

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ

**«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η
ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ»**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΚΡΑΒΒΑΡΙΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΥΠΡΙΑΝΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2011

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

ΠΑΤΡΑ 2011

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν στην προσπάθειά μας. Αρχικά την κα. Θεοδωράτου Μαρία, καθηγήτρια του τμήματος Κοινωνικής εργασίας που ανέλαβε την εργασία μας. Την Κα. Μπούρδαλα Κατερίνα, που υπήρξε εργαστηριακός συνεργάτης στο ΑΤΕΙ Πάτρας και είναι προϊσταμένη της κοινωνικής υπηρεσίας στο Ειδικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Δυτικής Ελλάδας για τη βοήθειά της. Όλους τους επαγγελματίες υγείας που μας κατέθεσαν την εμπειρία τους και μας βοήθησαν σημαντικά.

Επίσης ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για τη στήριξη που μας έδωσαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

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

Στο κεφάλαιο II αναφέρονται τι είναι καρκίνος, επίσης αναφέρεται η ιστορική αναδρομή του καρκίνου και οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου του ανθρώπου. Γίνεται λόγος και για τις γενικότερες σωματικές επιπτώσεις της ασθένειας

Το κεφάλαιο III αναφέρεται στα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ογκολογικού ασθενή, στις ψυχοκοινωνικές και σωματικές επιπτώσεις του καρκίνου, στην ποιότητα ζωής και βελτίωση της. Αναφέρεται στο τι είναι αποκατάσταση, ποια είναι τα προς αποκατάσταση προβλήματα, ποιοι συμμετέχουν στην αποκατάσταση και η δράση του ασθενούς για την δική του υποκατάσταση. Επίσης αναφέρεται στους ογκολογικούς ασθενείς και η αλήθεια, και στην σεξουαλική ζωή του ασθενή και πως επηρεάζεται.

Το κεφάλαιο IV αναφέρεται η αντιμετώπιση της ασθένειας. Η πρόληψη και η θεραπεία του πόνου αλλά και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που ασκούνται.

Το κεφάλαιο V περιέχει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, το έργο και τις δραστηριότητες του, σύμφωνα με τις μεθόδους που χρησιμοποιεί: κοινωνική εργασία με τον ασθενή, σε γενικό νοσοκομείο, με οικογένεια, ηλικιωμένα άτομα με καρκίνο, τελικό στάδιο καρκίνου και την αποκατάσταση του ογκολογικού ασθενή. Επίσης αναφέρεται ο ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου, τα δικαιώματα των ασθενών, παροχές για τον ογκολογικό ασθενή από την πολιτεία σύμφωνα με το ταμείο του.

Στο κεφάλαιο VI διαπιστώνονται συμπεράσματα αναλογικά με το σκοπό της μελέτης μας καθώς και προτάσεις για βελτίωση ζωής των ογκολογικών ασθενών.

Στο Δεύτερο μέρος παρουσιάζεται ποιοτική έρευνα, που έγινε με συνεντεύξεις από ειδικούς επαγγελματίες υγείας σχετικά με την εμπειρία τους τη βοήθεια του κάθε ειδικού από την πλευρά του αλλά και τις ρόλο που μπορεί να παίξει το κράτος στην αντιμετώπιση της ασθένειας με τις δομές του.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα μελέτη, παρουσιάζεται μια διαφορετική θεώρηση σχετικά με τον καρκίνο και τις πραγματικές του επιπτώσεις στον άνθρωπο. Επιπτώσεις που αφορούν τρεις τομείς. Κοινωνικές, ψυχικές και σωματικές. Σκοπός είναι η παρουσίαση μια διαφορετικής θεώρησης για την ασθένεια και τον τρόπο αντιμετώπισης της. Η διάλυση των στερεοτύπων σχετικά με τον καρκίνο, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η κατάρριψη της ιδέας ότι ο καρκίνος ισοδυναμεί με το θάνατο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	6-8
ΜΕΡΟΣ Α: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	
Α. Το Πρόβλημα.....	9-10
Β. Ο Σκοπός και ο Στόχος της Μελέτης	10-11
Γ. Μεθοδολογία.....	11
Δ. Ορισμοί Εννοιών.....	11-13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ- ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	
2.1 Ιστορική αναδρομή φαινομένων.....	14-16
2.2 Είδη- Τύποι καρκίνου.....	16
2.2.1 Κακήθες μελάνωμα.....	16
2.2.2 Καρκίνος του ήπατος.....	16
2.2.3 Καρκίνος του μαστού.....	16
2.2.4 Καρκίνος του παγκρέατος.....	17
2.2.5 Καρκίνος του εντέρου.....	17
2.2.6 Καρκίνος του πνεύμονα.....	17
2.2.7 Καρκίνος της μήτρας.....	17-18
2.2.8 Καρκίνος των ωοθηκών.....	18
2.2.9 Καρκίνος του αιδοίου.....	18
2.2.10 Καρκίνος του προστάτη.....	18
2.2.11 Καρκίνος του λάρυγγα.....	19
2.2.12 Καρκίνος των όρχεων.....	19
2.2.13 Καρκίνος του στομάχου.....	20
2.2.14 Καρκίνοι των οστών.....	20
2.2.15 Λευχαιμία.....	20-21
2.2.16 Λεμφώματα.....	21
2.2.17 Όγκοι ουροδόχου κύστης.....	21

2.2.18 Όγκοι εγκεφάλου.....	22
2.2.19 Καρκίνος του θυρεοειδούς.....	22
2.2.20 Καρκίνος του οισοφάγου.....	22
2.2.21 Καρκίνος νεφρών.....	23
2.2.22 Καρκίνος του πέους.....	23
2.2.23 Σαρκώματα μαλακών μορίων.....	24
2.3 Σωματικές επιπτώσεις.....	24-28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ- ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	
3.1 Κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή.....	29-30
3.2 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ασθενή.....	30-33
3.3 Ψυχικές επιπτώσεις ασθενή.....	33
3.3.1 Ενοχές που αισθάνεται ο ασθενής.....	33-35
3.3.2 Ενοχές για καθυστερημένη διάγνωση.....	35-37
3.3.3 Τα 5 στάδια ψυχολογικής αντίδρασης του καρκινοπαθή.....	37-40
3.3.4 Ψυχιατρικές αντιδράσεις.....	40-42
3.4 Κοινωνικές επιπτώσεις καρκινοπαθή.....	43-45
3.5 Ποιότητα ζωής και αποκατάσταση.....	46
3.5.1 Παράγοντες που συμβάλουν στην ποιότητα ζωής.....	46-48
3.5.2 Βελτίωση ποιότητας ζωής.....	48-51
3.5.3 Τι εννοούμε με τον όρο αποκατάσταση.....	51-52
3.5.4 Ποια είναι τα προς αποκατάσταση προβλήματα του ασθενή.....	52-53
3.5.5 Δράση του ασθενή για τη δική του αποκατάσταση.....	53-57
3.6 Δικαιώματα του ασθενή.....	57
3.6.1 Ο ασθενής και η αλήθεια.....	57-59
3.6.2 Σεξουαλική ζωή και καρκίνος.....	59-61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV- ΠΡΟΛΗΨΗ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	
4.1 Πρόληψη.....	62-66
4.2 Θεραπεία του πόνου.....	67-68
4.3 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.....	68-70
4.3.1 Είδη θεραπευτικών παρεμβάσεων που ασκούνται.....	70-72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V- Ρόλος Κοινωνικού λειτουργού	
5.1 Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς-προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος.....	73-75

5.2 Κοινωνική εργασία με άτομο-ασθενή.....	74-76
5.3 Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς σε γενικό νοσοκομείο.....	77-78
5.4 Κοινωνική εργασία με την οικογένεια ασθενών με καρκίνο.....	79-82
5.4.1 Ηλικιωμένα άτομα με καρκίνο σε γενικό νοσοκομείο και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	82-83
5.5 Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.....	84-87
5.6 Παροχές για τον ογκολογικό ασθενή από την πολιτεία σύμφωνα με το ταμείο του.....	87-89

ΜΕΡΟΣ Β: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Τι είναι ποιοτική έρευνα.....	90-91
6.2 Σκοποί της ποιοτικής έρευνας.....	92-93
6.3 Το θέμα της έρευνας.....	93-94
6.4 Το είδος της έρευνας.....	94
6.5 Το δείγμα της έρευνας.....	94-95
6.6 Το πλαίσιο της έρευνας.....	95
6.7 Εργαλείο συλλογής στοιχείων.....	95
6.8 Σκοπός και στόχος της έρευνας.....	96
6.9 Ερευνητικές υποθέσεις.....	96
6.10 Χρόνος διεξαγωγής της έρευνας.....	96
6.11 Αριθμός συναντήσεων με την ομάδα που αποτέλεσε το δείγμα.....	97-98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Χαρακτηριστικά των ειδικών.....	99-100
7.2 Ανάλυση των συνεντεύξεων.....	100-103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	103
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	106-112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	113-144

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ακόμα και σήμερα αλλά και στα παλιότερα χρόνια σύμφωνα με διάφορα βιβλιογραφικά δεδομένα ο καρκίνος ήταν μια πάρα πολύ διαδεδομένη νόσος, ακόμα ο καρκίνος θεωρείτο μια νόσος που είναι άμεσα διαδεδομένη με τον θάνατο.

Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις που ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία, την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή. Σε φυσιολογικές περιπτώσεις, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Το πρόβλημα είναι ότι η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλλουν σε ιστούς και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος.

Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, περίπου 1.010.000 άτομα εμφάνισαν κάποια μορφή καρκίνου κατά το έτος 1989 στις Η.Π.Α. Στον αριθμό αυτό δεν περιλαμβάνονται 500.000 άτομα, που εμφάνισαν διάφορα καρκινώματα του δέρματος (εκτός του μελανώματος). Επίσης, περίπου 502.000 άτομα πέθαναν από καρκίνο το έτος 1989 στις Η.Π.Α. Στην Ελλάδα, η επίπτωση του καρκίνου είναι σχετικά μικρότερη από τις άλλες χώρες της Δυτικής

Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, με αποτέλεσμα και η θνησιμότητα να εμφανίζεται μικρότερη. Υπάρχουν, όμως, ισχυρές αμφισβητήσεις για την εγκυρότητα αυτών των αποτελεσμάτων, λόγω των διαγνωστικών σφαλμάτων και των σφαλμάτων κατά την κατάταξη.

Οι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την αιτιολογία του καρκίνου είναι παρά πολλοί. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι η κατανάλωση του αλκοόλ που έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας. Ακόμα ένας παράγοντας είναι οι μολύνσεις από ιούς και άλλους μικροβιακούς παράγοντες. Επίσης έχουμε την διατροφή ως ένα σημαντικό παράγοντα για την δημιουργία καρκίνου. Το τι τρώμε, το περιεχόμενο τους και ο τρόπος με τον οποίον προετοιμάζονται η μαγειρεύονται μάζουν σημαντικό ρόλο. Ένα ακόμα άλλο αίτιο είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, δηλαδή η ακτινοβολίες και οι χημικές ενώσεις

B. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας και η ολιστική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού

ΣΤΟΧΟΣ

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η διερεύνηση όλων των τομών του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα
 - α) Το ιατρικό κομμάτι. Η κατανόηση της ασθένειας μέσα από την ιατρική βιβλιογραφία. Τα είδη και οι σωματικές επιπτώσεις που έχει στον ασθενή.
 - β) Το ψυχοκοινωνικό κομμάτι του ασθενή και πως αυτό επηρεάζεται.
 - γ) Η διερεύνηση των τρόπων αντιμετώπισης της ασθένειας. Όπως οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που ασκούνται.
 - δ) Η διερεύνηση και η επισήμανση των δράσεων του ασθενή για τη δική του αποκατάσταση.

2. Η διερεύνηση της παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή.

Γ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η εργασία ανήκει στην κατηγορία των βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με την επίσκεψή μας σε βιβλιοθήκης (ΤΕΙ, Δημοτική, Πανεπιστημίου) και με τη συζήτηση με ειδικούς επαγγελματίες υγείας πάνω στο ζήτημα.

Δ. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Καρκίνος: Ο Καρκίνος είναι μια άτυπη, άσκοπη, ανώμαλη και απρογραμματίστη ανάπτυξη νέων κυττάρων. Η ανάπτυξη αυτή μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του οργανισμού του ανθρώπου από τη γέννησή του μέχρι το βαθύ γήρας. Σε κάθε ζωντανό οργανισμό τα κύτταρά του βρίσκονται σε συνεχή και αδιάκοπη μεταβολή. Δημιουργούνται, αναπτύσσονται και αποδιοργανώνονται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ειδικό για κάθε ομάδα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ενεργού και αποδίδουν το έργο τους με την ομαλή λειτουργική φάση της ζωής των, ή αντικαθιστώντας κυτταρικές ελλείψεις, φυσικούς ή τεχνητούς τραυματισμούς όπως και προσαρμόζονται προς τις διαφοροποιήσεις του περιβάλλοντος. Και είναι γνωστό ότι η κυτταρική αυτή ενέργεια από την γέννησή της ως τη λήξη της είναι καθημερινή φυσιολογική πράξη και εναλλάσσονται χιλιάδες ή εκατομμύρια κύτταρα. Επομένως, το γενικό πρόβλημα για κάθε ζωντανό οργανισμό δεν είναι η απορία του πως αναπτύσσεται ένας καρκίνος, αλλά πως με τέτοια πολύμορφη, ταχύτητα και πολυσύνθετη βιολογική μεταβολή δε σημαίνει πιο συχνά ανώμαλη εξέλιξη.

Καλοήθης καρκίνος: Καλοήθη είναι τα νεοπλάσματα που μεγαλώνουν με αργό ρυθμό, απωθούν γειτονικούς ιστούς, χωρίς να τους διηθούν, και, αν δεν εντοπίζονται σε ζωτικά σημεία ή αν δεν εμποδίζουν τη λειτουργία σημαντικού οργάνου, γίνονται ανεκτά από τον οργανισμό. Τα καλοήθη νεοπλάσματα εμφανίζονται με την μορφή όγκων με σαφή όρια ή περιβάλλονται από κάψα και δεν προκαλούν μεταστάσεις, δηλαδή δεν τα βρίσκουμε με δευτεροπαθή ανάπτυξη, σε άλλα μέρη του σώματος.

Χημειοθεραπεία: Χημειοθεραπεία είναι η προσπάθεια αντιμετώπισης διαφόρων νοσημάτων με τη χορήγηση ενώσεων φυσικών ή τεχνικών παρασκευασμάτων. Ο στόχος της χημειοθεραπείας είναι η αντιμετώπιση των μεταστάσεων. Εάν ένας κακοήθης όγκος είναι εντοπισμένος σε ένα σημείο του σώματος μπορεί να ιαθεί με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν όμως δύο ομάδες αρρώστων που δεν μπορούν να ιαθούν με μια τοπική θεραπεία. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν άρρωστοι που έχουν μεταστάσεις κατά το χρόνο της διάγνωσης του κακοήθους όγκου. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν άρρωστοι με «υποκλινικές μεταστάσεις». Πρόκειται για μεταστάσεις που δεν μπορούν να ανιχνευθούν στη φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο, αναπτύσσονται όμως και μετά από ένα χρονικό διάστημα εκδηλώνονται κλινικά και οδηγούν τον άρρωστο στο θάνατο. Τέσσερις μπορεί να είναι δυνητικά τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας. Α) Πλήρης ύφεση που σημαίνει εξαφάνιση όλων των συμπτωμάτων και σημείων του κακοήθους όγκου. Β) Μερική ύφεση που σημαίνει υποδιπλασιασμός μεγέθους του όγκου (μείωση κατά 50%) χωρίς να εξαφανιστεί. Η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί μέχρι να εξαφανιστεί ο όγκος ή μέχρι να σταματήσει να μικραίνει. Γ) Σταθεροποίηση που ο όγκος παραμένει σταθερός, ούτε μικραίνει, ούτε μεγαλώνει. Το γεγονός αυτό δυστυχώς διαρκεί λίγους μόνο μήνες. Δ) Εξέλιξη που παρά τη θεραπεία ο όγκος μεγαλώνει και πρέπει να γίνει διακοπή και αλλαγή του πλάνου.

Ακτινοθεραπεία: Είναι θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί διάφορους τύπους ακτινοβολίας για να ασκήσουν βλαπτική επίδραση στα καρκινικά κύτταρα. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών των ακτινοβολιών είναι ότι παράγουν ενέργεια μέσα στο περιβάλλον που διασχίζουν. Η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων γίνεται μέσω του φαινομένου του ιονισμού. Η πλειοψηφία των καρκινικών κυττάρων «φονεύονται» δευτερογενώς μέσα από την επίδραση της ακτινοβολίας στο DNA και τα χρωμοσώματα, έτσι και τα καρκινικά κύτταρα καταστρέφονται πριν προλάβουν να διαιρεθούν. Ένα μικρό ποσοστό καρκινικών κυττάρων καταστρέφονται άμεσα μέσα από την απευθείας επίδραση της ακτινοβολίας στο καρκινικό κύτταρο. Οι τύποι ακτινοθεραπείας είναι η α) εσωτερική ακτινοβολία, που περιλαμβάνει τις συσκευές επιφανειακής ακτινοβολίας, το «Τηλεκοβάλτιο» και γραμμικούς επιταχυντές. β) Η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία που είναι μορφή εσωτερικής ακτινοβολίας και γ) η εσωτερική ακτινοθεραπεία.

Ογκολογία: Είναι ο κλάδος της Ιατρικής Επιστήμης, που ασχολείται με τη μελέτη των όγκων.

Όγκος: Είναι παθολογική ή αυξημένος πολλαπλασιασμός των κυττάρων, που καταλήγει σε υπερπαραγωγή ιστών, που δεν είναι εναρμονισμένοι με τη φυσιολογική αρχιτεκτονική του οργανισμού.

Ογκολογικός ασθενής: Είναι ο ασθενής που πάσχει από κάποια μορφή όγκου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ

Στο 2^ο αιώνα μ.Χ ο Γαληνός γράφει για τον καρκίνο « Εναργώς γαρ απάντα τα τοιαύτα πάθη και μαλίδθ, ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού» Έπειτα στο 3^ο αιώνα ο Ορειβάσιος διατηρεί ανάλογες απόψεις. Στον 6^ο αιώνα ο Αλέξανδρος ο Αφροδίσιος η Τραλλιανός εξακολουθεί να ασπάζεται την ίδια την αντίληψη για των καρκίνο όταν γράφει ότι « ο λεγόμενος μελαγχολικός χυμός και τρυγώδες ρεύμα μόνον και όγκων καρκινώδη». Έπειτα των 10^ο αιώνα ο Αβικέννας, ένας μεγάλος Πέρσης γιατρός συνεχίζει την παράδοση και αποδίδει την γένεση του καρκίνου στην μελαγχολία. Το ίδιο κάνουν και βυζαντινοί γιατροί. Τον 18 αιώνα ο Gendron εκφράζει την άποψη ότι ο κακοήθεις όγκος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, το φόβο, το άγχος. Ο Guy των 18^ο αιώνα στην μονογραφία του που εκδόθηκε στον Λονδίνο περιγράφει δυο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στενοχώρια. Ανάλογες απόψεις εκφράζει αργότερα ο Laennec, ο εφευρέτης του στηθοσκοπίου. Ακόμα έχουμε τον 19^ο αιώνα όπου ο Cooper ανέφερε την θλίψη και το άγχος ήταν μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων αιτιών καρκίνου του μαστού. Ακόμα τον 19^ο έχουμε ένα σύνολο γνωστόν γιατρών που εκφράζει της ίδιες περίπου αντιλήψεις. Ο Amussat εκφράζει την άποψη του παθογενετικού ρόλου των συγκινήσεων στην μονογραφία του για την θεραπευτική του καρκίνου. Έπειτα έχουν τον αμερικανό Curtter όπου σε ένα άρθρο του για την διαίτα στο καρκίνο γράφει πως η κατάθλιψη είναι πολύ κοινό στοιχείο σε περιπτώσεις καρκίνου, για να μπορέσει κάποιος να τον αγνοήσει. Στον ίδιο αιώνα ο Paget περιλαμβάνει τις αντιλήψεις αυτές στο σύγγραμμα του χειρουργικής παθολογίας όπου αναφέρει ότι η ματαίωση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις του κακοήθους νεοπλάσματος. Στα τέλει του 19^ο αιώνα ο Show το 1893 διαπίστωσε ότι από τους 250 ασθενείς με καρκίνο οι 156 είχαν σημαντικά επηρεαστεί από το θάνατο ενός μέλους της οικογενείας, 32 αντιμετώπιζαν σημαντικές επαγγελματικές δυσκολίες και

μόνο 19 δεν ανέφεραν ψυχολογικούς ή κοινωνικούς συντελεστές στην αρρώστια τους. (ΡΗΓΑΤΟΣ Α. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ 1985)

Έπειτα το 1912 σύμφωνα με την ΔΟΝΤΑ αρχίζει να εμφανίζεται ο καρκίνος του πνεύμονα και να συγκεντρώνονται 370 περιπτώσεις από ένα Αμερικάνο χειρουργό. Το 1958 σύμφωνα με την Παγκόσμια οργάνωση Υγείας σημειώθηκαν περισσότερες από 70.000 νέες περιπτώσεις πρωτοπαθούς καρκίνου στον πνεύμονα. Το 1960 στην Ελλάδα ήταν ο συχνότερος καρκίνος και αυξανόταν 3% κάθε χρόνο με περίπου 4.000 θανάτους. (Ν. ΔΟΝΤΑ 1991)

Το 1950 ο Doll έφερε στην δημοσιότητα τις πρώτες ενδείξεις ανάπτυξης καρκίνου, ιδίως νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος από το κάπνισμα. Το 1964 η Παγκόσμια οργάνωση υγείας έθεσε τις βάσεις για την σωστή επίγνωση των αιτιών του καρκίνου του ανθρώπινου οργανισμού που προερχόταν από περιβαλλοντικούς παράγοντες, ώστε να γίνει δυνατός ο περιορισμός ανάπτυξης νέων όγκων. Το 1960 – 1985 έγινε από την ελληνική αντικαρκινική εταιρία, το εργαστήριο υγιεινής και επιδημιολογίας του πανεπιστήμιου Αθηνών, το Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας Καρκίνου της Λυών Γαλλίας, και το τμήμα Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ έδειξε ότι στην Ελλάδα ο καρκίνος παρουσίασε μια αυξητική τάση. Το 1980 – 1985 σημειώθηκε μια ετήσια επίπτωση θανάτων 3.500 ανδρών λόγω του καρκίνου. (Ν. ΔΟΝΤΑ 1991)

Ακόμα σύμφωνα με τον Cancer και συν. το 1980 τα πράγματι ωρίμασαν για μεγαλύτερο ενδιαφέρον στα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με καρκίνο. Ακόμα έχουμε μεγάλη επικράτηση των μελετών της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας που αναπτύσσονται σε μεγαλύτερα κέντρα καρκίνου κυρίως στις Ηνωμένες πολιτείες και το ενωμένο βασίλειο όπου υπήρχε εκπαίδευση του κοινού για τον τρόπο ζωής και την πρόληψη του καρκίνου (Cancer και συν.,2008)

Το 2000-2001 σύμφωνα με τον Cancer και συν. είχαμε μια βασική ανάπτυξη βασικών αρχών για ψυχοκοινωνική φροντίδα και οδηγίες ιατρικής πρακτικής. (Cancer και συν.,2008)

Σήμερα, είναι γνωστοί πάνω από εκατό τύποι καρκίνων του ανθρώπου, καθένας από τους οποίους έχει μια ιδιαίτερη έκβαση. Η ιστορία διεύρυνσης και μελέτης των όγκων

χωρίζεται σε τρεις περιόδους: την θεωρητική, την περιγραφική και την εργαστηριακή. (Εγκυκλοπαίδεια «ΥΓΕΙΑ», 2005)

2.2.ΕΙΔΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

2.2.1Κακήθες μελάνωμα

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ το κακήθες νεόπλασμα, μεγάλης επιθετικότητας που ξεκινά από τα μελανοκύτταρα του δέρματος – επιδερμικού ορίου. Μπορεί να εμφανιστεί στο δέρμα, τους βλεννογόνους, κάτω από τα νύχια και στον οφθαλμό. Συνήθως εμφανίζεται σε σπήλιο και κάποιες φορές σε φυσιολογικό δέρμα, το οποίο έχει εκτεθεί περισσότερο στον ήλιο. Έπειτα προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες και μεγαλύτερη συχνότητα έχουν τα άτομα με ξανθό χρώμα. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ, 1999)

2.2.2 Καρκίνος του ήπατος

Σύμφωνα με τον Dolinger και συν. ο καρκίνος του ήπατος συνήθως είναι δευτεροπαθής. Αυτό σημαίνει ότι αρχικά τα κύτταρα παθαίνουν κακοήγη βλάβη σε άλλο σημείο του σώματος και έπειτα μεταφέρονται μέσω του αίματος στο ήπαρ. (Dolinger και συν, 1992)

2.2.3 Καρκίνος του μαστού

Σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από τη βλάβη των κυττάρων του μαστού, τα οποία αυξάνονται δημιουργώντας κακοήγη όγκο. Αποτελεί τον πρώτο, κατά σειρά συνηθέστερο καρκίνο στις γυναίκες και προσβάλλει συνήθως 1 στις 11 γυναίκες. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999) Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου μεταξύ των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Στην βόρεια Ευρώπη και βόρεια Αμερικής η επίπτωση του καρκίνου του μαστού κυμαίνεται περί τις 100 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες (Τριχόπουλος και συν., 2000)

2.2.4 Καρκίνος του παγκρέατος

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος του παγκρέατος αντιπροσωπεύει το 95% των κακοήθων όγκων του οργάνου και αποτελεί ένα από τους χειρότερους καρκίνους στομαχιού, συγκαταλέγεται στην ομάδα των νεοπλασιών με δυσοίωνη πρόγνωση, είναι σχετικά ασυνήθιστος, εμφανίζεται συνήθως σε ηλικίες άνω των πενήντα ετών και με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999)

2.2.5 Καρκίνος του εντέρου

Σύμφωνα με τον Dolinger και συν. ο καρκίνος του εντέρου προκαλείται από την κακοήθη βλάβη των κυττάρων που βρίσκονται στο εσωτερικό του όρθου, όπου σχηματίζονται κακοήθεις όγκοι, οι οποίοι εμφανίζονται συνήθως σε άτομα άνω των 60 ετών, προσβάλλοντας συχνότερα τις γυναίκες. (Dolinger και συν, 1992)

2.2.6 Καρκίνος του πνεύμονα

Συμφώνα με τον ΧΑΝΤΖΑΚΗ είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους σήμερα, ο πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα προκαλείται από κακοήθη βλάβη των πνευμονικών κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν κακοήθη όγκο στον ιστό των πνευμόνων. Γενικότερα προσβάλλει άνδρες και γυναίκες. Οι κακοήθειες του πνεύμονα προκαλούν περίπου το 25% των θανάτων από καρκίνο. Αποτελεί την πρώτη κατά σειρά συνηθέστερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Η αιτιολογία του νοσήματος οφείλεται στο κάπνισμα, στο παθητικό κάπνισμα, διατροφή και άλλα. (ΧΑΝΤΖΑΚΗΣ, 2002)

2.2.7 Καρκίνος της μήτρας

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος της μήτρας προκαλείται από την κακοήθη βλάβη των κυττάρων του ενδομητρίου, τα οποία σχηματίζουν όγκο στο

ενδομήτριο, δηλαδή στο εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας. Ο καρκίνος της μήτρας είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του παχέως εντέρου. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ, 1999)

2.2.8 Καρκίνος των ωοθηκών

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος των ωοθηκών προκαλείται από την κακοήγη βλάβη των κυττάρων της μίας ή και των δυο ωοθηκών, τα οποία σχηματίζουν όγκο στην ωοθήκη ή στις ωοθήκες που εμφανίζονται. Αυτός ο τύπος καρκίνου προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Μια γυναίκα στις 70 γυναίκες σε κάποια φάση της ζωής της θα αναπτύξουν αυτό τον καρκίνο. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999)

2.2.9 Καρκίνος του αιδοίου

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος του αιδοίου είναι αρκετά σπάνιος, αλλά λόγω της θέσης μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί σωστά. Το 80-90% των καρκίνων του αιδοίου εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση και ιδιαίτερα στην έβδομη δεκαετία. Είναι αρκετά σπάνιος σε γυναίκες πριν την ηλικία των 45 ετών και σπάνιος κατά την διάρκεια της κύησης. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ, 1999)

2.2.10 Καρκίνος του προστάτη

Σύμφωνα με τον Dolinger και συν. ο καρκίνος του προστάτη προκαλείται όταν παθαίνουν βλάβη τα κύτταρα του αδένου του προστάτη, ο οποίος βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη των ανδρών. Οι όγκοι σχηματίζονται αρχικά στην εξωτερική κάψα του προστάτη και στη συνέχεια εξαπλώνονται στους γύρω ιστούς. Αυτός ο τύπος καρκίνου αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου των ανδρών άνω των 50 ετών.(Dolinger., 1992)

2.2.11 Καρκίνος του λάρυγγα

Σύμφωνα με τον Dolinger και συν. ο καρκίνος του λάρυγγα προκαλείται από κακοήγη βλάβη των κυττάρων του λάρυγγα, η οποία μπορεί να συμβαίνει συχνότερα στις φωνητικές χορδές. Εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 50 ετών- 70, προσβάλλοντας πολύ συχνότερα τους άνδρες παρά της γυναίκες σε αναλογία περίπου 10 προς 1 (Dolinger και συν., 1992)

2.2.12 Καρκίνος των όρχεων

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος των όρχεων προκαλείται από κακοήγη βλάβη των κυττάρων του όρχεως, τα οποία σχηματίζουν όγκο μέσα στους όρχεις. Οι όγκοι των όρχεων μπορεί να προέρχονται από βλαστικά, γεννητικά και μη γενετικά κύτταρα. Ο καρκίνος του όρχεως αφορά το 1% όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων του ανδρικού πληθυσμού. Αυτός ο τύπος καρκίνου, όχι μόνο δεν κάνει διάκριση στις ηλικίες, αλλά προσβάλλει και νεαρούς άνδρες σε μεγάλο ποσοστό. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999)

Σύμφωνα με τον Τριχόπουλο και συν από τη άποψη της δημόσιας υγείας ο καρκίνος των όρχεων δεν αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, γιατί η επίπτωση του είναι σχετικά χαμηλή και περί το 85% των ασθενών θεραπεύονται αποτελεσματικά. (Τριχόπουλος και συν. 2000)

2.2.13 Καρκίνος του στομάχου

Σύμφωνα με τον ΜΑΥΡΙΔΗ και συν. ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνότερος μετά την ηλικία των 60 ετών, χωρίς να αποκλείονται και πολύ νεότερες ηλικίας. Είναι δυο φορές συχνότερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Δυστυχώς, σε μεγάλο ποσοστό ασθενών το νεόπλασμα αναπτύσσεται εντελώς σιωπηλά και δίνει κλινικά συμπτώματα και σημεία μόνο σε πολύ προχωρημένα στάδια. Ο καρκίνος του στομάχου προκαλείται συνήθως από την κακοήθη βλάβη των κυττάρων που βρίσκονται στο εσωτερικό τοίχωμα του στομάχου, όπου προκαλείται κακοήθης όγκος (ΜΑΥΡΙΔΗ και συν.,1991

2.2.14 Καρκίνοι των οστών

Σύμφωνα με τον ΜΑΥΡΙΔΗ και συν. οι πιο πολλοί όγκοι των οστών είναι καλοήθεις, γι' αυτό το λόγο ο καρκίνος των οστών είναι συνήθως δευτεροπαθής, αυτό σημαίνει ότι τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζονται πρώτα σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος και μετά εξαπλώνονται στα οστά, όπου σχηματίζεται κακοήθης όγκος . Τα οστά που προσβάλλονται συνήθως είναι: τα πλευρά, η πύελος, το κρανίο, ή σπονδυλική στήλη. (ΜΑΥΡΙΔΗ και συν.,1991)

2.2.15 Λευχαιμία

Σύμφωνα με τον Μπουραντας, 2000 η λευχαιμία ορίζεται η παθολογική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από νεοπλασματική υπερπλασία των κυττάρων της λευκής σειράς. Ονομάζεται αλλιώς και καρκίνος του μυελού των οστών. Ο μυελός των οστών είναι μια λεία λιπώδης ουσία που υπάρχει μέσα στα οστά, η οποία ευθύνεται για την παραγωγή των περισσότερων κυττάρων του αίματος του οργανισμού. Η λευχαιμία προκαλείται όταν διαταράσσεται αυτή η φυσιολογική παραγωγή των κυττάρων από την εισβολή καρκινικών λευκών αιμοσφαιρίων.

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι λευχαιμίας, η οξεία λευχαιμία και η χρόνια λευχαιμία. Η οξεία λευχαιμία είναι μια κακοήθης νεοπλασία των αιμοποιητικών οργάνων, η οποία χαρακτηρίζεται από ανεξέλικτη αύξηση των αύρων. Οι ενήλικες προσβάλλονται και από τους δύο τύπους, ενώ τα παιδιά προσβάλλονται κυρίως από την οξεία μορφή. (ΜΠΟΡΑΝΤΑΣ, 2000)

2.2.16 Λεμφώματα

Σύμφωνα με την ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΟΥ 1983 τα λεμφώματα είναι καρκίνοι των λεμφαδένων, οι οποίοι προκαλούνται όταν παθαίνουν βλάβη τα κύτταρα του λεμφικού ιστού, όπου σχηματίζεται όγκος. Ακόμα όταν το λέμφωμα είναι σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει μια αλλοίωση της κανονικής υφής. Η νόσος αναγνωρίστηκε και περιγράφηκε ως ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα από τον ιατρό Kundrat το 1983. Τον (ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΟΥ 1983)

2.2.17 Όγκοι ουροδόχου κύστης

Σύμφωνα με τους Τριχόπουλο και συν.,2000 ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι σχετικά συχνός σε όλο τον κόσμο. Το κάπνισμα είναι σημαντικό αίτια για αυτό το είδος καρκίνου. Οι όγκοι της ουροδόχου κύστης προκαλούνται από τη βλάβη που παθαίνουν τα κύτταρα της ουροδόχου κύστης, όπου προκαλούνται όγκοι, οι οποίοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις Το περισσότερο ποσοστό των όγκων εμφανίζεται στους άνδρες μετά την ηλικία των 50 ετών. (Τριχόπουλος και συν.,2000)

2.2.18 Όγκοι Εγκεφάλου

Σύμφωνα Dolinger και συν., με τον Οι καρκινικοί όγκοι του εγκεφάλου είναι συνήθως δευτεροπαθείς, προκαλούνται δηλαδή από τη βλάβη που παθαίνουν τα κύτταρα σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος, τα οποία στη συνέχεια μεταφέρονται στον εγκέφαλο. Οι όγκοι του εγκεφάλου εκδηλώνονται με πονοκεφάλους, παραλύσεις άκρων, δυσκολίες στην ομιλία, αστάθεια στο βάδισμα και άλλες κλινικές εκδηλώσεις. (Dolinger και συν, 1992)

2.2.19 Καρκίνος του θυρεοειδούς

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ ο καρκίνος του θυρεοειδούς (του ενδοκρινούς αδένου που παράγει θυροξίνη) προκαλείται από την βλάβη των κυττάρων του θυρεοειδούς, όπου σχηματίζεται κακοήθης όγκος. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι ο συχνότερος καρκίνος των ενδοκρινών αδένων και συνήθως εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 40 ετών. Είναι πιο συχνός στις γυναίκες και στον γενικό πληθυσμό εμφανίζονται με μια συχνότητα 1-4 νέες περιπτώσεις. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999)

2.2.20 Καρκίνος του οισοφάγου

Σύμφωνα με τους Τριχόπουλο και συν.2000 ο καρκίνος του οισοφάγου προκαλείται από τη βλάβη που παθαίνουν τα κύτταρα στον οισοφάγου, όπου σχηματίζεται κακοήθης όγκος. Η συχνότητα αυτού του τύπου καρκίνου αυξάνεται ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών προστατεύει από τον κίνδυνο για καρκίνο του οισοφάγου. (Τριχόπουλος και συν.,2000)

2.2.21 Καρκίνος νεφρών

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου των νεφρών στους ενήλικες. Αντιπαθητικοί μηχανισμοί που έχουν ενοχοποιηθεί εκτός από το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την λήψη δίαιτας πλούσιας σε ζωτικά λίπη, την έκθεση σε παράγοντα πετρελαίου, θεωρείται ότι πιθανά να οφείλεται στην αύξηση αυξητικών παραγόντων. Το νεφροκυτταρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Για κάθε 2 άνδρες που προσβάλλονται από το καρκίνο αυτό, προσβάλλεται μία γυναίκα. Η συχνότερη ηλικία εκδήλωσης της νόσου είναι μεταξύ 50 και 70 ετών. Από 25% έως 33% των ασθενών έχουν μεταστάσεις όταν γίνεται η αρχική διάγνωση. Προσβάλει και τα 2 νεφρά, και σε ποσοστό 1%. Σε περίπου 2% των περιπτώσεων χωρίς κληρονομικό ιστορικό, η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί και στους 2 νεφρούς ταυτόχρονα. Το νεόπλασμα αυτό είναι πιο συχνό στην Σκανδιναβία παρά στις χώρες της Μ. Ανατολής (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ, 1999)

2.2.22 Καρκίνος του πέους

Σύμφωνα με την ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΟΥ ο καρκίνος του πέους αρχίζει συνήθως ως μικρή και ανώδυνη βλάβη η οποία με την πάροδο του χρόνου αυξάνει σε μέγεθος. Συχνές εντοπίσεις του πεϊκού καρκίνου είναι η **ακροποσθία** και η **βάλανος**. Ακόμα οι ασθενείς επισκέπτονται τον ιατρό συνήθως με αρκετή καθυστέρηση καθώς είτε ντρέπονται είτε φοβούνται. Ο καρκίνος του πέους είναι σπάνιος και εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες ηλικίας άνω των 40 χρόνων. (ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΟΥ, 1983)

2.2.23 Σαρκώματα μαλακών μορίων

Σύμφωνα με τον ΣΜΠΑΡΟΥΝΗ, 1988 τα σαρκώματα είναι κακοήθεις όγκοι που προέρχονται κυρίως από μεσεγχυματογενείς ιστούς. Με τον όρο μαλακά μόρια εννοούμε τους εξωσκελετικούς ιστούς που περιβάλλουν, συνδέουν και υποστηρίζουν τα οστά και τα σπλάγχνα. Τα μαλακά μόρια αποτελούν το 50% του συνολικού βάρους του σώματος. Σε αυτό ανήκουν το λίπος, οι μύες, οι τένοντες οι αρθρικοί θύλακοι, οι σύνδεσμοι και άλλα. Είναι ένας πολύ σπάνιος καρκίνος και εμφανίζεται κύριος στα παιδιά. (ΣΜΠΑΡΟΥΝΗΣ, 1988)

2.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι σωματικές επιπτώσεις του καρκίνου κατά τον ΡΗΓΑΤΟ είναι πάρα πολλές εξαιτίας της χημικοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας και των φαρμάκων. (ΡΗΓΑΤΟΣ, 1985)

Αρχικά μια πρώτη επίπτωση, είναι ο εμετός όπου για τον άρρωστο είναι η πιο ενοχλητική παρενέργεια της θεραπείας του καρκίνου και του προκαλούν μεγάλη δυσφορία. Υπολογίζεται ότι 7 έως 8 στους 10 ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο εκδηλώνουν έμετο. Ακόμη είναι η πιο συχνή άμεση αντίδραση μετά την θεραπεία. Σύμφωνα με των Moertel και Reimeir 1969 είναι γνωστό ότι η εμετική δράση αρχίζει μια με δυο ώρες μετά την θεραπεία η αμέσως μετά την χορήγηση τους και διαρκή 2-24 ώρες. Επίσης, πολλοί άρρωστοι κάνουν εμετό μέσα στα πρώτα 2-3 λεπτά, πριν ακόμα γίνει η δράση του φαρμάκου. (ΡΗΓΑΤΟΣ,1985)

Έπειτα έχουμε ακόμα μια σωματική επίπτωση, είναι η επίπτωση της αλωπεκίας και είναι πολλή ενοχλητική επίπτωση και για τους ενηλίκους αλλά και για τα παιδιά. Η αλωπεκία είναι μια αρκετά συχνή παρενέργεια της χημιοθεραπείας,

ειδικά μετά από χορήγηση ορισμένων φαρμάκων αλλά και της ακτινοθεραπείας στο κεφάλι, που φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά τραυματική εμπειρία για τους ασθενείς μετά την διάγνωση. Σχεδόν πάντα τα μαλλιά επανέρχονται, είτε σε 3 είτε σε 6 εβδομάδες ακόμα και αν ο ασθενής βρίσκεται υπό χημειοθεραπεία. Παρόλο που οι ασθενείς ενημερώνονται, ότι αυτή η απώλεια των μαλλιών είναι αναστρέψιμη μετά το τέλος των θεραπειών, πολλές φορές αρνούνται την χημειοθεραπεία για να μην χάσουν τα μαλλιά τους. Η απόπτωση των τριχών αφορά όλο το σώμα, κυρίως όμως το τριχωτό της κεφαλής, όπου είναι και περισσότερο εμφανής. Η αλωπεκία δεν είναι οριστική αλλά παροδική, σε αντίθεση με εκείνη της ακτινοθεραπείας. Κατά των Zwartjes 1980 τα παιδιά με αλωπεκία γελοιοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον αλλά και ενήλικες σε ορισμένες περιπτώσεις αντιμετωπίζουν ρατσιστικές αντιδράσεις. Αντίθετα ένα άλλο πρόβλημα είναι και η υπερτρίχωση από ανδρογόνα και γενικότερα η αδρανοποίηση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. (ΡΗΓΑΤΟΣ,1985).

Επίσης μια άλλη σωματική επίπτωση σύμφωνα με των Dollinger και συν. είναι η επίπτωση της ναυτίας όπου ο ασθενής έχει το αίσθημα της στομαχικής δυσφορίας η διαταραχής η οποία ακολουθείται από έντονη και επείγουσα επιθυμία για αποβολή του περιεχομένου του στομάχου. Η ναυτία είναι δυνατόν να οφείλεται σε απόφραξη του εντέρου, ερεθισμό του γαστρεντερικού συστήματος η όγκο του εγκεφάλου. (Dollinger και συν.,1992)

Έπειτα υπάρχει η κόπωση όπου ο ασθενής αισθάνεται ιδιαίτερη κόπωση κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας, μερικές φορές και μετά την θεραπεία. Η κόπωση μπορεί να επιταθεί και από άλλες παρενέργειες όπως είναι η αϋπνία η απώλεια του μυϊκού πόνου και άλλα. Η κόπωση μπορεί να αποβεί τόσο σοβαρή ώστε να έχει επίδραση στην ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί αποτελεσματικά. Ακόμα η κόπωση μπορεί να επηρεάσει και την θεραπεία, έτσι σκοπός είναι προλάβει ο ιατρός να μην γίνει η κόπωση χρόνια και ανίατη. Για να γίνει αυτό πρέπει να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που την προκαλούν. (Dollinger και συν.,1992)

Μια άλλη επίπτωση είναι η απώλεια της όρεξης και είναι μια από τις συνηθισμένες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Για την καταπολέμηση του καρκίνου πρέπει τα άτομα να τρέφονται καλά. Όμως είναι δύσκολο να διατηρείται η όρεξη αν η γλώσσα, το στόμα είναι ερεθισμένα η υπάρχει δυσκολία στην κατάποση.

Μπορεί επίσης η ανορεξία να είναι αποτέλεσμα του στρες, του άγχους, της κατάθλιψης λόγω του καρκίνου. (Dollinger και συν.,1992)

Ακόμα μια επίπτωση είναι η απώλεια της γεύσης. Αυτό συμβαίνει γιατί πολλά χημικοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν στην αίσθηση της γεύσης και της οσμής. Είναι συνήθεις τόσο μετά την ακτινοθεραπεία όσο και μετά τη χημειοθεραπεία. Οι ενοχλήσεις αυτές περνάνε μετά τη θεραπεία. Οι αλλαγές αυτές διαφέρουν ανάλογα με το άτομο. Δηλαδή το άτομο όταν τρώει νιώθει πολύ γλυκιά γεύση η πολύ πικρή. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει μια μόνιμη μεταλλική γεύση στο στόμα μετά την χημικοθεραπεία. Επίσης οι αλλαγές στην γεύση μπορεί να διαρκέσουν αρκετό διάστημα. Παρόλα αυτά ο ασθενής με καρκίνο μπορεί να κάνει διάφορα πράγματα για να απαλλαγεί η να μειώσει το πρόβλημα αυτό. (Dollinger και συν.,1992)

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η δυσκοιλιότητα και η κοπρόσταση, αυτό σημαίνει όχι συχνή παραστατικότητα του εντέρου. Ακόμα σημαίνει συλλογή ξηρών κοπράνων τα οποία κολλούν στο ορθό η παχύ έντερο. Όταν ένα άτομο είναι δυσκοίλιο θα νιώθει φουσκωμένο και χωρίς αρκετή όρεξη. Αυτό το πρόβλημα πρέπει να προλαμβάνεται για να αποφευχθεί ο μεγάλος πόνος. Υπάρχουν πολλοί λόγοι που προκαλούν την δυσκοιλιότητα σε ένα καρκινοπαθή. Μερικά από αυτά είναι τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα, η ακόμα και η ανεπαρκής άσκηση. Παρόλα αυτά υπάρχουν λύσεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή, όπως με διάφορες ουσίες που μαλακώνουν τα κόπρανα. Ο γιατρός του κάθε ασθενή θα μπορέσει να βοηθήσει ανάλογα με την κατάσταση. (Dollinger και συν.,1992)

Η διάρροια είναι ένα άλλο πρόβλημα που βασανίζει τον ασθενή με καρκίνο. Η διάρροια χαρακτηρίζεται από ανώμαλης συχνότητας κίνησης του εντέρου. Πολύ συχνά οι συσπάσεις του εντέρου είναι επώδυνες. Η διάρροια μπορεί να οφείλεται στην χημειοθεραπεία, στην ακτινοθεραπεία της κάτω κοιλίας, στο σύνδρομο δυσαπορόφησης λόγω χειρουργικής επέμβασης στο έντερο η μερικές φορές σε εντερικές φλεγμονές οι λοιμώξεις. Υπάρχουν διάφορες θεραπείες του προβλήματος. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από την ανακάλυψη του αιτίου. Η διάρροια μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση, για αυτό πρέπει ο ασθενής να πίνει πολλά υγρά. Το οίδημα άκρων η αλλιώς λεμφοιδήματα είναι η κατακράτηση υγρού στους μαλακούς ιστούς που οφείλονται στην απόφραξη του του λεμφικού συστήματος. Τα πιο πολλά λεμφοιδήματα στους καρκινοπαθείς οφείλονται στις ουλές μετά την χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων η μετά την ακτινοθεραπεία.

Υπάρχουν δυο είδη λεμφωδιμάτων, το ένα είναι το οξύ λεμφοίδημα και το άλλο είναι το χρόνια λεμφοίδημα. Το συχνότερο είδος λεμφώματος στους καρκινοπαθείς είναι το χρόνια. Ο καρκίνος προκαλεί στον ασθενή μερικές φορές μικρό οίδημα και δυσχέρεια αλλά άλλες φορές και σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγεί σε βαριά αναπηρία και παραμόρφωση. Το χρόνια λεμφοίδημα υποχωρεί δυσκολότερα από το οξύ γιατί όσο περισσότερο διογκώνεται το σκέλος τόσο δυσχεραίνεται η επαρκής απαγωγή του υγρού. Όσοι έχουν χρόνια λεμφοίδημα είναι επίσης πιο επιρρεπείς σε λοιμώξεις των σκελών. Συνήθως αντιμετωπίζονται δύσκολα και δεν αρκεί η χημειοθεραπεία. Ο ασθενής με καρκίνο λόγω της εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να μολυνθεί με διαφόρων τύπων λοιμώξεις. Υπάρχουν διάφοροι τύποι λοιμώξεων. Ένας τύπος λοιμώξεως είναι οι βακτηριακές λοιμώξεις που προκαλούνται από οργανισμούς που βρίσκονται στο έντερο. Ακόμα ένας τύπος είναι οι ιογενείς λοιμώξεις που μπορεί να προκαλέσουν πληγές και πόνο στο στόμα. Ο γιατρός θα πρέπει να χορηγήσει έγκαιρα την κατάλληλη αγωγή. Τέλος ένας άλλος τύπος είναι οι μυκητιασικές λοιμώξεις και πολύ συχνά εμφανίζονται όταν οι μύκητες, που φυσιολογικά υπάρχουν στο δέρμα, επωφελούνται από την καταστολή του ανοσολογικού συστήματος. (Dollinger και συν.,1992)

Ακόμα ένα πρόβλημα που δημιουργείται είναι η στόμια. Η στόμια δημιουργείται από τους χειρουργούς σε άτομα με καρκίνο της ουροδόχου κύστης για θεραπεία του καρκίνου. Η στόμια είναι χειρουργική κατασκευή ενός ανοίγματος σε κάποιο όργανο με σκοπό τη σύνδεση του με το δέρμα. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες κοιλιακών στομιών. Η πρώτη είναι η κολοστομία όπου γίνεται η αλλαγή της διαδρομής του παχέως εντέρου. Η δεύτερη είναι η ειλοστομία όπου είναι μια ανάλογη παράκαμψη στο τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου. Τρίτη είναι η ουροστομία η ουρική εκτροπή και είναι όρος που καλύπτει όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις κατά τις οποίες δημιουργούνται νέοι έξοδοι των ουρών από το σώμα. Οι στόμιες έχουν διάφορα σχήματα και διαστάσεις. Οι περισσότερες στόμιες προεξέχουν από το δέρμα έτσι ώστε τα κόπρανα και τα ούρα να απομακρύνονται από το δέρμα χωρίς να λιμνάζουν γύρω από την στόμια. (Dollinger και συν.,1992)

Τέλος μια άλλη επίπτωση είναι η ανορεξία, μια πολύ σοβαρή επίπτωση του καρκίνου. Οφείλεται στην χημικοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, το στρες, το άγχος, την κατάθλιψη η και του ίδιου του καρκίνου. Φυσικά είναι δύσκολο ο ασθενής με καρκίνο να διατηρήσει την όρεξη του λόγω των διαφόρων ερεθισμών στο στόμα. Παρόλα αυτά

οι επιπλοκές διαρκούν μόνο τρεις έως οκτώ μέρες αλλά και όταν ακόμα υποχωρήσουν, πιθανός ο ασθενής με καρκίνο να έχει ακόμα προβλήματα στην όρεξη. Η ανορεξία μπορεί να αντιμετωπιστεί με πάρα πολλούς τρόπους αρκεί να υπάρχει η κατάλληλη συμβουλή του γιατρού.(Dollinger., 1992)

Σύμφωνα με τον Δαμίγο στην περίπτωση μιας σωματικής νόσου, ορισμένες φορές είναι σημαντικό για το άτομο να διακρίνει την ασθένεια του ως γεγονός και όχι ως ένα ατύχημα, για την δημιουργία του οποίου δεν είχε καμία συμμετοχή (Δαμιγος,2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ,

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

3.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Οι προερχόμενοι από την κοινωνία παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμογή στον καρκίνο αλλάζουν σταθερά, αφού αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις και τη γνώση της κοινωνίας για τον καρκίνο σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα καθώς και τη στάση της σχετικά με τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Πλέον ο καρκίνος σήμερα φαίνεται κάτι λιγότερο τρομερό σε σύγκριση με τον παρελθόν που προκαλούσε φόβο και στιγμάτιζε τον ασθενή. Η διάγνωση ανακοινώνεται πιο συχνά, το κοινό είναι καλύτερα πληροφορημένο, περισσότερο γνώστης της ασθένειας, και δικαιολογημένα περισσότερο αισιόδοξο για το αποτέλεσμα. Τα σύγχρονα δεδομένα που επιβάλλουν τη συναίνεση του ασθενή μετά από ενημέρωση και τη συγκατάθεση του στις επιλογές θεραπείας αποτέλεσαν θετική έκβαση που συντέλεσε στην επικοινωνία μεταξύ ασθενή και γιατρού. Αυτό οδήγησε ωστόσο σε ένα πρόσθετο φορτίο για τον ασθενή εξαιτίας της πληρέστερης γνώσης για την πραγματική πρόγνωση κάθε θεραπευτικής επιλογής. Επιπλέον ασθενείς που τελείωσαν με τη θεραπευτική αγωγή κατά του καρκίνου παρακολουθούνται περισσότερο προσεκτικά σήμερα, προκειμένου να επισημανθεί γρήγορα η επανεμφάνιση. Οι επισκέψεις παρακολούθησης μετά το τέλος της θεραπείας (follow up) αποτελούν συχνά αιτία έντονου άγχους και φόβου. Η αβεβαιότητα για το μέλλον είναι ακόμη ένα τεράστιο βάρος που συνοδεύει τον καρκίνο. Ένα επιπλέον βάρος είναι η ευρέως διαδεδομένη αλλά λανθασμένη πεποίθηση ότι το στρες προκαλεί καρκίνο. Οι ασθενείς λανθασμένα αισθάνονται ότι μια σημαντική απώλεια ή αντίδραση σε ένα μεγάλο στρεσογόνο γεγονός προκάλεσε της ασθένεια τους. Η επανειλημμένη καθησύχαση ότι αυτό είναι λάθος είναι απαραίτητη.

Το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή παρέχει τις σημαντικές δια προσωπικές πηγές, το σύζυγο ή σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους ως κοινωνική

υποστήριξη που συνεισφέρει ουσιαστικά. Αυξανόμενες αποδείξεις υποδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο που παίζει η κοινωνική υποστήριξη τόσο στην αντιμετώπιση όσο και στην υποστήριξη. Τα απομονωμένα άτομα έχουν περισσότερο πρόβλημα στο να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια και έχουν υψηλότερη θνησιμότητα ανά ηλικία.

Ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τον ασθενή είναι η κοινωνική-οικονομική κατάσταση και η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει. Υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία που δείχνουν τους παράγοντες αυτούς ως σημαντικά θέματα που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, όχι μόνο λόγω περιορισμένης πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα αλλά και επειδή η φτωχότερη εκπαίδευση και οι λιγότεροι πόροι επηρεάζουν την διαθέσιμη θεραπεία για καρκίνο και το αποτέλεσμα της.

3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα άτομα με καρκίνο εμφανίζουν συνήθως κάποια ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Αρχικά ένα κοινό χαρακτηριστικό σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ είναι η ύπαρξη ψυχικής απομόνωσης και ένα αίσθημα αυτοκαταστροφής όταν τους έχει ανακοινωθεί ότι πάσχουν από καρκίνο ή περιμένουν τα αποτελέσματα εξετάσεων. (ΡΗΓΑΤΟΣ,1985)

Ακόμα συγκρίθηκαν γυναίκες που είχαν καρκίνο του μαστού με γυναίκες που είχαν η καρκίνο της μήτρας η καρκίνο του τραχήλου με βάση μελέτης το Tarlou και συν. Στην μελέτη που είχε γίνει σύμφωνα με ψυχιατρικά –ψυχοδυναμικά δεδομένα διαπίστωσαν ότι οι πρώτες εμφάνιζαν τις βασικές ψυχοσυγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο, ενώ οι δεύτερες κατά το γεννητικό. (Tarlou και συν.,1951)

Άλλες μελέτες που έγιναν από Bacon και συν. συμπέραναν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού πραγματοποιούσαν μια παθητική αυτοκτονία, ως αποτέλεσμα κατάθλιψης και αισθημάτων ενοχής. Επίσης Φιλανδοί ερευνητές διαπίστωσαν πως τα άτομα με καρκίνο αντιμετώπιζαν δυσχέρεια στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. (Bacon και συν.,1952)

Ακόμα γυναίκες με καρκίνο του μαστού κατά τον Becker εμφανίζουν διαταραχή του γυναικείου ρόλου στις ετεροφυλικές ωθήσεις και στην αύξηση των αναγκών που εξαρτώνται από την στοματική ψυχοδυναμική φάση. Σε αυτές τις γυναίκες εμφανίστηκαν περισσότερα προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή ενώ μόνο το 12% εξέφραζαν μια σταθερή θετική προς την κατεύθυνση αυτή. Ενώ οι περισσότερες γυναίκες δεν ήθελαν να κάνουν παιδιά. Πολλές γυναίκες παρουσίασαν προβλήματα στο θηλασμό ή στον τοκετό. (Becker.,1978)

Μερικά γενικότερα χαρακτηριστικά που διαπιστώθηκαν στην προσωπικότητα των ατόμων με καρκίνο κατά τον Booth, Kissen, Le Shan είναι πως περιγράφονται με πάρα πολλές αναστολές. Επίσης αυτά τα άτομα έχουν έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συμβατικοί και καθηλωμένοι στους τύπους, ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες. (Booth 1964 , Kissen1969, Le Shan 1966)

Σύμφωνα με τους Bahnoson, Bammer , Ρώτας υπάρχει στο στοιχείο της προσωπικότητας τους η τάση για άρνηση και καταπίεση στα μη επιτρεπόμενα για αυτούς συναισθήματα, υπάρχει μια γενικότερη αναστολή στα συναισθήματα τους. Έπειτα έχουν μια έντονη αδυναμία να εκφράσουν την φυσιολογική ένταση, άγχος, θυμό που τους διακατέχει. Παρόλα αυτά στο πρόσωπο τους δείχνουν μια ηρεμία και μια ευχαρίστηση. Στα άτομα με καρκίνο παρατήρησαν πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για τους άλλους, είτε αυτά τα άτομα είναι από κοντινό περιβάλλον ή είναι άγνωστοι. Ακόμα έχουν αυξημένο ενδιαφέρον για τα πράγματα που γίνονται γύρω τους παρά για αυτά που συμβαίνουν μέσα τους. Οι καρκινοπαθείς δέχονται και υπηρετούν κοινωνικές επιταγές με ευσυνειδησία και αυταπάρνηση, συχνότερα όμως για την εξυπηρέτηση προσωπικής σχέσης παρά κοινωνικού σκοπού. (Bahnoson., 1979., Bammer., 1981 Ρώτας., 1982)

Σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ και συν. 1983 διαπιστώθηκε η έκφραση επιθετικότητας και εχθρότητας από τους ασθενείς με καρκίνο με διαφορά στο τύπο του καρκίνου. π.χ. οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού είχαν πιο έντονα τα χαρακτηριστικά της επιθετικότητας . Ακόμα στα άτομα με καρκίνο παρατηρείται πιο έντονα και συχνότερα η εξάρτηση από ένα ή περισσότερα πρόσωπα στην οικογένεια. Ταυτόχρονα οι ασθενείς αυτοί έχουν δυνατά τα αισθήματα της απελπισίας και την αίσθηση πως είναι αβοήθητοι. (ΡΗΓΑΤΟ και συν.,1983)

Σύμφωνα με την Koubler- Ross ακόμα ένα χαρακτηριστικό είναι η άρνηση που αποτελεί το πρώτο στάδιο ψυχολογικής αντίδρασης. Η άρνηση μπορεί να οριστεί ως η απόρριψη μιας απειλητικής πλευράς της πραγματικότητας και σε αντίθεση με την συμπίεση, λαμβάνει χώρα ασυνείδητα χωρίς την γνώση του ατόμου. Η άρνηση σύμφωνα με την Koubler- Ross λειτουργεί ως εξουδετερωτής της σύγκρουσης ύστερα από την απροσδόκητα συγκλονιστική είδηση, επιτρέπει στον ασθενή να προστατευτεί προσωρινά για να κινητοποιήσει αργότερα άλλους, λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας. Έπειτα έχουμε στο δεύτερο στάδιο ένα άλλο χαρακτηριστικό. Το χαρακτηριστικό αυτό αποτελεί συναισθηματική οργή. Αυτή η οργή του ασθενούς μπορεί να συνοψιστεί στις λέξεις «γιατί εγώ, είναι άδικο» Επίσης ο ασθενής περνά από το στάδιο της κατάθλιψης όταν συνειδητοποιήσει των ήδη υφιστάμενων απωλειών εξαιτίας της νόσου ή των συνεπειών της, αλλά και από τη συνειδητοποίηση των επαπειλούμενων απωλειών, όπως της ίδιας της ζωής. Τέλος, ένα άλλο χαρακτηριστικό κατά την Koubler- Ross είναι το στάδιο της αποδοχής όπου εμφανίζεται όταν ο ασθενής περάσει από όλα αυτά τα στάδια συναισθηματικής προσαρμογής και έρχεται η αποδοχή του επερχόμενου θανάτου. Ο ασθενής σε αυτό το στάδιο δεν είναι ούτε οργισμένος αλλά ούτε και θλιμμένος, αλλά ούτε και χαρούμενος. Θέλει να μείνει μόνος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του έξω κόσμου. (Koubler- Ross., 1969)

Σύμφωνα με την Koubler- Ross τα διάφορα στάδια δεν ακολουθούν πάντα την ίδια σειρά και ότι μπορεί ο ασθενής να επανέλθει σε κάποιο προηγούμενο στάδιο ή να μείνει μέχρι το τέλος σε κάποιο στάδιο. (Koubler- Ross., 1969)

Κατά καιρούς πολλοί θεωρητικοί όπως Weisman και συν., Weisman, Lazarus και συν. και Horowitz αντέκρουσαν την εργασία της , όχι τόσο γιατί θεωρούσαν σχεδόν αδύνατον να απομονωθεί ένα μόνο χαρακτηριστικό ατόμου με καρκίνο σε κάθε στάδιο προσαρμογής, αλλά κυρίως επειδή αυτή η στειροποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής του ασθενούς θεωρεί ότι η πορεία του καρκίνου είναι μια προβλέψιμη και ανηλεής κατηφορική πορεία από την διάγνωση ως το θάνατο, με εξίσου προβλέψιμα ψυχολογικά στάδια. (Weisman και συν.1976, Weisman 1976, Lazarus και συν. 1974, και Horowitz,1973)

Σύμφωνα με τον Horowitz τα χαρακτηριστικά που θα παρουσίαση ο ασθενής με καρκίνο είναι παρόμοια με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά- στάδια της Koubler-

Ross. Σύμφωνα με τον Horowitz ο ασθενής θα έχει δυσπιστία και παροδική άρνηση. Δηλαδή θα υπάρξουν αντιδράσεις του ασθενούς στην κρίση της διάγνωσης. Έπειτα, μετά από κάποιες μέρες ο ασθενής ακολουθεί μια περίοδο συναισθηματικής αναστάτωσης, δυσφορίας, άγχους, φόβο και αναβίωση δυσάρεστων σκέψεων. Ακόμα παρατηρείται δυσκολία στην συγκέντρωση. Στην συνέχεια κατά των Horowitz , μετά από δυο εβδομάδες το άτομο αναπτύσσει τους αμυντικούς του μηχανισμούς και προσαρμόζεται στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. (Horowitz., 1973)

Σύμφωνα με τον Weisman και συν. τις πρώτες μέρες το άτομο με καρκίνο παρουσιάζει υπαρκτική συμπεριφορά με διάφορα ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως συμπτώματα οξείας δυσφορίας, που όμως υποχωρούν, καθώς ο αντίκτυπος της διάγνωσης καταλαγιάζει. Σύμφωνα με τον Weisman τα άτομα με μειωμένη προσαρμογή και ευάλωτη προσωπικότητα, παρουσιάζουν εντονότερη δυσφορία. Ο ασθενής παρουσιάζει ανησυχία, συναισθήματα έκπληξης, δυσπιστίας η και άρνησης και, στην συνέχεια συναισθήματα ενοχής η ντροπής, αλλά και φόβους όπως ο φόβος του επικείμενου θανάτου η της αλλαγής της σωματικής εικόνας και με συνωδά συμπτώματα άγχους η θλίψης. (Weisman και συν., 1976)

Σύμφωνα με με τους Strauss και συν. εκφράζουν την άποψη ότι σπάνια ο μηχανισμός της άρνησης είναι αιτιολογικός παράγοντας για την μη αποδοχή της θεραπείας. Ακόμα τις περισσότερες φορές οι ασθενείς αρνούνται τη θεραπεία είτε επειδή έχουν ανεπαρκή πληροφόρηση είτε επειδή υπάρχει διαφορά στην εκτίμηση περί ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενούς και γιατρού. (Strauss και συν.,1990)

3.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

3.3.1 Ενοχές που αισθάνεται ο ασθενής

Συχνά είναι τα αισθήματα ενοχής στους ίδιους τους ασθενής. Όλοι γνωρίζουμε λ.χ. ότι το κάπνισμα συνδυάζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα, του λάρυγγα, της κύστης και άλλων οργάνων.

Δεν νομίζω ότι υπάρχει σήμερα κάποιος που δεν γνωρίζει τη συνάρτηση του καπνίσματος τουλάχιστον με τον καρκίνο του πνεύμονα. Στα πολλά συμπτώματα και τα άλλα προβλήματα που προκαλεί η νόσος περιλαμβάνονται και τα αισθήματα ενοχής, που επιβαρύνουν την ούτως ή άλλως κακή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Τα πράγματα γίνονται ακόμα πιο δύσκολα για τον άρρωστο, όταν δίνεται έμφαση από την πλευρά των γιατρών σε ερωτήσεις σχετιζόμενες με τη συνήθεια του καπνίσματος. Ήδη στην κατάσταση του διαγνωσμένου – προχωρημένου καρκίνου αυτό έχει πια πολύ μικρή αξία.

Ανάλογα είναι τα πράγματα, προκειμένου περί γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η παλιά γνώση της επιδημιολογίας του νοσήματος, έχει σήμερα κατανοηθεί και αιτιολογικά. Η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, ο μεγάλος αριθμός επαφών, η συχνή αλλαγή ερωτικού συντρόφου κ.α. αυξάνουν την πιθανότητα για μόλυνση με ιούς της ομάδας του θηλώματος του ανθρώπου (HPV- Human Papilloma Virus), ορισμένα στελέχη των οποίων είναι καρκινογόνα και ενοχοποιούνται για την παθογένεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η καταγραφή του συγκεκριμένου τρόπου ζωής μπορεί να γίνεται, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται στον επαγγελματία υγείας να υπερτονίζει αυτά τα στοιχεία και κυρίως δεν του επιτρέπεται να ηθικολογεί. Μια τέτοια πρακτική θα χειρότερευε την κατάσταση των γυναικών, προσθέτοντας τύψεις, αίσθηση «θεικής τιμωρίας», χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτομομφή.

Συχνά είναι τα αισθήματα ενοχής και σε παιδιά με καρκίνο του όρχεως. Υπάρχει ακόμα ως τις μέρες μας, αν και σε μειούμενα ευτυχώς ποσοστά, αίσθημα ενοχής μεταξύ των εφήβων, κυρίως επειδή συμπίπτει με την έναρξη της ερωτικής τους ζωής. Στην περίπτωση της έκφρασης τέτοιων σκέψεων (και είναι συχνή στις περιπτώσεις καλής επικοινωνίας και σχέσης γιατρού-αρρώστου), ο γιατρός ή κάθε άλλος επαγγελματίας υγείας, οφείλει να επεξηγήσει την έλλειψη οποιασδήποτε σχετικής σύνδεσης των δύο παραμέτρων. Επειδή δε ο καρκίνος των όρχεων είναι νόσημα ιάσιμο, ίσως σε κάποια φάση να απαιτηθεί και η συμβουλή επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί από τη νόσο, τους σύνθετους (και οδυνηρούς) θεραπευτικούς χειρισμούς και τις ενοχές.

Μερικές φορές, κυρίως τα άτομα με αυστηρό υπερεγώ και αυξημένο θρησκευτικό συναίσθημα ή άλλα άτομα θρησκόληπτα ή απλοϊκά ή προληπτικά, συνδέουν τη νόσο τους με «θεϊκή τιμωρία», είτε για πράγματα που έκαναν, είτε για παραλείψεις τους και ασχέτως αν αυτά είναι υποθετικά η πραγματικά. Άλλα άτομα, ευτυχώς ολοένα και λιγότερα, αντιμετωπίζουν την εκδήλωση κάποιου τύπου καρκίνου ως αποτέλεσμα μαγικών τελετών εις βάρος τους. Στις περιπτώσεις αυτές, εκτός από τους θεράποντες και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σημαντική επίδραση μπορεί να ασκήσει ο φωτισμένος θρησκευτικός λειτουργός.

3.3.2 Ενοχές για καθυστερημένη διάγνωση

Εκτός από ενοχές για ευθύνη στην παθογένεση του καρκίνου, συχνά το αίσθημα αυτό πυροδοτείται από τη γνώση της καθυστερημένης προσέλευσης στο γιατρό ή το νοσοκομείο για την πραγματοποίηση των διαγνωστικών χειρισμών. Συχνά, άτομα που αναπτύσσουν καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζουν συμπτωματολογία (βήχας, απόχρεμψη, δύσπνοια) που είναι συμβατή με τις βλάβες της υφιστάμενης- κατά κανόνα- χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Πιθανές μικρές μεταβολές δεν μπορούν να τις αναγνωρίσουν ή τις αγνοούν με τη συμβολή του ψυχολογικού μηχανισμού της άρνησης. Με τον ίδιο ψυχολογικό μηχανισμό αγνοούν συχνότατα και τα αιμόφυρτα πτύελα, ακριβώς γιατί φοβούνται τη διάγνωση που πιθανώς να ακολουθήσει. Σύμφωνα με τον Ν. Μάνο (1997) η άρνηση είναι ένας ψυχολογικός- αμυντικός μηχανισμός απέναντι στο υπερβολικό άγχος που κινητοποιείται για να επιτρέψει στον ασθενή για να αφομοιώσει την επώδυνη πραγματικότητα με το δικό του ρυθμό. Ο Βαθμός της άρνησης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αλλά επίσης παρουσιάζει διακυμάνσεις στον ασθενή. Η άρνηση μπορεί να είναι πλήρης, μερική ή απύσασα.

Ανάλογες ενοχές εμφανίζουν άτομα με καρκίνους του εντέρου, νόσημα για το οποίο υπάρχει, κυρίως δευτερογενής πρόληψη. Και στην περίπτωση αυτή ορισμένα

χαρακτηριστικά συμπτώματα όπως λ.χ. η πρόσμιξη αίματος στα κόπρανα, οι εναλλαγές των κενώσεων κλπ δεν αξιολογούνται. Αυτό συμβαίνει όχι επειδή δεν αναγνωρίζουν την παθολογική εκδήλωση αλλά γιατί την αναγνωρίζουν.

Άνδρες της μέσης και της μεγαλύτερης ηλικίας υπόκεινται, όπως είναι γνωστό, σε αυξημένο κίνδυνο του καρκίνου του προστάτη. Παρότι αυτό είναι κοινή γνώση και θα έπρεπε να υπάρχει αυξημένη ετοιμότητα για αξιολόγηση των συμπτωμάτων και για εξέταση από τον γιατρό, τα συμπτώματα συχνά αγνοούνται. Ο λόγος της αγνόησης είναι ότι ο φόβος της αναγνώρισης, στα συγκεκριμένα συμπτώματα, της ανεπιθύμητης διάγνωσης, απωθεί τον ασθενή από την πραγματοποίηση των εξετάσεων. Αν η νόσος διαγνωσθεί σε πιο προχωρημένο στάδιο, οι ενοχές θα επιδεινώσουν την ποιότητα της ψυχικής ζωής των αρρώστων.

Ανάλογα συμβαίνουν και στον καρκίνο του μαστού. Μερικές φορές είναι ακατανόητο πώς μπορεί να φθάνουν σε τοπικά πολύ προχωρημένη νόσο με εξελκώσεις, διογκώσεις επιχώριων αδένων κλπ. νοήμονες γυναίκες, χωρίς να έχουν απευθυνθεί πιο γρήγορα στο γιατρό. Ο φόβος της διάγνωσης αποτρέπει ορισμένες γυναίκες να προσφύγουν σε ιατρική βοήθεια. Υπεραπασχόληση, κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, κοινωνικά προβλήματα κ.α. είναι μεταξύ των δικαιολογιών που επικαλούνται οι ασθενείς, αδιάφορο αν αυτά είναι πραγματικά ή αν αυτές τα βιώνουν ως τέτοια.

Συμπερασματικά λοιπόν, η καθυστέρηση και η αλλαγή, πολύ συχνά, των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών, δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Επειδή δε οι μαστοί είναι όργανα που σχετίζονται και με την ερωτική ζωή, οι ενοχές μπορεί να ανάγουν το νόσημα σε αποτέλεσμα «θεικής τιμωρίας». Το ίδιο μπορεί να συσχετίζονται με την παροχή θηλασμού στα βρέφη τους ή πολύ συχνότερα, με τη λήψη ορμονών (αντισυλληπτικών ή για κύηση ή για υποκατάσταση κλπ.) σε κάποια φάση της ζωής τους.

Ένας άλλος παράγων που αποτελεί την αιτία ενοχών σε ασθένεια με καρκίνο είναι η αίσθηση της ταλαιπωρίας των συγγενών εξ αιτίας τους. Οι συγγενείς, συχνά, είναι εκείνοι που κατά κανόνα θα φροντίσουν τις συναντήσεις με τους γιατρούς, θα τρέξουν κυνηγώντας τις απαντήσεις των εξετάσεων, θα συμπαρασταθούν στις θεραπείες, θα ασκήσουν δευτερεύον νοσηλευτικό έργο ξενυχτώντας δίπλα στον άρρωστο στους όχι και τόσο βολικούς νοσοκομειακούς μας χώρους.

Κι ακόμα οι συγγενείς, για να φροντίσουν όλα αυτά, συχνά θα παραμελήσουν τις

επαγγελματικές τους υποχρεώσεις, τα άλλα μέλη της οικογένειας, τον εαυτό τους. Επίσης θα επιβαρυνθούν οικονομικά, είτε επειδή έχουν παραμελήσει τη δουλειά τους, είτε καλύπτοντας μέρος των δαπανών νοσηλείας ή και για άλλους λόγους. Αυτά όλα δημιουργούν στους ασθενείς αίσθημα εξάρτησης. Βλέπουν ότι δεν μπορούν να αυτοδιαχειριστούν τις υποθέσεις τους, ενώ αισθάνονται ότι επιβαρύνουν συνολικά τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Αυτά τους προκαλούν αισθήματα ενοχής που μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, κάποτε όμως και σε επιθετικότητα. Η τελευταία, μπορεί να δημιουργήσει στη συνέχεια πρόσθετες ενοχές σ' έναν ανατροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο.

Μια άλλη αιτία που δημιουργεί ενοχές σε ασθενείς με καρκίνο, αναφέρεται σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου το νόσημα έχει κάποιο κληρονομικό χαρακτήρα. Υπάρχουν λ.χ. εκτός από τις συνήθεις περιπτώσεις σποραδικού καρκίνου του μαστού και οι περιπτώσεις του λεγόμενου καρκίνου του μαστού κατά τις οποίες, λόγω γενετικού υποστρώματος, το νεόπλασμα εμφανίζεται σε διαδοχικές γενεές γυναικών, συχνά δε σε διαρκώς μικρότερη ηλικία.

Η ασθενής με καρκίνο του μαστού μητέρα φοβάται και αισθάνεται ενοχή για τη πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού και στην κόρη της ή και σε μεταγενέστερες γενεές, το ίδιο ισχύει και για γονείς-ασθενείς με καρκίνο από πολλαπλούς αδενωματώδεις πολύποδες του εντέρου ή άλλα ανάλογα κληρονομικά σύνδρομα. Το ίδιο ισχύει και για ασθενείς με καρκίνο του παχέως εντέρου επί εδάφους συγγενούς-οικογενούς πολυποδίασης, καθώς και σε διάφορες άλλες περιπτώσεις κληρονομικών συνδρόμων που βεβαίως, δεν μπορούν να αναφερθούν εδώ. Στις περιπτώσεις αυτές, και σε άλλες συναφείς, αναφέρονται συχνά ενοχές.

3.3.3 Τα 5 στάδια ψυχολογικής αντίδρασης του καρκινοπαθή

Η Kubler-Ross το 1969 με την εργασία της πάνω στην ψυχολογία του θανάτου και τα στάδια προσαρμογής του ασθενή επικεντρώνοντας την εργασία της με ασθενείς τελικού σταδίου, περιέγραψε πέντε στάδια ψυχολογικής προσαρμογής κατά την πορεία της νόσου.

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

α) το στάδιο της άρνησης

β) το στάδιο του θυμού (οργής)

γ) το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή συναλλαγής

δ) το στάδιο της κατάθλιψης

ε) το στάδιο της αποδοχής

α) Στάδιο της άρνησης

Ο ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται. Υποθέτει λάθη των γιατρών, ζητάει άλλες γνώμες, δεν αξιολογεί ενοχλήματα και συμπτώματα, κάνει μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Σε άλλες περιπτώσεις, βλέπει με αδιαφορία το πρόβλημά του ως εάν αυτό αφορούσε τρίτο πρόσωπο.

Ο μηχανισμός αυτός χρησιμοποιείται σε όλη τη διάρκεια της νόσου και σχεδόν από όλους τους ασθενείς και μπορεί να συνοψιστεί στις λέξεις “όχι εγώ, δεν είναι δυνατόν”.

β) Στάδιο του θυμού (οργής)

Ο ασθενής αντιδρά κατά των γεγονότων, συχνά και κατά του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, είτε για τη διάγνωση είτε για καθυστέρηση της διάγνωσης.

Επαναστατεί ακόμα κατά των οικείων του, κατά της κοινωνίας ή κατά του θεού.

γ) Στάδιο της διαπραγμάτευσης ή συναλλαγής

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

δ) Στάδιο της κατάθλιψης

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

ε) Στάδιο της αποδοχής

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

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

3.3.4. Ψυχιατρικές αντιδράσεις

Τα ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα στους ογκολογικούς ασθενείς διακρίνονται σε:

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

Αγχώδης διαταραχή:

Το άγχος είναι η πιο συνήθης μορφή ψυχολογικής δυσφορίας στους ασθενείς με καρκίνο. Η αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη και συνδυασμένη εμφάνιση επίμονων φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διάρκειας 1-2 εβδομάδων. Πρωταρχικά τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν: αδυναμία συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες ανήσυχες

σκέψεις και αντιλήψεις, νευρικότητα, ανησυχία. Τα φυσικά συμπτώματα είναι γαστρεντερικές διαταραχές, αναπνευστικές διαταραχές, καρδιοαγγειακές και διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθώς και στο γενετήσιο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

Οργανικές διαταραχές:

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

Κατάθλιψη και καρκίνος:

Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο να αισθάνεται κανείς πεσμένος μετά από μια διάγνωση καρκίνου, καθώς και κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή ακόμα και μετά τη λήξη της. Αρκετά άτομα αισθάνονται εξαντλημένα σωματικά αλλά και συναισθηματικά από τη θεραπευτική αγωγή, κάτι που είναι πιθανό να μειώσει τη διάθεση τους.

Υπάρχουν άτομα που θεωρούν πως η μελαγχολία οδηγεί σε μια κατάσταση όπου η διάθεση τους είναι χαμηλή για αρκετές εβδομάδες ή περισσότερο και είναι καταθλιπτικοί. Η σχέση καρκίνου και κατάθλιψης είναι πολύπλοκη. Η κατάθλιψη μπορεί να πυροδοτηθεί από τη διάγνωση του καρκίνου, από άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του ή την σύγκρουση του γεγονότος αυτού με τη ζωή και τη καθημερινότητα όπως υπάρχει μέχρι εκείνη τη στιγμή. Η κατάθλιψη μπορεί να αναπτυχθεί αργά κάνοντας δύσκολο είτε στο ίδιο το άτομο ή στην οικογένεια του να προσδιορίσει το πότε ακριβώς ξεκίνησε. Η κατάθλιψη συνήθως θεραπεύεται επιτυχώς. Το πρώτο και σημαντικό βήμα είναι να ζητήσει

κανείς την κατάλληλη βοήθεια.

Η θλίψη και η απώλεια είναι δύσκολα κομμάτια της ζωής μας και αποτελούν επίσης μέρος της εμπειρίας του καρκίνου. Καλό θα ήταν να διευκρινιστεί ότι όταν αναφερόμαστε στην απώλεια δεν μιλάμε μόνο για την απώλεια ενός αγαπημένου μας προσώπου αλλά και για την απώλεια άλλων πραγμάτων όπως του παλιού ρυθμού της ζωής μας.

Οποιοσδήποτε αντιμετωπίσει τον καρκίνο ίσως εμφανίσει και αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης.

Έχοντας παράλληλα να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στην εμφάνιση όπως είναι η πτώση των μαλλιών ή η μείωση του βάρους, μπορεί να επαυξήσει το αίσθημα της απομόνωσης..

Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται μόνος ακόμα και όταν περιβάλλεται από άτομα της οικογένειάς του, διότι αισθάνεται ότι δύσκολα κάποιος μπορεί να αντιληφθεί και να βιώσει την κατάσταση που καλείται να αντιμετωπίσει. Κάθε άτομο το διαχειρίζεται με τον δικό του τρόπο. Κάποια άτομα επιλέγουν τον δρόμο της μάχης και της αντίδρασης σε αυτό που ονομάζεται καρκίνος, άλλοι επιλέγουν να αφήσουν τον έλεγχο της κατάστασής τους στους γιατρούς. Κάποιοι άλλοι επιλέγουν να αισθάνονται προσωπικά υπεύθυνοι για την προσωπική τους υγεία και στηρίζουν τον εαυτό τους με κάθε υπαρκτό τρόπο. Επειδή κάθε άτομο είναι διαφορετικό, δεν υπάρχει σωστός και λανθασμένος τρόπος διαχείρισης μιας τέτοιας κατάστασης.

Συχνά το αίσθημα της απομόνωσης γίνεται εντονότερο εάν δεν προσπαθήσει το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του και να περιγράψει την κατάσταση την οποία καλείται να αντιμετωπίσει. Πολλές φορές είναι δύσκολο να μιλήσεις σε φίλους και σε συγγενείς για το τι πραγματικά νοιώθεις. Επιλέγεις να τους πεις ότι είσαι καλά, ενώ μέσα σου αγωνίζεσαι να αντεπεξέλθεις στο δύσκολο έργο που κλήθηκες να διεκπεραιώσεις. Πολλές φορές αντιλαμβάνεσαι να χρησιμοποιείς δικαιολογίες για να εξηγήσεις την αλλαγή της διάθεσής σου στους άλλους. (π.χ νοιώθω κουρασμένος).

Η εικόνα του σώματος είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση. Η εικόνα σώματος διαταράσσεται με διάφορους τρόπους όταν ένα άτομο μάθει ότι πάσχει από καρκίνο και αυτό γιατί τόσο η ίδια η νόσος όσο και οι θεραπείες της επιφέρουν ριζικές αλλαγές στο σώμα. Η ίδια η νόσος προκαλεί

αντικειμενικές αλλαγές στον οργανισμό όπως αλλαγή των ορμονών με επιπτώσεις στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου. Επιπλέον οι ίδιες οι θεραπείες επιφέρουν αντικειμενικές αλλαγές όπως είναι η απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μελών του σώματος, κηλίδες στο δέρμα, χειρουργικά σημάδια, αλλαγή του σωματικού βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ορισμένες αλλαγές είναι μόνιμες και άλλες προσωρινές. Άλλες αλλαγές στην εικόνα του σώματος είναι υποκειμενικές και προκύπτουν από συναισθηματικές μεταβολές του ατόμου που νοσεί. Τα αρνητικά συναισθήματα, ο θυμός και η κατάθλιψη έχουν επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος αλλά και στην ενέργεια του ατόμου για καθημερινές δραστηριότητες.. Ακόμα και αν τα σημάδια δεν είναι ορατά από τους άλλους ή δεν είναι εξωτερικά, είναι υπαρκτά για εκείνον που τα έχει και διαταράσσουν την εικόνα του εαυτού του.

Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν ντροπή για το σώμα τους, θυμό για αυτό που τους συνέβη, να αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές συναναστροφές. Νιώθουν προδομένοι από το σώμα τους, το θεωρούν κάτι ξεχωριστό από τον εαυτό τους, νιώθουν ότι έχουν χάσει τους ρόλους τους (επαγγελματικό ή σεξουαλικό). Άλλοι άνθρωποι ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο τις αλλαγές στο σώμα τους και διαμορφώνουν μία θετική εσωτερική εικόνα για τον εαυτό τους εκτιμώντας την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους, επαναξιολογούν το ρόλο της υγιεινής διατροφής και καλής φυσικής κατάστασης. Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να έχουν αρνητικά συμπτώματα στην σεξουαλικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Οι κοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου σύμφωνα με την ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ και συν. κοινωνικό λειτουργό αρχίζουν από το κοινωνικό στίγμα της νόσου, διαμορφώνοντας μια ολόκληρη μυθολογία η δεισιδαιμονία γύρω από τον καρκίνο. Αντιπροσωπεύει για την κοινή γνώμη παρά τους σύγχρονους τρόπους ενημέρωσης, τον συχνό θάνατο και συνδέεται με τις έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης. Αποτέλεσμα του κοινωνικού στίγματος είναι τα άτομα αυτά να δέχονται τον οίκτο από τον περίγυρο τους και κατεξοχήν υπεύθυνο για την κοινωνική

απομόνωση. Έπειτα οι κοινωνικές επιπτώσεις συνδέονται με την κοινωνική ταυτότητα της νόσου δηλαδή ο τρόπος που θα βιώσει ο κάθε ασθενής το προσωπικό του πρόβλημα, εξαρτάται άμεσα από την δική του αντίληψη περί καρκίνου, όσο και του περιβάλλοντος του. Ακόμα ως μια επίπτωση της ασθένειας του καρκίνου είναι ότι θεωρείται πολυδάπανη και ζημιογόνα για την εθνική οικονομία, επίσης πλήττονται περισσότερο οι οικονομικά αδύναμοι εφόσον δεν έχουν την δυνατότητα επιλογής της ιδιωτικής πρωτοβουλίας ή του εξωτερικού. Πολλά άτομα έχουν βρεθεί σε οικονομικό αδιέξοδο ενώ πιο εύπορες οικογένειες έχουν ξοδέψει μεγάλα κομμάτια της ιδιοκτησίας τους. Οι οικονομικές ανάγκες δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς, παρόλα αυτά περιλαμβάνει έξοδα, που δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αυξάνονται, όσο οι διάφορες θεραπείες επιτρέπουν ασθενείς με πολύπλοκα προβλήματα υγείας να ζήσουν περισσότερο. Τέτοιες ανάγκες είναι οι υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, μεταφορά από και προς στα νοσοκομεία, φροντίδα παιδιών και διάφορα άλλα. Σύμφωνα με την ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ και συν. τα κοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο είναι μέρος της αρρώστιας και πρέπει να αντιμετωπιστούν τόσο σοβαρά όσο η ίδια η νόσος. Έπειτα ο ασθενής με καρκίνο, εκτίθεται στην ανεξέλικτη αντίδραση των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι όχι μόνο επηρεάζουν την ζωή του ασθενούς αλλά ίσως και την διάρκεια της. Η κοινωνική ζωή επηρεάζει την πορεία και την εξέλιξη της αρρώστιας σε ένα ασθενή, και μορφές κοινωνικές υποστήριξης βελτιώνουν την ζωή του ασθενούς. Ακόμα ένα κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται είναι η κοινωνική κατακραυγή προς του συγγενείς λόγω της εγκατάλειψης του αρρώστου, αυτό γίνεται γιατί τα μέλη της οικογένειας έχουν επαγγελματικές δραστηριότητες και δεν μπορούν να τις αφήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. (ΓΙΔΟΠΟΥΛΟΥ και συν., 1991)

Σύμφωνα με την ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ και συν. σε περιπτώσεις όπως της κολοστομίας τα εμπόδια στην σεξουαλική ζωή, στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες μπορεί να δημιουργήσει κοινωνικές επιπτώσεις, αυτό γίνεται διότι λόγω αυτόν τον σεξουαλικών προβλημάτων επέλθουν προβλήματα στην ομαλή συζυγική συμβίωση, ακόμα η κολοστομία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στους κοινωνικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς. Έτσι σύμφωνα με τον Μπέμπας 1984 αποτέλεσμα είναι η διαταραχή στην κοινωνική συμπεριφορά (ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ και συν.1991).

Έπειτα μια πάρα πολλή σοβαρή κοινωνική επίπτωση που μπορεί να έχει ένα άτομο με καρκίνο σύμφωνα με τον Dillinger και συν. είναι η εργασία, ένα σημαντικό

μέρος της ζωής και της διαβίωσης του ανθρώπου. Η συνέχιση της εργασίας κατά την διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου είναι πολύ σημαντική στους ανθρώπους, έτσι ώστε να διατηρηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η καθημερινή τους ρουτίνα. Ο καρκίνος έχει αρνητική επίδραση στην εργασία αφού άνθρωποι που κάνουν θεραπεία κατά του καρκίνου αισθάνονται συνήθως εξάντληση και διανοητική κούραση. (Dollinger και συν., 1991)

Τέλος μια άλλη κοινωνική επίπτωση σύμφωνα με την Ραγιά είναι διαταραχές στην οικογένεια. Αρχικά, σύμφωνα με την Ράγια η ανακοίνωση της ξαφνικής ασθένειας ενός μέλους μιας οικογένειας αλλάζει αναπάντεχα τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει το επίπεδο υγείας όλων των μελών της οικογένειας. Αυτό συμβαίνει γιατί η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα από το σύστημα επηρεάζει τη σταθερότητα του. (Ραγιά., 1995)

Σύμφωνα με τον Cancer το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς παρέχει τις σημαντικές διαπροσωπικές πηγές, τον σύζυγο ή σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους ως κοινωνική υποστήριξη που συνεισφέρει ουσιαστικά. Αυξανόμενες υποδείξεις υποδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο που παίζει η κοινωνική υποστήριξη. Τα απομονωμένα άτομα έχουν περισσότερο πρόβλημα στο να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια και έχουν υψηλότερη θνησιμότητα ανά ηλικία. (Cancer,2008)

Ακόμα αν υπάρχουν δυσκολίες στην επικοινωνία της οικογένειας με τον ασθενή, σύμφωνα με τον Ρενάρ Λεόν αναφέρει ότι πρέπει όσο πιο ισορροπημένη είναι μια οικογένεια, τόσο ευκολότερα θα επικοινωνούν μεταξύ τους τα μέλη που την αποτελούν και τόσο πιο γρήγορα οι ρήξεις θα λύνονται. Το να οργανωθεί μια οικογένεια και να αλληλοϋποστηριχτούν είναι πρωταρχικός παράγοντας για να ξεπεραστεί η δοκιμασία. (Ρενάρ Λεόν,2000)

3.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3.5.1 Παράγοντες που συμβάλουν στην ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με την ΠΑΠΑΓΕΡΙΔΟΥ ποιότητα ζωής είναι μια σειρά παραγόντων που αλληλεπιδρούν στην διατήρηση της υγείας, για να γίνει αυτό πρέπει να υπάρχει ισορροπία περιβάλλοντος, να προϋποθέτει ψυχολογικούς και διανοητικούς παράγοντες καθώς και πνευματικές πεποιθήσεις. Επίσης, σύμφωνα με την ΠΑΠΑΓΕΡΙΔΟΥ η «ποιότητα ζωής εκτιμείται διαφορετικά για κάθε άτομο. Για άλλους σημαίνει μια μέρα παραπάνω ζωής, για άλλους έλλειψη πόνου, για άλλους ποιότητα σημαίνει να μην υποστούν τις οδυνηρές θεραπείες, έστω και αν ζήσουν λιγότερο».(ΠΑΠΑΓΕΡΙΔΟΥ, 1991)

Έπειτα, σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ, 2000 « ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη του ατόμου που αφορά την κατάσταση της ζωής του στα πολιτισμικά πλαίσια και στα πλαίσια του συστήματος αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, σχετικά με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο θέτει.» (ΡΗΓΑΤΟΣ, 2000)

Σύμφωνα με την ΤΖΙΝΙΕΡΗ και συν. η έννοια ποιότητας ζωής θεωρείται σημαντικός παράγοντας στην ιατρική κοινότητα. Σηματοδοτεί την προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να ενσωματωθούν στην ιατρική πράξη με τις απόψεις και τις εμπορίες των ασθενών, δίνοντας προτεραιότητα στην υποκειμενική εκτίμηση του πάσχοντος σχετικά με την υγεία και την ποιότητα της ζωής του.» Η ποιότητα ζωής, ως έννοια που αφορά τον άνθρωπο στην υποκειμενική και κοινωνική του διάσταση. (ΤΖΙΝΙΕΡΗ και συν., 2008)

Σύμφωνα με τον Ιακωβίδη «όλες οι φροντίδες αποκατάστασης, αλλά και όλες οι βιολογικές και ψυχολογικές θεραπείες αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος από αυτούς που ο καθένας καταλαβαίνει, αλλά λίγοι μπορούν να προσδιορίσουν ακριβώς. Στην ποιότητα ζωής πρέπει να διερευνώνται ψυχολογικές, κοινωνικές, βιολογικές, κοινωνικής και σωματικής λειτουργικότητας. (Ιακωβίδης και συν.,2007)

Ακόμα, σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ για να διατηρείται η ποιότητα ζωής πρέπει να στηρίζεται στην σωστή λειτουργία 4 αξόνων. Αρχικά ο πρώτος άξονας είναι να ελέγχονται τα συμπτώματα και οι παρενέργειες του ασθενούς που οφείλονται στις θεραπείες, ιδιαίτερα της ακτινοθεραπείας και χημικοθεραπείας. Τα συμπτώματα αυτά είναι ναυτία, πόνος, ανορεξία και άλλα. Έπειτα ο επόμενος άξονας αφορά την διατήρηση της φυσικής και λειτουργικής δραστηριότητας δηλαδή για καλύτερη ποιότητα ζωής πρέπει να γίνεται εξάλειψη της κόπωσης από την θεραπεία με διάφορους τρόπους. Έπειτα ένας άλλος άξονας είναι η κοινωνική λειτουργικότητα που αποτελείται από τις σχέσεις με την οικογένεια, την επανένταξη στην εργασία και τις φιλικές σχέσεις. Ο ασθενής με καρκίνο για να μπορέσει να έρχεται σε επαφή με αυτούς τους παράγοντες θα πρέπει να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Έτσι λόγω αυτής της αυτοπεποίθησης θα τον βοηθήσει στο εργατικό περιβάλλον, στις κοινωνικές του συναναστροφές και στην σεξουαλική του δραστηριότητα. Θα τον βοηθήσει ακόμα στην δημιουργία καλής διάθεσης, θα μπορέσει ευκολότερα να βεβαιωθεί ότι δεν είναι παραγκωνισμένος και θα μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί πιο εύκολα, ιδιαίτερα έναν οι επεμβάσεις έχουν μεταβάλει την εξωτερική του εμφάνιση η φέρει στόμια. Ο τελευταίος άξονας που συμβάλει στην ποιότητας ζωής σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ είναι η διατήρηση της καλή ψυχολογικής και συναισθηματικής κατάστασης που αποτελείται από την αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης και τον φόβο. Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με καρκίνο κυριαρχείται από μια σειρά φοβικών αιτιών που πηγάζουν από τον φόβο του επικείμενου θανάτου, τον πόνο λόγω της νόσου η τον θεραπειών, αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης, συναισθηματική μοναξιά, άγχος για τις διάφορες εξετάσεις και ελάττωση της ενεργητικότητας και της κινητικότητας.

Σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ για καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενή πρέπει να συμμετάσχουν όλοι, οι ιατροί, το οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και η ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένη ομάδα ειδικών επιστημόνων. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999)

Σύμφωνα με την ελληνική αντικαρκινική εταιρεία συνοπτικά μετρώντας την ποιότητα ζωής πιθανών να έχουμε καθορίσει το είδος της θεραπείας όπου οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την διαδικασία επιλογής τη θεραπείας. Έτσι έχουμε σαν αποτέλεσμα να εφαρμόζονται τελικά θεραπευτικά σχήματα με το ίδιο οργανικό αποτέλεσμα που βελτιώνουν όμως την

ζωή. Ακόμα η ποιότητα ζωής μπορεί να αποτελέσει έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη της νόσου. Δηλαδή σύμφωνα με την ελληνική αντικαρκινική εταιρεία η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα και ξεκάθαρη εξατομίκευση, αφού ο κάθε ασθενής την βιώνει διαφορετικά με βάση τις αξίες και προσδοκίες του, εκείνος γνωρίζει καλύτερα από κάθε άλλον την κατάσταση της υγείας του. Επομένως μετρώντας την ποιότητα ζωής αποκτιέται κατά το δυνατόν μια μεγαλύτερη εικόνα της υγείας του και συμβάλλει στην ανάπτυξη και εξέλιξη της υποστηρικτικής φροντίδας και της αποκατάστασης των ασθενών. Αφορά κυρίως σε εντοπίσεις της νόσου που σχετίζονται με μεγάλο πληθυσμό ασθενών, και στον οποίο η υποστηρικτική φροντίδα είναι απαραίτητη. Ακόμα ένα σημαντικό κομμάτι για το οποίο πρέπει να μετρηθεί η ποιότητα ζωής είναι πως θα βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν την ιδιαιτερότητα της νόσου, της θεραπείας και των επιπλοκών της παρατείνει την επιβίωση. Τέλος θα γίνει δυνατή η μέτρηση στο όφελος και στο κόστος μιας θεραπείας, δίνοντας έμφαση στην οικονομική διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2001)

3.5.2 Βελτίωση ποιότητας ζωής

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες. Ο ασθενής πρέπει να δραστηριοποιηθεί και να βοηθήσει τον εαυτό του με αρκετούς τρόπους. Το ίδιο πρέπει να κάνει και το οικογενειακό περιβάλλον. Αρχικά ο ασθενής για να βοηθήσει την ποιότητα ζωής του πρέπει να βαλτώσει την φυσική και λειτουργική του δραστηριότητα. Έτσι σύμφωνα με τον Dollinger και συν. ο ασθενής με καρκίνο πρέπει να ασκείται γιατί είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την υγεία του. Αν και είναι πάρα πολύ δύσκολο για τον ασθενή να ασκείται, είναι πολύ σημαντικό γιατί θα υποστεί κάποια ωφέλεια που θα τον βοηθήσουν στην ποιότητα ζωής του. Αρχικά ένα όφελος είναι ότι θα βελτιωθεί η πρόγνωση του ασθενούς με καρκίνο. Όταν ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση θα μπορεί να ανεχτεί καλύτερα την θεραπεία. Θα μπορέσει να υποστεί επιθετικότερες θεραπείες και επομένως να έχει περισσότερες πιθανότητες ίασης. Ακόμα με σωματική άσκηση θα

αποφθεχτεί η μυϊκή αδυναμία και ατροφία, λόγω του ότι ο ασθενής κατά την διάρκεια μια χρόνιας ασθένειας - θεραπείας πρέπει να μείνει στο κρεβάτι, οι μύες μικραίνουν και χάνουν την δύναμη τους. Με ένα πρόγραμμα ο ασθενής με καρκίνο θα μπορεί να είναι πιο λειτουργικός. Τέλος, επιτυγχάνεται η ανάρρωση του ασθενούς πιο γρήγορα, αποτέλεσμα της κινητικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης και της μείωσης της κόπωσης. Συνοπτικά τα οφέλη που προσφέρει η άσκηση σύμφωνα με τον Murray σε σωματικό αλλά και ψυχολογικό επίπεδο είναι ότι:

- Αυξάνει την μυϊκή δύναμη
- Αυξάνει την ελαστικότητα των μυών και το εύρος της κίνησης των αρθρώσεων
- Δημιουργεί δυνατότερα οστά, συνδέσμους και τένοντες
- Μειώνει τις πιθανότητες κακώσεων
- Διορθώνει τη στάση, τη θέση του σώματος και τη γενική του όψη
- Προλαμβάνει την οστεοπόρωση
- Μειώνει τον καρδιακό ρυθμό στην κατάσταση της ηρεμίας
- Δυναμώνει την καρδιακή λειτουργία
- Βελτιώνει την παροχή οξυγόνου σε ολόκληρο το σώμα
- Αυξάνει την παροχή αίματος στους μυς
- Διευρύνει τις αρτηρίες προς την κάρδια
- Μειώνει τον κίνδυνο καρδιόπαθειας
- Βοηθά στην μείωση του επιπέδου της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων του αίματος
- Ανεβάζει τα επίπεδα της HDL, της «καλής» χοληστερίνης
- Βελτιώνει την ανοσοποιητική λειτουργία
- Βοηθά στην πέψη και την αποβολή των περιττών ουσιών

- Αυξάνει την αντοχή και τα επίπεδα της ενεργητικότητας
- Ευνοεί την δημιουργία άπαχης μάζας και καίει τα λίπη
- Προσφέρει φυσική απελευθέρωση καταπιεσμένων συναισθημάτων
- Βοηθά στην μείωση της έντασης και του άγχους
- Βελτιώνει την ικανότητα χειρισμού του στρες
- Ενεργοποιεί και βελτιώνει την πνευματική λειτουργία
- Επιφέρει χαλάρωση και βελτιώνει τον ύπνο
- Αυξάνει την αυτοεκτίμηση (Murray και συν.,2002)

Σύμφωνα με τον SIMONTON και συν. σε μια μελέτη που έγινε και δημοσιεύτηκε το 1960, ο S.Hoffman και ο K. Paschis πήραν ένα εκχύλισμα από κουρασμένους μετά από εξάσκηση μυϊκούς ιστούς ποντικών και το έκαναν ένεση σε ποντίκια στα οποία είχαν μεταμοσχεύσει καρκινικά κύτταρα. Στο πείραμα είχαν ανακαλύψει ότι το εκχύλισμα του μυϊκού ιστού μείωσε την ανάπτυξη του όγκου (SIMONTON και συν.,1988)

Ακόμα σύμφωνα με τον για την βελτίωση της ποιότητας ζωής σημαντικό είναι η μείωση της ναυτίας και του πόνου, δηλαδή την μείωση των συμπτωμάτων και των παρενεργειών. Για να γίνει αυτό πρέπει ο γιατρός να δώσει στον ασθενή διάφορα θεραπευτικά φάρμακα που θα μειώσουν τις παρενέργειες αυτές.(ΓΕΡΑΣΙΜΟ,2000)

Επίσης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής, σημαντική είναι η κοινωνική του λειτουργικότητα. Για να το επιτύχει αυτό πρέπει να είναι σε καλή κατάσταση η σχέση της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος με τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Ρενάρ Λεόν αν υπάρχει ρήξη ανάμεσα στον ασθενή με τα άτομα που έρχεται σε επαφή αρκετά συχνά η είναι αναγκασμένος να βλέπει τότε θα πρέπει να λυθεί η ρήξη η να απομακρυνθεί το άτομο αυτό. Πολλές φορές δεν προβλέπεται μόνο μια διέξοδος. Θα πρέπει να εξετάσουν διάφορες λύσεις. Όσο πιο ισορροπημένη είναι μια οικογένεια, τόσο ευκολότερα θα επικοινωνούν μεταξύ τους τα μέλη που την αποτελούν και τόσο πιο γρήγορα οι ρήξεις θα λύνονται. Το να οργανωθεί μια οικογένεια και να αλληλοϋποστηριχτεί είναι πρωταρχικός παράγοντας για να

ξεπεραστεί η δοκιμασία και ο ασθενής να έχει καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Για καλύτερη ποιότητα ζωής ο ασθενής πρέπει να νιώσει από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ειλικρίνεια και εντιμότητα. Ακόμα πρέπει να καταλάβει ότι οποιαδήποτε στιγμή μπορεί να εμπιστευτεί τα δικά του άτομα και να μπορεί αν θέλει να εκφράσει διαφόρων ειδών συναισθημάτων όπως φόβο, οργή, θυμό και άλλα. Μια υγιείς οικογένεια πρέπει να ενθαρρύνει την εκφράσει των συναισθημάτων του ασθενούς. Είναι σημαντικό να παρακολουθεί το κοντινό περιβάλλον του ασθενούς την εκφράσει δικαιολογημένων συναισθημάτων από την μεριά του ασθενή. Πολύ πιθανόν να υπάρξουν μέρες που θα είναι ευχαριστημένος και θα θέλει να γελάσει και άλλες που θα είναι θλιμμένος και τρομαγμένος. Ακόμα ένα πάρα πολλή σημαντικό κομμάτι για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς πρέπει να βελτιωθεί η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.(Ρενάρ Λεόν,)

Σύμφωνα με τον Dollinger και συν. για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και να μειωθεί το άγχος η κατάθλιψη, το στρες και άλλα, ο ασθενής πρέπει να έχει στην καθημερινότητα του την ψυχαγωγία. Θα ήταν καλό ο ασθενής να βάλει στην καθημερινότητα του κάποια ευχάριστη δραστηριότητα ώστε να εκτονώνεται και να χαλαρώνει. Ακόμα καλό είναι ο ασθενής να έλθει σε επαφή με διάφορα άτομα όπου εκεί μπορεί να συζητηθούν προβλήματα και ανησυχίες. Επίσης δύνεται η ευκαιρία να συζητηθούν και άλλα θέματα διαφορετικά, εκτός το θέμα της ασθένειας τους. Η κοινωνική συναναστροφή τονώνει το ηθικό, κατευνάζει τις ανησυχίες και μειώνει το άγχος. Ακόμα μπορεί να κανονίσει διάφορες ομαδικές εξόδους αν φυσικά η φυσική κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει. (Dollinger και συν, 1992)

Κατά των Brewin, ο καλύτερος τρόπος για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ατόμου, είναι να κλείσουν το χάσμα μεταξύ αυτών και του υγιούς πληθυσμού. (Brewin 1986)

3.5.3 Τι εννοούμε με τον όρο αποκατάσταση

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

3.5.4 Ποια είναι τα προς αποκατάσταση προβλήματα του ασθενή

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

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

- α. σωματικά, όπως το αίσθημα κακουχίας, η ελαττωμένη θρέψη, ο πόνος κ.τ.λ.
- β. ψυχολογικά, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος.
- γ. κοινωνικά, όπως οι διαταραχές στην οικογένεια, επαγγελματικές δυσκολίες, οικονομική δυσπραγία, δυσχέρειες επικοινωνίας κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

Τα τοπικά προβλήματα αναφέρονται σε ένα όργανο ή οργανικό σύστημα ή σε μια ανατομικολειτουργική ενότητα του σώματος. Αναφέρονται ενδεικτικώς τα

προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε κάταγμα ενός σκέλους, σε δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης ή του ορθού, σε παραλύσεις μεμονωμένων νεύρων κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

Τα προβλήματα από την θεραπεία είναι και πάλι σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά και είναι διαφορετικά, ανάλογα με το όργανο, τη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθήθηκε κ.τ.λ. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να συνεπάγεται ακρωτηριασμούς άκρων ή ακρωτηριασμό του μαστού, εκτομές εσωτερικών οργάνων, στομίες κ.τ.λ.

Η φαρμακευτική θεραπεία/χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει μερική ή πλήρη, αναστρέψιμη όμως, αλωπεκία, βλάβη των φλεβών, βλάβες των ιστών και του δέρματος κ.τ.λ. Η ακτινοθεραπεία πολύ συχνά προκαλεί βλάβες του δέρματος (υπέρχρωση, εγκαύματα), βλάβες οργάνων (κυστίτιδα, κολίτιδα), διαταραχές της κινητικότητας, παραμορφώσεις κ.τ.λ. (Ρηγάτος, 2000)

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

3.5.5 Δράση του ασθενή για τη δική του αποκατάσταση

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

Τρεις – τέσσερις δεκαετίες τώρα, οι περισσότεροι καρκινοπαθείς δεν ήξεραν ότι είχαν τη δυνατότητα επιλογής. Ήταν παθητικοί ασθενείς και ο ρόλος τους ξεκάθαρος: έπρεπε να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού, αποδεχόμενοι τις

επιταγές του, και αν είχαν τέτοια διάθεση, να προσεύχονται για τη θεία παρέμβαση. Αυτός ήταν ο μόνος ρόλος που νόμιζαν ότι μπορούσαν να «παίξουν». (Dollinger και συν. 1992)

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

Οι στάσεις και οι δραστηριότητες των ασθενών έγιναν γνωστές χάρη στη δουλειά που έχει γίνει με χιλιάδες καρκινοπαθείς στην Κοινότητα Αποκατάστασης της Υγείας. Ο καρκινοπαθής που κάνει συγκεκριμένες ενσυνείδητες και σκόπιμες ενέργειες αγωνιζόμενος για την ανάρρωσή του θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για αποκατάσταση.

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

- Όσο ισχυρότερο είναι το ανοσολογικό σύστημα τόσο πιθανότερη είναι η αποκατάσταση.
- Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί από τα ευχάριστα συναισθήματα.
- Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να καταπονηθεί από μακροχρόνια συνεχή δυσάρεστα συναισθήματα. (Dollinger και συν. 1992)

Οι προτάσεις που ακολουθούν σύμφωνα με τους Dollinger και συν.

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

1. Σχέδια για το μέλλον

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

2. Καταπολέμηση ανεπιθύμητης μοναξιάς

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

3. Όχι ενέργειες από το περιθώριο

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

4. Επανάκτηση και διατήρηση του ελέγχου της ζωής τους

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

5. Χρησιμοποίηση μεθόδων για χαλάρωση

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

6. Προσοχή στο λεξιλόγιο για την ασθένεια

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

7. Επιδίωξη ευχαρίστησης και αποφυγή του στρες

Απαιτείται η πρόκληση ευχάριστων συναισθημάτων και αποφυγή των δυσάρεστων.

8. Συνεργασία με τον γιατρό

9. Συναναστροφή με άλλους καρκινοπαθείς

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

10. Διατήρηση της «ελπίδας»

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

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

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

3.6 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

3.6.1 Ο ασθενής και η αλήθεια

Σύμφωνα με το Σεμινάριο Νοσηλευτριών, ο καρκίνος και η αλήθεια είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος στην ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος σε διάφορες χώρες. Ακόμα ότι δεν θα πρέπει να θεωρείται οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται. (Σεμινάριο Νοσηλευτριών, 1991)

Σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ οι γιατροί πολλές φορές δυστυχώς αντιμετωπίζουν πολλά άτομα καθημερινά που έχουν σοβαρά κακοήθη νοσήματα. Ο γιατρός αντιμετωπίζει δυσκολία όταν θα πρέπει να αποφασίσει εάν ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει την αλήθεια για την νόσο του. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ, 1999)

Επίσης σύμφωνα με τον ΜΠΡΑΣΙΩΤΗ τα προβλήματα που δημιουργούνται από την απόκρυψη της αλήθειας, εκτός από τα ηθικά – νομικά για τα οποία μπορεί να δει κάθε ενδιαφερόμενος είναι τριών ειδών, η έλλειψη συνεργασιμότητας, ο κλονισμός της σχέσης γιατρού- αρρώστου και οι εκκρεμότητες στην ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του αρρώστου, με εργασιακές, οικονομικές κληρονομικές και άλλες συνέπειες. (ΜΠΡΑΣΙΩΤΗΣ 1975)

Ακόμα, σύμφωνα με τον Achte και συν. 1970 υποστηρίζει ότι τα άτομα που είναι ενημερωμένα για την αλήθεια έχουν μακρύτερη επιβίωση παρά τα άτομα που δεν γνωρίζουν. (Achte και συν. 1970)

Σύμφωνα με το Σεμινάριο Νοσηλευτριών, 1991 στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί

ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντας την έμμεσα είτε από μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι, από τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται. (Σεμινάριο Νοσηλευτριών, 1991)

Συμφώνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ για να προβεί στην ανακοίνωση της αλήθειας ένας γιατρός πρέπει να έχει υπόψη του βασικά στοιχεία. Αυτά τα στοιχεία αποτελούν μια σειρά από νομικά, ηθικά και φιλοσοφικά προβλήματα που θα πρέπει να σέβεται και να προσπαθεί να αντεπεξέλθει στο δίλημμα.

Σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ σε μεγάλες μελέτες ασθενών η μέθοδος πλήρους γνώσης της αλήθειας αποτελεί για τον ασθενή τρεις φάσεις αντιδράσεων. Η πρώτη φάση είναι η άρνηση όπου ο ασθενής μόλις μάθει την αλήθεια για την ασθένεια με ανίατο νόσημα καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης του, αρνείται να δεχτεί ότι αυτό συμβαίνει σε αυτόν, αρχίζει να αμφισβητεί την διάγνωση, απευθύνετε σε άλλους γιατρούς η καταφεύγει σε κέντρα του εξωτερικού. Στην δεύτερη φάση είναι η αποδοχή όπου επιβεβαιώνεται η αρχική διάγνωση και αρχίζει να συνεργάζεται ικανοποιητικά για την εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων. Ακόμα αποκτά νέα ενδιαφέροντα και ασχολείται με την καλλιέργεια του πνεύματος, ενώ γίνεται πραγματικά, πιο καρτερικός. Στην τρίτη φάση και τελική είναι η απόσυρση που θα έρθει με την έναρξη των συμπτωμάτων που σημαίνουν την υποτροπή η μετάσταση της νόσου. Η κυρίαρχη φάση και επιχείρημα από την πλευρά του ασθενή είναι ότι η αρρώστια του στέρησε το δικαίωμα στο όνειρο.

Σύμφωνα με τον ΣΠΗΛΙΟΤΗ είναι ότι πρέπει να σταθούμε αντικειμενικοί και ψύχραιμοι προς το περιβάλλον του ασθενούς μας και να πούμε εμείς όλη την αλήθεια. (ΣΠΗΛΙΟΤΗΣ,1999)

Σύμφωνα με τον ΒΙΑΝΣΟΝ και συν. υπάρχουν πολυάριθμα επιχειρήματα εναντίον της αλήθειας. Αρχικά είναι ότι ο ασθενής αν μάθει την αλήθεια είναι φυσικό να απογοητευτεί έτσι κανείς δεν έχει το δικαίωμα να τον απογοητεύσει. Αν πούμε την αλήθεια σε ένα ασθενή θα του δώσουμε την καθημερινή συντροφιά του θανάτου. Είναι μαρτύριο για έναν άνθρωπο να περιμένει την στιγμή που θα πεθάνει. Επίσης, ένα άλλο επιχείρημα είναι ότι αν ο ασθενής θεραπευτή, σε τι χρησιμεύει αν του έχουν πει ακριβώς, αφού θα συνεχίσει να ζει οπωσδήποτε με το φόβο της υποτροπής. Ακόμα

κατά τον BIANΣON δεν πρέπει να λέμε την αλήθεια και αν ο ασθενής « εύχεται » να μην του αποκαλυφθεί η αλήθεια τότε ας γίνει έτσι και ας είναι ο ίδιος υπεύθυνος για το ψέμα. Πρέπει να πετύχουμε να καταλάβει ο ασθενής αυτό που πρέπει η θέλει να καταλάβει. τον (BIANΣON και συν.,1982)

Σύμφωνα με τον Lederberg σε χώρες όπου η αρχή της αυτονομίας του ασθενούς τίθεται υπεράνω άλλων αρχών αναμένεται ενημέρωση του ασθενούς χωρίς υπεκφυγές . (Lederberg,1991)

Σύμφωνα με τον Manos και συν. διερευνώντας τις στάσεις των Ελλήνων γιατρών που φρόντιζαν ασθενείς με καρκίνο, βρήκαν ότι το 73% των γιατρών είχαν δηλώσει πως ουδέποτε η πολύ σπάνια ανακοίνωσαν τη διάγνωση του καρκίνου στους ασθενείς (Manos και συν.,1997)

Ο τρόπος ενημέρωσης της αλήθειας είναι πολύ σημαντικός. Αν ο τρόπος ενημέρωσης δεν είναι σωστός μπορεί να αυξήσει την αβεβαιότητα, το άγχος, την δυσφορία και την δυσαρέσκεια των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Lind και συν. μόνο το 42% των περιπτώσεων ασθενών με καρκίνο η ενημέρωση έγινε στο γραφείο του θεράποντα, ενώ το 58% οι ασθενείς ενημερώθηκαν από το τηλέφωνο, στον θάλαμο ανάνηψης η στον θάλαμο του ασθενούς. (Lind και συν.,1989)

Σύμφωνα με τον Ιακωβίδη και συν. «αν ένας ασθενής, άμεσα η έμμεσα, δείχνει ότι δεν επιθυμεί να δει την νόσο του ως δυνητικά θανατηφόρα, είναι λάθος να περαστεί η αλήθεια με το ζόρι. Όμως σε έναν ασθενή που θέλει να μάθει, είναι ανεπίτρεπτο να μην του αποκαλύπτεται η αλήθεια και να εμποδίζεται έτσι η προσαρμογή του, αλλά και να καταπαυτείτε το δικαίωμα του να αποφασίζει για την ζωή και τον θάνατο του.» (Ιακωβίδης και συν.,2007)

3.6.2 Σεξουαλική ζωή και καρκίνος

Σύμφωνα με τον Dollinger και συν. «η θεραπεία ορισμένων μορφών καρκίνου μπορεί να επηρεάσει ελάχιστα την σεξουαλικότητα, προκαλώντας απλώς κόπωση, πόνο, καταβολή δυνάμεων η άλλες παροδικές παρενέργειες. Οι νεότεροι άνδρες οι

οποίοι υποβάλλονται σε έντονη χημικοθεραπεία πρέπει πριν αρχίσει η θεραπεία να αποθηκεύουν σπέρμα στην τράπεζα σπέρματος για την περίπτωση που δεν επανακτήσουν την ικανότητα παραγωγής φυσιολογικού σπέρματος. Η θεραπεία αρκετών ειδών καρκίνου ενδέχεται να επηρεάσει άμεσα την ομαλή σεξουαλική λειτουργία. Dollinger και συν., 1992)

Παρακάτω θα σημειωθούν μερικοί τύποι καρκίνου σύμφωνα με τον Dollinger και συν. που επηρεάζουν την σεξουαλική ζωή του ατόμου, στην γυναίκα ή στο άντρα. (Dollinger και συν., 1992)

Αρχικά η θεραπεία του καρκίνου της κύστης μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του άντρα να επιτυχαίνει στύση, να προκαλέσει παλινδρόμηση στην εκσπερμάτωση και προβλήματα κατά τον οργασμό, μεταξύ των οποίων είναι και η άμβλυση της έντασης της σεξουαλικής πράξης. Επίσης οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αυτή τη θεραπεία καταλήγουν να διαθέτουν βραχύτερο και στενότερο κόλπο με αποτέλεσμα του πόνου κατά την σεξουαλική πράξη. (Dollinger και συν., 1992)

Ακόμα ένας τύπος καρκίνου που επηρεάζει την σεξουαλική ζωή του ατόμου, είναι ο καρκίνος του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει το 30-40% των γυναικών που έχουν υποστεί ριζική μαστεκτομή. Ακόμα επηρεάζει το 10% των γυναικών που έχουν κάνει καλοήγη βιοψία. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη σε όλες τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού γιατί το γυναικείο στήθος είναι ιδιαίτερα σημαντικό σεξουαλικό σύμβολο. (Dollinger και συν., 1992)

Επίσης ο καρκίνος του παχέως εντέρου δυσκολεύει την σεξουαλική ζωή λόγω της στόμια όπου φέρουν στον ασθενή με καρκίνο έντονη αμηχανία ή ανησυχία για την αντίδραση που θα έχουν οι σύντροφοι τους. Στην περίπτωση των γυναικολογικών όγκων είναι πολύ πιθανόν να έχει πρόωρη εμμηνόπαυση, η οποία συνοδεύεται από εξάψεις και άλλα. Έτσι ο ερωτικός σύντροφος αντιμετωπίζοντας αυτές τις αλλαγές, συχνά περνά δύσκολες στιγμές. Έτσι λοιπόν υπάρχει περίπτωση να μειωθεί η ικανότητα ή ακόμα και η διάθεση του ζευγαριού για σεξουαλική επαφή. (Dollinger και συν., 1992)

Έπειτα υπάρχει και η νόσος του Hodking όπου περίπου το 20% των ανδρών και των γυναικών που πάσχουν από αυτό τον τύπο καρκίνου χάνουν την δύναμη τους και το ενδιαφέρον τους για σεξ. Η νόσος του Hodking δεν επηρεάζει συνήθως την ικανότητα για στύση, τα προβλήματα των ωοθηκών όμως ίσως καταλήξουν σε επώδυνες επαφές. Τα συζυγικά προβλήματα που ανακαλύπτουν οφείλονται κυρίως στην μακρόχρονη θεραπεία και στην εφραπτομένη γονιμότητα. Επίσης ένας άλλος τύπος καρκίνου που επηρεάζει την σεξουαλική ζωή του ατόμου είναι ο καρκίνος του πέους η των όρχεων. Τα άτομα αυτά έχουν χαμηλή σεξουαλική δραστηριότητα, ελάττωση της επιθυμίας, προβλήματα κατά την στύση και τον οργασμό και μειωμένη ποσότητα σπέρματος. Τέλος ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να επηρεάσει τα άτομο στην σεξουαλική του ζωή. Το 30% έχουν παλινδρόμηση της εκσπερμάτωσης και το 15% έως το 25% παρουσιάζουν προβλήματα στύσης. Επίσης τα φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την σεξουαλική δραστηριότητα και να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία.(Dollinger και συν., 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΛΗΨΗ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η έννοια της πρόληψης αναλύεται σύμφωνα με περιεχόμενο εφαρμογής σε τρία επίπεδα:

A. Πρωτογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που στοχεύουν να μειώσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας στον πληθυσμό, περιορίζοντας τον κίνδυνο έναρξής της. Χαρακτηριστικό παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί η δραστηριότητα της Ελληνικής αντικαρκινικής εταιρίας, η οποία έχει δημιουργήσει το “πρόγραμμα αγωγής υγείας, πρακτικές εφαρμογές στη σχολική τάξη” για εφαρμογή από εκπαιδευτικούς στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει την ενημέρωση και πρόληψη για το κάπνισμα, την ατομική υγιεινή, τη διατροφή, την ηλιακή ακτινοβολία και την ενημέρωση για τα φάρμακα και τη χρήση τους.

B. Δευτερογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να παρέχουν ικανή προστασία στον πληθυσμό από μια ασθένεια μειώνοντας τη διάρκεια και την βαρύτητα μιας αρρώστιας.

Γ. Τριτογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να περιορίσουν τις χρόνιες συνέπειες μιας ασθένειας ελαχιστοποιώντας τη λειτουργική ανικανότητα, που μπορεί να επιφέρει μια ασθένεια.

Τα σύγχρονα κοινωνικά μεγέθη, το πολυδιάστατο περιεχόμενο της υγείας και η πολυεπίπεδη αναγκαιότητα παρέμβασης καθιστούν την διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία επιτακτική.

Ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης η κοινωνική παρέμβαση είναι καθοριστική για ενημέρωση, εκπαίδευση, συμμετοχή. Η χρήση μεθόδων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής απαιτούν πολυδύναμη διεπιστημονική ομάδα (ομάδα υγείας-TEAM HEALTH) με αποδοχή και εμπειρία στην διαδικασία της διεπιστημονικής συνεργασίας και με δυνατότητες να προκαλέσει θετική εμπλοκή στον αγώνα της πρόληψης και άλλων παραγόντων της κοινότητας με κοινωνική επιρροή και ρόλο (όπως εκπαιδευτικούς, γυμναστές, καλλιτέχνες κ.α.)

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αναντικατάστατο μέλος της ομάδας υγείας γιατί το επιστημονικό του γνωστικό αντικείμενο έχει αυτοτέλεια και δεν επικαλύπτεται. Η κοινωνική εργασία σαν εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων Π.Φ.Υ.

« Τα 2/3 των θανάτων σε ηλικία από 20-45 ετών και πάνω από τα 3/4 των θανάτων μετά τα 45 οφείλονται σε αιτίες που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με τον τρόπο ζωής μας, με την συμπεριφορά μας» (Σπύρος Δοξιάδης)

Τα περισσότερα εντυπωσιακά αποτελέσματα σε δείκτες υγείας, από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης είναι η μείωση της παιδικής θνησιμότητας.

Η εφαρμογή προγραμμάτων περιγεννητικής φροντίδας (ενημέρωση, εκπαίδευση, προληπτικές εξετάσεις, συνεχείς παρακολούθηση, τήρηση υγιεινών κανόνων, προετοιμασία, έγκαιρη διάγνωση, θηλασμός, προγραμματισμένος εμβολιασμός, σίτιση, παρακολούθηση ανάπτυξης, κοινωνική προστασία και

φροντίδα) αποτέλεσε τον καθοριστικό παράγοντα για την θεαματική βελτίωση του δείκτη παιδικής θνησιμότητας.

Στα πλαίσια του διεθνούς κεντρικού στόχου της Π.Ο.Υ. «Υγεία για όλους το 2000», η Ευρώπη χάραξε 38 επιμέρους στόχους. Στον Ευρωπαϊκό στόχο 10 γίνεται αναφορά στον καρκίνο. «Μέχρι το 2000 στην περιοχή της Ευρώπης η θνησιμότητα από καρκίνο σε άτομα κάτω των 65 ετών θα πρέπει να μειωθεί κατά 15%» Για αυτό το στόχο δημιουργήθηκε το πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου»

Το Πρόγραμμα αναπτύχθηκε σε τέσσερις τομείς:

1. Πρόληψη του καρκίνου
2. Ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση στα θέματα υγείας
3. Κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού.
4. Έρευνες για τον καρκίνο.

Η πρόληψη του καρκίνου αναπτύσσεται με επίκεντρο πέντε κύριους άξονες.

1. Την καταπολέμηση του καπνίσματος
2. Την βελτίωση της διατροφής
3. Την προστασία από τους καρκινογόνους παράγοντες.
4. Το συστηματικό εντοπισμό και την πρόωμη ανίχνευση
5. Τον «Ευρωπαϊκό κώδικα καταπολέμησης του καρκίνου».

Ο Ευρωπαϊκός κώδικας καταπολέμησης του καρκίνου περιέχει δέκα εντολές που οδηγούν στην πρόληψη του καρκίνου με βάση τον Ευρωπαϊκό στόχο 10.

Το περιεχόμενο συμπυκνώνει τις σημαντικές κατευθύνσεις της πρόληψης με αναγωγή σε συνήθειες, συμπεριφορές, στάσεις και μέτρα.

Αυταπόδεικτη αναγκαιότητα αποτελούν τα προγράμματα πρόληψης με έμφαση στην υγειονομική διαφώτιση, εκπαίδευση και έγκαιρη διάγνωση για την αντιμετώπιση του προβλήματος του καρκίνου.

Η υγειονομική εκπαίδευση του πληθυσμού της κοινότητας και ιδιαίτερα του νεανικού μέσω της θεσμοθετημένης διαδικασίας της διαπαιδαγώγησης αποσκοπεί να αποκτηθούν οι απαραίτητες γνώσεις και να ενσωματωθούν στην καθημερινή αυτόματη συμπεριφορά και τις συνήθειες. Η αποδοχή υγιεινών τρόπων διαβίωσης είναι η περισσότερο αποτελεσματική μέθοδος με ποιοτικά στοιχεία. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται κατά την υγειονομική εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα και αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου και στην μεγαλύτερη δυνατή αξιοποίηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η πολιτική της πολιτείας πρέπει να ενισχύει δράση και πρωτοβουλίες σ' αυτήν την κατεύθυνση, ιδιαίτερα όταν προέρχονται από υπεύθυνους επιστημονικούς επαγγελματικούς και κοινωνικούς φορείς.

Η εκπαίδευση για την υγεία με στόχο την αποτελεσματική πρόληψη εκτός των άλλων παραγόντων διαμόρφωσης, πρέπει ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται στο κοινωνικό –πολιτιστικό υπόβαθρο των αντιλήψεων για την υγεία.

Οι μέθοδοι εκπαίδευσης για την υγεία αποτελούν σύνθετη και διεπιστημονική αρμοδιότητα με αντίστοιχη γνωστική συμβολή.

Η σύγχρονη αντίληψη περιέχει την πολυδιάστατη έννοια της υγείας και προτρέπει στην διεπιστημονική παρέμβαση και συμμετοχή. Στα πλαίσια αυτά αναζητούνται εναλλακτικές μορφές εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την υγεία σε συνδυασμό με την ανάπτυξη σε μεγαλύτερο βαθμό και προτεραιότητα των προγραμμάτων πρόληψης και αντίστοιχα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Εκπαίδευση για την υγεία στην κοινότητα ή γενικά στο πληθυσμό, πραγματοποιείτε με διάφορους τρόπους παρέμβασης.

- I Στο Σχολείο με παιδαγωγικές μεθόδους εκπαίδευσης των μαθητών (έντυπα, παιχνίδια, πρότυπα) μετά από κατάλληλη εκπαίδευση των παιδαγωγών καθηγητών.
- I Στην οικογένεια με τα ΜΜΕ και στην διάρκεια συμβουλευτικής συνεργασίας με ιατροκοινωνικούς και παιδαγωγικούς φορείς, με έντυπα.
- I Στο Κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον με τα ΜΜΕ, συμμετοχικές διαδικασίες σε προγράμματα υγείας, στήριξη θεσμών και πολιτιστικών παραδόσεων.

- I Στις υπηρεσίες και επαγγέλματα υγείας με διαρκή εκπαίδευση και ενημέρωση, με ενίσχυση επιστημονικού και επαγγελματικού τύπου, με ενίσχυση της χρήσης συγγραμμάτων και πληροφοριών.

Η εκπαίδευση της κοινότητας για την υγεία στηρίζεται στην αντίληψη ότι η παραγωγή υγείας είναι άριστα συνδεδεμένη με τι πρότυπο συμπεριφοράς που «επιλέγεται» σύμφωνα με τα διαθέσιμα εναλλακτικά μέσα, τις υπάρχουσες κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές συνθήκες και τις αντικειμενικά προσδιοριζόμενες δυνατότητες επιλογής. Η κοινότητα είναι υπεύθυνη για την δραστηριοποίηση του πληθυσμού να θέλει να γνωρίζει πως θα μείνει υγιής ή πως θα αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας.

Η ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και των προγραμμάτων πρόληψης, (εκπαίδευσης κ.α.) απαιτεί ολοκληρωμένο σχεδιασμό, τυποποίηση στρατηγική, ευπλαστότητα προγραμματισμού και πολιτική υποστήριξης και παροχής αναγκαίων μέτρων και μέσων. Αποφεύγονται πρακτικές εκφοβισμού απ' τις οποίες αποστασιοποιείται το άτομο, ενώ προτιμούνται παραδείγματα και ενδιαφέροντα καθημερινής χρήσης και εύκολης αφομοίωσης. Η πρόληψη συνιστά ιεραρχικά πρωταρχικό καθοριστικό παράγοντα, διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας και σχετίζεται με εκείνα τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα ζωής και το επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης.

4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπεία του πόνου μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Η συντηρητική μέθοδος θεραπείας των πόνων αποβλέπει:

1. Στην αντιμετώπιση της αρρώστιας με συνδυασμό ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας, ορμονοθεραπείας, ή χειρουργικής θεραπείας.
2. Στην συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου με συστηματική χορήγηση παυσίπονων ή τοπικών εγχύσεων αναισθητικών ή νευρολυτικών ουσιών.
3. Στην επιπρόσθετη χρήση παυσίπονων ή άλλων φαρμάκων οποτεδήποτε κριθεί αναγκαίο τα οποία υποβοηθούν στη θεραπεία τοπικών ή γενικευμένων επιπλοκών, ή ανακουφίζουν τον ασθενή από τις ψυχιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. (άγχος, κατάθλιψη κ.α.)
4. Στην στήριξη του ασθενή με ψυχολογικές μεθόδους (ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, κοινωνική φροντίδα κ.λ.π.)
5. Στην ορθή παρεντερική σίτιση και διατήρηση του ισοζυγίου καταβολής του καρκινοπαθή έτσι ώστε να μειωθούν οι επιπλοκές της αρρώστιας και οι παρενέργειες της θεραπείας.
6. Στη λήψη όλων των μέτρων και μέσων εκείνων τα οποία θα εμποδίσουν ένα οξύ πόνο και μικρής χρονικής διάρκειας να μεταπέσει σε μια χρόνια κατάσταση, οπότε η θεραπεία του γίνεται πιο προβληματική.

Για τη συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου η παυσίπονη θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται γρήγορα και είναι δυνατό φάρμακα μικρής ή μέτριας παυσίπονης δράσης να έχουν καλή επίδραση στον ασθενή. Όταν με τα παραπάνω δεν επηρεαστούν οι πόνοι, τότε επιβάλλεται δραστική θεραπεία. Σε περιπτώσεις τελικών σταδίων μπορεί να γίνει και χρήση ναρκωτικών ουσιών στην οποία ο ασθενής έχει καλή ανταπόκριση.

Μη ναρκωτικά παυσίπονα χορηγούνται σε πόνους μέτριας έντασης. Η χρήση ναρκωτικών επιτρέπεται και επιβάλλεται, ανάλογα μόνο σε περιπτώσεις οξέων πόνων μικρής διάρκειας για σύντομο χρονικό διάστημα και ειδικότερα πριν περάσει ο πόνος στη χρόνια φάση. Η χορήγηση τους σε ηλικιωμένα άτομα και αρρώστους με κακή γενική κατάσταση πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Η χρήση του κάθε ναρκωτικού εξαρτάται από την ένταση του πόνου και όχι από την πιθανή διάρκεια της νόσου ή της ζωής του ασθενή. (Κοσμίδης)

Στη θεραπεία του πόνου τα αντικαταθλιπτικά και τα μείζονα νευροληπτικά έχουν σαφή συνεργική δράση με τις παυσίπονες ουσίες διότι αυξάνουν την περίοδο αναλγησίας. Τα αντικαταθλιπτικά τροποποιούν και την συμπεριφορά στους περισσότερους ασθενείς η οποία είναι διαταραγμένη από τη συνυπάρχουσα αντιδραστική νεύρωση.

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

4.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ως ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην ογκολογία σύμφωνα με τον Ιακωβίδη και συν. «θα μπορούσαν να οριστούν οι συστηματικές προσπάθειες για τον επηρεασμό των στρατηγικών αντιμετώπισης του ασθενούς μέσω γνωσιακών και συμπεριφερολογικών μεθόδων, με στόχο την ανύψωση του ηθικού του, της αυτοεκτίμησης του και των ικανοτήτων αντιμετώπισης με παράλληλη μείωση της δυσφορίας του.» Σύμφωνα με τον Ιακωβίδη στόχος της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι «επίσης η επαύξηση αντιμετώπισης του αισθήματος ελέγχου και η

λύση των πρακτικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς.»
(Ιακωβίδης.,2007)

Σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις θεωρούνται και είναι αναγκαίες σε ολόκληρη τη διαδρομή ενός ατόμου με καρκίνο, από την αρχική διάγνωση έως την ίαση και την αποκατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί και μέχρι τον θάνατο. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν διαφορετικό σκοπό ανάλογα με το επίπεδο και το στάδιο της νόσου. Πολλές υπηρεσίες ακόμα και σήμερα, δεν διαθέτουν άτομα με ειδική εκπαίδευση, ενώ άλλα διαθέτουν περιορισμένο αριθμό θέσεων. Στην αρχική φάση της νόσου είναι πολύ απαραίτητη η ψυχιατρική ή και η ψυχολογική παρέμβαση για την ανακοίνωση της διάγνωσης ή, εφόσον αυτή γίνει από τον θεράποντα χειρουργό ή παθολόγο. Η ψυχιατρική ή και η ψυχολογική παρέμβαση χρειάζεται για την υποστήριξη κατά την φάση του σοκ της διάγνωσης, ακόμα χρειάζεται για να βοηθηθεί το άτομο για την αποδοχή του προβλήματος του ασθενούς, η ακόμα σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα ακρωτηριασμού η επέμβασης οι ειδικοί βοηθούν για την αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος, όπως διαμορφώθηκε μετά την εγχείρηση, την υποστήριξη κατά την εφαρμογή της αναγκαίας συμπληρωματικής θεραπείας όπως της χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, την εκπαίδευση για τον, πιθανώς, νέο ρόλο που ο ασθενής καλείται να παίξει στην οικογένεια, τη βοήθεια για πιθανό επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό. Ακόμα πολύ σημαντικό ρόλο έχουν να παίξουν οι αναφερόμενοι επαγγελματίες και λειτουργοί υγείας κατά τη φάση της πιθανής υποτροπής της νόσου. Στη φάση αυτή, ο ασθενής αισθάνεται ότι έχει προδοθεί, καθώς η νόσος επανεμφανίστηκε και παρότι ήδη εφάρμοσε ότι του συστήθηκε. Ο ασθενής δέχθηκε κάθε θεραπευτική αγωγή στην οποία υποβλήθηκε, είχε δε ήδη μεσολαβήσει και ένα διάστημα που του έδωσε την ελπίδα ότι η πάθησή του είχε θεραπευθεί. Κατά τη φάση αυτή, έχει να αντιμετωπίσει και πάλι τα προβλήματα υγείας, αλλά και τα προβλήματα της θεραπείας, η οποία ενδέχεται να είναι αυτή τη φορά επιθετικότερη. Η ανάμνηση των προηγούμενων βιωμάτων, αλλά και ο κλονισμός της εμπιστοσύνης του προς την επιστήμη, τους γιατρούς του κ.λπ. δυσχεραίνουν την κατάσταση. Η εμφάνιση πόνου αποτελεί ένα διαρκές φόβητρο, ενώ πάρα πολύ πιθανή ύπαρξη πόνου αυξάνει την πιθανότητα ψυχιατρικής νοσηρότητας. Πρόσθετα προβλήματα στη φάση αυτή αντιμετωπίζει όχι μόνο ο ασθενής με καρκίνο, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον. Το άτομο με καρκίνο νιώθει ενοχές για την

επιβάρυνσή του και τον οδηγούν είτε σε καταθλιπτική αντίδραση είτε σε επιθετικότητα. Επίσης παρόμοιο πρόβλημα, αντιμετωπίζουν και τα μέλη της οικογένειας, που κι αυτά χρειάζονται πολύ συχνά την υποστήριξη του ειδικού επαγγελματία. Επιτακτική είναι η ανάγκη παρέμβασης και κατά το στάδιο της γενίκευσης της νόσου. Κατά το στάδιο αυτό, η θεραπευτική δυνατότητα περιορίζεται στην ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή. Σύμφωνα με τον ΡΗΓΑΤΟ οι πόνοι, εξαιρετικά συχνοί στη φάση αυτή, οι ασθενείς είναι πολύ αδύναμοι, έχουν το αίσθημα κακουχίας, της κατάθλιψη, του άγχος, οι συνεχείς διαψεύσεις των θεραπευτικών υποσχέσεων απαιτούν πολύπλευρη αντιμετώπιση με φαρμακευτικούς και μη φαρμακευτικούς τρόπους. Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να υποστηρίζονται απέναντι στον φόβο του θανάτου. (ΡΗΓΑΤΟΣ ,2000)

4.3.1 Είδη θεραπευτικών παρεμβάσεων που ασκούνται

Η ατομική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται κυρίως στο μοντέλο της λύσης της κρίσης, βοηθά τον ασθενή να αποκτήσει εκ νέου φυσιολογική λειτουργικότητα καθώς έχει καθορισμένους στόχους και χρονικό περιθώριο.

Οι Carone και συν. (1980) χρησιμοποιώντας ατομική συμβουλευτική προσέγγιση σε νέες ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, διαπίστωσαν μια γρηγορότερη επιστροφή σε προηγούμενα επίπεδα σεξουαλικής λειτουργικότητας και γρηγορότερη επάνοδο στην εργασία σε σύγκριση με ασθενείς που δεν είχαν δεχτεί ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, χωρίς όμως σημαντική διαφορά στη συναισθηματική διάθεση.

Οι Forester και συν. (1985) σε μια μελέτη αποτελεσμάτων ατομικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης ψυχοδυναμικού προσανατολισμού, αλλά και με στοιχεία εκπαίδευσης, σε 102 ασθενείς κατά τη διάρκεια έξι εβδομάδων ακτινοθεραπείας σε εβδομαδιαίες συναντήσεις, βρήκαν βελτίωση της κατάθλιψης του

άγχους, του αισθήματος απομόνωσης, της αϋπνίας, της ναυτίας και του εμετού σε σύγκριση με ομάδα που δεν είχε δεχτεί ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Οι ομαδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν σήμερα σημαντική θέση στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο, μετά τον αρχικό σκεπτικισμό για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στα μέλη της ομάδας από το θάνατο ενός από αυτούς. Οι ασθενείς πολλές φορές δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε τέτοιες ομάδες λόγω των οξέων προβλημάτων που εμποδίζουν την συνεχή παρουσία και την πλήρη συμμετοχή, αλλά και η μειωμένη δυνατότητα συμμετοχής ασθενών με προχωρημένο καρκίνο είναι δύο παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εκλογή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Σε μια μελέτη σύγκρισης των μακροπρόθεσμων ωφελειών θεματικής συμβουλευτικής προσέγγισης και της συνηθισμένης παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με νεοδιαγνωσθέντα γυναικολογικό καρκίνο και με εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης πριν, αμέσως μετά και μετέπειτα του των 6 μηνών παρέμβασης, οι Cain και συν. βρήκαν ότι οι γυναίκες που δέχτηκαν την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση είχαν λιγότερη κατάθλιψη, λιγότερο άγχος, καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό, λιγότερες σεξουαλικές δυσκολίες και μεγαλύτερη συμμετοχή σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο τους.

Η Linn (1988) αναφέρει ότι η ομάδες ψυχοθεραπείας που στηρίζονται στην παροχή εκπαίδευσης, στην ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων, στην ανταλλαγή κοινών εμπειριών και στην ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης, έχουν εν δυνάμει οφέλη για τους ασθενείς με καρκίνο.

Οι αμιγείς συμπεριφοριολογικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την παθητική χαλάρωση, την ύπνωση, τη συστηματική απευαισθητοποίηση, την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, την επανατροφοδότηση κλπ. Έχει αποδειχτεί ότι προσφέρουν σημαντικά οφέλη στην αντιμετώπιση του πόνου, της εξαρτημένης ναυτίας και του εμετού και στις φοβικές αντιδράσεις κατά τις ιατρικές

εξετάσεις, ενώ η απουσία παρενεργειών τις κάνει να κατέχουν σημαντική θέση στην ογκολογία (Levy, 1982). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς, μαθαίνοντας να ελέγχουν τα συμπτώματα, έχουν το αίσθημα της ενεργού συμμετοχής στη θεραπεία και επανακτούν το χαμένο αίσθημα ελέγχου. Έχουν δε σημαντική προσφορά σε συνδυασμό με τις άλλες μορφές ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας και οι ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης (American Cancer Society 1988) διακρίνονται από τις αντίστοιχες της ομαδικής δυναμικής ψυχοθεραπείας. Η έκβαση της συμμετοχής σε μια ομάδα υποστήριξης ή αυτοβοήθειας μπορεί να είναι θεραπευτική, παρόλα αυτά οι ομάδες αυτές δεν συνιστούν μεθόδους για την ενδόψυχική εξερεύνηση ή ανασύσταση της προσωπικότητας. Αντίθετα επιζητούν να δημιουργήσουν ένα πνεύμα ομαδικότητας και αποδοχής και η συμμετοχή σε μια τέτοια ομάδα σημαίνει ότι τα άτομα μοιράζονται μια κοινή επώδυνη εμπειρία και η δυναμική της ομάδας είναι τέτοια που οδηγεί σε ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης, ισοτιμίας και αποδοχής, ιδιότητες που εμπνέουν και οδηγούν στην επανεδραίωση του αυτοελέγχου και την επανάκτηση της αίσθησης νοήματος της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

5.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ- ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με την Μ. Στρογγυλού, ένα από τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος είναι η ιδεότυπος επιλογή ατόμων τα οποία πρόκειται να εκπαιδευτούν στην άσκηση τούτου.

Η επιλογή ενεργείται με κριτήρια που βασίζονται όχι μόνο στην ακαδημαϊκή επίδοση κάθε υποψηφίου αλλά κυρίως βασίζεται στις ιδιότητες εκείνες του χαρακτήρα που παρουσιάζει κάθε υποψήφια και προπάντων στην καταλληλότητα της προσωπικότητας. Αναμφισβήτητα, η ακαδημαϊκή επίδοση και το μορφωτικό επίπεδο κάθε υποψηφίου δεν είναι η μόνη βασική προϋπόθεση.

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

1. ωριμότητα
2. συναισθηματική ισορροπία
3. ικανότητα για συνεργασία με ανθρώπους κάθε τύπου και ιδιοσυγκρασίας
4. ανεκτικότητα στις προτιμήσεις και ειδικές ανάγκες των άλλων
5. διάθεση παραδοχής κάθε ανθρώπινης συμπεριφοράς που να διέπεται από κατανόηση και ανθρωπισμό
6. ήθος

«Τα θεωρητικά διπλώματα δεν αρκούν για να αποδείξουν την κλίση του οργάνου άσκησης της κοινωνικής εργασίας.». Πρέπει να απαιτείται όχι μόνο ένα σύνολο βασικών γνώσεων επιστημονικών, αλλά ακόμη και μια ισορροπία της προσωπικότητας και μια ανθρωπιστική διάθεση την οποία μόνο η ψυχολογική μελέτη των υποψηφίων μπορεί να ανακαλύψει. Η σπουδαιότητα της επιλογής των κοινωνικών λειτουργών και κυρίων εκείνων που θα χρησιμοποιούνται για την πρώτη επαφή με άτομα που πρόκειται να βοηθήσουν είναι φανερή.

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

1. Να είναι σε θέση να κατανοούν τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν επίδραση στην κοινωνική συμβίωση και να γνωρίζουν τα ειδικότερα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία πιέζουν τους ανθρώπους προς τους οποίους θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.
2. Πρέπει να έχουν γνώση της νομοθεσίας, των θεσμών και των υπηρεσιών μέσω των οποίων η κοινωνία προσπαθεί να προαγάγει την κοινωνική και οικονομική ευημερία των ατόμων.
3. Πρέπει να έχουν γνώση της ανάπτυξης του ανθρώπου από άποψη βιολογικής, ψυχολογικής και βιολογικής
4. Πρέπει να αντιλαμβάνονται την αλληλεπίδραση των ψυχικών, κοινωνικών, και οικονομικών παραγόντων στις περιπτώσεις ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών πιέσεων.
5. Πρέπει να κατέχουν τις αρχές και μεθόδους της κοινωνικής πρόνοιας, να έχουν σαφή αντίληψη των άμεσων και απώτερων αυτών σκοπών κατά δε την άσκηση των καθηκόντων τους να χρησιμοποιούν επιστημονικές τεχνικές.
6. Πρέπει να έχουν κατανοήσει καλά τις βασικές ιδιοτυπίες του ανθρώπινου χαρακτήρα και να γνωρίζουν τους νόμους που διέπουν τον ψυχισμό του ανθρώπου και τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί συναλλασσόμενος με το περιβάλλον του. Πρέπει να μπορούν να ερμηνεύσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις για να βοηθούν τα άτομα ώστε να

ικανοποιήσουν την τάση προς αυτάρκεια, κοινωνική παραδοχή και ανεξαρτησία και συντρέχοντας να αυξήσουν τις πιθανότητες για την εξασφάλιση μιας ζωής ποιοτικά ανεβασμένης.

7. Απαραίτητη είναι η καλή εξάσκηση στην τεχνική της συνέντευξης, της παρατηρητικότητας, του ακούειν, του ερευνάν και του επιδράν ευεργετικά πάνω στην ανθρώπινη ψυχή.

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

5.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΟ ΑΣΘΕΝΗ

Η κοινωνική εργασία είναι σήμερα αναγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη, και σχηματοποίησε την υπόσταση της κυρίως από την ανάγκη παρέμβασης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής και αποτελεί πλέον υποχρέωση της πολιτείας και δικαίωμα του πολίτη. Ενώ άλλες ειδικότητες των ανθρωπιστικών εφαρμοσμένων επιστημών συγκεκριμενοποιούν το πεδίο παρέμβασης του η κοινωνική εργασία έχει ευρύτερα πεδία παρέμβασης, που τις περισσότερες φορές υλοποιείται μέσα στο φυσικό χώρο, των οικογενειακό, εργασιακό, κοινωνικό κ.α. λαμβάνοντας υπόψη πάντα την έκταση του πλέγματος των πιθανών αναγκών και των

αιτιολογικών παραγόντων, των προβλημάτων του ατόμου ή της κοινότητας. Έτσι υγεία και κοινωνική εργασία αποτελεί πλέον διεθνή παραδοχή ότι η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση. Επομένως το πρόβλημα υγείας δεν λύνεται μόνο με ιατρικές Υπηρεσίες περίθαλψης αλλά με αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ύπαρξη υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό συντελεστή για την κοινωνική οργάνωση και την ποιότητα ζωής. Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου, αλλά το συσχετίζει με κοινωνικές συνθήκες είναι η διάσταση που δίνει η κοινωνική εργασία. Σύμφωνα με τη κοινωνική λειτουργό Μ. ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ η κατά περίπτωση κοινωνική εργασία είναι κατεξοχήν μέθοδος που εφαρμόζετε και οι περιπτώσεις χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες που είναι με μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και συνεργασία, δεύτερο με βραχυπρόθεσμο προγραμματισμό και συνεργασία και τέλος οι παραπομπές. Ο κοινωνικός λειτουργός που έχει να κάνει με άτομα που πάσχουν από καρκίνο ή υπάρχει η υπόνοια πρέπει καταρχήν να κατέχουν μια οργανωμένη ιδέα σχετικά με κάποια σταθερά μέσα που διαθέτουμε και έτσι ελεύθερα να προσπαθούμε να ακούμε, να βλέπουμε, να συναισθανόμαστε βαθιά τον πελάτη μας, να συνδεόμαστε μαζί του με θέρμη και να σκεπτόμαστε ή να δρούμε χωρίς να εμποδιζόμαστε από αγχώδη αβεβαιότητα για τα επόμενα βήματα ή κατευθύνσεις. Αρχικός σκοπός μας είναι να ενισχύσουμε την λειτουργία του σαν κοινωνικό άτομο, να αποκατασταθούν κάποια συναισθήματα με την σωστή τους ερμηνεία όπως είναι του φόβου με σωστές ερμηνείες και αποδοχή αυτού του συναισθήματος σαν κάτι φυσικό που τους συμβαίνει και η κάποια αποσυμφόρηση τους από το άγχος με πρακτικούς τρόπους που προσφέρει η ζήτηση ώστε να ταξινομηθούν δικαία και να ιεραρχηθούν σωστά οσα μπόρεσαν να σχηματίσουν την συναισθηματική μάζα που τους κλείνει τον δρόμο για σκέψη και δράση. Η σχέση μας αρχίζει καθώς ο ασθενής αρχίζει να μοιράζεται κάποιο μέρος του προβλήματος του και εμείς σαν κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να του αποδείξουμε ότι έχουμε την επαγγελματική ικανότητα να χειριστούμε το πρόβλημα. Προσπάθεια μας είναι να επεκτείνουμε την επάρκεια του ασθενούς μας. Ακόμα προσπάθεια μας είναι η συμπεριφορά του ασθενούς να γίνει προσπάθεια του εγώ του και να προβεί σε δράση που θα κάνει τον ασθενή να έλπιση. Η διεργασία της δουλειάς μας είναι να υποστηρίζει, συμπληρώνει, ενισχύει τις λειτουργίες του ασθενή. Ακόμα και η απλούστερη μορφή βοήθειας εκ μέρους μας, προς τον ασθενή, παρέχει ένα είδος νησίδας ασφάλειας, όπου προς στιγμή ζει την εμπειρία της ελευθερίας από την

θύελλα που έρχεται κατά πάνω του από όπου μπορεί να δει αυτό που ζει με μειωμένο φόβο και καλύτερη προοπτική. Με την συμπαθητική προσοχή κάθε καλής σχέσης μας ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί μείωση των εντάσεων του και επομένως κάποια μεγαλύτερη ελευθερία να δει τα προβλήματα και τον εαυτό του σαφέστερα. Προκειμένου να είμαστε αποτελεσματικοί στην δουλειά μας θα πρέπει η λύση των προβλημάτων στο μυαλό μας, να είναι αποτελεσματική και θα πρέπει να είναι μια διεργασία συστηματικά οργανωμένη. Επεξεργαζόμαστε, ένα λογικό σχεδιασμό, με αδρές γραμμές, καθώς εμπλέκουμε τον ασθενή σε αυτόν την διεργασία εκτιμώντας ανάλογα με τις ικανότητες του και τις ανάγκες του. Ο φόβος του θανάτου έχει σαν αποτέλεσμα να συναντούμε στους ασθενείς μας μια σειρά αντιδράσεων που μιλούν αποκλειστικά για τον ίδιο τον ασθενή και αποτελούνται α) από την άρνηση και απομόνωση β) η οργή γ) το παζάρεμα δ) η κατάθλιψη ε) η αποδοχή και το τέλος στ) η ελπίδα. Η δική μας συμπάρασταση βασίζεται στις γνώσεις ότι είναι απαραίτητα τα στάδια αυτά που διέρχονται συναισθηματικά οι ασθενείς μας όταν αντιμετωπίζουν τραγικά νέα της αρρώστιας.

5.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αρχικά, σύμφωνα με την κοινωνικό λειτουργό του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Φ. ΠΑΠΑΓΕΡΙΔΟΥ η κοινωνική εργασία σε νοσοκομείο γίνεται σαν ειδική θεραπευτική ομάδα με ψυχίατρο και ψυχολόγο. Έπειτα ενημερώνονται από το βιβλίο εισαγωγών η παραπέμπονται οι ασθενείς από το γιατρό η την προϊσταμένη της κλινικής. Ακόμα συνεργάζονται με ογκολογικό γιατρό και τον ψυχίατρο. Η παρέμβαση μας στους καρκινοπαθείς ως στόχο πρέπει να έχει την δημιουργία καλύτερων προϋποθέσεων για την προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες της πάθησης τους καθώς και την επαναδραστηριοποίησή τους. Επαναφορά δηλαδή σε μια πιο φυσιολογική ζωή. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός βοήθα τον άρρωστο να έκφραση τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του. Με την μορφή που έχουν τα

νοσοκομεία σήμερα, μεγάλα και απρόσωπα είναι επιτακτική η ανάγκη του αρίστου να βρει ένα άτομο που θα τον ακούσει και στο οποίο θα εκφράσει τα συναισθήματα του. Να βοηθήσει τον άρρωστο να διακρίνει τον πραγματικό από το υποψιαζόμενο η το κατά φαντασία -γύρω από την φύση της αλήθειας, την διάγνωση και το θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτό βέβαια πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τον ογκολόγο γιατρό και όχι μόνο από τον κοινωνικό λειτουργό γιατί αφορά κυρίως ιατρικά θέματα. Θα μπορούσε να ενημερωθεί ο άρρωστος για τυχόν αλλαγές που θα προκύψουν στο σώμα του, για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και τις επιπτώσεις που θα έχει αυτό στον οργανισμό του και στην εξωτερική του εμφάνιση. Θα πρέπει να υποστηρίξουμε και να δώσουμε κουράγιο, χωρίς όμως να τον παραπλανήσουμε. Χρησιμοποιώντας τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομα, θα βοηθήσουμε τον άρρωστο να δεχτεί την αρρώστια του, να ξανακερδίσει το ενδιαφέρον για την ζωή και να μπορέσει να επιμένει όλες τις δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει. Ακόμα ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια του να δεχτεί την αρρώστια ξεπερνώντας τους αρχικούς φόβους και τις τυχόν ενοχές, να κατανοήσουν τον άρρωστο και να σταθούν κοντά του. Επίσης να κάνουν την δική τους εκφόρτιση και να συζητήσουν για τις δίκες τους ανησυχίες. Η κοινωνικός λειτουργός επιλαμβάνεται και για τις πρακτικής φύσεως προβλήματα που παρουσιάζονται στην οικογένεια, όπως είναι το οικονομικό, πρόβλημα εργασίας και άλλα. Ενημερώνονται οι άρρωστοι σχετικά με τις κρατικές παροχές που δικαιούνται και γίνονται ενέργειες για την επιδότηση των παιδιών τους και τον εξόδων μετακινήσεων. Επίσης, σύμφωνα με την κοινωνικό λειτουργό του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Φ. ΠΑΠΑΓΕΡΙΔΟΥ στους ξενώνες του νοσοκομείου πρέπει γίνεται συνεχή επίσκεψη κοινωνικών λειτουργών και να γίνονται συναντήσεις ειδικών όπου θα συζητούν τα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα των ασθενών.

5.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό Χ. ΔΕΛΗΑΝΤΩΝΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ η οικογένεια αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα. Το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος της ομάδας περνάει και στα υπόλοιπα. Υπάρχει δηλαδή μια μορφή διαρκούς αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της, από εσωγενείς και εξωγενείς παράγοντες. Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Η ανακοίνωση λοιπόν της διάγνωσης στην οικογένεια δημιουργεί αίσθημα χάους και βαθιάς αποδιοργάνωσης, τόσο ψυχολογικής, όσο και πρακτικής. Σύμφωνα με την κοινωνική λειτουργό Χ. ΔΕΛΗΑΝΤΩΝΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ υπάρχουν πολλοί τύποι συμπεριφοράς που μπορεί να αντιδράσει η οικογένεια, εμείς θα πρέπει να γνωρίζουμε τους πιο πιθανούς τρόπους για την σωστή αντιμετώπιση. Είναι λοιπόν δυνατών να έχουμε τις παρακάτω αντιδράσεις:

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

2) Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού προβλήματος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Με αυτήν η οικογένεια βάζει τον άρρωστο στο περιθώριο.

Δεν του επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων του. Χάνει την ενεργητικότητα του και ωθείται να αναλάβει τον παθητικό ρόλο του δέκτη και όσων του προσφέρονται απλόχερα. Εγκαταλείπει δραστηριότητες, ρόλους, καθήκοντα, ψυχαγωγία, υποχρεώσεις. Χάνει την ταυτότητα του. Ο τρόπος αυτός της συμπεριφοράς πέρα από τα κίνητρα αγάπης, μπορεί να περιλαμβάνει «παθολογικές καταστάσεις». Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας του και της προσωπικότητας του, δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση του αρρώστου. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με αυτόν τον τύπο οικογένειας, θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργασία και στην προσωπική του ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτοολοκλήρωσης. Επίσης οι συγγενείς θα πρέπει να πρησθούν για της ικανότητες και δυνατότητες του ασθενή να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.

3) Η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φτάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ατελείωτα νυχτοξυμερωματα δίπλα στον άρρωστο, πάνω σε μια καρέκλα και με όσα άλλα συνεπάγεται αυτό, χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη του αρρώστου για αυτό. Τα αίτια τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται με αυτό τον τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά και έτσι αυτουποβάλλονται σε μια μορφή ταχυπορίας και εξιλέωσης. Επίσης η αντιδράσει αυτοτιμωρίας μπορεί να σημαίνει και συναισθηματική ανωριμότητα. Από μέρος του κοινωνικού λειτουργού απαιτούνται γνώσεις και εμπειρία προκειμένου να μελετήσει και να διαγνώσει τα πραγματικά αίτια ενός τέτοιου τύπου συμπεριφοράς, ώστε να εφαρμόσει την ανάλογη μέθοδο εργασίας. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός σε ότι αφορά την ανίχνευση πραγματικών συναισθημάτων, που βρίσκονται μπερδεμένα με τις απαιτήσεις του κοινωνικοί περίγυρου. Αυτό το ξεμπερδεμα μπορεί να γίνει πολύ οδυνηρό, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το περιβάλλον του. Για αυτό χρειάζεται προσεκτική κατεύθυνση και λεπτός χειρισμός.

4) Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται την διάγνωση είναι ο θυμός η η οργή. Ο θυμός σαν συναίσθημα σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός της όλης έντασης που ακόλουθα την διάγνωση. Ο θυμός που κατευθύνεται στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει άρρωστο και συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου, τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σε αυτή την περίπτωση ο άρρωστος κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατά επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν από αυτή. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στην προσπάθεια της σωστής διοχέτευσης του θυμού. Οι συγγενείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η ευθύνη για την αρρώστια δεν μπορεί να χρεωθεί στην επιλογή του αρρώστου. Η κατάσταση είναι πλέον διαμορφωμένη και η προσπάθεια πρέπει να στραφεί σε συμπεριφορά συμπαράστασης του αρρώστου και συνεργασία με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων που θα προκύψουν στην πορεία της θεραπείας.

5) Όταν η οικογένεια στην οποία αναφερόμαστε είναι υπερεξαρτημένη από τον άρρωστο, η πρώτη της αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβονται πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας. Αυτό, σαν αρχική αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν θετικό, διότι αναπτύσσεται σαν ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας και άμυνας μέχρι την τελική προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σε ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας, διότι εάν δεν γίνει αυτό, εγκυμονείτε ο εξής κίνδυνος: Η απόλυτη εξαρτημένη συναισθηματική και πρακτική οικογένεια να συνεχίσει να έχει απαιτήσεις από τον άρρωστο, όπως και στο παρελθόν. Να θέλει δηλαδή τον άρρωστο της να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό τις εργασιακές, κοινωνικές, και συναισθηματικές δραστηριότητες. Η ικανότητα όλων αυτών των απαιτήσεων θα είναι εκτός της σημερινής δυνατότητας του ιδίου να ανταποκριθεί. Έτσι δημιουργούνται προβλήματα επικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά, που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με αυτόν το τύπο οικογένειας είναι να αποδεχτεί την νέα πραγματικότητα και να δει τον άνθρωπο της όχι μεν σαν «απόμαχο», αλλά σαν άτομο που έχει και αυτός ανάγκες. Χρειάζονται κατανόηση και συναισθηματική υποστήριξη. Για να γίνει όμως αυτό θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αναπτύξει

την μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια. Σκοπός αυτής της εργασίας θα είναι η κάλυψη των εσωτερικών αναγκών των μελών της και η κινητοποίηση των δυνάμεων και μηχανισμών ανεξαρτητοποίησης τους. Επίσης σύμφωνα με την Μ.ΚΑΛΟΥΖΗ κοινωνική λειτουργό ενημερώνει για τις παροχές που δικαιούνται, προσπαθώντας να δώσει λύσεις σε πρακτικά θέματα. Συνταξιοδότηση, επιδοτήσεις και άλλα. Ο κοινωνικός λειτουργός όταν είναι εφικτό επισκέπτεται το σπίτι του ασθενή. Αυτό δίνει άλλη διάσταση στην αντίληψη του για την οικογένεια. Κατανοεί πολλά πράγματα που δεν ήταν εμφανή πριν. Στην συνέχεια βοηθά στην εκφόρτωση της οικογένειας από το πρόβλημα. Η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολύπλοκη. Απαιτείται γνώση του αντικειμένου, διάκριση, παρατηρητικότητα, υπομονή, μεγάλη προσοχή να μην «μεταφέρει» συζητήσεις, αλλά ταυτόχρονα να δώσει αιχμές για σκέψεις και τρόπους αντιμετώπισης και προσεγγίσεις του αρρώστου, ώστε οι δρόμοι τους να μην είναι παράλληλοι αλλά συγκλίνοντες. Να μπορέσει το ένα μέλος της οικογένειας να βρεθεί στη θέση του άλλου και να δει το πρόβλημα όπως το βιώνει ο άλλος. Για την επιτυχία αυτού του σκοπού απαραίτητες είναι οι συνεντεύξεις με όλη την οικογένεια. Χρειάζονται ειδικοί χειρισμοί, γνώσεις και τεχνικές ώστε η ομάδα που είναι η οικογένεια να βγάλει προς τα έξω το πρόβλημα, για να συζητηθεί, να αναλυθεί, να ακουστούν όλες οι απόψεις, οι θέσεις, τα παράπονα, οι προσδοκίες, οι απαιτήσεις, οι αγωνίες, τα ερωτηματικά, οι φόβοι. Και αν ακόμα δεν δοθούν λύσεις σίγουρα θα υπάρξει κάποια εκφόρτωση και ανακούφιση η ακόμα και αποκάλυψη η ανακάλυψη ενός άγνωστου κόσμου που για χρόνια έκρυβε εγωιστικά ο ένας από τον άλλον.

5.4.1 Ηλικιωμένα άτομα με καρκίνο σε γενικό νοσοκομείο και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Σύμφωνα με την ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ κοινωνική λειτουργό τα ηλικιωμένα άτομα με καρκίνο βρίσκονται στην κάμψη της ζωής βλέπουν την όλη διαδικασία σαν μια απωθημένη εμπειρία που δεν αποφασίζει να γίνει παρελθόν. Οι καρκινοπαθείς γέροντες αντιμετωπίζονται από τους οικείους τους άλλοτε με θετικά συναισθήματα και άλλοτε με αρνητικά. Σε περιπτώσεις όπου ο ηλικιωμένος ασθενής φτάνει στο γενικό νοσοκομείο συνοδευόμενος από συγγενείς. Ο συγγενής ήδη

ταλαιπωρημένος από την ασθένεια και τις διαδικασίες που αυτή ενεργοποιεί, αφήνεται στην διάθεση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και καταλήγει στον κοινωνικό λειτουργό με αιτήματα «βοήθειας» ώστε να μπορέσει να συνεχίσει την συμπαράσταση τους στον ασθενή καρκινοπαθή. Η προσπάθεια του κοινωνικού λειτουργού είναι διττή. Από την μια πλευρά να στηρίζει τον ασθενή και από την άλλη να στηρίζει και να κατευθύνει τον συγγενή. Ο συγγενείς στην πορεία αδρανοποιείται επειδή ακριβώς έχει κουραστεί και εγκαταλείπει το ουσιαστικό ενδιαφέρον του για τον ηλικιωμένο ασθενή, αρχίζοντας από αραιές επίσκεψης μέχρι να εξαφανίσει τελείως. Παρόλες τις προσπάθειες του κοινωνικού λειτουργού να κεντρίσει και να κινητοποιήσει το ενδιαφέρον του προς τον πάσχοντα, ο συγγενείς τις περισσότερες φορές εγκαταλείπει τις προσπάθειες τους. Αποτέλεσμα είναι ο κοινωνικός λειτουργός να υποκαταστήσει ως προς ένα βαθμό τον συγγενή και να συνεργάζεται ο ίδιος με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου για θέματα που αφορούν τον ασθενή. Το ίδιο συμβαίνει και στις περιπτώσεις που ο ηλικιωμένος καρκινοπαθής στερείται οικογενειακού περιβάλλοντος και οι φίλοι οι γνωστοί του αρνούνται να προσφέρουν, στοιχειωδώς έστω, την παρουσία τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο γενικό νοσοκομείο. Σύμφωνα με την ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ ο κοινωνικός λειτουργός αν και στοχεύει στην ευαισθητοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, δεν μπορεί από ένα σημείο και μετά να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του ασθενούς, Έπειτα γίνεται η παραπομπή των καρκινοπαθών γερόντων σε συγγενικό περιβάλλον η των καρκινοπαθών μοναχικών γερόντων σε Αντικαρκινικά Ιδρύματα.

5.5 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- 1) Μην καπνίζεσαι: Με αυτό τον τρόπο θα αποφύγετε περίπου το 1/3 των καρκίνων και ιδιαίτερα την πλειονότητα των καρκινωμάτων του πνεύμονα. Εάν είστε καπνιστής και δεν μπορείτε να διακόψετε αυτή την συνήθεια, τότε προτιμάτε τα τσιγάρα με φίλτρο η νέας τεχνολογίας και προσπαθήστε να μην υπερβαίνεται τα 5 τσιγάρα την ημέρα. Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα πάνω από 40 καρκινογόνες ουσίες έχουν εντοπιστεί στα αέρια καύσης του καπνού. Από κάθε 100 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα στους 90 η νόσος συνδέεται άμεσα με το κάπνισμα. Αν κάποιος που καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα, πολλαπλασιάζει έως 20 φορές την πιθανότητα καρκίνου σε σχέση με κάποιον που καπνίζει μόνο ένα. Στο χρόνια καπνιστή για να αναπτυχθεί καρκίνος χρειάζεται μια περίοδος επώασης 20 έως 30 χρόνων. Αν σταματήσει έγκαιρα το κάπνισμα οι κίνδυνοι αυξημένης θνησιμότητας από καρκίνο μειώνονται σταδιακά, και σε 10 έως 15 χρόνια, το προσδόκιμο της επιβίωσης του εξισώνεται με εκείνο του μη καπνιστή. Η πορεία της μάχης κατά του καπνίσματος, που αποτελεί άλλωστε και το σπουδαιότερο μέτρο πρόληψης κατά του καρκίνου, πρέπει να ξεπεράσει πολλές συμπληγάδες με την σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση, τις επικρατούσες συνήθειες και τους τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς, την ανεπαρκή σχετική νομοθεσία και τέλος τα τεράστια πολιτικο-οικονομικά συμφέροντα που σχετίζονται με το παγκόσμιο εμπόριο καπνού.
- 2) Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών: Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου είναι γνωστό ότι η μεγάλη κατανάλωση ασκεί καρκινογόνο επίδραση και ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με τσιγάρο. Έχει υπολογιστεί ότι κατάχρηση αλκοολούχων ποτών ευθύνεται για το 3-5% των θανάτων από καρκίνο. Ο συνδυασμός αλκοόλ και καπνού, που άλλωστε είναι συχνότερος, δρα συνεργικά και πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες δημιουργίας καρκίνου.

- 3) Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο: Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου κάθε άνθρωπος είναι εκτεθειμένος σε ακτινοβολίες. Υπάρχουν οι ιονίζουσες ακτινοβολίες που ευθύνονται για λιγότερο από το ένα τις 1% του καρκίνου. Από τις ιονίζουσες ακτινοβολίες, καρκινογόνες είναι οι υπεριώδεις. Οι υπεριώδεις ακτίνες που υπάρχουν στην ηλιακή ακτινοβολία ευθύνονται για την πρόκληση του καρκίνου του δέρματος. Οι πιο επικίνδυνες εκθέσεις θεωρούνται εκείνες που γίνονται όταν το δέρμα δεν είναι μαυρισμένο. Τα άτομα που είναι εκτεθειμένα στον ήλιο λόγω επαγγέλματος ή έχουν λευκό δέρμα πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική έκθεση σε αυτόν.
- 4) Ακλουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας: Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου οι επαγγελματικές εκθέσεις σε διάφορους χημικούς παράγοντες σχετίζονται με το 4% των θανάτων από καρκίνο. Οι επαγγελματικοί καρκίνοι προσβάλλουν συνηθέστατα το δέρμα, το ουροποιητικό και τις αναπνευστικές οδούς. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης είναι η αποφυγή από τους διάφορους χημικούς παράγοντες του επαγγελματικού κυρίως περιβάλλοντος. Τα άτομα που είναι εκτεθειμένα κυρίως σε κίνδυνο ανάπτυξης «επαγγελματικού καρκίνου» είναι οι θερμοαστές, ανθρακωρύχοι, παρασκευαστές χρωμάτων και άλλα.
- 5) Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες: Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου πάρα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι διαιτητικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην δημιουργία όσο και στην πρόληψη του καρκίνου. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες φάνηκε ότι μπορεί να συνδέονται με περισσότερο από το 1/3 τον θανάτων από καρκίνο. Ορισμένα πρόσθετα διατροφής έχουν αποδεχτεί καρκινογόνα, όπως χρωστικές ουσίες και άλλα.
- 6) Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά: Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου η έγκαιρη διάγνωση για πολλές μορφές καρκίνου προσφέρει πολλές πιθανότητες για ριζικές μορφές θεραπείας και συνεπάγεται καλύτερη πρόγνωση.

- 7) Επισκεφτείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγεί η ογκίδιο η αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος: Απλές, γρήγορες και μικρές συμβουλές θα έπρεπε καθημερινά να βομβαρδίζουν την γνώση μας από το σχολείο, την τηλεόραση και άλλα. Η πρόληψη στην ογκολογία είναι μια πραγματικότητα.
- 8) Επισκεφτείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα η βραχνάδα φωνής η αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου η αδικαιολόγητο αδυνάτισμα: Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει σημειώσει τέτοια πρόοδο ώστε να μπορούμε να μιλήσουμε για δυνητικά ιάσιμους καρκίνους σε ορισμένες μορφές, όπως ο καρκίνος ωοθήκης, λευχαιμίας, τα λεμφώματα και άλλα.
- 9) Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας: Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει συνήθως τις γυναίκες στην ηλικία των 50 ετών και αποτελεί περίπου το 12% των κακοηθών νεοπλασμάτων. Πρόσφατες μελέτες από διάφορες χώρες σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου δείχνουν αύξηση της συχνότητας της νόσου. Η ανάπτυξη της νόσου οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως πρόωμη έναρξη ερωτικής δραστηριότητας, παρουσία ιόν και άλλα.
- 10) Εξετάζεται τακτικά τους μαστούς σας και αν είναι δυνατόν κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών: Σύμφωνα με των ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου η εξέταση είναι προτιμότερο να γίνεται μετά την περίοδο και να περιλαμβάνει όλες τις περιοχές. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνει τρόπος ζωής και να μην δημιουργεί κανένα άγχος. Με την μαστογραφία μπορεί να ανιχνευτεί οποιοδήποτε ογκίδιο και πρέπει να γίνεται κάθε 2 χρόνια. Η διαπίστωση μεγάλων ογκιδίων, ελκών, εισολικής, διήθησης,

η οιδήματος του δέρματος του μαστού αποτελούν σημεία τοπικά προχωρημένης νόσου με κακή πρόγνωση.

5.6 ΠΑΡΟΧΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΤΟΥ

1. Αναπηρική Σύνταξη.
2. Επίδομα Παραπληγίας – Τετραπληγίας (ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΔΗΜΟΣΙΟ)
3. Επίδομα Πρόνοιας για τους «Ανασφάλιστους και έμμεσα ασφαλισμένους»
4. Κάρτα απεριορίστων Διαδρομών, για τις Αστικές και Υπεραστικές Συγκοινωνίες. Αστικές δωρεάν, υπεραστικές 50% όπως ΟΣΕ και ακτοπλοϊκώς.
5. Χορήγηση επιδόματος καυσίμων (ανάπηροι με κινητική αναπηρία των κάτω άκρων με ποσοστό 80% και άνω ή με ακρωτηριασμό των δύο ποδιών).
6. Χορήγηση μηνιαίου στεγαστικού επιδόματος (άνω των 65 ετών).
7. Μείωση από την εφορία.
8. Επίδομα συνοδού (ΙΚΑ , ΟΓΑ ΔΗΜΟΣΙΟ)
9. Ορθοπεδικά είδη, μηχανήματα , τεχνικά μέλη , προθέσεις , λαρυγγόφωνα (Φαρμακευτική περίθαλψη κατόχων βιβλιαρίου οικονομικής (βιβλιάριο Κοινωνικής Πρόνοιας). Τα παραφαρμακευτικά προϊόντα , ιατρικά βοηθήματα , οξυγόνο σε οποιαδήποτε μορφή κ.τ.λ. που απαιτούνται για την αποθεραπεία ή την συνέχιση της θεραπείας του ασθενούς , χορηγούνται από το Νοσοκομείο όπου έχει νοσηλευτεί ο ασθενείς με βεβαίωση του Δ/ντή του τμήματος νοσηλείας του και έγκριση του Διοικητή ή του Προέδρου του Νοσοκομείου.
10. Πράξεις διαφόρων θεραπειών (φυσικοθεραπεία).
11. Τεχνητό Μαστό και στηθόδεσμο στις Μαστεκτομηθείσες , κάθε δύο χρόνια.* (ΙΚΑ , ΟΓΑ , NAT , ΔΗΜΟΣΙΟ , ΤΕΒΕ
12. Περούκα για τις Χημειοθεραπείες.* (ΙΚΑ , ΟΓΑ , NAT , ΔΗΜΟΣΙΟ).
13. Φαρμακευτική περίθαλψη.
14. Σάκοι Στομίων (Στόμια , ουροστομία , κολοστομία), (ΟΓΑ , ΙΚΑ).

15. Αποκλειστική Νοσοκόμα (Για τους κατακεκλιμένους εντός του Νοσοκομείου, άμεσα ασφαλισμένους).
16. Ασφαλισμένοι του ΙΚΑ με καρκίνο του πνεύμονα δικαιούνται επίδομα αεροθεραπείας από τον 8ο έως 2ο μήνα του επόμενου έτους.
17. Οι ασφαλισμένοι όλων των Ταμείων δικαιούνται Δελτία Κοινωνικού Τουρισμού κάθε χρόνο και εκδρομές από τον Οργανισμό Εργατικής Εστίας.
18. Το παιδί ασθενής με καρκίνο απαλλάσσεται της στρατιωτικής θητείας.
19. Για καρκινοπαθείς μαθητές δικαιολόγηση απουσιών (με απόφαση της άνω του 67%)για ενδοσχολική χρήση και εισαγωγή άνευ εξετάσεων σε ποσοστό 3% επί των εισακτέων
20. Κατ' οίκον διδασκαλία σε μαθητές που πάσχουν από καρκίνο υποθέσεις ανεξαρτήτου ασφαλιστικού φορέα
21. Μειωμένη στρατιωτική θητεία στο πρώτο παιδί με ποσοστό αναπηρίας στον γονιό 67%.
22. Οι Συνταξιούχοι Αναπηρίας του ΙΚΑ συμπληρώνοντας το 60ο έτος της ηλικίας τους μετατρέπουν τη σύνταξη τους σε γήρατος διότι αυξάνεται το ποσό της σύνταξης
23. Έξοδα μετακινήσεων (ΙΚΑ , ΟΓΑ , ΔΗΜΟΣΙΟ , ΤΕΒΕ , NAT).
24. Νοσηλεία στο εξωτερικό (ΙΚΑ ,ΤΕΒΕ , NAT , ΟΓΑ , ΠΡΟΝΟΙΑ
25. Αξονική και μαγνητική τομογραφία (ΙΚΑ , ΔΗΜΟΣΙΟ , ΟΓΑ , NAT ,ΤΕΒΕ , ΠΡΟΝΟΙΑ).
26. Έκτακτο επίδομα (Πρόνοια)
27. Χορήγηση Θεατρικών εισιτηρίων , εισιτηρίων συναυλιών και άλλων πολιτιστικών εκδηλώσεων , καθώς και εισιτηρίων Κινηματογράφου (Οργανισμός Εργατικής Εστίας).
28. Επίδομα «Οίκοι νοσηλείας» (NAT).
29. Εξωιδρυματικό επίδομα (ΤΕΒΕ , ΙΚΑ , ΟΓΑ , NAT , ΔΗΜΟΣΙΟ ,ΠΡΟΝ.)
30. Παγωμένα καπέλα για καρκινοπαθείς (χρησιμοποιούνται κατά τη θεραπεία ορισμένων χημειοθεραπειών για την αποφυγή της αλωπεκίας. Διατίθενται από Δημόσιο Νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύεται ο ασθενής με μερική οικονομική συμμετοχή

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Σύμφωνα, με την Σαιχίνη- Καρδάση (1997), η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται ως συστηματική διερεύνηση που ενδιαφέρεται για την κατανόηση των ανθρώπων και τη φύση των συναλλαγών μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους. Συχνά περιγράφεται ως ολιστική, δηλαδή, ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους και τα περιβάλλοντα τους σε όλες τις πολυπλοκότητες τους και φυσική, δηλαδή χωρίς περιορισμούς και ελέγχους που επιβάλλονται από τον ερευνητή. Στηρίζεται στην υπόθεση χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας όπως αυτή βιώνεται και περιγράφεται από τους εκτελεστές, η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη. Οι ποιοτικές διερευνήσεις απαιτούν ελάχιστη δόμηση και μεγίστη εμπλοκή του ερευνητή, ο οποίος προσπαθεί να κατανοήσει τους ανθρώπους των οποίων οι εμπειρίες μελετούνται.

Ακόμα η ποιοτική έρευνα και οι μέθοδοι της ποιοτικής ανάλυσης στοχεύουν στην κατανόηση των άλλων ανθρώπων και του τρόπου ζωής τους. Για το σκοπό αυτό, προσπαθούν να έρθουν στην θέση τους και να διακρίνουν πως αυτοί σκέφτονται, αισθάνονται και συμπεριφέρονται».

Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2006), η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση μη μετρίσιμων και μη ποσοτικοποιήσιμων διαστάσεων της κοινωνικής συμπεριφοράς, κοινωνικών φαινομένων, διαδικασιών τάσεων και νοημάτων.

Η Mason (2003) αναφέρει ότι η ποιοτική έρευνα θεμελιώνεται σε μια φιλοσοφική θέση η οποία είναι ερευνητική, την απασχολεί δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο γίνεται κατανοητός, βιώνεται και παράγεται ο κοινωνικός κόσμος. Βασίζεται σε μεθόδους παραγωγής δεδομένων οι οποίες είναι ελαστικές και ευαίσθητες απέναντι στο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο παράγονται αυτά τα δεδομένα.

Στηρίζεται σε μεθόδους ανάλυσης και επεξηγηματικές δομήσεις οι οποίες προϋποθέτουν την κατανόηση της πολυπλοκότητας, της λεπτομέρειας και του πλαισίου. Αποσκοπεί στην απόκτηση σφαιρικής αντίληψης όπως πλούσια και λεπτομερή στοιχεία όπως αυτά εμφανίζονται στο φυσικό πλαίσιο. Η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιεί κάποια είδη ποσοτικοποίησης τα οποία δεν αναλύονται στατιστικά.

6.2 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι σκοποί της ποιοτικής έρευνας είναι:

I Διερεύνηση και περιγραφή

Ο ερευνητής συγκεντρώνει και παρουσιάζει πλούσια και ετερογενή διηγηματικά δεδομένα ώστε να αναπτυχθούν υποσχόμενες οδηγίες και ιδέες.

Η περιγραφή μπορεί να γίνει με δυο τρόπους:

1. Άμεση περιγραφή, δηλαδή ο ερευνητής χρησιμοποιεί κατηγορίες ή οργανικά σχήματα, που ήδη υπάρχουν στη βιβλιογραφία μιας επιστήμης και απλά βρίσκει τάξεις ή περιπτώσεις στα δεδομένα που αντιστοιχούν στο σχήμα ταξινόμησης της βιβλιογραφίας.
2. Αναλυτική περιγραφή, δηλαδή ο ερευνητής ανακαλύπτει νέες τάξεις ή κατηγορίες με ενεργό έλεγχο δεδομένων.

I Επεξήγηση και διευκρίνιση ποσοτικών ευρημάτων

Συχνά χρησιμοποιούνται ποιοτικά ανέκδοτα ως απάντηση ερωτήσεων «γιατί» και «πως», που σχετίζονται με ποσοτικά ευρήματα μελέτης.

I Ανακάλυψη και ερμηνεία

Ο ερευνητής επιθυμεί να πάει πιο μακριά από την αφηρημένη αναλυτική περιγραφή να ανακαλύψει στα δεδομένα του θεμελιακά πρότυπα μεταβλητές και κατηγορίες που παρέχουν τη βάση για την ανάπτυξη και έπειτα εγκυροποίηση υποθέσεων.

I Διερεύνηση θεωρίας

Μερικές φορές ο ερευνητής αναβαπτίζει μια θεωρητική εξήγηση και την επεκτείνει προκειμένου να την ξεκαθαρίσει η ακόμα και να την μετακινήσει σε μια μεγάλη τυπική θεωρία που εξηγεί πως συμβαίνει κάτι κάτω από μια μεγάλη ποικιλία καταστάσεων.

6.3 ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το θέμα της έρευνας μας αναφέρεται στις συνεντεύξεις που μας παραχώρησαν 5 άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων από διάφορα νοσοκομεία που ασχολούνται με ογκολογικούς ασθενείς. Ο βασικός στόχος των συνεντεύξεων ήταν να διαπιστωθούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ογκολογικών ασθενών σύμφωνα με την εμπειρία των ειδικών. Πιο συγκεκριμένα επιλέχτηκε αυτό το θέμα για τους εξής λόγους:

I Είναι πρωτότυπο και επίκαιρο θέμα

- I Προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες στους επαγγελματίες υγείας, όπως στους κοινωνικούς λειτουργούς, στους νοσηλευτές, στους ψυχολόγους, ιατρούς, ψυχιάτρους και στους ψυχοθεραπευτές.

- I Δίνει μια εικόνα για το πώς οι ίδιοι εξυπηρετούμενοι βιώνουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται

- I Τέλος, μέσα από αυτή μπορούν να γίνουν επισημάνσεις που θα είναι πολύτιμες για την βελτίωση της συμπεριφοράς, αλλά και της νοσηλείας των ογκολογικών ασθενών.

6.4 ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα μας είναι ποιοτική γιατί έχει να κάνει με μη μετρίσιμα και ποσοτικά στοιχεία. Στοχεύει στην κατανόηση των ανθρώπων, του τρόπου ζωής, των συναισθημάτων και των εμπειριών τους, των συναλλαγών μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους.

Η συγκεκριμένη έρευνα αφορά το θεωρητικό κομμάτι και περιλαμβάνει ερευνητική διαδικασία, συλλογή και ανάλυση σχεδίων.

6.5 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο πληθυσμός μας αποτελείται από 5 ειδικότητες διαφόρων ηλικιών και πιο συγκεκριμένα από ένα ψυχολόγο, ένα κοινωνικό λειτουργό, ένα ψυχίατρο, ένα

γιατρό και ένα νοσηλευτή οι οποίοι δούλευαν στο νοσοκομείο κατά την χρονική περίοδο που διεξαγόταν η έρευνα. Επιλέχτηκα ένα τυχαίο δείγμα.

6.6 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το πλαίσιο της έρευνας μας αποτέλεσε το Γενικό νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος, το Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο “Άγιος Σάββας, το Γενικό Νοσοκομείο “Ο Άγιος Ανδρέας” και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας. Επιλέχτηκε αυτό το πλαίσιο λόγο των αυξημένων περιστατικών ογκολογικών ασθενών που κινούνται στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Επίσης σημαντικό κίνητρο για την συγκεκριμένη επιλογή αποτέλεσε η παραπομπή από την κοινωνική λειτουργό του Γενικού νοσοκομείου νοσημάτων θώρακος Δυτικής Ελλάδος.

6.7 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Η Έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι ποιοτική. Εργαλείο συλλογής στοιχείων για την παρούσα έρευνα ήταν οι μερικώς δομημένες η επικεντρωμένες συνεντεύξεις. Σύμφωνα με τον (Kvale, 1966) η χρήση της συνέντευξης στην έρευνα σηματοδοτεί μια μετατόπιση από την προσέγγιση των υποκειμένων ως απλών αντικειμένων χειρισμού και των δεδομένων ως ανεξάρτητων από τα άτομα, στην προσέγγιση της γνώσης ως παραγωγού των ατόμων και συχνά μάλιστα ως προϊόντος των μεταξύ τους συζητήσεων. Προσεγγίζοντας την συνέντευξη που διατυπώθηκε προηγουμένως, είναι μια ανταλλαγή απόψεων μεταξύ δυο η περισσότερων ατόμων για ένα θέμα κοινού ενδιαφέροντος με στόχο την παραγωγή γνώσης, δίνεται έμφαση στον κοινωνικό πυρήνα των ερευνητικών δεδομένων.

6.8 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Έπειτα από βιβλιογραφική διερεύνηση, έγινε φανερό ότι σε διάφορα στάδια της νόσου ο ογκολογικός ασθενείς έχει πάρα πολλά ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Με την παρούσα έρευνα έχουμε σκοπό να διαπιστωθεί ποια είναι αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ογκολογικού ασθενή.

Οι επιμέρους στόχοι μας είναι οι εξής:

1. Να αντλήσουμε πληροφορίες από τους ειδικούς σύμφωνα με την εμπειρία τους.
2. Να δούμε ποια είναι η γνώμη των ειδικών για τους ογκολογικούς ασθενείς.
3. Με την ανάλυση των αποτελεσμάτων να γίνουν προτάσεις, για βελτίωση των όποιων λαθών γίνονται από τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα.

6.9 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ογκολογικοί ασθενείς οι οποίοι εισέρχονται στα νοσοκομεία, βιώνουν διαφορετικά την κατάσταση την οποία βρίσκονται. Επίσης, οι ογκολογικοί ασθενείς εξυπηρετούνται όσο θα έπρεπε από τους ειδικούς των νοσοκομείων.

6.10 ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είχε συνολική διάρκεια 1 εξάμηνο. Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν στο γραφείο των ειδικών η του κοινωνικού λειτουργού του νοσοκομείου.

6.11 ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενα κομμάτια της εργασίας όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν ειδικοί επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τους ογκολογικούς ασθενείς σε διάφορα νοσοκομεία όπως το Γενικό νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος, το Αντικαρκινικό – Ογκολογικό Νοσοκομείο “Άγιος Σάββας, το Γενικό Νοσοκομείο “Ο Άγιος Ανδρέας” και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας. Ως αποτέλεσμα αυτοί, και δεδομένου του γεγονότος ότι τα συγκεκριμένα νοσοκομεία ασχολούνται άμεσα με περιπτώσεις σαν και αυτές καθώς και ότι οι ειδικοί έχουν χρόνια εμπειρία με ασθενείς που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα ήταν γνωστά σε εμάς πριν τη συνέντευξη αρκετά στοιχεία για τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας. Ο καθορισμός της ημέρας και της ώρας των συνεντεύξεων έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας αλλά και μέσω γραπτών επίσημων επιστολών.

Πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης οι ειδικοί επαγγελματίες είχαν ενημερωθεί ο κάθε ένας ξεχωριστά για τις ερωτήσεις που θα του υποβάλλονταν και το είδος ακριβώς τις έρευνας έτσι ώστε να προετοιμαστεί κατάλληλα ο κάθε ένας επαγγελματίας υγείας.

Ωστόσο για την διεξαγωγή την συνέντευξης πραγματοποιήθηκε μια συνάντηση με τον κάθε ένα ειδικό στον γραφείο του ή στο ευρύτερο χώρο του νοσοκομείου. Απαραίτητο στοιχείο ήταν ο ειδικός να έχει επαγγελματική πείρα πάνω από 10 χρόνια δουλειάς στο συγκεκριμένο νοσοκομείο που ασχολείται και με ογκολογικούς ασθενείς ή να έχει δουλέψει πάνω από 10 χρόνια με το συγκεκριμένο θέμα. Ακόμα απαραίτητο στοιχείο ήταν ο χώρος στον οποίο θα γινόταν η συνέντευξη να υπήρχε απόλυτη ησυχία και κατά την διάρκεια τις συνέντευξης να μην ενοχλήσει κανείς. Στην αρχή τις συγκεκριμένης συνάντησης ο κάθε επαγγελματίας ενημερωνόταν άλλη μια φορά για τον λόγο της συνέντευξης. Στην συνέχεια γινόταν

ξανά μια περίληψη για το ακριβές θέμα της έρευνας. Εφόσον ήταν σύμφωνος με όλα τα παραπάνω λάμβανε χώρα η συνέντευξη.

Η συνέντευξη είχε σκοπό την κάλυψη συγκεκριμένων τομέων και για το λόγο αυτό κινήθηκε σε συγκεκριμένους άξονες, χωρίς βέβαια να αποτρέπει τον συνεντευξιαζόμενο να αναπτύξει και κάποιο άλλο θέμα που τυχόν ένιωθε την ανάγκη να εκφράσει, εκείνη τη στιγμή.

Οι βασικοί άξονες, οι οποίοι είχαν οριστεί ήταν οι εξής: τα ψυχολογικά χαρακτηρίστηκα τα οποία βιώνουν οι ογκολογικοί ασθενείς σε κάθε στάδιο του καρκίνου σύμφωνα με την εμπειρία του ειδικού. Επίσης, τι κάνει ο κάθε ειδικός για να αντιμετωπίσει την κατάσταση και να βοηθήσει τον κάθε ασθενή. Τέλος τι μπορεί να κάνει το κράτος σύμφωνα με την γνώμη του κάθε ειδικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Η Κατερίνα Κουτρούκη είναι ψυχολόγος και εργάζεται στο γενικό νοσοκομείο “Άγιος Ανδρέας” εδώ και 2 χρόνια. Παρόλα αυτά έχει εμπειρία με ογκολογικούς ασθενείς σχεδόν 10 χρόνια.

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Ο Γιώργος Μανωλέσος είναι Ιατρός με ειδικότητα στην ψυχιατρική, διευθυντής Εθνικού συστήματος υγείας Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Πατρών. Έχει εμπειρία με ογκολογικούς ασθενείς 30 χρόνια.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Η Παπακωνσταντίνου Μαρία είναι κοινωνική λειτουργός στον Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας». Έχει 30 χρόνια εμπειρία ως εργαζόμενη στον τομέα της κοινωνικής εργασίας. Τα 20 από αυτά εργάζεται στο συγκεκριμένο πλαίσιο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Η Καραϊσκου Βασιλική είναι τελειόφοιτη στην νοσηλευτική σχολή σχεδόν 21 χρόνια. Δουλεύει στο νοσοκομείο θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος πάνω από 16 χρόνια όπου ασχολείται άμεσα με ογκολογικούς ασθενείς.

ΙΑΤΡΟΣ

Ο Θεοδόσης Παναγιωτακόπουλος είναι ιατρός με ειδικότητα στην πνευμονολογία και Διευθυντής Α' Κλινικής Ειδικού Νοσοκομείου Θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος. Ασχολείται με ογκολογικούς ασθενείς 31 χρονιά και δουλεύει στο νοσοκομείο θώρακος Νοτιοδυτικής Ελλάδος σχεδόν 15 χρόνια. Έχει παραστεί σε πολλά συνέδρια ως ομιλητής με θέμα τον καρκίνο και τους ογκολογικούς ασθενείς.

7.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Τα χαρακτηριστικά των ειδικών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας δίνουν αρχικά την εικόνα έμπειρων επαγγελματιών. Τα χρόνια εμπειρίας τους κυμαίνονται από 10 μέχρι 30. Αρχικά στην ερώτηση «ποια είναι σύμφωνα με την εμπειρία τους τα κυριότερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που παρατηρούν στους ογκολογικούς ασθενείς», οι ειδικοί αρχικά ανέφεραν ότι στους ογκολογικούς ασθενείς αντιλαμβάνονται συνήθως ότι είναι άτομα που ζούσαν με έντονο στρες. Συνήθως υπήρχε κάποιο ψυχολογικό τραύμα όπως η απώλεια κάποιο σημαντικού προσώπου της ζωής τους χωρίς απαραίτητα να σημαίνει θάνατος.

Μετά τη διάγνωση ο ασθενής περνά τα στάδια του πένθους όπως μας είπε η ψυχολόγος Κα. Κουτρούκη και κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας περνά το στάδιο της κατάθλιψης. Σημαντική είναι η παρέμβαση των επαγγελματιών που δίνει στον ασθενή να καταλάβει ότι καρκίνος δεν είναι συνώνυμο του θανάτου, πράγμα πολύ βασικό για την επιτυχία της αποκατάστασης αφού η αυτοπεποίθηση και η καλή ψυχολογική κατάσταση κρατάνε πιο ισχυρό το ανοσοποιητικό σύστημα.

Βασικό κριτήριο για να αντεπεξέλθει ο ασθενής στην θεραπεία είναι να έχει στόχους για τη ζωή του μετά τη θεραπεία. Οι στόχοι και οι ανεκπλήρωτες επιθυμίες κρατάνε ζωντανούς τους ασθενείς. Δεν είναι τυχαίο ότι οι μικρότερης ηλικίας

ασθενείς ή τα άτομα αρχίζουν να κάνουν πράγματα που δεν είχαν κάνει στο παρελθόν για οποιοδήποτε λόγο, είναι πιο αισιόδοξοι και αντιμετωπίζουν πιο καλά την ασθένεια.

Απαντώντας στην ερώτηση τι κάνει κυρίως ο κάθε ειδικός σύμφωνα με την ειδικότητά του, η κοινωνικός λειτουργός αρχικά είπε ότι σαν πρώτο βήμα βοηθά τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του και τους φόβους του. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής νιώθει μια πρώτη εξιλέωση. Όσον αφορά τον τομέα της ενημέρωσης της κοινότητας και των θεμάτων “κοινωνικού ταμπού” ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να παρέμβει στην κοινότητα και να την επηρεάσει για την αλλαγή στάσης πάνω στον καρκίνο. Η παρέμβαση αυτή ξεκινά από τις κοινότητες της εκπαίδευσης και την ενημέρωση σε παιδιά εκπαιδευτικούς και γονείς. Εκτός από το κομμάτι της ενημέρωσης στην εκπαίδευση, πρέπει να υπάρξει παρέμβαση στα ΜΜΕ τα οποία παίζουν τεράστιο ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης. Η παρέμβαση θα έχει σαν στόχο την εξάλειψη του φόβου που δημιουργείται πάνω στον καρκίνο, ειδικά όταν τον αναφέρουν ως “επάραιτη νόσο”. Όσον αφορά τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο σημαντικό είναι τα συναισθήματα που θα έχει όταν βιώσει το θάνατο, π.χ. πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη ζωή τους. Βασικός στόχος είναι σε αυτές τις περιπτώσεις να “δοθεί ζωή στο θάνατο”.

Από την πλευρά της η ψυχολόγος βρίσκεται στο νοσοκομείο για ψυχολογική υποστήριξη και ανταποκρίνεται αίτημα ασθενή που πιστεύει ότι τη χρειάζεται. Μερικές φορές αν ο γιατρός το κρίνει η αντιληφθεί την αναγκαιότητά της έρχεται σε επαφή μαζί της ώστε να προσεγγίσει κάποιον ασθενή. Ο ρόλος της είναι καθαρά υποστηρικτικός, εφαρμόζει στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες με σκοπό την ανώδυνη προσαρμογή του ασθενή.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πέρα από την τακτική περιποίηση που παρέχει, παρέχει και ανειδίκευτη υποστήριξη από την απλή ανθρώπινη πλευρά, με απλές υποστηρικτικές κουβέντες που μπορεί να είναι είτε παρηγορητικές είτε ενθαρρυντικές. Αυτό φυσικά έχει να κάνει και με τη διάθεση που έχει ο κάθε νοσηλευτής και το χαρακτήρα του.

Ο Ψυχίατρος αναλαμβάνει την αντιμετώπιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών που προκύπτουν ή προϋπάρχουν και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για τις συγκεκριμένες διαταραχές.

Ο Θεράπων Ιατρός αναλαμβάνει, τη διάγνωση, την πρόληψη, την επικοινωνία με όλους τους υπόλοιπους επαγγελματίες, την ανακοίνωση της ασθένειας. Προτρέπει τους ασθενείς για τη συνέχιση της θεραπείας και κρατά επικοινωνία μαζί τους όσον αφορά το ψυχολογικό κομμάτι γιατί είναι και ο ίδιος ένα σημαντικό κομμάτι στη πορεία αποκατάστασης τους ασθενή.

Στην ερώτηση για το τι πρέπει να κάνει το κράτος για την καταπολέμηση του καρκίνου, οι επαγγελματίες εστίασαν περισσότερο στο κομμάτι της πρόληψης. Σημαντικό είναι το κομμάτι της ενημέρωσης σε μικρές ηλικίες και στους γονείς των παιδιών ώστε να μη λαμβάνονται λάθος πρότυπα τρόπου ζωής, όπως κάπνισμα καθιστική ζωή, κακή διατροφή, προστασία και εξετάσεις πρόληψης, κ.α.

Εκτός από την πρόληψη δεν πρέπει να ξεχαστούν και οι ασθενείς και οι οικογένειες τους. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ασθενείς από την επαρχία να πηγαίνουν στα μεγάλα αστικά κέντρα για θεραπεία με αποτέλεσμα να μην μπορούν να έχουν κοντά τους όσο θα ήθελαν την οικογένεια αφού η στέγαση των κοντινών τους ανθρώπων είναι πρόβλημα. Ήδη υπάρχει ένα αίτημα της κοινωνικής υπηρεσίας του ογκολογικού νοσοκομείου Άγιος Σάββας για τη δημιουργία ξενώνα που θα φιλοξενεί τους συγγενείς των ασθενών στην Αθήνα και τους ασθενείς που χρειάζεται να κάνουν εξετάσεις και μένουν μόνιμα στην επαρχία.

Επίσης βασικό ρόλο στην ασθένεια παίζουν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες της καθημερινής μας ζωής, τις οποίες το κράτος μπορεί να αλλάξει σε σημαντικό βαθμό παρεμβαίνοντας νομικά και βελτιώνοντας π.χ. τις αλιεργάτες απαγορεύοντας τα πολλά χημικά, βοηθώντας ουσιαστικά στη μείωση των ρίπων στην ατμόσφαιρα και δίνοντας κίνητρα και ευκαιρίες να μην κάνουν καθιστική ζωή δημιουργώντας χώρους άθλησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη κοινωνία αλλά και παλαιότερα ο καρκίνος αποτελούσε συνώνυμο με το θάνατο. Την τελευταία δεκαετία το στερεότυπο αυτό έχει αποδυναμωθεί. Οι λόγοι που έχει απαλειφθεί το στερεότυπο αυτό είναι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, η ύπαρξη οργανώσεων πρόληψης και η ενημέρωση που παρέχουν στον κόσμο σχετικά με τον καρκίνο από τα ΜΜΕ ή τις άλλες ενημερωτικές εκστρατείες τους. Ένας άλλος λόγος επίσης είναι το γεγονός, ότι προβάλλονται αρκετά άνθρωποι που έχουν επιζήσει και θεραπευτεί από κάποια μορφή καρκίνου. Σημαντικό είναι να τονίσουμε ότι ο καρκίνος δεν κάνει διαχωρισμούς στο που χτυπάει, δεν κοιτά φύλο ηλικίες και κοινωνική τάξη. Απλά η ποιότητα ζωής του καθενός τον προστατεύει ή τον αφήνει εκτεθειμένο στην ασθένεια. Επί του προκειμένου γίνεται παρουσίαση των πιο συχνών τύπων καρκίνου με κριτήριο το φύλο, που για τους άνδρες είναι ο καρκίνος του πνεύμονα (31,7%) και ο καρκίνος του ήπατος (11,2%), ενώ για τις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού (18,8%) και ο καρκίνος των έσω γεννητικών οργάνων (12,5%) (Τριχόπουλος, 2006)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η θεραπεία του ογκολογικού ασθενή πρέπει να είναι σε όλα τα επίπεδα, πλέον η αντιμετώπιση του καρκίνου δεν μένει μόνο στο σωματικό επίπεδο αλλά δρα ολιστικά παρεμβαίνοντας σε ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.
2. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς προσφέρει τη δυνατότητα για την ουσιαστική αντιμετώπιση του καρκίνου μέσω της ολιστικής παρέμβασης. Ο καρκίνος έτσι αντιμετωπίζεται σαν ασθένεια που μπορεί να ιαθεί και δεν αποτελεί συνώνυμο του θανάτου.
3. Η διάγνωση αποτελεί ένα σοκ για τον ογκολογικό ασθενή. Τα στάδια της ψυχολογικής αντίδρασης και η παρέμβαση επιδρούν επηρεάζοντας σωματικά και ψυχολογικά τον ασθενή. Ο φόβος για το αύριο και τη ζωή έρχεται σε σύγκρουση με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που ασκούνται από τους επαγγελματίες υγείας.
4. Ο ογκολογικός ασθενής μέσω της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης αποδέχεται την νέα εικόνα του σώματός του όπως διαμορφώθηκε μετά την θεραπεία.
5. Όλες οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας είναι απαραίτητες στην παρέμβαση στον ογκολογικό ασθενή, ο καθένας στο τομέα του επιδρά με ξεχωριστό τρόπο για την αποκατάσταση.
6. Η πρόληψη για καλύτερη ποιότητα ζωής δεν είναι καθόλου διαδεδομένη στη χώρα μας, παρότι αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι για την προστασία από τον καρκίνο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης- πρόληψης στην εκπαίδευση με σκοπό να υπάρξει ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής των επόμενων γενεών τουλάχιστον στους τομείς που εξαρτώνται από τον καθένα προσωπικά, όπως διατροφή, σωματική άσκηση, αποφυγή καπνίσματος κ.α.
2. Βελτίωση ιατρικών υποδομών νοσηλείας ώστε να γίνει το περιβάλλον λιγότερο ψυχοφθόρο για τον ασθενή. Η καλή ψυχολογική κατάσταση κάνει την αντιμετώπιση της ασθένειας πιο εύκολη.
3. Δημιουργία ξενώνων φιλοξενίας για συγγενείς ασθενών που διαμένουν στην επαρχία και πάνε για θεραπεία και νοσηλεία στα αστικά κέντρα. Η λύση αυτού του προβλήματος θα κάνει πιο εύκολη την επαφή των μελών της οικογένειας και του ογκολογικού ασθενή.
4. Θεωρούμε απόλυτα αναγκαίο την ενίσχυση των νοσοκομείων με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας οι οποίοι θα είναι εξειδικευμένοι πάνω στο θέμα της αντιμετώπισης των καρκινοπαθών έτσι ώστε να παρέχουν τη σωστή ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται αυτοί οι ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Γ. ΝΙΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ – ΜΑΡΑΤΟΥ ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ Ν. ΔΟΝΤΑΣ, Ν.ΚΟΡΑΙΟΛΗΣΣ, Ν. ΠΑΥΛΙΔΗΣ και ΡΩΤΑΣ Ρ. (Συνάντηση)
Ελληνική Ογκολογία

2. ΔΟΜΙΓΟΣ, Δ (2001): Ψυχολογικοί παράγοντες και καρκινικοί διεργασία: Μεθοδολογικά Προβλήματα και θεραπευτικές ιδιαιτερότητες» Πρακτικά 4^ο Σεμιναρίου ψυχο-ογκολογίας. Ιωάννινα, 4-6 Μαΐου 2001

3. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία (1991): «Επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων « Ευρώπη κατά του καρκίνου», σεμινάριο νοσηλευτικής με θέμα Περιβάλλον και καρκίνος, Αθήνα

4. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία (1991): Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων « Η Ευρώπη κατά του καρκίνου » σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών με θέμα « Ψυχοκοινωνικής διάσταση του καρκίνου », Αθήνα

5. Εγκυκλοπαίδεια «ΥΓΕΙΑ»(2005): «Ιστορία και μέλλον της ιατρικής», Τόμος 10^{ος} . Εκδόσεις: ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα

6. **ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ – ΙΑΚΟΒΙΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ (2007): « Ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου, επικοινωνώντας με τον ασθενή », Εκδόσεις: Γράφημα**
7. **ΙΑΚΟΒΙΔΗΣ Β, ΚΑΡΚΑΝΙΑΣ Α, ΣΚΟΥΡΑ Ι., (1997) Πόσο ενημερωμένος είναι ο ασθενής για τη νόσο του στο νοσοκομείο μας Ανακοίνωση στο 4^ο πανελλήνιο συνέδριο ογκολογίας. Περίληψη αριθμού 279, Αθήνα**
8. **ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ (1983) : « Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας»,(2 τόμος), Εκδόσεις, ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ**
9. **ΚΟΣΜΙΔΗΣ Α. ΠΑΡΙΣ (1984): « Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία », ιατρικές εκδόσεις Λίτσας**
10. **ΚΑΡΑΛΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ – ΑΝΑΓΝΩΣΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΙΩΣ (2008): «Υγεία και ασθένεια, ψυχολογικές διεργασίες», Εκδόσεις: Α Α. ΛΙΒΑΝΗ**
11. **ΜΑΝΟΥ ΝΙΚΟΣ (1997): « Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής », Εκδόσεις: Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών**
12. **ΜΠΡΟΥΝΤΑΣ Κ.Α (2000): « Μαθήματα Αιματολογίας », Πανεπιστημιακές Εκδόσεις, Ιωαννίνα**
13. **ΡΑΓΙΑ Α. (1995) : « ΒΑΣΙΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές », Αθήνα**

14. **PENAP ΛΕΟΝ(1994) ΠΩΣ ΝΑ ΔΑΜΑΣΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, οι ανεκμετάλλευτες δύνამης της ανθρώπινης ύπαρξης (Μετάφραση:ΤΖΙΝΑ ΤΡΑΜΠΑΖΑΛΗ), Εκδόσεις Αάγης**
15. **ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. ΚΑΙ ΠΑΝΤΕΛΗΣ. Σ (1982): Μελέτη της εξωστρεφούς και τη χρήση εικονογραφημένης δοκιμασίας (rosenzweig F. Γ study) Αρχαία Ιατρική Εταιρία**
16. **ΡΗΓΑΤΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ Α.(1985): « Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία», χωρίς όνομα, Αθήνα**
17. **ΡΗΓΑΤΟΣ Α. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ (2000): « Ψυχοκοινωνική Ογκολογία» Εκδόσεις: ASCENT, Αθήνα**
18. **ΡΗΓΑΤΟΣ Α. ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ (2000): « Η ανακοίνωση του καρκινικού πονου » Εκδοσεις: ΒΗΤΑ, Αθίνα**
19. **ΡΩΤΑΣ Ρ (1982): (Εισήγηση στην συζήτηση στρογγυλής τραπέζης) « Η Ψυχοσωματική θεώρηση του καρκίνου »**
20. **ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ ΙΟΑΝΝΗΣ. Δ (1999): «ΚΑΡΚΙΝΟΣ «ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΝΟΙΑ ΣΤΟΝ ΣΤΟΝ ΦΟΒΟ’’» Εκδόσεις ΑΧΑΙΚΕΣ, Πάτρα**
21. **ΣΜΠΑΡΟΥΔΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ (1988) : « ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ., ΤΟΜΟΣ 3ος, Εκδόσεις University studio press**
22. **SIMONTON JAMES L. Creighton (1988): « ΓΙΝΕ ΞΑΝΑ ΚΑΛΑ, ΜΙΑ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ» Εκδόσεις ΙΑΜΒΛΙΧΟΣ**

- 23. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΣ (1987): « Γυναικολογική ογκολογία»,
χωρίς όνομα, Θεσσαλονίκη**
- 24. ΠΙΕΡ ΒΑΝΣΟΝ – ΠΟΝΤΕ – ΛΕΟΝ ΣΒΑΡΤΣΕΝΜΠΕΡΓΚ (1982): «Ν’
αλλάξουμε το θάνατο», Εκδόσεις ΠΥΛΗ, Αθήνα**
- 25. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ Β., ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε. (2000): «
Προληπτική Ιατρική και δημόσια υγεία », Εκδόσεις: ΖΗΤΑ, Αθήνα**
- 26. ΥΠΟΥΡΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ(2007) 2
Συνέδριο « Ο κοινωνικός λειτουργός στην ογκολογία»**
- 27. ΧΑΝΤΖΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ (2002): « Ο ρόλος των νεότερων
καρκινικών δεικτών στη στειροποίηση και πρόγνωση του καρκίνου του
πνεύμονα », Διδακτορική Διατριβή. Ηράκλειο**

Ξένη βιβλιογραφία

1. BACON C.L, RENNEKER R.E and CUTRERM. (1952): A psychosomatic surrery of cancer of the breast. Psychoson Med
2. BREWIN TB (1986): Quality of surrial – Cari we measure it? Can we influence it? In: stoll BA, editor copp with cancer stress. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishei
3. BAHNOSON C.B (1976): Emotional and personality characteristisics of cancer patiend in: Suthnick A.J Medicine. Clincal Topick and Practical Management. University Park Ress, Baltinore.
4. BOOTH G. (1964): Krebs and tuberkulose im rorschachen formadeuteversuch. Z. psychosom
5. CAPORE MA Cood PS, WESTIE SET AL. (1980): Psychosocial rehabilitation in gynecologic oncology patiend. Avch phys MED rehabil
6. Dr Marry Michael, Dr Tim Birdsall – Dr. JOSEPH E., PIZZORNO – DR PAUL PEILLG (2005): «ΚΑΡΚΙΝΟΣ, , προληψη και θεραπεια με φυσικα μεσα », Εκδοσεις: ΔΙΟΠΕΤΡΑ
7. BAMMER K. (1988): Krebs und psychosomatik. Kohlhammer, Stuttgart

8. FORESTER B. KORFELD DS, FLEISS L. (1985): psychotherapy during radiotherapy: Effects on emotional and physical drstress. AM J PSYCHIATRY
9. HOROWITZ M. phrase- oriented treatment of stress resporise syndromes. Amer psycholist NOV
10. LIND MW. (1988): psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and phychosom MED
11. KUBLER – RUSS E. (1979): On death and dying Mc Millan Co, New York (1969): Ελληνικη εκδωση με τιτλο « Αυτός που παιθαινει » (Μεταφραση: Δρ. ΜΙΛΑΝ ΚΑΙ ΠΙΔΗΣ, Εκδωσεις, ΤΑΜΑΣΟΣ, ΛΕΥΚΩΣΙΑ
12. Lederberg Ms (1991): Common ethical dilemmas con- voming the caregiver in concer. Procedings of the postgraduate caurse: Concepts in psy- choohcology iv. Oct 10-12. New YorK: Memorial Sloan- kattering cancer – contel
13. LESHAN L.L (1966): An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. ANN. N.Y ACAD. SCI
14. LIND SE, Delvechio Good Mj, seidel s' et al. (1989): Telling the diagnosis of cancer. J clin oncol

- 15. MANOS N, CHRISTAKIS J. (1981): Attitudes of cancer specialis toward their patients in creece, int J. PSYCH IN MED**
- 16. POLINGER MALIN M.D. ROSENBAUM ERNEST, MD., CABLE GREG. (1992): «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ», διαγνωση και προληψη, θεραπεια και καθημερινη αντιμετοπιση, ενας οδηγος για ολους, Εκδοσεις: ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Αθηνα**
- 17. TARLOY M. and SMALL HEISEP (1951): Rersonality paterns in patients with malignant tumors of breast and cernx. Psychosom**
- 18. TAYLORS (1983): adjustment to threatening enents. amer psychologist NOV**
- 19. WEISMAN AD. (1976): Earli diagnosis og vurnerability in cancer patient. AM MED SCI**
- 20. WEISMAN AD, WORDER JW. (1976): The existential plight of cancer: sighificance of the first 100 days int psychiatry Med**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

A. «ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ» ΟΜΙΛΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

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

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

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

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

Τομείς δράσης του Ομίλου:

- Μετά τη στροφή από τον φιλανθρωπικό χαρακτήρα του Ομίλου σε οργανωμένο εθελοντικό φορέα, ξεκίνησε η εκπαίδευση-εποπτεία των εθελοντών του, στην οποία δε σταμάτησε ποτέ να δίνει ιδιαίτερο βάρος μιας και είναι απαραίτητη για τη σωστή και οργανωμένη λειτουργία του εθελοντικού σώματος.
- Στο παρελθόν ο Όμιλος οργάνωνε προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης και στην παρούσα φάση εστιάζει στην ενημέρωση για έγκαιρη διάγνωση του

καρκίνου.

- Άλλα εθελοντικά προγράμματα που υλοποιούνται είναι η ενδονοσοκομειακή στήριξη ασθενών με καρκίνο (στο Νοσοκομείο «Μεταξά») και ο τομέας εκδηλώσεων.

Προγράμματα:

- Προγράμματα Κλινικής μιας Ημέρας και Ακτινοθεραπευτικής Κλινικής,

Νοσοκομείου Μεταξά

- Πρόγραμμα Δανειστικής Βιβλιοθήκης (Νοσοκομείο Μεταξά)
- Πρόγραμμα ασθενών τελικού σταδίου
- Πρόγραμμα εξυπηρέτησης ασθενών (Νοσοκομείο Μεταξά)
- Πρόγραμμα οικονομικής υποστήριξης
- Πρόγραμμα πρόληψης
- Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης
- Εκπαίδευση Εθελοντριών

Όλα τα προγράμματα του Ομίλου υλοποιούνται και πλαισιώνονται από εθελοντές. Ο Όμιλος έχει στενή συνεργασία με αντίστοιχους φορείς και

συλλόγους και είναι μέλος της ECPC. Διεύρυνε τη λειτουργία του με την ίδρυση δυο παραρτημάτων, ένα στην Πάτρα που λειτουργεί από το 2001 και ένα στο Ηράκλειο Κρήτης που λειτουργεί από το 2007. Επίσης συμμετέχει σε Ευρωπαϊκά προγράμματα. (www.oekk.gr)

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

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

Στο Σύλλογο υλοποιούνται τα παρακάτω προγράμματα:

- Το εθελοντικό Πρόγραμμα (συναισθηματική υποστήριξη και πρακτική

βοήθεια στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο μαστού στο

νοσοκομείο που νοσηλεύονται).

- Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Εθελοντριών(εκπαιδευτικό σεμινάριο διάρκειας 8 εβδομάδων για τις νέες εθελόντριες του Συλλόγου με βιωματικό περιεχόμενο).
- Πρόγραμμα Ψυχολογικής Στήριξης συμβουλευτική, (ατομική συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας, ομάδες ψυχολογικής στήριξης, βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες σχέσεις και την επικοινωνία).
- Πρόγραμμα Ενημέρωσης (τεκμηριωμένη και υπεύθυνη πληροφόρηση των μελών του Συλλόγου σε θέματα ιατρικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά, εργασιακά, κ.τ.λ.).
- Πρόγραμμα Πρόληψης - Έγκαιρης Διάγνωσης (ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα πρόληψης – έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού).
- Ερευνητικό Πρόγραμμα (στοχεύει στην ανίχνευση των αναγκών και των προβλημάτων της γυναίκας με καρκίνο του μαστού).

www.breastcancerhellas.gr

Γ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Καρκίνο

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

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

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

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

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

Η μεγαλύτερη έμφαση στο τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων στο Κέντρο αποκατάστασης δίνεται στις ομάδες. Οι ομάδες που λειτουργούν στο κέντρο είναι κλειστές και συναντιούνται κάθε εβδομάδα σε τακτικές μέρες και ώρες.

Η κάθε ομάδα περιλαμβάνει 6-8 άτομα σε σταθερή βάση.

Αυτή τη στιγμή στο Κέντρο λειτουργούν οι εξής ομάδες:

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

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

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

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

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

προγράμματος). (www.cancer-society.gr)

Δ. ΙΔΡΥΜΑ ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ

Το ίδρυμα Τζένη Καρέζη ιδρύθηκε για να τιμηθεί η μνήμη της Μεγάλης ηθοποιού του Ελληνικού Θεάτρου και κινηματογράφου που έφυγε από κοντά μας τον Ιούλιο του 1992. Θύμα και αυτή του καρκίνου, θαύμαζε τον κλάδο της Ιατρικής Επιστήμης για την αντιμετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών και το έργο των εξειδικευμένων ιατρών και ψυχολόγων, που βοήθησαν και την

ίδια ανακουφίζοντας την από τους πόνους. Ήταν επιθυμία της να αναπτυχθεί αυτός ο κλάδος ώστε και άλλοι συνάνθρωποι της να ανακουφιστούν από τους πόνους της ασθένειας και να ζήσουν με αξιοπρέπεια.

Αντικείμενο του ιδρύματος είναι η ανακούφιση του πόνου και η παρηγορητική αγωγή σε ασθενείς με καρκίνο και άλλες καταληκτικές ασθένειες. Σκοπός είναι επίσης η δημιουργία περισσότερων κέντρων Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής και σε άλλες πόλεις της

Ελλάδας. (www.webhellas.net/karezi)

Ε. «ΦΛΟΓΑ»: ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ

ΑΣΘΕΝΕΙΑ

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

Γιατί υπάρχει η ΦΛΟΓΑ

- Για να υποστηρίξει τα παιδιά που αγωνίζονται για τη ζωή και την υγεία τους.
- Για να συμπαραστέκεται στους γονείς που βρίσκονται ξαφνικά αντιμέτωποι

με τον καρκίνο.

- Για να παρεμβαίνει στις διοικήσεις των νοσοκομείων και στους αρμόδιους

φορείς της πολιτείας ώστε να εξασφαλιστούν οι απαιτούμενες συνθήκες

νοσηλείας και θεραπείας των παιδιών.

- Για να ενημερώνει υπεύθυνα σχετικά με τις εφαρμοζόμενες θεραπείες και

την πρόοδο της έρευνας ενάντια στον καρκίνο πάντα σε συνεργασία με τα

επιστημονικά κέντρα της χώρας και του εξωτερικού.

- Για να εξασφαλίζει μέσα από το κοινωνικό ταμείο που διαθέτει, τις ανάγκες

διαβίωσης και ιατρικών εξετάσεων των κοινωνικά ασθενέστερα οικογενειών.

- Για να οργανώνει ημερίδες, ομιλίες και εκδηλώσεις πανελλαδικά, με σκοπό

την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών για τον αγώνα των

παιδιών με καρκίνο.

Ο Ξενώνας της ΦΛΟΓΑΣ

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

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

Πώς μπορείτε να βοηθήσετε τη ΦΛΟΓΑ

:

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

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

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

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

Η ΦΛΟΓΑ αγωνίζεται

:

- Για τα δικαιώματα των παιδιών στην υγεία και στη ζωή, τη φροντίδα

των παιδιών με καρκίνο.

- Για τη δημιουργία θεσμών που να σέβονται τον αγώνα και την

αξιοπρέπεια των παιδιών και των οικογενειών τους.

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

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

2660 5023280

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

ΠΑΤΡΑ: Φιλοποίμενος 28, Τηλ.: 2610 276021, 2610 434536

www.floga.org.gr

ΣΤ. ΜΕΡΙΜΝΑ

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

Η εταιρεία ιδρύθηκε το 1995 από εννέα έμπειρους επιστήμονες από τον ευρύτερο χώρο της υγείας και της παιδείας, οι οποίοι λειτουργούν διεπιστημονικά και προσφέρουν εθελοντικό έργο για την υλοποίηση των σκοπών της μέριμνας.

Οι σκοποί της Μέριμνας

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

- Η έρευνα σε θέματα που αφορούν τις επιπτώσεις της βαριάς

αρρώστιας και του θανάτου στη ζωή των παιδιών και των οικογενειών

τους.

Οι δραστηριότητες της Μέριμνας εστιάζονται κυρίως σε τρεις τομείς:

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

Z. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ

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

Στόχοι του ιατρείου πόνου είναι:

- Ανακούφιση από τον πόνο

- Παροχή βοήθειας για την καλύτερη αξιοποίηση των λειτουργικών

δραστηριοτήτων

- Επανάκτηση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς
- Επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Η. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΘΕΝΤΩΝ

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

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

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

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

των φίλων.

Στο Σύλλογο υλοποιούνται τα παρακάτω προγράμματα:

1. Εθελοντικό Πρόγραμμα

Στήριξη στον ασθενή με καρκίνο του λάρυγγα στο νοσοκομείο που

νοσηλεύεται από εθελοντές του Συλλόγου.

Πρόγραμμα Ψυχολογικής Στήριξης

5. Ατομική συμβουλευτική

6. Συμβουλευτική ζευγαριού και οικογένειας

7. Ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης

8. Βιωματικά σεμινάρια ευαισθητοποίησης για τις ανθρώπινες

9. σχέσεις και επικοινωνία.

3. Πρόγραμμα Μάθησης Οισοφαγικής Φώνησης

Δωρεάν διδασκαλία οισοφαγικής φώνησης σε λαρυγγεκτομηθέντες.

4. Πρόγραμμα εκπαίδευσης εθελοντών

Εκπαιδευτικό σεμινάριο 8 εβδομάδων για τους νέους εθελοντές του

Συλλόγου

5. Πρόγραμμα Ενημέρωσης

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

6. Πρόγραμμα Πρόληψης-Έγκαιρης Διάγνωσης

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

7. Συμμετοχή σε Επιστημονικά Συνέδρια, Σεμινάρια, Συμπόσια

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

Θ. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

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

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

- Την ενημέρωση του κοινού όσον αφορά το χρόνιο πόνο και τις νόσους

τελικού σταδίου

- Την διάδοση των γνώσεων που υπάρχουν σήμερα σε σχέση με τους

τομείς αυτούς

- Την ενεργό μας συμμετοχή στη μελέτη της παρηγορητικής και

συμπτωματικής φροντίδας

- Την ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων με άλλες επιστημονικές

εταιρείες και/ή οργανισμούς με παρόμοιους στόχους, και

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

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

Ενημερώνοντας τους ασθενείς και/ή τις οικογένειές τους για τις

- υπηρεσίες Παρηγορητικής Φροντίδας που παρέχονται από τα

ασφαλιστικά Ταμεία στη χώρα μας

- I Συστήνοντας το κατάλληλο για κάθε περίπτωση κέντρο Παρηγορητικής και/ή Συμπτωματικής Φροντίδας

- I Φροντίζοντας να ικανοποιηθούν κοινωνικές ανάγκες, όπως η παροχή κατ' οίκον συντροφιάς, από εθελοντές που συνεργάζονται με την Εταιρεία μας

- I Φέρνοντας τους εθελοντές σε επαφή με τα άτομα που τους έχουν

ανάγκη, και τέλος

- I Παραμένοντας ανοιχτοί σε κάθε πρόταση ή συνεργασία που προάγει τους στόχους μας. (www.grpalliative.org)

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

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «ΕΛΛΗ

ΛΑΜΠΙΕΤΗ» ιδρύθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας το Μάρτιο του 2002, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς και των οικογενειών τους. Είναι ένα ανεξάρτητο εξωνοσοκομειακό κέντρο που επιχορηγείται από δημόσιους

και ιδιωτικούς χορηγούς.

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

Στο ιδιαίτερα φιλικό και ευχάριστο περιβάλλον του Κέντρου καταρτισμένοι ψυχολόγοι παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης με ραντεβού, τηρώντας τις αρχές του ιατρικού

απορρήτου. Παράλληλα, τα στελέχη του Κέντρου παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη τηλεφωνικά, αγκαλιάζοντας ασθενείς που βρίσκονται στην επαρχία ή δεν μπορούν να μετακινηθούν.

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

Συγκεκριμένα απευθύνεται:

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

- Σε όλες τις γυναίκες που θέλουν να ενημερωθούν για την πρόληψη του

καρκίνου του μαστού

- Στα άτομα του στενού οικογενειακού και κοινωνικού τους

περιβάλλοντος

Το Κέντρο προσφέρει, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση:

8. Ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο

6. Ατομική ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε γυναίκες με

προβλήματα καρκίνου του μαστού

7. Ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη στις οικογένειές τους τόσο

κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όσο και μετά

8. Υποστήριξη στη διαδικασία της επανένταξης στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον

9. Δυνατότητα γνωριμίας και επαφής με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα

10. Πολιτιστικές εκδηλώσεις και άλλες δραστηριότητες, ημερίδες, εορταστικές εκδηλώσεις, bazaars, συναυλίες, εκθέσεις ζωγραφικής, κ.λπ.

Το κέντρο λειτουργεί Δευτέρα έως Παρασκευή από 9.00 έως 17.00

(www.mastologia.gr)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΤΕΘΗΚΑΝ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΙΔΙΚΟ ΣΤΙΣ
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

- 1) Σύμφωνα με την εμπειρία σας ποια είναι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ογκολογικών ασθενών;
- 2) Πως μπορεί να βοηθήσει ο κάθε ειδικός
- 3) Πως μπορεί να παρέμβει το κράτος και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του καρκίνου