

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»**



**ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ ΙΩΑΝΝΑ  
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ Η ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
ΔΩΡΑΤΕΛΩΝΗ**

**Πάτρα, 2013**

**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF PATRAS  
SCHOOL OF HEALTH PROFESSIONAL WELLFARE  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**“PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF BREAST CANCER”**



**DIMITRAKOPOULOU PANAGIOTA  
LAZARATOU IOANNA  
DIMITRIOU KONSTANTINA**

**SURVEILLANCE Professor:  
SIKELIANOU DESPINA**

**RAPPORTEUR  
DORA TELONI**

**PATRA, 2013**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική μελέτη των ψυχοκοινωνικών συνεπειών που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στις οποίες έχει διαγνωστεί η νόσος του καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα, οι ερευνητικοί στόχοι της εργασίας ήταν η διερεύνηση των βασικών χαρακτηριστικών του καρκίνου του μαστού, οι επιπτώσεις της νόσου στις γυναίκες και πιο συγκεκριμένα οι ψυχοκοινωνικές της συνέπειες, επίσης και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού κατά την προσπάθεια υποστήριξης γυναικών, οι οποίες νοσούν από καρκίνο του μαστού.

Ως σημαντικότερα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας αναφέρονται τα εξής:

- i. Η νόσος του καρκίνου όσο και η θεραπεία της μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνες. Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της μπορεί να είναι εξίσου δύσκολη για τον ασθενή και για τους συγγενείς.
- ii. Η επικοινωνία και η επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό συντελεί στην αποδοχή της αρρώστιας από τον ίδιο τον άρρωστο και από την οικογένειά του, στην αποδοχή της θεραπείας, στην προσπάθεια αποκατάστασης και στην παροχή της όσο το δυνατόν καλύτερης φροντίδας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>ii</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>1</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b> .....	<b>3</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1.3. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1.5 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1.5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1.5.2 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1.6 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1.7 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ</b> 12	
<b>1.1.8 Η ΚΛΙΜΑΚΩΤΗ ΚΑΙ ΕΥΘΕΙΑ ΟΔΟΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1.9 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2.2. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2.3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2.4 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2.6 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2.7. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ)</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2.8 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2.9 ΆΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b> .....	<b>21</b>

<b>ΣΕ ΑΥΤΟΥΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ:</b> .....	21
<b>1.2.10 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</b> .....	21
<b>1.3Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b> .....	24
<b>1.3.1 Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	24
<b>1.3.2 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	25
<b>1.3.3ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	27
<b>1.3.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	27
<b>1.3.3.2 ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	28
<b>1.3.3.3 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	28
<b>1.3.3.4 ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	31
<b>1.3.3.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΕΥΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ</b> .....	33
<b>1.3.3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> . .....	33
<b>1.4 ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	34
<b>1.4.1. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	34
<b>1.4.2. ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	37
<b>1.4.3. Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	41
<b>1.4.4. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	43
<b>1.5. ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b> .....	44
<b>1.5.1. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b> .....	44
<b>1.5.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</b> .....	45
<b>1.5.3. ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b> .....	46
<b>1.6Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ</b> .....	48

1.6.1 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	48
1.6.2. ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	49
1.6.3. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	53
1.6.4. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	54
1.7. : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	56
1.7.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	56
1.7.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	60
1.7.3. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ .....	65
1.7.4 ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ .....	67
1.8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	69
1.9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	73
Α. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ .....	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	78
ΦΟΡΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	78

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή μας εργασία πραγματεύεται το πολυδιάστατο και πολύ ενδιαφέρον κατά την άποψή μας θέμα των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Οι λόγοι που μας οδήγησαν στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος συνοψίζονται στα εξής σημεία:

A) το εκπαιδευτικό ενδιαφέρον του θέματος είναι τεράστιο καθώς η συνεργασία και η υποστήριξη των καρκινοπαθών συμπεριλαμβάνονται στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας . Επομένως, η γνώση του αντικειμένου είναι απαραίτητη για έναν μελλοντικό κοινωνικό λειτουργό αφού στο μέλλον θα κληθεί να αντιμετωπίσει αρκετές τέτοιες περιπτώσεις.

B) η αντιμετώπιση των καρκινοπαθών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και μέριμνα διότι οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο του θανάτου, ο οποίος αποτελεί μη αναστρέψιμη κατάσταση.

Γ) Οι χειρισμοί που απαιτούνται στην περίπτωση των καρκινοπαθών πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί επειδή οι αντιδράσεις τους λόγω της άσχημης ψυχολογικής τους κατάστασης μπορεί να είναι απρόβλεπτες και να οδηγήσουν σε λάθος επιλογές που μπορεί να προβούν μοιραίες. Άρα, η καλή ενημέρωση σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νόσου στις γυναίκες είναι πολύ σημαντικό εργαλείο για έναν κοινωνικό λειτουργό.

Η πρώτη μας ενότητα αναφέρεται στα γενικά χαρακτηριστικά της νόσου του καρκίνου ενώ στη δεύτερη παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τη διάγνωσή της. Στην τρίτη και τέταρτη ενότητα παρουσιάζονται αντίστοιχα η ψυχοκοινωνική διάσταση και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού. Η πέμπτη ενότητα αναφέρεται στις ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στις οποίες έχει διαγνωστεί ο καρκίνος και η έκτη στην ψυχοκοινωνική στήριξη που θα πρέπει να έχει η ασθενής. Η έβδομη ενότητα αφορά το ρόλο που καλείται να παίξει ο κοινωνικός λειτουργός όταν έχει να κάνει με καρκινοπαθείς. Στην όγδοη

ενότητα βλέπουμε τα συμπεράσματα της εργασίας μας και στην ένατη τις προτάσεις μας. Ακολουθούν η βιβλιογραφία και το παράρτημά μας.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

##### **1.1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η χωρική κατανομή των μαστών στο σώμα, καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, και από τις δυο πλευρές, από τη 2η ως την 6η πλευρά και από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. ([http://www.iatrikionline.gr/ELL\\_M\\_2\\_2009/2.pdf](http://www.iatrikionline.gr/ELL_M_2_2009/2.pdf)). Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της γυναικείας κατανομής και αναπτύσσονται κατά την περίοδο της εφηβείας. Το μέγεθος και η μορφή των μαστών μεταβάλλεται ανάλογα με την εγκυμοσύνη, την εμμηνόπαυση, τη γαλουχία κ.ά.

##### **1.1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Διαχρονικά ο γυναικείος μαστός αποτελούσε σύμβολο θηλυκότητας, καθώς και έμπνευση για τους μεγαλύτερους ζωγράφους. Χρησιμοποιήθηκε κατά κόρον στη γλυπτική και στη ζωγραφική. Η αρχαία ελληνική μυθολογία βρίθει αναφορών στο γυναικείο μαστό τόσο μέσω των σωζόμενων συγγραμμάτων όσο και μέσω των εκπροσώπων του ρητορικού λόγου. Αξίζει να αναφέρουμε, για να κατανοήσουμε περισσότερο τη γυναικεία φύση και την θετική εντύπωση που προκαλούσε ο γυναικείος μαστός, το παράδειγμα της παλλακίδας Φρύνης, η οποία ούσα κατηγορούμενη στην εκκλησία του Δήμου των Αθηνών για προσβολή της

δημοσίας αιδούς, λόγω του ότι κολυμπούσε γυμνή, μετά από προτροπή του συνηγόρου της πέταξε το μανδύα της μένοντας γυμνή μπροστά στους δικαστές, οι οποίοι μπροστά στην εικόνα του σωματικού της κάλλους την αθώωσαν.

Ακόμα ένα τρανταχτό παράδειγμα του κάλλους του γυναικείου σώματος και των μαστών, αποτέλεσε η κίνηση της βασίλισσας Γκοντίβα του Κοβέρντι, που για να πείσει το σύζυγο της να προσφέρει χρήματα στο λαό, εμφανίστηκε να κυκλοφορεί χωρίς τον μανδύα της επάνω σε ένα άλογο στη μέση της πόλης.

Στη σημερινή εποχή, ο μαστός συνεχίζει να συνδέεται με τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Η εικόνα που έχει η γυναίκα για το πώς πρέπει να είναι το στήθος της επηρεάζεται από το σύγχρονο τρόπο ζωής, δέχεται επιδράσεις από τα Μ.Μ.Ε. που ασυνείδητα δημιουργούν ένα συγκεκριμένο πρότυπο, το οποίο οι γυναίκες ακολουθούν.

### **1.1.3. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο γυναικείος μαστός διαμορφώνεται στην μπροστά επιφάνεια του θώρακα με την εικόνα των ημισφαιρικών μορφωμάτων, που είναι συμμετρικά τοποθετημένα εκατέρωθεν του μεσομάσθιου κόλπου. Αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ενώ έχει τη δυνατότητα να μετατοπιστεί εύκολα. Στο κέντρο του μαστού είναι τοποθετημένη η θηλή το μέγεθος και η μορφή της οποίας εξαρτάται από την ηλικία, την κατασκευή, τις διατροφικές συνήθειες της γυναίκας κ.ά. Στο υπόδημα του μαστού υπάρχουν ο μαστικός αδένας, καθώς και οι συνδετικός και λιπώδης ιστός. Περιφερειακά του μαστικού αδένα βρίσκονται οι μασχालιαίες αποφύσεις, οι οποίες επεκτείνουν τον αδένα. Οι λοβοί του μαστικού αδένα έχουν κωνοειδές σχήμα και η κορυφή τους είναι στραμμένη προς το κέντρο του μαστού. Ο συνδετικός ιστός μεταξύ των μυών και του δέρματος προσδιορίζει τη σταθερότητα του. Ενώ το περιμαστικό λίπος συμπληρώνει τα υπόλοιπα κενά.

#### **1.1.4 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η ανάπτυξη του γυναικείου μαστού εμφανίζεται πριν από την αρχή της εμμηνόρρυσιας, ενώ ολοκληρώνεται κατέχοντας τη μεγαλύτερη σταθερότητα κατά το εικοστό έτος. Το τριακοστό έτος είναι αυτό που ο μαστός αρχίζει να συρρικνώνεται. Κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου, παρατηρείται μεγάλη χαλαρότητα του σημείου με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσμορφίες, λόγω της μεγάλης υποστροφής του μαστού, ενώ απουσιάζει πλήρως ο λιπώδης ιστός.

Κατά την έμμηνο ρύση, παρατηρείται αύξηση του μεγέθους του μαστού λόγω του οιδήματος μεταξύ των λοβίων έως και 50%.

Κατά τη διάρκεια της κύησης, ο γυναικείος μαστός παρουσιάζει πολλές μεταβολές στη μορφή του, φτάνοντας έως και το τριπλάσιο μέγεθος, ενώ κατά τη γαλουχία, λόγω των γαλακτοφόρων πόρων, παραμένει σε μεγάλο μέγεθος. Το μέγεθος του μαστού θα επανέλθει μετά το οριστικό πέρας της διαδικασίας του θηλασμού (Πινακίδης, Μπούτης 1993).

#### **1.1.5 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Σύμφωνα με τον Τριανταφυλλίδη (2000), ως καρκίνος ορίζεται η κυτταρική νόσος που προκαλείται από παθολογικά κύτταρα στο εσωτερικό των οστών του σώματος. Κατά μία γενικότερη έννοια, ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια με εκατό διαφορετικούς τύπους, κατά την οποία κύτταρα νοσοούν και πολλαπλασιάζονται με ραγδαίο τρόπο. Τα κύτταρα αυτά συνωστίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο του ανθρώπινου σώματος και καταστρέφουν τα υγιή του κύτταρα. Το αποτέλεσμα του πολλαπλασιασμού των ασθενών αυτών κυττάρων είναι η πλήρης αδρανοποίηση του συγκεκριμένου οργάνου που έχει προσβληθεί καθώς και η επέκταση της νόσου σε άλλα ζωτικά όργανα.

### 1.1.5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Είναι γεγονός ότι ο άνθρωπος αποτελεί μία φυσική οντότητα μέσα στο περιβάλλον με το οποίο αλληλεπιδρά. Η συνεχής ανάπτυξη του τεχνολογικού πολιτισμού ανέδειξε μία διαφορετική διάσταση στη σχέση που έχει ο άνθρωπος με το περιβάλλον του. υπάρχει μία εμφάνιση επέμβαση του ανθρώπινου παράγοντα στη φύση και στο περιβάλλον η οποία έχει διαμορφώσει την αλληλεπίδραση που υπήρχε. μία από τις κυριότερες συνέπειες της παρέμβασης του ανθρώπου στο φυσικό περιβάλλον είναι και η ανάπτυξη ακόμα περισσότερων παθογόνων μικροοργανισμών επικίνδυνων για τη δημόσια υγεία. Η παρέμβαση του ανθρώπου στο περιβάλλον ενισχύει διάφορους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την καρκινογένεση. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

Οι διαιτητικοί παράγοντες: οι διαιτητικοί παράγοντες διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση αφού το 35% των θανάτων που σχετίζεται με τον καρκίνο αποδίδεται σε αυτούς. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται τα οινόπνευματώδη και οι πρόσθετες ουσίες τροφίμων. Συγκαταλέγονται επίσης και πρόσθετες ουσίες όπως είναι το λίπος που ο άνθρωπος οργανισμός προσλαμβάνει ηθελημένα ή μη.

Το κάπνισμα: εντός του κάθε τσιγάρου υπάρχουν περίπου 4000 χημικά συστατικά από τα οποία τουλάχιστον 45 είναι καρκινογόνα. Είναι αποδεδειγμένο από πειραματικές μελέτες ότι 74% του καρκίνου του πνεύμονα προκαλείται από το κάπνισμα.

Το αλκοόλ: πρόκειται για τον δεύτερο κατά σειρά παράγοντα πρόκλησης καρκίνου. Τα κυριότερα είδη καρκίνου που προκαλεί η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο καρκίνος του στόματος και του ήπατος. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχτεί ότι ο συνδυασμός καπνού με αλκοόλ αυξάνει περισσότερο την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου (Σαμιώνης, 1992).

Ο καφές και οι βελτιωτικές ουσίες : βελτιωτικές ονομάζονται οι ουσίες οι

οποίες προστίθενται στα τρόφιμα ώστε να καταστήσουν πιο καλό το χρώμα, το άρωμα και τη γεύση τους. αυτές οι ουσίες έχουν "κατηγορηθεί" πολλές φορές καρκινογόνο δράση (Καρβούνης, 1995).

Η παχυσαρκία: σύμφωνα με μελέτες έχει αποδειχτεί ότι τουλάχιστον το 1/4 των ατόμων που έχασαν τη ζωή τους λόγω του καρκίνου είχαν κατά πολύ αυξημένο το βάρος τους. Τα άτομα που έχουν βάρος πάνω από το 25% του φυσιολογικού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο της κύστεως και της μητέρας (Φύσσας, 2006).

Ο Αμίαντος: η μακρόχρονη έκθεση του ανθρώπου στον αμίαντο, είναι πολλές φορές υπεύθυνη για την ανάπτυξη των άλλων ειδών καρκίνου που τις περισσότερες φορές είναι ταχείας ανάπτυξης.

Η Ραδιενέργεια: η καρκινογόνα έκφραση της ραδιενέργειας επιβεβαιώθηκε σε μελέτες που διεξήχθησαν μεταξύ των επιζώντων της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι. Οι ίδιες μελέτες επιβεβαίωσαν και την ύπαρξη κακοηθών νεοπλασμάτων η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με θανάτους ατόμων σε πλήρως βιομηχανοποιημένες χώρες. Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με την Εθνική στατιστική υπηρεσία μέχρι το 1991 στην Ελλάδα καταγράφηκαν περίπου 19.000 θάνατοι από κακοήγη νεοπλάσματα (Κογεβίνας, 1991).

Τα φυτοφάρμακα: τα φυτοφάρμακα περιέχουν πλήθος κορεσμένων υδρογονανθράκων τα οποία είναι άκρως επικίνδυνα για την υγεία. το κυριότερο σύστημα του Οργανισμού στο οποίο επιδρούν τα φυτοφάρμακα είναι το αιμοποιητικό το οποίο είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο σύστημα του ανθρώπου που μπορεί να προσβληθεί από χημικούς παράγοντες (Κιαμούρης, 1989).

Το Άγχος: στη σύγχρονη ζωή του ανθρώπου το άγχος αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες αύξησης της πίεσης. Παράλληλα, η άμετρη δημιουργία άγχους στον άνθρωπο, δύναται να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα την πιο εύκολη προσβολή του οργανισμού από τη νόσο του καρκίνου.

(Goleman,1997).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: η πρόοδος της επιστήμης οδήγησε τους ερευνητές στην αναζήτηση αιτίων πρόκλησης του καρκίνου που σχετίζονται με τους κοινωνικούς παράγοντες. Οι ερευνητές λοιπόν, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι εκτός από την υγεία του σώματος πολύ σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη ή μη του καρκίνου στον ανθρώπινο οργανισμό αποτελεί και η ψυχική υγεία του ανθρώπου. (Κυρpellomaki, 2003).

#### **1.1.5.2 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου των γυναικών. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες στις Η.Π.Α. όπως και τη Δυτική Ευρώπη. Μία στις εννέα γυναίκες που γεννιούνται στις Η.Π.Α, θα εμφάνιση καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Περίπου 180.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίστηκαν στις Η.Π.Α. το 1995 και 45.000 πέθαναν από τη νόσο. Χαρακτηριστικά, αυτός ο καρκίνος είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από ασθένεια σε νέες γυναίκες ηλικίας 25 και 35 ετών και η πιο συχνή αιτία θανάτου γενικά στις γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών.

Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεαστεί σημαντικά από το σύγχρονο πολιτισμό μας - αντισύλληψη, έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων και γαλουχίας, διατροφή - ενώ συνάμα παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν. Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση-μαστογραφία).

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις αυτό που θα οδηγήσει την

ασθενή στο γιατρό για λεπτομερείς εξετάσεις και θα οδηγήσουν στη διάγνωση, είναι η αυτοεξέταση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί να διαπιστώσει την ύπαρξη όγκου ή την παρουσία άλλων ύποπτων ευρημάτων (Κορδιόλης,1992).

Η πρόληψη της νόσου είναι μείζονος σημασίας ιδιαίτερα για το γυναικείο πληθυσμό που αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου. Η γενικότερη δυνατότητα πρόληψης της νόσου, παρά τις προσπάθειες που γίνονται από την επιστημονική κοινότητα, παρουσιάζεται μηδαμινή. Εντούτοις, υπάρχουν κάποιες γενικές πληροφορίες που στοχεύουν στην πρόληψη, χωρίς βέβαια να έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά τους, και σχετίζονται με έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, που περιλαμβάνει το συνδυασμό σωστής πρόληψης τροφίμων και σωματική άσκηση.

#### **1.1.6 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ**

Αρχικά θα πρέπει όλες οι γυναίκες να κατανοήσουν τη σημασία της αυτοεξέτασης και ρόλο που αυτή διαδραματίζει στον εντοπισμό των όγκων τα οποία βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο εντός του γυναικείου μαστού. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι εντός του γυναικείου μαστού μπορούν να εντοπιστούν μικροί όγκοι, οι οποίοι δεν αποτελούν υποχρεωτικά καρκινικό εύρημα, εντούτοις σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να εξεταστεί το είδος των ογκιδίων και η προέλευση τους. Εξακολουθητικά, η ύπαρξη καρκινικών ογκιδίων, εφόσον υπάρξει έγκαιρη διάγνωση, βοηθά την αποτελεσματική και πλήρη αντιμετώπιση της ασθένειας. Σε περιπτώσεις γυναικών που βρίσκονται μετά το οριστικό πέρας της έμμηνου ρύσης, συνίσταται η μηνιαία ψηλάφηση των μαστών ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες συνίσταται η ψηλάφηση τις πιο γόνιμες μέρες του μήνα.

Δευτερευόντως αξίζει να τονιστεί ο σημαντικός ρόλος της προληπτικής μαστογραφίας. Υποχρεωτική κρίνεται η εξέταση αυτή στις γυναίκες που

συμπληρώσει το τεσσαρακοστό έτος της ηλικίας τους. Κάτω από την ηλικία αυτή, ο περιοδικός έλεγχος της μαστογραφίας εφαρμόζεται όταν έχουν εξακριβωθεί παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν την υγεία του μαστού. Η συχνότητα τέλεσης της μαστογραφίας ενδείκνυται για τις γυναίκες της μέσης ηλικίας κάθε δυο έτη, ενώ για τις γυναίκες της τρίτης ηλικίας και μετά ανά έτος. Στις ηλικίες αυτές είναι ευκολότερη η διάγνωση της νόσου λόγω της έλλειψης πυκνότητας στο μαστοφόρο αδένια, που αποτελεί χαρακτηριστικό των μαστών των γυναικών της νεαρής ηλικίας, όπου η ανίχνευση τους παρουσιάζει εξαιρετική δυσκολία. Σε αυτές τις νεαρές ηλικίες η μαστογραφία μπορεί να επιδείξει μη αληθή και μη θετικά αποτελέσματα, τα οποία απορρέουν από την προαναφερθείσα πυκνότητα και συμπαγή μορφή των μαστών.

Η πληροφόρηση που παρέχει η μαστογραφία εξακριβώνει το ακριβές μέγεθος του όγκου, καθώς και την ύπαρξη διαφόρων νεοπλασματικών προβλημάτων.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο ιατρικός κόσμος συστήνει την κλινική εξέταση της περιοχής του μαστού για τις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει το τριακοστό έτος της ηλικίας τους. Η εξέταση αυτή συνίσταται με περιοδική μορφή και περιλαμβάνει τον έλεγχο των μαστών, ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια μεταβολή στο σχήμα και τη μορφή του μαστού ή κάποιας μορφής αλλοίωση στην εξωτερική στοιβάδα του δέρματος ολόκληρου του στήθους (Σακοράφας 2000).

Η δεύτερη ιατρική πράξη συνιστά την ψηλάφηση των μερών του μαστού. Ο θεράπων γιατρός ασκώντας ελαφριά πίεση στο μαστό, στοχεύει να φτάσει στα βαθύτερα τμήματά του στήθους, ώστε να μπορέσει να αντιληφθεί αν υπάρχει κάποιο σκληρό μέρος, κάποιο μέρος του μαστού που να παρουσιάζει ιδιαίτερη ευαισθησία και κάποιας μορφής όγκου.

Μετά το πέρας της ψηλάφησης ο γιατρός πρέπει να είναι σε θέση να περιγράψει ακριβώς τη τυχόν δυσμορφία που διέγνωσε δίνοντας ακριβή προσδιορισμό της θέσης του, της μορφής του, καθώς και της οδύνης που τυχόν



προκαλεί στην ασθενή. Τα χαρακτηριστικά του καρκινικού όγκου συνήθως είναι η σκληρή υφή και η ανώδυνη μορφή.

Επόμενο βήμα είναι ο γιατρός να εξετάσει την περιοχή της μασχάλης. Θέτει την ασθενή συνήθως σε καθιστή θέση, και πιέζοντας τα δάκτυλά του στην κορυφή της μασχάλης. Τα ευρήματα συνήθως αποτελούν η ερυθρότητα και η φλεγμονή στο εξεταζόμενο σημείο. Στη συνέχεια εξετάζονται οι λεμφαδένες και η κοιλιακή χώρα για την ύπαρξη αλλοιώσεων.

Σε περίπτωση που ο γιατρός διαπιστώσει την ύπαρξη όγκου, η ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε μαστογραφία, ώστε να γίνει ακριβής προσδιορισμός του όγκου, αλλά και για να διενεργηθεί ο έλεγχος στο σύνολο του μαστού όπου παρουσιάστηκε ο όγκος, αλλά και στο δεύτερο μαστό ασχέτως παρουσίας όγκου σε αυτό. Κατόπιν της μαστογραφίας η ασθενής υποβάλλεται σε υπερηχογράφημα. Το υπερηχογράφημα συνίσταται στις περιπτώσεις που η ασθενής είναι νεαρής ηλικίας και οι προαναφερθείσες μέθοδοι παρουσιάζουν ανακριβή αποτελέσματα. Επίσης συνίσταται στις περιπτώσεις που θα πρέπει να προσδιοριστεί και να ξεχωρίσει μια συμπαγής από μία κυστική μάζα. Το μειονέκτημα που παρουσιάζει το υπερηχογράφημα έγκειται στο ότι δεν είναι σε θέση να προσδιορίσει την ύπαρξη των μικροαποπιτανώσεων που σχετίζονται με την ύπαρξη καρκίνου του μαστού. Για το λόγο αυτό, αυτή η μορφή εξέτασης δεν αποτελεί μέρος της προληπτικής εξέτασης για γυναίκες που δεν παρουσιάζουν σαφή συμπτώματα (Σακοράφας 2000).

Συγγενείς μέθοδοι του υπερηχογραφήματος αποτελούν η μέθοδος MRI, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και αξονική τομογραφία, που δεν αποτελούν μέρη του προληπτικού ελέγχου, εντούτοις παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για ειδικές μορφές και τύπους καρκίνου. Τέλος, η μέθοδος της παρακέντησης, η οποία είναι μια οικονομική και λειτουργική μέθοδος θεραπείας των κύστεων, χρησιμοποιείται στη διερεύνηση του είδους της μάζας, χωρίς όμως να αποτελεί πανάκεια λόγω μη αληθών αποτελεσμάτων που μπορεί να παρέχει (Σακοράφας 2000).

### **1.1.7 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ**

Κατ επέκταση της εξελικτικής θεωρίας του Mendel, η αλληλεπίδραση των βιολογικών φαινομένων σε κάθε μορφή ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την εξέλιξη του φαινομένου του καρκίνου. Όπως εξελίσσεται μέσω των χρωμοσωμάτων το DNA των οργανισμών, έτσι μπορούμε να θεωρήσουμε ότι συμβαίνουν και οι γενετικές και μη μεταβολές που συνθέτουν τον καρκίνο. Αυτή η άποψη επικροτεί και τη σκέψη της ανάπτυξης του καρκινικού πλέγματος από την ύπαρξη ενός και μόνο κυττάρου. Η άποψη αυτή, σαν κομμάτι της εξελικτικής θεωρίας, θέτει την ύπαρξη του καρκίνου σαν αποτέλεσμα του πολλαπλασιασμού ενός και μόνο κυττάρου το οποίο νοσεί. Το κύτταρο αυτό, είναι υπεύθυνο και για τη μετάλλαξη στη μορφή του καρκίνου, λόγω της ετερογένειας που δύναται να παρουσιάσει, καθώς και για τη μετάσταση της κακοήθειας. Αξιοσημείωτη είναι η μετάλλαξη που προκαλείται στη σύνθεση του καρκινικού κυττάρου, που το διαφοροποιεί ακόμα περισσότερο από τα φυσιολογικά κύτταρα. Η εξέλιξη αυτή του καρκινικού κυττάρου έχει ως αποτέλεσμα τη δραματική αύξηση της αντοχής τους απέναντι στη θεραπευτική αγωγή, λόγω της ανθεκτικότητας που παρουσιάζει.

### **1.1.8 Η ΚΛΙΜΑΚΩΤΗ ΚΑΙ ΕΥΘΕΙΑ ΟΔΟΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Στην κλιμακωτή οδό της εξέλιξης, ο όγκος που έχει σχηματιστεί διασπείρεται στο εσωτερικό μέρος του μαστού, με ταυτόχρονη τη μετάσταση στους γειτονικούς ιστούς επεκτείνοντας τη νόσο.

Στην ευθεία οδό, ο καρκινικός όγκος διασπείρεται άμεσα παρακάμπτοντας τις ενδιάμεσους οδούς. Γεγονός είναι, ότι ο καρκίνος του μαστού διέπεται από τη δυνατότητα της τοπικής επέκτασης, η οποία περνώντας από το εξωτερικό στο

εσωτερικό τμήμα του μαστού, φτάνει μέχρι την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός. Από την άλλη μεριά, η δυνατότητα διασποράς του προκαλεί πολύ συχνά λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις. Η συνήθεις μορφές μετάστασης του καρκίνου του μαστού είναι κατά το μεγαλύτερο ποσοστό στο ήπαρ, δευτερευόντως στους πνεύμονες και στη συνέχεια στα οστά και στον εγκέφαλο.

### **1.1.9 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο που επιφέρει βαθιά τραύματα στο άτομο που νοσεί. Οι χειρουργικές επεμβάσεις σε κάποιες περιπτώσεις και ο ακρωτηριασμός επιφέρουν αλλοιώσεις στην εικόνα του σώματος του ασθενούς. Σε αυτό βέβαια συμβατικό όρο ρόλο διαδραματίζουν και κάποιες παρενέργειες της ασθένειας όπως είναι η χημειοθεραπεία κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής παρουσιάζει αλωπεκία δηλαδή πτώση των τριχών της κεφαλής του. Οι θεραπείες που πολύ συχνά απαιτεί η ασθένεια του καρκίνου σε συνδυασμό με το φόβο που δημιουργείται στον ασθενή που νοσεί μπορεί να προκαλέσει κάποιες αντιδράσεις την ψυχική κατάσταση του που να τον αναγκάσουν να αρνηθεί να υποβληθεί σε αυτές (Κουρρελομακί, 2003).

Λόγω της ιδιαιτερότητας του σαν νόσο ο καρκίνος πολλές φορές χρειάζεται μακροχρόνια θεραπεία επιβαρύνει την ψυχική υγεία του ασθενούς και θέτει τα ζητήματα μεταβολής των οικογενειακών βαρών, της επαγγελματικής θέσεως του ατόμου και γενικά της μορφοποίησης της ποιότητας ζωής του. Η επαφή του ασθενούς με τον επαγγελματία της ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του, να διευκολύνει τη συναισθηματική του έκφραση και να μπορέσει να συνεχίσει τη ζωή του όπως έκανε και πριν νοσήσει.

Η ποιοτική ζωή του ασθενούς ακόμα και μετά τη διάγνωση της νόσου αποτελεί, σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, μια πολύ σημαντική παράμετρο

της νόσου ικανή να επηρεάσει ακόμα και την έκβασή της. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί ότι μια καλή ποιότητα ζωής και μια καλή ψυχική υγεία είναι ικανές να οδηγήσουν τον ασθενή σε περισσότερη και καλύτερη ζωή από άλλους στους οποίους συμβαίνει το αντίθετο (Κουρρελομακί, 2003).

## **1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Είναι γεγονός πως μέχρι και σήμερα παραμένει αδιευκρίνιστη η γενικότερη αιτιολογία του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο έχουν προσδιορισθεί ορισμένοι «παράγοντες κινδύνου» η έκθεση στους οποίους μπορεί να οδηγήσει στην προσβολή της γυναίκας από τη νόσο του καρκίνου του μαστού. Παράγοντες όπως η εμμηνοαρχή, η εμμηνόπαυση, η γέννηση παιδιών, έχει διαπιστωθεί πως αποτελούν παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην πρόκληση καρκίνου του μαστού. Αυτό συμβαίνει καθώς τα φυσιολογικά επιθηλιακά κύτταρα του μαστού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα κατά την εφηβεία και την εγκυμοσύνη, περίοδοι κατά τις οποίες συμβαίνουν έντονες ορμονικές μεταβολές. Επιπλέον παράγοντες όπως για παράδειγμα τα οιστρογόνα που χορηγούνται μέσω αντισυλληπτικών δισκίων και ορμονοθεραπείας έχουν μελετηθεί ως πιθανά αίτια του καρκίνου του μαστού (Τριχόπουλος και Κατσουγιάννη 1989, Petrakis 1982).

Όπως είναι φυσικό για τους κλινικούς γιατρούς είναι θέμα μείζονος σημασίας να έχουν πλήρη γνώση των παραγόντων κινδύνου του καρκίνου του μαστού. Και αυτό γιατί θα βοηθήσει στην εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης σε γυναίκες με απώτερο σκοπό την πρόωμη διάγνωση και την ολοσχερή ίαση της νόσου.

Οι παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού μπορούν να διακριθούν σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στην συνέχεια του κεφαλαίου. Ονομαστικά, οι παράγοντες κινδύνου είναι οι ακόλουθοι:

- Ιογενείς παράγοντες

- Ιδιοσυστατικοί παράγοντες
- Ορμονικοί παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
- Παράγοντες που σχετίζονται με τη γεννητική υπόσταση της
- γυναικάς
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Παθολογοανατομικοί παράγοντες (ινοκυστική μαστοπάθεια)
- Φαρμακευτικοί παράγοντες (Καρβέλας , 1995).

### **1.2.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Τα δεδομένα της συγκριτικής ανοσολογίας και η μελέτη του καρκίνου του μαστού των ποντικών οδήγησαν στη διαπίστωση ότι η ιογενής προέλευση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα είναι εξαιρετικά πιθανή. Ειδικότερα, τελευταίες έρευνες αποκάλυψαν την ύπαρξη κάποιου ιού που βρίσκεται στον οργανισμό σε λανθάνουσα κατάσταση και μετά την ενεργοποίησή του από διαιτητικούς, γενετικούς και ορμονικούς παράγοντες μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στο μαστό. (Καρβέλας, 1995).

### **1.2.2. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού επηρεάζεται από τρεις παραμέτρους που σχετίζονται με την ιδιοσύσταση του ατόμου : α) το φύλο ,β) τη γεωγραφική κατανομή και γ) την ηλικία . Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, η σχέση ανδρών/γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι 1:100. Για το λόγο αυτό λοιπόν η εργασία μας εστιάζεται στον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες.

Ακόμη, πρόσφατες στατιστικές μελέτες έχουν αποδείξει πως ένας ακόμη παράγοντας που αιτιολογεί την πρόκληση των νεοπλασμάτων στον μαστό, είναι και ο τρόπος με τον οποίο είναι κατανομημένος γεωγραφικά ο πληθυσμός. Είναι ευρέως γνωστό πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία ή στη Μέση Ανατολή. Με μέση συχνότητα εμφανίζεται στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην Ολλανδία εκδηλώνεται στη μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με όλα τα άλλα κράτη . Συγκλονιστική είναι επίσης η διαπίστωση ότι ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες, και πως ,όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύουν στην Αμερική , η διαφορά αυτή είναι ανύπαρκτη.

Καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες είναι και η ηλικία. Ειδικότερα, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία της γυναίκας. Η εμφάνισή του πριν από την ήβη είναι εξαιρετικά σπάνια. Τα ποσοστά στις γυναίκες πριν εμμηνόπαυση είναι εξαιρετικά μεγάλα ενώ μετά από αυτή περιορίζονται ξανά. Τα παραπάνω αποδεικνύονται από τα ποσοστά των κρουσμάτων τα οποία παρουσιάζονται ακολούθως: για γυναίκες ηλικίας 15 – 39 ετών το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου μαστού αγγίζει το 0,5%. Για γυναίκες από 40 – 59 ετών το ποσοστό ανεβαίνει στο 4%, ενώ τις ηλικίες άνω των 60, το ποσοστό υπολογίζεται στο 7%. Ας σημειωθεί πως η πλειονότητα των κρουσμάτων προκύπτει σε γυναίκες άνω των 50, και περισσότερα από τα μισά αφορούν γυναίκες άνω των 60. [http://www.anti-cancer.gr/print\\_pages/1](http://www.anti-cancer.gr/print_pages/1)

### **1.2.3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οι διακυμάνσεις των ορμονών στον γυναικείο οργανισμό επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη φυσιολογία του μαστού. Αυτό συμβαίνει γιατί ο μαστός είναι

όργανο που εξαρτάται από τις ορμόνες και ειδικά από τα οιστρογόνα. Επειδή η αντιμετώπιση ενδοκρινικών διαταραχών λειτουργεί για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η λήψη τους με την μορφή των φαρμάκων αποτελεί έναν αιτιολογικό παράγοντα στην πρόληψη.

Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχθεί ότι τα οιστρογόνα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ασκούν προστατευτική δράση στη γέννηση του καρκίνου. Αντίθετα, η αυξημένη έκκριση οιστρονής και οιστραδιόλης έχουν καρκινογόνο δράση. Ταυτόχρονα, η αύξηση των αννωορρηκτικών κύκλων στην αναπαραγωγική περίοδο της γυναίκας οδηγεί σε μείωση της προστασίας στον καρκίνο. Αυτό συμβαίνει λόγω της μειωμένης παραγωγής οιστριόλης και προγεστερόνης, και της αύξηση του χρόνου έκθεσης σε πιθανές μεταλλακτικές δράσεις άλλων ορμονών . Τέλος, η μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων (οιστρονής) κατά την κλιμακτήριο οδηγεί με μικρή αύξηση της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο (Φ.Αναγνωστόπουλος, 1982).

#### **1.2.4 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Από τον προηγούμενο ήδη αιώνα, διαπιστώθηκε ένα είδος κληρονομικότητας του καρκίνου του μαστού . Με άλλα λόγια έχει διαπιστωθεί ότι μια γυναίκα της οποίας η μητέρα ή η αδερφή έχει προσβληθεί από καρκίνο, έχει περίπου διπλάσια πιθανότητα προσβολής από τη νόσο και τριπλάσια πιθανότητα προσβολής, όταν η μητέρα και η αδερφή έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με μια άλλη γυναίκα του ίδιου πληθυσμού χωρίς τέτοια επιβάρυνση. Επίσης, έχει διαπιστωθεί μεγάλη αύξηση της συχνότητας προσβολής θυγατέρων ή αδερφών γυναικών που είχαν προσβληθεί από τη νόσο σε νεαρή ηλικία (ποσοστό από 20 – 50 %). Η αύξηση του κινδύνου αυτού είναι ακόμη μεγαλύτερη , όταν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος ή έχει εμφανιστεί σε δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού . Είναι σημαντικό ωστόσο να

διευκρινίσουμε ότι ο κίνδυνος μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία που εμφανίστηκε στη συγγενή ο καρκίνος, αν ήταν πριν ή μετά την εμμηνόπαυση και αν αφορούσε τον έναν ή και τους δύο μαστούς (Αναγνωστόπουλος, 1982). Αναλυτικότερα, το ποσοστό κινδύνου εμφανίζεται αντιστρόφως ανάλογο με την ηλικία εμφάνισης της νόσου: Δηλαδή όσο μικρότερο σε ηλικία ήταν το μέλος της οικογένειας όταν νόσησε, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό κινδύνου για τις υπόλοιπες γυναίκες της οικογένειας.

### **1.2.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος είναι εξαιρετικά σημαντική για τον άνθρωπο καθώς και ο ίδιος αποτελεί ζωντανό οργανισμό που βρίσκεται σε διαρκή επικοινωνία με τους συνανθρώπους του και το χώρο που τον περιβάλλει (φύση και τεχνητό περιβάλλον).

Ειδικότερα, έρευνες έχουν αποδείξει πως η ακτινοβολία που παράγεται σε περιπτώσεις όπως αυτή της ακτινογραφίας ή της μαστογραφίας ή απελευθερώνεται με τη χρήση πυρηνικών εξοπλισμών όπως η ατομική βόμβα έχει καρκινογόνο δράση (Σακοράφας, 2000)

### **1.2.6 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Έχει διαπιστωθεί πως οι γυναίκες που συμπεριλαμβάνουν στη διατροφή τους πολλά λίπη και έλαια παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που δεν τα συμπεριλαμβάνουν. Μία επεξήγηση που προτάθηκε είναι η ακόλουθη: η αύξηση των λιπών και των ζωικών πρωτεϊνών στην τροφή συμβάλει στην αλλαγή του ενδοκρινικού



μεταβολισμού και συνεπώς την γρήγορη ανάπτυξη της γυναίκας. Αποτέλεσμα αυτού είναι η πρόωμη εμμηναρχή.

Πρέπει να τονισθεί ότι το λίπος αποτελεί όργανο παραγωγής οιστρογόνων.

Με τον τρόπο αυτό λοιπόν εξηγείται η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις παχύσαρκες γυναίκες . Επίσης , ενδέχεται η σύγχρονη δίαιτα να περιέχει διάφορες ουσίες που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης.

. <http://www.karkinos24.gr/index.php/karkinostoumastou>

Παράλληλα , αντικείμενο ερευνών έχει γίνει η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού και με τη λήψη μεθυλοξανθινών (καφές , τσάι , κόκα-κόλα και σοκολάτα).

Αναμφίβολο είναι το γεγονός ότι το 90% περίπου του γυναικείου πληθυσμού κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Ωστόσο , η καρκινογόνος δράση αυτών των ουσιών δεν έχει αποδειχθεί ακόμα επιστημονικά στην πρόκληση καρκίνου στο μαστό (Καρβέλας, 1995).

Το αλκοόλ παρουσιάζει δυσμενείς επιπτώσεις και σχετίζεται με την ύπαρξη δυσλειτουργιών που οδηγούν στον καρκίνο του μαστού. Σχετική βέβαια είναι και η συχνότητα κατανάλωσης του αλκοόλ, η οποία σε δοσολογία άνω των τριών ποτών την ημέρα συντελεί στην ανάπτυξη της νόσου.

Επίσης, η **κατανάλωση αλκοολούχων ποτών** από τις γυναίκες πιθανολογείται ότι σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνεται.

Η σχέση του αλκοόλ με την ασθένεια έχει τη βάση της και στα έτη κατά τα οποία έκανε χρήση αλκοόλ η ασθενής. Αξίζει να αναφέρουμε ότι στα άτομα που έκανα χρήση αλκοόλ κατά την εφηβεία είναι πολλαπλάσια μεγαλύτερη η πιθανότητα να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού.

Η χρήση καπνού σχετίζεται με τη σωματική ικανότητα, με χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στο πλάσμα και με πρόωμη εμμηνόπαυση.

Η **σωματική άσκηση** φαίνεται να δρα προστατευτικά έναντι του ενδεχόμενου καρκίνου του μαστού σύμφωνα με τους Frish και συν (1985), σε αθλητές και μη αθλητές.

### **1.2.7. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ)**

Η ινοκυστική μαστοπάθεια φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη τον καρκίνο του μαστού. Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικού μαστού και μαστού που νοσεί από καρκίνο ξεκινάει στη φάση του που τα κύτταρα πολλαπλασιάζονται. Οι κύστες που εμφανίζονται είναι διαμέτρου 2 έως 3 χιλιοστά

Περίπου μία στις δέκα γυναίκες με καρκίνο του μαστού θα εμφανίσει στη διάρκεια της ζωής και δεύτερη εστία καρκίνου μαστού. Παλαιότερα που συνηθιζόταν η μαστεκτομή, οι νέοι αυτοί καρκίνοι αναπτύσσονταν στον άλλο μαστό. Καθώς οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις γίνονται ολοένα και πιο διαδεδομένες είναι δυνατόν στον πάσχοντα μαστό που διατηρείται να αναπτυχθεί νέος καρκίνος (Τσιρλιάγκος,2004).

### **1.2.8 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη η συσχέτιση των μορφών καρκίνου και κάποιο συγκεκριμένο φάρμακο η καλλυντικό . Ωστόσο αιτιολογικό παράγοντα

εμφάνιση καρκίνου του μαστού φαίνεται να αποτελεί η χορήγηση ρεσερπίνης σε αυξημένες δόσεις και η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών (Καρβέλας, 1995).

### **1.2.9 ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

ΣΕ ΑΥΤΟΥΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ:

- ιστορικό ατυπίας στο μαστό τεκμηριωμένης με βιοψία μαστού, ιδιαίτερα στην περίπτωση ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού καρκίνου

- το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθώς ο καρκίνος του μαστού είναι σχετικά συχνότερος σε γυναίκες ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

- η προέλευση καθώς ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις γυναίκες που έχουν γεννηθεί στην Ευρώπη ή τη Βόρειο Αμερική συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν γεννηθεί στην Ασία.

- προηγούμενο ιστορικό καρκίνου των ωθηκών ή του ενδομητρίου

- διάφορα σύνδρομα "οικογενειακού καρκίνου" (cancerfamilysyndromes), όπως για παράδειγμα σύνδρομο Li-Fraumeni, νόσος Cowden, σύνδρομο Muir κλπ) (Σακοράφας, 2000).

### **1.2.10 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Συχνά σήμερα ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει συμπτώματα ανησυχητικά για την ασθενή. Πρόκειται επομένως για νόσο ασυμπτωματική. Η διάγνωσή του λοιπόν γίνεται με τη βοήθεια του περιοδικού προληπτικού (πληθυσμιακού) μαστογραφικού ελέγχου (screeningmammography). Ωστόσο,

κάποιες γυναίκες παρουσιάζουν ορισμένα συμπτώματα ανάμεσα στα οποία είναι ένα ή περισσότερα οζίδια (όγκοι) στον μαστό, αλλοιώσεις του δέρματος και της θηλής, πόνος, ευαισθησία και έκκριση από τη θηλή (Σακοράφας, 2000).

Η γενική αντίληψη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού είναι ότι κάθε μάζα (όγκος ή οζίδιο) του μαστού σε γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση θα πρέπει να θεωρείται καρκίνος μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο. Ο ίδιο συμβαίνει ακόμα και στην περίπτωση που η γυναίκα λαμβάνει ορμονοθεραπεία υποκατάστασης. Στο σημείο αυτό πρέπει βέβαια να αναφέρουμε ότι κάθε μάζα (όγκος) στον μαστό δεν είναι καρκίνος. Πράγματι, όγκοι σε ποσοστά της τάξεως του 70-80% δεν είναι καρκίνος. Αυτό όμως μπορεί να επιβεβαιωθεί μόνο μετά από προσεκτικό διαγνωστικό έλεγχο και κυρίως με τη βοήθεια της βιοψίας.

Η έκκριση από τη θηλή θεωρείται επίσης ύποπτη ιδιαίτερα όταν είναι αυτόματη, μόνο στον ένα μαστό, όταν γίνεται μετά την εμμηνόπαυση, όταν προέρχεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όταν είναι υδαρής (διαυγής), ορώδης, αιματηρή ή οροαιματηρή.

Κάθε φλεγμονώδης εμφάνιση του δέρματος του μαστού σε γυναίκα ηλικίας πάνω από 40 ετών θα πρέπει να θεωρείται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο με τη βοήθεια βιοψίας του μαστού. Επίσης ύποπτη είναι και η ύπαρξη εισολκών στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού. Χαρακτηριστική είναι μερικές φορές η εικόνα του δέρματος του μαστού, που μπορεί να παρομοιαστεί με φλοιό πορτοκαλιού.

Ο πόνος δεν αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού. Εντούτοις, η ύπαρξη πόνου σε μία μάζα στο στήθος δεν αποκλείει το ενδεχόμενο του καρκίνου του μαστού. Παράγοντες όπως η περιοδική εμφάνιση του πόνου και στους δύο μαστούς, η συσχέτιση του πόνου με τον καταμήνιο κύκλο (περίοδο) κλπ αποτελεί ένδειξη ότι ο πόνος σχετίζεται με ορμονικές μεταβολές και όχι οπωσδήποτε με καρκίνο.

Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν η πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του μαστού να είναι οι εκδηλώσεις των μεταστάσεων του (π.χ. πόνος λόγω οστικών μεταστάσεων, διόγκωση μασχαλιαίου λεμφαδένα κλπ).

Τα ειδικά συμπτώματα από τα οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ο καρκίνος του μαστού σε γενικές γραμμές είναι τα εξής:

- Εξόγκωμα, ογκίδιο ή σκλήρυνση στην ευρύτερη περιοχή του μαστού και/ή της μασχάλης.
- Έκκριση υγρών ή αίματος από τη θηλή του μαστού.
- Διόγκωση λεμφαδένων της μασχάλης.
- Έλξη του δέρματος ή της θηλής προς το εσωτερικό του μαστού (εισολική δέρματος).
- Αλλοιώσεις του δέρματος (όψη φλοιού πορτοκαλιού).
- Ερυθρότητα, φλόγωση, ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος <http://katirtzidaki.weebly.com/>

Καθίσταται επομένως φανερό ότι αν η γυναίκα αντιληφθεί οτιδήποτε από τα παραπάνω θα πρέπει να ανησυχήσει και να συμβουλευθεί τον ιατρό της. Ο έλεγχος ξεκινάει με κλινική εξέταση (Σακοράφας, 2000).

### **1.3Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Στις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου των γυναικών. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες στις Η.Π.Α. όπως και τη Δυτική Ευρώπη. Μία στις εννέα γυναίκες που γεννιούνται στις Η.Π.Α, θα εμφάνιση καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Περίπου 180.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίστηκαν στις Η.Π.Α. το 1995 και 45.000 πέθαναν από τη νόσο. Χαρακτηριστικά, αυτός ο καρκίνος είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από ασθένεια σε νέες γυναίκες ηλικίας 25 και 35 ετών και η πιο συχνή αιτία θανάτου γενικά στις γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών.

Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια. Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση-μαστογραφία)

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε κλινική, εργαστηριακή και χειρουργική. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η αυτοεξέταση του μαστού και η ψηλάφηση κάποιου ύποπτου ευρήματος είναι εκείνη που θα βάλει υποψίες στη γυναίκα και θα την οδηγήσει στο γιατρό για περαιτέρω εξετάσεις που θα οδηγήσουν στη διάγνωση (Κορδιόλης,1992).

#### **1.3.1 Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Το γεγονός ότι πολλοί τύποι καρκίνου δεν είναι εύκολο να διαγνωστούν στα αρχικά στάδια δεν πρέπει να αποθαρρύνει τη μέθοδο αυτή. Η αυτοεξέταση του

μαστού δε θα πρέπει να γίνεται κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας, αλλά μία εβδομάδα αργότερα. Η επισκόπηση των μαστών θα πρέπει να γίνεται μπροστά στον καθρέπτη, με καλό φωτισμό και τα χέρια σε τρεις διαδοχικές θέσεις: πάνω από το κεφάλι, πίσω από το κεφάλι, και στα πλάγια. Η ψηλάφηση του μαστού θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση, με το σύστοιχο του προς εξέταση μαστού χέρι τοποθετημένο κάτω από το κεφάλι, ενώ με τα δάχτυλα του αντίστοιχου χεριού ψηλαφάτε μεθοδικά όλος ο μαστός. Πολλές φορές διογκώσεις μέσα στο μαστό ανιχνεύονται από τις γυναίκες κατά τα διάρκεια του μπάνιου, καθώς η σαπουνάδα βοηθάει το χέρι να γλιστρά πάνω στο μαστό. Αυτή η εμπειρία θα πρέπει να συνιστάται, ώστε να αποτελεί μέρος της αυτοεξέτασης (Φύσσας, 2006).

### **1.3.2 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Πολλές καλοήθεις βλάβες μιμούνται κλινικά τα καρκινώματα του μαστού. Η οξεία βακτηριακή μαστίτιδα μπορεί εύκολα να συγχυθεί με τον φλεγμονώδη καρκίνο. Η νέκρωση λίπους μπορεί να παρουσιάζεται ως ένας συμπαγής ανώμαλος επικρατών όγκος. Η δυσπλασία του μαστού συχνά εμφανίζει διάχυτες αλλοιώσεις (ογκίδια), αλλά μπορεί να παρουσιαστεί και ως μία μονήρης ύποπτη μάζα. Οι καλοήθεις νεοπλασίες μπορούν επίσης να συγχυθούν κλινικά με καρκινώματα (Κορδιόλης, 1992).

Η πλειονότητα των ογκιδίων του μαστού αποδεικνύεται ότι είναι καλοήθη, ειδικά σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πάντως, αν υπάρχει οποιαδήποτε κλινική αμφιβολία για τη διάγνωση, πρέπει να ακολουθεί έλεγχος που να περιλαμβάνει και τη βιοψία. Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα είναι μερικές φορές χρήσιμα για το διαχωρισμό καλοήθους από κακή νόσο του μαστού. Είναι σημαντικό πάντως να τονιστεί ότι σε ύποπτους όγκους πρέπει πάντα να εκτελείται βιοψία έστω και αν τα μαστογραφικά ευρήματα είναι

ασήμαντα. Το 10-20% των καρκίνων δεν αποκαλύπτονται μαστογραφικά. Η αναρρόφηση υγρού με βελόνα σε ύποπτες κύστες είναι επίσης χρήσιμη. Αν εξαχθεί υγρό και το ογκίδιο μικραίνει με την αναρρόφηση, ο γιατρός μπορεί να είναι σίγουρος ότι η κύστη είναι καλοήθης.

Η κυτταρολογική εξέταση του υγρού της κύστης είναι ικανή να εντοπίσει στο μαστό την ύπαρξη ενός σπάνιου κυστικού καρκινώματος. Η εξέταση του ιστού με αναρροφητική κυτταρολογική εξέταση, βιοψία με βελόνα ή ανοιχτή βιοψία οδηγούν συνήθως στην ανίχνευση συμπαγών όγκων. . Αν το αποτέλεσμα της βιοψίας είναι θετικό για καρκίνωμα, μία δεύτερη εξέταση είναι θεμιτή και ταυτόχρονα απαραίτητη προκειμένου να επιβεβαιωθεί το αρχικό αποτέλεσμα (Κούζης, 2004).



### **1.3.3ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **1.3.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Είναι παγκοσμίως γνωστό πως ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου που μπορεί να εμφανίσει μια γυναίκα. Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία που έχουν δει το φως της δημοσιότητας 1 στις 10 το πολύ 14 γυναίκες πρόκειται να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό κατά τη διάρκεια της ζωής της. Παράλληλα, σύμφωνα με έρευνα της American Cancer Society ο καρκίνος του μαστού είναι η μορφή καρκίνου που προκαλεί τους περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε όσον αφορά τις γυναίκες.

Ωστόσο, η ανάπτυξη της επιστήμης σε συνδυασμό με εκτεταμένες έρευνες που έλαβαν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες σχετικά με την πρόληψη, τα αίτια, τις θεραπείες κλπ., συνέβαλαν στην αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης των γυναικών που προσβλήθηκαν από αυτή τη νόσο. Αυτή η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έστρεψε την προσοχή των ερευνητών σε μια άλλη πτυχή του νοσήματος, τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, οι οποίες για πολλά χρόνια είχαν δυστυχώς αγνοηθεί.

Την αρχή έκανε ο G. Engel το 1977 όταν δημοσίευσε σε επιστημονικό περιοδικό (Science) την πρότασή του για ένα νέο ιατρικό μοντέλο, το βιοψυχοκοινωνικό, το οποίο θα αντικαταστούσε εκείνο που ίσχυε μέχρι τότε (βιοιατρικό). Από τότε και στο εξής παρατηρείται σημαντική αύξηση του ενδιαφέροντος των ερευνητών για μια ολιστική προσέγγιση των ατόμων που ασθενούν. Ας δούμε όμως αναλυτικότερα τι σημαίνει αυτό.

Ο άνθρωπος αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συστήματος. Για το λόγο αυτό, για να θεωρηθεί μία θεραπεία αποτελεσματική, θα πρέπει να απευθύνεται

ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις του ανθρώπου, την βιολογική, την ψυχολογική και την κοινωνική. Μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε πως σοβαρά νοσήματα όπως ο καρκίνος, ο οποίος έχει εξαιρετικά υψηλό ποσοστό θνησιμότητας απαιτούν μία τέτοιου είδους θεραπεία (Τούντας, 2001).

### **1.3.3.2 ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.**

Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει ο καρκίνος του μαστού όσον αφορά την ψυχοκοινωνική του διάσταση, αφορούν κυρίως το ίδιο το όργανο που προσβάλλεται από τη νόσο. Αναλυτικότερα, εύκολα διαπιστώνουμε το διπλό πρόβλημα που αντιμετωπίζει μια γυναίκα που προσβάλλεται από τον καρκίνο του μαστού. Από τη μια μεριά καλείται να αντιμετωπίσει μια ασθένεια που μπορεί να της στοιχίσει την ίδια της τη ζωή και από την άλλη αντιμετωπίζει την πιθανότητα να χάσει ένα τμήμα του σώματός της, τμήμα το οποίο συμβολίζει για εκείνη την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού συνήθως κάνει την εμφάνισή του σε ηλικία που η γυναίκα βάλλεται και από άλλους παράγοντες όπως η εμμηνόπαυση και το γήρας, μας οδηγεί στο να κατανοήσουμε την πολυπλοκότητα των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας.

### **1.3.3.3 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο τρόπος που κάθε άνθρωπος αντιδρά όταν καλείται να αντιμετωπίσει ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων όπως είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, τα κοινωνικά στερεότυπα και τις πολιτικές υγείας και πρόνοιας. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με

τους μηχανισμούς που αναπτύσσει ο άνθρωπος προκειμένου να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση, διαπιστώθηκε πως οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται είναι οι ακόλουθοι: Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

α) Άρνηση (Denial). Το άτομο που πάσχει από το νόσημα αρνείται κατηγορηματικά να δεχτεί ότι έχει προσβληθεί από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού συγκεκριμένα αρνείται τη διάγνωση ενώ αποφεύγουν συστηματικά να μιλήσουν γι' αυτό το θέμα.

β) Μαχητικότητα (Fighting Spirit). Η ασθενής που αναπτύσσει αυτό το μηχανισμό συνειδητοποιεί γρήγορα τα νέα δεδομένα και αποφασίζει να παλέψει και να νικήσει την ασθένεια. Η ψυχολογία τους είναι αρκετά καλή, προσπαθούν με κάθε δυνατό τρόπο να ενημερωθούν για το πρόβλημα και την αντιμετώπισή του αισθάνονται τυχερές που το "ανακάλυψαν γρήγορα".

γ) Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance). Οι ασθενείς αυτές δέχονται κάπως παθητικά την διάγνωση. Αυτό σημαίνει πως κατά κάποιο τρόπο συνεχίζουν τη ζωή τους στους ίδιους ρυθμούς αφού δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα να ενημερωθούν σχετικά με τη νόσο εκτός βέβαια αν προκύψουν νέα ανησυχητικά συμπτώματα.

δ) Αποδοχή σε συνδυασμό με άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance). Τα βασικά χαρακτηριστικά των γυναικών που αναπτύσσουν αυτό τον μηχανισμό είναι άγχος ή/και θλίψη. Κάνουν βέβαια ότι μπορούν για να ενημερωθούν σχετικά με το πρόβλημα, αλλά δυστυχώς έχουν την τάση να ερμηνεύουν όσα μαθαίνουν με αρνητικά και απαισιόδοξο τρόπο.

ε) Απελπισία/Αβοηθητικότητα (Hopeless/Helpless). Οι γυναίκες αυτές κυριεύονται εξ ολοκλήρου από φόβο και απελπισία. Αισθάνονται συνεχώς άρρωστες ακόμη και όταν δεν έχουν συμπτώματα και φέρονται σα να πρόκειται να πεθάνουν σύντομα (Τούντας, 2001).

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί οδήγησαν στο συμπέρασμα πως η προσαρμογή

της γυναίκας στην ιδέα της νόσου του καρκίνου του μαστού μεταβάλλεται σταδιακά από τη στιγμή της διάγνωσης και δεν είναι στατική. Έρευνα (Morris 1977) έδειξε ότι ένα ποσοστό 50% ίσως και περισσότερο των γυναικών αυτών προσαρμόζονται από την αρχή στη νέα κατάσταση (στωϊκή αποδοχή). Το 15% αναπτύσσει το μηχανισμό της άρνησης, ένα άλλο 15% αντιδρά με μαχητικότητα, ενώ μία στις δέκα γυναίκες αντιδρά με απελπισία και ακόμα λιγότερες με άγχος και θλίψη. Δύο χρόνια το πολύ μετά τη διάγνωση παρατηρείται αισθητή μείωση των γυναικών που αντιδρούν με μαχητικότητα και άρνηση, και έτσι επτά στις δέκα εμφανίζουν στωϊκή αποδοχή. Οδηγούμαστε λοιπόν στο συμπέρασμα πως η στωϊκή αποδοχή αποτελεί τον κυρίαρχο μηχανισμό που αναπτύσσεται για την προσαρμογή και αντιμετώπιση του καρκίνου.

“Έρευνες που έγιναν για να ελεγχθεί ο βαθμός που επηρεάζονται η επιβίωση και η πρόγνωση από τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου και από την προσωπικότητα των ασθενών έδειξαν τα εξής:

α) Οι ασθενείς που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου αναπτύσσουν το μηχανισμό της άρνησης, φαίνεται να έχουν αρκετά καλή πρόγνωση.

β) Οι ασθενείς, που τρεις μήνες μετά την χειρουργική θεραπεία καρκίνου πρώιμου σταδίου εμφανίζουν μαχητικότητα, παρουσιάζουν και εκείνοι καλύτερη πρόγνωση(δεν έχουν καταλήξει όμως όλοι οι ερευνητές σε αυτό το συμπέρασμα).

γ) Αντίθετα, οι ασθενείς με απελπισία ή/και αβοηθητότητα εμφανίζουν αναμενόμενα πιο άσχημη πρόγνωση.

δ) Όσον αφορά στους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου, αυτοί που φαίνεται να παίζουν πρωταρχικό ρόλο για την επιβίωση είναι οι βιολογικοί και όχι οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Πολλές έρευνες ασχολήθηκαν με τη διερεύνηση των μηχανισμών με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού.. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί που προέκυψαν από τις έρευνες είναι οι ακόλουθοι :

α) Γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά τη μαστεκτομή δε φαίνεται να προσαρμόζονται στη νέα κατάσταση αλλά δυσφορούν έντονα γι' αυτήν, εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (natural killer cells, NK), και επομένως καλύτερη πρόγνωση.

β) Γυναίκες που ακόμη και 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή τείνουν ακόμα να βρίσκονται στη φάση της άρνησης του προβλήματός τους εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρινών IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή με αποτέλεσμα να προκαλέσουν είτε την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ή το αντίθετο (Φύσσας, 2006).

#### **1.3.3.4 ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Υπάρχουν αρκετά αναπάντητα ερωτήματα όσον αφορά την εκτίμηση και τη μέτρηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στον καρκίνο του μαστού. Το κυριότερο από τα ερωτήματα αυτά έχει να κάνει με τα κριτήρια βάση των οποίων διακρίνονται οι "περιπτώσεις" από τις "μη περιπτώσεις". Υπάρχει έντονη δυσκολία να διακριθείμε τα υπάρχοντα εργαλεία η παροδική δυσφορία και απογοήτευση που είναι απόλυτα φυσιολογική σε τέτοιες καταστάσεις από μια αληθινή ψυχική διαταραχή που απαιτεί ιδιαίτερη θεραπεία για να καταπολεμηθεί. Τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών πάνω στο θέμα αυτό είναι τα

ακόλουθα:

α) Περίπου 1 στις 4 γυναίκες τα δύο πρώτα χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού εμφανίζουν κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής (π.χ. κατάθλιψη). Ωστόσο αυτή η διαταραχή συνήθως είναι ήπια και αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος οι γυναίκες αυτές να επισκεφθούν ψυχίατρο. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό 5% το οποίο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται ειδική θεραπεία για να ξεπεραστεί το πρόβλημα.

β) 30% των γυναικών μετά την χειρουργική επέμβαση δυσκολεύονται στη σεξουαλική τους προσαρμογή. Ωστόσο, αν μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε τη σεξουαλική αυτή δυσκολία θα λέγαμε πως είναι συνήθως μέτριου βαθμού και απόλυτα φυσιολογική. Μόνο σε ένα μικρό ποσοστό (5%) φαίνεται να είναι πιο σοβαρή και χρήζει ειδικής παρακολούθησης (Φύσσας, 2006).

Στο σημείο αυτό θα ήταν ενδιαφέρον να μελετήσουμε τις ψυχολογικές επιπτώσεις της μαστεκτομής και της ογκεκτομής, των δύο τρόπων αντιμετώπισης του καρκίνου στο εγχειρητικό στάδιο. Το είδος της επέμβασης, ριζικής ή μη ριζικής αποφασίζεται με κριτήριο το στάδιο της νόσου, την ηλικία της ασθενούς κλπ. Τα συμπεράσματα των ερευνών συνοψίζονται ως εξής :

α) Διαφορές στην εικόνα του εαυτού : Για μειωμένη ελκυστικότητα και θηλυκότητα κάνουν λόγο και οι δύο ομάδες γυναικών λίγους μήνες μετά την επέμβαση. Διαφορές εντοπίζονται 1 χρόνο μετά όταν οι γυναίκες με μη ριζική επέμβαση επιστρέφουν στην προ χειρουργική τους κατάσταση, ενώ εκείνες με ριζική επέμβαση συνεχίζουν να αισθάνονται άσχημα για την εικόνα τους

β) Διαφορές στην σεξουαλική λειτουργία : Φαίνεται ότι οι ασθενείς με μαστεκτομή είναι εκείνες που παρουσιάζουν μεγαλύτερα προβλήματα στην σεξουαλική τους λειτουργία. Οι γυναίκες που κάνουν μη ριζική επέμβαση είναι σπάνιο, σχεδόν

απίθανο να αντιμετωπίσουν τέτοιο πρόβλημα. γ) Διαφορές στις ψυχιατρικές διαταραχές (αγχώδεις - καταθλιπτικές διαταραχές) : Σε αυτή την κατηγορία δε φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες γυναικών

#### **1.3.3.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς:

α) στην ποιότητα ζωής : η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη και εξασθενημένη και αυτό είναι απόλυτα λογικό αν αναλογιστούμε πως και μόνο η ίδια η ασθένεια μειώνει το επίπεδο λειτουργικότητά τους. Παρόλα αυτά μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει κάποια συστηματική προσπάθεια για τον ποσοτικό προσδιορισμό των επιπτώσεων αυτών.

β) στην πρόγνωση : Έρευνες έδειξαν πως γυναίκες που εμφανίζουν κατάθλιψη μεγάλου βαθμού έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.

#### **1.3.3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.**

Το περιβάλλον της γυναίκας (κοινωνικό-οικογενειακό) παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη ζωή της γυναίκας που έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Σημαντικό ρόλο καλούνται να παίξουν ο σύζυγος της γυναίκας καθώς και τα υπόλοιπα μέλη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός πως οι σχέσεις μεταξύ της οικογένειας συχνά βελτιώνονται καθώς η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι της παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη και μειώνεται η δυσφορία της.

Πρόσφατη έρευνα απέδειξε πως το κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας που νοσεί πράγματι επηρεάζει άμεσα την πορεία της υγείας της καθώς απέδειξε ότι σοβαρά γεγονότα ζωής κατά την διάρκεια των προηγούμενων 5 ετών πριν την διάγνωση του καρκίνου στη γυναίκα, δύνανται να αυξήσουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού από 3 έως 11 φορές (Τούντας, 2001).

#### **1.4 ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

##### **1.4.1. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι πιο συχνές ψυχολογικές διεργασίες στον ασθενή σύμφωνα με τον Hicks, (2003) είναι οι εξής:

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

Τα άτομα που κάνουν εύκολα παλινδρόμηση είναι οι «καλοί ασθενείς» όπου αφήνονται στη φροντίδα των άλλων. Ο ρόλος αυτός τους αρέσει, κυρίως όταν είναι άτομα που στερούνται ιδιαίτερη φροντίδα, προσοχή ή στοργή (Καλαντζή -Αζίζι, 1983).

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



- Το φαινόμενο της λεγόμενης « **μαγικής σκέψης** »:αυτόέρχεται σε αντίθεση με τη λογική σκέψη. Ασθενείς που πάσχουν από βαριές ασθένειες νομίζουν ότι με ορισμένες σκέψεις ή πράξεις μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά μια κατάσταση και να φθάσουν σε ένα σκοπό.

Ο **φόβος** και το **άγχος**:Ο φόβος αποτελεί κοινό και απόλυτα φυσιολογικό συναίσθημα στους ανθρώπους που έχουν προβλήματα στην υγεία τους. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην νιώθει φόβο. Όσον αφορά τώρα το άγχος πρόκειται για ένα δυσάρεστο συναίσθημα που διογκώνεται ιδιαίτερα σε περίπτωση ασθένειας. Αυτό συμβαίνει γιατί ο ασθενής δεν έχει διεξόδους και οι σκέψεις του περιστρέφονται γύρω από την ασθένεια και τις άσχημες επιπλοκές που μπορεί να συμβούν (Καλαντζή-Αζίζι, 1983).

Υφίσταται μια άρρηκτη σχέση μεταξύ του καρκίνου του μαστού και του άγχους. Η σχέση αυτή συνδέεται και με την πρόοδο της νόσου καθώς και με τη γενική στάση της ασθενούς απέναντι στις αλλαγές που επιφέρει. Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1986) απαιτείται διαρκείς και συστηματική μελέτη ώστε να εξεταστεί η επίδραση του άγχους στην ανάπτυξη του καρκίνου της ασθενούς (Αναγνωστόπουλος etal. 1986).

Μια αγχωτική κατάσταση σε έναν άνθρωπο σημαίνει την εμφάνιση του φαινομένου fight or flight effect (αντίδραση μάχης ή αποφυγής). Κατά το φαινόμενο αυτό, συμβαίνουν κάποιες διαδικασίες στον οργανισμό του ατόμου, διαδικασίες οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την υπολειτουργία ή ακόμα την αναστολή λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Συνέπεια αυτής της υπολειτουργίας είναι η δημιουργία μιας επιπλέον ευαισθησία στην ασθενή που την κάνει ακόμη πιο ευάλωτη στη νόσο (Chamberlain, 1999) .

Στην περίπτωση τώρα που η ασθενής αντιδρά με ελεγχόμενο άγχος και ανησυχία απέναντι στη νόσο, το ανοσοποιητικό σύστημα στέλνει και λαμβάνει θετικά μηνύματα από τον εγκέφαλο. Αυτή δραστηριότητα οδηγεί το ανοσοποιητικό σύστημα στη δυναμική αντίδραση κατά της ασθένειας. Ειδικότερα, η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ του μυαλού και του και του σώματος ονομάζεται ψυχονευροανοσολογία (Chamberlain, 1999).

**Ψυχονευροανοσολογία και Βιο-κατευθυνόμενο μοντέλο:** Η έρευνα στην ψυχονευροανοσολογία έχει τις βάσεις της στη αρχή της δεκαετίας του 60. Η λογική της στηρίζεται στη συμβολή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αύξηση και διατήρηση του ανοσοποιητικού συστήματος (Clausetal., 1991).

Η συμβολή της ψυχονευροανοσολογίας στον καρκίνο του μαστού της γυναίκας είναι πολύπλευρη και στηρίζεται στην συμβολή και αισιοδοξία που μετριάζουν τις αντιδράσεις του άγχους. Οι μελετητές της ψυχονευροανοσολογίας ερευνούν τους βιολογικούς και κυτταρικούς μηχανισμούς με τους οποίους το άγχος δύναται να επηρεάσει το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού. Υποστηρίζουν επίσης ότι το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελεί την «έκτη αίσθηση» που δίνει τον εγκέφαλο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ατόμου (Claus etal, 1991). Σύμφωνα με τους Claus etal., (1991) όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που καταφέρνουν να μειώσουν το άγχος κερδίζουν περισσότερα χρόνια ζωής και παρουσιάζουν βελτίωση του ανοσοποιητικού τους συστήματος.

Η πιο σύγχρονη θεώρηση της ψυχονευροανοσολογίας καλείται βιο-κατευθυνόμενο μοντέλο. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό το ανοσοποιητικό σύστημα συνδέεται μονόδρομα με τον εγκέφαλο με φορά προς αυτόν και όχι αντίθετα. Συνεπώς το ανοσοποιητικό δρα σαν αγγελιοφόρος και επισημαίνει στον εγκέφαλο τη μη φυσιολογική λειτουργία των οργάνων.

Ταυτόχρονα η θεώρηση του βιο-κατευθυνόμενο μοντέλου συμφωνά με τους Bromenetal. 2000 η πειραματική ψυχολογία δείχνει ότι οι Κυτοκίνες που απελευθερώνει ο εγκέφαλος, οι οποίες ενεργοποιούν τις αντιδράσεις του οργανισμού κατά τη διάρκεια της νόσου, λειτουργούν πιο αποδοτικά χωρίς το καθεστώς πίεσης και άγχους του οργασμού. Κατά τη νόσο του καρκίνου του μαστού οι Κυτοκίνες διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο γιατί ενεργοποιούν το κύμα "απαντήσεων" του οργανισμού προς τη νόσο. Η πειραματική θεώρηση των Bromenetal. 2000 κατέδειξε τη μεγάλη δύναμη που έχει το «πιστεύω» έναντι του «έχω». Αυτό σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα θα μπορούσε να επηρεαστεί από αυτό που ένας οργανισμός πιστεύει αλλά και από αυτό που συμβαίνει στον εγκέφαλό του (Bromenetal. 2000).

#### **1.4.2. ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

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

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

- I. από τους παράγοντες που αφορούν την ίδια την αρρώστια και
- II. από τους παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο.

Ειδικότερα, οι παράγοντες που αφορούν την αρρώστια σχετίζονται με τη φύση της, τη βαρύτητα της, την πρόγνωση και εξέλιξη της, το είδος της θεραπείας που

απαιτεί, αλλά και από το πώς την αντιμετωπίζει το κοινωνικό σύνολο. Οι παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή (Παπαδάτου, 1995).

Τη διάγνωση του καρκίνου συνοδεύει η σταδιακή συνειδητοποίηση των απωλειών που επιφέρει, με συνέπεια να αναδύεται μια αντίδραση θρήνου. Ο θρήνος μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των αντιδράσεων απέναντι σε ένα γεγονός που το άτομο αντιλαμβάνεται ως απώλεια (Doka, 1993).

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

Ο πόνος και η μοναξιά που αισθάνεται ο καρκινοπαθής τον οδηγούν σε μια ψυχική καταπίεση. Η αξιοπρέπεια που κέρδισε με τόσο κόπο εξασθενεί. Από την πολυσύνθετη αντίληψη του σώματος του ενήλικου, του ώριμου ανθρώπου, υποχωρεί σε μια πιο παιδική εικόνα του σώματος. Εκείνο που είναι φοβερά διαβρωτικό για τον ασθενή είναι ο οίκτος. Όταν ο ασθενής αντιληφθεί ότι τον λυπούνται, μειώνει την ικανότητα του να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Ο οίκτος του ενισχύει την αίσθηση της ανημποριάς, γιατί του δείχνει ότι βρίσκεται σε κατώτερο επίπεδο (Δημοπούλου, 1994).

Έχει αποδειχθεί ότι η ψυχολογική κατάσταση των καρκινοπαθών μπορεί να επηρεάσει τη νόσο και από βιολογικής πλευράς. Μελέτες μας οδήγησαν στη διαπίστωση πως ασθενείς με ραγδαία επιδείνωση της υγείας τους παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, συχνότερη τάση για άρνηση της νόσου τους και καταθλιπτικές αντιδράσεις.

Στη περίπτωση μιας σοβαρής, βαριάς ασθένειας οι μηχανισμοί άμυνας είναι ποικίλοι. Η πρόγνωση για την εξέλιξη της ασθένειας αναγκάζει το ψυχικό

όργανο του ασθενή να οργανώσει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης. Η ασθενής νιώθει έντονα την απειλή όσον αφορά τη φυσική σωματική αρτιμέλεια, αλλά και τη ναρκισσιστική αρτιμέλεια η οποία συμβολίζεται μέσα από το σώμα, ένα σώμα που προδίδει από την μια και απειλείται από την ενόρμηση του θανάτου από την άλλη. Σε αυτό το γεγονός προσθέτονται οι φαντασιακές αγχωτικές αναπαραστάσεις γύρω από το σώμα, την ασθένεια και το θάνατο (Frank, 1995).

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

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής, έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας πολλών ερευνητών. Κατά την (KublerRoss,2004) κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά νόσο (π.χ. καρκίνο) περνάει από πέντε στάδια από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το θάνατο. Τα πέντε αυτά στάδια είναι τα εξής:

- Η άρνηση και η απομόνωση. Πρόκειται για την πρώτη αντίδραση που παρουσίασαν τα υποκείμενα που ερευνήθηκαν, όταν πληροφορήθηκαν για τη νόσο τους. Ειδικότερα, πρώτα αρνήθηκαν να το πιστέψουν και λίγο αργότερα έπεσαν σε περισυλλογή και απομονώθηκαν. Όταν συμβαίνει αυτό το άτομο καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια, κάτι που μπορεί να έχει πολύ άσχημες συνέπειες για την υγεία του. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση.

- Χαρακτηριστικό δείγμα του θυμού που αισθάνονται οι ασθενείς είναι η φράση « Γιατί εγώ; ». Ο ασθενής αισθάνεται άτυχος και πολύ πικραμένος. Ο θυμός του μπορεί να στραφεί προς τα μέλη της οικογένειάς του ή σε άλλα πρόσωπα υγιή, το Θεό κλπ. Αποτέλεσμα της συμπεριφοράς αυτής είναι η

απομόνωση του ασθενούς και η αποξένωσή σε μια περίοδο που χρειάζεται απόλυτη υποστήριξη.

- Η συνδιαλλαγή. Ο ασθενής ηρεμεί κάπως σε σχέση με τη συμπεριφορά του στο προηγούμενο στάδιο και σε αντάλλαγμα ζητάει αναβολή του μοιραίου. Πολύ επιτυχημένα η συμπεριφορά αυτού του σταδίου έχει παρομοιασθεί παρομοιασθεί με μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του, την αρνούνται (KublerRoss,2004).

- Η κατάθλιψη. Κατά την KublerRoss (2004) υπάρχουν δύο είδη κατάθλιψης που παρουσιάζουν αυτοί οι ασθενείς.

**Η αντιδραστική κατάθλιψη.** Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του είδους κατάθλιψης αποτελεί η που υποβάλλεται σε μαστεκτομή και αντιλαμβάνεται πως δεν είναι πλέον μια πλήρης γυναίκα. Τρόποι να βοηθηθεί η ασθενής και να βγει από την κατάσταση αυτή είναι η συζήτηση, η εξωτερίκευση των αισθημάτων της και η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού.

**Η προπαρασκευαστική κατάθλιψη.** Ο ασθενής προετοιμάζεται για το τελικό στάδιο και σκέπτεται συνεχώς ότι σε μικρό χρονικό διάστημα πρόκειται να χάσει τα πάντα (KublerRoss,2004)

- Η αποδοχή. Ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι το τέλος πλησιάζει και αρχίζει να περιορίζει στο ελάχιστο τα ενδιαφέροντά του, θέλει να μείνει μόνος του και η επικοινωνία του με το περιβάλλον να περιορίζεται σε κάποια νοήματα. Συχνά, κοιμάται ακανόνιστα και περιμένει τη στιγμή που θα κοιμηθεί για πάντα.

Αξίζει να αναφέρουμε πως κατά την KublerRoss (2004) δεν περνάνε όλοι οι ασθενείς τον ίδιο χρόνο σε κάθε στάδιο.

Δεν είναι λίγες οι φορές που ο καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά «στιγματισμένος» . Οι αντοχές του είναι μηδαμινές και πολύ ο ασθενής αισθάνεται μπερδεμένος και τρομοκρατημένος εξαιτίας της χρήσης

πολύπλοκων μηχανημάτων που εφαρμόζονται πάνω του για την καταπολέμηση της ασθένειας.

Επίσης, οι ασθενείς νιώθουν ανασφάλεια όσον αφορά την ασθένεια τους και ανησυχούν για το μέλλον τους καθώς τρομοκρατούνται στην ιδέα επανεμφάνισης της νόσου και εμπλοκής τους σε νέες περιπτώσεις και νέο αγώνα (Κούζης, 2004).

Κάποιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν αυτή την ανασφάλεια με την πληροφόρηση και τη συζήτηση του θέματος. Αυτό τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν καλύτερα την νόσο τους. Από την άλλη πολλοί έρχονται αντιμέτωποι με έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις, που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και πιθανόν ειδικής φαρμακευτικής αγωγής.

Η αρνητική επίπτωση που έχει ο καρκίνος στην ψυχολογία του ανθρώπου οφείλεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό στη μεγάλη σημασία που δίνουν οι δυτικές κοινωνίες στην εικόνα του σώματος και την σωματική τελειότητα. Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου αποτελεί βασικό παράγοντα άσχημων ψυχολογικών αντιδράσεων από τους ασθενείς. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν μπορούν να αντέξουν την ιδέα της αλλαγής του σώματός τους. Ο καλύτερος τρόπος να βοηθήσουμε τον ασθενή σε αυτή τη φάση είναι να τονίσουμε πως πρόκειται για κάτι παροδικό και πως με την κατάλληλη παρέμβαση ειδικών επιστημόνων υπάρχει η δυνατότητα αποκατάστασής του(Κούζης, 2004).

#### **1.4.3. Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Όσον αφορά την απώλεια της σεξουαλικότητας πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η προσωπική ή η συζυγική τους ζωή αλλάζει προς το χειρότερο λόγω των

θεραπειών. Είναι πιθανό η όλη διαδικασία να έχει τις ρίζες της στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου λόγω της ασθένειας ή και της θεραπείας .

Τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις δημιουργούνται, γιατί οι παρενέργειες της συντηρητικής θεραπείας έρχονται να προστεθούν στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να οδηγηθεί ο ασθενής στην χαμηλή αυτοεκτίμηση (Κορδιόλης,1992).

Η άρνηση του καρκίνου από το κοινωνικό σύνολο και η αποφυγή της συζήτησης από φίλους και συγγενείς, δημιουργεί ένα αίσθημα απόρριψης και αρνητικής αντίληψης από τον κοινωνικό περίγυρο, που οδηγεί στην αρνητική εικόνα σώματος με αποτέλεσμα την σεξουαλική δυσλειτουργία. Η πολυδιάστατη λοιπόν αιτιολογία των σεξουαλικών διαταραχών απαιτεί και ανάλογο νοσηλευτικό πλαίσιο φροντίδας, που θα απευθύνεται στις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς. Απαιτείται καλή γνώση κανόνων επικοινωνίας, των μεθόδων προσέγγισης, καθώς και επαγγελματική εμπειρία (Κούζης ,2004).

Πολλοί ερευνητές περιγράφουν τους ασθενείς ως άτομα με πολλές αναστολές, ως καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες και ως άτομα συμβατικά και καθηλωμένα στους τύπους. Κοινό στοιχείο της προσωπικότητας των περισσότερων αποτελεί η τάση για άρνηση και καταπίεση των συναισθημάτων τους τα οποία κρύβουν από μια πρόσοψη ηρεμίας και ευχαρίστησης. Στα ίδια άτομα έχει παρατηρηθεί επίσης πως παρουσιάζουν περισσότερο ενδιαφέρον για όσα συμβαίνουν γύρω τους παρά στον ίδιο τους τον εαυτό (Κούζης, 2004).



#### **1.4.4. ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Είναι γνωστό ότι η θεραπεία του καρκίνου έχει υψηλό άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος. Όσον αφορά το άμεσο κόστος είναι ως επί το πλείστον αυτό που επιβαρύνει το εκάστοτε Σύστημα Υγείας και προκύπτει μεταξύ άλλων από την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις χειρουργικές επεμβάσεις, διαγνωστικές εξετάσεις και τη φαρμακευτική αγωγή.

Το έμμεσο οικονομικό κόστος προκύπτει από τη μειωμένη παραγωγικότητα του ασθενούς αλλά και ολόκληρης της οικογένειας της λόγω της απώλειας ημερών εργασίας. Το έμμεσο κόστος υπολογίζεται ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιο του άμεσου (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

Το κοινωνικό κόστος του καρκίνου μπορεί να χαρακτηριστεί δυσβάστακτο. Οι συνέπειες που υφίστανται οι πάσχοντες από τη νόσο είναι τραγικές τόσο στην προσωπική όσο και στην κοινωνική τους ζωή. Όσον αφορά την επαγγελματική τους ζωή καλούνται να αντιμετωπίσουν τη στασιμότητα, ενώ σε φιλικό και οικογενειακό επίπεδο αντιμετωπίζουν συχνά τον οίκτο ή και την απόρριψη. Η εκδήλωση φαινομένων κοινωνικού στιγματισμού εις βάρος των καρκινοπαθών είναι ακόμη ένα σοβαρό πλήγμα που δέχονται οι άνθρωποι αυτοί μια από τις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής τους. Τέλος, αναπόφευκτα οι ασθενείς αυτοί καλούνται να αντιμετωπίσουν τα μεγάλα γραφειοκρατικά εμπόδια του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα στη χώρα μας, ή και το υψηλό κόστος της αγωγής (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

## **1.5. ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι ψυχικές διαταραχές που ενδέχεται να εμφανιστούν στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι κυρίως οι εξής:

- Η Αγχώδης διαταραχή
- Η Καταθλιπτική διαταραχή
- Οι Οργανικές διαταραχές
- Οι Προσαρμοστικές διαταραχές (Διβόλη, 1978).

### **1.5.1. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται με επίμονα φυσικά και ψυχολογικά συμπτώματα τα οποία διαρκούν 1 με 2 εβδομάδες. Τα φυσικά συμπτώματα μπορεί να είναι γαστρεντερικές, αναπνευστικές και διαταραχές του νευρικού συστήματος ενώ τα ψυχολογικά περιλαμβάνουν ανήσυχες σκέψεις, νευρικότητα και ανησυχία (Καρβούνης & συν, 1995).

Πιο αναλυτικά οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές :

- Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία
- Ειδική Φοβία
- Κοινωνική Φοβία

- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες
- Διαταραχή Από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Ενώ οι πιο τυπικοί φόβοι που μπορούν να επανενεργοποιηθούν στην ενήλικη ζωή είναι:

- Ο θάνατος ή ο αποχωρισμός από το γονιό ή κάποιο άλλο σημαντικό πρόσωπο
- Η απώλεια της αγάπης ενός σημαντικού προσώπου
- Η βλάβη ή η απώλεια των γεννητικών οργάνων
- Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, που προκύπτει όταν το άτομο αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις αξίες με τις οποίες έχει γαλουχηθεί (Πανοτσπούλου, 1995).

### **1.5.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Οι Διαταραχές της Διάθεσης αποτελούν ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της διάθεσης και γενικότερα των συναισθημάτων. Η συναισθηματική διάθεση είναι αυτή που μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη που έχει το άτομο αυτό για τον κόσμο. Διαφορά της

συναισθηματικής διάθεσης από το συναίσθημα είναι ότι το δεύτερο αποτελεί εξωτερική έκφραση της πρώτης (Καλαούζη, 1991).

Η καταθλιπτική διαταραχή συνδυάζεται με τον καρκίνο και χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές διαταραχές (2-4 εβδομάδων). Τα συμπτώματα με τα οποία κάνει την εμφάνισή της είναι οι απαισιόδοξες σκέψεις, η κακή διάθεση και η απώλεια ελπίδας (Καλαούζη, 1991).

### **1.5.3. ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η κατάθλιψη είναι η πιο σημαντική και συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με καρκίνο έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν επισπεύδουσες αφορμές για την έκλυση μιας μείζονος κατάθλιψης (μελαγχολίας). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περάσει απαρατήρητη σ' ένα γενικό νοσοκομείο ή στα πολυάσχολα ογκολογικά τμήματα (Γιδοπούλου, 1991).

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

- > Η ηλικία και το φύλο
  
- > Το είδος του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, καθώς και το είδος της θεραπείας

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

Η μόρφωση και η κοινωνική θέση μπορούν να διαμορφώσουν την αντίδραση στην νόσο. Άτομα μορφωμένα κατανοούν καλύτερα την νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα τον ρόλο του ασθενούς. Συνήθως τέτοια άτομα κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας, όπως η άρνηση και η απώθηση. Αποφασιστικό ρόλο παίζει η προηγούμενη εμπειρία με το καρκίνο από το γύρω περιβάλλον, όπως επίσης και πως ο κοινωνικός περίγυρος αντιμετωπίζει την νόσο καρκίνος (Γιδοπούλου,1991).

## **1.6Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

### **1.6.1 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Κατά γενική ομολογία η ψυχολογική υποστήριξη τόσο των ίδιων των πασχόντων όσο και των συγγενών τους είναι άκρως απαραίτητη. Συχνά μάλιστα τονίζεται η αναγκαιότητά στο όνομα του λεγόμενου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου (ο άνθρωπος αποτελεί μια αδιάσπαστη ενότητα) (Τούντας, 2001).

Μια νόσος, όπως ο καρκίνος που μπορεί να προκαλέσει το θάνατο επιβάλλει την παρέμβαση ενός ειδικού της ψυχικής υγείας προκειμένου να ελαττωθεί την ψυχολογική επιβάρυνση στην οποία υπόκειται το άτομο.

Λίγοι μόνο από αυτούς που πάσχουν από κάποια κακοήθη νεοπλασία, θα καταφέρουν να βρουν τη σωστή ψυχολογική ή ψυχοθεραπευτική βοήθεια που θα συμπληρώνει την ιατρική θεραπεία. Αυτό συμβαίνει καθότι οι ιατροί που αναλαμβάνουν τους ασθενείς συχνά δε δίνουν την απαιτούμενη σημασία στην ψυχολογική υποστήριξη εκείνων, ενώ από την άλλη οι ίδιοι οι ασθενείς με καρκίνο θεωρούν καμιά φορά πως είναι υπερβολικό και πολυτελές το να αναζητήσουν τη βοήθεια ενός επαγγελματία για την ψυχολογική τους υποστήριξη. Αν λάβουμε μάλιστα υπόψη τα στερεότυπα και τα ταμπού που υπάρχουν στη χώρα μας για τις επισκέψεις σε ειδικούς ψυχικής υγείας, είναι εύκολο να κατανοήσουμε τη δυσκολία που αντιμετωπίζει ο ασθενής αναζητήσει την κατάλληλη ψυχολογική παρέμβαση (Δεληαντώνη, 1991).

### **1.6.2. ΣΤΑΔΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου του μαστού πρέπει πάντα να θεραπεύονται όταν είναι αρκετά σοβαρές διότι μειώνουν δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ενδεχομένως επηρεάζουν την πρόγνωση ιδίως των πρώιμων σταδίων.

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέκει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: α) Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή/και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος. Απαιτείται λοιπόν γνώση της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής του σκευάσματος που χρησιμοποιείται και κατάλληλη ρύθμιση της ημερήσιας δόσης. β) Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία (κυρίως γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου ή διαπροσωπικού τύπου) οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιάς γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο : το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμη τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της δεν παρουσιάζει τέτοιους κινδύνους αφού μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και από τον θεράποντα γιατρό σε συνεργασία με τον ειδικό. Απαιτείται, λοιπόν, περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε κατάθλιψη που επιπλέκει καρκίνο του μαστού είναι πράγματι αποτελεσματικότερος, κάτι που ισχύει για άλλες μορφές κατάθλιψης.

Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να είναι μια

καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους. Σε περιπτώσεις που η αγχώδης διαταραχή είναι πιο μακροχρόνια η χρήση της βουσπιρόνης είναι απόλυτα δικαιολογημένη αφού έχει παρόμοια αποτελέσματα και ο κίνδυνος εξάρτησης είναι σαφώς μικρότερος.

Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτεί ειδική θεραπεία εκτός αν την ζητήσει η ίδια η γυναίκα. Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στον γιατρό τους. Γι'αυτό κρίνεται σκόπιμο ο γιατρός να ρωτάει απ'ευθείας την γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιό τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής (Φύσσας, 2006)

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να λάβει υπ' όψιν της το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας

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

- i. Η Επίγνωση από την πλευρά της ασθενούς για τη σοβαρότητα της αρρώστιας και των συνεπειών της.
- ii. Η Αντιμετώπιση της αβεβαιότητας για την επανεμφάνιση της ασθένειας



iii. Η Προσαρμογή στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.

iv. Η Επαπροσαρμογή στο κοινωνικό περιβάλλον (Διβόλη, 1978).

Οι πρώτες συναντήσεις με τον ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση του γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου που έχει εισαχθεί και στην κατατόπιση του στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό και στη λήψη ενός κοινωνικού ιστορικού (Διβόλη, 1978).

Το δεύτερο στάδιο σχετίζεται με τη θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς. Πρόκειται για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο καρκίνος δεν έχει καταπολεμηθεί ολοσχερώς σε προηγούμενο στάδιο με αποτέλεσμα να εμφανιστεί ξανά. Κάποιοι ασθενείς καθυστερούν να επισκεφθούν το γιατρό τους για να εφαρμόσουν νέες μορφές θεραπείας. Αυτό γίνεται στην προσπάθειά τους να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν την αλήθεια η οποία είναι σκληρή και επώδυνη. Η επανεμφάνιση είναι γι' αυτούς η αρχή του τέλους το οποίο δεν μπορούν πλέον να αποτρέψουν. Επόμενη ενέργεια των ασθενών σε αυτό το στάδιο είναι η άρνηση της επανεμφάνισης της νόσου και της ανάγκης για νέα θεραπεία. Άλλοι άρρωστοι αποδίδουν τις ευθύνες για την επανεμφάνιση της νόσου στο γιατρό ή τη θεραπευτική αγωγή που τους εφαρμόστηκε ενώ πιθανό είναι να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να στραφούν σε μη παραδεκτές θεραπείες. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός μπορεί να προτείνει στον ασθενή να επισκεφθεί και έναν άλλο ογκολόγο ή να τον για τις νέες διαθέσιμες θεραπείες που μέχρι τότε δεν είχαν θεωρήσει απαραίτητες (Διβόλη, 1978) .

Όταν οι ασθενείς εισάγονται στο Νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο, τους περιμένει μια ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων, οι οποίες είναι εξαιρετικά δυσάρεστες. Η αναμονή για τα αποτελέσματα είναι μία εξαιρετικά δύσκολη στιγμή ενώ όταν οι υποψίες για μετάσταση ο γιατρός και η νοσοκόμα με ψυχραιμία και κατανόηση της κατάστασης πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένεια του το θεραπευτικό πρόγραμμα που ενδείκνυται να ακολουθήσουν. Επίσης επιβάλλεται να εξηγήσουν στον ασθενή τις παρενέργειες

που μπορεί να προκαλέσει η θεραπεία ώστε εκείνος να είναι προετοιμασμένος να τις αντιμετωπίσει (Ρηγάτος, 1985).

Με την επιδείνωση της αρρώστιας ο ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένεια του θα τον εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν άλλους να τους εγκαταλείψουν. Όπου και να κοιτάξει λοιπόν ο ασθενής αυτό το διάστημα, θα βρει αιτίες για παράπονα. Θα σηκώσει τη φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ακόμα νεκρός αλλά ζει. Αν του δοθεί σεβασμός, προσοχή, αν προσπαθήσουμε να τον καταλάβουμε παρά να τον κρίνουμε, γρήγορα θα χαμηλώσει την φωνή του και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του (Ρηγάτος, 1985).

Το τρίτο στάδιο είναι εκείνο που διενεργείται η παρηγορητική θεραπεία και επέρχεται λίγο αργότερα ο θάνατος. Στον ασθενή ο οποίος βρίσκεται σε τελικό στάδιο πρέπει να γίνονται τακτικές επισκέψεις από φορέα της ψυχικής υγείας, υποστηρίζοντας τον. Του δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει όλους τους φόβους, ανησυχίες, ανάγκες, συναισθήματα του και να δείξουμε κατανόηση, συμπάρασταση (Ρηγάτος, 1989).

Παρόμοια στάδια προσαρμογής με αυτά που περνούν οι ασθενείς περνούν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Στην αρχή πολλοί από αυτούς αρνούνται να δεχθούν πως είναι αλήθεια και αρνούνται κατηγορηματικά το γεγονός ενώ παράλληλα επισκέπτονται μια σειρά από γιατρούς με την ελπίδα ότι έχει γίνει κάποιο λάθος στη διάγνωση.

Οι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι που περιλαμβάνουν τεχνικές από τη συνομιλία μέχρι την ύπνωση, αποσκοπούν στην κατανόηση των επιθυμιών και των αναγκών του αρρώστου, στην απελευθέρωση των αισθημάτων, στην καθιέρωση νέου τύπου αναγκών και στην αντιμετώπιση τυχόν ειδικών προβλημάτων του (Ρηγάτος, 1985).

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

### **1.6.3. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Έχει μεγάλη σημασία τόσο ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής θα αντικρίσει τα προβλήματα που δημιουργούνται από την ασθένεια ή την αναπηρία, όσο και ο τρόπος που θα τον αντιμετωπίζουν οι άλλοι. Δυστυχώς η έλλειψη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης είναι κυρίως η αιτία που συχνά η σωματική αποκατάσταση δεν επιφέρει παράλληλα και την αναμενόμενη τόσο από το γιατρό όσο και από τον ασθενή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του (Μαρκοπούλου,1995).

Για να αποκατασταθεί ο ασθενής με καρκίνο μέσα στο κοινωνικό σύνολο είναι πολύ σημαντικό να καταλάβει ότι δεν είναι ο μόνος που πάσχει από αυτή τη νόσο. Για να γίνει εφικτή η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενή και της οικογένειάς του στην κοινωνία πρέπει πρώτα να μάθουν να ζουν και να δέχονται τον καρκίνο με όλα τα επακόλουθα που πιθανώς θα φέρει (Μαρκοπούλου,1995),( Παπαδάτου,1995).

Σε μια κοινωνία που υπάρχει η έλλειψη ενιαίου προγράμματος παροχών προς τους ασθενείς με καρκίνο έχει πολύπλευρες συνέπειες. Η πολυμορφία των ταμείων και των οικείων επιτροπών, ως προς την εκτίμηση ικανότητας ή ανικανότητας προς εργασία, παροχή συντάξεων ασθενείας, αναπηρίας,

πορίσματα για θεραπεία στα κέντρα του εξωτερικού κλπ, δεν εξασφαλίζει ενιαία πολιτική με ίσες ευκαιρίες και ίση αντιμετώπιση προς όλους τους ασθενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται συχνά στον ασθενή αισθήματα απογοήτευσης και αδικίας από τη στάση της κοινωνίας, προβλήματα οικονομικής φύσης, έλλειψη επαρκών παροχών κλπ.

Το να εκτιμηθεί σωστά η ικανότητα της ασθενούς για εργασία και να υπάρξουν οι κατάλληλες κοινωνικές παροχές αποτελούν σημαντικά στοιχεία προκειμένου ο ασθενής να νιώσει την απαραίτητα αυτάρκεια. Επίσης, το ότι το άτομο εργάζεται και υποστηρίζεται ενεργά από την κοινωνία βοηθούν στην αποκατάσταση του ασθενούς αλλά και στην ενίσχυση του συναισθήματος ότι δεν έγινε "περιθωριακός" (Δημοπούλου,1994).

#### **1.6.4. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο ασθενής που νοσεί με καρκίνο παύει ξαφνικά να είναι το άτομο με τους ρόλους του, την υπευθυνότητά του, τις υποχρεώσεις του και γίνεται «ο καρκινοπαθής», ο άνθρωπος που θα βασανισθεί, θα πεθάνει και κατά συνέπεια πρέπει όλοι να είναι υποχωρητικοί και υπερπροστατευτικοί μαζί του. Προσπαθούν συνήθως όλοι να του επιβάλλουν να μην κλαίει, να μη θρηνεί, να μη φοβάται και έτσι ο ασθενής αισθάνεται ότι απομονώνεται σιγά- σιγά (Ρηγάτος,1985).

Αυτή η συμπεριφορά αφενός καλλιεργεί στον ασθενή την αδράνεια, την ηττοπάθεια και την αυτο-λύπηση, αφετέρου δε τον απομακρύνει όλο και περισσότερο από το στόχο της αποκατάστασης. Ταυτόχρονα η ζωή για την ίδια την οικογένεια γίνεται δύσκολη αφού σταματά σε ένα επίπεδο συνεχούς φροντίδας και προστασίας (Λόρενς, 1981).

Στόχος της αποκατάστασης, ως προς το ρόλο της οικογένειας, δεν θα πρέπει να είναι μόνο να μετατρέψει τον παθητικό και αδρανή ασθενή σε ένα άτομο με υπεύθυνο και ενεργητικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας του, αλλά συγχρόνως να βοηθήσει και τα μέλη της οικογένειας να ζουν τη δική τους ζωή απαλλαγμένα από ενοχές και άγχη, χωρίς να μειώνουν σε τίποτα την παροχή φροντίδας και προστασίας προς τον ασθενή (Δεληαντώνη,1991).

## **1.7. : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

### **1.7.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

**Ο καρκίνος του μαστού** είναι μια αρρώστια που έχει πολλές διαστάσεις και συνέπειες σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του.

Η ολιστική αντιμετώπιση έχει γίνει ο στόχος όλων των σύγχρονων νοσοκομείων και φορέων που ασχολούνται με καρκινοπαθείς και πραγματοποιείται μέσα από τη δημιουργία και συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Εδώ συμμετέχει ενεργά ο κοινωνικός λειτουργός προσφέροντας στον άρρωστο και στην οικογένειά του την επαγγελματική βοήθεια και συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια του αγώνα τους με τη νόσο.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εκείνοι που ασκούν κοινωνική εργασία σε τομείς της κοινωνικής πρόνοιας. Σκοπός τους είναι να χρησιμοποιήσουν όλα τα εργαλεία και τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας για να επιλύσουν τα προβλήματα ατόμων, οικογενειών ακόμη και κοινοτήτων ώστε να επιτευχθεί η κοινωνική ευημερία (Παπαϊωάννου, 1996).

Σε όποια υπηρεσία και αν βρίσκεται ο κοινωνικός λειτουργός κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της θητείας του θα κληθεί να αντιμετωπίσει κάποιο περιστατικό όπου η ζωή του ατόμου απειλείται από κάποια σοβαρή ασθένεια. Ο κοινωνικός λειτουργός όμως που εργάζεται σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, σε γενικό νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύονται καρκινοπαθείς, σε προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης από τον καρκίνο, σε ομίλους ή συλλόγους εθελοντών κατά της νόσου, έρχεται αντιμέτωπος καθημερινά με όλα τα ζητήματα που απασχολούν και εγκλωβίζουν τον ασθενή (Δημοπούλου, 1994).

Τα προβλήματα αυτά συνήθως εστιάζονται στους τρεις παρακάτω τομείς.

i. Τα Οικονομικά. Το οικονομικό πρόβλημα είναι το κυρίαρχο στοιχείο, αφού το άτομο είναι υποχρεωμένο να διακόψει την εργασία του και να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητές του. Η πολυμορφία των ασφαλιστικών ταμείων, μεταξύ των άλλων, διαφοροποιεί τους ασθενείς και ως προς τις παροχές και τις πολιτικές υγείας.

ii. Τα Κοινωνικά. Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί σύγχυση και οδηγεί αναπάντεχα και απρόσμενα αλλαγή ρόλων μέσα στην οικογένεια. Τα εργαζόμενα ή σπουδάζοντα μέλη της οικογένειας, αναλαμβάνουν τη φροντίδα του διακόπτοντας μέρος των δραστηριοτήτων τους. Πολλές φορές η οικογένεια οδηγείται σε "εγκατάλειψη" του αρρώστου και ο λόγος δεν είναι φυσικά ότι αδιαφορούν αλλά ότι πιέζονται πολύ έντονα συναισθηματικά. Ο οίκτος της κοινωνίας καθώς επίσης και ο κοινωνικός στιγματισμός τους θα οδηγήσουν στην κοινωνική απομόνωση της οικογένειας και θα δυσκολέψουν ακόμα περισσότερο τις προσπάθειές της για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

iii. Τα Ψυχολογικά. Ο ασθενής αντιδρά ανάλογα με την προσωπικότητά του, τον τρόπο που αντιμετωπίζει τις δύσκολες καταστάσεις και τη σοβαρότητα της νόσου. Όλοι όμως έχουν τους φόβους του θανάτου, της αποξένωσης, της εγκατάλειψης, του πόνου και περνούν από το στάδιο της άρνησης, του θυμού, του παζαρέματος, της κατάθλιψης (Δημοπούλου, 1994).

Ο κοινωνικός λειτουργός που ασχολείται με άτομα που πάσχουν από καρκίνο, επιτελεί πολυδιάστατο έργο κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου. Ειδικότερα:

i. Καταπιάνεται με τον εντοπισμό, τη διερεύνηση και αξιολόγηση των προβλημάτων εκείνων των ατόμων που καταφεύγουν στην υπηρεσία του.

ii. Προετοιμάζει το έδαφος για την παραδοχή από τον ασθενή και την οικογένειά του της νόσου και της επείγουσας ανάγκης για την αναζήτηση των κατάλληλων θεραπειών ,

iii. Προσφέρει ειδική βοήθεια στους αρρώστους κατά τη διάρκεια προσαρμογής τους στο περιβάλλον του νοσοκομείου (στην περίπτωση που εργάζεται σε κοινωνική υπηρεσία νοσοκομείου).

iv. Δραστηριοποιείται και συνεργάζεται με τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης με σκοπό τη διευθέτηση των κοινωνικών και οικονομικών δυσκολιών που ενδεχομένως αντιμετωπίζει ο ασθενής.

v. Εργάζεται ομαδικά και ατομικά με τους ασθενείς βοηθώντας τους να ταυτιστούν με τους θεραπευτικούς χειρισμούς και να καταπολεμήσουν συστηματικά το πρόβλημα.

vi. Συνεργάζεται με όλο το προσωπικό και συμμετέχει σε όλες τις συζητήσεις για τα ιατρικά, κοινωνικά και ψυχολογικά θέματα του ασθενούς .

vii. Βοηθάει στην κατάρτιση εθελοντών με απώτερο στόχο την αναβάθμιση του κοινωνικού έργου και της κοινωνικής πρόνοιας.

viii. Προσφέρει βοήθεια στους ασθενείς ώστε να επανενταχθούν ομαλά στην κοινωνία.

ix. Σχεδιάζει και υλοποιεί μέρος των προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης (Κορδιόλης, 1992)

Ο κοινωνικός λειτουργός με τις γνώσεις, τα εργαλεία και τις μεθόδους που χειρίζεται μπορεί :

i. Να καθορίσει τα προβλήματα του ατόμου και τους αιτιολογικούς παράγοντες,

ii. Να εκτιμήσει τις ικανότητες του ατόμου για αντιμετώπιση ή επίλυση του προβλήματος του,

iii. Να εκτιμήσει την προσωπικότητα και τη λειτουργικότητα του ατόμου,

iv. Να κατανοήσει τη δυναμική αλληλεπίδραση από μου-περιβάλλοντος,



v. Να χρησιμοποιήσει τις "συνθετικές", "διανοητικές", "επιστημονικές" διαδικασίες για την κατανόηση και διατύπωση του προβλήματος του ατόμου,

vi. Να προσπαθήσει να βοηθήσει στην επίλυση του προβλήματος του ατόμου και της οικογένειας (Πανοτσπούλου, 1995).

Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός για να μπορέσει να αντεπεξέλθει στα αιτήματα του ατόμου-εξυπηρετούμενου πρέπει να έχει βασικές γνώσεις της φυσιολογικής σωματικής, ψυχικής κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του ατόμου από την παιδική μέχρι τη γεροντική ηλικία, καθώς και αναγνώριση των αποκλίσεων από το φυσιολογικό.

Η κοινωνική εργασία με άτομα που πάσχουν από καρκίνο χωρίζεται σε δυο κατηγορίες.

i. Στον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό και συνεργασία με το άτομο

ii. Στον βραχυπρόθεσμο προγραμματισμό και συνεργασία με το άτομο

Πολύ σημαντική είναι η πρώτη επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο ή με κάποιον που έχει σχέση με αυτόν και ζητά βοήθεια. Συνήθως υπάρχει κάποιο απλό πρόσχημα σε αυτή την πρώτη επαφή, όπως κάποιος πρακτικός λόγος, για παράδειγμα ασφαλιστική κάλυψη με πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί μεγάλο προνόμιο, γιατί ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να κάνει αισθητή συνέντευξη έχει καθοριστικό ρόλο για την περαιτέρω συνεργασία και τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προσέξει να μη βιαστεί την παρουσία του και να προσεγγίσει πιο εύκολα και χωρίς καθυστέρηση. Η πρώτη να χαρακτηρίσει τον ασθενή, γιατί θα βάλει σε κίνδυνο τη μετέπειτα σχέση (Παπαϊωάννου, 1996)

Ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει τη σημαντικότητα της επαφής της γυναίκας που πάσχει από καρκίνο του μαστού με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ίδια πάθηση. Για αυτό το λόγο στα περισσότερα κέντρα στήριξης γυναικών με καρκίνο του μαστού ο κοινωνικός λειτουργός ακολουθεί τα πρότυπα του

Διεθνούς Προγράμματος για τη Στήριξη Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού “Reach to Recovery” σύμφωνα με το οποίο προσφέρουν εκπαίδευση σε γυναίκες που έχουν περάσει από αυτή την ασθένεια και θέλουν αν προσφέρουν συναισθηματική και έμπρακτη στήριξη σε άλλες γυναίκες που νοσούν. Ταυτόχρονα στα κέντρα αυτά οι κοινωνικοί λειτουργοί δρουν με τις εθελόντριες σε ένα κλίμα εχεμύθειας και προσφέρουν συμπαράσταση με κάθε τρόπο στις γυναίκες που πάσχουν.

Εντός του νοσοκομείου ο κοινωνικός λειτουργός προετοιμάζει τη γυναίκα να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο και να εγκλιματιστεί με τη θεραπεία και την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει. Η εξατομικευμένη ηθική στήριξη που προσφέρει στηρίζεται στη μοναδικότητα της κάθε ασθενούς με στόχο να μειώσει το άγχος και να ρυθμίσει τα αισθήματα και τις αντιδράσεις της. Σε όλα τα παραπάνω ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει ο διάλογος και ο τρόπος προσέγγισης του κοινωνικού λειτουργού δεδομένου του ότι η γυναίκα νιώθει ότι περνά την πιο δύσκολη περίοδο της ζωής της η οποία την οδηγεί πολλές φορές σε ισχυρές ψυχολογικές μεταπτώσεις (Τριγώνη, 2000).

### **1.7.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η κοινωνική εργασία με οικογένεια είναι μία μέθοδος πρόληψης και θεραπείας δυσκολιών στις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών της οικογένειας καθώς και στις σχέσεις της ομάδας-οικογένειας με ότι είναι έξω από αυτήν, που έχουν ήδη επηρεάσει, ή θα μπορούσαν να επηρεάσουν στο εγγύς μέλλον, την προσαρμογή τους και την πραγματοποίηση του κοινωνικού τους ρόλου.

Δυσκολίες παρουσιάζονται στην οικογένεια και είναι συνέπεια των εξωτερικών σχέσεων των σχέσεων ατόμου-μέλους, της οικογένειας-ομάδας και της δυσλειτουργικότητας στην οικογένεια λόγω κάποιας απώλειας, κάποιας αλλαγής,

όπως αρρώστια, θάνατος, μετακίνηση. Τα προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές, όπως σωματική ή και ψυχολογική βία, κακοποίηση, παραμέληση, απόρριψη, απομόνωση και γενικά σε πολυπροβληματική κατάσταση (Κουλιεράκης, 2010).

Στην προκειμένη περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με την πολυπροβληματική κατάσταση που δημιουργεί η νόσος του καρκίνου στην οικογένεια και έχοντας ως μέσο την κοινωνική εργασία με οικογένεια καταβάλλει προσπάθειες, ώστε να επιτευχθούν αλλαγές στο σύστημα οικογένεια, δηλαδή:

I. Η ελευθερία για αυτοέκφραση σχετικά με ότι βλέπει, ακούει, ή αισθάνεται το κάθε μέλος,

II. Η αντιμετώπιση του κάθε μέλους από τα άλλα ως μοναδικού αλλά και ισάξιου, ώστε οι αποφάσεις να μην παίρνονται με βάση τη δύναμη αλλά την κατανόηση, την αμοιβαία υπευθυνότητα και τη συναλλαγή,

III. Ο διάλογος που δε σημαίνει συμφωνώ (γιατί είμαι αναγκασμένος), ή διαφωνώ (γιατί ο ρόλος-εξουσία που κατέχω το απαιτεί),

IV. Ο σεβασμός στην μοναδικότητα του κάθε μέλους αλλά με την προϋπόθεση να χρησιμοποιείται αυτή η μοναδικότητα, για ανάπτυξη και εξέλιξη της οικογένειας (Παπαϊωάννου, 1996).

Ο απώτερος σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η αναδιάρθρωση της δομής της οικογένειας που θα οδηγήσει στην αλλαγή συμπεριφοράς των ατόμων-μελών και επομένως της οικογενειακής ομάδας. Η παρέμβαση αποτελεί αυτή καθαυτή μία αλλαγή που επηρεάζει την οικογένεια και προκαλεί ανακατατάξεις.

Πιο συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τις μεθόδους και τις τεχνικές για να βοηθήσει την οικογένεια να δημιουργήσει νέες ισορροπίες και να αντιμετωπίσει την πραγματική κατάσταση που ο καρκίνος έχει προκαλέσει

εισβάλλοντας στη ζωή τους. Σε γενικές γραμμές ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται για να βρεθούν λύσεις σε πρακτικά προβλήματα, όπως:

- I. Να αποφορτιστεί η οικογένεια
- II. Να συνειδητοποιήσει το μέγεθος του προβλήματος όλη η οικογένεια
- III. Να βοηθήσει στην αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών μετά την εμφάνιση της νόσου
- IV. Να προετοιμασθεί ο ασθενής και η οικογένειά του στην αποδοχή του θανάτου
- V. Να προετοιμασθεί η οικογένεια του ασθενούς στην αποδοχή του πένθους
- VI. Να συμβάλλει στην αποβολή των προκαταλήψεων σε κοινοτικό επίπεδο (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 1994).

Αρχικά ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει την οικογένεια για τις παροχές που δικαιούται, προσπαθώντας να δώσει λύσεις σε πρακτικά θέματα, όπως η συνταξιοδότηση, τα επιδόματα, η τοποθέτηση παιδιών σε σταθμούς, η εισαγωγή σε κλινικές κ.α.. επίσης, όταν είναι εφικτό προσπαθεί να επισκεφθεί το σπίτι του ασθενούς, ώστε να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την οικογένεια, αφού του δίνεται μια ευκαιρία να την παρατηρήσει στο φυσικό της περιβάλλον και να κατανοήσει πολλά πράγματα που δεν ήταν εμφανή πριν.

Ο κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει ανάλογα με τους τρόπους που αντιδρά κάθε οικογένεια. Πρέπει τα μέλη της οικογένειας να καταλάβουν ότι είναι ανάγκη να μείνουν δίπλα του διακριτικά και να σεβαστούν τις ανάγκες του για σκέψη, κρίση, ανασυγκρότηση, κινητοποίηση των μηχανισμών άμυνας. Είναι σκόπιμο να μην εξαντλείται η φροντίδα στην πρώτη φάση της διάγνωσης, γιατί θα τη χρειαστεί ο ασθενής στα επόμενα στάδια της νόσου (Κουλιεράκης, 2010)

Στην περίπτωση που ο κοινωνικός λειτουργός διαπιστώσει ότι η οικογένεια είναι υπερπροστατευτική με τον ασθενή, τότε ο στόχος του πρέπει να στραφεί

στο να βοηθήσει τον άρρωστο να αποκτήσει την αυτοπεποίθησή του τόσο στην εργασία όσο και στην προσωπική του ζωή, κατευθύνοντας παράλληλα τους συγγενείς σε άλλες δραστηριότητες επιβεβαίωσης και αυτό-ολοκλήρωσης. Επίσης οι συγγενείς θα πρέπει να πεισθούν για τις ικανότητες του ασθενούς να συνεχίσει να δραστηριοποιείται και να αναλαμβάνει ευθύνες.

Όταν η οικογένεια αυθυποβάλλεται σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα που μπορεί να φτάσει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας ο κοινωνικός λειτουργός με τις απαιτούμενες γνώσεις και εμπειρία πρέπει να μελετήσει και να διαγνώσει τα πραγματικά αίτια ενός τέτοιου τύπου συμπεριφοράς και να εφαρμόσει την ανάλογη μέθοδο εργασίας. Οι λόγοι της συγκεκριμένης συμπεριφοράς μπορεί να είναι οι ενοχές των μελών λόγω της δυσανασχέτησής τους για τα επακόλουθα της αρρώστιας ή για προηγούμενη κακή σχέση ή να σημαίνει απλώς συναισθηματική ανωριμότητα (Παπαϊωάννου,1996).

Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να είναι πολύ προσεκτικός στην ανίχνευση πραγματικών συναισθημάτων, που βρίσκονται μπερδεμένα λόγω των απαιτήσεων από τον κοινωνικό περίγυρο. Αυτό πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή και λεπτούς χειρισμούς, για να μη δημιουργηθεί πρόβλημα στον ασθενή και στην οικογένεια.

Όταν η οικογένεια στο άκουσμα της δυσάρεστης διάγνωσης αντιδρά με θυμό και οργή ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στην ήπια εξωτερίκευση και διοχέτευση των συναισθημάτων αυτών. Οι συγγενείς πρέπει να δεχθούν και να συνειδητοποιήσουν σε σύντομο χρονικό διάστημα ότι η κατάσταση είναι πλέον διαφορετική και πως αυτό που πρέπει να κάνουν είναι να σταθούν δίπλα στον ασθενή και να τον στηρίξουν με όλες τους τις δυνάμεις. Επίσης πρέπει να κατανοήσουν ότι η ψυχική ηρεμία και ισορροπία του ασθενούς αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη θετική έκβαση της ασθένειας (Πανοτσπούλου,1995).

Όταν η οικογένεια αρνείται να δει την πραγματικότητα, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα και να δουν τον άνθρωπο τους όχι ως "απόμαχο" αλλά ως άτομο που έχει κάποιες ανάγκες.

Σκοπός του κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει να είναι η κάλυψη των εσωτερικών αναγκών των μελών της οικογένειας και η κινητοποίηση μηχανισμών ανεξαρτητοποίησής τους (Κουλιεράκης, 2010).

Επιπλέον, πολλές φορές η κατάσταση που αντιμετωπίζουν τα μέλη τα "αδειάζει" συναισθηματικά και τα κάνει σταδιακά αδύναμα να "δώσουν" υποστήριξη στον ασθενή ιδιαίτερα προς το τέλος που οι ανάγκες είναι μεγάλες. Έτσι η οικογένεια αντιδρά με απόσυρση, εγκατάλειψη που συνοδεύεται από ενοχές και ντροπή. Ο κοινωνικός λειτουργός στην περίπτωση, αυτή πρέπει να τονίσει ότι οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα αυτά είναι φυσιολογικά μπροστά σε επώδυνες καταστάσεις και ότι η οικογένεια έχει το δικαίωμα να πάρει το χρόνο που χρειάζεται για να ξεκουραστεί και να βρει τις απαραίτητες ισορροπίες.

Ο κοινωνικός λειτουργός μέσα στα πλαίσια της εργασίας του, μπορεί να δημιουργήσει ομάδες υποστήριξης της οικογένειας των καρκινοπαθών. Το ομαδικό μοίρασμα των δυσκολιών, η συνειδητοποίηση της ύπαρξης των κοινών δυσκολιών και η συναισθηματική αποφόρτιση, θα προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια στην οικογένεια για να αντιμετωπίσει τη νόσο που χτύπησε ένα μέλος της (Πανοτσπούλου, 1995, Παπαϊωάννου, 1996).

Οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να ξεχνάνε ότι ο καρκίνος είναι "οικογενειακή αρρώστια" λόγω της συναισθηματικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της και των κανόνων που διέπουν τη δομή της οικογένειας.

Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια είναι πολύ σημαντική ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πορεύεται προς το τέλος του. Είναι γεγονός ότι καθώς η αρρώστια προχωρεί επιφέρει αλλαγές στην ψυχοσύνθεση του ατόμου και ανακατατάξεις στη δομή της οικογένειας και το ψυχισμό των συγγενών. Το

έργο του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή την περίπτωση είναι να βοηθήσει την οικογένεια όχι μόνο να αποδεχθεί την πραγματικότητα, αλλά και να εξοικειωθεί με την αρρώστια και το θάνατο. Επίσης, μπορεί να κατευθύνει άρρωστο και οικογένεια σε ουσιαστικές αλλαγές και ανακατατάξεις αναφορικά με τις συναισθηματικές εκκρεμότητες, καθώς και σε θεώρηση αξιών και γεγονότων σε μια διαφορετική θεωρητική ή γνωστική βάση (Δεληαντώνη, 1991).

### **1.7.3. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει τη δυνατότητα να ασχοληθεί και να αναπτύξει προγράμματα με σκοπό την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση, πρόληψη και επαφή - άνοιγμα προς την κοινότητα, όσον αφορά τη νόσο της λευχαιμίας. Ένα βασικό πρόγραμμα που έχει πολλές θετικές πλευρές είναι ο εθελοντισμός. Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με εθελοντικά σωματεία της κοινότητας, ενημερώνει για το έργο που μπορεί να προσφερθεί και το συντονίζει (Παπαδάτου, 1995).

Επίσης, έχει τη δυνατότητα να δραστηριοποιήσει και μεμονωμένα άτομα που θέλουν να δώσουν διέξοδο στα ανθρωπιστικά τους ενδιαφέροντα και να συμβάλλουν προσωπικά στη ζωή της κοινότητας με την προαγωγή της ποιότητας της ζωής των άλλων. Το πλησίασμα των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με οργανωμένες εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίηση, ξεκινώντας από σχολεία, ανώτερες και ανώτατες σχολές, φορείς της κοινότητας που μπορούν να προσφέρουν όχι μόνο οικονομικά, αλλά ηθικά και πρακτικά. Πρέπει να τονιστεί ότι οι εθελοντές καλύπτουν ένα μεγάλο κομμάτι μέσα από την υποστήριξη και την παρουσία τους (Doka, 1993).

Η ενημέρωση και επεξήγηση γύρω από τον καρκίνο βοηθάει στην παρουσιάσή του στις πραγματικές του διαστάσεις και στην πρόληψή του. Η

πρόληψη είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσφέρει πολλά σε οποιοδήποτε πλαίσιο και αν εργάζεται.

Χρήσιμη είναι η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού σε οργανισμούς πρόνοιας, που αναλαμβάνουν τη διαφώτιση, την πληροφόρηση και την αγωγή υγείας στα σχολεία. Ο κοινωνικός λειτουργός επίσης μπορεί να οργανώσει προσυμπωματικό έλεγχο για προνεοπλασματικές και παρανεοπλασματικές καταστάσεις (Παπαγερίδου, 1991).

Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση είναι ένας επιπλέον τρόπος καταπολέμησης των προκαταλήψεων και των αδικαιολόγητων φόβων για μια νόσο που έχει πολλές πιθανότητες να αντιμετωπιστεί με επιτυχία και να αποφευχθεί η εκδήλωσή της. Ταυτόχρονα δίνεται η βοήθεια στον ασθενή και στην οικογένειά του να αποδεχθούν τον καρκίνο χωρίς να φοβούνται τον κοινωνικό στιγματισμό και την απομόνωση, έτσι ώστε να έχουν μια ισότιμη ένταξη στην κοινωνία.

Επιπλέον, η συμμετοχή και η δράση του στο πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι θεωρείται απαραίτητη και καθοριστική. Σκοπός αυτού του προγράμματος είναι η φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ή που η κατάστασή τους χαρακτηρίζεται χρόνια στο φυσικό τους περιβάλλον, δηλαδή το σπίτι τους. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από επισκέψεις στον προσωπικό των ασθενών, προσφέρει αδιάλειπτα τη βοήθεια και τη στήριξή του τόσο στον ασθενή όσο και την οικογένειά του (Παπαδάτου, 1995).

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που περικλείει το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι η επίλυση οικονομικών και πρακτικών θεμάτων, που πραγματοποιείται με τη συνεργασία με διάφορους φορείς, μέσα και έξω από την κοινότητα, που έχουν τη δυνατότητα και την αρμοδιότητα να βοηθήσουν, για παράδειγμα δήμος, ενορίες, νομαρχίες κ.α.. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στο χώρο της αντιμετώπισης του καρκίνου, οφείλει να ενημερώνεται, να συμμετέχει και να συνεργάζεται με τις διάφορες αντικαρκινικές οργανώσεις,



όπως η Ελληνική Εταιρεία Πόνου και η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (Παπαγερίδου, 1991).

Ταυτόχρονα θα πρέπει αν τονιστεί και η σημασία της κοινωνικής πολιτικής στη στήριξη των ασθενών που περιλαμβάνει τις εξής παρεμβάσεις:

**Συνηγορία (Advocacy):** στην κοινωνική εργασία η συνηγορία σχετίζεται με τις κινήσεις που πρέπει να γίνουν από πάσα κατεύθυνση ώστε να διαπραγματευτούν ή να διεκδικηθούν πράγματα για τα άτομα που νοσούν (Τελώνη, 2006).

**Ενδυνάμωση (Empowerment):** αφορά το σύνολο των μέσων με τα οποία άτομα, ομάδες ή/ και κοινότητες γίνονται ικανές να πάρουν τον έλεγχο των συνθηκών που αντιμετωπίζουν και να επιτύχουν τους δικούς τους στόχους, να βοηθήσουν τον εαυτό τους και να μεγιστοποιήσουν την ποιότητα της ζωής τους (Τελώνη, 2006).

**Συνεργασία (Partnership):** αφορά τη συνύπαρξη και τη σχέση ασθενή και ειδικού ώστε να επιτευχτεί το επιθυμητό αποτέλεσμα (Τελώνη, 2006).

#### **1.7.4 ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Με την ενημέρωση και τις συζητήσεις με επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε αντικαρκινικά νοσοκομεία, είναι εμφανές ότι το έργο που μπορεί και προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο είναι πολύπλευρο, σύνθετο, δύσκολο και ψυχοφθόρο. Η ψυχολογική υποστήριξη, η ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με καρκίνο απαιτεί ειδική εκπαίδευση και ιδιαίτερες γνώσεις όσον αφορά την πολυπλοκότητα της χρόνιας αρρώστιας, αφού ο καρκίνος αφορά όχι

μόνο το άτομο που πάσχει αλλά και την οικογένεια και την κοινωνία (Δεληαντώνη,1991).

Αναμφισβήτητα, η έλλειψη εξειδίκευσης στην κλινική κοινωνική εργασία αποτελεί πρόσθετο παράγοντα που δυσχεραίνει την άσκηση του έργου του κοινωνικού λειτουργού. Οι σχολές κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα δίνουν τις γενικές γνώσεις και κατευθύνσεις γύρω από το επάγγελμα και, δεν υπάρχει εξειδίκευση σε θέματα καρκίνου. Αυτό που τονίζουν οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε αντικαρκινικά πλαίσια, είναι ότι ο επαγγελματίας που επιθυμεί να δουλέψει σε τέτοιους χώρους πρέπει ο ίδιος να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις. Σημαντικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός να διαθέτει στοιχεία οργάνωσης, ωριμότητα, συγκροτημένη προσωπικότητα και συναισθηματικό σθένος ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες και τις προκλήσεις της καθημερινής συναλλαγής τόσο με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους όσο και με άλλους επαγγελματίες (Καλαούζη,1991).

Πέρα από την εκπαίδευση και προσωπικότητα του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού υπάρχουν τρεις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει συγκεκριμένα:

- I. Ο πολύ μικρός αριθμός κοινωνικών λειτουργών που στελεχώνουν τις κοινωνικές υπηρεσίες.
- II. Η έλλειψη και η ακαταλληλότητα του χώρου που έχει στη διάθεσή του για να ασκήσει το έργο του.
- III. Η αμφισβήτηση που δέχεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού από άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η ανάγκη να αποδεικνύει συνεχώς και την προσφορά του (Καλαούζη,1991).

## 1.8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα μια αρρώστια μερικώς ιάσιμη ανάλογα με τη φύση του όγκου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται όταν γίνεται η εντόπιση του. Με την πρόοδο της ιατρικής υπάρχει προοπτική να βρεθούν αποτελεσματικότεροι τρόποι θεραπείας ώστε κάποια μέρα να μπορεί να γίνει λόγος για μια ιάσιμη ή ως επί το πλείστον αντιμετωπίσιμη αρρώστια. Αναμφισβήτητα είναι μια επίπονη ασθένεια με σημαντική σωματική κατάπτωση. Τόσο η ίδια η ασθένεια όσο και η θεραπεία της μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνες, σε βαθμό που η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της θεραπείας μπορεί να είναι εξίσου δύσκολη για τον άρρωστο με την αντιμετώπιση της ίδιας της αρρώστιας. Για το λόγο αυτό χρειάζεται να δίνεται από το προσωπικό υγείας η ίδια έμφαση στην αντιμετώπιση και των δύο.

Γενικότερα, οι χρόνιες ασθένειες έχουν πολλές επιπτώσεις στην ψυχολογία των πασχόντων πράγμα απόλυτα φυσιολογικά αφού αποτελούν απειλή για την ίδια του την ύπαρξη. Όσοι ασχολούνται με άτομα που έχουν καρκίνο διακρίνουν σε εκείνους κάποια χαρακτηριστικά που αποτελούν τη λεγόμενη "καρκινική προσωπικότητα". Ο τρόπος που αντιδρά ο καρκινοπαθής και προσπαθεί να αντιμετωπίσει την ασθένειά του είναι ένας συνδυασμός του τρόπου που βλέπει την ασθένειά του και των στρατηγικών που χρησιμοποιεί γενικότερα στη ζωή του για να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες. Επίσης, εξαρτάται από το βαθμό τηρίξης που λαμβάνει από το περιβάλλον του . Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε να χρειάζονται ψυχιατρική παρακολούθηση.

Πέρα όμως από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις ο καρκίνος επιφέρει επίσης κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις μεγάλης μάλιστα εμβέλειας. Αυτό σημαίνει πως υπάρχει ο κίνδυνος κοινωνικού στιγματισμού του ίδιου και της οικογένειά του ενώ ενδέχεται να μην μπορέσει να συνεχίσει την εργασία του κάτι που θα τον απομονώσει και θα μειώσει σημαντικά το εισόδημά

του. Αυτό σε συνδυασμό με το ακριβές κόστος της θεραπείας αποτελούν τις πιο σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις της νόσου.

Η επικοινωνία του καρκινοπαθή τόσο με το γιατρό όσο και με το γενικότερο περιβάλλον του παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της νόσου εξαρτάται από τα στοιχεία της προσωπικότητάς αλλά και από τη συμπεριφορά των άλλων απέναντι του καθώς και από την ενημέρωση που έχει για την πορεία της υγείας του. Μία καλή επικοινωνία θα στην αποδοχή της αρρώστιας από τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένειά του και στην εύρεση της καταλληλότερης θεραπείας.

Επιπλέον και το προσωπικό υγείας μέσα από την επικοινωνία αυτού του τύπου βοηθιέται να αποδεχθεί τη φύση της αρρώστιας και το γεγονός ότι πολλές φορές δε μπορεί μεν να προσφέρει την πολυπόθητη ίαση, αλλά μπορεί να δώσει την κατάλληλη φροντίδα και ανακούφιση του πόνου εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στον ασθενή. Οι δυσκολίες της αρρώστιας αυτής (μετάσταση, υποτροπή, τελικό στάδιο, θάνατος) σε συνδυασμό με το φόρτο εργασίας που προκαλείται από την έλλειψη προσωπικού εξουθενώνουν τον επαγγελματία της υγείας και τον καθιστούν πιο ευάλωτο στην επαγγελματική κατάπτωση. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται με επίκεντρο την αντιμετώπιση της αρρώστιας και όχι με το σύνολο των αναγκών του ασθενή, με αποτέλεσμα από τη μια μεριά να βιώνουν συναισθήματα αποτυχίας και απογοήτευσης και από την άλλη να "απομακρύνονται" από τον ασθενή κάθε φορά που αδυνατούν να εξασφαλίσουν την ίαση. Το πρόβλημα γίνεται πιο έντονο λόγω της έλλειψης υποστηρικτικών προγραμμάτων των επαγγελματιών στο χώρο εργασίας τους.

Όσον αφορά το έργο του κοινωνικού λειτουργού διαπιστώνεται ότι ο ρόλος του αφορά τόσο τα πρακτικά ζητήματα του ασθενούς όσο και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ίδιου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Πρόκειται για το άτομο που βοηθάει στην αποδοχή της αρρώστιας τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά ώστε να προβούν σύντομα στην αναζήτηση του κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος για την αντιμετώπισή της. Επίσης, συνεργάζεται με

διάφορους φορείς της κοινότητας προκειμένου να καταφέρει να ευαισθητοποιήσει μέρος της κοινωνίας απέναντι στα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, να στελεχώσει ομάδες εθελοντών, να βρει οικονομική ενίσχυση των προγραμμάτων στήριξης των καρκινοπαθών και να προωθήσει προγράμματα πρόληψης. Ο κοινωνικός λειτουργός στην προσπάθειά του αυτή αντιμετωπίζει μια σειρά προβλημάτων που δεν έχουν να κάνουν με την ίδια τη φύση της ασθένειας αλλά με θέματα κυβερνητικής πολιτικής. Οι δυσκολίες αυτές περιορίζουν το έργο του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση μόνο των πρακτικών θεμάτων των ασθενών και όχι στην ψυχοκοινωνική υποστήριξή τους.

Όλα τα παραπάνω συνέβαλαν στην αμφισβήτηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού από μερίδα επαγγελματιών διαφόρων ειδικοτήτων γεγονός που τον αναγκάζει να πρέπει να αποδεικνύει σε καθημερινή βάση τόσο την αναγκαιότητα της ύπαρξης του ίδιου του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού όσο και την προσωπική του ικανότητα και τον επαγγελματισμό.

## **1.9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Παρότι έχουν σημειωθεί αξιοσημείωτες προσπάθειες στον τομέα της αντιμετώπισης του καρκίνου, οι ελλείψεις παραμένουν πολλές, αφού οι ενέργειες αυτές είναι κατά κύριο λόγο μεμονωμένες. Το βασικό από αυτά που πρέπει να γίνουν είναι να υπάρξει σχέδιο κοινής πολιτικής για την αντιμετώπιση της νόσου από το αρμόδιο υπουργείο, το υπουργείο υγείας πρόνοιας. Το σχέδιο αυτό πρέπει να περιλαμβάνει εκστρατείες ενημέρωσης και προγράμματα πρόληψης, ώστε να καταπολεμηθεί η προκατάληψη που υπάρχει απέναντι στη συγκεκριμένη νόσο. Ακόμη θα πρέπει να υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση της ασθένειας στα αντικαρκινικά πλαίσια με αναβάθμιση των υπαρχόντων και τη δημιουργία νέων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών σε όλη τη χώρα. Συγκεκριμένα θα πρέπει να υπάρξει αναβάθμιση ως προς :

- i. βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων και δημιουργία νέων.
- ii. καθιέρωση ολιστικής αντιμετώπισης της νόσου με διεπιστημονικές ομάδες και συνεργασία ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού με ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.
- iii. χορήγηση αυξημένων χρηματικών επιδομάτων προς τους ασθενείς από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.
- iv. δημιουργία ομάδων υποστήριξης του προσωπικού ώστε να εκφορτίζεται συναισθηματικά και να αποδίδει καλύτερα.
- v. δημιουργία ξενώνων για τους συγγενείς των ασθενών που προέρχονται από επαρχία και αδυνατούν να αντέξουν τα έξοδα της στέγασής τους στις μεγάλες πόλεις όπου βρίσκονται τα εξειδικευμένα νοσηλευτικά ιδρύματα.
- vi. Παρόλο που ζούμε σε μια περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης δεν θα πρέπει να παραγκωνίζονται οι παροχές των ατόμων που πάσχουν σε όλα τα επίπεδα. Το κράτος θα πρέπει να μεριμνά για τα άτομα αυτά και να θέτει σαν κύρια προτεραιότητα την υγεία των πολιτών.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι αναγκαίο να υπάρξει μεγαλύτερη και καλύτερη ενημέρωση της κοινής γνώμης όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, ώστε να γίνει αντιληπτό πως πρόκειται για μια ασθένεια που μπορεί να είναι και πλήρως ιάσιμη αν βέβαια διαγνωστεί εγκαίρως και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **A. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ**

1. Αζίζι-Καλαντζή, Α. (1996), *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
2. Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (1994), *Κοινωνική εργασία με άτομα*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 110.
3. Κορδιόλης, Ν. ( 1992), *Καρκίνος και πόνος μύθοι και πραγματικότητα*. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα.
4. Κορδιόλης, Ν., Ρηγάτος, Γ.(1990), *Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα*, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα.
5. Κούζης .Α,(2004), *Ο καρκίνος παρά τοις Αρχαίοις Έλλησιν Ιατροίς*, Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα.
6. Μαρκοπούλου, Χ. (1995), *Ο κοινωνικός λειτουργός σε ειδικά πλαίσια κοινωνικής προστασίας*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.

7. Μελέτης, Γ., Χ. (1998), *Από το αιματολογικό εύρημα στη διάγνωση*, Εκδόσεις Νηρέας, Αθήνα.

8. Πανοτσποπούλου, Κ. (1995), *33 χρόνια κοινωνική λειτουργός*, Εκδόσεις Γρήγορης, Αθήνα.

9. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1995), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

10. Ρηγάτος, Γ.,Α. (1985), *Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Εκδ. Ζήτα, Αθήνα.

11. Σακοράφας Γ., (2000), *Ο καρκίνος του μαστού*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις

12. Τούντας, Ι. (2001), *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Έκθεση του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας*, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

13. Τριγώνη Μ., (2000), «Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο Νοσοκομείο», [http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh\\_yphresia/koin\\_leitoyrgos\\_PAGNH.as](http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.as)

ρ



14. Φύσσας, Γ.,Π. (2006), *Ο μαστός και οι παθήσεις του, ένας οδηγός για κάθε γυναίκα με ερωτήσεις και απαντήσεις*, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα
15. Kubler-Ross, E. (1998), *Ο τροχός της ζωής*. Εκδόσεις Μιχαηλίδης Κ Δίοδος, Αθήνα.
16. Kubler-Ross, E. (2004), *Το φως της ζωής*, Εκδόσεις Europubli, Αθήνα.
17. Doka, K. (1993), *Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families and caregivers*. New York: Lexington Books, Macmillan, Inc.
18. Frank, A.(1995), *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*.Chicago: The University of Chicago Press.
19. Διβόλη, Α, (1978) *Ψυχολογικές διαταραχές μαστεκτομής*, Εγκέφαλος σελ. 114
20. Καρβούνης , Ν. , Μπεντερίδης , Χ. , Καλλέργης, Γ. (1995), *Κλινικά Χρονικά*. τόμος 15, τεύχος 1, σελ 5
21. Παπαϊωάννου, Κ. (1996), *Βία στηνοικογένεια*.Κοινωνική Εργασία τόμος 4, τεύχος 7, σελ 25
22. Ρηγάτος, Γ.,Α. (1989), *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τόμος 6, τεύχος 1 Ιαν-Φεβρουάριος, σελ 9

23. Hicks, C., Fide, J. (2003), The educational needs of non-specialist breast care nurses. *Nurse Education Today*, 23: 509-521

24. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου, Κ. (1991), "Κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καρκίνου". *"Η Ευρώπη κατά καρκίνου"*, Πρακτικά ημερίδας: Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου", Εκδόσεις "Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα, σελ.23-30.

25. Δεληαντώνη-Οικονόμου, Χ. (1991), "Κοινωνική εργασία με την οικογένεια ασθενών με καρκίνο.", *" Η Ευρώπη κατά του καρκίνου."* Πρακτικά ημερίδας: "Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου", Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα, σελ.87-93.

26. Καλαούζη, Μ. (1991), «Ο καρκινοπαθής και η οικογένειά του από τη σκοπιά του κοινωνικού λειτουργού." Πρακτικά ημερίδας: " Η Ευρώπη κατά του καρκίνου "Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου", Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα, σελ. 95-100.

27. Παπαγερίδου Φ. (1991)," Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς σε γενικό νοσοκομείο." Από Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδος. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου". Πρακτικά ημερίδας. "Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου", σελ.53-59. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία , Αθήνα,

28. Τελώνη Δώρα Δήμητρα, Κοινωνική Λειτουργός, MD, ΟΕΚΚ, 10<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, "Τα δικαιώματα των

καρκινοπαθών και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη διεκδίκησή τους»  
Νοέμβριος 2006

---

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΦΟΡΕΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

- **ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ “ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ”**

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού, "Άλμα Ζωής" ιδρύθηκε το 1988 από γυναίκες με εμπειρία καρκίνου μαστού. Στα 20 χρόνια λειτουργίας του έχουν εγγραφεί εκατοντάδες μέλη. Ο Σύλλογος διαθέτει ένα δυναμικό σώμα εκπαιδευμένων εθελοντριών και διαδραματίζει ενεργό ρόλο στα θέματα που αφορούν τον καρκίνο μαστού στην Ελλάδα. Μέχρι σήμερα έχει βοηθήσει χιλιάδες γυναίκες από όλη την Ελλάδα.

Είναι ο μοναδικός μη κερδοσκοπικός οργανισμός στην Ελλάδα που όλα του τα μέλη, οι εθελόντριες και το Διοικητικό του Συμβούλιο είναι γυναίκες με εμπειρία καρκίνου μαστού. Διοικείται από 7μελές συμβούλιο που εκλέγεται από τα μέλη του και διαθέτει Κοινωνική Υπηρεσία, Ψυχολογική Υπηρεσία και Γραμματεία. Το επιστημονικό του έργο σχεδιάζεται από τους ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολεί και εγκρίνεται από Επιστημονική Επιτροπή αποτελούμενη από 23 έγκριτους επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων.

Ο Σύλλογος για την υλοποίηση των στόχων του εφαρμόζει Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης, Οργανωμένης Αλληλοβοήθειας, Εκπαίδευσης Εθελοντριών και Ενημέρωσης Γυναικών με καρκίνο μαστού. Εφαρμόζει επίσης το Διεθνές Πρόγραμμα Στήριξης γυναικών με καρκίνο μαστού Reach to Recovery. Συνεργάζεται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, με Φορείς και Επιστημονικές Εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο του καρκίνου μαστού. Από το 2002 λειτουργεί παράρτημα του Συλλόγου στο νομό Αχαΐας με

έδρα την Πάτρα, ενώ έχουν ήδη ξεκινήσει οι διαδικασίες για την ίδρυση παραρτήματος στην Θεσσαλονίκη.

Στο Σύλλογο μπορεί να απευθυνθεί όποιος θέλει να ενημερωθεί για θέματα που αφορούν τον καρκίνο μαστού, οι γυναίκες που έχουν νοσήσει καθώς και κάθε μέλος της οικογένειάς της, για ψυχολογική στήριξη από το ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, να μιλήσει με μια εθελόντρια και να πάρει πληροφορίες μέσα σε κλίμα εμπιστοσύνης, ζεστασιάς και αξιοπρέπειας.

Ο Σύλλογος στηρίζεται οικονομικά σε χορηγίες, σε δωρεές, στα έσοδα εκδηλώσεων και στις συνδρομές των μελών του, τακτικών και αρωγών.

- **Όμιλος Εθελοντών Κατά του Καρκίνου «Αγκαλιάζω».**

Το Αγκαλιάζω - Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου ιδρύθηκε το 1976 με σκοπό να υπηρετήσει σφαιρικά το «κεφάλαιο» καρκίνος. Η ενημέρωση του κοινού για πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση, η ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους, η αποκατάσταση αποθεραπευμένων ασθενών και η συνηγορία και διεκδίκηση των δικαιωμάτων ογκολογικών ασθενών είναι βασικά προγράμματά του.

Στα 34 χρόνια λειτουργίας του έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του, πάντα δωρεάν, σε χιλιάδες ανθρώπους και έχει συμβάλει με πολλαπλούς τρόπους ουσιαστικά και τεκμηριωμένα στην ενημέρωση και την αλλαγή στάσης του κοινού για τον καρκίνο.

- **ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ «ΈΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ», ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ.**

Οι δραστηριότητες του κέντρου στοχεύουν στην ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού και στην πρόληψή του, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού και των οικείων τους. Υπάρχει η δυνατότητα ατομικής συμβουλευτικής υποστήριξης, υποστήριξης στη διαδικασία επανένταξης στο κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον, γνωριμίας και επαφής με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα υγείας. Τα προγράμματα υλοποιούνται από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

- **ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Το Κέντρο Ημέρας απευθύνεται σε ασθενείς με καρκίνο και στους οικείους τους, οι οποίοι επιθυμούν να λάβουν ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές και τις δυσκολίες που εμφανίζονται στην καθημερινότητά τους λόγω του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Προσφέρονται οι εξής υπηρεσίες: (α) ατομική ψυχοθεραπεία, όταν οι ασθενείς, εκτός των ζητημάτων που σχετίζονται με τη νόσο, επιθυμούν να εμβαθύνουν και να συζητήσουν και άλλα θέματα που μπορεί να αφορούν τη σχέση με το/τη σύντροφο, τον εαυτό, τους γονείς, και τα οποία τους απασχολούσαν και κατά το παρελθόν· (β) ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική για την νειών που βιώνουν οδυνηρές απώλειες στη ζωή τους. Τα προγράμματα υλοποιούνται από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

- **ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΤΟΥ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.**

Ο έλεγχος του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων, η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά και η στήριξη της οικογένειας του ασθενούς αποτελούν προτεραιότητες της μονάδας. Ειδικά όσον αφορά την ψυχολογική στήριξη των ασθενών και των συγγενών τους, παρέχεται πρακτική πληροφόρηση για τη νόσο ώστε να διαλυθούν οι αδικαιολόγητοι φόβοι, ενισχύεται η ανάπτυξη θετικών σκέψεων και συμπεριφορών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, διευκολύνονται η έκφραση και η διαχείριση δύσκολων συναισθημάτων, όπως είναι η αβεβαιότητα για το μέλλον. Τα προγράμματα υλοποιούνται από ομάδα επαγγελματιών υγείας.

Αναγνωστόπουλος Φώτης και Παπαδάτου Δανάη (1986), Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο, Αθήνα: ΦΛΟΓΑ