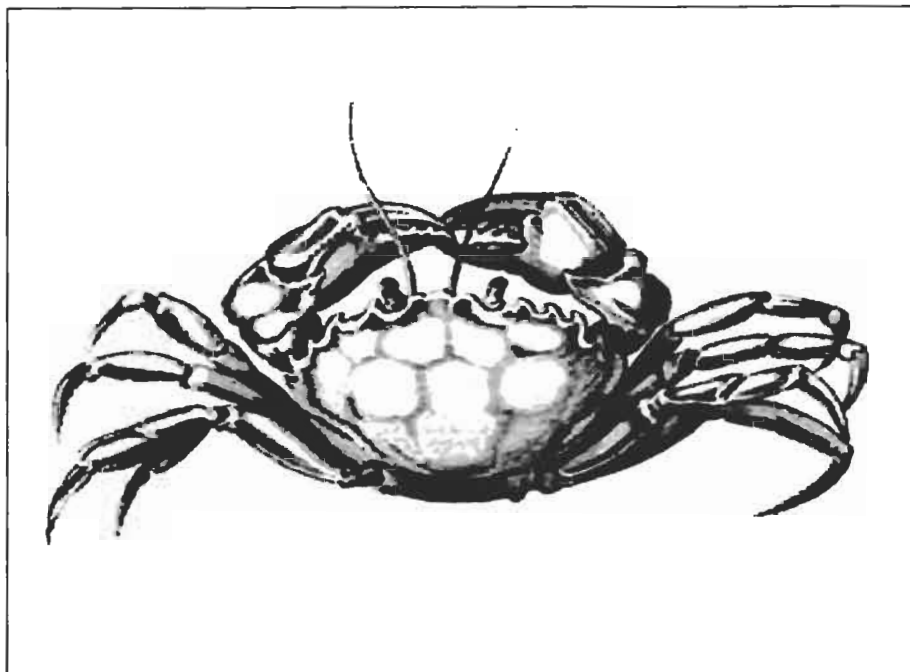


**«ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ. Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ
ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΟΥ».**



ΜΕΤΕΧΟΥΣΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΓΟΥΒΑΛΑΡΗ ΖΑΧΑΡΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

ΠΑΝΤΑΖΑΚΑΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (Τ.Ε.Ι.) ΠΑΤΡΩΝ.**

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΑΤΡΑ 2002

Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	V

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή.....	1
Το πρόβλημα.....	3
Σκοπός	4
Ορισμοί Όρων.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

A. 1. Τι είναι ο καρκίνος.....	10
2. Καρκινογένεση και φάσεις ασθένειας	13
2.1 Πώς ξεκινά ο καρκίνος.....	13
2.2 Πώς εξαπλώνεται ο καρκίνος.....	14
3. Αιτιολογία της νόσου.....	16
4. Διάγνωση και Θεραπεία καρκίνου.....	18
4.1 Διάγνωση του καρκίνου.....	18
4.2 Θεραπεία του καρκίνου.....	19
5. Το πρόβλημα του πόνου στον ασθενή με καρκίνο.....	23
B. 1. Ιστορικές μαρτυρίες.....	26
2. Ο καρκινοπαθής και η προσωπικότητά του.....	28
3. Χαρακτηριστικά-Συναισθήματα και καρκίνος.....	31
4. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνιση της νόσου.....	36

5.	Αντίληψη του προβλήματος κατά τον ασθενή και χειρισμός του καρκίνου και παλαιότερων κρίσεων.....	38
Γ. 1.	Οι ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος.....	40
2.	Οι κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος.....	43
3.	Κοινωνικό στίγμα και σωματική εικόνα.....	47
4.	Η αλήθεια και ο άρρωστος. Ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα στη συνεργασία με ογκολογικούς ασθενείς.....	52
Δ. 1.	Στάδια πορείας νόσου του καρκινοπαθούς-Ψυχολογική Παρέμβαση Κοινωνικού Λειτουργού.....	56
2.	Μηχανισμοί άμυνας των καρκινοπαθών.....	65
Ε. 1.	Ασθενείς σε τελικό στάδιο.....	67
2.	Κοινωνική Εργασία με το άτομο-ασθενή.....	71
3.	Οικογένεια και καρκίνος από τη σκοπιά του Κ.Λ.....	75
4.	Κοινωνική Εργασία με την οικογένεια ασθενών με καρκίνο.....	82
5.	Διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ολοκληρωμένης προσφοράς του νοσοκομείου.....	85
ΣΤ. 1.	Ο ρόλος του Κ.Λ. στο νοσοκομείο	
1.1	Εισαγωγή.....	87
1.2	Η παρέμβαση του Κ.Λ. στο άτομο ασθενή και οι δραστηριότητές του.....	87
2.	Δυσκολίες και ιδιαιτερότητες στο ρόλο του.....	91
2.1	Δυσκολίες.....	91

2.2	Ιδιαιτερότητες.....	94
3.	Κοινωνική Εργασία με καρκινοπαθείς. Μεθοδολογική Ανάλυση.....	99
Z. 1.	Τι εννοούμε με τον όρο αποκατάσταση.....	103
2.	Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση-Ψυχοκοινωνική φροντίδα ασθενών με καρκίνο.....	105
3.	Ποια είναι τα προς αποκατάσταση προβλήματα του Ασθενή.....	111
H. 1.	Ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς.....	113
2.	Βελτίωση ποιότητας ζωής του ασθενούς.....	115
3.	Άλλα μέσα για τη βελτίωση ποιότητας ζωής ασθενούς.....	119
	<i>Προγράμματα στην Ελλάδα.....</i>	120
	<i>Δυνατότητες αντιμετώπισης του καρκίνου σε άλλα νοσοκομεία.....</i>	125
	<i>Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.....</i>	127
4.	Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.....	130
5.	Δικαιώματα ασθενή που πεθαίνει.....	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Συμπεράσματα.....	134
Προτάσεις.....	136
Βιβλιογραφία.....	138

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πατρών για τη λήψη του πτυχίου.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά συγκεκριμένα άτομα που βοήθησαν στην πραγματοποίηση της εργασίας αυτής, τον κ.Πανταζάκα Παντελή για την πολύτιμη και πολύπλευρη βοήθειά του. Την Κοινωνική Υπηρεσία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για την συμπαράσταση και τη συμβολή της στην ανεύρεση βιβλιογραφικού υλικού.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κ.Λ. κα Γιδοπούλου-Στραβολαίμου Κυριακή για τις χρήσιμες πληροφορίες που μου πρόσφερε.

Τέλος, εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου για την κατανόηση, στήριξη και συμπαράσταση που έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και της ολοκλήρωσης της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο Καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια η οποία από το άκουσμα κιάλας της λέξης δημιουργεί μια πρωτοφανής κατάρρευση, στην δομή της ανθρώπινης προσωπικότητας. Καθώς όμως μεταδίδεται το μήνυμα της επιστήμης στο χώρο του Νοσοκομείου ή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα άτομα που αρχικά απειλούνταν μπορούν να αισθανθούν την ελπίδα, ότι υπάρχει ίαση αν η νόσος διαγνωσθεί στο αρχικό της στάδιο.

Κατά την πρώτη επαφή του ατόμου με την ασθένεια, δεν του αφήνονται περιθώρια για συγκροτημένη σκέψη και οργάνωση στην προετοιμασία, που απαιτείται από τον ίδιο και την οικογένειά του. Ο καρκινοπαθής αντιδρά ανεξέλεγκτα κατά την στιγμή της ενημέρωσης, φοβάται και αρνείται τη θεραπεία, αντιλαμβάνεται τον πόνο και τον ταυτίζει με τον θάνατο, γεγονός που συνεπάγεται, την προσωπική του ψυχολογική αποργάνωση με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική του ισορροπία, στην οικογενειακή του ζωή και στην εξέλιξη της ίδιας της νόσου.

Οι επιβαρυντικές συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει ο ασθενής, αναλύοντας τις ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος, είναι το αίσθημα της απώλειας ενός σημαντικού προσώπου στην ζωή τους, το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας, το αίσθημα της πολυσυζητημένης κατάθλιψης, που συνδέεται με την συναισθηματική αναστολή στα καταθλιπτικά συναισθήματα και τέλος η έννοια της αλεξιθυμίας που έχει υποστηριχθεί ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση σωματικών ασθενειών συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου.

Στις κοινωνικές όμως διαστάσεις που δεν λείπουν από το πρόβλημα του καρκίνου, αλλά μάλλον το καταστούν οξύτατο, περιλαμβάνονται οικονομικά αδιέξοδα, οικογενειακές δυσλειτουργίες και εξαρτήσεις, κοινωνική απομόνωση με την έννοια του κοινωνικού στίγματος, έλλειψη υποστηρικτικών προγραμμάτων κ.τ.λ.

Στο σημείο αυτό ο Κ.Λ. δηλώνει το παρόν και ισχυροποιεί τον ρόλο του στο νοσοκομειακό σύστημα, με την καλή επικοινωνία και στήριξη, τόσο στην ευαίσθητη ομάδα των καρκινοπαθών όσο και στην οικογένεια αυτού. Με τις αξίες και αρχές του επαγγέλματος αλλά και την σύγχρονη γνώση στα δεδομένα του Νοσοκομείου και την Κοινωνική Πολιτική του κράτους και βεβαίως την διεπιστημονική συνεργασία, από την πρώτη κιόλας στιγμή της διάγνωσης, μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στην ενεργό ζωή.

Με συμμετοχή στον αγώνα που ο τελευταίος έχει εμπλακεί, αντιμετωπιζόμενος λιγότερο σαν ιατρική συμπτωματολογία και περισσότερο σαν ψυχοκοινωνική οντότητα, ο Κ.Λ. προωθεί την λύση των προβλημάτων του ασθενούς στην κοινωνική ζωή και με την διεργασία αυτή προωθεί επιπλέον την ικανότητα του ατόμου για ανάπτυξη δυνάμεων για την ποιότητα ζωής του και αποκατάστασής του.

Το έργο του επαγγελματία Κ.Λ. σαφώς δεν είναι εύκολο. Η υποστήριξη της οικογένειας προς τον άρρωστο και το αντίστροφο, που βιώνει θάνατο εν ζωή, απαιτεί μεγάλα ψυχικά αποθέματα, επιστημονική κάλυψη, επίγνωση των προσωπικών συναισθημάτων, ανιδιοτέλεια και περισσή αγάπη. Για τους λόγους αυτούς η εκπαίδευση στον τομέα της υγείας όσον αφορά την επιστήμη και την άσκηση αυτής είναι καθοριστική και απαραίτητη

δημιουργώντας συνείδηση και σεβασμό στο δικαίωμα του ασθενούς για την διατήρηση της ποιότητας ζωής του και όχι μόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος και η ολιστική αντιμετώπισή του ξεπηδά μέσα από το ταξίδι στο χρόνο και την αρχαία Ελληνική αντίληψη που πρωτοεμφανίζεται ο Ασκληπιός ως θεός προστάτης της ιατρικής. Μετά τη θεοποίησή του αρκετοί ναοί ιδρύονται στο όνομά του. Μικρές χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται όπου οι ασθενείς που θεραπεύτηκαν, εκτός από δωρεές, αφιέρωναν στον ναό μαρμάρινες στήλες, με μία από αυτές να αναφέρεται ως “Καρκίνος” (ο θεός με τομή που έκανε στον ύπνο του ασθενή τον θεράπευσε στο εγκοιμητήριο). Με αυτή την προϊστορία ξεκινά η ψυχοσωματική αντίληψη για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Φιλοσοφικά ο καρκίνος αναπτύσσεται μέσα στις θεωρίες του Ιπποκράτη ο οποίος πίστευε πως η υγεία είναι κατάσταση που οφείλεται στην ισορροπία των τεσσάρων χυμών του σώματος. Το αίμα, το φλέγμα, την κίτρινη χολή και την μαύρη χολή (μέλαινα χολή). Κάθε διαταραχή την αναλογία και ισορροπία των χυμών αυτών καθώς και άλλων παραγόντων όπως του κλίματος, της διατροφής κ.ά. συνεπαγόταν νόσο. Σύμφωνα με αυτές τις αντιλήψεις η περίσσεια μελαγχολικού χυμού προκαλεί καρκίνο.(Ρηγάτος, 2000)

Στην ανατολή του 20^{ου} αιώνα ο όρος “καρκίνος” επικρατεί ακόμα και σήμερα που γίνεται γνωστός ως κακοήθεις νεόπλασμα. Μέσα από σημαντικές ανακαλύψεις τεχνολογικών επιτευγμάτων και συνολικής ανάπτυξης ο αιώνας μας σηματοδοτείται μέσα από το πρίσμα της επανάστασης στους παραπάνω ισχυρισμούς – δοξασίες

και προβάλλει την ψυχανάλυση ως εργαλείο χρήσιμο όχι μόνο στις νευρώσεις αλλά και σε άλλα νοσήματα και φυσικά τον καρκίνο.

Ψυχικά συμπτώματα που εκδηλώνονται στους καρκινοπαθείς έφερε κοντά ογκολόγους, ψυχολόγους, ψυχιάτρους Κοινωνικούς Λειτουργούς, νοσηλευτές ώστε η αντιμετώπιση να καταστεί συλλογική σε όφελος φυσικά του ογκολογικού ασθενούς.

Ο καρκίνος αποτελεί αναμφίβολα την νόσο του μέλλοντος καθώς, ο ένας στους τρεις ανθρώπους θα αναπτύξει καρκίνο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Αποτελεί μια πολυδιάστατη νόσο που επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις την ζωή των ασθενών.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η λέξη καρκίνος που αρχικά είχε πολύ περισσότερες έννοιες εκτός από το γνωστό θαλάσσιο ή ποτάμιο ζώο (κάβουρας) σήμερα σηματοδοτεί την έννοια μιας ομάδας κακοηθών νοσημάτων που συνθέτουν πολύπλοκα το πρόβλημα με ένα πλήθος παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την δημιουργία ή την εξέλιξη της καρκινικής διεργασίας.

Όταν η δομή της ανθρώπινης προσωπικότητας φαίνεται να καταρρέει στον απόηχο της σημασίας της ασθένειας, διαπιστώνεται πως δεν πρόκειται για άγνοια, όπως παλαιότερα, αλλά για τη μη ετεροχρονισμένη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας χωρίς το παραπάνω να εννοεί την έλλειψη φόβου και προκατάληψης μέσα στην οικογένεια ή ακόμα και απέναντι στο πάσχον αγαπημένο πρόσωπο.

Κοινωνικές έννοιες όπως "Δεν υπάρχει φάρμακο για τον καρκίνο" διαλύουν στην οικογένεια το συνδεδετικό κρίκο της ελπίδας και της πίστης στην ικανότητα της επιστήμης. Δημιουργείται στίγμα και προκατάληψη ως προς την ασθένεια, φόβος που ενισχύει ενοχές και συναισθήματα, δομές, σχέσεις και απογοητεύσεις, οι οποίες συχνά οδηγούν την οικογένεια σε αδιέξοδο.

Ένα ζωηρό επιστημονικό ενδιαφέρον έτσι σχετικά με το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, αναπτύσσεται στην εμφάνιση της αρρώστιας, την εξέλιξή της και την διατήρηση της υγείας. Με "μηνύματα" του οργανισμού που εκπέμπουν σήμα κινδύνου δηλώνοντας την ανισορροπία ή δυσαρμονία στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου, καθορίζεται συνολικά το πρόβλημα.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της μελέτης, που ακολουθεί, είναι να αποδώσει, να περιορίσει, να αναλύσει, όσο το δυνατόν περισσότερο την ψυχοκοινωνική διάσταση των προβλημάτων που αναπόφευκτα σκιαγραφούν τον ογκολογικό ασθενή και που διαταράσσουν τις σχέσεις με το οικογενειακό, νοσοκομειακό και κοινωνικό του περίγυρο.

Γίνεται αντιληπτό ότι το αντικείμενο είναι τεράστιο και δεν προϋποθέτει μόνο εξειδικευμένες γνώσεις, αλλά και εμμονή στον υψηλό στόχο που προσδιορίζεται όχι στην αντιμετώπιση της απρόσωπης νόσου, αλλά του ασθενούς που με τις νοητικές του λειτουργίες και τις ψυχικές ευαισθησίες, ανάγκες και επιθυμίες του, αποτελεί ίδια οντότητα και καθιστά το έργο των λειτουργών υγείας, ανεξάρτητα πανεπιστημιακών τίτλων και επιπέδων, μοναδικό.

Η επικείμενη εργασία όπως επιδιώκει να καταστήσει σημαντικό και ισχυρό το έργο του Κ.Λ., από την στιγμή που ο ασθενής και το περιβάλλον του θα συνεχίσει στη απόφαση για ειδική θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, ακρωτηριασμός) στο ελεύθερο νόσου διάστημα, στην εμφάνιση της υποτροπής και εξέλιξης της νόσου, στο τελικό στάδιο ή στην ευχάριστη περίπτωση της ίασης.

Θεμελιώδης σκοπός είναι κυρίως να αποσαφηνίσει το ρόλο του Κ.Λ. σε γενικό ή ογκολογικό νοσοκομείο, σε επίπεδο συναισθηματικής, υποστηρικτικής θεραπείας και αποκατάστασης. Τονίζεται η μεθοδολογική ανάλυση των προγραμμάτων που αναπτύσσει ο Κ.Λ. στην επαγγελματική του δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην ποιότητα ζωής και την διασφάλιση της, τόσο για τον άρρωστο, όσο και για τα μέλη της οικογένειάς του.

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν γι αυτή την εργασία προέρχονται
1) εμπειρικά από την προσωπική πρακτική άσκηση στο
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών (Pio) στο Τμήμα της
ογκολογικής κλινικής, 2) από βιβλιογραφικές αναφορές και
εισηγήσεις.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Χημειοθεραπεία:

«Θεραπεία με χρήση αντικαρκινικών φαρμάκων που στόχο έχουν την πρόκληση θανατηφόρας κυτταροτοξικής βλάβης στα κύτταρα του όγκου , η οποία μπορεί να αναχαιτίσει την αύξησή του». (Mary J. Mycek, Richard A. Harvey, Pamela C. Champe. «Φαρμακολογία», εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1997).

Νεόπλασμα:

«Ανώμαλη μάζα ιστού, η ανάπτυξη του οποίου υπερβαίνει και παραμένει ασυντόνιστη με την ανάπτυξη των φυσιολογικών ιστών . Εξακολουθούν να πολλαπλασιάζονται , χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους τις ρυθμιστικές επιδράσεις που ρυθμίζουν την αύξηση των φυσιολογικών κυττάρων». (Kuman Cotran Robbins. «Βασική Παθολογοανατομία», εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000).

Μετάσταση:

«Ορισμένα κύτταρα του δημιουργούμενου όγκου , που έχουν υποστεί τις κατάλληλες γενετικές αλλαγές διεισδύουν στους υγιείς ιστούς. Μερικά έχουν την ικανότητα να αποσπώνται και με την κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου να μεταφέρονται σε άλλους ιστούς και όργανα και εκεί να συνεχίζουν την ανεξέλεγκτη διαίρεσή τους σχηματίζοντας θυγατρικούς όγκους». (Βασίλης Μαρμάρας, Μαρία Λαμπροπούλου-Μαρμάρα. «Βιολογία Κυττάρου», εκδόσεις Tyrota, Πάτρα 2000).

Ακτινοθεραπεία:

«Η χρήση ακτινών Χ ή ραδιενεργών ουσιών για τη θεραπεία μιας νόσου, 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).

Ψυχολογικοί Μηχανισμοί Άμυνας:

«Οι ασυνείδητες τεχνικές που χρησιμοποιεί το ΕΓΩ για να αντισταθεί στις ανεπιθύμητες ενστικτώδεις ενέργειες. Ο λόγος ύπαρξης των περισσότερων αμυντικών μηχανισμών είναι η αποφυγή άγχους». (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1972, Τόμος 1, σελ. 20).

Προκατάληψη:

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

Κοινωνική Απομόνωση:

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

Ψυχοσωματικά Φαινόμενα:

«Ορίζονται τα οργανικά προβλήματα που οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες». (Αναγνωστόπουλος Φ.-Παπαδάτου Δ. «Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997).

Διάθεση:

«Με τον όρο νοείται το σύνολο των κληρονομικών, ανατομικών, φυσιολογικών, ψυχολογικών χαρακτηριστικών, τα οποία ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να παραθέσει στη νόσο». (Ρηγάτος Γερ. «Ψυχοκοινωνική Ογκολογία» εκδόσεις Acsent, Αθήνα 2000).

Πόνος:

«Είναι η αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη του ιστού ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης». (Ρηγάτος Γερ. «Ψυχοκοινωνική Ογκολογία» εκδόσεις Acsent, Αθήνα 2000).

Ποιότητα Ζωής:

«Αναφέρεται σε μία σειρά παραγόντων που αλληλεπιδρούν στη διατήρηση της υγείας, όπου αυτό προϋποθέτει ισορροπία στο περιβάλλον, στους ψυχολογικούς και διανοητικούς παράγοντες καθώς και στις πνευματικές πεποιθήσεις του ατόμου». (Σπηλιώτης Ι. «Καρκίνος: Από την άγνοια στο φόβο» εκδόσεις Αχαϊκές, Πάτρα 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Α. 1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Προκειμένου να μελετηθούν και να καταγραφούν οι ψυχοκοινωνικές, σωματικές, συναισθηματικές επιπτώσεις της νόσου στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία, κρίνεται αναγκαίο να περιγραφεί η έννοια της ασθένειας, η δημιουργία της, τα αίτια της καρκινογένεσης, όπως επίσης η διάγνωση και θεραπεία της.

Ο καρκίνος είναι διαδικασία που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή πρόκειται για μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία (Σπηλιώτης 1999).

Τα χρωματοσώματά μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας, περιέχουν “μηνύματα” που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Από την βιολογία προκύπτει ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο έχει 23 ζεύγη χρωματοσωμάτων, που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα (ο.π.).

Σε κυτταρικό επίπεδο κάθε φορά που το κύτταρο διαιρείται, αυτοαναπαράγονται και τα χρωματοσώματα. Στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί να λειτουργήσει λάθος και να αλλάξει το δρόμο. Μια τέτοια μετάλλαξη αλλάζει και τα γονίδια ένα ή περισσότερα (ο.π.).

Τα αλλαγμένα γονίδια δίνουν λάθος μηνύματα. Έτσι σε ένα φυσιολογικό κυτταρικό πληθυσμό υπάρχει “ένα” κύτταρο

“φυσιολογικό μεν” με λανθασμένες πληροφορίες για το σκοπό που πρέπει να επιτελεί. Το κύτταρο αυτό θρέφεται και συντηρείται όπως και τα άλλα, αλλά επειδή δεν κάνει σωστή λειτουργία γίνεται “αντιπαθές” από την κοινωνία των φυσιολογικών κυττάρων. Αρχίζει λοιπόν να αναπτύσσεται με μεγάλη ταχύτητα και δημιουργεί έτσι μια ομάδα περιθωριακών κυττάρων. Αυτή η ομάδα σιγά-σιγά αφαιρεί λειτουργικό και ενεργειακό ζωτικό χώρο στην ομοίωση του οργάνου που βρίσκεται. (Σπηλιώτης, 1999)

Από τους πολλούς και διαφορετικούς τύπους καρκίνου οι περισσότεροι σχηματίζουν συμπαγείς όγκους σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, συνηθέστερα στο δέρμα, το μαστό, τον πνεύμονα, το έντερο ή τον προστάτη.

Οι κακοήθεις όγκοι μπορούν να εξαπλωθούν και να προχωρήσουν στο σώμα (μετάσταση) μέσω του αίματος και του λεμφικού συστήματος. Διεισδύουν σε γειτονικούς ιστούς διανοίγοντας βίαια δρόμο ανάμεσα από τα φυσιολογικά κύτταρα. Είναι εξαιρετικά ακανόνιστου σχήματος και μεγέθους και συχνά εμφανίζουν ελάχιστη ομοιότητα με τα κύτταρα τα οποία προήλθαν αρχικά (Ιατρική 21^{ου} αιώνα, 2000).

Οι κακοήθεις όγκοι (μη καρκινογόνοι) περιλαμβάνουν λιπώματα, τα οποία είναι συγκεντρώσεις (σβόλοι) λίπους κάτω από το δέρμα καθώς και πολλές δερματικές αλλοιώσεις. Δεν εισβάλλουν μέσα στον ιστό, αλλά μπορούν να ασκήσουν πίεση καθώς μεγαλώνουν αργά μέσα σε αυτόν. Δεν εξαπλώνονται και δεν κάνουν μεταστάσεις μέσα στο σώμα. (ο.π.)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα κύτταρα που έχουν μεταμορφωθεί σε καρκινικά, εκτός από την αυξημένη ταχύτητα αναδιπλασιασμού έχουν δύο άλλες ξεχωριστές και επικίνδυνες

ιδιότητες. 1) Δεν έχουν τοιχώματα, δηλαδή στέγη, με αποτέλεσμα να προσκολλούνται στα γύρω υγιή κύτταρα. 2) Έχουν μια μεταναστευτική τάση για άλλα σημεία του σώματος προσπαθώντας να κάνουν “εξαγωγή” της δράσης τους. Αυτή η μεταναστευτική τάση των καρκινογόνων κυττάρων ονομάζεται μετάσταση. (Σπηλιώτης 1999)

2. ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΦΑΣΕΙΣ

2.1 ΠΩΣ ΞΕΚΙΝΑ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1. Γενετική βλάβη

Τα καρκινογόνα κύτταρα που καταστρέφουν συγκεκριμένα γονίδια, γνωστά ως ογκογονίδια ρυθμίζουν ζωτικές διαδικασίες όπως η κυτταρική διαίρεση. Τα ογκογονίδια έχουν την ικανότητα να επιδιορθώνουν τα περισσότερα κατεστραμμένα γονίδια και να προγραμματίζουν την αυτοκαταστροφή ελαττωματικών κυττάρων. (Ιατρική 21^{ου} αιώνα, 2000)

Με την πάροδο του χρόνου, τα καρκινογόνα μπορεί να προκαλέσουν ανεπανόρθωτη βλάβη στα ογκογονίδια ενός κυττάρου. Καθώς συσσωρεύεται η βλάβη, τα τελευταία μπορεί να αρχίσουν να λειτουργούν ανώμαλα, καθιστώντας το κύτταρο καρκινώδες. Εάν κληρονομηθεί ένα ελαττωματικό ογκογονίδιο τότε ένα κύτταρο μπορεί να γίνει καρκινώδες πολύ ταχύτερα. (ο.π.)

2. Σχηματισμός όγκου

Ένας καρκινικός όγκος ξεκινά ως ένα μονό κύτταρο. Αν το κύτταρο δεν καταστραφεί έγκαιρα από το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού που στέλνει ειδικές ομάδες λεμφοκυττάρων ως κατασταλτικά κύτταρα, θα πολλαπλασιασθεί ανεξέλεγκτα, για να σχηματίσει δύο κύτταρα τα οποία με τη σειρά τους θα διαιρεθούν κι αυτά σχηματίζοντας 4 κύτταρα (κ.ο.κ.). (ο.π.)

Ο ρυθμός ανάπτυξης ενός όγκου μετριέται από το διάστημα που χρειάζονται τα κύτταρα, τα οποία περιέχονται στον όγκο, να διπλασιαστούν αριθμητικά (χρόνος διπλασιασμού). Ο χρόνος διπλασιασμού ενός όγκου κατά γενικό κανόνα ποικίλει περίπου από 1 μήνα μέχρι 2 χρόνια. Για να γίνει κλινικά ορατός π.χ. στην ακτινογραφία θώρακος ένας όγκος πρέπει να είναι 1 εκ. Στο στάδιο αυτό περιέχει 1 δισεκατομμύρια κύτταρα και χρειάστηκε περίπου 5 χρόνια αναδιπλασιασμού για να φτάσει σε αυτό το σημείο. (Σπηλιώτης 1999)

2.2 ΠΩΣ ΕΞΑΠΛΩΝΕΤΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Το ειδοποιό χαρακτηριστικό ενός κακοήθους όγκου είναι η ικανότητα να εξαπλώνεται όχι μόνο τοπικά αλλά και σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος μέσω μιας διαδικασίας, η οποία λέγεται μετάσταση. Η εξάπλωση των καρκινογόνων κυττάρων μπορεί να γίνει μέσω α) του λεμφικού συστήματος, β) του αίματος. (Ιατρική 21^{ου} αιώνα, 2000)

α. Εξάπλωση στο λεμφικό σύστημα. Το λεμφικό σύστημα είναι ένα σύστημα αγγείων που μεταφέρουν λεμφικό υγρό σε παραπλήσιους λεμφαδένες. Ένα καρκινικό κύτταρο μπορεί να παγιδευτεί σε ένα λεμφαδένα και να πολλαπλασιασθεί εκεί σχηματίζοντας όγκο. Ανοσοκύτταρα τα οποία υπάρχουν στον λεμφαδένα επιτίθενται στον όγκο και πιθανόν να αναχαιτίσουν την εξέλιξη του καρκίνου.

β. Εξάπλωση στο αίμα. Ο πρωτογενής καρκίνος κάνει συχνά μετάσταση σε σημεία του σώματος με άφθονη αιμάτωση, όπως το ήπαρ, οι πνεύμονες, τα οστά και ο εγκέφαλος. Όταν τα καρκινογόνα κύτταρα φθάσουν σε πολύ μικρά αιμοφόρα αγγεία διαπερνούν τα τοιχώματά τους για να εισβάλουν στους ιστούς.(ο.π.)

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι παράγοντες που επιδρούν στην δημιουργία συνθηκών για την ανάπτυξη του καρκίνου, εκτός της κληρονομικής γενετικής βλάβης, υπάρχει μια σειρά συσχετίσεων άλλων παραμέτρων, που στη συνέχεια αναλύονται και καταστούν το πρόβλημα κατανοητό.

Ειδικότερα η παραγωγή καρκινικών κυττάρων οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στα παρακάτω (Σπηλιώτης 1999):

- **Κάπνισμα.** Η σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση καπνού και την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου έχει τεκμηριωθεί από τις αρχές της δεκαετίας του '50 όπου εκτιμάται ότι το 25-30% όλων των περιπτώσεων καρκίνου στα ανεπτυγμένα κράτη οφείλεται στο κάπνισμα.
- **Αλκοόλ.** Πειστικά επιδημιολογικά στοιχεία για την αύξηση κινδύνου εμφάνισης μορφών καρκίνου της πεπτικής οδού (στόμα, γλώσσα, οισοφάγος) υπάρχουν, σε χώρες με συνεχή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Ουσιαστική παρατήρηση είναι στις περιπτώσεις που γίνεται συνδυασμός με κάπνισμα και αλκοόλ.
- **Διατροφή.** Αμφιλεγόμενο παραμένει το θέμα της κατανάλωσης αυξημένων επιπέδων λίπους, χρήση ορμονικών ουσιών, όπου επιταχύνουν την ωρίμανση τροφικών στοιχείων που αργότερα θα δημιουργήσουν πρόβλημα καρκινογένεσης.

- **Ενδογενείς ορμόνες.** Έχει δειχθεί ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες, ιδιαίτερα σε πειραματικό στάδιο, διάφορες ορμόνες όπως τα οιστρογόνα, τα προγεστερονοειδή και η προλακτίνη προωθούν ή αναστέλλουν την ανάπτυξη μιας καρκινογόνου λειτουργίας.
- **Παχυσαρκία.** Η παχυσαρκία μετά τον καθοριστικό ρόλο που παίζει στην υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, στεφανιαία νόσο, έρχεται να λειτουργήσει ως παράγων κινδύνου για την ανάπτυξη νεοπλασιών. (Ογκολογική ενημέρωση, τόμος 3^{ος}, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2001)
- **Έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία.** Ισχυρή συνάφεια συνδέει την ηλιοθεραπεία με υπερβολές και ακρότητες, ιδιαίτερα σε άτομα λευκού δέρματος ή ξανθά με την δημιουργία καρκίνου του δέρματος. (Σπηλιώτης, 1999)
- **Ακτινοβολία.** Οι κοινότεροι παράγοντες είναι τα "καρκινογόνα" στα οποία συμπεριλαμβάνονται ορισμένοι ιοί και τύποι ακτινοβολίας. (Ιατρική 21^{ου} αιώνα, 2000)
- **Κληρονομικότητα.** Πολλοί καρκίνοι σε ενήλικα άτομα κάτω των 40 ετών ενέχουν σημαντικό μέτρο κληρονομικότητας. Μέχρι 1 στις 10 περιπτώσεις καρκίνου της ωθήκης, του μαστού, του προστάτη οφείλονται εν μέρει σε κληρονομιθέντα ανώμαλα γονίδια. (ο.π.)

- **Άγχος.** Το στρες έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας και ευθύνεται για μια σειρά μικρής και μεγαλύτερης σοβαρότητας προβλήματα υγείας και φυσικά τον καρκίνο. (Σαπουντζή – Κρέπια, 2000)

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η προσφορά της λέξης καρκίνος, ικανοποιώντας την ανάγκη του ανθρώπου να δίνει ένα όνομα στις βαθύτερες αγωνίες του, ακολουθείται από ένα πάγωμα και ένα πλήθος τρομακτικών αρχαϊκών φαντασιώσεων στις οποίες κυριαρχεί ένας θάνατος μετά από πολλά βασανιστήρια. Το μήνυμα της επιστήμης όμως, που είναι σαφές και ελπιδοφόρο και μεταδίδεται στο νοσοκομειακό χώρο ή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αν η ασθένεια διαγνωσθεί στο αρχικό στάδιο υπάρχουν πολλές ελπίδες θεραπείας.

Η διάγνωση του καρκίνου στηρίζεται:

- σε συμπτώματα ή σημεία
- στην κλινική εξέταση
- σε αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις
- στην λαπαροσκοπική χειρουργική (Σπηλιώτης ,1999)

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) καθόρισε τον κατάλογο των επτά σημείων, που καθένας που θα γνωρίζει ένα τέτοιο σύμπτωμα πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό του.

1. Αλλαγή στις συνθήκες του παχέως εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως.
2. Μια φλεγμονή που επιμένει στον λάρυγγα
3. Αιμορραγίες από το στόμα, ορθό, κόλπο ή παθολογικά εκκρίματα
4. Σκληρία ή ψηλαφητή διόγκωση στο μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος
5. Δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεπτικά ενοχλήματα
6. Αλλαγή σε σπίλο του δέρματος ή κρεατοελιά
7. Επιμένων βήχας ή βράγχος φωνής (Σπηλιώτη 1999)

4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Φθάνοντας πλέον στη φάση της θεραπείας, αυτή θα πρέπει να διακριθεί σε θεραπεία με στόχο την ίαση και σε θεραπεία που δεν έχει στόχο την ίαση αλλά είτε την προσωρινή ανακουφιστική μείωση ή σταθεροποίηση της κακοήθους πάθησης, είτε την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Σήμερα κατά προσέγγιση το 53% όλων των καρκινοπαθών αντιμετωπίζεται χειρουργικά, το 34% με ακτινοθεραπεία και το 21% με χημειοθεραπεία μόνο σε συνδυασμό με άλλα είδη θεραπείας. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, 2001)

Τέσσερα είδη θεραπείας προσφέρονται σήμερα για τον καρκίνο: η χειρουργική θεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία. (ο.π.)

α. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία – αφαίρεση των όγκων είναι από τις παλαιότερες θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του

καρκίνου και τις περισσότερες φορές είναι η σημαντικότερη. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εκτός από το κύριο εγχειρητικό μέρος, εξαρτάται και από την προεγχειρητική προετοιμασία και την μετεγχειρητική ρύθμιση. (ο.π.)

Η καλή προετοιμασία για την επέμβαση περιλαμβάνει το βιολογικό σκέλος και το ψυχολογικό σκέλος όπου ο Κ.Λ. παρεμβαίνει για να προετοιμάσει και να υποστηρίξει τον ασθενή στην καλύτερη αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας.

Συνήθως τα προεγχειρητικά προβλήματα παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία άσχετα από το είδος της εγχείρησης. Τα μετεγχειρητικά προβλήματα εξειδικεύονται ανάλογα με το είδος της επέμβασης και πολλάκις εξατομικεύονται. Είναι τελείως διαφορετικά τα προβλήματα μιας γυναίκας με μαστεκτομή από εκείνο ενός μεσήλικα με κολοστομία, διαφορετικό του νέου με τον όγκο του όρχεως από το πρόβλημα του άλλου με ακρωτηριασμό ενός σκέλους. (Χούντα , 1990)

Υπάρχουν όμως και κοινά προβλήματα όπως ο μετεγχειρητικός πόνος που ο Κ.Λ. δεν μπορεί εξωτερικά να απαλλάξει αλλά εσωτερικά υιοθετεί στην παρέμβασή του μια ανοιχτή επικοινωνία που θα αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο για την ψυχοκοινωνική στήριξη του ατόμου.

β. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία, όπου είναι κλάδος της ογκολογίας και εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση κακοηθών όγκων, χρησιμοποιεί ιονίζουσες ακτινοβολίες και για ορισμένα νεοπλάσματα είναι η θεραπεία εκλογής. Οι ακτινοβολίες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι οι ακτίνες Χ. Η πλειοψηφία των καρκινικών κυττάρων

κατά τον Σπηλιώτη (1999) “φονεύονται” μέσα από την επίδραση της ακτινοβολίας στο D.N.A. και τα χρωματοσώματα, έτσι τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφονται πριν προλάβουν να διαιρεθούν.

Η ακτινοθεραπεία σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τη χειρουργική και η χημειοθεραπεία, ενώ σε άλλες εφαρμόζεται προκειμένου να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα που προκάλεσε ο καρκίνος.

Μία από τις πιο συχνές παρενέργειες των ακτινοβολιών είναι η ναυτία, ο εμετός, ατροφικές αλλοιώσεις του δέρματος, βλάβες στη λειτουργία των γονάδων ως και των νοητικών λειτουργιών, που επιβαρύνουν πολύ έντονα την ψυχολογική κατάσταση των αρρώστων. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, 2001)

Επίσης μια σοβαρή επιπλοκή είναι η τριχόπτωση (αλωπέκια) όπου αναμφισβήτητα διαφοροποιεί τον ασθενή αισθητικά και συναισθηματικά από το κοινωνικό σύνολο που πριν την θεραπεία ανήκε.

Υ. Χημειοθεραπεία

Η ιδέα της θεραπείας του καρκίνου με χημικές ουσίες ή φάρμακα προϋπήρχε από τη αρχαιότητα. Η σύγχρονη χημειοθεραπεία από το 1941 παρατηρήθηκε ότι προκάλεσε ύφεση όγκων του προστάτη. Το γεγονός αυτό ήταν η πρώτη απόδειξη ότι νεοπλασματικά κύτταρα μπορούν να καταστραφούν με μια συστηματική θεραπεία, κάτι διαφορετικό από την χειρουργική επέμβαση και την ακτινοβολία. (Σπηλιώτης 1999)

Η θεραπευτική αυτή αγωγή με τα αντικαρκινικά φάρμακα που μπορούν να ληφθούν από το στόμα αλλά συχνά προωθούνται

απευθείας στο κυκλοφορικό σύστημα με ενδοφλέβια ένεση, (Ιατρική 21^{ου} αιώνα, 2000) συνήθως δημιουργούν στον ασθενή συναισθήματα απογοήτευσης και ελπίδας. Ο ασθενής σ' αυτό το στάδιο θα πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών από ψυχοσωματική άποψη σε συνεργασία με τον Κ.Λ. και τον γιατρό του και κυρίως, ότι ο πόνος είναι ένα ψυχοσωματικό σύμπτωμα.

Κύριες παρενέργειες των κυτταροστατικών είναι οι εμετοί καθώς και η αναιμία, μεταβολές στη συμπεριφορά και πιθανή μείωση αντιληπτικής ικανότητας που επιβεβαιώνεται με τον έλεγχο διαφόρων παραμέτρων όπως είναι η παραπάνω συνεργασία, η συμπεριφορά με το προσωπικό του νοσοκομείου, η στάση στην οικογένεια.

δ. Ανοσοθεραπεία

Τα τελευταία χρόνια στις τρεις κλασσικές μεθόδους θεραπείας του καρκίνου έχει προστεθεί μία τέταρτη, η ανοσοθεραπεία.

Σύμφωνα με τον Σπηλιώτη (1999) πρόκειται για μια βιολογική θεραπεία που στηρίζεται στην αρχή να υποστηρίξει το ανοσολογικό σύστημα του αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Ο ανοσοθεραπευτής συχνά είναι ικανοποιημένος αν υπάρχει μια σταθερή μείωση της καρκινικής μάζας.

Από τα ήδη εφαρμοσμένα πρωτόκολλα ανοσοθεραπείας που είναι προκαταρκτικά και περιορισμένα, οι ειδικοί οδηγούνται στο γεγονός ότι χρειάζεται περαιτέρω απόκτηση βαθύτερης γνώσεις του τρόπου λειτουργίας των στοιχείων του ανοσιακού συστήματος εναντίον των καρκινικών κυττάρων. (Σπηλιώτης 1999)

5. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σύμφωνα με τον Ρηγάτο Γ. (2000) και τον ορισμό που δίνεται από την Διεθνή Εταιρεία για την Μελέτη του Πόνου, πόνος είναι η αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης.

Από ότι μπορούμε να καταλάβουμε γενικά ο πόνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο. Τα αίτια του είναι γενικά, έχει όμως συγκινησιακές και ψυχολογικές παραμέτρους.

Πάνω από το 70% των ασθενών με καρκίνο έχουν μέτριο προς έντονο πόνο κατά την διάρκεια της ασθένειας και μπορεί να φοβούνται περισσότερο τον πόνο παρά τον ίδιο τον θάνατο.

Ο πόνος εμφανίζεται στο 20 – 50% των ασθενών με πρόσφατα διαγνωσμένες κακοήθειες, το 33% των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας της ασθένειάς τους και στο 75-90% σε αυτούς με προχωρημένο καρκίνο. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, 2001)

Κατά τον Σπηλιώτη (1999) ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός και κάθε άτομο χρησιμοποιεί τη λέξη αυτή μέσω εμπειριών που σχετίζονται μαθησιακά από τραυματισμούς κατά την διάρκεια των πρώτων χρόνων ζωής τους. Ο συνεχής όμως και ανυπόφορος πόνος, που πολλές φορές στους ασθενείς με καρκίνο οφείλετε στις θεραπευτικές επιλογές που έχουν προταθεί για την νόσο, σχετίζεται με μια σειρά από γεγονότα που έχουν να κάνουν με συμπτώματα

κατάθλιψη, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης, ελάττωση της όρεξης, αϋπνία, κοινωνική ή οικογενειακή απόσυρση- απομόνωση.

Ανάμεσα στις συνιστώσες του πόνου που μεγεθύνουν το πρόβλημα , αναφέρουμε τις ακόλουθες (Ρηγάτος 2000):

α. Άγχος, ανησυχία, ανασφάλεια σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία, την πιθανή αλλαγή εικόνας του σώματος, την αλλαγή κοινωνικής θέσης του ατόμου κ.λ.π.

β. Αισθήματα ενοχής για πράγματα που έγιναν και τα πράγματα που δεν έγιναν, κατάθλιψη για την πιθανότητα θεραπευτικής αδυναμίας, για τον κίνδυνο της ζωής κ.λ.π.

γ. Έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι, συνασθενείς κ.λ.π.

δ. Προβλήματα εργασιακά, οικονομικές επιπτώσεις, κοινωνική μείωση, περιορισμός συμμετοχής και απαγορεύσεις κ.λ.π.

Για παράδειγμα ένα άτομο που έχει κινητικό πρόβλημα εκτός από το άγχος και την οργή που αισθάνεται, εξαρτάται από άλλα άτομα και αυτό τον επιβαρύνει ψυχολογικά, του δημιουργεί ενοχές που εκδηλώνονται με επίθεση που σαν αποτέλεσμα αναταράσσει τις ψυχολογικές του ισορροπίες και αντιδράσεις.

Για τους λόγους αυτούς ο πόνος που αποσπά ένα μεγάλο και ισχυρό κομμάτι της καρκινικής νόσου είναι σημαντικό να φρονιζεται από τους λειτουργούς υγείας στο νοσοκομειακό χώρο

αλλά κυρίως με τον Κ.Λ. που καλείται να μεριμνήσει για την ψυχική ευεξία του ασθενή. Επειδή τα μέλη της οικογένειας περνούν και αυτά μια κρίση ίδια με του ασθενούς, δύσκολα μπορούν να τον στηρίξουν παρόλο ότι τον αγαπούν.

Η καλή επικοινωνία και στήριξη μέσα από την σύγχρονη γνώση και διεπιστημονική συνεργασία είναι πρακτικές που συμφιλιώνουν τον ασθενή με το πρόβλημα. Αντί να οδηγηθεί σε παραίτηση από την ενεργό ζωή, ενθαρρύνεται και συμμετέχει στον αγώνα που έχει εμπλακεί, αντιμετωπιζόμενος λιγότερο σαν ιατρική συμπτωματολογία και περισσότερο σαν ψυχοκοινωνική οντότητα.

B. 1. ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

Πριν μερικά χρόνια αν κάποιος υποστήριζε πως ο καρκίνος έχει ψυχική προέλευση, θα μπορούσε να γίνει αντικείμενο ειρωνικών σχολίων και πειραμάτων καθώς θα τύχαινε γι' αυτό κάποιας υποτιμητικής διάκρισης. Σήμερα αυτή η διαπίστωση δεν αμφισβητείται πια καθόλου σε όλο τον κόσμο.

Η ψυχοσωματική θεώρηση του καρκίνου ξεκινάει σχεδόν από τη στιγμή που ταυτοποιήθηκε ως νόσος από την ιατρική βιβλιογραφία. Το ανήσυχο πνεύμα των γιατρών όπως ο Ιπποκράτης και ο Ασκληπιός συνέλαβαν την ιδέα της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου με καρκίνο. (4^ο Σεμινάριο ψυχοογκολογίας, ο ρόλος του ψυχολογικού παράγοντα στην καρκινική διεργασία, Ιωάννινα, 2001).

Ο Γαληνός που έζησε και εργάστηκε ως γιατρός – φιλόσοφος του 2^{ου} μ.Χ αιώνα παρατήρησε πως οι γυναίκες με μελαγχολία είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο μαστού σε σχέση με αυτές που είχαν πιο ευχάριστη και θετική διάθεση. Επίσης ο Ιρακινός φιλόσοφος Αβικέννας με ισλαμικό πολιτισμό, αποδίδει τη γένεση του καρκίνου σε μελαγχολία (Πα.συ.καφ. Κύπρος 1992)

Τη σχέση μελαγχολίας και καρκίνου περιγράφει και ο βυζαντινός λογοτέχνης και ιατρός Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078) ενώ αργότερα υπήρχαν και νέες θεωρήσεις του καρκίνου όπως αυτή του Descartes που ενοχοποιεί τις διαταραχές της ροής της λέμφου ως αίτιο καρκίνου και του Helmont (1579 –1664) ο οποίος υποστήριζε πως όταν το “ πνεύμα της ζωής ” βρίσκεται εκτός ελέγχου προκαλεί νόσο (4^ο Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2001).

Το 1875 στις ΗΠΑ ο W. Parker μεταξύ άλλων δημοσίευσε πως σε περιόδους μεγάλου πένθους και ψυχικών ανησυχιών, μπορεί να διαταραχθεί η ισορροπία του νευρικού συστήματος και να δημιουργηθεί καρκίνος. (Πα.συ.καφ, 1992).

Σημαντικά επίσης είναι και τα αποτελέσματα ορισμένων ψυχαναλυτικών ερευνών στις αρχές του 20^{ου} αιώνα που βασίστηκαν σε κλινικό υλικό και οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη άλυτων συγκρούσεων προδιέθετε για εμφάνιση συγκεκριμένου τύπου καρκίνου, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο βιώνουν αισθήματα ενοχής και πως η νόσος τους, αποτελεί ένα είδος παθητικής αυτοκτονίας ως αποτέλεσμα των ενοχών και της συνακόλουθης κατάθλιψης. (4^ο Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα 2001).

Στις τελευταίες δεκαετίες όμως έγιναν συστηματικές μελέτες με εντελώς εξειδικευμένες μεθόδους και ιδιαίτερα με ψυχολογικά τεστ προσωπικότητας, συμπεριφοράς, κλινικά ερωτηματολόγια κ.τ.λ που βοήθησαν τους ειδικούς να αντιληφθούν και να επιβεβαιώσουν ότι υπάρχουν βασικές σχέσεις ανάμεσα στις συγκινησιακές καταστάσεις και τον καρκίνο και να σκιαγραφήσουν μάλιστα το προφίλ της προσωπικότητας του καρκινικού αρρώστου (Πα.συ.καφ, Κύπρος 1992).

2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ

Σύμφωνα με ενδείξεις που συρρέουν από πειραματικές και κλινικές μελέτες πολλών ερευνητών σε διάφορες χώρες, τείνουν να καταλήγουν στη γενική υπόθεση ότι η ανάπτυξη του καρκίνου συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα οι κλινικές εκδηλώσεις των κακοηθών όγκων “κτίζονται” πάνω σε μια ορισμένη αλλά αρκετά καλά διαγραφόμενη δομή της προσωπικότητας.

Πολλές από τις δημοσιευθείσες μελέτες δείχνουν πως ορισμένου τύπου προσωπικότητες είναι πιο ευεπίφορες από άλλες στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου. Οι μεθοδολογικές όμως αδυναμίες που συνοδεύουν αυτές τις μελέτες επιβάλλουν σημαντική επιφύλαξη στην εγκυρότητα των ευρημάτων. Η ίδια η έννοια της προσωπικότητας είναι ασαφής και συγκεκριμενοποιείται στην πράξη με την αξιολόγηση ορισμένων ιδιοτήτων του ατόμου για τις οποίες υποθέτουμε ότι συγκροτούν τον πάγιο ψυχολογικό σκελετό. (Κλινική ογκολογία, 1981).

Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών όμως ποικίλουν, είτε γιατί στις έρευνες αυτές συμμετείχαν συχνά μικρά δείγματα ασθενών, είτε γιατί ο τύπος και η σοβαρότητα της ασθένειας δεν ορίζονταν επαρκώς, είτε γιατί η στατιστική ανάλυση ήταν ατελής, είτε τέλος γιατί οι ψυχολογικές μέθοδοι και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας περιπλέκουν τις εκτιμήσεις των ήδη δημοσιευμένων αποτελεσμάτων. (4^ο Σεμινάριο ψυχοογκολογίας, 2001).

Σχετικά με τις ερευνητικές εργασίες του Γερμανού Baltrusch ενός από τους κυριότερους σκαπανείς στον τομέα αυτής της

επιστημονικής έρευνας, μερικές αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, απελπισία και το συναίσθημα πως είναι κανείς χωρίς βοήθεια, φαίνονται πως παίζουν έναν αποφασιστικό ρόλο στην παθογένεση και στις κλινικές εκδηλώσεις της αρρώστιας (Πα.σ.καφ, 1992).

Ειδικότερα και σύμφωνα πάντα με τον γερμανό ερευνητή τα βασικά χαρακτηριστικά του μελλοντικού καρκινικού αρρώστου είναι α) μια κατάσταση συγκινησιακών συγκρούσεων στα πρώτα παιδικά χρόνια και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, ένα αίσθημα απομόνωσης σ' όλη την διάρκεια της ζωής, ένα συναίσθημα κινδύνου που απ ^{χαρακτηριστικά} ανθρωπίνες σχέσεις β) η ανικανότητα του ^{ως προς νεοπλασία} επιθετικότητα και εχθρικά αισθήματα και γ) ^{επιθετικότητα} το χάσιμο μιας στενής σχέσεως με ένα πρ ^{επιθετικότητα} ιμο που οδηγεί σε μια βαθιά κατάθλιψη και απελπισία (Πα.σ.καφ, 1992).

Στην αναζήτηση πιθανής ύπαρξης συσχετισμού μεταξύ προσωπικότητας και κακοήθους νεοπλασίας ένας από τους πιο σύγχρονους ψυχολόγους ο Αμερικάνος Le Shan, περιγράφει με τη σειρά του ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία είχε παρατηρήσει σε ασθενείς με καρκίνο συμπληρώνοντας τα παραπάνω λεγόμενα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι :

- Μη εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων και δυσκολία απεγκλωβισμού της σκέψης τους από κάτι που τους ενοχλούσε ή τους στεναχωρούσε.
- Δυσκολία διατήρησης στενών μακροχρόνιων σχέσεων

- Διαμόρφωση κακής εικόνας για τον εαυτό τους και έντονη τάση αυτολύπησης (4^ο σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα 2001).

Συνοπτικά στη διεθνή βιβλιογραφία, η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο περιγράφεται, δίνοντας έμφαση στη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων επιθετικότητας προς τους άλλους (αλλοτιμωρός επιθετικότητα) και στην έντονη τάση τους για ενδογενή και καταπιεζόμενη εκθρικότητα (αυτοτιμωρός εκθρικότητα) χαρακτηρίζονται ως άτομα που συχνά νιώθουν ενοχές και εσωτερικεύουν άγχος, θυμό, εντάσεις, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κατάθλιψη η οποία μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να φτάσει σε καταστάσεις αμετάκλητης απελπισίας (hopelessness) και αίσθημα έλλειψης βοήθειας (helplessness). Θεωρούνται επίσης άτομα που συμβιβάζονται εύκολα, αποδέχονται επιταγές του εξωτερικού περιβάλλοντος και προκειμένου να αποφύγουν συγκρούσεις παραμελούν δικές τους ανάγκες για να ικανοποιήσουν ανάγκες των άλλων. Συνήθως προσκολλούνται στους τύπους, είναι ευγενικά και συνεπή και με αυτόν τον τρόπο, φαινομενικά δείχνουν να λειτουργούν ικανοποιητικά, στην πραγματικότητα όμως συσσωρεύουν εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα, τα οποία κάποια στιγμή, κυρίως αν μεσολαβήσει ένα εκλυτικό στρεσογόνο γεγονός, προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών που συμβάλλουν στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος γεγονός το οποίο συντελεί στην εμφάνιση κακοήθους νεοπλασματος (ο.π).

3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η γνώση ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα προσβάλλουν άτομα με ορισμένη δομή προσωπικότητας, παρ' όλο που φαίνεται σήμερα να είναι η τελευταία λέξη της επιστήμης, οι ρίζες της υπήρχαν αρκετά πιο παλιά.

Τις τελευταίες δεκαετίες ^{Πιο συγκεκριμένα} προσανατολίζονται σε 5 γενικές κατευθύνσεις ^{→ σ.β. γ.β.ε.} του ρόλου ορισμένων χαρακτηριστικών της πορεία ενός νεοπλασματος ^{ανάπτυξη και την} (4^ο σεμινάριο ψυχολογίας, Ιωάννινα 2001).

Πιο συγκεκριμένα το ενδιαφέρον προσανατολίζεται στο ρόλο :

- Της κατάθλιψης
- Της απώλειας, του αποχωρισμού ή του πένθους στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις
- Της συναισθηματικής αναστολής
- Της ύπαρξης συναισθημάτων παραίτησης (giving up), αβοηθησίας (helplessness) και απελπισίας (hopelessness) και
- Της αλεξιθυμίας (ο.π)

α. ο ρόλος της κατάθλιψης

Αν η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου μέσα από πλήθος ερευνών ωστόσο αναγνωρίζεται η δυσκολία στην εκτίμηση οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου και κρίνεται αναγκαία μια βαθιά εξέταση τόσο των θεωρητικών όσο και των μεθοδολογικών ερωτημάτων για τη θεώρηση

της κατάθλιψης είτε ως προδιαθεσικό. Ένας έμμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης γίνεται μέσα από τη θεώρησή της ως συνέπεια μιας απώλειας και της εσωτερίκευσης των αρνητικών και επώδυνων συναισθημάτων που συνδέονται με αυτή. Ενώ ο άμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης, επικεντρώνεται με την έννοια της ψυχιατρικά προσδιοριζόμενης κατάθλιψης βάσει την αναγνώριση συμπτωμάτων και εκδηλώσεών της. (ο.π)

β. ο ρόλος της απώλειας

Εμπειρίες αποχωρισμού και πένθους ως αποτέλεσμα απώλειας μιας συναισθηματικής σχέσης, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου οικείου προσώπου, έχουν συχνά αναφερθεί ως παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου. Ο Greene παρατήρησε σε μια έρευνα του, στην οποία συμμετείχαν 61 άντρες με την ίδια διάγνωση, ότι μόνο 4 από αυτούς δεν είχαν βιώσει καμία σημαντική απώλεια τα τελευταία 5 χρόνια πριν τη διάγνωση της νόσου.

Παρόλα αυτά όσον αφορά την απώλεια ενός σημαντικού προσώπου, έρευνες αποδεικνύουν ότι σημαντικότερος είναι ο ρόλος του τρόπου με τον οποίο επεξεργάζεται και αντιδρά το άτομο σ' αυτή την απώλεια, παρά η απώλεια αυτή καθαυτή ως γεγονός (ο.π)

γ. ο ρόλος του αισθήματος του αβοήθητου και της απελπισίας

Πλήθος ερευνών έχουν επίσης ασχοληθεί με το ρόλο μιας ψυχολογικής κατάστασης αντιδραστικής ή όχι, που αντιστοιχεί στην απώλεια της ζωτικότητας του ατόμου, στην απουσία ελπίδας για τη ζωή, στην απογοήτευση και την παραίτηση.

Οι πρώτες έρευνες γύρω από το θέμα έγιναν από τους Schmale και Iker που μελέτησαν την παρουσία αυτών των συναισθημάτων σε 60 γυναίκες που παραπέμφθηκαν για βιοψία μαστού και με βάση την ύπαρξη αυτών των συναισθημάτων, οι ερευνητές πρόβλεψαν σωστά για τις 8 στις 14 γυναίκες που διαγνώστηκαν με κακοήθεια. (ο.π)

Ωστόσο οι ερευνητές επεσήμαναν ότι αυτές οι επιβαρυντικές συναισθηματικές καταστάσεις είναι εγγεγραμμένες στην προσωπική ιστορία της πλειοψηφίας των ανθρώπων αλλά δεν εμφανίζουν όλοι καρκίνο. Για τα άτομα που εμφανίζουν καρκίνο, η υπόθεση είναι ότι ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας οδηγούν σε πρώιμους τρόπους ψυχικής λειτουργίας, γεγονός που προκαλεί φυσιολογικές και βιοχημικές παλινδρομήσεις σε σωματικό επίπεδο. Αποτέλεσμα αυτής της οργανικής παλινδρόμησης είναι η εμφάνιση καρκίνου και οι μηχανισμοί άμυνας είναι η άρνηση και η απόθεση των συναισθημάτων. (ο.π)

δ. ο ρόλος της συναισθηματικής αναστολής

Ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας περιγράφει την περιορισμένη συναισθηματική εκφραστικότητα κυρίως αρνητικών συναισθημάτων, των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και τη σημασία που αυτό το χαρακτηριστικό έχει στην πρόγνωση της νόσου. Ανάλογα περιστατικά άρχισαν να περιγράφονται την δεκαετία του '50, αναφέροντας μικρότερη επιβίωση των ασθενών που είχαν καταπιεσμένα καταθλιπτικά συναισθήματα και μια τάση να αποφεύγουν συγκρούσεις, σε σχέση με ασθενείς που ήταν ικανοί να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα όπως ο θυμός.

Ακόμα από πρόσφατη έρευνα στην οποία μελετήθηκε το ψυχολογικό προφίλ ασθενών με καρκίνο μαστού, συγκρινόμενο με τα αποτελέσματα των ιστοπαθολογικών τους εξετάσεων, φάνηκε πως οι γυναίκες που είχαν σαφώς διαφοροποιημένες κακοήθεις όγκους χαρακτηριζόντουσαν από συναισθηματική ανασταλτικότητα και αδυναμία στην έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων (ο.π)

Ε. ο ρόλος της αλεξιθυμίας

Η έννοια της αλεξιθυμίας περιγράφηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και απασχόλησε πολλούς ερευνητές κυρίως από τη δεκαετία του '70 και μετά. Αν η αλεξιθυμία δεν αποτελεί μια σαφή παθολογική παράμετρο, ωστόσο έχει υποστηριχθεί ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση σωματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου και της νόσου του καρκίνου.

Επιχειρώντας μια ανάλυση της αλεξιθυμίας ετυμολογικά αναλύεται ως α – λεξ (= λόγος) + θυμός και δηλώνει :

- τη δυσκολία αναγνώρισης και λεκτικής έκφρασης συναισθημάτων
- τη δυσκολία διαφοροποίησης μεταξύ συναισθημάτων και συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα, (τα ζώα βιώνουν τις ενστικτώδεις συγκινήσεις, ενώ μόνο οι άνθρωποι βιώνουν τα συγκινησιακά συναισθήματα).
- την ενασχόληση με εξωτερικά γεγονότα και όχι εσωτερικές εμπειρίες

Το άτομο με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, όταν εκτίθεται σε αγχογόνους παράγοντες, απαντά με μια επιπρόσθετη αύξηση της δραστηριοποίησης, χωρίς ουσιαστική επεξεργασία των όσων συμβαίνουν, γεγονός που προστίθεται στο αρχικό άγχος και το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση ποικίλων βιολογικών λειτουργιών.

Σχετικά με τα παραπάνω όμως είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η αλεξιθυμία δεν αποτελεί διάγνωση, αλλά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο θα πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με το σύνολο της προσωπικότητας του ατόμου. Η κριτική που ασκήθηκε στην έννοια αυτή βασίζεται κυρίως στο γεγονός ότι θεωρεί δεδομένη την ύπαρξη ακριβούς λεκτικού αναλόγου για κάθε είδος συναισθήματος, ενώ άλλοι ερευνητές απέδωσαν τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και σε πολιτισμικές διαφορές. (ο.π)

Τέλος η Σαμαρτζή Μ. (1990) σε μια διεπιστημονική ημερίδα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας συμπληρώνει πως χαρακτηριστικά όπως η εσωστρέφεια, η υπερπροσαρμοστικότητα, η ανικανότητα έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων και ειδικότερα η ανικανότητα έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, μειωμένη αυτοεκτίμηση κτλ είναι αυτά που συγκαταλέγονται και εντοπίζονται σε μεγάλη συχνότητα στον πληθυσμό των καρκινοπαθών.

Αυτά ακριβώς τα χαρακτηριστικά που θεωρούνται αποκλίσεις από ένα νοητό σημείο ισορροπίας ως προς τον βαθμό κοινωνικής ένταξης του ατόμου, μπορούν να αποδειχθούν πηγές stress για το άτομο. Ακριβώς λόγω του απορρέοντος αυτού stress θεωρείται ότι παίζουν το δικό τους ρόλο στην εξάπλωση και εξέλιξη της νόσου.

4. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία μιας κακοήθους νεοπλασίας αναγνωρίζεται από πολλές και πρόσφατες έρευνες. Τονίζεται όμως περισσότερο η σημασία της αλληλεπίδρασης των ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη ενός όγκου.

Ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση της νόσου, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του στρες, της προσωπικότητας του ατόμου, της διαθέσιμης ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και της ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις (4^ο Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα 2001)

Οι παράγοντες έτσι που καθορίζουν την αντίδραση του ατόμου σ' ένα στρεσογόνο ερέθισμα είναι :

1. το ίδιο το ερέθισμα (φύση, διάρκεια, τρόπος εμφάνισης : αναμενόμενο – μη αναμενόμενο – κατακλυσμιαίο, δυνατότητα αναστρεψιμότητας, βαρύτητα, αλλαγές που συνεπάγονται στη ζωή του ατόμου κ.α)
2. η προσωπικότητα – ιδιοσυγκρασία του ατόμου (ηλικία, φύλο, προσωπική ιστορία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οικογενειακή κατάσταση κ.α)
3. η τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού (σε βιολογικό, κοινωνικό, ψυχολογικό επίπεδο)

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του στρες αποτελούν ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, μια και η αντίδραση σε αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα των στρεσογόνων ερεθισμάτων, την συνθήκη κάτω από την οποία εξελίσσεται το στρεσογόνο ερέθισμα, καθώς και τις αλλαγές που αυτό συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου. Το παροδικό στρες είναι συνήθης κατάσταση της ζωής, αφού η αλληλεπίδραση μεταξύ του οργανισμού και του περιβάλλοντος συχνά, μπορεί να προκαλέσει μια απώλεια της ευελιξίας των προσαρμοστικών δυνατοτήτων. Το παρατεταμένο και έντονο στρες όμως, μπορεί να είναι επιβλαβές και είναι πιθανό να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχικών νοσογόνων διεργασιών. (4^ο Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα 2001).

5. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Ο ασθενής μετά τις εξετάσεις που υποβλήθηκε εισέρχεται στο νοσοκομείο για την ανάλογη θεραπεία, γνωρίζοντας ότι πάσχει από καρκίνο ή όχι, αντιλαμβάνεται το πρόβλημα με έναν ιδιαίτερο τρόπο που απορρέει από τους προαναφερθέντες καθοριστικούς παράγοντες.

Από την ανακοίνωση της πάσχουσας ασθένειας που στην κοινή αντίληψη είναι συνυφασμένη με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, συνεπάγεται την ψυχολογική απ-οργάνωση του ατόμου με αρνητικές επιπτώσεις στην προσωπική του ψυχική ισορροπία, στην οικογενειακή του κατάσταση και στην εξέλιξη της ίδιας της νόσου. (Κλινική Ογκολογία, 1981)

Ο άνθρωπος για να μπορεί να οργανώσει τη ζωή του και να αντιστέκεται αποτελεσματικά στη φθοροποιό επίδραση του καρκίνου αλλά και κάθε αρρώστιας, πρέπει να ελπίζει και η λέξη καρκίνος δεν ενισχύει την ελπίδα, παρά γίνεται φόβος, απελπισία, κατάθλιψη (ο.π)

Κατά τον Στεφανή η ελπίδα που μόνη αυτή μπορεί να κινητοποιήσει τις βιολογικές και ψυχολογικές εφεδρείες του αρρώστου για την αντιμετώπιση της αρρώστιας και των επώδυνων συνεπειών της αντικαθίστανται από ένα σύστημα ψυχολογικής άρνησης στον καρκίνο, που έχει υιοθετήσει ο άρρωστος, αποφεύγει να επικοινωνήσει, δηλώνει απροθυμία ως προς τις προηγούμενες δραστηριότητες του και πολλές φορές ως προς την οικογένεια και την συνεργασία του με τους λειτουργούς υγείας.(ο.π)

Ένα μεγάλο ποσοστό των καρκινοπαθών αναπτύσσουν στη διάρκεια της νόσου τους ψυχιατρικές επιπλοκές και εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές και κυρίως κατάθλιψη. Και αυτοί που δεν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές, δεν παύουν να έχουν ψυχολογικά προβλήματα που όχι μόνο επηρεάζουν την ατομική τους ζωή συναισθηματικά και τη σχέση τους με το περιβάλλον αλλά επιδρούν και στην πορεία της ίδιας της νεοπλασματικής επεξεργασίας (ο.π).

Σύμφωνα με την Σιάφακα Β. (Ιωάννινα 2001) μια καθοριστική αλλαγή στις βιολογικές, ψυχοκοινωνικές, κοινωνικοοικονομικές και οικονομικοκοινωνικές διεργασίες του ατόμου που νοσεί, τον οδηγεί στην ψυχική αποδιοργάνωση, επηρεάζει την συναισθηματική του ζωή, τον τρόπο σκέψης του με τους άλλους, αλλά κυρίως την βιολογική του ισορροπία, γεγονός που απορρέει από την ίδια τη νόσο που αναπόφευκτα σηματοδοτεί μια μορφή κρίσης.

Οι καινούργιες ισορροπίες που θα αναζητήσει το άτομο για να μειώσει την αταξία που επικρατεί στο εσωτερικό του και την κατάσταση κρίσης, εξαρτάται από την δομή της προσωπικότητας, την ιστορία του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται, τα γεγονότα που βιώνει στο παρόν καθώς και την μορφή και την ποιότητα του υποστηρικτικού του πλαισίου (4^ο Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2001)

Η ανάγκη λοιπόν σωστής υποστηρικτικής, ψυχολογικής, νοσοκομειακής και επιστημονικής αντιμετώπισης είναι ολοφάνερη ώστε ο άρρωστος να αντισταθεί στο φόβο, ο οποίος θα αντικατασταθεί από συναισθήματα ελπίδας και αισιοδοξίας από την πρώτη επαφή ως και την πλήρη βιολογική και κοινωνική του αποκατάσταση.

Γ. 1. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Οι ψυχολογικές διαστάσεις του καρκίνου θα μπορούσαν να αναλυθούν σε μεγάλο βαθμό με άξονα την βιωματική κατάσταση των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο.

Η κατάσταση των ατόμων αυτών θα μπορούσε να θεωρηθεί μια οριακή κατάσταση, τα κυριότερα χαρακτηριστικά της οποίας είναι :
(4^ο Σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2001)

- Η ανακάλυψη της ασθένειας, η οποία σηματοδοτεί μια σημαντική ρήξη στη συνέχεια της ζωής
- Η διαπίστωση μιας απειλής για τη ζωή του ατόμου, η οποία σημαδεύει την αρχή μιας περιόδου γεμάτης αβεβαιότητα και ερωτηματικά.
- Η πρόκληση μιας διαταραχής στην οργάνωση του ατόμου τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο βιολογικό επίπεδο, η οποία είναι δυνατό να βιωθεί από τον ασθενή ως μια καταστροφή, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα των δυνατοτήτων που υπάρχουν για την επεξεργασία αυτού από τον ψυχισμό.

Πρέπει να σημειωθεί ότι αυτό που προκαλεί την παράλυση και το μπλοκάρισμα δεν είναι η ίδια η αρρώστια αλλά αυτό που έμμεσα αναγγέλλει σαν προοπτική, δηλαδή το θάνατο. Αυτό που δεν αποτελεί παρά ένα ενδεχόμενο για το μέλλον, βιώνεται σαν μια αβεβαιότητα στο παρόν. Αυτό που παρατηρείται είναι ένα σταμάτημα του χρόνου, σε μια αμυντική αντίδραση προκειμένου να αποφευχθεί αυτό που θεωρεί ως αβεβαιότητα.(ο.π).

Η σημερινή πραγματικότητα που θέλει τις νοσηλευτικές μονάδες μεγάλες, πολυπρόσωπες και απρόσωπες με μια πληθώρα ιατρικών ειδικοτήτων, τεχνοκρατούμενη ιατρική, δυσκολεύεται στο να διατηρήσει παραδοσιακούς ρόλους και σχέσεις, όπου κυριαρχούσαν καθαρά η διαπροσωπική σχέση γιατρού-ασθενή και υπονοούταν εμπιστοσύνη, εξατομίκευση, ασφάλεια, πολύμορφη στήριξη και ανακούφιση της θλίψης και του ψυχικού πόνου. (Γιδοπούλου-Στραβολαίμου 1997).

Το άτομο-ασθενής υφίσταται ριζική αλλαγή ρόλου, ο οποίος βλέπει τον εαυτό του υποταγμένο σε άλλους, οι οποίοι αποφασίζουν για το σώμα του, την διατροφή του, το πρόγραμμά του, γεγονός που μας βοηθά να κατανοήσουμε μια αρνητική ή επιθετική συμπεριφορά, που τον ωθεί να γίνεται συχνά δύσκολος στη σχέση του. (ο.π)

Ένας άλλος σημαντικός παράγων που επηρεάζει τις σχέσεις από ψυχολογικής πλευράς, είναι ο τρόπος επικοινωνίας. Η εντολή των λειτουργών υγείας επηρεάζει τον ασθενή και καθιερώνεται ως μέσον επικοινωνίας. Ο ασθενής μέσα από τον ρόλο του παθητικού δέκτη εντολών, εφαρμόζει την προτεινόμενη θεραπεία, χωρίς να εκφράζει τα συναισθήματα που του δημιουργεί η διαδικασία αυτή και όχι μόνο. Εδώ διευκρινίζεται η διαφορά του συζητώ το πρόβλημα και εκφράζω συναίσθημα. Η απουσία ανοικτής επικοινωνίας ενισχύει την αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων και μάλιστα των αρνητικών όπου ο ασθενής συχνά τα προσωποποιεί και τα διοχετεύει στο περιβάλλον του. (Γιδοπούλου-Στραβολαίμου 1997).

Τα συναισθήματα αυτά μπορούν να εκφραστούν με άμεση λεκτική επίθεση ή συχνότερα εκφράζονται με μια μορφή παθητικής επιθετικότητας. Ο φόβος του ασθενούς για την κατάστασή του, σε

συνδυασμό με την έλλειψη ανοικτής επικοινωνίας, τον οδηγούν συχνά σε αρνητικά συμπεράσματα ως προς το είδος των σχέσεων που πρέπει να δημιουργήσει, να αναπτύξει (ο.π)

Ο ασθενής ζητά στη σχέση του να του δείξουν ζεστασιά και στοργή την στιγμή που η αρρώστια του προκαλεί πόνο-αγωνία-αβεβαιότητα. Εάν μέσα από τις σχέσεις δεν ικανοποιηθούν στοιχειώδεις ανάγκες αυτών, τότε προσπαθούν να βρουν τρόπους πλάγιας προσπέλασης με γνωριμίες, πιέσεις ακόμη και αμφισβητήσεις της ικανότητας των θεραπειών (ο.π)

Το πρόβλημα καρκίνος όσες διαστάσεις και να λάβει και εξελίξεις, δεν παύει να ταυτίζεται με το Νοσοκομείο που είναι χώρος θεραπευτικός και στοχεύει στο να θεραπεύσει, βοηθήσει, υπηρετήσει. Όσο η στάση και συμπεριφορά των ασθενών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συνειδητούς και υποσυνείδητους, κάθε επαγγελματίας πρέπει να γνωρίζει όχι μόνο να εκτιμήσει, αλλά και να γνωρίζει τους μηχανισμούς άμυνας, τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς του κάθε ατόμου. (ο.π)

Για να μπορεί να βοηθήσει και μάλιστα κάτω από τον ρόλο του ασθενούς που ακόμη και ετυμολογικά υποδηλώνει την στέρση του σθένους και προφανώς όχι μόνο του σωματικού.

2. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Ένα τόσο πολύπλευρο και σύνθετο πρόβλημα που χαρακτηρίζεται σήμερα ο καρκίνος δεν θα μπορούσε να αποτελεί μόνο ιατρονοσηλευτικό ενδιαφέρον και ευθύνη.

Οι κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος θα πρέπει να αξιολογούνται όχι μόνο μέσα από το πρίσμα των δυσλειτουργιών που δημιουργούν στα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση, αλλά και την δύναμη που έχουν για να λειτουργούν σαν ανασταλτικό αίτιο, στον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης.

Οι διαστάσεις του προβλήματος αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό, άλλοτε σαν αίτιο και άλλοτε σαν αποτέλεσμα, δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που δεν είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από το θεραπευτικό στόχο. (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Έτσι ενώ η αρρώστια φαίνεται να αντιμετωπίζεται με όλη την σύγχρονη επιστημονική γνώση και διεθνή πρωτόκολλα, ο άρρωστος σαν άτομο και κοινωνική οντότητα, μένει αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του κοινωνικού στίγματος αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών, οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν την αρρώστια. (ο.π)

Τα άγνωστο αίτιο του καρκίνου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, τον προβληματισμό για την ενημέρωση του άρρωστου και τη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς μας προς τον καρκινοπαθή αποτελούν τη χαρακτηριστικότερη μορφή έκφρασης

του κοινωνικού στίγματος. Το κοινωνικό στίγμα, προκαλεί τον οίκτο για τα άτομα αυτά, συναίσθημα κατεξοχήν υπεύθυνο για την “Κοινωνική απομόνωση” που παρατηρείται στα άτομα με καρκίνο. (ο.π)

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

Έτσι το οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα παραμένει, διογκούται και συνίσταται στους παρακάτω παράγοντες :

α. Οικονομικοί: Ο καρκίνος είναι ασθένεια, που δημιουργεί στην αντιμετώπισή του ιδιαίτερες δαπάνες, που αποδυναμώνει πολύ συχνά πολλές εύπορες οικογένειες.

Κατόπιν τούτου αναλογίζεται κανείς το οικονομικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος ή μοναχικά άτομα.

Η πολυμορφία δε των ασφαλιστικών ταμείων, μεταξύ των άλλων διαφοροποιεί και ως προς τις παροχές τους ασθενείς μεταξύ τους (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

β. Κοινωνικοί παράγοντες: Οι παράγοντες αυτοί είναι πολλοί όμως μπορεί να σταθεί ένας σε δύο κυρίως : 1) οικογένεια. Ο σύγχρονος τρόπος συμβίωσης της ελληνικής οικογένειας έχει σαν αποτέλεσμα να απουσιάζουν τα μέλη της από την οικία (για εργασία-σπουδές) ώστε οι ασθενείς να οδηγούνται σε “εγκατάλειψη”

για καθαρά πρακτικής φύσεως λόγους, και όχι για λόγους αδιαφορίας. 2) Στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, εάν προστεθεί και το πρόβλημα κατοικία, ελλιπής ζωτικός χώρος, διαβίωση της οικογένειας σε μικρά και αποπνικτικά διαμερίσματα, πέραν από το γεγονός ότι είναι λειτουργικά αδύνατον να εγκατασταθεί εκεί ο καρκινοπαθής (ο.π)

Υ. Συναισθηματικοί παράγοντες: Η αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού, παράλληλα με την ανικανότητα προς αυτοεξυπηρέτηση, φορτίζουν συναισθηματικά τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό περιβάλλον.

Ψυχική κόπωση από την μακροχρόνια πορεία της νόσου μαζί με την αγωνία για την αναμενόμενη απώλεια, επιβάλλουν την τελική φροντίδα του αρρώστου. Καρκινωματώδης καχεξία – δύσπνοια – αφόρητοι πόνοι – οροί – καθετήρες πέραν της συναισθηματικής φθοράς προϋποθέτουν και γνώση και δυνατότητα εφαρμογής από ειδικούς και όχι περιστασιακή φροντίδα καλοπροαίρετων συγγενών. (ο.π)

Με τον έλεγχο του πόνου, την ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα και την απαραίτητη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ο θάνατος από καρκίνο μπορεί να γίνει φυσικός και αξιοπρεπείς και να περιορίσει τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις μιας τρομαχτικής και βασανιστικής εμπειρίας, όπως είναι σήμερα.

Οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης και της θεραπείας, γι' αυτό και πρέπει να επηρεάζονται από την ίδια στιγμή με υποστηρικτικά μέσα και προγράμματα της πολιτείας.

Δεν θα ήταν λοιπόν υπερβολή να υποστηρίξουμε, ότι οι κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καρκίνος, αρχίζουν από τη φύση της αρρώστιας, εντείνονται και επεκτείνονται κάτω από το κοινωνικό στίγμα, αλλά συνθλίβουν τα άτομα και τις οικογένειές τους με την έλλειψη συντονισμένων και υπεύθυνων υποστηρικτικών μέσων-προγραμμάτων, βλέποντας τους ασθενείς με καρκίνο, μέσα από το πρίσμα του Κ.Λ. προβληματίζεται κανείς εάν πράγματι είναι πιο βαριά η αρρώστια ή ο τρόπος που αναγκάζονται να την βιώνουν πολλοί ασθενείς. (Γιδοπούλου – Στραβολαίμου, 1991).

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η Ασθένεια, η Αναπηρία και ο θάνατος αποτελούν ένα από τα κρισιμότερα γεγονότα στη ζωή μιας οικογένειας, διότι και τα τρία σηματοδοτούν κάποια πολύ σημαντική απώλεια. Μια απώλεια, η οποία αγγίζει όλους τους τομείς Βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς.

Η Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1997) αναφέρει ότι στον καρκίνο παρόλο ότι συνυπάρχουν ασθένεια, αναπηρία, θάνατος η κρίση αρχίζει με το στίγμα που περιέχει η διάγνωση και προηγείται του βιωματικού. Στην υποψία και μόνο ότι κάποιος προσεβλήθη από καρκίνο, έννοιες όπως πόνος – μεταστάσεις – θάνατος, αρχίζουν να λειτουργούν καταλυτικά. Το stress του καρκίνου, είναι το stress του στίγματος.

Ο καρκίνος όπως γνωρίζουμε όλοι μας είναι περισσότερο γνωστός ως “επάρατος” ή “ξορκισμένος” παρά σαν μια “χρόνια νόσος” όπως την ορίζει η ιατρική επιστήμη.

Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με το θάνατο, αλλά κυρίως γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. (ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

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

Έστω και αν διαφέρουν μεταξύ τους, οι τρόποι που εκφράζουν το στίγμα αυτό, κοινή συνισταμένη όλων είναι ο οίκτος που δέχονται σαν μηνύματα τα άτομα που προσβάλλονται από την πάθηση αυτή (ο.π).

Επακόλουθο του μηνύματος αυτού, των αγνώστων αιτιών και θανατηφόρου αποτελέσματος, τα συναισθήματα φόβου, απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης με αποτέλεσμα την “κοινωνική απομόνωση”. Ενώ όσο το στίγμα θα συντηρεί στο ακέραιο τα παραπάνω στοιχεία αναμφίβολα θα δημιουργεί μια κοινωνική ταυτότητα στη νόσο που θα υπερσχύει της ιατρικής ακόμη και σήμερα (ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Η Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1998) αναφέρει ότι παράλληλα με τα δύο κοινωνικά στίγματα, το στίγμα του βασανιστικού θανάτου και το στίγμα της αναπηρίας, δημιουργείται μια διπλή απειλή για τα άτομα. Μια απειλή για την ίδια τη ζωή του και μια απειλή για την σωματική του ακεραιότητα.

Καμία άλλη νόσος δεν απειλεί τη σωματική εικόνα όσο ο καρκίνος, αλλά και καμία άλλη δεν επηρεάζει τόσο πολύ το όλο σύστημα οικογένειας – ατόμου, εξαιτίας του άμεσου αντίκτυπου που έχει η νόσος στη λειτουργικότητα, στους ρόλους και τις σχέσεις των μελών της οικογένειας (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001).

Ο όρος σωματική εικόνα όπως περιγράφει ο Mattheis, είναι μια διανοητική παράσταση του σώματος, η οποία αναπτύσσεται από εσωτερικές αισθήσεις, συναισθήματα, λειτουργίας και εμπειρίες από εξωτερικά αντικείμενα και πρόσωπα. Είναι μια αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του. Καθορίζεται κατά μεγάλο μέρος, από το πώς το άτομο νομίζει ότι φαίνεται στους άλλους το σώμα του.

Συμπεριλαμβάνει μια χωριστή έννοια του σώματος, η οποία αλλάζει σύμφωνα με τα ερεθίσματα του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος. (ο.π).

Η εικόνα του σώματος, είναι σπουδαίος παράγοντας περιοριστικός της συμπεριφοράς. Η στάση ενός ατόμου προς τη σωματική του εικόνα, αντανakλά την αυτοπεποίθησή του και την ασφάλεια. (ο.π).

Η πρώτη αντίδραση του ασθενούς αναφέρει η Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1998) στη νέα εικόνα είναι χωρίς αμφιβολία ο κλονισμός. Άλλοι ασθενείς μπορεί να αντιδράσουν με έντονες εκδηλώσεις, κλάματα, φωνές, επιθυμία θανάτου, ενώ άλλοι αρνούνται να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα που τους έχουν προκληθεί και αντιδρούν με φράσεις του τύπου “δεν με απασχολεί η εγχείρηση αρκεί να ζήσω” κ.τ.λ. Οι τελευταίοι βέβαια συχνά παραπλανούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τη στάση τους αυτή την οποία μπορούν να μεταφράσουν σαν καλή προσαρμογή.

Γεγονός όμως είναι ότι η πρώτη επαφή με τον ακρωτηριασμό οδηγεί σε κατάθλιψη. Η κατάθλιψη οφείλεται στη “διαπίστωση” ότι μαζί με το τμήμα του σώματος που χάνει κανείς με την επέμβαση, έχει χάσει και κάτι πολύ πιο σημαντικό. Η εικόνα που είχε το άτομο για το σώμα του δεν υπάρχει πια. Η αλλαγή μετά τον ακρωτηριασμό, είναι πολύ έντονη και εμφανής στον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος αισθάνεται ότι χτυπήθηκε η “ολότητα” του σώματός του και νιώθει “ακρωτηριασμένος” και “μισός άνθρωπος”. (ο.π).

Επίσης η Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1998) υποστηρίζει ότι ταυτόχρονα με την αλλαγή της εικόνας του σώματος, δημιουργούνται ερωτηματικά και επιφυλάξεις για τα άτομα νεαρής ηλικίας κυρίως και τις στάσεις και το δικαίωμα απέναντι στη

συναισθηματική σχέση, στο sex, στο γάμο, στη δημιουργία της οικογένειας. Η οποιαδήποτε λοιπόν σωματική προσβολή, έχει να κάνει με την ατομική παραδοχή εικόνας εαυτού, που μπορεί να είναι διαφορετική σε κάθε άνθρωπο. Η αλλαγή της σωματικής εικόνας έτσι, μπορεί να μειώνει την αυτοπεποίθηση σε αυτούς που την έχουν ή να μεγαλώσει την ανασφάλεια σε όσους δεν την διαθέτουν.

Στο σημείο αυτό η καλή επικοινωνία του αρρώστου με το γιατρό μέσω της διεπιστημονικής ομάδας, είναι πολλές φορές σημαντικότερη από οποιαδήποτε άλλη φροντίδα. Το αντίθετο της καλής επικοινωνίας είναι η αδιαφορία. Η αδιαφορία δε, για τα συναισθήματα και τις ανάγκες του αρρώστου είναι το αντίθετο της ψυχοκοινωνικής στήριξης.(ο.π)

Όταν όμως υποστηρίζεις τον άρρωστο για να αποδεχτεί και να συμφιλιωθεί με τη νέα εικόνα σώματος, δημιουργείται η ανάγκη για σωστή προετοιμασία και υποστήριξη που θα βοηθήσουν αναμφισβήτητα!

Πρέπει πάντα να προβληματίζει το αν η απόφαση να μάθει ο ασθενής την αλήθεια, είναι προϊόν στιγμιαίων και αβασάνιστων εκτιμήσεων ή αντιδράσεων, ή εάν η απόκρυψη της αλήθειας είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του ειδικού να σηκώσει το βάρος της ευθύνης για την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου (ο.π).

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 άρρωστο (ο.π).

Εκ των παραπάνω όμως ο Κ.Λ. που είναι πιο ευαισθητοποιημένος επαγγελματίας μέσα στο νοσοκομειακό σύστημα σε θέματα ολιστικής υγείας, ο ίδιος πρέπει να ψάχνει και αναγνωρίζει ερωτηματικά και εναλλακτικές λύσεις, να δώσει απαντήσεις, μα πάνω απ' όλα να προσπαθήσει να διατηρήσει τις ισορροπίες. Με την κατανόηση της οργάνωσης του νοσοκομειακού συστήματος, την διεπιστημονική συνεργασία για διαφορετική οπτική και αλλαγή στο σύστημα και βεβαίως την αυτοοργάνωση του εαυτού του αρχικά και του αντικειμένου που εργάζεται έπειτα, θα μπορέσει να ξεκαθαρίσει στόχους και σκοπό ζωής και να μπει σιγά-σιγά σε μια συνεχή ανοδική πορεία. (Κοιν. Εργασία, Τεύχος 33^ο , σελ 46-47, 1994).

Έτσι θα βοηθηθεί να δει ότι όλα τα πράγματα έχουν δύο όψεις, ότι όταν μπορείς να αποφασίσεις να πεθάνεις, μπορείς να αποφασίσεις και να ζήσεις. Ότι ο καρκίνος όπως και κάθε αρρώστια κρύβει μέσα της ένα διπλό μήνυμα : μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο μα μπορεί και να οδηγήσει στην αληθινή ζωή. (ο.π)

4. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Η ενημέρωση του αρρώστου και η επικοινωνία με αυτόν στα διάφορα στάδια της νόσου, προκαλούν τα περισσότερα προβλήματα, δεοντολογικά διλήμματα ή και ηθικές συγκρούσεις, για τους λειτουργούς υγείας του ογκολογικού τμήματος.

Αυτό ίσως συμβαίνει, διότι τα δικαιώματα ζωής και υγείας, περικρακώνονται καλύτερα μέσα στη νομοθεσία και την κάθε δεοντολογία, ενώ τα δικαιώματα της προσωπικής ελευθερίας και της αξίας της προσωπικότητας του αρρώστου είναι δυσκολότερο να οριοθετηθούν. (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Π.χ Νομοθετικά ο γιατρός, είναι υποχρεωμένος, σεβόμενος την προσωπικότητα του αρρώστου, πριν επιχειρήσει οποιαδήποτε επέμβαση, να πληροφορήσει τον ασθενή για την έκταση των ιατρικών μέσων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν, τους κινδύνους και παρενέργειες που περικλείουν, την αναγκαιότητα και σημασία τους, τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν. (ο.π)

Η ίδια νομοθεσία όμως επιτρέπει στο γιατρό να παραλείπει την πληροφόρηση, να μην πει την αλήθεια όταν υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί βλάβη στον ασθενή. (ο.π)

Ένα βασικό χαρακτηριστικό όμως της σύγχρονης ιατρικής είναι ότι αποφεύγει κάθε φιλοσοφική, υπαρξιακή προέκταση σε σχέση με την οποιαδήποτε σοβαρή αρρώστια. Κατά συνέπεια η αναλυτική σκέψη του περιφημου “Καρτεσιανού Δυαλισμού” σύμφωνα με τον οποίο ο άνθρωπος αποτελείται από δυο διαφορετικά στοιχεία, το σώμα και την ψυχή, ανάγκασε τους γιατρούς να συγκεντρώνουν την προσοχή τους στις φυσικές όψεις της υγείας. Αντίφαση δηλώνει το

γεγονός ότι στις ιατρικές σχολές, δεν απαντάται το ερώτημα τι είναι υγεία, διότι θεωρείται φιλοσοφική ερμηνεία και επιπλέον η ιατρική παρουσιάζεται σαν υποτιθέμενη αντικειμενική επιστήμη που δεν ασχολείται με ηθικές κρίσεις και απόψεις. (Κοιν. Εργασία, Τεύχος 33^ο, 1994)

Και ενώ θεωρητικά δεν παραδεχόμαστε τη διχοτόμηση αυτή, στην καθημερινή πρακτική την διατηρούμε και ο μιν γιατρός ασχολείται με τη θεραπεία της αρρώστιας, ενώ ο Κ.Λ με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του αρρώστου. (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991).

Η Γιδοπούλου – Στραβολαίμου (1991) παρατηρεί ότι ο γιατρός “επιτρέπεται” να αποκρύψει την αλήθεια στον ασθενή που έχει δικαίωμα να μάθει. “Επιτρέπεται” να μην τον πληροφορήσει όταν δεν μπορεί να διαπιστώσει ότι τα συναισθήματα που δημιουργούνται από την αλλαγή της σωματικής εικόνας ή από κάποιον που υποβάλλεται σε θεραπεία. “Επιτρέπεται” όταν δεν μπορεί να μετρήσει το βαθμό της διαταραχής της ισορροπίας του κάθε ατόμου, που έρχεται αντιμέτωπος με μια κρίσιμη κατάσταση φυσικά, συγκινησιακά και κοινωνικά, υπαρξιακά. “Επιτρέπεται” να αποκρύψει την αλήθεια και να αφαιρέσει το δικαίωμα από τον άρρωστο να γνωρίζει την πάθησή του, και να ορίσει ο ίδιος την ποιότητα ζωής που θέλει να έχει, μέσα στους χρονικούς περιορισμούς που πιθανώς τον περιμένουν και τους αγνοεί. “Επιτρέπεται” να του αφαιρείται το δικαίωμα να ρυθμίσει όπως αυτός επιθυμεί προσωπικά – οικογενειακά – οικονομικά προβλήματα που του δημιουργούνται.

Αυτό το επιτρέπεται στο γιατρό να παραλείψει την διαφώτιση ή να μην πει την αλήθεια, έγινε νόμος στους καρκινοπαθείς και όχι η εξαίρεση, τελικά!

Παρ' όλους τους νόμους και τα ψηφίσματα βέβαια, η πληροφόρηση του αρρώστου δεν αποτελεί μόνο πρόβλημα των γιατρών, άλλων (συγγενών) και των ειδικών που συνεργάζονται με τον άρρωστο και είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν την πορεία του γιατρού. Δεδομένου δε, ότι ο γιατρός έχει την καθοριστική ευθύνη στον τομέα αυτό, οι υπόλοιποι μπορεί να έρχονται καθημερινά σε συγκρούσεις και διλήμματα, μέσα από τη δική τους δεοντολογική ή φιλοσοφική τους πεποίθηση. (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991).

Π.χ ο Κ.Λ μπορεί κατά τη συνεργασία του με τον άρρωστο και την οικογένειά του, να διαπιστώσει ότι η έννοια της νόσου ή ο τρόπος που του ελέχθη η διάγνωση, έχουν δημιουργήσει ιδιαίτερα προβλήματα στην ποιότητα ζωής του αρρώστου ή της οικογένειάς του. Συνήθως ο άρρωστος απευθύνεται στον Κ.Λ για να εκφράσει τα συναισθήματα που τον κατακλύζουν, μετά τη διάγνωση. Μπορεί να έχει δυσχέρειες προσαρμογής στις νέες συνθήκες που δημιουργεί η αρρώστια, ή ζητά βοήθεια για την κρίση που περνά η οικογενειακή ή ερωτική του ζωή ή και το σημαντικότερο ζητά υποστήριξη όταν η υποκειμενική βίωση της αρρώστιας, με την αβεβαιότητα και τον φόβο για υποτροπή και θάνατο, γίνεται τρομακτική γι' αυτόν. Ο Κ.Λ στις περιπτώσεις αυτές, συναντά τον άρρωστο αφού έχει πάρει την οποιαδήποτε πληροφόρηση από τον γιατρό, καλείται δε εκ των πραγμάτων να αποδεχτεί ή να συμβιβαστεί με μια ξένη για αυτόν φιλοσοφική ή Δεοντολογική τοποθέτηση. παραμερίζοντας τις δικές του αξίες. (ο.π)

Η απάντηση βέβαια σε αυτά τα διλήμματα δεν έρχεται πάντα με το να λέει ή να μην λέει ο γιατρός την αλήθεια στον άρρωστο. (ο.π).

Άλλωστε δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε το γεγονός, ότι την στάση της απόκρυψης, την ενισχύουν στον γιατρό και οι συγγενείς του αρρώστου, οι οποίοι τον πιέζουν ή τον παρακαλούν να μην ενημερώσει τον άρρωστο για την πραγματική του κατάσταση.(Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Το ηθικό όμως ερώτημα ή δίλημμα για όλους μας είναι εάν πίσω από την απόκρυψη της αλήθειας ή όχι, κρύβεται πάντα το όφελος του αρρώστου ή η αδυναμία των επαγγελματιών και του συστήματος. (ο.π)

Δ. 1. ΣΤΑΔΙΑ ΠΟΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ–

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Για την καλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών αντιδράσεων των καρκινοπαθών από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης, ως τις τελευταίες ημέρες της ζωής του, γίνεται αναφορά των ψυχολογικών σταδίων που περνάει ο ασθενής και η παρέμβαση της κοινωνικού λειτουργού ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου.

1^η φάση: Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό.....ο οποίος..... ακολουθείται ή από άρνηση που οδηγεί στη καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας ή από το άγχος επιβεβαίωσης της διάγνωσης. Όταν διαγνωστεί το πρόβλημα και ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο, εκφράζει έντονα την ανησυχία, το άγχος και την κατάθλιψη και εκδηλώνει φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την είσοδο στο νοσοκομείο ο ασθενής είναι αναγκασμένος να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή και χάνει την ανεξαρτησία και τον έλεγχο του. (Δανάη Παπαδάτου, Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Ο τρόπος που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειες της εξαρτάται κυρίως από το πώς έχει αντιμετωπίσει στο παρελθόν σοβαρά προβλήματα – κρίσεις π.χ. αν στο παρελθόν έχει συνηθίσει να συζητάει με τους δικούς του συναισθηματικά και προσωπικά προβλήματα (ο.π).

Στόχοι αυτής της φάσης είναι ο Κ.Λ

-
- Να βοηθήσει τον ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της.
- Να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης της αρρώστιας.
- Να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στη νέα αλλαγμένη εικόνα του σώματος του.
- Να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.
(ο.π)

2^η φάση: Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υπάρχει ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Ο άρρωστος αντιλαμβάνεται την εξέλιξη της υγείας του από τη φυσική του κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και άλλα συμπτώματα π.χ. αιμορραγίες (ο.π).

Όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα υποτροπής στον καρκίνο, μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό. Οι ασθενείς αυτοί θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την υποτροπή του καρκίνου. Η επανεμφάνιση, θα σημαίνει για αυτούς την αρχή του τέλους και τίποτα δεν θα μπορούσαν να κάνουν για να το αποφύγουν (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986).

Δημιουργείται φόβος για τις παρενέργειες της καρκινικής θεραπείας που θα εφαρμοστεί σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας. Άλλοι άρρωστοι κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου. Μπορεί

ακόμη να αμφισβητήσουν τις επιστημονικές θεραπευτικές μεθόδους και να προσανατολιστούν σε μη παραδεκτές επιστημονικά λύσεις όπως γιατροσόφια, φαρμακευτικά σκευάσματα, διαλογισμός και άλλα. Ο γιατρός πρέπει να εξηγεί στον ασθενή ότι μία τέτοια αγωγή δεν έχει αποτελέσματα και να τον κατευθύνει σε επιστημονικά αποδεκτούς τρόπους θεραπείας. (ο.π)

Ο μεταστατικός καρκίνος έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς. Ο έντονος πόνος, η φυσικοί περιορισμοί, οι επανειλημμένες εισοδοι στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία και ακτινοβολίες τον αναγκάζουν να αποτραβηχτεί από δραστηριότητες της ζωής που τον ευχαριστούσαν, εργασία – διασκέδαση – κοινωνικές υποχρεώσεις. Με την επιδείνωση της αρρώστιάς του ο ασθενής βλέπει το θάνατο να πλησιάζει και φοβάται ότι η οικογένεια του και το προσωπικό του νοσοκομείου θα τον εγκαταλείψουν (Καραμήτρου, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης).

Στη φάση αυτή ο Κ.Λ πρέπει να βεβαιώσει τον ασθενή ότι οι λειτουργοί υγείας και οι συγγενείς του θα μείνουν κοντά του και θα κάνουν τα πάντα για να τον ανακουφίσουν. Ο Κ.Λ πρέπει να ακούει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες του και να τον υποστηρίξει συναισθηματικά, να του δώσει κουράγιο και ελπίδα στη μάχη του με την ασθένεια. Τότε θα μειωθεί το άγχος, οι ιδέες του θανάτου ή αυτοκτονίας και θα βελτιωθεί η συνεργασία μαζί του. (ο.π)

3^η φάση: Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο ασθενής και η οικογένεια του αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο του

θανάτου. Στη διάρκεια αυτής της φάσης ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται ότι ξέρει πως πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή εκφράζεται σαν να μην γνωρίζει την κατάσταση του. (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Ο θάνατος στον καρκινοπαθή δεν έρχεται σαν ξαφνικό γεγονός. Έχει περάσει αρκετός καιρός με χημειοθεραπείες ή ακτινοβολίες, θα έχει υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις και πιθανόν θα έχει δει και άλλους άρρωστους να πεθαίνουν στο νοσοκομείο από την ίδια αρρώστια (ο.π)

Εκτός όμως από τον φυσικό θάνατο όπου όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, υπάρχει ο κοινωνικός και ψυχικός θάνατος.

Ο κοινωνικός θάνατος έρχεται όταν ο ασθενής απομονώνεται από τους άλλους είτε με αυτοεγκατάλειψη είτε με απομάκρυνση των άλλων από αυτόν.

Ο ψυχικός θάνατος έρχεται όταν ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο φυσικός και ο ψυχικός θάνατος έρχονται ταυτόχρονα, αλλά στη περίπτωση των καρκινοπαθών που γνωρίζουν το θάνατο τους, ο ψυχικός θάνατος έρχεται πριν το φυσικό γιατί οι ασθενείς εγκαταλείπουν τον αγώνα και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. (ο.π)

Είναι σημαντικό στη φάση αυτή να γνωρίζει ο ασθενής ότι δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν, ο γιατρός, ο Κ.Λ, ο νοσηλευτής και ότι θα είναι δίπλα του για να συζητήσουν τις φυσικές και ψυχολογικές του ανησυχίες και να τον ανακουφίσουν ως την τελευταία του στιγμή.

Σύμφωνα με την ελβετικής καταγωγής ψυχίατρο Kübler – Ross η διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς πορεύεται στο θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια, και τα περιγράφει ως εξής:

Η πρώτη φάση είναι η *φάση της άρνησης*. Ο άρρωστος έχει την τάση ασυνείδητα να αρνείται την αρρώστιά του. 'Όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ' ακούγεται συχνά να λέει. Η άρνηση είναι ένας τρόπος αναμέτρησης με την κρίσιμη και οδυνηρή κατάσταση με την οποία ο ασθενής πρέπει να ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αρνείται να δεχτεί την φύση και τις επιπτώσεις της ασθένειας του, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα. Η άρνηση είναι ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας ο οποίος σιγά σιγά αντικαθίσταται από την αποδοχή της ασθένειας. (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Σπάνια η άρνηση κρατιέται ως το τέλος. Μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του επιτρέπει παρόλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους. Να προγραμματίζει τη ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις 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 δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές, αποφεύγει να δεχτεί τη διάγνωση της αρρώστιας, της ενδεχόμενης αναπηρίας ή της επιδείνωσης της υγείας του. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ. , 1997)

Μετά την αρχική άρνηση όμως συνήθως ο ασθενής αρχίζει σιγά – σιγά να συνειδητοποιεί την κατάστασή του.

Ακολουθεί η φάση της εξέγερσης ή οργής. Ο ασθενής βρίσκει άδικη την μοίρα του γιατί να συμβεί αυτό σε εμένα και όχι στον άλλο. Η οργή, η διαμαρτυρία και η δυσαρέσκεια, μετατίθενται προς όλες τις κατευθύνσεις. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες δεν είναι καλοί, τον κρατούν πολλές ημέρες στο νοσοκομείο, δεν σέβονται τις επιθυμίες του, παραπονιούνται ότι δεν τον προσέχουν. Μαλώνει τους συγγενείς, τους κατηγορεί για έλλειψη κατανόησης, αγάπης, φροντίδας προς αυτόν. Τα μέλη της οικογένειας λυπούνται, αντιδρούν με δάκρια, ενοχή. (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Βάζοντας τον εαυτό μας στη θέση του ασθενή καταλαβαίνουμε από πού προέρχεται ο θυμός και η ευερεθιστικότητα του. Ο ασθενής στη φάση αυτή όπου και να κοιτάξει θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα είναι απείθαρκος, θα έχει απαιτήσεις, θα φωνάζει και θα ζητάει από τους άλλους να τον προσέχουν, να θυμούνται ότι είναι ακόμα ζωντανός. (Καραμήτρου, Κ.Λ, Θεαγένειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)

Η προσπάθεια του Κ.Λ εστιάζεται στο να του δώσει το σεβασμό και την προσοχή που του χρειάζεται, να μην τον κρίνει και γρήγορα θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις και θα χαμηλώσει τη φωνή του. Να του επιτρέψει να είναι ο εαυτός του, χωρίς να παίρνει προσωπικά τις επιθέσεις οργής του, να εκτονώνεται και να δείχνει και άλλες πλευρές του εαυτού του, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές. (ο.π)

Υστερα έρχεται η φάση της διαπραγμάτευσης – του παζαρέματος. Η διαπραγμάτευση ή το 'παζάρεμα' παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και τον θάνατο. Οι διαπραγματεύσεις

συνήθως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με τον Θεό. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ., 1997)

Χαρακτηρίζεται από ικεσίες που παίρνουν τη μορφή τάματος. Εδώ γίνεται ένα είδος συμφωνίας για να αναβληθεί το αναπόφευκτο: 'Αν μου υποσχεθείτε ότι θα γίνω καλά, σε αντάλλαγμα θα είμαι καλός και υπάκουος'. Ο άρρωστος πιστεύει ότι θα ανταμειφθεί για την καλή του συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου, με προέκταση της ζωής του. Προσπαθεί να πάρει αναβολή για να τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις του. Βέβαια οι υποσχέσεις του συνδέονται με ενοχή, φόβο, ή τιμωρία, η οποία στην πραγματικότητα δεν βγαίνουν αληθινές. (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Ακολουθεί η *φάση της κατάθλιψης*. Ο άρρωστος βαδίζει προς το θάνατο, νιώθει πιο έντονα τα συμπτώματα, γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι γίνονται ισχυρότεροι, δεν μπορεί να κρύψει τη θλίψη και την πίκρα του. Κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει αισθήματα ενοχής, αυτομομφής, αυτοϋποτίμησης. (ο.π) Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι παροδικές και όταν το άτομο ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματα του, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να τα κατανοήσει, να τα αποδεχτεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται. Στην ουσία, η κατάθλιψη του επιτρέπει να θρηνήσει, να 'αποχαιρετήσει' την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχτεί και προσαρμοστεί στη νέα. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ., 1997)

Η κατάθλιψη αυτής της φάσης είναι είτε αντιδραστική για την εξέλιξη της αρρώστιας, είτε προπαρασκευαστική προετοιμασία για τον τελικό αποχαιρετισμό από τον κόσμο που ζει. Στη δεύτερη αυτή μορφή, οι ενθαρρύνσεις και οι επιβεβαιώσεις δεν έχουν νόημα. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε τι και όλων των

αγαπημένων προσώπων, ώστε δεν έχει σημασία να του πει ο Κ.Λ ότι δεν πρέπει να λυπάται. Στη φάση αυτή αρκεί η σιωπηλή παρουσία του Κ.Λ, το άγγιγμα του χεριού του, ζεστή παρουσία χωρίς πολλά λόγια. (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Η τελευταία φάση, η φάση της αποδοχής, είναι το στάδιο που, σαν να έχει φύγει ο πόνος, ο αγώνας να έχει τελειώσει, ο ασθενής ετοιμάζεται για το μεγάλο ταξίδι. Διακρίνεται από μία εσωτερική ηρεμία, παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την αξίωση 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, ένα βλέμμα του και η συμπεριφορά του εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασης του. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ, 1997)

Οι φάσεις που περιγράφηκαν σπάνια διαδέχονται κανονικά η μία την άλλη. Ορισμένοι ασθενείς σταματούν πολύ καιρό σε ένα στάδιο ή γυρίζουν σε ένα προηγούμενο, έστω και αν έχουν φτάσει στην αποδοχή. Για παράδειγμα αν συμβεί υποτροπή της ασθένειας, ο ασθενής θα πέσει πάλι σε κατάθλιψη έστω και αν έχει αποδεχτεί την αρρώστιά του. (Δανάη Παπαδάτου – Φώτης Αναγνωστόπουλος, 1986)

Πίσω από όλα τα στάδια και τις φάσεις που περιγράφηκαν κρύβεται μέχρι την τελευταία στιγμή πως όλα αυτά είναι ένας εφιάλτης, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Ευθύνη του Κ.Λ είναι να μην απελπίσει τον άρρωστο, να μην τον εγκαταλείψει ώστε

να μην παραιτηθεί από τη ζωή και η ιατρική βοήθεια να τον βρει
απροετοίμαστο. (ο.π)

2. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι ανάλογες εκείνων που εμφανίζουν τη νόσο και οι γνωρίζοντες τη διάγνωση. Η κατεύθυνση, προς την οποία θα εξελιχθούν οι μηχανισμοί άμυνας θα εξαρτηθεί και από την προσωπικότητα του ασθενούς, από την εξέλιξη της νόσου και τα υποστηρικτικά συστήματα. Οι πιο κοινοί ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας είναι οι ακόλουθοι (Ρηγάτος, 2000):

1. **Άρνηση:** Ο ασθενής απορρίπτει την διάγνωση. Φράσεις όπως ‘δεν μπορεί, κάτι λάθος έχει γίνει’, είναι ενδεικτικές αυτού του μηχανισμού. Επίσης ο ασθενής με το μηχανισμό αυτό υποβαθμίζει τα ενοχλήματα του ή τα ερμηνεύει ως προερχόμενα από άλλες αιτίες. Σε αυτόν τον συχνότερο αμυντικό ψυχολογικό μηχανισμό οφείλονται και αρκετές καθυστερήσεις προσέλευσης του ασθενούς σε περιπτώσεις υποτροπής της νόσου.
2. **Απόθηση:** Με αυτόν τον μηχανισμό ο καρκινοπαθής γνωρίζει και αναγνωρίζει τα συμπτώματα της νόσου, αδιαφορεί όμως για αυτά και δεν ασχολείται μαζί τους, ωθώντας τα στο περιθώριο της συνείδησης του.
3. **Υπεραναπλήρωση:** Ο ψυχολογικός αυτός μηχανισμός βοηθάει τον ασθενή να ανακτήσει τη χαμένη του αυτοεκτίμηση. Στο βαθμό που μπορεί, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια, αυξάνει τη δραστηριότητα του και γενικά προσπαθεί να αναπληρώσει αυτά, τα οποία κάνει εξαιτίας της νόσου.
4. **Προβολή:** Με τον μηχανισμό αυτό, ο ασθενής προβάλλει σε άλλους ασυνείδητα ως δικές του ιδέες μομφής και ενοχής,

γίνεται επιθετικός προς τα έξω, για να μην στρέψει την επιθετικότητα του εναντίον του ίδιου του εαυτού του. Στο σημείο αυτό ο ασθενής μπορεί να στραφεί και εναντίον των συγγενών ή του γιατρού. (ο.π)

Ε. 1. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής αντιλαμβάνονται την σοβαρότητα της κατάστασης τους, αλλά συχνά απωθούν και αρνούνται το γεγονός ότι σύντομα θα πεθάνουν. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ, 1997)

Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως “λύτρωση”, ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους πάλι η συνειδητοποίηση ότι “ήρθε ο καιρός πια...” συνοδεύεται από έντονο φόβο, άγχος, θυμό, κατάθλιψη και μιας πληθώρας συναισθημάτων που συχνά αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας θρήνου εν’ όψει του επικείμενου θανάτου. (ο.π)

Η Kübler – Ross ισχυρίζεται πως ένα άτομο που πεθαίνει, βιώνει μια στρεσογόνο κατάσταση που προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κάθε άτομο χρησιμοποιεί γνώριμες στρατηγικές που το βοηθούν να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Τρία διαφορετικά μηνύματα που προκύπτουν από τη θεωρία της είναι τα ακόλουθα:

1. Κάθε άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και πεθαίνει δεν παύει να είναι ένας ζωντανός οργανισμός που έχει ανάγκες, μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να επιλύσει ορισμένες εκκρεμείς υποθέσεις πριν πεθάνει.
2. Για να είμαστε αποτελεσματικοί στη φροντίδα που παρέχουμε στο άτομο που πεθαίνει, πρέπει να είμαστε σε θέση να ακούμε προσεκτικά αυτό που εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά, και

να καθοδηγούμαστε από τον ίδιο τον άρρωστο, αντί να τον οδηγούμε εμείς στην πορεία του. Κοντά σε άτομα που απειλείται η ζωή τους ή που πεθαίνουν μας δίνεται η ευκαιρία να γνωρίσουμε βαθύτερα τον εαυτό μας, συνειδητοποιώντας τις αξίες και προτεραιότητες που θέτουμε στην προσωπική μας ζωή. Επίσης έχουμε την ευκαιρία να ανακαλύψουμε τόσο τις δυνάμεις, όσο και τα όριά μας, όταν αναλαμβάνουμε τη φροντίδα αυτών των αρρώστων.

3. Η ελπίδα του αρρώστου δεν χάνεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Παίρνει νέα μορφή. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να μην ελπίζει πλέον ότι θα γίνει καλά, αλλά ότι θα έχει τις απαραίτητες δυνάμεις ώστε να υποδεχθεί τα παιδιά του που θα τον επισκεφθούν στο Νοσοκομείο ή ότι θα προλάβει να γυρίσει σπίτι του να πεθάνει ή ότι θα χarei μια οικογενειακή συγκέντρωση κ.λ.π. Αυτές οι “μικρές ελπίδες” δίνουν νόημα και προοπτική στη ζωή που του απομένει. (Αναγνωστόπουλος Φ.-Παπαδάτου Δ, 1997)

Στο τελικό στάδιο της νεοπλασματικής νόσου, οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν την αλήθεια αλλά αρνούνται την αποδοχή της σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Καθένας τους έχει τον δικό του ρυθμό που αφομοιώνει και συνειδητοποιεί την πραγματικότητα και είναι σημαντικό να σεβόμαστε τον τρόπο που διαλέγει κάθε άτομο για να αντιμετωπίσει το θάνατο του. (Αναγνωστόπουλος Φ.-Παπαδάτου Δ., 1986)

Σε αυτήν την τελική φάση της ζωής πρώτοι οι λειτουργοί υγείας και ιδιαίτερα οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αφήσουν τον

άρρωστο να τους καθοδηγήσει και να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες του, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του. Αυτός ο διάλογος προϋποθέτει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι σε θέση να συζητήσουν θέματα σχετικά με το θάνατο του όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει τις σκέψεις ή τους φόβους του, χωρίς να του προσφέρει λύσεις και συμβουλές αλλά που με το ενδιαφέρον και την κατανόησή του, του παρέχει μια συναισθηματική στήριξη. (ο.π)

Μέσα στα πλαίσια μιας ανοιχτής επικοινωνίας ο άρρωστος διευκολύνει στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μιας βοήθειας συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με αγαπημένα του πρόσωπα, ανάμεσα στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα μέλη του προσωπικού. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ, 1986)

Σύμφωνα με κλινικούς επιστήμονες, όταν αποδεχόμαστε ότι ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει, έμμεσα του μεταφέρουμε το μήνυμα ότι “μπορεί...είναι φυσικό πια να πεθάνει” χωρίς να παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο επειδή το περιβάλλον του δυσκολεύεται να τον αποχωριστεί ή αρνείται το θάνατό του. (Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ, 1997)

Βασικό χαρακτηριστικό έτσι της προσέγγισης στο τελικό στάδιο του ασθενή είναι η επικύρωση της ζωής και όχι του θανάτου. Ο κοινωνικός λειτουργός αναγνωρίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και προωθεί εκείνες τις συνθήκες που του εξασφαλίζουν, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, άνεση, αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής. Για αυτό οι υπηρεσίες πρέπει να απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στα μέλη της οικογένειάς του, ενώ υποστήριξη

πρέπει να εξακολουθεί να παρέχεται στην οικογένεια και κατά την περίοδο του πένθους. (ο.π)

Η φροντίδα στα τελικά στάδια ζωής προϋποθέτει έτσι την διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν σίγουρα εξειδικευμένες γνώσεις αλλά και “ανθρωπιά”. (ο.π)

2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ – ΑΣΘΕΝΗ

Η ύπαρξη Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί βασικό συντελεστή για την κοινωνική οργάνωση και την ποιότητα ζωής. Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου, αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες, είναι η διάσταση που δίνει η Κοινωνική Εργασία. Η κοινωνική αιτιότητα πρέπει να εξετάζεται σαν καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης υγείας. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Πριν αναπτυχθεί ο τρόπος εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας σαν μέθοδος βοήθειας των περιστατικών γίνεται απαραίτητη η αναφορά και στις υπόλοιπες περιπτώσεις που ασχολούνται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και είναι:

- Συναισθηματική υποστήριξη νοσηλευομένων.
- Ιατρικοκοινωνικά προβλήματα ασθενών Εξωτερικών Ιατρείων.
- Επανερχόμενοι ασθενείς στην Κοινωνική Υπηρεσία.
- Έκδοση πιστοποιητικού κοινωνικής Προστασίας και βιβλιαρίου Υγείας.
- Αλλοδαποί ανασφάλιστοι.
- Άρρωστοι τελικής νοσηλείας.
- Μοναχικά και ηλικιωμένα άτομα με προβλήματα διαμονής που πάσχουν από καρκίνο.
- Συνταξιοδότηση με διάφορα προγράμματα, όπως “αποκατάσταση Ασθενών”, “Νοσηλεία στο σπίτι”.
- Άποροι καρκινοπαθείς. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Η κατά περίπτωση Κοινωνική Εργασία είναι κατ' εξοχήν μέθοδος που εφαρμόζεται. Η Κοινωνική Λειτουργός μπορεί να χρειάζεται ποικίλες επαφές, όχι μόνο με τον ασθενή και το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά με άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος, με αντιπροσωπευτικές πηγές της κοινότητας. Η έκταση και ο χρόνος μιας συνέντευξης ποικίλει από μια ώρα ημερησίως έως σύντομες επαφές κατά την εβδομάδα πάντα σε συνάρτηση με το πρόβλημα του ασθενή. (ο.π)

Σκληρή η πραγματικότητα που ζούμε στην πρώτη επαφή, η οποία πρώτη επαφή γίνεται κάτω από ένα πρόσχημα απλό μέχρι και για συγκεκριμένο πρακτικό λόγο όπως είναι η ασφαλιστική κάλυψη με Πιστοποιητικό Κοινωνικής Προστασίας και φτάνουμε στις ακραίες περιπτώσεις «Σώστε με, δεν θέλω να πεθάνω». Πάντως οι πάντες καλύπτονται από το πέπλο του φόβου του θανάτου. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Η ανάγκη μας να γνωρίσουμε και να καταλάβουμε κάθε άνθρωπο που μας ζητά βοήθεια περιχαρακώνεται από τον σκοπό μας να βρούμε κάποιο αποτελεσματικό τρόπο για να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα του. Για να το πετύχουμε δεν χρειάζεται πλήρη απολογισμό των διαστάσεων της δυναμικής του κάθε προσώπου. Σαφώς αυτό δεν μπορεί να γίνει, μα ούτε και χρειάζεται τουλάχιστον στην πρώτη συνέντευξη μας στην προσπάθεια επαφής με τον ασθενή. Θα έλεγα μάλιστα ότι μπορεί να είναι επικίνδυνο αν χαρακτηρίσουμε βιαστικά και επιπόλαια τον ασθενή, με σοβαρό κίνδυνο να αποπροσανατολιστούμε. Στη συνέχεια όμως της συνεργασίας και πάλι χρειάζεται φοβερή ικανότητα να γνωρίζουμε τα όρια και τα πλαίσια μας και ποτέ να μη υποκαθιστούμε άλλες ειδικότητες. (ο.π)

Η φύση του προβλήματος μας καθόρισε το είδος των γνώσεων και πόσο «ολική» χρειάζεται να είναι η κατανόηση του άλλου και των αναγκών του. Αρχικός σκοπός μας είναι να ενισχύσουμε τη λειτουργία του σαν κοινωνικό άτομο, να αποκατασταθούν κάποια συναισθήματα με τη σωστή τους ερμηνεία όπως είναι του φόβου με σωστές ερμηνείες και αποδοχή αυτού του συναισθήματος σαν κάτι φυσικό που τους συμβαίνει και η κάποια αποσυμφόρησή τους από το άγχος με πρακτικούς τρόπους που προσφέρει η συζήτηση ώστε να ταξινομηθούν δίκαια και να ιεραρχηθούν σωστά όσα μπόρεσαν να σχηματίσουν τη συναισθηματική μάζα που τους κλείνει το δρόμο για σκέψη και δράση. Βασική προϋπόθεση η γνώση γύρω από τις δυνάμεις και το νόημα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η συνεχής εκπαίδευση μας αναγκαία. (ο.π)

Ίσως ο ιδιαίτερα πολύπλοκος χαρακτήρας της Κοινωνικής Εργασίας με ασθενείς να έγκειται στο ότι πάντα έχει διπλό στόχο: να προωθήσει τη λύση των προβλημάτων του ασθενούς στην κοινωνική ζωή και με την διεργασία αυτή να προωθήσει την ικανότητα για ανάπτυξη δυνάμεων για την ποιότητα ζωής του. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Επιχειρούμε έτσι τα δύο είδη των συνθηκών: τις πηγές και τις επιρροές μέσω των οποίων μπορούν να αντιμετωπιστούν οι Κοινωνικές ανάγκες των ασθενών μας και οι τρόποι που προωθούν την κοινωνική και προσωπική αποτελεσματικότητα του ασθενούς. Προσπάθειά μας είναι η συμπεριφορά του ασθενούς να γίνει προσπάθεια του εγώ του και να προβεί σε δράση που θα τον κάνει να ελπίζει και να τον οδηγήσει σε κάποια διαφορετική προσαρμογή ή της κατάστασης στις ανάγκες του ή του εαυτού του στις απαιτήσεις της κατάστασης του ή και των δύο. (ο.π)

Υπενθυμίζουμε ότι οι λόγοι για την εμπλοκή ή απεμπλοκή και η αποτυχία ή η επιτυχία ενός ατόμου με καρκίνο να λύσει τα προβλήματά του βρίσκονται όχι μόνο στον ίδιο τον εαυτό του αλλά και στις περιστάσεις του. Υπάρχουν καταστάσεις στις ζωές των ανθρώπων που είναι πιο κρίσιμες από όσο η προσωπικότητα μπορεί να αντέξει. Κανένα πρόβλημα ή εξασθένηση των δυνάμεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί με επάρκεια, παρά μόνο καθώς γίνονται γνωστές οι συνθήκες οι οποίες αποτελούν την απάντηση. Δεν είναι δυνατόν να νομίζουμε ότι το εγώ ενός ατόμου μπορεί να δείξει σθένος και ευελιξία όταν «λιμοκτονεί» ή αλυσσοδένεται από αμετακίνητο περιβάλλον. Αυτά είναι ο λόγος που η Κοινωνική Εργασία με άτομα αναφέρεται όχι μονό στην προσωπικότητα, που αγωνίζεται να μάθει μια αποτελεσματική συμπεριφορά, στο δυνάμωμα του εγώ του αρρώστου μας, αλλά επίσης ασχολείται και με το κοινωνικό του περιβάλλον, με το οποίο το άτομό μας βρίσκεται σε αλληλοεπίδραση. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Οι άμεσες προσπάθειές μας είναι να επηρεάσουμε και άλλα ζωτικά πρόσωπα στη ζωή του ασθενούς οι διευθετήσεις μας για βοήθεια από άλλες πηγές, να επεκτείνει τις περιορισμένες συνθήκες ζωής και με όλους τους άλλους τρόπους που να ενδυναμώσουν, το εγώ του ασθενούς μας. (ο.π)

Το πιο σημαντικό εύρημα νομίζω γύρω από τον Καρκίνο είναι οι μελέτες που έδειξαν ότι η θετική στάση είναι η καλύτερη ένδειξη για τη μελλοντική ανταπόκριση στη θεραπεία από ότι η σοβαρότητα της αρρώστιας. Έτσι άρρωστοι που έχουν πολύ άσχημη διάγνωση αλλά θετική στάση τα κατάφεραν καλύτερα από αρρώστους που είχαν σχετικά ελαφρότερη διάγνωση αλλά αρνητική στάση. (ο.π)

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο, επομένως, ότι επηρεάζει ένα μέλος του, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Οι αντιδράσεις τις οποίες βιώνει η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον όταν ένα μέλος διαγιγνώσκεται με μια απειλητική για την ζωή αρρώστια όπως ο καρκίνος, είναι αντίστοιχες με αυτές του ίδιου του αρρώστου. Τα φιλικά και συγγενικά πρόσωπα βιώνουν ανάλογες αντιδράσεις όπως σοκ, θυμό, θλίψη, αδυναμία, φόβο για το μέλλον, αγωνία, ενοχή και πόνο για τον πιθανό θάνατο. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001)

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου αρχίζει και για εκείνους μια διεργασία θρήνου καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τις διάφορες πραγματικές ή μελλοντικές απώλειες τις οποίες επιφέρει η αρρώστια και στη δική τους ζωή. Κάθε άτομο ανάλογα με τη σχέση που έχει με τον άρρωστο, το είδος της και το πόσο στενή είναι, θρηνεί διαφορετικές απώλειες. Η αρρώστια του ατόμου έχει διαφορετικές συνέπειες για τον γονιό, το σύντροφο ή το παιδί του. Καθένας θρηνεί την απώλεια των διαφορετικών ρόλων που ο άρρωστος έπαιζε και περιμένει ότι θα παίξει στη ζωή του. (ο.π)

Ο βαθμός έτσι της έντασης όλων αυτών των συναισθημάτων της οικογένειας εξαρτάται από τους εξής παράγοντες (Καραμήτρου, 2000):

1. Ποιο μέλος της οικογένειας αφορά η διάγνωση.
2. Σε ποιο στάδιο βρίσκεται η νόσος και ποια είναι η πιθανή έκβαση.

3. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις.
4. Το πνευματικό επίπεδο της οικογένειας και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις.
5. Το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας σε σχέση και με την πολυμορφία των ασφαλιστικών ταμείων.
6. Ο κοινωνικός περίγυρος.

“Η οικογένεια και το περιβάλλον του ασθενή, σύμφωνα με την Καραμήτρου, κοινωνική λειτουργό του Θεαγένειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, νιώθει ιδιαίτερη αμηχανία όταν αντιμετωπίζουν τον άρρωστο με την συγκεκριμένη διάγνωση. Μέσα στο νοσοκομείο, καθώς όλοι ασχολούνται με τον ασθενή, διαφεύγουν της προσοχής οι ανάγκες για συναισθηματική υποστήριξη των συγγενών, οι οποίοι αφήνονται να παλεύουν μόνοι τους για την εύρεση τρόπων βοήθειας δικής τους και του ασθενή.”

Προκειμένου λοιπόν να βοηθήσουμε θετικά την οικογένεια του αρρώστου στο δύσκολο ρόλο της, θα πρέπει οι κοινωνικοί λειτουργοί, άνθρωποι με ειδική επιστημονική γνώση, να γνωρίζουν τους πιο πιθανούς τρόπους που αντιδρά η οικογένεια αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Έτσι λοιπόν είναι δυνατόν να έχουμε τις παρακάτω αντιδράσεις – τύπους συμπεριφοράς κατά την Susan Mallete:

1. Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία να ακολουθήσει μία έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει, αντί να υποστηρίζει τον ασθενή, να τον «εξαφανίσει», δηλαδή να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική

φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Ο κοινωνικός λειτουργός που θα διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας, θα πρέπει να την κατευθύνει να μετριάσει την ενεργητικότητά της για να νοιώσει ο άρρωστος πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μην κουραστούν και οι δυο πλευρές. Πρέπει να καταλάβουν ότι είναι ανάγκη να μείνουν δίπλα του διακριτικά και να σεβαστούν τις ανάγκες του για σκέψη, κρίση, ανασυγκρότηση και κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας. Είναι σκόπιμο να μην εξαντλείται η φροντίδα σε αυτή την πρώτη φάση, διότι θα τη χρειαστεί ο άρρωστος στα επόμενα στάδια της αρρώστιας.

2. Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Με 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 να αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δέκτη και όσων του προσφέρονται απλόχερα. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με αυτόν τον τύπο οικογένειας, θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθησή του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Επίσης 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 οποιαδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φθάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ατελείωτα ξενύχτια δίπλα στον άρρωστο, πάνω σε μια καρέκλα και με όσα άλλα συνεπάγεται αυτό, χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη του αρρώστου για αυτό.

Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται με έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σκέψη ή συμπεριφορά και έτσι αυτοϋποβάλλονται 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. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Ο κοινωνικός λειτουργός να είναι πολύ προσεκτικός σε ό,τι αφορά την ανίχνευση πραγματικών συναισθημάτων, που βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιγύρου. Αυτό το ξεμπερδεμα μπορεί να γίνει πολύ οδυνηρό, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το περιβάλλον του. Γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική κατεύθυνση και λεπτός χειρισμός.

4. Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται τη διάγνωση είναι ο θυμός ή η οργή. Ο

θυμός σαν συναίσθημα σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός της όλης έντασης που ακολουθεί τη διάγνωση.

Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει άρρωστο και συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου, τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σε αυτή την περίπτωση ο άρρωστος κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατά 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 αρρώστου είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του σκληρού γεγονότος της ασθένειας.

5. Όταν η οικογένεια στην οποία αναφερόμαστε είναι υπερεξαρτημένη από τον άρρωστο, η πρώτη της αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβονται πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας.

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

Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σε 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 της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές δραστηριότητες. Η ικανοποίηση όλων αυτών των απαιτήσεων θα είναι εκτός της σημερινής δυνατότητας του ίδιου να ανταποκριθεί.

Έτσι δημιουργούνται προβλήματα επικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά, που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με αυτόν τον τύπο οικογένειας είναι να αποδεχθεί η οικογένεια τη νέα πραγματικότητα και να δει τον άνθρωπο της όχι μεν σαν «απόμαχο», αλλά σαν άτομο που έχει και αυτό ανάγκες. 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 αυτής της εργασίας θα είναι η κάλυψη των εσωτερικών αναγκών των μελών της και η κινητοποίηση των δυνάμεων και μηχανισμών ανεξαρτητοποίησης τους.

Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δεν αποτελούν στεγανά, διότι δεν υπάρχει τίποτα το «απόλυτο» και το «στεγανό» στην

ανθρώπινη συμπεριφορά. Είναι όμως ενδεικτικοί τύποι οικογενειών που πρέπει να γνωρίζουν οι ειδικοί επαγγελματίες αυτού του τομέα. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Πέρα από αυτούς τους πέντε τύπους οικογένειας όμως βλέπουμε ότι υπάρχει και κάποια άλλη μορφή οικογένειας που μπορούμε να την πούμε διαλυμένη. Οι συγγενείς του ασθενή δεν ενδιαφέρονται καθόλου για αυτόν. Συνήθως έρχεται μόνος του στο Νοσοκομείο και κατά την διάρκεια της παραμονής του δεν έχει την υποστήριξη και τη βοήθεια κανενός. Γνωρίζει ότι όταν βγει από το νοσοκομείο θα πρέπει να ζήσει μόνος του. Στις οικογένειες αυτές τα προβλήματα συνήθως προϋπάρχουν και καλείται ο κοινωνικός λειτουργός να γεφυρώσει την απόσταση ανάμεσα στον άρρωστο και στην οικογένεια. Καλείται να φέρει σε επαφή π.χ. τον άρρωστο πατέρα με τα παιδιά όχι για να τον βοηθήσουν αλλά για να του προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη με την παρουσία τους κοντά του.

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Στα πλαίσια της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού, ο ίδιος αρχικά ενημερώνει την οικογένεια για τις παροχές που δικαιούται, από την πρώτη κιόλας στιγμή της επαφής, προσπαθώντας να δώσει λύσεις σε πρακτικά θέματα. Συνταξιοδότηση, επιδοτήσεις, τοποθετήσεις των παιδιών σε σταθμό κ.τ.λ.

Στην συνέχεια βοηθά στην εκφόρτιση της οικογένειας από το πρόβλημα. Η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολύπλοκη. Απαιτείται γνώση του αντικειμένου, διάκριση, παρατηρητικότητα, υπομονή, μεγάλη προσοχή να μην «μεταφέρει» συζητήσεις, αλλά ταυτόχρονα να δώσει αιχμές για σκέψεις και τρόπους αντιμετώπισης και προσέγγισης του αρρώστου, ώστε οι δρόμοι τους να μην είναι παράλληλοι αλλά συγκλίνοντες. Να μπορέσει το ένα μέλος της οικογένειας να βρεθεί στη θέση του άλλου και να δει το πρόβλημα όπως το βιώνει ο άλλος. Για την επιτυχία αυτού του σκοπού απαραίτητες είναι οι συνεντεύξεις με όλη την οικογένεια. Χρειάζονται ειδικοί χειρισμοί, γνώσεις και τεχνικές ώστε η ομάδα – που είναι η οικογένεια – να βγάλει προς τα έξω το πρόβλημα, για να συζητηθεί, να αναλυθεί, να ακουστούν όλες οι απόψεις, οι θέσεις, τα παράπονα, οι προσδοκίες, οι απαιτήσεις, οι αγωνίες, τα ερωτηματικά, οι φόβοι. Κι αν ακόμα δεν δοθούν λύσεις σίγουρα θα υπάρξει κάποια εκφόρτιση και ανακούφιση ή ακόμη και αποκάλυψη ή ανακάλυψη ενός άγνωστου κόσμου που για χρόνια έκρυβε εγωιστικά ο ένας από τον άλλο. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Ένα επόμενο στάδιο δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού είναι η βοήθεια που καλείται να δώσει στον άρρωστο και στην οικογένεια, όσον αφορά την αποδοχή του θανάτου και στη συνέχεια την αποδοχή πένθους. Δεν είναι εύκολη η ιδέα του αποχωρισμού. Η υποστήριξη της οικογένειας προς τον άρρωστο που πεθαίνει πρέπει να βασίζεται στο σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του. (ο.π)

Καθώς διαπιστώνεται ότι η πορεία προς τον θάνατο είναι μια ψυχοκοινωνική δυναμική διεργασία, έρχεται εδώ ο κοινωνικός λειτουργός με μια ανεπάρκεια παιδείας στον τομέα αυτό, για να προσφέρει στον άρρωστο και την οικογένεια του συμπαράσταση στην αποδοχή του θανάτου και του πένθους. (ο.π)

Με άλλα λόγια ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται προσωπικά, αντιμέτωπος με τον δικό του ψυχικό κόσμο και στηρίζει τον ασθενή και την οικογένεια του μέσα από τις προσωπικές του τοποθετήσεις και μεταφυσικές αντιλήψεις. Επομένως το έργο του κοινωνικού λειτουργού τουλάχιστον σε αυτή τη φάση είναι κατοπτρισμός της προσωπικότητάς του. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Με την επιστημονική ανεπάρκεια και τη μηδενική κάλυψη, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να έχει διαρκώς επίγνωση της κατάστασης, ανιδιοτέλειας, και να επιτελεί το έργο του με περισσή αγάπη. (ο.π)

Είναι σημαντικό έτσι οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια και το θάνατο και να αποδέχονται το θρήνο, καθώς αυτός αποτελεί μέρος της φροντίδας των ασθενών και ιδιαίτερα των νεοπλασματικών ασθενών. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001)

Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο να υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση γύρω από θέματα που αφορούν την απειλητική αρρώστια, την πορεία προς τον θάνατο και τη φροντίδα του αρρώστου, καθώς και η δυνατότητα κατάλληλης στήριξης για όλους τους επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια της εργασίας τους. (ο.π)

5. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ

ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η ανάγκη της διεπιστημονικής προσέγγισης στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ατόμου παρουσιάζεται ιδιαίτερα επιτακτική στην περίπτωση του καρκινοπαθούς. (Διεπιστημονική ημερίδα – ψυχοκοινωνική ογκολογία, Αθήνα, 1990)

Αφού λοιπόν ζούμε την εποχή της εξειδικευμένης γνώσης, η σύγχρονη αντίληψη επιβάλλει την αντιμετώπιση του ασθενή σαν έργο ομαδικό. Εκ των πραγμάτων λοιπόν, προβάλλει η επιτακτική ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των ειδικών. Στην ομαδική προσέγγιση κάθε μέλος πρέπει να παίζει ρόλο υπεύθυνο και συμπληρωματικό στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργεί ο Καρκίνος για τον άρρωστο. Μέσα από την συνεργασία στην Διεπιστημονική ομάδα, δεν απειλείται η επαγγελματική ή Δεοντολογική ταυτότητα κανενός. Αλλά το σημαντικότερο, μέσα από τη συλλογική ευθύνη δεν απειλείται η ταυτότητα του ίδιου του αρρώστου. Μέσα στη συλλογική ευθύνη, δεν υπάρχει “ο άρρωστος μου”, αλλά το άτομο που ανήκει στον εαυτό του και μόνο, αλλά που επιβάλλεται να αντιμετωπισθεί, μέσα από την ευθύνη πολλών ειδικών. (ο.π)

Η επικοινωνία και η συνεργασία ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, φυσιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, επαγγελματιών κάθε βαθμίδας δεν είναι μια απλή σύμπτωση ύπαρξης ατόμων, ή μιας μικρής ομάδας σε ένα γραφείο, ένα λειτουργικό χώρο. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 1999)

Η καθημερινή αυτή σχέση πρέπει να έχει στοιχεία αρμονικής συμπεριφοράς, δημιουργικότητας, συνταύτιση και αλληλεπίδραση, χωρίς όμως να παρεμποδίζεται η διατήρηση ιδεών και ενέργειας της κάθε ομάδας όπως και της προσωπικότητας του καθενός. (ο.π)

Η συζήτηση και η επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχολόγο, τον νοσηλευτή, όπως και με τον τελευταίο ειδικευόμενο ιατρό πρέπει να είναι άνετη, επεξηγηματική και ο ένας να συμπληρώνει τον άλλο. (ο.π)

Οι αρμονικές σχέσεις επικοινωνίας και συνεργασίας των λειτουργών υγείας στην καθημερινή ιατρική πράξη αρρώστων με καρκίνο, μπορούν να κατευθύνουν την όλη παρουσία τους στην αληθινή πλευρά συζήτησης με τον άρρωστο και την αποκάλυψη της αλήθειας.

ΣΤ. 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Κοινωνική Εργασία είναι σήμερα αναγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη, και σχηματοποίησε την υπόστασή της κυρίως από την ανάγκη παρέμβασης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής και αποτελεί πλέον υποχρέωση της πολιτείας και δικαίωμα του πολίτη. Αποτελεί πλέον διεθνή παραδοχή ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση. Επομένως το πρόβλημα υγείας δεν λύνεται μόνο με ιατρικές Υπηρεσίες περίθαλψης αλλά, με αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό και κοινωνικό του περιβάλλον. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

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 και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. (ο.π)

1.2 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ

Η παρέμβαση μας στους καρκινοπαθείς στόχο πρέπει να έχει την δημιουργία καλύτερων προϋποθέσεων για την προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες της πάθησης τους καθώς και την

επαναδραστηριοποίηση
φυσιολογική ζωή.

Η εργασία μας
ψυχοκοινωνική διάστ

Ρουλας ΚΝ 610

νοσοκομείο

ά δηλαδή σε μια ποιο

τις εξής κατευθύνσεις (Η
191):

- α. Να βοηθήσουμε τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του. Με τη μορφή που έχουν τα Νοσοκομεία μας – μεγάλα και απρόσωπα – είναι επιτακτική η ανάγκη του αρρώστου να μπορεί να βρει ένα άτομο που θα τον ακούσει και στο οποίο θα εκφράσει τα συναισθήματά του. Σε αυτό τον τομέα και η βοήθεια της οικογένειας δεν είναι σημαντική και δεν δίνει στον άρρωστο τη δυνατότητα να εκφραστεί στην προσπάθειά της να τον προστατέψει, καθησυχάζοντας τον και προσπαθώντας να τον πείσει ότι δεν είναι κάτι σοβαρό
- β. Να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει το πραγματικό από το υποψιαζόμενο ή το κατά φαντασία – γύρω από τη φύση της αρρώστιας, τη διάγνωση, το θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτό βέβαια πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τον ογκολόγο γιατρό και όχι μόνο από τον κοινωνικό λειτουργό γιατί αφορά κυρίως ιατρικά θέματα. Θα μπορούσε να ενημερωθεί ο άρρωστος για τις τυχόν αλλαγές που θα προκύψουν στο σώμα του, για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και τι επιπτώσεις θα έχει αυτό στον οργανισμό του και στην εξωτερική του εμφάνιση (π.χ. έμμετοι, χάσιμο των μαλλιών από την χημειοθεραπεία κλπ.). Εάν ο ασθενής ξέρει τι έχει, θα αντιμετωπίσει, θα δεχθεί καλύτερα την όλη κατάσταση, χωρίς οδυνηρές υπερβολές.

- γ. Να τον υποστηρίξουμε και να του δώσουμε κουράγιο, χωρίς όμως να τον παραπλανήσουμε. Χρησιμοποιώντας τις μεθόδους τις Κ.Ε.Α., θα βοηθήσουμε τον άρρωστο να δεχτεί την αρρώστια του, να ξανακερδίσει το ενδιαφέρον για τη ζωή και να μπορέσει να υπομείνει έτσι όλες τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει.
- δ. Να βοηθήσουμε την οικογένεια του να δεχτεί την αρρώστια ξεπερνώντας τους αρχικούς φόβους και τις τυχόν ενοχές, να κατανοήσουν τον άρρωστο και να σταθούν κοντά του. Επίσης να κάνουν τη δική τους εκφόρτιση και να συζητήσουν για τις δικές τους ανησυχίες.
- ε. Ο Κοινωνικός Λειτουργός επιλαμβάνεται και για τα πρακτικής φύσεως προβλήματα που παρουσιάζονται στην οικογένεια, όπως είναι το οικονομικό, πρόβλημα εργασίας, εισαγωγής παιδιών σε παιδικό σταθμό.
- στ. Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει συχνά στην επίσκεψη που γίνεται στους θαλάμους από τον καθηγητή του τμήματος, καθώς επίσης και στις συναντήσεις ειδικών όπου συζητούνται τα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα των ασθενών. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)
- ζ. Κινητοποιεί τις πηγές βοήθειας της κοινότητας για την αποτελεσματική άσκηση της εργασίας του. (ΣΚΛΕ, 1974)
- η. Ερμηνεύει στις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς.

- θ. Μεριμνά κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο για την ομαλή επανασύνδεση του με την οικογένεια αυτού, αφού κριθεί αναγκαίο να συμβάλλει στην εφαρμογή του προγράμματος αποκατάστασης του.
- ι. Συμμετέχει σε έρευνες ή μελέτες μαζί με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης ιατροκοινωνικών προβλημάτων.
- ια. Κινητοποιεί, δραστηριοποιεί και οργανώνει εθελοντικές ομάδες οι οποίες συμπληρώνουν το έργο για την εξυπηρέτηση των ασθενών. (ΣΚΛΕ, 1974)

2. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ

2.1 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Κατά την εργασία των κοινωνικών λειτουργών με καρκινοπαθείς, σαν επαγγελματίες, αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός με τα ελάχιστα εφόδια από την εκπαίδευση του, αρχίζοντας να δουλεύει πρέπει να αντιμετωπίσει την ποικιλία των κοινωνικών προβλημάτων, να δώσει λύσεις σε πρακτικά ζητήματα, να ανακουφίσει ψυχολογικά προβλήματα, να ρυθμίσει διαπροσωπικές κακές σχέσεις, να γίνει μεσολαβητής και να δράσει σαν καταλύτης στις παρεξηγήσεις ή στις προβληματικές σχέσεις του ασθενή και των γύρω του με το Ιατρονοσηλευτικό και Διοικητικό προσωπικό και παράλληλα να καταφέρει να αναγνωριστεί η αξία του σαν άτομο, να καταξιωθεί σαν επαγγελματίας και βέβαια να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας του. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε είναι και το εξής: τις περισσότερες φορές τη συνέντευξη με τον άρρωστο την παίρνουμε στο κρεβάτι μέσα σε δκλινους θαλάμους, γιατί ο άρρωστος είναι δύσκολο να μετακινηθεί με αποτέλεσμα να μην γίνεται σωστά, αφού πραγματοποιείται κάτω από την παρακολούθηση άλλων ασθενών. (ο.π)

Επίσης τις περισσότερες φορές, ο άρρωστος δεν είναι ενημερωμένος από τον γιατρό για την ασθένεια του, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να συζητήσουμε με ειλικρίνεια κι ο ένας να κρύβεται από τον άλλο. (ο.π)

Έντονα προβλήματα στέγης αντιμετωπίζουμε για τους ασθενείς εκτός Νοσοκομείου που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία και είναι από την επαρχία, ξενώνας ειδικός που να δέχεται τα περιστατικά του νοσοκομείου μας δεν υπάρχει. Εξυπηρετούμεθα περιστασιακά από τον ξενώνα συνοδών ασθενών που δέχονται μόνο τους περιπατητικούς ασθενείς μετά από δική μας πίεση. (ο.π)

Για τους ασθενείς που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν δεν υπάρχει καμιά δυνατότητα βοήθειας. Για τους ηλικιωμένους χωρίς περιβάλλον που νοσηλεύουμε, είναι αδύνατη η τοποθέτηση τους στο υπάρχον Γηροκομείο, αφού το απαγορεύει ο κανονισμός τους. Έτσι βρισκόμαστε συχνά σε αδιέξοδο. Είναι ιδιαίτερα οδυνηρό για τον Κοινωνικό Λειτουργό να είναι υποχρεωμένος να δέχεται να επιστρέψουν υπερήλικες αβοήθητοι μέσα σε ένα ακατάλληλο περιβάλλον κατοικίας. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Εδώ χρειάζεται η παρέμβαση άλλων φορέων, έτσι που να ενισχυθούν τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι των ατόμων αυτών, από ειδικούς, και να μην πεθαίνουν εγκαταλελειμμένοι. (ο.π)

Στην καθημερινή όμως εργασία και πράξη ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται αντιμέτωπος όχι μόνο με προβλήματα και δυσκολίες “εξωτερικής” φύσεως αλλά και προσωπικής.

Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι φυσιολογικοί μηχανισμοί άμυνας που ενεργοποιούνται ασυνείδητα, όταν το προσωπικό υγείας και βεβαίως και ο κοινωνικός λειτουργός βιώσει πολλές και σημαντικές απώλειες καθώς φροντίζει τη ζωή των ατόμων που απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος.

Για παράδειγμα ο μηχανισμός της άρνησης συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας

τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Δηλαδή ίσως να αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου γιατί δεν αξιολογεί ως “κρίσιμη” την κατάσταση του. (Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 1997)

Ο Μηχανισμός της εκλογίκευσης επιτρέπει και στον κοινωνικό λειτουργό να αναλύει “λογικά” την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματα του. (ο.π)

Ο Μηχανισμός της προβολής αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα ο νεαρός κοινωνικός λειτουργός που νοιώθει αμήχανος μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει πώς να συμπεριφερθεί, προβάλλει τα συναισθήματα του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. (ο.π)

Ο Μηχανισμός της μετάθεσης επιτρέπει στον εργαζόμενο κοινωνικό λειτουργό να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα ο κοινωνικός λειτουργός που νοιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής του ασθενή με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και “εκτονώνεται” πάνω στους συναδέλφους ή και στα μέλη της οικογένειάς του. (Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 1997)

Πολλοί από τους προαναφερόμενους μηχανισμούς χρησιμοποιούνται και σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη μιας Μονάδας καθώς αντιλαμβανόμαστε πως δεν πρόκειται αποκλειστικά μόνο για αυτούς τους μηχανισμούς.

Σαν συνέπεια όμως προκύπτει η σημαντικότητα παροχής μιας συστηματικής και οργανωμένης υποστήριξης των μελών του

προσωπικού υγείας, αλλά και οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί, επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν, να διατηρούν κάποιο αυτοέλεγχο, και να ασκούν συνεχή αυτοκριτική ώστε να οδηγούνται στην αυτογνωσία κατά την καθημερινή κλινική τους πράξη.

2.2 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Ο άρρωστος με καρκίνο είναι αυτός που αναζητά την επικοινωνία, έχει ανάγκη της παρουσίας του Κοινωνικού Λειτουργού και αυτή του την ανάγκη την εκδηλώνει άμεσα και επιτακτικά. Η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού είναι απαραίτητη σε όλη τη δύσκολη πορεία του ατόμου μέσα από οδυνηρές διαδικασίες. Εάν ήταν δυνατόν να απαριθμήσω αυτές τις διαδικασίες σε σχέση με την παρουσία του κοινωνικού λειτουργού θα ανέφερα τα εξής (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991):

1. Το δίλημμα της ενημέρωσης αρρώστου και οικογένειας για τη διάγνωση της νόσου. Παρόλο που η αρμοδιότητα της ενημέρωσης ανήκει στο γιατρό, επειδή εμπλέκονται συναισθηματικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες, η παρουσία της υπηρεσίας είναι απαραίτητη. Συνεργάζεται με το γιατρό για την αντιμετώπιση του αρρώστου ανάλογα με την ψυχολογία και τις ανάγκες του, χωρίς να αναδυθεί ο φόβος του θανάτου με τις αρνητικές του επιπτώσεις.
2. Η δύσκολη πορεία του αρρώστου μέσα από οδυνηρά στάδια, αμέσως μετά τη διάγνωση και σε όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της

νόσου. Αντιμετωπίζοντας το άτομο σε αυτή την πορεία της ζωής του, θα πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι να αναγνωρίσουμε ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσης του, που θα βοηθήσουν να ανιχνεύσουμε τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τους φόβους του. Με τη μεθοδευμένη συμπαράσταση του Κοινωνικού Λειτουργού με την επιστημονική γνώση της ανάλυσης των συναισθημάτων του θα βοηθηθεί να εξοικειωθεί με την ασθένεια και θα αγωνιστεί θετικά για τη ζωή του συνεργαζόμενος με το γιατρό. Είναι σκόπιμο για τον άρρωστο να έχει συνοδοιπόρο την ελπίδα διότι τη χρειάζεται όσο τίποτα άλλο στη ζωή του.

3. Η παραμονή του αρρώστου στο Νοσοκομείο είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματικά. Αυτό είναι ιδιαίτερα επώδυνο όταν πρόκειται για νοσοκομείο χαρακτηρισμένο ως «αντικαρκινικό» με όλη την ψυχοκοινωνική διάσταση του όρου. Εκεί που ο ασθενής χάνει την ταυτότητα του και γίνεται το «επιστημονικώς ενδιαφέρον περιστατικό» ή «ο στιγματισμένος» καλείται ο Κοινωνικός Λειτουργός να περάσει το μήνυμα της οντότητας, της μοναδικότητας, της ανεπανάληπτης προσωπικότητας του ατόμου, τόσο στον ίδιο, όσο και στο προσωπικό του νοσοκομείου και στο περιβάλλον του.
4. Η νοσηλεία, οι μακροχρόνιες θεραπείες που επιφέρουν προσωπική ταλαιπωρία και απουσία από δραστηριότητες, οι χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και οι πιθανοί ακρωτηριασμοί αποτελούν αλήθειες της ζωής και βασικές εμπειρίες ενός ασθενή με καρκίνο.

Ακολουθεί η προετοιμασία του ασθενή να συμβιβαστεί με την αναπηρία που προκύπτει μετά τον ακρωτηριασμό, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά να συνεχίσει τις επαγγελματικές δραστηριότητες – όταν αυτό είναι δυνατόν – και τη ζωή του με τα νέα πλέον δεδομένα, να διατηρήσει την ελπίδα και τη διάθεση για ζωή και να αγωνιστεί για 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. Είναι μια ελπίδα βαθιά, θεϊκή, που δεν έχει καμία σχέση με τις αναληθείς και γεμάτες απόγνωση υποσχέσεις των συγγενών ότι όλα θα πάνε καλά. Όταν όμως πλησιάζει «το τέλος», το νοιώθει, το περιμένει αλλά και το φοβάται. Νοιώθει έντονη μοναξιά, θύμα μια ασθένειας που δεν τολμούν οι γύρω να ονομάσουν και που τα αίτιά της δεν είναι ακόμη γνωστά.

Απομονωμένος από την Κοινωνία που τον αντιμετωπίζει με οίκτο, μακριά από την οικογένεια που αδυνατεί να τον βοηθήσει στο σωματικό του πρόβλημα, παραδίδεται στην ιατρική ομάδα, ελπίζοντας πάντα κάτι από αυτήν. Αφήνεται σε ατέλειωτες, μυστηριώδεις για αυτόν, θεραπείες. Νοιώθει τόσο μόνος, όσο ποτέ στη ζωή του, με την τραυματική απειλή του θανάτου που πλησιάζει.

Για να πλησιάσει κανείς έναν άνθρωπο που πορεύεται σύντομα 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 δυο πλευρών. Ο ασθενής έχει ανάγκη από σωστή υποστήριξη και σχέση και η οικογένεια φθάνει σε αποδιοργάνωση αν δεν χρησιμοποιήσει μηχανισμούς ανασυγκρότησης, εξοικείωσης με την ασθένεια και τις συνέπειες της, καθώς επίσης στήριξης του αρρώστου της και προγραμματισμό της πορείας της οικογένειας με τα νέα δεδομένα όπως διαμορφώθηκαν μετά την αρρώστια.

7. Η σχέση του ασθενή με την Κοινότητα.

Η κοινωνία που ζούμε είναι κακώς ή ελλιπώς ενημερωμένη για τη φύση της ασθένειας. Γι' αυτό χρειάζεται δραστηριοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας με τη συμμετοχή σε αυτή του Κοινωνικού Λειτουργού που παράλληλα με την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης θα φροντίσει για την απομυθοποίηση και τη σωστή ενημέρωση του κοινού για την εξέλιξη της ασθένειας και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου.

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

8. Ομάδες ασθενών.

Ο άρρωστος με καρκίνο αισθάνεται συχνά απομονωμένος, απογοητεύεται εύκολα, μπλοκάρεται μπροστά στα προβλήματα του και νοιώθει ότι το δικό του πρόβλημα είναι το πλέον

δυσεπίλυτο. Με τη δημιουργία ομάδων ασθενών με κοινά προβλήματα π.χ. μαστεκτομημένες γυναίκες, λαρυγγεκτομές, κολοστομίες κ.τ.λ. 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 στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου και των ειδικών χαρακτηριστικών, όπως πολύ σύντομα αναφέραμε, είναι απαραίτητο να εργαστεί σε οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης. Η ύπαρξη και συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας βοηθάει παράλληλα με τη θεραπεία στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την εξυπηρέτηση του ασθενή και την προαγωγή της υγείας. Η λειτουργία της εξασφαλίζει ένα σύνολο επιστημονικών γνώσεων διαφορετικών ειδικοτήτων πληρέστερο από τις επί μέρους γνώσεις και κατά συνέπεια ο άρρωστος θα αισθάνεται ασφαλέστερος σε ένα πλαίσιο πολύπλευρης κάλυψης του.

Επισημαίνεται, τέλος, ότι η εμπειρία να πλησιάσει κανείς τον πόνο, τα προβλήματα και τις συναισθηματικές ανάγκες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο είναι συγκλονιστική και η αντιμετώπιση τους απαιτεί σθένος, εμπειρία και ειδικές γνώσεις. Χρειάζεται εντατική δουλειά μέχρι τη διαμόρφωση της κοινωνίας έτσι, ώστε ο ασθενής με καρκίνο να προκαλεί λιγότερο φόβο, να δέχεται λιγότερο οίκτο και να αντιμετωπίζεται με όλη την κατανόηση που χρειάζεται παράλληλα με την ιατρική βοήθεια.

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

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 – που καμία σχέση δεν θα έχει με πραγματική άσκηση κοινωνικής εργασίας – κατευθυνόμενη από τις υποχρεώσεις ενός οιοδήποτε υπαλλήλου, έστω και ευσυνείδητου. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Σαν ιδιότητες χαρακτήρα και κατάλληλη προσωπικότητα, δεν εννοούμε μόνο τα γνωστά ηθικά προσόντα για τα οποία γίνεται αναφορά στις συστατικές επιστολές αλλά πρέπει η έρευνα της προσωπικότητας να γίνεται βαθύτερα, γιατί απαιτεί το επάγγελμα άτομα με:

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

(Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Χαρακτηριστικά επαγγελματικού εξοπλισμού

Τέλος φθάνουμε στον επαγγελματικό εξοπλισμό των κοινωνικών λειτουργών που για να επιτελέσουν ένα τόσο λειτούργημα πρέπει:

1. Να είναι σε θέση να κατανοούν τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν επίδραση στην κοινωνική συμβίωση και να γνωρίζουν τα ειδικότερα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία πιέζουν τους ανθρώπους προς τους οποίους θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.
2. Πρέπει να έχουν γνώση της νομοθεσίας, των θεσμών και των υπηρεσιών μέσω των οποίων η κοινωνία προσπαθεί να προαγάγει την κοινωνική και οικονομική ευημερία των ατόμων.
3. Πρέπει να έχουν γνώση της αναπτύξεως του ανθρώπου από άποψη βιολογικής και ψυχολογικής και φυσιολογικής αλλά και μη.
4. Πρέπει να αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στις περιπτώσεις ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών πιέσεων.
5. Πρέπει να κατέχουν τις αρχές και μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, να έχουν σαφή αντίληψη των άμεσων και απώτερων αυτών σκοπών κατά δε 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 συναλλασσόμενος 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 και κοινωνική παραδοχή και ανεξαρτησία και συντρέχοντας να αυξήσουν τις πιθανότητες για την εξασφάλιση μιας ζωής ποιοτικά ανεβασμένης.
7. Απαραίτητη είναι η καλή εξάσκηση στην τεχνική της συνέντευξης, της παρατηρητικότητας, του ακούειν, του ερευνάν και του επιδράν ευεργετικά πάνω στην ανθρώπινη ψυχή.

Για την απόκτηση όλων που προαναφέρθηκαν δεν είναι αρκετά η καλή καρδιά και ο κοινός νους όπως συχνά υποστηρίζεται. Η κοινωνική εργασία αποδίδει μέγιστη σπουδαιότητα στην εφαρμογή. Ως εκ τούτου απαραίτητα είναι η πρακτική άσκηση παράλληλα με τη θεωρία ώστε να δημιουργηθούν στελέχη με πολυδύναμο προσανατολισμό ούτως ώστε να μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός να χρησιμοποιεί το μεθοδολογικό αυτό υλικό άσχετα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης. Απαραίτητη η καλλιέργεια της ικανότητας στους μέλλοντες κοινωνικούς λειτουργούς ούτως ώστε να προσφέρουν άνετα σε οποιονδήποτε κοινωνική υπηρεσία χρησιμοποιούνται αυτοί άσχετα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

των ατόμων, των ομάδων, των γλωσσών. (Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991)

Z. 1. ΤΙ ΕΝΝΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν από τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Αντίστοιχα μπορούμε να μιλάμε για σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση, ενώ καθεμία από αυτές μπορεί να περιέχει πλήθος από διαφορετικές συνιστώσες. Είναι όμως αυτονόητο ότι καθεμία συνδέεται άμεσα με τις άλλες, τις επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτές. (Ρηγάτος, 2000)

Σκοπός της αποκατάστασης, είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης. (Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, 1991)

Η αποκατάσταση προϋποθέτει τη συνεργασία ενός πλήθους συντελεστών, δείχνοντας από μία ακόμα σκοπιά ότι ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. (Ρηγάτος, 2000)

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του ατόμου, προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου, της οικογένειας του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσικοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασης του. (Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, 1991)

Οι διαδικασίες αποκατάστασης και η εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης αρχίζει ήδη από τη διάγνωση. Αυτό

έχει την έννοια της σταδιοποιημένης και τεκμηριωμένης διάγνωσης, της ενημέρωσης του ασθενούς, της επιλογής σε συνεννόηση μαζί του των καλύτερων για αυτόν θεραπευτικών μεθόδων. Στη συνέχεια έρχεται η άρση των συνεπειών της νόσου, αλλά και των συνεπειών της θεραπείας, ώστε ο καρκινοπαθής σωματικά και ψυχικά ισορροπημένος να επανενταχθεί ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο.

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η αποκατάσταση που αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενή, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική-ψυχική- πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση, προϋποθέτει συμμετοχή σε ανάλογα ψυχοκοινωνικά προγράμματα αποκατάστασης. (Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, 1991)

Βασική προϋπόθεση συμμετοχής σε αυτά τα προγράμματα είναι το να γνωρίζουν οι ασθενείς, από τον ίδιο τον θεράποντα ιατρό τους,, ότι πάσχουν από καρκίνο. Στόχοι των προγραμμάτων αυτών είναι:

1. Να βοηθηθεί το άτομο που αντιμετωπίζει τον καρκίνο να συνεχίσει τη ζωή του, γνωρίζοντας την απειλή που αποτελεί η αρρώστια για αυτόν, γνωρίζοντας την πιθανότητα των μεταστάσεων και να μπορεί να ελέγχει άγχος και φόβο για τον θάνατο, αποκτώντας τη δύναμη να αντιμετωπίσει μια τέτοια πιθανότητα.
2. Να βοηθηθεί να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα του σώματός του, μετά από ένα ακρωτηριασμό, όπως μια μαστεκτομή.

3. Να βοηθηθεί να προσαρμοσθεί στο Κοινωνικό του περιβάλλον. Αυτή η βοήθεια μπορεί να είναι είτε πρακτικής φύσεως, όπως εκμάθηση οισοφαγικής φωνής για τους λαρυγγεκτομημένους, είτε υποστηρικτική, που έχει σαν σκοπό να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που είναι το αποτέλεσμα της αρρώστιας και που οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση.
4. Να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν την αρρώστια και τα προβλήματα (οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά) που δημιουργεί ο καρκίνος.
5. Να βοηθήσει την Ελληνική Κοινωνία να καταλάβει πως ο καρκίνος είναι μια αρρώστια η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια αισιόδοξη, δυναμική και αποφασιστική στάση.

Μέσα από τους στόχους αυτούς, προσπαθούμε να επιτύχουμε ένα πολύ σημαντικό αποτέλεσμα. Να πάψει ο άτομο να βλέπει τον εαυτό του σαν «καρκινοπαθή» με όλο το βάρος του κοινωνικού στίγματος που συγκεντρώνει η λέξη αυτή και που λειτουργεί ακόμη και σήμερα σαν σφραγίδα «μελλοθανάτου» και να καταφέρει να δει τον «καρκίνο» όχι σαν το κυριότερο χαρακτηριστικό του, αλλά σαν ένα σοβαρό πρόβλημα.

Ο βασικός άξονας της δουλειάς του κέντρου, βασίζεται στην Ομάδα παρ' όλο ότι γίνονται και ατομικές συναντήσεις.

Έτσι, λειτουργούν κλειστές ομάδες των 8-10 ατόμων που συντονίζονται από Κοινωνικό Λειτουργό και ψυχολόγο. Προηγείται πάντα η λήψη κοινωνικού και ψυχολογικού ιστορικού. Στη δουλειά χρησιμοποιούνται tests καθώς και ερωτηματολόγια.

Στο ψυχοκοινωνικό ιστορικό μεταξύ των άλλων ερευνώνται :

1. Στοιχεία προσωπικής, ζωής (ποιότητα οικογενειακών σχέσεων από την παιδική ηλικία).

Ποιότητα συζυγικών σχέσεων.

2. Ψυχοτραυματικά γεγονότα πριν αρρωστήσουν.

3. Τι πιστεύουν τα ίδια τα άτομα ότι προκάλεσε τον καρκίνο.

4. Η στάση τους απέναντι στην αρρώστια.

(Διεπιστημονική ημερίδα – ψυχοκοινωνική ογκολογία, Αθήνα, 1990)

Η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού, μέσα από το ρόλο του και το αντικείμενο δουλειάς του που είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το περιβάλλον του, περιλαμβάνει την ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενή, στοχεύοντας στην αποκατάσταση του όπου θα πρέπει να αρχίζει συγχρόνως με την πληροφορία της διάγνωσης και την προτεινόμενη θεραπεία.

Η δε φροντίδα πρέπει να απευθύνεται:

1. Στα συναισθήματα που κατακλύζουν τον ασθενή μετά την επιμόρφωση του για την διάγνωση και τη θεραπεία.

2. Στον τρόπο που θα χειρισθεί ο κάθε ασθενής τα συναισθήματα του, σε σχέση με τον εαυτό του και τους γύρω του (γιατρό - νοσηλευτικό προσωπικό - οικογενειακό περιβάλλον - κοινωνικό περίγυρο).

3. Στην ανάγκη του αρρώστου για προσαρμογή σε νέες συνθήκες οι οποίες συχνά τον υποχρεώνουν σε αλλαγές σχεδίων η στόχων.

4. Στην ανάγκη για μια νέα ισορροπία σε προσωπικό - οικογενειακό - εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο.

5. Στα προβλήματα πρακτικής ή οικονομικής φύσεως από τα πιο απλά μέχρι τα ανυπέρβλητα.

(1^ο Σεμινάριο φροντίδας και αποκατάστασης ογκολογικού ασθενούς, Αθήνα, 1992)

Όταν η πορεία της αρρώστιας ή τα επακόλουθα της θεραπείας δημιουργούν καταστάσεις που συνεπάγονται μόνιμους περιορισμούς ή οριστικές αναθεωρήσεις σχεδίων και στόχων ζωής η συμβουλευτική και υποστηρικτική φροντίδα πρέπει να είναι άμεση για να είναι αποτελεσματική. (ο.π)

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα στη φάση αυτή, δεν αφορά μόνο τον ασθενή, αλλά παράλληλα πρέπει να εκτιμηθούν και τα συναισθήματα, οι αντιδράσεις και τα προβλήματα που δημιουργούνται μέσα στην οικογένεια. (ο.π)

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα, έχει σαν στόχο, μέσα από τη διαδικασία της προσαρμογής στην αρρώστια και στις νέες συνθήκες που θα επιβάλλει αυτή στον άρρωστο:

- Να τον στηρίξει για να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, μέσα στα όρια της αρρώστιας, παράλληλα με τη γνώση αυτής και την απειλή που τη συνοδεύει.
- Να τον βοηθήσει ν' αναπτύξει την αντοχή του, για την αμφιβολία και την αβεβαιότητα που έχουν όλοι οι ογκολογικοί ασθενείς, που πάσχουν από μια ασθένεια που είναι ακόμη συνδεδεμένη με

το φόβο μιας αβέβαιης πορείας και φέρει το στίγμα του θανάτου.
(1^ο Σεμινάριο φροντίδας και αποκατάστασης ογκολογικού ασθενούς, Αθήνα, 1

Ενα πλήρες ι *δραστηριότητες* νωνικής φροντίδας και
αποκατάστασης, πρέπ *αποκατάστασης ασθενούς* ώρα της διάγνωσης και
να περιέχει τρεις βασικές φάσεις:

1. Η πρώτη φάση πρέπει να περιλαμβάνει την πληροφόρηση - προετοιμασία και υποστήριξη του αρρώστου για να αποδεχθεί τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Η φάση αυτή καλύπτει κυρίως την επαφή του αρρώστου με τα εξωτερικά ιατρεία ή την είσοδο του στο Νοσοκομείο.

2. Η δεύτερη φάση καλύπτει όλη τη νοσηλεία και απαιτεί συμβουλευτική και υποστηρικτική φροντίδα ασθενούς και οικογένειας.

3. Η τρίτη φάση αποτελεί τη διασύνδεση του αρρώστου με τα ειδικά εξωνοσοκομειακά προγράμματα αποκατάστασης, τα οποία πρέπει να έχουν το μεγαλύτερο βάρος της ψυχοκοινωνικής επανένταξης του αρρώστου.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η ψυχοκοινωνική φροντίδα και η αποκατάσταση, δεν αποτελεί έργο ενός μόνο ειδικού, αλλά απαιτεί τη συνεργασία όλων των ειδικών (Διεπιστημονική ομάδα). (1^ο Σεμινάριο φροντίδας και αποκατάστασης ογκολογικού ασθενούς, Αθήνα, 1992)

Όμως σίγουρα, η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστων με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων, αλλά βιώνεται με την

ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο. (Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, 1991)

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες (Home Continuing Care Team), που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσουν τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, εκεί που πρωτοαντίκρισε τη ζωή. (ο.π)

Και τέλος, ανεξάρτητα αν η αρρώστια είναι ιάσιμη, ελεγχόμενη ή τελικού σταδίου, κάθε άρρωστος με καρκίνο, δικαιούται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ικανός να είναι ο εαυτός του, όσο το δυνατόν περισσότερο. (ο.π)

Το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε, ανεξάρτητα από το ίδρυμα που νοσηλεύεται ο άρρωστος, εξαρτάται από τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα όλων εκείνων, όλων εμάς, που συμμετέχουμε στη φροντίδα του. Γιατί η αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει.

(Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, 1991)

3. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα προβλήματα προς αποκατάσταση προέρχονται είτε από την ίδια τη νόσο (και τις τυχόν μεταστάσεις της) είτε από τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Παρατίθενται ενδεικτικά ορισμένα από τα προβλήματα, προκειμένου να φανεί η μεγάλη ποικιλία που εμφανίζουν. (Ρηγάτος, 2000)

Τα προβλήματα από τη νόσο είναι είτε γενικά, αναφερόμενα στον οργανισμό ως σύνολο, είτε τοπικά. Τα γενικά προβλήματα μπορεί να είναι:

α. σωματικά, όπως το αίσθημα κακουχίας, η ελαττωμένη θρέψη, ο πόνος κ.τ.λ.

β. Ψυχολογικά, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος.

γ. Κοινωνικά, όπως οι διαταραχές στην οικογένεια, επαγγελματικές δυσκολίες, οικονομική δυσπραγία, δυσχέρειες επικοινωνίας κ.τ.λ. (ο.π)

Τα τοπικά προβλήματα αναφέρονται σε ένα όργανο ή οργανικό σύστημα ή σε μια ανατομικολειτουργική ενότητα του σώματος. Αναφέρονται ενδεικτικώς τα προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε κάταγμα ενός σκέλους, σε δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης ή του ορθού, σε παραλύσεις μεμονωμένων νεύρων κ.τ.λ. (ο.π)

Τα προβλήματα από την θεραπεία είναι και πάλι σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά και είναι διαφορετικά, ανάλογα με το όργανο, τη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθήθηκε κ.τ.λ. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να συνεπάγεται ακρωτηριασμούς άκρων ή ακρωτηριασμό του μαστού, εκτομές εσωτερικών οργάνων, στομίες κ.τ.λ. Η φαρμακευτική θεραπεία/ χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει μερική ή πλήρη, αναστρέψιμη όμως, αλωπεκία, βλάβη των φλεβών, βλάβες των ιστών και του δέρματος κ.τ.λ. Η ακτινοθεραπεία πολύ συχνά προκαλεί βλάβες του δέρματος (υπέρχρωση, εγκαύματα), βλάβες οργάνων (κυστίτιδα, κολίτιδα), διαταραχές της κινητικότητας, παραμορφώσεις κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

Τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται από τις διάφορες θεραπείες και απαιτούν αποκατάσταση, αναφέρονται σε προβλήματα της ερωτικής ζωής, σε μεταβολές του ρόλου στην οικογένεια, σε επαγγελματικές ανεπάρκειες, σε οικονομικές δυσχέρειες κ.τ.λ. (ο.π)

Η. 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η αναζήτηση λιγότερο δυσμενών επιπτώσεων από τις θεραπείες, δηλαδή η αναζήτηση καλύτερης ποιότητας ζωής τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας, όσο και μετά από αυτήν, είναι μια εξέλιξη των τελευταίων χρόνων. Η αντίληψη αυτή δεν ήρθε μόνο ως αποτέλεσμα των προόδων στα επαγγέλματα υγείας και την τεχνολογία. Αποτελεί εξ' ίσου αποτέλεσμα σημαντικών μεταβολών στις στάσεις και τις αντιλήψεις του κοινωνικού σώματος και αποτέλεσμα της διακήρυξης και της νομοθετικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών. (Ρηγάτος, 2000)

Για την έννοια της ποιότητας ζωής έχουν γίνει πολλές συζητήσεις, χωρίς να επιτυγχάνεται ομοφωνία, λόγω των διαφορετικών για τον καθένα κριτηρίων. Αυτό έκανε σαφές την οποιαδήποτε προσπάθεια ορισμού της η οποία περιλαμβάνει την υποκειμενικότητα της έννοιας και η μεταβλητότητά της στο χώρο και στο χρόνο που όμως μπορεί να δοθεί ως εξής:

“Ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη του ατόμου, που αφορά την κατάσταση της ζωής του στα πολιτισμικά πλαίσια και στα πλαίσια του συστήματος αξιών, εντός των οποίων ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο θέτει.” (Ρηγάτος, 2000)

Επειδή όμως κάθε ένας, ανάλογα με τη διάσταση της ποιότητας ζωής, που ήθελε να μετρήσει έδιδε αντίστοιχο ορισμό, οι Carolyn, Cook, Gotay και άλλοι, δίνουν τον δικό τους ορισμό, με εφαρμογή σε κλινικές έρευνες, κατά τον οποίο:

“Ποιότητα ζωής είναι μια κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει: την ικανότητα του ασθενούς να εκπληρώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, γεγονός που δηλώνει φυσική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, και την ικανοποίηση του ως προς τα επίπεδα λειτουργικότητας του και ως προς την αίσθηση του ελέγχου για την αίσθηση του ελέγχου για την ασθένεια ή και τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί”. (Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001)

2. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ποιότητα ζωής του ασθενούς πρέπει να αξιολογείται, να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας του καρκίνου και να ενσωματώνεται στο σχεδιασμό της και την βελτίωση της ώστε η μέτρησή της να γίνεται ως ρουτίνα σε μια ογκολογική κλινική. (Μετεκπαιδευτήκα σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001)

Μία από τις κυριότερες εφαρμογές της είναι στους ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους χρησιμοποιείται για να καθορίσει το είδος της θεραπείας ανάμεσα σε εκείνα τα θεραπευτικά σχήματα με την ίδια αναμενόμενη διάρκεια επιβίωσης, που βελτιώνουν όμως την ζωή. Γενικά, μετρώντας την ποιότητα ζωής είναι δυνατόν να:

1. καθοριστεί το είδος της θεραπείας. Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την διαδικασία επιλογής της θεραπείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εφαρμόζονται τελικά θεραπευτικά σχήματα με το ίδιο οργανικό αποτέλεσμα που βελτιώνουν όμως την ζωή.
2. αποτελέσει έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη της νόσου. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και ξεκάθαρη εξατομίκευση, αφού ο κάθε ασθενής την βιώνει διαφορετικά με βάση τις αξίες και προσδοκίες του, εκείνος γνωρίζει καλύτερα από κάθε άλλον την κατάσταση της υγείας του. Επομένως μετρώντας την ποιότητα ζωής

αποκτιέται κατά το δυνατόν μια πληρέστερη εικόνα της υγείας του.

3. συμβάλλει στην ανάπτυξη και εξέλιξη της υποστηρικτικής φροντίδας και της αποκατάστασης των ασθενών. Αφορά κυρίως σε εντοπίσεις της νόσου που σχετίζονται με μεγάλο πληθυσμό ασθενών, και στον οποίο η υποστηρικτική φροντίδα είναι απαραίτητη.
4. βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν την ιδιαιτερότητα της νόσου, της θεραπείας και των επιπλοκών της.
5. παρατείνει την επιβίωση. Από μελέτες φαίνεται να αυξάνει η διάρκεια ζωής πέρα από το προσδοκώμενο σε ασθενείς, των οποίων βελτιώθηκε η ζωή.
6. τέλος να αντισταθμίσει το όφελος και το κόστος μιας θεραπείας, δίνοντας έμφαση στην οικονομική διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας. (Μετεκπαιδευτήκα σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001)

Μια επιπλέον παράμετρος που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας και όλα τα μέλη της ομάδας που ασχολούνται με την ογκολογία, προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα ζωής, εφαρμόζουν δύο προσεγγίσεις: η ψυχομετρική προσέγγιση και η προσέγγιση της χρησιμότητας, οι οποίες στηρίχθηκαν σε δύο

διαφορετικά επιστημονικά δεδομένα και είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. (ο.π)

Σύμφωνα με τον Ρηγάτο (2000), συνοψίζοντας, θα μπορούσαν να αναφερθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Η ποιότητα ζωής είναι μια παράμετρος η οποία πρέπει να συνεκτιμάται μαζί με τις άλλες παραμέτρους κατά την αντιμετώπιση του καρκίνου.
2. Η έννοια της ποιότητας ζωής έχει μεγάλη υποκειμενικότητα και εξαρτάται από το άτομο, το πολιτιστικό του επίπεδο, τις αντιλήψεις του, το συνολικό κοινωνικό πλαίσιο κ.τ.λ.
3. Παρά τα ποικίλα μεθοδολογικά προβλήματα, έχουν αναπτυχθεί “εργαλεία” που καταγράφουν με τρόπο αντικειμενικό και αξιόπιστο την ποιότητα ζωής κατά μια δεδομένη χρονική περίοδο ή για συγκεκριμένο νεόπλασμα ή για κάποια θεραπευτική περίοδο.
4. Οι αντιλήψεις για ποιότητα ζωής έδωσαν ώθηση για την βελτίωση των χειρουργικών και ακτινοθεραπευτικών τεχνικών, για την σύνθεση φαρμάκων με μικρότερη τοξικότητα.
5. Επί ισοδύναμων αποτελεσμάτων στην επιβίωση, η ποιότητα ζωής αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στη λήψη της απόφασης για την επιλογή της θεραπείας.

6. Η χαρακτηριζόμενη ποιότητα ζωής όμως είναι σταθερό ζητούμενο που μπορεί να μεταβάλλεται μαζί με τον άνθρωπο και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αυτός ζει.
7. Παρότι βασικός στόχος πρέπει να παραμένει η ίαση, η μέριμνα για την ποιότητα ζωής δεν πρέπει να παραβλέπεται και να επιδιώκεται η ταυτόχρονη επίτευξη της μακριότερης επιβίωσης για την καλύτερη ποιότητα ζωής.

Στην Ελλάδα, τελειώνοντας, η μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο αποτελεί μάλλον άγνωστο χώρο. Η μη ύπαρξη ανάλογων μελετών στη βιβλιογραφία, αλλά και η μη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ογκολογικές κλινικές και νοσοκομεία, μαρτυρεί ότι οι Έλληνες λειτουργοί υγείας τώρα αρχίζουν να αντιλαμβάνονται την σημαντικότητα της για τους ασθενείς, παρότι ο όρος γράφτηκε στο Index Medicus το 1977. (Μετεκπαιδευτήκα σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Αθήνα, 2001)

Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας και η έρευνα για το αντικείμενο θα μπορέσει να εισάγει την μέτρηση της ποιότητας ζωής στις ογκολογικές κλινικές. Απαιτείται πρώτα η προσαρμογή των κλιμάκων στα Ελληνικά δεδομένα και η συμμετοχή σε Ευρωπαϊκές έρευνες, προκειμένου να υπάρξουν τα εργαλεία μέτρησης και η κατάλληλη κλινική εμπειρία. Ελπίδα, τόσο για τον γιατρό όσο και για τον κοινωνικό λειτουργό, είναι να αποτελέσει στο μέλλον, η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, μέρος της θεραπείας τους και για την ελληνική πραγματικότητα. (ο.π)

3. ΆΛΛΑ ΜΕΣΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Για την καλύτερη ποιότητα ζωής, η φαρμακευτική και η βιοϊατρική έρευνα επιδιώκουν (και επιτυγχάνουν) την ανάπτυξη ουσιών που προλαμβάνουν ή αντιμετωπίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων. Επιτυγχάνουν ακόμα και τη σύνθεση φαρμάκων με μικρότερη τοξικότητα, μειωμένες δόσεις χημειοθεραπείας, ακτινοβολίας. (Ρηγάτος, 2000)

Ορισμένα τεχνικά βοηθήματα μπορεί να διευκολύνουν την κίνηση, έστω και σε κλειστό και περιορισμένο χώρο, και να δώσουν στον ασθενή αυτονομία για τις πιο στοιχειώδεις ατομικές ανάγκες (σίτιση, τουαλέτα κ.λπ.). Τυπικά παραδείγματα είναι διάφοροι τύποι ελαφρών και σταθερών μπαστουνιών με μικρή ή με ευρύτερη επιφάνεια στήριξης, τα πι, κηδεμόνες και νάρθηκες μελών κ.λπ. Για άτομα καθηλωμένα, το αναπηρικό αμαξίδιο (καροτσάκι) μπορεί να δώσει αρκετή αυτονομία και ικανοποίηση αναγκών στοιχειώδους μετακίνησης και επικοινωνίας. (ο.π)

Στα βοηθήματα κατατάσσονται και τα τεχνητά μέλη, τα οποία μπορεί να κοινωνικοποιήσουν πλήρως έναν θεραπευμένο με ακρωτηριαστική επέμβαση. (ο.π)

Ειδικού τύπου βοηθήματα είναι και ο τεχνητός μαστός, για περιπτώσεις μαστεκτομής, ακόμη και ειδικά μαγιό με πρόσθετο τεχνητό μαστό στη θέση του ακρωτηριασμένου. (Ρηγάτος, 2000)

Η περούκα για την αλωπεκία από χημειοθεραπεία ή για τη μόνιμη αλωπεκία από την ακτινοθεραπεία του κρανίου είναι πολύτιμη και παρέχει στον/στην ασθενή τη δυνατότητα δημόσιας εμφάνισης χωρίς την πρόκληση δυσάρεστων καταστάσεων. (ο.π)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα ειδικά Νοσοκομεία για τον καρκίνο στην Ελλάδα

Η ανάγκη δημιουργίας ειδικών Νοσοκομείων για τον καρκίνο προέκυψε από την αναγνώριση της μεγάλης σημασίας 1) της πρώιμης διάγνωσης και 2) της εφαρμογής όσο το δυνατόν σχολαστικά σωστής θεραπείας. Και τα δύο έχουν αποφασιστική σημασία για τη ζωή του αρρώστου. Έγινε φανερό ότι αυτές οι ανάγκες μπορούσαν να καλυφθούν μόνο από γιατρούς ειδικά εκπαιδευμένους στον καρκίνο και μάλιστα εκπαιδευμένους σε συλλογική εργασία "σε ομάδες" στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς. Πολύ γρήγορα ακόμη έγινε αντιληπτό ότι οι πιο σημαντικές πρόοδοι στον καρκίνο προέρχονται από ειδικούς ογκολόγους ενώ, ακόμη, έγινε αντιληπτή η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων διδασκαλίας στον καρκίνο. Όλα αυτά, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα και διδασκαλία, μπορούσαν να συγκεντρωθούν και να συντονισθούν, μόνο μέσα σε Ειδικά Νοσοκομεία. (Κλινική Ογκολογία, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα 1981)

Σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου

Οι σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή εξειδικευμένων, υψηλής στάθμης υπηρεσιών στους καρκινοπαθείς και η προώθηση της θεωρίας και της πράξης της προληπτικής του καρκίνου.
2. Η διδασκαλία στον καρκίνο φοιτητών, γιατρών, νοσηλευτών και παρά-Ιατρικού προσωπικού και

3. Η προώθηση της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας

Και οι τρεις σκοποί είναι το ίδιο σημαντικοί και κανένα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο δεν θα μπορέσει να δημιουργήσει το σωστό τεχνικό, επιστημονικό και πνευματικό ‘‘περιβάλλον’’ και να ανταποκριθεί έτσι στον προορισμό του, αν δεν προωθήσει παράλληλα και του τρεις στόχους.

Με την πραγματοποίηση του 1^{ου} σκοπού επιτυγχάνουμε υψηλότερα ποσοστά ίασης ή μακρότερη παράταση της ζωής και βελτίωση της ποιότητάς της, σε σύγκριση με τα μη ειδικά Νοσοκομεία, ενώ με την προώθηση της προληπτικής του καρκίνου (πρωτογενή και δευτερογενή) καλύπτουμε μεγαλύτερους στόχους του Αντικαρκινικού Αγώνα, γιατί, βέβαια, καμιά θεραπεία δεν είναι τόσο καλή όσο η πρόληψη.

Με την πραγματοποίηση του 2^{ου} σκοπού δημιουργούμε καινούργια στελέχη (γιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό) για να καλύψουν τις ανάγκες των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων και Μονάδων Καρκίνου σε Γενικά Νοσοκομεία, Εξωτερικά Ιατρεία, κ.ά. Ακόμα με την διδασκαλία καλλιεργούμε και προάγουμε το Επιστημονικό ενδιαφέρον σε θέματα καρκίνου που χωρίς αυτό δεν μπορεί να υπάρξει πρόοδος.

Ο 3^{ος} σκοπός είναι η προώθηση της έρευνας. Τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης του καρκίνου σήμερα δεν είναι ικανοποιητικά και δεν υπάρχει κανένας άλλος δρόμος εκτός από την έρευνα για ν’ αλλάξουμε αυτή την εικόνα. Έτσι η έρευνα στον καρκίνο είναι περισσότερο αναγκαία από άλλους τομείς, όπως π.χ. τα λοιμώδη νοσήματα που η θεραπεία είναι σήμερα πολύ περισσότερο αποτελεσματική. Και η βασική και η εφαρμοσμένη έρευνα πρέπει

να προωθείτε στον ίδιο βαθμό σε οποιοδήποτε τομέα της Ιατρικής και ιδιαίτερα στον Καρκίνο, μια αρρώστια που εκφράζει διαταραχή της αύξησης και της διαφοροποίησης του κυττάρου. Ούτε είναι σωστό ότι σε μικρές χώρες δεν είναι απαραίτητο να γίνονται έρευνες. Είναι παραδεγμένο ότι σε χώρες που δεν γίνονται έρευνες το επίπεδο της Ιατρικής είναι γενικά χαμηλό. Άλλωστε η σημερινή έρευνα είναι η αυριανή θεραπεία.

Μέσα πραγματοποίησης των σκοπών του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου

Τι χρειάζεται ένα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο για να πραγματοποιήσει αυτούς τους σκοπούς;

Πρώτα χρειάζεται σύγχρονα κτίρια και σύγχρονο μηχανικό εξοπλισμό που πρέπει να ανανεούται συνεχώς και αυτό βέβαια σημαίνει – ιδιαίτερα για το μηχανικό εξοπλισμό- άφθονα οικονομικά μέσα.

Δεύτερο χρειάζεται οργάνωση και λειτουργία των Ιατρικών και Διοικητικών Υπηρεσιών σε εντελώς σύγχρονη βάση. Η Διοίκηση των Νοσοκομείων είναι σήμερα ξεχωριστή επιστήμη και τα Νοσοκομεία πρέπει να διοικούνται από ειδικούς που ξέρουν να δουλεύουν συλλογικά.

Η έννοια της ‘‘Διοίκησης’’ είναι πλατιά και περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμους λειτουργικούς κυρίως στόχους (που βασικά είναι η αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων) και μακροπρόθεσμους στόχους, που περιλαμβάνουν το σχεδιασμό και σωστή οργάνωση του Ιατρικού, Διοικητικού και Παραϊατρικού προσωπικού για τη σωστή εφαρμογή αυτής τη Ιατρικής Πολιτικής.

Το περιβάλλον του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου

Το ``περιβάλλον `` του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι συχνά καταθλιπτικό. Τα βασικά στοιχεία που δημιουργούν αυτό το καταθλιπτικό περιβάλλον είναι οι εικόνες των βαριά αρρώστων, οι δυσμορφίες, το συχνό αίσθημα της ``ήτις`` από το προχωρημένο καρκίνο που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, ο πολύς πόνος και ο σχεδόν καθημερινός θάνατος. Τα τελευταία χρόνια όμως με τη σύγχρονη πρόοδο στη θεραπεία, η εικόνα φαίνεται να αλλάζει ακόμη και στο γενικευμένο καρκίνο. Το ποσοστό των αρρώστων που θεραπεύονται αυξάνει, ακόμη και στο γενικευμένο καρκίνο. Έτσι η απογοήτευση εναλλάσσεται συχνά με την ενθάρρυνση – η απογοήτευση όμως είναι συνηθέστερη και επικρατέστερη.

Οι ίδιοι οι γιατροί των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων δεν ξεφεύγουν φυσικά από την επίδραση αυτού του περιβάλλοντος με τις τόσο έντονες εντυπώσεις και τις ψυχολογικές μεταπτώσεις. Και γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται να δημιουργείται στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία ένα τέτοιο κατάλληλο, ιδιαίτερο κλίμα που να καλλιεργείται το επιστημονικό ενδιαφέρον και η έρευνα, έτσι που ο γιατρός να μην χάσει τη μαχητικότητα και τον ενθουσιασμό του – και τελικά και τον εαυτό του – για την αντιμετώπιση αυτής της αρρώστιας και την προώθηση της έρευνας που είναι τόσο επιτακτική ανάγκη στον καρκίνο. Χωρίς αυτή την ατμόσφαιρα οι ίδιοι οι γιατροί θα αποκτήσουν την ψυχολογία της ηττοπάθειας και αδιαφορίας.

Σε αυτό το περιβάλλον η φροντίδα για τον άρρωστο είναι ``ολική``, δεν είναι τμηματική. Δεν φροντίζουμε μόνο για τη φυσιολογική ακεραιότητα του αιμοποιητικού νευρικού συστήματος κ.λ.π. Ο άρρωστος αντιμετωπίζεται ``ολικά`` στα σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματά του. Η φροντίδα είναι ολική και συνεχής με σκοπό όχι απλώς την διατήρηση στη ζωή, αλλά διατήρηση μιας ζωής που αξίζει κανείς να ζει.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΣΕ ΑΛΛΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Ο καρκίνος, μια συχνή αρρώστια, στο Δυτικό Κόσμο τουλάχιστον, και η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, δεν μπορεί βέβαια να αντιμετωπισθεί μόνο από τα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία που είναι ολιγάριθμα. Τα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία σχεδιάζουν και εφαρμόζουν στην πράξη καινούργιες μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου ή βελτιώνουν τις παλιές μεθόδους. Αυτές οι μέθοδοι, καινούργιες ή παλιές βελτιωμένες, εφαρμόζονται μετά και στα Γενικά Νοσοκομεία. Είναι αναμφισβήτητο ότι η εφαρμογή στην πράξη της γνώσης που υπάρχει σήμερα θα έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της θεραπείας του καρκίνου γενικά από 1 στους 3 που θεραπεύονται σήμερα θα θεραπεύονται 1 στους 2.

Στα γενικά Νοσοκομεία βέβαια, ένας καλός Χειρουργός μπορεί να αντιμετωπίσει σωστά πολλές περιπτώσεις καρκίνου και το ίδιο ισχύει για τους Ακτινοθεραπευτές, Παθολογοανατόμους κ.λ.π. Αυτό όμως που λείπει συνήθως στα Γενικά Νοσοκομεία κατά την αντιμετώπιση του Καρκινοπαθούς από τους μη ειδικούς είναι ότι δεν δουλεύουν μαζί, σαν "ομάδα". Ένας από τους λόγους που δεν είναι δυνατός αυτός ο τρόπος δουλειάς στα Γενικά Νοσοκομεία είναι ότι οι μη ειδικοί γιατροί δεν έχουν αρκετές γνώσεις από τις δυνατότητες των άλλων ειδικοτήτων, όπως πρέπει τουλάχιστο να συμβαίνει στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία. Για να δουλέψει σωστά η "ομάδα" πρέπει ο Χειρουργός π.χ. να έχει αρκετές γνώσεις για τις δυνατότητες της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, κ.λ.π. στη συγκεκριμένη περίπτωση που συζητείται. Πρέπει ακόμη να βλέπει τις άλλες ειδικότητες όχι σαν ανταγωνιστικές, αλλά σαν ένα

αναγκαίο συνεργάτη για τη σωστή αντιμετώπιση του αρρώστου. Τέλος, ο Παθολογοανατόμος δεν είναι απομονωμένος στο εργαστήριό του αλλά ενεργό μέλος της ``ομάδας``. Αυτή η δυσκολία στα Γενικά Νοσοκομεία έχει αντιμετωπισθεί σε μερικές χώρες με τη δημιουργία μέσα στα Γενικά Νοσοκομεία Ογκολογικών Κλινικών που το προσωπικό τους έχει ειδική εκπαίδευση στον καρκίνο και ξέρουν να δουλεύουν σε ``ομάδες``. Σε αυτές τις μονάδες μπορεί να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά πολλές περιπτώσεις καρκίνου και ακόμα να προωθηθούν οι έρευνες και η διδασκαλία. Έρευνες στον καρκίνο μπορεί να αναληφθούν και από μη ειδικές μονάδες Γενικών Νοσοκομείων.

Κέντρα Ανιχνεύσεως Καρκίνου – Κινητές Μονάδες

Εκτός από τα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία σε μερικές χώρες λειτουργούν ειδικά Κέντρα Ανιχνεύσεως Καρκίνου (Cancer Detection Clinics) που έχουν σαν σκοπό την προώθηση της διάγνωσης του Καρκίνου σε ασυμπτωματικό στάδιο. Υπάρχουν ακόμη ``Κινητές Μονάδες`` που έχουν κυρίως σαν σκοπό την προώθηση της ασυμπτωματικής διάγνωσης σε απομακρυσμένες περιοχές μιας χώρας.

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ιδρύθηκε το 1958 από τους Γ.Κατσιφάδα και Α Τζαζόπουλο, και είναι μέλος της διεθνούς Ενώσεως κατά του Καρκίνου, μαζί με άλλες 140 περίπου Εταιρείες. Στην ίδρυση της συνέβαλε βασικά και η Προσωπικότητα του Γεωργίου Παπανικολάου ο οποίος υπήρξε εμπνευστής της δημιουργίας της.

Οι Αντικαρκινικές Εταιρείες σε όλο τον κόσμο εκφράζουν την ιδιωτική ανησυχία και το ενδιαφέρον και γενικά την ιδιωτική πρωτοβουλία για την οργάνωση του Αντικαρκινικού Αγώνα, της συνισταμένης δηλαδή όλων εκείνων των δραστηριοτήτων πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, ανακούφισης, αποκατάστασης και έρευνας που έχουν σαν στόχο τον περιορισμό της εκδήλωσης της νόσου και την αντιμετώπισή της. Χωρίς να υπάρχει η παραμικρή αμφισβήτηση ότι η ευθύνη της Υγείας του πολίτη φέρει η πολιτική ηγεσία και οι υπεύθυνες Κρατικές Υπηρεσίες, εν τούτοις είναι διεθνώς παραδεκτό ότι χωρίς τη συνειδητή παρουσία του πολίτη και την ελεύθερη αποδοχή όρων και κανόνων σε θέματα κοινού ενδιαφέροντος, όπως και η Υγεία, ο κίνδυνος αποτυχίας των είναι μεγάλος.

Η παρότρυνση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας χωρίς πολιτική, κοινωνική ή άλλη τοποθέτηση – αλλά με μοναδικό γνώμονα τη βελτίωση των συνθηκών ζωής και επιβίωσης μέσα σε συνεχώς σύγχρονα πλαίσια κοινωνικο-οικονομικής και τεχνολογικής κατάστασης αποτελεί μία από τις επιτυχημένες μεθόδους αντιμετώπισης και των προβλημάτων Υγείας.

Η καλή διαφώτιση και ενημέρωση του πολίτη αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για καλή σωματική και Κοινωνική Υγεία.

Έτσι η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία έχοντας στόχους :

- α. τη διάσωση όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών από τον καρκίνο
 - β. τη χρονική και ποιοτική βελτίωση της επιβίωσης ανιάτων ασθενών και
 - γ. την κάλυψη των κοινωνικών και άλλων αναγκών που προκαλεί ο καρκίνος στους προσβαλλόμενους και τις οικογένειές τους
- ανέπτυξε δραστηριότητα προς τομείς όπως:
- α. τη διαφώτιση του κοινού (ομιλίες, έντυπα, τηλεόραση)
 - β. την εκπαίδευση επιστημονικού και τεχνικού προσωπικού σε κλάδους ογκολογίας (χρησιμοποίηση εκπαίδευσης τεχνικού προσωπικού εργαστηρίων)
 - γ. την ενίσχυση, οικονομική και άλλη, των Αντικαρκινικών Ιδρυμάτων
 - δ. την χορήγησης φαρμάκων και νοσηλευτικού υλικού σε περιπατητικούς απόρους ασθενείς (βάσει υποδείξεων, οδηγιών και συνταγών εξειδικευμένων γιατρών στην ογκολογία)
 - ε. τη χρηματοδότηση επιστημονικών δραστηριοτήτων (Συνέδρια, Έρευνες, Βραβεύσεις)
 - στ. για την αντιμετώπιση των χρόνιων μορφών καρκίνου, των τελικών σταδίων και τη διευκόλυνση επαρχιωτών ασθενών οι οποίοι κατέφυγαν στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πειραιά για να νοσηλευθούν στα ειδικά Αντικαρκινικά Κέντρα, δημιούργησε, 10 χρόνια μετά την ίδρυσή της, τους Ξενώνες Αθηνών – Θεσσαλονίκης.

Τα Ιδρύματα αυτά, χωρίς να εισέρχονται στις δραστηριότητες των άλλων Αντικαρκινικών Ιδρυμάτων, βοηθούν και συμπληρώνουν τις

παροχές νοσηλευτικών και άλλων φροντίδων καλύπτοντας έτσι μεγαλύτερο φάσμα παροχών προς τον άρρωστο.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία διοικείται από 12μελές Διοικητικό Συμβούλιο το οποίο εκλέγεται για μια 5ετία από τη Γενική Συνέλευση της Εταιρείας και στο οποίο περιλαμβάνονται και μη γιατροί και γιατροί εκ των Αντικαρκινικών Ιδρυμάτων της χώρας ή και εκτός αυτών.

4. ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική κατάσταση υγείας μπορεί να βελτιωθεί εάν υιοθετηθεί υγιεινότερος τρόπος ζωής.

1. Μην καπνίζετε. Καπνιστές σταματήστε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Εάν δεν καπνίζετε μην κάνετε πειράματα με τον καπνό.
2. Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπύρα, κρασί ή άλλο είδος, μειρώστε την κατανάλωση.
3. Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων. Να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.
4. Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών.
5. Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο και τα ηλιακά εγκαύματα, ιδίως στην παιδική ηλικία.
6. Εφαρμόστε αυστηρούς κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Να ακολουθείτε όλες τις οδηγίες υγείας και ασφάλειας για ουσίες που μπορεί να είναι καρκινογόνες.

7. Επισκεφτείτε έναν γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μια πληγή που δεν επουλώνετε (και στο στόμα ακόμη), μια κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος, χρώμα ή μια μη φυσιολογική αιμορραγία.

8. Επισκεφτείτε ένα γιατρό εάν αντιμετωπίζετε έμμηνα προβλήματα, όπως επίμονος βήχας, έμμηνο βράγχος φωνής, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της ούρησης ή ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Για τις γυναίκες

Να κάνετε συχνά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος (PAP-TEST). Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού εάν είστε πάνω από 50 ετών.

5. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

1. Το δικαίωμα να 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 δικαίωμα να ανακουφίζεται – όσο είναι εφικτό – από ενδεχόμενο οργανικό πόνο.
5. Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος.
6. Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που προβάλλει και να συμμετέχει στη λήψη των 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 για 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 να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ΖΕΙ και έχει συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Ι. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά την ολοκλήρωση αυτής της βιβλιογραφικής μελέτης αλλά και την ολοκλήρωση της Εξαμηνιαίας Πρακτικής μου Άσκησης στο Π.Γ.Ν. Ρίου στο τμήμα της ογκολογικής κλινικής, παραθέτονται τα ακόλουθα συμπεράσματα.

1. Η διάγνωση της νόσου επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή των ασθενών. Αρχικά η φύση της απειλητικής αρρώστιας για τη ζωή των ασθενών, η ελλιπής πληροφόρηση, το στίγμα ,οι κοινωνικές προκαταλήψεις για τον καρκίνο , ο φόβος του πόνου και του θανάτου, και έπειτα φυσικά οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, επιδρούν με πολλαπλούς τρόπους επηρεάζοντας το σωματικό, ψυχολογικό, πνευματικό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

2. Σχέσεις εξάρτησης αναπτύσσονται με την οικογένεια και τους λειτουργούς υγείας ενώ οι δραστηριότητες του ατόμου με καρκίνο περιορίζονται, μετατίθενται ή τις περισσότερες φορές αναβάλλονται και αποδίδονται σε άτυχες συγκυρίες.

3. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, απαραίτητος επαγγελματίας στη διεπιστημονική ομάδα φροντίδας του νεοπλασματικού ασθενούς, πρέπει να τον στηρίζει συναισθηματικά. Οφείλει να συμβάλλει με σωστή επικοινωνία στην αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του ασθενή, γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα-η αγωνία να

αντικατασταθεί με σιγουριά και ασφάλεια ακόμα και στην περίπτωση υποτροπής της νόσου.

4.Μέρος της εργασίας του Κ.Λ. είναι να επιτύχει, σε συνεργασία με τον ασθενή τους ρεαλιστικούς στόχους που έχουν αρχικά τεθεί και είναι πρωταρχικά στοιχεία στη διασφάλιση ποιότητας ζωής και αποκατάστασής του.

5.Η αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη τη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας και έχει επιπτώσεις σε εργασιακές, οικονομικές, προσωπικές πτυχές της ζωής και των υπόλοιπων μελών. Ο Κ.Λ. παρών και σε αυτή τη φάση για τη φροντίδα, τη στήριξη του ασθενή ώστε να αποτρέψει όσο το δυνατόν περισσότερο την πυροδότηση των αντιδράσεων των μελών, να επεξεργαστεί και να ελέγξει τα προσωπικά του συναισθήματα στη διεργασία του θανάτου του ασθενούς.

6.Ο χώρος της συνεχιζόμενης έρευνας και εκπαίδευσης του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων στο νοσοκομείο, κατά τη γνώμη μου, παραμένει ανοιχτή πρόκληση στην καθημερινή κλινική πράξη.

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αξιολογώντας τα δεδομένα που προκύπτουν από την βιβλιογραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε, παραθέτω τις εξής προτάσεις:

1.Είναι απαραίτητη η αναγνώριση της συμβολής του επαγγέλματος του Κ.Λ. στο χώρο του Νοσοκομείου και ιδιαίτερα στην ευαίσθητη ομάδα των καρκινοπαθών.

2.Υπάρχει αναγκαιότητα στελέχωσης των Νοσοκομείων με εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να καλύπτεται αποτελεσματικά η ανάγκη για ποιοτική φροντίδα του καρκινοπαθούς.

3.Κρίνεται σκόπιμη η εγκατάσταση κατάλληλου υλικοτεχνικού εξοπλισμού στα επαρχιακά Νοσοκομεία ώστε οι ασθενείς να μην χρειάζεται να μετακινούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα, γεγονός που επιβαρύνει επιπλέον την σωματική και ψυχολογική κατάσταση της υγείας τους.

4.Θεωρείται απαραίτητη η εξειδίκευση των Κ.Λ. στον τομέα της ψυχοογκολογίας μέσω οργάνωσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων-σεμιναρίων-ημερίδων με σκοπό την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων.

5.Θα πρέπει να υπάρχει διοικητική υποστήριξη και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων στο Νοσοκομείο και οι Κ.Λ. να αναγνωριστούν ως ισότιμα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

6.Θα πρέπει να σημειωθεί ότι χρειάζεται ορθολογικός και μακροπρόθεσμος προγραμματισμός στην διαδικασία αποκατάστασης του ασθενούς από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης, έτσι ώστε να συνειδητοποιήσει ο ασθενής ότι μπορεί να επιτευχθεί λύση και στην περίπτωση του καρκίνου.

7.Κρίνεται απαραίτητη η ευαισθητοποίηση των αρχών και του κοινού με σύγχρονα κοινοτικά προγράμματα που σκοπό θα έχουν να αναπτυχθεί η πρόληψη και να μειωθεί το στίγμα και η περιθωριοποίηση των νεοπλασματικών ασθενών.

8.Επίσης θεωρώ πως θα πρέπει οι αποδοχές του λειτουργού υγείας να είναι αναλόγου επιπέδου με την προσφορά του στο χώρο, λαμβάνοντας υπόψη την κόπωση και το στρες που καθημερινά βιώνουν.

9.Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι είναι αναγκαία η δημιουργία ομάδας στήριξης των επαγγελματιών, στο χώρο της υγείας προκειμένου να βρεθεί λύση με το πρόβλημα της συναισθηματικής φόρτισης που συχνά έρχονται αντιμέτωποι.

10.Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι οι λειτουργοί υγείας οφείλουν να σεβαστούν τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, ανεξάρτητα από τις προσωπικές πεποιθήσεις ή απόψεις του καθενός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ.” Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο” Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα 1986.
2. Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ.”Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας” Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
3. Γκύρ Ζαν “Ψυχοσωματική και Καρκίνος” Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1993.
4. Cotran- Robbins, “Βασική Παθολογοανατομία” Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000
5. LeShan Eda “Μαθαίνοντας να λέμε αντίο” Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1998.
6. Μαρμαράς Β.- Λαμπροπούλου-Μαρμαρά. “Βιολογία Κυττάρου”, Εκδόσεις Τυροτάμα, Πάτρα 2000.
7. Marie –Frederique Bacque “Πένθος και υγεία” Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2001.
8. Mycek M.J.- Harvey R.A.- Champe P.C. “Φαρμακολογία” Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1997.
9. Ρηγάτος Γερ. “ Ψυχοκοινωνική Ογκολογία” Εκδόσεις ACSENT, Αθήνα 2000.
10. Σπηλιώτης Ιωαν. “Καρκίνος. Από την άγνοια στον φόβο” Εκδόσεις Αχαικές, Πάτρα 1999.
11. Σαπουντζή-Κρέπια Δ. “Stress Management” Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2000.
12. Σβάρτσενμπεργκ- Βιανσόν-Ποντέ “Να αλλάξουμε το θάνατο” Εκδόσεις Πύλη, Αθήνα 1982.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (Σ.Κ.Λ.Ε) “Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού εις τα διάφορα πλαίσια Εργασίας” ,Αθήνα 1974.
2. Ογκολογική Ενημέρωση, Τεύχος Απριλίου –Ιουνίου, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1999.
3. Ογκολογική Ενημέρωση, Τεύχος 3^ο, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία , Αθήνα 2001.
4. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 33^ο, Αθήνα 1994, σελ. 46-47.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

1. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Αθήνα 2001.
2. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Νοέμβρης 1999- Φεβρουάριος 2000, Αθήνα 2001.
3. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1999.
4. 4^ο Σεμινάριο Ψυχοογκολογίας “Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στην καρκινική διεργασία” Σιαφάκα Β.-Δαμίγος Δ.-Ρηγάτος Γ., Ιωάννινα 2002.
5. 1^ο Σεμινάριο Φροντίδας και Αποκατάστασης Ογκολογικού Ασθενούς, Γιδοπούλου Στραβολαίμου- Αλιμάρια Κ.- Χαλκιά Μ. Αθήνα 1992.

6. Διεπιστημονική Ημερίδα “Ψυχοκοινωνική ογκολογία- εξελίξεις και προοπτικές” Αθανασίου Α.- Αλεξόπουλος Α,- Βελισσαρόπουλος Χ.- Γιδοπούλου Στραβολαίμου Κ.- Δαμίγος Δ.- Σαμαρτζή Μ.- Χούντα Α., Αθήνα 1990.
7. Σ.Κ.Λ.Ε. Ε.Ε.Κ. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου “Ψυχοκοινωνική Διάσταση του καρκίνου” Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991.
8. Σεμινάρια Νοσηλευτριών “Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον καρκινοπαθή” Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

1. Κλινική ογκολογία, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, “Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου”, Στεφανής Κ., Αθήνα 1981.
2. Εισαγωγή στην Ψυχοσωματική του καρκίνου και ο Δεκάλογος της Ψυχοσωματικής του καρκίνου, Πανελλήνιος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑ.ΣΥ.ΚΑΦ.),Κύπρος 1992.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ - ΛΕΞΙΚΑ

1. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα,1980.
2. Ιατρική στον 21^ο Αιώνα, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα, 2000.
3. Νέα Ελληνική Εγκυκλοπαίδεια, Εκδόσεις Χάρη Πάτση, Αθήνα, 1980.

4. Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία,
Αθήνα, 1972.

