

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

**«Ο καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο»**

**«Breast cancer and the psychosocial needs of the women with cancer»**

ΠΡΩΤΟΠΑΠΠΑ ΙΩΑΝΝΑ  
ΔΑΣΕΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ-ΛΕΛΟΥΔΙΑ  
ΜΑΡΤΣΕΚΗ ΑΝΝΑ

Εισηγήτρια καθηγήτρια: ΤΕΛΩΝΗ ΔΩΡΑ-ΔΗΜΗΤΡΑ

Μάρτιος 2014

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π**

**ΤΜΗΜΑ:ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**«Ο καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο»**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:**

**ΠΡΩΤΟΠΑΠΠΑ ΙΩΑΝΝΑ**

**ΔΑΣΕΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ-ΛΕΛΟΥΔΙΑ**

**ΜΑΡΤΣΕΚΗ ΑΝΝΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΤΕΛΩΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ-ΔΩΡΑ**

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στη Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας**

**Μάρτιος 2014**

*Στους δικούς μας ανθρώπους και στις  
γυναίκες με καρκίνο του μαστού*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ:

Ευχαριστίες.....	7
Περίληψη.....	8
Περίληψη στα αγγλικά.....	9
Εισαγωγή.....	10
1.ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΑΙΤΙΟΠΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ- ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	11
1.1. Εισαγωγή κεφαλαίου.....	11
1.2 Καρκίνος μαστού.....	11
1.3. Τύποι καρκίνου μαστού.....	12
• 1.3.1 Πορογενές καρκίνωμα in situ.....	12
• 1.3.2 Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα.....	15
• 1.3.3 Λοβιακό καρκίνωμα μαστού.....	17
• 1.3.4 Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαστού.....	18
• 1.3.5. Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού.....	20
• 1.3.6. Σωληνοειδές καρκίνωμα μαστού.....	21
• 1.3.7 Νόσος Paget.....	22
• 1.3.8. Βλεννώδες καρκίνωμα μαστού.....	23
1.4 Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία και ανάπτυξη όγκων καρκίνου μαστού στις γυναίκες.....	23
1.5 Τρόποι διάγνωσης καρκίνου μαστού.....	24
• 1.5.1 Απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης.....	24
• 1.5.2 Διάγνωση μέσω χρήσης μαστογραφίας.....	25
• 1.5.3 Διάγνωση μέσω συστήματος ταξινόμησης Bi- RAds.....	28
• 1.5.4 Διάγνωση με μαστογραφικά ευρήματα.....	30
1.6 Τρόποι θεραπείας καρκίνου μαστού .....	30
• 1.6.1 Βιοψία δια αναρροφήσεως.....	30
• 1.6.2 Επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και αφαίρεση του καρκινικού ογκώματος μέσω συγκεκριμένων μεθόδων.....	31
• 1.6.3 Χημειοθεραπεία.....	32
• 1.6.4 Ακτινοθεραπεία.....	32

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ,ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	33
2.1 Διάγνωση καρκίνου μαστού και επιρροή στη συμπεριφορά του συζύγου της γυναίκας ασθενούς.....	33
2.2 Προβλήματα μετά τη μαστεκτομή.....	36
2.3 Επιπτώσεις της διάγνωσης του καρκίνου μαστού στις γυναίκες σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο.....	39
2.4 Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο μαστού.....	45
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	46
3.1. Συσχετισμός οικονομικής κρίσης και ασθένειες διάφορων μορφών καρκίνου..	46
3.2. Οικονομική κρίση και επιρροή της σε γυναίκες με καρκίνο μαστού....	54
3.3 Τα οφέλη μιας άρτιας κοινωνικής παροχής στους καρκινοπαθείς ασθενείς του κράτους.....	55
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ.....	57
4.1Εισαγωγή.....	57
4.2 Κοινωνική εργασία με άτομο .....	58
4.3 Κοινωνική εργασία με ομάδα.....	59
4.4 Κοινωνική εργασία και ηλικιωμένος ογκολογικός ασθενής.....	61
5.ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ .....	67
5.1 Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί προσαρμογής.....	67
5.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας.....	75
5.2.1 Παρέμβαση.....	78
5.3 Τα δικαιώματα των καρκινοπαθών και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διεκδίκηση τους.....	81
5.4 Έρευνες σχετικές με την συμβολή του κοινωνικού λειτουργού σε γυναίκες καρκινοπαθείς σε δύσκολα οικονομικά περιόδους.....	85

6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	91
6.1 Συμπεράσματα.....	91
6.2 Προτάσεις.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	98
Α. Οργανισμοί και φορείς υποστήριξης για καρκινοπαθείς.....	98
Β. Εφημερίδα της κυβέρνησης νόμος 4019/2011.....	108

### Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας που ήταν δίπλα μας και μας στήριζαν όλον αυτόν τον καιρό που κάναμε την πτυχιακή εργασία και πίστεψαν στις δυνατότητες μας. Την καθηγήτρια μας κα. Τελώνη και την καλή συνεργασία που είχαμε.

## **Περίληψη πτυχιακής:**

Η πτυχιακή μας εργασία έχει θέμα «Ο καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο». Αποτελείται από επτά κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο έχει τίτλο « Τύποι καρκίνου του μαστού, αιτιολογία και τρόποι διάγνωσης-θεραπείας». Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι τύποι του καρκίνου του μαστού ,και αναφέρονται οι τρόποι διάγνωσης και οι τρόποι θεραπείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο με τίτλο « Γυναίκες με καρκίνο του μαστού ,επιρροή στην οικογένεια και οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες» αναφέρονται οι αλληλεπιδράσεις μέσα στην οικογένεια ,τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ίδιες λόγω του καρκίνου καθώς και οι ανάγκες που παρουσιάζονται.

Στο τρίτο κεφάλαιο με τίτλο «Οικονομική κρίση και γυναίκες με καρκίνο του μαστού» αναφέρονται τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς λόγω της φτώχειας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «Κοινωνική εργασία και ογκολογικός ασθενής» αναλύονται οι δύο από τις κυριότερες μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, δηλαδή Κοινωνική Εργασία με άτομο και με ομάδα και αναφέρεται και ο ογκολογικός ασθενής.

Στο πέμπτο κεφάλαιο με τίτλο «Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού» αναφέρονται οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας.

Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα και κάποιες προτάσεις.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρονται κάποιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τους καρκινοπαθείς ασθενείς.



### **Final Summary:**

Our undergraduate work has been on "Breast cancer and psychosocial needs of women with cancer." It consists of seven chapters.

The first chapter is titled "Types of breast cancer etiology and modes of diagnosis-therapy." In this chapter we will analyze the types of breast cancer will be reported methods of diagnosis and treatment options.

The second chapter entitled "Women with breast cancer, the impact on family and psychosocial needs" refers on the interactions within the family, the problems faced by them as well as their needs.

In the third chapter entitled "Economic crisis and women with breast cancer," we reported the financial problems faced by cancer patients because of poverty.

The fourth chapter entitled "Social work and oncology patients' analyzes two of the main methods of Social Work, Social Work with person and with group and oncology patients.

In the fifth chapter of our thesis entitled "The psychosocial approach to the social worker and the role of social worker "refers the psychosocial approaches and the role of social worker in the field of psychosocial oncology.

The sixth chapter presents the conclusions and some recommendations.

The seventh chapter presents some investigations that have been performed on cancer patients

### ***Εισαγωγή:***

Η πτυχιακή έχει θέμα «Ο καρκίνος του μαστού και οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο». Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα γιατί το θεωρήσαμε ενδιαφέρον.

Σκοπός της θεωρητικής προσέγγισης του θέματος είναι αρχικά να αναλυθεί ο καρκίνος του μαστού από ιατρική άποψη με σκοπό να μελετηθούν οι μορφές καρκίνου μαστού, οι θεραπείες που διατίθενται και με ποιους τρόπους μπορεί να γίνει έγκαιρη πρόληψη και διάγνωση. Στη συνέχεια αναλύουμε το θέμα από τη ψυχολογική σκοπιά με σκοπό να κατανοήσουμε τη ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται μια γυναίκα με διαγνωσμένο καρκίνο του μαστού και τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή της και πως επηρεάζεται η σχέση της με την οικογένεια της και ειδικότερα με το σύζυγο της. Τέλος μελετάμε το θέμα του καρκίνου του μαστού σε συνάρτηση με τη παρούσα οικονομική κρίση στη χώρα μας και πως έχουν επηρεαστεί οι νοσούσες γυναίκες από αυτή.

## **1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ – ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

### **1.1 Εισαγωγή κεφαλαίου**

Ο σκοπός του συγκεκριμένου κεφαλαίου είναι η καταγραφή και ανάλυση των εννοιών και τύπων καρκίνου μαστού, αιτιολογιών και τρόπων διάγνωσης και θεραπείας. Επίσης και των παραγόντων – συνισταμένων που επιδρούν σχετικά, είτε στη δημιουργία του Καρκίνου Μαστού είτε στις θεραπείες που εφαρμόζονται συγκεκριμένα και με στόχο την αντιμετώπιση της ασθένειας από τις γυναίκες ανά τον κόσμο στις μέρες μας.

### **1.2 Καρκίνος μαστού**

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες σημαντική παράμετρος στο καρκίνο του μαστού αποτελεί η φυλή (National Cancer Institute, SEER Program, 2007). Βάση των συγκεκριμένων στοιχείων που απεικονίζονται στο πίνακα Νο.1, θα λέγαμε πως παρουσιάζονται τα ποσοστά περιστατικών καρκίνου μαστού αναλόγως της φυλής, αναφέροντας στη λευκή φυλή έχουμε περιστατικά 132,5 γυναικών ανά 1000.000, στη μαύρη φυλή αντίστοιχα, 118,3 ανά 100.000, στην Ασιατική Ήπειρο και τα Νησιά του Ειρηνικού 89 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, στους Ιθαγενείς της Αλάσκα και τους Ινδιάνους Αμερικής 69.8 ανά 100.000 και στους κατοίκους της Ισπανικής 89.3 ανά 100.000 κατοίκους.

**Πίνακας 1: Περιστατικά καρκίνων του μαστού ανάλογα με τη φυλή (Πηγή: National Cancer Institute, SEER Program, 2007, σελ. 7-9)**

<b>Ποσοστό περιστατικών Με Βάση τη Φυλή</b>	
<b>Φυλή / Εθνικότητα</b>	<b>Αριθμός Γυναικών</b>
Συνολικός Αριθμός	127.8 / 100,000
Λευκή	132.5 / 100,000
Μαύρη	118.3 / 100,000
Ασιατική / Νησιά του Ειρηνικού	89.0 / 100,000
Ιθαγενείς Αλάσκα / Ινδιάνοι Αμερικής	69.8 / 100,000

Ισπανικής	89.3 / 100,000

**Πίνακας 2: Θάνατοι ασθενών με καρκίνο του μαστού ανάλογα με τη φυλή  
(Πηγή: National Cancer Institute, SEER Program, 2007, σελ.7-9)**

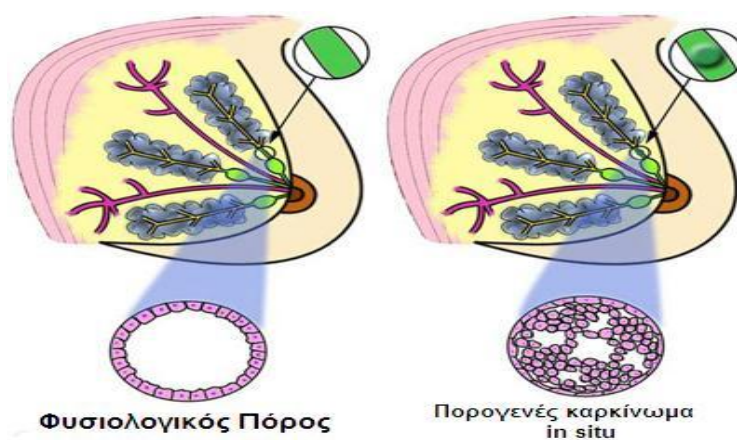
Αριθμοί θανάτων Με Βάση τη Φυλή	
Φυλή / Εθνικότητα	Αριθμός Γυναικών
Συνολικός Αριθμός	25.5 / 100,000
Λευκή	25 / 100,000
Μαύρη	33.8 / 100,000
Ασιατική / Νησιά του Ειρηνικού	12.6 / 100,000
Ιθαγενείς Αλάσκα / Ινδιάνοι Αμερικής	16.1 / 100,000
Ισπανική	16.1 / 100,000

Αντίστοιχα στον παραπάνω πίνακα, θα λέγαμε πως παρουσιάζονται τα ποσοστά θανάτων από καρκίνου μαστού αναλόγως της φυλής, αναφέροντας στη λευκή φυλή έχουμε περιστατικά 25 γυναικών ανά 1000.000, στη μαύρη φυλή αντίστοιχα, 33,8 ανά 100.000, στην Ασιατική Ήπειρο και τα Νησιά του Ειρηνικού 12,6 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, στους Ιθαγενείς της Αλάσκα και τους Ινδιάνους Αμερικής 16,1 ανά 100.000 και στους κατοίκους της Ισπανικής το ίδιο, δηλαδή 16,1 ανά 100.000 κατοίκους. Οπότε συμπεράνουμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό ασθένειας με καρκίνο έχει η λευκή φυλή αλλά περισσότερους θανάτους έχει η μαύρη φυλή. Επίσης παρατηρούμε ότι μεγάλη εμφάνιση καρκίνου του μαστού έχουν και η Ασιατική φυλή, τα νησιά του Ειρηνικού, οι ιθαγενείς της Αλάσκας ,οι Ινδιάνοι της Αμερικής και η Ισπανική φυλή. Ωστόσο στον πίνακα Νο 2 παρατηρούμε ότι τα ποσοστά θανάτου είναι μικρά σε σχέση με τα ποσοστά ασθένειας.

### **1.3 Τύποι καρκίνου μαστού**

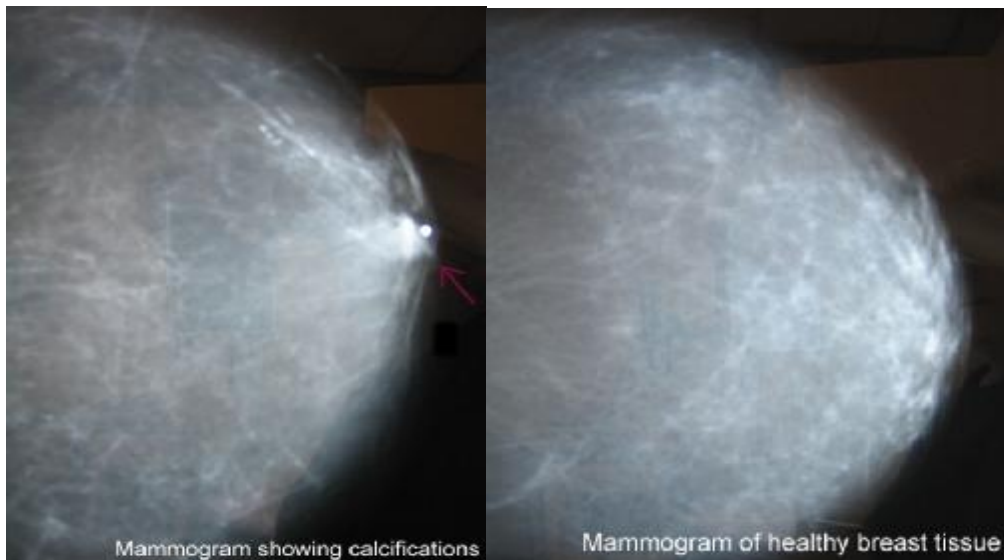
#### **1.3.1 Πορογενές καρκίνωμα in situ**

Το πορογενές καρκίνωμα *in situ* είναι μια πρόιμη μορφή καρκίνου μαστού και συχνά ονομάζεται και ως στάδιο 0 ειδικά από τη στιγμή που μπορεί να αντιμετωπισθεί, αν διαγνωσθεί έγκαιρα. Το συγκεκριμένο καρκίνωμα είναι μια εντοπισμένη συστάδα από καρκινικά κύτταρα στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και τα οποία δεν έχουν ακόμα πραγματοποιήσει διείσδυση σε γειτονικούς ιστούς. Αναφέροντας τον όρο *in situ*, γίνεται αναφορά στο ότι δεν έχει γίνει μετάσταση από το σημείο στο οποίο έχει εμφανισθεί (Heine, Malhotra, 2002).



**Εικόνα Νο.1 : Σχηματική αναπαράσταση του πορογενούς καρκινώματος *in situ* (DCIS) (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 23-26).**

Το πορογενές καρκίνωμα *in situ* μερικές φορές αναφέρεται και ως προ-καρκινικό, προ-διηθητικό ή μη-διηθητικό καρκίνωμα. Παρόλα αυτά εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μετατρέπεται σε μεταστατικό καρκίνωμα και εισβάλλει σε γειτονικούς ιστούς. Δεδομένου ότι ο γιατρός δεν είναι εφικτό να διαγνώσει το πότε ακριβώς ένα πορογενές καρκίνωμα θα μετατραπεί σε διηθητικό, η άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση του είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Ευτυχώς, η διάγνωση του πορογενούς καρκινώματος *in situ* μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τον μαστογραφικό έλεγχο, επομένως υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί προτού καν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα. Η εικόνα που παρουσιάζει το πορογενές καρκίνωμα στην μαστογραφία είναι μια περιοχή μικρο-αποπιτανώσεων (Bland, Copeland, 1991).



***Εικόνα Νο. 2 : Αντιπαράθεση δύο απεικονίσεων μαστού με μαστογραφία. Αριστερά μαστός με πορογενές καρκίνωμα in situ. Το κόκκινο βέλος δείχνει το σημείο όπου παρατηρούνται οι μικρο-αποτιτανώσεις. Δεξιά ένας φυσιολογικός μαστός (Ulrich-Canale-Wendell, 1994, σελ. 29).***

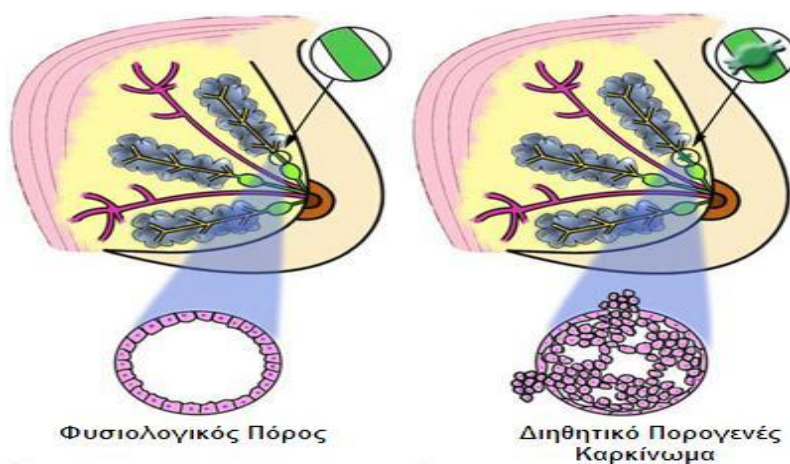
Κατά το παρελθόν, για να διαγνωστεί μια γυναίκα ότι πάσχει από πορογενές καρκίνωμα in situ του μαστού, έφτανε να έχει σχηματιστεί ένα ογκίδιο αρκετά ευμέγεθες έτσι ώστε να μπορεί να ψηλαφιστεί καθώς και παρατηρούταν εκροές της θηλής. Από την δεκαετία του 1980, όπου η μαστογραφία έγινε ευρέως διαθέσιμη και γνωστή ως μέθοδος διάγνωσης και προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, η διάγνωση των περισσότερων περιστατικών πορογενούς καρκίνου του μαστού γίνεται προτού να εμφανιστούν τα συμπτώματα και το μέσο μέγεθος του διαγνωσμένου όγκου ολοένα και μειώνεται (Heine, Malhotra, 2002). Ο αρχικός στόχος κατά τη θεραπεία του πορογενούς καρκινώματος in situ είναι η αποτροπή της επανεμφάνισής του στην συγκεκριμένη περιοχή καθώς και η μετατροπή του σε διηθητικό καρκίνωμα. Η χειρουργική αντιμετώπιση του περιλαμβάνει (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 41-44):

- Ø Μαστεκτομή: Ολική αφαίρεση του στήθους, ενώ οι υποκείμενοι μύες και οι λεμφαδένες παραμένουν ανέπαφοι.
- Ø Αφαίρεση μόνο του όγκου με διατήρηση της υπόλοιπης μάζας του μαστού.

Οι γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν για πορογενές καρκίνωμα *in situ* στο παρελθόν παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο (25-50%) να το επανεμφανίσουν, είτε στον ίδιο μαστό είτε στον αντίπλευρο, είτε να εμφανίσουν κάποια μορφή διηθητικού καρκίνου στο μέλλον. Για αυτό το λόγο συγκαταλέγονται στη λεγόμενη ομάδα επαγρύπνησης και υπόκεινται σε τακτικό κλινικό και μαστογραφικό προληπτικό έλεγχο. Επίσης εφαρμόζεται πολλές φορές ακτινοθεραπεία ως προληπτική αντιμετώπιση του εναπομείναντος ιστού. Η χρήση ορμονοθεραπείας ή χημειοθεραπείας συνιστάται σε ορισμένες γυναίκες και θεωρείται ότι μειώνει τον παραπάνω κίνδυνο. Σαν προσθετική θεραπεία χρησιμοποιείται πολλές φορές το φάρμακο tamoxifen, ιδιαίτερα σε γυναίκες με πορογενές καρκίνωμα *in situ* θετικό σε υποδοχείς οιστρογόνων και οι οποίες έχουν υποστεί χειρουργική αφαίρεση του όγκου και ακτινοθεραπεία (Bland, Copeland, 1991, σελ. 51-54).

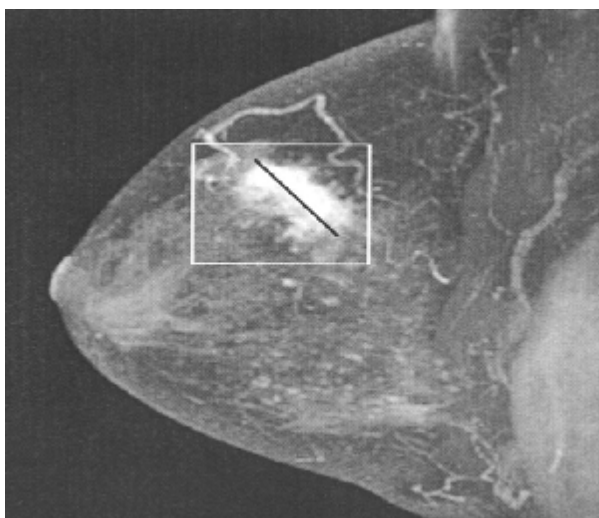
### 1.3.2 Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

Το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου του μαστού. Η εισβολή του χαρακτηρίζεται από τη παρουσία καρκινικών κυττάρων στη περιοχή του λοβιακού αγωγού και επεκτείνεται στη περιοχή του μαστού. Αυτή η έντονη αντίδραση μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία μιας χειροπιαστής μάζας η οποία μπορεί να τροποποιήσει το περίγραμμα του ιστού ή να γίνει ορατή ως μια πυκνή μάζα στη μαστογραφία ή στον υπέρηχο (Rubin, Strayer 2008, σελ. 63-65).



***Εικόνα Νο.3: Σχηματική αναπαράσταση του διηθητικού πορογενούς καρκινώματος. Αναπαρίσταται και η διήθηση της βασικής μεμβράνης από τα καρκινικά κύτταρα (Ulrich-Canale-Wendell, 1994, σελ. 8-11).***

Κατά την ψηλάφηση, γίνεται αισθητός ένας σκληρός, με ανώμαλη επιφάνεια και ακανόνιστο σχήμα όγκος, ο οποίος συνήθως εντοπίζεται κάτω από τη θηλαία άλω ή στην κεντρική περιοχή του στήθους. Ο όγκος φαίνεται να είναι κινητός, αλλά η κίνηση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι έχει διηθήσει τους περιβάλλοντες ιστούς και επομένως κινείται μαζί τους. Το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα μπορεί επίσης να προκαλέσει ανάκληση της θηλής και της θηλαίας Άλου. Κατά την διενέργεια μαστογραφίας συνήθως εμφανίζονται μικρο-αποτιτανώσεις κοντά στην περιοχή του καρκινώματος. Οι κύριοι διαγνωστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται για το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα είναι, πέρα από την ψηλάφηση, η μαστογραφία, οι υπέρηχοι, η μαγνητική τομογραφία και η βιοψία (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 61-64).



***Εικόνα Νο. 4: Απεικόνιση μαστού με μαγνητική τομογραφία στην οποία είναι εμφανές το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα (Ulrich-Canale-Wendell, 1994, σελ. 33-37).***

Το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα μπορεί να διαγνωστεί σε τέσσερα στάδια. Η προτεινόμενη θεραπεία εξαρτάται από το εκάστοτε στάδιο καθώς και από ορισμένα σημαντικά χαρακτηριστικά του όγκου. Η πρόγνωση για το διηθητικό πορογενές



καρκίνωμα μπορεί να είναι πολύ καλή και εξαρτάται από διάφορα χαρακτηριστικά τα οποία είναι (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 44-48):

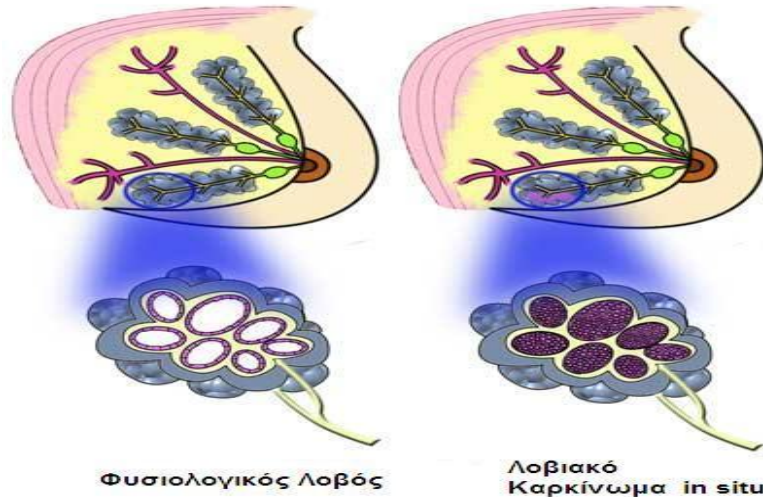
- Ø «Το στάδιο και το μέγεθος του όγκου
- Ø Ο βαθμός του όγκου
- Ø Τα περιθώρια χειρουργικής επέμβασης
- Ø Η κατάσταση των υποδοχέων ορμονών
- Ø Τα επίπεδα του HER2
- Ø Η κατάσταση των λεμφαδένων
- Ø Οι μέθοδοι θεραπείας βασίζονται στην απομάκρυνση των καρκινικών κυττάρων και στην αποτροπή επανεμφάνισης του καρκινώματος».

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που υπάρχει η πιθανότητα να ακολουθηθούν περιλαμβάνουν:

- Ø Εκτομή του όγκου
- Ø Μαστεκτομή
- Ø Χημειοθεραπεία
- Ø Ακτινοθεραπεία
- Ø Ορμονοθεραπεία

### **1.3.3 Λοβιακό καρκίνωμα μαστού**

Το λοβιακό καρκίνωμα in situ είναι αρκετά συχνό σε γυναίκες που δεν έχουν φτάσει την εμμηνόπαυση. Το λοβιακό καρκίνωμα in situ δεν μπορεί να διαγνωσθεί με την χρήση μαστογραφίας. Συνήθως, αποτελεί τυχαίο εύρημα κατά τη βιοψία ιστού από το μαστό ή κατά την αφαίρεση κάποιου όγκου (Bland, Copeland, 1991, σελ. 71-73).



**Εικόνα Νο. 5: Σχηματική αναπαράσταση του λοβιακού καρκινώματος in situ (Ulrich-Canale-Wendell, 1994, σελ. 32-35).**

Κατά το παρελθόν, το λοβιακό καρκίνωμα in situ αντιμετωπιζόταν με την διενέργεια μαστεκτομής. Σήμερα, μια τέτοια διαδικασία δεν θεωρείται απαραίτητη ενώ συνήθως δεν παρέχεται και κάποια θεραπεία για τις γυναίκες στις οποίες γίνεται διάγνωση για λοβιακό καρκίνωμα in situ. Η συνήθης τακτική για γυναίκες στις οποίες έχει διαγνωσθεί λοβιακό καρκίνωμα in situ περιλαμβάνει εξέταση του στήθους κάθε 6 έως 12 μήνες και μαστογραφία κάθε 1 έως 2 χρόνια. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει η δυνατότητα να διαγνωσθεί έγκαιρα κάθε τυχόν αλλαγή και να αντιμετωπιστεί η οποιαδήποτε κατάσταση σε πολύ αρχικό στάδιο (Schnall, Orel, 2006)

Κλινική μελέτη η οποία ονομάστηκε International Breast Cancer Intervention Study (IBIS) και στην οποία συμμετείχαν και γυναίκες με λοβιακό καρκίνωμα in situ έδειξε ότι ορμονοθεραπεία με το φάρμακο ταμοξιφένη μειώνει τον κίνδυνο εξέλιξης του σε καρκίνο του μαστού και ιδιαίτερα σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (Bland, Copeland, 1991, σελ. 51-54).

#### **1.3.4 Διθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαστού**

Ταυτόχρονο ή ετεροχρονισμένο αμφίπλευρο καρκίνωμα παρουσιάζεται σε ποσοστό 30% των γυναικών που εμφανίζουν διθητικό λοβιακό καρκίνωμα. Περίπου το 50% των καρκίνων αυτού του τύπου που εξετάστηκαν βιοχημικά χαρακτηρίζονται

ως θετικοί σε υποδοχείς οιστρογόνων. Αναφέρθηκε και περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1946 από τους Foote και Stewart (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 89-91)

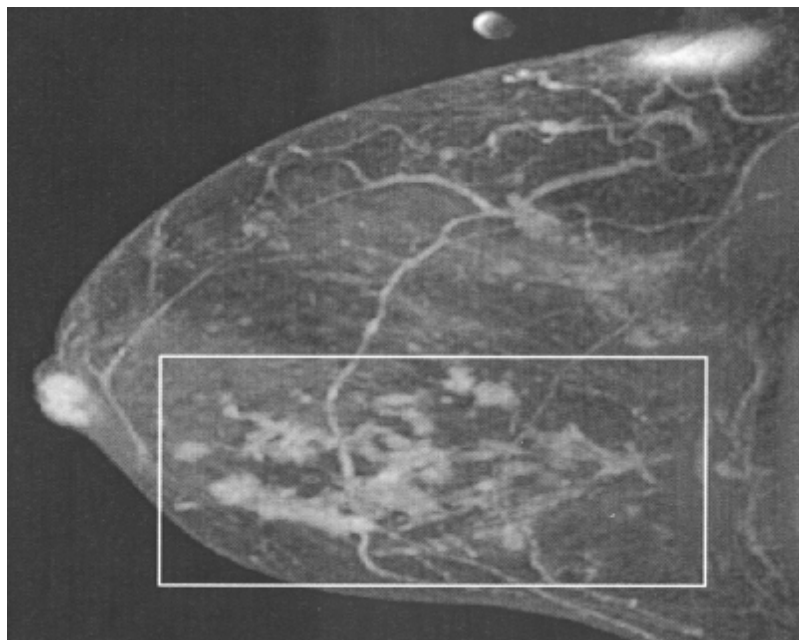
Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα είναι ο δεύτερος πιο συχνός τύπος καρκίνου του μαστού με συχνότητα εμφάνισης 5-15 %. Όπως και το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα έτσι και το λοβιακό καρκίνωμα εμφανίζεται ως μια χειροπιαστή μάζα η οποία παραμορφώνει τη δομή του μαστού. Μπορεί να γίνει δύσκολο να διαγνωστεί είτε μέσω της ψηλάφησης είτε μέσω της μαστογραφίας. Σε ιστολογικές εξετάσεις εμφανίζεται ως πολλαπλασιασμός των καρκινικών κυττάρων κανονισμένα σε ενιαίες σειρές. (Winchester, Winchester 2006, σελ. 82-84)

Κατά την ψηλάφηση υπάρχει η πιθανότητα να παρουσιάζεται είτε ως μεγάλη σκληρή μάζα είτε ως μικρά οζίδια. Αντίθετα, δεν παρατηρείται εκροή της θηλής και νόσος Paget, μιας και το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα δεν αποτελεί διαδικασία που πραγματοποιείται στους πόρους (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 67-69). Τα παθολογικά χαρακτηριστικά του διηθητικού λοβιακού καρκινώματος είναι ποικίλα. Το μέγεθος του όγκου μπορεί να είναι από μικροσκοπικό έως διάχυτα διηθητικό καταλαμβάνοντας σχεδόν ολόκληρη τη μάζα του μαστού. Τα όρια του όγκου είναι συνήθως ασαφή ενώ ο αφαιρούμενος όγκος τείνει να είναι περισσότερο συμπαγής από τους γειτονικούς ιστούς. Συνήθως το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα δεν εμφανίζει αιμορραγίες, αποτιτανώσεις, νέκρωση ή σχηματισμό κυστών (Schnall, Orel, 2006, σελ. 74-77).

Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά του διηθητικού λοβιακού καρκινώματος κατά την παρατήρηση βιοψίας στο μικροσκόπιο είναι μικρά και στρογγυλά κύτταρα με λεία μορφή και ελάχιστο κυτταρόπλασμα, τα οποία διηθούν το στρώμα σε μονή γραμμή και περιβάλλουν τους υγιείς ιστούς του στήθους με τρόπο που να σχηματίζεται στόχος. Η διήθηση συνήθως δεν καταστρέφει την ανατομική δομή του μαστού και ούτε υποκινούν μια ουσιώδη αντίδραση του συνδετικού ιστού. Επειδή η ανάπτυξη του δεν είναι εστιακή, στα αρχικά στάδια δεν σχηματίζει ψηλαφητά ογκίδια, πράγμα που κάνει την διάγνωσή του με ψηλάφηση ή με μαστογραφία αρκετά δύσκολη (Schnall, Orel, 2006, σελ. 18-21).

Επειδή το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα συναντάται με πολύ μικρότερη συχνότητα από το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα, τα όποια συμπεράσματα

προκύπτουν από ένα σχετικά μικρό αριθμό περιστατικών. Για το λόγο αυτό και οι απόψεις για την πρόγνωση του σε σχέση με το πορογενές διηθητικό ποικίλουν και εξαρτάται από το εκάστοτε περιστατικό (Bland, Copeland, 1991)



***Εικόνα Νο. 6 : Απεικόνιση μαστού με διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα. Η απεικόνιση διενεργήθηκε με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας (Ulrich-Canale-Wendell, 1994, σελ. 22-24).***

Τα τελευταία χρόνια μελετάται και η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας με ενισχυμένη αντίθεση, η οποία ούτως ή άλλως χρησιμοποιείται για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, για τη διάγνωση του διηθητικού λοβιακού καρκινώματος (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 51-54).

### **1.3.5 Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού**

Αποτελεί μια σπάνια μορφή καρκίνου. Το ποσοστό εμφάνισής του είναι 1-2% και είναι πολύ χαμηλό. Ο όρος φλεγμονώδης εννοεί ότι ο ιστός του μαστού έχει εκτεταμένη εκτομή. Τα λεμφικά αγγεία φράζουν από τα καρκινικά κύτταρα και η απόφραξη έχει σαν αποτέλεσμα να πρήζεται το στήθος και να είναι ερυθρό και σκληρό (Bland, Copeland, 1991).

Η απόφραξη αυτή των λεμφικών αγγείων έχει ως αποτέλεσμα το στήθος να πρήζεται, να γίνεται ερυθρό και θερμό καθώς και σκληρό και σταθερό. Εκτός από τα

παραπάνω χαρακτηριστικά συμπτώματα η ασθενής μπορεί να εμφανίσει έντονο πόνο στο στήθος καθώς και αυλακώσεις ή λέπτυνση του δέρματός, σχηματισμό όγκου στο στήθος, εκροή μέσω της θηλής και αναστροφή της (Bland, Copeland, 1991).

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα του φλεγμονώδους καρκίνου μπορεί να εμφανιστούν εντελώς ξαφνικά. Για το λόγο αυτό συχνά συγχέεται με φλεγμονή του μαστού (μαστίτιδες) μιας και τα συμπτώματα είναι όμοια. Για αυτό αρχικά συνίσταται θεραπεία με αντιβίωση για να διευκρινιστεί αν τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αδύνατη η διενέργεια μαστογραφίας διότι το στήθος είναι πρησμένο και ιδιαίτερα ευαίσθητο στον πόνο. Η θεραπεία για τον φλεγμονώδη καρκίνο διαφέρει ελαφρά από τη θεραπευτική στρατηγική που χρησιμοποιείται για τις υπόλοιπες μορφές καρκίνου (Bland, Copeland, 1991, σελ. 61-64).

Η θεραπεία του φλεγμονώδη καρκίνου του μαστού ξεκινάει με τη χημειοθεραπεία. Ασθενείς που έχουν σημαντική βελτίωση του οιδήματος με χημειοθεραπεία προχωράνε σε χειρουργική επέμβαση και στη συνέχεια σε ακτινοθεραπεία. Ασθενείς που δε βλέπουν κάποια βελτίωση στο δέρμα και στο μαστό με τη προεγχειρητική χημειοθεραπεία προχωράνε σε μια εναλλακτική μορφή χημειοθεραπείας (Anderson, 2008, σελ. 65-68).

### **1.3.6 Σωληνοειδές καρκίνωμα μαστού**

Εμφανίζεται με ποσοστό περίπου 2% στις διαγνώσεις καρκίνου του μαστού. Τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν μια χαρακτηριστική σωληνοειδής δομή όταν παρατηρούνται στο μικροσκόπιο. Συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, ενώ πάνω από το 95% των γυναικών που διαγνώστηκαν με αυτό τον τύπο καρκίνου έχουν προσδόκιμο ζωής τουλάχιστον 10 χρόνια. Αντιμετωπίζεται με χειρουργική επέμβαση και η επανεμφάνιση του δεν είναι ιδιαίτερα πιθανή (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 67-69).

### **1.3.7 Νόσος Paget**

Αποτελεί μια σπάνια ασθένεια που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού και το ποσοστό της εμφάνισής της είναι 1-2%. Πολλές φορές, τόσο ο γιατρός όσο και η ασθενής θεωρούν ότι πρόκειται για έκζεμα. Η αντιμετώπιση αυτή προκαλεί καθυστέρηση στη διάγνωση της νόσου Paget μιας και αρχικά παρέχεται θεραπεία έναντι του εκζέματος (Schnall, Orel, 2006, σελ. 76-79).



**Εικόνα Νο. 7 : Σχηματική αναπαράσταση της κλινικής (πάνω) και κυτταρολογικής (κάτω) εικόνας της νόσου Paget (Ulrich-Canale-Wendell, 1994, σελ. 81-83).**

Η διάγνωση για τη νόσο Paget γίνεται συχνά μέσα από ακτινογραφίες που έχουν πραγματοποιηθεί για άλλους λόγους. Η διάγνωση γίνεται σπάνια βάση των συμπτωμάτων αλλά η επιβεβαίωση έρχεται από το αποτέλεσμα των ακτινογραφιών. Η βιοψία είναι απαραίτητη μόνο όταν υπάρχει υποψία για κακοήθεια (Pilnik, 2008, σελ. 91-94).

Γενικά, η νόσος Paget αντιμετωπίζεται σαν οποιαδήποτε άλλη μορφή καρκίνου του μαστού. Πραγματοποιείται συνήθως χειρουργική αφαίρεση είτε όλο του μαστού είτε μόνο της αλλοιωμένης περιοχής. Η περαιτέρω θεραπεία εξαρτάται

από το αποτέλεσμα της διάγνωσης για το αν υπάρχει κάποια μορφή διηθητικού καρκίνου ή όχι (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 55-58).

### **1.3.8 Βλεννώδες καρκίνωμα του μαστού**

Αποτελεί το 1 έως 2% των διαγνωσμένων καρκίνων. Τα κύρια διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά του είναι η παραγωγή βλέννας και τα ακαθόριστα κύτταρα. Αναπτύσσεται λιγότερο γρήγορα από άλλους τύπους καρκίνου, ενώ συνήθως δεν προσβάλλει τους λεμφαδένες (Schnall, Orel, 2006). Η αντιμετώπιση του επιτυγχάνεται με χειρουργική αφαίρεση του όγκου, ενώ αν ο όγκος είναι μικρότερος από 1 εκατοστό αποφεύγεται, μερικές φορές, και η αφαίρεση των λεμφικών αδένων. Έχει πολύ καλή πρόγνωση, ενώ συχνά δεν απαιτείται περαιτέρω θεραπεία έπειτα από την χειρουργική επέμβαση.

### **1.4 Παράγοντες που συντελούν στην δημιουργία και ανάπτυξη όγκων καρκίνου μαστού στις γυναίκες**

Ως ακολούθως, αναφέρονται οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες που εντοπίζονται στις μέρες μας και μπορούν αντίστοιχα να αιτιολογήσουν την εμφάνιση καρκίνου μαστού, ως εξής (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 66-68):

- ακτινοβούληση θώρακα που είναι ένας παράγοντας συσχετισμένος με τον καρκίνο του μαστού
- γενετική προδιάθεση για τη νόσο και αντιστοιχεί σε 5-10% των περιπτώσεων
- οικογενειακό ιστορικό
- ατομικό ιστορικό προηγούμενου καρκίνου του μαστού όπου και αυξάνει τις πιθανότητες και του άλλου μαστού
- λευκή φυλή η οποία προσβάλλεται περισσότερο
- εμμηναρχή σε μικρή ηλικία πριν από το 12<sup>ο</sup> έτος
- απουσία τεκνοποίησης ή για πρώτη φορά τεκνοποίηση μετά από 30 χρόνια
- μακροχρόνια χρήση πολλών αντισυλληπτικών δισκίων
- λήψη ποσότητας αλκοόλ
- κάπνισμα

- ζωή σε βιομηχανικές περιοχές και σύγχρονος τρόπος ζωής και εργασίας
- παχυσαρκία και τροφές πλούσιες σε λίπη
- καθιστική ζωή
- έλλειψη άσκησης
- συγγενείς γυναικών με καρκίνο και στους δυο μαστούς
- επανειλημμένη εμφάνιση καρκίνου στην οικογένεια
- λήψη οιστρογόνων για 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.

## **1.5 Τρόποι διάγνωσης καρκίνου μαστού**

### **1.5.1 Απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης**

Η συχνότητα του παρουσιάζει μια σταθερή αύξηση και αποτελεί την πιο συχνή νεοπλασία στις γυναίκες. Σε πολλές περιπτώσεις αντιμετωπίζεται αν γίνει έγκαιρη διάγνωση και υπάρξει αποτελεσματική θεραπεία. Οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν εξοικειωθεί με τους τρόπους ψηλάφησης και αυτοελέγχου. Θα πρέπει να κάνουν κάθε χρόνο τον απαραίτητο έλεγχο. Έπειτα από έρευνες στις ΗΠΑ ο έλεγχος που γίνεται τακτικά και οι ιατρικές εξετάσεις μειώνουν το ποσοστό θνησιμότητας. Οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την εξέταση καρκίνου του μαστού είναι :

- μαστογραφία
- πνευμοκυστογραφία
- ραδιοισοτοπική μαστογραφία
- εξετάσεις εκπομπής ποζιτρονίων FDG-PET, FDG-PET/CT
- επεμβατικές τεχνικές

Η μαστογραφία είναι η καλύτερη μέθοδος και η πιο αποτελεσματική για την ανίχνευση όγκων και τη διάγνωση καρκίνου του μαστού. Αλλά η ερμηνεία τους είναι δύσκολη και απαιτεί χρόνια εμπειρία καθώς και στον χειρισμό του μαστογράφου. Ο ιατρός πολλές φορές μπορεί να οδηγηθεί σε λάθος συμπεράσματα από :

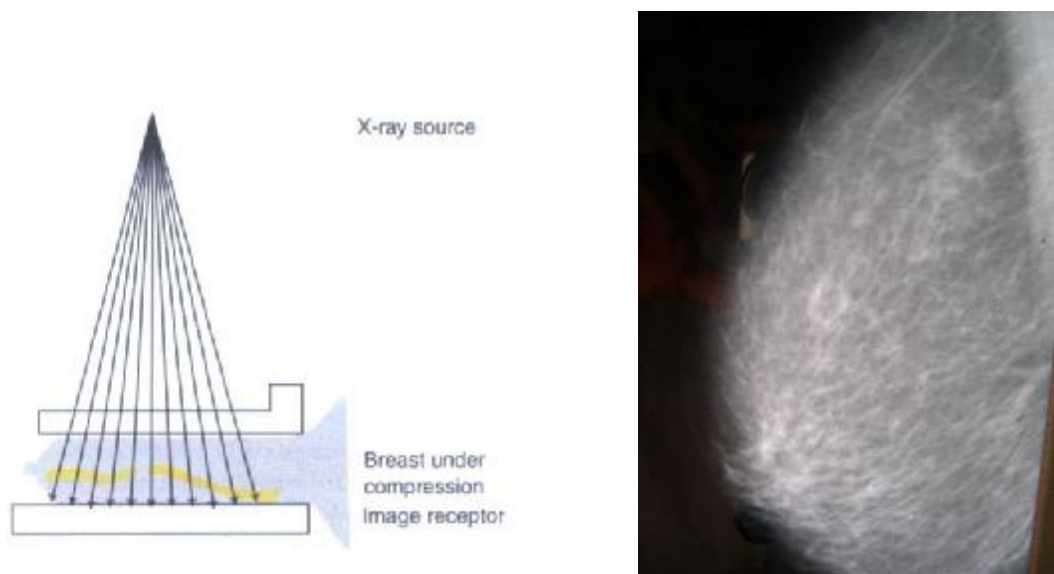


- ποικιλία ακτινογραφικών ευρημάτων
- κακής ποιότητας εικόνα
- λανθασμένη λήψη εικόνων

Πολλές φορές μπορεί τα καλοήθη ευρήματα να θεωρηθούν καρκινικές ενδείξεις ή και το αντίθετο και με αυτόν τον τρόπο δε γίνεται η έγκαιρη αντιμετώπισή τους. Έτσι πλέον υπάρχουν κάποια συστήματα υποβοηθούμενης διάγνωσης για την καλύτερη ερμηνεία των μαστογραφιών. Τα συστήματα αυτά αναλύουν τα χαρακτηριστικά των καλοηθών και κακοηθών ευρημάτων αντικειμενικά ώστε να μειώνονται οι λάθος διαγνώσεις. Έτσι δίνεται μια αξιόπιστη δεύτερη γνώμη.

### 1.5.2 Διάγνωση μέσω χρήσης μαστογραφίας

Είναι πλέον αποδεκτό ότι η μαστογραφία παρέχει το μεγαλύτερο ποσοστό αξιοπιστίας για την διερεύνηση ύπαρξης καρκίνου καθώς και για τον εντοπισμό του σε πρώιμο στάδιο, δηλαδή όταν το μέγεθος του είναι μόνο λίγα χιλιοστά και μη ψηλαφητός. Επίσης, είναι η μόνη μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πληθυσμιακό έλεγχο, κυρίως λόγω του χαμηλού κόστους της, σε σχέση με τις νεότερες απεικονιστικές μεθόδους (Bland, Copeland, 1991, σελ. 77-79).



**ΕΙΚΟΝΑ Νο. 8:** Η μαστογραφία είναι ακτινογραφία του μαστού, με κύριο χαρακτηριστικό την πολύ μικρότερη ενέργεια των χρησιμοποιούμενων ακτίνων X.

*Αυτός είναι ο λόγος που για τη μαστογραφία έχει σχεδιαστεί ειδικός εξοπλισμός και για τη λοχμία, αλλά κυρίως για τον ανιχνευτή (Schnall, Orel, 2006, σελ. 77-79).*

Η συμβατική μαστογραφία είναι μια τεχνική απεικόνισης της εσωτερικής δομής του μαστού σε ειδικό φιλμ, χρησιμοποιώντας ακτίνες X. Η εξέταση γίνεται με χρήση ειδικού μηχανήματος που ονομάζεται μαστογράφος. Παρόλο που η εξέταση γίνεται με ακτίνες X, δεν είναι επικίνδυνη, αφού η δόση της ακτινοβολίας που εκπέμπει ο μαστογράφος είναι πολύ μικρή. Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ένας μαστός με τα σύγχρονα μηχανήματα μαστογραφίας είναι <300 mrad (<3 mGy) για κάθε μαστό ετήσια, για δύο προβολές (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 91-93).

Με τη χρήση των μαστογραφιών είναι δυνατόν να εντοπιστούν κακώσεις στον μαστό, αλλαγές στους ιστούς ή εμφάνιση μαζών που ενδέχεται να αποτελούν κακοήθειες και να χρίζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης. Συνήθως, αποκαλύπτονται ανωμαλίες του μαστού που ακόμα και η ίδια η ασθενής δεν έχει αντιληφθεί. Όταν μία τέτοια κάκωση εντοπιστεί, γίνεται δειγματοληψία ιστού (βιοψία) στην συγκεκριμένη περιοχή προκειμένου να διαπιστωθεί αν πρόκειται για καλοήθεια ή κακοήθεια. Σε γενικές γραμμές, η μαστογραφία αποκαλύπτει τη συνολική μορφολογία των μαστών (κατηγοριοποίηση σε λιπώδη, ανομοιογενή πυκνό ή σε ιδιαίτερα πυκνό μαστό), την παρουσία εστιακών βλαβών, αποτιτανώσεων ή δομικών αλλοιώσεων (Schnall, Orel, 2006, σελ. 92-94).

Αλλά η ανίχνευση της ενδεχόμενης κακοήθειας, αν υπάρχει, είναι και το μεγαλύτερο όφελος της μαστογραφίας και ειδικά την περίοδο όπου η συγκεκριμένη βλάβη δεν έχει ακόμα συμπτώματα. Συνήθως τότε είναι σε μορφή μικροαποτιτανώσεων και αντιμετωπίζεται πιο εύκολα. Η έκταση των μικροαποτιτανώσεων αποκαλύπτεται πιο εύκολα από τη μαστογραφία καθώς και η θέση τους σε σχέση με τα παρακείμενα ανατομικά στοιχεία του μαστού και ειδικά για την έγκαιρη διάγνωση πολυεστιακής νόσου. Αλλά προκειμένου να γίνει σωστή ερμηνεία των ύποπτων μαστογραφικών αλλοιώσεων απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανάλυση με μεγεθυντικές εικόνες οι οποίες μπορούν και απεικονίζουν με λεπτομέρεια την ακτομορφολογία της βλάβης και την όποια σχέση της με το παρακείμενο παρέγχυμα (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 51-54)

Επίσης, ο γιατρός έχει την δυνατότητα να χειρίζεται ηλεκτρονικά τις εικόνες και να εξετάζει καλύτερα τις περιοχές ενδιαφέροντος (Schnall, Orel, 2006). Στην ψηφιακή μαστογραφία υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής συστήματος αυτόματης ανίχνευσης και διάγνωσης αλλοιώσεων με τη βοήθεια συστήματος υποβοηθούμενης διάγνωσης (CAD). Ένα ακόμη πλεονέκτημα είναι η ταχύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων, η δυνατότητα αποθήκευσης, αρχειοθέτησης και ταχείας ανάκλησης μεγάλου αριθμού δεδομένων και η τηλεμαστογραφία (Bland, Copeland, 1991, σελ. 71-74).

Κάθε γυναίκα, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών οπότε αυξάνει και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου, πρέπει να κάνει μαστογραφία τουλάχιστον ετησίως, ώστε να είναι δυνατόν να διαγνωστεί ο καρκίνος σε πρώιμο στάδιο. Έχει αποδειχθεί μάλιστα ότι η μαστογραφική εξέταση μειώνει το ποσοστό θνησιμότητας κατά 30-50%. Σε εξειδικευμένα κέντρα προτείνεται ο αυξημένος έλεγχος των γυναικών αυτών, ο οποίος περιλαμβάνει (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 9-13):

1. την αυτοεξέταση των μαστών από την ηλικία των 20 ετών,
2. την κλινική εξέταση μια ή δυο φορές τον χρόνο και
3. τον προληπτικό ετήσιο έλεγχο με μαστογραφία από την ηλικία των 25-35 ετών ή 5 έτη νωρίτερα από την διάγνωση της νόσου σε συγγενικό πρόσωπο.

Νεότερη εξέλιξη της ψηφιακής μαστογραφίας είναι η ψηφιακή 3D τομοσύνθεση κατά την οποία λαμβάνεται ένας αριθμός εικόνων χαμηλής δόσης από διαφορετικές γωνίες, από τις οποίες ανασυνθέτονται εικόνες λεπτών τομών του μαστού. Όταν οι εικόνες αυτές τοποθετούνται μαζί οι λεπτές τομές αναδεικνύουν μεγαλύτερες λεπτομέρειες και καθαρότερες πληροφορίες της δομής του μαστού, με αποτέλεσμα την έγκαιρη και ασφαλέστερη ανάδειξη του καρκίνου του μαστού, υπερνικώντας τις επιπροβολές των ιστών που απεικονίζονται στην 2D μαστογραφία (Schnall, Orel, 2006, σελ. 66-69).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το σημαντικότερο μειονέκτημα της τεχνικής της μαστογραφίας είναι ότι ένα ποσοστό 8-12% των κακοηθειών δεν μπορούν να εντοπιστούν με αυτήν. Αυτό οφείλεται κυρίως στη μειωμένη

διαγνωστική αξία της μεθόδου σε γυναίκες με πυκνούς (νεανικούς) μαστούς, στην αδυναμία διάκρισης της τοπικής υποτροπής από μετεγχειρητική ουλή και στη διαφορική διάγνωση απλής φλεγμονής από φλεγμονώδες νεόπλασμα. Σε γενικές γραμμές, τα ύποπτα σημεία στη μαστογραφία για την ύπαρξη υποκλινικής κακοήθειας περιλαμβάνουν (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 51-55):

- Ø Ευθείες γραμμές, οι οποίες φθάνουν σε περιοχές αυξημένης πυκνότητας.
- Ø Αρχιτεκτονικές διαστρεβλώσεις που συνήθως απεικονίζονται με ευθείες γραμμές αλλά δεν ανιχνεύεται μάζα (πιθανό πρώιμο καρκίνωμα).
- Ø Εισολκή του δέρματος ή/ και της θηλής.
- Ø Παρουσία αυξημένης πυκνότητας (μάζας).
- Ø Παρουσία μικροαποτιτανώσεων.

Τα συμπεράσματα που εξάγονται από μια μαστογραφία θα πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό καθώς υπάρχουν μικρές διαφορές στην αντίθεση μεταξύ καρκινικών και υγιών ιστών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το ποσοστό λάθους. Επίσης, η κακή διακριτική ικανότητα, η χαμηλή αντίθεση και η ύπαρξη θορύβου εμποδίζουν την διαγνωστική αξιολόγηση των μικρο-ασβεστώσεων. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό από τις βιοψίες που έγιναν ύστερα από ερμηνεία των μαστογραφιών αποδεικνύεται τελικά να είναι καλοήθεις περιπτώσεις, με αποτέλεσμα πολλές ασθενείς να έχουν υποβληθεί σε περιττές επίπονες εξετάσεις και έξοδα (Schnall, Orel, 2006, σελ. 41-44).

### **1.5.3 Διάγνωση μέσω συστήματος ταξινόμησης Bi-RAdS**

Στο σύστημα BI-RAdS περιλαμβάνονται όροι για την αξιολόγηση της πυκνότητας των μαστών σε 4 κατηγορίες, καθώς και για την περιγραφή και την αξιολόγηση μαζών, αποτιτανώσεων, αλλά και λοιπών συνοδών ή ειδικών ευρημάτων (όπως είναι η ασύμμετρη τοπική σκίαση, οι ενδομαζικοί λεμφαδένες κ.λ.π.). Επιπρόσθετα το λεξικό αυτό προβλέπει την κατάταξη των μαστογραφικών ευρημάτων σε 7 κατηγορίες που εκφράζουν την άποψη και τον βαθμό υπόνοιας του ακτινοδιαγνώστη ως προς την πιθανότητα κακοήθειας και συνοδεύονται από τις ανάλογες συστάσεις για πιθανή περαιτέρω διερεύνηση ή παρακολούθηση. Η χρήση του λεξικού τα τελευταία χρόνια οδήγησε σε αύξηση της σαφήνειας της μαστογραφικής έκθεσης, βελτίωσε την επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων

ειδικοτήτων που ασχολούνται με τις παθήσεις του μαστού και προήγαγε την έρευνα (Schnall, Orel, 2006).

Το λεξικό αυτό περιλαμβάνει όρους για:

A) Την περιγραφή και την αξιολόγηση της πυκνότητας του μαζικού παρεγχύματος.

B) Την περιγραφή και την αξιολόγηση μαζών, αποτιτανώσεων και συνοδών ευρημάτων.

Γ) Την τελική κατάταξη των μαστογραφικών ευρημάτων σε κατηγορίες.

Σύμφωνα λοιπόν με το BI-RAdS σύστημα υπάρχουν οι εξής κατηγορίες κατάταξης των μαστογραφικών ευρημάτων (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 82-84):

- Ø Κατηγορία 0 : δεν υπάρχουν ευρήματα. Χρειάζεται επιπλέον απεικονιστικός έλεγχος όπως κάποιες μεγεθυντικές μαστογραφίες και λήψεις
- Ø Κατηγορία 1 : αρνητική μαστογραφία όπου δεν υπάρχουν ευρήματα και οι μαστοί είναι συμμετρικοί χωρίς αλλοιώσεις
- Ø Κατηγορία 2 : κάποια καλοήθη ευρήματα υπάρχουν, όπως αποτιτανωμένα ινοαδενώματα, ενδομαστικοί λεμφαδένες, προθέματα, αμαρτώματα. Ο ετήσιος επανέλεγχος είναι απαραίτητος
- Ø Κατηγορία 3 : υπάρχουν πιθανών καλοήθη ευρήματα όπως μια εστιακή ασυμμετρία και ο έλεγχος ανά εξάμηνο χρειάζεται. Σε περίπτωση μεταβολής της ακτινολογικής εξέτασης είναι απαραίτητη η βιοψία. Υπάρχει 2% κίνδυνος κακοήθειας
- Ø Κατηγορία 5: Υπάρχει εξαιρετικά υψηλή πιθανότητα κακοήθειας σε ποσοστό >95% και απαιτείται κατάλληλη θεραπεία.
- Ø Κατηγορία 6: Έχει γίνει γνωστή βιοψία και υπάρχει επιβεβαιωμένη κακοήθεια. Απαιτείται κατάλληλη θεραπεία. Αυτή η κατηγορία προστέθηκε εκ των υστέρων και αφορά στην παρακολούθηση γνωστού καρκίνου, είτε για τη διατύπωση μιας δεύτερης γνώμης ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου είτε για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στην χημειοθεραπεία πριν από το χειρουργείο (Bland, Copeland, 1991, σελ. 51-54).

#### **1.5.4 Διάγνωση με μαστογραφικά ευρήματα**

Ορισμένα μαστογραφικά ευρήματα μπορούν ενδεχομένως να μαρτυρούν την ύπαρξη καρκίνου του μαστού. Οι βασικές κατηγορίες στις οποίες αυτές κατατάσσονται είναι: (i) οι μάζες, (ii) οι μικροασβεστώσεις και (iii) οι αρχιτεκτονικές διαστρεβλώσεις (Parl, Dawling, Roodi, Crooke, 2009, σελ. 66-68). Η αξιολόγηση του συνόλου των ευρημάτων αυτών οδηγούν στην διάγνωση της ασθένειας. Συχνά, οι ασθενείς με μη ψηλαφητές βλάβες του μαστού οδηγούνται σε βιοψία της βλάβης, προκειμένου να καθοριστεί η καλοήθης ή κακοήθης φύση αυτών. Το 80% των ασθενών που υποβάλλονται σε βιοψία για μη ψηλαφητή βλάβη στο μαστό δεν έχουν κακοήθη ιστολογικά χαρακτηριστικά και ουσιαστικά υποβάλλονται σε μία μη αναγκαία μικρή χειρουργική επέμβαση. Οι μάζες και οι μικροασβεστώσεις, είναι οι συνηθέστερες και οι πλέον πιο ανησυχητικές για την εκδήλωση του καρκίνου (Schnall, Orel, 2006, σελ. 44-47).

### **1.6 Τρόποι θεραπείας καρκίνου μαστού**

#### **1.6.1 Βιοψία δια αναρροφήσεως**

Η διενέργεια βιοψίας με τη χρήση του συστήματος βιοψίας δια αναρροφήσεως (Mammotome® System) μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό γιατρό να πραγματοποιήσει διάγνωση μιας ανωμαλίας του στήθους με μεγάλη ακρίβεια και χωρίς να είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Η συγκεκριμένη μέθοδος υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί και για τη διάγνωση μη-καρκινικών όγκων του στήθους όπως το ινοαδένωμα. Το μέγεθος του όγκου από τη συγκεκριμένη διαδικασία μπορεί να μειωθεί τόσο έτσι ώστε στη συνέχεια να μην είναι ανιχνεύσιμος με ψηλάφηση ή με την χρήση υπερήχων (Heine, Malhotra, 2002, σελ. 32-35).

Η χρήση του συστήματος βιοψίας δια αναρροφήσεως ενδείκνυται μονό για διαγνωστικούς σκοπούς και όχι για θεραπευτικούς. Η χρήση του αντενδεικνύεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ή πιθανότητα επιπλοκών κατά τη διάρκεια βιοψίας, βάση της κρίσης του κλινικού γιατρού. Για παράδειγμα ασθενείς

που λαμβάνουν αντιθρομβωτική θεραπεία ή που παρουσιάζουν ανωμαλίες στην πήξη του αίματος θεωρούνται υψηλού κινδύνου. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς είναι απαραίτητο να συμβουλευονται το γιατρό τους για ποιο είδος βιοψίας είναι το κατάλληλο για αυτούς.

Με τη χρήση απεικονιστικών μεθόδων, όπως οι ακτίνες Χ και οι υπέρηχοι, η ανεύρεση ανωμαλίας ή όγκου στο στήθος μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα και στα πολύ αρχικά στάδια. Χρησιμοποιώντας αυτές της μεθόδους ο γιατρός μπορεί να οδηγήσει τη βελόνα του συστήματος βιοψίας δια αναρροφήσεως στην ύποπτη περιοχή του στήθους και με αυτό τον τρόπο να συλλέξει ένα κομμάτι ιστού από μια μικρή οπή. Η διενέργεια της παραπάνω διαδικασίας μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση τοπικής αναισθησίας. Η παραπάνω μέθοδος εξασφαλίζει ακριβή διάγνωση με τον ελάχιστο πόνο, χρόνο ανάρρωσης και ψυχολογικής πίεσης του ασθενή. Η όλη διαδικασία χρειάζεται λιγότερο από μια ώρα για να ολοκληρωθεί ενώ ο ασθενής επιστρέφει άμεσα στις καθημερινές του δραστηριότητες.

### ***1.6.2 Επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και αφαίρεσης του καρκινικού ογκώματος μέσω συγκεκριμένων μεθόδων***

- Ø Ογκεκτομή: Η Ογκεκτομή είναι μια χειρουργική επέμβαση η οποία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού σε συνδυασμό με τη θεραπεία με ακτινοβολία. Χρησιμοποιείται επίσης για να αφαιρεθούν καλοήθης όγκοι στο μαστό, όπως τα ινοαδενώματα, μη καρκινικούς όγκους και άλλα κύτταρα τα οποία πολλαπλασιάζονται πιο γρήγορα από το φυσιολογικό.
- Ø Μαστεκτομή:
- Ø Μερική: Γίνεται ανοιχτή εκτομή των ιστών του μαστού με ιδιαίτερη προσοχή στα χειρουργικά όρια. Γίνεται μια τομή στο δέρμα στη περιοχή που βρίσκεται ο όγκος και γίνεται σύσφιξη του λεμφικού συστήματος και των αιμοφόρων αγγείων.
- Ø Ολική: Η ολική μαστεκτομή περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού συμπεριλαμβανομένης της θωρακικής περιτονίας και δειγματοληψίας από τους μασχαλιαίους αδένες. (Green, 2010, σελ. 71-73)

### **1.6.3 Χημειοθεραπεία**

Σε κάποιους ασθενείς οι οποίοι έχουν προχωρήσει σε επέμβαση για καρκίνο του μαστού, γίνεται χημειοθεραπεία και φυσικά μετά από τα ανάλογα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης. Σκοπός της είναι να αποστειρώσει, σκοτώνοντας τα καρκινικά κύτταρα, τον οργανισμό. Έτσι ακόμα και αν κάποια από αυτά έχουν ξεφύγει από τον μαστό εξαφανίζονται. Η ασφάλεια την οποία παρέχουν τα σύγχρονα φάρμακα χημειοθεραπείας είναι μεγάλη και τα αποτελέσματα το ίδιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις η χημειοθεραπεία γίνεται από ένα υποδόριο καθετήρα αλλά υπάρχουν και κάποιες παρενέργειες όπως χάσιμο μαλλιών. Σ' αυτό τον καθετήρα διοχετεύονται τα φάρμακα της χημειοθεραπείας και στη συνέχεια σε μια μεγάλη φλέβα την υποκλείδιο φλέβα (Καρβέλας, 1995).

Μια άλλη μορφή θεραπείας είναι η ορμονοθεραπεία μαζί με άλλες μεθόδους. Ο όγκος ελέγχεται από το εργαστήριο έπειτα από την εκτομή προκειμένου να βρεθούν καρκινικά κύτταρα ορμονικών υποδοχέων. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούνται ειδικά φάρμακα τα οποία και τα σταματάνε προκειμένου να πολλαπλασιασθούν.

### **1.6.4 Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοθεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική και στοχευόμενη θεραπεία με την οποία καταστρέφονται υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα μετά το χειρουργείο (Bland, Copeland, 1991).



## **2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

### **2.1 Διάγνωση καρκίνου μαστού και επιρροή στη συμπεριφορά του συζύγου της γυναίκας ασθενούς**

Η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο θεσμό της κοινωνίας και έχει σαν στόχο την κοινωνικοποίηση και την εκπαίδευση των μελών της. Μέσα στην οικογένεια δημιουργούνται διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών οι οποίες διαφέρουν στην ποιότητά τους (Ζαφείρης, Ζαφείρη, Μουζακίτης ,2008).

Αναφερόμενοι στην εικόνα του σώματος των γυναικών και στις περιπτώσεις όπου εκείνες έχουν προσβληθεί από την ασθένεια του καρκίνου του Μαστού, θα πρέπει να σημειωθεί αρχικά ως εικόνα του σώματος της κάθε γυναίκας αναφέρεται η γνώμη που έχει η καθεμιά για το σώμα και την εμφάνισή της (Ρηγάτος , 2000). Η γνώμη και η άποψη λοιπόν που διαθέτει η ίδια ειδικά μετά από μια διάγνωση ασθένειας καρκίνου μαστού συνήθως είναι πολύ διαφορετική απ' αυτή που είχε αρχικά και πριν προσβληθεί από την ασθένεια του Καρκίνου του Μαστού. Ο βασικότερος λόγος για αυτό, είναι οι εμπειρίες από ολόκληρη την διαδικασία. Ορισμένα στοιχεία όμως στην αυτό-εικόνα της κάθε γυναίκας, είναι εκείνα που μεταβάλουν την διαδικασία ορατή σε τρίτους για ένα μόνιμο χρονικό διάστημα, όπως (Αναστασόπουλος, 1994):

- Ø Αλλαγές στο δέρμα από τις ακτινοθεραπείες
- Ø Ουλές από επεμβάσεις
- Ø Απώλεια μαλλιών από τις χημειοθεραπείες

Εκτός των παραπάνω όμως, η αλλαγή στην αυτό-εικόνα αλλά και εικόνας της γυναίκας σε περιπτώσεις καρκίνου μαστού οριοθετείται επίσης από την σχετική απώλεια βάρους ή και το παραπάνω βάρος που μπορεί να επέλθει από τις θεραπείες. Οι παραπάνω λόγοι θεωρούνται ιδιαίτεροι σοβαροί για μια γυναίκα να εκδηλώσει μια αρνητική γνώμη για τον εαυτό της και για το σώμα της και ταυτόχρονα θα χρειαστεί αρκετό χρόνο να μπορέσει να νιώσει άνετα με αυτές τις αλλαγές οι οποίες επέρχονται από παρενέργειες θεραπευτικών παρεμβάσεων της ασθένειας. Πολλές γυναίκες χάνουν την αυτοπεποίθησή τους όχι μόνο από την πλευρά του εαυτού τους αλλά και από την πλευρά των υπολοίπων για το πώς τις αντιμετωπίζουν. Κάποιες

φορές όμως οι ίδιες οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με καταστάσεις οι οποίες φανερώνουν αντιδράσεις από άλλους ανθρώπους γύρω από την εμφάνισή τους και έτσι αναπόφευκτα επηρεάζονται αρνητικά ως προς την προβολή της αυτό-εικόνας τους (Ρηγάτος , 2000).

Τα συγκεκριμένα αρνητικά συναισθήματα και καταστάσεις είναι πολύ λογικό να τις επηρεάσουν ψυχολογικά και να τις κάνουν να βλέπουν αρνητικά τον εαυτό τους ακόμα και από σεξουαλικής άποψης και επαφής με τον σύντροφο τους. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο ότι το σώμα και η εικόνα της κάθε γυναίκας, έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στην αυτοπεποίθηση της και στην όλη επιρροή της αυτο-εικόνας της από την ύπαρξη της ασθένειας καρκίνου μαστού. Ο ρόλος της αυτό-εικόνας είναι τόσο σημαντικός σε σημείο να επηρεάζει ολόκληρη τη σεξουαλικότητα ή ακόμα και τις σχέσεις της με τους άλλους ανθρώπους. Αν παρατηρηθεί ότι η αυτοπεποίθηση μιας γυναίκας έχει πληγεί, αυτομάτως η γυναίκα αυτή νιώθει άσχημα με το σώμα της και αποφεύγει κάθε ερωτική συνεύρεση ή ιδιωτική στιγμή με το αντίθετο φύλο (Ρηγάτος , 2000).

Για το λόγο αυτό, δεν είναι τυχαίο ότι πολλές γυναίκες δε επιθυμούν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις και επαφές με το αντίθετο φύλο. Πολλές βέβαια αναζητούν τρόπους προκειμένου να καλύψουν το σώμα τους και να προσαρμοσθούν αναλόγως στην κάθε περίπτωση. Φορούν φαρδιά ρούχα ή εσώρουχα, καλύπτοντας συγκεκριμένες περιοχές. Αποφεύγουν να γδυθούν μπροστά στο σύντροφό τους και ξυπνούν πριν από αυτόν ώστε να μη τις δει γυμνές. Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει τη γνώμη πολλών γυναικών για το σώμα τους και την αυτό-εικόνα τους (Αναστασόπουλος, 1994).

Σύμφωνα με την άποψη της ψυχολόγου Δρ. Κάρτερ, η οποία είναι σύμβουλος σεξουαλικής υγείας και ψυχολόγος στο Αντικαρκινικό κέντρο Memorial Sloan – Katering, περνά πολύς χρόνος μέχρι να μπορέσει το σώμα να ανταπεξέλθει και πολύ περισσότερο να θεραπευτεί σε ψυχολογικό βαθμό από την επιρροή ύπαρξης της ασθένειας καρκίνου μαστού (Ρηγάτος , 2000). Η λύση όμως σε αυτές τις περιπτώσεις και με σκοπό η κάθε γυναίκα με καρκίνο μαστού να αισθανθεί όμορφα για την αυτο-εικόνα της, είναι ότι πρέπει να καταλάβουν ότι ο σύντροφός τους τις θεωρεί ακόμα ελκυστικές (Minuchin, 2000).

Σημαντικό βήμα για όλα τα παραπάνω, αποτελεί η σωστή προετοιμασία από μέρους των γυναικών για το τι πρόκειται να συμβεί στη συμπεριφορά αυτών προς τον σύντροφό τους, στοιχείο το οποίο θα καθορίσει και την αυτο-εικόνα τους σε μεγάλο βαθμό. Ο θεράπωντας ιατρός καλό θα είναι να δείξει σε κάποιες γυναίκες που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία, να δουν κάποιες φωτογραφίες από γυναίκες μετά από θεραπεία ή μετά από επέμβαση στον μαστό. Το γεγονός που μένει ανεξίτηλο σε πολλές γυναίκες και χαρακτηρίζει την αυτο-εικόνα τους είναι ο τρόπος που ο σύντροφός τους θα κοιτάξει για πρώτη φορά το στήθος τους όταν του ανακοινώσουν πως πάσχουν από καρκίνο μαστού ή την τομή τους μετά από τη επέμβαση (Αναστασόπουλος, 1994).

Προκειμένου βέβαια η αυτο-εικόνα της κάθε γυναίκας από την ύπαρξη της ασθένειας καρκίνου μαστού, να καθοριστεί σε θετική άποψη, είναι χρήσιμο να γνωρίζει τι να περιμένει από τον σύζυγο της και ως προς την συμπεριφορά του σχετικά, διότι αν δεν γνωρίζει ακριβώς, τότε μπορεί να προβεί σε αρνητικές σκέψεις που θα επηρεάσουν την ψυχολογία της και την αυτό-εικόνα της (Ρηγάτος, 2000). Αντίθετα, αν οι δυο σύντροφοι έχουν συζητήσει από την αρχή και είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για το μέλλον, τότε τα πράγματα θα είναι εντελώς διαφορετικά και δεν θα υπάρξει τόσο μεγάλη έκπληξη από μέρους του καθενός ως προς τις παρενέργειες των θεραπειών στη γυναίκα. Συνεπώς ο τομέας της επικοινωνίας στο ζευγάρι είναι ιδιαιτέρως σημαντικός. Είναι πολύ θετικό να συζητά μια γυναίκα με τον σύντροφό της για το πώς αισθάνεται από την ύπαρξη της ασθένειας καρκίνου μαστού (Ρηγάτος, 2000).

Η επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού κατά την διάρκεια της ασθένειας είναι δύσκολη. Ο σύζυγος φοβάται να πλησιάσει την γυναίκα ίσως να μην ξέρει πώς να φερθεί σε τέτοιες περιπτώσεις. Από την άλλη η γυναίκα μπορεί να μην νοιώθει έτοιμη και να ντρέπεται.

Σύμφωνα με τη Δρ. Σόκνεϊ, καλό θα ήταν αυτές οι γυναίκες να ανακαλύψουν μια άλλη ερωτογενή τους ζώνη και να μετατοπίσουν εκεί το ενδιαφέρον τους και την προβολή της σεξουαλικότητας τους. Το να εστιάζουν στο σημείο της επέμβασης δεν τις κάνει να λειτουργούν θετικά και μειώνει την αυτο-εκτίμηση τους (Καρβέλας, 1995). Οι περισσότερες γυναίκες οι οποίες εστιάζουν σε περιοχές που έγινε η μαστική ή η χειρουργική τομή δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια συνεχή οδυνηρή υπενθύμιση με

άκρως αρνητική επίδραση στη σεξουαλική τους ζωή και αυτό-εικόνα αντίστοιχα. Έτσι λοιπόν, ίσως εκείνη τη στιγμή είναι καιρός από το να βρίσκονται σε μια οδυνηρή υπενθύμιση να ανακαλύψουν το υπόλοιπο σώμα τους (Minuchin, 2000).

## **2.2 Προβλήματα μετά από μαστεκτομή**

Αναφερόμενοι στα προβλήματα εικόνας σώματος και στην αυτό-εικόνα που δημιουργεί η γυναίκα μετά την μαστεκτομή, θα λέγαμε πως ο περισσότερος γυναικείος πληθυσμός αντιμετωπίζει το καρκίνο του μαστού ως ένα κοινό εχθρό, έχοντας στο μυαλό τους πως αν προσβληθούν από την συγκεκριμένη ασθένεια θα μειωθεί η αυτό-εκτίμηση τους και σύντομα θα καταλήξουν στο θάνατο ή σε μια περίπτωση εξαθλίωσης (Ρηγάτος, 2000). Έτσι λοιπόν από χειρουργικής όσο και από ψυχολογικής πλευράς, τόσο η εμφάνιση όσο και η υγεία του στήθους για μια γυναίκα έχουν πολύ μεγάλη σημασία και είναι σημαντικές παράμετροι για αυτήν και την εικόνα του σώματος που θα δημιουργήσουν ιδιαίτερα μετά από κάποια περίπτωση μαστεκτομής.

Για πολλές γυναίκες, η μαστεκτομή η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπισθεί ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί μια άκρως τραυματική εμπειρία και η οποία μπορεί να πλήξει την αυτο-εικόνα της γυναίκας και να δημιουργήσει προβλήματα στην εικόνα του σώματος. Η εμπειρία αυτή μετατρέπεται ακόμα πιο οδυνηρή αν η ίδια η γυναίκα δεν έχει ενημερωθεί για ποιες είναι οι δυνατότητες επανόρθωσης του στήθους της. Οι δυνατότητες αυτές είναι τόσες πολλές στις μέρες μας, ώστε το στήθος μπορεί να επανέλθει στην αρχική του κατάσταση μετά από μια περίπτωση μαστεκτομής (Αναστασόπουλος, 1994). Έτσι ως αποτέλεσμα δεν υπάρχει τόσο άγχος μετά την επέμβαση και φυσικά και η αρχική εικόνα του σώματος βελτιώνεται αλλά διατηρείται ταυτόχρονα μια θετική αυτό-εικόνα. Σημαντικό θεωρείται το στοιχείο της αυτοπεποίθησης που αποκτά η γυναίκα αλλά και οι λύσεις που προσφέρονται σε πρακτικά θέματα, όπως η επιλογή ρούχων.

Έτσι λοιπόν και βάση των παραπάνω, θα λέγαμε πως η κάθε γυναίκα και προκειμένου να διατηρεί μια σωστή αυτο-εικόνα η οποία δεν δημιουργεί προβλήματα στην εικόνα του σώματος, θα πρέπει να επιλέξει την σωστή μέθοδο αποκατάστασης. Ωστόσο θα πρέπει να έχει κατά νου πως είναι διάφοροι οι παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αυτό-εικόνα της όπως (Κυρίτση, 1999):

- Ø Τύπος της μαστεκτομής
- Ø Η ηλικία
- Ø Οι χημειοθεραπείες ή η χρήση ακτινοθεραπείας
- Ø Το ιατρικό ιστορικό
- Ø Η ποιότητα του δέρματος
- Ø Η ποιότητα και η θέση της χειρουργικής τομής
- Ø Οι μετεγχειρητικές ουλές στο κοιλιακό τοίχωμα και στην πλάτη. Η ύπαρξή τους 'η όχι.

Επίσης, κάθε γυναίκα μετά από μαστεκτομή, θα πρέπει να γνωρίζει πως οι τρόποι με τους οποίους γίνεται η επανόρθωση του μαστού είναι οι εξής τρεις (Καρβέλας, 1995 ):

- Ø *Ενθέματα μαστού*
- Ø *Διατατήρες ιστών*
- Ø *Κρημνοί*

Μια σχετική μέθοδος αποκατάστασης μαστού μετά από μαστεκτομή, είναι εκείνη των διατατήρων ιστών. Οι διατατήρες ιστών είναι μια μέθοδος η οποία διαδίδεται συνεχώς στις μέρες μας, αφού την επιλέγουν πολλές γυναίκες λόγω της μη εμφάνισης περαιτέρω προβλημάτων και την υποβολή των γυναικών σε νέες επεμβάσεις από πιθανά νέα προβλήματα και τα οποία μπορούν να πλήξουν εκ νέου την αυτο-εικόνα των γυναικών μετά από μαστεκτομή (Balsamo, 2004). Οι διατατήρες μπορεί να είναι είτε σάκοι μικροί με σιλικόνη ή φυσιολογικό ορό, είτε ένας συνδυασμός των παραπάνω δυο. Η τοποθέτησή τους επιτυγχάνεται κάτω από το δέρμα που έχει μείνει μετά την αφαίρεση του μαστού. Η «γέμισή» τους γίνεται από μια σύριγγα με λεπτή βελόνα κάθε εβδομάδα. Έτσι το δέρμα αναπτύσσεται βαθμιαία λόγω των ελαστικών του ιδιοτήτων. Για περίπου έξι εβδομάδες, ο μαστός είναι μεγαλύτερος από ότι θα έπρεπε αλλά μετά από αυτό το χρονικό διάστημα επανέρχεται στην κανονική του μορφή (Minuchin, 2000).

Τέλος, η μέθοδος αποκατάσταση μαστού με κρημνούς γίνεται σε περιπτώσεις που το δέρμα είναι λείο και λεπτό και βρίσκεται εντός της μαστεκτομής. Προτιμάται σε περιπτώσεις όπου ο θωρακικός μυς έχει αφαιρεθεί και η αποκατάσταση του γίνεται με χρήση «γειτονικών» μυών ,με χρήση των κρημνών και με διαφορετικές

τεχνικές. Βάση των ανωτέρω λοιπόν και όποια από τις τρεις μεθόδους επιλεγθεί από τις γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή, έχει ιδιαίτερη σημασία πρώτιστα η επιλογή της αποκατάστασης του μαστού, τόσο για την ψυχολογία όσο και την εικόνα σώματος και αυτό-εκτίμησης της κάθε γυναίκας και με απώτερο σκοπό την μείωση των προβλημάτων της εικόνας του σώματος και της ενδυνάμωσης προς το καλύτερο της αυτό-εικόνας τους μετά από μαστεκτομή (Ρηγάτος, 2000).

Βάση των ανωτέρω λοιπόν, θα λέγαμε πως αν και η συγκεκριμένη ασθένεια στις μέρες μας αντιμετωπίζεται και έχει καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με άλλα είδη καρκίνου αποτελεί γεγονός πως οι ασθενείς φοβούνται όταν ακούν τη διάγνωση και αγχώνονται. Γεμίζουν με αρνητικά συναισθήματα και η κάθε γυναίκα έχει και διαφορετική ψυχολογική αντίδραση και συνεπώς αρνητικής αυτό-εικόνας για το σώμα τους. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εν λόγω εικόνα είναι ποικίλοι. Κάποιοι από αυτούς είναι και η χρονική στιγμή κατά την οποία γίνεται η διάγνωση αλλά και ο τρόπος κατά τον οποίο η κάθε γυναίκα προσαρμόζεται. Έχει παρατηρηθεί ότι τα πιο συχνά προβλήματα είναι το άγχος και η κατάθλιψη και τα οποία επηρεάζουν την εικόνα της κάθε γυναίκας για το σώμα της (Minuchin, 2000).

Ο ψυχολογικός κόσμος των γυναικών μετά από τη διάγνωση είναι ουσιαστικά «καταπονημένος» και για κάποια διάστημα χρειάζονται απεγνωσμένα βοήθεια να καταλάβουν και να βγάλουν νόημα από αυτή τη νέα κατάσταση. Έχουν πολλές ερωτήσεις στις οποίες χρειάζονται απαντήσεις. Θα μπορούσαν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα αν τους βοηθούσε ψυχολογικά κάποιος που έχει περάσει με επιτυχία την εμπειρία της μαστεκτομής. Θα βοηθούσε αν ξεκαθάριζαν ποιος είναι ο πραγματικός στόχος της ζωής τους αλλά πολλές φορές δεν έχουν καν κάποιον να μιλήσουν. (Morgan, 2009)

Έτσι λοιπόν, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης προκαλούνται σε γυναίκες έπειτα από μαστεκτομή ή από ογκεκτομή και απώλεια στήθους. Τα ψυχολογικά προβλήματα των δυο μεθόδων δεν είναι πάντα τα ίδια. Ύστερα από έρευνες διαπιστώθηκε ότι είναι αντιφατικά. Σε κάποιες περιπτώσεις ογκεκτομής, κάποιες γυναίκες είχαν την ίδια δυσφορία με αυτές που έκαναν μαστεκτομή (Ρηγάτος, 2000). Οι ίδιοι φόβοι εντοπίζονται για μεταστάσεις και ελάττωση της σεξουαλικής ζωής ή και της ίδιας της ποιότητας ζωής. Σε κάποιες άλλες έρευνες έδειξαν ότι γυναίκες με ογκεκτομή στο μεγαλύτερο κομμάτι του στήθους τους, είχαν μια καλύτερη εικόνα του εαυτού τους.

Επίσης η σεξουαλική τους ζωή ήταν καλύτερη. Έτσι λοιπόν θα λέγαμε πως δύναται στο σημείο αυτό να επέμβει ο σύζυγος ή σύντροφος της γυναίκας η οποία έχει υποστεί μαστεκτομή με σκοπό να συμβάλει και αυτός στην θετική εικόνα του σώματος της με τους εξής τρόπους.

- Ø Να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη στην γυναίκα μετά τη μαστεκτομή και με σκοπό εκείνη να αισθάνεται επιθυμητή
- Ø Να υπάρχει ένα κλίμα θετικό με διάλογο ανάμεσα σε εκείνον και την σύντροφο του
- Ø Να υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τις συναισθηματικές αντιδράσεις από τη ασθένεια και να τη βοηθά να αισθάνεται φυσιολογική
- Ø Να μπορεί να μοιράζεται κοινές εμπειρίες μαζί της
- Ø Να μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματα της σε ότι αφορά την απώλεια του στήθους της σε καθημερινές δραστηριότητες
- Ø Να της κάνει σαφές ότι μια γυναίκα εκτιμάται από τη νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της
- Ø Να είναι σε θέση να καταλάβει την αλλαγή στο σώμα της μετά από θεραπείες και να την τονώνει ψυχολογικά
- Ø Να την παροτρύνει να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες, να αγγίζει την ουλή της και να εξερευνεί το υπόλοιπο σώμα της που ήταν παραμελημένο.
- Ø Ο σύζυγός της επίσης να υποστηρίζεται ψυχολογικά για την όλη θεραπεία και την επίδραση αυτής στη σεξουαλική ζωή αλλά και για κάθε πιθανή δυσλειτουργία
- Ø Ο σύζυγος να είναι γνώστης όλων των πιθανών προβλημάτων της γυναίκας του
- Ø Να μιλάνε οι σύντροφοι μεταξύ τους για κάθε πρόβλημα από την μαστεκτομή. Η ασθένεια του καρκίνου μπορεί να απειλεί τη ζωή αλλά και οι θεραπείες του είναι εξίσου ενοχλητικές από τις μακροχρόνιες παρενέργειες και επηρεάζουν τον ασθενή και την οικογένειά του.

### **2.3 *Επιπτώσεις της διάγνωσης του καρκίνου μαστού στις γυναίκες σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο***

Ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί πλέον καταληκτική ασθένεια, αντίθετα με ό, τι ίσχυε μέχρι πρότινος. Τις περισσότερες φορές, το συγκεκριμένο είδος

νεοπλασίας θεραπεύεται, αρκεί βέβαια να διαγνωσθεί εγκαίρως, να παρθούν οι κατάλληλες αποφάσεις και να ακολουθήσουν οι ασθενείς τις σωστές θεραπείες. Παρ' όλο που πλέον η ασθένεια αυτή είναι θεραπεύσιμη, εξακολουθεί να αποτελεί μια επώδυνη κατάσταση για τη γυναίκα, επηρεάζοντας βαθιά τον ψυχισμό της. Η καθεμία που αναρρώνει και αποθεραπεύεται έχει τόσες πολλές εμπειρίες από αυτή την κατάσταση και έχει περάσει από πολλές και διαφορετικές φάσεις που πλέον έχει τροποποιηθεί η σκέψη της και όλη η ψυχοσύνθεση της (Παπαδάτου, 1999).

Η αντίληψη της για τον εαυτό της, τον κόσμο αλλά και για τους ανθρώπους έχουν αλλάξει. Η αλλαγή αυτή κάποιες φορές της προκαλεί ανασφάλεια και μία αίσθηση απώλειας του ενδιαφέροντος των κοντινών της ανθρώπων. Κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας, η γυναίκα πρέπει να οργανώσει από την αρχή τη ζωή της και να αναδομήσει τις κοινωνικές της σχέσεις αντιμετωπίζοντας άλλοτε θετικές και άλλοτε απογοητευτικές και αποθαρρυντικές αντιδράσεις από τους ανθρώπους.

Η μεγάλη χρονική διάρκεια του καρκίνου του μαστού, από την εμφάνιση και διάγνωση του μέχρι και την αποθεραπεία του, κάνει τη γυναίκα να βιώσει ποικίλα και κατά βάση αρνητικά συναισθήματα. Αυτά δημιουργούνται από τις διάφορες φάσεις που περιλαμβάνει αυτή η μακρά πορεία βιώνοντας τον φόβο, την αβεβαιότητα, την αίσθηση θρήνου και απώλειας και τον πόνο, που είναι αδύνατο να αφήσουν ανεπηρέαστη την γυναίκα. Θεωρείται πως οι γυναίκες εκείνες δεν παύουν ποτέ να ζούνε με τον φόβο μήπως εμφανίσουν ξανά κάποιον όγκο. Όλα αυτά τα έντονα συναισθήματα εξελίσσονται και μετατρέπονται σε νέες στάσεις, αξίες και πιστεύω της γυναίκας, που την κάνουν να βλέπει τα πράγματα υπό άλλο πρίσμα και να εκτιμάει την κάθε στιγμή της ζωής της. Το ίδιο, αλλά σε μικρότερο βέβαια βαθμό, ισχύει και για τους πολύ κοντινούς ανθρώπους που ζούνε την ασθένεια από πολύ κοντά (Κυρίτη, 1999).

Ποια είναι όμως η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας που νοσεί από καρκίνο του μαστού; Η γυναίκα βιώνει την εμπειρία αυτή σε τρεις φάσεις: τη φάση που διαπιστώνει κάποια συμπτώματα στο σώμα της, τη δύσκολη φάση της διάγνωσης και τη χρόνια φάση που εκτείνεται ως την ίαση ή το θάνατο της. Στην πρώτη φάση λοιπόν, η γυναίκα αρχίζει να συνειδητοποιεί κάποια συμπτώματα που ίσως να αποτελούν ενδείξεις της ασθένειας. Οι αντιδράσεις της καθεμιάς μπορεί να



κυμαίνονται από την πλήρη ενεργοποίηση και αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, ως την πλήρη απόωση και άρνηση της κατάστασης της και αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης. Μπορεί για παράδειγμα να σκέφτονται «Δεν είναι τίποτε, θα μου περάσει», «Είμαι σίγουρη ότι πάσχω από καρκίνο και θα πεθάνω, οπότε καλύτερα να μην ασχοληθώ». Ο τρόπος που θα αντιδράσει η γυναίκα σε αυτή τη φάση, θα επηρεάσει και την οργανική της κατάσταση αλλά και την μετέπειτα προσαρμογή της στην εκδήλωση της ασθένειας (Καρβέλας, 1995).

Η φάση της διάγνωσης αποτελεί την πιο δύσκολη και πιο σημαντική στιγμή στην εξέλιξη της ασθένειας. Παρά τις υποψίες της γυναίκας για τη κατάσταση της, η στιγμή της διάγνωσης δεν παύει να αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για την ίδια. Από αυτό το σημείο θα πρέπει να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τη ζωή της, καθώς και να πάρει σημαντικές αποφάσεις για τον τρόπο που θα διαχειριστεί το πρόβλημά της στο μέλλον. Συνεπώς, οι έντονες συναισθηματικές της αντιδράσεις μπορούν να θεωρηθούν δικαιολογημένες. Η χρόνια φάση, που καλύπτει και το μεγαλύτερο κομμάτι χρονικά, απαιτεί πολλές προσαρμοστικές προσπάθειες εκ μέρους της γυναίκας αλλά και της οικογένειάς της, αφού απαιτείται να γίνει η ασθένεια κομμάτι της ζωής της (Παπαδάτου, 1999).

Αυτό φυσικά δεν είναι κάτι εύκολο για την ίδια. Φαίνεται πως όσες γυναίκες εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια και έχουν την αίσθηση ανημποριάς, αδυναμίας και απόγνωσης, ενώ παράλληλα έχουν μόνο αρνητικές προσδοκίες, καταλήγουν να έχουν όχι μόνο χειρότερη προσαρμογή, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους ως «μία μάχη που πρέπει να νικήσουν» και έχουν πίστη στον εαυτό τους και στην ψυχική τους δύναμη, έχουν καλύτερη πρόγνωση. Επιπλέον, αυτές οι γυναίκες έχουν πιο καλή ποιότητα ζωής κατά την περίοδο της ασθένειας και πολύ μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, μελαγχολίας και στρες. Έτσι λοιπόν, μπορεί να γίνει σε όλους αντιληπτό το πόσο πολύ μπορεί να επηρεάσει η συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας την πορεία και εξέλιξη της ασθένειας της (Κυρίτση, 1999).

Κάποιες γυναίκες μπορεί να έχουν επίγνωση των αρνητικών τους συναισθημάτων και φόβων, και όμως να αρνούνται να τα εκφράσουν θέλοντας να προστατέψουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Κάποιες άλλες επιμένουν να

παραγνωρίζουν και να αγνοούν τις ανησυχίες τους, το θυμό και την κατάθλιψη τους, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσαρμογή τους στη πραγματικότητα της αρρώστιας τους. Οι δυσκολίες των γυναικών αυξάνονται όταν ο καρκίνος ή η θεραπεία του παραμορφώνουν κάποιο μέρος του σώματος ή επηρεάζουν τη σεξουαλική τους λειτουργικότητα. Ωστόσο, η εγχείρηση διατήρησης του μαστού μειώνει αυτή τη παραμόρφωση και «διευκολύνει» κάπως τη προσαρμογή της στη κατάσταση (Καρβέλας, 1995).

Πολλές είναι οι γυναίκες που βιώνουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που έχουν τις ρίζες τους στις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Μπροστά στη διάγνωση μια χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης. Κάποιες μπορεί να έχουν απομακρυνθεί από τους οικείους τους λόγω κακής διάθεσης, αμηχανίας και κυρίως λόγω των αλλαγών που ίσως έχουν συμβεί στο στήθος τους και δεν νιώθουν καλά. Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί να βιώσουν μια αμφιθυμία μεταξύ της λύπης τους για τη κατάσταση της γυναίκας, και παράλληλα της επιθυμίας τους να είναι αισιόδοξοι απέναντι της.

Αυτά τα συναισθήματα, καθώς και η αμηχανία τους για το τι πρέπει να της πούνε, τους κάνουν πολλές φορές να αποφεύγουν την επαφή μαζί της. Η «απομόνωση» αυτή, είτε είναι επιλογή της, είτε προκαλείται από τους άλλους, μακροπρόθεσμα δεν έχει καλά αποτελέσματα ειδικά σε μια φάση που η κοινωνική υποστήριξη παίζει τόσο σημαντικό ρόλο. Θα μπορούσαμε να δούμε την ασθένεια αυτή και σαν ένα οικογενειακό ζήτημα. Όταν υπάρχει μία σοβαρή ασθένεια, όπως ο καρκίνος του μαστού μέσα σε μία οικογένεια, είναι επόμενο να επηρεάζονται όλα τα μέλη της. Μπαίνουν σε μία διαδικασία αναπροσαρμογής και ανάληψης νέων ρόλων και καθηκόντων. Δημιουργούνται νέα συναισθήματα που δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, όπως στρες, στεναχώρια, συμπόνια και απελπισία. Θα λέγαμε δηλαδή ότι γίνεται κάτι σαν ανακατάταξη του οικογενειακού προγράμματος και ρυθμού (Κυρίτση, 1999).

Ο κύριος άξονας είναι πλέον η ασθενής και η κατάσταση της και όλα περιστοιχίζονται γύρω από αυτήν. Ίσως είναι θεραπευτικό και για την ίδια την

οικογένεια να εμπλέκεται στην όλη διαδικασία της θεραπείας και της φροντίδας της ασθενούς. Επειδή όμως όλα τα μέλη δεν είναι δυνατό να είναι χρήσιμα με όμοιο τρόπο, θα πρέπει να αναγνωρίζει ο καθένας σε ποιόν τομέα μπορεί να συμβάλει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, καθώς εμφανίζονται πρακτικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής είναι συνήθως, σύζυγος, μητέρα, κόρη και εργαζόμενη και το καθένα από αυτά περιλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις που την περίοδο της ασθένειας παραμελούνται και δεν είναι εύκολο να εκπληρωθούν. Ένα άλλο ζήτημα, είναι το οικονομικό (Παπαδάτου, 1999).

Πολλές φορές, η γυναίκα αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία της έστω και προσωρινά, ενώ παράλληλα τα έξοδα λόγω της ασθένειας αυξάνονται. Η οικογένεια είναι η πρώτη που θα συνεισφέρει οικονομικά αλλά και θα αναλάβει τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες που μέχρι πρότινος είχε η ίδια. Όλα αυτά, βέβαια, είναι ζητήματα που απασχολούν, προβληματίζουν και αγχώνουν την γυναίκα και ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι να την καθησυχάζει και να την στηρίζει. Ένα τελευταίο πολύ σημαντικό οικογενειακό θέμα είναι η ενημερότητα των παιδιών όσον αφορά την αρρώστια της μητέρα τους. Είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς εκ μέρους όλου του οικογενειακού και συγγενικού περίγυρου, όταν τα παιδιά είναι ανήλικα. Πολλοί γονείς διαλέγουν να μην πούνε την αλήθεια στα παιδιά τους, αλλά αυτό εξυπηρετεί τους ίδιους στην πραγματικότητα και όχι τα παιδιά, γιατί τους βγάζει από την άβολη αυτή θέση. Θα ήταν καλύτερα να ενημερώνουν οι γονείς τα παιδιά στο βαθμό, βέβαια, που το επιτρέπει η ηλικία και η ωριμότητα τους. Είτε είναι μικρής ηλικίας, είτε προεφηβικής, είτε εφηβικής υπάρχει κατάλληλος τρόπος να μάθουν ότι η μητέρα τους είναι άρρωστη. Οι γονείς καλό θα ήταν να απαντούν σε όποια ερώτηση και απορία έχουν τα παιδιά (Κυρίτση, 1999).

Όσον αφορά τις αλλαγές στη σχέση του ζευγαριού, συχνά αναβιώνουνάλυτα προβλήματα του παρελθόντος. Μια συζυγική σχέση που δεν ήταν καλή και πριν την εμφάνιση του καρκίνου στη γυναίκα, μπορεί να κλονιστεί και να επανεμφανιστούν φόβοι εγκατάλειψης που προϋπήρχαν. Έτσι, η γυναίκα που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή αναρωτιέται «Άραγε ο σύζυγός μου θα με αγαπά όπως πριν;». Η απομάκρυνση του συζύγου δημιουργεί στη γυναίκα την εντύπωση ότι την απορρίπτει λόγω της μαστεκτομής. Αυτό δεν αποτελεί αιτία διαζυγίου, είναι όμως η αφορμή για

να τερματιστεί μια σχέση που από πριν ήταν προβληματική. Αν ωστόσο η μεταξύ τους σχέση ήταν βαθιά, σταθερή και αληθινή, τότε έχουν μεγάλες πιθανότητες να ανταπεξέλθουν από κοινού στη κατάσταση. Σε αυτή τη φάση, η μόνη αιτία της πιθανής απομάκρυνσης των συζύγων μετά τη διάγνωση, είναι η ανάγκη τους να αφομοιώσουν και να προσαρμοστούν στη νέα τους πραγματικότητα. Σύντομα, όμως, το ξεπερνάνε και οι σχέσεις τους γίνονται και πάλι αμοιβαίες και σταθερές (Κυρίτση, 1999).

Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει ανάμεσα στο ζευγάρι είναι η σεξουαλική τους ζωή. Όταν μία γυναίκα νοσήσει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή της με το άλλο φύλο. Φυσικά αυτό έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογία του άντρα. Αρχικά είναι τόσο έντονο το στρες και η ένταση από τα ιατρικής φύσεως θέματα που προκύπτουν και έχουν προτεραιότητα, που δεν υπάρχει διάθεση για σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα πολλές φορές χάνει την αυτοπεποίθηση και τη θηλυκότητα της. Συχνά αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα μετά την μαστεκτομή και δεν επιθυμεί καμία σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο της, γιατί αισθάνεται πολύ άσχημα με τον εαυτό της και νιώθει ότι δεν είναι ερωτικά επιθυμητή πλέον. Υπάρχουν ελάχιστοι άντρες που έχουν αναφέρει την ενόχληση τους σχετικά με την μαστεκτομή και την μη σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας τους και αναζητούν νέα σεξουαλική σύντροφο. Οι άντρες, όμως, τις περισσότερες φορές, στηρίζουν τη γυναίκα τους, της δείχνουν την αγάπη τους και έρχονται πιο κοντά της σε αυτή τη δύσκολη περίοδο, παρά τις δυσκολίες.

Όλη αυτή την κατάσταση μπορούν να την αντιμετωπίσουν οι γυναίκες πιο αποτελεσματικά με τη βοήθεια των ειδικών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοθεραπεία μπορεί να τις βοηθήσει να βρουν συγκεκριμένους τρόπους να αντιμετωπίσουν τον πόνο, τη διαχείριση του άγχους, να τις διευκολύνει να εκφράσουν τα ποικίλα συναισθήματα που βιώνουν είτε κατά τη διάρκεια της ασθένειας, είτε και κατά την περίοδο της αποθεραπείας αλλά και να βρουνε νέο νόημα στη ζωή τους. Επίσης, μπορεί να παρέχει στήριξη στους συγγενείς και να τους καθοδηγεί ώστε να έχουν σωστή και βοηθητική στάση απέναντι στις ασθενείς. Τέλος, είναι πολύ σημαντική και βοηθητική η συμμετοχή της γυναίκας σε ομάδες υποστήριξης (Παπαδάτου, 1999).

## **2.4 Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού**

Σύμφωνα με τους Hewitt, Herdman, Holland (2004), μερικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι οι εξής:

- Φόβος εμφάνισης πάλι κάποιου όγκου
- Συμπτώματα όπως σωματική κούραση, προβλήματα στον ύπνο κτλ
- Αλλάζει η αυτό εικόνα της για το σώμα της
- Σεξουαλικά προβλήματα
- Μετά- τραυματικό στρες
- Άσχημη αντίληψη για την ασθένεια
- Δυσλειτουργική επικοινωνία με το σύντροφο
- Αισθάνεται αδυναμία
- Υπαρξιακές αναζητήσεις .

Σε κάποια από τις φάσεις του καρκίνου όλες οι γυναίκες είναι πιθανό να νιώσουν όλα τα παραπάνω. Είναι όμως απόφαση της ίδιας της γυναίκας το κατά πόσο θα τις αποδεχτεί και θα τις αντιμετωπίσει. Η εμπειρία του καρκίνου βιώνεται σε τρία στάδια το καθένα με τις δικές του ανάγκες ( Hewitt-Herdman -Holland,2004). Τα στάδια είναι τα εξής:

**1. Διάγνωση:** Οι αντιδράσεις των γυναικών διαφέρουν ,όμως οι περισσότερες όταν γνωστοποιείται ότι έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού αισθάνονται φοβισμένες και είναι δύσκολο να το δεχτούν. Μόλις διαγνωσθούν όμως με τον καρκίνο έρχονται σε επαφή με ειδικούς για να αποφασίσουν για τη θεραπεία τους. Το πρώτο καιρό μέσω της βιοψίας θα διαγνωσθεί σε πιο στάδιο είναι η ασθένεια και τα χαρακτηριστικά του όγκου. Οι αποφάσεις που θα πάρει η γυναίκα για το είδος της θεραπείας και τον χώρο στον οποίο θα γίνουν είναι κάτι δύσκολο. Πρέπει να πάρει αποφάσεις για θέματα που γνώριζε πολύ λίγο και να διαλέξει μια ιατρική ομάδα η οποία θα πραγματοποιήσει τη θεραπεία της (Hewitt-Herdman -Holland,2004).

Ο φόβος σε αυτή τη φάση είναι μεγάλος για τη γυναίκα και το περιβάλλον της τον οποίο οι γιατροί τον αντιμετωπίζουν πολλές φορές σαν ρουτίνα όμως για τη γυναίκα είναι κάτι τελείως διαφορετικό. Υπάρχουν δύο αντιδράσεις σε αυτή τη περίπτωση: Ή θα τρέξει αμέσως για θεραπεία γιατί πιστεύει ότι ο καρκίνος πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως ή θα καθυστερήσει τη θεραπεία γιατί θα θέλει μια δεύτερη και τρίτη γνώμη (Hewitt-Herdman -Holland,2004).

**2. Θεραπεία:** Μόλις η θεραπεία έχει αποφασιστεί η γυναίκα με καρκίνο του μαστού νιώθει κάποια ανακούφιση από το άγχος αλλά μπορεί να προκύψουν άλλα θέματα. Ακόμα και η διαμονή στο νοσοκομείο έχει μειωθεί και αυτό σημαίνει ότι στο σπίτι θα πρέπει να έχει κάποια βοήθεια για τη θεραπεία της αλλά και για τις δουλειές του σπιτιού. Η γυναίκα πρέπει να είναι ενήμερη με τι θα έρθει αντιμέτωπη σε καθεμιά από τις φάσεις της θεραπείας της (Hewitt-Herdman -Holland,2004).

Πολλές γυναίκες νιώθουν άγχος όταν είναι μόνες τους στο δωμάτιο θεραπείας. Πρέπει να συνηθίσουν να δείχνουν γυμνό το στήθος τους στους γιατρούς. Κατά τη διαδικασία οι γιατροί πρέπει να εξηγούν στη γυναίκα τι συμβαίνει και να την ενθαρρύνουν να συνεχίσει (Hewitt-Herdman -Holland,2004).

**3.Αποθεραπεία:** Ενώ μαθαίνουν ότι πρέπει για τη θεραπεία τους ,έχουν λίγη πληροφόρηση σε ότι αφορά την αποθεραπεία τους. Η γυναίκα αισθάνεται ότι της έχει γίνει καθημερινότητα να πηγαίνει στο νοσοκομείο αν όμως τύχει να πάει ξανά για πολλούς μήνες θα την ανησυχεί γιατί δεν ξέρει σε ποιόν να μιλήσει για όσα την ενοχλούν (Hewitt-Herdman -Holland,2004).

### **3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **3.1 Συσχετισμός οικονομικής κρίσης και ασθένειες διαφόρων μορφών καρκίνου**

Μια από τις πιο σοβαρές και σημαντικές αιτίες θανάτου αλλά και αρρώστιας στον κόσμο, είναι η εξάπλωση της φτώχειας. Είναι γεγονός ότι τα αποτελέσματα της οικονομικής βελτίωσης οδηγούν σε καλούς ή/και βελτιωμένους δείκτες υγείας κάποιου πληθυσμού αλλά από την άλλη πλευρά μειώνουν τις δαπάνες υγείας ακριβώς λόγω της κακής οικονομικής κατάστασης (Ελληνική Αντικαρκινική, 2012). Έτσι στις μέρες μας, ο κάθε λαός έχει έρθει αντιμέτωπος με νέες προκλήσεις και απειλές για την υγεία του με σημαντικές επιπτώσεις. Οι λόγοι είναι πολλοί και εμφανείς σε όλους κάποιοι από αυτούς είναι:

- Η πολύπλευρη δημοσιοοικονομική κρίση
- οι πολλές μειώσεις στις συντάξεις και στους μισθούς,

- η πληθώρα απολυμένων και ο μεγάλος αριθμός των επιχειρήσεων που καθημερινά κλείνουν.

Οι επιπτώσεις είναι άμεσες. Ιδιαίτερα οι αρνητικές λόγω της οικονομικής κρίσης οι οποίες απειλούν τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα κάποιων σημαντικών συνεπειών στη πρώην Σοβιετική Ένωση την περίοδο 1991-1994, ήταν άκρως σημαντικά. Μετά την κατάρρευση του κομμουνισμού παρατηρήθηκε (Παπαδάτου, 1999):

- Ø Μείωση του εισοδήματος κατά 30%
- Ø Αύξηση θανάτων κατά 20%
- Ø Αύξηση αυτοκτονιών κατά 40%

Σε όσες χώρες σημειώθηκαν γρήγορα οι παραπάνω οικονομικο-κοινωνικές αλλαγές παρατηρήθηκαν και οι συνέπειες αυτών των αλλαγών που ήταν δραματικές. Άλλωστε το δίκτυο κοινωνικής προστασίας δεν ήταν δυνατό και υπήρχε χαμηλή κοινωνική συνοχή. Φυσικά δε υπάρχει η ίδια κατάσταση στην Ελλάδα και είναι ακόμα νωρίς για να μετρηθούν κατά πόσο οι αρνητικές συνέπειες είναι μεγάλες. Αλλά το σίγουρο είναι ότι όλοι πρέπει να τις αναλογιστούν πριν να είναι αργά και είναι ανεξέλεγκτες. Τις πιο σοβαρές συνέπειες θα τις υποστούν οι άνεργοι και στη συνέχεια αυτοί που κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους. Ωστόσο στις μέρες μας, ακολουθούν οι οικογένειες των οποίων το εισόδημα έχει αρχίσει και μειώνεται δραματικά. Τουλάχιστον σε όλο τον κόσμο έχει παρατηρηθεί ότι οι άνεργοι σε ποσοστό 25-50% αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχοπαθολογικά. Τα πιο σημαντικά στοιχεία στην περίπτωση αυτή, είναι τα εξής (Καρβέλας, 1995):

- Ø Η κατάθλιψη
- Ø Η μελαγχολία
- Ø Το αγχώδες στρες
- Ø Η χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Ø Η σωματοποίηση οδύνης και άγχους

Έτσι σαν αποτέλεσμα κάποια από αυτά τα άτομα οδηγούνται σε αυτοκτονία. Αλλά δεν είναι μόνο οι αυτοκτονίες που αναφέρονται στο τελικό σημείο. Η μελαγχολία και η κατάθλιψη επίσης έχει αρνητική επίδραση στο ανοσοποιητικό

σύστημα. Έτσι παρατηρείται αύξηση λοιμώξεων και διαφόρων μορφών καρκίνου (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012). Επίσης, το άγχος είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για τη δημιουργία καρδιαγγειακών νοσημάτων. Δεν είναι περίεργο το ότι η οικονομική κρίση καθώς και η μειωμένη αγοραστική δύναμη οδηγεί ένα μεγάλο αριθμό ατόμων σε κατανάλωση τσιγάρων και ποτών αλκοολούχων. Σαν αποτέλεσμα δημιουργούνται προβλήματα εξάρτησης και εθισμού. Οι άνθρωποι αρχίζουν και υιοθετούν ένα τρόπο ζωής όχι υγιεινό (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

Αντίστοιχα, η κατανάλωση ποτού και τσιγάρου αλλά και τροφών με χαμηλές διατροφικές αξίες εμφανίζονται σε άτομα που έχουν πληγεί από την κρίση. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας ολοένα και αυξάνεται λόγω των οικονομικών προβλημάτων και κυρίως αυτών του δημόσιου τομέα. Έτσι λοιπόν μιας και η πρόσβαση στον ιδιωτικό είναι εξαιρετικά δύσκολη. Έχει σημειωθεί ότι στην Ελλάδα από το 2010 η πρόσβαση σε δημόσια νοσοκομεία έχει αυξηθεί 70%. Εξαιρετικά σημαντική απειλή για την αντιμετώπιση του καρκίνου και τα προγράμματα αντιμετώπισης έχει εξελιχθεί η οικονομική κρίση. Ιδιαίτερα στην Ευρώπη έχει παρατηρηθεί ότι αρκετός κόσμος αναγκάζεται να αλλάξει τον τρόπο ζωής του λόγω της οικονομικής κρίσης. Σαν αποτέλεσμα, η νόσος αυξάνει την εμφάνισή της.

Τα παραπάνω έγιναν γνωστά από έρευνα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Καρκίνου η οποία και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *European Journal of Cancer*. Μέσα από την αναφορά αυτή η σχετική έρευνα προειδοποιεί ότι η εμφάνιση του καρκίνου είναι πιθανών να αυξηθεί λόγω της οικονομικής κρίσης με πολλούς τρόπους (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012). Τη στιγμή που πολλοί άνθρωποι εκθέτουν τον εαυτό τους σε τρόπους μη υγιεινής ζωής και σε κάποιους επικίνδυνους παράγοντες, οι αλλαγές στην εργασία τους και στην καθημερινή τους ζωή είναι δραματικές τα ποσοστά εμφάνισης αυξάνονται. Ωστόσο και η εργασιακή ασφάλεια έχει επηρεασθεί από την οικονομική κρίση και σαν αποτέλεσμα είναι η απόφαση τόσο των επιχειρήσεων στην Ευρώπη όσο και των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων να είναι αρνητική.

Η άρνηση αυτή αφορά τις χορηγήσεις για τη χρηματοδότηση ερευνών κατά του καρκίνου. Η σχετική μελέτη για θέματα υγείας υπό την επίβλεψη του Χοσέ Μαρτίν Μορένο σε Πανεπιστήμιο της Ισπανίας, δίνει έμφαση σε περιόδους ύφεσης.



Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων οι άνθρωποι έχουν την τάση να καπνίζουν, να καταναλώνουν αλκοόλ και σαν αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος καρκίνου. Δεν είναι επίσης περίεργο ότι σε περιόδους ύφεσης πολλά άτομα εκτίθενται σε καρκινογόνες ουσίες στο εργασιακό τους περιβάλλον. Η σημαντική αιτία είναι ότι οι σχετικοί έλεγχοι για τις προδιαγραφές υγείας δεν είναι και τόσο αυστηροί. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

Από τη στιγμή που οι επιχειρήσεις δυσκολεύονται από την οικονομική κρίση και έχουν οικονομικά προβλήματα, αντίστοιχα το επίπεδο ασφάλειας των εργαζομένων μειώνεται. Το θέμα είναι ότι η θεραπεία του καρκίνου με νέα μέσα και ακριβότερα, θα πρέπει να είναι ευθύνη των ειδικευμένων ογκολόγων αλλά και ανιχνευτών του καρκινικού προφίλ. Εξατομικευμένα στις μέρες μας και σύμφωνα με τα αυστηρά πρωτόκολλα και πάντα με βάση όλες τις προϋποθέσεις της υποστηρικτικής αγωγής τόσο η θεραπεία όσο και τα φάρμακα θα πρέπει να δίνονται από τις παραπάνω ειδικότητες (Ρηγάτος, 2000).

Τόσο η οικονομική κρίση όσο και οι διάφορες μορφές καρκίνου είναι αλληλένδετα αλλά και παρουσιάζουν μια σχέση αμφίδρομη μεταξύ τους. Σε περιόδους ύφεσης δημιουργούνται δυο παράμετροι: πολλά άτομα με καρκίνο ζουν λιγότερα χρόνια ωστόσο και η θεραπεία του καρκίνου δημιουργεί οικονομική κρίση (Κυρίτση, 1999). Έτσι και πάντα σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, όλες οι θεραπείες για τον καρκίνο αλλά και η όποια προσπάθεια για την οικονομική κατάσταση και την κατάσταση της υγείας, θα πρέπει να εκδηλώνονται με συνεκτίμηση των παραπάνω δυο παραμέτρων. Αλλά το ίδιο ισχύει και για την όποια προσπάθεια βελτίωσης στο πεδίο της Ογκολογίας (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

Ωστόσο αυτό που διαφαίνεται στις μέρες μας, είναι πως η οικονομική κρίση έχει επίδραση στην εμφάνιση μορφών του καρκίνου σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας. Δεν είναι πλέον άγνωστο ότι ο καρκίνος αποτελεί τη νόσο της τρίτης ηλικίας και ότι η ανάπτυξή του είναι ραγδαία. Το θέμα αυτό είναι μεγάλο και αποτελεί σημαντική απειλή. Σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο περίπου 10 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου κάνουν την εμφάνισή τους. Ο ρυθμός με τον οποίο αυξάνονται είναι μεγάλος και σύμφωνα με τις προβλέψεις μέχρι το 2020,

το ποσοστό των ατόμων που θα πάσχουν θα έχει υπερβεί το 50%. Δηλαδή κάθε χρόνο θα εκδηλώνονται 15 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις. Οι σημαντικότερες αιτίες που προκαλούν αυτή την αύξηση είναι συνδυασμός οικονομικής κρίσης και (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Στοιχεία για Συσχετισμός Οικονομικής Κρίσης και Καρκίνου Μαστού, 2012):

- αύξηση του πληθυσμού
- τρόπος διαβίωσης του πληθυσμού
- άρνηση μεταβολής αυτού του τρόπου διαβίωσης

Σημειώνεται πως κατά την τελευταία δεκαετία η αύξηση της επιβίωσης του πληθυσμού και ο μέσος όρος της μετατοπίστηκε από 71 χρόνια στα 81 χρόνια, έτσι το γεγονός αυτό προκάλεσε αύξηση των ατόμων που είναι καρκινοπαθή και μια αύξηση συνεπώς των πασχόντων. Οι περιπτώσεις του καρκίνου σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό κάνουν την εμφάνισή τους σε ηλικίες άνω των 55 ετών σε ποσοστό περίπου  $\frac{3}{4}$  των ατόμων (Κυρίτση, 1999).

Πρέπει να σημειωθεί ότι και η πρόοδος της ιατρικής και κυρίως της Ογκολογίας έχει οδηγήσει σε επιμήκυνση της επιβίωσης των καρκινοπαθών. Μπορεί οι καρκινοπαθείς να ζουν περισσότερο αλλά και οι περιπτώσεις εμφάνισής του έχουν αυξηθεί (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

Η 5ετής επιβίωση της νόσου τα τελευταία 5 χρόνια αγγίζει το 65%. Και αυτό λόγω των νέων και εξελιγμένων διαγνωστικών θεραπειών. Περίπου 3 εκατομμύρια άτομα ήταν εκείνα τα οποία βρισκότουσαν το 1970 ανάμεσα στους επιβιώσαντες στη ζωή από τη νόσο ενώ στις μέρες μας πλησιάζουν τα 12 εκατομμύρια μόνο στην Ευρώπη. Αλλά και στις ΗΠΑ ο αριθμός είναι αντίστοιχος. Σαφώς οι νέες θεραπείες είναι πολύ πιο ακριβές και η εφαρμογή τους κοστίζει. Άλλωστε από εκεί προέρχεται και το κέρδος στην επιβίωση. Η επιβίωση των καρκινοπαθών είναι σε συνάρτηση με τα οικονομικά κάθε χώρας. Το αρνητικό στοιχείο είναι ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο δεν είναι εξίσου η ίδια σε κατανομή για όλους τους νοσούντες (Κυρίτση, 1999).

Έχει άλλωστε απόλυτη σχέση με την οικονομική κατάσταση της χώρας στην οποία και ζουν. Σύμφωνα με τα ποσά που θα διαθέσει η κάθε χώρα, εξαρτάται και η θεραπεία που θα προσφερθεί. Σύμφωνα με τη μελέτη EUROCARE, σημειώνονται σημαντικές διαφορές επιβίωσης ανδρών και γυναικών με καρκίνο σε χώρες όπως η Σλοβακία, Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Πολωνία όχι μόνο μεταξύ τους αλλά και σε σχέση με το μέσο όρο στην Ευρώπη. Είναι σημαντικές οι διαφορές που εντοπίζονται σε χώρες που είναι οικονομικά δυνατές και σε χώρες που είναι πιο αδύναμες οικονομικά. Οι περιπτώσεις ασθενών με καρκίνου ανάλογα με την κάθε περίπτωση μορφής της νόσου, και μέσα από τη σχετική μελέτη προκύπτει ότι υπάρχει μια συσχέτιση των μορφών αυτών με την επιβίωση και το ΑΕΠ της χώρας των νοσούντων. Περιπτώσεις όπως (Παπαδάτου, 1999):

- καρκίνος στομάχου
- καρκίνος παχέος εντέρου
- καρκίνος πνεύμονα
- καρκίνος μαστού

Ωστόσο, αναφέρεται σχετικά πως από τη στιγμή που το ΑΕΠ μιας χώρας αυξάνεται συμβαίνει το ίδιο και με την επιβίωση των νοσούντων με καρκίνο. Είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικοί οι αριθμοί που το δείχνουν. Η πραγματικότητα είναι δραματική. Σε χώρες της Ε.Ε. το ετήσιο κόστος αντιμετώπισης της νόσου είναι πολύ υψηλό και συγκεκριμένα κυμαίνεται στα 124 δις ευρώ (Καρβέλας, 1995).

Τα κόστη είναι πιο υψηλά από τη στιγμή που κάνουν την εμφάνισή τους νέα φάρμακα ακόμα πιο ακριβά και νέες θεραπείες και το κόστος περίθαλψης αυξάνεται. Υπάρχουν πολλές παράμετροι οι οποίες διαμορφώνουν το κόστος περίθαλψης. Έτσι αναφέρονται η γήρανση του πληθυσμού σαν πιο βασικός και όχι μόνο από τη λήψη από τη λήψη φαρμάκων. Ο λήψεις των αποφάσεων για το σχεδιασμό υγείας είναι ευθύνη των πολιτικών. Ιδιαίτερα από τη στιγμή που το βάρος της επιλογής της επιμήκυνσης της ηλικίας και της γήρανσης του πληθυσμού ή και του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών αλλά και του φαρμακευτικού κόστους είναι ιδιαίτερα σημαντικά θέματα (Κυρίτση, 1999).

Το στοιχείο το οποίο θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη είναι ότι η συγκεκριμένη μείωση απέναντι στους νοσούντες δεν είναι ότι το καλύτερο. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να στερούνται τα φάρμακα και τις θεραπείες. Οι ιατροί πρέπει να αντιμετωπίζουν με σεβασμό και να δίνουν τις όποιες νέες θεραπείες. Ιατροί με εξειδικευμένες γνώσεις να εφαρμόζουν νέες αγωγές σε κάθε ασθενή.

Τα θέματα αυτά συζητούνται χρόνια τώρα στην Επιτροπή Ογκολογίας και στο Υπουργείο Υγείας. Τελικά το πρόβλημα δεν είναι το κόστος των φαρμάκων αλλά ο τρόπος χειρισμού αυτών και η αντιμετώπιση των ασθενών. Επίσης σημαντικά είναι και τα θέματα της λειτουργικής ικανότητας και της πληρότητας της υποδομής ή και της δομής των Κλινικών στις οποίες νοσηλεύονται οι καρκινοπαθείς. Η οργάνωση και ο εξοπλισμός των εργαστηρίων μοριακής βιολογίας που γίνονται οι ανιχνεύσεις των καρκινικών κυττάρων αλλά και οι νέες τεχνολογίες. Από τη στιγμή που τα παραπάνω λειτουργούν σωστά και υπόκεινται στους κανόνες επικοινωνίας και συνεργασίας ανάμεσα σε παράγοντες δίνουν και τη δυνατότητα επιτυχίας και πολλαπλών επιλογών (Καρβέλας, 1995).

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες περιορίζονται και διαφορετικές αγωγές δίνονται. Ταυτόχρονα περιορίζεται η ταλαιπωρία των ασθενών και η έκθεση σε κινδύνους. Οι πολιτείες θα μπορούν να είναι υπερήφανες για τη περίθαλψη που προσφέρουν. Από τη στιγμή λοιπόν που τα φάρμακα και οι νέες θεραπείες βασίζονται σε ασφάλεια και σε απόλυτες εξειδικευμένες καρκινικές διεργασίες είναι ευνόητο ότι και ο χειρισμός τους πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους ιατρούς και μέσα σε ένα κλινικό περιβάλλον με αυξημένες δυνατότητες (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαμορφώνεται ένα νέο μοντέλο αντιμετώπισης της νόσου καρκίνου εν μέσω οικονομικής κρίσης. Για παράδειγμα, η παραδοσιακή θεραπεία χημειοθεραπείας και η υποστηρικτική αγωγή. Πλέον υπάρχουν νέες φιλοσοφίες με εξατομικευμένη θεραπεία και αγωγές με στόχο την ανίχνευση του καρκινικού προφίλ. Οι νέες αυτές αντιλήψεις βασίζονται σε νέες δομές, δυνατότητες και απόψεις και κάνουν δυνατή την ανάγκη για μια νέα πολιτική στη θεραπεία του καρκίνου. Η οποία τελικά κοστίζει και λιγότερο. Έτσι η επιβίωση των νοσούντων είναι καλύτερη και μεγαλύτερη και η θεραπεία τους μειώνεται μέσα από τις

ανανεωμένες υπηρεσίες υγείας. Οι προηγμένες χώρες το κατανόησαν και χρησιμοποίησαν αυτό το μοντέλο με σημαντικά οφέλη και ακόμα και οικονομικά. Σημειώνεται λοιπόν πως

- Ø Η πρόοδος στον τομέα της Ογκολογίας και γενικά στην Ιατρική οδηγεί σε επιμήκυνση της επιβίωσης των καρκινοπαθών ακόμα και εν μέσω οικονομικής κρίσης
  - Ø Η επιβίωση μπορεί να αγοράζεται και σε πολλές χώρες είναι μεγαλύτερη από κονδύλια που δίνονται για τη θεραπεία
  - Ø Ο σωστός και ορθολογικός χειρισμός των ασθενών είναι απαραίτητος ειδικά για όσους δεν πρέπει να στερούνται τα φάρμακα και τις θεραπείες τους. Οι ιατροί πρέπει να είναι εξειδικευμένοι και να σέβονται τους νοσούντες.
  - Ø Να προσαρμόζονται ειδικές αγωγές σε πλαίσιο εξατομικευμένης θεραπείας έστω και εν μέσω.
  - Ø Ο συνδυασμός δημόσιας αλλά και ιδιωτικής χρηματοδότησης έχει επηρεασθεί από την οικονομική κρίση και τις συνέπειές της. Κυρίως σε ορισμένες χώρες. Πολλές είναι οι περικοπές τις οποίες έχουν υποστεί οι δημόσιες δαπάνες σε αγαθά και υπηρεσίες. Οι περικοπές αυτές έχουν συχνά σχέση αλλά και συνδυάζονται με τις αυξήσεις των μεριδίων των πληρωμών που είναι άμεσες στα νοικοκυριά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στην Ιρλανδία η δημόσια χρηματοδότηση και το μερίδιό της χρηματοδότησης των δημοσίων δαπανών σε θέματα υγείας μειώθηκε κατά 6 εκατοστιαίες μονάδες στην περίοδο 2008-2010. Πλέον ανέρχεται στο 70%. Από την άλλη υπήρξε αύξηση στα μερίδια των άμεσων πληρωμών σε νοικοκυριά. Σημαντική ήταν η πτώση σε Βουλγαρία και Σλοβακική Ένωση.
  - Ø Η βασική πηγή χρηματοδότησης για τις δαπάνες υγείας μετά τη δημόσια χρηματοδότηση είναι οι άμεσες πληρωμές. Σε λίγες χώρες η ιδιωτική ασφάλεια έχει σημαντικό ρόλο. Οι χώρες στις οποίες το 2011 το μερίδιο άμεσων πληρωμών ήταν υψηλό, αυτές είναι (Κυρίτση, 1999):
- Ø Κύπρος
  - Ø Βουλγαρία
  - Ø Ελλάδα

Αντίθετα το χαμηλότερο ήταν στις :

- Ø Κάτω χώρες
- Ø Γαλλία
- Ø Ηνωμένο Βασίλειο

Επίσης οι πιέσεις στα συστήματα υγείας είναι πολλές από την οικονομική κρίση και από τους αυξανόμενους δημοσιονομικούς περιορισμούς. Πολλές είναι οι χώρες εκείνες που έχουν πληγεί κάτω από το ζυγό της οικονομικής κρίσης και τη λήψη νέων μέτρων προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες στον τομέα της υγείας και στο δημόσιο τομέα. Οι επιπτώσεις των μέτρων αυτών πρέπει να παρακολουθούνται. Έτσι οι θεμελιώδεις στόχοι των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας θα διασφαλιστούν και η περίθαλψη θα είναι ποιοτική.

### **3.2 Οικονομική κρίση και επιρροή της σε γυναίκες με καρκίνο μαστού**

Αναφερόμενοι στην επίδραση της οικονομικής κρίσης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού, θα λέγαμε πως είναι γεγονός ότι ραγδαία αύξηση σημειώνει η ζήτηση υπηρεσιών στα δημόσια ογκολογικά νοσοκομεία ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και ειδικότερα σε γυναίκες με όγκο μαστού. Οι καρκινοπαθείς γυναίκες με όγκο μαστού και μη μπορώντας πλέον να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα για την περίθαλψή τους λόγω του υψηλού κόστους, απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία τα οποία όμως σε συνδυασμό με τις ελλείψεις και τις αδυναμίες του εθνικού συστήματος υγείας, έχουν οδηγήσει στο φαινόμενο της πολύμηνης αναμονής για την θεραπεία (Παπαδάτου, 1999).

Οι ογκολόγοι αναφέρουν επίσης ότι χιλιάδες ασθενείς με καρκίνο και σπάνιους όγκους παραιτούνται της ακτινοθεραπείας λόγω των πολύμηνων αναμονών. Δύο στους τρεις καρκινοπαθείς θα χρειαστούν κάποια στιγμή ακτινοθεραπεία. Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία, στην Ελλάδα έπρεπε να πραγματοποιούνται ετησίως 28.000 ακτινοθεραπείες και γίνονται μόνο 24.000 για γυναίκες με καρκίνο μαστού. Η πολύμηνη αναμονή ή τα εμπόδια στην πρόσβαση στο νοσοκομείο

υποχρεώνουν πολλές ασθενείς γυναίκες με καρκίνο μαστού να παραιτηθούν της διαδικασίας θεραπείας (Κυρίτση, 1999).

Σύμφωνα με τα τελευταία νεότερα στοιχεία, η κρίση οδηγεί σε εξαθλίωση χιλιάδες πάσχοντες γυναίκες από καρκίνο μαστού, οι οποίες μένουν επί μήνες χωρίς θεραπεία, εξαιτίας των μεγάλων χρόνων αναμονής. Πολλές από αυτές εκδηλώνουν μεταστάσεις ή απογοητεύονται και παραιτούνται της διαδικασίας.

### ***3.3 Τα οφέλη μιας άρτιας κοινωνικής παροχής στους καρκινοπαθείς ασθενείς του κράτους***

Στην εποχή της οικονομικής κρίσης που διανύουμε, πολλές κυβερνήσεις βρίσκουν νέους τρόπους για να πείσουν τους ανθρώπους να συμμετέχουν δωρεάν προσφέροντας υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας στους καρκινοπαθείς ασθενείς του κάθε κράτους. Αυτές τις κυβερνητικές προσπάθειες τις υποστηρίζουν και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις οι οποίες παρουσιάζουν και τις δικές τους αξίες, επιστρατεύοντας εθελοντές, υποστηρίζοντας τους δικούς τους αγώνες. Η παροχή εθελοντισμού των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας από τους πολίτες έχει όφελος και για τους ίδιους τους πολίτες αλλά και για την κυβέρνηση. Για τους πολίτες, τα υψηλά επίπεδα παροχής των υπηρεσιών της κοινωνικής πρόνοιας έχουν ως αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα υπηρεσιών που βελτιώνουν τη ποιότητα ζωής ενώ παράλληλα οι εθελοντές δεν αφήνουν απ έξω τις κυβερνήσεις από το έργο τους σε αντίθεση με τις κυβερνήσεις που το κάνουν. Ακόμη οι εθελοντές προσφέρουν έργο και προς το κοινό όπως για παράδειγμα οι εκστρατείες για τον καθαρισμό των δημοσίων πάρκων (Σταθόπουλος, 2005).

Ένα άλλο όφελος είναι ότι οι εθελοντές είναι όλοι μαζί, συμμετέχουν στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα, κτίζουν διασυνδέσεις μεταξύ τους οι οποίες βελτιώνουν την ποιότητα ζωής για τα άτομα με καρκίνο αλλά και για τις κοινότητες. Για να οργανωθεί η εθελοντική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας στους καρκινοπαθείς πολίτες, πρέπει να υπάρχει ανάπτυξη των ικανών οργανώσεων και η παροχή υπηρεσιών να είναι αποτελεσματική όταν συντονίζεται από την κυβέρνηση. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται επικοινωνία ανάμεσα στους εθελοντές και τις

κυβερνήσεις. Αυτές οι διασυνδέσεις χρησιμεύουν για να αποκτήσουν οι πολίτες οργανωτικές, ηγετικές και επικοινωνιακές ικανότητες οι οποίες θα βελτιώσουν τις σχέσεις κράτους – κοινωνίας (Στασινοπούλου, 2006).

Παράλληλα υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία αν τηρηθούν μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι εθελοντικές οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας προωθούν δημοκρατικές αξίες και κοινοτικές ικανότητες και ότι η σχέση τους με το κράτος θα είναι καλές και ανθεκτικές στους καρκινοπαθείς πολίτες. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής (Σταθόπουλος, 2005):

- Ø Ανάμεσα στο κράτος και τις εθελοντικές οργανώσεις, να υπάρχει μια ισορροπημένη σχέση εξουσίας και να μην αναγκάζει η μία να συμφωνεί με την άλλη έτσι ώστε να μπορεί να βασιστεί η μία στην άλλη.
- Ø Όταν θα πρέπει να πάρουν μία απόφαση, οι πολίτες οι οποίοι δεν είναι σε κάποια εθελοντική οργάνωση, να μπορούν να μάθουν αλλά και να πάρουν μέρος στις αποφάσεις για τους καρκινοπαθείς πολίτες.
- Ø Η διαδικασία λήψης αποφάσεων πρέπει να επιτρέπει σε όλους να συμμετέχουν και να εκπροσωπούν όσους δέχονται αυτή τη πολιτική.

Συμπερασματικά, εάν οι διαδικασίες διαμόρφωσης πολιτικής που εμπλέκουν ομάδες πολιτών στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας στους καρκινοπαθείς είναι εθελοντικές, διαφανείς και συμμετοχικές, τότε η εθελοντική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας θα αναδείξει την ποιότητα ζωής για τους καρκινοπαθείς αλλά και την ποιότητα της διακυβέρνησης, ενθαρρύνοντας τις κυβερνήσεις να αναπτύξουν τέτοιου είδους πολιτικές. Τα οφέλη αυτά είναι χρήσιμα για τους καρκινοπαθείς πολίτες που ζουν υπό οποιοδήποτε πολιτικό σύστημα αλλά και για το κράτος που εφαρμόζει αυτή την πολιτική (Σταθόπουλος, 2005).



## **4.ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ**

### **4.1 Εισαγωγή:**

«Η κοινωνική εργασία είναι ένα επάγγελμα που προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση των προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση των ανθρώπων για την ενίσχυση της ευημερίας. Χρησιμοποιώντας τις θεωρίες για την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα κοινωνικά συστήματα, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στα σημεία όπου οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με τα περιβάλλοντα τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις για την κοινωνική εργασία»(Higham,2008,σελ. 8). Η εμφάνισή της αρχικά οφείλεται σε κοινωνικά προβλήματα και στην αντιμετώπισή τους από ειδικούς προς τις συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες. Οι λόγοι που δημιούργησαν αυτά τα προβλήματα, μπορεί να αναφέρονται καταστάσεις όπως (Σταθόπουλος, 2000):

- Πόλεμοι
- Οικολογικές Καταστροφές
- Μεγάλο Κύμα Αστικοποιήσεων από τις Αγροτικές Περιοχές
- Το Μεγάλο Ποσοστό Εκβιομηχάνισης που σημειώθηκε τη δεκαετία του 1980

Θα πρέπει να σημειωθεί πως η άσκηση της κοινωνικής εργασίας επιτελείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς και προσφέρουν λύσεις σε σημαντικά προβλήματα καθώς και ανακαλύπτουν τις αιτίες αυτών των προβλημάτων αλλά και τις επιδράσεις που δημιουργούνται από αυτές σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (Σταθόπουλος, 2000). Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας μπορεί να επιτελείται σε ατομική βάση, σε οικογένειες, σε ομάδες, οργανισμούς ή/και κοινότητες. Δεν είναι τίποτε άλλο από μια εργασία η οποία αναλαμβάνει την ύπαρξη και εξασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης, μια καλύτερη ποιότητα ζωής αλλά και την δημιουργία και ανάπτυξη των δυνατοτήτων που κατέχουν όλοι οι άνθρωποι που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες, οι οικογένειες και σε σχετικές άλλες κοινωνικές ομάδες (Σταθόπουλος, 2000).

Μέσα από την κοινωνική εργασία προσεγγίζεται το κάθε άτομο ξεχωριστά, η ομάδα ή η κοινότητα ξεχωριστά μέσα από το φυσικό και κοινωνικό της περιβάλλον

με τη μέθοδο της αλληλεπίδρασης. Ταυτόχρονα αναπτύσσονται παρεμβάσεις για καλύτερη πρόληψη αλλά και επίλυση των προβλημάτων. Ωστόσο, οι λόγοι που δημιούργησαν την ανάγκη για επικοινωνία είναι πολλοί. Κάποιοι θεωρούν ότι η ολοένα πιεστική και μεγάλη αύξηση του πληθυσμού είναι ένας σημαντικός παράγοντας προβλημάτων, όπως και ο ανταγωνισμός, η ελεύθερη αγορά, η αστικοποίηση, η υπερβολική παραγωγή αγαθών, οι δρόμοι οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί και βοηθούν την μεταφορά αγαθών. Τα ΜΜΕ τα οποία έχουν αναπτυχθεί για την καλύτερη διαφήμιση. Γεγονός όμως είναι ότι η επικοινωνία στις μέρες πολλές φορές περιφρονείται από κάποιους. Η αξία της παραμελείται και το ίδιο συμβαίνει και με την αξία της κοινωνικής εργασίας ή με το ρόλο της κοινωνικής πρόνοιας από το κράτος (Σταθόπουλος, 2000).

#### **4.2 Κοινωνική εργασία με άτομο**

Η κοινωνική εργασία με άτομο είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος στον τομέα της κοινωνικής εργασίας. Ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε άμεση επαφή με το άτομο το οποίο ζητάει την βοήθεια του για την επίλυση προβλημάτων που αντιμετωπίζει (Καλλινικάκη, 1998).

Στις μέρες η Κ.Ε.Α χρησιμοποιείται από όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς στις υπηρεσίες όπου εργάζονται. Βασικός της στόχος είναι να διευκολύνει τον εξυπηρετούμενο δίνοντάς του αποτελεσματικές λύσεις (Καλλινικάκη, 1998).

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998, σελ.128) η Κ.Ε.Α. είναι «η εκ μέρους του εξυπηρετούμενου αναγνώριση-αποδοχή των διαστάσεων και των επιπτώσεων του προβλήματος ή των προβλημάτων, η επιθυμία του να το/τα αντιμετωπίσει, η ενεργοποίηση των δυνάμεων του προκειμένου να βελτιώσει την λειτουργικότητα του και να πετύχει τη σταθεροποίηση της βελτιωμένης κατάστασης μέσα από μια διεργασία αυτοεπίγνωσης κι επίλυσης των συγκρούσεων».

Στην κοινωνική εργασία με άτομο θεωρείται ότι κάθε άτομο είναι μια μοναδική και κοινωνική ολότητα. Για αυτό τον λόγο υπάρχουν κάποιες αρχές που βοηθούν στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή της. Αυτές είναι:

- Ο σεβασμός προς τον εξυπηρετούμενο
- Η αποδοχή της προσωπικότητας του εξυπηρετούμενου
- Μη κριτική στάση από τον κοινωνικό λειτουργό
- Η κατανόηση του προβλήματος και των συναισθημάτων του ατόμου

- Η εχεμύθεια μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του πελάτη
- Η έκφραση των συναισθημάτων του πελάτη
- Η αυτοδιάθεση του εξυπηρετούμενου
- Η αυτοβοήθεια. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει στην αυτοπεποίθηση του ατόμου ενισχύοντας τις ικανότητες που διαθέτει.
- Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ελέγχει τα συναισθήματα του (Καλλινικάκη, 1998)

Ο κοινωνικός λειτουργός κατά την εφαρμογή της Κ.Ε.Α πρέπει να είναι:

- Ø Αντικειμενικός
- Ø Να διαθέτει σοβαρή και υπεύθυνη στάση απέναντι στο άτομο
- Ø Να είναι καλός και ανεκτικός με όσα θα ακούσει
- Ø Να προσέχει τις κινήσεις του σώματός του
- Ø Να μην έχει ρόλο γονιού ή φίλου απέναντι στον εξυπηρετούμενο αλλά να διατηρούν τη επαγγελματική σχέση.

#### **4.3 Κοινωνική εργασία με ομάδα**

Με τον όρο ομάδα εννοούμε ένα σύνολο ατόμων περισσότερων από δύο άτομα που κρατάνε επαφή μεταξύ τους, έχουν τουλάχιστον ένα κοινό χαρακτηριστικό και επιδιώκουν τουλάχιστον ένα κοινό στόχο. Σκοπός της ομάδας είναι η λύση των προβλημάτων που αφορούν τις μεταξύ τους σχέσεις και η ανάπτυξη της κοινωνικής λειτουργικότητας τους ώστε να επιτευχθεί η προσωπική και κοινωνική ευημερία τους. (Καλλινικάκη, 1998)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός που συνεργάζεται με ομάδα το πρώτο πράγμα που έχει να κάνει είναι να μάθει το παρελθόν της ομάδας αυτής και των μελών της. Στη διάρκεια αυτή δύο συναισθήματα είναι πιθανόν να αναπτυχθούν: Αμοιβαία συμπάθεια ή αμοιβαία αντιπάθεια. Υπάρχει πιθανότητα όμως να υπάρξει και αδιαφορία. Όποιο από όλα τα συναισθήματα όμως και να αναπτυχθούν δεν αποκλείεται να εκδηλωθούν εκρήξεις θυμού ή μίσους. (Παπαδοπούλου, 2009)

Σημαντική επίδραση στην ομάδα έχει ο ρόλος που έχει αναλάβει το κάθε άτομο. Οι ρόλοι συνήθως επιβάλλονται από τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ομάδα και μπορεί να είναι παραγωγικοί, ανασταλτικοί ή και αποδιοργανωτικοί. Έχει επιβεβαιωθεί πως η λάθος διαχείριση ενός σημαντικού ρόλου από ένα άτομο οδηγεί τους υπόλοιπους να μη θέλουν να τον αναλάβουν. Οι ρόλοι που αναλαμβάνει

το κάθε άτομο βοηθούν να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που του έχουν ανατεθεί και να κοινωνικοποιηθεί εφόσον ανήκει στην ομάδα. (Παπαδοπούλου,2009)

Η πορεία και η επιτυχία μιας ομάδας δεν είναι εφικτή χωρίς τη παρουσία των κανόνων. Οι κανόνες εκφράζουν τη συμπεριφορά που αναμένεται να έχει ένα άτομο μέσα στην ομάδα. Οι κανόνες δε καθορίζουν μόνο τη συμπεριφορά που πρέπει να έχει ένα άτομο μέσα στην ομάδα αλλά αναμένεται να εφαρμόζει αυτούς τους κανόνες και στη προσωπική του ζωή. (Παπαδοπούλου,2009)

Σε μια ομάδα η οποία έχει συσταθεί από μια κοινωνική υπηρεσία σημαντικό ρόλο παίζει ο Κοινωνικός Λειτουργός που συμμετέχει σε αυτή. Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει διάφορες αρμοδιότητες και μερικές από αυτές είναι οι εξής:

- Βοηθά τα μέλη να έχουν ίδια αντίληψη
- Μεσολαβεί ώστε η ομάδα να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες που πιθανόν να χρειαστεί
- Βοηθά τα άτομα της ομάδας να βρουν τις πραγματικές λύσεις στα προβλήματα τους.
- Βοηθά τα άτομα να συνειδητοποιήσουν πως η λύση αυτή δε θα ικανοποιήσει όλους τους τομείς.
- Βοηθά την ομάδα να αποδεχτούν τη περίπτωση ότι μπορεί να μην πετύχουν τους στόχους τους.
- Συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων. (Παπαδοπούλου,2009)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσα στην ομάδα αναλαμβάνει διάφορους ρόλους ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται η ομάδα και τα άτομα που την απαρτίζουν. Έτσι λοιπόν μπορεί να έχει τους παρακάτω ρόλους:

- Ηγετικός: Στην αρχή κυρίως όπου η ομάδα χρειάζεται καθοδήγηση και έχει τον Κοινωνικό Λειτουργό σαν κύριο πρόσωπο
- Μεσολαβητικός: Μεσολαβεί μεταξύ νέου μέλους-ομάδας, ηγεσίας ομάδας-ομάδας, κοινότητας- ομάδας
- Παρακινητικός: Παρακινεί τις μεταξύ τους σχέσεις
- Συμβουλευτικός: Ο Κοινωνικός Λειτουργός διδάσκει ρόλους και δημιουργεί κίνητρα στην ομάδα. (Παπαδοπούλου,2009)

Υπάρχει περίπτωση η ομάδα να μην έχει επιτυχία και αυτό εξαρτάται κυρίως από το Κοινωνικό Λειτουργό εφόσον εκείνος είναι που έχει τον ηγετικό ρόλο συνήθως

και καθοδηγεί τα πράγματα. Η ομάδα μπορεί να αποτύχει αν ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν δείχνει ενδιαφέρον για την ομάδα και στρέψει τη προσοχή του αλλού. Επίσης υπάρχει η πιθανότητα ο Κοινωνικός Λειτουργός να επικεντρωθεί στα προσωπικά του προβλήματα και όχι στα προβλήματα της ομάδας και έτσι να υπάρξει αποτυχία. (Παπαδοπούλου,2009). Από την άλλη όμως όταν η ομαδική διεργασία είναι αποδοτική τότε επιτυγχάνουμε βελτίωση της συνεργασίας των μελών της ομάδας, ανάληψη πρωτοβουλιών, συναισθηματική ωρίμανση, ανάδειξη ικανοτήτων και ανάληψη προσωπικών ευθυνών. (Καλλινικάκη,1998)

Όταν στη Κοινωνική Εργασία ασχοληθούμε με ομάδα τότε αυτή η ομάδα θα περάσει κάποια στάδια και τα βασικότερα από αυτά είναι τα παρακάτω:

- Ο καθορισμός των στόχων της ομάδας αυτής
- Ο σχεδιασμός της ομάδας.
- Η διαδικασία για να συσταθεί η ομάδα
- Η λειτουργία της ομάδας
- Ο τερματισμός της ομάδας
- Τέλος η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που υπήρξαν (Καλλινικάκη,1998)

#### **4.4 Κοινωνική εργασία και ηλικιωμένος ογκολογικός ασθενής**

Όταν εφαρμόζεται η Κοινωνική Εργασία σε ηλικιωμένους ογκολογικούς ασθενείς και σε γυναίκες με καρκίνο μαστού, άκρως σημαντική είναι η προσέγγιση τους για τη θεραπεία και την αποκατάσταση (Τελώνη, 2004). Στόχος είναι η ψυχολογική τους υποστήριξη αλλά και η επικοινωνία τους με φορείς και υπηρεσίες, τόσο του τυπικού όσο και του άτυπου δικτύου φροντίδας.

Η στήριξη των ηλικιωμένων ατόμων με ογκολογικά προβλήματα, σύμφωνα με τη σημερινή κοινωνική πολιτική είναι ελλιπής όπως και το οποιοδήποτε δίκτυο υποστήριξης που θα μπορούσε να υπάρχει, δυστυχώς όμως απουσιάζει. Δεν υπάρχουν προγράμματα για φροντίδα στο σπίτι κι οι υπηρεσίες που υπάρχουν δεν είναι αρκετές για τον ασθενή όσο και την οικογένειά του (Τελώνη, 2004).

Η ψυχοκοινωνική ογκολογία υποστηρίζει πως χρειάζεται μια επιστημονική προσέγγιση προκειμένου να αντιμετωπισθεί η νόσος (Τελώνη, 2004). Στα άτομα τρίτης ηλικίας ή τις γυναίκες με καρκίνο μαστού είναι σημαντική η παρέμβασή

διαφορετικών ειδικοτήτων διότι γίνονται αλλαγές σε επίπεδο, βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό. Σημαντικοί είναι κάποιοι παράγοντες όπως :

- Μειωμένο εισόδημα
- Δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- Αλλαγή κοινωνικού ρόλου
- Δυσκολία σε μετακινήσεις
- Έλλειψη ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών στο σπίτι

Κάποιες φορές από τη διάγνωση καρκίνου προκύπτει και κοινωνικός στιγματισμός. Οι υπηρεσίες που δίνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς δείχνουν τις ανισότητες που υπάρχουν στα ταμεία ασφάλισης. Ιδιαίτερα στη φάση διάγνωσης και θεραπείας σε ηλικιωμένα άτομα η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη λόγω της γραφειοκρατίας και της έλλειψης οργάνωσης.

Κάποια από τα παραδείγματα είναι οι παρακλινικές εξετάσεις, οι μετακινήσεις στο τόπο θεραπείας, ειδικά αν ο ασθενής βρίσκεται μακριά από αστικές περιοχές, το κόστος αλλά και οι συνθήκες διαμονής στη πόλη. Έχει αποδειχθεί σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ότι τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται ένα σωστό και ολοκληρωμένο σύστημα υποστήριξης από φορείς οι οποίοι να επικοινωνούν μεταξύ τους (Τελώνη, 2004). Η οικογένεια που έχει αναλάβει φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων στηρίζει τα κοινωνικο-προνοιακά συστήματα αν και δεν αναγνωρίζεται. (Τελώνη, 204).

Τα άτομα τρίτης ηλικίας ή οι γυναίκες με καρκίνο μαστού με ογκολογικά προβλήματα δέχονται βοήθεια από το τυπικό δίκτυο φροντίδας που είναι οι κρατικές και ιδιωτικές υπηρεσίες και από το άτυπο που είναι η οικογένεια, η γειτονιά ή η εκκλησία. Στην Ελλάδα έχουν αρχίσει και εφαρμόζονται τα προγράμματα για τη φροντίδα στο σπίτι αλλά δεν υπάρχει ακόμα η εξειδίκευση σε φροντίδα ηλικιωμένων (Τελώνη, 2004). Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας με ογκολογικά προβλήματα που έχουν χαμηλό ή και καθόλου εισόδημα δε μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες από ιδιωτικούς φορείς ενώ από την άλλη και τα περισσότερα ιδρύματα δεν τους δέχονται.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι απαραίτητος σε αυτές τις περιπτώσεις. Τόσο η ψυχολογική του όσο και η κοινωνική του στήριξη είναι βασική για να εφαρμοστεί η Κοινωνική Εργασία έτσι φτάνουμε στο ρόλο των κοινωνικών λειτουργών. Τα άτομα αυτά καλούνται να δώσουν τη βοήθειά τους σε άτομα τρίτης ηλικίας αλλά και στις οικογένειές τους. Ο ρόλος τους είναι βασικός στην αντιμετώπιση ασθενειών και στη διάγνωση προβλημάτων. Από τις πιο βασικές είναι η διάγνωση καρκίνου και οι επιπτώσεις οι ψυχολογικές (Τελώνη, 2004)

Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν τη Κοινωνική Εργασία και προσπαθούν να δώσουν βοήθεια. Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν είναι:

- η παρέμβαση σε κρίση
- συστηματική προσέγγιση

Το είδος των μεθόδων που θα χρησιμοποιήσει ο κοινωνικός λειτουργός εξαρτάται από το φορέα και τους σκοπούς της οργάνωσης που ασχολείται. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να αναφέρονται σε (Τελώνη, 2004):

- μικροκλίμακα, δηλαδή σε κάποιο άτομο ή οικογένεια
- μεσοκλίμακα, σε κάποιες ομάδες και συνεργασίες
- μακροκλίμακα, αφορά τα δίκτυα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών

Βασικοί παράγοντες για την έρευνα πριν από κάθε παρέμβαση κοινωνικού λειτουργού είναι :

- το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο του ηλικιωμένου ατόμου
- της οικογένειάς του
- οι σχέσεις τους
- το πολιτισμικό πλαίσιο
- η προσωπικότητα

Το άτομο της τρίτης ηλικίας αποτελεί μια προσωπικότητα η οποία βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Οι όποιες παρεμβάσεις γίνουν θα πρέπει να ακολουθήσουν μια συγκεκριμένη διαδικασία δηλαδή να υπάρχει σεβασμός στη βούληση του ατόμου και του περιβάλλοντός του.

- **Παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση – φάση διάγνωσης**

Το είδος των παρεμβάσεων από το κοινωνικό λειτουργό έχει να κάνει με τη διάγνωση ή μη καρκίνου. Έτσι διαφοροποιείται και ο τρόπος βοήθειας των ασθενών ή των οικογενειών τους (Τελώνη, 2004). Γεγονός όμως είναι ότι τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και τις συνέπειες που προέρχονται από αυτό. Ο κίνδυνος θανάτου δημιουργεί μια κατάσταση κρίσης. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός και οι παρεμβάσεις από αυτόν δίνουν προτεραιότητα στον ασθενή και στην οικογένειά του. Ακολουθείται ο τρόπος των ανθρώπων εκείνων που έχουν ανάγκη. Έχει σημασία κυρίως η ημέρευση των συναισθημάτων από τα άτομα τρίτης ηλικίας και τις οικογένειές τους. Η Kubler Ross έχει δώσει αναλυτικά τα στάδια τα οποία ένα άτομο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Αναφέρονται (Τελώνη, 2004):

- θυμός
- άρνηση
- διαπραγμάτευση
- κατάθλιψη
- αποδοχή της κατάστασης

Δεν είναι απαραίτητο ότι θα ακολουθήσουν τη παραπάνω σειρά των συναισθημάτων, είναι όμως πολύ πιθανό να δείξουν ιδιαίτερο κόλλημα σε ένα από αυτά. Σημαντική βοήθεια παρέχεται και στο στάδιο της εξέτασης και στο στάδιο της ενδυνάμωσης τόσο του ατόμου που νοσεί αλλά και της οικογένειάς του. Παρέχεται βοήθεια για τη διαχείριση συναισθημάτων και ταυτόχρονα νέοι επαγγελματίες παίρνουν μέρος, όπως ψυχολόγο, ψυχίατροι. Χρειάζεται χρόνο για τον ασθενή και για την οικογένειά του να μπορέσουν να διαχειρισθούν τα συναισθήματά τους αλλά και για να καταφέρουν να λύσουν κάποια πρακτικά θέματα.(Τελώνη, 2004).

Μερικές από τις αιτίες οι οποίες επηρεάζουν για το αν τα άτομα τρίτης ηλικίας θα συνεχίσουν τη θεραπεία τους ή όχι είναι (Τελώνη, 2004):

- Θέματα οικονομικής φύσεως
- Κινητοποίηση υποστηρικτικού δικτύου



- Διασύνδεση με τη κοινότητα

Το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο για τα άτομα τα οποία ζουν σε αγροτικές περιοχές, είναι αποξενωμένα και έχουν χαμηλό εισόδημα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι πολλά και ποικίλα και η συνεισφοράς των επαγγελματιών υγείας σε αυτούς είναι ιδιαίτερα σημαντική.

#### - Χρόνια φάση

Οι χειρουργικές επεμβάσεις, χημειοθεραπείες, ακτινοβολίες δημιουργούν προβλήματα σε ψυχολογικό, οργανικό και κοινωνικό επίπεδο. Το σώμα αλλάζει και πολλές φορές ο ασθενής κουράζεται από τις μετακινήσεις για θεραπεία. Η καθημερινότητά του αλλάζει καθώς και η ζωή του. Δημιουργείται ένα αίσθημα ανασφάλειας για τη ζωή του. Ταυτόχρονα όμως προκύπτουν και κάποια προβλήματα για το περιβάλλον του, όπως (Τελώνη, 2004 σελ.3):

- «Απόκρυψη της ασθένειας
- Απομόνωση
- Οικονομικά προβλήματα
- Κοινωνικός στιγματισμός
- Ψυχικές διαταραχές»

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έχει πολλά επίπεδα και επικεντρώνεται στον ίδιο τον ασθενή και στα συναισθήματά του. Τον μαθαίνει να διαχειρίζεται τα συναισθήματα θλίψης, απώλειας, να αποδέχεται το σώμα του, να το φροντίζει, και να δίνει σημασία στην σωματική εμφάνιση. Φροντίζει ο ασθενής να τηρεί τις οδηγίες του γιατρού και να διατηρεί την ελπίδα του. Η σχέση με την οικογένεια είναι πολύ σημαντική αφού μπορεί να τον στηρίξει ψυχολογικά.

Μια από τις πιο σημαντικές παρεμβάσεις είναι και η λύση προβλημάτων η οποία χρησιμοποιείται σε επόμενες φάσεις της οικογένειας. Συχνή βοήθεια απαιτεί η φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων με λιγστά εισοδήματα. Για να υπάρξει ένας φυσιολογικός τρόπος ζωής εμφανίζονται προβλήματα ψυχολογικά, κοινωνικά ή και οικονομικά.

- **Αποκατάσταση**

Το ηλικιωμένο άτομο περνάει από τη διαδικασία της αποκατάστασης σε περιπτώσεις αποθεραπείας. Υπάρχουν κάποιες οργανώσεις οι οποίες βοηθούν στην αποδοχή εικόνας, σώματος, κοινωνικής επανένταξης, συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης ή και ενημερωτικές εκδηλώσεις. Με αυτό τον τρόπο ο ηλικιωμένος έχει την ευκαιρία να διαχειριστεί την τραυματική αυτή εμπειρία και την ίδια στιγμή να πάρει και συμπάρασταση προς άλλα άτομα. Τα προγράμματα αυτά στελεχώνονται με κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν ρόλο συμβουλευτικό και εκπαιδευτικό (Τελώνη, 2004).

- **Τελικό στάδιο**

Η διαχείριση του ατόμου που πεθαίνει θα πρέπει να γίνεται σε οργανικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός τόσο στον άρρωστο όσο και στην οικογένειά του προσφέρει βοήθεια που αφορά το συναισθηματικό επίπεδο. Ακόμα και μετά το θάνατο οι συμβουλευτικές του υπηρεσίες μπορεί να συνεχισθούν στα μέλη της οικογένειας. Η παρέμβαση εξειδικευμένων επαγγελματιών στη τελική φάση είναι απαραίτητη και ειδικά σε θέματα πένθους (Τελώνη, 2004).

Τέλος οι παρεμβάσεις των κοινωνικών λειτουργών αλλάζουν ανάλογα με τη πορεία του ασθενή. Στόχος τους είναι πάντα όμως η στήριξη των ασθενών τρίτης ηλικίας και του οικογενειακού τους περιβάλλον. Κάποιες φορές οι παρεμβάσεις αλλάζουν σύμφωνα με το φορέα με τον οποίο ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται αλλά και κάποιες φορές και από το κοινωνικό πλαίσιο της οικογένειας του αρρώστου. Ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ως σύμβουλος, υποστηρικτής και διαμεσολαβητής. Σημαντικά είναι και τα θέματα διασύνδεσης με το υπάρχον δίκτυο ή και τα θέματα κοινωνικών παροχών. Οι ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι συχνό φαινόμενο ή ακόμα και η απουσία εθνική πολιτικής κοινωνικής απέναντι σε άτομα με τέτοιες ασθένειες. (Τελώνη, 2004).

## **5.ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

### **5.1 Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και μηχανισμοί προσαρμογής**

Ένας νέος κλάδος που ανήκει στον τομέα της Ψυχοθεραπείας στις μέρες μας και αναφέρεται στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο, είναι εκείνος της Ψυχοογκολογίας (Ρηγάτος, 2000). Ο κλάδος αυτός αναπτύχθηκε ειδικά για τις ανάγκες και την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών. Τα στοιχεία που χρησιμοποιεί είναι αυτά της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας. Στόχος της είναι να συμβάλλει όσο μπορεί σε μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο. Βάση ερευνών στις μέρες μας, διαφαίνεται ότι ο συγκεκριμένος κλάδος ψυχολογίας, έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες και τους ανθρώπινους φόβους αλλά και τις ανάγκες των ασθενών οι οποίες δημιουργούνται από την ασθένεια. Ένας επίσης βασικός στόχος της συγκεκριμένης επιστήμης, είναι και η επανένταξή τους στην κοινωνία δηλαδή σε μια φυσιολογική ζωή και ταυτόχρονα στο να ελαχιστοποιήσει τις όποιες ψυχολογικές συνέπειες από την ασθένεια μπορεί να υπάρξουν (Ρηγάτος, 2000).

Φυσικά ο πρώτος στόχος στον τομέα της Ψυχοογκολογίας, είναι να δημιουργήσει και να διατηρήσει όσο το δυνατό μια καλή ποιότητα ζωής των ασθενών. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι ο καρκίνος δεν αποτελεί στις μέρες μας μια απλή ασθένεια αλλά μια κρίσιμη καμπή στη ζωή κάποιων ανθρώπων ή και των οικογενειών τους. Ο παράγοντας της ψυχοθεραπευτικής ίασης, είναι απαραίτητος για την ασθένεια αυτή. Η υποστήριξη από την Ψυχοογκολογία παρουσιάζεται ως θετική. Πρόκειται λοιπόν για μια νέα θεωρία η οποία όμως επικρατεί στη σύγχρονη ιατρική του δυτικού κόσμου (Αναστασόπουλος, 1994).

Ο Meerwin αναφέρεται ουσιαστικά ως ο πρώτος που δημιούργησε και καθιέρωσε τον όρο αυτό στη δεκαετία του 1970. Παρόλα αυτά όμως είναι γεγονός ότι όλοι οι συναισθηματικοί παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι και επηρεάζουν την εμφάνιση καρκίνου, ήταν γνωστοί από πολύ καιρό πριν. Ωστόσο μια λεπτομερής εξακρίβωση για τους ψυχολογικούς παράγοντες επετεύχθη στις δεκαετίες του 1980 και 1990 από επιστήμονες με σκοπό να επισημανθούν τα αίτια δημιουργίας καρκίνου (Shilling, 2004).

Έγινε επίσης μια προσπάθεια να δοθεί απάντηση στο αν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες και χαρακτηριστικά τα οποία ευνοούν την εμφάνιση του καρκίνου και ποια είναι αυτά. Αρχικά αναλύθηκαν κάποιοι στρεσογόνοι παράγοντες οι οποίοι μάλλον είναι υπεύθυνοι για την ασθένεια και την επιδείνωσή της. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα δεν ήταν ούτε ομοιόμορφα αλλά και ούτε τα αναμενόμενα για να προσφέρουν μια θεμελιώδη απάντηση και να δικαιολογήσουν τα εμπειρικά δεδομένα. Καμία επομένως ουσιαστική θεραπεία δε μπορούσε να προσφερθεί. Το σίγουρο όμως είναι ότι η ασθένεια του καρκίνου αποτελεί μια ασθένεια του συνόλου του ανθρώπινου οργανισμού και σχετικά με όχι μόνο τα αίτιά της αλλά και με τις συνέπειες που επιφέρει. Ο τρόπος λοιπόν με τον οποίο θα πρέπει να αντιμετωπισθεί, αναφέρεται ως ολιστικός και σφαιρικός (Ρηγάτος, 2000).

Πέρα από την ιατρική παρακολούθηση, είναι απαραίτητη και μια συμπληρωματική προσέγγιση του ασθενή η οποία του προσφέρει τη δυνατότητα να κατανοήσει το πόσο σημαντική είναι η ασθένεια αυτή για τον οργανισμό του και τον ίδιο του τον εαυτό του. Η Ψυχοογκολογία δημιουργήθηκε έχοντας ως σκοπό:

- να βοηθήσει ψυχολογικά τους ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου
- να προσφέρει μια ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη
- και ν' αντιμετωπίσει τους φόβους, τις ανάγκες αλλά και τις δυσκολίες των ασθενών, οι οποίες δημιουργούνται καθημερινά από την ασθένεια (Αναστασόπουλος, 1994).

Επίσης βοηθά στο να επιτευχθεί μια σωστή και αποτελεσματική επανένταξη του ασθενή στην κοινωνία και σε μια φυσιολογική ζωή. Η μείωση όλων των συνεπειών της ασθένειας, είναι ένας πολύ σημαντικό παράγοντας. Δίνεται ουσιαστικά μια εποικοδομητική αντιμετώπιση της ασθένειας και διεξάγεται μια συνεχή προσπάθεια ώστε ο ασθενής να έχει μια όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα ζωής αργότερα. Είναι γεγονός πως η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες αλλά και τη στάση των ασθενών απέναντι σε αυτή. Οι παράγοντες αυτοί πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Είναι σημαντικό το ερώτημα ποιος είναι ο ρόλος της ιατρικής βοήθειας και αν πραγματικά είναι εφικτό να σωθεί η ζωή κάποιων ασθενών (Ρηγάτος, 2000).

Πολλοί είναι οι ασθενείς οι οποίοι κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας εμφανίζουν κάποια διαύγεια και ειδικά οι βαριά άρρωστοι ή οι ετοιμοθάνατοι. Κάποιοι από αυτούς είναι σε θέση να διευκρινίσουν τι είναι και τι δεν είναι σημαντικό. Αντιμετωπίζουν ορισμένα πράγματα κάτω από μια διαφορετική ματιά και βαρύτητα. Προσφέρουν διαφορετικές προτεραιότητες στον εαυτό τους και σημασία σε διαφορετικά πράγματα. Αυτός είναι και ο σκοπός της Ψυχοογκολογίας, να βοηθήσει δηλαδή τον ασθενή να διακρίνει τι έχει πραγματικά σημασία για αυτόν (Ρηγάτος, 2000).

Τα προβλήματα που υπάρχουν στο θέμα της προκατάληψης σχετικά με την ασθένεια του καρκίνου εντοπίζονται σε διαφορετικά πεδία στις μέρες μας. Η διάγνωση είναι ένα από αυτά. Χαρακτηρίζεται ως ένα σημαντικό και πρωταρχικό ζήτημα αλλά ταυτόχρονα και καίριο το οποίο αρχικά αναστατώνει τον ασθενή και του αλλάζει όλη του τη ζωή (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Στοιχεία για Συσχετισμός Οικονομικής Κρίσης και Καρκίνου Μαστού, 2012).

Λόγω της προκατάληψης που ισχύει στις μέρες μας, είναι σύνηθες φαινόμενο για κάποιους ιατρούς να ανακοινώνουν την ασθένεια αρχικά μόνο σε συγγενείς των ασθενών. Κρύβουν δηλαδή την όποια διάγνωση από τον ασθενή και ως αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής να μη ξέρει τι του συμβαίνει. Η ψυχο-ογκολογία βέβαια δεν επικροτεί αυτή την τακτική και ειδικά από τη στιγμή που ασθενής δεν είναι σε θέση να είναι γνώστης της κατάστασης του και να μη μπορεί να χρησιμοποιήσει τις δικές του αυτό-θεραπευτικές δυνάμεις με σκοπό μια σωστή αντιμετώπιση της ασθένειας (Shilling, 2004).

Έτσι λοιπόν ολόκληρη η πορεία της ασθένειας παραμένει απρόβλεπτη κυρίως μετά την πρώτη διάγνωση. Το σοκ είναι μεγάλο και αποτελεί ουσιαστικά μια ψυχολογική επιβάρυνση. Ο ασθενής πολλές φορές έχει να αντιμετωπίσει πολλές φοβίες, άγχη και αρνητικά συναισθήματα. Τα συναισθήματα αυτά προκαλούνται και έπειτα από την ιατρική αγωγή και βάση των παρενεργειών που προκαλούνται από την θεραπεία. Επιπρόσθετα υπάρχουν και οι συνέπειες από το περιβάλλον που λαμβάνονται ως μια συνηθισμένη προκατάληψη αλλά και κοινωνική περιθωριοποίηση (Ρηγάτος, 2000).

Θα πρέπει να σημειωθεί λοιπόν πως ο κάθε καρκινοπαθής είναι εκτεθειμένος στα παραπάνω ζητήματα και θα πρέπει να τα αντιμετωπίσει με αποτελεσματικό τρόπο. Συναισθήματα όμως με έντονη φόρτιση διαθέτουν και οι πλέον κοντινοί σε αυτόν άνθρωποι με αποτέλεσμα πολλές φορές ο ίδιος ο ασθενής να νιώθει ενοχές, αφού πιστεύει ότι αυτός είναι ο υπαίτιος για ότι τους συμβαίνει. Πιστεύει ότι επιβαρύνει τους γύρω του και έτσι η αυτοεκτίμηση του ελαττώνεται. Συνεπώς και η ποιότητα ζωής του. Στο σημείο αυτό επεμβαίνει η επιστήμη της ψυχοθεραπείας η οποία έχει ως απώτερο στόχο την επίτευξη μιας ορθής συναισθηματικής κατάστασης για τους ασθενείς αλλά και την καλύτερη ποιότητα ζωής για αυτούς (Shilling, 2004).

Ολόκληρη η διαδικασία της θεραπείας θα πρέπει να είναι ήπια και να εστιάζει στην κατάσταση του ασθενή. Στην θεραπεία πρέπει να λάβουν μέρος επίσης η οικογένεια αλλά και φίλοι του ασθενή, προκειμένου να συμβάλλουν και αυτοί στην ψυχολογική του υποστήριξη. Ότι θετικό στοιχείο διαθέτει ο κάθε ασθενής είναι πολύ σημαντικό. Τα όποια τραυματικά γεγονότα υπάρχουν στη μνήμη του δεν θα πρέπει να αναφέρονται στο μέλλον. Συχνά όμως οι αντιλήψεις για τα ζωή από πολλούς ασθενείς θεωρούνται πάγιες διαδικασίες. Όταν ένας ασθενής ακούει πως πάσχει από μια μορφή καρκίνου, αυτομάτως αρχίζει να διαλογίζεται για το τι είναι ζωή, θάνατος, ασθένεια και υγεία (Αναστασόπουλος, 1994).

Ειδικά όμως αυτή τη στιγμή είναι απαραίτητο να αρχίσουν να αναθεωρούν και να αμφισβητούν αν θέλουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την νέα κατάσταση. Η προσπάθεια αυτή είναι ένα είδος προσωπικής δύναμης η οποία βελτιώνει την αυτοεκτίμηση και την ποιότητα ζωής. Η αποδοχή του θανάτου αποτελεί ουσιαστικά και το θάρρος του κάθε ατόμου να «πολεμήσει» την ασθένεια του. Ο θάνατος είναι και αυτός μια έννοια που θα πρέπει να ενταχθεί στη διαδικασία της ζωής. Ο ασθενής θα πρέπει να διαθέτει ρεαλιστικούς στόχους ,να επιθυμεί και να έχει μια καλή ποιότητα ζωής. Οι στόχοι αυτοί θα πρέπει να διατηρηθούν ακόμα και μετά την ασθένεια (Shilling, 2004).

Με τις ειδικές γνώσεις που έχει ο θεραπευτής κατανοεί τις διάφορες παραμέτρους της ασθένειας και έτσι βοηθάει στην θεραπεία του ασθενή. Επίσης βοηθάει τον ασθενή και το περιβάλλον του να κατανοήσουν και να δουν ρεαλιστικά την ασθένεια ώστε να μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις. Ακόμα παρεμβαίνει ώστε να χορηγηθεί στον ασθενή ασφάλεια, διάφορα επιδόματα κ.α. Κάποιες φορές

χρειάζεται να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλα ιδρύματα ή υπηρεσίες που θα βοηθήσουν τη κατάσταση του. Τέλος βοηθάει τον ασθενή και το περιβάλλον του να κατανοήσουν τη νέα κατάσταση και να επανενταχτούν στο χώρο τους.( Σταθόπουλος, 2005)

Ο ρόλος της ψυχο-ογκολογίας λοιπόν θεωρείται αποτελεσματικός στην επίτευξη των στόχων αυτών. Ένας άλλος βασικός στόχος της ψυχοθεραπείας και ψυχο-ογκολογίας είναι να κάνει τον ασθενή να μειώσει τη συναισθηματική ένταση που βιώνει ή και να τη χειρισθεί καλύτερα. Οι πιο συχνές βασικές συναισθηματικές καταστάσεις των ασθενών είναι οι εξής (Ρηγάτος, 2000):

- Ø Φόβος
- Ø Οργή-θυμός
- Ø Ενοχή
- Ø Απελπισία

Έτσι λοιπόν, η δράση για τον ασθενή είναι μια απαραίτητη ενέργεια και διαδικασία την οποία πρέπει να περάσει. Οι όποιες βασανιστικές σκέψεις που είναι άσκοπες και επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής του, πρέπει να σταματήσουν. Ο θυμός του δε θα πρέπει να καταπιέζεται. Μέσα από την ψυχοθεραπεία μαθαίνει με ποιο τρόπο μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του και να αντιμετωπίζει αυτές τις δυσάρεστες καταστάσεις, να παίρνει αποφάσεις σωστές και να έχει μια ψυχολογική ισορροπία. Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι πολύ σημαντικές για τον ασθενή για να μπορέσει να επιτύχει και μια ηρεμία στο τρόπο σκέψης. Η βαθιά χαλάρωση που θα προκύψει από την παραπάνω διαδικασία, θα έχει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στο ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενή (Αναστασόπουλος, 1994).

Μερικά λεπτά χαλάρωσης κάθε μέρα είναι αρκετά για την ψυχολογία του κάθε ατόμου. Από τη στιγμή που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να χειρισθεί καλά και λογικά τις δυνάμεις του και την ασθένειά του, η ψυχο-ογκολογία είναι απαραίτητη. Πολλοί από τους ασθενείς αποφασίζουν από μόνοι τους να ακολουθήσουν τη θεραπεία αυτή και με συγκεκριμένο θεραπευτή, ο οποίος πρέπει να έχει εμπειρία σε αυτό το θέμα. Τα ψυχικά συμπτώματα συνεχίζουν να εμφανίζονται ακόμα και μετά τη ψυχολογική υποστήριξη.

Εμφανίζονται με τη μορφή σωματικών συμπτωμάτων ή κατά την εφαρμογή ορισμένων εφαρμογών εργαστηριακών ελέγχων. Πολλές φορές όμως υπάρχει ο κίνδυνος τα συμπτώματα αυτά να δείχνουν υποτροπιασμό της ασθένειας, γεγονός που προκαλεί ανασφάλεια και αγωνία από τον ασθενή αλλά και από τη οικογένειά του. Οι σχέσεις τους δοκιμάζονται καθώς και οι φιλικές. Τα ψυχολογικά προβλήματα που υπάρχουν δύναται να υποτροπιάζουν και ειδικότερα από τη στιγμή που οι θεραπευτικές προσδοκίες δεν ισχύουν πια. Οι πρόοδοι που έχουν σημειωθεί παύουν να ισχύουν και εμφανίζεται η κατάθλιψη η οποία μπορεί να επιβαρύνει τον ασθενή με σκοπό η θεραπευτική ψυχολογική παρέμβαση να θεωρείται πλέον κάτι παραπάνω από αναγκαία (Shilling, 2004).

Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως ο πόνος που νιώθει ο ασθενής μπορεί να δημιουργεί ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα και ταυτόχρονα μια ψυχιατρική νοσηρότητα. Οι ψυχολογικές ανάγκες είναι ποικίλες ανάλογα με τον ασθενή. Είναι επιβαρυντικές για τον ίδιο, τους συγγενείς και τους φίλους. Επιπλέον υπάρχουν και ορισμένα άλλα προβλήματα τα οποία εμφανίζονται πέρα από τα ψυχολογικά σημεία της ασθένειας και της θεραπείας. Κάποια από αυτά είναι τα εξής (Παπαδάτου, 1999):

- Ø Συμμετοχή σε ενημέρωση ευθύνης για απόκρυψη της ασθένειας ή της διάγνωσης
- Ø Απόκρυψη συναισθημάτων λύπης, αγωνίας, σε μια συμπεριφορά ευχάριστη, προκειμένου να μη φανεί η αλήθεια στον ασθενή
- Ø Δοσοληψία με άλλους ιατρούς ή επαγγελματίες
- Ø Παραμέληση εργασίας και οικονομικά προβλήματα
- Ø Παραμέληση μελών οικογένειας
- Ø Ευέξαπτη συμπεριφορά από την καταπίεση συναισθημάτων
- Ø Παραμέληση εαυτού τους προβολή φόβων για κληρονομικότητα της νόσου ή από τον κακό τρόπο ζωής

Βάση όλων των παραπάνω που αναφέρθησαν, θα πρέπει να σημειωθεί επίσης πως οι συγγενείς όπως και οι ασθενείς με διάφορες μορφές καρκίνου, έχουν αναπτύξει στις μέρες μας μια συγκεκριμένη τακτική απέναντι στην ασθένεια και η οποία σχετίζεται με ορισμένους αμυντικούς μηχανισμούς με σκοπό την επίτευξη μιας



ψυχικής ομοιόστασης. Οι αμυντικοί αυτοί μηχανισμοί δύναται να αναφέρονται στα εξής (Shilling, 2004):

- Ø Άρνηση της νόσου
- Ø Ένδειξη αντιπάθειας σε κάθε είδος θεραπείας
- Ø Υπεραναπλήρωση των στιγμών που ζουν
- Ø Μεγαλύτερη προβολή του εαυτού τους

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι και οι συγγενείς μπορούν να βιώνουν μια ψυχολογική κατάσταση άρνησης, κατάθλιψης και εσωτερικής «εξέγερσης» με τον ίδιο τρόπο όπως και αντίστοιχα και οι ασθενείς. Απέχουν πολύ από το να φτάσουν σε μια αποδοχή της νόσου και της πραγματικότητας. Η παρέμβαση της ψυχολογικής υποστήριξης είναι απαραίτητη σε ασθενείς στους οποίους έχει διαγνωσθεί κακοήθης όγκος αλλά και στους συγγενείς αυτών. Η καθημερινή επικοινωνία των ασθενών με τους θεράποντες ιατρούς θεωρείται μια μορφή άτυπης ψυχοθεραπείας. Το ίδιο βέβαια και η επαφή με τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες υγείας (Ρηγάτος, 2000).

Την ίδια σχεδόν συμπεριφορά διαθέτει λοιπόν πια το άμεσο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή, οι οποίοι με τον τρόπο τους θα πρέπει να τον βοηθούν να ξεπεράσει την ασθένεια του. Τα άτομα τα οποία είναι βαθιά θρησκευόμενα χρειάζονται την παρουσία κάποιου ιερέα ή κάποιου θρησκευτικού λειτουργού και ειδικότερα αν είναι ειδικευμένα σε θέματα ψυχολογίας. Οι όποιες ψυχολογικές παρεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται από επαγγελματίες για να θεωρούνται αποτελεσματικότερες και πιο αξιόπιστες. Άλλωστε οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι συμβάλλουν πάντα θετικά σε αυτές τις περιπτώσεις. Η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να είναι ομαδική ή ατομική. Οι ατομικές παρεμβάσεις δίνουν τη δυνατότητα για εφαρμογή πολλών ψυχαναλυτικών εφαρμογών, τεχνικών γνωσιακών μεθόδων, θεωριών συμπεριφοράς, τεχνικών χαλάρωσης και χορήγησης φαρμάκων αντίστοιχα (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως από τις αρχές του 1970, εφαρμόζονται οι ομαδικές ψυχοθεραπείες οι οποίες αφορούν συζητήσεις για την αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπείας σε σταδιακή μορφή. Επίσης περιέχουν θέματα οικογενειακά, και προσωπικά. Την εποχή αυτή έκαναν την εμφάνισή τους και

τα προγράμματα στα οποία λάμβαναν μέρος ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου. Μέσα από ορισμένες μορφές θεραπείας προέκυψαν στοιχεία όπως (Shilling, 2004) :

- Ø Η δυνατότητα εξαφάνισης αρνητικών συναισθημάτων
- Ø Η τόνωση ηθικού
- Ø Η μείωση άγχους
- Ø Η καλύτερη και μεγαλύτερη ικανοποίηση καθώς και αύξηση εμπιστοσύνης στους ιατρούς
- Ø Η μείωση δυσανεξίας
- Ø Η ευκαιρία για συζητήσεις περί οδυνηρών περιστατικών και καλύτερη αντιμετώπιση αυτών
- Ø Το ενδιαφέρον για τη ζωή

Αναφερόμενοι τέλος και στην περίπτωση της Ελλάδος, θα λέγαμε πως οι καταστάσεις σε εγχώρια βάση δεν θεωρούνται να είναι και τόσο ανεπτυγμένα, αφού τα ανάλογα προγράμματα είναι ανεπαρκή και δεν υπάρχει η προοπτική ανάπτυξης. Σε ότι αφορά τη στελέχωση των τμημάτων ή και των ειδικών νοσοκομείων, αυτή αναφέρεται ως ανεπαρκής. Μόνο κάποιοι ψυχολόγοι και ψυχίατροι μεμονωμένοι υπάρχουν σε κάποιες κενές θέσεις στα νοσοκομεία και με σκοπό την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων ασθενών με καρκίνο. Οι συνθήκες δυστυχώς χαρακτηρίζονται ακόμα ως άκρως δυσχερείς. Κάποιες εθελοντικές οργανώσεις προσπαθούν να καλύψουν τις όποιες ανάγκες σε κενές θέσεις. Κάποιες από αυτές τις εταιρίες είναι :

- Ø Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία
- Ø Η Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής
- Ø Ορισμένα σωματεία πασχόντων και φίλων

Τα σωματεία αυτά έχουν αρχίσει και προσλαμβάνουν ειδικούς και επαγγελματίες, αφού γνωρίζουν πολύ καλά τις ανάγκες που υπάρχουν. Οι επαγγελματίες αυτοί εφαρμόζουν μια ποικιλία από ατομικές και ομαδικές παρεμβάσεις. Σημαντικά βέβαια είναι και τα προγράμματα τα οποία εφαρμόζονται και από τα μέλη των οικογενειών αλλά και φίλων καρκινοπαθών. Δεν θεωρούνται κάτι το διαφορετικό από ψυχοθεραπευτικές ομάδες συζύγων και παιδιών ή προγράμματα οικογενειακής θεραπείας. Στόχος τους είναι να αντιμετωπίσουν την

ασθένεια με αποτελεσματικό τρόπο, κυρίως στο ψυχολογικό τομέα αφού αποτελεί επείγουσα ανάγκη η κατανόηση των αναγκών των ασθενών από τα νοσοκομεία ή από άλλες δομές της υγείας (Καρβέλας, 1995).

## **5.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο τομέα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας**

Πριν αναφερθούμε στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο τομέα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, θα πρέπει να ορίσουμε τη διαφορά ψυχο-ογκολογίας και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Έτσι λοιπόν θα λέγαμε πως η Ψυχοογκολογία είναι ένας νέος κλάδος της Ψυχοθεραπείας (ο όρος καθιερώθηκε από τον F. Meerwein στη δεκαετία του '70), που αναπτύχθηκε ειδικά για την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών. Χρησιμοποιεί στοιχεία της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των βασικών αναγκών και των φόβων που δημιουργούνται λόγω του καρκίνου, καθώς και στην επανένταξη του ασθενούς στη "φυσιολογική" ζωή. Ο πρωταρχικός στόχος της βέβαια είναι η διατήρηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Καλαντζή – Αζίζι, Παρίτσης, 1999).

Η Ψυχοογκολογία ενδείκνυται πάντοτε όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί εποικοδομητικά με τις δικές του δυνάμεις την ασθένεια και τις συνέπειές της. Στις περιπτώσεις καρκίνου συμβαίνει σχεδόν πάντοτε αυτό και οι καρκινοπαθείς αποφασίζουν μόνοι τους, πολύ γρήγορα, να αναζητήσουν ψυχοθεραπεία (Κυρίτση, 1999). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο ψυχοθεραπευτής να έχει και συγκεκριμένη ειδικότητα και πείρα, ώστε να τους συνοδεύσει με γνώση και ευαισθησία στο δύσκολο μονοπάτι τους.

Στον καρκίνο τα προβλήματα εκτείνονται σε πολλά πεδία. Πρώτο απ' όλα είναι η ίδια η διάγνωση, που πλήττει συνήθως καίρια τον ασθενή και ανατρέπει όλη τη μέχρι τότε ζωή του. Μερικοί γιατροί έχουν ακόμα την τάση να ανακοινώνουν μόνο στους συγγενείς τη διάγνωση και να την κρύβουν από τον ίδιο τον ασθενή. Από την άποψη όμως της Ψυχοογκολογίας αυτή η τακτική αφαιρεί από τον ασθενή τη δυνατότητα να συμβάλει με τις δικές του ψυχικές αυτοθεραπευτικές δυνάμεις στην εποικοδομητική αντιμετώπιση του καρκίνου. Μετά το αρχικό "σοκ της διάγνωσης", η πορεία της ασθένειας, η οποία είναι απρόβλεπτη και φαινομενικά δεν μπορεί να

επηρεαστεί από τον πάσχοντα, αποτελεί μια ακόμα ψυχολογική επιβάρυνση (Καλαντζή – Αζίζι, Παρίσης, 1999).

Σε αντίθεση, η ψυχοκοινωνική ογκολογία αναφέρεται στην ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου όχι μόνο για τη συγκεκριμένη νόσο αλλά και για το σύνολο των προβλημάτων που δημιουργούνται από αυτή δηλαδή από ψυχικής, κοινωνικής, οικογενειακής και εργασιακής πλευράς. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να αφορά και τους τρόπους επικοινωνίας και επαφής με τον άρρωστο. Έτσι λοιπόν, οι στόχοι των ιατρικών παρεμβάσεων σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο είναι (Shilling, 2004):

- Ø Η συμβολή στην θεραπευτική προοπτική
- Ø Η αντιμετώπιση των ψυχικών κρίσεων
- Ø Η βελτίωση της ποιότητας ζωής
- Ø Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας
- Ø Η μείωση της συναισθηματικής εξουθένωσης του επαγγελματία υγείας γνωστό με τον αγγλικό όρο burn out.

Αναλυτικότερα, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο Κοινωνικός Λειτουργός και ο οποίος εργάζεται στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, είναι ένας μεσολαβητής, μεταξύ του ατόμου ασθενή ή της ευπαθούς ομάδας στην οποία ανήκει και του εξωτερικού του περιβάλλοντος με σκοπό την προστασία του και την υποστήριξη της ψυχολογικής του κατάστασης λόγω της ασθένειας του (Ρηγάτος, 2000).

Βασικό πλεονέκτημα είναι πως οι κοινωνικοί λειτουργοί και ο οποίος εργάζεται στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα στους ασθενείς αλλά μόνο μέσα από την συζήτηση και την ανάδειξη των θετικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τους, να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την ασθένεια τους. Ο κοινωνικός Λειτουργός στο συγκεκριμένο τομέα ασκεί την εργασία τους σε καρκινοπαθής, σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του καρκινοπαθούς και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Shilling, 2004).

Αποτελεί επίσης πλεονέκτημα πως η χρήση του Κοινωνικού Λειτουργού αναφέρεται και στην ψυχοκοινωνική φροντίδα του καρκινοπαθούς όπου μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός, έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο ασθενή και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός προσεγγίζει και βοηθά τον ασθενή και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης (Ρηγάτος, 2000).

Τέλος, αποτελεί σημαντικό γεγονός ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα προβλήματα αυτό-εικόνας που ενδεχομένως έχουν οι γυναίκες και στο πως τις επηρεάζουν στις συντροφικές ή συζυγικές τους σχέσεις. Έτσι λοιπόν ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός αφού θα πρέπει να ενημερώσει την γυναίκα ασθενή πως η διάγνωση και η θεραπευτική αγωγή του καρκίνου του μαστού θα επηρεάσουν και άλλους στη ζωή της, όπως τον σύντροφό ή σύζυγό της, την οικογένεια και τους στενούς φίλους της. Μπορεί να νιώθουν ανήσυχoi, ανίσχυροι ή να μη ξέρουν τι να πουν. Μπορεί να έχουν παρόμοια συναισθήματα με εκείνη, όπως σοκ, λύπη, κατάθλιψη, φόβο, άγχος και θυμό. Το κάθε άτομο είναι διαφορετικό και θα έχει το δικό του τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού (Shilling, 2004).

Ο κοινωνικός λειτουργός σε αυτό το συγκεκριμένο στάδιο, θα πρέπει να έχει επικοινωνία με την γυναίκα ασθενή με σκοπό την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και επίλυση τυχόν προβλημάτων όπως επίσης να της τονίσει πως η καλή επικοινωνία μεταξύ εκείνης και των άλλων είναι σημαντική. Να της επισημάνει επίσης πως τα παιδιά της είναι πιθανόν να επηρεαστούν από τη διάγνωσή. Ανάλογα με την ηλικία τους, τα παιδιά μπορεί να γνωρίζουν ότι κάτι δεν πάει καλά χωρίς ούτε καν να τους το πει εκείνη. Εν προκειμένων λοιπόν θα την βοηθήσει να μιλήσει στα παιδιά της για την κατάσταση της ούτως ώστε να καταλάβουν τι συμβαίνει.

Να την βοηθήσει επίσης να απαντήσει τις ερωτήσεις τους όσο το δυνατόν πιο ειλικρινά με λέξεις που μπορούν να καταλάβουν. Η επίδραση της διάγνωσής τους στο παιδί τους μπορεί να αντικατοπτρίζεται στη συμπεριφορά του παιδιού τους. Αν ανησυχούν για τη συμπεριφορά του παιδιού τους στο σχολείο, θα μπορούσαν να

επιλέξουν να μιλήσουν στο δάσκαλο για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν με τον καρκίνο, ούτως ώστε εκείνος να καταλάβει για τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού (Καλαντζή – Αζίζι, Παρίτσης, 1999).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός θα τις βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την επίπτωση στη σεξουαλικότητά τους. Η χειρουργική επέμβαση του μαστού, η ακτινοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η χημειοθεραπεία συχνά έχουν σημαντική επίδραση στο πώς νιώθουν οι γυναίκες για τον εαυτό τους και την ελκυστικότητά τους. Αυτό μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε γυναίκα, είτε έχει είτε δεν έχει σύντροφο. Οι αλλαγές στο σώμα τους, πόση ενέργεια έχουν, και η διάθεσή τους θα επηρεάζουν το πώς νιώθουν για τον εαυτό τους. Αυτό συμπεριλαμβάνει τη σεξουαλική τους επιθυμία και την ικανότητά τους να έχουν σεξουαλική σχέση με άλλους.

### **5.2.1 Παρέμβαση**

#### **- Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο**

Ο κοινωνικός λειτουργός και ο οποίος εργάζεται στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας μέσω της εργασίας του σε άτομα τα οποία έχουν διαγνωσθεί πως πάσχουν από διάφορες μορφές καρκίνου, φροντίζει και παρέχει στήριξη στις εξής περιπτώσεις (Shilling, 2004):

- Ø *Στην προσαρμογή του στο Νοσοκομείο. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και ο οποίος εργάζεται στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο θεραπευτικό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης αργότερα. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς την αποκατάσταση.*
- Ø *Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής και της κοινωνικής αποκατάστασης εν συνεχεία. Θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ατόμου πριν και μετά από μία ιδιαίτερος σοβαρή χειρουργική επέμβαση και μορφής θεραπείας.*

- Ø Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του ψυχιατρικού κέντρου (αν αυτό υπάρχει), τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της αποκατάστασης του.
- Ø Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει το άτομο στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του ασθενή μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης.
- Ø Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του στην κοινωνία που δραστηριοποιείται. Τα άτομα ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Επίσης διαθέτουν το δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση-θεραπεία- προοπτική). Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ατόμου (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου). Το συμφέρον του ατόμου και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων σχετικά με την αποκατάσταση του. Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις).

#### - **Παρέμβαση στην οικογένεια**

Δεν νοείται ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας. Με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια του καρκινοπαθούς. Η «ασθένεια» ή η εισαγωγή σε ένα πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης ενός μέλους της οικογένειας, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Πρώτος στόχος, ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει (Καλαντζή – Αζίζι, Παρίτσης, 1999).

Η Κοινωνική Πρόνοια σε συνεργασία με τον Κοινωνικό Λειτουργό στα συγκεκριμένα κέντρα έχοντας ως στόχο την ψυχολογική υποστήριξη των καρκινοπαθών διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή.

Επίσης στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός και ο οποίος εργάζεται στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του χρήστη, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς.

Η Κοινωνική Εργασία στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας ανήκει στις Κοινωνικές επιστήμες και πρόκειται για μια κατ' εξοχήν εφαρμοσμένη επιστήμη. Το θεωρητικό της υπόβαθρο βρίσκεται στην φιλοσοφία, την ιατρική, την ψυχολογία, την κοινωνιολογία, την κοινωνική ανθρωπολογία, την κοινωνική πολιτική, το δίκαιο και την οικονομία. Η Κοινωνική Εργασία πρωτοεμφανίστηκε εξαιτίας της ανάγκης αντιμετώπισης των προβλημάτων επιβίωσης που αντιμετώπιζαν άτομα και ομάδες εξαιτίας πολέμων, οικολογικών καταστροφών, αστικοποίησης και εκβιομηχάνισης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με τα κοινωνικά προβλήματα, τις αιτίες τους, τις λύσεις τους καθώς και με τις επιδράσεις τους στους ανθρώπους. Εργάζονται με ατομικές περιπτώσεις, με οικογένειες, με ομάδες, με οργανισμούς και με κοινότητες (Shilling, 2004).

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως η Κοινωνική Εργασία στο τομέα της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας είναι το επάγγελμα που επιφορτίζεται με την εξασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης, την βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς και στην ανάπτυξη των δυνατοτήτων του κάθε ασθενή -καρκινοπαθή, της κάθε ομάδας και της κάθε κοινότητας στην κοινωνία ξεχωριστά και προσεγγίζει το άτομο μέσα στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον μέσω της αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ τους και αναπτύσσει παρεμβάσεις για την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων που δημιουργούνται εξαιτίας αυτής ακριβώς της αλληλεπίδρασης (Ρηγάτος, 2000).

### ***5.3 Τα δικαιώματα των καρκινοπαθών και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην διεκδίκησή τους***

Η ECPC είναι μια οργάνωση που έχει σαν στόχο να βοηθάει τους καρκινοπαθείς να διεκδικούν τα δικαιώματά τους.(Τελώνη, 2006). Στις μέρες μας, παρόμοιες



οργανώσεις σαν την ECPC αυξάνονται και έτσι δημιουργούν σταδιακά ένα κίνημα για την αντιμετώπιση του καρκίνου σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ECPC και άλλες οργανώσεις όπως αυτή, αναπτύσσουν μια μέθοδο με στόχο να ασκήσουν πιέσεις σε κυβερνήσεις ακόμα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση προκειμένου να οργανωθούν και να αντιμετωπίσουν θέματα που αφορούν τον καρκίνο. Επίσης στόχος τους είναι να δημιουργήσουν (Τελώνη, 2006):

- Αρχείο Νεοπλασιών
- Δημιουργία site για σωστή πληροφόρηση
- Κλινικές δοκιμές

Οι συγκεκριμένες οργανώσεις θεωρούν πως η κάθε κυβέρνηση πρέπει να προβεί σε υλοποίηση των θεμάτων που έχουν σκεφτεί σχετικά με τον καρκίνο και να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα για όσους υποφέρουν, όπως οι γυναίκες με καρκίνο μαστού (Τελώνη, 2006). Σε συνεργασία με άλλες εταιρείες, μελετητές και επαγγελματίες. Μέσα από το καταστατικό Χάρτη του Παρισιού, το Φεβρουάριο του 2000, αναφέρονται τα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο. Κάποια από τα θέματα τα οποία αναφέρονται σε ένα άρθρο του Χάρτη του Παρισιού, είναι τα εξής (Τελώνη, 2006):

- Τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο ή ενδέχεται να νοσήσουν, πρέπει να τους παρέχεται σωστή πληροφόρηση για την ασθένεια και τον τρόπο αντιμετώπισής της
- Σημαντική θεωρείται η καλή συνεργασία και επικοινωνία ανάμεσα σε καρκινοπαθείς και επιστήμονες
- Καλύτερη ποιότητα ζωής δηλαδή να έχουν σωστή περίθαλψη αλλά και τη σωστή πληροφόρηση. Να τους παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη κάτι το οποίο αναλαμβάνεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Από τα πλέον σημαντικά δικαιώματα των ατόμων με καρκίνο είναι:

- η ενημέρωση,
- η πληροφόρηση,
- η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας δεν είναι και τόσο εύκολη υπόθεση. Κυρίως από άτομα τα οποία έχουν οικονομικά προβλήματα και βρίσκονται στα όρια της φτώχειας. Η κατάσταση των καρκινοπαθών γίνεται ακόμα πιο δύσκολη αφού έχουν να αντιμετωπίσουν και τα κοινωνικά προβλήματα με αποτέλεσμα η αποκατάστασή τους να απαιτεί περισσότερο χρόνο. Τα κοινωνικά προβλήματα αφορούν κυρίως (Τελώνη, 2006) :

- Χαμηλό εισόδημα
- Μεταφορά του καρκινοπαθή ατόμου σε άλλη θέση εργασίας, ή και απώλεια της θέσης εργασίας του
- Στίγμα το οποίο είναι πολύ συχνό
- Κοινωνικά προβλήματα ή και προβλήματα μέσα στην οικογένεια
- Απομόνωση του ατόμου

Οι κοινωνικές υπηρεσίες οι οποίες βρίσκονται μέσα στα ογκολογικά νοσοκομεία ή σε κάποιες οργανώσεις έχουν σαν στόχο να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Οι καρκινοπαθείς απευθύνονται στην Πρόνοια της περιοχής τους προκειμένου να πάρουν το επίδομα αναπηρίας. Τα άτομα που ζητούν βοήθεια από τις κοινωνικές υπηρεσίες έχουν κάποια αιτήματα τα οποία αναφέρονται σε (Τελώνη, 2004):

- Χαμηλούς οικονομικούς πόρους
- Έλλειψη ξενώνων φιλοξενίας σε περίοδο θεραπείας
- Καμία πληροφόρηση σε θέματα αναπηρικής σύνταξης ή σε επιδόματα
- Καμία ενημέρωση σε θέματα τα οποία έχουν να κάνουν με την κάλυψη των βασικών αναγκών δηλαδή τροφής, στέγης και ασφάλειας

Σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας είναι να αναλάβει δράση κυρίως στα οικονομικά και κοινωνικά θέματα που αφορούν τους ογκολογικούς ασθενείς (Τελώνη, 2006).

Η επίλυση των προβλημάτων των ασθενών με καρκίνο καθώς η ψυχολογική βοήθεια των μελών της οικογένειας αποτελεί προτεραιότητα της Κοινωνικής Εργασίας. Βασικός στόχος είναι να δοθούν προσωρινές λύσεις για τα προβλήματα

τους, κυρίως οι καρκινοπαθείς απευθύνονται σε φιλανθρωπικές οργανώσεις, ΜΚΟ και στην εκκλησία για να τους χορηγηθεί οποιαδήποτε βοήθεια . (Τελώνη, 2006).

Η πληροφόρηση αποτελεί σημαντικό γεγονός στο θέμα του καρκίνου. Σύμφωνα με την Τελώνη(2006 σελ.3) μέσα από την εμπειρία εργασίας σε ένα ογκολογικό τμήμα με ασθενείς με καρκίνο αλλά και μέσα από τα αιτήματα τους προέκυψαν τα παρακάτω :

- «Παροχές κοινωνικής πολιτικής
- Παροχές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης
- Πληροφόρηση για συγκεκριμένο τύπο καρκίνου
- Δομές για την αντιμετώπιση του βασικών αναγκών»

Οργανώσεις όπως το Άλμα Ζωής και ο ΠΑΝΣΥΛΑ, βοήθησαν σημαντικά τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Τα άτομα που εξυπηρετούνται συνήθως είναι μοναχικά, με μηδενικό εισόδημα, προέρχονται από άλλη χώρα ,έχουν χαμηλή σύνταξη ή είναι ζευγάρια άτεκνα. Τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο προτιμούν να ενημερώνονται κυρίως για τις ασφάλειες και τα επιδόματα. Σκοπός των κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι εργάζονται σε αυτό το πεδίο είναι να ενημερώνουν τον καρκινοπαθή για αυτά τα θέματα (Τελώνη, 2006).

Για να είναι σωστή η πληροφόρηση που παρέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί συνήθως πραγματοποιείται μια έρευνα γύρω από το θέμα που τους ενδιαφέρει. Μέσα από την έρευνα προκύπτουν τα κάποια έντυπα στα οποία θα αναφέρονται τα αιτήματα των ατόμων που εξυπηρετούνται. «Αναφέρεται ένας απλός τρόπος:

- Ø Πρόσβαση στη πληροφόρηση
  - Ø Δημιουργία εντύπου για καρκινοπαθείς, το οποίο θα δίνεται δωρεάν :
- ✓ Αναφορά των δικαιωμάτων των ασθενών με καρκίνο
  - ✓ Πληροφόρηση για τις παροχές που πρέπει να έχουν
  - ✓ Διεκδίκηση παροχών από τα ασφαλιστικά ταμεία
  - ✓ Καταγραφή των φορέων οι οποίοι παρέχουν ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς οι οποίοι είναι:

- § Αντικαρκινική Εταιρεία
- § Άλμα Ζωής
- § ΠΑΝΣΥΛΛΑ
- § Κέντρα ψυχοογκολογίας μέσα στα νοσοκομεία
- § Οργανώσεις καρκινοπαθών» (Τελώνη ,2006 σελ.4)

Η υπηρεσία του ΟΕΚΚ έχει πραγματοποιήσει μια έρευνα η οποία αφορά κυρίως τα επιδόματα για τους καρκινοπαθείς. Ο Όμιλος Εθελοντών κατά του Καρκίνου. υποστηρίζει όσες γυναίκες πάσχουν από καρκίνο του μαστού και έχουν προχωρήσει σε σχετική έρευνα για τα επιδόματα που παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Όμως η παροχή πληροφόρησης δεν είναι αρκετή καθώς (Τελώνη, 2006):

- Ø Οι υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς με καρκίνο είναι λίγες. Σε ότι αφορά το επίδομα για την Βαριά Αναπηρία αναφέρεται ότι δίνεται ανά δίμηνο το ποσό των 220 ευρώ .Το ποσό αυτό δίνεται μόνο σε :

- Όσους δεν έχουν ασφάλιση
- Ασφαλισμένους
- Ηλικιωμένους που είναι εγγεγραμμένοι στον ΟΓΑ

Όσοι ανήκουν σε πολύ χαμηλά οικονομικά στρώματα και βρίσκονται στα όρια της φτώχειας λαμβάνουν το ποσό των 234 ευρώ μια φορά το χρόνο από το κράτος. Οι συντάξεις αναπηρίας είναι μια διαδικασία που έχει μεγάλη διάρκεια. Οι συντάξεις δίνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία σε άτομα με κάποιες βλάβες όπως λαρυγγεκτομή.

- Ø Δεν είναι πάντα μια εύκολη υπόθεση η επιστροφή στην εργασία. Κυρίως στον ιδιωτικό τομέα υπάρχουν πολλές δυσκολίες. Ο υψηλός δείκτης ανεργίας δε δίνει τη δυνατότητα για νέες θέσεις εργασίας.
- Ø Καμία ανάγκη των καρκινοπαθών δε καλύπτεται, όπως :
  - Χαμηλό εισόδημα. Το εισόδημα ατόμων όπως ηλικιωμένοι, ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, μετανάστες, άνεργοι είναι μικρό και το μόνο που τους απομένει είναι μια σύνταξη των 200 ευρώ η οποία δίνεται από τον ΟΓΑ. Επίσης το επίδομα

ανεργίας είναι και αυτό πενιχρό και δίνεται σε περίπτωση που το άτομο έχει απολυθεί.

- Û Οι ιατρικές εξετάσεις και γενικά όλη η διαδικασία απαιτεί αρκετό χρόνο. Με αποτέλεσμα οι ασθενείς με καρκίνο να οδηγούνται στον ιδιωτικό τομέα
- Û Τα προγράμματα Βοήθεια στο σπίτι βοηθούν τους ηλικιωμένους και κυρίως τα άτομα που είναι μοναχικά. Τα προγράμματα αυτά καλύπτουν και το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού
- Û Σε αγροτικές περιοχές η πρόσβαση στα νοσοκομεία και σε άλλες υπηρεσίες είναι δύσκολη

Τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν την φροντίδα και την στήριξη των ατόμων. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των γυναικών οι οποίες δίνουν σημαντική βοήθεια στην οικογένεια (Τελώνη, 2006 ).

Οι παρεμβάσεις χωρίζονται σε μικροκλίμακα και σε μεσοκλίμακα. Ωστόσο και η μακροκλίμακα είναι εξίσου σημαντική και αναφέρεται σε (Τελώνη, 2006) :

- Ø Κοινωνικό σχεδιασμό
- Ø Παρεμβάσεις σ οργανώσεις
- Ø Παρεμβάσεις σε δίκτυα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών
- Ø Παρεμβάσεις σε τομείς έρευνα

#### **5.4 Έρευνες σχετικές με την συμβολή του κοινωνικού λειτουργού σε γυναίκες καρκινοπαθείς σε δύσκολες οικονομικά περιόδους**

Οι περισσότερες κοινωνίες έχουν την ευθύνη για τους καρκινοπαθείς ασθενείς και για τις γυναίκες οι οποίες απαιτούν τη συνεχή ιατρική παρακολούθηση και την προσοχή στο σπίτι . Ο ιατρός σε συνεργασία με τους συγγενείς και τον οργανισμό που εργάζονται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συνήθως αντιμετωπίζουν τις καρκινοπαθείς γυναίκες και τα συμπτώματά τους. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται υποστήριξη για να βελτιώσουν την κατάστασή τους ανεξάρτητα από το αν ζουν στις προσωπικές τους κατοικίες. Όλοι οι ασθενείς που δεν είναι ικανοί να εκτελέσουν τακτικά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μόνιμοι τους και επομένως χρήζουν βοήθειας άλλων ανθρώπων περιλαμβάνονται σε ένα αντίστοιχο πρόγραμμα. Το κάθε

αντίστοιχο πρόγραμμα λοιπόν εστιάζει στις αποτελεσματικότερες μεθόδους για την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων και των συνοδών συμπτωμάτων, ακόμη και στην εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών και των συγγενών τους για το καλύτερο τρόπο ζωής των ηλικιωμένων (Στασινοπούλου, 2006).

Εκτός των ανωτέρω, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο/η κάθε κοινωνική λειτουργός ενός προγράμματος έχει την εποπτεία των καρκινοπαθών γυναικών, αξιολογώντας τα οποιαδήποτε περιστατικά, παρέχοντας κοινωνική υποστήριξη, ερχόμενος σε επαφή με συναρμόδιους φορείς και παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος. Οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η νοσηλεύτρια του προγράμματος και οι οποίες αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων καθώς και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις τους (Κατρούγκαλος, 2004).

Παράλληλα στη σημερινή εποχή, η οικογενειακή βοήθος του κάθε προγράμματος αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ατόμων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού στις καρκινοπαθής γυναίκες. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος (Στασινοπούλου, 2006).

Σχετικά με την παράθεση των παραπάνω, θα λέγαμε πως μελέτες, όπως αυτή της Pitsiou (Κοτταρίδη, 2007), αναδεικνύουν τη σημασία της διατήρησης των οικογενειακών δεσμών για την καλή ψυχική και σωματική υγεία και την ευμάρεια στις καρκινοπαθής γυναίκες που έχουν την ανάγκη των Κοινωνικών Λειτουργιών. Ωστόσο, η ανάγκη αποκλειστικής φροντίδας των ατόμων αυτών από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα η ανάληψη των ρόλων-φροντιστών από γυναίκες που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία εντείνει την αδυναμία τους να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας και ως εκ τούτου επιβαρύνει τα ποσοστά της γυναικείας ανεργίας (Κατρούγκαλος, 2004).

Ταυτόχρονα, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας, η μείωση της γεννητικότητας και η αλλαγή του τρόπου ζωής, που επέβαλε την εσωτερική μετανάστευση των νεώτερων γενεών από τις αγροτικές περιοχές προς τις πόλεις, οδήγησαν πολλούς ορεινούς και αγροτικούς δήμους της χώρας σε πληθυσμιακή συρρίκνωση και οικονομική δυσχέρεια. Αρκετοί νέοι καποδιστριακοί δήμοι στην περιφέρεια κατοικούνται κυρίως από ηλικιωμένους ή από άτομα που έχουν ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης. Συχνά οι ηλικιωμένοι ή τα άτομα αυτά διαβιούν μοναχικά, απομακρυσμένοι από νεώτερα μέλη της οικογένειάς τους (Ιατρίδης, 2002) και ως εκ τούτου χρήζουν υποστήριξης και προστασίας από την πολιτεία.

Έτσι λοιπόν και σύμφωνα με όλα εκείνα που αναφέρθησαν παραπάνω για την λειτουργία των προγραμμάτων προστασίας στις καρκινοπαθείς γυναίκες από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι συγγενείς που αναλαμβάνουν τη φροντίδα πλήρους απασχόλησης των ατόμων αυτών κινδυνεύουν πολλές φορές να υποστούν δυσάρεστες συνέπειες για τη σωματική ή ψυχική τους υγεία, ενώ ταυτόχρονα περιορίζονται οι δυνατότητές τους για πρόσβαση στην απασχόληση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί η προσφερόμενη «φροντίδα» να καταλήγει σε «κακοποίηση» (Spicker, 2004).

Δεν θα ήταν εύκολο, ωστόσο, να υποστηριχθεί ότι η εφαρμογή των σχετικών προγραμμάτων στη χώρα μας στάθηκε δυνατόν να υποκαταστήσει την πλήρη φροντίδα που παρέχει κατ' οίκον κάποιος συγγενής/φροντιστής στις καρκινοπαθείς γυναίκες. Αυτό οφείλεται, όπως προαναφέρθηκε, στον αρχικό σχεδιασμό των διαφόρων κοινωνικών πρόνοιας και στους περιορισμένους πόρους που δεν επέτρεπαν την εικοσιτετράωρη ή κατ' ελάχιστον την οκτάωρη συνεχή αποκλειστική φροντίδα στις καρκινοπαθείς γυναίκες, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα στους φροντιστές ή συγγενείς να απαλλαγούν της φροντίδας για ένα συνεχόμενο οκτάωρο και να αναζητήσουν εργασία.

Εν κατακλείδι και βάση της έρευνας, είναι σημαντικό, αφενός, για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και, αφετέρου, για τη σταθεροποίηση των δομών να προχωρήσει η πολιτεία σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση α' και β' βαθμού στην εδραίωση του θεσμού και των υπαρχουσών δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας στις καρκινοπαθείς γυναίκες. Η επιβίωση του θεσμού θα συμβάλει ποικιλοτρόπως στην καλύτερη φροντίδα των αποδεκτών υπηρεσιών, καθώς τα ίδια τα

στελέχη των προγραμμάτων, αφού ξεπεράσουν το αίσθημα ανασφάλειας και την αβεβαιότητα για το επαγγελματικό τους μέλλον, θα μπορούν να αναπτύξουν περισσότερο αποτελεσματικές δράσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα και παροχή υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα (Κατρούγκαλος, 2004).

Βάσει των παραπάνω, θα λέγαμε πως υπάρχουν επίσης έρευνες, οι οποίες κάνουν λόγο για την ικανοποίηση στις καρκινοπαθείς γυναίκες από σχετικά προγράμματα που προσφέρονται για βοήθεια στο σπίτι. Οι καρκινοπαθείς γυναίκες φάνηκε να έχουν ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό τους, γεγονός που πιθανώς θα τους αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα. Όταν η επικοινωνία αυτή είναι ελλιπής, πολλές φορές δεν διστάζει να αλλάξει γιατρό. Επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν πάρει γι' αυτήν. Η συμμετοχή της οικογένειας δεν παύει να υπάρχει (Spicker, 2004).

Ο χρόνος που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωση στις καρκινοπαθείς γυναίκες φάνηκε ότι δεν είναι επαρκής, και σε πολλές περιπτώσεις η ανεπάρκεια αυτή αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο η ασθενής επιλέγει να αλλάξει θεράποντα ιατρό. Όπως αναφέρθηκε, έχει βρεθεί ότι οι καρκινοπαθείς γυναίκες δίνουν μεγάλο βάρος στον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί μαζί τους και πόσο ο ηλικιωμένος ανθρώπινος είναι στη συμπεριφορά του. Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων, που εργάζονται με συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή. Ωστόσο πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ικανοποίηση δεν έχει πάντα να κάνει με τη χρονική διάρκεια της ενημέρωσης, αλλά και με το περιεχόμενό της και τη συμπεριφορά του γιατρού προς τον ηλικιωμένο ασθενή και τους οικείους του (ενδιαφέρον, ευγένεια, κατανόηση) (Στασινοπούλου, 2006).

Ωστόσο υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται στην ορθή επικοινωνία των Κοινωνικών Λειτουργών με τις καρκινοπαθείς γυναίκες. Αναφέρεται επίσης πως είναι απαραίτητη η ορθή επικοινωνία των Κοινωνικών Λειτουργών με τους ασθενείς ή τα άτομα που έχουν άμεση ανάγκη των υπηρεσιών τους. Έτσι λοιπόν αναφέρεται πως η διδασκαλία του μαθήματος της επικοινωνίας με τις καρκινοπαθείς γυναίκες θα πρέπει κάποτε να ενσωματωθεί στα προγράμματα ιατρικών σπουδών, τόσο για τη



λήψη του πτυχίου όσο και στην ειδίκευση. Κλινικές ειδικότητες με αυξημένες απαιτήσεις (π.χ. ογκολόγοι ή χειρουργοί) θα πρέπει να δώσουν περισσότερη έμφαση στη σωστή επικοινωνία, και ιδιαίτερα στην αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων στην ασθενή και την οικογένειά του. Στην εποχή μας υπάρχει μια αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για όλο και περισσότερη ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Η διασπορά ιατρικών πληροφοριών από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (όχι πάντα με ορθό και ακριβή τρόπο) και η πρόσβαση στο Διαδίκτυο έχουν καταστήσει τον ασθενή πιο ενημερωμένο, αλλά ταυτόχρονα και πιο απαιτητικό απέναντι στο προσωπικό υγείας (Κατρούγκαλος, 2004).

Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός δεν παύει να αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης, και κατά συνέπεια σ' αυτόν ανήκει η κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών των ηλικιωμένων ασθενών. Η άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση, αλλά και η σωστή τεχνική της επικοινωνίας θα τον βοηθήσουν να ανταποκρίνεται με επάρκεια, αλλά και ανθρωπιά στις προσδοκίες τους.

Βάσει της αγγλικής βιβλιογραφίας Say & Thomson, 2003, οι περισσότερες καταγγελίες από τις καρκινοπαθείς γυναίκες των ευρωπαϊκών νοσοκομείων και τους οικείους τους αναφέρονται σε προβλήματα επικοινωνίας και όχι τόσο στην κακή κλινική πρακτική. Η πιο κοινή καταγγελία είναι ότι οι γιατροί δεν ακούν τους ασθενείς τους. Διάφορες μελέτες (Zebrack, Walsh-Bruke, 2004) έχουν δείξει ότι οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν τις δικές τους απόψεις σχετικά με αυτό που κάνει καλή και αποτελεσματική μια επικοινωνία (Morgan, 2009).

Αυτές οι διαφορές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γιατρών και των ασθενών, καθώς και τη συμμόρφωση, την εκπαίδευση των ασθενών, και την έκβαση της υγείας τους (Zebrack, Walsh-Bruke, 2004). Η συμμετοχή των καρκινοπαθών ασθενών είναι κάτι που σήμερα θεωρείται θεμελιώδες στην σύγχρονη ιατρική διαδικασία. Η όλη αυτή διαδικασία τον καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό του (Zebrack, Walsh-Bruke, 2004).

Η σχέση του Κοινωνικού Λειτουργού με τις καρκινοπαθείς γυναίκες έχει ιδιαίτερη σημασία για την επιτυχία οποιασδήποτε θεραπείας. Για τις καρκινοπαθείς

γυναίκες με χρόνια νοσήματα καρκίνου, η σχέση με το γιατρό αποκτά μια άλλη διάσταση. Η συνεχής και μακρόχρονη σχέση που επιβάλλεται μεταξύ τους λόγω της φύσης της ασθένειας παράλληλα με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενούς μπορεί να απειλείται, περιέχει μια ξεχωριστή συναισθηματική ιδιομορφία που χρήζει μεγάλης προσοχής (Ιατρίδης, 2002). Η εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον κα υποχρέωση κάθε Κοινωνικού Λειτουργού. Η διδασκαλία της σωστής επικοινωνίας πρέπει να συμπεριληφθεί σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης και να γίνει μάθημα υποχρεωτικής φύσεως στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

Στις αναπτυγμένες χώρες θεωρείται υποχρεωτική η παρακολούθηση μαθημάτων επικοινωνίας και βασικό στοιχείο για την λήψη του τίτλου του ιατρού (Zebrack, Walsh-Bruke, 2004). Εκτός από την επικοινωνία με τον Κοινωνικό Λειτουργό με τις καρκινοπαθείς γυναίκες, εξίσου σημαντική και πολύτιμη είναι για τους ηλικιωμένους ασθενείς η επικοινωνία τους με τους νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής επομένως οφείλει να έχει δεξιότητες ώστε να μπορεί να διαλέγεται με τους ασθενείς, μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και με ειδικές δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει να συνεργάζεται με τις καρκινοπαθείς γυναίκες, να τους περιποιείται γεγονός που υποδηλώνει σεβασμό, ενδιαφέρον, διάθεση για ανακούφιση του πόνου (Ιατρίδης, 2002).

Τέλος, σύμφωνα με την έρευνα των Ραφτόπουλου & Θεοδοσοπούλου (2002), η ικανοποίηση των συγκεκριμένων ασθενών εξαρτάται από τις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες της φροντίδας, το φυσικό και τεχνητό περιβάλλον της φροντίδας, το φαγητό, την οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Πιο αναλυτικά η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί προϋπόθεση της ικανοποίησης στις καρκινοπαθείς γυναίκες, η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια, η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και η εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα συνιστούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες της συνολικής ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Επίσης η στάση στις καρκινοπαθείς γυναίκες απέναντι στη νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί μια λειτουργία των προσδοκιών τους, της εκπλήρωσης των προσδοκιών τους και της ικανοποίησής τους από τη φροντίδα (Κατρούγκαλος, 2004).

Εκτός των ανωτέρω όμως και αναφερόμενοι σχετικά στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στο τομέα της Ψυχολογίας με τις καρκινοπαθείς γυναίκες, θα μπορούσε να σημειωθεί σχετικά ο συγκεκριμένος ρόλος αναφέρεται ως άκρος σημαντικός αφού τα συγκεκριμένα άτομα μπορούν να τονώσουν την ψυχολογία των ασθενών και να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν την κάθε μορφή ασθένειας με θετικότερο τρόπο. Αναλυτικότερα, θα πρέπει να σημειωθεί πως ο Κοινωνικός Λειτουργός, είναι ένας μεσολαβητής, μεταξύ του ατόμου ασθενή ή της ευπαθούς ομάδας στην οποία ανήκει και του εξωτερικού του περιβάλλοντος με σκοπό την προστασία του και την υποστήριξη της ψυχολογικής του κατάστασης λόγω της ασθένειας του (Spicker, 2004).

Βασικό πλεονέκτημα είναι πως οι κοινωνικοί λειτουργοί, δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα στις καρκινοπαθείς γυναίκες αλλά μόνο μέσα από την συζήτηση και την ανάδειξη των θετικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τους, να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν την ασθένεια τους. Ο κοινωνικός Λειτουργός στο συγκεκριμένο τομέα ασκεί την εργασία τους, σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. (Στασινοπούλου, 2006).

Αποτελεί επίσης πλεονέκτημα πως η χρήση του Κοινωνικού Λειτουργού στις καρκινοπαθείς γυναίκες αναφέρεται και στην ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς όπου μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. (Spicker, 2004).

## **6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

### **6.1 Συμπεράσματα**

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία καταλήξαμε σε κάποια συμπεράσματα. Η διάγνωση του καρκίνου επιφέρει πολλά προβλήματα στην συμπεριφορά του συζύγου απέναντι στην γυναίκα ασθενή, δηλαδή εκείνος δεν ξέρει πώς να το αντιμετωπίσει και πώς να της φερθεί. Η γυναίκα αντιμετωπίζει εκτός από τα σωματικά και τα ψυχολογικά προβλήματα με αποτέλεσμα να μην νοιώθει άνετα με το σώμα της και να αισθάνεται άβολα με τον σύντροφό της. Μέσα από όλα αυτά

προκύπτουν κάποιες ανάγκες οι οποίες μπορούν να καλυφθούν με σωστή επικοινωνία με τον σύντροφο ή με την βοήθεια από ειδικούς επαγγελματίες.

Η οικονομική κρίση εκτός από τον οικονομικό τομέα έχει επηρεάσει αρκετά και τον τομέα της υγείας. Οι καρκινοπαθείς δεν λαμβάνουν την σωστή θεραπεία και δυσκολεύονται με την χορήγηση των φαρμάκων τα οποία είναι πολυέξοδα. Ο καρκίνος έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω του υποσιτισμού, των κακών συνθηκών διαβίωσης, της κατάθλιψης. Επίσης δεν υπάρχει σωστή φαρμακευτική κάλυψη και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι πολύ δύσκολη.

Επίσης ένας μεγάλος αριθμός καρκινοπαθών δεν έχουν ασφάλεια υγείας και η πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία είναι γιατί υπάρχει μεγάλη αναμονή για την θεραπεία τους με αποτέλεσμα να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Οι συντάξεις και τα επιδόματα δεν παρέχονται με ευκολία στους καρκινοπαθείς και έχουν μειωθεί.

Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας είναι να βοηθήσουν ψυχολογικά τον ασθενή, να στηρίζουν την οικογένειά του ,να τον ενημερώσει σχετικά με τον καρκίνο και την θεραπεία του, να τον βοηθήσει να διεκδικήσει τα δικαιώματά του . Οι κοινωνικοί λειτουργοί διεκδικούν τα εξής:

- Ø Σωστή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανεξαιρέτως οικονομικής κατάστασης.
- Ø Λήψη μέτρων για την υποστήριξη των ευπαθών ομάδων και την αντιμετώπιση της κρίσης.
- Ø Ενίσχυση του προσωπικού στις κοινωνικές υπηρεσίες
- Ø Δημιουργία κοινωνικών προγραμμάτων για την βοήθεια των ευπαθών ομάδων
- Ø Κάλυψη των βασικών αναγκών όπως η τροφή και η στέγαση για όσους το χρειάζονται.

## **6.2 Προτάσεις**

- ▼ Ως φοιτητές της κοινωνικής εργασίας, θα θέλαμε να αναφέρουμε και τις δικές μας προτάσεις-ιδέες σχετικά με την πτυχιακή που πραγματοποιήσαμε σε βιβλιογραφική βάση. Αρχικά θα θέλαμε να προτείνουμε το ελληνικό κράτος να παρέχει μια αξιοσέβαστη χρηματική υποστήριξη σε όλους τους καρκινοπαθείς καθ' όλη την διάρκεια που βιώνουν το πρόβλημα τους. Δηλαδή να έχουν δωρεάν φάρμακα, δωρεάν εξετάσεις και δωρεάν ψηφιακή μαστογραφία σε αυτές τις δύσκολα οικονομικά εποχές.
- ▼ Επίσης στα δημόσια νοσοκομεία να υπάρχει περισσότερο προσωπικό ώστε να εξυπηρετούνται ευκολότερα και γρηγορότερα οι καρκινοπαθείς ασθενείς. Να υπάρχουν επίσης μονάδες σε όλες τις πόλεις και στα χωριά όπου θα γίνονται δωρεάν μαστογραφίες. Να υπάρχει αντίστοιχα καλύτερη και σωστότερη ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο του μαστού ιδιαίτερα από τα μέσα ενημέρωσης. Οι σύλλογοι να συνεχίσουν να μοιράζουν έντυπα να γίνονται αφισκοκολλήσεις παντού. Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας να βοηθούν περισσότερο τους καρκινοπαθείς, να είναι πιο εξυπηρετικοί και ευγενικοί. Όταν υπάρχει πρόβλημα σε ένα νοσοκομείο και έχουν επέλθει βλάβες στα διάφορα μηχανήματα ο καρκινοπαθείς να αποστέλλονται σε άλλο νοσοκομείο για να μην επιβαρύνεται η κατάσταση τους.
- ▼ Βάσει των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί επί των ημερών μας, οι ασθενείς αναφέρουν πως το ελληνικό κράτος θα πρέπει να συνεχίσει να τους παρέχει δωρεάν φάρμακα και εξετάσεις καθώς και να συνεχίσει να υπάρχει ο ΕΟΠΥΥ ως οργανισμός υγείας και παροχής σχετικών υπηρεσιών. Επίσης αναφέρουν πως θα πρέπει να υπάρχουν κινητές μονάδες σε όλες τις πόλεις, οι οποίες θα μπορούν να κάνουν δωρεάν μαστογραφίες σε όλες τις γυναίκες. Τα ταμεία υγείας να τους βοηθούν περισσότερο και να αποδίδουν σε όλους το επίδομα που δικαιούνται ανεξάρτητα με τα ένσημα που έχουν ή την αναπηρία.
- ▼ Επιπλέον θα πρέπει ο κόσμος να ενημερωθεί και να μην θεωρεί τον καρκίνο "επάρατη" νόσο, δηλαδή μια καταραμένη νόσο, αλλά να αποδέχονται την ασθένεια τους και να μάχονται για αυτή. Η ενημέρωση του κόσμου θα μπορούσε να γίνει και μέσω διάφορων φυλλαδίων που θα μοιράζονταν ή μέσω εκπομπών στην τηλεόραση.
- ▼ Στο τομέα της ενημέρωσης, μπορεί να προστεθεί και η ενημέρωση στα σχολεία από καθηγητές ή ειδικευμένο προσωπικό. Το επόμενο που θα πρέπει

να γίνει είναι να υπάρχει μια πιο ανθρώπινη και σωστή σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Αντίστοιχα, αναφέρεται η ανάγκη να μη χρειάζεται να υπάρχει χρηματική συμμετοχή για να τους συνταγογραφήσουν οι γιατροί τα φάρμακα ή για να διενεργήσουν τις απαραίτητες εξετάσεις. Τέλος, μέσω των ερευνών αναφέρεται πως οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη και να στηρίζονται περισσότερο οι σύλλογοι τύπου *Άλμα Ζωής* και *Αγκαλιάζω*.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

Αναστασόπουλος, Δ. (1994) «*Η ψυχαναλυτική προσέγγιση στην θεραπεία της οικογένειας*. Βασική Ψυχιατρική», Καστανιώτη, Αθήνα

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2012), «*Στοιχεία για Συσχετισμός Οικονομικής Κρίσης και Καρκίνου Μαστού*»

Ζαφείρης Α., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ.,(2008) «*Οικογενειακή θεραπεία. Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*» Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Ιατρίδης Δ., (2002), «*Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*», Gutenberg, Αθήνα,  
Καλαντζή - Αζίζι Α. & Παρίτσης Ν. (επιμ.) (1999), «*Οικογένεια. Ψυχοκοινωνικές – Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Καλλινικάκη Θ., (1998), «*Κοινωνική Εργασία, Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Καρβέλας Φ., (1995), «*Παράγοντες κινδύνους στον Καρκίνο του μαστού*». Τόμος 57, τεύχος 1, Περιοδικό «*Ιατρική*».

Κατρούγκαλος Γ., (2004), «*Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο*», Α.Ν. Σακκουλά, Αθήνα-Κομοτηνή

Κυρίτση Ε., (1999), «*Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενής με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας*» Νοσηλευτική 2.

Παπαδάτου Δ., (1999), «*Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*». Ελληνικά Γράμματα

Παπαδοπούλου Χ., (2009), «*Κοινωνική Εργασία με ομάδες, Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση*» Έλλην, Αθήνα

Ρηγάτος Γ.: , (2000), «*Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*», Ascent, Αθήνα

Σταθόπουλος Π.Α., (2005), «*Κοινωνική Πρόνοια – Ιστορική Εξέλιξη και Νέες Κατευθύνσεις*», Παπαζήσης

Σταθόπουλος Π.Α., (2000), «*Κοινοτική Εργασία – Διαδικασία, Μέθοδοι και Τεχνικές Παρέμβασης*», Παπαζήση

Στασινοπούλου Ο., (1996), «*Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής*», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Στασινοπούλου Ό., (2006), «Κράτος Πρόνοιας», Gutenberg, Αθήνα

Τελώνη Δ., (Κοινωνική Λειτουργός, MD, ΟΕΚΚ), (2006), «Τα Δικαιώματα των Καρκινοπαθών και ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Διεκδίκησή τους», 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Νοέμβριος, 2006.

Τελώνη Δ., (Κοινωνική Λειτουργός, MD, ΟΕΚΚ), (2004), «Η Κοινωνική Εργασία και ο Ηλικιωμένος Ογκολογικός Ασθενής», Περιοδικό «Μαρτυρίες», Ελληνική Εταιρία Γηριατρικής Ογκολογίας,

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

Anderson M.C.(2008), «*Breast Cancer. Springer Science+ Business Media*», LLC

Bland K. & Copeland E. III (1991), «*The Breast, Comprehensive management of benign and malignant diseases*», W B Saunders Company. Philadelphia.

Clark and Stovall 1996 cited in Zebrack, B., & Walsh-Bruke, K., (2004), «*Advocacy Needs of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Perspectives of Pediatric Oncology Social Workers*», Journal of Psychosocial Oncology, Vol. 22(2), pg.75-87.

Green M.(2010), «3-2-1- Code it», American medical association

Heine, J., Malhotra, P. ,(2002), «*Mammographic tissue, breast cancer risk, serial image analysis and digital mammography*», Acad. Radiol., Vol. 9, pp. 298-316.

Hewitt M., Herdman R., Holland J.,(2004), «*Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer*», National Cancer Policy Board, Institute of Medicine, National Research Council

Higham P. ,(2009), «*Post-Qualifying Social Work Practice*», Sage publications LTD

Morgan M. P., Cooke M. M. & McCarthy G. M., (2005), «*Micro calcifications associated with breast cancer: an epiphenomenon or biologically significant feature of selected tumours?*» J Mammary Gland Biol Neoplasia., Vol 10(2):181-7.



- Minuchin, S. ,(2000), “*Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*”, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Morgan P.,(2009), «*Mastectomy from devastation to resilience, the stories of seven young mothers in their words*», Author house
- Parl FF., Dawling S., Roodi N., Crooke PS., (2009), «*Estrogen metabolism and breast cancer: a risk model*»,Ann N Y Acad Sci., Vol 1155:68-75
- Pilnik S.,(2003), «*Common breast lesions, a photographic guide to diagnosis and treatment*», Cambridge University Press
- Rubin R.- Strayer D.,(2008),«*Rubin’s pathology, clinicotherapy foundations of medicine*», Lippinett William and Wilkins
- Schnall M. & Orel S., (2006), «*Breast MR imaging in the diagnostic setting*», Magn Reson Imaging Clin N Am., Vol 14(3):329-37.
- Salih A. K. & Fentiman I. S., (2001), «*Breast Cancer Prevention: Present and Future*», Cancer Treatment Reviews, Vol 27:261-273.
- Spicker P., (2004), «*Το Κράτος πρόνοιας: μία γενική θεωρία*», Διόνικος, Αθήνα
- Shilling C. ,(2004). «*Physical capital and situated action: a new direction for a corporeal sociology*», British Journal of Sociology of Education. Vol. 25, No. 4, 473-487
- Shilling C. ,(2005), «*The Body in Culture, Technology and Society*», Sage
- Ulrich-Canale-Wendell,(1994),Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας, Λαγός
- Winchester P.- Winchester D.,(2006), «*Breast Cancer*», BC Decker Inc.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:**

### **Α. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ**

Εκτός Αττικής (υπόλοιπη Ελλάδα):

- Α.Δ.Υ.Κ. ΑΡΩΓΗ - ΑΜΕΣΗ ΔΡΑΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ Α.Μ.Κ.Ε  
Διεύθυνση: Μαρασλή 32 , 49100, Κέρκυρα, Κέρκυρας, Ελλάδα.  
Τηλέφωνο: 26610 40741 (09:00-12:00)
- Άγιος Παρθένιος- Σύλλογος Καρκινοπαθών Βέροιας Ημαθίας  
Διεύθυνση: Μ. Καρακωστή 9, 591 00, Βέροια, Ημαθίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 23310 67411  
e-mail: [agparthe@otenet.gr](mailto:agparthe@otenet.gr)  
website: [sykark.blogspot.com](http://sykark.blogspot.com)
- Δύναμη ψυχής- Σύλλογος καρκινοπαθών και φίλων Ροδόπης  
Διεύθυνση: Πολυλειτουργικό Κέντρο Κομοτηνής Πύργου κ.Γ.Μαρασλή,  
691 00, Κομοτηνή, Ροδόπης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 25310 31061  
e-mail: [dynamipsixis@gmail.com](mailto:dynamipsixis@gmail.com)  
website: <https://sites.google.com/site/dynamipsixis/>
- Ελπίζω-Σύλλογος Καρκινοπαθών Χίου  
Διεύθυνση: Μπεν. Ζαχαρίου 1, Κτίριο Απόλλων, Πλατεία Φρουρίου,  
82100, Χίος, Χίου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 22710 41125  
e-mail: [sil.kar.xioy.elpizo@gmail.com](mailto:sil.kar.xioy.elpizo@gmail.com)
- Η Αγία Αικατερίνη- Σύλλογος Καρκινοπαθών Κατερίνης-Πιερίας  
Διεύθυνση: 28ης Οκτωβρίου 40, Κτίριο Περιφερειακής Ενότητας  
Κεντρικής Μακεδονίας, Γραφείο 118, 1ος όροφ., 601 00, Πιερία, Πιερίας,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 23513 51233  
e-mail: [sylogoskarkinopa@yahoo.gr](mailto:sylogoskarkinopa@yahoo.gr)
- Η αλληλεγγύη- Σύλλογος καρκινοπαθών και φίλων Ν. Αργολίδας  
Διεύθυνση: Γούναρη 47, 212 00, Άργος, Αργολίδας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 697 3848823  
e-mail: [sykafiar@otenet.gr](mailto:sykafiar@otenet.gr)

- Ινστιτούτο Γεώργιος Ν. Παπανικολάου – Ινστιτούτο τεκμηρίωσης πληροφόρησης και έρευνας του καρκίνου  
 Διεύθυνση: Παπανικολάου 1, 340 03, Κύμη, Ευβοίας, Ελλάδα  
 Τηλέφωνο: 22220 23547  
 e-mail: [inpap@med.uth.gr](mailto:inpap@med.uth.gr)
- Μαζί σου- Σύλλογος γονέων παιδιών και ενηλίκων με νεοπλασματική ασθένεια και φίλων αυτών  
 Διεύθυνση: Πλατεία Δαβάκη, 521 00, Καστοριά, Καστοριάς, Ελλάδα  
 Τηλέφωνα: 24675 03646  
 e-mail: [georgosopoulou@yahoo.gr](mailto:georgosopoulou@yahoo.gr)
- Ο ΦΕΡΕΛΠΙΣ –Πανελλήνιος ομογενειακός ανθρωπιστικός και κοινωνικός σύνδεσμος νοσηλευτικών ιδρυμάτων  
 Διεύθυνση: Δ. Δημολιτσα 74, 49083, Κέρκυρα, Κέρκυρας, Ελλάδα  
 Τηλέφωνο: 26610 44882  
 Fax: 26610 45847
- ΠΑΛΜΟΣ  
 Διεύθυνση: Περιοχή Σγόμπου, 490 83, Κέρκυρα, Κέρκυρας, Ελλάδα  
 Τηλέφωνο: 699 9458540  
 e-mail: [rodakinoveroia@gmail.com](mailto:rodakinoveroia@gmail.com)
- Παραμένοντας Ζωηροί –Σύλλογος Καρκινοπαθών και Φίλων Ν. Ξάνθης  
 Διεύθυνση: Ανδρέου Δημητρίου 19, 671 00, Ξάνθη, Ξάνθης, Ελλάδα  
 Τηλέφωνο: 25410 78708
- Σύλλογος ατόμων με εμπειρία καρκίνου Καλαμάτα  
 Διεύθυνση: Βασιλίσσης Αμαλίας 20, 24100, Καλαμάτα  
 e-mail: [evakoutsavdi@gmail.com](mailto:evakoutsavdi@gmail.com)
- Σύλλογος εθελοντών κατά του καρκίνου Ν. Καβάλας  
 Διεύθυνση: Κ. Παλαιολόγου 9 (πρώην ΠΙΚΠΑ), 654 03, Καβάλα, Καβάλας, Ελλάδα  
 Τηλέφωνο: 699 9229933  
 e-mail: [infosekk@gmail.com](mailto:infosekk@gmail.com)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Γιαννιτσών

Διεύθυνση: Ασμανίδα 2, 581 00, Γιαννιτσά, Πέλλας, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 6940909162

e-mail: [syl.karkinop.gian@hotmail.com](mailto:syl.karkinop.gian@hotmail.com)

- Σύλλογος καρκινοπαθών Έδεσσας και Περιχώρων  
Διεύθυνση: Δημοκρατίας 18 & Αριστοτέλους 2, 582 00, Έδεσσα, Πέλλας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 23810 23397  
e-mail: [skep.edessas@cyta.gr](mailto:skep.edessas@cyta.gr)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Εορδαίας  
Διεύθυνση: Βασ. Σοφίας 21, 502 00, Κοζάνη, Κοζάνης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 24630 53035  
e-mail: [syndesmos12@yahoo.gr](mailto:syndesmos12@yahoo.gr)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Κεντρικής Ελλάδας  
Διεύθυνση: Γοργοπόταμου 15α, 35100, Λαμία, Φθιώτιδας  
Τηλέφωνο: 2231044457
- Σύλλογος καρκινοπαθών Κοζάνης  
Διεύθυνση: Σωκράτη Μπλιούρη 2, 501 00, Κοζάνη, Κοζάνης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6942 432180  
e-mail: [fanidino@gmail.com](mailto:fanidino@gmail.com)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Λάρισας  
Διεύθυνση: Δήμητρας 14, 412 21, Λάρισα, Θεσσαλίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2410 620393  
e-mail: [karkinlar@yahoo.gr](mailto:karkinlar@yahoo.gr)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Λέσβου  
Διεύθυνση: Ερμού 229, 811 00, Μυτιλήνη, Λέσβου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 698 5689363  
e-mail: [sulkarkilesvou@hotmail.com](mailto:sylkarkilesvou@hotmail.com)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Μακεδονίας- Θράκης  
Διεύθυνση: Εγκατία 65, 546 31, Θεσσαλονίκη, Θεσσαλονίκης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2310 241911  
e-mail: [info@sillogoskarkinopathon.gr](mailto:info@sillogoskarkinopathon.gr)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Ν.Δράμας

Διεύθυνση: Νομαρχία Δράμας, Γραφείο 110, 661 00, Δράμα, Δράμας,  
Ελλάδα

Τηλέφωνο: 25213 51110

e-mail: [sylogoskarkinopathondramas@hotmail.com](mailto:sylogoskarkinopathondramas@hotmail.com)

- Σύλλογος καρκινοπαθών Νιγρίτας  
Διεύθυνση: Κερνά 1, 622 00, Νιγρίτα, Σερρών, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 697 2950757
- Σύλλογος καρκινοπαθών Ν. Μαγνησίας  
Διεύθυνση: Βόλος  
Τηλέφωνο: 24210 87691  
e-mail: [sylkarmag@gmail.com](mailto:sylkarmag@gmail.com)
- Σύλλογος καρκινοπαθών Ν.Σερρών  
Διεύθυνση: Βασ.Ηρακλείου 28, 621 00, Σέρρες, Σερρών, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 697 7272234, 694 3568109  
e-mail: [skseron@gmail.com](mailto:skseron@gmail.com)
- Συνεχίζω –σύλλογος καρκινοπαθών και φίλων Ν. Έβρου  
Διεύθυνση: Πλατεία Ηρώων Πολυτεχνείου 17, Παλαιά Δημαρχία, 681  
00, Αλεξανδρούπολη, Έβρου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 697 3778503  
e-mail: [syll.synexizo@gmail.com](mailto:syll.synexizo@gmail.com)
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Αγρίνιο, Αιτωλοακαρνανίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6972 402374
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Αγραφιώτη & Λουριώτη, 471 00, Άρτα, Άρτας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6948 547060
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Δημοτικό Μέγαρο Γεννηματά, Γραφείο 20, 591 00, Βέροια,  
Ημαθίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6977 001396
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο

Διεύθυνση: Κονταράτου & Αφήσου 6, 382 21, Βόλος, Θεσσαλίας,  
Ελλάδα

Τηλέφωνο: 6977606871

- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Γρηγορίου Λαμπράκη 6, 461 00, Ηγουμενίτσα, Θεσπρωτίας,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 26650 22780
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Νότη Μπότσαρη 2Α, 454 44, Ιωάννινα, Ιωαννίνων, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 26510 92823
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Μεγάλου Αλεξάνδρου 19, Καλλιθέα Πιερίας, 601 00,  
Κατερίνη, Πιερίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6944 887742
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Πλ. Γ. Θεοτόκη 7, Σαρόκο, 491 00, Κέρκυρα, Κέρκυρας,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 26610 36905
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Ντούφα 26, 245 00, Κυπαρισσία, Μεσσηνίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6932 407739
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Στρατηγού Ν.Τζαβέλλα 49, 303 00, Ναύπακτος,  
Αιτωλοακαρνανίας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6972 899833
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Ε.Βενιζέλου-Μπαχούμη, Δημαρχείο Πρέβεζας, 481 00,  
Πρέβεζα, Πρεβέζης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6977 467062
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Επιδαύρου 4, 851 00, Ρόδος, Δωδεκανήσου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6932 732331
- Φλόγα- σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο

Διεύθυνση: Τρίκαλα, Θεσσαλίας, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 6986 623025

### Νομό Αττικής:

- Europa donna hellas  
Διεύθυνση: Αθήνα , Αττικής, Ελλάδα  
Website: [petitioneuropadonna.mind-work.gr](http://petitioneuropadonna.mind-work.gr)
- I LIVE FOR ME - ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ  
Διεύθυνση: Εθνικής Αντιστάσεως 66, 152 31, Χαλάνδρι, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 6773572  
e-mail: [info@iliveforme.org](mailto:info@iliveforme.org)
- ΑΓ.Α.ΠΑ.Ν - ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΟΝΕΤΙΚΗ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ  
Διεύθυνση: Ρηγίλλης 14, 106 74, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 7210695  
e-mail: [agapan@agapan.gr](mailto:agapan@agapan.gr)
- ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ- Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου  
Διεύθυνση: Λεωσθένους 21-23, 185 36, Πειραιάς, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 4181424  
e-mail: [oeck@otenet.gr](mailto:oeck@otenet.gr)
- ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ – Πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο μαστού  
Διεύθυνση: Αριστοτέλους 79-81 (Πλ. Βικτωρίας), 104 34, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 4180006  
e-mail: [breastca@otenet.gr](mailto:breastca@otenet.gr)
- ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΙΕΤΗ – Κέντρο ψυχοκοινωνικής υποστήριξης γυναικών με καρκίνο μαστού  
Διεύθυνση: Λεωφόρος Κηφισίας 18, 115 26, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 7773112
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία  
Διεύθυνση: Τσόχα 18-20, 115 21, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 6456713

e-mail: [hellas-cancer@ath.forthnet.gr](mailto:hellas-cancer@ath.forthnet.gr)

- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ (Ε.Ε.Υ.Α.Σ.Ο.Α.)

Διεύθυνση: Αναστάσεως 23, 155 61, Χολαργός, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 7461185

e-mail: [info@oraloncology.gr](mailto:info@oraloncology.gr)

- ΕΛΠΙΔΑ – Σύλλογος φίλων παιδιών με καρκίνο

Διεύθυνση: Πινδάρου 10, 106 71, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 7757934

e-mail: [info@elpida.org](mailto:info@elpida.org)

- ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Κέντρο Ημέρας Ψυχολογικής Υποστήριξης Ασθενών Με Καρκίνο)

Διεύθυνση: Λεωφ. Αμαλίας 32, 105 57, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 3233401

e-mail: [kipiak@otenet.gr](mailto:kipiak@otenet.gr)

- Ίδρυμα δράσης κατά του καρκίνου του μαστού

Διεύθυνση: Μελεάγρου 8 & Β.Κων/νου 25, 106 74, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 7210883

e-mail: [info@bcactionfund.org](mailto:info@bcactionfund.org)

- Ίδρυμα Τζένη Καρέζη

Διεύθυνση: Κορινθίας 27, 115 26, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 2107707669 (Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας)

e-mail: [jkf@ath.forthnet.gr](mailto:jkf@ath.forthnet.gr)

- Κ.Ε.Φ.Ι. - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΦΙΛΩΝ & ΙΑΤΡΩΝ

Διεύθυνση: Αιτωλίας 33-35, 115 23, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 6468222

e-mail: [info@anticancerath.gr](mailto:info@anticancerath.gr)

- ΚΑΝΕ ΜΙΑ ΕΥΧΗ

Διεύθυνση: Καραϊσκάκη 23 & Λεωφόρος Βουλιαγμένης, 166 75, Γλυφάδα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 9637660



e-mail: [info@makeawish.gr](mailto:info@makeawish.gr)

- ΜΕΙΝΕ ΔΥΝΑΤΟΣ  
Διεύθυνση: Αγίας Ζώνης 1Α, 113 61, Κυψέλη, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6932 209001  
e-mail: [info@bestrong.org.gr](mailto:info@bestrong.org.gr)
- ΜΕΡΙΜΝΑ - ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ  
Διεύθυνση: Παπανικολή 2Α, 152 32, Σίδερα Χαλανδρίου, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 6452013  
e-mail: [merimna@cs.ntua.gr](mailto:merimna@cs.ntua.gr)
- Οι Άγιοι Ανάργυροι – Σύλλογος φίλων του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου  
Διεύθυνση: Τζωρτζ 6, 111 42, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 2521418  
e-mail: [keproka@otenet.gr](mailto:keproka@otenet.gr)
- ΟΝΑΡ ΚΑΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΟΝΑΡ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΑΙΔΙ  
Διεύθυνση: Αιγίου 13, 115 27, Γουδί, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 7750653  
e-mail: [info@onar-paidi.gr](mailto:info@onar-paidi.gr)
- Πανελλήνιος Σύλλογος Λαρυγγεκτομηθέντων  
Διεύθυνση: Λεωσθένους 21-23, 185 36, Πειραιάς, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 4186341  
e-mail: [pansylar@gmail.com](mailto:pansylar@gmail.com)
- ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α - ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ  
Διεύθυνση: Σμολένσκυ 4, 114 72, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 6457878  
e-mail: [info@grpalliative.gr](mailto:info@grpalliative.gr)
- ΠΙΣΤΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ (Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία)

Διεύθυνση: Ηγήμονος 2β, 157 73, Ζωγράφου, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 7486880

e-mail: [pisti@otenet.gr](mailto:pisti@otenet.gr)

- ΠΙΝΟΗ ΑΓΑΠΗΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Διεύθυνση: Λεωφόρος Αλεξάνδρας 171, Νοσοκομείο Ο Άγιος Σάββας,  
115 22, Αθήνα, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 6409165

e-mail: [ponoi.agapis@hotmail.com](mailto:ponoi.agapis@hotmail.com)

- ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΙΛΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ

Διεύθυνση: Μπόταση 51, 185 37, Πειραιάς, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 213 2079329

e-mail: [metaxahospital@yahoo.gr](mailto:metaxahospital@yahoo.gr)

- ΤΟ ΚΥΤΤΑΡΟ - ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Διεύθυνση: Αιγίου 6-8, 115 27, Γουδί, Αττικής, Ελλάδα

Τηλέφωνο: 210 7485000

e-mail: [kyttaro.greek@gmail.com](mailto:kyttaro.greek@gmail.com)

- Φλόγα – Σύλλογος Γονέων Παιδιών με Νεοπλασματική Νόσο  
Διεύθυνση: Αιγίου 6-8, 115 27, Γουδί, Αττικής, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 210 7716363

#### Ν. Αχαΐας:

- ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ- Όμιλος εθελοντών κατά του καρκίνου του μαστού  
Διεύθυνση: Κορίνθου 161 & Βαλτετσίου, 262 23, Πάτρα, Αχαΐας,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2610 226122  
e-mail: [omilospa@otenet.gr](mailto:omilospa@otenet.gr)
- ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ – Σύλλογος γυναικών με καρκίνο του μαστού  
Διεύθυνση: Γούναρη 37, 262 21, Πάτρα, Αχαΐας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2610 222274  
Website: [www.almazoispatras.gr](http://www.almazoispatras.gr)
- Φλόγα – Σύλλογος γονέων παιδιών με νεοπλασματική νόσο  
Διεύθυνση: Φιλοποίμενος 28, 262 21, Πάτρα, Αχαΐας, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2610 335223

## Ν. Θεσσαλονίκης:

- ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ – Σύλλογος γυναικών με καρκίνο του μαστού  
Διεύθυνση: Γρηγορίου Παλαμά 15, 546 22, Θεσσαλονίκη,  
Θεσσαλονίκης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2310 285181  
e-mail: [info@almazoiesthes.gr](mailto:info@almazoiesthes.gr)
- ΛΑΜΨΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ  
ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ  
Διεύθυνση: Κλεάνθους 5 & Παπαναστασίου, 544 53, Θεσσαλονίκη,  
Θεσσαλονίκης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2310 943396  
e-mail: [lampsi@lampsi.org](mailto:lampsi@lampsi.org)
- ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ - Ο.Κ.Ε.  
Διεύθυνση: Αγ.Σοφίας 46, 546 22, Θεσσαλονίκη, Θεσσαλονίκης,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2310 233224  
E-mail: [info@omospondiakarkinopathon.gr](mailto:info@omospondiakarkinopathon.gr)
- ΠΑΝΑΓΙΑ ΦΑΝΕΡΩΜΕΝΗ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΝΕΑΣ  
ΜΗΧΑΝΙΩΝΑΣ  
Διεύθυνση: Δωδεκανήσου 8, 546 26, Θεσσαλονίκη, Θεσσαλονίκης,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2310 544320  
e-mail: [storgi544320@gmail.com](mailto:storgi544320@gmail.com)
- Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας και Θράκης  
Διεύθυνση: Εγνατία 65, 546 31, Θεσσαλονίκη, Θεσσαλονίκης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2310 241911  
e-mail: [info@sillogoskarkinopathon.gr](mailto:info@sillogoskarkinopathon.gr)
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΙΛΩΝ ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΛΕΞ.  
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ  
Διεύθυνση: Θεαγένους Χαρίση 2, 546 39, Θεσσαλονίκη,  
Θεσσαλονίκης, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 6944 785031  
e-mail: [a\\_kontop@yahoo.gr](mailto:a_kontop@yahoo.gr)

## ΚΡΗΤΗ:

- ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ  
Διεύθυνση: Παπαλεξάνδρου 16, 715 00, Ηράκλειο, Ηρακλείου,  
Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2810 288319  
e-mail: [oekkher@otenet.gr](mailto:oekkher@otenet.gr)

- ΕΥ ΖΩ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ  
Διεύθυνση: Κυρίλλου Λουκάρεως 49, 712 01, Ηράκλειο, Ηρακλείου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2810 287895  
e-mail: [efzokriti@otenet.gr](mailto:efzokriti@otenet.gr)
- Η Αναγέννηση  
Διεύθυνση: Αιματολογική κλινική ΠΑΓΝΗ, 711 10, Βούτες Ηρακλείου, Ηρακλείου, Ελλάδα  
e-mail: [sylogos.anagennisi@googlemail.com](mailto:sylogos.anagennisi@googlemail.com)
- ΗΛΙΑΧΤΙΔΑ - ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ  
Διεύθυνση: Κόσμων 6, 712 01, Ηράκλειο, Ηρακλείου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 2810 342544
- ΣΤΗΡΙΖΩ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΦΙΛΩΝ & ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ Ν. ΛΑΣΙΘΙΟΥ  
Διεύθυνση: Θεοτοκοπούλου 1, 722 00, Ιεράπετρα, Λασιθίου, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 695 6125252
- ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ  
Διεύθυνση: Ι. Σκαλτσούνη 38, 731 00, Άγιος Ιωάννης Χανίων, Χανίων, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 28210 42120
- ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ - ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ & ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ  
Διεύθυνση: Πειραιώς 1, Μέγαρο Πλάζα, 731 00, Χανιά, Χανίων, Ελλάδα  
Τηλέφωνο: 698 2666650

**Β. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΝΟΜΟΣ 4019/2011**

**ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ**

**Αρ. Φύλλου 216  
30 Σεπτεμβρίου 2011**

**ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4019**

# **Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις.**

## **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**Άρθρο 1 Ορισμοί**

**Άρθρο 2 Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση (Κοιν.Σ.Επ.) [1](#)**

**Άρθρο 3 Σύσταση της Κοινωνικής Συνεταιριστικής Επιχείρησης [1](#)**

**Άρθρο 4 Σχέσεις μεταξύ των μελών και της Κοινωνικής Συνεταιριστικής Επιχείρησης**

**Άρθρο 5 Γενική Συνέλευση**

**Άρθρο 6 Διοικούσα Επιτροπή**

**Άρθρο 7 Διανομή κερδών**

**Άρθρο 8 Πόροι [1](#)**

**Άρθρο 9 Χρηματοδοτικά Εργαλεία**

**Άρθρο 10 Οικονομικά κίνητρα και μέτρα στήριξης των Κοινωνικών Συνεταιριστικών Επιχειρήσεων [1](#)**

**Άρθρο 11 Έλεγχος και κυρώσεις επί των Κοινωνικών Συνεταιριστικών Επιχειρήσεων**

**Άρθρο 12 Δίκτυα Συνεργασίας, Δυνατότητα Συμπράξεων και Προγραμματικές Συμφωνίες**

**Άρθρο 13 Λύση και εκκαθάριση**

**Άρθρο 14 Γενικό Μητρώο Κοινωνικής Οικονομίας [1](#)**

**Άρθρο 15 Συντονιστικός φορέας πολιτικών ανάπτυξης της Κοινωνικής Οικονομίας**

**Άρθρο 16 Δημόσιες Συμβάσεις Κοινωνικής Αναφοράς**

**Άρθρο 17 Εξουσιοδοτικές διατάξεις [1](#)**

**Άρθρο 18 Οργάνωση και λειτουργία αναπτυξιακών συμπράξεων για δράσεις του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού»**

1. Δικαιούχοι πράξεων κατά την έννοια της [παρ. 5 του άρθρου 1](#) και του [άρθρου 22 του Ν. 3614/2007](#) (Α' 267), όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 3840/2010 (Α' 53) και ισχύει, για: α) τη δράση 3 «Τοπικές δράσεις κοινωνικής ένταξης για ευάλωτες ομάδες» της κατηγορίας παρέμβασης 1 «Πρόληψη και αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων του πληθυσμού» του Θεματικού Άξονα Προτεραιότητας 4 «Πλήρης ενσωμάτωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού

σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών», β) τη δράση 1 «Ενίσχυση σχεδίων δράσης στον τομέα της κοινωνικής οικονομίας για τη δημιουργία νέων θέσεων απασχόλησης», της κατηγορίας παρέμβασης 2 «Ανάπτυξη της κοινωνικής οικονομίας για την απασχόληση ευάλωτων ομάδων» του Θεματικού Άξονα Προτεραιότητας 4 «Πλήρης ενσωμάτωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών» και γ) τη δράση 7 «Τοπικά σχέδια για την απασχόληση, προσαρμοσμένα στις ανάγκες των τοπικών αγορών εργασίας» της κατηγορίας παρέμβασης 1 «Ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης» του Θεματικού Άξονα Προτεραιότητας 3 «Διευκόλυνση της πρόσβασης στην απασχόληση» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», ορίζονται νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που λειτουργούν με τη μορφή αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας και καλούνται Αναπτυξιακές Συμπράξεις.

2. Οι Αναπτυξιακές Συμπράξεις επιχορηγούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων και λειτουργούν αποκλειστικά για την εκτέλεση της πράξης που έχουν αναλάβει στο πλαίσιο των συγκεκριμένων κατηγοριών παρέμβασης. Οι Αναπτυξιακές Συμπράξεις έχουν διάρκεια τουλάχιστον έως πέντε (5) χρόνια μετά την ολοκλήρωση της πράξης που έχουν αναλάβει και σε κάθε περίπτωση μέχρι την αποπληρωμή του υπολοίπου της εγκριθείσας χρηματοδότησης και την ολοκλήρωση των μακροχρόνιων υποχρεώσεων που απορρέουν από αυτήν. Οι εταίροι της Αναπτυξιακής Σύμπραξης δεν υποχρεούνται σε κοινές εισφορές, εκτός αν άλλως ορίζεται στο καταστατικό τους.

3. Εταίροι των Αναπτυξιακών Συμπράξεων μπορεί να είναι: α) τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, β) οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού και οι κοινωφελείς επιχειρήσεις τους, γ) οι δημόσιοι οργανισμοί και επιχειρήσεις, δ) οι αναπτυξιακές ανώνυμες εταιρείες του άρθρου 194 του Ν. 3852/2010 (Α΄ 87) και της περίπτωσης β΄ της [παρ. 3 του άρθρου 252 του Ν. 3463/2006](#) (Α΄ 114), ε) τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και στ) οι συνδικαλιστικές οργανώσεις εργοδοτών και εργαζομένων. Οι υπό στοιχεία α΄, β΄ και γ΄ φορείς δεν δύναται να ορισθούν συντονιστές εταίροι των Συμπράξεων.

Οι Αναπτυξιακές Συμπράξεις δεν μπορούν να αποτελούνται από λιγότερους των τριών εταίρων, επί ποινή απαραδέκτου, άλλως δεν μπορούν να καταστούν δικαιούχοι κατά την έννοια της παραγράφου 1.

4. Στην περίπτωση συμμετοχής τμημάτων Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι.) και Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.), ως εταίρων σε Αναπτυξιακή Σύμπραξη, η οικονομική διαχείριση των έργων τους ανατίθεται σε Ειδικούς Λογαριασμούς που λειτουργούν στα αντίστοιχα Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι..

5. Κατά την υποβολή της πρότασης χρηματοδότησης της πράξης, οι φορείς της παραγράφου 3 θα πρέπει να έχουν συνάψει έγγραφη συμφωνία με τη μορφή καταστατικού σύστασης της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας, χωρίς όμως να τηρηθούν οι διατυπώσεις δημοσιότητας του καταστατικού, που θα συνοδεύεται από

σχετικές αποφάσεις των οργάνων διοίκησης των συμμετεχόντων εταίρων. Σε κάθε περίπτωση οι διατυπώσεις δημοσιότητας για τη σύσταση της Αναπτυξιακής Σύμπραξης θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί πριν την έκδοση της Απόφασης ένταξης της πράξης. Η Αναπτυξιακή Σύμπραξη αποκτά νομική προσωπικότητα σύμφωνα με το άρθρο 784 Α.Κ. και διέπεται από τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, των σε εξουσιοδότηση αυτού εκδιδόμενων κανονιστικών πράξεων και συμπληρωματικά από τις διατάξεις των άρθρων 741 και επόμενα Α.Κ.. Στο καταστατικό της Αναπτυξιακής Σύμπραξης πρέπει να ορίζεται ο εταίρος που θα αναλάβει καθήκοντα Συντονιστή.

6. Όργανα διοίκησης των Αναπτυξιακών Συμπράξεων είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, ο Συντονιστής Εταίρος και ο Διαχειριστής.

7. Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) αποτελείται από ισάριθμα με τους εταίρους μέλη. Κάθε εταίρος ορίζει από ένα τακτικό και ένα αναπληρωματικό μέλος για το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο κατά τη διάρκεια λειτουργίας των Αναπτυξιακών Συμπράξεων μπορεί να αντικατασταθεί από τον φορέα, τον οποίο εκπροσωπεί.

Το Διοικητικό Συμβούλιο:

α) εκλέγει τον Διαχειριστή της Αναπτυξιακής Σύμπραξης,

β) θεσπίζει εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας,

γ) αποφασίζει για το μηχανισμό πιστοποίησης εκτέλεσης των πράξεων της Αναπτυξιακής Σύμπραξης, καθώς και για τις εσωτερικές διαδικασίες επαλήθευσης των δαπανών αυτής και

δ) είναι αρμόδιο για κάθε ζήτημα που δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητες του Συντονιστή Εταίρου και του Διαχειριστή.

Οι αποφάσεις του Δ.Σ. λαμβάνονται με την απόλυτη πλειοψηφία του συνόλου των μελών του, εκτός αν άλλως ορίζεται στο καταστατικό. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ., που εκλέγεται εκ των μελών του, εκπροσωπεί την Αναπτυξιακή Σύμπραξη ενώπιον κάθε δικαστικής ή διοικητικής αρχής και ενώπιον κάθε τρίτου.

8. Ο Συντονιστής Εταίρος:

α) έχει το γενικό συντονισμό των ενεργειών που απαιτούνται για την άρτια εκτέλεση της πράξης έναντι της Ειδικής Υπηρεσίας που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης,

β) φέρει την ευθύνη για την απρόσκοπτη υλοποίηση της πράξης και εισηγείται προς το Δ.Σ. τις απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες εφόσον απαιτούνται,

γ) είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία και τη συνεργασία με την Ειδική Υπηρεσία

που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης,

δ) μεριμνά ώστε οι δαπάνες που υποβάλλονται από τους εταίρους να έχουν πραγματοποιηθεί για το σκοπό της υλοποίησης της πράξης και να αντιστοιχούν στις δραστηριότητες που συμφωνήθηκαν μεταξύ τους,

ε) ενημερώνει τους εταίρους ως προς τα αναγκαία έγγραφα και τις οδηγίες της Ειδικής Υπηρεσίας που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης, των αρμόδιων εθνικών οργάνων και των αρμόδιων οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης,

στ) προετοιμάζει και υποβάλλει την πρόταση χρηματοδότησης της πράξης, καθώς και όλα τα απαιτούμενα για την εξέλιξη της υλοποίησης και παρακολούθησης της πράξης έγγραφα,

ζ) καταρτίζει και εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο το μηχανισμό πιστοποίησης εκτέλεσης της πράξης της Αναπτυξιακής Σύμπραξης με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας υλοποίησης αυτής και του αποτελέσματος, καθώς και τις εσωτερικές διαδικασίες επαλήθευσης των δαπανών, που διασφαλίζουν τη νομιμότητα και κανονικότητά τους,

η) παρακολουθεί τη λειτουργία των παραπάνω διαδικασιών,

θ) τηρεί όλα τα διοικητικά και χρηματοοικονομικά στοιχεία της πράξης, της Αναπτυξιακής Σύμπραξης, τα στοιχεία υλοποίησης του φυσικού αντικείμενου και τα προϊόντα αυτής, καθώς και τα δικαιολογητικά έγγραφα σχετικά με τις δαπάνες και τους λογιστικούς ελέγχους για διάστημα τριών ετών μετά το κλείσιμο του επιχειρησιακού προγράμματος και τουλάχιστον μέχρι το έτος 2020, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

9. Ο Διαχειριστής της Αναπτυξιακής Σύμπραξης, φυσικό πρόσωπο, εκλέγεται από το Δ.Σ. με ομόφωνη απόφαση όλων των μελών, κατόπιν εισηγήσεως του εκπροσώπου του Συντονιστή Εταίρου.

Ο Διαχειριστής:

α) κατανέμει τη χρηματοδότηση της πράξης στον κάθε εταίρο ανάλογα με την εξέλιξη της υλοποίησης της,

β) παρέχει στοιχεία κίνησης του λογαριασμού στον φορέα που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης και στην Αρχή Πιστοποίησης του Ν. 3614/2007, όπως ισχύει,

γ) καταρτίζει τα Δελτία Δήλωσης Δαπανών, τα οποία επέχουν θέση υπεύθυνης δήλωσης,

δ) πιστοποιεί τη νομιμότητα και κανονικότητα των δαπανών της πράξης και έχει την ευθύνη του Δημοσίου Υπολόγου κατά τα [άρθρα 54 επ. του Ν. 2362/1995](#) (Α' 247), όπως κάθε φορά ισχύει.



10. Η αποχώρηση εταίρου επιτρέπεται μόνο σε περίπτωση ανάληψης του έργου του αποχωρούντος από υφιστάμενους εταίρους ή ταυτόχρονης αντικατάστασής του από νέο. Η αποχώρηση και αντικατάσταση εταίρου γίνεται με απόφαση που λαμβάνεται με την αυξημένη πλειοψηφία των τριών τετάρτων των μελών του Δ.Σ. και μετά από σύμφωνη γνώμη της αρμόδιας Ειδικής Υπηρεσίας που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης. Μετά την αποχώρηση και αντικατάσταση εταίρου, η Αναπτυξιακή Σύμπραξη ενημερώνει το φάκελο της Διαχειριστικής Επάρκειας. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης προς τις απαιτήσεις της Ειδικής Υπηρεσίας που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης, όπως αυτές απορρέουν από τις κανονιστικές διατάξεις, ανακαλείται η απόφαση ένταξης της πράξης και επέρχονται όλες οι εκ του νόμου προβλεπόμενες συνέπειες. Σε κάθε περίπτωση ο αριθμός των εταίρων δεν μπορεί να υπολείπεται των τριών.

Η αντικατάσταση του Συντονιστή Εταίρου απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται με την αυξημένη πλειοψηφία των τριών τετάρτων των μελών του Δ.Σ. και σύμφωνη γνώμη της Ειδικής Υπηρεσίας που ασκεί καθήκοντα διαχείρισης και μόνο στην περίπτωση που αποδεδειγμένα τίθεται σε κίνδυνο η ομαλή υλοποίηση του έργου.

11. Για την ένταξη, την εκτέλεση, τη χρηματοδότηση και τη διαχείριση των ανωτέρω δράσεων έχουν εφαρμογή οι διατάξεις του Ν. 3614/2007, όπως κάθε φορά ισχύει, καθώς και των σε εξουσιοδότηση αυτού εκδιδόμενων κανονιστικών πράξεων, οι διατάξεις του Κανονισμού (ΕΚ) 1083/2006 του Συμβουλίου της 11ης Ιουλίου 2006 περί καθορισμού γενικών διατάξεων για το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης, το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Ταμείο Συνοχής, όπως κάθε φορά ισχύει, καθώς και οι διατάξεις κάθε συναφούς κοινοτικής ή εθνικής ρύθμισης.

12. Οι Αναπτυξιακές Συμπράξεις οφείλουν να τηρούν όλες τις νόμιμες διατυπώσεις και τα οικονομικά στοιχεία που προβλέπονται από τις σχετικές με τη διαχείριση εθνικών και κοινοτικών πόρων διατάξεις και υπέχουν όλες τις ευθύνες που απορρέουν από τις διατάξεις αυτές. Σε κάθε περίπτωση, κατά την οποία διαπιστώνονται παρατυπίες ή παραβάσεις που συνεπάγονται τη διακοπή της χρηματοδότησης ή τη μείωση του ύψους της και απαιτούν την επιστροφή των παρανόμως ή αχρεωστήτως καταβληθέντων ποσών, εφαρμόζονται οι διατάξεις του [άρθρου 26 του Ν. 3614/2007](#), όπως κάθε φορά ισχύει, και των υπουργικών αποφάσεων που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση αυτού. Οι υποχρεώσεις και η ευθύνη που απορρέει από την εκτέλεση της πράξης υφίστανται για χρονικό διάστημα τριών ετών μετά το κλείσιμο του επιχειρησιακού προγράμματος και τουλάχιστον μέχρι το έτος 2020, δηλαδή και μετά τη λύση της Αναπτυξιακής Σύμπραξης, με ειδική μνεία στο Καταστατικό της έγγραφο. Σε περίπτωση που κάποιο από τα νομικά πρόσωπα που συγκροτούν την Αναπτυξιακή Σύμπραξη λυθεί κατά τη διάρκεια υλοποίησης του έργου και, ως εκ τούτου αποχωρήσει από την Αναπτυξιακή Σύμπραξη και αντικατασταθεί από νέο μέλος ή το έργο του αναληφθεί από υφιστάμενους εταίρους, κατά τα προβλεπόμενα στην παράγραφο 10, τότε ο εταίρος που αντικαθιστά τον αποχωρήσαντα υπεισέρχεται σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του δεύτερου, στο μέτρο που αυτό είναι δυνατόν κατά τις κείμενες διατάξεις. Σε περίπτωση μη αντικατάστασης του αποχωρούντος

μέλους, κατά τα ανωτέρω, που έχει ως συνέπεια την ανάκληση της απόφασης ένταξης της πράξης, την ευθύνη φέρουν τα φυσικά πρόσωπα που αποτελούσαν τα όργανα διοίκησης του νομικού προσώπου που λύθηκε, αλληλεγγύως και εις ολόκληρον με τα λοιπά μέλη της αναπτυξιακής σύμπραξης.

13. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του τυχόν συναρμόδιου κάθε φορά Υπουργού, ρυθμίζεται κάθε άλλο σχετικό θέμα και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

14. Η ισχύς του άρθρου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του.

**Άρθρο 19 [1](#)**

**Άρθρο 20 [3](#)**

**Άρθρο 21 Έναρξη ισχύος [3](#)**

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεση του ως νόμου του Κράτους.

**Αθήνα, 28 Σεπτεμβρίου 2011**  
**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**  
**ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ**

*Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.*

**Αθήνα, 30 Σεπτεμβρίου 2011**  
**Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ**  
**ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ**