

# **«ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ - ΜΙΑ ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ»**

**Μετέγουσα Σπουδάστρια :  
Γιαννακού Αλεξάνδρα**

**Υπεύθυνος Εργασίας :  
Κολοκυθάς Γεώργιος  
Εργαστηριακός συνεργάτης.**

**Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανωτάτου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.**

**Πάτρα Μάιος 2004**



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....                                                                           | <b>3</b>  |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι</b> .....                                                                                 | <b>4</b>  |
| Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....                                                                                        | 4         |
| Β. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....                                                                                     | 5         |
| Γ. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....                                                                                  | 6         |
| Δ. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ.....                                                                                    | 7         |
| Ε. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....                                                             | 10        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β</b> .....                                                                                 | <b>11</b> |
| Α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....                                                                               | 11        |
| Β. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....                                                                            | 14        |
| Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....                                                                | 15        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ</b> .....                                                                                 | <b>26</b> |
| Α. ΤΑ ΚΥΡΙΩΤΕΡΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....                                                                   | 26        |
| I. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....                                                                            | 26        |
| II. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....                                                                                | 28        |
| III. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....                                                                          | 30        |
| IV. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ.....                                                          | 31        |
| V. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΔΡΟΣ.....                                                                        | 33        |
| VI. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ.....                                                         | 33        |
| VII. ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ.....                                                                            | 34        |
| VIII. ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ.....                                                                         | 34        |
| IX. ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....                                                                           | 35        |
| Β. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....                                                                 | 38        |
| Γ. ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....                                                          | 39        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ</b> .....                                                                                 | <b>46</b> |
| Α. Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....                                                                            | 46        |
| Β. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΟΝΟΥ.....                                                                                  | 48        |
| Γ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....                                                                              | 51        |
| Δ. ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ<br>ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ..... | 53        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε</b> .....                                                                                 | <b>56</b> |
| Α. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ.....                                                                      | 56        |
| Β. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ.....                                                                         | 64        |
| Γ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ.....                                          | 67        |
| Δ. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....                                   | 71        |
| Ε. ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΝΘΟΣ.....                                                                              | 73        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ</b> .....                                                                                | <b>78</b> |
| Α. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΡΙΑΣ.....                                                                      | 78        |
| Β. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ.....                                                                    | 80        |
| Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....                                                                         | 82        |
| Δ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....                                                               | 84        |
| ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....                                                                    | 89        |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....                                                                               | <b>93</b> |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....                                                                                           | 94        |
| ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....                                                                                         | 97        |
| ΑΡΘΡΑ.....                                                                                              | 98        |
| ΠΗΓΕΣ INTERNET.....                                                                                     | 98        |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή στοχεύει σε μια σφαιρική παρουσίαση των κακοηθών νοσημάτων αλλά και των ψυχολογικών και ψυχιατρικών αντιδράσεων του καρκινοπαθή. Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος. Η μελέτη αυτή χωρίζεται σε έξι (6) κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόσωπο του καρκίνου στην Ελλάδα και το πρόβλημα του καρκίνου γενικότερα. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ιστορική αναδρομή και εξέλιξη του καρκίνου όπως και στους παράγοντες καρκινογένεσης.

Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα κακοήθη νοσήματα και τον τρόπο αντιμετώπισης και θεραπείας αυτών. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στον πόνο στον καρκίνο και τον τρόπο αντιμετώπισης του. Επίσης γίνεται μια ανασκόπηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των αντικαρκινικών θεραπευτικών μεθόδων και της αντιμετώπισης των επιπτώσεων αυτών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παραθέτονται οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές αντιδράσεις του καρκινοπαθή αλλά και ο τρόπος υποστήριξης τους. Επίσης αναφέρονται οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές και η εξέλιξη των κακοηθών νοσημάτων αλλά και ο θάνατος και το πένθος ως σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τόσο τον καρκινοπαθή όσο και την οικογένεια του. Τέλος το έκτο κεφάλαιο περιέχει το ρόλο του νοσηλευτή, του θεράποντα ιατρού, του κοινωνικού λειτουργού και της οικογένειας στη ζωή και στη πορεία της ασθένειας του καρκινοπαθή.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως καρκίνος ορίζεται ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων. Σε αυτή τη περίπτωση παύουν να ισχύουν σημαντικοί κανόνες της γονιδιακής έκφρασης. Τα καρκινικά κύτταρα αποτελούν κλώνους ενός καρκινικού κυττάρου και μπορεί να επηρεάσουν οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Μερικοί καρκίνοι μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά. ([www.betterhealth.vic](http://www.betterhealth.vic))

Ένα εκατομμύριο Ευρωπαίοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από τον καρκίνο, μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου, που πλήττει πλέον, όλο και νεαρότερες ηλικίες. Στις βιομηχανικές χώρες, η νεοπλασματική παθολογία αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου και τη συχνότερη παθολογική μορφή με την οποία ένας ευρωπαίος πολίτης οφείλει να συμβιώνει, είτε ως άμεσα προσβεβλημένος είτε ως συγγενής ή φίλος προσβεβλημένου ατόμου. Συγκεκριμένα εμφανίστηκαν 1.594.379 νέες περιπτώσεις το 1997 στα 15 κράτη μέλη. ([www.betterhealth.vic](http://www.betterhealth.vic))

Το 1997, οι πιο διαδεδομένες νεοπλασίες στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν οι νεοπλασίες του παχέος εντέρου και του ορθού, του μαστού, του προστάτη, της κύστης και του στομάχου, που αντιπροσώπευαν το 59% όλων των νέων περιπτώσεων. Την ίδια χρονιά, υπεύθυνες για τον υψηλότερο αριθμό θανάτων ήταν οι νεοπλασίες των πνευμόνων, του παχέος εντέρου και του ορθού, του μαστού, του στομάχου, του προστάτη και του παγκρέατος, που αντιπροσώπευαν το 57% όλων των θανάτων από νεοπλασίες. ([www.betterhealth.vic](http://www.betterhealth.vic))

Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνουν την ανάγκη για την έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων που δίνουν το σήμα κινδύνου, μέσω της σωστής ενημέρωσης και υγειονομική διαπαιδαγώγηση των πολιτών. Ήδη, υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, στον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, που πλήττει μεγάλο ποσοστό γυναικών στην παραγωγική ηλικία ενώ και για τις μορφές εκείνες των νεοπλασιών που δεν επιτυγχάνεται πλήρης ίαση εξασφαλίζεται πλέον μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τα στοιχεία αυτά προέτρεψαν την Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σε πρόταση σύστασης Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ανάληψη κοινών ευρωπαϊκών δράσεων προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου. ([www.iatriko.gr](http://www.iatriko.gr))

## **B. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Κάθε χρόνο γίνεται η διάγνωση του καρκίνου σε 6 εκατομμύρια ανθρώπους και στις τέσσερις γωνιές της γης. Είναι ένα μεγάλο και παγκόσμιο πρόβλημα. Ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που στη κοινή αντίληψη συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο. Είναι στίγμα που φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση. Οι επιστήμονες γνωρίζουν καλά πως κανείς δεν μπορεί να "κολλήσει" καρκίνο από κάποιον που το έχει.

Σήμερα αναφέρονται περισσότεροι από 100 διαφορετικοί τύποι καρκίνου. Η θεραπεία σημειώνεται ιδιαίτερη για τον καθένα. Για το λόγο αυτό παρατηρείται ότι άτομα με το ίδιο ιστορικό ακολουθούν διαφορετική θεραπεία. Το σχήμα (πρωτόκολλο) που χορηγείται, σχετίζεται πάντοτε με ποικίλους παραμέτρους. Οι γιατροί εφαρμόζουν σε κάθε περίπτωση εκείνο που νομίζουν ότι είναι το καλύτερο για τον ασθενή.

Στη χώρα των ασθενών κυριαρχούν τα συναισθήματα. Ο φόβος υπάρχει πίσω από κάθε σκέψη. Μπορούμε να είμαστε τόσο συναισθηματικά ευαίσθητοι όταν πάσχουμε, επειδή η πνευματική μας ευεξία βασίζεται κυρίως στη ψευδαίσθηση ότι είμαστε απρόσβλητοι. Η ασθένεια – και ιδιαίτερα η σοβαρή ασθένεια – ανατρέπει αυτή την ψευδαίσθηση και θέτει υπό αίρεση το αξίωμα ότι ο ιδιωτικός μας κόσμος είναι ασφαλής και απρόσβλητος.

## Γ. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των κακοηθών νοσημάτων και η σφαιρική προσέγγιση της ζωής και των προβλημάτων του καρκινοπαθή. Επίσης διερευνάται ο ρόλος που διαδραματίζει το περιβάλλον του καρκινοπαθή όχι μόνο κατά την περίοδο της νοσηλείας του αλλά και στη μετέπειτα ζωή του.

Ο λόγος που με ώθησε να πραγματοποιήσω αυτή τη μελέτη ήταν η προσωπική μου ανάγκη μιας ενημέρωσης γύρω από την πολυζακουσμένη πλέον λέξη καρκινοπαθής. Έχοντας την ευκαιρία εργασίας με καρκινοπαθείς κατά την πραγματοποίηση της άσκησης μου στο επάγγελμα βρέθηκα αντιμέτωπη με πολλές νέες έννοιες και καταστάσεις που δεν γνώριζα και δεν ήξερα πώς να χειριστώ. Ψάχνοντας περαιτέρω το θέμα είδα ότι υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφίας όχι όμως κάτι που θα μου έδινε μια ολοκληρωμένη γενική εικόνα αλλά και βοήθεια σε αυτό που ζητούσα. Η κατάληξη ήταν αυτή εδώ η μελέτη, όπου εύχομαι να βοηθήσει τους μελλοντικούς κοινωνικούς λειτουργούς στα βήματα τους.

## **Δ. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ**

### **Αιματολογία**

Η επιστήμη που ασχολείται με τη μελέτη του αίματος (δηλαδή των σημείων όπου παράγεται το αίμα) καθώς και των ασθενειών που αφορούν σε αυτό.

### **Ακτινοβολία**

Η θεραπεία με ακτινοβολία καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα με ακτίνες υψηλής ενέργειας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται:

1. μια συγκεκριμένη μηχανή εξωτερικά στο σώμα ή
2. μεμονωμένα υλικά που τοποθετούνται μέσα και κοντά στον όγκο.

Η ακτινοβολία δεν καθιστά τον ασθενή ραδιενεργό.

### **Ανοσοποιητικά κύτταρα**

Τα κύτταρα που με τη λειτουργία τους προστατεύουν τον ανθρώπινο οργανισμό από τις μολύνσεις και τις ασθένειες.

### **Βιολογική θεραπεία**

Η βιολογική θεραπεία χορηγείται για την ενίσχυση των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Αντιμετωπίζει τις μολύνσεις και τις άλλες ασθένειες του οργανισμού.

### **Διάγνωση**

Η αναγνώριση μιας ασθένειας. Η διάγνωση βασίζεται σε ιατρικές εξετάσεις καθώς και στην εμπειρία και τις γνώσεις των ειδικών ιατρών που την εκτελούν.

### **Ιστός**

Μια ομάδα κυττάρων με συγκεκριμένη λειτουργία στο σώμα.

## **Καρκίνος**

Μια ενότητα από εκατό διαφορετικές ασθένειες (τύπους), όπου τα ‘φυσιολογικά’ κύτταρα πολλαπλασιάζονται με ραγδαίο τρόπο. Συνωστιζόμενα σε κάποιο σημείο του ανθρώπινου οργανισμού καταστρέφουν τα υγιή κύτταρα που χρειάζεται το σώμα. Ο καρκίνος μπορεί επίσης να επεκταθεί και σε άλλα σημεία του οργανισμού.

## **Λεμφατικό σύστημα**

Ένα σύστημα ιστών και οργάνων στον ανθρώπινο οργανισμό που παράγει και αποθηκεύει κύτταρα, που με τη σειρά τους καταπολεμούν τις μολύνσεις και τις ασθένειες. Τα κύτταρα αυτά κυκλοφορούν σε όλο το σώμα σε ένα άχρωμο υγρό, τη λύμφη. Η λύμφη καθώς και τα αγγεία που μεταφέρει στην υγρή της ροή, αποτελούν μέρος του λεμφατικού συστήματος.

## **Μετάσταση**

Η επέκταση του καρκίνου από την αρχική εστία σε άλλα σημεία του σώματος. Με τη λέξη αυτή δηλώνουμε επίσης το νέο όγκο που προκάλεσε η μεταφορά των καρκινικών κυττάρων.

## **Ογκίδιο**

Ένα εξόγκωμα κάτω από την επιφάνεια του δέρματος που είναι αισθητό στην αφή είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το γιατρό. Τα ογκίδια ενδέχεται να είναι ίχνη καρκίνου στον οργανισμό. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν είναι καρκινικά.

## **Όγκος**

Μια μη ‘φυσιολογική’ συγκέντρωση (μάζα) ιστών στον οργανισμό. Υπάρχουν δύο είδη όγκων. Ο *καλοήθης* και ο *κακοήθης*. Ο πρώτος δεν είναι καρκίνος. Τα κύτταρα του όγκου αυτού απλώς συναθροίζονται και δεν επεκτείνονται αλλού. Ο κακοήθης όγκος αντίθετα είναι καρκίνος. Εκείνο που τον ξεχωρίζει είναι η πιθανότητα εξάπλωσης του και σε άλλα σημεία του οργανισμού.



## **Παρενέργειες**

Τα προβλήματα που προκύπτουν, όταν η θεραπεία επηρεάζει και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Τα πιο συνήθη φαινόμενα είναι η τριχόπτωση, συναισθήματα κόπωσης, ναυτία, εμετοί και η ξηροστομία

## **Πρόγνωση**

Η υπόθεση της πορείας ενός ασθενή με καρκίνο.

## **Πρωτόκολλο**

Ένα λεπτομερές σχέδιο θεραπείας που ακολουθούν οι γιατροί κατά την αντιμετώπιση του καρκίνου.

## **Υποτροπή**

Η επανεμφάνιση καρκινικών κυττάρων και των συμπτωμάτων που συνιστούν την ασθένεια ύστερα από μια ύφεση.

## **Ύφεση**

Η προοδευτική εξαφάνιση των συμπτωμάτων και η εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων στον οργανισμό. Όταν συμβεί αυτό, λέμε ότι η ασθένεια βρίσκεται 'σε ύφεση'.

## **Χειρουργική επέμβαση**

Η επέμβαση που γίνεται για την απομάκρυνση των καρκινικών ιστών από τον οργανισμό.

## **Χημειοθεραπεία**

Η θεραπεία με αντικαρκινικά φάρμακα.

(Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, Όταν κάποιος στην οικογένεια έχει καρκίνο, Θεσσαλονίκη 1997)

## Ε. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι:

- Ο καρκίνος του δέρματος είναι η πρώτη σε συχνότητα νεοπλασματική εντόπιση στη χώρα μας (3.500 περιπτώσεις ετησίως).
- Ο καρκίνος των πνευμόνων είναι ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες της Ελλάδας-όπως και σε όλο το δυτικό κόσμο-και
- Ο καρκίνος του μαστού ο πιο συχνός στις Ελληνίδες, όπως και στις γυναίκες του δυτικού κόσμου.
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αυξάνεται με ταχύ ρυθμό στην Ελλάδα, λόγω αλλαγής των διατροφικών συνηθειών.
- Ο καρκίνος του στομάχου, που ελαττώνεται σταδιακά στο δυτικό κόσμο, δεν παρουσιάζει θεαματικά αύξηση στη χώρα μας .
- Ο καρκίνος του οισοφάγου δεν απαντάται συχνά (καταγράφηκαν μόνο 70 περιπτώσεις ετησίως).
- Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι επίσης σπάνιος (κατεγράφησαν μόνο 145 περιπτώσεις για ένα χρόνο).
- Η συχνότητα των κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κρίνεται αρκετά υψηλή (αυτός ο καρκίνος στη χώρα μας είναι διπλάσιος σχεδόν του καρκίνου του ενδομητρίου, σε αντίθεση με τον δυτικό κόσμο, όπου ο καρκίνος του τραχήλου είναι λιγότερο συχνός από εκείνον του ενδομητρίου).
- Σημαντική και απροσδόκητη αύξηση παρουσίασε στην Ελλάδα ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως, χωρίς να είναι γνωστά τα αίτια της αύξησης(δεύτερος στους Έλληνες έναντι τέταρτου κατά σειρά στους Αμερικανούς και τρίτος στις Ελληνίδες, έναντι εβδόμου στις Αμερικανίδες). ([www.iatriko.com](http://www.iatriko.com))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

### A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ψυχοσωματική αντίληψη για τον καρκίνο φτάνει πίσω, στα βάθη των αιώνων. Φαίνεται όμως πως ο καρκίνος προϋπήρχε σε ζώα όπως ερπετά, δεινοσαύρους και θηλαστικά. Η τότε αντιμετώπιση των ασθενών ήταν βασισμένη σε δαιμονικούς παράγοντες και σε μια πίστη σε υπερφυσικές δυνάμεις. (Ρηγάτος ,1985)

Κατά τους ερευνητές της ‘‘Ελβετικής Αντικαρκινικής Εταιρείας’’ φαίνεται πως κατά πάσα πιθανότητα οι δεινόσαυροι υπήρξαν τα πρώτα θύματα του καρκίνου. Από την Αρχαία Μεσοποταμία υπάρχει αναφορά σε πλίνθινες επιγραφές για διαφορική διάγνωση μεταξύ κακοηθών όγκων και απλών φλεγμονών. Σε πάπυρο του Καχούν στην Αίγυπτο αναφέρονται κακοήθεις όγκοι σε μούμιες της 5<sup>ης</sup> δυναστείας , με σαρκώματα του μηριαίου και του βραχιόνιου οστού.

Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι ο Δημοκίδης , περίφημος γιατρός ο οποίος υπηρετούσε στην Περσική Αυλή (520 π.Χ ),θεράπευσε τη γυναίκα του βασιλιά Δαρείου , την Ατόσα ,από ένα καρκίνωμα του μαστού. Η αρχαία ελληνική ιατρική κυριαρχούμενη από τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη ,αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στην περίσσεια της μέλαινας χολής. Ο Ιπποκράτης (4<sup>ος</sup> π.Χ ) προσδιόρισε τον καρκίνο ως νόσημα της πρεσβυτικής ηλικίας.(medlab.cs.uoi.gr)

Ο Κέλσος (30 π.Χ-50 π.Χ ) στα γραπτά του προσδιορίζει τον όρο καρκίνος και αναφέρει τη διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Αναφέρεται στη χειρουργική θεραπεία της νόσου και συνιστά να μην αφαιρείται κατά την επέμβαση ο μείζων θωρακικός μυς. (medlab.cs.uoi.gr)

Ο Αρχιγένης (54-117 π.Χ ) έδωσε με μεγάλη σαφήνεια την περιγραφή του καρκίνου του μαστού , η οποία διατηρήθηκε ως τον 18<sup>ο</sup> αιώνα . Ο Σωρανός από την Έφεσο (2<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ ) ο πιο διάσημος μαιευτήρας-γυναικολόγος της εποχής , παρ’ όλο που χρησιμοποιεί διαστολείς για να εξετάσει τον τράχηλο της μήτρας δεν κάνει ιδιαίτερες

αναφορές "περί θυμών των εν γυναικείois μέρεσιν" στην συγγραφή του "Περί γυναικείων παθών". (medlab.cs.uoi.gr)

Ο Γαληνός (2<sup>ος</sup> αι. μ.Χ ) γράφει χαρακτηριστικά: «Εναργώς γαρ άπαντα τα τοιαύτα πάθη και μάλισθ' ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού.» Φαίνεται πως η μέλαινα χολή και ο μελαγχολικός χυμός έχει την έννοια της μελαγχολίας. Πιο συγκεκριμένα ο Γαληνός πίστευε ότι ο καρκίνος είναι νόσος διαθέσεως , εσωτερικής δυσλειτουργίας-κακοχυμίας και δε βλέπει δυνατότητα ίασης με την χειρουργική.(Ρηγάτος ,1985)

Ανάλογες αντιλήψεις διατηρεί ο Ορειβάσιος (325-403 μ.Χ ) αλλά και άλλοι Έλληνες γιατροί. Στην ιστορική του μονογραφία του ο Κούζης (1902) παραθέτει αποσπάσματα από έργα αρχαίων γιατρών χωρίς να αναζητά τους ψυχοσωματικούς συντελεστές , οι οποίοι εύκολα μπορούν να εντοπισθούν ανάμεσα στα άλλα αναφερόμενα σαν πιθανά αίτια του καρκίνου . Ο Αλέξανδρος ο Αφροδιστεύς (6<sup>ος</sup> αι. μ.Χ ) ασπάζεται την ίδια αντίληψη , ο μεγάλος Πέρσης γιατρός Αβικέννας (980-1037) αλλά και ο Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078). (Ρηγάτος ,1985)

Συμπερασματικά , ο καρκίνος είχε μελετηθεί πολύ από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου όπου η έξαρση ενός νεοπλάσματος είχε συνδεθεί με την απώλεια .Ο ιστορικός συγγραφέας Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.Χ ) γράφοντας για την Ιουλία ,μητέρα του Ταραντού ,μας πληροφορεί ότι η γυναίκα αυτή μαθαίνοντας το θάνατο του γιου της χτυπά το στήθος της ,και ο καρκίνος που για καιρό «ησύχαζε » ,ερεθίστηκε και εξελίχθηκε.

Στις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα ο Gendron εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη αλλά και το άγχος.(Ρασιδάκης 1983) Ο Guy παρατηρεί ότι οι όγκοι είναι συχνότεροι σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά ενοχλήματα και εμφανίζεται κυρίως στις μελαγχολικές .Ανάλογες αντιλήψεις εκφράζει και ο Laennec (1781-1826) ο εφευρέτης του στήθοσκοπίου.

Κατά τον Cooper (1826) η θλίψη και το άγχος ήταν μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων αιτιών καρκίνου του μαστού .Ο Amussat (1854) πιστεύει στον παθογενετικό ρόλο των συγκινήσεων το ίδιο πιστεύει και ο Willard Parker (1885) μετά την μελέτη 397 περιπτώσεων καρκίνου του μαστού .Ο Cutter και ο Paget στην Αμερική και στην Αγγλία αντίστοιχα πιστεύουν πως η ματαιώση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλάσματος . Γενικά οι εργασίες

διαφόρων ερευνητών του 18<sup>ου</sup> και του 19<sup>ου</sup> αιώνα αναφέρουν ότι οι ψυχοτραυματισμοί που περισσότερο σχετίζονται με τον καρκίνο είναι :

1. Η απώλεια αγαπημένου προσώπου .
2. Η ματαίωση σημαντικών γεγονότων.
3. Η τάση για απογοήτευση και η απελπισία σε κάθε απώλεια ή ματαίωση.

Ο Ρηγάτος (1985) παρουσιάζει σαν συμπέρασμα των εργασιών μέχρι το 1959 :

α) την αυξημένη επίπτωση καρκίνου σε άτομα με έντονο συγκινησιακό ερέθισμα .

β)την συχνή επίπτωση σε άτομα με κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

γ)την επίδραση ψυχολογικών συντελεστών στην εξέλιξη της νόσου.

## **B. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε κάθε χώρα. Είναι η δεύτερη πιο διαδεδομένη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά παραμένει ακόμα μια ασθένεια για την οποία δεν είναι πολλά γνωστά.

Σύμφωνα με τη Βιολόγο Ποταμιανάκη Εμμανουέλλα μεγάλη προσπάθεια και πολλά χρήματα έχουν επενδυθεί σε βασικές βιολογικές μελέτες για την καταπολέμηση του καρκίνου. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η προσοχή έχει επικεντρωθεί σ' αυτούς τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν στο να κατανοήσουμε τις διεθνείς και εθνικές μεταβολές στα περιστατικά των διαφόρων ειδών καρκίνου. Ένας τέτοιος περιβαλλοντολογικός παράγοντας είναι η διατροφή. Προ δύο – τριών δεκαετιών, το πρόβλημα του καρκίνου δεν ήταν τόσο έντονο στον ελληνικό χώρο, αλλά και σε άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης, ιδίως σε σύγκριση με τις χώρες της Βορειοδυτικής Ευρώπης.

Η ευνοϊκή όμως για την Ελλάδα κατάσταση φαίνεται να αλλάζει και θεωρείται σχεδόν βέβαιο ότι σε λίγα χρόνια θα υπάρξει σύγκλιση της Ελλάδας με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στις περισσότερες νεοπλασίες παρατηρείται μια διαχρονική τάση αύξησης της αντίστοιχης επίπτωσης, ενώ μόνο στους καρκίνους του στομάχου και του τραχήλου της μήτρας υπάρχουν σαφείς ενδείξεις διαχρονικής μείωσης της συχνότητας τους.

Η αύξηση του καρκίνου στην Ελλάδα αποδίδεται στην οικονομική άνθηση του τέλους της δεκαετίας του 1950 και της δεκαετίας του 1960 και στην αλλαγή που προκάλεσε στον τρόπο ζωής των Ελλήνων. Η εγκατάλειψη της πατροπαράδοτης διατροφής, η αστικοποίηση, η αύξηση στην κατανάλωση ποτών και τσιγάρων, η αλόγιστη χρήση του περιβάλλοντος και η ίδρυση ρυπογόνων βιομηχανιών, κατέστησαν τον καρκίνο μείζον πρόβλημα για τους Έλληνες και τις Ελληνίδες.  
([www.pekep.org](http://www.pekep.org))

Σήμερα το ενδιαφέρον της πρόληψης εστιάζεται κυρίως σε δύο παράγοντες, στην αποφυγή του καπνίσματος και στη σωστή διατροφή. Για την αντιμετώπιση του καρκίνου η επιστήμη έκανε τεράστια βήματα και κάνει μεγάλη προσπάθεια για να προχωρήσει ακόμα περισσότερο. Όμως για να μην εναποθέτουμε τα πάντα στην επιστήμη, θα πρέπει να αναπτύξουμε το συναίσθημα της ατομικής ευθύνης σε ότι αφορά την προστασία και προαγωγή της υγείας μας.

## Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο άνθρωπος και το περιβάλλον, αποτελούν ένα σύνολο με εσωτερική αλληλεπίδραση. Η ανάπτυξη του σύγχρονου τεχνολογικού πολιτισμού, ανέδειξε μια νέα διάσταση στη σχέση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Η επέμβαση του ανθρώπου στη φύση έθεσε καινούργιους κανόνες στο παιχνίδι αλληλεπίδρασης και το περιβάλλον απαντά στις παρεμβάσεις με ένα τρόπο που συχνά είναι καταστρεπτικός για τον άνθρωπο. Τόσο το περιβάλλον όσο και οι ανθρώπινες συνήθειες έχουν επίπτωση στην υγεία του ανθρώπου και μερικές φορές είναι καρκινογόνες.

Το πρόβλημα του καρκίνου είναι πολυπαραγοντικό. Η κατανόηση των παθογόνων μηχανισμών και η αναγνώριση των παθογόνων ουσιών θα βοηθήσουν την ανθρωπότητα στο να υιοθετήσει κάποια συμπεριφορά που θα δράσει προληπτικά και ανασταλτικά στους μηχανισμούς καρκινογένεσης.

Οι κυριότεροι παράγοντες που ενοχοποιούνται για καρκινογένεση είναι οι εξής:

- Διαιτητικοί παράγοντες
- Κάπνισμα
- Αλκοόλ
- Καφές και βελτιωτικές ουσίες
- Παχυσαρκία
- Αμίαντος
- Ραδιενέργεια
- Αντισυλληπτικό χάπι
- Επαγγελματικοί καρκινογόνοι παράγοντες
- Φυτοφάρμακα
- Άγχος
- Στρες
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Πιο αναλυτικά:

## 1. Διαιτητικοί παράγοντες

Οι διαιτητικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σπουδαίο ρόλο στην καρκινογένεση, αφού ποσοστό 35% των θανάτων από καρκίνο αποδίδεται σε αυτούς, Εάν ακόμη προστεθεί το ποσοστό θανάτων που έχει αιτία τα οιοπνευματώδη (3%) και τις πρόσθετες ουσίες τροφίμων (0.5%) γίνεται αντιληπτό ότι αρκετοί καρκίνοι θα είχαν αποφευχθεί με αλλαγές στον τρόπο και στις συνήθειες διατροφής του ανθρώπου. Μια μεγάλη μελέτη των ποσοστών καρκίνου σε διδύμους υποστηρίζει τις τρέχουσες ιδέες ότι οι περισσότεροι καρκίνοι προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παρά γενετικούς παράγοντες. Μελετήθηκαν πάνω από 44.000 ζευγάρια διδύμων από τη Δανία, Φιλανδία και Σουηδία. ([www.peker.org](http://www.peker.org))

Διαιτητικοί παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν για την καρκινογόνο τους δράση είναι το λίπος και οι πρόσθετες ουσίες που περιέχονται στη διατροφή και που ο άνθρωπος καταναλίσκει συνειδητά ή όχι. Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η παχυσαρκία και το αυξημένο θερμιδικό ισοζύγιο. Αντίθετα, άλλες τροφές θεωρούνται ότι δρουν ανασταλτικά στην καρκινογένεση όπως π.χ. οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες και οι φυτικές ίνες.

### Αναλυτικά:

Το λίπος αποτελεί ένα σπουδαίο διαιτητικό παράγοντα που ενοχοποιείται για την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου σε διεθνές επίπεδο. Πρωταρχικό ρόλο παίζει η σύνθεση και η ποσότητα του προσλαμβανόμενου με τις τροφές λίπους. Το αραβοσιτέλαιο, βαμβακέλαιο, ηλιέλαιο θεωρούνται ισχυροί προαγωγοί της καρκινογένεσης, σε αντίθεση με το ελαιόλαδο, το σογιέλαιο και το ιχθυέλαιο. Σ' αυτό αποδίδεται η χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου στους Εσκιμώους που η κύρια πηγή λίπους γι' αυτούς είναι τα ψάρια, όπως επίσης στους κατοίκους της Ελλάδας και Ισπανίας που χρησιμοποιούν κυρίως ελαιόλαδο. ([www.peker.org](http://www.peker.org))

Παρόλο τον κίνδυνο τον οποίο αντιμετωπίζει ο ανθρώπινος οργανισμός από τη συνεχή έκθεσή του σε πολλούς καρκινογόνους παράγοντες εντούτοις λίγοι είναι αυτοί που προσβάλλονται από καρκίνο. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στους προστατευτικούς μηχανισμούς που διαθέτει ο ανθρώπινος οργανισμός και στον πρωταρχικό ρόλο που παίζουν ορισμένες ουσίες που προσλαμβάνονται με τις τροφές. Οι ουσίες αυτές είναι οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες και οι φυτικές ίνες. ([www.kepka.org](http://www.kepka.org))

Η γνώση διατροφής και καρκίνου υπογραμμίζει την ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων, φορέων αλλά και ατόμων, προς το πρόβλημα, διότι



υποδεικνύει τη δυνατότητα πρόληψης της νόσου με την κατάλληλη παρέμβαση. Υποστηρίζεται πράγματι στη βιβλιογραφία ότι η "κατάλληλη" διαίτα είναι δυνατό να οδηγήσει σε μείωση της συχνότητας του καρκίνου κατά το ένα τρίτο. Βέβαια, και αυτό είναι εύκολα κατανοητό, η όποια, σχετική, παρέμβαση προϋποθέτει τη γνώση της σχέσης της διατροφής προς τον καρκίνο, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο το είδος της διατροφής επηρεάζει την καρκινογένεση προς τη μια ή την άλλη πλευρά(την πρόκληση της νόσου ή τον περιορισμό της).([www.kerka.org](http://www.kerka.org))

Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η απάντηση στο πρόβλημα αυτό συναντά πολλές δυσκολίες. Τα ευρήματα στα πειραματόζωα, μολονότι πειστικά, δεν μπορούν να μεταφερθούν στον άνθρωπο, διότι πέραν των άλλων, οι σχετικές παρατηρήσεις στηρίζονται στη χορήγηση στα ζώα συγκεκριμένης τροφής, γνωστής περιεκτικότητας σε μακρό και μικροδιατροφικά στοιχεία. ([www.kerka.org](http://www.kerka.org))

## **2. Κάπνισμα**

Η Ελλάδα είναι πρώτη σε κατανάλωση τσιγάρων βάση των στατιστικών στοιχείων της ΠΟΥ και του ΟΑΣΑ ενώ 3.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν από το κάπνισμα κάθε χρόνο, οι μισοί από τους οποίους σε ηλικία μικρότερη των 70 ετών. Ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι είναι καπνιστές, οι μισοί από τους οποίους ζουν στη Κίνα.

Στον καπνό από την καύση του τσιγάρου υπάρχουν και έχουν απομονωθεί περισσότερα από 4000 χημικά συστατικά, από τα οποία τουλάχιστον 45 είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνα. Έχει αποδειχθεί από επιδημιολογικές και πειραματικές μελέτες ότι ο καρκίνος οκτώ οργάνων σχετίζεται με το κάπνισμα. Μάλιστα το 74-84% των καρκίνων του πνεύμονα προκαλείται από το κάπνισμα.

Τα τελευταία 25 χρόνια διπλασιάστηκαν τα κρούσματα καρκίνων κεφαλής και τραχήλου, δηλαδή εκείνα που εντοπίζονται στο στόμα και τον φάρυγγα. Η διαπίστωση αυτή συγκλίνει και με πολλές άλλες. Ο καρκίνος αυξάνεται σταθερά, σε όλο τον κόσμο, και οι ειδικοί της στατιστικής υπολογίζουν πως τα κακοήθη νεοπλασμάτα θα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου το 2020 (Metrorama, 2003).

### **3. Αλκοόλ**

Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες η υψηλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αντιπροσωπεύει το δεύτερο παράγοντα κινδύνου καρκίνου μετά τον καπνό. Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ που σε πολλές χώρες σήμερα είναι πολύ διαδεδομένη συνδυάζεται με τον καρκίνο του στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου και ήπατος, και όταν συνδυάζεται με τον καπνό γίνεται περισσότερο επικίνδυνο. Για τους μανιώδεις καπνιστές και πότες ο κίνδυνος είναι 15 φορές μεγαλύτερος απ' ότι γι' αυτούς που δεν κάνουν χρήση σ' αυτά τα δύο. Στη Γαλλία που γίνεται υψηλή χρήση αλκοολούχων ποτών ένας καρκίνος στους δέκα συνδέεται με τη χρήση αυτών. ([www.peker.org](http://www.peker.org))

### **4. Καφές και βελτιωτικές ουσίες**

Κατά διαστήματα ενοχοποιούν τον καφέ για καρκίνο του προστάτη, των ωοθηκών, του παγκρέατος και της λευχαιμίας. Επίσης αναφέρεται ότι το τσάι, παρόλο που έχει μεγαλύτερη ποσότητα καφεΐνης απ' ότι ο καφές, έχει μικρότερο επιβαρυντικό ρόλο. Αυτό δείχνει ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν είναι η καφεΐνη ο επιβαρυντικός παράγοντας αλλά είτε κάποια ουσία του φυτού καφέ είτε κάποιες ουσίες που προκύπτουν από την κατεργασία του καφέ. ([www.peker.org](http://www.peker.org))

Οι πρόσθετες ουσίες χρησιμοποιούνται στα τρόφιμα για να βελτιώσουν το χρώμα, το άρωμα, την υφή και την συντήρησή τους. Από αυτές μερικές απαντούν φυσικά, άλλες προστίθενται, και άλλες μολύνουν αυτήν έμμεσα. Πολλές από αυτές κατηγορούνται για καρκινογόνο δράση. Σήμερα οι πρόσθετες βελτιωτικές χημικές ουσίες τις οποίες ο άνθρωπος χρησιμοποιεί συνειδητά ή όχι ανέρχονται περίπου στις 3000. ([www.peker.org](http://www.peker.org))

### **5. Παχυσαρκία**

Η παχυσαρκία θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου κυρίως για τις γυναίκες, όπως έδειξε και μια αμερικάνικη μελέτη που αφορούσε 750.000 άτομα επί 13 χρόνια. Εδώ και αρκετά χρόνια έχει αποδειχθεί ότι ο βαθμός θνησιμότητας από καρκίνο ήταν αυξημένος σε ανθρώπους που ήταν τουλάχιστον 25% παραπάνω από το ιδανικό τους βάρος συγκρινόμενο με αυτούς που ήταν κάτω του κανονικού βάρους. Για καρκίνους όπως της χοληδόχου κύστεως και της μήτρας, το ποσοστό θανάτου ήταν 4 φορές

περισσότερο στα άτομα με βάρος 40% ανώτερο του ιδανικού απ' ότι στα άτομα με κανονικό βάρος. Όσον αφορά την πιθανή σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση στις περισσότερες μελέτες βεβαιώθηκε κάποια συσχέτιση. ([www.peker.org](http://www.peker.org))

## **6. Αμιάντος**

Ο αμιάντος θεωρείται επιπρόσθετος παράγων στην εμφάνιση καρκίνου. Είναι ένα ορυκτό που αποτελείται από ίνες τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να εισπνεύσουν στους πνεύμονες. Μακροχρόνια έκθεση στον αμιάντο, μπορεί να προκαλέσει διάφορες ασθένειες, όπως ένα είδος καρκίνου γρήγορης ανάπτυξης που λέγεται μεσοθηλίωμα. ([www.betterhealth.vic](http://www.betterhealth.vic))

## **7. Ραδιενέργεια**

Η δυνατότητα πρόκλησης καρκινοπαθειών στον άνθρωπο μετά από έκθεση σε ακτινοβολία έχει επιβεβαιωθεί με πολλούς τρόπους. Μια από τις πρώτες ενδείξεις ήταν η αυξημένη συχνότητα οστεοσαρκώματος, μιας μορφής καρκίνου των οστών, γνωστής ήδη από το 1924, μεταξύ των εργατών σε βιοτεχνίες κατασκευής ρολογιών με φωσφορίζουσες στο σκοτάδι ενδείξεις. Εκτεταμένες μελέτες μεταξύ των επιζώντων από τα θύματα της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι επιβεβαίωσαν την καρκινογόνο δράση των ακτινοβολιών. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Η συχνότητα των καρκινοπαθειών σ' ένα πληθυσμό που εκτέθηκε σε ακτινοβολία δείχνει μια κατανομή ως προς το χρόνο. Η λανθάνουσα περίοδος, δηλαδή η χρονική περίοδος μεταξύ έκθεσης στην ακτινοβολία και εκδήλωσης του καρκίνου ποικίλλει. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

## **8. Αντισυλληπτικό χάπι**

Το θέμα της συσχέτισης των αντισυλληπτικών δισκίων με ορισμένους τύπους καρκίνου, κυρίως δε με τον καρκίνο του μαστού, έχει πολύ συχνά αποτελέσει αντικείμενο ερευνών. Σε ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε το 1985 (Clavel F. 1985) οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν τα αποτελέσματα 22 μειζόνων επιδημιολογικών ερευνών, που είχαν ως τότε πραγματοποιηθεί. Συνολικά ο κίνδυνος δεν βρέθηκε να αυξάνεται όταν ο υπολογισμός γινόταν στο σύνολο των γυναικών που χρησιμοποιούσαν τα δισκία, σε σχέση με τις μάρτυρες που δεν είχαν πάρει χάπι.

Αυξημένο κίνδυνο βρίσκει πρόσφατη βρετανική μελέτη για γυναίκες που χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά για περισσότερο από 4 χρόνια, πριν από την πρώτη τους τελειόμηνη κύηση, υπήρχε δε ευθεία συσχέτιση της διάρκειας λήψης με το σχετικό κίνδυνο. (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1991)

Συμπερασματικά, η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών δεν συνεπάγεται αύξηση του σχετικού κινδύνου για καρκινογένεση, για διάφορους τύπους καρκίνου. Ειδικά για τον καρκίνο του μαστού σκόπιμη είναι ίσως ακόμα η διερεύνηση μόνο για τη χρήση πριν την πρώτη τελειόμηνη κύηση. Κατά τα άλλα η χρήση του χαπιού δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ούτε για φυσιολογικούς μαστούς ούτε και επί παρουσίας ινοαδενωμάτων. (Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1991)

## 9. Επαγγελματικός καρκίνος

Οι σχέσεις ανάμεσα στην επαγγελματική έκθεση και την αυξημένη επίπτωση κάποιων μορφών καρκίνου, είναι γνωστή από μακρού. Ο Percival Pott ανέφερε πρώτος την πιθανότητα χημικής καρκινογένεσης το 1775, όταν παρατήρησε ότι νεαροί καπνοδοχοκαθαριστές στο Λονδίνο είχαν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του όσχεου. Ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας έχει ορίσει ως επαγγελματικούς καρκινογόνους παράγοντες τις "χημικές ουσίες, τους φυσικούς και βιολογικούς παράγοντες και τις μεθόδους παραγωγής, που προκαλούν καρκίνο ως αποτέλεσμα της έκθεσης στο χώρο εργασίας". (Ιατρική, 1991)

Η τεχνολογική ανάπτυξη με την αλόγιστη βιομηχανική εκμετάλλευση των πετρελαιοειδών για τη κάλυψη των σύγχρονων αναγκών τείνει να γίνει μια διαρκής απειλή για τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου. Η απειλή αυτή αποτελεί το τίμημα της ευημερίας που πληρώνει ο σύγχρονος άνθρωπος, απολαμβάνοντας τα αγαθά της τεχνολογίας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Στις βιομηχανικές χώρες, 20% περίπου όλων των θανάτων οφείλονται σε κακοήθη νεοπλάσματα. Στην Ελλάδα, 11.080 άνδρες και 7.099 γυναίκες πέθαναν από κακοήθεις νεοπλασίες, που προκάλεσαν 19,6 % όλων των θανάτων. (Ιατρική, 1991)

Οι περιβαλλοντικές εκθέσεις στο εργασιακό περιβάλλον είναι πολλαπλές. Ένας βαφέας για παράδειγμα, εισπνέει αέρια και ατμούς από οργανικούς διαλύτες, προσθετικές και συνθετικές ουσίες κατά τη διάρκεια του ψεκασμού της χρωστικής. Έρχεται επίσης σε άμεση δερματική επαφή

με τα χρώματα. Οι εργαζόμενοι εκτίθενται επίσης σε μη επαγγελματικές επιδράσεις, όπως ο καπνός και το οινόπνευμα. Η αποσαφήνιση της σημασίας κάθε ουσίας χωριστά για την ανάπτυξη ενός καρκίνου είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολλές φορές αδύνατη. (Ιατρική, 1991)

Σήμερα υπάρχει πράγματι κίνδυνος σε μια συγκεκριμένη βιομηχανία ή επάγγελμα, όμως αυτό εξαρτάται από τα μέτρα υγιεινής, προστασίας και ελέγχου που επικρατούν στα συγκεκριμένα περιπτώση. Τον υψηλότερο όμως κίνδυνο διατρέχει λόγω της επαγγελματικής του ενασχόλησης το υγειονομικό προσωπικό και πιο συγκεκριμένα εκείνο που ασχολείται με την αντιμετώπιση του καρκίνου σ' όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιαίτερα στα ογκολογικά κέντρα. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Οι επιδημιολόγοι ερευνούν τη θνησιμότητα από μια μορφή καρκίνου σε σχέση με κάποιο επάγγελμα λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση άλλων εξωεπαγγελματικών αιτιολογικών παραγόντων. Σήμερα θεωρείται ότι η καρκινογένεση εξελίσσεται κατά στάδιο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001) Ειδικότερα διακρίνουμε τα ακόλουθα στάδια εξέλιξης της νεοπλασίας:

1. Έναρξη. Είναι απαραίτητος, αλλά δεν αρκεί για να προκληθεί καρκίνος.
2. Ευόδωση. Απαραίτητος για την ανάπτυξη της νεοπλασίας.
3. Εξέλιξη. Είναι το στάδιο που ακολουθεί.

Τα χημικά καρκινογόνα επιδρούν στο D.N.A. Το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον καρκίνο του Π.Ο.Υ. έχει εδώ και πολλά χρόνια σχεδιάσει ένα πρόγραμμα αξιολόγησης των καρκινογόνων παραγόντων στον άνθρωπο, με τη συμμετοχή ειδικών από όλο τον κόσμο. Οι παράγοντες ταξινομούνται ανάλογα με την πειστικότητα των αποδείξεων για καρκινογόνο δράση στον άνθρωπο, σε πέντε κατηγορίες. (Ιατρική, 1991)

Χημικές ουσίες που σχετίζονται αιτιολογικά με το καρκίνο είναι:

- Αμίαντος
- Αρσενικό και παράγωγα αυτού
- Πίσσα και ορυκτέλαια
- Χρώμιο και βενζόλιο
- Νικέλιο κ.α

Μακρά χρονική περίοδος παρεμβάλλεται ανάμεσα στην έκθεση σε αιτιολογικό παράγοντα και στην εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων. Αυτή η περίοδος έχει ονομασθεί "λανθάνων χρόνος" και διαφέρει ανάλογα με την

εντόπιση του καρκίνου, τον καρκινογόνο παράγοντα, την ηλικία και τα επίπεδα έκθεσης σε αυτό τον παράγοντα. (Ιατρική, 1991)

Τα καρκινογόνα που έχουν την μεγαλύτερη σημασία για την πρόκληση επαγγελματικών καρκίνων, είναι οι ιονίζουσες ακτινοβολίες και οι χημικές καρκινογόνες ουσίες.

## **10. Φυτοφάρμακα**

Διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς για την ανάπτυξη κακοηθών νόσων του αιμοποιητικού και λεμφικού συστήματος με ιδιαίτερη επικέντρωση του ενδιαφέροντος, τον τελευταίο καιρό, σε χημικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων και ομάδες φυτοφαρμάκων και εντομοκτόνων. Οι αγρότες είναι η επαγγελματική εκείνη ομάδα που από την φύση της εργασίας της έρχεται σε επαφή τόσο με φυτοφάρμακα και εντομοκτόνα όσο και με άλλες χημικές ουσίες. (Milham, 1971)

Η σχέση του αγροτικού επαγγέλματος και της θνησιμότητας από νοσήματα του αιμοποιητικού έχει απασχολήσει ερευνητές ήδη από το 1958, όταν ο Guranlick στις ΗΠΑ παρατήρησε ότι οι εργαζόμενοι σε αγροκτήματα παρουσίαζαν ελαφρώς αυξημένη θνησιμότητα από λευχαιμία.

Την τελευταία δεκαετία αρκετές είναι οι μελέτες που αναφέρονται σε αυξημένη συχνότητα κακοηθών νόσων του αιμοποιητικού και λεμφικού συστήματος στους αγρότες και ιδιαίτερα του non-Hodgkin λεμφώματος, της λευχαιμίας και του πολλαπλού μυελώματος. Οι μελέτες δείχνουν ότι η κατανάλωση φυτοφαρμάκων και εντομοκτόνων έχει αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια αλλά και η θνησιμότητα από λεμφώματα και ιδιαίτερα από λευχαιμία πιθανά παρουσιάζει αύξηση την τελευταία 20ετία στον αγροτικό πληθυσμό. (Λίνου Α., 1988)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια πρόσφατη εργασία από τους Lowengart et al, η οποία ενοχοποιεί τη χρήση φυτοφαρμάκων στο σπίτι ή στον κήπο για την ανάπτυξη οξείας λευχαιμίας στα παιδιά. Η μελέτη αυτή αφορούσε επαγγελματικές και άλλες εκθέσεις των γονέων και συμπεριέλαβε 123 παιδιά ηλικίας μικρότερης των δέκα ετών με οξεία λευχαιμία και ίσο αριθμό μαρτύρων. Βρέθηκε ότι η χρήση από οποιονδήποτε από τους δύο γονείς οικιακών φυτοφαρμάκων αύξανε τον κίνδυνο ανάπτυξης λευχαιμίας στα παιδιά. Σημειώνεται ότι ο σχετικός κίνδυνος αύξανε, όταν η χρήση του φυτοφαρμάκου γινόταν από την μητέρα. (Ιατρική, 1989)

Το πρόβλημα της μακροχρόνιας επίδρασης των φυτοφαρμάκων στο αιμοποιητικό σύστημα παραμένει ανοικτό. Το αιμοποιητικό είναι ένα σύστημα ιδιαίτερα ευαίσθητο στην επίδραση χημικών παραγόντων. Από την άλλη μεριά, υπό τον όρο φυτοφάρμακα στεγάζεται μια ποικιλία χημικών ενώσεων με διαφορετική δομή, μεταβολισμό και εναπόθεση στον οργανισμό. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί η σύσταση του House of Commons της Αγγλίας, σύμφωνα με την οποία θα πρέπει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην παρακολούθηση περιπτώσεων δηλητηρίασης από φυτοφάρμακα, στον έλεγχο των άμεσων επιδράσεων τους στην υγεία και στην οργάνωση ερευνών που αφορούν τις μακροχρόνιες επιδράσεις των φυτοφαρμάκων, τόσο στους αγρότες όσο και στο γενικό πληθυσμό. (Ιατρική, 1989)

## 11. Άγχος

Το άγχος – η ταραχή που πηγάζει από τις πιέσεις της ζωής – είναι ίσως το συναίσθημα με τη μεγαλύτερη επιστημονική βαρύτητα σε ό,τι αφορά τη σύνδεση του με την έναρξη της ασθένειας και την πορεία της ανάρρωσης.

Όταν το άγχος μας βοηθάει να προετοιμαστούμε για να αντιμετωπίσουμε έναν κίνδυνο, τότε καλά κάνουμε και το έχουμε. Όμως, στη σύγχρονη ζωή το άγχος συχνότερα δεν έχει ούτε μέτρο ούτε χρόνο. Προέρχεται από καταστάσεις με τις οποίες πρέπει να ζήσουμε ή οι οποίες είναι αποκυήματα του μυαλού μας και όχι πραγματικοί κίνδυνοι που πρέπει να αντιμετωπίσουμε. Επανελημμένα ξεσπάσματα ανησυχίας σηματοδοτούν υψηλά επίπεδα άγχους. (Goleman, 1997). Σε μια επισκόπηση ερευνών του 1993, δημοσιευμένη στα Archives of Internal Medicine, που ασχολούνταν εκτενώς με τη σχέση άγχους και ασθένειας παρατηρήθηκε πτώση της ανοσοποιητικής λειτουργίας σε βαθμό που μπορεί να επιταχύνει τη μετάσταση του καρκίνου.

## 12. Στρες

Το στρες έχει από χρόνια ενοχοποιηθεί για συσχέτιση του με διάφορα νοσήματα. Ως στρες κατά τον Ρηγάτο (1985) ορίζεται το σύνολο όλων των μη – ειδικών βιολογικών φαινομένων που προκαλούνται από τις αντίξοες εξωτερικές επιδράσεις, που συμπεριλαμβάνουν τόσο τις βλάβες όσο και την άμυνα. Οι αντίξοες αυτές επιδράσεις μπορεί να είναι είτε φυσικές είτε ψυχολογικές, κι αντίστοιχα το στρες φυσικό ή ψυχολογικό.

Το ψυχολογικό στρες μπορεί να είναι συγκινησιακό ή κοινωνικό. Σκόπιμο είναι να διευκρινισθεί ότι ως κοινωνικό στρες ορίζονται όλες εκείνες οι μεταβολές όπως ο αποχωρισμός, η απώλεια αγαπημένου

προσώπου, οι οικονομικές βλάβες, ο γάμος, η ανεργία κ.α. , οι οποίες τείνουν να μεταβάλλουν την κοινωνική θέση του ατόμου που τις υφίσταται.

Η κλινική εμπειρία πρώιμα συσχέτισε το κοινωνικό στρες με νοσήματα. Η πρώτη τυπική αναγνώριση στη σύγχρονη επιστημονική έρευνα έγινε το 1949, όταν πραγματοποιήθηκε η πρώτη "Συνδιάσκεψη για το στρες της ζωής και τις σωματικές νόσους" με την οργανωτική ευθύνη της Εταιρίας για την Έρευνα των Νευρικών και Ψυχικών Νοσημάτων. (Ρηγάτος, 1985)

Στα 1956 ο Greene και στα 1958 οι Greene και Miller διαπιστώνουν ότι σημαντικές απώλειες, λίγο πριν την έναρξη λευχαιμίας και λεμφωμάτων, αναφέρονται σε μεγάλη συχνότητα από την πλειονότητα των γυναικών και των παιδιών που εξέτασαν. Στα 1958 ο ψυχολόγος Laurence Le Shan συνόπισε τις εντυπώσεις και τις γνώμες πολλών συγγραφέων όταν διατύπωσε την υπόθεση ότι μια μείζων συγκινησιακή απώλεια προηγείται της ανάπτυξης νεοπλασμάτων και ότι υπάρχει συγκεκριμένη σχέση μεταξύ του προσβαλλόμενου οργάνου και της προσωπικότητας. (Ρηγάτος, 1985)

Ο Fiore (1979) με τη γνώση του ειδικού αλλά και την εμπειρία του καρκινοπαθούς θεωρεί ότι το ψυχοφυσιολογικό στρες μπορεί να μειώσει τις αμυντικές δυνατότητες του οργανισμού υπερφορτώνοντας το ανοσοποιητικό σύστημα και αναγκάζοντας τα επινεφρίδια να βρίσκονται σε κατάσταση χρόνιας υπερλειτουργίας.

### **13. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Περισσότερο από κάθε άλλη φορά αυξάνεται στις μέρες μας το ενδιαφέρον για ένα νέο ιατρικό μοντέλο το οποίο διευρύνει τις δυνατότητες εντοπισμού, ερμηνείας και αντιμετώπισης του καρκίνου. Οι τυχαίες εμπειρικές παρατηρήσεις αποτέλεσαν το κίνητρο κάποιων τολμηρών ερευνητών οι οποίοι έτειναν το βλέμμα και αναζήτησαν απαντήσεις για το πρόβλημα της νεοπλασίας πέρα και έξω από τα όρια του παραδοσιακού βιοϊατρικού μοντέλου.

Ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων πολύ γρήγορα προσήλκυσε την προσοχή των ερευνητών. Αφετηρία αποτελεί το ατομικό επίπεδο. Στο επίπεδο αυτό καταλυτικό ρόλο για την ανάπτυξη καρκίνου φαίνεται να παίζουν ο χαρακτήρας και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου. Αρνητικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως ανικανότητα συναισθηματικής έκφρασης, τάσεις αυτοκαταστροφής, εσωστρέφεια, υπερπροσαρμοστικότητα, συμβατικότητα κ.α ευνοούν τη νόσο.



Περνώντας στο αμέσως υψηλότερο επίπεδο, διακρίνει κανείς το δίκτυο των σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο σε μικρές κοινωνικές μονάδες και κυρίως σ' αυτήν της οικογένειας τόσο κατά την παιδική, όσο και κατά την ενήλικη ζωή του. (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 1989) Αξίζει να αναφέρουμε εδώ πορίσματα ερευνητών όπως των Baltrusch και Stangel που αφορούν στην ανάπτυξη συναισθηματικού συνδέσμου μεταξύ γονέων και παιδιών. Διαταραγμένες ή αρνητικές σχέσεις με γονείς κατά την παιδική ηλικία συναντώνται σε μεγάλη συχνότητα σε καρκινοπαθείς.

Το τελευταίο και ανώτερο επίπεδο αφορά στις κρατούσες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και το στρες που μπορεί να προέρχεται από αυτές. Εδώ δεχόμαστε το βασικό θεώρημα του Durkheim ότι το κοινωνικό σύνολο ασκεί στα επιμέρους άτομα εξαναγκασμό μέσω των κοινωνικών κανόνων και αξιών. Τόσο οι ξένες έρευνες όσο και η εμπειρία μας στον ελληνικό χώρο επιβεβαιώνει το γεγονός ότι ο υψηλός βαθμός κοινωνικής υπερ-ένταξης ή αποσύνδεσης μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση της νόσου μέσω των διαφόρων συναισθηματικών διαταραχών που μπορεί να προκαλέσει. (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 1989)

Ο Cobb αναφέρει την κοινωνική υποστήριξη σαν ανασταλτική δύναμη σε θέματα στρες και ασθένειας. Αυτή η υποστήριξη μπορεί να προέρχεται είτε από τα ψυχολογικά αποθέματα του ατόμου, είτε από τις διαπροσωπικές του σχέσεις είτε από το πλέγμα των γενικότερων κοινωνικών σχέσεων που υφίσταται. Υφίσταται όμως και η ανάγκη να αναπτύξουμε και να αναλύσουμε τους τρόπους και τις δυνατότητες επίλυσης του προβλήματος αυτού. (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 1989)

Η διαφοροποίηση των κοινωνικών συνθηκών, που φαίνεται να ευνοούν όχι μόνο την ανάπτυξη του καρκίνου αλλά και κάθε νόσου γενικότερα, είναι θέμα και ατομικό και συλλογικό αλλά συγχρόνως και της κοινωνίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### Α. ΤΑ ΚΥΡΙΩΤΕΡΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

#### Ι. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

##### **Λεμφοεπιθηλιακά καρκινώματα φάρυγγα**

Έτσι ονομάζονται τα προερχόμενα από λεμφοεπιθηλιακό ιστό καρκινώματα του φάρυγγα και κυρίως του επιφάρυγγα ή ρινοφάρυγγα. Αποτελούν το 2% μεταξύ όλων των καρκινωμάτων του σώματος και 12% όλων των καρκινωμάτων των ανωτέρων αναπνευστικών οδών. Είναι πολύ συχνά στους Ασιατικούς λαούς λόγω των ειδικών συνθηκών διαβίωσης που επικρατούν στους λαούς αυτούς. Οι λαοί αυτοί κατοικούν σε καλύβες από χόρτο και άχυρο. Μέσα στις καλύβες καίει διαρκώς φωτιά για θέρμανση και παρασκευή του φαγητού, ο δε καπνός απομακρύνεται αργά δια μέσου του άχυρου της στέγης και έτσι παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στην καλύβα εισπνεόμενος συνεχώς από τα κατοικούντα σε αυτήν άτομα. Η καρκινογόνος επίδραση του καπνού τούτου επιβεβαιώθηκε από ερευνητές αφού στην προσκολλημένη στην εσωτερική επιφάνεια της στέγης "καπνιά" ανιχνεύθηκαν άφθονες καρκινογόνες ουσίες. (Κοσμίδης ,1984)

Παρατηρήσεις των τελευταίων ετών αποδίδουν την ανάπτυξη των λεμφοεπιθηλιακών καρκινωμάτων στον ιό των Epstein-Barr, ο οποίος θεωρείται επίσης το αίτιο του σαρκώματος Burkitt. Ο ιός αυτός έχει βρεθεί επίσης στη νόσο του Hodgkin's και στη λοιμώδη μονοπυρήνωση.

Τα αμετάπλαστα αυτά λεμφοεπιθηλιακά καρκινώματα απαντούν στη χώρα μας σε αναλογία 42,6% μεταξύ όλων των καρκινωμάτων του φάρυγγα. Η πρακτική σημασία των λεμφοεπιθηλιακών καρκινωμάτων του φάρυγγα είναι μεγάλη γιατί:

- α) ο όγκος είναι δυνατόν να είναι μικρός σε μέγεθος και να μην προκαλεί συμπτώματα για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- β) χορηγούν ταχύτατα μεταστάσεις στους τραχηλικούς λεμφαδένες και έτσι συχνά η διάγνωση γίνεται από τις μεταστάσεις.
- γ) επειδή τα καρκινώματα αυτά είναι αμετάπλαστα είναι ακτινευαίσθητα και έτσι η έγκυρη διάγνωση και η σωστή θεραπευτική

αγωγή (ακτινοβολία) έχουν σαν αποτέλεσμα επιβίωση 5-10 ετών σε ποσοστό 35%..(Κοσμίδης ,1984)

### **Καρκίνος του λάρυγγα**

Προσβάλει συνήθως μέσης ηλικίας άτομα κυρίως καπνιστές (προδιαθεσικός παράγοντας) και τραγουδιστές. Τα καρκινώματα του λάρυγγα είναι κυρίως μαλπιγιακού τύπου. Ιστολογικά αποτελούνται από καρκινωμάτωσης βλάστες που προέρχονται από το καλυπτικό επιθήλιο και που αποτελούνται από κύτταρα της ακανθωτής στιβάδας (τύπου μαλπιγιακού) με αρκετές πυρηνοκινησίες. Οι βλάστες περιβάλλονται από συνδετικό ιστό με έντονη λεμφοκυτταρική αντίδραση. (Κοσμίδης ,1984)

Διακρίνονται ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης τους σε :

1. καρκινώματα με σχηματισμό κερατίνης (χαμηλής κακοήθειας) και
2. καρκινώματα χωρίς κερατίνη (υψηλής κακοήθειας).

Αναπτύσσονται συνήθως σε έδαφος λευκοπλακίας (προκαρκινοματώδεις κατάσταση). Οι πολύποδες του λάρυγγα αποτελούν επίσης προκαρκινοματώδεις καταστάσεις. Δίνει κυρίως λεμφογενείς μεταστάσεις. Βασικό κλινικό σύμπτωμα είναι το βράγχος της φωνής που επιμένει (6 μήνες). (Κοσμίδης ,1984)

### **Καρκίνος του πνεύμονα (Βρογχογενές καρκίνωμα)**

Όπως και τα άλλα είδη καρκίνου, έτσι και ο καρκίνος του πνεύμονα δεν αποτελεί καινούργια ασθένεια. Οι περιορισμένες διαγνωστικές δυνατότητες της ιατρικής ως τον περασμένο αιώνα δεν επέτρεψαν την διάγνωση του, ενώ η αυξημένη θνητότητα από άλλες, κυρίως μολυσματικές-λοιμώδεις ασθένειες, δεν είχαν στρέψει τη προσοχή του κοινού και των ειδικών στον καρκίνο του πνεύμονα σαν ένα βασικό πρόβλημα που απειλεί την υγεία του πληθυσμού.(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Προσβάλει κυρίως άνδρες ηλικίας 50-60 ετών. Σαν προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται :

α) το κάπνισμα.

Η πιθανότητα καρκίνου αν καπνίζει ένας 20 τσιγάρα την ημέρα είναι 1/10 ενώ αν δεν καπνίζει είναι 1/270.

β) το είδος της απασχόλησης.

Είναι συχνός σε εργάτες πίσσας και ασβέστου.

γ) οι συνθήκες περιβάλλοντος.

Είναι συχνότερος σε πόλεις λόγω της ρύπανσης της ατμόσφαιρας από το καρκινογόνο 3,4 βενζοπυρένιο των βιομηχανιών. (Κοσμίδης ,1984)

Η θεραπευτική αγωγή είναι :

α) χειρουργική (πνευμονεκτομή)

β) ακτινοβολία και

γ) χημειοθεραπεία κυρίως σε ανεγχείρητα καρκινώματα. (Κοσμίδης ,1984)

## II. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

### **Καρκίνος του οισοφάγου**

Είναι το σημαντικότερο νεόπλασμα του οισοφάγου και αναπτύσσεται στις θέσεις των φυσιολογικών στενωμάτων αυτού. Βρίσκεται σε αναλογία 1 μέχρι 1,5% μεταξύ όλων των καρκίνων του σώματος. Είναι ιδιαίτερα συχνός στην Κίνα και την Ιαπωνία αποδίδεται δε τον ερεθισμό που προκαλεί η λήψη πολύ θερμών τροφών και ποτών από τους λαούς αυτών των περιοχών και συγκεκριμένα η λήψη πολύ θερμής όρυζας. Στην Αμερική και Ευρώπη η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και το κάπνισμα θεωρούνται ως σημαντικά αίτια αναπτύξεως καρκίνου του οισοφάγου. Είναι συχνότερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (2/1). Άλλοι πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, το οινόπνευμα και ερεθιστικές τροφές, πλούσιες σε καρυκείματα. (Κοσμίδης ,1984)

Λόγω των πρωίμων και εκτεταμένων διηθήσεων η θεραπεία κυρίως είναι παρηγορητική. Ριζικότερη λύση θεωρείται η αντικατάσταση του οισοφάγου από το τμήμα παχέως εντέρου. (Κοσμίδης ,1984)

### **Καρκίνος στομάχου**

Ο καρκίνος στομάχου είναι πιο διαδεδομένος στις υπό ανάπτυξη χώρες, ενώ αρχίζει να μειώνεται στις δυτικές χώρες Αποτελεί το 30-50% των κακοηθών όγκων του πεπτικού συστήματος. Είναι συνηθέστερος σε άνδρες (1,5/1) ηλικίας από 30-50 ετών. Εμφανίζεται συχνά στις άπορες τάξεις. Οι Ιάπωνες και οι Ισλανδοί έχουν την μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του στομάχου λόγω της κατανάλωσης καπνιστικών τροφών και της μόλυνσης το ρυζιού από τον μύκητα *Aspergillus flavus*. Οι καπνιστικές

τροφές είναι καρκινογόνες γιατί σχηματίζουν βενζυνοπυρένιο που είναι καρκινογόνο όπως και η αφλατοξίνη που παράγει ο μύκητας *Aspergillus flavus*. Ιστολογικά είναι αδενοκαρκίνωμα και την χειρότερη πρόγνωση έχει το αμετάπλαστο ή αδιαφοροποίητο καρκίνωμα που χαρακτηρίζεται από κύτταρα που συνήθως παράγουν βλέννη, έτσι ώστε να απωθείται στη περιφέρεια (κύτταρα σαν σφραγιστήρα δακτυλίου). (Κοσμίδης, 1984)

Είναι ο μόνος καρκίνος που μπορεί να επεκταθεί με όλους τους τρόπους, με προσφιλή οδό μετάστασης την αιματογενή. Βασικά είναι ασυμπτωματικός, τα πρώτα του δε συμπτώματα οφείλονται συνήθως σε μεταστάσεις (Κοσμίδης, 1984)

### **Καρκίνος παχέος εντέρου**

Είναι δεύτερος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του στομάχου. Συνήθης σε άνδρες ηλικίας από 30 ετών και πάνω, κυρίως όμως σε άτομα μέσης και γεροντικής ηλικίας. Εντοπίζεται κυρίως στο ορθό και στο σιγμοειδές. Προκαλεί αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου κυρίως διάρροιες και δυσκοιλιότητα. Η μεγάλη κατανάλωση λιπών σε συνδυασμό με τη λήψη τροφής πτωχής σε φυτικές ίνες σχετίζεται με την ανάπτυξη του παχέος εντέρου. (Κοσμίδης, 1984)

### **Καρκίνος παγκρέατος**

Οι όγκοι του παγκρέατος διακρίνονται σε καρκινώματα της εξωκρινούς και της ενδοκρινούς μοίρας αυτού. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι πόνος στο επιγάστριο, ταχεία απώλεια βάρους, ψυχική και σωματική καταβολή, ανορεξία, ναυτία και εμετός. Μεθίσταται αιμογενώς και λεμφογενώς. (Κοσμίδης, 1984)

Αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου του παγκρέατος είναι κυρίως τα λίπη που προσλαμβάνονται με τις τροφές. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών αυξάνει τη συχνότητα και σε συνδυασμό με το κάπνισμα διπλασιάζεται η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου αυτού. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

### **Καρκίνος ήπατος**

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος έχει σαφή γεωγραφική κατανομή. Στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α αποτελεί το 1% όλων των

κακοηθών νεοπλασμάτων. Στην Νότια Αφρική και μάλιστα στην περιοχή του Γιοχάνεσμπουργκ, όπου ζει η φυλή των Νέγρων Bandu, η συχνότητα του καρκίνου φθάνει το 30-50%. Τα κυριότερα συμπτώματα εμφανίζονται σε προχωρημένα στάδια. Αυτά είναι ανορεξία, πόνος στο ήπαρ, πυρετός και δυσπεπτικά ενοχλήματα. Συνήθως από την κλινική διάγνωση του καρκίνου του ήπατος μέχρι τον θάνατο μεσολαβεί διάστημα 4-6 μηνών. (Κοσμίδης ,1984)

### III. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

#### **Καρκίνος νεφρού**

Ο καρκίνος του νεφρού συνήθως επηρεάζει άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών. Το συνηθέστερο κακοήθες νεόπλασμα του νεφρού είναι το υπερνεφροειδές αδενοκαρκίνωμα ή αλλιώς κακοήθης όγκος του Grawitz , που εντοπίζεται κυρίως στον κάτω πόλο του νεφρού. Χαρακτηρίζεται από ολική αιματουρία, πυρετό, πόνο στην οσφυϊκή μοίρα και υπέρταση. Τα νεοπλάσματα του νεφρού έχουν την ιδιότητα να διαβρώνουν αγγεία και μάλιστα την νεφρική φλέβα οπότε γίνεται μετάσταση κατά κύριο λόγο στους πνεύμονες. Οι συνήθεις μεταστάσεις κατά σειρά συχνότητας είναι : στους πνεύμονες (60%), στο ήπαρ (30%), στον εγκέφαλο (15%), στα επινεφρίδια (15%) και στον σκελετό. Η πρόγνωση είναι γενικά κακή. Το 40% των καρκίνων αυτών είναι ανεγχείρητα. Μπορεί να ακολουθηθεί ραδιοθεραπεία και χημειοθεραπεία. (Κοσμίδης ,1984)

#### **Κακοήθη νεοπλάσματα αποχετευτικής μοίρας του νεφρού**

Για την δημιουργία των καρκινωμάτων αυτών ενοχοποιούνται η νεφρολιθίαση, τα προϊόντα της πίσσας από το κάπνισμα τσιγάρων κ.α . Τα θηλώδη καρκινώματα της ουροδόχου κύστης απαντούν σε αναλογία 4-5% των καρκινωμάτων του άνδρα και σε αναλογία 1,5% όλων των καρκινωμάτων της γυναίκας.

#### **IV. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ**

##### **Καρκίνος σώματος μήτρας**

Αναπτύσσεται κυρίως μετά την εμμηνόπαυση το 6% των καρκίνων της γυναίκας και επηρεάζει κυρίως γυναίκες άνω των 50 ετών. Η ανάπτυξη του ευνοείται από τα οιστρογόνα. Πριν από την εμμηνόπαυση είναι σπάνιο γιατί υπάρχει ωχρό σώματιο που παράγει προγεστερόνη η οποία ανταγωνίζεται τα οιστρογόνα. Παχύσαρκες γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνωμα του ενδομητρίου και τούτο γιατί πιστεύεται ότι τα οιστρογόνα αποθηκεύονται στο λίπος. (Κοσμίδης, 1984)

##### **Καρκίνος τραχήλου μήτρας**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί το 11% όλων των κακοηθών νεοπλασιών της γυναίκας και σε αναλογία 55-65% μεταξύ όλων των καρκίνων του γεννητικού συστήματος του θήλεος. Κατά σειρά συχνότητας έρχεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερος σε παντρεμένες και πολύτοκες γυναίκες σε αντίθεση με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας που παρατηρείται συχνότερα σε άτοκες. (Κοσμίδης, 1984)

Σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν ενοχοποιηθεί:

1. Ο ιός του έρπητα HSV2 . Ο ιός αυτός δεν έχει μεν βρεθεί στο καρκίνωμα έχουν όμως διαπιστωθεί αντισώματα κατά του ιού.
2. Έρευνες των τελευταίων ετών αποδίδουν την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου περισσότερο στο DNA των σπερματοζωαρίων του άνδρα.
3. Το σμήγμα του άνδρα έχει ενοχοποιηθεί επίσης, η σημασία του είναι σημαντική από την παρουσία σε πολύ μικρή αναλογία σε Ισραηλίτισσες λόγω της υποχρεωτικής περιτομής των ανδρών κ.α

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προέρχεται κυρίως από την μετάπλαση και την δυσπλασία του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Μεγάλη διαγνωστική αξία έχει το PAP-test (test Παπανικολάου), διότι βρίσκει καρκινώματα σε αρχόμενα στάδια. Βασική θεραπεία είναι η χειρουργική, δηλαδή η αφαίρεση της μήτρας. Συμπερασματικά, ο καρκίνος του τραχήλου

της μήτρας έχει πολύ χειρότερη πρόγνωση από τον καρκίνο του σώματος της μήτρας και αφορά κυρίως νέες γυναίκες ηλικίας 30-35 ετών. Είναι δε ο μοναδικός καρκίνος που δύναται να ιαθεί εφόσον αντιμετωπιστεί έγκαιρα και που κατά κάποιον τρόπο γνωρίζουμε τα αίτια του. (Κοσμίδης ,1984)

### **Καρκίνος ωοθήκης**

Οι ωοθήκες αποτελούν μέρος του αναπαραγωγικού συστήματος των γυναικών. Υπάρχουν τέσσερα είδη καρκίνου των ωοθηκών, οι οποίοι επηρεάζουν κυρίως γυναίκες άνω των 40 ετών. Τα καρκινώματα της ωοθήκης αποτελούν το 15% των κακοηθών όγκων του γεννητικού συστήματος της γυναίκας. Είναι συχνότερα σε ανύπαντρες γυναίκες. (Κοσμίδης ,1984)

### **Καρκίνος μαστού**

Παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες (99% ), αλλά και στους άνδρες σπάνια (1%) . Παρουσιάζεται κυρίως σε γυναίκες μετά ή κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, δηλαδή ηλικίας 40-60 ετών. Κάθε χρόνο πάνω από 3500 Ελληνίδες παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού. Κυρίως προσβάλλει το άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η προχωρημένη ηλικία η φυλή (κυρίως η λευκή ) η οικογενειακή κατάσταση (συνήθως άγαμος) αλλά και ο μικρός αριθμός κυήσεων. Επίσης η παχυσαρκία συντελεί στην καθυστέρηση της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου λόγω δυσκολίας ψηλάφησης. Ο θηλασμός θεωρείται μερική προστασία για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Ως θεραπευτική αγωγή ακολουθείται η χειρουργική, δηλαδή μαστεκτομή είτε ριζική είτε απλή ογκεκτομή εφόσον ο όγκος είναι μικρός ,σε συνδυασμό με ακτινοβολία. Στις επιλογές θεραπευτικής αγωγής περιλαμβάνονται η ραδιοθεραπεία αλλά και η θεραπεία με ορμόνες. Μερικές γυναίκες προτιμούν να κάνουν εγχείρηση ανακατασκευής του μαστού για να δώσουν την ίδια εμφάνιση με την όψη που είχε ο αρχικός μαστός τους με κανονικά ρούχα. (Κοσμίδης ,1984)



## V. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΔΡΟΣ

### **Σεμίνωμα όρχεως**

Προέρχεται από τα σπερμογόνα κύτταρα των ορχικών σωληναρίων. Αφορούν μυελοειδή συμπαγή καρκινώματα των οποίων τα κύτταρα είναι ευμεγέθη. Το μέγεθος του όγκου είναι καρυδιού μέχρι πορτοκαλιού. Αναπτύσσεται σε άτομα ηλικίας πάνω από 35 ετών. Είναι ακτινευαίσθητο νεόπλασμα, η θεραπεία του δεν είναι η ορχιδεκτομή. Η πρόγνωση του είναι σχετικά καλή εφόσον στον όγκο δεν υπάρχουν και στοιχεία τερατοειδούς νεοπλασίας(75% πενταετής επιβίωση) .(Κοσμίδης ,1984)

### **Καρκίνος προστάτου**

Είναι συνήθης σε άνδρες ηλικίας πάνω των 60 ετών και εντοπίζεται στην έξω ζώνη του οπίσθιου λοβού του προστάτη. Είναι σκληρός όγκος που διηθεί το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και συγγέεται κλινικά με τα καρκινώματα της ουροδόχου κύστης. Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορους τρόπους, όπως εγχείρηση. Οι παρενέργειες των θεραπειών ποικίλουν και μπορεί να περιλαμβάνουν ακράτεια και ανικανότητα. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απειλείται η ζωή. (Κοσμίδης ,1984)

## VI. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

### Κακοήθη λεμφώματα

Με τον όρο αυτό περιλαμβάνονται παθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από κακοήθη υπερπλασία του λεμφαδενοειδούς ιστού. Τα κακοήθη λεμφώματα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- α) στα HODGKIN'S λεμφώματα και
- β) στα μη HODGKIN'S λεμφώματα.

### **H Hodgkin's λέμφωμα**

Κακοήθεις υπερπλασία των λεμφικών κυττάρων. Παριστάνει το πιο συχνό λέμφωμα και η αιτιολογία του είναι άγνωστη. Η νόσος στην αρχή

είναι συνήθως εντοπισμένη και μπορεί να ξεκινήσει από οποιαδήποτε περιοχή αλλά εν συνεχεία επεκτείνεται. Προσβάλλει άτομα συνήθως 20-25 ετών, περισσότερο άνδρες. Χαρακτηριστικά των αρχικών σταδίων της νόσου είναι η ανώδυνη διόγκωση των λεμφαδένων συνήθως του τραχήλου, σπανιότερα δε των μασχαλιαίων και ακόμη σπανιότερα των βουβωνικών. Θεραπευτική αγωγή είναι η ακτινοθεραπεία αλλά και η χημειοθεραπεία. Συνήθως γίνονται 6 σχήματα το μήνα. Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας ένα ποσοστό 80% εμφανίζει αναστολή της νόσου και ένα ποσοστό 40% δεν παρουσιάζει υποτροπή μετά την πενταετία. (Κοσμίδης, 1984)

### **Μη Hodgkin's λεμφώματα**

Κακοήθη νοσήματα του λεμφοποιητικού συστήματος που ξεκινούν από τα λεμφικά όργανα και που μπορούν να επεκταθούν στο μυελό των οστών και σε άλλα όργανα. Φαίνεται ότι με την πάροδο των ετών αυξάνει η συχνότητα εμφάνισης τους. Είναι πολυεστιακή νόσος και συχνότερα προσβάλλει το πεπτικό σύστημα. Η θεραπευτική αγωγή που ακολουθείται είναι χημειοθεραπεία. Η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ κακή. (Κοσμίδης, 1984)

## **VII. ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ**

### **Καρκίνος θυρεοειδούς**

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος αναπτύσσεται κυρίως σε γυναίκες νεαρής ηλικίας. Οι κλινικές εκδηλώσεις, η εξέλιξη, η θεραπεία και η πρόγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς εξαρτώνται από τον ιστολογικό του τύπο. Τα μυελοειδή καρκινώματα έχουν την καλύτερη πρόγνωση. (Κοσμίδης, 1984)

## **VIII. ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ**

### **Κακοήθη νεοπλάσματα δέρματος**

Αυτά διακρίνονται σε αυτά που προέρχονται από τον επιθηλιακό ιστό και σε αυτά που προέρχονται από το μελαγχρωστικό επιθήλιο. Στην πρώτη κατηγορία υπάγονται τα Βασιλοκυτταρικά επιθηλιώματα και τα

Επιδερμογενή καρκινώματα. Στην δεύτερη κατηγορία υπάγονται τα Κακοήθη μελανώματα .(Κοσμίδης ,1984)

Ο καρκίνος του δέρματος είναι μια άμεση συνέπεια της έκθεσης στην υπέρυθρη ακτινοβολία του ηλίου και είναι μια ασθένεια που σχεδόν μπορεί να προληφθεί συνολικά. 95 τα εκατό των καρκίνων του δέρματος μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά εάν γίνει έγκαιρη διάγνωση. Οι Αυστραλοί έχουν τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνων του δέρματος στον κόσμο. Ένα στα δύο άτομα που γεννήθηκαν σ' αυτή τη χώρα θα παρουσιάσουν κάποιο είδος καρκίνου του δέρματος κατά τη διάρκεια της ζωής τους ενώ 1200 πεθαίνουν ετησίως.([www.betterhealth.vic](http://www.betterhealth.vic))

## ΙΧ. ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

### **Πολλαπλούν μυέλωμα**

Πολλαπλούν μυέλωμα ή νόσος του Kahler είναι μια κακοήθεις υπερπλασία των πλασματοκυττάρων που συνήθως εκκρίνουν μία μονοκλωνική παραπρωτεΐνη.(Κοσμίδης ,1984).

Αποτελεί το 1-2% όλων των κακοηθών νοσημάτων του ενήλικα και περίπου 10% των κακοηθειών του αιμοποιητικού συστήματος με μέση διάρκεια επιβίωσης χωρίς θεραπεία μικρότερη από 12 μήνες. Τα αίτια εμφάνισης του είναι άγνωστα. Ενοχοποιούνται η ακτινοβολία, διάφορες τοξικές ουσίες βιομηχανίας και γεωργίας καθώς και γενετικοί παράγοντες. Εμφανίζεται κυρίως στην 7<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής και μόνο 2% των ασθενών είναι μικρότεροι των 40 ετών. Η θεραπευτική αγωγή δεν επιτυγχάνει πλήρη ίαση. Η αυτόλογη μεταμόσχευση υπόσχεται επιμήκυνση του χρόνου ύφεσης, και η αλλογενής μεταμόσχευση πλήρη ίαση με ποσοστά όμως θανάτων περίπου 40%.(Ελληνική Αντικαρκινική Ετιρεία,2000)

### **Λευχαιμία**

Η λευχαιμία είναι μια κακοήθης νόσος που προέρχεται από ένα τύπο διαταραχής του μυελού των οστών. Χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη αύξηση της παραγωγής του μυελού. Η συσσώρευση των κακοηθών κυττάρων επηρεάζει την κανονική παραγωγή φυσιολογικών κυττάρων του αίματος και καθιστά το ανθρώπινο σώμα ανίκανο να

προστατευθεί από λοιμώξεις. Υπάρχουν δύο ταξινομήσεις για τη λευχαιμία: μυελογενής και λεμφογενής, οξείες και χρόνιες. ([www.wyeth.gr](http://www.wyeth.gr))

Οι κυριότεροι τύποι λευχαιμίας είναι οι παρακάτω:

### **Οξεία λευχαιμία**

Οι οξείες λευχαιμίες αποτελούν το 10% των νεοπλασμάτων στον ενήλικα. Είναι μια ετερογενής ομάδα νοσημάτων στην οποία ο κακοήθης κλώνος προέρχεται από τα λεμφοαιμοποιητικά προγονικά κύτταρα του μυελού των οστών. Η διήθηση του μυελού των οστών από τα λευχαιμικά κύτταρα έχει σαν συνέπεια την αναιμία, αιμορραγίες και λοιμώξεις. Ο παθολογικός πολλαπλασιασμός των λευχαιμικών κυττάρων είναι η αιτία της οργανομεγαλίας (σπλήνα-ήπαρ). Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης χρησιμοποιείται συνδυασμένη χημειοθεραπεία με στόχο την πλήρη ύφεση. Μεταμόσχευση μυελού των οστών χρησιμοποιείται για επιμήκυνση της διάρκειας της πλήρους ύφεσης. Η αποτυχία έχει σαν αποτέλεσμα τον θάνατο από αιμορραγία ή λοίμωξη. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

Αναλόγως της προέλευσης του λευχαιμικού κυττάρου οι λευχαιμίες χωρίζονται σε διάφορες κατηγορίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία είναι άγνωστη. Ευθύνονται όμως γενετικοί παράγοντες, ή ιονίζουσα ακτινοβολία καθώς και τοξικοί παράγοντες. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

### **Οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία**

Αποτελεί το 30% των νεοπλασμάτων της παιδικής ηλικίας από 1-5 ετών. Εμφανίζεται κυρίως στα αγόρια της λευκής φυλής. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η εύκολη κόπωση, η απώλεια βάρους, η ύπαρξη μάζας αλλά και αιμορραγικές εκδηλώσεις. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000) Η θεραπεία πρέπει να είναι συνδυασμένη και περιλαμβάνει:

- α) Προφύλαξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος
- β) Συμπτωματική θεραπεία
- γ) Χημειοθεραπεία
- δ) Θεραπεία υποτροπής μεταμόσχευση μυελού των οστών

## **Οξεία μη λεμφοκυτταρική λευχαιμία**

Είναι νόσος κυρίως των ενηλίκων και ηλικιωμένων ατόμων. Αποτελεί το 80-90% των λευχαιμιών των ενηλίκων. Υπάρχουν προδιαθεσικοί και γενετικοί παράγοντες όπως απλαστική αναιμία, μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο, ιονίζουσα ακτινοβολία, κάπνισμα κ.α. Αναλόγως του βαθμού διαφοροποίησης και της μορφολογίας του λευχαιμικού πληθυσμού έχει γίνει η εξής ταξινόμηση. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

- Οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία χωρίς διαφοροποίηση
- Οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία με μικρή διαφοροποίηση
- Οξεία προμυελοκυτταρική λευχαιμία
- Οξεία μυελο-μονοκυτταρική λευχαιμία
- Οξεία μονοβλαστική λευχαιμία
- Ερυθρολευχαιμία
- Οξεία μεγακαρυοβλαστική λευχαιμία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των τύπων της οξείας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας είναι η έγκαιρη και σωστή χημειοθεραπεία αλλά και με μεταμόσχευση μυελού των οστών στη φάση της ύφεσης. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

## **Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία**

Η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία προσβάλλει τόσο παιδιά όσο και ενήλικες. Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου στα παιδιά. Συχνά είναι εφικτό να χορηγηθεί αποτελεσματική θεραπεία στο 50% περίπου των ασθενών ηλικίας κάτω των 15 ετών. Το 30% των ενηλίκων επιτυγχάνουν μακρά επιβίωση χωρίς νόσο. Η θεραπεία της βασίζεται σε φάρμακα. Σε περίπτωση υποτροπής ή σε ανθεκτική νόσο, μπορεί να γίνει μεταμόσχευση μυελού των οστών. ([www.antibiotics.gr](http://www.antibiotics.gr))

## **B. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

Η αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασμάτων βασίζεται σε δύο σκέλη:

- στην προφύλαξη, και
- στην έγκαιρη διάγνωση.

Η προφύλαξη από τα κακοήθη νεοπλάσματα γίνεται μέσω :

- απομάκρυνσης από τα τρόφιμα οποιασδήποτε ουσίας που θεωρείται καρκινογόνος.
- διαρκής διαφώτισης του κοινού για την αδιαμφισβήτητη σχέση που υπάρχει μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρων και καρκίνου του πνεύμονα.
- έγκαιρης αντιμετώπισης των προκαρκινικών καταστάσεων.
- ειδικής προστασία των ατόμων που ασχολούνται λόγω επαγγέλματος με διάφορες καρκινογόνες ουσίες.
- απομάκρυνσης από την κυκλοφορία φαρμάκων που αποδείχθηκαν καρκινογόνα.

Η πρόωγη διάγνωση των νεοπλασιών αποτελεί μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας, δεδομένου ότι σήμερα πολλά κακοήθη νεοπλάσματα είναι ιάσιμα αν υποβληθούν έγκαιρα σε θεραπεία. (Κοσμίδης ,1984)

## Γ. ΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Υπάρχουν 8 βασικοί μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου:

- 1) η χειρουργική, που αποσκοπεί στην ριζική εξαίρεση της νεοπλασματικής εστίας .
- 2) η ακτινοθεραπεία , που εφαρμόζεται είτε σε συνδυασμό με την χειρουργική θεραπεία , είτε σε όγκους που δεν μπορούν να εξαιρεθούν.
- 3) η χημειοθεραπεία , δηλαδή η θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα που εφαρμόζεται σε συνδυασμό με την χειρουργική ή την ακτινοθεραπεία.
- 4) μεταμόσχευση μυελού των οστών.
- 5) η βιολογική θεραπεία
- 6) γονιδιακή θεραπεία
- 7) εμβόλια
- 8) μονάδες πρόσκαιρης σταδιακής θεραπείας

Σ' όλες τις περιπτώσεις η θεραπεία προκαλεί -συνήθως- ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως απώλεια των μαλλιών, ναυτία, αδυναμία και ένα αίσθημα κόπωσης. Τις παρενέργειες ενισχύουν τα ισχυρά φάρμακα της χημειοθεραπείας, επιστρατευμένα στην καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων, μπορούν να βλάψουν και τα αντίστοιχα τους 'υγιή'.

### **1. Χειρουργική επέμβαση**

Είναι η παλαιότερη και η πιο επιτυχής θεραπευτική μέθοδος. Η χειρουργική επέμβαση στοχεύει στην απομάκρυνση όλου του όγκου- ή κάποιου τμήματος μεμονωμένα- από το σώμα του ασθενή. Σπανιότερα αποσπώνται και υγιείς ιστοί γύρω από τον όγκο. Οι ασθενείς που υφίστανται μια επέμβαση, μένουν συνήθως στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, ώσπου δηλαδή να νιώσουν αρκετά δυνατοί για να επιστρέψουν στο σπίτι. Αλλά και τότε ακόμη μπορεί να έχουν ένα αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας. (Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 1997)

Πρέπει να σημειωθεί ότι σήμερα η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου συνδυάζεται όλο και συχνότερα με άλλες

μεθόδους θεραπείας. Το παραπάνω έχει σαν αποτέλεσμα τον έλεγχο της τοπικής νόσου και των μεταστάσεων αλλά και τον περιορισμό του μεγέθους και της νοσηρότητας των εγχειρητικών μεθόδων.

## 2. Ακτινοθεραπεία

Κύριο μέλημα του ανθρώπου πάντοτε ήταν η διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας του. Η ιατρική εξέλιξη και γνώση των νόσων που τον απειλούν έχει βοηθήσει πάρα πολύ να βρεθούν θεραπευτικές μη επεμβατικές μέθοδοι που θα διασφαλίζουν την ακεραιότητα ζωτικών λειτουργικών μονάδων.

Στην ακτινοβολία, ακτίνες υψηλής ενέργειας εκπέμπονται από ραδιενεργά υλικά στον κακοήγη όγκο. Η δραστηριότητα αυτή καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα στον οργανισμό, τα οποία έτσι δεν μπορούν να πολλαπλασιαστούν ανεξέλεγκτα. Μπορεί βέβαια να θιγούν και κάποια φυσιολογικά κύτταρα κοντά στον όγκο. Για να καταστεί σίγουρο ότι η ακτινοβολία στοχεύει ακριβώς επάνω στον όγκο χρησιμοποιούνται σημάδια που οριοθετούν την περιοχή. (Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 1997)

Οι ακτινοβολίες απαιτούν λίγα μόνο λεπτά για την εκτέλεση τους και συνήθως χορηγούνται για ένα μικρό διάστημα κάποιων εβδομάδων. Σε μερικές περιπτώσεις η ακτινοβολία δεν εκπέμπεται από μια συσκευή αλλά από ραδιενεργά υλικά που τοποθετούνται μέσα και κοντά στον όγκο. Με αυτή τη μορφή τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφονται μέσα από το σώμα. (Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 1997)

Η Ολοσωματική Ακτινοθεραπεία πρωτοπεριγράφηκε μόλις 12 χρόνια μετά την ανακάλυψη των ακτινών Χ. Τον πρώτο καιρό η Ολοσωματική Ακτινοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση ασθενών με νόσο σε διασπορά. Η μεγάλη της τοξικότητα αλλά και η εισαγωγή φαρμακευτικών θεραπειών περιόρισε την χρησιμοποίησή της σε αντιμετώπιση μόνο σε παρηγορητική ακτινοθεραπεία διεσπαρμένων οστικών μεταστάσεων. Η ρίψη της ατομικής βόμβας στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι έδωσε την «ευκαιρία» της μελέτης της δράσης μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας στο ανθρώπινο σώμα. Έτσι διαπιστώθηκε ότι η ακτινοβολία καταστρέφει τον αιμοποιητικό ιστό και ότι ο ακτινοβολημένος άνθρωπος θα μπορούσε να διασωθεί αν του γινόταν έγκαιρη έγχυση κυττάρων. Η πρακτική όμως εφαρμογή των γνώσεων αυτών στην εφαρμογή στον άνθρωπο έγινε δυνατή μόνο στις αρχές της δεκαετίας του '70. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)



Ένας φωτισμένος Ιατρός, ο Καθηγητής Papillon, πρώτος εφήρμοσε την ενδοορθική ακτινοθεραπεία με ευεργετικά αποτελέσματα και η μέθοδος αυτή έγινε διεθνώς αποδεκτή. Από το 1987-1996 η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε σε 25 περιπτώσεις με πολύ καλά αποτελέσματα. Η πενταετής επιβίωση επί 15 περιστατικών ήταν 80%, ποσοστό παραπλήσιο με αυτό που επιτυγχάνεται με εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

Η συνεχής τεχνολογική εξέλιξη των Λέιζερ επιτρέπει την όλο και πιο διαδεδομένη χρήση τους στην Ιατρική και συνεπώς και στο χώρο της Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, αποτελώντας έτσι ένα συμπληρωματικό μέσο θεραπείας σε συνδυασμό με την Ακτινοθεραπεία. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

Έτσι στα πλαίσια του Ακτινοθεραπευτικού Ογκολογικού κέντρου του ΠΑΟΝΑ Ο Άγιος Σάββας έχει δημιουργηθεί Μονάδα μη Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών που περιέχει:

- Συσκευή Laser για Φωτοδυναμική Θεραπεία
- Συσκευή Διοδικού Laser 60W
- Συσκευή Laser χαμηλής ισχύος για μετακτινικές βλάβες

### **3. Χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία αφορά στη χορήγηση φαρμάκων με στόχο την καταπολέμηση του καρκίνου στον οργανισμό: οι χημικές ουσίες εισέρχονται στο αίμα και μεταφέρονται στα καρκινικά κύτταρα το οποία και καταστρέφουν. Τα φάρμακα που χορηγούνται για το σκοπό αυτό, δίνονται συνήθως σε τακτά χρονικά διαστήματα για μήνες ή και χρόνια. Οι τρόποι χορήγησης ποικίλουν. Υπάρχουν περιπτώσεις με ενδοφλέβια χρήση με μυϊκές ενέσεις, χάπια και υγρά από το στόμα. Σήμερα χρησιμοποιούνται πολλά και διαφορετικά φάρμακα. Ο γιατρός είναι εκείνος που αποφασίζει το είδος της χημειοθεραπείας ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου που παρουσιάζει ο ασθενής. (Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 1997)

Η χημειοθεραπεία αντιμετωπίζει τα κακοήθη νοσήματα του αίματος, των οστών και του λεμφικού συστήματος. Κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και γι' αυτό ακολουθεί διαφορετικό χημειοθεραπευτικό πρόγραμμα του οποίου η χρονική διάρκεια ποικίλει.

#### 4. Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Μεταμόσχευση μυελού είναι η διαδικασία κατά την οποία αφού καταστραφεί ο μυελός του ασθενούς – είτε ως παρενέργεια εξ αιτίας μεγάλων δόσεων αντινεοπλασματικής θεραπείας( Ολοσωματικής Ακτινοθεραπείας ή Χημειοθεραπείας) είτε σκοπούμενη (αντιμετώπιση αναιμιών, λευχαιμιών) – γίνεται έγχυση υγιούς μυελού ή περιφερικών αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων, είτε του ασθενούς εφόσον είναι υγιής είτε ιστοσυμβατού δότη.(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία,2000)

Η μεταμόσχευση του μυελού των οστών για μερικές δεκαετίες εφαρμόζετε σαν θεραπεία εκλογής σε μερικά βαριά, θανατηφόρα συγγενή ή επίκτητα κυρίως του αιμοποιητικού συστήματος. Η μεταμόσχευση του μυελού των οστών κατέχει ιδιαίτερη θέση ανάμεσα στις μεταμοσχεύσεις των διαφόρων οργάνων λόγω των ιδιαίτερων χαρακτήρων του οργάνου που μεταμοσχεύεται. Το μόσχευμα περιέχει τα πολυδύναμα αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα που η μεταμόσχευση τους καταλήγει σε μία κατάσταση πλήρους αιμοποιητικής και λεμφικής χίμαιρας.(Μελέτης ,1998)

Η μεταμόσχευση του μυελού των οστών είναι είτε αυτόλογη, όταν ο μεταμοσχευμένος μυελός έχει ληφθεί από τον ίδιο τον αρρώστο είτε αλλογενείς (αλλογονιδιακή) όταν ο δότης είναι άλλο άτομο μέλος ή μη της οικογένειας του αρρώστου. Η προετοιμασία και η πραγματοποίηση της μεταμόσχευσης απαιτούν μια σειρά από πολύπλοκες διαδικασίες που πρέπει να εφαρμόζονται σε εξειδικευμένα κέντρα με τον απαραίτητο τεχνικό εξοπλισμό, αποστειρωμένα δωμάτια και επάνδρωση τους από το ειδικό ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. (Μελέτης ,1998)

Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δότης είναι αδερφός ή αδερφή απόλυτα συμβατός που μπορεί να βρεθεί στο περίπου 25-35% των αρρώστων. Αν δεν υπάρχει απόλυτα συμβατός δότης είναι ανάγκη να αναζητηθεί ένας τέτοιος δότης από μία τράπεζα εθελοντών δοτών μυελού ή να χρησιμοποιηθούν στην ανάγκη όχι απόλυτα συμβατή δότες από την οικογένεια όπως γονείς. (Μελέτης ,1998)

Για την τέλεση της μεταμόσχευσης είναι απαραίτητη η προετοιμασία του αρρώστου με χημειοθεραπεία ή και ακτινοβολήση που έχουν σαν σκοπό την καταστολή της δυνατότητας απόρριψης του μοσχεύματος, την μείωση υπολειμματικής κακοήθους νόσου μετά την πλήρη ύφεση καθώς και την δημιουργία του απαραίτητου χώρου για την εγκατάσταση του μοσχεύματος. Η εξέλιξη της μεταμόσχευσης γίνεται σε πολλά στάδια που διαρκούν αρκετούς μήνες και μόνο μετά από πολλά χρόνια μπορούμε να συζητούμε για οριστική ίαση. (Μελέτης ,1998)

Η μεταμόσχευση του μυελού τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για την αντιμετώπιση κακοηθών νοσημάτων και πάνω από 40.000 ασθενείς έχουν κάνει αλλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών μεταξύ των ετών 1970 και 1992. Η αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών άρχισε να εφαρμόζεται όλο και περισσότερο και ξεπερνούν τις 6.000 το χρόνο με αύξηση περίπου 20% το χρόνο ενώ έχουν λάβει αυτόλογα μοσχεύματα περίπου 30.000 άρρωστοι από το 1980 ως σήμερα. (Μελέτης ,1998)

Τα αποτελέσματα της μεταμόσχευσης ποικίλουν ανάλογα με το υποκείμενο νόσημα και η μέθοδος αυτή σε μερικά νοσήματα δίνουν την δυνατότητα μακράς επιβίωσης ή και ίασης σε νοσήματα με ταχεία θανατηφόρα κατάληξη με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Παρά την αποκτηθείσα εμπειρία και τις βελτιώσεις των διαφόρων τεχνικών στις μεταμοσχεύσεις, η όλη διαδικασία ακόμη από αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, ενώ η εμφάνιση υποτροπών μετά την αρχική επιτυχία της μεταμόσχευσης είναι υψηλή και παραμένει ακόμη ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα. (Μελέτης ,1998)

## **5.Βιολογική θεραπεία**

Είναι σχετικά νέος τρόπος θεραπείας του καρκίνου. Το "φυσικό αμυντικό σύστημα" του οργανισμού απέναντι στις ασθένειες είναι γνωστό ως ανοσοποιητικό σύστημα. Η βιολογική θεραπεία χρησιμοποιεί ουσίες που έχουν ως στόχο τη βελτίωση αυτής της λειτουργίας με την αύξηση της ικανότητας των ανοσοποιητικών κυττάρων να καταπολεμούν τις ασθένειες και τις μολύνσεις, όπως ο καρκίνος. (Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 1997)

Συνήθως προσφέρεται μόνο μετά τη δοκιμή των συμβατικών μεθόδων όταν αυτές δεν είναι αποτελεσματικές.

## **6. Γονιδιακή θεραπεία**

Η γονιδιακή θεραπεία είναι ένα άλλο αποτέλεσμα έρευνας πάνω στο ανασυνδεδασμένο DNA. Είναι η εισδοχή ενός γονιδίου στα κύτταρα του ασθενούς για να επισκευασθεί ένα έμφυτο λάθος μεταβολισμού ή να δοθεί μια νέα λειτουργία στο κύτταρο. Αυτός φυσικά είναι ένας ευρύς ορισμός που περιλαμβάνει τη δυνατότητα θεραπείας γενετικών ανωμαλιών, καρκίνου, μολυσματικών νόσων και αυτοάνοσων ανωμαλιών, μέσω

γενετικώς τροποποιημένων κυττάρων με σκοπό την αποτροπή ή την εξάλειψη της νόσου. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

Προς το παρόν η μόνη μορφή θεραπείας που είναι τεχνικώς εφικτή και ηθικώς παραδεκτή είναι η θεραπεία των σωματικών κυττάρων. Η γονιδιακή θεραπεία σωματικών κυττάρων μπορεί να επανορθώσει κληρονομικές καταστάσεις, αλλά μόνο για μια νέα γενιά. Η θεραπεία της γεννητικής σειράς μπορεί να απαλείψει νοσήματα για όλες τις γενιές, αλλά προς το παρόν δεν είναι τελείως εφικτή για τεχνικούς λόγους. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

## **7. Εμβόλια**

Η έρευνα πάνω στα εμβόλια εναντίον του καρκίνου στον άνθρωπο έχει αρχίσει να εντατικοποιείται τα τελευταία χρόνια. Τα εμβόλια στοχεύουν σε έλεγχο του καρκίνου μέσω ενεργού ανοσοθεραπείας. Υπάρχουν τρεις βασικές προϋποθέσεις για επιτυχή ανοσοθεραπεία:

- Ανοσογονικοί όγκοι
- Ακέραια κυτταρική ανοσία και
- Μικρό φορτίο καρκινικών κυττάρων

Ο όρος ανοσογόνος όγκος σημαίνει ένας όγκος που έχει δυνατότητα να προκαλέσει ανοσολογική ανταπόκριση κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Ένας όγκος δηλώνεται ως αντιγονικός, σε πειράματα σε ζώα, αν η ανοσοποίηση με τα κύτταρα του όγκου που παρασκευάζεται το εμβόλιο, έχει σαν αποτέλεσμα την προστασία σε επακόλουθες προκλήσεις με ζώντα κύτταρα του όγκου. Επειδή αυτού του είδους τα πειράματα δεν είναι δυνατόν να γίνουν στον άνθρωπο, ο ορισμός της αντιγονικότητας στον ανθρώπινο καρκίνο δεν είναι καθαρός και πολλές φορές αντιφατικός. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2000)

## **8. Μονάδες πρόσκαιρης σταδιακής θεραπείας**

Υπάρχει βέβαια μια άλλη λύση, μη συμβατική, ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης της ανίατης ασθένειας: η πρόσκαιρη σταδιακή θεραπεία. Στη Γαλλία ο ασθενής πρέπει να πληροί τρία κριτήρια για να τον δεχτούν στις μονάδες σταδιακής ανακούφισης:

- πρέπει να υποφέρει από μια ασθένεια που είναι θανατηφόρα. Η μόνη διάγνωση του καρκίνου δεν είναι αρκετή.
- η ασθένεια από την οποία υποφέρει πρέπει να είναι εξελικτική. Το 50% των μορφών καρκίνου δεν εξελίσσονται.
- να έχει αποκλειστεί κάθε περίπτωση ίασης. Αυτό σημαίνει ότι ούτε ο χειρουργικός τρόπος, ούτε η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία φέρνουν αποτελέσματα.

Στις μονάδες σταδιακής ανακούφισης χρησιμοποιούνται χίλιες δυο μικρές, ασήμαντες πράξεις που βοηθάνε την καθημερινή ζωή του ασθενή: να τον βοηθήσουμε να καθίσει στο κρεβάτι του για να πει τον καφέ του, να τον ανασηκώσουμε για να δει τηλεόραση ή να διαβάσει, να του κλείσουμε τις κουρτίνες να μην τον ενοχλεί ο ήλιος κ.α. Όμως, ο ασθενής δεν είναι μόνο το σώμα του. Είναι μια οντότητα, με μια ταυτότητα, μια προσωπικότητα και μια ιστορία. Σκοπός είναι να βοηθηθεί, να κάνει τη διεργασία του πένθους της ίδιας του της ζωής. Η ναρκισσιστική παλινδρόμηση του ασθενή είναι αναγκαία. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### A. Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο πόνος προέρχεται από τη λέξη Poena που σημαίνει τιμωρία. Η σχέση πόνου και τιμωρίας αποτελεί την πρώτη γνωστή θεωρία των αιτιοπαθολογικών μηχανισμών έκκλησης του και παλαιά αποδόθηκε σε θείκη κατάρα, γεννήθηκε για να βασανίζει την ανθρωπότητα, μια και ο πόνος ήταν γιος της Έριδας και εγγονός της νύχτας στην Ελληνική μυθολογία. Ο πόνος συνδέθηκε στη συνέχεια με τις χαρές και τις λύπες της ζωής και συνοδεύει τον άνθρωπο από τη γέννηση του μέχρι και το θάνατο. Έτσι ο κόσμος έχει συνδέσει τον πόνο με τον καρκίνο σε μια ταυτόσημη έννοια, δηλαδή τη μοιραία κατάληξη της αρρώστιας ανάμεσα σε φρικτούς πόνους. (Κορδιόλης, 1978)

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (2001) διακρίνουμε τρεις τύπους:

- α) τον πόνο από εξωτερικούς παράγοντες-κάτι συμβαίνει στο σώμα μας, στον οργανισμό μας και πονάμε.
- β) τον ψυχογενή πόνο- δηλαδή ψυχολογικές συγκρούσεις που μεταφράζονται ως σωματικός πόνος και
- γ) πόνο που οφείλεται σε ψυχολογικές αιτίες που συνοδεύουν την αρχική σωματική αιτία, δηλαδή σε οδυνηρά συναισθήματα και άγχος.

Στην Ελληνική Ιατρική βιβλιογραφία δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα του πόνου στους καρκινοπαθείς. Οι πόνοι στον καρκίνο, ανάλογα τη γενική σωματική και την ψυχική κατάσταση των αρρώστων και με άλλους χαρακτήρες, οι οποίοι σχετίζονται με την προσωπικότητα και το κοινωνικό τους περιβάλλον και άλλους παράγοντες επιτείνονται και γίνονται βασανιστικοί. Ο πόνος στον καρκίνο είναι χρόνιος, συνεχής, μέτριας ή ισχυρής έντασης, κατ' εξοχήν δυσθεράπευτος ή κακά αντιμετωπιζόμενος. Σε παρόμοιες περιπτώσεις εμφανίζονται πρόσθετες σοβαρές διαταραχές (ψυχικές, σωματικές, οικονομικές) τόσο στον άρρωστο, όσο και την οικογένεια του. (Κορδιόλης, 1979)

Ο πόνος γενικότερα είναι μια λειτουργική εκδήλωση του ανθρώπινου οργανισμού και προκαλείται από κάποια ανατομική βλάβη. Οι πόνοι στον καρκίνο αποτελούν δυσάρεστο σύμπτωμα ή επιπλοκή της αρρώστιας και προκαλούνται από :

1. Τη φλεγμονή και το οίδημα οργάνων τα οποία βρίσκονται στο βάθος του σώματος ή επιφανειακά
2. Τη συνυπάρχουσα εξέλκωση
3. Τη διάταση των προσβληθέντων οργάνων και τη πίεση των ιστών ή των νεύρων γύρω από τον όγκο
4. Τη διήθηση ή μετάσταση του όγκου και την προσβολή και άλλων συστημάτων του οργανισμού
5. Τέλος, πόνοι στον καρκίνο μπορεί να εμφανιστούν σαν αποτέλεσμα χειρουργικής θεραπείας ή ακτινοθεραπείας ή κάποιας άλλης αιτίας άσχετης με αυτόν.

## B. ΚΑΙΝΙΚΕΣ ΠΟΝΟΥ

Σήμερα στο εξωτερικό γενικότερα, αλλά και στη χώρα μας, τα προβλήματα του πόνου από καρκίνο αντιμετωπίζονται σε ειδικές κλινικές, οι οποίες ονομάζονται "Κλινικές Πόνου". Μ' αυτό τον τρόπο, γιατροί, ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και παραϊατρικό προσωπικό μαζί με άλλους επιστήμονες με σημαντική παρουσία τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, προσπαθούν από κοινού να θεραπεύσουν τον πόνο και τα προβλήματα τα οποία δημιουργεί.

Με τα σημερινά δεδομένα, ο καρκινοπαθής με προβλήματα πόνου ή νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο ή παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία του, από τους ειδικούς. Από την αρχή χρειάζεται νέα ανάλυση του ιστορικού για να εκτιμηθεί η συνδρομή του πόνου και να καθοριστεί η καταλληλότερη μέθοδος θεραπείας. Πριν από κάθε απόφαση για οποιαδήποτε θεραπεία, στις κλινικές πόνου, εκτιμάται ιδιαίτερα η γνώμη, μετά από στενή συνεργασία, των άλλων επιστημόνων (ψυχολόγου, κοινωνικής λειτουργού) οι οποίοι βοηθούν στην επίλυση των συνοδών προβλημάτων τα οποία εμφανίζονται (ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.α). (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Το 1980, η Υποεπιτροπή Ορολογίας και Ταξινόμησης της U.I.C.C για τη μελέτη του πόνου έδωσε τον παρακάτω ορισμό:

"Πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και ψυχική εμπειρία, η οποία συνοδεύεται με ενεργό ή δυναμικά ενεργό ιστική βλάβη ή περιγράφεται με λόγια σαν να έχει γίνει μια τέτοια βλάβη."

Παρά όμως την αποδοχή αυτή, όλες οι εμπειρίες που περιγράφονται δεν είναι κατ' ανάγκη πόνος, ο εκτιμητής όμως πρέπει να τις δέχεται έτσι. Η δυσάρεστη αυτή σωματική ή ψυχική εμπειρία, ο πόνος, δεν μπορεί παρά τις μέχρι σήμερα προόδους να μετρηθεί σωστά γιατί εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο ανάμεσα στα άτομα και τις φυλές, ενώ το ίδιο ερέθισμα προκαλεί διαφορετική αντίδραση στον υγιή απ' ό,τι στον άρρωστο. Οποιαδήποτε όμως αίσθηση και να συνειδητοποιείται, πόνος είναι ό,τι βλάπτει τον άρρωστο και ο βαθμός της βλαπτικής επίδρασης ή της ενόχλησης που προκαλείται από το επώδυνο ερέθισμα εξαρτάται από τις εξωτερικές συνθήκες τη δεδομένη στιγμή της βλάβης και ένα σωρό άλλους παράγοντες που σχετίζονται επί πλέον με τον κοινωνικό περίγυρο του



αρρώστου και την προσωπικότητα του. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ,1991)

Η κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων του σωματικού πόνου είναι σημαντική για την θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ασθενούς. Ψυχογενείς καταστάσεις πόνου είναι διαφόρων ειδών και μπορούν να εκδηλωθούν με διάφορα σωματικά συμπτώματα. Ένας ιδιαίτερος τύπος ψυχογενούς πόνου είναι ο λεγόμενος "πόνος φάντασμα", που εκδηλώνεται ως αίσθηση δυνατού πόνου σε ένα μέρος του σώματος που χάθηκε. Έντονος πόνος προκαλεί ανησυχία ή άγχος, συναισθήματα φόβου αλλά και ντροπής, τα οποία ελαττώνουν την αντοχή στον πόνο. Συνήθως, όταν κάποιος αισθάνεται κάποιον πόνο, του δημιουργείται θυμός, καθώς αισθάνεται αδικημένος ή άτυχος. Αυτά τα συναισθήματα μεγαλώνουν αν η θεραπεία ή η εγχείρηση δεν πετύχει ή αν ο πόνος είναι περισσότερος μετεγχειρητικά. ( Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ,1991)

Στην κοινωνία μας η έκφραση του θυμού δεν είναι επιθυμητή ή παραδεκτή, γι' αυτό πολύ συχνά εκφράζεται σαν παράπονο για πόνο, και την ανάγκη για περισσότερα αναλγητικά φάρμακα ή για μεγαλύτερη προσοχή από το περιβάλλον. Πίσω από το παράπονο του ασθενή κρύβεται η ανησυχία, το άγχος. Κεκαλυμμένα ο ασθενής ζητάει βοήθεια και υποστήριξη όχι μόνο για τον πόνο που αισθάνεται, αλλά στην ουσία για το άγχος, που τον απειλεί με την ιδέα της αναπηρίας ή του θανάτου.

Ένας παράγοντας που επίσης παίζει ρόλο στο πως βιώνει και εκδηλώνει ο άνθρωπος τον πόνο είναι ο κοινωνικός παράγοντας. Κοινωνικά για τις γυναίκες η εκδήλωση του πόνου, τα παράπονα, τα δάκρυα είναι πιο επιτρεπτά παρά για τον άνδρα, ο οποίος μπορεί να αισθάνεται απομονωμένος και θυμωμένος από τον πόνο από το άγχος και από την προσπάθει να μην δείξει ότι πονάει( Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ,1991)

Η κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων του σωματικού πόνου είναι σημαντική για την θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ασθενούς. Ψυχογενείς καταστάσεις πόνου είναι διαφόρων ειδών και μπορούν να εκδηλωθούν με διάφορα σωματικά συμπτώματα. Ένας ιδιαίτερος τύπος ψυχογενούς πόνου είναι ο λεγόμενος "πόνος φάντασμα", που εκδηλώνεται ως αίσθηση δυνατού πόνου σε ένα μέρος του σώματος που χάθηκε. Έντονος πόνος προκαλεί ανησυχία ή άγχος, συναισθήματα φόβου αλλά και ντροπής, τα οποία ελαττώνουν την αντοχή στον πόνο. Συνήθως, όταν κάποιος αισθάνεται κάποιον πόνο, του δημιουργείται θυμός, καθώς αισθάνεται αδικημένος ή άτυχος. Αυτά τα συναισθήματα μεγαλώνουν αν η θεραπεία ή

η εγχείρηση δεν πετύχει ή αν ο πόνος είναι περισσότερος μετεγχειρητικά.  
(Χαρτοκόλλη,2001)

Σκοπός του γιατρού που αντιμετωπίζει επώδυνες συνδρομές είναι να διαχωρίσει την οργανική τους φύση από την ψυχογενή ή το ποσοστό συνύπαρξής τους, διότι ο πόνος αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό μίγμα (τοπικός ή γενικευμένος πόνος, γενική κακουχία, αδιαθεσία, κατάθλιψη, ανησυχία κ.α) που χρειάζεται διαφορετική φαρμακευτική θεραπεία και φυσικά πολύπλευρη αντιμετώπιση. Τέλος, ο πόνος πρέπει να μελετηθεί σαν σωματοψυχικό πρόβλημα για την ορθή εκτίμηση της οργανικής του βλάβης.  
(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ,1991)

Από την αρχαιότητα οι ιατρικές επιστήμες καθώς και οι φιλόσοφοι έχουν καταλάβει, πως ο νους μας και το κορμί μας λειτουργούν σαν ένα ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο , ως μια "εγκεφαλική ψυχή". Η σύγχρονη νευροφυσιολογία και η ψυχολογική έρευνα μας βοηθούν να καταλάβουμε μια τέτοια σχέση, προσφέροντας μας έναν καινούργιο τρόπο να βλέπουμε την αρρώστια και την υγεία.

## Γ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπεία του πόνου στον καρκίνο είναι συντηρητική ή χειρουργική και αποβλέπει:

1. Στην αντιμετώπιση της αρρώστιας συνδυάζοντας ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή εγχείρηση.
2. Στην στήριξη του ασθενή με ψυχολογικά μέσα.
3. Στην συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου με φάρμακα.
4. Στην επιπρόσθετη χορήγηση σκευασμάτων, τα οποία υποβοηθούν την καταπολέμηση τοπικών ή γενικευμένων επιπλοκών.
5. Τέλος, η θεραπεία του πόνου ειδικά και των επιπτώσεων του στον καρκινοπαθή ή το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπ' όψη και η ορθή αντιμετώπιση του αποτελεί τμήμα της όλης προσπάθειας για την αποκατάσταση του καρκινοπαθή.

Η θεραπεία για τον πόνο πρέπει να αρχίσει αμέσως και τα φάρμακα να χορηγούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αν ο πόνος οφείλεται σε επέκταση της αρρώστιας, η πιο κατάλληλη θεραπεία είναι η αιτιολογική. Σε πιο έντονους πόνους αρχίζει ανάλογα η χορήγηση ισχυρών μη ναρκωτικών παυσίπων. Όταν οι πόνοι είναι πολύ ισχυροί, στην οξεία φάση επιτρέπεται η χορήγηση ναρκωτικών. Εξ άλλου, στα ηλικιωμένα άτομα και ειδικότερα με βαριά γενική κατάσταση δίνονται με πολύ προσοχή. Η χρήση ναρκωτικών εξαρτάται από την ένταση του πόνου, και δίνονται σήμερα άφοβα και σε περιπατητικούς ασθενείς. Όλα τα φάρμακα δεν έχουν την ίδια ανταπόκριση και δυστυχώς η δράση τους μειώνεται με το χρόνο. (Κορδιόλης, 1979)

Στη θεραπεία του πόνου από καρκίνο, σημαντική θέση κατέχουν τα ηρεμιστικά και τα αντικαταθλιπτικά. Τα σκευάσματα αυτά βοηθούν στην καταπολέμηση των ψυχολογικών και ψυχικών εκδηλώσεων της αρρώστιας, ενώ επιπρόσθετα εμφανίζουν συνεργική δράση με τα παυσίπινα μειώνοντας για περισσότερη ώρα τον πόνο. (Κορδιόλης, 1979) Η υποστηρικτική, ψυχολογική και ψυχιατρική θεραπεία στον πόνο είναι επιβεβλημένη για να λυθούν τα προβλήματα, τα οποία προστίθεται από τον καρκίνο μαζί με την όλη προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή.

Τέλος, όταν παρά τη συνεχή εφαρμογή της συντηρητικής θεραπείας με τα διάφορα φάρμακα και τα άλλα μέσα και όλους τους κανόνες αντιμετώπισης του πόνου, αυτός συνεχίζεται, επιβάλλεται η λήψη πιο δραστικών μεθόδων, οι οποίες είναι οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Συμπερασματικά, ο πόνος στον καρκίνο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη. Σήμερα υπάρχουν όλα τα μέσα για να αντιμετωπισθεί με συντηρητικές θεραπείες ή με εγχειρήσεις και να ανακουφιστούν οι καρκινοπαθείς σε μεγάλο βαθμό. Η αντιμετώπιση του πόνου όμως δεν μπορεί να γίνει διαφορετικά παρά μόνο με όσες διαδικασίες αναφέρθηκαν μέσα στις κλινικές πόνου, οι οποίες οφείλουν να ιδρυθούν τουλάχιστον σε όλα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Η αντιμετώπιση του πόνου γίνεται στα πλαίσια της αποκατάστασης του καρκινοπαθή και πρέπει να συμπεριληφθεί στον σχεδιασμό ενός συνετού Αντικαρκινικού Αγώνα.

Τα τελευταία 20 χρόνια ανακαλύψεις και μελέτες δίνουν νέες προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκινικού πόνου. Εξασφαλίζονται νέες έγκυρες και αξιόπιστες μετρήσεις, αποτελεσματικές θεραπείες διασφαλίζεται η καλύτερη ποιότητα ζωής στον άρρωστο και την οικογένεια του. Ειδικά κέντρα ανακούφισης του πόνου, τα "hospices", στον Καναδά, στην Ιταλία, στην Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες εφοδιάζονται κλινικής εμπειρίας και ο καρκινικός πόνος μπορεί σήμερα να θεραπευτεί αποτελεσματικά. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2003)

Υπάρχουν σε Ευρώπη και Αμερική αρκετές σε αριθμό διεθνείς οργανώσεις για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Οι περισσότερο γνωστές και σε ανοικτό δίκτυο πληροφόρησης, έρευνας και κλινικής πρακτικής είναι οι ακόλουθες:

- Professional Health Care Workers
- International Association for the Study of Pain
- The World Federation for Cancer Care
- National and International Medical Associations
- Postgraduate Medical Colleges
- Cancer Societies and Foundations

## Δ. ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Οι διάφορες μέθοδοι για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου εκτός από το επιθυμητό τους αποτέλεσμα συνεπάγονται συχνά και ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ενέργειες αυτές είναι είτε βιολογικές είτε ψυχοκοινωνικές.

Η χειρουργική αφαίρεση των όγκων είναι η παλαιότερη από τις θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο, και τις πιο πολλές φορές η κυριότερη. Το καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα, εκτός από το κύριο εγχειρητικό μέρος, εξαρτάται και από την προετοιμασία και τη μετεγχειρητική ρύθμιση. Αλλά αν τα προεγχειρητικά προβλήματα παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία άσχετα από το είδος της εγχείρησης, τα προβλήματα μετά τη χειρουργική θεραπεία εξατομικεύονται. (Ρηγάτος, 1985)

**Μαστεκτομή.** Ο φόβος του καρκίνου και της μαστεκτομής είναι η κυριότερη αιτία, διεθνώς, για την καθυστερημένη προσέλευση για εγχείρηση, που σημαίνει ότι μια θεραπευτική ενέργεια μπορεί να δημιουργεί συνέπειες πριν καν εφαρμοσθεί. Ο φόβος αυτός είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά σημαντικής συμβολικής σημασίας του οργάνου αυτού για τη γυναίκα. (Ρηγάτος, 1985)

Τις ψυχολογικές διαταραχές της μαστεκτομής έχει ανασκοπήσει η Διβόλη(1978). Η γυναίκα με τη μαστεκτομή κυριεύεται από τα αισθήματα ανεπάρκειας του ρόλου της, εφόσον ο μαστός συμβολίζει την αγάπη, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Είναι όργανο που παρέχει στο βρέφος τροφή, και συνακόλουθα ευχαρίστηση, αγάπη και αίσθημα ασφάλειας. Για τη γυναίκα συνυφαίνεται με την αγάπη που μπορεί να προσφέρει, είναι δηλαδή δεμένο με τη μητρότητα και τη θηλυκότητα. Για τον άντρα σημαίνει ότι θα του εκπληρώσει τις επιθυμίες και θα του προσφέρει αγάπη. Για όλα αυτά η απώλεια του μαστού παίρνει διαστάσεις μιας καταστροφικής απώλειας.

Η αποκατάσταση της γυναίκας αυτής, σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά, είναι ένα σύνολο πολύπλοκων διαδικασιών και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Για τη μορφολογική αποκατάσταση τις προϋποθέσεις και τις δυνατότητες θα καθορίσει ο πλαστικός χειρουργός. Όσο για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, η εποικοδομητική αντιμετώπιση της μαστεκτομής εξαρτάται από ψυχολογικούς και κοινωνικούς συντελεστές. Η

προσωπικότητα, οι κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, η μόρφωση, το πολιτιστικό υπόστρωμα, αλλά και η ωριμότητα και η δυνατότητα να ξεπερνά παίζουν το καθένα το ρόλο του. Η μεταχείριση από το σύζυγο, την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον έχουν πολύ μεγάλη σημασία για την εξέλιξη και τη σταδιακή επανένταξη της άρρωστης στο κοινωνικό σύνολο.

Αυτό όμως που αποδείχθηκε ότι έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των συνεπειών της μαστεκτομής, είναι τι μοίρασμα των εμπειριών από την εγχείρηση με άλλη γυναίκα, που έχει πια ξεπεράσει το πρόβλημα της βιολογικά και ψυχολογικά. Έτσι αναπτύχθηκε αρχικά στις Η.Π.Α., ένα πρόγραμμα αποκατάστασης που στηρίχτηκε πολύ στη συμμετοχή εθελοντών και που ονομάστηκε "Αποκατάσταση Μαστεκτομής" και "Φθάσε στην αποκατάσταση". Το πρόγραμμα αυτό συνέλαβε πρώτη και προχώρησε στην υλοποίηση του η Terese Laser. Γρήγορα με τη βοήθεια άλλων γυναικών και της Αμερικάνικης Αντικαρκινικής Εταιρείας ιδρύθηκε το Reach to Recovery Foundation, που απλώθηκε σε έκταση και βάθος. Τα αποτελέσματα ήταν πολύ ικανοποιητικά, γρήγορα το πρόγραμμα εφαρμόστηκε και σε άλλες χώρες. Από το 1983 ανάλογο πρόγραμμα εφαρμόζεται και στην Ελλάδα από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. (Ρηγάτος, 1985)

**Κολοστομία.** Τα προβλήματα των αρρώστων με παραφύση έδρα απασχολούν πολλά χρόνια τους γιατρούς που ασχολούνται με τη χειρουργική του παχέος εντέρου. Η φροντίδα της κολοστομίας ήταν από τα πρώτα και κυριότερα μελήματα αυτών των αρρώστων. Σύντομα όμως και άλλα προβλήματα βγαίνουν στο φως. (Ρηγάτος, 1985)

Η Derricks (1975), νοσοκόμος με εξειδίκευση στις στομίες, αναφέρει ότι όπως συχνά της έλεγαν οι άρρωστοι, η βοήθεια στην αποκατάσταση τους ήταν μεγαλύτερη από την αδερφή, παρά από το γιατρό τους ή το ψυχίατρο. Είναι πάνω από 20 χρόνια, που στομημένοι άρρωστοι με καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή ίδρυσαν στις Η.Π.Α. τους πρώτους συλλόγους που ζητούσαν να βοηθήσουν τους εαυτούς τους και ομοιοπαθείς τους. Από τα 1983 ανάλογος σύλλογος υπάρχει και στην Ελλάδα «Όμιλος Ειλεοστομίας και Κολοστομίας».

**Λαρυγγεκτομή.** Όπως αναφέρει η εθελοντής σε προγράμματα αποκατάστασης λαρυγγεκτομημένων A. Lanpher (1972) τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα απομόνωσης, κύρια εξαιτίας της αδυναμίας λόγου. Μεσήλικες συχνότερα άνδρες, οι λαρυγγεκτομημένοι βασανίζονται από ερωτήματα επαναπροσαρμογής και επικοινωνίας στη

δουλεία, συμμετοχής στον φιλικό κύκλο, σεβασμού τους στην οικογένεια κ.λ.π. Και εδώ την προαγωγή της αντίληψης της αποκατάστασης προώθησαν οι ίδιοι οι άρρωστοι, οργανωμένοι σε τοπικά σωματεία με σχετικές ονομασίες (αναφέρονται χαρακτηριστικά :η *Χαμένη Χορδή*, η *Νέα Φωνή* κ.α), σε ευρύτερες ενώσεις και σε Διεθνή Εταιρεία Λαρυγγεκτομημένων.(Ρηγάτος, 1985)

Είναι εύκολα κατανοητό πόση σημασία έχει η αποκατάσταση του λόγου σε άτομα που μπορεί με την εγχείρηση να θεραπευθούν πλήρως. Γι' αυτό και η κύρια αποκατάσταση έγκειται εδώ σε διδασκαλία νέου τρόπου ομιλίας, που γίνεται με τη χρησιμοποίηση του οισοφάγου. Η ομιλία μπορεί με την άσκηση να είναι πολύ ικανοποιητική, η εκπαίδευση μπορεί να συμπληρωθεί σε 6 περίπου μήνες αλλά σημαντικός αριθμός αρρώστων δεν είναι σε θέση να μάθει οισοφάγειο ομιλία. Μηχανικά βοηθήματα όπως ο ηλεκτρολάρυνξ ή εξωτερικό πρόσθετο αεραγωγό σύστημα μπορεί να βοηθήσουν τις ανάγκες επικοινωνίας λαρυγγεκτομημένων. (Ρηγάτος, 1985)

**Ορχεκτομή.** Η διάγνωση του καρκίνου του όρχεως και η ορχεκτομή είναι ιδιαίτερα φορτισμένη συγκινησιακά. Γιατί πέρα από όσα αφορούν στη φύση, την πρόγνωση και τη συμβολική σημασία του καρκίνου, υπάρχει πρόσθετη επιβάρυνση εξαιτίας της εντόπισης σε μια περιοχή-ταμπού. Η εντόπιση δίνει λαβή για μια σειρά από παρεξηγημένες αντιλήψεις. Συχνά οι άρρωστοι, ή οι γυναίκες τους, εκλαμβάνουν τη νόσο ως τιμωρία για πραγματικά ή φανταστικά σεξουαλικά έργα ή σκέψεις, κύρια για παρεκκλίσεις ή υπερβολές. Κατά την περίοδο αυτή η ντροπή, αισθήματα ενοχής και φόβος, κύρια για τη μετάδοση της νόσου καταβασανίζουν τον άρρωστο και την σύντροφο και προκαλούν παροδική ψυχολογική ανικανότητα. Είναι αυτονόητο ότι στη φάση αυτή η συμπαράσταση του γιατρού ή και ψυχιάτρου είναι απόλυτα αναγκαία. Όταν η σεξουαλική ζωή παραμένει φυσιολογική οι ψυχολογικές διαταραχές είναι πολύ λιγότερες. (Ρηγάτος, 1985)

**Υστερεκτομή.** Διάφορες ορμονικές μεταβολές που συνοδεύουν την υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων συνεπάγονται μια σειρά από εκδηλώσεις που απορυθμίζουν την ψυχοσωματική ισορροπία της γυναίκας. Ακόμα η απώλεια ενός συμβολικής σημασίας οργάνου, συνδυασμένου με το γυναικείο ρόλο και τη μητρότητα, δημιουργεί πρόσθετη ένταση και αισθήματα. Η σχετικά καλή πρόγνωση του καρκίνου αυτού κάνουν επιτακτική την ανάγκη συστηματικής υποστήριξης των γυναικών αυτών. (Ρηγάτος, 1985)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### A. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Η στιγμή της διάγνωσης μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας είναι μια στιγμή που θα αλλάξει με τρόπο καθοριστικό τη μετέπειτα ζωή του ίδιου του ατόμου αλλά και των οικείων του. Η ανακοίνωση της διάγνωσης δημιουργεί μια κατάσταση κρίσης που χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα καθώς το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την πιθανότητα του θανάτου.

Σύμφωνα με τη Doka (1993) η αντίδραση του ατόμου στη διάγνωση εξαρτάται από δύο σημαντικές κατηγορίες παραγόντων:

- α) από τους παράγοντες που αφορούν την ίδια την αρρώστια και
- β) από τους παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο.

Οι παράγοντες που αφορούν την αρρώστια σχετίζονται με τη φύση της, τη βαρύτητα της, την πρόγνωση και εξέλιξη της, το είδος της θεραπείας που απαιτεί, αλλά και από το πώς την αντιμετωπίζει το κοινωνικό σύνολο. Οι παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κ.α. (Παπαδάτου, 1995)

Τη διάγνωση του καρκίνου και γενικά τη διάγνωση μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας συνοδεύει η σταδιακή συνειδητοποίηση των απωλειών που επιφέρει, με συνέπεια να αναδύεται μια αντίδραση θρήνου. Ο θρήνος μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των αντιδράσεων απέναντι σε ένα γεγονός που το άτομο αντιλαμβάνεται ως απώλεια. (Wrenn, 1998)

Οι απώλειες που μπορεί να βιώνει το άτομο που πάσχει από καρκίνο είναι πολλαπλές και μπορεί να αφορούν τόσο το παρόν όσο και το μέλλον. Σχέδια και όνειρα, η καθημερινότητα και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο έβλεπε τον εαυτό του και τη ζωή, ξαφνικά ανατρέπονται και καταρρέουν δημιουργώντας την αίσθηση της ασυνέχειας και της ρήξης με αυτό που ως τώρα θεωρούνταν δεδομένο. (Frank, 1995)

Η κραυγαλέα μοναξιά του πόνου σπρώχνει τον καρκινοπαθή προς μια ψυχική καταπίεση. Η αξιοπρέπεια που κέρδισε με τόσο κόπο εξασθενεί. Η εικόνα του σώματος αμαυρώνεται διότι ο πόνος φαίνεται να σβήνει το



υπόλοιπο του εαυτού. Από την πολυσύνθετη αντίληψη του σώματος του ενήλικου, του ώριμου ανθρώπου, υποχωρεί σε μια πιο παιδική εικόνα του σώματος. Εκείνο που είναι φοβερά διαβρωτικό για τον ασθενή είναι ο οίκτος. Όταν ο ασθενής αντιληφθεί ότι τον λυπούνται, μειώνει την ικανότητα του να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Ο οίκτος του ενισχύει την αίσθηση της ανημποριάς, γιατί του δείχνει ότι βρίσκεται σε κατώτερο επίπεδο.

Έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών επηρεάζουν ακόμη και την καθαρά βιολογική πλευρά της πορείας της νόσου τους. Καλά μεθοδευμένες μελέτες σύγκρισης ομάδων καρκινοπαθών που διέφεραν μόνο ως προς την έκβαση της νόσου από πλευράς επιβίωσης, και λειτουργικής επάρκειας έδειξαν ότι ασθενείς με δυσμενέστερη έκβαση εμφανίζουν, υψηλότερα επίπεδα άγχους, μειωμένη ικανότητα έκβασης συναισθημάτων, συχνότερη τάση για άρνηση της νόσου τους, πιο παθητική γενικά στάση και πιο συχνή καταθλιπτική αντίδραση. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Στη περίπτωση μιας σοβαρής, βαριάς ασθένειας οι μηχανισμοί άμυνας είναι μαζικοί. Η πρόγνωση για την εξέλιξη της ασθένειας αναγκάζει το ψυχικό όργανο του ασθενή να οργανώσει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης. Νιώθει έντονα την απειλή όσον αφορά τη φυσική σωματική αρτιμέλεια, αλλά και τη ναρκισσιστική αρτιμέλεια η οποία συμβολίζεται μέσα από το σώμα, ένα σώμα που προδίδει από την μια και απειλείται από την ενόρμηση του θανάτου από την άλλη. Σε αυτό το γεγονός προσθέτονται οι φαντασιακές αγχωτικές αναπαραστάσεις γύρω από το σώμα, την ασθένεια και το θάνατο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2003)

Ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση απελπισίας όπου αισθάνεται αβοήθητος. Η άμυνα δεν είναι επαρκής και αποτελεσματική και ο ασθενής οδηγείται σε μια κατάσταση ψυχικού πόνου χωρίς να έχει τη δυνατότητα να στηριχθεί σε οποιαδήποτε αναπαράσταση ή σε οποιοδήποτε λόγο. Ο ψυχικός πόνος θα μετριαστεί και θα εξωτερικευτεί μέσα από σωματικές αντιδράσεις: ταχυκαρδία, εφίδρωση. Αυτός είναι ο πρώτος τρόπος που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να εκτονωθεί.

Τη στιγμή της διάγνωσης ο χρόνος σταματά για τον ασθενή. Αρχίζει να υπάρχει πάλι από τη στιγμή που συνειδητοποιεί τη διάγνωση. Μιλώντας για τα τραυματικά όνειρα, ο S. Freud λέει ότι η επανάληψη φέρνει στην επιφάνεια την οδύνη, τον πόνο. Το άγχος που εμφανίζεται σε αυτό το στάδιο δεν είναι αυτόματο και έχει σχέση με την «πρωτόγονη αγωνία». Πρέπει λοιπόν να ξαναρχίσει να λειτουργεί η ψυχική επεξεργασία για να δοθεί μια απάντηση και να αντιμετωπιστεί η κατάσταση κρίσης στην οποία βρίσκεται.

Αυτή η επεξεργασία αρχίζει με την αποδοχή και συνειδητοποίηση της διάγνωσης. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2003)

Μπροστά στο βάρος της πραγματικότητας, μόνο η άρνηση είναι αποτελεσματικός μηχανισμός άμυνας. Σιγά-σιγά η άρνηση θα γίνεται όλο και λιγότερο έντονη. Ο διχασμός, ως μηχανισμός άμυνας, θα χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή με αποτέλεσμα να μας δίνει την εντύπωση ότι η διάγνωση έχει γίνει αποδεκτή. Ο S. Freud λέει ότι ο μηχανισμός άμυνας της απάρνησης είναι ένας τρόπος αποδοχής.

Άλλοι ασθενείς δεν έχουν καμιά δυνατότητα να αισθανθούν τα συναισθήματα και δέχονται τη διάγνωση με απόλυτα ήρεμο τρόπο. Σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει η απάρνηση της πραγματικότητας. Αυτοί οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να μιλήσουν για την κατάσταση τους με ρεαλιστικό τρόπο και μας δίνουν την εντύπωση μιας ισχυρής προσωπικότητας και προκαλούν τον θαυμασμό μας όσον αφορά την ψυχραιμία τους. Η J. M. Douglas μιλάει για μια κατάσταση «ψυχικού πάγου» ή «αλεξιθυμίας». Το ψυχικό όργανο τείνει σε μια κατάσταση εσωτερικού θανάτου και αυτό γιατί το συναίσθημα βιώνεται σαν απειλητικό. Σε αυτή τη περίπτωση η εκτόνωση θα γίνει μέσα από το σώμα. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2003)

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής, όταν συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από καρκίνο, έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς. Κατά την Kubler Ross, κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά νόσο, συμπεριλαμβανόμενου του καρκίνου, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι τη στιγμή του θανάτου του.

**Το πρώτο στάδιο**, είναι της άρνησης και της απομόνωσης. Η πρώτη αντίδραση της μέγιστης πλειονότητας των αρρώστων της Ross, όταν πληροφορήθηκαν για τη νόσο τους, ήταν << Όχι εμένα, δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια. >> Τότε περιέπεσαν σε απομόνωση και περισυλλογή. Το άτομο αρνείται το γεγονός της αρρώστιας και καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση. Συνήθως θεωρείται ότι ένας ασθενής χρησιμοποιεί την άρνηση όταν συμπεριφέρεται σαν να μη συμβαίνει τίποτα.

**Το δεύτερο στάδιο**, είναι του θυμού, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των ασθενών << Γιατί εγώ; >>. Υπάρχει πικρία και ο ασθενής νιώθει αδικημένος και προδομένος από το ίδιο του το σώμα. Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το Θεό. Έτσι

δημιουργεί εντάσεις και αποξενώνει τον καρκινοπαθή σε μια περίοδο της ζωής του που χρειάζεται απόλυτη υποστήριξη. Όταν αναγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες του θυμού επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της πραγματικότητας.

**Το τρίτο στάδιο**, είναι της συνδιαλλαγής. Ο ασθενής ημερεύει, παρακαλεί, μοιάζει να ζητάει αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει τη καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιασθεί με μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του, την αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτή τη συμπεριφορά, γίνεται μελίχιο και παρακαλεί.

Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας το «παζάρεμα» αποβλέπει στην αποθεραπεία του αρρώστου μα όταν η υγεία του επιδεινώνεται οι διαπραγματεύσεις αφορούν μια καλή ζωή ή έστω ένα καλό θάνατο.

**Το τέταρτο στάδιο** είναι της κατάθλιψης. Κατά την Kubler Ross υπάρχουν δύο είδη κατάθλιψης αυτών των ασθενών.

Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Το τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητά. Η εξωτερίκευση των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων με το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό, με κοινωνικούς λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα και τέλος τη χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα να βγει η ασθενής γρήγορα από αυτό τον κατάθλιψη.

Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Ο ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψη του, δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών, αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.

Τέλος, **το πέμπτο στάδιο** είναι της αποδοχής. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Βαθμιαία, περιορίζει τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατό. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν. Θέλει να μείνει μόνος του. Η συσκευή της τηλεόρασης του είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον συνηθέστερα με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Συχνά, κοιμάται ακανόνιστα, μέχρι που κοιμάται για πάντα. Γενικότερα ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kubler Ross η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς. Τα διάφορα στάδια

δεν είναι στεγανά. Είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια ημέρα. Τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια, από τα οποία διέρχεται ο καρκινοπαθής είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη.

Υπάρχουν ακόμη δύο στοιχεία του ψυχισμού του καρκινοπαθούς άξια να σημειωθούν. Το αίσθημα ενοχής και η υποβολή. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001) Πολλές φορές ο καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά «στιγματισμένος» όπως αισθανόταν παλιότερα ο ασθενής που έπασχε από φυματίωση. Συνήθως ο καρκινοπαθής υποβάλλεται εύκολα. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Όπως η χρήση διαφόρων λέξεων π.χ. «καρκίνος», «κακοήθης όγκος», «τοξικό φάρμακο», λέξεις δηλαδή που έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις. Επιπλέον ο ασθενής αισθάνεται δέος από τη χρήση των πολύπλοκων μηχανημάτων που εφαρμόζονται πάνω του.

Αρχικά οι ασθενείς νιώθουν ανασφάλεια όσον αφορά την ασθένεια τους που εκφράζεται με:

- Τον φόβο του άγνωστου και του απροσδόκητου, του παρόντος και του μέλλοντος, δηλαδή ότι σε κάθε χρονική στιγμή είναι πιθανό να ξαναεμφανιστεί η νόσος και να τους οδηγήσει σε νέες ταλαιπωρίες.
- Των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν
- Του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας
- Τον φόβο του θανάτου

Η ανασφάλεια επηρεάζεται και αυξάνεται από:

- Την παραπληροφόρηση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, που σε κάθε χρονική στιγμή δηλώνουν την αβεβαιότητα όσον αφορά την θεραπεία και την επιβίωση από τη νόσο του καρκίνου.
- Τις πολύπλοκες και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Τις προγραμματισμένες εξετάσεις ρουτίνας, καθώς και κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο.
- Κάθε νέο σύμπτωμα.

Μερικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν το συναίσθημα της ανασφάλειας, ζητώντας περισσότερες πληροφορίες από διάφορες πηγές, και έτσι ανταποκρίνονται θετικότερα στην νόσο τους. Από την άλλη πολλοί βιώνουν έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και

αξιολόγησης από όλους τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα του ασθενούς.

Η μεγάλη σημασία που δίνουν οι δυτικές κοινωνίες στην εικόνα του σώματος και την σωματική τελειότητα, αυξάνουν την αρνητική επίπτωση που έχει ο καρκίνος. Το συναίσθημα της αποτυχίας και το στίγμα του καρκίνου δίνουν την αντίληψη της ματαιότητας σε κάθε προσπάθεια συνέχισης της ζωής.

Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου έχει πάρα πολλές ψυχολογικές επιδράσεις στους ασθενείς. Οι ασθενείς νιώθουν πολύ δύσκολο να αντέξουν και να σηκώσουν το βάρος της αλλαγής του σώματος τους. Έχουν την αντίληψη ότι παύουν πια να είναι ένα, αλλά έχουν χωρίσει σε κομμάτια. Το σημαντικό πρόβλημα της αλλαγής του σωματικού ειδώλου μπορεί να αντιμετωπισθεί εάν επισημάνουμε ότι είναι φαινόμενο παροδικό και αναστρέψιμο. Η παρέμβαση ειδικών επιστημόνων την κατάλληλη στιγμή δίνει την δυνατότητα αποκατάστασης. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Όσον αφορά την απώλεια της σεξουαλικότητας, εκτός των περιπτώσεων εκείνων που οφείλεται σε ενδοκρινολογική δυσλειτουργία, στις υπόλοιπες των περιπτώσεων το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνοδεύουν τον ασθενή και η ανάγκη για ψυχολογική παρέμβαση είναι επιβεβλημένη. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η προσωπική ή η συζυγική τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω των θεραπειών. Είναι πιθανό η όλη διαδικασία να έχει τις ρίζες της στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου λόγω της ασθένειας ή και της θεραπείας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις δημιουργούνται, γιατί οι παρενέργειες της συντηρητικής θεραπείας έρχονται να προστεθούν στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να οδηγηθεί ο ασθενής στην χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001) Οι Hampton και συνεργάτες σε έρευνα τους το 1996 αναφέρουν ότι η άρνηση του καρκίνου από το κοινωνικό σύνολο, η αποφυγή της συζήτησης από φίλους και συγγενείς, δημιουργεί ένα αίσθημα απόρριψης και αρνητικής αντίληψης από τον κοινωνικό περίγυρο, που οδηγεί στην αρνητική εικόνα σώματος με αποτέλεσμα την σεξουαλική δυσλειτουργία. Η πολυδιάστατη λοιπόν αιτιολογία των σεξουαλικών διαταραχών απαιτεί και ανάλογο νοσηλευτικό πλαίσιο φροντίδας, που θα απευθύνεται στις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς. Απαιτείται καλή γνώση κανόνων επικοινωνίας, των μεθόδων προσέγγισης, καθώς και επαγγελματική εμπειρία.

Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές οι καρκινοπαθείς περιγράφονται ως άτομα με πολλές αναστολές, έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συμβατικοί και καθηλωμένοι στους τύπους, ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες. Υπάρχει ως πολύ συχνό στοιχείο της προσωπικότητάς τους η τάση για άρνηση και καταπίεση μη – επιτρεπών αισθημάτων, προφανής αδυναμία να εκφράσουν την ένταση, το θυμό ή το άγχος τους, και όλα αυτά πίσω από μια πρόσοψη ηρεμίας και ευχαρίστησης. Στα άτομα αυτά έχει παρατηρηθεί αυξημένο ενδιαφέρον για τους άλλους και τα πράγματα που συμβαίνουν γύρω τους, παρά για αυτά που συμβαίνουν μέσα τους.

Οι πιο συχνές ψυχολογικές διεργασίες στον ασθενή σύμφωνα με τον W.J.Schraml (1982) είναι:

α) η **παλινδρόμηση**. Το άτομο υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που ταιριάζουν σε ηλικία μικρότερη από την δική του. Το ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι όλη μέρα, πολλές φορές χρειάζεται βοήθεια ακόμη και για να κάνει τις φυσικές του ανάγκες όλα αυτά επαναφέρουν εικόνες της ζωής από τα παιδικά χρόνια κι έτσι «μεταβάλλεται» σε παιδί.

Τα άτομα που κάνουν εύκολα παλινδρόμηση είναι οι «καλοί ασθενείς» όπου αφήνονται στη φροντίδα των άλλων. Ο ρόλος αυτός τους αρέσει, κυρίως όταν είναι άτομα που στερούνται ιδιαίτερη φροντίδα, προσοχή ή στοργή. Αν πρόκειται για άτομα εγωστρεφή με υποχονδριακές τάσεις έχουμε συχνά αύξηση των υποχονδριακών συμπτωμάτων.  
(Καλαντζή-Αζίζι, 1983)

Τα άτομα που κάνουν δύσκολα παλινδρόμηση είναι οι «δύσκολοι ασθενείς». Συνήθως είναι αυτόνομοι προσωπικότητες, που βιώνουν την ανημποριά της ασθένειας σαν κάτι το μειωτικό. Γι' αυτό αντιδρούν φωνάζοντας, δυστροπώντας κ.λ.π. (Καλαντζή-Αζίζι, 1983)

β) άλλη τυπική συμπεριφορά είναι ο **εγωκεντρισμός**. Ο ασθενής έχει τη τάση να θέλει να γυρίζουν όλα γύρω από τον εαυτό του, γίνεται πιο εγωιστικός, μιλά πολύ για τα συμβάντα στον οργανισμό του, εστιάζεται δηλαδή η προσοχή σε θέματα υγείας και θεωρεί άλλες συζητήσεις σαν έλλειψη αγάπης και ενδιαφέροντος.

γ) συχνά συμβαίνει να παρατηρούμε το φαινόμενο της λεγόμενης «**μαγικής σκέψης**», που έρχεται σε αντίθεση με τη λογική σκέψη. Ασθενείς που πάσχουν από βαριές ασθένειες νομίζουν ότι με ορισμένες σκέψεις ή πράξεις μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά μια κατάσταση και να φθάσουν σε ένα σκοπό.

δ) η πιο συχνή αντίδραση είναι ο φόβος και το άγχος. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην νιώθει φόβο. Το άγνωστο, ο πόνος, η έλλειψη δυνάμεων κ.α προκαλούν φυσιολογικό φόβο. Το άγχος είναι ένα διάχυτο δυσάρεστο συναίσθημα που αυξάνεται σε περιόδους ασθένειας επειδή ο ασθενής δεν έχει διεξόδους και οι σκέψεις του περιστρέφονται πάνω στις πιθανές επιπλοκές της ασθένειας. (Καλαντζή-Αζίζι, 1983)

## **B. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

Τα ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς διακρίνονται σε:

- Αγχώδη διαταραχή
- Καταθλιπτική διαταραχή
- Οργανικές διαταραχές
- Προσαρμοστικές διαταραχές

### **Αγχώδης διαταραχή**

Η αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διάρκειας 1-2 εβδομάδων. Πρωταρχικά τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν: αδυναμία συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες ανήσυχες σκέψεις και αντιλήψεις, νευρικότητα, ανησυχία. Τα φυσικά συμπτώματα είναι γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικές διαταραχές, καρδιαγγειακές και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και στο γενετήσιο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

### **Καταθλιπτική διαταραχή**

Η καταθλιπτική διαταραχή συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από μικρής έως σοβαρής διάρκειας ψυχολογικές διαταραχές (2-4 εβδομάδων) που εμφανίζονται με τα ακόλουθα συμπτώματα: απαισιόδοξες σκέψεις, κακή διάθεση, αδυναμία να αισθανθούν χαρά, ενοχή, αδυναμία και απώλεια κάθε αισθήματος ελπίδας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

### **Οργανικές διαταραχές**

Οι οργανικές διαταραχές παρουσιάζονται μετά από προφανείς βλάβες στον εγκέφαλο λόγω της νόσου ή της θεραπείας, που επηρεάζουν τις εγκεφαλικές λειτουργίες. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)



## Προσαρμοστικές διαταραχές

Οι προσαρμοστικές διαρκούν 1-2 βδομάδες και παρουσιάζονται σαν συναισθηματικές υπερβολικές αντιδράσεις στο στρες. Η κατάθλιψη είναι η πιο σημαντική και συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν επισπεύδουσες αφορμές για την έκλυση μιας μείζονος κατάθλιψης (μελαγχολίας). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περάσει απαρατήρητη σ' ένα γενικό νοσοκομείο ή στα πολυάσχολα ογκολογικά τμήματα. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Το οξύ οργανικό παραλήρημα είναι μια εξίσου σημαντική ψυχιατρική διαταραχή λόγω συχνής παρουσίας του. Συχνά παρουσιάζει διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Παρουσιάζεται ως διαταραχή επιπέδου συνείδησης, κυμαινόμενες περιόδους ανησυχίας, αϋπνίας, ταραχής, επιθετικότητας. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν προβλήματα από τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις, όπως τράβηγμα ορών, καθετήρων. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001) Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι θα επηρεάσουν την εμφάνιση ή όχι αυτών των διαταραχών, το είδος, καθώς και την διάρκεια τους. Αυτοί είναι:

- Η ηλικία και το φύλο
- Το είδος του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, καθώς και το είδος της θεραπείας
- Ο πόνος που δεν αντιμετωπίζεται
- Προηγούμενη εμπειρία από τον καρκίνο στο γύρω περιβάλλον, καθώς και οι παρούσες συνθήκες που βιώνει ο ασθενής την διάγνωση του καρκίνου
- Ο κοινωνικός περίγυρος και η υποστήριξη που έχει ο ασθενής από τους γύρω του, καθώς και οι μηχανισμοί άμυνας που έχει
- Οι αντιλήψεις όσον αφορά την κουλτούρα και τα θρησκευτικά του πιστεύω
- Ο τύπος της προσωπικότητας του ασθενούς, τα προσωπικά του πιστεύω γύρω από την νόσο και την υγεία
- Η στάση του κατά την διάρκεια της ζωής του στο θέμα καρκίνος
- Προηγούμενο ιστορικό ατομικό-οικογενειακό ψυχιατρικής διαταραχής

Η μόρφωση και η κοινωνική θέση μπορούν να διαμορφώσουν την αντίδραση στην νόσο. Άτομα μορφωμένα κατανοούν καλύτερα την νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα τον ρόλο του ασθενούς. Συνήθως τέτοια άτομα κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας, όπως η άρνηση και η απώθηση. Αποφασιστικό ρόλο παίζει η προηγούμενη εμπειρία με το καρκίνο από το γύρω περιβάλλον, όπως επίσης και πως ο κοινωνικός περίγυρος αντιμετωπίζει την νόσο καρκίνος.

## Γ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπ' όψιν της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας ( πρώιμο – ενδιάμεσο – τελικό).

### ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το πρώτο στάδιο αφορά τη διάγνωση και εργαστηριακή διερεύνηση. Ο τρόπος κατά τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειες της εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Οι στόχοι μας σε αυτή τη φάση είναι οι εξής:

1. Να βοηθήσουμε τον ασθενή να μπορεί να ζει με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της.
2. Να βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
3. Να βοηθήσουμε να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
4. Να βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση του γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπιση του στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό και στη λήψη ενός κοινωνικού ιστορικού.

### ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το δεύτερο στάδιο αφορά τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά,

επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου εμφανίζονται. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε για αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να αποτρέψουν, θα δημιουργείτο φόβος για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή.

Άλλοι άρρωστοι κατηγορούν τον γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι άνευ αξίας και να τον κατευθύνει στις παραδεκτές θεραπείες. Ο γιατρός μπορεί ακόμα να του προτείνει να δει έναν άλλο ογκολόγο για μια δεύτερη γνώμη ή να σταθεί πρόθυμος να συζητήσει με τον άρρωστο νέες διαθέσιμες θεραπείες που μέχρι τότε δεν είχαν θεωρήσει.

Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο Νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Περιμένοντας τα αποτελέσματα φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώνουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσοκόμα πρέπει να εξηγήσουν τον στον άρρωστο και την οικογένεια του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. (Ρηγάτος, 1985)

Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένεια του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν άλλους να τους εγκαταλείψουν.

Όπου και να κοιτάξει λοιπόν ο άρρωστος αυτό τον καιρό, θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα

έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρός αλλά ζει. Αν του δοθεί σεβασμός, προσοχή, αν προσπαθήσουμε να τον καταλάβουμε παρά να τον κρίνουμε, γρήγορα θα χαμηλώσει την φωνή του και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του.

## ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το τρίτο στάδιο, είναι εκείνο που διενεργείται παρηγορητική θεραπεία και επέρχεται λίγο αργότερα ο θάνατος. Στον ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας τον και δείχνοντας του ότι δεν τον ξεχάσαμε. Ζητάμε από την οικογένεια, φίλους και συγγενείς του να μην τον εγκαταλείψουν. Συζητάμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με τον ίδιο τον άρρωστο και φροντίζουμε να έχει διευθετήσει όλες τις υποθέσεις του. Του δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει όλους τους φόβους, ανησυχίες, ανάγκες, συναισθήματα του και να δείξουμε κατανόηση, συμπάρασταση. Βεβαιώνουμε ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, στον άρρωστο χορηγείται αγωγή για τον έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει όσο και η συναισθηματική υποστήριξη.

Τα μέλη της οικογένειας περνούν μέσα από διάφορα στάδια προσαρμογής παρόμοια μ' εκείνα που περνούν οι άρρωστοι. Στην αρχή πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να πιστέψουν πως είναι αλήθεια. Αισθάνονται ένα «μούδιασμα» και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι υπάρχει μια τέτοια αρρώστια μέσα στην οικογένεια ή θα τριγυρνούν με τις εξετάσεις από γιατρό σε γιατρό με την ελπίδα πως αυτή ήταν μια λανθασμένη διάγνωση.

Οι Renneker (1963) συμπεραίνουν ότι η ψυχοθεραπεία δρα ευνοϊκά στους καρκινοπαθείς βοηθώντας να απελευθερωθούν καθηλωμένα και ματαιωμένα ένστικτα, και καθιστώντας δυνατή την εγκατάσταση νέων στάσεων που θα είναι ελεύθερες από ψυχικές συγκρούσεις. Ήδη από το 1975 ο Baltrusch τονίζει ότι η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών πρέπει να αρχίζει ήδη από το νοσοκομείο κατά την περίοδο της διάγνωσης ή αμέσως μετά, κατά την περίοδο της ανάρρωσης στο σπίτι. (Ρηγάτος, 1985)

Οι ψυχιατρικές μέθοδοι που περιλαμβάνουν τεχνικές από τη συνομιλία μέχρι την ύπνωση, αποσκοπούν στην κατανόηση των επιθυμιών

και των αναγκών του αρρώστου, στην απελευθέρωση των αισθημάτων, στην καθιέρωση νέου τύπου αναγκών και στην αντιμετώπιση τυχόν ειδικών προβλημάτων του. (Ρηγάτος, 1985)

Συμπερασματικά, η εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών μεθόδων σε καρκινοπαθείς είναι μια μέθοδος που ακόμα πρέπει να λογίζεται ερευνητικού ενδιαφέροντος, παρέχει όμως ενδείξεις ότι βοηθά τους αρρώστους στους οποίους εφαρμόζεται, και μάλιστα όχι μόνο στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Είναι δε περισσότερο πιθανό ότι η εφαρμογή ψυχοθεραπείας γίνεται αποτελεσματικότερη όταν συνδυάζεται με την αντιμετώπιση και των κοινωνικών αναγκών του καρκινοπαθούς. (Ρηγάτος, 1985)

## Α. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Σε μελέτες των Worden και Sobel (1978) αποδείχθηκε ότι η λεγόμενη "δύναμη του εγώ" παίζει ουσιαστικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στη νόσο. Η δύναμη του εγώ συσχετίζεται θετικά με τη χρησιμοποίηση από τον ασθενή αποτελεσματικών μηχανισμών άμυνας. Ακόμη διαπίστωσαν ότι στατιστικά σημαντική είναι μεταξύ των καρκινοπαθών και η συσχέτιση της "δύναμης του εγώ" με την κοινωνικό-οικονομική τάξη, το οποίο σημαίνει προσαρμογή στη νόσο.

Υπάρχουν στοιχεία από μια τουλάχιστον εργασία από την Φιλανδία, τα οποία υποστηρίζουν ότι άτομα ενήμερα έχουν μακρότερη επιβίωση. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί είτε με τη μεγαλύτερη συμμόρφωση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα, είτε με καλύτερους αμυντικούς μηχανισμούς του εγώ είτε με άλλους τρόπους. (Ρηγάτος, 1985)

Οι συσσωρευμένες ενδείξεις των αρνητικών παθολογικών επιπτώσεων του θυμού, του άγχους και της κατάθλιψης είναι εντυπωσιακές. Και ο θυμός και το άγχος, όταν γίνονται χρόνια προβλήματα, μπορούν να κάνουν τους ανθρώπους πιο ευπρόσβλητους σε μια ποικιλία παθήσεων. Και ενώ η κατάθλιψη μπορεί να μην κάνει τους ανθρώπους πιο ευάλωτους στην αρρώστια, φαίνεται ότι παρεμποδίζει την ανάρρωση και αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου, ιδιαίτερα στους πιο εύθραυστους ασθενείς που βρίσκονται σε σοβαρότερη κατάσταση. (Goleman, 1997)

Σύμφωνα με τον Goleman (1997) αν η χρόνια συναισθηματική δυστυχία είναι σε πολλές μορφές της τοξική, η αντίθετη σφαίρα συναισθημάτων μπορεί ως ένα βαθμό να είναι τονωτική. Αυτό κατά κανένα τρόπο δε σημαίνει ότι ένα θετικό συναίσθημα είναι θεραπευτικό, ή ότι το γέλιο ή η επιτυχία μπορούν να αντιστρέψουν από μόνα τους την πορεία μιας σοβαρής ασθένειας. Το όφελος των θετικών συναισθημάτων φαίνεται ανεπαίσθητο, αλλά, με βάση τα αποτελέσματα ερευνών σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων, μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα στο πλήθος των περίπλοκων μεταβλητών που επηρεάζουν την πορεία μιας ασθένειας.

Μελέτες που έγιναν επί περισσότερες από δύο δεκαετίες σε πάνω από τριάντα επτά χιλιάδες ανθρώπους δείχνουν ότι η κοινωνική απομόνωση διπλασιάζει τους κινδύνους ασθένειας ή θανάτου. Πιο συγκεκριμένα, η αιτία

ενός παθολογικού κινδύνου είναι η υποκειμενική αίσθηση ότι είσαι αποκομμένος από τους άλλους και δεν έχεις σε ποιόν να στραφείς. Αυτό το εύρημα είναι δυσοίωνο αν εξεταστεί υπό το φως της αυξανόμενης απομόνωσης που υποθάλπεται από τη μοναχική τηλεθέαση και την άμβλυνση κάποιων κοινωνικών συνηθειών. Η ισχύς της απομόνωσης ως παράγοντας θνησιμότητας – και η θεραπευτική δύναμη των στενών δεσμών – μπορούν να ιδωθούν στη μελέτη που έγινε σε περισσότερους από εκατό ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών. Από τους ασθενείς που ένιωθαν ότι είχαν έντονη συναισθηματική στήριξη από τους συντρόφους τους, την οικογένεια τους ή τους φίλους τους, το 54% έζησε άλλα δύο χρόνια μετά τις μεταμοσχεύσεις, έναντι μόνο 20% αυτών που ανέφεραν μειωμένη συναισθηματική στήριξη. (Goleman, 1997)

Ίσως η πιο ισχυρή απόδειξη της θεραπευτικής δύναμης της συναισθηματικής στήριξης εμφανίσε – από μια μελέτη στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Στάνφορντ – σε ομάδες που αποτελούνταν από γυναίκες σε προχωρημένο μεταστατικό στάδιο καρκίνου του μαστού. Όλες οι γυναίκες ακολουθούσαν τη συμβατική αγωγή. Η μόνη διαφορά ήταν ότι μερικές συμμετείχαν και στις ομάδες, όπου ήταν σε θέση να ξελαφρώσουν μιλώντας με άλλες γυναίκες, οι οποίες καταλάβαιναν τι αντιμετώπιζαν και ήταν πρόθυμες να ακούσουν τους φόβους τους, τους πόνους και το θυμό τους. Συχνά αυτός ήταν ο μόνος χώρος όπου οι γυναίκες μπορούσαν να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους, επειδή άλλα άτομα στο περιβάλλον τους έτρεμαν να κουβεντιάσουν μαζί τους για το καρκίνο και τον επερχόμενο θάνατο. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στις συνεδρίες αυτές ζούσαν τριάντα επτά μήνες επιπλέον, κατά μέσο όρο, ενώ αυτές που υπέφεραν από την ίδια ασθένεια, αλλά δε συμμετείχαν σε ομάδες, πέθαιναν, κατά μέσο όρο, σε δεκαεννέα μήνες. Επρόκειτο για ένα μεγαλύτερο χρονικό περιθώριο ζωής πέρα και έξω από οποιαδήποτε ιατροφαρμακευτική αγωγή. (Goleman, 1997)



## Ε. ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΝΘΟΣ

Ο θάνατος είναι ένα θέμα που η κοινωνία μας, με τη γνωστή της αδυναμία στα νιάτα και με το σταθερό προσανατολισμό της προς την πρόοδο, κατά κανόνα το απωθεί, το αγνοεί και το αρνείται. Κι οι άνθρωποι δείχνουμε ν' αντιμετωπίζουμε το θάνατο περισσότερο σαν αρρώστια, που πασχίζουμε να νικήσουμε. Ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, γιατί όλοι μας θα πεθάνουμε. Ο θάνατος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης και είναι από τα λίγα πράγματα που ξέρουμε με σιγουριά πως θα συμβεί. Θάνατος, λοιπόν είναι η τελευταία φάση της εξέλιξης.

Ο Φρόντ υποστήριξε ότι ο άνθρωπος, ενώ γνωρίζει ότι είναι θνητός, έχει τη κακή συνήθεια να το ξεχνάει. Αυτό είναι το πρόβλημα, απωθούμε την αρρώστια και το θάνατο.

Ο θάνατος είναι μόνο η μετακόμιση από ένα σπίτι σε ένα άλλο πιο όμορφο, αν μπορούμε να προβούμε σε συμβολική σύγκριση. Ο ετοιμοθάνατος, σεβαστός ως τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, εκδιώχθηκε βάνουσα από τον κόσμο των ζωντανών, τοποθετήθηκε σ' ένα κρεβάτι νοσοκομείου, και εγκαταλείφθηκε στη φροντίδα των γιατρών. Όμως στην ουσία αυτό συμβαίνει λόγω της άρνησης του θανάτου που χαρακτηρίζει τις δυτικές κοινωνίες. (Bacque, 1997)

Σύμφωνα με τη Kubler-Ross (1988), οι άνθρωποι που πληροφούνται πως έχουν σύντομη ζωή, αντιδρούν με διάφορους τρόπους. Μερικοί φαίνονται ν' αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία τον ψυχικό πόνο, όπως κι αν παρουσιάζεται- σαν θυμός, κατάθλιψη ή απρεπή ενοχή. Προσαρμόζονται συναισθηματικά ως εκεί που μπορούν να ζήσουν τις τελευταίες βδομάδες και μήνες της ζωής τους με εσωτερική γαλήνη. Άλλοι άρρωστοι φαίνονται ανίκανοι να σηκώσουν τον πόνο. Ο ετοιμοθάνατος δεν μπορεί να βοηθηθεί να ξανακερδίσει φυσική ευεξία αλλά μόνο να ζήσει χωρίς φόβο.

Οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς, όταν δώσεις λίγο χρόνο και καθίσεις μαζί τους, σε διδάσκουν τα στάδια του θανάτου. Σε διδάσκουν πως περνούν μέσα από την άρνηση και την οργή, πως αμφιβάλλουν για το θεό και ακόμα και τον απορρίπτουν για λίγο. Παζαρεύουν μαζί Του και κατόπιν πέφτουν

σε βαθιά κατάθλιψη. Ωστόσο, αν έχουν μια άλλη ανθρώπινη ύπαρξη που ενδιαφέρεται για αυτούς, ίσως μπορέσουν να φτάσουν στο στάδιο της αποδοχής. (Kubler-Ross, 1995)

Ένας από τους κυριότερους λόγους που πολλοί αποφεύγουν να μιλούν για θάνατο είναι το τρομερό αίσθημα πως δεν έχει τίποτα να πει η να δώσει στον άρρωστο. Όμως οι άνθρωποι δεν πρέπει να αφήνονται να υποφέρουν μόνοι όταν πεθαίνουν. Είναι δυνατό να τους βοηθάμε να μοιράζονται τα αισθήματα τους και έτσι να βρίσκουν κάποια ανακούφιση και γαλήνη.

Η οικογένεια μπορεί να βοηθήσει, με το να διατηρεί, όταν το επιτρέπουν οι περιστάσεις, ένα συναισθηματικό και κοινωνικό περιβάλλον σύμφωνο με τον προηγούμενο τρόπο ζωής του αρρώστου. Όσο το μυαλό του αρρώστου δουλεύει, η οικογένεια πρέπει να του δίνει την ευκαιρία να συμμετέχει στις συζητήσεις και στις αποφάσεις για τη φροντίδα που πρέπει να του δίνεται. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν ν' αντικρίσουν το θάνατο στη ζωή τους και που προβάλλουν αυτό το φόβο στον αγαπημένο τους μπορεί ν' αποτελούν το δικό του ψυχικό πόνο. Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος να δεχτεί την πραγματικότητα του θανάτου, πρέπει να είναι έτοιμη να συμμαριστεί την αποδοχή αυτή κι η οικογένεια. (Kubler-Ross, 1988)

Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου είναι πάντα θλιβερό γεγονός. Η συμπεριφορά των στενών συγγενών, η οποία είναι αποτέλεσμα του θανάτου, εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, η ηλικία του αποθανόντα, καθώς και του παιδιού που ζει, είναι πολύ σχετικά. Η αιτία και το πόσο αιφνίδιο ήταν παίζουν σημαντικό ρόλο. (Kubler-Ross, 1995)

Η γαλλική γλώσσα διαθέτει έναν και μοναδικό όρο (*deuil* = πένθος) για να δηλώσει τον χαμό ενός προσφιλούς προσώπου και ταυτόχρονα την ψυχολογική κατάσταση που προκαλείται εξαιτίας του. Οι Αγγλοσάξονες, αντίθετα, έχουν την ευχέρεια να επιλέξουν, ανάλογα με την περίπτωση, ανάμεσα σε τρία διαφορετικά ουσιαστικά: *bereavement*, *grief* και *mourning*.

Το πένθος δεν είναι ασθένεια, αλλά φυσιολογική διεργασία. Υπάρχει αναγκαιότητα ενός πραγματικού διαλόγου, ώστε να εξορκίσουμε το ταμπού που απαγορεύει την εκδήλωση του πένθους. (Bacque, 1997) Αν θελήσουμε να παραλληλίσουμε τη διαδικασία του πένθους με το φόβο μπροστά σε μια άσχημη πρόγνωση, η πρώτη αντίδραση στο άκουσμα του "νέου" θα είναι ο κλονισμός. Είναι λοιπόν ανώφελο να βομβαρδίζεται ο ασθενής με λεπτομέρειες ή σημαντικά στοιχεία για την κατάσταση του διότι δεν θα συγκρατήσει τίποτα.

Εφόσον το πένθος αποτελεί την κοινή μας μοίρα, ο γιατρός όντας συχνά στην πρώτη γραμμή, έχει χρέος να ανιχνεύει τις διαταραχές, να προβλέπει τις συνέπειες τους, και να διατηρεί την ικανότητα να συμπάσχει και να ταυτίζεται με τον ασθενή του, εάν πραγματικά επιθυμεί να τον βοηθήσει. Από τους περίπου 520.000 θανάτους που σημειώθηκαν το 1996 στη Γαλλία, ένα 5% προκάλεσαν πένθη με επιπλοκές. Κατανοούμε λοιπόν το γεγονός ότι ένας γιατρός δεν συναντά σπάνια παρόμοιες περιπτώσεις ανάμεσα στους ασθενείς του πριν το θάνατο, αντιμετωπίζει το πρόβλημα της διάγνωσης και της πρόγνωσης. Από τη στιγμή που αναλαμβάνει την παρακολούθηση του ασθενή, προκύπτουν οι δυσκολίες της συνεχούς επαφής με την οικογένεια, αλλά και της συναισθηματικής επένδυσης του θεράποντος στον ασθενή του. (Bacque, 1997)

Ο γιατρός με πλήρη συνείδηση της ευθύνης του, οφείλει να αξιοποιήσει τον ηθικό και, κυρίως, ανθρώπινο ρόλο του, ώστε να συμπαρασταθεί αποτελεσματικά στους ασθενείς του, ειδικά όταν αυτοί αντιμετωπίζουν οικογενειακά δράματα. Μολαταύτα, η νέα αυτή αρμοδιότητα του γιατρού δεν πρέπει, σε καμία περίπτωση, να αντικαταστήσει τους κοινωνικούς δεσμούς, πόσο μάλλον την παρουσία των αγαπημένων προσώπων, τα οποία ανέκαθεν δρούσαν κατευναστικά στη σαρωτική δύναμη του πένθους. Βλέπουμε, όλο και συχνότερα, τους πολίτες να ζητούν τη συμβουλή του γιατρού πάνω σε προσωπικά ή άλλα θέματα ενώ οι γνώσεις του περιορίζονται στον τομέα της θεραπευτικής αγωγής. Αναγορεύοντας, όμως, τους γιατρούς σε ειδικούς της ποιότητας ζωής, υπάρχει ο κίνδυνος να τους χρεώσουμε με βαρύτερες ευθύνες, και να τους μετατρέψουμε, ανάλογα με την περίπτωση, σε ιδανικά εξιλαστήρια θύματα.

Οι περισσότερες διαταραχές που επιφέρει η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι γνωστές από παλιά. Ορισμένες μάλιστα απέκτησαν ανθρωπολογική υπόσταση και αποτελούν κοινωνικές ενδείξεις πένθους. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη γενειάδα, το ξερίζωμα των μαλλιών ή των φρυδιών, τις θρηνωδίες. Ο πενθών αδυνατεί να εκδηλώσει οποιαδήποτε αντίδραση εάν προηγουμένως δεν έχει συνειδητοποιήσει την μεγάλη αλλαγή που του προκάλεσε η απώλεια.

Το σύνολο των εκδηλώσεων του πένθους σύμφωνα με μια μελέτη του W.M.Stroebe,(1987) είναι:

## 1. Συναισθηματικές εκδηλώσεις

**Κατάθλιψη:** συναισθήματα λύπης και οδύνης. Δυσφορία, που συνοδεύεται από ψυχικό πόνο. Απόγνωση, θρήνος, κλάμα. Η κατάθλιψη βαριάς μορφής επιδεινώνεται από εξωγενείς παράγοντες.

**Αγχος:** φόβοι, εντάσεις, κίνδυνος "νευρικής κρίσης". Φόβος για επικείμενη τρέλα ή θάνατο, για την αδυναμία συνέχισης της ζωής χωρίς το νεκρό. Αγωνία μπροστά στη μοναξιά, στις οικονομικές ή άλλες εκκρεμότητες που άφησε πίσω του ο νεκρός.

**Ενοχή:** Αυτοκατηγορίες και αναθεματισμός των συνθηκών που προκάλεσαν το θάνατο. Ενοχές για τη συμπεριφορά του απέναντι στο νεκρό.

**Θυμός και εχθρότητα:** ευερεθιστότητα απέναντι στην οικογένεια και στους φίλους, που δεν φαίνονται ικανοί να εκτιμήσουν την αληθινή αξία του νεκρού. Θυμός απέναντι στη μοίρα, στον εκλιπόντα που εγκατέλειψε τον πενθούντα, χωρίς να υπολογίσει τις συνέπειες της πράξης του. Θυμός απέναντι στους γιατρούς και στους νοσηλευτές.

**Αποχή από την ηδονή:** απώλεια της ευχαρίστησης του φαγητού, αδυναμία απόλαυσης του ελεύθερου χρόνου και των οικογενειακών ή κοινωνικών γεγονότων, όπως και κάθε δραστηριότητας, στην οποία συμμετείχε και ο νεκρός. Τίποτα πια δεν μοιάζει ευχάριστο, χωρίς το αγαπημένο πρόσωπο.

**Μοναξιά:** ο πενθών νιώθει μόνος, ακόμα κι όταν βρίσκεται με άλλους. Το συναίσθημα αυτό γίνεται πιο έντονο, όταν ξαναζεί στιγμές, ανάλογες με εκείνες, που συνήθως μοιραζόταν με το νεκρό.

## 2. Σωματικές εκδηλώσεις

**Αναστάτωση:** ένταση, αδυναμία εξεύρεσης ψυχικής ηρεμίας, υπερκινητικότητα. Έντονη αναζήτηση του εκλιπόντος, πράξεις χωρίς λογική συνοχή.

**Κόπωση:** μείωση της φυσιολογικής ενεργητικότητας, δυσχέρεια στην άρθρωση και στην κριτική ικανότητα. Γενική κατάπτωση.

**Κλάμα:** κλαμένα ή βουρκωμένα μάτια, γενικά θλιμμένο ύφος.

### 3. Σωματικές διαταραχές

**Ύπνος:** ολική αϋπνία, κατά τις πρώτες μέρες, και, σταδιακά, αργή βελτίωση. Κάποιες φορές, εκδήλωση χρόνιας αϋπνίας. Επαναλαμβανόμενες εικόνες, τρομακτικά όνειρα. Πιθανότητα υπερυπνίας. Διαταραχές του 24ωρου ρυθμού δραστηριότητας, περνώντας από έναν παράδοξο ύπνο, σε κατάσταση εγρήγορσης, συνοδευόμενη από παραισθήσεις.

**Όρεξη:** ολική ή μερική απώλεια όρεξης. Αισθητή μεταβολή βάρους. Κρίσεις βουλιμίας προκαλούν, όχι σπάνια, αύξηση του σωματικού βάρους.

**Απώλεια ενέργειας:** γενική σωματική κατάπτωση

**Σωματικοί πόνοι:** Ενοχλήσεις σε όλο το σώμα. Δύσπνοια. Εξασθένηση του μυϊκού συστήματος. Τα μαλλιά πέφτουν ή ασπρίζουν. Εκδηλώνονται ταχυπαλμίες και ρίγη.

### 4. Διανοητικές διαταραχές

**Νοητική επιβράδυνση:** αποτελεί παράμετρο της ψυχοκινητικής επιβράδυνσης.

**Κάμψη της προσοχής και της ικανότητας συγκέντρωσης:** δυσκολία στην ανάγνωση και στην εκτέλεση ορισμένων εργασιών. Κίνδυνος ατυχημάτων τόσο στο σπίτι όσο και στον εργασιακό χώρο.

**Διαταραχές της μνήμης:** εξασθένηση της βραχυπρόθεσμης και μεσοπρόθεσμης μνήμης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### A. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΡΙΑΣ

Είναι γνωστό ότι οι νοσηλευτές περισσότερο από όλους τους άλλους έχουν την πιο στενή σχέση με τον άρρωστο. Οι εκτιμήσεις τους από την παρατήρηση της συμπεριφοράς του αρρώστου μαζί με τις ψυχικές ή σωματικές του αντιδράσεις στον πόνο είναι σημαντικές. Η καταγραφή όμως όλων αυτών είναι δύσκολη και χρειάζεται συνεχής προσπάθεια. Για τούτο ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός και καθοριστικός στο είδος της θεραπείας, η οποία θα ακολουθήσει. ( Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία 1991) Η συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι στενή προκειμένου να επιλυθούν τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται διότι είναι δυνατό:

1. Να εκτιμηθεί σφαιρικά η συμπεριφορά του ασθενή και η αντίδραση του στο πόνο στο σπίτι και το νοσοκομείο.
2. Να παρθούν πληροφορίες για το οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό.
3. Να καταγραφούν οι αντιδράσεις του στην παρουσία προσώπων του περιβάλλοντος.
4. Να διαπιστωθεί και να μετρηθεί το ποσοστό του παυσίπονου αποτελέσματος με τα διάφορα σκευάσματα
5. Να καταγραφεί ο τρόπος που περιγράφει στον γιατρό και στους νοσηλευτές τον πόνο και οι συνθήκες που ενδεχόμενα τον αυξομειώνουν

Αρκετές φορές ο πόνος υπερτονίζεται από τους ασθενείς οι οποίοι έχουν ή νομίζουν ότι έχουν καρκίνο από άγνοια, κακή πληροφόρηση κυρίως όμως από την κοινή παραδοχή ότι ο πόνος με τον καρκίνο είναι ταυτόσημα με πολύ κακή κατάληξη. Γενικά, η συνεισφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα και εφαρμογή της θεραπείας του καρκινοπαθή είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της αρρώστιας και στην αντιμετώπιση του πόνου ιδιαίτερα.

Επιπροσθέτως οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν πολλές παρεμβάσεις, για να βοηθήσουν τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο,

να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές διαταραχές. Ορισμένες παρεμβάσεις, όπως η φαρμακολογική, είναι κατάλληλες για συγκεκριμένες διαταραχές. Εν τούτοις υπάρχουν μέθοδοι, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους νοσηλευτές, για κάθε ψυχολογική διαταραχή. (Γιαννοπούλου, 1996)

Πράγματι η καταπολέμηση του καρκίνου, είναι τόσο βιολογική, όσο και ψυχολογική μάχη επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πέρα από τις σωματικές βλάβες. Η επιτυχία της νοσηλευτικής παρέμβασής σ' αυτό τον τομέα φροντίδας εξαρτάται κυρίως από την ικανότητα της νοσηλεύτριας να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για το συγκεκριμένο άρρωστο και να προσπαθεί να εναρμονίσει τις ανάγκες του ασθενή με την πραγματικότητα της ασθένειας. Με υπομονή, προσοχή, ενδιαφέρον και δημιουργία περιβάλλοντος που να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια, δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμούς να ξεδιπλώσει τον εαυτό του.

Δύο πολύ σπουδαία 'όπλα' στα χέρια των νοσηλευτών είναι η διδασκαλία του αρρώστου και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του. Με τη διδασκαλία των τεχνικών αυτοφροντίδας ο ασθενής διατηρεί την ανεξαρτησία του και δε μένει αμέτοχος και απαθής θεατής. Με τον τρόπο αυτό αναλαμβάνει καινούργιους ρόλους, προσαρμοσμένους στις μειωμένες ικανότητες του, λόγω της νόσου. Η αυτοεκτίμηση είναι μια πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου γι' αυτό και πρέπει να εξυψώνεται. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Η σημασία των ψυχολογικών προβλημάτων στην νοσηλεία των ασθενών για τη παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, οδήγησε νοσηλευτές απ' όλη την Ευρώπη να συναντηθούν, και κατά την διάρκεια μιας διημερίδας να αναλύσουν και να κατανοήσουν καλύτερα όλα αυτά τα προβλήματα. Αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας είναι η δημιουργία ενός οδηγού προσαρμοσμένου στις ανάγκες και τις διαφορετικές κουλτούρες των ασθενών στην Ευρώπη που υποφέρουν από καρκίνο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Οι περισσότεροι από τους καρκινοπαθείς σε κάποια φάση της νόσου χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι. Σημαντικό είναι να υπάρχει η δυνατότητα για νοσηλευτική βοήθεια στο σπίτι από εξειδικευμένο προσωπικό. Ανάλογη υπηρεσία θα ανακούφιζε σημαντικά την οικογένεια του αρρώστου. Είναι ευχάριστο ότι τέτοια υπηρεσία «Νοσηλεία κατ' οίκον» λειτουργεί στην Ελλάδα τα τελευταία λίγα χρόνια, εξαρτημένη από το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο του Πειραιά. (Ρηγάτος, 1985)

## Β. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ

Η φροντίδα ατόμων με απειλητική για τη ζωή αρρώστια, όπως ο καρκίνος είναι έργο δύσκολο και απαιτητικό. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να στηρίξουν τόσο τον άρρωστο, όσο και το συγγενικό του περιβάλλον.

Ασφαλώς ο διάλογος με ένα καρκινοπαθή δεν είναι μια ανώδυνη εμπειρία. Ελάχιστες φορές συζητούνται ανοικτά θέματα που αφορούν την διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Τις περισσότερες φορές στην ογκολογία ο θεράπων είναι άγγελος κακών και έτσι αναπτύσσονται μερικές φοβίες όπως: ο φόβος του άγνωστου ρόλου και εννοούμε την επικοινωνία με τον άρρωστο τελικού σταδίου, ο φόβος της έκφρασης συναισθημάτων – καθώς η ιατρική μας ή νοσηλευτική μας εκπαίδευση αποσκοπεί στην διαμόρφωση ενός ψυχραιμου επαγγελματία. Αυτό το τελευταίο είναι βέβαια χρήσιμο εκεί που η νηφαλιότητα και η αποφασιστικότητα είναι απαραίτητες, όπως για την λήψη κρίσιμων αποφάσεων για τη ζωή του ασθενούς. Συζητώντας με τον καρκινοπαθή όμως, δεν είναι κακό να εκφράζουμε συναισθήματα γιατί η κατάσταση είναι διαφορετική. Άλλοι φόβοι, ιδιαίτερα σε νέους επαγγελματίες της υγείας είναι: ο φόβος της δήλωσης άγνοιας, αλλά και η προσωπική θέση απέναντι στον καρκίνο και στο θάνατο, καθιστούν προβληματική τη προσέγγιση των καρκινοπαθών. (Καρβούνης Ν. Μπετενιδης .X 1989)

Εάν ο ασθενής αισθάνεται ότι οι γιατροί του νοιάζονται γι' αυτόν ακόμη και όταν βρίσκεται στο τέλος του με το τέλος της κάθε θεραπείας, τότε γίνεται πιο πρόθυμος να συνεργασθεί και να ακολουθήσει το θεραπευτικό σχήμα που θα του προτείνουν. Στόχος είναι ο άνθρωπος με καρκίνο, και όχι ο καρκίνος ως ασθένεια. Η ιατρική εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Η γενική τάση κατευθύνεται προς ένα επαγγελματικό σύμπαν όπου οι θεσμικές επιταγές μπορεί να ωθήσουν το ιατρικό προσωπικό να αγνοήσει την ευάλωτη πλευρά των ασθενών, ή όπου αυτό το ιατρικό προσωπικό θα νιώσει τόσο πιεσμένο, ώστε δε θα μπορεί να τους προσφέρει το παραμικρό. Μέσα στη σκληρή πραγματικότητα ενός συστήματος περίθαλψης που όλο και περισσότερο φαίνεται να συντονίζεται από οικονομικούς συμβούλους και λογιστές, τα πράγματα πηγαίνουν από το κακό στο χειρότερο. (Παπαδάτου και συν., 1998)



Πέρα από το ανθρωπιστικό επιχείρημα ότι οι γιατροί πρέπει να προσφέρουν και φροντίδα και θεραπεία, υπάρχουν και άλλοι ουσιαστικοί λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να θεωρηθεί ότι η ψυχολογική και η κοινωνική πραγματικότητα του ασθενούς ανήκουν στη σφαίρα της παθολογίας και δεν είναι ξεχωριστές από αυτήν. Ως τώρα διατυπώνεται μια τεκμηριωμένη επιστημονική άποψη ότι υπάρχει ένα όριο ιατρικής αποτελεσματικότητας, τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπευτική αγωγή, στο οποίο μπορούμε να φθάσουμε εφόσον φροντίσουμε τόσο τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών όσο και την οργανική. Αυτό φυσικά μπορεί να μην ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις. Εξετάζοντας όμως τα δεδομένα εκατοντάδων περιπτώσεων, τα ιατρικά οφέλη είναι σε γενικές γραμμές τόσα πολλά, που πιστοποιούν ότι μια συναισθηματική παρέμβαση θα έπρεπε να συνιστά ένα αναπόσπαστο τμήμα της ιατρικής αγωγής στον τομέα των σοβαρών παθήσεων. ( Παπαδάτου και συν., 1998)

Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν άτομα με απειλητική για τη ζωή αρρώστια, είναι δυνατόν να βιώσουν μια διεργασία θρήνου, κυρίως όταν έχουν αναπτύξει στενή σχέση με τον άρρωστο. Η διάγνωση μιας απειλητικής αρρώστιας, είναι δυνατό σε ορισμένες περιπτώσεις να πυροδοτήσει αντιδράσεις στους επαγγελματίες υγείας καθώς έρχονται αντιμέτωποι με:

1. την απώλεια των προσδοκιών ως προς το ρόλο τους. Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την εκπαίδευση τους έχουν διδαχθεί να στοχεύουν στη θεραπεία. Το γεγονός ότι ο άρρωστος πάσχει από μια αρρώστια που πιθανά δεν θα θεραπευτεί, είναι δυνατό να ανατρέψει τις προσδοκίες που έχουν από το ρόλο τους.
2. συναισθήματα που πηγάζουν από την ταύτιση με τον ψυχικό πόνο του αρρώστου ή των συγγενών του. Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν άτομα με απειλητική αρρώστια έρχονται αναπόφευκτα σε επαφή με τη θνητότητα του ανθρώπου, συνεπώς και με την πιθανότητα του δικού τους θανάτου ή του θανάτου αγαπημένων τους προσώπων ( Παπαδάτου και συν., 1998)

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια και το θάνατο και να αποδέχονται το θρήνο τους, καθώς αυτός αποτελεί μέρος του επαγγελματικού τους ρόλου. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο να υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση και η δυνατότητα κατάλληλης στήριξης στα πλαίσια της εργασίας τους.

## Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Όσο πλήρες και ικανοποιητικό αν είναι κάποιο σύστημα υγείας, όσο καλά κι αν είναι οργανωμένες οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν μπορούν να καλύψουν πάντα το σύνολο των αναγκών ενός χρόνιου ασθενή. Έτσι σε κάποια φάση της πορείας της νόσου ο καρκινοπαθής θα εξαρτηθεί από άλλα πρόσωπα. Το ρόλο αυτό συνήθως τον αναλαμβάνει η οικογένεια. (Ρηγάτος, 1985)

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό σύνολο, επομένως ό,τι επηρεάζει ένα μέλος του, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια (Παπαδάτου, 1995). Η οικογένεια αποτελεί ζωντανό κύτταρο της κοινωνίας. Είναι μια κοινωνική ομάδα που κύριο χαρακτηριστικό της, είναι η αλληλεπίδραση των μελών μεταξύ τους από ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

Οι αντιδράσεις τις οποίες βιώνει η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον, όταν ένα μέλος διαγιγνώσκει με μια απειλητική για τη 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.

Ο καρκίνος θεωρείται από πολλούς σαν «οικογενειακή νόσος» αφού επηρεάζει τη λειτουργικότητα, τις σχέσεις και τους ρόλους της οικογένειας. Με 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 το γονιό, το σύντροφο ή το παιδί του. Καθένας θρηνεί την απώλεια των διαφορετικών ρόλων που ο άρρωστος έπαιζε και περίμενε ότι θα παίζει στη ζωή του. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002)

Η αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη τη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας και έχει επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της ζωής των άλλων μελών, όπως για παράδειγμα, στα εργασιακά τους καθήκοντα, την οικονομική τους κατάσταση, τα προσωπικά τους σχέδια και τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν το μέλλον τους.

Ο καρκίνος μπορεί να αλλάξει για αρκετό καιρό τα δεδομένα, τους ρυθμούς και τις ισορροπίες στην οικογένεια. Ο αδερφός/ ή, οι γονείς, αγαπημένα πρόσωπα υφίστανται πολλές αλλαγές. Ο ασθενής χρειάζεται

ειδική ιατρική περίθαλψη και για το λόγο αυτό πηγαίνει συχνά στο νοσοκομείο ή την κλινική. Οι συγγενείς στο σπίτι ανησυχούν για τις εξελίξεις και αυτό είναι λογικό.

Συναισθήματα φόβου που γεννώνται, εντείνονται, όσο μεγαλώνει η αβεβαιότητα για το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Άλλοι κουράζονται και αγωνιούν για το μέλλον ή αντίθετα μπορεί να βρίσκονται σε ένταση και αδυναμία να μιλήσουν. Άλλοι τέλος προχωρούν στη ζωή, σα να μη συμβαίνει τίποτα και δεν αλλάζουν τη συμπεριφορά τους. (Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 1997)

Τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος του αρρώστου, καλούνται να αναλάβουν ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας και της στήριξης του. Ειδικότερα στη φάση της διάγνωσης η οικογένεια, μαζί με τον άρρωστο, καλείται να ενημερωθεί και να κατανοήσει την αρρώστια, τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση τους, να συμμετέχει στην επικοινωνία με το προσωπικό υγείας και τον προγραμματισμό της θεραπείας, να κατανοήσει το θρήνο του αρρώστου, αλλά και να επεξεργασθεί το δικό της θρήνο (Doca, 1993)

Η παραδοσιακή θεωρία της ψυχοθεραπείας επιμένει ότι πρέπει να υπάρχει ελάχιστη επαφή με την οικογένεια, η αρχή όμως αυτή δεν μπορεί να ισχύσει εδώ. (Λεσάν, 1981) Σ' ένα βαθύτερο επίπεδο, η οικογένεια προσδιορίζει το ζωτικό χώρο του ασθενή. Βοηθώντας την οικογένεια να κατανοήσει ότι ο ασθενής πρέπει να αλλάξει για να μπορέσει ν' αγωνιστεί για τη ζωή του, και ότι η ωρίμανση αυτή δεν σημαίνει απώλεια της σχέσης, αλλά μάλλον ενίσχυση της, μπορούμε να βοηθήσουμε ώστε να μειωθεί σημαντικά η ασυνείδητη πίεση

Στον πολιτισμό μας, υπάρχει μια τάση να τυλίγουμε τον ασθενή με κάτι σαν ψυχολογικά πούπουλα, να τον κάνουμε ένα αβοήθητο παιδί. Η οικογένεια πρέπει να αποφεύγει κάτι τέτοιο και να προσπαθεί να τον δραστηριοποιεί. (Λεσάν, 1981) Το μοναδικό πράγμα που πραγματικά επουλώνει τις πληγές και θεραπεύει τους ανθρώπους είναι η άνευ όρων αγάπη. Όλοι μας έχουμε μέσα μας τη δυνατότητα για απέραντη καλοσύνη, για προσφορά που δεν ζητά ανταπόδοση, για να αγαπάμε χωρίς όρους.

## Δ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο διάλογος σε κάποιο βαθμό είναι ταλέντο, αλλά όμως σε ένα μεγάλο βαθμό είναι τεχνική και μπορεί να διδαχθεί. Στο σημείο αυτό μπορούμε να πούμε ότι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να μπορεί να ακούει τον άλλο, να αρχίζει από εκεί που βρίσκεται ο συνομιλητής δηλαδή από αυτό που προβάλλει έντονα. Να προσέχει τι λέει στην αρχή, τι επαναλαμβάνει, να ανιχνεύει το κρυμμένο μήνυμα και να μη ψάχνει την ευκαιρία απλώς να αναφέρει κάτι, άλλωστε είναι προτιμότερο να σιάπά παρά να υπάρχουν δύο μονόλογοι.

Το ιστορικό της ψυχολογικής ζωής του καρκινοπαθούς τον ξεχωρίζει από τους άλλους ανθρώπους που χρήζουν βοήθειας. Ο επαγγελματίας χρειάζεται να χρησιμοποιήσει μεθόδους όπως αυτή σε περίοδο κρίσης για να ελευθερώσει τον ασθενή από τον στενό, περιορισμένο κόσμο στον οποίο έχει παγιδευτεί, για να του ξαναδοθεί η ικανότητα ν' αγωνιστεί για τη ζωή του. (Λεσάν, 1981)

Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να δίνουν την τέλεια φόρμουλα, έτσι ώστε να γίνεται πρόληψη των ψυχολογικών διαταραχών που πιθανόν θα βιώσει ο ασθενής. Όμως αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να αξιολογούμε συνέχεια τον ασθενή και να συζητούμε μαζί του. Τότε θα μπορέσουμε να μετριάσουμε, αν όχι να εξαλείψουμε, τα οποιαδήποτε ψυχολογικά προβλήματα. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Το αντικείμενο της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ο **Άνθρωπος** σε συνάρτηση με το *Περιβάλλον* του. Κατά συνέπεια ο Κοινωνικός Λειτουργός εξ αντικειμένου, δεν αντιμετωπίζει μόνο τον άρρωστο με τα προβλήματα που προκύπτουν στις διαπροσωπικές και κοινωνικοοικονομικές του σχέσεις, αλλά συγχρόνως στην δουλειά του περιλαμβάνει την οικογένεια, το νοσοκομειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Εάν στο αντικείμενο της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού προσθέσουμε και τις γνώσεις που έχει αυτός για την χρησιμοποίηση πηγών και προγραμμάτων που διαθέτει η Πολιτεία, θα λέγαμε ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός σαν επιστήμων έχει την ευκαιρία μιας **ολοκληρωμένης** προσέγγισης των προβλημάτων του αρρώστου.

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο πιο ευαισθητοποιημένος επαγγελματίας μέσα στο νοσοκομειακό σύστημα με θέματα ολιστικής υγείας. Ο όρος ολιστική υγεία προέρχεται από την ελληνική λέξη «όλον» και «υγεία» και αναφέρεται στην κατάσταση της πλήρους φυσικής,

διανοητικής, συναισθηματικής και κοινωνικής ευημερίας. (Κορδιόλης-Ρηγάτου, 1990) Είναι εκείνος που ψάχνει και αναγνωρίζει ερωτηματικά και εναλλακτικές λύσεις, προσπαθεί να δώσει απαντήσεις, μα πάνω απ' όλα προσπαθεί να διατηρήσει ισορροπίες.

Ο σημαντικότερος στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα από τον ρόλο του, είναι η βελτίωση ή η Αποκατάσταση μιας θετικής αλληλεπίδρασης ασθενούς – περιβάλλοντος, με στόχο την ανάπτυξη μιας θετικής επικοινωνίας. Στη συνεργασία του με τους ασθενείς με καρκίνο ο Κοινωνικός Λειτουργός χρησιμοποιεί και τις τρεις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, δηλαδή με το άτομο, την ομάδα και την Κοινότητα, προκειμένου να πετύχει τον στόχο της Αποκατάστασης. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Βλέποντας τον ασθενή με καρκίνο, μέσα από το πρίσμα του Κοινωνικού Λειτουργού, πολλές φορές προβληματίζεται κανείς εάν πράγματι είναι πιο βαριά η αρρώστια ή ο τρόπος που βιώνουν τα προβλήματα τα άτομα αυτά. Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς, ότι οι άνθρωποι αυτοί νιώθουν αυτόματα με την διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία να τους κατακλύζει μια διπλή απειλή. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Η διπλή αυτή απειλή μπορεί να επιφέρει τέτοια βίωση της αρρώστιας ώστε να οδηγήσει σε διαταραχές της συναισθηματικής ισορροπίας, όπου έννοιες όπως πόνος- μεταστάσεις – θάνατος αρχίζουν να λειτουργούν καταλυτικώς για τον άρρωστο. Στην απειλή αυτή τα άτομα συνήθως αντιδρούν με συναισθήματα απελπισίας ή κατάθλιψης, ενώ οι συχνότερες αντιδράσεις που θα εντοπίσει ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι σοκ, άρνηση, θυμό, θλίψη, οργή, ενοχή ή αμφιθυμία.

Στη φάση αυτή βέβαια, το άτομο κινητοποιεί ειδικούς προσαρμοστικούς μηχανισμούς στην προσπάθειά του να αποκαταστήσει την ψυχολογική του ισορροπία. Ο συχνότερος μηχανισμός που θα συναντήσει ο Κοινωνικός Λειτουργός στη συνεργασία του με τον ογκολογικό άρρωστο είναι ο μηχανισμός της άρνησης ή της απόσυρσης. Η κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τους άρρωστους με καρκίνο και εμποδίζει ιδιαίτερα την Κοινωνική επανένταξη αυτών. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Έτσι, στον τομέα της Αποκατάστασης, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει να δουλέψει:

1. Με τα συναισθήματα που κατακλύζουν τον άρρωστο μετά την πληροφορία της διάγνωσης και της θεραπείας.

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

3. Με την ανάγκη του να αποκτήσει μια καινούργια ισορροπία σε όλα τα επίπεδα ζωής (προσωπικό, οικογενειακό, εργασιακό, κοινωνικό) και τέλος

4. Με τα προβλήματα πρακτικής και οικονομικής φύσεως από τα πιο απλά μέχρι τα ανυπέρβλητα.

Ο <νοσηλεύόμενος> ασθενής ανήκει κάπου, προέρχεται από κάπου και εκεί πρόκειται να επιστρέψει μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο. Έτσι, το συνοδεύουν ουσιαστικά προβλήματα – οικογενειακά – οικονομικά – επαγγελματικά κ.α. Η παρέμβαση λοιπόν του Κοινωνικού Λειτουργού στόχο έχει, μέσα από την αντιμετώπιση των προβλημάτων αρρώστου – οικογενειακού περιβάλλοντος, να βοηθήσει και στην έκφραση των οποιωνδήποτε συναισθημάτων που τα συνοδεύουν.

Έτσι, μέσα από την διαδικασία της προσαρμογής στην αρρώστια και τις νέες συνθήκες που θα επιβάλλει αυτή, θα πρέπει να **στηρίζει** τον άρρωστο ώστε να μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, παράλληλα με τη γνώση της αρρώστιας και την απειλή που την συνοδεύει, θα πρέπει **επίσης** να τον βοηθήσει, να αναπτύξει την **αντοχή** του για την αμφιβολία και αβεβαιότητα που έχουν όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από μια αρρώστια που είναι ακόμη συνδεδεμένη με τον φόβο του αγνώστου που φέρει το στίγμα του θανάτου, δίδοντάς του ευκαιρίες και δυνατότητες ώστε να μπορεί να αποκτήσει έλεγχο του φόβου του. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Το ότι βέβαια ο «καρκίνος», εκτός από αρρώστια θεωρείται και σαν αιτία (λόγω των προβλημάτων που τον συνοδεύουν) που μπορεί να επιφέρει μεταβολές στις μορφές συμπεριφοράς των ατόμων και επιδρά στην προσωπικότητά τους, δεν σημαίνει ότι ισοπεδώνει συναισθηματικά τους αρρώστους μεταξύ τους. Όπως δεν συμβαίνει να συναντήσουμε στη ζωή δύο ανθρώπους εντελώς όμοια ψυχικά, έτσι δεν μπορούμε να βρούμε και δύο αρρώστους που να αντιδρούν κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο στην αρρώστια, στις επιπτώσεις της, στον πόνο, αλλά και σε όλο το πλέγμα των ανθρωπίνων σχέσεων και δραστηριοτήτων. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Οι γνώσεις που διαθέτει ο Κοινωνικός Λειτουργός για μια εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου, τον βοηθούν να διακρίνει και την ανάγκη για έκφραση συναισθημάτων μέσα από τις αντιδράσεις του αρρώστου ή την αφήγηση των προβλημάτων του.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τις αντιδράσεις που ακολουθούν την διάγνωση ή τις επιπτώσεις τις θεραπείας, που μπορεί να κλιμακώνεται από μια φαινομενική αδιαφορία μέχρι την εμφανή κατάθλιψη. Στο σημείο αυτό, μπορεί να παραπλανηθεί κανείς στις εκτιμήσεις των αντιδράσεων του αρρώστου και να μεταφράσει την φαινομενική αδιαφορία με καλή προσαρμογή, και ότι η κατάθλιψη πέρασε αφού σταμάτησε το κλάμα. Εδώ, πολλές φορές, διαφοροποιούνται οι εκτιμήσεις του Κοινωνικού Λειτουργού στη συνεργασία του με τους άλλους ειδικούς, (γιατρό, νοσηλεύτη), όταν υποστηρίζουν ότι ο ασθενής «το έχει ξεπεράσει». (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Ο άρρωστος όμως μόνο μέσα από την διαδικασία της «αναγνώρισης» και της «έκφρασης» των οποιωνδήποτε συναισθημάτων του και ιδιαίτερα των αρνητικών μπορεί να αποβάλει τον υπέρμετρο ή φανταστικό φόβο του γύρω από την αρρώστια και την αβέβαιη πορεία της, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του στην πραγματική του διάσταση και να μπορεί να προχωρήσει στην «Αποκατάσταση». Γι αυτό και ο Κοινωνικός Λειτουργός στην σχέση του με τον άρρωστο πρέπει να είναι υποστηρικτικός ποτέ όμως παραπλανητικός. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Ο στόχος της αποκατάστασης επιβάλλει στον κοινωνικό λειτουργό να ξεπερνά «τους τοίχους» του νοσοκομείου αναπτύσσοντας συνεργασία με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991) Αυτό είναι απαραίτητο, διότι στους ασθενείς με καρκίνο, το πρόβλημα επικοινωνίας δεν περιορίζεται μόνο στο περιβάλλον του νοσοκομείου, αλλά επεκτείνεται συνήθως και ενισχύεται και από τη στάση και τη συμπεριφορά του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Τόσο η ελληνική οικογένεια όσο και η ελληνική κοινωνία βλέπουν συνήθως τον καρκινοπαθή με δέος. Ο δικός τους φόβος για τη λέξη καρκίνος τους υπαγορεύει να προστατεύουν τον ασθενή από κάθε τι δυσάρεστο, δημιουργώντας γύρω του ένα κλίμα υπερπροστασίας και ψεύτικης αισιοδοξίας, αποφεύγοντας έτσι κάθε «δυσάρεστη επικοινωνία» αλλά εμποδίζοντας έτσι σε μεγάλο βαθμό την έννοια της αποκατάστασης του αρρώστου (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Από την άλλη πλευρά, ο ασθενής βλέποντας τους άλλους να αλλάζουν στάση και συμπεριφορά απέναντι του απομονώνεται σιγά-σιγά μέσα από αυτή την προσπάθεια τους να τον προστατεύσουν. Και ενώ στη φάση αυτή έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη να εκφράσει φόβους και αγωνίες, αντί κατανόηση, ενθάρρυνση και σωστή επικοινωνία, εισπράττει οίκτο και σιωπή.

Ο κοινωνικός λειτουργός με την παράλληλη συνεργασία ασθενούς-οικογένειας στοχεύει στο να βοηθήσει τον ασθενή στο να επικοινωνεί με το περιβάλλον του μέσα από ένα ρόλο όχι παθητικού δέκτη, αλλά υπεύθυνο και ενεργητικό. Συγχρόνως δε, έχει σαν στόχο στο να βοηθήσει και τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες. Έτσι βοηθούμενοι οι ίδιοι, να μπορούν να παίζουν ένα υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή, ενώ παράλληλα να ζουν τη δική τους ζωή, απαλλαγμένοι από ενοχές και άγχος, χωρίς να μειώνουν σε τίποτε την παροχή φροντίδας ή προστασίας προς τον άρρωστο. Όσον αφορά δε το ρόλο της κοινωνίας σε σχέση με τον πληροφοριακό αντίκτυπο του καρκίνου και σε συνάρτηση με τα προγράμματα αποκατάστασης που διαθέτει, θα λέγαμε πως είναι ακόμη αρνητικός έως απορριπτικός. Ο οίκτος με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ασθενής με καρκίνο μέσα στο κοινωνικό σύνολο, καθώς και η έλλειψη ειδικών προγραμμάτων, ενισχύουν περισσότερο την εξάρτηση παρά την κοινωνική επανένταξη (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Γι' αυτό η αποκατάσταση πλην των άλλων συνεπάγεται και διαδικασία κοινωνικής μάθησης. Προσπάθειες οι οποίες επικεντρώνονται μόνο στον ασθενή είναι πολύ δύσκολο να επιφέρουν την κοινωνική επανένταξη. Εάν η έννοια της αποκατάστασης δεν ενσωματωθεί στο όλο σχήμα της αντιμετώπισης του καρκίνου, τότε μπορούμε να μιλάμε μόνο για αντιμετώπιση της αρρώστιας αλλά όχι του ασθενούς με καρκίνο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)



## ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ο κοινωνικός λειτουργός με τις γνώσεις, με τη σωστή αξιολόγηση και με τους κατάλληλους χειρισμούς, γνωρίζοντας:

- ✓ Τους τύπους αντιδράσεων της οικογένειας
- ✓ Τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας
- ✓ Τα στάδια εξέλιξης της νόσου και πώς επηρεάζουν το οικογενειακό περιβάλλον, είναι σε θέση να υποστηρίξει και να βοηθήσει ψυχολογικά, κοινωνικά, ακόμη και πρακτικά προβλήματα, ώστε να αντιμετωπίσει την όλη κατάσταση.

Οι τρόποι αντίδρασης εξαρτώνται από την ιδιομορφία της οικογένειας, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, νοοτροπία περίγυρου κ.α.(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002) Είναι δυνατόν να έχουμε τις εξής αντιδράσεις:

- Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπερενεργητικό

Αμέσως μετά το σοκ της διάγνωσης ακολουθεί μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών η οποία τείνει να εξαφανίσει τον ασθενή και να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης ώστε να κατευθύνει και να μετριάσει την ενεργητικότητα τους, για να νιώσει ο ασθενής πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μην κουραστούν και οι δύο πλευρές. Θα πρέπει να καταλάβουν τα μέλη της οικογένειας ότι πρέπει να είναι δίπλα του διακριτικά και να βοηθηθεί το άτομο να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς άμυνας και ακόμη να γνωρίζουν, ότι την βοήθεια τους θα την χρειασθεί ο ασθενής αργότερα.

- Περιβάλλον υπερπροστατευτικό

Η οικογένεια βάζει τον ασθενή στο περιθώριο. Ο ασθενής σταδιακά εγκαταλείπει τους ρόλους, τα καθήκοντα, ψυχαγωγία, εργασία. Χάνει την ταυτότητα του.

Η παρέμβαση σ' αυτόν τον τύπο οικογένειας θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες έτσι ώστε ο ασθενής να αναλάβει κάποιες ευθύνες.

- Η αυθυποβολή της οικογένειας

Οι συγγενείς ξεπερνούν τα όρια υπερπροστασίας και φτάνουν στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Τα αίτια μπορεί να είναι υπερβολικής ανάγκης, μπορεί όμως να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής και έτσι να αυτουποβάλλονται σε μια μορφή εξιλέωσης.

Από μέρος του κοινωνικού λειτουργού απαιτούνται γνώσεις προκειμένου να διαγνώσει τα αίτια του τύπου συμπεριφοράς. Θα πρέπει προσεχτικά να ανιχνεύσει τα πραγματικά συναισθήματα, που βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του κοινωνικού περίγυρου.

- Οργή και θυμός

Πολλές φορές συμβαίνει ο ασθενής να κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτή.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού.

- Υπερεξαρτημένη οικογένεια από τον ασθενή με πρώτη αντίδραση την άρνηση.

Είναι απαραίτητο η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σε ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονείτε ο εξής κίνδυνος: η οικογένεια θα συνεχίσει τις απαιτήσεις από τον ασθενή όπως και στο παρελθόν, ενώ ο ασθενής δεν θα μπορεί να ανταποκριθεί και έτσι θα προκύψουν προβλήματα δυσεπικοινωνίας .

Εκτός από τις αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορεί να υπάρξει και μια αλλαγή ταξινόμησης της οικογένειας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002) Επίσης πολύ σημαντικό είναι να γνωρίζουμε τους παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή, όπως:

- ❖ Το πιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο
- ❖ Πώς προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου

- ❖ Το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας και η καλλιέργεια τους, όσο και την επικοινωνία μεταξύ τους
- ❖ Η οικονομική κατάσταση

Δύσκολο και επίπονο το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, όμως όσοι εργάζονται με τον καρκίνο πρέπει να γνωρίζουν ότι είναι «οικογενειακή αρρώστια», για αυτό θα πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες και άνθρωποι για να μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις καταστάσεις που προκύπτουν.

Επί του παρόντος θα ήθελα να κλείσω παραφράζοντας μια φράση του Martin Luther King, που υποστήριζε ότι από όλες τις μορφές κοινωνικής ανισότητας, η ανισότητα μπροστά στην υγεία- κι ιδιαίτερα μπροστά στον καρκίνο- είναι η πιο σκληρή και η πιο απάνθρωπη.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 8, τεύχος 5, Σεπτ-Οκτ. 1991.
- Αζίζι-Καλαντζή .Α, Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.
- Bacque Marie-Frederique, Πένθος και υγεία άλλοτε και τώρα, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2001.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, 2001.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία εκπαίδευση εκπαιδευτών, Μάρτιος-Ιούνιος, Αθήνα 2003.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. «Ευρώπη κατά του καρκίνου», σεμινάριο νοσηλευτών, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Αθήνα 1991.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Μάρτιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα 2000.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Μάρτιος- Ιούνιος 1997, Αθήνα 2001.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Μάρτιος- Ιούνιος 1999, Αθήνα 2000.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, πρόγραμμα Leonardo da Vinci εκπαίδευση εκπαιδευτών, Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001 β τόμος, Αθήνα 2002.
- Goleman Daniel, Η συναισθηματική νοημοσύνη, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
- Καρβούνης .Ν, Μπεντερίδης .Χ, Καλλέργης .Γ, Κλινικά Χρονικά, τόμος 15, τεύχος 1, 1995.
- Κιαμούρης .Χ, Λινού.Α, Ιατρική 55, 1989

- Κογεβίνας .Μ, Ιατρική 60, 1991.
- Κοσμίδης Πάρης, Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- Κορδιόλης Νικόλαος, Καρκίνος και πόνος μύθοι και πραγματικότητα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1992.
- Κορδιόλης Νικόλαος-Ρηγάτος .Γ, Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1990.
- Κούζης .Α, Ο καρκίνος παρά τους Αρχαίους Έλλησιν Ιατροίς, Αθήνα 1902.
- Kubler-Ross Elisabeth, Αυτός που πεθαίνει, εκδόσεις Ταμασσός 1969.
- Kubler-Ross Elisabeth, Για τη ζωή μετά το θάνατο, εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1994.
- Kubler-Ross Elisabeth, Ο τροχός της ζωής, Δίοδος, Αθήνα 1998.
- Kubler-Ross Elisabeth, Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης, Δίοδος, Αθήνα 1988.
- Λαυρεντιάδης .Κ.Γ, Ο Έλληνας καρκινοπαθής απέναντι στον καρκίνο, Θεσσαλονίκη 1985.
- Λεσάν Λόρενς, Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1981.
- Λινού .Α, Κιαμούρης .Χ, Τσούκας .Α, Η επίδραση του αγροτικού επαγγέλματος στην ανάπτυξη λευχαιμίας και λεμφώματος στον ελληνικό πληθυσμό, Ιατρική 54, 1988.
- Μαρκοπούλου Χριστίνα, Ο κοινωνικός λειτουργός σε ειδικά πλαίσια κοινωνικής προστασίας, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1995.
- Μελέτης Γιάννης .Χ, Από το αιματολογικό εύρημα στη διάγνωση, Εκδόσεις Νηρέας, Αθήνα 1998.

- Πανοτοσοπούλου Κασσιανή, 33 χρόνια κοινωνική λειτουργός, εκδόσεις Γρήγορης, Αθήνα 1995.
- Παπαδάτου, Δ. Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ή και απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
- Ρασιδάκης .Ν, Ψυχή και καρκίνος, Αθήνα 1983.
- Ρηγάτος Γ.Α, Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία, Αθήνα 1985.
- Ρηγάτος Γ.Α, , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 6, τεύχος 1, Ιαν-Φεβρουάριος 1989.
- Σαμαρτζή .Μ ,Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 6, τεύχος 2, Μάρτ-Απρίλιος 1989.
- Σαμώνης .Γ, Ιατρική 62, 1992
- Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, Όταν κάποιος στην οικογένεια έχει καρκίνο, Θεσσαλονίκη 1997.
- Τριανταφυλλίδης .Ι.Κ, Ιατρική 78, 2000.
- Τσαμανδουράκη .Κ, Αλαμανός .Γ, Τούντας .Γ, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 7, τεύχος 6, 1990.



## ΒΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Doka, K (1993). Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families and caregivers. New York: Lexington Books, Macmillan, Inc.
- Frank, A.(1991). At the will of the body: Reflections on illness. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Frank, A.(1995). The wounded storyteller: Body, illness and ethics. Chicago: The University of Chicago Press.

## ΑΡΘΡΑ

- Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», άρθρο «θα ανιχνεύονται 4 καρκίνοι με απλή εξέταση αίματος», Σαββατοκύριακο 24-25 Απριλίου 2004.
- Εφημερίδα METRORAMA, άρθρο «κάπνισμα και καρκίνος» Δευτέρα 1 Δεκεμβρίου 2003.

## ΠΗΓΕΣ INTERNET

- [www.antibiotics.gr](http://www.antibiotics.gr)
- [www.betterhealth.vic](http://www.betterhealth.vic)
- [www.iatriko.gr](http://www.iatriko.gr)
- [www.kepka.org](http://www.kepka.org)
- [www.medlab.cs.uoi.gr](http://www.medlab.cs.uoi.gr)
- [www.news.antenna.gr](http://www.news.antenna.gr)
- [www.paidiatros.gr](http://www.paidiatros.gr)
- [www.wyeth.gr](http://www.wyeth.gr)



