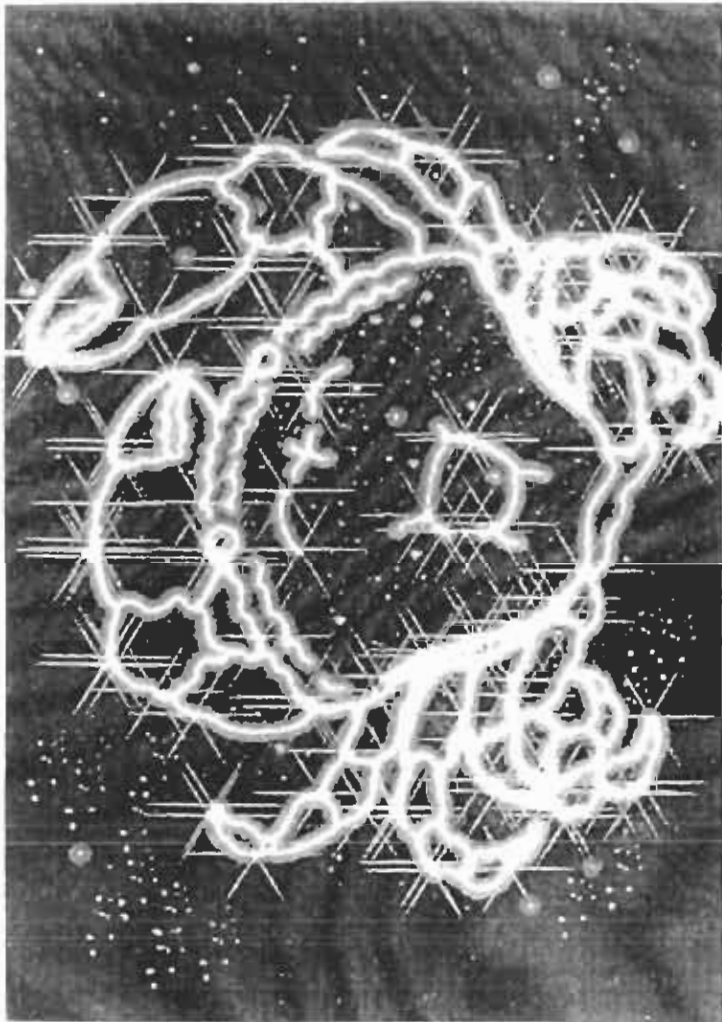


«Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ»



Μετέχουσες Σπουδάστριες

Γκιανέ Κλεοπάτρα
Μουχάλη Πασχαλίνα

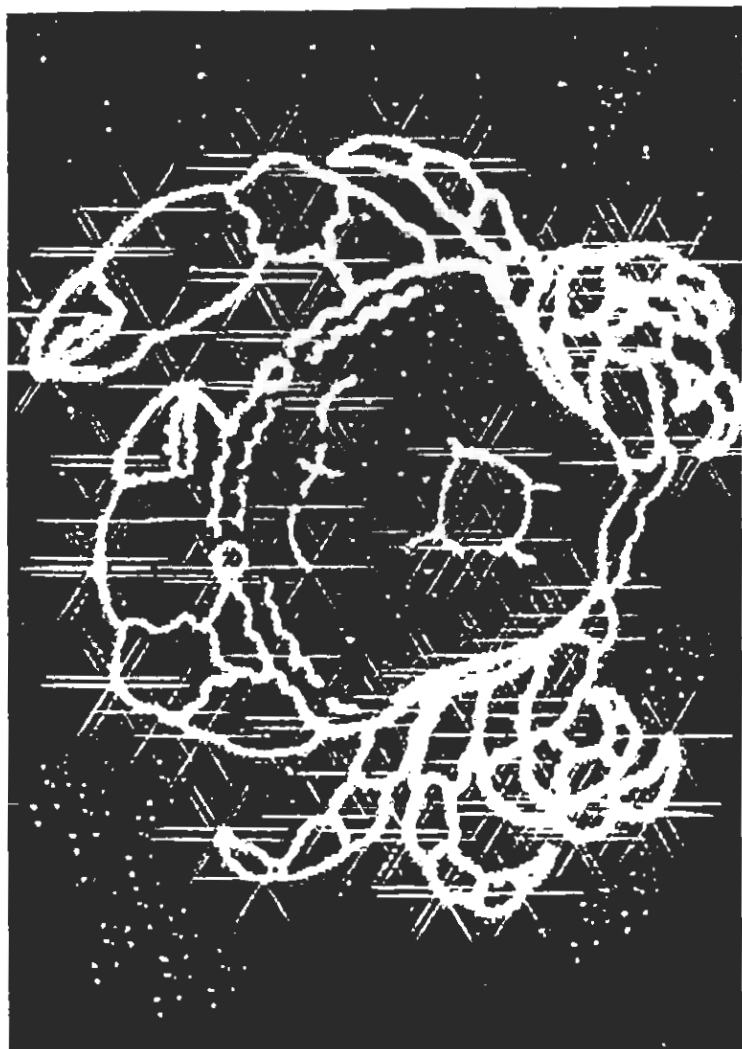
Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Πανταζάκα Αθανασία

*Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής
Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαι-
δευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.*

ΠΑΤΡΑ 2000

«Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ»



Μετέχουσες Σπουδάστριες

Γκιανέ Κλεοπάτρα
Μουχάλη Πασχαλίνα

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Πανταζάκα Αθανασία

*Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία από το τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής
Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαι-
δευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.*

ΠΑΤΡΑ 2000

SPINNING
MACHINE

3008

Η τριμελής Επιτροπή για την Έγκριση
της Πτυχιακής

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΠΑΤΡΑ 2000

Στους αθλητές μας,
κατά τη διάρκεια της Ε.Π.Α.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή.....	1
Το πρόβλημα.....	3
Σκοπός.....	5
Ορισμοί Όρων.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
A. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΝ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΟΣΜΟ.....	10
Τι είναι καρκίνος.....	11
Φάσεις της καρκινογένεσης και Σταδιοποίηση.....	13
Αιτιολογία της καρκινογένεσης.....	14
Διάγνωση και θεραπεία καρκίνου.....	18
B. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	30
Ιστορικές μαρτυρίες.....	30
Η προσωπικότητα του καρκινοπαθούς.....	33
Προσωπικότητα και καρκίνος.....	35
Η προσωπικότητα του ασθενούς και η σημασία της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.....	40
Γ. ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	45
Δ. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	54
E. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟ ΟΡΓΑΝΙΚΟ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	

ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ.....	63
ΣΤ. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	72
Ζ. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	79
Η. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	99
Ενημέρωση του αρρώστου.....	106
Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος - Πλεονεκτήματα	
Μειονεκτήματα	108
Ο Κοινωνικός λειτουργός, ο ασθενής και η αλήθεια	112
Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού με την οικογένεια.....	115
Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην αποκατάσταση	
του Καρκινοπαθούς	120
Το Burn Out του Κοινωνικού Λειτουργού.....	124
Θ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	134
Προγράμματα αποκατάστασης σε Ελλάδα και Ευρώπη	138
Δικαιώματα του ασθενή που πεθαίνει	144
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	146
ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	148
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	151

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η εργασία αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πατρών για τη λήψη πτυχίου.

Θα θέλαμε κατ' αρχήν να ευχαριστήσουμε θερμά την συντονίστρια της επικείμενης εργασίας κα Αθ. Πανταζάκα για την υπομονή που κατέδειξε ώσπου να ολοκληρωθεί, όπως επίσης για τις πολύτιμες κατευθύνσεις και υποστήριξη της καθόλη τη διάρκεια εκπόνησής της. Επίσης ευχαριστούμε θερμά την προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» κα Χ. Δελπαντώνη - Οικονόμου, όπως και τη συνάδελφο του τμήματος κα Β. Καραμήτρου, για την βοήθειά τους προκειμένου να μηθούμε στην επαγγελματική Κοινωνική Εργασία, όπως επίσης και για την υποστήριξή τους, ηθική και πρακτική, για την πραγματοποίηση της εργασίας αυτής, κατά τη διάρκεια της Ε.Π.Α. στο χώρο του Νοσοκομείου.

Ακόμα πολύτιμη θεωρείται η συμβολή του Διευθυντή της Νευροψυχιατρικής Κλινικής του ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ, του Δ. Καρανάσιου.

Τέλος θα θέλαμε να αναγνωρίσουμε και να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στο ρόλο και στη στάση που επέδειξαν οι οικογένειες μας, στην ολοκλήρωσή αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο καρκίνος αποτελεί μια σθένεια η οποία απο την πλειονότητα των ανθρώπων καθίσταται αντιληπτή υπό την επήρεια του κοινωνικού στίγματος και των προκαταλήψεων που τη συνοδεύουν, με συνέπεια να δημιουργούνται σοβαρές επιπτώσεις στο χώρο της σωματικής και ψυχικής υγείας του αρρώστου και της οικογένειας αυτού.

Οι επιπτώσεις αφορούν όλους τους τομείς, σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και διαφέρουν σε κάθε στάδιο της νόσου, όπως διαφέρουν και με την ηλικία.

Κατά την πρώτη εισβολή της ασθένειας, η αρχική αντίδραση του ατόμου είναι ο φόβος: φόβος του αγνώστου και απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος για την εξέλιξη της νόσου, των στερήσεων και θυσιών, της οποίας θα αποκτήσει, του έντονου πόνου, ο φόβος του θανάτου. Ο άρρωστος γίνεται εγωκεντρικός, προκατελλειμένος με τις σωματικές του λειτουργίες και συχνά δοκιμάζει αίσθημα μόνωσης και αρχηστείας με αποτέλεσμα τη ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.

Στα παραπάνω προβλήματα προστίθεται και η ελλιπής ενημέρωση από μέρους των γιατρών για την κατάσταση της υγείας του. Τα αναπάντητα ερωτήματα και το κλίμα μυστικοπάθειας που επικρατεί μεταξύ αρρώστου - γιατρού και συγγενών εντείνει το άγχος και την αβεβαιότητα στον ασθενή. Στην απόκρυψη της αλήθειας συμβάλλουν και οι συγγενείς, οι οποίοι προσπαθούν να προστατέψουν τον άνθρωπό τους από την οδυνηρή αλήθεια, προβάλλοντας τη δική τους θέση απέναντι στην ασθένεια.

Το αν βέβαια πρέπει να λέγεται ή όχι η αλήθεια στον καρκινοπαθη είναι ένα άλυτο και πολυ συζητημένο θέμα που προκαλεί μια ποικιλία αντιδράσεων. Ωστόσο, βασικό είναι η ενημέρωση να είναι προσαρμοσμένη στην προσωπικότητα του ατόμου, στις δυνάμεις και αδυναμίες του, στους φόβους και στις ανάγκες του.

Η ασθένεια του καρκίνου με την εκδήλωσή της επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια, διασπά την αρμονική ζωή και δημιουργεί ποικιλόμορφα προβλήματα σχέσεων καθώς επιφέρει μια ανακατανομή ευθυνών και αναθεώρηση ρόλων, όπως επίσης και τροποποίηση επιπέδων επικοινωνίας μεταξύ των μελών.

Η αποκατάσταση ασθενούς που πάσχει από καρκίνο είναι σπουδαίας σημασίας καθώς βοηθά τον άρρωστο, στα πλαίσια του εφικτού πάντοτε, να επανακτήσει ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και να επανενταχθεί στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στην νέα αυτή πραγματικότητα ο ασθενής δεν στερείται «σθένους» γιατί του δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχει ενεργά και ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής ακόμα και αν αυτή η αρρώστια από την οποία πάσχει απειλεί τη ζωή του.

Η νεοπλασματική ασθένεια είναι γεγονός ότι επιφέρει ποικίλλα προβλήματα σ' όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, όπως επίσης και στη σχέση και αλληλεπίδραση με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, επηρεάζοντας ιδιαίτερα την έκβαση και πορεία της νόσου. Αυτή η πραγματικότητα αναδύει την ανάγκη ύπαρξης επαγγελματιών υγείας όπως ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος έχει τη δυνατότητα παράλληλης εργασίας με το άτομο, την οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο. Ο Κοινωνικός Λειτουργός με την μεθοδευμένη συμπαράσταση και την επιστημονική του γνώση, βοηθά το άτομο να εξοικιωθεί με την ασθένεια, και με τις συνθήκες που αυτή επιβάλλει, και ν' αγωνιστεί θετικά για τη ζωή του σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η εργασία με την οικογένεια περιλαμβάνει την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, προκειμένου να γίνει αποδεκτή η νέα πραγματικότητα και να εδραιωθεί η αντίληψη η οποία εκλαμβάνει τον άρρωστο ως άτομο με δικές του ανάγκες και δικούς του ρυθμούς, να κινητοποιηθούν οι δυνάμεις και οι μηχανισμοί ανεξαρτητοποίησής του.

Από τα παραπάνω καθίσταται εύκολα σαφής η σπουδαιότητα και σημαντικότητα του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού σ' ένα ογκολογικό Νο-

σοκομείο, καθώς βοηθά άτομο και περιβάλλον ν' αποδεχτούν την εμπειρία της ασθένειας ως μια διαδικασία σύμφωνα με την οποία πρέπει κανείς να «μάθει» να ζει. Ωστόσο, η εργασία σ' ένα τόσο δύσκολο και δυσάρεστο πλαίσιο επιφέρει έντονη ψυχοσυναισθηματική φθορά, η οποία στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «επαγγελματική εξουθένωση». Είναι γεγονός, ότι σε όλα τα επαγγέλματα, ενίοτε παρατηρείται κάποια εξάντληση και απώλεια ενδιαφέροντος, σε βαθμό που να επηρεάζεται σημαντικά η απόδοση του ατόμου.

Στην κοινωνική εργασία το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονα και αναλαμβάνει ολοένα επικίνδυνες διαστάσεις λόγω κυρίως τη στενής σχέσης που αναπτύσσεται με τον πελάτη, άτομο το οποίο βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης και έχει πραγματικά ανάγκη από την υποστήριξη του κοινωνικού λειτουργού.

Θα ήταν φρόνιμη εκ μέρους μας η αναφορά στην εφαρμογή της Κοινωνικής Εργασίας στο Ογκολογικό Νοσοκομείο λόγω προσωπικής εμπειρίας στα πλαίσια της εξαμηνιαίας πρακτικής άσκησης.

Συλλογιζόμενος κανείς τις δύσκολες και δυσχερείς συνθήκες δουλειάς με καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους, τη σχέση που αναπτύσσεται μαζί τους, σχέση η οποία έχει ως κεντρικό άξονα τον καρκίνο, ασθένεια που αναγείρει προκαταλήψεις και στιγματίζεται κοινωνικά, με επώδυνη και χρονοβόρα θεραπεία, αβεβαιότητα για το μέλλον και με συχνή την κατάληξη στο θάνατο. Ακόμα σοβαρές είναι οι απαιτήσεις που προβάλλει η εργασία στο χώρο της υγείας, όπως επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, για παράδειγμα κίνητρα, προσδοκίες, επιθυμίες, φιλοσοφία για την εργασία το θάνατο κ.α.

Ολ' αυτά καθιστούν τον επαγγελματία ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση, η οποία προκαλείται από συσσωρευμένο στρες που δημιουργεί μια αίσθηση απογοήτευσης και ανεπάρκειας στις απαιτήσεις που προβάλλει ο εργασιακός χώρος.

Στη μελέτη που ακολουθεί πραγματοποιείται μια ιδιαίτερη εκτενής αναφορά στην «επαγγελματική εξουθένωση», στα αίτια και επιπτώσεις, όπως επίσης και στα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης, καθώς επιμέρους στόχο αποτελεί η έμφαση στο βαθμό επικινδυνότητας που διατρέχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα εκάστοτε πλαίσια εργασίας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι ασθένεια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Πριν την ύπαρξη γραπτού λόγου υπάρχουν ενδείξεις - αλλοιωμένα οστά ανθρώπων και ζώων - που μαρτυρούν την ύπαρξη κακοήθων όγκων.

Με την έναρξη του γραπτού λόγου υπάρχουν πλέον σαφείς αναφορές όγκων σε κείμενα αρχαίων Αιγυπτίων, Περσών, στην Παλαιά Διαθήκη κ.λπ. Ήδη από το 3ο π.Χ. αιώνα υπήρχε ο διαχωρισμός ανάμεσα στους ιατούς και ανιάτους όγκους. (Κατράκης 1980).

Ο καρκίνος στην ιστορική πορεία του συνδέθηκε με πλήθος δοξασιών, όπως εκείνη του Γαληνού που υποστήριξε ότι η καρκινογένεση συνδέεται με την παρουσία «μέλαινας χολής» στον οργανισμό. Για να ξεπεραστούν χρειάστηκε να διανυθεί ολόκληρος ο Μεσαίωνας και να φτάσει η εποχή του μικροσκοπίου για να υπάρξουν νέες θεωρίες (ο.π.)

Ο όρος «καρκίνος» πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Ιπποκράτη σαν παρομοίωση με το καβούρι, του οποίου τα πόδια αναπτύσσονται ακτινωτά γύρω από το σώμα του, ή κατ' άλλους, ο όρος προσειδεάζει στη δυσκολία αποκόλλησης του καβουριού από το βράχο όπου ζει, σε αντιπαράθεση με τον όγκο, ο οποίος δεν αποκολλάται εύκολα από τον ιστό όταν έχει αναπτυχθεί (Ρασιδάκη, 1983).

Ο όρος «καρκίνος» έχει επικρατήσει και σήμερα, αν και χρησιμοποιούνται διάφορες άλλες ονομασίες, όπως κακοήθης όγκος - κακοήθης νεοπλασία.

Στη σημερινή ιατρική σκέψη έχει ξεπεραστεί η δοξασία της «μέλαινας χολής» και επικρατεί γενικά η άποψη ότι η καρκινογένεση προκαλείται, κατά κύριο λόγο, από εξωγενείς - χημικούς, φυσικούς, μηχανικούς - παράγοντες, και λιγότερο από ενδογενείς (ορμόνες). Ακόμη υπάρχει και η

άποψη της συγκαρκινογένεσης – συνεργία εξωγενών και ενδογενών παραγόντων. Μιλώντας για καρκίνο πρέπει να είναι γνωστό ότι δεν πρόκειται για μία αυστηρά καθορισμένη αρρώστεια, αλλά για ένα πλήθος διαφορετικών ασθενειών που μπορούν να προσβάλλουν οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Καθ' ένας από τους διαφορετικούς καρκίνους έχει τη δική του συμπεριφορά, εξέλιξη και πορεία, διαφορετική ευαισθησία στους διάφορους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης (Κατράκης, 1980).

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η λέξη καρκίνος σοκάρει, σε όλα τα μήκη και πλάτη του κόσμου. Είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ο όρος χρησιμοποιείται σπάνια και αντικαθίσταται από πληθώρα άλλων που δηλώνουν ακριβώς την ίδια αρρώστεια. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η συντομογραφία «Ca» που χρησιμοποιείται κι από τους Έλληνες και η οποία επειδή είναι ξενική αποποιείται τη μακάβρια έννοια που έχει δοθεί στην Ελληνική λέξη και προσφέρει περισσότερη «σιγουριά».

Η ασθένεια περιβάλλεται από ένα δίκτυ προκαταλήψεων, σε σχέση κυρίως με την έκβασή της, που έχει δημιουργηθεί στο πέρασμα των αιώνων και από όπου αντλεί το πλατύ κοινό τις πληροφορίες του. Κατά συνέπεια η πληροφόρηση είναι κακή, και ελλιπής και δημιουργεί στη συνέχεια νέες προκαταλήψεις. Με τη διαδικασία αυτή δημιουργείται ένας «φαύλος κύκλος» που παραποιεί τη πραγματικότητα και προκαλεί μια διαρκή ανησυχία και ένα διάχυτο φόβο. Ο φόβος για τον καρκίνο ξεφεύγει πολύ συχνά από τα φυσιολογικά όρια. (Κατράκης, 1980)

Συναντώνται δυο μορφές του παράλογου αυτού φόβου. Στην πρώτη συναντώνται άτομα που παρερμηνεύουν το παραμικρό σύμπτωμα - πόνο και ξεκινούν μια ατέρμονη διαδικασία εξετάσεων για ανίχνευση της αρρώστειας, ανεξάρτητα από τα αρνητικά αποτελέσματα. «Πρόκειται για νευρωσικά άτομα» και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή στο χειρισμό τους. (Κατράκης, 1980)

Στη δεύτερη μορφή συναντώνται άτομα που κλείνουν τα μάτια μπροστά σε κάθε σύμπτωμα, άτομα που αρνούνται τις παραινήσεις για προληπτικές εξετάσεις που φοβούνται μήπως ο γιατρός «τους βρει κάτι κακό». Τα άτομα όμως που εθελουφλούν στερούνται, πολύ συχνά, τη δυνατότητα για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Φτάνουν στο γιατρό όταν τα συμπτώματα έχουν επεκταθεί και είναι δύσκολη ή και αδύνατη η θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Έτσι, είναι συχνοί οι θάνατοι και η ασθένεια κρί-

νεται «ανίατη». Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι αυτή η μορφή φοβίας είναι σοβαρότερη απ' την ίδια την ασθένεια, στο βαθμό που στερεί από το άτομο κάθε δυνατότητα θεραπείας και δημιουργεί ένα πρόσθετο πρόβλημα.

Σε σχέση με τον καρκίνο είναι φανερό ότι το δίλημμα είναι εντονότερο. Η αντιμετώπιση δεν είναι καθορισμένη ούτε παρόμοια στις διάφορες χώρες του κόσμου. Υπάρχουν τρεις κύριες απόψεις που καλύπτουν όλες τις δυνατότητες και είναι μοιρασμένες παγκόσμια (ο.π.)

ΣΚΟΠΟΣ

Η εργασία που ακολουθεί δεν φιλοδοξεί να πρωτοστατήσει στα τόσα που έχουν γραφτεί για τον καρκίνο. Εκείνο που αποσκοπεί είναι να πλησιάσει όσο το δυνατόν περισσότερο την ψυχοκοινωνική άποψη της ασθένειας, να ασχοληθεί λίγο παραπάνω με τον άνθρωπο-ασθενή, με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, με τις επιθυμίες και τις ανάγκες του.

Πιο συγκεκριμένα βασικός στόχος της μελέτης είναι η καταγραφή τεκμηριωμένων γνώσεων, οι οποίες αντλήθηκαν από έγκυρες και επιστημονικές πηγές με στόχο την παροχή βοήθειας στους Κοινωνικούς Λειτουργούς και γενικά στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να κατανοήσουν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην υγεία και στην αρρώστια. Επίσης, αποβλέπει να τους ευαισθητοποιήσει στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες τόσο του αρρώστου, όσο και των μελών της οικογένειάς του, όταν αντιμετωπίζουν ένα χρόνιο και σοβαρό πρόβλημα υγείας, όπως είναι ο καρκίνος. Εξίσου σημαντικό στόχος της εργασίας είναι να υπογραμμίσει τις ψυχοφθόρες επιπτώσεις στην προσωπικότητα του κοινωνικού λειτουργού που επιφέρει η επαφή με τον άρρωστο, την αναπηρία, το πόνο, το θάνατο και άλλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκύπτουν στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, ο θεμελιώδης σκοπός της επικείμενης μελέτης είναι κυρίως, να καταδείξει την ανάγκη άσκησης Κοινωνικής εργασίας, να συγκεκριμενοποιήσει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε Ογκολογικό Νοσοκομείο, ν' αποδείξει ότι μια δευτερογενής υπηρεσία μέσα σε ιατρικό πλαίσιο, όχι απλά είναι απαραίτητη, αλλά και απόλυτα αναγκαία αν σκοπός είναι η σφαιρική αντιμετώπιση της ασθένειας.

Τα στοιχεία που περιλαμβάνει η εργασία προέρχονται από δύο κύριες πηγές, α) κάποια στοιχεία από την προσωπική μας εμπειρία στα πλαίσια της πρακτικής μας άσκησης στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» β) από τη βιβλιογραφία.

Αρχικά, η εργασία περιελάμβανε την πραγματοποίηση διερευνητικής έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο θα συμπληρωνόταν από καρκινοπαθείς όλων των σταδίων και άνω των 20 ετών στην αιματολογική κλινική του Γ.Ν. «Παπανικολάου», «Ιπποκράτειο», και στο Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο». Ωστόσο, αναγκαία απέβηκε η απόσυρσή του καθώς η έγκριση από τα διοικητικά συμβούλια των παραπάνω Νοσοκομείων απαιτούσε πολύ χρόνο και έντονα γραφειοκρατικές διαδικασίες.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Ακτινοθεραπεία (Radiation Therapy):

«Η χρήση ακτίνων Χ ή ραδιενεργών ουσιών για τη θεραπεία μιας νόσου, συχνά δε για να παρατείνει τη ζωή και να προλάβει ή να θέσει υπό έλεγχο συμπτώματα που συνδέονται με την ύπαρξη καρκίνου» (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Αθήνα 1980, Τόμος 6, σελ. 40).

Χημειοθεραπεία:

«Θεραπεία με φαρμακευτικά σκευάσματα που επενεργούν στους νοσογόνους παράγοντες των ασθενών που οφείλονται στις λοιμώξεις και παράσιτα καθώς και στα νεοπλασματικά κύτταρα» (Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1983, τόμος 39, σελ. 9-12).

Νεοπλασμα:

«Άχρηστη κοινοπλασία των ιστών που αυξάνονται επαναστατικά και απροσδιόριστα και προσλαμβάνουν αυτόνομο χαρακτήρα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι τα ίδια κύτταρα του σώματος τα οποία χαρακτηρίζονται από διαστροφή της φυσιολογικής αύξησης και του πολλαπλασιασμού τους». (Νέα ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1980, τόμος 18, σελ. 571).

Μετάσταση:

«Μετατόπιση παθολογικής κατάστασης από την αρχική της εστία σε ένα άλλο σημείο του οργανισμού. Είναι η εξάπλωση και διασπορά των κυττάρων κακοήθους όγκου» (Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια Αθήνα 1983, Τόμος 21, σελ. 583).

Αμυντικοί μηχανισμοί (Αμυνα του ΕΓΩ):

«Είναι οι ασυνείδητες τεχνικές που χρησιμοποιεί το ΕΓΩ για ν' αντιστα-

θεί στις ανεπιθύμητες ενστικτώδεις ενέργειες. Ο λόγος ύπαρξης των περισσότερων αμυντικών μηχανισμών είναι η αποφυγή του άγχους» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 1, σελ. 20).

Μηρυκασμός:

«Είναι η επαναφορά τροφής για αναμάσηση. Μεταφορικά σημαίνει την στερότυπη επανάληψη ίδιων λόγων) (Νέα Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1980, Τόμος 17, ελ. 679).

Εγκύστωση:

«Ο σχηματισμός στρώματος από στερεό ινώδη ιστό γύρω από ένα ξένο σώμα ή μικροβιακή εστία. Η εγκύστωση αποτελεί αμυντική αντίδραση του οργανισμού εναντίον του ξένου σώματος, το οποίο απομονώνεται με το πλέγμα του συνδετικού ιστού και γίνεται έτσι ακίνδυνο για τον οργανισμό» (Νέα Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα 1980, Τόμος 11, σελ. 601).

Προκατάληψη:

«Αρνητική, δυσμενή, άκαμπτη στάση με μια ομάδα ή και στα ίδια τα μέλη που την απαρτίζουν. Η στάση αυτή χαρακτηρίζεται από στερότυπες πεποιθήσεις, και πηγάζει από διαδικασίες που συντελούνται σε όσους τηρούν τη στάση αυτή και όχι στην πραγματική εξακρίβωση του αν η ομάδα, για την οποία εκδηλώνεται, έχει τα γνωρίσματα που της αποδίδονται» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 3, σελ. 798).

Προσαρμογή:

«Η κατάσταση που προκύπτει από τη διαδικασία με την οποία επέρχονται αλλαγές σ' έναν οργανισμό, σ' ένα σύστημα κοινωνικής οργάνωσης, σε μια ομάδα ή κουλτούρα - αλλαγές που συμβάλλουν στη λειτουργία, διατήρηση και επίτευξη σκοπών του οργανισμού, του συστήματος κοινωνικής οργάνωσης, της ομάδας, της κουλτούρας» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, τόμος 3, σελ. 807).

Κοινωνική αλληλεπίδραση:

«Προσδιορίζει την αμοιβαία επιρροή ενεργημάτων δια μέσου της επικοινωνίας. Ο ορισμός περιλαμβάνει και την αμοιβαία αλληλεπίδραση ενός προσώπου με τον εαυτό του» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 2, σελ. 411).

Κοινωνική απομόνωση:

«Αποκοπή ή ελαχιστοποίηση επαφής και επικοινωνίας με τους άλλους, γεγονός που υπολογίζεται με τη χρήση δεικτών όπως η ανωνυμία, η κινητικότητα στο χώρο, τοπική ανακατανομή φίλων, συχνότητα συμμετοχής σε ομάδες κ.α.» (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 2, σελ. 430).

Ενοχής συναισθήματα:

«Μια οδυνηρή συναισθηματική κατάσταση το ψυχικό περιεχόμενο της οποίας συνίσταται στη συναίσθηση ότι το άτομο έσφαλλε, σύμφωνα είτε με προσωπικούς είτε με κοινωνικούς ηθικούς κανόνες.

Το κοινό περιεχόμενο συναισθημάτων ενοχής αναφέρεται σε μια οδυνηρή κρίση για κάποιο συμβάν στο παρελθόν, που έχει τον χαρακτήρα της μεταμέλειας. Επίσης τα συναισθήματα αυτά μπορεί να διαστέλλονται από άλλες εκδηλώσεις στη συνείδηση, οι οποίες δεν αφορούν το παρελθόν, αλλά περιέχουν κρίσεις για το μέλλον.

Στην ψυχολογία ο όρος αναφέρεται σε μια συναισθηματική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο κυριαχείται από την πεποίθηση ή γνώση ότι έχει παραβιάσει κάποιο κοινωνικό έθιμο, κάποια ηθική αρχή ή ένα νομικό κανόνα».

(Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 1, σελ. 241).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΝ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΟΣΜΟ

Η ομάδα ασθενειών που είναι γνωστή σαν καρκίνος έχει μια φοβερή φήμη στην κοινωνία. Μια δημοσκόπηση στην Αμερική, βεβαιώνει ότι το 90% των ανθρώπων φοβούνται τον καρκίνο περισσότερο από όλες τις άλλες απειλές στη ζωή. Όμως, οι ασθένειες του κυκλοφοριακού – οι αιτίες καρδιακών προσβολών και εγκεφαλικών – είναι εκείνες που προηγούνται στον κατάλογο των συνηθισμένων αιτιών θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες. («Ο Καρκίνος» 1993).

Ο καρκίνος εμπνέει φόβο, επειδή πολλοί άνθρωποι υποθέτουν ότι ο θάνατος είναι η αναπόφευκτη έκβαση, όταν διαγνωσθεί η νόσος. Τα γεγονότα όμως είναι λιγότερο τρομακτικά και δίνουν στέρεη βάση για ελπίδα. (ο.π.)

Ο καρκίνος είναι σήμερα υπεύθυνος για το 20% των θανάτων τις ΗΠΑ και περίπου 1.000.000 Αμερικανοί διαγιγνώσκονται ότι έχουν καρκίνο κάθε χρόνο. Όμως από αυτούς, 400 χιλιάδες θα δεχθούν έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία, και με τον καιρό θα μπορέσουν να συνεχίσουν τη ζωή τους, πολλοί απ' τους οποίους εντελώς θεραπευμένοι. (ο.π.)

Από τη δεκαετία του 1930, ο καρκίνος στις αναπτυγμένες χώρες αυξάνεται και αυτό αποτελούσε μια ανησυχητική τάση. Είναι σημαντικό όμως το γεγονός ότι το μεγαλύτερο τμήμα αυτής της αύξησης οφείλονταν στην απότομη αύξηση των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα και ότι σχεδόν όλες αυτές οι περιπτώσεις αποδίδονταν στο κάπνισμα. (ο.π.)

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, μεγάλες ανακαλύψεις στη θεραπεία του καρκίνου, είχαν σαν αποτέλεσμα μια θεαματική βελτίωση στον αριθμό των επιβιώσεων σε πολλούς τύπους καρκίνου, όπως των ωοθηκών, των όρχεων, και η λευχαιμία. Είναι ορατό ότι έχει γίνει μια πρόοδος στη θεραπεία της «επάρτης νόσου» όπως ονομάζεται από πολλούς ο

καρκίνος. Ακόμη έχουν γίνει πρόοδοι στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση.

Εκατομμύρια δολλάρια επενδύονται στην έρευνα για τον καρκίνο. Καθώς οι αιτίες γίνονται καλύτερα κατανοητές, οι επιλογές που χρειάζεται να γίνουν για να περιοριστεί ο κίνδυνος θα γίνονται όλο και πιο σαφείς. Επίσης εξετάζονται οι πιθανότητες επιβίωσης από ορισμένους καρκίνους. Το γεγονός ότι ένας στους δύο ασθενείς με καρκίνο επιζεί σήμερα πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία, είναι αξιόλογη απόδειξη ότι η μάχη κατά του καρκίνου δε διεξάγεται μάταια. (C. Clayman, 1991, «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ»).

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν λαθεμένα ότι ο καρκίνος είναι νέα αρρώστια που αποδίδεται κατά κάποιο τρόπο στην πίεση και τα δηλητήρια της σύγχρονης ζωής. Στην πραγματικότητα ο καρκίνος παρουσιάζονταν πάντα στους ανθρώπους και τα ζώα. Αποδείξεις καρκίνου έχουν βρεθεί στις μούμιες της αρχαίας Αιγύπτου και σε απολιθωμένα λείψανα ενός δεινόσαυρου ηλικίας 125 εκ. χρόνων. (ο.π.)

Παρότι από τις αρχές του 20ου αιώνα, εμφανίζεται μια συνεχής αύξηση των θανάτων από καρκίνο, η πραγματική εικόνα είναι πιο σύνθετη. Οι άνθρωποι μιλούν τώρα πιο ελεύθερα για τον καρκίνο και έτσι η συνολική έκταση της ασθένειας είναι περισσότερο φανερή. Επιπλέον, οι άνθρωποι θεραπεύονται από αρρώστιες που ήταν πριν θανατηφόρες. Νέοι άνθρωποι άντρες και γυναίκες πέθαναν από λοιμώξεις όπως η φυματίωση, η πνευμονία και ο τύφος. Αντίθετα σήμερα αυτές είναι σπάνιες αιτίες θανάτου. Οπιοί πολλοί άνθρωποι, φτάνουν σε ηλικία 60-70 ετών, όπου ο καρκίνος είναι μια σχετικά συνηθισμένη ασθένεια. Περισσότεροι από το 1/3 των ανθρώπων που ζουν έως τα 70, θα βρεθούν τελικά να έχουν κάποια μορφή καρκίνου. (ο.π.)

Τι είναι καρκίνος - κατανοώντας τη φύση του καρκίνου

Για να μελετηθούν οι επιπτώσεις της συγκεκριμένης ασθένειας στην ψυχο-συναισθηματική, κοινωνική, οικονομική κατάσταση των ατόμων που

πάσχουν από καρκίνο και στις οικογένειές τους, όπως επίσης και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, είναι σκόπιμο, αρχικά, να γίνει κατανόηση η φύση του καρκίνου, η διαδικασία ανάπτυξής του, η αιτιολογία των όγκων καθώς και η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας.

Η λέξη «καρκίνος» είναι ένας όρος, ο οποίος χρησιμοποιείται από τους περισσότερους για να περιγράψει μία μόνο ασθένεια. Στην πραγματικότητα, ο καρκίνος ισχύει για τουλάχιστον 200 φανερά, διαφορετικές καταστάσεις, καθώς είναι δυνατό να προσβάλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλές διαφορετικές μορφές οι οποίες ποικίλλουν πολύ ως προς τη συμπεριφορά, την ανάπτυξη, την πορεία, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. (Τι είναι καρκίνος, 1992).

Αυτή η μεγάλη διαφοροποίηση επιφέρει σημαντικές δυσκολίες στην έρευνα για τη θεραπεία του καρκίνου.

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την άτυπη άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμμάτιστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Τα κύτταρα του σώματος κανονικά λειτουργούν σε «κοινότητες» με αυστηρά ρυθμισμένη ανάπτυξη, και έχοντας το καθένα ειδική λειτουργία. Στους καρκίνους οποιασδήποτε αιτίας, οι φυσιολογικοί ρυθμοί ανάπτυξης χάνονται και τα κύτταρα δεν λειτουργούν όπως θα έπρεπε. (Τι είναι ο Ca, 1992).

Όλοι οι καρκίνοι είναι όγκοι, αλλά όλοι οι όγκοι δεν είναι καρκίνοι. Οι καλοήθεις όγκοι είναι απλά, συγκεντρώσεις κυττάρων που αναπαράγονται γρήγορα, αλλά ωστόσο διατηρούνται στην ίδια θέση και δεν προσβάλλουν τους γύρω ιστούς προκαλώντας στο άτομο πρόβλημα καθαρά αισθητικό. (φακίδες, κρεατοελιές κ.τ.λ.) (Καρκίνος, 1993).

Οι κακοήθεις όγκοι έχουν 2 κύρια χαρακτηριστικά

α) Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς

β) Έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος.

Αυτή η διασπορά του καρκίνου ονομάζεται μετάσταση. (ο.π.)

Όταν ο καρκίνος διασπείρεται σημαίνει ότι μικρά τεμάχια καρκινικών κυττάρων, τμήματα του αρχικού όγκου, μεταναστεύουν σε άλλα μέρη του σώματος, με τους εξής τρόπους:

α) Με απευθείας επέκταση, καθώς η καρκινική μάζα εισβάλλει στα γειτονικά όργανα και ιστούς τείνοντας να δημιουργεί ρίζες.

β) Μέσω του αίματος (αιματογενής διασπορά)

γ) Μέσω του λεμφικού συστήματος. (ο.π.)

Η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή του καρκίνου εξαρτάται από τον ακριβή προσδιορισμό κάθε όγκου, διότι όπως αναφέρθηκε, κάθε είδος καρκίνου αναπτύσσει διαφορετική συμπεριφορά ανάλογα με τον ιστό που προσβάλλει. Γενικά υπάρχουν 3 τύποι κακοήθων όγκων.

α) **καρκινώματα**, τα οποία αναπτύσσονται σε ιστούς που καλύπτουν επιφάνεια οργάνων και στο επιθήλιο και σε όργανα που εκκρίνουν κάποια ουσία (πάγκρεας, μαστός, πνεύμονας κ.α.)

β) **Σαρκώματα**, είναι όγκοι μαλακών ιστών και οστών

γ) **Λεμφώματα και λευχαιμίες** Αναπτύσσονται στους λεμφαδένες ή στα αιμοποιητικά κύτταρα μυελού των οστών (ο.π.)

ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής στην αντιμετώπιση της νόσου, βασίζεται στον σαφή προσδιορισμό του σταδίου, φάση της καρκινογένεσης. Η εξέλιξη κάθε κακοήθους νεοπλασίας από το πρώιμο μέχρι και το προχωρημένο στάδιο ακολουθεί 4 φάσεις:

1) Η **φάση της επαγωγής**, η οποία χαρακτηρίζεται από κυτταρολογικές εκτροπές.

2) Η **προδιηθητική φάση**, γνώρισμα της οποίας είναι η κυτταρολογικές διαταραχές

3) Η **διηθητική φάση**, όπου και ανακαλύπτονται τα ιστοπαθολογικά ευρήματα

4) Η φάση της διασποράς στην οποία παρουσιάζονται γενικευμένες κλινικές εκδηλώσεις (Στοιχεία Χειρουργικής, 1992). Η Α΄ φάση αποτελεί την πιο σημαντική από άποψη αιτιολογίας της νόσου, καθώς προσδιορίζεται από τη δράση των καρκινογόνων παραγόντων, η οποία επιφέρει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη και επιβίωση των καρκινογόνων κυττάρων.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ

Η ανάπτυξη νεοπλασιών εμφανίζεται κυρίως λόγω της επίδρασης συγκεκριμένων περιβαλλοντικών παραγόντων και λιγότερο ως αποτέλεσμα κληρονομικής γενετικής ανωμαλίας.

Εξαιρετικά ενδιαφέρουσα και σημαντική στην πληρέστερη κατανόηση του τρόπου ανάπτυξης του καρκίνου, αποτελεί η «θεωρία των πολλαπλών κρούσεων», σύμφωνα με την οποία όλες οι νεοπλασίες δημιουργούνται από μεταβολές, «κρούσεις» στα γονίδια του κυττάρου, όπου και εμπεριέχονται τα γενετικά προγράμματα, μετατρέποντάς τα έτσι σε ογκογονίδια. Οι «κρούσεις» προκαλούνται από διάφορες χημικές ή εξωγενείς ουσίες που ονομάζονται καρκινογόνες και οι οποίες ενεργοποιούν την καρκινογένεση (Ο Καρκίνος, 1993).

Πιο συγκεκριμένα, η επίδραση των παρακάτω παραγόντων ευνοεί σημαντικά την παραγωγή καρκινικών κυττάρων:

- **Ο καπνός** και οι καρκινογόνες ουσίες από το κάπνισμα. Η εισπνοή καπνού τσιγάρου ενέχει μεγαλύτερο βαθμό κινδύνου για καρκίνο απ' οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα. Ο βαθμός κινδύνου καρκίνου του πνεύμονα είναι 10 φορές μεγαλύτερη από εκείνο των μη καπνιστών.
- **Διατροφή.** Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ανάπτυξη νεοπλασιών έγκειται σε άμεση συνάρτηση με τον τρόπο που διαιτώνται οι άνθρωποι, τον τύπο των τροφών και μαγειρέματος και τις ποσότητες που καταναλίσκονται.
- **Παχυσαρκία.** Μέχρι τις πρόσφατες έρευνες δεν έχει διαπιστωθεί ότι

η παχυσαρκία ευθύνεται άμεσα για τον καρκίνο. Εν τούτοις, η ύπαρξη περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών λόγων που σχετίζονται με την παχυσαρκία μπορεί να την αναγάγουν σε όργανο για τη μεγαλύτερη συχνότητα νεοπλασιών.

- **Υπερβολική έκθεση σε ηλιακές ακτίνες.** Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί το μοναδικό ίσως τύπο καρκίνου ο οποίος εναπόκειται στον έλεγχο του ανθρώπου και μπορεί ν' αποφθευχθεί εφόσον περιοριστεί η έκθεση στον ήλιο.
- **Σεξουαλικοί παράμετροι, φάρμακα, αναπαραγωγή.** Οι σεξουαλικοί παράμετροι και η αναπαραγωγική ιστορία είναι δυνατό να επηρεάσουν σημαντικά το βαθμό κινδύνου του καρκίνου ειδικά εκείνων που συνδέονται με το AIDS και με τα γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα. Μικρός είναι ο αριθμός των φαρμάκων που μπορεί να ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο τα οποία όμως ποτέ δεν φθάνουν στην αγορά.
- **Ακτινοβολία από ακτίνες Χ, Ραδιενεργές ουσίες.** Πολύ σημαντικό, ωστόσο, είναι να τονισθεί ότι η δόση ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς σκοπούς είναι αβλαβής, και κατά συνέπεια δεν πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αυτού του πολύτιμου διαγνωστικού εργαλείου.
- **Βιομηχανικά παράγωγα, η τοξικές ουσίες του περιβάλλοντος.** Ο κίνδυνος καρκίνου που προέρχεται από έκθεση σε χημικά καρκινογόνα είναι μικρός, εκτός αυτού που προκύπτει κάτω από ορισμένες βιομηχανικές συνθήκες (επαγγελματικοί καρκίνοι) εργασίας ή σαν αποτέλεσμα βιομηχανικής ρύπανσης του περιβάλλοντος.

Οι παράγοντες που ευνοούν τον καρκίνο είναι:

- **Το οινόπνευμα.** Το καθε αλκοολούχο ποτό εμπεριέχει 400 χημικές ουσίες, οι οποίες δρουν επιβαρυντικά και συχνά κατ'άτροφικά σε ζωτικά όργανα του σώματος. Η επίδραση του είναι καταλυτική όταν η χρήση αλκοόλ συνοδεύεται από τη χρήση καπνού.

- Το άγχος και η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος που συχνά προκαλεί
- Η κληρονομικότητα. Εν κατακλείδι, ο κίνδυνος για ν'αναπτυχθεί ο καρκίνος εξαρτάται από: (ο.π.)
 - α) Ποιος είσαι (γενετική σύνθεση)
 - β) Πού ζεις (περιβαλλοντική και επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες).
 - γ) Πώς ζεις (προσωπικός τρόπος ζωής) (ο.π.)

Στις μέρες μας, μετά από εντατικές έρευνες και ενδελεχείς μελέτες, οι επιστήμονες έχουν συγκεκριμενοποιήσει τις αιτίες πολλών τύπων καρκίνων. Έτσι ο καθένας έχει τη δυνατότητα να περιορίσει το βαθμό κινδύνου αρκεί να ακολουθήσει και να υιοθετήσει τις συστάσεις του «Αντικαρκινικού τρόπου ζωής» (ο.π.)

ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ

Το άγχος αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική πηγή ενοχής που σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου του καρκίνου.

Ο Γ. Ρηγάτος (1985) ορίζει ως στρες «το σύνολο όλων των μη ειδικών βιολογικών φαινομένων που προκαλούνται από αντίξοες εξωτερικές επιδράσεις, και οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τόσο τις βλάβες όσο και την άμυνα. Το στρες διακρίνεται σε φυσικό και ψυχολογικό. Και το ψυχολογικό σε συγκινησιακό και κοινωνικό. Στη μελέτη του ο συγγραφέας αναφέρει ότι η έκθεση του ατόμου στο κοινωνικό στρες, δεν προκαλεί η ίδια τη νόσο, έχει ωστόσο τη δυνατότητα, να τροποποιήσει τη δεκτικότητα του ατόμου στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και να λειτουργήσει ως εκλυτικός παράγοντας. (Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία, 1985).

Ως κοινωνικό στρες ο Γ. Ρηγάτος (1985) ορίζει, «όλες τις μεταβολές όπως η απώλεια αγαπημένου προσώπου, προβλήματα στο γάμο, ανεργία, οικονομικές βλάβες, οι οποίες τείνουν να μεταβάλλουν την κοινωνική θέση του ατόμου που τις υφίσταται» (ο.π.)

Η σύγχρονη επιστημονική έρευνα έχει εστιάσει την προσοχή της στη συσχέτιση του καθημερινού άγχους με τα νοσήματα από τα μέσα του 20ου αιώνα.

Στον Γ. Ρηγάτο (1985) αναφέρεται ότι το 1958 οι Greene & Miller διαπιστώνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός γυναικών και παιδιών λίγο πριν την εμφάνιση λευχαιμίας και λεμφωμάτων είχαν υποστεί σημαντική απώλεια.

Το 1961, στο ίδιο σύγγραμμα, οι Schmale & Iker διατύπωσαν την υπόθεση ότι ο καρκίνος φαίνεται ν' αναπτύσσεται σε άτομα που «αφήνονται» και αισθάνονται χωρίς ελπίδα. Από την έρευνά του έχει αναπτυχθεί η υπόθεση του «hopelessness and helplessness syndrome».

Λίγο αργότερα ο Le shan διεξήγαγε μια πολύ σπουδαία μελέτη μεταξύ 152 καρκινοπαθών όπου και διαπίστωσε ότι 72% των ατόμων είχαν υποστεί μια σημαντική απώλεια κεντρικής σχέσης, 47% παρουσίασαν ανικανότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και 38% βίωσαν ένταση μετά το θάνατο ενός γονιού (Εισαγωγή στη ψυχοκοινωνική ογκολογία 1985).

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα του Becker σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, κατέληξε σε βασικά κοινά χαρακτηριστικά τα οποία διέκριναν την πλειονότητα των ατόμων όπως παιδικές τραυματικές εμπειρίες, ακληρή νεανική ηλικία, με έλλειψη αγάπης, στοργής, τρυφερότητας αυξημένες ευθύνες, υψηλή επίπτωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. (ο.π.)

Μελετώντας κανείς τα παραπάνω εύκολα διαπιστώνει ότι δεν πρέπει να εκπλήσσει το γεγονός ότι μερικά άτομα παρόλο που έχουν υιοθετήσει έναν ιδιαίτερα «υγιεινό» και προσεγμένο τρόπο ζωής δίκως καταχρήσει και υπερβολές εν τούτοις εμφανίζουν την ασθένεια του καρκίνου. Στο «Γιατί» της συγκεκριμένης περίπτωσης κατάλληλη απάντηση είναι η εξής: Η ψυχολογική διαπάλη που αποτελεί συνέπεια περιβαλλοντικού κοινωνικού παράγοντα και η οποία φθείρει (επικίνδυνα) ανεπανόρθωτα τον οργανισμό και το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου. (ο.π.)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Είναι γεγονός ότι για τους περισσότερους ανθρώπους η νόσος του καρκίνου είναι ταυτισμένη με τον πόνο και το θάνατο. Αυτή η αντίληψη αποτελεί μεγάλο σφάλμα, καθώς με τη χρήση των σύγχρονων ιατρικών μηχανημάτων, την ερευνητική εξέλιξη στον τομέα της ογκολογίας και την ανακάλυψη πιο αποτελεσματικών φαρμακευτικών παρασκευασμάτων είναι δυνατό να καταστεί η ασθένεια θεραπεύσιμη με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας, αρκεί βέβαια ν' ανακαλυφθεί έγκαιρα και σε πρώιμο στάδιο.

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία προέβηκε στη σύσταση ενός καταλόγου που εμπεριέχει διάφορα συμπτώματα, η ύπαρξη των οποίων στον οργανισμό θα πρέπει να ενσταλάξει στο άτομο υποψίες και να το κινητοποιήσει, ώστε να καταφύγει στην ιατρική περίθαλψη. Τα προειδοποιητικά σημάδια είναι τα εξής: (Ο Καρκίνος, 1993)

1. Αλλαγή στη συμπεριφορά εντέρου ή κύστης
2. Δυσίατη φλεγμονή του φάρυγγα
3. Ασυνήθεις αιμοραγίες ή παθολογικό εκκρίμα
4. Σκλήρυνση ή διόγκωση στο μαστό ή σε άλλο σημείο
5. Δυσπεπτικά ενοχλήματα ή δυσκολίες κατάποσης
6. Εμφανής αλλαγή σε σπίλο ή κρεατοελιά
7. Ενοχληματικός βήχας ή βρόγχος φωνής.

Οι κυριότερες διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη κλινική ορολογία είναι:

Α) Η κλινική εξέταση που περιλαμβάνει τη λήψη Ιστορικού και τη φυσική εξέταση

Β) Η απεικονιστική εξέταση (ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες κ.τλ.) η οποία συντελλεί στην πλήρη διάγνωση και στην ακριβή σταδιοποίηση της νόσου.

Γ) Η κυτταρολογική εξέταση ή τεστ Παπανικολάου, η οποία αποτελεί το κύριο μέσο ανίχνευσης του προκαρκινικού σταδίου ή του πρώιμου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Δ) Η Διαγνωστική βιοψία ή Ιστολογική εξέταση, η οποία πραγματοποιείται με τη λήψη μικρής ποσότητας από τον ανώμαλο ιστό του σώματος και εξετάσής του με μικροσκόπιο. Η μέθοδος αυτή είναι η πιο σημαντική καθώς καθορίζει ακριβώς το είδος της βλάβης και την οριστική θεραπεία. (Στοιχεία χειρουργικής, 1996).

Οι κύριοι μέθοδοι που καλύπτουν το φάσμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των κακοήθων νεοπλασμάτων είναι οι: (Ο Καρκίνος, 1993)

Α) Η χειρουργική παρέμβαση, η οποία αποτελεί και την παλαιότερη από τις θεραπευτικές μεθόδους. Η χειρουργική αφαίρεση όγκου ενδείκνυται σε περιπτώσεις που ο όγκος είναι εντοπισμένος και δεν έχει εξαπλωθεί. Με την έγκαιρη τοπική εκρίζωση πρωτοπαθούς όγκου, απελευθερώνονται αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού, οι οποίες διατίθενται για την αντιμετώπιση μικρομεταστάσεων, συμβάλλοντας έτσι στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου.

Οι χειρουργημένοι ασθενείς δεν παρουσιάζουν παρενέργειες αλλά έχουν εμφανείς εκτομές (μαστεκτομή, ορχεκτομή, κολοστομία), οι οποίες επιδρούν καταλυτικά στην ψυχολογική τους κατάσταση, παρακωλύοντας έτσι την ένταξή τους στο περιβάλλον.

Γι' αυτό το λόγο, ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει ο Κοινωνικός Λειτουργός στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι καθοριστικής σημασίας καθώς η προσεγγισή τους, συνίσταται κυρίως στην προσπάθεια προσαρμογής και αποδοχής των αλλαγών που υφίσταται το σώμα του ατόμου.

Β) Ραδιοθεραπεία / Ακτινοβολία: Η μέθοδος αυτή πραγματοποιείται με τη χρήση ιονίζουσας ραδιενέργειας για να προκληθούν μεταβολές στο DNA των καρκινικών κυττάρων τα οποία είτε καταστρέφονται εντελώς ή περιορίζεται η ικανότητά τους ν' αυτοαναπαράγονται, επίβραδύνοντας έτσι την εξάπλωση του καρκίνου.

Ανάλογα με την περιοχή και την ποσότητα ιστού που αντινοβολεύεται μπορούν να εμφανιστούν παρενέργειες όπως ναυτία, εμετούς, διάρροιες,

ουλές, τριχόπτωση αλλά και στειρότητα. Επίσης ένα βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι το γεγονός ότι μαζί με τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφεται και ένας αριθμός υγιών, όχι όμως ανεπανόρθωτα.

Γ) Χημειοθεραπεία. Η μέθοδος αυτή επιτυγχάνεται με τη χρήση κυτταροτοξικών φαρμάκων, τα οποία έχουν την ικανότητα να σκοτώνουν και τα καρκινικά κύτταρα που έχουν αναγνωριστεί και αυτά που έχουν μεταφερθεί με το αίμα σε άλλα σημεία του σώματος.

Με τη δράση ωστόσο, των συγκεκριμένων φαρμάκων, προσβάλλονται τόσο τα ασθενή όσο και τα υγιή κύτταρα, γεγονός που επιφέρει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ποικίλλων ανεπιθύμητων παρενεργειών όπως εμετοί, ναυτία, λευκοπενία, πυρετό, αμηνόρροια, ακόμα και πιθανή μείωση των νοπτικών λειτουργιών.

Όλα αυτά σε συνδιασμό με την ανάγκη τακτικής ιατρικής και νοσοκομειακής παρακολούθησης, τη σκοπιμότητα τακτικού εργαστηριακού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένου και οικονομικών παραγόντων, διαμορφώνουν μια ιδιαίτερη στάση του άρρωστου στη θεραπεία και στο γιατρό και η οποία εκφράζεται συνήθως με έντονη δυσαρέσκεια και ποικίλλες αντιδράσεις.

Στα πλαίσια της χημειοθεραπείας εντάσσεται η **ανοσοθεραπεία** η οποία επιδιώκει τη χειραγώγηση από τον ίδιο τον ασθενή των φυσικών μηχανισμών της ανοσοποιητικής άμυνας για τον έλεγχο των καρκινικών κυττάρων.

Καθώς επίσης και η **ορμονοθεραπεία** με την χορήγηση δόσεων ορμονών προκειμένου να περιοριστούν οι όγκοι. (σ.π.)

Οι παραπάνω μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι δυνατό να εφαρμοσθούν συνδυαστικά, εφόσον κρίνεται από τον θεράποντα ιατρό ως αποτελεσματικότερος τρόπος για την καταπολέμηση της ασθένειας.

Τελειώνοντας είναι πολύ σημαντικό να τονισθεί η αξία που έχει για τον κοινωνικό λειτουργό η γνώση ότι οι διάφοροι μέθοδοι θεραπευτικής

αντιμετώπισης του καρκίνου, εκτός από το επιθυμητό αποτέλεσμα, συχνά επιφέρουν ανεπιθύμητες παρενέργειες τόσο βιολογικές όσο και ψυχοκοινωνικές, γεγονός που επιδρά ανασταλτικά στην προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί στην αρρώστια και στις συνθήκες που αυτή επιβάλλει. Αυτή η ιδιαίτερη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ασθενή κατά τη θεραπεία απαιτεί από τον επαγγελματία πραγματική επικοινωνία, συστηματική ψυχολογική υποστήριξη και συμπαράσταση. Πιο εκτεταμένη μελέτη του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στον συγκεκριμένο τομέα θα παρουσιαστεί παρακάτω.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Κάθε άτομο που προσβάλλεται από τον καρκίνο έχει να παλέψει με προβλήματα που δημιουργούνται απ' αυτή καθ' αυτή την αρρώστια και από τις επιπτώσεις της θεραπείας, οι οποίες συχνά επιφέρουν αλλαγές στην εικόνα του σώματος αλλά και αναπηρία, γεγονός που καθιστά αναγκαία μια ευρύτερη διαδικασία προσαρμογής στην ασθένεια και στις συνθήκες που αυτή επιβάλλει (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου) 991).

Οι διάφοροι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των νεοπλασμάτων, εκτός από το θεραπευτικό τους αποτέλεσμα, συνεπάγονται συχνά και ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες συνίστανται τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχικό επίπεδο (Ρηγάτος, 1985).

Οι οργανικές παρενέργειες έχουν ήδη αναφερθεί περιληπτικά σε προηγούμενο κεφάλαιο. Εδώ θα επιχειρηθεί μια προσπάθεια εμβάθυνσης στη σημασία της επίδρασής τους στον ψυχισμό των ασθενών αλλά και στην κοινωνική τους συμπεριφορά και γενικότερα στην έκβαση του αντικαρκινικού θεραπευτικού αποτελέσματος.

A) Χειρουργική θεραπεία

Η επιτυχία της χειρουργικής αφαίρεσης όγκων έγκειται σε άμεση συνάρτηση με την προετοιμασία και την μετεγχειρητική ρύθμιση. Είναι γεγονός ότι τα προεγχειρητικά προβλήματα παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία, άσχετα από το είδος της εγχείρησης, τα προβλήματα ωστόσο μετά τη χειρουργική θεραπεία εξειδικεύονται ανάλογα με το είδος της επέμβασης και μάλιστα εξατομικεύονται. Έτσι είναι διαφορετικό το πρόβλημα μιας γυναίκας με μαστεκτομή από εκείνο ενός μεσήλικα με κολοστομία, διαφορετικό του νέου με τον όγκο του όρχεος από το πρόβλημα άλλου με ακρωτηριασμό ενός μέλους (Ρηγάτος,1985)

Όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση συνεπάγεται ακρωτηριασμό και προκαλείται αλλαγή στην εικόνα του σώματος και τη λειτουργικότητα του ατόμου, αυτόματα η αυτοεκτίμησή του τίθεται σε δοκιμασία και είναι δυνατό ν' αναδυθούν συναισθήματα απελπισίας, κατάθλιψης και ίσως αμφισβήτησης και καχυποψίας (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου,1991)

Ο τρόπος που θα προσεγγίσει ο κοινωνικός λειτουργός αυτές τις περιπτώσεις ουσιαστικά δεν διαφέρει από τις άλλες θεραπευτικές μεθόδους ωστόσο είναι εξαιρετικά βοηθητική η γνώση της ιδιαίτερης σημασίας που αντανακλά και συμβολίζει κάθε όργανο του σώματος στην εικόνα που έχει για τον εαυτό του και για το ρόλο του. (ο.π.)

Μαστεκτομή - καρκίνος Μαστού

Το όργανο του μαστού έχει εξαιρετικά συμβολική σημασία για τη γυναίκα, καθώς λειτουργεί ως μέσο έκφρασης της μητρότητας και ως πρότυπο ομορφιάς (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991)

Η μαστεκτομημένη γυναίκα 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 τροφή και συνακόλουθα ευχαρίστηση, αγάπη και αίσθημα ασφάλειας.

Για τον άνδρα σημαίνει ότι θα του εκπληρώσει όλες του τις επιθυμίες και θα του προσφέρει αγάπη. Για όλ' αυτά η απώλεια μαστού λαμβάνει διαστάσεις καταστροφής (Ρηγάτος, 1991).

Αντιπροσωπεύοντας λοιπόν οι μαστοί για τη γυναίκα αισθήματα και συμβουλισμούς συνειδητούς και υποσυνείδητους, φυσικό είναι να την εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχτεί ακόμα και αυτή τη θεραπευτική συμβολή. Γι' αυτό η χειρουργική επέμβαση δίκως τη σύμπραξη της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, είναι δυνατό να προκαλέσει σωματικό αλλά και συγκινησιακό τραυματισμό και να καταδικάσει τη γυναίκα σε αλλοίωση της ποιότητας της ζωής της (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991)

Υστερεκτομή - Γυναικολογικός Καρκίνος

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου παρόλο που δεν επιφέρει ορατή αλλαγή στην εικόνα του σώματος, απαρρυθμίζει τη ψυχοσωματική ισορροπία της γυναίκας καθώς τα αισθήματα της διαμορφώνονται κάτω από δύο κοινωνικά στίγματα το στίγμα του καρκίνου και το στίγμα της σεξουαλικής ανικανότητας (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991)

Υπάρχουν ορισμένες διαφορές στον τρόπο που αντιμετωπίζεται η γυναίκα η μαστεκτομημένη και η γυναίκα με υστερεκτομή. Την πρώτη την ενθαρρύνουν ολοι να ξεπεράσει το συγκινησιακό τραύμα και να συνεχίσει την ερωτική της ζωή, να παντρευτεί και καταδικάζουν το σύζυγο που θα την εγκαταλήψει. Τη γυναίκα με γυναικολογικό καρκίνο τη θεωρούν defacto ανίκανη να έχει σεξουαλική ζωή και είναι πιο ανεκτική στις ανάγκες του συζύγου της αναγνωρίζοντάς του ελαφρυντικά. Επίσης, ενώ η μαστεκτομή επιρεάζει τη γυναίκα σε όλες της ηλικίες, οι γυναικολογικές επεμβάσεις θεωρούνται ως τραυματική εμπειρία στη νέα ηλικία και κυρίως όταν επηρεάζει το στόχο της μητρότητας. (ο.π.)

Τα ιδιαίτερα κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες των δύο κατηγοριών οφείλονται στις κρατούσες κοινωνι-

κές αντιλήψεις που πρωτανεύουν και στους σύγχρονους πολιτισμούς, στις οποίες συνδέεται η σεξουαλικότητα με το ανδρικό φύλο. Η γυναικεία σεξουαλικότητα αναφέρεται ως αρνητικό στοιχείο είτε συνδέεται με συγκεκριμένη ηλικία την αναπαραγωγική ή με ορισμένους ρόλους π.χ. τη μητρότητα. (ο.π.)

Ορχεκτομή

Η διάγνωση του καρκίνου του όρχεος και η ορχεκτομή είναι ιδιαίτερα φορτισμένη συγκινησιακά, καθώς υφίσταται το άτομο πρόσθετη επιβάρυνση εξ' αιτίας της εντόπισης της νόσου σε μια περιοχή - ταμπού. Οι Gorzypski & Holland αναφέρουν ότι, συχνά οι άρρωστοι ή οι γυναίκες τους εκλαμβάνουν την ασθένεια ως τιμωρία για πραγματικά ή φανταστικά σεξουαλικά έργα ή πράξεις, κύρια για παρεκκλίσεις ή υπερβολές. Ντροπή, αισθήματα ενοχή και φόβος κυρίως για τη μετάδοση της νόσου καταβασανίζουν τον άρρωστο και τη σύζυγο και προκαλούν παροδική σεξουαλική ανικανότητα (Ρηγάτος, 1985).

Κολοστομία

Τα προβλήματα των αρρώστων με παρα φύσιν έδρα απασχολούν τους ειδικούς εδώ και πολλά χρόνια.

Το 1948, οι Mc Lanahan & Gilmore μελέτησαν 40 αρρώστους με κολοστομία και επισήμαναν ότι σε 21 άτομα οι δραστηριοτητές τους είχαν περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό (Ρηγάτος 1985)

Ο Ewing, το 1950 παρατήρησε σημαντική καταστολή της κοινωνικής δράσης σε μια ομάδα 20 αρρώστων, γεγονός που οδήγησε στον υποβιβασμό της ποιότητας ζωής τους, όχι εξ' αιτίας της νόσου αλλά από την θεραπευτική πρακτική. (ο.π.)

Ο Μπεσπέας (1981) υποστηρίζει ότι τα προβλήματα που δημιουργούνται από τη συγκεκριμένη μέθοδο είναι πολύ ειδικά: δυσάρεστη οσμή από την ανεξέλεγκτη έξοδο κοπράνων, διαιτητικοί περιορισμοί, εμπόδια

στη σεξουαλική ζωή. Ολ' αυτά δημιουργούν προβλήματα στη συζητική ζωή, κοινωνικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς, επιφέροντας έτσι σοβαρές διαταραχές στον ψυχισμό και στην κοινωνική συμπεριφορά. (ο.π.)

Λαρυγγεκτομή

Η Lanpher (1972) ισχυρίζεται ότι τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα απομόνωσης, κύρια εξ' αιτίας της αδυναμίας λόγου, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την επαναπροσαρμογή και επικοινωνία στη δουλειά, στον φιλικό κύκλο, στην οικογένεια (Ρηγάτος, 1985)

Η αποκατάσταση των λαρυγγεκτομημένων έγκειται σε διδασκαλία νέου τρόπου ομιλίας με την χρησιμοποίηση οισοφάγου ή με μηχανικά βοηθήματα, π.χ. πλεκτρολάρυγξ. (ο.π.)

Αναπηρία - όγκοι μυοσκελετικά συστήματα

Επειδή το είδος των όγκων αυτών συναντάται κυρίως στους νέους, το συγκινησιακό τραύμα εξαρτάται από τις αντιδράσεις τους στην έννοια της αναπηρίας, και η οποία αποτελεί μια φυσική και κοινωνική κατάσταση. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991)

Η Γιδοπούλου - Στραβολαΐμου ισχυρίζεται ότι σ' ένα άτομο είναι δυνατό να υπάρχουν δύο κοινωνικές ταυτότητες, του καρκινοπαθούς και του αναπήρου, με τα αντίστοιχα στοιχεία, από τη μια του πόνου που μπορεί να λάβει ιδιαίτερες διαστάσεις υπό το στίγμα καρκίνος - πόνος, - θάνατος και από την άλλη τον οίκτο και την υπερπροστασία, με αποτέλεσμα να οδηγείται το άτομο στην «κοινωνική απομόνωση». Η κατάσταση αυτή εντείνεται ακόμα περισσότερο καθώς η κοινωνία και τα πρότυπα που προβάλλονται τονίζουν την εξωτερική εμφάνιση και των συνδέουν άμεσα με την ευτυχία και την εσωτερική αρμονία. (ο.π.)

Επίσης, ένα βασικό χαρακτηριστικό του ογκολογικού - ορθοπεδικού ασθενή είναι ότι θα πρέπει ν' αποδεχτεί και να συμφιλιωθεί μ' ένα παρα-

μορφωμένο ή ακριωτηριασμένο μέλος, ένα δεκανίκι, μια αναπηρική πολυθρόνα, μια επώδυνη κατάσταση, σωματικά και ψυχικά δίκως να γνωρίζει το αίτιο αυτής. Ο ορθοπεδικός ανάπηρος ατυχήματος, ωστόσο, μπορεί να συνδέσει την αναπηρία με κάποια ανθρώπινη αιτία και ευθύνη, γεγονός που τον βοηθάει να εκφράσει τ' αρνητικά του συναισθήματα. (ο.π.)

Η Γιδοπούλου - Στραβολαίμου διατείνεται, ότι γενικότερα στους ογκολογικούς ασθενείς το «Γιατί ΕΓΩ» και το άγνωστο αίτιο είναι δυνατό να προσλάβουν διαστάσεις τεράστιας σημασίας για τη στάση του στην αποδοχή της θεραπείας και στην ποιότητα της ζωής του. (ο.π.)

B) Ακτινοθεραπεία

Ο Ρηγάτος αναφέρει στη μελέτη του ότι πολλές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ακτινοβολιών έχουν πέρα από το βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος. Από τις συχνές παρενέργειες είναι η ναυτία και ο έμετος που επιβαρύνουν πολύ έντονα την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών (Ρηγάτος 1985).

Οι Sallan & Cronin (1982) υποστηρίζουν ότι εκτός από τη σημαντική συγκινησιακή τους φόρτιση, οι εμετοί συχνά αναγκάζουν τους αρρώστους ν' αρνιούνται την παραπέρα θεραπεία. (ο.π.)

Η δράση της ακτινοβολίας στο τριχωτό της κεφαλής αποτελεί ένα ακόμα σοβαρό λόγο άρνησης της θεραπείας, ή ακόμα και κλονισμού της σχέσης γιατρού - αρρώστου. Οι Moss & συν. (1978) διαπίστωσαν ότι η αποψίλωση αρχίζει από τα 500rad και είναι πιθανόν να εμφανιστεί τρίχωμα μετά 2 ή 3 μήνες, είναι όμως πάντα διαφορετικής και χειρότερης ποιότητας (ο.π.).

Πρόβλημα κυρίως αισθητικό προκαλεί η υπέρχρωση, οι ατροφικές αλλοιώσεις του δέρματος καθώς και τα δυσίατα εγκαύματα που εμφανίζονται. Οι βλάβες των δοντιών εμποδίζουν τη σωστή διατροφή, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη θέρψη και στη διατροφή. (ο.π.)

Όλες αυτές οι επώδυνες και δυσάρεστες καταστάσεις αυξάνουν σημαντικά το άγχος και την ένταση στους αρρώστους γεγονός που διατάσσει φανερά τον ψυχισμό και την εσωτερική ισορροπία. (ο.π.)

Γ) Χημειοθεραπεία

Ο καρκινοπαθής εισέρχεται στη φάση της χημειοθεραπείας αφού έχει ήδη προηγηθεί το σοκ της διάγνωσης ή μια οδυνηρή υποψία, η συχνά ακρωτηστηριακή επέμβαση και ίσως η ακτινοθεραπεία, που όμως δεν κατάφεραν ν' αναστείλλουν τη νόσο. Στη φάση αυτή ο άρρωστος γνωρίζει τη νόσο του, άσχετα αν αυτό εκφράζεται ή όχι και έχει κάνει ένα είδος προσαρμογής σ' αυτήν. Υπάρχει το στοχείο της απογοήτευσης, αλλά και το στοχείο της ελπίδας για την καινούργια θεραπευτική μέθοδο. (Ρηγάτος, 1985).

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στην χημειοθεραπεία, είναι δυνατό να δημιουργήσει έντονα ψυχοσωματικά και κοινωνικά προβλήματα, γεγονός που εμποδίζει και αναστέλλει την αποδοχή της μεθόδου θέτοντας σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία τους. (ο.π.)

Το πρόβλημα με τους εμετούς είναι πολύ κοινό στους ασθενείς και δύσκολα ελέγχεται με τα κοινόχρηστα φάρμακα.

Ο Rose (1980) διαπίστωσε σε καπνιστές χασίς την ισχυρή αντιεμετική δράση της ινδικής κανάβης, και η ανάγκη για ένα ισχυρό αντιεμετικό ώθησε πολλούς επιστήμονες στην ενθάρρυνση της χρήσης της κυρίως παρεντερικά, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. (ο.π.)

Η εμετική δράση των κυτταροστατικών αρχίζει 1-2 ώρες μετά τη χορήγηση τους και διαρκεί μέχρι 24 ώρες. Ωστόσο, αρκετοί άρρωστοι κάνουν εμετό στα πρώτα 2-3 λεπτά, πριν η δράση του φαρμάκου εκδηλωθεί, ενώ σε άλλους αρχίζουν με την αναγγελία της χημειοθεραπείας ή ακόμα με την απλη εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο. (ο.π.)

Ο Verstein πραγματοποίησε μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν παι-

δια που έπασχαν από λευχαιμία και στα οποία διαπιστώθηκε αποστροφή της όρεξης προς ένα ειδικά αρωματισμένο παγωτό όταν αυτο συνδιαζόταν με τη χημειοθεραπεία.

Από τα παραπάνω, ο συγγραφέας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η τάση για εμετό που εμφανίζουν οι ασθενείς αποτελεί ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό, ενώ η μείωσή τους μπορεί να επιτευχθεί κυρίως με την απλή και πειστική εξήγηση για την αναγκαιότητα και το αναμενόμενο όφελος της μεθόδου. (ο.π.)

Επίσης, ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι η λευκοπενία (πτώση λευκών αιμοσφαιρίων) γεγονός που απαιτεί εισαγωγή και νοσηλεία σε ειδικούς στείρους θαλάμους όπου και είναι έντονα συναισθήματα της ψυχολογικής αποστέρσης και της έλλειψης δερματικής επαφής. (Ρηγάτος 1985).

Η αλωπέκια είναι ένα ακόμα δυσάρεστο φυσικό επακόλουθο του μηχανισμού δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων. Η απόπτωση των τριχών είναι παροδική και αφορά όλο το σώμα και κυρίως το τριχωτό της κεφαλής. Αποτελεί το χειρότερο συγκινησιακό πρόβλημα των γονιών και των παιδιών, γιατί αυτό δείχνει τη νόσο στον κόσμο. (ο.π.)

Ο Zuarfjes υποστηρίζει ότι τα παιδιά με αλωπέκια γελοιοποιούνται στο σχολείο εξ' αιτίας της. Αυτή η απόσυρση από το σχολικό περιβάλλον τα οδηγεί σε κατάθλιψη και απόσυρση και προκαλεί ανάπτυξη τελείων απομονωμένων τρόπων ζωής. (ο.π.)

Η χρονιότητα της θεραπείας οι πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες η ανάγκη συχνής παρακολούθησης, συχνών εργαστηριακών εξετάσεων και τακτικής νοσηλείας σε Νοσοκομείο και φυσικά όλη η αβεβαιότητα για την έκβαση, αναδεικνύουν πολυ συχνά δυσκολίες και ιδιορρυθμίες στη συμπεριφορά των ανθρώπων. (ο.π.)

Ο Ρηγάτος το 1983, πραγματοποίησε μια έρευνα προκειμένου να μελετήσει τις μεταβολές της συμπεριφοράς σε συνάρτηση με την ανταπό-

κριση των ασθενών στην εφαρμοζόμενη θεραπεία. Από το σύνολο των 34 αρρώστων που εξετάστηκαν το 94,1% ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία, είχαν σημαντική βελτίωση από τη νόσο και βελτίωση της συμπεριφοράς, αντίθετα 8,8% με βελτίωση από τη νόσο, είχαν επιδείνωση στη συμπεριφορά. Από την άλλη, 32,9% που είχαν επιδείνωση της συμπεριφοράς, ενώ 14,7% με επιδείνωση της νόσου είχαν και επιδείνωση της συμπεριφοράς (Ο Καρκίνος, 1993)

Ο Levin & Silberford έθεσαν το πρόβλημα της διερεύνησης μιας ηπιας μείωσης των λειτουργιών σε καρκινοπαθείς. Στις εργασίες τους εξετάτηκαν 50 ογκολογικοί ασθενείς με δοκιμασίες των νοπτικών λειτουργιών από τους οποίους, όσοι έπαιρναν χημειοθεραπεία διαπιστώθηκε ότι είχαν χαμηλότερη επίδοση από τους υπόλοιπους. (ο.π.)

Εν τούτοις, σε μια άλλη μελέτη των Dowis και συν. (1973) βρέθηκε ότι τα άτομα με διαταραχές των νοπτικών λειτουργιών είχαν καλύτερη επιβίωση καλύτερο ύπνο, καλύτερη προσαρμογή, λιγότερη εξάρτηση και ήταν πιο συμπαθείς στο προσωπικό. Οι συγγραφείς προτείνουν ως πιθανή ερμηνειά τη μείωση άγχους στους ασθενείς αυτούς. (ο.π.)

Μελετώντας τα παραπάνω αναδύεται το συμπέρασμα ότι η εφαρμογή των παραπάνω βασικών αντικαρκινικών θεραπευτικών μεθόδων επιφέρουν ως συνέπεια τον περιορισμό των δραστηριοτήτων και των σχέσεων, διαφοροποίηση της ζωής του αρρώστου και ανάπτυξη μιας μακροχρόνιας σχέσης μεταξύ αρρώστου - Νοσοκομείου. Ο χρόνος και οι ασχολίες τους μοιράζονται μεταξύ Νοσοκομείου - σπιτιού για πολύ μεγαλύτερο διάστημα απ' ότι σε άλλους ασθενείς.

Η μακροχρόνια σχέση και εξάρτηση πέρα των συναισθηματικών προβλημάτων συνοδεύεται συνήθως και από οικονομικά και άλλα πρακτικής φύσεως προβλήματα.

Έχοντας αυτές τις γνώσεις ο κοινωνικός λειτουργός κατανοεί πόσο πολύτιμη και καθοριστική είναι αυτή η σχέση, όσον αφορά την υποστήριξη και την προσέγγιση του ασθενούς, η οποία θα πρέπει ν' αρχίζει από την

πρώτη στιγμή της διάγνωσης και ακολούθως στο σχεδιασμό του πλάνου θεραπείας, διότι μ' αυτόν τον τρόπο θα ευνοηθεί η συναισθηματική του προσαρμογή στις νέες καταστάσεις που θα κληθεί ν' αντιμετωπίσει (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Β. ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.

Ιστορικές Μαρτυρίες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες και το στρές 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. (Φ. Αναγνωστόπουλος 1982).

Η ψυχοσωματική αντίληψη στον καρκίνο φτάνει πίσω, στα βάρη των αιώνων. Η αρχαία ελληνική ιατρική κυριαρχούμενη από τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στην περίσσεια της μέλαινας χολής. (Γ. Ρηγάτος «Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική Ογκολογία, 1988).

Πρώτος ο Γαληνός τον 2ο μ.Χ. αιώνα υποστήριξε την πιθανή σύνδεση του καρκίνου με διάφορα προσωπικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες. Απέδιδε τον καρκίνο στην υπερέκκριση του «μέλανος χυμού». Επίσης διέκρινε μια συγγένεια ανάμεσα στον καρκίνο και τη «μελαγχολία» που και αυτή πίστευε πως προκαλεί-

ται από την πλεονάζουσα μέλαινα χολή, η οποία καθαίρεται από την σπλήνα. (ο.π.)

Ο ιστορικός συγγραφέας Δίων Ο Κάσσιος, (155-235 μ.Χ.) 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 καιρό «ησύχαζε», ερεθίστηκε και αφόρμησε. (ο.π.)

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής το θέμα μπαίνει και πάλι στις αρχές του 18ου αι., από τον Γάλλο γιατρό Gendron, και τα μέσα του ίδιου αιώνα από τον Άγγλο Sir R. Guy (1759). Ο Gendron εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος συνδέεται με μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος (Ρασιδάκης 1983).

Ο Guy (1759) στη μονογραφία του «επί των σκίρρων όγκων και καρκίνων» που εκδόθηκε στο Λονδίνο περιγράφει δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στενοχώρια: στη μία γυναίκα εξ αιτίας του θανάτου του παιδιού της και στην άλλη εξαιτίας φυλάκισής της. Ο ίδιος παρατηρεί πως οι όγκοι αυτοί είναι συχνότεροι σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά ενοχλήματα και κύρια στις μελαγχολικές (Ρασιδάκης, 1983).

Ο χειρουργός J. Pagt, το 1870 στο εγχειρίδιό του «Χειρουργική - Παθολογία» σύμφωνα με τον Ρηγάτο 1985, 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 αμφιβάλουμε 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 α-

σθένειας που ονομάζουμε «καρκίνος». Και επομένως το να θεραπευτεί ο τοπικός όγκος χειρουργικά ή ακτινικά, ο ασθενής θα γλιτώσει μόνο από το σύμπτωμα και όχι από 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. (Φ. Αναγνωστόπουλος 1982).

Στις δεκαετίες του 1950 και 1960 δημοσιεύθηκαν αρκετές κλινικές αναφορές περιπτώσεων όπου η εμφάνιση του καρκίνου συνδέονται με «ψυχολογικούς» παράγοντες. Οι περισσότερες είχαν ψυχοδυναμικό προσανατολισμό. Για παράδειγμα ο Goffard Booth (1969) υποστήριζε ότι τόσο ο καρκίνος όσο και η κατάθλιψη σχετίζονται με εσωτερικές διεργασίες που ακολουθούν την απώλεια κάποιου αντικειμένου. (ο.π.)

Στην κατάθλιψη, μετά την απογοήτευση από κάποιο αντικείμενο ή μετά την απώλεια του, η ψυχική ενέργεια αντί να μετατεθεί σε κάποιο νέο αντικείμενο, αποσύρεται στο Εγώ, όπου εκεί χρησιμοποιείται για να συντελεστεί μία 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 εκθρόνητά τους. (ο.π.)

Παρόμοια και στον καρκίνο, ο όγκος κατά τον Booth όπως αναφέρει ο Αναγνωστόπουλος 1982, 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.

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 εκθρικό συναισθήματα και βίωναν απόγνωση μπροστά στις απώλειες της ζωής ενώ η θνησιμότητα από τη νόσο ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των διαζευγμένων ή σε χρεία ατόμων. (ο.π.)

Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων προσπάθεια να είναι αρεστό και συμπαθές στους άλλους, να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες, υπάρχει διάθεση αυτομομφής και προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα (Αναγνωστόπουλος - Παπαδάτου 1986).

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο - Παπαδάτου, ο Baltrusch έχει προτείνει ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο για την καρκινογένεση. Σ' αυτό οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη μεταγενέστερη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα αντικείμενα. Οι γονείς αυτών των ατόμων περιγράφονται σαν ψυχροί, απόμακροι, και απορριπτικοί απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχθούν και να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, όπως και να ανταποκριθούν και να πραγματώσουν τις δικές τους προσδοκίες γι' αυτά και τις υπερβολικές προσαγές τους. Σαν συναίπεια τα παιδιά αισθάνονται απομονωμένα, ανασφαλή και ανεπαρκή. Αργότερα, η οργάνωση της ψυχολογικής τους άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απώθηση και το ολοκληρωτικό χάσιμο της ικανότητας να γνωρίσουν στους άλλους τις

ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ρεαλιστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις κρύβεται πάντα μια καταπιεσμένη, ρηκή και ψυχρή προσωπική ζωή. Νιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, ώστε τις θεωρούν πια επικίνδυνες, απειλητικές και δημιουργούν μόνο επιφανειακές σχέσεις. Ακόμα έχουν την πεποίθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά» μέσα τους και είναι ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.

Έτσι οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν τη ματαίωση από τις πρώιμες αντικειμενοτρόπες σχέσεις αναπληρώνονται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, να προσκολλώνται σ' αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας συμβιωτικές σχέσεις, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Για να κρατήσουν λοιπόν την θωράκισή τους σύμφωνα πάντα με τους Αναγνωστοπούλου - Παπαδάτου 1986, έχουν ανάγκη από το να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν τα συναισθήματά τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν τη συναισθηματική ένταση που νιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στενοχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχλησή τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητά τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται πολλαπλές αναστολές. Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεσή τους στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος, μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπίο ξεγνοιασιάς γαλήνης και ηρεμίας.

Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια - πραγματική ή συμβολική - αντικειμένου, ρόλου, ιδανικού ή άλλες αποστερήσεις, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν στέκονται ικανοί να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά από τη δύσκολη αυτή κατάσταση και αποτυγχάνουν στην προσπάθειά τους να εγκαταστήσουν καινούριες αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Ακολουθεί

κατάτμιση της ναρκισιστικής ισορροπίας με κινητοποίηση αισθημάτων απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απόσυρσης, μια γενική κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν παρατεινόμενο stress που έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος, που θεωρείται μια προϋπόθεση για καρκινογένεση. (Αναγνωστόπουλος – Παπαδάτου, 1986).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι Wirsching και συν. (1983) σύμφωνα με τον Ρηγάτο (1985) σε κάποια έρευνα τους μελέτησαν βάσει μιας συνέντευξης και ενός ερωτηματολογίου, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά σε 56 γυναίκες πριν τη 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) αρνούντο ή κατέπνιγαν τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, αλλά αυτός ο συναισθηματικός φραγμός κατέρρευσε στη πορεία της συνέντευξης, και «παραδόθηκαν» σε ισχυρά συναισθήματα, (β) συμπεριφέρονταν ορθολογικά στη προσωπική τους ζωή, (γ) έδειξαν λιγότερο άγχος την ημέρα πριν τη βιοψία, (δ) ήταν πολύ αυτάρκεις και πάντα καταπιάνονταν και αντιμετώπιζαν τα προβλήματά τους μόνες τους χωρίς βοήθεια, (ε) έτειναν να μειώσουν 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. (ο.π.)

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 προσπάθεια 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. (ο.π.)

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 συτήματα του οργανισμού έχουν υπογραμμίσει τελευταία την βαρύτητα της προσέγγισης αυτής στη βιοσυμπεριφορική ιατρική. (Ρηγάτος, 1985).

Στον χώρο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η παρουσία της βιοσυμπεριφορικής ιατρικής υπήρξε αρκετά επιτυχής, κυρίως λόγω της χρήσης του μοντέλου προσωπικότητας Α, η οποία εμφανίζει αυξημένη επιρρέπεια στην εμφάνιση νόσων της στεφανιαίας όπως προέκυψε από μεγάλου εύρους επιδημιολογικές μελέτες αρκετών χώρων. Όμοια με το μοντέλο προσωπικότητας Α, 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. (ο.π.)

Στην πλειοψηφία τους οι παραπάνω ερευνητές παρατήρησαν μια κατάπιξη αρνητικών συναισθημάτων και μια 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. (ο.π.)

Οι Temoshok και συν (1985) σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο (1986), έπειτα από διαχρονική έρευνα που έκαναν, 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 C χειρίζεται αγχογόνες καταστάσεις, χαρακτηρίζεται από παραγωνισμό 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.

Όσο η χρόνια παρεμπόδιση έκφρασης αναγκών και συγκινήσεων έχει αρνητικές βιολογικές και ψυχολογικές συνέπειες. Πιστεύεται ότι αυτό το πλαίσιο, κρυμμένο πίσω από μια 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 «εισπράτουν το αντίτιμο» από το άτομο, που έχει γίνει στο μεταξύ απαθές σε βιολογικές ανάγκες και απαιτήσεις. Στην περίπτωση αυτή, ο τρόπος με τον οποίο 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 της προσωπικότητας C. Εικάζεται ότι στο σημείο αυτό ακριβώς τίθεται το πλαίσιο για την προαγωγή της νόσου. (ο.π.)

Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο τρόπος χειρισμού αγχογόνων καταστάσεων από την προσωπικότητα τύπου C αποτελεί μια εύθραστη προ-

σαρμογή στον κόσμο. Η ομοιόσταση με το περιβάλλον μπορεί να επιτευχθεί μόνο μερικώς και με υψηλό τίμημα, την ίδια στιγμή που η βιολογική ομοιόσταση φαίνεται να καταπονείται σε μεγάλο βαθμό. Σε μιά προηγούμενη, περισσότερο εκτενή και πολυδιάστατη θεωρία περί συναισθημάτων, οι ίδιοι ερευνητές διατύπωσαν την πρόταση ότι ο τρόπος προσαρμογής μέσω εσωτερίκευσης μάλλον παρά εξωτερίκευσης, συνδέεται με την εμφάνιση σωματικών και λιγότερο ψυχολογικών προβλημάτων σε κατατάσεις άγχους. Υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος εμφανίζεται μετά από αγχογόνες καταστάσεις που τοποθετούνται χρονίως σε ένα χαμηλότερο επίπεδο οργάνωσης, το οποίο έχει βιολογικό υπόστρωμα ανοσορυθμιστικά νευροπεπίδα. Ένας αριθμός βιολογικών επακόλουθων αυτού του μοντέλου όπως η βλάβη στην αποκατάσταση του DNA, αλλαγές στα νευροπεπίδια και στις ορμόνες που ρυθμίζουν τα επίπεδα του άγχους έχει γίνει ή γίνεται γνωστός αυτή τη στιγμή. (ο.π.)

Όλα τα άτομα που πείραν μέρος στις έρευνες των παραπάνω ερευνητών ταξινομήθηκαν σε 4 τύπους προσωπικότητας βάσει των απαιτήσεων τους σε ένα ερωτηματολόγιο. Οι τύποι αυτοί σύμφωνα με τον Αναγνωστόπουλο 1986 είναι:

Τύπος 1 (Υποδιέγερση). Άτομα αυτού του τύπου δείχνουν μια διαρκή τάση να θεωρούν ένα αντικείμενο, το οποίο του αποδίδουν συναισθηματικά μεγάλη αξία, ως το πλεον σημαντικό για την ευημερία τους και την ευτυχία τους. Το στρέψ 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 φτάσουν. Άτομα αυτού του τύπου 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, στο οποίο αποδίδουν συναισθηματικά μεγάλη αξία, ως την πλέον σημαντική αιτία της δυστυχίας τους και του στρες. Η απόρριψη τους από αυτό το αντικείμενο / πρόσωπο ή η αποτυχία να το φθάσουν (π.χ. κάποιος επαγγελματικός στόχος) βιώνεται ως συναισθηματικό τραύμα. Τα άτομα αυτού του τύπου αποτυγχάνουν να επιτύχουν αποδέσμευση (απεμπλοκή) απ' αυτό το αντικείμενο. Αντίθετα νιώθουν μάλλον όλο και πιο εξαρτημένα απ' αυτό.

Άτομα αυτού του τύπου παρεμένουν 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, και έτσι βιώνουν αντιδράσεις θυμού, επιθετικότητας και διέγερσης. Ακόμη βιώνουν θετική συναισθηματική προσήλωση προς τον ένα γονιό και αρνητική στάση προς τον άλλο 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 σ' αυτή του τύπου 2 και αντίθετως. 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. Σ' αυτά τα άτομα, συμβαίνουν εναλλασσόμενα συναισθήματα απελπισίας / ανημπόριας / θυμού και διέγερσης. 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 και την ευτυχία τους. Αφήνονται να βιώσουν τη συμπεριφορά προσέγγισης ή αποφυγής του αντικειμένου και αποδέχονται την αυτονομία του αντικειμένου. Ακόμη αυτά τα άτομα έχουν την ικανό-

τητα 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 από τα άτομα τύπου 4 είναι λιγότερο πιθανό να αρρωστήσουν από αυτές τις παθήσεις. 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. (ο.π.)

Αναφέρουν ακόμη ότι οι παράγοντες προσωπικότητας και οι σωματικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν συνεργικά. Ο τύπος 3 έχει δείξει να σχετίζεται με σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (όπως AIDS), ο τύπος Α προσωπικότητας μοιάζει με τον τύπο 2, ο τύπος Β με τον τύπο 4, ο δε τύπος C της προσωπικότητας αντιστοιχεί στον τύπο 1 (Αναγνωστόπουλος, 1986).

Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ.

Η προσωπικότητα, σύμφωνα με τον Μάνο (1988), η ψυχολογική υφή δηλαδή του ανθρώπου, επηρεάζει τον τρόπο που ασθενής αντιμετωπίζει τη σωματική του ασθένεια, την πρόγνωση και τη θεραπεία του. Στοιχεία της προσωπικότητας όπως η πίστη, η αισιοδοξία, η άρνηση, η αυτοπεποίθηση, η δύναμη του εγώ κ.α., επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την έκβαση καταστάσεων, όπως ο καρκίνος κ.α. Ιδιαίτερα για τον καρκίνο, έχει αποδειχθεί ότι ο ψυχικός παράγοντας έχει επιφέρει μέχρι και αυτόματη ίαση.

Είναι γνωστό ότι στη διάρκεια της νοσηλείας ο ασθενής υποβάλλεται σε ορισμένα στρες. Τα στρες αυτά έχουν αναλυθεί και τα σπουδαιότερα από αυτά είναι τα εξής: (ο.π.)

- α) η βασική απειλή στη ναρκισσιστική ακεραιότητα, συμπεριλαμβανομένου και του φόβου του θανάτου.
- β) ο φόβος των ξένων
- γ) το άγχος αποχωρισμού
- δ) ο φόβος της απώλειας ή του τραυματισμού του σώματος με εγχειρήσεις, ορούς ενέσεις κ.α.

Βασικά πρέπει να γίνει παραδεκτό ότι νοσηλεία σημαίνει στρες: ο ασθενής μεταφέρεται από το γνώριμο περιβάλλον του και την ενεργητική και παραγωγική διάσταση, στην αφιλόξενη, απειλητική και παθητική διάσταση του νοσοκομείου. Η αντιμετώπιση αυτών των στρες από τον ασθενή, εξαρτάται πάρα πολύ από την προσωπικότητά του.

Ακόμη στο χώρο του Ογκολογικού Νοσοκομείου, συναντώνται επτά βασικοί τύποι προσωπικότητας που καλύπτουν σημαντικό τμήμα του φάσματος των προσωπικοτήτων που μπορεί να συναντήσει το προσωπικό, στην άσκηση της λειτουργίας του.

Οι επτά αυτοί τύποι σύμφωνα πάντα με τον Μάνο (1988) είναι οι εξής:

- α) Η στόματική υπεραπαιτητική (εξαρτημένη) προσωπικότητα
- β) Η τακτική, ελεγχόμενη (ψυχαναγκαστική καταναγκαστική) προσωπικότητα.
- γ) Η υπερβολικά συναισθηματική, σαγηνευτική (δραματική) προσωπικότητα
- δ) Η μακρόχρονη βασανισμένη, αυτοθυσιαζόμενη (μαζοχιστική) προσωπικότητα
- ε) Η επιφυλακτική, καχύποπτη και φιλόνηκη (παρανοειδής) προσωπικότητα
- στ) Η με έντονο αίσθημα ανωτερότητας και υπεροψίας (ναρκισσιστική) προσωπικότητα
- ζ) Η απομονωμένη και απόμακρη (σχιζοειδής) προσωπικότητα.

Παρακάτω ακολουθεί μια πιο λεπτομερής ανάλυσή τους:

α. Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ, ΥΠΕΡΑΠΑΙΤΗΤΙΚΗ (ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ασθενής με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας δίνει μια υπερεπείγουσα απόχρωση σ' όλες τις απαιτήσεις του. Φαίνεται να χρειάζεται ειδική προσοχή και συνεχείς συμβουλές, και περιμένει ατελείωτη φροντίδα. Ακόμη και όταν εμφανίζεται γενναιοδωρος και ότι νοιάζεται για τους άλλους, στην πραγματικότητα περιμένει ανταπόδοση και γίνεται μνησικάκος, αν δεν τη πάρει. Στηρίζεται έντονα πάνω στους άλλους για να νιώσει σιγουριά και προστασία. Αν οι ανάγκες του δεν ικανοποιηθούν θυμώνει εύκολα ή πέφτει σε μελαγχολιά. Για το άτομο αυτό, που εύκολα νιώθει αβοήθητο και ανήμπορο σαν ένα μωρό, το να πάρει τροφή, φάρμακο ή ειδική φροντίδα, θεωρείται ισοδύναμο με το να πάρει αγάπη.

β. Η ΤΑΚΤΙΚΗ, ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ (ΨΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Το άτομο αυτό αποτελεί παράδειγμα αυτοελέγχου και αυτοσυγκράτησης. Όταν όμως βρεθεί κάτω από στρες, έχει ανάγκη να γνωρίζει με ακρίβεια την κατάστασή του, όχι μόνο γιατί αντιμετωπίζει τα προβλήματα του κυρίως με τη λογική, αλλά και γιατί έτσι ελέγχει το άγχος του. Ακόμη αυτός ο ασθενής είναι ιδιαίτερα τακτικός, ακριβής, συγκρατημένος συνεπής, ευσυνείδητος και υπεραπασχολημένος με τις έννοιες του σωστού και του λάθους. Ταυτόχρονα, όμως, εμφανίζεται ιδιαίτερα πεισματάρης και είναι «σφιχτός» με τα χρήματα.

Η ασθένια απειλεί το άτομο αυτό με απώλεια του ελέγχου των παρορμήσεών του. Καθώς η ικανότητά του να ελέγχει την επιθετικότητά του και να ικανοποιεί τη συνειδήσή του με «καλή» και δημιουργική σκληρή εργασία κινδυνεύει, προσπαθεί να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο αυτό διπλασιάζοντας τις προσπάθειές του να φανεί υπεύθυνο και τακτικό και να ελέγξει τα συναισθηματά του. Έτσι, εμφανίζεται μια επίταση της αυτοσυγκράτησης, της τυπικότητας και του πείσματος και ο ασθενής παρουσιάζεται άκαμπτος και ισχυρογνώμων. Η ανάγκη του για διανοητικό έλεγχο το οδηγεί σε δισταγμό και αμφιβολία στο κατά πόσο γνωρίζει όλες τις λεπτομέρειες της αρρώστιας του ή όχι.

γ. Η ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΣΑΓΗΝΕΥΤΙΚΗ (ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ασθενής με αυτό τον τύπο προσωπικότητας παρουσιάζεται ενδιαφέρων, γοητευτικός ή και προκλητικός. Δημιουργεί έντονες σχέσεις, με το προσωπικό εκεί, στις οποίες διακρίνεται η ανάγκη του για προσοχή και θαυμασμό ακόμη και η ζήλεια του γιατί το προσωπικό δείχνει ενδιαφέρον σε άλλον ασθενή. Ο άνδρας ασθενής μπορεί να επιχειρήσει επανειλημμένα να αποδείξει ή και να υπερβάλλει τον ανδρισμό του και το θάρρος του, ιδιαίτερα στο προσωπικό γυναικείου φύλου.

Η γυναίκα ασθενής μπορεί να παρουσιάσει την αδυναμία της από την ασθένεια με ελκυστικό - σαγηνευτικό τρόπο, να ντυθεί προσεκτικά. Η τόσο ζωντανή, όμως, αυτή προσωπικότητα εύκολα αναπτύσσει άγχος για την παραμικρότερη χειρουργική επέμβαση.

δ. Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΑ ΒΑΣΑΝΙΣΜΕΝΗ, ΑΥΤΟΘΥΣΙΑΖΟΜΕΝΗ (ΜΑΖΟΧΙΣΤΙΚΗ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Πρόκειται για ασθενείς που παρουσιάζουν ένα ιστορικό επανειλημμένων βασάνων είτε από αρρώστιες είτε από κακοτυχίες, αναποδιές και αποτυχίες. Συχνά αυτές οι δυστυχίες αποδίδονται από αυτούς σε κακιά τύχη. Αν, όμως, διερευνηθεί προσεκτικότερα το ιστορικό τους θα διαπιστωθεί μια τάση μια ομάδα των ατόμων αυτών να προκαλεί μόνη της τις δυστυχίες τους, είτε πέφτοντας μόνοι τους σε δύσκολες καταστάσεις είτε από υπερβολική ευαισθησία αντιδρώντας έντονα σε δυσάρεστες καταστάσεις. Οι άνθρωποι αυτοί τείνουν να αδιαφορούν για τη δική τους άνεση και να υπηρετούν άλλους ανθρώπους. Συχνά όμως, παρά την ταπεινότητα και τη μετριοφροσύνη τους, παρουσιάζουν μια τάση να υποφέρουν με επιδεικτικό τρόπο. Στους περισσότερους ανθρώπους προκαλούν συμπάθεια και επιδοκίμασία, όμως, μπορεί να προκαλέσουν και αμηχανία και εκνευρισμό.

ε. Η ΕΠΙΦΥΛΑΚΤΙΚΗ, ΚΑΧΥΠΟΠΤΗ ΚΑΙ ΦΙΛΟΝΙΚΗ (ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Το άτομο αυτό είναι φανερά ή καλυμμένα απιφυλακτικό απέναντι στους άλλους, υποπτεύεται και αμφισβητεί τις προθέσεις τους ή είναι εριστικό

και κατηγορεί τα κίνητρα τους. Συνήθως έχει ένα βαθύ συναίσθημα ότι οι άλλοι «το ρίχνουν». Ιδιαίτερα φοβάται την πιθανότητα να βρεθεί σε ευάλωτη θέση στην οποία μπορεί να το εκμεταλλευτούν. Άρρωστοι με αυτή τη προσωπικότητα είναι υπερευαίσθητοι στους υπαινιγμούς και στην παραιμική υποψία ύπαρξης αρνητικής διάθεσης στους άλλους ανθρώπους. Όταν υποστούν κριτική ή υποτιμηθούν μπορεί να φθάσουν στο σημείο να νιώθουν ότι καταδιώκονται. Αυτή η υπερβολική ευαισθησία στην κριτική και ο φόβος της καταδίωξης από τους άλλους αντικατοπτρίζει ουσιαστικά μια βαθύτερη έννοια για τα λάθη και τις αδυναμίες τους. Τα άτομα αυτά έχουν ακόμη την τάση να κατηγορούν τους άλλους για την ασθένειά τους. Ταυτόχρονα η εσωτερική τους τάση και η επιθετικότητα αυξάνει με αποτέλεσμα την αύξηση του φόβου του να του κάνουν οι άλλοι κακό. Γίνονται πολύ πιο φοβισμένοι, επιφυλακτικοί, καχύποπτοι, φιλόνικοι και προσπαθούν να ελέγξουν τους άλλους.

στ. Η ΜΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΝΩΤΕΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΩΨΙΑΣ (ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Υπάρχουν άτομα που θέλουν να βλέπουν τον εαυτό τους σαν πολύ δυνατό και ιδιαίτερα σπουδαίο. Αυτή η τάση μπορεί να φτάσει μέχρι τη ματαιοδοξία ή να πάρει την απόχρωση ακόμη και του μεγαλείου. Ή ακόμη να πάρει τη μορφή της συγκαταβατικής ανωτερότητας. Οι μονόλογοι είναι αγαπημένες επιδόσεις αυτών των ατόμων, καθώς και η προσπάθεια δημιουργίας μιας απόχρωσης μυστηρίου γύρω από τον εαυτό τους. Αλλά τα χαρακτηριστικά αυτά είναι συνήθως αντιδράσεις σε βαθύτερες αμφιβολίες και αβεβαιότητα για την ουσιαστική αξία τους σαν άτομα.

ζ. Η ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΑΠΟΜΑΚΡΗ (ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Τα άτομα αυτά εμφανίζονται απόμακρα, συγκρατημένα, χωρίς να αναμιγνύονται στα καθημερινά γεγονότα και τις έγνοιες των άλλων. Η έκφραση τους μπορεί να μειωθεί στο ελάχιστο και να παρουσιάζονται ήσυχα, απομονωμένα, και ακοιμόνητα. Μπορεί να φαίνεται ότι ακολουθούν την

δική τους ανεξάρτητη τροχιά ζωής χωρίς συναισθηματικές σχέσεις με τους άλλους και χωρίς να εντυπωσιάζονται από τις επιτυχίες των άλλων. Κάτω όμως από αυτή την επιφάνεια συχνά κρύβεται ένας άνθρωπος υπερευαίσθητος, εύθραυστος, και χωρίς προσαρμοστική ικανότητα, του οποίου η ισορροπία μπορεί να αναποδογυρισθεί με την παραμικρότερη δυσκολία στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η απομόνωση είναι μια προστατευτική άρνηση αυτών των επικίνδυνα επώδυνων εμπειριών.

Πολλές φορές η παιδική ηλικία τέτοιων ατόμων χαρακτηρίζεται από επαναληπμένες αποτυχίες και απογοητεύσεις στην προσπάθεια να δημιουργήσουν μια στενή σχέση με τους γονείς τους μια αδυναμία που τους ακολουθεί αργότερα και στη ζωή τους, οπότε και αποφεύγουν να δημιουργήσουν σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους.

Γ. ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Στη σύγχρονη εποχή πολλοί άνθρωποι υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες που απαιτούν μακρόχρονη φροντίδα, και στενή συνεργασία με το προσωπικό υγείας. Όταν μάλιστα η διάγνωση συνοδεύεται από το βάρος του «κοινωνικού στίγματος» της ασθένειας της νόσου και από έντονες ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, εύκολα κατανοεί κανείς πόσο σοβαρά διαταράσσεται η ισορροπία και η προσωπική ζωή του ασθενούς και πόσο επιτακτική προβάλλει η ανάγκη για δύσκολες και οδυνηρές συναισθηματικές προσαρμογές.

Κάθε χρόνια και σοβαρή για τη ζωή αρρώστια διακρίνεται από διάφορες φάσεις. Σύμφωνα με τον Doka (1993) κάθε φάση χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» ή «έργα» (tasks) που εμφανίζονται στον οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο και απαιτούν διευθέτηση, ώστε ο άρρωστος να προσαρμοστεί στις συγκεκριμένες συνθήκες που επιβάλλει η ασθένεια και η θεραπεία.

Το μοντέλο που προτείνει ο Doka σκιαγραφεί μια πολύπλοκη ατομική διεργασία, οι προκλήσεις δεν είναι οι ίδιες για όλους τους αρρώστους, ενώ καθένας επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετωπίσει. (Η ψυχολογία το χώρο της Υγείας, 1997).

Προδιαγνωστική φάση

Συνήθως στη προδιαγνωστική φάση το άτομο αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής και χρησιμοποιεί ορισμένες στρατηγικές είτε για να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο πρόβλημα υγείας είτε για να τ' αποφύγει. Στην ουσία καλείται: α) Ν' αναγνωρίσει την πιθανότητα ότι η υγεία έχει διαταραχθεί β) Ν' αντιμετωπίσει το άγχος, και την αβεβαιότητα που του προκαλεί το γεγονός γ) Ν' αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια που θα συμβάλλει την ακριβή διάγνωση του προβλήματος της υγείας. (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Οι στρατηγικές που θα χρησιμοποιήσει το άτομο για να αντιμετωπίσει την απειλή που αφορά την υγεία του, θα επηρεάσουν τόσο την οργανική του κατάσταση, όσο και την προσαρμογή του στην ενδεχόμενη εκδήλωση της ασθένειας (Γ. Νικολη, Διδακτορική Διατριβή 1996).

Οξεία φάση

Η οξεία φάση συνδέεται με την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου και συνειδητοποίησής του. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου, και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένειά του. Οι χειρότεροι φόβοι του ατόμου επιβεβαιώνονται και μπροστά του εκτείνεται ένα αβέβαιο μέλλον.

Σ' αυτήν την κρίσιμη περίοδο καλείται να αντιμετωπίσει ορισμένες προκλήσεις:

α) Κατανόηση της αρρώστιας

Ανεξάρτητα από την πληροφόρηση του γιατρού, τόσο ο άρρωστος όσο και τα μέλη της οικογένειας ερμηνεύουν μ' έναν υποκειμενικό τρόπο την αρρώστια, επηρεαζόμενοι από τις προσωπικές τους αντιλήψεις, προκαταλήψεις και προηγούμενες εμπειρίες που πιθανώς είχαν σχέση με την συγκεκριμένη ασθένεια. (ο.π.)

Ο ρόλος του προσωπικού υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε αρρώστου και όταν συμβάλλει στην αποσαφήνιση των αποριών, παρερμηνεύσεων και προκαταλήψεων. (Η Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

β) Αναθεώρηση του τρόπου ζωής και προώθηση συνηθειών υγείας

Το άτομο καλείται να προβληματιστεί «πώς» ο προηγούμενος τρόπος ζωής του μπορεί να έχει μερίδιο ευθύνης στην αρρώστια, αλλά και «πώς» ο ίδιος μπορεί τώρα να συμμετάσχει στην αποκατάσταση της υγείας του, υιοθετώντας νέες συμπεριφορές και συνήθειες, γεγονός που ενισχύει την αίσθηση του αρρώστου ότι ασκεί κάποιον έλεγχο στην βελτίωση της οργανικής κατάστασης. (Η Ψυχολογία στον χώρο της Υγείας, 1997).

γ) Ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση συνθηκών που προκύπτουν από τη διάγνωση της αρρώστιας.

Τόσο η ασθένεια, όσο και οι απώλειες που τη συνοδεύουν, συχνά δημιουργούν στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν ελέγχει πλέον ούτε το σώμα ούτε τη ζωή του. Συχνά, λοιπόν, αντιδρά επιδιώκοντας ν' ασκήσει νέο έλεγχο και κυριαρχία με ποικίλλους τρόπους. Για παράδειγμα ένας άρρωστος ασκεί νοητικό έλεγχο διαβάζοντας και μαθαίνοντας όσα μπορεί περισσότερο για την ασθένειά του. Άλλος απαιτεί συμμετοχή σε οποιαδήποτε απόφαση αφορά την υγεία ή την θεραπεία του. Άλλος δραστηριοποιείται σε υπερβολικό βαθμό, για να βεβαιωθεί ότι εξακολουθεί να λειτουργεί και να είναι αποδοτικός. Άλλος άρρωστος διανοητικοποιεί την επειλή ή αποδίδει νέο νόημα στη ζωή του.

Οι συμπεριφορές αυτές είναι απόλυτα φυσιολογικές, άλλοτε έχουν λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα στη διαδικασία προσαρμογής του ατόμου στην αρρώστια. Εν τούτοις κάθε άτομο είναι σε θέση να ορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα προσαρμοστεί στις αλλαγές και το νοήμα που θ' αποδώσει σ' αυτές και στη ζωή του. (ο.π.)

δ) Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών

Οι αντιδράσεις του ατόμου στη γνωστοποίηση της διάγνωσης ποικίλλουν ως προς την έκφραση και την ένταση. Άλλοτε έχουν εποικοδομητικές και άλλοτε αρνητικές επιπτώσεις στην οργανική και ψυχική υγεία του ατόμου και στις σχέσεις με τους άλλους. Όταν επανειλημμένα αρνείται φόβους, ανησυχίες, θυμό, κατάθλιψη, αποξένωση, βιώνει μια εσωτερική υπερένταση που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το αμυντικό του σύστημα και τη γενικότερη προσαρμογή του στην πραγματικότητα. Άλλες φορές, ενώ βρίσκεται σ' επαφή με τα συναισθήματα του, διστάζει να τα εκφράσει. Κάθε οικογένεια διέπεται από ορισμένους κανόνες ως προς την έκφραση των συναισθημάτων και των προσωπικών απόψεων. Για παράδειγμα σε ορισμένες τα θετικά συναισθήματα μοιράζονται και ενισχύονται, ενώ οι απαισιόδοξες σκέψεις και τα οδυνηρά συναισθήματα αποφεύγονται ή απαγορεύονται καθώς επικρατεί η αντίληψη ότι δηλώνουν «αδυναμία» (ο.π.)

ε) Αναγνώριση των επιπτώσεων της αρρώστιας στην εικόνα εαυτού, στις σχέσεις με άλλους και στη ζωή

Αδιαμφισβήτητα, μπροστά στη διάγνωση του καρκίνου, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης. Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή παίζουν οι κοινωνικές προκαταλήψεις σχετικά με την αρρώστια, του πάσχοντα και την οικογένειά του. Όταν ο άρρωστος στιγματίζεται και περιθωριοποιείται επηρεάζεται η εικόνα που διαμορφώνει για τον εαυτό του και τροποποιείται η αντίληψη του για το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον του.

Χρόνια φάση

Η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος του ατόμου. Στη διάρκεια αυτής, το άτομο επιδιώκει να εξασφαλίσει «ποιότητα ζωής» μέσα σε συνθήκες που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της. Οι εμπειρίες που ο ασθενής και η οικογένειά του βιώνουν κατά τη χρόνια φάση εξαρτώνται από τη φύση της αρρώστιας, την πρόγνωση και την εξέλιξη της υγείας του ατόμου. Η χρόνια φάση είναι μια δύσκολη περίοδος, ιδιαίτερα αν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνιο άγχος. Παρολ' αυτά, μπορεί ν' αποτελέσει μια περίοδο προκλήσεων καθώς ο άρρωστος και η οικογένειά του μαθαίνουν να «ζουν» με την ασθένεια, την εντάσσουν στη ζωή τους, αξιοποιούν το χρόνο και τις σχέσεις τους και ζουν μια ζωή που έχει νόημα και ουσία για τους ίδιους, (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Οι σημαντικότερες προκλήσεις σ' αυτή τη φάση είναι:

α) Η εξασφάλιση ενός φυσιολογικού ρυθμού και «ποιότητα ζωής»

Η Δ. Παπαδάτου (1997) αναφέρει ότι η μεγαλύτερη ίσως, πρόκληση για τον άρρωστο είναι να μάθει να «Ζει» με την ασθένειά του, τις απαιτήσεις της θεραπείας, την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξή της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές που παρουσιάζει κατά τη χρόνια φάση. Το άτομο ανακτά μια νέα ισορροπία στις καινούργιες συνθήκες ζωής και προσπαθεί να συγκεράσει τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις ικανότητές του.

Η εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού ζωής του παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από «ποιότητα ζωής». Σύμφωνα με την Fallowfield (1990), η «ποιότητα ζωής» είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εξασφαλίζει την ικανοποιητική λειτουργία του ατόμου σε τέσσερις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό - τον εργασιακό - τον οργανικό:

— Ο ψυχολογικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την αντίληψη που

έχει ο ασθενής για την αρρώστια και για τον ίδιο του τον εαυτό. Όταν οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που προβάλλει η χρόνια αρρώστια, τότε διατηρεί μια θετική εικόνα εαυτού. Όταν βιώνει αυξημένο άγχος και κατάθλιψη εξ' αιτίας της κατάστασής του, τότε η αυτοεκτίμησή του μειώνεται με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η προσαρμογή του στις διάφορες καταστάσεις που συνδέονται με την πορεία του.

- Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις κοινωνικές σχέσεις που το άτομο διαμορφώνει με το περιβάλλον. Όταν πάσχει από ασθένεια που συνοδεύεται από «κοινωνικό στίγμα» και προκαταλήψεις, όπως ο καρκίνος, ο φόβος του αρρώστου μήπως εγκαταληφθεί ή περιθωριοποιηθεί επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους. Η ποιοτική στήριξη φίλων και συγγενών συμβάλλουν θετικά στην ποιότητα της ζωής του. Όμως, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ερωτικές σχέσεις. Άτομα που στερούνται φυσικής επαφής, τρυφερότητας και στενών δεσμών, καθώς και εκείνοι που ζουν με τον διαρκή φόβο της ανικανότητας ή της απόρριψης από τον ερωτικό τους σύντροφο, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην κατάθλιψη.
- Ο εργασιακός τομέας μπορεί ν' αποτελέσει πηγή σημαντικών ικανοποιήσεων για ένα άτομο που λειτουργεί αποτελεσματικά, τροφοδοτείται από τα επιτεύγματά του και από την αναγνώριση που δέχεται από συναδέλφους. Παρολ' αυτά η επανένταξή του στον εργασιακό χώρο προϋποθέτει μια ρεαλιστική αξιολόγηση των ρόλων που αναλαμβάνει, ώστε να διατηρήσει, να τροποποιήσει ή να παραιτηθεί από ορισμένες ευθύνες.
- Ο οργανικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη φύση, τη σοβαρότητα και την εξέλιξη της αρρώστιας αλλά και τις επιπτώσεις της θεραπείας. Όταν μάλιστα ο ασθενής πονά και υποφέρει, επηρεάζεται η ικανότητά του να λειτουργήσει στους υπόλοιπους τομείς, με αποτέλεσμα ν' αυξάνονται το άγχος και η κατάθλιψη και να περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις. (ο.π.)

β) Τήρηση ιατρονοσηλευτικών οδηγιών

Η θεραπεία του αρρώστου μπορεί ν' απαιτεί εντατική παρακολούθηση από γιατρούς (π.χ. εβδομαδιαία χημειοθεραπευτική αγωγή), συχνές νοσηλείες, περιοδικές εξετάσεις, ή αλλαγές στις συνήθειες της ζωής του ή τη λήψη φαρμάκων. Όλες αυτές οι καταστάσεις θυμίζουν στο άτομο, που έχει επανενταχθεί σ' ένα φυσιολογικό ρυθμό ζωής, ότι πάσχει από τη συγκεκριμένη νόσο.

Ο Becker (1989) υποστηρίζει ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις του ίδιου του ατόμου σχετικά με το α) πόσο ευάλωτο θεωρεί τον εαυτό του β) πόσο σοβαρή αξιολογεί την αρρώστια του γ) πόσο αποτελεσματική θεωρεί την προτεινόμενη αγωγή δ) ποια είναι τα οφέλη, οι κίνδυνοι και τα εμπόδια που προβάλλει στη ζωή του, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν το βαθμό της συμμόρφωσης του αρρώστου στη θεραπείά (ο.π.)

γ) Ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου και περιορισμός της κοινωνικής απομόνωσης

Οι περιορισμοί που επιβάλλει η αρρώστια και η θεραπεία της μπορεί να δημιουργήσουν στο άτομο και στην οικογένειά του μια αίσθηση κοινωνικής απομόνωσης, καθώς οι συγγενείς και οι φίλοι σιγά σιγά αποστασιοποιούνται και επιστρέφουν στην προσωπική τους ζωή, με αποτέλεσμα να απαιτείται μεγαλύτερη ενέργεια από την πλευρά τους για την επανάκτηση ή διατήρηση των κοινωνικών τους σχέσεων. Την κοινωνική απομόνωση εντείνει το συγκεκριμένο στίγμα που συνοδεύει τη συγκεκριμένη αρρώστια. (Γ. Νικολή, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Η Δ. Παπαδάτου (1997) αναφέρει ότι υπάρχει μια σαφή διαφοροποίηση ανάμεσα στην απομόνωση που αποτελεί μια αντικειμενική κατάσταση και στη μοναξιά που αφορά μια υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση. Η ποιότητα των σχέσεων που καλλιεργεί το άτομο με το περιβάλλον του θα προσδιορίσει και το βαθμό της απομόνωσης και μοναξιάς που ενδεχόμενα βιώνει. (Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Φάση ανάρρωσης και αποθεραπείας

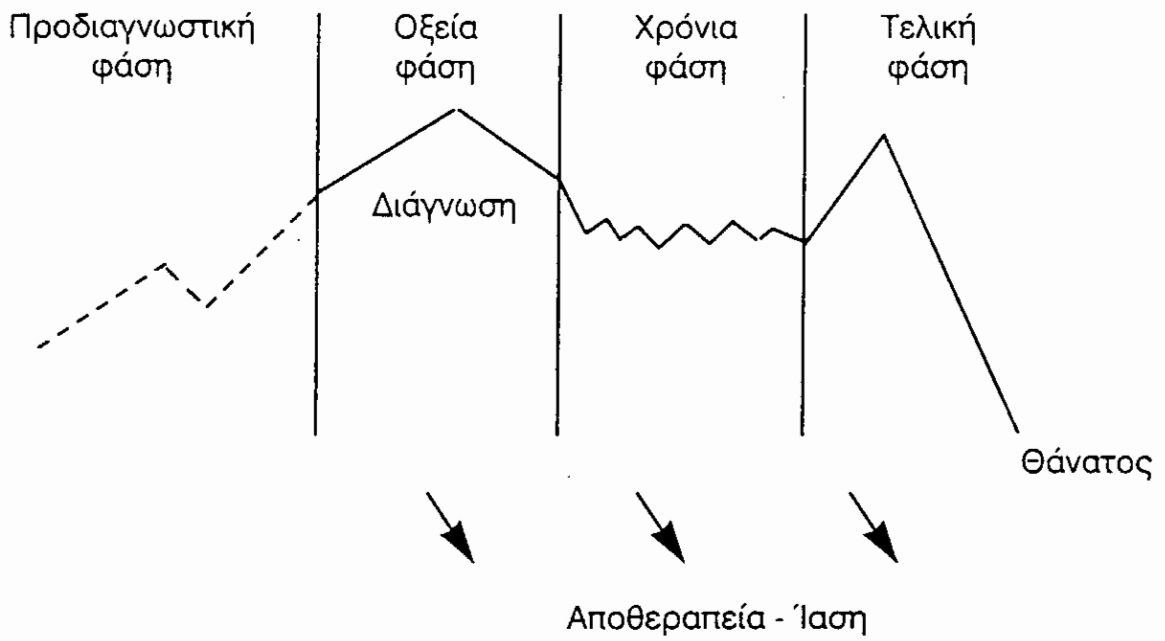
Η αποθεραπεία επιφέρει μια αίσθηση ανακούφισης στο άτομο. Ωστόσο η πιθανότητα μεταστάσεων στο άτομο καθώς και η διακοπή της μακροχρόνιας σχέσης με το προσωπικό υγείας αποτελούν πηγές έντονου άγχους και ανασφάλειας. (Γ. Νικολής, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Η φάση της αποθεραπείας προβάλλει νέες προκλήσεις στον ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό τομέα. Το άτομο καλείται ν' αναπτύξει μια νέα εικόνα εαυτού. Οι σχέσεις του με το άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον έχουν επηρεαστεί από την εμπειρία της αρρώστιας, με συνέπεια άλλοτε να υπάρχει μια ουσιαστική προσέγγιση και άλλοτε αποξένωση ή απογοήτευση. Οι αξίες και οι προτεραιότητες έχουν πλέον αλλάξει, με αποτέλεσμα τα προβλήματα της καθημερινής ζωής ν' αντιμετωπίζονται μέσα από ένα νέο πρίσμα. Το άτομο έχει συχνά την ανάγκη να μιλήσει για την εμπειρία του, σε μια προσπάθεια να την αφομοιώσει και να την εντάξει στην ιστορία της ζωής του, αναγνωρίζοντας τις θετικές και αρνητικές επιπτώσεις που είχε για τον ίδιο. (Η Ψυχολογία το χώρο της Υγείας 1997).

Τελική φάση στη ζωή του αρρώστου

Σύμφωνα με τον Doka (1993) η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και την τροποποίηση των στόχων παρέμβασης του προσωπικού υγείας, που δεν αποβλέπει πλέον στη θεραπεία ή στον έλεγχο της αρρώστιας, αλλά στην ανακουφιστική φροντίδα του ασθενή εν όψει του επικείμενου θανάτου. Η διάρκεια και πορεία της τελικής φάσης ποικίλλουν και συχνά εξαρτώνται από τη φύση και εξέλιξη της νόσου, από τις παρεμβάσεις του προσωπικού υγείας και από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του.

Η τελική φάση ολοκληρώνεται με την ανακοίνωση του θανάτου. Το τέλος αυτής της φάσης αποτελεί την αρχή μιας άλλης φάσης του θρήνου που βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από την οικογένεια, φίλους, μέλη προσωπικού και όσους είχαν επηρεαστεί από τη ζωή, και το θάνατο του συγκεκριμένου ατόμου. (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).



Φάσεις της χρόνιας ή/και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας.

Δ. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητες της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε 3 βασικές κατηγορίες: *α) Τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια* (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν) *β) Τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου* (π.χ. βρεφική, νηπιακή ηλικία, σχολική, εφηβική, νεότητα, μέση και τρίτη ηλικία) *γ) Τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες* (φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο κ.α.). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επηρεάζοντας το υποκειμενικό βίωμα της αρρώστιας, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σ' αυτήν (Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας, 1997).

Στην κακοήγη νεοπλασία, οι παραπάνω παράγοντες δημιουργούν στην ψυχοσυναισθηματική σφαίρα της προσωπικότητας, μια ιδιαίτερη κατάσταση η οποία διέρχεται από διάφορες φάσεις.

Σπουδαία είναι η προσπάθεια σταδιοποίησης των αντιδράσεων των καρκινοπαθών καταληκτικών ή μη, της Elisabeth Kübler - Ross το 1969 στο έργο της «On Death and Dying».

Σύμφωνα με τη συγγραφέα, η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο το οποίο πάσχει από χρόνια ασθένεια που οδηγεί στο θάνατο, χαρακτηρίζεται από 5 στάδια. 1) Το στάδιο της Αρνησης 2) Το στάδιο του θυμού 3) Το στάδιο της διαπραγμάτευσης 4) Το στάδιο της κατάθλιψης 5) Το στάδιο της αποδοχής. Η Elisabeth Kübler - Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή, ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και οι εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του. (ο.π.)

A) Σταδιο της άρνησης

«Οχι! Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα. Κάποιο λάθος θα έγινε στη διάγνωση»

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο, το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική και οδυνηρή. Έτσι λοιπόν, αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή των επιπτώσεών της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα.

Σύμφωνα με τον Weisman (1977) και τον Lazarus (1981) υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης. Σ' ένα πρώτο επίπεδο η **άρνηση αφορά τα γεγονότα**. Για παράδειγμα στην προδιαγνωστική φάση, το άτομο αρνείται τα συμπτώματά του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί ν' αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση, ενώ αργότερα μπορεί ν' αρνείται τις ενδείξεις πιθανής υποτροπής ή αναπηρίας.

Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, η **άρνηση αφορά τις επιπτώσεις της αρρώστιας**. Ο άρρωστος αναγνωρίζει τη διάγνωση, αλλά αρνείται τις επιπτώσεις. Για παράδειγμα επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια και η θεραπεία στη ζωή του.

Σ' ένα τρίτο επίπεδο, η **άρνηση αφορά την πιθανότητα θανάτου**. Ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από τη νόσο του καρκίνου αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και φαντασιώνει ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γεράματα (ο.π.)

Ο Γ. Νικολής (1996) αναφέρει ότι στις αρχικές φάσεις της αρρώστιας η άρνηση αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση. Μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας θανάτου μπορεί να έχει ενεργητικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του ε-

πιτρέπει, παρ' όλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξελιξη του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να προγραμματίζει τη ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις του με το περιβάλλον του και να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως λιγότερο απειλητική. Όταν όμως η άρνηση αφορά τα ίδια τα γεγονότα και παρατείνεται μέσα στο χρόνο, τότε μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου, αφού αυτό δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον έναν γιατρό στον άλλον, αποφεύγοντας να δεχτεί τη διάγνωση της αρρώστιας, της ενδεχόμενης αναπηρίας ή της επιδείνωσης της υγείας του. (Γ. Νικολής Διδακτορική Διατριβή, 1996).

B) Σταδιο του θυμού

*«Γιατί να τύχει σ' εμένα
αυτό το κακό;*

Αυτή η αίσθηση συνοδεύεται από θυμό και πικρία που πηγάζουν από μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχτεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν ότι προδόθηκαν από το ίδιο τους το σώμα και δυσκολεύονται ν' αποδεχτούν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός, ευάλωτος και αδύναμος. Κι ενώ θυμώνουν με το γεγονός της αρρώστιας και των επιπτώσεών της, συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις: προς τους οικείους, συγγενείς, φίλους, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Άλλες φορές στρέφουν το θυμό τους εναντίον στο θεό, αναθεωρώντας τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές. Ο Doka (1993) διακρίνει τρεις μορφές ενοχών α) το άτομο αισθάνεται ένοχο επειδή με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του προ-

κάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του (cancer guilt) β) το άτομο νιώθει ένοχο όταν ερμηνεύει την αρρώστια του ως «τιμωρία» για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή και μη ηθικές πράξεις, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά (moral guilt) γ) Επίσης μπορεί να βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του και για στόχους που δεν πρόλαβε να ολοκληρώσει. Συχνά οι ενοχές του συνοδεύονται με το γεγονός ότι αρρώστησε ότι αποτελεί βάρος για την οικογένεια και ότι προκαλεί πόνο και θλίψη στα αγαπημένα του πρόσωπα (role guilt) (ο.π.)

Μερικές φορές όμως ο θυμός χρησιμοποιείται επικοδομητικά από τον άρρωστο. Ο πάσχων είτε διεκδικεί ενημέρωση, καλύτερη φροντίδα, ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του ή κινητοποιείται σε κοινωνικές δραστηριότητες που ευαισθητοποιούν το κοινό και προωθούν τα συμφέροντα των ομοιοπαθούντων. (Νικολής, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Π) Σταδιο της διαπραγμάτευσης

«Ναι μεν αλλά»

Η διαπραγμάτευση ή το «παζάρεμα» παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις μπορεί να καθυστερήσει ή ν' αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και το θάνατο. Οι διαπραγματεύσεις συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το θεό. Για παράδειγμα μπορεί να υπόσχεται στο γιατρό απόλυτη συμμόρφωση με τις οδηγίες του ή μπορεί να κάνει «τάμματα» κ.α. Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας οι διαπραγματεύσεις αποβλέπουν στην αποθεραπεία του αρρώστου, ενώ όταν η υγεία του επιδεινώνεται, οι διαπραγματεύσεις αφορούν την παράταση της ζωής, την ποιότητα και την εξασφάλιση ενός «καλού» θανάτου.. (Η ψυχολογία στο χώρο στη Υγείας, 1997).

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές επι-

ώσεις. Από τη μια μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Παράλληλα η πίστη του ατόμου στο θεό, μπορεί να αποτελέσει σημαντική στήριξη, απ' την οποία αντλεί δύναμη και κουράγιο. Απ' την άλλη ευρύτερα όμως, αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο γιατρός ο θεός ή οποιοσδήποτε άλλος με τον οποίο διαπραγματεύεται δεν ανταποκρίνεται στις προσκίσεις του και εγκαταλείπουν τον άρρωστο σε μια φθίνουσα πορεία προς τον θάνατο. Ο αγώνας του παύει να έχει νόημα και συχνά σταματά να συμφοώνεται με τις οδηγίες ή βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη. (Γ. Νιλής Διδακτορική Διατριβή, 1997).

Σταδιο της αποδοχής

«.....»

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προσδευτικά συμφιλιώνεται με την έα του θανάτου, χωρίς να παρατείται από την επιδίωξη συνθηκών που του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Έχοντας τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις, νιώθει ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι συνήθως περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκκράζουν την αποδοχή της κατάστασής του. (Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 1997).

Η Elisabeth Kübler - Ross ισχυρίζεται ότι τα προναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή εμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της αρρώστιας (ο.π.).

Η σταδιοποίηση της Elisabeth Kübler - Ross δέχτηκε έντονες και σημαντικές κριτικές από τους Weisman (1974), Akerman (1987), & Pahison

977). Συγκεκριμένα, ο Weisman (1974), διατείνεται ότι είαι πολύ δυσχερές ν' απομονώνουμε ένα χαρακτηριστικό όπως άρνηση κατάθλιψη θυμό. ι άρρωστοι αντιμετωπίζουν ή αποτυγχάνουν ν' αντιμετωπίζουν τα διάφορα προβλήματα και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις είναι ενδείξεις των προσωπικών τους συγκρούσεων και κρίσεων. Συνεχίζει αναφέροντας ότι τα στάδια έχουν έναν προκρούσειο χαρακτήρα, είναι περιοριστικά και καθορισμένα, και ότι στη πραγματικότητα το ένα υπερκαλύπτει ο άλλο (Γ. Νικολής Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Η Holland (1990) υποστηρίζει ότι στην κλινική καθημερινότητα η σημασία έγκειται στην προσαρμογή και αντιμετώπιση του καρκίνου παρά στα ψυχοκοινωνικά στάδια. Προσθέτει ότι στην διαδικασία προσαρμογής παρεμβαίνουν πολλαπλοί παράγοντες, οι οποίοι γενικά διακρίνονται σε Ψυχολογικοί – Κοινωνικοί, Νοσολογικοί Ιατρικοί (ο.π.)

Αναφορικά με τους Ψυχολογικούς – κοινωνικούς που επηρεάζουν την προσαρμογή στην καρκινική νόσο, διακρίνει τους εξής:

- α) το εξελικτικό στάδιο της ζωής, στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής
- β) Ενδοπροσωπικές δυνάμεις – δυνατότητες
- γ) Διαπροσωπικές σχέσεις και Κοινωνική Υποστήριξη

Στους Νοσολογικούς – Ιατρικούς παράγοντες διακρίνει:

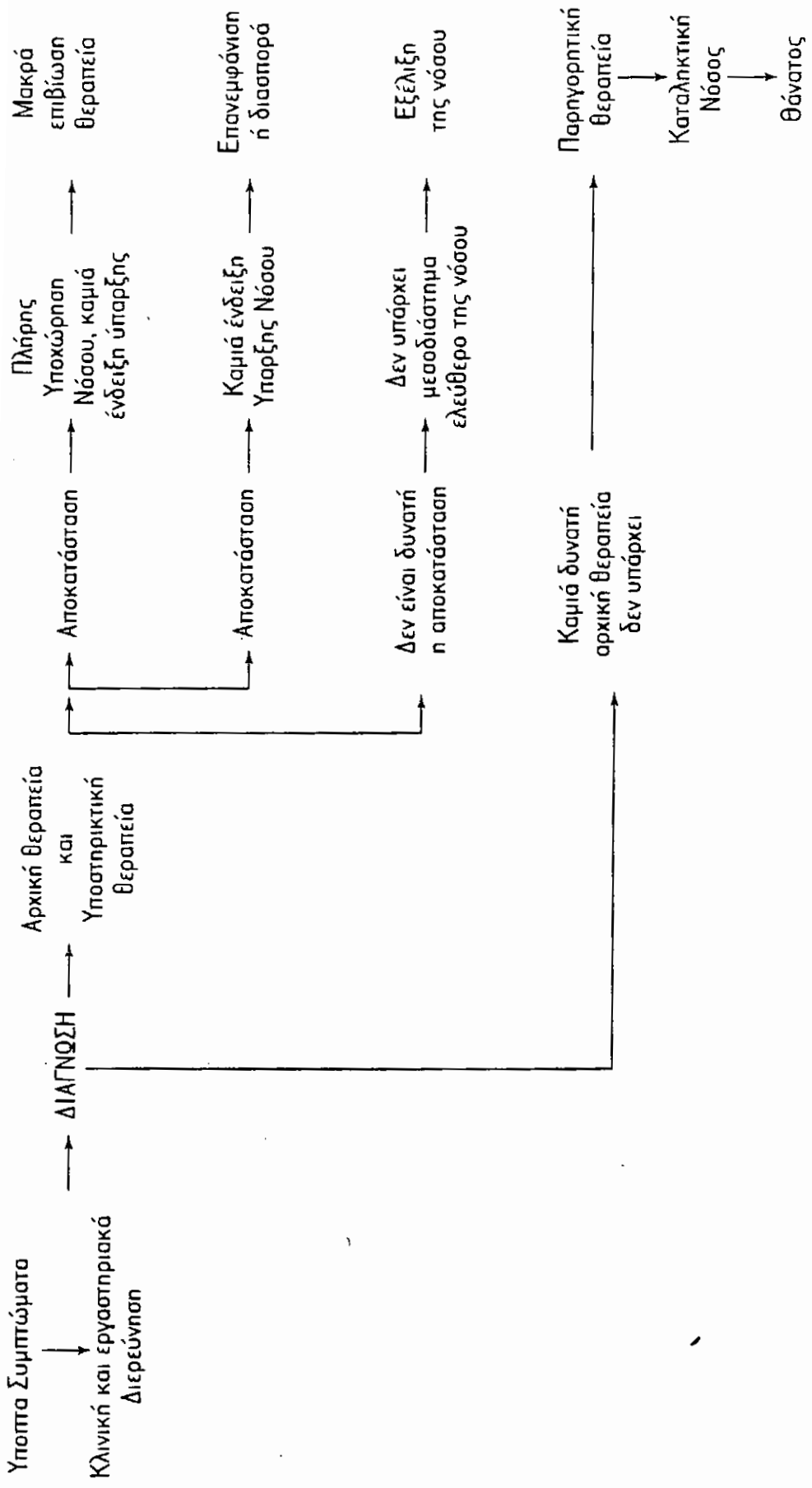
- 1) Την κλινική πορεία της καρκινικής νόσου και το στάδιο στο οποίο

βρίσκεται

- 2) Το είδος της θεραπείας το οποίο εφαρμόζεται
- 3) Τη θέση στην οποία εντοπίζεται η κακοήθης διεργασία (ο.π.)

Η Holland (1990) περιγράφει στον παρακάτω πίνακα την κλινική εξέ-

λιξη και έκβαση της καρκινικής νόσου:



Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο πορείας και έκβασης του καρκίνου, ο ασθενής αντιδρά, προσαρμόζεται και αντιμετωπίζει τη νόσο μ' έναν ιδιαίτερο και «προσωπικό» τρόπο. Σύμφωνα με τη συγγραφέα, 3 παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης.

α) Η επίγνωση της φύσης της νόσου, η οποία εξαρτάται άμεσα από την πληροφόρηση από τους θεράποντες ιατρούς.

β) Η παρεχόμενη στη συνέχεια υποστήριξη ψυχολογική και κοινωνική

γ) Οι μηχανισμοί άμυνας του ΕΓΩ. Ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει μηχανισμούς άμυνας που και παλαιότερα τον βοήθησαν στην αντιμετώπιση δυσχερών καταστάσεων και έχει σημασία να ενθαρρύνεται προς αυτήν την κατεύθυνση (Γ. Νικολής, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Η Julia R. Rowland (1990) σε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη καταλήγει ότι οι παράγοντες που οδηγούν στην ανεπάρκη αντιμετώπιση του καρκίνου είναι: (ο.π.)

α) Κοινωνική Απομόνωση

β) Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση

γ) Αλκοολική ή άλλες εξαρτήσεις

δ) Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό

ε) Ιστορικό πρόσφατων απωλειών

στ) Δυσκαμψία ή ακαμψία στην αντιμετώπιση

ζ) Πesiμιστική φιλοσοφία ζωής

η) Πολλαπλά εμπόδια στη ζωή

Μια πιο σύγχρονη θεώρηση σχετικά με την αντιμετώπιση της πορείας του ατόμου - ασθενή που πάσχει από καρκίνο, είναι αυτή που προτείνει ο Charles Corr (1992). Σύμφωνα με τον συγγραφέα, κάθε άτομο που οδηγείται στο θάνατο εξ' αιτίας κάποιας καταληκτικής νόσου, καλείται ν' αντιμετωπίσει ορισμένα καθήκοντα έργα ή στόχους (tasks) σε τέσσερις βασικούς τομείς: α) τον οργανικό, β) τον ψυχολογικό γ) τον κοινωνικό δ) τον πνευματικό. Αυτή η προσέγγιση (task - based approach) ουσιαστικά υ-

ποστηρίζει ότι το άτομο που πεθαίνει είναι ενεργό, ικανό, ν' αποφασίζει ποιούς στόχους θα θέσει, πότε και πως θα διευθετήσει τις προκλήσεις που προβάλλουν, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των αναγκών του αρρώστου. (Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας 1997).

- Στο **οργανικό τομέα** καλείται ν' αντιμετωπίσει τις βασικές του ανάγκες (π.χ. διατροφής, ενυδάτωσης κ.α.) αλλά και τον ενδεχόμενο πόνο ή άλλη οργανική δυσφορία (ναυτία, έμετο κ.α.) που παρεμβαίνουν επηρεάζοντας τις παράλληλες ανάγκες του στον ψυχοκοινωνικό και πνευματικό τομέα. Η ικανοποίηση των οργανικών του αναγκών εξαρτάται από τις αξίες και τις προτεραιότητές του. Για παράδειγμα ένας άρρωστος μπορεί ν' ανεχτεί σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσφορία ή τον πόνο, όταν πιστεύει ότι τα παραπάνω συμβάλλουν στην εξιλέωσή του από τα αμαρτήματα που διέπραξε κατά τη διάρκεια της ζωής του.
- **Στον Ψυχολογικό τομέα** οι στόχοι που το άτομο καλείται ν' αντιμετωπίσει συχνά αφορούν την εξασφάλιση, στο μέτρο του εφικτού, της αίσθησης της ασφάλειας, της αυτονομίας και της ικανοποίησης από μικροχαρές της καθημερινής ζωής που ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του.
- **Στον κοινωνικό τομέα**, οι στόχοι περιλαμβάνουν την εξασφάλιση, διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων που είναι σημαντικές για το συγκεκριμένο άτομο στη φάση αυτή της ζωής του. Παράλληλα, καλείται ν' ανταποκριθεί σε ορισμένες προσδοκίες ή απαιτήσεις που προβάλλει το κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο ζει και ταυτόχρονα να ωφεληθεί από τις παροχές που του προσφέρει το σύστημα.
- **Στον Πνευματικό τομέα** οι στόχοι του είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την άντληση ελπίδας και ενέργειας από πηγές που βοηθούν τον άρρωστο να δώσει νόημα στη ζωή του καθώς και στις εμπειρίες που βιώνει στην τελική αυτή φάση. (ο.π.)

Ε. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΚΟ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Κάθε πρόβλημα υγείας προκαλεί στρες στο άτομο που πάσχει. Μερικές φορές το στρες είναι υπερβολικά αυξημένο και έχει ως αποτέλεσμα ο πάσχων να παραλύει και ν' αδυνατεί ν' ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των καταστάσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο άρρωστος βιώνει έντονη ψυχολογική αναστάτωση και συνειδητοποιεί ότι η αρρώστια, η αναπηρία, ο πόνος δεν συμβαίνουν μόνο σε άλλους αλλά μπορεί να συμβούν και στον ίδιο. Καλείται λοιπόν, με «βίαιο» σχεδόν τρόπο να προσαρμοστεί σε μια νέα, άγνωστη και απειλητική πραγματικότητα. (Ο Καρκίνος 1993).

Η προσαρμογή αυτή καθίσταται ακόμα πιο δυσχερής όταν πρόκειται για την «επάρato νόσο», τον καρκίνο, ασθένεια η οποία είναι άρρηκτα δεμμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσβάσταχτες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο και στην οικογένεια αυτού (ο.π.)

Επιπτώσεις στον οργανικό τομέα:

«Ο πόνος είναι ο φοβερότερος δύναστης του ανθρώπινου γένους. Πιο φοβερός και από τον ίδιο τον θάνατο».
Albert Schweitzer

Είναι πρόδηλο ότι ο φόβος του πόνου αποτελεί καθοριστική παράμετρο του εν γένει φόβου έναντι του καρκίνου. Το 60% - 90% των καρκινοπαθών νιώθουν τόσο σοβαρό πόνο, που έχουν ανάγκη κάποια φάρμακα, συμπεριλαμβανομένου των ναρκωτικών (Καρκίνος, 1992).

Σύμφωνα με τους Mc Caffery & Bebee (1989) «πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι βιώνει και υπάρχει οποτεδήποτε αναφέρει ότι υ-

πάρχει». Με άλλα λόγια αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων όπως:

- α) Την ερμηνεία που το άτομο δίνει στον πόνο του, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την ανοχή και τον τρόπο που αντιδρά σ' αυτόν
- β) Την προσοχή που επικεντρώνει στον πόνο του ή την απόσπαση της προσοχής με την ενασχόληση με δραστηριότητες ή και ενδιαφέροντα που μειώνουν την αίσθηση του πόνου
- γ) Το άγχος και την αίσθηση ελέγχου που πιστεύει ότι μπορεί ν' ασκήσει πάνω στον πόνο
- δ) Τις προσδοκίες που έχει σχετικά με τις επιπτώσεις του πόνου και τη δυνατότητα ανακούφισης απ' αυτόν.
- ε) Τους πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη, ερμηνεία και ανοχή στον πόνο.
- στ) Τη στάση του ατόμου απέναντι στον πόνο που συχνά πηγάζει από παιδικές εμπειρίες και από μια διαδικασία μάθησης που προέκυψε στα πλαίσια αυτών των εμπειριών. (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας 1997)

Οι επιστήμονες διακρίνουν δύο μεγάλες κατηγορίες πόνου, τον οξύ και τον χρόνια πόνο.

Ο **οξύς πόνος** είναι συνήθως παροδικός και οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο τραυματισμό ή βλάβη οργανική. Μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος, καθώς άλλοτε συμβάλλει στον προσδιορισμό της διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης και άλλοτε προστατεύει το άτομο από την έκθεσή του σε κάποιο κίνδυνο ή απειλή. Στους καρκινοπαθείς ο οξύς πόνος μπορεί ν' αποτελεί αποτέλεσμα χειρουργικής επέμβασης ή ακόμα και παρενέργεια της θεραπείας.

Σε αντίθεση, ο χρόνιας πόνος παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα και προκαλεί μια σειρά από ψυχοκοινωνικά προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Συ-

νήθως συνοδεύεται από αυξημένο άγχος και κατάθλιψη που με τη σειρά τους μεγενθύνουν την αίσθηση του πόνου και μειώνουν τα επίπεδα ανοχής σ' αυτόν. Στο τελικό στάδιο, ο χρόνιος πόνος είναι άμεσα συνδεδεμένος με την αρρώστια που οδηγεί στο θάνατο, αλλά εντείνεται και από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Η Malin Dollinger (1992) υποστηρίζει ότι ο πόνος επιδεινώνεται από τη στενοχώρια, το φόβο του θανάτου, της ταλαιπωρίας, της δυσμορφίας, της οικονομικής δυσχέρειας και την απομόνωση. Συνεχίζει προσθέτοντας ότι ο πόνος σε ορισμένες περιπτώσεις επιδεινώνεται από το περιβάλλον, την έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης ή τα αισθήματα μοναξιάς και απογοήτευσης.

Ο Ernest RoseIndaum (1992) αναφέρει ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο καθένας τον πόνο εξαρτάται κατά ένα μέρος από την προηγούμενη εμπειρία του, από τη θρησκεία του, το πολιτιστικό του παρελθόν και τη φυλή του, από την ψυχολογική του κατάσταση ως ένα βαθμό και βέβαια από την έκταση της νόσου (Καρκίνος, 1992).

Επιπτώσεις στο ψυχολογικό επίπεδο

Ο ψυχικός πόνος του αρρώστου συνίσταται σε αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης, τα οποία είναι φυσιολογικά καθώς αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης ψυχολογικής διεργασίας θρήνου που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «διεργασία προπαρασκευαστικού θρήνου» (process of anticipatory grief). Το άτομο δεν θρηνεί μονάχα «προπαρασκευαστικά» τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον (π.χ. επιδείνωση υγείας, αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα) αλλά θρηνεί απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν (π.χ. αυξημένη αδυναμία κ.α) καθώς και απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν (π.χ. ένα όνειρο που δεν πρόλαβε να υλοποιήσει).

Αυτή η διαδικασία θρήνου είναι ιδιαίτερα σημαντική και χρήσιμη επειδή επιτρέπει στο άτομο να προετοιμαστεί ψυχικά για τον επικείμενο θάνατό του. (Γ. Νικολής, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Ο Rando (1989) διατείνεται ότι στο τελικό στάδιο, το άγχος και οι φόβοι του αρρώστου σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται. Το αδιαφοροποίητο διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο (π.π.)

Οι Leming & Dickinson (1985) διακρίνουν δυο κατηγορίες φόβων: την πρώτη περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of Dying) ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (state of being dead). (Η ψυχολογία στο χώρο της γείας, 1997).

Φόβοι που αφορούν την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of dying)	Φόβοι που αφορούν το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (state of being dead)
<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος ταπείνωσης και απώλειας αξιοπρέπειας • Φόβος εξάρτησης • Φόβος πόνου • Φόβος εγκατάλειψης, απόρριψης και μοναξιάς • Φόβος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα 	<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος οριστικότητας του θανάτου • Φόβος για την τύχη του σώματος μετά το θάνατο • Φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση

Α) Φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας χαρακτηρίζουν το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί, ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάζουν τη λειτουργικότητά του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμηση του και τον αυτοσεβασμό του.

A) Ο Φόβος της εξάρτησης είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που
ει μάθει να είναι αυτόνομο και αυτάρκες στη ζωή του. Αντιμέτωπο με
ιν απώλεια αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δρα-
τηριοτήτων του, το άτομο φοβάται μην εξαρτηθεί και γίνει βάρος για τους
λλους.

A) Ο Φόβος του πόνου, της δύσπνοιας ή οποιασδήποτε άλλης οργα-
κής δυσφορίας αυξάνεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα
έσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα του επιτρέπουν ν' ανακουφιστεί.

A) Ο Φόβος της απόρριψης της εγκατάληψης, της μοναξιάς, είναι ι-
ιαίτερα συχνός όταν το προσωπικό υγείας αποσύρεται, γιατί νιώθει ότι
εν έχει πλέον «τίποτα» να προσφέρει στον ασθενή και οι συγγενείς απο-
ακρύνονται ή τον «ξεγράφουν» προώρα γιατί υποφέρουν όταν βλέπουν
ον αγαπημένο τους να πεθαίνει.

A) Ο Φόβος του αποχωρισμού εκφράζεται μέσα από τον έντονο προ-
ληγματισμό του ατόμου σχετικά με το τι θ' απογίνουν οι συγγενείς του,
πως θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτερα μάλιστα αν ο ασθενής αποτελούσε ση-
μαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογέ-
νειας ή συνέβαλε στην συνοχή της.

B) Ο Φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση. Μπροστά στο
«άγνωστο» που είναι ο θάνατος, κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερ-
μηνεία. Έτσι μερικοί ασθενείς μπορεί να φοβούνται τη «θεία Δίκη» που
τους περιμένει στη μετέπειτα ζωή, άλλοι μπορεί να φοβούνται τα πνεύ-
ματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στη σκέ-
ψη ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

B) Ο Φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου συνοδεύεται από
υπαρξιακά ερωτήματα και ανησυχίες: «Τί θ' απογίνουν όλα τα ανεκπλή-
ρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω βάλει στη ζωή μου;», «θα χάσω την

αυτότητά μου;», «Υπάρχει ζωή μετά θάνατο;», «Κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;»

Β) Ο Φόβος για την τύχη του σώματος, η ταφή και η αποσυνθεσή του, η εικόνα του φερέτρου κάτω από το χώμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα. (ο.π.)

Η Δ. Παπαδάτου (1997) ισχυρίζεται ότι η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι σημαντικό ν' ανταποκρίνεται στις **βασικές ανάγκες** του για ασφάλεια, αυτονομία, και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου, όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα. Παράλληλα θεωρείται αναγκαίο να προγραμματίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας, ώστε να υπάρχει μια σταθερότητα στη διαδοχή των γεγονότων πράγμα που θα ευνοήσει την προσαρμογή του ασθενή σε συνθήκες που προϋποθέτουν μειωμένες απαιτήσεις.

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με πολλαπλούς τρόπους μεταξύ των οποίων είναι: α) Η ενημέρωση του αρρώστου που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και εξέλιξη της υγείας του και την αγωγή που του παρέχεται β) Η προετοιμασία του για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές γ) Η προώθηση αυτονομίας στο μέτρο που είναι εφικτό και η ενασχόληση του αρρώστου με πράγματα που τον ενδιαφέρουν δ) Η δυνατότητά του ν' αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του (ο.π.)

Επιπτώσεις στο κοινωνικό επίπεδο

Εχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο που πάσχει από ανίατη ασθένεια,

σκεται στο τελικό στάδιο, οδεύοντας προς το θάνατο, αρχίζει ν' απο-
ρεται συναισθηματικά και ν' αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις
με αγαπημένα πρόσωπα. Κι ενώ έχει ανάγκη να νιώθει τους άλλους
που τον αγαπούν, μειώνει την επικοινωνία μαζί τους, κοιμάται περισσότερο, δεν
μιλάει πολύ και περιορίζει την επαφή του διατηρώντας μονάχα ελάχιστες
ενδεδειγμένες σχέσεις. Συχνά οι συγγενείς παρερμηνεύουν αυτή την εσωστρέφεια
και νομίζουν ότι «δεν τους θέλει», δεν τους αγαπά πλέον ή τους απορ-
ρριπτει (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Σύμφωνα με την Kübler - Ross (1969) αυτή η προοδευτική συναι-
σθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του
αρρώστου που συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει και
προετοιμάζεται γι' αυτό, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον ψυχικό πόνο που
του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από πολλά πρόσωπα που έ-
λαβαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του (ο.π.)

Ο Levine (1982) υποστηρίζει ότι τα άτομα που πραγματικά αποδέχο-
νται το θάνατό τους περιορίζουν μεν τις σχέσεις τους, αλλά επιδιώκουν
επιπλέον παράλληλα μια βαθιά επικοινωνία με λίγα αγαπημένα πρόσωπα. Συγχρό-
νως εκπέμπουν μια εσωτερική ηρεμία, δεν διατηρούν ψεύτικες ελπίδες
και επικεντρώνονται στο παρόν, αντί να τους απασχολούν το μέλλον. Η α-
νάγκη της συναισθηματικής απόσυρσης συνυπάρχει με την ανάγκη κάθε
αρρώστου ν' ανήκει σ' ένα περιβάλλον που τον αποδέχεται μέχρι την τε-
λευταία στιγμή της ζωής του (ο.π.)

Ωστόσο, μερικές φορές ο άρρωστος ωθείται σε κοινωνική απομό-
νωση, καθώς δεν υπάρχει κανείς στο περιβάλλον πρόθυμος να τον ακού-
σει ή να επικοινωνήσει μαζί του με ειλικρίνεια ή όλοι προσποιούνται ότι
το πρόβλημα της υγείας του δεν είναι σοβαρό. Σ' αυτήν την περίπτωση
ο άρρωστος νιώθει εγκαταλελειμένος από τους συγγενείς και τα μέλη του προσωπι-
κού του περιβάλλοντος που αποσύρονται επειδή η κατάσταση του αρρώστου τους δη-
μιουργεί έντονο άγχος. Μέσα σ' αυτές τις συνθήκες, ο ασθενής που πε-
θαίνει, βιώνει ένα «κοινωνικό θάνατο», ο οποίος μερικές φορές είναι ο-

δυνηρότερος από τον επικείμενο βιολογικό. (Γ. Νικολής, Διδάκτορική Διατριβή, 1996).

Επιπτώσεις στο πνευματικό επίπεδο

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει συχνά βιώνει μια βαθια υπαρξιακή κρίση. Στην προσπάθειά του να επιλύσει την κρίση και να μειώσει το έντονο άγχος που του προκαλεί, επιδιώκει να δώσει νόημα στη ζωή και στο θάνατό του. Αντιμέτωπος με μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη ή δύσκολη, αναρωτιέται διαρκώς «γιατί» (Ο Καρκίνος, 1993)

Σύμφωνα με τον Kauffman (1994), κάθε «γιατί» αποτελεί έκφραση ενός βαθύτερου εσωτερικού τραύματος, καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου και το νόημα της ύπαρξής του. Ανακινεί μια ψυχική διεργασία θρήνου όπου ο άρρωστος νιώθει ότι χάνει τον ίδιο του τον εαυτό. (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997)

Ο Stephenson (1994) ονομάζει αυτό τον θρήνο «υπαρξιακό θρήνο» που πηγάζει από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο, τρωτό και θνητό. Ταυτόχρονα όμως με τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φθάνει σ' ένα τέλος, αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος.

Ο Doka (1993) αναφέρει ότι αυτή η υπέρβαση επιτυγχάνεται μέσα από την ικανοποίηση τριών βασικών πνευματικών αναγκών.

α) Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του. Στην ανάγκη αυτή το άτομο ανταποκρίνεται ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της ζωής του, γεγονός που του επιτρέπει να νιώσει ότι ήταν «σημαντικός» ότι η ζωή του είχε «αξια» και ότι συνέβαλλε σ' ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, υπερβαίνοντας τα όρια της ατομικής του ύπαρξης.

Αυτή η εμπειρία είναι κρίσιμη για μερικούς ασθενείς καθώς στα πλαίσια της οποίας το άτομο νιώθει μια αίσθηση πληρότητας και εσωτερικής ηρεμιάς, με συνέπεια να βιώνεται λιγότερο το άγχος του θανάτου.

β) Ανάγκη να έχει έναν καλό θάνατο. «Καλός» είναι εκείνος ο θάνατος τον οποίο ορίζει ο ίδιος ο ασθενής. Θεωρεί «κατάλληλο» το θάνατο, όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του μέσα σε συνθήκες που είναι σύμφωνες με τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντοτε αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής.

γ) Ανάγκη για ελπίδα πέρα από τον θάνατο. Σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή μετά το θάνατο ή ακόμα και αν δεν πιστεύει στη μεταθανάτια ζωή, ότι αφήνει κάτι πίσω του που θα εξακολουθεί να υπάρχει όταν εκείνος δεν ζει (π.χ απόγονους).

Για πολλούς ασθενείς, η πίστη στη μεταθανάτια ζωή αποτελεί πηγή ανακούφισης, καθώς μειώνει το άγχος τους σχετικά με το θάνατο και παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας μπροστά στο μεγάλο «Άγνωστο» που είναι ο θάνατος. Η ανάγκη για ελπίδα είναι εξίσου έντονη και στους ασθενείς που δεν πιστεύουν στη μεταθανάτια ζωή. Την ελπίδα αυτή αντλούν από την ίδια τη ζωή τους, από τα έργα και τις πράξεις τους. Έτσι διατηρούν ένα αίσθημα «κοινωνικής Αθανασίας» (ο.π.)

Είναι πολύ σημαντικό ν' αντιμετωπίζεται κάθε άρρωστος μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ΖΕΙ... ένα άτομο που σε καμιά περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής του επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.

ΣΤ. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Ο θάνατος ως η απόλυτη λήξη της ζωής είναι πέρα από τη σφαίρα της εμπειρίας και το να είναι πεθαμένος είναι μια άγνωστη κατάσταση. Μπορούμε ν' αναγνωρίσουμε το θάνατο σαν ένα γεγονός και σαν ένα αναπόδραστο γεγονός και να δεχτούμε ότι ο θάνατος των άλλων σημαίνει να τους χάνεις για πάντα, αλλά είναι μετά δυσκολίας σαν ο καθένας να μπορεί να σκεφτεί το θάνατό του σαν μια απόλυτη λήξη όλης της ύπαρξης.

(Σεμινάριο ψυχοογκολογίας, 1999)

Ο Στέρν (1968) ισχυρίστηκε ότι η προσαρμογή στο θάνατο και η σκέψη του θανάτου να είναι απαραίτητες στην ανθρώπινη ωρίμανση. Η ανεπάρκεια σ' αυτή τη σχέση ένας - ένας σημαντικός παράγοντας στην εκδήλωση νεύρωσης. Συμφωνα με την θεωρία, ο φόβος του θανάτου γεννήθηκε στην πρώτη νηπιακή ηλικία, και σ' εκείνη την περίοδο συνδέθηκε στο βάθος ο φόβος που η προηγούμενη εμπειρία θα επιφέρει. Το άγχος που παράγεται από μια μάχη στην πρώτη νηπιακή ηλικία, είναι σύμφωνα με τον Στέρν συγκεχυμένο με το φόβο του θανάτου στο αόριστο μέλλον. Κλινικά αυτό εκδηλώνεται σε ασθενείς που έχουν την τάση να προσφεύγουν σε ποικίλους παιδικούς συμβιωτικούς τρόπους ικανοποίησης, με σκοπό να προστατεύσουν τον εαυτό τους, ενάντια στο φόβο του θανάτου και ν' αποφύγει μια κατάπτωση που προέρχεται από το γεγονός ότι συνειδητοποιείται. Με άλλα λόγια, ο ασθενής προσπαθεί να δημιουργήσει μόνιμους συναισθηματικούς δεσμούς με το θεραπευτή, παρόμοιους μ' αυτούς που είχε με τη μητέρα του στην πρώτη παιδική ηλικία. (Psychodynamic of the Dying Patient, 1978).

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

— Η άρνηση του θανάτου —

Όταν ένα άτομο πρέπει ν' αντιμετωπίσει το δικό του θάνατο και να συνειδητοποιήσει ότι είναι μια πραγματική ανάπτυξη που συμβαίνει στο

κοντινό μέλλον, βαθιές αλλαγές είναι φυσικό να συμβούν σ' αυτόν. Με σκοπό να χαλιναγωγήσει το φόβο μέσα του, οπισθοχωρεί, οι μηχανισμοί άμυνας ενδυναμώνονται και είναι δυνατόν να μετατραπούν σε μία πιο αρχαϊκή μορφή, που μοιάζει μ' αυτές της πρώτης παιδικής ηλικίας. (Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1997).

Ένα άτομο απομακρύνεται από την πραγματικότητα του θανάτου, με το να βοηθά τον εαυτό του με ποικίλους μηχανισμούς άμυνας. Η κοινωνία προσφέρει έτοιμα ορθολογιστικά γιατρών στα φιλοσοφικά και θρησκευτικά συστήματα τα οποία συχνά χαρακτηρίζονται από μαγεία και αισθωχώραση.

Η πρώτη αντίδραση του ατόμου και η προσπάθεια να χειριστεί την ανυπόφορη όψη του θανάτου είναι ν' αρνηθεί τον κίνδυνο είτε μερικά είτε ολικά (Ο Καρκίνος, 1993).

Η άρνηση της σκληρής πραγματικότητας θεωρείται ο πρόδρομος των μηχανισμών άμυνας του ΕΓΩ. Ο πιο αρχέγονος και σταθερός μηχανισμός άμυνας. Η άρνηση του θανάτου μπορεί να έχει ένα πολλαπλό σε επίπεδα χαρακτήρα. Όλες οι ιδέες για την πραγματικότητα του, μπορεί ν' αρνιούνται στο επίπεδο της φαντασίας, η σημασία του για το άτομο ή για το χρόνο του μπορεί ν' αναρωτιούνται. Η άρνηση μπορεί ακόμα ν' αναπτύξει ψυχωτικούς τύπους, όπου και η κατάσταση του θανάτου σαν πραγματικότητα ή η ύπαρξη της αρρώστιας αρνιούνται μαζί. Όσο πιο βαθιά είναι η οπισθοδρόμηση, τόσο πιο φτωχή είναι η αίσθηση της πραγματικότητας. Έτσι η άρνηση, ως μηχανισμός που μειώνει το φόβο του θανάτου, ενδυναμώνεται καθώς η διαδικασία του θρήνου προοδεύει και η οπισθοδρόμηση γίνεται πιο βαθιά. Στο τελικό στάδιο, χαρακτηριστικά ψευδαίσθησης ίσως εμφανίζονται. (Psychodynamic of the Dying Patient, 1978)

Η εργασία για το πένθος

Ο ΤοR - Bjorn Hagglund (1977) ισχυρίζεται ότι περιμένοντας το θάνατο, ο ασθενής περνάει μέσα από τη διαδικασία του θρήνου. Στη συνη-

θισμένη διαδικασία πένθους, η λιβιδική ενέργεια προσηλωμένων στο χαμένο αντικείμενο απελευθερώνεται και μπορεί να προσβάλλει άλλο αντικείμενο. Το χαμένο αντικείμενο του ασθενή που πεθαίνει, περιλαμβάνει, εκτός από συναισθηματικά σημαντικά άτομα, το ίδιο του το σώμα. (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, 1999)

Ο Εϊσλερ (1955) αναφέρει ότι ο ασθενής που πεθαίνει αποδεκατίζει τ' αντικείμενα, συμπεριλαμβάνοντας το ίδιο του το σώμα και έτσι όταν η στιγμή του θανάτου πλησιάζει η λίμπιντο είναι αποσυρμένη από τον κόσμο: Αυτό διευκολύνει τη διαδικασία αποδοχής του θανάτου και επιτυγχάνεται με την προϋπόθεση ότι υφίσταται διαθέσιμα υποκατάστατα για να γεμίσουν το μέρος του χαμένου αντικειμένου. Για παράδειγμα οι βαθιά θρησκευόμενοι ασθενείς ίσως υπομένουν στη διαδικασία του θρήνου με το να απομακρύνονται από τον κόσμο και τ' άλλα άτομα και με το να μεταφέρουν τ' απελευθερωμένα λιβιδικά ενδιαφέροντα στις φαντασιώσεις τους για το θεό και για την ύπαρξη μετά το θάνατο (ο.π.)

Αναπτύσσοντας ένα επιβιώσιμο και βοηθητικό ΕΓΩ

Ο Πόϊστερ (1930) παρατήρησε ότι όταν τα άτομα ξαφνικά διατρέχουν κίνδυνο να χάσουν τη ζωή τους η σκέψη τους ανατρέχει σε παλαιότερες παιδικές καταστάσεις, στις οποίες τέτοιοι κίνδυνοι είχαν ξεπεραστεί. Τότε προβαίνουν να σκεφτούν το μέλλον και μπορεί να καταφέρουν ευχάριστες οράσεις ψευδαισθήσεων για ένα επιτυχημένο μέλλον. (Psychodynamic of Dying Patient, 1978).

Σύμφωνα με τον Εϊσλερ (1955) σε τέτοιες περιπτώσεις το ΕΓΩ φαίνεται να οικοδομεί μια νέα πραγματικότητα μπροστά στον κίνδυνο του θανάτου, με το να ξαναβιώνει επικίνδυνες καταστάσεις, οι οποίες είχαν επιτυχώς ξεπεραστεί στο παρελθόν και με το να φαντασιώνεται ένα ευνοϊκό μέλλον. Όταν σ' αυτή τη διαδικασία ανακατασκευής το ΕΓΩ φθάνει στο παρόν, το οποίο συνεπάγεται τον κίνδυνο αυτό εκπίπτει την αξία του από την πρόσφατη πραγματικότητα και επιτυχώς μεταπηδά από το παρελθόν σ' ένα ασφαλές μέλλον (ο.π.).

Σύγκρουση ανάμεσα στην πίστη και αφοσίωση

Ένα ουσιώδες σημείο στη ψυχοδυναμική ατόμων που πρόκειται να πεθάνουν λόγω κάποιας ασθένειας είναι η λύση στα δικά τους αμφίδρομα, ανταγωνιστικά και αντιφατικά αισθήματα θάνατος σημαίνει όχι μόνο να παρατήσεις τ' αντικείμενα, αλλά και να παραιτηθείς και να εγκαταληφθείς από τους συγγενείς. Δίχως ένα υποκατάστατο προκαλείται μίσος και άγχος σ' αυτόν. (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, 1999)

Ο TOR-BJORN Hägglund παρατήρησε ότι με σκοπό ν' αποφύγει το άγχος και τα εκθρικά αισθήματα για τους συγγενείς, τα οποία δημιουργούνται απ' αυτήν την αμφιθυμία, ο ασθενής μερικές φορές προσπαθεί να ενδυναμώσει την αφοσίωσή του με το να προσκολλάται σ' αυτούς, έτσι ώστε να μπορέσει να πεθάνει ήρεμα και μόνο με την παρουσία τους. (Psychodynamic of Dying Patient 1978).

Συνεχίζει προσθέτοντας ότι η αρνητική πλευρά της αμφιταλάντευσης του ασθενούς, αποτελεί ένα ουσιώδη παράγοντα που συμβάλλει στην τάση των συγγενών ν' αποφεύγουν αυτόν που πεθαίνει. Η θετική πλευρά, ωστόσο, της αμφιταλάντευσής του είναι στραμμένη σε μεγαλύτερο βαθμό προς τον κοινωνικό λειτουργό και σ' αυτό ο κοινωνικός επιστήμονας δεν κινητοποιεί το πένθος και τους μηχανισμούς άμυνας εναντίον του σε ίδιο βαθμό (ο.π.)

Ελπίδα για αθανασία

Ο Εισσλερ (1955) διατείνεται ότι αυτή η φυσική αμφιταλάντευση συνθέτει ένα μεγάλο φορτίο στον ετοιμοθάνατο, καθώς φιλοδοξεί μέσω της εργασίας του πένθους, να εφοδιάσει τη λίμπιντό του με μια σχέση αντικείμενου, όσο αυτό βέβαια γίνεται εφικτό λόγω της επιθετικότητας, της ενοχής και του άγχους που περιλαμβάνονται μέσα του. Η μεγαλύτερη ελευθερία του κοινωνικού λειτουργού από την ενοχή, υπερτιμά την πιθανότητα ν' αποτελέσει αυτός ένα τέτοιο αντικείμενο για τον ασθενή και να του παρασχέσει τα αισθήματα που χρειάζεται σ' αυτήν την κατάσταση.

Σύμφωνα με τον παραπάνω συγγραφέα αυτά τα αισθήματα περιλαμβάνουν συμπάθεια, φροντίδα, εμπιστοσύνη, και κάτι το οποίο για τον ασθενή είναι θάνατο. Έτσι ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να υποστηρίξει τον ετοιμοθάνατο ότι δεν είναι μόνος του, αλλά ανήκει σε κάποιον, μ' αυτόν τον τρόπο ανακουφίζεται από το άγχος αποχωρισμού. Οι ασθενείς θεραπευτική καταδίκη βρίσκουν θανασία σ' αυτό.

Ο Λεβίν (1964) αναφέρει ότι η θανασία σε κάθε ετοιμοθάνατο έγκειται σε άμεση σχέση με την ταυτότητα του ασθενούς και την απόδειξη της ύπαρξής του, στοιχεία τα οποία αποδεικνύονται με τα παιδιά, τη δουλειά, την ιδιοκτησία - οτιδήποτε αφήσει πίσω του μετά το θάνατο. Ο ασθενής ίσως κερδίσει ένα αίσθημα θανασίας από τη γνώση ότι θα συνεχίσει να ζει μέσα από τις αναμνήσεις των άλλων και μ' αυτήν την άποψη ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός (Σεμινάριο Ψυχοογκολογίας, 1999).

Διανομή μίσους και αγάπης

Ο Σάντλερ (1967) ισχυρίζεται ότι όταν ο θάνατος προκύπτει από μια ασθένεια, η απειλή κινητοποιεί την ενστικτώδη ενέργεια και η εργασία είναι κατευθυνόμενη στην αρρώστια. Συνεχίζει προσθέτοντας ότι η λήμπιντο αποσύρεται από τα αντικείμενα και στρέφεται στο άρρωστο όργανο: τέτοιοι κίνδυνοι ασθενειών βιώνονται ως μια ξένη απειλή τιμωρίας και αυτή η επίθεση επηρεάζει το ΕΓΩ. Η άμυνα ίσως εκδηλώνεται, ως μια αυξημένη επίθεση προς τον έξω κόσμο ή ως μια μαζοχιστική ταλαιπωρία κατευθυνόμενη προς τον ίδιο του τον εαυτό. Όσο πιο καθαρά η αρρώστια προοδεύει προς τον αναπόφευκτο κίνδυνο αναπόδραστα και δίχως άμυνα, τόσο πιο έντονα αισθάνεται το ΕΓΩ να χάνεται, και ο φόβος του θανάτου αντίστοιχα να χάνεται. Ο ασθενής ίσως θεωρήσει τον εαυτό του σαν ένα πραγματικό προσωπικό εχθρό ή καταδιώκτη. Αυτή ίσως οδηγεί στην ανάπτυξη παράνοιας και μιας σοβαρής κατάπτωσης ή μελαγχολίας, όταν η απειλή βιώνεται ως απόρροια από το ΥΠΕΡΕΓΩ. (Σεμινάριο Ψυχοογκολογίας 1999).

Ο TOR-BJORN Hägglund (1978) διατείνεται ότι πρακτικά αυτό εκδηλώνεται ως μια παρανοϊκή συμπεριφορά προς τους συγγενείς και σ' αυτούς που φροντίζουν τον άρρωστο ή ως μια μανιώδης αυτοκατηγορία εξομολόγηση προσβολών και απολογιών. Μ' αυτόν το τρόπο η επιθετική και λιβιδική ενέργεια κατευθύνεται σε άλλα αντικείμενα έχοντας την τάση να κερδίσουν δύναμη ή ικανοποίηση και μ' αυτήν την έννοια ακόμα και το ίδιο το σώμα συνθέτει ένα αντικείμενο (Psychodynamic of the Dying Patient 1978)

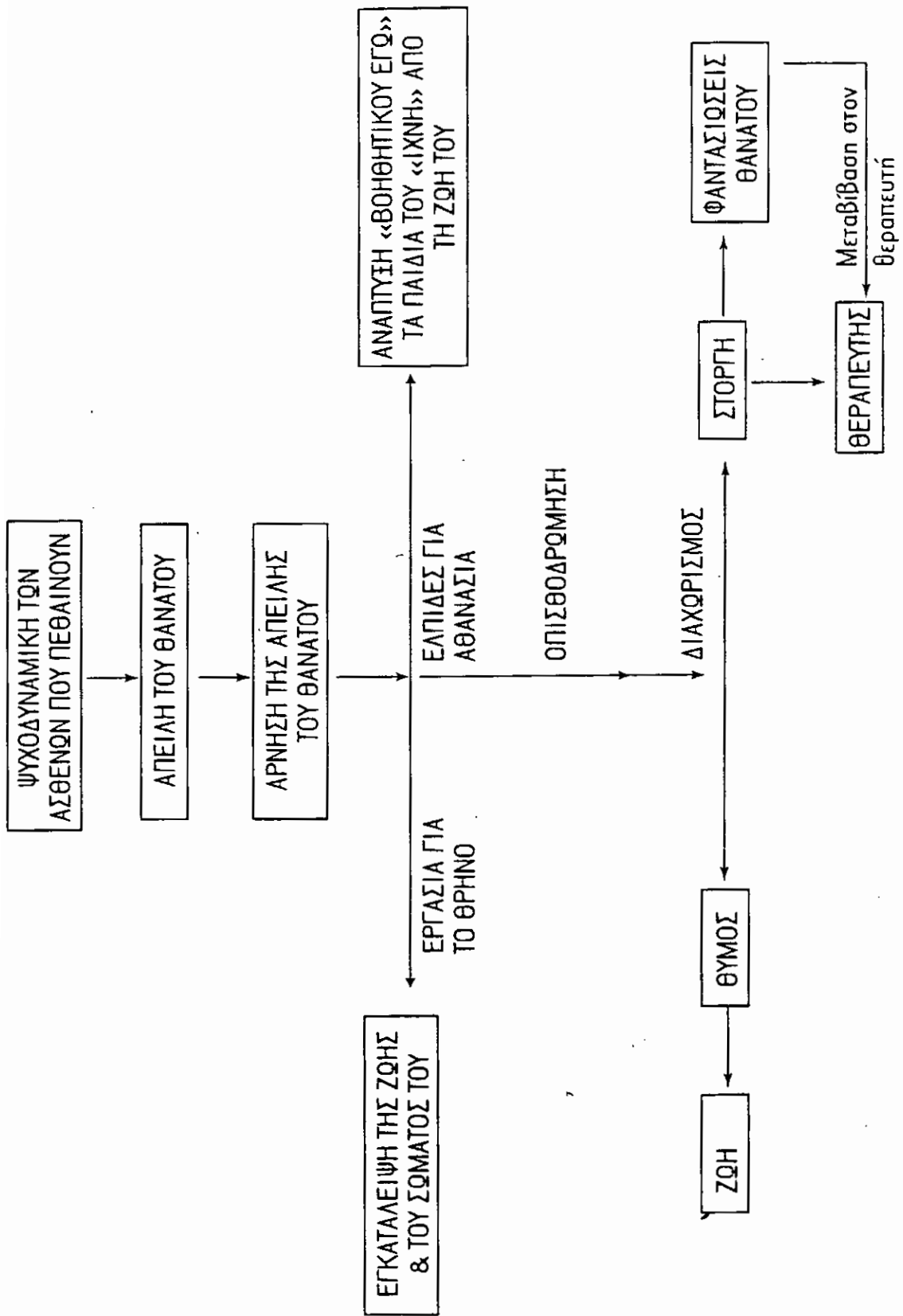
Μορφές άγχους για το θάνατο

Ο Γ. Πιπερόπουλος (1992) υποστηρίζει ότι το άγχος του θανάτου φαίνεται να παίρνει τρεις συγκεκριμένες μορφές στη διάρκεια του τελικού σταδίου της ασθένειας του καρκίνου που είναι συγκεκριμένα: η αλλοτρίωση, ο εκμηδενισμός και η αίσθηση επικινδυνότητας, δηλ. του επερχόμενου κινδύνου.

Η αλλοτρίωση χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα της μοναξιάς, της απομόνωσης, της εγκατάλειψης και ακόμα ενέχει την αίσθηση ότι η αντικειμενική πραγματικότητα του άνδρα ή της γυναίκας αποσυντίθεται δραματικά. Το άτομο που διακατέχεται από το συναίσθημα της αλλοτρίωσης, αισθάνεται τόσο αποξενωμένο ώστε συχνά παραπονεείται πως το έχουν εγκαταλείψει οι πάντες, ακόμα και όταν δίπλα του στο θάλαμο του Νοσοκομείου βρίσκονται τα συγγενικά του πρόσωπα.

Ο εκμηδενισμός αφορά το άγχος της ανυπαρξίας μας, αφορά το γεγονός ότι με τον θάνατο το άτομο παύει να υπάρχει, ανάγεται στο τίποτα στο μηδέν. Ο κόσμος, τα πρόσωπα, και τ' αντικείμενα που στην ολότητά τους συνθέτουν την επίγεια αντικειμενική μας πραγματικότητα θα συνεχίσουν να υπάρχουν, αλλά το συγκεκριμένο άτομο θα πάψει να υπάρχει, θα εξαφανιστεί.

Η αίσθηση επικινδυνότητας, η αίσθηση του επικείμενου κινδύνου, συνδιάζει τα συναισθήματα του φόβου και του θυμού στην υποκειμενική διαπίστωση του ατόμου πως μολονότι η ζωή του είναι σε άμεσο κίνδυνο αυτό παραμένει ευάλωτο, εφήμερο, καταστρέψιμο, χωρίς προστασία και απο ειδικούς. (Γ. Πιπερόπουλος «Αντιμετωπίζοντας το θάνατο», 1992)



Ζ. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Εισαγωγή

Η οικογένεια είναι μια μικρή κοινωνική ομάδα ατόμων, που συνδέονται μεταξύ τους με φυσικό ή νομικό δεσμό (γάμος, παιδιά, φυσικά ή υιοθετημένα). Τα μέλη αυτά δέχονται αλληλεπιδράσεις από θετικά ή αρνητικά γεγονότα της καθημερινότητας και οι αντιδράσεις του ποικίλλουν από πολλούς και ποικίλλους παράγοντες (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η Ασθένεια, η Αναπηρία και ο θάνατος αποτελούν ένα από τα κρισιμότερα γεγονότα στη ζωή μιας οικογένειας, καθώς και τα τρία σηματοδοτούν μια σημαντική απώλεια, που αγγίζει τόσο βιολογικούς όσο και ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς τομείς, με αποτέλεσμα να διαταρράσσεται σοβαρά η ισορροπία της οικογένειας. Στον καρκίνο συνηπάρχουν ασθένεια, αναπηρία, θάνατος, γεγονός που δημιουργεί βαθιά αισθήματα χάους και αποδιοργάνωσης τόσο ψυχολογικής όσο και πρακτικής (ο.π.)

Η Γ. Μιχαηλίδου (1997) αναφέρει ότι κάθε οικογένεια είναι ένα «σύνολο». Όταν «νοσεί» ένα μέλος της οικογένειας νοσεί όλη η οικογένεια. Όταν ο άρρωστος πεθαίνει συμβολικά πεθαίνει και ένα μέλος της οικογένειας και όταν ο άρρωστος θεραπεύεται όλη η οικογένεια θεραπεύεται. Επομένως, η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας, επιφέρει μια ανακατανομή ευθυνών και μια αναθεώρηση ρόλων. Τροποποιούνται οι σχέσεις και τα επίπεδα επικοινωνίας μεταξύ των μελών. (Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, 1997)

Οι Σιαφάτα και Δαμίγος (1997) υποστηρίζουν ότι η διάγνωση της ασθένειας του καρκίνου, πέρα από τη ρήξη που προκαλεί στη ζωή του ασθενή, θέτοντας τον σε μια κατάσταση κρίσης, επηρεάζει βαθιά και τα μέλη της οικογένειάς του, μια και προκαλεί αλλαγές στην ταυτότητα της οι-

κογένειας, στους ρόλους καθώς και στη σχέση και επικοινωνία μεταξύ των μελών. Η καθημερινή ζωή της οικογένειας αλλάζει και ό,τι παλαιότερα ήταν δεδομένο και προβλέψιμο τώρα δεν είναι πια το ίδιο. Η οικογένεια αποκτά μια καινούργια ταυτότητα και τα μέλη τους καλούνται να σκεφτούν τον εαυτό τους κάτω απ' αυτή την νέα ταυτότητα και να μάθουν να κινητοποιούν νέους τρόπους λειτουργίας (ο.π.)

Ανακοίνωση της διάγνωσης στην οικογένεια - πρώτες αντιδράσεις

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ητοπάθεια και αδιέξοδο. Το πλέγμα των προκαταλήψεων που περιβάλλει τον αρνητικά φορτισμένο όρο, προέρχεται από την ελλιπή ή κακή ενημέρωση του κοινού, που έχει σχέση με την έκβαση της αρρώστιας δια μέσου των αιώνων και την ανεπάρκεια των γνώσεων γύρω από τα αίτια της καρινογένεσης. Όλα τα παραπάνω μπλοκάρουν τη συμπεριφορά και την αντίδραση της οικογένειας, με συνέπεια ν' αδυνατεί ν' ανακτήσει τις δυνάμεις της για ν' αντιμετωπίσει το άρρωστο μέλος αποτελεσματικά (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Συχνά, οι θεραπευτικές επιλογές του θεράποντος σχετικά με την ανακοίνωση της διάγνωσης, καθορίζονται από τη στάση της οικογένειας. Ωστόσο, η πρώτη αντίδραση της οικογένειας θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως μια αμυντική στάση, ένα είδος άρνησης των γεγονότων, που γίνεται κάτω από έντονη συναισθηματική φόρτιση, η οποία συμβάλλει στην ακινητοποίηση των νοητικών μηχανισμών για την ψυχική επεξεργασία της οδυνηρής πραγματικότητας, ιδιαίτερα όταν για τις περισσότερες οικογένειες η λέξη «καρκίνος» παραπέμπει στο θάνατο (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, 1997).

Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή των συναισθημάτων της κα Χαμπέρη, (1991) της οποίας ο πατέρας έπασχε από καρκίνο τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης. Αναφέρει «Για όλους η στιγμή της ανακοί-

νωσης είναι σαν μια βίαιη πρόσκρουση σε κάτι που είναι αναπόφευκτο, τελεσίδικο, και ρωτάς να το ξανακούσεις. Χρειάζεται κανείς ν' ακούσει και να ξανακούσει. Ρωτάει, ψάχνει να βρει την αιτία - γιατί;» τί έφταιξε - και ώρες ώρες είναι δύσκολο να δεχτεί ότι είναι έτσι. Κάποια στιγμή τα ερωτήματα παύουν, χωρίς απαραίτητα να έχουν απαντηθεί όλα, γιατί τα πρακτικά ζητήματα έχουν προτεραιότητα. Η οικογένεια καλείται ν' αντιμετωπίσει το γεγονός και να φτιάξει μια καινούργια ισορροπία και δεν είναι καθόλου έτοιμη γι' αυτό. Μάλλον στην πράξη, αρνούμενη την απώλεια που συνεπάγεται, προσπαθεί να φερθεί σαν να μην έχει αλλάξει τίποτα και σαν να πρέπει να κρατήσει την προηγούμενη κατάσταση. Παρόλ' αυτά η ευαισθησία και η ένταση παίρνουν πολύ μεγάλες διαστάσεις. Όλα γίνονται εύθραστα» (ο.π.)

Η Δελπαντώνη - Οικονόμου (1991) υποστηρίζει ότι αμέσως μετά τη διάγνωση, η οικογένεια αναπτύσσει έναν ιδιαίτερο τρόπο αντίδρασης, ο οποίος εξαρτάται από την ιδιομορφία της οικογένειας, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, νοοτροπία περιγύρου κ.τλ. Είναι λοιπόν δυνατό να εμφανιστούν οι παρακάτω αντιδράσεις:

- 1) Το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία, είναι δυνατό ν' ακολουθήσει μια έξαρση ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει αντί να υποστηρίζει τον ασθενή, να τον «εξαφανίσει», δηλ. να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο, καθώς αρχίζει να αισθάνεται αφύσικα με τους οικείους του, πριν ακόμα συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει. Βέβαια, η συναισθηματική αυτή έκρηξη είναι παρορμητική και κοπάζει ή στερεύει όταν ο ασθενής την έχει ανάγκη και την αναζητά.
- 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. Χάνει την ενεργητικότητά του και ωθείται ν' αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δέκτη όσων του προσφέρονται απλόχερα. Εγκαταλείπει δραστηριότητες, ρόλους, καθήκοντα, ψυχαγωγία, υποχρεώσεις. Χάνει την ταυτότητά του. Ο τρόπος αυτός της συμπεριφοράς πέρα από τα κίνητρα αγάπης, μπορεί να περιλαμβάνει «παθολογικές καταστάσεις». Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράσουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας του και της προσωπικότητάς του, δικαίωση και ολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση του αρρώστου.

- 3) Η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φθάνει στα όρια τη προσωπικής αυτοτιμωρίας. Για παράδειγμα τα ατέλειωτα νυχτοξημερώματα δίπλα στον άρρωστο, δίχως να υπάρχει πραγματική ανάγκη.

Τα αίτια αυτής της συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμπετρη αγάπη που εκδηλώνεται μ' ένα τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Επίσης, είναι δυνατόν να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά και έτσι αυτουποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας και εξιλέωσης. Ακόμα η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημάνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

- 4) Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται τη διάγνωση είναι ο θυμός και η οργή. Ο θυμός μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός όλης της έντασης που ακολουθεί τη διάγνωση.

Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει τον άρρωστο και την οικογένειά του. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου, τότε το πρόβλημα εντείνεται. Ο άρρωστος κατηγορείται ως απόλυτα υπεύθυνος της κατάτασής της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν απ' αυτήν.

- 5) Όταν η οικογένεια στην οποία αναφερόμαστε είναι υπερεξαρτημένη

από τον άρρωστο, η πρώτη της αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβεται πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοείται ν' αλλάξει ο ρυθμός της ζωής της.

Αυτό σαν αρχική αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν θετικό διότι αναπτύσσεται ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας και άμυνας μέχρι την τελική προσαρμογή στα νέα δεδομένα.

Είναι απαραίτητο όμως, η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σ' ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό εγκυμονείται 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 άρρωστο να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές κοινωνικές, συναισθηματικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα δυσεπικοινωνίας, γεγονός που αναστέλλει την πορεία προς την προσαρμογή στην ασθένεια. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Συναισθηματική κατάσταση οικογενειακού περιβάλλοντος καρκινοπαθών

Το stress στην οικογένεια

Ο καρκίνος είναι μια κατάσταση που βιώνεται μέσα στην οικογένεια. Δεν αφορά μόνο το άτομο που ασθενεί, αλλά και όλη την ενότητα συγγενών που το περιβάλλουν. Είναι μια δοκιμασία της οικογένειας, ένας αγώνας αγάπης (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας 1997).

Δεδομένου ότι η νόσος αποτελεί «οικογενειακή αρρώστια» επακόλουθο είναι να γεννιούνται ποικίλλα συναισθήματα και φόβοι ανάλογης έντασης, με αυτών του ατόμου που ασθενεί.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 αρκετοί επιστήμονες όπως οι Wellisch (1978), Oberst (1985), Vachon (1977) & Gotay (1984), εστίασαν για πρώτη φορά την προσοχή τους στη μελέτη της οικογένειας, ενώ για πολλά χρόνια το επιστημονικό ενδιαφέρον επικεντρωνώταν αποκλειστικά

στην ψυχολογική κατάσταση και προσαρμογή των ασθενών. Οι παρακατω μελετητές στις έρευνες που πραγματοποίησαν και αναφέρθηκαν στο Σεμινάριο (1997) κατέστησαν σαφές ότι και τα μέλη της οικογένειας των ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, υπέφεραν επίσης από υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Κατεγράφησαν επίσης διαταραχές διατροφής και ύπνου, αίσθηση απελπισίας και φόβου γύρω από τον καρκίνο και τη θεραπεία του.

Οι Σιαφάκα & Δαμίγος (1997) αναφέρουν ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν το κατά πόσο θα καταβληθούν οι συγγενείς καρκινοπαθών από έντονο stress είναι το σύνολο των μεταβλητών που σχετίζονται με την σθένεια και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συζύγου και της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα:

1. Μεταβλητές που σχετίζονται με την ασθένεια

α) Το στάδιο θεραπείας: Έρευνες των Gotay (1984) και Wellisch (1983) έχουν επισημάνει τη στενή συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της ασθένειας και της συναισθηματικής κατάστασης των συγγενών, που διαφέρει σημαντικά αν πρόκειται για μια εντοπισμένη και ελεγχόμενη μορφή καρκίνου σε αρχικό στάδιο απ' ό,τι αν πρόκειται για ένα προχωρημένο στάδιο. Επίσης, η μεγάλη διάρκεια του τελικού σταδίου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επιφέρει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άγχους. Αλλά και το χρονικό διάστημα της θεραπείας δυσχεραίνει τη συναισθηματική κατάσταση, ιδίως αν πρόκειται για palliative Care (ανακουφιστική θεραπεία).

β) Συναισθηματική προσαρμογή του ασθενή: Έρευνες αποδεικνύουν ότι η συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειας σχετίζονται στενά με τη συναισθηματική προσαρμογή του ασθενή στην ασθένεια του.

2. Μεταβλητές που σχετίζονται με ατομικά χαρακτηριστικά

α) Το φύλο του συζύγου: Ο Keller (1996) υποστήριξε ότι ο αντίκτυπος της ασθένειας εξαρτάται από το φύλο του ασθενή. Όταν η σύζυγος εί-

ναι άρρωστη, η συναισθηματική της απάντηση συνδέεται στενά μ' αυτή του συζύγου, αντανakλώντας έναν υψηλό βαθμό αμοιβαιότητας και αλληλεξάρτησης. Όσο πειρασότερο διακατέχεται από συναισθηματική σταθερότητα, τόσο λιγότερο υποφέρει ο σύζυγος από τη φυσική της κατάσταση. Όταν είναι άρρωστος ο σύζυγος, η συναισθηματική σχέση του ζευγαριού συνδέεται λιγότερο. Η φυσική κατάσταση του ασθενή φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για τη συναισθηματική δυσανεξία της συζύγου.

β) Η ηλικία του συζύγου: Από έρευνες του Sales (1992) διαπιστώνεται ότι οι νεοί σε ηλικία σύζυγοι αντιδρούν πιο συναισθηματικά απ' ότι οι μεγαλύτεροι.

γ) Άλλα χαρακτηριστικά: Ο Sales (1992) ακόμα μελέτησε και άλλους παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό status, η ύπαρξη προηγούμενων στρεσογόνων γεγονότων όπου και φαίνεται ότι οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, φτωχή υγεία και μεγάλη εμπειρία έντονων στρεσογόνων γεγονότων παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα έντασης.

δ) Συναισθηματική Επικοινωνία - Οικογενειακή προσαρμογή: Ο Gotcher (1987) μελέτησε το ρόλο που διαδραματίζει η επικοινωνία στη διαδικασία προσαρμογής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι οι οικείοι συντομεύουν συζητήσεις, που σχετίζονται με δυσάρεστες πτυχές της ασθένειας, γεγονός που δυσχεραίνει τη διαδικασία προσαρμογής.

Σε άλλη μελέτη του ίδιου ερευνητή (Gotcher, 1988) μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ μελών οικογενειών των οποίων κάποιο μέλος έπασχε από καρκίνο, καθώς και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στη συγκεκριμένη νόσο. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των στενών μελών της οικογένειας ήταν σημαντικές για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής προσαρμογής. Η συναισθηματική προσαρμογή ήταν ο πιο σημαντικός δείκτης συνολικής προσαρμογής, ενώ η συχνότητα επικοινωνίας, η ειλικρίνεια και η ικανοποίηση από την επικοινωνία είχαν περιορισμένα αποτελέσματα στην προσαρμογή.

ε) Λειτουργικότητα οικογένειας: Σε μια έρευνα του Schulz και των συνεργατών του (1996) χρησιμοποιήθηκε το οικογενειακό μοντέλο του Olson, που δομήθηκε για να περιγράψει τις αντιδράσεις της οικογένειας σε μια κατάσταση κρίσης. Αυτό το μοντέλο αποτελείται από δύο ευρείες διαστάσεις στη συνοχή και τη προσαρμοστικότητα.

«Συνοχή» είναι το συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ των μελών της οικογένειας. Υπερβολικά υψηλή συνοχή εμπεριέχει προβλήματα ταυτοποίησης και γίνεται δυσλειτουργική. Υπερβολικά χαμηλή συνοχή οδηγεί σε αποξένωση. Και τα δύο άκρα θεωρούνται παθολογικά, ενώ αντίθετα ένας μέσος βαθμός συνοχής θεωρείται λειτουργικός. «Προσαρμοστικότητα» αναφέρεται στην ικανότητα ενός συστήματος, εν προκειμένου της οικογένειας, ν' αλλάζει τη δυναμική της δομή της, τους ρόλους και τους κανόνες που διέπουν τις σχέσεις μεταξύ των μελών της, ως απάντηση σ' ένα στρεσογόνο παράγοντα. Τα άκρα θεωρούνται άκαμπτα και δυσλειτουργικά, ενώ μια μέση προσαρμοστικότητα θεωρείται λειτουργική.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδύεται το συμπέρασμα ότι για τα μέλη της οικογένειας, ένα καλά οργανωμένο σύστημα με σαφείς ρόλους και καθήκοντα είναι πιο σημαντικό για τη μείωση του Stress απ' ότι το συναισθηματικό δέσιμο. (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογικό, 1997).

Πηγές έντασης και άγχους

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι οι συγγενείς ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, υποφέρουν απο ιδιαίτερα αυξημένο άγχος. Πολλοί ερευνητές στράφηκαν προς τη διερεύνηση συγκεκριμένων παραγόντων αναγκών που γεννούν και ενισχύουν τη στρεσογόνο κατάσταση.

Οι Northhous & Reters - Golden (1993) επιχείρησαν μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης αυτών των παραγόντων σε 3 γενικές κατηγορίες.

- 1) Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στο φόβο του καρκίνου και της ύπαρξης κληρονομικότητας. Το απρόβλεπτο και η αυξημένη αβεβαιότητα της πορείας της ασθένειας, καθώς και η ίδια η εμπειρία της νό-

σου, οδηγούν την εμφάνιση αισθήματος απελπισίας τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.

2) Η δεύτερη κατηγορία συνδέεται με την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή. Ο Toseland (1995) αναφέρει ότι η επαφή με τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή είναι μια από τις δυσκολότερες για τους συζύγους μια και συχνά δεν γνωρίζουν πως θα μπορούσαν να βοηθήσουν και μπορεί να αισθάνονται απροετοίμαστοι στο ν' ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών. Μπορεί ακόμα ν' αρνούνται τα δικά τους αισθήματα, όταν προσπαθούν να παρέχουν υποστήριξη στον ασθενή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Επιπλέον οι συναισθηματικές ανάγκες των άλλων μελών της οικογένειας δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση των συζύγων, κυρίως στις περιπτώσεις που το ζευγάρι έχει παιδιά.

3) Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στη διαταραχή της καθημερινής ρουτίνας της οικογένειας εξ' αιτίας της ασθένειας ενός μέλους της οικογένειας. Πολλοί σύζυγοι συγκεντρώνουν επιπλέον υπευθυνότητες και ισορροπούν αυτά τα καθήκοντα με τις ανάγκες παροχής βοήθειας στον ασθενή, σε συνδυασμό με άλλους ρόλους και καθήκοντα εκτός σπιτιού. Οι Oberst & James (1985) διαπίστωσαν ότι σχεδόν οι μισοί από τους συζύγους των ασθενών «παραπονιούνται» για διαταραχές στη δουλειά, στη συντήρηση του σπιτιού και στη φροντίδα των παιδιών. Επιπλέον φαίνεται πως η καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας χρειάζεται ν' αλλάζει, τόσο συχνά όσο αλλάζει η κατάσταση της οικογένειας. (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας 1997)

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις ανάγκες των μελών, ο Laizner (1993) αναφέρει ότι τα εμπόδια που δυσχεραίνουν τα μέλη της οικογένειας στη διευθέτηση των παραπάνω αναγκών, δυσκολιών είναι η έλλειψη γνώσης, οι οικονομικές δυσκολίες το στίγμα της αποδοχής βοήθειας, η αντίσταση της οικογένειας και η εξάντληση των υπάρχουσων υπηρεσιών (ο.π.)

Συναισθήματα - φόβοι:

Στα δεδομένα της μακροχρόνιας ασθένειας που επιβάλλει συντονισμό, μοίρασμα πρωτοβουλιών και ευθυνών και πάνω απ' όλα κοινό τρόπο ζωής και ομογνωμία σε σημαντικές αποφάσεις (π.χ. για θεραπεία, αλλαγή τρόπου ζωής), δοκιμάζονται οι δεσμοί στην οικογένεια.

Ωστόσο, δεν είναι ο καρκίνος που χωρίζει, είναι η αγάπη που δοκιμάζεται και μεγαλώνεται ή σβήνεται αχείματη φλόγα (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογία, 1997)

Η Μήττα Τ. (1999) μέλος του Συλλόγου Καρκινοπαθών Μακεδονίας θράκης αναφέρει ότι, εξ' ορισμού το ταξίδι του καρκίνου και της αποδοχής του είναι μακρύ, ακανθώδες και προϋποθέτει πολλά συναισθήματα (ο.π.)

Κυρίαρχο αναδύεται το συναίσθημα του φόβου: η αγωνία του αγώνα στενά συνδεδεμένη με κάθε προσπάθεια που καταβάλλουμε να επιβληθούμε στη ζωή: Δέος, συναίσθηση απειλής και κίνδυνο, η πρώτη και έμμονη αντίδραση στα γεγονότα που εκτυλίσσονται σαν ένα νήμα αδιάλυτο δίχως διακοπή.

«Στην αρχή, αναφέρουν τα μέλη του Συλλόγου, ο κόσμος όλος γύρω μοιάζει να διαλύεται. Νιώθεις τη δύναμη του Θεού, κάποια υπερφυσική οντότητα που τα κινεί όλ' αυτά και εσύ, οι επιθυμίες σου, ο αγώνας σου είναι μια μικρή κουκίδα στο μέγεθος των πραγμάτων. Είναι σαν μετά την καιτιγίδα να βλέπεις πάλι κύματα».

Ο φόβος υποστηρίζει η Μήττα Τ., (1999) απέναντι στο γεγονός της ασθένειας σχηματοποιείται και παίρνωντας διάφορες μορφές έκφραση κλιμακούμενα σημαίνει:

α) Την αγωνία του θανάτου του αρρώστου. Τα συναισθήματα αυτά είναι πολλές φορές συνδεδεμένα με προκαταλήψεις που γεννά η άγνοια και η απουσία ενημέρωσης.

β) Το φόβο για τις εξελίξεις και τις συνέπειες που εγκυμονεί η εκδήλωση του.

Ξεπερνώντας τους φόβους για το θάνατο, γιγαντώνονται περισσότερο οι φόβοι για τη ζωή και τις αλλαγές που επρόκειται να συμβούν.

γ) Το φόβο για μια κατάσταση που γενικά αγνοεί κανείς. Η εμπειρία του καρκίνου αποτελεί ένα ταξίδι ανασφάλειας. Ένας αγώνας που αλλάζει και δοκιμάζει την ίδια την ψυχή. Όσο κανείς αγνοεί το ταξίδι, τόσο μεγεθύνεται ο φόβος για μια κατάσταση που δεν ελέγχει με τη λογική και δεν μπορεί να ερμηνεύσει

δ) Το φόβο κληρονομικότητας. (ο.π.)

Ξεπερνώντας κανείς αυτές τις πρώτες σκέψεις φόβου και αγωνίας, νιώθει ότι βρίσκεται μετέωρος σε πολλά αντικρουόμενα συναισθήματα απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό: ένα αίσθημα πικρίας και μοναξιάς και την ίδια στιγμή υπέρτατη ενοχή για την παρουσία αυτών των συναισθημάτων. (ο.π.)

Το επίκεντρο της προσοχής ολόκληρης της οικογένειας είναι τώρα ο άρρωστος και οι εξελίξεις της ασθένειας. Ο καρκίνος διεκδικεί το ενδιαφέρον και την προτεραιότητα των επιλογών, με αποτέλεσμα τα μέλη να αφιερώνουν ελάχιστο ή καθόλου χρόνο για τον εαυτό τους και την προσωπική τους ζωή. Αλλά και οι φίλοι/γνωστοί είτε από αμηχανία είτε από άγνοια φοβούνται να πλησιάσουν και απομακρύνονται. Έτσι το συναίσθημα της μοναξιάς ογκώνεται περισσότερο.

Άλλες φορές, αρνητικά συναισθήματα φθόνου, θυμού μοιάζουν να πηγάζουν από μια διάθεση δέσμευσης (αυτοδέσμευσης) απέναντι στο γεγονός της εμφάνισης του προβλήματος στο σπίτι. Αυτή η αυτοδέσμευση εγκυμονεί διαφορετικά και αντικρουόμενα συναισθήματα. Αλυσιδωτά ανακαλύπτει κανείς: λύπη, θυμό απέναντι στο γεγονός και ταυτόχρονα τύψεις και ενοχές απέναντι στον ασθενή για την εκδήλωσή του.

Σε άλλες περιπτώσεις ωστόσο, οι σχέσεις αποκαθίστανται γρήγορα με την προσαρμογή των μελών στα δεδομένα του καρκίνου. Χωρίς υπερβολές, χωρίς εκ προοιμίου αυτοθυσίες, αλλά αντίθετα με αλληλοκατανόηση και συζήτηση καταφέρνουν ν' αποδεχτούν τους νέους ρόλους και

να εξοικειωθούν με τις ισορροπίες που φέρνει και που επιβάλλει ο καρκίνος στην οικογένεια. (Σεμινάριο Ψυχοογκολογίας, 1997)

Μηχανισμοί άμυνας

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογένειας στον καρκίνο είναι μια σημαντική προστατευτική διαδικασία, όπως επίσης, και οι μηχανισμοί που αναπτύσσει για να το πετύχει, και οι οποίοι οδηγούν στην αναζήτηση μιας κατάστασης ασφαλούς, σταθερής και επιθυμητής (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, 1997).

Ο Hilton (1996) διατείνεται ότι οι οικογένειες που προσαρμόζονται ευκολότερα, έχουν μια ελαστικότητα, βλέπουν τον εαυτό τους σαν φυσιολογικό, δεδομένου 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 (ο.π.)

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί η οικογένεια συνίσταται στην προφυγή σε συμπεριφορές μπροστά στον κίνδυνο, όπως π.χ. η συμμόρφωση στη θεραπεία και προστασία του αρρώστου.

Ο Aymanns (1995) υποστηρίζει την ύπαρξη ενός ιδιαίτερα προστατευτικού μηχανισμού που χαρακτηρίσθηκε ως εξαιρετικά επικίνδυνος και που διακρίνεται για ανεπάρκειες στη δυνατότητα υποστήριξης του ασθενούς, ισχυρές τάσεις μηρυκασμού (ruminatation) και αδυναμία ελαχιστοποίησης της σχετιζόμενης με τη νόσο απειλή. Συνεχίζει προσθέτοντας στους μηχανισμούς άμυνας, το μηχανισμό της εγκύστωσης (encapsulation) που χαρακτηρίζεται από ισχυρή συσπείρωση της οικογένειας προς την κατεύθυνση της περιχαράκωσης και συγκάλυψης κάθε στοιχείου που σχετίζεται με τη νόσο. (Σεμινάριο ψυχο-ογκολογία, 1997).

Οι παραπάνω μηχανισμοί άμυνας είναι γεγονός ότι επιφέρουν μεγάλες επιπτώσεις που αφορούν τον σύζυγο, τη σχέση του ζευγαριού, τα παιδιά, τους ρόλους μέσα στην οικογένεια και τις ευθύνες.

Τύποι οικογενειών

Οι πιέσεις που δέχεται η οικογένεια προκειμένου να υιοθετήσει ένα συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς, λόγω της εμφάνισης της νόσου, εξαρτάται από τη δομή και τη συνοχή της ίδιας της οικογένειας.

Η Δελπαντώνη - Οικονόμου (1997) διακρίνει τους παρακάτω τύπους οικογενειών.

1. Συγκροτημένη Οικογένεια

Σ' αυτόν τον τύπο οικογένειας υπάρχει θετική υποδομή σχέσεων και οι συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις διέρχονται ομαλά και βιώνονται ανάλογα.

Άρρωστος και οικογένεια, με τη βοήθεια ειδικού, συνεργάζονται και αλληλοστηρίζονται μέσα σ' ένα πλέγμα αισθημάτων και αντιδράσεων λόγω της νόσου. Αναπτύσσονται σχετικά μηχανισμοί διοχέτευσης όλου του συναισθηματικού φόρτου, των προκαταλήψεων και αντιδράσεων.

2. Μη συγκροτημένη οικογένεια

Η οικογένεια τυπικά υφίσταται, αλλά οι μεταξύ τους σχέσεις δεν είναι ουσιαστικές. Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν δύο (2) ενδεχόμενα.

Το πρώτο είναι το πρόσθετο πρόβλημα υγείας που προκύπτει στην οικογένεια να την οδηγήσει σε πλήρη διάλυση.

Το δεύτερο ενδεχόμενο είναι η εμφάνιση της αρρώστιας να προβληματίσει αρχικά τους συζύγους και κατ' επέκταση όλη την οικογένεια να σκεφτούν με ωριμότητα και ν' αναθεωρήσουν τη βάση και την ουσία των σχέσεών τους.

3. Διαλυμένη Οικογένεια

Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής δεν έχει τη συμπάρασταση των μελών, επειδή βρίσκονται σε διάσταση μεταξύ τους ουσιαστικά ή τυπικά. Εδώ στις δυσκολίες προστίθενται και οι ενοχές των μελών που προκάλεσαν ή νομίζουν ότι προκάλεσαν με τη συμπεριφορά τους το πρόβλημα.

4. Ελλειψη Οικογένειας

Ο ασθενής είναι μόνος του, επειδή η οικογένεια διαλύθηκε λόγω θανάτου ή διαζυγίου ή γιατί δεν έκανε ποτέ οικογένεια, και δεν υφίστανται οι σχέσεις με γονείς και αδέρφια. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει έντονη συναισθηματική απομόνωση του αρρώστου και παράλληλα πολλά πρακτικά προβλήματα.

(Σεμινάριο εκπαίδευσης Εθελοντών στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», 1997).

Η Γραμματική Μιχαλίδου (1997) αναφέρει ότι απέναντι στη διάγνωση «καρκίνος», καθαρά διατυπωμένη ή εκφρασμένη σε επίπεδο υποψίας η οικογένεια θα έχει διάφορες αντιδράσεις που ποικίλλουν ανάλογα με τη δομή της και οι οποίες θα μπορούσαν να ενταχθούν στις εξής 3 κατηγορίες:

α. Συνεργάσιμοι – Υποστηρικτικοί

Οι συγγενείς αυτού του είδους συμπαραστέκονται ουσιαστικά στους ασθενείς, κατανοούν τις ψυχικές και λειτουργικές τους ανάγκες, τον παροτρύνουν να εκφράσει τα αισθήματά του και τις απορίες του που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας του.

Συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα σχέδια της οικογένειας και τον ενθαρρύνουν να συμμετέχει σ' αυτά, χωρίς να τον περιθωριοποιούν και να τον απομακρύνουν. Έτσι όταν ο καρκινοπαθής νιώθει ότι παραμένει ενεργό μέλος της οικογένειας, δέχεται ηπιότερη τη θεραπεία και τις παρενέργειές της όπως οι εμετοί, η ναυτία, αλωπεκία, η αλλαγή εικόνας σώματος.

β. Παρεμβατικοί:

Αυτή η κατηγορία ασθενών προσπαθεί να παρέμβει στο ιατρονοσηλευτικό έργο, κατηγορεί πολλές φορές τις τεχνικές τους ότι δεν είναι σωστές και άρτιες. Βιάζονται πάντα για να προηγηθούν από τους άλλους, απαιτούν συνεχή παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού και τών άλλων

ειδικών επιστημόνων κοντά στον ασθενή, επιδιώκουν να μπαίνουν και να βγαίνουν απαρατήρητοι από το τμήμα και γενικά απαιτούν άμεση και «ιδιαιτέρη» μεταχείριση.

Αυτή η συμπεριφορά τους είναι ενδεικτική του άγχους που υπάρχει στην οικογένεια και που άλλοτε είναι δικαιολογημένη, άλλες φορές όμως όχι.

γ. Παθητικοί – Αποστοσιοπιημένοι

Αυτοί αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό συγγενών, οι οποίοι έμμεσα αφαιρούν όλα τα δικαιώματα από τον ασθενή.

Έχουν προοδευτική συναισθηματική αποεπένδυση από τα όνειρα και τις προσδοκίες που είχαν για τον ασθενή και τη σχέση μαζί του και συνήθως τον εγκαταλείπουν.

Ακόμα και όταν παρίστανται δίπλα του κατά το στάδιο της διάγνωσης, της θεραπείας, της ίασης και το τελικό στάδιο, δίνουν την αίσθηση ότι είναι «απόντες». Δεν ρωτούν, δεν απορούν, δεν κρίνουν, δεν αμφισβητούν ό,τι γίνεται και όλες οι αντιδράσεις τους είναι παθητικές.

Όντας απορροφημένοι από τα δικά τους συναισθήματα φόβου απέναντι στη νόσο, δείχνουν αυτή την αδιάφορη στάση και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενή, γιατί δεν μπορούν ν' αντιμετωπίσουν και να δεχτούν οι ίδιοι αυτό που τους συμβαίνει.

(Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογία, 1997)

Η Γιδοπούλου - Στραβολαίμου (1991) προσδιορίζει τους παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή και οι οποίοι είναι:

1. Πιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο;
2. Πως προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου;
3. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις
4. Το πνευματικό επίπεδο της οικογένειας, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις

5. Το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας σε σχέση με την πολυμορφία των ασφαλιστικών ταμείων.

6. Ο κοινωνικός περίγυρος.

(Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991)

Στάδιο ψυχοσυναισθηματικής αντίδρασης συγγενών καρκινοπαθών τελικού σταδίου

Οι καρκινοπαθείς τελικού σταδίου αποτελούν μια πραγματικά ενδιαφέροντος περίπτωση για μελέτη, όπως επίσης και ο στενός κύκλος των συγγενικών τους προσώπων.

Ο Γ. Πιπερόπουλος (1992) αναφέρει ότι οι ιδιαιτερότητες του ερευνητικού ενδιαφέροντος επικεντρώνονται στο γεγονός, ότι και οι ασθενείς και οι συγγενείς τους θα χρειαστεί να μάθουν – ένα νέο – εμφανώς βραχύβιο χρονικά αλλά έντονο στις ψυχοσυναισθηματικές του απαιτήσεις – κοινωνικό ρόλο, η ολοκλήρωση του οποίου θα συμπίπτει και με το τραγικό γεγονός του θανάτου του πρωταγωνιστή και της εισόδου των συγγενών του στην προδιαγραμμένη ψυχοκοινωνική κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως περίοδος πένθους, διεθνώς.

Εξαιρετικά σπουδίας σημασίας, για τον επαγγελματία που εργάζεται στο χώρο της υγείας, αποτελεί η γνώση των κλασσικών σταδίων ψυχοσυναισθηματικής αντίδρασης των συγγενών στο θάνατο και τα οποία είναι τα παρακάτω:

i) Η προκαταρκτική ή προληπτική θλίψη ή λύπη. Όταν ανακοινώνεται στους συγγενείς η ανίατη φύση της ασθένειας του ατόμου, αυτοί κατά κανόνα αντιδρούν πένθιμα, μολονότι ο θάνατος βρίσκεται ακόμα «μακριά».

ii) Το πένθος, όπου συνήθως οι συγγενείς αντιμετωπίζουν το γεγονός του θανάτου με έντονη άρνηση, στη συνέχεια με λυγμούς και γοερό κλάμα. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις ατόμων που δείχνουν μια στωϊκότητα και ψυχραιμία στο πένθος, αλλά επειδή η συμπεριφορά τους δεν

έχει τα εμφανή στοιχεία δακρύων και σπαραγμών δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως περιπτώσεις ψυχρής αδιαφορίας.

iii) Η κατάθλιψη η οποία συνήθως εμφανίζεται με αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς του ατόμου, με αϋπνίες και με εμφανή απώλεια των κοινωνικών, συναισθηματικών και οικονομικών - επαγγελματικών ενδιαφερόντων.

iv) Το συναίσθημα της μοναξιάς με όλα όσα σε υποκειμενικό επίπεδο συνεπάγεται αυτή η ανθρώπινη αίσθηση της πραγματικότητας, έρχεται στα συγγενικά πρόσωπα λίγες μέρες ή λίγες βδομάδες μετά το θάνατο του ατόμου και ακολουθείται από έντονα συναισθήματα εγκατάληψης, άγχους, απόρριψης και συχνά απόγνωσης.

v) Η ανακούφιση και ο τερματισμός του πένθους έρχονται αργά ή γρήγορα σε συνάρτηση με τις δομές της προσωπικότητας του συγγενούς.

Συνεχίζει ο Γ. Πιπερόπουλος αναφέροντας ότι κάθε κοινωνικό σύστημα ορίζει με συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς τα χρονικά διαστήματα της διάρκειας του πένθους. Εάν το άτομο διακόψει το πένθος του πολύ πιο νωρίς από τα προβλεπόμενα η συμπεριφορά του θα χαρακτηριστεί ασεβής, απρεπής, προσβλητική για την μνήμη του νεκρού ατόμου. Εάν πάλι η περίοδος του πένθους επιμηκυνθεί πιο πέρα από τα προβλεπόμενα τότε το άτομο που πενθεί θα θεωρηθεί ανώριμο, συναισθηματικά ασταθές και ίσως να έχει ανάγκη κάποιας βραχύχρονης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης (Γ. Πιπερόπουλος «Αντιμετωπίζοντας το θάνατο 1992)

Η Δελπαντώνη - Οικονόμου αναφέρει ότι πολύ σημαντικές ανακατάξεις προκαλούνται 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:

α) Κατάθλιψη

β) Προβληματισμός και συνεχή απασχόληση με τον 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 αυτά, βοηθούνται στην αποδοχή της πραγματικότητας και την εξοικείωση με την αρρώστια και το θάνατο. Επίσης, άρρωστος και οικογένεια μπορεί να οδηγηθούν σε ουσιαστικές ανακατατάξεις σ' ό,τι αφορά συναισθηματικές εκκρεμότητες αλγία και θεώρηση γεγονότων και αξιών σ' άλλη θεωρητική ή γνωστική βάση. Ο υπαρξιακός προβληματισμός και η αναζήτηση του θείου είναι χαρακτηριστικά της αυτοοργάνωσης και αναζήτησης του ατόμου.

(Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991)

Οικογένεια - καρκίνος - κοινωνικό στίγμα

Όταν κάποιος υποψιάζεται ότι έχει προσβληθεί από καρκίνο, έννοιες όπως πόνος - μεταστάσεις, θάνατος, αρχίζουν αυτόματα να αναδύονται και να λειτουργούν καταλυτικά. Το stress του καρκίνου είναι το stress του στίγματος. (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας 1997).

Κοινωνικές έννοιες όπως «Δεν υπάρχει φάρμακο για τον καρκίνο» ή «Δεν βαριέσαι ... από τον καρκίνο ό,τι και να κάνεις δεν γλιτώνει κανείς», διαλύουν στην οικογένεια τον συνδετικό κρίκο της ελπίδας και της πίστης στην ικανότητα της επιστήμης (ο.π.)

Η Γιδόπουλου - Στραβολαίμου (1997) αναφέρει ότι το στίγμα του καρκίνου, διαφοροποιώντας την αρρώστια αυτή σε «επάρατο» ή «ξορκισμένο», ενισχύει ενοχές και συναισθήματα τα οποία οδηγούν την οικογένεια σε αδιέξοδο. Οι ενοχές αυτές έχουν τη βάση τους στην αφετηρία του στίγματος και εισπράττονται με το γνωστό ερώτημα «Γιατί εγώ;».

Ανατρέχοντας κανείς στην αφετηρία του στίγματος, θα διαπιστώσει ότι στην Ιστορία της Ανθρωπότητας, τις θανατηφόρες ασθένειες με άγνωστη αιτιολογία της θεωρούσαν «μυστήρια», τα οποία ερμήνευαν πά-

νω 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 και εξωθώντας τα στην κοινωνική απομόνωση (ο.π.)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ασθένειας η οποία διατηρεί μέχρι και σήμερα την αληγορική της σημασία είναι ο καρκίνος, και αυτό γιατί το στίγμα συντηρεί στο ακέραιο και τα δύο βασικά του στοιχεία - το άγνωστο αίτιο και το συχνά θανατηφόρο αποτέλεσμα - και έχει σαν επακόλουθο η κοινωνική ταυτότητα της νόσου να υπερισχύει της ιατρικής.

Έτσι η οικογένεια με την απειλή του καρκίνου, από την ώρα της διάγνωσης δεν συμπεριφέρεται τυχαία. Κάτω από την κρίση που περνά, αναδύονται στην επιφάνεια όλα τα ιδιαίτερα στοιχεία που την χαρακτηρίζουν (ο.π.)

Η Γιδοπούλου - Στραβολαίμου (1997) έχει προσδιορίσει τις διαφορές που διακρίνουν τους δύο τύπους οικογένειας στην ελληνική κοινωνία, ως προς τους ρόλους, σχέσεις, δεσμούς, αξίες αλλά και σε σχέση με τον τρόπο που βιώνεται η πίεση του στίγματος.

Στην παραδοσιακή οικογένεια, οι καθορισμένοι ρόλοι μελών, οι στενοί συγγενικοί δεσμοί, η ανάπτυξη κεντρικής σχέσης μεταξύ γονιών και παιδιών καθώς και ο προσανατολισμός των αξιών προς το παρελθόν, έχουν ευνοήσει ιδιαίτερα την εξάρτηση και την υπερπροστασία, στάση που χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά της κοινωνίας προς τον ασθενή με καρκίνο.

Κάτω από τη στάση αυτή ο καρκίνος γίνεται «οικογενειακό μυστικό» και η πίεση του στίγματος εκφράζεται με το να διατηρηθεί το «ένοχο μυστικό» όχι μόνο από τον ασθενή αλλά και από τον κοινωνικό περίγυρο.

Κάτω από την πίεση του κοινωνικού στίγματος, ο ασθενής και η οικογένειά του οδηγούνται σε «Κοινωνική Απόμονωση», ενώ συχνά ο ασθενής «εξαφανίζεται» μέσα από το άγχος της οικογένειας.

Η ολιγομελής πυρηνική οικογένεια 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 ο ρόλοι δεν είναι απόλυτοι και ξεκαθαρισμένοι.

Η αστική, ωστόσο, 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. Έτσι το «ένοχο μυστικό» ενισχύει τη «συναισθηματική αφωνία» με αποτέλεσμα η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας να χαρακτηρίζεται από τα ίδια τα μέλη σαν «θέατρο παραλόγου» (Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, 1997).

Το μέλλον της οικογένειας κάτω από την απειλή του καρκίνου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και αλληλεπιδράσεις. Δεν εξαρτάται όμως τόσο απ' αυτό καθ' αυτό το γεγονός, όσο από το πως θ' αντιληφθεί αυτό το γεγονός το κάθε μέλος ξεχωριστά η οικογένεια σαν σύνολο.

Σίγουρα η έννοια «οικογένεια» από μόνη της σημαίνει «πολυπλοκότητα» σε όλα τα επίπεδα. Αν μπορούσε κανείς ν' απομονώσει την έννοια «οικογένεια» και «κοινωνικό στίγμα», θα μπορούσε πολύ απλά να πει ότι η αντίδραση της οικογένειας στη διάγνωση του καρκίνου είναι κυρίως η αντίδραση σε ταμπού και προκαταλήψεις, που συνοδεύουν την πάθηση αυτή από τα βάθη των αιώνων (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Η. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

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. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Η αλλαγή των κοινωνικών δομών συνετέλεσε σημαντικά στο να χάσει ο ασθενής την ατομικότητά του και να κινηθεί μέσα σε μία ανωνυμία σαν φορέας της ασθένειας του καρκίνου. Ο ρόλος του ασθενή, υποκαθιστά τους οικογενειακούς επαγγελματικούς και άλλους ρόλους και το επίκεντρο του ενδιαφέροντος είναι ο διαρκής αγώνας για τη βελτίωση της υγείας του. Αυτή η πραγματικότητα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάγκη ύπαρξης ειδικών επαγγελματιών όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, που θα αναλάβουν την προσαρμογή του ατόμου στο Νοσοκομειακό χώρο και στο ρυθμό λειτουργίας του. Θα ασχοληθούν μ' όλα εκείνα τα πρακτικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία αν και είναι πολλές φορές ανεξάρτητα από την ίδια την ασθένεια, δεν παύουν να την επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό (ο.π.)

Γι' αυτό ο κοινωνικός λειτουργός στη διαφύλαξη της οντότητας και μοναδικότητας του ατόμου, τόσο στον ίδιο, όσο και στο προσωπικό του Νοσοκομείου που ασχολείται μαζί του αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον όπου τα πράγματα κλονίζονται (ο.π.)

Έργο και δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού

Το έργο και οι δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει δύο σκέλη. Τα πρώτο αναφέρεται στην νοσοκομειακή περίθαλψη γενικά ενώ το δεύτερο σε ογκολογικό Νοσοκομείο.

α. Νοσοκομειακή περίθαλψη

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού σε νοσοκομειακό πλαίσιο συνοψίζεται στα εξής (ΣΚΛΕ, 1974)

1. Μετέχει στη θεραπευτική ομάδα (ιατρός, αδερφή, 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 οικογένειά του όταν προκύπτει ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο ή νοσηλεία 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 εξατομικευμένη θεραπεία του ασθενούς.
7. Επιδιώκει με την άσκηση Κοινωνικής Εργασίας τη θετική συμμετχή 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 εργασίας 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.

β. 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 οικογένειας 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 διά-

γνωση 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, που αντιμετωπίζει το άτομο σ' αυτή την πορεία της ζωής του. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να αναγνωρίσει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσής του, που θα βοηθήσουν αν ανιχνευθούν οι επιθυμίες, οι ανάγκες και οι φόβοι του. Με τη μεθοδευμένη συμπαράσταση του Κοινωνικού Λειτουργού με την επιστημονική γνώση της ανάλυσης των συναισθημάτων του, θα βοηθήσει να εξοικωθεί 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 την 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 ανπηρία μετά τον ακρωτηριασμό, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σω-

ματικά να συνεχίσει τις επαγγελματικές δραστηριότητες – όταν αυτό είναι δυνατό – 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 δι-

σεπίλυτο. Με τη δημιουργία ομάδων ασθενών με κοινά προβλήματα όπως λαρυγγεκτομές, κολοστομίες κ.τλ. 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.

9. Αποκατάσταση. Ο κοινωνικός λειτουργός Ογκολογικού Νοσοκομείου λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου και των ειδικών χαρακτηριστικών όπως αναφέραμε είναι απαραίτητο να εργαστεί σε οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης. Η ύπαρξη και συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας, βοηθάει παράλληλα με την θεραπεία στην ψυχοκοινωνική απόκατάσταση, την εξυπηρέτηση του ασθενή και την προαγωγή της υγείας. (Ψυχοκοινωνική διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Στοιχεία που πρέπει να διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε ογκολογικό νοσοκομείο.

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού δεν είναι απλά ένα επάγγελμα είναι σίγουρα κάτι πολύ παραπάνω. Προϋποθέτει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και μια «δοτική» διάθεση ανευ όρων και περιορισμών. (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου 1991).

Όπως αναφέρει ο Ι. Βίννος στο βιβλίο του «Η φιλοσοφία της Κοινωνικής Εργασίας» σύμφωνα με την Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου 1991, 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...»

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 οποιουδήποτε υπαλλήλου, έστω και ευσυνείδητου (ο.π.)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί την αποτελεσματικότερη άσκηση της Κ.Ε.

πρέπει να διαθέτουν i) κάποια βασικά στοιχεία προσωπικότητας και ii) στοιχεία που αφορούν τον επαγγελματικό τους εξοπλισμό.

Στοιχεία προσωπικότητας

Σαν ιδιότητες χαρακτήρα και κατάλληλη προσωπικότητα, δεν νοούνται 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

Στοιχεία επαγγελματικού εξοπλισμού

Ο επαγγελματικός εξοπλισμός 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 ανάπτυξης 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.

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΚΑΙ Η ΑΛΗΘΕΙΑ

— Η ενημέρωση του αρρώστου —

Τα δεοντολογικά προβλήματα και τα Ηθικά διλήμματα στο χώρο της υγείας μπορεί να είναι πολλά. Στον τομέα όμως της Ογκολογίας, η Δεοντολογία του γιατρού, αλλά και των κοινωνικών λειτουργών, πολλές φορές δοκιμάζεται ιδιαίτερα και ίσως φθείρονται καθημερινά, κάτω από το φάσμα του καρκίνου, μιας αρρώστειας που το κοινωνικό της στίγμα, δεν επηρεάζει μόνο τους ασθενείς, αλλά και όσους εργάζονται μ' αυτούς. Στο

ιο αυτό, ένα θέμα κυρίως προρκαλεί τα περισσότερα προβλήματα, δι-
ματα ή και ηθικές συγκρούσεις, η ενημέρωση του αρρώστου. (Ψυχο-
ωνική διάσταση του Καρκίνου 1991).

Το πρόβλημα της ενημέρωσης του αρρώστου, δεν αποτελεί βέβαια
ο πρόβλημα των καρκινοπαθών του ελληνικού χώρου. Στο κείμενο του
ρίσματος για τον Ευρωπαϊκό Χάρτη των δικαιωμάτων των ασθενών σε
κό άρθρο, αναφέρεται λεπτομερώς, το δικαίωμα για πληροφόρηση ό-
αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση, καθώς και το δι-
ωμα της προσβάσεως του ασθενούς στον ιατρικό του φάκελλο, καθώς
το δικαίωμα του να παρέχει τη συναίνεσή του για την προτεινόμενη θε-
τεία ή να την αρνείται (ο.π.)

Ο Ρηγάτος 1985, αναφέρει ότι δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του
οβλήματος στις διάφορες χώρες, και ότι δεν πρέπει να θεωρείται ορι-
κοποιημένη η στάση που τηρείται σήμερα (Εισαγωγή στην Ψυχοκοινω-
ή Ογκολογία, 1985).

Σε πολλές χώρες της Δ. Ευρώπης και στις Η.Π.Α. τα τελευταία χρό-
ι έχει επικρατήσει η άποψη της ανακοίνωσης στον άρρωστο όλης της
ήθειας σχετικά με τη νόσο του και λεπτομεριών σχετικά με την πρό-
ωση (ο.π.)

Η πιο πρόσφατη μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α., σύμφωνα πάντα με τον
γιάτο, (1985) είναι αυτή των Novack & συν. (1979) μεταξύ 264 γιατρών,
ου δείχνει πλήρη αναστροφή των στάσεων και απόψεων του 1961: 97%
ον γιατρών προτιμούν να λένε στους ασθενείς την ακριβή διάγνωση.

Από τις Ευρωπαϊκές χώρες στη Φιλανδία, υπάρχει μια ιδιαιτερότη-
στο θέμα του καρκίνου. Σύμφωνα με παλιότερα στοιχεία των Achté &
ν. 1970, στον Ρηγάτο (1985), 30% των ασθενων αγνοούν τη φύση της
ρώστιας τους, και από τους υπόλοιπους που γνωρίζουν την ασθένειά
ους, μόνο 30% το ζήτησε.

Τα στοιχεία που υπάρχουν για τις απόψεις μεταξύ των Ελλήνων προ-
χονται απο την εργασία των Χριστάκη και Μάνου (1980), όπως μας πλη-

ροφορεί ο Ρηγάτος (1985). 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 την πραγματική διάγνωση. Τα αποτελέσματα της έρευνας, περιέχουν ίσως και την κατεύθυνση της μεταβολής που φαίνεται ότι αργά αλλά σταθερά συντελείται και στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντάς την έμμεσα: είτε από μισόλογα και κουβέντες του διαδρόμου, είτε απ' το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι, είτε απ' τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε απ' το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται κ.τλ. (Ρηγάτος, 1985).

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ — Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα —

Οι τρόποι με τους οποίους μπορούν οι θεράποντες ιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της ενημέρωσης ή μη, των καρκινοπαθών σχετικά με την αρρώστια τους, είναι τόσοι, όσο και οι καρκινοπαθείς. Για να διευκολυνθεί η ανάλυση του θέματος γίνεται δεκτό ότι θεωρητικά υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος: (Αναγνωστόπουλος Παπαδάτου, 1986).

Πρώτος τρόπος: Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η αρρώστια του. Κατά συνέπεια οι πληροφορίες που πρέπει να δίνονται στον άρρωστο σχετικά με τη διάγνωση της αρρώστιας, τη θεραπεία και την πρόγνυσή του πρέπει να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Δεύτερος τρόπος: Όλοι οι καρκινοπαθείς χωρίς καμιά εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς την αρρώστια τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται μ' αυτήν.

Τρίτος τρόπος: Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την αρρώτια του, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε άρρωστο.

ι) Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτών των τρόπων

Στον πρώτο τρόπο αντιμετώπισης, έχουμε τα εξής πλεονεκτήματα σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο Παπαδάτου, 1986:

α) Η μη γνωστοποίηση της νόσου στον ασθενή, τον βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πάσχει από καρκίνο. Έτσι αποφεύγεται ο φόβος, η στενοχώρια και η κατάθλιψη που καταλαμβάνουν τον άρρωστο όταν μάθει απότομα ότι πάσχει από καρκίνο. Ακόμη δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι υπάρχουν αρκετοί ασθενείς, ίσως το ένα πέμπτο του συνόλου, οι οποίοι θέλουν να πιστεύουν ότι δεν πάσχουν από καρκίνο. Είναι αυτοί που αρνούνται την ασθένειά τους.

β) Ειδικά για την Ελλάδα, δέχονται ότι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του ασθενούς είναι πλεονεκτικός. Αν σε άλλες χώρες έχει αποδώσει η λύση της γνωστοποίησης στον καρκινοπαθή της αρρώστιας του, δεν ισχύει το ίδιο στην Ελλάδα. Αλλιώς αντιδρά ένας ασθενής που κατάγεται και ζει σε βόρειες χώρες όταν μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και αλλιώς ένας Έλληνας. Οι Έλληνες είναι λαός μεσογειακός με ευματάβολο συναισθηματικό κόσμο. Αν κάποιος δοκιμάζει να αποκαλύπτει τη διάγνωση του καρκίνου στο κάθε Έλληνα καρκινοπαθή, τα αποτελέσματα θα ήταν τραγικά και σίγουρα θα υπήρχαν περισσότερες αυτοκτονίες.

γ) Τρίτο πλεονέκτημα είναι ότι η απόκρυψη της αλήθειας από τον άρρωστο είναι η ευκολότερη λύση για το νοσοκομειακό προσωπικό. Αν και αυτό δεν είναι πολύ διαδεδομένο σαν άποψη.

Μειονεκτήματα πρώτου τρόπου:

α) Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται τεράστιο ηθικό πρόβλημα. Κάθε άρρωστος έχει ορισμένα δικαιώματα. Από αυτά τα κυριότερα είναι το δικαίωμα του αρρώστου να

γνωρίζει την πάθησή του και το δικαίωμά του να αποφασίζει ο ίδιος για τη θεραπεία του. Από την άλλη μεριά, το προσωπικό έχει την ηθική και ίσως και τη νομική υποχρέωση να ενημερώνει τον ασθενή για την πάθησή του και να τον βοηθάει να παίρνει σωστές αποφάσεις.

β) Ο ασθενής αφήνεται αβοήθητος να λύσει τα ψυχικά προβλήματα μόνος του. Η άποψη ότι είναι πριτιμότερο να αφεθεί ο ασθενής να λύσει τα ψυχικά του προβλήματα και να εξοικειωθεί με την ιδέα του θανάτου μόνος του, θυμίζει έντονα την άποψη που ίσχυε παλιότερα σχετικά με την ενημέρωση των παιδιών και εφήβων σε θέματα σεξουαλικών σχέσεων.

γ) Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του απ' ότι έχει η σωστή ενημέρωση για την αρρώστια του και η κατάλληλη ψυχολογική του αντιμετώπιση.

δ) Η απόκρυψη της διάγνωσης ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο ασθενής που θέλει να μάθει τη διάγνωση της αρρώστιας του μπορεί να τη μάθει με πολλούς τρόπους.

ε) Όταν η νόσος βρίσκεται σε πιο προχωρημένο στάδιο, η αναπόφευκτη και καθημερινή διάψευση των φρούδων ελπίδων του ασθενή, που καλλιεργούν η οικογένειά του και ο γιατρός του, όχι μόνο καταρρακώνουν το ηθικό του, αλλά και τον κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη του προς τα προσφιλή του πρόσωπα και τον γιατρό του.

στ) Η μη αποκάλυψη της διάγνωσης στον άρρωστο δε βοηθάει στην ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο.

ζ) Η απόκρυψη της διάγνωσης στον ασθενή δυσκολεύει πολλές φορές την αντιμετώπιση της κακοήθους νόσου αυτής καθ' αυτής.

η) Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα (εκρημνή περιουσιακά ή οικονομικά ζητήματα)

Στον δεύτερο τρόπο αντιμετώπισης έχουμε τα παρακάτω πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (ο.π.):

Πλεονεκτήματα:

α) Ο ασθενής, όπως έχει δικαίωμα, μαθαίνει ποιά είναι η πάθησή του και αποφασίζει μόνος του για το είδος θεραπείας του, ακόμη και για τη ζωή του.

β) Ο ασθενής ενημερώνεται από τον θεράποντα ιατρό και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες να πέσει θύμα τσαρλατώνων.

γ) Ο ασθενής μπορεί έγκαιρα να επιλύσει τυχόν οικονομικά ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια ή τον θάνατό του.

δ) Η πλήρης και υπεύθυνη ενημέρωση κάθε καρκινοπαθούς για την ασθένεια του συντελεί στην ορθή ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις κακοήθεις νόσους. Επιπλέον αυξάνει την εμπιστοσύνη του κοινού προς το προσωπικό του νοσοκομείου.

ε) Η λύση είναι εύκολη για το θεράποντα. Δεν απαιτείται να διαθέσει το προσωπικό χρόνο για να σκεφτεί ποιός άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί για την ασθένειά του λιγότερο από ποιός περισσότερο. Σ' όλους αδικρίτως δίνεται κάθε πληροφορία που σχετίζεται με την ασθένεια τους, είτε τη ζητήσουν είτε όχι.

Μειονεκτήματα:

Μ' αυτόν τον τρόπο ενημέρωσης παραγνωρίζεται το γεγονός ότι υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν την ψυχική δύναμη ν' αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο. Είναι αναμφισβήτητο ότι μεταξύ των καρκινοπαθών υπάρχουν ασθενείς που αρνούνται στην ασθένειά τους.

Στον τρίτο τρόπο αντιμετώπισης έχουμε τα εξής (ο.π.)

Πλεονέκτημα:

Αυτός ο τρόπος ενημέρωσης συνδυάζει τα πλεονεκτήματα για τον ασθενή, τα οποία συνεπάγονται και οι δύο τρόποι που έχουν ήδη αναφερθεί. Κατ' αρχήν λαβάνεται υπόψη ο ψυχισμός του ασθενή ενώ παράλληλα

αποφεύγεται να ληφθεί πλήρως η αλήθεια στους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να τη μάθουν.

Μειονεκτήματα:

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ο δυσκολότερος για το προσωπικό. Και αυτό γιατί, υπάρχει ο προβληματισμός στην κάθε προσπάθεια και η προσπάθεια να εξατομικευτεί η ενημέρωση ανάλογα με την ψυχοσύνθεση του ασθενή. Κατ' αυτόν τον τρόπο εκτίθενται στον κίνδυνο του λάθους.

Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ, Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΑΛΗΘΕΙΑ

Το καθοριστικό κριτήριο, πρέπει να είναι το προσωπικό συμφέρον του κάθε ασθενούς, διασφαλισμένο με τέτοιο τρόπο ώστε η οποιαδήποτε στάση, να αποβλέπει στην εξασφάλιση αποτελεσματικότερης θεραπείας καθώς και τις καλύτερες συνθήκες συναισθηματικής προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα που δημιουργεί ο καρκίνος για τον ασθενή. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Πολλές φορές ο ασθενής ρυθμίζει το βαθμό της γνώσης που θέλει να έχει. Αυτός που δεν θέλει να επαληθευθούν οι υποψίες του, μπορεί να χρησιμοποιήσει το μηχανισμό της άρνησης και να μην ρωτά, αλλά να αρκείται στην εκτέλεση των εντολών. Αυτός αντίθετα, που δεν αρκείται στην αβεβαιότητα, βρίσκει οπωσδήποτε τρόπο να μάθει την αλήθεια έστω και αν όλοι του αρνούνται το δικαίωμα (ο.π.)

Για τους κοινωνικούς λειτουργούς, που γνωρίζουν την αξία της εξατομικευμένης προσέγγισης τους καλύπτει η θέση: «όσοι καρκινοπαθείς, τόσες απαντήσεις». Η εξατομικευμένη όμως αντιμετώπιση καθώς και η ολιστική θέωση του ασθενή, δεν μπορεί να θεωρηθεί σήμερα έργο ενός μόνο ειδικού (ο.π.)

Μέσα στο πολυσύνθετο σύστημα που λέγεται νοσοκομείο, πολλές φορές η ασθένεια τείνει να γίνει πιο σημαντική από τον ασθενή. Ο ασθενής δε μέσα στο γρήγορο ρυθμό των πολλαπλών εργαστηριακών εξετάσεων,

νωθει ότι χάνει την ατομικότητά του και αισθάνεται, ότι αντιμετωπίζεται περισσότερο σαν μια περίπτωση επιστημονικού ενδιαφέροντος και λιγότερο σαν άτομο με δικαιώματα.

Έτσι στις μεγάλες νοσοκομιακές μονάδες με τις πολλαπλές εξειδικευμένες παρεμβάσεις που αναγκαστικά υπερισχύουν οι απρόσωπες και πολυπρόσωπες σχέσεις, ο κοινωνικός λειτουργός καλείται με τον ρόλο του, να αναλάβει 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. Παραδοσιακά έχει ανατεθεί στο γιατρό εκτός της θεραπείας και η ανακούφιση του ψυχικού πόνου του αρρώστου και παραδοσιακά, γιατί πράγματι ο παλιός οικογενειακός γιατρός, μπαίνοντας στο σπίτι του αρρώστου και γνωρίζοντας την οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, μπορούσε να δώσει άμεση και πολύμορφη βοήθεια (ο.π.)

Σήμερα όμως, ο τρόπος δουλειάς του γιατρού μέσα στα μεγάλα κέντρα, του έχουν αφαιρέσει τον παλιό του ρόλο. Έτσι ρίχνοντας όλο το βάρος στην σωματική αρρώστεια, θεωρεί τα ψυχικά προβλήματα αλλότρια της διάγνωσης και της θεραπείας και τα χειρίζεται ανάλογα με την προσωπικότητα του ή τα μεταβιβάζει περιστασιακά στον κοινωνικό λειτουργό.

Έτσι λοιπόν στα μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία υποβάλλπτεται ο περίφημος «Καρτεσιανός Δυαλισμός», σύμφωνα με τον οποίο ο άνθρωπος αποτελείται από δύο διαφορετικά στοιχεία, το σώμα και την ψυχή. αν και θεωρητικά η άποψη αυτή δεν είναι παραδεκτή, στην καθημερινή πρακτική διατηρείται: ο μεν γιατρός ασχολείται με τη θεραπεία της αρρώστιας, ενώ ο κοινωνικός λειτουργός με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενούς. (ο.π.)

Η πρακτική αυτή της διχοτόμησης παράλληλα με την τακτική της υπερπροστασίας του οίκτου ή του μονόλογου που χαρακτηρίζει στο νοσοκομείο την συνεργασία ασθενούς - ειδικών έχει επιβάλει περισσότερο το μοντέλο μιας πατερναλιστικής συμπεριφοράς προς τον ασθενή και λιγό-

τερο συμπεριφορά του ευνοεί τη συμμετοχή του στη διαδικασία της θεραπείας του.

Πολλές φορές όμως, κάτω απ' αυτή τη συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από συγκρουόμενα δικαιώματα και απαιτήσεις, ο ασθενής μπορεί να πληρώσει την αποκατάσταση της σωματικής του υγείας, με το τίμημα υπερβολικής απώλειας στην κοινωνική και συναισθηματική του απόδοση. Και αυτός είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους που διατρέχει ο ασθενής με καρκίνο. Ένας κίνδυνος που πηγάζει από το φόβο του οίκτου που συνοδεύει τη διάγνωση αυτή, έστω και αν θεωρητικά είναι γνωστό ότι ο «οίκτος» είναι το κατ' εξοχήν συναίσθημα του απορρίπτουν τα άτομα αυτά (Ψυχοκοινωνική Διάγνωση του Καρκίνου, 1991).

Τα διλήμματα και οι ηθικές συγκρούσεις προκύπτουν σίγουρα όχι από την συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με έναν ασθενή παθητικό, αδρανή και εξαρτημένο, αλλά με τον ασθενή που δεν δέχεται τον ρόλο του παθητικού δέκτη εντολών και ζητά αποφασιστικό ρόλο στη θεραπευτική του πορεία. Έτσι τα δεοντολογικά και ηθικά διλήμματα, δεν προκύπτουν μόνο από το πρόβλημα της ενημέρωσης του ασθενή, αλλά και ερωτήματα που προκύπτουν από τη συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με αυτόν. Ερωτήματα όπως: είναι άραγε αρκετό για έναν ασθενή να υποβληθεί στην πλέον σωστή θεραπεία και να βγει με προβλήματα που του δημιούργησε η ίδια η θεραπευτική επέμβαση ή ο τρόπος που αντιμετωπίστηκε αυτός;

Έτσι λοιπόν υποχρέωση του κοινωνικού λειτουργού είναι μέσα από τον δικό του ρόλο να δει το άτομο σε συνάρτηση με το περιβάλλον του. Ευθύνη του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει την ψυχοκοινωνική πλευρά της σωματικής του πάθησης υπογραμμίζοντας τη σημασία των ενδοοικογενειακών σχέσεων των σχέσεών του μέσα στην κοινότητα και την κοινωνία (ο.π.)

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΛΠΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ

Η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που διακρίνει τον κάθε άνθρωπο, ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής του.

Στην πορεία της αρρώστιας, το περιεχόμενο των ελπίδων του ατόμου, τροποποιείται. Για παράδειγμα στην προδιαγνωστική φάση, η ελπίδα επικεντρώνεται στη φύση και ερμηνεία των συμπτωμάτων. Στην φάση της διάγνωσης, η ελπίδα είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αποτελεσματική επίδραση της θεραπείας, ενώ στη χρόνια φάση επικεντρώνεται στην ίαση ή στην ύφεση της αρρώστιας. Όταν η κατάσταση της υγείας του αρρώστου επιδεινώνεται, η ελπίδα του μπορεί ν' αφορά την καθυστέρηση του επικείμενου θανάτου (Ο Καρκίνος, 1993)

Η διατήρηση της ελπίδας επηρεάζει το νόημα που αποδίδει ο άρρωστος στις εμπειρίες που βιώνει και ενισχύει την αυτοεκτίμησή του. Ο Hutchnecker (1981) διακρίνει δυο μορφές ελπίδας που έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην αντιμετώπιση της αρρώστιας: α) Την ενεργητική ελπίδα (Active Hope), την οποία ορίζει ως την εσωτερική ενέργεια που κινητοποιεί το άτομο για δράση έχοντας πεποίθηση στις ικανότητες του β) Την παθητική ελπίδα (Passive Hope) η οποία χαρακτηρίζει τον ασθενή που βασίζεται σε όνειρα ελπίζοντας ότι θα συμβούν «θαύματα» και οι δυσκολίες του θα εξαφανιστούν δια μαγείας. Το άτομο αυτό αποφεύγει να δραστηριοποιείται και ζει περισσότερο σ' ένα φανταστικό παρά πραγματικό κόσμο (Η ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας, 1997).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα. Το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος αυτής της ομάδας περνάει και στα υπόλοιπα. Υπάρχει δηλαδή μία μορφή διάρκειας αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της, από εσωγενείς και εξωγενείς παράγοντες. (Ψυχοκοινωνική Διάγνωση Καρκίνου, 1991).

Η διάγνωση της ασθένειας του καρκίνου, πέρα από την ρήξη που προκαλεί στη ζωή του ασθενή, θέτοντας 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 ό,τι παλιότερα ήταν δεδομένο και προβλέψιμο, τώρα δεν είναι πια το ίδιο. Η οικογένεια αποκτά μια καινούργια ταυτότητα, και τα μέλη της καλούνται να σκεφτούν τον εαυτό τους κάτω απ' αυτή τη νέα ταυτότητα και να μάθουν ή να κινητοποιήσουν νέους τρόπους λειτουργίας (European School of Oncology, 1997).

i) Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διάγνωση

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Το πλέγμα των προκαταλήψεων που περιβάλλει τον αρνητικά φορτισμένο αυτόν όρο, προέρχεται από την ελλιπή ή κακή ενημέρωση του κοινού μετέπειτα αντιδράσεις της εξαρτώνται από την ιδιομορφία της, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, από το κοινωνικο/οικονομικό επίπεδο, από τη νοοτροπία του περίγυρου κ.α. Η προσφορά του κοινωνικού λειτουργού στις αντιδράσεις, είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί βοηθά την οικογένεια να προσαρμοστεί απέναντι στον ασθενή και την ασθένεια. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση Καρκίνου, 1991).

ii) Τύποι συμπεριφοράς οικογενειών και κοινωνικός λειτουργός

Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι δυνατό να έχουμε τους εξής τρόπους συμπεριφοράς (Ψυχοκοινωνική διάσταση Καρκίνου 1991):

1. Το οικογενειακό περιβάλλον εμφανίζεται υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο «σόκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία, ακολουθεί μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών, που τείνει, αντί να υποστηρίξει τον ασθενή, να τον «εξαφανίζει» δηλαδή να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το

δωμάτιο του με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Αρχίζει να αισθάνεται αφύσικα με τους δικούς του, πριν ακόμα συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει.

Ο κοινωνικός λειτουργός που θα διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας θα πρέπει να την κατευθύνει έτσι ώστε να μετριάσει την εενργητικότητά της για να νιώσει ο ασθενής πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μη κουραστούν και οι δύο 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' αυτή τη πρώτη φάση, διότι θα την χρειαστεί ο ασθενής στα επόμενα στάδια της ασθένειας.

2. Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Μ' αυτήν, η οικογένεια βάζει τον ασθενή στο περιθώριο. Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του. Χάνει την ενεργητικότητά του και ωθείται να αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δείκτη και όσων του προσφέρονται απλόχερα. Χάνει την ταυτότητά του. Ο τρόπος αυτής της συμπεριφοράς - πέρα από τα κίνητρα αγάπης - μπορεί να περιλαμβάνει και «παθολογικές καταστάσεις». Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας του και της προσωπικότητάς του, δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση του αρρώστου.

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού μ' αυτόν τον τύπο, είναι να βοηθήσει τον ασθενή ν' αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Ακόμη, οι συγγενείς θα πρέπει να πεισθούν για τις ικανότητες και δυνατότητες του ασθενή να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.

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

Από μέρους του κοινωνικού λειτουργού απαιτούνται γνώσεις και εμπειρία προκειμένου να μελετήσει και να διαγνώσει 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 ασθένεια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης, που μπορεί να εκτονώσει ασθενή και συγγενείς. Μερικές φορές όμως ο θυμός των συγγενών στρέφεται κατά του ασθενή και το πρόβλημα εντείνεται και αυτό γιατί ο ασθενής κατηγορείται σαν απόλυτα 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 συνεργασία με 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 ασθενή είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του σκληρού γεγονότος της ασθένειας.

5. Όταν η οικογένεια παρουσιάζει μια υπερεξάρτηση από τον ασθενή. Η πρώτη της αντίδραση σ' αυτό το σημείο, μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβονται δηλαδή πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σ' ένα επόμενο στάδιο αυτό δηλαδή της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονεί ο κίνδυνος η οικογένεια να έχει απαιτήσεις από τον ασθενή όπως και στο παρελθόν. Να θέλει δηλαδή τον άρρωστο της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές δραστηριότητες, σαν να μη τρέχει τίποτα αρνούμενα ως συνέπειες της ασθένειας. Έτσι δημιουργούνται επικοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί την 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 κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια. Σκοπός της θα είναι η κινητοποίηση των δυνάμεων και μηχανισμών ανεξαρτητοποίησής τους.

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

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

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η διάσταση του προβλήματος «καρκίνος» δεν περιορίζεται σήμερα στην αντιμετώπιση της αρρώστιας αυτής, καθ' αυτής, αλλά εξ ίσου σοβαρά έχει αρχίσει να προβληματίζει και η ποιότητα της ζωής των ασθενών που προσβάλλονται από αυτήν.

Ο προβληματισμός αυτός γεννήθηκε αφενός μεν από την αναγνώριση του γεγονότος ότι ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που συνοδεύεται από δυσβάστακτες ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και αφ' ετέρου από μελέτες που επισημαίνουν ότι η Κοινωνική ζωή επηρεάζει όχι μόνο την ποιότητα της ζωής των ασθενών αλλά και την πορεία και την εξέλιξη της αρρώστιας. (Γ. Νικολής Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού δεν διαφέρει από τον ρόλο άλλων ειδικοτήτων, ως προς τον σκοπό, αλλά η διαφορά υπάρχει στην έμφαση, στην προτεραιότητα καθώς και στον τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων. Το αντικείμενο δουλειάς του κοινωνικού Λειτουργού είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το περιβάλλον του, ενώ ο μείζων στόχος του μέσα από τον ρόλο του είναι η βελτίωση ή η αποκατάσταση μιας θετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενούς - περιβάλλοντος, με στόχο την ανάπτυξη μιας θετικής επικοινωνίας. (Ψυχοκοινωνική Διάστασή καρκίνου, 1991).

Βλέποντας τον ασθενή με καρκίνο μέσα από το πρίσμα του κοινωνικού λειτουργού, γεννάται ο προβληματισμός εάν πράγματι είναι πιο βαριά

η αρρώστια ή ο τρόπος που βιώνουν τα προβλήματα τα άτομα αυτά. Είναι η διάγνωση του καρκίνου και η προτεινόμενη απειλή δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση διπλής απειλής. Μια απειλή για την ίδια τη ζωή, αφού στην κοινή γνώμη, ο καρκίνος = θάνατος και μια για τη σωματική του ακεραιότητα με τις αναπηρίες που συχνά προκαλεί η ίδια η θεραπευτική αντιμετώπιση, δηλ. την αναγκαστική αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού. (ο.π.)

Στη φάση αυτή, το άτομο κινητοποιεί ειδικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς στην προσπάθεια του ν' αποκαταστήσει την ψυχική του ισορροπία. Ο συχνότερος μηχανισμός άμυνας που θα συναντήσει οι κοινωνικός λειτουργός στη συνεργασία του με τον ογκολογικό άρρωστο είναι ο μηχανισμός της άρνησης ή της απόσυρσης. (ο.π.)

Η Γιδοπούλου - Στραβολαίμου (1991) διατείνεται ότι η Κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τους ασθενείς με καρκίνο και εμποδίζει την κοινωνική επανένταξη αυτών. Είναι στον τομέα της αποκατάστασης, ο κοινωνικός λειτουργός έχει να δουλέψει:

1. Με τα συναισθήματα που κατακλύζουν τον άρρωστο μετά την πληροφορία της διάγνωσης και της θεραπείας.
2. Με τον τρόπο που θα διαχειριστεί ο ίδιος ο ασθενής τα συναισθήματά του, σε σχέση με τον εαυτό του, και τους γύρω του.
3. Με την ανάγκη του αρρώστου για προσαρμογή σε νέες συνθήκες, οι οποίες μπορεί να τον υποχρεώσουν ν' αλλάξει σχέδια και στόχους της ζωής του.
4. Με την ανάγκη του ν' αποκτήσει μια καινούργια ισορροπία σε όλα τα επίπεδα ζωής (προσωπικό, οικογενειακό, εργασιακό, κοινωνικό)
5. Με τα προβλήματα πρακτικής και οικονομικής φύσεως από τα πιο απλά μέχρι τα ανυπέβλητα. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση καρκίνου 1991).

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων δεν αφορά μόνο τον ασθενή, αλλά προβάλλει αναγκαία η εκτίμηση των αντιδράσεων και διαθέσεων που

γενιώνται μέσα στην οικογένειά του. (Γ. Νικολής, Διδακτορικής Διατριβής, 1996).

Η παρέμβαση επομένως του κοινωνικού λειτουργού στόχο έχει, μέσα από την αντιμετώπιση των προβλημάτων αρρώστου - οικογενειακού περιβάλλοντος να βοηθήσει και στην έκφραση των οποιονδήποτε συναισθημάτων που τα συνοδεύουν (ο.π.).

Ο άρρωστος μόνο μέσα από τη διαδικασία της «αναγνώρισης» και της «έκφρασης» των οποιονδήποτε συναισθημάτων του και ιδιαίτερα των αρνητικών μπορεί να αποβάλλει τον υπέρμετρο ή φανταστικό φόβο του γύρω από την αρρώστια και την αβέβαιη πορεία της, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα στην πραγματική της διάσταση και να μπορεί να προχωρήσει στην «Αποκατάσταση». Γι' αυτό και ο κοινωνικός λειτουργός στη σχέση του με τον άρρωστο πρέπει να είναι υποστηρικτικός, ποτέ όμως παραπλανητικός.

Στην συνεργασία του όμως ο κοινωνικός λειτουργός με τον ασθενή με καρκίνο, πρέπει παράλληλα με τις προσωπικές αντιδράσεις του αρρώστου να αξιολογήσει και την αφετηρία ορισμένων παραγόντων που συνδέονται με τον «καρκίνο» και επηρεάζουν την «Αποκατάσταση» του ασθενούς. Οι σημαντικότεροι απ' αυτούς τους παράγοντες είναι οι εξής:

1. Η κοινωνική ταυτότητα της νόσου
2. Η δομή και ο τρόπος λειτουργίας του Νοσοκομείου
3. Ο ρόλος της οικογένειας
4. Ο ρόλος της κοινωνίας.

(Ψυχοκοινωνική Διάσταση καρκίνου 1991).

Η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς καθώς και η αποκατάστασή του δεν μπορεί να θεωρηθεί έργο ενός ειδικού ή μεμονομένων προσπαθειών πρέπει να είναι έργο «Συνεργείου» Επιστημόνων. Του γιατρού, του νοσηλευτού, του κοινωνικού λειτουργού και οποιουδήποτε ειδικού που εμπλέκεται στο θεραπευτικό έργο. Πάνω απ' όλα όμως απαραίτητη πρέπει να θεωρείται η συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου. (ο.π.)

Έτσι αρχίζει με τη συνεργασία όλων, η αποκατάσταση του αρρώστου μπορεί να αρχίζει τόσο έγκαιρα και σωστά όσο και η ίδια η θεραπεία της αρρώστιας. Ο στόχος όμως της «Αποκατάστασης» επιβάλλει στον κοινωνικό Λειτουργό να ξεπερνά «τους τοίχους» του Νοσοκομείου αναπτύσσοντας συνεργασία με την οικογένεια και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου. (ο.π.)

Έτσι, μέσα από τη διαδικασία της προσαρμογής στην αρρώστια και τις νέες συνθήκες που θα επιβάλλει αυτή, θα πρέπει να στηρίζει τον άρρωστο ώστε να μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, παράλληλα με τη γνώση της αρρώστιας και την απειλή που τη συνοδεύει, θα πρέπει επίσης να τον βοηθήσει ν' αναπτύξει την αντοχή του για την αμφιβολία και αβεβαιότητα που έχουν όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από μια αρρώστια που είναι ακόμα συνδεδεμένη με το φόβο του αγνώστου που φέρει το στίγμα του θανάτου, δίδοντάς του ευκαιρίες και δυνατότητες ώστε να μπορεί ν' αποκτήσει τον έλεγχο του φόβου του. (Γ. Νικολής, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Το γεγονός ότι ο «καρκίνος» εκτός από αρρώστια θεωρείται και σαν αιτία που μπορεί να επιφέρει μεταβολές στις μορφές συμπεριφοράς των ατόμων και επιδρά στην προσωπικότητά τους, δεν σημαίνει ότι ισοπεδώνει συναισθηματικά τους αρρώστους μεταξύ τους. Όπως στη ζωή, δεν μπορούμε να συναντήσουμε δύο ανθρώπους εντελώς όμοια ψυχικά, έτσι δεν μπορούμε να βρούμε και δυο αρρώστους που ν' αντιδρούν κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο στην αρρώστια, στις επιπτώσεις, στον πόνο αλλά και σε όλο το πλέγμα των ανθρώπινων σχέσεων και δραστηριοτήτων.

Οι γνώσεις που διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός για μια εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου, τον βοηθούν να διακρίνει και την ανάγκη για έκφραση συναισθημάτων μέσα από τις αντιδράσεις του αρρώστου ή την αφήγηση των προβλημάτων του. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση καρκίνου, 1991).

Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τις αντιδράσεις που

ακολουθούν τη διάγνωση ή τις επιπτώσεις της θεραπείας, που μπορεί να κλιμακώνεται από μια υποκειμενική αδιαφορία μέχρι την εμφανή κατάθλιψη. Είναι δυνατόν να παραπλανηθεί κανείς στις εκτιμήσεις των αντιδράσεων του αρρώστου και να μεταφράσει τη φαινομενική αδιαφορία με καλή προσαρμογή και ότι η κατάθλιψη πέρασε αφού σταμάτησε το κλάμα. Σ' αυτό το σημείο, πολλές φορές διαφοροποιούνται οι εκτιμήσεις του Κοινωνικού Λειτουργού στη συνεργασία του με άλλους ειδικούς, όταν υποστηρίζουν ότι ο ασθενής «το έχει ξεπεράσει» (Γ. Νικολής, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT)

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (professional burnout) εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1974, όταν ο Freudenberger περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης που παρατήρησε σε επαγγελματίες και εθελοντές που παρείχαν υπηρεσίες στον χώρο της ψυχικής υγείας. Από τότε ένας σημαντικός αριθμός ερευνών και κλινικών παρατηρήσεων συνέβαλαν στην αναγνώριση και συστηματική μελέτη αυτού του φαινομένου, που είναι ευρέως διαδεδομένο σε χώρους εργασίας όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους. (Καριπίδου 1991).

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλο, ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης διατυπώθηκε από την C. Maslach. Η Maslach περιέγραψε ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους ή πελάτες, παύει να είναι κανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. (1997, σελ. 242).

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντίθετα θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κα-

τακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου (ο.π.)

Σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky (1980), η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία από - ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. Οι παραπάνω θεωρητικοί περιγράφουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από τέσσερα στάδια.

- Κατά το πρώτο στάδιο, του ενθουσιασμού ο πρωτοδιοριζόμενος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους αρρώστους που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους και από τις συνθήκες εργασίας. Αφιερώνει ώρες και ενέργεια και υπερπενδύει στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Ο μικρόκοσμος της δουλειάς γίνεται ολόκληρος ο κόσμος του, με αποτέλεσμα να προσδοκά ότι θα αντλήσει μέσα από αυτόν κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή.
- Σ' ένα δεύτερο στάδιο, αμφιβολίας και αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του. Αρχίζει να αναρωτιέται μήπως φταίει ο ίδιος και προσπαθεί να καλύψει την απογοήτευσή του δουλεύοντας σκληρότερα, επενδύοντας περισσότερο στις σχέσεις με τους αρρώστους και αυξάνοντας τις γνώσεις και δεξιότητες του μέσα από τη συμμετοχή του σε σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης. Με την πάροδο όμως του χρόνου, αρχίζει και αναζητά τις αιτίες της απογοήτευσής του έξω από τον εαυτό του, στο εργασιακό περιβάλλον το οποίο και από ιδανικοποιεί. Θέματα που δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν αρχίζουν να προβάλλουν σημαντικά προβλήματα. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει παράπονα για το χαμηλό μισθό, το ε-

ξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους κ.α. Στην διαδικασία αυτή αποφεύγει να αναθεωρήσει τις υπερβολικά υψηλές ή παράλογες προσδοκίες τους.

- Κατά το τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και ματαίωσης, ο επαγγελματίας αναρωτιέται αν και πόσο αξίζει να κάνει μια δουλειά που του δημιουργεί άγχος και από την οποία δεν αντελεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη, καθώς πιστεύει ότι οι προσπάθειες του είναι μάταιες. Αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως αδιέξοδη και νιώθει παγιδευμένος μέσα σ' αυτή. Στην ουσία, αυτό το στάδιο θεωρείται μεταβατικό, καθώς η απογοήτευση τον ωθεί είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τους αρρώστους και το χώρο εργασίας που του προκαλούν έντονο στρες.
- Στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστα στην ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών καθώς νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί σ' αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο. (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1981)

Οι Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται συνήθως αντιληπτά κατά τα δύο τελευταία στάδια και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό, και κοινωνικό επίπεδο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986).

Τα οργανικά συμπτώματα αφορούν συνήθως μικροενοχλήσεις όπως έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου ή διατροφής. Άλλοτε πάλι, αφορούν σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, έλκος, παρατεταμένες ημικρανίες, καρδιοαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1997).

Οι συναισθηματικές ενδείξεις της εξουθένωσης περιλαμβάνουν μια

υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης («νοιώθω άδειος στο τέλος της ημέρας») που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη. Αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο κοινωνικός λειτουργός πιστεύει ότι δεν είναι ικανός να ανταπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες, όσο και σε εκείνες που θέτει ο χώρος εργασίας. Κάθε νέο περιστατικό που εισάγεται στο τμήμα γίνεται αντιληπτό στον επαγγελματία ως «βάρος». Βαθμιαία περιορίζει την επαφή του με τους ασθενείς και τους συγγενείς. Αποφεύγει να δεθεί συναισθηματικά μαζί τους, ελαττώνει τις επισκέψεις στους θαλάμους και μοιάζει διαρκώς απασχολημένος και μη διαθέσιμος. Η στάση του και η συμπεριφορά του γίνονται απρόσωπες. Αναφέρεται στον άρρωστο ως «περίπτωση», «αρρώστια», ή «αριθμό θαλάμου», ενώ αγνοεί τόσο τον άνθρωπο τον οποίο φροντίζει όσο και τις ανάγκες του. Μερικές φορές μάλιστα γίνεται κυνικός, ειρωνικός, επιθετικός απότομος και ευρέθιστος (ο.π.)

Στην ουσία, η συμπεριφορά αυτή λειτουργεί ως αυτοπροστασία, όταν το στρές και η συναισθηματική φόρτιση που ο επαγγελματίας βιώνει στο χώρο εργασίας υπερβαίνουν τα αποθέματα του· παρ' όλα αυτά, συχνά παρερμηνεύεται ως έκφραση ψυχρότητας και αδιαφορίας. Ο επαγγελματίας με τη σειρά νιώθει ενοχές, πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά του και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους ασθενείς και τους συναδέλφους που επικρίνουν τη συμπεριφορά του. Καταλήγει άλλοτε να συγκρούεται μαζί τους και άλλοτε να απομονώνεται και να κλείνεται στον εαυτό του. Οι σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καθώς και με τον προϊστάμενο ή και τη διοίκηση συχνά διαταράσσονται (ο.π.).

Μια άλλη άποψη είναι αυτή της Βαριδάκη που αναφέρει ότι το σύνδρομο του burnout στοιχίζει πολύ στους κοινωνικούς λειτουργούς, στους πελάτες και στις οργανώσεις (Λ. Βαριδάκη σημ. για το μάθημα Κ.Ε.Α.ΙΙΙ, 1994).

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 στη πλάτη (ο.π.)

Πιθανόν επίσης να δημιουργηθούν και προσωπικά προβλήματα όπως: χρήση ουσιών και αλκοόλ οικογενειακές συγκρούσεις (ο.π.)

Από τη μεριά της Οργάνωσης το σύνδρομο καταλήγει σε ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς κοινωνικούς λειτουργούς, χαμηλό ηθικό, αδικαιολόγητες απουσίες και παραιτήσεις (ο.π.) Από τη μεριά των πελατών το σύνδρομο αυτό καταλήγει σε απρόσωπες, απάνθρωπες και χωρίς φροντίδες υπηρεσίες (Λ. Βαριδάκη, σημειώσεις για τη Κ.Ε.Α. ΙΙΙ, 1994).

Ο Karger (1981) σε κοινωνικό επίπεδο υποστηρίζει ότι το επαγγελματικό Burn out είναι παρόμοιο με τον όρο αλλοτρίωση / αποξένωση (alienation). Το σύνδρομο αυτό 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 σκληρή αδιαφορία αποστασιοποιημένο και χωρίς ευαισθησία τρόπο.
3. Μειωμένη αίσθηση προσωπικών ικανοτήτων και επιτευγμάτων καθώς και μια αίσθηση ανεπάρκειας.

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΣΤΟ BURN OUT.

Άραγε γιατί να συμβαίνει αυτός ο κύκλος αντιδράσεων σε ορισμένα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού; Γιατί ο κοινωνικός λειτουργός υιοθετεί αυτή τη συμπεριφορά απέναντι στους αρρώστους και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς, τον εαυτό του ή και τους συνεργάτες του; (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1986).

Η απάντηση πρέπει να αναζητηθεί: (ο.π.)

- 1) Στις συνθήκες δουλειάς που περιλαμβάνουν τις σοβαρές απαιτή-

σεις, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που έχει η απασχόληση στο χώρο της υγείας, καθώς και τις σχέσεις με τους συνεργάτες .

2) Στις σχέσεις του εργαζόμενου με τους αρρώστους και τους συγγενείς τους,

3) Σε ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά του ίδιου του εργαζόμενου που τον κάνουν να μη μπορεί ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το stress και να νιώθει αποθαρρυσμένος.

Οι Harrison & Vachon υποστηρίζουν ότι τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα που επιδιώκουν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξαθένωσης αναζητούν τα αίτια στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Στην ουσία υπάρχει μια «ζήτηση» και μια «προσφορά» τόσο από τον επαγγελματία προς το εργασιακό περιβάλλον, όσο και από το εργασιακό περιβάλλον προς τον επαγγελματία (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1997). Με άλλα λόγια, ο επαγγελματίας φέρνει στο χώρο της δουλειάς τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες του (προσφορά) και ταυτόχρονα έχει ορισμένες προσωπικές - συνειδητές ή όχι - ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργασιακό χώρο (ζήτηση), όπως, για παράδειγμα αναγνώριση, κύρος δυνατότητες εξέλιξης. Το εργασιακό περιβάλλον, από την πλευρά του, έχει συγκεκριμένες απαιτήσεις και προσδοκίες από τον εργαζόμενο (ζήτηση) και παρέχει ανταλλάγματα (προσφορά). (ο.π.)

Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, τότε εμφανίζεται ένα χάσμα, μια ασυμφωνία, και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων, που οδηγούν σε χρόνιο stress και αυτό στο burn out. Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι δεν είναι οι εξωτερικές συνθήκες εργασίας που καθορίζουν το βαθμό του stress που βιώνει ο επαγγελματίας, όσο ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται και τις αντιμετωπίζει σύμφωνα με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Έτσι λοιπόν ένας απαιτητικός, γεμάτος προκλήσεις χώρος εργασίας μπορεί για κάποιον να είναι απόλυτα ικανοποιητικός καθώς ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις δυνατό-

τητες του, ενώ για κάποιον άλλο να αποτελεί πηγή χρόνιου stress (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος σελ. 247, 1997).

Οι Lazarus & Folkman, τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των ατομικών παραγόντων στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης· υποστηρίζουν ότι εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στον συγκεκριμένο χώρο, από τις προσδοκίες που έχει απ' αυτόν, και από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του (ο.π.)

Μια άλλη άποψη που αναφέρουν οι Παπαδάτος, Αναγνωστόπουλος είναι αυτή της Vachon (1987) που πιστεύει ότι ο βαθμός του stress που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο δουλειάς εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίστασή του στο stress. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν: (α) ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, κ.α.), (β) ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα, κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες κ.α.), (γ) διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο) (δ) κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες από τον ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία εργασίας, το θάνατο, τον άρρωστο κ.α.) (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1999)

Οι Compton & Galaway (1989) αναφέρουν ότι οι μεταβλητές που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν για τη δημιουργία του συνδρόμου είναι:

- 1) Τα ατομικά χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Λειτουργού
- 2) Η οργάνωση από την άποψη της εποπτείας, συναδελφικής υποστήριξης και κανονισμών
- 3) Το πραγματικό αντικείμενο της εργασίας με τους πελάτες (ΚΕΑ ΙΙΙ).

Πρόληψη και αντιμετώπιση του Burn - Out

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στο Burn out συμπεριλαμβάνουν μεταβλητές που σχετίζονται με το άτομο, την σχέση με τον πελάτη,

το εργασιακό περιβάλλον, και την κοινωνία (Κ.Ε.Α ΙΙΙ)

Οι μέθοδοι πρόληψης και ανακούφισης του burnout 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 την βεβαιότητα ότι αυτό που κάνουν είναι σημαντικό και ότι είναι σε θέση να φέρουν αλλαγές 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 θεωρητικά υπόβαθρου, είναι μια συνεχής διεργασία και μια 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 κυριαρχίας στο περιβάλλον του.

4) Αν ο κοινωνικός λειτουργός συγκεντρωθεί στα δυνατά σημεία, στις ικανότητες και στους πόρους του πελάτη, μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο του burnout.

5) Με την ανάπτυξη της «αυτογνωσίας» του κοινωνικού λειτουργού επίσης μειώνεται ο κίνδυνος του συνδρόμου. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να κατανοήσει τους προσωπικούς περιορισμούς και όρια, ώστε να βάζει ρεαλιστικούς στόχους και προσδοκίες.

6) Εποικοδομητική κριτική και ανατροφοδότηση από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους είναι πολύ χρήσιμη και πρέπει να καλλιεργείται καθώς επίσης, συστηματική και διαρκής αξιολόγηση των 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 στην θετι-

κή στάση απέναντι στην εργασία. Καλές προσωπικές σχέσεις, πολλά ενδιαφέροντα κ.λπ.

9) Πρώτο βήμα για τη δημιουργία καλής προσωπικής ζωής είναι τα «όρια» που πρέπει να θέτει ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του. Π.χ.: Να εξοικονομήσει προσωπικό χρόνο για να ασχοληθεί με δραστηριότητες της αρεσκείας 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 (Κ.Ε.Α. ΙΙΙ, 1994).

Οι Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος (1997), αναφέρουν ότι για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου, πρέπει να γίνονται παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωτικό / διοικητικό επίπεδο. (1997, σελ. 251). Οι παρεμβάσεις αυτές σε ατομικό επίπεδο είναι: (ο.π.)

- 1) Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων
- 2) Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών
- 3) Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης.
- 4) Η αναζήτηση υποστήριξης
- 5) Η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες
- 6) Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης
- 7) Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας.

Οι παρεμβάσεις τώρα σε οργανωτικό/διοικητικό επίπεδο σύμφωνα πάλι με τους Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλο (1997) είναι:

- 1) Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση
- 2) Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων.
- 3) Η δημοκρατική διοίκηση

- 4) Η πολυμορφία στην εργασία
- 5) Η δυνατότητα «διαλειμμάτων και «ειδικών αδειών»
- 6) Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης
- 7) Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης
- 8) Η συμβουλευτική εποπτεία
- 9) Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης
- 10) Η διεπιστημονική συνεργασία (Παπαδάτου - Αναγνωστόπουλος, 1997)

Οι ίδιοι πάλι, (Παπαδάτους Αναγνωστόπλους, 1986) αναφέρουν σαν μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης τα εξής:

α) Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας και σε βασικές γνώσεις ψυχολογίας πριν εργασθούν με καρκινοπαθείς.

β) Ομάδες στήριξης με σκοπό: i) εκτόνωση της έντασης, ii) βαθύτερη αυτογνωσία και ανάλυση συναισθημάτων και αντιδράσεων iii) συζήτηση και αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης αρρώστιας ή συγγενών τους.

γ) Πολυμορφία στην εργασία

δ) Χιούμορ

ε) Διαχωρισμός μεταξύ εργασίας και σπιτιού

στ) Επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας.

Θ. Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς που έχουν κάνει θεραπεία για καρκίνο χρειάζονται κάποιας μορφής αποκατάσταση. Ο τύπος της αποκατάστασης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (θέση και στάδιο καρκίνου, τύπο θεραπείας που έγινε κ.α.) Ο στόχος είναι πάντα να μπορέσει ο ασθενής να επανέλθει σ' έναν όσο είναι δυνατό ομαλό τρόπο ζωής. Για το σκοπό αυτό δεν πρέπει να προσεχθούν μόνο οι φυσικές σνάγκες του ασθενούς αλλά επίσης και οι ψυχολογικές κοινωνικές και επαγγελματικές. Πολλά προγράμματα αποκατάστασης και οργανισμοί αυτοβοήθειας έχουν βελτιώσει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών («Ο Καρκίνος» The American Medical Association, 1991).

ι) Συμμετοχή του ασθενούς στη μάχη για την ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση του.

Σήμερα οι καρκινοπαθείς έχουν δύο επιλογές: είτε να γίνουν δραστήριοι ασθενείς, μέλη της ομάδας που μάχεται για την αποκατάσταση τους, είτε παθητικοί, αναθέτοντας την ευθύνη τη αποκατάστασης τους στην ομάδα περίθαλψης τους. («ΚΑΡΚΙΝΟΣ» 1992)

Τρεις – τέσσερις δεκαετίες τώρα, οι περισσότεροι καρκινοπαθείς δεν ήξεραν ότι είχαν τη δυνατότητα εκλογής. Ήταν παθητικοί ασθενείς και ο ρόλος τους ξεκάθαρος: έπρεπε να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού, αποδεχόμενοι τις επιταγές του, και, αν είχαν τέτοια διάθεση, να προσεύχονται για τη θεία παρέμβαση. Αυτός ήταν ο μόνος ρόλος που νόμιζαν ότι μπορούσαν να «παίξουν». (ο.π.)

Σήμερα όμως υπάρχει ένα νέο πεδίο επιστημονικής προσέγγισης, μια άλλη μέθοδος για την αποκατάσταση η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη και ονομάζεται «ψυχονευροανοσολογία» ή PNI. Πολύ γενικά ρρίζεται ως η μελέτη που έχει η διανοητική και ψυχολογική δραστηριότητα στην ευεξία του οργανισμού. Κατά τη προσέγγιση αυτή, οι ασθενείς μπορούν να παίξουν πολύ σπουδαίο ρόλο στην αποκατάστασή τους, επηρεάζοντας πραγματικά

την έκβαση της ασθένειάς τους και βελτιώνοντας τη ποιότητα της ζωής τους.

Υπάρχουν τρία σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη για να υπάρξουν πιθανότητες αποκατάστασης:

α) Όσο ισχυρότερο είναι το ανοσολογικό σύστημα τόσο πιθανότερη είναι η αποκατάσταση.

β) Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί από τα ευχάριστα συναισθήματα

γ) Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να καταπονηθεί από μακροχρόνια συνεχή δυσάρεστα συναισθήματα (ο.π.)

Στάσεις και Δραστηριότητες

Οι προτάσεις που ακολουθούν σύμφωνα με τους Dollinger και συν. (1992) στο «ΚΑΡΚΙΝΟΣ» δεν αποτελούν στεγανά. Δεν εφαρμόζονται όλες σε όλους τους καρκινοπαθείς ούτε και είναι εύκολες. Κύριος σκοπός τους είναι η προσπάθεια από τους ασθενείς να ξαναβρούν την υγεία τους, ενισχύοντας το ανοσοποιητικό τους σύστημα που έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

1) Σχέδια για το μέλλον

Αν δεν υπάρχουν σχέδια μπορεί οι ασθενείς να οδηγηθούν ερήμην σε παράτηση από τη ζωή.

2) Καταπολέμηση ανεπιθύμητης μοναξιάς

Πρέπει να κάνουν γνωστό στην οικογένεια και τους φίλους του τίς επιθυμούν και τι περιμένουν απ' αυτούς.

3) Οχι ενέργειες από το περιθώριο

Αν και ο καρκίνος επέφερε κάποιες αλλαγές στη ψυχοσύνθεση του ατόμου κατά βάση παραμένει το ίδιο πρόσωπο όπως και πριν ασθενήσει.

4) Επανάκτηση και διατήρηση του ελέγχου της ζωής τους

Οι περισσότεροι αναγκάζονται να παραιτηθούν ως κάποιο βαθμό από τον έλεγχο της ζωής τους, που τον αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες η οικογένεια και οι φίλοι.

5) Χρησιμοποίηση μεθόδων χαλάρωσης

Η χαλάρωση είναι σημαντική για τους καρκινοπαθείς, διότι ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα με θετικά αποτελέσματα.

6) Προσοχή στο λεξιλόγιο για την ασθένεια

Καλό θα είναι οι ασθενείς όταν μιλάνε για την αρρώστια τους να χρησιμοποιούν λέξεις λιγότερο δραματικές και δυσοίωνες.

7) Επιδίωξη ευχαρίστησης και αποφυγή του στρές

Απαιτείται η πρόκληση ευχάριστων συναισθημάτων και αποφυγή των δυσάρεστων.

8) Συνεργασία με τον γιατρό

9) Συναναστροφή με άλλους καρκινοπαθείς

Η συναναστροφή με ανθρώπους που τους κατανοούν δημιουργεί πνευματικές ομάδες και σιγουριάς, οπότε γεννιούνται ευχάριστα συναισθήματα.

10) Διατήρηση της «ελπίδας»

Η απώλεια της ελπίδας είναι ένα από τα πιο δυσάρεστα συναισθήματα που γνωρίζει ο άνθρωπος και δη ο ασθενής. Η ελπίδα δεν είναι μόνο επιθυμητή αλλά και συναισθηματικά αναγκαία.

11) Όχι παραίτηση από τις ιδιαίτερες σχέσεις τους και τη σιοργή

Ίσως όμως η πιο σημαντική στάση που πρέπει να κρατήσουν είναι να συνειδητοποιήσουν ότι ο καρκίνος δεν οφείλεται σε δικό τους σφάλμα (ο.π.)

Εχει ζωτική σημασία να καταλάβει ο καρκινοπαθής ότι ανεξάρτητα από το τί λέει ο καθένας, δεν φταίει για αυτό που έπαθε. Και αυτό γιατί το να πιστεύει ασθενής ότι αυτός φταίει, είναι σαν να πιστεύει ότι: (ο.π.)

α) Κάτι που έκανε ή παράλειψε προκάλεσε την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων στον οργανισμό του.

β) Θα 'πρεπε να ξέρει ότι θα συνέβαινε κάτι τέτοιο.

γ) Θα 'πρεπε να ξέρει πως να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων και να το κάνει να φύγουν

δ) Θα 'πρεπε να κάνει ό,τι χρειαζόταν για να σταματήσει την ανάπτυξη τους και να απαλλαγεί από αυτά.

Όταν λέγεται ότι κάποιος καρκινοπαθής δεν φταίει για την ασθένειά του, συχνά υποβάλλεται το ερώτημα:

«Αν δεν προκάλεσα εγώ τον καρκίνο πώς μπορώ να ελπίζω ότι είναι δυνατό να συμβάλω στην ίασή του;» Η απάντηση είναι απλή: «Όταν κανείς είναι δραστήριος ασθενής, με τη θέλησή του, μπορεί να βοηθήσει, ώστε να σκοτωθούν τα καρκινικά κύτταρα, ακόμη κι αν δεν είναι αυτός η αιτία της ανάπτυξής του» (ο.π.)

Αυτό που αληθεύει ύστερα απ' όλα αυτά είναι πως οι καρκινοπαθείς μπορούν να κάνουν πολλά, τα οποία θα έχουν θετικό αποτέλεσμα στον αγώνα τους για την αποκατάσταση. Οτιδήποτε κάνουν είναι σωστό και κατάλληλο για αυτούς, και το κάνουν όσο πιο σωστά γίνεται (ο.π.)

ΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Ο καρκίνος είναι μια λέξη που προκαλεί φόβο. Ο άνθρωπος που αντιμετώπιζει αυτή την αρρώστια έχει να παλαίψει με δύο κυρίως πρόβλήματα. Το ένα είναι η ίδια η αρρώστια. Το άλλο είναι το αντίτυπο που έρχεται με το γεγονός αυτό στη προσωπικότητα, στη δουλειά και, στις σχέσεις του με τους άλλους και γενικά σε όλη τη ζωή του (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου 1991).

Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης γίνεται μέσα στο νοσοκομείο, οι ψυχολογικές ανάγκες του ατόμου όμως, εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού βγει απ' το νοσοκομείο.

Η ανάγκη βοήθειας του ατόμου με καρκίνο και πέρα απ' το νοσοκομειακό πλαίσιο, οδήγησε την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, στην οργάνωση του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο τον Ιανουάριο του 1983.

Το Κέντρο αυτό είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ο.π.) Στο πρόγραμμα αυτό μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που έχει προσβληθεί από καρκίνο ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και τη μόρφωση.

Σκοπός του προγράμματος

Σκοπός του προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής με καρκίνο (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Η λειτουργία του κέντρου στηρίζεται στη συνεργασία Κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων. Όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα το πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έχει διαιρεθεί σε τρία επίπεδα. Κάθε επίπεδο αποτελεί τη συνέχεια του προηγούμενου, ενώ παράλληλα είναι

αυτοτελές, έτσι ώστε το άτομο ολοκληρώνοντας το εκάστοτε επίπεδο να έχει αποκομίσει τις απαραίτητες πληροφορίες που θα το βοηθήσουν να πορευτεί μόνο του στη ζωή, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που θα προκύψουν με τρόπο αποτελεσματικό και ικανοποιητικό για τον ίδιο. (ο.π.)

Α΄ Επίπεδο: Κεντρικός άξονας στο επίπεδο αυτό είναι η ομάδα Σεμιναρίου. Τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτό το επίπεδο είναι συνήθως άτομα που βρίσκονται στην πρώτη φάση της αρρώστιας δηλαδή μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Εδώ το άτομο εκφράζει φόβους για μεταστάσεις για θάνατο και υπάρχει ανάγκη προσαρμογής εκ νέου στη ζωή. (ο.π.)

Ο απώτερος σκοπός σ' αυτή τη φάση είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντίληψεις, ανάγκες, ακόμη κι αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να βρει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνισθεί για τη ζωή του. (ο.π.)

Β΄ Επίπεδο: Όταν το άτομο ολοκληρώσει το πρώτο επίπεδο εντάσσεται (εφ' όσον το επιθυμεί) στο δεύτερο επίπεδο, στην ομάδα υποστήριξης. Η ομάδα αυτή έχει ψυχοθεραπευτικό σκοπό.

Γ΄ Επίπεδο: Στο τρίτο επίπεδο εντάσσονται τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει ή ολοκληρώνουν την ψυχοθεραπευτική τους πορεία και θέλουν να εντάχθούν στην ομάδα εθελοντικού. Την επιλογή των εθελοντών ακολουθεί η εκπαίδευσή τους μέσα από την ομάδα του εθελοντικού.

Σκοπός της ομάδας είναι τόσο η εκπαίδευση των εθελοντών όσο και η αντιμετώπιση των πρακτικών και συναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται από τον ρόλο του εθελοντή.

Στόχοι προγράμματος

- 1) Να βοηθηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη)
- 2) Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνοδεύονται με την αρρώστια.

3) Να βοηθηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με τη γνώση της σοβαρότητας και των συνεπειών της.

4) Να βοηθηθούν στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος αυτού.

5) Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά τους βλήματα και ανάγκες.

6) Να ενεργοποιηθούν προς την Κοινωνική τους επανένταξη (ο.π.).

Κριτικές δραστηριότητες της ελληνικής αντικαρκινικής εταιρείας

Η Ε.Α.Ε. δεν σταμάτησε τη δράση της μόνο στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Αντιθέτως έχει πίσω της ένα πλούσιο έργο, το οποίο είναι: (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου 1991).

α. Δημιούργησε τον Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Έρανο.

β. Δημιούργησε τον Οίκο Ξενίας και Περίθαλψης Ασθενών

γ. Εκδίδει και διανέμει χιλιάδες ενημερωτικά φυλλάδια σε όλη τη χώρα για κάθε μορφή καρκίνου.

δ. Δημιούργησε ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή (36.02800), που δίνει στην ημέρα πληροφορίες και απαντήσεις.

ε. Το κέντρο πληροφοριών εργασιών που έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία χρόνια σε όλο τον κόσμο, είναι ανοιχτό για κάθε γιατρό, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη ή άλλους λειτουργούς υγείας.

στ. Ενισχύει οικονομικά, ερευνητικά αντικαρκινικά προγράμματα ή και υποστηρίζει συνέδρια με ογκολογικά θέματα.

ζ. Οργανώνει σεμινάρια Ιατρικά, Νοσηλευτικά, Κοινωνικών Λειτουργιών με σκοπό την ενημέρωση, την μετεκπαίδευση και τη δημιουργία στελεχών που θα αποτελέσουν τη συνέχεια των προσπαθειών της.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ

Στον Ευρωπαϊκό χώρο, το 1933 στο Αντικαρκινικό Συνέδριο που έ-

στη Μαδρίτη υλοποιήθηκε μια μακροχρόνια σκέψη μερικών πρωτων καρκιολόγων και δύο χρόνια αργότερα το 1935 με την πρωτολία του Υπουργού υγείας της Γαλλικής Κυβέρνησης έγινε πραγματικότητα η σύσταση της Διεθνούς Ενώσεως κατά του καρκίνου που επεκράει από τότε με την λατινική ονομασία UNIO INTERNATIOOLIS CONTRA NCRRUM με αρχικά U.I.C.C.

Στο τέλος της πρώτης Γενικής Συνελεύσεως αναφέρθηκε από τον τότε Πρόεδρο ότι χρειάζεται «μια Διεθνής Ένωση για να προωθηθεί ο αντικινικός αγώνας, δια μέσου τη έρευνας, της θεραπείας, και της ανάμξης κοινωνικών ενεργειών». Φάνηκε δηλαδή από την πρώτη αναφοπρο 60 περίπου ετών η αναγκη ύπαρξης και γνώσης της κοινωνικής ίστασης του καρκίνου για τον έλεχο της νόσου.

Το αρχικό καταστατικό ανέφερε ότι η UICC είναι Διεθνής Οργάνωση πρέων Αντικαρκινικού Αγώνα, όχι κρατικών αλλά ιδιωτικής πρωτοβουας. Μέλη της είναι Εθελοντικοί Αντικαρκινικοί Οργανισμοί, όπως Εταιίες, Ενώσεις, ή ιδρύματα που ασχολούνται με τον καρκίνο ή την έρευ, εξειδικευμένα κέντρα και σε μερικές περιπτώσεις κράτη Υπουργείας είας. (Ψυχοκοινωνική διασταση καρκίνου, 1991).

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου ρεύει στη Γενεύη. Πιο συγκεκριμένα εκεί βρίσκεται η Γραμματεία της I.C.C. που καθοδηγεί τις πολλαπλές ενέργειες και τα προγράμματα σε γκόσμια κλίμακα και το Διοικητικό Συμβούλιο που εκλέγεται κάθε τέσρα χρόνια από τη Γενική Συνέλευση. Ο Πρόεδρος, το εκτελεστικό γραίο και τα άλλα μέλη του Συμβουλίου εκλέγονται από διάφορες χώρες τε να υπάρχει μια ενότητα και αρμονία στην γενική αντιπροσώπηση από τα δύο ημισφαίρια (ο.π.)

Πολλά είναι τα βασικά προγράμματα που κατευθύνει η Διεθνής Ένωκατά του καρκίνου, που ανανεώνονται κάθε τέσσερα χρόνια, ενώ άλλπροστίθενται ανάλογα με τις διεθνείς ανάγκες για ενοποιημένο αγώνα όληψης, θεραπείας και αποκατάτασης του καρκίνου με ξεχωριστές πάοτε πρωτοβουλίες στον τομέα της έρευνας:

Τα πιο σημαντικά προγράμματα είναι:

1. Η επιτροπή Διεθνούς Συνεργασίας που καθορίζει μεταξύ των άλλων τα Κέντρα και τις Εταιρίες που δρουν δυναμικά σε όλον τον κόσμο.
2. Την οργάνωση του Αντικαρκινικού Αγώνα σε παγκόσμιο επίπεδο, την ενημέρωση του κοινού και την υποστήριξη των ασθενών.

Το πρόγραμμα αυτό είναι από τα μεγαλύτερα αφού σε αυτό στηρίζεται κι η όλη πρόληψη του καρκίνου όταν συνειδητοποιήσουμε ότι η μεγαλύτερη αναλογία των καρκίνων οφείλονται σε εξωγενή αίτια και επομένως είναι δυνατόν ν' αντιμετωπιστούν. Στο πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση των καρκινοπαθών. Σήμερα είναι γνωστό ότι με τις αυξημένες θεραπευτικές μεθόδους όλο και περισσότερα άτομα ζουν ελεύθερα νόσου το υπόλοιπο της ζωής τους, αλλά χρειάζονται βοήθεια, υποστήριξη και κυρίως ενίσχυση στις συνθήκες σωστής επανόδου στη δουλειά τους.

3. Καθορισμός διάγνωσης και θεραπείας. Η μεγάλη επικοινωνία όλων των κρατών δεν αφήνει περιθώρια άγνωστα, έτσι η πρόοδος σε μια χώρα πρέπει να γίνεται αμέσως γνωστή στην άλλη και οι εφαρμογές να συγκρίνονται και να ελέγχονται μεταξύ τους.

4. Ανταλλαγή Επιστημόνων και Εξειδικευμένη εκπαίδευση. Δυο πρέπει να είναι οι στόχοι ενός σωστού αντικαρκινικού αγώνα, εάν θέλουμε να βελτιώσουμε τις συνθήκες πρόληψης, και θεραπείας. Πρώτον να υπάρχει ένας μικρός πυρήνας πολύ ειδικών επιστημόνων και να μεταδοθεί η έννοια του καρκίνου και των μεθόδων διάγνωσης σε όλο και μεγαλύτερο αριθμό γενικών ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Συγχρόνως, οι λειτουργοί υγείας που έρχονται σε επαφή με το μεγαλύτερο κοινό, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί ν' αποκτήσουν τις ειδικές γνώσεις για τους όγκους γενικά ώστε να μπορούν να συζητούν και να ενημερώνουν τον καθένα.

5. Κάπνισμα και καρκίνος. Το πρόγραμμα είαι σχετικά καινούργιο στο διεθνή χώρο και έγινε απαραίτητο μετά τις συστηματικές αποδείξεις ότι ένας μεγάλος αριθμός καρκίνων οφείλονται στο κάπνισμα.

6. Προγράμματα επιδημιολογίας, βιολογίας ή ειδικών εκδόσεων έχουν ξεχωριστή θέση στην όλη προοπτική της Διεθνούς Ένωσης. Και οι 290 εκπρόσωποι από τις 86 χώρες που είναι μέλη της πρέπει να δίνουν το παρόν, προκειμένου να εμποδιστεί στη σημερινή έξαρση, ο ρυθμός επιδημίας του καρκίνου (Ψυχοκοινωνική Διάσταση καρκίνου, 1991).

Το Δεκέμβριο του 1983, στη σύσκεψη που πραγματοποιήθηκε στο Λουξεμβούργο τέθηκε το θεμέλιο ενός ειδικού προγράμματος με γενικό τίτλο «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου». Η υλοποίηση του άρχισε αμέσως με τη σύνταξη ενός δεκαλόγου και τιτλοποιήθηκε «Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου». Το πρόγραμμα κάλυψε δίνοντας έμφαση και σημασία σε τέσσερις τομείς:

- α) Την πρόληψη του καρκίνου
- β) Την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας
- γ) Την κατάρτιση υγειονομικού προσωπικού
- δ) Την έρευνα για τον καρκίνο.

Η πρόληψη του καρκίνου είναι η πιο σημαντική προσπάθεια ενός αντικαρκινικού αγώνα, καθώς έχει πλέον θεμελιωθεί η άποψη ότι παρά πολλές νεοπλασίες και εντοπίσεις στον ανθρώπινο οργανισμό αναπτύσσονται από εξωγενείς παράγοντες. Αυτός είναι ο λόγος που το πρόγραμμα πρόληψης εστιάζεται σε πέντε κύρια δεδομένα.

1. Στην καταπολέμηση του καπνίσματος
2. Στη βελτίωση της διατροφής
3. Στην προστασία από καρκινογόνους παράγοντες
4. Στον συστηματικό εντοπισμό, πρώιμη διάγνωση και ανίχνευση
5. Στην ενημέρωση όλων των ευρωπαίων.

Το δεύτερο θέμα του αρχικού προγράμματος στηρίζεται στη διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα υγείας. Ευαισθητοποίηση του κοινού σημαίνει αρχικά την επίγνωση μιας κατάστασης, την ανάληψη άμεσων θερα-

πρωτοβουλιών και συνειδητοποίηση των πολλών δυνατοτήτων που έχει ο κάθε άνθρωπος στην υγιεινή ζωή του. Και υγιεινή ζωή δεν σημαίνει μόνο παράταση ζωής, αλλά καθημερινή διαβίωση με συνέπεια μεγαλύτερη απόδοση εργασίας.

Ο τρίτος τομέας αφορά την κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού. Οι ειδικοί σ' ένα θέμα πρέπει να το μεταδίδουν στους άλλους, με συνέπεια η γνώση να διασκορπίζεται όλο και περισσότερο. Η πλειονότητα του προσωπικού έχει εκπαιδευτεί ελάχιστα όσον αφορά τον καρκίνο, επομένως σ' αυτούς στοχεύει το πρόγραμμα «Ευρώπη κατά του καρκίνου» που θα πρέπει ν' αρχίσει και να συνεχιστεί η εκπαίδευση σχεδόν σε όλη τη ζωή. Θα πρέπει να μάθουν κυρίως το θέμα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης, ενώ η αποκατάσταση των καρκινοπαθών είναι ένα θέμα που είναι υποχρεωμένοι να το αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση, αφού όλο και περισσότεροι άρρωστοι επιστρέφουν στο περιβάλλον τους για να ζήσουν και ν' αποδώσουν.

Τέλος, η έρευνα για τον καρκίνο είναι έργο των ολίγων ειδικών, αλλά έργο που πρέπει να εξελιχθεί ποιοτικά και ποσοτικά. Δυστυχώς είναι έργο πολυδάπανο γι' αυτό και η βοήθεια ενός ευρωπαϊκού προγράμματος καθίσταται άκρως απαραίτητη. (Ψυχοκοινωνική διάγνωση καρκίνου, 1991).

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

1. Το δικαίωμα ν' αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια

2. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης της φροντίδας και προσοχής των μελών του προσωπικού υγείας, ακόμα και όταν ο στόχος δεν είναι πλέον η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση και η υποστήριξη.

3. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης εξειδικευμένης φροντίδας που του παρέχει ικανό προσωπικό ευαισθητοποιημένο τόσο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει, όσο και στις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού του περιβάλλοντος.

4. Το ενδεχόμενο ν' ανακουφίζεται - όσο είναι εφικτό - από ενδεχόμενο οργανικό πόνο

5. Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθαίνει μόνος.

6. Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που υποβάλλει και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.

7. Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητα του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο, χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.

8. Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του, οποιαδήποτε και αν είναι η μορφή και το περιεχόμενο της.

9. Το δικαίωμα να βρίσκει κατάλληλη ανταπόκριση στις ψυχολογικές κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες.

10. Το δικαίωμα ν' αντιμετωπίζεται ως άτομο που ζει, που έχει συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα τα οποία μπορούμε να βγάλουμε έπειτα από την ολοκλήρωση αυτής της βιβλιογραφικής έρευνας, αλλά και μετά την ολοκλήρωση της εξαμηνιαίας Εργαστηριακής Πρακτικής μας Άσκησης στο Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ" είναι τα ακόλουθα:

1. Οι περισσότεροι ασθενείς αφού μάθουν ή υποψιαστούν τη διάγνωση, εστιάζουν τον έλεγχο της υγείας τους στη τύχη.
2. Οι ίδιοι άνθρωποι, μετά την τύχη, εμφανίζουν υψηλή αίσθηση εστίασης ελέγχου της υγείας τους στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
3. Κατά τη γνώμη μας, η εστίαση ελέγχου της υγείας μπορεί να επηρεάσει και την πορεία της εξέλιξης της θεραπείας των ασθενών. Έτσι πρέπει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι υπόλοιποι ειδικοί(κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κ. α.) να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με αυτούς τους ανθρώπους. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η αποδυνάμωση του εαυτού τους , επίσης οι φόβοι και οι έντονες ανησυχίες που βιώνουν κατά τη νοσηλεία τους ,αν συνδυαστούν με μια "κακή" και "απρόσεχτη" ενημέρωση από μέρους του προσωπικού, μπορεί να φέρει αρνητικά αποτελέσματα στην πορεία της θεραπείας και ίσως και τη διακοπή αυτής .
4. Μέρος της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού είναι η συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς. Πρέπει να τον πείσει , ότι δεν είναι "χαμένο". Πρέπει να πεισθεί ότι τον πρώτο ρόλο τον έχει αυτός και κανείς άλλος . Ότι δεν είναι ένας απλός θεατής της ίδιας του της ζωής. Πρέπει να πεισθεί ότι όσα κάνει, μπορούν να τον κάνουν να κερδίσει τη "μάχη" αυτή.
5. Η οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο. Έτσι όταν ένα μέλος της ασθενεί , ασθενεί ολόκληρη. Με αποτέλεσμα να καθίσταται επιτακτική η ανάγκη

ψυχοσυναισθηματικής στήριξης και συμβουλευτικής από τον κοινωνικό λειτουργό, προκειμένου να γίνει αποδεκτή η εμπειρία της ασθένειας και η υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής μαζί με τον καρκίνο.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

1. Είναι απαραίτητη η δημιουργία κατάλληλων προγραμμάτων ψυχολογικής και κοινωνικής αποκατάστασης με στόχο τη στήριξη των νοσούντων ατόμων και των οικογενειών τους. Για παράδειγμα η οργάνωση και λειτουργία Ομάδων αυτοβοήθειας θα μπορούσε να συμβάλει θετικά στη στήριξη και αποκατάσταση των ασθενών και της οικογένειάς τους .
2. Θα πρέπει να εκσυγχρονιστεί ο νοσοκομειακός εξοπλισμός στις επαρχιακές πόλεις για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών , έτσι ώστε να σταματήσει η ταλαιπωρία των διαρκών μετακινήσεων προς τα αστικά κέντρα , πράγμα που επιβαρύνει την ψυχολογική και οργανική κατάσταση της υγείας των ασθενών .
3. 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.
4. Θα πρέπει να γίνουν ουσιαστικές ενέργειες διεκδίκησης του ρόλου και της ισότιμης συμμετοχής των Κοινωνικών Λειτουργών στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας του Νοσοκομείου. Έτσι ώστε να γίνει σαφής η σπουδαιότητα του ρόλου και της παρέμβασης του σ'τους ασθενείς με καρκίνο.
5. 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 .

6. 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 .
7. Θεωρούμε επίσης σημαντική την οργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων που σχετίζονται με το θέμα του καρκίνου, με τη συμμετοχή Κοινωνικών Λειτουργών και άλλων επαγγελματιών στο χώρο της υγείας , με σκοπό την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων.
8. Είναι γεγονός ότι η ασθένεια του καρκίνου επιφέρει έντονες οικονομικές επιπτώσεις στο άτομο και στην οικογένεια του , καθώς η φύση της ασθένειας , αναγκάζει το άτομο να διακόψει την εργασία του και συγχρόνως η ίδια η θεραπεία της , απαιτεί αυξημένες δαπάνες . Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τον οικονομικό μαρασμό της οικογένειας και γι' αυτό το λόγο η πολιτεία καλείται να διαδραματίσει έναν πιο ουσιαστικό ρόλο , με την οικονομική ενίσχυση της , με σκοπό την πλήρη κάλυψη των άμεσων και επειγουσών αναγκών αυτής .
9. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αντιμετώπιση του αρρώστου ως <<προσώπου>> πρέπει να γίνει συνείδηση και να κατευθύνει τις ενέργειες κάθε ατόμου που ασχολείται με τον πάσχοντα άνθρωπο. Άνθρωπος χωρίς σώμα δεν υπάρχει , όπως δεν υπάρχει άνθρωπος χωρίς ψυχή , χωρίς πνεύμα . Οι ανάγκες των ατόμων που ερχόμαστε σε επαφή , είναι οργανικές ,

ψυχολογικές , πνευματικές και κοινωνικές , λόγω των προβλημάτων της υγείας τους , γι ' αυτό και πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν ψυχοσωματική ενότητα . Είναι ο άνθρωπος που έρχεται σε επαφή με έναν απρόσωπο χώρο και απειλητικό σαν το νοσοκομείο και πρέπει να διατηρήσει την ταυτότητά του .

10. Τέλος , θα πρέπει η θεματολογία που σχετίζεται με τον καρκίνο 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 ειπώθηκαν για πρώτη φορά. Παρ' όλα αυτά πιστεύουμε ότι αν λάβουν χώρα , θα συμβάλουν 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 .



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ. - Παπαδότου Δ., «Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο» Εκδόσεις ΦΛΟΓΑ, Αθήνα 1986.
2. Αναγνωστόπουλος Φ. - Παπαδάτου Δ., «Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας» Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997 .
3. Κατράκης Γ., «Πρόληψη» έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον Καρκίνο, Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, ΑΘΗΝΑ 1980
4. Κ.Ε.Α.ΙΙΙ, Μετάφραση, Λ. Βαριδάκη, Διδακτικές Σημειώσεις για τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας, 1994.
5. Κ.Ε.Α. ΙV Μετάφραση Σ. Ζαγούρα, Διδακτικές Σημειώσεις για τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας 1995.
6. Κ.Ε. Οικογένεια, Μετάφραση Α.Ι. Τζόνσον - Τουρνά, Διδακτικές Σημειώσεις για τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας 1995.
7. Μάνος Ν., «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» University Studio Press Θεσ/νίκη 1988.
8. Νικολής Γ., «Διδακτορική Διατριβή: Ψυχοσωματική δομή, προσωπικότητα και Καρκίνος», Ε.Ε.Π.Ι. Αθήνα 1994.
9. Πιπερόπουλος Γ., «Αντιμετωπίζοντας το θάνατο», Εκδόσεις ΕΣΤΙΑ, Θεσ/νίκη 1992.
10. Ρασιδάκης Ν., «Ψυχή και Καρκίνος», εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 1983.
11. Ρηγάτος Γερ. «Εισαγωγή στη Ψυχοκοινωνική Ογκολογία» Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ Αθηνά 1985
12. Ρηγάτος Γερ. «Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα», ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, Αθήνα 1990.
13. Τσούσκας Λ., «Στοιχεία Χειρουργικής» εκδόσεις ΜΕΛΙΣΣΑ, Θεσ/νίκης 1996.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. ΕΚΛΟΓΗ, τεύχος Απριλίου. «Η Αυτογνωσία και ο Αυτοέλεγχος: Η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά τους για τον Κοινωνικό Λειτουργό» Εκδόσεις Ε.Π.Π.Σ.Κ.Ε. Αθήνα 1983.
2. Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (Σ.Κ.Λ.Ε.) «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 Ψυχολογίας: Ν. Αγγελόπουλος, Α. Βασιλείου, Ε. Βασιλάτου - Κοσμίδη, Κ. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, Γ. Γουρνάς, Δ. Δαμίγος, Ε. Ευτιχίδου, J. Goodbread, K. Jobe, Δ. Κυριαζής, Α. Λάκος, Τ. Μιχαηλίδου, Ν. Παυλίδης, Π. Πολυχρόνης, Κ. Πρωτοψάλτη - Πολυχρόνη, Β. Σιαφάκα. Μέτσοβο 1997.
2. Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας, «Η ευθανασία στην Ογκολογία». Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Ψυχοογκολογίας: Μ. Aisenstein, Ε. Βασιλάτου - Κοσμίδου, Λ. Βελογιάννη, Σ. Γερουλάκος, Χ. Γιάνναρος, Κ. Γιδοπούλου - Στραβολαίμου, Δ. Δαμίγος, Δ. Κυριαζής, Δ. Λιάκος, Γ. Πανούσης, Ν. Παυλίδης Π. Σακελαρόπουλος, Β. Σιαφάκα. Γιάννενα 1999.
3. Σεμινάριο Νοσηλευτριών, «Πρόληψη και Έγκυρη Διάγνωση του Καρκίνου. Αποκατάσταση Καρκινοπαθούς» Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.
4. Σεμινάριο Εκπαίδευσης Εθελοντών της Κοινωνικής Υπηρεσίας, του Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ», «Ψυχιατρικά προβλήματα καρκινοπαθών και του Οικογενειακού Περιβάλλοντος». Χ. Δελπαντώνη - Οικονόμου Β. Καραμήτρου, Θεσ/νίκη 1997.
5. Σ.Κ.Λ.Ε. Ε.Ε.Κ. Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου «Ψυχοκοινωνική Διά-

σταση του Καρκίνου». Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Clayman C.B. «The Cancer» Ltd. Reader's Digest, New York. 1991.
2. Dollinger M. και συν. «Cancer» Εκδόσεις ΚΑΤΟΠΤΡΟ Αθήνα 1992.
3. Hägglund T.B. «Psychodynamics of the dying Patient», International Universities Pressing New York 1978.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ - ΛΕΞΙΚΑ

1. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα, 1980
2. Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία, Αθήνα, 1972.
3. Μεγάλη Σοβιετική Εγκυκλοπαίδεια Εκδόσεις Ακάδημος Αθήνα, 1981.
4. Νέα Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Εκδόσεις Χάρη Πάτση, Αθήνα, 1980.