

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: «Η ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ»**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΛΙΑΝΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ  
ΚΑΝΑΤΑ ΞΑΝΘΗ  
ΚΛΑΨΙΝΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ  
ΚΟΥΛΟΥΡΗ ΦΩΤΕΙΝΗ**

**ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2006**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η μελέτη που ακολουθεί με θέμα «Η διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα» είναι αποτέλεσμα μιας προσωπικής μας αναζήτησης. Όντας φοιτήτριες μας είχε απασχολήσει η ευπαθή κοινωνική ομάδα των καρκινοπαθών και θελήσαμε να μελετήσουμε σε βάθος αυτό το θέμα μέσα από την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Η μελέτη αυτή θεωρούμε ότι μας έδωσε τη δυνατότητα να αποκτήσουμε γνώσεις πολύτιμες, οι οποίες στο μέλλον ακόμη και αν δεν ασχοληθούμε επαγγελματικά με την συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων θα αποτελέσουν εφόδιο για την μετέπειτα ζωή μας.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Οι γνώσεις που λάβαμε σε προσωπικό επίπεδο θεωρούμε ότι αποτελούν εφόδιο για την επαγγελματική μας σταδιοδρομία και τη ζωή μας γενικότερα. Στην προσπάθεια μας αυτή που διήρκησε ένα χρόνο νιώθουμε υποχρέωση μας να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια εφαρμογών και εισηγήτρια μας κα Μπιλιάνη Μαρία τόσο για την συμβολή της στον προβληματισμό μας και την παρότρυνση της να διερευνήσουμε το θέμα όσο και για την καθοδήγηση της στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν και μας στήριξαν στην προσπάθεια μας αυτή.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έννοια «καρκίνος» δημιουργεί στον απληροφόρητο ασθενή δέος και ακόμη δισταγμούς ή αμηχανία σε πολλούς επαγγελματίες υγείας. Είναι συνδεδεμένη στο πρώτο άκουσμα με τον πόνο, το αθεράπευτο, το αναπότρεπτο, το μοιραίο. Όσο και αν η μυθολογία αυτή έχει εκπέσει μέσα από τις σύγχρονες έρευνες και τις μεγάλες προόδους αντιμετώπισης, τα βαθύτερα συναισθηματικά αντανακλαστικά παραμένουν στο ευρύ κοινό αρνητικά. Τόσο ώστε και η λέξη «καρκίνος» να αποφεύγεται και να αναφέρεται στις καθημερινές συνομιλίες σαν η «κακιά αρρώστια» ή η «επάρατος νόσος».

Η μελέτη που ακολουθεί δίνει ρεαλιστικές τοποθετήσεις και απαντήσεις γύρω από το θέμα καρκίνος χωρίς να παραμερίζει τη σοβαρότητα μιας τέτοιας ασθένειας, διαλύει τις προκαταλήψεις, αποτυπώνει την πραγματικότητα, αποφεύγει την υπεραισιοδοξία και υποβοηθεί την ψυχολογική αντιμετώπιση του ασθενή.

Στο θεωρητικό μέρος της μελέτης αυτής αρχικά θα δοθεί η δυνατότητα στον αναγνώστη να πληροφορηθεί για την ασθένεια του καρκίνου από ιατρικής πλευράς. Θα λάβει γνώσεις σχετικά με τη φύση της ασθένειας του καρκίνου, τις μορφές και τους τύπους του, τους παράγοντες καρκινογένεσης, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.

Εν συνεχεία γίνεται μια αναφορά στην έννοια της κρίσης σύμφωνα με την συστημική προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα περιγράφεται η ασθένεια σαν κατάσταση κρίσης και η έννοια της κρίσης στην καρκινική διεργασία.

Επίσης στην μελέτη διαπραγματεύονται οι έννοιες της ψυχοσωματικής και ψυχοκοινωνικής διάστασης του καρκίνου, θίγοντας αρχικά τις αντιδράσεις των πασχόντων από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι και το τελικό στάδιο. Επίσης γίνεται αναφορά στην πιθανή επίδραση της προσωπικότητας στην ογκογένεση καθώς και των συναισθηματικών απωλειών στη ζωή όπως και της έμμεσης επίδρασης των δυσμενών ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Δεν παραλείπεται η αναφορά σε ένα νέο πεδίο έρευνας τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενή ανάλογα με το χαρακτήρα του.

Επιπλέον αναλύονται τα ψυχολογικά, κοινωνικά και ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Γίνεται αναφορά στους ψυχολογικούς τρόπους προσαρμογής του αρρώστου και στην έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν ψυχιατρικών διαταραχών από θεράποντα καθώς και στις κατευθύνσεις που δίνονται για την σωστή ψυχολογικά

θεραπευτική σχέση επαγγελματιών υγείας-ασθενή, ώστε να εξασφαλίζεται μια καλύτερη ποιότητα ζωής για τον τελευταίο.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα μοντέλα οικογενειακών σχέσεων και επικοινωνίας στις οικογένειες των ογκολογικών ασθενών. Δίνονται πληροφορίες για τις στρατηγικές διαχείρισης της νόσου και τον αντίκτυπο της ασθένειας στην οικογένεια.

Λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαίτερη σημασία της πρόληψης στην μελέτη περιλαμβάνεται το κομμάτι της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου με αναφορά στους παράγοντες κινδύνου, στην αξιολόγηση αυτών και στα μέτρα για την ελάττωση τους.

Σημαντικό κομμάτι της μελέτης αποτελεί ο κατάλογος με τους φορείς υποστήριξης καρκινοπαθών καθώς και οι παροχές που δικαιούνται οι ογκολογικοί ασθενείς. Εκτενής αναφορά γίνεται στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με τον ογκολογικό ασθενή.

Μέσα από την θεωρητική προσέγγιση του θέματος προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε μια διάσταση που είχε αποτελέσει το κίνητρο μας για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας, η οποία ήταν η διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών τη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Για το σκοπό αυτό η μελέτη στο δεύτερο μέρος της περιλαμβάνει μια έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς στο λεκανοπέδιο της Αττικής, τα αποτελέσματα της οποίας αναφέρονται αναλυτικά.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
• ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
• ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	4
• ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	11
• ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ	12
• ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΟΛΟΓΙΑ	13
<b>A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b>	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ «ΚΑΡΚΙΝΟΣ»</b>	18
2.A. Τι είναι καρκίνος	18
2.B. Μορφές καρκίνου	19
2.Γ. Παράγοντες καρκινογένεσης	21
2.Δ. Διάγνωση του καρκίνου	25
2.E. Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου	27
α. καρκίνος του ήπατος	27
β. καρκίνος του λάρυγγα	28
γ. καρκίνος του προστάτη	29
δ. καρκίνος του νεφρού και της ουροδόχου κύστης	30
ε. καρκίνος του οισοφάγου	33
στ. καρκίνος του στομάχου	34
ζ. καρκίνος του πέους	35
η. καρκίνος του πνεύμονα	39
θ. καρκίνος του δέρματος	39
ι. κακήθες μελάνωμα	39
ια. ο καρκίνος στα παιδιά	41
ιβ. γυναικολογικός καρκίνος	42
ιγ. καρκίνος του μαστού	43
ιδ. καρκίνος των όρχεων	44
ιε. διάφοροι άλλοι καρκίνοι	44
2.ΣΤ. Η θεραπεία του καρκίνου	45
2.Z. Μετάσταση	48

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

<b>Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ</b>	51
3.A. Η ασθένεια ως κατάσταση κρίσης	52
3.B. Η έννοια της κρίσης στην καρκινική διεργασία	53

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

<b>ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ</b>	55
4.A. Το στάδιο της άρνησης και απομόνωσης	58
4.B. Το στάδιο της εξέγερσης	59
4.Γ. Το στάδιο της διαπραγμάτευσης	59
4.Δ. Το στάδιο της κατάθλιψης	60
4.E. Το στάδιο της αποδοχής ή παραδοχής	60
4.ΣΤ. Αντιδράσεις στο τελικό στάδιο	64

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ</b>	67
5.A. Ο ρόλος της κατάθλιψης	69
5.B. Ο ρόλος της απώλειας	69
5.Γ. Ο ρόλος του αισθήματος του αβοήθητου και της απελπισίας	71
5.Δ. Ο ρόλος της συναισθηματικής αναστολής	72
5.E. Ο ρόλος της αλεξιθυμίας	73

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

<b>ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ</b>	76
6.A. Ενημέρωση του ασθενούς από το θεραπευτικό προσωπικό – οικογένειας	76
6.B. Τύποι-χαρακτήρες ασθενών	83
α. Ελεγκτικός – Τακτικός χαρακτήρας	83
β. Εξαρτητικός χαρακτήρας (στοματικός)	85
γ. Συναισθηματικός – Υπερθυμικός (δραματικός) χαρακτήρας	87
δ. Συναισθηματικός – Υποθυμικός με λύπη – θλίψη χαρακτήρας	88
ε. Καχύποπτος – Εριστικός χαρακτήρας	89
στ. Δοτικός – Αυτοθυσιαστικός χαρακτήρας	90
ζ. Υπεροπτικός – με αίσθημα ανωτερότητας χαρακτήρας	92
η. Αποφευκτικός χαρακτήρας	94
θ. Απομονωμένος – Απόμακρος χαρακτήρας	97
6.Γ. Ενημέρωση οικογένειας	98

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ</b>	105
7.A. Αρνητικά συναισθήματα	109
7.B. Οικογενειακά προβλήματα	113
7.Γ. Σεξουαλική ζωή και καρκίνος	114
7.Δ. Ψυχιατρικές διαταραχές	114
7.E. Αντίκτυπος θεραπείας	118
7.ΣΤ. Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από πιο συνηθισμένους τύπους καρκίνου	121

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

<b>ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ</b>	127
8.A. Η ψυχοσωματική θεώρηση του καρκίνου	127
8.B. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου με καρκίνο	128
8.Γ. Ζώντας με τον καρκίνο	132
8.Δ. Η αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων	133

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

<b>ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	145
9.A. Οικογένεια και ογκολογικός ασθενής	145
9.B. Στρατηγικές διαχείρισης της νόσου	148
9.Γ. Ο αντίκτυπος της απειλητικής ασθένειας στην οικογένεια	153

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

<b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b>	156
10.A. Παράγοντες κίνδυνου	156
10.B. Έγκαιρη διάγνωση	159
10.Γ. Αξιολόγηση των κινδύνων και πληθυσμιακός έλεγχος	160
10.Δ. Τι μπορείτε να κάνετε για να ελαττώσετε τους κινδύνους να πάθετε καρκίνο	163

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

<b>ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ</b>	166
11.A. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία	166
11.B. «ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ» Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού	168
11.Γ. Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου	169
11.Δ. Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών	171
11.E. Ίδρυμα ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ	172
11.ΣΤ. Ελληνικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιώς ΜΕΤΑΞΑ Τομέας Ψυχικής Υγείας – Κοινοτικό Κέντρο Ψυχοογκολογίας	172
11.Ζ. Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΙΕΤΗ» της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας	174



11.Η. «ΦΛΟΓΑ»: Σύλλογος Γονέων Παιδιών με Νεοπλασματική Ασθένεια	174
11.Θ. Σύλλογος «ΕΛΠΙΔΑ»	177
11.Ι. Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων	179
11.ΙΑ. ΜΕΡΙΜΝΑ	179
11.ΙΒ. «ΠΙΣΤΗ» Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Παιδιών με Νεοπλασματικές Παθήσεις	180
11.ΙΓ. b1ofus – Νέοι Κατά του Καρκίνου	181
11.ΙΔ. Ιατρείο Πόνου	182

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12**

<b>ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	183
12.Α. Παροχές ασφαλισμένων του δημοσίου	183
12.Β. Παροχές ασφαλισμένων του ΙΚΑ	183
12.Γ. Σύνταξη υπερηλίκων ΟΓΑ	184
12.Δ. Παροχές Διευθύνσεων Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών	184

## **Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13**

<b>ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	189
----------------------------------	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14**

<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ</b>	190
------------------------------	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15**

<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</b>	192
15.Α. Αντικείμενο της έρευνας	192
15.Β. Μεθοδολογία και στάδια έρευνας	192
15.Γ. Εργαλείο	192
15.Δ. Δείγμα	193

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16**

<b>ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	194
--------------------------	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17**

<b>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</b>	196
---------------------------	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18**

<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	241
-----------------------------	-----

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19</b>	
<b>ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>243</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20</b>	
<b>ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>245</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21</b>	
<b>ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>247</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22</b>	
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ</b>	<b>249</b>
<b>ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ</b>	
11.Α. Έργο και δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού	249
α. Στην Νοσοκομειακή Περίθαλψη	249
β. Σε Ογκολογικό Νοσοκομείο	251
11.Β. Ο ασθενής και η αλήθεια, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας	255
11.Γ. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας με την οικογένεια	257
11.Δ. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή 2	261
11.Ε. Επαγγελματική εξουθένωση (BURN OUT)	264
• <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>272</b>
• <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>274</b>

## **ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Τις διαστάσεις του καρκίνου, όλοι τις ζούμε, όλους μας επηρεάζουν, αλλά δεν τις μελετούμε, δεν τις υπολογίζουμε. Δεν ξέρουμε; Δεν μπορούμε; ή δεν θέλουμε; Συγκεκριμένη απάντηση για τις διαστάσεις του προβλήματος, δεν θα μπορούσε να δώσει κανείς ειδικός ή υπεύθυνος. Συγκεκριμένα στοιχεία θα μπορούσε να δώσει κάθε άτομο και οικογένεια που περιπλέκεται στην περιπέτεια αυτή.

Στην προσπάθειά μας να διεξάγουμε μία μελέτη με την οποία θα διερευνούσαμε την ασθένεια καρκίνος, τους ασθενείς οι οποίοι νοσούν από αυτήν, καθώς και τους φορείς υποστήριξης των καρκινοπαθών, μας δημιουργήθηκε η απορία κατά πόσο το φύλο αποτελεί έναν από τους παράγοντες που δημιουργούν διαφορετικότητα στον τρόπο που ένας ασθενής βιώνει την ασθένεια καθώς και στον τρόπο που τα συστήματα υποστήριξης τον αντιμετωπίζουν.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

### **A. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του θέματος της διαφορετικότητας στα συστήματα υποστήριξης ενηλίκων ανδρών και γυναικών καρκινοπαθών στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα.

### **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 της αιτιολογίας, των μορφών και των τύπων καρκίνου, των συμπτωμάτων και της θεραπείας του

§ η διερεύνηση των αντιδράσεων που έχουν οι ασθενείς κατά την ανακοίνωση και την αντιμετώπιση της ασθένειας.

§ ο εντοπισμός των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο σε όλους τους τομείς της ζωής τους.

§ οι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών που προκύπτουν από την ασθένεια.

§ η διερεύνηση του θέματος της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου.

§ ο εντοπισμός των φορέων που ασχολούνται με την ευπαθή κοινωνικά ομάδα των καρκινοπαθών.

§ Η διερεύνηση των παροχών που δικαιούνται οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

ii. Η διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή.

iii. Τέλος στόχος μας είναι η διερεύνηση του θέματος μέσα από εκπόνηση μιας έρευνας με θέμα την διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενηλίκων ανδρών και γυναικών καρκινοπαθών στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα.

## • ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΟΛΟΓΙΑ

- **ΚΑΡΚΙΝΟΣ:** 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 .
- **ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ:** Είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με την εμφάνιση όγκων στο σώμα του ανθρώπου.
- **ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ:** Είναι ο ασθενής ο οποίος πάσχει από κάποια μορφή καρκίνου.
- **ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ:** Είναι ο γιατρός ο οποίος παρακολουθεί τους ασθενείς που υποφέρουν από κάποιο είδος όγκου.
- **ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** είναι η συστηματική θεραπεία των νεοπλασμάτων, δηλαδή έχει πρόσβαση μέσω της κυκλοφορίας του αίματος στα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στον οργανισμό με εξαίρεση τα ανοσολογικώς προνομιικά 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.

ο ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: 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).

ο ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ: είναι η ικανότητα του καρκίνου να δημιουργεί «αποικίες» σε άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος, η εξάπλωση της ασθένειας του καρκίνου από την αρχική θέση του σε άλλα τμήματα του σώματος.

# **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

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 νεοπλάσματα. 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 Γαλιηνού 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 Γεράσιμος Α., Αθήνα, 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<sup>ος</sup> αι. μ.Χ.).

Η συσχέτιση της έξαρσης ενός νεοπλάσματος με μια σημαντική απώλεια γίνεται ήδη από τον 2<sup>ο</sup> αι. μ.Χ. Ιστορικός συγγραφέας ο Δίων ο Κάσσιος (155-235 μ.Χ.) γράφοντας για την Ιουλία, μητέρα του Ταράντου 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<sup>ου</sup> 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 του χειρουργικής παθολογίας. Ο ίδιος γράφει πως η ματαίωση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση τις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλάσματος. Πολλοί ακόμα γιατροί από όλον τον κόσμο, τόσο τον 18<sup>ο</sup> όσο και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα υποστηρίζουν τις ίδιες αντιλήψεις. Προς τα τέλη του 19<sup>ου</sup> 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<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> 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 νόσο ( Ρηγάτος Γεράσιμος Α., Αθήνα, 1985).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ «ΚΑΡΚΙΝΟΣ»**

#### **2.Α. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομά της. Παρομοίωσε 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 («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 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. («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **2.B. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες ,στα καλοήθη και στα κακοήθη, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο. Τα καλοήθη συνήθως λήγουν στην κατάληξη -ωμα (ίνωμα – λίπωμα) ενώ τα κακοήθη ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε καρκινώματα (προέρχονται από επιθηλιακούς ιστούς) (π.χ. αδenoκαρκινώματα) και σε σαρκώματα (προέρχονται από μεσεγχυματικούς ιστούς).

Οι καλοήθεις όγκοι διαχωρίζονται από τους κακοήθεις όχι μόνο από τους ιστολογικούς τους χαρακτήρες ,αλλά και από τους κλινικούς ,ή από την άποψη ότι οι μεν καλοήθεις θεραπεύονται ενώ οι κακοήθεις αποβαίνουν συχνά μοιραίοι για τη ζωή των αρρώστων.

Τα μεταξύ τους όρια δεν είναι βέβαια απόλυτα σαφή. Έτσι π.χ. ένας καλοήθους όγκος του εγκεφάλου μπορεί να είναι θανατηφόρος κι ένα καρκίνωμα της μήτρας ή του μαστού θαυμάσια να ιαθούν.

Από κλινική και ιστολογική άποψη εμφανίζουν τους εξής κύριους διαχωριστικούς χαρακτήρες:

### ***i.Καλοήθεις όγκοι***

Μεγεθύνονται πολύ αργά.

Αυξάνουν μόνο κατ' όγκο, χωρίς να διεισδύσουν στους γειτονικούς ιστούς.

Συνήθως περικλείονται σε κάψα.

Μετά από προσεκτική εξαίρεση δεν αναπτύσσονται ξανά στην ίδια θέση.  
Δεν αναπτύσσουν θυγατρικές εστίες (μεταστάσεις) σε άλλες θέσεις του σώματος.  
Δεν είναι θανατηφόροι εκτός αν πιέζουν ζωτικά όργανα.  
Σπάνια νεκρώνονται ή εξελκούνται.  
Δεν προκαλούν καχεξία στον άρρωστο.  
Αποτελούνται από κύτταρα καλά διαφοροποιημένα, δηλαδή τείνουν να μοιάσουν προς τον υγιή ιστό από τον οποίο αναπτύσσονται.  
Τα κύτταρα είναι ισομεγέθη κι έχουν το ίδιο σχήμα.  
Στο μικροσκόπιο βλέπουμε τον ιστό με λίγες μιτώσεις.  
Τα κύτταρα του όγκου μοιάζουν αρκετά, ως προς τη διάταξή τους, με εκείνα του ιστού από τον οποίο αναπτύσσονται («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## ***ii. Κακοήθεις όγκοι***

Εξελίσσονται γρήγορα.  
Δεισδύουν στους γειτονικούς ιστούς.  
Δεν περικλείονται σε κάψα.  
Υποτροπιάζουν εάν δεν εξαιρεθούν στο σύνολό τους.  
Μεθίστανται με τα λεμφοφόρα ή τα αιμοφόρα αγγεία.  
Είναι όγκοι θανατηφόροι τις περισσότερες φορές.  
Συχνά νεκρώνονται και εξελκούνται.  
Προκαλούν καχεξία και αναιμία στον άρρωστο.  
Αποτελούνται από κύτταρα λίγο διαφοροποιημένα ή αναπλαστικά κύτταρα με αποτέλεσμα να διαφέρουν σημαντικά από τα κύτταρα του ιστού από τα οποία αναπτύχθηκαν.  
Πολυμορφία ως προς το μέγεθος και το σχήμα των κυττάρων τους.  
Με πολλές μιτώσεις.  
Δε μοιάζουν τα κύτταρα, ως προς τη διάταξη τους, προς εκείνη των κυττάρων του ιστού από τον οποίο προέρχεται ο όγκος. («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## 2. Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ

Οι παράγοντες που δρουν στον πυρήνα κυττάρου και τον μεταλλάσσουν ούτως ώστε να αναπτύξει καρκίνο (καρκινογόνα) είναι διάφοροι χημικοί, φυσικοί, βιολογικοί, φαρμακευτικοί, διατροφικοί, ψυχολογικοί, κληρονομικοί και άλλοι.

### *ι. Χημικοί παράγοντες καρκινογένεσης*

Χιλιάδες χημικές ενώσεις έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του καρκίνου στον άνθρωπο. Οι κυριότεροι είναι:

Ο καπνός. Το κάπνισμα ενεργητικό ή παθητικό ενοχοποιείται για τον καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως στον άνδρα.

Βιομηχανικά προϊόντα όπως ο αμιάντος, το αρσενικό, το νικέλιο, οι ενώσεις χρωμίου, σιδήρου και άλλα μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστεως και άλλους. Ο αμιάντος βρίσκεται σε διάφορες οικιακές συσκευές σαν μονωτικό, σε σκεπές σπιτιών, σχολείων κ.τ.λ. Αμιάντος επίσης βρίσκεται στους δρόμους και τις παιδικές χαρές από τη μόλυνση του περιβάλλοντος λόγω τριβής των φρένων των αυτοκινήτων που έχουν αμιάντο. Επίσης πλάκες αμιάντου βρίσκονται ακόμα σε φούρνους με συνέπεια τη ρύπανση του ψωμιού που τρώμε.

Από τα άλλα βιομηχανικά προϊόντα που έχουν ενοχοποιηθεί ως καρκινογόνα αναφέρονται οι ενώσεις μολύβδου, ψευδαργύρου, χαλκού, αρσενικού, υδραργύρου, οι κυκλικοί υδρογονάνθρακες, η βενζίνη, τα χρώματα ανιλίνης, η αιθάλη, η πίσσα, οι διοξίνες, το λινδάνιο, τα πλαστικά και άλλες πολλές χημικές ουσίες που μολύνουν τον αέρα και στη συνέχεια με τη βροχή μολύνουν τις θάλασσες, τα ποτάμια, τα υπόγεια ύδατα, τις καλλιέργειες κ.τ.λ. Οι διοξίνες εισέρχονται δια της αναπνοής, τροφής και του δέρματος. Τα νιτρώδη που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία για συντήρηση κρεάτων και ψαριών καθώς και αλλαντικών κ.λ.π. είναι επικίνδυνα και καρκινογόνα γιατί με τη δράση των βακτηριδίων στον οργανισμό μετατρέπονται σε νιτροζαμίνες που είναι εξαιρετικά καρκινογόνες και ενοχοποιούνται για τη δημιουργία καρκίνου του ήπατος («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Διάφορες κόλλες που χρησιμοποιούν τα παιδιά για τη συγκόλληση χαρτιών, πλαστικών έχουν διάφορες καρκινογόνες ουσίες όπως η φορμαλδεΐδη, πολυεστέρες, ακετόνη, τετραχλωράνθρακες, κ.τ.λ.

Η ρύπανση της ατμόσφαιρας με καρκινογόνες ουσίες από τις βιομηχανίες, από τα αυτοκίνητα και τα αεροπλάνα αποτελεί το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα της υφελίου σήμερα, δεδομένου ότι οι ενήλικες «μολύνονται» με τον αέρα που αναπνέουν αλλά και με το νερό που πίνουν.

Τα καρκινογόνα στοιχεία – ουσίες στο νερό που πίνουμε. Το πόσιμο νερό μπορεί να περιέχει καρκινογόνες ουσίες όπως:

Βαρέα μέταλλα (μόλυβδος, κάδμιο) προέρχονται από τις βενζίνες, χρώματα, φυτοφάρμακα, πλαστικά, μπαταρίες κ.λ.π.

Νιτρικά (λιπάσματα, πετρώματα)

Πλαστικοποιητές, προέρχονται από την τριβή των τροχών των αυτοκινήτων.

Φυτοφάρμακα, προέρχονται από καλλιέργειες κοντά σε ταμιευτήρες ύδατος.

Χλωροφαινόλες. Οι φαινόλες που καταλήγουν στους ταμιευτήρες είναι ακίνδυνες, με τη χλωρίωση όμως σχηματίζουν σταθερές ενώσεις τις χλωροφαινόλες που είναι τοξικές και καρκινογόνες.

Παράγωγα χλωρίωσης. Με τη χλωρίωση ιδιαίτερα το καλοκαίρι δημιουργούνται διάφορες καρκινογόνες ενώσεις και αυτό οφείλεται στον τρόπο χλωρίωσης του νερού.

Εμφιαλωμένα νερά. Τα μπουκάλια και μόνον κατασκευάζονται από το φτηνό και καρκινογόνο P.C.B.S. («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## ***ii. Οι φαρμακευτικοί παράγοντες που είναι καρκινογόνοι***

Διάφορα φάρμακα όπως τα αντικαρκινικά ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη λευχαιμίας. Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, ενοχοποιούνται για τη δημιουργία λεμφωμάτων. Η χρήση της υδαντοΐνης δυνατό να προκαλέσει το σύνδρομο ψευδολεμφώματος και μη-Hodgkin λεμφωμάτων. Τα ανδρογόνα στεροειδή ενοχοποιούνται για τα ηπατώματα. Η φαινυλαντοΐνη για τα νευροβλάστωμα. Η κυκλοφωσφαμίδη για τον καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος. Διάφορα σπερματοκτόνα και αντισυλληπτικοί αφροί ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη εμβρυϊκών καρκινωμάτων στα παιδιά.

### *iii. Τα καρκινογόνα τρόφιμα*

Διάφορα συστατικά και συντηρητικά τροφίμων καθώς και το νερό ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου στους άνδρες. Έτσι οι αφλατοξίνες που βρίσκονται στους μύκητες, στο βαμβάκι, στη μούχλα ενοχοποιούνται για τον καρκίνο του ήπατος. Οι νιτροζαμίνες για τον καρκίνο του οισοφάγου και του ήπατος. Οι εστέρες της σορβόλης για τον καρκίνο του οισοφάγου. Το αλκοόλ για τον καρκίνο του ήπατος, οισοφάγου, παγκρέατος.

Ο Ιπποκράτης έλεγε «η τροφή σου να είναι το γιατρικό σου και το γιατρικό σου να είναι η τροφή σου» δίνοντας έτσι τη σημασία της σωστής διατροφής. Σήμερα πιστεύεται ότι το 1\3 των καρκίνων του πεπτικού οφείλεται στη διατροφή.τα καρκινογόνα ή μεταλλαξιογόνα εντοπίζονται περισσότερο στα συντηρητικά και τις χρωστικές ουσίες παρά στα καθατού τρόφιμα. («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Τα νιτρώδη και τα νιτρικά άλατα που προστίθενται στα διάφορα αλλαντικά, ψάρια, κρέατα, μπορεί ν'αντιδράσουν με αζωτούχες ενώσεις των τροφίμων και να σχηματίσουν νιτροζαμίνες που είναι καρκινογόνες. Τα κηπευτικά προϊόντα μπορεί να έχουν μεγάλες ποσότητες νιτρικών όταν καλλιεργούνται σε θερμοκήπια και λιπαίνονται με νιτρικά λιπάσματα.

Οι χρωστικές ουσίες είναι συνθετικά χρώματα. Τα αζωχρώματα μπορεί να δημιουργήσουν τοξικές αρωματικές αμίνες που είναι καρκινογόνες. Φυτικές ύλες όπως το πιπέρι ή το σέλινο σε μεγάλες δόσεις είναι καρκινογόνα.

Στις τροφές υπάρχουν καρκινογόνα και αντικαρκινογόνα που δρουν προοδευτικά. Αυτά είναι η γλουταθειόνη, που βρίσκεται στο ήπαρ, στη μαγιά της μύρας, τα ακόρεστα αλειφατικά οξέα που βρίσκονται στα εσπεριδοειδή, βιταμίνη Α, που βρίσκεται στο γάλα, βούτυρο, αυγά, λάχανα, καρότα, βιταμίνη Ε, που βρίσκεται στο λάδι, σιτάρι, αραβόσιτο,. Οι ουσίες αυτές έχουν αντιοξειδωτικές και αντιμεταλλαξιογόνες ιδιότητες και εμποδίζουν την καρκινογένεση από αφλατοξίνες και βενζοπυρένια.

Τροφές που περιέχουν ίνες, πεκτίνες, λιγνίτες, αυξάνουν τον όγκο του περιεχομένου των εντέρων με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο περισταλτισμός αυτού και συνέπεια αυτού η ταχεία δίοδος των καρκινογόνων τροφών από το έντερο. Γι'

αυτό η διατροφή με τροφές πλούσιες σε ίνες όπως φρούτα, λαχανικά, όσπρια κ.τ.λ. προστατεύει τα παιδιά από την ανάπτυξη μελλοντικά καρκίνου του πεπτικού σωλήνα («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***iv. Οι φυσικοί παράγοντες που είναι καρκινογόνοι***

Οι φυσικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνων είναι η υπεριώδης ηλιακή ακτινοβολία και η ιοντίζουσα ακτινοβολία.

Ο ήλιος είναι η πηγή της ζωής. Έχει μικροβιοκτόνες ιδιότητες, μετατρέπει την προβιταμίνη D σε βιταμίνη D, δυναμώνει την όραση, προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες. Η αλόγιστη χρήση και έκθεση στα «χάδια» του ήλιου μπορεί να επιφέρει βλάβες στο ανθρώπινο δέρμα. Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες, ορατές και υπεριώδεις ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματος οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε A και B (UVA και UVB). Η ακτινοβολία UVA ευθύνεται για τον καρκίνο. Έτσι η αλόγιστη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου δέρματος όπως το καρκίνωμα και το μελάνωμα. Ο κίνδυνος αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος σε άνδρες που πάσχουν από μελαγχρωματική ξηροδερμία και μελαγχρωματικούς σπίλους. Τα τελευταία χρόνια, η επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας είναι πολύ μεγαλύτερη λόγω της ελλείψεως στην ατμόσφαιρα του όζοντος.

Η ιοντίζουσα ακτινοβολία, έχει πλέον τεκμηριωθεί ως αίτιο της λευχαιμίας. Οι καρκίνοι που αναπτύσσονται είναι οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα, ο καρκίνος του θυροειδούς, ο καρκίνος του δέρματος, σαρκώματα μαλακών μορίων και οστών, ο όγκος εγκεφάλου, καρκίνος πνεύμονα. Ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την εκδήλωση της νεοπλασίας είναι διαφορετικός για κάθε είδος καρκίνου. Η ακτινοβολία δε βλάπτει μόνο τα σωματικά κύτταρα αλλά και τα αρχέγονα γεννητικά με αποτέλεσμα οι βλάβες στα χρωμοσώματα να εκδηλωθούν και στις επόμενες γενιές.

Στις ακτινοδιαγνωστικές μεθόδους που εφαρμόζουμε στα νοσοκομεία δεν έχει βρεθεί η ελάχιστη ιδανική δόση. Ο διπλασιασμός της δόσης διπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, ενώ αντίθετα η ελάττωση της δόσης μειώνει τον κίνδυνο καρκινογένεσης («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και



καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***ν. Οι βιολογικοί παράγοντες που είναι καρκινογόνοι***

Οι λοιμώξεις από ιούς προδιαθέτουν σε καρκινογένεση. Οι ιοί εισερχόμενοι στο γενετικό υλικό του κυττάρου προκαλούν μέσω του αυξητικού παράγοντα διαφοροποίηση, μετάλλαξη, ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και ανάπτυξη καρκίνου.

Οι ογκογόνοι ιοί διακρίνονται στους DNA και στους RNA ιούς. Από τους DNA ιούς ο ιός του παπιλλώματος προκαλεί καρκίνο του γεννητικού συστήματος, ο ιός της ηπατίτιδας προκαλεί ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ο αδενοϊός προκαλεί καρκίνο αμυγδαλής, ο ιός E.B. προκαλεί ρινοφαρυγγικό καρκίνο.

Μεταξύ άλλων βιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο είναι η λοίμωξη από το schistosoma-haemotabium προκαλεί καρκίνο της ουροδόχου κύστης στη δεύτερη δεκαετία της ζωής. Διάφοροι άλλοι παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκινωμάτων όπως το stress, η παχυσαρκία, οι διάφοροι δυσπλαστικοί ιοί και η κληρονομικότητα («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **2.Α. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Η διάγνωση του καρκίνου είναι αρκετά δύσκολη και στηρίζεται σε πληροφορίες που παίρνονται από τα εξής:

### **i. Ιστορικό**

Παίρνουμε πληροφορίες του αρρώστου. Δίνουμε την κατάλληλη προσοχή στα εξής συμπτώματα:

- α) Διόγκωση (καρκίνος όρχεων, οστών, δέρματος κ.τ.λ.)
- β) Μεταβολή φωνής (καρκίνος λάρυγγος)
- γ) Κεφαλαλγία (όγκος εγκεφάλου)
- δ) Πόνος στο στομάχι (καρκίνος στομάχου)
- ε) Έντονος πόνος στην κοιλιά (καρκίνος παγκρέατος)
- στ) Έντονη δυσκοιλιότητα (καρκίνος παχέος εντέρου)
- ζ) Αιματουρία (καρκίνος νεφρών, κύστεως)
- η) Μεταβολή χροιάς δέρματος (καρκίνος δέρματος)

## **ii. Κλινική εξέταση**

Από την αντικειμενική εξέταση παίρνουμε πληροφορίες για πιθανή διόγκωση:

- α) διόγκωση ήπατος
- β) διόγκωση λεμφαδένων
- γ) αλλαγή χρώματος σπύλων δέρματος.

*Οι εργαστηριακές εξετάσεις για τη διάγνωση του καρκίνου*

Ακτινολογικός έλεγχος. Ιδιαίτερα σημαντικός για τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα, του πεπτικού και του μαστού.

Αξονική τομογραφία- Μαγνητική τομογραφία. Σύγχρονες εξετάσεις με βάση τον μαγνητικό συντονισμό και με ποσοστό αποτυχίας ελάχιστο. Ενδείκνυται για όλες σχεδόν τις μορφές καρκίνων.

Υπερηχοτομογραφικός έλεγχος. Είναι εύκολη και ανώδυνη μέθοδος με μεγάλο ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση.

Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος. Γίνεται με ραδιενεργά ισότοπα και είναι πολύ χρήσιμη μέθοδος για τον εντοπισμό καρκίνων του θυροειδούς, ήπατος, νεφρών.

Κυτταρολογική εξέταση. Εξετάζουμε εκκρίματα και ύστερα από την κατάλληλη επεξεργασία διαβαθμίζουμε ανάλογα ως εξής:

Κλάση 1): Φυσιολογικά κύτταρα

Κλάση 2): Φυσιολογικά κύτταρα, αλλοιωμένα από φλεγμονή.

Κλάση 3): Ανώμαλα κύτταρα, υποψία καρκίνου.

Κλάση 4): Ανώμαλα κύτταρα, σοβαρή υπόνοια καρκίνου.

Κλάση 5): Καρκινικά κύτταρα.

Ιστολογική εξέταση: Θέτει την τελική διάγνωση. Είναι απαραίτητη για την πρόγνωση και την θεραπευτική αγωγή («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Μεγάλη βοήθεια στη διάγνωση σήμερα μας δίνουν οι εξετάσεις με τα εύκαμπτα βρογχοσκόπια, κολονοσκόπια, γαστροσκόπια που έχουν τη δυνατότητα να παίρνουν μικρά τεμάχια ιστών για ιστολογική εξέταση.

## **2.Ε. 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 φύλλο ο καρκίνος του δέρματος και ο καρκίνος του εγκεφάλου τελευταία έχουν αυξηθεί πολύ.

### **α. 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 («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία

και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **β. Καρκίνος 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 («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 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 του 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.

### **γ. Καρκίνος του προστάτη**

Ο καρκίνος του προστάτη στην Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου από τα κακοήθη νεοπλάσματα 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 («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***ι.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 συχνοουρία, 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 θεραπειάς, που αποσκοπεί στην πλήρη ίαση από τη νόσο, ανήκουν η ολική προστατεκτομή και η ακτινοθεραπεία. Στη δεύτερη κατηγορία θεραπειάς που αποσκοπεί στην ύφεση της νόσου, στην καλύτερη ποιότητα ζωής και στην αύξηση του χρόνου επιβίωσης, ανήκουν η ορμονοθεραπεία, και η χημειοθεραπεία.

## **δ. Καρκίνος του νεφρού και της ουροδόχου κύστης**

Ο καρκίνος του νεφρού και της αποχετευτικής οδού (ουρητήρες, κύστη, ουρήθρα) είναι πιο συχνός στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Συνήθως εκδηλώνεται στην ηλικία 50-60 ετών. Πολλοί παράγοντες για τη δημιουργία του ενοχοποιούνται όπως ορμόνες, χημικές ουσίες, κάπνισμα, διατροφή κ.τ.λ. χωρίς όμως να υπάρχει κάτι το επιστημονικά αποδεδειγμένο. μπορεί να εμφανισθούν πολύ σπάνια και στους δυο νεφρούς. Μπορεί να έχουν κυστική ή συμπαγή μορφή ή και αποτιτανώσεις («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***i. Οι κλινικές εκδηλώσεις***

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καρκίνου του νεφρού είναι:

- § Η ανώδυνη, μακροσκοπική αιματουρία, που οφείλεται στη διήθηση της αποχετευτικής μοίρας. Συνήθως είναι διαλείπουσα. Σε μεγάλη αιματουρία μπορεί να εμφανιστούν κολικοί, λόγω της διέλευσης αιμοπηγμάτων.
- § Ο οσφυϊκός πόνος, που είναι βύθιος και οφείλεται στη διήθηση της νεφρικής κάψας.

- § Ψηλαφητή διόγκωση στη νεφρική χώρα, όταν ο όγκος είναι μεγάλος .Σ' αυτή την κλασσική τριάδα μπορεί να προστεθεί και ο άτυπος πυρετός, που παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό και που αρκετές φορές είναι και το μοναδικό σύμπτωμα. Οφείλεται σε έκλυση πυρετογόνων ουσιών από τον όγκο. Ο ασθενής μπορεί επίσης να παρουσιάσει:
- § Υπέρταση, η οποία οφείλεται στη νεφρική ισχαιμία, στις αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες και στην έκλυση υπερτασιογόνων ουσιών από τον όγκο.
- § Πολυερυθραιμία, λόγω έκλυσης σημαντικών ποσοτήτων ερυθροποιητίνης.
- § Υπερασβιεστιαίμια, λόγω έκλυσης ουσίας με ιδιότητες με αυτές της παραθορμόνης.
- § Ηπατική δυσλειτουργία, με εργαστηριακή έκφραση την αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης, την υπολευκωματιναιμία και την υποπροθρομβιναιμία. Αποδίδεται σε ανοσοβιολογικό μηχανισμό.

Οι παραπάνω εκδηλώσεις εξαφανίζονται με την αφαίρεση όγκου («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι η ανώδυνη ολική αιματουρία. Αρκετές φορές η αιματουρία είναι μεγάλη με αιμοπήγματα και την πρόκληση αιματοκύστης. Σε λίγες περιπτώσεις η νόσος εκδηλώνεται με κυστικά ενοχλήματα, που θυμίζουν φλεγμονή. Στα διηθητικά καρκινώματα παρατηρείται επιτακτική ούρηση έως και ακράτεια, λόγω της μείωσης της χωρητικότητας της κύστης. Εφ' όσον διηθηθούν οι ουρητήρες μπορεί να εκδηλωθούν συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας και κωλικοί του νεφρού («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## ***ii. Η 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.

### ***iii. Οι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν καρκίνο του νεφρού και της ουροδόχου κύστης***

Οι όγκοι του ουροεπιθηλίου έχουν σαφή αιτιολογική σχέση με τους παρακάτω παράγοντες:

Χημικά καρκινογόνα.

Νικοτίνη και καφεΐνη.

Γλυκαντικές ουσίες.

Μεταβολίτες της τρυπτοφάνης. Η ενοχοποίηση των ουσιών αυτών προέκυψε από την παρατήρηση, ότι οι μεταβολίτες της τρυπτοφάνης υπάρχουν σε μεγάλες ποσότητες στα ούρα των ασθενών με καρκίνο της αποχετευτικής μοίρας.

Η σχιστοσωμίαση. Οι ασθενείς με σχιστοσωμίαση αναπτύσσουν σε μεγάλο ποσοστό καρκίνο της κύστης. Αυτό εξηγείται λόγω της φλεγμονής και του χρόνιου ερεθισμού.

Ο χρόνιος ερεθισμός. Ο φλεγμονώδης ερεθισμός, που υπάρχει σε λιθίαση σε μακροχρόνια παραμονή καθετήρα και σε άλλες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη καρκινώματος.

Ιοί και ανοσοβιολογικές διαταραχές. Πειραματικές έρευνες έδειξαν την ανάπτυξη όγκων στην αποχετευτική μοίρα από διάφορους RNA ιούς, με αποτέλεσμα την ενοχοποίηση τους.

### ***iv. Η θεραπεία***

Η θεραπεία στους λεγόμενους επιφανειακούς όγκους συνίσταται στη διουρηθική αφαίρεση του όγκου. Ακόμα μπορεί να γίνει καταστροφή του με ακτίνες Laser.

Επειδή οι όγκοι εμφανίζουν πολύ υψηλό ποσοστό υποτροπής, γίνεται προληπτική θεραπεία με ενδοκυστικές εγχύσεις κυτταροστατικών. Άλλα θεραπευτικά προληπτικά σχήματα είναι η ενδοκυστική έγχυση ιντερφερόνης και η ανοσοθεραπεία. Χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση των ασθενών για όλη τους τη ζωή.

Στα διηθητικά καρκινώματα, που δεν έχουν λεμφαδενικές και άλλες μεταστάσεις έχει ένδειξη η ολική κυστεοπροστατεκτομή. Η εκτροπή των ούρων



γίνεται, ή προς το παχύ έντερο, ή προς απομονωμένη έλικα λεπτού εντέρου, ή προς το δέρμα.

Στα μεταστατικά καρκινώματα γίνεται ακτινοθεραπεία του όγκου, που δεν έχει δώσει όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η συστηματική χημειοθεραπεία, που χρησιμοποιείται ευρύτερα στα τελευταία χρόνια, έχει δώσει ελπιδοφόρα μηνύματα («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### **ε. Καρκίνος του οισοφάγου**

#### ***i. Η δημιουργία των καρκίνων του οισοφάγου***

Ο οισοφάγος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας που αρχίζει από το φάρυγγα και καταλήγει στο στομάχι. Ο καρκίνος του οισοφάγου παρουσιάζεται 8 φορές συχνότερα στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Διάφοροι παράγοντες ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου όπως η υπερβολική κατανάλωση καπνού, οινοπνεύματος, μπαχαρικών, καρυκευμάτων, θερμών ποτών. Επίσης διάφορες παθήσεις του οισοφάγου έχουν χαρακτηριστεί προκαρκινικές όπως εγκαύματα οισοφάγου από χημικές ουσίες, η οισοφαγίτιδα, η διαφραγματοκήλη, τα έλκη του Barret, η σκληροδερμία και άλλες. Το οινόπνευμα θεωρείται ότι προκαλεί μικροτραυματισμούς στον βλεννογόνο του οισοφάγου.

Η κακή διατροφή και οι υποβιταμινώσεις φαίνεται ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο, γι' αυτό ο καρκίνος του οισοφάγου έχει χαρακτηριστεί σαν «νόσος των φτωχών».

#### ***ii. Τα συμπτώματα***

Ο άρρωστος με καρκίνο του οισοφάγου εμφανίζει δυσκολία στην κατάποση και αίσθημα πληρώσεως του οισοφάγου. Εκτός από την δυσφαγία ο άρρωστος παρουσιάζει καχεξία, αδυναμία και αναιμία.

#### ***iii. Η αντιμετώπιση***

Στους ανεγχείρητους όγκους γίνεται παρηγορητική θεραπεία με διεκβολή σωλήνα σίτισης δια μέσου του καρκινικού όγκου. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία βοηθά σ' αυτές τις περιπτώσεις. Η ριζική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την αφαίρεση του όγκου και την ριζική ακτινοθεραπεία. Η ολική αφαίρεση του

οισοφάγου μπορεί να γίνει και η αντικατάσταση του γίνεται με παχύ έντερο («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### **στ. Καρκίνος του στομάχου**

##### ***i. Η δημιουργία του καρκίνου του στομάχου***

Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο του πεπτικού συστήματος στους άνδρες. Παρουσιάζεται στους άνδρες πιο συχνά από τις γυναίκες με μέση ηλικία 50-60 έτη.

Όσον αφορά την αιτιολογία έχει παρατηρηθεί ότι το έλκος στομάχου, η ατροφική γαστρίτις, η αχλωρυδία, η γαστρεκτομή, η ομάδα αίματος A, το κάπνισμα, τα αλκοολούχα ποτά, τα τρόφιμα με πολλά καρυκεύματα και άλλοι παράγοντες προδιαθέτουν σε καρκίνο του στομάχου. Επίσης η κληρονομικότητα και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου.

Φαίνεται ότι ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας παίζει ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου, γιατί υπάρχει ηυξημένη συχνότητα στις βιομηχανικές-αστικές περιοχές και στην ύπαιθρο. Επίσης η σχέση τροφής και ο τρόπος μαγειρέματος έχουν κάποια σχέση όπως καυτά ροφήματα, τροφές με καρυκεύματα, τηγανητά, καπνιστά, λιπαρά. Οι πολύποδες του στομάχου, το έλκος, η ατροφική γαστρίτιδα, η κακοήθης αναιμία, η αχλωρυδρία, η προηγηθείσα γαστρεκτομή αποτελούν προδιαθεσιακούς παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου του στομάχου.

##### ***ii. Τα συμπτώματα***

Τα συμπτώματα είναι στα αρχικά στάδια ήπια και ασαφή και περιλαμβάνουν αναιμία, πυρετό, απώλεια βάρους. Σε πολλές περιπτώσεις πρώτο σύμπτωμα αποτελεί ο πόνος στα οστά ή στους πνεύμονες λόγω των μεταστάσεων. Ανάλογα τώρα με την εντόπισή του μέσα στο στομάχι προκαλεί και τα ανάλογα συμπτώματα. Τα ενοχλήματα ποικίλουν. Συνήθως ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία, απώλεια βάρους, εμετούς, ναυτία, ήπιο επιγαστρικό πόνο, αίσθημα πληρότητας, φούσκωμα. Μπορεί σαν πρώτη εκδήλωση της νόσου να είναι η αιμορραγία («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***iii. Η θεραπεία***

Η θεραπεία είναι καθαρά χειρουργική. Συγχρόνως με την εγχείρηση γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός και έλεγχος για τυχόν μεταστάσεις. Ο επιθυμητός στόχος του χειρουργού είναι η ριζική αφαίρεση του όγκου. Τα στοιχεία που θα μας οδηγήσουν στο εάν ο όγκος είναι χειρουργήσιμος ή όχι είναι η γενική κατάσταση του αρρώστου, η ύπαρξη μεταστάσεων, ο καρκινωματώδης ασκίτης, οι διηθήσεις παρακείμενων οργάνων. Η εκτίμηση σήμερα είναι δυνατή με τη χρήση της αξονικής τομογραφίας. Εφόσον ο όγκος κριθεί χειρουργήσιμος από τον χειρουργό διενεργείται ολική γαστρεκτομή και αποκατάσταση ανάλογα με γαστρονηστιδική αναστόμωση ή οισοφαγονηστιδική αναστόμωση.

Τα τελευταία χρόνια έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία έχει αυξήσει πολύ το ποσοστό επιβίωσης. Η έγκαιρη διάγνωση σήμερα γίνεται με τη γαστροσκόπηση οπότε βλέπουμε την εικόνα αλλά κάνουμε και βιοψία. Στη σημασία της μακράς βιοψίας αποδίδεται σήμερα η μακρά επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του στομάχου («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **ζ. Καρκίνος του πέους**

### ***i. Η δημιουργία καρκίνου του πέους***

Ο καρκίνος του πέους εμφανίζεται σε άνδρες προχωρημένης ηλικίας. Η ανάπτυξή του οφείλεται αποκλειστικά στην κακή υγιεινή και στο χρόνιο ερεθισμό από σμήγμα. Ιδιαίτερα συχνά αναπτύσσεται το καρκίνωμα σε άτομα με φίμωση, η οποία ευνοεί τη χρόνια βαλανοποσθίτιδα.

Το καρκίνωμα του πέους εμφανίζεται σαν ανθοκραμβοειδής ή ελκωτική περιοχή στο βάλανο. Η πλειονότητα των περιπτώσεων είναι καλά διαφοροποιημένα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο. Ο βαθμός κακοήθειας επηρεάζει την τάση του καρκινώματος για μεταστάσεις. Άλλοι όγκοι είναι τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα, τα μελανώματα, οι μεσεγχυματογενείς όγκοι, και το σάρκωμα Kaposi.

Επειδή αναπτύσσεται συνήθως σε υπόστρωμα φίμωσης στην αρχή υπάρχει μόνο αίσθημα κνησμού και καύσος κάτω από την ακροποσθία, καθώς και κάποιο έκκριμα. Όταν εξαπλωθεί ο όγκος, η διαπίστωση είναι εύκολη.

## ***ii. Η 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 ακροποσθία η τυπική περιτομή αρκεί.

## **η. Καρκίνος του πνεύμονα**

### ***i. Η δημιουργία του καρκίνου του πνεύμονα***

Το κάπνισμα αποτελεί κατ' εξοχήν αιτία δημιουργίας του καρκίνου αυτού είτε άμεσα στους καπνιστές σιγαρέτων και είναι ανάλογος του αριθμού των καταναλισκόμενων σιγαρέτων ημερησίως, αλλά και έμμεσα από την παθητική εισπνοή καπνού από το περιβάλλον του καπνιστή. Έχει διαπιστωθεί ότι οι σύζυγοι καπνιστών παθαίνουν τρεις φορές πιο συχνά καρκίνο του πνεύμονα από συζύγους μη καπνιστών. Ο κίνδυνος ανάπτυξης αυξάνεται ανάλογα με την κατανάλωση τσιγάρων και τη χρονική διάρκεια της χρήσης. Από την καύση του τσιγάρου δημιουργούνται διάφορες καρκινογόνες ουσίες όπως νικοτίνη, βενζοπυρένιο, αρσενικό, αιθάλη, φορμαλδεΰδη, πίσσα και άλλα («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Εκτός του καπνίσματος υπάρχουν αποδείξεις ότι και ουσίες του εισπνεόμενου αέρα σε υψηλές συγκεντρώσεις είναι δυνατόν να δημιουργήσουν αύξηση των κρουσμάτων του καρκίνου του πνεύμονα. Ο αμίαντος, το αρσενικό, το νικέλιο, το χρώμιο, ο σίδηρος, το ουράνιο, τα φθοριούχα, το ραδόνιο, ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Ο αμίαντος έχει πλέον αποδειχθεί ότι προκαλεί τον καρκίνο που λέγεται μεσοθηλίωμα και εντοπίζεται στον υπεζωκότα του πνεύμονα. Επίσης διάφορα νοσήματα όπως η φυματίωση, η βρογχιεκτασία, η σακοειδωση, η διάχυτη πνευμονική ίνωση, αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Η διατροφή τέλος αιτιολογείται επίσης στους παράγοντες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση των κρουσμάτων του καρκίνου του πνεύμονα.

Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών διατρέχουν άμεσα κίνδυνο όπως οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες ύαλου, οι οποίες αν επιπλέον καπνίζουν

πολλαπλασιάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονος. Αυτές οι κατηγορίες επαγγελματιών πρέπει να ζουν υγιεινά και να κάνουν συχνά προληπτικό έλεγχο.

Τα τελευταία έτη μελετάται και η πιθανότητα κληρονομικότητας μέσω ογκογονιδίου του κυττάρου αλλά οι μελέτες αυτές δεν μας έχουν δώσει μέχρι στιγμής σαφείς ενδείξεις ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι κληρονομική νόσος. Διάφορες επίσης έρευνες έδειξαν ότι και το ανοσοποιητικό σύστημα έχει συμμετοχή στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα. Επίσης ενοχοποιείται και το stress χωρίς όμως να υπάρχουν τεκμηριωμένες μελέτες.

Δυστυχώς σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών η νόσος εξελίσσεται ύπουλα και όταν δώσει τα πρώτα συμπτώματα είναι ήδη σε προχωρημένα στάδια και η πιθανότητα της ευνοϊκής αντιμετώπισης πολύ πενιχρή. Θα πρέπει επομένως να προσφύγουμε έγκαιρα στον ιατρό, ειδικότερα οι ασθενείς που ανήκουν στις ομάδες ηυξημένου κινδύνου που προαναφέρθηκαν. «Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους. Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest ; Cable, Greg ; Μάθας Χρήστος Αθήνα Κάτοπτρο 1992»

## *ii. Τα συμπτώματα*

Τα κυριότερα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα είναι τα ακόλουθα:

- § **Βήχας:** Ένας βήχας που επιμένει παρά τη λήψη διαφόρων φαρμάκων θα πρέπει να ερευνηθεί.
- § **Αιμόπτυση:** Αιμόπτυση που επαναλαμβάνεται, συνήθως η αιμόπτυση είναι μικράς ποσότητας.
- § **Γενική κακουχία:** που διαρκεί πέραν ορισμένων εβδομάδων.
- § **Απώλεια βάρους** παρά τη σίτιση του ασθενούς.
- § **Ανορεξία:** που μερικοί την αντιμετωπίζουν σε ζωικής προέλευσης τροφή.
- § **Δυσφαγία:** το σύμπτωμα αυτό το προκαλούν όγκοι που βρίσκονται στην περιοχή του οισοφάγου και τον πιέζουν ή ομάδες διηθημένων παραοισοφαγικών λεμφαδένων.
- § **Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού:** είτε σαν έκτακτες συστολές ή σαν ταχυκαρδία.
- § **Δύσπνοια:** με την κόπωση ή στην ηρεμία ανάλογα με το βαθμό κατάληψης του αναπνευστικού δένδρου από τον όγκο ή απόφραξη μεγάλων τμημάτων του βρόγχου.

- § **Αρθραλγίες:** είναι ένα σύμπτωμα που πρέπει να εκτιμάται σωστά και που οφείλεται σε ένα σύνδρομο και όχι σε απ' ευθείας προσβολή από τον καρκίνο.
- § **Πονοκέφαλος- ζάλη:** κυρίως από μεταστάσεις στον εγκέφαλο.
- § **Αστάθεια βαδίσματος:** από παρεγκεφαλικές μεταστάσεις. Πόνος: είτε από τον κύριο όγκο, είτε από μεταστάσεις που είναι δυνατόν να εκδηλωθούν σε διάφορα σημεία του σώματος κυρίως σπονδύλους, στη λεκάνη, στο θωρακικό τοίχωμα, στον ώμο, στους μηρούς («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).
- § **Πυρετός:** κυρίως υπό τη μορφή δεκατικού πυρετού κίνησης ή και μεγαλύτερου όταν έχει προκληθεί ατελεκτασία μεγάλου πνευμονικού τμήματος από τον όγκο και ο μη αερισμός αυτού του τμήματος ευνοεί τη μικροβιακή.
- § **Το βράγχος της φωνής:** είναι σύνηθες σύμπτωμα του καρκίνου του αριστερού πνεύμονα λόγω διήθησης του λαρυγγικού νεύρου.
- § **Διηθήσεις νεφρών,** προκαλούν διάφορα σύνδρομα με πόνους, κινητικές και αισθητικές διαταραχές.
- § **Παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις:** Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να δώσει συμπτώματα από διάφορα συστήματα όπως από τους ενδοκρινείς αδένες, από το αίμα, από τα οστά, από τα νεύρα Τα ανωτέρω συμπτώματα και εφ' όσον εμμένουν πέραν του 15ήμερου θα πρέπει να οδηγήσουν τον πάσχοντα στον γιατρό.

### *iii. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα*

Η βασική αντιμετώπιση είναι η αφαίρεση του όγκου με χειρουργική 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 («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **θ. Καρκίνος του δέρματος**

### ***i. Η δημιουργία του καρκίνου του δέρματος***

Διάφορα επαγγέλματα προδιαθέτουν στην ανάπτυξη διαφόρων ογκοτικών επεξεργασιών στο δέρμα των ανδρών. Η ανάπτυξη καλοηθών ή κακοηθών όγκων στο δέρμα του προσώπου, του τριχωτού της κεφαλής και του τραχήλου είναι πιο συχνή από άλλες περιοχές του σώματος. Ο ήλιος παίζει σπουδαίο ρόλο. Επιφάνειες που εκτίθεται περισσότερο στον ήλιο είναι πιο ευπαθείς. Τους όγκους τους διακρίνουμε σε καλοήθεις και κακοήθεις. Οι καλοήθεις είναι η γεροντική κεράτωση, οι σημηματογόνοι σπίλοι, οι σημηματογόνες κύστες του τριχωτού, τα λιπώματα, τα θηλώματα, κ.τ.λ. Ορισμένες μορφές καλοηθών όγκων είναι προκαρκινικές καταστάσεις γι' αυτό απαιτείται αφαίρεση και ιστολογική εξέταση. Οι κακοήθεις όγκοι που εμφανίζονται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου είναι το ανθοκυτταρικό και το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα που εμφανίζονται κυρίως σε άνδρες ηλικίας 60-70 ετών. Τα αίτια δημιουργίας καρκινωμάτων στο δέρμα μπορεί να είναι χημικά, ακτινικά, ηλιακά ή γενετικά.

### ***ii. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του δέρματος***

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να θεραπεύσει το 100% του καρκίνου του δέρματος. Σήμερα διαθέτουμε τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία και τα Laser. Κάθε μέθοδος έχει τις ενδείξεις της. Ο δερματολόγος ή ο πλαστικός χειρουργός θα σας υποδείξει τη μέθοδο θεραπείας («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **ι. Κακόηθες μελάνωμα**

Προέρχεται από τα κύτταρα του δέρματος που παράγουν μελανίνη. Είναι ο πλέον ανοσοεξαρτώμενος κακοήθης όγκος που μπορεί ταχύτατα να γενικευθεί ή να ιαθεί. Σε υποτροπή οι μεταστάσεις του είναι τραγικές.

Είναι συχνότερο στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες αλλά έχει καλύτερη πρόγνωση στις γυναίκες. Η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι 48 ετών σε άνδρες και γυναίκες. Μέχρι την εφηβική ηλικία έχουν ανακοινωθεί 110 περιστατικά μόνο. Συχνότερη εντόπιση στις γυναίκες είναι τα κάτω άκρα ενώ στους άνδρες είναι στον

κορμό. Σπανιότερη εντόπιση είναι το κάτω άκρο ιδίως στους άνδρες. Εμφανίζεται στο δέρμα, στοματικό βλεννογόνο, ρινοφάρυγγα, κόλπο και πρωκτό.

Τα μελανώματα των άνω άκρων έχουν καλύτερη πρόγνωση από εκείνα του κάτω άκρους ιδίως σε γυναίκες. Τα μελανώματα του πέλματος έχουν τη χειρότερη πρόγνωση τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Το κακόηθες μελάνωμα μπορεί ν' αναπτυχθεί σε μελαχρωματικό σπίλο, σε προμελανωτικές βλάβες και σε φυσιολογικό δέρμα («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### *ι. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι*

**Ηλιακή ακτινοβολία:** η υπεριώδης ακτινοβολία θεωρείται ο πιο ισχυρός αιτιολογικός παράγοντας. Παρατηρείται πιο συχνά σε άτομα που δε μαυρίζουν εύκολα, άτομα με κόκκινα μαλλιά, ή με ανοιχτά γκριζα ή γαλανά μάτια. Το μελάνωμα εμφανίζεται συχνότερα σε περιοχές του σώματος που εκτίθεται περισσότερο στον ήλιο. Η διαφορετική εντόπιση σε άνδρες και γυναίκες έχει σχέση με το ρουχισμό και την έκθεση των μελών στον ήλιο.

**Κληρονομικότητα:** Οικογένειες που πάσχουν από κακόηθες μελάνωμα αναπτύσσονται σε έδαφος δυσπλαστικού σπίλου.

**Δυσπλαστικοί σπίλοι:** το 40% των κακοηθών μελανωμάτων αναπτύσσονται το μελάνωμα σε έδαφος δυσπλαστικού σπίλου που εμφανίζονται οικογενώς.

**Ορμονική επίδραση:** κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα εξαλλαγής σπίλων σε κακόηθες μελάνωμα όπως έχουν παρατηρηθεί και αυτόματες ιάσεις το τελευταίο τρίμηνο. Έχει παρατηρηθεί επίσης αυξημένη συχνότητα μελανώματος σε γυναίκες που ελάμβαναν αντισυλληπτικά για πάνω από 5 χρόνια.

### *ii. Τα πρώιμα 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.



### *iii. Η 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.

### **ια. Ο καρκίνος στα παιδιά**

#### *i. Η δημιουργία του καρκίνου στα παιδιά*

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη μετά τα ατυχήματα αιτία θανάτων στην παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα αίτια δημιουργίας παιδικών καρκίνων είναι μέχρι στιγμής άγνωστα. Πάντως η κληρονομικότητα, η γενετική προδιάθεση, οι καρκινογόνες ουσίες, η ρύπανση του περιβάλλοντος, οι διηθητικοί ιοί δρουν στην ενδομήτρια ζωή του εμβρύου προκαλώντας καρκίνο στα αμέσως επόμενα χρόνια μετά τη γέννηση του. Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την έναρξη ή την προαγωγή του καρκίνου στα παιδιά είναι φαρμακευτικές ουσίες, ορμόνες, ακτινοβολίες, ιοί, γονίδια, το κάπνισμα, το οινόπνευμα, οι φλατοξίνες και άλλοι («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### *ii. Οι πιο συχνοί καρκίνοι στην παιδική ηλικία*

Οι πιο συχνοί όγκοι στην παιδική ηλικία είναι οι όγκοι του εγκεφάλου, οι όγκοι των νεφρών, τα λεμφώματα, οι λευχαιμίες, το νεβροβλάστωμα, το ηπατοβλάστωμα. Πιο σπάνιοι όγκοι είναι τα τερατώματα, οι όγκοι των όρχεων, όγκοι ωοθηκών, όγκοι ουροδόχου κύστεως.

#### *iii. Τα κυριότερα συμπτώματα του παιδικού καρκίνου*

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από την εντόπιση του όγκου. Έτσι ένας όγκος στον εγκέφαλο εκδηλώνεται με αστάθεια βαδίσματος, πονοκέφαλο, ζάλη, απώλεια όρασης.

Ένας όγκος στο νεφρό εκδηλώνεται με αναιμία, πυρετό, αδυναμία, αιματοουρία, καχεξία. Ένας όγκος στο έντερο εκδηλώνεται με μέλαινες κενώσεις και συμπτώματα εντερικής απόφραξης. Τα παιδιά πάντως που έχουν κάποια κακοήθη

νόσο εμφανίζουν αναιμία, αδυναμία, καταβολή που συνοδεύονται από τα ανάλογα συμπτώματα από το πάσχον όργανο.

#### ***iv. Ο όγκος στην κοιλιά είναι επείγον πρόβλημα***

Μια μάζα στην κοιλιά του νεογνού ή του βρέφους αποτελεί ένα διαγνωστικό αλλά και ένα επείγον πρόβλημα στην παιδιατρική και την παιδοχειρουργική. Επειδή οι όγκοι στα παιδιά προέρχονται από εμβρυϊκά υπολείμματα διαφόρων ιστών, η εξέλιξη τους είναι ταχεία. Γι' αυτό απαιτείται η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή τους («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### **ιβ. Γυναικολογικός καρκίνος (μήτρας-ωοθήκης)**

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

#### ***i. Τα πρώιμα συμπτώματα***

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

#### ***ii. Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.***

Η πρόληψη γίνεται με το pap-test μια ανώδυνη, εύκολη εξέταση του επιχρίσματος του τραχήλου της μήτρας. Το pap-test πρέπει να γίνεται σε κάθε γυναίκα με την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Κάθε 1-2 χρόνια πρέπει να επαναλαμβάνεται. Γυναίκες που το pap-test δείχνει αλλοιώσεις κυττάρων πρέπει να υποβάλλονται σε κολποσκόπηση.

Εάν υπάρχει αλλοίωση στον τράχηλο και επιβεβαιωθεί με βιοψία ότι είναι καρκίνος η γυναίκα θα πρέπει να υποβληθεί σε αφαίρεση του τραχήλου με χειρουργική μέθοδο ή εξάχνωση με Laser.

## **ιγ. Καρκίνος 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. Οι πιθανοί παράγοντες καρκινογένεσης όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού***

Ενοχοποιούνται διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

Γενετικοί. (γονίδια, κληρονομική προδιάθεση)

Ορμονικοί (θηλασμός, εγκυμοσύνη, εμμηνόπαυση)

Περιβαλλοντολογικοί (διατροφή, κάπνισμα, ρύπανση, ακτινοβολίες)

Μικροβιακοί (διηθητικοί ιοί, μαστίτιδες, μαστοπάθειες)

Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου (μήτρας, ωοθηκών)

(«Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***ii. Τα πρώτα συμπτώματα για να διαπιστώσουμε έγκαιρα έναν καρκίνο του μαστού***

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.

### ***iii. Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.***

Εφ' όσον διαπιστωθεί ένα ογκίδιο στο μαστό από τον ειδικό μπορεί να γίνουν οι εξής χειρουργικές επεμβάσεις:

1. Απλή αφαίρεση του ογκιδίου (βιοψία)
2. Αφαίρεση του ογκιδίου και λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης.
3. Αφαίρεση τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο και των λεμφαδένων της μασχάλης.
4. Αφαίρεση μόνο του μαστού.
5. Αφαίρεση ολόκληρου του μαστού και των λεμφαδένων.

#### ***iv. Θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού***

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.

#### **ιδ. Καρκίνος των όρχεων**

##### ***i. Συχνότητα και παράγοντες δημιουργίας***

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.

##### ***ii. Η αντιμετώπιση***

Μία είναι η σωστή θεραπεία, η υψηλή ορχεκτομή και η οπίσθιο-περιτοναϊκή λεμφαδενεκτομή ανάλογα με το στάδιο. Η χημειοθεραπεία έχει πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα.

#### **ιε. 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 ενδεδειγμένη θεραπεία. Η εγχείρηση γίνεται σε μικρούς και εμφανείς όγκους («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 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.

### *iii. Όγκος του παχέος εντέρου*

Ο σύγχρονος τρόπος διατροφής των φαστ-φουντ και των τροφών που περιέχουν πολλά λίπη, κρέατα και τροφές χωρίς ίνες έχουν οδηγήσει σε αύξηση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η μόλυνση του περιβάλλοντος, οι καρκινογόνες τροφές, το κάπνισμα προδιαθέτουν σε καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η εμφάνιση του καρκίνου του εντέρου εκδηλώνεται με αιματηρές κενώσεις, με δυσκοιλιότητα, που μπορεί να φτάσει σε ηλικιωμένα άτομα μέχρι του βαθμού οξείας εντερικής απόφραξης. 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.

### *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.ΣΤ. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Η επιτυχής θεραπεία του καρκίνου απαιτεί την πλήρη αφαίρεση ή καταστροφή όλου του καρκινικού ιστού. Αν η θεραπεία αποτύχει στην απομάκρυνση όλων των καρκινικών κυττάρων, η νόσος υποτροπιάζει. Η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοβολία είναι οι πιο αποτελεσματικές μορφές θεραπείας. Η χημειοθεραπεία – θεραπεία με φάρμακα και ορμόνες – έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει σε μερικές μορφές καρκίνου. Η εκλογή της θεραπείας καθορίζεται από τον τύπο, τη θέση, το μέγεθος και την έκταση της προσβολής και από τις μεταστάσεις του καρκίνου κατά την εποχή της διάγνωσης, καθώς και από τη γενική κατάσταση του ασθενούς («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για

όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***α.Χειρουργική***

Για να επιφέρει η χειρουργική επέμβαση ίαση πρέπει να πραγματοποιηθεί πριν εξαπλωθεί ο καρκίνος σε όργανα και ιστούς που δε μπορούν ν' αφαιρεθούν με ασφάλεια. Από το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα έχουν γίνει κλασικές όλο και περισσότερο ριζικές εγχειρήσεις για τον καρκίνο. Παρ' όλη την αυξανόμενη έκταση αυτών των διαδικασιών, ο κίνδυνος έχει μειωθεί με βελτιώσεις στις χειρουργικές τεχνικές, την αναισθησιολογία, και την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, ειδικά όσον αφορά τον έλεγχο των λοιμώξεων. Βασικές πρόοδοι έχουν γίνει στην αποκατάσταση των στοιχείων που αλλοιώνονται με τη χειρουργική επέμβαση μπορεί επίσης να βελτιώσει τους υπολειπόμενους μήνες ή χρόνια ζωής για τα άτομα των οποίων οι καρκίνοι δεν μπορούν να εξαλειφθούν, αποκαθιστώντας τους κάποια άνεση και αίσθηση χρησιμότητας. Όταν ο καρκίνος συνοδεύεται από έντονο πόνο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει ανακούφιση με την αποκοπή των νευρικών οδών που μεταβιβάζουν την αίσθηση του πόνου.

Η χειρουργική επέμβαση είναι επίσης πολύτιμη και ως προληπτικό μέσο για τον έλεγχο του καρκίνου. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την απομάκρυνση ουλών από εγκαύματα οι οποίες είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καρκίνο, προκαρκινικών όζων στον θυρεοειδή αδένα, και ορισμένων προκαρκινικών μελαγχρωματικών σπύλων.

### ***β.Ακτινοθεραπεία***

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ιοντίζουσες ακτινοβολίες – ακτίνες Χ,σωματίδια, (ηλεκτρόνια, νετρόνιακαι πι-μεσόνια)και ακτίνες - για την καταστροφή κυττάρων με την παρεμπόδιση της ικανότητάς τους για διαίρεση. Παρόλο που φονεύονται και μερικά φυσιολογικά κύτταρα κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, αυτό ελαχιστοποιείται με την προσεκτική προστασία των παρακείμενων περιοχών.

Ορισμένοι καρκίνοι δεν ανταποκρίνονται στην ακτινοθεραπεία. Οι διαφορετικές ευαισθησίες των διαφόρων κακοηθών όγκων στην ακτινοβολία οφείλονται κυρίως στις διαφορές στα κύτταρα από τα οποία προέρχονται οι όγκοι. Επιπλέον μεμονωμένα κύτταρα μέσα σε έναν όγκο μπορεί να έχουν ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά στη ευαισθησία τους στην ακτινοβολία.

Η ανάπτυξη μηχανημάτων που παράγουν ενέργεια στο φάσμα εκατομμυρίων ηλεκτρονιοβόλτ έχει επιτρέψει εκτεταμένη χρήση της ακτινοθεραπείας. Αυτού του είδους τα μηχανήματα μπορούν να εξαπολύσουν μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας σε όγκους που βρίσκονται βαθιά χωρίς τις σοβαρές δερματικές αντιδράσεις και την ενόχληση που σχετίζονται συχνά με δέσμες ακτινών X μικρότερης ενέργειας. Λόγω της αυξημένης χρησιμότητάς τους, ορισμένες συσκευές έχουν γίνει κλασικά εργαλεία για την ακτινοθεραπεία καρκίνων που βρίσκονται πολύ βαθιά («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***γ.Χημειοθεραπεία***

Η χημειοθεραπεία μπορεί να θεραπεύσει ορισμένες μορφές καρκίνου. Οι καρκίνοι που θεραπεύονται συχνά με φάρμακα περιλαμβάνουν το χοριοκαρκίνωμα, ένα σπάνιο ιδιαίτερα κακοήγη όγκο που προέρχεται από τον πλακούντα, την οξεία λευχαιμία της παιδικής ηλικίας και το λέμφωμα του Burkitt. Οι θεραπείες με συνδυασμούς φαρμάκων προκάλεσαν μακροχρόνιες περιόδους ύφεσης χωρίς σημεία νόσου σε πολλά παιδιά με οξεία λευχαιμία και σε άτομα με νόσο του Hodgkin, σε προχωρημένο στάδιο. Μερικοί από αυτούς τους ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση ύφεσης περισσότερο από πέντε χρόνια και μπορεί στην πραγματικότητα, να έχουν ιαθεί («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Πολλές άλλες μορφές καρκίνου επωφελούνται προσωρινά ή εν μέρει από τη χημειοθεραπεία. Ορισμένοι, εν τούτοις, καρκίνοι παρουσιάζουν αντοχή στα φάρμακα. Τα περισσότερα φάρμακα για τον καρκίνο είναι περιορισμένης χρησιμότητας. Ένα πρόβλημα είναι ότι μόνο μια ορισμένη αναλογία κυττάρων διαιρείται κάθε στιγμή και τα περισσότερα φάρμακα για τον καρκίνο μπορούν να καταστρέψουν μόνο εκείνο το τμήμα του πληθυσμού των κυττάρων που υφίσταται διαίρεση. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι τα φάρμακα για τον καρκίνο βλάπτουν και φυσιολογικά, εκτός από καρκινικά, κύτταρα και ιστούς. Επιπλέον, ορισμένα καρκινικά κύτταρα αποκτούν τελικά αντοχή στα φάρμακα. Για να καταστεί δυνατό να ξεπεραστούν αυτές οι δυσκολίες, έχουν χρησιμοποιηθεί συνδυασμοί χημικοθεραπευτικών παραγόντων που δρουν στα κύτταρα με διαφορετικούς τρόπους σε διάφορα προγράμματα θεραπείας,

είτε ταυτόχρονα είτε διαδοχικά. Αυτό δίνει τη δυνατότητα να φονευθούν καρκινικά κύτταρα τα οποία βρίσκονται σε διάφορες φάσεις διαίρεσης, προκαλεί μικρότερη βλάβη στα φυσιολογικά κύτταρα και ελαττώνει την τάση των κακοηθών κυττάρων να αποκτήσουν ανθεκτικότητα σε ένα μόνο φάρμακο.

Έχουν αναπτυχθεί ειδικά μέτρα για την προστασία ατόμων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για τον καρκίνο από τη συνδυασμένη επίδραση των φαρμάκων και της νόσου. Οι όγκοι μπορούν να θεραπευτούν επιτυχώς μετά από έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία («Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους». Dolinger, Malin, Rosenbaum, Ernest; Cable, Greg; Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **2.Ζ. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ**

Αυτό που διακρίνει μια κακοήθη νεοπλασία από μια καλοήθη είναι οπωσδήποτε η μετάσταση. Οι καλοήθεις όγκοι δεν μεθίστανται. Παρ' όλο ότι η μετάσταση χαρακτηρίζει ένα κακόηθες νεόπλασμα, όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα δεν δίνουν μεταστάσεις. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος και τα γλοιώματα του εγκεφάλου παρ' όλο ότι τα τελευταία είναι εξαιρετικώς διηθητικοί όγκοι, σχεδόν ποτέ δε μεθίστανται.

Για να δώσει ένα καρκίνωμα ή σάρκωμα μεταστάσεις πρέπει να συμβούν τα εξής:

1. Να ελευθερωθούν καρκινωματώδη κύτταρα ή τεμαχίδια του όγκου, δυνάμενα να επιβιώσουν αυτόνομα, δηλαδή ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή εστία
2. Οι οδοί διασποράς να είναι ελεύθερες.
3. Να βρεθεί το κατάλληλο περιβάλλον για εγκατάσταση και ανάπτυξη των κυττάρων που έκαμαν μετάσταση.

Οι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην απελευθέρωση των κακοηθών κυττάρων είναι κυρίως η μικρή συνοχή μεταξύ των κυττάρων αυτών όπως έχει ήδη λεχθεί. Είναι απαραίτητο δε τα αποσπασθέντα κύτταρα να είναι ικανά να επιβιώσουν ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή εστία.

Οδοί μετάστασης : Υπάρχουν τρεις οδοί που ακολουθούν τα νεοπλάσματα για να διασπαρούν: α) τα αιμοφόρα αγγεία, β) τα λεμφαγγεία, και γ) η άμεση εμφύτευση.

1. Δια των αιμοφόρων αγγείων, των φλεβών, μεθίστανται κυρίως τα σαρκώματα αλλά σε μικρό βαθμό και τα καρκινώματα. Οι αρτηρίες λόγω του παχέος



τοιχώματος δεν διαβρώνονται από τα νεοπλάσματα, ανθιστάμενες στη διήθηση. Δια της αρτηριακής οδού μεθίστανται όγκοι του πνεύμονα ή όταν φθάσουν στους πνεύμονες, από εκεί δε στην αριστερή καρδιά, εισέρχονται στην αρτηριακή κυκλοφορία και με τη μορφή εμβόλων φέρονται σε περιφερικά όργανα. Η αρτηριακή αυτή διασπορά έχει σχέση με το βαθμό αιμάτωσης ενός οργάνου, έτσι με ευαίσθητα όργανα σε αρτηριακές μεταστάσεις είναι οι νεφροί, οι ενδοκρινείς αδένες (ιδιαίτερως τα επινεφρίδια), ο μυελός των οστών και ο εγκέφαλος

Οι φλέβες, λόγω του λεπτού τοιχώματος, παρουσιάζουν μικρή αντίσταση στη διήθηση από τα νεοπλάσματα και είναι συνήθης οδός διασποράς νεοπλασματικών εμβόλων. Τρία είναι τα όργανα τα οποία συνηθέστερα προσβάλλονται με τον τρόπο αυτό: οι πνεύμονες, το ήπαρ και τα μικρά οστά, π.χ. οι σπόνδυλοι. Στα όργανα αυτά διαβιβάζεται μεγάλος όγκος φλεβικού αίματος. Έτσι ολόκληρος ο όγκος του φλεβικού αίματος της μικρής κυκλοφορίας, δια της δεξιάς καρδιάς διαβιβάζεται με το πλέγμα των τριχοειδών των πνευμόνων, δια των οποίων και διηθείται. Το ήπαρ έχει ανάλογη θέση όσον αφορά στο πυλαίο σύστημα. Μεταστάσεις φθάνουν στα οστά δια του πλέγματος των παρασπονδυλικών φλεβών. Το πλέγμα αυτό έχει πολλές αναστομώσεις με την κάτω κοίλη φλέβα, τις έσω μαστικές, τις μεσόπλευρες και πυελικές φλέβες. Με τις αναστομώσεις αυτές νεοπλασματικά έμβολα φθάνουν στην σπονδυλική στήλη, τον ώμο και την πύελο. Το μονοπάτι αυτό χρησιμοποιείται, όταν αυξηθεί η ενδοκοιλιακή πίεση και το φλεβικό αίμα παλινδρομεί προς το παρασπονδυλικό πλέγμα.

2. Το λεμφικό σύστημα αποτελεί τη συνήθη οδό διασποράς των καρκινωμάτων. Βεβαίως και από τα σαρκώματα χρησιμοποιείται η οδός αυτή, έτσι δεν είναι σπάνιες οι μεταστάσεις ενός σαρκώματος των κάτω άκρων στους βουβωνικούς λεμφαδένες.

Η μετάσταση ενός νεοπλάσματος γίνεται στους επιχώριους λεμφαδένες του οργάνου το οποίο φέρει το νεόπλασμα. Έτσι, βρογχογενή καρκινώματα μεθίστανται πρώτα στους τραχειοβρογχικούς λεμφαδένες και κατόπιν στους λεμφαδένες του μεσαλίου, ενώ το καρκίνωμα του μαστού πρώτα στους μασχάλιους και έσω μαστικούς λεμφαδένες. Μερικές φορές οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν προσβάλλονται και οι μεταστάσεις φθάνουν μακρύτερα. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις προηγηθείσης φλεγμονής των λεμφαδένων και επί

προφυλακτικής ακτινοβολίας, οπότε έχει επέλθει ίνωση ή ακόμα όταν τα λεμφαγγεία έχουν αποφραχθεί από καρκινωματώδη έμβολα.

3. Άμεση εμφύτευση παρατηρείται σε νεοπλάσματα αναπτυσσόμενα σε όργανα της κοιλίας. Τα καρκινώματα των ωοθηκών συνήθως καλύπτουν όλες τις επιφάνειες της περιτοναϊκής κοιλότητας χωρίς να διηθούν εν τω βάθει τα τοιχώματα και τα όργανα.

Καρκινωματώδη κύτταρα επί διηθητικού διατιτραίνοντος καρκινώματος στομάχου ή εντέρου λόγω της βαρύτητας συγκεντρώνονται εντός του δουγλασείου χώρου, όπου αναπτυσσόμενα σχηματίζουν μια μάζα ως κέλυφος γύρω από το ορθό.

Καρκινωματώδη κύτταρα δυνατό να μεταφερθούν μηχανικώς με τα γάντια ή τα διάφορα εργαλεία κατά την εγχείρηση σε άλλους ιστούς ή στην εγχειρητική τομή.

Ένα άλλο, λιγότερο συνηθισμένο μονοπάτι απευθείας εμφύτευσης, είναι η διασπορά του όγκου κατά μήκος ενός οργάνου, π.χ. από το ανώτερο μέρος όπου εντοπίζεται το νεόπλασμα στο έντερο ή στο ουροποιητικό σύστημα, σε χαμηλότερες θέσεις. Τούτο, παρ' όλο ότι φαίνεται συνηθισμένος και δυνατός μηχανισμός, συμβαίνει σπανιότατα. (Κ.Παπαβασιλείου, Ι. Κούβαρης, Κ.Γεννάτας. Δ.Βώρος, Αθήνα, 1991).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Με τον όρο κρίση ορίζουμε μια μεταβατική περίοδο, κατά τη διάρκεια της οποίας, η ισορροπία του συστήματος απειλείται ή διαταράσσεται. Πρόκειται για μια περίοδο, κατά την οποία ενεργοποιούνται λειτουργίες από τη μεριά του οργανισμού, αλλά και του περιβάλλοντος, προκειμένου το σύστημα να επεξεργασθεί τη ρήξη που δημιουργήθηκε και να ανακαλύψει νέες ισορροπίες. Οι διάφορες κρίσεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός συστήματος μπορεί να έχουν και θετική εξελικτική διάσταση, αφού μέσα από την αντιμετώπιση και το ξεπέρασμα των κρίσεων, το σύστημα μπορεί να αποκτήσει μια όλο και πιο πολύπλοκη λειτουργία, στα πλαίσια της εξελικτικής του πορείας.

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, ο ανθρώπινος οργανισμός θεωρείται ως ένα «όλον» με αλληλοσυσχετιζόμενα επίπεδα λειτουργίας που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Η έννοια της κρίσης μπορεί να περιγράψει ικανοποιητικότερα από την έννοια του stress την πολυπλοκότητα που συναντούμε στα έμβια συστήματα και ιδιαίτερα στον άνθρωπο. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, τα στρεσογόνα γεγονότα δεν έχουν αιτιολογικές συνέπειες στη νόσο, αλλά συντελεστικό προωθητικό παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά ένα σύστημα με εύθραυστες λειτουργίες. Συνεπώς, μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα γιατί κάποια άτομα καταφέρνουν να ξεπεράσουν ένα γεγονός με αρνητικό αντίκτυπο, όπως για παράδειγμα την απώλεια ενός οικείου προσώπου, ενώ για άλλα άτομα ένα τέτοιο γεγονός μπορεί να προκαλέσει κάποιες μονιμότερες διαταραχές σε ψυχολογικό επίπεδο, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί με τη σειρά τους να επηρεάσουν τις βιολογικές διεργασίες. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Οι παράγοντες που εμπλέκονται στη δημιουργία μιας κρίσης μπορεί να είναι:

- α. εξωγενείς (παρουσία μιας συγκρουσιακής κατάστασης, παρουσία ανταγωνιστικών μηνυμάτων ή πληροφοριών)
- β. ενδογενείς (μεταβατικές περιόδους της ζωής, όπως η κρίση της εφηβείας, του μέσου της ζωής, της τρίτης ηλικίας κ.α.), και
- γ. αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του συστήματος με το περιβάλλον (φύση της σχέσης που το άτομο έχει με το περιβάλλον του, εμπλοκή του χρόνου και της μνήμης).

Με βάση αυτούς τους παράγοντες, οι καταστάσεις κρίσης μπορεί να είναι είτε αναπτυξιακές (εφηβεία, συνταξιοδότηση, κ.α.) είτε συμπτωματικές, που περιλαμβάνουν απρόβλεπτα, τυχαία γεγονότα (απώλειες, ασθένειες, κ.α.)

Θα πρέπει να είμαστε σε θέση να προσδιορίζουμε με ακρίβεια:

- § τη φύση των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία της κρίσης
- § την κατάσταση λειτουργίας του οργανισμού σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, καθώς και σε επίπεδο συμπεριφοράς
- § την ύπαρξη ανάλογων καταστάσεων στο παρελθόν και των διαθέσιμων δικτύων υποστήριξης. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

### **3. Α. Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΩΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ**

Μια μορφή κρίσης για τον οργανισμό μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη μιας νόσου, ενώ όσο πιο έντονη και απειλητική για τη ζωή του ατόμου είναι η νόσος, τόσο περισσότερα επίπεδα λειτουργίας είναι πιθανό να επηρεάζονται. Μια σοβαρή νόσος που απειλεί τη ζωή του ατόμου ή επηρεάζει με χρόνιο και σοβαρό τρόπο τη λειτουργικότητα του έχει επιπτώσεις και στις ψυχολογικές λειτουργίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν την αντιμετώπιση ή τη μεγιστοποίηση της διαταραχής που αφορά στη βιολογική λειτουργία.

Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο πάσχει από μια χρόνια ασθένεια και ιδιαίτερα όταν αυτή είναι απειλητική για τη ζωή του, βρίσκεται σε μια κατάσταση κρίσης. Η κρίση έγκειται στο γεγονός, ότι ο εντοπισμός της ασθένειας αποτελεί μια ρήξη στη συνέχεια της ζωής του ατόμου, αφού θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο, καθώς και στην έναρξη μιας περιόδου ανασφάλειας και αβεβαιότητας, δημιουργώντας μια αναταραχή στην οργάνωση και τη λειτουργία του ατόμου, τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο, αφού το άτομο βρίσκεται πια σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αυτόματες συναισθηματικές αντιδράσεις.

Το γεγονός μιας ασθένειας μπορεί να λειτουργήσει α) ως θετική ανάδραση, μεγαλώνοντας την αταξία του συστήματος και προκαλώντας αλυσιδωτή αντίδραση και αποδιοργάνωση ολόκληρου του συστήματος, και β) ως αρνητική ανάδραση, κινητοποιώντας τις δυνάμεις του συστήματος για την αναζήτηση καινούριων ισορροπιών, οι οποίες θα μειώσουν την αταξία που επικρατεί στο εσωτερικό του, ανακαλύπτοντας μια άλλη ισορροπία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συμπεριφορά του συστήματος εξαρτάται από τις δυνατότητές του να επεξεργάζεται τα καινούρια δεδομένα που προκύπτουν. Ακολουθούν προσπάθειες για προσαρμογή που

υπαγορεύονται από τη γενικότερη στάση ζωής του ατόμου και τίθενται σε λειτουργία ορισμένοι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί με στόχο να μειώσουν το άγχος. Αν αυτοί οι μηχανισμοί αποτύχουν, είναι πιθανό να εκδηλωθούν παθολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις, ο φόβος να αντικατασταθεί από συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας και να κυριαρχήσει ένα καταθλιπτικό συναίσθημα.

Προς ποια κατεύθυνση θα εξελιχθεί μια κρίση εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητας, την ιστορία του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται, τα γεγονότα που βιώνει στο παρόν, καθώς και τη μορφή και την ποιότητα του υποστηρικτικού-θεραπευτικού πλαισίου. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχολογίας, Ιωάννινα, 2003).

### **3. Β. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις τις τελευταίες δεκαετίες στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται το πρόβλημα του καρκίνου από τους ερευνητές που ασχολούνται με το θέμα, αφορά στη συνειδητοποίηση της πολυπλοκότητας του προβλήματος και του πλήθους των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη δημιουργία ή την εξέλιξη της καρκινικής διεργασίας.

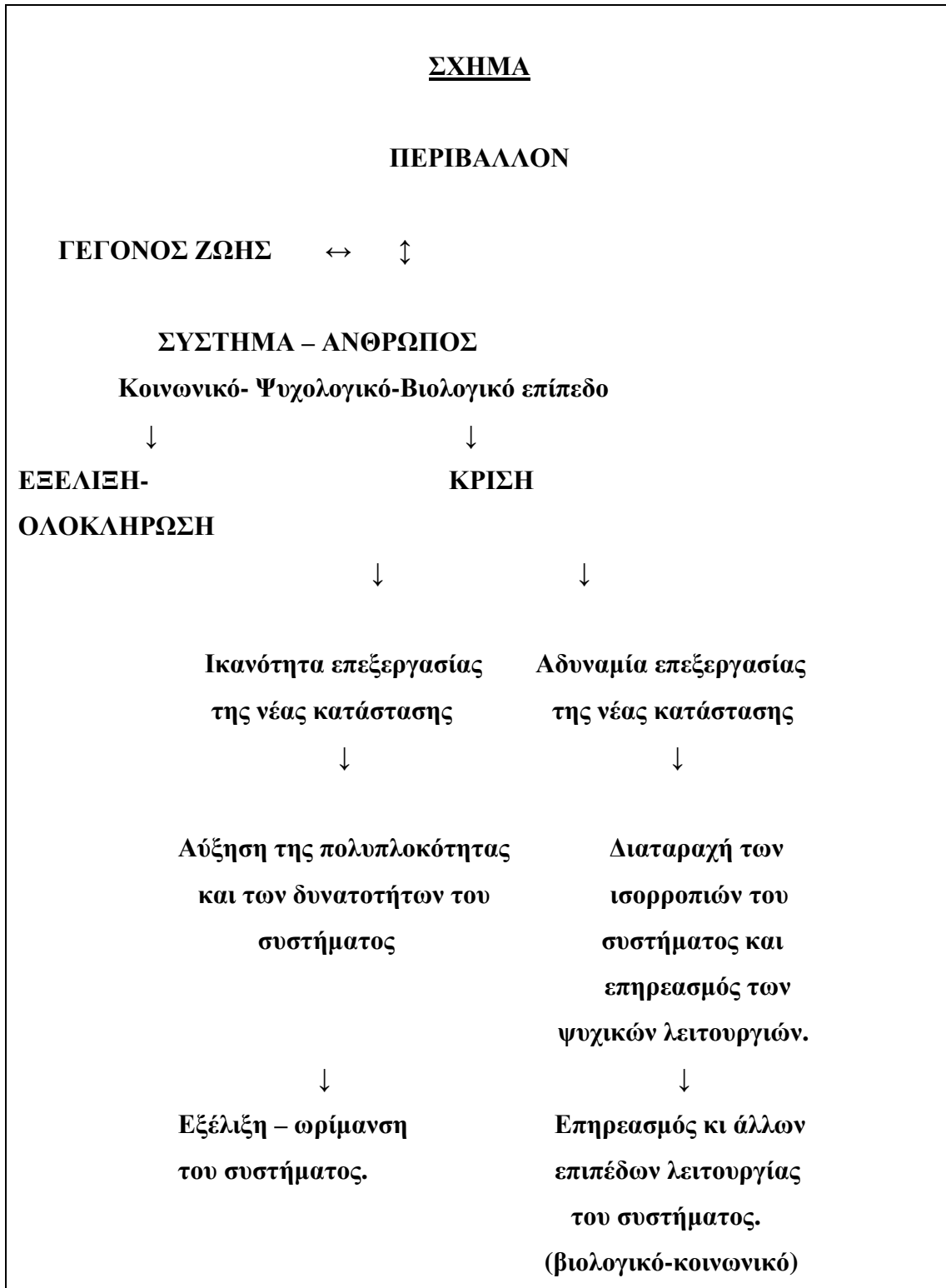
Εκτός από τα γνωστά αίτια, όπως η τοξικότητα του περιβάλλοντος, οι ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας, η κακή διατροφή, οι γενετικοί παράγοντες κ.α., έχουν αρχίσει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες που συχνά δεν τύχαιναν της απαραίτητης προσοχής. Η ανάπτυξη της ψυχοσωματικής ιατρικής συνέβαλλε στη συνειδητοποίηση της σχέσης και της αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών που ονομάζουμε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο.

Η εκτίμηση των στρεσογόνων καταστάσεων που μπορούν να θέσουν ένα άτομο σε κατάσταση κρίσης είναι πολύ δύσκολη, λόγω του ότι η αντίδραση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων που συνδέονται με το οικογενειακό-κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει, την προσωπική του ιστορία, την ψυχολογική του λειτουργία, καθώς και τη βιολογική του ταυτότητα. Λόγω της πολυπλοκότητας των παραγόντων αυτών, είναι εξαιρετικά δύσκολη μια συνολική και σφαιρική εκτίμηση των παραγόντων που εμπλέκονται στην εμφάνιση μιας κρίσης σε ψυχολογικό ή σε βιολογικό επίπεδο.

Η κρίση μπορεί να συμβάλλει:

- § σε εξέλιξη του συστήματος, οδηγώντας το σε πιο πολύπλοκους τρόπους λειτουργίας ή αντίθετα

§ σε μονιμότερη διαταραχή της λειτουργίας του με απρόβλεπτες συνέπειες, που μπορεί να φτάσουν στην αποδιοργάνωση και σε ορισμένες περιπτώσεις στην καταστροφή του συστήματος. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ**

#### **ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ**

Η κατάσταση ενός ατόμου που πάσχει από καρκίνο θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια οριακή κατάσταση, της οποίας τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι:

- § η ανακάλυψη της ασθένειας που σηματοδοτεί μια σημαντική ρήξη στη συνέχεια της ζωής του ατόμου.
- § η διαπίστωση μιας απειλής για τη ζωή που σημαδεύει την αρχή μιας περιόδου γεμάτης αβεβαιότητα και ερωτηματικά.
- § η πρόκληση μιας διαταραχής στην οργάνωση του ατόμου τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο βιολογικό επίπεδο, που είναι δυνατό να βιωθεί από τον ασθενή ως μια αναπόφευκτη καταστροφή, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα των δυνατοτήτων που υπάρχουν για την επεξεργασία των διαταραχών αυτών από τον ψυχισμό. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Αυτό που προκαλεί την παράλυση και το μπλοκάρισμα δεν είναι η ίδια η αρρώστια, αλλά αυτό που έμμεσα αναγγέλλει ως προοπτική, δηλ. το θάνατο. Αυτό που δεν αποτελεί παρά ένα ενδεχόμενο για το μέλλον, βιώνεται ως μια βεβαιότητα για το παρόν. Το άγχος που συνοδεύει την ανακάλυψη της αρρώστιας είναι τόσο μεγάλο που μπλοκάρει κάθε ψυχική και νοητική δραστηριότητα και λειτουργία που θα επέτρεπε την επεξεργασία του. Η κατάσταση κρίσης, στην οποία βρίσκεται το άτομο, συνέπεια ενός σοβαρού και απειλητικού γεγονότος, όπως ο καρκίνος, συνοδεύεται από μία σύγχυση των φαντασιωσικών λειτουργιών του ψυχισμού και της πραγματικότητας. Το παρελθόν παίρνει ιδανική μορφή και το μέλλον θεωρείται ανύπαρκτο και απειλητικό, ενώ συγχρόνως, εμφανίζονται δυσκολίες προγραμματισμού, σχεδιασμού και προσδιορισμού στόχων για το μέλλον. Ο άρρωστος, αλλά και η οικογένειά του, δεν έχουν τη δυνατότητα να βιώσουν την ασθένεια ως μια ενδιάμεση περίοδο κρίσης, μεταξύ μιας κατάστασης ισορροπίας (υγεία) που έπαψε να υπάρχει και μιας καινούριας κατάστασης (θεραπεία) που είναι προς αναζήτηση. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Κατά την προδιαγνωστική φάση το άτομο καλείται να αναγνωρίσει την πιθανότητα να έχει ένα πρόβλημα υγείας, να επεξεργαστεί επιτυχώς το άγχος που

αυτό το ενδεχόμενο του προκαλεί και να απευθυνθεί στους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας για τον έλεγχο του προβλήματος του. Η χρονική στιγμή κατά την οποία θα απευθυνθεί κάποιος στο γιατρό ποικίλει και εξαρτάται από τις άμυνες του ατόμου και τις ικανότητες αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.

Κατά τη φάση της διάγνωσης ο ασθενής βιώνει μια έντονη κρίση καθώς κατακλύζεται από ποικίλα συναισθήματα, ενώ συγχρόνως αναθεωρεί το νόημα της ζωής του και τα σχέδιά του γι' αυτή. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιδράσει ο κάθε ασθενής, καθώς και η ένταση των αντιδράσεων στη διάγνωση του καρκίνου εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια (π.χ. το στάδιο, η σοβαρότητα, η πρόγνωση, η θεραπεία στην οποία θα χρειαστεί να υποβληθεί), καθώς και από παράγοντες που συνδέονται με τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (π.χ. ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη υποστηρικτικού πλαισίου, μορφωτικό επίπεδο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κ.α.).

Η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια κυριαρχούν σ' αυτή τη φάση και αφορούν τόσο στην ίδια την ασθένεια και την εξέλιξη της, όσο και στις επιπτώσεις που θα έχει στους άλλους τομείς της ζωής της. Η αυτοπεποίθηση μειώνεται και οι ανάγκες για συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη αυξάνονται.

Κατά την περίοδο αυτή πρέπει να ληφθούν ορισμένες αποφάσεις σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Η διαδικασία της λήψης αποφάσεων εξαρτάται από τις προσωπικές αντιλήψεις, τις στάσεις, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις προηγούμενες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων που είχε υιοθετήσει και χρησιμοποιούσε ο ασθενής. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Ακολουθεί η φάση της ενδεχόμενης εισαγωγής στο νοσοκομείο, της πιθανής χειρουργικής επέμβασης και της θεραπείας, καταστάσεις που προκαλούν άγχος, ανασφάλεια, αίσθημα εγκατάλειψης, αποπροσανατολισμό και αίσθημα απώλειας του ελέγχου και της ανεξαρτησίας.

Στη συνέχεια, έπεται η φάση του επανελέγχου ή αλλιώς η χρόνια φάση, η οποία λόγω της διάρκειάς της και των εξελίξεων που μπορεί να υπάρχουν σχετικά με την πορεία της νόσου, συχνά μπορεί να χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια και αβεβαιότητα. Η πιθανότητα υποτροπής αποτελεί μόνιμο άγχος σ' αυτή τη φάση.

Σε περίπτωση υποτροπής, το άγχος, η ανασφάλεια, ο φόβος εγκατάλειψης κι ο φόβος θανάτου κυριαρχούν. Ο φόβος θανάτου, που σε αυτή τη φάση γίνεται πιο έντονος, συνδέεται με το φόβο του πόνου, της εξάρτησης, της απώλειας ελέγχου του



σώματος και των λειτουργιών του, της εγκατάλειψης, του να πεθάνει μόνος. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Κατά την τελική φάση, η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια του θα πρέπει να συνεχίζεται, μια και οι ασθενείς έχουν ανάγκη και αξίζουν μια συνέχεια στη σχέση τους με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που είχαν και στις προηγούμενες φάσεις της θεραπείας τους.

Ο καρκίνος, παρ' όλες τις εξελίξεις της επιστήμης παραμένει ακόμα μια αρρώστια που είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον θάνατο. Με την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock. Επιπλέον, σημαντική θέση καταλαμβάνει ο φόβος. Φόβος για το άγνωστο και το απροσδόκητο, φόβος για το παρόν και το μέλλον, φόβος για την εξέλιξη της ασθένειας που γνωρίζουν ότι απαιτεί στερήσεις και θυσίες, για τον έντονο πόνο και κυρίως ο φόβος του ίδιου του θανάτου. Όλα αυτά οδηγούν στην άρνηση που με τη σειρά της οδηγεί στην καθυστέρηση ιατρικής βοήθειας ή στο άγχος για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλοι αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση και άλλοι αναζητούν να έχουν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος.

Όπως κάθε ζωντανός οργανισμός, όταν βρεθεί κάτω από έκτακτες, ξαφνικές και δυσάρεστες κυρίως καταστάσεις, θα αντιδράσει προστατευτικά για να προφυλάξει την ακεραιότητά του, έτσι και ο καρκινικός άρρωστος για να προστατευτεί ψυχολογικά θα επιστρατεύσει τους αμυντικούς ή προσαρμοστικούς μηχανισμούς του για να το πετύχει. Οι κυριότεροι προσαρμοστικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί ο άρρωστος είναι: η άρνηση, η απώθηση, η υπεραναπλήρωση, η μετάθεση, η προβολή. Πιο συχνά ο άρρωστος χρησιμοποιεί το μηχανισμό της άρνησης στην αρχή, που γίνεται καθαρά σε ασυνείδητο επίπεδο, γιατί έτσι μπορεί να μην παραδεχτεί τα συμπτώματά του, ή την αρρώστια του, καθώς και τις επιπτώσεις που θα έχει στον ίδιο και τη ζωή του. Και εδώ η πορεία του, ο τρόπος που θα αντιδράσει και οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που θα χρησιμοποιήσει, έχει σχέση με τη δομή της προσωπικότητάς του. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Σύμφωνα με την Kubler-Ross, πέντε είναι τα στάδια ψυχικής αντίδρασης που έχει βρεθεί να χαρακτηρίζουν τους ασθενείς που μαθαίνουν ότι πάσχουν από κακοήγη νεοπλασία:

#### 4. Α. ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΑΡΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ

Μετά το σοκ της είδησης έρχεται η άρνηση. Η άρνηση αποτελεί το πρώτο στάδιο ψυχολογικής απάντησης και προσαρμογής μετά τη συνειδητοποίηση από τον ασθενή ότι πάσχει από καρκίνο είτε κατόπιν ενημέρωσης, είτε συνειδητοποίησης από άλλες πηγές πληροφόρησης. Η άρνηση μπορεί να ορισθεί ως η απόρριψη μιας απειλητικής πλευράς της πραγματικότητας και σε αντίθεση με τη συμπίεση, λαμβάνει χώρα ασυνείδητα χωρίς τη γνώση του ατόμου. Η άρνηση λειτουργώντας ως εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από την απροσδόκητα συγκλονιστική είδηση, επιτρέπει στον ασθενή να προστατευθεί προσωρινά για να κινητοποιήσει αργότερα άλλους, λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας. Αν και αποτελεί το πρώτο στάδιο ψυχολογικής προσαρμογής, ο μηχανισμός αυτός χρησιμοποιείται από καιρό σε καιρό σε όλη τη διάρκεια της νόσου και σχεδόν από όλους τους ασθενείς. Είναι το στάδιο κατά το οποίο πολλοί ασθενείς γυρίζουν από γιατρό σε γιατρό στην προσπάθειά τους να καταρρίψουν τη διάγνωση. Αυτός είναι ένας μηχανισμός κατά γενικό κανόνα παροδικός και επαναληπτικός. Ο ασθενής αρνείται να αποδεχτεί την αλήθεια που του αποκαλύπτεται και αποσύρεται. Προσπαθεί να πείσει τον εαυτό του πως όλα όσα άκουσε είναι ένα κακό όνειρο από το οποίο θα ξυπνήσει, ένα αστείο που σύντομα θα τελειώσει. Όσοι βρίσκονται δίπλα του ίσως πιστέψουν πως αυτή δεν είναι φυσιολογική αντίδραση. Κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει. Στην πραγματικότητα, η άρνηση είναι ένας υγιής τρόπος αναμέτρησης με μια κρίσιμη και οδυνηρή κατάσταση με την οποία μερικοί από τους αρρώστους πρέπει να ζήσουν για μακρό χρόνο. Η θέληση για ζωή που έχει κάθε άνθρωπος τον οδηγεί στην μη αποδοχή της πραγματικότητας που πλέον του επιβάλλεται να ζήσει για το υπόλοιπο της ζωής του. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Φράσεις όπως: «δε μπορεί να είναι αλήθεια», «πρέπει να έγινε λάθος», «γιατί εγώ και όχι κάποιος άλλος;», «αφού δεν έκανα ποτέ καταχρήσεις» κ.α. είναι πολύ συχνές στο συγκεκριμένο στάδιο. Εδώ, ο άρρωστος θέλει συχνά να μένει μόνος του. Η επιμονή πολλές φορές των δικών του ανθρώπων να βρίσκονται συνεχώς δίπλα του και να τον πιέζουν να εκφράζει τα συναισθήματά του πιστεύοντας ότι έτσι θα μπορέσουν να τον βοηθήσουν καλύτερα, μπορεί να φέρει αρνητικά αποτελέσματα.

Αν η άρνηση αυτή διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι πιθανό να υπάρξουν δυσάρεστες συνέπειες για την πορεία της υγείας του ασθενούς, αφού

αρνείται να δεχτεί το γεγονός της ασθένειάς του.(Ρηγάτος Γεράσιμος Α, Αθήνα, 1985)

#### **4. Β. ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΕΓΕΡΣΗΣ**

Θυμός και ζήλια από την πλευρά του ασθενούς, χαρακτηρίζουν το στάδιο αυτό. Όταν αντιλαμβάνεται πια ότι πρόκειται για τον ίδιο, για τη δική του ζωή, ο άρρωστος αρχίζει να τα βάζει με τους άλλους, με τον θεράποντα γιατρό του που ήταν ανίκανος να το προβλέψει, με τους καπνιστές γύρω του, με τη ρύπανση κ.ο.κ. Μπορεί να φτάσει σε σημείο να νιώσει μίσος ακόμα και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του για τον λόγο ότι αυτά είναι υγιή. Σ' αυτό το στάδιο γίνεται ευερέθιστος, απαιτητικός, θυμώνει με το παραμικρό και έχει παράλογες απαιτήσεις από τους γύρω του. Για παράδειγμα μπορεί σε μία στιγμή θυμού να απαιτήσει ακόμα και εγκαταλείψουν οι άλλοι τις δουλειές τους και να ασχολούνται μαζί του. Η περίφημη ερώτηση «γιατί εγώ και όχι ο άλλος» συνοδεύεται από έντονο θυμό και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους γύρω του. .(Ρηγάτος Γεράσιμος Α, Αθήνα, 1985)

#### **4. Γ. ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ**

Αυτό είναι το πιο μακροχρόνιο στάδιο. Η διαπραγμάτευση για τη ζωή του ασθενούς. Αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια του ασθενούς να προσαρμοστεί, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει το όλο πρόβλημα. Εδώ εκφράζονται οι πρώτες σκέψεις του αρρώστου για την ίδια αρχικά την αρρώστια αλλά και το περιβάλλον του. Το στάδιο αυτό το αντιμετωπίζει σαν να επρόκειτο να αλλάξει την πορεία της αρρώστιας. Είναι ένας αγώνας μεταξύ της ελπίδας ότι θα ζήσει και της βεβαιότητας ότι θα πεθάνει.

Τα λεγόμενα του αρρώστου στο στάδιο αυτό, έχουν μια τάση για ικεσίες και προσπαθεί να κλείσει συμβόλαιο με τους θεραπευτές και τον Θεό που παίρνουν τη μορφή τάματος, «θα είμαι καλός και πειθαρχικός, αλλά σε αντάλλαγμα θα μου υποσχεθείτε ότι θα γίνω καλά», «Θα δώσω την περιουσία μου στην επιστήμη», «θα αφιερωθώ στον Θεό», «Πάντα ήμουν καλός Χριστιανός, καλός πατέρας, καλός σύζυγος, δεν έκανα ποτέ κακό σε κανέναν. Ο Θεός δε θα με αφήσει να πεθάνω» κ.α. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

#### **4. Δ. ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο στάδιο αυτό του παζαρέματος και του επαναλαμβάνεται το μέγεθος του προβλήματος, πέφτει στην επόμενη φάση που είναι αυτή της κατάθλιψης. Στην καταθλιπτική αυτή φάση καταλαβαίνει ότι μέχρι τώρα σκεφτόταν γελοία, ότι η οργή και η διαπραγματέυση δε θα αλλάξουν τίποτα και τέλος ότι ο καρκίνος είναι πλέον πραγματικότητα. Ο ασθενής δεν έχει άλλα αποθέματα ελπίδας και βυθίζεται στην απόγνωση. Επιπλέον, στο συγκεκριμένο στάδιο, ο ασθενής είναι λίγο θορυβώδης: κλαίει, νιώθει ενοχή για τα λάθη του παρελθόντος, νομίζει ότι η αρρώστια του είναι μια τιμωρία για τα λάθη του παρελθόντος, ή μια κατάρρα, μιλά για αυτοκτονία, αυτομέμφεται, κ.λ.π. Δείχνει σιωπηλός και εξαντλημένος. Πρέπει οπωσδήποτε ο άρρωστος να βοηθηθεί στο στάδιο αυτό να ξεπεράσει τη θλίψη και την απομόνωση, γιατί η απομόνωση αυτή τον οδηγεί στην αυτοεγκατάλειψη και ίσως να είναι η φάση που συναντά κανείς στον άρρωστο πιο συχνά στο προθανάτιο στάδιο. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

#### **4. Ε. ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ Η ΠΑΡΑΔΟΧΗΣ**

Θεωρείται το πιο κρίσιμο στάδιο. Εδώ γίνεται αποδεκτή και η αρρώστια και οι συνέπειές της, ακόμα και ο ίδιος ο θάνατος. Ο άρρωστος ξεπερνά την κατάθλιψη του, αλλά μοιάζει απογοητευμένος. Όταν μπορέσει να φτάσει γρήγορα σ' αυτό το στάδιο και παραδεχτεί τον καρκίνο του, θα δώσει εφόδια στον εαυτό του για να παλέψει και να θεραπευτεί. Μόλις δεχτεί την κατάσταση, μπορεί να αρχίσει η επαναδιοργάνωση του εαυτού του, να πάει μπροστά. Δεν υπάρχουν πλέον άγχη, ούτε μπλοκαρίσματα. Εδώ, είναι πολύ πιθανό ο άρρωστος να συνεχίζει να παρουσιάζει προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Σ' αυτά τα προβλήματα πολλές φορές συμβάλλει και η έλλειψη ενημέρωσης από μέρους των γιατρών για την κατάσταση της υγείας του. Τα αναπάντητα ερωτήματα και το κλίμα μυστικοπάθειας που επικρατεί μεταξύ γιατρού, ασθενούς και συγγενών δημιουργούν περισσότερο άγχος και αβεβαιότητα στον ασθενή. (Ρηγάτος Γεράσιμος Α, Αθήνα, 1985)

Για τα στάδια αυτά που μόλις αναφέρθηκαν, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει μια στατική μορφή διαδοχής του ενός από το άλλο. Άλλοι μπορεί να μένουν λιγότερο στο ένα στάδιο ή στο άλλο ή να επανέρχονται σε προηγούμενο στάδιο.

Καταστροφή είναι μια λέξη που έρχεται συνέχεια στο στόμα των ατόμων που παθαίνουν καρκίνο. Ένα ολόκληρο οικοδόμημα, εκείνο της αδιατάρακτης καθημερινότητας με την αγωνία της επιβίωσης, τις χαρές και τα προβλήματα του

οικογενειακού βίου, τη λαχτάρα της διατήρησης των ρόλων, την οικονομική προαγωγή, την κοινωνική αποδοχή, όλα καταρρέουν, γκρεμίζονται με το καινούριο γεγονός που παρεμβάλλεται. Μέχρι χθες όλα ήταν αλλιώς. Το άτομο μπορούσε να αποφασίσει για τον εαυτό του, να χειριστεί τις υποθέσεις του, να προγραμματίσει το μέλλον του, να κάνει όνειρα. Με την αναγγελία του νέου γεγονότος ξαφνικά όλα αλλάζουν. Η απομόνωση είναι μια άμυνα, καθώς η ανίατη αρρώστια συχνά, ακόμα και ως τις μέρες μας, λογίζεται ως ντροπή. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Μετά την πληροφόρηση της αρρώστιας του, ο ασθενής γίνεται εγωκεντρικός και προκατειλημμένος με τις σωματικές του λειτουργίες. Συχνά δοκιμάζει αίσθημα μόνωσης και αχρηστίας με αποτέλεσμα την ψυχολογική μόνωση και μελαγχολία. Ο πόνος που νιώθει ο ασθενής είναι πλέον κύριο στοιχείο στη ζωή του και υπάρχει ο κίνδυνος να πάρει ιδιαίτερες διαστάσεις κάτω από το στίγμα καρκίνος-πόνος-θάνατος. Οι άνθρωποι αυτοί, νιώθουν αυτόματα με τη διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία να τους κατακλύζει μια διπλή απειλή. Μια απειλή για την ίδια του τη ζωή, αφού στην κοινή γνώμη καρκίνος=θάνατος και μια για τη σωματική του ακεραιότητα, με τις αναπηρίες που συχνά προκαλεί η ίδια η θεραπευτική αντιμετώπιση, όπως μαστεκτομές, λαρυγγεκτομές, κολοστομία, ακρωτηριασμοί, πτώση μαλλιών, ναυτίες κ.α., δηλαδή την αναγκαστική αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού. Η διπλή αυτή απειλή μπορεί να επιφέρει τέτοια βίωση της αρρώστιας ώστε να οδηγήσει σε διαταραχές της συναισθηματικής ισορροπίας. Όλοι οι άνθρωποι επιθυμούν πάντα να γνωρίσουν και να ερωτευτούν ωραία άτομα που ταιριάζουν στην εικόνα του εξιδανικευμένου ειδώλου που έχουν σχηματίσει μέσα τους. Με την εμφάνιση της αρρώστιας πέραν των άλλων περιορισμών και απογοητεύσεων, τους δημιουργεί ανησυχία που συχνά γίνεται αγωνία στη σκέψη ότι πρέπει να αποκλεισθούν ή να συμβιβαστούν με κάτι λιγότερο ιδεώδες. Έτσι στα άτομα αυτά δημιουργούνται πολλά ερωτηματικά και επιφυλάξεις για τη στάση και το δικαίωμα απέναντι στην συναισθηματική σχέση, στο sex, στο γάμο, στην οικογένεια.

Η κατεύθυνση προς την οποία θα εξελιχθούν οι ψυχολογικές αντιδράσεις, θα εξαρτηθεί και από την προνοσηρή προσωπικότητα και από την εξέλιξη της βασικής νόσου, τα υποστηρικτικά συστήματα κ.λ.π. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Οι κοινότεροι ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας είναι οι ακόλουθοι:

1. Άρνηση. Ο ασθενής ενώ αντιλαμβάνεται, γνωρίζει την πραγματικότητα, λειτουργεί σαν να μην υπάρχει τέτοια πραγματικότητα. Απορρίπτει την

διάγνωση. Με τον μηχανισμό αυτόν, υποβαθμίζει τα ενοχλήματα του ή τα ερμηνεύει ως προερχόμενα από άλλες αιτίες. Αμφισβητεί με διάφορες εκλογικεύσεις τους ιατρούς, την ορθότητα των εξετάσεων. Είναι ο πιο συχνός αμυντικός ψυχολογικός μηχανισμός και σ' αυτόν οφείλονται και αρκετές καθυστερημένες προσελεύσεις σε περιπτώσεις υποτροπής της νόσου ή μεταστάσεων.

2. Απώθηση. Με τον μηχανισμό αυτόν, που συχνά λειτουργεί μαζί με την άρνηση, ο καρκινοπαθής γνωρίζει και αναγνωρίζει τα συμπτώματα της νόσου, αδιαφορεί όμως γι' 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, προσπαθεί να εμφανίσει αυξημένη δραστηριότητα, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια και γενικά προσπαθεί να αναπληρώσει αυτά, τα οποία χάνει εξ αιτίας της νόσου.
4. Προβολή. Με τον μηχανισμό αυτόν, ο καρκινοπαθής επιδιώκει να προβάλλει σε άλλους, ως δικές του, ιδέες μομφής και ενοχής γίνεται εριστικός και επιθετικός προς τα έξω, ώστε να μη στρέψει την επιθετικότητα του εναντίον του ίδιου του εαυτού. Στη φάση αυτή, ο ασθενής μπορεί να στραφεί και εναντίον του γιατρού ή των συγγενών του.

Κατά τους Massie και συν. (1990), οι συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου και η προσαρμογή είναι ίδιες με εκείνες άλλων καταστροφικών γεγονότων. Υπάρχουν μεν σταθερά πρότυπα αντίδρασης καθώς επιτυγχάνεται η προσαρμογή, αλλά ταυτόχρονα υπάρχει μεγάλη ποικιλία στον βαθμό της δυσφορίας και οι απαντήσεις διαμορφώνονται ανάλογα με τους μηχανισμούς άμυνας, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τη διαθέσιμη υποστήριξη και το νόημα που δίνει το κάθε άτομο στη διάγνωση του καρκίνου. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Σύμφωνα με την έννοια της ψυχολογικής κρίσης, το άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με τη διάγνωση του καρκίνου είτε του έχει γνωστοποιηθεί η διάγνωση είτε το έχει πληροφορηθεί από άλλες πηγές πληροφόρησης, είτε το υποψιάζεται με την ανακάλυψη ενός ογκιδίου ή μιας αιμορραγίας, βρίσκεται σε κατάσταση επικείμενης ψυχολογικής κρίσης, αφού η διάγνωση του καρκίνου εμπεριέχει μια έντονη απειλή για την ακεραιότητα του ατόμου και είναι μια καθοριστική αλλαγή της

προηγούμενης κατάστασης ισορροπίας-υγείας. Για τον Lazarus (1974) η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί μια υψηλής διακύβευσης κατάσταση, κατά την οποία υπάρχει μια μετατόπιση σε πιο άκαμπτους, αρχέγονους και λιγότερο ρεαλιστικούς μηχανισμούς άμυνας για τον έλεγχο της κατάστασης. (Ρηγάτος Γεράσιμος Α, Αθήνα, 1985)

Οι Weisman και Worden (1976) περιέγραψαν τις πρώτες μέρες που ακολουθούν τη διάγνωση του καρκίνου ως περίοδο υπαρξιακής συμφοράς με συμπτώματα οξείας δυσφορίας, που όμως υποχωρούν καθώς ο αντίκτυπος της διάγνωσης καταλαγιάζει. Αναποφασιστικότητα του ασθενούς για την αναζήτηση διάγνωσης, απογοητεύσεις του παρελθόντος, συζυγικά προβλήματα, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων και προσωπικότητα που δεν υπολογίζει παρά μόνο σε μικρή βοήθεια από τους άλλους, είναι μικρά σημάδια «ευαλωτότητας» για μελλοντικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, η φυσιολογική και αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς στην ψυχολογική κρίση της διάγνωσης του καρκίνου εκφράζεται με ανησυχία, συναισθήματα έκπληξης, δυσπιστίας ή άρνησης και στη συνέχεια, συναισθήματα ενοχής ή ντροπής, αλλά και με φόβους όπως ο φόβος του επικείμενου θανάτου ή της αλλαγής της σωματικής εικόνας και με συνοδά συμπτώματα άγχους ή θλίψης. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Όπως σε κάθε ψυχολογική κρίση, τρεις τουλάχιστον παράγοντες-κλειδιά είναι απαραίτητοι για την επιστροφή στην ισορροπία: η επίγνωση του γεγονότος, η υποστήριξη και οι μηχανισμοί άμυνας. Η αντίληψη της φύσης της νόσου μέσω διευκρινιστικής υποστήριξης από τον θεράποντα είναι αναγκαία, ώστε να γίνει αντιληπτό το γεγονός της νόσου και να υπάρχει αναγνώριση της σχέσης μεταξύ του γεγονότος και της συναισθηματικής αντίδρασης. Η υποστήριξη από τους ειδικούς υγείας, την οικογένεια, τους φίλους και από ομάδες υποστήριξης είναι ο δεύτερος σημαντικός παράγοντας για την προσαρμογή του ασθενούς, ενώ ο τρίτος σημαντικός παράγοντας είναι οι μηχανισμοί άμυνας. Από τους μηχανισμούς άμυνας η άρνηση που θεωρείται και το πρώτο στάδιο προσαρμογής στη σταδιοποίηση της Kubler-Ross, αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών, όχι μόνο λόγω της συχνής παρουσίας της αλλά και λόγω του γεγονότος ότι μπορεί να αποτελέσει είτε δυσπροσαρμοστικό μηχανισμό με αγνόηση συμπτωμάτων και καθυστέρηση στη διάγνωση είτε ευπροσαρμοστικό μηχανισμό με αύξηση της επιβίωσης. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Κάθε άτομο αντιδρά στη διάγνωση του καρκίνου ανάλογα με την προσωπικότητά του και την ικανότητά του να προσαρμόζεται στις δυσχέρειες της ζωής. Αν τα προβλήματά της ζωής του τα αντιμετωπίζει με αποφασιστικότητα τότε αυτό και στη περίπτωση της αρρώστιας θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει τον αρχικό κλονισμό της διάγνωσης και τις δυσκολίες που θα ακολουθήσουν. Αν όμως το άτομο συνηθίζει να αντιδρά στις αναποδιές της ζωής με την ερώτηση «γιατί εγώ;» μπορεί να σπαταλήσει το μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής του δύναμης θυμώνοντας εναντίον της νόσου, των «θεών» ή των ανθρώπων που του προξένησαν αυτή τη συμφορά.

Ο θυμός, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως στα στάδια, είναι φυσιολογική αντίδραση. Κατά κάποιο τρόπο βοηθά να ξεπεραστεί η περίοδος της θλίψης που ακολουθεί τη διάγνωση. Στην πραγματικότητα, αν ο ασθενής δε νιώσει θυμό και δεν βρει διέξοδο να τον εκφράσει, κινδυνεύει να βυθιστεί σε μια μακρά περίοδο κατάθλιψης. Βέβαια, υπάρχουν στιγμές που πρέπει να εκδηλώνεται ο θυμός και στιγμές που πρέπει να παραμερίζεται.

Στη συνέχεια, ο ασθενής νιώθει φόβο, ο οποίος υπάρχει κίνδυνος να κυριαρχήσει στη ζωή του. Στην κυριολεξία, οι ασθενείς τείνουν να «φοβούνται μέχρι θανάτου». Η αυτοεκτίμησή του απειλείται και νιώθει πως αν διέθετε πιο ολοκληρωμένη προσωπικότητα δεν θα πάθαινε καρκίνο ή ακόμα πιστεύει ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα της θείας δίκης. Επιπλέον και οι αλλαγές που επέρχονται στην εικόνα του σώματος του ασθενούς, ενδέχεται να έχουν κάποιο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμησή του, ιδίως αν είναι εμφανείς.

Η «κοινωνική απομόνωση» είναι κύριο στοιχείο που αποκτά ο ασθενής με τη διάγνωση του καρκίνου. Σ' αυτό όμως συμβάλλει και το περιβάλλον του ασθενούς που διαφοροποιεί αμέσως τη συμπεριφορά του απέναντί του. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχολογίας 2003).

#### **4. ΣΤ. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ**

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο άρρωστος μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για την αρρώστια του. Υπάρχει ακόμα η περίπτωση ο άρρωστος να κατηγορήσει τον γιατρό του ότι δεν τον είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για τον ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός



ότι καθ' όλη τη διάρκεια της αρρώστιας μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνωση της. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανά να έχει δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια αρρώστια.

Ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνιολογικός θάνατος, που ο ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως, ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι, στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας 2003).

Και κατά την τελική νοσηλεία στις αντιδράσεις των ασθενών ισχύουν τα στάδια που προαναφέρθηκαν. Ειδικότερα:

Ο ασθενής που έχει φτάσει σε αυτό το στάδιο φέρνει πίσω του εμπειρίες επώδυνες αναπτύσσοντας τέτοιες άμυνες ώστε η πρώτη αντίδραση στην ενημέρωση που του γίνεται είναι η άρνηση και το κλείσιμο στον εαυτό του και η απομόνωση. Αρνείται την σοβαρότητα της κατάστασής του, αρνείται την κακοήθεια. Τις περισσότερες φορές δε θέλει να αναφέρει καν το όνομα της «κακιάς» αρρώστιας, ενώ δέχεται να ακούει γι' αυτήν από εμάς. Δε μιλά, μένει ώρες κλεισμένος στον εαυτό του. Η σιωπή παύει στο δεύτερο στάδιο κατά το οποίο η συμπεριφορά είναι πλήρης οργής. Όλοι και όλα φταίνε. Η παραμικρή λεπτομέρεια της ζωής μπορεί να είναι η αιτία της αρρώστιας. Ο γιατρός είναι αυτός που κατηγορείται κυρίως και κατά κόρον πως ευθύνεται για την κατάσταση. Σωρηδόν ακούμε για ιατρικά λάθη κυρίως χειρουργικά. Ο ασθενής νιώθει μόνος και οργισμένος απέναντι σε εχθρικό περιβάλλον. Αυτό που πρέπει να προσέξουμε είναι ότι θέτει τον εαυτό του απέναντι προς όλους τους άλλους και δε διανοείται πως θα μπορέσει να είναι μαζί τους συμφιλιωμένος με κατεύθυνση όλων την αντιμετώπιση της νέας κατάστασης της υγείας του που διαμορφώθηκε. Στο τρίτο στάδιο (αυτό του παζαρέματος), αρχίζει να ζητά από τους γύρω του ανταλλάγματα, όπως για παράδειγμα: «θα κάνω θεραπεία, αλλά κανονίσετε εσείς την τάδε υποχρέωσή μου. Σε αυτή τη φάση αρχίζει και

παρακαλεί. Φέρονται σαν τα μικρά παιδιά που πρώτα απαιτούν κάτι και εφόσον δεν τους ικανοποιήσουν οι άλλοι, αρχίζουν την παράκληση. Έμφαση δίνεται στη σχέση του με το Θεό. Υπόσχεται μία ζωή σύμφωνα με τις θείες εντολές, αρκεί να υπάρξει παράταση ή να απομακρύνει χρονικά την αλλοίωση της σωματικής του αρτιμέλειας. Της αλλοίωσης, δηλαδή που θα τον φέρει γρηγορότερα στην απομόνωση και στην ψυχολογία της τελικής ευθείας. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Σκέψεις όπως: «τι θα γίνουν τα παιδιά μου όταν δε θα υπάρχω;», «η γυναίκα μου;» οδηγούν σε κατάθλιψη τον ασθενή. Μια άλλη διάσταση της κατάθλιψης που περνά είναι η έγνοια του για τη ζωή που χάνει. Ένα-ένα τα πράγματα που τον ενδιέφεραν δεν μπορούν να είναι μαζί του. Οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν, δεν μπορεί να λειτουργήσει όπως πριν. Μόνος του καταλαβαίνει ότι φθίνει. Εγκαταλείπει την εργασία του, αν προλάβει, εισπράττει κάποια αναπηρική σύνταξη που λειτουργεί προς τον ίδιο ως απόδειξη της φθοράς του. Χάνει κιλά, το χρώμα του, αναπνέει με πιο αργό ρυθμό. Τα άκρα παύουν να είναι σφριγηλά, οι κινήσεις σχεδόν ελαχιστοποιούνται.

Τέλος, ο ασθενής μετά από όλα αυτά ίσως καταφέρει να μοιρασθεί την επίγνωση της κατάστασής του με την οικογένειά του και να προχωρήσει στο τελευταίο στάδιο, αυτό της αποδοχής. Σε αυτό το στάδιο φτάνει όντας έτοιμος να ξεκοπεί από ότι τον κρατάει στη ζωή. Κυρίως με τις προσωπικές- οικογενειακές σχέσεις του. Όταν έρθει η στιγμή που ο ασθενής θα νιώσει πως όλα γύρω του είναι έτοιμα να τον αποχωριστούν φεύγει από τη ζωή ειρηνικά (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ένας μεγάλος αριθμός πειραματικών και κλινικών μελετών έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην πιθανότητα η ανάπτυξη του καρκίνου να συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως είναι ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή/και το άλυτο συναισθηματικό άγχος.

Ήδη από το 1952 οι Bacon, Renneker και Culter πρότειναν ένα σύνολο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, υποστηρίζοντας ότι χαρακτηρίζονται από μαζοχιστική δομή του χαρακτήρα, αναστολή της σεξουαλικότητας, ανικανότητα αντιμετώπισης και εξωτερίκευσης αισθημάτων επιθετικότητας και εχθρικότητας, καθώς και ύπαρξη άλυτων συγκρούσεων με τη μητέρα. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Επίσης, ο Le Shan περιέγραψε ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία είχε παρατηρήσει σε ασθενείς με καρκίνο. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

- § Μη εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων και δυσκολία απεγκλωβισμού της σκέψης τους από κάτι που τους ενόχλησε ή τους στενοχώρησε
- § Δυσκολία διατήρησης στενών μακροχρόνιων σχέσεων
- § Διαμόρφωση κακής εικόνας για τον εαυτό τους και έντονη τάση αυτολύπησης ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Αναφέρει επίσης ότι η απώλεια μιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης και η έντονη συγκινησιακή αντίδραση, ύστερα από το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου (6 μήνες ως 8 χρόνια πριν τη διάγνωση του καρκίνου), η αδυναμία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και η απελπισία και η αίσθηση του αβοήθητου (hopelessness and helplessness) ως βασική συγκινησιακή στάση, αποτελούν σταθερά ευρήματα όλων των περιπτώσεων κακοηθών όγκων που μελέτησε.

Μια δεκαετία αργότερα, ο Bahnson, συνοψίζοντας τις διαπιστώσεις των ερευνών του για τις ψυχολογικές διαστάσεις του κακοήθους νεοπλασματος, διατύπωσε την άποψη πως οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούν τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, έχουν αποκτηθεί μέσα από τους κόλπους της οικογένειας, κυρίως κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι αν κάποιος παρατηρήσει οικογένειες, όπου οι συνθήκες επικοινωνίας μεταξύ των μελών

της είναι περιορισμένες , μπορεί να αντιληφθεί πώς τα άτομα αποκτούν το χαρακτηριστικό της απώθησης των συναισθημάτων τους και της έκφρασης τους μέσα από σωματικές εκφορτίσεις, γεγονός που δεν προκαλεί κατάθλιψη, αλλά ένα σύνδρομο κενότητας, λόγω των παρατεταμένων και ισχυρών αρνήσεων και απωθήσεων. Από τις μελέτες του ο Bahnsen διαπίστωσε πως η ψυχρότητα, η έλλειψη συναισθηματικής επαφής και η έλλειψη κοινωνικότητας παρατηρούνται συχνά στις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και πως αυτές οι πρώιμες εμπειρίες σχηματίζουν το έδαφος για τη μετέπειτα ψυχολογική αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τις απώλειες και το άγχος που δημιουργείται. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο περιγράφεται, δίνοντας έμφαση στη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων επιθετικότητας προς τους άλλους και στην έντονη τάση τους για ενδοστρεφή και καταπιεζόμενη εχθρικήτητα. Χαρακτηρίζονται ως άτομα που συχνά νιώθουν ενοχές και εσωτερικεύουν άγχος, θυμό και εντάσεις, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κατάθλιψη, η οποία μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να φτάσει σε καταστάσεις αμετάκλητης απελπισίας και αίσθημα έλλειψης βοήθειας. Θεωρούνται επίσης άτομα που συμβιβάζονται εύκολα, αποδέχονται επιταγές του εξωτερικού περιβάλλοντος και προκειμένου να αποφύγουν συγκρούσεις, παραμελούν δικές τους ανάγκες για να ικανοποιήσουν ανάγκες άλλων. Συνήθως, προσκολλώνται στους τύπους, είναι ευγενικοί και συνεπείς και με αυτόν τον τρόπο, φαινομενικά δείχνουν να λειτουργούν ικανοποιητικά. Στην πραγματικότητα όμως, συσσωρεύουν εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα, τα οποία κάποια στιγμή, κυρίως αν μεσολαβήσει ένα εκλυτικό στρεσογόνο γεγονός, προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών που συμβάλλουν στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, γεγονός το οποίο συντελεί στην εμφάνιση κακοήθους νεοπλασίας. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι έρευνες προσανατολίζονται σε 5 γενικές κατευθύνσεις για την εξακρίβωση του ρόλου ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ανάπτυξη και την πορεία ενός νεοπλασματικού νοσήματος. Πιο συγκεκριμένα, το ενδιαφέρον προσανατολίζεται στο ρόλο:

1. Της κατάθλιψης
2. Της απώλειας, του αποχωρισμού ή του πένθους στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις

3. Της συναισθηματικής αναστολής
4. Της ύπαρξης συναισθημάτων παραίτησης, αβοηθησίας και απελπισίας και
5. Της αλεξιθυμίας

#### **5.A. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Αν και η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου μέσα από πλήθος ερευνών, ωστόσο, αναγνωρίζεται η δυσκολία στην εκτίμηση οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου και κρίνεται αναγκαία μια βαθιά εξέταση τόσο των θεωρητικών όσο και των μεθοδολογικών ερωτημάτων για την θεώρηση της κατάθλιψης είτε ως συντελεστικό παράγοντα είτε ως προδιαθεσικό.

Οι περισσότερες έρευνες γύρω από αυτό το θέμα δεν είναι αρκετά εξειδικευμένες. Κι αυτό γιατί η κατάθλιψη δεν αποτελεί μια σαφώς ξεκαθαρισμένη έννοια για όλους τους ερευνητές, με συνέπεια τα αποτελέσματα των ερευνών τους να εξαρτώνται από τον τρόπο θεώρησης της. Ορισμένοι από τους ερευνητές προσπαθούν να την προσδιορίσουν μέσα από τα γεγονότα που την προκαλούν και κυρίως μέσα από κάποια μορφή απώλειας, ενώ κάποιοι άλλοι χρησιμοποιούν ψυχιατρικά ή ψυχομετρικά κριτήρια προκειμένου να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν συμπτώματα της, χωρίς να εξετάζουν την ιστορία του ατόμου, τη διάρκεια της κατάθλιψης, λοιπόν, τη χρονιότητα ή τη θεραπεία που ενδεχομένως το άτομο έχει λάβει. Ένας έμμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης, λοιπόν, γίνεται μέσα από τη θεώρηση της ως συνέπεια μιας απώλειας και της εσωτερίκευσης των αρνητικών και επώδυνων συναισθημάτων που συνδέονται με αυτή. Σε αυτό τον τρόπο προσέγγισης εντάσσονται οι μελέτες που θεωρούν το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας ως ισότιμα της παρουσίας κατάθλιψης, ενώ ο άμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης επικεντρώνεται, στην αναγνώριση συμπτωμάτων κι εκδηλώσεών της, με την έννοια της ψυχιατρικά προσδιοριζόμενης κατάθλιψης και της ψυχομετρικά προσδιοριζόμενης κατάθλιψης, όπως αυτή εντοπίζεται και εκτιμάται μέσα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Εξαιτίας αυτών των διαφορετικών προσεγγίσεων, υποστηρίζεται από όσους ασκούν κριτική στα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα ότι είναι δύσκολο να διευκρινιστεί αν και πότε διαφορετικές καταθλιπτικές καταστάσεις, όπως η χαρακτηριστική κατάθλιψη ή η μελαγχολική κατάθλιψη, μπορούν να επηρεάζουν ή όχι την εμφάνιση του καρκίνου.

Ωστόσο, μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές υποθέσεις για το ρόλο της κατάθλιψης στην εμφάνιση και εξέλιξη μιας νεοπλασίας, μια εκ των οποίων

υποστηρίχθηκε από τους Brown & Paraskevas σύμφωνα με την οποία, η συχνότητα κατάθλιψης ατόμων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο είναι δυνατό να εξηγηθεί από την αλληλεπίδραση ορισμένων ανοσολογικών μηχανισμών και της δραστηριότητας της σεροτονίνης, αφού ορισμένα ανοσολογικά κύτταρα έχουν υποδοχείς για ορμόνες και νευροδιαβιβαστές. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Από πολλές έρευνες έχει επίσης παρατηρηθεί υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση καρκίνου, στο αίσθημα απελπισίας και στην τάση εκλογίκευσης των συναισθημάτων, καθώς επίσης υψηλή συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ της εμφάνισης καρκίνου και της τάσης του ατόμου να είναι ειρηνοποιός και να εναρμονίζει πρόσωπα και καταστάσεις. Κύριο χαρακτηριστικό του τύπου προσωπικότητας με τάση για εμφάνιση καρκίνου είναι η υπο-διέγερση που σημαίνει ότι τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από την τάση να εξαρτώνται από κάποιο πρόσωπο με μεγάλη συναισθηματική αξία και να βιώνουν το άγχος που παράγεται από την έλλειψη ή την απώλεια αυτού του προσώπου ως τραυματικό. Σε μια αποτυχημένη προσπάθεια να απεξαρτητοποιηθούν από αυτό, αποξενώνονται, ενώ παράλληλα αισθάνονται απελπισία και αδυναμία να αλλάξουν την κατάσταση (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## **5.B. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ**

Εμπειρίες αποχωρισμού και πένθους, ως αποτέλεσμα απώλειας μιας συναισθηματικής σχέσης, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου οικείου προσώπου έχουν συχνά αναφερθεί ως παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου.

Ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως το λέμφωμα και η λευχαιμία, διαγιγνώσκονται σε άτομα με καταπιεσμένα συναισθήματα θλίψης, άγχους και απογοήτευσης, τα οποία ποτέ δεν τα επεξεργάστηκαν γι'αυτό και συνιστούν άλυτο πένθος.

Όσον αφορά στην απώλεια ενός σημαντικού προσώπου, έρευνες αποδεικνύουν ότι σημαντικότερος είναι ο ρόλος του τρόπου με τον οποίο επεξεργάζεται και αντιδρά το άτομο σ' αυτή την απώλεια, παρά η απώλεια αυτή καθεαυτή ως γεγονός. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Snell και Graham οι οποίοι συνδύασαν δύο κλασικές υποθέσεις της βιβλιογραφίας γύρω από τον καρκίνο του μαστού και σχεδίασαν μια μελέτη με στόχο να διερευνήσουν το ρόλο των τραυματικών γεγονότων απώλειας, καθώς και το ρόλο των ενδοκρινικών λειτουργιών στην εμφάνιση και την εξέλιξη του καρκίνου αυτού. Στην έρευνα συμμετείχαν 352

ασθενείς με καρκίνο μαστού και 670 υγιείς γυναίκες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως δεν υπήρχε καμία διαφορά ως προς τον αριθμό των αναφερθέντων ως γεγονότων απώλειας μεταξύ των δύο ομάδων, γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η διαφοροποίηση των δύο ομάδων έγκειται μάλλον στον τρόπο διαπραγμάτευσης αυτών των γεγονότων.

Επίσης, πλήθος ερευνών αναφέρονται στη συσχέτιση της απώλειας μιας σημαντικής σχέσης και του συνακόλουθου πένθους με την ανάπτυξη και την εξέλιξη του καρκίνου, θεωρώντας ότι επηρεάζει ορισμένες λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος, ως στρεσογόνο γεγονός, και συγκεκριμένα τη δραστηριότητα των φυσικών κυττάρων φονέων που αποτελούν μια υποομάδα των λεμφοκυττάρων, προερχόμενα από τη σειρά των T κυττάρων, τα οποία χρησιμεύουν στην επιτήρηση των κακοηθών κυττάρων, αναγνωρίζοντας και καταστρέφονται τα μεταλλαγμένα κύτταρα που μπορεί να εμπεριέχουν προκαρκινικά προγράμματα. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια δίνεται έμφαση στο πόλο του stress και της κατάθλιψης σε δύο σημαντικές διεργασίες της καρκινογένεσης, τα οποία προκαλούν στον οργανισμό μειωμένη δυνατότητα επανόρθωσης τμήματος του DNA που έχει υποστεί κάποια βλάβη ή αλλοίωση και μεταβολές στην απόπτωση των κυττάρων.

Συμπερασματικά, οι έρευνες που έχουν γίνει γύρω από τον ρόλο της απώλειας ενέχουν πολλά μεθοδολογικά προβλήματα και δεν έχουν καταφέρει ακόμα να αποδείξουν την ισχύ της υπόθεσης ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ πρώιμων ή πρόσφατων εμπειριών απώλειας και της εμφάνισης καρκίνου, έστω και αν για ορισμένους ερευνητές ή κλινικούς αυτός ο συσχετισμός είναι εμφανής ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## **5.Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΒΟΗΘΗΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑΣ**

Πλήθος ερευνητών έχει επίσης ασχοληθεί με το ρόλο μιας ψυχολογικής κατάστασης, αντιδραστικής ή όχι, που αντιστοιχεί στην απώλεια της ζωτικότητας του ατόμου, στην απουσία ελπίδας για ζωή, στην απογοήτευση και την παραίτηση. Οι πρώτες έρευνες γύρω από αυτό το θέμα έγιναν από τους Schmale και Iker ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003). που μελέτησαν την παρουσία αυτών των συναισθημάτων σε 60 γυναίκες που παραπέμφθηκαν για βιοψία μαστού και με βάση την ύπαρξη αυτών των συναισθημάτων προσπάθησαν να προβλέψουν τα αποτελέσματα της βιοψίας πριν ακόμη αυτά ανακοινωθούν.

Οι Bahnson και Bahnson ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003) έκαναν μια σειρά ερευνών γύρω από τη δράση των μηχανισμών άμυνας και ενέταξαν την ύπαρξη και το ρόλο της κατάθλιψης, της απώλειας και των αισθημάτων απελπισίας στις καταστάσεις που προηγούνται της εμφάνισης καρκίνου, και οι οποίες συχνά χαρακτηρίζονται ως καταστάσεις αυτοεγκατάλειψης του ασθενούς και παραίτησης του από κάθε προσπάθεια διατήρησης στη ζωή. Ωστόσο, επεσήμαναν ότι αυτές οι επιβαρυντικές συναισθηματικές καταστάσεις είναι εγγεγραμμένες στην προσωπική ιστορία της πλειοψηφίας των ανθρώπων, αλλά δεν εμφανίζουν όλοι καρκίνο. Για τα άτομα που εμφανίζουν καρκίνο, η υπόθεση είναι ότι ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας, κυρίως η άρνηση και η απώθηση, οδηγούν σε πρώιμους τρόπους ψυχικής λειτουργίας, γεγονός που προκαλεί ταυτόχρονες φυσιολογικές και βιοχημικές παλινδρομήσεις σε σωματικό επίπεδο. Αποτέλεσμα αυτής της οργανικής παλινδρόμησης είναι η εμφάνιση καρκίνου. Μάλιστα η άρνηση ως μηχανισμός άμυνας στρεσογόνων καταστάσεων μελετήθηκε ως παράγοντας κινδύνου τόσο για την εμφάνιση καρκίνου, όσο και για την εξέλιξη του, συσχετίζοντάς την με την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο διακατέχονται από μια έντονη τάση να απωθούν τις παρορμήσεις τους και τις εσωτερικές τους συγκρούσεις, σε σχέση με άλλα άτομα (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

#### **5.Α. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ**

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

Πιο πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο την εξέλιξη παρά την εμφάνιση του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα μέρος ερευνών προσανατολίστηκαν στη μελέτη του ρόλου της συναισθηματικής δυσανεξίας, των αισθημάτων απελπισίας και της κατάθλιψης στην πορεία του καρκίνου και διαπίστωσαν ότι ασθενείς που διακατέχονταν από «αγωνιστικό πνεύμα» είχαν μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης σε σχέση με ασθενείς



που στωικά είχαν δεχτεί την κατάσταση τους ή εκδήλωναν το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, επισημαίνεται ότι αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη προσαρμογή του ασθενούς, μείωση των συμπτωμάτων του και ως ένα βαθμό, θετική επίδραση στην εξέλιξη της νόσου. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003)

## **5.Ε. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ**

Αν και η αλεξιθυμία δεν αποτελεί μια σαφή παθολογική παράμετρο, ωστόσο έχει υποστηριχθεί ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση σωματικών ασθενειών. Οι θεωρίες για τις ψυχοσωματικές νόσους αναφέρουν την αλεξιθυμία ως ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου και της νόσου του καρκίνου.

Το άτομο που έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο χαρακτηρίζεται από μια καταστολή των συναισθημάτων του και μια ανικανότητα να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το άγχος που προέρχεται από τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή από κάποια γεγονότα. Ένας τύπος προσωπικότητας με προδιάθεση στον καρκίνο, χαρακτηρίζεται από έλλειψη αυτονομίας και δυσκολία να προσεγγίσει ένα στόχο ή ένα πρόσωπο με μεγάλη συναισθηματική αξία για το ίδιο, παραμένοντας απόμακρος από αυτό και απομονωμένος.

Η έννοια της αλεξιθυμίας υποδηλώνει:

- § Τη δυσκολία αναγνώρισης και λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων
- § Τη δυσκολία διαφοροποίησης μεταξύ συναισθημάτων και συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα
- § Την έλλειψη ικανότητας συμβολοποίησης, που έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία δημιουργίας φαντασιώσεων και της περιορισμένες εικονοπλαστικές διεργασίες και
- § Την ενασχόληση με εξωτερικά γεγονότα και όχι με εσωτερικές εμπειρίες.

Η αλεξιθυμία συνδέεται με τα άτομα των οποίων ο τρόπος σκέψης θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μηχανιστικός, εννοώντας τα άτομα εκείνα που αδυνατούν να διασυνδέουν τα συναισθήματά τους με τις διανοητικές τους αναπαραστάσεις, και κατά συνέπεια, δυσκολεύονται να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους και περιορίζονται σε μια απλή περιγραφή σκέψεων ή καταστάσεων, χωρίς καμία συναισθηματική χροιά ή φόρτιση. Οι σύγχρονες

προσπάθειες κατανόησης της αλεξιθυμίας εστιάζονται στις θεωρίες για τις επικοινωνιακές λειτουργίες των συναισθημάτων, λειτουργίες οι οποίες καθορίζονται από ποικίλους γνωστικούς μηχανισμούς. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003)

Τα ευρήματα αυτών των προσπαθειών δείχνουν ότι στα άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά ορισμένοι γνωστικοί μηχανισμοί είτε δεν υφίστανται είτε δεν τίθενται σε λειτουργία, γεγονός που σημαίνει ότι δυσκολίες στη γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων καθιστούν τα άτομα αυτά πιο ευάλωτα στην εμφάνιση ασθενειών, μέσα από τον σωματικό αντίκτυπο. Κι αυτό γιατί το σύνολο της συναισθηματικής έντασης, λόγω της απουσίας επεξεργασίας των συγκινήσεων, διοχετεύεται μέσα από τις σωματικές λειτουργίες και αισθήσεις. Με άλλα λόγια, η περιορισμένη ικανότητα των ατόμων που παρουσιάζουν «αλεξιθυμικά» χαρακτηριστικά, να «υποβάλλουν» τα συναισθήματά τους σε μια γνωστική επεξεργασία ώστε να τα βιώσουν σε συνειδητό επίπεδο, με τη μορφή αναπαραστάσεων και να τα αντιμετωπίσουν, έχει ως αποτέλεσμα, οι δυσάρεστες συναισθηματικές εντάσεις να επιδρούν αρνητικά σε σωματικές λειτουργίες, που ήδη τις έχουμε περιγράψει σε προηγούμενη ενότητα. ( 5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Ψυχοφυσιολογικές έρευνες γύρω από το stress επισημαίνουν τη σημαντικότητα της γνωστικής μεσολάβησης στην ερμηνεία των ερεθισμάτων, θεωρώντας ότι οι γνωστικές διεργασίες μπορούν να προκαλέσουν διαφορετική συναισθηματική και ψυχοφυσιολογική απάντηση στο ίδιο ερέθισμα. Η εκτίμηση των γνωστικών διεργασιών ενός ατόμου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την κατανόηση της φύσης των ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών απαντήσεων. Το άτομο με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, όταν εκτίθεται σε αγχογόνους παράγοντες, απαντά με μια επιπρόσθετη αύξηση της δραστηριοποίησης, χωρίς ουσιαστική επεξεργασία των όσων συμβαίνουν, γεγονός που προστίθεται στο αρχικό άγχος και το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση ποικίλων βιολογικών λειτουργιών. Η αλεξιθυμία λοιπόν, θεωρείται ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της ενεργοποίησης λειτουργιών του συμπαθητικού συστήματος και της ανικανότητας γνωστικής επεξεργασίας των συναισθημάτων που βιώνει το άτομο.

Κατά την προσπάθεια εντοπισμού και αιτιολόγησης αυτών των δυσκολιών στη γνωστική επεξεργασία, οι ερευνητές καταλήγουν στην απόδοση τους είτε σε διαταραχές της εγκεφαλικής οργάνωσης, είτε σε δυσλειτουργικά μοντέλα

επικοινωνίας των συναισθημάτων κατά την παιδική ηλικία. Μέσα από μία διαφορετική προσέγγιση του θέματος, η αλεξιθυμία θεωρήθηκε αποτέλεσμα ανεπαρκούς ανάπτυξης της ικανότητας συμβολισμού και συνδέθηκε με τη «νηπιακή προσωπικότητα», η οποία έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ψυχοσωματικών νόσων. Η ανάπτυξη της συμβολικής λειτουργίας στο παιδί γίνεται μέσα από τον τρόπο που η μητέρα μιλάει στο παιδί από τη βρεφική ηλικία για οτιδήποτε συμβαίνει, συνθέτοντας τη σχέση «σύμβολο-συμβολιζόμενο». Υποστηρίζεται λοιπόν, ότι το άτομο που εκδηλώνει αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά έχει μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον, όπου η μητέρα δεν μπορούσε να κατανοήσει τα συναισθήματα που βίωνε το βρέφος, ώστε να του τα περιγράψει λεκτικά, με αποτέλεσμα, για παράδειγμα, να το ταΐζει, να το χαϊδεύει και να του μιλάει, με μαζικό και κατακλυσμικό τρόπο, μη αφήνοντας στο βρέφος το χρόνο που του ήταν απαραίτητος για να επεξεργαστεί όλα αυτά τα ερεθίσματα. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Αν και η αλεξιθυμία έχει θεωρηθεί ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις κάποια από τα χαρακτηριστικά της μπορεί να εμφανιστούν σαν ένας ομοιοστατικός μηχανισμός, σαν μια μορφή άμυνας σε συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, τα οποία έπονται έντονων ψυχοτραυματικών γεγονότων ή σε καταστάσεις όπου το άτομο βομβαρδίζεται από συναισθήματα που δεν προλαβαίνει να τα επεξεργαστεί. Στις περιπτώσεις αυτές, όσο βελτιώνεται η κατάσταση του ατόμου κι όσο επιτυγχάνεται η επεξεργασία και η αντιμετώπιση των ερεθισμάτων, τόσο εξασθενεί και η εκδήλωση ανάλογων χαρακτηριστικών (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-Ογκολογίας, 2003).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

#### **6. Α. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Το θέμα της ενημέρωσης του ασθενούς είναι οικουμενικού ενδιαφέροντος απασχολεί όλες τις κοινωνίες, ανεξάρτητα τοπικών πολιτισμικών διαφορών. Αναφερόμαστε στις περιπτώσεις όπου ο θεράπων ανακοινώνει δυσάρεστα νέα, κακά νέα τα οποία θα δημιουργήσουν ατμόσφαιρα όχι και τόσο ευχάριστη. Δυσάρεστα, κακά νέα εννοούμε τις πληροφορίες που μπορεί να αλλάξουν δραστικά τη ζωή ενός ανθρώπου, προς το χειρότερο.

Ο αναγγέλων τα κακά νέα από πάντα επιτελούσε δυσάρεστο έργο. Πράγματι αυτό φαίνεται στους στίχους του Σοφοκλή στην γνωστή τραγωδία «Αντιγόνη». Ο ένας από τους φύλακες, που επιτηρούσαν τη σωρό του Πολυνείκη, έπρεπε να φέρει στον Κρέοντα τα κακά νέα που αφορούσαν την παραβίαση της εντολής του, να μείνει άθαφτος ο Πολυνείκης. Οι φύλακες έριξαν κλήρο για να πάει κάποιος από αυτούς να πει την κακή είδηση στον Κρέοντα. Φέροντας λοιπόν την δυσάρεστη είδηση ο φύλακας και φοβούμενος την σκληρή τιμωρία αναφωνεί : «...ήρθα με το στανιό, με το στανιό με δέχονται, το ξέρω. Ποιος καλοδέχεται κακό μαντατοφόρο;» Σοφοκλή «Αντιγόνη». στίχοι 276-277. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Φαίνεται λοιπόν ότι οι άνθρωποι δεν επιθυμούν τα κακά νέα, ακόμη και όταν αυτά δείχνουν μια πραγματικότητα, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί και μάλιστα εγκαίρως. Ευτυχώς σήμερα δεν σκοτώνουν τον φέροντα τα κακά νέα. Στην χειρότερη περίπτωση θα τον εκδιώξει ο ηγέτης , ή στην περίπτωσή μας ο ασθενής θα πάει ανήσυχος σε άλλο ή και άλλο γιατρό ελπίζοντας καλύτερα νέα με την ευγενική δικαιολογία ότι θέλει να ακούσει και άλλη γνώμη, κάτι που έχει δικαίωμα βέβαια. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Η ενημέρωση του ασθενούς είναι μια σημαντική διαδικασία στο πλαίσιο επικοινωνίας με τον ασθενή όπου αντιμετωπίζονται τα ερωτήματα, τα διλήμματα στην άσκηση της θεραπευτικής τέχνης. Η ενημέρωση λοιπόν καθίσταται επιτυχής στο πλαίσιο μιας καλής επιτυχούς θεραπευτικής σχέσης με καλή επικοινωνία. Θεωρείται δικαίωμα του ασθενούς να πληροφορείται για το πρόβλημα της υγείας του όμως ο

βαθμός, ο τρόπος κ.τ.λ. εναποτίθεται στον θεράποντα, στον ασθενή, στην συνεργασία τους στην θεραπευτική σχέση. Μια σχέση όπου υπάρχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις εκατέρωθεν με κύριο υπεύθυνο της σχέσης τον θεράποντα και με σεβασμό στον ασθενή στον οποίο θα καταλήξουν τα οφέλη αυτής της συνεργασίας. Στα πλαίσια της συνεργασίας της θεραπευτικής σχέσης ο θεράπων και ο ασθενής είναι ισότιμοι, αλλά όχι ίσοι, ισοδύναμοι. Ο θεράπων κατέχει μια γνώση, εκ της οποίας πηγάζει η εξουσία του, ενώ ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα υγείας και έχει γι' αυτό ανάγκη τον θεράποντα και την γνώση του.

Ο ασθενής εισέρχεται κατ' ανάγκη σε μια κατάσταση εξάρτησης από τον θεράποντα που θυμίζει, κατ' αναλογία, την κατάσταση εξάρτησης της παιδικής ηλικίας όπου η σχέση γονέα-παιδιού έχει ανάλογα χαρακτηριστικά.

Η θεραπευτική σχέση διέπεται από μια λογική διαδικασία σε συνειδητό επίπεδο από ασθενή και θεράποντα. Εάν όμως ίσχυε μόνο η λογική και συνειδητή διεργασία, δεν θα υπήρχε κανένα πρόβλημα στην θεραπευτική σχέση. Πρέπει να λάβουμε υπόψη τις ασυνειδήτες (μη συνειδητές) διεργασίες που φαίνεται ότι δημιουργούν τις δυσκολίες. Το κέρδος θα είναι ότι η γνώση, η συνειδητοποίηση των ασυνειδήτων διεργασιών, θα αμβλύνει τις δυσκολίες καθώς θα μπορέσουμε πια να τις αντιμετωπίσουμε, να δώσουμε λύσεις (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ένα ερώτημα που συνήθως φέρει σύγχυση και εμπλοκή στον διάλογο, για το θέμα της ενημέρωσης του ασθενούς, είναι αν πρέπει να λέγεται η αλήθεια ή όχι. Αν δεχθούμε ότι υπάρχει απόλυτη αλήθεια, ορθώς τότε μερικοί παρατηρούν ότι, όταν δεν λες την αλήθεια τότε σημαίνει ότι λες ψέματα. Απόλυτη αλήθεια δεν υπάρχει στην ανθρώπινη φύση, αυτό το δέχεται και η χριστιανική εκκλησία η οποία θεωρείται ότι, κατ' εξοχήν υποστηρίζει την αλήθεια και την αρετή. Η εκκλησία μας δέχεται τα λεγόμενα «κατά συνθήκη ψεύδη», τα οποία έχουν αποδεδειγμένο σκοπό, το όφελος του ανθρώπου, την ειρήνη, την αποφυγή κρίσεων, συγκρούσεων κ.λ.π. Έχουμε λοιπόν μια τέτοια ηθική και κοινωνική παράδοση, που ως βασικός οδηγός μπορεί να μας οδηγήσει στην απάντηση του ερωτήματος, την οποία φαίνεται να αγνοούμε και να ακολουθούμε επιστημονικοφανή ερωτήματα, που μάλλον απαντούν σε τεχνητές ανάγκες του σημερινού πολιτισμού, της σημερινής πολιτιστικής πραγματικότητας.

Για να μπορέσουμε να οδηγηθούμε στην κατανόηση του ασθενούς στη θεραπευτική σχέση, και να έχουμε την δυνατότητα να ενημερώσουμε τον ασθενή ως πρόσωπο, ως άνθρωπο και να επιτύχει η εξατομίκευση στην ενημέρωση, οφείλουμε να λάβουμε υπ' όψη παράγοντες όπως:

1. η κατάσταση εξάρτησης του ασθενούς,
2. η αντιμεταβίβαση (του θεράποντα) προς τον ασθενή μέσα στην θεραπευτική σχέση,
3. η μεταβίβαση του ασθενούς προς τον θεράποντα,
4. ο χαρακτήρας του ασθενούς,
5. η οικογένεια,
6. οι αμυντικοί μηχανισμοί του ασθενούς εστιάζοντας στον μηχανισμό άρνησης.

Αναλυτικά:

1. Η κατάσταση εξάρτησης αναφέρθηκε ήδη παραπάνω ασθενής βιώνει λοιπόν μια παλινδρόμηση που είναι συνέπεια πιεστικής κατάστασης εξαιτίας της απώλειας υγείας, αναβιώνοντας καταστάσεις προηγούμενων φάσεων του βίου του. Η ποιότητα αναβίωσης της εξάρτησης από τον ασθενή είναι συνάρτηση του θετικού ή/και αρνητικού βαθμού εμπειρίας που έχει ο ασθενής σε όλο το φάσμα της ανάπτυξής του, κατά την παιδική ηλικία.
2. Ο μηχανισμός της άρνησης είναι μια άλλη παράμετρος της οποίας η γνώση διευκολύνει την προσέγγιση και ενημέρωση του ασθενούς. Ο μηχανισμός άρνησης δρα ως αμυντικός, προστατευτικός μηχανισμός και η κατανόηση του μας δίδει την δυνατότητα να εκτιμήσουμε αν και κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να ακούσει την πληροφορία.
3. Η αντιμεταβίβαση είναι μια άλλη παράμετρος όπου ο θεράπων συνειδητοποιεί το συναίσθημα και αντιδράσεις έναντι του ασθενούς και μπορεί να καταστεί χρήσιμο εργαλείο στην κατανόηση του ασθενούς.
4. Η διευκρίνιση της μεταβίβασης βοηθά επίσης στην καλή θεραπευτική σχέση και διευκολύνει τον θεράποντα να κατανοήσει αντιδράσεις και συμπεριφορές. Είναι μια συνειδητή τάση του ασθενούς να μεταφέρει προς τον θεράποντα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσεις, συναισθήματα, στάσεις που προέρχονται από δικές του βιωματικές εικόνες και ανάγκες. Φαίνεται λοιπόν ότι η γνώση της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης φέρουν την θεραπευτική σχέση σε επίπεδο κατανόησης των βαθύτερων αναγκών του ασθενούς.
5. Η γνώση του χαρακτήρα του ασθενούς, συμβάλλει στην κατανόηση του ασθενούς ως πρόσωπο και βοηθά στην εξατομίκευση της προσέγγισης και ενημέρωσης του ασθενούς (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Στη συνέχεια θα περιγράψουμε τους κύριους τύπους ή χαρακτήρες, οι οποίοι απαντώνται στην κλινική πράξη και οι οποίοι μπορούν να αντιμετωπισθούν στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης. Σύμφωνα με τον Δρ. Γ. Καλλέργη, για κάθε χαρακτήρα, αντιστοιχεί, ένας ιδιαίτερος χειρισμός, ιδιαίτερη προσέγγιση, μια ενημέρωση προσαρμοσμένη στον κάθε χαρακτήρα. Η γνώση των χαρακτήρων συμβάλλει στην κατανόηση του ασθενούς και ίσως είναι το κλειδί των χειρισμών εξατομίκευσης και προσαρμογής για κάθε ασθενή χωριστά. Με τη βοήθεια αυτών των παραμέτρων θέτει στη συνέχεια, ο θεράπων στον εαυτό του κάποια ερωτήματα, που η απάντησή τους θα συμβάλλει στην εξατομικευμένη στρατηγική ενημέρωσης του ασθενούς στο «πώς και με ποιο τρόπο» θα ενημερώσει. Χρησιμοποιείται ο όρος στρατηγική επειδή η ενημέρωση δεν είναι στιγμιαίο γεγονός στη θεραπευτική σχέση.

Τα κύρια ερωτήματα που θέτει ο θεράπων κατά τη διαδικασία της ενημέρωσης για να σχεδιάσει τη στρατηγική του είναι :

1. Ποιος ενημερώνει από τη θεραπευτική ομάδα;
2. Ποιο το όφελος του ασθενούς από την ενημέρωσή του; Γιατί να ενημερώσω;
3. Πότε; Ποια(ες) χρονική(ες) στιγμή(ες);
4. Πόσο θα πληροφορήσω;
5. Ποια λόγια, ποιες λέξεις θα χρησιμοποιήσουμε, τι θα πούμε;
6. Πού γίνεται η ενημέρωση, σε ποιο χώρο;
7. Πώς; Δηλαδή τον τρόπο που θα ακολουθήσει η ενημέρωση.
8. Ποιον – ποιους ενημερώνω; (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Αναλυτικότερα :

### **1. Ποιος ενημερώνει από την θεραπευτική ομάδα;**

Στην πρώτη γραμμή ενημέρωσης ανήκει ο θεράπων ιατρός, ο οποίος αναλαμβάνει να ενημερώσει, ενώ μπορεί να εμπλέξει στην ενημέρωση και άλλους συνεργάτες που αποτελούν την δεύτερη γραμμή ενημέρωσης, είτε για να τον βοηθήσουν συμπληρωματικά, είτε ως σύμβουλοι να διευκολύνουν το έργο του, χωρίς όμως ποτέ να προσπεραστεί ο θεράπων. Οι συνεργάτες της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να προσέχουν, ιδιαίτερα οι σύμβουλοι από άλλες κλινικές, που μπορεί να μην συμφωνούν σε κάποια σημεία ή να αισθάνονται κάποια συναισθήματα προς τον θεράποντα όχι και τόσο θετικά, τότε μπορεί να επηρεαστεί η προσέγγισή τους προς τον ασθενή με λεκτικό ή εξωλεκτικό τρόπο. Ο ασθενής μπορεί να τους προκαλέσει για να μάθει εμμέσως, πράγματα που δεν ρώτησε άμεσα στον θεράποντα, ή μπορεί να

εκφράσει κάποια παράπονα για τους θεράποντες του, εκθειάζοντας, κολακεύοντας την «καλή προσέγγιση» του συμβούλου ή του συναδέλφου της θεραπευτικής ομάδας, με σκοπό να αποσπάσει πληροφορίες με έμμεσο τρόπο. Ο ασθενής δικαιολογείται λόγω του προβλήματός του και της παλινδρόμησής του, ενώ οι θεράποντες πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί. Η δεύτερη γραμμή δεν είναι δευτερεύουσας αξίας, είναι θέμα διαδικασίας, σωστής ισορροπίας και λειτουργίας. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

## **2. Ποιο το όφελος του ασθενούς από την ενημέρωσή του; Γιατί να ενημερώσω;**

Η ενημέρωση πρέπει να ωφελεί τον ασθενή και να σέβεται την προσωπικότητά του. Εδώ βοηθά αρκετά η αντιμεταβίβαση του θεράποντος, π.χ. περίπτωση όπου ο θεράπων θεωρεί ότι πρέπει να πει όλη την αλήθεια διότι νομίζει, ότι έτσι γίνεται σεβαστή η αξιοπρέπεια του ασθενούς. Ο ασθενής όμως τον σταματά και ανησυχώντας του λέει «δεν θέλω να μου πείτε τίποτε». Μια θεωρητικά σωστή υπόθεση του θεράποντος δεν λειτουργήσει για τον ασθενή. Αξιοπρέπεια για αυτόν τον ασθενή σημαίνει ίσως να μην του πεις τίποτα. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

## **3. Πότε; Ποια χρονική στιγμή;**

Ποια χρονική στιγμή θα δώσουμε την πληροφορία, αν είναι αναγκαίο ή όχι να γίνει μια διαβάθμιση του χρόνου, μια σταδιακή ενημέρωση και αν αυτό εξυπηρετεί τον συγκεκριμένο άρρωστο. Εδώ ο μηχανισμός άρνησης συμβάλλει σημαντικότερα να δοθεί η σωστή απάντηση. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

## **4. Πόσο θα πληροφορήσω;**

Πρόκειται για την ποσότητα των πληροφοριών. Θα τα πούμε όλα και όταν λέμε όλα, όλη την αλήθεια; Ποια και πόση είναι όλη η αλήθεια; Εδώ συμβάλλει σημαντικότερα η γνώση των χαρακτήρων. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

## **5. Ποια λόγια, ποιες λέξεις θα χρησιμοποιήσουμε, τι θα πούμε;**

Εδώ θα βοηθήσουν η γνώση των χαρακτήρων, του βαθμού άρνησης, η γνώση των πολιτισμικών στοιχείων, η κουλτούρα του ασθενούς, ο βαθμός εκπαίδευσης και κοινωνικής μόρφωσης, ώστε ο θεράπων να δώσει την καλύτερη έκφραση, την



αρτιότερη διατύπωση πληροφορίας, ώστε να γίνει κατανοητή από τον ασθενή. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **6. Πού γίνεται η ενημέρωση;**

Πρέπει να γίνει σε ήσυχο χώρο, χωρίς ενοχλήσεις, χωρίς βιασύνη διαθέτοντας τον ανάλογο χρόνο για το γεγονός. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **7. Πώς; Δηλαδή τον τρόπο που θα ακολουθήσει η ενημέρωση, τη στρατηγική ενημέρωσης.**

Όπου στρατηγική, σημαίνει μια τακτική κατά την οποία με ένα σύνολο συντονισμένων ενεργειών και χειρισμών επιτυγχάνεται ο στόχος. Στην προκειμένη περίπτωση στόχος είναι η ενημέρωση, που με τη σειρά της αποσκοπεί στο όφελος του ασθενούς. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **8. Ποιον – ποιους ενημερώνω;**

Το ερώτημα μπορεί να φαίνεται παράδοξο αφού είναι αυτονόητο ότι πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής. Σύμφωνα με τον Δρ. Γ. Καλλέργη πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής και σε αυτό έχει ηθική και νομική υποχρέωση ο θεράπων. Όμως τα πράγματα δεν είναι απόλυτα. Η οικογένεια σε κάθε περίπτωση υπάρχει και συμμετέχει, ενώ επηρεάζει με την σειρά της τον ασθενή (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Αναφέρουμε παρακάτω τους χαρακτήρες ή τους τύπους προσωπικότητας που θα μελετήσουμε και θεωρείται ότι βοηθούν στη επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση κατά την κλινική πρακτική, στην κατανόηση και ενημέρωση ασθενούς.

1. Ελεγκτικός – Τακτικός.
2. Εξαρτητικός.
3. Συναισθηματικός – Υπερθυμικός.
4. Συναισθηματικός – Υποθυμικός.
5. Υπεροπτικός.
6. Αποφευκτικός
7. Καχύποπτος –Εριστικός.
8. Δοτικός – Αυτοθυσιαστικός.
9. Απομονωμένος – Απόμακρος.

Εμείς θα ασχοληθούμε με την φυσιολογική έκφραση των χαρακτήρων, που είναι χρήσιμη στην κατανόηση του ασθενούς στην θεραπευτική σχέση. Το σύνολο αυτών των χαρακτήρων ή τύπων, συνυπάρχουν και απαρτίζουν την ολική προσωπικότητα, σε διαφορετικό βαθμό έκφρασης ο καθένας. Στην παρούσα εργασία θα εστιάσουμε την προσοχή στον προεξάρχοντα χαρακτήρα με τον οποίο συνήθως εκφράζεται ένας άνθρωπος και είναι η πρώτη εκδήλωση ως συμπεριφορά, που φαίνεται στις σχέσεις του, στην αντιμετώπιση κρίσεων, απωλειών, πειστικών καταστάσεων ζωής και φυσικά όταν νοσεί. Η μελέτη και διαγνωστική εντόπιση του προεξάρχοντος χαρακτήρα μπορεί να βοηθήσει στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης, να αντιμετωπίσουμε έναν ασθενή με βάση τους μηχανισμούς που αντιδρά καθώς είναι οι πρώτοι που επιστρατεύονται, όταν ένας άνθρωπος αντιμετωπίζει πειστικές καταστάσεις ζωής. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Στη συνέχεια θα περιγράψουν οι χαρακτήρες και οι χειρισμοί που μπορούν να εφαρμοστούν στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης. Πριν να εισέλθουμε στην περιγραφή των επιμέρους χαρακτήρων, καλό είναι να έχουμε κατά νου τις ακόλουθες επισημάνσεις :

- § Στην προσέγγιση του ασθενούς μελετούμε τον χαρακτήρα ή τύπο της προσωπικότητάς, που προεξάρχει. Ο προεξάρχων χαρακτήρας είναι αρκετός για την προσέγγιση και ενημέρωση στην θεραπευτική σχέση.
- § Το σύνολο των χαρακτήρων απαρτίζουν την ολική προσωπικότητα με την οποία επικοινωνεί ένα άτομο. Ένας ασθενής, όπως κάθε άνθρωπος δεν είναι μόνο ο προεξάρχων χαρακτήρας.
- § Οι επί μέρους χαρακτήρες (προεξάρχοντες και μη) «συνεργάζονται» μεταξύ τους εντός της ολικής προσωπικότητας, ούτως ώστε ο άνθρωπος που τη φέρει να λειτουργήσει ως βιολογικό, πνευματικό, κοινωνικό ον.
- § Κάποιες φορές τα στοιχεία ενός προεξάρχοντα χαρακτήρα μπορεί να καλυφθούν αντισταθμιστικά από κάποια άλλα και στην πρώτη ματιά να έχουμε διαφορετική εικόνα.
- § Η ολική προσωπικότητα, το ολικό περίγραμμα των χαρακτήρων, το προφίλ, μπορεί να αναλυθεί και περιγραφεί στο πλαίσιο μιας ατομικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, που δεν είναι το ζητούμενο εδώ.

Επίσης θα χρησιμοποιείται:

- § Ο όρος «χαρακτήρας» και εναλλακτικά ο όρος «τύπος» και θα αντιστοιχεί στην περιγραφή των χαρακτηριστικών, γνωρισμάτων, ιδιοτήτων που προεξάρχουν στη συμπεριφορά ενός ανθρώπου.
- § Ο όρος «ολική» προσωπικότητα που αφορά την συνολική έκφραση ενός ανθρώπου και είναι η συνισταμένη των επί μέρους στοιχείων από το σύνολο των χαρακτηριστικών ή τύπων, από τα οποία απαρτίζεται ολόκληρη η προσωπικότητα.
- § Η λέξη «χαρακτηριστικό-(α)» και θα δείχνει τα βασικά στοιχεία ενός χαρακτήρα, τα οποία αντιστοιχούν σε ανάλογους μηχανισμούς άμυνας, ενώ οι υπόλοιπες εκφράσεις (του χαρακτήρα) θα αναφέρονται ως γνωρίσματα, ιδιότητες, συμπεριφορές (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

## **6. Β. ΤΥΠΟΙ- ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

### **α. Ελεγκτικός – Τακτικός χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η ελεγκτικότητα και η τακτικότητα. αυτά τα συμπεριφορικά στοιχεία συνήθως αποτελούν εκδηλώσεις ενός τύπου ανθρώπου. Ο βαθμός όμως έκφρασης του καθενός μπορεί να είναι ανάλογος ή διαφορετικός. Ο έλεγχος και η τάξη που προεξάρχουν στις συμπεριφορές σκοπό έχουν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις, γεγονότα ζωής που προκαλούν άγχος ή και άλλα συναισθήματα, τα οποία αισθάνεται ως αρνητικά (θλίψη, φόβο) αλλά και το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε συναισθήματα θεωρούμενα ως θετικά (χαρά). Τα αρνητικά ή θετικά συναισθήματα, ιδιαίτερα όταν έχουν αυξημένο βαθμό έντασης διαταράσσουν την τάξη και απειλούν με απώλεια ελέγχου.

Οι μηχανισμοί ελέγχου και τάξης έχουν σκοπό να αντιμετωπίσουν τις εκδηλώσεις που θέτουν εκτός τάξης αυτόν τον άνθρωπο. Στις περιπτώσεις που μελετάμε μας ενδιαφέρει η εκδήλωση του άγχους, από τη διατάραξη της τάξης στη ζωή του ανθρώπου που αρρωσταίνει, καθώς είναι η πρώτη και κυριότερη εκδήλωση που αντιλαμβανόμαστε. Ο έλεγχος και η τάξη έρχονται για να αντιμετωπίσουν, να περιορίσουν, να θέσουν υπό έλεγχο τον ασθενή μας, ο οποίος αισθάνεται απειλημένος από μια νόσο από μια απώλεια υγείας γενικά. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Η νόσος είναι μια απειλή για κάθε άνθρωπο, προκαλεί μια διαταραχή της ισορροπίας της καθημερινής ζωής του. Ο Ελεγκτικός αισθάνεται αυτήν την διαταραχή, πολύ περισσότερο επειδή ακριβώς χάνει τον έλεγχο, την τάξη. Έτσι

εμφανίζεται περισσότερο ισχυρογνώμων έως άκαμπος, το πείσμα αυξάνεται ως συστατικό της αγωνιστικότητας. Γίνεται πιο τυπικός και ζητά από τους θεραπευτές να είναι και εκείνοι το ίδιο, επίσης συνεπείς και «σωστοί». Αισθάνεται καλά όταν υπάρχει ανάλογη τάξη στην κλινική, ενώ έχει την ανάγκη να νοιώθει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να είναι καταρτισμένο, προσεκτικό, αποτελεσματικό με ακρίβεια, συνέπεια και καθαριότητα. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Κάποιες από τις ερωτήσεις που θα βοηθούσαν στην καταγραφή της εικόνας του Ελεγκτικού – Τακτικού ασθενούς είναι : «στην καθημερινή σας ζωή γενικά συνηθίζεται να γνωρίζεται λεπτομέρειες, να ασκείται έλεγχος στον εαυτό σας; Πώς τα πάτε με την τάξη;»

Πότε μπορούμε να ενημερώσουμε έναν Ελεγκτικό και Τακτικό ασθενή, είναι συνάρτηση του βαθμού άρνησης. Γενικά όμως ο τύπος αυτός ανθρώπου τείνει να αντιμετωπίσει την άρνησή του και γρήγορα ελαχιστοποιείται ο βαθμός της. Συνήθως φαίνονται πιο ρεαλιστές, θέλουν να μαθαίνουν την αλήθεια, ώστε να την ελέγχουν και να μην τροφοδοτείται η αμφιβολία που για αυτούς είναι βασανιστική. Όταν κάποιος δεν λέει τα πράγματα ευθέως, θεωρούν ότι υπεκφεύγει ή τους κοροϊδεύει. Έτσι απαντάται το «πόσο», την ποσότητα των πληροφοριών που μπορούμε να δώσουμε στον ασθενή, που μαζί με το «πότε», την χρονική στιγμή, αποτελούν το πρώτο στάδιο στην αρχή της θεραπευτικής σχέσης. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ο ασθενής αυτός φαίνεται ψύχραιμος, έτοιμος να μάθει αλήθειες όμως δεν πρέπει να αγνοούμε ότι στο βάθος υποφέρει, πληγώνεται από το κτύπημα της ζωής. Γι' αυτό δεν πρέπει να είμαστε ωμοί, επειδή ο ασθενής είναι τόσο ψύχραιμος.

Στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου και της θεραπείας του πρέπει να εξηγούνται οι λεπτομέρειες της νόσου του, ο διαγνωστικός θεραπευτικός προγραμματισμός. Με αυτό τον τρόπο ο συγκεκριμένος ασθενής ελέγχει και προετοιμάζει να προγραμματιστεί στην αντιμετώπιση του προβλήματός του και να οργανώνει ανάλογα τη ζωή του. Ο Ελεγκτικός λοιπόν ασθενής ζητά να γνωρίσει τη νόσο του, αλλά το ζητά ευθέως και απόλυτα. Η αλήθεια βέβαια θα πρέπει να λέγεται με λεπτότητα και διακριτικότητα, διαθέτοντας ακόμη και λίγο περισσότερο χρόνο για τον άρρωστο για να μην αισθάνεται βιασύνη από το θεράποντα. Ο ασθενής το εκτιμά και αυξάνει την εμπιστοσύνη του στον θεράποντα.

Κατά την ενημέρωση πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην αναφέρονται άχρηστες λεπτομέρειες που γίνονται αφορμή πρόκλησης της αμφιθυμίας και

αμφιβολίας με ερωτήσεις και αμφισβητήσεις εκ μέρους του αρρώστου. Η πληροφόρηση και τα λόγια θα πρέπει να είναι προετοιμασμένα κατά το πλείστον λακωνικά και εστιασμένα. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Το «πότε», σε πιο χρονικό σημείο θα γίνει η ενημέρωση, είναι συνάρτηση του βαθμού άρνησης ως επίσης και των στοιχείων προσωπικότητας. Στην περίπτωση του Ελεγκτικού το χρονικό σημείο έρχεται σύντομα. Όσο γρηγορότερα τόσο καλύτερα αρκεί να υπάρχει σημαντικό υλικό πληροφόρησης. Σε κάθε περίπτωση αξίζει να αναφερθεί ένα χρονοδιάγραμμα μέσα στο οποίο θα γίνει η πληροφόρηση και να τηρηθεί (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

### **β. Εξαρτητικός χαρακτήρας (στοματικός)**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η τάση να στηρίζεται στον άλλον ζητώντας σιγουριά. Δίνει επίσης υπερεπείγουσα απόχρωση στις ανάγκες του, δίνοντας την εντύπωση ότι απαιτεί να ασχοληθεί κάποιος μαζί του ενώ ουσιαστικά παρακαλεί να ασχοληθεί μαζί του. Δείχνει ένα άγχος πολλές φορές έντονο και κάποιες φορές δίνει την εντύπωση του πανικού. Απαιτεί λοιπόν ειδική προσοχή, συνεχείς συμβουλές, περιμένει και φαντάζεται ατελείωτη φροντίδα από το προσωπικό. Πολλές φορές δημιουργείται ένταση μεταξύ του ασθενούς και του προσωπικού της κλινικής. Συνήθης εικόνα είναι εκείνη όπου οι θεράποντες αρχικά ανταποκρίνονται στην ανησυχία του και τον καθησυχάζουν. Ο ασθενής όμως επαναλαμβάνει συχνά τα αιτήματά του με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένταση μεταξύ ασθενούς και προσωπικού της κλινικής. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Η συμπεριφορά του στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης είναι συνάρτηση του θετικού ή/και αρνητικού βαθμού που έχει βιώσει την εξάρτηση κατά την νηπιακή ηλικία, αλλά και γενικότερα καθ' όλο το εύρος της παιδικής ηλικίας μέχρι την ενηλικίωση. Στην πάλη ανάμεσα στις επιθυμίες και τους φόβους του μπορεί να εκδηλώσει διαφορετικές συμπεριφορές:

- § Έτσι μπορεί να στηριχθεί, να «κρεμαστεί» στους θεράποντες, και κάποιες φορές να τους θεωρεί παντοδύναμους, θεούς.
- § Άλλες φορές από φόβο στην εξάρτηση (μάλλον τραυματική εμπειρία από την κατάσταση εξάρτησης) αντιστέκεται σε κάθε μορφή θεραπείας και φροντίδας. Ίδιον μάλιστα αυτής της συμπεριφοράς είναι ότι φεύγει από τη θεραπεία, με τρόπο υπερβολικά αγχώδη σχεδόν πανικό, χωρίς να εξηγήσει το γιατί, σαν να

θέλει να δραπετεύσει από κάτι που το φοβάται πολύ. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να φέρει σύγχυση στην διάγνωση, δηλαδή να θεωρηθεί ως αυτονομία. Άλλες φορές είναι συνεχώς παραπονούμενος, κατηγορώντας το προσωπικό για την μη ανακούφιση των ενοχλημάτων του. Αυτή είναι μια συμπεριφορά με έντονη αμφιθυμία μεταξύ της τάσης να στηριχθεί και εκείνης να φύγει. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Όσον αφορά την ενημέρωση του για την νόσο του, εδώ ισχύει σχεδόν το αντίθετο εκείνου που αναφέρθηκε στην ελεγκτική προσωπικότητα. Ως οδηγός πρέπει να υπάρχει η εικόνα του ανθρώπου «που ακουμπά, εναποθέτει σε στους θεράποντες την φροντίδα του, τη ζωή του». Όταν δραπετεύει με πανικό, στο βάθος ελπίζει, φαντάζεται ότι κάποιος θα τον πάρει από το χέρι να του επιβάλλει την φροντίδα, την θεραπεία, να πάρει την ευθύνη.

Ο βαθμός άρνησης εδώ συνήθως είναι μεγάλος. Η ποσότητα, το πόσο θα πούμε, πολλές φορές συρρικνώνεται στο μηδέν. Στην ερώτηση αν «γενικά στην ζωή σας όταν συμβαίνουν κάποια προβλήματα ζητάτε να σας πουν λεπτομέρειες ή προτιμάτε να μην σας λένε», η συνήθης απάντηση είναι ότι δεν ζητούν. Η συμπεριφορά αυτή επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι δεν ρωτά κάτι το ιδιαίτερο ή αποφεύγει να ρωτήσει γενικά.

Ο Δρ. Γ. Καλλέργης (Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή- Πειραιάς 2005) αναφέρει το παράδειγμα ενός ασθενούς 30 ετών με λέμφωμα. Ο γιατρός θεώρησε ότι έπρεπε να πληροφορήσει λεπτομερώς τον ασθενή και αισθάνθηκε μεγάλη κατάπληξη, όταν ο ασθενής σε κάποιο σημείο είπε: «δεν θέλω να μου πεις τίποτα, κάνε ότι καταλαβαίνεις...». Επίσης ασθενής 45 ετών με μαστεκτομή ευγνωμονούσε το γιατρό της, ο οποίος δεν της είπε τίποτα για τη νόσο της. Κατηγορούσε δε άλλο, ο οποίος «δεν τη σεβάστηκε». Η ασθενής όταν διάβασε τις εξετάσεις 3 χρόνια μετά την επέμβαση κατόπιν προτροπής, έχασε τις αισθήσεις της. Αν αυτή η ασθενής ήταν Ελεγκτικός τύπος θα αντιδρούσε ακριβώς με τον αντίθετο τρόπο. Θα κατηγορούσε για ασέβεια το γιατρό που δεν της εξήγησε και για «καλό επιστήμονα» εκείνον που της εξήγησε.

Είναι προφανές λοιπόν ότι η εξατομίκευση και προσαρμογή στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας πρέπει να είναι ο στόχος και αυτός είναι ο πραγματικός σεβασμός στον άρρωστο, καθώς υπηρετεί το όφελός του (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

### γ. Συναισθηματικός – Υπερθυμικός (δραματικός) χαρακτήρας

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η έντονη συναισθηματική επικοινωνία, που μπορεί να συνοδεύεται από ευσυγκινησία και σαγηνευτικότητα. Ο ασθενής παρουσιάζεται ενδιαφέρων, γοητευτικός και κάποιες φορές προκλητικός. Μερικές φορές μπορεί να θεωρηθεί ύποπτος προσποίησης.

Στην περίπτωση του Συναισθηματικού-Υπερθυμικού, περισσότερο από τους άλλους χαρακτήρες, υπάρχουν πιο διακριτές συμπεριφορές εκφράσεις στα δύο φύλα. Η γυναίκα παρουσιάζεται είτε με ελκυστικό-σαγηνευτικό τρόπο, που ντύνεται ελκυστικά και φλερτάρει (ανασφαλής, αδύναμη που ζητά προστασία από έναν άντρα), είτε ως αγωνιστική, βοηθητική, δοτική. Η απειλή που αισθάνονται από τη νόσο είναι ο φόβος απώλειας της θηλυκότητας. Γι' αυτό όταν αρρωσταίνουν επιτείνεται η έκφραση των προαναφερόμενων χαρακτηριστικών με ασυνείδητο σκοπό να σαγηνεύσει τους θεράποντες και να «εξασφαλίσει» την φροντίδα, η οποία θα διατηρήσει την προαναφερόμενη θηλυκότητά της, το μοναδικό όπλο (όπως αισθάνεται) της ζωής της. Στη νόσο αντιδρά με έντονο άγχος έως πανικό ιδιαίτερα όταν αφορά σημεία που θεωρεί ότι μειώνει την θηλυκότητα ή μπορεί να δώσει περισσότερη σημασία στην πτώση των μαλλιών της από ότι στο ίδιο πρόβλημα της υγείας. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ο άντρας παρουσιάζεται με διαχυτικό συναίσθημα, προσπαθεί να δείξει το θάρρος του, τις δυνατότητές του, τον ανδρισμό του. Χρησιμοποιεί το φλερτ, ενώ πολλές φορές είναι υπερβολικά διαχυτικός, ερωτικός με ασυνείδητο σκοπό τη σαγήνη, προκαλώντας ακόμη και αντιδράσεις από τις γυναίκες του προσωπικού που εκλαμβάνουν ως σεξουαλική παρενόχληση τη συμπεριφορά του. Άλλη μια λέξη με την οποία περιγράφεται είναι εκείνη του «παλικαριού», του ανθρώπου που παλεύει, αγωνίζεται και θέλοντας να δείξει τον ανδρισμό του, κρύβει τους φόβους που στο βάθος έχει.

Η ενημέρωση αυτού του ασθενούς διευκολύνεται από την καλή θεραπευτική σχέση, από τον έλεγχο της αντιμεταβίβασης. Ο ασθενής συνήθως εναποθέτει τους χειρισμούς της πορείας της θεραπείας στον γιατρό του, χωρίς να επιμένει σε λεπτομέρειες πληροφοριών μέσα από την αίσθηση εμπιστοσύνης, ως ένα τίμημα στο γιατρό για την καλή κατανόησή του στα πλαίσια της θεραπευτικής συμμαχίας τους και όχι όπως συμβαίνει στον Εξαρτητικό, ως ανάγκη να στηριχθεί μέσα από μια αίσθηση αδυναμίας. Εξ' άλλου μπορούν αν δοθούν περαιτέρω εξηγήσεις για τη νόσο του,

αλλά με λιγότερες λεπτομέρειες από εκείνες που δίδονται σε ένα ελεγκτικό ασθενή αντιστοίχως. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ο βαθμός άρνησης παρουσιάζεται σε σημαντικό βαθμό στον συναισθηματικό ασθενή. Οι θεράποντες πρέπει να έχουν υπομονή μέχρι να μειωθεί η ένταση του, καθώς ο ασθενής φαίνεται αφ' ενός να θέλει να μάθει για τη νόσο του, αλλά φοβάται και δεν θα ήθελε να μάθει μια οδυνηρή αλήθεια. Συνήθως δείχνει (αντισταθμιστικά) μια χαρούμενη εικόνα ακόμα και όταν έχει λύπη, θλίψη. Κάποιες φορές μάλιστα αυτοί οι άνθρωποι μένουν μόνοι όταν αρρωστήσουν, είτε διότι οι οικείοι του δεν μπορούν να δεχθούν, να αντέξουν την κατάθλιψή του, είτε διότι ο ίδιος από το ρόλο του εμψυχωτή δεν μπορεί να πάει στο ρόλο του εμψυχωμένου ή και τα δύο. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003)

#### **δ. Συναισθηματικός – Υποθυμικός με λύπη – θλίψη χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η λύπη, η θλίψη. λυπάται και πονάει συναισθηματικά για δυστυχίες των συνανθρώπων του από απώλειες, ατυχήματα και πολύ εύκολα γίνεται μελαγχολικός ενώ είναι ευσυγκίνητος και τα μάτια του συχνά υγραίνονται από δάκρυα. Οι Συναισθηματικοί – Υποθυμικοί ασθενείς συνήθως προκαλούν τη συμπάθεια, καθώς παρουσιάζουν ένα ήρεμο προφίλ, αλλά συγχρόνως αγωνιστικό, βοηθητικό, υποστηρικτικό με κατανόηση προς τους άλλους. Όταν όμως αρρωστήσει ο ίδιος είναι εμφανής η θλίψη, το άγχος και δεν είναι τόσο αγωνιστικός για τον εαυτό του ενώ επιτείνονται οι φιλοσοφικές τάσεις για τη ζωή και οι υπαρξιακές ανησυχίες.

Ο βαθμός άρνησης συνήθως δεν είναι μεγάλος, τείνει να είναι πιο ρεαλιστικός από τον υπερθυμικό και μέσα από τις προαναφερόμενες τάσεις κάνει μια διεργασία αποδοχής πραγματικότητας. Οι ασθενείς με αυτά τα χαρακτηριστικά είναι συμπαθείς, διαθέσιμοι στην θεραπευτική σχέση, δείχνουν εκτίμηση και σεβασμό στους θεράποντες. Εξάλλου η διαθεσιμότητα και ενσυναίσθηση του θεράποντα κατακτά τον ασθενή, ο οποίος ανταποδίδει, δείχνει εμπιστοσύνη.

Χρειάζεται προσοχή στο ήπιο καταθλιπτικό συναίσθημα που έχει καθώς μπορεί να θεωρηθεί ως κλινική κατάθλιψη. Επειδή ο ασθενής έχει την φιλοσοφική, υπαρξιακή τάση δείχνει σαν να είναι απαισιόδοξος, απελπισμένος, ενώ μάλλον μέσα από τη διεργασία συναισθημάτων προσπαθεί να δεχθεί την πραγματικότητα της ζωής. Προσοχή χρειάζεται για εκείνους τους θεράποντες που δεν αντέχουν το καταθλιπτικό συναίσθημα και την απαισιοδοξία που μπορεί να εμφανισθεί, καθώς οδηγεί σε



αποστασιοποίηση, υπηρεσιακή τυπικότητα στη σχέση, που δεν φέρει ωφέλεια στη θεραπευτική σχέση (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **ε. Καχύποπος – Εριστικός χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η καχυποψία, δυσκολία να εμπιστευτεί, η εριστικότητα και η αμφισβήτηση των προθέσεων των άλλων. Δείχνουν μια υπερευαίσθησία στους υπαινιγμούς των άλλων ακόμη και κατά τους αστεϊσμούς. Ακόμη και σε μικρού βαθμού αρνητική διάθεση των άλλων, απέναντί τους, αισθάνονται ότι μάλλον αυτοί είναι εναντίον τους.

Όταν υπάρχει κριτική, υποτίμηση, μπορεί να φτάσει να αισθάνεται ότι καταδιώκεται θεωρώντας ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή τον ζηλεύουν. Σκέπτεται, εκλογικεύοντας ότι εναντιώνεται σε κάτι δικό του, δική του ιδιότητα, που ο ίδιος θεωρεί ως σπουδαία.

Η περιγραφή του αμυντικού μηχανισμού προβολής βοηθά στην κατανόηση του Καχύποπτου-Εριστικού χαρακτήρα. Είναι ο μηχανισμός όπου λάθη και αδυναμίες προβάλλονται και αποδίδονται σε άλλον(ους). Απαλλάσσει λοιπόν τον εαυτό του από τα δυσάρεστα, τα λάθη, τις αδυναμίες, οπότε μειώνεται η εσωτερική ένταση και το άγχος. Τονώνεται λοιπόν η αυτοεκτίμησή του, όπου εκφράζεται ως μία αίσθηση σπουδαιότητας, η οποία συνοδεύεται με την αντίληψη ότι ο κόσμος είναι απειλητικός, ότι τον «εποφθαλμιούν» ή τον ζηλεύουν. Αυτό οι ασθενείς αποτελούν συνήθως το μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που κάνουν αναφορές εναντίον του προσωπικού. Επίσης είναι οι ίδιοι που κάνουν μηνύσεις, επιθέσεις με λόγο ή/και έργο. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ο Καχύποπος-Εριστικός άνθρωπος όταν αρρωστήσει, έχει την τάση να κατηγορεί τους άλλους για την αρρώστια του. Η ένταση έκφρασης εκδήλωσης των χαρακτηριστικών του επιτείνεται, η εσωτερική επιθετικότητα αυξάνεται, με ετοιμότητα να κατηγορήσει οτιδήποτε δεν πάει καλά.

Στην περίπτωση αυτή ο μηχανισμός άρνησης επικουρείται από το μηχανισμό προβολής και τη δυσπιστία. Αυτό που μπορεί να μειώσει αυτή την ένταση, είναι να ενημερώνεται, όσο το δυνατό νωρίτερα, για τη στρατηγική που θα ακολουθήσει στην πορεία προς τη διάγνωση και τη θεραπεία. Μη βιαστείτε να εκφράσετε την υπόθεσή σας (καρκίνος), ακόμη και αν από τις ενδείξεις, μάλλον αυτή θα είναι η διάγνωση. Χωρίς να κρύψετε την ενδεχόμενη βαρύτητα του προβλήματος, θα τονίσετε ότι «μόνο μετά από επισταμένη έρευνα και προσοχή θα ενημερώσετε». Προσοχή στην

υπερφιλικότητα διότι μπορεί να αυξήσει την καχυποψία. Η στάση θα είναι φιλική με σταθερότητα χωρίς ιδιαίτερο πλησίασμα, ούτε απομάκρυνση. Το υπερβολικό πλησίασμα αυξάνει την καχυποψία, το ίδιο συμβαίνει και στην υπερβολική απομάκρυνση. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Πολύ σημαντικό είναι να προσέξετε την αντιμεταβίβασή σας. Η αίσθηση της επιθετικότητας που έχει ο ασθενής θα γίνει αισθητή και σε σας οπότε υπάρχει κίνδυνος να εμπλακείτε σε σύγκρουση και αντιπαράθεση. Αν παρ' όλα αυτά ο ασθενής εκφράζει επιθετικότητα, παραπονείται, ή κατηγορεί, θα πρέπει να δείξετε «μεγαλοψυχία», να επικοινωνήσετε με ειλικρίνεια και σοβαρότητα ότι αντιλαμβάνεστε την δυσφορία, τον θυμό του και ότι καταλαβαίνετε ότι «ευαίσθητο άτομο στο βάθος» και ότι θα κάνετε ότι μπορείτε καλύτερο για αυτόν (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **στ. Δοτικός – Αυτοθυσιαστικός χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η δοτικότητα και η αυτοθυσιαστικότητα. Ικανοποιείται δίνοντας, προσφέροντας στον άλλον, στο κοινωνικό σύνολο χωρίς να ζητά ανταλλάγματα, και αρκείται στην ηθική ικανοποίηση. Η δοτικότητα μπορεί να φτάσει ως το φαινόμενο της θυσίας. Χρησιμοποιείται επίσης και ο όρος του «μαζοχισμού» για να δείξει την τάση αυτού του χαρακτήρα να κάνει ενέργειες που να στρέφονται εναντίον στην ευημερία του στη ωφέλειά του. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Στο ιστορικό αυτών των ανθρώπων υπάρχουν επανειλημμένα βάσανα που μπορεί να έχουν σχέση είτε με αρρώστιες, κακοτυχίες, είτε αυτό που ονομάζουμε αναποδιές της ζωής και αποτυχίες. Οι άνθρωποι αυτοί εισέρχονται σε καταστάσεις ζωής όπου «σώζουν», υποστηρίζουν, ελπίζουν να αλλάξουν κάποιον(ους) άνθρωπο(ους) που έχει «πάρει τον κακό δρόμο». Πολλές φορές μέσα από αυτήν την τάση σχετίζονται με ανθρώπους επιθετικούς, εκμεταλλευτικούς και ο άνθρωπος με δοτικά και αυτοθυσιαστικά στοιχεία, υφίσταται σοβαρά οικονομικά προβλήματα, ή/και σωματική βία (εκτός της ηθικής).

Η τάση να πέφτει σε καταστάσεις δυστυχίας, είναι ασυνείδητη και πολλές φορές οι τρίτοι έχουν την εντύπωση ότι αυτοί οι ίδιοι προκαλούν ή αναζητούν αυτές τις καταστάσεις. Τείνει να αδιαφορεί για τη δική του άνεση, υπηρετώντας τους άλλους, κάτι που το θεωρεί προσφορά. Αν του τύχει ευχάριστο, καλό, τυχερό στη ζωή του, πείθει τον εαυτό του να το δεχτεί μετά από συλλογισμούς με δικαιολογίες όπως π.χ.

είχα δουλέψει πάρα πολύ, είχα υποφέρει γι' αυτό...οπότε μου το απέδωσε ο Θεός. Αν το δεχτεί χωρίς αυτή την εκλογίκευση, αισθάνεται ότι κάτι κακό θα του συμβεί, που θα αντιρροπήσει την ευτυχία. Όταν αρρωστήσει μπορεί να δεχτεί την αρρώστια ως τιμωρία ή και ανακούφιση των συναισθημάτων ανοχής που έχει, σε κάτι που υποκειμενικά νομίζει ότι δεν έκανε καλά, ότι «αμάρτησε», ότι δεν ήταν καλός άνθρωπος. Ασυνείδητα λαμβάνεται σαν μια ευκαιρία εξιλέωσης και αφορμή να αγωνιστεί για να αντέξει. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Όσον αφορά την αντιμεταβίβαση χρειάζεται προσοχή στην αμηχανία που προκαλείται στον θεράποντα, όταν ο ασθενής συνεχίζει να παραπονείται ακόμη και όταν βελτιώνεται. Ο ασθενής παρουσιάζει το παράδοξο φαινόμενο, όσο περισσότερο παρηγορείται, τονίζεται η βελτίωση και ενθαρρύνεται τόσο τα παράπονα αυξάνουν, τονίζει τα στοιχεία της αρρώστιας που δεν έχουν βελτιωθεί. Συχνά λόγω της αμηχανίας, οι θεράποντες δεν ξέρουν τι να κάνουν με αυτό τον ήσυχο και σεμνό άνθρωπο και καταλήγουν να τον αποφεύγουν με διακριτικότητα και ευγένεια.

Ο βασικός χειρισμός για αυτό τον ασθενή είναι να παρουσιασθεί η προσπάθεια για βελτίωση, σαν ένας επιπρόσθετος αγώνας ότι «να γίνει καλά (όχι για τον εαυτό του) αλλά για να μπορέσει να συνεχίσει να βοηθά, να είναι χρήσιμος, ότι τον χρειάζεται η οικογένεια, τα παιδιά ή ότι άλλο αγαπά». Καλό είναι να λαμβάνονται πληροφορίες από πριν, σε τι τομείς βοήθα, θυσιάζεται π.χ. οικογένεια, κάποιο ίδρυμα κ.λ.π. Αν δεν υπάρχουν συγκεκριμένες πληροφορίες θα τονιστεί γενικά ότι είναι χρήσιμος/η στους ανθρώπους, στην κοινωνία για αυτό αξίζει τον κόπο να γίνει καλά.

Πρέπει να δοθεί επίσης προσοχή καθώς γίνεται συχνότατα το λάθος να λαμβάνονται ως καταθλιπτικοί. Ο ασθενής φαίνεται βασανισμένος, με σοβαρό πρόσωπο, με σεμνότητα, λυπημένος, εικόνα που συμβάλλει στο λάθος. Η διαφοροδιάγνωση αυτή είναι σημαντική καθώς η προσέγγιση του καταθλιπτικού, ο οποίος δέχεται την παρηγορητική, είναι διαφορετική από εκείνη του δοτικού-αυτοθυσιαστικού.

Ο μηχανισμός άρνησης είναι δύσκολο να εκτιμηθεί σε έναν άνθρωπο που δέχεται την αρρώστια ως τιμωρία, εξιλέωση. Φαίνεται «ρεαλιστής» ενώ ο θεράπων αισθάνεται σύγχυση από το «καταθλιπτικό του προσωπίο». Συνήθως εναποθέτει το ότι θα συμβεί στο Θεό «ότι πει ο Θεός» που ίσως να είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης της άρνησης. Την ανακοίνωση της διάγνωσης την δέχεται με στωικότητα λόγω της οποίας ο θεράπων δυσκολεύεται να αποκωδικοποιήσει τα μηνύματα για το τι πραγματικά συμβαίνει στον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς. Αν ο θεράπων αισθανθεί

ότι αυτή η στάση του ασθενούς είναι ψυχραιμία, θα τον ενημερώσει όπως τον Ελεγκτικό-Τακτικό. Αν αισθανθεί αμηχανία, τότε μάλλον θα αποφύγει να ανακοινώσει κακά νέα, περίπου όπως στον Εξαρτητικό ασθενή. Η διεργασία αυτή των αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων θα μας επιτρέψει να προσαρμόσουμε την ενημέρωση και ο ασθενής να αισθανθεί την ανάλογη ενπαθητική κατανόηση που σε κάθε περίπτωση είναι το κλειδί που ανοίγει τη θύρα της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση, ίσως λίγο περισσότερο για το Δοτικό-Αυτοθυσιαστικό ασθενή (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **ζ. Υπεροπτικός – με αίσθημα ανωτερότητας χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η υπεροψία, η αίσθηση σπουδαιότητας και ανωτερότητας που μπορεί να φτάσει μέχρι του βαθμού της ματαιοδοξίας. Θεωρούν και φαντάζονται τον εαυτό τους δυνατό, εξέχοντα με σημαντικά προσόντα που θεωρούν φυσικό δικαίωμα, να τους δεχθούν και να τους αναγνωρίσουν οι άλλοι. Όλη αυτή η σπουδαιότητα μπορεί να λάβει την απόχρωση της αίσθησης του μεγαλείου.

Ο άνθρωπος αυτός παρουσιάζει υπερβολική αντίδραση στην κριτική ή ότι άλλο νομίζει ότι απειλεί την αυτοεκτίμησή του. αισθάνεται μεγάλο θυμό, επιθετικότητα και πολλές φορές έχει φαντασιώσεις κακίας και εκδίκησης. Ακόμη και η θετική έκφραση και αποδοχή, να μεν δεν τον πληγώνει, αλλά δεν μπορεί να αισθανθεί ικανοποίηση, διότι αισθάνεται ότι είναι αυτό φυσικό δικαίωμά του ή δεν θεωρεί σημαντικούς υποκειμενικά τους υπαιτιούντες. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν βαθύτερη αμφιβολία και αβεβαιότητα για την ουσιαστική τους αξία, για την αυτοεκτίμησή τους. Βλέπουμε λοιπόν έναν άνθρωπο φαινομενικά με «αυτοπεποίθηση» που στο βάθος δεν είναι έτσι. Φαίνεται μάλιστα ότι αυτή η φαινομενολογική συμπεριφορά, είναι μια αντισταθμιστική συμπεριφορά στο βαθύτερο αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης. Γι' αυτό είναι υπερόπτης, υποτιμά, καθώς όταν υποτιμά τον άλλον αισθάνεται ότι τον χαμηλώνει, τον υποβιβάζει ενώ ο ίδιος αισθάνεται να παραμένει ανώτερος. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Όταν αρρωστήσει αισθάνεται την αρρώστια ως απειλή στην εικόνα της τελειότητας και της μεγαλειότητας που έχει πλάσει για τον εαυτό του. Κατά την νοσηλεία τους κοιτάζουν αφ' υψηλού το νεότερο προσωπικό μάλλον χωρίς να κρύψουν την υποτίμησή τους και εκδηλώνουν μια ανταγωνιστική συμπεριφορά, που συνίσταται στο αν αξίζω ή όχι. Όταν φέρονται με υποτίμηση στους γιατρούς είναι

συνήθης η έκφραση «ο γιατρουδάκος». Επίσης επιδιώκουν να αποκτήσουν σχέση με πρόσωπα που έχουν εξουσία π.χ. με τον Διευθυντή, αν είναι δυνατό με αποκλειστικότητα ή προσπαθούν να βρουν ιατρούς ή κλινικές «αντάξιες» της ανωτερότητάς τους.

Μια συνήθης συμπεριφορά που πρέπει να προσεχθεί είναι όταν προσεγγίζει κάποιον ιατρό, τον Διευθυντή ή κάποιον που τον θεωρεί άξιο, τον οποίο τονώνει, κολακεύει, κατηγορώντας με υπαινιγμούς το υπόλοιπο προσωπικό. Τότε χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή διότι αν δεχθεί ο ιατρός και η κλινική αυτό το διαχωρισμό, τονώνεται η υποκειμενική του παντοδυναμία.

Ο μηχανισμός άρνησης στον υπεροπτικό ασθενή μπορεί να λάβει μεγάλες διαστάσεις. Δεν μπορεί να δεχθεί ότι μπορεί να έχει σοβαρό πρόβλημα υγείας. Όσον αφορά την αντιμεταβίβαση χρειάζεται προσοχή ο θυμός που προκαλεί η «συγκαταβατική ανωτερότητα», ότι σας θεωρεί «αντάξιο» του. Επίσης δεν πρέπει να υποσκελίζεται η σημαντικότητα και η εξουσία που απορρέει από τη θέση του θεράποντα, αλλά χωρίς να γίνεται σε ανταγωνιστική βάση.

Στο πλαίσιο αυτό των προϋποθέσεων πρέπει να αναγνωρισθεί ένας σημαντικός βαθμός σημαντικότητας και σπουδαιότητας, χωρίς να μειώνεται η σημαντικότητα των θεραπόντων, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο ασθενής φοβάται μήπως ανακαλύψει ότι βρίσκεται στα χέρια άπειρου, μη σημαντικού, ανίκανου προσωπικού. Όταν αισθανθεί, ότι δεν μπορεί να χειριστεί τους θεράποντες με τον διαχωρισμό, αισθάνεται στο βάθος ασφάλεια ότι βρίσκεται στα χέρια ανθρώπων με δυνατότητες, με ικανότητα. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Πρέπει να προσέξετε να μην παρασυρθείτε από την εικόνα του ασθενούς όπου δείχνει «αυτοπεποίθηση», υπερήφανος, με αρκετή γνώση, ίσως μορφωμένος, περιποιημένος, στον οποίο αισθάνεστε ότι πρέπει να τον ενημερώσετε όπως τον Ελεγκτικό-Τακτικό ασθενή. Ούτε είναι ο ασθενής που θα εναποθέτει σε εσάς την φροντίδα του, όπως ο Εξαρτητικός ασθενής. Η ενημέρωση πρέπει να είναι σαφής, τα λόγια τέτοια που να μην είναι πολύ απλουστευτικά και να επικοινωνηθεί η βαρύτητα του προβλήματος και να του ζητήσετε την καλή συνεργασία, συμμαχία στον περαιτέρω αγώνα σας. Να δείξετε ότι τον λαμβάνετε υπόψη και κατανοείτε τα συναισθήματά του.

Ο ασθενής με στοιχεία έντονης ανωτερότητας-υπεροψίας είναι πολύ πιο ευάλωτος στις απώλειες σε σύγκριση με τις άλλες προσωπικότητες. Το αισθάνεται ως ένα πλήγμα στην αυτοεκτίμησή του και αυτό που λέμε αξιοπρέπεια. Εδώ η

ευαισθησία από το πλήγμα στην αξιοπρέπεια είναι πολλαπλάσιο μέχρι υπερβολής σε σύγκριση με τις άλλες προσωπικότητες. Ως εκ τούτου ο κίνδυνος κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος και μάλιστα με συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης. Οι σκέψεις θανάτου, αυτοκτονίας, είναι ανάλογου βαθμού και αυτό πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερος, καθώς θεωρητικά είναι η προσωπικότητα που αυτοκτονεί, ίσως με παρορμητικό τρόπο (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

#### **η. Αποφευκτικός χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η έλλειψη κοινωνικής άνεσης, αποφυγής κοινωνικών σχέσεων. Πολλές φορές μάλιστα στο ιστορικό αναφέρεται ότι ήταν πάντα «ένα ντροπαλό παιδί» σαν να είναι η ντροπή, η συστολή μια βαθύτερη διάσταση της ιδιοσυγκρασίας αυτού του ανθρώπου. Παρουσιάζει φόβο μεγαλύτερου βαθμού στην κριτική, ενώ συνοδεύεται από τον φόβο πιθανής αποδοκιμασίας από άλλον(ους). επίσης παρουσιάζει δυσκολία να κάνει σχέσεις, ενώ φαίνεται να ζητά εγγυήσεις ότι θα γίνει αποδεκτός χωρίς κριτική.

Όπως φαίνεται λοιπόν η αποφυγή είναι ένας μηχανισμός άμυνας που προστατεύει από την υποκειμενική αίσθηση ότι θα απορριφθεί, θα ταπεινωθεί, θα αποτύχει και ίσως χλευαστεί. Ενώ λοιπόν αποφεύγει, να κάνει σχέσεις, στο βάθος επιθυμεί διακαώς να κάνει προσωπικές ή/και κοινωνικές σχέσεις. Βιώνει λοιπόν αυτή την αντίφαση, που εκδηλώνεται με άγχος, καταθλιπτικό συναίσθημα ή φοβίες. Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση ο Αποφευκτικός έχει πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση, γι αυτό, δεν εκτίθεται, δεν προβάλλεται, φοβούμενος ότι θα αποκαλυφθεί το αίσθημα ανεπάρκειας και η αδυναμία του και θα θεωρηθεί κατώτερος. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003)

Όταν αρρωστήσει αισθάνεται την απειλή της έκθεσης που μπορεί να προκαλέσει η νόσος και τις συνέπειές της. Είναι θυμωμένος με τον εαυτό του γι αυτή τη δυσκολία της προσωπικότητάς του, που δεν τον βοηθά να τα καταφέρει όπως οι άλλοι στις κοινωνικές σχέσεις και έτσι να μπορέσει να βρει ιατρούς, Νοσοκομείο κ.λ.π. όπου θα γινόταν το καλύτερο γι' αυτόν.

Προσοχή χρειάζεται στην εικόνα που προσλαμβάνουμε, του σοβαρού, αξιοπρεπούς, μη απαιτητικού, ήσυχου αρρώστου. Μπορεί αντιμεταβιβαστικά να αντιδράσουν οι θεράποντες με υπερπροστασία, που ίσως φέρει τον ασθενή σε αμηχανία αισθανόμενος ότι έτσι επιβεβαιώνεται η βαθύτερη πεποίθηση της αδυναμίας και ανεπάρκειάς του. Εξάλλου οι θεράποντες μπορεί να αντιδράσουν και

οι ίδιοι με αποστασιοποίηση σαν να μην έχει ανάγκη αυτός ο σοβαρός και αξιοπρεπής άνθρωπος. Ο Αποφευκτικός στη προσέγγιση χρειάζεται κατανόηση ενπαθητικού τύπου, που να δείχνει την συμπαράσταση του θεράποντος χωρίς να φέρει στην επιφάνεια τις δυσκολίες του π.χ. με την υπερβολική παρότρυνση να είναι αγωνιστικός, αισιόδοξος, να το ρίξει λίγο «έξω» κ.λ.π. έτσι όμως του λέτε κάτι που οι δικοί του μηχανισμοί δεν μπορούν να ανταποκριθούν. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Η δόση, η ποσότητα της υποστηρικτικής μας διάθεσης πρέπει σε κάθε περίπτωση να παρέχεται κατ' αναλογία ώστε να επιτυγχάνει τον σκοπό για τον οποίο γίνονται οι υποστηρικτικοί χειρισμοί. Στο σημείο αυτό θα δώσουμε ένα παράδειγμα που έχει σχέση με την ποσοτικοποίηση της στήριξης : ένας νοσηλευτής κουβεντιάζει και προσπαθεί να υποστηρίξει έναν καρκινοπαθή σχεδόν τελικού σταδίου. Από την συζήτηση προκύπτει ότι και οι δύο στο παρελθόν είχαν περάσει το φαράγγι τη Σαμαριάς. Τότε ο νοσηλευτής λέει στον ασθενή «να πάνε όλα καλά, για να ξαναπεράσουμε το φαράγγι της Σαμαριάς». Όμως μετά από αυτή τη προσέγγιση ο ασθενής μελαγχολεί και δείχνει απροθυμία για περαιτέρω συζήτηση. Η ευχή αυτή ήταν καλοπροαίρετη και καλή όμως η δοσολογία ήταν τόση που δεν άντεξε ο ασθενής. Ένας ασθενής με τόσο σοβαρά προβλήματα έχει σχεδόν μηδαμινές πιθανότητες να κάνει ένα τέτοιο εγχείρημα, οπότε αισθάνεται ότι ένα υγιής άνθρωπος δεν τον καταλαβαίνει. Μια σωστή δοσολογία θα ήταν «να γίνεις καλύτερα να πας στο σπίτι σου, στην οικογένειά σου...», δηλαδή ένα στόχο πιο εφικτό και μάλλον του άμεσου ενδιαφέροντος ενός ασθενούς που νοσηλεύεται.

Επίσης προσοχή πρέπει να δώσουμε, καθώς ο Αποφευκτικός ασθενής μπορεί σε πρώτη ματιά, να εμφανίσει ελεγκτικά τακτικά στοιχεία (δευτερευόντως), τα οποία βοηθούν στην άμυνά του, στην προστασία του. κατά την ενημέρωση λοιπόν μπορεί να παρασυρθεί ο θεράπων από αυτή την εικόνα και να ενημερώσει με τρόπο «ρεαλιστικό», όπως θα έκανε κατ' αναλογία σε έναν Ελεγκτικό-Τακτικό ασθενή. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Η ενημέρωση πρέπει να γίνει με σαφήνεια, με λόγια που να επικοινωνούν την βαρύτητα της νόσου. Να του ζητήσετε την συναίνεση του, την συμμαχία του στην περαιτέρω συνεργασία. Αν αυτό κατά το πλείστο επιτευχθεί το πιθανότερο είναι να αναθέσει στους θεράποντες τους χειρισμούς, ζητώντας την ανάλογη ενημέρωση στην πορεία της θεραπευτικής σχέσης.

Ο Ελεγκτικός-Τακτικός ασθενής θα δώσει αρχικά την συμμαχία με τάση να την «αμφισβητεί, αμφιβάλλει» συνεχώς και ο θεράπων να την επαναβεβαιώνει, ικανοποιώντας την ελεγκτική του τάση. Ο Εξαρτητικός θα δώσει μάλλον όλη την εξουσία στον θεράπων όταν πεισθεί να ακουμπήσει επάνω του. Ο Καχύποπτος-Εριστικός μέσα από την καχυποψία του θα ανατρέπει την σχέση με τον θεράποντα ενώ αυτός θα αγωνίζεται να βρίσκει και προπάντων να διατηρεί την απόσταση.

Η διάγνωση του βαθμού άρνησης στον Αποφευκτικό έχει δυσκολίες, καθώς όπως είπαμε μπορεί να εκληφθεί ως πραγματιστής. Εξάλλου είναι πιθανό κατά τη συζήτηση, εξαιτίας της εσωστρέφειάς του, να μην δώσει την εσωτερική του πραγματικότητα και είναι δυνατό να παρουσιαστεί μια επάρκεια, ότι δεν χρειάζεται τίποτα. Στις διαγνωστικές συνεντεύξεις διαθέστε λίγο χρόνο παραπάνω για να χαλαρώσει και έτσι θα σας επικοινωνήσει καλύτερα τα στοιχεία της άρνησης. Όπως ήδη είπαμε η βαθύτερη κατανόηση (ενπαθητική) θέτει τα θεμέλια, πολύ περισσότερο από άλλους χαρακτήρες, στον Αποφευκτικό, για καλή σχέση και διευκολύνει την διαδικασία της ενημέρωσης. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ο ασθενής με αποφευκτικά στοιχεία λειτουργεί αρκετά με φαντασία. Φαντασιωσικές αναπληρώσεις γεμίζουν το νου που συνήθως ενώ όταν υφίσταται πλήγμα απώλειας, όπως η νόσος μεγαθύνεται ο φόβος στην φαντασία του. είναι προφανές λοιπόν ότι σε μια θεραπευτική σχέση που αισθάνεται άνεση επικοινωνίας όπου μπορεί να εκφράσει τους φόβους του, ατονεί ο μηχανισμός της φαντασιωσικής αναπλήρωσης, η οποία φαντασία, όταν μεγαθύνεται μπορεί να λάβει μέχρι και εξωπραγματικές διαστάσεις.

Αν επίσης λάβει κάποιος υπόψη ότι ο Αποφευκτικός αντιδρά με κατάθλιψη στην απώλεια η οποία λαμβάνει μεγέθη μείζονος κατάθλιψης πολύ γρήγορα γίνεται αντιληπτό ότι μια υπερμεγέθους φαντασίωση μπορεί να πλησιάσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Με δεδομένη εξάλλου την συμπεριφορά μη έκφρασης συναισθημάτων, υπάρχει κίνδυνος να μη γίνει αντιληπτός ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η απόπειρα αυτοκτονίας να είναι γεγονός. Δεν είναι λοιπόν υπερβολή ότι η ενπαθητική προσέγγιση με δυνατότητα επικοινωνίας των βαθύτερων φόβων, καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας στην θεραπευτική σχέση (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).



## **θ. Απομονωμένος – Απόμακρος χαρακτήρας**

Τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν είναι η τάση για απομόνωση στις κοινωνικές σχέσεις, ενώ φαίνεται απόμακρος και μοναχικός. Έχει πάντα συγκρατημένη συμπεριφορά και φαίνεται να μην αναμιγνύεται στα καθημερινά γεγονότα και έγνοιες των άλλων ανθρώπων. Έχει δυσκολία να συνάπτει συναισθηματικές και κοινωνικές σχέσεις. Μια αμυντική διεργασία είναι η απόσυρση στην φαντασία, έτσι θα τον δείτε να είναι απορροφημένος στις σκέψεις του, κοιτάζοντας από το παράθυρο με τις ώρες ή τουλάχιστο σε χρόνο, κατά μέσο όρο πολύ περισσότερο από εκείνο άλλων ανθρώπων. Μπορεί να παρουσιάζονται επίσης ασχολούμενοι με εκκεντρικό τρόπο, έως φανατισμό, με υγιεινές δίαιτες, διατροφή, θρησκευτικές φιλοσοφικές θεωρίες, πολιτικά-κοινωνικά κινήματα ή να έχουν ντύσιμο παράξενο ή μη συμβατικό. Λόγω της μη συμβατικής ή ακόμη παράξενης συμπεριφοράς, οι άλλοι τους αποδίδουν μια ψυχοπαθολογική διάγνωση ακόμη και σε ανθρώπους που έχουν αρκετά ισχυρό εγώ και λειτουργικότητα. Όσον αφορά την εργασία μπορεί να κυμανθεί σε όλο το φάσμα έως και επιστήμονες ερευνητές. Επιλέγει συνήθως εργασίες και χώρους όπου δεν υπάρχει ζοηρός ανταγωνισμός, με ελάχιστη διαπροσωπική σχέση. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ο Απομονωμένος-Απόμακρος χρησιμοποιεί την απομόνωση σαν ένα περίβλημα που τον προστατεύει υποκειμενικά από επώδυνες εμπειρίες, συναισθήματα και φτάνει έως το σημείο της άρνησης. Ένας ασθενής με αυτό το χαρακτήρα, όταν αισθανθεί απειλή από τη νόσο, εκδηλώνει αύξηση της άμυνας και της απομόνωσης. Παρουσιάζεται λοιπόν ήσυχος, απόμακρος, που διευκολύνει τους θεράποντες να μην του πουν πολλά πράγματα. Άλλες φορές εξάλλου οι θεράποντες αισθάνονται αμηχανία καθώς δεν λαμβάνουν μηνύματα από τον ασθενή.

Κατά την προσέγγιση οι χειρισμοί πρέπει να λάβουν υπόψη ότι : στο βάθος είναι υπερευαίσθητος, εύθραυστος και η αρρώστια είναι απειλή στην εύθραυστη ισορροπία του και γι' αυτό γίνεται πιο απόμακρος και φαινομενικά απαθής. Πρέπει να δειχθεί σεβασμός στην έλλειψη κοινωνικότητας, να δειχθεί ένα ενδιαφέρον, αλλά χωρίς να πιεσθεί να γίνει εξωστρεφής.

Όταν τηρηθούν αυτές οι προϋποθέσεις ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια και μάλιστα πολύ περισσότερο στην θεραπευτική σχέση σε σύγκριση με άλλες ανθρώπινες σχέσεις. Στην θεραπευτική σχέση αισθάνεται πιο ασφαλής, καθώς υπακούει σε επαγγελματικούς κανόνες που προστατεύουν και διατηρούν την απόσταση.

Όσον αφορά την αντιμεταβίβαση πρέπει να δοθεί προσοχή στη αίσθηση αμηχανίας, στην αίσθηση του παράξενο, που πολλές φορές μας δίνει την εντύπωση ότι πλησιάζει ψυχωτικές καταστάσεις. Με αυτές τις προϋποθέσεις στην θεραπευτική σχέση η πληροφόρηση για την νόσο και η θεραπευτική διαδικασία διευκολύνεται σε μέγιστο βαθμό (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

## **6.Γ. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Η ενημέρωση τόσο από ηθική όσο και από νομική άποψη ανήκει στον ασθενή, όμως ο ασθενής δεν είναι μόνος του, έχει μια οικογένεια η οποία επηρεάζεται από το πρόβλημα του ασθενούς, ενώ είναι φυσικό με την σειρά της να επηρεάζει και τον ασθενή. Η οικογένεια επηρεάζεται σε συναισθηματικό επίπεδο από την πορεία της υγείας του ασθενούς ενώ αλλάζει η ροή και η ισορροπία της καθημερινής ζωής. Η ενημέρωση προς τον ασθενή δεν μπορεί να είναι μια απόλυτη ενέργεια, να είναι αυτοσκοπός. Η ενέργειά μας πρέπει να αποσκοπεί στο όφελος του ασθενούς. Εάν αυτό προϋποθέτει και την εμπλοκή της οικογένειας, τότε οφείλουμε να εμπλέξουμε και αυτή. Πολλές φορές οι θεράποντες εκφράζουν θυμό ή έρχονται σε αντιπαράθεση με τους συγγενείς. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Οφείλουμε να λάβουμε υπόψη ότι ο άρρωστος και η οικογένεια αποτελούν ένα δυναμικό σύστημα το οποίο είχε μια ισορροπία πριν τη νόσηση του μέλους, η οποία διαταράσσεται τώρα, δηλαδή εισέρχεται σε κρίση. Η οικογένεια, πριν τη νόσηση, είχε ένα τρόπο επικοινωνίας, ενώ τα μέλη είχαν τους ρόλους τους. Οι εκδηλώσεις που παρουσιάζει τώρα η οικογένεια είναι σε συνάρτηση με την δυναμική ισορροπία και λειτουργικότητα που είχε πριν.

Στην προσέγγιση του ασθενούς με την οικογένειά του είναι βοηθητικό να φανταζόμαστε την οικογένεια σαν ένα οργανισμό, ένα σύστημα, ως ένα «πρόσωπο» που έχει τα δικά του χαρακτηριστικά από τη δυναμική σχέση που υπάρχει. Οι παρεμβάσεις μας πρέπει επίσης να σέβονται την θέση αυτή, ενώ οι χειρισμοί να έχουν θετική βάση αναφοράς. Μια αντιπαράθεση με τον (τους) συγγενείς δεν ωφελεί, οι συγγενείς πρέπει να καταστούν συνεργάτες, συνθεραπευτές στο μέτρο του δυνατού, με στόχο πάντα το όφελος του ασθενούς, της θεραπευτικής σχέσης (θεράποντος – ασθενούς). Λαμβάνουμε έτσι πληροφορίες, διαμορφώνοντας μια προσωπική άποψη της ατμόσφαιρας των σχέσεών τους. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Τα βήματα προσέγγισης ασθενούς – οικογένειας είναι τα εξής :

1. Κατ' αρχήν εκτίμηση του βαθμού του μηχανισμού άρνησης και στοιχείων προσωπικότητας του ασθενούς. Κατά την συνέντευξη λαμβάνουμε στοιχεία για την οικογένεια του , έτσι έχουμε μια πρώτη γεύση των σχέσεων στην οικογένεια.
2. Πληροφορίες από τους νοσηλευτές για την ατμόσφαιρα της οικογένειας.
3. Καλούμε στο γραφείο μας ασθενή και οικογένεια.
4. Αποφασίζουμε τα βήματα ενημέρωσης του ασθενούς, τα οποία εφαρμόζουμε.

Μετά την προσωπική ενημέρωση του ασθενούς, συναντούμε μαζί τον ασθενή με την οικογένειά, ούτως ώστε να κοινοποιηθεί συγχρόνως σε όλους η ενημέρωση. Αποφεύγεται έτσι η υποψία, δεν αναρωτούνται τι είπε ο θεράπων στον άλλον, «που πιθανόν εμένα δεν μου ανέφερε», επιτείνοντας την αμφιβολία. Πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη τον βαθμό άρνησης της οικογένειας, που συνήθως παραγνωρίζεται νομίζοντας ότι ο μηχανισμός άρνησης αφορά μόνο τον πάσχοντα. Η παρατήρηση όμως δείχνει ότι και η οικογένεια παρουσιάζει βαθμό άρνησης, αν και συνήθως γίνεται κοινωτός της διάγνωσης ακόμα και στις περιπτώσεις όπου δεν πληροφορείται ο ασθενής. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Η άρνηση της οικογένειας εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους που συνήθως δεν αντιλαμβανόμαστε. Επειδή έχουμε την πεποίθηση ότι μόνο ο ασθενής έχει άρνηση, μας προκαλούν εκνευρισμό οι αντιδράσεις της οικογένειας. Αποτέλεσμα είναι, η αντιπαράθεσή μας με την οικογένεια με σκοπό να προστατεύσουμε τον ασθενή, αισθανόμενοι τον τελευταίο «δικό μας άνθρωπο που τον φροντίζουμε» και οι συγγενείς παρακωλύουν το έργο μας. Η αντιπαράθεση όμως δεν φέρει αποτέλεσμα και δεν φέρει αποτέλεσμα και δεν βοηθά τελικά στην φροντίδα του ασθενούς. Θεωρεί επίσης τον ασθενή της ευάλωτο, συνήθως περισσότερο από ότι πράγματι θα μπορούσε να είναι. Αυτό το επικοινωνεί στους θεράποντες με το μήνυμα «μη του λέτε πολλά», δεν αντέχει πολλά» κ.λ.π. αυτό συνήθως οδηγεί στην υπερπροστασία του ασθενούς, που πολλές φορές φτάνει στο σημείο υποκατάστασης ενεργειών των θεραπόντων, ιδιαίτερα των νοσηλευτών, τους οποίους μπορούν να θεωρήσουν «όχι τόσο ικανούς να φροντίσουν τον ασθενή τους».

Ο βαθύτερος φόβος των συγγενών είναι ότι ο ασθενής θα δράσει με άγχος, με πανικό ή με άλλες αντιδράσεις και ότι αυτό θα φέρει αναστάτωση στην οικογένεια, που οι

ίδιοι δεν μπορούν να χειρισθούν. Μια διαδικασία προσαρμογής και αποδοχής του ασθενούς θα μπορούσε να φέρει αναστάτωση στα άλλα μέλη, που ζουν το καθένα την δική του προοπτική. Αυτές οι διαδικασίες, ζητούν «επιθετική, εξωστρεφή δράση», ενώ η διαδικασία προσαρμογής του ασθενούς χρειάζεται βαθμό συλλογισμού, εσωστρέφειας για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά του. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Έτσι η οικογένεια προτιμά την άρνηση, καθώς νομίζει ότι η ενημέρωση θα ανατρέψει την ισορροπία της οικογένειας και θα θέσει σε κίνδυνο την εξέλιξή της. Φαίνεται λοιπόν ότι η οικογένεια προτιμά μια πιο αποστασιοποιημένη στάση, που να ελέγχει η ίδια, έτσι νομίζει ότι θα διατηρηθεί η ισορροπία της οικογένειας. Άλλες φορές μπορεί να εκφραστεί με ερωτήσεις για το φόβο κληρονομικότητας, με αποφυγή της ονομασίας της ασθένειας, με σιωπή μεταξύ των μελών περί του προβλήματος του ασθενούς.

Συνήθης τρόπος είναι η προτροπή στον ασθενή «να μην το σκέπτεται καθόλου», «σαν να μην υπάρχει καθόλου πρόβλημα» κ.λ.π. δηλαδή ανατροφοδοτούν την άρνηση. Η στάση αυτή προσλαμβάνεται από τον ασθενή ότι οι συγγενείς δεν θέλουν να μοιραστούν το πρόβλημα, ότι τους βαραίνει στην καθημερινή τους ζωή, ότι τον αφήνουν μόνο, ότι τον καθιστούν υπεύθυνο για την πορεία του προβλήματός με τις προτροπές «προσπάθησε, εξαρτάται από εσένα». (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Πολλές φορές οι συγγενείς ζητούν συνεχώς επιβεβαίωση, διευκρινίσεις επί των λεχθέντων σαν να έχουν βαθύτερη ελπίδα ότι θα αλλάξει κάτι, ότι θα ακούσουν κάτι διαφορετικό επιβαρύνοντας ή/και θυμώνοντας τους θεράποντες. Εδώ χρειάζεται προσοχή από την θεραπευτική ομάδα της κλινικής που νοσηλεύεται ο ασθενής, ακόμη περισσότερο δε, χρειάζεται προσοχή από αυτούς που ως σύμβουλοι συμμετέχουν στην θεραπευτική φροντίδα. Οι συγγενείς μπορεί να «πιαστούν» από μία λέξη ή φράση που θα πει ο σύμβουλος ιατρός, μια φράση διαφορετική για να εγείρουν αμφιβολίες. Πολλές φορές αποτέλεσμα της άρνησης της οικογένειας είναι να πάρουν τον ασθενή από την κλινική και να τον μεταφέρουν σε άλλο ίδρυμα.

Η άρνηση της οικογένειας μπορεί να φέρει ενοχές, οι οποίες εμπλέκουν περαιτέρω τα πράγματα. Έτσι μπορεί να αντιδράσουν με σπασμωδικές κινήσεις, είτε επιδιώκοντας να ξοδέψουν χρήματα, ή να αναζητούν «μαγικές εναλλακτικές λύσεις» ή να πηγαίνουν τον ασθενή σε διάφορους θεραπευτές τσαρλατάνους.

Το κέρδος προσέγγισης του ασθενούς με την οικογένεια είναι η άμβλυνση της άρνησης της οικογένειας με γενικότερες θετικές συνέπειες, και με διευκόλυνση της

θεραπευτικής συμμαχίας καθιστώντας την οικογένεια συνθεραπευτές, συνεργάτες και όχι αντιπάλους.

Ας δούμε τώρα κάποια από τα «συμπτώματα», εκδηλώσεις που μπορεί να έχει μια οικογένεια. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

§ Ήδη προαναφέρθηκε η υπερπροστασία. Εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους όπως με συνεχή παρότρυνση να τρώει ο ασθενής ακόμα και όταν δεν μπορεί, να επιδιώκει ο σύντροφος να του δίνει ο ίδιος το φαγητό. Με συνεχείς ερωτήσεις επίσης προς τον ασθενή, αν είναι καλά, αν είναι κουρασμένος, αν μπορεί να κάνει κάτι για αυτόν. Αναφέρεται περίπτωση ασθενούς, στην οποία ο σύζυγος πρόσφερε συχνά λουλούδια, κάτι που στο παρελθόν δεν έκανε, ενώ η μητέρα της την ξυπνούσε όταν ξάπλωνε για να ξεκουραστεί, με έκδηλη ανησυχία, για να την ρωτήσει αν είναι καλά.

Η υπερπροστασία επιτείνει την παλινδρόμηση και την κατάσταση εξάρτησης του ασθενούς. Ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί ότι είναι άχρηστος, να υποπευέεται ότι κάτι χειρότερο συμβαίνει από αυτό που γνωρίζει, να χάνει την αισιοδοξία του ότι κάποτε θα ξαναβρεί την αυτονομία του.

Η προσέγγιση στην οικογένεια πρέπει να έχει θετική έκφραση. Η επίπληξη ακόμη και αν είναι καλοπροαίρετη δεν φέρει αποτέλεσμα. Η προσέγγιση της υπερπροστασίας γίνεται σημειώνοντας π.χ. ότι αυτές οι εκδηλώσεις υπερπροστασίας είναι το αποτέλεσμα του έντονου ενδιαφέροντος προς τον ασθενή. Συγχρόνως όμως σημειώνουμε την «κάποια υπερβολή» ενώ προτείνουμε κατόπιν ότι το ίδιο ενδιαφέρον μπορεί να εκδηλώνεται με λιγότερο πιεστικό τρόπο και να φέρει καλύτερα αποτελέσματα. Μπορούμε μάλιστα να προτρέψουμε να συμφωνήσουν, πως μπορούν να συνεργαστούν καλύτερα και ενδεχομένως να δώσουμε τη βοήθειά μας π.χ. αν το μέσον υπερπροστασίας είναι το φαγητό, να συμφωνήσουν τι φαγητά θα ήθελε ο ασθενής, να τα διανείμουν σε μικρά γεύματα κ.τ.λ.

§ Άλλο «σύμπτωμα» της οικογένειας που επιτείνει την ένταση έχει βάση την δυσκολία επικοινωνίας, φόβων, σκέψεων, συναισθημάτων μεταξύ τους. Συνήθως αυτοί οι φόβοι, σκέψεις υπάρχουν εκατέρωθεν, αλλά δεν επικοινωνούνται μεταξύ τους νομίζοντας ότι έτσι προστατεύει ο ένας τον άλλον και αντιστρόφως. Μπορεί να είναι φόβοι θανάτου, υποψίες για βαρύτητα νόσου κ.λ.π. Όπως είναι φυσικό οι φόβοι παραμένουν στη σκέψη, όπου λαμβάνουν μεγαλύτερες διαστάσεις στη φαντασία. Με τα βήματα

προσέγγισης που ήδη αναφέραμε διευκολύνουμε την επικοινωνία και αποτρέπουμε τέτοια έκβαση ή αν έχουν εγκατασταθεί λύνονται με μείωση του άγχους, της έντασης και της απομόνωσης των μελών.

Οι χειρισμοί πρέπει να γίνονται με την παρουσία ασθενούς και οικογένειας ή τουλάχιστον ενός π.χ. του συντρόφου, όταν στην πράξη δεν μπορεί να γίνει αυτό. Ο θεράπων είναι ο μεσάζων προς αποκατάσταση της επικοινωνίας, αυτός που λεκτικά τελικά, θα πει, θα ανακεφαλαιώσει τις κοινές σκέψεις, κοινούς φόβους των μελών και αυτό θα φέρει την εκτόνωση. Πολλές φορές οι θεράποντες ανησυχούν για το τι θα συμβεί όταν κοινοποιηθούν οι κοινοί φόβοι. Η ίδια η οικογένεια όμως αναζητά αυτήν την διευκόλυνση από το θεράποντα.

- § Η κατάσταση στην οικογένεια γίνεται δύσκολη όταν ο ασθενής είναι στη φάση του θυμού όπου είναι εριστικός, επιθετικός. Και εδώ προσεγγίζουμε με θετικοποίηση των δρώμενων, λέγοντας αυτή τη φορά στους συγγενείς ότι είναι ένας τρόπος με τον οποίο ζητά ενδιαφέρον, να ασχοληθούν μαζί του, με την έκφραση των παραπόνων κ.λ.π. ότι είναι μια φάση που θα περάσει. Συγχρόνως επικοινωνούμε και με τον ασθενή ότι υπάρχει μια υπερβολή, ότι μπορεί να εκφραστεί για τα ίδια πράγματα με λιγότερο έντονο τρόπο, χωρίς όμως να του αναστείλουμε την έκφραση συναισθημάτων.
- § Ένα άλλο σημείο το οποίο παραγνωρίζεται είτε ως αυτονόητο, είτε θεωρείται «περιττά λόγια», είναι η εξήγηση και κατανόηση στην οικογένεια για την κρίση που βρίσκονται. Εξηγούμε στην οικογένεια ότι πριν την νόσηση ήταν μια κατάσταση ισορροπίας, που σημαίνει ότι υπήρχαν στη ζωή τους τα υπέρ και τα κατά, θετικά και αρνητικά, αλλά μπορούσαν να λειτουργήσουν. Τώρα η ισορροπία αυτή διαταράχτηκε και βρίσκονται σε αυτή την αναστάτωση. Μπορούμε να εξηγήσουμε με απλούστερες λέξεις από την καθημερινή ζωή π.χ. είχατε την «σειρά σας» που τώρα ανατράπηκε, μετά την νόσηση και την νοσηλεία στο Νοσοκομείο. Τώρα πρέπει με τα σημερινά δεδομένα να βρουν μια νέα ισορροπία, μια νέα σειρά. Στην επίτευξη αυτού του στόχου επιβεβαιώνουμε την διαθεσιμότητά μας για να γίνει το καλύτερο. Η οικογένεια έτσι αισθάνεται ότι η καλή συνεργασία μεταξύ των μελών και η συνεργασία με τους θεράποντες θα φέρει αποτέλεσμα. Αντιμετωπίζει έτσι καλύτερα την απειλή από τη νόσηση του μέλους της μειώνεται η ένταση

ανανεώνεται η αγωνιστικότητα και η συνοχή και επιτυγχάνεται η καλύτερη διαδικασία προσαρμογής.

§ Μπορεί να χρειαστεί να δώσουμε και πρακτικές συμβουλές που θα έχουν στόχο τα ανωτέρω π.χ. όταν οι οικείοι με τρόπο αγχώδη βρίσκονται όλοι μαζί στην κλινική, νομίζοντας ότι έτσι θα βοηθήσουν καλύτερα. Λέμε ότι θα βοηθήσουν καλύτερα τον ασθενή, όταν συνεχίζουν κατά το δυνατό το ρυθμό της ζωής τους. Να ρυθμίζουν με βάρδιες την παρουσία τους, να εξακολουθούν να έχουν δραστηριότητες, ακόμη και να διασκεδάζουν. Ακόμη και όταν δεν είναι εφικτό να κάνουν όλα αυτά, οι οικείοι αποενοχοποιούνται και λειτουργούν καλύτερα.

Γνωρίζοντας λοιπόν τον βαθμό άρνησης του ασθενούς, τον βαθμό άρνησης της οικογένειας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς, τις σχέσεις στην οικογένεια, επιτυγχάνεται η καλύτερη θεραπευτική σχέση και ενημέρωση. Οι συνδυασμοί εμφάνισης άρνησης και χαρακτηριστικών προσωπικότητας του ασθενούς και οικογένειας είναι πολλοί. Παρακάτω δίνονται ενδεικτικά παραδείγματα, που ως οδηγοί θα μας βοηθήσουν στη διαδικασία και διαβάθμιση της ενημέρωσης. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Ένας ασθενής με εξαρτητικά χαρακτηριστικά το πιθανότερο είναι να εναποθέσει τους χειρισμούς στην οικογένεια. Δεν ρωτά τον θεράποντα για το πρόβλημα του ή αν το κάνει το εκφράζει δειλά, χωρίς επιμονή ή για την «τιμή των όπλων». Η οικογένεια που «γνωρίζει» αυτή τη δυναμική σχέσεων, αναλαμβάνει να επιτελέσει το έργο των ερωτήσεων, δεν ενημερώνει τον ασθενή ή του λέει μια γενικόλογη διάγνωση, αόριστη που συμφωνήθηκε κάποιες φορές και με τον θεράποντα. Η οικογένεια και ιδιαίτερα ο σύντροφος γίνεται υπερπροστατευτικός αναλαμβάνοντας όλη την ευθύνη. Συνήθως ο σύντροφος έχει ελεγκτικά-τακτικά χαρακτηριστικά ή συναισθηματικά στοιχεία, υπερθυμικά είτε υποθυμικά που προστατεύει τον σύντροφο.

Η ανωτέρω ασταθής ισορροπία επιτείνεται περισσότερο όταν μετά την «συμφωνημένη» διάγνωση, το πρόβλημα υγείας παρατείνεται, ο ασθενής έχει προβλήματα. Τότε ο σύντροφος αισθάνεται μεγάλο βάρος, γίνεται πιο υπερπροστατευτικός, με θυμό στον ασθενή, παροτρύνει τον ασθενή να προσπαθήσει να κάνει αυτό ή εκείνο, να τρώει, να δυναμώσει.

Ο Ελεγκτικός ασθενής όπως έχουμε ήδη πει θέλει να μάθει, ρωτά να μάθει και τείνει να αποκλείσει τους υπόλοιπους. Ο σύντροφος και η οικογένεια μπορεί να δεχτεί αυτή

τη συμπεριφορά του ασθενούς ή σε μικρό ή σε μεγάλο βαθμό να δράσουν και αυτοί παράλληλα. Το πλήρες μωσαϊκό της δυναμικής των σχέσεων που είχε η οικογένεια πριν, εμφανίζεται και τώρα και εμείς αντιμετωπίζουμε τις όποιες παραλλαγές αυτής της δυναμικής. Συνήθως υπάρχει ένταση, σύγκρουση όταν η οικογένεια παρεμβαίνει και ο ασθενής δεν έχει σαφή μηνύματα. Όπως ήδη έχουμε πει επιτείνεται η αμφιβολία και το άγχος. Οι θεράποντες αισθάνονται ότι αυτές οι οικογένειες φέρουν εμπόδια, σύγχυση και θυμώνουν για την υπερπροστασία που δείχνουν. Η επικοινωνία στην οικογένεια μπορεί να επιβαρυνθεί όταν ο ασθενής παρουσιάσει έντονο βαθμό αμφιβολίας οπότε γίνεται και δύσπιστος για οτιδήποτε του αναφέρεται. (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).

Οι προαναφερόμενοι χειρισμοί μειώνουν στο ελάχιστο αυτά τα φαινόμενα. Ακόμη και μian «συμφωνημένη» γενικόλογη διάγνωση είναι προτιμότερο να επικοινωνηθεί παρουσία του άρρωστου και του συντρόφου (και οικογένειας).

Ο καλύτερος και προσφορότερος τρόπος γνώσης και εμβάθυνσης των προβλημάτων και των χειρισμών είναι η συζήτηση και διεργασία σε ομάδα θεραπόντων. Μπορεί επίσης να γίνει και στα πλαίσια συνεργασίας της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής σε προσωπικό επίπεδο. Η ομάδα όμως έχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα που προέρχεται από τη διαπροσωπική μάθηση, μέσω των εμπειριών των μελών. Το πλεονέκτημα προφανώς είναι ποσοτικό και ποιοτικό (Δρ. Καλλέργης Γ., Πειραιάς 2003).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ**

#### **ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Είναι δύσκολο να παρακολουθήσει κάποιος την πορεία του ατόμου που πάσχει από μια απειλητική για τη ζωή του ασθένεια, πόσο μάλλον τις συνέπειες ενός τόσο κρίσιμου γεγονότος. Αρκετοί μελετητές έχουν προσπαθήσει να περιγράψουν το πλέγμα των βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικο-οικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται στον ασθενή.

Η κατάσταση του επικείμενου θανάτου είναι δύσκολο να συλληφθεί και η σκέψη κάποιου ότι μπορεί να πεθάνει τρομοκρατεί. Αφού δεν μπορούμε να φανταστούμε την κατάσταση του «να είσαι νεκρός» δημιουργείται ένα κενό που μπορεί να γεμίσει μόνο με φαντασίες και προλήψεις. Για τον ασθενή ο φόβος για τον ίδιο θάνατο παίρνει διάφορες μορφές με επικρατέστερο τον φόβο για το άγνωστο, για την απώλεια αυτών που θα του λείψουν ή για την κατάπτωση και εξάρτηση που θα του συμβούν προοδευτικά πριν από τον θάνατο. Έχει την ασυνείδητη αίσθηση ότι θα γίνεται όλο και περισσότερο εξαρτώμενος από αυτούς που αγαπά ή τον φροντίζουν και περισσότερο ευάλωτος με αποτέλεσμα να νιώθει για αυτούς κακία αλλά ταυτόχρονα και ενοχές.

Οι Weisman και Worden (1976) περιέγραψαν τις πρώτες ημέρες που ακολουθούν τη διάγνωση του καρκίνου ως περίοδο υπαρξιακής συμφοράς (existential plight) με συμπτώματα οξείας δυσφορίας, που όμως υποχωρούν, καθώς ο αντίκτυπος της διάγνωσης καταλαγιάζει. (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα 2003). Μάλιστα ο Weisman (1976) πρότεινε μία κλίμακα για την πρόβλεψη μελλοντικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε ασθενείς που λόγω πτωχότερης προσαρμογής και ευάλωτης προσωπικότητας παρουσιάζουν εντονότερη δυσφορία. Αναποφασιστικότητα του ασθενούς για την αναζήτηση διάγνωσης, απογοητεύσεις του παρελθόντος, συζυγικά προβλήματα, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων και προσωπικότητα που δεν υπολογίζει παρά μόνο σε μικρή βοήθεια από τους άλλους, είναι μερικά σημάδια ευαισθησίας για μελλοντικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η σπουδαιότητα της κλίμακας αυτής έγκειται στο ότι ο θεράπων κατά τις πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή, τότε που τίθεται η διάγνωση, μπορεί χωρίς ειδική

ψυχιατρική εκτίμηση να προβλέψει ψυχοκοινωνικά προβλήματα που θα παρουσιαστούν κατά την πορεία της νόσου. (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα 2003).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, η φυσιολογική και αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς στην ψυχολογική κρίση της διάγνωσης του καρκίνου εκφράζεται με ανησυχία, συναισθήματα έκπληξης, δυσπιστίας ή άρνησης και στη συνέχεια συναισθήματα ενοχής ή ντροπής αλλά και φόβου όπως ο φόβος του επικείμενου θανάτου ή της αλλαγής της σωματικής εικόνας και με συνοδά συμπτώματα άγχους και θλίψης.

Έτσι η διάγνωση ή ακόμα και η υποψία ενός δυνητικά θανατηφόρου νοσήματος προκαλεί ένα πολύπλοκο φάσμα συναισθημάτων στον ασθενή. Από μελέτες ερευνητών έχουν περιγραφεί οκτώ μορφές φόβου που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο:

1. Ο φόβος της εξάρτησης: ανησυχεί για την απώλεια του σημαντικού ή ψυχολογικού αυτοελέγχου και της δικής του ανεξαρτησίας. Έτσι φοβάται ότι θα εξαρτάται από τους άλλους και ενδεχομένως θα αποτελέσει «βάρος» σε αυτούς.
2. Ο φόβος του πόνου: φοβάται πάντα έναν επώδυνο και αργό θάνατο όπου δεν θα υπάρξει η δυνατότητα ελέγχου του πόνου του.
3. Ο φόβος της ταπείνωσης: φοβάται κάθε παραπέρα παραμόρφωση ή αναπηρία του σώματός του και την μη αποδοχή από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του. Ανησυχεί ότι χάνει την αυτοεκτίμηση τον αυτοσεβασμό και την αξιοπρέπειά του.
4. Ο φόβος της απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς: φοβάται την εγκατάλειψη από το περιβάλλον του συγγενικό ή μη.
5. Ο φόβος του αποχωρισμού: ανησυχεί για το θρήνο της οικογένειας και των φίλων του προς εκείνον, καθώς και η τύχη των συγγενών του μετά το θάνατό του.
6. Ο φόβος για το τι έπεται μεταθανάτια: για πολλούς το «άγνωστο» είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει, ενώ μερικοί φοβούνται τη «θεία δίκη». Άλλοι πάλι τρομάζουν με τη σκέψη ότι μπορούν να υπάρχουν πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ μερικοί πανικοβάλλονται με την ιδέα ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

7. Ο φόβος της οριστικότητας του θανάτου: «Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω στη ζωή μου; Θα μπορώ να σκέφτομαι ... θα υπάρχω όταν πεθάνω, και όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;». Όλα αυτά είναι ερωτήματα που δημιουργούνται σε κάθε άρρωστο και ιδιαίτερα σε εκείνον που φοβάται έντονα το «αμετάκλητο» του θανάτου.
8. Ο φόβος για την τύχη του σώματος: η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα, το συνεχές σκοτάδι, αποτελούν για μερικά άτομα έγνοιες που δημιουργούν έντονο άγχος. (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Μερικά επίσης πολύ σημαντικά συναισθήματα που δημιουργούνται στον πάσχοντα από καρκίνο είναι:

- § Ένα αίσθημα ότι ο καρκίνος είναι από τη φύση του φρικτός και αφύσικος (ο καρκίνος δεν είναι περισσότερο αφύσικος από καρδιακή ανεπάρκεια, αφού στα εκατομμύρια των διαιρέσεων των κυττάρων θα ήταν εκπληκτικό αν η λεπτή ισορροπία δεν ακολουθούσε μερικές φορές λάθος κατεύθυνση).
- § Φόβος ότι ο καρκίνος είναι στίγμα, ίσως και τιμωρία.
- § Φόβος ότι ο καρκίνος θα μπορούσε να είναι μεταδοτικός (με συνέπεια οι ασθενείς να νιώθουν σαν βρίσκονται σε καραντίνα).
- § Υπερβολική απαισιοδοξία γύρω από τις ελπίδες επιβίωσης (ακόμα και το προσωπικό ξεχνάει μερικές φορές ότι ο μέσος όρος πρόγνωσης σε ένα ογκολογικό τμήμα είναι συχνά καλύτερος από εκείνη ενός τμήματος που αντιμετωπίζει καρδιακή, πνευμονική ή ηπατική ανεπάρκεια).
- § Ένα συναίσθημα ότι μακρόχρονες υφέσεις στην καρδιακή νόσο είναι κάτι για το οποίο πρέπει να χαίρεσαι, ενώ για τον καρκίνο είναι κάτι για το οποίο πρέπει να λυπάσαι.
- § Φόβος ότι ο καρκίνος, όταν αποβεί θανατηφόρος είναι ο χειρότερος τρόπος θανάτου και περισσότερο επώδυνος και βασανιστικός από άλλες αιτίες. Στην πραγματικότητα σε μια ομάδα 102 ασθενών τελικού σταδίου διαφόρων νοσημάτων, η σωματική ταλαιπωρία έμενε σταθερή στο 57% των ασθενών με καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια συγκρινόμενη με μόνο το 26% των ασθενών με καρκίνο.

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια χρόνια, που σημαίνει ότι θα κρατήσει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, θα δημιουργήσει πολλά προβλήματα στον ασθενή και θα

θέσει στη ζωή του νέα δεδομένα. Με την ανακάλυψη της αρρώστιάς του ο ασθενής παρουσιάζει σημαντικές τροποποιήσεις στον υπαρξιακό τρόπο ζωής του, στον κοινωνικό τρόπο, στο φυσικό και γενικά έχει ανατραπεί ο χάρτης της ζωής του (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα 2003).

Ενώ ο άρρωστος ήταν άτομο ανεξάρτητο και αυτάρκης, τώρα είναι υποχρεωμένος να κάνει κάποια θεραπεία έξω ή μέσα από το νοσοκομείο.

- § Τα φάρμακα, αλλά και η αρρώστιά του δημιουργούν κάποιες οργανικές αλλαγές.
- § Οι επαγγελματικές και κοινωνικές του σχέσεις περνούν κρίση, εφόσον αναγκάζεται να εγκαταλείψει για κάποιο διάστημα την εργασία και τις κοινωνικές συναναστροφές για να κάνει τη θεραπεία του.
- § Οι ενδό-οικογενειακές ανθρώπινες σχέσεις αλλάζουν.
- § Η ερωτική και η σεξουαλική του ζωή αντιμετωπίζουν προβλήματα
- § Αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα λόγω του κόστους της θεραπείας
- § Χάνει τον έλεγχο της κατάστασης και του δημιουργούνται πολλές σκέψεις και προβλήματα για την αρρώστια του και μάλιστα δεν είναι σπάνιο η εικόνα που παρουσιάζει να χρειάζεται ψυχιατρική βοήθεια.

(Ρηγάτος, 1985)

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις και οι ψυχιατρικές διαταραχές δεν φαίνεται να σχετίζονται τόσο με την εντόπιση της νόσου όσο με άλλους παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το αίσθημα του ασθενούς ότι δεν υπάρχει τίποτα πλέον να του προσφερθεί από την ιατρική. Για παράδειγμα, η μεγαλύτερη επικράτηση της κατάθλιψης στον καρκίνο των ωοθηκών δεν σχετίζεται τόσο με την εντόπιση όσο με το προχωρημένο στάδιο της νόσου όταν γίνεται η αρχική διάγνωση. Ακόμα και η εντόπιση σε όργανα που έχουν συμβολική σημασία και επένδυση ή καθορίζουν τη σεξουαλικότητα ή είναι όργανα που είναι σημαντικά για την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις, δεν φαίνεται να επηρεάζει την επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών.

Όμως, αν και δεν καθορίζουν την επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών, καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τα ειδικά προβλήματα των ασθενών και ως εκ τούτου τις ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής. Έτσι ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων, όπως οι όρχεις, η μήτρα, οι ωοθήκες και ο μαστός, συνδέεται στενά με φόβους μείωσης της ελκυστικότητας, της αρρενωπότητας/θηλυκότητας και της αλλαγής του σωματικού εγώ, γεγονός που

απαιτεί οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις να δίνουν έμφαση στην σεξουαλική λειτουργικότητα.

Όλοι οι τύποι του καρκίνου έχουν ταυτιστεί με μία γρήγορη και θανατηφόρα έκβαση, με αποτέλεσμα και μόνο η ονομασία τους να γεννά φόβο.

Η μακρά θεραπεία, οι πολλές επίπονες διαδικασίες, οι συχνές υποτροπές, οι σηψαιμίες, τα δευτερογενή νεοπλάσματα και το αβέβαιο μέλλον δημιουργούν σοβαρές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Ειδικότερα η αβέβαιη κλινική πορεία, με τις υποτροπές που μπορεί μάλιστα να εμφανιστούν χωρίς κανένα κλινικό σύμπτωμα, μπορεί να εξαντλήσει και την πιο δυνατή ψυχολογική άμυνα.

Φόβος θανάτου, εξάρτηση από το προσωπικό του νοσοκομείου και την οικογένεια από τις μακροχρόνιες νοσηλείες, αποδιοργάνωση των σχέσεων, δυσκολία κοινωνικής, οικογενειακής και εργαστηριακής επανένταξης λόγω παρατεταμένων νοσηλειών (σύνδρομο του «Λαζάρου»), οι πολλές ανησυχίες σχετικές με την υποτροπή λόγω του ότι οι υποτροπές έρχονται εν αιθρία (Δαμόκλειο σύνδρομο), τα συναισθήματα ασχήμιας και ντροπής, είναι μερικά από τα πολύ σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη, 2001).

Σε έρευνα (των Wolcott και συν.) προσαρμογής 25 ασθενών με λευχαιμία και απλαστική αναιμία, οι οποίοι έκαναν μεταμόσχευση μυελού, σε ένα χρονικό διάστημα παρακολούθησης 3,6 ετών οι Wolcott και συν. (1986) βρήκαν το 25% των ασθενών να αναφέρουν αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης και σημαντική συναισθηματική δυσφορία, αν και μόνο το 2,5% αυτών των ασθενών είχε κάποια σωματική επίπτωση από τη νόσο. (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη, 2001)

Οι μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιδράσεις στους επιζώντες (Lesko et al. 1987), σε έρευνα επιζώντων από αιματολογικά νεοπλάσματα, ήταν αυξημένες αποφευκτικές σκέψεις για τη νόσο, πολυάριθμες ανησυχίες σχετιζόμενες με την υποτροπή (Δαμόκλειο σύνδρομο), παρατεταμένη δυσκολία να ξαναγυρίσουν στην παλιά εργασιακή κατάσταση ή να ξαναγίνουν «υγιείς» (σύνδρομο του «Λαζάρου»), ενώ παράλληλα έδειχναν χαμηλότερη τάση για στενές σχέσεις. (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη, 2001)

## **7. Α. ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ.**

Τίποτα δεν μπορεί να υπονομεύσει περισσότερο τη θέληση για ζωή και τη μαχητικότητα ενός ασθενούς όσο τα αρνητικά συναισθήματα, που δημιουργούνται από τη διάγνωση του καρκίνου, όπως ο θυμός, ο φόβος, η απώλεια της

αυτοεκτίμησης και τα αισθήματα απομόνωσης. Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα συναισθήματα, θα δημιουργήσουν την αίσθηση της πλήρους αδυναμίας και θα οδηγήσουν στη παραίτηση από τη ζωή μέσα από την αποδοχή της ματαιότητας των πάντων.

Τα αρνητικά συναισθήματα που μπορούν να εκδηλωθούν είναι:

### ***i. Θυμός***

Κάθε άτομο αντιδρά στη διάγνωση του καρκίνου ανάλογα με την προσωπικότητα του και την ικανότητα του να προσαρμόζεται στις δυσχέρειες της ζωής. Αν κάποιος θεωρεί κάθε αντιξοότητα ως ένα επιπλέον πρόβλημα που οφείλει να το αντιμετωπίσει με αποφασιστικότητα, τότε η φυσιολογική θετική στάση του θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει τον αρχικό κλονισμό της διάγνωσης και τις είναι φυσιολογική αντίδραση. Αν όμως το άτομο συνηθίζει να αντιδρά στις αναποδιές της ζωής με την ερώτηση «γιατί εγώ;», μπορεί να σπαταλήσει το μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής του δύναμης θυμώνοντας εναντίον της νόσου, των «θεών» ή των ανθρώπων που προξένησαν αυτή τη συμφορά ο θυμός είναι φυσιολογική αντίδραση. Κατά κάποιο τρόπο βοηθά να ξεπεραστεί η περίοδος της θλίψης που ακολουθεί τη διάγνωση. Στην πραγματικότητα, αν ο ασθενής δεν νιώσει θυμό και δεν βρει διέξοδο να τον εκφράσει, κινδυνεύει να βυθιστεί σε μια μακρά περίοδο κατάθλιψης. Όμως υπάρχουν στιγμές που ο θυμός πρέπει να εκδηλώνεται και στιγμές που πρέπει να παραμερίζεται. Αν ο θυμός δεν αντιμετωπιστεί, καταστρέφει την ψυχική δύναμη που θα μπορούσε να διοχετευτεί στη συμφιλίωση με την ασθένεια και στην απόφαση του ασθενούς να ζήσει μια όσο το δυνατόν γόνιμη και αποδοτική ζωή. Είναι απόλυτη ανάγκη να εξωτερικευτεί ο θυμός. Ο ασθενής πρέπει να μιλήσει, να φωνάξει, να χτυπηθεί στο μαξιλάρι του, ακόμα και να σπάσει ότι βρει μπροστά του. Στη συνέχεια, ας προσπαθήσει να διοχετεύσει την ενέργεια αυτή με θετικό τρόπο στη σωστή κατεύθυνση. Ας δηλώσει σε όλους πως δεν προτίθεται να αποχωρήσει από τη ζωή και ας ενεργοποιήσει το θυμό του παλεύοντας να διατηρηθεί στη ζωή (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη, 2001).

### ***ii. Φόβος***

Οι περισσότεροι μόλις ακούσουν τη λέξη καρκίνος σκέφτονται αυτόματα ταλαιπωρίες, μακροχρόνια αναπηρία ή τη φράση «δεν γίνεται τίποτε». Ουδείς καρκινοπαθής όμως έχει την πείρα ή τη γνώση να αντιμετωπίζει τα γεγονότα που συχνά τον φοβίζουν και τα οποία είναι δυνατόν να εκδηλωθούν μέρα με την ημέρα.

Ακόμα και όταν ο χειρουργός τον διαβεβαιώνει πως «αφαιρέθηκε ολόκληρος ο όγκος», και η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία φαίνεται να αποδίδουν, υπάρχει πάντοτε ο φόβος μήπως ξαναεμφανιστεί ο καρκίνος. Ο φόβος γίνεται ένας αδυσώπητος δυνάστης αν αφεθεί να κυριαρχήσει στη ζωή του ασθενούς. Στην κυριολεξία οι ασθενείς τείνουν να φοβούνται «μέχρι θανάτου». Κατά την άσκηση της σύγχρονης ιατρικής έχει καταγραφεί το φαινόμενο, οι ασθενείς που εκλαμβάνουν την διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη να πεθαίνουν πολύ πιο σύντομα, πολύ πριν η νόσος προχωρήσει και επιφέρει αυτή το θάνατο. Η διάγνωση του καρκίνου δεν ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη. Το πρώτο ερώτημα που θέτουν συνήθως οι ασθενείς μόλις πληροφορηθούν τη διάγνωση είναι «πόσος καιρός μου απομένει να ζήσω;». Η απάντηση είναι ότι δεν μπορεί να γίνει καμία συγκεκριμένη εκτίμηση για εξατομικευμένη επιβίωση πριν ξεκινήσει η θεραπεία και διαπιστωθεί η ανταπόκριση του οργανισμού. Μέχρι τότε οι προβλέψεις είναι στην καλύτερη περίπτωση, απλώς εικασίες και αβεβαιότητες και το μόνο που κατορθώνουν είναι να γκρεμίζουν την ελπίδα και τη θέληση για ζωή (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη,2001).

### ***iii. Απόλεια αυτοεκτίμησης***

Η αυτοεκτίμηση του καρκινοπαθούς απειλείται από την ίδια την ιδέα του καρκίνου. Δυστυχώς, ο ασθενής συχνά νιώθει πως αν διέθετε πιο ολοκληρωμένη προσωπικότητα δεν θα πάθαινε καρκίνο ή ακόμη πιστεύει ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα θείας δίκης. Όλα αυτά όμως δεν είναι παρά προλήψεις που, δυστυχώς εξακολουθούν να συνδέονται με τη λέξη καρκίνος. Το να πάσχει κανείς από καρκίνο δεν σημαίνει φυσικά ότι είναι άχρηστος ή ένοχος για κάποιο σοβαρό αμάρτημα. Ωστόσο ακόμη και αν ο καρκινοπαθής δεν πέσει θύμα προλήψεων και δεισιδαιμονιών, ο καρκίνος μπορεί να αμβλύνει την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη,2001).

### ***iv. Απομόνωση***

Η κοινωνία μας αρέσκεται να πιστέψει πως είναι φιλεύσπλαχνη και πρόθυμη να βοηθάει στην αποκατάσταση αναπήρων ή ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική. Συχνά οι ανάπηροι παραγκωνίζονται ή και αποδιώχνονται. Οι εργοδότες και οι συνάδελφοί τους στη δουλειά μπορεί να τους κρατούν σε απόσταση. Η οικογένεια και οι φίλοι, που αρχικά τους συμπαραστέκονται, τείνουν να απομακρύνονται με τον καιρό, διότι ζουν τη δική

τους ζωή. Δεν νιώθει πάντοτε κανείς άνετα να κουβεντιάζει με έναν σοβαρά ασθενή, δεν ξέρει πώς να τον πλησιάσει ή τι να του πει. Σε τέτοιες στιγμές ο καρκινοπαθής εύκολα μπορεί να νιώσει εγκατάλειψη ή μοναξιά. Ακόμη και όταν τον περιβάλλουν συγγενείς και φίλοι, ενδέχεται να νιώθει αποκομμένος. Όλες οι σοβαρές ασθένειες οδηγούν στην απομόνωση που αισθάνεται ο άνθρωπος όταν αναλογίζεται το θάνατο. Μερικοί στρέφονται τόσο πολύ στον εαυτό τους ώστε χάνουν την επαφή με τη ζωή και τους ανθρώπους. Η απομόνωση και η μοναξιά συχνά επιβάλλονται. Αν η σκέψη του ασθενούς επικεντρώνεται στη θλίψη ή την αυτοεγκατάλειψη ή έχει δεχτεί τη διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, ενδεχομένως κόβει τους δεσμούς του με τον έξω κόσμο και ζει σαν να βρίσκεται ήδη μέσα στους νεκρούς. Αν συμβεί κάτι τέτοιο και βρεθεί απομονωμένος δίχως τους παλιούς του φίλους, πρέπει να δημιουργήσει νέους δεσμούς, νέες γέφυρες με τους ανθρώπους και να επιδοθεί σε δραστηριότητες που θα του ανανεώσουν το κέφι και τη θέληση να ζήσει. Ίσως νιώθει απογοητευμένος ή φοβάται να κάνει τα πρώτα βήματα προς μία νέα ζωή. Όμως μπορεί να αλλάξει κατεύθυνση (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

#### ***v. Αλλαγές στη μορφή του σώματος***

Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας των χειρουργικών επεμβάσεων, τις ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στη αυτοεκτίμηση του ασθενούς, ιδίως αν είναι εμφανείς. Αν υποστεί κάποιο ακρωτηριασμό ή μείνουν μετεγχειρητικές ουλές, αλλάζει η υφή του δέρματος, χάνει τα μαλλιά του ή αδυνατίζει υπερβολικά, οι αλλαγές δεν περνούν απαρατήρητες. Και οπωσδήποτε θα αισθανθεί άσχημα, τουλάχιστον την πρώτη φορά που θα έρθει σε επαφή με άλλους. Αν για παράδειγμα έχει παρά φύσιν έδρα ίσως νιώθει ταπεινωμένος που θα πρέπει να συλλέγει τα περιττώματά του σε μία σακούλα, αν πάλει υποστεί επέμβαση στα γεννητικά του όργανα μπορεί να νιώθει ότι έχασε τον ανδρισμό του ή ότι δεν είναι πια «γυναίκα» (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα, 2003)

#### ***vi. Απώλεια ανεξαρτησίας και ελέγχου***

Η συνέπεια αυτή είναι αναπόφευκτη για κάθε καρκινοπαθή. Στην αρχή εξαρτάται από το ιατρικό σύστημα για την ίδια του τη ζωή. Στη διάρκεια της νοσηλείας του άλλα άτομα θα του καθορίζουν πότε πρέπει να φάει, να κοιμηθεί, να πλυθεί, να περπατήσει, ακόμη και να πάει στην τουαλέτα ίσως δεν νιώθει άνετα να



χρησιμοποιεί «πάπια» ή να εκθέτει γυμνό το σώμα του στους γιατρούς και στις αδερφές. Όταν θα επιστρέψει σίτι ίσως θα εξαρτάται από την οικογένειά του ή τους φίλους του για την περίθαλψή του, την προσωπική του φροντίδα ή την αντιμετώπιση των οικονομικών του υποχρεώσεων. Ίσως αρχίσει να αισθάνεται «άχρηστος», ή να νιώθει ενοχές επειδή γίνεται βάρος στα αγαπητά του πρόσωπα. Απλώς πρέπει να αποδεχτεί ότι για ορισμένο διάστημα θα χάσει την ανεξαρτησία του (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## **7. Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.**

Ο καρκίνος είναι προσωπική ασθένεια, αλλά οι συγγενείς του ασθενούς υποφέρουν εξίσου. Ο καρκίνος είναι ιδιαίτερα οδυνηρός για τα μέλη της οικογένειας, ιδίως όταν ο ασθενής νοσηλεύεται για καιρό. Όσοι σηκώνουν τα βάρη της οικογένειας είναι συχνά ιδιαίτερα αγχωμένοι όλοι στην οικογένεια αναρωτιούνται που θα βρίσκεται ο ασθενής τους σε έναν ή δύο μήνες. Και βέβαια φοβούνται μήπως νιώθει μεγάλη δυσφορία ή πόνο.

Πολλά προβλήματα ταλανίζουν την οικογένεια. Πώς θα αντιμετωπιστούν οι ανάγκες, πώς θα τακτοποιηθεί το θέμα της περίθαλψης, πώς θα καλυφθούν τα έξοδα, που θα βρεθούν άλλα άτομα να μοιραστούν τη φροντίδα του ασθενούς, ώστε να μπορέσουν οι ίδιοι να επιστρέψουν στη δουλειά τους. Το σοβαρότερο πρόβλημα βέβαια είναι ότι όλα τα μέλη της οικογένειας ζουν με το φόβο πως θα χάσουν το προσφιές τους πρόσωπο που δίνει νόημα και αξία στη ζωή τους.

Όλα αυτά βέβαια αποτελούν ένα επιπλέον πρόβλημα για τον ασθενή, ο οποίος, εκτός από την κατάσταση της υγείας του και όλους τους φόβους που απορρέουν από αυτή έχει και το άγχος της οικογένειάς του, το οποίο γίνεται ακόμα μεγαλύτερο αν ο ασθενής είναι παντρεμένος και έχει να σκεφτεί την τύχη του συζύγου και των παιδιών του. «Πως θα τα βγάλουμε πέρα οικονομικά τώρα που δεν θα μπορώ να δουλεύω; Ποιος θα φροντίζει τα παιδιά μου τώρα που εγώ δεν θα μπορώ να είμαι δίπλα τους...», και άλλα τέτοια ερωτήματα βασανίζουν τους ασθενείς.

Εύλογο βέβαια είναι ότι ακόμη και στις στενότερα συνδεδεμένες οικογένειες μπορεί να απειληθούν οι σχέσεις από τις πιέσεις μιας μακροχρόνιας ασθένειας. Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, τα αδιέξοδα, η συνεχής ανησυχία και φροντίδα μπορεί να τους εξουθενώσουν. Ο θυμός και η ενοχή μπορεί να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, με κατηγορίες ή αδιαφορία ή και με υπερπροστατευτική

συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να αναδυθούν στην επιφάνεια κάποια προβλήματα σχέσεων που λαθροβιούσαν επί χρόνια.

Η πιθανότητα να όλες αυτές οι αιτίες έντασης υποδηλώνει απλώς πόσο απαραίτητο είναι να φροντίζει κανείς να καλύπτει τις ανάγκες του. Και ο ασθενής βέβαια πρέπει να κάνει τα πάντα για να φροντίσει καλύτερα τον εαυτό του. Τόσο ο καρκινοπαθής όσο και η οικογένειά του ίσως νοιώθουν εξίσου ανεπαρκείς να υποφέρουν τα ίδια βάρη της ενοχής, την ίδια σιωπηλή αγωνία και τη ίδια αβάσταχτη μονοτονία της παρατεινόμενης νόσου. Όλα αυτά ή κάποιο από αυτά μπορεί να καταρρακώσει το ηθικό και των πιο θαρραλέων και στοργικών ανθρώπων. Ουδείς μπορεί ή πρέπει να κατακρίνει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο καθένας στην κρίση του καρκίνου, στην απειλή μιας αλλαγής ή μιας απώλειας. Κάποιοι άνθρωποι και κάποιες σχέσεις δυναμώνουν, άλλες κλονίζονται, άλλες αντέχουν και άλλες καταρρέουν. Υπάρχουν όμως και εκείνες στις οποίες αναπτύσσονται νέες μορφές στοργής αγάπης και κατανόησης (5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχοογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## **7. Γ. 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.λ.π. Από τα βιολογικά αίτια πρέπει να αναφέρουμε την αδυναμία στύσης, πόνος κατά τη στύση ή πόνος κατά τη εκσπερμάτιση, μεταβολή του ορμονικού κλίματος στις γυναίκες και πόνο κατά την ερωτική επαφή (Ρηγάτος, Αθήνα, 1999).

## 7. Δ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Και ενώ οι μισοί από τους ασθενείς μετά την αναμενόμενη ψυχολογική αντίδραση στην κρίση της διάγνωσης, αναπτύσσουν τους μηχανισμούς άμυνας και ξαναγυρίζουν σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας, οι υπόλοιποι μισοί παρουσιάζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή στη συνέχεια της κρίσης, είτε γιατί υπάρχει προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό είτε γιατί δεν μπορούν να αναπτύξουν τους μηχανισμούς άμυνας από έλλειψη υποστήριξης.

Η επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών σε μελέτη της συνεργαζόμενης ψυχοογκολογικής ομάδας των τριών αντικαρκινικών κέντρων Rochester, Johns, Hopkins και Memorial Sloan-Kettering (Fertig, 1997) σε τυχαίο δείγμα νοσηλευόμενων και τυχαίων ασθενών βρέθηκε να είναι η εξής: διαταραχή προσαρμογής με αγχώδες ή/και καταθλιπτικό συναίσθημα 68%, μείζονες συναισθηματικές διαταραχές 13%, παραλήρημα 8%, αγχώδεις διαταραχές 4% και διαταραχές προσωπικότητας 7%.

Σε νοσηλευόμενους μόνο ασθενείς του Mary Hitchcock Memorial Hospital εστάλησαν για ψυχιατρική εκτίμηση βρέθηκε ποσοστό 56% να έχουν κατάθλιψη και ποσοστό 40% να έχουν μια οργανική ψυχική διαταραχή. Το 26% των παραπεμπομένων ασθενών με παραπομπή ως «κατάθλιψη» βρέθηκε να έχει οργανική ψυχική διαταραχή (Ερωτόκριτου, 1992).

### ***ι. Κατάθλιψη***

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο σημαντική και πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους (αντίκτυπος διάγνωσης, ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, απώλεια εργασίας κ.λ.π.) που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμές για την έκλυση μιας μελαγχολίας (μείζον κατάθλιψη) ή γενεσιουργά αίτια για την έκλυση μιας αντιδραστικής κατάθλιψης (διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτικό συναίσθημα). Επιπρόσθετα η συχνότητα της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό είναι αρκετά σημαντική, έτσι είναι πολύ πιθανή η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού συναισθήματος διαταραχής που θέτει σε αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης το άτομο κατά την πορεία της νόσου.

Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περνά απαρατήρητη στο πολυάσχολο ογκολογικό τμήμα είτε γιατί αυτή καθεαυτή η κατάθλιψη κάνει τον ασθενή να μην αναζητά βοήθεια είτε γιατί οι θεράποντες τη θεωρούν αναπόφευκτη. Κατά τον Hughes ευθύνεται και η ασάφεια του όρου κατάθλιψη, αφού καλύπτει ένα ευρύ

φάσμα συναισθηματικών διαταραχών από την απλή θλίψη στην κρίση της διάγνωσης μέχρι την ενδογενή κατάθλιψη (Ιακωβίδης, Θεσσαλονίκη, 2001).

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης είναι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής ή κατάχρησης αλκοόλ, ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος και το προχωρημένο στάδιο της νόσου. Η αντιδραστική κατάθλιψη (διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτικό συναίσθημα κατά DSM-IV) είναι μια αντίδραση στον στρεσογόνο παράγοντα του καρκίνου ή μιας υποτροπής. Σύμφωνα με τα κριτήρια της τέταρτης έκδοσης του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας σημαίνει μια δυσπροσαρμοστική αντίδραση στο στρεσογόνο παράγοντα, αναμένεται δε να παρουσιάσει ύφεση όταν επιτευχθεί ένα νέο είδος προσαρμογής. Αυτή η δυσπροσαρμοστική αντίδραση φαίνεται είτε από την έκταση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου είτε από συμπτώματα όπως: δυσφορικό συναίσθημα, αισθήματα ενοχής, φόβοι για το μέλλον, αγωνία, αϋπνία, αίσθημα παλμών ή ταχυκαρδίας, μυϊκή τάση, εφιδρώσεις, αίσθημα σύσφιξης στο κεφάλι, ευσυγκινησία ή κλάματα, αίσθημα επικείμενου κακού στο ίδιο το άτομο ή στους δικούς του.

Η ενδογενής κατάθλιψη, ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά DSM IV, μπορεί να οφείλεται στους εξωγενείς στρεσογόνους παράγοντες της νόσου, αλλά μπορεί και όχι. Συνήθως χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ένταση των συμπτωμάτων της αντιδραστικής κατάθλιψης και είναι πιο παρατεταμένη. Σύμφωνα με το DSM-IV, πέντε ή περισσότερα από τα επόμενα συμπτώματα είναι απαραίτητα για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου:

- § καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας,
- § αξιοσημείωτη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες,
- § σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους,
- § αϋπνία ή υπερυπνία καθημερινά,
- § ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή καθημερινά,
- § καταβολή δυνάμεων ή έλλειψη ενεργητικότητας καθημερινά,
- § αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής,
- § δυσκολία στη σκέψη και στη συγκέντρωση καθημερινά και
- § ιδέες αυτοκτονίας ή απόπειρες.

Τα σωματικά συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης όπως η διαταραχή του ύπνου, η απώλεια της όρεξης και του σωματικού βάρους, το αίσθημα της κόπωσης

και οι πόνοι δεν είναι τόσο χρήσιμα στη διάγνωση αφού μπορεί να οφείλονται σε αυτή καθαυτή τη νεοπλασματική διεργασία.

Όταν υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός ή ευχές θανάτου, απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση για να καθοριστεί αν είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης ή αν είναι ένας τρόπος του ασθενούς να εκφράσει την επιθυμία του να έχει τον <<τελευταίο λόγο>> σε κάποιο αόρητο σύμπτωμα της νόσου. Αν και λίγοι ασθενείς με καρκίνο επιχειρούν αυτοκτονία ως καθαρή επιλογή, υπάρχει μια καθαρή μυθολογία που θέτει τις αυτοκτονίες των ασθενών με καρκίνο είτε σημαντικά αυξημένες είτε ανύπαρκτες (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

## *ii. Οξύ οργανικό παραλήρημα*

Το οξύ οργανικό παραλήρημα είναι μια εξίσου σημαντική ψυχιατρική διαταραχή λόγω της συχνής παρουσίας του, των πολλαπλών διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που δημιουργεί, ιδίως κατά τα αρχικά στάδιά του, όπου συχνά εκλαμβάνεται ως «κατάθλιψη», «υστερία», «παραξενιά» και του επείγοντος της φύσης του, αφού, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει στην άνοια. Η επικράτησή του ποικίλλει κατά τους διάφορους ερευνητές. Στην έρευνα των τριών αντικαρκινικών κέντρων η επικράτηση του παραληρήματος ήταν 8%, ενώ σε μελέτες μόνο νοσηλευομένων ασθενών η επικράτηση ήταν μεταξύ 40% και 71%. Το 64% των επειγόντων περιστατικών της διασυνδετικής στο Νοσοκομείο «Μεταξά» κατά το 1988 παρουσίαζαν παράδοξη συμπεριφορά και ψυχοκινητική ανησυχία στα πλαίσια του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Αιτιοπαθογενετικά το παραλήρημα θεωρείται ως μία εκδήλωση γενικευμένης εγκεφαλικής ανεπάρκειας με απορύθμιση των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Συνήθως συνυπάρχουν πολλές αιτίες που η κάθε μία δρα ως αίτιο και αιτιατό, οι δε συνηθέστερες αιτίες είναι οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο, η τοξικότητα των χημειοθεραπευτικών παραγόντων, οι μεταβολικές διαταραχές από βλάβη ζωτικών οργάνων (ήπαρ, νεφρά), οι διαταραχές ηλεκτρολυτών από εμετούς της χημειοθεραπείας, φάρμακα, όπως οπιοειδή αναλγητικά, καθώς και παρανεοπλασματικά σύνδρομα.

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, κυμαινόμενες περιόδους ανησυχίας, ταραχής, αϋπνίας με χαρακτηριστική αναστροφή ημέρας και νύχτας, καχυποψία και επιθετικότητα. Πολλές φορές υπάρχουν τρομακτικές ψευδαισθήσεις και προσπάθεια του ασθενούς να αποσυνδέσει ορούς και καθετήρες. Τα πρώιμα ήπια συμπτώματα άγχους, εκνευρισμού, αϋπνίας και

διαταραχών μνήμης μπορεί να περάσουν απαρατήρητα και ο ασθενής να χαρακτηριστεί ως «παράξενος» ή «καταθλιπτικός». Η διαταραχή του επιπέδου συνείδησης κυμαίνεται από την απλή θόλωση συνείδησης μέχρι τα προστάδια του κόματος. Το βράδυ η κατάσταση είναι συνήθως χειρότερη και η ψυχοκινητική ανησυχία του ασθενούς μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις αναστατώνοντας την πτέρυγα. Κατά την εξέταση του ασθενούς ελέγχεται η συμπεριφορά, η συναισθηματική κατάσταση, η συναισθηματική αντίδραση, η παρουσία αυτοκτονικών ιδεών, φόβων ή ψευδαισθήσεων και το περιεχόμενο της σκέψης καθώς και οι γνωστικές λειτουργίες (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

## **7. Ε. ΑΝΤΙΚΤΥΠΙΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

### ***ι. Χειρουργική θεραπεία***

Η χειρουργική επέμβαση που μπορεί να είναι ρουτίνα για τους ειδικούς υγείας, αποτελεί μοναδική εμπειρία για τον ασθενή. Είναι μια δραματική διαδικασία και αντιμετωπίζεται με φόβο, όχι μόνο επειδή συνδέεται με φαντασιώσεις σχετικά με το γεγονός ότι ο ασθενής θα «ανοιχτεί», αλλά και γιατί μπορεί να αποτελέσει μια μη αναστρέψιμη διαδικασία, που αποφασίζεται μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, αν κάποιος θα έχει την ευκαιρία να επιστρέψει στην κανονική ζωή αν θα σημαδευτεί για επιπλέον φθορά ή ίσως πρώιμο θάνατο.

Στον χώρο της χειρουργικής ογκολογίας ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει επιπλέον το φόβο αυτής καθεαυτή της νόσου και των συνεπειών της, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει εντονότερης και μακρύτερης διάρκειας δυσφορία και αισθήματα ανημπορίας.

Επίσης υπάρχουν συγκεκριμένα μετεγχειρητικά προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τις διάφορες θέσεις της χειρουργικής παρέμβασης. Η μαστεκτομή, η ορχεκτομή και άλλες επεμβάσεις σχετικές με τα γεννητικά όργανα αντιμετωπίζονται με δυσκολία από τους ασθενείς και ιδιαίτερα από τους νεότερους σε ηλικία. Η γυναίκα που αντιμετωπίζει τη μαστεκτομή, πέραν του φόβου μιας δυνητικά θανατηφόρας ασθένειας, έχει να αντιμετωπίσει και τη θλίψη για την απώλεια ενός μέρους του σώματός της που είναι σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας. Αν και αυτή η αναστάτωση είναι καθολική, εντούτοις ο βαθμός στον οποίο βιώνεται διαφέρει. Πρωιμότερες μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό των γυναικών που παρουσιάζουν μειωμένη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα μετά τη μαστεκτομή έφτανε μέχρι και 56%. Επιπρόσθετα, η στάση της κοινωνίας να θεωρεί

τις γυναίκες με μαστεκτομή λιγότερο ως καρκινοπαθής και περισσότερο ως «ακρωτηριασμένες» τις στερεί από την υποστήριξη που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις επόμενες δοκιμασίες της νόσου. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι αρκετά υψηλός είναι και ο βαθμός της συναισθηματικής δυσφορίας των συζύγων τους, με χαμηλότερα βέβαια ποσοστά στους άντρες που οι γυναίκες τους υποβάλλονται σε επέμβαση διατήρησης του μαστού.

Η ετερόπλευρος ορχεκτομή είναι η συνήθης χειρουργική θεραπεία των όρχεων χωρίς καμία επίδραση στη γονιμότητα ή την έσω έκκριση των όρχεων. Εντούτοις αρκετοί ασθενείς μετά την επέμβαση κάνουν επικουρική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, γεγονός που συνεπάγεται άλλοτε άλλης διάρκειας ξηρό οργασμό και συνοδό μείωση της γονιμότητας (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

## *ii. Χημειοθεραπεία*

Η χημειοθεραπεία αντιμετωπίζεται από τους ασθενείς ως πιο απειλητική σε σχέση με τη χειρουργική θεραπεία όχι μόνο λόγω των τοξικών της παρενεργειών, αλλά και λόγω προηγούμενων γνώσεων των ασθενών από εμπειρίες του περιβάλλοντός του και από εποχές που η χημειοθεραπεία δινόταν μόνο για παρηγορητικούς σκοπούς.

Δεν είναι απορίας άξιο που η αναγγελία μιας χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλέσει νέα ψυχολογική κρίση στον ασθενή που έχει μόλις προσαρμοστεί στην κρίση της διάγνωσης (Holland, 1990). Αν και οι χημειοθεραπείες έχουν σημαντικές παρενέργειες, ο βαθμός των παρενεργειών ποικίλλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από τις δόσεις, τον αριθμό των κύκλων ή τον συνδυασμό τους με την ακτινοθεραπεία. Η πιο σημαντική παρενέργεια είναι η επίδραση στα φυσιολογικά κύτταρα, ιδίως τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα που γίνονται στόχοι της τοξικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών παραγόντων. Άλλες παρενέργειες περιλαμβάνουν την αλωπεκία, τη ναυτία, τον εμετό, την κούραση, την ανορεξία, τις διάρροιες, την περιφερική νευροπάθεια, τη στοματίτιδα και πολύ αργότερα από τη συμπλήρωση της θεραπείας εξαρτημένη ναυτία και εμετό. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Οι Cella και συν. (1986) σε μελέτη εξήντα αντρών με λέμφωμα βρήκαν ότι το 63% αυτών βίωναν εξαρτημένη ναυτία, το 80% άγχος και το 5% εξαρτημένο εμετό, 6-140 μήνες μετά τη συμπλήρωση της χημειοθεραπείας. Η αναμονή της πρώτης χημειοθεραπείας αναφέρεται ως περισσότερο στρεσογόνος από αυτή καθεαυτή τη θεραπεία. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Η αντίληψη των ασθενών για την επίδραση της χημειοθεραπείας, ιδίως της ανακουφιστικής, στην ποιότητα της ζωής τους, όπου η σχέση όφελος/επίδραση στην ποιότητα ζωής, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, αποτέλεσε αντικείμενο πολλών μελετών. Οι Coates και συν. (1983) χρησιμοποιώντας κάρτες με αναλογική κλίμακα που περιλάμβαναν μία σειρά 45 σωματικών συμπτωμάτων και μία σειρά 28 μη σωματικών συμπτωμάτων, βρήκαν ότι τα τρία πρώτα συμπτώματα ήταν, ναυτία, εμετός και αλωπεκία. Αλλά και παρόλο που ο αριθμός των καρτών των μη σωματικών συμπτωμάτων ήταν πολύ μικρότερος, 37 από τους 99 ασθενείς περιέλαβαν τρία ή περισσότερα από τα μη σωματικά συμπτώματα (ερχομός στο νοσοκομείο, άγχος, θλίψη) στα πέντε πρώτα συμπτώματά τους. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Μετά το τέλος των κύκλων της χημειοθεραπείας, ένα ποσοστό 25-27% των ασθενών αναπτύσσουν εξαρτημένη ναυτία και εμετό με τη διεργασία της εξαρτημένης μάθησης, που παρόλο την πρόοδο στην αντιεμετική αγωγή, εξακολουθεί να παραμένει πρόβλημα επειδή δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις αντιεμετικές αγωγές. Συγκεκριμένα, ουδέτερα ερεθίσματα από τα περιβάλλον της κλινικής (άσπρη μπλούζα, μυρωδιά, κ.τ.λ.) μπορεί να γίνουν εξαρτημένα ερεθίσματα και να προκαλούν προκαταβολική ναυτία και εμετό, πολύ αργότερα από τη συμπλήρωση της θεραπείας.

Οι Nesse και συν. (1983), σε μια μελέτη 22 ασθενών που έκαναν χημειοθεραπεία ως περιπατητικοί, βρήκαν στους 8 από αυτούς παρουσία οσφρητικών ή γευστικών (οσμή κλινικής ή φαρμάκου) ψευδοψευδαισθήσεων. Οι ασθενείς παρουσίαζαν ναυτία μετά τη θεραπεία, η δε κατάσταση αυτή εμφανιζόταν προοδευτικά μετά από έξι μήνες χημειοθεραπείας. Για την εξήγηση αυτού του φαινομένου οι συγγραφείς έδωσαν διάφορες ερμηνείες όπως της αντίδρασης σε στρεσογόνο κατάσταση, της τραυματικής νεύρωσης ή της μάθησης (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

### ***iii. Ακτινοθεραπεία***

Η ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζεται από τους ασθενείς με περισσότερη καχυποψία και σκεπτικισμό από ότι οι άλλες θεραπείες και ένας σημαντικός βαθμός άγχους, θλίψης, οργής, ενοχής και φόβων ακολουθούν την αναγγελία της. Οι ασθενείς φοβούνται ότι ο όγκος έχει επεκταθεί χωρίς να το γνωρίζουν, φοβούνται επώδυνα εγκαύματα ως αναμενόμενες παρενέργειες, όπως επίσης φοβούνται την ανάπτυξη μιας νέας νεοπλασίας, ή ότι αυτά τα τεράστια, ψυχρά μηχανήματα θα τους



πλακώσουν ή θα εκπέμψουν υπερβολική ακτινοβολία. Οι παρενέργειες εξαρτώνται από το σημείο που ακτινοβολείται, αλλά γενικές παρενέργειες ναυτίας, κούρασης, αδυναμίας, κακού «νόσος της ακτινοβολίας» ποικίλουν από άτομο σε άτομο και δεν είναι δυνατό να προβλεφθούν.

Συνήθεις αντιδράσεις στην ακτινοθεραπεία είναι το άγχος, η κατάθλιψη, ο θυμός και η ενοχή, ενώ προς το τέλος της θεραπείας οι ασθενείς νιώθουν περισσότερο καταθλιπτικοί και εκφράζουν περισσότερο θυμό και λιγότερη ελπίδα εξαιτίας των παρενεργειών κούρασης, ανορεξίας και γενικής κακουχίας. Σημαντική επίσης αιτιολογική συνιστώσα για τις γενικές και συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, φαίνεται να είναι η σχέση του ασθενούς με τον παραπέμποντα θεράποντα και ακτινοθεραπευτή. Ένα μεγάλο ποσοστό των παραπεμπομένων ασθενών για ακτινοθεραπεία δεν θεωρούν ικανοποιητική την προετοιμασία για παραπομπή, ενώ ταυτόχρονα νιώθουν ότι ούτε ο παραπέμπων θεράπων ούτε ο ακτινοθεραπευτής είναι άτομα στα οποία μπορούν να εκφράσουν τα συναισθηματικά τους προβλήματα (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

## **7. ΣΤ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΠΙΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

### ***i. Καρκίνος των όρχεων***

Ο καρκίνος των όρχεων συμβαίνει σε άτομα κατά την αιχμή του αναπτυξιακού σταδίου και είναι καλής πρόγνωσης. Εντούτοις, ο ψυχολογικός αντίκτυπος είναι σημαντικός λόγω της επίδρασης του στην ψυχοσεξουαλική ακεραιότητα, στην εικόνα του σώματος, στην αίσθηση της αρρενωπότητας, στην αναπαραγωγική και στη σεξουαλική επιθυμία και λειτουργική απόδοση. Αλλά ακόμα και μετά από την επιτυχή θεραπεία μπορεί το άτομο να βιώσει άγχος, κατάθλιψη, φόβους υποτροπής και γενικά αίσθηση ευπάθειας. Η στειρότητα μπορεί να είναι πρόδρομος εκδήλωση της νόσου, αλλά και αποτέλεσμα προσωρινό ή μόνιμο λόγω του καθορισμού των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων ή της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας, που επίσης ευθύνονται για την ξηρή εκσπερμάτιση (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

### ***ii. Καρκίνος του μαστού***

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πλέον μελετημένος σε σχέση με τις ψυχολογικές του επιπτώσεις, όχι μόνο γιατί είναι ο πλέον συχνός καρκίνος στις

γυναίκες αλλά και γιατί προσβάλλεται ένα όργανο που είναι συνυφασμένο με τη γυναικεία θηλυκότητα και σεξουαλικότητα. Επιπρόσθετα, αν και δευτερεύον χαρακτηριστικό του φύλου, είναι ορατός και διαχωρίζει καθαρά τους άντρες από τις γυναίκες με αποτέλεσμα να έχει συχνά πιο μεγάλη σημασία και από τα πρωτεύοντα γεννητικά όργανα.

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος από αυτή καθαυτή τη νόσο, από την απώλεια του μαστού και από τη διαταραχή των σχέσεων είναι σημαντικός αν και μελέτες τείνουν να αναθεωρήσουν τον πρωταρχικό ρόλο της απώλειας του μαστού στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα δεν βρέθηκαν διαφορές στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στην ποιότητα ζωής ανάμεσα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που αντιμετώπιστηκαν με μαστεκτομή και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία διατήρησης του μαστού. Μάλιστα, για τις γυναίκες που επιλέγουν την αποκατάσταση μαστού, οι Redd και Jacobsen (1998) πιστεύουν ότι η επιθυμία αυτή των γυναικών αποτελεί ένδειξη ψυχικής υγείας και οδηγεί σε βελτίωση της ψυχολογικής προσαρμογής. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Δείκτες πτωχής προσαρμογής είναι επιπρόσθετα ταυτόχρονα νοσήματα ή στρεσογόνες καταστάσεις, προσδοκία ελλιπούς υποστήριξης από τους άλλους και μια τάση να εκλαμβάνουν τα γεγονότα της ζωής ως μη ελεγχόμενα από αυτές

Η ψυχολογική προσαρμογή εξαρτάται επίσης από την αντίδραση των σημαντικών για τη γυναίκα προσώπων. Σε συγκριτική μελέτη (Αρχές Ψυχοογκολογίας) διαπιστώθηκε λιγότερη καταθλιπτική επιβάρυνση σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, συγκριτικά με ομάδα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, εύρημα που σχετίστηκε με τον μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τη συζυγική υποστήριξη, που αναφέρθηκε από τις προεμμηνοπαυσιακές. Άνδρες που έδωσαν ανεπαρκή υποστήριξη στις γυναίκες με μαστεκτομή ήταν αυτοί που είχαν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα και, ειδικότερα, έκαναν κατάχρηση ουσιών, είχαν ιστορικό εξωσυζυγικών σχέσεων, χρόνια διαταραχή επικοινωνίας και αδυναμία να ανεχθούν τις αυξημένες εξαρτητικές ανάγκες της συζύγου.

Την έκβαση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής καθορίζει και η σχέση ασθενούς – θεράποντος ιατρού. Θεραπευτική σχέση τύπου «γονέα-παιδιού» («εσύ θα αποφασίσεις για μένα γιατρέ») ευοδώνει εξαρτητικές τάσεις, παλινδρόμηση και μη ευαισθητοποίηση της ασθενούς στη διαδικασία προσαρμογής. Αντίθετα, η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης τύπου «ενήλικα-ενήλικα» («βάσει των επιλογών,

των συστάσεων σας και των προτιμήσεών μου θα επιλέξω αυτό»), όπου ο γιατρός υπευθυνοποιεί την πάσχουσα σε μία από κοινού αντιμετώπιση και λήψη αποφάσεων, αποκαθιστά το απολεσθέν αίσθημα ελέγχου της ασθενούς (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

### *iii. Γυναικολογικός καρκίνος*

Ο σκοτεινός απόηχος που συνοδεύει όλους τους καρκίνους, παρά τις τρέχουσες ευοίωνες θεραπευτικές δυνατότητες, είναι ιδιαίτερα τονισμένος στον γυναικολογικό καρκίνο, κυρίως γιατί προσβάλλονται όργανα που είναι καθοριστικά για τη σεξουαλικότητα και τη γονιμότητα. Επιπλέον, οι γυναίκες συχνά έχουν αρκετές εσφαλμένες αντιλήψεις για την ανατομία και τη φυσιολογία των γεννητικών. Έτσι, ακόμα και μια υστερεκτομή μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση και φόβους ότι η γυναίκα θα πάψει να ασκεί σεξουαλική έλξη ή ότι η προκαλούμενη από το χειρουργείο εμμηνόπαυση μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της λειτουργίας του «καθαρίσματος του σώματος που γίνεται με την έμμηνο ρύση». Ανεξαρτήτως των αιτιών, η ασάφεια και η μυθολογία γύρω από τις επιπτώσεις είναι σημαντικά αναπτυγμένες και ενδεικτικό αυτού του γεγονότος είναι η αποφυγή συζητήσεων γύρω από τα συναισθηματικά και σεξουαλικά θέματα, τόσο από τους ιατρούς όσο και από τους ασθενείς.

Η ανακάλυψη μιας αιμορραγίας είναι περίοδος μεγάλου πανικού αλλά για πολλές γυναίκες είναι ταυτόχρονα και πρόκληση να συνεχίσουν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για τη λύση του προβλήματος. Ένας σημαντικός αριθμός γυναικών καθυστερεί να δώσει τη δέουσα προσοχή, συνήθως από φόβο για τη διάγνωση και τις συνέπειες της, αλλά και από κατάθλιψη ή ενοχή για την προηγούμενη σεξουαλική ζωή της. Έτσι, η πολύ ανεξάρτητη γυναίκα καθυστερεί να αναζητήσει τη διάγνωση, επειδή αισθάνεται πανικό με τη σκέψη ότι θα αρχίσει να εξαρτάται από το προσωπικό του νοσοκομείου ή την οικογένειά της. Συνήθως, καθυστέρηση στην αναζήτηση διάγνωσης παρατηρείται στις γυναίκες που είναι μεγαλύτερες στην ηλικία, σε αυτές που ζουν μόνες, καθώς και στις γυναίκες που χρησιμοποιούν τους αμυντικούς μηχανισμούς της αποφυγής και της απώθησης ως στρατηγικές αντιμετώπισης ψυχοπιεστικών γεγονότων. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Παλαιότερες έρευνες που ανέβαζαν τα ποσοστά των σεξουαλικών δυσλειτουργιών σε σημαντικό επίπεδο στον γυναικολογικό καρκίνο, έχουν σήμερα αναθεωρηθεί και έχει τεκμηριωθεί ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες στον γυναικολογικό καρκίνο δεν είναι περισσότερες από εκείνες που παρατηρούνται σε

καρκίνους άλλης εντόπισης και ούτε διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών εντοπίσεων του γυναικολογικού καρκίνου. Αλλά ούτε και το είδος της θεραπείας φαίνεται να διαφοροποιεί την επικράτηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών (Ιακωβίδης, 2001).

Είναι γνωστό ότι η τεστοστερόνη είναι η ορμόνη που προάγει τη σεξουαλική επιθυμία τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες και ότι η παύση της ωοθηκικής λειτουργίας έχει ελάχιστη επίδραση στη σεξουαλική επιθυμία, εφόσον τα επινεφρίδια είναι ακόμα λειτουργικά (καμία σημερινή θεραπεία για τον γυναικολογικό καρκίνο δεν έχει αντίκτυπο στα επινεφρίδια) και η μείωση των οιστρογόνων μπορεί να οδηγήσει μόνο σε κολπική ξηρότητα ή ατροφία. Με άλλα λόγια δεν υφίσταται κανένας οργανικός παράγοντας που να μειώνει τη σεξουαλική επιθυμία παρά μόνο η συναισθηματική αναστάτωση ή οι ψυχιατρικές διαταραχές, οι εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από τη ανατομία και φυσιολογία των γεννητικών οργάνων καθώς και η εσφαλμένη αντίληψη των θεραπόντων να θεωρούν την τυχόν σεξουαλική δυσλειτουργία ως κάτι το αναπόφευκτο. Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι και μόνο η ερώτηση του θεράποντα για τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας αποτελεί για αυτήν ένα μήνυμα ελπίδας (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

#### ***iv. Καρκίνος του λάρυγγα***

Στον καρκίνο του λάρυγγα υπάρχουν δύο μεταβλητές που διαφοροποιούν αρνητικά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις προοπτικές για αποκατάσταση. Η μία είναι η απειλή της διακοπής της ομιλίας, αυτής της τόσο σημαντικής λειτουργίας που είναι η βάση της επικοινωνίας και της κοινωνικής αλληλεξάρτησης. Αυτή η απειλή απαιτεί ικανές συναισθηματικές δυνάμεις και δεν είναι περίεργο που ακόμα και οι φυσιολογικές αντιδράσεις στον καρκίνο του λάρυγγα προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος, έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, πολύ συχνά από αυτοκτονικές σκέψεις και μεγάλη αναποφασιστικότητα για επέμβαση.

Κατ' αντιστοιχία με την κλίμακα «ευπάθειας» του Weisman (1976) για την πρόβλεψη μελλοντικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ασθενούς με οιοδήποτε καρκίνο (μερικά σημάδια ευπάθειας για μελλοντικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι : αναποφασιστικότητα του ασθενούς σχετικά με την αναζήτηση διάγνωσης, απογοητεύσεις του παρελθόντος, συζυγικά προβλήματα, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων), οι Droppin και συν. (1983), κάνουν μια κλίμακα «ευπάθειας» σε λειτουργική απώλεια και σωματική παραμόρφωση για την πρόβλεψη μελλοντικών

ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, βρήκαν ότι η απώλεια της φωνής ήταν η πιο σοβαρή λειτουργική απώλεια και σχετιζόταν με πιο παρατεταμένη ανάρρωση, πιο παρατεταμένη κοινωνική απομόνωση και πιο σοβαρή κατάθλιψη. Τέλος ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας, είναι η αδυναμία αισθητικής άρνησης, αφού η λαρυγγεκτομή και οι συνέπειές της δεν μπορούν να κρυφτούν, στερώντας έτσι τον ασθενή από τον μηχανισμό άρνησης που έχει φανεί πόσο ευεργετικά δρα στη δυσφορία και επιπλέον έχει βρεθεί να σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης.

Στον καρκίνο του λάρυγγα η φυσιολογική αντίδραση είναι πιο έντονη και χαρακτηρίζεται από περισσότερο άγχος, είτε γενικευμένο, είτε με κρίσεις πανικού, το οποίο μαζί με τους παρατηρούμενους φόβους διακοπής της ομιλίας συχνά οδηγεί σε αναποφασιστικότητα για την επέμβαση, δυσκολία προσαρμογής, τάση για συνέχιση του αλκοόλ και του καπνού και απόσυρση (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

#### ***v. Καρκίνος του πεπτικού συστήματος***

Τρεις κυρίως περιοχές ενδιαφέροντος αναφορικά με τον καρκίνο του πεπτικού συστήματος έχουν προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον στον τομέα της ψυχοογκολογίας. Η πρώτη αφορά στο ενοχικό στοιχείο που καταλαμβάνει τους ασθενείς με καρκίνο του γαστρεντερικού συστήματος, αφού η ανάπτυξη αυτού του καρκίνου έχει στενά συνδεθεί με τη διατροφή, δηλαδή τη μειωμένη κατανάλωση τροφών με ίνες και τη μεγάλη κατανάλωση τροφών με λιπαρά. Η δεύτερη αφορά στη δυσκολία των ασθενών να αντιμετωπίσουν την προσωρινή ή μόνιμη στομία. Για τον ασθενή αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοπιεστικά γεγονότα του καρκίνου και της θεραπείας του και νοιώθει αισθήματα ασχίμιας, ρυπαρότητας και ντροπής, που μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη κοινωνική, επαγγελματική, σεξουαλική, και οικογενειακή λειτουργικότητα. Τέλος, η τρίτη περιοχή είναι ο καρκίνος του παγκρέατος που συνοδεύεται συχνά με συναισθηματικές διαταραχές τύπου κατάθλιψης και άγχους σε πολύ μεγάλο ποσοστό (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

#### ***vi. Καρκίνος του πνεύμονα***

Η δυσμενής πρόγνωση, αφού κατά τη στιγμή της διάγνωσης η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα έχουν ανεγχείρητους όγκους, η συχνή ύπαρξη νευροψυχιατρικών διαταραχών λόγω των συχνών εγκεφαλικών μεταστάσεων, που πολλές φορές εμφανίζονται ακόμα και πριν τη διάγνωση, και το ενοχικό στοιχείο που βιώνουν οι ασθενείς λόγω του καπνίσματος αποτελούν τις πιο συχνές ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαστάσεις του καρκίνου του πνεύμονα.

Το αίσθημα ότι έχει μια αθεράπευτη νόσο συχνά επιβαρύνει τον ασθενή σημαντικά και οδηγεί σε μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές λόγω του αισθήματος ότι «δεν πρόκειται να γίνει τίποτα πια». Για τον ασθενή αυτή η εμπειρία είναι ένας ατελείωτος εφιάλης στον οποίο γίνεται απρόθυμος θεατής και θύμα ακατάπαυστων χαοτικών και νευροαισθητηριακών εμπειριών στα πλαίσια μιας εγκεφαλικής αποδιοργάνωσης (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

#### **8. Α. Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Η ψυχοσωματική θεώρηση του καρκίνου έχει μακρά ιστορία, η οποία ξεκινάει σχεδόν από τη στιγμή που ταυτοποιήθηκε ως νόσος από την ιατρική βιβλιογραφία. Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα έγιναν προσπάθειες είτε με εμπειρικούς είτε με επιστημονικούς τρόπους, να εξηγηθούν και να ερμηνευτούν φαινόμενα που προέρχονταν από την αλληλεπίδραση σώματος και νου. Το ανήσυχο πνεύμα γιατρών, όπως ο Ιπποκράτης και ο Ασκληπιός, συνέλαβαν την ιδέα της συσχέτισης της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου με τον καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης, που πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο «καρκίνωμα», πίστευε σύμφωνα με την γενική θεωρία του «Περί Χυμών» ότι άτομα με μελαγχολική διάθεση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κακοήθεις όγκους και πρότεινε μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς όσον αφορά στη θεραπεία του, υποστηρίζοντας ότι πέρα από την «βιολογική» θεραπεία του θα πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια και για την ψυχική υγεία και ευεξία του ασθενούς (Ευτυχιάδης Α, 2001 και Ιπποκράτης-5<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ., 1992).

Κατά συνέπεια η αντιμετώπιση του καρκίνου δεν αποτελεί σήμερα ένα πρόβλημα μόνο ιατρονοσηλευτικό αλλά ένα πρόβλημα πολύπλευρο και σύνθετο. Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού, αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό, άλλοτε σαν αίτιο και άλλοτε σαν αποτέλεσμα, δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από τον θεραπευτικό στόχο. Στην καθημερινή πρακτική όμως, υπάρχει ακόμα μεγάλος ενδιασμός στο να γίνει αποδεκτό, ότι τα κοινωνικά, συναισθηματικά και οικονομικά προβλήματα που συνοδεύουν τον καρκίνο είναι μέρος της αρρώστιας και πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο σοβαρά, όσο και η ίδια η νόσος. Η λέξη σοβαρά βέβαια, δεν υπονοεί την έλλειψη σοβαρότητας αλλά αναφέρεται στις προτεραιότητες και τις μεθόδους που μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την «ολιστική» αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο «καρκίνος» σήμερα στη χώρα μας, θυμίζει περισσότερο παρά ποτέ, τον περίφημο «Καρτεσιανό Δυναλισμό» που χώριζε τον

άνθρωπο σε δυο διαφορετικά στοιχεία, το σώμα και την ψυχή. Έτσι, ενώ η αρρώστια βλέπουμε να αντιμετωπίζεται με όλη τη σύγχρονη επιστημονική γνώση, μέσα, και διεθνή πρωτόκολλα, ο άρρωστος σαν άτομο και κοινωνική οντότητα, μένει ακόμη μόνος και αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του «κοινωνικού στίγματος» αλλά και όλες τις επιπτώσεις του των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν την αρρώστια αυτή.

## **8. Β. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.**

Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων όπως η προσωπικότητα του ατόμου, οι αμυντικοί μηχανισμοί, η κοινωνική στάση και τα κοινωνικά πιστεύω καθώς και η ενεργή συμμετοχή του υποστηρικτικού συστήματος του ασθενούς με καρκίνο στην αντιμετώπιση τόσο της ασθένειας όσο και των προβλημάτων που την συνοδεύουν επηρεάζει την ψυχοκοινωνική του προσαρμογή του.

Στρεσογόνος κατάσταση ή ψυχοπιεστική είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των απαιτήσεων που δημιουργούνται σε ένα άτομο και της ικανότητας του να αντιδράσει

Ο καρκίνος αν και βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο, δεν παύει να αποτελεί μια απειλή για την σωματική ακεραιότητα και τη ζωή, μια απειλή που απαιτεί την κινητοποίηση ψυχοδιανοητικών και σωματικών δυνάμεων για τη διατήρηση της ψυχοσωματικής ισορροπίας. Οι απαιτήσεις κινητοποίησης αυτών των δυνάμεων είναι έντονες ενίοτε ανυπέρβλητες και η ανάγκη άμεσης λήψης αποφάσεων πολλές φορές κάνει επιτακτική την κινητοποίηση των αμυντικών μηχανισμών και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Έτσι, υπ' αυτή τη θεώρηση αναντίρρητα ο καρκίνος αποτελεί μια έντονη στρεσογόνο κατάσταση της ζωής.

Οι μηχανισμοί άμυνας έχουν ως στόχο να μη βιωθεί το άγχος, το πιο δυσάρεστο και πρωταρχικό συναίσθημα, και να προσαρμοστεί ο ασθενής σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. Οι μηχανισμοί αυτοί άλλοτε είναι αποτελεσματικοί και άλλοτε όχι. (Ιακωβίδης, Αθήνα, 2001).

Μερικοί από τους μηχανισμούς άμυνας είναι :

- § Απώθηση από τους πιο βασικούς μηχανισμούς που δεν επιτρέπει την ανάδυση στο συνειδητό ανεπίτρεπτων επιθυμιών και σκέψεων. Με άλλα λόγια, κάτι που είναι απειλητικό για το εγώ εκδιώκεται από την αντίληψη (συνειδητό).



Επειδή αυτές οι σκέψεις και οι επιθυμίες παραμένουν αναλλοίωτες, στο ασυνείδητο μπορεί να επανεμφανιστούν κάτω από διαφορετική μορφή, π.χ μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού που έχει απωθήσει το φόβο του θανάτου, μπορεί συχνά να έχει όνειρα θανάτου

- § Εκλογίκευση η δικαιολόγηση κάποιας σκέψης ή πράξης με λογικοφανή επιχειρήματα τα οποία όμως δεν ισχύουν για το άτομο , π.χ μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού μπορεί να δικαιολογηθεί στον εαυτό της ότι ήταν πολύ απασχολημένη για να εξετάσει το ογκίδιο νωρίτερα, αντί να δεχτεί ότι φοβόταν τον καρκίνο και απέφευγε να δώσει την κατάλληλη ιατρική σημασία.
- § Προβολή αρχέγονος μηχανισμός κατά τον οποίο ασυνείδητα αποδίδει κάποιος συναισθήματα και σκέψεις δικές του σε άλλους π.χ μια γυναίκα μπορεί να αισθάνεται άσχημα στη θέα της ουλής της μαστεκτομής, αλλά αυτό το παρουσιάζει ως συναίσθημα του άντρα της.
- § Μετάθεση η συγκρουσιακή δυσφορία μεταφέρεται από το αρχικό αντικείμενο σε ένα άλλο, όπου τα συναισθήματα μπορούν να εκφράζονται με ασφάλεια, π.χ ο ασθενής που «τα' χει με τη ζωή» που επέτρεψε να έχει καρκίνο, αλλά εκφράζει θυμό για το μπάνιο ή τη θεραπεία που δεν έγινε ακριβώς στην ώρα της.
- § Άρνηση αδυναμία αποδοχής της εξωτερικής πραγματικότητας παρόλο που αισθητηριακά γίνεται αντιληπτή.

Σήμερα πιστεύεται ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες θα πρέπει να εκλαμβάνονται περισσότερο ως προκλήσεις και επιταγές τις οποίες πρέπει το άτομο να χειριστεί με κοινωνικά και ψυχολογικά μέσα, υπάρχουν ωστόσο αποδείξεις ότι οι «καλές» στρατηγικές αντιμετώπισης προφανώς συνδέονται με την «καλή» δύναμη του εγώ (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001).

Σύμφωνα με τον Kaplan, (1981) (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001) η αντιμετώπιση είναι εκείνη η συμπεριφορά του ατόμου που οδηγεί στη μείωση, μέσα σε ανεκτά όρια, των σωματικών και ψυχολογικών εκδηλώσεων της συναισθηματικής αναστάτωσης, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός, αλλά και στην κινητοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων για την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, που θα οδηγήσουν στην αλλαγή του περιβάλλοντος ή της σχέσης με αυτό.

Για τον Weisman (1987), (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001) αντιμετώπιση είναι ο τρόπος που δρα το άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με το πρόβλημα, έτσι ώστε να

πάρει ανακούφιση, ανταμοιβή, ηρεμία και ισορροπία, ενώ για τον Lazarus (1993), (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001) αντιμετώπιση είναι η αλλαγή των γνωστικών και συμπεριφοριολογικών προσπαθειών για τον χειρισμό ειδικών εξωτερικών ή και εσωτερικών απαιτήσεων, οι οποίες εκτιμώνται από το άτομο ως υπερβολικές για τα μέσα που διαθέτει. Κατά τον τελευταίο μελετητή, η αντιμετώπιση εκλαμβάνεται περισσότερο ως μια εξελικτική διεργασία, που αλλάζει με τον χρόνο σύμφωνα με το γενικό πλαίσιο της κατάστασης στην οποία επισυμβαίνει, και όχι ως μια σταθερή διάσταση. Τα άτομα χρησιμοποιούν περισσότερες από μια στρατηγικές αντιμετώπισης, ακόμη και στην ίδια στρεσογόνο κατάσταση, κυρίως λόγω του σύνθετου χαρακτήρα της, είναι όμως δύσκολο να λεχθεί σε ποια έκταση είναι συνδεδεμένες οι στρατηγικές με μια συγκεκριμένη όψη του προβλήματος ή με χρονικούς παράγοντες. Αναφέρει επίσης ο Lazarus ότι μερικές στρατηγικές είναι πιο σταθερές από άλλες, π.χ. η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης δεν φαίνεται να είναι τόσο σταθερή ακόμα και αν παλαιότερα υπήρξε θετική ανταπόκριση, ενώ όταν ένας στρεσογόνος παράγοντας εκλαμβάνεται ως μη επιδεχόμενος αλλαγή, τότε επικρατεί η εστίαση στην ανακούφιση της συναισθηματικής αναστάτωσης. Υπό αυτή τη θεώρηση, η γνώση του τρόπου αντιμετώπισης ενός ατόμου δεν είναι πάντα χρήσιμη για την πρόβλεψη μελλοντικών αντιδράσεων σε κάποια νέα κατάσταση. Έτσι, το να χαρακτηρίζεται ο τρόπος αντιμετώπισης ενός ατόμου ως σταθερά δυσπροσαρμοστικός μπορεί να μην είναι σωστό ή ακριβές. Επιπρόσθετα, εάν η στάση δεν θεωρηθεί σταθερή, η παρέμβαση των ειδικών θα είναι πιο αποτελεσματική, αφού είναι ευκολότερο να αλλάξουν κάποιες από τις στρατηγικές παρά το σύνολο τους (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001).

Αν και η αντιμετώπιση είναι πλέον ο χρησιμοποιούμενος όρος, η προσαρμογή αποτελεί την κεντρική διάσταση κάτω από την οποία υπάγονται η αντιμετώπιση (η οποία αναφέρεται στην συναλλαγή με τα οξέα δραματικά γεγονότα του καρκίνου και όπου απαιτούνται νέες στρατηγικές), η άμυνα (αντανακλαστικές αντιδράσεις που σχετίζονται με τον κίνδυνο και την προστασία) και η επιβολή (η επιτυχής προσπάθεια για την λύση των απαιτήσεων).

Σε σύγκριση με την άμυνα, η αντιμετώπιση έχει την έννοια της επεξεργασίας για την ανάπτυξη νέων στρατηγικών. Και οι δυο τρόποι, άμυνα και αντιμετώπιση, επιστρατεύονται στον καρκίνο για προστασία, αφού η απειλή κατά της ζωής κάνει την άμυνα μια πρωταρχική ανάγκη, αλλά εξίσου αναγκαία είναι και η εξερεύνηση νέων στρατηγικών αντιμετώπισης. Αν και η άμυνα και η αντιμετώπιση είναι

ξεχωριστές τακτικές που η κάθε μια εξαρτάται από τη φύση του στρεσογόνου παράγοντα, είναι και οι δυο χρήσιμες χωρίς κατά τον Weisman (1987), να διακρίνονται σε καλύτερη ή χειρότερη. Για παράδειγμα, ενώ η αντιμετώπιση αποσκοπεί στη λύση του προβλήματος, η άμυνα αποσκοπεί στην ανακούφιση μέσω της αποφυγής και της άρνησης. (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001).

Η αντιμετώπιση διακρίνεται σε τρεις κύριες λειτουργίες:

α) τον χειρισμό του προβλήματος που προκαλεί την δυσφορία,

β) τη μετατροπή της έννοιας του προβλήματος ώστε να ουδετεροποιηθεί ο στρεσογόνος χαρακτήρας του, και

γ) τη ρύθμιση της συναισθηματικής δυσφορίας που προκαλείται από το πρόβλημα (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001).

Οι δυο τελευταίες λειτουργίες αναφέρονται και ως «ανακουφιστικές» σε αντίθεση με την πρώτη που εστιάζεται στη λύση του προβλήματος. Το ποια λειτουργία επικρατεί, εξαρτάται από τη φύση του στρεσογόνου παράγοντα και από το πώς εκλαμβάνεται αυτός από το άτομο π.χ. όταν θεωρείται ότι οι περιστάσεις είναι δυνατόν να αλλάξουν, χρησιμοποιείται περισσότερο η λειτουργία για τη λύση του προβλήματος, ενώ στις καταστάσεις που θεωρούνται ανεξέλεγκτες, υπάρχει η τάση να χρησιμοποιηθούν οι άλλες δυο λειτουργίες.

Κατά τον Weisman (1987), (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001) τα άτομα που παρουσιάζουν καλή αντιμετώπιση έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- § Είναι αισιόδοξα στη λύση προβλημάτων και παρά τις αναποδιές διατηρούν γενικά ένα υψηλό επίπεδο ηθικού,
- § Τείνουν να είναι πρακτικά στα άμεσα προβλήματα που πρέπει να λύσουν πριν ακόμα σχεδιάσουν στο μυαλό τους μια απομακρυσμένη ή ιδεατή λύση,
- § Επιλέγουν μια τακτική από ένα ευρύ φάσμα πιθανών στρατηγικών και υπ' αυτή την άποψη είναι πολυμήχανοι,
- § Λαμβάνοντας υπόψη κάποιες πιθανές εκβάσεις βελτιώνουν την αντιμετώπιση με το να είναι γνώστες των συνεπειών,
- § Είναι γενικά ανοικτά σε προτάσεις, χωρίς να χάνουν τον τελευταίο λόγο στις αποφάσεις και
- § Είναι ως ένα σημείο ήρεμα και δεν παύουν να αποφεύγουν ακραίες συναισθηματικές εξάρσεις που θα μπορούσαν να χαλάσουν τη λογική. «Όμως», συμπληρώνει ο μελετητής, «κανείς δεν αντιμετωπίζει με επιτυχία όλες τις στιγμές».

Με ανάλογη θεώρηση η Holland (1991), εκθέτοντας ποιες πρέπει να είναι οι οδηγίες των θεραπόντων ιατρών στους ασθενείς τους σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης, σημειώνει και την οδηγία «μην αισθάνεσαι ένοχος επειδή δεν σκέπτεσαι θετικά όλη την ώρα και μην αισθάνεσαι ότι πρέπει να πολεμήσεις τον καρκίνο με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Επειδή αποδίδει για κάποιον άλλο δεν σημαίνει ότι είναι ο μόνος τρόπος ή ο σωστός για σένα. Χρησιμοποίησε τρόπους αντιμετώπισης που έχουν αποδώσει για σένα στο παρελθόν» (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001).

Κεντρική διάσταση, όπως αναφέρθηκε, είναι η προσαρμογή, η οποία αναφέρεται στη χρόνια διαδικασία χειρισμού της στρεσογόνου κατάστασης. Ο Silberfarb (1982) σημειώνει ότι δεν είναι τα οξέα και δραματικά γεγονότα της νόσου(διάγνωση, υποτροπή, θεραπείες κ.τ.λ.) οι πιο δύσκολες στιγμές για τον ασθενή, αλλά οι δυσκολίες στις καθημερινές απλές εργασίες που απαιτούν από το άτομο προσαρμοστική ικανότητα κατά τη χρόνια πορεία της νόσου. Σημειώνει επίσης ότι η καλή προσαρμογή δεν πρέπει κατ' ανάγκη να έχει την έννοια του θριάμβου ενάντια στις δύσκολες καταστάσεις του καρκίνου, αλλά την έννοια της πάλης μέσω ενός αποδεκτού συμβιβασμού, η οποία περιγράφεται καλύτερα με στρατιωτικούς όρους: «καθυστέρηση, στρατηγική υποχώρησης, ανασύνταξη δυνάμεων, εγκατάλειψη ανυποστήρικτων θέσεων και αναζήτηση πληροφόρησης για την παράταξη νέων όπλων». Έτσι, για τον ασθενή με μια απειλητική για τη ζωή του νόσο, οι προσαρμοστικές συμπεριφορές εξυπηρετούν την προσαρμογή στη νόσο, με την λύση των προβλημάτων, τη συγκέντρωση πληροφοριών, τις προσπάθειες αναπροσαρμογής του τρόπου ζωής και την ενεργό συμμετοχή στις επιλογές του θεραπευτικού προγράμματος (Ιακωβίδης, Αθήνα,2001).

## **8. Γ. ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Παλαιότερα ο καρκίνος ισοδυναμούσε, στην κυριολεξία, με θανατική καταδίκη. Ωστόσο, σήμερα συνεχώς περισσότεροι άνθρωποι μαθαίνουν να τον βλέπουν από διαφορετικό πρίσμα και να συνειδητοποιούν ότι η ζωή με τον καρκίνο σημαίνει εξοικείωση με μια χρόνια πάθηση. Μαθαίνουν δηλαδή να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές αγωγές και ταυτόχρονα να επιστρέφουν σε όσο το δυνατόν περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Είναι απολύτως σημαντικό να κατορθώσει κανείς να διατηρήσει το συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του, ή τουλάχιστον όσο περισσότερο γίνεται.

Ενδεχομένως δεν θα μπορεί να προγραμματίσει τις διακοπές του, να αθλείται όσο θα ήθελε ή να κάνει έρωτα τόσο συχνά όπως πριν. Ίσως όμως και να μπορεί. Το θέμα είναι ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητα το τέλος της ζωής, εκτός και αν ο ασθενής εγκαταλείψει τον εαυτό του.

Το μυστικό είναι να μη νιώσει σαν αβοήθητο θύμα, έρμαιο της αδυσώπητης μοίρας. Αν σκεφτεί κάτι τέτοιο, θα χάσει αυτόματα την θέληση να παλέψει για τη ζωή του. Αν σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή απλώς να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή.

Η μάχη με τον καρκίνο είναι συλλογική προσπάθεια, μια ευθύνη που τη μοιράζεται ο ασθενής με την ιατρική ομάδα. Η συνεργασία βασίζεται στην εντιμότητα, την επικοινωνία, την ενημέρωση και τη θέληση του ασθενούς να κάνει ότι καλύτερο μπορεί. Η ιατρική ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη να προγραμματίσει την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή και να προσφέρει την συμπαράστασή της. Ο ασθενής αναλαμβάνει την ευθύνη να διατρέφεται σωστά, να ασκείται σωστά και να τηρεί θετική στάση απέναντι στα προβλήματα του (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## **8. Δ. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ**

Τίποτε δεν μπορεί να υπονομεύσει περισσότερο τη θέληση για ζωή και την μαχητικότητα όσο τα αρνητικά συναισθήματα, που συχνά οφείλονται στην διάγνωση του καρκίνου, όπως ο θυμός, ο φόβος, η απώλεια της αυτοεκτίμησης και τα αισθήματα απομόνωσης. Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα συναισθήματα, θα δημιουργήσουν την αίσθηση της πλήρους αδυναμίας και θα οδηγήσουν στην παραίτηση από τη ζωή μέσα από την αποδοχή της ματαιότητας των πάντων (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***i. Η αντιμετώπιση του θυμού***

Κάθε άτομο αντιδρά στη διάγνωση του καρκίνου ανάλογα με την προσωπικότητα του και την ικανότητα του αν προσαρμόζεται στις δυσχέρειες της ζωής. Αν κάποιος θεωρεί κάθε αντιξοότητα ως ένα επιπλέον πρόβλημα που οφείλει να το αντιμετωπίσει με αποφασιστικότητα ή απλώς ως μια ατυχία από την οποία πρέπει να κρατήσει μόνο τα καλά της σημεία τότε η φυσιολογική θετική στάση του

θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει τον αρχικό κλονισμό της διάγνωσης και τις δυσκολίες που θα ακολουθήσουν. Αν όμως το άτομο συνηθίζει να αντιδρά στις αναποδιές της ζωής με την ερώτηση «γιατί εγώ;» μπορεί να σπαταλήσει το μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής του δύναμης θυμώνοντας εναντίον της νόσου, των «θεών» ή των ανθρώπων που του προξένησαν αυτή την συμφορά.

Ο θυμός είναι φυσιολογική αντίδραση. Κατά κάποιο τρόπο βοηθά να ξεπεραστεί η περίοδος της θλίψης που ακολουθεί την διάγνωση. Στην πραγματικότητα, αν ο ασθενής δεν νιώσει θυμό και δεν βρει διέξοδο να τον εκφράσει, κινδυνεύει να βυθιστεί σε μια μακρά περίοδο κατάθλιψης. Όμως υπάρχουν στιγμές που πρέπει να εκδηλώνεται ο θυμός και στιγμές που πρέπει να παραμερίζεται.

Αν ο θυμός δεν αντιμετωπιστεί, καταστρέφει την ψυχική δύναμη που θα μπορούσε να διοχετευτεί στη συμφιλίωση με την ασθένεια και στην απόφαση του ασθενούς να ζήσει μια όσο το δυνατόν γόνιμη και αποδοτική ζωή. Το πρώτο βήμα είναι να ανακαλυφθεί η αιτία του θυμού. Αν δεν βρεθεί, ίσως εξωτερικεύσει λανθασμένα στους ή συγγενείς, όποτε θα προκύπτουν έριδες για ασήμαντα γεγονότα και ξεσπάσματα με την παραμικρή αφορμή. Το αποτέλεσμα θα είναι να απομακρυνθούν οι άνθρωποι που νοιάζονται τον ασθενή, τη στιγμή που ο ίδιος τους έχει απόλυτη ανάγκη. Αν όμως αναγνωρίσει την αιτία του θυμού θα μπορέσει να βρει το σθένος να τον αντιμετωπίσει.

Είναι απόλυτη ανάγκη να εξωτερικευτεί ο θυμός. Ο ασθενής πρέπει να μιλήσει, να φωνάξει, να χτυπήσει το μαξιλάρι του ακόμα και να σπάσει ότι βρει μπροστά του. Γενικά, οφείλει να κάνει οτιδήποτε θα τον βοηθήσει να ξεσπάσει. Στη συνέχεια, ας προσπαθήσει να διοχετεύσει την ενέργεια αυτή με θετικό τρόπο στη σωστή κατεύθυνση. Ας δηλώσει σε όλους ότι δεν προτίθεται να αποχωρήσει από τη ζωή και ας ενεργοποιήσει το θυμό του παλεύοντας να διατηρηθεί στη ζωή (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

## ***ii. Συμφιλίωση με το φόβο***

Οι περισσότεροι μόλις ακούσουν τη λέξη καρκίνος σκέφτονται αυτόματα τλαιπωρίες, μακροχρόνια αναπηρία ή τη φράση «δεν γίνεται τίποτε». Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι κατάλληλες για κινηματογραφικά έργα αλλά, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις, δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα της σύγχρονης θεραπείας του καρκίνου. Σχεδόν πάντοτε, κάτι μπορεί να γίνει. Ο πόνος και οι παρενέργειες της θεραπείας μπορούν να ελεγχθούν. Η αναπηρία δεν είναι πάντα

αναπόφευκτη. Οι περισσότεροι εκπλήσσονται όταν πληροφορούνται πως οι απόψεις για τον καρκίνο είναι πολύ πιο απαισιόδοξες απ' ό τι συμβαίνει στην πραγματικότητα.

Ουδείς καρκινοπαθής όμως έχει την πείρα ή τη γνώση να αντιμετωπίζει τα γεγονότα που συχνά τον φοβίζουν και τα οποία είναι δυνατόν να εκδηλωθούν μέσα με την ημέρα, εβδομάδα με την εβδομάδα ή μήνα με το μήνα. Ακόμη κι όταν ο χειρουργός τον διαβεβαιώνει πως «αφαιρέθηκε όλος ο όγκος» και η ακτινοβολία ή η χημειοθεραπεία φαίνεται πως αποδίδουν, υπάρχει πάντα ο φόβος μήπως ξαναεμφανιστεί ο καρκίνος.

Ο φόβος γίνεται ένας αδυσώπητος δυνάστης αν αφηθεί να κυριαρχήσει στη ζωή του ασθενούς. Στην κυριολεξία οι ασθενείς τείνουν να «φοβούνται μέχρι θανάτου». Κατά την άσκηση της σύγχρονης ιατρικής έχει καταγραφεί το φαινόμενο οι ασθενείς που εκλαμβάνουν τη διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, να πεθαίνουν πολύ πιο σύντομα, πολύ πριν η νόσος προχωρήσει και επιφέρει αυτή το θάνατο.

Η διάγνωση του καρκίνου δεν ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη. Το πρώτο ερώτημα που υποβάλλουν οι ασθενείς μόλις πληροφορηθούν τη διάγνωση είναι «πόσος καιρός μου απομένει να ζήσω;». Δυστυχώς μερικοί γιατροί εξακολουθούν να απαντούν «έξι μήνες» ή «ένα χρόνο» ή «δυο χρόνια». Τέτοιες αυστηρά συγκεκριμένες προβλέψεις δεν ισχύουν σήμερα. Οι εν λόγω αριθμοί μπορεί να δημοσιεύονται ως μέσοι όροι για άτομα με συγκεκριμένους τύπου καρκίνου, αλλά αποτελούν απλώς μέσους όρους και όχι μεμονωμένες περιπτώσεις. Είναι προφανές ότι κάποιοι ασθενείς δεν επέζησαν τον προδιαγραφόμενο χρόνο, άλλοι όμως τον ξεπέρασαν.

Δεν μπορεί να γίνει καμία συγκεκριμένη εκτίμηση για εξατομικευμένη επιβίωση πριν ξεκινήσει η θεραπεία και διαπιστωθεί η ανταπόκριση του οργανισμού. Μέχρι τότε οι προβλέψεις, είναι στην καλύτερη περίπτωση, απλώς εικασίες και αβεβαιότητες και το μόνο που κατορθώνουν είναι να γκρεμίζουν την ελπίδα και τη θέληση για ζωή.

Η γνώση και η κατανόηση είναι τα μόνα όπλα που θα απελευθερώσουν τον ασθενή στο κάθε παράλογο φόβο. Αν θέλει να πληροφορηθεί την αλήθεια θα πρέπει να μιλήσει με τον ογκολόγο του ή κάποιο μέλος της ιατρικής ομάδας. Δεν θα πρέπει να δίνει βάση στα λεγόμενα φίλων, συγγενών ή γνωστών ή να θεωρεί τα γραφόμενα στον ανεύθυνο τύπο ως «ευαγγέλιο». Οι φόβοι μπορεί να επιλυθούν αν αντιληφθεί πλήρως τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αν κατανοήσει τις θεραπευτικές αγωγές

και τις μεθόδους υποστήριξης που προσφέρονται και αν έχει μια ρεαλιστική και λογική εκτίμηση της αναμενόμενης δυσφορίας και των ενοχλήσεων (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***iii. Η αντιμετώπιση του φόβου των άλλων***

Ακόμη και οι φόβοι του ασθενούς να τεθούν υπό έλεγχο, είναι δυνατόν κάποιοι φίλοι ή συγγενείς να του μεταδώσουν αθέλητα το δικό τους φόβο. Αν βρεθεί απροετοίμαστος, κινδυνεύει, διότι ίσως ανακαλύψει πως τα ψυχολογικά του αποθέματα έχουν εξαντληθεί και βρίσκεται στα πρόθυρα της κατάθλιψης.

Ο μόνος τρόπος να αποφύγει μια τέτοια παγίδα είναι είτε να κρατήσει κρυφή την πάθηση του είτε να βεβαιωθεί πως η οικογένεια και οι φίλοι του κατανοούν σωστά τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Ίσως θελήσει να επισκεφτεί τον γιατρό μαζί με κάποιους από αυτούς, ώστε να γίνουν μέλη της «καλά πληροφορημένης» ομάδας συμπαράστασης. Με την πράξη του αυτή θα βοηθήσει και το γιατρό, διότι πολλά προβλήματα επικοινωνίας οφείλονται στην οικογένεια-τον σύζυγο ή την σύζυγο, τα αδέρφια, τα ξαδέλφια ή φίλους οι οποίοι άκουσαν για κάποιο φάρμακο ή θεραπεία ή για κάποιο άλλον ασθενή που θεραπεύτηκε με άλλη μέθοδο. Μόνον όταν είναι βέβαιο ότι όλοι οι ενδιαφερόμενοι ενημερώνονται, μπορούν όλοι να κατευθύνουν σωστά την προσπάθεια τους (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***iv. Ο αντίκτυπος του καρκίνου στην αυτοεκτίμηση του ατόμου***

Η αυτοεκτίμηση του καρκινοπαθούς απειλείται από την ίδια την ιδέα του καρκίνου. Δυστυχώς ο ασθενής συχνά νιώθει πως αν διέθετε πιο ολοκληρωμένη προσωπικότητα δεν θα πάθαινε καρκίνο ή ακόμα πιστεύει ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα θείας δίκης. Όλα αυτά όμως δεν είναι παρά προλήψεις που, δυστυχώς, εξακολουθούν να συνδέονται με τη λέξη καρκίνος. Το να πάσχει κανείς από καρκίνο δεν σημαίνει φυσικά ότι είναι άχρηστος ή ένοχος για κάποιο φοβερό αμάρτημα. Ο καρκίνος μπορεί να προσβάλλει τον καθένα σήμερα.

Ωστόσο, ακόμη και αν ο καρκινοπαθής δεν πέσει θύμα των προκαταλήψεων και των δεισιδαιμονιών, ο καρκίνος μπορεί να αμβλύνει την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).



## ***v. Αλλαγές στη μορφή του σώματος***

Η ποιότητα ζωής σχεδόν όλων των καρκινοπαθών χειροτερεύει κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας των χειρουργικών επεμβάσεων, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς, ιδίως αν είναι εμφανείς. Αν υποστεί κάποιο ακρωτηριασμό, ή μείνουν μετεγχειρητικές ουλές, αλλάζει η υφή του δέρματος, χάσει τα μαλλιά του ή αδυνατίσει υπερβολικά οι αλλαγές δεν περνούν απαρατήρητες. Και οπωσδήποτε θα αισθανθεί άσχημα, τουλάχιστον την πρώτη φορά που θα έρθει σε επαφή με άλλους.

Αν πάλι υποστεί επέμβαση στα γεννητικά του όργανα, μπορεί να νιώσει ότι έχασε τον ανδρισμό του ή ότι δεν είναι πια «γυναίκα».

Ο εαυτός μας όμως δεν είναι μόνο το σώμα. Ο πραγματικός μας εαυτός είναι η ψυχή και το πνεύμα. Ίσως είναι δύσκολο ο ασθενής να αποδεχτεί αυτή την αλήθεια, αν όμως το κατορθώσει το ηθικό του θα εξυψωθεί. Μια καλή σκέψη είναι να έρθει σε επαφή με τα μέλη της ομάδας συμπαράστασης που έχουν επίσης υποστεί σωματικές αλλαγές. Μια τέτοια σχέση μπορεί να αποβεί επωφελής διότι η κοινή αντιμετώπιση των δυσκολιών φέρνει πιο κοντά τους ανθρώπους. Όσοι απασχολούνται εθελοντικά στις ομάδες αυτές ή σε άλλους οργανισμούς κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να βοηθήσουν στην συναισθηματική προσαρμογή. Αλλά και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί τελικά να αποδειχτεί πολύτιμος σύντροφος για άλλους και να ξεπεράσουν από κοινού τις αναπόφευκτες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Επιπλέον οι μεταβολές της σωματικής εικόνας, η μειωμένη ενεργητικότητα και η αγωνία επιβίωσης, καθώς και το άγχος λόγω των οικονομικών δυσκολιών επηρεάζουν την έκφραση της σεξουαλικότητας και δημιουργούν προβλήματα στην ερωτική επιθυμία. Όμως τόσο ο/η καρκινοπαθής όσο και ο/η σύζυγος ή σύντροφος του παραμένουν σεξουαλικές οντότητες, διατηρούν δηλαδή τις ίδιες ανάγκες και επιθυμίες που είχαν πριν εμφανιστεί η νόσος. Γι' αυτό σημαντική θεωρείται η ελεύθερη και άνετη επικοινωνία με το σύντροφο. Μπορεί ο ασθενής να χρειαστεί ειδικές πληροφορίες και οδηγίες από το γιατρό. Γεγονός είναι ότι το θέμα της σεξουαλικής υγείας για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα-ιδίως του καρκινοπαθούς- παραμελήθηκε επί μακρόν. Τα μέλη της ιατρικής ομάδας μπορεί να δυσκολεύονται να συζητήσουν τα σεξουαλικά προβλήματα με τους ασθενείς. Λόγω του ότι, όμως, η σεξουαλικότητα αποτελεί έναν φυσιολογικό τομέα ενδιαφέροντος ο ασθενής δεν θα πρέπει να αποφεύγει να ρωτάει το γιατρό του για οποιοδήποτε αφορά την

σεξουαλικότητα του έτσι ώστε να ξεπεράσει πολλά προβλήματα, να μειώσει την ένταση και να κερδίσει μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***vi. Αποφυγή της απομόνωσης***

Η κοινωνία μας αρέσκεται να πιστεύει πως είναι φιλεύσπλαχνη και πρόθυμη να βοηθάει στην αποκατάσταση αναπήρων ή ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική. Συχνά οι ανάπηροι παραγκωνίζονται ή και αποδιώχνονται. Οι εργοδότες και οι συνάδελφοι τους στη δουλειά μπορεί να τους κρατούν σε απόσταση. Η οικογένεια και οι φίλοι που αρχικά τους συμπαραστέκονται τείνουν να απομακρύνονται με τον καιρό διότι έχουν τα δικά τους προβλήματα και ζουν τη δική τους ζωή. Η συναναστροφή με έναν άνθρωπο του οποίου η ζωή απειλείται σοβαρά από μια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει φόβο και αμηχανία σε κάποιον που δεν ξέρει πώς να τον πλησιάσει ή τι να του πει. Σε τέτοιες στιγμές ο καρκινοπαθής εύκολα μπορεί να νιώσει εγκατάλειψη και μοναξιά.

Ακόμη και όταν τον περιβάλλουν συγγενείς και φίλοι, ενδέχεται να νιώθει αποκομμένος. Όλες οι σοβαρές ασθένειες οδηγούν στην απομόνωση που αισθάνεται ο άνθρωπος όταν αναλογίζεται τον θάνατο. Μερικοί στρέφονται τόσο πολύ στον εαυτό τους ώστε χάνουν την επαφή με τη ζωή και τους ανθρώπους.

Η απομόνωση και η μοναξιά συχνά επιβάλλονται. Αν η σκέψη του ασθενούς επικεντρώνονται στη θλίψη ή την αυτοεγκατάλειψη, ή έχει δεχτεί τη διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, ενδεχομένως κόβει τους δεσμούς του με τον κόσμο και ζει σαν να βρίσκεται ήδη ανάμεσα στους νεκρούς. Αν συμβεί κάτι τέτοιο και βρεθεί απομονωμένος, δίχως τους παλιούς του φίλους, πρέπει να δημιουργήσει νέους δεσμούς, νέες γέφυρες με τους ανθρώπους και να επιδοθεί σε δραστηριότητες που θα του ανανεώσουν το κέφι και τη θέληση για να ζήσει.

Ίσως νιώθει απογοητευμένος ή φοβάται να κάνει τα πρώτα βήματα προς μια νέα ζωή. Όμως μπορεί να αλλάξει κατεύθυνση. Ας το αποφασίσει, γιατί τα οφέλη είναι τόσα που αξίζει να καταβάλει κάθε προσπάθεια (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***vii. Απώλεια ανεξαρτησίας και ελέγχου***

Η συνέπεια αυτή είναι αναπόφευκτη για κάθε καρκινοπαθή. Στην αρχή, εξαρτάται από το ιατρικό σύστημα για την ίδια του τη ζωή. Στη διάρκεια της

νοσηλείας του άλλα άτομα θα του καθορίζουν πότε πρέπει να φάει, να κοιμηθεί, να πλυθεί, να περπατήσει.

Όταν επιστρέψει στο σπίτι, ίσως θα εξαρτάται από την οικογένεια του, τους φίλους του ή τους κοινωνικούς λειτουργούς για την περίθαλψή του, την προσωπική του φροντίδα ή την αντιμετώπιση των οικονομικών του υποχρεώσεων. Ίσως να αρχίσει να αισθάνεται «άχρηστος» ή να νιώθει ενοχές επειδή γίνεται βάρος στα αγαπημένα του πρόσωπα. Απλώς πρέπει να αποδεχτεί ότι για ορισμένο χρονικό διάστημα θα χάσει την ανεξαρτησία του. Ο αυτοσεβασμός του όμως θα ενισχυθεί αν αναλάβει πρωτοβουλίες και ευθύνες σε τομείς που μπορεί να χειριστεί.

Ωστόσο είναι πιθανό το ηθικό του να ενισχυθεί αν συμμετάσχει σε προγράμματα συμπαράστασης, λόγω χάρη σε ειδικές συμβουλευτικές ομάδες ή οργανώσεις συμπαράστασης ασθενών. Όταν ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση κερδίζει πολλά συμμετέχοντας σε μια τέτοια ομάδα. Μια ομάδα ανθρώπων που συμμερίζονται την κατάσταση του, του προσφέρει συντροφιά αλλά και την ευκαιρία να συζητήσει τις ανησυχίες του και τα συναισθήματα του (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Ο τρόπος οργάνωσης των ομάδων υποστήριξης, η δομή τους και το αντικείμενό τους που καλύπτουν ποικίλλουν. Όλες όμως έχουν κοινό γνώρισμα τη συγκέντρωση ανθρώπων με κοινές εμπειρίες. Έτσι στις ομάδες αυτές ο καθένας μπορεί να διηγηθεί την περίπτωσή του, να μοιραστεί την εμπειρία του και την επίδραση του καρκίνου στη ζωή του. Μπορεί να ακούσει τις ιστορίες των άλλων, να τους συμπαρασταθεί και έτσι να μειωθεί η αίσθηση απομόνωσης, φόβου και μοναξιάς. Μπορεί επιπλέον να ανταλλάξει πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα.

Κάθε ομάδα λειτουργεί με τα θετικά και αρνητικά της στοιχεία τα οποία εξαρτώνται από την συμμετοχή των μελών και την αποτελεσματικότητα των υπευθύνων. Δεν είναι όμως όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για να συμμετάσχουν σε ομάδες υποστήριξης. Μερικοί προτιμούν να ξεπερνούν μόνοι τους τις δυσκολίες τους. Πολλοί καρκινοπαθείς πάντως, ευγνωμονούν τις ομάδες υποστήριξης για τη βοήθεια και τη συμπαράσταση τους στην πορεία προς την αποκατάσταση (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***viii. Επιστροφή στην εργασία***

Πολλοί δεν συνειδητοποιούν ότι το αίσθημα αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης εξαρτάται καίρια από την αίσθηση ότι είναι δραστήριοι, παραγωγικοί και ικανοί να φροντίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους. Μόνο όταν ξαφνικά τους πλήττει μια ασθένεια αντιλαμβάνονται πόσο σημαντικά είναι όλα αυτά. Οπωσδήποτε η εργασία είναι απαραίτητη για οικονομικούς λόγους, είναι όμως εξίσου βασική και για ψυχολογικούς λόγους.

Αυτό ισχύει ιδίως για τους καρκινοπαθείς. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης που συχνά ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου ή τη θεραπευτική αγωγή μπορεί να επιδεινωθεί αν ο ασθενής κάθεται άπραγος, εξαρτώμενος από την οικογένεια και τους φίλους του. Είναι λοιπόν σημαντικότερο για την ψυχική του και πνευματική του ηρεμία να βρει τρόπους να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης, μελέτη ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού. Ασφαλώς, η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα. Μια πιθανή αναπηρία μπορεί να μην επιτρέπει πια τη απασχόληση του ασθενούς με την προηγούμενη εργασία. Ακόμη, ο ασθενής ίσως αντιμετωπίζει κάποια δυσμενή διάκριση ή προκατάληψη στο χώρο εργασίας (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Είναι λυπηρό, αλλά δυστυχώς υπάρχουν ακόμα άτομα που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς. Εργοδότες και συνάδελφοι τους ίσως αντιδρούν έτσι λόγω κάποιου άοριστου φόβου ή ανησυχίας ως προς τον καρκίνο. Οι συνάδελφοι μπορεί να μένουν σε απόσταση είτε διότι δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν είτε διότι έχουν κάποιες παράλογες ιδέες και λανθασμένες αντιλήψεις και φοβούνται μήπως κολλήσουν την φοβερή αρρώστια αν έρθουν σε επαφή με τον καρκινοπαθή. Οι εργοδότες ίσως φοβούνται την μειωμένη απόδοση του καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις οποιεσδήποτε απορρίψεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργασιοθεραπευτές, οι φυσιοθεραπευτές, μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητές του ή, αν είναι απαραίτητο στην εκπαίδευση του. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με τον καρκίνο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα

εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***ix. Η ανάγκη για ψυχαγωγία***

Η ψυχαγωγία αποτελεί απαραίτητη παράμετρο της ζωής. Όλοι μας χρειαζόμαστε μια ανάπαυλα από τη ρουτίνα και το άγχος της καθημερινής ζωής για να διατηρήσουμε την ισορροπία μας. Μολονότι αρκετές φορές δύσκολα κατορθώνει κανείς να συγκεντρώσει την ενεργητικότητα και τη θέληση του, η ψυχαγωγία αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν κάποιος ασθενεί. Με την απασχόληση σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα ο ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει. Επίσης αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευεξία. Στη διάρκεια της αντικαρκινικής αγωγής ίσως παραμεληθεί η ανάγκη για ψυχαγωγία (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Ενδεχομένως μερικοί να νομίζουν ότι δεν είναι απαραίτητη ή τη θεωρούν ανέφικτη. Αυτό όμως είναι λάθος. Παρά τους περιορισμούς που ανακύπτουν, οι ασθενείς μπορούν να αρχίσουν κάποιες δραστηριότητες ενόσω νοσηλεύονται και να τις συνεχίσουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι. Ο ίδιος ο ασθενής θα επιλέξει την ψυχαγωγική δραστηριότητα της προτίμησής του. Πρέπει πάντως να διαλέξει κάτι ευχάριστο και απολαυστικό ώστε να τον αποσπά από τα προβλήματα της ασθένειας του. Η ψυχαγωγία ανακουφίζει από το άγχος, ενισχύει τη θετική στάση απέναντι στη ζωή και αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην πορεία προς την ανάρρωση και την αποκατάσταση (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

#### ***x. Διατήρηση της φυσικής κατάστασης***

Η διατήρηση της φυσικής κατάστασης έχει σαν στόχο να εξαλείψει την κόπωση από την θεραπεία και να βοηθήσει στην αύξηση της όρεξης και παράλληλα να δώσει μεγαλύτερη αυτονομία στην αυτοεξυπηρέτησή και την κινητικότητα. Το κέρδος από την άσκηση είναι αρκετά μεγάλο ώστε να αγνοήσει κανείς ότι ασθενείς με καρκίνο που ασκήθηκαν στη φάση της ανάρρωσης είχαν καλύτερη πρόγνωση, πιο γρήγορη ανάρρωση και απέφυγαν τις μυϊκές ατροφίες και αδυναμίες. Μια άλλη βελτίωση με την φυσική άσκηση είναι το γεγονός ότι μπορεί αποκτώντας μεγαλύτερη κινητικότητα να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση ο ασθενής κάτι που θα τον βοηθήσει στην επανένταξη στο εργασιακό του περιβάλλον καθώς και στις κοινωνικές του

συναναστροφές και στην σεξουαλική του δραστηριότητα. Θα τον βοηθήσει επίσης στην δημιουργία καλής διάθεσης και θα μπορέσει ευκολότερα να βεβαιωθεί ότι δεν είναι παραγκωνισμένος και μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί (Σπηλιώτης Ιωάννης Δ., Αχαϊκές εκδόσεις, 1999).

#### ***xi. Αντιμετώπιση οικογενειακών προβλημάτων***

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με καρκίνο κυριαρχείται από μια σειρά φοβικών αιτιών που πηγάζουν από τον φόβο του επικείμενου θανάτου, από τον έντονο πόνο λόγω της νόσου ή των θεραπειών, την αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση, τα συναισθήματα μοναξιάς, το άγχος για τις διάφορες εξετάσεις καθώς και την ελάττωση της ενεργητικότητας και της κινητικότητας. Όλα αυτά συμβάλλουν σε ένα ποσοστό 70-80% στην εμφάνιση κατάθλιψης που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο και ιδιαίτερα εκείνοι που γνωρίζουν όλη την αλήθεια ή λεπτομέρειες για την φύση, έκταση και προσδόκιμο της νόσου. Στην προσπάθεια βοήθειας αυτών των ασθενών πρέπει να συμμετέχουν όλοι, οι ιατροί, το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και φυσικά η ψυχολογική υποστήριξη από την εξειδικευμένη ομάδα ειδικών επιστημόνων. Όλοι όσοι απαρτίζουν το υποστηρικτικό σύστημα του ασθενούς θα πρέπει να έχουν την ελαστικότητα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή με τα νέα δεδομένα της ασθένειας που ενδεχόμενα θα έχουν επιδράσει στην εξωτερική και εσωτερική του ισορροπία.

Ο καρκίνος μπορεί να είναι προσωπική ασθένεια αλλά οι συγγενείς του ασθενούς υποφέρουν εξίσου. Ο καρκίνος είναι ιδιαίτερα οδυνηρός για τα μέλη της οικογένειας ιδίως όταν ο ασθενής νοσηλεύεται για καιρό. Η περίοδος του αποχωρισμού μπορεί να αποδειχτεί τραυματική.

Όσοι σηκώνουν τα βάρη της οικογένειας είναι συχνά ιδιαίτερα αγχωμένοι. Όλοι στην οικογένεια αναρωτιούνται που θα βρίσκεται ο ασθενής τους σε έναν ή δυο μήνες; Και βέβαια φοβούνται μήπως νιώθει μεγάλη δυσφορία ή πόνους. Πολλά προβλήματα ταλανίζουν την οικογένεια. Πώς θα αντιμετωπιστούν οι ανάγκες, πως θα τακτοποιηθεί το θέμα της περίθαλψης, πώς θα καλυφθούν τα έξοδα από την ασφάλεια, που θα βρεθούν άλλα άτομα να μοιραστούν τη φροντίδα του ασθενούς, ώστε να επιστρέψουν οι ίδιοι στη δουλειά τους. Το σοβαρότερο πρόβλημα βέβαια είναι ότι όλα τα μέλη της οικογένειας ζουν με το φόβο ότι θα χάσουν ένα προσφιλές τους πρόσωπο που δίνει αξία και νόημα στη ζωή τους.

Ωστόσο υπάρχει η πιθανότητα οι ενδοοικογενειακές σχέσεις να τεθούν υπό δοκιμασία γιατί δεν είναι όλοι ικανοί σε ώρα κρίσης να φερθούν αυθόρμητα, στοργικά και να συμπαρασταθούν έξυπνα και διακριτικά. Εύλογο είναι ότι ακόμη και στις στενότερες συνδεδεμένες οικογένειες μπορεί να απειληθούν οι σχέσεις από τις πιέσεις μιας μακρόχρονης ασθένειας. Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, τα αδιέξοδα, η συνεχής ανησυχία και φροντίδα μπορούν να τους εξουθενώσουν. Ο θυμός και η ενοχή μπορεί να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, με κατηγορίες ή αδιαφορία ή και με υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να αναδυθούν στην επιφάνεια κάποια προβλήματα σχέσεων που λαθροβιούσαν επί χρόνια.

Η πιθανότητα να εμφανιστούν όλες αυτές οι αιτίες έντασης υποδηλώνει απλώς πόσο απαραίτητο είναι να φροντίζει κανείς να καλύπτει τις ανάγκες του. Και ο ασθενής, βέβαια, πρέπει να κάνει τα πάντα για να φροντίσει τον εαυτό του καλύτερα. Τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να ξεχνούν ότι είναι ανάγκη να αφιερώνουν και στον εαυτό τους λίγο χρόνο, ώστε να αναπαύονται, να χαλαρώνουν και να διατηρούν τη συναισθηματική και ψυχολογική τους ισορροπία.

Τόσο ο καρκινοπαθής όσο και η οικογένεια του νιώθουν εξίσου ανεπαρκείς να υποφέρουν τα ίδια βάρη της ενοχής, την ίδια σιωπηλή αγωνία και την ίδια αβάσταχτη μονοτονία της παρατεινόμενης νόσου. Όλα αυτά ή κάποιο από αυτά μπορεί να καταρρακώσει το ηθικό και των πιο θαρραλέων και στοργικών ανθρώπων.

Ουδείς μπορεί ή πρέπει να κατακρίνει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο καθένας στην κρίση του καρκίνου, στην απειλή μιας αλλαγής ή μιας απώλειας. Κάποιοι άνθρωποι και κάποιες σχέσεις δυναμώνουν. Άλλες κλονίζονται. Άλλες αντέχουν κι άλλες καταρρέουν. Υπάρχουν όμως και εκείνες στις οποίες αναπτύσσονται νέες μορφές στοργής, αγάπης και κατανόησης (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

### ***xii. Ελπίδα και θέληση για τη ζωή***

Η θέληση για ζωή-το ένστικτο δηλαδή που μας κάνει να πολεμάμε όταν η ζωή μας κινδυνεύει από ασθένειες ή άλλες κρίσεις-είναι μια φυσιολογική γενική αντίδραση.

Εντούτοις, μερικοί καταβάλλονται εύκολα από την επίδραση που ασκεί στο σώμα και το πνεύμα η ασθένεια, ενώ άλλοι επιστρατεύουν το ψυχικό τους απόθεμα για να κρατηθούν στην κατάσταση αυτή. Γιατί μερικοί ανταποκρίνονται θετικά στον

πόνο ενώ άλλοι δεν μπορούν να υποφέρουν; Ίσως όσοι επιβιώνουν έχουν μάθει να είναι ανθεκτικοί διότι πέρασαν και άλλες κρίσεις που τους έκανα πιο δυνατούς και τους ενίσχυσαν την αυτοπεποίθηση. Ίσως η μικρή φλόγα της αποφασιστικότητας που μας κάνει να αγωνιζόμαστε στις πιο δύσκολες καταστάσεις είναι πιο λαμπερή σε μερικούς. Ο σπουδαιότερος παράγοντας είναι η ελπίδα.

Πολλοί έχουν δει δύο ασθενείς, της ίδιας περίπου ηλικίας, με την ίδια διάγνωση, με το ίδιο στάδιο της νόσου και με την ίδια αγωγή, να παρουσιάζουν εντελώς διαφορετικά αποτελέσματα. Και η μόνη ορατή διαφορά βρισκόταν στο ότι ο ένας ήταν απαισιόδοξος και ο άλλος αισιόδοξος (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).

Η ελπίδα, το κουράγιο, η προσπάθεια, η αποφασιστικότητα, η υπομονή, η αγάπη και η πίστη υποβοηθούν τη θέληση για ζωή. Το σπουδαιότερο είναι η ελπίδα. Πολλές φορές ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται εξαντλημένος και νικημένος από τα ακατάπαυστα προβλήματα και να δείχνει έτοιμος να παραιτηθεί από τον αγώνα για επιβίωση. Αν όμως διατηρήσει την ελπίδα του θα συνεχίσει.

Όσο υπάρχει η παραμικρή πιθανότητα επιβίωσης, όσο σημειώνονται ακόμα και μικρές βελτιώσεις η ελπίδα μπορεί να αναζωπυρωθεί. Όσο η οικογένεια, οι φίλοι και η ομάδα συμπαράστασης συμπαρίσταται στον ασθενή η ελπίδα μπορεί να τον βοηθήσει να ξεπεράσει οποιεσδήποτε κρίσεις και παλινδρομήσεις.

Η ελπίδα πρέπει κυρίως να γεννιέται μέσα στον ασθενή. Μπορεί να ελπίζει αν είναι διατεθειμένος να πολεμήσει για τη ζωή και έτοιμος να κάνει ό,τι μπορεί για να βελτιώσει την υγεία του.

Ακόμα και στη δυσκολότερη περίοδο μπορεί ο ασθενής να έχει ανεξάντλητα αποθέματα σωματικής και συναισθηματικής δύναμης. Πρέπει να τα συγκεντρώσει και να τα χρησιμοποιήσει για να επιβιώσει ακόμα και μια ημέρα. Τα μέσα αυτά αποτελούν τη βάση και την πηγή για την ανάρρωση (Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος, Αθήνα, Κάτοπτρο, 1992).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

#### **9.Α. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ**

Ο κοινός τόπος μεταξύ της οικογένειας και μιας απειλητικής ασθένειας για ένα μέλος της είναι η μελέτη των βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικο-οικονομικών παραγόντων και η παρέμβαση σ' αυτές. Πριν τρεις σχεδόν δεκαετίες, σε μια επείγουσα ιατρική περίπτωση η σωματική υγεία του ατόμου είχε προτεραιότητα, ενώ οι συνέπειες που μπορούσαν να δημιουργηθούν από την απειλητική ασθένεια και την ιατρική παρέμβαση, όπως έγραφε, το 1975, ο Ronald Laing, αφήνονταν να φθίνουν στις περισσότερες περιπτώσεις. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας ,Ιωάννινα, 2003).

Είναι δύσκολο να παρακολουθήσει κάποιος την πορεία του ατόμου που πάσχει από μια απειλητική για τη ζωή του ασθένεια, πόσο μάλλον τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες ενός τόσο κρίσιμου γεγονότος. Αρκετοί μελετητές έχουν προσπαθήσει να περιγράψουν τον αντίκτυπο που δημιουργείται μέσα στην οικογένεια όταν ένα μέλος της απειλείται από μια σοβαρή νόσο. Λίγες φορές συνειδητοποιείται πλήρως η έκταση των ψυχοκοινωνικών αντιστάσεων ενάντια στην παραδοχή αυτού του αντίκτυπου. Αυτό θα δώσει λύση στην οικογενειακή κρίση (με την προϋπόθεση ότι η κρίση δεν προϋπήρχε της ασθένειας ή ότι η κρίση δεν δημιούργησε κάποια άλλη κρίση.)

Ο Ronald Laing, θεωρώντας την οικογένεια σαν ένα σύστημα εξαιρετικά πολύπλοκων σχέσεων, πιστεύει πως, «όταν μια συγκεκριμένη κοινωνική κατάσταση προσδιορίζεται σαν κοινωνική κρίση που η αφορμή της είναι μια ιατρική επείγουσα περίπτωση, ο ορισμός αυτός επιβάλλει ένα συγκεκριμένο τύπο δράσης: πρόκειται για μια σαφέστατη επίκληση να γίνει καλά το άτομο βάσει μιας “θεραπείας” και αν θεωρηθεί αναγκαίο, να δοθεί επικουρική βοήθεια στα άλλα μέλη της κατάστασης, για να αντεπεξέλθουν την ασθένεια του άλλου ατόμου και τις δευτερεύουσες κοινωνικές της συνέπειες. Ο ορισμός της κατάστασης και η επίκληση για δράση είναι δυο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η σωστή ορθολογική στρατηγική της επέμβασης προδιαγράφεται από και με τον ορισμό της κατάστασης.»

Οι τρόποι με τους οποίους εμπλέκεται μια οικογένεια στην ασθένεια ενός μέλους της, τα τελευταία χρόνια, απασχολεί σε μεγάλο βαθμό πολλούς μελετητές κι αν

ακόμη δεν έχουν ορισθεί με σαφήνεια και επάρκεια, όλοι τείνουν να συμφωνούν για τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα αυτής της κατάστασης. Οι Bond (1984), Burish και Bradley (1983), Turk Kerns (1985), είναι από τους πρώτους που μελέτησαν συστηματικά τις αντιδράσεις της οικογένειας στη χρόνια και απειλητική ασθένεια και έχουν παρουσιάσει εκτενή άρθρα στη διεθνή βιβλιογραφία. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Πολλές έρευνες, επίσης, έχουν επισημάνει τη στενή συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της ασθένειας και της συναισθηματικής κατάστασης των συγγενών. Συγκεκριμένα, οι Gotay (1984), Cassileth, Kusk και Strouse (1985) και οι Ell, Nishimoto και Mantell (1988), διαπίστωσαν ότι η συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειας ενός ασθενούς με κακοήγη νόσο διαφέρει σημαντικά αν πρόκειται για μια εντοπισμένη και ελεγχόμενη μορφή καρκίνου σε αρχικό στάδιο απ' ότι αν πρόκειται για ένα προχωρημένο στάδιο. Τα αποτελέσματα, δε, των ερευνών του Larkin (1987), μας οδηγούν να συμπεράνουμε ότι η μεγάλη διάρκεια μιας ασθένειας αναγκάζει σε πολλούς συμβιβασμούς τόσο τον άρρωστο όσο και την οικογένεια του. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Για πολλά χρόνια, οι έρευνες γύρω από τον καρκίνο και την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών εστιάζονταν σε ότι συντελούσε στην καλύτερη δυνατή προσαρμογή των ασθενών, ενώ η προσοχή που είχε δοθεί στην οικογένεια ήταν ελάχιστη και αφορούσε στον υποστηρικτικό της ρόλο. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και στις αρχές τις δεκαετίας του '80, περιγραφικές έρευνες έκανα σαφές ότι και τα μέλη της οικογένειας ασθενών που έπασχαν από καρκίνο υπέφεραν επίσης από άγχος. Αυτές οι έρευνες αναφερόμενες σε συζύγους ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, επεσήμαναν πως οι σύζυγοι είχαν διαταραχές διατροφής και ύπνου, υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αίσθηση απελπισίας και φόβους γύρω από τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Αυτές οι μελέτες τόνιζαν την ανάγκη περαιτέρω έρευνας, αναγκαιότητα που έγινε εφικτή, σύμφωνα με τους Blahchard και συν. (1997) , με την χρησιμοποίηση σταθμισμένων εργαλείων για την ποσοτικοποίηση του επιπέδου του stress που εξέφραζαν οι οικογένειες. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Η αιφνίδια ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας, φαίνεται να διαταράσσει το επίπεδο υγείας της οικογένειας και να προκαλεί μια ανισορροπία που διαχέεται στο όλο σύστημα της οικογένειας, επηρεάζοντας τόσο την λειτουργία του συστήματος όσο και τα άτομα που λειτουργούν μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα. Άλλωστε, από τη μελέτη

του Selump-Urquhart (1990), διαπιστώνεται, ότι η ξαφνική ασθένεια δεν αφήνει περιθώρια στα μέλη της οικογένειας να έχουν ευκαιρία για συναισθηματική προετοιμασία ούτε, τις περισσότερες φορές, έχουν εμπειρία αντιμετώπισης παρόμοιων γεγονότων. Επίσης, η ξαφνική ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας αλλάζει αναπάντεχα τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει το επίπεδο υγείας όλων των μελών της οικογένειας. Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη σταθερότητα του. Αυτό το πλέγμα των επιδράσεων έχει επιπτώσεις και στην υγεία των μελών της οικογένειας. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Πολλές είναι οι οικογένειες που ακινητοποιούνται μπροστά σε μια αρρώστια. Όταν όμως παρατείνεται η κατάσταση της ασθένειας, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας η οποία, σύμφωνα με τον Soccorsi (1987), παύει να ζει και να εξελίσσεται, και προβληματίζεται μόνο για το πώς θα «επιβιώσει» μπροστά στις τρέχουσες δυσκολίες που αντιμετωπίζει. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Όταν επέλθει μια κακή ασθένεια, οι Pederson & Valanis (1988), σημειώνουν, ότι αυτή γίνεται για την οικογένεια ένα μέρος της ζωής της, όπως τα διάφορα επίπεδα μετάβασης του κύκλου της οικογενειακής ζωής. Είναι δυο κόσμοι που προστίθενται φέρνοντας ο καθένας τις απαιτήσεις του. Τα οικογενειακά συστήματα τα οποία έχουν την εμπειρία του καρκίνου έχουν μια διπλή υποχρέωση. Πρέπει να προφυλάξουν τις ατομικές ανάγκες του πάσχοντος και αυτές των διαφόρων μελών της οικογένειας. Πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα το πάσχον μέλος της οικογένειας και ταυτόχρονα να προσέχουν τις περιστασιακές και αναπτυξιακές ανάγκες των διαφόρων μελών, έτσι ώστε να μπορούν να μεγαλώσουν και να διαφοροποιηθούν. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Η οριακή κατάσταση, στην οποία βρίσκεται το άτομο, συνέπεια ενός σοβαρού γεγονότος, όπως μια απειλητική ασθένεια, συνοδεύεται από μια σύγχυση του φανταστικού και της πραγματικότητας. Τα φαινόμενα αυτά δεν παρατηρούνται μόνο στον ασθενή, αλλά πολλές φορές και στα μέλη της οικογένειας του.

Ο ασθενής και η οικογένεια του, δεν έχουν τη δυνατότητα να βιώσουν την ασθένεια σαν μια ενδιάμεση περίοδο μεταξύ μιας κατάστασης ισορροπίας που έπαψε να υπάρχει και μιας καινούριας κατάστασης, που είναι προς αναζήτηση, προς δημιουργία (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## 9.B. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όταν, λοιπόν, η οικογένεια πληροφορηθεί τη διάγνωση της απειλητικής ασθένειας για ένα μέλος της, η ομοιόσταση της οικογένειας διαταράσσεται ενώ ταυτόχρονα αυτή κινητοποιεί μηχανισμούς για αναδιοργάνωση σε μια προσπάθεια σταθεροποίησης και προσαρμογής. Ο Νικηφόρος Αγγελόπουλος (1997), θεωρεί ότι πολλές φορές είναι αναπόφευκτο όλη η οικογένεια να εμπλέκεται στα συμπτώματα του ασθενούς και οι διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες να μετατρέπονται σε κεντρικό καθημερινό θέμα αυξάνοντας έτσι τις εντάσεις, την ανησυχία και τις τριβές μέσα στην οικογένεια. Ιδιαίτερα η διαγνωστική περίοδος είναι άκρως στρεσογόνος και χαρακτηρίζεται από μεγάλο άγχος, αβεβαιότητα και δυσκολία για τη λήψη αποφάσεων. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Και άλλες μελέτες, όμως, καταλήγουν να πιστεύουν πως η ασθένεια σε συνδυασμό με την νοσηλεία του ασθενούς επηρεάζει την καθημερινή ζωή των μελών μιας οικογένειας και ένα σημαντικό αριθμός αλλαγών παρατηρείται μέσα σ' αυτή. Οι αλλαγές αυτές, σύμφωνα με τους Breu και Dracup, αφορούν: (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Την έλλειψη ή μείωση της πρωτογενούς κοινωνικής επαφής

1. Την επιβεβλημένη αυτονομία ή εξάρτηση
2. Τις αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες
3. Τις αλλαγές στους ρόλους των μελών στην οικογένεια
4. Την διαταραχή του διαπροσωπικού συστήματος υποστήριξης-επιβράβευσης
5. Τις οικονομικές επιπτώσεις

Οι Horwitz και Kazak (1990), αλλά και πολλοί ερευνητές, έχουν προσπαθήσει να προτείνουν τα παρακάτω: (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Την κατανόηση των πληροφοριών που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία.

§ Τη δυνατότητα ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών ως προς την αρρώστια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.

§ Τη δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά, αποδεκτά και όπου αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους.

§ Την σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια, όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα.

§ Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία στη βασική σχέση γονιών-παιδιών, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό.

- § Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της.
- § Την αντίληψη των δυσκολιών ως «προκλήσεων» και την ενεργό συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπιση τους.
- § Τη συνοχή της οικογένειας και την αποτελεσματική χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση συγκρούσεων και προβλημάτων.
- § Την ευελιξία των μελών να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν από τη αρρώστια και την εξέλιξη της .
- § Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών, με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που εμφανίζεται σε απειλητικές για τη ζωή ενός μέλους μιας οικογένειας καταστάσεις είναι η εμφάνιση δυσλειτουργικών στοιχείων στην οικογένεια εξαιτίας της νόσου. Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή της οικογένειας στον καρκίνο είναι μια σημαντική προστατευτική διαδικασία και οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται για να επιτευχθεί δεν έχουν ακόμη πλήρως μελετηθεί. Όλοι οι μηχανισμοί που εκδηλώνονται, σύμφωνα με τον Hilton (1996), οδηγούν προς την αναζήτηση του φυσιολογικού δηλαδή μιας κατάστασης ασφαλούς, σταθερής και επιθυμητής. Οι οικογένειες που προσαρμόζονται ευκολότερα, έχουν μια ελαστικότητα, βλέπουν τον εαυτό τους σαν φυσιολογικό δεδομένων των απαιτήσεων της κατάστασης, τα μέλη έχουν παρόμοιες απόψεις, επηρεάζονται λιγότερο από τις θεραπείες και τις παρενέργειές τους, βλέπουν τις αποκλίσεις από το φυσιολογικό σαν προσωρινές και χρησιμοποιούν τις στρατηγικές που θα τους ξαναφέρουν σε φυσιολογική κατάσταση κατά τρόπον εύστοχο. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί η οικογένεια, όπως υποστηρίζει η μελέτη του Birenbaum (1990), συνίστανται στην προσφυγή σε συμπεριφορές μπροστά στον κίνδυνο (at-risk-behaviors), όπως η συμμόρφωση στη θεραπεία και η προστασία του αρρώστου. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Όπως παρατηρήθηκε οι οικογένειες για να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις κινητοποιούν διάφορους μηχανισμούς και διαδικασίες αντιμετώπισης. Όταν πρόκειται για νόσους απειλητικές και χρόνιες ο Dell-Orto θεωρεί, ότι οι διαδικασίες αντιμετώπισης είναι συνεχείς γιατί τα μέλη της οικογένειας σχεδόν διαρκώς αντιμετωπίζουν συμπτώματα και άλλες επιπτώσεις από την ασθένεια του μέλους της. Έτσι ασθενής και οικογένεια πρέπει συνεχώς να διαπραγματεύονται την επιβίωση, την

ομαλή εξέλιξη της νόσου και την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Οι κύριες πηγές τροφοδότησης των διαδικασιών αντιμετώπισης έχουν προσδιοριστεί από τους Cohen και Lazarus στις: (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Αναζήτηση πληροφοριών

§ Άμεση αντίληψη δράσης, αναχαίτιση της δράσης

§ Εσωτερικές διαδικασίες, και

§ Αναζήτηση υποστήριξης από άλλους

Δύο στοιχεία που μελετήθηκαν και φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας είναι:

1. Η συσχέτιση της χρονικής στιγμής της αρχικής εμφάνισης μιας ασθένειας (ψυχοσωματικής ή μη) με την εξελικτική φάση στην οποία βρίσκεται το οικογενειακό σύστημα. Σύμφωνα με τις μελέτες του Rolland (1988), εάν η οικογένεια βρίσκεται σε μια ευαίσθητη φάση, όπως είναι το στάδιο κατά το οποίο τα παιδιά πρέπει να φύγουν από την πατρική οικογένεια, τότε οι προσωπικές ανάγκες υποκύπτουν στις ανάγκες του ασθενούς και το σύστημα καθλώνεται σε ένα συγκεκριμένο στάδιο (τα παιδιά θυσιάζουν την προσωπική τους ζωή και μένουν στο σπίτι για να φροντίζουν το άρρωστο μέλος).
2. Ο βαθμός της ομοιόστασης μιας οικογένειας. Οι οικογένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη τάση ομοιόστασης παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα προβλήματα ή την αμφιβολία, που προκύπτουν από τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας. Οι Boss και συν. (1988) θεωρούν ότι ο βαθμός της ομοιόστασης είναι βασικό χαρακτηριστικό για την επιτυχή προσαρμογή στην ασθένεια. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη το 1994 από τον Hilton, με στόχο την αξιολόγηση του τρόπου επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας με πάσχοντα μέλος την σύζυγο από καρκίνο μέσα από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκαν τρία βασικά μοντέλα συναισθηματικών διεξόδων και επικοινωνίας των ζευγαριών, γύρω από τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Κάποια από τα ζευγάρια συζητούσαν ανοιχτά ή σχεδόν ανοιχτά, κάποια άλλα δεν συζητούσαν καθόλου, ενώ μια άλλη κατηγορία ζευγαριών ήταν αυτά που είχαν έντονα αντικρουόμενες απόψεις, με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμα πιο δυσχερής η επικοινωνία τους. Τελικά, η ανοιχτή μορφή επικοινωνίας

θεωρήθηκε ως η πιο ικανοποιητική μορφή συναλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας.(5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Στη μελέτη, δε, του ρόλου της επικοινωνίας στη διαδικασία της προσαρμογής των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, εκτιμήθηκε και η προσαρμογή στην ασθένεια με βάση την κλίμακα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και οι μεταβλητές της επικοινωνίας με βάση ένα εργαλείο για την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας. Βρέθηκε ότι καλά 25 προσαρμοσμένοι και 27 ελλιπώς προσαρμοσμένοι ασθενείς, ηλικίας από 25-90 ετών, διέφεραν ως προς την συχνότητα της επικοινωνίας, το επίπεδο ειλικρίνειας του «επικοινωνιακού περιβάλλοντος», τη σπουδαιότητα της στήριξης που λάμβαναν από τους οικείους τους και τον τρόπο διαχείρισης δυσάρεστων θεμάτων. Από τα αποτελέσματα της έρευνας του Gotcher (1987), φάνηκε ότι οι οικείοι συντομεύουν συζητήσεις, που σχετίζονται με δυσάρεστες πτυχές της ασθένειας, γεγονός που δυσχεραίνει τη διαδικασία προσαρμογής. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Σε μια άλλη έρευνα, του ίδιου ερευνητή ένα χρόνο μετά, μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των μελών οικογενειών, των οποίων κάποιο μέλος έπασχε από καρκίνο, καθώς και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή αυτών των ατόμων στη συγκεκριμένη νόσο. Από τα αποτελέσματα διαφάνηκε ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των στενών μελών της οικογένειας ήταν σημαντικές για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής προσαρμογής. Η συναισθηματική υποστήριξη ήταν ο πιο σημαντικός δείκτης συνολικής προσαρμογής, ενώ η συχνότητα της επικοινωνίας, η ειλικρίνεια και η ικανοποίηση από την επικοινωνία είχαν περιορισμένα αποτελέσματα στην προσαρμογή.

Οι Petermann και Bode (1986) διακρίνουν πέντε συνηθισμένους, υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας με αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης της: (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

- § Η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως «πρόκληση» και οι οικογένειες κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά, έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους
- § Την αρρώστια οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται ως «δοκιμασία» επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και συχνά πιστεύουν ότι με την αρρώστια δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή ή οι σχέσεις τους.

- § Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «κακοτυχία» και συνήθως βιώνουν, ταυτόχρονα με την διάγνωση, και άλλες απροσδόκητες στρεσογόνες εμπειρίες, όπως ανεργία, θάνατο κ.τ.λ. Η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.
- § Την αρρώστια οι οικογένειες την αντιλαμβάνονται ως «θέλημα της μοίρας» και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν βρίσκονται έξω από τον έλεγχο τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν καρτερικά και παθητικά.
- § Η αρρώστια και οι επιπτώσεις της αντιλαμβάνονται ως «τιμωρία» και οι οικογένειες έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά τη θεραπεία, είτε γιατί πιστεύουν ότι «την αξίζουν» είτε για να εξιλεωθούν. Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που «σημαδεύει» τη ζωή τους και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευθούν το προσωπικό υγείας και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.

Η αντοχή της οικογένειας βάλλεται μέσα σε αυτή την ψυχοπιεστική κατάσταση και για να την αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο προσπαθεί να δημιουργήσει κάποιους προστατευτικούς μηχανισμούς για να υπερασπιστεί έτσι τόσο την ύπαρξη της όσο και το μέλος της που ασθενεί. Από τον Garmezy (1985) αναφέρονται τρεις κατηγορίες παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά και αυξάνουν την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει.

Πιο συγκεκριμένα:

1. ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών, όπως η αυτοεκτίμηση,
2. οικογενειακή συνοχή και απουσία έντονων συγκρούσεων και
3. διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου

Εκτός από την οικογένεια ένα μεγάλο ρόλο αναλαμβάνουν και οι φίλοι στην προσπάθεια να δοθεί η δυνατότερη βοήθεια για φροντίδα στο άτομο που νοσεί. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει την κάλυψη ενός μεγάλου φάσματος από τις ανάγκες του ασθενούς όπως η αντιμετώπιση συμπτωμάτων, η εκτίμηση μιας σειράς παραμέτρων υγείας, η συμβολή στην προσπάθεια του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του. Η κάθε οικογένεια, τελικά, οργανώνει αυτές τις διαδικασίες με τον δικό της τρόπο και



έτσι ο ρόλος της ως διαπαιδαγωγού και προαγωγού της υγείας είναι πολύ σημαντικός (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## **9. Γ. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει την ποικιλία των ατομικών χαρακτηριστικών των συζύγων και έχουν υποστηρίξει ότι ο αντίκτυπος της ασθένειας εξαρτάται από το φύλο του ασθενή. Συγκεκριμένα, στο βιβλίο «Καρκίνος και οικογένεια» των Baider και Kaplan De-Nour, παρουσιάζεται η μελέτη του Keller και συν. (1996), που περιγράφει αναλυτικά αυτό τον αντίκτυπο τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως, όταν νοσεί η σύζυγος, η συναισθηματική της απάντηση συνδέεται στενά με αυτή του συζύγου, αντανακλώντας έναν υψηλό βαθμό αμοιβαιότητας και αλληλεξάρτησης. Αν είναι καλά προσαρμοσμένη, το ζευγάρι μπορεί να είναι ικανό να αντιμετωπίσει την κατάσταση της κρίσης, χωρίς μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα. Όσο περισσότερο διακατέχεται από συναισθηματική σταθερότητα, τόσο λιγότερο υποφέρει ο σύζυγος από την φυσική της κατάσταση. Όταν νοσεί ο σύζυγος, η συναισθηματική σχέση του ζευγαριού συνδέεται λιγότερο. Η φυσική κατάσταση του ασθενή φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την συναισθηματική δυσανεξία της συζύγου. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Ο αντίκτυπος της ηλικίας των παιδιών στην οικογενειακή προσαρμογή δεν έχει διερευνηθεί εις βάθος, και το μόνο που έχει διαπιστωθεί είναι ότι οι έφηβοι έχουν πιο άσχημη αντίδραση σε περίπτωση ασθένειας ενός γονέα από καρκίνο, σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά.

Ο Lewis (1996), πραγματοποίησε μια σειρά από έρευνες, μελετώντας τον αντίκτυπο του καρκίνου του μαστού της μητέρας στην οικογένεια. Από τις έρευνες αυτές φάνηκε πως οι αυξημένες απαιτήσεις της ασθένειας οδηγούν σε εμφάνιση υψηλών επιπέδων κατάθλιψης τόσο στον ασθενή όσο και στο σύζυγο. Αυτά τα επίπεδα κατάθλιψης επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση από το γάμο και για τους δυο συζύγους. Η εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση στους εφήβους, με μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων και με χαμηλή ποιότητα στις σχέσεις γονιών-παιδιών. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Όσον αφορά τους τρόπους επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς μέλους και της οικογένειας έχουν διαπιστωθεί τα παρακάτω:

1. Ο Hilton, περιέγραψε τους τρόπους επικοινωνίας στην περίπτωση που νοσεί ο/η σύζυγος σε μια οικογένεια. Αναφέρει, τρεις τύπους επικοινωνίας, σε σχέση με τους φόβους, τις αμφιβολίες και τα συναισθήματα που υπάρχουν μεταξύ των ζευγαριών, ένας εκ των οποίων πάσχει από καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα, η επικοινωνιακή λειτουργία τους έχει ως εξής:
  - i. Μερικά ζευγάρια συνομιλούν λίγο-πολύ ανοιχτά
  - ii. Κάποια ζευγάρια δεν μιλούν μεταξύ τους αν και σε μερικές περιπτώσεις μιλούν σε άλλα πρόσωπα
  - iii. Υπάρχουν κάποια ζευγάρια με διαφορετικές απόψεις για τη νόσο με αποτέλεσμα να αναφύονται προβλήματα στην επικοινωνία τους
2. Ο Αγγελόπουλος, έχει περιγράψει την περίπτωση που νοσεί ο γονέας σε μια οικογένεια: «Η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή νόσου επιδρά στο σύνολο της οικογένειας αλλά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Πολύ σοβαρά ερωτήματα όπως αν τα παιδιά θα πρέπει να μαθαίνουν την αλήθεια, αν θα πρέπει να αναλάβουν κάποιο ρόλο, να εκφράσουν τα συναισθήματα τους δεν έχουν απαντηθεί. Επίσης, η προετοιμασία των παιδιών για ότι πρόκειται να συμβεί είναι ένα θέμα όχι καλά μελετημένο. Παράγοντες σημαντικοί είναι το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και το στάδιο της ασθένειας. Χρειάζεται πάντα μεγάλη προσοχή ώστε να αποφευχθούν σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες για το παιδί.»

Επίσης έχουν μελετηθεί και άλλοι παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό status και η ύπαρξη προηγούμενων στρεσογόνων γεγονότων, όπου φαίνεται ότι οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, φτωχή υγεία και με μεγάλη εμπειρία έντονων στρεσογόνων γεγονότων παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα έντασης. (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

Η οικογένεια του ασθενούς υφίσταται ισχυρά πλήγματα ως σύνολο αλλά και κάθε μέλος της διέρχεται μια πρωτοφανή περίοδο δοκιμασίας. Στην οργάνωση της θεραπευτικής στρατηγικής, συντηρητικής ή χειρουργικής, οι ψυχιατρικοί παράγοντες θα πρέπει να συνεκτιμώνται στο επίπεδο που επιβάλλει η σοβαρότητα και της ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς και οι μηχανισμοί άμυνας που εκδιπλώνει η οικογένεια θα πρέπει να αξιοποιούνται έτσι ώστε η οικογένεια να βρίσκει ένα νέο

επίπεδο ισορροπίας αλλά και αν μετατρέπεται σε αξιόλογο σύμμαχο της θεραπευτικής αγωγής (5<sup>ο</sup> συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας, Ιωάννινα, 2003).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Η πρόληψη είναι ιδιαίτερα επιθυμητή σε ασθένειες όπως ο καρκίνος. Διότι ο καρκίνος μπορεί να μεταβάλλει δραματικά τη ζωή σας, να προκαλέσει σοβαρή αναπηρία, να είναι επώδυνος, δαπανηρός στη θεραπεία και στις μισές περιπτώσεις θανατηφόρος.

Κατά την πρόληψη έχουμε δύο στόχους:

1. Να διασφαλίσουμε ότι δεν θα αναπτυχθεί ποτέ καρκίνος.
2. Να τον ανακαλύψουμε όταν βρίσκεται ακόμα στο πιο ιάσιμο στάδιο, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα. Και οι δυο προσπάθειες εξαρτώνται από την κατανόηση των αιτιών του καρκίνου και των σχετικών παραγόντων κινδύνου. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

#### **10. Α. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η μεταμόρφωση των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικούς όγκους μπορεί να οφείλεται σε «προσβολές» της γενετικής δομής του κυττάρου. Οι προσβολές αυτές που αποτελούν συνδυασμό της κληρονομικότητας, περιβαλλοντικών παραγόντων και κυρίως των συνηθειών και του τρόπου ζωής, αλληλεπιδρούν και συσσωρεύονται με την πάροδο του χρόνου.

Ο καρκίνος αρχίζει να δημιουργείται λόγω ορισμένων προσβολών, όπως είναι το κάπνισμα, οι ακτίνες X, ορισμένες ορμόνες και φάρμακα, οι ηλιακές ακτίνες, χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία και μερικοί ιοί που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Κάποιοι άλλοι παράγοντες, όπως το οινόπνευμα και το στρες, απλώς ευνοούν τον καρκίνο. Χρειάζονται δύο προσβολές για να προκληθεί ζημιά στο κύτταρο και να επηρεαστεί το DNA. Όσο συσσωρεύονται προσβολές, φτάνουμε κάποτε σ' ένα σημείο κάμψης, οπότε το κανονικό κύτταρο μεταλλάσσεται σε κύτταρο που αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα. Για ορισμένους παράγοντες κινδύνου δε μπορούμε να κάνουμε τίποτα. Για τους περισσότερους όμως, έχουμε διάφορες επιλογές. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***i. Κληρονομικότητα***

Όταν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στον καρκίνο, η κληρονομικότητα μπορεί να είναι ο πρώτος παράγων που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου. Στην περίπτωση αυτή, το κύτταρο μπορεί να μεταλλαχθεί σε καρκινικό από μια και μόνο προσβολή κάποιου καρκινογόνου. Αν και κάποια τάση ή προδιάθεση ανάπτυξης καρκίνου μπορεί να κληρονομηθεί υπό ορισμένες προϋποθέσεις, μόνο 2% των καρκίνων προκαλούνται άμεσα από την κληρονομικότητα. Τα περισσότερα οικογενειακά περιστατικά καρκίνου οφείλονται σε μια περίπλοκη αλληλεπίδραση των γονιδίων, του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***ii. Γεωγραφική περιοχή***

Οι άνθρωποι που διαμένουν σε περιοχές όπου παρατηρούνται ελλείψεις σε βιταμίνες ή ανόργανα στοιχεία, όπως το σελήνιο, μπορεί να αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου. Η μεγαλύτερη επίδραση της γεωγραφικής περιοχής, εντούτοις αφορά το διαιτολόγιο, το οποίο επηρεάζεται επίσης από πολιτιστικές συνήθειες (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***iii. Διαιτολόγιο***

Υψηλά επίπεδα λιπαρών – τόσο κορεσμένων, δηλαδή στερεών, κυρίως ζωικής προέλευσης, όσο και ακόρεστων, δηλαδή υγρών, κυρίως φυτικής προέλευσης – φαίνεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο στους καρκίνους του παχέος εντέρου, του ορθού, του προστάτη, των όρχεων, του μαστού, της μήτρας και της χοληδόχου κύστεως. Χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών παίζει ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Ακόμα και ισχυροί άνθρωποι, που όμως ακολουθούν δίαιτες με πολλά λιπαρά και λίγες ίνες, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αυτούς τους όγκους.

Η κατανάλωση διατηρημένων τροφίμων, αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανιστεί καρκίνος του οισοφάγου και του στομάχου.

Χαμηλά επίπεδα βιταμινών Α και C αυξάνουν τον κίνδυνο να αναπτυχθεί καρκίνος στο λάρυγγα, τον οισοφάγο, το στόμαχο, το παχύ έντερο, το ορθό, τον προστάτη, την κύστη και τον πνεύμονα. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

#### ***iv. Έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες του περιβάλλοντος***

Η έκθεση στον τόπο της εργασίας σε καρκινογόνες χημικές ουσίες, όπως τα προϊόντα του άνθρακα, το βενζόλιο, το κάδμιο, το ουράνιο, ο αμίαντος μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Καρκινογόνες ουσίες υπάρχουν πλέον και στον αέρα, το νερό και το έδαφος. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

#### ***v. Έκθεση στις ηλιακές ακτίνες***

Κατά τις ημέρες ηλιοφάνειας, σημαντικές ποσότητες υπεριώδων ακτινών μπορεί να επηρεάσουν την επιδερμίδα. Με τη μείωση του προστατευτικού στρώματος του όζοντος, οι υπεριώδεις ακτίνες γίνονται πιο δραστικές και επικίνδυνες. Ο ήλιος μπορεί να προκαλέσει εγκαύματα, ρυτίδες, πρόωρο γήρας ή σκλήρυνση του δέρματος. Μπορεί επίσης να προκαλέσει καρκίνο του δέρματος, όπως το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα ή το επιδερμοειδές καρκίνωμα ίσως και μελάνωμα. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

#### ***vi. Σεξουαλικές συνήθειες***

Το σεξουαλικό ιστορικό και οι σεξουαλικές συνήθειες επηρεάζουν τις πιθανότητες να αναπτυχθεί καρκίνος, είτε προστατεύοντάς σας είτε ευνοώντας την εμφάνιση όγκων. Η τεκνοποιία μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών, της μήτρας και του μαστού, ενώ οι γυναίκες που γεννούν πριν από τα 30 τους έχουν μικρότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού αργότερα Όσους περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους έχετε τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες υπάρχουν να εκτεθείτε σε ιούς που μεταδίδονται με τη σεξουαλική πράξη. Μερικοί από αυτούς προκαλούν καρκίνους της κεφαλής και του τραχήλου, τραχήλου της μήτρας, του πέους και του πρωκτού. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

#### ***vii. Οινόπνευμα***

Το οινόπνευμα μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου, του λάρυγγα και πιθανόν του παγκρέατος και του ήπατος. Επίσης, η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει μεγάλη σχέση με το κάπνισμα, και ο συνδυασμός των δύο αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να εμφανιστεί καρκίνος στο στόμα, το λαιμό και τον οισοφάγο. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

## **10. Β. ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Παρ' όλες τις προόδους στη θεραπευτική αγωγή, η έγκαιρη διάγνωση μπορεί ίσως να αποτρέψει περισσότερους θανάτους από καρκίνο από οποιονδήποτε άλλο τρόπο. Αν μπορούσαμε πάντοτε να διαγνώσουμε και να αφαιρέσουμε τους όγκους όταν είναι ακόμα πολύ μικροί σε μέγεθος, δε θα υπήρχε κανένας κίνδυνος μετάστασης.

Η έγκαιρη διάγνωση εξαρτάται από την αναγνώριση των προειδοποιητικών ενδείξεων του καρκίνου και την άμεση ιατρική περίθαλψη μόλις εκδηλωθούν συμπτώματα. Στην έγκαιρη διάγνωση συμβάλλει καθοριστικά η αυτοεξέταση και τα απλά εξεταστικά τεστ που εκτελούνται στο πλαίσιο ενός ετήσιου ιατρικού ελέγχου (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***i. Αυτοεξέταση***

Ένας απλός έλεγχος που συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου από καρκίνο του μαστού είναι η αυτοεξέταση. Πρόκειται για μια χαμηλού κινδύνου εξέταση, που δεν απαιτεί έκθεση σε ακτινοβολία ούτε και κανένα κόστος. Εκτιμάται ότι το 90% των κακοηθών όγκων μπορεί να διαγνωσθούν με μηνιαίες αυτοεξετάσεις. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα όπου οι γυναίκες διδάσκονται πώς να εκτελέσουν μια πλήρη εξέταση έχουν σημειώσει μεγάλη επιτυχία.

Οι άντρες μπορούν να κάνουν αυτοεξέταση των όρχεων κάθε τέσσερις μήνες αναζητώντας ογκίδια. Αν και ο καρκίνος των όρχεων είναι σπάνιος, είναι από τους πιο κοινούς μεταξύ των ανδρών 20 έως 35 ετών και είναι ιάσιμος αν διαγνωσθεί έγκαιρα.

Με κάποια διδασκαλία και πείρα, άνδρες και γυναίκες μπορούν να εξετάζουν το δέρμα, το στόμα, το θυρεοειδή, τα γεννητικά όργανα, την πρωκτική περιοχή και τους λεμφαδένες, αναζητώντας ύποπτα ογκίδια ή κηλίδες. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***ii. Έλεγχος κατά τη διάρκεια του τσεκ-απ***

Κατά τη διάρκεια της ετήσιας κλινικής εξέτασης, πρέπει να εξετάζονται διάφορα ευαίσθητα στον καρκίνο όργανα. Πρέπει να γίνεται μαστογραφία, ακτινογραφία θώρακα, τεστ Παπανικολάου και εξέταση της κοιλιακής χώρας. Αυτού του είδους οι διαγνωστικές εξετάσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία όταν προέρχετε από οικογένεια με ιστορικά καρκίνου ή είχατε ο ίδιος καρκίνο στο παρελθόν. Αν είχατε προσβληθεί από

καρκίνο μια φορά, είναι πιθανό να προσβληθείτε πάλι, γι' αυτό και πρέπει να υποβάλλεστε περιοδικά σε τσεκ-απ. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

## **10. Γ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Η προληπτική εξέταση κάποιου που παραπονιέται για κάτι συγκεκριμένο, όπως είναι ένας όγκος του στήθους ή πεπτικό πρόβλημα, ασφαλώς θα οδηγήσει σε περισσότερο θετικές διαγνώσεις καρκίνου του μαστού ή του παχέος εντέρου απ' ό,τι η εξέταση φαινομενικά φυσιολογικών και υγιών ατόμων.

Εντούτοις, η προληπτική εξέταση φαινομενικά υγιών ατόμων που δεν παραπονιούνται για κάτι συγκεκριμένο, για να διαπιστωθεί αν υπάρχει καρκίνος, έχει εξελιχθεί πλέον σε μια σημαντική και δημοφιλή δραστηριότητα. Τα προγράμματα μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε πιο έγκαιρη θεραπευτική αγωγή, οπότε οι πιθανότητες ίασης είναι πολύ περισσότερες. Η προληπτική εξέταση για καρκίνο προσεγγίζεται με δυο τρόπους: είτε εξετάζονται ολόκληροι πληθυσμοί είτε καταγράφονται οι κίνδυνοι που απειλούν ορισμένα άτομα. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***ι. Εκτίμηση κινδύνων***

Μερικοί μπορεί να κινδυνεύουν περισσότερο από άλλους να εμφανίσουν καρκίνο. Αυτό ίσως οφείλεται στις ιδιαίτερες γενετικές τους συνθήκες, στην έκθεση τους σε κάποια καρκινογόνα ουσία του περιβάλλοντος ή στο ότι έχουν συγγενείς (πρώτου βαθμού) με καρκίνο.

Σε πολλά ιατρικά κέντρα έχουν αναπτυχθεί προγράμματα εκτίμησης του κινδύνου για τον καρκίνο, με σκοπό να ανακαλυφθούν άτομα όπως τα παραπάνω. Στα προγράμματα αυτά, ο «πελάτης» συμπληρώνει ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με το ιστορικό της ζωής του, το ιστορικό της οικογένειάς του, το ιατρικό του ιστορικό, το εργασιακό του ιστορικό και τις εργασιακές συνθήκες του.

Με τα στοιχεία του ερωτηματολογίου τροφοδοτείται ο ηλεκτρονικός υπολογιστής, αναλύονται και κατόπιν ετοιμάζεται μια έκθεση όπου γίνεται περιεκτική και λεπτομερής ανάλυση του κινδύνου για καρκίνο σε κάθε άτομο. Η έκθεση παραδίδεται είτε στον «πελάτη» είτε σε εξουσιοδοτημένο γιατρό ή και στους δύο (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

Τα προγράμματα αυτά συχνά υποδεικνύουν ενδεχόμενα προληπτικά μέτρα, περιλαμβανόμενης και τυχόν φαρμακευτικής αγωγής ή αλλαγής στον τρόπο ζωής.



Ένα ιστορικό που δείχνει πολύ κάπνισμα, για παράδειγμα, θα οδηγήσει σε σύσταση για τακτικές ακτινογραφίες θώρακα και κλινικές εξετάσεις, όπως επίσης για διακοπή του καπνίσματος. Ένα οικογενειακό ιστορικό όπου αναφέρεται περίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου, θα οδηγήσει σε σύσταση για τακτικές εξετάσεις των μελών της οικογένειας με τη βοήθεια ενδοσκοπήσεων του σιγμοειδούς και του παχέος εντέρου, όπως επίσης και για εξετάσεις κοπράνων για να διαπιστωθεί αν υπάρχει αίμα.

Αρκετά προγράμματα εκτίμησης του κινδύνου για καρκίνο είναι στη διάθεση του ευρύτερου κοινού. Είναι όμως σημαντικό να κατανοηθεί ότι τα προγράμματα αυτά αποσκοπούν απλώς στο να δώσουν πληροφορίες σχετικές με αυξημένους κινδύνους ανάπτυξης συγκεκριμένων ειδών καρκίνου.

Η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου αξιολόγησης κινδύνου δεν αποτελεί κατ' ανάγκη ιατρική πράξη και τα σχετικά προγράμματα δε συνιστούν ιατρική πρακτική. Δεν υπάρχει εδώ σχέση ιατρού – ασθενούς, ούτε ιατρική εξέταση, αναλύσεις αίματος ή ακτινογραφίες. Επιπλέον, οι πληροφορίες που δίνονται δεν συνιστούν παρά απλή εκτίμηση των σχετικών κινδύνων για ορισμένους τύπους καρκίνου και δίνουν μόνο γενικές κατευθύνσεις για την πιθανή ελάττωση των κινδύνων αυτών ή για την ανακάλυψη του καρκίνου. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

## ***ii. Μεγάλης κλίμακας πληθυσμιακός έλεγχος***

Ιατρική σχέση δημιουργείται όταν ένα φαινομενικά υγιές άτομο κάνει συγκεκριμένα τεστ με στόχο να διαγνωσθεί ο καρκίνος. Πλήρεις και εξειδικευμένες εξετάσεις για την ανακάλυψη του καρκίνου γίνονται σε πολλά κέντρα. Κατά τη διάρκεια των εξετάσεων, η προσοχή των γιατρών στρέφεται σε συγκεκριμένα σημεία όπου μπορεί να υπάρχει καρκίνος. Το πια είναι αυτά εξαρτάται από το ιστορικό του ασθενούς

Αν και έχουν δημοσιευθεί πολλές πληροφορίες σχετικά με τη χρησιμότητα της εκτεταμένης προληπτικής εξέτασης υγιών ατόμων, η πρακτική αυτή δεν έχει γίνει ευρέως αποδεκτή από την ιατρική κοινότητα ούτε από τις ασφαλιστικές εταιρίες ή άλλους παρεμφερείς οργανισμούς. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***iii. Είναι οικονομική η προληπτική εξέταση***

Σε ατομική βάση, και δεδομένου ότι ενθαρρύνεται κάθε ενέργεια που θα οδηγούσε σε έγκαιρη διάγνωση, ασφαλώς η προληπτική εξέταση αρχίζει να γίνεται από όλους. Εντούτοις, έχουν ανακύψει προβλήματα που σχετίζονται με το κόστος και την πολυπλοκότητα των προγραμμάτων προληπτικής εξέτασης όταν αφορούν μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***iv. Αποτελέσματα του τεστ Παπανικολάου***

Παρά τα όσα είπαμε, όμως, η προληπτική εξέταση σαφώς μπορεί να έχει αποτελέσματα. Το τεστ Παπανικολάου για την προληπτική εξέταση του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια τμήμα της συνηθισμένης κλινικής εξέτασης του 85% των γυναικών μεταξύ 20 και 39 ετών και στο 80% των γυναικών μεταξύ 40 και 70 ετών.

Αφότου το τεστ Παπανικολάου άρχισε να χρησιμοποιείται σε μεγάλη κλίμακα, οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μειώθηκαν θεαματικά σε όλον τον κόσμο, διότι έτσι ανακαλύπτονται συνεχώς περισσότερα καρκινώματα εν τη γενέσει τους. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***v. Κατευθυντήριες γραμμές προληπτικής εξέτασης για άλλους όγκους***

Οι μελέτες επιβεβαιώνουν αυτό που τόσο οι γιατροί όσο και πολλοί άλλοι γνωρίζουν εδώ και πολλά χρόνια, ότι δηλαδή ο τρόπος ζωής επηρεάζει την ανάπτυξη καρκίνου. Με το 30% -35% των καρκίνων να συνδέεται με τη διαίτα, το 30% -32% να προκαλείται από το κάπνισμα και το 4% να σχετίζεται με το οινόπνευμα, σχεδόν το 70% των καρκίνων αποτελεί άμεσο αποτέλεσμα των επιλογών που κάνουμε σχετικά με τον τρόπο ζωής μας

Έτσι, τα 2/3 των περιπτώσεων καρκίνου είναι δυνατόν να προληφθούν, αν διαφοροποιήσουμε τις επιλογές μας. Ο υποδιπλασιασμός των καπνιστών θα έσωνε τουλάχιστον 75.000 ζωές το χρόνο, και η βελτίωση της διαίτας τουλάχιστον 20.000. Όμως παρότι γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο, λίγοι φαίνονται πρόθυμοι ν' αλλάξουν τις συνήθειες τους. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

## **10. Δ. ΤΙ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΕΛΑΤΤΩΣΕΤΕ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΝΑ ΠΑΘΕΤΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

### *ι. Αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης.*

1. Ελαττώσετε την κατανάλωση λιπών, και αυξήστε την κατανάλωση φυτικών ινών.
2. Αυξήστε την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, όπως και δημητριακών.
3. Τρώτε σταυρανόθη λαχανικά, όπως λάχανο, κουνουπίδι, μπρόκολο. Όλα αυτά είναι πηγές β-καροτίνης και ινών που συμβάλλουν να μειωθεί ο κίνδυνος αρκετών ειδών καρκίνου, ιδίως του παχέος εντέρου.
4. Ελαττώστε την κατανάλωση κρεάτων καπνιστών και ψητών στα κάρβουνα.
5. Πίνετε μέτριες ποσότητες οινοπνευματώδων ποτών, αν είστε πότης. Κανονικά δεν πρέπει να πίνετε πάνω από ένα ποτό ή 125ml κρασί την ημέρα.
6. Ελαττώστε την ημερήσια κατανάλωση ερυθρών κρεάτων και ζωικού λίπους.
7. Να διατηρείστε λεπτός και σε καλή φυσική κατάσταση. Αυτό συμβάλλει στην πρόληψη του καρκίνου διότι μειώνει την υπερβολική έκκριση ορμονών που μπορούν να ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου. Εξίσου σημαντικό με τη σωστή διατροφή είναι να ασκείστε. Ακόμα και η μέτρια άσκηση βοηθάει στην καύση του λίπους, σφίγγει τους μυς και ελαττώνει το πάχος. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)
8. Μην καπνίζετε. Αν είστε καπνιστής, κόψτε το.
9. Περιορίστε την κατανάλωση οινοπνεύματος σ' ένα ποτό την ημέρα ή και λιγότερο.
10. Μην πίνετε και καπνίζετε ταυτόχρονα, διότι ο συνδυασμός αυξάνει τις πιθανότητες καρκίνου της κεφαλής και του τραχήλου κατά 50 φορές περίπου.
11. Αντιμετωπίστε το στρες και εφαρμόστε τεχνικές ελέγχου του.
12. Προστατευτείτε από τους σεξουαλικά μεταδιδόμενους ιούς με τη χρήση προφυλακτικών. Παρατηρούνται αυξημένες περιπτώσεις καρκίνου μεταξύ ομοφυλοφίλων, όπως και αυξημένες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του πέους όταν υπάρχουν πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι.
13. Να αποφεύγετε την παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο και να χρησιμοποιείτε αντηλιακά για να ελαττώσετε την επίδραση του ήλιου στην επιδερμίδα σας.

Άτομα με ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα, κοκκινωπό κεφάλι, ξανθά μαλλιά ή με φακίδες χρειάζονται αντηλιακά μεγαλύτερου βαθμού προστασίας από τα άτομα με σκούρα επιδερμίδα ή τους μαύρους, οι οποίοι έχουν φυσική προστασία από τον ήλιο χάρη στη μελανίνη του δέρματός τους.

14. Ελαττώστε ή θέσετε υπό έλεγχο την έκθεσή σας σε γνωστές καρκινογόνες χημικές ουσίες, με τη χρήση προστατευτικών μεθόδων. Είναι προτιμότερο να αποφεύγετε την επαφή με τις ουσίες αυτές.
15. Βοηθήστε με όποιον τρόπο μπορείτε να ψηφιστούν νομοσχέδια που να προβλέπουν πρότυπα για καθαρό αέρα και νερό (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***ii. Το αποτελεσματικότερο προληπτικό μέτρο: αποχή από το κάπνισμα***

Το κάπνισμα ευθύνεται για το 85% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα και αποτελεί την κύρια αιτία καρκίνων του λάρυγγα και του στόματος. Παράλληλα, παίζει ρόλο στον καρκίνο του στομάχου, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος και του τραχήλου της μήτρας.

Ένα τσιγάρο που καίγεται εκλύει περίπου 7.000 χημικές ουσίες, όπως μονοξείδιο του άνθρακα, αργόν, νιτροζαμίνες, βενζοπυρένιο, κάδμιο, μεθάνιο, βενζόλιο, φορμαλδεΐδη, βινιλχωρίδιο, αρσενικό και υδροκυανίδιο.

Πάνω από 4.000 απ' αυτές τις χημικές ενώσεις είναι τοξικές και είναι γνωστό ότι 43 προκαλούν καρκίνο. Ένας μη καπνιστής που κάθεται στο ίδιο δωμάτιο μ' έναν καπνιστή δεν μπορεί να αποφύγει μερικά από τα 4.000 τοξικά συστατικά, τα οποία ελευθερώνονται με το κάπνισμα. Σε έκθεσή του το 1989 ο γενικός αρχίατρος των Η. Π.Α. και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υπολόγισε ότι περίπου 3.000 μη καπνιστές πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

### ***iii. Πώς γίνεται η πρόληψη***

Σύμφωνα με όσα διαβάσαμε καθώς επίσης και μέσα από διάφορες συζητήσεις με ειδικούς, διαπιστώσαμε πως δεν υπάρχει καθορισμένος τρόπος που μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη.

Πρόληψη μπορεί να γίνει μέσα από ενημερώσεις στα σχολεία από ειδικούς πάνω σε θέματα υγείας. Αυτός είναι ένας τρόπος που μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά

να καταλάβουν πόσο σημαντική είναι η πρόληψη προκειμένου ν' αποφευχθεί ο καρκίνος.

Ένας άλλος τρόπος είναι μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις κατάλληλες εκπομπές να μπορέσουν διαπεράσουν στο κοινό τη σήμανση της πρόληψης. Πλέον ένας σημαντικός αριθμός πολιτών έχει καταλήξει να είναι ο αποδιοπομπαίος τράγος της τηλεόρασης, συνεπώς διάφοροι ειδικοί πάνω σε θέματα υγείας μπορούν να επιμορφώσουν τους πολίτες.

Επίσης, διάφορες αφίσες στις δημόσιες υπηρεσίες καθώς και σε άλλους χώρους όπου απευθύνεται συχνότερα το κοινό, μπορούν να περάσουν σημαντικά μηνύματα στους πολίτες. Κι έτσι να λάβουν σοβαρά υπόψη τους πως η «πρόληψη για τον καρκίνο» είναι ένα μέτρο που μας αφορά άμεσα και δεν μπορούμε να το παραβλέψουμε.

Τέλος η οργάνωση από τις αρμόδιες υπηρεσίες, ομιλιών με θέμα: «ενημέρωση και πρόληψη από τον καρκίνο» μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. (Καμπάνης Άγγελος Αθήνα: ΕΕΠΙ, 1980)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

### **ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ**

Στην προσπάθεια μας να συγκεντρώσουμε και ταυτόχρονα να διερευνήσουμε τους φορείς υποστήριξης για την ευπαθή κοινωνική ομάδα των καρκινοπαθών στο λεκανοπέδιο της Αττικής αναζητήσαμε πληροφορίες από τον Παγκόσμιο Ιστό χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά προκειμένου να αντλήσουμε πληροφορίες για όσους φορείς έχουν δημιουργήσει ιστοσελίδα στον Παγκόσμιο Ιστό. Τα αποτελέσματα όμως ήταν ανεπαρκή με αποτέλεσμα να στραφούμε στο Μητρώο Εθελοντικών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που τηρείται στα αρχεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εν συνεχεία χρησιμοποιήσαμε σαν πηγή πληροφόρησης τους κατάλογους με φορείς που τηρούνται από τις κοινωνικές υπηρεσίες των γενικών και ογκολογικών νοσοκομείων ώστε να παραπέμπουν ασθενείς. Οι διευθύνσεις και τα τηλέφωνα των φορέων παρατίθενται στο παράρτημα της μελέτης. Τα αποτελέσματα της προσπάθειάς μας είναι τα ακόλουθα:

#### **11. Α. 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 προβλήματα 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.τ.λ. 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.

#### **11. Β. «ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ» ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.**

Σκοπός του Πανελλήνιου 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. Αρθμεί 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).



## **11. Γ. ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Ο Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου ιδρύθηκε (1976) για να βοηθά οικονομικά και ηθικά τους άπορους ασθενείς με καρκίνο. Την εποχή εκείνη οι ανάγκες που δημιουργούσε ο καρκίνος ήταν πολλές και δυσβάσταχτες με άπειρα οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα. Στην πορεία ακολουθώντας τις εξελίξεις της επιστήμης σε σχέση με τον καρκίνο αλλά και την αλλαγή της προσφοράς που από φιλανθρωπία αλλάζει μορφή, δομή και λειτουργικότητα.

Αρχίζει η εκπαίδευση των μελών που θέλουν να γίνουν εθελοντές ώστε οι προσφερόμενες υπηρεσίες να έχουν τα χαρακτηριστικά της προσφοράς, φροντίδας, ευθύνης, σεβασμού και γνώσης. Στην συνέχεια ο όμιλος άρχισε να οργανώνει προγράμματα για την ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο και να υλοποιεί τριετή προγράμματα ενημέρωσης – έγκαιρης διάγνωσης του γυναικολογικού καρκίνου και του καρκίνου του μαστού.

Παράλληλα, για δύο μεγάλες ομάδες ασθενών που βίωσαν την εμπειρία του καρκίνου μετά την μαστεκτομή και την λαρυγγεκτομή αλλά που έχουν μακρά επιβίωση συνέβαλλε ώστε να ιδρυθούν δύο πανελλήνιοι σύλλογοι και μετά από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη που παίρνουν από τους επιστήμονες του χώρου να έχουν μια πλήρη προσαρμογή στη νέα κατάσταση και όχι μόνο αλλά και να γίνονται εθελοντές ώστε να στηρίζουν ασθενείς που έχουν κάνει την ίδια με εκείνους επέμβαση. Δεν έπαψε ποτέ να στηρίζει ασθενείς με καρκίνο σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο.

Σας αναφέρουμε προγράμματα του ομίλου λειτουργούν στο ΕΑΝΠ Μεταξά: Κλινική μιας Ημέρας, Ακτινοθεραπευτική Κλινική, Δανειστική Βιβλιοθήκη, υποστήριξη ασθενών, γραφείο εξυπηρέτησης πολιτών. Άρα σήμερα ο όμιλος υποστηρίζει σφαιρικά τον χώρο του καρκίνου στους τομείς ενημέρωσης – έγκαιρης διάγνωσης, της στήριξης ασθενών με καρκίνο και στον τομέα της κοινωνικής αποκατάστασης.

### ***Περιγραφή δράσεων***

- § Ενημέρωση-έγκαιρη διάγνωση: Ο Όμιλος διοργανώνει σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας ομιλίες, διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, ημερίδες κ.λ.π.. Με τη συμμετοχή επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων και θεραπευμένων καρκινοπαθών με σκοπό την ενημέρωση του κοινού για όλα τα θέματα που

αφορούν την πρόληψη-έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, καθώς και προγράμματα πρόληψης γυναικολογικού καρκίνου σε δήμους και κοινότητες.

**§ Στήριξη ασθενών με καρκίνο (ατομική-ομαδική)**

Ατομική:

1. Ασθενείς τελικού σταδίου
2. Οικονομική στήριξη
3. Ηθική στήριξη

Ομαδική:

1. Κλινική μιας ημέρας και ακτινοθεραπευτική κλινική (ΕΑΝΠ Μεταξά)
2. Δανειστική βιβλιοθήκη

**§ Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση:** Ο Όμιλος έχει συμβάλει στην ίδρυση και συντηρεί οικονομικά δύο πανελλήνιους συλλόγους: τον πανελλήνιο σύλλογο γυναικών με καρκίνο μαστού και τον πανελλήνιο σύλλογο λαρυγγεκτομηθέντων.

**§ Εκπαίδευση εθελοντριών:** Ο σύγχρονος εθελοντισμός απαιτεί δέσμευση, συνείδηση και οριοθέτηση, γι αυτό οργανώνονται σε ετήσια βάση εκπαιδευτικά σεμινάρια για τις εθελόντριες με γνωστικό και βιωματικό χαρακτήρα.

**§ Άλλες δραστηριότητες:** Συμμετέχει σε επιστημονικά συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες, συμπόσια κ.λ.π. στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, στην προσπάθειά του να παρακολουθεί τις τελευταίες εξελίξεις σε θέματα εθελοντισμού, είναι μέλος της Europa Donna και την Ομοσπονδία Εθελοντικών μη Κυβερνητικών Οργανώσεων Ελλάδος. Επίσης, συνεργάζεται με οργανώσεις του δημοσίου και ιδιωτικού φορέα, εκκλησία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα, επιστημονικές ομάδες, δήμους, κοινότητες κ.τ.λ.

**§ Διεύρυνση:** Στην οικογένεια του Ομίλου από τον Ιούνιο του 2001 έχει προστεθεί η Ομάδα Νέων BIOFUS – νέοι κατά του καρκίνου που με τον ενθουσιασμό και την δράση τους υποστηρίζουν και συμμετέχουν με ξεχωριστό τρόπο στις δραστηριότητες του ομίλου. Το 2002 ξεκίνησε η δημιουργία παραρτήματος του ομίλου στην Πάτρα.

## **11. Δ. 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 ευαισθητοποιούμε 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 αγωγής 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' οίκων συντροφιάς από εθελοντές που συνεργάζονται με την Εταιρεία μας
- § Φέρνοντας τους εθελοντές σε επαφή με άτομα που τους έχουν ανάγκη, και τέλος

§ Παραμένοντας ανοιχτοί σε κάθε πρόταση ή συνεργασία που προάγει τους στόχους μας.

### **11. Ε. 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 Ελλάδος.

### **11. ΣΤ. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΜΕΤΑΞΑ**

#### **ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ**

#### *Σχετικά με το Τμήμα*

Ο Τομέας Ψυχικής Υγείας/Ψυχοογκολογίας του Νοσοκομείου Μεταξά, ασκώντας την Διασυνδεδετική Ψυχιατρική/Ψυχοογκολογία, παρέχει ψυχοκοινωνικές φροντίδες εκτιμώντας και αντιμετωπίζοντας τα συναισθηματικά προβλήματα και τις ψυχιατρικές διαταραχές των νοσηλευομένων ασθενών αλλά και των συγγενών τους. Το κλινικό έργο εστιάζεται ιδιαίτερα στα ειδικά συναισθηματικά και επικοινωνιακά προβλήματα καθώς και σε αυτά που αναφέρονται ως συνέπεια της νόσου, των θεραπειών της αλλά και της μυθολογίας που υπάρχει γύρω από τον καρκίνο. Οι ειδικοί ψυχοπαιδαγωγικοί παράγοντες κατά την πορεία μιας νεοπλασίας και οι συνέπειες τους στην συναισθηματική κατάσταση ασθενών, συγγενών αλλά και του προσωπικού διαμορφώνει τις δραστηριότητες του Τομέα ψυχικής Υγείας σε κλινικό, σε εκπαιδευτικό αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο.

Στο κλινικό έργο παρέχει τις βιολογικές ή ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που είναι αναγκαίες για τη λύση είτε μιας απλής ψυχολογικής κρίσης είτε μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Μέσω της σταθερής συμμετοχής στην λειτουργία των ογκολογικών τμημάτων, της συμμετοχής σε ομάδες για τα ειδικά προβλήματα των ασθενών και της συμμετοχής σε όλες τις δραστηριότητες του νοσοκομείου φροντίζει να μεταδίδει σε όλο το προσωπικό την ανάγκη να λαμβάνεται υπόψη η ψυχοσωματική ενότητα και να δίδεται προσοχή στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και στην εν γένει ανθρώπινη διάσταση των νεοπλασιών.

Σε εκπαιδευτικό επίπεδο έχει στο ενεργητικό του συμμετοχή σε μεγάλο αριθμό ημερίδων, συνεδρίων, διανοσοκομειακών συναντήσεων, μαθημάτων σε φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής και ψυχολογίας σε πρακτικό και θεωρητικό επίπεδο. Επιπρόσθετα δίνοντας έμφαση στην θεραπευτική σχέση προσωπικού/ασθενούς διοργανώνει κάθε χρόνο εκτεταμένο βιωματικό σεμινάριο πάνω στις αρχές της ψυχοογκολογίας, την θεραπευτική σχέση, την επικοινωνία και στα ηθικά διλήμματα και δεοντολογικά προβλήματα που αναφύονται κατά την φροντίδα ασθενών με καρκίνο.

Τα μέλη της ομάδας του Τομέα Ψυχικής Υγείας έχουν συγγράψει δύο βιβλία ψυχοογκολογίας και ενημέρωσης/επικοινωνίας όπως το «Αρχές Ψυχοογκολογίας» των Β.Ιακωβίδη και Α. Ιακωβίδη από τις εκδόσεις Σιώκη και το «Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή» του Γ. Καλλέργη από τις εκδόσεις Medical Graphics. Υπάρχει επίσης συμμετοχή στην συγγραφή για το μέρος της ψυχοογκολογίας σε βιβλία συγγραφέων ογκολόγων.

Σε ερευνητικό επίπεδο έχει ερευνήσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις ψυχιατρικές αντιδράσεις των ασθενών, τις στάσεις του προσωπικού έναντι του καρκίνου, τα ποσοστά ενημέρωσης των ασθενών, τις σεξουαλικές διαταραχές κ.α., όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα με ανάλογη αρθρογραφία σε ελληνικά και ξένα περιοδικά. Το ποσοστό των εξεταζόμενων ασθενών από τους ειδικούς του τομέα ψυχικής υγείας κρίνεται πολύ ικανοποιητικό αφού ανέρχεται στο 3-7% των νοσηλευόμενων ασθενών.

Πρόσφατα το Νοσοκομείο Μεταξά και ο Τομέας Ψυχικής Υγείας ανταποκρινόμενοι στις νέες τάσεις της Ψυχοογκολογίας για έμφαση των ειδικών στην πρόληψη αλλά και στην εξωνοσοκομειακή παροχή φροντίδων, εγκαινίασαν το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχοογκολογίας στην περιοχή της Καστέλας (στην οδό Χέυδεν 18, τηλ. 4100581-3 και fax 4100584).

Οι στόχοι αυτής της ενδιάμεσης δομής είναι αφενός η απομυθοποίηση του καρκίνου, μέσω της σύνδεσης της με την κοινότητα και η διάλυση των εσφαλμένων αντιλήψεων ώστε να προαχθεί από τα άτομα η πρόληψη και η πρόωμη διάγνωση και αφετέρου η συνεχιζόμενη παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ασθενείς που δεν νοσηλεύονται πλέον ή δεν επιθυμούν να επισκέπτονται το νοσοκομείο.

## **11. Ζ. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΙΕΤΗ» ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με καρκίνο του μαστού «ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΙΕΤΗ» ιδρύθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας το Μάρτιο του 2002 με στόχο την 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 ΔΩΡΕΑΝ 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 ΛΑΜΠΙΕΤΗ», με γνώση και ευαισθησία, βοηθά τις γυναίκες και τις οικογένειες 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 περιβάλλοντος τους  
Το Κέντρο προσφέρει, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση:
- § Ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο
- § Ατομική ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε γυναίκες με πρόβλημα καρκίνου του μαστού
- § Ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη στις οικογένειες 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.τ.λ.  
Το κέντρο λειτουργεί Δευτέρα έως Παρασκευή από 9.00 έως 17.00.

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

Η ΦΛΟΓΑ είναι ο σύλλογος των γονέων με παιδιά που πάσχουν από καρκίνο. Μετά από 20 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 υποστηρίζει τα παιδιά που αγωνίζονται για την ζωή και τη υγεία τους.
- § Για να συμπαραστέκεται στους γονείς που βλέπουν ξαφνικά να αλλάζουν τα πάντα στη ζωή τους.
- § Για να παρεμβαίνει στις διοικήσεις των Νοσοκομείων και στους αρμόδιους φορείς της πολιτείας για την εξασφάλιση των απαιτούμενων συνθηκών και μέσων για τη θεραπεία και τις συνθήκες διαβίωσης των παιδιών.
- § Για να ενημερώνει υπεύθυνα τους γονείς για τις εφαρμοζόμενες θεραπείες και τα αποτελέσματά τους και σε συνεργασία με επιστημονικά κέντρα της χώρας και του εξωτερικού για την πρόοδο της έρευνας ενάντια στον καρκίνο.

- § Για να υποστηρίξει μέσα από το κοινωνικό ταμείο που έχει δημιουργήσει, τις ανάγκες διαβίωσης και ιατρικών εξετάσεων αδύναμων οικονομικά 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***

Η στέγαση των γονιών και παιδιών από την περιφέρεια, ένα από τα κυριότερα μελήματα της ΦΛΟΓΑΣ είναι πλέον πραγματικότητα. 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 τη 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 μορφής 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 τον 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, 2610434536

### **11. Θ. «ΕΛΠΙΔΑ»**

Η ιστορία της «ΕΛΠΙΔΑΣ» ξεκίνησε το 1990 από την αγάπη των μελών της για τα παιδιά και από τη διαπίστωση πως στη χώρα μας έλειπαν τα μέσα για τη θεραπεία των παιδιών που χρειάζονται μεταμόσχευση μυελού των οστών. Αυτή η ιστορία -ιστορία αγάπης, ανθρωπιάς και κοινωνικής στράτευσης- συνεχίζεται όλα αυτά τα χρόνια με σκληρή δουλειά και ανιδιοτελή προσφορά και στηρίζεται πάνω από όλα, στην αγάπη του κόσμου που έχει αγκαλιάσει το έργο του Συλλόγου σαν να ήταν δικό του.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90 ιδρύθηκε ο Σύλλογος από μια ομάδα επώνυμων γυναικών και η απόφαση τους να στρατευτούν στο πλευρό του άρρωστου παιδιού ήταν για την ελληνική κοινωνία ένα ευχάριστο ξάφνιασμα. Ένα ξάφνιασμα που όμως σηματοδότησε την αυγή μιας κοινωνικής άνοιξης. Με όραμα τόλμη και αποφασιστικότητα, προγραμματισμό και προπαντός με προσωπική δουλειά τα μέλη του συλλόγου κατόρθωσαν να μετατρέψουν τη δυστυχία σε ελπίδα ζωής για εκατοντάδες παιδιά.

Πρώτη βασική επιδίωξη της «ΕΛΠΙΔΑΣ» ήταν η δημιουργία μιας πρότυπης ιατρικής μονάδας που μέχρι τότε δεν υπήρχε στη χώρα μας: της Μονάδας Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών (ΜΜΜΟ), όπου θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σε παιδιά που νοσούν από αιματολογικά νοσήματα, όπως λευχαιμίες, συμπαγείς όγκοι, νευροβλαστώματα, μεσογειακή αναιμία και άλλες περιπτώσεις (περισσότερες από πενήντα).

Ακολούθησε η δημιουργία του Ξενώνα που φιλοξενεί παιδιά από την περιφέρεια μαζί με τις οικογένειές τους, που έχουν ανάγκη να διαμένουν στην περιοχή της Αθήνας για όσο διάστημα διαρκεί η θεραπεία στη ΜΜΜΟ του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία», καθώς επίσης και στις ογκολογικές κλινικές των Παιδιατρικών Νοσοκομείων «Αγία Σοφία» και «Αγλαΐα Κυριακού», χωρίς να έχουν στέγη στην πρωτεύουσα, ενώ ο επόμενος μεγάλος στόχος είναι η δημιουργία του Α΄ Παιδιατρικού Ογκολογικού Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση όλων των μορφών παιδικού καρκίνου.

Επιπλέον σε αναπαλαιωμένο κτίριο της οδού Πινδάρου που παραχωρήθηκε στον Σύλλογο, θα στεγαστεί το κέντρο δημιουργικής απασχόλησης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας των παιδιών της ΕΛΠΙΔΑΣ.

### ***Ο Ξενώνας της ΕΛΠΙΔΑΣ***

Ο Ξενώνας της ΕΛΠΙΔΑΣ είναι για τις οικογένειες από την περιφέρεια που τα παιδιά τους πάσχουν από νεοπλασματικές ασθένειες, το δικό τους σπίτι στην Αθήνα. Για τις οικογένειες αυτές το άγχος και η ανησυχία για την εξέλιξη της υγείας του παιδιού, που συνοδεύεται συνήθως με μακρόχρονη παραμονή στο νοσοκομείο, πολύμηνη εξωνοσοκομειακή θεραπεία και τεράστια έξοδα είναι πολύ μεγάλο.

Σκοπός του Ξενώνα είναι να καλύψει τις ανάγκες των παιδιών αλλά και των γονιών που τα συνοδεύουν. Η θεραπεία των παιδιών είναι μακρόχρονη και διαρκεί συνήθως από 1 μήνα έως και ένα χρόνο με αποτέλεσμα τα παιδιά να απομακρύνονται από το οικείο τους περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα και να χρειάζονται ιδιαίτερη ψυχολογική στήριξη. Αλλά και οι γονείς έχουν ανάγκη να στηριχθούν, να κρατηθούν από την ελπίδα, για να μπορέσουν να τα παιδιά τους. Και μόνο το γεγονός ότι σε αυτό το περιβάλλον συνυπάρχουν σαν οικογένεια, παιδιά και γονείς που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, τους προσφέρει ένα αίσθημα συμπαράστασης και αλληλεγγύης.

Μέλημα όλων είναι, παιδιά και γονείς να μην χάσουν την επαφή τους με το κοινωνικό σύνολο, να έχουν συμπαράστατες, να πιστέψουν ότι τίποτε δεν τελειώνει, τίποτα δεν χάνεται και ότι η «ΕΛΠΙΔΑ» βρίσκεται στο πλευρό τους.

## **11. I. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ**

Σκοπός του συλλόγου είναι η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή, η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η υποστήριξη και η ενημέρωση των μελών του και των μελών των οικογενειών τους αλλά και του κοινού σε θέματα πρόληψης – έγκαιρης διάγνωσης και αποκατάστασης του καρκίνου του λάρυγγα, η εκμάθηση της οισοφαγικής φώνησης και η έρευνα.

Σήμερα ο Σύλλογος αριθμεί 450 μέλη και 20 εκπαιδευμένους εθελοντές. Διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο, έχει Επιστημονική Επιτροπή, Επιστημονικό Σύμβουλο, Επιστημονικούς Συνεργάτες, μια Κοινωνική Λειτουργό και μια Λογοπαιδικό.

Η κύρια και μοναδική πηγή εσόδων του Συλλόγου είναι η επιδότηση του «Ομίλου Εθελοντών Κατά του Καρκίνου», και οι συνδρομές των μελών του.

Στον Σύλλογο εφαρμόζονται τα ακόλουθα προγράμματα:

- § Εθελοντικό Πρόγραμμα (στήριξη του ασθενούς με καρκίνο του λάρυγγα στο νοσοκομείο που νοσηλεύεται από εθελοντές του Συλλόγου).
- § Πρόγραμμα Ψυχολογικής Στήριξης (ατομική συμβουλευτική, συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία).
- § Πρόγραμμα Μάθησης Οισοφάγειας Ομιλίας (δωρεάν διδασκαλία οισοφάγειας ομιλίας λαρυγγεκτομηθέντες από λογοπεδικό).
- § Πρόγραμμα εκπαίδευσης εθελοντών (εκπαιδευτικό σεμινάριο 8 εβδομάδων για τους νέους εθελοντές του Συλλόγου).
- § Πρόγραμμα Ενημέρωσης (έγκυρη και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά, εργασιακά, κ.λ.π.)
- § Πρόγραμμα Πρόληψης – Έγκαιρης Διάγνωσης (ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα πρόληψης – έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του λάρυγγα).

## **11. IA. 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 του προσώπου ή που το ίδιο απειλείται από μια 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

### **11. ΙΒ. «ΠΙΣΤΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Η ΠΙΣΤΗ είναι ο σύλλογος γονέων και κηδεμόνων παιδιών με νεοπλασματικές ασθένειες του νοσοκομείου παιδών «Αγία Σοφία».

### ***Ο σκοπός του Συλλόγου***

- § Ψυχική και οικονομική υποστήριξη των οικογενειών, με παιδί που παύσει από καρκίνο
- § Η δημιουργία αξιοπρεπών, επαρκών, ασφαλών και υψηλού επιπέδου συνθηκών νοσηλείας, που να εξασφαλίζουν ίδιες πιθανότητες ίασης με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ.
- § Η υποβοήθηση του έργου των ιατρών, νοσηλευτριών και του λοιπού προσωπικού των αιματολογικών-ογκολογικών κλινικών και της μονάδας μεταμόσχευσης μυελού των οστών
- § Η προώθηση της ιατρικής επιστήμης σε θέματα νεοπλασιών (χορήγηση υποτροφιών, οργάνωση συνεδρίων κ.α.).

### ***Δραστηριότητες***

- § Ομάδες ψυχολογικής στήριξης των γονιών σε 24ωρη βάση
- § Αδιάκοπη φροντίδα για την αποτελεσματική λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων
- § Οργάνωση ομάδας αιμοδοσίας για κάλυψη εκτάκτων αναγκών των κλινικών του Κέντρου Ειδικών Θεραπειών (ΚΕΘ) και της μονάδας μεταμόσχευσης μυελού των οστών
- § Επαγρύπνηση για την επίλυση των προβλημάτων των παιδιών και παροχή κάθε δυνατού μέσου για την σωματική και ψυχική ανακούφισή τους
- § Οργάνωση ψυχαγωγικών και άλλων εκδηλώσεων (με κουκλοθέατρο, κλόουν, ταχυδακτυλουργό κ.τ.λ.) σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- § Αγορά εξοπλισμού και συντήρηση ηλεκτρονικών και ηλεκτρικών συσκευών (τηλεοράσεις, βίντεο, κασετόφωνα, ψυγεία κ.τ.λ.) των δωματίων νοσηλείας
- § Εξασφάλιση υλικού εργασιοθεραπείας και παιχνιδιών για όλα τα παιδιά
- § Οργάνωση δανειστικής βιβλιοθήκης και κασετοθήκης
- § Συμβολή στον εξοπλισμό των κλινικών με επιστημονικά όργανα και συσκευές (ειδικά πιεσόμετρα, δοσομετρητές φαρμάκων, συσκευές ρυθμιζόμενης παροχής οξυγόνου, υγρασίας κ.α.).

### **11. ΙΓ. b1ofus – ΝΕΟΙ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Οι b1ofus (νέοι κατά του καρκίνου) δημιουργήθηκαν με σκοπό να ενισχύσουν και να προωθήσουν ένα πολύ σημαντικό έργο που γίνεται εδώ και 26 χρόνια από τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου, τον Πανελλήνιο Σύλλογο Με Καρκίνο του Μαστού και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρυγγεκτομηθέντων.

Το έργο αυτό έχει στόχο την ενημέρωση πάνω σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του, καθώς και την ενδονοσοκομειακή του στήριξη.

Η πρώτη γνωριμία των b1ofus, με τον Όμιλο έγινε στις 7 Απριλίου 2001. Σ' εκείνη τη συνάντηση ανταποκρίθηκαν αρκετοί νέοι άνθρωποι. Για τον περισσότερο κόσμο ο καρκίνος είναι συνδεδεμένος με πόνο και θάνατο. Ίσως φαίνεται ιδιαίτερα δύσκολο για κάποιον που έχει αυτή την αντίληψη για τον καρκίνο ή μια προηγούμενη δυσάρεστη εμπειρία, να πάει και να συμβάλλει εθελοντικά στο έργο μιας τέτοιας

ομάδας . ωστόσο μεσά από την συμμετοχή στους b1ofus και στον Όμιλο Εθελοντων κατα του Καρκίνου, γίνεται αντιληπτό ότι καρκίνος δεν σημαίνει απαραίτητα θάνατος και ότι η ενημέρωση και η έγκαιρη διάγνωση έχει πολύ μεγάλη σημασία.

## **11. ΙΔ. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ**

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

Στόχοι του ιατρείου πόνοι είναι:

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

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12**

### **ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

#### **12. Α. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ**

##### **1. Αποκλειστική νοσοκόμα**

Το δημόσιο δικαιολογεί αποκλειστική νοσοκόμα σε Κρατικά Ιδρύματα και Ιδιωτικές Κλινικές που είναι συμβεβλημένες με το δημόσιο, μόνο σε νυχτερινή βάση και όσο κρίνεται απαραίτητο σύμφωνα με τη γνωμάτευση του γιατρού.

#### **12.Β. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΙΚΑ**

##### **1. Επίδομα ασθενείας**

Απαραίτητη προϋπόθεση να έχει ο ασφαλισμένος 100 ένημα ενώ το ύψος του επιδόματος εξαρτάται από το μισθό του και τις ασφαλιστικές κλάσεις.

##### **2. Σύνταξη αναπηρίας**

- § Βαριά αναπηρία: όταν το ποσοστό αναπηρίας ανέρχεται σε 80% και άνω. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται το πλήρες ποσοστό σύνταξης.
- § Αναπηρία: όταν το ποσοστό ανέρχεται από 67% μέχρι 79,9%. Στην περίπτωση αυτή χορηγούνται τα  $\frac{3}{4}$  του ποσού της σύνταξης εκτός αν ο ασφαλισμένος έχει πραγματοποιήσει 6000 ημέρες εργασίας ή η αναπηρία του οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ψυχιατρικές παθήσεις οπότε δικαιούται το πλήρες ποσό σύνταξης.
- § Μερική αναπηρία: όταν το ποσό ανέρχεται από 50% μέχρι 66,9%. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται το  $\frac{1}{2}$  του ποσού σύνταξης εκτός αν η αναπηρία οφείλεται κυρίως σε ψυχιατρικές παθήσεις οπότε δικαιούται  $\frac{3}{4}$  του πλήρους ποσού της σύνταξης.

##### ***Προϋποθέσεις***

- § Αίτηση για επίδομα αναπηρίας στο ΙΚΑ της περιοχής.
- § Ληξιαρχική πράξη γάμου (εάν δεν εργάζεται η σύζυγος).
- § Ο ενδιαφερόμενος θα ενημερωθεί από το ΙΚΑ για το εάν έχει πάει ο φάκελος στην Υγ. Επιτροπή (δ/ση Πειραιώς) στην οποία θα καταθέσει πιστοποιητικό νοσηλείας.

### **3. Σύνταξη θανάτου**

#### ***Δικαιολογητικά***

- § Έντυπη αίτηση
- § Ληξιαρχική πράξη γάμου
- § Ληξιαρχική πράξη γέννησης
- § Ταυτότητα
- § Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης που δύο μάρτυρες να βεβαιώνουν στο Ειρηνοδικείο ότι δεν έχει κάνει άλλο γάμο.
- § Όταν αποβιώσει ο/η σύζυγος και ο/η σύζυγος παίρνει σύνταξη αναπηρίας πρέπει να επιλέξει ανάμεσα στη σύνταξη του/της και στην σύνταξη της χηρείας.

### **12. Γ. ΣΥΝΤΑΞΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΟΓΑ.**

#### ***Προϋποθέσεις***

- § Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να είναι έστω 65 ετών και άνω.
- § Να κάνει αίτηση στον ανταποκριτή του Δήμου ή της κοινότητας που ανήκει.
- § Να προσκομίσει φορολογική ενημερότητα (ή επικυρωμένη Υπεύθυνη δήλωση του νόμου 105 ότι δεν έχει περιουσιακά στοιχεία-εισοδήματα ή αυτοκίνητο).
- § Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας (εάν υπάρχει σύζυγος και του συζύγου).

Εάν ο ενδιαφερόμενος έχει σπίτι το οποίο χρησιμοποιεί για ιδιοκατοίκηση δεν εντάσσεται στην κλίμακα των παραπάνω στοιχείων.

### **12. Δ. ΠΑΡΟΧΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΜΑΡΧΙΩΝ**

#### **1. Χορήγηση επιδόματος**

Ο ασθενής κάνει αίτηση προς τη Νομαρχία του τομέα στον οποίο ανήκει σύμφωνα με την οποία υποβάλλει τα προβλεπόμενα κατ' αυτήν δικαιολογητικά ώστε να ενταχθεί στο πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης. Τα δικαιολογητικά τα οποία απαιτούνται είναι:

- § Αίτηση
- § Γνωμάτευση πρωτοβάθμιας Υγειονομικής επιτροπής



## **2. Χορήγηση κάρτας ελεύθερης κυκλοφορίας**

Με αίτηση και πάλι υποβάλλονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά

- § Αντίγραφο γνωμάτευσης Υγειονομικής επιτροπής
- § Φωτοτυπία εκκαθαριστικού σημειώματος ΔΟΥ ή υπεύθυνη δήλωση θεωρημένη από την Εφορία για όσους δεν υποχρεούνται στην υποβολή δήλωσης.
- § Λογαριασμό ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή ΕΥΔΑΠ ή συμφωνητικό μίσθωσης κατοικίας
- § Δύο φωτογραφίες (πρόσφατες)
- § Ασφαλιστικό βιβλιάριο υγείας

## **3. Χορήγηση στεγαστικής συνδρομής**

Ο ασθενής υποβάλλει μέσω αιτήσεως τα απαιτούμενα δικαιολογητικά με σκοπό την ένταξή του στο πρόγραμμα παροχής στεγαστικής συνδρομής, η οποία απευθύνεται σε ανασφάλιστα και οικονομικά αδύνατα, μοναχικά άτομα από 65 χρονών και πάνω, που αποδεδειγμένα στερούνται στέγης. Απαιτούμενα δικαιολογητικά:

- § Αίτηση ηλικιωμένου
- § Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, από τον Δήμο ή την Κοινότητα που είναι εγγεγραμμένος
- § Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν.1599/86 ότι: «είμαι ανασφάλιστος εγώ και η γυναίκα μου και δεν παίρνω σύνταξη από το Δημόσιο ή άλλο ασφαλιστικό οργανισμό ή οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής και ότι έχω ή στερούμαι εισοδήματος προερχόμενο από εργασία ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή ως ενοίκια κ.λ.π. (καθώς επίσης ότι έχω ή δεν έχω ακίνητα περιουσιακά στοιχεία) και οποιαδήποτε αλλαγή προκύψει θα ενημερώσω την υπηρεσία σας»
- § Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- § Βεβαίωση ασφαλιστικού φορέα του ενδιαφερόμενου, ότι δεν έχει τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για σύνταξη αναπηρίας.
- § Για ανασφάλιστους υπερήλικες του ΟΓΑ το απόκομμα σύνταξης
- § Φωτοτυπία βιβλιαρίου ασθενείας
- § Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
- § Φωτοτυπία εκκαθαριστικού εφορίας
- § Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86, στην οποία θα δηλώνονται τα εξής:

- Η μόνιμη κατοικία.
- Ότι η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες του επιδοτούμενου.
- Ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει την αρμόδια Υπηρεσία για κάθε μεταβολή (εισαγωγή σε Νοσοκομείο ή ίδρυμα, αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας, λήψη οικονομικής ενίσχυσης ή συνταξιοδότησης, ανεύρεση εργασίας).
- Ότι το ίδιο το άτομο ή μέρος της οικογένειάς του δεν εισπράττει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε πηγή για την ίδια ή άλλη πάθηση.
- Ότι είναι ανασφάλιστος ή έμμεσα ασφαλισμένος ή άμεσα ασφαλισμένος χωρίς ασφαλιστικές προϋποθέσεις.

Σε περίπτωση ανηλικού Υπεύθυνη Δήλωση Ν 1599/86 του άλλου γονέα ότι δέχεται να εισπράττει το επίδομα του παιδιού του ο ή η σύζυγος, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής.

- § Μισθωτήριο συμβόλαιο μεταξύ ηλικιωμένου και ιδιοκτήτου θεωρημένο από την οικεία Οικονομική Εφορία.
- § Μια φωτογραφία.
- § Απόκομμα ΟΓΑ (εάν παίρνει σύνταξη από τον ΟΓΑ).
- § Βεβαίωση φορολογικής ενημερότητας από την οικεία Οικονομική Εφορία.
- § Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 5 του Ν 1599/86 ότι δεν κάνει φορολογική δήλωση θεωρημένη από την εφορία ή αντίγραφο του εκκαθαριστικού της εφορίας.
- § Υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 του ιδιοκτήτη που θα εξουσιοδοτεί τον ηλικιωμένο να εισπράττει τα χρήματα της Στεγαστικής Συνδρομής της Πρόνοιας από το Ταχυδρομείο με το γνήσιο της υπογραφής του ιδιοκτήτη θεωρημένο από την αστυνομία.
- § Φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας (για ζεύγος και των δύο).
- § Ένα χαρτόσημο
- § Φωτοτυπία ταυτότητας του ιδιοκτήτη και το τηλέφωνό του.

Κάθε ογκολογικός ασθενής για να μπορέσει να λάβει οποιαδήποτε από τις παροχές των Νομαρχιών του Δημοσίου και του ΙΚΑ πρέπει να είναι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένος. Σε περίπτωση που το άτομο είναι ανασφάλιστο μπορεί να εκδώσει

βιβλιάριο ασθενείας (απορίας), εφόσον καταθέσει τα ακόλουθα δικαιολογητικά και προκειμένου να του παραχωρηθεί ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Τα δικαιολογητικά είναι τα εξής:

### **1. Για ένα ανήλικο άτομο**

- § Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
- § Υπεύθυνη δήλωση συμπληρωμένη από την Πρόνοια
- § Εκκαθαριστικό της Εφορίας από το οικογενειακό εισόδημα
- § Λογαριασμός ΔΕΗ ή ΟΤΕ
- § Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- § Φωτοτυπία ταυτότητας και των δύο γονιών
- § Χαρτί νοσοκομείου με την πάθηση του παιδιού
- § Βεβαίωση από τους δύο ασφαλιστικούς φορείς (του συζύγου κ της συζύγου) ότι δεν δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- § Καρτέλα ενσήμων (αν είναι στο ΙΚΑ)
- § Πρέπει η Πρόνοια να γνωρίζει το επάγγελμα των γονιών και την ασφάλισή τους.

### **2. Για ένα ενήλικο άτομο**

- § Αίτηση
- § Υπεύθυνη δήλωση
- § Εκκαθαριστικό Εφορίας ή υπεύθυνη δήλωση ότι το άτομο δεν υποβάλλει φορολογική δήλωση με σφραγίδα από τη ΔΟΥ της περιοχής του.
- § Λογαριασμός ΔΕΗ ή ΟΤΕ στο όνομά του ή υπεύθυνη δήλωση ότι φιλοξενείται.
- § Βεβαίωση από προηγούμενη ασφάλιση
- § Απόκομμα επιδόματος
- § Φωτοτυπία ταυτότητας
- § Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- § Δύο φωτογραφίες
- § Δήλωση ότι το άτομο είναι έγγαμο ή άγαμο

Το βιβλιάριο αυτό ισχύει σε όλα τα ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. και ο κάτοχος του έχει δωρεάν περίθαλψη σε όλα όσα προσφέρει ένα Κρατικό Νοσοκομείο.

Επίσης, θα πρέπει να έχει χορηγηθεί σε κάθε ασθενή το ποσοστό αναπηρίας του σύμφωνα με το οποίο καθορίζονται τα δικαιώματα του σύμφωνα με τις παροχές.

Απαραίτητα δικαιολογητικά για την χορήγηση του ποσοστού αναπηρίας είναι:

- § Ιατρικό πιστοποιητικό μόνο από το Δημόσιο Νοσοκομείο
- § Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
- § Απόκομμα λογαριασμού ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή υπεύθυνη δήλωση για μόνιμη κατοικία
- § Ραντεβού με την Α' βάρδια υγειονομική επιτροπή

Κατά τη διάρκεια εξέτασης από την επιτροπή πρέπει να προσκομίζονται όλες οι ιατρικές εξετάσεις και το βιβλιάριο υγείας.

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13**

#### **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

##### **A. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της έρευνας είναι η περιγραφή του φαινομένου της διαφορετικότητας στα συστήματα υποστήριξης ενηλίκων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών, μέσα από τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας. Η έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια των φορέων που ασχολούνται με την ευπαθή κοινωνικά ομάδα των καρκινοπαθών στην Αττική.

##### **B. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι ανάλογα με το φύλο των ασθενών α) να μελετήσουμε αν οι επαγγελματίες υγείας των αρμόδιων φορέων διαφοροποιούν τον τρόπο αντιμετώπισης και υποστήριξής τους και β) να εξετάσουμε σύμφωνα με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας από την εμπειρία τους, αν αφενός ο καρκίνος επηρεάζει διαφορετικά τη ζωή των ασθενών και αφετέρου αν διαφοροποιείται η αντίδραση των ασθενών στις αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος σε όλους τους τομείς της ζωής τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14**

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

Για τη διαμόρφωση των ερευνητικών υποθέσεων ελήφθησαν υπόψη οι θεωρητικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις σχετικά με την ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία.

Οφείλουμε να επισημάνουμε ότι οι θεωρητικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις που προκύπτουν από τη βιβλιογραφία δεν επιβεβαιώνουν αλλά ούτε απορρίπτουν την ύπαρξη διαφορετικότητας σε όλες τις εκφάνσεις της ιατρο-ψυχο-κοινωνικής διάστασης του καρκίνου. Η αρχική μας εντύπωση, η οποία αποτέλεσε και το κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης και οι μετέπειτα προσωπικές μας επαφές με τους φορείς, μας οδήγησε στην διεξαγωγή της έρευνας εστιάζοντας στο κομμάτι της διαφορετικότητας.

Πιο συγκεκριμένα οι ερευνητικές υποθέσεις σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι οι εξής:

- α. Η ασθένεια του καρκίνου εμφανίζεται συχνότερα στους άντρες.
- β. Σε ορισμένους τύπους καρκίνου διαπιστώνεται μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ανάλογα με το φύλο.
- γ. Οι επιπτώσεις των μορφών θεραπείας του καρκίνου, δεν διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο.
- δ. Οι ασθενείς δεν αντιδρούν διαφορετικά κατά την ανακοίνωση της ασθένειας, ανάλογα με το φύλο.
- ε. Η αποδοχή της ασθένειας και η κινητοποίηση του ασθενή για την αντιμετώπισή της εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενή.
- στ. Η δεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν εξαρτάται από το φύλο του ασθενή.
- ζ. Η επίδραση της ασθένειας στη σεξουαλική ζωή των ασθενών δεν διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο.
- η. Ο τρόπος αντιμετώπισης της ασθένειας, δεν διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του ασθενή.
- θ. Η έκφραση της ανάγκης για βοήθεια από τρίτους εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενή.

- ι. Ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον δεν επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας.
  - ια. Η αντιμετώπιση της καθημερινότητας της οικογένειας του ασθενή δεν επηρεάζεται από το φύλο.
  - ιβ. Στον τομέα της πρόληψης οι παράγοντες καρκινογένεσης δεν διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο.
  - ιγ. Ο τρόπος που το θεραπευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει έναν ασθενή δεν επηρεάζεται από το φύλο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **15.A. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Είναι η καταγραφή του φαινομένου της διαφορετικότητας στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Η μελέτη εστιάζεται στην περιγραφή του φαινομένου, στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του, καθώς και στο ρόλο που διαδραματίζει το φύλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα έρευνας είναι το προσωπικό μας κίνητρο να μελετήσουμε την ψυχοκοινωνική διάσταση της ασθένειας του καρκίνου και να διαπιστώσουμε αν υφίσταται διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα.

#### **15.B. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στις περιγραφικές, εξελικτικές έρευνες. Αυτού του είδους οι έρευνες ενδιαφέρονται για τις συνθήκες ή τις σχέσεις που υπάρχουν, τις πρακτικές που επικρατούν, τις πεποιθήσεις, τις οπτικές γωνίες ή τις στάσεις που έχουν οι άνθρωποι, τις διαδικασίες που βρίσκονται σε εξέλιξη, τα αποτελέσματα που γίνονται αισθητά, ή τις τάσεις που αναπτύσσονται. Ενίοτε, η περιγραφική έρευνα ενδιαφέρεται για το πώς αυτό που είναι ή αυτό που υπάρχει σχετίζεται με κάποιο προηγούμενο γεγονός το οποίο έχει επηρεάσει ή έχει επιδράσει πάνω σε έναν όρο ή σε ένα γεγονός του παρόντος.

#### **15. Γ. ΔΕΙΓΜΑ**

Πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας δημόσιων και ιδιωτικών φορέων που ασχολούνται με την ευπαθή κοινωνικά ομάδα των καρκινοπαθών σε επίπεδο Αττικής. Συγκεκριμένα για την ερευνά μας επισκεφθήκαμε τρία ογκολογικά νοσοκομεία - ογκολογικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Αθήνας «ο Άγιος Σάββας, γενικό αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιά «Μεταξά», και γενικό αντικαρκινικό νοσοκομείο «Αγίων Αναργύρων»-, τρία γενικά νοσοκομεία -, γενικό νοσοκομείο Αθήνας «Ιπποκράτειο», γενικό νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Ο Αγ. Παντελεήμων», γενικό νοσοκομείο Αθήνας «Λαϊκό»-, δύο ιδιωτικά ιδρύματα



υποστήριξης καρκινοπαθών –Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών-, και ένα κέντρο ψυχικής υγιεινής –Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών-. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 60 επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα, στο δείγμα περιελήφθησαν επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που ασχολούνται με τον καρκίνο στο λεκανοπέδιο Αττικής. Η επιλογή του δείγματος έγινε με την μέθοδο της απλής, τυχαίας δειγματοληψίας.

#### **15. Δ. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Για τη συλλογή των στοιχείων σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο με βάση τους τομείς της έρευνας που κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθούν. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο διαρθρώθηκε με βάση τις εξής θεματικές ενότητες:

- § Δημογραφικά στοιχεία
- § Ιατρική προσέγγιση
- § Ψυχολογική προσέγγιση
- § Κοινωνική προσέγγιση
- § Πρόληψη

Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 24 ερωτήσεις κλειστού τύπου, 4 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου( εκ των οποίων οι 3 είναι κατά συνθήκη) και 8 ερωτήσεις κατά συνθήκη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16**

### **ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Θέλοντας να διαπιστώσουμε αν υφίσταται διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα αποφασίσαμε να διεξάγουμε μια έρευνα η οποία θα απευθυνόταν σε επαγγελματίες υγείας δημόσιων και ιδιωτικών φορέων που ασχολούνται με την ευπαθή κοινωνικά ομάδα των καρκινοπαθών.

Οι φορείς στους οποίους απευθυνθήκαμε ήταν οι εξής: Γενικά και Ογκολογικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και Ιδρύματα Κοινωνικής Υποστήριξης Καρκινοπαθών.

Πιο συγκεκριμένα έγινε κατανομή των φορέων στις σπουδάστριες που διεξάγουν την έρευνα. Εν συνεχεία κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες των φορέων όπου ενημερώθηκαν για την ιδιότητα μας και το σκοπό της έρευνας, ήρθαμε σε επαφή με τους επαγγελματίες στο χώρο εργασίας τους και τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Μετά από πολύ προσπάθεια και χρόνο καταφέραμε να συγκεντρώσουμε 60 ερωτηματολόγια.

Οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν πολλές, γεγονός που αρχικά μας αποθάρρυνε. Η καλή θέληση όμως αρκετών επαγγελματιών και η επιβράβευση της προσπάθειας μας να προσεγγίσουμε ένα θέμα το οποίο απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση μας όπλισε με θάρρος να συνεχίσουμε πάρα τις όποιες δυσκολίες προέκυπταν.

Αρχικά είχαμε να αντιμετωπίσουμε την δυσπιστία των επαγγελματιών αναφορικά με την ιδιότητα μας, η οποία καταδεικνύεται με τον ελάχιστο χρόνο που μας διέθεσαν. Εξαιτίας αυτής της στάσης αναγκαστήκαμε να επισκεφθούμε αρκετές φορές τους φορείς μέχρις ότου συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια. Πολλοί αρνήθηκαν να πάρουν μέρος σε αυτήν την έρευνα ( γεγονός που δικαιολογεί τον μικρό αριθμό των ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν), σε αντιπαράθεση με άλλους επαγγελματίες που δέχτηκαν με χαρά να μας βοηθήσουν.

Εν κατακλείδι, παρά τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίσαμε τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση ότι υπάρχει διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων γυναικών και ανδρών καρκινοπαθών στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Ωστόσο οφείλουμε να αναφέρουμε ότι αν το δείγμα μας ήταν μεγαλύτερο, τα αποτελέσματα της έρευνας

πιθανά να τροποποιούνταν. Κατόπιν αυτής της διαπίστωσης θα επιθυμούσαμε μελλοντικά να μας δοθεί η ευκαιρία να επαναλάβουμε την έρευνα κάτω από άλλες προϋποθέσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

#### Περιεχόμενα

<i>I. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</i> .....	197
<i>I.1 Γενικό Μέρος</i> .....	197
I.1.1 Δημογραφικά στοιχεία .....	197
Ερώτημα 1: Φύλο .....	197
Ερώτημα 2: Ηλικία .....	198
Ερώτημα 3: Οικογενειακή κατάσταση .....	199
Ερώτημα 4: Ύπαρξη παιδιών .....	200
Ερώτημα 5: Ειδικότητα .....	201
Ερώτημα 6: Σπουδές.....	202
Ερώτημα 7: Μετεκπαίδευση.....	203
Ερώτημα 8: Εργασιακός χώρος.....	204
Ερώτημα 9: Έτη εργασίας .....	205
<i>I.2 Ειδικό Μέρος</i> .....	206
I.2.1 Ιατρική προσέγγιση .....	206
Ερώτημα 10: Διαφορετική συχνότητα εμφάνισης της νόσου ανά φύλο .....	206
Ερώτημα 11: Συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου στα δύο φύλα. ....	208
Ερώτημα 12: Διαφορετική επίδραση θεραπείας ανά φύλο. ....	211
I.2.2 Ψυχολογική προσέγγιση.....	212
Ερώτημα 13: Διαφορετική αντίδραση γνωστοποίησης νόσου ανά φύλο.....	212
Ερώτημα 14: Διαφορετική αποδοχή νόσου ανά φύλο.....	213
Ερώτημα 15: Ποιο φύλο αποδέχεται ευκολότερα τη νέα κατάσταση.....	214
Ερώτημα 16: Το φύλο επηρεάζει τη δεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	215
Ερώτημα 17: Οι αλλαγές στη μορφή του σώματος επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες .....	217
Ερώτημα 18: Διαφορετική επίδραση νόσου στη σεξουαλική ζωή ανά φύλο .....	218
I.2.3 Κοινωνική προσέγγιση.....	220
Ερώτημα 19: Διαφορετική αντιμετώπιση ανά φύλο .....	220
Ερώτημα 20: Διαφορετική επίδραση νόσου στη επαγγελματική ζωή ανά φύλο .....	223
Ερώτημα 21: Ποιο φύλο εκφράζει ευκολότερα την ανάγκη του για βοήθεια.....	224
Ερώτημα 22: Ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας .....	225
Ερώτημα 23: Διαφορετική αντιμετώπιση καθημερινότητας από την οικογένεια ανά φύλο .....	226
I.2.3 Πρόληψη .....	227
Ερώτημα 24: Διαφορά στους παράγοντες καρκινογένεσης ανά με το φύλο.....	227
Ερώτημα 25: μέτρα πρόληψης .....	229
Ερώτημα 26: Ο τρόπος που εσείς αντιμετωπίζετε έναν ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο .....	230
<b>II. Συσχετίσεις</b> .....	<b>231</b>
I.1 Η επίδραση του φύλου στις απαντήσεις .....	231
I.2 Η επίδραση της ηλικίας στις απαντήσεις.....	232
<b>III. Προσεγγίσεις</b> .....	<b>234</b>
III.1 Έλεγχοι διαφοροποιήσεων .....	236
III.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων.....	240

# I. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

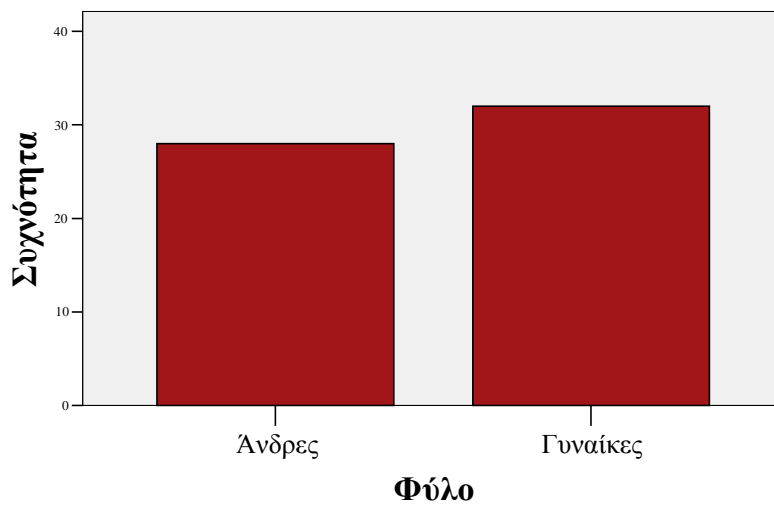
## I.1 Γενικό Μέρος

### I.1.1 Δημογραφικά στοιχεία

#### Ερώτημα 1: Φύλο

Το δείγμα αποτελείται από 28 άνδρες και 32 γυναίκες.

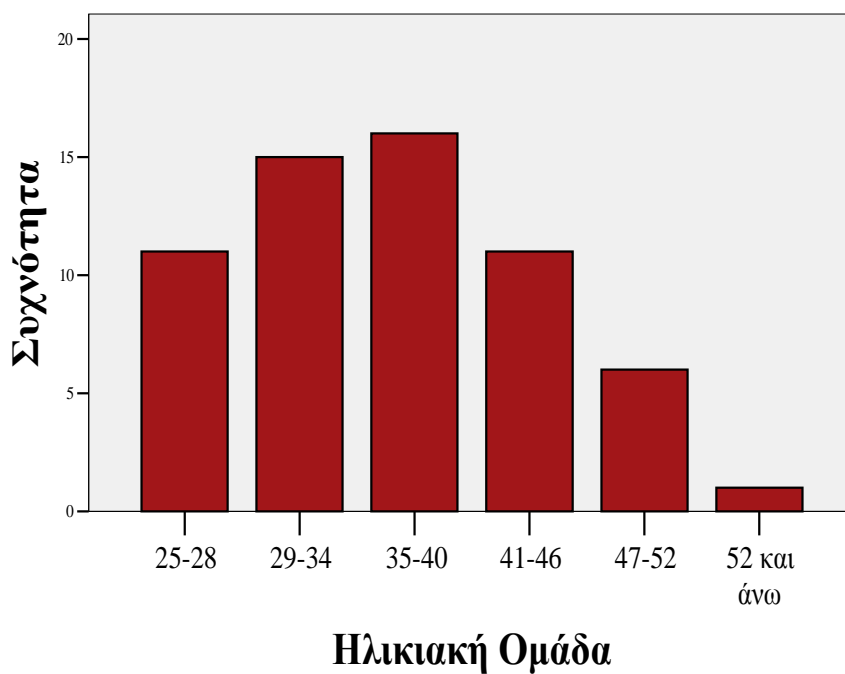
<b>Φύλο</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Άνδρες	28	46,7
Γυναίκες	32	53,3
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>



## Ερώτημα 2: Ηλικία

Η κατανομή των ατόμων στις διαφορές ηλικιακές ομάδες παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Σημειώνεται πως το 70% των ατόμων του δείγματος είναι ηλικίας από 25 έως και 40 έτη.

Ηλικιακή Ομάδα	N	%	Αθρ. %
25-28	11	18,3	18,3
29-34	15	25,0	43,3
35-40	16	26,7	70,0
41-46	11	18,3	88,3
47-52	6	10,0	98,3
52 και άνω	1	1,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



### Ερώτημα 3: Οικογενειακή κατάσταση

Στο δείγμα περιλαμβάνονται άτομα έγγαμα και άγαμα σχεδόν σε ίδιο ποσοστό, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

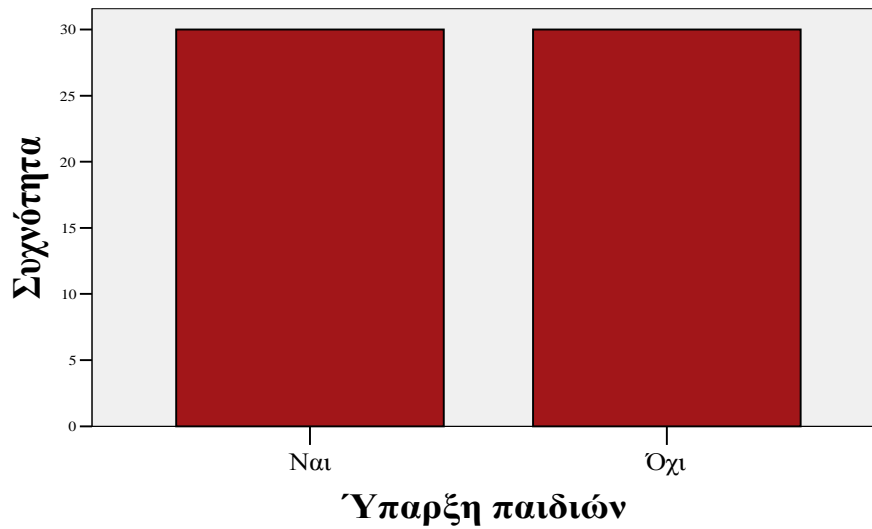
Οικογενειακή κατάσταση	N	%
Άγαμος\ή	24	40,0
Έγγαμος\ή	27	45,0
Διαζευγμένος\η	7	11,7
Χήρος\α	2	3,3
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>



#### Ερώτημα 4: Ύπαρξη παιδιών

Ακριβώς τα μισά από τα άτομα του δείγματος έχουν παιδιά.

Ύπαρξη παιδιών	N	%
Ναι	30	50,0
Χι	30	50,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

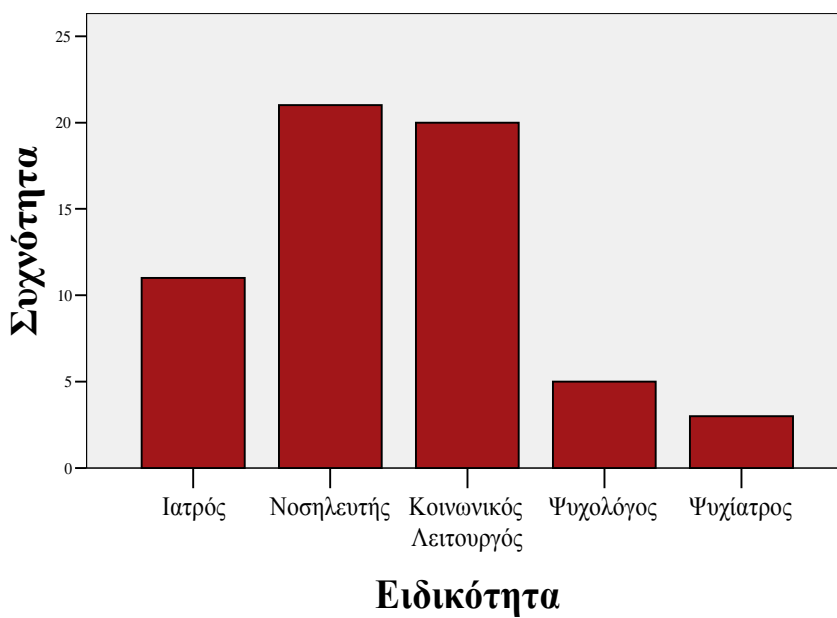




### Ερώτημα 5: Ειδικότητα

Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν την πλειονότητα του δείγματος. Στο πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται τα ποσοστά για κάθε ειδικότητα.

Ειδικότητα	N	%
Ιατρός	11	18,3
Νοσηλευτής	21	35,0
Κοινωνικός Λειτουργός	20	33,3
Ψυχολόγος	5	8,3
Ψυχίατρος	3	5,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>



### **Ερώτημα 6: Σπουδές**

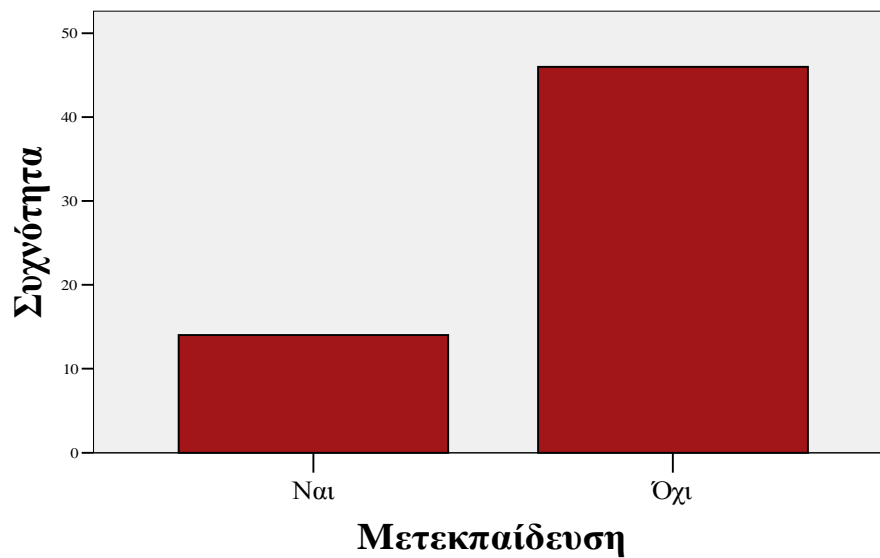
Οι σχολές από τις οποίες έχουν αποφοιτήσει τα άτομα του δείγματος παρατίθενται στον πίνακα που ακολουθεί.

<i>Σπουδές</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
ΙΑΚΕ	1	1,7
Ιατρική	14	23,3
Κοινωνική Εργασία	17	28,3
ΠΕ Νοσηλευτική	4	6,7
ΤΕΙ Κοινωνική Εργασία	1	1,7
ΤΕΙ Νοσηλευτική	17	28,3
XEN	1	1,7
Ψυχολογία	5	8,3
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

### Ερώτημα 7: Μετεκπαίδευση

Μόλις το 23,3% των ατόμων του δείγματος έχουν παρακολουθήσει προγράμματα μετεκπαίδευσης, όπως φαίνεται στον πίνακα και στο διάγραμμα που ακολουθούν.

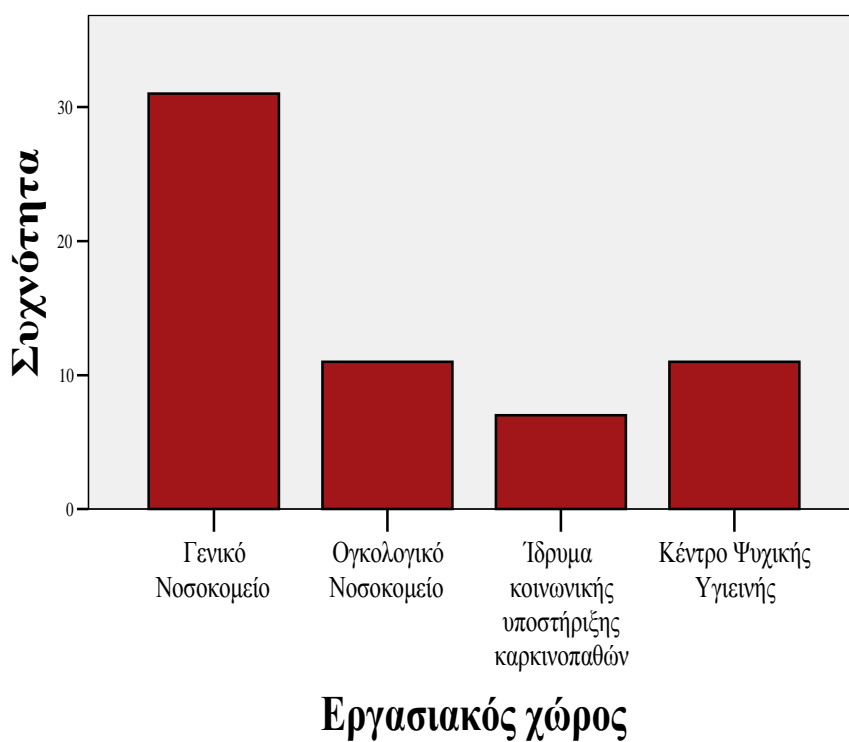
Μετεκπαίδευση	N	%
Ναι	14	23,3
Όχι	46	76,7
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>



### Ερώτημα 8: Εργασιακός χώρος

Η πλειονότητα των ατόμων προέρχεται από γενικό νοσοκομείο (51,7%), το 18,3% από ογκολογικό νοσοκομείο και κέντρα ψυχικής υγιεινής ενώ ακολουθούν σε μικρότερο ποσοστό τα ιδρύματα κοινωνικής υποστήριξης (11,7%).

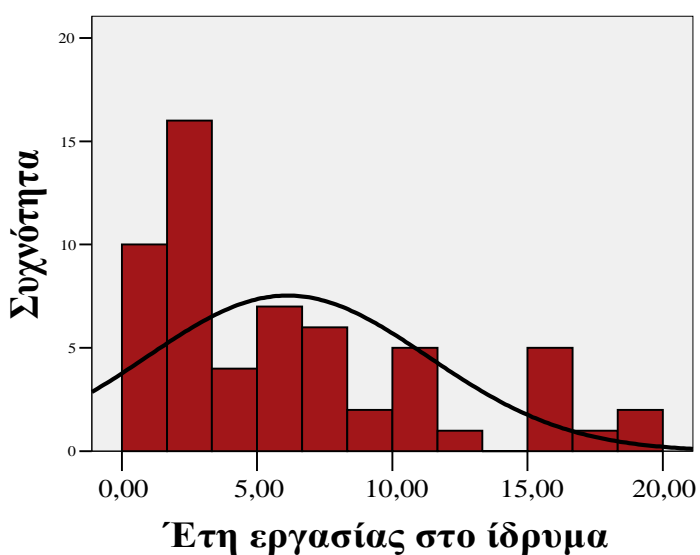
Εργασιακός χώρος	N	%
Γενικό Νοσοκομείο	31	51,7
Ογκολογικό Νοσοκομείο	11	18,3
Ίδρυμα κοινωνικής υποστήριξης καρκινοπαθών	7	11,7
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	11	18,3
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>



### Ερώτημα 9: Έτη εργασίας

Τα άτομα του δείγματος εργάζονται από μισό έως και 20 έτη στα προαναφερθέντα ιδρύματα. Τα μισά άτομα μάλιστα εργάζονται περισσότερα από τέσσερα έτη. Η κατανομή των ετών εργασίας είναι ευκρινής στο διάγραμμα που ακολουθεί.

<i>Έτη εργασίας στο ίδρυμα</i>	
Μέση τιμή	6,12
Ενδιάμεση τιμή	4,00
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	5,20
Ελάχιστη τιμή	,50
Μέγιστη τιμή	20,00
Αριθμός ατόμων	59



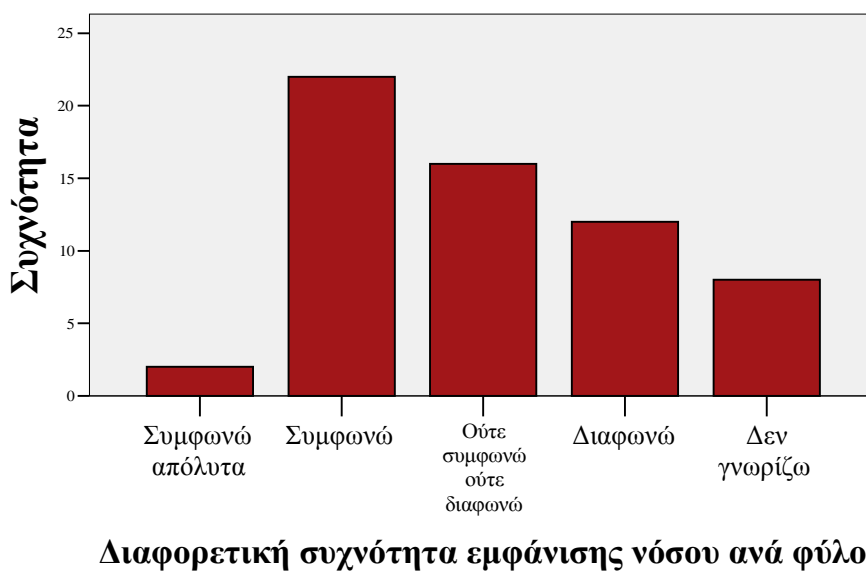
## 1.2 Ειδικό Μέρος

### 1.2.1 Ιατρική προσέγγιση

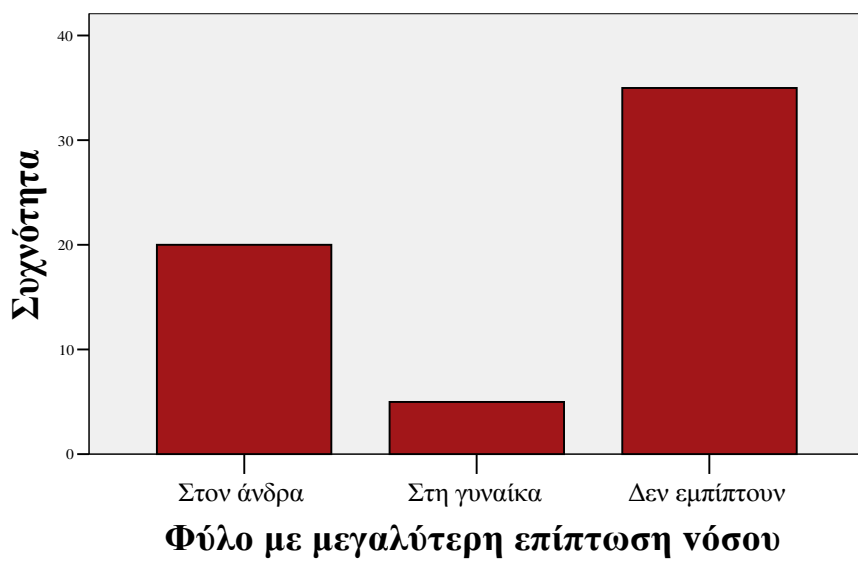
#### Ερώτημα 10: Διαφορετική συχνότητα εμφάνισης της νόσου ανά φύλο

Οι απόψεις των ατόμων του δείγματος δίστανται αναφορά με αν διαφέρει η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα δύο φύλα. Θετικά τοποθετείται το 40%, ουδέτερα ένα 27% ενώ τα υπόλοιπα άτομα διαφωνούν ή δηλώνουν πως δεν γνωρίζουν.

Διαφορετική συχνότητα εμφάνισης νόσου ανά φύλο	N	%	Aθρ.%
Συμφωνώ απόλυτα	2	3,3	3,3
Συμφωνώ	22	36,7	40,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	16	26,7	66,7
Διαφωνώ	12	20,0	86,7
Δεν γνωρίζω	8	13,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



<b>Φύλο με μεγαλύτερη επίπτωση νόσου</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Aθρ.%</b>
Στον άνδρα	20	33,3	33,3
Στη γυναίκα	5	8,3	41,7
Δεν εμπίπτουν	35	58,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



**Ερώτημα 11: Συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου στα δύο φύλα.**

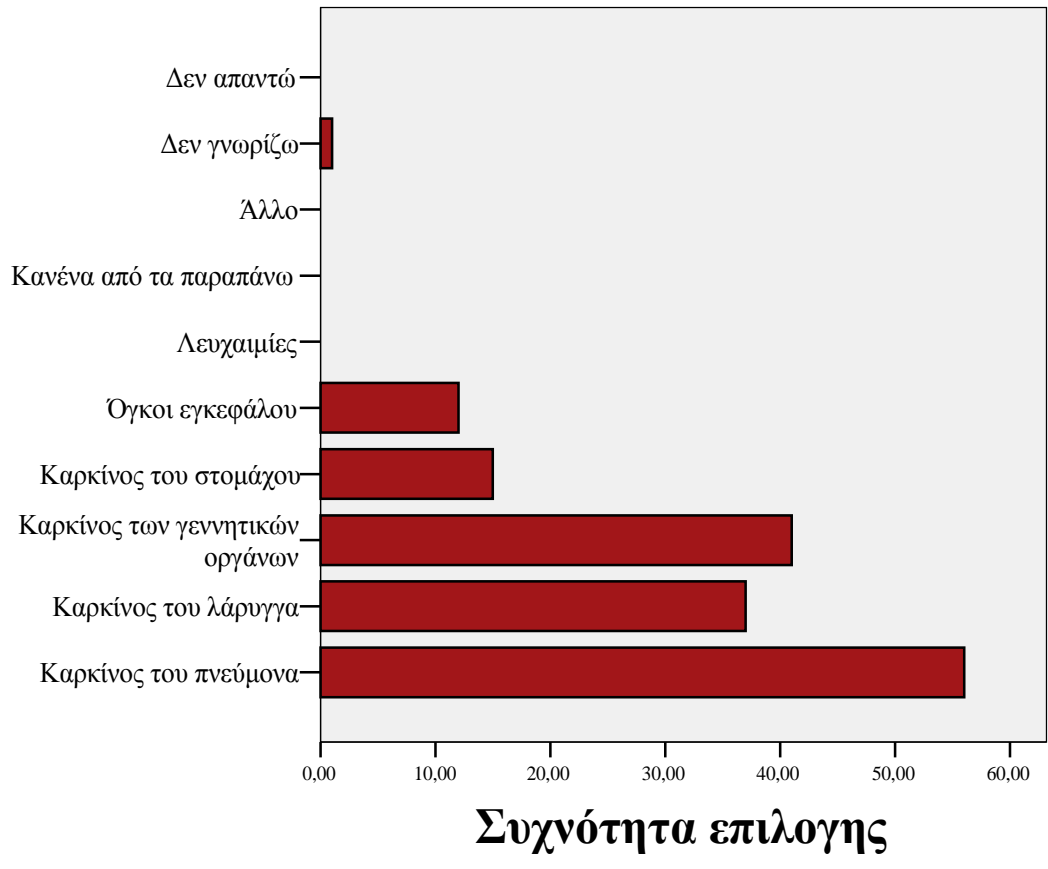
Στη συνέχεια τα άτομα του δείγματος ρωτήθηκαν για το ποιες είναι οι συχνότερες μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε κάθε φύλο ξεχωριστά. Από τους πίνακες που ακολουθούν προκύπτει πως ενώ ο καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες επιλέχθηκε από όλα σχεδόν τα άτομα, στις γυναίκες δεν επιλέχθηκε από κανένα. Από μεγάλο ποσοστό των ατόμων επίσης επιλέχθηκε ο καρκίνος του λάρυγγα στους άνδρες ενώ από κανέναν στις γυναίκες. Όμοια επιλέχθηκε ο καρκίνος του στομάχου από το 25% των ατόμων για τους άνδρες, αλλά από μόλις το 3,3% για τις γυναίκες. Αντίστροφα, οι λευχαιμίες επιλέχθηκαν ως συνήθεις μορφές μόνο για τις γυναίκες αν και όχι από μεγάλο αριθμό ατόμων (16,7%). Τέλος, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων είναι ο συχνότερα επιλεγόμενος (68,3 και 96,7% αντίστοιχα).

<b>ΑΝΔΡΕΣ:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συχνότητα επιλογής μορφών καρκίνου</b>		
Καρκίνος του πνεύμονα	56	93,3
Καρκίνος του λάρυγγα	37	61,7
Καρκίνος των γεννητικών οργάνων	41	68,3
Καρκίνος του στομάχου	15	25,0
Όγκοι εγκεφάλου	12	20,0
Λευχαιμίες	-	-
Άλλο	-	-

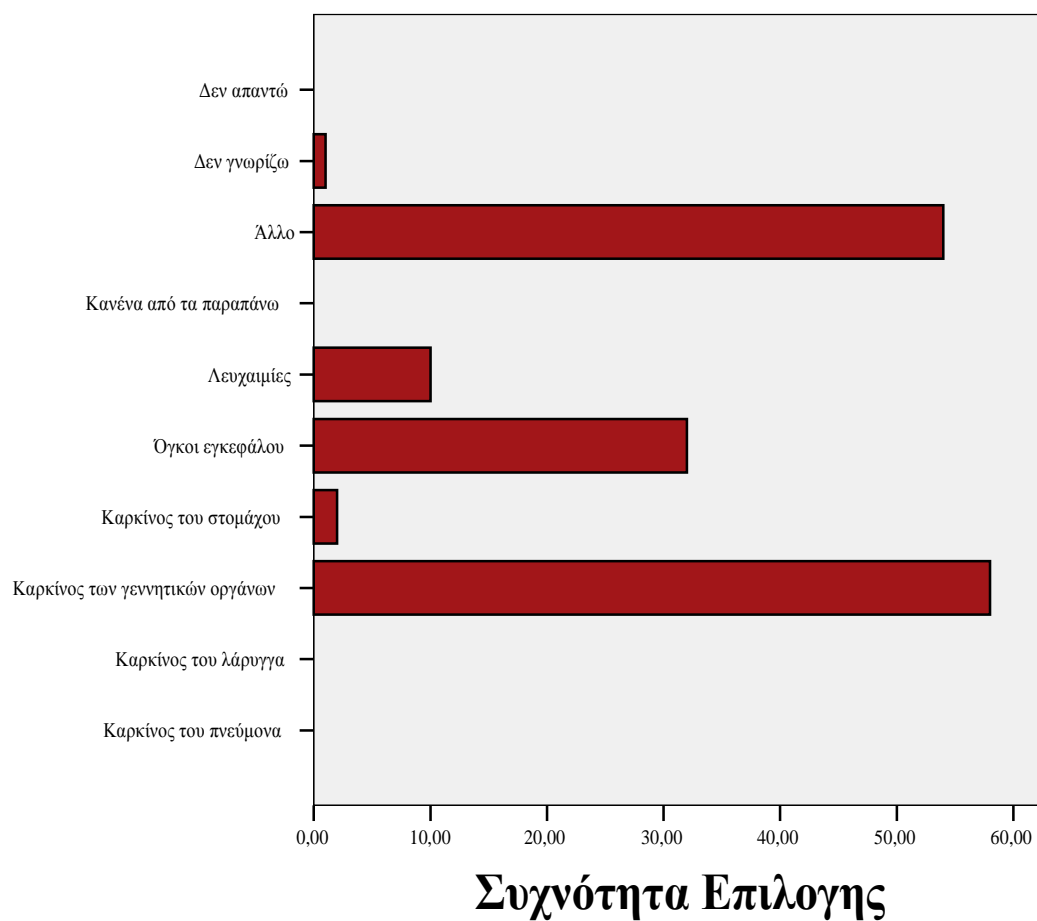
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συχνότητα επιλογής μορφών καρκίνου</b>		
Καρκίνος του πνεύμονα	-	-
Καρκίνος του λάρυγγα	-	-
Καρκίνος των γεννητικών οργάνων	58	96,7
Καρκίνος του στομάχου	2	3,3
Όγκοι εγκεφάλου	32	53,3
Λευχαιμίες	10	16,7
Άλλο	54	90,0



**Μορφές Καρκίνου: ΑΝΔΡΕΣ**



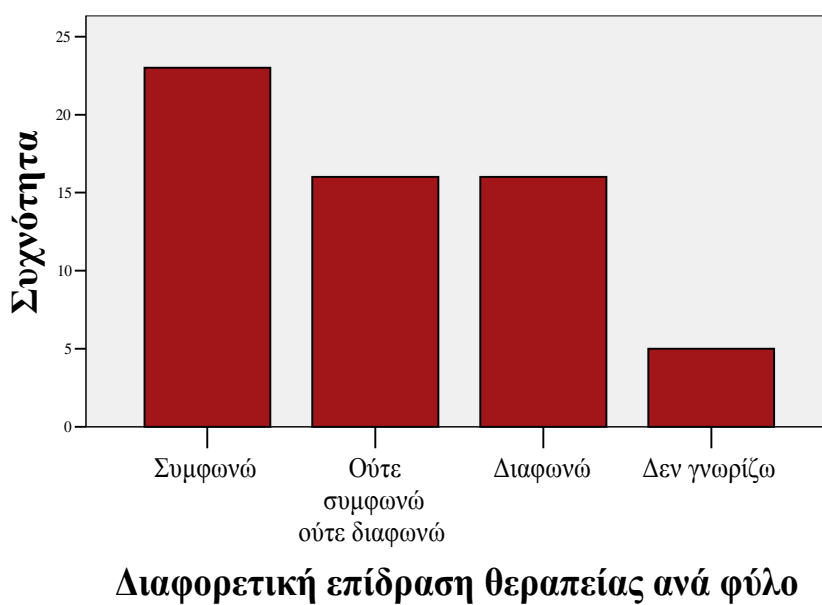
## Μορφές Καρκίνου: ΓΥΝΑΙΚΕΣ



**Ερώτημα 12: Διαφορετική επίδραση θεραπείας ανά φύλο.**

Η πλειονότητα των ερωτώμενων φαίνεται να είναι θετικά ή ουδέτερα τοποθετημένη ως προς το ότι τα δύο φύλα αντιδρούν διαφορετικά στις διάφορες θεραπείες κατά της νόσου.

<i>Διαφορετική επίδραση θεραπείας ανά φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Συμφωνώ	23	38,3	38,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	16	26,7	65,0
Διαφωνώ	16	26,7	91,7
Δεν γνωρίζω	5	8,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

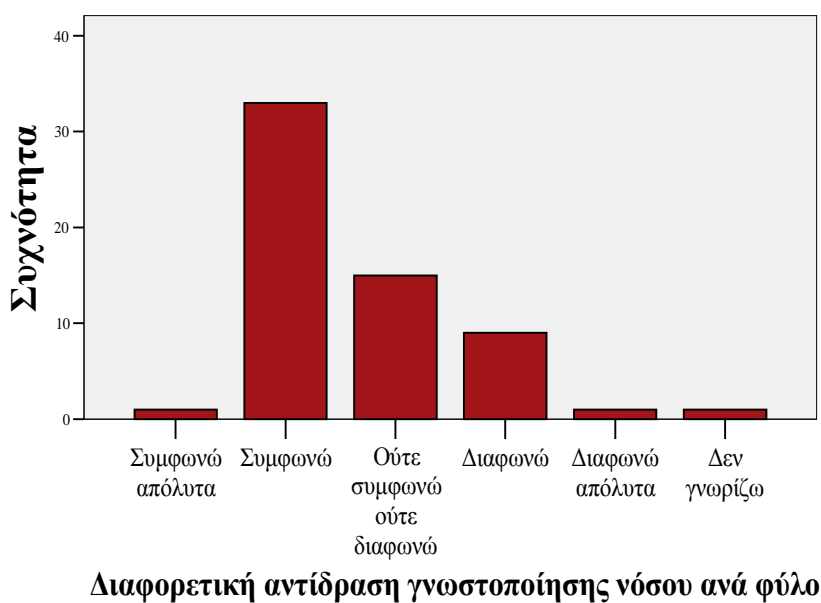


## 1.2.2 Ψυχολογική προσέγγιση

### Ερώτημα 13: Διαφορετική αντίδραση γνωστοποίησης νόσου ανά φύλο

Η πλειονότητα των ερωτώμενων (56,7%) πιστεύει πως υπάρχει διαφορά στον τρόπο αντίδρασης των ασθενών κατά την ανακοίνωση της ασθένειάς τους ανάλογα με το φύλο τους. Μόλις 10 άτομα διαφωνούν με αυτό όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

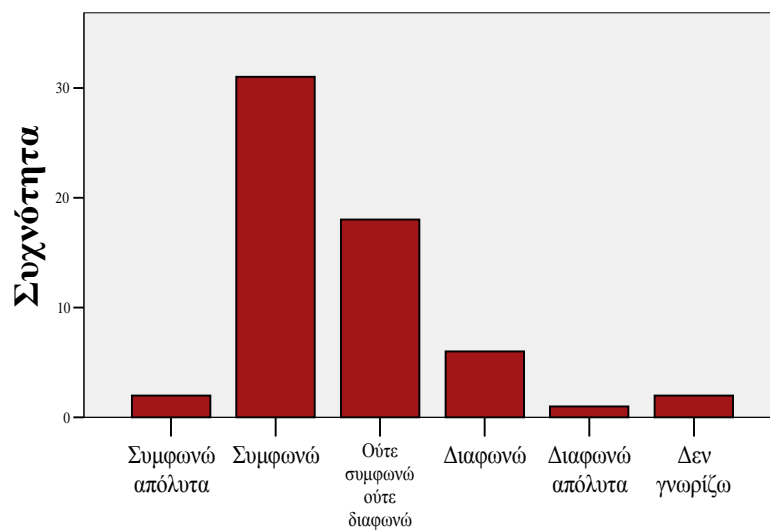
Διαφορετική αντίδραση γνωστοποίησης νόσου ανά φύλο	N	%	Αθρ.%
Συμφωνώ απόλυτα	1	1,7	1,7
Συμφωνώ	33	55,0	56,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	25,0	81,7
Διαφωνώ	9	15,0	96,7
Διαφωνώ απόλυτα	1	1,7	98,3
Δεν γνωρίζω	1	1,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



#### Ερώτημα 14: Διαφορετική αποδοχή νόσου ανά φύλο

Η πλειονότητα των ερωτώμενων (55%) πιστεύει πως η αποδοχή της ασθένειας και η κινητοποίηση του ασθενούς για την αντιμετώπισή της εξαρτώνται από το φύλο του. Μόλις 7 άτομα διαφωνούν με αυτό όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

Διαφορετική αποδοχή νόσου ανά φύλο	N	%	Aθρ.%
Συμφωνώ απόλυτα	2	3,3	3,3
Συμφωνώ	31	51,7	55,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18	30,0	85,0
Διαφωνώ	6	10,0	95,0
Διαφωνώ απόλυτα	1	1,7	96,7
Δεν γνωρίζω	2	3,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



Διαφορετική αποδοχή νόσου ανά φύλο

### **Ερώτημα 15: Ποιο φύλο αποδέχεται ευκολότερα τη νέα κατάσταση**

Από τα άτομα που αποκρίθηκαν θετικά στο προηγούμενο ερώτημα σχετικά με την διαφορετική αποδοχή της νόσου από τα δύο φύλα, η πλειονότητα (46,7%) πιστεύει οι γυναίκες αποδέχονται πιο εύκολα τη νέα κατάσταση που προκύπτει από την ασθένεια.

<b>Ποιο φύλο αποδέχεται ευκολότερα τη νέα κατάσταση</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Εγκ.%</b>	<b>Αθρ.%</b>
Οι άνδρες	6	10,0	10,3	16,7
Οι γυναίκες	28	46,7	48,3	94,4
Και οι δύο	24	40,0	41,4	
<b>Σύνολο</b>	<b>58</b>	<b>96,7</b>	<b>100,0</b>	
Δεν εμπίπτουν	2	3,3		
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

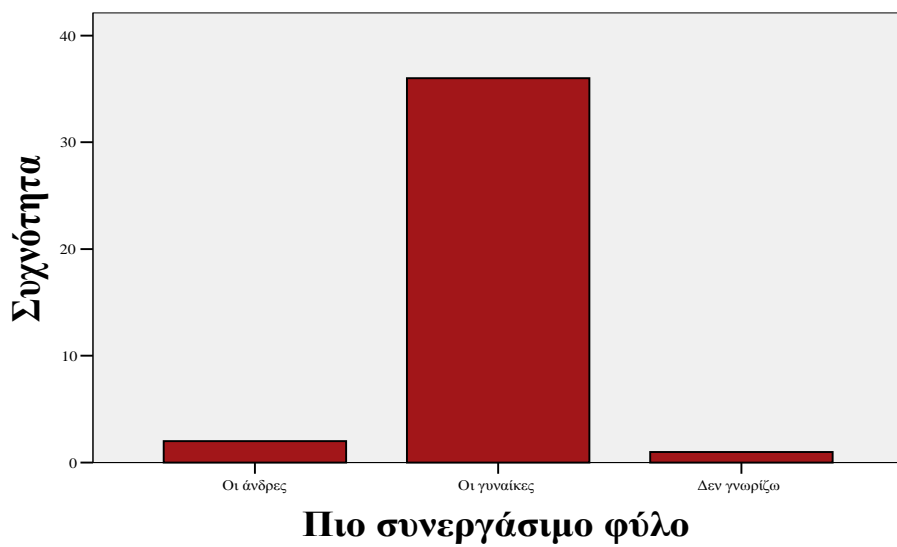
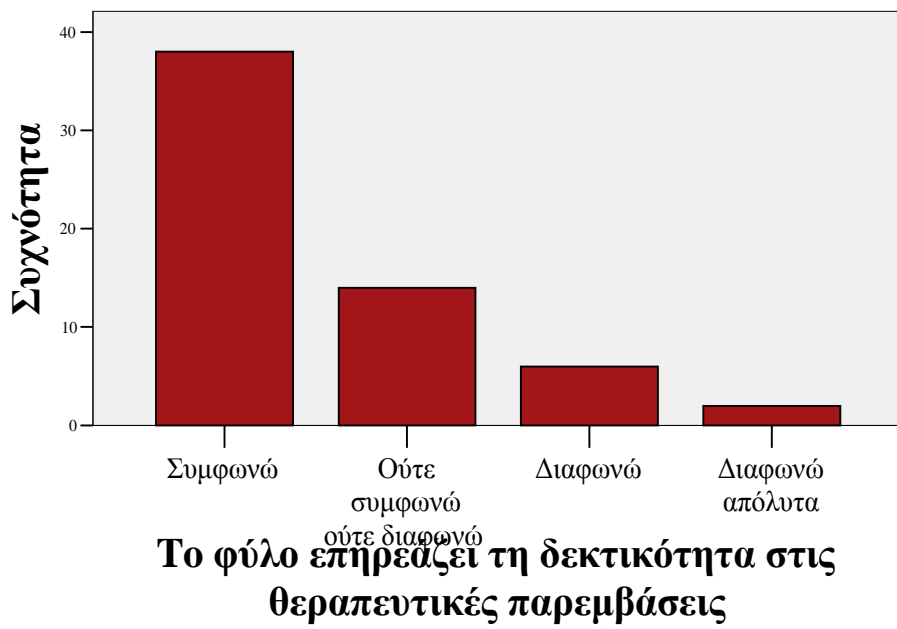


**Ερώτημα 16: Το φύλο επηρεάζει τη δεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις**

Η συντριπτική πλειοψηφία των αποκρινόμενων (63,3%) πιστεύει πως το φύλο του ασθενούς επηρεάζει τη δεκτικότητα του στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ουδέτερο εμφανίζεται το 23,3% ενώ μόλις το 10% διαφωνεί, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί. Μάλιστα, τα άτομα που διακρίνουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως πιο συνεργάσιμες χαρακτηρίζουν τις γυναίκες (92,3%)

<i>Το φύλο επηρεάζει τη δεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Αθρ. %</i>
Συμφωνώ	38	63,3	63,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	23,3	86,7
Διαφωνώ	6	10,0	96,7
Διαφωνώ απόλυτα	2	3,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

<i>Πιο συνεργάσιμο φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ. %</i>	<i>Αθρ. %</i>
Οι άνδρες	2	3,3	5,1	5,1
Οι γυναίκες	36	60,0	92,3	97,4
Δεν γνωρίζω	1	1,7	2,6	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>39</b>	<b>65,0</b>	<b>100,0</b>	
Δεν εμπίπτουν	21	35,0		
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

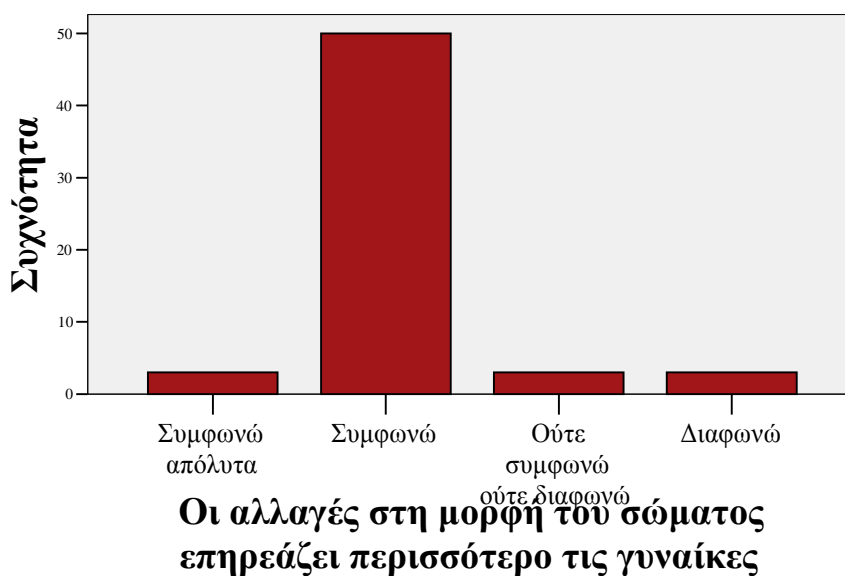




**Ερώτημα 17: Οι αλλαγές στη μορφή του σώματος επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες**

Η συντριπτική πλειονότητα των ερωτώμενων (85%) πιστεύει πως οι αλλαγές στη μορφή του σώματος που επιφέρει η ασθένεια επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες. Μόλις 3 άτομα διαφωνούν με αυτό όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθούν.

<i>Οι αλλαγές στη μορφή του σώματος επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Συμφωνώ απόλυτα	3	5,0	5,1	5,1
Συμφωνώ	50	83,3	84,7	89,8
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	5,0	5,1	94,9
Διαφωνώ	3	5,0	5,1	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>	<b>100,0</b>	
Δεν απάντησαν	1	1,7		
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

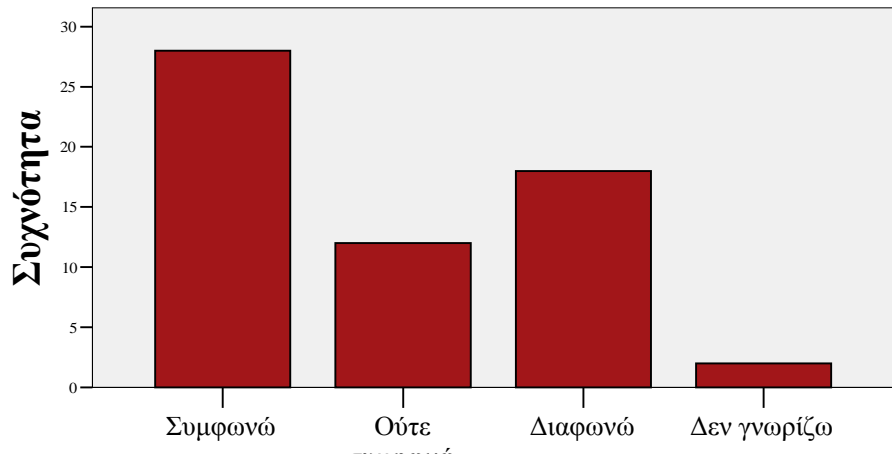


**Ερώτημα 18: Διαφορετική επίδραση νόσου στη σεξουαλική ζωή ανά φύλο**

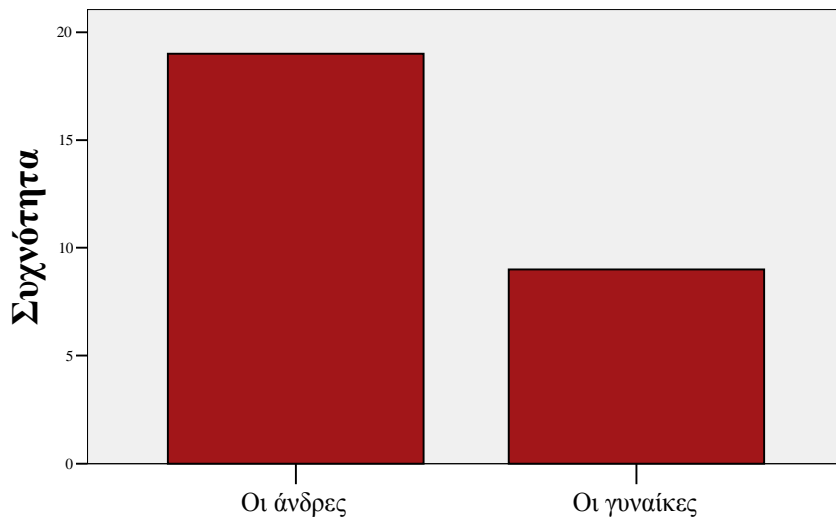
Ένα μεγάλο ποσοστό των αποκρινόμενων (46,7%) πιστεύει πως η επίδραση της ασθένειας στη σεξουαλική ζωή των ασθενών, διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο τους. Μάλιστα, από αυτούς που διακρίνουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι άνδρες επηρεάζονται περισσότερο (67,9%) όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν.

<i>Διαφορετική επίδραση νόσου στη σεξουαλική ζωή ανά φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Συμφωνώ	28	46,7	46,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	20,0	66,7
Διαφωνώ	18	30,0	96,7
Διαφωνώ απόλυτα	2	3,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	60	100,0	

<i>Φύλο που επηρεάζεται περισσότερο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Οι άνδρες	19	31,7	67,9	67,9
Οι γυναίκες	9	15,0	32,1	100,0
<b>Σύνολο</b>	28	46,7	100,0	
Δεν εμπίπτουν	32	53,3		
<b>Σύνολο</b>	60		100,0	



**Διαφορετική επίδραση νόσου στη σεξουαλική ζωή ανά φύλο**



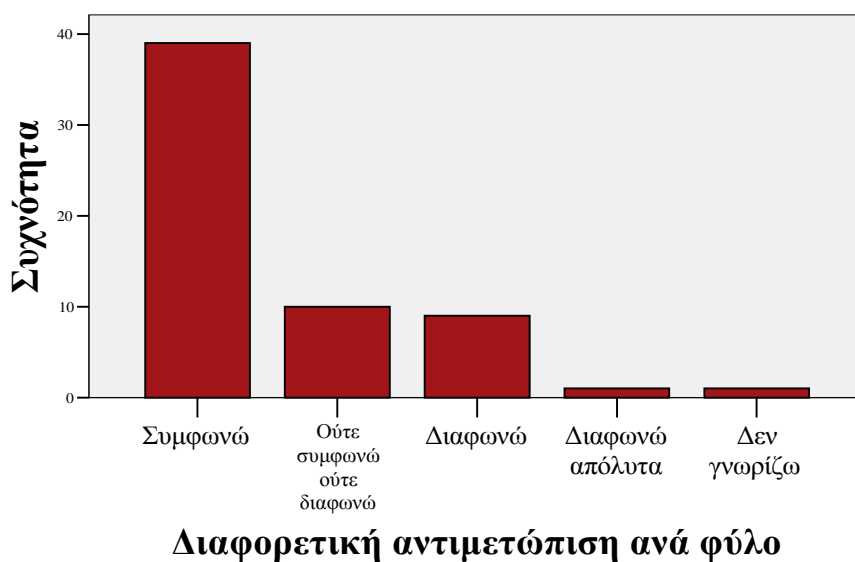
**Φύλο που επηρεάζεται περισσότερο**

### 1.2.3 Κοινωνική προσέγγιση

#### Ερώτημα 19: Διαφορετική αντιμετώπιση ανά φύλο

Τα περισσότερα άτομα (65%) πιστεύουν πως υπάρχει διαφορετικότητα στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από τα δύο φύλα, όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν.

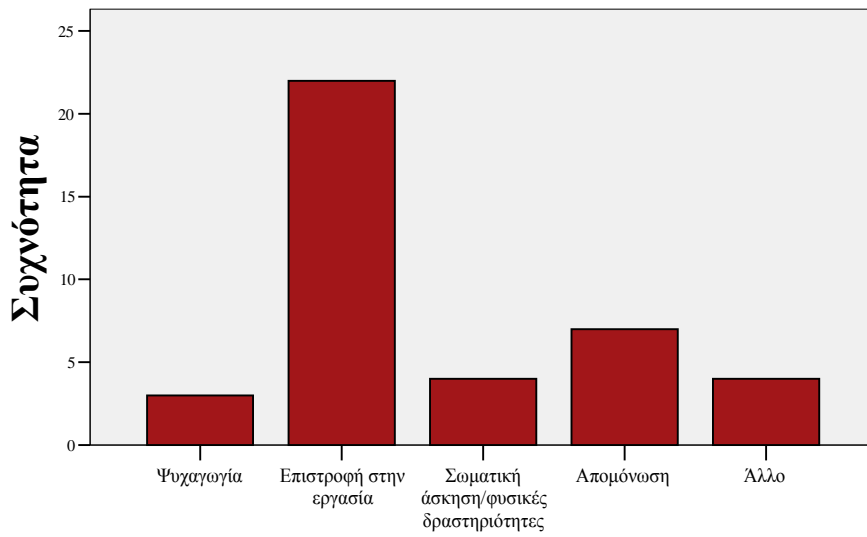
<i>Διαφορετική αντιμετώπιση ανά φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Aθρ. %</i>
Συμφωνώ	39	65,0	65,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10	16,7	81,7
Διαφωνώ	9	15,0	96,7
Διαφωνώ απόλυτα	1	1,7	98,3
Δεν απάντησαν	1	1,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



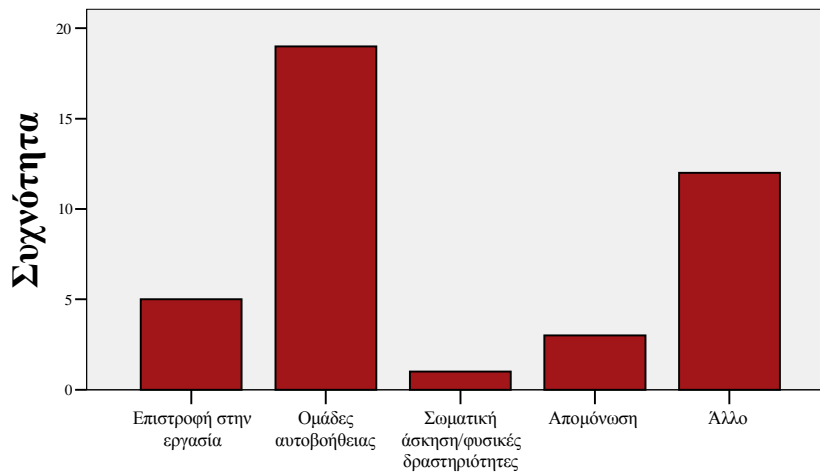
Στη συνέχεια τα άτομα που θεώρησαν πως διαφέρουν οι τρόποι αντιμετώπισης της νόσου ανάμεσα στα δύο φύλα ρωτήθηκαν για τους συνηθέστερους τρόπους για κάθε φύλο. Στους άνδρες επιλέχθηκε συχνότερα η εργασία (37% περίπου) και στις γυναίκες οι ομάδες αυτοβοήθειας (32% περίπου) ως τρόπος αντιμετώπισης, όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν.

<i>Συνηθέστεροι τρόποι αντιμετώπισης ανδρών</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>
Ψυχαγωγία	3	5,0	7,5
Επιστροφή στην εργασία	22	36,7	55,0
Σωματική άσκηση/φυσικές δραστηριότητες	4	6,7	10,0
Απομόνωση	7	11,7	17,5
Άλλο	4	6,7	10,0
<b>Σύνολο</b>	40	66,7	100,0
Δεν εμπίπτουν	20	33,3	
<b>Σύνολο</b>	60	100,0	

<i>Συνηθέστεροι τρόποι αντιμετώπισης γυναικών</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>
Επιστροφή στην εργασία	5	8,3	12,5
Ομάδες αυτοβοήθειας	19	31,7	47,5
Σωματική άσκηση/φυσικές δραστηριότητες	1	1,7	2,5
Απομόνωση	3	5,0	7,5
Άλλο	12	20,0	30,0
<b>Σύνολο</b>	40	66,7	100,0
Δεν εμπίπτουν	20	33,3	
<b>Σύνολο</b>	60	100,0	



**Συνηθέστεροι τρόποι αντιμετώπισης ανδρών**



**Συνηθέστεροι τρόποι αντιμετώπισης γυναικών**

## Ερώτημα 20: Διαφορετική επίδραση νόσου στη επαγγελματική ζωή ανά φύλο

Και αναφορικά με τις επιπτώσεις που επιφέρει η ασθένεια του καρκίνου στην επαγγελματική ζωή των ατόμων, η πλειονότητα των αποκρινόμενων (55%) έκρινε πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

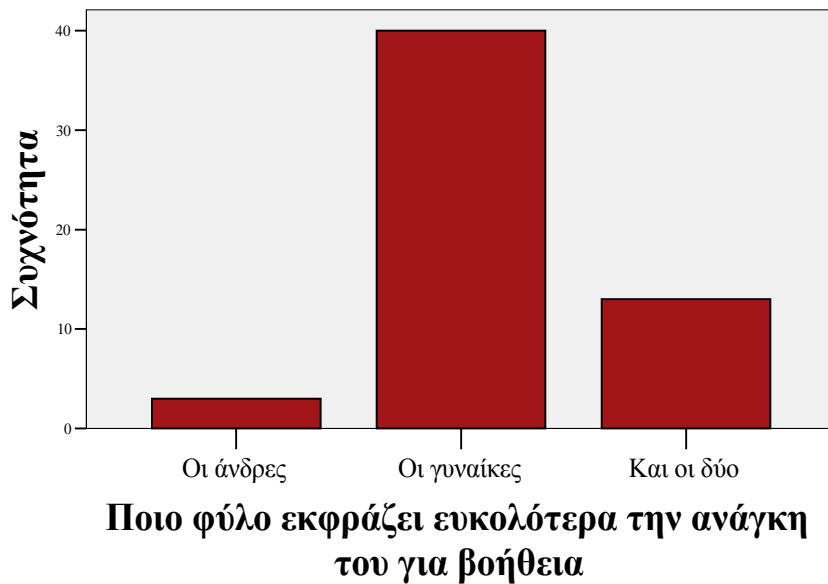
<i>Διαφορετική επίδραση νόσου στη επαγγελματική ζωή ανά φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Αθρ. %</i>
Συμφωνώ	33	55,0	55,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	25,0	80,0
Διαφωνώ	10	16,7	96,7
Διαφωνώ απόλυτα	2	3,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



### **Ερώτημα 21: Ποιο φύλο εκφράζει ευκολότερα την ανάγκη του για βοήθεια**

Σύμφωνα με τα άτομα του δείγματος (71,4%) οι γυναίκες εκφράζουν ευκολότερα την ανάγκη τους για βοήθεια από ότι οι άνδρες.

<b>Ποιο φύλο εκφράζει ευκολότερα την ανάγκη του για βοήθεια</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Εγκ.%</b>
Οι άνδρες	3	5,0	5,4
Οι γυναίκες	40	66,7	71,4
Και οι δύο	13	21,7	23,2
<b>Σύνολο</b>	<b>56</b>	<b>93,3</b>	<b>100,0</b>
Δεν γνωρίζω	4	6,7	8,5
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

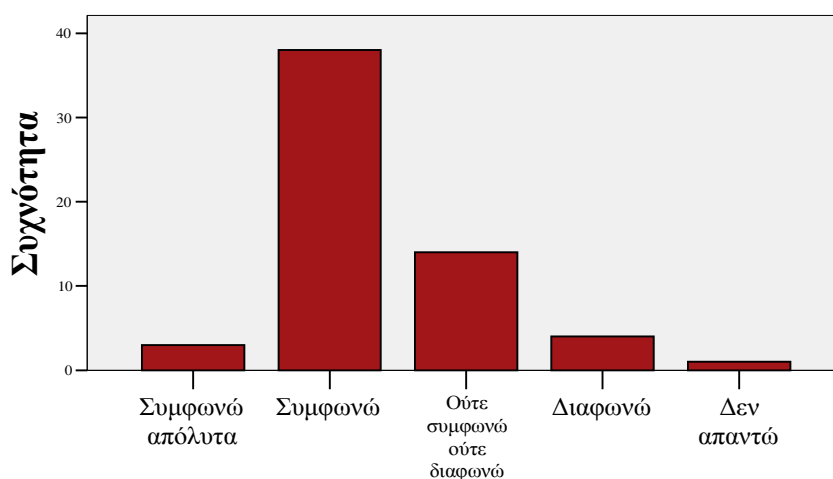




**Ερώτημα 22: Ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας**

Μόλις το 8,4% των ερωτώμενων διαφώνησε με το ότι ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας, όπως φαίνεται στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθεί

<i>Ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας;</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Συμφωνώ απόλυτα	3	5,0	5,0	5,0
Συμφωνώ	38	63,3	63,3	68,3
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	23,3	23,3	91,7
Διαφωνώ	4	6,7	6,7	98,3
Διαφωνώ απόλυτα	1	1,7	1,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		



**Ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας;**

**Ερώτημα 23: Διαφορετική αντιμετώπιση καθημερινότητας από την οικογένεια ανά φύλο**

Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (52% περίπου) δήλωσε πως πιστεύει ότι ο τρόπος που μια οικογένεια αντιμετωπίζει την καθημερινότητα διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του ασθενούς, ένα μεγάλο ποσοστό επίσης εμφανίστηκε ουδέτερο (30%).

<i>Διαφορετική αντιμετώπιση καθημερινότητας από την οικογένεια ανά φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Συμφωνώ	31	51,7	51,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	18	30,0	81,7
Διαφωνώ	8	13,3	95,0
<b>Σύνολο</b>	<b>3</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>



### 1.2.3 Πρόληψη

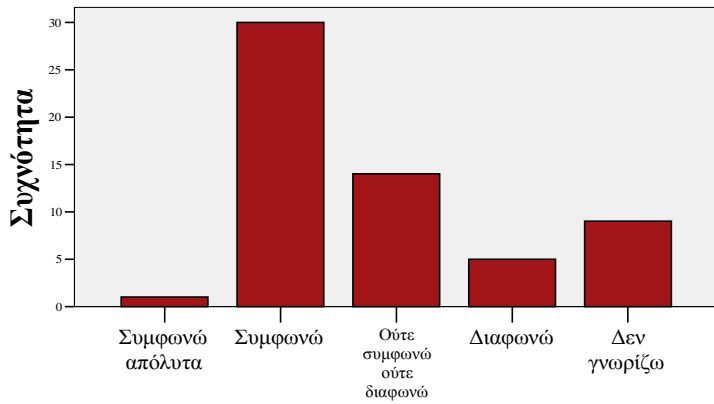
#### *Ερώτημα 24: Διαφορά στους παράγοντες καρκινογένεσης ανά με το φύλο*

Και αναφορικά με τους παράγοντες καρκινογένεσης η πλειονότητα των αποκρινόμενων (52,5%) έκρινε πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, ως παράγοντες καρκινογένεσης επιλέχθηκαν μόνο το κάπνισμα και η κακή διατροφή, ενώ οι αναφέρθηκαν και άλλοι παράγοντες για τις γυναίκες όπως η έκθεση στον ήλιο. Τα παραπάνω παρατίθενται στους πίνακες και τα διαγράμματα που ακολουθούν.

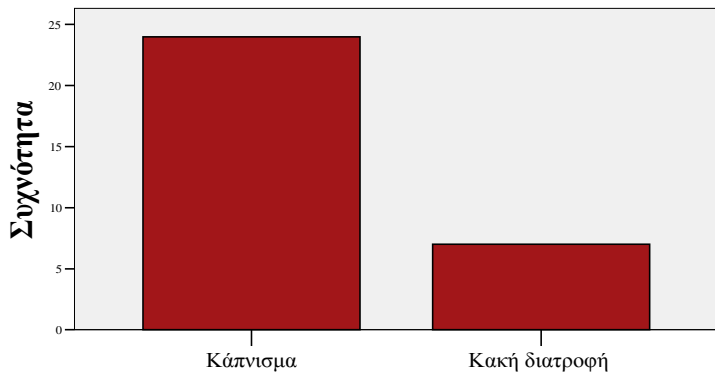
<i>Διαφορά στους παράγοντες καρκινογένεσης ανά με το φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Συμφωνώ απόλυτα	1	1,7	1,7	1,7
Συμφωνώ	30	50,0	50,8	52,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	23,3	23,7	76,3
Διαφωνώ	5	8,3	8,5	84,7
Διαφωνώ απόλυτα	9	15,0	15,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>	<b>100,0</b>	
Δεν απάντησαν	1	1,7		
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

<i>Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου συνηθέστερα στους άνδρες</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Κάπνισμα	24	40,0	77,4	77,4
Κακή διατροφή	7	11,7	22,6	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>31</b>	<b>51,7</b>	<b>100,0</b>	
Δεν εμπίπτουν	29	48,3		
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

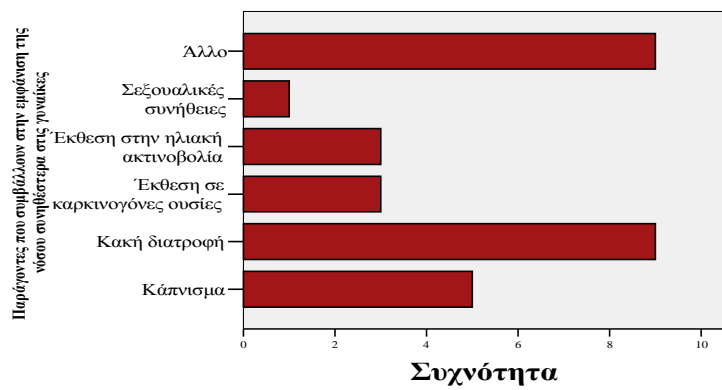
<i>Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου συνηθέστερα στις γυναίκες</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Κάπνισμα	5	8,3	16,7	16,7
Κακή διατροφή	9	15,0	30,0	46,7
Έκθεση σε καρκινογόνους ουσίες	3	5,0	10,0	56,7
Έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία	3	5,0	10,0	66,7
Σεξουαλικές συνήθειες	1	1,7	3,3	70,0
Άλλο	9	15,0	30,0	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>	<b>100,0</b>	
Δεν εμπίπτουν	29	48,3		
Χωρίς απάντηση	1	1,7		
<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>		
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		



**Διαφορά στους παράγοντες καρκινογένεσης ανά με το φύλο**



**Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου συνηθέστερα στους άνδρες**

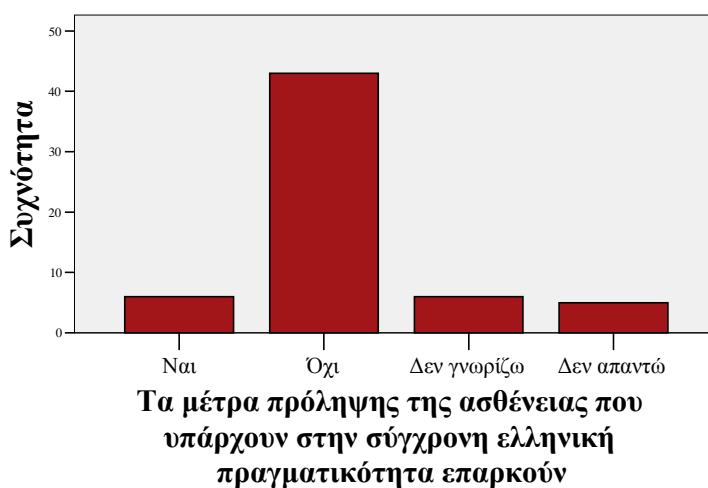


### Ερώτημα 25: μέτρα πρόληψης

Το 72% των ατόμων δηλώνει πως τα μέτρα πρόληψης κατά του καρκίνου στην χώρα μας δεν επαρκούν. Το 42% μάλιστα κρίνει πως θα πρέπει να υπάρξει καλύτερη ενημέρωση των ανθρώπων, όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν.

<i>Τα μέτρα πρόληψης της ασθένειας που υπάρχουν στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα επαρκούν</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Ναι	6	10,0	10,0	10,0
Όχι	43	71,7	71,7	81,7
Δεν γνωρίζω	6	10,0	10,0	91,7
Δεν απαντώ	5	8,3	8,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>		

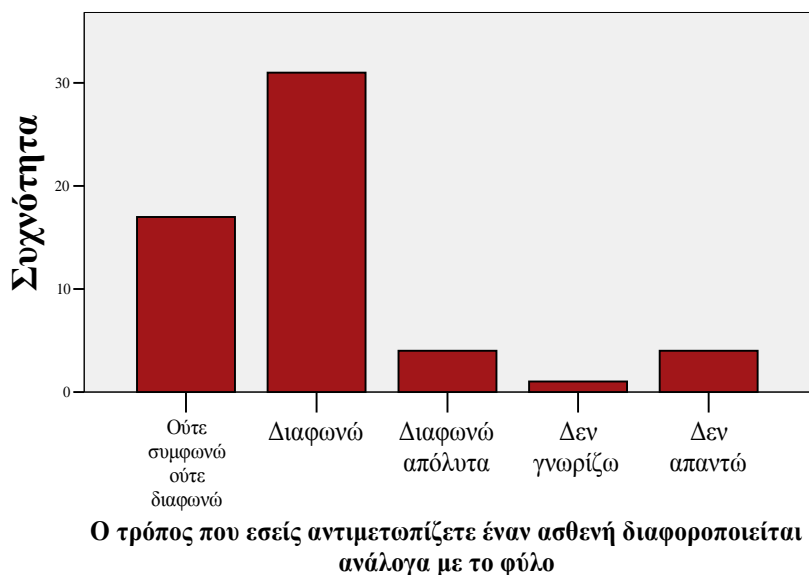
<i>Αν όχι, τι άλλο θα προτείνατε;</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
chek-up	9	15,0
Συχνότεροι έλεγχοι	3	5,0
Καλύτερη ενημέρωση	26	42,4
Χωρίς απάντηση	5	8,3
Δεν εμπίπτουν	17	28,3
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>



**Ερώτημα 26: Ο τρόπος που εσείς αντιμετωπίζετε έναν ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο**

Αν και κανένα άτομο δεν δήλωσε πως φέρεται διαφορετικά στους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους, ένα μεγάλο ποσοστό έδωσε ουδέτερη απάντηση (30%).

<i>Ο τρόπος που εσείς αντιμετωπίζετε έναν ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Εγκ.%</i>	<i>Αθρ.%</i>
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17	28,3	29,8	29,8
Διαφωνώ	31	51,7	54,4	84,2
Διαφωνώ απόλυτα	4	6,7	7,0	91,2
Δεν γνωρίζω	1	1,7	1,8	93,0
Δεν απαντώ	4	6,7	7,0	100,0
<b>Σύνολο</b>	57	95,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	3	5,0		
<b>Σύνολο</b>	60	100,0		



## II. Συσχετίσεις

Μελετήθηκε στη συνέχεια η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων στον τρόπο που απαντούν στα ερωτήματα. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μόνο αναφορικά με την ηλικία και το φύλο. Αντίθετα λοιπά χαρακτηριστικά όπως η ειδικευση, η μετεκπαίδευση και το ίδρυμα στο οποίο εργάζονται δεν βρέθηκε να διαφοροποιούν τις απαντήσεις.

### II.1 Η επίδραση του φύλου στις απαντήσεις

Οι γυναίκες πιστεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (68,8 έναντι 44,4% αντίστοιχα) πως υπάρχει διαφορά στον τρόπο αντίδρασης των ασθενών κατά την ανακοίνωση της νόσου τους ανάλογα με το φύλο τους. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο του 5% (Chi-Square =6,229, d.f.=2, p=0,044).

		Φύλο				Σύνολο	
		Ανδρας		Γυναίκα			
		N	%	N	%	N	%
Διαφορετική αντίδραση γνωστοποίησης νόσου ανά φύλο	Συμφωνώ	12	44,4%	22	68,8%	34	57,6%
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	40,7%	4	12,5%	15	25,4%
	Διαφωνώ	4	14,8%	6	18,8%	10	16,9%
<b>Σύνολο</b>		27	100,0%	32	100,0%	59	100,0%
Chi-Square =6,229, d.f.=2, p=0,044							

Επιπλέον, οι γυναίκες πιστεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (75 έναντι 50% αντίστοιχα) πως το φύλο του ασθενούς επηρεάζει τη δεκτικότητα του στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο του 5% (Chi-Square =7,470, d.f.=2, p=0,024).

		Φύλο				Σύνολο	
		Ανδρας		Γυναίκα			
		N	%	N	%	N	%
Το φύλο επηρεάζει τη δεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις	Συμφωνώ	14	50,0%	24	75,0%	38	63,3%
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	39,3%	3	9,4%	14	23,3%
	Διαφωνώ	3	10,7%	5	15,6%	8	13,3%
<b>Σύνολο</b>		28	100,0%	32	100,0%	60	100,0%
Chi-Square =7,470, d.f.=2, p=0,024							

## II.2 Η επίδραση της ηλικίας στις απαντήσεις

Προκειμένου η εφαρμογή των στατιστικών δοκιμασιών να είναι εφικτή, η ηλικία ομαδοποιήθηκε σε δύο κατηγορίες, στα άτομα ηλικίας κάτω των 35 ετών και στα άτομα άνω των 35. Αναζητήθηκαν διαφορές στις απόψεις των δύο αυτών ομάδων στο δείγμα.

Όπως είναι εμφανές στον πίνακα που ακολουθεί, τα νεότερα άτομα τείνουν συχνότερα να πιστεύουν πως τα δύο φύλα αντιδρούν διαφορετικά στις διάφορες θεραπείες κατά της νόσου. Συγκεκριμένα, τα άτομα έως 35 ετών απάντησαν πως συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα υπόλοιπα (45,8 έναντι 38,7%). Αντίστροφα, τα άτομα άνω των 35 ετών απάντησαν πως διαφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα νεότερα (41,9 έναντι 12,5%). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (Chi-Square =6,508, d.f.=2, p=0,039).

		Ηλικία				Σύνολο	
		Έως 35		35 και άνω			
		N	%	N	%	N	%
<b>Διαφορετική επίδραση θεραπειών ανά φύλο</b>	Συμφωνώ	11	45,8%	12	38,7%	23	41,8%
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10	41,7%	6	19,4%	16	29,1%
	Διαφωνώ	3	12,5%	13	41,9%	16	29,1%
<b>Σύνολο</b>		24	100,0%	31	100,0%	55	100,0%
Chi-Square =6,508, d.f.=2, p=0,039							

Διαφοροποίηση στις απαντήσεις αναφορικά με την ηλικία των ατόμων βρέθηκαν και σε σχέση με τον αν η επίδραση της νόσου στην σεξουαλική ζωή των ασθενών διαφέρει σύμφωνα με το φύλο τους. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα που ακολουθεί, τα άτομα άνω των 35 τείνουν συχνότερα να συμφωνούν (61,8 έναντι 29,2%). Τα άτομα κάτω των 35 ετών εμφανίζονται μάλλον ουδέτερα.(33,3%) Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (Chi-Square =6,812, d.f.=2, p=0,033).

		Ηλικία				Σύνολο	
		Έως 35		35 και άνω			
		N	%	N	%	N	%
<b>Διαφορετική επίδραση νόσου στη σεξουαλική ζωή ανά φύλο</b>	Συμφωνώ	7	29,2%	21	61,8%	28	48,3%
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	8	33,3%	4	11,8%	12	20,7%
	Διαφωνώ	9	37,5%	9	26,5%	18	31,0%
<b>Σύνολο</b>		24	100,0%	34	100,0%	58	100,0%
Chi-Square =6,812, d.f.=2, p=0,033							



Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαφορές των απαντήσεων των δύο ηλικιακών ομάδων σε σχέση με το αν η δική τους στάση απέναντι στον ασθενή διαφέρει ανάλογα με το φύλο του. Αν και σε αυτή την ερώτηση δεν βρέθηκαν θετικές απαντήσεις, ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι τα νεότερα άτομα εμφανίζονται λιγότερο αποστασιοποιημένα από αυτή τη συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, τα άτομα άνω των 35 δήλωσαν ρητά πως δεν φέρονται με αυτό τον τρόπο σε μεγαλύτερο ποσοστό (79,3 έναντι 52,2%). Τα άτομα κάτω των 35 ετών εμφανίζονται αναποφάσιστα σε υψηλό ποσοστό.(47,8%) Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (Chi-Square =4,293, d.f.=2, p=0,038).

		Ηλικία				Σύνολο	
		Έως 35		35 και άνω			
		N	%	N	%	N	%
<b>Ο τρόπος που αντιμετωπίζετε έναν ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο</b>	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	47,8%	6	20,7%	17	32,7%
	Διαφωνώ	12	52,2%	23	79,3%	35	67,3%
<b>Σύνολο</b>		23	100,0%	29	100,0%	52	100,0%
Chi-Square =4,293, d.f.=2, p=0,038							

### III. Προσεγγίσεις

Στη συνέχεια κατασκευάστηκαν τρεις κλίμακες βαθμολόγησης. Κάθε κλίμακα αντιστοιχεί στις απόψεις που αφορούν σε μία από τις προαναφερθείσες προσεγγίσεις και κατά συνέπεια δημιουργήθηκε αθροίζοντας επιμέρους ερωτήματα από το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, οι κλίμακες που δημιουργήθηκαν καθώς και τα ερωτήματα που αντιστοιχούν στην κάθε μία είναι:

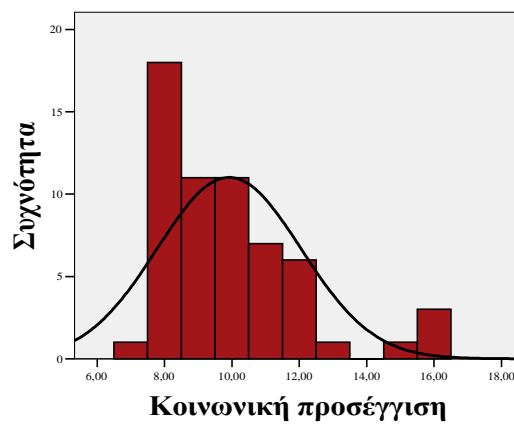
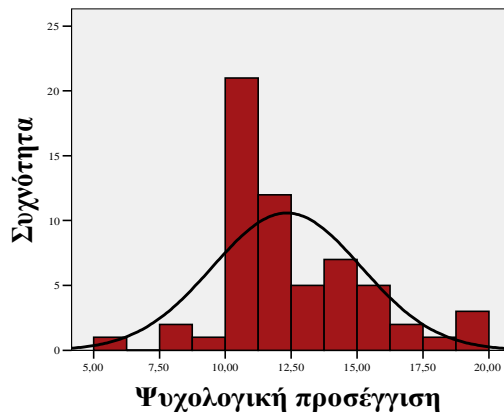
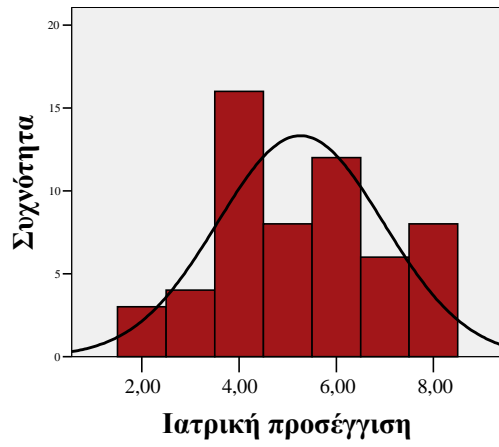
A) Ιατρική προσέγγιση: ερωτήματα 10 και 12

B) Ψυχολογική προσέγγιση: ερωτήματα 13, 14, 16,17 και18

Γ) Κοινωνική προσέγγιση: ερωτήματα 19, 20, 22 και 23

Σημειώνεται πως μεγαλύτερη βαθμολογία σε μία από αυτές στις κλίμακες αντιστοιχεί σε απαντήσεις που δείχνουν διαφωνία στα ερωτήματα που την απαρτίζουν. Δηλαδή σε λιγότερες διακρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των νέων μεταβλητών παρατίθενται στον πίνακα και τα διαγράμματα που ακολουθούν.

<i>Προσέγγιση</i>	<i>Ιατρική</i>	<i>Ψυχολογική</i>	<i>Κοινωνική</i>
Μέση τιμή	5,26	12,33	<b>9,92</b>
Ενδιάμεση τιμή	5,00	12,00	9,00
Επικρατούσα τιμή	4,00	10,00	8,00
Τυπική απόκλιση	1,71	2,83	2,14
Ελάχιστη τιμή	2,00	5,00	7,00
Μέγιστη τιμή	8,00	19,00	16,00
Αριθμός ατόμων	57	60	59



### III.1 Έλεγχοι διαφοροποιήσεων

Στη επόμενη ενότητα παρουσιάζονται οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν τις βαθμολογίες (σκορ) των τριών προσεγγίσεων, χρησιμοποιώντας την ανάλυση διασποράς μίας κατεύθυνσης (One – way ANOVA).

#### Ιατρική προσέγγιση

Οι τιμές της κλίμακας της ιατρικής προσέγγισης διαφέρουν ανάλογα το αν έχουν κάνει ή όχι μετεκπαίδευση τα άτομα του δείγματος ( $F=3,542$ ,  $p=0,012$ ). Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν κάνει μετεκπαίδευση εμφανίζουν μικρότερη μέση τιμή της κλίμακας (4,3 έναντι 5,5), γεγονός που δείχνει πως τείνουν να διαχωρίζουν περισσότερο τους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους.

Ιατρική προσέγγιση			
Μετεκπαίδευση	N	Μέση τιμή	Τοπ. Απόκλ.
Ναι	13	4,3	1,3
Όχι	44	5,5	1,7
$F=5,726$ , $p=0,020$			

Το αν τα άτομα του δείγματος έκριναν ότι τα μέτρα πρόληψης είναι επαρκή στην χώρα μας, σχετίζεται με τις τιμές της κλίμακας της ιατρικής προσέγγισης ( $F=3,720$ ,  $p=0,060$ ). Συγκεκριμένα, θετικά απαντούν τα άτομα που μεγαλύτερη μέση τιμή της κλίμακας (6,3 έναντι 4,9), γεγονός που δείχνει πως τείνουν να μην διαχωρίζουν περισσότερο τους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους.

Ιατρική προσέγγιση			
Επαρκή μέτρα πρόληψης	N	Μέση τιμή	Τοπ. Απόκλ.
Ναι	6	6,3	1,6
Όχι	42	4,9	1,6
$F=3,720$ , $p=0,060$			

Τέλος, οι τιμές της κλίμακας της ιατρικής προσέγγισης διαφέρουν ανάλογα την ηλικιακή ομάδα που ανήκουν τα άτομα του δείγματος ( $F=3,542$ ,  $p=0,012$ ). Οι πολλαπλές συγκρίσεις ανά ζεύγη των ηλικιακών ομάδων (LSD post hoc test for multiple comparisons), καταδεικνύουν πως η ηλικιακή ομάδα που διαφοροποιείται είναι αυτή των 29 έως 34 ετών. Συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά εμφανίζουν την μικρότερη μέση τιμή της κλίμακας, γεγονός που δείχνει πως τείνουν να διαχωρίζουν τους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους.

#### Ιατρική προσέγγιση

Ηλικιακή ομάδα	N	Μέση τιμή	Τοπ. Απόκλ.
25-28	11	5,8	1,72
29-34	14	4,0	1,24
35-40	15	6,0	1,69
41-46	10	5,5	1,64
47 και άνω	7	5,0	1,52

$F=3,542$ ,  $p=0,012$

(I) Ηλικιακή Ομάδα	(J) Ηλικιακή Ομάδα	Μέση διαφορά (I-J)	Τυπικό σφάλμα	p-value.
25-28	29-34	1,82	0,63	<b>0,006</b>
	35-40	-0,18	0,62	0,772
	41-46	0,32	0,69	0,645
	47 και άνω	0,82	0,76	0,286
29-34	25-28	-1,82	0,63	<b>0,006</b>
	35-40	-2,00	0,58	<b>0,001</b>
	41-46	-1,50	0,65	<b>0,025</b>
	47 και άνω	-1,00	0,73	0,175
35-40	25-28	0,18	0,62	0,772
	29-34	2,00	0,58	<b>0,001</b>
	41-46	0,50	0,64	0,439
	47 και άνω	1,00	0,72	0,170
41-46	25-28	-0,32	0,69	0,645
	29-34	1,50	0,65	<b>0,025</b>
	35-40	-0,50	0,64	0,439
	47 και άνω	0,50	0,77	0,521
47 και άνω	25-28	-0,82	0,76	0,286
	29-34	1,00	0,73	0,175
	35-40	-1,00	0,72	0,170
	41-46	-0,50	0,77	0,521

### Ψυχολογική προσέγγιση

Οι βαθμολογίες της ψυχολογικής προσέγγισης δεν βρέθηκε να διαφέρουν ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, αλλά ούτε εμφανίζονται να σχετίζονται με κάποια από τις απαντήσεις των λοιπών ερωτημάτων.

### Κοινωνική προσέγγιση

Οι τιμές της κλίμακας της κοινωνική προσέγγισης διαφέρουν μόνο σε σχέση με την ειδικότητα των ερωτώμενων ( $F=2,683$ ,  $p=0,041$ ). Οι πολλαπλές συγκρίσεις ανά ζεύγη των ειδικοτήτων (LSD post hoc test for multiple comparisons), καταδεικνύουν πως η ειδικότητα που διαφοροποιείται είναι αυτή των ψυχολόγων. Συγκεκριμένα, τα άτομα αυτά εμφανίζουν την μεγαλύτερη μέση τιμή της κλίμακας, γεγονός που δείχνει πως τείνουν να διαχωρίζουν τους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους.

Κοινωνική προσέγγιση			
<i>Ηλικιακή ομάδα</i>	<i>N</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπ. Απόκλ.</i>
Ιατρός	11	9,3	1,12
Νοσηλεύτης	20	9,3	1,81
Κοινωνικός Λειτουργός	20	10,2	2,19
Ψυχολόγος	5	12,4	3,57
Ψυχίατρος	3	9,3	1,15

$F=2,683$ ,  $p=0,041$

<i>(I) Ειδικότητα</i>	<i>(J) Ειδικότητα</i>	<i>Μέση διαφορά (I-J)</i>	<i>Τυπικό σφάλμα</i>	<i>p-value.</i>
Ιατρός	Νοσηλεύτης	0,01	0,76	0,986
	Κοινωνικός Λειτουργός	-0,89	0,76	0,248
	Ψυχολόγος	-3,04	1,09	<b>0,007</b>
	Ψυχίατρος	0,03	1,32	0,982
Νοσηλεύτης	Ιατρός	-0,01	0,76	0,986
	Κοινωνικός Λειτουργός	-0,90	0,64	0,165
	Ψυχολόγος	-3,05	1,01	<b>0,004</b>
	Ψυχίατρος	0,02	1,25	0,989
Κοινωνικός Λειτουργός	Ιατρός	0,89	0,76	0,248
	Νοσηλεύτης	0,90	0,64	0,165
	Ψυχολόγος	-2,15	1,01	<b>0,038</b>
	Ψυχίατρος	0,92	1,25	0,467
Ψυχολόγος	Ιατρός	3,04	1,09	<b>0,007</b>
	Νοσηλεύτης	3,05	1,01	<b>0,004</b>
	Κοινωνικός Λειτουργός	2,15	1,01	<b>0,038</b>
	Ψυχίατρος	3,07	1,48	<b>0,043</b>
Ψυχίατρος	Ιατρός	-0,03	1,32	0,982
	Νοσηλεύτης	-0,02	1,25	0,989
	Κοινωνικός Λειτουργός	-0,92	1,25	0,467
	Ψυχολόγος	-3,07	1,48	0,043

### III.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Οι βαθμολογίες των κλιμάκων βρέθηκαν να σχετίζονται μέτρια αλλά θετικά. Αναλυτικότερα, ο συντελεστής συσχέτισης  $r$  του Spearman, κυμαίνεται από 0,23 έως 0,57 όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί. Αυτό υποδεικνύει πως τα άτομα που δείχνουν να διαφοροποιούν τους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους σε μία προσέγγιση τους διαφοροποιούν και στην άλλη.

		<i>Ιατρική προσέγγιση</i>	<i>Κοινωνική προσέγγιση</i>
<b>Ιατρική προσέγγιση</b>	r		0,231
	p-value		0,036
	N		56
<b>Ψυχολογική προσέγγιση</b>	r	,473	0,572
	p-value	0,000	0,000
	N	57	59



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 60 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων οι 28 είναι άνδρες και οι 32 γυναίκες. Το 70% των ατόμων είναι ηλικίας 25-40 ετών. Στο δείγμα περιλαμβάνονται άτομα έγγαμα και άγαμα σχεδόν στο ίδιο ποσοστό. Ακριβώς τα μισά από τα άτομα του δείγματος έχουν παιδιά. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν την πλειονότητα του δείγματος. Όσον αφορά τα προγράμματα μετεκπαίδευσης, έχει παρακολουθήσει, μόλις το 23,3%. Η πλειονότητα των ατόμων προέρχεται από Γενικά Νοσοκομεία, Ογκολογικά Νοσοκομεία και Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής. Τέλος τα άτομα του δείγματος εργάζονται από 0,5 έως 20 έτη στα προαναφερθέντα ιδρύματα.

#### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Όσον αφορά την ιατρική προσέγγιση, οι απόψεις των ατόμων του δείγματος δίστανται αναφορικά με το αν διαφέρει η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα δύο φύλα. Στις συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου, απάντησαν ότι τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων είναι ο συχνότερα εμφανιζόμενος.

Όσον αφορά την ψυχολογική προσέγγιση, η πλειονότητα των ερωτώμενων φαίνεται να είναι θετικά ή ουδέτερα τοποθετημένοι ως προς το ότι τα δύο φύλα αντιδρούν διαφορετικά στις διάφορες θεραπείες κατά της νόσου και επίσης πιστεύει ότι υπάρχει διαφορά στον τρόπο αντίδρασης των ασθενών κατά την ανακοίνωση της ασθένειάς τους ανάλογα με το φύλο. Η πλειονότητα επίσης πιστεύει πως η αποδοχή της ασθένειας και η κινητοποίηση του ασθενούς για την αντιμετώπισή της εξαρτώνται από το φύλο του. Από τα άτομα που αποκρίθηκαν θετικά σχετικά με την διαφορετικότητα στην αποδοχή της νόσου από τα δύο φύλα, η πλειονότητα πιστεύει ότι οι γυναίκες αποδέχονται πιο εύκολα τη νέα κατάσταση που προκύπτει από την ασθένεια. Η συντριπτική πλειοψηφία πιστεύει πως το φύλο του ασθενούς επηρεάζει τη δεκτικότητά του στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, πιστεύει επίσης ότι οι αλλαγές στη μορφή του σώματος που επιφέρει η ασθένεια επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες. Ένα μεγάλο ποσοστό αποκρινόμενων πιστεύει πως η επίδραση της ασθένειας στη σεξουαλική ζωή των ασθενών διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο.

Όσον αφορά την κοινωνική προσέγγιση τα περισσότερα άτομα πιστεύουν πως υπάρχει διαφορετικότητα στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από τα δύο φύλα. Ως συχνότερος τρόπος αντιμετώπισης για τους άνδρες επιλέχθηκε η εργασία και για τις γυναίκες οι ομάδες αυτοβοήθειας. Αναφορικά με τις επιπτώσεις που επιφέρει η ασθένεια του καρκίνου στην επαγγελματική ζωή των ατόμων, η πλειονότητα των αποκρινόμενων έκρινε πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Σύμφωνα με τα άτομα του δείγματος οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερο την ανάγκη τους για βοήθεια από ότι οι άνδρες. Η πλειονότητα των ερωτώμενων θεωρεί ότι ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό – κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ατόμων δήλωσε πως πιστεύει ότι ο τρόπος που μια οικογένεια αντιμετωπίζει την καθημερινότητα διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του ασθενούς.

Όσον αφορά τον τομέα της πρόληψης, αναφορικά με τους παράγοντες καρκινογένεσης, η πλειονότητα των αποκρινόμενων έκρινε πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων δηλώνει πως τα μέτρα πρόληψης κατά του καρκίνου στη χώρα μας δεν επαρκούν.

Τέλος αν και κανένα άτομο δεν δήλωσε πως φέρεται διαφορετικά στους ασθενείς ανάλογα με το φύλο του, ένα μεγάλο ποσοστό έδωσε ουδέτερη απάντηση.

Περισσότερες λεπτομέρειες για τα αποτελέσματα της έρευνας με πίνακες και διαγράμματα παρατίθενται στην στατιστική ανάλυση που ακόλουθι.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19**

### **ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης με τις ερευνητικές υποθέσεις που αρχικά είχαμε θέσει, καταλήγουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

§ Η ερευνητική μας υπόθεση ότι η ασθένεια του καρκίνου εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, επιβεβαιώνεται.

§ Η ερευνητική μας υπόθεση ότι ορισμένοι τύποι καρκίνου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ανάλογα με το φύλο, επιβεβαιώθηκε. Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες επιλέχθηκε από όλα σχεδόν τα άτομα, ενώ στις γυναίκες δεν επιλέχθηκε από κανένα.

§ Η ερευνητική μας υπόθεση ότι οι επιπτώσεις των μορφών θεραπείας του καρκίνου δεν διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο εν μέρει αναιρέθηκε. Η πλειονότητα των ερωτώμενων είναι θετικά (38,3%) ή ουδέτερα τοποθετημένοι (26,7%).

§ Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης η πλειονότητα των ερωτώμενων (56,7%) πιστεύει πως υπάρχει διαφορά στον τρόπο αντίδρασης των ασθενών κατά την ανακοίνωση της ασθένειας ανάλογα με το φύλο, γεγονός που αναιρεί την ερευνητική μας υπόθεση.

§ Η αποδοχή της ασθένειας και η κινητοποίηση του ασθενή για τη αντιμετώπισή της ενώ θεωρητικά δεν τεκμηριώνεται ότι εξαρτάται από το φύλο άλλα από την προσωπικότητα, από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι το φύλο διαδραματίζει ρόλο.

§ Ενώ στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται ότι το φύλο επηρεάζει την δεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις το 92,3% των ερωτώμενων που υποστηρίζουν ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα πιστεύει ότι οι γυναίκες είναι πιο συνεργάσιμες.

§ Ένα μεγάλο ποσοστό των αποκρινόμενων (46,7%) πιστεύει πως η επίδραση της ασθένειας στη σεξουαλική ζωή των ασθενών διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο τους, μάλιστα από αυτούς που διακρίνουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα το 67,9%

θεωρεί ότι οι άνδρες επηρεάζονται περισσότερο, ποσοστά που δεν επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση.

§ Το 65% των ερωτώμενων πιστεύει πως υπάρχει διαφορετικότητα στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από τα δύο φύλα. Πιο συγκεκριμένα στους άνδρες επιλέχθηκε συχνότερα η εργασία (37% περίπου) και στις γυναίκες οι ομάδες αυτοβοήθειας (32% περίπου), γεγονός που δεν επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση.

§ Η ερευνητική μας υπόθεση ότι η έκφραση της ανάγκης για βοήθεια από τρίτους είναι θέμα προσωπικότητας του ασθενή, σύμφωνα με τα άτομα του δείγματος και το φύλο παίζει ρόλο, με τις γυναίκες να εκφράζουν ευκολότερα την ανάγκη τους.

§ Μόλις το 8,4% των ερωτώμενων διαφώνησε με το ότι ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό – κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας. Αποτέλεσμα που μας οδηγεί στην αναίρεση της ερευνητικής μας υπόθεσης.

§ Παρόλο που το 52% των ερωτώμενων δηλώνει ότι ο τρόπος που μια οικογένεια αντιμετωπίζει την καθημερινότητα διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, ένα μεγάλο ποσοστό εμφανίστηκε ουδέτερο, γεγονός που δεν μας επιτρέπει να βγάλουμε ένα σαφές συμπέρασμα.

§ Αναφορικά με τους παράγοντες καρκινογένεσης η πλειονότητα των αποκρινόμενων (52,5%) έκρινε πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, αποτέλεσμα που δεν επιβεβαιώνεται από τη θεωρητική μας υπόθεση.

§ Τέλος, αν και κανένα άτομο δεν δήλωσε πως φέρεται διαφορετικά στους ασθενείς ανάλογα με το φύλο τους, ένα μεγάλο ποσοστό έδωσε ουδέτερη απάντηση (30%), γεγονός που επαληθεύει την αρχική μας υπόθεση.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20**

### **ΓΕΝΙΚΑ 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 εμάς είναι συνώνυμη με τον θάνατο. Μέσα από την μελέτη αυτή καταφέραμε να την απομυθοποιήσουμε, διαπιστώνοντας ότι καρκίνος πλέον δεν σημαίνει απαραίτητα και θάνατος. Η ασθένεια αυτή μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί. Στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα όμως, δυστυχώς τα συστήματα υποστήριξης των καρκινοπαθών είναι ελάχιστα. Ως εκ τούτου, τα μέτρα που παίρνονται τόσο για την αντιμετώπιση της ασθένειας όσο και για την πρόληψή της, δεν είναι επαρκή.

Για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας και την άντληση των απαραίτητων γι'αυτήν πληροφοριών, ήρθαμε σε επαφή με τους φορείς που απευθύνονται στην συγκεκριμένη κοινωνικά ευπαθή ομάδα των καρκινοπαθών. Η όλη αυτή διαδικασία μας έκανε να διαπιστώσουμε την έλλειψη δικτύου συνεργασίας μεταξύ των φορέων, κάτι που λειτουργεί στον μεγαλύτερο βαθμό εις βάρος των ασθενών και των συγγενών τους αφού αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ταλαιπωρία των τελευταίων στο να πληροφορηθούν για τους φορείς στους οποίους πρέπει να απευθυνθούν. Με μεγάλη μας λύπη, διαπιστώσαμε επίσης ότι οι ασθενείς οι οποίοι αποφασίζουν να κινητοποιηθούν δεν βρίσκουν την απόλυτη υποστήριξη που χρειάζονται αφού πολλές φορές τα άτομα τα οποία εργάζονται στους φορείς δεν είναι ενήμερα για την ύπαρξη και τον τρόπο λειτουργίας των υπόλοιπων φορέων της χώρας, ώστε να ενημερώσουν με τη σειρά τους τους ασθενείς. Επιπλέον, θέλοντας να αποφύγουν τη συγκεκριμένη διαδικασία δε διστάζουν να προτρέψουν τους ασθενείς να αντλήσουν μόνοι τους τις πληροφορίες που χρειάζονται.

Κλείνοντας, η παρούσα μελέτη μας έδωσε την ευκαιρία να διερευνήσουμε ένα πολύ σημαντικό θέμα, το ρόλο που κατέχει το φύλο του ασθενή στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Έχοντας πλέον ολοκληρώσει την μελέτη αυτή διαπιστώσαμε ότι δεν γίνεται αναφορά στη βιβλιογραφία στην διαφορετικότητα που υπάρχει ανάμεσα στα δύο φύλα, στην αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου (τουλάχιστον μέσα από

της πηγής που εμείς ερευνήσαμε). Τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν το αντίθετο γεγονός που αποτελεί για εμάς κίνητρο έτσι ώστε στο μέλλον να επαναλάβουμε την έρευνα χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο δείγμα προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι πιο έγκυρα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21**

### **ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, τις πληροφορίες που αντλήσαμε για την διεξαγωγή της και ερχόμενοι σε άμεση επαφή με τα νοσοκομεία και τους φορείς υποστήριξης των καρκινοπαθών, έχουμε να κάνουμε τις παρακάτω προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών και την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

- Ο καρκίνος είναι βασική αιτία θανάτου και οι προσπάθειες για την αντιμετώπισή του γίνονται μόνο για την σωματική πλευρά. Το ψυχολογικό και κοινωνικό μέρος αγνοείται και παρ'όλο που σαν λαός έχουμε μια υπερπροστατευτικότητα στα θέματα υγείας των μελών μας, εν τούτοις στον τομέα αυτό δε δίνεται καμία βοήθεια από ψυχολογικής και κοινωνικής πλευράς και καμία οργανωμένη ψυχολογική υπηρεσία δεν υπάρχει σε κανένα γενικό ή ογκολογικό νοσοκομείο. Κάτι το οποίο θεωρούμε απαραίτητο αφού πρωταρχική ανάγκη του αρρώστου σε συνδυασμό με τη σωματική του θεραπεία είναι η ψυχοκοινωνική βοήθεια και υποστήριξη.
- Όπως έχει ήδη αναφερθεί, υπάρχει έλλειψη εξωνοσοκομειακών φορέων υποστήριξης των καρκινοπαθών. Απαραίτητη λοιπόν είναι η δημιουργία περισσότερων φορέων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή που πάσχει από καρκίνο.
- Εξίσου σημαντική θεωρούμε την ενίσχυση του δικτύου συνεργασίας μεταξύ των φορέων, απαραίτητη προϋπόθεση για την αμεσότερη και χωρίς ταλαιπωρία εξυπηρέτηση του ασθενή και των συγγενών του.
- Δυστυχώς δεν υπάρχει υποδομή όσον αφορά σε μία αξιόπιστη καταγραφή των τύπων του καρκίνου στην Ελλάδα, δηλαδή ένα αξιόπιστο αρχείο παρακολούθησης και επιδημιολογικής καταγραφής.
- Δεν υπάρχει πολιτική πρόληψης όσον αφορά το κάπνισμα, για παράδειγμα, το κράτος το αντιμετωπίζει ανεκτικά και ο καπνιστής απολαμβάνει ασυλία σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες ακόμη και στα νοσοκομεία.
- Όπως αναφέραμε στο θεωρητικό μέρος της έρευνάς μας, η ψυχολογία του ασθενή είναι ο κυριότερος παράγοντας στην πορεία και εξέλιξη της νόσου. Σημαντική λοιπόν

θεωρούμε την 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.

- Βασική ανάγκη των ασθενών που ζουν στην επαρχία είναι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από την οποία θα επιτευχθεί η ελαχιστοποίηση της εξάρτησης των καρκινοπαθών από τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία, η μείωση της ταλαιπωρίας των ασθενών και συγγενών και η αποφυγή του άμεσου κινδύνου από τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

- Τέλος, απαραίτητη κρίνουμε την πληρέστερη ενημέρωση των πολιτών σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου,

α) στα σχολεία με παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης των μαθητών μετά από κατάλληλη εκπαίδευση των παιδαγωγών καθηγητών.

β) στην οικογένεια με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και στη διάρκεια συμβουλευτικής συνεργασίας με ιατροκοινωνικούς και παιδαγωγικούς φορείς και με έντυπα.

γ) στο κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και συμμετοχικές διαδικασίες σε προγράμματα υγείας.

δ) στις υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας με διαρκή εκπαίδευση και ενημέρωση, με ενίσχυση επιστημονικού και επαγγελματικού τύπου και με ενίσχυση της χρήσης συγγραμμάτων και πληροφοριών.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

#### **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 (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Η αλλαγή των κοινωνικών δομών συνετέλεσε σημαντικά στο να χάσει ο ασθενής την ατομικότητά του και να κινηθεί μέσα σε μία ανωνυμία σαν φορέας της ασθένειας του καρκίνου. Ο ρόλος του ασθενή, υποκαθιστά τους οικογενειακούς επαγγελματικούς και άλλους ρόλους και το επίκεντρο του ενδιαφέροντος είναι ο διαρκής αγώνας για τη βελτίωση της υγείας του. Αυτή η πραγματικότητα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάγκη ύπαρξης ειδικών επαγγελματιών όπως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, που θα αναλάβουν την προσαρμογή του ατόμου στο Νοσοκομειακό χώρο και στο ρυθμό λειτουργίας του. 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. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

#### **11.Α. 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. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 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 του.
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. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 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 εκείνοι που αναζητούν την επικοινωνία και έχουν ανάγκη από την παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού.

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

1. Το δίλημμα της ενημέρωσης αρρώστου και οικογένειας για τη διάγνωση της νόσου. 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 συμπάρασταση 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. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

***ι. Στοιχεία που πρέπει να διαθέτει ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε ογκολογικό νοσοκομείο***

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

Όπως αναφέρει ο Ι. Βίσνος στο βιβλίο του «Η φιλοσοφία της Κοινωνικής Εργασίας» (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου 1991,) η αποστολή του Κοινωνικού Λειτουργού συνίσταται στο να βοηθήσει τους ανθρώπους στην ικανοποίηση των αναγκών τους εντός των πλαισίων της κοινωνικής συμβίωσης, «ακολουθώντας παραδειγματικές αρχές...»

Είναι απαραίτητη η προσήλωση των Κοινωνικών Λειτουργών στις βασικές αρχές της Κοινωνικής Εργασίας κατά την άσκηση αυτής, διότι διαφορετικά η δουλειά

τους θα κινδυνεύει να ασκείται ως ψυχρή επαγγελματική απασχόληση κατευθυνόμενη από τις υποχρεώσεις ενός οποιουδήποτε υπαλλήλου, έστω και ευσυνείδητου.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί για την αποτελεσματικότερη άσκηση της Κ.Ε. πρέπει να διαθέτουν:

- § Κάποια βασικά στοιχεία προσωπικότητας, και
- § Στοιχεία που αφορούν τον επαγγελματική τους κατάρτιση.

#### *ii. Στοιχεία προσωπικότητας*

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

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

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που θα επιτελέσουν ένα τόσο σημαντικό λειτούργημα πρέπει με την επαγγελματική τους κατάρτιση (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991):

1. Να είναι σε θέση να κατανοούν τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, οι οποίοι ασκούν επίδραση στην κοινωνική συμβίωση και να γνωρίζουν τα ειδικότερα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία πιέζουν τους ανθρώπους προς τους οποίους θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.
2. Πρέπει να έχουν γνώση της νομοθεσίας, των θεσμών και των υπηρεσιών μέσω των οποίων η κοινωνία προσπαθεί να προαγάγει την κοινωνική και οικονομική ευημερία των ατόμων.
3. Πρέπει να έχουν γνώση της ανάπτυξης του ανθρώπου από βιολογική και ψυχολογική άποψη.

4. Πρέπει να αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση των ψυχο-κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στις περιπτώσεις ψυχολογικών κοινωνικών και οικονομικών πιέσεων.
5. Πρέπει να κατέχουν τις αρχές και τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, να έχουν σαφή αντίληψη των άμεσων και απώτερων αυτών σκοπών. Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους να χρησιμοποιούν επιστημονικές τεχνικές.
6. Πρέπει να έχουν κατανοήσει καλά τις βασικές ιδιοτυπίες του ανθρώπινου χαρακτήρα και να γνωρίζουν τους νόμους που διέπουν τον ψυχισμό του ανθρώπου και τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί συναλλασσόμενος με το περιβάλλον του. Πρέπει να μπορούν να ερμηνεύσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις για να βοηθούν τα άτομα ώστε να ικανοποιήσουν την τάση προς αυτάρκεια, κοινωνική παραδοχή, ανεξαρτησία και συντρέχοντας ν' αυξήσουν τις πιθανότητες για την εξασφάλιση μιας ζωής ποιοτικά ανεβασμένης.
7. Απαραίτητη είναι η καλή εξάσκηση στην τεχνική της συνέντευξης ,της παρατηρητικότητας, του «ακούω», του «ερευνώ» και του επιδρώ ευεργετικά πάνω στην ανθρώπινη ψυχή.

## **11. Β. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΑΛΗΘΕΙΑ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ.**

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

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

Για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που γνωρίζουν την αξία της εξατομικευμένης προσέγγισης, τους καλύπτει η θέση: «όσοι καρκινοπαθείς, τόσες

απαντήσεις». Η εξατομικευμένη όμως αντιμετώπιση καθώς και η ολιστική θεώρηση του ασθενή, δε μπορεί να θεωρηθεί σήμερα έργο ενός μόνο ειδικού.

Μέσα στο πολυσύνθετο σύστημα που λέγεται νοσοκομείο, πολλές φορές η ασθένεια τείνει να γίνει πιο σημαντική από τον ασθενή. Ο ασθενής δε, μέσα στο γρήγορο ρυθμό των πολλαπλών εργαστηριακών εξετάσεων, νιώθει ότι χάνει την ατομικότητά του και αισθάνεται, ότι αντιμετωπίζεται περισσότερο σαν μια περίπτωση επιστημονικού ενδιαφέροντος και λιγότερο σαν άτομο με δικαιώματα.

Έτσι στις μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες με τις πολλαπλές εξειδικευμένες παρεμβάσεις που αναγκαστικά υπερισχύουν οι απρόσωπες και πολυπρόσωπες σχέσεις, ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται με το ρόλο του να αναλάβει την υποχρέωση για δημιουργία συνεργασίας και επικοινωνίας, ώστε να μειώσει στο ελάχιστο την αντίφαση που υπάρχει μεταξύ των προσδοκιών του αρρώστου και της πραγματικότητας που αντιμετωπίζει. Παραδοσιακά έχει ανατεθεί στο γιατρό εκτός της θεραπείας και η ανακούφιση του ψυχικού πόνου, γιατί πράγματι ο παλιός οικογενειακός γιατρός, μπαίνοντας στο σπίτι του αρρώστου και γνωρίζοντας την οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, μπορούσε να δώσει άμεση και πολύμορφη βοήθεια.

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

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

Η πρακτική αυτή της διχοτόμησης παράλληλα με την τακτική της υπερπροστασίας του οίκτου ή του μονόλογου που χαρακτηρίζει στο νοσοκομείο την συνεργασία ασθενούς- ειδικών έχει επιβάλλει περισσότερο το μοντέλο μιας πατερναλιστικής συμπεριφοράς προς τον ασθενή και λιγότερο συμπεριφορά που ευνοεί τη συμμετοχή του στη διαδικασία της θεραπείας του.



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

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

Έτσι λοιπόν υποχρέωση του Κοινωνικού Λειτουργού είναι μέσα από τον δικό του ρόλο να δει το άτομο σε συνάρτηση με το περιβάλλον του. Ευθύνη του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει την ψυχοκοινωνική πλευρά της σωματικής του πάθησης υπογραμμίζοντας τη σημασία των ενδοοικογενειακών σχέσεων, των σχέσεων του μέσα στην κοινότητα και την κοινωνία.

## **11. Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

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

Η διάγνωση της ασθένειας του καρκίνου, πέρα από την ρήξη που προκαλεί στη ζωή του ασθενή, θέτοντας τον σε μια κατάσταση κρίσης, επηρεάζει βαθιά και τα

μέλη της οικογένειάς του, μια και προκαλεί αλλαγές στην ταυτότητα της οικογένειας, στους ρόλους, καθώς και στις σχέσεις και την επικοινωνία μεταξύ των μελών. Η καθημερινή ζωή της οικογένειας αλλάζει και ό,τι παλιότερα ήταν προβλέψιμο και δεδομένο, τώρα δεν είναι πια το ίδιο. Η οικογένεια αποκτά μια καινούρια ταυτότητα, και τα μέλη της καλούνται να σκεφτούν τον εαυτό τους κάτω απ' αυτή τη νέα ταυτότητα και να μάθουν ή να κινητοποιήσουν νέους τρόπους λειτουργίας.

#### ***i. Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διάγνωση***

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από έναν πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Η προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας στις αντιδράσεις, είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί βοηθά την οικογένεια να προσαρμοστεί απέναντι στον ασθενή και την ασθένεια (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

#### ***ii. Τύποι συμπεριφοράς οικογενειών και κοινωνικός λειτουργός***

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

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

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που θα διαγνώσει αυτόν τον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας θα πρέπει να την κατευθύνει έτσι ώστε να μετριάσει την ενεργητικότητα της για να νιώσει ο ασθενής 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 αντλείται η φροντίδα σ' αυτή την πρώτη φάση, διότι θα την χρειαστεί ο ασθενής στα επόμενα στάδια της ασθένειας.

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

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού μ' αυτόν τον τύπο, είναι να βοηθήσει τον ασθενή ν' αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργασία και την προσωπική ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Ακόμα, 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 φτάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται μ' έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής.

Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά και έτσι αυτουποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας και εξιλέωσης. Επίσης η αντίδραση αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα.

Από μέρους του Κοινωνικού Λειτουργού απαιτούνται γνώσεις και εμπειρία προκειμένου να μελετήσει και να διαγνώσει τα πραγματικά αίτια ενός τέτοιου τύπου συμπεριφοράς ώστε να εφαρμόσει την ανάλογη μέθοδο εργασίας.

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

όμως ο θυμός των συγγενών στρέφεται κατά του ασθενή και το πρόβλημα εντείνεται και αυτό γιατί ο ασθενής κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν.

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

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

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

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

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

Γι' αυτό όλοι σαν ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες και άνθρωποι πρέπει να βλέπουμε τον άρρωστο σε σχέση με την οικογένειά του, αυξάνοντας το ενδιαφέρον γι' αυτήν. (Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

## **11.Δ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ**

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

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

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

Βλέποντας τον ασθενή με καρκίνο μέσα από το πρίσμα του Κοινωνικού Λειτουργού, γεννάται ο προβληματισμός εάν πράγματι είναι πιο βαριά η αρρώστια ή ο τρόπος που βιώνουν τα προβλήματα τα άτομα αυτά. Έτσι η διάγνωση του καρκίνου και η προτεινόμενη απειλή δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση διπλής απειλής. Μια απειλή για την ίδια τη ζωή, αφού στην κοινή γνώμη, ο καρκίνος = θάνατος και μια για τη σωματική του ακεραιότητα με τις αναπηρίες που συχνά προκαλεί η ίδια η θεραπευτική αντιμετώπιση, δηλ. την αναγκαστική αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού.

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

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

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

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων δεν αφορά μόνο τον ασθενή αλλά προβάλλει αναγκαία η εκτίμηση των αντιδράσεων και διαθέσεων που γεννώνται μέσα στην οικογένειά του (Γ. Νικολή, Διδακτορική Διατριβή, 1996).

Η παρέμβαση επομένως του Κοινωνικού Λειτουργού στόχο έχει, μέσα από την αντιμετώπιση των προβλημάτων του αρρώστου – οικογενειακού περιβάλλοντος να βοηθήσει και στην έκφραση των οποιονδήποτε συναισθημάτων που τα συνοδεύουν.

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

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

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

(Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου, 1991).

Η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς καθώς και η αποκατάσταση του δε μπορεί να θεωρηθεί έργο ενός ειδικού ή μεμονωμένων προσπαθειών, πρέπει να είναι έργο «Συνεργείου» Επιστημόνων. Του ιατρού, του νοσηλευτή, του Κοινωνικού Λειτουργού και οποιουδήποτε ειδικού που εμπλέκεται στο θεραπευτικό έργο. Πάνω απ' όλα όμως απαραίτητη πρέπει να θεωρείται η συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου.

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

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

Το γεγονός ότι ο «καρκίνος» εκτός από αρρώστια θεωρείται και σαν αιτία που μπορεί να επιφέρει μεταβολές στις μορφές συμπεριφοράς των ατόμων και επιδρά στην προσωπικότητά τους, δε σημαίνει ότι ισοπεδώνει συναισθηματικά τους αρρώστους μεταξύ τους. Όπως στη ζωή, δε μπορούμε να συναντήσουμε δυο ανθρώπους εντελώς όμοια ψυχικά, έτσι δε μπορούμε να βρούμε και δυο αρρώστους

που ν' αντιδρούν κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο στην αρρώστια, στις επιπτώσεις, στον πόνο αλλά και σε όλο το πλέγμα των ανθρώπινων σχέσεων και δραστηριοτήτων.

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

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

#### **11.Ε. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ (BURNOUT)**

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλο, ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης διατυπώθηκε από την C. Maslach περιέγραψε ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους ή πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1985).

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντίθετα θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για ν' ανταπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου.

Σύμφωνα με τους Edelwich & Brodsky (1980), η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. Οι παραπάνω θεωρητικοί περιγράφουν της ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από τέσσερα στάδια. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1985).



- § Κατά το πρώτο στάδιο, του ενθουσιασμού ο πρωτοδιοριζόμενος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους αρρώστους που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους και από τις συνθήκες εργασίας. Αφιερώνει ώρες και ενέργεια και υπερεπενδύει στις σχέσεις του με τους ασθενείς. Ο μικρόκοσμος της δουλειάς γίνεται ολόκληρος ο κόσμος του, με αποτέλεσμα να προσδοκά ότι θα αντλήσει μέσα από αυτόν κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή.
- § Σ' ένα δεύτερο στάδιο, αμφιβολίας και αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του. Αρχίζει ν' αναρωτιέται μήπως φταίει ο ίδιος και προσπαθεί να καλύψει την απογοήτευση του δουλεύοντας σκληρότερα, επενδύοντας περισσότερο στις σχέσεις με τους αρρώστους και αυξάνοντας τις γνώσεις και δεξιότητες του μέσα από τη συμμετοχή του σε σεμινάρια και προγράμματα κατάρτισης. Με την πάροδο όμως του χρόνου, αρχίζει και αναζητά τις αιτίες απογοήτευσης του έξω από τον εαυτό του, στο εργασιακό περιβάλλον το οποίο και απο-ιδανικοποιεί. Θέματα που δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν αρχίζουν να προβάλλουν σημαντικά προβλήματα. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται, εκφράζει παράπονα για το χαμηλό μισθό, εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους κ.α. Στην διαδικασία αυτή αποφεύγει να αναθεωρήσει τις υπερβολικά υψηλές ή παράλογες προσδοκίες τους.
- § Κατά το τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και ματαίωσης, ο επαγγελματίας αναρωτιέται αν και πόσο αξίζει να κάνει μια δουλειά που του δημιουργεί άγχος και από την οποία δεν αντλεί την ικανοποίηση που προσδοκούσε. Αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη, καθώς πιστεύει ότι οι προσπάθειες του είναι μάταιες. Αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως αδιέξοδη και νιώθει παγιδευμένος μέσα σ' αυτή. Στην ουσία, αυτό το στάδιο θεωρείται μεταβατικό, καθώς η απογοήτευση τον ωθεί είτε να αναθεωρήσει τους μη ρεαλιστικούς στόχους και τις προσδοκίες του και να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του, είτε να απομακρυνθεί από τους αρρώστους και το χώρο της εργασίας που του προκαλούν έντονο στρες.
- § Στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών καθώς νιώθει

ανεπαρκής να ανταποκριθεί σ' αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1985).

#### ***i. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης***

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται συνήθως αντιληπτά κατά τα δυο τελευταία στάδια και εκδηλώνονται σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1985).

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

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

Στην ουσία, η συμπεριφορά αυτή λειτουργεί ως αυτό προστασία, όταν το στρες και η συναισθηματική φόρτιση που ο επαγγελματίας βιώνει στο χώρο εργασίας υπερβαίνουν τα αποθέματά του, παρ' όλα αυτά, συχνά παρερμηνεύεται ως έκφραση ψυχρότητας και αδιαφορίας. Ο επαγγελματίας με τη σειρά νιώθει ενοχές, πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά του και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους ασθενείς και τους συναδέλφους που επικρίνουν τη συμπεριφορά του. Καταλήγει άλλοτε να συγκρούεται μαζί τους και άλλοτε να απομονώνεται και να κλείνεται στον εαυτό του. Οι σχέσεις

του με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καθώς και με τον προϊστάμενο ή και τη διοίκηση συχνά διαταράσσονται.

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

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

Πιθανόν επίσης να δημιουργηθούν και προσωπικά προβλήματα όπως: χρήση ουσιών και αλκοόλ, οικογενειακές συγκρούσεις.

Από τη μεριά της Οργάνωσης το σύνδρομο καταλήγει σε ανεπαρκείς και αναποτελεσματικούς Κοινωνικούς Λειτουργούς, χαμηλό ηθικό, αδικαιολόγητες απουσίες και παραιτήσεις. Από τη μεριά των πελατών το σύνδρομο αυτό καταλήγει σε απρόσωπες, απάνθρωπες και χωρίς φροντίδες υπηρεσίες.

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

1. Συναισθηματική εξουθένωση, αδυναμία χρήσης και επένδυσης συναισθηματικής ενέργειας σε όλα τα άτομα.
2. Αποπροσωποποίηση και ανταπόκριση σε άλλα άτομα με σκληρή αδιαφορία, αποστασιοποιημένο και χωρίς ευαισθησία τρόπο.
3. Μειωμένη αίσθηση προσωπικών ικανοτήτων και επιτευγμάτων καθώς και μια αίσθηση ανεπάρκειας. (Λ. Βαριδάκη, σημειώσεις για τη Κ.Ε.Α. ΙΙΙ, 1994)

## ***ii. Αίτια και παράγοντες που οδηγούν τον κοινωνικό λειτουργό στο burnout***

Άραγε γιατί να συμβαίνει αυτός ο κύκλος αντιδράσεων σε ορισμένα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού; Γιατί ο Κοινωνικός Λειτουργός υιοθετεί αυτή τη συμπεριφορά απέναντι στους αρρώστους και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς, τον εαυτό του ή και τους συνεργάτες του; (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1985).

Η απάντηση πρέπει να αναζητηθεί:

4. Στις συνθήκες δουλειάς που περιλαμβάνουν τις σοβαρές απαιτήσεις, τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές που έχει η απασχόληση στο χώρο της υγείας, καθώς και τις σχέσεις με τους συνεργάτες.
5. Στις σχέσεις του εργαζόμενου με τους αρρώστους και τους συγγενείς τους,
6. Σε ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά του ίδιου του εργαζόμενου που τον κάνουν να μη μπορεί ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το στρες και να νιώθει αποθαρρυσμένος.

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

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

Οι Lazarus & Folkman, τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των ατομικών παραγόντων στη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης, υποστηρίζουν ότι εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στον

συγκεκριμένο χώρο, από τις προσδοκίες που έχει απ'αυτόν και από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1997).

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

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

7. Τα ατομικά χαρακτηριστικά του Κοινωνικού Λειτουργού
8. Η οργάνωση από την άποψη της εποπτείας, συναδελφικής υποστήριξης και κανονισμών
9. Το πραγματικό αντικείμενο εργασίας με τους πελάτες. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1997)

### ***iii. Πρόληψη και αντιμετώπιση του burnout***

Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στο burnout συμπεριλαμβάνουν μεταβλητές που σχετίζονται με το άτομο, τη σχέση, με τον πελάτη, το εργασιακό περιβάλλον και την κοινωνία.

Οι μέθοδοι πρόληψης και ανακούφισης του burnout αναφέρονται κυρίως στα συμπτώματα και όχι στις αιτίες. Μερικές στρατηγικές πρόληψης που θεωρούνται αποτελεσματικές είναι οι εξής:

1. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δημιουργούν μια θετική σχέση με την εργασία τους μόνο όταν έχουν την βεβαιότητα ότι αυτό που κάνουν είναι σημαντικό και ότι είναι σε θέση να φέρουν αλλαγές στη ζωή των πελατών τους. Άρα χρειάζονται βοήθεια για να αναπτύξουν τις ικανότητες τους και να χρησιμοποιούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά.
2. Η δημιουργία και η επέκταση ενός δυνατού θεωρητικά υπόβαθρου, είναι μια συνεχής διεργασία και μια σημαντική ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού.

3. Οι ρεαλιστικοί στόχοι είναι μια πολύ σημαντική στρατηγική για την ανάπτυξη ικανοτήτων του Κοινωνικού Λειτουργού. Με τους ρεαλιστικούς στόχους ο Κοινωνικός Λειτουργός θα είναι σε θέση να μετρήσει την πρόοδο του πελάτη, να αποκτήσει μια αίσθηση ολοκλήρωσης και κυριαρχίας στο περιβάλλον του.
4. Αν ο Κοινωνικός Λειτουργός συγκεντρωθεί στα δυνατά σημεία, στις ικανότητες και στους πόρους του πελάτη, μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο του burnout.
5. Με την ανάπτυξη της «αυτογνωσίας» του Κοινωνικού Λειτουργού επίσης μειώνεται ο κίνδυνος του συνδρόμου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να κατανοήσει τους προσωπικούς περιορισμούς και όρια, ώστε να βάζει ρεαλιστικούς στόχους και προσδοκίες.
6. Εποικοδομητική κριτική και ανατροφοδότηση από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους είναι πολύ χρήσιμη και πρέπει να καλλιεργείται καθώς επίσης, συστηματική και διαρκής αξιολόγηση των στόχων.
7. Δημιουργία ενός κοινωνικού συστήματος στήριξης στους χώρους εργασίας είναι πολύ σημαντική και μειώνει τις πιθανότητες του συνδρόμου.
8. Η πλούσια και ενδιαφέρουσα προσωπική ζωή συντελεί στην θετική στάση απέναντι στην εργασία. Καλές προσωπικές σχέσεις, πολλά ενδιαφέροντα κ.τ.λ.
9. Πρώτο βήμα για τη δημιουργία καλής προσωπικής ζωής είναι τα «όρια» που πρέπει να θέτει ο Κοινωνικός Λειτουργός στην εργασία του. Π.χ.: Να εξοικονομήσει προσωπικό χρόνο για να ασχοληθεί με δραστηριότητες της αρεσκείας του.
10. Η Οργάνωση ευθύνεται για τη δημιουργία τέτοιων εργασιακών συνθηκών να μειώνεται η ευπάθεια των Κοινωνικών Λειτουργών προς το συγκεκριμένο σύνδρομο. Μια συνήθως στρατηγική είναι η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων (ΚΕΑΠ, 1994).

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

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων

Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών

Η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης

Η αναζήτηση υποστήριξης

Η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες

Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης

Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας.

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

1. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση
2. Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων
3. Η δημοκρατική διοίκηση
4. Η πολυμορφία στην εργασία
5. Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών»
6. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης
7. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης
8. Η συμβουλευτική εποπτεία
9. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης
10. Η διεπιστημονική συνεργασία ( Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1997)

Οι ίδιοι πάλι, ( Παπαδάτου- Αναγνωστόπουλος, 1986) αναφέρουν σαν μέτρα Πρόληψης και αντιμετώπισης τα εξής:

1. Εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας και σε βασικές γνώσεις ψυχολογίας πριν εργασθούν με καρκινοπαθείς.
2. Ομάδες στήριξης με σκοπό: α) εκτόνωση της έντασης, β) βαθύτερη αυτογνωσία και ανάλυση συναισθημάτων και αντιδράσεων και γ) συζήτηση και αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης αρρώστιας ή συγγενών τους
3. Πολυμορφία στην εργασία
4. Χιούμορ
5. Διαχωρισμός μεταξύ εργασίας και σπιτιού
6. Επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ. Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα. Αθήνα, 1985
2. Αναγνωστόπουλος Φ.- Παπαδάτου Δ. Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1997
3. Ερωτόκριτου Άθως. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα καρκινοπαθών και η συμβολή της ψυχολογικής βοήθειας στην αποκατάσταση.
4. Β. Ιακωβίδης, Α. Ιακωβίδης, Μαστορίδης. Αρχές ψυχοογκολογίας (Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική Θεώρηση του Καρκίνου). Θεσσαλονίκη, 2001.
5. Βαριδάκη Λ., Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, Διδακτικές σημειώσεις για τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας, 1994.
5. Καλλέργης Γεώργιος. Οδηγός Ενημέρωσης και Επικοινωνίας με τον Ασθενή. Εκδόσεις: Medical Graphics. Πειραιάς, 2003.
6. Καμπάνης Άγγελος. Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο. ΕΕΠΙ. Αθήνα, 1980.
7. Κοσμίδης Παρασκευάς Δ. Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα, 1984.
8. Κ.Παπαβασιλείου, Ι. Κούβαρης, Κ.Γεννάτας. Δ.Βώρος Ογκολογία. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός Γρηγόριος. Αθήνα, 1991.
9. Ρηγάτος Γεράσιμος Α. Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία. Αθήνα, 1985.
10. Ρηγάτος Γεράσιμος Α. Εγκόλπιο ογκολογίας. Ascent. Αθήνα, 1999.
11. Σπηλιώτης Ιωάννης Δ. Από την άγνοια ... στον φόβο. Αχαϊκές Εκδόσεις. Πάτρα, 1999.
12. Μεγάλος Ιατρικός οδηγός. Ο πιο έγκυρος, αξιόπιστος και εύχρηστος οδηγός υγείας για την οικογένεια που κυκλοφόρησε ποτέ σε ολόκληρο τον κόσμο. Γιαλλελής. Αθήνα, 1987.
13. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς. Σεμινάριο Νοσηλευτριών. Αθήνα, 1991.
14. Ψυχοκοινωνική Διάσταση Του Καρκίνου. Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών. Αθήνα, 1991



15. Dolinger Malin, Rosenbaum Ernest, Cable Greg, Μάθας Χρήστος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους. Κάτοπτρο. Αθήνα, 1992.
16. Louis Cohen, Lawrence Manion, Μεθολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Εκδόσεις Μεταίχμιο. Αθήνα, 1994.
17. Gutenschwager, Gerald A.; Ιωαννίδης Χρήστος Α. Η πολιτική οικονομία της υγείας στην νεότερη Ελλάδα. ΕΚΚΕ. Αθήνα, 1989.
18. Renard Leon, Τραμπαζάλη Τζίνα. Πώς να δαμάσετε τον καρκίνο. Λαγής. Αθήνα, 1990.
19. Simotron O. Carl, Mathews-Simotron Stephanie, Creighton James L., Μυγιάκης Λύσανδρος. Γίνε ξανά καλά. Μια ολιστική προσέγγιση στην θεραπεία του καρκίνου. Ιάμβιλος. Αθήνα, 1988.

## ΠΗΓΕΣ:

### Ø ΣΥΝΕΔΡΙΑ:

5<sup>ο</sup> Συμπόσιο Ψυχο-ογκολογίας. Η Επικοινωνία στην ογκολογική και Παιδο-ογκολογική Πρακτική. Ιωάννινα, 17-19 Οκτωβρίου 2003.

### Ø ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ INTERNET

Ιστοσελίδες

[www.cancer-society.gr](http://www.cancer-society.gr)

[www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr)

[www.oekk.gr](http://www.oekk.gr)

[www.grpalliative.org](http://www.grpalliative.org)

[www.webhellas.net/karezi](http://www.webhellas.net/karezi)

[www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr)

[www.floga.org.gr](http://www.floga.org.gr)

[www.elpida.gr](http://www.elpida.gr)

[www.merimna.org.gr](http://www.merimna.org.gr)

[www.pisti.gr](http://www.pisti.gr)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί εξυπηρετεί την έρευνα που διενεργείται προκειμένου να διαπιστωθεί η διαφορετικότητα στα συστήματα υποστήριξης ενήλικων ανδρών και γυναικών καρκινοπαθών στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας σπουδαστριών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, η οποία εποπτεύεται από την υπεύθυνη καθηγήτρια Μπιλιάνη Μαρία.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.  
Σημειώστε με X τις απαντήσεις σας.

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### Δημογραφικά στοιχεία

#### 1. Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

#### 2. Ηλικία

25-28

29-34

35-40

41-46

47-52

52 και άνω

#### 3. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/ή

Έγγαμος/ή

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

#### 4. Έχετε παιδιά;

Ναι

Όχι

#### 5. Ειδικότητα

Ιατρός

Νοσηλεύτης

Κοινωνικός Λειτουργός

Ψυχολόγος

Ψυχίατρος

6. Τι σπουδές έχετε κάνει;

.....  
.....

7. Έχετε κάνει μετεκπαίδευση;

Ναι

Όχι

8. Εργασιακός χώρος

Γενικό Νοσοκομείο

Ογκολογικό Νοσοκομείο

Ίδρυμα κοινωνικής υποστήριξης καρκινοπαθών

Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

Κάτι άλλο .....

9. Πόσα χρόνια εργάζεστε στον συγκεκριμένο χώρο;

.....

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### • Ιατρική προσέγγιση

10. α) Υπάρχει διαφορετικότητα στη συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας του καρκίνου ανάλογα με το φύλο;

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ απόλυτα

Δεν γνωρίζω

Δεν απαντώ

β) Αν συμφωνείτε, σε ποιο από τα δύο φύλα εμφανίζεται συχνότερα η ασθένεια του καρκίνου;

Στον άνδρα

Στη γυναίκα

11. α) Ποιες από τις παρακάτω μορφές καρκίνου εμφανίζονται συχνότερα στους άνδρες; (Μπορείτε να σημειώσετε πάνω από ένα).

Καρκίνος του πνεύμονα

Καρκίνος του λάρυγγα

Καρκίνος των γεννητικών οργάνων

Καρκίνος του στομάχου

Όγκοι εγκεφάλου

Λευχαιμίες

Κανένα από τα παραπάνω

Άλλο .....

Δεν γνωρίζω

Δεν απαντώ

β) Ποιες από τις παρακάτω μορφές καρκίνου εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες; (Μπορείτε να σημειώσετε πάνω από ένα).

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| Καρκίνος του πνεύμονα           | <input type="checkbox"/> |
| Καρκίνος του λάρυγγα            | <input type="checkbox"/> |
| Καρκίνος των γεννητικών οργάνων | <input type="checkbox"/> |
| Καρκίνος του στομάχου           | <input type="checkbox"/> |
| Όγκοι εγκεφάλου                 | <input type="checkbox"/> |
| Λευχαιμίες                      | <input type="checkbox"/> |
| Κανένα από τα παραπάνω          | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο                            | .....                    |
| Δεν γνωρίζω                     | <input type="checkbox"/> |
| Δεν απαντώ                      | <input type="checkbox"/> |

12. Πιστεύετε ότι οι επιπτώσεις που έχουν οι μορφές θεραπείας του καρκίνου είναι διαφορετικές ανάλογα με το φύλο του ασθενούς;

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Συμφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Δεν γνωρίζω               | <input type="checkbox"/> |
| Δεν απαντώ                | <input type="checkbox"/> |

• **Ψυχολογική προσέγγιση**

13. Υπάρχει διαφορά στον τρόπο αντίδρασης των ασθενών κατά την ανακοίνωση της ασθένειάς τους ανάλογα με το φύλο τους;

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Συμφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Δεν γνωρίζω               | <input type="checkbox"/> |
| Δεν απαντώ                | <input type="checkbox"/> |

14. Η αποδοχή της ασθένειας και η κινητοποίηση του ασθενούς για την αντιμετώπισή της εξαρτώνται από το φύλο του;

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Συμφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Συμφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ απόλυτα           | <input type="checkbox"/> |
| Διαφωνώ                   | <input type="checkbox"/> |
| Δεν γνωρίζω               | <input type="checkbox"/> |
| Δεν απαντώ                | <input type="checkbox"/> |

15. Κατά τη γνώμη σας ποιο από τα δύο φύλα αποδέχεται πιο εύκολα τη νέα κατάσταση που προκύπτει από την ασθένεια;

- Ο άνδρας
- Η γυναίκα
- Και οι δύο το ίδιο
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

16. α) Κατά τη γνώμη σας, το φύλο του ασθενούς επηρεάζει τη δεκτικότητα του στις θεραπευτικές παρεμβάσεις;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) Αν συμφωνείτε, ποιο από τα δύο φύλα θεωρείτε περισσότερο συνεργάσιμο;

- Τον άνδρα
- Την γυναίκα
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

17. Πιστεύετε ότι οι αλλαγές στη μορφή του σώματος που επιφέρει η ασθένεια επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

18. α) Η επίδραση της ασθένειας στη σεξουαλική ζωή των ασθενών, διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του ασθενούς;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) Αν συμφωνείτε, ποιο από τα δύο φύλα επηρεάζεται περισσότερο;

- Ο άνδρας
- Η γυναίκα
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

• **Κοινωνική προσέγγιση**

19. α) Κατά τη γνώμη σας υπάρχει διαφορετικότητα στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας από τα δύο φύλα;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) i. Αν συμφωνείτε, σε ποιους τρόπους αντιμετώπισης καταφεύγουν συνηθέστερα οι άνδρες;

- Ψυχαγωγία
- Επιστροφή στην εργασία
- Ομάδες αυτοβοήθειας
- Σωματική άσκηση/φυσικές δραστηριότητες
- Απομόνωση
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) ii. Σε ποιους τρόπους αντιμετώπισης καταφεύγουν συνηθέστερα οι γυναίκες;

- Ψυχαγωγία
- Επιστροφή στην εργασία
- Ομάδες αυτοβοήθειας
- Σωματική άσκηση/φυσικές δραστηριότητες
- Απομόνωση
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

20. Κατά τη γνώμη σας, οι επιπτώσεις που επιφέρει η ασθένεια του καρκίνου στην επαγγελματική ζωή του ασθενούς είναι διαφορετικές για κάθε φύλο;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

21. Ποιο από τα δύο φύλα, θεωρείτε ότι εκφράζει ευκολότερα την ανάγκη του για βοήθεια από τρίτους;

- Ο άνδρας
- Η γυναίκα
- Και τα δύο φύλα
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

22. Πιστεύετε ότι ο ρόλος που κατέχει το κάθε φύλο στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά στην ανακοίνωση της ασθένειας;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

23. Πιστεύετε ότι ο τρόπος που μια οικογένεια αντιμετωπίζει την καθημερινότητα διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του ασθενούς;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

• **Πρόληψη.**

24. α) Κατά τη γνώμη σας, υπάρχει διαφορά στους παράγοντες καρκινογένεσης ανάλογα με το φύλο;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) i. Αν συμφωνείτε, ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου συνηθέστερα στους άνδρες;

- Κάπνισμα
- Αλκοόλ
- Κακή διατροφή
- Έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες

- Έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία
- Σεξουαλικές συνήθειες
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) ii. Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου συνηθέστερα στις γυναίκες;

- Κάπνισμα
- Αλκοόλ
- Κακή διατροφή
- Έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες
- Έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία
- Σεξουαλικές συνήθειες
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

25. α) Κατά τη γνώμη σας τα μέτρα πρόληψης της ασθένειας που υπάρχουν στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα επαρκούν;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) Αν όχι, τι άλλο θα προτείνατε;

.....

.....

.....

25. α) Ο τρόπος που εσείς αντιμετωπίζετε έναν ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο;

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν γνωρίζω
- Δεν απαντώ

β) i. Αν συμφωνείτε, πώς αντιμετωπίζεται έναν ασθενή άντρα;

.....

.....

.....

.....



β) ii. Πώς αντιμετωπίζετε μια ασθενή γυναίκα;

.....  
.....  
.....  
.....

Ευχαριστούμε θερμά για την  
συνεργασία σας

## **B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΦΟΡΕΩΝ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

**Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Καρκίνο**

Διεύθυνση: Τσόχα 18-20, 115 21, Αμπελόκηποι, Αθήνα

Τηλ.: 210 6449035

Fax: 210 6410011

Url.: [www.cancer-society.gr](http://www.cancer-society.gr)

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

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 79-81, 10134, Αθήνα,

Τηλ.: 210 4180006

FAX: 210 4180016,

E-mail: [breastca@otenet.gr](mailto:breastca@otenet.gr),

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

### **ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Διεύθυνση: Σαχτούρη 103, 185 37, Πειραιάς

Τηλ.: 210 4181641, 210 4181424

FAX: 210 4535343

E-mail: [oekk@otenet.gr](mailto:oekk@otenet.gr)

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

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Διεύθυνση: Ξιφίου 7, 114 71, Αθήνα

Τηλ. - fax: 210 6421710

E-mail: [eirini@mbn.gr](mailto:eirini@mbn.gr)

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

### **ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ**

Διεύθυνση: Κορινθίας 27, 115 26 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 7717359, 2107486540

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 Μπεντενίδης. Ψυχίατρος
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α' :	Γεώργιος Καλλέργης. Ψυχίατρος. MD
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ :	Βασιλική Σπυροπούλου
	Φώτιος Αναγνωστόπουλος. PhD

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

Διεύθυνση: Λεωφ. Κηφισίας 30, 115 26, Αθήνα

Τηλ/fax: 210 77.73.112

E-mail: [info@mastologia.gr](mailto:info@mastologia.gr)

Url.: [www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr)

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

Διεύθυνση: Αιγαίου 6-8, 115 27, Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 7485000, 210 7716363

E-mail: [f2001@otenet.gr](mailto:f2001@otenet.gr),

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

**«ΕΛΠΙΔΑ»**

Διεύθυνση: Μικράς Ασίας 46, 115 27, Αθήνα

Τηλ.: 210 7777168, 210 7773101

Fax: 210 74720524

E-mail: [xenonas@elpida.org](mailto:xenonas@elpida.org),

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

## ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ

Διεύθυνση: Λεωσθένους 21-23, 18536, Πειραιάς

Τηλ.: 210 4186341

Fax: 210 4535343

## ΜΕΡΙΜΝΑ

Διεύθυνση: Τιμολέοντος Βάσου 16, Πλ. Μαβίλη, 115 21, Αθήνα

Τηλ. – fax: 210 6463367, 210 6452013

E-mail: [merimna@cs.ntua.gr](mailto:merimna@cs.ntua.gr)

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

## «ΠΙΣΤΗ» ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΛΕΜΟΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ

### ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Διεύθυνση: Σινώπης 33, Γουδί, Αθήνα, 115 27

Τηλ.: 210 7486880, 210 7488961

Fax: 210 7486880

E-mail: [pisti@otenet.gr](mailto:pisti@otenet.gr)

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

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

<b>ΑΘΗΝΑ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ</b>
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ	210 2502100, 210 2513345
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	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 <sup>ο</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	210 6495170
7 <sup>ο</sup> ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΚΑ	210 2022514
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ «ΑΤΤΙΚΟΝ»	210 5831000

