτουργική κατάσταση. Στην ψυχολογία αναφέρεται κυρίως στην προσπάθεια που γίνεται για τα άτομα που λόγω κάποιου προβλήματος έχασαν την ικανότητά τους για εργασία και για μία κανονική ζωή. Διακρίνουμε την ψυχική (εσωτερική), την κοινωνική, την ιατρική (αποκατάσταση της ικανότητας για ζωή) και την επαγγελματική (απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων για εργασία ή για ένα νέο επάγγελμα) αποκατάσταση (Λεξικό της Ψυχολογίας, Ν. Παπαδόπουλος, ΑΘΗΝΑ, 1994, σελ. 77).

***Προκατάληψη:** Η θετική ή αρνητική στάση που, μολονότι δε στηρίζεται σε αξιόπιστα ή επαρκή στοιχεία, είναι άκαμπτη.

Σχετίζεται με τη δημιουργία στερεοτύπων. (Λεξικό της Ψυχολογίας, Ν.Παπαδόπουλος, ΑΘΗΝΑ 1994, σελ. 463).

***Μηρυκασμός:** Αναμάσηση της τροφής (κυριολεκτικά), η στερεότυπη επανάληψη των ίδιων λόγων (μεταφορικά). (Τεγόπουλος-Φυτράκης, Ελληνικό λεξικό, Εκδόσεις Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1993).

***Εγκύστωση:** Η δημιουργία τυπικού περιβλήματος που συνοδεύεται από ελάττωση των φυσιολογικών λειτουργιών για την αντιμετώπιση δυσμενών συνθηκών της ζωής (βιολογική), αμυντική αντίδραση του οργανισμού με τη δημιουργία στρώματος από συνθετικό ιστό γύρω από ξένο σώμα ή παθολογικό παράγωγο. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, Ελληνικό λεξικό, Εκδόσεις Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1993).

***Διερευνητική έρευνα:** Σύμφωνα με τον Β.Φίλια (1997) στη διερευνητική έρευνα πρωταρχικός σκοπός είναι η διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση ή η διατύπωση υποθέσεων ή η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παραπέρα έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση που προσβάλλει τις βασικές διαδικασίες της κυτταρικής ζωής, οδηγώντας σε ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και επεκτατική αύξηση των καρκινικών κυττάρων. Έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες καρκινογένεσης.

Σύμφωνα με τη θεωρία της «σωματικής μετάλλαξης», ο μηχανισμός της καρκινογένεσης αποδίδεται σε μεταβολές στο γονιδιακό υλικό του κυττάρου, σε τμήμα των χρωματοσωμάτων ή του DNA, ικανές να συμβούν τυχαία, κάτω από τη δράση διαφόρων «μεταλλαξιογόνων», όπως η ιονίζουσα ακτινοβολία και ορισμένοι τύποι χημικών καρκινογόνων ή ακόμη λόγω κληρονομικής προδιάθεσης. Μία δεύτερη θεωρία, η θεωρία της «διαταραχής στη διαφοροποίηση», υποστηρίζει ότι η καρκινογένεση είναι το αποτέλεσμα της διαταραχής των ρυθμιστικών μηχανισμών λειτουργίας των γονιδίων (για παράδειγμα των μηχανικών ελέγχου του Ρυθμού κυτταρικής αύξησης και αναπαραγωγής), ενώ η δομή του γονιδιακού υλικού παραμένει ανέπαφη. Η τρίτη θεωρία περί της λειτουργίας ογκογονιδίων, σχετίζει τον μετασχηματισμό των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά με την ύπαρξη ογκογονιδίων στο γενετικό υλικό ογκογόνων ιών αλλά και του φυσιολογικού DNA.

Για την καρκινογένεση, δύο τουλάχιστον στάδια φαίνεται να είναι απαραίτητα προκειμένου να εντοπιστούν υπομικροσκοπικές βιοχημικές και καρκινογενετικές εκτροπές. Το στάδιο της «έναρξης» (initiation) και το στάδιο της «προαγωγής» (Promotion). Το στάδιο της έναρξης προσδιορίζεται από τη δράση ενός ή περισσότερων καρκινογόνων παραγόντων και υλοποιείται με την πραγματοποίηση ενός μη αναστρέψιμου «μετασχηματισμού» σε κάποιο σωματικό κύτταρο. Το στάδιο της προαγωγής προσδιορίζεται από τη δράση ενός ή περισσότερων καρκινογόνων παραγόντων και υλοποιείται με την πραγματοποίηση ενός μη αναστρέψιμου «μετασχηματισμού» σε κάποιο σωματικό κύτταρο. Το στάδιο της προαγωγής προσδιορίζεται από την επίδραση των ιδίων καρκινογόνων ή άλλων παραγόντων –ευοδωτικών παραγόντων, που έχουν ως κοινό αποτέλεσμα τη συντήρηση, ανάπτυξη και διαφορική επιβίωση, του κλώνου των καρκινικών κυττάρων (Τριχόπουλος 1986).

Οι όγκοι του μαστού συνήθως εξελίσσονται βραδέως. Στην κλινική πράξη, μία μάζα μπορεί να γίνει ψηλαφική μόνο αφού αποκτήσει μέγεθος τουλάχιστον ενός κυβικού εκατοστομέτρου. Βάση του ρυθμού αναπαραγωγής των διαφόρων πειραματικών κακοηθών όγκων, ο χρόνος διπλασιασμού στον καρκίνο του μαστού ποικίλει από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες. Θεωρώντας ως μέσο χρόνο διπλασιασμού τις 100 ημέρες και με τις προϋποθέσεις ότι η προκλινική ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού ακολουθεί λογαριθμική και συνεχή πορεία, ότι ο καρκίνος ξεκινά

με τη μετάλλαξη ενός και μόνο κυττάρου και ότι δεν υπάρχουν απώλειες κυττάρων κατά τη διάρκεια των διπλασιασμών αυτών, τότε ένας σφαιροειδής όγκος για να φθάσει στο μέγεθος του 1-3cm θα χρειαζόταν οκτώ περίπου χρόνια. Μέσα στο χρονικό αυτό διάστημα πιθανότατα το καρκίνωμα να έχει δώσει ήδη μεταστάσεις.

ι. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες και κατέχει την πρώτη θέση, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των διαφόρων εντοπίσεων καρκίνου στις γυναίκες στη Β.Αμερική , Ανατολική και Δυτική Ευρώπη, όχι όμως στην Ιαπωνία, στην Κίνα, στη Δυτική Αφρική και στη Ν. Ασία, όπου την πρώτη θέση κατέχει ο καρκίνος του στομάχου (για την Ιαπωνία) και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας για τις υπόλοιπες περιοχές. Το 1980 υπολογίστηκε πως 572.100 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού διαγνώστηκαν σε όλο τον κόσμο μέσα σε ένα έτος και από αυτές 224.200 εμφανίστηκαν μεταξύ τα κατοίκων αναπτυσσόμενων χωρών. Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει ποσοστό 23% του συνόλου των νεοδιαγιγνωσκόμενων κακοηθών νεοπλασμάτων στο γυναικείο πληθυσμό των ανεπτυγμένων χωρών (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Όσον αφορά τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού, περίπου 250.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο, εκ των οποίων οι 100.000 χιλιάδες στις αναπτυσσόμενες χώρες (Hansluwka, 1986).

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος γυναικείος καρκίνος, αν και επίπτωσή του (25 ανά 100.000) είναι μικρότερη από αυτή της Βορειοδυτικής Ευρώπης. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει διαχρονικά (3% περίπου ετησίως) έως το 50^ο έτος της ηλικίας, αλλά μετά ο ρυθμός αύξησης επιβραδύνεται (Καλαποθάκη 1990). Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης, αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και σε άλλες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αυξάνει κατά 4% ετησίως κατά μέσο όρο κατά την τελευταία εικοσαετία (Κατσουγιάννη και συν 1990). Στη χώρα μας η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι κατά 60% μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές απ' ό τι στις αγροτικές περιοχές (Κοντολέων και συν 1990).

ια. Διαμονή σε Αστικές / Αγροτικές περιοχές

Οι Waterhouse και συν (1982) παρουσίασαν δεδομένα για την επίπτωση του καρκίνου του μαστού για τη χρονική περίοδο περί το 1975, σε 15 περιφέρειες διαφόρων χωρών του κόσμου, όπου μπορούσε να γίνει χωρισμός της περιφέρειας σε αστικές και

γεωργικές περιοχές. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού ήταν υψηλότερη, κατά 50% περίπου, στις αστικές σε σύγκριση με αυτή στις αγροτικές περιοχές, ανεξάρτητα από το αν η περιφέρεια άνηκε σε χώρα ή ήπειρο «υψηλού» ή «χαμηλού» κινδύνου (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

ιβ. Μελέτες σε Μετανάστες

Ο Lilienfeld και συν (1972) συνέκρινε τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού για την περίοδο 1956-1961 σε 13 ομάδες μεταναστών από την Ιταλία, την Αυστρία, τη Σουηδία, την Ουγγαρία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τον Καναδά, την Τσεχοσλοβακία, τη Γιουγκοσλαβία, το Μεξικό, την Πολωνία, τη Φιλανδία, τη Νορβηγία και την Ιρλανδία προς τις ΗΠΑ, με την αντίστοιχη θνησιμότητα στις χώρες καταγωγής τους (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Στις περιπτώσεις όπου η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα καταγωγής τους ήταν μικρότερη σε σύγκριση με τη μέση θνησιμότητα στις ΗΠΑ, παρατηρήθηκε αύξηση του δείκτη αυτού στους μετανάστες, που πλέον υπερέβαινε το ανάλογο επίπεδο θνησιμότητας της χώρας καταγωγής. Στις περιπτώσεις που η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα καταγωγής ήταν υψηλότερη από αυτή στις ΗΠΑ, όπως στην περίπτωση της Μ. Βρετανίας, ο δείκτης θνησιμότητας ελαττωνόταν, ώστε να

πλησιάζει τη μέση θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στις ΗΠΑ.

Από ανάλογη μελέτη των Armstroug και συν (1989), παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνει η διάρκεια διαμονής των μεταναστών στη ξένη χώρα τόσο μεταβάλλεται και η αναλογία θανάτων από καρκίνο του μαστού ώστε να πλησιάζει το αντίστοιχο ποσοστό των αυτοχθόνων κατοίκων της χώρας υποδοχής (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Εφ' όσον οι μετανάστες στις ΗΠΑ δεν έχουν κάνει σε σημαντική έκταση μικτούς γάμους και δεν έχουν έτσι μεταβάλλει τη γενετική τους σύσταση αυτά τα ευρήματα ενισχύουν έντονα την υπόθεση περί της δράσης περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού. Ως περιβαλλοντικοί παράγοντες ευνοούνται η διατροφή, η φύση της εργασίας, οι προσωπικές συνήθειες όπως η χρήση καπνού η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, αλλά και οι αναπαραγωγικές συνήθειες στη γέννηση παιδιών ή το θηλασμό.

Αυτό το φαινόμενο, οι Locke και King (1980) το απέδωσαν στο ότι η αύξηση στον καρκίνο του μαστού δεν γίνεται φανερή παρά μόνο μετά τη δεύτερη γενιά, δηλαδή στα παιδιά που γεννήθηκαν στη χώρα μετανάστευσης, από γονείς που γεννήθηκαν στη χώρα καταγωγής τους. Αμέσως μετά την αναχώρησή τους, οι μετανάστες εγκαταλείπουν το μακρο-περιβάλλον της πατρίδας τους, ενώ «παίρνουν μαζί τους» το μικρο- περιβάλλον τους (που αποτελεί έκφραση της ατομικής ευθύνης τους) και το

εγκαταλείπουν προοδευτικά σε διάστημα ετών ή γενεών (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Η παρατήρηση αυτή συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι πιθανών παράγοντες που δρουν σε μικρή ηλικία προσδιορίζουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και ότι αυτοί οι παράγοντες πιθανόν να είναι μικροπεριβαλλοντικοί παρά γενετικοί (Καλαποθάκη, 1990) με την προϋπόθεση ότι στο μεταξύ δεν έχουν σημειωθεί μεγάλης έκτασης επιμυξίες.

ιγ. Φυλή, Θρησκευτική ένταξη, Κοινωνικο-Οικονομική τάξη

Μέλη των αντιβαιριστών της έβδομης Ημέρας στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ έχουν μικρότερη επίπτωση καρκίνου του μαστού από την αναμενόμενη. Αυτό το εύρημα μπορεί να αποδοθεί στις διαφορετικές διατροφικές και καπνιστικές συνήθειες αυτής της θρησκευτικής ομάδας. Αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού παρατηρείται στις καλόγριες που μπορεί να αποδοθεί στην απουσία τεκνοποίησης. Επίσης παρατηρείται αυξημένη συχνότητα σε γυναίκες υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, όπως αυτή εκτιμάται βάση του επαγγέλματος, του εκπαιδευτικού επιπέδου ή του εισοδήματος (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

ιδ. Διαχρονικές εξελίξεις

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού αυξάνει, σε παγκόσμιο επίπεδο, κατά μέσο όρο 2% ετησίως. Υπάρχουν ωστόσο ενδείξεις

πως ο ρυθμός αύξησης του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες νεώτερων γενεών μειώνεται. Όσον αφορά τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού, αυτή παραμένει διαχρονικά σταθερή.

Η παρατήρηση ότι οι διαχρονικές μεταβολές στην επίπτωση της νόσου είχαν μικρή επίδραση στην θνησιμότητα, μπορεί να εξηγηθεί από τη σχετικά μεγαλύτερη επιβίωση των ασθενών σήμερα, ως επακόλουθο της συχνότερης εφαρμογής προληπτικών μέτρων των γυναικών για εξετάσεις μαστού και των βελτιωμένων διαγνωστικών τεχνικών τα τελευταία χρόνια, καθώς και από αλλαγές στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, με συχνότερο συναπολογισμό ορισμένων βιολογικά καλοηθών αλλά ιστολογικά κακοηθών νεοπλασιών του μαστού ως νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

ii. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αν και η γενικότερη αιτιολογία του καρκίνου του μαστού παραμένει αδιευκρίνιστη, ωστόσο έχουν προσδιορισθεί ορισμένοι «παράγοντες κινδύνου» η έκθεση στους οποίους μπορεί να προσβάλλει το άτομο από καρκίνο του μαστού, πάνω από το επίπεδο κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Την προηγούμενη δεκαετία έχουν γίνει πολλές ανασκοπήσεις των δεδομένων των επιδημιολογικών ερευνών (Τριχόπουλος και Κατσουγιάννη 1989, Petrakis 1982). Στις περισσότερες από αυτές, παράγοντες όπως η εμμηνοαρχή, η εμμηνόπαυση, η γέννηση παιδιών, οι οποίοι

μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στο ορμονικό μικροπεριβάλλον στο μαστό, έχουν εξετασθεί στα πλαίσια της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Τα φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα του μαστού εμφανίζουν ιδιαίτερη ευαισθησία κατά την εφηβεία και την εγκυμοσύνη, περίοδοι όπου συμβαίνουν έντονες ορμονικές μεταβολές. Επιπλέον παράγοντες όπως τα οιστρογόνα τα χορηγούμενα με τη μορφή αντισυλληπτικών δισκίων και ορμονοθεραπείας έχουν μελετηθεί ως πιθανά συσχετιζόμενοι με το μετασχηματισμό των κυττάρων σε κακοήγη.

iii. Αναπαραγωγική Εμπειρία

Η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη σε νεαρή ηλικία δρα προστατευτικά απέναντι στο ενδεχόμενο μελλοντικής προσβολής από καρκίνο μαστού (Τριχόπουλος, 1985). Μάλιστα όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τοκετό, τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία που παρέχεται. Εάν ο πρώτος τοκετός πραγματοποιηθεί μετά το 33^ο έτος το αποτέλεσμα είναι επιβαρυντικό παρά προστατευτικό (Τριχόπουλος 1989). Γυναίκες που δεν γέννησαν κάποιο παιδί, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο σε σύγκριση με γυναίκες με πρώτο τοκετό πριν το 30^ο έτος της ηλικίας, αλλά ο κίνδυνος είναι μικρότερος όταν συγκρίνονται με γυναίκες με πρώτο τοκετό μετά την ηλικία των 35.

Ο θηλασμός δεν φαίνεται να παρέχει ουσιαστική προστασία, αν και έρευνες έχουν εκτιμήσει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της

διάρκειας θηλασμού (επί 12 τουλάχιστον μήνες) και τον καρκίνο του μαστού σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Ωστόσο αυτό το τελευταίο εύρημα θα μπορούσε να αποδοθεί σε κάποια υποκειμενική ορμονική διαταραχή, η οποία οδηγεί σε αδυναμία των γυναικών να θηλάσουν και τελικά στον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

iiβ. Ωοθηκική Λειτουργία

Η έναρξη της εμμηνόρρυσιας σε πολύ νεαρή ηλικία και ιδίως η καθυστέρηση της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης, συνδέονται με αύξηση του κινδύνου προσβολής από τη νόσο.

Ορισμένοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι ο μεγάλος αριθμός καταμήνιων κύκλων, καθώς και οι μικρότερης χρονικής διάρκειας κύκλοι, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η προκλητή εμμηνόπαυση μέσω αμφοτερόπλευρης ωοθηκεκτομής, ιδίως σε μικρή ηλικία (πριν τα 40 χρόνια), ασκεί προστατευτικό ρόλο (Τριχόπουλος και συν 1972). Μάλιστα όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση, τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία που παρέχεται. Όμως η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη μετά την παρέλευση 10-15 ετών από την επέμβαση.

iiγ. Καλοήθειες παθήσεις του Μαστού

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια και ενδεχομένως με ιναδένωμα.

iiδ. Σωματομετρικοί Παράγοντες

Το μεγάλο ανάστημα, η παχυσαρκία ιδίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες καθώς και το μεγάλο μέγεθος του μαστού, σχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

iiε. Οικογενειακό Ιστορικό Καρκίνου Μαστού

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με επιβαρυσμένο αναμνηστικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς 1^{ου} βαθμού. Έχει υπολογιστεί ότι μια γυναίκα της οποίας η μητέρα ή η αδερφή έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, έχει περίπου διπλάσια πιθανότητα προσβολής από τη νόσο και τριπλάσια πιθανότητα προσβολής, όταν η μητέρα και η αδερφή έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με μια άλλη γυναίκα του ίδιου πληθυσμού χωρίς τέτοια επιβάρυνση. Είναι σημαντικό ωστόσο να διευκρινήσουμε ότι ο κίνδυνος μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία που εμφανίστηκε στη συγγενή ο καρκίνος, αν ήταν πριν ή μετά την εμμηνόπαυση και αν αφορούσε τον έναν ή και τους δύο μαστούς (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

iiστ. Συνύπαρξη άλλων Κακοηθών Νεοπλασιών

Έχει διαπιστωθεί, αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού όταν προϋπάρχει καρκίνος της ωοθήκης, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου.

Επίσης γυναίκες οι οποίες έχουν προσβληθεί , υπάρχει κίνδυνος να εμφανίσουν έναν πρωτοπαθή καρκίνο και στον άλλο μαστό. Ο κίνδυνος μειώνεται καθώς μεγαλώνει η ηλικία κατά τη διάγνωση του πρώτου πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

iiζ. Ιονίζουσα Ακτινοβολία

Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνει, αυξανομένης της δόσης της ακτινοβολίας και ελαττούμενης της ηλικίας κατά την έκθεση. Μάλιστα η έκθεση στην ακτινοβολία στην ηλικία των 10 έως 19 χρονών, σχετίζεται με έναν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Κατά την περίοδο αυτή ο μαστός αναπτύσσεται γρήγορα και είναι έντονα ακτινοευαίσθητος (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

iii. Αντισυλληπτικά Δισκία

Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων φαίνεται ότι δεν προκαλεί αύξηση της πιθανότητας προσβολής από καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, ίσως να πρέπει να περάσουν πάνω από 20 χρόνια, από την έναρξη χρήσης αντισυλληπτικών, ώστε ο κίνδυνος να γίνει εμφανής.

iiθ. Η χρήση Ορμονικών Υποκατάστατων

Η μακρόχρονη χρήση οιστρογόνων (οιστρόνης) κατά την κλιμακτήριο συνδυάζεται με μικρή αύξηση της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο, κατά την μετέπειτα ζωή. Η χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων διαιθυλοστιλβοιστρόλης (DES) για πρόληψη επαπειλούμενης αποβολής σε γυναίκες, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

iii. Διατροφή - Κατανάλωση Αλκοόλ - Κάπνισμα - Σωματική άσκηση

Η διατροφή επηρεάζει το βάρος του σώματος και την ηλικία της εμμηναρχής, δύο παράγοντες σημαντικού κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Η πλούσια σε κορεσμένα λίπη διατροφή συνδέεται με τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού ισχυρότερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ενώ η πρόσληψη βιταμίνης C (ίσως ως δείκτης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών) έχει προστατευτική δράση. Η πρόσληψη λιπιδίων οδηγεί σε αυξημένη λιπώδη σύσταση και αυξημένο μέγεθος μαστού. Τα λυποκύτταρα μπορούν να παρέχουν ενζυμοαρωματάση το οποίο μετατρέπει τα φλοιοεπινεφριδιακά ανδρογόνα σε οιστρογόνα. Τα ανδρογόνα αυτά αποτελούν την κύρια πηγή οιστρογόνων στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Ακόμη, η κατανάλωση λιπών σχετίζεται με την πρόσληψη χοληστερόλης, η οποία με τη σειρά της αποτελεί πηγή αύξησης των

οιστρογόνων. Ωστόσο η σχέση καρκίνου του μαστού και διατροφής παραμένει αντιφατική, όπως εμφανίζεται σε ασθενείς από έρευνες ασθενών- μαρτύρων και ισχυρότερα σε έρευνες πληθυσμιακών συσχετίσεων. Ίσως οι διατροφικές συνήθειες και το διαιτολόγιο κατά την εποχή της εμμηναρχής και της εφηβείας να παίζουν καθοριστικό ρόλο στον καρκίνο του μαστού.

Η μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σχετίζεται με μεγάλη αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού, η δε μεταξύ τους σχέση είναι δοσολογική, αύξηση δηλαδή του χρόνου ή της ποσότητας κατανάλωσης συνδυάζεται με αύξηση της συχνότητας προσβολής από τη νόσο (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Η χρήση καπνού σχετίζεται με τη σωματική ικανότητα, με χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στο πλάσμα και με πρόωμη εμμηνόπαυση, επηρεάζοντας έτσι το ενδοκρινικό σύστημα. Ως προς τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, άλλοτε έχει βρεθεί να ασκεί προστατευτική δράση και άλλοτε επιβαρυντική.

Η σωματική άσκηση φαίνεται να δρα προστατευτικά έναντι του ενδεχόμενου καρκίνου του μαστού, όπως έχουν δείξει έρευνες των Frish και συν (1985), σε αθλητές και μη αθλητές. Η σωματική άσκηση επηρεάζει την ωοθηκική λειτουργία, καθυστερώντας την εμμηναρχή και προκαλώντας μερικές φορές εμμηνόρροια ή ανωορρηκτικούς εμμηνορρυσιακούς κύκλους.

iii. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΡΩΪΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας και μαζικά προγράμματα ανίχνευσης προσυμπτωματικού καρκίνου μαστού, στοχεύουν στο να μπορεί ο γιατρός σήμερα να ανιχνεύει όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό μικρών όγκων, μερικές φορές μικρότερων των 5mm σε διάμετρο, που επωνομάζονται ελάχιστοι καρκίνοι μαστού.

Από τον καιρό που η πρώιμη διάγνωση σχετίστηκε άμεσα με την πρόγνωση, η προσπάθεια επικεντρώνεται στην ανίχνευση τέτοιων όγκων σε ασυμπτωματικές γυναίκες. Οι τεχνικές για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι η αυτοεξέταση του μαστού, η ιατρική- κλινική εξέταση και η μαστογραφία. Υπάρχει γενική συμφωνία ως προς την σπουδαιότητα της περιοδικής αυτοεξέτασης του μαστού, αφού είναι εύκολο να διδαχθεί, είναι αβλαβής και πάνω απ' όλα ανέξοδη μέθοδος. Η τεχνική της μαστογραφίας έχει βελτιωθεί τόσο πολύ που χρησιμοποιείται ευρέως στις ΗΠΑ για την αθρόα εξέταση ασυμπτωματικών γυναικών χωρίς ψηλαφούμενες βλάβες (U.I.C.C, 1991).

Γενικά, το σχήμα ελέγχου που προτείνεται σήμερα είναι
Κλινική εξέταση (ψηλάφιση μαστών)

Για γυναίκες 20-40 ετών, ανά τριετία

Για γυναίκες άνω των 40 ετών, ανά διετία

Μαστογραφία

Από 35-39 ετών, μία μαστογραφία βάσης

Από 40-49 ετών, κάθε 1-2 έτη

Μετά τα 50, ανά έτος.

Εάν η ασθενής μπορεί να κάνει την αυτοεξέταση των μαστών της, είναι καθήκον του γιατρού να διδάξει το πώς και να την ενθαρρύνει για περιοδική εξέταση (μετά την εμμηνόπαυση).

Η μαστογραφία μπορεί να προσφέρει πολύτιμη πληροφόρηση. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες αποδεικνύεται περισσότερο ακριβής από την κλινική εξέταση, αλλά σε νέες γυναίκες με συμπαγείς και ακτινο-σκιερούς μαζικούς αδένες, δεν είναι σπάνια τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα (UICC 1991).

Επί υπάρξεως ψηλαφητού ογκιδίου, ακόμη και όταν η κλινική εξέταση, δίνει στον κλινικό γιατρό όλα εκείνα τα απαραίτητα στοιχεία για μία σαφή διάγνωση του καρκίνου, η μαστογραφία θα πρέπει να θεωρείται απαραίτητη. Πρόσφατα, η μαστογραφία δεν δίνει μόνο ακριβή πληροφορία για το μέγεθος του όγκου, αλλά επίσης αποκαλύπτει την παρουσία άλλων νεοπλασματικών βλαβών μέσα στον ίδιο μαστό, μη κλινικώς διαπιστούμενες (πολυεστιακοί όγκοι). Επιπλέον δεν είναι σπάνιος ο αμφοτερόπλευρος καρκίνος. Στις περιπτώσεις που υπάρχει έκκριση θηλής, η κυτταρολογική εξέταση μπορεί να φανεί χρήσιμη αν και υπάρχουν συχνά ψευδώς αρνητικά και ψευδώς θετικά αποτελέσματα από την εξέταση (Ν. Σκούρας, 1993).

Σε ανάλυση 7 μελετών που δημοσίευσε το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των ΗΠΑ το 1990, το 90% των γυναικών είχαν επισκεφθεί για κάποιο λόγο τον γιατρό. Απ' αυτές τις 50% - 75% είχαν υποβληθεί σε ψηλάφιση μαστών και μόνο το 25% - 40%

είχαν μαστογραφία. Όταν οι γυναίκες ερωτήθηκαν γιατί δεν υποβλήθηκαν σε μαστογραφία απάντησαν ότι οι γιατροί τους δεν τους την συνέστησαν. Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται άμεσα από το στάδιο της διάγνωσης. Περίπου το 50% των περιπτώσεων σε ανεπτυγμένες χώρες αφορούν τοπική νόσο (στάδια I και II) όπου η πενταετής επιβίωση είναι 90%. Στις άλλες περιπτώσεις, η νόσος έχει εξαπλωθεί και τα ποσοστά επιβίωσης για τις ΗΠΑ είναι 68% για στάδιο III και 18% για στάδιο IV. Σε αναπτυσσόμενες χώρες τα ποσοστά διαγνώσεως προχωρημένης νόσου είναι υψηλά. Στην Ινδονησία περισσότερο από 80% των νέων διαγνώσεων αφορούν προχωρημένη νόσο, ενώ στη Σλοβενία το αντίστοιχο ποσοστό είναι 69% (Νησιώτης, 1996). Οι αριθμοί δείχνουν ότι υπάρχει ακόμα πολύς δρόμος να διανυθεί ώσπου να πετύχουμε ως στόχο την πρώιμη διάγνωση.

iv. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία ετερογενή ομάδα παθολογικών καταστάσεων. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι αδenoκαρκινώματα και υποδιαιρούνται με βάση τη μικροσκοπική τους εμφάνιση σε πορογενείς και λοβιακούς, που εξορμώνται αντίστοιχα από το επιθήλιο των πόρων και των λοβιδίων. Όμως οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού, άσχετα από τον τύπο τους, εξορμώνται από τους τελικούς πόρους.

Η πρόγνωση των διαφόρων ιστολογικών τύπων διαφέρει, αλλά δεν γνωρίζουμε την ανταπόκριση καθενός χωριστά στις γνωστές θεραπευτικές μεθόδους, επειδή στα διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα δεν ομαδοποιούνται οι ασθενείς με βάση τον ιστολογικό τύπο καρκίνου του μαστού από τον οποίο πάσχουν.

Ο πορογενής διηθητικός καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος και αποτελεί το 50% - 75% των διηθητικών καρκίνων μαστού. Επειδή δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά αναφέρεται ως πορογενής διηθητικός μη ειδικού τύπου (μ.ε.τ.) Ο πορογενής διηθητικός μ.ε.τ. καρκίνος του μαστού παρουσιάζει φτωχότερη πρόγνωση, σε σχέση με τους άλλους τύπους.

Ο μυελοειδής καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 5%-7% όλων των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Μικροσκοπικά εμφανίζεται σαν σφαιροειδής, μαλακή μάζα, με καλά περιγεγραμμένα όρια που μπορεί να εκληφθεί ως ιναδένωμα. Ο όγκος σε αυτόν τον τύπο καρκίνου έχει εξαιρετική πρόγνωση.

Ο βλεννώδης καρκίνος του μαστού αποτελεί το 1,5% - 5% των καρκίνων του μαστού τείνει να προσβάλλει μεγαλύτερες ηλικίες και η ανάπτυξή του είναι βραδεία. Ο όγκος είναι καλά περιγεγραμμένος, χωρίς κάψα, μαλακός και με ζελατινώδη εμφάνιση. Ο βλεννώδης καρκίνος του μαστού συνυπάρχει συχνά με τον πορογενή διηθητικό μ.ε.τ. και ο παθολογοανατόμος οφείλει να καθορίσει επακριβώς το ποσοστό του κάθε τύπου. Στους αμιγώς

βλεννώδεις καρκίνους φαίνεται ότι η πρόγνωση είναι κάπως ευνοϊκή.

Ο θηλώδης καρκίνος του μαστού αντιστοιχεί στο 0,3%-3% των καρκίνων μαστού. Η διάκρισή του από καλοήθεις θηλώδεις βλάβες είναι δύσκολη. Ο τύπος αυτός προσβάλλει συχνότερα μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μη λευκές και συνοδεύεται με έκκριση από τη θηλή στο 25% των περιπτώσεων. Η ανάπτυξή του είναι βραδεία και είναι καλά περιγεγραμμένος όγκος, εύθραυστος και αιμορραγικός. Η πρόγνωσή του είναι εξαιρετική.

Ο σωληνώδης καρκίνος του μαστού αντιστοιχεί σε 9% των καρκίνων του μαστού. Μικροσκοπικά εμφανίζεται ως ασαφώς περιγεγραμμένη μάζα, σκληρής συστάσεως που δεν μπορεί να διακριθεί από τον πορογενή διηθητικό καρκίνο του μαστού μ.ε.τ. Ο όγκος αυτός μπορεί να συνυπάρχει με *in situ* καρκινώματα. Η πρόγνωση στον αμιγή τύπο είναι εξαιρετική. Για τους μεικτούς τύπους όσο ελαττώνεται το ποσοστό του σωληνοειδούς στοιχείου τόσο φτωχότερη αποβαίνει η πρόγνωση.

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 5% - 10% των καρκίνων του μαστού. Η τυπική κλινική του εμφάνιση είναι μια περιοχή σκληρίας με ασαφή όρια, σε αντίθεση με τον προέχοντα όγκο του πορογενούς διηθητικού καρκίνου. Ο λοβιακός καρκίνος μπορεί να είναι πολυκεντρικός (σημαίνει την ανάπτυξη όγκων σε περισσότερα από ένα τεταρτημόρια του ίδιου μαστού) και αμφοτερόπλευρος. Με τον πορογενή διηθητικό μ.ε.τ. παρουσιάζουν περίπου την ίδια πρόγνωση, παρατηρείται όμως διαφορετική

προτίμηση στις θέσεις των μεταμοσχεύσεων. Ο πορογενής μεθίσταται συνήθως στα οστά και σε ενδοπαρεγχυματικές θέσεις στους πνεύμονες στο ήπαρ στον εγκέφαλο ενώ ο λοβιακός προτιμά τις μήνιγγες, τις ορώδεις επιφάνειες και άλλες ασυνήθιστες θέσεις. (Frost 1992).

Ο μη διηθητικός καρκίνος του μαστού ή καρκίνος *in situ* περιλαμβάνει δύο διαφορετικές κλινικές οντότητες τον πορογενή και τον λοβιακό καρκίνο *in situ*. Αυτοί οι δύο τύποι είναι νεοπλάσματα που αναπτύσσονται εντός πόρων ή λοβείων και δεν έχουν διασπάσει τη βασική μεμβράνη (συνεπώς δεν έχουν διηθήσει το περιβάλλον στρώμα), όταν εξετάζονται με το φωτονικό μικροσκόπιο (Frost 1992).

Πριν από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 οι όγκοι αυτοί εθεωρούντο σπάνιοι και αντιστοιχούσαν στο 0,5% - 5% όλων των καρκίνων μαστού όμως μετά την ευρεία χρήση της μαστογραφίας για έλεγχο μεγάλων ομάδων πληθυσμού η συχνότητα των μη διηθητικών καρκίνων ανέβηκε στο 20% στις περισσότερες σύγχρονες επιστημονικές εργασίες (Haggis JR, 1992).

Παραμένει αβέβαιο αν όλοι οι καρκίνοι *in situ* εξελίσσονται σε διηθητικούς. Σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και η αντιμετώπιση των καρκίνων αυτών είναι συνάρτηση των προσωπικών απόψεων του θεράποντα ιατρού ως κλινικές οντότητες και θα αναφερθούμε σε καθένα απ' αυτούς χωριστά.

Ο πορογενής καρκίνος *in situ* σήμερα αναγνωρίζεται κυρίως ως μαστογραφική αλλοίωση και λιγότερο συχνά ως ψηλαφική μάζα ή

αιμορραγικό έκκριμα της θηλής. Στη μαστογραφία εμφανίζεται κυρίως υπό τη μορφή μικροαποκτανώσεων.

Ο πορογενής καρκίνος *in situ* υποδιαιρείται μορφολογικά σε διάφορους τύπους οι συχνότεροι από τους οποίους είναι ο φαγεσωρικός, ο θηλώδης και ο ημοειδής. (Harris JR, 1992). Επίσης θεωρείτο από πολλούς πολυκεντρική νόσος, όμως πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι σχεδόν πάντοτε η νόσος είναι μονοκεντρική και σπάνια εκτεταμένη. Η παθολογοανατομική έκταση της νόσου είναι της περισσότερες φορές μεγαλύτερη από αυτή που αναμένεται από τη μαστογραφία (Holland R., 1990).

Ο λοβιακός καρκίνος *in situ* αποτελεί τυχαίο μικροσκοπικό εύρημα και δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα κλινικά μαστογραφικά ή μακροσκοπικά παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά γι' αυτό και η συχνότητά του στο γενικό πληθυσμό είναι άγνωστη. Τις περισσότερες φορές αναφέρουν συχνότητα 1% - 3% στο υλικό των βιοψιών. Απαντάται περισσότερο επί προεμμηνοπαυσικών γυναικών και είναι συχνά πολυκεντρικός και αμφοτερόπλευρος (Walt AJ. 1992).

Ο λοβιακός καρκίνος *in situ* θεωρείται δείκτης υψηλού κινδύνου (σχετικός κίνδυνος 7 - 10) για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου του μαστού. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο διηθητικός καρκίνος που ακολουθεί είναι πορογενής και όχι λοβιακός. Δυστυχώς δεν μπορούν να προσδιορισθούν χαρακτηριστικά του λοβιακού καρκίνου *in situ* που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του μαστού (Harris JR, 1992).

ν. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία σχεδιάζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Χρησιμοποιούνται ποικίλοι συνδυασμοί χειρουργικής, ακτινοθεραπείας ή χημειο-ορμονοθεραπείας. Γνωρίζοντας σήμερα πολύ καλύτερα την φυσική ιστορία του καρκίνου του μαστού, με πρωϊμότερη διάγνωση, με ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ανακαλυπτόμενων μικρών όγκων, με την προώθηση συντηρητικών μεθόδων θεραπείας, με τον ρόλο της συμπληρωματικής χημειο-ορμονοθεραπείας και τη στάση των ογκολόγων απέναντι στον καρκίνο του μαστού, η θεραπεία έχει αλλάξει αξιοσημείωτα την τελευταία δεκαετία.

Χειρουργική Αν και παλαιότερα η ριζική μαστεκτομή αποτελούσε τη χειρουργική θεραπεία σήμερα ενδείκνυται η μέθοδος μόνο για όγκους άμεσα καθηλωμένους στους υποκείμενους θωρακικούς μυς ή για τοπικά προχωρημένους όγκους. Οι ευρείες μαστεκτομές εγκαταλείφθηκαν καθώς αυτές οι εγχειρήσεις δεν έδειξαν σημαντικά πλεονεκτήματα είτε σε σχέση με τη χρονική διάρκεια του τοπικού ελέγχου της νόσου είτε με την απομακρυσμένη διασπορά (Νησιώτης, 1996).

Σαν συνέπεια η νεώτερη standard επέμβαση για χειρουργήσιμο καρκίνο μαστού (στάδιο I και II) είναι η επωνομαζόμενη τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με πλήρη λεμδαδενικό

καθαρισμό της μασχάλης, διατηρώντας τουλάχιστον τον μείζονα θωρακικό μυ.

Αν και η πλειοψηφία των ογκολόγων συμφωνεί ότι ο λεμφαδενικός καθαρισμός για καρκίνο άλλων περιοχών (κεφαλή, και τραχήλου, γαστρεντερικό κλπ) είναι θεραπευτικός (π.χ. αυξάνει τις πιθανότητες ίασης) υπάρχουν μερικοί που επιμένουν ότι δεν συμβαίνει το ίδιο στο μαστό και ότι ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης γίνεται για σταδιοποίηση και για να παρθούν αποφάσεις σε σχέση με την αναγκαιότητα συμπληρωματικής χημειοθεραπείας.

Η άποψη των χειρουργών ογκολόγων τοποθετείται στο ότι ο πλήρης καθαρισμός της μασχάλης αυξάνει την πιθανότητα ίασης και ελαττώνει τον κίνδυνο τυπικής υποτροπής. Μια πρόσθετη θεωρητική άποψη είναι ότι μειώνεται το φορτίο όγκου των καρκινικών κυττάρων, κάνοντας ίσως πιο αποτελεσματική τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία (Ραζής Δ. 1993). Μια επαρκής και προσεκτική εγχείρηση του μαστού και της μασχάλης παραμένει η βάση της θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

Ακτινοθεραπεία Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δεν βρέθηκε να μεταβάλλει τον χρόνο επιβίωσης, αν και μπορεί να ελαττώνει τις τοπικές υποτροπές. Σαν συνέπεια, η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ρουτίνας, έχει πρακτικά εγκαταλειφθεί και αντικαθίσταται από συμπληρωματική χημειοθεραπεία σε ασθενείς με κίνδυνο υποτροπής. Εν τούτοις, η μετεγχειρητική

ακτινοθεραπεία είναι ουσιαστική σαν συμπλήρωμα της περιορισμένης χειρουργικής θεραπείας για όγκους μικρού μεγέθους.

Συστηματική Συμπληρωματική Θεραπεία Η παρατήρηση ότι περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών με φαινομενικά εντοπισμένο, άρα χειρουργήσιμο καρκίνο μαστού, θα πεθάνει από μεταστατική νόσο, ήταν η αιτία για την εισαγωγή της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας μετά από μαστεκτομή. Ο σκοπός της συστηματικής συμπληρωματικής χημειοθεραπείας είναι να αντιμετωπίσει τις μικρομεταστάσεις, οι οποίες φαινομενικά υπάρχουν σχεδόν κατά το χρόνο της διάγνωσης σε περισσότερο από το 50% των ασθενών. Για να κατορθωθεί αυτό ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία χρησιμοποιήθηκαν ευρέως. Πρώιμες εφαρμογές συμπληρωματικής στείρωσης (με ωοθηκεκτομή ή ακτινοβολία των ωοθηκών) έδειξαν καθυστέρηση του χρόνου εκδήλωσης των υποτροπών, αλλά όχι του χρόνου επιβίωσης (UICC, 1991).

Τα αποτελέσματα από ένα μεγάλο αριθμό ερευνών που έγιναν τα τελευταία 10 χρόνια δεν δικαιολόγησαν τις μεγάλες προσδοκίες. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτά έδωσαν την ευκαιρία για πλήθος αμφισβητήσεων και συζητήσεων, κύρια μεταξύ γιατρών που ασχολούνται με τη θεραπεία των καρκινοπαθών. Οι γνώμες για την αξία της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας κυμαίνονταν μεταξύ σημαντικής προόδου και ματαιότητας. Για να ξεκαθαρίσουν ορισμένες από τις αβεβαιότητες που υπήρχαν, το National Institute

of Health (USA) συγκάλεσε μια Γνωμοδοτική Συνδιάσκεψη το Νοέμβριο του 1985, η οποία κατέληξε στις παρακάτω γνωμοδοτικές εκθέσεις. Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με διήθηση των μασχालιαίων λεμφαδένων, η συμπληρωματική χημειοθεραπεία παρατείνει το ελεύθερο διάστημα της νόσου και βελτιώνει τα ποσοστά επιβίωσης.

Στις μετα-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με διήθηση των μασχालιαίων λεμφαδένων, η αποδοτικότητα της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας είναι λιγότερο τεκμηριωμένη.

Για τις ασθενείς με ιστολογικά διαπιστωμένους αρνητικούς μασχालιαίους λεμφαδένες, δεν συνίσταται χορήγηση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας ως αγωγή ρουτίνας. Για επιλεγμένες ασθενείς με ένα ρυθμό παραγόντων υψηλού κινδύνου, η συμπληρωματική χημειοθεραπεία, μπορεί να ενδείκνυται (UICC, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι επιδημιολογικές έρευνες εστάζουν στο ρόλο που παίζουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού ορισμένα φυσιολογικά γεγονότα της ζωής μιας γυναίκας όπως είναι η εμμηναρχή, η εμμηνόπαυση, ο τοκετός ή ο θηλασμός. Ανάλογα με την ηλικία που συμβαίνουν αυτά τα γεγονότα πιθανολογείται να συνδέονται και από διαφορετικές ενδοκρινικές μεταβολές. Όμως τα «γεγονότα» αυτά έχουν και μία σημαντική ψυχολογική διάσταση. Η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η εμμηνόπαυση αποτελούν τρεις εξελικτικές φάσεις της ζωής της γυναίκας που συνοδεύονται από ψυχολογικές αλλαγές.

Στην εφηβεία, με την έναρξη της περιόδου το κορίτσι περνά από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση, μπαίνει στο στάδιο της γόνιμης γυναίκας «εν αναμονή». Εκείνον τον καιρό, ο σχηματισμός του στήθους συνδιάζεται με τη θηλυκότητα, την ελκυστικότητα, τη σεξουαλικότητα και αργότερα, τη μητρότητα. Κατά την μεταβατική φάση της εφηβείας, το σώμα αλλάζει γρήγορα και απότομα. Ο έφηβος προσπαθεί να προσαρμοστεί στις αλλαγές αυτές στην εμφάνιση, στο ξύπνημα των σεξουαλικών του αναγκών, στην ανεξαρτοποίηση ανάμεσα στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, στην

αναζήτηση της προσωπικής του ταυτότητας, μέσα στον κύκλο των συνομηλίκων του.

Η εγκυμοσύνη και ο πρώτος τοκετός σηματοδοτούν την υιοθέτηση από την γυναίκα του ρόλου της «μάνας». Η έγκυος θα πρέπει να κάνει ορισμένες ψυχολογικές προσαρμογές, ανάμεσα στις οποίες είναι η προσαρμογή στη νέα ζωή που υπάρχει μέσα της, σε κάτι που είναι κομμάτι του εαυτού της όμως ξεχωριστό απ' αυτή, καθώς και η αλλαγή από την κατάσταση της άτεκνης γυναίκας στην κατάσταση της «μητέρας». Η αλλαγή αυτή δημιουργεί μια νέα διάσταση στις σχέσεις με τον εαυτό της, με τον σύντροφό της, τους γονείς της καθώς και με την υπόλοιπη κοινωνία μέσα στην οποία ζει. Οι εννέα μεταβατικοί μήνες της εγκυμοσύνης είναι μια δοκομασία που πρέπει να περάσει η νέα έγγαμη γυναίκα για να γίνει μητέρα και να ολοκληρωθεί. Με την γέννηση, ένα νέο μέλος προστίθεται στην οικογένεια και αλλάζει τη δυναμική της. Ο θηλασμός που ακολουθεί δυναμώνει το δεσμό μητέρας και βρέφους.

Κατά την εμμηνόπαυση εκτός των σωματικών αλλαγών που συντελούνται προκύπτουν και ψυχοκοινωνικές αλλαγές στις οποίες πρέπει να προσαρμοστεί η γυναίκα. Τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι, η γυναίκα αποχωρεί από τις επαγγελματικές της δραστηριότητες, ανακαλύπτει ότι παρακμάζει, χάνοντας την ελκυστικότητα και τη θηλυκότητά της. Το βαθμιαίο πέρασμα στην Τρίτη περιόδó της σχετίζεται με την κρίση της μέσης ηλικίας, όπου ορισμένοι βασικοί ρόλοι της γυναίκας παύουν.

Οι μεταβατικοί περίοδοι, οι κρίσιμες φάσεις, αποτελούν καμπές στην πορεία της γυναίκας, όπου καλείται να αυτοσυγκροτηθεί να αλλάξει ρόλους, να αποχωριστεί το παλιό και γνώριμο και να προσαρμοστεί τις νέες συνθήκες στο άγνωστο και αβέβαιο. Οι μεταβατικοί περίοδοι σηματοδοτούν το κλείσιμο ενός κύκλου και το άνοιγμα ενός επόμενου. Αυτή η διεργασία είναι απαραίτητη για την ομαλή προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα.

Μία μεταβατική περίοδος μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για προσωπική κύμανση και εξέλιξη, μπορεί όμως να κλονίσει την ισορροπία του ατόμου, να αποδιοργανώσει και να θέσει σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική του υγεία. Αν μάλιστα, κατά τη διάρκεια μιας εξελικτικής μεταβατικής φάσης, προστεθούν κάποια τυχαία «επιβαρυντικά» συμβάντα, όπως για παράδειγμα ένα διαζύγιο, ή χρεωκοπία, ο θάνατος ενός στενού συγγενούς, τότε το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε «κρίση» και σε κατάρρευση.

ι. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Οι ψυχολογικοί παράγοντες και το στρες έχουν σχετιστεί με την επίπτωση του καρκίνου. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου ώστε να το οδηγήσουν στο να αυξήσει ή να μειώσει την έκθεσή του σε καρκινογόνους παράγοντες, υιοθετώντας συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, την κατανάλωση επιβλαβούς διατροφής. Ακόμη, μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην

κατάσταση του οργανισμού σε βιολογικό επίπεδο, χωρίς να υπάρχει άμεση παρέμβαση ενός εξωτερικού καρκινογόνου παράγοντα, οπότε επέρχονται κυτταρικές ή χημικές αλλαγές στον οργανισμό κάτω από στρεσογόνες συνθήκες.

Πρώτος ο Γαληνός τον 2^ο μ.Χ. αιώνα υποστήριξε την πιθανή σύνδεση του καρκίνου με διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες. Ο Γαληνός απέδιδε τον καρκίνο στην υπερέκκριση του «μέλανος χυμού». Επίσης διέκρινε μια συγγένεια ανάμεσα στον καρκίνο και τη «μελαγχολία» που και αυτή πίστευε πως προκαλείται από την πλεονάζουσα μέλαινα χολή, η οποία καθαίρεται από τη σπλήνα.

Ο ιστορικός συγγραφέας Δίων ο Κάσσιος, τον ίδιο αιώνα γράφοντας για την Ιουλία μητέρα του Τάραντου, διασώζει την πληροφορία ότι η γυναίκα αυτή η οποία κατοικούσε στην Αντιόχεια μαθαίνοντας τον θάνατο του γιού της στη Ρώμη «προσδιέφθειρε» τον εαυτό της, χτυπώντας το στήθος της και ο καρκίνος που για πολύ καιρό «ησύχαζε», ερεθίστηκε και αφόρμησε.

Πιο πρόσφατα, τον 18^ο αιώνα ο γιατρός Gendron στο έργο του Έρευνες περί της φύσεως, της γνώσεως και της θεραπείας των καρκίνων, αναφέρει δύο περιπτώσεις όπου οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου. Για τη μια περίπτωση περιγράφει τα εξής: «η κυρία Emerson μετά το θάνατο της κόρης της, υπέφερε από θλίψη και στεναχώρια και τότε αντελήφθη το στήθος της να πρήζεται. Ξέσπασε ξαφνικά ένας βαθιά ριζωμένος καρκίνος ενώ μέχρι εκείνη τη στιγμή απολάμβανε μια πάρα πολύ καλή κατάσταση υγείας».

Ο χειρουργός James Paget, το 1870, στο εγχειρίδιό του «Χειρουργική- Παθολογία», γράφει πως οι «περιπτώσεις» είναι τόσες πολλές όπου το βαθύ άγχος, η ματαιωθήσα ελπίδα και η απογοήτευση έχουν ως επακόλουθο την επέκταση και την εξέλιξη του καρκίνου, ώστε με μεγάλη δυσκολία μπορούμε να αμφιβάλλουμε για το ότι η ψυχική κατάθλιψη συνιστά μια πρόσθετη επιβάρυνση των άλλων επιδράσεων που ευνοούν την ανάπτυξη μιας καρκινικής διεργασίας.

Πολλοί είναι οι επιστήμονες που υποστήριξαν και συνεχίζουν να δέχονται πως ο καρκινικός όγκος είναι απλώς το ορατό σύμπτωμα της ασθένειας που ονομάζουμε «καρκίνος». Και επομένως το να θεραπευθεί ο τοπικός όγκος χειρουργικά ή ακτινικά, ο ασθενής θα γλιτώσει μόνο από το σύμπτωμα και όχι από την ίδια την ασθένεια ολόκληρου του οργανισμού.

Για την ουσιαστική αποθεραπεία των ασθενών από καρκίνο πρέπει να ληφθούν υπόψη και κάποια άλλα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν. Τα θύματα του καρκίνου εμφανίζουν συγκινησιακή πραότητα, απουσία βίαιων συγκινήσεων, επιφανειακή βίωση της πραγματικότητας, αδυναμία εδραίωσης στενής επαφής με οποιονδήποτε και οτιδήποτε. Τα συναισθήματα δεν απωθούνται, αλλά απλά δεν υπάρχουν καν. Αυτή η συγκινησιακή ηρεμία, και η έλλειψη ενέργειας, έρχεται μόλις ο καρκίνος φθάσει σε ένα ώριμο στάδιο.

Στις δεκαετίες του 1950 και 1960 δημοσιεύθηκαν αρκετές κλινικές αναφορές περιπτώσεων όπου η εμφάνιση του καρκίνου

συνδεόταν με «ψυχολογικούς» παράγοντες. Οι περισσότερες είχαν ψυχοδυναμικό προσανατολισμό. Για παράδειγμα ο Gottard Booth (1969) υποστήριζε ότι τόσο ο καρκίνος όσο και η κατάθλιψη σχετίζονται με εσωτερικές διεργασίες που ακολουθούν την απώλεια κάποιου αντικειμένου (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Στην κατάθλιψη, μετά την απογοήτευση από κάποιο αντικείμενο ή μετά την απώλειά του, η ψυχική ενέργεια αντί να μετατεθεί σε κάποιο νέο αντικείμενο, αποσύρεται στο Εγώ, όπου εκεί χρησιμοποιείται για να συντελεστεί μια ταυτοποίηση του εγώ με το χαμένο αντικείμενο. Έτσι η απώλεια του αντικειμένου μετασχηματίζεται σε απώλεια του Εγώ. Οι ασθενείς μέσα από τον έμμεσο αυτό τρόπο αυτοτιμωρίας εκδικούνται τα αρχικά αντικείμενα, αφού καταφύγουν πρώτα στη νόσο, ώστε να μην είναι υποχρεωμένοι να τους εκδηλώσουν άμεσα την εχθρότητά τους.

Παρόμοια και στον καρκίνο, ο όγκος, κατά τον Booth αντιπροσωπεύει ένα ενσωματωμένο, σωματοποιημένο, υποκατάστατο για το χαμένο εξωτερικό αντικείμενο. Μάλιστα ο καρκίνος του μαστού θεωρεί ότι έχει σχέση με τη ματαίωση από την απουσία του θηλασμού και της περιποίησης του βρέφους από τη μητέρα.

Οι Renneker και συν (1963) υποστήριζαν πως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες που έχουν νιώσει ματαίωση λόγω μη ικανοποιητικών σχέσεων με τη μητέρα τους και αποστέρηση των σωματικών τους αναγκών. Ερμήνευσαν δε την αυτοθυσία και τον αλτρουϊσμό που εκδήλωσαν οι γυναίκες αυτές ως βασισμένο

στην αντίδραση με το αντίθετο. Με τον μηχανισμό αυτό η αρχική εχθρότητα προς τη μητέρα μετασχηματιζόταν με την άρνηση των προσωπικών αναγκών (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Τέλος, πολλοί υπήρξαν και οι μελετητές που υποστήριξαν ότι στα άτομα με καρκίνο είχε υπάρξει απώλεια κάποιας σημαντικής σχέσης πριν τη διάγνωση του καρκίνου, ότι τα άτομα αυτά είχαν δυσκολία να εκφράσουν εχθρικά συναισθήματα και βίωναν απόγνωση μπροστά στις απώλειες της ζωής ενώ η θνησιμότητα από τη νόσο ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των διαζευγμένων ή σε χηρεία ατόμων.

ii. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι Greer και Morris (1975) σε μια σχεδόν προοπτική έρευνα μελέτησαν 160 γυναίκες που προσήλθαν για βιοψία ογκιδίου στο μαστό. Εκτός των δημογραφικών στοιχείων και μιας ψυχιατρικής συνέντευξης χορήγησαν ψυχολογικά τεστ μια ημέρα πριν την βιοψία. Μετά την βιοψία, 69 γυναίκες βρέθηκαν να έχουν εγχειρήσιμο καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο και 91 γυναίκες που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, να έχουν κάποια καλοήγη πάθηση στο μαστό. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την οικογενειακή κατάσταση, την κοινωνική τάξη, αλλά διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία με τις γυναίκες με καρκίνο μαστού να είναι μεγαλύτερες στην ηλικία σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Επίσης οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τον

τύπο και την «ποσότητα» των στρεσογόνων γεγονότων που βίωσαν μέσα στα πέντε χρόνια πριν την ανακάλυψη του ογκιδίου στο μαστό.

Όμως οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς την έκφραση και την καταστολή του θυμού και άλλων συναισθημάτων. Οι γυναίκες των δύο ομάδων ταξινομήθηκαν σε **τρεις κατηγορίες**, ανάλογα με το πόσο συχνά έκφραζαν ανοιχτά το θυμό κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η μία κατηγορία, που καταπίεζε υπερβολικά το θυμό, αφορούσε γυναίκες που πάντα ή σχεδόν πάντα έκρυβαν τα συναισθήματά τους. Η κατηγορία εκείνων που εξέφραζε το θυμό περιελάμβανε γυναίκες που είχαν ιστορικό συχνών ξεσπασμάτων και οι οποίες ποτέ ή πολύ σπάνια έκρυβαν τα συναισθήματά τους. Εάν η συναισθηματική έκφραση της γυναίκας ενέπιπτε μεταξύ των δύο αυτών ακραίων καταστάσεων θεωρείτο «φαινομενικά φυσιολογική». Ένα πολύ ψηλότερο ποσοστό γυναικών που αποδείχθηκε να έχουν καρκίνο του μαστού εμφάνισαν υπερβολική καταστολή του θυμού (47,8%) και άλλων συναισθημάτων (52,2%). Υψηλό ποσοστό φαινομενικά φυσιολογικής έκφρασης θυμού και άλλων συναισθημάτων παρατηρήθηκαν στις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο υπερβολικοί εκφραστές του θυμού βρέθηκαν επίσης πιο συχνά μεταξύ των καρκινοπαθών (20,3%) από ότι ανάμεσα στα άτομα της ομάδας ελέγχου (9,9%).

Επειδή η ηλικία σχετιζόταν με την καταστολή /καταπίεση του θυμού και των άλλων συναισθημάτων, δημιουργήθηκαν τρεις

ομάδες ηλικιών «40, 40-49 >50». Γυναίκες με καρκίνο του μαστού ηλικίας μικρότερης των 50 χρόνων, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά, όσων αφορά τη διαταραγμένη αποδέσμευση του θυμού, την υπερβολική δηλαδή κατάπνιξη ή την υπερβολική έκφρασή του. Όσον αφορά τη διαταραγμένη απελευθέρωση των άλλων συναισθημάτων, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού ηλικίας μεγαλύτερης των 40 χρόνων ήταν περισσότερες.

Οι ερευνητές κατέληξαν πως αυτό το πρότυπο συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατάπνιξη, ιδιαίτερα του θυμού, εξακολουθεί να υπάρχει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και πιθανά προηγείται χρονικώς της προσβολής από τον καρκίνο.

Αλλά και άλλοι ερευνητές όπως οι Grassi και Carpellari (1988) μελέτησαν προεγχειρητικά ορισμένα δομικά και περιστασιακά ψυχολογικά περιστατικά χαρακτηριστικά γυναικών με καρκίνο του μαστού (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Το δείγμα, των παραπάνω, αποτελείτο από 76 γυναίκες, που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μία ημέρα πριν τη βιοψία. Μετά τη βιοψία, 11 γυναίκες διαγνώστηκαν ως έχουσες καρκίνο του μαστού και 35 γυναίκες ως έχουσες καλοήγη πάθηση στο μαστό. Οι καρκινοπαθείς ήταν μεγαλύτερες στην ηλικία ενώ δεν διέφεραν από τις καλοήθειες ως προς τα κλινικά συμπτώματα που θα μπορούσε να σημαίνουν προεγχειρητικά την ύπαρξη καρκίνου του μαστού.

Οι παραπάνω μελετητές κατέληξαν πως το άτομο με καρκίνο είναι ένα άτομο το οποίο δεν είναι σε θέση να εκφράσει εχθρότητα, θυμό και οξυθυμία, σε στρεσογόνες' περιστάσεις οι οποίες

προσδοκούν να εγείρουν μια συναισθηματική αντίδραση. Αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης των καταστάσεων φαίνεται να αποτελεί μια όψη ενός γενικού χαρακτηριστικού προσωπικού ύφους, όπως αυτό μαρτυράται από την τάση των ατόμων αυτών να καταπνίγουν να αναχαιτίζουν, να συγκαλύπτουν και να μη συζητούν τα αρνητικά τους συναισθήματα με τους άλλους.

iii. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι Horne και Picard (1979) σε μια σχεδόν προοπτική έρευνα προσπάθησαν να διαμορφώσουν ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών δεικτών ώστε να προσδιορίσουν μια ομάδα ατόμων με μεγάλο κίνδυνο για πνευμονική κακοήθεια. Εκατόν δέκα άνδρες ασθενείς με αδιάγνωστη υποξεία ή χρόνια πνευμονική βλάβη διαγνωσθήσα βάση ακτινογραφιών συμμετείχαν σε μια ημιδομημένη συνέντευξη.

Η βαθμονόμηση έγινε σε πέντε υποκλίμακες που μετρούσαν (α) την αστάθεια κατά την παιδική ηλικία (θάνατος της μητέρας, γονιός βαρύς πότης, αδέρφια με χρόνια αρρώστια) (β) την επαγγελματική σταθερότητα, (γ) την ευστάθεια στο γάμο, (δ) την έλλειψη σχεδίων για το μέλλον, (ε) κάποια σημαντική απώλεια τα τελευταία 5 χρόνια.

Κατά τη διαγνωστική εκτίμηση, 44 ασθενείς είχαν κακοήθη πνευμονική πάθηση, 48 ασθενείς είχαν καλοήθη πάθηση (φυματίωση, μικροβιακή πνευμονία) και 18 άτομα δεν είχαν καμία

ενεργό πνευμονική πάθηση ή είχαν χρόνια αποφρακτική πνευμονική πάθηση.

Αν και υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες ως προς την επαγγελματική αστάθεια και την απουσία σχεδίων για το μέλλον (όπου οι καρκινοπαθείς είχαν υψηλότερες τιμές), ή υποκλίμακα η οποία καλύτερα προέβλεπε την πραγματική διάγνωση ήταν η υποκλίμακα πρόσφατων σημαντικών απωλειών με υψηλότερες τιμές στους καρκινοπαθείς. Η αυξημένη κατανάλωση τσιγάρων σχετιζόταν σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα. Η μέση ηλικία των ασθενών με κακοήγη πάθηση (61,6 έτη) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από τη μέση ηλικία των ασθενών με καλοήγη πάθηση (56 έτη). Ωστόσο η διαφορά της ηλικίας δεν εξηγούσε τη σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον καρκίνο του πνεύμονα και το σκορ στην ψυχοκοινωνική κλίμακα.

Οι ερευνητές κατέληξαν πως για την πρόβλεψη του καρκίνου, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ήταν μια έως δύο φορές πιο σημαντικοί σε σύγκριση με το καπνιστικό ιστορικό. Ο συνδυασμός των δύο αυτών δεικτών μπόρεσε να προβλέψει ορθά τη διάγνωση σε ποσοστό 80% των ασθενών με καλοήγη όγκο και σε ποσοστό 61% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Οι Muslin και συν (1966) έκαναν μια έρευνα, σχετικά με την πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στην εμπειρία αποχωρισμού, δηλαδή την απώλεια κάποιου συγγενικού προσώπου και στον καρκίνο του μαστού. Συγκέντρωσαν στοιχεία βάση ερωτηματολογίου, γεγονότων ζωής, γύρω από τις απώλειες στενών φίλων ή συγγενών,

τα πρώτα εννέα χρόνια της ζωής (πρώιμη απώλεια) ή τα τελευταία 3 χρόνια (πρόσφατη απώλεια) από 165 γυναίκες που προσήλθαν σε ένα νοσοκομείο για βιοψία στο μαστό. Οι ερευνητές συνέκριναν τα δεδομένα από 37 γυναίκες οι οποίες εκ των υστέρων διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και από 37 γυναίκες με καλοήθειες παθήσεις στο μαστό εξομειωμένες με τις ασθενείς ως προς την ηλικία, τη φυλή, την οικογενειακή κατάσταση και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Δεν βρήκαν να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη συχνότητα πρόσφατων ή απόμακρων «απωλειών» συναισθηματικά σημαντικών προσώπων στη ζωή των γυναικών. Ωστόσο οι ερευνητές σημείωσαν πως η έρευνά τους αφορούσε μόνο την ύπαρξη ή την απουσία απώλειας στη ζωή των γυναικών αυτών αλλά πως δεν συγκέντρωσαν στοιχεία για άλλα στρεσογόνα γεγονότα ζωής ούτε για τη σημασία που είχαν αυτές οι απώλειες για τις γυναίκες του δείγματος (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

iv. ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Μία από τις πλέον γνωστές μελέτες είναι αυτή της Caroline Thomas και συν (1979), στο πλαίσιο της οποίας έγινε ανάλυση των δεδομένων από 931 άνδρες φοιτητές ιατρικής που αποφοίτησαν από τη σχολή από το 1948 έως και το 1964. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ζητούσε από τα άτομα να επιλέξουν τις χαρακτηριστικές στάσεις του πατέρα και της μητέρας απέναντί τους

(π.χ. θερμός, εκδηλωτικός, συγκρατημένος, με κατανόηση απόμακρος, σκληρός), τις στάσεις των ιδίων απέναντι στα δύο αυτά πρόσωπα της οικογένειας (π.χ. ατίθασος, επαναστάτης, άνετος, εξαρτημένος, ανασφαλής, προστατευτικός), καθώς και να περιγράψουν τις σχέσεις που υπήρχαν μεταξύ των γονιών (π.χ. στενές αρμονικές με διαφωνίες, η μητέρα ήταν παθητική, η σχέση ήταν εργασιοκεντρική ή στραμμένη γύρω από το παιδί). Η παραγοντική ανάλυση των στοιχείων αυτού του ερωτηματολογίου οδήγησε στη δημιουργία μιας κλίμακας που μετρούσε τη στενότητα -του- δεσμού- προς τους γονείς, η οποία αποτελείτο από 15 θετικά και 10 αρνητικά (δυσμενή) θέματα (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Έως τον Οκτώβριο του 1978, μεταξύ των 913 ατόμων, είχαν διαγνωσθεί 18 περιπτώσεις καρκίνου, εκ των οποίων 28 αφορούσαν καρκίνο του δέρματος και 20 αφορούσαν άλλους τύπους καρκίνου. Ως ομάδα ελέγχου επιλέχθηκε η ομάδα 402 ατόμων από το συνολικό δείγμα, που παρέμεναν υγιή κατά την τελευταία ιατρική παρακολούθηση το εύρημα ήταν πως τα άτομα με άλλους τύπους καρκίνου εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στην ψυχολογική κλίμακα, δηλ. ανέφεραν κατ' αναλογία λιγότερα items που αντανακλούσαν θετική στάση και περισσότερα που αντανακλούσαν αρνητική στάση, ιδίως όσον αφορά τη στάση του πατέρα προς τους ίδιους. Το αποτέλεσμα χαρακτήριζε και ομάδα SOS περιπτώσεων με καλοήγη νεοπλάσματα, καθώς και ομάδα με 34 περιπτώσεις ψυχικών παθήσεων, αλλά διέφερε από ομάδα 36 περιπτώσεων

ιδιοπαθούς υπέρτασης, ή 20 περιπτώσεων στεφανιαίας καρκινοπάθειας.

Θα πρέπει να παρατηρήσουμε πως η πλειοψηφία των ατόμων ήταν ηλικίας 40-50 ετών όταν διαγνώσθηκε ο καρκίνος, ενώ όταν απαιτούσαν το ερωτηματολόγιο ήταν μεταξύ 20 και 30 ετών και όταν έγινε η αξιολόγηση των ερωτηματολογίων ήταν 40-50 ετών. Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως η χαμηλή βαθμολογία των ατόμων με καρκίνο στην κλίμακα ανίχνευσης στενών σχέσεων με τους γονείς μπορεί να αντανακλά περισσότερο την παρουσία άλυτων ψυχολογικών προβλημάτων στη σφαίρα των οικογενειακών σχέσεων, και λιγότερο ειλικρινείς (ευθείς) χαρακτηρισμούς, για τις σχέσεις με τους γονείς που δίνουν τα άτομα που εν συνεχεία αναπτύσσουν καρκίνο.

Επίσης διευκρινίζουν πως εκείνο που τα άτομα αντιλαμβάνονται ως «απουσία στενών σχέσεων με τους γονείς» ποικίλει μεταξύ τους. Για ορισμένα άτομα το κυρίαρχο συναίσθημα προς τους γονείς ήταν η συναισθηματική απόσταση για άλλα ήταν η επιθετικότητα. Η έννοια της εγγύτητας στη σχέση με τους γονείς, δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την ηλικία του πατέρα ή της μητέρας κατά τη γέννηση του ατόμου που αργότερα νοσεί, ούτε με τον αριθμό των αδελφών ή τη σειρά γεννήσεως, ούτε με την πίεση του αίματος, τα επίπεδα χοληστερόπηλης, το βάρος ή το ύψος.

Οι B.Shaffer και συν (1982) σε μεταγενέστερη αναφορά τους για τα δεδομένα αυτής της έρευνας, μετά την προσθήκη πέντε επιπλέον περιπτώσεων καρκίνου, κατέληξαν: (α) το σκορ στην

κλίμακα εγγύτητας προς τους γονείς είναι κατά μεγάλο μέρος συνάρτηση των αντιλαμβανομένων πατρικών σχέσεων, τουλάχιστον στους άνδρες του δείγματος, (β) η διαφορά μεταξύ των μέσων σκορ των ανδρών φοιτητών οι οποίοι μεταγενέστερα ανέπτυξαν καρκίνο και αυτών που συνέχισαν να έχουν καλή υγεία, βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Αυτή η διαφορά παρέμενε ακόμη και μετά την εξίσωση των δύο ομάδων ως προς μια σειρά γνωστών ή υποψιαζόμενων παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, έκθεση σε ακτινοβολίες) (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Πρότειναν, πως η απουσία εγγύτητας προς τους γονείς είναι συνακόλουθη του μεταγενέστερου καρκίνου και ότι τα άτομα που βλέπουν τον εαυτό τους συναισθηματικά απόμακρο από τους γονείς τους έχουν την τάση να έχουν μεγαλύτερη από τη μέση επίπτωση καρκίνου.

Οι Grasi και Molimari (1986) περιέβαλαν σε μελέτη τους 72 γυναίκες που εισήχθησαν στη Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημίου Φεράρα στην Ιταλία για υποψιαζόμενη νεοπλασματική νόσο. Από αυτές τις γυναίκες, 26 είχαν κάποιο ογκίδιο στο μαστό και 46 ανέφεραν στο ιστορικό τους πρόσφατη παθολογική ασυνήθιστη αιμορραγία από τη μήτρα (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Την ημέρα που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο για εξετάσεις και πριν τεθεί η οριστική διάγνωση, δόθηκε σε όλες τις γυναίκες το ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Στάσης για να συμπληρώσουν, χαρακτηρίζοντας αναδρομικά τη στάση τους απέναντι στους γονείς

τους, στη διάρκεια της νεαρής τους ηλικίας. Οι ιστοπαθολογικές διαγνώσεις που έγιναν εκ των υστέρων απεκάλυψαν 39 γυναίκες με καρκίνο μέσης ηλικίας, 55,4 ετών, εκ των οποίων σε 26 η διάγνωση ήταν καρκίνος της μήτρας και σε 13 η διάγνωση ήταν καρκίνος του μαστού. Από τις υπόλοιπες 33 γυναίκες, οι 20 είχαν κάποια καλοήγη πάθηση στη μήτρα και 13 είχαν καλοήγη πάθηση στο μαστό και χρησίμευσαν ως ομάδες ελέγχου στην έρευνα.

Λεπτομερής ανάλυση των δεδομένων έδειξε πως οι γυναίκες με καρκίνο της μήτρας, σε σύγκριση με τις γυναίκες με καλοήγη πάθηση στη μήτρα, είχαν λιγότερο καλές σχέσεις με τον πατέρα και περιέγραφαν σπανιότερα τον πατέρα ως εκδηλωτικό. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με τις γυναίκες με κάποια καλοήγη πάθηση στο μαστό, είχαν λιγότερο καλές σχέσεις με τη μητέρα, και περιέγραφαν την μητέρα τους ως λιγότερο εκδηλωτική. Στις υπόλοιπες μεταβλητές (π.χ. σχέσεις μεταξύ των γονιών), οι διαφορές μεταξύ ατόμων με καρκίνο και με καλοήθεις παθήσεις, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Οι ερευνητές ισχυρίζονται πως το εύρημα του χαμηλού βαθμού εγκάρδιων, στενών σχέσεων των ατόμων με καρκίνο προς τους γονείς τους είναι ανεξάρτητο από το φύλο, ή από το πολιτισμικό επίπεδο, αφού η ανάλογη έρευνα των Thomas και συν (1979) αφορούσε άνδρες που κατοικούσαν στις ΗΠΑ και η δική τους αφορούσε γυναίκες που κατοικούσαν στην Ιταλία. Οι ίδιοι ερευνητές διατυπώνουν το ερώτημα κατά πόσο η ανάμνηση των τραυματικών γεγονότων της παιδικής ηλικίας καταγράφεται σήμερα

αντικειμενικά και κατά πόσο η παρούσα συναισθηματική κατάσταση διαστρεβλώνει τα πραγματικά γεγονότα που συνέβησαν πριν χρόνια μέσα στην οικογένεια. Επίσης δίνοντας μια εξήγηση στα ευρήματά τους, προτείνουν πως πιθανά η σχέση μεταξύ της εγγύτητας των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και του καρκίνου να οφείλεται στο ότι, μέσα στην οικογένεια, τα παιδιά μαθαίνουν συγκεκριμένο τρόπο διαπροσωπικής επικοινωνίας, συγκεκριμένες συνήθειες και τρόπο ζωής, που μπορεί να οδηγούν αργότερα σε αυξημένο κίνδυνο νόσησης από καρκίνο.

ν. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι Schmale και Iker (1966) σε μια έρευνα τους μελέτησαν δείγμα 51 γυναικών ηλικίας 50 ετών, που προσήλθαν για βιοψία λόγω ύποπτων ευρημάτων μετά από εξέταση τεστ Παπανικολάου. Κατέγραψαν τα γεγονότα ζωής των γυναικών τους έξι μήνες πριν την εξέταση Παπανικολάου. Βάσει συνέντευξης, μπόρεσαν να προβλέψουν ορθά το 58% στις 19 γυναίκες που τελικά διαγνώσθηκαν με καρκίνο τραχήλου της μήτρας και το 78% από τις 32 γυναίκες χωρίς κακοήθη ευρήματα. Αυτή η πρόβλεψη βασίστηκε σε μια μορφή αναφερόμενης παραίτησης με αντιδράσεις ματαίωσης απέναντι στα στρεσογόνα γεγονότα, πριν την φαινόμενη επέλευση της νόσου. Ορισμένα πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα και οι αντίστοιχες αντιδράσεις ήταν:

ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟ
ΑΠΕΓΝΩΣΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

* Μέλος της οικογένειας
με σοβαρή αρρώστια

* Συζυγική απιστία

* Ο σύζυγος απέρριψε τους στόχους
της συζύγου

* Γενέθλια στη τεσσαρακονταετία

ΓΕΓΟΝΟΣ

«Θα έπρεπε να τον είχα φροντίσει
περισσότερο»

«Θα έπρεπε να τον παρατήσω όμως
με χρειάζεται»

«Προσπάθησα με όλα τα μέσα να τον
πείσω αλλά απέτυχα»

«Έχασα τα νιάτα μου»

Οι ερευνητές κατέληξαν πως η ψυχολογική κατάσταση που δημιουργεί η αναφερόμενη απελπισία μπορεί κατά κάποιον τρόπο να παρέχει μια επιτρεπική ατμόσφαιρα (ή να παίζει διευκολυντικό ρόλο), που αφήνει περιθώρια σε οργανισμούς που έχουν ήδη προδιατεθεί στον καρκίνο, να αναπτύξουν τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Η ίδια η βίωση των αισθημάτων απελπισίας δεν προδιαθέτει στον καρκίνο. Οι Goudkin και συν (1986) κάνουν κριτική στην εργασία των Schmale και Iker, στο ότι η «απελπισία» εκτιμήθηκε από την ανάλυση μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, και πως οι αλλοιώσεις στον τράχηλο της μήτρας, σε ορισμένα περιστατικά καρκίνου, σήμερα θεωρούνται προκαρκινωματώδεις (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Αλλά και οι Wirsching και συν (1983) σε κάποια έρευνα τους μελέτησαν, βάσει μιας συνέντευξης και ενός ερωτηματολογίου, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά σε 56 γυναίκες πριν η βιοψία για κάποιο διογκωμένο λεμφαδένα στην περιοχή του μαστού. Μετά τη

βιοψία 18 γυναίκες βρέθηκαν να έχουν πρώιμο καρκίνο του μαστού και 38 γυναίκες να έχουν μη κακοήγη επεξεργασία στο μαστό.

Βάσει της συνέντευξης υποστήριξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού (α) αρνούνται ή κατέπνιγαν τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, αλλά αυτός ο συναισθηματικός φραγμός κατέρρευσε στην πορεία της συνέντευξης και «παραδόθηκαν» σε ισχυρά συναισθήματα (β) συμπεριφέρονταν ορθολογικά στην προσωπική τους ζωή (γ) έδειξαν λιγότερο άγχος την ημέρα πριν τη βιοψία, (δ) ήταν πολύ αυτόνομοι και πάντα καταπιάνονταν και αντιμετώπιζαν τα προβλήματά τους μόνοι τους χωρίς βοήθεια (ε) έτειναν να μειώνουν τη σημασία των συμφερόντων τους (φιλαλληλία, αλτρουϊσμός) (στ) προσπαθούσαν να αποφύγουν τις συγκρούσεις και τη δυσαρμονία.

Βάσει του ερωτηματολογίου όμως, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έδειξαν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Εμφανίστηκαν (α) περισσότερο εξαρτώμενες, (β) αγχώδεις, (γ) με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς (δ) με αρνητική στάση απέναντι στο σεξ, (ε) πιο ανήσυχες / ενδιαφερόμενες για την υγεία τους.

Οι ερευνητές ερμήνευσαν την διαφορετική εικόνα των γυναικών με καρκίνο του μαστού, που διαπίστωσαν ανάμεσα στη συνέντευξη και το ψυχολογικό ερωτηματολόγιο, ως ενδεικτική της λειτουργίας μηχανισμών άμυνας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, στην προσπάθειά τους να αντιστρέψουν τα συναισθήματα που κατά βάθος ένιωθαν, και να καταπιέσουν τα υποκείμενα αισθήματα

άγχους και ανημπόριας: Αυτή η στάση και αυτό το πρότυπο, σε μερικές περιπτώσεις, υφίσταντο επί γενεές.

Οι Wirsching και οι συν (1988) ανακοίνωσαν τα ευρήματά τους μετά από πενταετή παρακολούθηση της ομάδας των γυναικών της προηγούμενης έρευνας. Βάσει στατιστικού μοντέλου πολλαπλής εξάρτησης, με ανεξάρτητες μεταβλητές τη διαγνωστική ομάδα, την ηλικία, και ψυχολογικές παραμέτρους όπως είναι η ύπαρξη οικογενειακών δεσμών, η εκλογίκευση, ο αλτρουϊσμός, η ανημπόρια και τα επίπεδα στρες ένα έτος πριν τη βιοψία, βρήκαν πως οι παράγοντες που προέβλεπαν την πορεία της σωματικής υγείας (υγιής, ασθενής, καταλήξασα) ήταν (α) η κλινική διάγνωση κατά τη βιοψία (καρκίνος, μαστοπάθεια) (β) η αναφορά κατά τη συνέντευξη πριν τη βιοψία αισθημάτων ανημπόρια (γ) η δήλωση ύπαρξης μικρής υποστήριξης από την οικογένεια, (δ) ο χαρακτηρισμός του εαυτού ως στηριζόμενου στη λογική (ε) η περιγραφή του έτους που προηγήθηκε της βιοψίας χαρακτηρίστηκε ως έντονα στρεσογόνο (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Οι ερευνητές κατέληξαν πως (α) της παρούσας κατάστασης με τον καρκίνο του μαστού προηγείτο μια μακρά λανθάνουσα περίοδος, (β) τα παρόντα συμπτώματα ανημποριάς, εκλογίκευσης και ασθενών οικογενειακών δεσμών, ήταν έκφραση και συνέπεια μιας παρατεινόμενης «συγκρουσιακής ανάπτυξης» και όχι το αποτέλεσμα μιας βραχύχρονης αντίδρασης προς το παρόν στρες, (γ) το οξύ στρες της αναμονής βιοψίας του μαστού, καθώς και η

μετέπειτα ζωή και προσαρμογή στις επιπτώσεις του καρκίνου, επιτείνουν ένα ήδη υπάρχον ψυχολογικό πρότυπο.

Όπως επισημαίνουμε και παραπάνω, για αρκετές δεκαετίες οι έρευνες στο χώρο της βιοσυμπεριφορικής ογκολογίας εστιάζουν στο άγχος ως προδιαθέσιμο παράγοντα που συνδέεται με την ανάπτυξη και εμφάνιση κακοηθών νεοπλασμάτων. Περαιτέρω διερευνήσεις που έχουν γίνει πρόσφατα σχετικά με την μεταφορά περιβαλλοντικών επιδράσεων μέσω του εγκεφάλου και των ορμονοδιαβιβαστών προς το ανοσοποιητικό και τα άλλα συστήματα του οργανισμού έχουν υπογραμμίσει τελευταία την βαρύτητα της προσέγγισης αυτής στη βιοσυμπεριφορική ιατρική.

Στον χώρο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η παρουσία της βιοσυμπεριφορικής ιατρικής υπήρξε αρκετά επιτυχής, κυρίως λόγω της χρήσης του μοντέλου προσωπικότητας A, η οποία εμφανίζει αυξημένη επιρρέπεια στην εμφάνιση νόσων της στεφανιαίας, όπως προέκυψε από μεγάλου εύρους επιδημιολογικές μελέτες αρκετών χώρων. Όμοια με το μοντέλο προσωπικότητας A, ερευνητές του καρκίνου επιχείρησαν πρόσφατα να συλλάβουν και να παρουσιάσουν ένα μοντέλο συμπεριφοράς τύπου C, ή με άλλα λόγια, το μοντέλο της προσωπικότητας που εμφανίζει αυξημένη επιρρέπεια στην ανάπτυξη νεοπλασιών.

Στην πλειοψηφία τους οι παραπάνω ερευνητές παρατήρησαν μια κατάπνιξη αρνητικών συναισθημάτων και η μία αδυναμία έκφρασής τους ιδιαίτερα του θυμού. Άλλα γνωρίσματα της προσωπικότητας τύπου C που διακρίνονται είναι η αποφυγή

συγκρούσεων καθώς και η ύπαρξη μιας λεγόμενης «εναρμονιστικής συμπεριφοράς», έντονης κοινωνικής δημοτικότητας, κοινωνικής συμμόρφωσης, υποταγής, έλλειψης κατηγορηματικότητας και με αυξημένη ανεκτικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επιρρεπής στον καρκίνο συμπεριφορά (Τύπος C)

Συμπεριφορικά χαρακτηριστικά

- Υπέρ το δέον συνεργατικότητα.
- Κατευναστικότητα.
- Έλλειψη κατηγορηματικότητας.
- Ανεκτικότητα.
- Αποφυγή συγκρούσεων, «εναρμονιστική συμπεριφορά».
- Απουσία εκδήλωσης αρνητικών συναισθημάτων, ιδιαίτερος του θυμού.
- Συμμόρφωση με εξωτερική εξουσία.
- Αρνητική στάση απέναντι στο άγχος και κατά τα λεγόμενα του ίδιου / ίδιας του / της ασθενούς, έντονη κοινωνική δημοτικότητα και αβεβαιότητα.

Η προσωπικότητα τύπου C συνιστά προγνωστικό δείκτη σε ασθενείς με κακοήθες μελάνωμα, το οποίο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με μεγαλύτερους και περισσότερο διηθητικούς όγκους. Επιπλέον, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού εμφανίζουν υψηλότερη

βαθμολογία απ' ότι οι ομάδες ελέγχου (υγιή άτομα) σε μετρήσεις κοινωνικής δημοτικότητας, συναισθηματικής κατάπνιξης και συνθηκών αβεβαιότητας.

Οι Temoshok και συν (1985) έπειτα από διαχρονική έρευνα που έκανε τόνισαν ότι ως απόρροια γενετικής προδιάθεσης και πλαισίων οικογενειακής αλληλεπίδρασης, τα παιδιά μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν με συγκεκριμένο τρόπο προκλήσεις, αγχογόνους παράγοντες και τραυματικά γεγονότα στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Ένας δεδομένος τρόπος αντιμετώπισης, είναι επιτυχής στο βαθμό που διασφαλίζει αξιόπιστα την ψυχολογική, βιολογική και περιβαλλοντική ομοιότητα ακόμη και κάτω από συνθήκες αγχογόνων καταστάσεων. Ο τρόπος με τον οποίο η προσωπικότητα τύπου (χειρίζεται αγχογόνες καταστάσεις χαρακτηρίζεται από παραγκωνισμό των αναγκών του ατόμου προς όφελος των άλλων, κατάπνιξη αρνητικών συναισθημάτων, υπέρ το δέον συνεργατικότητα, απουσία κατηγορηματικότητας, κατευναστικότητα, δεκτικότητα. Ο συγκεκριμένος τύπος χειρισμού φαίνεται να είναι αποτελεσματικός όσο διατηρείται η περιβαλλοντική και ψυχολογική ομοιότητα και νομίζεται επαρκής αυτοεκτίμηση από την αντανακλώμενη αποδοχή και κοινωνική επιβράβευση του περιβάλλοντος.

Ωστόσο, η χρόνια παρεμπόδιση έκφρασης αναγκών και συγκινήσεων έχει αρνητικές βιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες. Πιστεύεται ότι αυτό το πλαίσιο, κρυμμένο πίσω από μία ευτυχισμένη και χαρούμενη προσωπικότητα μπορεί άμεσα να μη

δημιουργήσει προβλήματα σε περιβάλλον με ιδεώδη ανατροφή. Στην πορεία του χρόνου, όμως οι συσσωρευμένες κακουχίες της ζωής «εισπράττουν το αντίτιμο» από το άτομο, που έχει γίνει στο μεταξύ απαθές σε βιολογικές ανάγκες και απαιτήσεις. Στην περίπτωση αυτή, ο τρόπος με τον οποίον η προσωπικότητα C χειρίζεται τις αγχογόνες καταστάσεις αλληλεπιδρά με το άγχος με αποτέλεσμα να προκύπτει επιπλέον άγχος, που με τη σειρά του ενισχύεται από τα γνωρίσματα του μοντέλου της προσωπικότητας C, εικάζεται ότι στο σημείο ακριβώς αυτό τίθεται το πλαίσιο για την προαγωγή της νόσου.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο τρόπος χειρισμού αγχογόνων καταστάσεων από την προσωπικότητα τύπου C αποτελεί μια εύθραυστη προσαρμογή στον κόσμο η ομοιοόσταση με το περιβάλλον μπορεί να επιτευχθεί μόνο μερικώς και με υψηλό τίμημα, την ίδια στιγμή που η βιολογική ομοιοόσταση φαίνεται να καταπονείται σε μεγάλο βαθμό. Σε μια προηγούμενη, περισσότερο εκτενή και πολυδιάστατη θεωρία περί συναισθημάτων, οι παραπάνω ερευνητές διατύπωσαν την πρόταση ότι ο τρόπος προσαρμογής μέσω εσωτερίκευσης μάλλον παρά εξωτερίκευσης, συνδέεται με την εμφάνιση σωματικών και λιγότερο ψυχολογικών προβλημάτων σε καταστάσεις άγχους. Υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος εμφανίζεται μετά από αγχογόνες καταστάσεις που τοποθετούνται χρονίως σε ένα χαμηλότερο επίπεδο οργάνωσης, το οποίο έχει ως βιολογικό υπόστρωμα ανοσορυθμιστικά νευροπεπτίδια. Ένας αριθμός βιολογικών επακόλουθων αυτού του

μοντέλου όπως η βλάβη στην αποκατάσταση του DNA, αλλαγές στα νευροπεπτίδια και στις ορμόνες που ρυθμίζουν τα επίπεδα του άγχους έχει γίνει ή γίνεται γνωστός αυτή τη στιγμή.

Αλλά και οι Grossarth-Maticek Eysenck και Vetter (1988) αναφέρονται στα δεδομένα από τρεις έρευνες που διεξήχθησαν σε διαφορετικές χώρες προκειμένου να συλλεγούν στοιχεία σχετικά με τη σχέση μεταξύ τύπων προσωπικότητας, της επίπτωσης του καρκίνου και της στεφανιαίας νόσου. Η πρώτη έρευνα έγινε στο χρονικό διάστημα 1965-1976 σε μια μικρή πόλη της Γιουγκοσλαβίας. Το 1965 συγκεντρώθηκαν δεδομένα από ένα δείγμα που αποτελείτο από 1353 άτομα (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Δέκα χρόνια αργότερα, το 1976, βρέθηκε πως μέσα στη δεκαετία από τα 1353, 105 άτομα είχαν αναπτύξει καρκίνο (του πνεύμονος, του ήπατος, του στομάχου, του ορθού, του σώματος ή του τραχήλου της μήτρας, του μαστού κ.α.) και 351 άτομα είχαν εμφανίσει εσωτερικές παθήσεις όπως ιδιοπαθή υπέρταση, καρδιακό έμφραγμα, ζαχαρώδη διαβήτη, έλκος στομάχου κ.α.

Οι ερευνητές χρησιμοποιώντας την τεχνική της διακριτικής ανάλυσης, προέβλεψαν ορθά το 78% των περιπτώσεων καρκίνου και το 96% των εσωτερικών περιπτώσεων. Τη μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα είχαν ερωτήσεις που ανίχνευαν την ορθολογική αντισυναισθηματική «στάση» και τα γεγονότα της ζωής που οδηγούσαν σε χρόνια κατάθλιψη και απελπισία. Αυτοί οι ερευνητές έκαναν διάκριση μεταξύ παραγόντων που σχετίζονται με

τη γενική νοσηρότητα όπως είναι η συμπεριφορά, η οποία εκθέτει το άτομο σε κίνδυνο, η απουσία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων κ.α. παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο, κατάθλιψη, εναρμόνιση, ορθολογικότητα και παραγόντων που σχετίζονται με τις «εσωτερικές» παθήσεις (εξάρτηση από τους άλλους, εκνευρισμός).

Ένα παρόμοιο τυχαίο δείγμα μελετήθηκε στην περίοδο 1972-82 στην Δ. Γερμανία αποτελούμενο από 1026 άτομα, λόγω απωλειών κατά τις επανεκτιμήσεις (Follow UP) στο δείγμα αυτό έμειναν 872 άτομα (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

Το τρίτο δείγμα περιελάμβανε 1537 άτομα. Λόγος απωλειών κατά την παρακολούθηση, αλλά και της συμμετοχής 231 ατόμων σε ένα πρόγραμμα θεραπείας συμπεριφοράς για τροποποίηση του stress, έμειναν 1042 άτομα σε αυτό το δείγμα.

Όλα τα άτομα στα τρία δείγματα ταξινομήθηκαν σε 4 τύπους προσωπικότητας, βάσει των απαιτήσεών τους σε ένα ερωτηματολόγιο.

Τύπος 1 (Υποδιέγερση) Άτομα αυτού του τύπου δείχνουν μια διαρκή τάση να θεωρούν ένα αντικείμενο, το οποίο του αποδίδουν συναισθηματικά μεγάλη αξία, ως το πλέον σημαντικό για την ευημερία τους και την ευτυχία τους. Το στρες το οποίο δημιουργείται από τη συνεχή υποχώρηση ή την απουσία αυτού του αντικειμένου, βιώνεται ως συναισθηματικά τραυματικό γεγονός. Δεν κατορθώνουν να πλησιάσουν ή να φθάσουν αυτό το αντικείμενο, μένουν απομακρυσμένα και απομονωμένα από αυτό.

Αυτά τα άτομα δείχνουν έλλειψη αυτονομίας και δεν στέκονται ικανά να κατευθυνθούν προς άλλα εναλλακτικά αντικείμενα, αλλά μένουν προσκολλημένα- εξαρτημένα από αυτό το αντικείμενο, παρότι δεν καταφέρουν να το φθάσουν. Άτομα του τύπου 1 βιώνουν έντονη απόρριψη από τους γονείς τους, σε συνδυασμό με γονεϊκές απαιτήσεις για εξειδίκευση και αγάπη των γονέων.

Τύπος 2 (Υπερδιέγερση) Άτομα αυτού του τύπου δείχνουν μια διαρκή τάση να θεωρούν ένα αντικείμενο, το οποίο το αποδίδουν συναισθηματικά μεγάλη αξία, ως την πλέον σημαντική αιτία της δυστυχίας τους και του στρες. Η απόρριψή τους από αυτό το αντικείμενο/ πρόσωπο ή η αποτυχία να το φθάσουν (π.χ. κάποιος επαγγελματικός στόχος) βιώνεται ως συναισθηματικό τραύμα. Τα άτομα όμως αυτού του τύπου αποτυγχάνουν να επιτύχουν αποδέσμευση (απεμπλοκή) από αυτό το αντικείμενο. Νιώθουν μάλλον όλο και περισσότερο εξαρτημένα από αυτό το αντικείμενο. Άτομα αυτού του τύπου παραμένουν σε συνεχή επαφή με αυτούς τους αρνητικά επενδυμένους και συναισθηματικά διαταρακτικούς ανθρώπους και καταστάσεις που αποτυγχάνουν να κρατήσουν απόσταση και να ελευθερωθούν από την εξάρτησή τους από αυτό το διαταρακτικό αντικείμενο. Ενώ τα άτομα του τύπου 1 εξακολουθούν να ζητούν εγγύτητα σχέσεων προς το αντικείμενο της επιθυμίας τους, αλλά αποτυγχάνουν να το φτάσουν και βιώνουν αυτήν την αποτυχία με απελπισία και ανημπόρια, τα άτομα του τύπου 2 αποτυγχάνουν να αποδεσμευτούν από αυτό το ενοχλητικό αντικείμενο και βιώνουν αντιδράσεις θυμού, επιθετικότητας και

διέγερσης. Τα άτομα του τύπου 2 βιώνουν θετική συναισθηματική προσήλωση προς τον έναν γονιό και αρνητική στάση προς τον άλλον γονέα τον οποίο αντιλαμβάνονται ως εχθρικό.

Τύπος 3 (Αμφιθυμία) Άτομα αυτού του τύπου δείχνουν μια τάση να μετακινούνται από την τυπική αντίδραση του τύπου 1 στην τυπική αντίδραση του τύπου 2, και αντιθέτως. Αυτός ο τύπος δείχνει μια διαρκή τάση να θεωρεί ένα αντικείμενο, το οποίο του αποδίδει συναισθηματικά μεγάλη αξία, ως το πλέον σημαντικό για την ευημερία του και ταυτόχρονα ως την κύρια αιτία της δυστυχίας του. Στα άτομα αυτού του τύπου, συμβαίνουν εναλλασσόμενα συναισθήματα απελπισίας / ανημπορίας και θυμού / διέγερσης. Τα άτομα του τύπου 3 εκτίθενται σε εναλλασσόμενη απόρριψη και έλξη.

Τύπος 4 (Προσωπική αυτονομία) Για τα άτομα του τύπου 4, υπάρχει μια ισχυρή τάση να θεωρούν την αυτονομία τους και την αυτονομία των ατόμων με τα οποία επιθυμούν να έρθουν σε επαφή, ως το πλέον σημαντικό για την ευημερία τους και την ευτυχία τους. Αφήνονται να βιώσουν τη συμπεριφορά προσέγγισης ή αποφυγής του αντικειμένου και αποδέχονται την αυτονομία του αντικειμένου. Τα άτομα τύπου 4 έχουν την ικανότητα να αναλάβουν και να αντιμετωπίσουν τυχόν στρεσογόνες καταστάσεις και θεωρούν το στρες ως αναπόφευκτο.

Αυτοί οι ερευνητές διατύπωσαν την υπόθεση ότι οι τύποι 1 και 2 είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καρκίνο ή καρδιοπάθειες (μια και για τα άτομα αυτά η αποτυχία στους στόχους της ζωής τους

θεωρείται αναπόφευκτη), ενώ τα άτομα τύπου 4 είναι λιγότερο πιθανό να αρρωστήσουν από τις παθήσεις αυτές. Τα άτομα τύπου 3 μπορεί να προστατεύονται σε κάποιο βαθμό, μεταβάλλοντας τις αντιδράσεις τους προς τη στρεσογόνο κατάσταση από συμπεριφορά τυπική τύπου 1 σε συμπεριφορά τυπική τύπου 2 και αντιθέτως.

Στην Γιουγκοσλαβική μελέτη 46,2% των ατόμων τύπου 1 πέθαναν από καρκίνο, η δε δεκαετής επιβίωση ήταν 23,8 %. Στο των «φυσιολογικών» ατόμων της Δ. Γερμανίας, ποσοστό 17,4% του τύπου 1 πέθαναν από καρκίνο, η δε δεκαετής επιβίωσή τους ήταν 71,6%, ενώ στο δείγμα των “stressed” το 38,4% του τύπου 1 πέθαναν από καρκίνο, και η επιβίωση έφθασε το ποσοστό των 38,4%. Τα άτομα τύπου 4 είχαν και στις τρεις έρευνες, τη μεγαλύτερη επιβίωση ακολουθούμενοι από τα άτομα τύπου 3.

Μεταξύ των μη καπνιστών της Δυτικής Γερμανίας, από τους 12 που πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονος οι 9 ανήκαν στον τύπο 1. Για τους καπνιστές, από τους 37 που πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονος και οι 37 ανήκαν στον τύπο 1. Από τους 735 καπνιστές (συνολικά στη Γιουγκοσλαβία και στη δεύτερη έρευνα) τους μη ανήκοντες στον τύπο 1, μόνο 6 πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονα. Από τους 850 μη καπνιστές, μη ανήκοντες στον τύπο 1 μόνο τρεις πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονα. Δηλαδή το κάπνισμα αποτελεί έναν κίνδυνο για την υγεία, προκαλώντας καρκίνο του πνεύμονα, μόνο όμως για τα άτομα τύπου 1.

Περαιτέρω συσχέτιση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο και από καρκίνο του πνεύμονα με δεδομένα που αφορούσαν τη

διαστολική και συστολική πίεση του αίματος, τη χοληστερόλη του αίματος, τα τσιγάρα που καταναλώνονται την ημέρα έδειξε ότι άτομα τύπου 1 έχουν μεγαλύτερη ειδική θνησιμότητα για καρκίνο του πνεύμονα, ενώ τα άτομα τύπου 2 για έμφραγμα / εγκεφαλικό. Οι παράγοντες προσωπικότητας και οι σωματικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν συνεργικά. Ο τύπος 3 έχει δειχθεί να σχετίζεται με σεξουαλικά μεταδιδόμενες αρρώστιες (όπως AIDS), ο τύπος Α προσωπικότητας μοιάζει με τον τύπο 2, ο τύπος Β προσωπικότητας μοιάζει με τον τύπο 4, ο δε τύπος C προσωπικότητας αντιστοιχεί στον τύπο 1.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ CA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ, ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Γενικά

Αφού εξετάσαμε τους ψυχολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση και εξέλιξη του καρκίνου του μαστού μέσα από τη σχέση που υπάρχει και αναπτύσσεται με τα συναισθήματα και τον καρκίνο, τον καρκίνο και την προσωπικότητα, τον καθοριστικό ρόλο του stress καθώς και των σχέσεων μέσα στην οικογένεια κατά την παιδική ηλικία σε συνάρτηση με τον καρκίνο, θα συνεχίσουμε με τον εντοπισμό των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της νόσου στο τρίπτυχο άτομο- οικογένεια- κοινωνικό περιβάλλον.

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα έχουν διαμορφώσει με το πέρασμα του χρόνου το κοινωνικό στίγμα της νόσου δημιουργώντας μια δυσλειτουργική στάση απέναντι στο θέμα του καρκίνου. Μια στάση που επηρεάζεται και ενισχύεται από την προκατάληψη που γεννά η παραπληροφόρηση και από τον φόβο που δημιουργεί η ίδια η ασθένεια.

Κατά συνέπεια, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο ξεκινούν από την «κοινωνική ταυτότητα» της νόσου. Ο τρόπος δε που θα βιώσει ο κάθε ασθενής την κατάσταση που γεννά ο καρκίνος θα εξαρτηθεί άμεσα τόσο από τη δική του αντίληψη περί καρκίνου όσο και του περιβάλλοντός του, οικογενειακού και κοινωνικού (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

ι. Στο άτομο που νοσεί

*«Δεν μπορείς να αποφύγεις τα πουλιά
της λύπης να πετάζουν πάνω από το
κεφάλι σου. Μπορείς όμως να μην
τα αφήσεις να χτίσουν φωλιά μέσα του».*

Κινέζικη Παροιμία

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα χρόνιο νόσημα το οποίο συχνά συνεπάγεται ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, σε αρκετές περιπτώσεις πόνο και τελικά θάνατο. Η πορεία του καρκίνου όπως και κάθε άλλου χρόνιου, εξελικτικού και θανατηφόρου νοσήματος συνεπάγεται όπως αναφέραμε και πιο πάνω- σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τόσο στους αρρώστους όσο και στο περιβάλλον τους. Φυσικά δεν πρέπει να αγνοήσουμε ότι σοβαρές επιπτώσεις συνεπάγεται το νόσημα και για τους επαγγελματίες υγείας, γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ. που

ασχολούνται με καρκινοπαθείς (Ρηγάτος, 1985) θέμα που θα αναπτυχθεί στο επόμενο κεφάλαιο.

Στο σημείο αυτό θα αναπτύξουμε τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις του Ca του μαστού στη γυναίκα που νοσεί, επιπτώσεις που εμφανίζονται ήδη από την υπόνοια της νόσου εντείνονται κατά τη διάγνωση αυξάνονται κατά την πορεία της νόσου για να κορυφωθούν κατά το τελικό στάδιο.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ Ή ΑΠΟΚΡΥΨΗ ΤΗΣ ΑΛΗΘΙΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Όλη η σχέση γιατρού-αρρώστου είναι μια σχέση επικοινωνίας. Ένα καίριο σημείο με ιδιαίτερες δυσκολίες στην επικοινωνία, που όμως μπορεί να δρομολογήσει πλήθος ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων είναι η ανακοίνωση ή η απόκρυψη της αληθινής διάγνωσης.

«Ο καρκινοπαθής και η αλήθεια» είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της ιατρικής. Θα πρέπει από την αρχή να τονισθεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες.

Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ έχει επικρατήσει τα τελευταία χρόνια, η άποψη της ανακοίνωσης στον άρρωστο όλης της αλήθειας σχετικά με τη νόσο του και λεπτομερειών σχετικά με την πρόγνωση, και εκεί τα πράγματα δεν ήταν πάντα έτσι. (Ρηγάτος, 1985).

Στη μελέτη που έγινε στη Philadelphia το 1953 μεταξύ 442 γιατρών, ποσοστό 31% απάντησε πως πάντα ή συνήθως λένε τη διάγνωση στον άρρωστο, ενώ 69% απάντησε πως σπάνια τη λένε ή δεν την ομολογούν ποτέ. Στις αρχές της δεκαετίας του 60 οι γιατροί αμερικανικών νοσοκομείων εξακολουθούν να κρύβουν την αλήθεια από τον άρρωστο. Ποσοστό 90% από 219 γιατρούς που ρωτήθηκαν είπαν πως γενικά δεν πληροφορούν τον άρρωστο πάνω στις καίριες αλήθειες. Η στάση αυτή όμως αυτή φαίνεται πως αναθεωρήθηκε μέσα σε μια μόλις δεκαετία. Μελέτη που έγινε το 1970 με ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 178 γιατρούς έδειξε πως 66% ενημερώνουν μερικές φορές, 25% λένε πάντα την αλήθεια και 9% δεν λένε ποτέ την αλήθεια. Πιο πρόσφατη μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ (1979) μεταξύ 264 γιατρών δείχνει πλήρη αναστροφή των στάσεων και απόψεων του 1961, 97% των γιατρών προτιμούν να λένε στους αρρώστους την ακριβή διάγνωση (ο.π.).

Τα στοιχεία που υπάρχουν για τις απόψεις μεταξύ των Ελλήνων γιατρών προέρχονται από την εργασία των Χρηστάκι και Μάνου (1980). Στη μελέτη αυτή ρωτήθηκαν με έντυπα ερωτηματολόγια 71 γιατροί από αντικαρκινικά νοσοκομεία της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης. Από τους γιατρούς αυτούς 73% δεν λένε στον άρρωστο τη πραγματική διάγνωση, αλλά ποσοστό 41% έχει τη γνώμη πως η πολιτική αυτή θα πρέπει να αλλάξει. Από τους 71 γιατρούς πάντως και αυτούς που λένε και αυτούς που δεν λένε την αληθινή διάγνωση –ποσοστό 75% δεν ομολογεί την πρόγνωση της αρρώστιας (ο.π.).

Αλλά το πρόβλημα φαίνεται να απασχολεί εκτός από τους γιατρούς και τον κόσμο αν κρίνουμε από άρθρα με ανάλογο περιεχόμενο σε εφημερίδες μεγάλης κυκλοφορίας, από εκπομπές στην τηλεόραση κλπ. (ο.π.).

Στην Ελλάδα όπου ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν την αλήθεια μαθαίνοντάς την έμμεσα είτε από τα μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι είτε από τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία επιβάλλονται κλπ. Το βασικό σημείο σχετικά με την πληροφόρηση δεν είναι τόσο αν πρέπει ή δεν πρέπει να πληροφορείται ο ασθενής ότι έχει καρκίνο, όσο η διαδικασία με την οποία καταλήγουμε σ' αυτή την απόφαση. Έτσι, μια τόσο σημαντική απόφαση μπορεί να λυθεί αυθαίρετα από κάποιον αγχώδη συγγενή του ασθενή, ο οποίος δεσμεύει τον γιατρό να αποκρύψει την αλήθεια (G.Pinderis, 1981).

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να κάνουμε ένα διαχωρισμό ανάμεσα στο βραχυπρόθεσμο και τον μακροπρόθεσμο ψυχολογικό αντίκτυπο που έχει πληροφόρηση στον ασθενή.

Η αποθάρρυνση, η κατάθλιψη και τα γενικά συναισθήματα που επιδρούν με δυσμενή τρόπο στην ανοσοποιητική δραστηριότητα του ασθενή, ανήκουν στις βραχυπρόθεσμες ψυχολογικές αντιδράσεις του (G.Pinderis, 1981).

Όμως σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών υπάρχουν ενδείξεις ότι η πληροφόρηση παίζει εποικοδομητικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας διότι, από τη μία τους οδηγεί σε μια ριζική αναθεώρηση του μέχρι τώρα τρόπου ζωής και από την άλλη τους κάνει να παίρνουν περισσότερο σοβαρά τη θεραπεία τους απ' ό,τι οι ασθενείς που δεν έχουν επίγνωση της κατάστασής τους (ο.π.)

Βέβαια το θέμα της πληροφόρησης του ασθενούς έχει και φιλοσοφικές διαστάσεις, μερικές από τις οποίες συνοψίζονται στα παρακάτω ερωτήματα (ο.π.)

A. Δικαιούται ένας ασθενής να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας του;

B. Δικαιούται ένας ενήλικας (γιατρός ή συγγενής) να αποφασίζει για την αποκάλυψη ή την απόκρυψη στοιχείων που αφορούν την υγεία κάποιου άλλου ενήλικα; Αν η απάντηση είναι «ναι» από πού αντλεί αυτό το δικαίωμα;

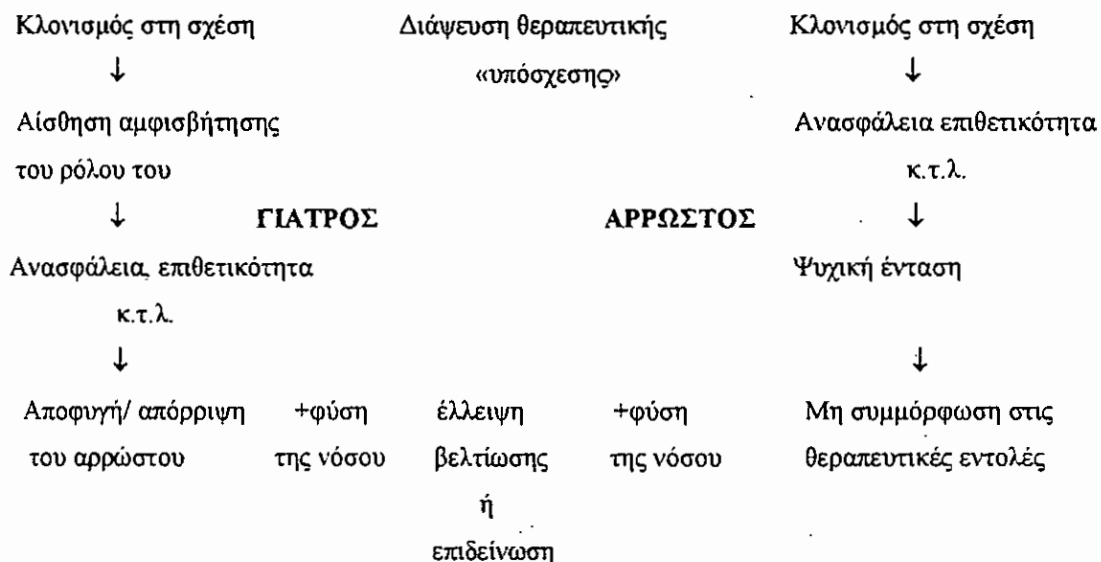
Εκτός όμως και από το φιλοσοφικό υπάρχει και το πρακτικό μέρος το οποίο χρειάζεται να ληφθεί υπόψιν σχετικά με το θέμα της πληροφόρησης του ασθενούς. Μία από τις συνέπειες της απόκρυψης του καρκίνου από τον ενδιαφερόμενο είναι ότι δεν του δίνεται η ευκαιρία να τακτοποιήσει οικονομικές και άλλες εκκρεμότητες που ενδεχομένως έχει, δημιουργώντας έτσι σοβαρές συνέπειες για τον εαυτό του και την οικογένειά του (ο.π.)

Το γεγονός ότι ο καρκίνος στην αντίληψη του γενικού πληθυσμού ισοδυναμεί με θάνατο, οξύνει τα πράγματα. Έτσι η

αναγγελία της διάγνωσης κινητοποιεί φόβο θάνατου που παραλύει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς, με επιπτώσεις στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ασθενούς (Ρηγάτος, 1985).

Από την άλλη πλευρά εκτός από τα ηθικά και πρακτικά προβλήματα που δημιουργεί η απόκρυψη της αλήθειας είναι και τα ιατρικά. Τα κυριότερα από αυτά είναι (ο.π.):

- 1) Η έλλειψη συνεργασιμότητας (Compliance) και η εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών.
- 2) Κλονισμός στη σχέση γιατρού- αρρώστου από τη συνεχή διάψευση του γιατρού. Αυτό δημιουργεί αμφίδρομη ένταση, έχει επίδραση στον ψυχισμό του αρρώστου, συνεπάγεται επιδείνωση της συνεργασιμότητας κλπ. (Βλ. σχήμα 1)



Σχήμα 1 Μοντέλο που δείχνει τη διατάραξη στις σχέσεις γιατρού-αρρώστου κατά την απόκρυψη της διάγνωσης (Ρηγάτος, 1985).

- 3) Ακόμα ποικίλες εκκρεμότητες στην ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του αρρώστου με διάφορες συνέπειες είναι φυσικό επακόλουθο της απόκρυψης της αλήθειας.

Παραδοσιακά ο ρόλος του ασθενούς είναι ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης, ενώ ο ρόλος του γιατρού είναι ρόλος αυταρχικός και εξουσιαστικός με αποτέλεσμα η σχέση των δύο μερών να είναι έντονα φορτισμένη συναισθηματικά. Σύμφωνα με τη σύγχρονη αντίληψη, η σχέση γιατρού - ασθενούς προϋποθέτει μια καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Όταν η συναισθηματική σύζευξη γιατρού- ασθενούς είναι παρούσα, η επικοινωνία με τον ασθενή είναι ουσιαστικότερη και οι ψυχολογικές του αντιδράσεις μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά. Στη σύγχρονη κλινική πράξη, ο γιατρός πρέπει συστηματικά να αποφεύγει το δίλημμα «ναι ή όχι» στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών γενικώς και αδιακρίτως. Η τακτική του θα πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς και μετά από στάθμιση των ιδιαιτέρων συνθηκών του περιβάλλοντός του (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Μετά τη φάση της διάγνωσης και της πληροφόρησης με όλες τις συνέπειες που υπαινικτικά αναφέραμε ακολουθεί η φάση του θεραπευτικού προβληματισμού. Οι διάφορες μέθοδοι για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού εκτός από το

«επιθυμητό» τους αποτέλεσμα συνεπάγεται συχνά και ανεπιθύμητες ενέργειες είτε (κύρια) βιολογικές, είτε (κύρια) ψυχοκοινωνικές.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η χειρουργική θεραπεία είναι η παλαιότερη από τις μεθόδους παρέμβασης στον καρκίνο. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της χειρουργικής επέμβασης είναι εν μέρει κοινές άσχετα από τον τύπο του νεοπλάσματος και εν μέρει ειδικές, σχετιζόμενες με τον τύπο του νεοπλάσματος. Είναι δηλαδή διαφορετικά τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα μιας γυναίκας με μαστεκτομή λ.χ. από εκείνα ενός νέου με ακρωτηριασμένο μέλος ή ενός μεσήλικα με κολοστομία. Στο σημείο αυτό θα σταθούμε στο θέμα της μαστεκτομημένης γυναίκας με όλες τις συνέπειες της χειρουργικής επέμβασης.

α.Μαστεκτομή. Η μαστεκτομή ως ιατρική και θεραπευτική πράξη αντιμετώπισης του καρκίνου του στήθους συχνά επιβάλλεται σαν προληπτικό μέτρο και θεραπεία. Παρά το γεγονός ότι οι μαστεκτομημένες γυναίκες πληθύνονται η ελληνική κοινωνία τις περιβάλλει με σωρό προκαταλήψεων που έχουν ως συνέπεια την απόρριψη αυτών των γυναικών από το κοινωνικό σύνολο και αρκετές φορές από το άμεσα οικογενειακό τους περιβάλλον (Λ.Μπούτη 1987).

Ο φόβος του καρκίνου και της μαστεκτομής είναι διεθνώς η κυριότερη αιτία καθυστερημένης προέλευσης για εγχείρηση, που

σημαίνει ότι μια θεραπεία μπορεί να δημιουργεί προβλήματα πριν καν εφαρμοστεί. Ο φόβος αυτός είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά σπουδαίας συμβολικής σημασία του οργάνου αυτού για τη γυναίκα. Η γυναίκα με μαστεκτομή κυριεύεται από αισθήματα ανεπάρκειας του ρόλου της, εφόσον ο μαστός συμβολίζει την αγάπη, την εμπιστοσύνη την ασφάλεια, τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Είναι όργανο που παρέχει στο βρέφος τροφή και συνακόλουθα ευχαρίστηση, αγάπη και αίσθημα ασφάλειας. Για τη γυναίκα συνυφαίνεται με την αγάπη που μπορεί να προσφέρει, είναι δηλαδή δεμένο με τη μητρότητα και τη θηλυκότητα. Για τον άνδρα σημαίνει ότι θα του εκπληρώσει τις επιθυμίες και θα του προσφέρει αγάπη. Για όλα αυτά η αφαίρεση του μαστού παίρνει διαστάσεις μιας καταστροφικής απώλειας (Ρηγάτος, 1985).

Τυχόν συνοδές δυσμορφίες όπως παραμορφώσεις του θώρακα και της μασχάλης, οίδημα, δυσχέρεια στην κινητικότητα και περιορισμό της δραστηριότητας δημιουργούν πρόσθετες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις (ο.π.).

β. Η πορεία της Ελληνίδας για μαστεκτομή. Η πορεία που ακολουθούν μέχρι και σήμερα οι Ελληνίδες για τη μαστεκτομή είναι η ίδια για όλες. Εγκαταλείπονται μόνες τους στο αναπόφευκτο της εγχείρησης για την αφαίρεση του μαστού. Συνήθως η διάγνωση γίνεται από παθολόγο ή χειρουργό, ακολουθούν οι σχετικές εξετάσεις και μόλις βγουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων της ανακοινώνονται, ενώ ταυτοχρόνως προετοιμάζονται οι τυπικές

διαδικασίες για την εγχείρηση. Η γυναίκα που πρόκειται να μαστεκτομηθεί αφήνεται αβοήθητη χωρίς καμία υποστήριξη από ειδικούς να ξεπεράσει το σοκ της εγχείρησης. Η έλλειψη πληροφοριακού υλικού και οι πρακτικά απληροφόρητες υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας είναι η αιτία που η ελληνίδα γυναίκα πέφτει θύμα της παραπληροφόρησης (Λ. Μπούτη 1987).

Η ανασφάλεια για το μέλλον, ο φόβος του θανάτου, η ντροπή που αισθάνεται για το σώμα που θα έχει μετά την εγχείρηση την αποπλίζουν. Παραδίνεται στην «αυθεντία» των γιατρών, στους οποίους χρεώνει το πρόβλημά της και τους θεωρεί ως αποκλειστικά υπεύθυνους για την εξέλιξη της υγείας της (ο.π.).

Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες η μαστεκτομημένη ελληνίδα ακυρώνεται ως άνθρωπος και ως κοινωνική και πολιτική υπόσταση. Υποκλίνεται στην αυθεντία του ιατρικού μοντέλου και όπως είναι φυσικό οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό την ενημερώνουν μόνο σε ότι έχει σχέση με την αρμοδιότητά τους και όχι για γενικότερα ζητήματα που αφορούν την αποκατάστασή της στις νέες απαιτήσεις που έχει το νέο της σώμα και την αναπροσαρμογή της στη σεξουαλική ζωή (ο.π.).

Το ιατρικό μοντέλο ακόμα κι αν έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει για όσο καιρό θα μείνει στο νοσοκομείο, σίγουρα δεν μπορεί να κάνει το ίδιο όταν αυτή θα επιστρέψει στην κοινότητα (ο.π.).

γ. Η επιστροφή στην κοινότητα. Μόλις περάσει το σύντομο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο η μαστεκτομημένη γυναίκα επιστρέφει στο σπίτι, στη δουλειά αντιμέτωπη με τον οίκτο που της απευθύνουν όλοι εκείνοι με τους οποίους πριν την μαστεκτομή συμβίωνε, συνεργαζόταν και συναναστρεφόταν. Η κατάσταση είναι ακόμα χειρότερη στην περίπτωση που η μαστεκτομημένη ακόμα και μετά την απομάκρυνσή της από το νοσοκομείο συνεχίζει να υποβάλλεται σε θεραπείες οι οποίες συνήθως αλλοιώνουν τα εξωτερικά της χαρακτηριστικά. Η αλλαγή της εξωτερικής της εμφάνισης και η αδυναμία της να κρύψει τις παρενέργειες των θεραπειών, προκαλούν τις ερωτήσεις αυτών που την συναναστρέφονται στις οποίες αν θέλει να είναι κοινωνική θα απαντήσει. (Λ. Μπούτη 1987).

Η οικογενειακή, η σεξουαλική και η κοινωνική ζωή των γυναικών αυτών συνήθως διαταράσσεται. Οι διαπροσωπικές σχέσεις που είχαν αναπτύξει στο παρελθόν οξύνονται ανησυχητικά στο σύνολό τους, ακόμα και εκείνες οι σχέσεις που λογικά δεν καθορίζονται σε σχέση με τη μαστεκτομή, παίρνουν κρίση που μόνη της η μαστεκτομημένη χωρίς υποστηρικτική βοήθεια είναι αδύνατον να ανταπεξέλθει. Οι σχέσεις των μαστεκτομημένων μητέρων με τα παιδιά τους πολλές φορές εντείνονται ειδικά όταν οι μητέρες απωθούν τα παιδιά τους ή αρνούνται λ.χ. να κάνουν μαζί τους μπάνιο στη θάλασσα, ίσως γιατί ντρέπονται (ο.π.)

Η μαστεκτομημένη ελληνίδα είναι αναγκασμένη να υποβάλλεται σε ανάκριση ή να γίνεται αντικείμενο δυσμενών

σχολίων που προέρχονται από γνωστούς και άγνωστους συνανθρώπους τους. Η κοινότητα αντί να τις υποστηρίξει τις αναγκάζει να υποδυθούν το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου. Η «αποπομπή» των γυναικών αυτών από την κοινότητα έχει ως συνέπεια την περιθωριοποίησή τους από το κοινωνικό σύνολο. Το ψυχικό κόστος της περιθωριοποίησης επιβαρύνει την ήδη συντετριμμένη σωματική και ψυχική τους υγεία, κατά συνέπεια οι γυναίκες αυτές αφήνονται στην τύχη να επιλέξουν τις συνθήκες για τη σωματική, ψυχική, οικογενειακή και κοινωνική «καταστροφή» (ο.π.)

Η μαστεκτομημένη ελληνίδα είναι ανυποστήρικτη στο νεοελληνικό πολιτισμό όσο αυτός θα παραπαίει μεταξύ ετερόκλητων πολιτιστικών τάσεων που οι έλληνες και ελληνίδες αφελώς υιοθετούν.

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ

1^η φάση- Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, η γυναίκα με Ca μαστού αντιδρά με πανικό και σοκ που ακολουθούνται από άρνηση που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η

πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, η ασθενής θα πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν ένα φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν ένα συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστια στην οικογενειακή ζωή, στην επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά, και δεύτερον με την κακοήθεια της αρρώστιας που βιώνεται ως μία απειλή στη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Ωστόσο ο τρόπος κατά τον οποίο η ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της (στην ίδια και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά της προβλήματα ανοιχτά και επικοινωνητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή της στο στάδιο αυτό (ο.π.).

Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν ένα μέρος μιας απαραίτητης διεργασίας που βοηθά την ασθενή να

δεχθεί προοδευτικά την πραγματικότητα, να καταλάβει τη σοβαρότητα της αρρώστιας και να συνεργαστεί για τη θεραπεία της (ο.π.).

2^η φάση- Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας.

Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν, να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν, θα δημιουργεί το φόβο για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή (χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεχα τη διατροφή μου) (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1986).

Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις

όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό, κλπ. (ο.π.).

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της καρκινοπαθούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μη μπορεί να εργαστεί πια, να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που πριν την ευχαριστούσαν. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας, η ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά της θα την εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς είναι πράοι και υπάκουοι, χωρίς παράπονα ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους στο να τους εγκαταλείψουν (ο.π.).

Τη στιγμή που ο μακρύς αγώνας κατά του καρκίνου μοιάζει να οδηγεί με επιτυχία σε ένα τέλος η υποτροπή αναγκαστικά περιορίζει και πάλι τις ελπίδες και τα όνειρα που είχαν δημιουργηθεί και συγχρόνως προκαλεί ένα αίσθημα ματαιότητας, αδικίας, πικρίας, θυμού και ανασφάλειας (ο.π.).

3^η φάση - Τελικό στάδιο

Σαν «καρκίνο τελικού σταδίου» ή «τελική φροντίδα» χαρακτηρίζουμε τη φάση εκείνη της νόσου όπου το φαινόμενο του

θανάτου αρχίζει να πλησιάζει ή είναι σχεδόν βέβαιο και κοντινό (Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, 1989).

Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο, θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανών να έχει δει πολλούς αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια αρρώστια (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1986).

Σπάνια ο άρρωστος φθάνει σε μια πλήρη αποδοχή. Τις περισσότερες φορές συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει συμφιλιωθεί ή θέλει να πεθάνει. Απλά αντιλαμβάνεται ότι «ήρθε ο καιρός πια...», «ήταν μοιραίο να γίνει...» και ότι ο θάνατος αποτελεί ένα φυσικό επακόλουθο καθώς συμπληρώνεται ο κύκλος ζωής. Παρόλο που ενδεχόμενα υποφέρει ή θυμώνει με τη σκέψη ότι θα χάσει ότι αγάπησε περισσότερο στη ζωή, δεν αρνείται ότι αυτός ο αποχωρισμός είναι αναπόφευκτος. Υπάρχουν βέβαια και άρρωστοι που αρνούνται να συνειδητοποιήσουν ότι πεθαίνουν. Στην ουσία οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν την αλήθεια αλλά αρνούνται την αποδοχή της σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Καθένας τους έχει τον δικό του ρυθμό που αφομοιώνει και συνειδητοποιεί την πραγματικότητα, και είναι σημαντικό να σεβόμαστε τον τρόπο που διαλέγει κάθε άτομο για να αντιμετωπίσει τον θάνατό του (ο.π.).

Ο θάνατος δεν είναι «φοβερός» ή «μη φοβερός». Δεν είναι θετικός, αλλά ούτε και αρνητικός. Κάθε άτομο του αποδίδει τη δική του ερμηνεία και σημασία. (ο.π.).

Σύμφωνα με τον Leming (1979) υπάρχουν 8 μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατό του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες, στη μία συμπεριλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of dying), ενώ στη δεύτερη, οι φόβοι περιστρέφονται γύρω από το ίδιο το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του πεθαμένου (state of being dead).

Φόβοι σχετικά με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο

- * φόβος ταπείνωσης
- * φόβος εξάρτησης
- * φόβος πόνου
- * φόβος απομόνωσης
απόρριψης και μοναξιάς
- * φόβος αποχωρισμού
από αγαπημένα άτομα

Φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού

- * φόβος οριστικότητας του θανάτου
- * φόβος για την τύχη του σώματος μετά τον θάνατο.
- * φόβος για τη μεταθανάτια ζωή ή άλλη κατάσταση.

Ο φόβος εξάρτησης

Αυτός ο άρρωστος φοβάται περισσότερο μη χάσει τον αυτοέλεγχό του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητές του καθώς και η ανεξαρτησία του. Τον απασχολεί

ιδιαίτερα το γεγονός ότι αποτελεί βάρος για τους άλλους ή ότι εξαρτάται αποκλειστικά από αυτούς.

Ο φόβος του πόνου

Κάθε άρρωστος ανέχεται καλύτερα τον πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει, ή όταν γνωρίζει ότι στη συνέχεια θα ανακουφιστεί. Γι' αυτόν όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου ή της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε δυσλειτουργίας εντείνεται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια για να νιώσει και πάλι καλύτερα. Φοβάται συχνά έναν επώδυνο, αργό ή μακρύ θάνατο χωρίς να μπορεί να καταλάβει το «γιατί».

Ο φόβος της ταπείνωσης

Ο άρρωστος που πλησιάζει στο θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μονάχα απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητάς του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητάς του.

Ο φόβος της απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς

Από τους συνηθέστερους και εντονότερους φόβους του αρρώστου είναι ο φόβος της εγκατάλειψης από το περιβάλλον του. Συχνά συγγενείς που υποφέρουν να τον βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται από αυτό, ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα.

Ο φόβος του αποχωρισμού

Κάθε άρρωστος που πεθαίνει είναι φυσικό να «θρηνεί» για τον αποχωρισμό που επίκειται από την οικογένεια και τους φίλους του. Τον προβληματίζει πως θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς του τον θάνατό του, τι θ' απογίνουν οι δικοί του χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειάς του.

Ο φόβος μπρος στη μεταθανάτια ζωή ή σε άλλη κατάσταση

Για πολλούς αρρώστους το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο από κάθε τι άλλο, ενώ μερικοί φοβούνται τη «θεία δίκη» που μπορεί να τους τιμωρήσει στη μετέπειτα ζωή τους. Άλλοι πάλι τρομάζουν με τη σκέψη ότι μπορεί να υπάρχουν πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ μερικοί πανικοβάλλονται με την ιδέα ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

Ο φόβος μπρος στην οριστικότητα του θανάτου

«Τι θα γίνουν τα ανεκπλήρωτα σχέδια και στόχοι που έχω στη ζωή μου», «Θα χάσω την ταυτότητά μου», «Θα μπορώ να σκέφτομαι... Θα υπάρχω όταν πεθάνω», «Και όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ». Όλα αυτά είναι ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε άρρωστο και ιδιαίτερα σε κείνον που φοβάται έντονα την οριστικότητα και το αμετάκλητο του θανάτου.

Ο φόβος για την τύχη του σώματος

Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα έγνοιες που δημιουργούν έντονο άγχος.

Βέβαια κάθε άτομο μπορεί να βιώνει έναν ή περισσότερους από αυτούς τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό.

Σήμερα ο θάνατος τείνει να γίνει παρόμοιος σε όλες τις χώρες του δυτικού κόσμου και λογίζεται περισσότερο τρομακτικός γιατί είναι πιο μηχανικός και πιο απάνθρωπος. Αυτό οφείλεται στον αποχωρισμό του ατόμου από το χώρο του σπιτιού, τους οικείους κλπ., εξαιτίας των κοινωνικών μεταβολών. Έτσι στη χώρα μας ενώ το 1956 οι θάνατοι που συνέβαιναν σε νοσοκομεία ήταν το 17,5% του συνόλου, το 1981 είχαν φτάσει το 50% του συνόλου. Σημαντικά επηρεάζεται η ψυχολογική κατάσταση του ετοιμοθάνατου από τη στάση των συγγενών, των γιατρών, του νοσοκομειακού προσωπικού, των άλλων αρρώστων κλπ. Η απομόνωση, η μειωμένη ενασχόληση του προσωπικού η συντόμευση της απασχόλησης των γιατρών δηλώνουν στον βαριά ασθενή την οριστική του καταδίκη (Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, 1989).

Αλλά ο φυσικός θάνατος όπου όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει και ο κοινωνικός θάνατος όπου ο ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή με εγκατάλειψη των συγγενών. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος όπου ο

ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένα και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κάθε άτομο που η ζωή του απειλείται από μια σοβαρή αρρώστια, βιώνει μια ψυχολογική διεργασία καθώς πορεύεται προς το θάνατο και η οποία ονομάζεται “process of dying” (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Πότε αρχίζει η διεργασία του θανάτου;

Μερικοί υποστηρίζουν ότι αρχίζει όταν ο γιατρός εξακριβώνει τα κρίσιμα γεγονότα και βάζει τη διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή του ατόμου αρρώστιας. Άλλοι πάλι εντοπίζουν την αρχή της διεργασίας θανάτου στην περίοδο που ο ασθενής ενημερώνεται για τη διάγνωση και την πρόγνωση της αρρώστιας. Ενώ άλλοι πιστεύουν ότι αυτή αρχίζει όταν πια ο ίδιος ο ασθενής συνειδητοποιεί το γεγονός ότι η αρρώστια τον οδηγεί στο θάνατο. Τέλος μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η διεργασία θανάτου αρχίζει

όταν κανένα θεραπευτικό σχήμα δεν μπορεί πια να διατηρήσει τον άρρωστο στη ζωή (ο.π.).

Είναι φανερό πως δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη στιγμή που αποτελεί την αρχή της «διεργασίας θανάτου».

Παρόλα αυτά, επιστήμονες που ασχολούνται και φροντίζουν άτομα με σοβαρές αρρώστιες, περιγράφουν ορισμένα θεωρητικά μοντέλα που αποβλέπουν στη βαθύτερη κατανόηση των αντιδράσεων και συναισθημάτων που βιώνει το άτομο από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το θάνατό τους.

Τρία από τα γνωστότερα αυτά θεωρητικά μοντέλα είναι της Elisabeth Kübler - Ross, του Mansell Pattison, και του Edwin Schneidman.

A. Σύμφωνα με την E. Kübler - Ross (1979) η διεργασία του θανάτου διακρίνεται σε πέντε στάδια:

1. Στάδιο άρνησης
2. Στάδιο θυμού
3. Στάδιο της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος
4. Στάδιο της κατάθλιψης
5. Στάδιο της αποδοχής

Στάδιο της άρνησης. Ο άρρωστος αρνείται το γεγονός της αρρώστιας του «όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ... κάποιο λάθος έγινε στη διάγνωση». Η άρνηση είναι ένας φυσιολογικός τρόπος αντίδρασης όταν η πραγματικότητα είναι πολύ οδυνηρή. Είναι μια αυτοπροστασία που επιτρέπει στον άρρωστο να συνειδητοποιήσει

σταδιακά το γεγονός. Σιγά σιγά αυτή η αρχική άρνηση αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή της νέας κατάστασης.

Στάδιο θυμού. «Γιατί να τύχει σε μένα αυτό το κακό». Αυτός ο θυμός πηγάζει από μια βαθιά απογοήτευση, μια αίσθηση αδικίας, αδυναμίας, ανημποριάς, που συχνά μετατίθεται προς διάφορες κατευθύνσεις. Έτσι ο άρρωστος άλλοτε τα βάζει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το θεό τους συγγενείς, μερικές φορές μάλιστα στρέφει το θυμό προς τον ίδιο του τον εαυτό τον οποίο και φορτώνει με ενοχές «έκανα λάθη στη ζωή μου και με τιμώρησε ο θεός».

Στάδιο διαπραγμάτευσης ή παζαρέματος. Ο άρρωστος αποδέχεται την αρρώστιά του αλλά έχει την τάση να κάνει συμφωνίες για να απομακρύνει ή να αναβάλει το θάνατο. Παζαρεύει με το θεό, κάνει τάματα, υπόσχεται καλή συμπεριφορά προς τους γιατρούς του ή αφιερώνει τη ζωή του στην εκκλησία με την ελπίδα ότι θα γίνει καλά ή θα παρατείνει την επιβίωσή του.

Στάδιο της κατάθλιψης. Καθώς η κατάσταση του αρρώστου χειροτερεύει και πολλαπλασιάζονται τα συμπτώματά του, δυσκολεύεται να κρύψει τη θλίψη και την απελπισία του. Από τη μια πλευρά η πίκρα του πηγάζει από μια σύγκριση ανάμεσα στο πως «ήταν» στο παρελθόν και πως «είναι» τώρα που πλησιάζει προς τον θάνατο. Από μια άλλη πλευρά όμως ο πόνος του είναι συνδεδεμένος με τον επικείμενο θάνατό του και τον αποχωρισμό του από τη ζωή και την αγαπημένα του πρόσωπα.

Στάδιο της αποδοχής. Είναι μια περίοδος εσωτερικής ηρεμίας όπου ο άρρωστος έχει πάψει να αγωνίζεται, και συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου. Έχοντας τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις του νιώθει ήρεμος, έτοιμος να πεθάνει. Η επικοινωνία που έχει με το περιβάλλον του είναι ελάχιστη στο λεκτικό επίπεδο, ενώ με το βλέμμα και τη συμπεριφορά του εκφράζει αυτή την αποδοχή.

Η Kübler - Ross τονίζει ότι αυτά τα στάδια δεν διαδέχονται το ένα το άλλο. Μπορεί για παράδειγμα, κάποιος άρρωστος να παραμείνει για καιρό σε ένα απ' αυτά ή να επανέλθει σε προηγούμενα στάδια ακόμα κι αν έχει φτάσει στο σημείο ν' αποδέχεται το θάνατό του. Παρόλα αυτά η σημαντικότερη κριτική σ' αυτό το θεωρητικό μοντέλο επικεντρώνεται στη διαδοχικότητα με την οποία η Kübler - Ross περιγράφει τα στάδια τα οποία στην πραγματικότητα συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται. Όταν το προσωπικό που φροντίζει τον άρρωστο προσπαθεί να κατατάξει τη συμπεριφορά του στα πλαίσια ενός σταδίου, τότε υπάρχει ο κίνδυνος να παραβλέψει τη μοναδικότητα και ατομικότητα του κάθε αρρώστου (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

B. Κατά τον M. Pattison (1977) η διεργασία του θανάτου περιλαμβάνει τρεις σημαντικές κλινικές φάσεις:

1. Τη φάση της οξείας κρίσης
2. Τη χρόνια μεταβατική φάση
3. Την τελική φάση

Η φάση της οξείας κρίσης αρχίζει τη στιγμή που το άτομο ενημερώνεται για τη διάγνωση της αρρώστιας που απειλεί τη ζωή του. Έτσι η διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας φέρνει το άτομο αντιμέτωπο ξαφνικά με μία έντονη κρίση. Αυτή η κρίση οφείλεται στη γνώση ότι θα πεθάνει εξαιτίας της αρρώστιάς του.

Όλες οι προσδοκίες και τα όνειρά του για το μέλλον αλλάζουν ριζικά, ενώ παράλληλα κορυφώνεται το άγχος του μπρος στην απειλή του θανάτου. Βέβαια κάθε άρρωστος αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη φάση αυτή της οξείας κρίσης. Άλλοι αντιδρούν με άγχος, πανικό, μια έντονη αίσθηση ότι είναι αδύναμοι, αβοήθητοι, ευάλωτοι και ολομόναχοι σ' αυτήν την εμπειρία. Άλλοι πάλι νιώθουν ένα πάγωμα, μια αίσθηση αποπροσωποποίησης. Μερικοί εκδηλώνουν συναισθήματα ανεπάρκειας, σύγχυσης, αμηχανίας και προσωρινής άρνησης των γεγονότων.

Η χρόνια μεταβατική φάση από τη ζωή προς το θάνατο χαρακτηρίζεται από πολλαπλές απώλειες (απώλεια ελέγχου, ανεξαρτησίας, ασφάλειας, δραστηριότητας, λειτουργικότητας, κοινωνικών σχέσεων κλπ.) στις οποίες μαθαίνει ο άρρωστος σιγά σιγά να προσαρμόζεται. Στη φάση αυτή μερικές από τις συνηθέστερες καταστάσεις που αντιμετωπίζει τόσο το άτομο όσο και η οικογένειά του είναι:

- περίοδοι ύφεσης της αρρώστιας και αλλεπάλληλων υποτροπών.
- Έντονη θεραπευτική αγωγή με παρενέργειες.

- Διλήμματα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις προτεινόμενες θεραπευτικές επεμβάσεις.
- Περίοδοι αβεβαιότητας που συχνά οδηγούν στην αναστάτωση ή αποδιοργάνωση της οικογένειας.
- Αυξημένες σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις.
- Βαθμιαία κατάπτωση του αρρώστου, την οποία βιώνουν και τα μέλη της οικογένειας στα πλαίσια μιας συναισθηματικής διεργασίας προπαρασκευαστικού θρήνου.

Η τελική φάση αρχίζει όταν το άτομο αποσύρεται συναισθηματικά από το περιβάλλον του, μειώνει τις σχέσεις και την επικοινωνία μαζί του και προοδευτικά κλίνεται στον εαυτό του. Οι ελπίδες του πλέον δεν βασίζονται σε προσδοκίες ενός «θαύματος» ή κάποιου «νέου φαρμάκου» που θα μπορούσε να τον σώσει, αλλά σε ενδόμυχες επιθυμίες να μπορούσε να θεραπευθεί, γνωρίζοντας όμως παράλληλα ότι αυτό είναι πια αδύνατο.

Ο Pattison ισχυρίζεται ότι αυτές οι τρεις φάσεις αποτελούν μια τεχνητή διαίρεση μιας μακρόχρονης περιόδου που αρχίζει με την ανακοίνωση μέχρι της στιγμή του θανάτου. Ο ερευνητής ονομάζει ολόκληρη αυτή την περίοδο «Μεσοδιάστημα Ζωής - Θανάτου» (“Living- Dying Interval”).

Γ. Κατά τον Schneidman (1976) δεν υπάρχουν ξεκάθαρα «στάδια» ή «φάσεις» μέσα από τις οποίες περνά ο κάθε άρρωστος.

Αντίθετα, ισχυρίζεται ότι το άτομο ταλαντεύεται ανάμεσα σε αντιφατικές, μη προβλεπόμενες συναισθηματικές μεταπτώσεις από ελπίδα σε δυσπιστία, από άρνηση σε αποδοχή κλπ. Τη μια μέρα κάνει όνειρα για το μέλλον του και την επομένη προετοιμάζεται να πεθάνει τακτοποιώντας τις εκκρεμείς υποθέσεις του και αποχαιρετά αγαπημένα πρόσωπα.

Ο Schneidman υποστηρίζει ότι ο καθένας αντιμετωπίζει το θάνατό του με τον ίδιο τρόπο που αντιμετωπίζει τη ζωή του. Αντιδρά χρησιμοποιώντας τους ίδιους μηχανισμούς και την ίδια στρατηγική συμπεριφοράς που χρησιμοποιούσε στο παρελθόν όταν ερχόταν αντιμέτωπος με μια απειλή, αποτυχία, απώλεια, σοκ ή έντονο stress.

Τα θεωρητικά αυτά μοντέλα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν ένα βοηθητικό μέσο, που χρησιμεύει στην περιγραφή και μερική κατανόηση των εμπειριών και συναισθημάτων που βιώνει ένα άτομο όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια σοβαρή αρρώστια και τον ενδεχόμενο θάνατό του. Σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν «κανόνες» για μια ταξινόμηση της συμπεριφοράς του αρρώστου. Κάθε άνθρωπος όπως και κάθε οικογένεια, έχει μια μοναδικότητα στον τρόπο που αντιμετωπίζει τις συνθήκες ζωής αλλά και του θανάτου.

ii. Στην οικογένεια του ατόμου που νοσεί

«Ότι είναι ζωή, πρέπει να γίνει
αγάπη για να μην πεθαίνει κανείς».

Federn P.

Τα τελευταία χρόνια το επίκεντρο της φροντίδας του καρκινοπαθούς μετακινήθηκε από το νοσοκομείο στο σπίτι σαν αποτέλεσμα της μείωσης του μέσου χρόνου επιβίωσης στο νοσοκομείο. Έτσι η οικογένεια αναλαμβάνει μεγαλύτερο ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς. Επί του προκειμένου είναι αναπόφευκτο όλη η οικογένεια να εμπλακεί στα συμπτώματα του ασθενούς, οι διάφορες διαγνωστικές διαδικασίες, τα φάρμακα να μετατρέπονται σε κεντρικό καθημερινό θέμα αυξάνοντας τις εντάσεις, την ανησυχία και τις τριβές μέσα στην οικογένεια (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997).

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΠΡΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η διάγνωση της ασθένειας του καρκίνου, πέρα από τη ρήξη που προκαλεί στη ζωή του ασθενή, θέτοντάς τον σε μια κατάσταση κρίσης, επηρεάζει βαθιά και τα μέλη της οικογένειάς του μια και προκαλεί αλλαγές στην ταυτότητα της οικογένειας, στους ρόλους, καθώς και στις σχέσεις και την επικοινωνία μεταξύ των μελών. Η

καθημερινή ζωή της οικογένειας αλλάζει και ότι παλιότερα ήταν δεδομένο και προβλέψιμο, τώρα δεν είναι πια το ίδιο. Η οικογένεια αποκτά μια καινούρια ταυτότητα και τα μέλη της οικογένειας καλούνται να σκεφτούν τον εαυτό τους κάτω από αυτή τη νέα ταυτότητα και να μάθουν ή να κινητοποιήσουν νέους τρόπους λειτουργίας (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας 1997).

Σήμερα όπως είναι γνωστό, στην ελληνική κοινωνία συνυπάρχουν δύο τύποι οικογένειας, η παραδοσιακή εκτεταμένη με μέλη τριών γενεών και η σύγχρονη πυρηνική, η οποία αποτελείται από τους γονείς και τα παιδιά και είναι προϊόν των σύγχρονων κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων. Ο πρώτος τύπος συναντάται κυρίως στην ύπαιθρο, ο δεύτερος στα αστικά κέντρα. Μεταξύ των δύο τύπων υπάρχουν σαφείς διαφορές ως προς τους ρόλους, τις σχέσεις, τους συγγενικούς δεσμούς, τον προσανατολισμό των αξιών κλπ. Παρ' όλες όμως τις σημαντικές διαφορές δεν βλέπουμε να διαφοροποιείται η πίεση του κοινωνικού στίγματος της νόσου. Διαφορά μπορεί να εντοπιστεί στη βίωση της πίεσης αυτής.

Στην παραδοσιακή οικογένεια, οι καθορισμένοι ρόλοι των μελών, οι στενοί συγγενικοί δεσμοί, η ανάπτυξη της κεντρικής σχέσης μεταξύ γονιών και παιδιών, καθώς και ο προσανατολισμός των αξιών προς το παρελθόν έχουν ευνοήσει ιδιαίτερα την εξάρτηση και την υπερέπρστασία, στάση που χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά της κοινωνίας προς τον ασθενή με καρκίνο. Κάτω από τη στάση αυτή ο καρκίνος γίνεται «οικογενειακό μυστικό, όχι μόνο από τον ασθενή αλλά και τον κοινωνικό περίγυρο». Κάτω από την

πίεση του στίγματος ασθενείς και οικογένεια οδηγούνται σε «κοινωνική απομόνωση», ενώ συχνά ο ασθενής εξαφανίζεται μέσα από το άγχος της οικογένειας. Στην καθημερινή πρακτική όταν κάποιος άρρωστος προχωρημένου σταδίου φτάσει για πρώτη φορά στο αντικαρκινικό νοσοκομείο, η απολογία του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι στερεότυπη «δεν τον φέραμε από την αρχή, γιατί δεν θέλαμε να καταλάβει πως έχει καρκίνο, ούτε στο χωριό να μάθουν ότι νοσηλεύεται «στο αντικαρκινικό» γιατί θα μας βλέπανε με άλλο μάτι». Το «μάτι» αυτό κυμαίνεται από το «θα φοβούνται να μπαίνουν στο σπίτι μας να πιουν έναν καφέ για να μην κολλήσουν» μέχρι «να μην μπορέσουν να παντρέψουν το κορίτσι, με τέτοια αρρώστια που χτύπησε το σπιτικό τους» (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας 1997).

Αντίθετα προς τον τύπο της παραδοσιακής οικογένειας, η ολιγομελής πυρηνική είναι περισσότερο ανεξάρτητη από τους γονείς με σοβαρές αλλαγές στη δομή, λειτουργία και συμπεριφορά των μελών της. Οι αξίες της προσανατολίζονται στο μέλλον, οι συγγενικοί δεσμοί γίνονται χαλαροί και οι ρόλοι δεν είναι απόλυτοι και ξεκαθαρισμένοι. Επικαλύπτονται σε πολλά σημεία μέσα από τη θέση της γυναίκας στην αγορά εργασίας, τη φύλαξη των παιδιών από Baby Sitters ή παιδικούς σταθμούς και χωρίς να μειώνεται η σημασία της σχέσης γονιών- παιδιών αναπτύσσονται παράλληλα οι συζυγικές σχέσεις σε όλα τα επίπεδα. Για τη σύγχρονη όμως οικογένεια θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε σχέση με την παραδοσιακή, βιώνει υποχρεωτικά την ονομαζόμενη «κρίση των

πόλεων», η οποία χαρακτηρίζεται από πληθώρα προβλημάτων όπως π.χ. την πληθυσμιακή κρίση, την οικονομική ή την κρίση των θεσμών. Εάν σταθούμε στην κρίση των θεσμών θα δούμε ότι η οικογένεια και γενικά το παραδοσιακό σύστημα αξιών δεν συμβαδίζει με τις απαιτήσεις του σήμερα, με αποτέλεσμα να αυξάνονται μερικά αστικά κοινωνικά προβλήματα όπως η απομόνωση του ατόμου και η αποξένωση των ανθρωπίνων σχέσεων. Η πυρηνική αστική οικογένεια βιώνοντας την απομόνωση μέσα από το σύγχρονο τρόπο ζωής, δεν εστιάζει το βάρος της απειλής του στίγματος στον κοινωνικό περίγυρο αλλά, μέσα στην ίδια την οικογένεια. Στην περίπτωση αυτού του «θανατηφόρου μυστικού» είτε παρεμβαίνει και απαιτεί από τον γιατρό να το μοιραστεί μόνο μαζί της και όχι με τον άρρωστο είτε συμφωνεί να το ανακοινώσουν στον ασθενή, κατόπιν απαιτήσεως του ιδίου. Η υπερπροστατευτική στάση που υπαγορεύει το κοινωνικό στίγμα, δεν διαφοροποιείται από τη στάση της παραδοσιακής οικογένειας, έστω κι αν τους χωρίζουν σημαντικές διαφορές. Στην περίπτωση όμως αυτή το «ένοχο μυστικό» ενισχύει τη «συναισθηματική αφωνία» με αποτέλεσμα η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας να χαρακτηρίζεται από τα ίδια τα μέλη της σαν «θέατρο του παραλόγου» (ο.π.).

Η κοινωνική απομόνωση οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής με καρκίνο φοβάται ότι θα πεθάνει. Ο ίδιος φόβος, όμως, κατακλύζει και την οικογένεια και στον φόβο αυτό εστιάζεται κυρίως η ζημιά του κοινωνικού στίγματος. Το στίγμα του καρκίνου

αλλάζει το πρίσμα, προβάλλει την αρρώστια και αμβλύνει την αξία της προσωπικότητας, τους ρόλους, τα δικαιώματα και ο ασθενής αποκτά την κοινωνική ταυτότητα της νόσου που ισοδυναμεί με ταυτότητα «μελοθανάτου». Έτσι η οικογένεια από την ώρα που θα αποκτήσει τον «καρκινοπαθή» περνά στην αντίπερα όχθη. Σαν βασικό κύτταρο της κοινωνίας, η οικογένεια υιοθετούσε προς τον καρκινοπαθή την συμπεριφορά που επέβαλλε το σύνολο. Τώρα η συμπεριφορά αυτή γίνεται «μπούμερανγκ». Η κοινωνική απομόνωση αφορά την ίδια. Η απομόνωση αυτή δεν αποτελεί παρά μία μορφή κοινωνικοποιημένης απόρριψης, μέσα από τον οίκτο που βιώνουν τα άτομα αυτά. Και αυτό αποτελεί άλλο ένα στοιχείο που ενισχύει την έννοια του «μυστικού». Η οικογένεια μέσα από το «μυστικό» προστατεύει το μέλος της και προστατεύεται η ίδια. Έστω κι αν η στάση αυτή δεν αποτελεί επιθυμητή λύση (ο.π.).

Περνώντας λοιπόν η οικογένεια με τη διάγνωση του καρκίνου στην απομόνωση που επιφέρει η κοινωνική ταυτότητα της νόσου διαταράσσεται η δομική και συναισθηματική της ισορροπία.

Επί του προκειμένου η οικογένεια θα έχει όπως και ο ασθενής αντιδράσεις σοκ, άρνηση και θυμό, θυμό πολλές φορές εναντίον του γιατρού που αποκάλυψε την θανατική καταδίκη. Παράλληλα όμως και μ' έναν τρόπο τελείως αμφιθυμικό, αμέσως μετά η οικογένεια εναποθέτει επάνω στο θεραπευτή όλες τις ελπίδες της για την επιθυμητή θεραπεία. Επίσης, μπορούμε να ανιχνεύσουμε τις περισσότερες φορές στα μέλη της οικογένειας ένα αίσθημα ενοχής που εκλογικεύεται από την άποψη ότι δεν ασχολήθηκαν

περισσότερο με το πρόβλημα υγείας του δικού τους ανθρώπου ή γιατί δεν πίεσαν περισσότερο να επισκεφτεί το γιατρό του, ή πολλές φορές ενοχή γιατί πιστεύουν ότι αυτοί οι ίδιοι με μία παθογόνο συμπεριφορά προκάλεσαν το «κακό». Σημειωτέον ότι αυτή η ενοχή ενισχύεται από την αδυναμία της ιατρικής επιστήμης να ανακαλύψει τα αίτια της εκδήλωσης του καρκίνου (Βελισσαρόπουλος, 1994).

Η διαγνωστική φάση είναι άκρως στρεσογόνος και χαρακτηρίζεται από μεγάλο άγχος, αβεβαιότητα και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ

Παραπάνω αναφέρθηκε ότι η εμφάνιση καρκίνου προκαλεί σοβαρές διαταραχές και στη δομή της οικογένειας. Οι διαταραχές αυτές ενισχύονται και στο στάδιο της θεραπείας. Σε γενικές γραμμές οι κύριες δυσκολίες προέρχονται από τον φόβο να τον αφήσουν μόνο, κατ' επέκταση από την υποχρέωση, πολλές φορές ψυχαναγκαστικού τύπου μιας μόνιμης παρουσίας ή επιτήρησης (Κ. Γιδόπουλου - Στραβολαίμου 1994).

Ο φόβος «η αγωνία του αγώνα» στενά συνδεδεμένη με κάθε προσπάθεια που καταβάλλουμε για να επιβληθούμε στη ζωή, είναι το κυρίαρχο συναίσθημα απέναντι στο γεγονός του καρκίνου, το οποίο σχηματοποιείται παίρνοντας διάφορες μορφές έκφρασης. Κλιμακούμενα σημαίνει (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997):

- στην αγωνία του θανάτου (αγωνία μήπως πεθάνει ο άνθρωπός μας)
- στο φόβο για τις εξελίξεις και τις συνέπειες που εγκυμονεί η εκδήλωση του καρκίνου.
- στον ίδιο τον ασθενή και στην οικογένειά του.
- στον φόβο για μία κατάσταση που γενικά αγνοεί κανείς
- στην υποψία της κληρονομικότητας

Τα πρώτα βασικά συναισθήματα ογκώνουν την αίσθηση απειλής απέναντι στη ζωή, το φόβο του θανάτου. Παρόμοια συναισθήματα πολλές φορές είναι συνδεδεμένα με προκαταλήψεις που γεννά η άγνοια και η απουσία της ενημέρωσης. Σ' ένα κλίμα αποσιώπησης του κοινού (αυτο)-περιορισμού τα άτομα συγκρατούν συνήθως πληροφορίες από άσχετες πηγές (ο.π.).

Ο φόβος για να δεχτούν τις αλλαγές είναι μία άλλη διάσταση στα πρώτα συναισθήματα της διάγνωσης. Ξεπερνώντας τους φόβους για τον θάνατο, γιγαντώνονται μάλλον οι φόβοι για τη ζωή. Πώς θα είναι ο ασθενής μετά από ένα χειρουργείο (π.χ. έναν ακρωτηριασμό) και με όλες τις συνέπειες που ακολουθούν κινητικές δυσκολίες κ.α. Πώς θα είναι μετά τη χημειοθεραπεία, ακτινοβολία κτλ. Η εμπειρία του καρκίνου σε όλα αυτά είναι ένα ταξίδι ανασφάλειας. Ένας αγώνας που αλλάζει και δοκιμάζει την ψυχή. Όσο περισσότερο αγνοεί κανείς το ταξίδι, τόσο μεγενθύνεται ο φόβος για μία κατάσταση που δεν ελέγχει με τη λογική και δεν

μπορεί να ερμηνεύσει. Ο καρκίνος είναι ίσως ο υποσυνείδητος φόβος για τη ζωή (ο.π.).

Πολλές φορές αρνητικά συναισθήματα φθόνου, θυμού μοιάζουν να πηγάζουν από μία διάθεση δέσμευσης (ή αυτοδέσμευσης) απέναντι στο γεγονός της εμφάνισης του προβλήματος στο σπίτι. Η αυτοδέσμευση εγκυμονεί πολλές φορές διαφορετικά και αντικρουόμενα συναισθήματα. Αλυσιδωτά ανακαλύπτει κανείς λύπη, θυμό απέναντι στο γεγονός και ταυτόχρονα τύψεις και ενοχές απέναντι στον ασθενή για την εκδήλωσή τους. Άλλες φορές υπάρχει η τάση να καλύπτονται τα κενά που προκύπτουν στη συμπεριφορά και την επικοινωνία με το ασθενές μέλος με ένα πλησίασμα της ψυχολογίας του, με μία στάση αποδοχής και υιοθέτησης του νέου τρόπου ζωής, γεγονός που ίσως κάποτε κουράζει (Βελισσαρόπουλος, 1994).

Ο φόβος που προκαλεί η εμφάνιση του καρκίνου στα μέλη της οικογένειας την κατακλύζει και την αποδυναμώνει ψυχικά δυσχεραίνοντας έτσι τη γενική κατάσταση που έχει δημιουργηθεί από τη διάγνωση της ασθένειας.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΓΧΟΥΣ

Έχοντας δεδομένα για το άγχος από το οποίο υποφέρουν οι συγγενείς ασθενών πολλοί ερευνητές στράφηκαν προς τη διερεύνηση συγκεκριμένων παραγόντων. Σε μία πρόσφατη

βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις ανάγκες της οικογένειας που πάσχουν από καρκίνο οι Northouse και Peter Golden (Northouse and Peters Golden H. 1993), θεωρούν ότι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997):

α. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στο φόβο του καρκίνου και της ύπαρξης κληρονομικότητας. Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Toseland, Blanchard και Mc Gallion (Toseland et. al, 1995) αναφέρουν ότι ο φόβος θανάτου των ίδιων ήταν η μεγαλύτερη έγνοια των συζύγων. Το απρόβλεπτο και η αυξημένη αβεβαιότητα της πορείας της ασθένειας καθώς και η ίδια εμπειρία της ασθένειας οδηγούν στην εμφάνιση αισθήματος απελπισίας τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.

β. Η δεύτερη κατηγορία συνδέεται με την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή. Οι Zachlis and Zands (Zachlis E. and Zands ME, 1991) καθώς και ο Toseland και οι συνεργάτες του (Toseland R.W et al, 1995) αναφέρουν ότι η επαφή με τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή είναι μία από τις δυσκολότερες διαδικασίες για τους συζύγους, μία και συχνά δεν γνωρίζουν πως θα μπορούσαν να βοηθήσουν και μπορεί να αισθάνονται απροετοίμαστοι στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Μπορεί ακόμη να αρνούνται τα δικά τους συναισθήματα, όταν προσπαθούν να παρέχουν υποστήριξη στον ασθενή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Επιπλέον οι συναισθηματικές

ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση των συζύγων, κυρίως στις περιπτώσεις που το ζευγάρι έχει μικρά παιδιά.

γ. Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στη διαταραχή της καθημερινής ρουτίνας της οικογένειας εξαιτίας της ασθένειας ενός μέλους της από καρκίνο. Πολλοί σύζυγοι συγκεντρώνουν επιπλέον υπευθυνότητες και ισορροπούν αυτά τα καθήκοντα με τις ανάγκες παροχής βοήθειας στον ασθενή, σε συνδυασμό με τους άλλους ρόλους και τα καθήκοντα εκτός σπιτιού. Φαίνεται πως η καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας χρειάζεται να αλλάζει τόσο συχνά όσο αλλάζει η κατάσταση της ασθένειας.

Ειδικότερα οι σύζυγοι των γυναικών που έπασχαν από Ca μαστού έχουν διαταραχές ύπνου και διατροφής, υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αίσθηση απελπισίας και φόβους γύρω από τον καρκίνο και τη θεραπεία του (ο.π.).

Έχουν λοιπόν συνεχών να αντιμετωπίσουν τη μεγάλη ανησυχία τους για το πώς μπορούν να συμπαρασταθούν αποτελεσματικά στους δικούς τους ανθρώπους, χωρίς να χάσουν τον εαυτό τους. Τα μέλη της οικογένειας μιλούν για ενοχές που οι ίδιοι είναι υγιείς, για αμηχανία όταν χρειάζεται να υποστηρίξουν τον άνθρωπό τους για αγωνία μήπως κάνουν κάτι λάθος, για αδυναμία να οριοθετηθούν σ' αυτή τη σχέση για δυσκολία να εκφράσουν το συναίσθημά τους, με αποτέλεσμα συχνά να αισθάνονται «τυπικοί» ή «ανειλικρινής», κυρίως όταν –μη ξέροντας τι άλλο να κάνουν- φορούν μια μάσκα προσποιούμενοι πως δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας, γιατί

όλα θα πάνε καλά, ενώ πολλές φορές η πραγματική αλήθεια τους βαραίνει (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φάση της θεραπείας είναι ιδιαίτερα επώδυνη για τα μέλη της οικογένειας. Τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια κατά τη διάρκεια της θεραπείας χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες (Βελισσαρόπουλος, 1994).

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα πρακτικά προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει η οικογένεια του καρκινοπαθούς, τα οποία συνήθως είναι απλά, αλλά αν συσσωρευτούν μπορεί να αποκτήσουν τεράστια σημασία για την καθημερινή δομή της οικογένειας. Ένα άρρωστο άτομο εξ' αιτίας αυτού καθ' αυτού του καρκίνου, εξ' αιτίας της θεραπείας χάνει το μεγαλύτερο μέρος της αυτονομίας του. Αδυνατεί να εκπληρώσει όλες τις λειτουργίες και συχνά οδηγείται σε μία σχέση εξάρτησης από τα άλλα μέλη. Στον νοσοκομειακό χώρο έχει ανάγκη από συντροφιά μέρα και νύχτα ενώ στο σπίτι πρέπει να διαμορφωθεί ένας καλύτερος χώρος γι' αυτόν, πολλές φορές σ' ένα μικρό διαμέρισμα. Σε γενικές γραμμές η φροντίδα αυτή εκπληρώνεται χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα αλλά μπορεί να πλησιάσει ή να ξεπεράσει τα όρια αντοχής μιας οικογένειας που χαρακτηρίζεται από υπερδραστηριότητα.

Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα αφορά τις οικονομικές δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίσει η οικογένεια. Βέβαια στις δυνατές κοινωνίες υπάρχει ο θεσμός της Κοινωνικής Πρόνοιας, κρατικής ή ιδιωτικής, ο οποίος μπορεί να καλύψει εν μέρει και τα υπέρογκα έξοδα νοσοκομείου και την απώλεια του εισοδήματος που συνοδεύει την ασθένεια. Στον ελλαδικό χώρο κάτι τέτοιο είναι αδύνατον να συμβεί διότι τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν στο ελάχιστο τέτοιου είδους καταστάσεις.

Η τρίτη κατηγορία προβλημάτων αφορά τις ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές της οικογένειας της οποίας ένα μέλος πάσχει από καρκίνο. Αντιπαράσταση με τον θάνατο που μέχρι τότε ήταν καλά κρυμμένη, ακόμα κι αν η πρόγνωση είναι αισιόδοξη. Μην ξεχνάμε ποτέ τον ασυνείδητο συμβολισμό του καρκίνου ένας τερατώδης κάβουρας που έρχεται να οδηγήσει το άτομο, μέσα από τον πόνο στο θάνατο.

Ένα άλλο εξίσου σημαντικό στοιχείο που επιφέρουν οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές στην οικογένεια είναι η εμφάνιση δυσλειτουργικών στοιχείων, εξ' αιτίας της νόσου. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογένειας στον καρκίνο είναι μία σημαντική προστατευτική διαδικασία και οι μηχανισμοί που αναπτύσσει για να την πετύχει δεν έχουν πλήρως μελετηθεί. Όλοι οι μηχανισμοί που εκδηλώνονται οδηγούν προς την αναζήτηση του φυσιολογικού δηλαδή μιας κατάστασης ασφαλούς, σταθερής και επιθυμητής. Οι οικογένειες που προσαρμόζονται ευκολότερα, έχουν μία ελαστικότητα, βλέπουν τον εαυτό τους, σαν φυσιολογικό,

δεδομένων των απαιτήσεων της κατάστασης, τα μέλη έχουν παρόμοιες απόψεις, επηρεάζονται λιγότερο από τις θεραπείες και τις παρενέργειές τους, βλέπουν τις αποκλίσεις από το φυσιολογικό σαν προσωρινές και χρησιμοποιούν τις στρατηγικές που θα τους ξαναφέρουν σε φυσιολογική κατάσταση κατά τρόπο εύστοχο (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997).

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί η οικογένεια συνίσταται στην προσφυγή σε συμπεριφορές μπροστά στον κίνδυνο (at risk behaviours) όπως π.χ. η συμμόρφωση στη θεραπεία και η προστασία του αρρώστου. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος υποστηρικτικός και προστατευτικός μηχανισμός που χαρακτηρίστηκε ως εξαιρετικά επικίνδυνος και χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια στη δυνατότητα υποστήριξης του ασθενούς, ισχυρές τάσεις μηρυκασμού (rumination) και αδυναμία ελαχιστοποίησης της σχετιζόμενης με τη νόσο απειλής (ο.π.).

Στους μηχανισμούς άμυνας περιλαμβάνεται ο μηχανισμός της εγκυστώσεως (encapsulation) που χαρακτηρίζεται από ισχυρή συσπείρωση της οικογένειας προς την κατεύθυνση της περιχαράκωσης και συγκάλυψης κάθε στοιχείου που σχετίζεται με τη νόσο. Οι μεγαλύτερες επιπτώσεις αφορούν τον σύζυγο, τη σχέση του ζευγαριού, τα παιδιά, τους ρόλους μέσα στην οικογένεια και τις ευθύνες. Υπάρχουν συμπτώματα όπως η ανορεξία και ο πόνος, τα οποία όταν εμφανιστούν σε προχωρημένους ασθενείς, προκαλούν μεγάλη επιπρόσθετη αναταραχή στην οικογένεια, επειδή υπαινίσσονται επιδείνωση της νόσου. (ο.π.).

Υπάρχει όμως και μία άλλη οπτική γωνία που μπορεί να ισχύει κάποιες φορές για τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η αρρώστια του δικού τους ανθρώπου μπορεί να τους δώσει το έναυσμα να δουν τη ζωή με άλλο «μάτι». Ο καρκίνος μπορεί να τους κάνει να αρχίσουν ένα προσωπικό αγώνα ζωής και να μπαίνουν ευκολότερα στη διαδικασία να παρατηρούν τον άνθρωπό τους, να τον «αφουγκράζονται» και μέσα από αυτό να βελτιώνουν τη σχέση μαζί τους, αλλά και να ανακαλύπτουν τη δική τους δύναμη. Αυτό όμως, είναι το πιο δύσκολο, γιατί απαιτεί ενημερότητα και δέσμευση(ο.π.).

ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο. Αυτό σημαίνει ότι το κάθε γεγονός ή εμπειρία που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού, έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. Και αντίστροφα όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη της επηρεάζονται από αυτό.

Όταν ο άρρωστος πεθαίνει, μαζί του πεθαίνει σ' ένα συμβολικό επίπεδο και η οικογένεια όπως την ήξεραν τα μέλη της στο σύνολό της ! Το πένθος είναι διπλό. Απαιτείται μια ανακατανομή ρόλων και ευθυνών στα μέλη της «νέας» οικογένειας που σχηματίζεται και που ποτέ δεν θα είναι η ίδια μ' εκείνη που ήταν κάποτε (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Στην τελευταία αυτή φάση της ζωής του αρρώστου τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται σε «κρίση» καθώς αντιμετωπίζουν τον επικείμενο θάνατο του αγαπημένου τους. Η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις των συγγενών που προετοιμάζονται ψυχολογικά να δεχτούν τον αναπόφευκτο θάνατο, αποτελούν μέρος μιας ψυχολογικής διεργασία που ονομάζεται «προπαρασκευαστικός θρήνος». Αυτή η διεργασία του προπαρασκευαστικού θρήνου επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να αφομοιώσουν και να αποδεχτούν την πραγματικότητα, ενώ παράλληλα τους δίνεται η ευκαιρία να αποκαταστήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον ασθενή πριν πεθάνει, ολοκληρώνοντας τις συναισθηματικές «εκκρεμότητες» που μπορεί να τους χώριζαν στο παρελθόν (ο.π.).

Όσον αφορά τα μικρά παιδιά δίνουν τα πάντα νομίζοντας ότι έτσι θα μπορέσουν να εξισορροπήσουν να ικανοποιήσουν εκείνο που λείπει από τον ασθενή (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997). Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε και το σοκ στο οποίο υπόκεινται τα παιδιά μικρής ηλικίας που βλέπουν το γονέα τους να «σβήνει» σιγά – σιγά (Βελισσαρόπουλος 1994).

Οι δε έφηβοι πολλές φορές οδηγούνται σε μία πρόωρη ωριμότητα που συνοδεύεται από λήψη υπευθυνοτήτων και θαρραλέα αντιμετώπιση της δυσάρεστης κατάστασης. Όμως άλλες φορές αντιδρούν με μία συμπεριφορά υποχώρησης, με «απόδραση» από τον οικογενειακό χώρο, διακοπή των σπουδών και συχνή προσφυγή στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά (ο.π.).

Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου (αν η εντόπιση στη μητέρα είναι ο μαστός, το ενδομήτριο) στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία. Οι γονείς νιώθοντας ενοχή (γιατί ίσως μεταφερθεί το στίγμα του καρκίνου στην κόρη τους) δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Καθώς η κατάσταση του αγαπημένου τους χειροτερεύει, οι ελπίδες των συγγενών μειώνονται και παίρνουν μια νέα μορφή. Δεν ελπίζουν πια ότι ο άρρωστος θα σωθεί, αλλά εύχονται να μην υποφέρει τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Οι στόχοι τους γίνονται βραχυπρόθεσμοι (π.χ. ελπίζουν να προλάβουν να χαρούν μία οικογενειακή γιορτή ή συγκέντρωση μαζί του) ενώ παράλληλα μαθαίνουν να ζουν «μέρα τη μέρα». (ο.π.).

iii. Στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου που νοσεί

«Δεν είναι οι νόσοι, αλλά οι νοσηροί άνθρωποι που θεραπεύουμε».

Ιπποκράτης

Στις αρχές του αιώνα μας, μια παλιά αρρώστια που είχε βρεθεί σε δεινοσαύρους και σε σκελετούς προϊστορικών ανθρώπων,

περιγράφηκε σε αιγυπτιακούς παπύρους και είχε αναφερθεί από τους αρχαίους Έλληνες με την ονομασία «καρκίνος» άρχισε να φανερώνεται όλο και πιο συχνά.

Ο καρκίνος όπως γνωρίζουμε όλοι μας είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος –έξω από δω- ή ξορκισμένο παρά σαν μία «χρόνια νόσος» όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες οφείλεται στο γεγονός ότι είναι αρρώστια άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Αντιπροσωπεύοντας στην κοινή γνώμη το αναπόφευκτο του θανάτου, μοιραίο είναι να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης.

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων, το κοινωνικό στίγμα της νόσου, διαμορφώνοντας μία ολόκληρη μυθολογία ή δυσειδαιμονία γύρω από αυτόν (ο.π.).

Ανατρέχοντας κανείς στην αφετηρία του στίγματος θα δει ότι στην ιστορία της ανθρωπότητας, τις θανατηφόρες ασθένειες με άγνωστη αιτιολογία τις θεωρούσαν «μυστήρια» τα οποία ερμήνευαν πάνω στη βάση της τιμωρίας των αμαρτιών. Η σύνδεση του αιτίου με την αμαρτία σχημάτισε τις βάσεις του κοινωνικού στίγματος, ενοχοποιώντας τα άτομα που προσεβάλλοντο απ' αυτές. Επακόλουθο της σύνδεσης αυτής, τα συναισθήματα απελπισίας,

φόβου, μοναξιάς και εγκατάλειψης με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση.

Η κοινωνία πάντα λειτουργούσε κάτω από τη φιλοσοφία ότι υποχρεούτο να προστατεύει τα μέλη της, εκείνα, τα οποία για κάποια αιτία, δεν απέδιδαν όσο τα υγιή, απομονώνοντάς τα από αυτά. (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997).

Είναι δύσκολο να προσεγγίσει κανείς τις πολιτιστικές αιτίες που επιβάλλουν την απόρριψη της μαστεκτομημένης γυναίκας από το κοινωνικό σώμα των «υγείων» και «αρτιμελών» γυναικών. Ο λόγος είναι ότι ο νεοελληνικός πολιτισμός δεν είναι αμιγής σε πολιτιστικά στερεότυπα. Η αισθητική άποψη των νεοελλήνων είναι αποτέλεσμα σύγκρουσης αντιθετικών πολιτιστικών αξιών. Η αρχαιοελληνική λατρεία της ομορφιάς και η καταστολή της δυσμορφίας του σώματος, συγκρούεται με την κατανάλωση του σώματος που υποβάλλει ο δυτικός πολιτισμός και αυτές οι δύο απόψεις συγκρούονται με τις νέο-πνευματικές και μεταφυσικές τάσεις που εμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια. Η αποδοχή της μαστεκτομημένης Ελληνίδας ως ισότιμο και ισάξιο μέλος της κοινωνίας πρωτίστως είναι πολιτιστικό ζήτημα ταυτότητας (Λ.Μπούτη, 1987).

Δυστυχώς όμως η κοινωνική ταυτότητα της νόσου στιγματίζει τον ασθενή και τον οδηγεί προς την απομόνωση. Κατά συνέπεια τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο ξεκινούν από την «κοινωνική ταυτότητα» της νόσου. Ο τρόπος δε που θα βιώσει ο κάθε ασθενής το προσωπικό του πρόβλημα,

εξαρτάται άμεσα τόσο από τη δική του αντίληψη περί καρκίνου όσο και του περιβάλλοντός του.

Το γεγονός βέβαια ότι ο καρκίνος σαν ασθένεια, οδηγεί συχνά στον θάνατο και έχει ακόμη σκοτεινό χαρακτήρα για την επιστήμη, όχι μόνο συντελεί στο να συντηρείται το «κοινωνικό στίγμα», αλλά πολλαπλασιάζει τα κοινωνικά προβλήματα, μέσα στον σύγχρονο τρόπο ζωής, εφόσον δεν γίνεται καμία οργανωμένη προσπάθεια που να στοχεύει στον περιορισμό του στίγματος αυτού. Οι προσπάθειες για ενημέρωση και πρόληψη της νόσου σαφέστατα έχουν πετύχει τον στόχο της διαφώτισης του κοινού ως προς τα ύποπτα συμπτώματα. Δεν έχουν όμως επηρεάσει στο ελάχιστο, το πληροφοριακό αντίκτυπο που διατηρεί το στίγμα. Η επιτυχία δε της προσπάθειας για ενημέρωση του κοινού μέσα σ' αυτά τα χρόνια, σίγουρα είναι πολύ σημαντική (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Έτσι τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, θα πρέπει να τις αξιολογήσει κανείς, όχι μόνο μέσα από το πρίσμα των προβλημάτων που δημιουργούν στα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή, αλλά και την δύναμη που έχουν για να λειτουργούν σαν ένα ανασταλτικό αίτιο στον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης.

Κατά συνέπεια η αντιμετώπιση του καρκίνου δεν αποτελεί σήμερα, ένα πρόβλημα μόνο ιατρονοσηλευτικό, αλλά ένα πρόβλημα πολύπλευρο και σύνθετο. Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το

οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό, άλλοτε σαν αίτιο και άλλοτε σαν αποτέλεσμα, δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που δεν είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από το θεραπευτικό στόχο (ο.π.).

Σήμερα αποτελεί γεγονός αναμφισβήτητο ότι ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που συνοδεύεται από δυσβάστακτες ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Οι κοινωνικοί παράμετροι της νόσου όχι μόνο δεν αμφισβητούνται πλέον αλλά αντίθετα επισημαίνεται διεθνώς, ότι όλα τα συστήματα υγείας, αντιμετωπίζουν ελλειπώς τις ανάγκες των καρκινοπαθών.

Έτσι έχει δημιουργηθεί σήμερα ένα οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα το οποίο καθημερινώς διογκώνεται και συνίσταται σε (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου 1991):

1. Εγκατάλειψη των ασθενών και των οικογενειών τους στην τραγικότερη φάση της ζωής τους και μάλιστα των οικονομικά ασθενέστερων.
2. Αυξανόμενο εγκλωβισμό των αντικαρκινικών κλινών από καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, εις βάρος αυτών που έχουν ανάγκη εισαγωγής προς θεραπεία. Και πάλι πλήττονται περισσότερο οι οικονομικά αδύναμοι, εφόσον δεν έχουν και αυτοί τη δυνατότητα, επιλογής της ιδιωτικής πρωτοβουλίας ή του εξωτερικού, όπως αρκετοί καταφεύγουν.

3. Αύξηση του κοινωνικοοικονομικού κόστους και συνεπώς συντήρηση και ενίσχυση της έννοιας «επάρατος» με όλες τις επιπτώσεις που αναφέραμε.

Κατά συνέπεια οι ασθενείς με καρκίνο εκτίθενται στην ανεξέλεγκτη αντίδραση των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι όχι μόνο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, αλλά σύμφωνα με σύγχρονες ενδείξεις ίσως και τη διάρκεια αυτής (ο.π.).

Επί του προκειμένου οι περισσότεροι άνθρωποι, κάτω από το δικό τους φόβο για την πάθηση αυτή, αντιμετωπίζουν τον ασθενή, όπως νιώθουν, όπως μπορούν και όχι όπως πρέπει.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση αυτού του φόβου και των προκαταλήψεων γύρω από την αρρώστια αυτή. Οι προκαταλήψεις και τα ταμπού δημιουργούν ένα οξύτατο πρόβλημα γύρω από τον καρκίνο και τους καρκινοπαθείς προσθέτοντας νέες ανησυχίες εις το κοινωνικόν περιβάλλον του ατόμου που νοσεί κάνοντας τους ανθρώπους ανασφαλείς και ανήμπορους να σταθούν απέναντι σ' αυτό που ονομάζουμε καρκίνο. Όλα αυτά έρχονται να προσθέσουν ένα μεγάλο φορτίο στην ταλαιπωρία του ασθενή και να μεγαλώσουν τη δυσκολία της αποδοχής της αρρώστιάς του αλλά κυρίως της ισότιμης ένταξής του στην κοινωνία (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας 1997).

Το κοινωνικό περιβάλλον αντιδρά πολλές φορές με έναν παράξενο τρόπο. Αμήχανοι μπροστά στο γεγονός δεν ξέρουν ή φοβούνται να πλησιάσουν και προτιμούν να απομακρύνονται.

Κατά τον ψυχολόγο, κ. Μπαλλή «Οι γύρω αποφεύγουν τον καρκινοπαθή από φόβο μετάδοσης ή από αμηχανία. Είναι μία πρωτόγονη, υποσυνείδητη αντίδραση αποφυγής αυτού που φέρει τη σφραγίδα του θανάτου...» (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997).

Απέναντι σε όλα αυτά η μοναδική και αληθινή βοήθεια προέρχεται από την ενημέρωση. Θετικές πληροφορίες όταν δίνονται με υπεύθυνο και ακριβή τρόπο στην κατάλληλη στιγμή μπορούν να μειώσουν τις ανησυχίες και να συμβάλλουν στην προσαρμογή απέναντι στα δεδομένα που γεννά ο καρκίνος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Γενικά

Το νοσοκομείο ως επαγγελματικός και εργασιακός χώρος είτε χαρακτηρίζεται σαν Νομαρχιακό είτε σαν Ογκολογικό απαιτεί και λειτουργεί με την παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού ως φορέα της Κοινωνικής Πολιτικής, της Κοινωνικής Πρόνοιας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Στο υπάρχον κεφάλαιο στόχος μας είναι να αναπτύξουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια της εργασίας του σε ογκολογικό Νοσοκομείο. Το έργο του επικεντρώνεται σε τρία βασικά συστήματα – που προσβάλλονται από την ασθένεια του καρκίνου- εκείνο του ατόμου, εκείνο της οικογένειας και εκείνο του κοινωνικού περιβάλλοντος. Σημαντικός επίσης είναι και ο ρόλος του στη Διεπιστημονική Ομάδα όπου αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στα μέλη της περιλαμβάνοντας τον ασθενή και την οικογένειά του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομειακά πλαίσια με ογκολογικά περιστατικά δίνει καθημερινά μάχη με τον ίδιο του τον εαυτό. Αυτό συμβαίνει γιατί από τη μία υπάρχει η φθορά στο ίδιο το επάγγελμα και από την άλλη η φθορά που

πηγάζει από τον εργασιακό χώρο. Η φθορά αυτή είναι αναμενόμενη με προβλήματα όπως η επαφή του Κοινωνικού Λειτουργού με περιστατικά του τελικού σταδίου που τον φέρνουν αντιμέτωπο με τον θάνατο καθώς και η επαγγελματική εξουθένωση, ζητήματα που θα αναπτυχθούν παρακάτω.

ι. Έργο και δραστηριότητες του Κ.Λ.

«Σκύψε μεσ' το βιβλίο σου, μη ζητάς
προβλήματα, ρωτήματα όλα να τα
καταλάβεις, μόνο την καρδιά σου να
ρωτάς μην παύεις».

Κ. Παλαμάς

Το έργο και οι δραστηριότητες του Κοινωνικού Λειτουργού περιλαμβάνει δύο σκέλη, το πρώτο αναφέρεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη γενικά ενώ το δεύτερο σε ογκολογικό νοσοκομείο.

ια. Νοσοκομειακή περίθαλψη

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού σε νοσοκομειακό πλαίσιο συνοψίζεται στα εξής (ΣΚΛΕ, 1974)

1. Μετέχει στη θεραπευτική ομάδα (ιατρός, αδελφή, και άλλοι ειδικοί) και αναπτύσσει κάθε δραστηριότητα για την επιτυχία

του κοινού σκοπού, όπως της θεραπείας και της μέριμνας για την πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας.

2. Επιλαμβάνεται των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία έχουν άμεση σχέση με την κατάσταση της υγείας τους.
3. Προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένεια του όταν προκύπτει ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο ή νοσηλείας κατ' οίκον.
4. Βοηθάει τους νεοεισερχόμενους ασθενείς για την προσαρμογή τους στις συνθήκες του νοσοκομείου.
5. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους που δημιουργείται στον ασθενή από την απειλή της υγείας του και την απομάκρυνσή του από το οικογενειακό περιβάλλον.
6. Συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των γιατρών με τη λήψη στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενούς, το κοινωνικό περιβάλλον, τις συνθήκες διαβίωσής του, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επίσης λαμβάνει οποιοδήποτε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό στοιχείο το οποίο απαιτείται για την αρτιότερη και την εξατομικευμένη θεραπεία του ασθενούς.
7. Επιδιώκει με την άσκηση Κ.Ε. τη θετική συμμετοχή του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία και αμβλύνει τους παράγοντες που ενδεχομένως παρεμποδίζουν τη συμμετοχή του σ' αυτήν.

8. Βοηθάει τους ασθενείς σε θέματα πρακτικής φύσεως σε εκείνους που αδυνατούν ή στερούνται άμεσων συγγενών για την τακτοποίηση αυτών.
9. Κινητοποιεί τις πηγές βοήθειας της κοινότητας για την αποτελεσματική άσκηση της εργασίας του.
10. Κατά την πορεία της εργασία του με τον ασθενή και την οικογένειά του, ενημερώνεται και στη συνέχεια ενημερώνει τα λοιπά μέλη της διεπιστημονικής ομάδος για την εξέλιξη της ασθένειας και του προγραμματισμού της πορείας της εργασίας του.
11. Συνεργάζεται με ομάδες ασθενών προκειμένου να επιτύχει
 - α. την αρμονική συμβίωση εντός νοσοκομείου
 - β. την προσαρμογή τους στην κατάσταση της υγείας αυτών.
12. Ερμηνεύει στις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς.
13. Μεριμνά κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο για την ομαλή επανασύνδεσή του με την οικογένεια αυτού, εφόσον είναι αναγκαίο και συμβάλλει στην εφαρμογή του προγράμματος αποκατάστασής του.
14. Συμμετέχει σε έρευνες ή μελέτες μαζί με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης ιατροκοινωνικών προβλημάτων.
15. Κινητοποιεί, οργανώνει και δραστηριοποιεί εθελοντικές ομάδες οι οποίες συμπληρώνουν το έργο για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

ιβ. Σε ογκολογικό νοσοκομείο

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε ογκολογικό νοσοκομείο παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες στο ρόλο του. Ο ασθενής με καρκίνο και η οικογένειά του είναι εκείνοι που αναζητούν την επικοινωνία και έχουν ανάγκη από την παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού.

Η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού είναι απαραίτητη σ' όλη τη δύσκολη πορεία του ατόμου και της οικογένειάς του μέσα από δύσκολες διαδικασίες. Οι διαδικασίες αυτές σε σχέση με τον Κοινωνικό Λειτουργό τοποθετούνται στα εξής (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου 1991).

1. Το δίλημμα της ενημέρωσης αρρώστου και οικογένειας για τη διάγνωση της νόσου. Παρόλο που η αρμοδιότητα της ενημέρωσης ανήκει στο γιατρό, αλλά επειδή εμπλέκονται συναισθηματικοί, ψυχολογικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες η παρουσία της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι απαραίτητη. Συνεργάζεται με τον γιατρό για την αντιμετώπιση του ασθενούς ανάλογα με την ψυχολογία και τις ανάγκες του.
2. Η δύσκολη πορεία του αρρώστου μέσα από οδυνηρά στάδια, αμέσως μετά τη διάγνωση και σε όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου. Αντιμετωπίζοντας το άτομο σ' αυτή την πορεία της ζωής του, θα πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι

να αναγνωρίσουμε ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσής του, που θα βοηθήσουν να ανιχνεύσουμε τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τους φόβους του. Με τη μεθοδευμένη συμπαράσταση του Κοινωνικού Λειτουργού, με την επιστημονική γνώση της ανάλυσης των συναισθημάτων του θα βοηθήσει να εξοικιωθεί με την ασθένεια και θα αγωνισθεί θετικά για τη ζωή του, σε συνεργασία με τον γιατρό.

3. Η παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματικά. Αυτό είναι ιδιαίτερα επώδυνο όταν πρόκειται για νοσοκομείο χαρακτηρισμένο ως «Ογκολογικό» μ' όλη τη ψυχοκοινωνική διάσταση του όρου. Εκεί που ο ασθενής χάνει την ταυτότητά του καλείται ο Κοινωνικός Λειτουργός να περάσει το μήνυμα της οντότητας και της μοναδικότητας του ατόμου τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο προσωπικό του νοσοκομείου καθώς και στο περιβάλλον του.
4. Η νοσηλεία, οι μακροχρόνιες θεραπείες που επιφέρουν προσωπική ταλαιπωρία, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι πιθανοί ακρωτηριασμοί αποτελούν αλήθειες της ζωής και βασικές εμπειρίες ενός ασθενή με καρκίνο.

Ακολουθεί η προετοιμασία του ασθενή να συμβιβαστεί με την αναπηρία μετά τον ακρωτηριασμό, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά να συνεχίσει τις επαγγελματικές δραστηριότητες – όταν αυτό είναι δυνατόν- και τη ζωή του με τα νέα πλέον δεδομένα,

να διατηρήσει την ελπίδα και τη διάθεση για ζωή και να αγωνισθεί γι' αυτήν.

5. Η συχνή πορεία προς το θάνατο.

Ανεξάρτητα από το γεγονός της ενημέρωσης ή μη του αρρώστου για τη διάγνωση της νόσου αυτός έχει πάντα την υποψία αλλά και την ελπίδα. Νιώθει έντονη μοναξιά, θύμα μιας ασθένειας που δεν τολμούν οι γύρω να ονομάσουν.

Για να πλησιάσει κανείς έναν άνθρωπο που πορεύεται προς το θάνατο χρειάζεται πνευματική, ψυχική, ηθική ωριμότητα και πολύ κουράγιο. Οι πηγές ανεφοδιασμού για τον Κοινωνικό Λειτουργό είναι απαραίτητες καθώς και οι τρόποι εκφόρτισης για να μην οδηγηθεί στην επαγγελματική κόπωση.

6. Η σχέση του ασθενή με την οικογένεια.

Είναι σημαντικός ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των δύο πλευρών. Ο ασθενής έχει ανάγκη από σωστή υποστήριξη και σχέση και η οικογένεια φτάνει σε αποδιοργάνωση αν δεν χρησιμοποιήσει μηχανισμούς ανασυγκρότησης, εξοικείωσης με την ασθένεια και τις συνέπειές της.

7. Η σχέση του ασθενή με την κοινότητα

Η κοινωνία που ζούμε είναι κακώς ή ελλειπώς ενημερωμένη για τη φύση της ασθένειας. Γι' αυτό χρειάζεται δραστηριοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας που θα φροντίσει για την απομυθοποίηση και τη σωστή ενημέρωση του κοινού σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της.

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα επεκτείνεται στον τομέα της αποδοχής και αποκατάστασης του καρκινοπαθούς σαν ολοκληρωμένη προσωπικότητα που χρειάζεται την κατανόηση και όχι τον οίκτο.

8. Ομάδες ασθενών

Ο ασθενής με καρκίνο αισθάνεται συχνά απομονωμένος, απογοητεύεται εύκολα, «μπλοκάρει» μπροστά στα προβλήματά του και νιώθει ότι το δικό του πρόβλημα είναι το πλέον δισεπίλυτο. Με τη δημιουργία ομάδων ασθενών με κοινά προβλήματα όπως μαστεκτομημένες γυναίκες, βγαίνουν οι άρρωστοι έξω από τον εαυτό τους βλέποντας ότι δεν είναι μόνοι και ανταλλάσσουν εμπειρίες και συναισθήματα. Έτσι η θεραπευτική μέθοδος της ομαδικής προσέγγισης είναι αποτελεσματική στα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών και των συγγενών τους.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο Ογκολογικό Νοσοκομείο λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου και των ειδικών χαρακτηριστικών όπως πολύ σύντομα αναφέραμε είναι απαραίτητο να εργαστεί σε οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης. Η ύπαρξη και συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας βοηθάει παράλληλα με την θεραπεία στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την εξυπηρέτηση του ασθενή και την προαγωγή της υγείας.

ii. Στοιχεία Κ.Α.

«Να μη λες λίγα με πολλά
αλλά πολλά μέσα από τα λίγα».

Πυθαγόρας

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού δεν είναι απλά ένα επάγγελμα, είναι σίγουρα κάτι πολύ παραπάνω. Προϋποθέτει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και μία «δοτική» διάθεση ανευ όρων και περιορισμών (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Όπως αναφέρει και ο κος Ι. Βίνσνος στο βιβλίο του «Η φιλοσοφία της Κοινωνικής εργασίας» «Η αποστολή του Κοινωνικού Λειτουργού συνίσταται στο να βοηθήσει τους ανθρώπους στην ικανοποίηση των αναγκών τους εντός των πλαισίων της κοινωνικής συμβίωσης, ακολουθώντας παραδειγματικές αρχές...» (ο.π.).

Είναι απαραίτητη η προσήλωση των Κοινωνικών Λειτουργών στις βασικές αρχές της Κοινωνικής εργασίας κατά την άσκηση αυτής, διότι διαφορετικά η δουλειά τους θα κινδυνεύει να ασκείται ως ψυχρή επαγγελματική απασχόληση κατευθυνόμενη από τις υποχρεώσεις ενός οιοδήποτε υπαλλήλου, έστω και ευσυνείδητου (ο.π.).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δια την αποτελεσματικότερη άσκηση της Κ.Ε. πρέπει να διαθέτουν i) κάποια βασικά στοιχεία

που έχουν σχέση με την προσωπικότητά τους καθώς και ii) στοιχεία που αφορούν τον επαγγελματικό τους εξοπλισμό.

iiα. Στοιχεία προσωπικότητας

Σαν ιδιότητες χαρακτήρα και κατάλληλη προσωπικότητα, δεν εννοούμε μόνο τα ηθικά προσόντα περί των οποίων γίνεται αναφορά στις συστατικές επιστολές αλλά πρέπει η έρευνα της προσωπικότητας να γίνεται βαθύτερα γιατί απαιτεί το επάγγελμα άτομα με (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991):

1. Ωριμότητα
2. Συναισθηματική ισορροπία
3. Ικανότητα για συνεργασία με ανθρώπους κάθε τύπου και ιδιοσυγκρασίας.
4. Ανεκτικότητα στις προτιμήσεις και ειδικές ανάγκες των άλλων.
5. Διάθεση παραδοχής κάθε ανθρώπινης συμπεριφοράς που να διέπεται από κατανόηση και ανθρωπισμό.
6. Ήθος.

iiβ. Στοιχεία επαγγελματικού εξοπλισμού

Τέλος φτάνουμε στον επαγγελματικό εξοπλισμό των Κοινωνικών Λειτουργών που για να επιτελέσουν ένα τόσο

σημαντικό λειτούργημα πρέπει (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991):

1. Να είναι σε θέση να κατανοούν τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν επίδραση στην κοινωνική συμβίωση και να γνωρίζουν τα ειδικότερα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία πιέζουν τους ανθρώπους προς τους οποίους θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.
2. Πρέπει να έχουν γνώση της νομοθεσίας, των θεσμών και των υπηρεσιών μέσω των οποίων η κοινωνία προσπαθεί να προαγάγει την κοινωνική και οικονομική ευημερία των ατόμων.
3. Πρέπει να έχουν γνώση της αναπτύξεως του ανθρώπου από βιολογική και ψυχολογική άποψη.
4. Πρέπει να αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικο - οικονομικών παραγόντων στις περιπτώσεις ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών πιέσεων.
5. Πρέπει να κατέχουν τις αρχές και τις μεθόδους της Κοινωνικής Πρόνοιας, να έχουν σαφή αντίληψη των άμεσων και απώτερων αυτών σκοπών. Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους να χρησιμοποιούν επιστημονικές τεχνικές.
6. Πρέπει να έχουν κατανοήσει καλά τις βασικές ιδιοτυπίες του ανθρώπινου χαρακτήρα και να γνωρίζουν τους νόμους που διέπουν τον ψυχισμό του ανθρώπου και τους μηχανισμούς

άμυνας που χρησιμοποιεί συναλλασόμενος με το περιβάλλον του. Πρέπει να μπορούν να ερμηνεύσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις για να βοηθούν τα άτομα ώστε να ικανοποιήσουν την τάση προς αυτάρκεια, κοινωνική παραδοχή, ανεξαρτησία και συντρέχοντας ν' αυξήσουν τις πιθανότητες για την εξασφάλιση μιας ζωής ποιοτικά ανεβασμένης.

7. Απαραίτητη είναι η καλή εξάσκηση στην τεχνική της συνέντευξης, της παρατηρητικότητας, του «ακούω», του «ερευνώ» και του «επιδρώ» ευεργετικά πάνω στην ανθρώπινη ψυχή.

iii. Ρόλος Κ.Α. με το άτομο γυναίκα που νοσεί

«Να φοβάσαι λιγότερο, να ελπίζεις περισσότερο
Να τρως λιγότερο, να μασάς περισσότερο
Να κλαψουρίζεις λιγότερο, να αναπνέεις
περισσότερο.
Να μιλάς λιγότερο, να λες περισσότερα
Να μισείς λιγότερο, να αγαπάς περισσότερο».

Σουηδική Παροιμία

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αλλά και γενικότερα των κοινωνικών υπηρεσιών είναι να υποστηρίζουν την προσπάθεια της γυναίκας με Ca μαστού καθώς και της μαστεκτομημένης γυναίκας, για αποκατάσταση και κοινωνική ενσωμάτωση, ώστε να

επιστρέψουν στην κοινότητα σε όσο το δυνατό συντομότερο χρόνο μετά την εγχείρηση (Λ.Μπούτη, 1987).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να προωθήσουν προγράμματα ευαισθητοποίησης για την πληροφόρηση των πολιτών σε θέματα α) πρόληψης β) θεραπείας και γ) αποκατάστασης των γυναικών με Ca μαστού αλλά και εκείνων που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή (ο.π.).

Μακροπρόθεσμα οι κοινωνικές υπηρεσίες σε συνδυασμό με τους κοινωνικούς και πολιτικούς φορείς πρέπει να δραστηριοποιηθούν προς την κατεύθυνση της αλλαγής της κοινωνικής στάσης. Πρέπει να γίνει κατανοητό σε κάθε πολίτη ότι οι ανάγκες των γυναικών με Ca μαστού δεν είναι ατομικές ανάγκες που πρέπει να επιλυθούν ατομικά αλλά είναι συλλογικές ανάγκες που η λύση τους μπορεί να είναι μόνο συλλογική (ο.π.).

Στο σημείο αυτό θ' αναφερθούμε στα κάτωθι:

- α) στο μέγεθος του κοινωνικού προβλήματος της μαστεκτομής
- β) στην εξατομικευμένη προσέγγιση του Κ.Α.
- γ) στο έργο του Κ.Α. στη φάση της διάγνωσης, θεραπείας και του τελικού σταδίου.
- δ) στο δικαίωμα των μαστεκτομημένων γυναικών για αποκατάσταση
- ε) στην κανονικότητα της μαστεκτομημένης γυναίκας

iii. Το μέγεθος του κοινωνικού προβλήματος της μαστεκτομής

Η συχνότητα που εφαρμόζεται η μαστεκτομή ως θεραπεία, σε μεγάλο αριθμό γυναικών επιβάλλει την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών που υποστηρίζουν τις μαστεκτομημένες γυναίκες ώστε να προσφέρουν σ' αυτές την καλύτερη δυνατή, ψυχική, συναισθηματική και υλική υποστήριξη, πριν και μετά την μαστεκτομή. Η μαστεκτομημένη γυναίκα θα πρέπει να απελευθερωθεί από τις προκαταλήψεις που υπάρχουν εις βάρος της (Λ.Μπούτη, 1987).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να υποστηρίξουν αυτές τις γυναίκες βάση μιας νέας πελατειακής σχέσης η οποία σέβεται αυτές ως ανθρώπινες υποστάσεις. Να ρυθμίζει ακόμα τους όρους κάτω από τους οποίους θα δομείται η μεταξύ των νοσοκομείων, των γιατρών, των νοσηλευτών και των γυναικών σχέση ανταλλαγής, τέτοια που να σέβεται την κοινωνικότητα της μαστεκτομημένης γυναίκως, την προσωπική της ιστορία, τις ανησυχίες της, το επαγγελματικό και το οικογενειακό μέλλον της και να διευκολύνει την κοινωνική της ενσωμάτωση μετά τη διαταραχή που προκάλεσε στις κοινωνικές της σχέσεις ο ακρωτηριασμός. (ο.π.)

Έτσι η παραμονή των γυναικών αυτών στο νοσοκομείο θα είναι σύντομη και η επιστροφή τους στην κοινότητα φυσιολογική με τις λιγότερες δυνατές απώλειες (ο.π.)

iiiβ. Η εξατομικευμένη προσέγγιση του Κ.Α.

Η προσέγγιση του Κοινωνικού Λειτουργού περιλαμβάνει κάποιους σημαντικούς παράγοντες που πρέπει να αξιολογηθούν σε όλες τις εντοπίσεις του καρκίνου, όπως (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

1. Η κοινωνική ταυτότητα της νόσου
2. Η κοινωνική ταυτότητα της αναπηρίας
3. Ο παράγων ηλικία
4. Το στάδιο και η πρόγνωση της νόσου
5. Η δομή και ο τρόπος λειτουργίας του νοσοκομείου
6. Ο ρόλος του ασθενούς μέσα στην οικογένεια
7. Ο ρόλος της κοινωνίας με την ύπαρξη προγραμμάτων για τη στήριξη του ασθενούς και της οικογένειας

Και τέλος η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε σχέση με την προσωπικότητα του αρρώστου και τη στάση του απέναντι στην αρρώστια. Σταθμίζοντας τους παράγοντες αυτούς προχωράμε στην εξειδικευμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς (ο.π.).

Στην εξειδικευμένη προσέγγιση, καθοριστική σημασία έχει το αν η αλλαγή της εικόνας ή της λειτουργικότητας του σώματος είναι μόνιμος ή προσωρινή. Στην περίπτωση π.χ. της χημειοθεραπείας τόσο η πτώση των μαλλιών όσο και οι παρενέργειες μετά το στίγμα

(του καρκίνου), είναι προσωρινές και η εμφάνιση στην προσωρινότητα του προβλήματος θα πρέπει ν' αποτελεί το στόχο της προσέγγισής μας και της προετοιμασίας του αρρώστου. Εν αντίθεση μια γυναίκα με Ca μαστού που υποβάλλεται σε μαστεκτομή δημιουργεί μόνιμους περιορισμούς οι οποίοι οδηγούν συχνά το άτομο και την οικογένειά του σε οριστικές αναθεωρήσεις στόχων ή σχεδίων ζωής. Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει τη γυναίκα να εκφράσει τα οποιαδήποτε συναισθήματά της. Να την οδηγήσει εν συνεχεία να χειριστεί η ίδια τα συναισθήματα που την κατακλύζουν σε σχέση με τον εαυτό της, το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το οικογενειακό ή το φιλικό περιβάλλον (ο.π.).

Ο καρκίνος του μαστού και η χειρουργική επέμβαση που τον ακολουθεί φέρνει τη γυναίκα αντιμέτωπη α) με αισθήματα και συμβολισμούς συνειδητούς και υποσυνείδητους που την εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχθεί ακόμη και αυτή τη θεραπευτική προσβολή, β) με μία πραγματικότητα που στην καλύτερη περίπτωση θα αλλοιώσει την αρχιτεκτονική του μαστού και στη χειρότερη θα τον ακρωτηριάσει, η συναισθηματική κρίση είναι δεδομένη και στις δυο περιπτώσεις (ο.π.).

Το μέγεθος και η έκβασή της εξαρτώνται περισσότερο από την προσωπικότητα της αρρώστου και τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει σε αυτόν (μαστό) και λιγότερο από το είδος και το μέγεθος της εγχείρησης. Ιδιαίτερη σημασία έχει στην εντόπιση αυτή η προεγχειρητική προετοιμασία της αρρώστου. Η προσέγγιση

του κοινωνικού λειτουργού είναι αποφασιστικής σημασίας για την μετέπειτα προσαρμογή και αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος. Στόχος της προσέγγισης είναι να βοηθηθεί η γυναίκα, να νιώσει ότι η απόφαση για την επέμβαση είναι καθαρά δική της. Και όπως συμβαίνει με κάθε θυσία θα είναι έτοιμη να δεχθεί και τα συναισθήματα θλίψης που τη συνοδεύουν αλλά και την αναγνώριση κέρδους (ο.π.).

Καθώς δε η στάση της κοινωνίας συνδέεται με πολιτιστικές αξίες που εξισώνουν την ακεραιότητα, τη φυσική ελκυστικότητα και ομορφιά με το sex και το ρομαντισμό, ο στόχος της υποστήριξής μας δεν πρέπει να περιορίζεται στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της αρρώστιας μόνο αλλά και στον αντίκτυπο που έχουν αυτές σε τέτοια θέματα ζωτικής σημασίας.

iiiγ. Έργο Κ.Α. στη φάση της διάγνωσης, θεραπείας και του τελικού σταδίου

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει τη φάση της διάγνωσης, τη φάση της θεραπείας και τη φάση του τελικού σταδίου στην επαφή του με την ασθενή του ογκολογικού νοσοκομείου. Η συμβολή του και στις τρεις φάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική και μπορεί να καθορίσει την εξέλιξη της ασθενούς απέναντι στην αρρώστια. Αρχικά πρέπει να τονίσουμε πως ο Κ.Α. περνά ένα σημαντικό μήνυμα ότι η γυναίκα που νοσεί δεν είναι μόνη και αβοήθητη όπως είναι πολύ πιθανόν να αισθάνεται.

Στο σημείο αυτό θα αναπτύξουμε τη θεραπευτική στάση του Κοινωνικού Λειτουργού στην κάθε φάση ξεχωριστά.

A. Διάγνωση

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, που έχει εισαχθεί και στην κατατόπιση στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό, όπως επισκέψεις γιατρών, νοσοκόμους, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής κ.α. Κατόπιν λαμβάνεται ένα λεπτομερειακό ιστορικό. Στην περίπτωση που η γυναίκα με Ca μαστού πρόκειται να χειρουργηθεί την προετοιμάζουμε ψυχολογικά και α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που οι ασθενείς θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη δε δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκόμενων και βιούμενων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση. β) αντιμετωπίζουμε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1986). Το τελευταίο θα

πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τον ογκολόγο ιατρό και όχι μόνο από τον Κοινωνικό Λειτουργό γιατί αφορά κυρίως ιατρικά θέματα (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Οι στόχοι του κοινωνικού λειτουργού στη φάση αυτή είναι (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1986):

- να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της αρρώστιας και των συνεπειών της.
- να τη βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- να τη βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Η υποστήριξη που θα δώσει ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να καλύπτει τρία κεντρικά στοιχεία (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

- την υποκειμενική εμπειρία της ασθενούς και την ιατρική φροντίδα και θεραπεία.
- την ανάγκη της να λειτουργεί σαν ένα υγιές άτομο στα όρια της αρρώστιας και της θεραπείας.
- την ανάγκη που έχει για να αναπτύξει την αντοχή της, την αμφιβολία και την αβεβαιότητα που έχουν όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από μια ασθένεια που είναι ακόμα συνδεδεμένη με το φόβο του αγνώστου και φέρει το στίγμα του θανάτου.

Κατά συνέπεια η επιστημονική προσπάθεια θα πρέπει να έχει σαν στόχο να βοηθήσει το άτομο να βρει τη δύναμη που κρύβει

μέσα του και να μάθει να την χρησιμοποιεί κατά τρόπο που θα το βοηθήσει να μην τρέμει για το Αύριο ή να κλαίει για το Χθες, αλλά να μπορεί να ζει το Σήμερα. Βοηθά δηλαδή να στραφεί το ενδιαφέρον του ασθενούς από το ΠΟΣΟ θα ζήσω σε μια προσπάθεια να ΖΗΣΕΙ τη ζωή του (Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο, 1984).

B. Θεραπεία

Αφού περάσει η αρχική εμπειρία της διάγνωσης και η ασθενής που βρίσκεται σε ύφεση επιστρέψει, η οικογένεια αρχίζει τη διαδικασία προσαρμογής της σε ένα νέο ρυθμό ζωής. Τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει στη διάρκεια της μακροχρόνιας θεραπείας είναι σύνθετα και πολλαπλά. Εν τούτοις ξεχωρίζει ένα γεγονός που φέρνει την ασθενή και την οικογένειά της σε κρίση, το γεγονός αυτό αφορά την ενδεχόμενη υποτροπή της αρρώστιας (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1986).

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώσουν τις υποψίες, ο γιατρός η νοσοκόμα και ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και την οικογένειά της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να δοθούν εξηγήσεις για τις παρενέργειες της θεραπείας

ώστε οι ασθενείς να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση η ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας της εξαιτίας χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός σε συνεργασία με τον Ογκολόγο να εξηγήσουν στην ασθενή και τους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να την προετοιμάσουν να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στην ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και θα δοθεί προτεραιότητα στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου (ο.π.).

Τέλος στη δύσκολη αυτή φάση της υποτροπής πρέπει ως Κοινωνικοί Λειτουργοί να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός και οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες της, τους φόβους και τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη της αυτή με τη μεταστατική νόσο. Έτσι θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες του θανάτου ή της αυτοκτονίας και κάποτε θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτήν (ο.π.).

Γ. Τελικό Στάδιο :

Σαν τελικό στάδιο, όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, χαρακτηρίζουμε το στάδιο εκείνο όπου κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει εξαντληθεί και η ιατρική προσπάθεια επικεντρώνεται πλέον στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων με παράλληλη ψυχολογική στήριξη όχι μόνο του ασθενούς αλλά και της οικογένειας. Ας μην ξεχνάμε ότι ο καρκινοπαθής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια και επομένως προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να στρέφεται η φροντίδα μας (Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, 1988).

Στην τελική αυτή φάση ισχύουν κάποιες βασικές ιατρικές και ψυχολογικές αρχές, όπως (ο.π.) :

1. Αποφυγή κάθε περιττής διαγνωστικής ή θεραπευτικής μεθόδου.
2. Αντιγραφή φαρμάκων μόνο για ανακουφιστική χρήση.
3. Αναλγητική αγωγή καλύπτουσα όλο το 24ωρο.
4. Ενίσχυση του θρησκευτικού αισθήματος.
5. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και οικογένειας.
6. Ενεργοποίηση οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.
7. Παρουσία έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού και Κοινωνικών Λειτουργών.

Η χρονική περίοδος που προηγείται ή ακολουθεί του θανάτου παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες και μέχρι σήμερα δεν έχει τύχει ανάλογης προσοχής τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο. Ο ασθενής

που αντιμετωπίζει το θάνατο έχει πολλά να πει και καθημερινά κατακλύζεται από αμφιβολίες και φόβους που έχουν ανάγκη να εξωτερικευτούν. Εκεί ακριβώς χρειάζονται οι κατάλληλοι άνθρωποι που με τα πιστεύω τους, την αγάπη, την υπομονή και τη ζεστή συμπεριφορά τους μπορούν να πλησιάσουν, να αποκτήσουν την εμπιστοσύνη και να βοηθήσουν τους ασθενείς στην ειδική αυτή φάση του τέλους της ζωής τους (ο.π.).

Στον ασθενή του τελικού σταδίου πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις υποστηρίζοντάς τον και δείχνοντάς του ότι δεν τον ξεχνάμε ζητάμε από την οικογένεια συγγενείς και φίλους να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Τον βοηθάμε να εκφράσει τα συναισθήματά του και του δείχνουμε κατανόηση και συμπάρασταση (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1986).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να καλλιεργήσει τη θρησκευτική πίστη επειδή αυτή αποτελεί ένα ισχυρό στήριγμα στην αντιμετώπιση ανασφάλειας που νιώθει και στο ξεπέραςμα του προσωπικού φόβου του θανάτου (Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, 1989).

Στη δύσκολη αυτή πορεία του ασθενούς που οδεύει προς τον θάνατο ο Κ.Λ. μπορεί να κάθεται δίπλα του αρκετό χρόνο με ελάχιστα λόγια και πολύ σιωπή. Και αυτή η σιωπή είναι ότι πιο πολύτιμο υπάρχει και προσφέρεται προς τον ασθενή (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Κατά την Kübler – Ross, η εργασία που έχει ως αποτέλεσμα τη χαλάρωση και το χαμόγελο του ασθενή του τελικού σταδίου είναι ευεργετική και αναγκαία. Δε είναι λέξεις παρηγοριάς που πρέπει ν' αποφύγουμε ως Κοινωνικοί Λειτουργοί να πούμε στον ασθενή. Είναι η άλλη οπτική γωνία των γεγονότων αυτή που βοηθά να αποχωρήσει η σκέψη του ασθενή από τις έγνοιες του συνόλου και να συγκεντρωθεί στη δική του κατάσταση ώστε να απαλλαγεί από το εσωτερικό άγχος (ο.π.).

Είναι λοιπόν φανερό από τα αναφερθέντα ότι η φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς είναι ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης και προσεκτικής εκτίμησης από μέρους μας επειδή πέρα από το ηθικό της νόημα η σωστή προσφορά υπηρεσιών και η αμέριστη συμπαράστασή μας είναι αυτά που χρειάζεται αφάνταστα ο καρκινοπαθής του τελικού σταδίου.

iiiδ. Το δικαίωμα των μαστεκτομημένων γυναικών για αποκατάσταση

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αποδεκτό πως η παρέμβασή μας στους καρκινοπαθείς δεν πρέπει να εξαντλείται στην παροχή ιατρικής βοήθειας μόνο αλλά να εκτιμά, μαζί με τους βιολογικούς παράγοντες, τους ψυχολογικούς, τους κοινωνικούς και τους πολιτιστικούς παράγοντες που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα, στην εξέλιξη της νόσου (Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο, 1984).

Η παρέμβασή μας στους καρκινοπαθείς στόχο πρέπει να έχει τη δημιουργία καλύτερων συνθηκών για την προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες της πάθησής τους (ο.π.).

Όπως είναι γνωστό ο καρκίνος μαστού δημιουργεί τις περισσότερες φορές μια διπλή απειλή για τη γυναίκα που νοσεί. Μια απειλή για την ίδια τη ζωή της και μια για τη σωματική της ακεραιότητα με αναπηρίες που μοιραία δημιουργεί (ο.π.).

Η γυναίκα με Ca μαστού έχει τα ίδια δικαιώματα πριν και μετά τη μαστεκτομή. Κάθε μαστεκτομημένη γυναίκα έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί για κάθε διαθέσιμη, σχετική με τη μαστεκτομή βοήθεια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Είναι αναφαίρετο δικαίωμα της κάθε ελληνίδας η επανεκπαίδευση –οι δικοί της και των συγγενών της- σχετικά με τους νέους τρόπους που θα πρέπει να μάθουν και να συμπεριφέρονται στο νέο τους σώμα (Λ.Μπούτη, 1987).

Πρέπει να δίνεται κάθε βοήθεια για τη σχετικά ομαλή επιστροφή της μαστεκτομημένης γυναίκας στην κοινότητα και η κατάλληλη υποστήριξη για να ανταπεξέλθει με τις λιγότερες απώλειες στις δυσκολίες της κοινωνικής αποκατάστασης (ο.π.).

Εννοιολογικά η λέξη αποκατάσταση προϋποθέτει τη διαταραχή ή την αλλαγή μιας πρώτης καταστάσεως και την επαναφορά κατόπιν σ' αυτήν (ο.π.)

Η εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης αρχίζει σύμφωνα με αρκετούς από τους ασχολούμενους με το θέμα ήδη από τη διάγνωση. Αυτό έχει την έννοια της σταδιοποιημένης και

τεκμηριωμένης διάγνωσης, της ενημέρωσης του αρρώστου, της επιλογής σε συνεννόηση μαζί του των καλύτερων θεραπευτικών μεθόδων. Στη συνέχεια έρχεται η άρση των συνεπειών της νόσου αλλά και της θεραπείας ώστε η ασθενής σωματικά και ψυχικά ισορροπημένη να ενταχθεί ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο (Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, 1989).

iiiε. Η μαστεκτομημένη γυναίκα ως κανονικότητα

Κάθε μελλοντική προσέγγιση των μαστεκτομημένων ή των υπό μαστεκτομή γυναικών, για να μπορεί να ικανοποιήσει τις προσδοκίες για ισότιμη κοινωνική ενσωμάτωση πρέπει να τις αντιλαμβάνεται όχι ως ασθενείς, αλλά ως μία διαφορετική ανθρώπινη κανονικότητα (Λ.Μπούτη, 1987).

Οι νοσηλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να αναγνωρίσουν το δικαίωμα της γυναίκας υπό μαστεκτομή να επιλέγει η ίδια τις συνθήκες περίθαλψης, νοσηλείας και κοινωνικής ενσωμάτωσής της. Η ελευθερία της μαστεκτομημένης γυναίκας για συνεχή επιλογή των συνθηκών περίθαλψης και νοσηλείας, είναι πολιτικό ζήτημα σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της. Προϋποθέτει την αλλαγή της στάσης, αντιμετώπισης και αποκλειστικής διαχείρισης των υποθέσεων των γυναικών αυτών από τις νοσηλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες από μια νέα απελευθερωτική στάση προσέγγισης αυτών και των υποθέσεών

τους, η οποία να σέβεται την κανονικότητά τους και τις προσδοκίες τους για το δικό τους μέλλον (ο.π.).

Αν πάρουμε υπόψιν τα δεδομένα που εξετάθησαν, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η προσαρμογή των ασθενών αυτών δεν είναι έργο μόνο του ψυχολόγου ή του Κοινωνικού Λειτουργού αλλά μιας σειράς επιστημόνων από τον χειρουργό και τον ογκολόγο μέχρι τον απασχολησιοθεραπευτή και το μέλος της ομάδας αποκατάστασης. Και η προσπάθειά μας θα θεωρηθεί επιτυχής τότε μόνο όταν συνειδητοποιήσουμε πως οι ασθενείς δεν έχουν ανάγκη μόνο την ιατρική φροντίδα, αλλά και μια ανθρώπινη προσέγγιση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τότε η προσαρμογή τους στις συνθήκες της αρρώστιας θα είναι αποτελεσματικότερη και η επαναδραστηριοποίηση στην κοινωνία ευκολότερη. (Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο, 1984).

iv. Ρόλος του Κ.Α. με την οικογένεια

«Όταν απλώνεις τα χέρια σου προς τα
αστέρια μπορεί να μην πιάσεις κανένα
αλλά δεν θα βρεθείς με λασπωμένα χέρια».

Leo Burnett

Η οικογένεια αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα. Το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος αυτής της ομάδας μεταβιβάζεται και στα υπόλοιπα. Υπάρχει δηλαδή μια

μορφή διαρκούς αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας η οποία επηρεάζεται από εσωγενείς και εξωγενείς παράγοντες (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Έτσι λοιπόν όταν ένα μέλος μιας οικογένειας προσβληθεί από τον καρκίνο, προσβάλλεται και η ίδια η οικογένεια πολλές φορές σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι ο ίδιος ο ασθενής.

Προσβαλλόμενη η οικογένεια από μια αρρώστια που στο άκουσμά της απλά και μόνο προκαλεί φόβο και αποστροφή, βρίσκεται αντιμέτωπη με μια οδυνηρή πραγματικότητα. Χρειάζεται λοιπόν ιδιαίτερη συμπαράσταση και φροντίδα για να αποδεχθεί το γεγονός του καρκίνου και να προσαρμοστεί στις εξελίξεις της νόσου.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι εκείνος που με τα εφόδια που διαθέτει, γνωστικά και ψυχολογικά, θα σταθεί δίπλα στην οικογένεια από τη διάγνωση της νόσου μέχρι και την κατάληξη του ασθενούς προσφέροντας αγάπη και κατανόηση σ' αυτό το μακρύ και οδυνηρό ταξίδι της οικογένειας.

Βέβαια η κατάσταση της οικογένειας πριν από την εμφάνιση του καρκίνου θα ορίσει σε μεγάλο βαθμό το θεραπευτικό γίγνεσθαι. Η αρρώστια τοποθετεί την οικογένεια σε μια δοκιμασία, η οποία θα προκαλέσει την εμφάνιση των εντάσεων που αποτελούν την οικογενειακή ομοιοστασία. Εάν αυτή η ισορροπία ήταν πρόσκαιρη στο παρελθόν τότε κινδυνεύει να καταστραφεί παροδικά ή και μόνιμα. Εάν ήταν συμπαγής όχι μόνο θα αντέξει, αλλά ενδεχόμενα να σταθεροποιηθεί περισσότερο (Βελισσαρόπουλος, 1994).

Θα μπορούσαμε να πούμε πως η προϋπάρχουσα δομή της οικογένειας είναι πιο σημαντική από τον ίδιο τον καρκίνο, ο οποίος μπορεί να αποκαλύψει τις έντονες συγκρούσεις που βρίσκονταν σε λανθάνουσα κατάσταση (ο.π.).

ίνα. Τύποι συμπεριφοράς οικογενειών και Κ.Α.

Η οικογένεια απέναντι στη διάγνωση του καρκίνου αντιδρά με διάφορους τρόπους. Οι τρόποι αντίδρασης εξαρτώνται από την ιδιομορφία της οικογένειας, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, από τη νοοτροπία περιγύρου κλπ. Η προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στις αντιδράσεις που θα παρουσιάσουμε είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί βοηθά την οικογένεια να προσαρμοστεί απέναντι στον ασθενή και την ασθένεια (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Οι αντιδράσεις που μπορεί ν' αναπτύξει η οικογένεια είναι οι εξής (ο.π.):

1. Το οικογενειακό περιβάλλον εμφανίζεται υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία ακολουθεί μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει, αντί να υποστηρίζει τον ασθενή, να τον «εξαφανίζει», δηλαδή να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Αρχίζει να

αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του πριν ακόμα συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει.

Ο κοινωνικός λειτουργός που θα διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας, θα πρέπει να την κατευθύνει ώστε να μετριάσει την ενεργητικότητά της για να νιώσει ο ασθενής πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μην κουραστούν και οι δυο πλευρές. Πρέπει να καταλάβουν ότι είναι ανάγκη να μείνουν δίπλα του διακριτικά και να σεβαστούν τις ανάγκες του για σκέψη, κρίση, ανασυγκρότηση και κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας. Είναι σκόπιμο να μην αντλείται η φροντίδα σ' αυτήν την πρώτη φάση, διότι θα την χρειαστεί ο ασθενής στα επόμενα στάδια της αρρώστιας.

2. Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Μ' αυτήν η οικογένεια βάζει τον άρρωστο στο περιθώριο. Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του. Γίνεται ο παθητικός δέκτης των όσων του προσφέρονται απλόχερα. Ο τρόπος αυτός της συμπεριφοράς πέρα από τα κίνητρα αγάπης μπορεί να περιλαμβάνει και «παθολογικές καταστάσεις». Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενόχων, κάποια ανάγκη για δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση του αρρώστου.

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού μ' αυτόν τον τύπο οικογένειας θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την

αυτοπεποίθησή του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σ' άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης ή αυτοολοκλήρωσης. Επίσης οι συγγενείς θα πρέπει να πεισθούν για τις ικανότητες και τις δυνατότητες του ασθενή να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.

3. Η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωρινή ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φτάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται με έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά και έτσι αυτοϋποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας και εξιλέωσης. Επίσης η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

Από μέρος του κοινωνικού λειτουργού αποκτούνται γνώσεις και εμπειρία προκειμένου να διαγνώσει και να μελετήσει τα πραγματικά αίτια ενός τέτοιου τύπου συμπεριφοράς, ώστε να εφαρμόσει την ανάλογη μέθοδο εργασίας.

4. Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται τη διάγνωση είναι ο θυμός ή η οργή ο θυμός σαν συναίσθημα σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός της όλης έντασης που ακολουθεί τη διάγνωση. Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί ως έκφραση

αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει ασθενή και συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σ' αυτή την περίπτωση ο άρρωστος «κατηγορείται» σαν ο υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού. Οι συγγενείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η ευθύνη για την αρρώστια δεν μπορεί να χρεωθεί στην επιλογή του αρρώστου. Η κατάσταση είναι πλέον διαμορφωμένη και η προσπάθεια πρέπει να στραφεί σε συμπεριφορά, συμπαράστασης του αρρώστου και σε συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων που θα προκύψουν στην πορεία της θεραπείας. Επίσης πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η ψυχική ισορροπία και ηρεμία του αρρώστου είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του σκληρού γεγονότος της ασθένειας.

5. Όταν η οικογένεια παρουσιάζει μια υπερεξάρτηση από τον ασθενή. Στο σημείο αυτό εγκυμονεί ο εξής κίνδυνος: η απόλυτα εξαρτημένη συναισθηματικά και πρακτικά οικογένεια να συνεχίσει να έχει απαιτήσεις από τον άρρωστο όπως και στο παρελθόν. Να θέλει δηλαδή τον άρρωστό της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές δραστηριότητες σαν να μην τρέχει τίποτα αρνούμενοι τις συνέπειες της ασθένειας. Έτσι

δημιουργούνται επικοινωνιακά και ψυχολογικά προβλήματα που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα και να δει τον άνθρωπό της σαν άτομο με τις δικές του ανάγκες και τους δικούς του ρυθμούς. Χρειάζεται κατανόηση και συναισθηματική υποστήριξη. Για να γίνει όμως αυτό θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναπτύξει τη μέθοδο της Κ.Ε. με την οικογένεια. Σκοπός αυτής της εργασίας θα είναι η κινητοποίηση των δυνάμεων και μηχανισμών ανεξαρτοποίησής τους.

Όλα όσα αναφέραμε παραπάνω δεν αποτελούν στεγανά, διότι δεν υπάρχει τίποτα το απόλυτο και το στεγανό στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Είναι όμως ενδεικτικοί τύποι οικογενειών που πρέπει να γνωρίζουν οι ειδικοί επαγγελματίες αυτού του τομέα. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι ο καρκίνος αποτελεί οικογενειακή αρρώστια εξαιτίας της συναισθηματικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της και των κανόνων που διέπουν τη δομή της οικογένειας (ο.π.).

Γι' αυτό όλοι σαν ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες και άνθρωποι πρέπει να βλέπουμε τον άρρωστο σε σχέση με την οικογένειά του, αυξάνοντας το ενδιαφέρον μας γι' αυτήν.

*ινβ. Η σημασία της αντιμετώπισης της οικογένειας μπρος
στη διάγνωση του καρκίνου*

Η σημασία που έχει η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας μπρος στη διάγνωση του καρκίνου καθορίζει τη μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της αρρώστιας και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν. Κατά συνέπεια η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από τον Κοινωνικό Λειτουργό μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά την οικογένεια να δεχτεί τη νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοστεί αποτελεσματικά (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου 1984).

Έχει συχνά τονιστεί ότι ο κυριότερος παράγοντας για αποτελεσματική προσαρμογή είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Αυτή η επικοινωνία στηρίζεται και ενθαρρύνεται από τη στάση των συζύγων και προϋποθέτει ότι οι σύζυγοι (ο.π.):

α) Έχουν καταλάβει σωστά - σύζυγος και γυναίκα που νοσεί- και έχουν συνειδητοποιήσει τη φύση της αρρώστιας.

β) Έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας με όλα τα μέλη της οικογένειας.

γ) Έχουν μία φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση που περιλαμβάνει το αρχικό σοκ, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και άγχος, ώσπου να φτάσουν να αποδεχτούν τη νέα πραγματικότητα.

δ) Έχουν μία ενθαρρυντική στάση προτρέποντας όλα τα άλλα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα δικά τους συναισθήματα.

Τέλος η επαρκής και ειλικρινής ενημέρωση έχει θεωρηθεί ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που βοηθά την οικογένεια στην καλύτερη επεξεργασία του άγχους που προέρχεται από τη φύση της ασθένειας και της θεραπείας. Η ενημέρωση βοηθά τα μέλη της οικογένειας και κυρίως τους συζύγους να στηρίζουν τη σύντροφό τους σε οποιαδήποτε απόφαση αφορά την αντιμετώπιση της ασθένειας, ενώ συμβάλλει στην καλύτερη προετοιμασία των συγγενών για τη δύσκολη πορεία της νόσου καθώς και της φάσης του τελικού σταδίου (Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, 1997).

ινγ. Τελικό στάδιο - Κ.Α. και διαδικασία του πένθους

Είναι γεγονός ότι καθώς η αρρώστια προχωρεί και επιφέρει αλλαγές στην ψυχοσύνθεση του αρρώστου, εξίσου σημαντικές ανακατατάξεις προκαλεί στη δομή της οικογένειας και στον ψυχισμό των συγγενών καθώς ο άρρωστος οδεύει προς το θάνατο. Όλη η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση και τα χαρακτηριστικά που έχουν περιγραφεί είναι (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

- α. Κατάθλιψη.
- β. Προβληματισμός και συνεχής απασχόληση με το άρρωστο.
- γ. Σκέψεις και άγχος.

δ. Προγραμματισμός για την πορεία της οικογένειας ανάλογα με την πορεία της νόσου και μετά το θάνατο του αρρώστου.

Τα μέλη της οικογένειας διερχόμενα τα στάδια που αναφέραμε παράλληλα με τις ενοχές που μπορεί να νιώσουν εξαιτίας της αποδοχής του τέλους, βοηθούνται στην αποδοχή της πραγματικότητας και την εξοικείωση με την αρρώστια και το θάνατο. Επίσης άρρωστος και οικογένεια μπορεί να οδηγηθούν σε ουσιαστικές αλλαγές και ανακατατάξεις σε ό,τι αφορά συναισθηματικές εκκρεμότητες αλλά και θεώρηση γεγονότων και αξιών σ' άλλη θεωρητική και γνωστική βάση. Ο υπαρξιακός προβληματισμός και η αναζήτηση του θείου είναι χαρακτηριστικά της αυτοοργάνωσης του ατόμου (ο.π.).

Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού στη φάση αυτή έχει τη μορφή στήριξης προς το οικογενειακό περιβάλλον για να μπορέσουν να δεχτούν την πραγματικότητα του τέλους του αγαπημένου τους προσώπου. Να δεχτούν ότι έχει δικαίωμα να φύγει ειρηνικά. Να εν-οπίσουν μέσα τους το γιατί θέλουν να παρατείνουν τη ζωή του. Είναι ανάγκη δική τους ή του ίδιου του ασθενούς τις περισσότερες φορές βγαίνει η δική τους ανάγκη. Και μεις οι ίδιοι αν σκεφτούμε βλέπουμε πως αν είναι να χάσουμε κάποιον αυτό που επικεντρώνεται στη σκέψη μας είναι η απουσία του από τη ζωή μας (ο.π.).

Στην τελική αυτή φάση όπου οι τύψεις και οι ενοχές για παλιές συμπεριφορές των μελών της οικογένειας απέναντι στον ασθενή,

εμφανίζονται, πρέπει να επεξεργαστούν. Αν δεν βοηθήσουμε τους συγγενείς να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν από τον θάνατο του αρρώστου τους, τόσο θα νιώθουν την ένταση και νοσηρές ιδέες θα τους απασχολούν. Κατόπιν η οικογένεια θα περάσει από τη φάση της προπαρασκευαστικής θλίψης (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Ο προπαρασκευαστικός θρήνος αρχίζει με τη συνειδητοποίηση ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Είναι μια φυσιολογική και απαραίτητη αντίδραση που ίσως έχει θετικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας στη φάση του τελικού σταδίου (ο.π.).

Στην τελευταία αυτή φάση πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επιτρέψουν στον άρρωστο να τους αποχωριστεί, να αποσπαστεί βαθμιαία, αποσυρόμενος από τις σημαντικές του σχέσεις. Μερικές οικογένειες που δεν έχουν άλλο συγκινησιακό φορτίο μπορεί να έχουν «ξεγράψει» τον άρρωστο εσπευσμένα και να αρχίσουν να θρηνούν ενώ αυτός είναι ακόμα ζωντανός. Σε τέτοιες περιπτώσεις όταν συμβεί ο θάνατος δεν δημιουργείται μια ιδιαίτερη κατάσταση αλλά μία προβλεπόμενη απώλεια, που έρχεται στο τέλος μιας σειράς γεγονότων. Η μακρά περίοδος που υπέφερε τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του τελειώνει και μία ανακούφιση γίνεται αισθητή. Ωστόσο, με τον θάνατο του αρρώστου πρέπει να θρηνήσουν γι' αυτή την απώλεια, να μοιραστούν με τους υπόλοιπους γνωστούς τη θλίψη και το πένθος, να ξεπεραστούν κάποιες φαντασιώσεις, αυταπάτες και ψευδαισθήσεις σε σχέση με τον αποθανόντα (ο.π.).

Η διάρκεια του πένθους φαίνεται να εξαρτάται από την επιτυχία με την οποία το άτομο χειραφετείται από τον δεσμό με τον αποθανόντα, επαναπροσφραμίζεται στο περιβάλλον από το οποίο λείπει ο τελευταίος και δημιουργεί νέες σχέσεις (Κ.Ε.Α. ΙΙΙ).

Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια σ' αυτήν την προσπάθεια φαίνεται να είναι το γεγονός ότι πολλά άτομα προσπαθούν να αποφύγουν και τη δυνατή λύπη που συνδέεται με την εμπειρία του πένθους και την απαραίτητη έκφραση του συναισθήματος. Κατά βάθος φοβούνται ότι αν χαλαρώσουν και ενδώσουν στη λύπη κινδυνεύουν να καταρρεύσουν ψυχικά (ο.π.).

Συχνά απαιτείται μεγάλη πειθώ για να αποφασίσουν να εξωτερικεύσουν τη λύπη τους πράγμα που θα τους βοηθήσει να παραδεχτούν το βάρος του πένθους. Με την έκφραση της λύπης έρχεται άμεση ανακούφιση της ψυχικής έντασης και οι επακόλουθες συνεντεύξεις με τον Κοινωνικό Λειτουργό είναι ζωνρές συζητήσεις με τις οποίες ο αποθανών εξιδανικεύεται και οι πενθούντες ξεπερνούν το άγχος και την αμφιβολία για την προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες (ο.π.).

Στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να βοηθήσει την οικογένεια να ακολουθήσει μία φυσιολογική πορεία στο πένθος της ώστε να μπορέσει να βρει την ισορροπία της. Παράλληλα όμως θα πρέπει να είναι γνώστης της συμπεριφοράς που κυριαρχεί όταν η διαδικασία του πένθους δεν γίνεται ομαλά. Μερικά από τα βασικότερα συμπτώματα παθολογικού πένθους είναι (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986):

- Αδικαιολόγητα παρατεινόμενο πένθος που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
- Υπερβολική ευφορία, δραστηριότητα και απασχόληση μπροστά στο θάνατο που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
- Τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοτιμωρίας.
- Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
- Ταύτιση και υιοθέτηση χαρακτηριστικών του αποθανόντα ή εκδήλωση των ίδιων οργανικών συμπτωμάτων που παρουσίαζε ο ασθενής στην περίοδο της αρρώστιας του.
- Υπερβολική κατάθλιψη που εμφανίζεται καθυστερημένα μήνες μετά το θάνατο του ατόμου.

Ο κατάλληλος χειρισμός του πένθους μπορεί να παρεμποδίσει μακροχρόνιες και σοβαρές αλλαγές στην κοινωνική προσαρμογή των ατόμων καθώς και πιθανές σωματικές ασθένειες (ΚΕΑ ΙΙΙ).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού αποβλέπει στο να μοιραστεί τη λύπη των πενθούντων δηλαδή τις προσπάθειές τους να απεμπλακούν από το δεσμό με τον νεκρό και να βρουν καινούργιους τρόπους ικανοποιητικών σχέσεων (ο.π.).

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε ότι όχι μόνο η υπερβολική αλλά και η μειωμένη αντίδραση στο θάνατο πρέπει να τύχουν προσοχής, επειδή καθυστερημένες αντιδράσεις ενδέχεται να εκδηλωθούν σε απροσδόκητο χρόνο (ο.π.).

Οι θρησκευτικές οργανώσεις έχουν βρει έναν τρόπο να ανακουφίζουν τους πενθούντες. Με την πίστη στη μεταθάνατον ζωή, ενισχύεται η επιθυμία των πενθούντων να συνεχίσουν την επικοινωνία με τον αποθανόντα. Με την καθιέρωση τελετών, μνημοσύνων, εθίμων κ.τ.λ. διατηρούν την επικοινωνία του με το περιβάλλον (ο.π.).

Αν και όλα αυτά έχουν βοηθήσει αναρίθμητους ανθρώπους στο πένθος τους, εν τούτοις μόνο η ανακούφιση δεν είναι αρκετή. Τα άτομα πρέπει να παραδεχτούν τον πόνο του θανάτου. Πρέπει να αναθεωρήσουν τη σχέση τους με τον αποθανόντα και να εξοικειωθούν με τις αλλαγές στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις (ο.π.).

Πρέπει να ξεπεράσουν τους φόβους τους για την ψυχική τους ισορροπία καθώς και τον φόβο τους να αποδεχτούν τα εχθρικά τους συναισθήματα. Θα πρέπει να εκφράσουν τη λύπη τους γι' αυτόν που έχασαν και να βρουν μια παραδεκτή μορφή όσον αφορά τη σχέση τους με τον αποβιώσαντα στο μέλλον, θα πρέπει να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματα ενοχής τους και να βρουν πρόσωπα από το περιβάλλον τους που θα τους χρησιμεύσουν σαν στηρίγματα για να αποκτήσουν νέους τρόπους συναλλαγής με το περιβάλλον (ο.π.).

Σε περίπτωση που η εχθρότητα είναι το πιο έκδηλο χαρακτηριστικό του πένθους απαιτείται ειδικός χειρισμός. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί θα πρέπει να αντιλαμβάνονται εγκαίρως τα συμπτώματα και να παραπέμπουν τις πιο σοβαρές περιπτώσεις

στους ψυχιάτρους ενώ οι ίδιοι να βοηθούν τις πιο φυσιολογικές εκδηλώσεις πένθους (Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, 1986).

Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού σε όλα τα στάδια των διεργασιών είναι σημαντική.

Τελειώνοντας θα αναφερθούμε στα λόγια κάποιου αρρώστου που περικλείουν όλο το φάσμα των αναγκών του σ' ό,τι αφορά το άμεσο περιβάλλον του (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου 1991):

«Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά, χωρίς πανικό. Στην αρχή είναι δύσκολο να ανοιχτείς μαζί τους, αλλά αυτοί δεν αποθαρρύνονται. Δε λένε «αφού δεν μας μιλάει, τι να κάνουμε» Είναι πάντα εκεί περιμένοντας ήρεμα, γιατί αποδέχονται κάθε πραγματικότητα, ακόμα και την πιο άσχημη. Αυτοί οι άνθρωποι είναι που σε κάνουν να νιώθεις φυσιολογικά ότι κι αν σου συμβαίνει. Κύρια όμως εσύ ο ίδιος πρέπει να θυμάσαι πάντα ότι πάνω απ' όλα είσαι μία προσωπικότητα και ύστερα ότι έχεις καρκίνο. Δεν είσαι ένας καρκινοπαθής. Είσαι το πρόσωπο με τη συγκεκριμένη ταυτότητα».

ν. Ρόλος του Κ.Λ με το Κοινωνικό Περιβάλλον

«Είναι προτιμότερο να προλαμβάνεις
από το να θεραπεύεις».

Ιπποκράτης

Η δράση του Κοινωνικού Λειτουργού περιλαμβάνει και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το άτομο που νοσεί.

Οι άνθρωποι στο άκουσμα της λέξης καρκίνος αντιδρούν με φόβο και αυτό επισημαίνεται από το γεγονός ότι ακόμα και σήμερα η ασθένεια αυτή δεν αναφέρεται με το πραγματικό της όνομα αλλά χαρακτηρίζεται ως «επάρατη νόσος», «κακιά αρρώστια» ή ως «ο έξω από δω». Ο φόβος, η προκατάληψη και η δυσειδαιμονία γύρω από τον καρκίνο δημιουργούν ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην ένταξη των καρκινοπαθών οι οποίοι είτε απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο ως «μολυσματικοί φορείς» είτε υπερπροστατεύονται από το περιβάλλον τους δημιουργώντας έτσι ένα βαρύθυμο πέπλο σιωπής που επισκιάζει την προσωπικότητα του ατόμου που νοσεί. Έτσι η αρρώστια τείνει να γίνει πιο σημαντική από τον άρρωστο παραμερίζοντας τα δικαιώματα αυτού του ατόμου.

Η προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στο επίπεδο της πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των πολιτών είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Η πληροφόρηση αυτή περιλαμβάνει τρία επίπεδα α) της πρόληψης β) της θεραπείας γ) της αποκατάστασης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων που νοσούν από καρκίνο (Λ. Μπούτη, 1987).

Η πρόληψη αναλύεται σύμφωνα με το περιεχόμενο εφαρμογής της σε τρία επίπεδα. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

α. Πρωτογενής Πρόληψη

Περιλαμβάνει δραστηριότητες που στοχεύουν να μειώσουν την εμφάνιση της ασθένειας στον πληθυσμό περιορίζοντας τον κίνδυνο έναρξής της.

β. Δευτερογενής Πρόληψη

Περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να παρέχουν ικανή προστασία στον πληθυσμό από μία ασθένεια μειώνοντας τη διάρκεια και βαρύτητα μιας αρρώστιας.

γ. Τριτογενής Πρόληψη

Περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να περιορίσουν τις χρόνιες συνέπειες μιας ασθένειας ελαχιστοποιώντας τη λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να επιφέρει μια ασθένεια.

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοήθων νεοπλασμάτων όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνει τη γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες, επιτρέποντας την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι (Νοσηλευτική, 1993):

1. Υγιεινομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του. Παράδειγμα αποτελεί η διαμφισβήτηση συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονα και καπνίσματος. Υπάρχει όμως μεγάλο μέρος του πληθυσμού που αγνοεί αυτή τη σχέση που έχει το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων.

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου, οι χειριστές ραδιενεργών ουσιών, ισοτόπων και οι εργαζόμενοι σε χώρους που ίσως εκπέμπεται ακτινοβολία οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες αζω-χρωστικών, αμιάντων και άλλων βεβαιομένων καρκινογόνων παραγόντων) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της DDT (δίχλωροδιφαινολοτριχλωραιθάνιο) εντομοκτόνου, με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση.

Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατό γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων- συμπτωματικό, σιωπηλό στάδιο της εξέλιξής του- και να αντιμετωπισθεί αμέσως (ο.π.).

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι φέρουν δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό, το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη (ο.π.).

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, τη διατροφή, το ευρύτερο περιβάλλον και ορισμένα ύποπτα σημεία για καρκίνο όπως (ο.π.):

1. Αλλαγή συνήθειας κενώσεως εντέρου και ουρήσεως.
2. Πληγή ή τραύμα που δεν επουλώνεται.
3. Ασυνήθιστη αιμορραγία ή έκκριση.
4. Παρουσία όγκου ή σκληρίας στο μαστό ή σε άλλο σημείο του σώματος.
5. Δυσπεψία - δυσκαταποσία.
6. Αλλαγή (χρώμα - μέγεθος) σε κάποια ελιά του δέρματος.
7. Βήχας ή βραχνάδα φωνής.

Πέραν των επτά υπόπτων συμπτωμάτων του καρκίνου αξίζει να αναφέρουμε και τα επτά προληπτικά μέτρα της νόσου (ο.π.):

1. **Μαστός** Μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού για σκληρία, αδένες, όγκο ή αλλαγή στο σχήμα.
2. **Ορθό** Ετήσια ορθοσκόπηση για άτομα ηλικίας 40 χρονών και άνω.
3. **Πνεύμονες** Ετήσια ακτινογραφία θώρακος, διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος.
4. **Στόμα** Ετήσια εξέταση της στοματικής κοιλότητας.
5. **Δέρμα** Αποφυγή άσκοπης εκθέσεως στον ήλιο.

6. **Μήτρα** Ετήσια : εξέταση κοιλιακού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου στις ενήλικες γυναίκες.

7. **Βασικό** Ετήσια πλήρης φυσική εξέταση για τους ενήλικες (άνδρες, γυναίκες) και εξέταση ούρων και αίματος.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει (Νοσηλευτική, 1993 / Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

- Αφύπνιση κοινοτικού ενδιαφέροντος και υπεύθυνης ατομικής συλλογικής δράσης.
- Ενημέρωση του πληθυσμού και «ειδικών» ομάδων για θέματα υγείας, ενδοοικογενειακών σχέσεων, κοινωνικών αναγκών και αλληλεπιδράσεων.
- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- Μελέτη και διάγνωση δυσμενών κοινωνικο - οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων.
- Πρόληψη και «θεραπεία» των συνθηκών που δημιουργούν κλονισμό της υγείας.
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα.

- Κοινωνική συμπαράσταση στον ασθενή και την οικογένεια, ενίσχυση ρόλων και κινητοποίηση του περιβάλλοντος.
- Σύνδεση με ειδικές υπηρεσίες, ενημέρωση για ιατροκοινωνικά προγράμματα και συνεχή παρακολούθηση.
- Ερευνητικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες.
- Διαφώτιση του κοινού.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στο επίπεδο της ενημέρωσης και εκπαίδευσης του πληθυσμού σε θέματα υγείας και πρόληψης σε συνεργασία βέβαια και με άλλους φορείς μπορεί να πραγματοποιηθεί στους εξής τομείς (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

1. **Στην οικογένεια**, στη διάρκεια συμβουλευτικής συνεργασίας με ιατροκοινωνικούς και παιδαγωγικούς φορείς.
2. **Στο σχολείο**, με παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης των μαθητών μετά από κατάλληλη εκπαίδευση των παιδαγωγών.
3. **Στο κοινωνικο- πολιτιστικό περιβάλλον**, με συμμετοχικές διαδικασίες σε προγράμματα υγείας, στήριξης θεσμών και πολιτιστικών παραδόσεων.
4. **Στις υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας** με διαρκή εκπαίδευση και ενημέρωση, με ενίσχυση επιστημονικού και επαγγελματικού τύπου, με ενίσχυση της χρήσης συγγραμάτων και πληροφοριών.

Η εκπαίδευση για την υγεία με στόχο την αποτελεσματική πρόληψη πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο κοινωνικο-πολιτιστικό υπόβαθρο των αντιλήψεων για την υγεία. Η υγειονομική εκπαίδευση του πληθυσμού (της κοινότητας) και ιδιαίτερα του νεανικού μέσω της θεσμοθετημένης διαδικασίας της διαπαιδαγώγησης αποσκοπεί να αποκτηθούν οι απαραίτητες γνώσεις και να ενσωματωθούν στην καθημερινή αυτόματη συμπεριφορά και τις συνήθειες. Η αποδοχή υγιεινών τρόπων διαβίωσης είναι η περισσότερο αποτελεσματική μέθοδος με ποιοτικά στοιχεία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται κατά την υγειονομική εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα και αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου και στην μεγαλύτερη δυνατή αξιοποίηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Ψυχοκοινωνική Διαστάση Καρκίνου, 1991).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να παραλάβει τη σκυτάλη μετάδοσης του μηνύματος βελτίωσης των συνθηκών της ύπαρξής μας και των καθημερινών κινήσεών μας με σωστό υγιεινό και αποδοτικό τρόπο που θα επηρεάσει γρήγορα και άμεσα πρώτα τη δική μας ύπαρξη, δηλαδή την ύπαρξη του άμεσου περιβάλλοντός μας, και μετά τη ζωή των ανθρώπων που ζουν κοντά μας. Ωστε η εκπαίδευση για τον καρκίνο έχει σαν στόχο (ο.π.):

α. Μετάδοση γνώσεων. Μετάδοση ότι ο τρόπος διαβίωσής μας δεν είναι σωστός, δημιουργώντας μας πολλά και μικρά καθημερινά προβλήματα με την πάροδο των εβδομάδων, των μηνών και των ετών με αποτέλεσμα όταν εκδηλωθούν τα συμπτώματα να είναι αρκετά αργά.

β. Την εφαρμογή νέων συνθηκών σωστής ζωής. Δύο είναι τα συστήματα του οργανισμού μας που μπορούμε να επηρεάσουμε. Το πεπτικό, χρησιμοποιώντας καλή διατροφή. Έπειτα έρχεται το αναπνευστικό με τη διακοπή του καπνίσματος.

Η κοινωνική αυτή εφαρμογή απαιτεί **α)** διαφοροποίηση της συμπεριφοράς μας, και **β)** συνεχή μετάδοση των νέων τρόπων διαβίωσης, ώστε με σωστό παράδειγμα και συνεχή εκπαίδευση να δίνουμε το σωστό μήνυμα «Είναι καλύτερο να προλαβαίνεις από το να θεραπεύεις» (ο.π.).

Από τα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω η δυνατότητα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου εξαρτάται (Νοσηλευτική, 1993):

1. Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας –για το άτομο που προσβλήθηκε απ’ αυτή- την έχει κυρίως το ίδιο το άτομο.
2. Από το γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση, εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Η ευθύνη λοιπόν του πρώτου γιατρού (που θα δει το άτομο) δεν περιορίζεται απλά και μόνο στη διάγνωση αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.
3. Από τους επαγγελματίες υγείας όπου πρέπει να μεταδώσουν το μήνυμα ότι **α)** ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί και να μειωθεί σημαντικά η εμφάνισή του και **β)** Η μείωση

καρκίνων είναι απαραίτητη γιατί βελτιώνει τη γενική ποιότητα ζωής όλου του κόσμου (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

4. Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρησή τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου.

Η πρόληψη συνιστά ιεραρχικά πρωταρχικό καθοριστικό παράγοντα διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας και σχετίζεται με εκείνα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα ζωής και το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί ότι η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη και προτρέπει στη διεπιστημονική παρέμβαση με αντίστοιχη γνωστική συμβολή και κοινωνική συμμετοχή.

νι.Ρόλος του Κ.Α στην Διεπιστημονική Ομάδα

«Θεέ μου, δώσε μου τη γαλήνη να δεχτώ αυτά που δεν μπορώ να αλλάξω, το κουράγιο να αλλάξω αυτά που μπορώ και τη σοφία να γνωρίζω τη διαφορά».

Reinhold Niebuhz

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να διαχωρίσει προβλήματα σώματος, προβλήματα πνεύματος ή ψυχολογικά προβλήματα. Ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται σαν μια ολότητα γι' αυτό πλέον δεν μπορούμε να πούμε πως την ευθύνη της υγείας την έχει κατ' αποκλειστικότητα ο γιατρός. Την ευθύνη την έχουν όλοι μα περισσότερο το ίδιο το άτομο (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Από τα προαναφερθέντα επισημαίνεται η ανάγκη δημιουργίας και λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας που με τη συλλογική της εργασία να μπορεί να μελετά να διαγνώσκει και να θεραπεύει σφαιρικά τον ασθενή (ο.π.).

Έχει παρατηρηθεί ότι όσο νωρίτερα ένας άρρωστος αρχίζει να επικοινωνεί με εξειδικευμένο νοσοκομειακό προσωπικό που θα τον βοηθήσει να αντιμετωπίζει τα φυσικά και ψυχοκοινωνικά του προβλήματα, τόσο αποτελεσματικότερα θα προσαρμοστεί στην κατάσταση που βιώνει. Κι αν ο άρρωστος αρχίσει να προσαρμόζεται αποτελεσματικά στα στάδια της αρρώστιας είναι πιθανό ότι τα μέλη της οικογένειας θα σταθούν ικανά να αντιμετωπίσουν τις δικές τους ανησυχίες για τη νόσο του ασθενή τους και τις συνέπειες της σε αυτούς. Η ομάδα που θα εργαστεί με τον άρρωστο παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα (Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο, 1984).

Φυσιοθεραπευτής	Κοινωνικός Λειτουργός
	ΓΙΑΤΡΟΣ
Θεραπευτής λόγου/ακοής	Ψυχολόγος
	ΑΡΡΩΣΤΟΣ
Απασχολησιοθεραπευτής	Ψυχίατρος
	ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ
Νοσηλευτικό προσωπικό	Ομάδα αποκατάστασης

Βασική προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι η δημιουργία διεπιστημονικού κλίματος όπου ο επαγγελματικός σωβινισμός να μην έχει θέσει εφόσον είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι τα συμφέροντα του ασθενούς εξυπηρετούνται καλύτερα όταν υπάρχει ουσιαστική σύνδεση και συνεργασία μεταξύ αυτών που τον βοηθούν να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη διεπιστημονική ομάδα σε ογκολογικό νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η κύρια συμβολή του Κ.Λ πηγάζει από την επαγγελματική του δεξιοτεχνία. Ο ρόλος του είναι κλειδί μέσα στη Διεπιστημονική Ομάδα διότι αποτελεί το συνδετικό κρίκο του ιατρού- ασθενή, ιατρού - νοσηλεύτριας, ψυχολόγου - ασθενούς, ασθενούς - οικογένειας και Κοινωνικού Περιβάλλοντος. Είναι εκείνος ο οποίος βοηθά στην επικοινωνία και στην επίλυση των συγκρούσεων, παρεμβαίνει, διευκολύνει, υποστηρίζει και ενθαρρύνει τα άτομα να δημιουργήσουν ευνοϊκές συνθήκες για την φροντίδα του ασθενούς.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται για την ανίχνευση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινωνικών κτλ.) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της αρρώστιας. Παράδειγμα, εργάζεται με την οικογένεια, με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικούς φορείς, ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και άλλους οργανισμούς). Παρεμβαίνει μαζί με τον ψυχολόγο και ψυχίατρο και επηρεάζει τα θετικά δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων όταν αυτές είναι αρνητικές και απορριπτικές ως προς τον άρρωστο. Εργάζεται με την κοινότητα (φορείς, αρχές, οργανώσεις) και την κινητοποιεί για την υποστήριξη του αρρώστου (Μ.Γ. Μαδιανός, 1996).

Ειδικότερα ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια της Διεπιστημονικής Ομάδας τοποθετείται στα εξής (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991):

1^ο Αρχικά ξεκινά με την προετοιμασία του καρκινοπαθή στις νέες και συχνά δύσκολες εμπειρίες στην κλινική.

2^ο Αναλαμβάνει την ευθύνη να πάρει το κοινωνικό ιστορικό είτε κατ' ευθείαν από τον ασθενή είτε από την οικογένειά του, χρησιμοποιώντας όλους τους βασικούς κανόνες της συνέντευξης.

3^ο Παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό στην ομάδα δίνοντας έτσι το ψυχοκοινωνικό προφίλ και το δυναμικό του ασθενούς, τη δομή της οικογένειάς του, τις διαπροσωπικές σχέσεις του με το κοινωνικό περιβάλλον.

Τα βασικά αυτά στοιχεία θα αξιολογηθούν από την ομάδα και έτσι θα καθοριστεί ο προγραμματισμός για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς.

4^{ον} Ακολουθεί την επίσκεψη της κλινικής και ενημερώνεται για την εξέλιξη της πορείας, τον προγραμματισμό και θεραπεία που ακολουθείται στον ασθενή. Η συμμετοχή στην επίσκεψη τον βοηθά στο να γνωρίζει τις επίπονες και απαιτητικές φάσεις της αγωγής του καρκινοπαθούς και να είναι κοντά του προετοιμάζοντάς τον να τις δεχτεί και να τις ακολουθήσει.

5^{ον} Προετοιμάζει ψυχολογικά τον ασθενή πριν από κάθε εγχείρηση που αποτελεί ένα απαραίτητο κομμάτι της καθαρά ιατρικής προεγχειρητικής προετοιμασίας.

6^{ον} Προετοιμάζει την οικογένεια να δεχτεί τη νέα πραγματικότητα που προκύπτει από τη διάγνωση του γιατρού.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι εκείνος που θα δώσει στην οικογένεια να καταλάβει ότι η συμπεριφορά προς τον ασθενή πρέπει να είναι ανάλογη ώστε να βοηθήσει υποστηρικτικά στη θεραπεία για την περαιτέρω εξέλιξη του αρρώστου, χωρίς όμως υπερπροστατευτικά μοντέλα.

7^{ον} Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού επεκτείνεται στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον με σκοπό να μειώσει τα προβλήματα που θα συναντήσει ο ασθενής μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, έτσι ώστε η επανένταξή του και προσαρμογή του να είναι ευκολότερη.

8^ο Καλείται με τον ρόλο του να αναλάβει και την υποχρέωση για δημιουργία συνεργασίας και επικοινωνίας ώστε να μειώσει στο ελάχιστο την αντίφαση που υπάρχει μεταξύ των προσδοκιών του αρρώστου και της πραγματικότητας που αντιμετωπίζει.

Βιώνοντας την εποχή της εξειδικευμένης γνώσης, η σύγχρονη αντίληψη, επιβάλλει την αντιμετώπιση του αρρώστου σαν έργο ομαδικό. Εκ των πραγμάτων λοιπόν, προβάλλει η επιτακτική ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των ειδικών (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Στην ομαδική προσέγγιση κάθε μέλος πρέπει να παίζει ρόλο υπεύθυνο και συμπληρωματικό στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί ο καρκίνος για τον άρρωστο. Μέσα από τη συνεργασία στη διεπιστημονική ομάδα δεν απειλείται η Επαγγελματική και Δεοντολογική ταυτότητα κανενός. Αλλά το σημαντικότερο είναι πως μέσα από τη συλλογική ευθύνη δεν απειλείται η ταυτότητα του ίδιου του αρρώστου. Μέσα στη συλλογική ευθύνη δεν υπάρχει ο άρρωστός μου αλλά το άτομο που ανήκει στον εαυτό του και μόνο αλλά που επιβάλλεται να αντιμετωπισθεί μέσα από την ευθύνη πολλών ειδικών.

vii. Προβλήματα Κ.Α. κατά την εργασία του σε ογκολογικό

πλαίσιο

«Όποιος υπομένει με τον καλύτερο τρόπο τις αλλαγές της τύχης αυτός είναι ένας σοφός άνθρωπος».

Ευρυπίδης

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στα πλαίσια της εργασίας του σε ογκολογικό νοσοκομείο έρχεται αντιμέτωπος με δύο ιδιαίτερα προβλήματα **α.** η ιδέα του θανάτου και **β.** Burn Out- επαγγελματική εξουθένωση.

α. Η ιδέα του θανάτου

Ένα μεγάλο κεφάλαιο για τον Κοινωνικό Λειτουργό στο χώρο που φιλοξενεί ασθενείς τελικού σταδίου είναι ο ίδιος ο εαυτός του. Όλοι υπάρχουμε και προερχόμαστε από μία κοινωνία, η οποία περίτεχνα κρύβει την αλήθεια της ζωής και κυρίως την αλήθεια του τέλους της ζωής. Είναι γνωστό σε όλους μας το πόσο καλυμμένα μπορεί να γίνει μια κηδεία ή πόσα ψέμματα προσπαθούμε να πούμε στα παιδιά όταν κάποιος πεθάνει και αυτά ρωτούν περιμένοντας μια εξήγηση τουλάχιστον αληθοφανή. Επίσης η σχετικά καινούρια συνήθεια να μακιγιάρουν τους νεκρούς για να μην φαίνεται η φυσική κατάσταση του προσώπου τους απέχει κατά πολύ από την πραγματικότητα του θανάτου. Λίγα τα παραδείγματα που αναφέρθηκαν αλλά ικανά να δείξουν το πόσο η κοινωνία μας είναι

μακριά από την πραγματικότητα και όσο ο καιρός προχωρεί γίνεται ακόμη πιο αφιλόξενη σε ό,τι έχει σχέση με τον θάνατο (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Μία προσωπικότητα λοιπόν δομημένη μέσα σε τέτοιες συνθήκες έχει να εργασθεί πολύ με τον εαυτό της, με τους φόβους της, τις ανασφάλειες προς την έννοια του θανάτου. Κάθε περίπτωση που εκτυλίσσεται μπροστά στον Κοινωνικό Λειτουργό είναι ικανή να φέρει τον συνάδελφο αντιμέτωπο με τον εαυτό του. Και είναι φυσικό, η συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου να φέρει στην επιφάνεια ό,τι έχει εσωτερικά ο ίδιος ο Κοινωνικός Λειτουργός για τον δικό του θάνατο (ο.π.).

Ανά πάσα στιγμή μπορεί να εργάζεται με τον ασθενή αλλά και με τον ίδιο του τον εαυτό. Αυτό που προτείνεται είναι να δουλέψει πρώτα με τον εαυτό του ο Κοινωνικός Λειτουργός για να μπορέσει να δουλέψει έπειτα και με άλλους (ο.π.).

Η λειτουργία ομάδων υποστήριξης του προσωπικού ή οι ομάδες ψυχοθεραπείας για επιστήμονες, που όσο πάνε γίνονται γνωστές και στην Ελλάδα προσφέρουν μεγάλη βοήθεια (ο.π.).

β. Burn Out- Επαγγελματική εξουθένωση

βi. Γενικά περί Burn Out

Τα τελευταία 10 χρόνια έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στο σύνδρομο Burn Out. Το θέμα αυτό έχει μεγάλο ενδιαφέρον για τους

Κοινωνικούς Λειτουργούς διότι γενικά αυτοί είναι που θεωρούνται ότι διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο (Κ.Ε.Α., ΙΙΙ).

Για τον Κοινωνικό Λειτουργό η εξουθένωση είναι φυσική και συναισθηματική: κατάθλιψη, γενική αδιαθεσία, συναισθήματα απόγνωσης και έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, πονοκέφαλοι, έλκη, υπέρταση, χρόνια κόπωση και πόνους στην πλάτη (ο.π.).

Ο ψυχαναλυτής Friendemberger (1974) ήταν ο πρώτος που επισήμανε τον όρο Burn Out και αναφέρθηκε στη συναισθηματική και φυσική εξουθένωση που προέρχεται από τις εργασιακές συνθήκες. Ο ίδιος επίσης αναφέρει ότι υπάρχουν ορισμένες προσωπικότητες που είναι επιρρεπής στο σύνδρομο αυτό:

Π.χ. Η πολύ αφοσιωμένη Κοινωνική Λειτουργός που αναλαμβάνει πολύ δουλειά με υπερβολική ένταση, η Κοινωνική Λειτουργός που δεν έχει προσωπική ζωή ή που η ζωή της δεν την ικανοποιεί, η πολύ αυταρχική Κοινωνική Λειτουργός που θέλει να έχει απόλυτο έλεγχο στη δουλειά της (ο.π.).

Ο Maslach (1982) ορίζει το Burn Out ως: «Το σύνδρομο της συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων που συμβαίνει στα άτομα που ασχολούνται με τα ανθρώπινα επαγγέλματα όλων των ειδών. Είναι η απόκριση σε χρόνια συναισθηματική εξουθένωση από τη διαρκή εργασία με άλλα άτομα και ειδικότερα άτομα με προβλήματα» (ο.π.).

Οι μεταβλητές που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν για τη δημιουργία του συνδρόμου είναι (ο.π.):

1. Τα ατομικά χαρακτηριστικά του Κ.Α.
2. Η οργάνωση από την άποψη της εποπτείας συναδελφικής υποστήριξης και κανονισμών.
3. Το πραγματικό αντικείμενο της εργασίας με τους πελάτες.

Ο Karger (1981) σε κοινωνικό επίπεδο υποστηρίζει ότι το επαγγελματικό Burn Out είναι παρόμοιο με τον όρο αλλοτρίωση/αποξένωση (alienation). Το σύνδρομο του Burn Out δημιουργεί τουλάχιστον τρία αρνητικά αποτελέσματα (ο.π.):

1. Συναισθηματική εξουθένωση, αδυναμία χρήσης και επένδυσης συναισθηματικής ενέργειας σε όλα τα άτομα.
2. Αποπροσωποποίηση και ανταπόκριση σε άλλα άτομα με σκληρό, αδιάφορο, αποστασιοποιημένο και χωρίς ευαισθησία τρόπο.
3. Μειωμένη αίσθηση προσωπικών ικανοτήτων και επιτευγμάτων καθώς και μια αίσθηση ανεπάρκειας.

βii. Πρόληψη και αντιμετώπιση του Burn Out

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στο Burn Out συμπεριλαμβάνουν μεταβλητές που σχετίζονται με το άτομο, τη σχέση του με τον πελάτη, το εργασιακό περιβάλλον και την κοινωνία (Κ.Ε.Α. ΙΙΙ).

Οι μέθοδοι πρόληψης και ανακούφισης του Burn Out αναφέρονται κυρίως στα συμπτώματα και όχι στις αιτίες. Μερικές στρατηγικές πρόληψης που θεωρούνται αποτελεσματικές είναι οι εξής (ο.π.):

1. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δημιουργούν μια θετική σχέση με την εργασία τους μόνο όταν έχουν τη βεβαιότητα ότι αυτό που κάνουν είναι σημαντικό και ότι είναι σε θέση να φέρουν αλλαγή στη ζωή των πελατών τους. Άρα χρειάζονται βοήθεια για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους και να χρησιμοποιούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά.
2. Η δημιουργία και η επέκταση ενός δυνατού θεωρητικού υπόβαθρου είναι μια συνεχής διεργασία και μία σημαντική ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού.
3. Οι ρεαλιστικοί στόχοι είναι μια πολύ σημαντική στρατηγική για την ανάπτυξη ικανοτήτων του Κοινωνικού Λειτουργού. Με τους ρεαλιστικούς στόχους ο Κοινωνικός Λειτουργός θα είναι σε θέση να μετρήσει την πρόοδο του πελάτη, να αποκτήσει μια αίσθηση ολοκλήρωσης και κυριαρχία στο περιβάλλον του.
4. Αν ο Κοινωνικός Λειτουργός συγκεντρωθεί στα δυνατά στοιχεία, στις ικανότητες και στους πόρους του πελάτη, μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο του Burn Out.
5. Με την ανάπτυξη της αυτογνωσίας του Κοινωνικού Λειτουργού επίσης μειώνεται ο κίνδυνος του συνδρόμου. Η αυτογνωσία βοηθά τον Κοινωνικό Λειτουργό να κατανοήσει τις προσωπικές του ανάγκες και το βαθμό στον οποίο εμπλέκονται στη δουλειά του με τους άλλους.
6. Εποικοδομητική κριτική και Feed back από τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους είναι πολύ χρήσιμοι

και πρέπει να καλλιεργείται καθώς και η συστηματική και διαρκής αξιολόγηση στόχων.

7. Δημιουργία ενός κοινωνικού συστήματος στήριξης στους χώρους εργασίας είναι πολύ σημαντική και μειώνει τις πιθανότητες του συνδρόμου.
8. Η πλούσια και ενδιαφέρουσα προσωπική ζωή συντελεί στη θετική στάση απέναντι στην εργασία. Καλές προσωπικές σχέσεις, πολλά ενδιαφέροντα κλπ.
9. Πρώτο βήμα για τη δημιουργία καλής προσωπικής ζωής είναι τα όρια που πρέπει να θέτει ο Κοινωνικός Λειτουργός στην εργασία του.
10. Η οργάνωση ευθύνεται για τη δημιουργία τέτοιων εργασιακών συνθηκών που να μειώνεται η ευπάθεια των Κοινωνικών Λειτουργών προς το συγκεκριμένο σύνδρομο. Μια συνήθης στρατηγική είναι η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Θα κλείσουμε το κεφάλαιο του Κοινωνικού Λειτουργού με αυτά που έγραψε ο Gary Zukan στο μνημειώδες έργο του «Οι χορευτές δάσκαλοι του Βου Λι».

«Πραγματικό είναι ό,τι 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.

Αυτό που δεχόμαστε σαν αληθινό είναι η πραγματικότητά μας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε, για την πραγματοποίηση του σκοπού της ερευνητικής αυτής μελέτης, είναι η διερευνητική.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση εκείνων των σημείων στα οποία οι γυναίκες με Ca μαστού εναποθέτουν τον έλεγχο της υγείας τους.

Θεωρήσαμε σημαντική και αναγκαία την έρευνα διότι:

1^{ον} Από έρευνες που αναφέρονται στο θεωρητικό μέρος είναι φανερό η επίδραση της ψυχολογικής διάθεσης στην εξέλιξη της θεραπείας των νοσούντων γυναικών.

2^{ον} Δεν υπήρξαν αναφορές και αποτελέσματα παρόμοιων μελετών στον ελλαδικό χώρο.

*** Υποθετικές Προτάσεις**

1. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού πιστεύουν πως η τύχη παίζει τον πρώτο ρόλο στο πως θα πάει η υγεία τους, σε

αντίθεση με τις υγιείς γυναίκες, οι οποίες εναποθέτουν τον έλεγχο της υγείας τους στον ίδιο τον εαυτό τους.

2. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν υψηλότερη αίσθηση εστίασης ελέγχου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 126 γυναίκες. Από αυτές τις γυναίκες οι 72 (57,1%) ήταν υγιείς οι οποίες προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής Μαστού του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» για προληπτικό, κυρίως έλεγχο στο μαστό. Οι υπόλοιπες 54 (42,9%) ήταν γυναίκες με καρκίνο του μαστού, που νοσηλεύονταν στο Ογκολογικό Νοσοκομείο «Οι Άγιοι Ανάργυροι» Κηφισιάς. Από το συνολικό δείγμα οι 36 γυναίκες δηλ. το 28,6% συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους, ενώ οι 90 γυναίκες δηλ. το 71,4% συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με τη βοήθεια του συνεντευκτή. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι συνολικά οι 110 γυναίκες (87,3%) ήταν έγγαμες και οι 108 γυναίκες (85,7%) είχαν τουλάχιστον ένα παιδί. Από τον συνολικό αριθμό των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα οι 52 γυναίκες (41,3%) ήταν απόφοιτες Γυμνασίου, ενώ 35 γυναίκες είχαν τελειώσει το Δημοτικό.

Εκείνο επίσης που παρατηρείται είναι ότι 69 γυναίκες (54,8% έχουν σαν τόπο μόνιμης κατοικίας την Αθήνα. Όσον αφορά τον

λόγω της επίσκεψής τους στο νοσοκομείο ή τι έχουν πει οι γιατροί για την κατάσταση της υγείας τους, οι 50 γυναίκες (39,7%) υποστήριξαν πως ο λόγος της επίσκεψής τους στο γιατρό είναι ένα απλό cheek-up. Ενώ 33 γυναίκες (26,2%) γνώριζαν πως πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Όπως αναφέραμε όμως παραπάνω οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 54, επομένως οι υπόλοιπες 21 γυναίκες δεν γνώριζαν και δεν είχαν ενημερωθεί από το γιατρό τους για την πραγματική τους πάθηση. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας του συνολικού δείγματος ήταν 51 ετών, ενώ η μέγιστη και ελάχιστη τιμή ηλικίας του δείγματος, ήταν 74 ετών και 26 αντιστοίχως (εύρος ηλικιών).

Ψυχομετρικά Μέσα

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών και ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τις φορτίσεις εστίασης ελέγχου της υγείας.

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών αφορούσε τις ακόλουθες πληροφορίες: το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, τη γνώση που έχει ο ασθενής για την αρρώστιά του (σε ποιο μέρος του σώματός του εντοπίζεται η πάθηση, τι έχουν πει οι γιατροί, τι νομίζει ο ίδιος ή τι έχει ακούσει από άλλους ασθενείς για τη φύση της αρρώστιάς του). Το χρόνο που υπάρχει η

πάθηση, την προσωπική αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου, την ύπαρξη συμπτωμάτων, τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, την ύπαρξη χειρουργικών επεμβάσεων, την ύπαρξη θεραπείας, το χρόνο έναρξης της θεραπείας και την ύπαρξη μεταστάσεων.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο ήταν αυτό του Wallston K.A. και Wallston B.S. γνωστό ως «Ερωτηματολόγιο ελέγχου της υγείας» αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αφορούν τον τρόπο που διαφορετικοί άνθρωποι ενεργούν απέναντι σε σημαντικά θέματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα προσπαθεί να περιγράψει την εστίαση ελέγχου της υγείας των γυναικών με καρκίνο του μαστού, αλλά και των υγιών γυναικών.

Διαδικασία Συλλογής των Δεδομένων

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων στην ομάδα των υγιών γυναικών έγινε στα εξωτερικά ιατρεία της Κλινικής Μαστού του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» ενώ στην ομάδα των καρκινοπαθών γυναικών (η χορήγηση του ερωτηματολογίου) έγινε στους θαλάμους των ασθενών ή τους χώρους αναμονής του Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Άγιοι Ανάργυροι» Κηφισιάς. Επίσης ένα αριθμός ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα αδυνατούσαν, για πρακτικούς λόγους, να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια και γι' αυτό άκουγαν τις ερωτήσεις και απαντούσαν προφορικά. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η

σειρά χορήγησης των ερωτηματολογίων ήταν η ακόλουθη: πρώτο το ερωτηματολόγιο δημογραφικών πληροφοριών και δεύτερο το ερωτηματολόγιο εστίασης ελέγχου της υγείας των Wallston K.A. και Wallston B.S. Η συνολική διάρκεια της εξέτασης συνήθως δεν ξεπερνούσε τα 10-15 λεπτά.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το παραμετρικό κριτήριο t-test για την αξιολόγηση των διαφορών μέσω των όρων. Επίσης εφαρμόστηκε και η στατιστική μέθοδος της πολλαπλής παλινδρόμησης για την πολυπαραγοντική ανάλυση.

Στατιστικά Αποτελέσματα

	Παράγοντας 1	Παράγοντας 2	Παράγοντας 3
Ερ. 1	. 58	- . 01	. 01
Ερ. 2	. 30	- . 16	- . 15
Ερ. 3	. 002	- . 02	. 78
Ερ. 4	- . 24	. 77	. 11
Ερ. 5	. 72	. 05	- . 06
Ερ. 6	. 23	. 19	. 59
Ερ. 7	- . 19	. 87	. 16
Ερ. 8	. 76	. 10	- . 10
Ερ. 9	. 05	. 65	. 09
Ερ.10	- . 24	- . 02	. 14
Ερ.11	. 66	- . 26	- . 09
Ερ.12	. 58	- . 11	- . 07
Ερ.13	- . 03	. 17	. 63
Ερ.14	. 71	. 03	. 11

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Παραγοντική Ανάλυση εστίασης ελέγχου μαζί με τις φορτίσεις τους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 1	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 2	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 3
Εστίαση ελέγχου στον εαυτό	Εστίαση ελέγχου στην τύχη	Εστίαση ελέγχου στο Ιατρο-Νοσηλευτικό προσωπικό
Ερ. 1 (.58)	Ερ. 4 (.77)	Ερ. 3 (.78)
Ερ. 2 (.30)	Ερ. 7 (.87)	Ερ. 6 (.59)
Ερ. 5 (.72)	Ερ. 9 (.65)	Ερ. 13 (.63)
Ερ. 8 (.76)		
Ερ. 10 (.24)		
Ερ. 11 (.66)		
Ερ. 12 (.58)		
Ερ. 14 (.72)		

Παρατηρούμε στον πίνακα 1 ότι οκτώ (8) ερωτήσεις (1, 2, 5, 8, 10, 11, 12, 14) έχουν υψηλές φορτίσεις στον παράγοντα 1 δηλαδή εστίαση ελέγχου στον εσωτερικό εαυτό.

Επίσης τρεις (3) ερωτήσεις (4,7,9) εμφανίζουν υψηλές φορτίσεις στον παράγοντα 2, εστίαση ελέγχου στην τύχη, μοίρα.

Τέλος, οι υπόλοιπες τρεις (3) ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έχουν υψηλές φορτίσεις στον παράγοντα 3, εστίαση ελέγχου της υγείας στα ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Εστίαση ελέγχου στον εσωτερικό εαυτό (ενδοπροσωπικός έλεγχος).

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Γυναίκες υγιείς	70	.22
Γυναίκες με καρκίνο μαστού	54	- .29

Από τον πίνακα 2, που αφορά την εστίαση του ελέγχου της υγείας στον εσωτερικό εαυτό, φαίνεται πως οι γυναίκες με καρκίνο του Μαστού παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό ενδοπροσωπικού ελέγχου, σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες, που εμφανίζουν υψηλό βαθμό ενδοπροσωπικού ελέγχου.

($t = 3,08, P=003$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Εστίαση ελέγχου στην τύχη.

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Γυναίκες υγιείς	70	- . 25
Γυναίκες με καρκίνο του Μαστού	54	. 33

Ο πίνακας 3 περιγράφει την εστίαση ελέγχου της υγείας στον παράγοντα τύχη. Από τα ποσοστά των μέσων όρων φαίνεται ότι οι γυναίκες με καρκίνο του Μαστού εμφανίζουν υψηλότερη αίσθηση ελέγχου στην τύχη σε σύγκριση με τις γυναίκες που είναι υγιείς. ($t=3,67$, $P<0,0001$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Εστίαση του ελέγχου στο Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
Γυναίκες υγιείς	70	- . 13
Γυναίκες με καρκίνο του Μαστού	54	17

Ο πίνακας 4 περιγράφει την αίσθηση εστίασης ελέγχου στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι γυναίκες με καρκίνο του Μαστού εμφανίζουν υψηλότερη αίσθηση εστίασης ελέγχου στο ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο και το ποσοστό των υγιών γυναικών που έχουν αυτή την αίσθηση ελέγχου είναι σημαντικό. Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι και το δείγμα των υγιών γυναικών την ώρα της συνέντευξης για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, βρισκόνταν στο χώρο του Νοσοκομείου και το γεγονός αυτό επηρέασε (ίσως ασυνείδητα) τις απαντήσεις τους. ($t = -2,0$, $P = 0,048$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που μπορούμε να βγάλουμε από τη στατιστική ανάλυση και την κριτική θεώρηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης είναι τα ακόλουθα:

1. Οι γυναίκες με καρκίνο του Μαστού εμφανίζουν υψηλότερη αίσθηση εστίασης ελέγχου της υγείας στην τύχη σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες.
2. Οι γυναίκες που νοσούν έχουν πολύ χαμηλό βαθμό εστίασης ελέγχου της υγείας στον εαυτό τους, σε αντίθεση με τις υγιείς γυναίκες που εμφανίζουν υψηλή αίσθηση εστίασης στον εσωτερικό τους εαυτό.
3. Οι γυναίκες με καρκίνο Μαστού, μετά την τύχη, εμφανίζουν υψηλή αίσθηση εστίασης ελέγχου της υγείας στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Νομίζουμε πως σε περίπτωση επανάληψης της έρευνας, πρέπει να σχεδιαστεί προσεκτικότερα η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, ώστε η πλειοψηφία τουλάχιστον του δείγματος να είναι σε θέση να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο μόνο του, χωρίς τη βοήθεια του συνεντευκτή, ώστε να μην επηρεάζονται οι απαιτήσεις του από την παρουσία του.

Επίσης το γεγονός ότι η ομάδα των γυναικών με καρκίνο του Μαστού προέρχονταν κυρίως από το Ογκολογικό Νοσοκομείο «Οι Άγιοι Ανάργυροι» Κηφισιάς, πιστεύουμε πως ίσως να επηρέασε τα

αποτελέσματα της έρευνας. Οι περιπτώσεις που νοσηλεύονται σε αυτό το νοσοκομείο είναι συνήθως σε προχωρημένο στάδιο και έχουν παρουσιάσει μεταστάσεις. Το παραπάνω γεγονός πιστεύουμε πως επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική διάθεση των γυναικών αυτών, οπότε και τις απαντήσεις τους. Προτείνουμε λοιπόν σε τυχόν επανάληψη της έρευνας το δείγμα των γυναικών με καρκίνο του Μαστού να προέρχεται από διάφορα Νοσοκομεία και γιατί όχι και από διάφορες πόλεις της Ελλάδος.

Κάτι ακόμη που πιστεύουμε ότι ίσως να επηρέασε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι το γεγονός ότι και η ομάδα ελέγχου την ώρα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου βρισκόταν σε χώρο Νοσοκομείου. Μάλιστα πολλές γυναίκες περίμεναν τα αποτελέσματα από τον προληπτικό έλεγχο στον οποίο μόλις είχαν υποβληθεί. Πιστεύουμε πως αυτή η αναμονή επηρέασε και την ψυχολογική τους κατάσταση αλλά και τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο λόγω του φόβου ή της ανησυχίας που μπορεί να είχαν εκείνη τη στιγμή.

4. Κατά τη γνώμη μας, η εστίαση ελέγχου της υγείας μπορεί να επηρεάσει και την πορεία της εξέλιξης της θεραπείας των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Πρέπει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και οι υπόλοιποι ειδικοί (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ.τ.λ.) να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί κατά την επαφή τους με τη γυναίκα που νοσεί. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η αποδυνάμωση του εαυτού της γυναίκας, επίσης οι φόβοι και οι έντονες ανησυχίες που

βιώνει κατά τη νοσηλεία της στο νοσοκομείο, εάν συνδυαστούν με μια «κακή» και «απρόσεκτη» ενημέρωση από μέρους του γιατρού και του υπόλοιπου νοσηλευτικού προσωπικού, μπορεί να φέρει αντίθετα αποτελέσματα στην πορεία της θεραπείας. Μάλιστα δεν αποκλείεται να έχουμε και διακοπή της συνέχισης της θεραπείας.

5. Μέρος της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού, κατά την ανοικτή επικοινωνία που θα έχει με τη γυναίκα που πάσχει, είναι η συναισθηματική της υποστήριξη. Ίσως ακόμη και πριν την έναρξη της θεραπείας, είναι απαραίτητο να πεισθεί η γυναίκα πως τίποτα δεν είναι «χαμένο». Πως η «μάχη» τώρα ξεκινά και πως τον πρωταγωνιστικό ρόλο τον παίζει η ίδια και όχι ο γιατρός της. Δεν πρέπει να την αφήσουμε να είναι ένας απλός θεατής της ίδιας της ζωής. Ένας πολύ καλός γιατρός και μία καλά σχεδιασμένη θεραπεία μπορεί να μην έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα εάν η ίδια δεν πιστέψει πως μπορεί να την κερδίσει και αυτή τη «μάχη».
6. Μια γυναίκα η οποία έχει την αίσθηση ότι τον έλεγχο της υγείας της και κατά συνέπεια της ζωής της τον έχουν στα χέρια τους η τύχη και ο γιατρός της, είναι πολύ εύκολο να παρερμηνεύσει έστω και μία κακοδιατυπωμένη κουβέντα και να θεωρήσει μάταιο τον αγώνα για τη θεραπεία της. Θεωρούμε λοιπόν αναγκαίο οι ειδικοί που έρχονται σε επαφή με ασθενή να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί σε αυτά που θέλουν να πουν, να διευκρινίζουν καλά τα λεγόμενά τους και

τέλος να είναι ευαισθητοποιημένοι και ενήμεροι για την ψυχολογική διάθεση, τους φόβους, τις ανησυχίες και τις προκαταλήψεις των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ασθένεια του Ca του μαστού αποτελεί πλέον και στη χώρα μας μια πραγματικότητα με σοβαρές ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου που νοσεί, δεδομένου ότι μέχρι σήμερα οι προσπάθειες εύρεσης θεραπείας δεν φαίνεται να έχουν άμεσο αποτέλεσμα.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται σε νοσοκομειακά πλαίσια και που έρχονται αντιμέτωποι με ογκολογικά περιστατικά διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στον χειρισμό των προβλημάτων που επιφέρει η ασθένεια, τόσο στον τρόπο διαβίωσης όσο και στον τομέα των κοινωνικών συναλλαγών του ατόμου που έχει προσβληθεί.

Αξιολογώντας τα δεδομένα που προκύπτουν από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε, παραθέτουμε τις εξής προτάσεις:

1. Κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινωνικού συνόλου από τους Φορείς Υγείας με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.
2. Είναι απαραίτητη η δημιουργία κατάλληλων υποδομών και προγραμμάτων ψυχολογικής και κοινωνικής αποκατάστασης, από τους Φορείς της Πολιτείας με σκοπό τη στήριξη των νοσούντων ατόμων και των οικογενειών τους. Ειδικότερα είναι χρήσιμη η δημιουργία ξενώνων για τη φιλοξενία των ατόμων με καρκίνο και των μελών της

οικογένειάς τους τόσο για τα άπορα άτομα όσο και για εκείνους που μετακινούνται από την επαρχία στα μεγάλα αστικά κέντρα για τη θεραπεία τους και τον έλεγχο της υγείας τους.

3. Θα πρέπει να εκσυγχρονιστεί ο νοσοκομειακός εξοπλισμός για την καλύτερη εξυπηρέτηση των νοσούντων γυναικών στις επαρχιακές πόλεις, έτσι ώστε να σταματήσει η ταλαιπωρία των διαρκών μετακινήσεων προς τα αστικά κέντρα, πράγμα που επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας τους.
4. Αποτελεί γεγονός, ότι τα ασφαλιστικά ταμεία δεν καλύπτουν μεγάλο μέρος των εξόδων που απαιτούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας. Για το λόγο αυτό θεωρούμε απαραίτητη την οικονομική στήριξη από την πλευρά του Κράτους των γυναικών αυτών.
5. Υπάρχει ανάγκη για διαρκή ενημέρωση των Κοινωνικών Λειτουργών και ιδιαίτερα όσων εργάζονται στον Τομέα Υγείας, καθώς καλούνται να εργασθούν με τις επιπτώσεις της ασθένειας, τα δεδομένα της οποίας διαρκώς εξελίσσονται με αποτέλεσμα να διαμορφώνονται ανάλογα και οι ανάγκες των ατόμων που έχουν προσβληθεί.
6. Θα πρέπει να γίνουν ουσιαστικές ενέργειες διεκδίκησης του ρόλου και της ισότιμης συμμετοχής των Κοινωνικών Λειτουργών στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας του Νοσοκομείου. Αυτό όμως θα πρέπει να γίνει τόσο με

προσωπική όσο και με συλλογική εργασία των επαγγελματιών, ώστε μέσα από τις γνώσεις, το έργο και τη στάση τους να αποδείξουν στους επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων τη σημασία του ρόλου τους, τόσο στις περιπτώσεις των ασθενών με καρκίνο, όσο και στη γενικότερη λειτουργία του Νοσοκομείου. Αυτό θα αποτελέσει και την αρχή για την ενίσχυση του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο, ο οποίος φαίνεται να έχει παραγκωνιστεί.

7. Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ομάδας στήριξης των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας για τη συναισθηματική τους αποφόρτιση αλλά και για την ανατροφοδότησή τους, δεδομένου ότι η νόσος του καρκίνου επιφέρει σοβαρές συνέπειες και στα άτομα που έρχονται σε επαφή με καρκινοπαθείς.
8. Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες τόσο του νοσοκομείου όσο και γενικότερα θα πρέπει να είναι στελεχωμένες με αριθμό επαγγελματιών που θα είναι ανάλογος με τη δυναμικότητα των εξυπηρετούμενων, ώστε να είναι εφικτή η κάλυψη των αναγκών τουλάχιστον σε ότι αφορά την αρμοδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού.
9. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συγγραφής της μελέτης αυτής, διαπιστώσαμε σημαντική έλλειψη βιβλιογραφικού υλικού και άρθρων που να επικεντρώνεται σε θέματα

σχετικά με το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού σε νοσοκομειακό χώρο με καρκινοπαθείς. Για το λόγο αυτό θεωρούμε απαραίτητη τη συγγραφή βιβλίων και άρθρων με σχετική θεματολογία από τους ίδιους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

10. Θεωρούμε επίσης σημαντική τη συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού σε σεμινάρια , συνέδρια και έρευνες που σχετίζονται με το θέμα του καρκίνου για την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων.
11. Τέλος, για την πραγματοποίηση όλων των παραπάνω, θα πρέπει η θεματολογία που σχετίζεται με τον καρκίνο (του μαστού) να ενταχθεί στα πλαίσια της εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών. Το περιεχόμενο στις Σχολές της Κοινωνικής Εργασίας θα πρέπει να διευρυνθεί και να ανανεωθεί.

Οι προτάσεις που παρατέθηκαν γνωρίζουμε ότι δεν ειπώνονται για πρώτη φορά. Παρ' όλα αυτά πιστεύουμε ότι η υλοποίησή τους θα συμβάλει στην αναβάθμιση του ρόλου και του παραγόμενου έργου των κοινωνικών λειτουργών, μια προσπάθεια της οποίας η ευθύνη ανήκει σε όλους όσους επέλεξαν την άσκηση αυτού του επαγγέλματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

(ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο ...άνδρας

...γυναίκα

2. Ηλικία ...

3. Οικογενειακή κατάσταση ...έγγαμος/η

...άγαμος/η

...χήρος/α

...διαζευγμένος/η

Αριθμός παιδιών...

4.Μορφωτικό επίπεδο

...δεν έχει φοιτήσει ποτέ στο σχολείο

...έχει παρακολουθήσει μερικές τάξεις

του δημοτικού

...είναι απόφοιτος δημοτικού

...έχει παρακολουθήσει μερικές τάξεις

του γυμνασίου

...είναι απόφοιτος γυμνασίου

...είναι απόφοιτος ανώτερης/ ανώτατης

σχολής

...είναι κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

σπουδών

5. Τόπος μόνιμης κατοικίας (πόλη – συνοικία - χωριό).
6. Ερωτήσεις που αφορούν τη γνώση που έχει ο ασθενής για την αρρώστιά του:
 - σε ποιο μέρος του σώματος εντοπίζεται η αρρώστια
 - τι έχουν πει οι γιατροί στον άρρωστο για την αρρώστιά του
 - τι πιστεύει ο ίδιος για την αρρώστιά του
 - τι έχει ακούσει από τους άλλους όσον αφορά την αρρώστιά του
7. Πότε πρωτοξεκίνησε η συγκεκριμένη αρρώστια
8. Πόσο σοβαρό θεωρεί το πρόβλημά του
9. Ποια συμπτώματα αποδίδει στην πάθηση ή στη θεραπεία του
10. Είναι σε θέση να αυτοξεξυπηρετηθεί
11. Έχει κάνει κάποια χειρουργική επέμβαση
12. Έχει κάνει κάποια άλλης μορφής θεραπεία, όπως χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία Αν ναι, πριν από πόσο καιρό άρχισε ή σε ποιο κύκλο βρίσκεται

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο που αφορά τον τρόπο που διαφορετικοί άνθρωποι ενεργούν απέναντι σε ορισμένα σημαντικά θέματα υγείας. Θα θέλαμε να τσεκάρετε (v) πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση αυτού του ερωτηματολογίου.

Απαντήστε όλες τις προτάσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ ελαφρά	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ ελαφρά
1. Αν φροντίζω εγώ ο ίδιος τον εαυτό μου, μπορώ να προλάβω τις αρρώστιες.				
2. Η κληρονομικότητα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο την υγεία μου.				
3. Ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού κατά γράμμα, είναι ο μόνος τρόπος για να μείνω υγιής.				
4. Η τύχη παίζει μεγάλο ρόλο στο πόσο γρήγορα θα γίνω καλά από κάποια αρρώστια.				
5. Οτιδήποτε πηγαίνει στραβά στην υγεία μου, είναι από δικό μου σφάλμα.				
6. Μόνο οι γιατροί μπορούν να με προφυλάξουν από τις αρρώστιες.				

7. Η καλή μου υγεία είναι περισσότερο θέμα καλής τύχης.				
8. Όταν νιώθω άρρωστος, ξέρω πως γι' αυτό φταίει το ότι δεν ασχολήθηκα όσο έπρεπε με τον εαυτό μου.				
9. Φαίνεται πως η υγεία μου επηρεάζεται κατά πολύ από τυχαία γεγονότα.				
10. Όταν αρρωσταίνω, βρίσκω τη δύναμη να ξανακάνω σιγά-σιγά καλά τον εαυτό μου.				
11. Ο τρόπος ζωής μου καθορίζει κατά πολύ την κατάσταση της υγείας μου.				
12. Είμαι ο άμεσα υπεύθυνος για την υγεία μου.				
13. Όταν συνέρχομαι από μία αρρώστια, συνήθως αυτό οφείλεται στο ότι οι άλλοι (γιατροί, νοσοκόμες) με φρόντισαν καλά.				
14. Το σπουδαιότερο πράγμα που επηρεάζει την υγεία μου είναι το τι κάνω εγώ ο ίδιος.				

© Φ. Αναγνωστόπουλος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

**(ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ
ΤΟΝ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ/ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ/
ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ)**

«Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του Ca του μαστού στις γυναίκες που νοσούν»

ΠοσITIVE δοκιμές εμβολίου για τον καρκίνο μαστού

Ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα των πρώτων δοκιμών του εμβολίου για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, που ανακάλυψε η Ελληνίδα ερευνήτρια Βάσω Αποστολοπούλου, η οποία προβλέπει ότι σε πέντε χρόνια θα χορηγείται μαζικά για την πρόληψη και θεραπεία της θανατηφόρου σθένειας.

ΣΕ ΠΕΝΤΕ χρόνια, το αργότερα, όλες οι γυναίκες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού θα μπορούν να προμηθευτούν εμβόλια πρόληψης και θεραπείας της θανάσιμης ασθένειας», δήλωσε χθες στο ΑΠΕ η ομογενής ερευνήτρια.

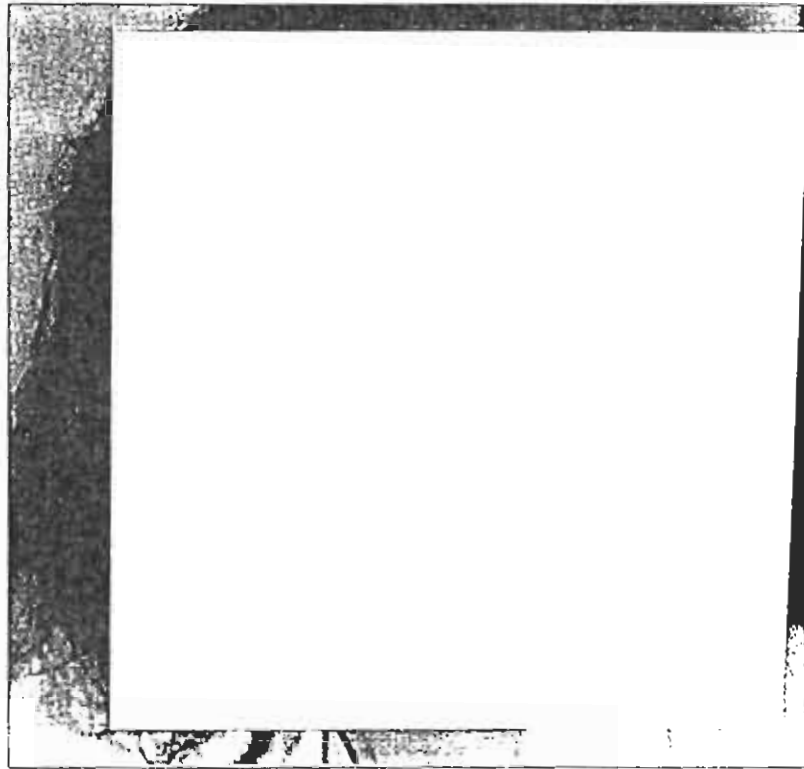
και το εμβόλιο δεν κατόρθωσε να σταματήσει τον καρκίνο σε ασθενείς που βρισκόταν στο τελικό στάδιο της νόσου, ωστόσο ενίσχυσε την ανταπόκριση ανοσοποιητικού συστήματος κατά τις κλινικές δοκιμές στο ερευνητικό Ινστιτούτο Όστιν της Μελβούρνης.

Η Βάσω Αποστολοπούλου είπε ότι οι πρώτες δοκιμές δείχνουν ότι το εμβόλιο δεν έχει παρενέργειες και «ναί μεν δεν θεραπεύει τον καρκίνο, αλλά ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα των ασθενών. γεγονός ιδιαίτερα θετικό».

«Ορισμένες από τους ασθενείς εμφάνισαν ένα συγκεκριμένο τύπο ανταπόκρισης του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως η δημιουργία αντισωμάτων», δήλωσε η Ελληνίδα ερευνήτρια και πρόσθεσε: «Είναι πολύ ενθαρρυντικό το γεγονός και τώρα προχωράμε ένα βήμα ακόμα χορηγώντας το ενέσιμο διάλυμα σε ασθενείς στα πρώτα στάδια του καρκίνου με την ελπίδα να δούμε μια πολύ θετική εξέλιξη, όπως η διακοπή της ανάπτυξης της νόσου».

Το παράλληλο πείραμα θα χορηγηθεί σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου το εμβόλιο ενισχυμένο ορμόνες του ανοσοποιητικού συστήματος, τις λεγόμενες κυττακίνες, για να παρατηρηθεί εάν θα υπάρξει αναστολή της εξάπλωσης της νόσου.

Το εμβόλιο αυτό θα είναι τροποποιημένο και ελπίζουμε ότι θα θεραπεύει τον καρκίνο, όπως ήδη έχει δείξει τα πειράματά μας στα εργαστήρια», είπε η ομογενής Ελληνίδα ερευνήτρια.



Βάσω Αποστολοπούλου. Ενθαρρυντικές οι δοκιμές του εμβολίου της κατά του καρκίνου του μαστού

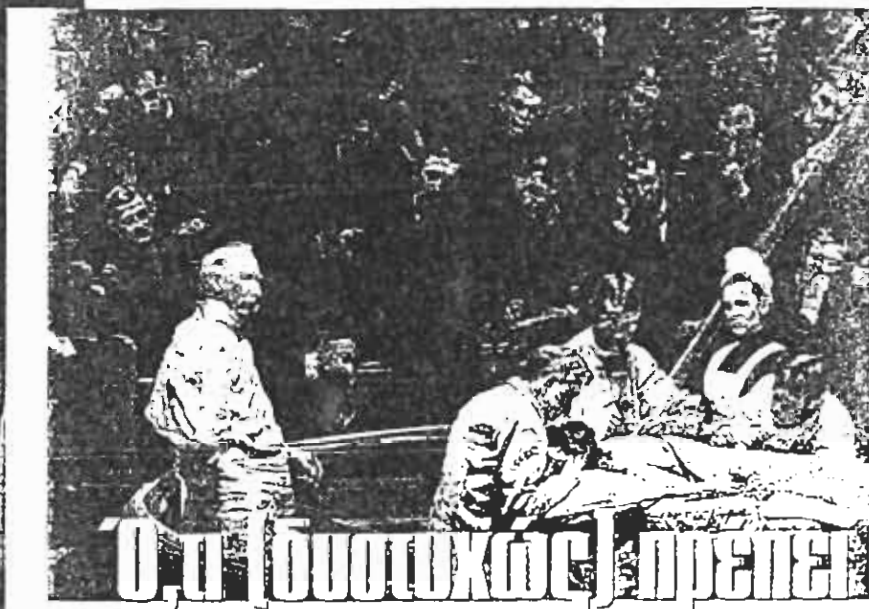
Και για άλλες μορφές καρκίνου

Η ΙΔΙΑ εξέφρασε την αισιοδοξία της πως αν όλα πάνε καλά, το εμβόλιο αυτό θα χρησιμοποιείται και για άλλες μορφές καρκίνου και ανακοίνωσε ότι ήδη μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες έχουν δείξει ενδιαφέρον για την εμπορική εκμετάλλευσή του παγκοσμίως. «Βρισκόμαστε σε καλό δρόμο, αλλά θα περάσουν μερικά χρόνια για την τελειοποίηση του εμβολίου», είπε η Βάσω Αποστολοπούλου, η οποία πρόσθεσε ότι θα κυκλοφορήσει στην αγορά σε πέντε χρόνια και θα μπορούν να το χρησιμοποιούν υγιείς άνθρωποι κυρίως «για προληπτικούς λόγους». Οι χθεσινές ανακοινώσεις που έγιναν από τον διευθυντή του Ινστιτούτου Όστιν καθηγητή Ίαν Μακένζι και τη δρα

Βάσω Αποστολοπούλου ήταν πρώτη είδηση στα κανάλια, το ραδιόφωνο και τον αυστραλιανό Τύπο και συνέπεσαν με την Παναυστραλιανή Εβδομάδα Πρόληψης του Καρκίνου του Μαστού. Η μεγαλύτερη σε κυκλοφορία ημερήσια εφημερίδα της Αυστραλίας «Herald Sun» με πηχυαίο πρωτοσέλιδο τίτλο ενημερώνει τους αναγνώστες της ότι «οι δοκιμές του εμβολίου κατά του καρκίνου δίνουν ελπίδες σε χιλιάδες» και φιλοξενεί φωτογραφία και δηλώσεις της Βάσως Αποστολοπούλου, η οποία παρήλασε από τα περισσότερα κανάλια και μίλησε σε ραδιοφωνικούς σταθμούς, ενώ ενδιαφέρον έδειξαν και τα διεθνή μέσα ενημέρωσης.



Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΟΣ



Ό,τι (δυστυχώς) πρέπει να μάθετε για τον καρκίνο του μαστού

Αποτελεί ευτυχή συγκυρία, για το ειδικό μας αφιέρωμα στον μαστό, το ταξίδι στην Αθήνα του αγγειοχειρουργού και ογκολόγου χειρουργού, εξειδικευμένου όλων καρκίνο του μαστού, κ. Σ. Ν. Γεωργιάννου από το Λονδίνο, όπου είναι εγκατεστημένος, εδώ και πολλά χρόνια. Έτσι, λοιπόν, μας δίνεται η ευκαιρία να υποβάλουμε στον γιατρό ορισμένα καίρια ερωτήματα που, κατά τη γνώμη μας, πρέπει να απασχολούν κάθε σύγχρονη γυναίκα.

από την Ένη Παλαιοθόγου

Πόσο συχνός είναι, κ. Γεωργιάννε, ο καρκίνος του μαστού λίγο πριν από το 2000; Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εμφανίζονται οι γυναίκες του δυτικού κόσμου, ενώ, ταυτόχρονα, αποτελεί και την κυριότερη αιτία θανάτου τους. Για να γίνει αυτό πιο κατανοητό, θα αναφέρουμε ότι, στη Μεγάλη Βρετανία, υπάρχουν ετησίως είκοσι πέντε χιλιάδες νέα κρούσματα καρκίνου του στήθους και δεκαπέντε χιλιάδες θάνατοι. Γενικά, στη Βόρεια Ευρώπη περίπου μία γυναίκα στις εννέα προσβάλλεται από τη νόσο ή, εφόσον επιθυμούμε να εκφράσουμε ποσοτικά αυτήν τη συχνότητα, θα λέγαμε ότι οι πιθανότητες μιας γυναίκας να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, στη διάρκεια της ζωής της, είναι περίπου 11%. Σημειώνεται, επίσης, ότι οι ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις έχουν δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν, συγκριτικά με τις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται

σταδιακά με την ηλικία, ενώ δραματική αύξηση παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση, αφού μόνον το 25% των συνολικών περιστατικών καρκίνου του μαστού εμφανίζεται στις προεμμηνόπαισιακές ηλικίες.

Πού οφείλεται η σταθερή αύξηση της συχνότητας της νόσου; Είναι γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του στήθους έχει αυξηθεί κατά 40% τις τελευταίες δεκαετίες για όλες τις ηλικίες. Ταυτόχρονα, όμως, η σημαντική βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και των δυνατοτήτων των θεραπευτικών σχημάτων έχουν συντελέσει στην προωρότερη διάγνωση και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου, με συνέπεια την καλύτερευση των προγνωστικών δεικτών και, γενικά, των ποσοστών επιβίωσης.

Από τους πρωταρχικούς, ασφαλώς, λόγους της σταθερής αύξησης της συχνότητας της νόσου είναι η επιμήκυνση του μέσου όρου της ζωής του ανθρώπου, με συνέπεια να υπάρχει περισσότερος διαθέσιμος χρόνος για καρκινογένεση. Από την άλλη, η εξέλιξη της τεχνολο-

γίας και ο συστηματικότερος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος, σε συνδυασμό με την προσεκτικότερη καταγραφή των αιτιών θανάτου από τις ληξιαρχικές και εθνικές στατιστικές υπηρεσίες, επέτρεψε την πιστοποίηση ενός μεγαλύτερου του αρχικού αριθμού περιστατικών.

Όμως, είναι γεγονός ότι σημαντικές μεταβολές συνέβησαν, εν τω μεταξύ, στον ορμονικό κύκλο της γυναίκας. Παραδείγματος χάριν, πριν από μερικές δεκαετίες, η μέση ηλικία έναρξης της περιόδου ήταν το δωδέκατο ή δέκατο τρίτο έτος και η μέση ηλικία της πρώτης τεκνοποίησης η αρχή της δεύτερης δεκαετίας της ζωής, ενώ σήμερα οι αντίστοιχες ηλικίες είναι το ενδέκατο ή δωδέκατο έτος και το τέλος της δεύτερης δεκαετίας. Η πράξη, όμως, εμμηναρχική ή καθυστερημένη εμμηνόπαυση, που έχουν αποτέλεσμα την αύξηση της αναπαραγωγικής περιόδου, δημιουργούν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, αφού συνεπάγονται τον καταγισμό των ιστών του στήθους από τα οιστραγόνα των ωοθηκών για μεγαλύτερο χρονικό διά-

σημα. Αντίθετα, οι γυναίκες που αναφέρουν σχετική καθυστέρηση στην πρωτοεμφάνιση της περιόδου τους, ή πρώιμη εμμηνόπαυση, έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από τη νόσο, σε σύγκριση με τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης, η ανάλυση των διάφορων στατιστικών δεδομένων δείχνει ότι ο κίνδυνος προσβολής από τη νόσο των γυναικών που έχουν τεκνοποιήσει για πρώτη φορά σε ηλικία μακρότερη των είκοσι ετών είναι τουλάχιστον κατά 50% μικρότερος, συγκριτικά με εκείνες οι οποίες τεκνοποίησαν σε ηλικία τριάντα ετών. Οι άτεκνες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με αυτές που τεκνοποίησαν σε νεαρότερη ηλικία των τριάντα ετών, αλλά όχι σημαντικά αυξημένο σε σχέση με εκείνες που τεκνοποίησαν σε ηλικία

των ιστών του στήθους, κατά το διάστημα αυτό, στη δράση των ορμονών των ωοθηκών, δηλαδή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που, ως γνωστόν, διεγείρουν την υπερπλασία και τον πολλαπλασιασμό των κακοήθων κυττάρων του στήθους. Ένας άλλος πιθανός μηχανισμός προστασίας θεωρείται η δυνατότητα απομάκρυνσης των καρκινογόνων ουσιών από τους ιστούς του στήθους μέσω της έκκρισης του γάλακτος.

Στην αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης της νόσου φαίνεται ότι ενέχονται, επίσης, η άμετρη λήψη αντισυλληπτικών, είτε σε νεαρή ηλικία είτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ή των ορμονικών σκευασμάτων υποκατάστασης (HRT) μετά την εμμηνόπαυση, που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια. Η αλόγιστη και μερικές φορές χωρίς ενδείξεις μακρο-

και τον ορμονικό άξονα. Είναι γνωστό ότι κύριο όργανο παραγωγής οιστρογόνων στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες είναι οι ωοθήκες. Μετά την εμμηνόπαυση, οπότε οι ωοθήκες σιγούν, τον ρόλο αυτό αναλαμβάνουν τα επινεφρίδια που σχηματίζουν ανδρογόνα, τα οποία, στη συνέχεια, με τη βοήθεια του ενζύμου αρωματάση, μεταβολίζονται, τελικά, σε οιστρογόνα που αναπτύσσουν τη γνωστή τους δράση επί των ιστών του στήθους. Η μεταβολική αυτή διαδικασία λαμβάνει χώρα, κυρίως στον λιπώδη ιστό και στο ήπαρ. Έτσι, πιθανώς, ερμηνεύεται το γεγονός ότι η παχυσαρκία, ιδιαίτερα όταν αναπτύσσεται μετά την κλιμακτήριο, αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του στήθους, ο οποίος, μάλιστα, συνήθως ανακαλύπτεται σε σχετικά προχωρημένο στάδιο και υποτροπιάζει συχνότερα. Γενικά, η παχυσαρκία επιβαρύνει την πρόγνωση της νόσου. Επιπρόσθετα, θα ήθελα να τονίσω ότι, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, ιδιαίτερη σημασία έχει και ο τρόπος που κατανέμεται το λίπος στο σώμα της γυναίκας, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει συνόδος παχυσαρκίας, καθώς φαίνεται ότι επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη τόσο του καρκίνου του μαστού όσο και διάφορων άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως του καρκίνου του ενδομητρίου, καρδιαγγειακών παθήσεων, σακχαρώδους διαβήτη, υπερχοληστερλαιμίας και υπέρτασης.

Είναι κληρονομικός ο καρκίνος του στήθους; Πρέπει να διευκρινίσουμε ότι μόνον ένα 5 έως 10% των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου του στήθους είναι κληρονομικοί. Δηλαδή υπάρχει εκ γενετής κάποια βλάβη στο DNA των κυττάρων, ενώ σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% των γυναικών ηλικίας άνω των πενήντα ετών που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού δεν υπάρχει κανένας προδιαθεσικός παράγοντας για την εκδήλωση της νόσου.

Μόλις πρόσφατα εντοπίστηκαν συγκεκριμένες αλλαγές, επιστημονικά γνωστές ως μεταλλάξεις, σε δύο γονίδια, το BRCA1 και το BRCA2, του DNA των κυττάρων, οι οποίες προκαλούν την εκδήλωση της νόσου και είναι υπεύθυνες για όλους σχεδόν τους κληρονομικά μεταδιδόμενους καρκίνους του στήθους.

Οι γυναίκες που παρευσιάζουν αλλαγές του γονιδίου BRCA1 έχουν πιθανότητα 90% να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής τους, 40 έως 60% να εκδηλώσουν καρκίνο των ωοθηκών και 6% καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ οι άντρες που φέρουν τις αντίστοιχες αλλαγές στο δικό τους γονίδιο έχουν πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του προστάτη σε ποσοστό 6% και 8%, αντίστοιχως. Αναλόγως, και οι γυναίκες με μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA2 έχουν πιθανότητα 90% να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, σπανίως, όμως, εκδηλώνουν καρκίνο των ωοθηκών, ενώ οι άντρες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν, επίσης, καρκίνο του στήθους.

«Ο θηλασμός είναι ένας φυσικός μηχανισμός προστασίας από τον καρκίνο του μαστού»

άνω των τριάντα ετών. Συνεπώς, η ηλικία των τριάντα ετών για την πρώτη τεκνοποίηση φαίνεται ότι, ίσως, αποτελεί οριακό σημείο όσον αφορά στην προστασία από τη νόσο.

Πρέπει, επίσης, να αναφέρουμε ότι και η σημαντική αύξηση του αριθμού των εκτρώσεων τα τελευταία χρόνια, αποτελεί, ίσως, έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα στην αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού. Είναι γεγονός ότι η ολοκλήρωση της κύησης περιορίζει τον κίνδυνο προσβολής από τη νόσο στο απώτερο μέλλον. Η πρόωγη διακοπή της, όμως, όχι μόνον δεν επιτρέπει την ανάπτυξη του προστατευτικού ρόλου που συνεπάγεται η πλήρης κύηση, αλλά, επιπρόσθετα, η υπερπλασία και η μερική ατυπία των κυττάρων των ιστών του στήθους, που αναπτύσσονται προσωρινά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω της ορμονικής υπερέκκρισης που υπάρχει, δημιουργούν τις προϋποθέσεις κυτταρικής εκτροπής. Κατά συνέπεια, το ιστορικό εκτρώσεων, ιδιαίτερα σε νεαρή ηλικία και πριν από την πρώτη τεκνοποίηση, αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του στήθους.

Επίσης, η μείωση του χρόνου θηλασμού που παρατηρείται στη σημερινή εποχή, ιδιαίτερα στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, παρά τις φιλότιμες προσπάθειες που καταβάλλονται από τους ιατρούς αλλά και τους κοινωνικούς φορείς για την προβολή της αξίας του, τόσο για το παιδί όσο και για τη μητέρα, συμπεριλαμβάνεται στις αιτίες αύξησης της συχνότητας της νόσου. Ο μηχανισμός προστασίας του θηλασμού δεν είναι απολύτως εξακριβωμένος, όμως πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η αυξημένη παραγωγή προλακτίνης —της ορμόνης, δηλαδή, που είναι υπεύθυνη για τον θηλασμό— προκαλεί την καθυστέρηση της επανεμφάνισης της ωοθηλακιορρηξίας περίπου για έξι μήνες και της περιόδου μετά τον τοκετό, με συνέπεια τη μειωμένη έκθεση

χρόνια πρόσληψη HRT προληπτικά, λόγω του φόβου της οστεοπόρωσης ή προς αποφυγή των γνωστών εξάψεων και των υπόλοιπων συνοδών συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου, παρότι προστατεύει επίσης και από τον κίνδυνο εμφράγματος, ταυτόχρονα συντελεί στη διατήρηση και στην υπερπλασία του μεζικού αδένου του στήθους και μετά την εμμηνόπαυση, καθιστώντας πυκνότερη τη σύσταση των ιστών του, ενώ επιπλέον αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Αφού, λοιπόν, ο μεζικός αδένος δεν ακολουθεί τη φυσιολογική διαδικασία της ατροφίας και της λιπώδους εκφύλισης του, παρά την πάροδο της ηλικίας, αφενός ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκινικών όγκων στους παραμένοντες αδενικούς ιστούς θεωρητικά αυξάνεται περίπου δύο φορές ύστερα από δεκάτη χορήγηση των ορμονικών σκευασμάτων υποκατάστασης (για μικρότερη χρονική περίοδο, μέχρι και πέντε χρόνια, δεν παρατηρείται σημαντική αύξηση του κινδύνου) και αφετέρου η αυξημένη πυκνότητα της σύστασης των ιστών καθυστερεί την εγκαίρως ανεύρεση των μικρών όγκων καθώς παρεμποδίζεται η ελεύθερη διέλευση των ακτίνων X κατά τον μαστογραφικό έλεγχο.

Για να ολοκληρωθεί, όμως, η αναφορά μας στους κυριότερους λόγους της σταθερής αύξησης της συχνότητας της νόσου, πρέπει να συμπεριλάβουμε τη μόλυνση του περιβάλλοντος, την εκτεταμένη παρουσία ραδιενεργών αποβλήτων, τις χημικές παρεμβάσεις επί των φυσικών προϊόντων διατροφής, την αυξημένη χρήση συντηρητικών στις τροφές και φυτοφαρμάκων στις αγροτικές καλλιέργειες, καθώς επίσης και την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς, όπως, για παράδειγμα, η αυξημένη κατανάλωση λίπους, που φαίνεται ότι αποτελεί τον σημαντικότερο κληρονομικό παράγοντα.

Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η αύξηση του ποσού λίπους στο ημερήσιο απηρέσιο πιθανώς επηρεάζει τις μεταβολικές διεργασίες

Εξακολουθεί απλώς να έχει την αρχική πιθανότητα, περίπου 11%, όπως και οι υπόλοιπες γυναίκες, να εμφανίσει τη νόσο στη διάρκεια της ζωής της.

Τα τελευταία χρόνια έχει συνειδητοποιηθεί από τις περισσότερες γυναίκες η αξία της συστηματικής εξέτασης του στήθους. Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για την επιτυχή προληπτική παρακολούθηση και πόσο συχνά πρέπει αυτή να γίνεται σε σχέση με την ηλικία; Φαίνεται ότι η καλύτερη πρόληψη είναι η συστηματική παρακολούθηση του στήθους, καθώς η έγκαιρη διάγνωση συνεπάγεται καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην

είναι ελάχιστες. Επιπλέον, η ανεύρεση του όγκου σε αρχικό στάδιο, δηλαδή όταν είναι ακόμη μικρών διαστάσεων, αυθόρμητα επιτρέπει την απλή αφαίρεση του όγκου χωρίς να απαιτείται μαστεκτομή.

Οι βασικές αρχές της προληπτικής παρακολούθησης του στήθους (screening) διατυπώθηκαν από τους Ουίλσον και Γκούγκνερ το 1968 για λογαριασμό του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Στη Μεγάλη Βρετανία, το 1988, εφαρμόστηκε το Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου του Στήθους, ύστερα από πρόταση της επιτροπής Φόρεστ, σε όλες τις γυναίκες ηλικίας πενήντα έως εξήντα τεσσάρων ετών που όπως προαναφέραμε έχουν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, το οποίο περιλαμβάνει την προληπτική κλινική εξέταση και τον μαστογραφικό έλεγχο κάθε τρία χρόνια. Σήμερα, τα περισσότερα ευρωπαϊκά προγράμματα συνιστούν τον προληπτικό κλινικό και μαστογραφικό έλεγχο τουλάχιστον ανά διετία, καθώς παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα περιστατικών καρκίνου κατά το διάστημα που μεσολοβεί μεταξύ δύο διαδοχικών ελέγχων.

Σύμφωνα με τις στατιστικές αναλύσεις, για κάθε δέκα χιλιάδες γυναίκες ηλικίας πενήντα έως εξήντα τεσσάρων ετών που προσέρχονται για προληπτικό έλεγχο, τουλάχιστον σε πενήντα ανιχνεύεται η ύπαρξη καρκίνου κατά τον αρχικό τους έλεγχο (δηλαδή σε ποσοστό περίπου 1% των εξεταζομένων), και εκολούθως ανευρίσκονται τριάντα πέντε περίπου νέα περιστατικά καρκίνου ανά δέκα χιλιάδες γυναίκες σε καθενιά από τις επόμενες, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, προληπτικές επανεξετάσεις που υποβάλλονται. Σημειώνεται ότι, στις περιπτώσεις αυτές, το 70% των ανωμαλιών που ανακαλύπτονται κατά τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο δεν ψηλαφώνται κατά την κλινική εξέταση. Ως γενική παρατήρηση σάς αναφέρω ότι οι καρκίνοι που ανακαλύπτονται τυχαία κατά τον προληπτικό έλεγχο έχουν εξαιρετικά καλή πρόγνωση σε ποσοστό 75%, καθώς μόνον το 10% των ασθενών πεθαίνει εντός των επόμενων δεκαπέντε ετών από την ημέρα της διάγνωσης, ενώ από την αντίστοιχη ομάδα των γυναικών που προσέρχονται στον γιατρό με εμφανή κλινικά ευρήματα, καλή πρόγνωση έχει μόλις το 40%.

1. Καρκινικά κύτταρα του στήθους. Ο βαθμός κακοήθειας τους καθορίζει την επιθετικότητα της νόσου και, επομένως, την πρόγνωση. 2. Ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος μετά την εμμηνοπαυση συντελεί στην έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου.



“ Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η πρώτη μαστογραφία γίνεται σε ηλικία πενήντα ετών ”

Στατιστικά, οι πιθανότητες σε μια οικογένεια να υπάρχει κληρονομικός καρκίνος αυξάνονται σε ανησυχητικό βαθμό, όταν υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα μέλη της ευρύτερης οικογένειας με καρκίνο του στήθους, που προσβλήθηκαν πριν από την εμμηνοπαυση, ή δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και δύο των ωσθηκών. Πρέπει, εδώ, να τονίσουμε ότι ο καρκίνος του στήθους με κληρονομικό χαρακτήρα, πέραν του ότι εκδηλώνεται σε νεότερες ηλικίες, συχνά παρουσιάζει πολλαπλές ελπίσεις στο ίδιο στήθος ή προσβάλλει και το άλλο στήθος, ενώ, γενικά, έχει χειρότερη πρόγνωση λόγω των ισχυρών βιολογικών του χαρακτηριστικών.

Τε διάφορα κέντρα μοριακής βιολογίας και γενετικής καταβάλλονται μεγάλες προσπάθειες, παρά τις ακόμη βρισκόμενες μάλλον σε ερευνητικό επίπεδο, για την αναγνώριση σε δείγμα γενετικού υλικού των εξεταζομένων της παρουσίας μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, χρησιμοποιώντας ειδικές γενετικές εξετάσεις. Οι εργαστηριακές αυτές εξετάσεις εφαρμόζονται, προς το παρόν, σε περιορισμένη κλίμακα και υπό ορισμένες προϋποθέσεις, αλλά ελπίζουμε ότι, στο άμεσο μέλλον, θα έχουν ευρύτερη εφαρμογή. Πρέπει, όμως, να υπογραμμίσουμε ότι, ακόμη και εάν μια γυναίκα δεν έχει κληρονομήσει τη συγκεκριμένη γενετική βλάβη, δεν συνεπάγεται ότι δεν διατρέχει κανένα πλέον κίνδυνο να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού.

ανημετώπιση της νόσου και, γενικά, στην επιβίωση. Είναι γεγονός ότι, εφόσον κατά την ώρα της διάγνωσης ο όγκος στο στήθος έχει τέτοιο μέγεθος ώστε να είναι ψηλαφητός, οι πιθανότητες να έχει ήδη επεκταθεί η νόσος στους λεμφαδένες της μασχάλης, ή και σε πλέον απομακρυσμένα όργανα, είναι περίπου 50% και, ασφαλώς, η πρόγνωση είναι χειρότερη. Οι στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων τόσο επιβαρύνεται η πρόγνωση. Σύμφωνα, επίσης, με πρόσφατη μελέτη, όταν, μετά την εμμηνοπαυση, οι όγκοι ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες με την αυτοεξέταση, σε ποσοστό 49% έχουν ήδη επεκταθεί πέραν των ορίων του μαστού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους όγκους που τυχαία ανευρίσκονται με την κλινική εξέταση είναι 36% και με τον μαστογραφικό έλεγχο 22%.

Επομένως, η προληπτική κλινική εξέταση του στήθους και ο μαστογραφικός έλεγχος, κατά τακτά χρονικά διαστήματα, βασικά αποσκοπούν στην τυχαία ανακάλυψη όγκων σε πολύ αρχικό στάδιο (in situ), ώστε τα καρκινικά κύτταρα να βρίσκονται ακόμη περιχαρακωμένα χωρίς να έχουν αρχίσει να διηθούν τους παρακείμενους ιστούς του στήθους ή, ακόμη και εάν έχει αρχίσει η επέκτασή, το μέγεθος του όγκου να μην υπερβαίνει τα ένα εκατοστό, ούτως ώστε οι πιθανότητες μετάστασης στους λεμφαδένες της μασχάλης να

Αείζει τέλος να υπογραμμιστεί ότι, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, παρατηρήθηκε μείωση κατά 30% του συνολικού αριθμού θανάτων των γυναικών ηλικίας άνω των πενήντα ετών που προσήλθαν για συστηματικό προληπτικό έλεγχο (ύστερα από δεκαετή τουλάχιστον παρακολούθηση των γυναικών αυτών), συγκριτικά με τον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό που δεν υποβλήθηκε σε ανάλογα πρωτόκολλο προληπτικής παρακολούθησης. Τα στοιχεία αυτά είναι τόσο ενθαρρυντικά, που συνηγορούν στην επέκταση του προληπτικού ελέγχου και στη 20ετία πλυ-

ία

κιών εξήντα πέντε έως εβδομήντα ετών. Πριν από μερικές εβδομάδες, ερευνητικές ομάδες στη Μεγάλη Βρετανία αποφάνθηκαν ότι η ένταξη και αυτών των ηλικιών στα πρωτόκολλα προληπτικού ελέγχου θα οδηγήσει στη μείωση κατά πέντε χιλιάδες του αριθμού των θανάτων από καρκίνο του μαστού για τα επόμενα τριάντα χρόνια.

Είναι, γενικά, επικίνδυνες οι μαστογραφίες. Περίπου 7% των γυναικών αναφέρουν πόνο στη διάρκεια της εξέτασης, ενώ το ποσοστό ακτινοβολίας που δέχονται εξαιτίας της υψηλής τεχνολογίας των σύγχρονων μαστογράφων είναι πολύ μικρό, περίπου 2mSv για κάθε φύλλο. Σημειώνεται ότι, σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, αυτό το ποσό ακτινοβολίας προκαλεί την εκδήλωση ενός επιπλέον περιστατικού καρκίνου τον χρόνο από τον αναμενόμενο αριθμό, για κάθε δύο εκατομμύρια γυναικών ηλικίας άνω των πενήντα ετών που κάνουν μαστογραφίες, και μάλιστα μετά την παροχή μιας αρχικά λανθάνουσας περιόδου δέκα ετών. Επομένως, η μαστογραφία είναι απολύτως ασφαλής για τις μετεμμηνοπαυσιακές ηλικίες. Συνιστάται η πραγματοποίηση πάντοτε δύο λήψεων για κάθε στήθος, αφού φαίνεται ότι η διπλή λήψη ανιχνεύει 24% περισσότερους καρκίνους του στήθους απ' ό,τι η μονήρης λήψη.

Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται και τι πρέπει να περιλαμβάνει ο προληπτικός έλεγχος του στήθους στις γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση; Στις νεώτερες γυναίκες, δηλαδή εκείνες κάτω των πενήντα ετών, ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος δεν κρίνεται σκόπιμος. Σε πρόσφατη μελέτη του Εθνικού Ιδρύματος Καρκίνου των Ηνωμένων Πολιτειών, ο προληπτικός ακτινολογικός έλεγχος του στήθους παρουσιάζει οριακό όφελος. Αφενός γιατί ο κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας είναι σημαντικά μεγαλύτερος συγκριτικά με τις μετεμμηνοπαυσιακές ηλικίες και αφετέρου γιατί οι μαστοί των νέων γυναικών έχουν ιδιαίτερα πυκνή σύσταση, με συνέπεια οι ακτίνες X να μη διαπερνούν ελαφρώς τους ιστούς και, επομένως, η μαστογραφία να μην έχει μεγάλη ευαισθησία στην ανεύρεση των μικρών, ιδιαίτερως, όγκων. Για παράδειγμα, σε γυναίκες νεώτερες των τριάντα πέντε ετών, ενώ κατά την κλινική εξέταση φημιφρεθεί κάποια ύποπτη μάζα, στο 60% των περιπτώσεων αυτών η μαστογραφία δείχνει φυσιολογική, χωρίς να αναγνωρίζει την ύπαρξη του όγκου. Επομένως, έχοντας υπόψη ότι ο κίνδυνος να προσβληθεί μια γυναίκα από τη νόσο πριν από την ηλικία των πενήντα ετών είναι ασήμαντος μικρότερος συγκριτικά με τον αντίστοιχο μετά την εμμηνόπαυση, για τις νεώτερες γυναίκες τον ασφαλέστερο και πλέον αξιόπιστο τρόπο παρακολούθησης του στήθους αποτελεί η εμπειριστωμένη προληπτική κλινική εξέταση μία φορά τον χρόνο και, εφόσον δεν υπάρχει καμία ενόχληση ή

κλινικό εύρημα, η πρώτη μαστογραφία πρέπει να γίνεται σε ηλικία περίπου πενήντα ετών. Η εμπειρία μας, όμως, δυστυχώς δείχνει ότι αρκετές νέες γυναίκες δεν εξετάζουν το στήθος τους συστηματικά ή παρακολουθούνται από μη εξειδικευμένους γιατρούς ή βασίζονται αποκλειστικά στο αρνητικό εύρημα της μαστογραφίας.

Μήπως οι γυναίκες υψηλού κινδύνου πρέπει να υποβάλλονται σε λεπτομερέστερο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο πριν από την εμμηνόπαυση; Η πλειονότητα των γυναικών αυτών εκδηλώνουν τη νόσο σε νεαρή ηλικία και συχνά έχουν κληρονομική επιβάρυνση. Επομένως, και στις περιπτώσεις αυτές το κέντρο βάρους του προληπτικού ελέγχου εξακολουθεί να αποτελεί η συστηματική κλινική εξέταση σε ετήσια βάση και, πιθανώς, η λήψη μιας μαστογραφίας σε ηλικία περίπου σαράντα ετών ως σημείο αναφοράς, καθώς, λόγω του νεαρού της ηλικίας, και συνεπώς για τους λόγους που προαναφέραμε ο συχνός μαστογραφικός έλεγχος, για καθαρά προληπτικούς λόγους, είναι συχνά αναξιόπιστος. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος από τις αθροιζόμενες δόσεις ακτινοβολίας ίσως υπερκαλύπτει το οποιοδήποτε όφελος της διαγνωστικής δυνατότητας της μαστογραφίας. Γενικά, όμως, εφόσον για ειδικούς ιατρικούς λόγους ή λόγω ιδιαίτερης ανησυχίας της εξεταζόμενης αποφασιστεί ο περιοδικός μαστογραφικός έλεγχος, ποτέ οι αυτές να πραγματοποιείται ανά διετία και να συνοδεύεται από υπερηχογραφικό έλεγχο των ωθηκών και εξέταση του παχέως εντέρου, καθώς στις γυναίκες με κληρονομική επιβάρυνση ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στα ανώτερα όργανα είναι αυξημένος. Ασφαλώς, ευελπιστούμε ότι σύντομα θα γίνει ευχερέστερη η πιστοποίηση των γονδιακών μεταλλάξεων σε δείγμα γενετικού υλικού των γυναικών αυτών, όπως ώστε και οι ενδείξεις

οκοπό τον πληρέστερο προληπτικό έλεγχο, την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και τη διασφάλιση υψηλής επιστημονικής προσφοράς.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, θα ήθελα να τονίσω ότι όλες οι γυναίκες πρέπει να αυτοεξετάζονται και, τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο, να παρακολουθούνται κλινικά από εξειδικευμένους γιατρούς στις παθήσεις του μαστού. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει, επιπλέον, προληπτικά να κάνουν μαστογραφίες κάθε δύο χρόνια, ακόμη και εάν δεν έχουν κανένα απολύτως ενόχλημα ή κλινικό εύρημα, αφού σε ποσοστό 1% των εξεταζόμενων αυτής της ηλικίας ο ακτινολογικός έλεγχος ανακαλύπτει τυχαία την παρουσία καρκίνου. Έτσι, στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με τον συστηματικό κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο, επιτυγχάνεται μείωση της θνητότητας από καρκίνο του στήθους κατά 30%, ενώ επιπλέον η ανεύρεση του όγκου σε αρχικό στάδιο, συνήθως, επιτρέπει την απλή αφαίρεση του όγκου χωρίς να απαιτείται μαστεκτομή.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τις νεότερες ηλικίες, κυρίως κάτω των σαράντα ετών, όπου, παρότι η συχνότητα της νόσου είναι ασήμαντα μικρότερη, η πρόγνωση της νόσου είναι χειρότερη, λόγω αφενός της αυξημένης επιθετικότητας των κυττάρων του όγκου και αφετέρου της αναξιόπιστης της μαστογραφίας, λόγω της πυκνής σύστασης των ιστών του στήθους, που συντελεί στην καθυστερημένη διάγνωση. Το πρόβλημα καθίσταται οξύτερο κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, όπου, λόγω της αύξησης του μεγέθους και των φυσιολογικών μεταβολών της υφής του στήθους, η παρουσία του όγκου μπορεί αρχικά να διαλαθεί της προσοχής, με αποτέλεσμα σε ποσοστό 70 έως 90% των εγκύων, ηλικίας μικρότερης των σαράντα ετών, η διάγνωση της νόσου να γίνεται σε σχετικά προ-

“ Πριν από την εμμηνόπαυση αρκεί η τακτική εξέταση υπό ειδικευμένο γιατρό ”

για την πραγματοποίηση των ανωτέρω εξετάσεων να είναι πιο αντικειμενικές. **Πώς, επομένως, θα συνοψίζατε τις βασικές αρχές και το πρωτόκολλο της προληπτικής παρακολούθησης των γυναικών μετά την κλιμακτήριο, αλλά και στις νεώτερες ηλικίες;** Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της σύγχρονης γυναίκας. Όμως, η εγκαίρως διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία διασφαλίζουν την επιτυχή αντιμετώπιση του στις περισσότερες περιπτώσεις. Στην Αγγλία έχουν οργανωθεί σύγχρονες Μονάδες Μαστού σε όλη την επικράτεια, επανδρωμένες με ογκολόγους χειρουργούς, εξειδικευμένους ακτινολόγους, ακτινοθεραπευτές, χημειοθεραπευτές και κλινικούς ψυχολόγους, με

χρημένα στάδια, όταν έχει ήδη επεκταθεί στους λεμφαδένες της μασχάλης. Ευτυχώς, παρότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εκδηλώνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού και ανηρροσωματεύει ποσοστό 1 έως 4% των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου του στήθους, η συχνότητα ανάπτυξής του είναι μικρή και συγκεκριμένα μία περίπτωση σε κάθε τρεις έως πέντε χιλιάδες εγκυμοσύνες. Γενικά, όμως, στις νέες γυναίκες δεν συνιστάται ο προληπτικός περιοδικός μαστογραφικός έλεγχος, αλλά βασίζομαστε στην ετήσια κλινική εξέταση του στήθους και, εφόσον δεν υπάρχει καμία ενόχληση, κλινικό εύρημα ή άλλος ειδικός λόγος, η πρώτη μαστογραφία συνιστάται να γίνεται σε ηλικία περίπου πενήντα ετών. ■

«Οι υποχοληχολικές επιπτώσεις του Ca του μαστού στις γυναικές του μαστού»

λο και περισσότεροι παράγοντες
νοχοποιούνται για τον καρκίνο
ου μαστού, την κυριότερη αιτία θανάτου
ων γυναικών στη Δύση. Η ενημέρωση
ια σωστή πρόληψη αλλά και
α νέα επιτεύγματα της επιστήμης
χουν δώσει εντυπωσιακά
ποτελέσματα στην αντιμετώπισή του.

πό την Ένη Παλαιολόγου

Μεγάλη ώρα συναντήσαμε στο γραφείο του στο Λονδίνο τον αγγειοχειρουργό και ογκολόγο χειρουργό ειδικευμένο στον καρκίνο του μαστού, κ. Σ. Ν. Γουρλιάννο. Ο γιατρός, που είναι εγκατεστημένος εδώ και πολλά χρόνια στο Λονδίνο, είναι επίκουρος καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου και αφιέρωσε πρόθυμα να θωριάσει τον χρόνο του εισηγή του προσφέρει τις πληροφορίες του στο Βασιλικό Νοσοκομείο του Λονδίνου, το οποίο χρημάτισε το 1740 και αποτελεί μοναδικό κέντρο για τη μελέτη της αντιμετώπισης. Πρέπει να υπολογίσουμε ότι η αντιμετώπιση ή εξάλειψη στη σύγχρονη

Μάδα: Μαστού, όπου χειρουργός του Εργαστηρίου Εργαστηρίου και στο Κέντρο Μεταβολισμού και Τεχνητής Διατροφής. Εξαιρετικά ενδιαφέροντα ήταν, όμως, και η επίσκεψη στο Μουσείο του Νοσοκομείου — όπου αναπαύονται εξαιρετικά εκθέματα των συζητηθέντων υλικών από τον ιστορικό ασθενή του Νοσοκομείου, τον «Ανθρώπο Ελεφάντη» — και στον παλιό Καθεδρικό Ναό που έχει μετατραπεί σε μια πλούσια ιστορική βιβλιοθήκη.

Η συνομιλία μας με τον Έλληνα γιατρό, που διαθέτει ξεχωριστή τρυφερότητα, ελαφρύ και χαμόγελο και ευγενική και φιλική παρουσία, και η οποία χρονολογήθηκε με την επίσκεψή μας στην Ελλάδα έγινε συζητησιμότερη του θέματος του Μεταβολισμού, του Καρκίνου και της Τεχνητής Διατροφής, καθώς και ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και ταυτόχρονα εστοχαστικά η προσπάθεια να ελεγχθούν τα θέματα, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού.

— Ποιο είναι, λέγοντας, ο καρκίνος του μαστού, κ. Γουρλιάννο;

— Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εμφανίζουν οι γυναίκες του Δυτικού Κόσμου και αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου τους. Στην Μεγάλη Βρετανία έχουμε 25.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του στήθους κάθε χρόνο και 15.000 θανάτους. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου έχει αυξηθεί σε όλες τις ηλικίες κατά 40% την τελευταία δεκαετία στην Βόρεια Ευρώπη, όπως ώστε σήμερα οι πιθανότητες μιας γυναίκας να προσβληθεί από τη νόσο στη διάρκεια της ζωής της να είναι περίπου 11% ή, διαφορετικά, 1 γυναίκα στις 9 να αναπτύξει καρκίνο του στήθους.

Σας αναφέρω, επίσης, ότι για κάθε νέο περιστατικό καρκίνου του μαστού, που εμφανίζεται, αντιστοιχούν περίπου άλλες 10 νέες περιπτώσεις γυναικών με καλοήγητες παθήσεις, όπως ινοαδενώματα, θηλώματα, ινοκυστική μαστοπάθεια κ.λπ.

— Τις εκπλήττει το γεγονός ότι όλο και περισσότερες γυναίκες προσβλάσκονται από τη νόσο;

— Πρώτα από όλα, ο μέσος χρόνος επιβίωσης του ανθρώπου έχει αυξηθεί και συνεπώς υπάρχει και περισσότερος χρόνος δινητικά διαθέσιμος για καρκινογένεση. Επίσης, η μόλυνση του περιβάλλοντος, τα ραδιενεργά αποβλήτα και η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς, όπως, για παράδειγμα, η μεγάλη κατανάλωση λίπους, φαίνεται ότι αποτελούν ισχυρούς καρκινογενετικούς παράγοντες.

Επιπλέον, η αλόγιστη χρήση των αντιανδρογόνων σε νεαρές ηλικίες και των ορμονικών σχεκισμάτων υποκαταστάσης, κυρίως λόγω του φόβου της οστεοπόρωσης, στο τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ενοχοποιούνται πιθανώς στην εκδήλωση της νόσου.

Με την αύξηση, πάντως, της συχνότητας εμφάνισης της νόσου σχετίζονται και ορισμένες αλλαγές, οι οποίες παρατηρήθηκαν στον ορμονικό κύκλο της γυναίκας τις τελευταίες δεκαετίες. Στην αρχή του αιώνα, η μεση ημέρα έναρξης της περιόδου ήταν 12 έως 13 έτη και η μέση ημέρα της πρώτης τεκνοποίησης η αρχή της δεύτερης δεκαετίας της ζωής, ενώ σήμερα οι αντίστοιχες ηλικίες είναι 11 έως 12 έτη και το τέλος της δεύτερης δεκαετίας. Εάν λάβουμε υπόψη ότι η πρόωγη έναρξη της περιόδου και η καθιστεμένη ή η μη τεκνοποίηση αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου, αντιλαμβάνεστε τη σημασία αυτών των ορμονικών μεταβολών που αναφέραμε.

— Προσβλάσκονται συχνότερα κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και ηλικίες;

— Οι ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις παρουσιάζουν 2 έως 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του στήθους, συγκριτικά με τις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες.

Όσον αφορά στην ηλικία, προσβλάσκονται όλες οι ηλικίες από 20 μέχρι 90 ετών. Η συχνότητα, όμως, εκδήλωσης της νόσου αυξάνεται σταθερά με την ηλικία και δραματικά μετά τα 50 χρόνια. Σας αναφέρω, όμως, ότι ποσοστό 25% των σπυρικών περιστατικών καρκίνου του μαστού παρουσιάζονται σε νέες γυναίκες, δηλαδή πριν από την εμμηνόπαυση.

— Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου;

— Δυστυχώς, ποσοστό μεγαλύτερο του 70% των γυναικών ηλικίας άνω των 50 ετών, που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού, δεν έχουν γεννηθεί από παρειακό κίνδυνο που να προδιαθέτει στην εκδήλωση της νόσου πριν της ηλικίας τους. Θα ήθελα, εδώ, να σχολιάσω ότι η ηλικία στο μόνον της εστίασης της εξαιρετική παραγοντική παράγοντας, καθώς και τις ηλικιακές ομάδες άνω των 50 ετών ο κίνδυνος τριπλασιάζεται.

Γενικά, όμως, το επιβεβαιωμένο οξυγονοποιητικό ιστορικό αποτελεί σημαντικό παράγοντα κίνδυνου, καθώς ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αυξάνεται τουλάχιστον 4 φορές, αντιστοίχως με τον βαθμό οξυγονοποίησης του σπυρικού ιστορικού και την ηλικία κατά την οποία εκδηλώθηκε η νόσος.

Άλλοι παράγοντες κίνδυνου θεωρούνται η ανώτερη κοινωνικοοικονομική διάφοση, η μη τεκνοποίηση ή η τεκνοποίηση μετά την ηλικία των 30 ετών, η καθιστεμένη ή λήξη της περιόδου σε ηλικία άνω των 55 ετών, ιστορικό καρκίνου του στήθους, του ενδομητρίου ή του άλλου μαστού και η παχυσαρκία, κυρίως όταν αναπτύσσεται μετά την εμμηνόπαυση. Οι ανώτεροι παράγοντες αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου κατά 2 έως 4 φορές. Επίσης, αυξημένο κίνδυνο κατά 1 έως 2 φορές παρουσιάζουν οι γυναίκες που αναφέρουν πρόωγη έναρξη της περιόδου τους σε ηλικιακά μικρότερη των 12 ετών, λήψη αντιανδρογόνων, είτε σε νεαρή ηλικία είτε επί μεγάλα χρονικά διαστήματα, η ορμονικών σχεκισμάτων υποκαταστάσης μετά την εμμηνόπαυση, υψηλή κατανάλωση λίπους ή οινοπνευματώδους, μεγάλο μέγεθος μαστών ή ιστορικό τραυματισμού τους και αποτομία θηλασμού.

— Επειδή υπάρχει μια γενικότερη σύγχυση, θα μπορούσατε να μας διευκρινίσετε εάν είναι κληρονομικός ο καρκίνος του στήθους;

— Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι σποραδικοί, δηλαδή επικτητοί, οι οποίοι συνήθως αναπτύσσονται λόγω της επίδρασης διαφόρων εξωγενών καρκινογενετικών παραγόντων, όπως ακτινοβολία, τοξινών κ.λπ. Αλεξαντίας, ποσοστό μόνο 5 έως 10% των σπυρικών περιπτώσεων καρκίνου του στήθους είναι κληρονομικοί, δηλαδή υπάρχει εκ γενετής κάποια βλάβη στο γενετικό υλικό, η οποία συνεπάγεται τον σχηματισμό καρκινικών κυττάρων στον μαστό και του

η όπιν υπάρχουν διάφορα οργάνια, ιδιαίτερα κοντά στις μασχάλατα τα οποία άδικα μπορεί να θορυβήσουν η αυτοεξετάση να γίνεται την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα μετά τη λήξη της. Η γυναίκα πρέπει να στέκεται μπροστά στον καθρέφτη, αρχικά χωρίς κρυμμένα χέρια στο πλάι, στη συνέχεια σηκώνοντας το κεφάλι και τέλος τοποθετημένα σφιχτά στη μέση, και να παρατηρήσει αν υπάρχουν αλλαγές στην υφή, τον αριθμό, τον σχηματισμό ή εσοχές του δέρματος του στήθους, εξογκώματα ή πρήξιμο στο στήθος ή στη μασχάλη που διαφέρουν από το αντίστοιχο στήθος. Άλλες πλευρές, ερεθισμοί ή εκζέμα στην περιοχή της θηλής, αλλαγές της θηλής ώστε να είναι είτε τραβηγμένη προς τα μέσα είτε σε άλλη κατεύθυνση, ή εκκρίση της θηλής.

α ήθελα, όμως, να τονίσω ότι σε αρκετές περιπτώσεις η παρουσία τέτοιων εννοημάτων δεν συνδέεται απαραίτητα με την ύπαρξη καρκίνου. Σας αναφέρω, επίσης, ότι ο καρκίνος του στήθους εκδηλώνεται συνήθως χωρίς πόνο και πόνο στο 10% των περιπτώσεων υπάρχουν συννοσήματα ερεθισμάτα.

Η επιστολή των μαστών πρέπει να ακολουθείται από την ψηλάφηση, η οποία συνιστάται να πραγματοποιείται στη διάρκεια τουλάχιστον η του ντους ώστε το χέρι να γλιστράει πάνω στο στήθος με τη σαπουνάδα. Οι γυναίκες με μεγάλο στήθος ίσως είναι ευκολότερο να αυτοεξετάζονται ξεκινώντας από το κέντρο. Κατά την

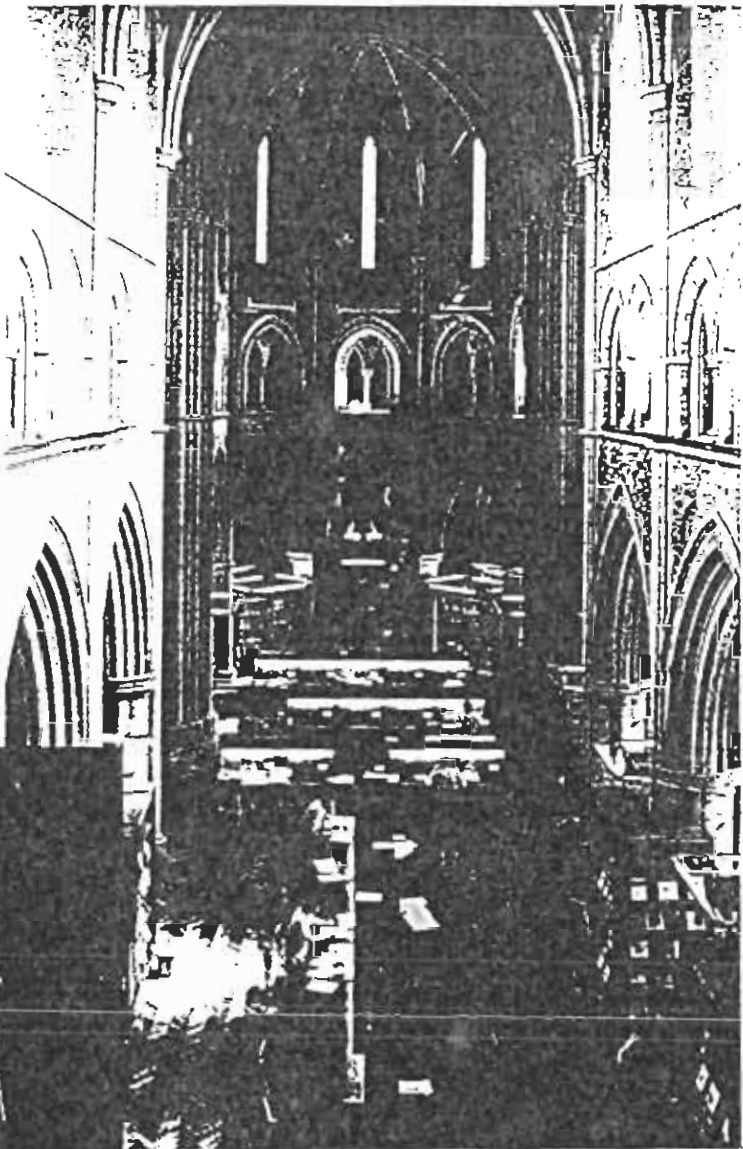
η γυναίκα χρησιμοποιεί τις άκρες των δακτύλων της, τα οποία είναι εντοπισμένα μεταξύ των μαστών με ελαφρές κυκλικές κινήσεις πρέπει να ελεγχθεί όλες τις επιφάνειες του μαστού, το καλύτερο να χρησιμοποιείται το δεξί χέρι για την ψηλάφηση του αριστερού στήθους και αντίστροφα. Ο έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει την περιοχή της μασχάλης και του λαιμού. Η ψηλάφηση των λεμφαδένων καθώς και την περιοχή πίσω από τη θηλή. Συνιστάται στις νέες γυναίκες να κάνουν αυτοεπιθεωρήσεις.

Οι γυναίκες που δεν υπάγονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου δεν υπάγονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Η πρώτη μαστογραφία συνιστάται να γίνεται σε ηλικία περίπου 50 ετών και να επαναλαμβάνεται ανά διετία. Στις γυναίκες οι μαστογραφίες αφενός έχουν ως έναν μικρό κίνδυνο λόγω της χρήσης ακτινοβολίας και αφετέρου δεν προσφέρουν σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες.

Οι μαστοί των νέων γυναικών έχουν ιδιαίτερα πυκνή σύσταση, ώστε οι ακτίνες-X να μην μπορούν να διαπεράσουν εύκολα τους μαστούς και να αποκαλύψουν την παρουσία των μικρών όγκων. Αφενός, όπως είπαμε, οι γυναίκες μικρότερες των 35 ετών σε ποσοστό 50 έως 60% των περιπτώσεων, στις οποίες με την κλινική εξέταση ψηλάφησης είναι υποπλημάζα, η μαστογραφία δείχνει φυσιολογική χωρίς να ανιχνεύσει την παρουσία του όγκου.

Αφενός, για τις νεώτερες γυναίκες η εμπειριστατισμένη κλινική εξέταση αποτελεί τον ασφαλέστερο τρόπο παρακολούθησης του στήθους. Η εμπειρία μας από αρκετές γυναίκες είναι ότι δεν εξετάζονται στο στήθος τους συστηματικά, ότι συχνά αρκούνται σε σημάδια παρακολούθησης από μη εξειδικευμένους γιατρούς ή ότι βασίζονται αποκλειστικά στο αρνητικό εύρημα μιας μαστογραφίας.

Αφενός, συχνή η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στη διάρκεια της εφηβείας, υπάρχει αναλογική συσχέτιση και η συνιστάται τότε: ενδιαφέρον σχολιασμού ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο συ-



Ο παλιός καθηδρικός νοσος που έχει μετατραπεί σε πλούσιο ιατρική βιβλιοθήκη (επισωμ). Ο συγγραφέας και ογκολόγος χειρουργός κ. Σ. Ν. Γεωργιάννος.

χνότερος τύπος καρκίνου που εκδηλώνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Η συχνότητα που εμφανίζεται είναι 1 περίπτωση σε κάθε 3.000 περίπου εγκυμοσύνες

και αντιπροσωπεύει ποσοστό 1 έως 4% των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου του στήθους. Παρότι η εγκυμοσύνη δεν προκαλεί την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ούτε επιβαρύνει την εξέλιξη της νόσου, η προγνώση γενικά δεν είναι ιδιαίτερα καλή. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται αφενός επειδή ο καρκίνος στα νέα άτομα είναι πιο επιθετικός, λόγω των ιδιαίτερων βιολογικών του χαρακτηριστικών, και αφετέρου λόγω της αύξησης του μεγέθους και των φυσιολογικών μεταβολών της μήτρας του στήθους στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού η παρουσία κατά τις υποπλημάζα είναι πιθανό να διαλαβεί της προσοχής ή να θεωρηθεί αρχικά ως αθώα, με συνέπεια τη σημαντική καθυστέρηση στη διάγνωση. Συγκεκριμένα, μάλιστα, σας αναφέρω ότι σε ποσοστό 70 έως 90% των εγκύων, ηλικίας μικρότερης των σαράντα ετών, η διάγνωση της νόσου γίνεται σε προχωρημένο στάδιο, όταν έχει ήδη επεκταθεί στους λεμφαδένες της μασχάλης.

Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η προσεκτική παρακολούθηση του στήθους στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σας αναφέρω, επίσης, ότι από τη στιγμή που διαγνωστεί η παρουσία

οί, δηλαδή επίκτητοι, που συνήθως αναπτύσσονται λόγω διαφόρων εξωγενών παραγόντων.

των Κοινωνικών Θεωρία τον κρι-
της ισότητας των φύλων, σε
επιπτώσεις οδύνης ισότητας.
για ένα, όπως εκείνη η γυναι-
κή, ως πολιτής κράτους-μέλους,
ή το κράτος να στείλει μια
καταγγελία στην Ευρωπαϊκή
Επιτροπή, γραμμένη στη μητρική
γλώσσα, στην οποία να εκθέτει
τα αποτελέσματα του δημοσκοπή-
σης βίβλος της; Μάλλον ναι, η
δύο γλώσσες.

— Ελληνίδες, είδα σε μια εποχή
— όπως λέει η κυρία Σιανού, οι
κοινωνικές σχέσεις γίνονται ελα-
ξ και η απλή εργασία άμεση.
— υφίστανται σε ένα μεγάλο πο-
τό διακοπές, η δεν προστατεύ-
ται καθόλου. Οι διακοπές στην
— και οι απύλετες μορφές απά-
— της διακοπών την θεμελιώ-
— κωμάτων για συνταξη, προ-
— κατα την ασθένεια και επι-
— τα ανέργων. Από την άλλη, ορ-
— πύχουσων ψάχνουν ατεχνώ-
— για μια θέση στον ήλιο, ενώ οι
— που κυκλοφορούν δημιουργώ-
— σύγχυση σε όσους νέους ζή-
— να προσανατολιστούν μέσα
— ατλάτο σκοταδιού.

— Το χάσμα της μετα-την-αγορά-
— της, η Ελλάδα που απολύεται,
— λει να καταγγείλει κάποια πα-
— αση στην εργασία της, προ-
— ουγει στον ΟΑΕΔ για επίδομα
— γιας η συμβουλές επανεντα-
— η απευθύνεται στις δευτερο-
— μες οργανώσεις της ΓΣΕΕ, όπου
— ούργουν γραμματείες ισότητας
— παρακολουθούν την εφαρμογή

και επεξεργάζονται προτάσεις για
— ούθηση ζητημάτων ισότητας. Στη
— Γενική Γραμματεία Ισότητας, στο
— υπουργείο Εργασίας και στα νο-
— μαρχιακά γραφεία Ισότητας, στις
— νομαρχίες... ίσως βρει αντίστοιχη
— στο πρόβλημα της, ανάλογα με τη
— άρση και την ένταξη του. Το θέμα,
— όμως, της ανεργίας των γυναικών,
— αλλά και γενικά της ανεργίας, δεν
— λύνεται με αφορισμούς και τυπικές
— παρεμβάσεις, που γίνονται ομοια-
— σπικες σε ελαχίστες περιπτώσεις.

Χρειάζονται, όπως λέει η κυρία
— Σιανού, εκσυγχρονιστικές και με-
— ταρρυθμιστικές προσπάθειες που
— θα έχουν στόχο τη μετατροπή της
— πολιτικής σε πολιτική για την γυναι-
— κεία, μέσω της κοινωνικής οικονο-
— μίας της αγοράς. Δυσκολίες εκ-
— φράσεις, που κοιράζουν το ανα-
— γνωστικό κοινό ενός περιοδικού.
Πιο ουσιαστική, ίσως, φανεί η δι-
— απλοποίηση μιας συναδέλφου που ανα-
— γράστηκε σε παρατήρηση γιατί ήταν
— υψηλοκόστη, παρά τις αριστικές υπη-
— ρεσίες, που προσέφερε στο έντυπο
— της. «Και τώρα ποιος θα μου εξα-
— σφαλίζει το δικαίωμα στην εργασία
— και στη δημιουργία;» Ποιος, αλή-
— θεια; Τα συνδικαλιστικά όργανα
— που κομίζουν; Οι συναδέλφοι που
— γίνονται όλο και πιο καχυποπότοι; Οι
— προσωπικές δημοσιές σχέσεις; Η ο-
— πλήρης εξουθένωση της αξιοπρέ-
— πειας; Ο δρ. Τάσος Κοτλ, ψυχίατρος
— που αναφέρεται στο βιβλίο του
— Ριζών, έχει παρατηρήσει ότι οι μα-
— κροχρονία άνεργοι παρουσιάζουν
— παθολογικά συμπτώματα παρόμοια

με εκείνα των ασθενών που αργο-
— πεθάνουν. Ένας εργατής απολύμε-
— νος τον είχε πει πρόσφατα. «Δύο
— κομμάτια μπαίνουν: η εργασία όπως
— όλα οι άνθρωποι, παρώντας την ανα-
— σκεύουν από τις 9 έως τις 5, η είσο-
— γος νεκρός». Ίσως αυτό να είναι μια
— υπερβολή, στο κατώφλι, μάλιστα,
— μιας εποχής που θα μπορούσε να λυ-
— στείται στη θέση της επίσημης απα-
— σχολησης, προκειμένου να αντιμε-
— τωπιστεί η ανεργία, αλλά και η συ-
— νεχής καταγραφή θέσεων από τα...
— ρεμπτοκίρια του Ρομπέρ. Η χώρα,
— όμως, που θα γίνει τις νέες αυτές
— λυτικές τροπο-ζώνες και ανθρώπινες
— αξιοπρέπειες θα είναι και εκείνη
— που θα δικαιούται να ανακηρυχτεί
— πολιτισμένη. ■

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

της νόσου δεν είναι απαραίτητη η
— διακοπή της κύησης, αφού δεν υπαρ-
— χει ένδειξη ότι η συνέχιση της εγκυ-
— μωσής επιβαρύνει την πρόγνωση
— ούτε ότι η θεραπευτική διακοπή της
— συνοδεύεται με καλύτερη επίκωση. Εξ
— άλλου και ο κίνδυνος από τη χει-
— ρουργική επέμβαση στο στήθος για
— τη μητέρα η το έμβρυο είναι αμελή-
— τος. Διακοπή της εγκυμωσής,
— εφόσον είναι δυνατή, συνιστάται
— όταν υπάρχει ταχεία επιδύωση της
— νόσου ή απαιτείται η άμεση χορή-
— γηση χημειοθεραπείας ή ακτινοθε-
— ραπείας, λόγω του κινδύνου τερα-
— τογένεσης του εμβρύου ή ανάπτυξης

διαφόρων κακοήθων όγκων στη με-
— τεπειτα ζωή του, και για καθαρά
— κοινωνικούς λόγους.

— Υπάρχει αντενδείξη για μια μετε-
— πειτα εγκυμωσής σε νέες γυναίκες
— με προκείμενα ιστορικά καρκίνου του
— στήθους;

— Παροτι φανερώνεται ότι οι επα-
— λουθες εγκυμωσής δεν έχουν επι-
— βάρυνση ρόλο στην αναδιοργάνω-
— ση της νόσου και γενικότερα στην
— επιβίωση, θα πρέπει να λαβούμε
— υπόψη ότι η φύση της νόσου από μό-
— νη της επιβίωσης τον κίνδυνο της
— υποτροπής. Έπειτα, όμως, η πιθανο-
— ττητα υποτροπής είναι μεγαλύτερη τα
— 2 πρώτα χρόνια και ακολουθώς μει-
— ωνεται σημαντικά, συνιστάται όπως
— οσοαδύποτε σκεψή για επακόλουθη
— εγκυμωσής να γίνεται μετά ποσο-
— λένση τουλάχιστον 2 ετών από τη
— λήξη της αρχικής θεραπείας.

Βεβαίως, θα ήθελα να σχολιασω
— ότι η αναπαραγωγική ικανότητα της
— γυνίκας μπορεί να επηρεαστεί από
— τη θεραπευτική αγωγή. Συγκε-
— κριμένα, ενώ η ακτινοθεραπεία σπα-
— ντως επηρεάζει τη γονιμότητα, αντι-
— θέτως, ορασιμένα χημειοθεραπευ-
— τικά πρωτοκόλλα είναι δυνατό να
— προκαλέσουν την πρόωγη διακοπή
— της λειτουργίας των ωοθηκών και
— της περιόδου σε ποσοστό έως και
— 50% των γυναικών ηλικίας μικροτε-
— ρης των σαράντα ετών.

— Οι άντρες προσβάλλονται από
— καρκίνο του στήθους και, εάν ναι, υ-
— παρχουν, όπως και στις γυναίκες,
— παράγοντες κινδύνου που πιθανώς
— να προδιαθέτουν στην εμφάνισή του:

- Παρότι οι άντρες χαρακτηρίζονται από την ταχεία ανάπτυξη των μαστών, οι άντρες ποσοστό 1% των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου του στήθους εκδηλώνονται στον άνδρα - πληθυσμό. Η συχνότητα, μάλιστα, εμφάνισης της νόσου αυξάνεται σταθερά με την ηλικία, όπως και τις γυναίκες.

Όσον αφορά στους παράγοντες κίνδυνου που προδιαθέτουν στην πρόκληση της νόσου στους άντρες, η κυριότερη θεωρούνται η λήψη ανδρογόνων, όπως στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη ή με σκοπό τη θηλάσπιση της εξωτερικής εμφάνισης, διάφορες καθυστερίες του ήπατος που έχουν συνέπεια την αύξηση του μεταβολισμού των οιστρογόνων, καθυστερίες των ορσών, κληρονομικότητα που, στους άντρες, όπως ήδη σας ανέφερα, συνδέεται με μεταλλάξεις του γονιδίου RCA2 και η γυναικωστία. Θα ήθελα εδώ να παρατηρήσω ότι ποσοστό 15 έως 40% των ανδρών με καρκίνο του στήθους, έχουν συνάδο γυναικωστία.

- Οι πρόσφατες επιστημονικές επιβεβαιώσεις του στήθους επηρεάζουν την πρόληψη της νόσου:

- Συμφωνά με όλα τα συγχρόνια επιστημονικά δεδομένα, τόσο οι προθέσεις στήθους όσο και οι νέες προθέσεις που περιλαμβάνουν φυσιογνωστικό ορό δεν προκαλούν καρκίνο του στήθους. Βεβαίως, όσον αφορά τις προθέσεις στήθους, οι οποίες είναι τόσο ενθουσιαστικά χρησιμοποιήθηκαν από τις αρχές του 1970, η πρόληψή τους για ασθητικές λόγους έχει σημαντικά περιοριστεί από τις αρχές ήδη του 1992, αφού, σύμφωνα με τις επίσημες αποφάσεις του Διεθνούς Οργανισμού Ογκολογίας και Φαρμάκων, υπάρχουν αρκετές αιτιολογικές υποδείξεις που προκύπτουν από παθήσεις του κολλαγόνου, ρευματοειδή αρθρίτιδα κ.λπ. Επιπλέον, την περίπτωση που τρυπάρει, το ξυτεράκι τους περιβάλλει και δημιουργεί το περιεχόμενο τζελ στήθους, αναπτύσσεται έντονη ελαστικότητα αντίδραση στους ιστούς του στήθους και απαιτείται η υμεσική αφαίρεση της προθέσης.

Η κυρία, όμως, αντίφαση που δημιουργείται είναι και μετά την τοποθέτηση των «αθώων» προθέσεων του στήθους ορού, οι οποίες έχουν ως πλεονεκτήματα ότι η διαρροή του περιεχομένου τους δεν προκαλεί την ανάπτυξη φλεγμονής, ενώ λόγω του κίνδυνου να υπαρξει σημαντική καθυστέρηση στη διάγνωση των καρκινικών ογκών. Είναι γεγονός ότι η λήψη εξέταση γίνεται πιο δύσκολη καθώς αλλάζει η κρή του στήθους, να είναι προβληματική η εξέταση των σημείων του μαστού που κλιμακώνεται από την προθεση. Επίσης, ο μαρτυρογραφικός έλεγχος δεν είναι εύκολος, καθώς τόσο το τζελ στήθους όσο και ο φυσιολογικός ορός δεν απελευθερώνουν την ελεύθερη διάβαση των ακτίνων Χ, με πιθανή συνέπεια την αποκρυψη υποψιών αλλοιώσεων και η σημαντική απώλεια χρόνου πριν έρθει η οριστική διάγνωση.

Επιτυχώς, ελαττώφρα μηνύματα υπάρχουν για τις προθέσεις στήθους, που πρόκειται αρχίαν να χρησιμοποιούνται, των οποίων το περιεχο-

μένο αποτελείται από τριγλυκερίδια, όπως, δηλαδή, και το σωματικό λίπος. Οι νέοι τύποι προθέσεων έχουν το πλεονέκτημα ότι τα τριγλυκερίδια επιτρέπουν απρόσκοπτα την ελεύθερη διάβαση των ακτίνων Χ της μαστογραφίας, ενώ σε περίπτωση άρρξης απορροφώνται από τους ιστούς, όπως ακριβώς το φυτικό έλαιο, χωρίς να δημιουργείται φλεγμονώδης αντίδραση. Ασφαλώς όμως, απαιτείται περισσότερο κλινική εμπειρία για την απόλυτη επιβεβαίωση αυτών των πλεονεκτημάτων.

Θα ήθελα, λοιπόν, να παρατηρήσω ότι όλες οι γυναίκες που σκοπεύονται σοβαρά την αισθητική ελευθέρωση στο στήθος πρέπει να δείχνουν και τον απαραίτητο σεβασμό στους ιστούς του στήθους. Για τον λόγο αυτό, είναι άλυτα επιβεβλημένο να υποβάλλονται σε λεπτομερή κλινική εξέταση, με σκοπό να αποκλειστεί αφενός η παρουσία κληρονομικών κακοήθων νόσων και αφετέρου η εξέταση να γνωρίζει ποια ακριβώς είναι η μορφή ορού του στήθους πριν από την αισθητική επέμβαση, ώστε να είναι σε θέση να ερμηνεύσει και να αντιμετωπίσει εγκαίρως οποιεσδήποτε μεταλλάξεις αλλαγές.

- Είναι δυνατή η αποκατάσταση του στήθους ύστερα από μαστεκτομή;

- Για τελευταίο χρόνο όλα και περισσότερες γυναίκες επιβιώνουν την αναγέννηση του γασμένου τους στήθους. Το ενγάρσιο, μάλιστα, μηνύει για τις νέες κυρίες γυναίκες είναι ότι η αποκατάσταση είναι δυνατή και έχει πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα. Η αναγέννηση είναι δυνατή να γίνει ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή ή, διαφορετικά, μετά την παύση του αντιστάτου εμπίστων, και θεωρείται ατελείως ασφαλή, αφού δεν επηρεάζουν την πρόληψη της νόσου και δεν καθυστερεί τη γήρανση ούτε επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της αντινεοπλασματικής γυναικωστίας. Πρόσφατικά πιστεύω ότι είναι προτιμότερη η αποκατάσταση στον ίδιο χρόνο με τη μαστεκτομή, καθώς αφενός δεν θα χρειάζεται νέα χειρουργική επέμβαση και αφετέρου, αντίφαση με πρόσφατες μελέτες, το ψυχολογικό τρέμμα της γυναίκας από την ακρωτηριαστική επέμβαση της μαστεκτομής μετριάζεται, όταν το δικαίωμα που μεσολαβεί μέχρι την αναγέννηση του στήθους είναι το μικρότερο δυνατό.

Στο νοσοκομείο μας, όπου ελέγχονται περισσότερες από 4.000 γυναίκες ετησίως, συνήθως χρησιμοποιούμε προθέσεις φυσιολογικού ορού, οι οποίες, αφεώς με τη μαστεκτομή, τοποθετούνται κάτω από τους μύς του θωρακικού τοιχώματος. Ακολουθώς, και για τις επόμενες εβδομάδες, μεφω ειδικής βαλβίδας, που είναι συνδεδεμένη με την προθεση και ελα τοποθετήθη στη διάρκεια της επέμβασης αμεσώς κάτω από το δέρμα, εισάγονται προσοδοτικά με μια αυριγγία μικρές ποσότητες φυσιολογικού ορού, μέχρι να δοθεί το επιθυμητό σχήμα και μεγέθος στο αναπλασμένο στήθος. Ακολουθεί η δημιουργία τεχνητής θηλής συνήθως τρεις έως τέσσερις μήνες μετά την αρχική χειρουργική επέμβαση.

Σε περίπτωση που η αποκατάσταση των προθέσεων φυσιολογικού ορού αντενδείκνυται, όπως σε παθήσεις του κολλαγόνου ή προηγμένης ακτινοθεραπείας του θωρακικού τοιχώματος, όταν επιθυμούμε αρτιότερη από πλευράς αισθητικής και φυσιολογικότερη αποκατάσταση του στήθους, κυρίως σε νέες γυναίκες, μεταφέρουμε με μαζί με το υπερχωμένο δέρμα και την αγγείωση του, είτε από το κοιλιακό τοίχωμα είτε από τη ραχή στην περιοχή του στήθους, ο οποίος χρησιμοποιείται για την αναγέννηση του μαστού. Πλεονεκτήματα αυτής της επέμβασης είναι ότι έχει πολύ καλύτερα αποτελέσματα, συγκριτικά με τη χρήση των προθέσεων φυσιολογικού ορού, καθώς το νέο στήθος, το οποίο στη συνέχεια όσο και στην αφή, είναι πιο φυσικό, ενώ για την αποκατάσταση χρησιμοποιείται φυσιολογικός από τον ίδιο τον οργανισμό. Ως βασικό, όμως, μειονέκτημα θεωρείται το γεγονός ότι είναι μεγαλύτερης διάρκειας επέμβαση και ότι, σε αρκετές περιπτώσεις, απαιτούνται μικροχειρουργικές τεχνικές.

- Ο καρκίνος του στήθους αντιμετωπίζεται πια όπως και ποια είναι η πρόγνωση γένια;

- Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ο καρκίνος του στήθους αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Γενικά, όμως, η δυνατότητα αντιμετώπισης του εξαρτάται από το μέγεθος του ογκώ, από το στάδιο της νόσου, από τον βαθμό κακοήθειας των καρκινικών κυττάρων, ο οποίος καθορίζεται και την επιθετικότητα της νόσου, και από την ηλικία. Έξαρση η νόσος είναι in situ, δηλαδή σε πολύ αρχικό στάδιο ζωής να υπαγοει διάθεση των παρακείμενων ιστών, η χειρουργική αφαίρεση του ογκού συνεπάγεται ίαση σε ποσοστό 95% των περιπτώσεων. Σε περίπτωση, όμως, που έχει αρχίσει η επέκτασή της νόσου στους γειτονικούς ιστούς, αλλά περιορίζεται αποκλειστικά στον μαστό, οι πιθανότητες τουλάχιστον πενταετούς επίβιωσής είναι 85 έως 90%. Το ποσοστό αυτό μειώνεται περσιού στο 50 έως 60%, εφόσον η νόσος έχει επεκταθεί στους λαμφαδένες της μασχάλης, οι στατιστικές μελέτες, μάλιστα, δείχνουν ότι ο αριθμός των προσβεβλημένων λαμφαδένων αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη. Γενικά, όμως, η πρόγνωση στις νέες γυναίκες, και κυρίως εκείνες κάτω των 35 ετών, είναι χειρότερη συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες, αφεώς λόγω της μεγάλης επιθετικότητας των κυττάρων του ογκού και αφετέρου λόγω της καθυστερημένης συχνά διάγνωσης, που συνήθως οφείλεται στην απουσία συστηματικής ιατρικής παρακολούθησης και στην αναξιότητα της μαστογραφίας λόγω της πυκνής συστάσης των ιστών του στήθους.

Θα μου επιτρέψετε, λοιπόν, να υπογραμμίσω για άλλη μια φορά τη σημασία της ανεύρεσης του ογκού όταν είναι σε μικρό μέγεθος, πριν ακόμα δώσει μεταστάσεις στους λαμφαδένες της μασχάλης, καθώς τότε η πρόγνωση είναι πάρα πολύ καλή, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις είναι δυνατή η απλή αφαίρεση του

ογκώδους χωρίς να είναι απαραίτητη η μαστεκτομή και η συμπληρωματική χορήγηση χημειοθεραπείας.

- Ποιο είναι το μήνυμά σας, ως επιστήμονα, προς όλες τις γυναίκες;

- Θα ήθελα να ολοκληρώσουμε αυτή τη συζήτηση με την παρατήρηση ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της γυναίκας. Όμως, ο συστηματικός έλεγχος και η εγκαίρως διάγνωση είναι οι αποτελεσματικότεροι τρόποι αντιμετώπισης του. Ορισμένες γυναίκες επιπλέον αποφεύγουν την τακτική παρακολούθησή του στήθους τους, γιατί νομίζουν ότι η διαδικασία αυτή τους δημιουργεί άγχος. Στην πραγματικότητα, όμως, σύμφωνα με επιστημονικά στοιχεία, οι γυναίκες μελετες, το άγχος της αβεβαιότητας και της πιθανότητας ανεύρεσης της νόσου σε προχωρημένο στάδιο, λόγω της καθυστέρησης της διάγνωσης, είναι πολύ σημαντικότερο.

Πρέπει, όμως, να υπογραμμίσω με ότι ο έλεγχος είναι ουσιαστικός και μπορεί να σώσει ζωές, όταν πραγματοποιείται με εξειδικευμένους γιατρούς, οι οποίοι γνωρίζουν τόσο τη φυσιολογία όσο και την παθολογία του μαστού. Η σφαιρική γνώση του αντιλαμβανόμενου από τον έγκαιρο διαφαλίζει την εγκαίρως διάγνωση και την υπεύθυνη και επιστημονικά αποδεκτή αντιμετώπιση του προβλήματος, χωρίς απώλεια πολύτιμου χρόνου. Στην Αγγλία, οι συγχρόνοι Μονάδες Μαστού είναι επανδρωμένες εκτός των ογκολογών χειρουργών με εξειδικευμένους ακτινολόγους, ακτινοθεραπευτές, χημειοθεραπευτές και κλινικούς ψυχολόγους, με σκοπό τη διασφάλιση ποιότητας επιστημονικής προσφοράς. Θα ήθελα, μάλιστα, εδώ να σας αναφέρω την αξία της ψυχολογικής υποστήριξης και να μην μνησσύ την προφάση έρευνα του ψυχιάτρου Ντέιβιντ Στήνγκλ από το Στάνφορντ της Καλιφόρνιας, που έδειξε ότι οι ασθενείς, στους οποίους η συστηματική ψυχοθεραπεία αποτέλεσε πάμμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας, είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και μακρότερη επιβίωση.

Η συγχρόνη, λοιπόν, γυναίκα πρέπει να έχει υπόψη της ότι η εγκαίρως διάγνωση του καρκίνου του στήθους συνεπάγεται πολύ καλή πρόγνωση στις περισσότερες των περιπτώσεων. Αξιοσημείωτο, εξ άλλου, είναι ότι υπάρχουν σε εξέλιξη πολύ σημαντικές έρευνες της μοριακής βιολογίας και γενετικής, με σκοπό την αλεύθειας επέμβαση στο DNA των κυττάρων και την αντικατάσταση των πασχόντων τμημάτων των γονιδίων από άλλα υγιή, ώστε να μην εκδηλωθεί η νόσος ή, εφόσον έχει ήδη εμφανιστεί, να ανασταλεί ο πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων και επομένως η εξέλιξη της. Επίσης, πρέπει να γνωρίζετε ότι η αναγέννηση του στήθους, μετά τη μαστεκτομή, της ξαναδίνει αυτοπεποίθηση για την εξωτερική της εμφάνιση και της επιτρέπει να έχει μια φυσιολογική ζωή. Κατά συνέπεια, οφείλει να ατενίζει το μέλλον με αισιοδοξία και αυτοίς είναι το ουσιαστικότερο μήνυμά αυτής της συνέντευξης.

Η ΖΩΗ ΠΡΙΝ

Πίσω από κάθε μονάδα που προστίθεται στις ιατρικές στατιστικές ασθενών με καρκίνο του μαστού, κρύβεται μια μοναχική πορεία που διαμορφώνεται μέσα από τις εμπειρίες και τις μάχες κάθε μέρας. Δύο γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή, η μια πριν από δεκαεννιά χρόνια, τότε που ήταν είκοσι τεσσάρων χρόνων, και η άλλη μόλις πριν από πέντε χρόνια, όταν ήταν σαράντα τεσσάρων ετών, κάνουν, ανώνυμα και ανοιχτά, μαζί μας τη διαδρομή.

από την Κατερίνα Παπαγεωργίου

Αθήνα, 49 χρονών
Παιδιά: μια
κάρη 20 χρόνων
Επάγγελμα:
Οικονομολόγος
Επέμβαση: Πριν από
πέντε χρόνια

Από πολύ νέα έλεγχο το στήθος μου, γιατί είχα χάσει μια εσδέρφι μου από καρκίνο του μαστού. Μια ωραιότατη γυναίκα που μας άφησε μέσα σε ενάμιση χρόνο.

Από τα σαράντα μου και μετά, μάλιστα, έκανα κάθε χρόνο και μια μαστογραφία για να έχω τη σιγουριά πως είμαι καλά. Παράλληλα, δεν έπινα, δεν κάπνιζα, δεν ξενυχτούσα, καθώς ήμουν, από μικρή, συναισθηματική και ευαίσθητη. Κι όπως μου είπαν και οι γιατροί, το άγχος και η ψυχική φθορά που επιφέρει παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Κάποια μέρα, λοιπόν, στα σαράντα πέντε μου, κι ενώ λίγους μήνες νωρίτερα η τελευταία μου μαστογραφία ήταν καθαρή, ένιωσα να έχω ένα γραμπαλάκι κάτω από το αριστερό στήθος μου, σαν ένα μικρό αμυγδαλάκι.

"Κάποια μικρή κύστη θα είναι", σκέφτηκα και, ύστερα από συμβουλές φίλων, άρχισα να βάζω πάνω του κομπρέσες. Στο μεταξύ, όμως, με έπιασε ένα μεγάλο άγχος και δεν μπορούσα να κοιμηθώ, οπότε αποφάσισα να πάω στον γιατρό.

"Μα δεν μου λες τώρα", μου κάνει εκείνος, "είναι δυνατὸν μια γυναίκα μαρφωμένη σαν εσύ να σφηνάει πάνω της τέτοιο πράγμα".

"Τι είναι;" τον ρωτώ.

"Για σήκωσε τα χέρια σου ψηλά, εδώ, μπροστά στον καθρέφτη", μου κάνει. Τότε, ακόμα και από μακριά παρατήρησα πως το γραμπαλάκι φαινόταν ολοκαθάραι! Όπως αποδείχτηκε, ήμουν ακόμα, ευτυχώς, στο πρώτο στάδιο. Το επόμενο βήμα ήταν να

μπω στο χειρουργείο όσο πιο γρήγορα γινόταν. Όταν, όμως, έκλεισα το ραντεβού δεν το είπα σε κανέναν από την οικογένειά μου, γιατί φοβόμουν κλάματα και στενόχωρες συζητήσεις. Την παραμονή, ωστόσο, το σχολόγραφα στον άντρα μου, που ήταν της άποψης, όπως και ο γιατρός μου, να μου αφαιρεθεί το στήθος, ώστε να γίνει ένας σωστός καθαρισμός. Εγώ, όμως, γεμάτη πανικό, ικέτευσα τον γιατρό να κάνει ό,τι μπορεί κι όσο μπορεί, βέβαια, για να μη φτάσουμε σε μια τέτοια κατάσταση. Στο νοσοκομείο, για την επέμβαση, θυμάμαι πως έφτασα μακιγιαρισμένη, χτενισμένη από το κομμωτήριο, με προσεκτικά διαλεγμένα ρούχα. Ο καθηγητής με πήρε παραπέρα.

"Για ξεβάψου εσύ", μου είπε, "του μας ήρθες λες και πιας σε δεξίωση". Πρόσθεσε, επίσης, πως, αν διαπιστώνε ότι πρόκειται για κάτι επικίνδυνο, θα μου αφαιρούσε όλο το στήθος. Τελικά, όμως, δεν χρειάστηκε παρά μονάχα να απομακρυνθεί ένα μικρό κρυστάκι, το συγκεκριμένο "αμυγδαλό". Ακολούθησαν χημειοθεραπείες και ακτινοβολίες ελεφράς μορφής, που με επηρέαζαν ψυχολογικά πολύ άσχημα. Είχα φτάσει σε κατάσταση κατάρρευσης. Ύστερα, πάντως, από έξι μήνες ήμουν πάλι καλά. Τα είχα ξεχάσει όλα. Δεν ένιωθα να έχω κανένα πρόβλημα, ούτε και φοβόμουν να ξεγυμνωθώ μπροστά στον άντρα μου ή στα παιδιά μου, πιστευα μάλιστα πως εμφανισιακά ήμουν καλύτερα από πριν, γιατί το στήθος μου έδειχνε πιο αφρηγνλό. Στον χρόνο επάνω είδα, δυστυχώς, ότι εκεί που ήταν η ραφή ξαναβγήκε κάτι, ένα σφικίδιο. Η μαστογραφία που έκανα ήταν και πάλι ολοκαθάραι.

δεν έδειχνε δηλαδή κανένα πρόβλημα, εγώ, όμως, την επόμενη κιόλας μέρα ήμουν στο χειρουργείο — αυτήν τη φορά πήγα άβαφη και αδιάφορη για το πώς δείχνω ως γυναίκα — όπου μου αφαιρέσαν τον αριστερό μαστό. "Εμείς στο είχαμε πει", μου επανέλαβαν τότε οι γιατροί, "έπρεπε απ' την πρώτη στιγμή να γίνει σωστός καθαρισμός". Η δε κολλητή μου φίλη, που είναι γιατρός και ήταν στο χειρουργείο, μου εξήγησε πως αυτό που μου έβγαλαν ήταν ένα καβουράκι που είχε αγκαλιαστεί το στήθος μου, γι' αυτό άλλωστε το λένε καρκίνο.

Τον πρώτο καιρό ζούσα έναν εφιάλτη, έκανα, όμως, δυνατές προσπάθειες να τον ξεπεράσω. Εκείνο που μου είχε στοιχίσει πάρα πολύ ήταν πως είχα χάσει ένα πολύ ωραίο, πλούσιο στήθος για το οποίο κούρανα και ένιωθα πολύ θυμωρα ως γυναίκα. Από εκεί πριν ήμουν μια παρουσία εντυπωσιακή, γεμάτη θηλυκότητα και ζωντανιά, έπρεπε να συμβιβαστώ με το γεγονός ότι θα συνεχίζα τη ζωή μου ακρωτηριασμένη πια. Ακόμα κι έτσι, πάντως, γρήγορα ήρθε η στιγμή που ένιωσα δυνατή, με διάθεση για ζωή και για δουλειά, κοινωνική, με διαφορετική, όμως, εμφάνιση καθώς απώ- τότε τύνομαι πάντα με ρούχα ως τον λαϊμό. Έχω ψεύτικα στήθος σιλκόνης από μέσα από το σουπέν, με ένα φοβερό όγκος κάθε φορά, μήπως κάποια στιγμή φύγει από τη θέση του. Φυσικά, μου είναι αδιανόητο να με δει γυμνή εκτόμα και το παιδί μου. Γι'άσσε μάλιστα, όταν μια φορά που η κάρη μου μπήκε ξαφνικά στο δωμάτιό μου την ώρα που ντυνόμουν, και είδε το ακρωτηριασμένο στήθος μου, έστρεψε γρήγορα το πρό-

Ιρτυρία

σώπό της απ' την άλλη μεριά με μια έκφραση απέχθειας, βγάζοντας μια φωνή τρόμου. Η αντίδρασή της με πλήγωσε πολύ και με έκανε θηρίο. Τα έβαλα μαζί της, ενώ εκείνο που κλωθογύριζε μέσα μου ήταν: "Σκέψου, αν το παιδί σου κάνει έτσι, πώς θα αντιδρούσε ένας άντρας, αν σε έβλεπε γυμνή". Φυσικά κάτι τέτοιο το θεωρώ αδιανόητο γιατί από τη μέρα που χειρουργήθηκα δεν θέλω τον οίκο κανενός. Αυτόματως, λοιπόν, από τότε έβγαλα από τη ζωή και το μυαλό μου το σεξ, γιατί, βέβαια, δεν μπορείς να κάνεις έρωτα και να είσαι ντυμένη, ή, τουλάχιστον, δεν βλέπω εγώ έτσι τον έρωτα. Με χιλιους τρόπους προσπάθησα να πείσω τον εαυτό μου πως αυτά τα πράγματα δεν υπάρχουν πια για μένα ούτε πρέπει να, σε φορουν. Βέβαια, μερικές φορές, πιάνω τον εαυτό μου να χαζεύει με σφρημαδα τους όντρες. Εκεί, όμως, που πάω να πονηρέψω, αλλάζω σκέψη.

Η έλλειψη του σεξ είναι, τελικά, παντελής στη ζωή μου από τότε που έκανα την επέμβαση, πριν από πέντε χρόνια, αλλά κόπο παρηγοριέμαι, γιατί ξέρω πως έτσι κι αλλιώς υπάρχουν πολλές άλλες γυναίκες που δεν κάνουν σεξ για διαφορετικούς λόγους. Απλώς, όταν νιώθεις ότι υπάρχει κάτι που είναι απαγορευμένο για σένα, πονάς. Ξέρω, βέβαια, πως αυτό το "κάτι" το έχω; εγώ η ίδια απαγορεύει στον εαυτό μου με τον τρόπο που σκέφτομαι. Κάποια άλλη στη θέση μου ίσως έχει άλλη διάθεση.

Εκείνο που με παρηγορεί είναι ότι αυτές τις μέρες πρόκειται να κάνω πλαστική. Ο άντρας μου δεν συμφωνεί. "Βρε παιδάκι μου", μου λέει κάθε τόσο, "γιατί σκαλίζεις τα πράγματα." Όταν, βέβαια, είδε πως επέμενα και ήμουν ανένδοτη, με διαβεβαίωσε πως θα κάνει ό,τι περνάει απ' το χέρι του για να με βοηθήσει. Ξέρω πως η απόφασή μου μπορεί να μου στοιχίσει και τη ζωή, και δεν εννοώ να πεθάνω στο χειρουργείο, αλλά να πεθάνω και η τελευταία ελπίδα που έχω μέσα μου, καθώς, ύστερα από την πλαστική, κι αν δεν πάει καλά, δεν έχω να ελπίζω σε κάτι. Δεν είναι ότι, αν κάνω μια καλή πλαστική, θα βγω την επόμενη με το ντεκολτέ και τα μογιώ, αλλά, επιτέλους, θέλω να ξέρω ότι το στήθος μου είναι στη θέση του. Δεν αντέχω αυτήν την αίσθηση πως δεν είμαι ολόκληρη. Θέλω να νιώθω εγώ καλά. Άλλωστε, ακόμα και το ντύσιμό μου δεν το κάνω για τους άλλους, αλλά για μένα, για τον εαυτό μου. Έτσι σκέφτονται πολλές γυναίκες που, από καρκίνο, έχουν χάσει το στήθος τους. Οι περισσότερες απ' αυτές που ξέρω είναι γυναίκες γιατρών, όλων αυτών που με έχουν κουράρει κατά καιρούς, απ' τους ακτινοθεραπευτές, τους ακτινολόγους, τους γυναικολόγους. Όλες όσες γνώρισα ήταν χειρουργημένες, καθώς οι γιατροί ειδικά δεν επιτρέπουν ποτέ στους δι-

κούς τους ανθρώπους τη μερική αφαίρεση, προχωρούν, προληπτικά έστω, στην ολική για να είναι σίγουροι πως θα τους γλιτώσουν από τον θάνατο. Με αυτές τις γυναίκες συζητώ τα προβλήματά μου και μισή ώρα λίγο πριν ή μετά τις εξετάσεις που κάνω σε τακτά διαστήματα. Στον ελάχιστο ελεύθερο χρόνο που έχω, συμμετέχω και στο εθελοντικό πρόγραμμα του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με μαστεκτομή, που σ' ό,τι ξέρω ιδρύθηκε το 1988 από γυναίκες με μαστεκτομή, αριθμεί τριακόσια μέλη και έχει σκοπό την ενημέρωση σε θέματα που αφορούν στην πρόληψη και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση γυναικών με καρκίνο του μαστού. Με γνωστούς και φίλους δεν συζητώ ποτέ το πρόβλημά μου. Για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί δεν θα ήθελα ποτέ να αντιληφθούν ότι δεν είμαι αυτό που βλέπουν, δεν είμαι αυτό που υπάρχει γι' αυτούς. Δεύτερον, γιατί δεν θα ήθελα να με δουν ως μια αδύναμη γυναίκα, καθώς η κοινωνία που ζούμε είναι πολύ σκληρή και κάνει πέρα εκείνους που με τον έναν ή άλλον τρόπο αφήνουν υπόνοιες πως δεν θα είναι σε θέση, κάποια στιγμή, να επιβιώσουν. "Άσε αυτήν στην άκρη, είναι άρρωστη", αυθηθίζουν να λένε για τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, κάνοντας ένα μεγάλο λάθος, καθώς, και η γυναίκα που έχει αυτό το πρόβλημα δεν είναι άρρωστη. Αν όλα πάνε καλά, μετά την επέμβαση μπορεί να συνεχίσει τη ζωή της όπως πριν. Μονάχα για λόγους οιοθητικούς νιώθει μειονεκτικά και πονάει, αλλά, βέβαια, με την πλαστική, ίσως να δίνεται και ο' αυτό το πρόβλημα μια λύση. Δεν ξέρω αν είμαι υπερβολικά αισιόδοξη. Κρίνω την κατάσταση με γνώμονα τον εαυτό μου, αλλά εγώ είμαι — το διαπίστωσα, άλλωστε — πολύ δυνατή. Κάποιος άλλος, βέβαια, ένας ψυχολόγος, για παράδειγμα, ίσως έλεγε ακριβώς το αντίθετο για μένα, πως είμαι, δηλαδή, κατά βάθος πολύ αδύναμη, γι' αυτό κι έχω βρει έναν τρόπο άμυνας που με προστατεύει από τις απογοητεύσεις και τον πόνο. Η ζωή μου, άλλωστε, μετά την επέμβαση, εδώ και πέντε χρόνια, είναι μόνο δουλειά. Έτσι εκτονώνομαι. Η επαγγελματική επιτυχία μου δίνει ιφτερά και ικανοποίηση. Όταν γυρίζω ξεθεωμένη σπίτι, κάνω ένα μπάνιο και συνεχίζω να δουλεύω. Η μόνη ευχάριστη αλλαγή είναι πως φέτος τα καλοκαίρι άρχισα για πρώτη φορά μετά την επέμβαση να πηγαίνω για μπάνιο στη θάλασσα, σε απόμερες παραλίες, χωρίς βέβαια κανέναν τρίγυρω. Το

βράδυ μένω μέσα, δεν πάω πουθενά, δεν κάνω παρέες, μου φτάνει να δω την κόρη μου, να ξεχαστώ στην τηλεόραση ή να πω δυο κουβέντες με τον άντρα μου, με τον οποίο η ερωτική μας σχέση έχει σταματήσει εδώ και χρόνια, πολύ καιρό πριν ακόμα κάνω την επέμβαση. Είναι, όμως, καλός σύνητροφος, έτοιμος να με ακούσει, να κάνει σχέδια μαζί μου για ταξίδια, για όνειρα. Όλα αυτά, βέβαια, δεν με πολυεμίζουν. Προτιμώ να ξεθεώνομαι από την κούραση και να κοιμάμαι αποκαμωμένη.

Αν, στο μεταξύ, κόποιος τολμήσει να με δει σαν γυναίκα, ενώ είμαι πολύ κοινωνική, οικεία και προσή, αμέσως του κόβω τη φόρα και απομακρύνεται. Δεν είναι δύσκολο, γιατί έτσι ήταν και ο χαρακτήρας μου πάντα. Μου άρεσε να με κυνηγάνε, να με φλερτάρουν κι εγώ να ξεφειγώ. Σήμερα, βέβαια, υπάρχει λόγος που το κάνω, που εξαφανίζομαι. Ξέρω πως, αν μπλέξω σ' ένα αίσθημα, ή σε μια σχέση, θα πονέσω πολύ στο τέλος και θα περάσω από διαδρομές που δεν θα τις αντέξω. Η πολύ καλή μου φίλη επιμένει πως ένας άντρας που σ' αγαπάει δεν προσέχει αυτά τα πράγματα, σε δέχεται όπως είσαι. "Δεν θα έχει πρόβλημα", επιμένει. Το θέμα, όμως, δεν είναι μόνο εκεί. Εκείνος μπορεί να μην έχει πρόβλημα, αλλά θα το έχω εγώ. Προτιμώ να κρύβομαι, παρά να προκαλώ τον οίκο. Τέτοια συναισθήματα τινάζουν και τον πιο δυνατό δεσμό στον οέρα. Γιατί να μπλέξω σε αυτά τα λούκια; Άλλωστε, το σεξ είναι καθαρά θέμα ψυχολογικό και εγκεφαλικό, απ' την καρδιά και το μυαλό ξεκινάνε όλα. Κι αν εγώ είμαι τόσο καταπιεσμένη και κομπλαρισμένη, αν νιώθω έντονα μέσα μου τον ακρωτηριασμό μου, τίποτα δεν θα πάει καλά, έτσι και ξεκινήσω τέτοιες ιστορίες. Βέβαια, τώρα με την πλαστική, ελπίζω να ξαναγίνω αυτό που ήμουν. Γυναίκα!

Όχι γιατί έχω στο μυαλό μου σχέσεις και άντρες, απλώς είναι ωραίο να ξέρω πως "αν ποτέ θελήσω" θα μπορώ να το κάνω. Για μένα, για τη δική μου ιδιοσυγκρασία, αυτό είναι πολύ σημαντικό. Κατά τ' άλλα, η ζωή μου κυλάει πια σήμερα έτσι όπως και πριν, δεν μου λείπει τίποτα, είμαι δυνατή, δυναμική, κοιτάζω μπροστά, προσπαθώντας να αποδειξω στον εαυτό μου κάτι παραπάνω απ' ό,τι αν δεν είχα κάνει τη μαστεκτομή.

Από τη ζωή δεν νιώθω αδικημένη. Δεν λέω ποτέ "γιατί να τύχει αυτό σε μένα". Βλέπω γύρω μου τι γίνεται, παιδάκια να υποφέρουν, να αρρωσταίνουν, να πεθαίνουν, πράγματα

•• Η πολύ καλή μου φίλη επιμένει πως ένας

άντρας που σ' αγαπάει δεν προσέχει αυτά τα πράγματα.

Κι έτσι θα 'ναι, όμως, θα είναι εγώ το πρόβλημα ••

ρτυρία

χειρότερα απ' όσα περνάω εγώ, που στο κάτω κάτω έζησα όμορφα κάποια χρόνια, ερωτεύτηκα, μεγάλωσα την κόρη μου, ταξίδεψα. Ο φόβος να πεθάνω δεν με τρελαίνει. Τι στα πενήντα, τι στα εξήντα. Κάθε βράδυ πριν κοιμηθώ δοξάζω τον Θεό που με έχει τόσο καλά ώστε να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι, να δουλεύω, να ξεχωρίζω με επιτυχίες, να μην είμαι ανήμπορη, έχοντας ανάγκη τους άλλους για να ζήσω. Όσο για την πλαστική που θα κάνω αυτές τις μέρες, κατά βάθος την φοβάμαι. Είμαι, άλλωστε, τλαιπωρημένη ψυχικά και σωματικά. Επιπλέον, η σκέψη πως θα μπω πάλι σε χειρουργεία με απωθεί. Από τότε που έκανα μαστεκτομή, έχω μιαν απέχθεια για τα χειρουργεία. Μου είναι αδύνατον να τα δω, ακόμα και στην τηλεόραση, στις ειδήσεις ή σε κάποιο σήριαλ. Δεν μπορώ να υποφέρω ούτε καν τον γιατρό μου. Η επίσκεψη είναι το χειρότερό μου. Αυτός, βέβαια, μου δίνει ελπίδες, με παρηγορεί. "Θα σου κάνω εγώ κάτι βυζάρες, κορίτσι μου", μου είπε προχθές. Τον αφήνω να μιλάει. Μέσα μου ακούω μιαν άλλη φωνή. "Μην κάνεις σχέδια και όνειρα. Άντε να πας εκεί και ό,τι βγει. Προς το παρόν, κάθισε στο γραφείο σου να εκτονωθείς και να αυτοεκτιμηθείς. Πήγαινε να επιβεβαιωθείς άλλη μια μέρα μέσα από τη δουλειά σου".

Με μια μαστογραφία που έκανα στα είκοσι τέσσερά μου, δηλαδή πριν από δεκαεννέα χρόνια, μητέρα ήδη δύο παιδιών, που σημαίνει πως έκανα τακτικές επισκέψεις στον γυναικο-

λόγο μου, βρέθηκε πως είχα μια πολύ επιθετική μορφή καρκίνου, η οποία αντιμετωπίστηκε με θεραπεία στην Αμερική, αφού είχε προηγηθεί στην Αθήνα ολική μαστεκτομή. Η διάγνωση του καρκίνου έγινε τυχοία, καθώς, όταν είσαι σ' αυτή την ηλικία, συνήθως δεν ψάχνεται να δεις αν έχεις κάποιο όγκο. Δεν σου περνάνε καν στο μυαλό. Μια μέρα, λοιπόν, που δοκίμαζα με μια φίλη μαγιώ σ' ένα κατάστημα, την ακούω ξαφνικά να με ρωτάει: "Τι έχει το στήθος σου;" Είχε διακρίνει κάτι που εγώ μέχρι τότε δεν έβλεπα, δεν ήθελα να δω ή δεν έδινα σημασία. Γενικά, ο καρκίνος δεν ήταν από τις φοβίες που θα μου περνούσαν ποτέ από το μυαλό, καθώς ούτε αρρωστωφιλία είχα, ούτε υπήρχε θέμα κληρονομικότητας. Το αριστερό στήθος μου, όμως, είχε πράγματι αλλάξει, ήταν δηλαδή διογκωμένο, με αλλάγμένο χρώμα γύρω από τη θηλή. Από την επομένη κόλας πήγα στον γιατρό. "Μάλλον πρόκειται να χειρουργηθείς", μου είπε μόλις είδε τη μαστογραφία και με έστειλε σ' έναν εξειδικευμένο χειρουργό σε θέματα μαστού. Εκείνος μου έκανε μια παρακέντηση, χωρίς να μου πει τα αποτελέ-

σματα της εξέτασης του υγρού, παρά ότι πρέπει να αφαιρεθεί οπωσδήποτε ο όγκος, για μαστεκτομή δεν ανέφερε τίποτα. Πρόσθετος, επίσης, πως στην επέμβαση θα έπρεπε να παρευρίσκεται και ένας πλαστικός. Στο μεταξύ το μυαλό μου δεν είχε πάει, ή δεν ήθελε να πάει, στον καρκίνο, οπότε δεν φο-

στικό, που τελικά μπορεί και να με έσωσε, αρνήθηκα να κάνω χημειοθεραπείες και ακτινοβολίες, όπως με συμβούλευαν οι γιατροί, που, άλλωστε, μου έδιναν εξει μνηές ζωής. Έτσι ταξίδαμα στην Αμερική (δεν ήταν το πιο εύκολο για μένα εκείνη την εποχή) κι έμεινα ένα μήνα στη Νέα Υόρκη στο νοσο-

ορικό νοσοκομείο της Νέας Υόρκης, όπου είχα κάνει μια παρακέντηση και είχα πάρει μια μικρή ποσότητα υγρού. Ο γιατρός μου μου είπε πως ο όγκος μου ήταν πολύ μεγάλος και ότι η επέμβαση θα ήταν πολύ δύσκολη. Ο γιατρός μου μου είπε πως ο όγκος μου ήταν πολύ μεγάλος και ότι η επέμβαση θα ήταν πολύ δύσκολη.

βόμουν. "Ας γίνει ό,τι είναι να γίνει για να τελειώσουμε", έλεγα. Άλλωστε, εκείνο τον καιρο ήμουν "υπό μετακόμηση", άλλαξα δηλαδή σπίτι και βρισκόμουν σε μια φάση που είχα πολλά άλλα πράγματα να σκεφτώ. Μπήκα, λοιπόν, στο χειρουργείο ένα μήνα μετά την ανακάλυψη του όγκου, χωρίς να ξέρω τι θα υποστώ. Όταν βγήκα, είχα υποβληθεί σε ολική μαστεκτομή, μου είχαν, δηλαδή, αφαιρέσει και τους δύο μαστούς, καθώς και όλη την τριγύρω περιοχή, γιατί είχα μια πολύ επιθετική μορφή καρκίνου, που είχε κάνει μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο! Το θέμα είναι πως εγώ ούτε φανταζόμουν μια τέτοια πιθανότητα. Μάλιστα, πριν μπω στο χειρουργείο, αστειεύομαι με τον άντρα μου: "Κοίτα να δεις", του έλεγα, "που χάρη στον πλαστικό χειρουργό θα βγω με ωραιότερο στήθος". Οι γιατροί, ώρες μετά την επέμβαση, έστειλαν τον άντρα μου να μου πει τα μαντάτα, ενώ εκείνοι στέκονταν στην πόρτα σε απόσταση ασφαλείας. Με το που τον είδα, ένα σωστό κουρέλι, καθώς είχε μάθει πως θα ζούσα μόνο εξει μήνες, κατάλαβα πως κάτι πήγαινε πολύ στραβά. "Οι γιατροί", μου είπε, "χρειάστηκε να προχωρήσουν πιο πολύ από αυτό που περιμέναμε". Τότε μου ήρθε φλασιά και συνειδητοποίησα ό,τι δεν ήθελα να αντιληφθώ όλες τις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες: "Καρκίνος;" τον ρωτάω. Μου λέει: "Ναι".

Εκείνη τη στιγμή υποπίπτει ότι μπορεί να θέλησεις να πηδήξεις από το παραθυρό. Υποπίπτει ότι μπορείς να κάνεις κάτι πολύ βίαιο. Εγώ, όμως, ένιωσα ένα φοβερό πείσμα μέσα μου. Δεν ήταν στον χαρακτήρα μου, δεν ήμουν δυνατή. Πολλές φορές πνιγόμενος σε μια κουταλιά νερό. Όταν, όμως, είπα τη λέξη καρκίνος, αισθάνθηκα αυτό το φοβερό πείσμα, πως, δηλαδή, δεν θα του περάσει. Μια λύσσα με κρατούσε στη ζωή. Ήμουν σίγουρα αποφασισμένη να μην νικηθώ. Να μην πεθάνω. Από εκείνη τη στιγμή ήμουν μαχητική. Πάντα όρθια απέναντι σε όλα. Σχεδόν υστερική. Ακολούθησε μια μεγάλη περιπέτεια γύρω από το ποιο θα έπρεπε να είναι το επόμενο βήμα. Από έν-

κουμίο Μεμόριαλ, όπου είχα πάρει μαζί μου και τα πλακίδια της ταχυβιομίας, για επαλήθευση της διάγνωσης. Πράγματι, οι Αμερικανοί γιατροί μου είπαν πως καλώς είχε γίνει η εγχείρηση και στην έκταση που είχε γίνει, αλλά κι εκείνοι ήταν κατά της χημειοθεραπείας και της ακτινοβολίας. Στην Αμερική, αφού μου έκαναν μια αγωγή για την ενίαχωση του ανοσοποιητικού, μου μίλησαν πολύ ανοιχτά, εξηγώντας μου ότι είχα αρκετές πιθανότητες να παθώ μεταστασή, αλλά λιγότερες υποτροπή, δηλαδή να εμφανιστεί τα ίδια πρόβλημα στο ίδιο σημείο. Όταν γύρισα πίσω, ένα μήνα αργότερα, με την παρότρυνσή τους να "συνεργαστώ" στην Αθήνα με έναν ογκολόγο που είχε ειδικευτεί κοντά τους και υπό την προύποθεση πως, σπιδήπατε κι αν μου συνέβαινε, θα ξαναταξίδεψα στο Μεμόριαλ, μου έδωσαν τον ιατρικό μου φάκελο. Το πρώτο που είχαν σημειώσει οι γιατροί ήταν: "Ψυχολογική κατάσταση: Άριστη", κάτι που το αξιολογούσαν στην όλη διαδικασία ως το πιο σημαντικό. Για ένα μεγάλο διάστημα δεν άφηνα τον εαυτό μου να κλάψει, να ξεσπάσει, να πενήθει για τον ακρωτηριασμό. Κυκλοφορούσα σαν να μην έπρεχε τίποτα, ίσως λόγω ηλικίας, ίσως λόγω φόβου. Οι δυσκολίες, βέβαια, που συνμετώπιζα κάθε μέρα ήταν πολλές. Η μεγαλύτερη ότι, τα πέντε πρώτα χρόνια, έπρεπε να βρίζω μέσα στο σουπέν ή στο μαγιώ τα ειδικά πρόσθετα της σιλικόνης, που, όμως, μπορούσαν να μετακινήθουν, ιδιαίτερα στο κολύμπι, και που δεν έπρεπε να μείνουν πολύ στο αλάτι, που σημαίνει πως πάντα είχα μια υπενθύμιση του προβλήματός μου. Επίσης, τον πρώτο καιρό, είχα πρόβλημα με τα χέρια μου που δεν μπορούσα να κινήσω, καθώς ήταν κοιμμένα το νεύρο σε σημείο που τους πέντε πρώτους μήνες να μην είμαι σε θέση να ανοίξω τις βούσσες, να ντυθώ, να γδυθώ, να κάψω ψαμί, να βάλω τις τοχύπτες στο αυτοκίνητο. Σε όλα αυτά, είχα μεγάλη βοήθεια από τον άντρα μου και από τις φίλες μου με τον τρόπο που ήθελα. Δεν ήταν, δηλαδή, συνεχώς από πάνω μου. Απλώς έβρισκαν λύ-

αρτυρία

οις στις πρακτικές μου δυσκολίες. Όταν πέρασε η πρώτη πενταετία, που είναι το όριο της επιβίωσης, άρχισα να χαλαρώνω κάπως, αλλά πολύ καλύτερα ένιωσα όταν συμπληρώθηκε η δωδεκαετία, μετά την οποία όλοι "ξαναπαίζουν" με τις ίδιες πιθανότητες. Στα διάστημα αυτό είχα, βέβαια, απειληθεί με μια υποψία γυναικολογικής κακοήθειας, που μου σταίχισε περισσότερο κι από την πρώτη επέμβαση, ίσως γιατί ήδη ήμουν πιο κουρασμένη, πιο μεγάλη, αλλά και πιο μαλακωμένη πια.

Αεν ήταν, ευτυχώς, τίποτα, κι εγώ ένιωσα πως μπορώ να ξαναρχίσω τη ζωή μου. Ξεκίνησα, μάλιστα, να γιορτάζω τα γενέθλιά μου την ημερομηνία που για πρώτη φορά χειρουργήθηκα. Ιεροτελεσσία που δεν μοιραζόμουν με κανέναν, ήταν μόνο για μένα, καθώς μέχρι τότε, κάθε Μάιο, έλεγα μέσα μου: "Πέρασε ένας άλλος χρόνος", συνήθεια που έκοψα την τελευταία τριετία. Στο μεταξύ, μετά την πρώτη πενταετία, έκανα μια πλαστική που δεν πέτυχε. Το αποτέλεσμα ήταν πολύ φτωχότερο απ' ό,τι περίμενα, γι' αυτό και πέρασα τότε μια πρώτη κρίση, καθώς μέχρι εκείνη τη στιγμή είχα εναποθέσει όλες μου τις ελπίδες στην πλαστική. Παρ' όλ' αυτά, και πάλι δεν αναγνώριζα τα προβλήματά μου, δεν τα παραδεχόμουν. Αρκετό καιρό αργότερα, έπαθα νευρικό κλονισμό. Το αίγουρο είναι ότι συνέβηλε α' αυτή την κατάρρευση η επίμονη προσπάθειά μου να κουκουλώσω τα αληθινά μου συναισθήματα. Άλλωστε, προσπαθούσα να καθησυχάζω συνεχώς και το περιβάλλον μου, που ανηρούχουσε πάρα πολύ. Είχαν έναν άνθρωπο για τον οποίο η ζωή μετρούσε ανάποδα. Επιπλέον, στην Ελλάδα, ειδικά τότε, ο καρκίνος ήταν ταμπού, δημιουργούσε ασκ στον κόσμο, ο άλλος με φανταζόταν αμέσως με σταυρό πάνω από το κεφάλι μου. Δεν μπορούσε να διανοηθεί πως πρόκειται για μια αρρώστια που αντιμετωπίζεται. Έτσι, πολύ συχνά, ζούσα με ένταση, αρκετές φορές, μάλιστα, γίνομαι ιδιαίτερα προκλητική με τους άλλους. Τους σόκαρα λίγο, επίτηδες, αυτοσαρκαζόμενη, ίσως γιατί έτρεμα τον οίκτο τους — οι άλλοι δεν αντέχουν τον σαρκασμό όταν μιλάς για το αν θα ζεις του χρόνου. Ακόμα και τώρα, αν οι άνθρωποι που είναι στο περιβάλλον μου με δουν να μην είμαι καλά και μου πουν: "Πρόσεξε μην αρρωστήσεις", θυμώνω πάρα πολύ. Ο οίκτος των άλλων για μένα ήταν ο φόβος των άλλων και, όταν οι άλλοι φοβότουσαν, φοβόμουν κι εγώ. Ήμουν, λοιπόν, μαχητική, πήγαινα πάντα μόνη μου στο νοσοκομείο για τις εξετάσεις μου και δεν ήθελα ποτέ να μιλάω με ανθρώπους που είχαν το ίδιο πρόβλημα με εμένα, γιατί πάντα έβλεπα στα μάτια τους τον φόβο. Όπου, όμως, έβλεπα φόβο, άλλαζα πεζοδρόμιο. Αυτή ήταν η άμυνά μου, που εκείνη την επο-

χή με έσωσε, καθώς πάλευα με όλες μου τις δυνάμεις και με κακούς αιωνούς. Ο σύζυγός μου μου είχε σταθεί πολύ τότε, γιατί πέρα από οπδήποτε άλλο, χωρίς να το κάνει επίτηδες, δεν με άφηνε ποτέ να αισθανθώ ότι με απέρριπτε ως γυναίκα. Είναι κάτι που το χρωστώ. Το σκέφτηκα όταν χωρίσαμε, πέντε χρόνια μετά την επέμβαση. Διευκρινίζω, ο γάμος μας δεν διαλύθηκε γι' αυτό τον λόγο, αντίθετα θα έλεγα πως παρατάθηκε. Από εκεί και πέρα, η ζωή μου εξελίχθηκε φυσιολογικά, από την άποψη πως μεγάλωσα τα παιδιά μου, τα οποία όμως πάντα έχουν το άγχος πως κάτι μπορεί να μου συμβεί, και δημιουργήσα νέες σχέσεις. Βέβαια, με το σώμα μου δεν είμαι πολύ καλά, γιατί όσο κι αν έγινε η αποκατάσταση, δεν έπαψε ποτέ να νιώθω ότι υπάρχει πάνω μου ένα οωμπατικό μειονέκτημα. Δεν το νιώθω όταν ντύνομαι και περπατάω στον δρόμο, αλλά στις ερωτικές μου σχέσεις είναι κάτι που με απασχολεί πάντα. Δεν το έχω ειπώσει ποτέ, βέβαια, σαν πρόβλημα από τον άλλον, αλλά στο δικό μου μυαλό υπάρχει η αίσθηση ότι δεν έχω το φυσιολογικό στήθος που έχει μια άλλη γυναίκα. Το περίεργο είναι πως, όταν υφίστασαι έναν ακρωτηριασμό, πολύ καιρό μετά νομίζεις πως νιώθεις το μέρος που σου λείπει. Εγώ, δηλαδή, πολύ καιρό μετά τη μαστεκτομή νόμιζα πως είχα το στήθος μου, και όταν τρανταζόμουν, καθώς ήταν και μεγάλο, ασυναισθητά πήγα να το κρατήσω για να μην πονέσει! Το ένιωθα σαν να υπήρχε. Όλα αυτά τα σκεφτόμουν τα βράδια, όταν έπεφτα στο κρεβάτι κι όφηναι τις σκέψεις μου ελεύ-

μεσα στο σώμα μας και στο μυαλό. Φρονηζω, λοιπόν, τον εαυτό μου περισσότερο, Παρακολουθώντας, μάλιστα, ένα σεμινάριο Ελβετών γιατρών, οι οποίοι κατέληξαν ότι ο καρκίνος είναι η αρρώστια των αδιεξόδων, βλέπω πως δεν είναι περίεργο αυτό που έπαθα, καθώς εκείνη την εποχή που αρρώστησα ζούσα σε μια τέτοια συναισθηματική κατάσταση. Ένα αδιέξοδο που δεν χρειάζεται, τελικά, να το εισπράξεις και ως ψυχοπλάκωμα για να αρρωστήσεις. Αυτό που τώρα κατανοώ είναι ότι πρέπει να δίνεις πάντα στον εαυτό σου εναλλακτικές λύσεις, για να μη βρίσκεσαι παγιδευμένος και για να μην το βάζεις κάτω.

Ύστερα απ' όλ' αυτά, σήμερα αισθάνομαι πως όσα πέρασα εξαιτίας της επέμβασης ήταν μια εμπειρία που, από μια άποψη, την αγαπώ. Υπήρξε ένα μεγάλο σχολείο για μένα. Μια εμπειρία που με κάνει καμιά φορά να στενοχωριέμαι συνειδητοποιώντας ότι έζησα μια πολύ μεγάλη δακρυμασία σε μια τρυφερή ηλικία, αλλά και που με έχει μάθει να μη φοβάμαι τον καρκίνο. Άλλωστε, αισθάνομαι πια ότι ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που παλεύεται, ειδικά ο καρκίνος του μαστού, που αν διαγνωστεί εγκαίρως αντιμετωπίζεται, απ' ό,τι μαθαίνω, σαν τη γρίπη. Επιπλέον, ύστερα απ' όλη αυτή την ιστορία, νιώθω πιο τρυφερά απέναντι στον εαυτό μου, που έδω πόσο ταλαιπωρήθηκε και δοκιμάστηκε. Είμαι, επίσης, πιο ψύχραιμη, δεν υποτιμώ πια όσα μου συνέβησαν, όπως τότε που καταπιέζα τον θυμό μέσα μου, ούτε λέω: "Έντάξει, δεν πάθαμε και τίποτα". Στέκομαι, λοιπόν, πιο ανθρώπινα απέναντι ο'

«Δεν έβρινα από καρκίνο θανάτι. Όταν άκουα, τότε κι τότε καρκίνο, αισθάνθηκα φόβο, αλλά η θεία μου με έλεγε: «Μην φοβηθείς, να μη νικηθείς»»

θες. Τότε με έπιασε φόβος: "Αν νικηθώ," σκεφτόμουν. Τις άλλες ώρες κρατάμουν από τους φίλους μου, αλλά κι από τη δουλειά μου, που για μένα ήταν ένα είδος θεραπείας, το μέσον με το οποίο κρατούσα μια ισορροπία, γιατί ερχόμουν σε επαφή με άλλους ανθρώπους, άκουγα κι άλλα προβλήματα, και δεν έμεινα στον εγωκεντρισμό μου, καθώς σ' αυτές τις περιπτώσεις μπορεί για ένα διάστημα να έχεις την τάση να γίνεις πολύ εγωκεντρικός. Το άλλο που δεν σκέφτηκα ποτέ, ήταν να αναρωτηθώ: "Γιατί να τύχει αυτό σε μένα;" Μια φίλη, που είχε χάσει το παιδί της, μου είχε πει: "Ίσως αυτό συνέβη σε μένα, επειδή μπορούσα να το αντέξω". Σήμερα, βέβαια, ξέρω ότι ένας άνθρωπος που βρίσκεται σε μεγάλο αδιέξοδο είναι επιρρεπής στο να αρρωστήσει, έχω καταλάβει, δηλαδή, τη σχέση που υπάρχει ανά-

αυτό το γεγονός και, αλλάζοντας φιλοσοφία, μπορώ να απολαμβάνω περισσότερο κάποια πράγματα στη ζωή μου τα τελευταία χρόνια. Έχω, μάλιστα, ζητήσει συγγνώμη από δυο τρεις ανθρώπους που δοκιμάστηκαν πολύ και πέρασαν όσχημες στιγμές από τη δική μου επιμονή να γίνομαι προκλητική με τον τρόπο μου. Τελικά, νομίζω πως το ένστικτο της επιβίωσης είναι σε όλους μας πολύ δυνατό και ανακατατάσσει τρομερά τις προτεραιότητες στη ζωή μας. Αυτό που λέω, λοιπόν, εγώ είναι ότι θέλω να ζήσω. Το "πως θα ζήσω" έρχεται δεύτερο. Γυρνώντας, επίσης, προς τα πίσω ανακαλύπτω ξανά και συμπαιώνομαι με αυτό που ήμουν πριν από την επέμβαση, ξαναβρίσκω μέσα μου τον παλιό μου εαυτό και καμιά ανατροπή απ' όσες έζησα, στο μεταξύ, δεν είναι σε θέση να με κάνει να μην αγαπώ τη ζωή μου. ■

ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Της Κας Β. Σιόντη

Όλα αυτά που θα σας πω είναι πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα τόσο οδυνηρή που όμως δεν ξέρω αν θα είχα τη δύναμη να την ξαναζήσω άλλη φορά στη ζωή μου. Ο Μάκης ήταν ένα παλικάρι 20 χρόνων, φοιτητής στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης, στη Μαθηματική Σχολή, 1,95 cm ύψος και 94 κιλά βάρος. Δεν κάπνιζε, δεν έπινε, τρεφόταν με ο,τι καλύτερο από πλευράς διατροφής.

Ήταν καλοκαίρι, Ιούλιος μήνας. Καθόμουν στο γραφείο μου, όταν άνοιξε η πόρτα και είδα μπαίνοντας το αγόρι της αδελφής μου, να προεξέχει κάτι στον αριστερό του ώμο. Φορούσε ένα κοντομάνικο μακό μπλουζάκι και με το που του είπα να σηκώσει το μανίκι αντίκρισα ένα όγκο, ο οποίος είχε κάνει αγγείωση. Αμέσως σκέφτηκα σάρκωμα ή αιμαγγείωμα. Ο πατέρας του παιδιού αντιλήφτηκε από την έκφραση του προσώπου μου τη σοβαρότητα της κατάστασης και από κει και πέρα άρχισε ο αγώνας των εξετάσεων για την επίσημη διάγνωση.

Όλες οι συννεοήσεις μας γινόταν περισσότερο με τα μάτια και δεν τρολιάβαινα να του πω κάποια απόφαση των γιατρών κι εκείνος έτρεχε να την πραγματοποιήσει. Πέταγε πραγματικά και αναρωτιέμαι ειλικρινά που έβρισκε τόση δύναμη. Όταν τελικά τέθηκε η διάγνωση και επειδή η θέση του ογκου ήταν κοντά στην άρθρωση μπήκε το δίλημμα αν θα ακρωτηριαστεί το μέλος. Πήραμε εσπευσμένα την απόφαση για μετάβαση στην Αγγλία σε ειδικό κέντρο σαρκωμάτων. Εκεί η αντιμετώπιση ήταν ψύχραιμη και ρεαλιστική, ήξεραν πολύ καλά το αντικείμενο, δεν υπήρξαν διλήμματα.

Σ' όλο αυτό το διάστημα της χειρουργικής επέμβασης στο Λονδίνο και σε όλο το διάστημα της μετεγχειρητικής πορείας ήμουν κοντά του, ήταν δε τόσο καλή η εξέλιξη και η επιτυχία στη μεταμόσχευση του μυός, που μας γέμισαν αισιοδοξία. Με ρωτούσε συνέχεια για το κάθετι κι εγώ του απαντούσα με ευθύτητα και ειλικρίνεια, γιατί ήθελα να ξέρει, να συμμετέχει στη διαδικασία και να παίρνει δύναμη.

"Θα τα παλέψουμε όλα μαζί", μου έλεγε. "Ναι", του έλεγα. "και θα δεις ότι θα νικήσουμε". Δεν χρησιμοποιήσαμε καν διερμηνέα για τα Αγγλικά, εκείνος έκανε τις συννεοήσεις με τους γιατρούς και μόνο μου εξηγούσε κάτι που δεν καταλάβαινα, όταν έπρεπε να πάρουμε κάποια απόφαση. Την τελευταία μέρα που πήγαμε στο χειρουργό για το ρεπόρτο κι εκείνος του εξηγούσε τα του όγκου και τον τρόπο της

περαιτέρω αντιμετώπισής του, σε κάποια στιγμή, απ' ότι μπόρεσα να καταλάβω, του είπε ότι θα είναι καλή η εξέλιξη, εάν και εφόσον δεν υπάρξει μετάσταση. Είδα ότι άλλαξε η έκφραση στο πρόσωπό του, ταράχτηκε, δε θέλησε να μου εξηγήσει τι του είπαν, όταν το ρώτησα. Πιστεύω ότι από εκείνη τη στιγμή κατάλαβε ότι πιθανό να υπάρξει και συνέχεια.

Δόθηκαν οι οδηγίες για χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία και σε 15 μέρες και με την επιστροφή μας εδώ άρχισε η διαδικασία της πραγματοποίησής τους. Συγκρατημένη αισιοδοξία, μου είπε ο Καθηγητής της Χειρουργικής, όταν επιστρέφοντας, του είπα τα νέα." Έχετε βόμβα στα θεμέλια του υλικού σας. Προσοχή στην έκρηξη"

Πριν ξεκινήσει ο Ογκολόγος γιατρός του θέλησε να κρατήσει σπέρμα για τον κίνδυνο της καταστροφής του με τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Αυτό τον ενθάρρυνε αμέσως. "Άρα θα ζήσω", μου είπε, "για να σκέφτεται ότι θα κάνω και παιδιά". Το επόμενο βήμα ήταν να του εξηγήσει ότι θα χάσει τα μαλλιά του. "Ήταν ένα σγουρόμαλλο αγόρι, μ' ένα κεφάλι πλούσιο σε μαλλιά. 'Η μόδα είναι τώρα να ξυρίζουν τα μαλλιά", του είπα, "κι εκτός αυτού θα δυναμώσουν περισσότερο. Εξάλλου τι έχει για σένα μεγαλύτερη σημασία, η ίδια η ζωή σου ή τα μαλλιά; Πήγαινε, ξυρισέ τα μόνος σου, πριν τα δεις να πέφτουν και θα δεις ότι, τελειώνοντας τη θεραπεία θα έχουν βγεί ξανά. Μπορείς, αν νομίζεις να βάλεις και περούκα, αλλά με ένα μοντέρνο καπέλο δε θα φαίνεται τίποτα". Μάλιστα του πήρα το πρώτο καπέλο, το οποίο δεν αποχωριζόταν μετά. Όταν μέναμε μόνοι μας και έβγαζε το καπέλο, τον πείραζα. Σαν γλομπάκι είσαι, ίδιος Βούδας. Γελούσε. Ποτέ δεν τον αντιμετώπισα σαν να είναι άρρωστος."Που στην ευχή βρέθηκε σε σένα αυτό βρε θηρίο", του έλεγα. Γελούσε. Αγόρασαν και την περούκα, μόνο που δεν τη χρησιμοποίησε καθόλου. "Θα την κρατήσω για ενθύμιο, για να θυμάμαι την περιπέτεια" μου είπε. Έκανε μεταγραφή από το Πανεπιστήμιο της Κρήτης εδώ στην πόλη μας και παράλληλα με τις χημειοθεραπείες και την ακτινοθεραπεία παρακολουθούσε και τα μαθήματα της Σχολής. "Δε μου μιλάνε οι συμφοιτητές μου", μου έλεγε. "Αναγκάζομαι και μένω τελευταίος, διήθεν για να ρωτήσω κάτι τον καθηγητή μου, μόνο και μόνο γιατί δεν αντέχω τα βλέμματά τους". "Δεν πειράζει", του έλεγα. "Αυτό που συνέβη σε σένα μπορεί να συμβεί στον οποιοδήποτε. Όταν γίνεις καλά, θα κάνεις εσύ τις επιλογές σου".

Κάθε μέρα είμασταν μαζί. Μια φορά ερχόταν εκείνος στο σπίτι, την άλλη πήγαινα εγώ. Τα Σαββατοκύριακα πήγαινε στους γονείς του στη Φιλλιπιάδα. Εκείνοι του τηλεφωνούσαν συνέχεια, δεν τον αφήν'αν καθόλου να αισθανθεί μόνος.

Η μητέρα του, προκειμένου να είναι κοντά του τις ημέρες που έκανε χημειοθεραπεία, παραιτήθηκε από τη δουλειά της, ήταν δασκάλα. Είχε σημειωμένες στο ημερολόγιό της ακριβώς τις ημερομηνίες της θεραπείας και κάθε φορά που τελείωνε κάποια, την έσβηνε και παράλληλα τον ενθάρρυνε ότι όλο και μειώνονταν.

"Να έχεις μια τσατσάρα" του έλεγα, "και κάθε φορά να αφαιρείς ένα δόντι, όπως κάνουν οι φαντάρτοι που μετράνε το χρόνο προκειμένου να τελειώσει η θητεία τους".

"Βγές λίγο από το δωμάτιο", έλεγα στην αδελφή μου, "να αναπνεύσεις, τα φάρμακα είναι δηλητήριο την ώρα που τα παίρνει το παιδί". "Όχι", μου έλεγε, "προτιμώ να μην τον αφήνω μόνο του ούτε λεπτό". "Βρίσκω συνέχεια την εγκυκλοπαίδεια ανοιγμένη στη σελίδα με τα σαρκώματα", μου έλεγε. "Η επιστήμη έχει προχωρήσει", του έλεγα, "η εγκυκλοπαίδεια είναι παλιά".

Στο σπίτι ο δίσκος του Ξιλούρη συνέχεια στο πικάπ. Το τραγούδι "Το παλικάρι στα Σφακιά", το αγαπημένο του. "Άφησέ τον", της έλεγα, "κάνε πως δεν καταλαβαίνεις. Εκείνα τα φοβερά κορίτσια του Ογκολογικού πάντα υπομονετικές, καλόκαρδες, ακούραστες. "Μου φέρονται τόσο ευγενικά", μου έλεγε. Όταν μου τρυπάνε τη φλέβα αισθάνομαι ότι στενοχωριούνται σαν ακριβώς να τρυπάνε τη δική τους. Πήγαινα το απόγευμα μετά τις χημειοθεραπείες στο σπίτι του. Το παιδί ράκος από τους εμετούς. "Σήκω από το κραβάτι, θα μου χλιάσεις", του έλεγα, άνοιγα διάπλατα το παράθυρο. "Φεύγουμε για βόλτα". Για τότε ήταν έτοιμος!. Κάναμε το γύρο του δάσους ή της λίμνης. "Ανέπνευσε βαθιά να καθαρίσουν τα πνευμόνια σου. Το περπάτημα σε βοηθάει να αποβληθούν καλύτερα τα φάρμακα από τον οργανισμό. Πιές άφθονα υγρά". "Δεν μπορώ να καταλάβω πώς σε πιστεύει", μου έλεγε η αδελφή μου, "με το που έρχεσαι αναπτερώνεις αμέσως το ηθικό του".

Κάπου κάπου ενδιάμεσα από τη χημειοθεραπεία χρειάστηκε να κάνει κάποιες μεταγγίσεις. Τις ξεπεράσαμε ανώδυνα. "Το αίμα σου επηρεάστηκε από τα φάρμακα", του έλεγα. Είναι απαραίτητο να τονωθεί". Δεν έφερε αντίρρηση.

Εστελνα πολλές φορές το μεγάλο μου γιό να τον παίρνει για μπάσκετ, μόνο και μόνο για να ξεφεύγει από το σπίτι και να γυμνάζεται. Του έκανα συνέχεια μικρά δωράκια, ένα ασημένιο μπρελόκ, ένα βιβλίο, διάφορα άλλα. Χαιρόταν σαν μικρό παιδί. "Το μπρελόκ θα το κρατήσω για το καινούργιο αυτοκίνητο που θα μου πάρουν οι γονείς μου", μου έλεγε. Του το πήραν μόλις τελείωσε τις θεραπείες του. Όμως τι κρίμα! Δεν πρόφτασε να το οδηγήσει. Την ημέρα των γενεθλίων του το έκαναν δώρο και το βράδυ ακινητοποιήθηκε. Έκλεινε τα 21 του χρόνια. Πήγαμε το απόγευμα να του ευχηθούμε και ανεβαίνοντας τη σκάλα του σπιτιού του στη Φιλιπιάδα, είδα τον

κήλο γεμάτο τριαντάφυλλα. Αμέσως, χωρίς να το θέλω έκανα τη σκέψη. Ευτυχώς θα είναι ανθισμένα, όταν θα κατεβαίνει το φέρετρο στην κηδεία. Προσπάθησα να συνέλθω και τα 'βαλα με τον εαυτό μου που έκανε τέτοιες σκέψεις, όμως μέσα μου πίστευα ότι έτσι θα γινόταν.

Ένα μήνα μετά το τέλος της χημειοθεραπείας του, ενώ είχε βγεί το μουςάκι του και ήταν χαρούμενος γι' αυτό, άρχισαν έντονοι μυικοί πόνοι. Ήρθε και ξαναήρθε στο Νοσοκομείο. Αναπροσαρμογή του οργανισμού στα φάρμακα, έλεγαν οι γιατροί. Κανένας κατά βάθος δεν ήθελε να πιστέψει ότι έχουμε εξελίξεις από την αρχική νόσο.

"Μήπως αγόρι μου δεν μπορείς να αποδεσμευτείς από το γιατρό σου και θέλεις συνέχεια να έρχεσαι να τον βλέπεις"; "Ναι βρε θεία, αισθάνομαι μεγάλη σιγουριά μ' αυτόν τον άνθρωπο". Και ήταν συνέχεια δίπλα του, πάντα ανθρώπινος ο γιατρός του. Αποημι κι όταν στις εξετάσεις αίματος βρέθηκε κάτι παθολογικό, το πρώτο που μου είπε ήταν: "Θα τις επαναλάβουμε. Πρόσεχε μην ανησυχίσει το παιδί". Κι όταν πάλι βεβαιώθηκε ότι κάτι συμβαίνει, τα μάτια του ήταν βουρκωμένα. "Να πάει ένα ταξίδι στις Σπέτσες", του είπα, "που έχουν κανονίσει ο γονείς του"; "Ας πάει", μου είπε, "ας του δώσουμε την τελευταία χαρά". Μόνο που δεν πρόλαβε, γιατί το ίδιο βράδυ γλίστρησε κι έκανε διατομή του Νωτιαίου μυελού. Ο όγκος είχε φωλιάσει στη σπονδυλική στήλη και το παιδί έμεινε παράλυτο. Μου τηλεφώνησαν οι γονείς του στις 1 το βράδυ και πήγα επειγόντως στο Νοσοκομείο της Αρτας. Μόλις με είδε μου είπε: "Γώρα που ήρθες εσύ, δε φοβάμαι τίποτα". "Δύναμη", του είπα, "μαζί θα τα αντιμετωπίσουμε όλα". Ο γιατρός εκεί μίλησε στον ίδιο κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου και μ' αυτή την εντύπωση έμεινε μέχρι το τέλος. Δεν είχε εξάλλου καμία αξία να ξέρει πλέον. Σε μένα ιδιαίτερα είπε: "Μέσα στον αυλό υπάρχει η παλιά ιστορία".

Το χειρουργείο κράτησε 11 ώρες, ένας Γολγοθής που δεν έλεγε να τελειώσει. Ένα μήνα έμεινε στο Νοσοκομείο, μετά την επέμβαση. Τόσο και έζησε. Ήμουν συνέχεια κοντά του. "Το πρωί θα έρχεσαι από 'δω", μου έλεγε, "ξεκινώντας τη δουλειά σου, να αισθάνομαι ότι είσαι κοντά μου και μετά μπορείς να πηγαίνεις όπου θέλεις". "Λεβεντάκο μου, παλικάρι μου καλημέρα". "Ξύπνα ! μου φαίνεται ότι έκανες τη νύχτα μέρα", του έλεγα.

Γελούσε. "Έλα κάθισε κοντά μου, πές μου τα νέα σου". "Τι νέα βρε Μάκη μου από ψες μέχρι σήμερα";

Στις 11 το βράδυ έφευγα για το σπίτι και το πρωί ξανά εκεί. "Τι κάνουν τα παιδιά";

Ήθελε να του λέω τις τρέλες τους. Κατά τις 11 ερχόταν ο ένας γιός μου με το σκάκι. Έδιναν τις μάχες τους, τότε κέρδιζε ο ένας τότε ο άλλος.

Άστον να κερδίζει έλεγα στον δικό μου. "Τι λές! να νομίζει ότι είναι άρρωστος και του κάνω χάρη", μου απαντούσε. Το βράδυ δεν κοιμόταν καθόλου. Τον ενοχλούσαν τα φώτα. Είχε φωτοφοβία, μου έλεγε η αδελφή μου. "Τράβα την κουρτίνα να βλέπω τότε θα ξημερώσει", της έλεγε. Μόλις ξημέρωνε κι έβλεπε το φώς της ημέρας, τότε τον έπαιρνε ο ύπνος. Κάθε απόγευμα ανέβαζε υψηλό πυρετό. Στην αρχή εκείνη ανησυχούσε. "Είναι από την αρρώστια του", της έλεγα. "Δώσ' του ένα αντιπυρετικό. Μην ασχολήσαι με το θερμόμετρο". Η μητέρα του εκεί δίπλα του δεν έλειπε ούτε λεπτό από κοντά του. Ήξερε τα πάντα. Πρόσεξε της έλεγα, δε θα σε δει να κλαίς και ούτε θα καταλάβει το παραμικρό από τη συμπεριφορά σου. Θα πλένεσαι, θα ντύνεσαι ωραία, θα έχεις καλή ψυχολογία, για να αισθάνεται κι εκείνος καλά. Είχε και κινητό τηλέφωνο και επικοινωνούσε συνέχεια με τον πατέρα του κι εκείνος μετά τη δουλειά του, ήταν συνέχεια εκεί. Ο Ογκολόγος γιατρός του κάθε μέρα εκεί. Doc, τον αποκαλούσε κι έλαμπε το πρόσωπό του, μόλις τον έβλεπε. Και οι νοσηλεύτριες του Ογκολογικού τον επισκέπτονταν συχνά, είχαν πάντα μια καλή κουβέντα να του πούν. Εξίσου καλός άνθρωπος κι ο Ορθοπεδικός που τον χειρουργήσε. 11 ώρες χειρουργείο, δε δέχτηκε να πάρει μια δραχμή. Καθόταν δίπλα του, του μιλούσε για το ποδόσφαιρο, για την πολιτική, για τις σπουδές του κι εκείνος ενημερωμένος σε όλα συμμετείχε με ευχαρίστηση. Όμως κάποια στιγμή, ο Ορθοπεδικός είπε θα προσπαθήσουμε να σε βοηθήσουμε με κάθε τρόπο και με ακτινοθεραπεία, αν χρειαστεί. Φεύγοντας, εκείνος με ρώτησε: "Θεία, τι εννοούσε ο γιατρός"; "Παλικάρι μου, στις επεμβάσεις σαν τη δική σου, βοηθάει να δέσει καλά τη σπονδυλική στήλη η ακτινοθεραπεία". "Θεία μου κάνε ότι νομίζεις. Για μένα θα αποφασίζεις εσύ, χωρίς να με ρωτάς καθόλου. Αρκεί μόνο να γίνω καλά". Γύρισα στο σπίτι κι άκουγα τα δικά μου παιδιά να φωνάζουν ή να μαλώνουν κι αμέσως έκανα τη σύγκριση ότι εκείνος δεν μπορούσε να σηκωθεί, ούτε να παλέψει. Επαναστατούσα μέσα μου. Πάγτε τους έλεγα. Δεν μπορούσα να τα ανεχτώ.

Του έκανα κάποια δωράκια. Πρώτα ένα βιβλίο "Ένας μύθος, μια ιστορία". Το διάβαζε και το συζητάγαμε. "Αμφιλεγόμενη προσωπικότητα ο Παπανδρέου, θεία μου". Ένα απόγευμα, κατέβηκα στην αγοράσα ένα βιβλιοπωλείο κι αγόρασα το βιβλίο "Γεια σου Κώστα, τι κάνεις Ανδρέα". Κάτι όμως με τράβαγε να φύγω και να πάω στο Νοσοκομείο. Μόλις με είδε, παρότι το δωμάτιο ήταν γεμάτο κόσμο, έλαμπε από χαρά. Κάθησε δίπλα μου, μου είπε και μου 'δωσε το χέρι του να του κάνω μασάζ στα δάχτυλα. Ήταν κάτι που μόνο εγώ ήξερα να το κάνω, μου έλεγε. "Άνοιξέ το" του

είπα και του έδωσα το δώρο. Το πήρε με χαρά και όταν το είδε, με αγκάλιασε και μου είπε : Θεία μου είσαι μόνο δική μου θεία, θα το διαβάσω όταν εσύ θα λείπεις, για να περνάω τον καιρό, μέχρι να γυρίσεις". Επικοινωνούσαμε φοβερά. Όσες φορές συνέβαινε κάτι αρνητικό γι' αυτόν είχα φοβερή διαίσθηση και έτρεχα κατευθείαν. Πως καταλαβαίνεις εσύ ότι δεν είμαι καλά και έρχεσαι" μου έλεγε. "Τηλεπάθεια", του απαντούσα. Κάποια στιγμή χρειάστηκε να φύγουν και οι δυο γιατροί του, ο Ογκολόγος και ο Ορθοπεδικός για διακοπές. Από 'κει και μετά, λες και τον ξέχασαν. Έφταναν για επίσκεψη μέχρι την πόρτα του δωματίου του και όταν συνειδητοποιούσαν ποιός ήταν μέσα, συνέχιζαν την επίσκεψη χωρίς να μπούν. "Δε θα έρθουν σε μένα" μου έλεγε; "Δεν υπάρχει λόγος παλικάρι μου, αφού εσύ δεν έχεις τίποτα. Περιμένουμε να τελειώσεις τις φυσιοθεραπείες και κάποιες ακτινοθεραπείες και να φύγουμε". Αξίζει να πω ότι ουδέποτε απέκτησε αισθητικότητα και κινητικότητα από η μέση και κάτω, μετά την επέμβαση. Ο όγκος είχε κάνει ανεπανόρθωτη βλάβη στο Νωτιαίο μυελό. "Πόσος καιρός θα χρειαστεί να αισθανθώ και να κουνήσω τα πόδια", μου έλεγε. "Κάνε υπομονή", του απαντούσα. "όλα με τον καιρό τους θα επανέλθουν". Με καλούσαν οι γιατροί και μου ελεγαν : "ενημέρωσε τους γονείς να πάρουν το παιδί στο σπίτι, χρειάζομαστε το κρεβάτι. Δώστε μας τη δυνατότητα να τελειώσει τις ακτινοθεραπείες" του έλεγα "πως να το πηγαίνουμε και να το φέρνουμε παράλυτο". Έφυγα, γιατί δεν άντεχα την πίεση . Ας μη με βλέπουν, σκεφτόμουν. Σ' αυτό το διάστημα, είχαν φουντώσει τα γένια, είχαν μεγαλώσει τα μαλλιά. Θα τον φτιάσω τον Μπριασούλη στο μούσι, μου έλεγε, εκείνον είχε πρότυπο πάντα. Να ξυρίσεις το μούσι, του έλεγαν οι νοσηλεύτριες" Όχι" τους έλεγε, "αρέσει στη Θεία μου". Μέσα μου ήθελα αυτό που στερήθηκε όλο τον προηγούμενο χρόνο να το έχει τώρα απλόχερα. Ήταν όλες τους πολύ καλές μαζί του. Τις ήξερε και τους μιλούσε με τα μικρά τους ονοματά. Την τελευταία μέρα πριν φύγω, τον λούσαμε, τον κάναμε μπάνιο. Μόλις τελειώσαμε , του έδωσα τον καθρέφτη να δει το μούσι και να το χτενήσει. "Πώς κατάλαβες ότι αυτό ήθελα αυτή τη στιγμή;", μου είπε. "Διαβάζω τις σκέψεις σου , δεν το κατάλαβες"; "Μήπως θεία με γέννησες εσύ και η μάνα μου με υιοθέτησε";

Ακούω ακόμη στα αυτιά μου τη φωνή του γαμπρού μου να λέει αγόρι μου, αγόρι μου, είμαστε δίπλα σου, "θα τα καταφέρεις", όταν εκείνος, λόγω της μετάστασης στον εγκέφαλο έκανε σπασμούς. Παρόλα αυτά, είχε το θάρρος να του πει τραυλίζοντας, "Πατέρα θα κάνεις ένα καλό δώρο στη μάνα από μένα. Από δω και πέρα δε θέλω να με δει κανένας εκτός από σας". Κατάλαβε ότι ερχόταν το τέλος.

Έφυγα για τη Ζάκυνθο για μια εβδομάδα με την οικογένειά μου. Σ'ολο το δρόμο μέχρι την Κυλήνη, έκλαιγα συνέχεια. Στο μυαλό μου ήταν το τραγούδι "Παλικάρι στα Σφακιά". Πάει το παλικάρι, σκεφτόμουν. Μπαίνοντας στο καράβι, ηρέμησα. Η θάλασσα με γαλήνεψε. Την πρώτη μέρα δεν πήρα τηλέφωνο, δεν είχα τη δύναμη να μάθω τα νέα. Τη δεύτερη το βράδυ, δεν άντεξα, γυρίζοντας από μια κρουαζιέρα, αισθάνθηκα έντονη την ανάγκη να επικοινωνήσω. Μιλώντας με την αδελφή μου μου είπε ότι είχε μεγάλη ανάγκη να μου μιλήσει γιατί αντιμετώπιζε έντονο πρόβλημα. Το παιδί έκανε σπασμούς γιατί δυστυχώς είχε κάνει μετάσταση στον εγκέφαλο και οι γιατροί της άλλης ειδικότητας που καλέστηκαν, καθυστερούσαν φοβερά να έρθουν. "Ηρέμησε" της είπα, "θα επικοινωνήσω εγώ", όπως και το έκανα και το πρόβλημα λύθηκε, προσωρινά όμως.

Την επόμενη πρωί πρωί, με το πρώτο καράβι έφυγα. "Μείνε άλλη μια μέρα" μου έλεγε ο άντρας μου και τα παιδιά. "Όχι" τους είπα. "Εκείνος με έχει μεγαλύτερη ανάγκη". Κατεβαίνοντας στην Κυλήνη, δεν ήθελα να περιμένω λεωφορείο, ούτε να καθυστερήσω ούτε λεπτό. Αν ήταν δυνατό, θα πήγαινα με τα πόδια. Πήρα κατευθείαν ταξί και πριν το μεσημέρι, ήμουν πάλι πίσω στο Νοσοκομείο. Μπαίνοντας στο Θάλαμο, η αδελφή μου τα 'χασε. Όμως το παιδί ήταν σε κώμα. Του μίλησε, του είπε ήρθε η θεία σου. Η όψη στο πρόσωπό του άλλαξε κατευθείαν. Έγινε ήρεμη, χαρούμενη. Του έπιασα το χέρι. "Ήρθα", του είπα, "μην ανησυχείς". Μου έσφιξε το δικό μου με δύναμη. Το απόγευμα ειδοποίησα τον ιερέα και ήρθε και του διάβασε μια ευχή, γιατί ήταν αδύνατο να πάρει θεία κοινωνία. Δε θα ξεχάσω ποτέ εκείνη την έκφραση ικανοποίησης στο πρόσωπό του, όταν ο ιερέας του έβαλε το πετραχίλι στο κεφάλι, ούτε το χαμόγελο που άνθισε στα χείλη του όταν του διάβαζε τις ευχές. Συνέχισε να είναι στην ίδια κατάσταση μέχρι τις 11 το βράδυ, οπότε έκανε κινήσεις απαγκεφαλισμού και έπεσε οριστικά σε κώμα. Τη νύχτα άρχισε ο επιθανάτιος ρόγχος. Για πολύ λίγο με πήρε ο ύπνος. Στο όνειρό μου τον είδα να σηκώνεται στο κρεβάτι, καθιστός με το πρόσωπο γεμάτο γένια, να με κοιτάζει εμένα και τη μητέρα του, να πέφτει πίσω νεκρός. Έτσι ακριβώς ήρθε και το τέλος. Γύρισαν και οι δυο γιατροί του, ο Ογκολόγος και ο Ορθοπαιδικός μαζί από τις διακοπές. Ήρθαν κατευθείαν στη Νευρολογική κλινική που είχε μεταφερθεί, να τον δουν, πικραμένοι από το αποτέλεσμα, δεν περίμεναν τόση γρήγορη εξέλιξη. Ο ογκολόγος του τον φρόντισε να έχει και από πλευράς φαρμάκων την ποιότητα στο τελευταίο στάδιο της ζωής του. Ερχόταν συνέχεια, τον έβλεπε, τον παρακολουθούσε. Έκανε το χρέος του πρώτα σαν άνθρωπος και μετά σαν γιατρός. Έτσι κύλησε όλη η επόμενη μέρα. Στις 10.15 το βράδυ ζήτησα από τις νοσηλεύτριες βοήθεια να τον πλύνουμε και να τον

περιποιηθούμε, όπως ακριβώς ήταν το πρόγραμμά μας όλο το καλοκαίρι και μόλις τελειώσαμε, κι εγώ του σήκωσα το ερυσινότο απο το κρεβάτι, πήρε μια βαθιά ανάσα και ξεψύχησε, έτσι όμορφα, ήσυχα, απλά.

"Γιατί ανασέχνεις τόσο βαθιά" του έλεγα. "Το κάνω όταν ευχαριστιέμαι για κάτι", μου έλεγε. Ήταν η τελευταία κίνηση ευχαρίστησής του. Του ράναμε όλο το σώμα με κρασί που το είχα αγοράσει αποκλειστικά γι' αυτό το σκοπό. Με θρησκευτική ευλάβεια του φορέσαμε το μπουξέρκι, τη φανέλα, το πουκάμισο, το κουστούμι. Προσέξτε τους έλεγα, δε θέλω να υποστεί την παραμικρή κάκωση. Όλα τα ρούχα και τα παπούτσια. Του τα αγόρασα μόνη μου. Ο, τι καλύτερο μου είπαν οι γονείς του. Μόλις τελειώσαμε, ειδοποιήσαμε τη γενική υπεύθυνο να στείλει τραυματιοφορέα να τον στείλει στον νεκροθάλαμο. Ήρθε μαζί του και ποιά ήταν; Μια από τις νοσηλεύτριες του Ογκολογικού τμήματος που τόσο πολύ του συμπαραστάθηκαν όλο το διάστημα της χημειοθεραπείας. Κοιταξέ τον της λέω. Είναι σαν γαμπρός μου είπε. Πεθανε στο 12 θάλαμο της Νευρολογικής Κλινικής, ακριβώς απέναντι από τη Μαθηματική Σχολή που ήταν φοιτητής. Τον κατεβάσαμε στο Νεκροτομείο, είχε ειδοποιηθεί το γραφείο τελετών που έφερε το φέρετρο. Όμως μάταια, δε χωρούσε το παλικάρι των δυο μέτρων. Έφεραν το μεγαλύτερο σε μέγεθος, όμως τι ειρωνεία! Δεν τον χωρούσε ούτε ο τάφος! Κι αυτός ήταν μικρός. Λες και όλα ήταν κόντρα στο θάνατο του παλικαριού.

Ψύγαμε για τη Φιλιππιάδα, όλη τη νύχτα. Το σπίτι γεμάτο κόσμο. Το παιδί τοποθετήθηκε στο σιαλό, στην καλύτερη θέση. Είχε στρωθεί και το χειροποίητο χαλί για το σκοπό αυτό. Είχα συνέχεια την ευθύνη για να διατηρείται ο χώρος καθαρός. Δεν επέτρεπα τσιγάρα, φρόντιζα το δέρμα του, απαγόρευα το συνωστισμό γύρω του, λες και ήταν στη ζωή και χρειαζόταν τη δική μου φροντίδα. Ήρθε ο νουνός του, κατασυγκινημένος, του φόρεσε τη βέρα, του άναψε τη λαμπάδα της στέψης. Λίγο πριν ξεκινήσουμε για την εκκλησία, βάλουμε στο πικάπ "Το παλικάρι στα Σφακιά". Μαζεύτηκαν γύρω του όλα τα ξαδέλφια του και του κρατούσαν τα χέρια. Μόλις βγήκε το φέρετρο στην πόρτα του σπιτιού, κάποιος έριξε τρεις τουφεκιές. Ξεκινήσαμε. Μπροστά πήγαιναν τα παιδιά της μουσικής του Δήμου, ακολουθούσαν σε δυο σειρές παιδιά, που κρατούσαν τα στεφάνια και τις ανθοδέσμες και ακολουθούσε το φέρετρο που το κρατούσαν φίλοι του. Ήρθε αντιπροσωπεία από το Ογκολογικό τμήμα. Σε πολλά σημεία, έβλεπα το γιατρό του να προσπαθεί να βάλει την πλάτη του, να βοηθήσει στο φέρετρο. Να τιμάμε τους νεκρούς του είπα. Ποιούς νεκρούς αλήθεια; Αυτούς που δεν πρόλαβαν να ζήσουν; Στην εκκλησία, σε κάποια στιγμή, μου έδωσε την αίσθηση ότι χαμογελούσε. Ακριβώς το ίδιο αισθάνθηκαν και

τα παιδιά μου. "Μαμά, χαμογελάει", μου είπαν. Η νεκρώσιμη ακολουθείαμίλαγε για δικαιοσύνη του θεού κι εγώ μέσα μου αναρωτούμουν: ποιά δικαιοσύνη αλήθεια; Μέσα μου με έπνιγε να φωνάξω: είναι άδικο.

Τελείωνε η διαδικασία, έγινε η ταφή, οι γονείς ήρεμοι, όλοι δεχτήκαμε το αποτέλεσμα, σαν μια φυσική κατάληξη. Όμως πόσες φορές δε συγκρούονται μέσα μου η απογοήτευση, η αδικία, η εγκατάλειψη. Ο γιατρός του ήθελε να δει το δωμάτιό του, άγγιξε με τα χέρια του το κρεβάτι του, τη βιβλιοθήκη του, το ταμπλώ που έριχνε τους στόχους. Βγήκε στη βεράντα, ατένισε το δάσος, την πόλη. Σε τόσο όμορφο περιβάλλον μεγάλωνε μου είπε και πόσο άσχημο ήταν αυτό που συνέβηκε. Είπα στην αδερφή μου και στο γαμπρό μου "πείτε ότι ζήσαμε ένα όνειρο κακό, ότι δεν ήταν η πραγματικότητα. Μείνετε με τη σκέψη ότι το παιδί σπουδάζει στην Κρήτη ή κάνει το Μεταπτυχιακό του στο εξωτερικό, όπως ονειρευόταν. Αφήστε την εικόνα του να πλανάται σε όλους τους χώρους του σπιτιού, εξάλλου, στο Νοσοκομείο πέθανε κι εκεί πέρασε όλες τις περιπέτειες". "Να σου δώσω τα παπούτσια του τα Timberland, τις μπότες του τις Camel, τα δερμάτινα μπουφάν για τα παιδιά, όλα καινούργια. Δεν πρόλαβε να τα φορέσει", μου είπε η αδελφή μου. "Όχι δε θα μου δώσεις τίποτα, θα τα αφήσεις όλα στην ντουλάπα του, για να μη φθαρούν", της είπα. "Ας έρχεται η ψυχή του να τα βλέπει. Αν τα πάρουν τα παιδιά, θα παλιώσουν και θα πεταχτούν". Το' λεγα και το πίστευα. "Σ' αγαπώ απέραντα", μου είπε η αδελφή μου. Πόσες φορές, αλήθεια, τον σκέφτομαι και βουρκώνουν τα μάτια μου. "Κλάψε για τον Μάκη Μαμά μου", μου λέει ο μικρός μου γιός. "έλα να τραγουδήσουμε μαζί το τραγούδι της Βίσση "Εκεί που πας κοίτα να είσαι ευτυχισμένη". Που ξέρεις, μπορεί να είναι κι εκείνος ευτυχισμένος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

(ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ)

Clinical Oncology

Subclassifications have proliferated, changed, and changed again in response to additional knowledge and new methods of examination. In some instances, this has occurred so often and so frequently that it is difficult to avoid confusion. It also resulted in the use, in some cases, of several different names for the same neoplasm. Efforts at standardization, such as those established by World Health Organization (WHO) panels, have done much to solve this problem but changes in these systems remain inevitable. Indeed, these changes are desirable if they are based on increased knowledge that permits more precise treatment and leads to better understanding and outcomes.

The tumor classifications offered throughout this volume are those advocated by WHO.

Grading, Staging and DNA Analysis

In addition to the basic classification discussed above, malignant lesions are also divided according to grade and stage, which serve as useful predictors of prognosis.

Grade

The grade is an evaluation of the degree of differentiation of the tumor and usually, therefore, of the degree of malignancy. Either of two systems are generally used: a numeric grade of 1 to 3 or 1 to 4; or a descriptive grade, such as well, moderately, or poorly differentiated. The low numeric grades or well differentiated tumors are those that cytologically and histologically deviate least from normal, while the high-grade or poorly differentiated tumors are the most anaplastic, or bear the least resemblance to normal cellular and tissue patterns (Figs. 3-3, 3-4, 3-5).

Stage

The stage of the tumor is simply an evaluation of the extent of the tumor at the time of diagnosis and is not necessarily related to its grade. Staging is often a combined clinical and pathologic process, although in some organ sites it is based only on clinical data. The evaluation considers size of the cancer, invasion of adjacent structures, regional lymph node involvement and distant metastases. Several different staging systems are used depending on tumor sites (6). These are discussed in detail in the chapters on specific organs and sites.

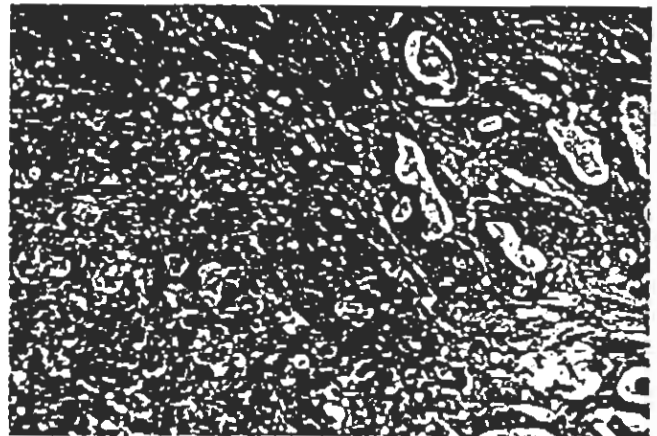


Fig. 3-4. Moderately differentiated adenocarcinoma. The glandular structures are less well-formed, particularly on the left. (200X, H&E.)

The histologic grade and the stage are of value in the prognostic information they imply. In general, the higher the grade and stage, the poorer the prognosis. While grading is subjective and not based entirely on quantitative factors, it is prognostically valuable. The tumor grade correlates with patient outcome. Population studies show that, stage for stage, patients with low-grade tumors have better survival rates than patients with high-grade neoplasms (Fig. 3-6) (20). A staging or grading system that does not correlate well with prognosis is of little clinical use. In an attempt to improve the value, many of the methods of staging and grading have changed over the years.

In some instances, the histologic grade of the tumor is the most important characteristic; for example, in high-grade soft tissue sarcomas (23) and high-grade astrocytomas or glioblastoma multiforme, the prognosis is poor regardless of most other factors. In other instances, grading seems to have less bearing on prognosis. Examples exist of tumors that histologically are of low grade but behave very aggressively and other examples can be found of neoplasms that would be classified as high grade histologically but have an excellent prognosis.

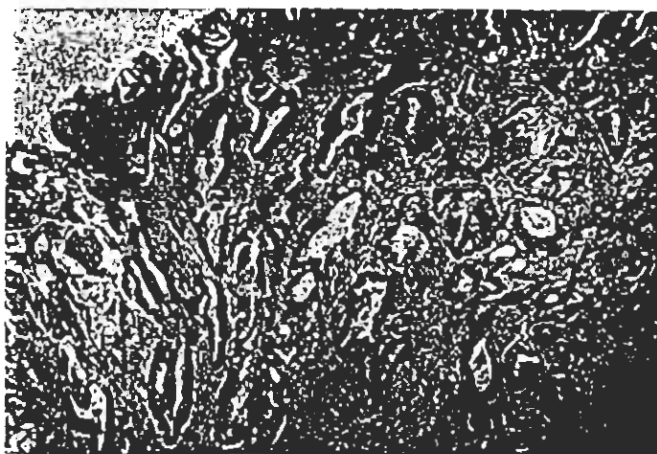


Fig. 3-3. Well-differentiated adenocarcinoma of the colon. Note well-formed glandular structures and resemblance to normal colonic glands. (160X, H&E.)

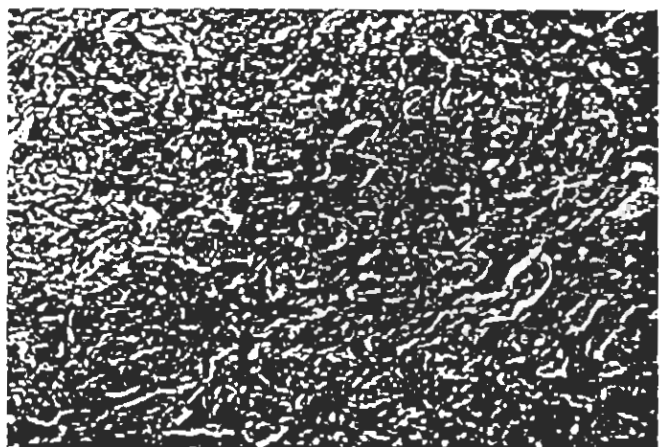


Fig. 3-5. Poorly differentiated adenocarcinoma. There is little resemblance to normal glandular structures with the tumor growing mainly in ill-defined sheets. (200X, H&E.)

Patterns of Growth

As a tumor grows, it assumes any of a number of forms that usually, but not always, correlate with biologic behavior. Benign tumors generally tend to have a spherical configuration corresponding to their symmetrical, controlled growth (Fig. 3-8). This symmetry can be altered by the location of the tumor and the confines of contiguous structures. These benign growths compress and push normal tissue. They also often demonstrate a capsule. In general, malignant neoplasms expand, invade, and destroy normal adjacent tissue. Their outline is usually irregular and poorly defined. When arising from epithelial-lined surfaces, they often cause ulceration as they destroy and invade underlying tissue (Fig. 3-9). In other instances, they grow as large, fungating, luminal masses. This growth pattern may have a bearing on prognosis, since the infiltrative, more destructive lesions are those most prone to dissemination.

Dissemination

Dissemination of malignant neoplasm occurs through the processes of contiguous spread and metastases. The steps leading to the establishment of metastases are summarized in Fig. 3-10. The most common modes of metastases are through the lymphatic system and by means of the blood stream (Fig. 3-11). Other routes are also possible (e.g., transabdominal spread within the peritoneal cavity or dissemination through the cerebral spinal fluid) but they are much less common. It is by means of its invasive ability that a cancer gains access to the blood and lymphatic vascular systems. Other tumor growths are then established in regional lymph nodes and distant organs. These, in turn, can function as sites from which further metastases may be established (Figs. 3-12, 3-13).

The mechanisms functioning in the invasive process are not completely understood and remain the focus of extensive



Fig. 3-8. Leiomyomas of the uterus. Note the well-defined nature of these benign tumor nodules. There is cystic degeneration of the nodule at the top.



Fig. 3-9. Squamous cell carcinoma of the esophagus. A large, destructive, ulcerative tumor has replaced the esophageal mucosa and wall.

investigation. Numerous theories have been offered to explain the process, and a number of characteristics of tumor cells have been noted which appear to play a role in the process. These include:

- alteration of the surface biochemical structure of tumor cells (20)
- increased motility of tumor cells (50)
- elaboration of lytic substances by tumor cells (26,33,38,44)
- decreased mutual adhesiveness of tumor cells (41)
- loss of "mutual growth restraint" between tumor cells and between tumor cells and normal tissue (15,39)

The currently accepted concepts regarding the initiation of invasion encompass many of these observations. It is thought that the invasive process involves three steps (3,25).

1. The binding of the tumor cells to the basement membrane through the mediation of altered receptors on the cell surface.
2. Dissolution of the basement membrane by lytic enzymes released by the tumor cells.
3. Invasion and movement through the resulting defect.

Although the routes of metastases are well known, the details of the remaining steps in the process are not well explained. Gaining access to vascular spaces does not assure the establishment of metastases. It is well known that tumor cells often circulate in the blood stream and lymphatic channels without the establishment of metastatic foci. It is also known that certain cancers have definite patterns or preferred sites for metastases. There are many theories and suggestions to explain these and other problematic aspects of cancer spread.

Mechanical Theory

This straightforward view states that the incidence and number of metastases are a function of the number of cells and the size of the cells and cell groups gaining access to the circulation. The tumor cells lodge in small capillary and sinusoidal vascular channels due to mechanical factors and interaction with the coagulation system. (Anticoagulants have prevented metastases in experimental systems) (22). Although some or most cancer cells die, some proliferate and invade. If these are the main factors, the selectivity for certain tumors for certain

STEPS IN THE FORMATION OF A METASTASIS

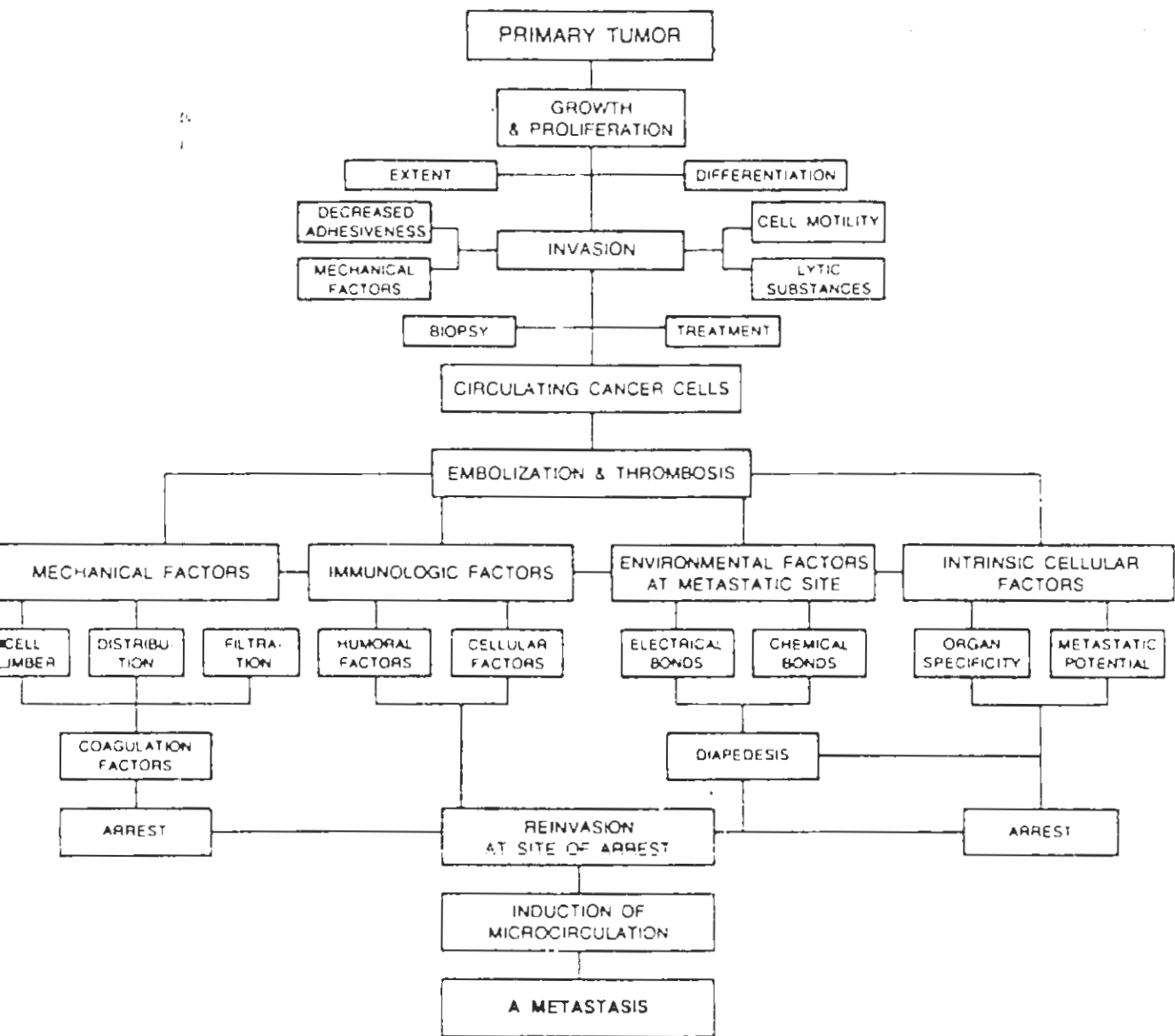


Fig. 3-10. Steps in the formation of a metastases



Fig. 3-11. Carcinoma of the breast with tumor cells within lymphatic channels. (400X, H&E.)



Fig. 3-12. Carcinoma of breast metastatic to liver.



Fig. 3-13. Carcinoma of breast metastatic to vertebral bodies.

body sites is not well explained. This led to the suggestion of the "soil" theory (28,34).

"Soil" Theory

This theory holds that metastatic distribution was determined by the environment of the various organs and tissues at which tumor cells arrived. The idea is that certain tumors can thrive only in a particular growing site or "soil." More recently, evidence suggests a third theory.

Intrinsic Cellular Factors Theory (28, 34)

Individual tumor cells have properties that determine their patterns of metastases. The evidence in support of this theory implies that tumor cell populations contain a few subpopulations of cells with a high metastatic potential, and that cells with a propensity to metastasize to a specific body site exist and are selected out during tumor progression.

Immunologic Surveillance (15,17)

In this theory the formation of cancers and their dissemination is a result of a defect in the immunologic defense system of the body. This concept is supported by experimental evidence that circulating tumor cells are destroyed by host macrophages and natural killer lymphocytes. To establish a metastasis, tumor cells must survive these immunologically mediated defenses. Experimental evidence, however, has failed to show consistent correlation between the strength of the immune mechanism and the control of metastases.

No theory so far offered is entirely satisfactory. Indeed, it is clear that many different mechanisms are functioning. The answer to the problem lies within the complex interactions of tumor and host, the subject of much of the current investigative work in oncology. It is most likely that the establishment of metastases is dependent on a large number of factors including those suggested above and some of which we may not yet be aware.

WHAT THE ONCOLOGIST NEEDS TO KNOW ABOUT HISTOPATHOLOGY

Physicians sometimes erroneously assume that pathologists' diagnoses are final and therefore immutable. This is especially true concerning neoplastic disease because the diagno-

sis of cancer almost always depends on the recognition of a pattern of cellular growth and of deviations of the individual cells from their normal forms as seen by light microscopy. The one physician whose special training enables such decisions is the surgical pathologist, but the ultimate establishment of the diagnosis of cancer sometimes requires more than the examination of a slice of tissue or cells through a microscope. The process of establishing a diagnosis of a tumor and deciding whether it is benign or malignant is not an exact science (42). In spite of the aura of infallibility with which they sometimes are regarded by their clinical colleagues or themselves, pathologists do make mistakes in diagnosis of tumors. Those concerned in the care of patients with tumors should remember several facts.

1. *Pathologists are human and therefore fallible.* In general, the more experienced the pathologist, the greater the likelihood that he or she will be accurate in diagnoses. Occasionally the super-specialist in pathology may be troubled by the "tunnel vision" imposed by concentration on a single organ or tissue in just the same way that the specialty-trained clinical clinician may be led astray by failing to think of the whole patient.
2. *Histologic and cytologic techniques are neither histopathology and cytopathology as not exact sciences.* A part of the pathologist's fallibility is related to the techniques used. With present methods, it is not practically feasible to separate a group of living cells from a patient and to study them sufficiently well to establish a positive diagnosis while those cells are still alive. When cells or tissues suspected of neoplastic transformation are submitted to a pathologist, they are either frozen or "fixed" with chemicals, producing a variety of artifacts. Although the technologists who help to prepare such specimens for microscopic examination are extremely skillful in the traditional methods of making stained slides of those samples (and pathologists have become quite skillful in interpreting such cell or tissue samples microscopically), there still are many facets of this process to consider:
 - a. *Not all technology is equally optimal.* Unless all conditions are optimum, many artifacts may appear in the final preparation. These artifacts may make accurate diagnosis impossible.
 - b. *Although good laboratories have extensive quality assurance programs to avoid serious errors, mistakes may still occur in processing the tissue.* Possible mistakes may include incorrect identification of the specimen with the proper patient and failure to properly embed the one diagnostic bit of tissue out of several submitted, so that the pathologist never sees it.
 - c. *The best possible histologic and cytologic techniques cannot provide an adequate specimen for diagnosis if the biopsy technique is poor or if the sample of tissue selected fails to include the diagnostic part of the lesion.* Pressure or thermal injuries to the tissues during the biopsy may prevent proper diagnostic evaluation.
 - d. *Routine histologic and cytologic techniques only produce two-dimensional static samples to be evaluated by the light microscope.* Many pathologists and clinicians fail to think of the lesion in three dimensions and even more importantly, in terms of the fourth dimension

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Φ.Αναγνωστόπουλος, «Εκτίμηση της συμβολής των ψυχολογικών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού» (πολυπαραγοντική ανάλυση), 1982. Αδιμοσίευτη Διδακτορική Διατριβή που υποβλήθηκε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.
2. Φ.Αναγνωστόπουλος – Δ.Παπαδάτου, «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο». Εκδόσεις: Σύλλογος Γονέων Παιδιών με Νεοπλασματική Ασθένεια - «Η ΦΛΟΓΑ», Αθήνα 1986.
3. Βελισσαρόπουλος, «Θεραπευτική προσέγγιση της οικογένειας», Ελληνική Ογκολογία 1994.
4. Γ.Κ. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, «Προβλήματα Τελικής Νοσηλείας», Ελληνική Ογκολογία 1994.
5. Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου (UICC), Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Λιτσα, Αθήνα 1991.
6. Ν.Δόντας-Β.Λυσσαίος, «Επίκαιρα Θέματα Καρκίνου». Τιμητικός τόμος ΑΝΑΞΑΓΟΡΑ ΠΑΠΛΪΩΑΝΝΟΥ, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1993.
7. ΚΕΑ ΙΙΙ, (μετάφραση Λ.Βαριδάκη), Διδακτικές Σημειώσεις για τη Σχολή Κοινωνικής Εργασίας, 1994.

8. Μ.Γ. Μαδιανός, «Κοινωνική Ψυχιατρική & Κοινωνική Ψυχική Υγεινή». Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τόμος Α', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1996.
9. Μ.Α. Μαλγαρινού-Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, «Νοσηλευτική», τόμος Β'. Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1993.
10. Λ.Μπούτη, «Καρκίνος του Μαστού», Ιατρική Εταιρία Καβάλας, Θεσσαλονίκη 1987.
11. Λ.Ραζής, «Υποκλινικός Καρκίνος Μαστού». Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1993.
12. Γ.Ρηγάτος, «Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία», Ιατρικές Εκδόσεις «ΖΗΤΑ», Αθήνα 1985.
13. Ν.Σκούρας, «Αποκατάσταση του Μαστού μετά τη Μαστεκτομή- Εκλογή Καλύτερης Θεραπευτικής Μεθόδου», Ελληνική Ογκολογία 1993.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας, Εκδόσεις Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα 1988.
2. Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας, Εκδόσεις Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα 1989.
3. Καλαποθάκη-Χατζηκωνσταντίνου, (1990) Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού. Εργασία παρουσιασμένη στο σεμινάριο του European School of Oncology, με θέμα "Breast Cancer", Αθήνα 5-7 Απριλίου 1990.

4. Κατσουγιάννη Κ., Κογεβίνας Μ., Δόντας Ν., Maisonneuve P., Boyle P., Τριχόπουλος Δ., «Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα 1960-1985». Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1990.
5. Λ.Σ. Νησιώτης, «Ο Καρκίνος του Μαστού», Ογκολογικά Αρχεία, τεύχος 5^ο. Εκδόσεις Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι».
6. Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ), «Το Έργο του Κοινωνικού Λειτουργού εις τα διάφορα πλαίσια εργασίας», Αθήνα 1974.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

1. Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, «Ο Ρόλος της οικογένειας απέναντι στον Καρκίνο», Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Ψυχο-Ογκολογίας: Ν.Αγγελόπουλος, Α.Βασιλείου, Ε.Βασιλάτου-Κοσμίδη, Κ.Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, Γ.Γουρνάς, Δ.Δαμίγος, Ε.Ευτυχίδου, J.Goodbread, Κ.Jobbe, Δ.Κυριαζής, Λ.Λιάκος, Τ.Μιχαηλίδου, Ν.Παυλίδης, Π.Πολυχρόνης, Κ.Πρωτοψάλτη-Πολυχρόνη, Β.Σιάφακα. ΜΕΤΣΟΒΟ 1997.
2. Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο, «Η Αποκατάσταση του Καρκινοπαθούς»: Κ.Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, Γ.Κόκαλης, Σ.Μπεσμπέας, Δ.Παπαδάτου, Ν.Κορδιόλης, Φ.Αναγνωστόπουλος Εκδόσεις 5^ο Πανελληνίου Αντικαρκινικού Συμποσίου, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας 1984.

3. ΣΚΛΕ Ε.Ε.Κ. Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου, «Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου». Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Frost P., Leving B., “Clinical Implications of Metastatic Process”, Lancer 1992.
2. Greer S, Morris T., “Psychological Attitudes of Woman who develop Breast Cancer”, Gernal of Psychosomatic Research 1975.
3. Harris JR., “Breast Cancer”. N.England, Med 1992.
4. Holland R., “Extent, distribution, mastographic / histological correlation of Breast ductal carcinoma in situ”, Lancer 1990.
5. Horne RL., Picard RS., “Psychosocial risk factors of lung cancer”, Psychosomatic Medicine 1979.
6. Pattison ME, “The experience of Dying”, Englewood Cliffs, New Jersey 1977.
7. Pinderis GM., “Selected Personalities variables as contributing factors in cancer development”, Indiana 1981.
8. Scheidman, G. Death: “Current Perspectives”, Palo Alto, Ca: Mayfield 1976.

9. Temoshok L. On comparing apple, oranges and fruits salads: “Methodological overview of medical outcome studies in philosophical college”, CL Cooper, “Psychosocial Stress and Cancer”, Wiley 1985.
10. Walt AJ, “The continuing dilemma of lobular carcinoma in situ”, Arch Surg 1992.

