

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ»**

ΑΘΑΝΑΣΙΑ Ε. ΚΙΤΣΙΛΗ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Π. ΦΑΡΜΑΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΟΥ



Πάτρα, 2012



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ»

«THE EXPERIENCE OF PATIENT WITH NEOPLASTIC DISEASE
DURING THE SESSION WITH SOCIAL WORKER»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ: **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**
ΑΘΑΝΑΣΙΑ Ε. ΚΙΤΣΙΛΗ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΟΥ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Π. ΦΑΡΜΑΚΗ

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

Πάτρα, 2012

Η διπλωματική εργασία των Αθανασία Ε. Κιτσιλή και Παναγιώτα Π. Φαρμάκη εγκρίνεται:

Υπογραφές

-Παπαδοπούλου Χρυσοβαλάντου, Κοινωνική Λειτουργός, εξωτερική συνεργάτης στο Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών.

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

-Δρίτσας Ιωάννης

-Νικολακοπούλου Καλλιόπη

Στις οικογένειές μας

Ευχαριστούμε τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού Άλμα Ζωής και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού Άλμα Ζωής Ν. Αχαΐας, καθώς και όλες τις γυναίκες που συνέβαλαν στη διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	14

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΝΑΦΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	15
1.2 Είδη καρκίνου, συμπτώματα και μέσα διάγνωσής του.....	18
1.3 Παράγοντες.....	25
1.4 Μηχανισμοί άμυνας και αντιμετώπισης του καρκίνου.....	32
1.5 Πρόληψη και θεραπεία.....	33
1.5.1 Πρόληψη.....	33
1.5.2 Θεραπεία.....	35

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

2.1 Τα χαρακτηριστικά του ασθενή.....	40
2.2 Οι πεποιθήσεις του ασθενή με καρκίνο.....	41
2.3 Πως επιδρούν οι παρενέργειες των θεραπειών στην ψυχολογία του ασθενή.....	43
2.4 Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες.....	45

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΤΑΔΙΑ – ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΥΤΑ

3.1 Ανακοίνωση της ασθένειας.....	48
3.2 Πορεία – Περίοδος ίασης.....	52
3.3 Τελικό στάδιο θεραπείας.....	53

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

4.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομειακό περιβάλλον.....	60
4.1.1 Δικαιώματα ασθενών	67
4.2 Αρχές, τεχνικές και δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού.....	69
4.3 Μέθοδοι προσέγγισης του κοινωνικού λειτουργού.....	78
4.3.1 Θεραπεία Gestalt.....	78
4.3.2 Συστημική προσέγγιση.....	80
4.3.3 Ψυχοδυναμική προσέγγιση.....	83
4.4 Η επίδραση του κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια του ασθενή.....	87

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

5.1 Οι πεποιθήσεις των ασθενών για τον κοινωνικό λειτουργό.....	89
5.2 Οι επιδράσεις που δέχεται ο ασθενής από το κοινωνικό λειτουργό.....	89
5.3 Οι δυσκολίες επικοινωνίας ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και τον ασθενή.....	92

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Ποιοτική έρευνα.....	95
2.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	95
2.3 Πληθυσμός – δείγμα.....	96

2.4 Εργαλείο έρευνας – Συνέντευξη	96
2.5 Τόπος και χρόνος έρευνας.....	97
2.6 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Ανάλυση συνεντεύξεων με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα	
3.1.1 Ερευνητικό ερώτημα πρώτο.....	98
3.1.2 Ερευνητικό ερώτημα δεύτερο.....	101
3.1.3 Ερευνητικό ερώτημα τρίτο.....	104
3.1.4 Ερευνητικό ερώτημα τέταρτο.....	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	110
--------------------------	------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	112
--	------------

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	117
----------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	118
--------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. Πρωτόκολλο έρευνας	122
B. Διαδικασία συνεντεύξεων.....	124
Γ. Συνεντεύξεις	126

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του βιώματος των ασθενών με καρκίνο σε σχέση με τον κοινωνικό λειτουργό.

Η παρούσα ποιοτική έρευνα είχε ως σκοπό να προσδιορίσει τις πεποιθήσεις του ασθενή για τον καρκίνο πριν νοσήσει, τις γνώσεις του για τον κοινωνικό λειτουργό πριν τη συνεργασία τους, τις επιδράσεις του κοινωνικού λειτουργού στον ασθενή και κατ'επέκταση στην ασθένεια και τις δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ ασθενή και κοινωνικού λειτουργού κατά τη συνεδρία.

Η συλλογή πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με την διαδικασία συνεντεύξεων. Διεξήχθησαν δέκα συνεντεύξεις (επτά στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Άλμα Ζωής- Αθήνα και τρεις στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Άλμα Ζωής- Πάτρα). Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι η πλειοψηφία του δείγματος είχε ελάχιστες γνώσεις σχετικά με την ασθένεια και αυτό λειτούργησε αρνητικά στη πορεία της. Όσο αφορά τον κοινωνικό λειτουργό οι γνώσεις του δείγματος αρχικά ήταν περιορισμένες, στη πορεία όμως μέσα από τη συνεργασία τους, εμπλουτίστηκαν και όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι δέχτηκαν θετικές επιρροές στην αντιμετώπιση της ασθένειας και όχι μόνο. Τέλος, στη διερεύνηση τυχόν δυσκολιών στην επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό, οι μισοί συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν κάποιες δυσκολίες κατά τις αρχικές κυρίως συναντήσεις.

Από τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν στην παρούσα εργασία προκύπτει η αναγκαιότητα ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα καρκίνου αλλά και η αναγκαιότητα παροχής υποστήριξης από τον κοινωνικό λειτουργό στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Λέξεις – κλειδιά: Βίωμα, ασθενής, καρκίνος, κοινωνικός λειτουργός, γνώσεις, επιδράσεις, δυσκολίες

ABSTRACT

The aim of this study was the investigation of lived experience of cancer patients in relation to the social worker.

This qualitative research aimed to identify the beliefs of the patient about cancer before becomes ill, the patient's knowledge about the social worker before their cooperation, the effects of social worker to patient and therefore the disease and difficulties in communication between patient-social worker during the session. The information gathering carried out with the process of interviews. Ten interviews were conducted (seven in the Hellenic Association of Women with Breast Cancer "Alma Zois"- Athens and three in the Hellenic Association of Women with Breast Cancer "Alma Zois"- Patras).

The most important results of research showed that the majority of the sample had little knowledge about the disease and this has worked negatively on course. As for the social worker, the knowledge of the sample was initially limited, but in the path through their cooperation, was enriched and all interviewees stated that they received positive influences in the treatment of disease and beyond. Finally, in the investigation of any difficulties in communication with the social worker, half of the interviewees said they experienced some difficulties especially during the initial meetings.

From the findings presented in this paper reveals a need to inform the public on cancer issues but also the need for support from social worker at the hospital.

Keywords: experience, patient, cancer, social worker, knowledge, effects, difficulties

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη παρούσα εργασία θα εξεταστεί το βίωμα του ασθενή με καρκίνο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Το ζητούμενο είναι να αναλυθεί η σχέση του ασθενή με τον κοινωνικό λειτουργό και οι επιρροές που δέχεται από αυτόν. Για να διαγνωστεί αυτή η σχέση είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως οι γνώσεις των ασθενών για τον καρκίνο, η ψυχολογία τους αλλά και οι γνώσεις τους για τον κοινωνικό λειτουργό.

Ο καρκίνος αποτελεί μια πολυσύχναστη ασθένεια που απειλεί μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Λόγω του ότι είναι μια ασθένεια με μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας αλλά και λόγω των παρενεργειών που προκαλούνται από τις θεραπείες, οι ασθενείς δυσκολεύονται να διαχειριστούν αυτή τη νέα κατάσταση. Το ίδιο πολλές φορές συμβαίνει και με το οικείο περιβάλλον τους. Ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει στήριξη στον ασθενή, τον συμβουλεύει και προσπαθεί να βοηθήσει αυτόν και την οικογένειά του να βιώσουν την ασθένεια και τις αλλαγές που αυτή επιφέρει όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα. Ο ρόλος του είναι σημαντικός και οι επιρροές που επιφέρει στους ασθενείς πολλές. Οι επιρροές αυτές θα αναλυθούν στην παρούσα εργασία.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο καρκίνος. Αρχικά γίνεται η ιστορική αναδρομή της ασθένειας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα είδη του καρκίνου, τα συμπτώματα, τα μέσα διάγνωσης αλλά και οι παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της νόσου. Στη συνέχεια παρατίθενται οι μηχανισμοί άμυνας και αντιμετώπισης του καρκίνου που αναπτύσσει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νόσου. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, έμφαση δίνεται στην πρόληψη αλλά και στα διάφορα είδη θεραπειών όπως η χημειοθεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις, η ακτινοθεραπεία και η βιολογική θεραπεία.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην ψυχολογία του ασθενή. Αρχικά, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του ασθενή με καρκίνο, καθώς και οι πεποιθήσεις του. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι παρενέργειες των

θεραπειών αλλά και οι επιρροές που έχουν στη ψυχολογία του καθώς και οι κοινωνικές συνέπειες που δέχεται.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στάδια που επέρχεται ο ασθενής κατά τη πορεία της νόσου καθώς και η επίδραση του κοινωνικού λειτουργού σε αυτά. Συγκεκριμένα, χωρίζονται σε τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά την ανακοίνωση της ασθένειας, το δεύτερο την περίοδο ίασης του ασθενούς και το τρίτο και τελικό στάδιο την κατάληξή της. Και τα τρία αυτά στάδια, ασχέτως με την έκβασή της, βιώνονται μοναδικά από τον κάθε ασθενή και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή τη πορεία κρίνεται αναγκαίος.

Η σημαντικότητα του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο και η κοινωνική εργασία με ογκολογικούς ασθενείς παρουσιάζεται στο τέταρτο κεφάλαιο. Αρχικά αναλύεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι τεχνικές και οι δεξιότητες που χρησιμοποιεί κατά τη συνεδρία καθώς και οι κύριοι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην προσέγγιση του ασθενή. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, στη προσπάθεια ανάδειξης του πολύπλευρου ρόλου του κοινωνικού λειτουργού, παρουσιάζεται ο ρόλος και η επίδρασή του στην οικογένεια του ασθενούς.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το βίωμα του ασθενή σε σχέση με τον κοινωνικό λειτουργό. Στο τελευταίο αυτό κεφάλαιο, αρχικά διερευνούνται οι πεποιθήσεις που είχαν οι ασθενείς για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Στη συνέχεια επισημαίνονται οι επιδράσεις που δέχτηκαν από αυτόν και τέλος οι δυσκολίες στην επικοινωνία ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και τον ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Βίωμα: Η προσωπική εμπειρία από κάτι (κατάσταση, σχέση κτλ.) καθώς και η γνώση που αυτή παρέχει και η οποία επιδρά έντονα στη ζωή του ανθρώπου, στη διαμόρφωση της νοοτροπίας του και της συμπεριφοράς του (Μπαμπινιώτης, 2002).

Ασθενής: ο χωρίς δύναμη και σωματική υγεία, άτονος, ανίσχυρος, άρρωστος (Τεγόπουλος - Φυτράκης, 1997).

Νεοπλασματική Νόσος - Καρκίνος: Τα καρκινικά κύτταρα, σε αντίθεση με τα καλοήγη καρκινικά κύτταρα, παρουσιάζουν τις ιδιότητες της εισβολής και της μετάστασης και είναι ιδιαίτερα αναπλαστικά. Ο καρκίνος περιλαμβάνει τις δύο ευρείες κατηγορίες του καρκινώματος και του σαρκώματος, αλλά σε κανονική χρήση συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα με το καρκίνωμα (Dorland, 2003).

Συνεδρία: η επίσκεψη σε γιατρό, σε θεραπευτή στο πλαίσιο θεραπευτικής διαδικασίας (Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας, 2008).

Κοινωνικός Λειτουργός: Το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού προωθεί την κοινωνική αλλαγή, τη λύση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις, την ενδυνάμωση και την απελευθέρωση του ανθρώπου, ενισχύοντας την ευημερία. Αξιολογώντας θεωρίες από ανθρώπινες συμπεριφορές και κοινωνικά συστήματα, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στα σημεία όπου οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρώπινων δικαιωμάτων και τις κοινωνικής δικαιοσύνης, είναι θεμελιώδεις στην κοινωνική εργασία (Beckett, 2006).

ΜΕΡΟΣ Α

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο καρκίνος είναι αρχαίο νόσημα, όχι μόνο για τον άνθρωπο, αλλά και αρχαίο στην κλίμακα της οντογένεσης. Αυτό σημαίνει ότι ως νόσημα προϋπάρχει της ανάπτυξης του ανθρώπου. Πολλοί όγκοι εμφανίζονται σε φυτικά είδη, καθώς και σε ασπόνδυλα ζώα. Δεν γίνεται, όμως, ομόφωνα αποδεκτή η ακριβής ισοδυναμία με τον καρκίνο που αναπτύσσεται στις ανώτερες μορφές ζωής (Ρηγάτος, 2009).

Αν και οι αρχαίοι Έλληνες προσπαθώντας να προσδιορίσουν τη συγκεκριμένη νόσο χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνο, αυτός φαίνεται να εντοπίζονταν σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, έχουν βρεθεί σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.Χ. Στον πάπυρο αναφέρονται οκτώ περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι πίστευαν ότι ο καρκίνος αποτελούσε ένα είδος τιμωρίας από τους Θεούς για τις ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις. Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή).

Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου του 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί

το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν ο ασθενής υποβάλλονταν σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου.

Πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών άρχισαν να χρησιμοποιούνται κυρίως κατά τον 15ο αιώνα. Το 1628 ξεκίνησε σταδιακά να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας που συνέβαλε στην αποκάλυψη πολλών στοιχείων για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία της λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου.

Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Πλέον επιτρεπόταν η μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Τότε άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλα αυτά υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα.

Κατά την διάρκεια των αιώνων παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες. Μια από αυτές κατά το 17ο με 18ο αιώνα, υποστήριζε ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, ο Peyton Rous περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα και εργαστηριακά απομόνωσε για πρώτη φορά τον καρκίνο, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα ποντικών.

Κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των θεωριών ήταν η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια. Αυτή η λανθασμένη αντίληψη ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νου ακόμα και σήμερα.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/historyofcancer/>)

Στις μέρες μας έχουν γίνει μεγάλες ανακαλύψεις. Αυτό μπορεί να φαίνεται θαυμάσιο από μια οπτική γωνία, όμως οι ασθενείς βλέπουν τα πράγματα διαφορετικά. Θέλουν τη βέβαιη θεραπεία και όχι απλά την ελπίδα. Για τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του, που αντιμετωπίζουν τη διάγνωση του καρκίνου, είναι σημαντικό να καταλάβουν ότι μία τέτοια διάγνωση δεν σημαίνει θανατική καταδίκη. Σήμερα, οι μισοί σχεδόν ασθενείς με καρκίνο θεραπεύονται, ενώ έναν αιώνα πριν η ανάρρωση ήταν σπάνια (Wagener, 2009).

Ο καρκίνος είναι μια γενική ονομασία που δίνεται σε πάνω από 200 ασθένειες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στην ανάπτυξη των κυττάρων, συμπεριλαμβανομένης της ανεξέλεγκτης, αδιάκριτα και χαοτικής αναπαραγωγής κυττάρων. Μάζες μεταλλαγμένων κυττάρων εισβάλλουν και καταστρέφουν τους περιβάλλοντες ιστούς και δυνητικά μπορεί να κάνουν μετάσταση μέσω του αίματος ή του λεμφικού συστήματος, προκαλώντας την ανάπτυξη νέων καρκίνων σε άλλα μέρη του σώματος. Κοινά συμπτώματα της μεταστατικής ασθένειας είναι η ανορεξία, ο πυρετός, η κόπωση και ο πόνος, ενώ οι μεταστάσεις εμφανίζονται συνήθως στους λεμφαδένες, στον εγκέφαλο, στα οστά, στους πνεύμονες και στο συκώτι.

Τελικά, πολλά καρκινικά κύτταρα χάνουν τη βιολογική τους λειτουργία, αλλά εξαρτώνται ακόμη από το σώμα για τη θρέψη τους. Επομένως, ο καρκίνος είναι ουσιαστικά «ένα παράσιτο» που σχηματίζεται από τους ιστούς του ίδιου του ασθενή.

Από τη στιγμή που τα αποτελέσματα της ιστολογικής ή κυτταρολογικής εξέτασης επιβεβαιώσουν τη διάγνωση του καρκίνου, προσδιορίζεται το στάδιο της ασθένειας, βάσει ενός συστήματος κατά το οποίο οι διάφορες περιπτώσεις καρκίνου κατανέμονται σε κατηγορίες που κατευθύνουν την επιλογή της θεραπείας, διευκολύνουν τους ερευνητές να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και παρέχουν προγνωστικούς δείκτες επιβίωσης (Kayser & Scott , 2010).

1.2 Είδη καρκίνου, συμπτώματα και μέσα διάγνωσής του

Ο καρκίνος ως οντότητα, χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων. Υπάρχουν πολλά είδη καρκίνου. Είναι στη πραγματικότητα, μία οικογένεια περισσότερων από εκατό διαφορετικών ασθενειών. Οι διαφορές ανάμεσα τους, είναι πολύ σημαντικές, εφ' όσον θεραπεύονται διαφορετικά και μπορεί να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα στον κάθε ασθενή. Επίσης, όχι μόνο υπάρχουν διαφορετικά είδη καρκίνου, αλλά και τύποι καρκίνου που πολλές φορές συμπεριφέρονται διαφορετικά από περίπτωση σε περίπτωση (Cooper, 1992).

Η επωνομασία τους βασίζεται συνήθως στο όργανο ή την περιοχή του σώματος την οποία πλήττουν ή στο όνομα του επιστήμονα που τους μελέτησε για πρώτη φορά όπως «καρκίνος του Brenner». Δεν είναι, επίσης, σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες ένα είδος καρκίνου χαρακτηρίζεται από δύο ή και τρεις διαφορετικές ονομασίες. Σημειωτέον, πολλά είδη καρκίνου διακρίνονται σε επιμέρους υποείδη, τα οποία φέρουν και τις ιδιαίτερες ονομασίες τους.

Ο όρος σύμπτωμα αναφέρεται σε οποιοδήποτε οργανικό φαινόμενο φανερώνει την ύπαρξη παθολογικής κατάστασης, στην οποία και οφείλεται.

Τα συμπτώματα συχνά βοηθούν τον ασθενή να αντιληφθεί την παθογένεια που λυμαίνεται στον οργανισμό του και να ζητήσει ιατρική βοήθεια. Το σύνολο των συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε έναν οργανισμό είναι σε πολλές περιπτώσεις ικανό να υποδείξει από τι πάσχει το σώμα και σε ποιο βαθμό, αλλά η επιβεβαίωση των σχετικών υποθέσεων προκύπτει πάντοτε από τις ανάλογες εξετάσεις.

(<http://www.karkinos24.gr/index.php/symptomatakarkinou>)

Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα είδη καρκίνου και τα αντίστοιχα συμπτώματα:

ΕΙΔΗ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Καρκίνος του πνεύμονα	Επίμονος βήχας, πόνοι στην περιοχή του θώρακα (επιδεινούμενοι με την αναπνοή), δύσπνοια, εξάντληση, απώλεια βάρους, πληκτροδακτυλία (διεύρυνση των άκρων των δακτύλων), ανορεξία, αιμόπτυση, οίδημα της περιοχής του λαιμού ή του τραχήλου, πνευμονικές φλεγμονές, πυρετός, δέκατα, δυσχερής κατάποση, βραχνάδα
Καρκίνος του μαστού	Εξόγκωμα στην ευρύτερη περιοχή του μαστού, έκκριση υγρών ή αίματος από τη θηλή του μαστού, διόγκωση λεμφαδένων της μασχάλης, έλξη του δέρματος ή της θηλής προς το εσωτερικό του μαστού, αλλοιώσεις του δέρματος, ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος
Καρκίνος παχέως εντέρου	Μεταβολές στις συνήθειες κένωσης και της λειτουργίας του εντέρου, διάρροια, δυσκοιλιότητα, αίσθηση ημιτελούς κένωσης, αδικαιολόγητη απώλεια βάρους, εξάντληση, αναιμία,

	σιδηροπενία (χαμηλά ποσοστά σιδήρου στο αίμα), αίμα στα κόπρανα, ίκτερος (ωχρότητα στο δέρμα και τα μάτια), μεταβολή του μεγέθους των κοπράνων (στένωση, με πάχος παρόμοιο με αυτό ενός μολυβιού), πόνοι στην περιοχή των εντέρων, τυμπανισμός, εμετός, κωλικός (σπασμωδικόι πόνοι στο έντερο)
Καρκίνος του στομάχου	Απώλεια βάρους, ανορεξία, αποστροφή προς το κρέας, επίμονοι πόνοι και/ή πρήξιμο στο πάνω μέρος της κοιλιακής χώρας, δυσπεψία, ναυτία, εμετός (με ή χωρίς ίχνη αίματος), αίμα στα κόπρανα, σκουρόχρωμα κόπρανα, εξάντληση, αίσθημα κορεσμού στο στομάχι με μικρές ποσότητες φαγητού, αναιμία
Καρκίνος του ήπατος	Εξάντληση, ανορεξία, αδικαιολόγητη απώλεια βάρους, υπέρχρωση ούρων (πιο σκούρο χρώμα), πυρετός, δέκατα, πόνος και/ή φούσκωμα στο άνω δεξιό μέρος της κοιλίας (δηλαδή στην περιοχή του ήπατος), ίκτερος (ωχρότητα στο δέρμα και τα μάτια)
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	Ανεξήγητη κολπική αιμορραγία, αυξημένη συγκέντρωση κολπικών υγρών, πόνοι στην περιοχή της μήτρας, δυσχερής διούρηση (με ή χωρίς ίχνη αίματος), συχνουρία, οιδήματα στα κάτω άκρα, οσφυαλγία
Καρκίνος του οισοφάγου	Ανωμαλίες της οισοφαγικής λειτουργίας (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οπισθοστερνικός καύσος, αναγωγή γαστρικού περιεχομένου, εισροφήσεις, οισοφάγος «Barrett»

	[κυτταρική δυσμορφία των εσωτερικών τοιχωμάτων του οισοφάγου]), ενοχλήσεις κατά μήκος του οισοφάγου και στην περιοχή όπισθεν του στέρνου, δυσχερής κατάποση, απόφραξη του οισοφάγου
Καρκίνος των περιοχών της κεφαλής και του λαιμού (στοματική κοιλότητα, σιελογόνοι αδένες, ρινικές κοιλότητες, λάρυγγας, κτλ.)	Όγκοι ή τραύματα που δεν επούλωνονται, επίμονος πονόλαιμος, δυσχερής κατάποση, βραχνάδα, λευκοπλακία, οίδημα στις σιαγόνες, ανεξήγητη αιμορραγία ή άλγος στη στοματική κοιλότητα, αποφραγμένες ρινικές κοιλότητες, χρόνια ιγμορίτιδα, αιμορραγία της ρινός, συχνοί πονοκέφαλοι, οίδημα και ενοχλήσεις στην περιοχή των ματιών, πόνοι στην άνω οδοντοστοιχία, μούδιασμα ή παράλυση των μυών του προσώπου, επίμονο άλγος στο πρόσωπο, τη σιαγόνα ή το λαιμό, ωταλγία (πόνοι στα αφτιά), δύσπνοια και δυσχερής ομιλία, βαρηκοΐα
Καρκίνος της ουροδόχου κύστης	Αίμα στα ούρα, δυσχερής ούρηση, συχνουρία, έπειξη (έντονη επιθυμία) για ούρηση, οσφυϊκοί πόνοι
Κακοήθη μη Hodgkin λεμφώματα	Ανώδυνη διόγκωση των λεμφαδένων του λαιμού, της μασχάλης ή της βουβωνικής χώρας, ανορεξία, πυρετός, έντονη νυκτερινή εφίδρωση, εξάντληση, απώλεια βάρους, κνησμός, ερυθρά στίγματα στο δέρμα, ναυτία, τάση για εμετό, στομαχικοί πόνοι
Λευχαιμία	Πυρετός, αιμορραγία από τη μύτη, τα ούλα, τους βλεννογόνους αδένες, τα έντερα ή/και το δέρμα, αναίτιοι μώλωπες που αργούν να υποχωρήσουν, ανορεξία, εξάντληση, διόγκωση λεμφαδένων, οίδημα στους όρχεις, λοιμώξεις που δεν

	υποχωρούν ή επανεμφανίζονται, υπερτροφικά ούλα, πονοκέφαλος, δύσπνοια, απώλεια βάρους, διόγκωση ήπατος, διόγκωση σπλήνας, ερυθρά στίγματα στο δέρμα, έντονη νυκτερινή εφίδρωση, πόνοι στα οστά, αναιμία, δύσπνοια
Καρκίνος του προστάτη και των όρχεων	Συχνουρία, δυσχερής ούρηση, καύσος κατά την ούρηση, επίμονοι πόνοι στα οστά (καρκίνος του προστάτη), όγκος στους όρχεις (περίπου ενός εκατοστού ή και μεγαλύτερος), σκλήρυνση, διόγκωση ή σμίκρυνση του όρχεως, συσσώρευση υγρού στο όσχεο, πόνοι στο κάτω μέρος της κοιλιάς και/ή στην βουβωνική χώρα, διόγκωση ή ευαισθησία στο στήθος (καρκίνος των όρχεων)
Καρκίνος του παγκρέατος	Επίμονος πόνος στο άνω μέρος της κοιλιάς ή/και της πλάτης, ίκτερος (ωχρότητα στο δέρμα και τα μάτια), σκούρα ούρα, αποχρωματισμός κοπράνων, ανορεξία, εξάντληση, απώλεια βάρους, ναυτία, εμετός, αιφνίδια εμφάνιση διαβήτη, κατάθλιψη
Καρκίνος των ωοθηκών	Οίδημα στην περιοχή της κοιλιάς (επώδυνο ή ανώδυνο), φούσκωμα, ενοχλήσεις στα έντερα, ναυτία, δυσπεψία, συχνουρία, έπειξη (έντονη επιθυμία) για ούρηση, μεταβολές στις συνήθειες κένωσης, ανεξήγητη μεταβολή (αύξηση ή μείωση) βάρους
Καρκίνος του	Αιμορραγία από τη μήτρα (ιδιαίτερα μετά από

ενδομητρίου	συνουσία), έκκριση δύσοσμων, σκούρων ή ροδόχρωων κολπικών υγρών, συχνουρία, πόνοι στην ουροδόχο κύστη, ακράτεια κοπράνων, αίμα στα ούρα ή/και τα κόπρανα, συρίγγια, απόφραξη των ουρητήρων, αλλοιώσεις στο δέρμα και/ή την περιοχή του μαστού, εκκρίσεις αίματος από τη θηλή
Καρκίνος του νευρικού συστήματος	Εγκεφαλικό επεισόδιο, κρίση (παρόμοια με επιληπτική), αιφνίδια ή σταδιακή απώλεια κινητικότητας ή/και αίσθησης στα άκρα, ισχυροί πονοκέφαλοι, αστάθεια, διπλωπία με κεφαλαλγία, απώλεια όρασης (στο ένα ή και στα δύο μάτια), τροφικές διαταραχές, διαταραχές στην ακοή, ίλιγγοι, σταδιακά επιδεινούμενη δυσχέρεια στην ομιλία, εξάντληση, ναυτία, απώλεια μνήμης, δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, αλλαγές στη συμπεριφορά, στειρότητα, αιφνίδια διακοπή της εμμηνου ρύσης
Καρκίνος του θυρεοειδούς	Όγκος (περιστασιακά επώδυνος) που αναπτύσσεται σταδιακά στο εμπρόσθιο τμήμα του λαιμού, που μετακινείται με την κατάποση, δυσχερής κατάποση, βήχας, βραχνάδα
Καρκίνος του φάρυγγα	Εξόγκωμα και/ή έλκος στην περιοχή του λαιμού, βραχνάδα, δυσχερής κατάποση, αιμορραγία από το στόμα, απώλεια βάρους, διογκωμένοι λεμφαδένες
Νόσος του Hodgkin	Διόγκωση των λεμφαδένων στο λαιμό, τις μασχάλες και/ή τη βουβωνική χώρα, ανορεξία, κνησμός, εξάντληση, πυρετός, ρίγος, νυχτερινή εφίδρωση, απώλεια βάρους, πόνοι σε διάφορα

	σημεία του σώματος
Καρκίνος του δέρματος	Δερματική αλλοίωση ή επιδερμικές πληγές που δεν επούλωνονται για αρκετές εβδομάδες, λευκές κηλίδες στα χείλη, γοργά διογκούμενη ελιά, πολύχρωμες ή ακανθώδεις ελιές που μεταβάλλονται χρωματικά και σχηματικά, ελιές που αιμορραγούν και προκαλούν κνησμό, μικρά, λεία επιδερμικά εξογκώματα με ωχρή και σκληρή επιφάνεια, σκληρά εξογκώματα ή κηλίδες ερυθρού χρώματος στο δέρμα

(<http://www.karkinos24.gr/index.php/symptomatakarkinou>)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, όσο πιο νωρίς εντοπίζεται ο καρκίνος, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να θεραπευτεί. Η διάγνωση του καρκίνου έχει σκοπό να διαπιστώσει τον τύπο και τη θέση του. Κάθε τύπος έχει το δικό του χαρακτηριστικό ρυθμό ανάπτυξης, τη δική του τάση εξάπλωσης και συγκεκριμένη ομάδα ιστών ή οργάνων στα οποία είναι πιθανόν να εξαπλωθεί. Παρακάτω παρουσιάζονται τα μέσα διάγνωσης που χρησιμοποιούνται σήμερα ανάλογα με το είδος του καρκίνου.

Η κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση είναι η πλήρης, συστηματική, κατά στάδια έρευνα ολόκληρου του οργανισμού με στόχο να επισημανθούν ενδείξεις νόσου ή κάποιας μη φυσιολογικής λειτουργίας.

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η άριστη κλινική εξέταση που αποσκοπεί στην ανακάλυψη ενός καρκίνου, πρέπει να γίνει έρευνα σε ολόκληρο το σώμα, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευπαθέστερες περιοχές.

- Εξετάζεται η μύτη και ο λαιμός
- Εξετάζονται οι περιοχές των λεμφαδένων
- Μεγάλη προσοχή δίνεται στους μαστούς των γυναικών και στον προστατικό αδένα των ανδρών
- Ψηλαφίζεται προσεκτικά το επιγάστριο

- Εξετάζεται η πυελική χώρα της γυναίκας, συμπεριλαμβανομένου του τεστ Παπανικολάου (PAP)
- Η δακτυλική εξέταση του πρωκτού με γάντι αποτελεί βασική παράμετρο της κλινικής εξέτασης και των ανδρών και των γυναικών

Εξετάσεις αίματος

Το επόμενο στάδιο των διαγνωστικών μεθόδων περιλαμβάνει την εργαστηριακή ανάλυση δείγματος αίματος. Χρησιμοποιούνται δύο κατηγορίες εξετάσεων που βοηθούν να γίνει η διάγνωση του καρκίνου. Αυτές είναι οι μη ειδικές εξετάσεις που γίνονται αρχικά και οι ειδικές εξετάσεις που γίνονται στη συνέχεια για να προσδιοριστεί η ασθένεια και ο βαθμός εξέλιξης της (Dollinger, Rosebaum & Cable 1992).

1.3 Παράγοντες

Ο καρκίνος είναι μία πολύ-παραγοντική νόσος και η συνεχής έκθεση του ατόμου σε κάποιον από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει στην ύπαρξη του. Όταν ειδικά συνεργούν πολλοί προδιαθεσικοί παράγοντες στο ίδιο άτομο, αυξάνεται γεωμετρικά η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι οι εξής:

Εξωγενείς Παράγοντες:

- **Κάπνισμα:** Ο καπνός του τσιγάρου είναι ο κυριότερος εξωγενής παράγοντας καρκινογένεσης στον άνθρωπο.
- **Αναπαραγωγικό σύστημα και σεξουαλική συμπεριφορά:** Ορμονικές αλλαγές που επέρχονται από τη σεξουαλικότητα, την εγκυμοσύνη, το θηλασμό, την ηλικία της τεκνοποίησης αλλά και μερικοί σεξουαλικά μεταδιδόμενοι ιοί είναι δυνατό να προκαλέσουν καρκίνο. Ο κίνδυνος μετάδοσης των ιών αυτών αυξάνει με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων και με τη μη προστασία κατά την επαφή.
- **Διατροφή:** Η διατροφή αποτελεί σημαντικό εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η υπερβολική ή η ελλιπής

διατροφή, ιδιαίτερα οι τροφές που είναι πλούσιες σε λίπος και φτωχές σε φυτικές ίνες, είναι υπεύθυνες για διάφορους τύπους καρκίνου.

- Οиноπνευματώδη ποτά: Πολυάριθμες έρευνες διαπιστώνουν ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνους του στόματος, του οισοφάγου και του φάρυγγα, ενώ η κίρρωση του ήπατος είναι αιτία για την εμφάνιση κακοηθών νεοπλασμάτων στο ήπαρ.
- Εκθέσεις στο εργασιακό περιβάλλον: Πολυάριθμες είναι οι επιδημιολογικές μελέτες που αναφέρονται σε επαγγελματικούς καρκίνους. Ορισμένοι χώροι εργασίας χαρακτηρίζονται από υψηλές εκθέσεις σε ιονίζουσες ακτινοβολίες αλλά και σε βιομηχανικά παράγωγα ή τοξικές ουσίες του περιβάλλοντος, όπως ο αμιάντος, προϊόντα της πίσσας και του άνθρακα, το βενζόλιο, το κάδμιο, το ουράνιο και το νικέλιο.
- Ιατρογενείς παράγοντες: Μερικές ορμόνες και φάρμακα όπως το DES, κάποια οιστρογόνα (γυναικείες ορμόνες) και ορισμένα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, θεραπείες με ακτινοβολίες, ακτίνες-X, χρόνιες λοιμώξεις και φλεγμονές καθώς και οι ιοί της ηπατίτιδας Β και C θεωρούνται υπεύθυνες για την ανάπτυξη διαφόρων ειδών καρκίνου (Βαλαβανίδης, 2000).

Κοινωνικοί παράγοντες

- Κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον: Οι πιθανότητες να αρρωστήσει ένα άτομο συχνά σχετίζονται με τη κοινωνική θέση του. Η αρρώστια επηρεάζεται από τον χώρο και τον τρόπο που ζει, εργάζεται, τρέφεται, όπως επίσης και από τις σχέσεις με τον περίγυρο του. Οι κίνδυνοι που απειλούν την υγεία καθώς και τα προβλήματα υγείας διαφοροποιούνται τόσο ανάμεσα στους διαφορετικούς πληθυσμούς όσο και ανάμεσα στα μέλη της ίδιας πληθυσμιακής ομάδας. Συγκρίνοντας διαφορετικούς πληθυσμούς, οι ανισότητες ισχύος και πλούτου συνεχίζουν να δημιουργούν διαφορές στο βιοτικό επίπεδο, στην ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και στην

παραγωγικότητα των οικοσυστημάτων. Η υγεία των ατόμων επηρεάζεται από τις ευκαιρίες, τις πηγές αγαθών και την κοινοτική υποστήριξη που παρέχεται ανά περιοχή. Οι κοινωνικές ανισότητες προκαλούν ανισότητες και στο επίπεδο υγείας, οι οποίες μπορεί να αυξηθούν περισσότερο, ανάλογα με τον βαθμό ευπάθειας απέναντι στους κινδύνους που απειλούν την υγεία.

- **Ανεργία:** Σε μια κοινωνία με συγκεκριμένους εργασιακούς στόχους, η ανεργία για το άτομο αποτελεί στέρηση του κοινωνικού ρόλου του. Η εικόνα ενός ανέργου για τον ίδιο τον εαυτό του τροποποιείται καθώς τροποποιούνται και τα δεδομένα στήριξης από την πλευρά των κοινωνικών σχέσεων. Υπάρχουν τουλάχιστον δύο παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη παράλληλα με την ανεργία όταν αναφερόμαστε στην αρρώστια: η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Αυτές οι παράμετροι, όσο ανεβαίνει το επίπεδο της ανεργίας και χειροτερεύουν οι συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού και εφόσον η ανεργία είναι ένα πειστικό γεγονός, αποτελούν έναν δείκτη των συνθηκών και των δεδομένων της ζωής.
- **Κοινωνικές σχέσεις :** Ο κάθε άνθρωπος βιώνει την ασθένεια σε σχέση με τον τρόπο συμβίωσης του σε μια κοινωνία, τους κοινωνικούς δεσμούς και τη συμμετοχή του σε συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα. Η σημασία της οικογένειας, της γειτονιάς, των εργασιακών σχέσεων, της επίσημης και της ανεπίσημης κοινωνικής οργάνωσης καθώς και των συστημάτων που τις υποστηρίζουν είναι καθοριστική. Το επίπεδο υγείας μπορεί να επηρεαστεί από τις σχέσεις των ανθρώπων με τη μετάδοση λοιμώξεων ή μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον με τη μετάδοση γονιδίων ή την εκμάθηση κανόνων συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία. Επίσης, η μορφή των κοινωνικών σχέσεων σε διαφορετικούς πολιτισμούς μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία ή την τροποποίηση αγχογόνων παραγόντων έχοντας σαν αποτέλεσμα την εκδήλωση ασθενειών. Επίσης, η αστικοποίηση και η εκβιομηχάνιση ευθύνονται για την απόκτηση συνηθειών οι οποίες είναι επιβλαβείς για την υγεία (Μαντή & Τσελέπη, 2000).

Σύμφωνα με τον Βαλαβανίδη (2000), διάφοροι άλλοι παράγοντες που έχουν άμεση συσχέτιση με την κατάσταση υγείας, και που συχνά δεν υπόκεινται στον άμεσο έλεγχο των ατόμων είναι η κληρονομικότητα, η συχνή εξασθένηση του ανοσολογικού συστήματος, καθώς και κοινωνικοί παράγοντες, όπως ψυχοσυναισθηματικά αγχογόνα γεγονότα ζωής και η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου.

Στάσεις και πεποιθήσεις απέναντι στην υγεία και στην αρρώστια: Η αρρώστια ως αντίληψη αλλά και ως εμπειρία συχνά γίνεται αντικείμενο συζητήσεων και οι απόψεις που διατυπώνονται αφορούν είτε την πρόοδο της επιστήμης και τις αλλαγές που έχουν επέλθει για την εξασφάλιση της υγείας είτε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη για αλλαγή συμπεριφοράς που προκύπτει από την ευθύνη και τις δραστηριότητες των ίδιων των ατόμων σε θέματα που αφορούν την υγεία.

Με τον όρο «συμπεριφορά ως προς την υγεία» εννοούμε τις δραστηριότητες που καθένας ορίζει ως καθοριστικές για τη διατήρηση της υγείας του, τις προγραμματίζει και στη συνέχεια τις εφαρμόζει.

Αρκετοί άνθρωποι υιοθετούν ένα λαϊκό μοντέλο υγείας που σχετίζεται με την κοινότητα. Αναζητούν συμβουλές από άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου που είχαν παρόμοια προβλήματα υγείας οι οποίες εστιάζουν κυρίως στην αιτία της αρρώστιας και βασίζονται σε ένα σύνολο «κανόνων» που σχετίζονται με θέματα προφύλαξης, διατροφής και γενικά πρόληψης (Μαντή & Τσελέπη, 2000).

Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, οι οικογενειακές συνθήκες, η κοινωνική τάξη φαίνεται να επιδρούν στη συμπεριφορά, στην αξιολόγηση και στη διαμόρφωση αντιλήψεων σχετικά με την αρρώστια.

Έτσι, πολλές έρευνες τα τελευταία χρόνια προσπάθησαν να προσδιορίσουν τι καθορίζει αυτές τις αντιλήψεις. Από τα ευρήματα τους διαπιστώθηκε ότι καθοριστικό ρόλο στην αντίληψη του κινδύνου έχει «η διαθεσιμότητα των πληροφοριών». Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος

πληροφοριών που διαθέτει ένα άτομο σχετικά με ένα συμβάν τόσο πιο πιθανό θεωρεί να του συμβεί. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη μνήμη είναι η συστηματική δημοσιογραφική παρουσίαση συμβάντων που δεν είναι τόσο συχνά και η έκθεση σε δραματικές πληροφορίες που αφορούν θανάτους και καταστροφές. Επίσης, η στάση των ανθρώπων απέναντι στον κίνδυνο ποικίλλει, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο περιγράφεται ο κίνδυνος. Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα πολύπλοκα ζητήματα που σχετίζονται με την αρρώστια ή τον κίνδυνο είναι να τα απορρίπτουν, πιστεύοντας ότι δεν πρόκειται να συμβεί σε αυτούς (Μαντή & Τσελέπη, 2000).

Πολιτιστικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον Αγραφιώτη (1988), η έννοια του πολιτιστικού μορφώματος γενικά αναφέρεται στη συνολική κοινωνική κληρονομιά που κληροδοτείται και μεταδίδεται από τη μία γενιά στην άλλη μέσα σε μία κοινωνία.

Το πολιτιστικό μόρφωμα μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου μέσα από τον τρόπο ζωής του, από τις διαδεδομένες παραδοσιακές πρακτικές, που μπορεί να αποτελέσουν φραγμό είτε σε προγράμματα αγωγής υγείας, είτε σε παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, αλλά και μέσα από κοινωνικές αλλαγές που προκαλούν τη σύνθλιψη των αξιών του.

Σπουδαίο ρόλο στην αντίληψη του ατόμου για την ασθένεια έχει η κοινωνία στην οποία βρίσκεται καθώς και το επίπεδο ανάπτυξης της. Οι πολιτιστικές αξίες που έχει το άτομο πολλές φορές ευθύνονται για την έλλειψη αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην ύπαρξη μιας οργανικής διαταραχής ή αρρώστιας και στην ανάληψη του ρόλου του ασθενή. Ανάλογες διαφοροποιήσεις συναντάμε και ως προς τον τρόπο και τον βαθμό αντίδρασης απέναντι στον πόνο καθώς οι αντιδράσεις στην αρρώστια και στον πόνο είναι συνδεδεμένες και εξαρτημένες από τα συνολικά συστήματα αξιών του ατόμου.

Τέλος, σημαντικό ρόλο έχει η ερμηνεία των συμπτωμάτων από τον ασθενή. Η διαδικασία με την οποία κάποιος βιώνει τα συμπτώματα είναι σύνθετη και επηρεάζεται όχι μόνο από την οργανική κατάσταση και συναισθηματική του διάθεση αλλά και από άλλους κοινωνικούς παράγοντες (Μαντή & Τσελέπη, 2000).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο προτάθηκε για πρώτη φορά από τον ψυχίατρο George Engel αναγνωρίζεται ότι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ασθένεια και στην υγεία. Η ονομασία του τονίζει το γεγονός ότι τόσο οι βιολογικοί, όσο και οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες είναι όλοι ουσιαστικοί συντελεστές της υγείας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν διαχωρίζει το σώμα από τον ψυχισμό αλλά επιδιώκει την προσεκτική εξέταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχισμού και σώματος, έτσι ώστε να επιτευχθεί η πλήρη κατανόηση του ατόμου, καθώς και η κατάσταση της υγείας και της ευεξίας του (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006). Αυτό το μοντέλο αντανακλάται στον ορισμό της υγείας που υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1946, στον οποίο αναφέρεται ότι η υγεία είναι «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

(http://www.homeopathswithoutborders.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4642:2010-08-24-06-00-19&catid=34:homeopathic-theory&Itemid=554)

Οι ψυχολογικοί παράγοντες δεν είναι ανεξάρτητοι από τη διεργασία της νόσου και την εμπειρία της ασθένειας. Όπως η ασθένεια μπορεί να έχει επιδράσεις στην ψυχολογική λειτουργικότητα ενός ατόμου, έτσι και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του μπορούν να καθορίσουν το αν θα παραμείνει υγιής ή αν θα νοσήσει.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες και η σωματική υγεία συνδέονται με διάφορους τρόπους. Η κατάσταση της σωματικής υγείας που μπορεί να βρίσκεται ένας άνθρωπος, είναι πιθανό να τον επηρεάσει σε ψυχολογικό επίπεδο, και

αντιστρόφως μέσω της συμπεριφοράς οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία του. Για παράδειγμα, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιων ενεργειών, όπως η άσκηση ή η υγιεινή διατροφή καθώς και την αποφυγή άλλων, όπως το κάπνισμα. Επιπλέον, οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν διάφορες διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε επίπεδο φυσιολογίας. Λόγου χάρη, ένα άτομο που θεωρεί τον κόσμο εχθρικό και είναι συχνά αγχώδες, έχει υψηλότερα βασικά επίπεδα πίεσης αίματος από κάποιο άλλο που είναι πιο ήρεμο και χαλαρό. Ενώ επίσης, η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες ενδέχεται να συνδέονται μέσω μιας τρίτης μεταβλητής. Η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να μη συνδέονται αιτιωδώς μεταξύ τους αλλά να συσχετίζονται, επειδή ο καθένας ξεχωριστά επηρεάζεται από κάποιον άλλο παράγοντα (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2006).

Τα χαρακτηριστικά των στρεσογόνων ερεθισμάτων, όσο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίδρασης ενός ατόμου στο stress . Οι παράγοντες που καθορίζουν τη μορφή αντίδρασης σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

1. Το ίδιο το ερέθισμα (φύση, ένταση, διάρκεια, τρόπος εμφάνισης)
2. Η προσωπικότητα – ιδιοσυγκρασία του ατόμου (ηλικία, φύλο, προσωπική ιστορία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οικογενειακή κατάσταση κ.ά.)
3. Η τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού (σε βιολογικό, κοινωνικό, ψυχολογικό επίπεδο)

Συγκεκριμένα, μέσα από αποτελέσματα ερευνών, τόσο σε ζώα όσο και σε ανθρώπους, συμπεραίνεται ότι η εξέλιξη και η εμφάνιση του καρκίνου επηρεάζεται από τα στρεσογόνα γεγονότα, αλλά σε ένα μικρό ποσοστό, θεωρώντας όπως υποστηρίζεται και από άλλους ερευνητές, ότι θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί απέναντι σε τέτοιου είδους συσχετισμούς,

αφού δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε αν η διεργασία γένεσης του καρκίνου προηγείται ή έπεται ενός αγχογόνου γεγονότος (Δαμίγος & Σιαφάκα).

1.4 Μηχανισμοί άμυνας και αντιμετώπισης του καρκίνου

Όπως αναφέρει ο Καραδήμας (2005) η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί πηγή εξαιρετικού στρες με σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ατόμου και της οικογένειας του.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτο & Αναγνωστόπουλο (2009) οι αντιδράσεις των ασθενών ποικίλουν. Τις χαρακτηρίζουν μεγάλες ατομικές διαφορές και μπορούν να ξεκινούν από μια φαινομενική αδιαφορία και να φτάνουν σε μεγάλο βαθμό κατάθλιψης. Εξίσου ατομικές διαφορές υπάρχουν και στην προσαρμογή. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ.

Οι πιο συνήθεις μηχανισμοί προσαρμογής που χρησιμοποιούν οι ασθενείς είναι οι εξής:

A) Άρνηση (Denial): ο ογκολογικός ασθενής, αρνείται ότι πάσχει από τη συγκεκριμένη ασθένεια ή από κάποιο σοβαρό νόσημα άλλου τύπου. Ειδικά για τη συγκεκριμένη νόσο ο ασθενής αρνείται τη διάγνωση. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο, αποφεύγουν να μιλήσουν για το συγκεκριμένο θέμα και όταν τυγχάνουν σε ανάλογες συζητήσεις, φροντίζουν να το κλείσουν γρήγορα.

B) Μαχητικότητα (Fight Spirit) : στο στάδιο αυτό, ο ασθενής, έχει κατανοήσει ότι πάσχει από τη νόσο και είναι αποφασισμένος να προσπαθήσει να την καταπολεμήσει. Έχει θετική στάση και δεν χάνει την ελπίδα του. Προσπαθεί να συλλέξει πληροφορίες για τη νόσο και την αντιμετώπιση της κάνοντας συζητήσεις με άλλους που πάσχουν από αυτή αλλά και συχνά αναζητά από τον θεράποντα ιατρό του λεπτομέρειες για την κατάσταση του. Και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι ασθενείς σε

αυτό το στάδιο δηλώνουν τυχεροί που ανακάλυψαν την πάθηση τους νωρίς.

Γ) Στωική Αποδοχή (Stoic Acceptant) : τα άτομα αυτά, δέχονται τη διάγνωση τους και στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν ζητούν πληροφορίες ή στοιχεία παρά μόνο αν εμφανιστούν νέα συμπτώματα. Τα άτομα αυτού του σταδίου απλά συνεχίζουν να ζουν με τον ίδιο τρόπο που ζούσαν πριν αντιληφθούν την ασθένεια και δεν ασχολούνται ιδιαίτερα με τη νόσο τους.

Δ) Αποδοχή με σύνοδο άγχος, θλίψη (Anxious, depressed Acceptance).

Το στάδιο αυτό οι ασθενείς αντιδρούν στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. Επιδιώκουν ενεργητικά να συγκεντρώσουν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, αλλά σε αυτή την περίπτωση, έχουν την τάση να ερμηνεύουν αρνητικά και απαισιόδοξα την εξέλιξη και την πορεία της. Παρ' όλα αυτά τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο, είναι ικανά να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Ε) Απελπισία - Αβοηθητότητα (Hopeless / Helpless). Τα άτομα αυτά βρίσκονται σε πανικό και είναι απόλυτα κυριευμένα από τη διάγνωση τους. Τις περισσότερες φορές πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν συμπτώματα, αλλά και σε κάποιες άλλες περιπτώσεις ενεργούν σαν να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η λειτουργικότητα τους στην καθημερινή τους ζωή, είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη από τη νόσο και την εξέλιξη της.

1.5 Πρόληψη και θεραπεία

1.5.1 Πρόληψη

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια χωρίς εμφανή ή αναμφισβήτητα συμπτώματα στα αρχικά της στάδια και συχνά δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή. Πολλές μορφές κακοήθους νεοπλασίας επιφέρουν έντονα συμπτώματα αφού έχουν φτάσει σε προχωρημένο στάδιο ή ακόμα και

εφόσον έχουν υποστεί μετάσταση και η αντιμετώπιση τους καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής ή ακόμη και ανέφικτη σε κάποιες περιπτώσεις. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων και συνεπώς της ασθένειας.

Με αυτό τον στόχο η παγκόσμια ιατρική κοινότητα έχει δημοσιεύσει εισηγήσεις για προληπτικές εξετάσεις που εφόσον εφαρμοστούν, είναι σε θέση να αποτρέψουν μια καθυστερημένη διάγνωση καρκίνου. Η αξία της έγκαιρης διάγνωσης είναι κεφαλαιώδης και αλληλένδετη με την επιτυχή αντιμετώπιση του καρκίνου και η συνεπής διεξαγωγή προληπτικών εξετάσεων μπορεί να αποδειχτεί ζωτικής σημασίας.

Ορισμένες εξετάσεις είναι αναγκαίες τόσο για άντρες όσο και για γυναίκες.

- Ορθοσιγμοειδοσκόπηση - Βαριούχος υποκλυσμός - κολονοσκόπηση
- Ακτινογραφία Θώρακα
- Μικροσκοπική αιματολογική εξέταση κοπράνων
- Περιοδικός γενικός ιατρικός έλεγχος (check up)

Γυναίκες

- Επισκόπηση του Μαστού
- Μαστογραφία
- Κλινικές μαστικές εξετάσεις
- Εξέταση HPV-ONA

Τεστ ΠΑΠ

Άνδρες

- PSA (μέτρηση προστατικού αντιγόνου)

(<http://www.karkinos24.gr/index.php/proliptikeseisigiseis>)

Καθώς οι γνώσεις μας μεγαλώνουν σχετικά με την αιτιολογία του καρκίνου, νέες ευκαιρίες μπορούν να αναδυθούν, μέσα από τις οποίες μπορούν να αναπτυχθούν, νέες ή βελτιωμένες μέθοδοι πρόληψης και ελέγχου (Lenhard, Osteen & Gansler, 2001).

Σημαντικό κομμάτι της πρόληψης είναι η έγκαιρη ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα καρκίνου. Το κομμάτι αυτό της πληροφόρησης και κινητοποίησης του πληθυσμού για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου το έχουν αναλάβει διάφοροι φορείς με την πραγματοποίηση διαφόρων ενημερωτικών εκδηλώσεων αλλά και με οργανωμένα ενημερωτικά προγράμματα που συντονίζονται κυρίως από επαγγελματίες υγείας.

Σχετικοί φορείς στην Ελλάδα είναι οι εξής:

- Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής».
- Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου «Αγκαλιάζω».
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
- Κέντρο Ψυχοκοινωνική Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Έλλη Λαμπέτη»

1.5.2 Θεραπεία

Η Χειρουργική, η Ακτινοθεραπεία και η Χημειοθεραπεία ήταν οι βασικές μέθοδοι για την θεραπεία του καρκίνου για πολλά χρόνια και τελευταία προστέθηκε η βιολογική θεραπεία. Οι θεραπείες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτόνομα αλλά και σε συνδυασμό.



Α) ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συμφώνα με την Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου (2004) ο όρος χημειοθεραπεία προέρχεται από το συνδυασμό δύο λέξεων: «χημεία» και «θεραπεία» και αναφέρεται ως η προσπάθεια αντιμετώπισης και κατά συνέπεια θεραπείας διαφόρων νοσημάτων με τη χορήγηση ενώσεων φυσικώς ή τεχνητώς παρασκευασμένων.

Πολλοί είναι οι άνθρωποι που στη ζωή τους έχουν υποβληθεί σε κάποιας μορφής χημειοθεραπεία, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την χορήγηση πενικιλίνης για κάποια λοίμωξη. Όμως στις μέρες μας, η λέξη «Χημειοθεραπεία» χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει τη μέθοδο

θεραπείας των κακοηθών όγκων, την «αντικαρκινική χημειοθεραπεία», η οποία βασίζεται στη χορήγηση φαρμάκων που ονομάζονται κυτταροστατικά ή χημειοθεραπευτικά ή αντινεοπλασματικά, φάρμακα, των οποίων η δράση τους είναι η αναστολή της ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων.

Η χημειοθεραπεία στο χώρο της υγείας διακρίνεται σε δυο κατηγορίες την συστηματική και την περιοχική.

Συστηματική χημειοθεραπεία:

Η συστηματική χημειοθεραπεία επιτυγχάνεται με την ενδοφλέβια χορήγηση των σχετικών φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα το φάρμακο ακολουθεί όλη την πορεία του κυκλοφορούντος αίματος στο σώμα, με αποτέλεσμα να υπάρχουν οι ακόλουθες μορφές:

- Χημειοθεραπεία επαγωγής
- Χημειοθεραπεία σταθεροποίησης
- Εντατικοποιημένη χημειοθεραπεία
- Συμπληρωματική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία συντήρησης
- Χημειοθεραπεία επαγωγής
- Χημειοθεραπεία σταθεροποίησης
- Εντατικοποιημένη χημειοθεραπεία
- Συμπληρωματική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία συντήρησης
- Παρηγορητική ή ανακουφιστική χημειοθεραπεία
- Πρωτογενής χημειοθεραπεία
- Νεοσυμπληρωματική ή προεγχειρητική ή περιεγχειρητική χημειοθεραπεία
- Συνδυασμένη χημειοθεραπεία
- Χρονοβιολογική χημειοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία διάσωσης

Περιοχική χημειοθεραπεία

Η περιοχική χημειοθεραπεία παρέχει τη δυνατότητα χορήγησης χημειοθεραπευτικών παραγόντων σε συγκεκριμένες μόνο περιοχές του σώματος.

Στην περιοχική χημειοθεραπεία περιλαμβάνονται:

- Αγγειακές: α) κλειστού κυκλώματος
β) ανοικτού κυκλώματος εν-δαρτηριακή έγχυση.
- Ενδοκοιλιακές: α) ενδοπεριτοναϊκή,
β) ενδοϋπεζωκοτική,
γ) ενδοκυοτική (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004)



B) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η παλαιότερη αλλά και η περισσότερο κοινή θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου είναι η χειρουργική επέμβαση. Συγκεκριμένα, η διάνοιξη του σώματος του ασθενούς με σκοπό την αφαίρεση του όγκου αποτέλεσε ουσιαστικά την πρώτη λύση κατά της επάρατου νόσου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα (μετάσταση).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας στην ιατρική, έχει εξοπλίσει τους επιστήμονες με μηχανήματα διάγνωσης και χειρουργικής επέμβασης που καθιστούν τις προσπάθειές τους περισσότερο αποτελεσματικές και με πολύ λιγότερες βλάβες στους περιβάλλοντες τον όγκο υγιείς ιστούς. Ο χώρος του χειρουργείου μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ποικίλους τρόπους για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Μερικές φορές ο ρόλος του περιορίζεται είτε σε μικρής κλίμακας επεμβάσεις, είτε σε πολύωρες εγχειρίσεις.

Οι σημαντικότερες θεραπευτικές χειρουργικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι οι εξής:

- Η αποτρεπτική χειρουργική
- Η διαγνωστική χειρουργική
- Χειρουργική σταδιοποίησης
- Θεραπευτική Χειρουργική
- Η κυτταρομειωτική χειρουργική
- Η Καταπραϋντική χειρουργική
- Η υποστηρικτική χειρουργική (Dollinger, Rosebaum & Cable 1992).



Γ) ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία ονομάζεται η χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας για θεραπευτικούς σκοπούς. Με άλλα λόγια, είναι η ενέργεια σε μορφή ακτινών που κατευθύνεται μέσω κυμάτων ή σωματιδίων στον όγκο των καρκινικών κυττάρων που επιδρούν βλαπτικά στα γονίδια και τη μοριακή υπόσταση των κυττάρων με αποτέλεσμα την αδυναμία περαιτέρω ανάπτυξης και διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη μη χειρουργική θεραπευτική προσέγγιση κατά του καρκίνου. Στόχος της ακτινοθεραπείας είναι να καταστραφούν οι κακοήθεις όγκοι με όσο το δυνατόν λιγότερες επιπτώσεις στους υγιείς ιστούς. Επιπλέον, καταστρέφεται η γενετική δομή (DNA) των κυττάρων του όγκου και έτσι δεν αναπτύσσονται ούτε και διαιρούνται άλλο

(<http://www.biomed.ntua.gr/Portals/1/undergraduate/ergasthrio/askhsh%207.pdf>).



Δ) ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η βιολογική θεραπεία ως «έξυπνη βόμβα» κατευθύνεται σε ειδικούς στόχους στα καρκινικά κύτταρα, αφήνοντας ανεπηρέαστα τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η θεραπεία να γίνεται περισσότερο συγκεκριμένη, πιο ειδική και λιγότερο τοξική για τον

πάσχοντα

(http://www.lungcancer.gr/portal/content/karkinos/oz_20071017294.php3).

Αποτελεί έναν σχετικά νέο τρόπο θεραπείας του καρκίνου, με τις τελευταίες έρευνες να αποδεικνύουν ότι πλεονεκτεί σε σχέση με άλλες θεραπείες, επειδή το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο προστατεύοντας τον οργανισμό εναντίον του καρκίνου. Τέλος, συμβάλλει στην καταπολέμηση του καρκίνου όταν αυτός έχει ήδη αναπτυχθεί (Dollinger, Rosebaum & Cable 1992).

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

2.1 Τα χαρακτηριστικά του ασθενή

Κάθε ασθενής αντιδρά με τον δικό του προσωπικό τρόπο στη διάγνωση της νόσου, την εφαρμογή της αντικαρκινικής θεραπείας και την περίοδο μετά την ολοκλήρωση αυτής. Τα συναισθήματα που βιώνουν είναι πολλά και αντικρουόμενα και ο τρόπος που ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο και τη θεραπεία καθαρά προσωπικός. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης. Το αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης συσχετίζεται με την αντίληψη ορισμένων ασθενών ότι η εμφάνιση της νόσου είναι συνέπεια δικού τους λάθους αλλά και την υπερβολική εξάρτηση τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τα άτομα που τους φροντίζουν.
- Υιοθέτηση μιας αισιόδοξης στάσης σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας με εξαίρεση την έναρξη της αγωγής όπου οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται σε δυσμενή ψυχολογική κατάσταση.
- Απογοήτευση, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν έχει την απαιτούμενη υποστήριξη από τα συγγενικά και φιλικά του πρόσωπα.
- Σύγχυση στην οποία συμβάλλει και η συμμετοχή στη θεραπεία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων στο πλαίσιο του ήδη άγνωστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος.
- Φόβος του θανάτου. Ορισμένοι ασθενείς εκδηλώνουν θυμό έναντι του προσωπικού υγείας και άλλοι αναπτύσσουν πνευματικές αναζητήσεις. Βασικό υπόστρωμα αυτών των συμπεριφορών αποτελεί ο φόβος του θανάτου.
- Παραίτηση ή πανικός. Όταν δεν υπάρχουν πλέον, δυνατότητες αντιμετώπισης της νόσου, ορισμένοι ασθενείς αναζητούν βοήθεια σε εναλλακτικές και συμπληρωματικές μεθόδους θεραπείας από μη επιστημονικές ομάδες ή άτομα, με κίνδυνο πολλές φορές την οικονομική εκμετάλλευσή τους. Ενώ άλλοι ασθενείς επιθυμούν να

σταματήσει κάθε προσπάθεια.

(http://healthnotesandnews.blogspot.com/2010/03/blog-post_6322.html)

2.2 Οι πεποιθήσεις του ασθενή με καρκίνο

Παρά την αναγνώριση των συμπτωμάτων και την εκτίμηση της σοβαρότητάς τους, η αναζήτηση επαγγελματικής φροντίδας δεν επιζητείται πάντοτε. Παράγοντες όπως η στενοχώρια, ο φόβος ή η εκτίμηση του συγκριτικού κόστους - οφέλους της αναζήτησης της ιατρικής φροντίδας οδηγούν πολλούς ανθρώπους στην αποφυγή αναζήτησης ιατρικής βοήθειας.

Όσον αφορά την εκτίμηση του κόστους - οφέλους έχει για κάθε άτομο τη δική του αξία, στηριζόμενη στις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις σχέσεις του μέσα στο δικό του περιβάλλον ύπαρξης και διαβίωσης. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι ιεραρχούν πρωτίστως ορισμένες άλλες ανάγκες τους και δευτερευόντως τις ανάγκες υγείας τους. Αυτές οι ιδέες, πεποιθήσεις και στάσεις των ατόμων απέναντι στην υγεία και στην αρρώστια αφενός μεταβιβάζονται πολιτισμικά από τη μια γενιά στην άλλη και αφετέρου εξαρτώνται από τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες ανήκουν (Σαρρής, 2001).

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2005), η συμπεριφορά των ασθενών ήταν συνέπεια των απόψεων που οι ίδιοι έχουν διαμορφώσει με σκοπό την αντιμετώπιση των μερικές φορές έντονα αντικρουόμενων απαιτήσεων που έθεταν η εμφάνιση της αρρώστιας και η θεραπεία της στην καθημερινή ζωή.

Η λήψη απόφασης για την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας δεν μπορεί να έχει απλά ένα μονο-παραγοντικό, αλλά αντίθετα ένα πολύ-παραγοντικό υπόβαθρο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αλλά και την απόφαση ενός ατόμου για την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας είναι πολλοί. Η παρουσία συμπτωμάτων από μόνη της δεν αποτελεί την ικανή και αναγκαία συνθήκη για την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας αλλά πρέπει να θεωρηθεί ότι παρεμβαίνει στη φυσιολογική ζωή του ατόμου,

απορυθμίζοντας τον τρόπο ζωής του. Η απορύθμιση αυτή επιζητά μία επανεξέταση της οργάνωσης και της διαχείρισης της ζωής του, πολύ πριν αναζητηθεί η ιατρική φροντίδα. Διαφαίνεται, πως όταν οι άνθρωποι αρρωσταίνουν δεν είναι έτοιμοι να ζητήσουν βοήθεια. Αυτό θα συμβεί μόνο όταν ο μηχανισμός προσαρμογής που αναπτύσσουν ως προς τα συμπτώματα δεν επιφέρει αποτελέσματα. Τότε η βοήθεια που θα αναζητηθεί θα σχετίζεται αρχικά και μερικά μόνο με τη σωματική ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Έχουν διαπιστωθεί πέντε παράγοντες που προκαλούν κρίση στο μηχανισμό προσαρμογής στα συμπτώματα και οδηγούν στη λήψη αναζήτησης βοήθειας ή φροντίδας υγείας και αυτοί είναι:

1. Μία διαπροσωπική κρίση
2. Παρατηρούμενη απορύθμιση στις εργασιακές δραστηριότητες
3. Παρατηρούμενη απορύθμιση στις κοινωνικές δραστηριότητες
4. Πίεση ή κυρώσεις από τους άλλους που επιμένουν στην αναζήτηση βοήθειας
5. Παρουσία συμπτωμάτων πέραν του χρόνου αναμονής που έχει ορίσει το ίδιο το άτομο.

Η διαπροσωπική κρίση μπορεί να μη συνδέεται άμεσα με το σύμπτωμα, αλλά η παρατηρούμενη αλλαγή στις κοινωνικές και εργασιακές συνθήκες και περιστάσεις του ατόμου να οδηγεί στην ανάγκη αντιμετώπισης της κρίσης. Η πίεση που ασκείται από τρίτους, μέσα στην οικογένεια ή μέσα στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον είναι τις περισσότερες φορές αποτελεσματική. Εντούτοις η πιο συνήθης τακτική αντιμετώπισης ενός συμπτώματος είναι η χρονική διορία. Το άτομο δίνει μια χρονική παράταση, ελπίζοντας στη μείωση των συμπτωμάτων ή έστω στην αυτό-θεραπεία, δεσμευόμενος ότι θα αναζητήσει βοήθεια ή φροντίδα μετά το χρονικό διάστημα που το ίδιο έχει ορίσει (Σαρρής, 2001).

Τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν το βαθμό της συμμόρφωσης του αρρώστου στη θεραπεία αποτελούν οι προσωπικές πεποιθήσεις του ίδιου του ατόμου σχετικά με το πόσο ευάλωτο θεωρεί τον

εαυτό του, η προσωπική του αξιολόγηση για τη σοβαρότητα της αρρώστιας του, το πόσο αποτελεσματική θεωρεί την προτεινόμενη αγωγή και ποια είναι τα οφέλη, οι κίνδυνοι και τα εμπόδια που προβάλλει στη ζωή του.

2.3 Πως επιδρούν οι παρενέργειες των θεραπειών στην ψυχολογία του ασθενή

Στο στάδιο της θεραπείας της ασθένειας, η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία στις οποίες υποβάλλεται ο ογκολογικός ασθενής, βελτιώνουν μεν το προσδόκιμο ζωής του, ωστόσο επιφέρουν μια σειρά επιπλοκών και προβλήματα, τα οποία ο άρρωστος καλείται να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Συνακόλουθο αυτών των επιπτώσεων είναι η δημιουργία πηγών εντεινόμενου άγχους δυσκολεύοντας ή αποτρέποντας την ανάπτυξη μηχανισμών προσαρμογής και αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών.

Όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση αν πρόκειται για την αφαίρεση ενός ορατού μέρους του ανθρώπινου σώματος τότε η έκπτωση της εικόνας του σώματος που βιώνει ο ασθενής είναι ιδιαίτερα μεγάλη με ποικίλες επιπτώσεις στη ψυχοκοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής του αρρώστου.

Η ακτινοβολία των καρκινικών κυττάρων έχει επιπτώσεις και στα υγιή κύτταρα, δημιουργώντας έτσι μια σειρά από ανεπιθύμητες παρενέργειες. Ανάλογα με την περιοχή που προσβάλλει η νόσος καθώς και τη δοσολογία της ακτινοβολίας, οι σωματικές αυτές παρενέργειες ποικίλλουν ως προς το βαθμό και το είδος της εκδήλωσης τους. Επιγραμματικά κάποιες από αυτές είναι οι δερματικές παθήσεις, η μειωμένη παραγωγή αίματος, η ναυτία, οι εμετοί, η διάρροια, η πρόωρη εμμηνοπαυση, η μειωμένη παραγωγή σπέρματος, η στειρότητα, η απώλεια μαλλιών κ.ά. Πλην αυτών, μια σειρά άλλων σωματικών προβλημάτων, κοινών στις περισσότερες περιπτώσεις, επιτείνουν την επιδείνωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Μεταξύ αυτών, το συναίσθημα της υπερβολικής κόπωσης, το οποίο υφίσταται ακόμα και

μετά το τέλος της περιόδου των ακτινοβολιών αλλά και ο φόβος των επιπτώσεων της ακτινοβολίας που δημιουργεί επίσης πηγές άγχους, καθοριστικές για την πορεία της αποτελεσματικότητας αυτής της θεραπείας. Η χημειοθεραπεία, μεταξύ των άλλων θεραπευτικών μέτρων, προκαλεί τις περισσότερες και χειρότερες παρενέργειες, δεδομένου ότι με τη χημειοθεραπεία δεν προσβάλλονται μόνο τα καρκινικά αλλά και τα υγιή κύτταρα. Οι παρενέργειες αυτές αφορούν συνήθως την αλωπεκία, την αιμορραγία, την αναιμία, τη χαμηλή ανοσία του οργανισμού που τον καθιστά ευάλωτο σε λοιμώξεις, τη ναυτία και τη διάρροια. Η ναυτία και ο εμετός έχουν τόσο ισχυρή επίδραση που γρήγορα αναπτύσσονται ως αντανακλαστικές απαντήσεις από την πλευρά του αρρώστου. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να προκληθούν ακόμα και στην ιδέα της υποβολής σε χημειοθεραπεία αλλά ακόμα και μετά τη λήξη της περιόδου εφαρμογής της. Αυτές οι παρενέργειες δεν είναι οι μόνες καθώς επιπτώσεις υπάρχουν και στην καρδιοαναπνευστική λειτουργία, όπως και στο νευρικό σύστημα. Ορισμένα μάλιστα κυτταροτοξικά φάρμακα προκαλούν μείωση των αντιληπτικών και γνωστικών ικανοτήτων του ατόμου καθώς και ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές.

Όσον αφορά τις ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τις πιο διαδεδομένες στους ογκολογικούς ασθενείς. Ο τύπος του καρκίνου, η περιοχή εγκατάστασης του και τα θεραπευτικά μέτρα που εφαρμόζονται από την κάθε ιατρική ομάδα καθορίζουν την συχνότητα και τον βαθμό έντασης των συμπτωμάτων αυτών. Μερικά από τα συνήθη σημεία και συμπτώματα κατάθλιψης που εκδηλώνουν οι ασθενείς είναι η μελαγχολία, το χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, οι τάσεις αυτοκτονίας, οι ενοχές, η κόπωση και η εξουθένωση, τα χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας, η μειωμένη μνήμη και συγκέντρωση σκέψης, οι διατροφικές αλλαγές και η ανορεξία (Σαρρής, 2001).

Οι παρενέργειες αυτών των θεραπειών έχουν καταλυτική επίδραση στη ζωή του ασθενούς καθώς και την ψυχολογία του και μπορούν να του προκαλέσουν ιδιαίτερη δυσφορία, εάν δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει εκπαιδευτεί να τα αντιμετωπίσει. Ακόμη και μακροπρόθεσμα τα άτομα

είναι ιδιαίτερα ευάλωτα και εκτίθενται στο χρόνιο άγχος που προκαλεί η όσιμη ανεπάρκεια οργάνων και ο φόβος της επανεμφάνισης. Επιπρόσθετα, τα στερεότυπα, οι προλήψεις και οι προκαταλήψεις που υπάρχουν, τους φέρνουν αντιμέτωπους με την απόρριψη στο κοινωνικό αλλά και εργασιακό τους περιβάλλον.

2.4 Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες

Οι ασθενείς από τη στιγμή που λαμβάνουν τη διάγνωση της νόσου, αρκετές φορές νιώθουν υποχρεωμένοι ή ενθαρρύνονται από τους γύρω τους να αποκρύψουν τη κατάστασή τους. Μοιραζόμενοι συχνά το ίδιο σύστημα αξιών με τους γύρω τους νιώθουν ντροπή και αντιμετωπίζουν συνέχεια τον κίνδυνο της αποκάλυψης της νόσου τους (Nettleton, 2002).

Αυτός ο κοινωνικός στιγματισμός που δέχονται τα άτομα είναι ένας λόγος που ο καρκίνος διαφοροποιείται από άλλες σοβαρές ασθένειες. Ο φόβος ενός επερχόμενου οδυνηρού θανάτου έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση συμπεριφορών από τον περίγυρο του ογκολογικού ασθενή που τον στιγματίζουν. Ο στιγματισμός αυτός, λειτουργεί σαν επιπλέον πρόβλημα, επιτείνοντας την επιδείνωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (Σαρρής, 2001).

Όπως αναφέρει ο Peters-Golden (1982) για πολλούς ανθρώπους, ο καρκίνος αποτελεί ταμπού και γίνεται επίσης αντιληπτός ως μολυσματική-μεταδοτική νόσος. Η αντίληψη αυτή οδηγεί, με τη σειρά της, στην αποφυγή σχέσεων με τον ασθενή, ακόμη και στην αποφυγή σωματικών επαφών ή επαφών μέσω κοινόχρηστων αντικειμένων. Αντίληψη παρόμοια με αυτήν που αναπτύχθηκε έναντι των ασθενών με AIDS.

Παρόλο που αυτή η αντίληψη δεν έχει μεγάλη απήχηση σήμερα, η κοινωνική συμπεριφορά απομόνωσης ενός ασθενούς με καρκίνο βρίσκεται σε μια βαθύτερη αιτιολογία. Οι άνθρωποι και ιδιαίτερα τα άτομα του κοντινού συγγενικού περιβάλλοντος δεν αντέχουν να βλέπουν τον άνθρωπό τους που πάσχει από καρκίνο να υποφέρει και να καταστρέφεται ψυχικά και

σωματικά. Παράλληλα αυτό αποδεικνύει την αδυναμία του ανθρώπου στον φόβο ενός επερχόμενου θανάτου. Με αυτήν την έννοια, η συμπεριφορά του κοινωνικού περιβάλλοντος χαρακτηρίζεται από πρακτικές απομόνωσης του ατόμου, σε μια προσπάθεια να διατηρήσουν τη δική τους αντίληψη περί της απόρριψης της ιδέας του θανάτου.

Ο στιγματισμός αυτός ενισχυόμενος από την αινιγματική αιτιολογία του καρκίνου και την αβεβαιότητα της πρόγνωσης του, λαμβάνει διαστάσεις μιας σύγχρονης διαπόμπευσης. Όμως παρόλα αυτά, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ενός αρρώστου με καρκίνο μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο και με την κατάλληλη υποστήριξη να τον βοηθήσει σημαντικά στη ψυχολογική του προσαρμογή έναντι του καρκίνου (Σαρής, 2001).

Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις κοινωνικές σχέσεις που το άτομο διαμορφώνει με το περιβάλλον. Πάσχοντας από μια ασθένεια που συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και προκαταλήψεις, οι φόβοι του αρρώστου μήπως εγκαταλειφθεί ή περιθωριοποιηθεί επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους. Η ποιοτική στήριξη που παρέχουν συγγενείς και φίλοι, καθώς και η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες συμβάλλουν θετικά στην ποιότητα της ζωής του.

Όμως σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ερωτικές σχέσεις. Η στέρηση τρυφερότητας και στενών δεσμών, καθώς και ο διαρκής φόβος της ανικανότητας ή της απόρριψης από τον ερωτικό τους σύντροφο, κάνουν τα άτομα ιδιαίτερα ευάλωτα στην κατάθλιψη.

Ο εργασιακός τομέας μπορεί να αποτελέσει πηγή σημαντικών ικανοποιήσεων για ένα άτομο που λειτουργεί αποτελεσματικά και τροφοδοτείται από τα επιτεύγματα του και από την αναγνώριση που δέχεται. Παρ' όλα αυτά, η επανένταξη του στον εργασιακό χώρο προϋποθέτει μια επανεκτίμηση των δυνάμεων του αλλά και παραίτηση από ορισμένες ευθύνες. Η πρόωγη συνταξιοδότηση λόγω της ασθένειας λειτουργεί ως αρνητικός παράγοντας καθώς μπορεί να απειλήσει την

αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του ατόμου προκαλώντας έντονο άγχος. Η ικανοποιητική λειτουργία του αρρώστου στον εργασιακό χώρο σχετίζεται και με την ενεργό συμμετοχή του στη ζωή του σπιτιού και στις οικιακές ευθύνες. Η εξάρτηση από άλλους για τις απαραίτητες καθημερινές του ανάγκες, συνήθως λόγω της υπερπροστασίας των συγγενών ή συναδέλφων, πολλές φορές μειώνουν την αυτοεκτίμησή του και επηρεάζουν αρνητικά το ηθικό του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Αν και η κοινωνία φαίνεται ευαισθητοποιημένη και πρόθυμη να συνεισφέρει στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες ή αυτών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα η πραγματικότητα διαφέρει. Πολύ συχνά, στον εργασιακό τομέα το άτομο περιθωριοποιείται καθώς οι εργοδότες και οι συνάδελφοι για διάφορους λόγους τους κρατούν σε απόσταση και η οικογένεια και οι φίλοι, που αρχικά του συμπαραστέκονταν, τείνουν να απομακρύνονται με την πάροδο του χρόνου. (http://healthnotesandnews.blogspot.com/2010/03/blog-post_6322.html)

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΤΑΔΙΑ – ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΥΤΑ

Σε μακροχρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος ο ασθενής περνά ουσιαστικά τρία στάδια όπου στο καθένα έρχεται αντιμέτωπος με διαφορετικές καταστάσεις και συναισθήματα. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε αυτά τα στάδια είναι κυρίως να τον βοηθήσει να τα βιώσει όσο το δυνατόν πιο ομαλά αλλά και να τον ενισχύσει συναισθηματικά.

3.1 Ανακοίνωση της ασθένειας (οξεία φάση)

Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα που αποτελούν ενδείξεις οργανικής διαταραχής. Αυτό σημαίνει ότι χρησιμοποιεί στρατηγικές, είτε για να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο πρόβλημα της υγείας του, είτε για να το αποφύγει. Ουσιαστικά το άτομο αυτό καλείται:

- (α) να συνειδητοποιήσει ότι η υγεία του έχει διαταραχθεί
- (β) να αντιμετωπίσει το άγχος και την αβεβαιότητα που του προκαλεί αυτό το γεγονός
- (γ) να αναζητήσει την κατάλληλη βοήθεια που θα συμβάλει στην ακριβή διάγνωση του προβλήματος της υγείας του.

Υπάρχουν άτομα που μετά την διάγνωση της ασθένειάς τους, απευθύνονται αμέσως στο γιατρό, άλλα που αρνούνται κατηγορηματικά τα συμπτώματα τους και ορισμένα που αποφεύγουν συνειδητά να ζητήσουν ιατρική φροντίδα. Όλες αυτές οι στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει την κατάσταση που έχει αντίκτυπο στην υγεία του, θα το επηρεάσουν τόσο οργανικά, όσο και στην προσαρμογή του στην ενδεχόμενη εκδήλωση της ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Όπως αναφέρθηκε, οι ασθενείς μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, αντιδρούν με πανικό ο οποίος ακολουθείται είτε από άρνηση, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση

αναζήτησης ιατρικής βοήθειας είτε από το άγχος της επιβεβαίωσης της διάγνωσης. Με την ανακοίνωση της διάγνωσης της ασθένειας, ο ασθενής θα πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο. Η ανησυχία, το άγχος, η κατάθλιψη και ο φόβος ενός ακρωτηριασμού ή ακόμα και του θανάτου είναι τα συναισθήματα που κυριαρχούν στο πρόσωπό του. Με την είσοδό του στο νοσοκομείο ο ασθενής είναι αναγκασμένος να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή με αποτέλεσμα να χάνει την ανεξαρτησία και τον έλεγχο, κάτι που επηρεάζει σημαντικά την ψυχική του κατάσταση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986).

Σύμφωνα με την Kubler Ross (1969) οι φάσεις προσαρμογής που μπορεί να παρουσιάσει το άτομο μετά την διάγνωση της κακοήθους νεοπλασίας είναι:

- i. Άρνηση και απομόνωση. Ο ασθενής αρνείται να αποδεχθεί την αλήθεια που του αποκαλύπτεται και αποσύρεται.
- ii. Θυμός και ζήλια. Ο έντονος θυμός και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους γύρω του.
- iii. Μια διαδικασία συρρίκνωσης του προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο γίνεται μια αρχική προσπάθεια προσαρμογής χωρίς όμως να κατανοείται η όλη πραγματικότητα. Στην συνέχεια όταν πια είναι αναπόφευκτη, ο ασθενής περνά στην επόμενη φάση που είναι η
- iv. Κατάθλιψη
- v. Αποδοχή, μέσω των μηχανισμών άμυνας (άρνηση, μετάθεση προβολή) που θα οδηγήσουν, είτε στην προσαρμογή της ασθένειας ή θα συνεχίσει να παρουσιάζει ο άρρωστος προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του.

Εκτός από τα προβλήματα που έρχεται αντιμέτωπος ο ασθενής σύμφωνα με τα παραπάνω, υπάρχει επίσης η έλλειψη ενημέρωσης από την πλευρά των γιατρών για την κατάσταση της υγείας του. Όλα αυτά τα αναπάντητα ερωτήματα και το κλίμα μυστικοπάθειας που επικρατεί μεταξύ αρρώστου - γιατρού και συγγενών δημιουργεί περισσότερο άγχος και αβεβαιότητα στον ασθενή. Σε ένα μεγάλο μέρος στην απόκρυψη της αλήθειας, συμβάλλει και το γύρω οικογενειακό του περιβάλλον, το οποίο προσπαθεί να προστατέψει

τον άνθρωπο του από την οδυνηρή αλήθεια, προβάλλοντας τη δική του θέση απέναντι στην ασθένεια (E.A.E., 1991).

Σύμφωνα με τον Δόντα (1998) όσο σημαντικός σκοπός επικοινωνίας είναι η καλλιέργεια του ηθικού του ασθενούς τόσο σημαντική είναι και η πληροφόρηση του για τη φύση της νόσου. Παρόλα αυτά είναι ένα από τα βασικά ηθικά διλήμματα που δημιουργούνται κατά τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο. Παρά την ανάγκη για δημιουργία μιας σχέσης, μεταξύ ασθενούς και θεράποντα ιατρού, που να βασίζεται στην συζήτηση και κοινή λήψη αποφάσεων, αυτή δεν είναι πάντα εφικτή. Η ιδεώδης αυτή σχέση διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα. Βασικοί παράγοντες αυτής της διαφοροποίησης ανά χώρα είναι η τοποθέτηση της αρχής της αυτονομίας του ασθενούς πάνω από όλες τις άλλες αρχές, με αποτέλεσμα την πλήρη ενημέρωση για την διάγνωση και την κατάστασή του καθώς και αντίστροφα η υιοθέτηση του οφελείν ή μη βλάπτειν πάνω από την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς, με στόχο την «προστασία» του. Οι αιτίες που συνήθως αποκρύπτεται η διάγνωση από τον ασθενή είναι είτε συνειδητές είτε ασυνειδητές. Μερικές από αυτές δημιουργούνται από φόβους όπως, ο φόβος της ανεξέλεγκτης αντίδρασης του ασθενούς κατά τη στιγμή της ενημέρωσης και τον φόβο άρνησης της θεραπείας αλλά και από την αντίληψη της οικογένειας ότι με αυτόν το τρόπο προστατεύει τον «ευαίσθητο ασθενή». Όταν όμως ο ασθενής έχει την ικανότητα να κατανοεί, πρέπει να ενημερώνεται πλήρως για να διαμορφώνει έτσι μια τεκμηριωμένη γνώμη και να συμμετέχει και ο ίδιος στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία που θα λάβει. Η απόκρυψη πληροφοριών, η αποκάλυψή τους σε τρίτους χωρίς να το γνωρίζει ο ασθενής καθώς και η λήψη αποφάσεων για λογαριασμό του εν αγνεία του, είναι πράξεις αντίθετες με την αρχή του σεβασμού της προσωπικότητας και με το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει για την ιατρική του περίθαλψη.

Αν και ο γιατρός έχει την αρμοδιότητα της ενημέρωσης του ασθενή, πολλές φορές η παρουσία της κοινωνικής υπηρεσίας κρίνεται απαραίτητη καθώς στη διαδικασία της ενημέρωσης εμπλέκονται συναισθηματικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες. Ο κοινωνικός

λειτουργός σε συνεργασία με το γιατρό αντιμετωπίζουν τον άρρωστο ανάλογα με της ανάγκες και την ψυχολογία του προσπαθώντας να μην φέρουν στην επιφάνεια το φόβο του θανάτου με τις αρνητικές επιπτώσεις που αυτό συνεπάγεται (E.A.E, 1991).

Υπάρχει βέβαια το δικαίωμα του ασθενή να «αρνηθεί» να μάθει, δείχνοντας άμεσα ή έμμεσα ότι δεν επιθυμεί να γνωρίζει για τη διάγνωση του. Σε αυτή τη περίπτωση είναι λάθος να περαστεί η αλήθεια χωρίς τη θέλησή του. Είναι όμως ανεπίτρεπτο να μην αποκαλύπτεται η αλήθεια σε έναν ασθενή που θέλει να μάθει, διότι έτσι εμποδίζεται η προσαρμογή του και καταπατάται το δικαίωμα του να γνωρίζει και να αποφασίζει για τη ζωή του (Δοντάς, 1998).

Ένα πρότυπο που αναπτύχθηκε για δύσκολες καταστάσεις και την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων ονομάζεται SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Summary and plan). Πιο αναλυτικά:

Setting: το πλαίσιο της θεραπείας

Perception: εκτίμηση για το τι αντιλαμβάνεται ο ασθενής γύρω από το παρόν πρόβλημα της υγείας του

Invitation: εκτίμηση για το αν ο ασθενής επιθυμεί να γνωρίζει γύρω από τη νόσο του

Knowledge: αναγνώριση των συναισθημάτων που έχει ο ασθενής

Emotions: διερεύνηση αυτών των συναισθημάτων

Summary and plan: σύνοψη του περιεχομένου της συζήτησης και προγραμματισμός της θεραπευτικής αντιμετώπισης (Cyna et all, 2011).

Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής θα αντιμετωπίσει όλη τη πορεία της ασθένειάς του εξαρτάται κυρίως από το πώς έχει αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα και κρίσεις στο παρελθόν.

Στόχοι αυτής της φάσης είναι ο κοινωνικός λειτουργός να βοηθήσει τον ασθενή:

- Να μπορέσει να ζήσει με τη γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της.
- Να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης της αρρώστιας.
- Να προσαρμοστεί στη νέα αλλαγμένη εικόνα του σώματος του.
- Να προσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.
- Να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του.
- Να διερευνήσει εναλλακτικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Να βοηθήσει την οικογένεια του ασθενή να δεχτεί την αρρώστια ,να κατανοήσει τον άρρωστο και τις τυχόν ενοχές του και να σταθεί κοντά του, ξεπερνώντας τους αρχικούς της φόβους.
- Να βοηθήσει την οικογένεια για πρακτικής φύσεως προβλήματα.
- Να κάνει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη κάθε φορά στις ανάγκες του ασθενούς και αποσαφήνιση αποριών, παρερμηνειών και προκαταλήψεων (E.A.E, 1991).

3.2 Πορεία – περίοδος ίασης

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο (2009) η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή ο θάνατος του ατόμου. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου κύριος στόχος του ατόμου είναι η εξασφάλιση της ποιότητας ζωής μέσα στις συνθήκες που επιβάλλει η νόσος και η θεραπεία της. Οι εμπειρίες που ο ασθενής και η οικογένειά του βιώνουν κατά τη χρόνια φάση εξαρτώνται από τη φύση της αρρώστιας, την πρόγνωση και την εξέλιξη της υγείας του ατόμου. Οι αλληπάλληλες υποτροπές και υφέσεις που συνοδεύουν τον καρκίνο καθιστούν την χρόνια φάση μια δύσκολη περίοδο, ιδιαίτερα όταν η έκβαση είναι αβέβαιη και συνοδεύεται από χρόνια άγχος. Παρ' όλα αυτά, η περίοδος αυτή λειτουργεί και σαν πρόκληση, καθώς ο ασθενής και η οικογένεια του εντάσσουν την ασθένεια στη ζωή τους και μαθαίνουν να ζουν με αυτή, αξιοποιούν το χρόνο και αναθεωρούν τις μέχρι πρότινος σχέσεις τους.

Σε αυτό το στάδιο οι κυριότεροι στόχοι του κοινωνικού λειτουργού είναι:

- Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή για την εξασφάλιση ενός φυσιολογικού ρυθμού και ποιότητας ζωής.
- Η κατανόηση της σημασίας των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών και η προτροπή του ασθενούς στην τήρησή τους.
- Η αναγνώριση της ικανότητας του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που θα κληθεί να πάρει σε αυτό το στάδιο αλλά και η στήριξη αυτών.
- Ο περιορισμός της κοινωνικής απομόνωσης του ασθενούς με την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου του.
- Η βοήθεια στην κατανόηση της εξέλιξης της υγείας και της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής και η αντιμετώπιση του νέου άγχους που αυτή θα επιφέρει.
- Η αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων και ανησυχιών του.
- Η αναγνώριση των επιπτώσεων της χρόνιας αρρώστιας στην εικόνα εαυτού, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην αντίληψη της ζωής του ασθενή.

3.3 Τελικό στάδιο θεραπείας

Με τον όρο τελικό στάδιο θεραπείας νοείται είτε η ανάρρωση και αποθεραπεία του ατόμου είτε η επιδείνωση της ασθένειας του. Και στις δυο αυτές περιπτώσεις αν και για διαφορετικούς λόγους οι ασθενείς βρίσκονται σε μεγάλη ψυχολογική πίεση και ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να τους βοηθήσει να χειριστούν τα συναισθήματά τους και να προσαρμοστούν στη νέα για αυτούς κατάσταση της υγείας τους.

Φάση αποθεραπείας

Μερικές φορές η θεραπεία της συγκεκριμένης αρρώστιας είναι αποτελεσματική και το άτομο αναρρώνει και αποθεραπεύεται. Οι εμπειρίες που έχει βιώσει καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου έχουν επηρεάσει βαθιά τον ψυχισμό του, με αποτέλεσμα αλλαγές στην αντίληψη για τον εαυτό του, τους άλλους και τη ζωή. Είναι χαρακτηριστικό ότι πολλά άτομα βιώνουν το θρήνο που συνοδεύει την προσωρινή απώλεια της υγείας τους και την απειλή της ζωής τους μόνο μετά την αποθεραπεία ενώ άλλα εξακολουθούν να βιώνουν έντονα συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης και ενοχών, που απαιτούν αναγνώριση και επεξεργασία.

Κατά την αποθεραπεία παρά την αίσθηση ανακούφισης που νοιώθουν τα άτομα δημιουργείται επίσης έντονο άγχος και ανασφάλεια που προκαλούνται από την πιθανότητα υποτροπής της αρρώστιας αλλά και από τη διακοπή της μακρόχρονης σχέσης με το προσωπικό υγείας. Η διακοπή της προσοχής του προσωπικού υγείας αλλά και η απότομη διακοπή της σχέσης με το άτομο δημιουργεί πολλές φορές την αίσθηση της εγκατάλειψης. Γι' αυτό και είναι σημαντικό να αποφεύγονται αποχωρισμοί που δεν επιτρέπουν την έκφραση συναισθημάτων και τη διευθέτηση τυχών εκκρεμών υποθέσεων στη σχέση που ανέπτυξε το προσωπικό υγείας με τον πρώην ασθενή και την οικογένεια του.

Η φάση της αποθεραπείας προβάλλει νέες προκλήσεις στον ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό τομέα. Το άτομο καλείται πλέον να δημιουργήσει μια νέα εικόνα εαυτού. Οι σχέσεις με το περιβάλλον του έχουν επηρεαστεί από την εμπειρία της αρρώστιας, με συνέπεια άλλοτε να υπάρχει μια ουσιαστική προσέγγιση και άλλοτε αποξένωση ή απογοήτευση. Οι αξίες και οι προτεραιότητες έχουν πλέον αναθεωρηθεί και ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων της καθημερινότητας έχει πια αλλάξει. Η ανάγκη του ατόμου να μιλήσει για αυτό το βίωμα του είναι συχνή και θα πρέπει να ενθαρρύνεται καθώς λειτουργεί θεραπευτικά και ταυτόχρονα λυτρωτικά γι' αυτό (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1986).

Σε αυτή τη φάση ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει τον ασθενή:

- να δεχτεί τη νέα εικόνα του εαυτού του
- να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις του
- να επαναπροσδιορίσει τις αξίες του
- να κάνει αυτοβιογραφική ανάλυση

Τελική φάση στη ζωή του αρρώστου

Η τελική φάση χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και την τροποποίηση των στόχων παρέμβασης του προσωπικού υγείας, που πλέον αποβλέπει στην ανακουφιστική φροντίδα του αρρώστου εν όψει του επικείμενου θανάτου. Η διάρκεια και πορεία της τελικής φάσης ποικίλλουν. Οι παράγοντες που την διαφοροποιούν σχετίζονται με τη φύση και την εξέλιξη της αρρώστιας, με τις παρεμβάσεις του προσωπικού υγείας αλλά και από τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του. Οι προκλήσεις και τα συναισθήματα σε αυτή τη φάση είναι πολλαπλά και συχνά επηρεάζουν βαθιά όσους συμμετέχουν στη φροντίδα του.

Η τελική φάση ολοκληρώνεται με την ανακοίνωση του θανάτου. Ο θάνατος είναι αναπόφευκτη συνέπεια της ζωής και εξ' αιτίας αυτού του γεγονότος εγείρονται πολλά ηθικά προβλήματα. Οι τρόποι αντιμετώπισης του αλλά και οι αξίες των ανθρώπων σχετικά με το θάνατο είναι πολύ προσωπικές και σχετίζονται με τους δικούς τους φόβους γι' αυτόν (Downie & Calman, 1997).

Συνεπώς, το τέλος αυτής της φάσης αποτελεί την αρχή μιας άλλης φάσης θρήνου που βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από την οικογένεια, τους φίλους, τα μέλη του προσωπικού υγείας και όσους έχουν επηρεαστεί από τη ζωή και το θάνατο του συγκεκριμένου ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Σταδία προσαρμογής στο τελικό στάδιο

Η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο καθώς πορεύεται προς το θάνατο χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια. Σύμφωνα με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο (2009) τα στάδια αυτά είναι:

Στάδιο της άρνησης

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

Η άρνηση είναι ένας φυσιολογικός μηχανισμός άμυνας όπου σε αυτή την απειλητική ή οδυνηρή πραγματικότητα που αντιλαμβάνεται ο ασθενής εκείνη τη χρονική στιγμή λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας. Έτσι, λοιπόν, αρνούμενος το γεγονός της αρρώστιας και των επιπτώσεων της, αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα με λάθος τρόπο. Η άρνηση περιλαμβάνει διάφορα επίπεδα. Σε ένα πρώτο επίπεδο η άρνηση αφορά τα γεγονότα. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η άρνηση αφορά τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Ο άρρωστος ενώ δέχεται τη διάγνωση, αρνείται τις επιπτώσεις. Σε ένα τρίτο επίπεδο, η άρνηση σχετίζεται με την πιθανότητα του θανάτου. Το άτομο παρόλο που αναγνωρίζει ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και πιστεύει ότι θα ζήσει για πολλά χρόνια.

Στάδιο του θυμού

«Γιατί; Γιατί να τύχει σε μένα αυτό το κακό;»

Την έκφραση αυτή τη συνοδεύει ο θυμός και η πικρία που απορρέουν από μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου. Αυτή η αντίδραση είναι φυσιολογική δεδομένου ότι το άτομο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του είναι αβέβαιο. Πίσω από κάθε «γιατί» κρύβεται πίκρα και θυμός. Αρκετοί άρρωστοι αισθανόμενοι «προδομένοι» από το ίδιο τους το σώμα, δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι ο οργανισμός τους είναι ευάλωτος και αδύναμος.

Πολλές φορές ενώ θυμώνουν με την αρρώστια και τις επιπτώσεις της, μεταφέρουν το θυμό τους προς άλλα άτομα, τους οικείους, τους συγγενείς, τους φίλους ή και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Άλλες φορές πάλι στρέφονται ενάντια στο Θεό αναθεωρώντας τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

Όταν πάλι στρέφουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές, οι οποίες διακρίνονται σε τρεις μορφές: (α) Το άτομο αισθάνεται ενοχή πιστεύοντας ότι με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής ο ίδιος προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του. (β) Το άτομο νιώθει ένοχο όταν εισπράττει την αρρώστια του ως «τιμωρία» για συγκεκριμένες πράξεις του, τις οποίες θεωρεί ότι είναι μη αποδεκτές και μη ηθικές. (γ) Επίσης, μπορεί να βιώνει ενοχές για πράγματα που δεν έκανε στη ζωή του και για αυτά που δεν θα προλάβει να κάνει λόγω του περιορισμένου χρόνου που του απομένει. Συχνά έχουν ενοχές για την αρρώστια, καθώς πιστεύουν ότι είναι «βάρος» για την οικογένεια και ότι προκαλούν πόνο και θλίψη στα αγαπημένα τους άτομα.

Στάδιο της διαπραγμάτευσης

«Ναι μεν... αλλά ... »

Το άτομο με τη διαπραγμάτευση που συνήθως γίνεται με κάποιο άτομο κύρους ή με το Θεό, έχει την ψευδαίσθηση ότι μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και το θάνατο, αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις.

Οι επιπτώσεις της διαπραγμάτευσης μπορεί να είναι θετικές αλλά και αρνητικές. Από τη μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει το άτομο να υιοθετήσει συμπεριφορές που προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Επίσης, όταν ένα άτομο έχει πίστη στο Θεό, αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη πλευρά όμως, όταν αυτός με τον οποίο διαπραγματεύεται δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, τα οποία εγκαταλείπουν τον άρρωστο σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στο θάνατο. Ο αγώνας του δεν έχει πια νόημα οπότε σταματά να ακολουθεί τις οδηγίες ή βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη.

Στάδιο της κατάθλιψης

«Ναι... η ζωή μου απειλείται, μπορεί να πεθάνω»

Ο άρρωστος σε αυτό το στάδιο αρχίζει να θρηνεί, δεχόμενος πλέον το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει. Όταν η κατάθλιψη οφείλεται σε απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν μπορεί να είναι «αντιδραστική», συγκρίνοντας το πώς έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν, σε θέματα που αφορούν την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κ.λπ. Όμως, όταν σκέφτεται τις ερχόμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου η κατάθλιψη μπορεί να είναι και «προπαρασκευαστική»

Αισθήματα όπως θλίψη, απώλεια ενέργειας, απαισιοδοξία, απόγνωση, απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, μείωση ενδιαφερόντων και συμμετοχής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, είναι συμπτώματα που εκδηλώνονται στον ασθενή με κατάθλιψη. Οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές και παροδικές. Το άτομο είναι πιο πιθανό να καταλάβει, να αποδεχθεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται όταν ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματα του. Ουσιαστικά, η κατάθλιψη του δίνει τη δυνατότητα να θρηνήσει για την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί στη νέα.

Στάδιο της αποδοχής

«.....»

Η εσωτερική ηρεμία είναι χαρακτηριστική σε αυτό το στάδιο. Ο ασθενής συμφιλιώνεται σιγά-σιγά με την ιδέα του θανάτου και δεν αγωνίζεται πλέον για να σωθεί, χωρίς βέβαια να σταματά την επιδίωξη αξιοπρεπών συνθηκών που του εξασφαλίζουν ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Ο ασθενής αισθάνεται ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει καθώς έχει τακτοποιήσει τις εκκρεμείς υποθέσεις του. Η αποδοχή της κατάστασης του εκφράζεται κυρίως από το βλέμμα και τη συμπεριφορά του, καθώς η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι συνήθως περιορισμένη.

Τα πέντε αυτά στάδια δεν έρχονται πάντοτε και σε όλους με την παραπάνω σειρά ενώ πολλά άτομα έχουν και άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις όπως την απάθεια, τον φόβο, την αιφνίδια διαχυτικότητα και την έκφραση αγάπης προς τους γύρω αλλά και αποκάλυψη εντυπωσιακών και άγνωστων πτυχών της προσωπικότητας του ατόμου όπου συχνά συμβαίνει να πρυτανεύουν και κάποιες ισχυρές δόσεις καλόγουστου χιούμορ.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλο (2009) οι στόχοι του κοινωνικού λειτουργού στο τελικό στάδιο είναι:

- Να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα.
- Να συμβάλλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνδέονται με τη πορεία του αρρώστου προς το θάνατο.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή, η οποία ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, διατηρώντας έτσι μία θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.
- Να αναγνωρίσει τη διεργασία θρήνου και να ενθαρρύνει την έκφραση συναισθημάτων
- Να προσφέρει πνευματική φροντίδα στον ασθενή
- Να προσφέρει στήριξη στην οικογένεια του ασθενή

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

4.1 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Η κοινωνική εργασία είναι μέρος του συστήματος υγείας για περισσότερο από εκατό χρόνια και έχει μία σημαντική ιστορία, με σημαντικές συνεισφορές στο πεδίο της φροντίδας υγείας. Συναντάμε κοινωνικούς λειτουργούς σε πολλές περιοχές όπως νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα αποκατάστασης, χώρους περίθαλψης, γηροκομεία, τμήματα υγείας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν εμπλακεί σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας: προληπτικής θεραπείας, κύριες, δευτερογενής και τριτογενής θεραπείες, θεραπείες αποκατάστασης και συνεχούς θεραπείας.

Βασισμένοι στους κύριους σκοπούς και λειτουργίες του κάθε συστήματος υγείας, οι ρόλοι τους διαφέρουν, απαιτώντας διαφορετικές επαγγελματικές ικανότητες. Σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν παράσχει μία ολιστική άποψη των προβλημάτων και των καταστάσεων γενικότερα, τονίζοντας τις επιπτώσεις των ασθενειών. Στη περίπτωση των χρόνιων ασθενειών ένας κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται στον ασθενή, σωματικά, ψυχολογικά, στο οικογενειακό περιβάλλον του αλλά και στο περιβάλλον της υγείας του (Dhooper, 1997).

Στόχος της υποστηρικτικής θεραπείας είναι ο κοινωνικός λειτουργός να κατανοήσει και να επεξεργαστεί τα συναισθήματα του ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον να τα εκφράσει. Όταν το άτομο παραδεχτεί ότι υπάρχει η ασθένεια, την ερμηνεύσει και την επεξηγήσει, θα υπάρξει ρεαλιστική αντιμετώπιση αυτής και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Ο ασθενής λαμβάνοντας ψυχοκοινωνική φροντίδα μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά τα προβλήματά του.

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός επικοινωνεί με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του εάν υπάρχουν. Προσεγγίζει και στηρίζει τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, υπό το

πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/reasons/>)

Στοιχεία για τον ασθενή και την οικογένεια του που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς, συλλέγονται από τον κοινωνικό λειτουργό μέσω του κοινωνικού ιστορικού. Μία σωστή εκτίμηση εξ αρχής είναι σημαντική για την συναισθηματική στήριξη του αρρώστου, η οποία είναι πολυδιάστατη. Αξιολογούνται τα κοινωνικά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ασθενούς. Μέσω της καλής επικοινωνίας, η οποία κυρίως επιτυγχάνεται με το διάλογο, εξασφαλίζεται η προσέγγιση του ασθενούς. Ο διάλογος αυτός είναι απαραίτητο να αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και να παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη.

Οι κύριοι στόχοι του κοινωνικού ιστορικού το οποίο αποτελεί μια πολύ-επίπεδη και πολυδιάστατη συνεργασία με το άτομο και το περιβάλλον του, είναι να συγκεντρώσει δεδομένα για το άτομο και την κατάστασή του και να επιδιώξει μέσα από την διαδικασία του καθορισμού των στόχων, των τρόπων και των μέσων, για την λύση των προβλημάτων του, την εμπλοκή του ατόμου νοητικά και συναισθηματικά.

Μια τέτοια ψυχοκοινωνική μελέτη καλύπτει: Αντικειμενικά δεδομένα όπως στοιχεία ταυτότητας των ενδιαφερομένων, χρονολογίες και αλληλουχία των γεγονότων που αναφέρονται σε ζωτικά για την περίπτωση θέματα, το ιστορικό της έναρξης και της εξέλιξης του παρουσιαζόμενου προβλήματος και επικέντρωση σε σχετικά με αυτό θέματα. Περιλαμβάνει επίσης, τα συναισθήματα, τις στάσεις και τις προσδοκίες για το παρουσιαζόμενο πρόβλημα. Περιγράφει την ποιότητά και τη μορφή των ενδοοικογενειακών σχέσεων, τους ρόλους που έχουν τα μέλη μέσα στην οικογένεια και την σχέση της οικογένειας με τον κοινωνικό περίγυρο. Αρχίζοντας από το παρόν το κοινωνικό ιστορικό μπορεί να διερευνά το παρελθόν των ατόμων που εμπλέκονται στο πρόβλημα, καθώς και τις προσδοκίες των ενδιαφερόμενων για το μέλλον όπως τις σκέφτονται οι ίδιοι.

Τέλος, σκοπός του κοινωνικού ιστορικού είναι ο κοινωνικός λειτουργός να κάνει μία πρώτη εκτίμηση των σωματικών, νοητικών και ψυχικών δυνάμεων του ατόμου αλλά και όσων το περιβάλλουν. Όλα αυτά φυσικά διαφέρουν κάθε φορά, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης (Δημοπούλου - Λαγωνίκα, 2006) .

Μετάπειτα, στη πορεία της ασθένειας, ο κοινωνικός λειτουργός θέτει ως βασικές προτεραιότητές του τις εξής:

- Να είναι εκεί

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει με το να είναι διαθέσιμος όταν ο ασθενής με καρκίνο θέλει να μιλήσει, μειώνοντας έτσι την αγωνία του. Πολλοί ασθενείς έχουν την ανάγκη να μιλήσουν σχετικά με τα αναπάντεχα νέα της διάγνωσης του καρκίνου, και νιώθουν έκτος ελέγχου. Έτσι, αισθάνονται ανακουφισμένοι όταν υπάρχει κάποιος με τον οποίο μπορούν να μιλήσουν. Ο κοινωνικός λειτουργός ψάχνει ευκαιρίες να μοιραστεί με τους ασθενείς της γνώσεις του για τον συναισθηματικό αντίκτυπο του καρκίνου, να τους φέρει σε επαφή με άλλους ασθενείς που είχαν περάσει από την ίδια διαδικασία και να τους διαβεβαιώσει ότι θα είναι εκεί για αυτούς σε όλη τη πορεία της θεραπείας.

- Να είναι το πρόσωπο αναφοράς

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά με το να είναι 'πρόσωπο αναφοράς' καθορισμένο από τον ασθενή και από την υγειονομική ομάδα στο να βοηθήσει να διαχειριστεί την κατάσταση, στην ανακοίνωση του καρκίνου.

- Να προσφέρει υποστήριξη στον ασθενή

Ο κοινωνικός λειτουργός συχνά υποστηρίζει τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειες τους, τους βοηθά να εξασφαλίσουν τα δικαιώματά τους από τον νόμο και γενικά σε όλη αυτή τη δύσκολη κατάσταση γίνεται σύμμαχος του ασθενή.

- Να παρέχει πόρους

Η ανάγκη για θεραπεία του καρκίνου πυροδοτεί συχνά μια αλυσίδα άλλων προβλημάτων, όπως την ξαφνική ανάγκη για μεταφορά στο νοσοκομείο ή την εξασφάλιση της στέγασης για τους ασθενείς της επαρχίας. Ο κοινωνικός λειτουργός επικοινωνεί με τα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες που υποστηρίζουν την φροντίδα των ασθενών και προσπαθεί να βρει τους πόρους για τις συγκεκριμένες ανάγκες.

- Να βοηθάει τον ασθενή με προβλήματα απασχόλησης

Είναι κοινά προβλήματα η αναστάτωση στην δουλειά και τα εργασιακά οφέλη κατά την διάρκεια της αναρρωτικής άδειας. Η νομοθετική ρύθμιση που υποστηρίζει εργαζόμενους με καρκίνο έχει βελτιωθεί από την δεκαετία του 70'. Πολλοί εργοδότες υποστηρίζουν τους καρκινοπαθείς υπάλληλους τους, παρέχοντας τους τις αποδοχές τους και άδεια. Ωστόσο, ορισμένοι εργοδότες δεν βοηθούν τους καρκινοπαθείς εργαζόμενους τους. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι αποτελεσματικός στη λήψη παροχών και υπηρεσιών για τους καρκινοπαθείς με το να επικοινωνεί με την εκάστοτε εταιρία ή τα ασφαλιστικά ταμεία.

- Μαθαίνει τους ασθενείς να διεκδικούν όταν είναι απαραίτητο

Για πολλούς ασθενείς είναι δύσκολο να περιγράψουν τα προβλήματα τους στους γιατρούς ή σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει κατευθύνοντας τους καταβεβλημένους ασθενείς να είναι διεκδικητικοί. Όταν οι ασθενείς είναι αποτελεσματικοί εκφράζοντας αυτά που νιώθουν και παίρνοντας την βοήθεια που χρειάζονται τότε αισθάνονται ότι ανακτούν και πάλι τον έλεγχο.

- Παρέχει ένα ασφαλές μέρος για συζήτηση συναισθηματικών θεμάτων

Το γραφείο του κοινωνικού λειτουργού είναι ένα καταφύγιο για τους ασθενείς, όπου μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και την αγωνία τους για το καρκίνο. Πολύ συχνά οι ασθενείς χρειάζονται να μιλήσουν για το σοκ και την αναστάτωση που προκάλεσε ο καρκίνος στη

ζωή τους με κάποιον άλλον εκτός από την οικογένειά τους, καθώς ο καρκίνος έχει ανατρέψει τους ρόλους τους μέσα στην οικογένεια. Με τον κοινωνικό λειτουργό εκτός των άλλων οι ασθενείς μπορούν να σχεδιάσουν ή να παίξουν ρόλους για το τι θέλουν να πουν στα μέλη της οικογένειάς τους ή στο γιατρό τους.

- Συζήτηση διαπροσωπικών θεμάτων

Αναγνωρίζοντας την κεντρική σημασία των ανθρωπίνων σχέσεων ο κοινωνικός λειτουργός ανταποκρίνεται θετικά στα αιτήματα των ασθενών να μιλήσουν για διαπροσωπικές συγκρούσεις. Επίσης, αναγνωρίζοντας ότι ο καρκίνος αποτελεί πρόκληση στις διαπροσωπικές ικανότητες, ο κοινωνικός λειτουργός δεν εκπλήσσεται όταν η αγωνιά διεγείρει την ανάγκη να μιλήσουν για παρελθοντικές ή τωρινές οικογενειακές εμπειρίες, αξίες, προτεραιότητες και συγκρούσεις. Μέσα από την ατομική και ομαδική υποστήριξη των ασθενών, συχνά αναδύεται και το θέμα των αλλαγών στις σεξουαλικές δραστηριότητες και η δυσκολία κατανόησης μεταξύ των συντρόφων.

- Βοηθάει τον ασθενή στη ζωή του μετά τη θεραπεία

Μετά τη θεραπεία, οι ασθενείς όταν επισκέπτονται το γιατρό τους, συχνά επισκέπτονται και τον κοινωνικό λειτουργό. Θέματα ανάρρωσης, όπως απώλεια ενέργειας, κόπωσης, οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος και της σεξουαλικότητας, γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές, επαγγελματικά θέματα, επικοινωνιακές αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις και η αλλαγή στην άποψη της ζωής, αφορούν τον ασθενή που επισκέπτεται τον κοινωνικό λειτουργό. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι πάντα χρήσιμη, παρέχει νέες πληροφορίες και προσφέρει ελπίδα στον ασθενή. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παραμείνει ενήμερος σχετικά με τις τελευταίες έρευνες μέσω του internet και να παρέχει τις τελευταίες πληροφορίες στους ασθενείς κατά την επίσκεψή τους. Προτείνοντας στους ασθενείς να συμμετέχουν σε ομαδικές συνεδρίες, τους προσφέρεται η δυνατότητα να μάθουν ο ένας μέσα από τον άλλο.

- Προσφέρει ομαδική υποστήριξη

Οι ασθενείς έχουν συχνά την ανάγκη να μιλήσουν με άλλους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες για τις αλλαγές που έχουν προκύψει στις ζωές τους. Οι ομαδικές θεραπείες προσφέρουν ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο οι ασθενείς μπορούν να μιλήσουν για συναισθηματικά θέματα, βοηθώντας τους να αποκτήσουν μια αίσθηση εσωτερικού ελέγχου. Απορροφούν την θετική ενέργεια που δίνει ο ένας στον άλλον μέσα στην ομάδα. Οι ομάδες μπορεί να είναι επικεντρωμένες σε εκπαιδευτικά ή συμβουλευτικά θέματα. Προσφέρουν στους ασθενείς ένα μέρος να μιλήσουν με ομοιοπαθείς που αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις στην ζωή. Ο ασθενής ερχόμενος αντιμέτωπος με δύσκολα θέματα μέσα στην ομαδική θεραπεία όπως συναισθήματα που σε κάνουν να είσαι έκτος έλεγχου, μπορεί να διαχειριστεί πολλά από τα προβλήματά του.

- Φέρνει ξανά κοντά τους ασθενείς με την κοινότητά τους

Ο κοινωνικός λειτουργός ενθαρρύνει τους ασθενείς να είναι οι ίδιοι συνήγοροι του εαυτού τους στο σύστημα υγείας και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Ενθαρρύνει τους ασθενείς να παίρνουν βοήθεια για τη μεταφορά τους από της διάφορες υπηρεσίες καθώς και να συμμετέχουν σε οργανισμούς υγείας. Μετά την θεραπεία μερικοί ασθενείς θα θελήσουν να ανταποδώσουν, με το να γίνουν μέλη συλλόγων σχετικά με τον καρκίνο ή σε κοινωνικά ιδρύματα που προσφέρουν προσοχή στις ανάγκες των ασθενών.

- Βοηθάει του ασθενείς και τις οικογένειές τους με θέματα υποτροπής της νόσου.

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν υποτροπιάζουσες ασθένειες ενθαρρύνοντάς τους να έχουν ελπιδοφόρα στάση και υποστηρίζοντάς τους στη θεραπεία που θα επιλέξουν. Οι ασθενείς ίσως θελήσουν να μιλήσουν επαναπροσδιορίζοντας το τι είναι πιο σημαντικό στην ζωή τους ή για το πώς να διατηρήσουν μια αποδεκτή ποιότητα ζωής στο σπίτι κατά την διάρκεια της θεραπείας. Όταν οι ασθενείς συζητούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όπως είναι η κατάθλιψη, απώλεια βάρους, πόνους, ανορεξία, ο ρόλος του κοινωνικού

λειτουργού γίνεται υποστηρικτικός προς τον ασθενή, στο να δεχτεί πρακτικές βασισμένες στην βοήθεια στο σπίτι.

- Βοηθάει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν το τελικό στάδιο της νόσου.

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει τους ασθενείς τελικού σταδίου και τις οικογένειές τους να οργανώσουν τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής τους ανάλογα με την επιθυμία των ασθενών, και προσφέρει υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών του πένθους. Αρκετές φορές μπορεί να υπάρξουν περαιτέρω επιλογές που πρέπει να γίνουν σχετικά με την ιατρική περίθαλψη. Επίσης, μερικές φορές προκύπτουν οικογενειακά προβλήματα επικοινωνίας δημιουργώντας την ανάγκη στον ασθενή ή στα μέλη της οικογένειας του, για συγχώρηση και αποδοχή, μία ανάγκη που γίνεται πιο επείγουσα αναμένοντας τον θάνατο. Τα να πεις αντίο είναι ένα δύσκολο και γλυκόπικρο έργο και ο κοινωνικός λειτουργός συχνά μπορεί να βοηθήσει σε αυτό (Ganz, 2007).

Παρόλο που αποδεδειγμένα η θετική διάθεση μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της νόσου, διατηρώντας τον ασθενή αποφασισμένο να ολοκληρώσει την αγωγή και να μην πάψει να μάχεται για τη ζωή του, σπάνια οι ασθενείς και οι θεράποντες ιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Δεκάδες σχετικές έρευνες συμπεραίνουν πως η γενικότερη λειτουργία του οργανισμού και η ανταπόκριση στην εκάστοτε θεραπεία βελτιώνεται από τη θετική διάθεση του ασθενή. (<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/needofsupport/>)

Συνεπώς, ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ίδιου του ασθενή, ο οποίος πιθανόν αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας της νόσου ή των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι όσον αφορά τις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες.

4.1.1 Δικαιώματα ασθενών

Όπως προαναφέρθηκε ένας σημαντικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι η ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματα του. Εκτός αυτού ο ασθενής μπορεί να ενημερωθεί από συλλόγους και φορείς σχετικούς με τον καρκίνο αλλά και από τον Συνήγορο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όπου μπορεί επίσης και να απευθυνθεί για να διεκδικήσει τα δικαιώματα του.

Το κομμάτι αυτό είναι όχι μόνο απαραίτητο για την σωστή συνεργασία του ασθενούς με το γιατρό αλλά και πολύ σημαντικό για την πορεία της νόσου του καθώς έχοντας σωστή και πλήρη γνώση των δικαιωμάτων του, του δίνεται η επιλογή να έχει άποψη και να παίρνει ο ίδιος τις αποφάσεις που τον αφορούν.

Δικαιώματα ασθενών

N. 2071 ΦΕΚ 123/92 Τ.Α' -Άρθρο 47

N. 2519/97-ΦΕΚ 165Α - Κεφ. Α - 'Άρθρο 2

Οι διατάξεις του άρθρου 47 Ν. 2071/92 εφαρμόζονται αναλόγως και στο σύνολο των πολιτών που προσφεύγουν σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά

νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί για ότι αφορά την κατάστασή του.

5. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

6. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.

7. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου, των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

9. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

http://www.eurocharity.gr/publish/patient_right.pdf

4.2 Αρχές, τεχνικές και δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού

Αρχές

Σύμφωνα με τη Δημοπούλου- Λαγωνίκα (2006), μέσα από τις αρχές που διέπουν την επαγγελματική σχέση του κοινωνικού λειτουργού και του ατόμου, γίνονται αντιληπτά και τα χαρακτηριστικά εκείνα που τη διαφοροποιούν από τους άλλους τύπους σχέσεων.

Οι επτά βασικές αρχές είναι: α) εξατομίκευση, β) σκόπιμη έκφραση συναισθημάτων, γ) ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή, δ) παραδοχή, ε) μη κριτική στάση, στ) αυτοδιάθεση και ζ) εχεμύθεια.

α. Εξατομίκευση

Κατά την αρχή της εξατομίκευσης, κάθε άτομο δικαιούται ίση μεταχείριση από τους συνανθρώπους του καθώς επίσης αποδοχή της μοναδικότητας του και της διαφορετικότητας του. Είναι λοιπόν απαραίτητο για τη δημιουργία σχέσης με τον κοινωνικό λειτουργό, το άτομο να αισθανθεί ότι γίνονται κατανοητές και αποδεκτές οι δικές του ξεχωριστές ιδιαιτερότητες, δυσκολίες και προβλήματα. Η επιτυχία της σχέσης θα εξαρτηθεί από το βαθμό εξατομίκευσης του εξυπηρετούμενου.

β. Σκόπιμη έκφραση συναισθημάτων από τον εξυπηρετούμενο

Σκόπιμη έκφραση συναισθημάτων θεωρείται η αναγνώριση της ανάγκης του ατόμου για ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του και ιδιαίτερα των αρνητικών. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να ακούει με προσοχή, χωρίς να αποθαρρύνει και να κατακρίνει το άτομο στην έκφραση αυτών των συναισθημάτων. Αντιθέτως, όταν είναι χρήσιμο πρέπει σκόπιμα ο ίδιος να

προκαλεί και να ενθαρρύνει την έκφραση αυτών. Η έκφραση των συναισθημάτων από το άτομο δεν είναι πάντα αναμενόμενη. Παράγοντες που εμποδίζουν αυτή την έκφραση είναι ο πιθανός φόβος και άγνοια του ατόμου για την υπηρεσία και το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού αλλά και οι εσωτερικές άμυνες και αντιστάσεις του.

γ. Ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή από τον κοινωνικό λειτουργό

Ως ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή κατανοείται η ευαισθησία του κοινωνικού λειτουργού στα συναισθήματα του ατόμου, η κατανόηση της σημασίας τους και η σκόπιμη ανταπόκριση του σε αυτά.

δ. Παραδοχή

Η αρχή αυτή αφορά την παραδοχή της προσωπικότητας και της μοναδικότητας του ατόμου και όχι πάντα των πράξεων και της πιθανής αποκλίνουσας συμπεριφοράς του. Η αρχή αυτή υποδηλώνει ότι οι κοινωνικός λειτουργός πρέπει να δημιουργήσει σχέση με το άτομο όπως πράγματι είναι και όχι όπως θα ήθελε ο ίδιος να είναι ή να γίνει. Αποτελεί μια αρχή με αμφιλεγόμενο περιεχόμενο και δυσκολία στην εφαρμογή καθώς το άτομο πρέπει να γίνεται αποδεκτό ανεξάρτητα με το αν οι αξίες και η συμπεριφορά του είναι τελείως διαφορετικές από αυτές του κοινωνικού λειτουργού. Αν ο κοινωνικός λειτουργός δεν καταφέρει να μεταδώσει σταθερά μια γνησιότητα στην έννοια της παραδοχής, η ποιότητα της σχέσης αποβαίνει αμφιλεγόμενη, με αρνητική κατάληξη.

ε. Μη κριτική στάση

Η μη κριτική στάση του κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται άμεσα με την αρχή της παραδοχής. Αποτελεί απαραίτητη αρχή της επαγγελματικής σχέσης και σύμφωνα με αυτή, ο κοινωνικός λειτουργός δεν ενοχοποιεί επικριτικά το άτομο για ενδεχόμενη βλαπτική συμπεριφορά του ή δημιουργία προβλημάτων, αλλά αξιολογεί τη στάση και τις πράξεις του.

στ. Αυτοδιάθεση του ατόμου

Ως αυτοδιάθεση νοείται η αναγνώριση στην πράξη του δικαιώματος και της ανάγκης του ατόμου για ελεύθερη λήψη αποφάσεων και επιλογών που το

αφορούν. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να σέβεται αυτό το δικαίωμα, να αναγνωρίζει αυτή την ανάγκη και να κινητοποιεί το άτομο για χρησιμοποίηση του δυναμικού που διαθέτει για αυτοκατεύθυνση.

ζ. Εχεμύθεια

Εχεμύθεια είναι η τήρηση από τον κοινωνικό λειτουργό των εμπιστευτικών πληροφοριών που αποκαλύπτει το άτομο κατά τη διάρκεια της συνεργασίας. Η εχεμύθεια των προσωπικών στοιχείων του ατόμου αποτελεί, με απόφαση νόμου, αναφαίρετο δικαίωμα καθώς επίσης και δεοντολογική υποχρέωση του κοινωνικού λειτουργού.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών ο κοινωνικός λειτουργός λαμβάνοντας υπόψη το στόχο ή τους στόχους που έχουν θέσει από κοινού με τον πελάτη, μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορες στρατηγικές ή τεχνικές, επιλέγοντας αυτές που ταιριάζουν στη θεραπευτική προσέγγιση την οποία εφαρμόζει.

α. Παραγωγή υποθέσεων

Σταδιακά, καθώς συγκεντρώνονται όλο και περισσότερες πληροφορίες, αρχίζουν να διαφαίνονται η προσωπικότητα, η δυναμική, τα βιώματα και ο τρόπος δράσης και σκέψης του ατόμου. Σε αυτό το σημείο γίνονται οι πρώτες υποθέσεις από τον κοινωνικό λειτουργό και μια προκαταρκτική διάγνωση που αποτελούν αφετηρία για περαιτέρω διερεύνηση και χρησιμεύουν στην επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων. Οι υποθέσεις αυτές δεν ανακοινώνονται στον ασθενή καθώς είναι προτιμότερο να αντιληφθεί ο ίδιος την πραγματικότητα μέσω της θεραπευτικής διαδικασίας.

β. Διαμόρφωση εικόνας ψυχικής υγείας

Με αυτόν τον όρο νοείται η εικόνα που διαμορφώνει ο κοινωνικός λειτουργός για το άτομο όπως θα είναι μετά το τέλος της θεραπείας και που βασίζεται κυρίως στα λεγόμενα και στις προσδοκίες του ατόμου και όχι στις προσωπικές φιλοδοξίες του κοινωνικού λειτουργού.

γ. Αποσαφήνιση

Η αποσαφήνιση αναφέρεται στον επιβεβαιωτικό έλεγχο της ακρίβειας των πληροφοριών και των στοιχείων που παρέχει το άτομο, έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι η αφήγηση του έγινε κατανοητή με ορθό τρόπο.

δ. Διερεύνηση

Αφορά μια διαδικασία κατά την οποία ο κοινωνικός λειτουργός επιλέγει ένα θέμα που έχει αναφερθεί από το άτομο και του ζητά να το εξηγήσει λεπτομερέστερα. Η διερεύνηση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε τρία επίπεδα: στο συναισθηματικό, το γνωστικό και το συμπεριφορικό.

ε. Ερωτήσεις

Οι ερωτήσεις θα πρέπει να διατυπώνονται με τέτοιο τρόπο που να μην επηρεάζουν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Οι ερωτήσεις χαρακτηρίζονται σε ανοιχτές και κλειστές και η κάθε μια κατηγορία επιφέρει διαφορετικό είδος απάντησης. Οι ανοιχτές ερωτήσεις επιτρέπουν στον πελάτη να εκφραστεί ελεύθερα, να μιλήσει περισσότερο, να επεξεργαστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, και να οδηγηθεί σε μια χρήσιμη ενδοσκόπηση τόσο για τον ίδιο όσο και για τον κοινωνικό λειτουργό. Αντίθετα, οι κλειστές ερωτήσεις οδηγούν σε σύντομες απαντήσεις αντικειμενικού χαρακτήρα ή συχνότερα σε μια μονολεκτική απάντηση.

στ. Παράφραση

Η παράφραση είναι μια τεχνική που βοηθά στην αναδόμηση της σκέψης του ατόμου. Στην παράφραση ο κοινωνικός λειτουργός συνοψίζει τα κύρια στοιχεία όσων έχει ήδη πει ο πελάτης και τα επαναλαμβάνει στην ενεργητική φωνή και με καταφατικό τρόπο. Σκοπός της παράφρασης είναι να δοθεί έμφαση στις κεντρικές ιδέες και να αποφευχθούν τα περιττά στοιχεία που αποδυναμώνουν τα βαθύτερα νοήματα.

ζ. Αντανάκλαση συναισθήματος

Ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που βίωσε το άτομο σε μια δεδομένη κατάσταση αλλά και αυτά που βιώνει κατά

τη διάρκεια της συνεδρίας. Παράλληλα, ο ίδιος λειτουργεί σαν καθρέφτης, μέσα από τον οποίο ο πελάτης μπορεί να δει, να αναγνωρίσει, να κατονομάσει και να επεξεργαστεί αυτά τα συναισθήματα.

η. Ερμηνεία

Κατά τη διάρκεια αυτής της τεχνικής ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να δώσει ένα διαφορετικό νόημα στην εμπειρία του ατόμου παρουσιάζοντας το από μια διαφορετική οπτική γωνία. Στη διαδικασία αυτή θα πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή από τον κοινωνικό λειτουργό, έτσι ώστε να μην επιβάλλονται στον πελάτη οι πεποιθήσεις και υποθέσεις του ίδιου.

θ. Αντιπαράθεση

Πρόκειται για την παρουσίαση δύο αντιφατικών πληροφοριών που το άτομο έχει αναφέρει. Αυτή η αντίφαση σχετίζεται είτε με τα λεγόμενα του ατόμου είτε με μια αντίθεση ανάμεσα στη λεκτική και τη μη λεκτική συμπεριφορά του.

ι. Παρότρυνση

Η παρότρυνση μπορεί να εκφράζεται τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά και υποδηλώνει την προσοχή και το ενδιαφέρον του κοινωνικού λειτουργού για τα λεγόμενα του ατόμου, καθώς και την προσδοκία του να ακούσει περισσότερα. Στόχος της παρότρυνσης είναι ο πελάτης να προχωρήσει πιο ουσιαστικά στην αφήγηση του, προσφέροντας πολύτιμο υλικό στον κοινωνικό λειτουργό.

κ. Υποστήριξη

Κατά την τεχνική αυτή χρησιμοποιούνται σύντομες υποστηρικτικές προτάσεις με στόχο το άτομο να αισθανθεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός βρίσκεται εκεί για εκείνον και για το πρόβλημα του.

λ. Σύνοψη

Στη σύνοψη ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται σε γεγονότα και συναισθήματα που εκφράστηκαν κατά τη διάρκεια της αφήγησης με λεκτικό και μη λεκτικό τρόπο. Κατά τη διαδικασία αυτή αφαιρούνται τα

περιττά στοιχεία από το σύνολο των πληροφοριών που έχουν συλλεχτεί, συμπυκνώνονται τα πιο ουσιαστικά και αναδιατυπώνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια.

μ. Σύμπλευση

Η τεχνική αυτή αναφέρεται στη στενή παρακολούθηση του ρυθμού και του τρόπου έκφρασης, καθώς και της λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να ακολουθεί κατά το δυνατόν τον «τρόπο» και το «βηματισμό» του πελάτη αντί να προσπαθεί να επιβάλει το δικό του. (Σταλίκας, 2005)

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Σύμφωνα με την Κανδυλάκη (2001), οι γενικές δεξιότητες αναφέρονται στις στάσεις και στη συμπεριφορά του κοινωνικού λειτουργού ως επαγγελματία, καθώς και στην ικανότητά του να εφαρμόζει τις γνώσεις, τις αξίες και τις αρχές του επαγγέλματος στην πράξη. Σύμφωνα με την κοινωνιολογική ερμηνεία του όρου, οι δεξιότητες αναφέρονται στη γνώση μέσα από την οποία ο κοινωνικός λειτουργός οργανώνει και διαμορφώνει τη στάση του. Το σύνολο των δραστηριοτήτων του κοινωνικού λειτουργού χαρακτηρίζεται από τις γενικές δεξιότητές του, οι οποίες και αποτελούν τα γενικά χαρακτηριστικά και τις ικανότητες που διαμορφώνουν το ρόλο του.

Παρακάτω αναφέρονται οι δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού, όπως τις περιγράφει η Δημοπούλου – Λαγωνίκα (2006) και είναι οι εξής:

α. Δεξιότητες επικοινωνίας

Ο ορισμός της επικοινωνίας χαρακτηρίζεται από την συναλλακτική διεργασία κατά την οποία εκπέμπονται, εισέρχονται και ανατροφοδοτούνται μηνύματα μεταξύ ατόμων, ομάδων και κοινωνικών συστημάτων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Το κέντρο της συνολικής επαγγελματικής δραστηριότητας αποτελείται από τις δεξιότητες επικοινωνίας. Οι δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας αναπτύσσονται από τον κοινωνικός

λειτουργός σε όλα τα επίπεδα παρέμβασης ,ατομικό, οικογενειακό, ομαδικό και κοινοτικό, τόσο στις άμεσες δραστηριότητες του ρόλου του, όσο και στις έμμεσες.

β. Δεξιότητες αυτοαντίληψης

Ο κοινωνικός λειτουργός κατακτά τις δεξιότητες αυτοαντίληψης σιγά-σιγά, αρχίζοντας από την εκπαίδευση για να αυξηθούν και να συνεχιστούν καθ όλη την επαγγελματική πορεία του. Βασικό εργαλείο της επαγγελματικής σχέσης είναι η σκόπιμη χρήση του εαυτού, η οποία προϋποθέτει βέβαια επίγνωση των δεξιοτήτων της αυτοαντίληψης και της αυτογνωσίας. Ένα σημαντικό βήμα για να γίνει ο κοινωνικός λειτουργός ένας επαρκής επαγγελματίας είναι η αναγνώριση των δικών του στερεότυπων αντιδράσεων, των αρνητικών στάσεων και των προκαταλήψεων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται χρόνος και συνειδητή προσπάθεια όχι μόνο στη διάρκεια της εκπαίδευσης του, αλλά και στην επαγγελματική του δραστηριότητα. Επομένως, για να κατακτήσει ο κοινωνικός λειτουργός τις δεξιότητες αυτοαντίληψης απαιτείται μια ειλικρινής αναζήτηση του πραγματικού εαυτού του, μέσα από την εκπαίδευση, την επαγγελματική εμπειρία, την εποπτεία, τον προβληματισμό και την διερεύνηση συναισθημάτων.

γ. Δεξιότητες ανάλυσης

Οι δεξιότητες ανάλυσης που χρησιμοποιούνται στις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας αναφέρονται στην ικανότητα του κοινωνικού λειτουργού να επιμερίζει, να κατατέμνει το συνολικό παρουσιαζόμενο πρόβλημα ή κατάσταση που εκφράζει το άτομο/σύστημα σε νοητικά κατασκευάσματα ή ενότητες, που στόχο έχουν την πιο ολοκληρωμένη μελέτη, κατανόηση και επίλυση του προβλήματος.

δ. Δεξιότητες χειρισμού συναισθημάτων

Ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τις δεξιότητες χειρισμού συναισθημάτων σε όλα τα επίπεδα παρέμβασης και κυρίως στο ατομικό. Οι δεξιότητες αυτές επικαλύπτονται με την ικανότητα του για δημιουργία, διατήρηση και σκόπιμη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής σχέσης.

Ύστερα από επισταμένες έρευνες ο Shulman διατύπωσε είκοσι δύο δεξιότητες που σχετίζονται με τις επαγγελματικές δεξιότητες, έδωσε όμως έμφαση σε αυτές που βοηθούν τους εξυπηρετούμενους να χειριστούν τα συναισθήματα τους και τα προβλήματα τους αντίστοιχα.

ε. Δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ή προσωπικής επάρκειας

Βασικό ρόλο στην εφαρμογή των άλλων επιβοηθητικών δεξιοτήτων έχουν οι δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ή προσωπικής επάρκειας και για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικές. Έτσι, ένας κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει εκτός του να γνωρίζει τις δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας, να μπορεί και να τις εφαρμόσει στην πράξη, δηλαδή μέσα από τη δυναμική διεργασία των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, να είναι σε θέση να τις μεταδώσει στον εξυπηρετούμενο. Οι δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ή προσωπικής επάρκειας χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: α. Διεκδικητικές δεξιότητες. β. Δεξιότητες διαχείρισης του στρες. γ. Δεξιότητες διαχείρισης του χρόνου.

στ. Δεξιότητες παρουσίασης προφορικού και γραπτού λόγου

Οι δεξιότητες του γραπτού λόγου αναφέρονται στα γραπτά κείμενα, σε φακέλους, εκθέσεις, παραπεμπτικά έγγραφα, συνεδρίες ομάδων και επιτροπών που είναι απαραίτητο να τηρεί ο κοινωνικός λειτουργός. Όσον αφορά τις δεξιότητες του προφορικού λόγου, αυτές αναφέρονται στην παρουσίαση περιστατικών στις συνεδρίες της διεπιστημονικής ομάδας, σε καταθέσεις, σε δικαστήρια και σε παραπομπές περιστατικών. Αυτή η δεξιότητα μπορεί σταδιακά να αναπτυχθεί με την κατάλληλη άσκηση, ώστε να επιτευχθεί η οργάνωση και ταξινόμηση των πληροφοριών που παρουσιάζονται.

ζ. Συντονιστικές δεξιότητες

Οι επιτελικές θέσεις, οι θέσεις επιτροπών στην κοινότητα, αλλά και αυτές που αφορούν (α)τη διαχείριση φροντίδας (β) τη διεπαγγελματική συνεργασία και (γ) την οργάνωση του φόρτου εργασίας, απαιτούν από τον κοινωνικό λειτουργό να εφαρμόζει συντονιστικές δεξιότητες.

η. Δεξιότητες ευαισθησίας και παρατήρησης

Η παρατήρηση της γλώσσας του σώματος, η ενσυναίσθηση, η κατανόηση των διαπροσωπικών δυναμικών και των σχέσεων ισχύος, η αντίληψη της διαφορετικότητας σε σχέση με την κοινωνική τάξη, τη φυλή, το θρήσκευμα και την εθνικότητα θεωρούνται ως δεξιότητες ευαισθησίας. Αυτές οι δεξιότητες χρησιμοποιούνται μέσω της παρατήρησης των λεπτών αποχρώσεων συμπεριφοράς των εξυπηρετούμενων.

θ. Δεξιότητες κριτικής στάσης

Οι δεξιότητες κριτικής στάσης αναφέρονται στη συνεχή και συνειδητή γνώση του κοινωνικού λειτουργού από την καθημερινή επαγγελματική εμπειρία μέσω της ετοιμότητας, του προβληματισμού και της κριτικής διάθεσής του. Η μάθηση από την πράξη συστηματοποιείται όταν ο επαγγελματίας αξιολογεί συχνά και αναθεωρεί τα τμήματα της εργασίας του και την αποτελεσματικότητά του.

ι. Δεξιότητες δημιουργικότητας

Στην ανάπτυξη καλών πρακτικών, στη συνεχή ανανέωση προγραμμάτων και παρεμβάσεων και στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σημαντική είναι η συμβολή της δημιουργικότητας σε συνδυασμό με την κριτική στάση. Όταν οι οργανωτικές δομές ενθαρρύνουν και δεν καταστέλλουν τη δημιουργικότητα, η ανάπτυξη νέων πρακτικών θα συμβάλει τόσο στην πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων, όσο και στην ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης των ίδιων των κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι αρκετές φορές αποθαρρύνονται μέσα στη καθημερινή ρουτίνα εργασίας και ιδιαίτερα όταν αυτή είναι αναποτελεσματική.

κ. Δεξιότητες διεπιστημονικής συνεργασίας

Η δημιουργικότητα, η θετική διάθεση, η επικοινωνία και η συνεργασία με συναδέλφους, διεπιστημονικούς συνεργάτες και εκπροσώπους συναφών ειδικοτήτων, αποτελούν τις δεξιότητες διεπιστημονικής συνεργασίας, που στόχο έχουν την κοινή διαγνωστική εκτίμηση, τον σχεδιασμό και την παρέμβαση προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

λ. Δεξιότητες προσωπικής επιβίωσης

Οι δεξιότητες επιβίωσης είναι απαραίτητες για την αυτοπροστασία του κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος ζει από τόσο κοντά τον ανθρώπινο πόνο και τη δυστυχία. Ο κοινωνικός λειτουργός προφυλάσσεται από την επαγγελματική εξουθένωση, χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες επιβίωσης σε συνδυασμό με τις δεξιότητες αυτοαντίληψης, χειρισμού συναισθημάτων, αυτοδιαχείρισης και διαχείρισης του χρόνου και του στρες.

4.3 Μέθοδοι προσέγγισης του κοινωνικού λειτουργού

Για την αύξηση της συναισθηματικής διέγερσης του εξυπηρετούμενου και για τη θεραπευτική αξιοποίηση των συναισθημάτων υπάρχει μια σημαντική ομάδα παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις που θα διαλέξει ο κοινωνικός λειτουργός εξαρτώνται από τη θεωρητική του προσέγγιση για την επίτευξη της θεραπευτικής αλλαγής, από τις γνώσεις και την εμπειρία του, καθώς και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε εξυπηρετούμενου. (Σταλίκας, 2005)

4.3.1 Θεραπεία Gestalt

Η θεωρία της θεραπείας Gestalt βασίζεται στην άποψη ότι η ψυχολογία πρέπει να εστιάζει στο παρόν πρόβλημα. Η δεύτερη ιδέα είναι ότι τα άτομα συνδέονται αναπόσπαστα σε ένα δίκτυο σχέσεων με όλα τα πράγματα. Μόνο μέσω αυτής της σχέσης μπορεί κάποιος να γνωρίσει πραγματικά τον εαυτό του. Αποτέλεσμα αυτών των ιδεών, είναι μια ψυχοθεραπευτική μέθοδος με πλούσια και μοναδική αντίληψη για την καθημερινή ζωή, το βάθος και τις δυσκολίες της, και για τα πιο υψηλά και δημιουργικά επιτεύγματα στα οποία μπορεί κάποιος να φτάσει. Οι θεραπευτές Gestalt θεωρούν ότι η προσέγγιση τους έχει την ικανότητα να απαλλάσσει σε κάποιο βαθμό το άτομο από τη δυστυχία και να δείχνει το δρόμο προς μερικά από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στα οποία μπορεί κανείς να φτάσει, επιτυγχάνοντας έτσι σε μοναδικό βαθμό την ανταπόκριση στις δυσκολίες και τις προκλήσεις της ζωής (Nevis, 2007) .

Το σημείο συνάντησης του ατόμου με το περιβάλλον και τον εαυτό του είναι η επαφή, η οποία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της θεραπείας. Υπάρχουν τριών ειδών επαφές: η εσωτερική, η διαπροσωπική και η διεθνής. Η βελτίωση και των τριών καταλήγει στην α) ενσωμάτωση εσωτερικών αντιφάσεων β) αναγνώριση της διαφορετικότητας του άλλου και γ) ακρόαση της άλλης πλευράς καλύτερα αντίστοιχα.

(<http://www.vitatherapy.gr/2BBD2551.el.aspx>)

Σύμφωνα με τη Gestalt η καλή επαφή εμποδίζεται από πέντε μηχανισμούς που είναι οι εξής :

- Η προβολή
- Η ενδοβολή
- Η συμβολή
- Η αναστροφή
- Η ανάκλαση

Η θεραπεία Gestalt ασκείται σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Υπάρχει μια ευρεία ποικιλία τεχνικών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι θεραπευτές Gestalt, ώστε να ενισχύσουν αυτό που αισθάνεται ο θεραπευόμενος στο παρόν. Δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος για να χρησιμοποιηθούν οι τεχνικές, έγκειται στη δεξιοτεχνία του ψυχοθεραπευτή να προσαρμόζει μία τεχνική στην εκάστοτε περίπτωση. Αυτές οι τεχνικές διακρίνονται στη λεκτική επικοινωνία και στη μη λεκτική επικοινωνία.

Τεχνικές Επίγνωσης

A) Λεκτική επικοινωνία:

- Δηλώσεις στο πρώτο ενικό πρόσωπο
- Αποφυγή τροποποιητικών και διστακτικών στοιχείων
- Χρήση ενεργητικής φωνής
- Αλλαγή ρημάτων
- Αλλαγή της μορφής των ερωτήσεων
- Ακρίβεια στην έκφραση
- Απαιτήσεις

- Αλλαγή ερωτήσεων σε δηλώσεις

B)Μη λεκτική επικοινωνία

- Εκμαιεύοντας σωματικές αισθήσεις από τον πελάτη.
- Ορίζοντας το συναίσθημα
- Δίνοντας ανατροφοδότηση στον πελάτη
- Αναπαριστώντας τη γλώσσα του σώματος του θεραπευόμενου.
- Επικέντρωση στο παρόν
- Άδεια καρέκλα
- Το παίξιμο της προβολής
- Οι τεχνικές της πρόβας
- Η εξάλειψη της ενδοβολής
- Απαλοιφή των αναστροφών
- Τεχνικές αντιστροφής

Η αφιέρωση αρκετού χρόνου από τον θεραπευτή, σε θέματα σχετικά με την προσωπική του ανάπτυξη, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση πριν της εφαρμογή της θεωρίας Gestalt στην πράξη. Η ποιότητα στη σχέση μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή επηρεάζεται από τα στοιχεία της προσωπικότητας του θεραπευτή. Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιεί δεξιότητες οι οποίες αναπτύσσονται φυσιολογικά μέσα στη σχέση με τον πελάτη. (<http://www.vitatherapy.gr/2BBD2551.el.aspx>)

4.3.2 Συστημική προσέγγιση

Η συστημική θεωρία έχει τη βάση της στη γενική θεωρία συστημάτων, η οποία είναι μια σύγχρονη προσπάθεια σύνθεσης των διαφόρων πλευρών της πραγματικότητας, υιοθετώντας μια ολιστική και «σχεσιακή» αντίληψη του κόσμου. Αυτή η θεωρία αναπτύχθηκε αρχικά στο χώρο της μηχανικής και χρησιμοποιήθηκε μετέπειτα σε άλλες επιστήμες, όπως η πληροφορική, η οικονομία, η βιολογία.

Οι επιστήμονες για πολλά χρόνια για να δώσουν μια πλήρη ερμηνεία του όλου, προσπαθούσαν να εξηγήσουν πολύπλοκα φαινόμενα ξεκινώντας από τα βασικά τους συστατικά στοιχεία. Όμως, η προσπάθεια τους αυτή δεν έφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα, διότι τα στοιχεία αυτά ήταν πολύ απλά στη φύση τους. Η εξήγηση της σκοπιμότητας που διέπει την συμπεριφορά με βάση απλές, μηχανιστικές διαδικασίες είναι ένα από τα πιο δισεπίλυτα προβλήματα.

Η συστημική θεωρία σε αυτό το πρόβλημα έδωσε μια εναλλακτική λύση, δείχνοντας με ποιόν τρόπο η σκόπιμη συμπεριφορά εμφανίζεται ως ιδιότητα ενός συστήματος, χωρίς όμως τα στοιχεία που αποτελούν αυτό το σύστημα να χαρακτηρίζονται από σκοπιμότητα. Πάνω σε αυτή την ιδέα, βασίστηκε η συστημική θεωρία για να βρει εφαρμογή και στο χώρο της ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής, αντιμετωπίζοντας τα ανθρώπινα «προβλήματα» όχι ως χαρακτηριστικό των ατόμων που απαρτίζουν το κοινωνικό σύστημα, αλλά ως εγγενείς και δυναμικές ιδιότητες των κοινωνικών αυτών συστημάτων και ιδιαίτερα της οικογένειας.

Η συστημική προσέγγιση μελετά κάθε ανθρώπινο σύστημα ως όλο και επικεντρώνεται στις σχέσεις των μερών που απαρτίζουν αυτό το σύστημα. Στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας και της συμβουλευτικής, ο εξυπηρετούμενος κατανοείται κι αντιμετωπίζεται ως μέλος ενός συστήματος, ο οποίος βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα μέλη του συστήματος «ανταλλάσσοντας» πληροφορίες, αλλά και με άλλα μικρότερα, ή μεγαλύτερα συστήματα, στα οποία είναι μέλος. (<http://www.sitemaker.gr/gvassiliades/assets/systemstherapy.htm>)

Ο Σταλίκας (2005), ορίζει το «σύστημα» ως μια ομάδα ατόμων η οποία συμπεριφέρεται ως μονάδα και αναφέρει ότι τα συστήματα έχουν όρια και είναι αυτοσυντηρούμενα.

Βασικές έννοιες της συστημικής προσέγγισης είναι η έννοια της ολότητας (εάν τα μέρη που αποτελούν ένα σύστημα έχουν διασπαστεί, τότε αυτό το σύστημα δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς ή να διερευνηθεί

ολοκληρωμένα), της σχέσης (όσο σημαντικά είναι τα στοιχεία που τα απαρτίζουν ένα σύστημα, τόσο σημαντικός είναι ο τρόπος και η δομή αυτών των στοιχείων) και της ομοιόστασης (η διατήρηση ισορροπίας επιζητείται από όλα τα ζωντανά συστήματα για τη διαφύλαξη αυτών των συστημάτων) (Δημοπούλου– Λαγωνίκα, 2006).

Το άτομο ,το ζευγάρι ή η οικογένεια που ζητά βοήθεια από έναν συστημικό ψυχοθεραπευτή εξετάζεται ανάλογα με το ρόλο και τη θέση που κάθε μέλος του συστήματος έχει στην παρούσα φάση της ζωής του.

Η θεραπευτική σχέση του ψυχοθεραπευτή με τον θεραπευόμενο είναι ένα καινούργιο σύστημα με τη δική του δυναμική. Εκτός από την έμφαση που δίνεται στις σχέσεις και στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων των εξυπηρετούμενων, ο συστημικός ψυχοθεραπευτής επικεντρώνεται και στους βασικούς παράγοντες που ενδυναμώνουν και εμπλουτίζουν την ίδια τη θεραπευτική σχέση. Συγκεκριμένα, βασικό θεραπευτικό εργαλείο ενός συστημικού συμβούλου ή ψυχοθεραπευτή είναι ο ίδιος ο εαυτός του καθώς ως μέλος κι αυτός του ψυχοθεραπευτικού συστήματος, δεν γίνεται να μην συμμετέχει και απλώς να παρατηρεί μόνο από τη θέση του «ειδικού». Αντιθέτως, μέσα στη θεραπευτική αυτή σχέση καλείται να καλλιεργήσει μια ατμόσφαιρα βαθιάς ενσυναίσθησης, αποδοχής και αυθεντικότητας .

Οι βασικές αρχές της συστημικής προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία είναι οι εξής:

1. Μέσα από τα κοινωνικά και πολιτικά συμφραζόμενα πρέπει να γίνονται αντιληπτά τα ψυχολογικά προβλήματα.
2. Η αλληλεπίδραση και οι σχέσεις που συμβαίνουν ανάμεσα στα μέρη των συστημάτων, βρίσκονται στο επίκεντρο όλων των ψυχολογικών αναζητήσεων και της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής καθώς διευκολύνει τον επικοινωνιακό χαρακτήρα που έχει η πληροφορία.
3. Οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων.

4. Οι επαναλαμβανόμενες και οργανωμένες μορφές συμπεριφοράς μέσα σ' ένα προβληματικό κοινωνικό σύστημα διατηρούν το σύμπτωμα.

5. Ο ψυχοθεραπευτής δίνει περισσότερη έμφαση στο τρόπο συμπεριφοράς και στις συνέπειες που έχει αυτή η συμπεριφορά στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, και όχι τόσο για την αιτία που οι άνθρωποι συμπεριφέρονται όπως συμπεριφέρονται.

6. Η εμφάνιση προβλημάτων μπορεί να συμβεί σε συγκεκριμένα εξελικτικά στάδια στα οποία βρίσκονται τα άτομα ή οι οικογένειες ή ακόμη όταν οι άνθρωποι αρνούνται την «πραγματικότητα».

7. Προβλήματα που παρουσιάζονται στους συμβούλους εκφράζονται γενικά μέσα από την γλώσσα κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

(<http://www.sitemaker.gr/gvassiliades/assets/systemstherapy.htm>)

4.3.3 Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Οι ψυχικές δυνάμεις και τα κίνητρα που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, στηρίζονται στην συστηματική μελέτη και γνώση αυτών των δυνάμεων, όπου και αναφέρεται η έννοια ψυχοδυναμικά. Παρόλο που για πολλά χρόνια προτεινόταν πολλά μοντέλα για την εξήγηση της φύσης της ψυχικής λειτουργίας του ανθρώπου, ο Sigmund Freud ήταν εκείνος που ανέπτυξε ίσως την πιο πλήρη και κλινικά χρήσιμη θεωρία για την κατανόηση της ψυχικής δομής και λειτουργίας.

Η ψυχοδυναμική θεωρία του Freud, δίνει έμφαση στη λειτουργική σημασία των συναισθημάτων και στον ρόλο των ασυνείδητων κινήτρων, παρουσιάζοντάς τα σαν αίτια της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Περαιτέρω, θεωρεί ότι τα παρελθοντικά βιώματα, η γενετική ιδιοσυστασία και η παρούσα πραγματικότητα καθορίζουν την συμπεριφορά ενός ατόμου.

Σύμφωνα με την Δημοπούλου-Λαγωνίκα (2006), η μεθοδολογία του ψυχοδυναμικού/ψυχοκοινωνικού μοντέλου αναλύεται μέσα από την διερεύνηση των φάσεών του, κατά τη διεργασία επίλυσης προβλημάτων.

Οι φάσεις αυτές είναι:

Αρχική φάση

- Πρώτη επαφή
- Ψυχοκοινωνική μελέτη- κοινωνικό ιστορικό

Μέση φάση

- Εκτίμηση
- Σχεδιασμός δράσης: βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι
- Παρέμβαση

Τελική φάση

- Τερματισμός
- Παρακολούθηση

Αυτές οι φάσεις αλληλοεξαρτώνται συνεχώς, από την αρχή έως το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας.

Όσον αφορά την κατανόηση της ψυχικής δομής και λειτουργίας ο Freud πρότεινε δύο βασικά μοντέλα, το τοπογραφικό και το δομικό μοντέλο. Το τοπογραφικό μοντέλο αναφέρει τρία επίπεδα ψυχικής λειτουργίας το συνειδητό, το προσυνειδητό και το ασυνείδητο, τα οποία αναφέρονται στο βαθμό που οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι φαντασιώσεις κτλ. είναι προσιτά στη συνείδησή μας. Το δομικό μοντέλο αποτελείται από τρία ψυχικά τμήματα το εκείνο, το εγώ και το υπερεγώ, τα οποία δεν λειτουργούν σαν ανεξάρτητες ενότητες αλλά συνδέονται μεταξύ τους ως συστήματα λειτουργιών.

Το ψυχοδυναμικό μοντέλο αναφέρεται και στους αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι χρησιμοποιούνται ασυνείδητα από τα άτομα για να προφυλαχθούν από επώδυνες εμπειρίες και να διευθετήσουν εσωτερικές εντάσεις και συγκρούσεις.

Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότεροι αμυντικοί μηχανισμοί:

- Αλτρουισμός: Το άτομο προσφέρει τις υπηρεσίες του στους άλλους για άμεση ή έμμεση ικανοποίηση και αυτό-επιβεβαίωση.
- Αναπλήρωση: Το άτομο προσπαθεί να επανορθώσει, αναπληρώνοντας μία πραγματική ή φανταστική σωματική ανεπάρκεια.
- Αναστροφή: Το άτομο στρέφει μία επιθετική ενόρμηση που έχει για κάποιον άλλο προς τον εαυτό του.
- Αντισταθμιστική συμπτωματολογία: Το άτομο υιοθετεί συμπεριφορές που είναι αντίθετες από ασυνείδητες, μη αποδεκτές επιθυμίες του.
- Απώθηση: Το άτομο κρατά μακριά από την επίγνωσή του μη αποδεκτές ιδέες, συναισθήματα και επιθυμίες.
- Άρνηση: Το άτομο αρνείται στοιχεία της πραγματικότητας.
- Ενδοβολή: Το άτομο εσωτερικεύει κάποια ψυχική αναπαράσταση ενός αγαπητού ή μισητού αντικειμένου ή προσώπου, ώστε να κρατά σταθερή τη παρουσία του.
- Διάσχιση: Το άτομο αποχωρίζει κάποιες ψυχικές ή συμπεριφορικές διεργασίες, από τις υπόλοιπες ψυχικές του δραστηριότητες.
- Διαχωρισμός: Το άτομο ταυτοποιεί πράγματα και καταστάσεις προσδίδοντάς τους αντίθετα χαρακτηριστικά. Ένα πράγμα άλλοτε το θεωρούν καλό και άλλοτε κακό.
- Εκλογίκευση: Το άτομο δικαιολογεί μη αποδεκτές συμπεριφορές, κίνητρα ή συναισθήματα.
- Εκδραμάτιση: Το άτομο λόγω ασυνείδητων σκέψεων ή φόβων, προβαίνει σε διάφορες συμπεριφορές, χωρίς να έχει επίγνωση της πραγματικής αιτίας.
- Διανοητικοποίηση: Το άτομο αποφεύγει να έρθει σε επαφή με ασυνείδητες συγκρούσεις και το άγχος που αυτές συνεπάγονται.
- Μετάθεση: Το άτομο μεταφέρει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες του που έχει για κάποιο πρόσωπο ή αντικείμενο, σε κάποιο άλλο που είναι πιο αποδεκτό.

- **Εξιδανίκευση:** Το άτομο υπερεκτιμά την ιδιότητα κάποιου άλλου ατόμου για να καλύψει τη δική του ανεπάρκεια.
- **Καταστολή:** Το άτομο ελέγχει και αναστέλλει ότι θεωρεί μη αποδεκτό.
- **Ματαίωση:** Το άτομο για κάτι μη αποδεκτό που έκανε, εξιλεώνεται με μία αντίθετη πράξη.
- **Ενσωμάτωση:** το άτομο αφομοιώνει κάποια ψυχική αναπαράσταση μέσα στον εαυτό του.
- **Παλινδρόμηση:** Το άτομο υφίσταται μια μερική ή ολική επιστροφή σε παιδικές συμπεριφορές και σκέψεις.
- **Μετουσίωση:** Το άτομο μεταφέρει μη αποδεκτές συμπεριφορές σε πράγματα ή καταστάσεις που είναι προσωπικά και κοινωνικά αποδεκτά.
- **Μόνωση (του συναισθήματος):** Το άτομο απομακρύνει συναισθήματα από τη συνείδησή του.
- **Μετατροπή:** Οι ασυνείδητες συγκρούσεις του ατόμου μετατρέπονται σε σωματικά συμπτώματα.
- **Ταυτοποίηση:** Το άτομο διαμορφώνει τον εαυτό του ταυτίζοντάς τον με κάποιο άλλο πρόσωπο.
- **Προβολή:** Το άτομο προσδίδει σε κάποιο άλλο πρόσωπο τις δικές του μη αποδεκτές ιδέες, σκέψεις, κίνητρα και συναισθήματα.
- **Προβλητική ταυτοποίηση:** Το άτομο προβάλλει στο περιβάλλον τα απαράδεκτα στοιχεία που αισθάνεται και νιώθει απειλή από αυτά.
- **Συμβολισμός:** Μία ιδέα του ατόμου παίρνει τη θέση μιας άλλης έχοντας μια κοινή πλευρά, προστατεύοντας το άτομο από την αρχική ιδέα.
- **Πρόβλεψη:** Το άτομο προετοιμάζεται για ένα επώδυνο μελλοντικό γεγονός.
- **Υποκατάσταση:** Το άτομο αντικαθιστά μία μη εφικτή ή μη αποδεκτή επιθυμία με κάτι άλλο περισσότερο αποδεκτό και εφικτό.
- **Χιούμορ:** Το άτομο εκφράζει αγχογόνα συναισθήματα με την αστεία ή ειρωνική πλευρά τους.

Εν κατακλείδι, μέσα στο πέρασμα των χρόνων η ψυχοδυναμική θεωρία διευρύνθηκε, εμπλουτίστηκε και προοδευτικά δόθηκε έμφαση τόσο στα στοιχεία που περιγράψαμε όσο και στη ψυχολογία του εγώ, στη θεωρία των σχέσεων με το αντικείμενο και στη ψυχολογία του εαυτού. Έτσι, μέσα από τις νέες αυτές διαστάσεις δόθηκε μεγαλύτερη σημασία στις διαπροσωπικές σχέσεις και προοδευτικά τονίστηκε η συνθετική πλευρά του εαυτού, που εμπεριέχει και πολλές φορές ξεπερνά το εγώ, το εκείνο και το υπερεγώ.

Η ψυχοδυναμική θεωρία εξακολουθεί να προσφέρει ένα πρακτικό μοντέλο για την κατανόηση συμπεριφοράς που υπό άλλες συνθήκες είναι ακατανόητη. Η κατανόηση των διαταραχών της προσωπικότητας και των νευρώσεων, αλλά και κάθε διαπροσωπικού φαινομένου, προκύπτει μέσα από τη διερεύνηση των ασυνείδητων μηχανισμών και λειτουργιών.

(<http://www.psychologia.gr/editions/psychodynamic.htm>)

4.4 Η επίδραση του Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια του ασθενή

Ο καρκίνος είναι μία νόσος που κατακερματίζει τη ζωή και τα συναισθήματα του ασθενή και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, ανεξάρτητα με της πορεία της. Συναισθήματα όπως το άγχος και η θλίψη της διάγνωσης, ο φόβος για την εξέλιξή της σε συνδυασμό με άλλα προσωπικά, οικονομικά ή άλλης φύσης προβλήματα, αποτελούν δυσβάστακτο βάρος τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του.

Η οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, κάθε φορά που κάποιο μέλος της επηρεάζεται, να έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. (Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ., 2009)

Συνεπώς, η οικογένεια αποτελεί κατά κύριο λόγο το μεγαλύτερο υποστηρικτικό δίκτυο του ασθενή. Όσον αφορά τον κοινωνικό λειτουργό και το έργο του, η προσέγγιση της οικογένειας παίζει καθοριστικό ρόλο. Βοηθά την οικογένεια να ανακτήσει δυνάμεις ώστε να είναι σε θέση να

αντιμετωπίσει αυτή τη δύσκολη κατάσταση και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του. Κύρια μέσα του είναι η ενίσχυση της ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών και η ενθάρρυνση τους να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματα τους.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/>)

ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

5.1 Οι πεποιθήσεις των ασθενών για τον κοινωνικό λειτουργό

Σε μια ασθένεια που τις περισσότερες φορές συσχετίζεται με το θάνατο κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση του ειδικού της ψυχικής υγείας καθώς η ψυχική επιβάρυνση του ασθενή και του συγγενικού του περιβάλλον είναι μεγάλη. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ιατρική θεραπεία και όχι τόσο σε κάποια ψυχολογική ή ψυχοθεραπευτική βοήθεια, προτάσσοντας μονάχα τις καθαρά βιολογικές τους ανάγκες.

Το πρόβλημα είναι αρκετά περίπλοκο διότι από την μία το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν δίνουν την απαιτούμενη σημασία και από την άλλη οι ίδιοι οι ασθενείς δεν νοιάζονται για την καλυτέρευση της ψυχικής τους υγείας. Αν συμπεριλάβει κανείς και το ταμπού της επίσκεψης σε έναν ειδικό της ψυχικής υγείας, οι πιθανότητες να αναζητήσει ένας ασθενής κάποια ψυχολογική παρέμβαση είναι ελάχιστες.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/needofsupport/>)

5.2 Οι επιδράσεις που δέχεται ο ασθενής από το κοινωνικό λειτουργό

Η σχέση του ασθενή με τον κοινωνικό λειτουργό αρχίζει καθώς ο ασθενής μοιράζεται κάποιο μέρος του προβλήματος μαζί του και αυτός με τη σειρά του, του δείχνει ότι είναι «μαζί» του και ότι έχει την επαγγελματική ικανότητα να χειριστεί το πρόβλημα.

Η εμπειρία που έχει ο ασθενής με τον κοινωνικό λειτουργό, μέσω μιας αξιόπιστης και υποστηρικτικής σχέσης, σε δύσκολες περιόδους και με συγκρουόμενα συναισθήματα, οικοδομεί στον ασθενή κάποια πίστη και ενδυναμώνει την καλή θέληση των άλλων προσώπων. Το παραπάνω, σε συνδυασμό με την αίσθηση αξίας του εαυτού του, τον υποβοηθά να προσπαθήσει κάτω από τα νέα δεδομένα, να δημιουργήσει σχέσεις με τους ανθρώπους που συναντά και ζει, με λιγότερο αγχώδεις και περισσότερο θετικούς τρόπους.

Η διεργασία της “δουλειάς” του κοινωνικού λειτουργού είναι να υποστηρίζει, να συμπληρώνει και να ενισχύει τις λειτουργίες του εγώ του ασθενή. Ακόμα και η απλούστερη μορφή βοήθειας εκ μέρους του, παρέχει στον ασθενή ένα είδος ασφάλειας, καθώς προς στιγμήν ζει την εμπειρία της ελευθερίας από την θύελλα που έρχεται κατά πάνω του, αντιμετωπίζοντάς την με μειωμένο φόβο και καλύτερη προοπτική. Κάθε καλή σχέση, προσφέρει στον ασθενή μείωση των εντάσεων του και επομένως του δίνεται η ευκαιρία να δει τα προβλήματα και τον εαυτό του σαφέστερα (E.A.E, 1991) .

Μέσα από την ποιότητα της σχέσης του κοινωνικού λειτουργού με τον ασθενή επισημαίνεται ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκεί για να τον βοηθήσει και ότι δεν έχει να φοβηθεί τίποτα από αυτόν ακόμα και στις περιπτώσεις που ο ασθενής χρειάζεται υλικά βοηθήματα ή διευκολύνσεις. Αν ο κοινωνικός λειτουργός ακολουθεί αυτή τη στάση με συνέπεια, οι άμυνες του ασθενούς μπορεί να υποχωρήσουν εκτός βέβαια αν οι άμυνες κάποιων ατόμων έχουν γίνει άκαμπτες, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατο να τις παρακάμψει και να ελέγξει την πραγματικότητα. Μειώνοντας τις άμυνες του ενάντια στις πηγές βοήθειας, δηλαδή τον κοινωνικό λειτουργό, τον γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό και το περιβάλλον του, ο ασθενής μπορεί να τα δει όλα με πιο καθαρή σκέψη (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2009) .

Καθώς ελευθερώνεται η ενέργεια που δεσμεύεται στην άμυνα, υπάρχει καλύτερη προσαρμογή. Έχοντας την αίσθηση ο ασθενής ότι συμβουλευέται έναν αξιόπιστο κοινωνικό λειτουργό, του προσφέρεται κάποια ασφάλεια κι έτσι έχει το θάρρος να διερευνήσει νέες ιδέες, νέα δράση και πρωτοβουλίες σε σχέση με το πρόβλημα του. Παρόλα αυτά ο ασθενής έχει σαν επίκεντρο κάποιο πρόβλημα που ζει συνειδητά και επιβεβαιώνεται σχεδόν κάθε μέρα. Η λύση των προβλημάτων του ασθενή από τον κοινωνικό λειτουργό πρέπει επίσης να περιλαμβάνει συνειδητή, επικεντρωμένη και κατευθυνόμενη προς κάποιο στόχο, δραστηριότητα μεταξύ τους.

Ο ασθενής πραγματικά ανακουφίζεται και μπορεί να κοιτάξει γύρω του αναγνωρίζοντας ότι στο περιβάλλον του υπάρχει κάποια υπόσχεση χαράς κι ελπίδας, μόνο όταν ο αγώνας του με τις αντιξοότητες γίνεται λιγότερο καταθλιπτικός. Η ολοκλήρωση του εγώ υποστηρίζεται και η συναισθηματική έκφραση ενθαρρύνεται, όταν η πραγματική του ανάγκη έχει αντιμετωπιστεί. Έτσι, οι αμυντικές του λειτουργίες χαλαρώνονται και ελευθερώνεται ενέργεια για την κατανόηση νέων σκοπών (E.A.E., 1991) .

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (2006), η επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει συναισθήματα, τα οποία ως τότε είτε ο ίδιος δεν μπορούσε να αναγνωρίσει, είτε δυσκολευόταν να τα εκφράσει. Μέσα από το λόγο ενθαρρύνεται και διευκολύνεται η συναισθηματική έκφραση, η οποία μπορεί να είναι βοηθητική στην ψυχική υγεία του ασθενή. Αρκετές φορές η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού κρίνεται απαραίτητη, καθώς η σεξουαλική ζωή τόσο των ίδιων των ασθενών όσο και των συντρόφων τους συχνά επηρεάζεται μετά τη διάγνωση της νόσου, ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής και ο σύντροφός του να μιλήσουν για τις αναστολές, τα άγχη και τους φόβους που μπορεί να υπάρχουν στην ερωτική συμπεριφορά τους, μετά τη διάγνωση. Ένας από τους στόχους μιας ψυχολογικής παρέμβασης είναι η απενοχοποίηση ασθενή και συντρόφου, η οποία κατέχει εδώ σημαντική θέση. Μια άλλη σημαντική παράμετρος είναι η ποιότητα ζωής. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν πόσο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, όταν οι πάσχοντες από καρκίνο λαμβάνουν παράλληλα με την ιατρική αγωγή τους και ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης, κάποιες άλλες έρευνες δείχνουν ότι οι πάσχοντες από καρκίνο λαμβάνοντας ταυτόχρονα με τις ιατρικές θεραπείες τους και ψυχοθεραπευτική βοήθεια, αυξάνουν ακόμα και τα χρονικά όρια της επιβίωσης. Τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαιώνονται πάντοτε, εντούτοις η προσφορά βοήθειας είναι σημαντική έστω και αν υπάρχουν κάποιες πιθανότητες μέσα από αυτή τη βοήθεια κάποιοι από τους ασθενείς να ζήσουν περισσότερο και καλύτερα. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό όλοι οι εμπλεκόμενοι να συμβάλλουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

5.3 Οι δυσκολίες επικοινωνίας ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και τον ασθενή

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλο (2009), η χρήση φραγμών επικοινωνίας είναι μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό ψυχικής υγείας δυσκολεύεται ή και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο. Η πηγή αυτών των φραγμών είναι κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, αλλά και κάποιες προσωπικές ανάγκες του, που τον βάζουν στη διαδικασία να λειτουργεί ως «δάσκαλος», «σύμβουλος», «γονέας», «σωτήρας». Αυτό με τη σειρά του, έχει ως αποτέλεσμα να συμβουλεύει, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του ασθενή. Έτσι, ο ασθενής εμποδίζεται να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα για αυτό που τον απασχολεί, καθώς ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας πολύ σύντομα από «ακροατής» μετατρέπεται σε «ομιλητή».

Οι συνηθέστεροι φραγμοί επικοινωνίας περιλαμβάνουν:

Αλληπάλληλες ερωτήσεις: Η πεποίθηση που επικρατεί πολλές φορές ότι όσες περισσότερες ερωτήσεις θέσει ο επαγγελματίας της υγείας, τόσες περισσότερες πληροφορίες θα συλλέξει για να μπορέσει να κατανοήσει τον άρρωστο είναι λανθασμένη διότι έτσι δίνεται στον ασθενή η αίσθηση της ανάκρισης, εμποδίζοντάς τον να εκφραστεί ελεύθερα.

Κήρυγμα, ηθικολογία: Πολλές φορές το προσωπικό ψυχικής υγείας προσπαθεί να καθοδηγήσει τον ασθενή στο πώς «πρέπει» να νιώθει, να σκέπτεται ή να συμπεριφέρεται.

Κριτική: Η κριτική έχει ως αποτέλεσμα τόσο να μειώσει τον ασθενή και να δυσκολέψει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του, όσο και να ενισχύσει την αμυντική ή επιθετική στάση του ασθενή. Όταν μάλιστα η κριτική συνοδεύεται και από αρνητικούς χαρακτηρισμούς τότε ο ασθενής αισθάνεται ότι τον υποβιβάζουν.

Συμβουλή, καθοδήγηση. Η επίδραση της καθοδήγησης είναι αρνητική όσο αναφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις και ο ασθενής αισθάνεται ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες. Παρόλα αυτά, είναι εντυπωσιακό το πόσο εύκολα το προσωπικό ψυχικής υγείας συμβουλεύει, κάνει συστάσεις, δίνει απαντήσεις ή λύσεις στα προβλήματα του ασθενή.

Εφησυχασμός, παρηγοριά. Συχνά το προσωπικό ψυχικής υγείας χρησιμοποιεί τον εφησυχασμό για να αποφύγει τα οδυνηρά συναισθήματα ή τις δυσάρεστες σκέψεις του ασθενή. Αυτό όμως, έχει σαν αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του ασθενή.

Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών. Αρκετές φορές το προσωπικό ψυχικής υγείας επιδιώκει να «συνετίσει» τον ασθενή με λογικά επιχειρήματα, τη στιγμή που βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση, αγνοώντας ή και υποτιμώντας τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του.

Απειλή, προειδοποίηση. Η επιδίωξη εκ μέρους του προσωπικού ψυχικής υγείας να ελέγξει τη συμπεριφορά του ασθενή με τη χρήση απειλής, έχει αρνητικές επιπτώσεις στη μεταξύ τους συνεργασία.

Αποφυγή ή αλλαγή στο θέμα της συζήτησης. Συχνά ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αποφεύγει θέματα για τα οποία μπορεί να νιώθει αμηχανία ή αδυναμία να χειριστεί κάποιες αντιδράσεις του ασθενή, κάνοντας ερωτήσεις που τον αποπροσανατολίζουν ή αρχίζει να μιλά ο ίδιος.

Οι παραπάνω φραγμοί επικοινωνίας μπορεί να φαίνονται ανώδυνοι, στην πραγματικότητα όμως, αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου», παρεμποδίζοντας την επικοινωνία και αποξενώνοντας τους συνομιλητές στη θεραπευτική διαδικασία.

Συχνά στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπαίνει το ερώτημα αν όντως μπορούν να βοηθήσουν αυτά τα άτομα κι αν πραγματικά μπορούν να προσφέρουν στο πρόβλημα αυτό. Πολλές φορές νοιώθουν αδυναμία να

πάνε κοντά στους ασθενείς, ειδικά όταν είναι νέοι και βρίσκονται κοντά στο θάνατο. Τότε αποφεύγουν τον ασθενή ή προσπαθούν μόνοι τους να ξεπεράσουν αυτές τις δυσκολίες. Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι και το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές η συνέντευξη με τον άρρωστο δεν εξελίσσεται με τον σωστό τρόπο, εφόσον πραγματοποιείται μέσα στους θαλάμους, κάτω από την παρακολούθηση άλλων ασθενών, διότι ο ασθενής είναι δύσκολο να μετακινηθεί. Επίσης πολλές φορές, ο θεράπων ιατρός δεν ενημερώνει πλήρως τον ασθενή για την διάγνωση του, με αποτέλεσμα η συζήτηση να μην βασίζεται στην ειλικρίνεια. Ένα άλλο πρόβλημα που υπάρχει είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι από την επαρχία και είναι δύσκολο να έρθουν στο Νοσοκομείο μόνο για να επισκεφτούν τον επαγγελματία ψυχικής υγείας (E.A.E.,1991).

Παρά τις δυσκολίες που προκύπτουν ανάμεσα στον επαγγελματία ψυχικής υγείας και του ασθενή, με τη σωστή χρήση των δεξιοτήτων επικοινωνίας από τη μεριά του ειδικού, μπορούν να ξεπεραστούν, δημιουργώντας μια ποιοτική θεραπευτική σχέση.

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Ποιοτική έρευνα

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης ακολουθήθηκε η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας. Η επιλογή αυτή πραγματοποιήθηκε εξαιτίας της εύκαμπτης δομής της, που επιτρέπει αλλαγές στα τιθέμενα ερωτήματα, στο δείγμα αλλά και στον τρόπο συλλογής δεδομένων. Η μέθοδος αυτή είναι κατάλληλη για την ανάπτυξη και αποσαφήνιση της θεωρίας. Κατά την ποιοτική έρευνα προσεγγίζεται μικρότερο δείγμα, έχοντας ως στόχο τη διαμόρφωση ολικής εικόνας για κάθε περίπτωση και την διερεύνηση των κοινών τους χαρακτηριστικών. Κυριαζή Ν. (1999)

2.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Να διερευνηθεί το βίωμα του ασθενή με νεοπλασματική ασθένεια κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό.

Συγκεκριμένα:

- Να διερευνηθούν οι πεποιθήσεις του ασθενή για τον καρκίνο πριν νοσήσει και πως αυτές επηρέασαν την πορεία της ασθένειας.
- Να διερευνηθούν οι γνώσεις του ασθενή για τον κοινωνικό λειτουργό πριν την συνεργασία τους και αν αυτές επηρέασαν τη συνεδρία.
- Να διερευνηθούν οι επιδράσεις του κοινωνικού λειτουργού στον ασθενή και κατ' επέκταση στην πορεία της ασθένειας του.
- Να διερευνηθούν οι δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ ασθενή και κοινωνικού λειτουργού κατά τη συνεδρία.

2.3 Πληθυσμός – δείγμα

Πληθυσμός

Πληθυσμός μας στην παρούσα έρευνα είναι όλα τα άτομα με οποιοδήποτε είδος καρκίνου που κατοικούν στην Ελλάδα, ανεξαρτήτου φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου.

Δείγμα

Αποτελείται από δέκα άτομα που βίωσαν οποιοδήποτε είδος καρκίνου και κατά τη διάρκεια της ασθένειας τους πραγματοποίησαν συνεδρίες με κοινωνικό λειτουργό. Οι επτά είναι εθελόντριες στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με καρκίνο του Μαστού - Αθήνα και οι υπόλοιπες τρεις είναι εθελόντριες στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με καρκίνο του Μαστού - Ν. Αχαΐας.

2.4 Εργαλείο έρευνας – Συνέντευξη

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μη δομημένη συνέντευξη ως ερευνητικό εργαλείο, διότι εξυπηρετεί τρεις βασικούς στόχους:

- Αποτελεί κύριο μέσω συλλογής δεδομένων
- Μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να ελεγχθούν υποθέσεις ή να διεξαχθούν νέες
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους (ερωτηματολόγιο)

Βασικό πλεονέκτημα της συνέντευξης είναι ότι επιτρέπει την έρευνα της περίπτωσης σε βάθος, ενώ μειονέκτημα είναι ότι είναι επιρρεπής στην υποκειμενικότητα και μπορεί να επηρεάζεται από τον συνεντευκτή (Cohen & Manion, 2000).

Για την ομαλή διεξαγωγή της συνέντευξης ακολουθήθηκαν ερωτήσεις - άξονες. Τέλος, η ανάλυση της έρευνας έγινε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα.

2.5 Τόπος και χρόνος έρευνας

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας διεξήχθη στην Αθήνα όπου και συγκεντρώθηκε το θεωρητικό κομμάτι της έρευνας καθώς και οι επτά από τις συνεντεύξεις. Οι υπόλοιπες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στην Πάτρα.

Η έρευνα διήρκησε 12 μήνες.

2.6 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Με σκοπό την εύρεση του καταλληλότερου για την έρευνα δείγματος, απευθυνθήκαμε τόσο σε δημόσια νοσοκομεία όσο και σε μη κυβερνητικές οργανώσεις. Συγκεκριμένα επικοινωνήσαμε με το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Αγ. Ανδρέας", το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Ρίο", τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου "ΑγκαλιάΖΩ" και τον Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού "Άλμα Ζωής".

Στις επιστολές που στάλθηκαν αφού παρουσιάσαμε τα ονόματα και την ιδιότητα μας, αναφερθήκαμε στο θέμα της πτυχιακής μας εργασίας στον σκοπό και στους στόχους της αλλά και στην έρευνα που θα πραγματοποιούνταν. Εφόσον εξηγήσαμε τη διαδικασία της έρευνας και ενημερώσαμε για τον επιθυμητό αριθμό ατόμων αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, εκφράσαμε την επιθυμία για συνεργασία καθώς επίσης ζητήσαμε την καθοδήγηση τους στην επιλογή των ατόμων. Σε αυτό το σημείο μέσω της επιστολής βεβαιώσαμε για το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των ατόμων αλλά και για το δικαίωμα τους να απαντήσουν σε όποιες ερωτήσεις αυτοί επιθυμούν καθώς και να επιλέξουν αν η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί ή όχι. Κλείνοντας την επιστολή αναφέραμε ότι ο τελικός αριθμός των ατόμων, ο χρόνος και ο χώρος όπου θα πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις θα καθορίζονταν σύμφωνα με τους κανονισμούς και τα ωράρια του κάθε πλαισίου αντίστοιχα.

Με σκοπό την διαφύλαξη των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των συνεντευξιαζόμενων παραλείφθηκαν τα προσωπικά τους στοιχεία και τα ονόματα τους αντικαταστάθηκαν με ψευδώνυμα.**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Ανάλυση συνεντεύξεων με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα

Σε αυτό το σημείο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να αντιληφθούμε το βίωμα των ασθενών με νεοπλασματική ασθένεια κατά τη διάρκεια των συνεδριών με τον κοινωνικό λειτουργό.

3.1.1 Ερευνητικό ερώτημα πρώτο

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις γνώσεις του ασθενή για το καρκίνο και κατά πόσο αυτές επηρέασαν τη πορεία της ασθένειάς του.

Συνεντευξιαζόμενη πρώτη: « Ότι ο καρκίνος είναι θάνατος! Δεν είχε τύχει και στην οικογένεια μου οπότε δεν ήξερα και πολλά και δεν με ενδιέφερε να μάθω. Έλεγα εμένα δε θα μου συμβεί!»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειάς της πρόσθεσε: « Στην αρχή επηρεάστηκα γιατί νόμιζα ότι θα πεθάνω, δεν ήξερα και ότι πολλοί άνθρωποι θεραπεύονται, οπότε ήταν αρκετά δύσκολα μέχρι που κάποια στιγμή άρχισα να το παλεύω και είπα θα το νικήσω.»

Συνεντευξιαζόμενη δεύτερη :

«Δεν γνώριζα πολλά πράγματα για το καρκίνο. Γενικά μόνο ότι είναι μία πολύ άσχημη αρρώστια...»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειάς της πρόσθεσε: «Όχι πάρα πολύ γιατί ο γιατρός μου ήταν πολύ καλός, τον εμπιστευόμουν εκατό τις εκατό και με ενημέρωσε ακριβώς τι είναι και για τη διαδικασία της θεραπείας, οπότε ήξερα ακριβώς για τη περίπτωση μου και στη πορεία το αντιμετώπισα πιο ψύχραιμα.»

Συνεντευξιαζόμενη τρίτη:

«Τίποτα! Δεν με ενδιέφερε να μάθω. Εγώ τότε είχα στόχο τη δουλειά μου πως θα εξελιχτώ επαγγελματικά κτλ. Και να άκουγα κάτι έλεγα αυτό δεν με αφορά εμένα και γύριζα τη πλάτη μου.»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Ναι, αν γνώριζα σίγουρα θα ήμουν πολύ διαφορετική σ αυτό το θέμα. Είχα στο νου μου μια γυναίκα στη γειτονία που πέθανε από καρκίνο. Αν ήξερα ότι καρκίνος δε σημαίνει θάνατος αλλά πολλές φορές και καλύτερη ποιότητα ζωής θα το αντιμετώπιζα απ την αρχή πιο αισιόδοξα.»

Συνεντευξιαζόμενη τέταρτη:

«Λόγω της δουλειάς μου ήξερα πράγματα για το καρκίνο.»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Δεν πιστεύω ότι με επηρέασαν κάπου.»

Συνεντευξιαζόμενη πέμπτη:

«Ήξερα για το καρκίνο, γενικά ήμουν ενημερωμένη αλλά πίστευα ότι δεν θα συμβεί ποτέ σε μένα γιατί πρόσεχα.»

«Εκείνο που με βοήθησε πάρα πολύ ήταν οι γιατροί μου γιατί με ενημέρωσαν ακριβώς γι αυτό που έχω, τους είχα πολύ εμπιστοσύνη οπότε ένιωθα πολύ ασφαλής.»

Συνεντευξιαζόμενη έκτη:

« Τίποτα! Καμία ενημέρωση. Έλεγα εμένα δεν θα μου συμβεί!»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Με επηρέασε στο ότι δεν φρόντιζα τον εαυτό μου πριν, γιατί θα προλάβαινα πολλά και γενικά αφού τελικά μου συνέβη θα το αντιμετώπιζα ίσως πιο αισιόδοξα.»

Συνεντευξιαζόμενη έβδομη:

«Μέσα στην οικογένεια μου υπήρχε ένα κρούσμα με την χειρότερη έκβαση του δηλαδή χάσαμε μια θεία μου γρήγορα. Ε δεν ήξερα πολλά πράγματα..

ήξερα ότι όποιος έχει καρκίνο κινδυνεύει πάρα πολύ να πεθάνει. Αυτά ήξερα γενικώς, ότι πολλοί άνθρωποι πεθαίνουν από αυτό και για τις χημειοθεραπείες ότι χάνουν τα μαλλιά τους και ότι είναι πολύ δύσκολα. Και η θεία μου δεν ήταν στην Πάτρα και δεν το είχα βιώσει όλο αυτό.»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Σίγουρα με επηρέασε γιατί καταλήγουμε να είμαστε οι γνώσεις και οι εμπειρίες μας κάθε φορά. Μπορεί να ήμουνα και πιο ήρεμη μπορεί να ήμουνα και πιο ανήσυχη όμως σε εκείνη τη φάση. Δεν ξέρω αν η γνώση τελικά σου προσφέρει ηρεμία πάντως σίγουρα σου προσφέρει δύναμη. Και αυτό έκανα στη συνέχεια διάβασα πάρα πολύ. Αλλά τελικά δεν ξέρω αν η γνώση σου προσφέρει δύναμη ή φόβο εμένα μου τα έδωσε και τα δύο. Γνωρίζοντας πράγματα βλέπεις και το καλύτερο και το χειρότερο σε κάποιες περιπτώσεις.»

Συνεντευξιαζόμενη όγδοη:

«Στην οικογένεια μου δεν υπήρχε κάποιο ιστορικό. Ήξερα γενικά ότι είναι κάτι τρομερό, ότι είναι κάτι πολύ φρικτό! Κάτι πολύ τρομακτικό...»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Μέσα στην άγνοια και στην αβεβαιότητα που βρισκόμουν νομίζω ότι με επηρέασε αρνητικά.»

Συνεντευξιαζόμενη ένατη:

« Τίποτα! Καρκίνος ίσον θάνατος!»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Στην αρχή ναι. Και μάλιστα όταν κάναμε τις αρχικές συνεδρίες με το κοινωνικό λειτουργό θυμάμαι ήμουν τόσο τρομοκρατημένη με όλο αυτό.» «Φοβόμουν μόνο και στο άκουσμα της λέξης καρκίνος. Δεν είχα ιδέα τι ήταν και δεν ήθελα ούτε να το μάθω.»

Συνεντευξιαζόμενη δέκατη:

«Αρκετά πράγματα.. όσα μπορεί να ξέρει κάποιος σφαιρικά. Όχι όμως τόσα όσα έμαθα στη πορεία..»

Στη συνέχεια , στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν στην πορεία της ασθένειας της πρόσθεσε: «Σίγουρα γιατί δεν γνωρίζεις τι πρόκειται να σου συμβεί..Πας σε ένα μέρος άγνωστο..ακούς πολλά πράγματα καινούρια... καλείσαι να περάσεις από φρικτές καταστάσεις..δε μπορώ να το περιγράψω.. Είσαι ένας άλλος άνθρωπος. Ίσως αν ήξερα κάποια πράγματα παραπάνω ή είχε τύχει σε κάποιον κοντινό μου άνθρωπο θα μου ήταν πιο οικεία όλα αυτά. Για μένα ήταν κάποιο τούνελ που έπρεπε να διασχίσω με μόνη ελπίδα να δω κάποιο φως απέναντι.»

Από τα λεγόμενα των συνεντευξιαζόμενων προκύπτει ότι η πλειοψηφία αυτών είχε ελάχιστες ή και μηδαμινές γνώσεις σχετικά με την ασθένεια. Μόνο τρεις από αυτές είχαν κάποιες περισσότερες γνώσεις εκ των οποίων μόνο η μία είχε πλήρη γνώση της ασθένειας λόγω επαγγέλματος. Όλες όμως θεωρούσαν ότι ο καρκίνος είναι κάτι που δεν τις αφορά.

Όσον αφορά την επιρροή που είχαν οι γνώσεις τους για τον καρκίνο στην πορεία της ασθένειας τους, η πλειοψηφία αυτών θεωρεί ότι η έλλειψη γνώσεων λειτούργησε σαν ένα επιπλέον πρόβλημα και ότι εάν γνώριζαν περισσότερα πράγματα σε σχέση με τον καρκίνο θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν καλύτερα στην όλη διαδικασία.

Μόνο μια από αυτές απάντησε ότι οι γνώσεις της δεν την επηρέασαν καθόλου και δύο από αυτές δήλωσαν ότι παρά την άγνοια τους για τον καρκίνο δεν επηρεάστηκαν πολύ λόγω της καλής συνεργασίας τους με το γιατρό τους και της δικής του διάθεσης να τους ενημερώσει σε θέματα που δεν γνώριζαν.

3.1.2 Ερευνητικό ερώτημα δεύτερο

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις γνώσεις του ασθενή για τον κοινωνικό λειτουργό πριν την εκδήλωση της ασθένειας και κατά πόσο αυτό επηρέασε τη συνεδρία

Συνεντευξιαζόμενη πρώτη: «Ναι γνώριζα για το κοινωνικό λειτουργό αλλά τότε δεν ήθελα να πάω. Ίσως αν με παρότρυνε κάποιος μπορεί και να πήγαινα αλλά δε μου είπε κανένας γι αυτό. Και το μετάνιωσα που δεν πήγα τότε...»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Εγώ ήμουν ανοιχτή στο να πάει κάνεις σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο οπότε δεν δυσκολεύτηκα καθόλου. Δεν πίστευα αυτό που λένε πολλοί ότι πρέπει να είσαι τρελός για να πας σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο.»

Συνεντευξιαζόμενη δεύτερη :

«Ναι γνώριζα ότι υπάρχει κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο που βοηθάει τους ασθενείς σε πολλά θέματα αν και δεν ήρθε κανένας σε εμένα.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Απλά ήμουν πιο ανοιχτή γιατί ήξερα ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκεί για να με βοηθήσει.»

Συνεντευξιαζόμενη τρίτη:

«Όχι. Νόμιζα ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι για τους φτωχούς και τους ανάπηρους.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Ναι, γιατί ήμουν πολύ επιφυλακτική. Το πρώτο πράγμα που είπα στη πρώτη συνεδρία ήταν "μη με λυπάστε, λύπηση δε θέλω"»

Συνεντευξιαζόμενη τέταρτη:

«Την πρώτη φορά όχι.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Επηρεάστηκα γιατί αν γνώριζα την ακριβή δουλειά του θα ήταν πιο εύκολη όλη η διαδικασία.»

Συνεντευξιαζόμενη πέμπτη:

«Όχι και ούτε με ενδιέφερε να μάθω εκείνη την εποχή»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Δε πίστευα ότι μπορώ να πω πράγματα που με απασχολούν στο κοινωνικό λειτουργό γιατί είχα πάντα το δικό μου ψυχολόγο, οπότε ήμουν και αρκετά κλειστή μαζί του.»

Συνεντευξιαζόμενη έκτη:

«Όχι και ούτε με ενημέρωσε κανείς. Ούτε ο γιατρός, κανένας.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Δεν ξέρω, γιατί ήμουν τόσο απελπισμένη που έλεγα κάτι θα πάρω, κάτι θα μου πει προς το καλύτερο. Δεν ξέρω ίσως αν ήξερα να ήταν και καλύτερα.»

Συνεντευξιαζόμενη έβδομη:

«Όχι! Στην δική μου περίπτωση δεν εμφανίστηκε κανείς. Δεν με ενημέρωσε κανείς και δεν είχα καμία πληροφορία! Γενικά ήξερα κάποια πράγματα για τους κοινωνικούς λειτουργούς, ψάχνοντας βέβαια, αλλά όχι για το τι κάνουν στο νοσοκομείο. Αν είχε έρθει κάποιος στο Νοσοκομείο να μου μιλήσει δεν θα είχα κανένα πρόβλημα.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Δεν ήμουν προκατειλημμένη που δεν είχα συναντήσει κάποιον άλλο κοινωνικό λειτουργό στο Νοσοκομείο.»

Συνεντευξιαζόμενη όγδοη:

«Όχι χειρουργήθηκα και δεν ήρθε να με δει κανείς και ούτε μου πρότειναν να με δει κανείς... Χειρουργήθηκα και μετά από τρεις μέρες πήγα σπίτι μου. Καμία ενημέρωση, ούτε για στήθος, ούτε για το τι δικαιούμαι, ούτε τίποτα. Μόνη μου έψαξα να βρω πληροφορίες. Αυτό για μένα ήταν τελείως εγκληματικό!»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Όχι δεν επηρεάστηκα γιατί ήμουν απελπισμένη και ήθελα κάποιον να με βοηθήσει. Ήταν μια σανίδα σωτηρίας για μένα!»

Συνεντευξιαζόμενη ένατη:

«Όχι! Δεν μας ενημέρωσε κανείς! Ούτε ο γιατρός, ούτε οι νοσοκόμες μου είπαν κάτι. Δεν ήξερα καν ότι υπήρχε κοινωνικός λειτουργός. Αργότερα έμαθα από άλλους ότι υπήρχε. Όταν πια δεν μου ήταν χρήσιμο.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Ναι γιατί δεν ήξερα τι κάνει.»

Συνεντευξιαζόμενη δέκατη:

«Όχι εκείνη τη περίοδο δεν ήξερα απολύτως τίποτα. Ούτε ήρθε κάποιος στο Νοσοκομείο να με επισκεφτεί εμένα.»

Στο κατά πόσο οι γνώσεις της την επηρέασαν πρόσθεσε: «Όχι , γιατί πιστεύω ότι ήταν πολύ καλή η πρωτοβουλία της αδερφής μου και της οικογένειάς μου που με έφεραν σε επαφή με το σύλλογο και πίστευα ότι με κάποιο τρόπο θα με βοηθήσει.»

Σύμφωνα με τα λεγόμενα των συνεντευξιαζόμενων μόνο δυο από αυτές απάντησαν πως γνώριζαν την ιδιότητα του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο του Νοσοκομείου. Η πλειοψηφία αυτών είχε παντελή άγνοια για το ρόλο του εκεί. Και όλες δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο δεν υπήρξε καμία ενημέρωση ή παρότρυνση για να έρθουν σε επαφή μαζί του.

Όσον αφορά στη συνεργασία τους η πλειοψηφία αυτών δήλωσε ότι η γνώση ή η άγνοια που είχαν τις επηρέασε θετικά και αρνητικά αντίστοιχα. Μόνο τρεις από αυτές απάντησαν ότι δεν επηρεάστηκαν γιατί εκείνο το διάστημα ένιωθαν κυρίως απελπισία και αναζητούσαν οποιαδήποτε βοήθεια.

3.1.3 Ερευνητικό ερώτημα τρίτο

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις επιδράσεις του κοινωνικού λειτουργού στον ασθενή και πως αυτές επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας.

Συνεντευξιαζόμενη πρώτη:

«Πάρα πολλές. Νιώθω ότι με βοήθησε πολύ, παρόλο που είχαν περάσει δυο χρόνια και σε σχέση με τον εαυτό μου, αλλά με στήριξε πολύ και με την οικογένεια μου. Είναι μεγάλο το έργο του κοινωνικού λειτουργού.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Με βοήθησε πολύ να το ξεπεράσω. Γιατί ακόμα και αν δεν νοσείς αυτή η αρρώστια κάτι σου αφήνει μέσα σου που σε φοβίζει. Πόσο μάλλον να το ζεις εκείνη τη στιγμή.»

Συνεντευξιαζόμενη δεύτερη :

«Ναι με βοήθησε γενικά να δω με άλλο μάτι το καρκίνο και βλέποντας τον πιο αισιόδοξα τον αντιμετώπισα και καλύτερα.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Ναι βέβαια. Με βοήθησε πολύ γιατί μπορούσα να πω πράγματα που δεν έλεγα σε κανέναν και ήξερε τι να μου πει για να νιώσω καλύτερα. Είπα τους φόβους μου, τις ανησυχίες μου και ο κοινωνικός λειτουργός με βοήθησε να διαχειριστώ πολλά από τα αρνητικά συναισθήματα που είχα τότε.»

Συνεντευξιαζόμενη τρίτη:

«Ναι βέβαια. Μου έδωσε διέξοδο από τη θλίψη, τη πίκρα και το θυμό που ένιωθα πολύ έντονα τότε. Με βοήθησε πολύ στη σχέση μου με τον άντρα μου. Κι όταν είσαι καλά μέσα σου αντιμετωπίζεις την ασθένεια πολύ καλύτερα.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Ο κοινωνικός λειτουργός ήταν σωτήριος για μένα. Ήμουν σε απελπισία και μου έδωσε μια αχτίδα φωτός. Με βοήθησε να αφήσω το ιατρικό κομμάτι στο γιατρό και να ασχοληθώ με τον εαυτό μου και τη ψυχή μου.»

Συνεντευξιαζόμενη τέταρτη:

«Ναι. Θεωρώ ότι ήταν πολύ σημαντική η παρουσία του και είναι ένα απ τα καλύτερα κομμάτια της ζωής μου.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Πιστεύω ότι με στήριξε πολύ όταν το είχα ανάγκη γιατί επηρεάστηκα πάρα πολύ από το σύζυγο μου που πέθανε από καρκίνο.»

Συνεντευξιαζόμενη πέμπτη:

«Ναι δέχτηκα πάρα πολύ θετικές επιρροές.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Ήμουν αρκετά δουλεμένη ψυχολογικά. Απλά πιστεύω ότι ο κοινωνικός λειτουργός έβαλε ακόμα ένα λιθαράκι.»

Συνεντευξιαζόμενη έκτη:

«Με τη δεύτερη κοινωνική λειτουργό ήταν πολύ διαφορετικά, ήταν η πρώτη φορά που χαμογέλασα και πήρα μια ανάσα. Με βοήθησε με τη ζωή μου, τις σχέσεις μου, με όλα όσα φοβόμουν.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Η αλήθεια είναι ότι έμαθα πολλά πράγματα που δεν ήξερα. Με βοήθησε πολύ και πρακτικά αλλά και συναισθηματικά, οπότε αντιμετώπισα και την αρρώστια μου πολύ καλύτερα.»

Συνεντευξιαζόμενη έβδομη:

«Ναι, ήμουν και πολύ ευάλωτη ψυχολογικά και σίγουρα ένιωσα επιρροές. Είχα συγκινηθεί, έκλαψα, ξέσπασα... έβγαλα ίσως κάποιο θυμό για αυτό που μου συνέβη.. ήταν έντονη συνάντηση..»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Ναι με επηρέασε θετικά σε πολλά πράγματα αλλά και στον τρόπο που αντιμετώπισα την όλη κατάσταση.»

Συνεντευξιαζόμενη όγδοη:

«Μόνο θετικά έχω να πω. Μου άνοιξε τη ψυχή, με ξεκλείδωσε, μου έβγαλε πράγματα στην επιφάνεια που δεν ήξερα καν ότι υπάρχουν για μένα. Ενώ το πρώτο καιρό δεν ήθελα να το μάθει κανείς για μένα, μετά δε με πείραζε να το πω και σε κάποιους άλλους, επιλεκτικά.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Σίγουρα είχε. Με βοήθησε να διαχειριστώ την ασθένεια μέσα μου αλλιώς. Μου έδειξε τρόπους και λύσεις, που εγώ δεν είχα καθόλου στο μυαλό μου.»

Συνεντευξιαζόμενη ένατη:

«Με επηρέασε θετικά. Οι συνεδρίες με βοήθησαν πάρα πολύ. Με πήρε από το χέρι, βήμα- βήμα και με έκανε να συνειδητοποιήσω ότι αυτά που λέει ο γιατρός είναι αλήθεια. Μου μίλησε για άλλες γυναίκες που ακόμα και μετά από 20χρόνια ζουν και δεν τους ξαναεμφανίστηκε. Πραγματικά με βοήθησε να καταλάβω ότι δεν θα πεθάνω. Μου άνοιξε το μυαλό μπήκε μέσα στην ψυχή μου, καταλάγιασε τους φόβους και τις ανησυχίες μου. Ίσως ήταν η χημεία που είχα μαζί της αλλά νομίζω ότι ήταν ο άνθρωπος που πραγματικά με ξαναγέννησε! Ο άνθρωπος που τα λόγια που μου έχει πει για εμένα είναι άγραφος νόμος.»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Ναι με βοήθησε να το ξεπεράσω. Με βοήθησε να το αντέξω...»

Συνεντευξιαζόμενη δέκατη:

«Μόνο θετικές, σε όλους τους τομείς της συνεργασίας μας...»

Σε σχέση με την ασθένεια πρόσθεσε: «Ναι, γιατί από μόνη μου δεν μπορούσα να δώσω απαντήσεις και λύσεις σε πολλά θέματα, ενώ μιλώντας με έναν ειδικό σίγουρα θα σε κατευθύνει σωστά...»

Από τα λεγόμενα των συνεντευξιαζόμενων προκύπτει ότι όλες δέχτηκαν επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό και ήταν όλες θετικές. Όλες τους τόνισαν το πόσο ευεργετική ήταν η συνεργασία τους μαζί του και πόσο μεγάλο βίωμα υπήρξε για αυτές.

Σε σχέση με την ασθένεια πάλι όλες δήλωσαν ότι ο κοινωνικός λειτουργός τους πρόσφερε αν όχι τη μοναδική, τουλάχιστον μια μεγάλη βοήθεια. Ο κοινωνικός λειτουργός για αυτές ήταν πηγή θάρρους και ο ρόλος του στην αντιμετώπιση της ασθένειας υπήρξε ζωτικής σημασίας.

3.1.4 Ερευνητικό ερώτημα τέταρτο

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα έχει ως στόχο να διερευνήσει τις δυσκολίες στην επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον κοινωνικό λειτουργό.

Συνεντευξιαζόμενη πρώτη: «Όχι καμία.»

Συνεντευξιαζόμενη δεύτερη :

«Όχι δεν ένιωσα ότι υπήρξε κάποια δυσκολία.»

Συνεντευξιαζόμενη τρίτη:

«Η μόνη δυσκολία ήταν το ότι είχε πολύ φόρτο εργασίας ο κοινωνικός λειτουργός και κάποιες φορές αναβάλλονταν οι συναντήσεις μας, πήγαιναν σε άλλες ημερομηνίες και μερικές φορές ένιωθα ότι ενοχλώ.»

Συνεντευξιαζόμενη τέταρτη:

«Όχι δεν ένιωσα ότι είχα κάποια δυσκολία.»

Συνεντευξιαζόμενη πέμπτη:

«Η δυσκολία για εμένα ήταν όταν αρρώστησε ο κοινωνικός λειτουργός, επηρεάστηκα πάρα πολύ και για ένα διάστημα δεν πήγαινα.»

Συνεντευξιαζόμενη έκτη:

«Με τη πρώτη κοινωνική λειτουργό ναι, πολλές δυσκολίες. Ένιωθα ότι δε με καταλάβαινε και με αυτά που μου έλεγε με έκανε χάλια, νόμιζα ότι τελειώνει η ζωή μου. Ενώ με τη δεύτερη δεν είχα κανένα πρόβλημα, ήταν πολύ καλή η συνεργασία μας.»

Συνεντευξιαζόμενη έβδομη:

«Δυσκολία ένιωσα στο ότι επειδή ήμουν πολύ μικρή η κοινωνική λειτουργός δεν μπορούσε να αντιληφθεί την κατάσταση μου γιατί είχε συνηθίσει να μιλά σε μεγαλύτερες γυναίκες. Και αυτό με δυσκόλεψε στην αρχή... Ένιωθα ότι εκείνη τη στιγμή δεν μπορούσε να με χειριστεί.»

Συνεντευξιαζόμενη όγδοη:

«Κανένα αρνητικό. Δεν μας ενοχλούσε κανείς, ήταν όλα υπό πλήρη εχεμύθεια, με προφύλαξαν πάρα πολύ.»

Συνεντευξιαζόμενη ένατη:

«Όχι δεν ένιωσα κανενός είδους δυσκολία με τη συγκεκριμένη κοινωνική λειτουργό αντίθετα με κάποιους άλλους συναδέλφους της που με έκαναν να νιώθω αποκομμένη.»

Συνεντευξιαζόμενη δέκατη:

«Απλώς μερικές φορές έπιανα τον εαυτό μου να είμαι καχύποπτη για αυτά που με ρώταγε.. Κατά τα αλλά η συνεργασία μας ήταν πολύ θετική.»

Από τα λεγόμενα των συνεντευξιαζόμενων προκύπτει ότι οι μισές από αυτές δεν ένιωσαν καμία δυσκολία κατά τη συνεδρία ενώ οι υπόλοιπες ανέφεραν ότι ένιωσαν άβολα ή δυσκολεύτηκαν με κάποια γεγονότα. Κατά κύριο λόγο ένιωσαν ότι μπορεί να ενοχλούν και να κουράζουν , ότι δεν γινόταν αντιληπτά από τον κοινωνικό λειτουργό τα λεγόμενα και τα συναισθήματα τους, ότι δεν υπήρχε κατανόηση για το νεαρό της ηλικίας τους και τη διαφορετικότητα τους αλλά και οι ίδιες έδειξαν καχυποψία για κάποιες ερωτήσεις. Όμως όλες δήλωσαν ότι τα προβλήματα αυτά ήταν στην αρχή της συνεργασίας τους με τον κοινωνικό λειτουργό. Και ότι στην πορεία ξεπεράστηκαν και άφησαν το περιθώριο να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος δυστυχώς πλέον είναι μια πολυσύχναστη ασθένεια και απειλεί μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Παρά τη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της όμως, το δείγμα φάνηκε να μη γνωρίζει βασικές έννοιες γύρω από αυτήν. Οι γνώσεις των συνεντευξιαζόμενων στο μεγαλύτερο μέρος τους περιορίζονταν σε γενικότητες και κατά κύριο λόγο στην αντίληψη ότι είναι μια ασθένεια με ελάχιστες ή και μηδαμινές πιθανότητες επιβίωσης. Είναι μια ασθένεια που όπως κάποιοι χαρακτηριστικά είπαν δεν τους απασχολούσε και συνεπώς δεν γνώριζαν τίποτα για τον καρκίνο εωσότου νόσησαν από αυτόν. Δυστυχώς, η έλλειψη γνώσεων επηρέασε αρνητικά το μεγαλύτερο κομμάτι του δείγματος καθώς δήλωσε ότι εάν ήταν πιο ενημερωμένο για την ασθένεια, η αντιμετώπιση της θα ήταν πιο εύκολη και θα ένιωθε μεγαλύτερη ασφάλεια και σιγουριά για τις αποφάσεις που χρειάστηκε να πάρει κατά τη πορεία της.

Σπουδαίο ρόλο στην ενημέρωσή τους για την ασθένεια μετέπειτα, πέρα από το γιατρό τους, είχε ο κοινωνικός λειτουργός. Αν και η συνεργασία τους με τον κοινωνικό λειτουργό ήταν πολύ βοηθητική η πλειοψηφία αυτών αρχικά δεν γνώριζε την ύπαρξη του στο χώρο του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν πως κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο δεν τους επισκέφτηκε κάποιος κοινωνικός λειτουργός και πως κανείς από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν τους ενημέρωσε για την ύπαρξη και τις υπηρεσίες του. Αυτό εκφράστηκε κυρίως σαν παράπονο από τη μεριά τους και ειπώθηκε πως εάν είχαν ενημερωθεί θα επιθυμούσαν να έρθουν σε επαφή μαζί του. Από μια μάλιστα συνεντευξιαζόμενη τέθηκε η ερώτηση κατά πόσο ο γιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει ποιος χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και ποιός όχι.

Όμως παρά την απουσία υποστήριξης που βίωσαν στο νοσοκομείο από τον κοινωνικό λειτουργό η μετέπειτα επαφή που είχαν μαζί του είχε για αυτούς καταλυτικές επιδράσεις στην πορεία της ασθένειάς τους αλλά και στην

μετέπειτα ζωή τους. Όπως δήλωσαν όλες οι επιδράσεις ήταν θετικές και για κάποιους από τους συνεντευξιζόμενους ο κοινωνικός λειτουργός ήταν αυτός που τους πρόσφερε μεγαλύτερη βοήθεια από τον οποιοδήποτε. Για αυτούς αποτελούσε πηγή θάρρους και τους πρόσφερε την στήριξη και δύναμη που εκείνη τη στιγμή χρειαζόταν. Η συνεργασία τους μαζί του αποτέλεσε μεγάλο βίωμα για αυτούς και οι επιδράσεις που δέχτηκαν ήταν καθοριστικές όχι μόνο σε σχέση με την ασθένεια αλλά και σε σχέση με άλλα προσωπικά ζητήματα που τυχόν είχαν.

Σίγουρα όμως, όπως σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις έτσι και στη συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό κάποιοι από τους συνεντευξιζόμενους βίωσαν κατά τις αρχικές κυρίως συνεδρίες κάποιου είδους δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές δημιουργήθηκαν κυρίως μέσα από την ανάγκη τους να ακουστούν αλλά και μέσα από την πικρία που βίωναν για αυτό που τους συνέβαινε. Κάποια από τα άτομα αρχικά ένιωσαν ότι ο κοινωνικός λειτουργός δεν μπορούσε να κατανοήσει τα λεγόμενα και τα συναισθήματα τους και ότι στην αρχή είχε μια δυσκολία να τα χειριστεί. Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων μέσα από την εξιστόρηση των δυσκολιών φάνηκε κυρίως η μεγάλη ανάγκη που βίωναν τα άτομα για ξεχωριστή αντιμετώπιση και κατανόηση της διαφορετικότητας τους από τον κοινωνικό λειτουργό. Μέσα σε αυτό το κλίμα εξέφρασης αναγκών μια συνεντευξιζόμενη δήλωσε πως ένιωθε ότι κούραζε τον κοινωνικό λειτουργό και αυτό την δυσκόλευε να ανοιχτεί ενώ μια άλλη ένιωθε καχυποψία όσον αφορά τις ερωτήσεις του και αυτό αρχικά εμπόδιζε τη συνεργασία τους.

Οι δυσκολίες αυτές υπήρξαν κυρίως στην αρχή της συνεργασίας και όπως αναφέρθηκε από τους συνεντευξιζόμενους οι επιρροές που δέχτηκαν από τον κοινωνικό λειτουργό τους ακολούθησαν και στη μετέπειτα ζωή τους και ακόμα και σήμερα διατηρούν την επαφή μαζί του και τον συμβουλευονται για τα προσωπικά τους ζητήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος είναι ένα διαχρονικό, πολυδιάστατο και πολυσυζητημένο θέμα στο χώρο της υγείας. Τα τελευταία όμως χρόνια η επιστημονική κοινότητα δίνει όλο και περισσότερο προσοχή στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των ογκολογικών παθήσεων.

Ο καρκίνος, πέρα από τις οργανικές επιπτώσεις που προκαλεί, επιβαρύνει ψυχολογικά τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και διαταράσσει τις διαπροσωπικές και κοινωνικές τους σχέσεις. Ανησυχίες όπως ο φόβος του θανάτου, η εξάρτηση από άλλους, οι σημαντικές αλλαγές, η πιθανή αναπηρία και ο φόβος της εγκατάλειψης είναι μόνο κάποιες από αυτές που οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι και καλούνται να χειριστούν. Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός έχοντας ως κύριο στόχο την ενίσχυση και ενδυνάμωση του ατόμου.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη, η διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που βιώνει ο ασθενής και η αλληλεπίδρασή τους με τον κοινωνικό λειτουργό. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η διερεύνηση του βιώματος του ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Το βίωμα αυτό περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις που είχε ο ασθενής για την ασθένεια, τις γνώσεις για τον κοινωνικό λειτουργό αλλά και τις επιδράσεις και δυσκολίες που βίωσε κατά τη συνεργασία τους.

Κατά την ανάλυση της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις που τα άτομα είχαν για την ασθένεια επηρέασαν σημαντικά τον τρόπο διαχείρισης της. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία αυτών δήλωσε ότι είχε μηδαμινές ή ελάχιστες γνώσεις γύρω από το καρκίνο και ότι αυτή η έλλειψη γνώσεων λειτούργησε αρνητικά, σαν ένα επιπλέον εμπόδιο. Προκύπτει λοιπόν, ότι πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού.

Περιορισμένες αποδείχθηκαν και οι γνώσεις για τον κοινωνικό λειτουργό. Ο καρκίνος προκαλεί μεγάλη ψυχική επιβάρυνση στον ασθενή και η παρέμβαση του ειδικού της ψυχικής υγείας κρίνεται αναγκαία. Παρόλα αυτά οι ασθενείς φαίνεται να μην παίρνουν αυτή τη προσφερόμενη βοήθεια. Αυτό διότι, επηρεάζονται από τα αρνητικά στερεότυπα που αφορούν τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, αγνοούν την αξία μιας τέτοιας παρέμβασης ή θεωρούν πολυτέλεια την αναζήτησή της αλλά και πολλές φορές δεν δίνεται η απαιτούμενη σημασία από τους θεράποντες ιατρούς. (www.bestrong.gr)

Όπως προέκυψε και από την έρευνα η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων δήλωσε ότι είχε παντελή άγνοια για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο και χαρακτηριστικά όλοι δήλωσαν ότι κατά την παραμονή τους εκεί, δεν υπήρξε καμία ενημέρωση ή παρότρυνση να έρθουν σε επαφή μαζί του. Αυτό λειτούργησε αρνητικά για αυτούς και όλοι δήλωσαν πως αν είχαν ενημερωθεί θα δεχόταν τις υπηρεσίες του. Προκύπτει λοιπόν, ότι πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση στις παροχές του κοινωνικού λειτουργού και να γίνουν βελτιώσεις στο μέχρι τώρα σύστημα ενημέρωσης για την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου.

Όπως αναφέρει ο Σταθόπουλος Γ. (2006), η ποιότητα ζωής των ασθενών έχει επίδραση στην πορεία της ασθένειάς τους. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι η παροχή ψυχολογικής φροντίδας παράλληλα με την ιατρική βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Άλλες έρευνες αναφέρουν, χωρίς τα αποτελέσματα να επιβεβαιώνονται πάντοτε, ότι πέρα από την ποιότητα ζωής αυτός ο συνδυασμός μπορεί να επιφέρει και αύξηση της επιβίωσης των ασθενών.

Οι επιδράσεις του κοινωνικού λειτουργού στον ασθενή είναι πολλές και όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν πως αυτές που δέχτηκαν ήταν θετικές. Η καθοδήγησή του ήταν ουσιαστική και η συνεργασία τους αποτέλεσε μεγάλο βίωμα για αυτούς. Δήλωσαν ότι δέχτηκαν επιδράσεις σε διάφορους τομείς και κυρίως σε σχέση με τη διαχείριση της ασθένειας. Ο κοινωνικός λειτουργός όπως ανέφεραν, υπήρξε πηγή θάρρους και ελπίδας,

δημιουργώντας έτσι καλύτερες προοπτικές για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

Ωστόσο, παρά τις θετικές επιδράσεις, οι μισοί συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι ένιωσαν κάποιες δυσκολίες στην επικοινωνία τους με τον κοινωνικό λειτουργό κατά τις πρώτες κυρίως συναντήσεις. Κατά κύριο λόγο, ένιωσαν από τη πλευρά τους ότι μπορεί να τον κουράζουν, αλλά και ότι αυτός δυσκολευόταν να κατανοήσει τα έντονα συναισθήματα που τη δεδομένη στιγμή είχαν και ότι δεν μπορούσε να αντιληφθεί την διαφορετικότητά τους. Επίσης, κάποιοι φάνηκαν να δείχνουν καχυποψία για ορισμένες ερωτήσεις του.

Αυτές οι δυσκολίες σύμφωνα με τους Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλο Φ. (2009), δημιουργούνται λόγω φραγμών επικοινωνίας που προέρχονται από τα κοινωνικά και προσωπικά πιστεύω του ασθενή, αλλά και από λανθασμένες προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία ψυχικής υγείας, που έχουν σαν αποτέλεσμα να συμβουλεύει, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του συνομιλητή του, εμποδίζοντάς τον έτσι να εκφράσει τα συναισθήματά του ελεύθερα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήξαμε στις εξής προτάσεις:

- Δημιουργία πρόσθετων προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου.
- Δημιουργία ειδικών προγραμμάτων κατανομής έντυπου ενημερωτικού υλικού για τον καρκίνο.
- Ενημέρωση του πληθυσμού για την αύξηση των ποσοστών επιβίωσης από τον καρκίνο, με σκοπό τη μείωση της καρκινοφοβίας.
- Ενίσχυση των προγραμμάτων στήριξης του ασθενή και της οικογένειάς του.
- Διανομή έντυπου υλικού στο χώρο του νοσοκομείου με στόχο την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους.
- Ενημέρωση όλων των ασθενών από τον θεράποντα ιατρό για την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου.
- Ύπαρξη ατομικών γραφείων στην κοινωνική υπηρεσία των νοσοκομείων για την διεξαγωγή των συνεδριών με στόχο την τήρηση των δεοντολογικών ζητημάτων.
- Δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών με κύριο στόχο την ενημέρωσή τους για νέες μεθόδους προσέγγισης των ασθενών.

Περιορισμοί έρευνας

Ο μοναδικός περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν η δυσκολία ανεύρεσης δείγματος. Αρχικά πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τους φορείς: Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου « Αγκαλιάζω» - Αθήνα, Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου « Αγκαλιάζω» - Πάτρα, Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας», Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ» , Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» - Αθήνα, Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» - Ν. Αχαΐας. και δόθηκε περιθώριο ενός μήνα για την διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Λόγω όμως, δυσκολίας εύρεσης δείγματος με τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις που τέθηκαν στην έρευνα αλλά και του φόρτου εργασίας των φορέων εκείνη την περίοδο, δεν υπήρξε ανταπόκριση. Κατά τη δεύτερη προσπάθεια πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τους φορείς: Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου « Αγκαλιάζω» - Αθήνα, Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» - Αθήνα και Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» - Ν. Αχαΐας και δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε από τους δύο τελευταίους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί μια πολυσύχναστη νόσο με σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του ασθενή. Η συνεχής εξέλιξη στο χώρο της Ιατρικής και πιο συγκεκριμένα της Ογκολογίας καθιστά τον καρκίνο πλέον σε πολλές περιπτώσεις μια ιάσιμη ασθένεια. Έρευνες δείχνουν ότι αν και οι συχνότητα εμφάνισης της νόσου έχει αυξηθεί, το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο έχει μειωθεί. Σε αυτή την κατάσταση συμβάλλει και η προοδευτική προσπάθεια ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα καρκίνου.

Το κομμάτι αυτό της ενημέρωσης έχουν σε μεγάλο βαθμό αναλάβει διάφοροι μη κυβερνητικοί φορείς με την υλοποίηση ενημερωτικών προγραμμάτων για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Μέσα από αυτούς τους φορείς οι ασθενείς ενημερώνονται για θέματα που τους αφορούν, γνωρίζουν άτομα που έχουν βιώσει και πλέον ξεπεράσει το ίδιο πρόβλημα με αυτούς αλλά και δέχονται, αυτοί και οι οικογένειες τους, ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένο προσωπικό.

Αν και η ψυχολογική υποστήριξη των ογκολογικών ασθενών αποτελεί αναγκαιότητα, το μεγαλύτερο κομμάτι αυτών φαίνεται να αγνοεί τη σπουδαιότητα της. Μια σειρά παραγόντων όπως η άγνοια, ο φόβος, η ντροπή αλλά και τα στερεότυπα και προκαταλήψεις που υπάρχουν έναντι των ειδικών ψυχικής υγείας, περιορίζουν τους ασθενείς και τους στερούν την πολύτιμη βοήθεια τους.

Κλείνοντας, το βίωμα μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος έχει καταλυτικές επιδράσεις στη ζωή του ασθενή, ικανές να τον στιγματίσουν για την υπόλοιπη ζωή του. Είναι λοιπόν αναγκαίο να κατανοηθεί ότι η πλήρης ίαση θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο το σωματικό αλλά και το ψυχολογικό κομμάτι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική και ξένη (μεταφρασμένη) βιβλιογραφία:

- Cohen L, Manion L (2000) «*Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*». Επιμέλεια και μετάφραση: Παπαγεωργίου Ν, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα
- Dollinger M, Rosebaum E, Cable G (1992) «*Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους*». Μετάφραση: Μαθάς Χ, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα
- Downie S, Calman C (1997) «*Υγιής σεβασμός. Η ηθική στη φροντίδα υγείας*». Μετάφραση: Αποστολοπούλου Α, Παναγιούνος Γ, Παπαοικονόμου Π, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- Kayser K, Scott J (2010) «*Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο*». Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ, Μετάφραση Μπακοπούλου Γ, Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ.
- Nettleton S (2002) «*Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*». Μετάφραση: Βακάκη Α, Επιμέλεια: Αγραφιώτης Δ, Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ, Αθήνα
- Nevis E (2007) «*Θεραπεία Gestalt. Θεωρία και εφαρμογή*». Μετάφραση: Μπαρουξής, Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα
- Αγραφιώτης Δ (2003) «*Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης*». Αθήνα
- Αναγνωστόπουλος Φ, Ποταμιάνος Γ (2006) «*Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Βαλαβανίδης Α (2000) «*Περιβάλλον και κακοήθεις νεοπλασίες*». Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- Δημοπούλου - Λαγωνίκα Μ (2006) «*Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας, μοντέλα παρέμβασης*». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Δοντάς Ν (1998) «*Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής, Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας*»
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1991) «*Η Ευρώπη κατά του καρκίνου: Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου*», Αθήνα

- Κανδυλάκη Α (2001) «*Η Συμβουλευτική στην Κοινωνική Εργασία*». Σύγχρονες ακαδημαϊκές και επιστημονικές εκδόσεις, Αθήνα
- Καραδήμας Ε (2005) «*Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*». Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ, Αθήνα
- Κυριαζή Ν (1999) «*Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*». Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας (2008) «*Αρχαίας- Μεσαιωνικής- Νέας*», Τόμος 11, Εκδόσεις: Πάπυρος, Αθήνα
- Μαντή Π, Τσελέπη Χ (2000) «*Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών υγείας, Τόμος Α΄: Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*», Πάτρα
- Μπαμπινιώτης Γ (2002) «*Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας*», Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα
- Μπαρμπούνη- Κωνσταντάκου Ε (2004) «*Χημειοθεραπεία*». Γ΄ Έκδοση. Εκδόσεις Σ.Ι. Ζαχαρόπουλος
- Οικονόμου Χ (2005) «*Κοινωνιολογία της υγείας. Τόμος Α΄, Ε Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*». Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (1986) «*Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*». Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα
- Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (2009) «*Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*». 14^η έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Ρηγάτος Γ (2009) «*Η ιστορία του καρκίνου και της Ογκολογίας*». Εκδόσεις ASCENT, Αθήνα 2009
- Σαρρής Μ (2001) «*Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*». Παπαζήσης, Αθήνα
- Σταθόπουλος Γ (2006) «*Η αναγκαιότητα της ψυχολογικής παρέμβασης στον ογκολογικό ασθενή*». Περιοδικό Ε-Ιατρικά, Ιανουάριος
- Σταλίκας Α (2005) «*Θεραπευτικές παρεμβάσεις*». Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Τεγόπουλος – Φυτράκης (1997) «*Μείζον Ελληνικό Λεξικό*». Εκδόσεις: Αρμονία, Αθήνα

Ξένη Βιβλιογραφία:

- Beckett C (2006) «*Essential theory for Social Work practice*», SAGE Publications Ltd, London ECIY
- Cooper G (1992) «*Elements of human cancer*», Publisher: Jones and Bartlett, Canada-Ontario
- Cyna A, Andrew M, Tan S, Smith A (2011) «*Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care*», Published in the United States by Oxford University Press Inc.
- Dorland (2003) «*Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, » 30th Edition, Saunders, Philadelphia
- Kübler-Ross E (1969) «*On Death and Dying*», Routledge
- Lenhard R, Osteen R, Gansler T (2001) «*CLINICAL ONCOLOGY*», Publisher: Wiley-Blackwell, New York
- Patricia G (2007) «*Cancer survivorship: today and tomorrow*». Publisher: Springer science + Business Media, New York
- Peters - Golden H (1982), «*Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience*». Social Science & Medicine, 16, 483-491
- Surjit Singh Dhooper (1997) «*Social Work in health care in the 21st century*», Publisher: SAGE Publications, Inc., United States of America
- Wagener Th (2009) «*The history of oncology*», Publisher: Springer Uitgeverig, Houter the Netherlands

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ:

- <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/> 8/3/11 19:31
- http://healthnotesandnews.blogspot.com/2010/03/blog-post_6322.html, Ψυχολογία Καρκινοπαθών, 13/3/2010 21:00
- [http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/needofsupport /](http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/needofsupport/), 7/3 /2011, 19:31
- <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/reasons/>, 7/3 /2011, 19:31
- <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/historyofcancer/>, 7/3 /2011, 19:31
- <http://www.biomed.ntua.gr/Portals/1/undergraduate/ergasthrio/askhsh%207.pdf> 27/3/12 17:45
- http://www.eurocharity.gr/publish/patient_right.pdf 26/2/12 14:45
- http://www.homeopathswithoutborders.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4642:2010-08-24-06-00-19&catid=34:homeopathic-theory&Itemid=554
- <http://www.karkinos24.gr/index.php/proliptikeseisigiseis> 18/11/11 21:45
- <http://www.karkinos24.gr/index.php/symptomatakarkinou> 18/11/11 21:45
- http://www.lungcancer.gr/portal/content/karkinos/oz_20071017294.php 3 14/3/12, 15:10
- <http://www.psychologia.gr/editions/psychodynamic.htm>
- <http://www.sitemaker.gr/gvassiliades/assets/systemstherapy.htm> - Βασιλειάδης Γ.
- <http://www.vitatherapy.gr/2BBD2551.el.aspx>- Σεπετίδης Π. & Κανακάκη Κ.
- <https://docs.google.com/Doc?docid=0Af5TsvU6rfDkZGhzcXR4cHhfMGdnNDl4a2do&hl=en> Δαμίγος & Σιαφάκα 27/3/12 20:05

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προς

.....

.....

... / .. / 201.. Πάτρα

Υπόψη:

Είμαστε δύο ασκούμενες σπουδάστριες του τμήματος κοινωνικής εργασίας από το Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Έχοντας πραγματοποιήσει η μια στα πλαίσια της εργαστηριακής πρακτικής άσκησης δύο εξάμηνα (1 χρόνος) στον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με καρκίνο του μαστού «Άλμα Ζωής» (Παράρτημα Ν. Αχαΐας) και η άλλη την εξάμηνη πρακτική της άσκηση στον όμιλο εθελοντών κατά του καρκίνου "ΑγκαλιάΖΩ" (Παράρτημα Ν. Αχαΐας) είχαμε την ευκαιρία να έρθουμε σε επαφή με άτομα που βίωσαν τον καρκίνο και κατάφεραν να τον αντιμετωπίσουν με επιτυχία.

Στην μάχη αυτή δεν μπορέσαμε να μην παρατηρήσουμε τη ιδιαίτερη σχέση που δημιουργήθηκε σε πολλές περιπτώσεις ανάμεσα στον ασθενή και τον κοινωνικό λειτουργό του κάθε πλαισίου. Έτσι λοιπόν μέσω της πτυχιακής μας εργασίας θελήσαμε να διερευνήσουμε τον ξεχωριστό τρόπο που βιώνει ο κάθε ασθενής την συνεδρία με τον κοινωνικό λειτουργό, το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε αυτό αλλά και την επίδραση του στον ασθενή και κατ' επέκταση στην πορεία της ασθένειας.

Ως εκ τούτου, το θέμα της πτυχιακής εργασίας διαμορφώθηκε ως εξής : «Το βίωμα του ασθενή με νεοπλασματική νόσο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό».

Στην πτυχιακή εργασία θα πραγματοποιηθεί και έρευνα, η οποία θα απευθύνεται σε άτομα που έχουν βιώσει νεοπλασματική νόσο και έχουν

πραγματοποιήσει συνεδρίες με κοινωνικό λειτουργό κατά τη διάρκεια της ασθένειας τους. Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί το πώς βιώνει ο ασθενής με νεοπλασματική νόσο την συνεδρία με τον κοινωνικό λειτουργό. Το είδος της έρευνας που θα πραγματοποιηθεί είναι η ποιοτική έρευνα, γι' αυτό και επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε οχτώ με δέκα (8-10)συνεντεύξεις διάρκειας τριάντα λεπτών (30') η κάθε μια οι οποίες θα πραγματοποιηθούν στο διάστημα ενός μήνα, μεταξύ 12 Σεπτεμβρίου με 12 Οκτωβρίου. Με σκοπό την καλύτερη διεξαγωγή της έρευνας οι συνεντεύξεις θα ηχογραφηθούν, δίνοντας όμως το δικαίωμα στα άτομα να αρνηθούν την χρήση μαγνητοφώνου αλλά και να μην απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση αυτοί επιθυμούν. Σε αυτό το σημείο σας βεβαιώνουμε πως θα τηρηθούν όλα τα δεοντολογικά ζητήματα όπως το προσωπικό απόρρητο.

Προκειμένου λοιπόν να πραγματοποιηθεί η έρευνα ζητούμε την άδεια σας για να έρθουμε σε επαφή με τους συνεντευξιαζόμενους καθώς και την καθοδήγηση σας στην επιλογή τους, γνωρίζοντας καλύτερα ποιοι πληρούν τις προϋποθέσεις. Ο αριθμός των ατόμων που θα λάβουν μέρος στην έρευνα, η ώρα και ο χώρος θα καθοριστούν από εσάς σύμφωνα με τους δικούς σας κανονισμούς και τις δικές σας ώρες λειτουργίας.

Την εποπτεία της πτυχιακής μας εργασίας έχει αναλάβει η κα. Παπαδοπούλου κοινωνική λειτουργός του Γ.Ν.Π. "Αγ. Ανδρέας" και εξωτερική συνεργάτης στο Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. τηλ.697.....

Περιμένουμε την απάντηση σας το συντομότερο δυνατόν στα εξής στοιχεία επικοινωνίας: Κιτσιλή Αθανασία 697..... και Φαρμάκη Παναγιώτα Παναγιώτα 697..... καθώς και στο e-mail:

Σας ευχαριστούμε πολύ

Κιτσιλή Αθανασία

Φαρμάκη Παναγιώτα

B. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Πριν από κάθε συνέντευξη θα πραγματοποιείται μια σύντομη συζήτηση με τον συνεντευξιαζόμενο ώστε να νοιώσει πιο άνετα αλλά και να γίνουν οι απαραίτητες συστάσεις. Κατά τη διάρκεια αυτής της συζήτησης θα πραγματοποιηθεί ενημέρωση για τον σκοπό και τον στόχο της έρευνας και θα γίνει αναλυτική περιγραφή του τι θα ακολουθήσει. Σε αυτό το σημείο θα γίνει επίσης και ενημέρωση για την αναγκαιότητα της ηχογράφησης των συνεντεύξεων καθώς και για το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων, δίνοντας την δυνατότητα της μη χρήσης μαγνητοφώνου.

Τέλος, για την τήρηση των ορίων της συνέντευξης με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και την αποφυγή εκτός θέματος απαντήσεων θα ακολουθήσει το παρακάτω πλάνο ερωτήσεων:

- Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;
- Πόσο ετών είστε;
- Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;
- Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;
- Ποια ήταν η αντίδρασή σας;
- Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;
- Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;
- Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;
- Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;
- Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;
- Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;
- Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;
- Πόσο διήρκησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

- Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;
- Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειάς σας;
- Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;
- Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

(Θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι οι ερωτήσεις ενδέχεται να τροποποιηθούν και να προσαρμοστούν στις ανάγκες της εκάστοτε συνέντευξης έχοντας ως στόχο την καλύτερη διεξαγωγή τους.)

Γ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1 (Κα Κ.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Κ: Δεν έχω κανένα πρόβλημα.

Κ.Λ: Ωραία τότε μπορούμε να αρχίσουμε! Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Κ: Οικιακά και έχω τελειώσει δημοτικό.

Κ.Λ: Πόσο ετών είστε;

Κα Κ: Είμαι 52 ετών.

Κ.Λ: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Κ: Πριν 9 χρόνια που ήμουν 43 χρονών. Ο γιατρός μου είπε ότι είναι σε καλό στάδιο, δηλαδή το προλάβαινα, δεν ξέρω σε πιο ακριβώς.

Κ.Λ: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Κ: Το είχα καταλάβει μόνη μου ότι κάτι δε πάει καλά και πήγα για εξετάσεις. Οι δυο γιατροί μου είπαν ότι δεν είναι τίποτα. Εγώ όμως δεν

μπορούσα να ησυχάσω και πήγα και σε άλλον γιατρό και εκείνος μου είπε ότι είναι καρκίνος.

Κ.Λ: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Κ: "Χάνεις τη γη κάτω από τα πόδια σου". Φοβήθηκα πολύ, αλλά στη πορεία το παίρνεις απόφαση και το παλεύεις.

Κ.Λ: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος; Κα Κ: Φόβος, αγωνία..., η λύπη που δείχνουν άθελα τους ήταν και το χειρότερο για μένα εκείνη τη περίοδο. Σε λίγους φίλους το είπα, οι οποίοι ήξερα ότι θα είναι δίπλα μου.

Κ.Λ: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Κ: Ότι ο καρκίνος είναι θάνατος. Δεν είχε τύχει και στην οικογένεια μου οπότε δεν ήξερα και πολλά και δεν με ενδιέφερε να μάθω. Έλεγα εμένα δε θα μου συμβεί.

Κ.Λ: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Κ: Στην αρχή επηρεάστηκα γιατί νόμιζα ότι θα πεθάνω, δεν ήξερα και ότι πολλοί άνθρωποι θεραπεύονται, οπότε ήταν αρκετά δύσκολα μέχρι που κάποια στιγμή άρχισα να το παλεύω και είπα θα το νικήσω.

Κ.Λ: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Κ: Ναι γνώριζα για το κοινωνικό λειτουργό αλλά τότε δεν ήθελα να πάω. Ίσως αν με παρότρυνε κάποιος μπορεί και να πήγαινα αλλά δε μου είπε κανένας γι αυτό. Και το μετάνιωσα που δεν πήγα αμέσως.

Κ.Λ: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Κ: Εγώ ήμουν ανοιχτή στο να πάει κάνεις σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο οπότε δεν δυσκολεύτηκα καθόλου. Δεν πίστευα αυτό που λένε πολλοί ότι πρέπει να είσαι τρελός για να πας σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο.

Κ.Λ: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Κ: Μόνη μου αποφάσισα να έρθω στο σύλλογο και να δω την κοινωνική λειτουργό!

Κ.Λ: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Κ: Μετά από αρκετό καιρό και πραγματικά έχασα πολλά.

Κ.Λ: Πόσο διήρκησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Κ: Μέχρι τώρα κρατάει η συνεργασία μου με τη κοινωνικό λειτουργό.

Κ.Λ: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Κ: Πάρα πολλές. Νιώθω ότι με βοήθησε πολύ, παρόλο που είχαν περάσει δυο χρόνια και σε σχέση με τον εαυτό μου, αλλά με στήριξε πολύ και με την οικογένεια μου. Είναι μεγάλο το έργο του κοινωνικού λειτουργού.

Κ.Λ: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Κ: Με βοήθησε πολύ να το ξεπεράσω. Γιατί παρόλο που δεν νοσούσα πλέον αυτή η αρρώστια κάτι σου αφήνει μέσα σου που σε φοβίζει.

Κ.Λ: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Κ: Όχι καμία.

Κ.Λ: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Κ: Με άλλαξε ολοκληρωτικά, άλλαξα σκέψεις εντελώς και γενικά το ξεπέρασα.

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ.

Κα Κ: Ελπίζω κι εγώ να σας βοήθησα όσο μπορούσα!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2 (Κα Ν.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Ν: Όχι, δεν έχω κανένα πρόβλημα.

Κ.Λ.: Ποιο είναι το επάγγελμα σας; Το επίπεδο μόρφωσης σας;

Κα Ν: Συνταξιούχος και έχω τελειώσει μέση εκπαίδευση.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Ν: Είμαι 67.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Ν: Στα 52 μου εμφανίστηκε και ήταν σε αρχικό στάδιο από ότι ξέρω.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Ν: Ο πρώτος γιατρός που πήγα μου είπε ότι δεν είναι τίποτα σοβαρό, περνά κτλ. Αλλά εγώ το είχα υποψιαστεί ότι κάτι δε πάει καλά και έτσι πήγα στο γιατρό της αδερφής μου και εκείνος μου έκανε τη διάγνωση ότι είναι καρκίνος.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Ν: Πανικοβλήθηκα, τα έχασα, έφυγε η γη κάτω απ' τα πόδια μου. Φοβήθηκα πως θα πεθάνω.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Ν: Στη μαμά μου δεν το είπα καθόλου γιατί θα με άγχωνε και μένα περισσότερο. Ο άντρας μου με στήριξε αν και αυτός φοβήθηκε πολύ. Γενικά το είπα σε πολύ κοντινά μου πρόσωπα που ήξερα ότι θα με βοηθήσουν και δεν θα με κάνουν χειρότερα.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Ν: Δεν γνώριζα πολλά πράγματα για το καρκίνο. Γενικά μόνο ότι είναι μία πολύ άσχημη αρρώστια.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Ν: Όχι πάρα πολύ γιατί ο γιατρός μου ήταν πολύ καλός, τον εμπιστευόμουν εκατό τις εκατό και με ενημέρωσε ακριβώς τι είναι και για τη διαδικασία της θεραπείας, οπότε ήξερα ακριβώς για τη περίπτωση μου και στη πορεία το αντιμετώπισα πιο ψύχραιμα.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Ν: Ναι γνώριζα ότι υπάρχει κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο που βοηθάει τους ασθενείς σε πολλά θέματα.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Ν: Απλά ήμουν πιο ανοιχτή γιατί ήξερα ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκεί για να με βοηθήσει.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Ν: Ο γιατρός μου είπε ότι υπάρχει κοινωνικός λειτουργός στο νοσοκομείο κι έτσι πήγα εγώ και τον βρήκα.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Ν: Ήρθα σε επαφή μαζί του μετά το χειρουργείο.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Ν: Στο νοσοκομείο είχα μόνο μια συνεδρία, όπου με ενημέρωσε και για τον σύλλογο στον οποίο πήγα όταν ένιωσα καλύτερα και έκανα για δύο μήνες ατομικές συνεδρίες με το κοινωνικό λειτουργό.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Ν: Ναι βέβαια. Με βοήθησε πολύ γιατί μπορούσα να πω πράγματα που δεν έλεγα σε κανέναν και ήξερε τι να μου πει για να νιώσω καλύτερα. Είπα τους φόβους μου, τις ανησυχίες μου και ο κοινωνικός λειτουργός με βοήθησε να διαχειριστώ πολλά από τα αρνητικά συναισθήματα που είχα τότε.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Ν: Ναι με βοήθησε γενικά να δω με άλλο μάτι το καρκίνο και βλέποντας τον πιο αισιόδοξα τον αντιμετώπισα και καλύτερα.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Ν: Όχι δεν ένιωσα ότι υπήρξε κάποια δυσκολία.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Ν: Ήταν πραγματικά σωτήριος για μένα ο κοινωνικός λειτουργός. Με ενημέρωσε για πολλά θέματα αλλά το πιο σημαντικό για μένα ήταν η συναισθηματική στήριξη που μου προσέφερε.

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Ν: Παρακαλώ! Εύχομαι καλή επιτυχία!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 3 (Κα Α.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Α: Εντάξει δεν έχω πρόβλημα.

Κ.Λ.: Πολύ ωραία. Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Α: Είμαι λογίστρια

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Α: Είμαι 53

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Α: Στα 29 μου και μάλλον ήταν σε αρχικό στάδιο

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Α: Βασικά κάτι είχα καταλάβει από μόνη μου, αλλά δεν μπορούσα να το πιστέψω ότι είναι καρκίνος γιατί τότε ήμουν πολύ νέα. Μετά που πήγα για εξετάσεις, με ενημέρωσε ο γιατρός.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Α: Ο καρκίνος ήταν φόβος. Φανταστείτε στην οικογένεια μου για το καρκίνο λέγανε "το ξορκίζουμε". Ένιωσα λύπη, απελπισία, αγωνία και θυμό. Αυτό που έλεγα συνέχεια ήταν γιατί σε μένα.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Α: Η μητέρα μου ήταν χάλια. Ακόμα και τώρα δεν το έχει ξεπεράσει. Ο παππούς και η γιαγιά μου νόμιζαν πως θα πεθάνω. Πίστευαν ότι όποιος έχει καρκίνο είναι τελειωμένος. Με τους φίλους πριν το χειρουργείο είχα μία απόσταση αλλά μετά το χειρουργείο με βοήθησαν πάρα πολύ.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Α: Τίποτα. Δεν με ενδιέφερε να μάθω. Εγώ τότε είχα στόχο τη δουλειά μου πως θα εξελιχτώ επαγγελματικά κτλ. Και να άκουγα κάτι έλεγα αυτό δεν με αφορά εμένα και γύριζα τη πλάτη μου.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Α: Ναι, αν γνώριζα σίγουρα θα ήμουν πολύ διαφορετική σ αυτό το θέμα. Είχα στο νου μου μια γυναίκα στη γειτονία που πέθανε από καρκίνο. Αν ήξερα ότι καρκίνος δε σημαίνει θάνατος αλλά πολλές φορές και καλύτερη ποιότητα ζωής θα το αντιμετώπιζα απ την αρχή πιο αισιόδοξα.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Α: Όχι. Νόμιζα ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι για τους φτωχούς και τους ανάπηρους.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Α: Ναι, γιατί ήμουν πολύ επιφυλακτική. Το πρώτο πράγμα που είπα στη πρώτη συνεδρία ήταν "μη με λυπάστε, λύπηση δε θέλω"

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Α: Το νοσοκομείο είχε το πρόγραμμα τότε με τις εθελόντριες και έτσι ήρθα σε επαφή.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Α: Ήταν μετά το χειρουργείο, λίγο πριν αρχίσω τις χημειοθεραπείες.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκτησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Α: Στο νοσοκομείο έκανα γύρω στις έξι συνεδρίες αλλά γενικά η επαφή μου με κοινωνικό λειτουργό κράτησε χρόνια..

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχθήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Α: Ο κοινωνικός λειτουργός ήταν σωτήριος για μένα. Ήμουν σε απελπισία και μου έδωσε μια αχτίδα φωτός. Με βοήθησε να αφήσω το ιατρικό κομμάτι στο γιατρό και να ασχοληθώ με τον εαυτό μου και τη ψυχή μου.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Α: Ναι βέβαια. Μου έδωσε διέξοδο από τη θλίψη, τη πίκρα και το θυμό που ένιωθα πολύ έντονα τότε. Με βοήθησε πολύ στη σχέση μου με τον

άντρα μου. Κι όταν είσαι καλά μέσα σου αντιμετωπίζεις την ασθένεια πολύ καλύτερα.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Α: Η μόνη δυσκολία ήταν το ότι είχε πολύ φόρτο εργασίας ο κοινωνικός λειτουργός και κάποιες φορές αναβάλλονταν οι συναντήσεις μας, πήγαιναν σε άλλες ημερομηνίες και μερικές φορές ένιωθα ότι ενοχλώ.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Α: Ο θεός μου έστειλε έναν άγγελο να με σώσει. Είχα παραπάνω και τον πόνο που δεν μπορούσα να κάνω παιδί και ευτυχώς μπροστά μου βρέθηκε ο κοινωνικός λειτουργός. Λυπάμαι τους ασθενείς που στα νοσοκομεία δεν υπάρχουν κοινωνικοί λειτουργοί και λυπάμαι τον κόσμο που δεν ξέρει τι κάνει ο κοινωνικός λειτουργός.

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Α: Τίποτα. Ελπίζω να σας βοήθησα!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 4 (Κα Μ.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Μ: Θα προτιμούσα να μην γίνει ηχογράφηση.

Κ.Λ.: Ωραία, δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, οπότε μπορούμε να αρχίσουμε;

Κα Μ: Ναι.

Κ.Λ.: Ποιο είναι το επάγγελμα σας; Το επίπεδο μόρφωσης σας;

Κα Μ: Είμαι οδοντίατρος.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Μ: 53

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Μ: Τη πρώτη φορά ήμουν 30 ετών και δεν ξέρω σε ποιο στάδιο ήταν γιατί δεν τα γράφανε τότε και τη δεύτερη φορά ήμουν 56 και ήταν στο Β στάδιο.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Μ: Τη πρώτη φορά το έμαθα κατά λάθος από τον υπεύθυνο του εργαστηρίου, ο οποίος μη γνωρίζοντας ότι είμαι εγώ μου είπε για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Τη δεύτερη φορά απ το γιατρό μου.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Μ: Αρκετά ψύχραιμα μπορώ να πω αν και ήμουν μικρή. Τη δεύτερη φορά αγχώθηκα λίγο παραπάνω γιατί πίστευα πως είχα τελειώσει με το θέμα καρκίνος, αλλά και πάλι ήμουν αρκετά ψύχραιμη.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Μ: Η οικογένεια μου ήταν ψύχραιμη. Στο κοινωνικό περιβάλλον την πρώτη φορά δεν το είχα πει σχεδόν σε κανέναν. Τη δεύτερη φορά το ήξεραν όλοι πια και δεν είχα και πρόβλημα να το πω.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Μ: Λόγω της δουλειάς μου ήξερα πράγματα για το καρκίνο.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Μ: Δεν πιστεύω ότι με επηρέασαν κάπου.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Μ: Την πρώτη φορά όχι.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Μ: Δεν επηρεάστηκα γιατί εγώ τότε δεν ήθελα βοήθεια από τον κοινωνικό λειτουργό, ήθελα να πάω να βοηθήσω εγώ άλλους.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Μ: Μόνη μου ήρθα. Ήθελα να γίνω εθελόντρια, είχα χάσει και τον άντρα μου τότε από καρκίνο και είχα την ανάγκη να βοηθάω.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Μ: Ενδιάμεσα από τις δύο φάσεις που αρρώστησα.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Μ: Μέχρι τώρα που συνεχίζω να είμαι εθελόντρια.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Μ: Ναι. Θεωρώ ότι ήταν πολύ σημαντική η παρουσία του και είναι ένα απ τα καλύτερα κομμάτια της ζωής μου.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Μ: Πιστεύω ότι με στήριξε πολύ όταν το είχα ανάγκη γιατί επηρεάστηκα πάρα πολύ από το σύζυγο μου που πέθανε από καρκίνο.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Μ: Όχι δεν ένιωσα ότι είχα κάποια δυσκολία.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Μ: Εγώ θεωρώ πολύ σημαντικό κομμάτι της ζωής μου τη κοινωνική λειτουργό γιατί με στήριξε σε πολύ δύσκολες φάσεις της ζωής μου.

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Μ: Να είσαι καλά και να έχετε καλή επιτυχία!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 5 (Κα Ν.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Ν: Ωραία, δεν έχω κανένα πρόβλημα!

Κ.Λ.: Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Ν: Οικιακά και έχω τελειώσει κολλέγιο στο Λονδίνο.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Ν: Είμαι 60.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Ν: Στα 53 και ήταν σε αρχικό στάδιο.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Ν: Ο γιατρός μου με ενημέρωσε απ την αρχή.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Ν: Ουδέτερη. Ήμουν εντελώς χαμένη.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Ν: Ήταν ξαφνιασμένοι, τρομαγμένοι πιο πολύ κι από μένα μπορώ να πω. Πρόβλημα είχα με τη κόρη μου γιατί ήταν στο εξωτερικό τότε και δεν της το είπα καθόλου. Το είπα όταν ήρθε, κλάψαμε μαζί στην αρχή μετά όμως είπαμε το ξεχνάμε και συνεχίζουμε.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Ν: Ήξερα για το καρκίνο, γενικά ήμουν ενημερωμένη αλλά πίστευα ότι δεν θα συμβεί ποτέ σε μένα γιατί πρόσεχα.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Ν: Εκείνο που με βοήθησε πάρα πολύ ήταν οι γιατροί μου γιατί με ενημέρωσαν ακριβώς γι αυτό που έχω, τους είχα πολύ εμπιστοσύνη οπότε ένιωθα πολύ ασφαλής.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Ν: Όχι και ούτε με ενδιέφερε να μάθω εκείνη την εποχή.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Ν: Δε πίστευα ότι μπορώ να πω πράγματα που με απασχολούν στο κοινωνικό λειτουργό γιατί είχα πάντα το δικό μου ψυχολόγο, οπότε ήμουν και αρκετά κλειστή μαζί του.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Ν: Μόνη μου πήρα την απόφαση.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Ν: Μετά από δύο χρόνια. Βέβαια είχα πάει σε ένα συνέδριο που έκαναν δυο σύλλογοι για το καρκίνο, ένα μήνα μετά το χειρουργείο αλλά ένιωθα πολύ μονή εκεί και δεν ξαναπήγα.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκτησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Ν: Μέχρι τώρα που συνεχίζω σαν εθελόντρια.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Ν: Ναι δέχτηκα πάρα πολύ θετικές επιρροές.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Ν: Ήμουν αρκετά δουλεμένη ψυχολογικά. Απλά πιστεύω ότι ο κοινωνικός λειτουργός έβαλε ακόμα ένα λιθαράκι.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Ν: Η δυσκολία ήταν ότι όταν αρρώστησε η κοινωνική λειτουργός επηρεάστηκα πάρα πολύ και για ένα διάστημα δεν πήγαινα.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Ν: Ήταν μία πολύ θετική εμπειρία για μένα.

Κ.Λ.: Ελπίζω να μην σας κούρασα, σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Ν: Εγώ ελπίζω να σε βοήθησα, να έχετε καλή επιτυχία!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 6 (Κα Χ.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης, θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Χ.: Όχι, εγώ δεν έχω κανένα πρόβλημα.

Κ.Λ.: Ωραία! Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Χ.: Έχω τελειώσει λύκειο και είχα μαγαζί.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Χ.: Είμαι 62 ετών.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Χ.: Στα 53 και νομίζω ήταν σε αρχικό στάδιο.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Χ.: Στην αρχή το είχα καταλάβει μόνη μου και πήγα σε ένα χειρουργό και μου το επιβεβαίωσε.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Χ.: Ο ουρανός έπεσε στο κεφάλι μου στην κυριολεξία. Δεν το περίμενα καθόλου γιατί δεν είχαμε ιστορικό στην οικογένεια μας. Ήταν αναπάντεχο.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Χ.: Η οικογένειά μου έπεσε πάρα πολύ και ειδικά ο σύζυγος που είναι και απαισιόδοξος άνθρωπος. Ο γιός μου πήγε ρώτησε, ενημερώθηκε γι αυτό, οι φίλοι του τον στήριξαν και έτσι στήριξε κι εμένα.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Χ.: Τίποτα. Καμία ενημέρωση. Έλεγα εμένα δεν θα μου συμβεί.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Χ.: Με επηρέασε στο ότι δεν φρόντιζα τον εαυτό μου πριν, γιατί θα προλάβαινα πολλά και γενικά αφού τελικά μου συνέβη θα το αντιμετώπιζα ίσως πιο αισιόδοξα.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Χ.: Όχι και ούτε με ενημέρωσε κανείς. Ούτε ο γιατρός, κανένας.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Χ.: Δεν με επηρέασε, γιατί ήμουν τόσο απελπισμένη που έλεγα κάτι θα πάρω, κάτι θα μου πει προς το καλύτερο.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Χ.: Πριν τις χημειοθεραπείες δεν ένιωθα καθόλου καλά, ήμουν πολύ χάλια και πήγα στο νοσοκομείο και ζήτησα βοήθεια. Η προϊσταμένη εκεί μου σύστησε δυο συλλόγους και πήγα.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Χ.: Πριν τις χημειοθεραπείες πήγα στον ένα σύλλογο αλλά δεν με ικανοποίησε καθόλου και μετά πήγα στο δεύτερο όπου κ έμεινα.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Χ.: Με τη πρώτη κοινωνική λειτουργό κάναμε 3-4 συναντήσεις. Με τη δεύτερη συνεχίζεται μέχρι τώρα η συνεργασία μας.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχθήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Χ.: Με τη πρώτη κοινωνική λειτουργό δέχτηκα μόνο αρνητικές επιρροές, πήγαινα στο σπίτι μου κλαίγοντας, αντί για καλύτερα με έκανε χειρότερα. Με τη δεύτερη κοινωνική λειτουργό ήταν πολύ διαφορετικά, ήταν η πρώτη φορά που χαμογέλασα και πήρα μια ανάσα. Με βοήθησε με τη ζωή μου, τις σχέσεις μου, με όλα όσα φοβόμουν.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Χ.: Η αλήθεια είναι ότι έμαθα πολλά πράγματα που δεν ήξερα. Με βοήθησε πολύ και πρακτικά αλλά και συναισθηματικά, οπότε αντιμετώπισα και την αρρώστια μου πολύ καλύτερα.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Χ.: Με τη πρώτη κοινωνική λειτουργό ναι, πολλές δυσκολίες. Ένιωθα ότι δε με καταλάβαινε και με αυτά που μου έλεγε με έκανε χάλια, νόμιζα ότι τελειώνει η ζωή μου. Ενώ με τη δεύτερη δεν είχα κανένα πρόβλημα, ήταν πολύ καλή η συνεργασία μας.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Χ.: Η εμπειρία μου με τη πρώτη κοινωνική λειτουργό ήταν αρνητική, αλλά με την κοινωνική λειτουργό που έχω μέχρι τώρα, ήταν όλα θετικά γιατί μου έδωσε ελπίδα, αισιοδοξία και δύναμη να πολεμήσω. Είναι πολύ μεγάλο το έργο του κοινωνικού λειτουργού και κρίμα που στα νοσοκομεία δεν υπάρχει οργάνωση.

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Χ.: Εύχομαι ότι καλύτερο!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 7 (Κα Λ.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Λ.: Δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα.

Κ.Λ.: Ωραία μπορούμε να αρχίσουμε λοιπόν! Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Λ.: Εργάζομαι στον Δήμο της Πάτρας και έχω τελειώσει Τεχνολόγος Μηχανικός στα Τ.Ε.Ι.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Λ.: Τώρα είμαι 35.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Λ.: Στα 30 προς 31 ας πούμε... στο δεύτερο στάδιο.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Λ.: Ε για τη διάγνωση... ο γιατρός θεωρητικά.. από την αρχή μου τα είπε όλα.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Λ.: Ήταν ο πανικός, το κλάμα... ότι νιώθεις ότι γκρεμίζονται όλα η ζωή σου τα όνειρα σου μια απελπισία γενικά ένιωθα.. κατά κύριο λόγο αυτά. Δεν κράτησε πολύ ώρα όμως. Προσπαθούσα να το οργανώσω και να δω τι θα κάνω.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Λ.: Μου στάθηκε πάρα πολύ και αυτοί βίωσαν τα ίδια συναισθήματα αρχικά και μετά σεβάστηκαν και τη δική μου επιθυμία ότι τώρα έπρεπε να το αντιμετωπίσω. Στους γύρω μου το είπα ελεγχόμενα, όχι σε γείτονες να επεκταθεί ούτε στη δουλειά... σε συναδέλφους το είπα μόνο σε αυτούς που ήμουν στο ίδιο γραφείο. Ένιωθα ότι όλοι σοκαρίζονταν πάρα πολύ σαν πρώτη αντίδραση και μετά οι αντιδράσεις ένιωθα ότι όλοι ήταν πολύ τρυφεροί στοργικοί υπήρχε πολύ ενδιαφέρον, αγκαλιά... όλα αυτά.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Λ.: Μέσα στην οικογένεια μου υπήρχε ένα κρούσμα με την χειρότερη έκβαση του δηλαδή χάσαμε μια θεία μου γρήγορα. Ε δεν ήξερα πολλά πράγματα.. ήξερα ότι όποιος έχει καρκίνο κινδυνεύει πάρα πολύ να πεθάνει. Αυτά ήξερα γενικώς, ότι πολλοί άνθρωποι πεθαίνουν από αυτό και για τις χημειοθεραπείες ότι χάνουν τα μαλλιά τους και ότι είναι πολύ δύσκολα. Και η θεία μου δεν ήταν στην Πάτρα και δεν το είχα βιώσει όλο αυτό.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Λ.: Σίγουρα με επηρέασε γιατί καταλήγουμε να είμαστε οι γνώσεις και οι εμπειρίες μας κάθε φορά. Μπορεί να ήμουν και πιο ήρεμη μπορεί να ήμουν και πιο ανήσυχη όμως σε εκείνη τη φάση. Δεν ξέρω αν η γνώση τελικά σου προσφέρει ηρεμία πάντως σίγουρα σου προσφέρει δύναμη. Και αυτό έκανα στη συνέχεια διάβασα πάρα πολύ. Αλλά τελικά δεν ξέρω αν η

γνώση σου προσφέρει δύναμη ή φόβο εμένα μου τα έδωσε και τα δύο. Γνωρίζοντας πράγματα βλέπεις και το καλύτερο και το χειρότερο σε κάποιες περιπτώσεις.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Λ.: Όχι! Στην δική μου περίπτωση δεν εμφανίστηκε κανείς. Δεν με ενημέρωσε κανείς και δεν είχα καμία πληροφορία! Γενικά ήξερα κάποια πράγματα για τους κοινωνικούς λειτουργούς, ψάχνοντας βέβαια, αλλά όχι για το τι κάνουν στο νοσοκομείο. Αν είχε έρθει κάποιος στο Νοσοκομείο να μου μιλήσει δεν θα είχα κανένα πρόβλημα.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Λ.: Δεν ήμουν προκατειλημμένη που δεν είχα συναντήσει κάποιον άλλο κοινωνικό λειτουργό στο Νοσοκομείο.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Λ.: Το έβαξα μόνη μου, κάποιος ανέφερε το Σύλλογο και πήγα.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Λ.: Πριν κάνω το δεύτερο χειρουργείο που έμαθα ότι είναι κακοήθεια.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκτησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Λ.: Από τότε μέχρι τώρα μιας και είμαι εθελόντρια.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Λ.: Ναι, ήμουν και πολύ ευάλωτη ψυχολογικά και σίγουρα ένιωσα επιρροές. Είχα συγκινηθεί, έκλαψα, ξέσπασα... έβγαλα ίσως κάποιο θυμό για αυτό που μου συνέβη.. ήταν έντονη συνάντηση..

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Λ.: Ναι με επηρέασε θετικά σε πολλά πράγματα αλλά και στον τρόπο που αντιμετώπισα την όλη κατάσταση.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Λ.: Δυσκολία ένιωσα στο ότι επειδή ήμουν πολύ μικρή η κοινωνική λειτουργός δεν μπορούσε να αντιληφθεί την κατάσταση μου γιατί είχε συνηθίσει να μιλά σε μεγαλύτερες γυναίκες. Και αυτό με δυσκόλεψε στην αρχή... Ένιωθα ότι εκείνη τη στιγμή δεν μπορούσε να με χειριστεί.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Λ.: Μερικές φορές μιλάς σαν να μιλάς στον εαυτό σου. Ξεγυμνώνεσαι τόσο πολύ, μοιράζεσαι τα συναισθήματα σου, τους φόβους σου ακόμα και τα προσωπικά σου προβλήματα ασχέτου της ασθένειας. Εγώ θα το ξαναέκανα αυτό, ήταν μεγάλη εμπειρία για εμένα. Απελευθερώθηκα για πολλά πράγματα και απενοχοποιήθηκα για κάποια άλλα. Ένιωσα ότι είναι ένας δικός μου άνθρωπος γιατί συγκινήθηκε μαζί μου, με αγκάλιασε και δέθηκε πάρα πολύ μαζί μου. Θεωρώ ότι μέσα από αυτό μεγαλώσαμε και οι δύο η κοινωνική λειτουργός επαγγελματικά και εγώ σαν άνθρωπος και σαν προσωπικότητα. Αν θες είμαι ένα μεγάλο παιδί που βίωσε τον καρκίνο!

Κ.Λ.: Μάλιστα! Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Λ.: Σου εύχομαι τα καλύτερα και καλή επιτυχία!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 8 (Κα Α.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Α.: Δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα!

Κ.Λ.: Πολύ ωραία! Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Α.: Είμαι νηπιοβρεφοκόμος. Τώρα βέβαια δεν εργάζομαι...

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Α.: Είμαι 36 χρονών.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Α.: Το 2003 με 2004. Στα 28 προς τα 29 μου σε πολύ προχωρημένο στάδιο.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Α.: Ο γιατρός μου. Πήγα σε ένα χειρουργό έκανα μια μαστογραφία και μου είπε ότι πρέπει να χειρουργηθώ.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Α.: Ήταν πάρα πολύ δύσκολα, έκλαιγα, έλεγα γιατί να μου συμβεί. Δεν υπήρχε κάποιο ιστορικό στην οικογένεια, πρόσεχα δεν κάπνιζα ποτέ, ήμουν της υγιεινής διατροφής γενικά πρόσεχα πολύ τον εαυτό μου και μου φάνηκε πολύ περίεργο. Ανάμεικτα συναισθήματα... Μέσα στον ωκεανό και προσπαθείς να επιπλεύσεις.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Α.: Μόνο στο σύζυγό μου το είπα. Μαζί δηλαδή το μάθαμε. Στους γονείς μου δεν είπα τίποτα δηλαδή ότι σίγουρα ήταν καρκίνος. Τους είπα μόνο ότι είχα κάποιο ογκίδιο στο στήθος και ότι απλά θα πήγαινα να το αφαιρέσω. Αυτοί επειδή δεν ήξεραν την πραγματική αλήθεια αντέδρασαν ψύχραιμα και προσπάθησαν να με εμψυχώσουν. Δεν μπορούσα να τους πω την αλήθεια μόνο με το σύζυγο μου στην αρχή το μοιράστηκα. Το παιδί μου ήταν πολύ μικρό για να του πω κάτι. Όσον αφορά τον κοινωνικό μου περίγυρο τον πρώτο καιρό το είπα σε δύο-τρεις φίλες από τις οποίες μόνο η μία συνέχισε να με παίρνει τηλέφωνο να μιλάμε και να είμαστε σε επαφή. Οι άλλες δύο και κάποιοι άλλοι συγγενείς εξαφανιστήκαν! Δεν με ξαναρώτησαν τίποτα. Ακόμα και τώρα δεν με ρωτάνε αν το ξεπέρασα ή γενικά πως είμαι. Φέρονται σαν να μη συνέβη τίποτα.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Α.: Στην οικογένεια μου δεν υπήρχε κάποιο ιστορικό. Ήξερα γενικά ότι είναι κάτι τρομερό, ότι είναι κάτι πολύ φρικτό! Κάτι πολύ τρομακτικό...

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Α.: Μέσα στην άγνοια και στην αβεβαιότητα που βρισκόμουν νομίζω ότι με επηρέασε αρνητικά.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Α.: Όχι χειρουργήθηκα και δεν ήρθε να με δει κανείς και ούτε μου πρότειναν να με δει κανείς... Χειρουργήθηκα και μετά από τρεις μέρες πήγα σπίτι μου. Καμία ενημέρωση, ούτε για στήθος, ούτε για το τι δικαιούμαι, ούτε τίποτα. Μόνη μου έψαξα να βρω πληροφορίες. Αυτό για μένα ήταν τελείως εγκληματικό!

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Α.: Όχι δεν επηρεάστηκα γιατί ήμουν απελπισμένη και ήθελα κάποιον να με βοηθήσει. Ήταν μια σανίδα σωτηρίας για μένα!

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Α.: Όταν έκανα τις ακτινοθεραπείες στο Νοσοκομείο, ο γιατρός είδε σε τι άθλια ψυχολογική κατάσταση βρισκόμουν και μου είπε ότι εάν θέλω μπορεί να μεσολαβήσει για να με φέρει σε επαφή με κάποιον κοινωνικό λειτουργό ή κάποιο σύλλογο, που χωρίς να μαθευτεί κάτι μπορείς να πας και να βοηθηθείς. Και έτσι συναντήθηκα με τη πρόεδρο του συλλόγου, η οποία με έφερε και σε επαφή με το κοινωνικό λειτουργό. Έκλεισα το πρώτο ραντεβού μαζί της και έτσι ξεκίνησα.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Α.: Κατά τη διάρκεια των θεραπειών.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκτησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Α.: Κάναμε πάρα πολλές συνεδρίες. Γύρω στις δέκα με δώδεκα. Και ακόμα δεν έχουμε χάσει την επαφή μας, όποτε θέλω μπορώ να έρθω και να μιλήσω μαζί της.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Α.: Μόνο θετικά έχω να πω. Μου άνοιξε τη ψυχή, με ξεκλείδωσε, μου έβγαλε πράγματα στην επιφάνεια που δεν ήξερα καν ότι υπάρχουν για μένα. Ενώ το πρώτο καιρό δεν ήθελα να το μάθει κανείς για μένα, μετά δε με πείραζε να το πω και σε κάποιους άλλους, επιλεκτικά.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Α.: Σίγουρα είχε. Με βοήθησε να διαχειριστώ την ασθένεια μέσα μου αλλιώς. Μου έδειξε τρόπους και λύσεις, που εγώ δεν είχα καθόλου στο μυαλό μου.

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Α.: Κανένα αρνητικό. Δεν μας ενοχλούσε κανείς, ήταν όλα υπό πλήρη εχεμύθεια, με προφύλαξαν πάρα πολύ.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Α.: Ήταν όλα θετικά, ήθελα να έρχομαι και να ξαναέρχομαι. Με καταλάβαινε στα πάντα, ήξερε πώς να με βοηθήσει και τι θα μου πει ακριβώς για το κάθε πρόβλημα. Μου έδωσε πολύ προσοχή, ένιωθα πολύ όμορφα. Ακόμα και τώρα νιώθω πως ότι και να μου συμβεί θα υπάρχει κάποιος κάπου που θα με στηρίξει. Ένιωθα ότι δεν ήμουν μόνη. Όσο και να θες να το ξεπεράσεις μόνος σου είναι πάρα πολύ δύσκολο. Η κοινωνική λειτουργός μέσα στον ωκεανό που βρισκόμουν ήταν για μένα μια σανίδα σωτηρίας!

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Α.: Εύχομαι καλή επιτυχία και ότι καλύτερο!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 9 (Κα Σ.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Σ.: Μάλιστα! Δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα.

Κ.Λ.: Ωραία.... Ποιο είναι το επάγγελμα σας; Το επίπεδο μόρφωσης σας;

Κα Σ.: Τώρα δεν δουλεύω. Δούλευα 21 χρόνια σε τουριστικό γραφείο. Υπεύθυνη κρατήσεων.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Σ.: 46 χρονών.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Σ.: Στα 37. Στο πρώτο στάδιο μπορούσαμε να τον αντιμετωπίσουμε, βέβαια για εμένα ήταν τραγικά δύσκολο γιατί δεν ήξερα τίποτα για την ασθένεια αυτή.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Σ.: Ο γιατρός που έκανε και τη μαστογραφία. Μου είπε ότι ήταν ένας καρκίνος στο ξεκίνημα του και ότι δεν θα χάσω το στήθος μου γιατί θα κάνουμε τεταρτεκτομή.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Σ.: Αντέδρασα πολύ άσχημα γιατί είχα τρομοκρατηθεί. Οπότε κυριολεκτικά όταν έγινε η διάγνωση "είχα πιάσει πάτο". Σκεφτόμουν ότι δεν μπορεί να συμβεί σε εμένα αυτό, έτρεχα από γιατρό σε γιατρό γιατί πίστευα ότι έχει γίνει κάποιο λάθος στη διάγνωση και ότι ήμουν απολύτως καλά. Δεν γνώριζα τίποτα για την ασθένεια αυτή. Ήταν η επάρατος νόσος, η "παλιαρρώστια". Έλεγα Χριστέ μου είμαι τόσο νέα και αν μου συμβαίνει αυτό τι θα γίνουν τα παιδιά μου. Ήθελα να τα δω να μεγαλώνουν και πραγματικά δεν το άντεχα. Ένιωθα πάρα πολλές τύψεις και πιστεύω πως ήταν η εποχή που ήμουν η χειρότερη μαμά. Ο πρώτος χρόνος ήταν τραγικός. Περπατούσα και ένιωθα ότι πεθαίνω. Έκλεινα τα μάτια μου και με έβλεπα μέσα σε ένα φέρετρο.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Σ.: Τα παιδιά περνούσαν δύσκολα και βίωναν και αυτά τα ίδια άσχημα συναισθήματα με εμένα ειδικά ο γιός μου γι' αυτό και πήγαμε σε παιδοψυχολόγο. Γενικά δεν το είχα πει σε κανένα.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Σ.: Τίποτα! Καρκίνος ίσον θάνατος!

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Σ.: Στην αρχή ναι. Και μάλιστα όταν κάναμε τις αρχικές συνεδρίες με το κοινωνικό λειτουργό θυμάμαι ήμουν τόσο τρομοκρατημένη με όλο αυτό. Φοβόμουν μόνο και στο άκουσμα της λέξης καρκίνος. Δεν είχα ιδέα τι ήταν και δεν ήθελα ούτε να το μάθω.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Σ.: Όχι! Δεν μας ενημέρωσε κανείς! Ούτε ο γιατρός, ούτε οι νοσοκόμες μου είπαν κάτι. Δεν ήξερα καν ότι υπήρχε κοινωνικός λειτουργός. Αργότερα έμαθα από άλλους ότι υπήρχε. Όταν πια δεν μου ήταν χρήσιμο.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Σ.: Ναι γιατί δεν ήξερα τι κάνει.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Σ.: Δεν με ενημέρωσε κανείς στο νοσοκομείο είδα μια εκπομπή στην τηλεόραση που μιλούσε για τον καρκίνο και το έψαξα μόνη μου. Είπα ότι βγαίνοντας από το νοσοκομείο θα πάω.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Σ.: Ήταν αφού είχα βγει από το νοσοκομείο πριν αρχίσω τις ακτινοβολίες.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκεσε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Σ.: Γύρω στις δέκα και κράτησαν περίπου ένα τρίμηνο.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Σ.: Με επηρέασε θετικά. Οι συνεδρίες με βοήθησαν πάρα πολύ. Με πήρε από το χέρι, βήμα- βήμα και με έκανε να συνειδητοποιήσω ότι αυτά

που λέει ο γιατρός είναι αλήθεια. Μου μίλησε για άλλες γυναίκες που ακόμα και μετά από 20 χρόνια ζουν και δεν τους ξαναεμφανίστηκε. Πραγματικά με βοήθησε να καταλάβω ότι δεν θα πεθάνω. Μου άνοιξε το μυαλό μπήκε μέσα στην ψυχή μου, καταλάγιασε τους φόβους και τις ανησυχίες μου. Ίσως ήταν η χημεία που είχα μαζί της αλλά νομίζω ότι ήταν ο άνθρωπος που πραγματικά με ξαναγέννησε! Ο άνθρωπος που τα λόγια που μου έχει πει για εμένα είναι άγραφος νόμος.

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Σ.: Ναι με βοήθησε να το ξεπεράσω. Με βοήθησε να το αντέξω...

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Σ.: Όχι δεν ένιωσα κανενός είδους δυσκολία με τη συγκεκριμένη κοινωνική λειτουργό αντίθετα με κάποιους άλλους συναδέλφους της που με έκαναν να νιώθω αποκομμένη.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Σ.: Ήταν σημαντικότατος ο ρόλος του. Με βοήθησε τόσο πολύ που έκανα τα χαρτιά μου για το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στα Τ.Ε.Ι.! Πιστεύω ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι ένας κρίκος ανάμεσα σε εμάς και την αρρώστια. Στην αρρώστια και τη ζωή. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ανάγκη, το νούμερο ένα που πρέπει να υπάρχει σε όλα τα νοσοκομεία! Μετά το γιατρό ο αμέσως επόμενος άνθρωπος που πρέπει να σκύψει από πάνω του είναι ο κοινωνικός λειτουργός... Πιστεύω ότι είναι λειτούργημα!

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Σ.: Τίποτα! Ελπίζω να σε βοήθησα!

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 10 (Κα Π.)

Εκπαιδευόμενη κοινωνική Λειτουργός: Γεια σας! Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι είμαι φοιτήτρια στο τμήμα κοινωνικής εργασίας και μαζί με μια συμφοιτήτρια θέλουμε να ερευνήσουμε το βίωμα του ογκολογικού ασθενή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι ερωτήσεις μας είναι βασισμένες σε αυτή την έρευνα. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι θα υπάρξει εχεμύθεια και τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα. Αν δεν είναι πρόβλημα για εσάς για την ομαλότερη διεξαγωγή της συζήτησης θα ήθελα να ηχογραφήσω τη συνέντευξη. Επίσης θέλω να γνωρίζετε ότι αν κάποια στιγμή νιώσετε άβολα για τον οποιοδήποτε λόγο μπορούμε να διακόψουμε.

Κα Π.: Ωραία! Δεν έχω κάποιο πρόβλημα.

Κ.Λ.: Ας ξεκινήσουμε λοιπόν! Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Το επίπεδο μόρφωσής σας;

Κα Π.: Ιδιωτική Υπάλληλος.

Κ.Λ.: Πόσο ετών είστε;

Κα Π.: Είμαι 43 ετών.

Κ.Λ.: Σε ποια ηλικία σας παρουσιάστηκε ο καρκίνος και σε ποιο στάδιο;

Κα Π.: Στα 42 και ήταν σε αρχικό στάδιο.

Κ.Λ.: Από ποιόν ενημερωθήκατε για την διάγνωση και σε ποιο σημείο της ασθένειας;

Κα Π.: Ο γιατρός μου το είπε, μετά το χειρουργείο βέβαια. Άλλα εγώ το είχα καταλάβει και από πριν μόνη μου.

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδρασή σας;

Κα Π.: Τρόμος....

Κ.Λ.: Ποια ήταν η αντίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

Κα Π.: Το ίδιο και οι οικογένεια μου. Τρομοκρατήθηκαν και είναι λογικό πιστεύω. Από τους συγγενείς μου εκείνη τη περίοδο το ήξεραν μόνο δύο πρόσωπα και έζησαν όλη τη περιπέτεια από πολύ κοντά και επειδή δεν είχαμε κάποιο ιστορικό κι εκείνοι πανικοβλήθηκαν, όμως ομολογώ ότι η στάση και αυτών και της οικογένειάς μου ήταν σθεναρή και με ενθάρρυναν ότι θα το αντιμετωπίσουμε με ότι δυνατό μέσο υπάρχει.

Κ.Λ.: Τι γνωρίζατε για τον καρκίνο πριν νοσήσετε και από πού;

Κα Π.: Αρκετά πράγματα.. όσα μπορεί να ξέρει κάποιος σφαιρικά. Όχι όμως τόσα όσα έμαθα στη πορεία..

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας ή μη για τον καρκίνο επηρέασαν τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας σας;

Κα Π.: Σίγουρα γιατί δεν γνωρίζεις τι πρόκειται να σου συμβεί..Πας σε ένα μέρος άγνωστο..ακούς πολλά πράγματα καινούρια... καλείσαι να περάσεις από φρικτές καταστάσεις..δε μπορώ να το περιγράψω.. Είσαι ένας άλλος άνθρωπος. Ίσως αν ήξερα κάποια πράγματα παραπάνω ή είχε τύχει σε κάποιον κοντινό μου άνθρωπο θα μου ήταν πιο οικεία όλα αυτά. Για μένα ήταν κάποιο τούνελ που έπρεπε να διασχίσω με μόνη ελπίδα να δω κάποιο φως απέναντι.

Κ.Λ.: Γνωρίζατε την ιδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο;

Κα Π.: Όχι εκείνη τη περίοδο δεν ήξερα απολύτως τίποτα. Ούτε ήρθε κάποιος στο Νοσοκομείο να με επισκεφτεί εμένα.

Κ.Λ.: Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για τον κοινωνικό λειτουργό επηρέασαν τη σχέση σας μαζί του;

Κα Π.: Όχι , γιατί πιστεύω ότι ήταν πολύ καλή η πρωτοβουλία της αδερφής μου και της οικογένειάς μου που με έφεραν σε επαφή με το σύλλογο και πίστευα ότι με κάποιο τρόπο θα με βοηθήσει.

Κ.Λ.: Πως ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό, μόνος ή σας παρέπεμψε κάποιος άλλος;

Κα Π.: Η αδερφή μου μέσα από το κύκλο της εργασίας της έμαθε ότι υπάρχει αυτός ο σύλλογος και έτσι ήρθα σε επαφή με το κοινωνικό λειτουργό.

Κ.Λ.: Σε ποιο στάδιο της ασθένειας ήρθατε σε επαφή με τον Κοινωνικό Λειτουργό;

Κα Π.: Ήρθα στο σύλλογο αφού είχα κάνει την επέμβαση, μετά από 25 μέρες και περίμενα τα αποτελέσματα της βιοψίας.

Κ.Λ.: Πόσο διήρκτησε η συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Π.: Διήρκτησαν ένα εξάμηνο αλλά δε μπορώ να προσδιορίσω ακριβώς τον αριθμό και κάποιες από αυτές ήταν τηλεφωνικές.

Κ.Λ.: Νοιώθατε ότι δεχτήκατε επιρροές από τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Π.: Μόνο θετικές, σε όλους τους τομείς της συνεργασίας μας...

Κ.Λ.: Πιστεύετε ότι οι επιρροές αυτές είχαν κάποια επίδραση στην αντιμετώπιση της ασθένειας σας;

Κα Π.: Ναι, γιατί από μόνη μου δεν μπορούσα να δώσω απαντήσεις και λύσεις σε πολλά θέματα, ενώ μιλώντας με έναν ειδικό σίγουρα θα σε κατευθύνει σωστά..

Κ.Λ.: Νοιώσατε ότι υπήρξαν δυσκολίες στην επικοινωνία σας με τον κοινωνικό λειτουργό και ποιες ήταν αυτές;

Κα Π.: Απλώς μερικές φορές έπιανα τον εαυτό μου να είμαι καχύποπτη για αυτά που με ρώταγε.. Κατά τα άλλα η συνεργασία μας ήταν πολύ θετική.

Κ.Λ.: Γενικά πως βιώσατε την συνεργασία σας με τον κοινωνικό λειτουργό;

Κα Π.: Ήταν πάρα πολύ δυνατό, υπήρχαν παράμετροι που εγώ δεν μπορούσα να δω και η κοινωνική λειτουργός με βοήθησε να κατευθυνθώ σωστά. Είναι πολύ σημαντικό σε αυτή τη κρίσιμη περίοδο στη ζωή σου να έχεις κάποιον να σε στηρίζει. Είναι μία πολύ σημαντική επιστήμη για μένα, όχι μόνο για το καρκίνο αλλά και για άλλα προβλήματα που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος.

Κ.Λ.: Σας ευχαριστώ πολύ!

Κα Π.: Σου εύχομαι καλή επιτυχία με την εργασία και ότι καλύτερο στη ζωή σου!