

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**



ΘΕΜΑ

«Ψυχοκοινωνική Ογκολογία, μια διαφορετική παρέμβαση στον ογκολογικό ασθενή και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΟΥΡΔΑΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Τζήκα Χριστίνα

Φιλέρη Πιπίνα

ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2008

Μετέχοντες Σπουδάστριες

Τζήκα Χριστίνα

Φιλέρη Πιπίνα

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός

Μπούδαρλα Κατερίνα

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

ΠΑΤΡΑ 2008

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους εκείνους που μας στήριξαν και μας βοήθησαν σ' αυτή τη προσπάθεια.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε βαθύτατα την επόπτριά μας Κα. Μπούρδαλα Κατερίνα, εργαστηριακή συνεργάτη στο Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας και προϊσταμένη του τμήματος Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ειδικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος, για την υπομονή που κατέδειξε ώσπου να ολοκληρωθεί η πτυχιακή μας εργασία αλλά και για την καθοδήγησή της στην εκπόνηση αυτής.

Τέλος, εκφράζουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειές μας για την κατανόηση, στήριξη και συμπαράσταση που έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας και της ολοκλήρωσης της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή αναφέρεται σε μια διαφορετική παρέμβαση στον ογκολογικό ασθενή, αυτή της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας και στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Στο κεφάλαιο I γίνεται εισαγωγή του θέματος, περιγράφεται το πρόβλημα, ο σκοπός της εργασίας και αναφέρεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να συλλεχθούν τα απαραίτητα στοιχεία για την εκπόνηση της μελέτης.

Το κεφάλαιο II αναφέρεται στην ιστορική αναδρομή του καρκίνου, το τι είναι καρκίνος και τους πιο συχνούς τύπους, τη διάγνωση, την θεραπεία και την πρόληψη αυτού.

Το κεφάλαιο III αναφέρεται στο τι είναι ψυχοκοινωνική ογκολογία, στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών, στο πρόβλημα του πόνου και στη θεραπεία αυτού, στην ποιότητα ζωής και αποκατάσταση, στα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς σχετιζόμενα με την θεραπεία, στη σχέση γιατρού-ασθενούς, στην ανακοίνωση ή την απόκρυψη της αλήθειας, και στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο στον σεξουαλικό τομέα.

Το κεφάλαιο IV παρουσιάζει τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο.

Το κεφάλαιο V περιέχει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού το έργο και τις δραστηριότητές του, σύμφωνα με τις μεθόδους που χρησιμοποιεί: κοινωνική εργασία με άτομο-ασθενή, οικογένεια, κοινότητα και ασθενείς τελικού σταδίου. Επίσης, αναφέρονται οι φορείς υποστήριξης καρκινοπαθών, οι νέες εξελίξεις στην ψυχοκοινωνική ογκολογία με διεπιστημονική συνεργασία, τα δικαιώματα του ασθενή που πεθαίνει και ο Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.

Στο κεφάλαιο VI διατυπώνονται συμπεράσματα αναλογικά με τον σκοπό της μελέτης μας καθώς και προτάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών και των περιβαλλόντων τους.

Τέλος, στο παράρτημα υπάρχει το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής, οργανώσεις υποστήριξης ογκολογικών ασθενών και ο οδηγός παροχών για καρκινοπαθείς της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ομίλου Εθελοντών Ενάντια στον Καρκίνο «ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ».

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|-------|
| ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ | 5 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ..... | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι | |
| A. Το πρόβλημα | 10-12 |
| B. Σκοπός της μελέτης | 12 |
| Γ. Μεθοδολογία | 13 |
| Δ. Ορισμοί εννοιών..... | 13-15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ | |
| 2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ – ΤΟ «ΣΩΜΑΤΙΚΟ» ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | |
| 2.1 Η ιστορία του καρκίνου | 16-18 |
| 2.2 Τι είναι καρκίνος | 18-19 |
| 2.3 Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου | 19 |
| 2.3.1 Καρκίνος του ήπατος | 20 |
| 2.3.2 Καρκίνος του λάρυγγα | 21-22 |
| 2.3.3 Καρκίνος του προστάτη | 22-23 |
| 2.3.4 Καρκίνος του νεφρού | 23-24 |
| 2.3.5 Καρκίνος ουροδόχου κύστης | 24-25 |
| 2.3.6 Καρκίνος του οισοφάγου | 25-26 |
| 2.3.7 Καρκίνος του στομάχου | 26-27 |
| 2.3.8 Καρκίνος του πέους..... | 27-28 |
| 2.3.9 Καρκίνος του πνεύμονα | 28-29 |
| 2.3.10 Καρκίνος του δέρματος | 29-30 |
| 2.3.11 Γυναικολογικός καρκίνος (μήτρας-ωοθήκης)..... | 30-31 |
| 2.3.12 Καρκίνος του μαστού | 31 |
| 2.3.13 Καρκίνος των όρχεων | 31-32 |
| 2.3.14 Διάφοροι άλλοι καρκίνοι | 32 |
| i Καρκίνος του στόματος..... | 32 |
| ii Όγκοι του εγκεφάλου..... | 33 |

| | |
|---|-------|
| iii Όγκος του παχέος εντέρου | 33 |
| iv Άλλες μορφές καρκίνου..... | 33 |
| 2.4 Διάγνωση του καρκίνου | 33-35 |
| 2.5 Θεραπεία του καρκίνου | 35-36 |
| 2.6 Πρόληψη..... | 37-38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ III | |
| 3.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ | |
| 3.1 Τι είναι ψυχοκοινωνική ογκολογία..... | 39 |
| 3.2 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά καρκινοπαθών | 39-41 |
| 3.3 Το πρόβλημα πόνου στον καρκινοπαθή..... | 41-43 |
| 3.3.1 Θεραπεία του πόνου | 43-45 |
| 3.4 Ποιότητα ζωής-αποκατάσταση..... | 45 |
| 3.4.1 Ποιότητα ζωής του ογκολογικού ασθενή..... | 45-46 |
| 3.4.2 Βελτίωση ποιότητας ζωής ασθενούς..... | 46-49 |
| 3.4.3 Άλλα μέσα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών..... | 49-50 |
| 3.5 Τι εννοούμε με τον όρο αποκατάσταση..... | 50 |
| 3.5.1 Ποια είναι τα προς αποκατάσταση προβλήματα του ογκολογικού ασθενή..... | 50-51 |
| 3.5.2 Ποιοι μετέχουν στις διαδικασίες της αποκατάστασης..... | 51-53 |
| 3.5.3 Συμμετοχή του ασθενούς στη μάχη για την ψυχική και κοινωνική αποκατάστασή του..... | 53-54 |
| 3.5.4 Στάσεις και δραστηριότητες..... | 54-56 |
| 3.6 Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών | 56-57 |
| 3.6.1 Η θεωρία των 5 σταδίων ψυχολογικής αντίδρασης του καρκινοπαθούς, σύμφωνα με την Kubler Ross | 57-58 |
| 3.6.2 Ψυχιατρικές αντιδράσεις | 59-61 |
| 3.7 Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς σχετιζόμενα με τη θεραπεία | 61-63 |
| 3.8 Σεξουαλική ζωή και καρκίνος | 63-64 |
| 3.9 Ο ογκολογικός ασθενής και η αλήθεια..... | 64-65 |
| 3.10 Η σχέση γιατρού-ασθενούς..... | 65-68 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

| | |
|--|--------------|
| 4.1 Πότε γίνονται οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε καρκινοπαθείς..... | 69-70 |
| 4.1.1 Τι είδους θεραπευτικές παρεμβάσεις ασκούνται | 71-72 |
| 4.1.2 Ποια η συμβολή των ασθενών και των σωματείων τους στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων..... | 73 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

| | |
|---|----------------|
| 5.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού | 74 |
| 5.2 Έργο και δραστηριότητες του Κοινωνικού Λειτουργού..... | 74-78 |
| 5.3 Κοινωνική εργασία με άτομο-ασθενή | 79-82 |
| 5.4 Οικογένεια και καρκίνος από τη σκοπιά του Κοινωνικού Λειτουργού | 82-87 |
| 5.4.1 Κοινωνική εργασία με την οικογένεια ασθενών με καρκίνο | 87-88 |
| 5.5 Κοινωνική εργασία με ασθενείς τελικού σταδίου | 89-90 |
| 5.6 Φορείς υποστήριξης καρκινοπαθών..... | 90-102 |
| 5.7 Νέες εξελίξεις στην ψυχοκοινωνική ογκολογία με διεπιστημονική συνεργασία | 103-104 |
| 5.8 Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου..... | 105-106 |
| 5.9 Δικαιώματα του ασθενή που πεθαίνει | 107 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

| | |
|------------------------------------|----------------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 108-109 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 110-111 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 112-114 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 115 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που παρατηρούνται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Συνήθως προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα, ακόμη και παιδιά.

Ο όρος «καρκίνος» δεν αποδίδεται σε μία και μόνη ασθένεια, αλλά σε μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Τα κύτταρα στο σώμα μας αυξάνονται διαιρούνται και πεθαίνουν με έναν αυστηρά ελεγχόμενο τρόπο. Στα πρώτα χρόνια της ζωής, και μέχρι την ενηλικίωση του ατόμου, ο ρυθμός διαίρεσης των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού είναι έντονος. Τη συνέχεια τα κύτταρα διαιρούνται μόνο για να αντικαταστήσουν άλλα που έχουν φθαρεί ή πεθάνει. Τα καρκινικά κύτταρα διαφέρουν από τα φυσιολογικά κύτταρα, διότι συνεχίζουν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων, που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι, των οποίων τα κύτταρα περιβάλλονται από συνδετικό ιστό, δεν είναι επεκτατικοί, δηλαδή δεν εισβάλλουν στους γύρω ιστούς και δεν εξαπλώνονται σε άλλα σημεία του σώματος. Γενικά, δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στο σώμα, εκτός εάν λόγω του μεγέθους τους ασκούν πίεση σε ζωτικά όργανα. Αντίθετα, στους κακοήθεις όγκους τα κύτταρα εμφανίζουν διαφορετική μορφολογία σε σχέση με τα φυσιολογικά, εισβάλλουν στους γειτονικούς ιστούς, ενώ μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή της λέμφου είναι δυνατόν να μεταφερθούν σε άλλα σημεία του σώματος και να σχηματίσουν δευτερογενείς όγκους, φαινόμενο που ονομάζεται μετάσταση.

Τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται στο άτομο εξαρτώνται από το μέγεθος του όγκου, από τη θέση του στο σώμα, από το στάδιο ανάπτυξής του, από το αν έχει εισβάλλει στους γειτονικούς ιστούς και σε ποια έκταση και από το αν έχει υπάρξει μετάσταση. Κάθε καρκίνος (π.χ. καρκίνος του

πνεύμονα, της μήτρας, του προστάτη κτλ.) έχει διαφορετικά συμπτώματα, διαφορετική εξέλιξη και επομένως αποτελεί διαφορετική ασθένεια.

Ο καρκίνος είναι μια πολυσταδιακή και πολυπαραγοντική ασθένεια. Τα αίτια που τον προκαλούν έχουν αναζητηθεί:

- Σε μολυσματικούς παράγοντες, όπως είναι οι ιοί,
- Σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι οι διάφορες ακτινοβολίες και χημικές ενώσεις,
- Στον τρόπο ζωής που επιλέγουμε (κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, διατροφικές συνήθειες),
- Στις αλλαγές του γενετικού υλικού (μεταλλάξεις).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες, δρώντας ταυτόχρονα ή σωρευτικά, οδηγούν μακροπρόθεσμα στην εμφάνιση του καρκίνου.

Υπάρχουν τέσσερις γενικοί τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου, η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία, ενώ μελετώνται πειραματικά αρκετές άλλες θεραπείες και εμβόλια. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται για να αφαιρεθεί ο καρκινικός όγκος (μαζί με περιβάλλοντες ιστούς που είναι πιθανόν να περιέχουν καρκινικά κύτταρα) είτε για την πλήρη θεραπεία του καρκίνου είτε για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του. Μπορεί να συνδυαστεί με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, πριν ή μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα του όγκου, ενώ η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση των καρκινικών κυττάρων στην περίπτωση που έχει ήδη γίνει μετάσταση. Ισχυρά φάρμακα, τοξικά για τα διαιρούμενα κύτταρα, μπορούν να φτάσουν μέσω της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα σημεία του σώματος και να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Όμως εκτός από τα καρκινικά κύτταρα, ενδέχεται να καταστραφούν και υγιή κύτταρα του οργανισμού που βρίσκονται σε φάση διαίρεσης, όπως είναι για παράδειγμα τα κύτταρα του επιθηλίου του εντέρου, τα κύτταρα του αίματος, του δέρματος κτλ. Γι' αυτό το λόγο η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει παρενέργειες, όπως απώλεια μαλλιών, ναυτία, εμετό, αίσθημα κόπωσης, οι οποίες όμως παρέρχονται μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Σήμερα εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο ή έχουν πλήρως θεραπευτεί από τον καρκίνο ή επιβιώνουν με κάποια θεραπεία. Σε κάθε περίπτωση, όσο πιο γρήγορα εντοπιστεί ο καρκίνος, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες αντιμετώπισής του και επιβίωσης του ατόμου. Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση είναι ένα ισχυρό όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου.

B. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

A. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του θέματος ψυχοκοινωνική ογκολογία, μια διαφορετική παρέμβαση στον ογκολογικό ασθενή και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.

B. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- i. Η διερεύνηση όλων των διαστάσεων της ασθένειας του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα:
 - ∅ η κατανόηση της ασθένειας, μέσα από τη μελέτη ιατρικής βιβλιογραφίας. Η διερεύνηση του τι είναι καρκίνος, των τύπων καρκίνου, της διάγνωσης, της θεραπείας και της πρόληψης.
 - ∅ η διερεύνηση των ψυχολογικών αντιδράσεων που έχουν οι ασθενείς κατά την ανακοίνωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας.
 - ∅ Η διερεύνηση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που ασκούνται σε ασθενείς με καρκίνο.
 - ∅ η διερεύνηση των στάσεων και των δραστηριοτήτων κατά την συμμετοχή του ασθενούς στη μάχη για την ψυχική και κοινωνική του αποκατάσταση.
 - ∅ ο εντοπισμός του προβλήματος που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο στον σεξουαλικό τομέα της ζωής τους.
- ii. Η διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή

Γ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εργασία ανήκει στην κατηγορία των βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων. Η συγκέντρωση των πληροφοριών έγινε με την χρήση πολλών μεθόδων, όπως:

- Επισκέψεις σε Βιβλιοθήκες (βιβλιοθήκη Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών)
- Συζητήσεις με επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, που εργάζονται σε υπηρεσίες που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του καρκίνου
- Αξιοποίηση του διαδικτύου και συλλογή πληροφοριών μέσω μηχανών αναζήτησης (Medlook, Google, κλπ.)

Δ. ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

- ο **Καρκίνος:** Είναι η ασθένεια που προκαλείται από ανεξέλεγκτη κυτταρική διαίρεση. Υπάρχουν πολλά, διαφορετικά είδη καρκίνου. Το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι προκαλούνται από ανεξέλεγκτη κυτταρική διαίρεση, που οδηγεί στη δημιουργία όγκων. Μετά το σχηματισμό του, ο όγκος συνήθως αναπτύσσεται γρήγορα και εμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργία κάποιου μέρους του σώματος. Οι όγκοι συχνά μεθίστανται (κάνουν μετάσταση), δηλαδή μερικά από τα κύτταρα τους μεταναστεύουν και προκαλούν τη δημιουργία νέων όγκων σε άλλες περιοχές του σώματος. Οι επιστήμονες σήμερα πιστεύουν ότι ο καρκίνος ξεκινά όταν καρκινογόνα γονίδια, που υπάρχουν στα φυσιολογικά κύτταρα, ερεθίζονται και αρχίζουν να δρουν. Οι παράγοντες που προκαλούν τον ερεθισμό των γονιδίων αυτών παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία. Τέτοιοι παράγοντες είναι χημικές ουσίες που λέγονται καρκινογόνες, «ατυχήματα» στη διάταξη του DNA κάποιου κυττάρου, καθώς και προσβολές των κυττάρων από ιούς.

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

- **Ογκολογία:** είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με την εμφάνιση όγκων στο σώμα του ανθρώπου.

- **Ογκολογικός ασθενής:** Είναι ο ασθενής ο οποίος πάσχει από κάποια μορφή καρκίνου.

- **Χημειοθεραπεία:** είναι η συστηματική θεραπεία των νεοπλασμάτων, δηλαδή έχει πρόσβαση μέσω της κυκλοφορίας του αίματος στα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στον οργανισμό με εξαίρεση τα ανοσολογικώς προνομιακά όργανα, όπως ο εγκέφαλος και οι όρχεις. Από την πρώτη εφαρμογή της το 1942, εκατοντάδες χιλιάδες χημικές και βιολογικές ουσίες έχουν δοκιμασθεί στην έρευνα του καρκίνου. Συγκριτικά ελάχιστες από τις ουσίες αυτές δοκιμάζονται σε πειραματόζωα και ακόμα λιγότερες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και ασφαλείς για τη χορήγησή τους σε ασθενείς.

- **Ακτινοθεραπεία:** είναι μέθοδος θεραπείας κατά του καρκίνου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη επέμβαση για να μειωθεί το μέγεθος, ή να αποτραπεί τουλάχιστον η περαιτέρω αύξηση των όγκων που δεν μπορεί να αντιμετωπιστούν με φάρμακα ή να προσεγγιστούν χειρουργικά λόγω του απρόσιτου ή της αδυναμίας του ασθενή. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης μεταχειρουργικά για να μειώσει την πιθανότητα της επανεμφάνισης όγκων και για να μειώσει την υπερβολική έκκριση ορμονών (όπως η αυξητική ορμόνη GH ή η κορτικοτρόπος ACTH)

- **Μετάσταση:** είναι η ικανότητα του καρκίνου να δημιουργεί «αποικίες» σε άλλα όργανα του ανθρωπίνου σώματος, η εξάπλωση της ασθένειας του καρκίνου από την αρχική θέση του σε άλλα τμήματα του σώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ - ΤΟ «ΣΩΜΑΤΙΚΟ» ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

2.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χωρίς να υπάρχουν και γραφτά αποδεικτικά κείμενα, εν τούτοις, έχουμε όλες τις ενδείξεις, ότι ο καρκίνος είναι αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό εξάγεται κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά κι αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοηθών όγκων.

Ήδη από το 300 π.Χ. είχαν διαχωριστεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλασμάτα. Είχαν ακόμα επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών εντοπίσεων κακοηθών όγκων, όπως είχαν διαχωριστεί και οι ανίατοι όγκοι από παραπλήσιες στην εμφάνιση νοσήσεις, όπως από τον ψευδάνθρακα που αναπτύσσεται συνηθέστερα στον αυχένα και τις χρόνιες εξελκώσεις στο δέρμα.

Κι αργότερα γύρω από την εποχή της γέννησης του Χριστού, εκτελούσαν θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως ακρωτηριασμούς των άκρων, υστερεκτομές ή μαστεκτομές για ανάλογες εντοπίσεις νεοπλασιών. Έπρεπε να περάσει κι όλος ο Μεσαίωνας και να φτάσουμε στην ανακάλυψη του μικροσκοπίου, ν' αναπτυχθούν νέες θεωρίες για την προέλευση των ασθενειών που βασίζονταν στην παρατήρηση, στα στατιστικά δεδομένα και στο πείραμα, για να παραμερισθούν παλιές θεωρίες, δοξασίες και πεποιθήσεις, όπως εκείνη του Γαληνού ότι ο καρκίνος οφείλονταν στην παρουσία υπερβολικής μαύρης χολής στον άνθρωπο. Η τελευταία αυτή θεωρία αποτέλεσε αδιάσειστη πεποίθηση, που επιβίωσε σ' όλο το Μεσαίωνα και απορρίφθηκε μετά ζωή 1300 χρόνων αφ' ότου αρχικά αναπτύχθηκε. (Ρηγάτος Γ., 1985).

Η ψυχοσωματική αντίληψη στον καρκίνο φτάνει πίσω, στα βάθη των αιώνων. Η αρχαία ελληνική ιατρική κυριαρχούμενη από τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη αποδίδει τη γένεση του καρκίνου στην περίσσεια της μέλαινας χολής.

Αυτό που θα μπορούσε να συζητηθεί είναι αν η έννοια της μέλαινας χολής και του μελαγχολικού χυμού, έχει την έννοια που έχει σήμερα η μελαγχολία. Αλλά φαίνεται πως οι έννοιες αυτές ταυτίζονται κάτι που υποστηρίζει ο Γαληνός (2^{ος} αι. μ.Χ.)

Η συσχέτιση της έξαρσης ενός νεοπλάσματος με μια σημαντική απώλεια γίνεται ήδη από τον 2^ο αι. μ.Χ. Ιστορικός συγγραφέας ο Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.Χ.) γράφοντας για την Ιουλία, μητέρα του Ταραντού μας διασώζει την πληροφορία ότι η γυναίκα αυτή μαθαίνοντας το θάνατο του γιου της κτυπά το στήθος της κι ο καρκίνος που για καιρό «ησύχαζε» εκεί, ερεθίστηκε κι εξελίχθηκε.

Στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής το θέμα μπαίνει και πάλι στις αρχές του 18^{ου} αι., από τον Γάλλο γιατρό Gendron και τα μέσα του ίδιου αιώνα από τον Άγγλο Sir Richard Guy. Ο Gendron, εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθης όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο και το άγχος. Ο Guy περιγράφει δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στενοχώρια: στη μία γυναίκα εξαιτίας του θανάτου του παιδιού της και στην άλλη εξαιτίας της φυλάκισης της.

Το 1826 ο Cooper αναφέρει ότι η θλίψη και το άγχος είναι μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων αιτιών καρκίνου του μαστού. Στην Αγγλία ο Paget (1870) περιλαμβάνει τις ίδιες αντιλήψεις στο σύγγραμμά της χειρουργικής παθολογίας. Ο ίδιος γράφει πως η ματαίωση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλάσματος. Πολλοί ακόμη γιατροί από όλον τον κόσμο, τόσο τον 18^ο όσο και τον 19^ο αιώνα υποστηρίζουν τις ίδιες αντιλήψεις. Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα ο Snow, Άγγλος γιατρός, διαπίστωσε ότι από 250 ασθενείς με καρκίνο οι 156 είχαν σημαντικά επηρεασθεί από το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας, 32 αντιμετώπιζαν σημαντικές επαγγελματικές δυσκολίες και μόνο 19 δεν ανέφεραν ψυχολογικούς ή κοινωνικούς συντελεστές στην αρρώστια τους.

Γενικά οι εργασίες διαφόρων ερευνητών του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα, όπως τις συνοψίζουν οι Goldfarb και συν. (1967) αναφέρουν ότι οι ψυχοτραυματισμοί που περισσότερο σχετίζονται με τον καρκίνο είναι α) η απώλεια (θάνατος ή χωρισμός) αγαπημένου προσώπου, όπως οι γονείς, τα παιδιά και οι σύζυγοι, β) η ματαίωση γεγονότων σημαντικών, και γ) κοινό

χαρακτηριστικό είναι η τάση για απογοήτευση και η απελπισία σε κάθε απώλεια ή ματαίωση.

Σαν γενικά συμπεράσματα των εργασιών μέχρι το 1959 μπορούμε να θεωρήσουμε:

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

β) την ιδιαίτερα συχνή επίπτωση σε άτομα με κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά, και

γ) την επίδραση ψυχολογικών συντελεστών στην εξέλιξη της νόσου (Ρηγάτος Γ., 1985).

2.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομά της. Παρομοίασε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα (καρκίνου). Πολύ αργότερα, ο Valsava, το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία, την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή.

Φυσιολογικά, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλλουν σε ιστούς

και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος. (Dolinger Malin και συν., 1992).

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανώμαλη αυτή ανάπτυξη δεν πρέπει να συγχέεται με δύο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού: α) την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείται ιστός και ο οργανισμός ξαναφτιάχνει τον ίδιο ιστό (π.χ. στην καταστροφή των ηπατικών κυττάρων –αφαίρεση ήπατος- το ήπαρ αναγεννάται σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά), β) την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς. (π.χ. υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου).

Επίσης, στηριζόμενοι στο (ερμηνευτικό λεξικό της ιατρικής ορολογίας) ο καρκίνος του ανθρώπου είναι σύμπλεγμα νόσων που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και ανοργάνωτη ανάπτυξη των προσβεβλημένων κυττάρων. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε από τους ιστούς του οργανισμού. Τα καρκινικά κύτταρα διηθούν και καταστρέφουν τους γειτονικούς ιστούς, για να βρουν ενδεχομένως πρόσβαση στο κυκλοφοριακό σύστημα, με το οποίο μεταφέρονται σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος και καταστρέφουν τελικά τον ξενιστή τους. Παράλληλα με την ικανότητά τους για απεριόριστη ανάπτυξη, τα καρκινικά κύτταρα και οι ιοί που σχηματίζουν χάνουν τη φυσιολογική τους εμφάνιση, και αποκτούν άτυπες λειτουργίες. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3 ΟΙ ΠΙΟ ΣΥΧΝΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στους άνδρες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως, και ο καρκίνος του προστάτη. Ενώ στις γυναίκες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων (μήτρας-ωοθήκης). Ανεξάρτητα από το φύλο ο καρκίνος του δέρματος και ο καρκίνος του εγκεφάλου τελευταία έχουν αυξηθεί πολύ.

2.3.1 Καρκίνος του ήπατος

i. Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του ήπατος

Πολλοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος όπως διαιτητικοί, λοιμώδεις, περιβαλλοντολογικοί και άλλοι. Προδιαθεσικοί παράγοντες αναπτύξεως καρκίνου του ήπατος είναι ο αλκοολισμός, η κύρωση του ήπατος, η ηπατίτιδα Β, C, D, η αιμοχρωμάτωση, ιογενείς λοιμώξεις, η αλφατοξίνη. Ο μεταστατικός καρκίνος του ήπατος είναι συχνός σε καρκίνους του πεπτικού συστήματος.

ii. Η κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων όπως αδιαθεσία, ανορεξία, δυσπεπτικά ενοχλήματα, διαταραχές στις κενώσεις, μετεωρισμό των εντέρων, επιγαστρικό άλγος με αντανάκλαση στο δεξιό υποχόνδριο ή στη δεξιά ωμοπλάτη. Οξύ άλγος με συμπτώματα ενδοκοιλιακής αιμορραγίας δηλώνει ρήξη του όγκου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η απώλεια βάρους και ο πυρετός με μικρού βαθμού ίκτερο συνοδεύουν το 30% των περιπτώσεων. Επίσης η διόγκωση του ήπατος υπάρχει στο πλείστο των περιπτώσεων.

iii. Τρόποι αντιμετώπισης

Η θεραπεία περιλαμβάνει: α) τη συντηρητική ή παρηγορητική που εφαρμόζεται σε ανεγχείρητους καρκίνους και συνίσταται στην εισαγωγή καθετήρα στην ηπατική αρτηρία και έγχυση κυτταροστατικών.

Οι παρηγορητικές ή συντηρητικές μέθοδοι γίνονται εκεί που η ριζική εγχείρηση είναι αδύνατη. Οι σημαντικότερες τελευταίες εξελίξεις στην ογκολογία του ήπατος είναι η υποξεική χημειοθεραπεία και η περιοδική κατευθυνόμενη χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.2Καρκίνος του λάρυγγα

i. Παράγοντες δημιουργίας καρκίνου του λάρυγγα

Ο καρκίνος του λάρυγγα αντιπροσωπεύει περίπου το 2-4% των κακοηθών όγκων του ανθρώπινου σώματος. Προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες από τις γυναίκες σε αναλογία περίπου 10 προς 1. Συνήθως εμφανίζεται στην ηλικία μεταξύ των 40 και 70 ετών.

Το κάπνισμα και η κατάχρηση οινοπνεύματος θεωρούνται οι κυριότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συνδυασμός καπνίσματος και κατάχρησης οινοπνεύματος αυξάνει κατά γεωμετρική πρόοδο την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του λάρυγγα.

ii. Συμπτώματα

Η βραχνάδα στη φωνή είναι το πιο σπουδαίο σύμπτωμα του καρκίνου του λάρυγγα. Όταν αυτός είναι στις φωνητικές χορδές, η βραχνάδα είναι πρώιμη και σταθερή εκδήλωση ενώ όταν αφορά τις άλλες περιοχές του λάρυγγα μπορεί να εμφανισθεί αργότερα όταν ο όγκος είναι σε προχωρημένο στάδιο.

Σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται δυσκολία στην κατάποση, δύσπνοια, πόνος τοπικά ή σε γειτονικές περιοχές όπως είναι τα αυτιά, βήχας, αιμόπτυση, διόγκωση του λαιμού και απώλεια βάρους. (Dolinger Malin και συν., 1992).

iii. Αντιμετώπιση-θεραπεία

Κάθε ασθενής με καρκίνο του λάρυγγα αποτελεί διαφορετική περίπτωση και η θεραπεία είναι ξεχωριστή, εξαρτώμενη από την ακριβή θέση και το μέγεθος του όγκου.

Έτσι όταν ο όγκος είναι μικρού μεγέθους και εντοπίζεται στη μια φωνητική χορδή, γίνεται αφαίρεση της φωνητικής χορδής ενδοσκοπικά με Laser ή κλασική εγχείρηση ή μπορεί να γίνει και ακτινοθεραπεία.

Εάν ο όγκος είναι μετρίου μεγέθους και αφορά συγκεκριμένη περιοχή του λάρυγγα τότε γίνεται τμηματική αφαίρεση αυτού δηλαδή μερική

λαρυγγεκτομή, με σύγχρονη ή όχι αφαίρεση των λεμφαδένων του λαιμού. Το πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι ο ασθενής διατηρεί τη φωνή και έχει ικανοποιητική λειτουργικότητα του λάρυγγα μετά την εγχείρηση.

Στην περίπτωση όμως που ο όγκος επεκτείνεται σε περισσότερες από μια συγκεκριμένη περιοχή ή καταλαμβάνει το κατώτερο τμήμα του λάρυγγα, τότε γίνεται αναγκαστικά ολική αφαίρεση του λάρυγγα, δηλαδή ολική λαρυγγεκτομή. Η εγχείρηση αυτή συνδυάζεται συνήθως με συναφαίρεση των λεμφαδένων του λαιμού και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία και πιθανόν χημειοθεραπεία.

Εάν αφαιρεθεί ο λάρυγγας μπορεί να γίνει αντικατάστασή του με τη χρησιμοποίηση τεχνητού λάρυγγα. Αυτός είναι ηλεκτρονική συσκευή που παράγει φωνή με τις κινήσεις του στόματος. Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη συσκευή μια εβδομάδα μετά την εγχείρηση.

2.3.3Καρκίνος του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη στην Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου από τα κακοήθη νεοπλασμάτα του άνδρα. Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης είναι γύρω στα 70 έτη. Αυτός ο καρκίνος έχει μεγάλο φάσμα βιολογικής κακοήθειας. Σε άλλους άνδρες η εξέλιξη είναι ταχεία σε άλλους άνδρες όμως είναι βραδεία. Αυτό ίσως οφείλεται στη δράση των ορμονών γιατί είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του προστάτη όπως και ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες είναι ορμονοεξαρτώμενοι. Έχουν ενοχοποιηθεί ιογενείς, μικροβιακοί, χημικοί και διαιτητικοί παράγοντες πιθανής καρκινογένεσης. (Dolinger Malin και συν., 1992).

i. Κλινική εικόνα

Είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο ο προστατικός καρκίνος να μην εμφανίζει καμιά κλινική εκδήλωση ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου. Επειδή ο προστατικός καρκίνος αναπτύσσεται στην περιφέρεια του προστάτη, θα πρέπει να αποκτήσει μεγάλο μέγεθος για να αρχίσει να πιέζει την προστατική μοίρα της ουρήθρας και να εκδηλωθεί με συχνουρία, δυσουρία, επίσχεση, αιματουρία. Μπορεί επίσης να εκδηλωθεί και με συμπτώματα από τις μεταστάσεις. Σε ηλικιωμένους άνδρες που παραπονιούνται για οστικά άλγη,

ιδιαίτερα στη σπονδυλική στήλη και στην πύελο, θα πρέπει αμέσως να εξετάζουμε τον προστάτη αδένα.

ii. Θεραπεία

Σε κάθε περίπτωση καρκινώματος του προστάτη η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται με σκοπό να επιτευχθεί ο υψηλότερος βαθμός απόδοσης. Η θεραπεία του καρκινώματος του προστάτη διακρίνεται για πρακτικούς αλλά και ουσιαστικούς λόγους: α) στη θεραπεία του εντοπισμένου στον προστάτη καρκίνου, και β) στη θεραπεία του τοπικά προχωρημένου και μεταστατικού καρκίνου του προστάτη. Στην πρώτη κατηγορία θεραπείας, που αποσκοπεί στην πλήρη ίαση από τη νόσο, ανήκουν η ολική προστατεκτομή και η ακτινοθεραπεία. Στη δεύτερη κατηγορία θεραπείας που αποσκοπεί στην ύφεση της νόσου, στην καλύτερη ποιότητα ζωής και στην αύξηση του χρόνου επιβίωσης, ανήκουν η ορμονοθεραπεία, και η χημειοθεραπεία.

2.3.4 Καρκίνος του νεφρού

Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου των νεφρών στους ενήλικες. Αποτελεί περίπου το 85% όλων των καρκίνων που μπορούν να εμφανιστούν στον ενήλικα. Από το σύνολο των καρκίνων που εκδηλώνονται στους ενήλικες το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 2%. Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Για κάθε 2 άνδρες που προσβάλλονται από το καρκίνο αυτό, προσβάλλεται μία γυναίκα.

Η συχνότερη ηλικία εκδήλωσης της νόσου είναι μεταξύ 50 και 70 ετών. Από 25% έως 33% των ασθενών έχουν μεταστάσεις όταν γίνεται η αρχική διάγνωση. Σε περίπου 2% των περιπτώσεων χωρίς κληρονομικό ιστορικό, η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί και στους 2 νεφρού ταυτόχρονα. (beststrong.org.gr)

i. Συμπτώματα

Στα πρώιμα στάδια της νόσου, οι περισσότεροι ασθενείς δεν εκδηλώνουν συμπτώματα. Τα συμπτώματα του καρκίνου του νεφρού, όταν εκδηλωθούν, μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αίμα στα ούρα ή μη φυσιολογικό χρώμα ούρων. Αυτό είναι συνήθως το πρώτο αναγνωρίσιμο σύμπτωμα του καρκίνου του νεφρού.
- Πόνο στην πλάτη, τα πλευρά ή την κοιλιά (ορισμένες φορές προκαλείται από θρόμβους αίματος στους ουρητήρες ή στην ουροδόχο κύστη).
- Επίμονη πυρετός.
- Απώλεια βάρους.
- Οίδημα στις ποδοκνημικές αρθρώσεις (αστραγάλους) ή στα κάτω άκρα (λόγω μειωμένης ικανότητας του σώματος να απαλλαχθεί από την περίσσεια υγρών).(www.onhealth.gr)

ii. Θεραπεία

Το μοναδικό σχεδόν όπλο είναι η χειρουργική εξαίρεση. Γίνεται ολική νεφρεκτομή, με αφαίρεση του περινεφρικού λίπους, του επινεφριδίου και των επιχώριων λεμφαδένων. Καλό είναι, να μη γίνεται κανένας χειρισμός στο νεφρό, πριν από την απολίνωση των νεφρικών αγγείων, για ν' αποφευχθεί η διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων. Γι' αυτό το σκοπό, καλύτερη προσπέλαση είναι η διαπεριτοναϊκή. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.5 Καρκίνος ουροδόχου κύστης

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι ένας από του πιο συχνούς καρκίνους (4ος πιο συχνός τύπος καρκίνου στους άνδρες και 8ος στις γυναίκες) ενώ είναι υπεύθυνος για το 3% περίπου όλων των θανάτων από καρκίνο. (www.greekurology.gr)

i. Συμπτώματα

Κύριο σύμπτωμα των όγκων της κύστης είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ανώδυνη, ολική αιματουρία, ενώ μπορεί να εκδηλώνονται και με ερεθιστικά από την κύστη συμπτώματα (συχνουρία, καύσος ή άλγος στην ούρηση, επιτακτική ούρηση), που επιμένουν ή υποτροπιάζουν γρήγορα μετά από συμπτωματική θεραπεία. Επίσης μπορεί να υπάρχει δυσουρία, μειωμένη ένταση της ακτίνας των ούρων ενώ εκείνοι που εμποδίζουν ή αποφράσσουν την κάθοδο των ούρων από τον ουρητήρα μπορεί να εκδηλωθούν με συμπτώματα χρόνιας απόφραξης του νεφρού (νεφρικός πόνος βύθιος στην οσφυϊκή χώρα ή ψηλαφητή μάζα στην πλάγια κοιλιακή χώρα). (<http://uronet.gr>)

ii. Θεραπεία

Η διουρηθρική αφαίρεση και κατ' επέκταση η βιοψία αποτελούν την πρώτη, την αρχική αντιμετώπιση. Αν η απάντηση του Παθολογοανατόμου δείξει επιφανειακό όγκο που δεν φαίνεται να δημιουργεί μεταστάσεις τότε η διουρηθρική εγχείρηση αρκεί και ίσως προταθούν συμπληρωματικά ενδοκυστικές εγχύσεις. Αν όμως έχουμε όγκο διηθητικό τότε η χειρουργική αντιμετώπιση είναι τελείως διαφορετική. Θα πρέπει να διενεργείται αφαίρεση της κύστης μετά του προστάτου και των εξαρτημάτων του καθώς και εκτεταμένος λεμφαδενικός καθαρισμός (ριζική κυστεο-προστατεκτομή) και εκτροπή των ούρων ανάλογα με την εντόπιση του όγκου που εξαιρέθηκε. (<http://uronet.gr>)

2.3.6Καρκίνος του οισοφάγου

Ο οισοφάγος είναι ένα σωληνωτό όργανο που αρχίζει από τον φάρυγγα στον τράχηλο (τραχηλική μοίρα του οισοφάγου), διανύει όλη την θωρακική κοιλότητα έμπροσθεν της σπονδυλικής στήλης (θωρακική μοίρα) και καταλήγει στο στομάχι (κοιλιακή μοίρα).(health.in.gr)

i. Συμπτώματα

- Η δυσκαταποσία, αρχικά στις στερεές τροφές και εν συνεχεία η πλήρης απόφραξη, είναι το κυριότερο σύμπτωμα των οισοφαγικών όγκων, αλλά δυστυχώς εμφανίζεται καθυστερημένα όταν ήδη το νεόπλασμα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο.
- Συμπτώματα που πρέπει να βάζουν σε υποψία τον ασθενή για να ζητήσει έγκαιρα ιατρική βοήθεια είναι: αίσθημα πίεσης κατά μήκος του οισοφάγου ή αίσθημα πληρότητας ή ενόχλησης στην οπισθοστερνική περιοχή.
- Επίσης τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, οπισθοστερνικός καύσος -αναγωγή γαστρικού περιεχομένου - εισροφήσεις, πρέπει αμέσως να διερευνώνται για να προληφθούν καταστάσεις που δυνατόν να εξελιχθούν σε καρκίνο.

ii. Θεραπεία

Η αντιμετώπιση και θεραπεία του καρκίνου του οισοφάγου εξαρτάται από την εντόπιση και έκταση της νόσου (καρκίνος άνω -μέσου- κάτω τριτημορίου και καρδιοοισοφαγικής συμβολής), και από τον ιστολογικό τύπο της βλάβης (αδενοκαρκίνωμα ή καρκίνος από πλακώδες επιθήλιο) και συνίσταται σε χειρουργική θεραπεία, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό των μεθόδων αυτών.

2.3.7 Καρκίνος του στομάχου

Ο καρκίνος του στομαχιού είναι κακοήθης νόσος που προσβάλλει συνήθως άτομα άνω των 55 ετών. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε άτομα μικρότερης ηλικίας. Υπολογίζεται ότι η συχνότητα στους άνδρες είναι διπλάσια από ότι στις γυναίκες.

i. Συμπτώματα

Τα συχνότερα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του στομαχιού είναι:

- ενόχληση στο άνω ή μέσο τμήμα της κοιλίας
- δυσκολία κατά την κατάποση
- αίμα στα κόπρανα (τα οποία έχουν μαύρο χρώμα)
- έμετο ή έμετο που περιέχει αίμα
- απότομη απώλεια βάρους
- πόνο ή φούσκωμα στο στομάχι μετά το φαγητό
- αδυναμία ή κόπωση που σχετίζεται με αναιμία (ανεπάρκεια ερυθρών αιμοσφαιρίων)
- πρώιμη αίσθηση πληρότητας (ο ασθενής χορταίνει με μικρές ποσότητες φαγητού). (www.medlook.net)

ii. Θεραπεία

Η χειρουργική επέμβαση είναι η κυριότερη θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου του στομαχιού. Ανάλογα με την κλινική παρουσίαση θα αποφασιστεί το είδος της γαστρεκτομής που θα πραγματοποιηθεί. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, μπορούν συμπληρωματικά να βοηθήσουν. Στις περιπτώσεις που η χειρουργική επέμβαση δεν μπορεί να προσφέρει ίαση, η χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία μπορούν να συμβάλουν στην ανακουφιστική θεραπεία μειώνοντας τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα. (www.medlook.net)

2.3.8 Καρκίνος του πέους

Ο καρκίνος του πέους αρχίζει συνήθως ως μικρή και ανώδυνη βλάβη η οποία με την πάροδο του χρόνου αυξάνει σε μέγεθος. Συχνές εντοπίσεις του πεϊκού καρκίνου είναι η ακροποσθία (δηλαδή, το "πετσάκι") και η βάλανος (δηλαδή, το "κεφαλάκι"). Η ανάπτυξη του καρκίνου του πέους σχετίζεται με την

κακή υγιεινή της περιοχής, το κάπνισμα, τη φίμωση, και τη λοίμωξη με ιούς που δημιουργούν κονδυλώματα (human papillo ma virus, HPV). (www.greekurology.gr)

i. Θεραπεία

Σε πολλά χειρουργικά κέντρα εφαρμόζεται στους μικρούς όγκους μέχρι 5cm μερικός ακρωτηριασμός του πέους και στους μεγαλύτερους όγκους άνω των 5cm ολικός ακρωτηριασμός. Εάν αποφασισθεί να γίνει ακτινοβολία, θα πρέπει αυτή να συνδυασθεί με χημειοθεραπεία. Όταν ο όγκος είναι μόνο στην ακροπροσθία η τυπική περιτομή αρκεί. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.9Καρκίνος του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται πολύ συχνά. Μάλιστα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η συχνότητά του έχει αυξηθεί, κυρίως στις γυναίκες. Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το 34% περίπου των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και για το 23% στις γυναίκες.

Ο καρκίνος του πνεύμονα χωρίζεται σε δύο μεγάλες ομάδες: μικροκυτταρικού τύπου και μη μικροκυτταρικού τύπου, που έχουν διαφορετικούς τρόπους θεραπείας και πρόγνωσης.

Ο μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα, αναπτύσσεται και διασπείρεται ταχέως και για το λόγο αυτό θεωρείται ότι δεν αντιμετωπίζεται με επέμβαση. Θεωρητικά έχει κάνει μεταστάσεις την ώρα της διάγνωσης ακόμα και αν ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έχει διαπιστώσει κάποια μετάσταση. Ο τύπος αυτός ανταποκρίνεται πολύ καλά στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία.

Ο μη μικροκυτταρικός τύπος καρκίνου πνεύμονα διαιρείται σε τρεις υποομάδες: τον πλακώδη, το αδενοκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό τύπο. Το αδενοκαρκίνωμα είναι το μοναδικό που δεν έχει άμεση σχέση με το

κάπνισμα. Ο μη μικροκυτταρικού τύπου καρκίνος του πνεύμονα εξαπλώνεται τοπικά και αργά να δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Η χειρουργική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην πλήρη θεραπεία. Όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια, η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.

i. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα στον καρκίνο του πνεύμονα μπορεί να είναι έστω και ένα από τα πιο κάτω:

- Συχνός βήχας ή αλλαγή στη χρονική διάρκεια του βήχα.
- Πνευμονία που δεν βελτιώνεται.
- Ελαττωμένη αναπνοή.
- Βήχας με αιματηρά φλέγματα (αιμόπτυσης).
- Αμβλύς πόνος σε βαθιά αναπνοή ή σε βήχα.
- Ανορεξία και απώλεια βάρους.
- Παρατεταμένη βραχνάδα. (www.bococ.org.cy)

ii. Θεραπεία

Η βασική αντιμετώπιση είναι η αφαίρεση του όγκου με εγχείρηση και η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

Οι ακτίνες Laser, η ανοσοθεραπεία, η ιντερφερόνη και άλλες συμπληρωματικές θεραπείες μπορούν να προσφέρουν σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Η 5ετής επιβίωση σήμερα είναι εφικτή στον καρκίνο του πνεύμονα. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.10 Καρκίνος του δέρματος

Ο καρκίνος που αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα, λέγεται μελάνωμα (άλλες ονομασίες: δερματικό μελάνωμα, κακόηθες μελάνωμα). Το μελάνωμα είναι μια πάρα πολύ σοβαρή νόσος γιατί δίνει εύκολα μεταστάσεις

σε άλλα όργανα του σώματος, μέσω του λεμφικού συστήματος. Αυτό το σύστημα αποτελείται από λεπτά αγγεία που σχηματίζουν δίκτυο όπως τα αιμοφόρα αγγεία, σε όλους τους ιστούς του σώματος. Τα καρκινικά κύτταρα, αποσπώνται από τον πρωτοπαθή όγκο και δια μέσου της λέμφου (του υγρού που περιέχουν τα λεμφικά αγγεία), φτάνουν στους λεμφαδένες. Ομάδες από λεμφαδένες βρίσκονται κυρίως στις μασχάλες, το λαιμό, τους βουβώνες και τη κοιλιά. Το μελάνωμα μπορεί επίσης να δώσει μεταστάσεις και μέσω του αίματος (αιματογενής διασπορά). (www.bococ.org.cy)

i. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα που βάζουν την υποψία κακοήθους εξαλλαγής επί προϋπάρχοντος μελαχρωματικού σπίλου είναι η αύξηση του μεγέθους, η αλλαγή του χρώματος, η αιμορραγία, ο κνησμός, ο σχηματισμός όγκου, η εξέλκωση και ο πόνος.

ii. Θεραπεία

Χειρουργική: Μόνο η ριζική εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας είναι ικανή για την ίαση του ασθενούς. Το βάθος της εκτομής πρέπει να φτάνει μέχρι την υποκείμενη περιτονία. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.11 Γυναικολογικός καρκίνος (μήτρας-ωοθήκης)

Είναι ο καρκίνος που αναπτύσσεται στη μήτρα, στις ωοθήκες, στον κόλπο, στο αιδοίο της γυναίκας. Παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες μεγάλης ηλικίας. Ο καρκίνος του ενδομητρίου από πλευράς συχνότητας προηγείται του τραχήλου της μήτρας.

i. Συμπτώματα

Κάθε ανώμαλη αιμορραγία στις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να ανησυχεί τη γυναίκα. Επίσης αιμορραγία ανάμεσα σε δύο περιόδους πάλι θα πρέπει να ανησυχεί τη γυναίκα.

ii. Θεραπεία

Η θεραπεία βασίζεται πάνω στις 3 κύριες μεθόδους καταπολέμησης των καρκίνων. Τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και την χειρουργική επέμβαση και τη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο των ωοθηκών. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.12Καρκίνος του μαστού

Είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος στις γυναίκες. Όταν λέμε όγκος εννοούμε έναν ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων που προέρχεται από τον μαζικό αδένα της γυναίκας.

i. Συμπτώματα

Η γυναίκα πρώτα με την αυτοεξέταση ψηλαφά ένα μικρό ογκίδιο στο στήθος. Εάν αυτό το ογκίδιο είναι ανώδυνο και κινητό δεν υπάρχει μεγάλος κίνδυνος. Εάν όμως το ογκίδιο διηθεί δηλαδή κολλάει στο δέρμα και του κάνει «εισολκή» ή τραβάει τη θηλή προς τα μέσα, τότε θα πρέπει οπωσδήποτε να πάτε στο γιατρό σας. Η διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και η εκροή αιματηρού υγρού από τη θηλή είναι επιβαρυντικά σημεία.

ii. Θεραπεία

Δεν υπάρχει ιδανική θεραπεία. Κάθε ασθενής χρειάζεται και διαφορετική θεραπεία. Η θεραπεία εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου. Πάντως η χειρουργική αφαίρεση του όγκου πρώτα και η συνδυασμένη χημειοθεραπεία με τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν δώσει τα καλύτερα αποτελέσματα. Οι διάφορες ακτινοβολίες προσφέρουν σε διάφορους τύπους καρκίνου. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.13Καρκίνος των όρχεων

Ο όγκος στον όρχη εμφανίζεται σε νεαρά άτομα ηλικίας 20-40 ετών. Το κυριότερο νόσημα που προδιαθέτει σε καρκίνο του όρχη είναι η κρυπορχία.

Άλλοι παράγοντες είναι τα τραύματα, οι μηχανικοί ερεθισμοί, η ατροφία του όρχη, διάφορες χημικές ουσίες όπως ο χαλκός, ο ψευδάργυρος, η πίσσα, το κάπνισμα, η κληρονομικότητα και άλλα.

i. Συμπτώματα

Οι περισσότεροι όγκοι στους όρχεις γίνονται πρώτα αντιληπτοί από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε τυχαία είτε στη διάρκεια μιας αυτοεξέτασης όρχεως. Συνήθως αντιλαμβάνονται ένα ογκίδιο με μέγεθος φασολιού (μπορεί βέβαια να είναι και πολύ μεγαλύτερο), το οποίο σπανίως προκαλεί πόνο. Άλλα ύποπτα συμπτώματα είναι η διόγκωση του όρχεως, το αίσθημα βάρους σε αυτόν ή η αιφνίδια συσσώρευση υγρού στο όσχεο, ένας περιεργός πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς ή στην βουβωνική χώρα ή ακόμα και διόγκωση ή ευαισθησία στο στήθος. Σε τέτοια περίπτωση, η ιατρική συμβουλή είναι απαραίτητη διότι και άλλα νοσήματα μπορούν να προκαλέσουν ανάλογη συμπτωματολογία αλλά μόνον ένας γιατρός μπορεί να εξακριβώσει που ακριβώς οφείλονται.

ii. Θεραπεία

Μία είναι η σωστή θεραπεία, η υψηλή ορχεκτομή και η οπίσθια-περιτοναϊκή λεμφαδενεκτομή ανάλογα με το στάδιο. Η χημειοθεραπεία έχει πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα. (Dolinger Malin και συν., 1992).

2.3.14 Διάφοροι άλλοι καρκίνοι

i. Καρκίνος του στόματος

Ο καρκίνος αυτός περιλαμβάνει τα καρκινώματα του χείλους, του στόματος και της γλώσσας. Εμφανίζεται σαν διόγκωση η οποία σιγά-σιγά μεγαλώνει. Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, η ηλιακή ακτινοβολία και το αλκοόλ. Η ακτινοβολία είναι ενδεδαιγμένη θεραπεία. Η εγχείρηση γίνεται σε μικρούς και εμφανείς όγκους. (Dolinger Malin και συν., 1992).

ii. Όγκοι του εγκεφάλου

Τελευταία παρατηρείται αύξηση των όγκων του εγκεφάλου τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Οι όγκοι αυτοί εκδηλώνονται με πονοκεφάλους, παραλύσεις άκρων, δυσκολία στην ομιλία, αστάθεια στο βάδισμα και άλλες κλινικές εκδηλώσεις. Η επιβίωση εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου και από την επιτυχή ολική αφαίρεση του όγκου. Η ακτινοθεραπεία με τα υπερσύγχρονα μηχανήματα έχει βελτιώσει πολύ τόσο την ποιότητα ζωής όσο και την επιβίωσή του. (Dolinger Malin και συν., 1992).

iii. Όγκος του παχέος εντέρου

Για τους πιο πολλούς οι αιτίες που προκαλούν καρκίνο στο παχύ έντερο, είναι άγνωστες. Τα στοιχεία που έδωσαν οι διάφορες έρευνες που έγιναν και που συνεχίζονται ακόμη, συνδέουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου με τις διατροφικές συνήθειες που περιέχουν πολλά λίπη, κρέατα και τροφές χωρίς ίνες. Η εμφάνιση του καρκίνου του εντέρου εκδηλώνεται με αίμα στα κόπρανα, απώλεια βάρους και με επιμένουσα διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Κάθε ύποπτη περίπτωση θα πρέπει να υποβάλλεται σε κολονοσκόπηση και βιοψία. Εφ' όσον διαγνωσθεί έγκαιρα η θεραπεία είναι 100%. Σε προχωρημένα στάδια γίνεται αφαίρεση του εντέρου και μόνιμη κολοστομία. (Dolinger Malin και συν., 1992).

iv. Άλλες μορφές καρκίνου

Σε όλα τα όργανα του σώματος μας μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνος, όπως στα μάτια, στα αυτιά, στα οστά, στη σπονδυλική στήλη, στους μυς, στις αρθρώσεις, στο αίμα, στο λεμφοποιητικό μας σύστημα, και πολλοί άλλοι.

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η συντριπτική πλειονότητα των καρκίνων ανιχνεύονται λόγω των συμπτωμάτων που προκαλούν ή επειδή ο ασθενής (ή ο γιατρός του) παρατηρεί έναν όγκο ή κάτι άλλο, μη φυσιολογικό. Μικρό, αλλά ολοένα

αυξανόμενο, ποσοστό καρκίνων ανακαλύπτονται κατά τη διάρκεια εξετάσεων που γίνονται σε φαινομενικά υγιείς ανθρώπους, οι οποίοι δεν έχουν παρατηρήσει κάτι μη φυσιολογικό. Οι εξετάσεις αυτές είναι γνωστές ως περιοδικοί προληπτικοί έλεγχοι. (Δρ Γκάρρετ Τζ. Γκ. Ρίς, 2000)

Η διάγνωση του καρκίνου στηρίζεται:

- Συμπτώματα ή σημεία
Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) καθόρισε τον κατάλογο που καθένας που θα γνωρίζει ένα τέτοιο σύμπτωμα πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό του.
 1. Αλλαγή στις συνήθειες του παχέως εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως.
 2. Μια φλεγμονή που επιμένει στον λάρυγγα.
 3. Αιμορραγίες από το στόμα, ορθό, ή κόλπο ή παθολογικά εκκρίματα.
 4. Σκληρία ή ψηλαφητή διόγκωση στον μαστό ή σε άλλο μέρος του σώματος.
 5. Δυσκολία στην κατάποση ή δυσπεπτικά ενοχλήματα.
 6. Αλλαγή σε σπίλο του δέρματος ή κρεατοελιά.
 7. Επιμένων βήχας ή βράγχος φωνής. (Σπηλιώτης 1999)
- Ιστορικό-Κλινική εξέταση
Ένα προσεκτικό ιστορικό είναι απαραίτητο. Ο ιατρός θα πρέπει να συνηθίσει να ακούει την ιστορία του ασθενούς και να συγκεντρώνει την προσοχή του στο τι προσπαθεί αυτός να του πει. Κατά τη λήψη του ιστορικού θα πρέπει ο ιατρός να προσέξει στη διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού, ώστε να διερευνηθεί η ύπαρξη κληρονομικού παράγοντα στην εκδήλωση καρκίνου. Το κοινωνικό ιστορικό, επίσης, είναι πολύ σημαντικό, επειδή ορισμένες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου από άλλες. Το γυναικολογικό και σεξουαλικό ιστορικό είναι επίσης, σημαντικό. Η κλινική εξέταση, πρέπει να γίνεται μεθοδικά και με σχολαστικότητα. (Haagedoom et al, 2004).
- Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις
- Ενδοσκόπηση

- Κυτταρολογικές και ιστολογικές εξετάσεις
- Λαπαροσκοπική χειρουργική (Σπηλιώτης 1999)

2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σήμερα κατά προσέγγιση το 53% όλων των καρκινοπαθών αντιμετωπίζονται χειρουργικά, το 34% με ακτινοθεραπεία και το 21% με χημειοθεραπεία μόνο σε συνδυασμό με άλλα είδη θεραπείας.

Η θεραπεία θα πρέπει να διακριθεί σε θεραπεία με στόχο την ίαση και σε θεραπεία που δεν έχει στόχο την ίαση αλλά είτε την προσωρινή ανακουφιστική μείωση ή σταθεροποίηση της κακοήθους πάθησης, είτε την ανακούφιση από τα συμπτώματα. (Haagedoom et all, 2004).

Πέντε είδη θεραπειάς προσφέρονται σήμερα για τον καρκίνο: η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Ανάλογα με το είδος και τη θέση του καρκίνου, το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος, την ηλικία και τη γενική υγεία του ασθενούς επιλέγεται και η κατάλληλη θεραπεία. Κάθε μια από αυτές χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με άλλη ή άλλες. (ΥΓΕΙΑ δράση + ζωή, 2007)

- Χειρουργική επέμβαση. Είναι η επικρατούσα μέθοδος όσον αφορά τη θεραπεία ίασης, έχει δε μικρότερη θέση σε περιπτώσεις παρηγορητικής θεραπείας (Haagedoom et all, 2004). Η χειρουργική θεραπεία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη και η πιο επιτυχημένη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου που προσφέρεται προς το παρόν. Από το σύνολο των καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία το ένα τρίτο αντιμετωπίζεται αποκλειστικά και μόνο με εγχείρηση. Στους υπόλοιπους η εγχείρηση συνδυάζεται με κάποιο άλλο είδος θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ανοσοθεραπεία). (stefanogiannis.blogspot.com)
- Χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις θεραπείες καρκίνου που χρησιμοποιεί φάρμακα για να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, είτε σκοτώνοντάς τα είτε σταματώντας τη

διαίρεσή τους. (ΥΓΕΙΑ δράση, 2007). Όταν χρησιμοποιείται μόνη της έχει σαν αποτέλεσμα την ίαση σε λίγους μόνο καρκίνους, αλλά παίζει έναν αυξανόμενο σημαντικό ρόλο στην πολυπαραγοντική αντιμετώπιση για θεραπεία. Σε μερικές περιπτώσεις προχωρημένου ή μεταστατικού καρκίνου παρατηρήθηκε σημαντική ύφεση της νόσου. (Haagedoom et all, 2004).

- Ορμονοθεραπεία. Η αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος είτε αφαιρώντας τα όργανα που εκκρίνουν ορμόνες (ωοθήκες, επινεφρίδια, υπόφυση) είτε χορηγώντας διάφορες ορμόνες, έχει αποδειχτεί πολύ αποτελεσματική σε ορισμένους ορμονοεξαρτώμενους όγκους (μαστός, προστάτης) και σε μικρότερο βαθμό σε άλλου είδους όγκους. (Haagedoom et all, 2004).
- Ανοσοθεραπεία. Η ανοσοθεραπεία χρησιμοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα του ίδιου του ασθενή για να καταπολεμήσει τον καρκίνο. Ουσίες που το σώμα συνθέτει ή που συντίθενται στο εργαστήριο χρησιμοποιούνται για να ενισχύσουν, να οδηγήσουν ή να επαναλειτουργήσουν τους φυσικούς αμυντικούς μηχανισμούς του σώματος ενάντια στον καρκίνο. (ΥΓΕΙΑ δράση + ζωή, 2007). Είναι ακόμη κυρίως πειραματική και χρησιμοποιείται σε λίγες περιπτώσεις σαν μέρος των σύνθετων θεραπευτικών σχημάτων, σχεδιασμένων να ανακουφίσουν ή να θεραπεύσουν. (Haagedoom et all, 2004).
- Ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος, η οποία εφαρμόζεται τοπικά, είτε μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, όπως είναι η χημειοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία. Οι βασικοί της στόχοι είναι τόσο η καταπολέμηση του ίδιου του καρκίνου, όσο και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του, με την εφαρμογή ειδικής ακτινοβολίας, η οποία έχει τη δυνατότητα να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα και να συρρικνώσει τους όγκους. (stefanogiannis.blogspot.com)

2.6 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της για την ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας κυκλοφορεί τακτικά κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη του καρκίνου.

Η πρωτογενής πρόληψη παραπέμπει σε μέτρα, τα οποία πρέπει να ληφθούν για την αποφυγή παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καρκίνου. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Κάπνισμα (ενοχοποιείται για άνω του 80% των καρκίνων του πνεύμονος και συνολικά για ποσοστό 30% των καρκίνων του ανθρώπου).
2. Ηλιακό φως (ενοχοποιείται για 600.000 περιπτώσεις – μόνο στις ΗΠΑ – καρκίνου του δέρματος. Πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία θεωρούν το ηλιακό φως ως τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα και για το κακοήθες μελάνωμα).
3. Οινοπνευματώδη ποτά (συχνοί σε πότες οι καρκίνοι στόματος, λάρυγγος, φάρυγγος, οισοφάγου).
4. Καπνός μη καπνιζόμενος (smokeless tobacco: μάσηση ή εισπνοή – «πρέζα». Αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο στόματος, λάρυγγος, φάρυγγος, οισοφάγου).
5. Οιστρογόνα (αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου).
6. Ακτινοβολία (από ραδιενεργά υλικά και από το ραδόνιο των σπιτιών. Η χρησιμοποιούμενη για διαγνωστικούς σκοπούς, πρακτικά δεν δημιουργεί κινδύνους λόγω πολύ μικρής ποσότητας).
7. Επαγγελματικοί κίνδυνοι (νικέλιο, χρώμιο, αμίαντος, βινυλοχλωρίδιο αυξάνουν τον κίνδυνο για διάφορους τύπους καρκίνου).
8. Διατροφή (αύξηση κινδύνου για καρκίνο παχέος εντέρου, μαστού και μήτρας επί παχύσαρκων. Η μεγάλη περιεκτικότητα λίπους αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο μαστού, παχέος εντέρου και προστάτη. Η μεγάλη περιεκτικότητα σε ίνες μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου· επίσης, η βιταμίνη C. Καπνιστά και παστά αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο οισοφάγου και στομάχου).

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται σε ενέργειες που αποσκοπούν στη διάγνωση του καρκίνου όσο νωρίτερα γίνεται και κατά βάσιν πριν την εκδήλωση συμπτωμάτων. Έτσι σύμφωνα με τις οδηγίες της ACS, ο έλεγχος των ασυμπτωματικών ατόμων με προσανατολισμό προς τον καρκίνο πρέπει να γίνεται:

- Για άτομα 20-40 ετών ανά τριετία
- Για άτομα άνω των 40 ετών ανά έτος

Η κλινική εξέταση μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόληψη του καρκίνου. Στα παιδιά πρέπει να ελέγχεται και να αντιμετωπίζεται εγκαίρως τυχόν υπάρχουσα φίμωση, όπως κρυφορχία, καθώς η πρώτη συσχετίζεται με τον καρκίνο του πέους και η δεύτερη με τον καρκίνο του όρχεως.

Στους ενήλικες, ο έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των χειλέων, στόματος, γλώσσας, δέρματος, θυρεοειδούς αδένα, όρχεων, μαστών και όσων οργάνων είναι προσιτά στη φυσική εξέταση. (Ρηγάτος Γ.,2006)

Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στα άτομα, που έχουν ήδη νοσήσει από καρκίνο και το ζητούμενο είναι η μείωση της βλάβης, η παράταση του προσδόκιμου ζωής, η αποφυγή αναπηρίας και η διατήρηση όσον το δυνατό λειτουργικού τρόπου ζωής (ποιότητα ζωής). Στους ασθενείς τελικού σταδίου, που η πορεία προς το θάνατο είναι προδιαγεγραμμένη το ζητούμενο είναι η αποφυγή του πόνου μέσω της ανακουφιστικής αγωγής. (Haagedoom et all, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Ως ψυχοκοινωνική ογκολογία ορίζεται η αντίληψη εκείνη στην έρευνα και τη θεραπεία των κακοήθων όγκων που, εκτός από εσωτερικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, συνεκτιμά τον ρόλο ψυχολογικών και κοινωνικών συντελεστών. Οι συντελεστές αυτοί μπορεί να υπεισέρχονται σε κάθε φάση της παθογένεσης, της εξέλιξης και της αντιμετώπισης των όγκων και ανεξάρτητα από την έκβαση της νόσου. (Ρηγάτος, 2000)

Τα αντικείμενα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας αναφέρονται στην ενημέρωση του ασθενούς, στην ανακοίνωση ή την απόκρυψη της αλήθειας για τη διάγνωση, τη συνεργασιμότητα γιατρού-ασθενούς, την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς και της οικογένειας, τη διαρκεί φροντίδα για την εξασφάλιση ποιότητας ζωής. Αντικείμενα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας είναι επίσης η φροντίδα για την (σωματική, ψυχολογική και κοινωνική) αποκατάσταση των θεραπευθέντων, αλλά και – στην άλλη πλευρά – για την εξασφάλιση των καλύτερων συνθηκών για τους ασθενείς του τελικού σταδίου. (Ρηγάτος Γ., 2006)

3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Η αντίληψη ότι στην προσωπικότητα του καρκινοπαθούς υπάρχουν ειδικά χαρακτηριστικά ξεκινά ακόμα από την εποχή του Γαληνού. Στα 1951 οι Tarlou και Smallheiser σύγκριναν γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού με γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με βάση ψυχιατρικά – ψυχοδυναμικά δεδομένα διαπίστωσαν ότι οι πρώτες εμφάνιζαν τις βασικές ψυχοσυγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο, ενώ οι δεύτερες κατά το γεννητικό.

Μια Φιλανδική ομάδα ερευνητών σύμφωνα με τον Achte 1970, αναφέρουν τη συχνή ύπαρξη ψυχικής απομόνωσης και τη σταθερή τάση για

αυτοκαταστροφή στα άτομα που πρόκειται να προσβληθούν από καρκίνο. (Achte 1970).

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

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

Ο Kerr και οι συνεργάτες του 1969, παρακολούθησαν 128 αρρώστους 4 χρόνια μετά την έξοδό τους από το ψυχιατρείο, όπου νοσηλεύτηκαν για σύνδρομο άγχους και κατάθλιψης. Από τους 28 καταθλιπτικούς, πέντε άνδρες, πάνω από την μέση ηλικία (47-82 ετών) πέθαναν από καρκίνο διαφόρων οργάνων. Συγκρίνοντας οι συγγραφείς την αναλογία θανάτων από καρκίνο σε εθνικό επίπεδο βρήκαν ότι υπήρχε μεταξύ τους διαφορά στατιστικά σημαντική. Ενδιαφέροντα είναι και μερικά γενικότερα χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά καρκινοπαθών. Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές οι καρκινοπαθείς περιγράφονται ως άτομα με πολλές αναστολές, έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συμβατικοί και καθηλωμένοι στους τύπους, ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες.

(Bahnon 1976-1969, Baltrusch 1969-1978, Booth 1964, Kissen 1969, Le Shan 1966-1977).

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

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

Οπωσδήποτε οι υπάρχουσες πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη ειδικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε καρκινοπαθείς δείχνουν μια κατεύθυνση που δεν είναι σκόπιμο, αλλά ούτε και δυνατό να αγνοηθεί. (Ρηγάτος, 1985)

3.3 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

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

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

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

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

Κατά τον Σπηλιώτη (1999) ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός και κάθε άτομο χρησιμοποιεί τη λέξη αυτή μέσω εμπειριών που σχετίζονται μαθησιακά από τραυματισμούς κατά την διάρκεια των πρώτων χρόνων ζωής τους. Ο συνεχής όμως και ανυπόφορος πόνος, που πολλές φορές στους ασθενείς με καρκίνο οφείλεται στις θεραπευτικές επιλογές που έχουν προταθεί για την νόσο, σχετίζεται με μια σειρά από γεγονότα που έχουν να κάνουν με συμπτώματα κατάθλιψης, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης, ελάττωση της όρεξης, αϋπνία, κοινωνική ή οικογενειακή απόσυρση-απομόνωση.

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

A. Άγχος, ανησυχία, ανασφάλεια σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία. Την πιθανή αλλαγή εικόνας του σώματος, την αλλαγή κοινωνικής θέσης του ατόμου κ.λπ.

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

Γ. Έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι, συνασθενείς κ.λπ.

Δ. Προβλήματα εργασιακά, οικονομικές επιπτώσεις, κοινωνική μείωση, περιορισμός συμμετοχής και απαγορεύσεις κ.λπ.

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

Για τους λόγους αυτούς ο πόνος που αποσπά ένα μεγάλο και ισχυρό κομμάτι της καρκινικής νόσου είναι σημαντικό να φροντίζεται από τους λειτουργούς υγείας στο νοσοκομειακό χώρο αλλά κυρίως με τον Κοινωνικό Λειτουργό που καλείται να μεριμνήσει για την ψυχική ευεξία του ασθενή. Επειδή τα μέλη της οικογένειας περνούν και αυτά μια κρίση ίδια με του ασθενούς, δύσκολα μπορούν να τον στηρίξουν παρόλο ότι τον αγαπούν.

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

3.3.1 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 παυσίπονων. 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 παυσίπονα 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 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 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 Εταιρία, 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

3.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ-ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.4.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

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

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

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

“Ποιότητα ζωής είναι μια κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει: την ικανότητα του ασθενούς να εκπληρώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, γεγονός που δηλώνει φυσική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, και την ικανοποίησή του ως προς τα επίπεδα λειτουργικότητάς του και ως προς την αίσθηση του ελέγχου για την αίσθηση του ελέγχου για την ασθένεια ή και τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί.”(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

3.4.2 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ποιότητα ζωής του ασθενούς πρέπει να αξιολογείται, να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας του καρκίνου και να ενσωματώνεται στο σχεδιασμό της και την βελτίωσή της ώστε η μέτρησή της να γίνεται ως ρουτίνα σε μια ογκολογική κλινική. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Μία από τις κυριότερες εφαρμογές της είναι στους ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους χρησιμοποιείται για να καθορίσει το είδος της θεραπείας ανάμεσα σε εκείνα τα θεραπευτικά σχήματα με την ίδια

αναμενόμενη διάρκεια επιβίωσης, που βελτιώνουν όμως την ζωή. Γενικά, μετρώντας την ποιότητα ζωής είναι δυνατόν να:

1. καθοριστεί το είδος της θεραπείας. Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την διαδικασία επιλογής της θεραπείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εφαρμόζονται τελικά θεραπευτικά σχήματα με το ίδιο οργανικό αποτέλεσμα που βελτιώνουν όμως την ζωή.
2. αποτελέσει έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη της νόσου. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και ξεκάθαρη εξατομίκευση, αφού ο κάθε ασθενής την βιώνει διαφορετικά με βάση τις αξίες και προσδοκίες του, εκείνος γνωρίζει καλύτερα από κάθε άλλον την κατάσταση της υγείας του. Επομένως μετρώντας την ποιότητα ζωής αποκτιέται κατά το δυνατόν μια πληρέστερη εικόνα της υγείας του.
3. συμβάλλει στην ανάπτυξη και εξέλιξη της υποστηρικτικής φροντίδας και της αποκατάστασης των ασθενών. Αφορά κυρίως σε εντοπίσεις της νόσου που σχετίζονται με μεγάλο πληθυσμό ασθενών, και στον οποίο η υποστηρικτική φροντίδα είναι απαραίτητη.
4. βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν την ιδιαιτερότητα της νόσου, της θεραπείας και των επιπλοκών της.
5. παρατείνει την επιβίωση. Από μελέτες φαίνεται να αυξάνει η διάρκεια ζωής πέρα από το προσδοκώμενο σε ασθενείς, των οποίων βελτιώθηκε η ζωή.
6. τέλος να αντισταθμίσει το όφελος και το κόστος μιας θεραπείας, δίνοντας έμφαση στην οικονομική διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Μια επιπλέον παράμετρος που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας και όλα τα μέλη της ομάδας που ασχολούνται με την ογκολογία, προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα ζωής, εφαρμόζουν δύο προσεγγίσεις: η ψυχομετρική προσέγγιση και η προσέγγιση της χρησιμότητας, οι οποίες στηρίχθηκαν σε δύο διαφορετικά επιστημονικά δεδομένα και είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

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

1. Η ποιότητα ζωής είναι μια παράμετρος η οποία πρέπει να συνεκτιμάται μαζί με τις άλλες παραμέτρους κατά την αντιμετώπιση του καρκίνου.
2. Η έννοια της ποιότητας ζωής έχει μεγάλη υποκειμενικότητα και εξαρτάται από το άτομο, το πολιτιστικό του επίπεδο, τις αντιλήψεις του, το συνολικό κοινωνικό πλαίσιο κ.τ.λ.
3. Παρά τα ποικίλα μεθοδολογικά προβλήματα, έχουν αναπτυχθεί “εργαλεία” που καταγράφουν με τρόπο αντικειμενικό και αξιόπιστο την ποιότητα ζωής κατά μια δεδομένη χρονική περίοδο ή για συγκεκριμένο νεόπλασμα ή για κάποια θεραπευτική περίοδο.
4. Οι αντιλήψεις για ποιότητα ζωής έδωσαν ώθηση για την βελτίωση των εγχειρητικών και ακτινοθεραπευτικών τεχνικών, για την σύνθεση φαρμάκων με μικρότερη τοξικότητα.
5. Επί ισοδύναμων αποτελεσμάτων στην επιβίωση, η ποιότητα ζωής αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στη λήψη της απόφασης για την επιλογή της θεραπείας.
6. Η χαρακτηριζόμενη ποιότητα ζωής όμως είναι σταθερό ζητούμενο που μπορεί να μεταβάλλεται μαζί με τον άνθρωπο και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αυτός ζει.
7. Παρότι βασικός στόχος πρέπει να παραμένει η ίαση, η μέριμνα για την ποιότητα ζωής δεν πρέπει να παραβλέπεται και να επιδιώκεται η ταυτόχρονη επίτευξη της μακριότερης επιβίωσης για την καλύτερη ποιότητα ζωής.

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

Η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας και η έρευνα για το αντικείμενο θα μπορέσει να εισάγει την μέτρηση της ποιότητας ζωής στις ογκολογικές κλινικές. Απαιτείται πρώτα η προσαρμογή των κλιμάκων στα Ελληνικά δεδομένα και η συμμετοχή σε Ευρωπαϊκές έρευνες, προκειμένου να υπάρξουν τα εργαλεία μέτρησης και η κατάλληλη κλινική εμπειρία. Ελπίδα τόσο για τον γιατρό όσο και για τον κοινωνικό λειτουργό, είναι να αποτελέσει στο μέλλον, η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, μέρος της θεραπείας τους και για την ελληνική πραγματικότητα. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

3.4.3 ΆΛΛΑ ΜΕΣΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

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

Ορισμένα τεχνικά βοηθήματα μπορεί να διευκολύνουν την κίνηση, έστω και σε κλειστό και περιορισμένο χώρο, και να δώσουν στον ασθενή αυτονομία για τις πιο στοιχειώδεις ατομικές ανάγκες (σίτιση, τουαλέτα κ.λπ.). Τυπικά παραδείγματα είναι διάφοροι τύποι ελαφρών και σταθερών μπαστουινιών με μικρή ή με ευρύτερη επιφάνεια στήριξης, τα πι, κηδεμόνες και νάρθηκες μελών κ.λπ. Για άτομα καθηλωμένα, το αναπηρικό αμαξίδιο (καροτσάκι) μπορεί να δώσει αρκετή αυτονομία και ικανοποίηση αναγκών στοιχειώδους μετακίνησης και επικοινωνίας. (Ρηγάτος Γ., 2000)

Στα βοηθήματα κατατάσσονται και τα τεχνητά μέλη, τα οποία μπορεί να κοινωνικοποιήσουν πλήρως έναν θεραπευμένο με ακρωτηριαστική επέμβαση. (Ρηγάτος Γ., 2000)

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

Η περούκα για την αλωπεκία από χημειοθεραπεία ή για τη μόνιμη αλωπεκία από την ακτινοθεραπεία του κρανίου είναι πολύτιμη και παρέχει στον/στην ασθενή τη δυνατότητα δημόσιας εμφάνισης χωρίς την πρόκληση δυσάρεστων καταστάσεων. (Ρηγάτος Γ., 2000)

3.5 ΤΙ ΕΝΝΟΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

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

3.5.1 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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

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

- α.** σωματικά, όπως το αίσθημα κακουχίας, η ελαττωμένη θρέψη, ο πόνος κ.τ.λ.
- β.** ψυχολογικά, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος.

γ. κοινωνικά, όπως οι διαταραχές στην οικογένεια, επαγγελματικές δυσκολίες, οικονομική δυσπραγία, δυσχέρειες επικοινωνίας κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

Τα τοπικά προβλήματα αναφέρονται σε ένα όργανο ή οργανικό σύστημα ή σε μια ανατομικολειτουργική ενότητα του σώματος. Αναφέρονται ενδεικτικώς τα προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε κάταγμα ενός σκέλους, σε δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης ή του ορθού, σε παραλύσεις μεμονωμένων νεύρων κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

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

Τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται από τις διάφορες θεραπείες και απαιτούν αποκατάσταση, αναφέρονται σε προβλήματα της ερωτικής ζωής, σε μεταβολές του ρόλου στην οικογένεια, σε επαγγελματικές ανεπάρκειες, σε οικονομικές δυσχέρειες κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

3.5.2 ΠΟΙΟΙ ΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι διαδικασίες της αποκατάστασης δεν είναι δουλειά ενός προσώπου, αλλά μιας πολυπρόσωπης, έστω και ατύπως, ομάδας αποκατάστασης. Στην ομάδα αυτή, εκτός από γιατρούς πολλών ειδικοτήτων, μετέχουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, καθώς και συγγενείς, φίλοι και άλλοι βοηθοί των ασθενών – των οποίων άλλωστε η συμμετοχή είναι αυτονόητη. Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται ενδεικτικά (και όχι περιοριστικά) τα πιθανά, κατά

περίπτωση, άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα αποκατάστασης. (Ρηγάτος, 2000)

Γιατροί

Παθολόγος-Ογκολόγος

Χειρουργός

Ειδικοί χειρουργικών υποειδικοτήτων (πλαστικός χειρουργός, ουρολόγος, γυναικολόγος κ.λπ.)

Ψυχίατρος

Αναισθησιολόγος

Άλλοι επαγγελματίες υγείας

Νοσηλεύτρια-Νοσηλεύτης

Νοσηλεύτρια ειδικευόμενη στις στομίες

Φυσιοθεραπευτής

Ψυχολόγος

Κοινωνικός λειτουργός

Άλλοι επαγγελματίες

Τεχνίτες ορθοπαιδικοί

Τεχνικοί συσκευών αποκατάστασης

Άλλα άτομα

Θεραπευμένοι, πρώην ασθενείς

Ασθενείς

Συγγενείς ασθενών ή πρώην ασθενών

Φίλοι

Κοινωνικά ευαισθητοποιημένοι εθελοντές

Εκπαιδευτής οισοφαγείας ομιλίας (συνήθως πρώην ασθενής)

Θρησκευτικός λειτουργός (Ρηγάτος, 2000)

3.5.3 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ

Σήμερα οι καρκινοπαθείς έχουν δύο επιλογές: είτε να γίνουν δραστήριοι ασθενείς, μέλη της ομάδας που μάχεται για την αποκατάστασή τους, είτε παθητικοί, αναθέτοντας την ευθύνη της αποκατάστασής τους στην ομάδα περίθαλψής τους. (Dollinger και συν. 1992)

Τρείς – τέσσερις δεκαετίες τώρα, οι περισσότεροι καρκινοπαθείς δεν ήξεραν ότι είχαν τη δυνατότητα εκλογής. Ήταν παθητικοί ασθενείς και ο ρόλος τους ξεκάθαρος: έπρεπε να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού, αποδεχόμενοι τις επιταγές του, και αν είχαν τέτοια διάθεση, να προσεύχονται για τη θεία παρέμβαση. Αυτός ήταν ο μόνος ρόλος που νόμιζαν ότι μπορούσαν να «παιξουν». (Dollinger και συν. 1992)

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

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

- § Όσο ισχυρότερο είναι το ανοσολογικό σύστημα τόσο πιθανότερη είναι η αποκατάσταση.
- § Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί από τα ευχάριστα συναισθήματα.

§ Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να καταπονηθεί από μακροχρόνια συνεχή δυσάρεστα συναισθήματα. (Dollinger και συν. 1992)

3.5.4 ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

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

1. Σχέδια για το μέλλον

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

2. Καταπολέμηση ανεπιθύμητης μοναξιάς

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

3. Όχι ενέργειες από το περιθώριο

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

4. Επανάκτηση και διατήρηση του ελέγχου της ζωής τους

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

5. Χρησιμοποίηση μεθόδων για χαλάρωση

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

6. Προσοχή στο λεξιλόγιο για την ασθένεια

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

7. Επιδίωξη ευχαρίστησης και αποφυγή του στρες

Απαιτείται η πρόκληση ευχάριστων συναισθημάτων και αποφυγή των δυσάρεστων.

8. Συνεργασία με τον γιατρό

9. Συναναστροφή με άλλους καρκινοπαθείς

Η συναναστροφή με ανθρώπους που τους κατανοούν δημιουργεί πνεύμα ομάδας και συντροφιάς, οπότε γεννιούνται ευχάριστα συναισθήματα.

10. Διατήρηση της «ελπίδας»

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

11. Όχι παραίτηση από τις ιδιαίτερες σχέσεις τους και τη στοργή

Ίσως όμως η πιο σημαντική στάση που πρέπει να κρατήσουν είναι να συνειδητοποιήσουν ότι ο καρκίνος δεν οφείλεται σε δικό τους σφάλμα. (Dollinger και συν. 1992)

Έχει ζωτική σημασία να καταλάβει ο καρκινοπαθής ότι ανεξάρτητα από το τι λέει ο καθένας, δεν φταίει για αυτό που έπαθε. Και αυτό γιατί το να πιστεύει ασθενής ότι αυτός φταίει, είναι σαν να πιστεύει ότι: (Dollinger και συν. 1992)

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

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

γ) Θα' πρεπε να ξέρει πώς να σταματήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων και να τα κάνει να φύγουν.

δ) Θα' πρεπε να κάνει ότι χρειαζόταν για να σταματήσει την ανάπτυξή τους και να απαλλαγεί από αυτά.

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

«Αν δεν προκάλεσα εγώ τον καρκίνο πώς μπορώ να ελπίζω ότι είναι δυνατό να συμβάλλω στην ίασή του;» Η απάντηση είναι απλή: «Όταν κανείς είναι δραστήριος ασθενής, με τη θέλησή του, μπορεί να βοηθήσει, ώστε να

σκοτωθούν τα καρκινικά κύτταρα, ακόμη κι αν δεν είναι αυτός η αιτία της ανάπτυξής τους» (Dollinger και συν. 1992)

Αυτό που αληθεύει ύστερα απ' όλα αυτά είναι πως οι καρκινοπαθείς μπορούν να κάνουν πολλά, τα οποία θα έχουν θετικό αποτέλεσμα στον αγώνα τους για την αποκατάσταση. Οτιδήποτε κάνουν είναι σωστό και κατάλληλο για αυτούς, και το κάνουν όσο πιο σωστά γίνεται. (Dollinger και συν. 1992)

3.6 ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

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

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

4. Προβολή: Με τον μηχανισμό αυτό, ο ασθενής προβάλλει σε άλλους ασυνείδητα ως δικές του ιδέες μομφής και ενοχής, γίνεται επιθετικός προς τα έξω, για να μην στρέψει την επιθετικότητά του εναντίον του ίδιου του εαυτού του. Στο σημείο αυτό ο ασθενής μπορεί να στραφεί και εναντίον των συγγενών ή του γιατρού. (Σολδάτος και συν. 1986, σελ. 41-46)

3.6.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ 5 ΣΤΑΔΙΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ KUBLER ROSS

Θα ήταν παράλειψη, αν δεν αναφερόμασταν στη θεωρία των 5 σταδίων, όπου η Kubler Ross (1969) περιγράφει τις αντιδράσεις του αρρώστου με καρκίνο, από τη στιγμή που έρχεται αντιμέτωπος άμεσα ή έμμεσα με την ασθένεια μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στάδια:

- α) το στάδιο της άρνησης
- β) το στάδιο του θυμού (οργής)
- γ) το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή συναλλαγής
- δ) το στάδιο της κατάθλιψης
- ε) το στάδιο της αποδοχής

Η Kubler Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του.

α) Στάδιο της άρνησης

Ο ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται. Υποθέτει λάθη των γιατρών, ζητάει άλλες γνώμες, δεν αξιολογεί ενοχλήματα και συμπτώματα, κάνει μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Σε άλλες περιπτώσεις,

βλέπει με αδιαφορία το πρόβλημά του ως εάν αυτό αφορούσε τρίτο πρόσωπο.

β) Στάδιο του θυμού (οργής)

Ο ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των γιατρών, είτε για τη διάγνωση είτε για καθυστέρηση της διάγνωσης. Επαναστατεί ακόμα κατά των οικείων του, κατά της κοινωνίας ή κατά του θεού.

γ) Στάδιο της διαπραγμάτευσης ή συναλλαγής

Ο ασθενής, έχοντας αποδεχθεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τις μεγαλύτερες δυνατότητες θεραπείας και τις καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισής του. Υπόσχεται αμοιβές και δώρα, προσεύχεται και τάζει στα θεία, εκφράζει την ευγνωμοσύνη προς τους οικείους του κ.λπ.

δ) Στάδιο της κατάθλιψης

Ο πάσχων, έχοντας δει ότι το πρόβλημά του δεν έχει αντιμετωπισθεί επαρκώς και ικανοποιητικά, παρά τη μέχρι τότε θεραπεία και παρά τη δική του συνεργασία και στάση, καταλαμβάνεται από δευτερογενή κατάθλιψη, συχνά και με αυτοκτονικό ιδεασμό, που όμως σπάνια πραγματοποιείται.

ε) Στάδιο της αποδοχής

Μετά τη μακρά διαδρομή της νόσου και με την εμπειρία των θεραπειών, των υποτροπών, των νέων συμπτωμάτων κ.λπ., ο ασθενής προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την κατάσταση, αντλώντας από τη ζωή τις τελευταίες χαρές, και να ετοιμαστεί για τον επερχόμενο θάνατο.

Είναι αυτονόητο ότι ούτε όλοι οι ασθενείς περνούν από όλα τα στάδια, ούτε η διαδοχή των σταδίων είναι πάντα η τυπική, ενώ υπάρχουν συχνά παλινδρομήσεις ή και αναμίξεις αντιδράσεων. Πάντως, η ταξινόμηση αυτή εξακολουθεί να διευκολύνει για τη συστηματική κατανόηση των ψυχολογικών αντιδράσεων των βαρέως πασχόντων. (Kubler-Ross, 1979)

3.6.2 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 διαταραχές διαρκούν 1-2 εβδομάδες 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 διάρκειά τους. Αυτοί είναι:

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

Ø 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 τον καρκίνο από το γύρω περιβάλλον, όπως επίσης και πως ο κοινωνικός περίγυρος αντιμετωπίζει την νόσο καρκίνος.

3.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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. Εδώ θα ασχοληθούμε περισσότερο με τις ενέργειες και τα συμπτώματα από την ψυχική σφαίρα. (Ρηγάτος, 1985)

Οι κύριες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Όλες αυτές μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στο σωματικό Εγώ. Το σωματικό Εγώ είναι τμήμα της αυτοεικόνας που έχει κάθε άνθρωπος για τον εαυτό του και είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την αρρενωπότητα ή θηλυκότητά του, τη φυσική αντοχή, τη δύναμη και άλλες σωματικές του ικανότητες. (Σαπουντζή – Κρέπα Δέσποινα, 1998)

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μαστεκτομή: ο φόβος του καρκίνου και της μαστεκτομής είναι η κυριότερη αιτία, για την καθυστερημένη προσέλευση για χειρουργείο, που σημαίνει ότι μια θεραπευτική ενέργεια μπορεί να δημιουργεί συνέπειες πριν καν εφαρμοσθεί. Ο φόβος αυτός είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά σημαντικής συμβολής σημασίας του οργάνου αυτού για τη γυναίκα. Η γυναίκα με τη μαστεκτομή κυριεύεται από συναισθήματα ανεπάρκειας του ρόλου της,

εφόσον ο μαστός συμβολίζει την αγάπη, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Είναι το όργανο που παρέχει στο βρέφος τροφή και συνακόλουθα ευχαρίστηση, αγάπη και αίσθημα ασφάλειας. Για όλα αυτά η απώλεια του μαστού παίρνει διαστάσεις μιας καταστροφικής απώλειας. (Ρηγάτος, 1985)

Κολοστομία: το πρόβλημα των αρρώστων με παραφύση έδρα απασχολεί πολλά χρόνια τους επιστήμονες που ασχολούνται με τη χειρουργική του παχέος εντέρου. Τα ψυχολογικά προβλήματα του καρκινοπαθούς με κολοστομία, πέρα από τα γενικά του καρκίνου είναι πολύ ειδικά: περιορισμός δραστηριοτήτων, «υποβιβασμός της ποιότητας ζωής», όχι εξαιτίας της νόσου, αλλά εξαιτίας της θεραπευτικής πρακτικής. Η δυσάρεστη οσμή, οι διαιτητικοί περιορισμοί, διαταράσσουν την ψυχική υγεία του ασθενούς. (Ρηγάτος, 1985)

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

Λαρυγγεκτομή: η Lanpher (1972) ισχυρίζεται ότι τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα απομόνωσης, κύρια εξ' αιτίας της αδυναμίας λόγου, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την επαναπροσαρμογή και επικοινωνία στη δουλειά, στον φιλικό κύκλο, στην οικογένεια. Η αποκατάσταση των λαρυγγεκτομημένων έγκειται σε διδασκαλία νέου τρόπου ομιλίας με την χρησιμοποίηση οισοφάγου ή με μηχανικά βοηθήματα, π.χ. ηλεκτρολάρυγγ. (Ρηγάτος, 1985)

Υστερεκτομή: διάφορες ορμονικές μεταβολές που συνοδεύουν την υστερεκτομή συνεπάγονται μια σειρά από εκδηλώσεις που απορρυθμίζουν 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 ανάλογα με εκείνα που συνεπάγεται ο καρκίνος των όρχεων. Η σχετικά καλή πρόγνωση του καρκίνου αυτού (και η ίασή του, σε περιπτώσεις έγκαιρης διάγνωσης) κάνουν επιτακτική την ανάγκη συστηματικής υποστήριξης των γυναικών αυτών.

Διάφορες άλλες ακόμα επεμβάσεις συνεπάγονται άλλα προβλήματα, που το καθένα δημιουργεί ποικίλες ψυχολογικές ή κοινωνικές συνέπειες για τον άρρωστο και απαιτεί ιδιόζουσα αντιμετώπιση για την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξή του. (Ρηγάτος, 1985)

B. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας της ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς, ιδίως εάν αυτές είναι εμφανείς, όπως για παράδειγμα εάν αλλάξει η υφή του δέρματος, εάν χάσει ο ασθενής τα μαλλιά του, εάν αδυνατίσει κλπ. (Ρηγάτος 1985)

3.8 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η ασθένεια δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην σεξουαλική ζωή του ασθενούς. Δεδομένων των μακρόχρονων θεραπειών και των συμπτωμάτων που αυτές έχουν, καθώς και της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς μία φυσιολογική σεξουαλική ζωή και κατ' επέκταση ερωτική είναι δύσκολη. Για το διάστημα λοιπόν, κατά το οποίο εφαρμόζεται η αντικαρκινική θεραπεία, η ερωτική επιθυμία υποχωρεί μπροστά στα δραματικά ερωτήματα της επιβίωσης, της έκβασης της νόσου και της τοξικότητας της θεραπείας. Αυτό είναι φυσικό επακόλουθο.

Με την συμπλήρωση της θεραπείας, η νοητική επιθυμία επανέρχεται, υπάρχουν όμως ισχυρές αναστολές. Οι αναστολές αυτές μπορεί να οφείλονται τόσο σε ψυχολογικά όσο και σε βιολογικά αίτια. Από τα ψυχολογικά σημειώνουμε το άγχος και την κατάθλιψη, καθώς και το φόβο για πιθανή μη αποδοχή, για αναστολές της συντρόφου κ.λπ. από τα βιολογικά αίτια πρέπει να αναφέρουμε την αδυναμία στύσης, πόνος κατά τη στύση ή πόνος κατά τη

εκσπερμάτωση, μεταβολή του ορμονικού κλίματος στις γυναίκες και πόνο κατά την ερωτική επαφή. (Ρηγάτος, Αθήνα, 2000)

3.9 Ο ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΑΛΗΘΕΙΑ

Τα δεοντολογικά προβλήματα και τα ηθικά διλήμματα στο χώρο της υγείας μπορεί να είναι πολλά. Στον τομέα όμως της Ογκολογίας, η Δεοντολογία του γιατρού, αλλά και των κοινωνικών λειτουργών, πολλές φορές δοκιμάζεται και ίσως φθείρονται καθημερινά, κάτω από το φάσμα του καρκίνου, μιας αρρώστιας που το κοινωνικό της στίγμα, δεν επηρεάζει μόνο τους ασθενείς, αλλά και όσους εργάζονται μ' αυτούς. Στο σημείο αυτό, ένα θέμα κυρίως προκαλεί τα περισσότερα προβλήματα, διλήμματα ή και ηθικές συγκρούσεις, η ενημέρωση του αρρώστου. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Το πρόβλημα της ενημέρωσης του αρρώστου, δεν αποτελεί βέβαια το πρόβλημα των καρκινοπαθών του ελληνικού χώρου. Στο κείμενο του πορίσματος για τον Ευρωπαϊκό Χάρτη των δικαιωμάτων των ασθενών σε άρθρο, αναφέρεται λεπτομερώς, το δικαίωμα για πληροφόρηση όταν αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση, καθώς και το δικαίωμα της προσβάσεως του ασθενούς στον ιατρικό φάκελο, καθώς και το δικαίωμά του να παρέχει τη συναίνεσή του για την προτεινόμενη θεραπεία ή να την αρνείται. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Ο Ρηγάτος 1985, αναφέρει ότι δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες, και ότι δεν πρέπει να θεωρείται οριστικοποιημένη η στάση που τηρείται σήμερα. (Ρηγάτος, 1985)

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

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

Από τις Ευρωπαϊκές χώρες στη Φιλανδία (μια χώρα με παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου), υπάρχει μια ιδιαιτερότητα στο θέμα του καρκίνου. Σύμφωνα με παλιότερα στοιχεία (Achie και συν. 1970), στον Ρηγάτο (1985), 30% των αρρώστων αγνοούν την φύση της αρρώστιας τους, κι από τους υπόλοιπους που γνωρίζουν την αρρώστια του, μόνο 30% το ζήτησε.

Τα στοιχεία που υπάρχουν για τις απόψεις μεταξύ των Ελλήνων προέρχονται από την εργασία των Χριστάκη και Μάνου (1980), όπως μας πληροφορεί ο Ρηγάτος (1985). Στη μελέτη αυτή ρωτήθηκαν με έντυπα ερωτηματολόγια 71 γιατροί από αντικαρκινικά νοσοκομεία της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης. Από τους γιατρούς αυτούς 73% δεν λένε στον άρρωστο την πραγματική διάγνωση. Τα αποτελέσματα της έρευνας, περιέχουν ίσως και την κατεύθυνση της μεταβολής που φαίνεται ότι αργά αλλά σταθερά συντελείται και στην Ελλάδα.

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

3.10 Η ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γενικά, η σχέση του γιατρού και του ασθενούς είναι μια σύνθετη διαδικασία και σημαντικό στοιχείο για μια επιτυχή έκβαση είναι η επιστημονική γνώση και η εμπειρία που σχετίζεται με το πρόβλημα. Σίγουρα ο πιο σημαντικός παράγοντας στην σχέση αυτή είναι η εμπιστοσύνη – ο ασθενής πρέπει να πιστεύει ότι ο γιατρός είναι ικανός και ακόμη, ότι θα κάνει οτιδήποτε

είναι αναγκαίο για να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα (με την βοήθεια άλλων γιατρών) και ότι δεν θα εγκαταλείψει τον ασθενή, αλλά θα συνεχίσει να κάνει ότι είναι δυνατόν, άσχετα με την έκβαση. (Ζουρλάς, 1986)

Συμπερασματικά: ο ασθενής πρέπει να πιστεύει ότι ο γιατρός θα μεριμνά γι' αυτόν για οτιδήποτε του συμβεί.

Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της εμπιστοσύνης αναπτύσσεται με τον καιρό πάνω σε μια λεκτική βάση, αλλά αρχίζει με την πρώτη επαφή και ο ασθενής πολύ γρήγορα αισθάνεται κατά πόσο ο γιατρός μεριμνά γι' αυτόν κατά την διάρκεια της ενασχόλησής του. Αυτά τα γεγονότα είναι ιδιαίτερα σημαντικά στον δυτικό κόσμο όπου οι ασθενείς συνήθως δεν δέχονται πια ότι ο γιατρός είναι ένας παντογνώστης του οποίου τα λόγια και τα έργα δεν αμφισβητούνται. Αλλά ακόμη και σε άλλες κοινωνίες είναι ανάγκη να αναπτυχθούν μηχανισμοί για την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους γιατρούς. (Wilhelm Reich, 1997)

Ένα από τα σημαντικά θέματα είναι το γεγονός ότι ο γιατρός δεν θα πρέπει να πει εσκεμμένα ψέματα στον ασθενή γιατί αν αργότερα διαπιστώσει, ο ασθενής, ότι ο γιατρός ψεύδεται, η εμπιστοσύνη και ο σεβασμός θα χαθούν, ίσως την πιο κρίσιμη στιγμή. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές σε σχέση με το αν του έχει πει ότι έχει ή δεν έχει καρκίνο – αν του έχει λεχθεί ότι η ασθένειά του δεν είναι καρκίνος και λίγους μήνες αργότερα η νόσος έχει γενικευθεί, τότε βέβαια γνωρίζει ότι του είπαν ψέματα και χάνει την εμπιστοσύνη του. (Rogers, Carl, 1996)

Δεν είναι αναγκαίο να πούμε στον ασθενή όλη την αλήθεια, σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά όμως ένα εσκεμμένο ψέμα θα πρέπει να αποφευχθεί. Γενικά οι ελπίδες του ασθενούς δεν θα πρέπει ποτέ να συντριβούν, ακόμα και αν σε μερικές περιπτώσεις οι πιθανότητες για να ωφεληθεί είναι αμυδρές. Η αισιόδοξη πλευρά πρέπει πάντα να τονίζεται αλλά χωρίς να είναι υπερβολικά αισιόδοξη, με αποτέλεσμα να μην λέμε την αλήθεια στον ασθενή. (Κατράκη, 1980)

Η εδραίωση μιας καλής σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή αρχίζει με την πρώτη επαφή. Βοηθάει πολύ αν ο γιατρός έχει μια καλή ιδέα γύρω από

την μακρόχρονη πρόγνωση. Αν η πρόγνωση είναι εξαιρετικά καλή, θα πρέπει να ειπωθεί στον ασθενή αλλά επίσης θα πρέπει να τονισθεί ότι η προσεκτική παρακολούθησή του είναι αναγκαία για να ανιχνευθούν υποτροπές της νόσου όσο το δυνατόν πιο πρώιμα έτσι ώστε να αρχίσει θεραπεία νωρίς. Εάν η πρόγνωση είναι μέτρια, η αισιοδοξία θα πρέπει να μετριασθεί. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς θα δεχθούν συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή που απαιτεί συνεχή παρακολούθησή τους. Αν η πρόγνωση είναι κακή, ο διάλογος και οι ενέργειες του ιατρού πρέπει να είναι προσεκτικές και θα πρέπει να διατηρούν την εμπιστοσύνη και την ελπίδα του ασθενούς. (Παπαδημητρίου, 1988)

Η ανάμειξη της οικογένειας στην φροντίδα του καρκινοπαθούς είναι συχνά μια πράξη που παραλείπεται. Γενικά, είναι προτιμότερο όλοι οι ενδιαφερόμενοι να γνωρίζουν ότι ο ασθενής έχει καρκίνο και ειδικότερα ότι ο ασθενής και η οικογένεια και ο ιατρός γνωρίζουν ότι ήδη γνωρίζουν και οι άλλοι. Αυτό οδηγεί στην αποφυγή θλιβερών καταστάσεων όπου ο καθένας ενεργεί σαν να μην υπάρχει τίποτα κακό ενώ όλοι γνωρίζουν τι ακριβώς συμβαίνει. (Μαλγαρίνου – Κωνσταντινίδου, 1995)

Τα προβλήματα και οι ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του δεν αντιμετωπίζονται με το να αποφύγουμε τη συζήτησή τους. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να βοηθήσουν πολύ, ενισχύοντας και ενδυναμώνοντας την θέση του ιατρού. Αυτά μπορούν να πιστοποιήσουν τα προβλήματα του ασθενούς καθώς και τις ανάγκες του, που ο ιατρός είναι πιθανό να μην κατανοεί. Η ίδια η οικογένεια μπορεί να χρειάζεται υποστήριξη με ποικίλους τρόπους, και ο ασθενής με την σειρά του θα πάρει υποστήριξη από την οικογένεια. Η αδελφή και η κοινωνική λειτουργός μπορούν να παίξουν σπουδαίους ρόλους. Για να μεγιστοποιηθεί το αποτέλεσμα πρέπει να συντονίζονται και να ενισχύονται από τον ιατρό, έτσι ώστε ο ασθενής και η οικογένειά του να αντιλαμβάνονται αυτό το γεγονός σαν μια προσπάθεια ομάδας και όχι μια σειρά ξεχωριστών (και μερικές φορές αλληλοσυγκρουόμενων) πράξεων. Η ογκολογική ομάδα πρέπει να γνωρίζει ότι η οικογένεια μπορεί να αισθάνεται ένοχη πως ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα κάποιας πράξης στην οικογένεια ή ότι θα έπρεπε να είχε διαγνωσθεί νωρίτερα και συνεπώς να θεραπευθεί αν υπήρχε μικρότερη καθυστέρηση. Θυμός και

απογοήτευση μπορούν να ξεσπάσουν πάνω στον ιατρό, απλώς και μόνο γιατί είναι ο πιο πρόχειρος μπροστά τους. Η θλίψη μπορεί να είναι καταστρεπτική σε μια οικογένεια. Ο ιατρός και η ογκολογική ομάδα πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τέτοια προβλήματα και να τα αντιμετωπίζουν. (Καδρεβιώτου, 1983)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

4.1 ΠΟΤΕ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι δυνητικώς αναγκαίες σε ολόκληρη τη διαδρομή μιας νεοπλασίας, από την αρχική διάγνωση έως την ίαση και την αποκατάσταση ή, σε αρνητική έκβαση, έως τον θάνατο. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν διαφορετική σκοπιμότητα σε κάθε στάδιο της νόσου. Ότι ακολουθεί, δεν είναι δυστυχώς ότι γίνεται διότι πολλά νοσοκομεία, μεταξύ των οποίων και ορισμένα αντικαρκινικά, δεν διαθέτουν ψυχιατρική υπηρεσία ούτε ψυχολόγους, ενώ άλλα διαθέτουν περιορισμένο αριθμό θέσεων ψυχιάτρων (συντά μόνο μία) που συνήθως δεν έχουν (ή δεν έχει) καλυφθεί. Έτσι, σημαντικές υπηρεσίες παραμελούνται ή παρέχονται ανεπαρκώς ή από μη αρμόδια πρόσωπα. Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με συνεχή πίεση προς τους αρμόδιους από τους ογκολόγους, τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τα επιστημονικά ή/και τα επαγγελματικά σωματεία τους. Σημαντική πίεση μπορεί να ασκηθεί προς την κατεύθυνση αυτή και από τα σωματεία ασθενών.

Κατά την αρχική φάση της νόσου, η ψυχιατρική ή/και η ψυχολογική παρέμβαση είναι αναγκαία για:

- την ανακοίνωση της διάγνωσης ή, εφόσον αυτή γίνει από τον θεράποντα χειρουργό ή παθολόγο, για την υποστήριξη κατά την φάση του shock της διάγνωσης,
- τη βοήθεια για την αποδοχή της κατάλληλης, ενδεχομένως όμως ακρωτηριαστικής επέμβασης,
- τη βοήθεια για την αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος, όπως διαμορφώθηκε μετά την εγχείρηση,
- την υποστήριξη κατά την εφαρμογή της αναγκαίας συμπληρωματικής θεραπείας (χημειο- ή ακτινοθεραπείας),
- την εκπαίδευση για τον, πιθανώς, νέο ρόλο που ο ασθενής καλείται να παίξει στην οικογένεια,

- τη βοήθεια για πιθανό επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό. (Ρηγάτος. 2000)

Σημαντικό ρόλο έχουν να παίξουν οι αναφερόμενοι επαγγελματίες/λειτουργοί υγείας και κατά τη φάση της (πιθανής) υποτροπής της νόσου. Στη φάση αυτή, ο ασθενής αισθάνεται ότι έχει προδοθεί, καθώς η νόσος επανεμφανίσθηκε, παρότι ήδη εφάρμοσε ότι του συστήθηκε, δέχθηκε κάθε θεραπευτική αγωγή στην οποία υποβλήθηκε, είχε δε ήδη μεσολάβήσει και ένα διάστημα που του έδωσε την ελπίδα ότι η πάθησή του είχε θεραπευθεί. Κατά τη φάση αυτή, έχει να αντιμετωπίσει και πάλι τα προβλήματα υγείας, αλλά και τα προβλήματα της θεραπείας, η οποία ενδέχεται να είναι αυτή τη φορά επιθετικότερη. Η ανάμνηση των προηγούμενων βιωμάτων, αλλά και ο κλονισμός της εμπιστοσύνης του προς την επιστήμη, τους γιατρούς του κ.λπ. δυσχεραίνουν την κατάσταση. Η εμφάνιση πόνου αποτελεί ένα διαρκές φόβητρο, ενώ η – πολύ πιθανή – ύπαρξη πόνου αυξάνει την πιθανότητα ψυχιατρικής νοσηρότητας.

Πρόσθετα προβλήματα στη φάση αυτή αντιμετωπίζει όχι μόνον ο ασθενής, αλλά και τα μέλη της οικογένειας του που τον φροντίζουν. Η εξάρτησή του από αυτά και οι ενοχές του για την επιβάρυνσή τους τον οδηγούν είτε σε καταθλιπτική αντίδραση είτε σε επιθετικότητα. Ανάλογα προβλήματα, βέβαια, αντιμετωπίζουν και τα μέλη της οικογένειας, που κι αυτά χρειάζονται πολύ συχνά την υποστήριξη του ειδικού επαγγελματία.

Επιτακτική είναι η ανάγκη παρέμβασης και κατά το στάδιο της γενίκευσης της νόσου. Κατά το στάδιο αυτό, η θεραπευτική δυνατότητα περιορίζεται στην ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή. Οι πόνοι, εξαιρετικά συχνοί στη φάση αυτή, η αδυναμία, το αίσθημα κακουχίας, η κατάθλιψη, το άγχος, οι συνεχείς διαψεύσεις των θεραπευτικών υποσχέσεων απαιτούν πολύπλευρη αντιμετώπιση με φαρμακευτικούς και μη φαρμακευτικούς τρόπους. Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να υποστηρίζονται απέναντι στον φόβο του θανάτου, όπως πρέπει να υποστηρίζονται και οι συγγενείς, συχνά δε και το προσωπικό που αντιμετωπίζει ασθενείς τελικού σταδίου. (Ρηγάτος. 2000)

4.1.1 ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΣΚΟΥΝΤΑΙ

α. Πρέπει, κατ' αρχήν, να τονισθεί ότι ένα είδος ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ανεπίσημο και ερασιτεχνικό. Όμως πολύ συχνό και αρκετές φορές επαρκές, είναι η καθημερινή επικοινωνία του ασθενούς με τους θεράποντες γιατρούς, τις νοσηλεύτριες, τους κοινωνικούς λειτουργούς, εκπαιδευμένους ή απλώς ευαισθητοποιημένους εθελοντές, αλλά και φίλους-επισκέπτες. Η ανθρώπινη επικοινωνία (πέρα από την οποία θεραπευτική παρέμβαση) αποτελεί υποστήριξη, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους.

β. Ιδιότυπη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί, για άτομα με ανεπτυγμένο θρησκευτικό συναίσθημα, η παρουσία ιερέως, ιδίως αν αυτός έχει και κατάλληλη εκπαίδευση ή εμπειρία στην ποιμαντική ψυχολογία, όπως συμβαίνει με ιερείς που υπηρετούν σε μεγάλα νοσοκομεία.

γ. Οι πιο αξιόπιστες και αποτελεσματικές μορφές ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι βεβαίως εκείνες που γίνονται από ειδικούς και κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δηλαδή από ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι είτε ατομικές είτε ομαδικές.

- i. Από τους πρώτους που εφαρμόζουν συστηματική ατομική ψυχοθεραπεία σε καρκινοπαθείς είναι ο L. Le Shan (δεκαετίες 1960 και 1970) και ο Renneker (1963). Και οι δύο αναφέρουν μακροχρόνιες υφέσεις, σαφώς μεγαλύτερες εκείνων του εθνικού μέσου όρου επιβίωσης, χωρίς όμως να υπάρχουν συγκρίσιμες ομάδες ασθενών. Άλλοι θεραπευτές σημειώνουν επίδραση της παρέμβασής τους στο άγχος, το επίπεδο κατάθλιψης, την ποιότητα ζωής ή άλλες παραμέτρους. Ανασκόπηση των σχετικών εργασιών μπορεί να βρει ο ενδιαφερόμενος στη διδακτορική διατριβή του Ι. Νικολή.

Στα πλαίσια των ατομικών παρεμβάσεων, εφαρμόζονται ψυχαναλυτικής αρχής τεχνικές, γνωσιακές μέθοδοι ή θεραπείες συμπεριφοράς. Άλλοι εφαρμόζουν τεχνικές χαλάρωσης ή χορηγούν φαρμακευτικά σκευάσματα, ορισμένα των οποίων αναφέρονται ως αποτελεσματικότερα των τεχνικών χαλάρωσης.

- ii. Η πρώτη προσπάθεια ομαδικής ψυχοθεραπείας γίνεται το 1976 με ασθενείς τελικού σταδίου, αρχικά με συζητήσεις για την τοξικότητα της θεραπείας και σταδιακά με συζητήσεις για άλλα θέματα, προσωπικά ή οικογενειακά. Διάφορες εργασίες που ακολούθησαν (βλ. Ι. Νικολή) διαπιστώνουν:
- δυνατότητα απορρόφησης των οδυνηρών συναισθημάτων και τόνωση του ηθικού,
 - μείωση του άγχους,
 - μεγαλύτερη ικανοποίηση (συγκριτικά προς μάρτυρες) από την εφαρμοζόμενη θεραπεία και την αύξηση της εμπιστοσύνης προς τους θεράποντες,
 - μείωση της δυσανεξίας,
 - δυνατότητα συζήτησης θεμάτων, όπως ο θάνατος,
 - μείωση της κατάθλιψης

προσφορά νοήματος και ενδιαφέροντος για τη ζωή. (Ρηγάτος. 2000)

Στην Ελλάδα, προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας έχουν κατά καιρούς εφαρμοσθεί σε διάφορα νοσοκομεία, χωρίς όμως συνέχεια. Υποστηρικτικά ομαδικά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα έχουν επίσης εφαρμοστεί για ομάδες ασθενών και για συζύγους ασθενών η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και ορισμένα σωματεία πασχόντων.

Από τη μελέτη Νικολή σε ασθενείς με αιματολογικά κακοήθη νοσήματα, διαπιστώθηκαν, τόσο στο «πειραματικό δείγμα» όσο και στο «δείγμα ελέγχου», τα εξής:

- έντονο stress πριν από τη νόσηση,
- ύπαρξη υποστηρικτικών συστημάτων σε όλους τους ασθενείς,
- ευρεία γνώση της διάγνωσης,
- απουσία ψυχιατρικού ιστορικού.

Από τη μελέτη της εφαρμογής της ομαδικής ψυχοθεραπείας, ο συγγραφέας ενισχύει τη θέση εκείνων που υποστηρίζουν ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βελτιώνουν την πορεία και την έκβαση ασθενών με αιματολογικά κακοήθη νοσήματα. (Ρηγάτος. 2000)

4.1.2 ΠΟΙΑ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Σημαντικό ενδιαφέρον προκύπτει και για τα προγράμματα αυτοβοήθειας που αναπτύσσουν σωματεία πασχόντων, τόσο με τη χρησιμοποίηση εκπαιδευομένων εθελοντών όσο και με τη χρησιμοποίηση εξειδικευμένων επαγγελματιών. Η δραστηριότητα αυτή ασκείται και στην Ελλάδα από αρκετά χρόνια, παρότι δεν έχει λάβει σημαντική έκταση. Αν και από λιγότερα χρόνια, η δραστηριότητα κυπριακών σωματείων πασχόντων είναι και με μεγαλύτερη διεισδυτικότητα στην τοπική κοινωνία. (Ρηγάτος. 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

ΓΕΝΙΚΑ

Το νοσοκομείο ως επαγγελματικός και εργασιακός χώρος είτε χαρακτηρίζεται σαν Νομαρχιακό είτε σαν Ογκολογικό απαιτεί και λειτουργεί με την παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού ως φορέα της Κοινωνικής Πολιτικής, της Κοινωνικής Πρόνοιας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

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

Γι' αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός αποσκοπεί στη διαφύλαξη της οντότητας και της μοναδικότητας του ατόμου, τόσο στον ίδιο, όσο και στο προσωπικό του Νοσοκομείου που ασχολείται μαζί του αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον όπου τα πράγματα κλονίζονται. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

5.2 ΕΡΓΟ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Το έργο και οι δραστηριότητες του Κοινωνικού Λειτουργού περιλαμβάνει δύο σκέλη. Το πρώτο αναφέρεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη γενικά ενώ το δεύτερο σε ογκολογικό Νοσοκομείο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

α. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού σε νοσοκομειακό πλαίσιο συνοψίζεται στα εξής:

1. Μετέχει στη θεραπευτική ομάδα (ιατρός, αδερφή και άλλοι ειδικοί) και αναπτύσσει κάθε δραστηριότητα για την επιτυχία του κοινού σκοπού, όπως της θεραπείας και της μέριμνας για την πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας.
2. Επιλαμβάνεται των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας.
3. Προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένειά του όταν προκύπτει ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο ή νοσηλεία κατ' οίκον.
4. Βοηθάει τους νεοεισερχόμενους ασθενείς για την προσαρμογή τους στις συνθήκες του νοσοκομείου.
5. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους που δημιουργείται στον ασθενή από την απειλή της υγείας του και την απομάκρυνση του από το οικογενειακό περιβάλλον.
6. Συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των γιατρών με τη λήψη στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενούς, το κοινωνικό περιβάλλον, τις συνθήκες διαβίωσής του, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επίσης λαμβάνει οποιοδήποτε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό στοιχείο το οποίο απαιτείται για την αρτιότερη και εξατομικευμένη θεραπεία του ασθενούς.
7. Επιδιώκει με την άσκηση Κοινωνικής Εργασίας τη θετική συμμετοχή του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία και αμβλύνει τους παράγοντες που ενδεχομένως παρεμποδίζουν τη συμμετοχή του σ' αυτήν.
8. Βοηθάει τους ασθενείς σε θέματα πρακτικής φύσεως σε εκείνους που αδυνατούν ή στερούνται άμεσων συγγενών για την τακτοποίηση αυτών
9. Κινητοποιεί τις πηγές βοήθειας της κοινότητας για την αποτελεσματική άσκηση της εργασίας του.
10. Κατά την πορεία της εργασίας του με τον ασθενή και την οικογένειά του ενημερώνεται και στη συνέχεια ενημερώνει τα λοιπά μέλη της

διεπιστημονικής ομάδος για την εξέλιξη της ασθένειας και του προγραμματισμού της πορείας της εργασίας του.

11. Συνεργάζεται με ομάδες ασθενών προκειμένου να επιτύχει:
 - την αρμονική συμβίωση εντός νοσοκομείου
 - την προσαρμογή τους στην κατάσταση της υγείας αυτών.
12. Ερμηνεύει στις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας τις ειδικές ανάγκες του ασθενή.
13. Μεριμνά κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο για την ομαλή επανασύνδεσή του με την οικογένεια αυτού, εφόσον είναι αναγκαίο και συμβάλλει στην εφαρμογή του προγράμματος αποκατάστασής του.
14. Συμμετέχει σε έρευνες ή μελέτες μαζί με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης ιατροκοινωνικών προβλημάτων.
15. Κινητοποιεί, οργανώνει και δραστηριοποιεί εθελοντικές ομάδες οι οποίες συμπληρώνουν το έργο για την εξυπηρέτηση των ασθενών. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

β, ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

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

Η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού είναι απαραίτητη σ' όλη τη δύσκολη πορεία του ατόμου και της οικογένειάς του μέσα από δύσκολες διαδικασίες. Οι διαδικασίες αυτές σε σχέση με τον κοινωνικό λειτουργό τοποθετούνται στα εξής (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991):

1. Το δίλημμα της ενημέρωσης αρρώστου και οικογένειας για τη διάγνωση της νόσου. Παρ' όλο που η αρμοδιότητα της ενημέρωσης ανήκει στο γιατρό, λόγω του ότι εμπλέκονται συναισθηματικοί, ψυχολογικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες η παρουσία της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι απαραίτητη. Συνεργάζεται με το γιατρό και

όλη τη διεπιστημονική ομάδα για την αντιμετώπιση του ασθενούς ανάλογα με την ψυχολογία και τις ανάγκες του.

2. Η δύσκολη πορεία του αρρώστου μέσα από οδυνηρά στάδια αμέσως μετά τη διάγνωση και σε όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου, που αντιμετωπίζει το άτομο σ' αυτή την πορεία της ζωής του. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι προετοιμασμένος να αναγνωρίσει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσής του, που θα βοηθηθούν αν ανιχνευθούν οι επιθυμίες, οι ανάγκες και οι φόβοι του. Με τη μεθοδευμένη συμπαράσταση του Κοινωνικού Λειτουργού με την επιστημονική γνώση της ανάλυσης των συναισθημάτων του, θα βοηθήσει να εξοικειωθεί με την ασθένεια και θα αγωνισθεί θετικά για τη ζωή του, σε συνεργασία με το γιατρό και τη διεπιστημονική ομάδα.
3. Η παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα φορτισμένη συναισθηματικά. Αυτό είναι ιδιαίτερα επώδυνο όταν πρόκειται για νοσοκομείο χαρακτηρισμένο ως «Ογκολογικό» μ' όλη την ψυχοκοινωνική διάσταση του όρου. Εκεί που ο ασθενής χάνει την ταυτότητά του καλείται ο Κοινωνικός Λειτουργός να περάσει το μήνυμα της οντότητας και της μοναδικότητας του ατόμου τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο προσωπικό του Νοσοκομείου καθώς και στο περιβάλλον του.
4. Η νοσηλεία, οι μακροχρόνιες θεραπείες που επιφέρουν προσωπική ταλαιπωρία, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι πιθανοί ακρωτηριασμοί αποτελούν αλήθειες της ζωής και βασικές εμπειρίες ενός ασθενή με καρκίνο. Ακολουθεί η προετοιμασία του ασθενή να συμβιβαστεί με την αναπηρία μετά τον ακρωτηριασμό, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά να συνεχίσει τις επαγγελματικές δραστηριότητες – όταν αυτό είναι δυνατό – και τη ζωή του με τα νέα πλέον δεδομένα, να διατηρήσει την ελπίδα και τη διάθεση για ζωή και ν' αγωνισθεί γι' αυτήν.
5. Η συχνή πορεία προς το θάνατο. Ανεξάρτητα από το γεγονός της ενημέρωσης ή μη του αρρώστου για τη διάγνωση της νόσου, αυτός έχει πάντα την υποψία αλλά και την ελπίδα. Νιώθει έντονη μοναξιά, θύμα μιας ασθένειας που δεν τολμούν οι γύρω να ονομάσουν. Για να πλησιάσει κανείς έναν άνθρωπο που πορεύεται προς το θάνατο χρειάζεται πνευματική, ψυχική, ηθική ωριμότητα και πολύ κουράγιο. Οι

πηγές ανεφοδιασμού για τον Κοινωνικό Λειτουργό είναι απαραίτητες καθώς και οι τρόποι εκφόρτισης για να μην οδηγηθεί στην επαγγελματική κόπωση.

6. Η σχέση του ασθενή με την οικογένεια. Είναι σημαντικός ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των δύο πλευρών. Ο ασθενής έχει ανάγκη από σωστή υποστήριξη και σχέση και η οικογένεια φτάνει σε αποδιοργάνωση αν δε χρησιμοποιήσει μηχανισμούς ανασυγκρότησης εξοικείωσης με την ασθένεια και τις συνέπειές της.
7. Η σχέση του ασθενή με την κοινότητα. Η κοινωνία που ζούμε είναι κακώς ή ελλιπώς ενημερωμένη για τη φύση της ασθένειας. Γι' αυτό χρειάζεται δραστηριοποίηση της διεπιστημονικής ομάδας που θα φροντίσει για την απομυθοποίηση και τη σωστή ενημέρωση του κοινού σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της. Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα επεκτείνεται στον τομέα της αποδοχής και αποκατάστασης του καρκινοπαθούς σαν ολοκληρωμένη προσωπικότητα που χρειάζεται την κατανόηση και όχι τον οίκτο.
8. Ομάδες ασθενών. Ο ασθενής με καρκίνο αισθάνεται συχνά απομονωμένος, απογοητεύεται εύκολα, «μπλοκάρει» μπροστά στα προβλήματά του και νιώθει ότι το δικό του πρόβλημα είναι το πλέον δισεπίλυτο. Με τη δημιουργία ομάδων ασθενών με κοινά προβλήματα όπως λαρυγγεκτομές, κολοστομίες κ.τ.λ. βγαίνουν οι άρρωστοι έξω από τον εαυτό τους βλέποντας ότι δεν είναι μόνοι και ανταλλάζουν εμπειρίες και συναισθήματα. Έτσι η θεραπευτική μέθοδος της ομαδικής προσέγγισης είναι αποτελεσματική στα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών και των συγγενών τους.
9. Αποκατάσταση. Ο Κοινωνικός Λειτουργός Ογκολογικού Νοσοκομείου λόγω της ιδιαιτερότητας της νόσου και των ειδικών χαρακτηριστικών όπως αναφέραμε είναι απαραίτητο να εργαστεί σε οργανωμένα προγράμματα αποκατάστασης. Η ύπαρξη και συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας, βοηθάει παράλληλα με τη θεραπεία στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την εξυπηρέτηση του ασθενή και την προαγωγή της υγείας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ – ΑΣΘΕΝΗ

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

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

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

Η κατά περίπτωση Κοινωνική Εργασία είναι κατ' εξοχήν μέθοδος που εφαρμόζεται. Η Κοινωνική Λειτουργός μπορεί να χρειάζεται ποικίλες επαφές, όχι μόνο με τον ασθενή και το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά με άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος, με αντιπροσωπευτικές πηγές της κοινότητας. Η έκταση και ο χρόνος μιας συνέντευξης ποικίλει από μια ώρα ημερησίως έως σύντομες επαφές κατά την εβδομάδα πάντα σε συνάρτηση με το πρόβλημα του ασθενή. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Σκληρή η πραγματικότητα που ζούμε στην πρώτη επαφή, η οποία πρώτη επαφή γίνεται κάτω από ένα πρόσχημα απλό μέχρι και για συγκεκριμένο πρακτικό λόγο όπως είναι η ασφαλιστική κάλυψη με

Πιστοποιητικό Κοινωνικής Προστασίας και φτάνουμε στις ακραίες περιπτώσεις «Σώστε με, δεν θέλω να πεθάνω». Πάντως οι πάντες καλύπτονται από το πέπλο του φόβου του θανάτου. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Η ανάγκη μας να γνωρίσουμε και να καταλάβουμε κάθε άνθρωπο που μας ζητά βοήθεια περιχαράκωνεται από τον σκοπό μας να βρούμε κάποιο αποτελεσματικό τρόπο για να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημά του. Για να το πετύχουμε δεν χρειάζεται πλήρη απολογισμό των διαστάσεων της δυναμικής του κάθε προσώπου. Σαφώς αυτό δεν μπορεί να γίνει, μα ούτε και χρειάζεται τουλάχιστον στην πρώτη συνέντευξή μας στην προσπάθεια επαφής με τον ασθενή. Θα λέγαμε μάλιστα ότι μπορεί να είναι επικίνδυνο αν χαρακτηρίσουμε βιαστικά και επιπόλαια τον ασθενή, με σοβαρό κίνδυνο να αποπροσανατολιστούμε. Στη συνέχεια όμως της συνεργασίας και πάλι χρειάζεται φοβερή ικανότητα να γνωρίζουμε τα όρια και τα πλαίσιά μας και ποτέ να μη υποκαθιστούμε άλλες ειδικότητες. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Η φύση του προβλήματος μας καθόρισε το είδος των γνώσεων και πόσο «ολική» χρειάζεται να είναι η κατανόηση του άλλου και των αναγκών του. Αρχικός σκοπός μας είναι να ενισχύσουμε τη λειτουργία του σαν κοινωνικό άτομο, να αποκατασταθούν κάποια συναισθήματα με τη σωστή τους ερμηνεία όπως είναι του φόβου με σωστές ερμηνείες και αποδοχή αυτού του συναισθήματος σαν κάτι φυσικό που τους συμβαίνει και η κάποια αποσυμφόρησή τους από το άγχος με πρακτικούς τρόπους που προσφέρει η συζήτηση ώστε να ταξινομηθούν δίκαια και να ιεραρχηθούν σωστά όσα μπόρεσαν να σχηματίσουν τη συναισθηματική μάζα που τους κλείνει το δρόμο για σκέψη και δράση. Βασική προϋπόθεση η γνώση γύρω από τις δυνάμεις και το νόημα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η συνεχής εκπαίδευση μας αναγκαία. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Ίσως ο ιδιαίτερα πολύπλοκος χαρακτήρας της Κοινωνικής Εργασίας με ασθενείς να έγκειται στο ότι πάντα έχει διπλό στόχο: να προωθήσει τη λύση των προβλημάτων του ασθενούς στην κοινωνική ζωή και με την διεργασία

αυτή να προωθήσει την ικανότητα για ανάπτυξη δυνάμεων για την ποιότητα ζωής του. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Επιχειρούμε έτσι τα δύο είδη των συνθηκών: τις πηγές και τις επιρροές μέσω των οποίων μπορούν να αντιμετωπιστούν οι Κοινωνικές ανάγκες των ασθενών μας και οι τρόποι που προωθούν την κοινωνική και προσωπική αποτελεσματικότητα του ασθενούς να γίνει προσπάθεια του εγώ του και να προβεί σε δράση που θα τον κάνει να ελπίζει και να τον οδηγήσει σε κάποια διαφορετική προσαρμογή ή της κατάστασης στις ανάγκες του ή του εαυτού του στις απαιτήσεις της κατάστασης του ή και των δύο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

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

Οι άμεσες προσπάθειές μας είναι να επηρεάσουμε και άλλα ζωτικά πρόσωπα στη ζωή του ασθενούς οι διευθετήσεις μας για βοήθεια από άλλες πηγές, να επεκτείνει τις περιορισμένες συνθήκες ζωής και με όλους τους άλλους τρόπους που να ενδυναμώσουν, το εγώ του ασθενούς μας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

Το πιο σημαντικό εύρημα νομίζουμε γύρω από τον Καρκίνο είναι οι μελέτες που έδειξαν ότι η θετική στάση είναι η καλύτερη ένδειξη για τη μελλοντική ανταπόκριση στη θεραπεία από ότι η σοβαρότητα της αρρώστιας.

Έτσι άρρωστοι που έχουν πολύ άσχημη διάγνωση αλλά θετική στάση τα κατάφεραν καλύτερα από αρρώστους που είχαν σχετικά ελαφρότερη διάγνωση αλλά αρνητική στάση. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

5.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

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

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου αρχίζει και για εκείνους μια διεργασία θρήνου καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τις διάφορες πραγματικές ή μελλοντικές απώλειες τις οποίες επιφέρει η αρρώστια και στη δική τους ζωή. Κάθε άτομο ανάλογα με τη σχέση που έχει με τον άρρωστο, το είδος της και το πόσο στενή είναι, θρηνεί διαφορετικές απώλειες. Η αρρώστια του ατόμου έχει διαφορετικές συνέπειες για τον γονιό, τον σύντροφο ή το παιδί του. Καθένας θρηνεί την απώλεια των διαφορετικών ρόλων που ο άρρωστος έπαιζε και περιμένει ότι θα παίξει στη ζωή του. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991).

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

1. Ποιο μέλος της οικογένειας αφορά η διάγνωση.
2. Σε ποιο στάδιο βρίσκεται η νόσος και ποια είναι η πιθανή έκβαση.
3. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις.
4. Το πνευματικό επίπεδο της οικογένειας και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις.

5. Το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας σε σχέση και με την πολυμορφία των ασφαλιστικών ταμείων.
6. Ο κοινωνικός περίγυρος.

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

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

1. Το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία να ακολουθήσει μια έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει, αντί να υποστηρίξει τον ασθενή, να τον «εξαφανίσει», δηλαδή να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Ο κοινωνικός λειτουργός που θα διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας, θα πρέπει να την κατευθύνει να μετριάσει την ενεργητικότητά της για να νιώσει ο άρρωστος πιο άνετα και φυσιολογικά και για να μην κουραστούν και οι δύο πλευρές. Πρέπει να καταλάβουν ότι είναι ανάγκη να μείνουν δίπλα του διακριτικά και να σεβαστούν τις ανάγκες του για σκέψη, κρίση, ανασυγκρότηση και κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας. Είναι σκόπιμο να μην εξαντλείται η φροντίδα σε αυτή την πρώτη φάση, διότι θα τη χρειαστεί ο άρρωστος στα επόμενα στάδια της αρρώστιας.

2. Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Με αυτήν η οικογένεια βάζει τον άρρωστο στο περιθώριο. Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του. Χάνει την ενεργητικότητά του και ωθείται να αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δέκτη και όσων του προσφέρονται απλόχερα. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με αυτόν τον τύπο οικογένειας, θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθησή του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Επίσης οι συγγενείς θα πρέπει να πεισθούν για τις ικανότητες και δυνατότητες του ασθενή να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.
3. Η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φθάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ατελείωτα ξενύχτια δίπλα στον άρρωστο, πάνω σε μια καρέκλα και με όσα άλλα συνεπάγεται αυτό, χωρία να υπάρχει πραγματική ανάγκη του αρρώστου για αυτό.

Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται με έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σκέψη ή συμπεριφορά και έτσι αυτοϋποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας και εξιλέωσης. Επίσης η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

Από μέρους του κοινωνικού λειτουργού απαιτούνται γνώσεις και εμπειρία προκειμένου να μελετήσει και να διαγνώσει τα πραγματικά αίτια ενός τέτοιου τύπου συμπεριφοράς, ώστε να εφαρμόσει την ανάλογη μέθοδο εργασίας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός σε ότι αφορά την ανίχνευση πραγματικών συναισθημάτων, που βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του κοινωνικού περίγυρου. Αυτό το

ξεμπέρδεμα μπορεί να γίνει πολύ οδυνηρό, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το περιβάλλον του. Γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική κατεύθυνση και λεπτός χειρισμός.

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

Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει άρρωστο και συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου, τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σε αυτήν την περίπτωση ο άρρωστος κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατά επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν.

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

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

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

Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σε ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονείται ο εξής κίνδυνος:

Η απόλυτα εξαρτημένη συναισθηματικά και πρακτικά οικογένεια να συνεχίσει να έχει απαιτήσεις από τον άρρωστο, όπως και στο παρελθόν. Να θέλει δηλαδή τον άρρωστο της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές και συναισθηματικές δραστηριότητες. Η ικανοποίηση όλων των απαιτήσεων θα είναι εκτός της σημερινής δυνατότητας του ίδιου να ανταποκριθεί.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με αυτόν τον τύπο οικογένειας είναι να αποδεχθεί η οικογένεια τη νέα πραγματικότητα και να δει τον άνθρωπο της όχι μεν σαν «απόμαχο», αλλά σαν άτομο που έχει και αυτό ανάγκες. Χρειάζεται κατανόηση και συναισθηματική υποστήριξη. Για να γίνει όμως αυτό θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αναπτύξει τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια. Σκοπός αυτή της εργασίας θα είναι η κάλυψη των εσωτερικών αναγκών των μελών της και η κινητοποίηση των δυνάμεων και μηχανισμών ανεξαρτητοποίησης τους.

Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δεν αποτελούν στεγανά, διότι δεν υπάρχει τίποτα το «απόλυτο» και το «στεγανό» στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Είναι ενδεικτικοί τύποι οικογενειών που πρέπει να γνωρίζουν οι ειδικοί επαγγελματίες αυτού του τομέα. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

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

παιδιά όχι για να τον βοηθήσουν αλλά για να του προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη με την παρουσία τους κοντά του.

5.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

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

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

Ένα επόμενο στάδιο δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού είναι η βοήθεια που καλείται να δώσει στον άρρωστο και στην οικογένεια, όσον αφορά την αποδοχή του θανάτου και στη συνέχεια την αποδοχή πένθους. Δεν είναι εύκολη η ιδέα του αποχωρισμού. Η υποστήριξη της οικογένειας προς τον

άρρωστο που πεθαίνει πρέπει να βασίζεται στο σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Καθώς διαπιστώνεται ότι η πορεία προς τον θάνατο είναι μια ψυχοκοινωνική δυναμική διεργασία, έρχεται εδώ ο κοινωνικός λειτουργός με μια ανεπάρκεια παιδείας στον τομέα αυτό, για να προσφέρει στον άρρωστο και την οικογένειά του συμπαράσταση στην αποδοχή του θανάτου και του πένθους. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

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

Με την επιστημονική ανεπάρκεια και τη μηδενική κάλυψη, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να έχει διαρκώς επίγνωση της κατάστασης, ανιδιοτέλειας, και να επιτελεί το έργο του με περισσή αγάπη. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

Είναι σημαντικό έτσι οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τα προσωπικά τους συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια και το θάνατο και να αποδέχονται το θρήνο, καθώς αυτό αποτελεί μέρος της φροντίδας των ασθενών και ιδιαίτερα των νεοπλασματικών ασθενών. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο να υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση γύρω από θέματα που αφορούν την απειλητική αρρώστια, την πορεία προς τον θάνατο και τη φροντίδα του αρρώστου, καθώς και η δυνατότητα κατάλληλης στήριξης για όλους τους επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια της εργασίας τους. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1991)

5.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ο άρρωστος, που πεθαίνει περνάει από κάποια ψυχολογικά στάδια (άγχος, άρνηση, προβολή, παλινδρόμηση, κατάθλιψη, διαπραγμάτευση, αποδοχή), αλλά τα στάδια αυτά δεν βιώνονται κατ' ανάγκη με αυτή τη σειρά, ούτε από όλους τους ασθενείς. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να γνωρίζει ότι η γενική τοποθέτηση απέναντι στην αρρώστια και τον επικείμενο θάνατο εξαρτάται από το χαρακτήρα του αρρώστου, από τα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να συνυπάρχουν τη δεδομένη χρονική στιγμή, καθώς και από τα επαγγελματικά και οικογενειακά προβλήματα της περιόδου εκείνης. Συναφής παράγων είναι η ηλικία, ένας νέος π.χ. δεν μπορεί να πιστέψει εύκολα ότι πρόωρα θα κοπεί «το νήμα της ζωής του» ή αν το πιστέψει πέφτει απότομα σε κατάθλιψη, ένας μεσήλικας αισθάνεται περισσότερο το βάρος των οικογενειακών υποχρεώσεων και αντιδρά με αγανάκτηση για ότι του συμβαίνει ή αντίθετα βρίσκει το σθένος να παλέψει για την επιμήκυνση της επιβίωσης του, ένας υπερήλικας μπορεί να πανικοβληθεί συναισθανόμενος το τέλος εφόσον έχει επεξεργαστεί το συναίσθημα του επερχόμενου θανάτου, να πορευτεί στο θάνατο με αξιοπρέπεια. (Ιωαννίδης και συν., 2006)

Ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου κυριεύεται από ανασφάλεια και φόβο:

- Για το άγνωστο
- Για τον Πόνο, που δυνατόν να μην ελεγχθεί ικανοποιητικά καθιστώντας τον εξαρτώμενο από τα αναλγητικά
- Για τον κίνδυνο να χάσει τον έλεγχο των βασικών λειτουργιών καθιστώντας τον εξαρτώμενο από την οικογένεια και το νοσοκομείο
- Για τις διαπροσωπικές, οικογενειακές, οικονομικές και άλλες επιπτώσεις, που επιφέρει η επιδείνωση της κατάστασης του (Ιωαννίδης και συν., 2006)

Ο κοινωνικός λειτουργός μαζί με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα πρέπει να διαβεβαιώσει τον άρρωστο ότι θα είναι δίπλα του και να ενδυναμώσει την ελπίδα και την πίστη του ασθενή προς το Θεό και τη

μεταθανάτια ζωή, εφ' όσον βέβαια ο ασθενής πιστεύει. Η πιο σημαντική αποστολή όμως είναι η στήριξη της οικογένειας του ασθενή ενθαρρύνοντας την να είναι δίπλα στον άρρωστο μέχρι το τέλος. Παράλληλα, πρέπει να αφήσει την οικογένεια του ασθενή να βιώσει και να εκφράσει τα συναισθήματα πένθους, ενώ παράλληλα ο ίδιος θα πρέπει να επεξεργαστεί σε νοητικό επίπεδο λύσεις για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, που θα προκύψουν μετά το θάνατο του ασθενή (π.χ. αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων, σχολείο, εργασία κλπ., βλ. Ιεροδιακόνου, 2000)

5.6 ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

A. «ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ» ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ ιδρύθηκε το 1976 με σκοπό τότε την ηθική και οικονομική στήριξη των απόρων ασθενών που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο «Μεταξά».

Εξελικτικά έγινε ένας οργανωμένος εθελοντικός φορέας με 1200 μέλη και 160 εκπαιδευμένους εθελοντές. Αποτελεί αναγνωρισμένο Σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ανήκει στις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) και έχει πιστοποιηθεί στο μητρώο των εθελοντικών οργανώσεων στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Διοικείται από 11μελές Διοικητικό Συμβούλιο αποτελούμενο από εθελοντές, έχει Επιστημονική Επιτροπή που σχεδιάζει και εποπτεύει το έργο του, Κοινωνική Υπηρεσία και συνεργάζεται με πολλούς εξωτερικούς συνεργάτες διαφόρων ειδικοτήτων.

Το έργο του προσπαθεί να καλύψει σφαιρικά, σύμφωνα με τις Διεθνείς Αρχές του Εθελοντισμού, το κεφάλαιο «καρκίνος»

Τομείς δράσης του Ομίλου:

- Μετά τη στροφή από τον φιλανθρωπικό χαρακτήρα του Ομίλου σε οργανωμένο εθελοντικό φορέα, ξεκίνησε η εκπαίδευση-εποπτεία των εθελοντών του, στην οποία δε σταμάτησε ποτέ να δίνει ιδιαίτερο βάρος μιας και είναι απαραίτητη για τη σωστή και οργανωμένη λειτουργία του εθελοντικού σώματος.
- Στο παρελθόν ο Όμιλος οργάνωνε προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης και στην παρούσα φάση εστιάζει στην ενημέρωση για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
- Άλλα εθελοντικά προγράμματα που υλοποιούνται είναι η ενδονοσοκομειακή στήριξη ασθενών με καρκίνο (στο Νοσοκομείο «Μεταξά») και ο τομέας εκδηλώσεων.

Προγράμματα:

- Προγράμματα Κλινικής μιας Ημέρας και Ακτινοθεραπευτικής Κλινικής, Νοσοκομείου Μεταξά
- Πρόγραμμα Δανειστικής Βιβλιοθήκης (Νοσοκομείο Μεταξά)
- Πρόγραμμα ασθενών τελικού σταδίου
- Πρόγραμμα εξυπηρέτησης ασθενών (Νοσοκομείο Μεταξά)
- Πρόγραμμα οικονομικής υποστήριξης
- Πρόγραμμα πρόληψης
- Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
- Εκπαίδευση Εθελοντριών

Όλα τα προγράμματα του Ομίλου υλοποιούνται και πλαισιώνονται από εθελοντές. Ο Όμιλος έχει στενή συνεργασία με αντίστοιχους φορείς και συλλόγους και είναι μέλος της ECPC. Διεύρυνε τη λειτουργία του με την ίδρυση δυο παραρτημάτων, ένα στην Πάτρα που λειτουργεί από το 2001 και ένα στο Ηράκλειο Κρήτης που λειτουργεί από το 2007. Επίσης συμμετέχει σε Ευρωπαϊκά προγράμματα. (www.oekk.gr)

B. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ

Ο “Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων” ιδρύθηκε το 1989 με πρωτοβουλία ασθενών που είχαν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου του λάρυγγα και την υποστήριξη εκλεκτών επιστημόνων του Νοσοκομείου Μεταξά. Σήμερα αριθμεί 450 μέλη και 20 εκπαιδευμένους εθελοντές.

Σκοπός του είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, ενθάρρυνση, υποστήριξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των μελών του αλλά και η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου και στην ενημέρωση του κοινού για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα.

Διοικείται από 7μελές Δ.Σ. και έχει 6μελή Επιστημονική Επιτροπή, Επιστημονική Σύμβουλο, Επιστημονικούς Συνεργάτες, μία Κοινωνική Λειτουργό, μία Ψυχολόγο και μία Λογοπεδικό.

Οικονομικά στηρίζεται στη σταθερή επιχορήγηση του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου, στις συνδρομές των μελών και στις δωρεές των φίλων.

Στο Σύλλογο υλοποιούνται τα παρακάτω προγράμματα:

1. Εθελοντικό Πρόγραμμα
Στήριξη στον ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα στο νοσοκομείο που νοσηλεύεται από εθελοντές του Συλλόγου.
2. Πρόγραμμα Ψυχολογικής Στήριξης
 - § Ατομική συμβουλευτική
 - § Συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας
 - § Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης
 - § Βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία.
3. Πρόγραμμα Μάθησης Οισοφαγικής Φώνησης
Δωρεάν διδασκαλία οισοφαγικής φώνησης σε λαρυγγεκτομηθέντες.
4. Πρόγραμμα εκπαίδευσης εθελοντών
Εκπαιδευτικό σεμινάριο 8 εβδομάδων για τους νέους εθελοντές του Συλλόγου
5. Πρόγραμμα Ενημέρωσης

Σωστή και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά, εργασιακά κ.λπ.

6. Πρόγραμμα Πρόληψης-Εγκαιρης Διάγνωσης

Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα πρόληψης-έγκαιρης διάγνωσης του Καρκίνου του Λάρυγγα.

7. Συμμετοχή σε Επιστημονικά Συνέδρια, Σεμινάρια, Συμπόσια

8. Συνεργασία με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (www.oekk.gr)

Γ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Καρκίνο

Η διαπίστωση της ανάγκης του ατόμου που πάσχει από καρκίνο, για συνεχή βοήθεια και υποστήριξη και πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο, οδήγησε την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στην οργάνωση του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο τον Ιανουάριο του 1983.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο, ως φορέας εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης ατόμων που πάσχουν από καρκίνο βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει υπεύθυνα το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Στο πρόγραμμα αποκατάστασης μπορεί να απευθυνθεί κάθε άτομο που πάσχει από καρκίνο, ανεξάρτητα από οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, φύλο, ηλικία και εντόπιση της νόσου με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση και τη διάγνωση της αρρώστιας. Από το 1983 που ξεκίνησε να λειτουργεί το πρόγραμμα 550 άτομα μέχρι σήμερα ένωσαν την ανάγκη να μοιραστούν τα προβλήματά τους τόσο με τους ειδικούς επιστήμονες του κέντρου όσο και μεταξύ τους. Έτσι δίνοντας και παίρνοντας έμαθαν ότι ο καρκίνος δε σημαίνει υποχρεωτικά το τέλος της ζωής αλλά μπορούν όλα τα

άτομα με καρκίνο να αγωνιστούν για μια καλύτερη ποιότητα αυτής. Οι υπηρεσίες του κέντρου στο άτομο παρέχονται δωρεάν.

Σκοπός του προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο που πάσχει από καρκίνο.

Η παρακολούθηση των ατόμων-μελών του προγράμματος γίνεται με τη βοήθεια ειδικών επιστημόνων συγκεκριμένα Κλινικού Ψυχολόγου και Κοινωνικών Λειτουργών, μέσα από ατομικές, ομαδικές συναντήσεις και κοινωνικές δραστηριότητες.

Η μεγαλύτερη έμφαση στο τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων στο Κέντρο αποκατάστασης δίνεται στις ομάδες. Οι ομάδες που λειτουργούν στο κέντρο είναι κλειστές και συναντιούνται κάθε εβδομάδα σε τακτικές μέρες και ώρες. Η κάθε ομάδα περιλαμβάνει 6-8 άτομα σε σταθερή βάση.

Αυτή τη στιγμή στο Κέντρο λειτουργούν οι εξής ομάδες:

1. Ομάδες Υποστήριξης
2. Ομάδες Σεμιναρίου
3. Ομάδες Εκμάθησης Οισοφαγικής Φωνής και
4. Ομάδα εθελοντισμού.

Εκτός από τη δουλειά με τις ομάδες, αντιμετωπίζονται επίσης περιστατικά σε ατομική βάση. Οι προαναφερόμενοι, είτε δεν μπορούν να ενταχθούν για διάφορους λόγους σε ομάδες είτε είναι άτομα που προετοιμάζονται να ενταχθούν σε αυτές. Σε ατομική ή ομαδική βάση αντιμετωπίζονται επίσης και άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς.

Τα άτομα μπορούν να απευθυνθούν στο Κέντρο με οποιοδήποτε ψυχοκοινωνικό πρόβλημα νιώθουν τα ίδια ή τους δημιούργησε η αρρώστια ή αντιμετωπίζουν μετά από αυτήν.

Οι Κοινωνικές Δραστηριότητες, έχουν σαν σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της απομόνωσης που συχνά παρατηρείται μετά την ασθένεια και την συμβολή στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου.

Οι Κοινωνικές Δραστηριότητες πραγματοποιούνται μέσα από την διασύνδεση των ατόμων με προγράμματα φορέων και οργανισμών, ΧΕΝ, ΟΑΕΔ κ.λπ. και την ενημέρωσή τους σε τακτά διαστήματα γι' αυτά όπως επίσης και μέσα από τις δραστηριότητες που οργανώνονται από το Κέντρο (Εκδρομές, θερινές διακοπές, ανοιχτές συγκεντρώσεις στο χώρο του προγράμματος). (www.cancer-society.gr)

Δ. «ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ» ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Σκοπός του Πανελληνίου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, ενθάρρυνση, υποστήριξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των μελών του καθώς και η συμβολή του στην ενημέρωση της Ελληνίδας για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και στην απομυθοποίηση του καρκίνου. Ο Σύλλογος διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο και έχει 7μελή Επιστημονική Επιτροπή, Επιστημονική σύμβουλο, Επιστημονικούς Συνεργάτες, Κοινωνική Λειτουργό, Ψυχολόγο και γραμματέα. Αριθμεί 550 μέλη και 50 εκπαιδευμένες εθελόντριες και είναι μέλος του «Reach to Recovery International». Οικονομικά στηρίζεται στις συνδρομές των μελών και στις δωρεές των φίλων.

Στο Σύλλογο υλοποιούνται τα παρακάτω προγράμματα:

- Το εθελοντικό Πρόγραμμα (συναισθηματική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο μαστού στο νοσοκομείο που νοσηλεύονται).
- Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Εθελοντριών (εκπαιδευτικό σεμινάριο διάρκειας 8 εβδομάδων για τις νέες εθελόντριες του Συλλόγου με βιωματικό περιεχόμενο).
- Πρόγραμμα Ψυχολογικής Στήριξης (ατομική συμβουλευτική, συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας, ομάδες ψυχολογικής στήριξης, βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και την επικοινωνία).

- Πρόγραμμα Ενημέρωσης (τεκμηριωμένη και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά, εργασιακά, κ.τ.λ.).
- Πρόγραμμα Πρόληψης - Έγκαιρης Διάγνωσης (ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα πρόληψης – έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού).
- Ερευνητικό Πρόγραμμα (στοχεύει στην ανίχνευση των αναγκών και των προβλημάτων της γυναίκας με καρκίνο του μαστού). (www.breastcancerhellas.gr)

Ε. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών είναι μια επιστημονική, μη κερδοσκοπική εταιρεία που ιδρύθηκε το 1997 από επιστήμονες που εργάζονται με ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πόνο ή βρίσκονται στο τελικό στάδιο κάποιας νόσου. Ο σκοπός μας είναι να προάγουμε τη φροντίδα των ανθρώπων αυτών, να ευαισθητοποιήσουμε την Πολιτεία πάνω σε θέματα που άπτονται της Παρηγορητικής Φροντίδας και να βοηθήσουμε με κάθε τρόπο την επιστημονική έρευνα που γίνεται στην Παγκόσμια Κοινότητα γύρω από τον χρόνιο πόνο και την αγωγή των ασθενών τελικού σταδίου.

Η Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής Αγωγής Καρκινοπαθών και μη Ασθενών ιδρύθηκε με τους παρακάτω στόχους:

- Την ενημέρωση του κοινού όσον αφορά το χρόνιο πόνο και τις νόσους τελικού σταδίου
- Την διάδοση των γνώσεων που υπάρχουν σήμερα σε σχέση με τους τομείς αυτούς
- Την ενεργό μας συμμετοχή στη μελέτη της παρηγορητικής και συμπτωματικής φροντίδας
- Την ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων με άλλες επιστημονικές εταιρείες και/ή οργανισμούς με παρόμοιους στόχους, και

- Την προώθηση των πιο πρόσφατων εξελίξεων στους τομείς της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο κάποιας νόσου.

Η Εταιρεία όμως μπορεί να βοηθήσει όσους πάσχουν από χρόνιο πόνο ή ενδιαφέρονται για την Παρηγορητική Φροντίδα, με τους εξής τρόπους:

- Ενημερώνοντας τους ασθενείς και/ή τις οικογένειές τους για τις υπηρεσίες Παρηγορητικής Φροντίδας που παρέχονται από τα ασφαλιστικά Ταμεία στη χώρα μας
- Συστήνοντας το κατάλληλο για κάθε περίπτωση κέντρο Παρηγορητικής και/ή Συμπτωματικής Φροντίδας
- Φροντίζοντας να ικανοποιηθούν κοινωνικές ανάγκες, όπως η παροχή κατ' οίκον συντροφιάς, από εθελοντές που συνεργάζονται με την Εταιρεία μας
- Φέρνοντας τους εθελοντές σε επαφή με τα άτομα που τους έχουν ανάγκη, και τέλος
- Παραμένοντας ανοιχτοί σε κάθε πρόταση ή συνεργασία που προάγει τους στόχους μας. (www.grpalliative.org)

ΣΤ. ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ

Το ίδρυμα Τζένη Καρέζη ιδρύθηκε για να τιμηθεί η μνήμη της Μεγάλης ηθοποιού του Ελληνικού Θεάτρου και κινηματογράφου που έφυγε από κοντά μας τον Ιούλιο του 1992. Θύμα και αυτή του καρκίνου, θαύμαζε τον κλάδο της Ιατρικής Επιστήμης για την αντιμετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών και το έργο των εξειδικευμένων ιατρών και ψυχολόγων, που βοήθησαν και την ίδια ανακουφίζοντας την από τους πόνους. Ήταν επιθυμία της να αναπτυχθεί αυτός ο κλάδος ώστε και άλλοι συνάνθρωποι της να ανακουφιστούν από τους πόνους της ασθένειας και να ζήσουν με αξιοπρέπεια.

Αντικείμενο του ιδρύματος είναι η ανακούφιση του πόνου και η παρηγορητική αγωγή σε ασθενείς με καρκίνο και άλλες καταληκτικές ασθένειες. Σκοπός είναι επίσης η δημιουργία περισσότερων κέντρων

Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας. (www.webhellas.net/karezi)

Z. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ» ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ» ιδρύθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας το Μάρτιο του 2002, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς και των οικογενειών τους. Είναι ένα ανεξάρτητο εξωνοσοκομειακό κέντρο που επιχορηγείται από δημόσιους και ιδιωτικούς χορηγούς.

Από τη δημιουργία του μέχρι και σήμερα, το Κέντρο έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περισσότερα από 1800 άτομα, παρέχοντας ενημέρωση και υποστήριξη σχετικά με ζητήματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Στο ιδιαίτερα φιλικό και ευχάριστο περιβάλλον του Κέντρου καταρτισμένοι ψυχολόγοι παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης με ραντεβού, τηρώντας τις αρχές του ιατρικού απορρήτου. Παράλληλα, τα στελέχη του Κέντρου παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη τηλεφωνικά, αγκαλιάζοντας ασθενείς που βρίσκονται στην επαρχία ή δεν μπορούν να μετακινηθούν.

Το προσωπικό του Κέντρου «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ», με γνώση και ευαισθησία, βοηθά τις γυναίκες και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν προσωπικά, κοινωνικά αλλά και εργασιακά προβλήματα, καθώς και να διευθετήσουν καθημερινές δραστηριότητες που επηρεάζονται από την εμφάνιση και τις συνέπειες της συγκεκριμένης νόσου.

Συγκεκριμένα απευθύνεται:

- Σε όλες τις γυναίκες με πρόσφατη διάγνωση της νόσου
- Σε όλες τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και ακολουθούν θεραπευτική αγωγή

- Σε όλες τις γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας
- Σε όλες τις γυναίκες που θέλουν να ενημερωθούν για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού
- Στα άτομα του στενού οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος

Το Κέντρο προσφέρει, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση:

- Ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο
- Ατομική ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε γυναίκες με προβλήματα καρκίνου του μαστού
- Ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη στις οικογένειές τους τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όσο και μετά
- Υποστήριξη στη διαδικασία της επανένταξης στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον
- Δυνατότητα γνωριμίας και επαφής με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα
- Πολιτιστικές εκδηλώσεις και άλλες δραστηριότητες, ημερίδες, εορταστικές εκδηλώσεις, bazaars, συναυλίες, εκθέσεις ζωγραφικής, κ.λπ.

Το κέντρο λειτουργεί Δευτέρα έως Παρασκευή από 9.00 έως 17.00
(www.mastologia.gr)

Η. «ΦΛΟΓΑ»: ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η ΦΛΟΓΑ είναι ο σύλλογος των γονέων με παιδιά που πάσχουν από καρκίνο. Μετά από 25 χρόνια λειτουργίας της, μπορεί να επιδείξει ένα ιδιαίτερα σημαντικό έργο που στοχεύει στην καλύτερη δυνατή ιατρική, ψυχική και κοινωνική φροντίδα αυτών των παιδιών. Σαν σύλλογος μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, η δράση της βασίζεται στην εθελοντική εργασία των μελών της και στην υποστήριξη των φίλων της.

Γιατί υπάρχει η ΦΛΟΓΑ

- Για να υποστηρίξει τα παιδιά που αγωνίζονται για τη ζωή και την υγεία τους.
- Για να συμπαραστέκεται στους γονείς που βρίσκονται ξαφνικά αντιμέτωποι με τον καρκίνο.
- Για να παρεμβαίνει στις διοικήσεις των νοσοκομείων και στους αρμόδιους φορείς της πολιτείας ώστε να εξασφαλιστούν οι απαιτούμενες συνθήκες νοσηλείας και θεραπείας των παιδιών.
- Για να ενημερώνει υπεύθυνα σχετικά με τις εφαρμοζόμενες θεραπείες και την πρόοδο της έρευνας ενάντια στον καρκίνο πάντα σε συνεργασία με τα επιστημονικά κέντρα της χώρας και του εξωτερικού.
- Για να εξασφαλίζει μέσα από το κοινωνικό ταμείο που διαθέτει, τις ανάγκες διαβίωσης και ιατρικών εξετάσεων των κοινωνικά ασθενέστερα οικογενειών.
- Για να οργανώνει ημερίδες, ομιλίες και εκδηλώσεις πανελλαδικά, με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών για τον αγώνα των παιδιών με καρκίνο.

Ο Ξενώνας της ΦΛΟΓΑΣ

Μέσα στο 2002 ξεκίνησε η λειτουργία του Ξενώνα της ΦΛΟΓΑΣ και ένα κτίριο 1000 τ.μ. είναι διαθέσιμο να φιλοξενεί 25 οικογένειες από την επαρχία κατά την διάρκεια της υποχρεωτικής παραμονής τους στην Αθήνα, ενώ η βασική θεραπεία του παιδιού εξελίσσεται.

Το κτίριο βρίσκεται κοντά στα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας και εξασφαλίζει στα παιδιά άριστες συνθήκες διαμονής. Παράλληλα με τη βοήθεια ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και παιγνιοθεραπευτών, τα παιδιά ενισχύονται ψυχολογικά, ώστε η εξέλιξη της θεραπευτικής τους πορείας να είναι η καλύτερη δυνατή.

Πώς μπορείτε να βοηθήσετε τη ΦΛΟΓΑ

Κάθε μορφή υποστήριξης δεν είναι απλά ευπρόσδεκτη αλλά πραγματικά πολύτιμη για την επίτευξη των στόχων της.

Ενισχύστε οικονομικά τις προσπάθειες της ΦΛΟΓΑΣ καταθέτοντας οποιοδήποτε ποσό μπορείτε στους λογαριασμούς που δημιουργήθηκαν για το σκοπό αυτό:

- Εθνική Τράπεζα: 169/747403-22
- Aspis Bank: 102-03-0001140
- Τράπεζα Πειραιώς: 5015-015584-128

Οι φίλοι της ΦΛΟΓΑΣ λένε ότι: «η δουλειά στη Φλόγα είναι μια πρόκληση, είναι σκληρή μα και γεμάτη συναισθήματα. Σε αυτή δοκιμάζεται η γενναιότητα και η ανθρωπιά».

Η ΦΛΟΓΑ αγωνίζεται

- Για τα δικαιώματα των παιδιών στην υγεία και στη ζωή, τη φροντίδα των παιδιών με καρκίνο.
- Για τη δημιουργία θεσμών που να σέβονται των αγώνα και την αξιοπρέπεια των παιδιών και των οικογενειών τους.

ΒΟΛΟΣ: Δημοτικό Σχολείο Ν. Ιωνίας, Τηλ.: 2420 1085738, 2420 1080550

ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑ: Ελ. Βενιζέλου, Πάροδος Ολύμπου 6, Τηλ.: 2660 5022780, 2660 5023280

ΚΕΡΚΥΡΑ: Πλατεία Γεωργίου Θεοτόκη 7, Τηλ.: 2660 1032674

ΠΑΤΡΑ: Φιλοποίμενος 28, Τηλ.: 2610 276021, 2610 434536
(www.floga.org.gr)

Θ. ΜΕΡΙΜΝΑ

Η Μέριμνα είναι μη κερδοσκοπική εταιρεία με κύριο σκοπό την φροντίδα παιδιών και οικογενειών που αντιμετωπίζουν μια σοβαρή αρρώστια, μια απώλεια ή το θάνατο.

Η εταιρεία ιδρύθηκε το 1995 από εννέα έμπειρους επιστήμονες από τον ευρύτερο χώρο της υγείας και της παιδείας, οι οποίοι λειτουργούν

διεπιστημονικά και προσφέρουν εθελοντικό έργο για την υλοποίηση των σκοπών της μέριμνας.

Οι σκοποί της Μέριμνας

- Η παροχή υπηρεσιών στο παιδί που πενθεί την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή που το ίδιο απειλείται από σοβαρή αρρώστια.
- Η εξειδικευμένη κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και παιδείας στη στήριξη παιδιών που βιώνουν εμπειρίες αρρώστιας, απώλειας ή θανάτου.
- Η ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας σε θέματα που αφορούν τη ζωή, τη σοβαρή αρρώστια και το θάνατο.
- Η έρευνα σε θέματα που αφορούν τις επιπτώσεις της βαριάς αρρώστιας και του θανάτου στη ζωή των παιδιών και των οικογενειών τους.

Οι δραστηριότητες της Μέριμνας εστιάζονται κυρίως σε τρεις τομείς:

- Συμβουλευτικό κέντρο
- Προγράμματα κατάρτισης
- Συμπόσια – σεμινάρια (www.merimna.org.gr)

I. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ

Η προσπάθεια αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου ξεκίνησε εθελοντικά το 1987 και μέσα από αντίξοες συνθήκες τελικά θεσμοθετήθηκε στη συνείδηση του νοσοκομείου για να ανακουφίσει πλήθος ασθενών.

Στόχοι του ιατρείου πόνου είναι:

- Ανακούφιση από τον πόνο
- Παροχή βοήθειας για την καλύτερη αξιοποίηση των λειτουργικών δραστηριοτήτων
- Επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς
- Επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

5.7 ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

- Στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης αρκετά κέντρα ψυχικής υγείας το τελευταίο χρονικό διάστημα κάνουν ανοίγματα σε ογκολογικά νοσοκομεία για μια διεπιστημονική ενημέρωση και συνεργασία. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας θα γίνουν σεμινάρια στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και στους κοινωνικούς λειτουργούς.
- Οι γιατροί θα ασκηθούν σε τρόπους ενημέρωσης των ασθενών για την αρρώστια τους, γιατί μέχρι τώρα απέφευγαν να ενημερώνουν τους ασθενείς για τον καρκίνο τους γιατί δεν είχαν τρόπους και γνώσεις να χειριστούν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που προκύπτει από την ενημέρωση.
- Οι νοσηλευτές να μάθουν δεξιότητες έτσι ώστε να διευκολύνουν τη ζωή των ογκολογικών ασθενών μέσα στο νοσοκομείο και να είναι αποτελεσματικότερες οι νοσηλευτικές πράξεις.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα έχουν αντικείμενο δουλειάς πλέον και δεν θα παίζουν κρυφτούλι με τον άρρωστο (σήμερα είστε καλύτερα, αύριο θα είστε καλύτερα...). Θα έχουν πλέον να αντιμετωπίσουν συναισθήματα που προκύπτουν από την ανακοίνωση της διάγνωσης τα οποία στην αρχή τους είναι πολύ σκληρά. Ο ογκολογικός άρρωστος χάνει τη γη απ' τα πόδια του, γιατί απειλείται η ζωή του. Απ' τη μια μέρα στην άλλη πολλά αλλάζουν. Μια διεργασία πένθους και απώλειας σε όλα τα στάδια περνάει από μπροστά του (άρνηση, θυμός, παζάρεμα κ.λπ.). Πολλοί άρρωστοι θα βγουν από αυτή την κατάσταση εύκολα, άλλοι όχι. Εκεί χρειάζεται η δουλειά και η συνεργασία με έναν πιο ειδικό επιστήμονα. Πώς όμως θα το κρίνουμε; Εδώ ακριβώς το κέντρο ψυχικής υγείας θα μας εφοδιάσει με ειδικά ερωτηματολόγια που θα αναδεικνύουν το περιστατικό που θέλει περισσότερη και πιο ειδική δουλειά. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ασθενών που παρουσιάζει στην οξεία φάση της διάγνωσης από αυτοκτονικότητα έως στην καλύτερη περίπτωση κατάθλιψη. Αυτά ακριβώς θα προσπαθήσουμε να αποφύγουμε με την διεπιστημονική συνεργασία. Τα ανοίγματα αυτά των κέντρων ψυχικής υγείας είναι πρωτότυπα και πρωτοποριακά και

ευχόμαστε να λειτουργήσουν προς όφελος των ασθενών και προς διευκόλυνση των επαγγελματιών.

5.8 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

**Το κάπνισμα
μπορεί να σκοτώσει**

Ο Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου πρωτοσυντάχθηκε το 1987 και αναθεωρήθηκε το 1997 με βάση την εμπειρία και τα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία από ομάδα εμπειρογνομόνων για τον καρκίνο από ολόκληρη την Ευρώπη. Οι δέκα συστάσεις που απαρτίζουν τον κώδικα αποσκοπούν στη μείωση των περιστατικών καρκίνου και της θνησιμότητας από αυτόν, οδηγώντας παράλληλα σε βελτίωση της γενικότερης κατάστασης από πλευράς υγείας με την υιοθέτηση ενός υγιεινότερου τρόπου ζωής. Με άλλα λόγια, ο κώδικας αναμένεται να συμβάλει στην επίτευξη του κοινοτικού στόχου της εξασφάλισης υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας, όπως αυτός καθορίζεται στο άρθρο 129 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο καρκίνος σήμερα αποτελεί τη δεύτερη κατά συχνότητα ομάδα αιτιών θανάτου στον ευρωπαϊκό πληθυσμό ηλικίας 35 έως 64 ετών.

Οι 10 συστάσεις του Ευρωπαϊκού κώδικα κατά του καρκίνου

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

οδηγίες υγείας και ασφάλειας για ουσίες που μπορεί να είναι καρκινογόνες.

Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν εάν ανιχνευθούν εγκαίρως.

7. Επισκεφθείτε ένα γιατρό μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μια πληγή που δεν επουλώνεται (και στο στόμα ακόμη), μια κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα, ή μια μη φυσιολογική αιμορραγία.
8. Επισκεφθείτε ένα γιατρό εάν αντιμετωπίζετε επίμονα προβλήματα, όπως επίμονος βήχας, επίμονη βραχνάδα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της ούρησης, ή ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Για τις γυναίκες

9. Να κάνετε τακτική εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
10. Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, εάν είστε άνω από 50 ετών. (Αποστολόπουλος, 2003)

5.9 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

1. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
2. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης της φροντίδας και προσοχής των μελών του προσωπικού υγείας, ακόμα και όταν ο στόχος δεν είναι πλέον η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση και η υποστήριξη.
3. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης εξειδικευμένης φροντίδας που του παρέχει ικανό προσωπικό, ευαισθητοποιημένο τόσο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει, όσο και στις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού του περιβάλλοντος.
4. Το δικαίωμα να ανακουφίζεται –όσο είναι εφικτό- από ενδεχόμενο οργανικό πόνο.
5. Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος.
6. Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που προβάλλει και να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν.
7. Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητα του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο, χωρίς να κρίνεται για αυτά.
8. Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του, οποιαδήποτε και αν είναι η μορφή και το περιεχόμενο της.
9. Το δικαίωμα να βρίσκει κατάλληλη ανταπόκριση στις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες.
10. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ζει, που έχει συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. (Ρηγάτος, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αυτή μας έδωσε τη δυνατότητα να ερευνήσουμε ένα θέμα που αποτελεί μάλιστα της σημερινής κοινωνίας, το θέμα της ασθένειας του καρκίνου. Μιας ασθένειας που για τους περισσότερους από μας είναι συνώνυμη με το θάνατο. Μέσα από τη μελέτη αυτή καταφέραμε να την απομυθοποιήσουμε, διαπιστώνοντας ότι καρκίνος πλέον δεν σημαίνει απαραίτητα και θάνατος. Η ασθένεια αυτή μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπισθεί. Παρακάτω παραθέτονται τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η Ψυχοκοινωνική Ογκολογία συμπερασματικά είναι μια αντίληψη η οποία εκτός από τους βιολογικούς, συνεκτιμά και τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες σε σχέση με την παθογένεση, τη διαδρομή και τη θεραπεία του καρκίνου.
- Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση προσφέρει στον ογκολογικό ασθενή μία καλύτερη ποιότητα ζωής, έτσι ώστε να μην αντιμετωπίζει τον καρκίνο σαν μια ασθένεια που τον οδηγεί στον θάνατο αλλά σαν μια ασθένεια που να μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπισθεί.
- Μέσω της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης ο ογκολογικός ασθενής δημιουργεί μία άλλη άποψη όσον αφορά την ασθένειά του με αποτέλεσμα την αλλαγή της συναισθηματικής κατάστασης στην οποία βρισκότανε.
- Ο ογκολογικός ασθενής μέσω της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης αποδέχεται την νέα εικόνα του σώματός του όπως διαμορφώθηκε μετά την θεραπεία.
- Η διάγνωση της νόσου επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή των ασθενών. Αρχικά η φύση της απειλητικής αρρώστιας για τη ζωή των ασθενών, η ελλιπής πληροφόρηση, το στίγμα, ο φόβος του πόνου και του θανάτου και έπειτα φυσικά οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, επιδρούν με πολλαπλούς τρόπους επηρεάζοντας το σωματικό, ψυχολογικό, πνευματικό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

- Η οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο. Η αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη τη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας και έχει επιπτώσεις σε εργασιακές, οικονομικές, προσωπικές πτυχές της ζωής και των υπόλοιπων μελών. Ο κοινωνικός λειτουργός παρών και σε αυτή τη φάση για τη φροντίδα, τη στήριξη του ασθενή ώστε να αποτρέψει όσο το δυνατόν περισσότερο την πυροδότηση των αντιδράσεων των μελών, να επεξεργαστεί και να ελέγξει τα προσωπικά του συναισθήματα στη διεργασία του θανάτου του ασθενούς.
- Η ποιότητα ζωής είναι μία παράμετρος η οποία πρέπει να συνεκτιμάται μαζί με τις άλλες παραμέτρους κατά την αντιμετώπιση του καρκίνου. Παρότι βασικός στόχος πρέπει να παραμένει η ίαση, η μέριμνα για την ποιότητα ζωής δεν πρέπει να παραβλέπεται και να επιδιώκεται η ταυτόχρονη επίτευξη της μακριότερης επιβίωσης για την καλύτερη ποιότητα ζωής.
- Ο κοινωνικός λειτουργός, απαραίτητος επαγγελματίας στη διεπιστημονική ομάδα φροντίδας του νεοπλασματικού ασθενούς, πρέπει να τον στηρίζει συναισθηματικά. Έτσι θα τον βοηθήσει να εξοικειωθεί με την ασθένεια και θα αγωνισθεί θετικά για τη ζωή του, σε συνεργασία με τον γιατρό και τη διεπιστημονική ομάδα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Αρχικά θεωρούμε πως κύριο μέλημα όλων των επαγγελματιών θα πρέπει να είναι η παροχή βοήθειας στον καρκινοπαθή για να αρχίσει να ζει με τη γνώση της σοβαρότητας της ασθένειάς του και των συνεπειών της. Αυτό βέβαια προϋποθέτει ετοιμότητα από την πλευρά του προσωπικού για άμεση αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων που επιφέρει η γνώση μιας τέτοιας ασθένειας.
2. Δεν υπάρχει πολιτική πρόληψης, όσον αφορά το κάπνισμα, το κράτος το αντιμετωπίζει ανεκτικά και ο καπνιστής απολαμβάνει ασυλία σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες ακόμη και στο νοσοκομείο.
3. Όπως αναφέραμε και στο θεωρητικό μέρος της έρευνάς μας, η ψυχολογία του ασθενή είναι ο κυριότερος παράγοντας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου. Σημαντικό λοιπόν, θεωρούμε τη βελτίωση των συνθηκών κάτω από τις οποίες νοσηλεύονται οι ασθενείς στα νοσοκομεία για παράδειγμα μείωση των κλινών στα δωμάτια και ενίσχυση των υποδομών και ιατρικών μηχανημάτων στα νοσοκομεία.
4. Στον καρκινοπαθή πρέπει να παρέχεται κατάλληλη βοήθεια ώστε να ξεπερνάει τόσο τους σωματικούς πόνους που επιφέρουν οι εγχειρήσεις και οι χημειοθεραπείες όσο και τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται από την χρόνια αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας.
5. Θεωρούμε απαραίτητο ότι ο καρκινοπαθής θα πρέπει να βοηθηθεί από το επιστημονικό προσωπικό να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες της ζωής του που επιβάλλει η ίδια του η ασθένεια. Οι συνεχείς επισκέψεις στο νοσοκομείο καθώς και η υποβολή του σε εγχειρήσεις και χημειοθεραπείας αλλοιώνουν την ποιότητα ζωής του όταν αυτός αφήνεται μόνος του. Η συνεχής όμως υποστήριξη από εξειδικευμένο προσωπικό θα τον βοηθήσουν ώστε να λειτουργεί όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά.
6. Μια άλλη πρόταση που θεωρούμε σημαντική είναι ότι οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τόσο σοβαρά θέματα όπως ο καρκίνος θα πρέπει να κατανοούν αρχικά τα δικά τους συναισθήματα πάνω στη συγκεκριμένη ασθένεια για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα και τις άμυνες των καρκινοπαθών για να τους βοηθήσουν πιο αποτελεσματικά. Μιλάμε εδώ για αυτογνωσία των ίδιων των επαγγελματιών.

7. Θεωρούμε απόλυτα αναγκαίο την ενίσχυση των νοσοκομείων με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας οι οποίοι θα είναι εξειδικευμένοι πάνω στο θέμα της αντιμετώπισης των καρκινοπαθών έτσι ώστε να παρέχουν τη σωστή ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται αυτοί οι ασθενείς.
8. Τέλος, απαραίτητη κρίνουμε την πληρέστερη ενημέρωση των πολιτών σε θέματα πρόληψης και έγκυρης διάγνωσης του καρκίνου.

BIBΛIOΓPAΦIA

1. **Αποστολόπουλος Απ. (2003):** «ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ», αγωγή υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις για τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας, Πάτρα
2. **Dolinger Malin, M.D., Rosenbaum Ernest, M.D., Cable Greg. (1992):** «Ο Καρκίνος», Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή Αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους, Εκδόσεις ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Αθήνα
3. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (1991):** επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του καρκίνου», σεμινάριο νοσηλευτών, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Αθήνα
4. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (1991):** Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών με θέμα: «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», Αθήνα
5. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2001):** Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών/των Ελλάδος, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας», Περίοδος Απρίλιος-Ιούνιος 2000, Αθήνα
6. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2003):** «Εκπαίδευση εκπαιδευτών», Μάρτιος- Ιούνιος, Αθήνα
7. **Ζουρλάς ΑΠ. Επ. καθηγητής (1986):** «Μαθήματα μαιευτικής – γυναικολογίας» Μαιευτική και γυναικολογική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκδόσεις Λύχνος. Αθήνα
8. **Ιεροδιακόνου Χ.Σ. (2000):** «Ψυχιατρικές γνώσεις για κάθε εφαρμογή από κάθε ιατρό: πρακτικός οδηγός ψυχοσωματικής θεραπευτικής», εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη
9. **Ιωαννίδης Γ.Ν., Αρδαβάνης Α., Ρηγάτος Γ. (2006):** «Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου από τη σκοπιά του Παθολόγου - Ογκολόγου», Βήμα Κλινικής Ογκολογίας, τ.5, τ.3: 262-272

10. **Κατράκη Λ. Γιώργο (1980):** «Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο», Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής (βιβλίο 2^ο), Αθήνα
11. **Κωνσταντίνος Σ. Παπαδημητρίου (1988):** «Γενική Παθολογία και παθολογική ανατομική», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
12. **Κορδιόλης Ν. (1992):** «Καρκίνος και πόνος – Μύθοι και Πραγματικότητα», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα
13. **Μαλγαρίνου – Κωνσταντινίδου (1995):** Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική Β', μέρος 2^ο, Εκδόσεις: 'Η Ταβιθά' Σ.Α., Αθήνα
14. **Νικολάου Καδρεβιώτου (1983):** «Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής φυσιολογίας», (1^{ος} τόμος), Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα
15. **Ρίς Γκ. Τζ. Γκάρετ (2000):** Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, Οικογενειακός ιατρικός οδηγός, «Καρκίνος, συμπτώματα, εξετάσεις, διάγνωση, θεραπεία, αυτοβοήθεια, τρόπος ζωής», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Α.Ε., Αθήνα
16. **Ρηγάτος Α. Γεράσιμος (1985):** «Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία», Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα
17. **Ρηγάτος Α. Γεράσιμος (2000):** «Ψυχοκοινωνική Ογκολογία», Εκδόσεις ASCENT, Αθήνα
18. **Ρηγάτος Α. Γεράσιμος (2006):** «Εγκόλπιο Ογκολογίας», Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις ASCENT, Αθήνα
19. **Σαπουντζή-Κρέπτα Δέσποινα (1998):** «Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική φροντίδα» Μια ολιστική προσέγγιση, Εκδόσεις ΈΛΛΗΝ, Αθήνα
20. **Σολδάτος Κ.Ρ., Σακκάς Π.Ν., Μπεργιαννάκη Ι.Δ. (1986):** Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Στο βιβλίο «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο». Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου. Εκδ. 'Φλόγα', σελ. 41-46
21. **Σπηλιώτης Ιωάννης (1999):** «Καρκίνος. "Από την άγνοια...στον φόβο"», Εκδόσεις Αχαϊκές, Πάτρα
22. **Haagedoom E., Oldhoff J., Bender W., Clarke W., Sleijer D. (2004):** «Βασικές γνώσεις Ογκολογίας», Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα

- 23. Kubler-Ross E. (1979):** On death and dying. Mc Millan Co, New York 1969. Ελληνική έκδοση με τίτλο «Αυτός που πεθαίνει», Μετάφραση Δρ. Μιχαηλίδης, Εκδόσεις Ταμασός, Λευκωσία
- 24. Rogers, Carl. (1996):** Counseling and psychotherapy, Boston, Houghton Mifflin Co In Malikiosi, M. Συμβουλευτική Ψυχολογία, Αθήνα
- 25. Wilhelm Reich (1997):** «Η βιοπάθεια του Καρκίνου» Μετάφραση Κων. Θεοδωρήμπαση, Εκδόσεις Άκμων Ιούλιος

INTERNET

- bestrong.org.gr
- www.onhealth.gr
- www.greekurology.gr
- <http://uronet.gr>
- Health.in.gr
- www.medlook.net
- www.bococ.org.cy
- Stefanogiannis.blogspot.com
- www.oekk.gr
- www.floga.org.gr
- www.merimna.org.gr
- www.webhellas.net/karezi
- www.cancer-society.gr
- www.breastcancerhellas.gr
- www.grpalliative.org
- www.mastologia.gr

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Υγεία, δράση + ζωή: «Επίθεση στον καρκίνο», Ειδική Έκδοση «ΤΑ ΝΕΑ», 29/10/2007

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Παραθέτουμε ορισμένα από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. Είναι σχεδιασμένα έτσι, ώστε να συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ασθενή. Σε περίπτωση δυσκολιών καταγραφής, τις απαντήσεις του ασθενούς μπορεί να καταγράψει συγγενικό του ή άλλο πρόσωπο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

(Lanham R.J., DiGiannantonio A.F., 1988)

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------|--------------------|
| 1. Αίσθημα ευεξίας | Αισθάνομαι άσχημα | 0 _____ _____ 10 | Αισθάνομαι υπέροχα |
| 2. Διάθεση | Αισθάνομαι άκεφος | 0 _____ _____ 10 | Έχω πολύ κέφι |
| 3. Δραστηριότητα | Δεν κάνω τίποτε | 0 _____ _____ 10 | Πολύ δραστήριος |
| 4. Πόνο | Ανυπόφορος πόνος | 0 _____ _____ 10 | Καθόλου πόνος |
| 5. Ναυτία | Συνεχής ναυτία | 0 _____ _____ 10 | Καθόλου ναυτία |
| 6. Όρεξη | Αδιάφορος για φαγητό | 0 _____ _____ 10 | Τα τρώω όλα |
| 7. Ικανότητα εκτέλεσης (δουλειά, σπίτι κ.λπ.) | Δεν μπορώ να κάνω τίποτε | 0 _____ _____ 10 | Κάνω ότι θέλω |
| 8. Κοινωνική δραστηριότητα | Δεν βγαίνω ποτέ έξω | 0 _____ _____ 10 | Βγαίνω, όταν θέλω |
| 9. Επίπεδα άγχους | Πολύ ανήσυχος | 0 _____ _____ 10 | Γενικά αδιάφορος |
| 10. Η θεραπεία βοηθάει | Χάσιμο χρόνου | 0 _____ _____ 10 | Βοηθάει πολύ |
| 11. Τι έχεις συζητήσει για την αρρώστια σου; | Γενικά είμαι στο σκοτάδι | 0 _____ _____ 10 | Ενημερώθηκα πλήρως |

EORTC QLQ-C30

Ενδιαφερόμαστε για ορισμένες πληροφορίες που αφορούν εσάς και την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε εσείς προσωπικά σε όλες τις ερωτήσεις, σημειώνοντας μέσα σε έναν κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα παραμείνουν εμπιστευτικές.

Παρακαλούμε βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας:.....

Τη χρονολογία γεννήσεως (ημέρα, μήνα, έτος):.....

Τη σημερινή ημερομηνία (ημέρα, μήνα, έτος):.....

| | OXI | NAI |
|---|-----|-----|
| 1. Αισθάνεστε ενοχλήσεις, όταν κάνετε κοπιαστικές εργασίες, όπως κουβαλώντας μια βαριά τσάντα με ψώνια ή μια βαλίτσα; | 1 | 2 |
| 2. Αισθάνεστε ενοχλήσεις, όταν κάνετε ένα μεγάλο περίπατο; | 1 | 2 |
| 3. Αισθάνεστε ενοχλήσεις, όταν κάνετε ένα μικρό περίπατο έξω από το σπίτι; | 1 | 2 |
| 4. Μένετε στο κρεβάτι ή σε μια καρέκλα την περισσότερη διάρκεια της ημέρας; | 1 | 2 |
| 5. Χρειάζεσθε βοήθεια, όταν τρώτε, ντύνεστε, πλένεστε ή πηγαίνετε στην τουαλέτα; | 1 | 2 |
| 6. Είναι μειωμένη η απόδοσή σας, όταν ασχολείσθε με τις επαγγελματικές σας ή με άλλες δουλειές του σπιτιού; | 1 | 2 |
| 7. Δεν μπορείτε καθόλου να εργαστείτε επαγγελματικά ή να κάνετε τις δουλειές του σπιτιού; | 1 | 2 |

| Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας | | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ |
|---|---|---------|------|--------|------|
| 8. Λαχανιάζετε; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9. Πονούσατε; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 10. Είχατε ανάγκη από ξεκούραση; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 11. Είχατε αϋπνίες; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 12. Αισθανθήκατε αδυναμία; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 13. Είχατε ανορεξία; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 14. Είχατε τάση για εμετό; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 15. Κάνατε εμετό; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 16. Είχατε δυσκοιλιότητα; | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Πολύ |
|---|---------|------|--------|------|
| 17. Είχατε διάρροια; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Αισθανόσασταν κουρασμένος/η; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Αισθανόσασταν πόνο κατά τη διάρκεια της καθημερινής εργασίας σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε διάφορα πράγματα, όπως να διαβάσετε εφημερίδα ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Αισθανόσασταν υπερένταση; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Αισθανόσασταν στενοχώρια; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Αισθανόσασταν ευέξαπτος/η; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Αισθανόσασταν κατάθλιψη; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Είχατε δυσκολία να θυμηθείτε διάφορα πράγματα; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνετε για τη θεραπεία σας εμπόδισαν την οικογενειακή σας ζωή; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνετε για τη θεραπεία σας εμπόδισαν τις κοινωνικές σας εκδηλώσεις (κοινωνική σας ζωή); | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Η φυσική σας κατάσταση ή τα φάρμακα που παίρνετε για τη θεραπεία σας προξένησαν οικονομικές δυσκολίες; | 1 | 2 | 3 | 4 |

Για τις επόμενες ερωτήσεις, παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που σας ταιριάζει καλύτερα από το 1 έως το 7.

29. Πώς θα εκτιμούσατε καλύτερα τη γενική φυσική σας κατάσταση κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ καλή

Εξαιρετική

30. Πώς θα εκτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας;

1 2 3 4 5 6 7

Πολύ καλή

Εξαιρετική

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ
ΚΑΘΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Βάλτε σταυρό στον κύκλο που αντιστοιχεί στο χειρότερο αίσθημα της εβδομάδας.

Υποκειμενικοί παράγοντες Όχι Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ

Τμήμα Α΄

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Αισθάνεσαι άρρωστος; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Αισθάνομαι άσχημα; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Αισθάνεσαι άγχος; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Αισθάνεσαι κατάθλιψη; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Παρουσία ναυτίας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Απώλεια όρεξης | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Μειωμένη ικανότητα εργασίας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Μειωμένη ικανότητα για τα οικιακά και μειωμένη συγκέντρωση | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Τμήμα Β΄

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11. Παρουσία κακουχίας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Παρουσία αναπνευστικής δυσχέρειας | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Παρουσία πόνου | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Τμήμα Γ΄

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14. Βοηθάει η θεραπεία; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Βοηθάει ο γιατρός; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| <i>Υποκειμενικοί παράγοντες</i> | Όχι | Λίγο | Αρκετά | Πολύ | Πάρα πολύ |
|---|-----|------|--------|------|-----------|
| 16. Βοηθάει το νοσηλευτικό προσωπικό; | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17. Βοηθάει το νοσοκομείο; | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18. Βοηθάει η οικογένεια; | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19. Βοηθάει ο κοινωνικός περίγυρος; | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20. Υπάρχει κάποιο άλλο πρόσωπο/υπηρεσία/ οργανισμός που βοηθάει; | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Beretta G.: Cancer Chemotherapy Regimens 9:37, 1986

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο

Διεύθυνση: ΤΣΟΧΑ 18-20, ΤΚ 115 21, ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 6449035

Fax: 210 6410011

Url: www.cancer-society.gr

«ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ» ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Διεύθυνση: ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 79-81, ΤΚ 101 34, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 4180006

Fax: 210 4180016

E-mail: breastca@otenet.gr

Url: <http://www.breastcancerhellas.gr>

ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Διεύθυνση: ΣΑΧΤΟΥΡΗ 103, ΤΚ 185 37, ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τηλ.: 210 4181641, 210 4181424

Fax: 210 4535343

E-mail: oekk@otenet.gr

Url: <http://www.oekk.gr>

«ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.» ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Διεύθυνση: ΕΙΦΙΟΥ 7, ΤΚ 114 71, ΑΘΗΝΑ

Τηλ./Fax: 210 6421710

E-mail: eirini@mbn.gr

Url: <http://www.grpalliative.org>

ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ

Διεύθυνση: ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ 27, ΤΚ 115 26, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 7717359, 210 7486540

Fax: 23107488437

E-mail: <mailto:jfk@ath.forthnet.gr>

Url: <http://www.webhellas.net/karezi>

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΜΕΤΑΞΑ

ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Ιατρικό επιστημονικό προσωπικό

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Βασίλειος Ιακωβίδης, Ψυχίατρος. MD

ΑΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Χαράλαμπος Μπετενίδης, Ψυχίατρος

ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄: Γεώργιος Καλλέργης, Ψυχίατρος. MD

ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ: Βασιλική Σπυροπούλου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος. PhD

**ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΙΕΤΗ»**

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ

Διεύθυνση: ΛΕΩΦ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 30, ΤΚ 115 26, ΑΘΗΝΑ

Τηλ/Fax: 210 77.73.112

E-mail: info@mastologia.gr

Url: www.mastologia.gr

**«ΦΛΟΓΑ»: ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ
ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Διεύθυνση: ΑΙΓΑΙΟΥ 6-8, ΤΚ 115 27, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 7485000, 210 7716363

E-mail: f2001@otenet.gr

Url: <http://www.floga.org.gr/>

«ΕΛΠΙΔΑ»

Διεύθυνση: ΜΙΚΡΑΣ ΑΣΙΑΣ 46, ΤΚ 115 27, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 777168, 210 7773101

Fax: 210 74720524

E-mail: xenonas@elpida.org

Url: <http://www.elpida.gr>

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ

Διεύθυνση: ΛΕΩΣΘΕΝΟΥΣ 21-23, ΤΚ 18536, ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τηλ.: 210 4186341

Fax: 210 4535343

ΜΕΡΙΜΝΑ

Διεύθυνση: ΤΙΜΟΛΕΟΝΤΟΣ ΒΑΣΟΥ 16, ΠΛ. ΜΑΒΙΛΗ, ΤΚ 115 211, ΑΘΗΝΑ

Τηλ./Fax: 210 64 63367, 210 6452013

E-mail: merimna@cs.ntua.gr

Url: <http://www.merimna.org.gr>

**«ΠΙΣΤΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΛΕΜΟΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Διεύθυνση: ΣΙΝΩΠΗΣ 33, ΓΟΥΔΙ, ΑΘΗΝΑ, ΤΚ 115 27

Τηλ.: 210 7486880, 210 7488961

Fax: 210 7486880

E-mail: pisti@otenet.gr

Url: <http://www.pisti.gr>

**«ΑΓΑΠΑΝ» ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΟΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ**

Διεύθυνση: ΡΗΓΙΛΗΣ 14, ΑΘΗΝΑ, ΤΚ 106 74

Τηλ.: 210 7291079

Fax: 210 7210695

Url: www.agapan.gr

**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ –
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ**

Διεύθυνση: ΛΕΩΦ. ΑΜΑΛΙΑΣ 32, ΖΑΠΠΕΙΟ, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 3233401

Fax: 210 3233402

ΣΥΛΛΟΓΟΣ «Κ.Ε.Φ.Ι.» ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΦΙΛΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Διεύθυνση: ΠΕΙΡΑΙΩΣ 1, ΤΚ 10552, ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 6468222

Fax: 210 6468221, 210 6456514

Url: www.anticancerath.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΝ

Διεύθυνση: ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ & ΖΙΤΣΗ, ΪΛΙΟΝ

Τηλ.: 210 5010074

**«ΛΑΜΨΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ
ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ**

Διεύθυνση: ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ 56, ΤΚ 54642, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Τηλ.: 2310 943396, 2310 442509, 2310278370

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ – Ο.Κ.Ε

Διεύθυνση: ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 96, ΤΚ 54631, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Τηλ.: 2310 233224

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ

Διεύθυνση: ΑΓΙΑΣ ΣΟΦΙΑΣ 46, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Τηλ.: 2310 851222, 2310241911

Fax: 2310 221211

Url: www.afroditi.uom.gr

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΕΑΣ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ

Διεύθυνση: ΜΗΧΑΝΙΩΝΑ 18 – ΝΕΑ ΜΗΧΑΝΙΩΝΑ

Τηλ.: 23920 32127

**«ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ» ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΧΑΪΑΣ**

Διεύθυνση: ΠΑΤΡΕΩΣ 8-10, ΤΚ 26221, ΠΑΤΡΑ

Τηλ.: 2610 226122

**«ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ» ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΧΑΪΑΣ**

Διεύθυνση: ΓΟΥΝΑΡΗ 37, ΤΚ 26221, ΠΑΤΡΑ

Τηλ.: 2610 222274

**«Η ΑΓΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ -
ΠΙΕΡΙΑΣ**

Διεύθυνση: ΝΟΜΑΡΧΙΑ ΠΙΕΡΙΑΣ-28^{ης} ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 40, ΠΙΕΡΙΑ (γρ. 118-1^{ος} όρ)

Τηλ.: 23510 69233

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ

Διεύθυνση: ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΝΟΜΑΡΧΙΑ ΔΡΑΜΑΣ 133 ΓΡΑΦΕΙΟ, ΤΚ 66100

Τηλ.: 25210 62283, 25210 62283

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΑΒΑΛΑΣ

Διεύθυνση: Κ.ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ 9 (ΠΡΩΗΝ ΠΙΚΠΑ), ΤΚ 65403, ΚΑΒΑΛΑ

Τηλ.: 2510 620208

Fax: 2510 620218

Url: www.sekk.gr

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΔΕΣΣΑΣ & ΠΕΡΙΧΩΡΩΝ

Διεύθυνση: α) ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 29, ΤΚ 58200, ΕΔΕΣΣΑ, β) ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΕΤΣΟΥ 2, 58200, ΕΔΕΣΣΑ

Τηλ.: 23810 23397, 23810 28774

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΒΕΡΟΙΑΣ

Διεύθυνση: ΦΙΛΙΠΠΟΥ 25,(ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ), ΤΚ 59100, ΒΕΡΡΟΙΑ

Τηλ.: 23310 67411

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΙΓΡΗΤΑΣ

Διεύθυνση: ΝΙΓΡΗΤΑ-ΝΕΑ ΚΕΡΔΥΛΙΑ, ΤΚ 62200

Τηλ.: 23220 24122

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ

Διεύθυνση: ΑΣΜΑΝΙΔΗ 6, ΤΚ 58100, ΓΙΑΝΝΙΤΣΑ

Τηλ.: 23820 28075

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΟΡΔΑΙΑΣ

Διεύθυνση: ΒΑΣ. ΣΟΦΙΑΣ 23, ΤΚ 50200, ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ

Τηλ.: 24630 53035

«ΙΑΣΩ» ΘΕΣΣΑΛΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ

Διεύθυνση: ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΗΡΩΩΝ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟΥ 127, ΤΚ 41223, ΛΑΡΙΣΑ

Τηλ.: 2410 550060

«Η ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Διεύθυνση: ΓΟΥΝΑΡΗ 47, ΤΚ 21200, ΑΡΓΟΣ

Τηλ.: 27510 68858, 27510 64146, 27510 69368

**«ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ» ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

Διεύθυνση: ΠΑΠΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 16 (ΓΡ. 3), ΤΚ 71500, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Τηλ.: 2810 288319

«ΕΥ ΖΩ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Διεύθυνση: ΚΟΣΜΩΝ 6, ΤΚ 71300, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Τηλ.: 2819 287895

Fax: 2810 394582

**«ΗΛΙΑΧΤΙΔΑ» ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ**

Διεύθυνση: ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΟΣΜΩΝ 6, ΤΚ 71201, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Τηλ.: 2810342544, 2810 284009

E-mail: www.iliahtida.gr

**ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Διεύθυνση: Ι. ΣΚΑΛΤΣΟΥΝΗ 38, ΧΑΝΙΑ, ΤΚ 73100

Τηλ.: 28210 42120

Fax: 28210 42120

Url: psychooncology@psycrete.gr

ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ

Διεύθυνση: Κεντρικά: ΦΩΤΕΙΝΟΥ ΠΑΝΑ 12-14, ΤΚ 1687, ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΚΥΠΡΟΣ

Τηλ.: 00357 22345444

Fax: 00357 22346116

Ιατρεία Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής που λειτουργούν στην Ελλάδα σε δημόσια νοσοκομεία (Ε.Σ.Υ. και Πανεπιστημιακά) και ανήκουν στις Αναισθησιολογικές Κλινικές.

| ΑΘΗΝΑ | |
|--|--------------------------|
| ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ | 210 2502100,210 2513345 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» | 210 7483770 |
| «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | 210 7286288 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» | 210 7201256, 210 7201261 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» | 210 7701211 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ» | 210 5534200 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» | 210 8039100 |
| ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» | 210 6409000 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ» | 210 4285000 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ» | 210 2799265-7 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΛΑΙΚΟ» | 210 7456000, 210 7456348 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ «Ο ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» | 210 4933200, 210 4907435 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» | 210 7770501-4 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» | 210 2284851 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ 251 | 210 7664445 |
| 6 ^ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ | 210 6495170 |
| 7 ^ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ | 210 2022514 |

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΘΗΝΑΣ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

210 5831000

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ
ΟΔΗΓΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΓΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο οδηγός που ακολουθεί έχει σχεδιαστεί από την Κοινωνική Υπηρεσία του ΟΕΚΚ-ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ βάσει των συχνότερων ερωτημάτων των εξυπηρετούμενων-καρκινοπαθών προς τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ο οδηγός αυτός ελπίζουμε να είναι χρήσιμος τόσο σε συναδέλφους κοινωνικούς λειτουργούς όσο και σε ανθρώπους με εμπειρία καρκίνου που αναζητούν κοινωνικές παροχές που δικαιούνται αλλά και δίκτυο υποστήριξης.

Είναι μία πρώτη προσπάθεια:

1. Καταγραφής κρατικών παροχών (με εξαίρεση τα ασφαλιστικά ταμεία για τα οποία θα χρειαζόταν ξεχωριστή έρευνα)
2. Προϋποθέσεων και δικαιολογητικών που απαιτούνται για επιδόματα.
3. Απαντήσεων στα συχνότερα ερωτήματα που έχουν οι εξυπηρετούμενοι μας.
4. Καταγραφής δικτύου υπηρεσιών που συνήθως χρειάζεται να απευθυνθούν οι εξυπηρετούμενοι για παροχές και πληροφόρηση. (π.χ. Κατάλογος Δήμων Αττικής και την αντίστοιχη Διεύθυνση Πρόνοιας που ανήκουν)
5. Αναφορές σε υπηρεσίες και φορείς που πιθανά μπορούν να λάβουν πληροφόρηση για επιδόματα, εύρεση εργασίας π.χ. ΟΑΕΔ, Κοινωνικές υπηρεσίες Δήμων.
6. Καταγραφής των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που παρέχουν υποστήριξη σε καρκινοπαθείς χωρισμένες ανά περιοχή και με συνοπτική περιγραφή όπου ήταν δυνατόν, των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στην προσπάθειά μας να καταγράψουμε τις παροχές και το δίκτυο συναντήσαμε πλήθος δυσκολιών με αντιφατικές πληροφορίες κάποιες φορές αλλά κυρίως με την διαπίστωση πως οι παροχές εντάσσονται συνήθως στην γενική κατηγορία «άτομα με αναπηρία» χωρίς να υπάρχουν σχεδιασμένα προγράμματα παροχών για τις ανάγκες των ασθενών με καρκίνο.

Παρόλ' αυτά ευχαριστούμε το προσωπικό διοικητικό και κοινωνικούς λειτουργούς όλων των υπηρεσιών που απευθυνθήκαμε για πληροφορίες (Πρόνοιες, Δήμους, Νοσοκομεία κλπ.)

Ελπίζουμε αυτή η πρώτη προσπάθεια να είναι μία αφετηρία για διεκδίκηση από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους προγραμμάτων και παροχών που θ' ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Η προσπάθεια καταγραφής έχει ξεκινήσει αρκετό καιρό πριν. Σε περίπτωση που διαπιστώσετε ελλείψεις ή έχετε διορθώσεις μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας για να το βελτιώσουμε.

Οι παρατηρήσεις σας μας είναι βοηθητικές.

Ελπίζουμε ο οδηγός να σας φανεί χρήσιμος

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Κοινωνική Υπηρεσία ΟΕΚΚ-ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνικοί λειτουργοί που εργάστηκαν για τον συγκεκριμένο οδηγό:

Τελώνη Δώρα-Δήμητρα, Υπεύθυνη Κοινωνικής Υπηρεσίας

Λιακοπούλου Πένυ, Κοινωνική Λειτουργός

Τζανέτου Κωνσταντίνα, Κοινωνική Λειτουργός

Για τον οδηγό επίσης δούλεψε η κα Μάγγα Κατερίνα, Κοινωνική λειτουργός,
το διάστημα που εργαζόταν στον ΟΕΚΚ.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελ. |
|---|------|
| Πώς να χρησιμοποιήσετε τον οδηγό | 3 |
| Ασφαλιστικά Ταμεία (γενικά) | 7 |
| Ο.Γ.Α - Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων | 8 |
| Δ.Κ.Π. - Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας | 9 |
| Κάρτα Πολιτισμού | 15 |
| Στρατιωτική θητεία | 16 |
| Ε.Κ.Α.Β. - Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας | 17 |
| Ο.Ε.Κ. - Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας | 17 |
| Ο.Ε.Ε. - Οργανισμός Εργατικής Εστίας | 19 |
| Δήμοι | 20 |
| Νοσοκομεία - Κοινωνικές Υπηρεσίες | 20 |
| Ο.Α.Ε.Δ. - Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού | 21 |
| Γ.Σ.Ε.Ε. - Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας | 21 |
| Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας | 21 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Καταστατικός Χάρτης των Παρισίων

(Αναδημοσίευση από το βιβλίο του Ν. Κορδιόλη «Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο» εκδ. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Η μετάφραση πραγματοποιήθηκε από τους Ν. Κορδιόλη, Ε. Φιλόπουλο και Ν.Ι. Κορδιόλη)

Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Ν. Αττικής

Οργανώσεις και Σύλλογοι που δραστηριοποιούνται στον χώρο του καρκίνου

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

ΠΩΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΟΔΗΓΟ

Είναι πολύ πιθανό άτομα με εμπειρία καρκίνου να μην γνωρίζουν πως δικαιούνται επιδόματα ή/και παροχές.

Για να χρησιμοποιήσετε τον συγκεκριμένο Οδηγό Παροχών ένας απλός, τρόπος είναι να διαβάσετε ολόκληρο το έντυπο.

Ένας δεύτερος τρόπος είναι να ξεκινήσετε διαβάζοντας τις παρακάτω ερωτήσεις – απαντήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές είναι οι πιο συχνές που οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούμαστε ν' απαντήσουμε αλλά και να δράσουμε και αντικατοπτρίζουν συχνά την πραγματικότητα των εξυπηρετούμενων μας ανθρώπων με εμπειρία καρκίνου.

Μερικές συχνές ερωτήσεις από την στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου.

1. Είμαι ασφαλισμένος/η. Δικαιούμαι κάτι από το ταμείο μου;

Αν είστε ασφαλισμένος/ασφαλισμένη σε κάποιο ταμείο ζητήστε από τον ασφαλιστικό σας φορέα να μάθετε τι δικαιούστε σε είδος, παροχές κ.λπ. Για να έχετε μία πρώτη ιδέα τι μπορεί να σας παρέχει το εκάστοτε ταμείο διαβάστε την σελίδα 142 του παρόντος εντύπου με τίτλο Ασφαλιστικά Ταμεία.

2. Δεν έχω ασφαλιστική κάλυψη και έχω χαμηλό εισόδημα. Τι να κάνω;

Αν είστε ανασφάλιστος/ανασφάλιστη με χαμηλό εισόδημα διαβάστε την σελίδα 146 ώστε να δείτε αν μπορείτε να βγάλετε βιβλιάριο Απορίας από την Πρόνοια.

Επίσης οι μακροχρόνια άνεργοι απευθυνθείτε στους εργασιακούς συμβούλους του ΟΑΕΔ και ρωτήστε αν μπορείτε να έχετε ασφαλιστική κάλυψη από ταμείο, λόγω ανεργίας. Υπάρχουν διαφορετικές προϋποθέσεις ανάλογα με την ηλικία σας και το αν έχετε εργασθεί στο παρελθόν. Διαβάστε επίσης την σελίδα 158 σχετικά με τον ΟΑΕΔ.

Επίσης σε κάποιους Δήμους υπάρχουν πλέον προγράμματα Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε ανέργους, ευπαθείς ομάδες και άτομα με αναπηρία.

3. Υπάρχουν κάποια επιδόματα που μπορεί να δικαιούμαι ως καρκινοπαθής;

Αν είστε ανασφάλιστος/ ανασφάλιστη ή έμμεσα ασφαλισμένος/ασφαλισμένη διαβάστε τις προϋποθέσεις για το Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας σελ. 9.

4. Υπάρχουν άλλες παροχές που δικαιούμαι ως καρκινοπαθής;

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Υπάρχουν. Σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να έχετε γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής για το ποσοστό αναπηρίας που σας δίδεται. Επίσης υπάρχουν συγκεκριμένες προϋποθέσεις για κάποιες από τις παροχές, για αυτό τον λόγο καλό θα είναι να διαβάσετε προσεκτικά τις σελίδες αυτού του εντύπου.

Σε κάθε περίπτωση διαβάστε τις παρακάτω σελίδες που σας δίνουν μία εικόνα για παροχές που ισχύουν:

- § Μείωση φόρου σελ. 146
- § Κάρτα Μετακινήσεων σελ.145
- § Για την Κάρτα Πολιτισμού διαβάστε στην σελίδα 151
- § Για μείωση στρατιωτικής θητείας διαβάστε στην σελ. 153
- § Για πιθανή επιδότηση ενοικίου διαβάστε σελίδες 149 και 154
- § Για παροχές από την Εργατική Εστία διαβάστε σελ. 156
- § Για θέματα στην εργασία σας απευθυνθείτε στο ταμείο σας ή στην Γ.Σ.Ε.Ε. σελ. 158
- § Για να δείτε τι υπηρεσίες ή οργανώσεις υπάρχουν για τον καρκίνο για να συμμετέχετε ή να σας υποστηρίξουν δείτε τον κατάλογο των οργανώσεων στις πίσω σελίδες του εντύπου.

5. Έχω συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας μου και δεν έχω ασφαλιστική κάλυψη ή σύνταξη. Τι να κάνω;

- § Διαβάστε την σελίδα 142 για τις προϋποθέσεις για ασφάλιση και σύνταξη από τον ΟΓΑ.
- § Επίσης διαβάστε τις παροχές από την Διεύθυνση Πρόνοιας σελ. 143 έως 150
- § Για επιδότηση ενοικίου διαβάστε σελ. 149 και 154
- § Για Κάρτα Πολιτισμού σελ. 151
- § Ζητείστε πληροφορίες από τον Δήμο σας για προγράμματα για ηλικιωμένα άτομα. Διαβάστε σελ. 157
- § Αν δεν μπορείτε να διαβάσετε ή μπερδευτήκατε, ρωτήστε κοινωνικό λειτουργό στο νοσοκομείο που βρίσκεστε ή στην Πρόνοια ή τον Δήμο σας.

6. Έχω χαμηλό εισόδημα και οικονομικά προβλήματα και δεν ξέρω τι να κάνω

Ως πρώτο βήμα ζητήστε βοήθεια από κοινωνικούς λειτουργούς, στο νοσοκομείο που κάνετε την θεραπεία σας ή σε οργανώσεις που υποστηρίζουν άτομα με καρκίνο ή στην Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου σας.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Επίσης διαβάστε για τα παρακάτω επιδόματα στις σελίδες που δίδονται στην συνέχεια.

A. Διαβάστε προσεκτικά όλες τις παροχές από την Διεύθυνση Πρόνοιας σελ. 143-150. Δείτε τις προϋποθέσεις για κάθε επίδομα. Πιθανά αν έχετε χαμηλό εισόδημα να μπορείτε να λάβετε κάποιο από τα επιδόματα.

B. Απευθυνθείτε στον Δήμο σας στην Κοινωνική Υπηρεσία (βλ. σελ. 157) και ζητείστε από τους επαγγελματίες να σας βοηθήσουν. Μην διστάζετε, οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται εκεί για να σας βοηθήσουν.

Γ. Στην περίπτωση που έχετε εργασθεί στο παρελθόν και τηρείτε κάποιες προϋποθέσεις, πιθανά να δικαιούστε επιδότηση ενοικίου. Διαβάστε εδώ την σελίδα 154

Ε. Διαβάστε επίσης και τις άλλου τύπου παροχές που καταγράφονται στο παρόν έντυπο όπως Κάρτα Πολιτισμού σελ.152 ή άλλες παροχές από τον Οργανισμό Εργατικής Εστίας σελ. 156.

7. Είμαι «πεσμένος/πεσμένη», ψυχολογικά. Που να αναζητήσω βοήθεια;

- § Διαβάστε στις πίσω σελίδες του εντύπου, στο Παράρτημα, αν υπάρχουν σχετικές οργανώσεις για άτομα με καρκίνο και τις οικογένειές τους στην περιοχή σας, που μπορείτε ν' απευθυνθείτε.
- § Πέραν αυτού μιλήστε στον γιατρό σας και ζητήστε του να καλέσει ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό στο νοσοκομείο που κάνετε τις θεραπείες σας.
- § Αναζητείστε άτομα ή ομάδες που είχαν την ίδια εμπειρία καρκίνου με εσάς και μπορούν να σα ακούσουν. Απευθυνθείτε σε σχετικές οργανώσεις (π.χ. «Άλμα Ζωής» για γυναίκες με καρκίνο μαστού, Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων κλπ)
- § Ζητείστε την υποστήριξη φίλων και συγγενών. Μιλήστε τους ή/και κάνετε πράγματα μαζί τους που σας ευχαριστούν. Συνήθως πρακτικές ασχολίες την περίοδο της θεραπείας ακόμη και μέσα στο νοσοκομείο όπως χαρτιά, τάβλι ή φροντίδα του κήπου στο σπίτι, μία βόλτα στην εξοχή μπορεί να βοηθήσει.

Σε κάθε περίπτωση ζητείστε υποστήριξη από τις υπηρεσίες και το περιβάλλον σας ακόμη και αν είναι η πρώτη φορά που το κάνετε.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

8. Χρειάζομαι βοήθεια στο σπίτι, δεν μπορώ να τα καταφέρω μόνος/μόνη. Τι να κάνω;

Ζητείστε αν υπάρχει Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στον Δήμο σας και αν μπορείτε να συμμετέχετε. (διαβάστε σελ. 157)

Απευθυνθείτε σε κοινωνικό λειτουργό στο νοσοκομείο που επισκέπτεστε, ή στην Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου ώστε να σας διασυνδέσουν με αντίστοιχες υπηρεσίες (στις περιπτώσεις που υπάρχουν) ή εθελοντικές οργανώσεις.

9. Έχω παιδιά ανήλικα και χαμηλό εισόδημα. Δικαιούμαι κάτι;

Αν έχετε παιδιά ανήλικα έως 17 ετών διαβάστε τις προϋποθέσεις για το Επίδομα Παιδικής Προστασίας σελ. 148. Επίσης διαβάστε την απάντηση στην ερώτηση 7 πιο πάνω.

10. Είμαι μετανάστης/μετανάστρια. Μπορώ να λάβω επιδόματα και παροχές που δίδονται από το επίσημο κράτος;

Αν και προσπαθήσαμε να καταγράψουμε για κάθε επίδομα της Πρόνοιας ξεχωριστά αν μπορεί ένας/μία μετανάστης/μετανάστρια να το λάβει, στην πράξη βρεθήκαμε μπροστά σε αντιφατικές και διαφορετικές απαντήσεις του κάθε υπαλλήλου με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να σας απαντήσουμε για κάθε επίδομα ξεχωριστά με εγκυρότητα.

Για το αν θα λάβετε π.χ. κάποιο επίδομα από την Διεύθυνση Πρόνοιας, εξαρτάται από το αν προέρχετε από χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ή χώρα με την οποία υπάρχει σχετική σύμβαση με το Ελληνικό Υπουργείο Εξωτερικών και αν έχετε άδεια παραμονής ή διαμονής.

§ Για παράδειγμα τα επιδόματα και οι παροχές από την Διεύθυνση Πρόνοιας απαιτούν ελληνική υπηκοότητα εκτός από το επίδομα Παιδικής Προστασίας με την προϋπόθεση πως έχετε άδεια παραμονής ή διαμονής.

Στην πράξη τι μπορείτε να κάνετε

§ Σε κάθε περίπτωση ΖΗΤΗΣΤΕ βοήθεια από τις κοινωνικές υπηρεσίες του νοσοκομείου που κάνετε θεραπεία ή οργανώσεις καρκινοπαθών που υπάρχουν στην περιοχή σας (βλ. Παράρτημα) για να διερευνήσετε σε κάθε περίπτωση τι μπορεί να γίνει ανάλογα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε και τις διαθέσιμες για την περίπτωσή σας παροχές. Καθώς αντιμετωπίζετε εσείς ή κάποιο μέλος από την οικογένειά σας καρκίνο πιθανά να μπορείτε να λάβετε κάποια από τα επιδόματα. Ζητείστε υποστήριξη, την δικαιούστε.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

- § Αν εργάζεστε στην Ελλάδα απευθυνθείτε στο ασφαλιστικό σας ταμείο και ρωτήστε τι δικαιούστε.
- § Διαβάστε το παρόν έντυπο. Εκτός από τις παροχές θα βρείτε και διευθύνσεις οργανώσεων που ασχολούνται πιθανά με τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Πολλές από τις οργανώσεις διαθέτουν και δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης από επαγγελματίες.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Όλα τα άτομα όταν βρεθούν σε κατάσταση αδυναμίας ή βιώνουν ασθένειες που χρίζουν ιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να απευθύνονται στα ταμεία τους και να διερευνούν αλλά και να διεκδικούν τα δικαιώματά τους: στην περίθαλψη, σε αποζημιώσεις για τα ωρομίσθια που τυχόν έχασαν λόγω ασθενείας, σε για τα ημερομίσθια που τυχόν έχασαν λόγω ασθενείας, σε επιπλέον θεραπείες και βοηθήματα ιατρικά, συντάξεις εάν κριθεί ότι δεν μπορούν να εργαστούν λόγω της ασθενείας τους.

Παρακάτω αναφέρονται μερικές παροχές που κατά κανόνα δίδονται απ' όλα τα ταμεία.

Αναπηρική σύνταξη (προϋπόθεση να υπάρχει ένας συγκεκριμένος αριθμός ημερομισθίων). Διερευνήστε το ποσό ανά περίπτωση και αν χρειάζεται να κρίνεστε από επιτροπές ανά έτος, δύο έτη κλπ.

Καλύπτονται κατά περίπτωση και ανάλογα το ταμείο – τεχνητά μέλη, τεχνητός μαστός, στηθόδεσμος, περούκες κλπ.

Όλα τα ταμεία παρέχουν δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη στους καρκινοπαθείς. Για κάποια φάρμακα πληρώνεται συμμετοχή. Ζητείστε πληροφορίες στο ταμείο σας.

Αποκλειστική νοσοκόμα για το διάστημα που ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο. Το κόστος δεν καλύπτεται εξ ολοκλήρου και οι μέρες που δικαιολογείται η ύπαρξή της είναι ανάλογες με την επέμβαση του ασφαλιζομένου. Για ακριβείς πληροφορίες μπορούν να έρχονται σε επαφή με τον εκπρόσωπο του ταμείου στο νοσοκομείο (όταν πρόκειται για μεγάλα ταμεία) ή με το γραφείο της διευθύνουσας της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο που νοσηλεύεστε.

Ανάλογα με το ταμείο καλύπτονται εξ ολοκλήρου ή με συγκεκριμένο ποσοστό πρόσθετες υπηρεσίες π.χ. φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, αεροθεραπεία κλπ.

Η καταγραφή των παροχών ανά ταμείο δεν ήταν εφικτή και θα πρέπει ν' αποτελέσει αντικείμενο άλλης έρευνας για να καταγραφούν πλήρως ανά ταμείο οι παροχές.

Ζητήστε από το ταμείο σας να σας ενημερώσει για τις παροχές σας.

Είναι δικαίωμα σας να γνωρίζετε τις παροχές του ασφαλιστικού σας φορέα.

Ο.Γ.Α. – Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

Η συγκεκριμένη παροχή περιλαμβάνει:

A) Το ποσό των 266 € ανά μήνα

B) Χορήγηση βιβλιαρίου ασθενείας με το οποίο καλύπτεται η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη του ανασφάλιστου.

Προϋποθέσεις:

1. Να μην θεμελιώνει δικαίωμα σύνταξης ή να μην παίρνει σύνταξη από άλλο ταμείο μεγαλύτερη του ποσού των 266 €
2. Να έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του
3. Το εισόδημά του προσωπικό για ανύπαντρο να μην ξεπερνά τα 3.885 € - οικογενειακό για παντρεμένο να μην υπερβαίνει το ποσό των 7.770 € για το 2007.

Η αίτηση και τα δικαιολογητικά καταθέτονται στο αρμόδιο γραφείο του Δήμου που ανήκει ο αιτών.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας

Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

Επικυρωμένο εκκαθαριστικό του τελευταίου έτους

ΕΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΙΑΖΥΓΙΟ

Διαζευκτήριο

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

**Υπεύθυνη δήλωση αν παίρνει διατροφή και τι ποσό παίρνει
ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ**

Υπεύθυνη δήλωση ότι βρίσκεται σε διάσταση, ότι δεν κατοικεί στην ίδια διεύθυνση με τον/ την σύζυγο και αν παίρνει διατροφή ή όχι και το ποσό της διατροφής

Ένορκη βεβαίωση δύο μαρτύρων σε Ειρηνοδίκη ή Συμβολαιογράφο ότι ο αιτών δεν κατοικεί στην ίδια στέγη με τον/την σύζυγο

Από εκεί αποστέλλονται στον Ο.Γ.Α. για να εξετασθούν και όταν εγκριθούν ο Ο.Γ.Α. στέλνει κάθε μέρα τη σύνταξη στη διεύθυνση που αναγράφεται στην αίτηση.

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (αρμόδιο γραφείο του ΟΓΑ) 2103323236/2103323336

ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Προϋποθέσεις:

1. 5 χρόνια Κύριας Ασφάλισης στον ΟΓΑ
2. Ποσοστό αναπηρίας από Α΄ Βάθμια Υγειονομική Επιτροπή Το ποσό της σύνταξης Αναπηρίας καθορίζεται από το ποσοστό αναπηρίας του δικαιούχου.

Δ.Κ.Π. – ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Σε κάθε Νομαρχία υπάρχει η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας (στην Αττική υπάρχουν πάνω από μία βλ. σχετικό κατάλογο στο Παράρτημα) στην οποία μπορείτε να απευθύνεστε για τα παρακάτω επιδόματα. Για να βρείτε σε ποια Νομαρχία ανήκετε, ρωτήστε στον Δήμο σας ή στο ΚΕΠ της περιοχής σας , ή σε κοινωνικούς λειτουργούς του Νοσοκομείου που κάνετε τη θεραπεία σας. Από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας μπορείτε να λάβετε (με συγκεκριμένες προϋποθέσεις βλ. στην συνέχεια)

- A. Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας
- B. Κάρτα μετακινήσεων
- Γ. Μείωση Φόρου
- Δ. Βιβλιάριο Απορίας
- E. Επίδομα Έκτακτης Οικονομικής Ενίσχυσης

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

ΣΤ. Επίδομα Παιδικής Προστασίας

Ζ. Στεγαστική Συνδρομή

Στην συνέχεια παρατίθενται τα συγκεκριμένα επιδόματα με τις κατηγορίες των ατόμων που μπορούν να τα διεκδικήσουν.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να λάβετε το Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας, την Κάρτα Μετακινήσεων και να έχετε Μείωση του Φόρου (περιγράφονται στην συνέχεια) είναι να έχετε γνωμάτευση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής της Νομαρχίας που ανήκετε, η οποία θα πρέπει να σας βγάλει ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

Κάποια από τα δικαιολογητικά που θα σας ζητηθούν από τις εκάστοτε υπηρεσίες μπορούν να αποκτηθούν από την υπηρεσία αυτεπάγγελτα (να τα ζητήσει δηλαδή η ίδια η υπηρεσία από τις άλλες π.χ. πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης) χωρίς να χρειάζεται να απευθυνθείτε σε κάθε υπηρεσία ξεχωριστά. Ζητήστε και μάθετε για ποια δικαιολογητικά είναι εφικτό αυτό.

Α. ΕΠΙΔΟΜΑ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία το επίδομα αυτό δίδεται από την Πρόνοια σε όσα άτομα, ανασφάλιστα ή έμμεσα ασφαλισμένα, έχουν διαγνωστεί με αναπηρία τουλάχιστον 67% από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή της Νομαρχίας. Χρειάζεται μία σειρά δικαιολογητικών πέραν της γνωμάτευσης της Υγειονομικής Επιτροπής. Καθώς όμως διαπιστώθηκαν μικρές διαφοροποιήσεις ανά Διεύθυνση Πρόνοιας δεν δίδονται εδώ όλα τα δικαιολογητικά αλλά θα παραλάβετε το σχετικό έντυπο από το αρμόδιο γραφείο της Διεύθυνσης Πρόνοιας της περιοχής σας.

Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται να ξεκινήσετε από την γνωμάτευση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ Α΄ ΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θεωρημένη φωτοτυπία ταυτότητας

Αποδεικτικό τόπου κατοικίας (Λογαριασμός ΔΕΗ, ΟΤΕ στο όνομα του ενδιαφερόμενου)

Επίσημη ιατρική γνωμάτευση από Δημόσιο Νοσοκομείο

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Το επίδομα αυτό 440 € (για το 2007) και καταβάλλεται ανά δίμηνο.

Προϋποθέσεις

Οι υποψήφιοι δικαιούχοι θα πρέπει να ανήκουν σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:

1. Έμμεσα ασφαλισμένοι σύζυγοι (από το σύζυγο που βρίσκεται εν ζωή) και δεν παίρνουν οικονομική βοήθεια για την αναπηρία τους από οποιαδήποτε άλλη πηγή. Εξαιρούνται οι έμμεσα ασφαλισμένοι σύζυγοι που λόγω θανάτου του συζύγου τους εισπράττουν τη σύνταξη του/της οπότε θεωρούνται άμεσα ασφαλισμένοι.
2. Έμμεσα ασφαλισμένα παιδιά (προστατευόμενα μέλη) που δεν παίρνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία τους μεγαλύτερη του ποσού του επιδόματος βαριάς αναπηρίας.
3. Παιδιά που παίρνουν σύνταξη λόγω του θανάτου του προσάτη γονέα, ποσό μικρότερο ή ίσο του επιδόματος βαριάς αναπηρίας.
4. Άμεσα ασφαλισμένοι που δεν έχουν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση από το ταμείο τους. Εξαιρούνται αυτοί που λόγω οφειλών στα ταμεία τους δεν μπορούν να πάρουν σύνταξη.
5. Ανασφάλιστοι – αυτοί που έχουν βιβλιάριο απορίας – (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από την Πρόνοια)
6. Ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α.

Το συγκεκριμένο επίδομα της Πρόνοιας δικαιούνται κατηγορίες ατόμων, οι οποίοι είναι Έλληνες πολίτες ή ομογενείς με Ελληνική ταυτότητα.

B. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΡΤΑΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΓΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

Ανεξάρτητα από το ταμείο που ανήκουν, άτομα που τους έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή της Πρόνοιας δικαιούνται κάρτα μετακινήσεων για τις αστικές και υπεραστικές συγκοινωνίες.

Προϋποθέσεις:

Ως προϋπόθεση πέραν της γνωμάτευσης της Υγειονομικής Επιτροπής υπάρχει και οικονομικό κριτήριο το οποίο αναμορφώνεται ανά έτος (π.χ. για το έτος 2007 το οικονομικό κριτήριο είναι το οικογενειακό εισόδημα έως 26.000 €.)

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Εάν το οικογενειακό εισόδημα ξεπερνά τις 26.000 € οι δικαιούχοι έχουν έκπτωση 50% στις μετακινήσεις. Οι υποψήφιοι δικαιούχοι χρειάζεται να καταβάλουν δικαιολογητικά στην Διεύθυνση Πρόνοιας. Ζητήστε τον κατάλογο δικαιολογητικών από την Διεύθυνση Πρόνοιας που ανήκετε.

Με την κάρτα αυτή οι δικαιούχοι μπορούν να μετακινηθούν δωρεάν με αστικές συγκοινωνίες (μετρό – ηλεκτρικό – τρόλεϊ – αστικά λεωφορεία) και στις υπεραστικές να έχουν έκπτωση 50% (ΟΣΕ - ΚΤΕΛ). Η κάρτα εκδίδεται κάθε χρόνο σε συγκεκριμένες ημερομηνίες. Απευθυνθείτε στην Διεύθυνση Πρόνοιας ή στα ΚΕΠ (Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών) της περιοχής σας, ζητήστε τον κατάλογο των δικαιολογητικών και τις ημερομηνίες κατάθεσης τους.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΚΑΡΤΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΩΝ

Γνωμάτευση Α΄ Βάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής (67% και άνω)

Εκκαθαριστικό του προηγούμενου χρόνου

Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας

Αποδεικτικό τύπου κατοικίας (Λογαριασμός ΔΕΗ, ΟΤΕ Ή κινητού τηλεφώνου στο όνομα του αιτούντος)

2 φωτογραφίες

Βιβλιάριο ασθένειας

Γ. ΜΕΙΩΣΗ ΦΟΡΟΥ

Τα άτομα που τους έχει αναγνωρισθεί το ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική επιτροπή της Νομαρχίας μπορούν να έχουν μείωση στη απόδοση φόρου, προσκομίζοντας την γνωμάτευση της επιτροπής και παράλληλα υποβάλλοντας την φορολογική τους δήλωση.

Δ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΠΟΡΙΑΣ

Τα δικαιολογητικά για την έκδοση του βιβλιαρίου απορίας, σε όσους είναι ανασφάλιστοι, κατατίθενται στις κατά τόπους Διευθύνσεις Πρόνοιας που ανήκει ο/η κάθε ενδιαφερόμενος/η και την ευθύνη της εξέτασής τους και κατά συνέπεια της απόφασης έχει Τριμελής Επιτροπή, η οποία αποτελείται από: έναν υπάλληλο υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας, έναν υπάλληλο από ΔΥΟ και ένα κοινωνικό λειτουργό ή άλλο υπάλληλο της Διεύθυνσης Πρόνοιας.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Προϋποθέσεις:

Οικονομικό κριτήριο το οποίο αναμορφώνεται ανά έτος. Για το 2006 το κριτήριο ήταν το εισόδημα να μην ξεπερνά τα 5.000€ ενώ για το 2007 να μην ξεπερνά τα 6.000€. Αν όμως στην οικογένεια υπάρχει άτομο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω υπάρχουν σχετικές προσαυξήσεις στο εισόδημα. Απευθυνθείτε στο αρμόδιο γραφείο της Διεύθυνσης Πρόνοιας για να μάθετε περισσότερα καθώς η προσαύξηση σχετίζεται με το ποιο μέλος της οικογένειας έχει ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω. Να μην είναι ο/η ενδιαφερόμενος/η ασφαλισμένος σε άλλο ταμείο. Να είναι κάποιος άνεργος ή να αντιμετωπίζει, αποδεδειγμένα, πρόβλημα υγείας.

Με το βιβλιάριο απορίας δικαιούστε:

1. Δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
2. Οι κάτοχοι του συγκεκριμένου βιβλιαρίου εάν χρειασθούν επιπλέον ιατρικά βοηθήματα μετά την νοσηλεία τους ή μετά από οποιαδήποτε επέμβαση που θα υποβληθούν, το νοσοκομείο είναι υποχρεωμένο να τα παρέχει δωρεάν σύμφωνα με την εγκύκλιο «Περί φαρμακευτικής περίθαλψης κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας». Αρ. Πρωτ. Υ4α/42905 Αθήνα 6/5/2003 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
3. Ειδικά για τα άτομα με καρκίνο που μετακινούνται την ίδια περίοδο των θεραπειών και είναι κάτοχοι βιβλιαρίου απορίας, σύμφωνα με την αριθμ. 3324.1/04/02/22-11-2002 Απόφαση του Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας, δικαιούνται 100% έκπτωση στα ακτοπλοϊκά εισιτήρια για απεριόριστο αριθμό ταξιδιών. Η θέση που δικαιούνται είναι οικονομική και χρειάζεται εκτός από το βιβλιάριο απορίας βεβαίωση της Πρόνοιας για την οικονομική κατάσταση του δικαιούχου και το δελτίο της αστυνομικής σας ταυτότητας. Με αυτά τα χαρτιά απευθύνεστε στο Κεντρικό Λιμεναρχείο της πόλης (π.χ. στον Πειραιά είναι Ακτή Μιαούλη 50) και σας δίνουν μια βεβαίωση ότι δικαιούστε εισιτήρια απορίας και ότι θέλετε να ταξιδέψετε στον συγκεκριμένο προορισμό μια συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα. Με αυτή τη βεβαίωση απευθύνεστε στα κεντρικά της ναυτιλιακής εταιρίας και παίρνετε εισιτήρια εφόσον υπάρχουν καθότι το ανώτατο όριο εισιτηρίων για κάθε πλοίο και κάθε διαδρομή είναι δέκα εισιτήρια (άρθρο 5Ν.6059/34 Α΄/71).

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Ακόμα τα άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω δικαιούνται εισιτήρια σε οικονομική θέση με έκπτωση 50% (με την επίδειξη της σχετικής απόφασης της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας τους) ακολουθώντας την ίδια διαδικασία με τους κατόχους βιβλιαρίου απορίας.

Το βιβλιάριο απορίας έχει συγκεκριμένη χρονική ισχύ και οι κάτοχοί του πρέπει να φροντίζουν πριν την λήξη για την ανανέωσή του.

Για τα δικαιολογητικά της έκδοσης του συγκεκριμένου βιβλιαρίου καθώς και για τα δικαιολογητικά της ανανέωσης και για τον χρόνο ισχύς του θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το αρμόδιο γραφείο των διευθύνσεων πρόνοιας.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας στην διεύθυνση Πρόνοιας δεν είναι η παροχή ή η έγκριση επιδομάτων. Υπάρχουν όμως 3 επιδόματα για την έγκριση των οποίων είναι απαραίτητη η σύνταξη κοινωνικής έκθεσης των κοινωνικών λειτουργών της Πρόνοιας.

Τα επιδόματα αυτά είναι:

Ε. Επίδομα έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης που ανέρχεται στο ποσό των 235€ (!) εφάπαξ για μια φορά το χρόνο (το ποσό αυτό ισχύει για το έτος 2006, ανά έτος υπάρχει μικρή αύξηση).

Προϋποθέσεις:

Το επίδομα αυτό δίδεται σε περιπτώσεις που αποδεικνύεται οικονομική δυσχέρεια ή υπάρχει ένα έκτακτο γεγονός σε συνάρτηση με την οικονομική δυσχέρεια. Εκτός της κοινωνικής έκθεσης και των άλλων δικαιολογητικών αναγκαία είναι η προσκόμιση από τον αιτών έγγραφων παραστατικών στοιχείων με τα οποία να αποδεικνύεται σαφώς ο προβαλλόμενος λόγος για έκτακτη οικονομική ενίσχυση. Επίσης κοινωνική έκθεση από άλλη υπηρεσία ή ΜΚΟ που μπορεί να έχει εξυπηρετηθεί ή εξυπηρετείται ο αιτών είναι τις περισσότερες φορές πολύ βοηθητική για μια θετική απόφαση.

Σε κάθε περίπτωση απευθυνθείτε στους κοινωνικούς λειτουργούς της Διεύθυνσης Πρόνοιας στην οποία ανήκετε.

ΣΤ. Επίδομα Παιδικής Προστασίας που ανέρχεται στο ποσό των 44€ (!) ανά ανήλικο (έως 16 ετών) τέκνο.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Προϋποθέσεις:

Βασική προϋπόθεση είναι η οικονομική κατάσταση. Υπάρχει δηλαδή οικονομικό κριτήριο ώστε να δοθεί το επίδομα. Σύμφωνα με την τρέχουσα εγκύκλιο για το έτος 2006 τα έσοδα της οικογένειας (για τριμελή οικογένεια) δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τα 235€ (!) αφαιρώντας το ποσό του ενοικίου. Για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας στο ποσό των 235€ προστίθενται 20€ π.χ. το κριτήριο για μία τριμελή οικογένεια είναι 255€ (αφαιρώντας το ενοίκιο).

Το επίδομα παιδικής προστασίας χορηγείται σε παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών (απουσία πατέρα):

Δηλαδή σε παιδιά:

α) Που γεννήθηκαν χωρίς γάμο των γονέων τους και δεν αναγνωρίστηκαν από τον πατέρα

β) Που γεννήθηκαν εκτός γάμου και αναγνωρίστηκαν από τον πατέρα

γ) Που ο πατέρας δεν είναι εν ζωή

δ) » » » έχει εγκαταλείψει την οικογένεια.

ε) » » » έχει αναγνωρισμένο ποσοστό αναπηρίας 67%

στ) » » » υπηρετεί τη στρατιωτική του θητεία

ζ) » » » εκτίει ποινή φυλάκισης

θ) Όταν το ζευγάρι των γονέων είναι σε διάσταση.

Για να δικαιούνται το επίδομα θα πρέπει τα παιδιά να είναι μικρότερα από 16 ετών.

Το συγκεκριμένο επίδομα μπορούν να το λάβουν και οι μετανάστες με άδεια παραμονής και τηρώντας τις παραπάνω προϋποθέσεις.

Επίσης μπορούν να το λαμβάνουν και οι πολιτικοί πρόσφυγες που έχουν πάρει άσυλο.

Z. Επιδότηση ενοικίου (Επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής)

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Το συγκεκριμένο επίδομα ανέρχεται στο ποσό των 266€ μηνιαίως (για το έτος 2006, καθώς κάθε χρόνο το ποσό αναμορφώνεται) και δίδεται ως επιδότηση ενοικίου μόνο σε όσους έχουν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας τους και επιπλέον τηρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις:

Προϋποθέσεις

Το συγκεκριμένο επίδομα δικαιούνται:

Άτομα ή ζευγάρια οικονομικά αδύνατα που ζουν μόνα τους και οι ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α.

Για να λάβουν το επίδομα θα πρέπει να :

- α) έχουν συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας τους.
- β) να μένουν μόνοι χωρίς τα παιδιά τους.
- γ) να μην έχουν άλλο εισόδημα που να προέρχεται από κάποια σύνταξη ή από εργασία ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή (εκτός από την σύνταξη του ΟΓΑ και το Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας)
- δ) και να υπάρχει μισθωτήριο συμφωνητικό μεταξύ ηλικιωμένου και ιδιοκτήτη, θεωρημένο από την εφορία.

Για να λάβετε το επίδομα χρειάζεται να κάνετε αίτηση και να καταθέσετε τα σχετικά δικαιολογητικά στο αρμόδιο γραφείο της Πρόνοιας. Για την έγκριση του χρειάζεται και η σύνταξη κοινωνικής έκθεσης από κοινωνικό λειτουργό της Πρόνοιας.

Για περισσότερες πληροφορίες καθώς και για ενημέρωση για το ποια είναι τα δικαιολογητικά που χρειάζονται κατά περίπτωση χρειάζεται να απευθυνθείτε στο αρμόδιο γραφείο της Διεύθυνσης Πρόνοιας που ανήκετε ή στην Κοινωνική Υπηρεσία της Πρόνοιας.

ΠΡΟΣΟΧΗ Πριν πάτε στα κατά τόπους γραφεία των Διευθύνσεων Πρόνοιας επικοινωνήστε με τα αρμόδια γραφεία και πάρτε πληροφορίες σχετικά με το ποιες ημέρες και ώρες δέχονται δικαιολογητικά και αιτήσεις.

ΚΑΡΤΑ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Με την κάρτα πολιτισμού διευκολύνεται η πρόσβαση σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες σε ποικίλα πολιτιστικά δρώμενα.

Η Κάρτα Πολιτισμού δίνει στο κάτοχό της το δικαίωμα για δωρεάν ή εκπαιδευτική είσοδο σε πολλές πολιτιστικές εκδηλώσεις που διοργανώνονται από το Υπουργείο Πολιτισμού (ΥΠ.ΠΟ). Συγκεκριμένα:

Μουσεία και Αρχαιολογικοί χώροι:

Ελεύθερη είσοδο σε όλα τα μουσεία και τους Αρχαιολογικούς χώρους του ΥΠ.ΠΟ. σε όλη την διάρκεια του χρόνου.

Θέατρο:

Δωρεάν είσοδο στις παραστάσεις:

- του Εθνικού Θεάτρου (συγκεκριμένες ημέρες) και στις παιδικές παραστάσεις για κατόχους της κάρτας μέσω του σχολείου τους
- του Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος και στις παιδικές παραστάσεις (σε συγκεκριμένες ημέρες)

Μειωμένο εισιτήριο σε παραστάσεις:

Αρκετών επιχορηγούμενων από το ΥΠ.ΠΟ. θεατρικών σχημάτων πάλι σε συγκεκριμένες ημέρες και παραστάσεις.

Μουσική:

Δωρεάν είσοδος στις συναυλίες:

- του Μεγάρου Μουσικής Αθηνών σε συγκεκριμένες παραστάσεις
- του Μεγάρου Μουσικής Θεσσαλονίκης σε συγκεκριμένες παραστάσεις
- της Κρατικής Ορχήστρας Αθηνών
- της Κρατικής Ορχήστρας Θεσσαλονίκης
- της Ορχήστρας των Χρωμάτων

Ανάλογες ρυθμίσεις υπάρχουν και άλλα μουσικά σχήματα που εποπτεύονται και χρηματοδοτούνται από το ΥΠ. ΠΟ.

Κινηματογράφος:

Δωρεάν είσοδος για συγκεκριμένες ημέρες σε αίθουσες:

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

- του Φεστιβάλ Κινηματογράφου στην Θεσσαλονίκη (ορίζονται οι αίθουσες)
- του Ελληνικού Κέντρου Κινηματογράφου στην Αθήνα (ορίζονται οι αίθουσες)

Μειωμένα εισιτήρια σε διάφορες κινηματογραφικές αίθουσες με τις οποίες έχει συνάψει ειδική συμφωνία το ΥΠ.ΠΟ.

Βιβλιαγορά:

Έκπτωση στην αγορά βιβλίων από επιλεγμένα βιβλιοπωλεία, σε συνεργασία με την Ομοσπονδία και τους Συλλόγους Εκδοτών και Βιβλιοπωλών.

Δωρεάν Παιχνίδια Πολιτισμού:

Εκπαιδευτικά προγράμματα που οργανώνουν οι υπηρεσίες και οι φορείς του ΥΠ.ΠΟ. τόσο στον τομέα της Πολιτιστικής Κληρονομιάς (μουσεία, αρχαιολογικοί χώροι κλπ) όσο και στις δραστηριότητες του σύγχρονου πολιτισμού είναι διαθέσιμα δωρεάν σε όλα τα παιδιά.

Δικαιούχοι της Κάρτας Πολιτισμού:

Άτομα με αναπηρία 67% και σε περιπτώσεις τυφλών ή ατόμων που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια, δικαιολογείται και ο συνοδός τους.

Μέλη των ΚΑΠΗ, απαιτείται η κάρτα ΚΑΠΗ.

Ειδικές κοινωνικές ομάδες, άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα αποϊδρυματοποίησης, απεξαρτήσεων και άλλες ομάδες. Απαιτείται σχετική βεβαίωση του φορέα.

Καρκινοπαθείς. Δεν απαιτείται γνωμάτευση επιτροπής και ποσοστό αναπηρίας. Αρκεί να έχετε βεβαίωση από **Δημόσιο** Φορέα (π.χ. ιατρική βεβαίωση από Δημόσιο Νοσοκομείο)

Αγωνιστές της Εθνικής Αντίστασης με σχετική βεβαίωση.

Πολύτεκνες οικογένειες. Απαιτείται πιστοποιητικό από το Σύλλογο Πολυτέκνων.

Δικαιολογητικά:

Εκτός από τις βεβαιώσεις που πρέπει να προσκομίσουν οι παραπάνω ομάδες πληθυσμού ακόμα απαιτείται:

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

- Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας και
- Μία φωτογραφία.

Οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά κατατίθενται στο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών της περιοχής σας και από εκεί προωθούνται στην Υπηρεσία της Κάρτας Πολιτισμού, που εδρεύει στην Θεσσαλονίκη (Αχι 9. 54631 – Άνω Πόλη) όπου και θα εξετασθεί η εγκυρότητά τους.

Όλοι οι πολίτες για πληροφορίες σχετικές με την κάρτα μπορούν να απευθύνονται στα Κ.Ε.Π. ή στο τηλέφωνο 800 11 00 100 χωρίς χρέωση.

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ

1. Τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο απαλλάσσονται από την υποχρεωτική εκπλήρωση της στρατιωτικής θητείας με την κατάθεση στο στρατολογικό γραφείο της διάγνωσής τους από δημόσιο νοσοκομείο.
2. Όταν ο πατέρας/προστάτης της οικογένειας πάσχει από καρκίνο και του έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, το πρώτο παιδί έχει μειωμένη στρατιωτική θητεία εφόσον ο πατέρας εξετασθεί και από επιτροπή του στρατιωτικού σώματος στο οποίο θα υπηρετήσει το παιδί.

ΕΚΑΒ – Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

(166)

ΚΛΗΣΗ

Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η ομιλία και υπάρχει περίπτωση ανάγκης για να καλεστεί το 166, για παροχή άμεσης ιατρικής βοήθειας μπορείτε να στείλετε μήνυμα (SMS) στο 166 μέσω κινητού.

Στο μήνυμα θα πρέπει να γράψετε τα εξής:

Ø Το ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ σας

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

- Ø Γράφετε το ΤΗΛΕΦΩΝΟ σας και την ΑΚΡΙΒΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ σας
- Ø Τέλος γράφετε τι ΠΡΟΒΛΗΜΑ αντιμετωπίζετε

ΚΑΙ ΣΤΕΛΝΕΤΕ ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΣΤΟ ΝΟΥΜΕΡΟ 166

Το ΕΚΑΒ θα λάβει το μήνυμά σας και θα ανταποκριθεί.

Ο.Ε.Κ. – ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Επιδότηση Ενοικίου:

Το συγκεκριμένο επίδομα δικαιούνται:

α) Όλοι οι εργατοϋπάλληλοι, οι οποίοι κατοικούν και εργάζονται στην Ελλάδα, είναι ασφαλισμένοι, καταβάλλουν εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Κ. στον κύριο φορέα ασφάλισής τους και έχουν συγκεκριμένο αριθμό ημερομισθίων που απαιτείται ανά περίπτωση για παροχή στεγαστικής συνδρομής.

β) Συνταξιούχοι οργανισμών κύριας ασφάλισης μισθωτών, που είχαν καταβάλλει σαν εργαζόμενοι εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Κ. Οι συνταξιούχοι, λόγω γήρατος ή λόγω προσωρινής ή οριστικής αναπηρίας με ποσοστό 67%, δικαιούνται επιδότηση ενοικίου ανεξαρτήτων ημερών εργασίας, αρκεί για τις ημέρες που ήταν ασφαλισμένοι ο φορέας τους να κατέβαλε εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Κ. και κατά τον χρόνο συνταξιοδότησής τους να ήταν δικαιούχοι Ο.Ε.Κ.

Προϋποθέσεις:

Οι παρακάτω κατηγορίες θα πρέπει να συγκεντρώνουν τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα να μην υπερβαίνει το ποσό των 11.500€. Το όριο αυτό προσαυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των προστατευόμενων μελών. Για το ένα παιδί ανέρχεται σε 13.500€, για τα δύο παιδιά σε 15.000€, για τα τρία παιδιά σε 17.000€, για τα τέσσερα παιδιά σε 19.500€ και για τα πέντε παιδιά σε 21.500€.
2. Να μίσθωναν κατοικία για το προηγούμενο έτος και να μην έχουν οι ίδιοι ή τα προστατευόμενα μέλη τους περιουσιακά στοιχεία, οπουδήποτε στην Ελλάδα, ικανά να εξασφαλίσουν οικογενειακή στέγη.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

3. Να μην έχουν λάβει οι ίδιοι ή τα προστατευόμενα μέλη τους δάνειο ή κατοικία από Ο.Ε.Κ. ή στεγαστικό δάνειο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων βάσει Ν.Δ. 1138/72.
4. Η επιδότηση ενοικίου ανέρχεται στο ποσό των 1380€ για το 2007 και προσαυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των προστατευομένων μελών της οικογένειάς τους. Για το ένα παιδί το ποσό ανέρχεται σε 1.680€, για τα δύο παιδιά σε 1.980€, για τα τρία παιδιά σε 2.580€, για τα τέσσερα παιδιά σε 2.580€ και για τα πέντε παιδιά σε 2.880€. Μπορεί όμως να είναι μειωμένη, πλήρης, προσαυξημένη κατά 50% για κάποιες κατηγορίες πολιτών.

Ο Ο.Ε.Κ. δέχεται αιτήσεις για την συμμετοχή στο πρόγραμμα επιδότησης ενοικίου από τον Μάρτιο έως και τα μέσα Δεκεμβρίου. Κάθε χρόνο ορίζονται οι ακριβείς ημερομηνίες. Για να γίνουν δέκτες οι αιτήσεις θα πρέπει να συνοδεύονται και από τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Η κατάθεση των αιτήσεων θα γίνεται για το έτος 2006 και για όσους κατοικούν στους Νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης και Αχαΐας αποκλειστικά στα Κ.Ε.Π. Όλοι οι άλλοι δικαιούχοι μπορούν να καταθέτουν τις αιτήσεις τους είτε στα Κ.Ε.Π. είτε στο αρμόδιο Γραφείο του Ο.Ε.Κ. της περιοχής τους.

Για τους παραπάνω λόγους και επειδή για την επιδότηση του ενοικίου:

1. Ο αριθμός των ημερομισθίων που είναι αναγκαίος, διαφέρει ανάλογα με το είδος της εργασίας του δικαιούχου (εποχικός κλπ), με την περιοχή στη οποία εργάζεται και τέλος με το αν υπάρχει διαγνωσμένη αναπηρία 67% στο ίδιο ή σε προστατευόμενο απ' αυτόν μέλος της οικογένειάς του.
2. Κάθε χρόνο μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές ρυθμίσεις που δεν ίσχυαν τα προηγούμενα χρόνια ή να διαφοροποιηθούν παλιές ρυθμίσεις.
3. Ο δικαιούχος πρέπει να ενημερωθεί για τα δικαιολογητικά που θα πρέπει να καταθέσει και που κατά περίπτωση διαφέρουν για τις ημερομηνίες που ορίζονται ως έγκυρες καθώς και για τον τόπο της κατάθεσής τους.

Θα πρέπει όλοι οι ενδιαφερόμενοι να απευθύνονται στα Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών ή στα κατά τόπους γραφεία του Ο.Ε.Κ.

Για την Αθήνα η διεύθυνση είναι Σολωμού 60 και το τηλέφωνο του υπεύθυνου γραφείου 210-5281387.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ
Κοινωνική Υπηρεσία
© 2006-2007

Ο.Ε.Ε. – ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΕΣΤΙΑΣ

Τις παροχές της εργατικής εστίας δικαιούνται όλοι οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι που καταβάλλουν ή κατέβαλαν ως εργαζόμενοι εισφορές υπέρ της εργατικής εστίας.

Οι παροχές της εργατικής εστίας είναι:

- Κοινωνικός τουρισμός (επταήμερα)
- Οργανωμένες εκδρομές
- Πολιτιστικά
- Θέατρο κινηματογράφος
- Βιβλιαγορά.

Ακόμα ο οργανισμός εργατικής εστίας λειτουργεί παιδικούς σταθμούς και κέντρα νεότητας.

Για να δικαιούνται των παροχών της εργατικής εστίας οι ασφαλισμένοι των ταμείων που πληρώνουν εισφορές υπέρ αυτής θα πρέπει να συμπληρώνουν και ένα συγκεκριμένο αριθμό ενσήμων κάθε χρόνο. Για παράδειγμα για το έτος 2005 ήταν απαραίτητα 100 ένησημα.

Για τα άτομα όμως που τους έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, υπάρχει ειδική ρύθμιση που τους επιτρέπει να συμμετάσχουν στα προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, ανεξαρτήτως εάν έχουν καταβάλλει ή όχι εισφορές υπέρ του Ο.Ε.Ε.

Αυτό ισχύει και για όσους έχουν βιβλιάριο απορίας και τους έχει αναγνωρισθεί το παραπάνω ποσοστό αναπηρίας από την πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή της πρόνοιας.

Λόγω όμως ότι κάθε χρόνο διαμορφώνεται ένα νέο πρόγραμμα με τις παροχές του Ο.Ε.Ε., καθώς και οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στα προγράμματα μπορεί να αλλάξουν, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να παίρνουν πληροφορίες και να επιλέγουν και το πρόγραμμα που τους ταιριάζει (μόνο σε ένα πρόγραμμα μπορούν να συμμετάσχουν κάθε χρόνο) από την ηλεκτρονική διεύθυνση www.oee.gr.

Επίσης τα κεντρικά γραφεία είναι στην Αθήνα. (Διεύθυνση : Αγησιλάου 10)
Τηλ. 210-5286000

Τμήμα Κοινωνικού ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ : 210-5286510-11

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ
Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Υπάρχουν παραρτήματα του Ο.Ε.Ε. σε όλες τις πόλεις της Ελλάδος καθώς και στην Αττική.

ΔΗΜΟΙ

Σήμερα αρκετοί δήμοι της χώρας έχουν οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες από τις οποίες εκπονούνται κάποια προγράμματα κοινωνικής μέριμνας για τους δημότες.

Πρέπει λοιπόν ο/η κάθε ενδιαφερόμενος/ενδιαφερόμενη να απευθυνθεί στον δήμο και να διερευνήσει αν υπάρχει κοινωνική υπηρεσία καθώς και τι άλλα προγράμματα που εφαρμόζονται σε κάποιους δήμους:

- Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και το Πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας
- Γραφεία στήριξης νέων και προώθησης στην απασχόληση
- Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων) ή αλλιώς Λέσχες Φιλίας.
- Προγράμματα για άστεγους κ.λπ.

Επίσης σε κάποιους δήμους δίδονται επιδόματα έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης ή κάποιο δήμοι έχουν αποθήκες τροφίμων.

Απευθυνθείτε στους κοινωνικούς λειτουργούς του Δήμου σας ή ελλείψει αυτών στον Κοινωνικό Τομέα του Δήμου που ανήκετε.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι κοινωνικές υπηρεσίες και ειδικότερα οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομείων βρίσκονται εκεί για να σας βοηθήσουν, όχι μόνο για επιδόματα αλλά και για να υποστηρίξουν εσάς και την οικογένειά σας και να κάνουν όταν χρειάζεται και σχετική διασύνδεση με υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου.

Σε κάποιες μεμονωμένες περιπτώσεις κάποια νοσοκομεία έχουν θεσπίσει την ύπαρξη ενός κονδυλίου που δίνεται σε άτομα οικονομικά αδύναμα (βιβλιάριο απορίας) μετά την νοσηλεία τους και με παρέμβαση της κοινωνικής υπηρεσίας. Η περίπτωση αυτή δεν ισχύει για όλα τα νοσοκομεία.

Απευθυνθείτε στις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και μάθετε περισσότερα.

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

Πολλές φορές οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν.

ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΟ.

Ο.Α.Ε.Δ. – ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Στα κατά τόπους γραφεία του Ο.Α.Ε.Δ. και ιδιαίτερα στους εργασιακούς συμβούλους του Ο.Α.Ε.Δ. μπορούν να απευθύνονται οι άνεργοι για ανεύρεση εργασίας, για ενημέρωση για διάφορα προγράμματα στα οποία μπορούν να ενταχθούν καθώς και για επιδόματα που δικαιούνται ως άνεργοι.

Επίσης τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας (ή αφού βγάλουν μέσω ΟΑΕΔ και παραπομπή στο ΙΚΑ ποσοστό αναπηρίας) απευθύνονται στους ειδικούς συμβούλους για ΑΜΕΑ (Άτομα με Αναπηρία) για να ενταχθούν σε προγράμματα που εγκρίνονται ανά έτος ειδικά για τις συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού.

Σε κάθε περίπτωση επισκεφθείτε τον ΟΑΕΔ της περιοχής σας εάν είστε άνεργος/άνεργη και ζητήστε να μιλήσετε με τον εργασιακό σύμβουλο που ασχολείται με τα άτομα με αναπηρίες. Πιθανά υπάρχουν προγράμματα για ευπαθείς κοινωνικά ομάδες που μπορείτε να ενταχθείτε.

Γ.Σ.Ε.Ε. – ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΡΓΑΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

«ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΩΝ»

Στην τηλεφωνική γραμμή **1966** μπορούν όλοι οι εργαζόμενοι από τις 8:00 π. μ. έως τις 7:00 μ. μ. να πάρουν ακριβείς πληροφορίες για τις συμβάσεις εργασίας τους, το ωράριο, το μισθό και των αποζημιώσεων που δικαιούνται βάση των συλλογικών συμβάσεων της ΓΣ.Ε.Ε.

Η συγκεκριμένη υπηρεσία στεγάζεται στην Αθήνα, Βούλγαρη 1 και Πειραιώς.

Κ.Α.Κ.Β. – ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Στην τηλεφωνική γραμμή **197 για Αττική** (εκτός Αττικής χρειάζεται και το 210 πριν πληκτρολογήσετε το 197) μπορούν να τηλεφωνούν τα άτομα που

Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ

Κοινωνική Υπηρεσία

© 2006-2007

χρειάζονται άμεσα ψυχολογική στήριξη καθώς η υπηρεσία λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

Απαντούν κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι, ειδικοί στο να ακούσουν το πρόβλημα και τον προβληματισμό του καθενός και να τον/την κατευθύνουν στις κατάλληλες υπηρεσίες. Τα συγκεκριμένα κέντρα υπάρχουν στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη και παρεμβαίνουν σε επείγουσες περιπτώσεις στον τόπο κατοικίας του/της εξυπηρετούμενου/εξυπηρετούμενης μόνο όταν υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη.