

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΧΟΛΗ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΑΤΟΜΑ

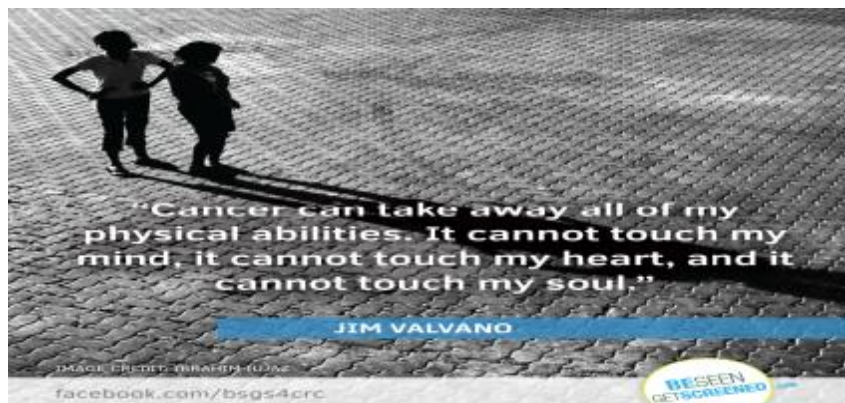
ΣΥΓΓΡΑΦΗ :

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΙΟΥΔΑΝΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ- ΝΕΚΤΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΑΘΗΝΑ



Πάτρα 2016

«**T**he role of social worker and family in cancer subjects»

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ :

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σημαντικό ρολό στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας έπαιξε η υπεύθυνη καθηγήτριάς μας κ. Αργυρώ Σιακαμπένη η οποία με σύνεση και υπομονή μας βοήθησε στην πραγματοποίηση του στόχου μας και η κ. Ψυχογιού Αθηνά η οποία ανέλαβε να εγκρίνει και να μας βοηθήσει στην τελική μορφοποίηση της.

Πρέπει ακόμα να αναφέρουμε και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) για τη βοήθεια που μας προσέφεραν βοηθώντας μας στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες και τους δικούς μας ανθρώπους για την συμπαράστασή τους καθώς και την υλική και ηθική βοήθεια που μας προσέφεραν για την διεξαγωγή αυτής της εργασίας.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright © Αθανασοπούλου Κωνσταντίνα, Γεωργοπούλου Βασιλική, Ιορδανίδη Αναστασία, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Πάτρας δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ. Σελ. 3

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ. Σελ. 4

ΠΕΡΙΛΗΨΗ. Σελ. 9

ABSTRACT. Σελ. 10

ΜΕΡΟΣ Α:ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Σελ. 13

-ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....

- Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

-ΟΡΙΣΜΟΣ/ΟΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ. Σελ.15

2.1ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ. Σελ.15

2.2ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ. Σελ.17

2.3ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Σελ. 21

2.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ. Σελ.23

2.5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑ. Σελ.27

2.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Σελ.29

2.7 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Σελ.31

2.8 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΝΟΧΕΣ. Σελ.33

2.9 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Σελ.35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. Σελ.38

3.1 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Σελ.38

3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Σελ.40

3.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ. Σελ.43

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ. Σελ.45

3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ. Σελ.47

3.6 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. Σελ.50

3.7 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ. Σελ.53

3.8 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ . Σελ.56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ. Σελ.58

4.1 ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. Σελ.58

4.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ. Σελ.61

4.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ. Σελ.63

4.4 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ. Σελ.66

4.5 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΝΟΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ. Σελ.69

4.6 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ. Σελ.71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ. Σελ.73

5.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. Σελ.73

5.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ. Σελ.75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ. Σελ.87

6.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Σελ.87

6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ. Σελ.89

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ. Σελ.91

6.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ. Σελ.94

6.3 .2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ. Σελ.97

ΜΕΡΟΣ Β. ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ. Σελ.99

8.1 ΣΚΟΠΟΣ & ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ. Σελ.99

8.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ & ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ. Σελ.100

8.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ. Σελ.101

8.4 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ. Σελ.102

8.5 ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. Σελ.103

8.6 ΤΟΠΟΣ-ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. Σελ.104

8.7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ-ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ. Σελ.105

8.8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ. Σελ.106

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ. Σελ.118

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ. Σελ.121

ΕΠΙΛΟΓΟΣ. Σελ.123

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ. Σελ.124

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ. Σελ.127

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο εισαγωγικό μέρος της εργασίας μας κάνουμε μία αναφορά σχετική με το φαινόμενο του καρκίνου έτσι ώστε να έχουμε μία γενική εικόνα της συγκεκριμένης νόσου. Αναφέρουμε κάποιους ορισμούς καθώς και την κλινική του εικόνα. Επιπλέον εξηγούμε τον τρόπο εμφάνισης του καρκίνου και τέλος διαχωρίζουμε τους καλοήθεις από τους κακοήθεις όγκους.

Στο πρώτο κεφάλαιο εμβαθύνουμε στην ψυχολογία του καρκινοπαθή συγκεκριμένα στις ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζουν, στα συμπτώματα αλλαγής της διάθεσης και τέλος τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει ο καρκίνος στην εικόνα του σώματος και σε ακραία περίπτωση τον αυτοκτονικό ιδεασμό που μπορεί να εμφανίσει ο καρκινοπαθής.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μελετούνται τα στάδια του καρκίνου με ιδιαίτερη αναφορά στο αρχικό στάδιο και στο τελικό στάδιο και στο πως αυτά επηρεάζουν τον ασθενή όπως και τον ρόλο που παίζει ο ειδικός ψυχικής υγείας στο καθ' ένα απ' αυτά. Στην συνέχεια, στην ψυχολογική πορεία της ασθένειας και στην ψυχοσωματική υγεία. (κεφάλαιο 3^ο).

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στις κοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου στο άτομο, όπως στην εργασία και διάφορα ηθικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με την παραπληροφόρηση των Μέσων μαζικής ενημέρωσης σχετικά με την νόσο. Ιδιαίτερη αναφορά κάνουμε σε δυο πληθυσμιακές ομάδες (κεφάλαιο 5^ο) όπως αυτές της γυναίκας και του παιδιού και την ιδιαιτερότητα του καρκίνου σε αυτές τις ομάδες περισσότερο όσο αναφορά την ψυχολογία της οικογένειας και την αντιμετώπιση από τους ειδικούς ψυχικής υγείας.

Στο έκτο εξηγούμε τον ρόλο της οικογένειας, τον τρόπο που τα μέλη της επηρεάζονται σε ψυχολογικό επίπεδο, τον υποστηρικτικό ρόλο που η ίδια χρειάζεται

να έχει απέναντι στον ασθενή και την επικοινωνία που είναι απαραίτητο να έχει με τον άρρωστο. Επίσης, αναφερόμαστε στον ρόλο του ειδικού ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα στον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο δείγμα των οποίων χρησιμοποιήθηκε και στο ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας. Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μας μελετούμε ερωτήματα όπως, ο τρόπος αντιμετώπισης του καρκινοπαθή, της οικογένειας και των συναισθημάτων τους, ο ρόλος του ειδικού ψυχικής υγείας όσον αφορά τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, η σημασία και οι τρόποι συνεργασίας του θεραπευτή με το ιατρικό προσωπικό και τέλος η επάρκεια και η καταλληλότητα των υπάρχοντων υπηρεσιών καρκινοπαθών στην Ελλάδα. Τέλος θα πρέπει να τονίσουμε ότι η πτυχιακή αυτή βασίζεται στην αναφορά και ανάπτυξη βιβλιογραφικής έρευνας.

ABSTRACT

At the introductory part of our study we do a mention about the phenomenon of cancer so we can have a general idea about this sick. We mention some definitions and the clinic idea. Further more we explain the way cancer shows up and finally we separate the benign tumor from the wicked tumor.

At the first chapter we make a deep search in the psychology of the cancer patient and more specifically at the psychological reactions of them, the body and the psychological symptoms that they may have, the symptoms that their mood changes and finally at the bad effects that cancer may have at the image of a body and rarely suicidal ideation that a cancer patient may show up.

At the second chapter are studied the cancer's stages with a special mention at the first and at the last stage and of how of these two affect the patient and also the role that an expert psychologist plays in each situation. Then we study the psychological course of the disease and the psycho-body health. (Chapter3)

At the fourth chapter we are mentioned in the cancer's social effects to a person, like in our study and in the different moral issues that have to do with the misinformation of the media about the disease. A specific mention is done to the two population groups (chapter 5) like women's and children's and to the cancer's specifics to those groups more about family's psychology and each deal from expert psycho health people.

At the sixth chapter we explain the family's role, the way that their members are affected in their psychology health, the supportive role that this has to play for the patient and the communication that it is necessary to have with the patient. We also mentioned in the psychologist's role and especially in the social worker psychologist sample of whose was used at the searching part of our study. In the research part of our work we study questions such as , how to deal with the cancer patient , the family and their emotions , the role of the mental health professional regarding specific population group , the importance and ways of therapist cooperation with medical staff and end the adequacy and appropriateness of existing cancer services in Greece .

At last we have to tone that our study is based also on the mention and the development of a bibliographical search.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια από τις σοβαρότερες ασθένειες της εποχής μας που εξαπλώνεται με ραγδαίους ρυθμούς. Σύμφωνα με τον dr. Garet ο καρκίνος δεν είναι μια ενιαία ασθένεια αλλά έχει πολλές διαφορετικές μορφές. Ορισμένοι απ αυτούς μένουν αναλλοίωτοι και δεν επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής. Αντίθετα υπάρχουν σπάνιοι καρκίνοι που μπορεί να αποδειχθούν μοιραίοι λίγο μετά τη διάγνωσή τους. Σύμφωνα με έρευνες, τελευταία στοιχεία της ογκολογικής κλινικής Αγίου Σάββα Αθηνών μιλούν για υψηλά ποσοστά νοσούντων σε πιο μικρές ηλικίες της τάξεως 30-50 ετών.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί ο ρόλος και οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (κοινωνικών λειτουργών-ψυχολόγων) σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του καρκινοπαθή και της οικογένειας. Ακόμη σκοπός της μελέτης μας είναι η ψυχολογία και η διαχείριση συναισθημάτων των ειδικών ψυχικής υγείας που ασχολούνται με μια τόσο δύσκολη νόσο όπως αυτή του καρκίνου. Γνωρίζοντας πλέον το θεωρητικό υπόβαθρο που αφορά τις επιπτώσεις του καρκίνου τόσο στο άτομο που πάσχει όσο και στην οικογένεια αποκτούμε, μια καθολική εικόνα της κατάστασης. Ο ρόλος των ειδικών ψυχικής υγείας είναι σημαντικός για την ενδυνάμωση και την ενθάρρυνση των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο καθώς και της οικογένειας τους. Τελικός σκοπός μας είναι να μάθουμε αν υπάρχει επάρκεια υπηρεσιών και δομών από το κράτος για την υποστήριξη της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που χρησιμοποιήθηκαν και ως στόχοι της έρευνας αφορούν τις απόψεις των ειδικών ψυχικής υγείας, σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή, της οικογένειας και των συναισθημάτων τους σε σχέση με αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν την άποψη των ερωτώμενων για τον καρκίνο, τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται, τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή σε τελικό στάδιο, το ρόλο του ειδικού ψυχικής υγείας, την συνεργασία του με το ιατρικό προσωπικό και την οικογένεια και τέλος την άποψή του για τις υπάρχουσες υπηρεσίες καρκινοπαθών στην Ελλάδα.

Τέλος, ο λόγος που ασχοληθήκαμε με το φαινόμενο του καρκίνου είναι κυρίως γιατί μας προσελκύει η δυσκολία αντιμετώπισης της συγκεκριμένης νόσου, καθώς και η συχνότητα εμφάνισης της τα τελευταία χρόνια. Είναι ίσως η μεγαλύτερη μάστιγά της εποχής που χρήζει ιδιαίτερης διαχείρισης προς το άτομο που τη βιώνει και έχει πολλές επιπτώσεις οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την ψυχολογία του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

2.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

Θεωρίες σχετιζόμενες με τις ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών προσβέβουν ότι οι ασθενείς περνούν από τρεις φάσεις μέχρι να αποδεχτούν την ύπαρξη της νόσου στον οργανισμό τους. Σύμφωνα με τον Στεφανή και τον Σολδάτο, όταν ένα άτομο αντιληφθεί ότι πάσχει από την νόσο του καρκίνου πανικοβάλλεται και αισθάνεται έντονη ανησυχία. (πρώτη φάση). Στην συνέχεια, ο ασθενής κατανοεί το πρόβλημα του και συνειδητοποιεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσει άμυνες οι οποίες συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα και αντιδράσεις όπως, άρνηση, , φόβο θανάτου (δεύτερη φάση). Τέλος, το άτομο διέρχεται στην Τρίτη και τελευταία φάση που χαρακτηρίζεται είτε από ψυχιατρικής φύσεως προβλήματα, είτε το άτομα κάνει μια θετική προσαρμογή στην επικρατούσα κατάσταση.

Σύμφωνα με τον Kubler- Ross, το άγχος του θανάτου στο τελευταίο στάδιο του καρκίνου φαίνεται να παίρνει τρεις συγκεκριμένες μορφές:

Η αλλοτρίωση χαρακτηρίζεται από συναισθήματα απομόνωσης, εγκατάλειψης και το αίσθημα ότι η αντικειμενική πραγματικότητα στην ουσία αποσυντίθεται δραματικά. Το άτομο νιώθει απομονωμένο και πιστεύει ότι το έχουν εγκαταλείψει ακόμη και εάν η οικογένεια του και οι συγγενείς είναι δίπλα του.

Ο εκμηδενισμός όπου ο ασθενής βιώνει έντονο άγχος του ότι δεν υπάρχει τίποτε μετά τον θάνατο και ο άνθρωπος παύει να υπάρχει. Όλα αυτά που αποτελούν την πραγματικότητα του πάσχοντα, θα συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμη και μετά το θάνατο του.

Η αίσθηση της επικινδυνότητας, συνδυάζει τα συναισθήματα του φόβου και του θυμού. Το άτομο κάνει μια υποκειμενική διαπίστωση ότι δεν προστατεύεται ουσιαστικά από κανέναν, ακόμη και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που

σώζει ζωές και πως είναι ευάλωτο , καθώς η ζωή του βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο.

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι ούτε όλοι οι ασθενείς περνούν από τα συγκεκριμένα στάδια, αλλά ούτε και η αλληλουχία τους είναι πάντοτε η ίδια και υπάρχουν πολλές παλινδρομήσεις και αναμίξεις των αντιδράσεων.. Επίσης, η διάρκεια των σταδίων διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του ασθενή.

2.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Σύμφωνα με έρευνες του Δρ. Σαμουντζέν, του Δρ. Τόμας Χολμς και του Δρ. Χανς Σέλλυ, τα άτομα που είναι πιο ευαίσθητα ως προς την πάθηση έχουν έντονο συναισθηματικό στρες. Έπειτα, το χρόνια στρες οδηγεί στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, όπου το άτομο αρχίζει και έχει ευαισθησία προς στις ασθένειες και ιδιαίτερα προς τον καρκίνο. Στην συνέχεια, το συναισθηματικό στρες που καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα οδηγεί και σε ορμονικές διαταραχές. Αυτές μπορούν να αυξήσουν την παραγωγή ανώμαλων κυττάρων και με αυτόν τον τρόπο, το σώμα θα έχει λιγότερες δυνάμεις να τα καταστρέψει.

Σημαντικός παράγοντας είναι ο τρόπος που λαμβάνει το άτομο τα γεγονότα που του συμβαίνουν και ο βαθμός συναισθηματικού στρες που του προκαλείται από εξωτερικά συμβάντα. Είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό ποιος τρόπος αντιμετώπισης του στρες παίζει αρνητικό ρόλο και κάνει τους ανθρώπους περισσότερο ευαίσθητους στο καρκίνο.

Η πρώτη στατιστική μελέτη για τις συναισθηματικές καταστάσεις και τον καρκίνο έγινε το 1893 από τον Σνόου. Ο Σνόου συμπέρανε ότι από όλα τα αίτια της διαδικασίας του καρκίνου σε όλες τις μορφές, οι νευρωτικοί παράγοντες είναι οι πιο ισχυροί. Από τα επικρατέστερα είδη η έντονη στεναχώρια συναντιέται πιο συχνά. Ο εξαντλητικός μόχθος και η στέρηση έρχονται δεύτερα. (Simonton, Creighton, 1988 : 72).

Η εκδήλωση άγχους σε ασθενείς με καρκίνο σχετίζεται με τη δομή της προσωπικότητας, διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, καθώς και με την ιατρική εκτίμηση, η σοβαρότητα της οποίας επηρεάζει την προσαρμογή του ασθενούς και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>). Συγκεκριμένα, η πιθανότητα εκδήλωσης έντονου άγχους αυξάνεται στις παρακάτω συνθήκες:

- Μικρή ηλικία
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση,
- Άγαμος ασθενής και

- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης

Οι στατιστικές αναφέρουν ότι ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό, περίπου 50% των ασθενών καταλήγουν από τη νόσο. Το 85% των ασθενών με προχωρημένη νόσο δέχεται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ωστόσο, ψυχιατρική εκτίμηση και συστηματική ψυχολογική υποστήριξη δέχεται μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό. Η διάγνωση μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος με τους φόβους που εμπεριέχει και την απειλή για την ίδια τη ζωή, καταλήγει σ' ένα σύνθετο σύνολο θεμάτων:

- Την αντιμετώπιση των φυσικών συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένων αυτών που προκαλεί η θεραπεία)
- Την αναζήτηση τρόπου αντιμετώπισης της κατάστασης
- Την προσπάθεια αποδοχής της υπαρξιακής διάστασης της ασθένειας
Το αίσθημα ανησυχίας για την οικογένεια που επηρεάζεται από τον καρκίνο
- Την αναζήτηση μιας παρήγορης φιλοσοφικής, πνευματικής ή θρησκευτικής πίστης ή αξίας που δίνει νόημα στη ζωή και στο θάνατο

Οι ψυχικές διαταραχές που δημιουργούνται στους καρκινοπαθείς, ουσιαστικά αποτελούν αντιδράσεις στην διάγνωση της νόσου, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές τεχνικές. Οι θεραπείες που ακολουθούν οι πάσχοντες παρατηρείται ότι δημιουργούν ένα εύρος ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών, από απλή κόπωση μέχρι διαταραχή της διάθεσης με επίπτωση στην ποιότητα ζωής. Το πώς θα αντιδράσει ο πάσχων εξαρτάται από την :

- Την προσωπικότητα του
- Του αμυντικούς ψυχικούς μηχανισμούς
- Με την φάση της ζωής στην οποία ο ασθενής διέρχεται

Η εσωτερική πραγματικότητα του καρκινοπαθή δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα ένα σοβαρό πλήγμα που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές ανατροπές της ψυχικής ισορροπίας. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>).

Ταυτόχρονα, η κοινωνική ζωή του πάσχοντος η εξωτερική πραγματικότητα αλλάζει σημαντικά και επηρεάζεται από:

- Το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και την υποστήριξη που αυτό παρέχει
- Τη στάση που έχει απέναντι στον άρρωστο και τη νόσο
- Την εντόπιση του καρκίνου

Τα στάδια του καρκίνου απ' τα οποία περνάει ο ασθενής επηρεάζουν άμεσα το εξωτερικό του πλαίσιο. Σε αυτό ανήκουν, η οικογένεια και η εργασία. Επίσης, σημαντικό παράγοντα για την προσαρμογή και την αποδοχή της ασθένειας από την πλευρά του πάσχοντα , διαδραματίζει η σχετική μυθολογία, που αναπτύσσεται γύρω από την ασθένεια του καρκίνου. Αποτέλεσμα αυτού είναι να σχηματίζονται κάποιες αναληθείς απόψεις σε κοινωνικό επίπεδο όπως :

- Η αίσθηση ότι ο καρκίνος είναι μια ασθένεια αφύσικη και φρικτή
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος είναι στίγμα γι' αυτόν που ασθενεί και ίσως ένα είδος τιμωρία
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος ίσως θα μπορούσε να είναι μεταδοτικός.
- Η απαισιοδοξία που επικρατεί σε μεγάλο βαθμό για το ζήτημα της επιβίωσης
- Ένα αίσθημα ότι οι μακροχρόνιες υφέσεις είναι κάτι για το οποίο κάποιος που ασθενεί πρέπει να λυπάται , λόγω της άμεσης σύνδεσης της νόσου με τον θάνατο.
- Φόβος ότι ο καρκίνος είναι ο χειρότερος τρόπος που μπορεί να πεθάνει κάποιος ,αλλά και ο πιο επώδυνος και βασανιστικός συγκριτικά με άλλες ασθένειες ή αιτίες. Αυτό συμβαίνει, διότι η ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο στην χώρα μας, είναι ελλιπής.

Οι θεραπευτές καλούνται όχι μόνο να αναγνωρίσουν τις ψυχικές διεργασίες των ασθενών που διέρχονται αυτά τα στάδια, αλλά και να διαμορφώσουν εκείνες τις συνθήκες στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, που θα επιτρέψουν την ανάδυση και αναγνώριση όλων εκείνων των σκέψεων και συναισθημάτων που ναρκοθετούν την ψυχική τους επιβίωση ενόσω μάχονται τον καρκίνο. Στόχος είναι να παρέμβουν με τρόπο αποτελεσματικό και εξατομικευμένο σε κάθε ασθενή που

βάλλεται από τη νόσο και ότι αυτή συμβολίζει, αλλά και από τις ίδιες τις ψυχικές του αντιδράσεις, που σε αυτήν τη στιγμή της ζωής τους είναι επώδυνες και πολλές φορές δυσπροσαρμοστικές. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>).

Στη φάση της αρχικής διάγνωσης του καρκίνου το 50% περίπου των ασθενών αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας και επιστρέφουν σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. Το υπόλοιπο 50% παρουσιάζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είτε σε προϋπάρχον έδαφος ψυχιατρικής διαταραχής, είτε από έλλειψη απαραίτητης υποστήριξης που θα τους βοηθήσει να ενισχύσουν τους υπάρχοντες ψυχικούς μηχανισμούς άμυνας. Οι ψυχιατρικές διαταραχές αφορούν πρωτίστως διαταραχές προσαρμογής, ενώ ακολουθούν η κατάθλιψη (20–45% ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια) και το οργανικό ψυχοσύνδρομο (15–75% στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο), που όμως δεν ανιχνεύονται επαρκώς, παρότι είναι γνωστή η αυξημένη επίπτωση τους στους ασθενείς με καρκίνο. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>). Σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής στους ασθενείς με καρκίνο αναφέρονται παράγοντες που σχετίζονται με:

- Τη νόσο, (η προχωρημένη νόσος, ο περιορισμός της λειτουργικότητας, ο πόνος, η εντόπιση της νόσου)
- Το ψυχιατρικό ιστορικό, (κατάθλιψη, πένθος, κακοποίηση, αγχώδεις διαταραχές)
- Τη θεραπεία της νόσου, (οπιοειδή, χημειοθεραπεία)
- Κοινωνικούς παράγοντες (απουσία υποστηρικτικού δικτύου, ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια)

2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι ασθενείς δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο να νιώθουν πεσμένοι μετά την διάγνωση του καρκίνου, κατά την διάρκεια της θεραπείας ή ακόμα και μετά την λήξη της. Πολλά άτομα αισθάνονται σωματικά και συναισθηματικά κουρασμένα κατά την διάρκεια της θεραπείας, κάτι που μπορεί να τους μειώσει την διάθεση. Ωστόσο, για κάποια άτομα που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο η χαμηλή διάθεση μπορεί να συνεχίζεται να υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή να επιδεινώνεται. Σε αυτήν την περίπτωση, ο πάσχων θα χρειαστεί ειδική βοήθεια ή θεραπεία. (www.bestrong.org.gr).

Η σχέση καρκίνου και κατάθλιψης είναι πολύπλοκη. Η κατάθλιψη μπορεί να δημιουργηθεί από την διάγνωση του καρκίνου ή από άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του ή από την σύγκρουση του συγκεκριμένου γεγονότος με την ζωή και γενικά με την καθημερινότητα όπως υπάρχει μέχρι εκείνη την στιγμή. Η κατάθλιψη βέβαια μπορεί να προκληθεί και από άλλες καταστάσεις παρελθοντικές ή παροντικές οι οποίες μπορεί να είναι ανεξάρτητες από τον καρκίνο. (www.bestrong.org.gr).

Έχει βρεθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης ποικίλει από 4,5% ως 42% σε πληθυσμούς ατόμων με καρκίνο και αναφέρεται ότι επιδεινώνεται με την αύξηση του πόνου και την εξέλιξη της νόσου και επηρεάζεται από το βαθμό εξάρτησης και ανικανότητας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας εμφανίζεται σε ποσοστό 5-10% των ασθενών με καταληκτική νόσο. Η κατάθλιψη δεν πρέπει να συγχέεται με την θλίψη. Η θλίψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση στην γνώση ότι κάποιος έχει μια καταληκτική νόσο. Οι περισσότερες αιτίες είναι παρόμοιες με εκείνες του άγχους δεδομένου ότι το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν. Σε ασθενείς τελικού σταδίου η διάγνωση της κατάθλιψης βασίζεται σε κλινικά χαρακτηριστικά όπως καταθλιπτική διάθεση για το μισό της διάρκειας της ημέρας για τουλάχιστον δυο βδομάδες, έλλειψη ενδιαφέροντος για ανθρώπους και γενικά για δραστηριότητες που προσφέρουν ικανοποίηση, κοινωνική απόσυρση, έλλειψη ενδιαφέροντος για την εμφάνιση, ανέκφραστο προσωπείο, επιθυμία για θάνατο, συχνό κλάμα, φτωχή συγκέντρωση, αίσθημα αναξιοσύνης, ενοχής και τέλος ιδέες αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τον William H. Natcher μια μετανάλυση 58 μελετών που διεξήχθησαν από το 1980 μέχρι το 1994 κατέδειξαν, ότι οι ασθενείς με καρκίνο ήταν σημαντικά περισσότερο καταθλιπτικοί από τον υπόλοιπο πληθυσμό και ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε σχέση με το φύλο, την ηλικία και τον τύπο του καρκίνου. Άλλη ανασκόπηση 49 μελετών που έγινε σε ασθενείς με καρκίνο που είχαν κατάθλιψη, δεν αποκάλυψε διαφορές μεταξύ του φύλου αν και αποδείχθηκε ότι η εμφάνιση κατάθλιψης στις γυναίκες είναι συχνότερη από αυτή στους άνδρες.

2.4 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Ένα άτομο που μαθαίνει ότι έχει καρκίνο επηρεάζεται συναισθηματικά για αρκετό καιρό μετά την αρχική διάγνωση. (Lerman, 1991). Οι καθημερινότητα του και οι προσωπικές του σχέσεις διαταράσσονται. Η διάρκεια του πόνου εξαρτάται από την σοβαρότητα του καρκίνου και την ανακούφιση που προσφέρουν τα φάρμακα. Οι θεραπείες που σχετίζονται με την θεραπεία του ασθενή μπορεί να του προκαλέσουν προκαταβολικό άγχος. Το προκαταβολικό άγχος εμφανίζεται περισσότερο στους νεαρότερους σε ηλικία ασθενείς και σε εκείνους που έχουν έντονα τα χαρακτηριστικά του άγχους.

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο δεν είναι απαραίτητο ότι θα υποφέρουν από έντονο άγχος και κατάθλιψη. Ορισμένοι απ' αυτούς μπορεί να αντιμετωπίσουν με θετική στάση την ασθένεια. Σύμφωνα με τον Phillip I. Rice τα στοιχεία που αναφέρονται στο Given δείχνουν ότι το ποσοστό των ασθενών με συμπτώματα κατάθλιψης κυμαίνεται από το 18 στο 58. Είναι λοιπόν πιθανόν, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας να σχετίζονται κυρίως με την ποιότητα προσαρμογής του ατόμου στον καρκίνο και με την ανάρρωση του από αυτόν, και όχι με την προέλευση του καρκίνου. (Viney & Westbrook, 1982).

Εάν η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου είναι άσχημη για περισσότερο από έξι μήνες , τότε αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση στην σωματική του αντοχή. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποδίδονται στους καρκινοπαθείς είναι κυρίως ο εσωτερικευμένος θυμός και η επιθετικότητα. Ο Michael Scheier και Charles Carver(1987)πιστεύουν ότι η αισιοδοξία ενισχύει τις άμυνες του οργανισμού και επηρεάζει σημαντικά το στρες και την κατάσταση της υγείας. Η αισιοδοξία είναι μια γενικευμένη προσδοκία ότι το μέλλον θα 'ναι καλό, αντίθετα η απαισιοδοξία είναι μια γενικευμένη προσδοκία ότι το μέλλον θα 'ναι σκοτεινό.

Μέσω της ψυχοθεραπείας, των συνεντεύξεων και των τεστ που ο Leshan είχε κάνει σε ασθενείς με καρκίνο, διαπίστωσε ότι διέκρινε στους καρκινοπαθείς μια έντονη τάση να μην αγαπούν τον εαυτό τους και να παρουσιάζουν έλλειψη εμπιστοσύνης σ' αυτόν. Τα άτομα αυτά δεν εκτιμούσαν καθόλου τα δικά τους επιτεύγματα. Δεν είχαν αγάπη προς τον εαυτό τους ή τα προτερήματα που τους χαρακτήριζαν. Η

πλειοψηφία αυτών είχαν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους δίνοντας του επίθετα, όπως τεμπέλης, καταστρεπτικός, μετριότητα. Οι άλλοι άνθρωποι ανταποκρίνονταν απέναντι τους με πολύ πιο θετικό τρόπο από τι οι ίδιοι ασθενείς αντιμετώπιζαν τον εαυτό τους. Οι καρκινοπαθείς παρατηρήθηκε επίσης, ότι μπορούν να εκφραστούν δυναμικά και με επιθετικότητα προκειμένου να υπερασπιστούν τα δικαιώματα ή τα ιδανικά των άλλων ανθρώπων.

Οι ασθενείς δυσκολεύονται όμως να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα εχθρότητας. Επομένως, έχουν μια ανικανότητα να γίνουν επιθετικοί ή να υπερασπιστούν τις δικές τους ανάγκες και συναισθήματα, γιατί θεωρούν ότι οι δικές τους επιθυμίες δεν αξίζουν την υπεράσπιση. Σύμφωνα με τα παραπάνω ερευνητικά συμπεράσματα, αυτό το χαρακτηριστικό που αναφέρθηκε σχετικά με τα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια του καρκίνου δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου, αλλά ένα βασικό στοιχείο της συγκινησιακής αντιμετώπισης που είχαν οι καρκινοπαθείς, ένα συναίσθημα που υπήρχε καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Η απόγνωση που χαρακτηρίζει αυτά τα άτομα, τους δημιουργεί ένα αίσθημα έντονης μοναξιάς αναιρώντας τους με αυτόν τον τρόπο την δυνατότητα να συναναστραφούν και να σχετιστούν ολοκληρωτικά με τους άλλους ανθρώπους, έστω μέσω της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, όπως την ζήλεια, την μνησικακία, τον θυμό. Δεν νιώθουν δηλαδή, οι συγκεκριμένοι άνθρωποι απόγνωση για κάτι συγκεκριμένο, αλλά απόγνωση για το τίποτα.

Αποτελεί σημαντικό στοιχείο το γεγονός, ότι ο ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχει καμιά ελπίδα να λύσει το πρόβλημα που τον απασχολεί με τις ενέργειες που κάνει. Σύμφωνα με τον φιλόσοφο Κίρκεγκαρντ, για να απαλλαγεί κάποιος από την απόγνωση του, πρέπει ν' απαλλαγεί από τον εαυτό για τον οποίο νιώθει απόγνωση (Leshan,1999: 65). Το να θελήσεις να απαλλαγείς από τον εαυτό σου αποτελεί επίσης, ένα είδος απόγνωσης μιας και δεν αποδέχεσαι αυτό που πραγματικά είσαι. Το συγκεκριμένο επιχείρημα το προβάλλουν συνέχεια οι καρκινοπαθείς. Πιστεύουν ότι μπορούν να είναι ο εαυτός τους και να μην υπάρχει αγάπη από τους γύρω τους, δηλαδή να είναι μόνοι ή ότι μπορούν να απαλλαγούν από τον εαυτό τους, να γίνουν κάποιος άλλος και κατ' αυτόν τον τρόπο να τους αγαπήσουν.

Ο καρκινοπαθής όταν πληροφορηθεί ότι πάσχει από κακοήγη όγκο αλλάζει σημαντικά. Γενικά, είναι δεχτικός στο να υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία, ενώ, τις

περισσότερες φορές στο παρελθόν θα ήταν αρνητικός σε κάτι τέτοιο. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι, τώρα που η ασθένεια του ουσιαστικά αποφασίζει για την ύπαρξη του ή όχι, απελευθερώθηκε ένα είδος ψυχικής ενεργητικότητας που πρωτύτερα ήταν αιχμαλωτισμένο μέσα στην διαμάχη του. (Leshan,1999: 73).

Σύμφωνα με τον Leshan, το συγκινησιακό σχήμα των καρκινοπαθών αποτελείται από τρία κύρια μέρη :

- Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην παιδική ηλικία του ασθενή που χαρακτηρίζεται από έντονα αισθήματα μοναξιάς. Υπάρχει μια αίσθηση πως οι σχέσεις που είναι βαθύτερες προκαλούν πόνο, απόρριψη και είναι επικίνδυνες.
- Το δεύτερο μέρος έχει ως κέντρο την περίοδο εκείνη κατά την οποία ο άνθρωπος ανακαλύπτει ή συνάπτει μια σχέση με βαθύτερο και ουσιαστικότερο νόημα. Αυτό το γεγονός του δημιουργεί ένα αίσθημα παραδοχής από τους άλλους και τον βοηθάει στο να βρει ένα νόημα στην ζωή του.
- Το τρίτος μέρος έρχεται στην επιφάνεια, όταν η σημαντική σχέση αποτυγχάνει η μετά την απώλεια της, του σημαντικού τρόπου δηλαδή που είχε βρει το άτομο για να έρχεται σε επαφή με τους ανθρώπους. Τώρα υπάρχει μια αίσθηση απόγνωσης που συσχετίζεται άμεσα με την αίσθηση της μοναξιάς που βίωσε το άτομο κατά την παιδική του ηλικία και πηγαίνει ακόμη πιο πέρα απ' αυτήν. Στην τρίτη αυτή φάση, το κύριο αίσθημα που επικρατεί είναι η πεποίθηση ότι δεν υπάρχει καμιά ελπίδα στη ζωή. Και στην συνέχεια μετά την έναρξη της τρίτης φάσης, παρουσιάζονται τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου.

Εκείνο που συνδέει τις τρεις αυτές φάσεις είναι μια ιδιαίτερη αντίληψη για το πως λειτουργεί το σύμπαν. Ο καρκινοπαθής βλέπει τον κόσμο με ένα συγκεκριμένο τρόπο από τότε που ήταν παιδί και αυτός ο τρόπος είναι ξεχωριστός και διαφέρει. Πιστεύει ότι ο κόσμος είναι αδιάφορος και πως δεν νοιάζεται, πως δεν βλέπει κανένα νόημα πέρα από την ύπαρξη του ανθρώπου και από τις συγκεκριμένες σχέσεις του. Θεωρεί, ότι οποιαδήποτε προσπάθεια και εαν καταβάλλει, η ζωή του είναι προκαθορισμένη χωρίς χαρές, καταδικασμένη.

Ο καρκινοπαθής που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας του, σχεδόν πάντα περιμένει την αποτυχία και την απόρριψη. Ο καρκίνος είναι κάτι που δεν τον εκπλήσσει όταν του εμφανιστεί, όπως και όταν ναυαγεί μια σημαντική σχέση που είχε, διότι είναι κάτι που πάντα φοβόνταν και περίμενε ότι θα συνέβαινε. Σύμφωνα με τις έρευνες του Leshan, η προσωπικότητα του καρκινοπαθή είναι τέτοια, ώστε μια κρίσιμη απώλεια μιας σχέσης σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του θα του προκαλούσε απελπισία. Ο καρκινοπαθής έχει πολύ μεγαλύτερα αποθέματα συγκίνησης απ' αυτά που πραγματικά εκφράζει, αλλά του είναι αδύνατο να αντλήσει από αυτήν την συγκίνηση για να υπερασπιστεί τον εαυτό του.

2.5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑ

Οι καρκινοπαθείς αυτό που βιώνουν περισσότερο είναι το αίσθημα της απομόνωσης και της μοναξιάς, αυτό το συναίσθημα μπορεί να επηρεάσει κατά πολύ την εξέλιξη της θεραπείας τους, κατά την διάρκεια της αλλά και μετέπειτα. Οποιοσδήποτε νοσεί από τον καρκίνο είναι συνηθισμένο να εμφανίζει έντονα αισθήματα απόσυρσης. Οι λόγοι που κάποιος ασθενής μπορεί να αισθανθεί μόνος του ποικίλλουν. Οι ίδιοι είναι στην θέση όπου πρέπει να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους και τις αλλαγές που τους παρουσιάζει η ασθένεια, αυτό από μόνο του είναι ικανό να τους δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα και να τους οδηγήσει στην απομόνωση και στην αποστασιοποίηση από τους γύρω του. Η συναισθηματική αντίδραση των ατόμων αυτών, μπορεί να είναι δυσνόητη από την πλευρά των υπόλοιπων ανθρώπων. (www.bestrong.org.gr).

Ο πάσχον ίσως να αισθάνεται μόνος ακόμη και κατά την διάρκεια που περιβάλλεται από τα μέλη της οικογένειάς τους, διότι νιώθει ότι με πολύ δυσκολία θα μπορέσει να αντιληφθεί κάποιος αυτό που ο ίδιος βιώνει σε καθημερινή βάση και που προσπαθεί να αντιμετωπίσει. Το κάθε άτομο είναι ξεχωριστό, επομένως ο τρόπος που διαχειρίζεται μια τέτοια κατάσταση είναι και διαφορετικός. Κάποιοι επιλέγουν να αντιδράσουν και να εξαλείψουν με οποιοδήποτε δυνατό τρόπο αυτήν την ασθένεια, ενώ άλλοι αφήνουν τον έλεγχο της κατάστασης στους ειδικούς. Ενώ, άλλοι θεωρούν ότι είναι υπεύθυνοι για το θέμα της υγείας τους και παρέχουν στήριξη στον εαυτό τους με κάθε υπαρκτό τρόπο. Επειδή, κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και διαφορετικός παράλληλα, στην συγκεκριμένη περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί κάποιος τρόπος από τους παραπάνω ο καταλληλότερος για την ψυχολογία του ασθενή. (www.bestrong.org.gr).

Το άτομο που δυσκολεύεται να εξωτερικευτεί βιώνει εντονότερα το αίσθημα της απομόνωσης και του μοιάζει σχεδόν αδύνατο να μιλήσει στα οικεία του πρόσωπα για το τι πραγματικά είναι αυτό που νιώθει. Πολλές φορές, χρησιμοποιεί δικαιολογίες προκειμένου να καλύψει τα πραγματικά του συναισθήματα, ενώ μέσα του αγωνίζεται να αντιμετωπίσει όλη αυτήν την αρνητική ψυχολογία που του έχει δημιουργήσει η κατάσταση της ασθένειας. Είναι σημαντικό ο ασθενής να εκφράζει αυτό που νιώθει και τον απασχολεί, διότι με αυτόν τον τρόπο θα αισθανθεί καλύτερα και θα πάψει να εγκλωβίζεται στις σκέψεις του, βιώνοντας σε όλο και

μεγαλύτερο βαθμό το αίσθημα της μοναξιάς.

2.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Οι διαταραχές αυτές ,σχετίζονται με τα νοητικά προβλήματα στον εγκέφαλο που εμφανίζονται στην σκέψη, την αντίληψη, την μνήμη, την συγκέντρωση και την συμπεριφορά. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την καθημερινότητα του ατόμου, όπως την αδυναμία του να ανταπεξέλθει στην εργασία του, αλλά και την δυσκολία του να τελειοποιήσει καθημερινές απλές διαδικασίες.

Οι μέθοδοι παρέμβασης και θεραπείας που ακολουθούν οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να τους προκαλέσουν διαταραχές συνείδησης. Τα νοητικά προβλήματα που δημιουργούνται στο άτομο είναι αρκετά επώδυνα και αγχωτικά για το ίδιο. Η καθημερινότητα τους, λόγω των διαταραχών διαφοροποιείται και δυσκολεύονται να το αποδεχτούν. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν και είναι αναστρέψιμα και εάν κάποια απ' αυτά επιμένουν, μπορεί να δοθούν λύσεις στον ασθενή με την βοήθεια των ειδικών που θα τον ηρεμήσουν και θα τον ανακουφίσουν. (www.bestrong.org.gr).

Οι συγκεκριμένες διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε ασθενείς με καρκίνο που ακολουθούν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Συνήθως, οι διαταραχές αυτές συνδέονται άμεσα με υψηλές δόσεις χημειοθεραπείας, αλλά και σε καρκινοπαθείς που αφαίρεσαν τον όγκο από τα σημεία του εγκεφάλου. Οι διαταραχές της συνείδησης αφορούν κυρίως το διάστημα κατά το οποίο ο πάσχων βρίσκεται σε χημικοθεραπείες και είναι συνήθως παροδικές. Τα συμπτώματα είναι τα εξής :

- Δυσκολία στην συγκέντρωση
- Έντονη ανησυχία
- Απώλεια μνήμης
- Ασυνήθιστες διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο
- Επιθετική συμπεριφορά.
- Διαταραχές σχετικές με το χώρο και τον χρόνο που βρίσκεται ο ασθενής
- Αδύναμη τόσο βραχυπρόθεσμη όσο και μακροπρόθεσμη μνήμη
- Η χρησιμοποίηση αριθμητικών πράξεων γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη
- Η κρίση είναι αδύναμη και οδηγεί το άτομο σε λανθασμένες αποφάσεις
- Δυσκολία του ατόμου στο να προσανατολιστεί
- Δυσκολία στο να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα

Οι καρκινοπαθείς σε αυτήν την φάση είναι απαραίτητο να ακολουθούν τις οδηγίες που τους έχουν δοθεί από την ιατρική και νοσηλευτική ομάδα που τους επιβλέπει. Επιπλέον, θα πρέπει να αποφεύγουν τις έντονες και επικίνδυνες δραστηριότητες, όπως το μαγείρεμα, οδήγηση ή την έξοδο σε κάποια άγνωστη περιοχή. Η οικογένεια θα πρέπει να βρίσκεται κοντά στον ασθενή και να τον φροντίζει. Οι ώρες ανάπαυσης και ξεκούρασης είναι σημαντικό να αυξηθούν κατά την διάρκεια της ημέρας και η φαρμακευτική αγωγή να είναι συγκεκριμένη και καθημερινά καθιερωμένη την ώρα που πρέπει ο πάσχων να την λαμβάνει. (www.bestrong.org.gr).

2.7 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η εικόνα του σώματος διαταράσσεται με ποικίλους τρόπους. Η ίδια η νόσος και οι θεραπείες που ακολουθεί ο ασθενής προκαλούν αντικειμενικές αλλαγές στον οργανισμό του, όπως είναι η απώλεια μαλλιών, οι κηλίδες στο δέρμα, χειρουργικά σημάδια, αλλαγή στο σωματικό βάρος, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και η αλλαγή των ορμονών. Γενικά, ο πάσχων βιώνει ριζικές αλλαγές στο σώμα του. Κάποιες απ' αυτές είναι εφήμερες, ενώ άλλες μόνιμες.

Ορισμένες φορές, οι αλλαγές αυτές είναι υποκειμενικές και οφείλονται κυρίως από τις συναισθηματικές μεταβολές που βιώνει το άτομο που νοσεί. Όταν το άτομο έχει αρνητικά συναισθήματα, αυτό συμβάλλει στο να μειώνεται κατά ένα πολύ μεγάλο βαθμό η ενέργεια του για καθημερινές δραστηριότητες, αλλά και με την σειρά τους τα συναισθήματα όπως ο θυμός και η κατάθλιψη έχουν επιπτώσεις στο σώμα του πάσχοντα. Ακόμη και εάν όλα τα παραπάνω δεν είναι εμφανή ή εξωτερικά, είναι υπαρκτά σε εκείνον που τα αντιμετωπίζει και διαταράσσουν την ψυχολογία του. (www.bestrong.org.gr).

Κάποιοι ασθενείς νιώθουν μέσα από όλη αυτήν την κατάσταση θυμωμένοι γι' αυτό που τους συμβαίνει και ντρέπονται για το σώμα τους, σε σημείο να αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και τις κοινωνικές συναναστροφές. Αισθάνονται πως έχουν προδοθεί από τον σώμα τους, αλλά και από τον ίδιο τους τον εαυτό και μέσω αυτού θεωρούν πως έχουν χάσει το ρόλο τους, τόσο στον επαγγελματικό, όσο και στον σεξουαλικό τομέα. Άλλοι άνθρωποι προσπαθούν να διατυπώσουν μια θετική εσωτερική εικόνα για τον εαυτό τους και να νιώσουν περήφανοι για την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους, επαναξιολογώντας τον ρόλο της υγιεινής διατροφής και φυσικής κατάστασης. (www.bestrong.org.gr).

Ο χρόνος είναι ιδιαίτερα σημαντικός, προκειμένου οι ασθενείς να αποδεχθούν τις αλλαγές στο σώμα τους. Είναι απαραίτητο, ο καρκινοπαθής να επικοινωνεί με άτομα που έχουν παρόμοιες εμπειρίες και να συζητάει για τον τρόπο που αντιμετώπισαν οι πάσχοντες αυτοί τις αλλαγές που προκλήθηκαν από την νόσο του καρκίνου. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και υποστήριξης, επίσης μπορούν να αποτελέσουν ένα κίνητρο για να νιώσει καλύτερα ο πάσχων. Ο θεράπωντας γιατρός μπορεί να συζητήσει μαζί με τον ασθενή για τις επιλογές του γύρω από τις αλλαγές

του σώματος του, αλλά και να εκφράσει τυχόν ανησυχίες. Ο ειδικός ψυχικής υγείας είναι πολύ βοηθητικός σε περιπτώσεις που τα συναισθήματα του αρρώστου είναι πειστικά γύρω από την εικόνα του σώματος του. Επιπλέον, οι κοινωνικές δραστηριότητες και τα νέα ενδιαφέροντα είναι θετικά για την ψυχολογία του ατόμου που νοσεί, διότι του αποσπούν την προσοχή. (www.bestrong.org.gr).

2.8 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΝΟΧΕΣ

Πολλές φορές οι ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον αισθάνονται ενοχές. Αυτό συμβαίνει, διότι θεωρούν πως οι ίδιοι ασθενείς προκάλεσαν τον καρκίνο, επειδή δεν ήταν τόσο προσεχτικοί όσο θα 'πρεπε με τα θέματα της υγείας τους. Τα πράγματα γίνονται δυσκολότερα για τους πάσχοντες, όταν οι γιατροί δίνουν έμφαση σε κάποια συνήθεια τους όπως για παράδειγμα το κάπνισμα και τους κάνουν σχετικές ερωτήσεις. Ωστόσο, οι ασθενείς δεν νιώθουν μόνο ένοχοι για την αιτιολογία του καρκίνου, αλλά και για την καθυστερημένη διάγνωση, όταν τυχαίνει να έχουν έντονα συμπτώματα για πολύ καιρό και ανέβαλλαν συνεχώς την επίσκεψη τους στο γιατρό. Άλλες ενοχές, επίσης που τους κατακλύζουν συσχετίζονται με την κληρονομική μετάδοση της ασθένειας, όπως για παράδειγμα κάποια μητέρα με καρκίνο του μαστού φοβάται και αισθάνεται ένοχη για την πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού και στην κόρη της. (www.bestrong.org.gr).

Ένας άλλος παράγοντας που οι πάσχοντες αισθάνονται ενοχή είναι η αίσθηση ότι ταλαιπωρούν τους συγγενείς τους λόγω της ασθένειας τους- όχι μόνο γιατί διαθέτουν τον χρόνο τους, αλλά γιατί θεωρούν ότι τους επιβαρύνουν και σε οικονομικό επίπεδο. Το γεγονός αυτό, δημιουργεί στους ασθενείς ένα αίσθημα ανικανότητας και εξάρτησης κάτι που τους δυσκολεύει να διαχειριστούν από μόνοι τους τις δικές τους υποθέσεις. Οι ενοχές ότι ταλαιπωρούν τους άλλους, μπορεί να τους οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, αλλά κάποιες φορές και σε επιθετικότητα, η οποία μπορεί να τους προκαλέσει περισσότερες ενοχές, οδηγώντας τους σε ένα ανατροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο.

Οι ψυχολόγοι αναγνωρίζουν πως ο καρκίνος επηρεάζει τον άνθρωπο σαν ολότητα καθώς και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και όχι μόνο σωματικά αλλά και συναισθηματικά. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι αγχωτικοί παράγοντες, όπως οικονομικές πιέσεις ή ανησυχίες για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. (www.bestrong.org.gr).

Ο καρκίνος επηρεάζει το κάθε άτομο με διαφορετικό τρόπο, άλλοι έχουν έντονο πανικό και είναι αγχωμένοι, άλλοι δεν έχουν καμία ελπίδα για το μέλλον ή είναι φοβισμένοι. Συναισθήματα σαν αυτά μπορούν να επηρεάσουν το ίδιο το άτομο και το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Έρευνες έχουν δείξει πως η

ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να προκληθούν από τον καρκίνο και να βοηθήσει ώστε να μειωθεί ο σωματικός πόνος. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι που βιώνουν την ασθένεια του καρκίνου είναι αρκετά βοηθητικό για τους ίδιους το να εκφράζουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, διότι αυτό τους κάνει να αισθάνονται καλύτερα σε αυτό το στάδιο της ζωής τους.

Έρευνες δείχνουν πως αυτοί που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεση τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι. Αυτό σαν αποτέλεσμα έχει, να υπάρχει μια θετική επιρροή στο πως αντιμετωπίζουν τον καρκίνο και την διάγνωσή του, την θεραπεία και την διαδικασία της, καθώς επίσης και άλλα γεγονότα που συμβαίνουν παράλληλα στη ζωή τους. (www.bestrong.org.gr).

2.9 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία, δηλαδή την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού ή την συνεχείς ενασχόληση με αυτό, από ασθενείς που έχουν καρκίνο. Οι πάσχοντες με τέτοιες τάσεις έχουν αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφής. Οι παράγοντες σύμφωνα με τους Γ.Ι. Μουσσάς, Α.Π. Καρκανιάς και Α. Παπαδοπούλου είναι :

1. Διαγνωσμένη κατάθλιψη (25% όλων των ασθενών με καρκίνο έχουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και το ποσοστό αυξάνεται σε 48% σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο).
2. Πόνος/αίσθημα αβοήθητου.
3. Έντονο-υπερβολικό άγχος.
4. Συμπεριφορές παρορμητικές που συνδυάζονται με κατάχρηση αλκοόλ, οργανικό ψυχρόσύνδρομο και ψύχωση.
5. Οικογενειακές σχέσεις που είναι δυσλειτουργικές.
6. Η αίσθηση του αρρώστου ότι εξαρτάται από τρίτα άτομα.
7. Οικογενειακά προβλήματα.
8. Διαταραχή προσωπικότητας.
9. Κάποιο σοβαρό ψυχικό τραύμα από παρελθοντικά γεγονότα
10. Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρες αυτοκτονίας.
11. Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Οι καρκινοπαθείς που έχουν σκοπό να προβούν σε τέτοιες πράξεις , συνήθως προειδοποιούν έμμεσα το οικογενειακό τους περιβάλλον, το οποίο με την σειρά του δεν αντιλαμβάνεται πάντα την σοβαρότητα και την βαρύτητα των λεγόμενων του ασθενή (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>) .Επιπλέον, υπάρχουν άλλοι κοινωνικοί παράγοντες που αυξάνουν την εμφάνιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του πάσχοντα:

- Όταν δεν παρέχεται από την οικογένεια του καρκινοπαθή ολοκληρωμένη ψυχολογική υποστήριξη
- Όταν η κοινωνική υποστήριξη είναι χαμηλή
- Όταν οι σχέσεις του ασθενή με τους άλλους είναι η γίνονται εξαρτητικές
- Όταν υπάρχουν στην οικογένεια έντονες διαφωνίες
- Όταν η ανησυχία από την πλευρά του άρρωστου για τα παιδιά και την οικογένεια είναι υπερβολική
- Όταν διακατέχεται ο ασθενής από έντονη ψυχική και πνευματική κρίση.

Για να γίνει με σωστό τρόπο η θεραπευτική προσέγγιση είναι απαραίτητο να εντοπιστούν από τους θεραπευτές οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που δημιουργούν στον ασθενή αυτές τις σκέψεις και στην συνέχεια να αναγνωριστούν οι καρκινοπαθείς με έντονα αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Οι πάσχοντες μπορεί να νιώθουν παγιδευμένοι, θυμωμένοι και εγκαταλελειμμένοι, επομένως είναι ιδιαίτερα σημαντικό η θεραπευτική ομάδα να τον βοηθήσει να εξωτερικεύσει όλες αυτές του τις σκέψεις. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>).

Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οι πιο συχνές διαγνώσεις των ασθενών με καρκίνο με πρόθεση να αυτοκτονήσουν ή εκείνων που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα, το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς τελικού σταδίου, και ο συγκεκαλυμμένος αυτοκτονικός ιδεασμός στους ασθενείς αυτούς ανήκει συχνά στα πλαίσια διαταραχών της διάθεσης. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>). Είναι απαραίτητο να γίνει κατάλληλη ψυχιατρική παρέμβαση, διότι κατά αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να μειωθεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας ακόμη και σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο.

Τα τελευταία χρόνια η κατανόηση του βαθύτερου ρόλου τη οικογένειας, τόσο στις περιόδους της υγείας όσο και της αρρώστιας, βοήθησε πολλούς ειδικούς να θεωρούν ότι η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, απειλητικής για τη ζωή, αποτελεί ένδειξη για μια οικογενειακά προσανατολισμένη προσέγγιση του αρρώστου. Σ' ένα οικογενειακό σύστημα, οποιοδήποτε γεγονός επηρεάσει σημαντικά ένα μέλος του -

όπως π.χ. η αιφνίδια εμφάνιση μιας σοβαρής ασθένειας - τούτο έχει επίδραση σ' ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Η αντίδραση της οικογένειας έχει επίπτωση στο άρρωστο μέλος της. Με τον όρο «δυναμική» της οικογένειας εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο το άτομο και η οικογένεια αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται. (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

Ο καρκίνος είναι μια εμπειρία που την βιώνουν όλα τα μέλη της οικογένειας. Αυτό αποδεικνύεται από πολλές επιστημονικές μελέτες ότι υπάρχει ψηλός βαθμός ομοιότητας ανάμεσα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, όσον αφορά στην ψυχολογική υγεία, την προσαρμογή στην αρρώστια, την λειτουργικότητα ακόμη και στα σωματικά συμπτώματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

3.1 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι ψυχολογικές έρευνες έχουν κωδικοποιήσει ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται με συγκεκριμένη ερμηνεία την λέξη «καρκίνος» όταν την ακούνε στην διάγνωση. Τέσσερις βασικές ερμηνείες μπορεί να δοθούν και κάθε προσωπικότητα μπορεί να αντιληφθεί τη διάγνωση σαν:

1. Πρόκληση
2. Απειλή
3. Απώλεια
4. Άρνηση

Μεγάλη σημασία στην ψυχολογία έχει πώς θα ερμηνευτεί η διάγνωση της νόσου στις πρώτες δύσκολες ώρες σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου, τον τρόπο του «σκέπτομαι», καθώς θα επηρεαστεί η μελλοντική προσαρμογή και η αντιμετώπιση του κάθε ανθρώπου απέναντι στην νόσο. (<http://www.iatronet.gr>). Η ψυχολογία του ασθενή μπορεί να επηρεαστεί ,ανάλογα με την διαγνωστική και θεραπευτική εξέλιξη της πάθησης. Οι βασικοί ψυχολογικοί μηχανισμοί είναι πέντε για το πώς να αντιμετωπιστεί και να προσαρμοστεί ο ασθενής στην διάγνωση του καρκίνου:

- 1.Μαχητικότητα
2. Αποφυγή ή άρνηση
3. Μοιρολατρία (Fatalism)
4. Απελπισία
5. Προσδοκώμενο άγχος

Στόχος της ψυχολογίας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να μπορέσει να αντιμετωπίσει την νόσο με θετικό τρόπο κάτι που είναι δυνατόν να επιτευχθεί με συμβουλές και «τεχνικές του μυαλού», να αποβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα και να του παρέχεται υποστήριξη έτσι ώστε να αναπτύξει τη «μαχητικότητα» ως

κύριο εργαλείο ψυχολογικής αντιμετώπισης. (<http://www.iatronet.gr>).

Οι ασθενείς που έχουν βοηθηθεί ώστε να έχουν «μαχητικότητα» από την διάγνωση και καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας δεν αναπτύσσουν τόσο συχνά αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη ή άλλα εμπόδια και δυσκολίες στην ψυχολογική τους προσαρμογή.

3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ο ασθενής που θα διαγνωστεί με καρκίνο νιώθει ότι πάλλεται από πολλούς παράγοντες. Έχει να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου αλλά και τις παρενέργειες της θεραπείας. Παλεύει να μη χάσει τον εαυτό του από τις αλλαγές που φέρνει η διάγνωση. (<http://www.iatronet.gr>). Τρεις βασικές αλλαγές συμβαίνουν που επηρεάζουν την ψυχολογία:

- Αλλαγές σε πνευματικό επίπεδο και σε κινητικές λειτουργίες
- Διαφοροποιείται ο ρόλος του ατόμου τόσο σε σχέση του εαυτού του όσο και στις σχέσεις με τους γύρω του
- Η εμφάνιση του αλλάζει, είτε λόγω των παρενεργειών της θεραπείας είτε από τα συμπτώματα της πάθησης

Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν σημαντικά τον ασθενή , γιατί νιώθει ότι πρέπει να προστατευτεί από την νόσο και πιο συγκεκριμένα να προστατεύσει την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του. Αν ο ασθενής δεν αναπτύξει «μαχητικότητα» και γενικότερα δυσκολεύεται στο να προσαρμοστεί στις αλλαγές αυτές , αυτό σαν αποτέλεσμα μπορεί να έχει ψυχολογικές επιπτώσεις. Σύμφωνα με την Χατζηδημητρίου πιο συχνές που χρήζουν ψυχολογική υποστήριξη αναγράφονται παρακάτω:

Δυσκολίες ψυχολογικής προσαρμογής στη νέα κατάσταση στα διάφορα στάδια της νόσου:

- στη διάγνωση
- στη θεραπεία
- στην πιθανή υποτροπή ή μετάσταση
- στον έλεγχο που έχουν στον εαυτό τους και στη ζωή τους (Van't Spijker et al 1990)
- Ανάπτυξη ψυχολογικού τραυματισμού από το σοκ της διάγνωσης
- Κατάθλιψη και άγχος

- Αγχώδεις διαταραχές και κλινικές φοβίες
(Massie & Holland, 1990) .

Πιο συχνές 33%, είναι οι ψυχολογικές δυσλειτουργικές αντιδράσεις όπως:

- Διαταραχή στην ποιότητα ζωής
- στις διαπροσωπικές σχέσεις
- στη σεξουαλικότητα
- στους οικογενειακούς και εργασιακούς ρόλους.

Σύμφωνα με την Χατζηδημητρίου οι βασικοί στόχοι της ψυχολογικής παρέμβασης στον καρκινοπαθή ασθενή είναι η υποστήριξη :

- Στην προσαρμογή της διάγνωσης
- Στην προσαρμογή της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία)
- Στην αντιμετώπιση των παρενεργειών στοχεύοντας για καλύτερη ποιότητα ζωής
- Στην αντιμετώπιση της νέας πραγματικότητας της ζωής τους που συνεχώς πρέπει να αναπλάθεται ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου
- Στην αναπροσαρμογή των κοινωνικών, εργασιακών και οικογενειακών ρόλων
- Στην τοποθέτηση νέων προσωπικών στόχων
- Υποστήριξη για τους φόβους που επιφυλάσσει το μέλλον, για την ανησυχία ότι η νόσος θα υποτροπιάσει ή θα δημιουργηθούν μεταστάσεις
- Συμβουλευτική υποστήριξη για την αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση του ασθενή (π.χ από τις παρενέργειες τριχόπτωση body image counseling)
- Αντιμετώπιση κλινικών διαταραχών και αρνητικών συναισθημάτων όπως άγχος, εκνευρισμός, πανικός, φόβος, κατάθλιψη (emotional management)
- Αντιμετώπιση του πόνου με ψυχολογικές μεθόδους (Pain management)
- Υποστήριξη της οικογένειας.

Η ασθένεια του καρκίνου είναι μια πολυπαραγοντική νόσος και ο καθένας την αντιμετωπίζει και την βιώνει με διαφορετικό τρόπο , κάτι που κάνει περισσότερο δύσκολη την διαδικασία του να μπορεί ο πάσχων να την αντιμετωπίσει μόνος του. Ο ρόλος της ψυχολογίας εδώ είναι πολύ σημαντικός, διότι μπορεί να βοηθήσει στην διαδικασία αντιμετώπισης του καρκίνου και να παρέχει υποστήριξη τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του.(<http://www.iatronet.gr>).

Θεωρείται ότι ο καρκίνος είναι συχνά ένδειξη προβλημάτων που αντιμετωπίζονται κάπου αλλού στη ζωή του ατόμου, προβλημάτων που επιδεινώνονται ή συντίθεται από μια σειρά καταστάσεων άγχους έξι ως δεκαοχτώ μήνες πριν την έναρξη της ασθένειας. Οι καρκινοπαθείς αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα με μια βαθιά αίσθηση απελπισίας ή παραίτησης. Αυτή η συναισθηματική αντίδραση πιστεύεται ότι με τη σειρά της πυροδοτεί μια δέσμη φυσιολογικών αντιδράσεων που καταστέλλουν τις φυσιολογικές άμυνες του σώματος και το κάνουν επιδεχτικό παραγωγής ανώμαλων παραγόντων. Το μόνο δραστικό συστατικό της θεραπείας φαίνεται να είναι η δύναμη της πίστης, δηλαδή οι θετικές προσδοκίες των ασθενών (Simonton, Creighton, 1988 : 27).

3.3 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το τελικό στάδιο μιας χρονιάς νόσου χαρακτηρίζεται ως τη βραχεία περίοδο κατά την οποία η κατάστασή του καρκινοπαθή χαρακτηρίζεται ως ανίατη και τελειώνει με τη στιγμή του θανάτου. Τα κύρια σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν τον ασθενή την περίοδο αυτή είναι ο πόνος, η ανορεξία, η δυσφαγία όπως και η σύγχυση και η ναυτία. Επίσης πρέπει να υπάρχουν πολλές επιπλοκές, έκπτωση λειτουργίας ενός η περισσότερων οργάνων και αποτυχία στις θεραπευτικές μεθόδους που έχουν χρησιμοποιηθεί.

Όσον αφορά την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ασθενή κατά το τελικό στάδιο, υπάρχει αρκετή δυσκολία, καθώς ο ίδιος, λόγω και των σωματικών συμπτωμάτων του, νοιώθει το θάνατο να πλησιάζει και το βασικό του συναίσθημα είναι ο φόβος ο οποίος σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μπορεί να διακριθεί σε φυσικό και μεταφυσικό. (Ρηγάτος, 1979).

Όταν αναφερόμαστε σε φυσικό φόβο εννοούμε την επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων, την εξαρτητική συμπεριφορά που μπορεί να δείξει ο ασθενής στην οικογένεια και στο ιατρικό προσωπικό όπως και τη δυσκολία του να διαχειριστεί τις υποθέσεις και τα προβλήματά του. Επίσης υπάρχει σε μεγάλο βαθμό το άγχος του αποχωρισμού, όπως και ενοχές που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής για πράξεις που έκανε η δεν έκανε στη ζωή του, γεγονός που μπορεί να του δημιουργήσει μια εριστική συμπεριφορά. Αντίθετα όταν αναφερόμαστε σε μεταφυσικό φόβο εννοούμε το φόβο θανάτου και την αγωνία του ασθενή για το τι υπάρχει μετά από αυτόν. Ο φόβος αυτός κάνει τον ασθενή να προσκολλάται στη θρησκεία ακόμη και αν στο παρελθόν δεν ήταν προσκολλημένος σε αυτήν με σκοπό μειώσει το άγχος του για την ύπαρξή του μετά το θάνατο και να πιστέψει ότι η ύπαρξη αυτή θα συνεχιστεί σε μια άλλη ζωή στην οποία μέσω της εξομολόγησης και των προσευχών θα τύχει όσο δυνατόν καλύτερης μεταχείρισης. (Ρηγάτος, 1979).

Ειδικότερα, μέσω μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί για την ψυχολογική στάση του ετοιμοθάνατου απέναντι στο δραματικό γεγονός του επερχόμενου τέλους, διαπιστώνουμε, ότι ο ίδιος αλλά και οι συγγενείς του περνούν από κάποια στάδια όπως :

1. Άρνηση της πραγματικότητας, η οποία εκδηλώνεται με αμφισβήτηση

2. του ασθενή απέναντι στην αλήθεια που του ανακοινώνεται, όπως και απέναντι στους γιατρούς. Η άρνηση μπορεί και να εκδηλωθεί και με αφύσικη αδιαφορία προς το πρόβλημα.
3. **Οργή ή εξέγερση**, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με επανάσταση και επιθετικότητα του ασθενή κατά των γιατρών. Η οργή του μπορεί να στραφεί ακόμα και ενάντια στους οικείους του και στον θεό. (Ρηγάτος, 2000).
4. **Διαπραγμάτευση**, η οποία εκφράζεται με την προσπάθεια του ασθενή να διασφαλίσει όσο το δυνατόν καλύτερες συνθήκες για τη θεραπεία του. Αυτό προσπαθεί να το καταφέρει μέσω δώρων στους γιατρούς, προσευχές στα θεία και έκφραση ευγνωμοσύνης προς την οικογένειά του.
5. **Κατάθλιψη**, που εμφανίζεται συνήθως με αυτοκτονικούς ιδεασμούς από την μεριά του ασθενή, όταν βλέπει ότι η θεραπεία του δεν πετυχαίνει και το πρόβλημα δεν έχει αντιμετωπιστεί.
6. **Αποδοχή της πραγματικότητας**, η οποία επιτυγχάνεται μετά από τη συνέχιση της εμπειρίας των θεραπειών και των υποτροπών. Μέσω της εμπειρίας αυτής, ο ασθενής έχει συμφιλιωθεί με την κατάσταση και έχει προετοιμαστεί για το επερχόμενο τέλος.

Κλείνοντας με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, σημαντικό θα ήταν να γίνει μια αναφορά στην αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου από την οικογένειά του η οποία έχει πολλές εκφάνσεις, όπως την υπερπροστασία από την μια πλευρά και την πλήρη απόρριψη στο άλλο άκρο. Πάντως σε γενικές γραμμές οι αντιδράσεις της οικογένειας στο θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου είναι παρ όμοιες με εκείνες του ασθενή φτάνοντας και οι ίδιοι τέλος, στην αποδοχή και την εκλογίκευση της πραγματικότητας. (Ρηγάτος, 2000).

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, η αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου ασθενή είναι αρκετά περίπλοκο ζήτημα, καθώς μέσω αυτής της διαδικασίας πρέπει να έρθει και ο ίδιος σε επαφή με το φόβο του δικού του θανάτου. Ειδικότερά οι επαγγελματίες που ασχολούνται με ασθενείς τελικού σταδίου αντιλαμβάνονται το θάνατο με τρεις διαφορετικές οπτικές: Μέσω του απροσώπου (εγώ και ο θάνατος αόριστα), του διαπροσωπικού (εγώ και ο θάνατος του άλλου) και του ενδοπροσωπικού (εγώ και ο δικός μου θάνατος). (Weisman 1980).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση του ασθενή, μπορεί να γίνει μέσω συμβουλευτικής παρέμβασης στον ίδιο στον ίδιο και στην οικογένεια και με χρήση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όπου κρίνονται απαραίτητα. Γενικά πρέπει να αντιμετωπιστεί ο φόβος και το άγχος του θανάτου για τον ασθενή και ο φόβος της απώλειας για τους συγγενείς. Για το σκοπό αυτό, μπορούν να βοηθήσουν και οι ομαδικές ψυχοθεραπείες, οι οποίες κάνοντας μια ιστορική αναδρομή βλέπουμε ότι ξεκίνησαν το 1976 και αναφέρονταν σε ασθενείς τελικού σταδίου. Αρχικά επικεντρώνονταν σε συζητήσεις για την ασθένεια και στις δύσκολες της θεραπείας, στη συνέχεια όμως επεκτάθηκαν και σε προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα των ασθενών. Με το πέρασμα του χρόνου, οι ομάδες αυτές βελτιώθηκαν και οι έρευνες στους καρκινοπαθείς, διαπίστωσαν βελτιώσεις στην δυνατότητα απορρόφησης των άσχημων συναισθημάτων και στην τόνωση του ηθικού, καταστολή του άγχους, αυξημένη εμπιστοσύνη προς τους θεράποντες, μείωση της κατάθλιψης, μεγαλύτερη ευκολία για συζητήσεις που αφορούν το θάνατο και επαναφορά μεγάλου μέρους του νοήματος της ζωής που οι ασθενείς είχαν χάσει. (Ρηγάτος, 2007).

Τέλος, ο ρόλος του ειδικού είναι να αντιμετωπίσει τις συνθήκες του θανάτου του ασθενή, οι οποίες μέσω των κοινωνικών αλλαγών έχουν αλλάξει. Παλιότερα οι ασθενείς πέθαιναν στο σπίτι τους, με τα αγαπημένα τους πρόσωπα να τους συντροφεύουν τις ύστατες στιγμές τους. Σήμερα, ο θάνατος αποκτά μια πιο μοναχική διάσταση, καθώς ο ασθενής πεθαίνει σε ένα κρεβάτι νοσοκομείου, κάτι το οποίο φέρνει την κατάθλιψη και το φόβο των τελευταίων στιγμών σε

μεγαλύτερο βαθμό. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας λοιπόν, σαν συνοδοιπόρος προσφέρει τη συμπαράσταση και οδηγεί τον ασθενή σε μια ήρεμη αποδοχή της κατάστασης προετοιμάζοντας τον για το θάνατο. (Ρηγάτος, 2007).

3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Υπάρχουν πέντε βήματα της ψυχολογικής πορείας που συχνά προηγούνται πριν τον καρκίνο :

- Ανάλογα με τις παιδικές εμπειρίες που έχει το κάθε άτομο ξεχωριστά διαμορφώνει ένα συγκεκριμένο πρότυπο για τον εαυτό του. Πολλές από τις εμπειρίες και τις αποφάσεις της παιδικής ηλικίας είναι θετικές και επιδρούν ευεργετικά στην ζωή μας. Αντίθετα, υπάρχουν και άλλες που είναι αρνητικές. Σε ορισμένες περιπτώσεις κάποιες από αυτές πάθησαν κάτω από άσχημες, τραυματικές και επώδυνες εμπειρίες. Για παράδειγμα, παιδιά που ζουν σε μια οικογένεια που υπάρχουν έντονες διαφωνίες μεταξύ του ζευγαριού , σαν συνέπεια προσπαθούν στην πορεία της ζωής τους να είναι πάντα καλοί και χαρούμενοι ανεξάρτητα με το τι πραγματικά νιώθουν. Με αυτόν τον τρόπο, όταν πλέον ενηλικιωθούν η προσαρμογή τους δεν είναι η κατάλληλη , καθώς οι περιστάσεις της ζωής πλέον έχουν διαφοροποιηθεί από εκείνες που υπήρχαν όταν το παιδί έπαιρνε τις αποφάσεις του. Ο χαρακτήρας δηλαδή , διαμορφώνεται με βάση τις αποφάσεις που είχε πάρει κάποιος όταν ήταν ακόμη παιδί. Έτσι, το άτομο λόγω των αποφάσεων του στο παρελθόν, δυσκολεύεται πλέον να αντιμετωπίσει το άγχος που έχει και αυτό συμβαίνει διότι το άτομο πλέον πράττει ασυνείδητα και έχει δράσει αρκετές φορές με τον ίδιο τρόπο, με αποτέλεσμα να ξεχνάει ότι κάποτε είχε πάρει μια σχετική απόφαση. Επομένως, οποιοδήποτε πρόβλημα και εάν αντιμετωπίσει το άτομο ουσιαστικά θα προσπαθήσει να το λύσει και να το χειριστεί μέσα στα περιορισμένα όρια που του τέθηκαν από την παιδική του ηλικία. (Simonton, Creighton, 1988).
- Τα αγχωτικά γεγονότα της ζωής συγκλονίζουν το άτομο. Οι έρευνες δείχνουν πως το άγχος πυροδοτεί τον καρκίνο. Συχνά, πολλές αιτίες στρες συσσωρεύονται μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Το άγχος που απειλή το εγώ και την ταυτότητα του ατόμου, ουσιαστικά είναι και το πιο κρίσιμο. Σε αυτά μπορεί να συμπεριληφθούν ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια ενός σημαντικού ρόλου.

- Τα άγχη δημιουργούν προβλήματα στο άτομο και δεν γνωρίζει τον τρόπο να τα χειριστεί. Το άγχος από μόνο του ουσιαστικά δεν είναι αυτό που δημιουργεί το πρόβλημα, αλλά η αδυναμία του ατόμου να το αντιμετωπίσει. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν οι άνθρωποι πρέπει να προσαρμοστούν σε ένα νέο τρόπο ζωής. Αυτοί που εκφράζουν σπάνια τα συναισθήματα τους, δεν μπορούν εύκολα να ξεφύγουν από μια κατάσταση που τους προβληματίζει και αισθάνονται παγιδευμένοι. Κάτι που τους απασχολεί, μπορεί να βελτιωθεί εάν αποφασίσουν να εξωτερικεύσουν το ζήτημα αυτό που τους βάζει σε σκέψεις. (Simonton, Creighton, 1988).
- Το άτομο δυσκολεύεται να βρει νέους τρόπους για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση και με αυτόν τον τρόπο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να βρει κάποια λύση στο πρόβλημα του. Οι άνθρωποι θεωρούν, ότι με το να διαφοροποιήσουν τους κανόνες αντίδρασης τους θα χάσουν την ταυτότητα τους. Σύμφωνα με έρευνες, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο παραδέχονται ότι πριν ασθενήσουν αισθάνονταν αβοήθητοι, δεν μπορούσαν να ελέγξουν τα προβλήματα τους και γι' αυτό τον λόγο παραιτούνταν. Μήνες πριν νοσήσουν από τον καρκίνο, έβλεπαν τους εαυτούς τους σαν <<θύματα>> ανίκανα να αλλάξουν την ζωή τους με τρόπο που θα μπορούσε να λύσει πολλά από τα προβλήματα τους και παράλληλα να μειώσει το άγχος στην ζωή τους. Αυτή η διαδικασία δεν προκαλεί καρκίνο, αλλά επιτρέπει στον καρκίνο να αναπτυχθεί.
- Το άτομο αποστασιοποιείται από το πρόβλημα του και έτσι γίνεται στατικό, άκαμπτο και δεν αλλάζει. Τα άτομα παραιτούνται από την ζωή, δεν έχουν καμιά ελπίδα και η σοβαρή ασθένεια, ή ο θάνατος αποτελούν μια διέξοδο ή μια αναβολή του προβλήματος. Τα άτομα που «θυματοποιούνται» ουσιαστικά είναι εκείνα δίνουν νόημα στα γεγονότα της ζωής που αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει ελπίδα.

Οι ασθενείς δεν έχουν επίγνωση των αρνητικών προσδοκιών που εκφράζουν με την συμπεριφορά και τον φόβο τους για τον καρκίνο. Οι

προσδοκίες του ασθενή καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την δυναμικότητα των φυσιολογικών μηχανισμών άμυνας του οργανισμού. Σύμφωνα με την μελέτη του Καρλ, δείχνει ότι η θετική στάση ήταν η καλύτερη ένδειξη για την μελλοντική ανταπόκριση και θεραπεία από ότι η σοβαρότητα της ασθένειας. . (Simonton, Creighton, 1988 : 95). Έτσι, ασθενείς που είχαν θετική στάση αλλά πολύ άσχημη διάγνωση, τα κατάφεραν καλύτερα από τι ασθενείς με σχετικά ελαφρότερη διάγνωση, αλλά αρνητική στάση. Επιπλέον, ασθενείς που έβλεπαν την θεραπεία τους με πιο θετικό τρόπο, ανέφεραν συχνά ότι μειώνονταν πολλά από τα προβλήματα τους.

Οι ίδιοι παράγοντες που κάνουν ένα άτομο να ζει και ένα άλλο, με πανομοιότυπη διάγνωση και θεραπεία να πεθαίνει , κάνουν επίσης έναν άνθρωπο να παθαίνει καρκίνο και ένα άλλο όχι. Η συχνότητα του καρκίνου στα πειραματόζωα αυξάνεται πολύ όταν εκτίθενται σε συνθήκες στρες . Υπάρχουν ουσιαστικά διαφορετικές αναλογίες καρκίνου ανάμεσα σε ασθενείς που έχουν διαφορετικά διανοητικά και συναισθηματικά προβλήματα. Αυτές οι ενδείξεις υποδηλώνουν σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στις συναισθηματικές καταστάσεις και την ασθένεια. Ο αλληλοσυσχετισμός του νου, του σώματος και των συναισθημάτων μπορεί να προμηθεύσει μια νέα επίγνωση σχετικά με την γενικά αυξανόμενη ευαισθητοποίηση στην ασθένεια και ειδικότερα στον καρκίνο. (Simonton, Creighton, 1988 : 60).

3.6 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τους O.Carl και Stephanie Simonton και τον James L. Creighton, η πορεία της ασθένειας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις συναισθηματικές δοκιμασίες που μπαίνει το ίδιο το άτομο. Ο καθηγητής Πέντεργκρας τονίζει την ενεργοποίηση των ψυχολογικών παραγόντων (στους οποίους περιλαμβάνονται και τα ιδανικά του ασθενή) προς την κατεύθυνση της υγείας. Τόσο οι συναισθηματικές όσο και οι νοητικές καταστάσεις μπορούν είτε να προκαλέσουν, είτε να επιδεινώσουν, αλλά μπορούν επίσης να συνεισφέρουν θετικά στην υγεία. Όπως κάποιος μπορεί να νοσήσει για ψυχοσωματικούς λόγους, με τον ίδιο τρόπο μπορεί να ανατρέψει και να αντιστρέψει την πορεία της αρρώστιας και να γίνει υγιής για τους ίδιους ψυχοσωματικούς λόγους.

Ο Elmer και η Alice Green της κλινικής Μένινγκερ, πρωτοπόροι στο πεδίο της βιοανάδρασης έχουν δημιουργήσει πειράματα στα οποία οι εκπαιδευόμενοι έλεγχαν με την θέληση τους ένα και μοναδικό νευρικό σύστημα. Οι Γκριν πιστεύουν ότι η τεχνική της βιοανάδρασης έχει δείξει ξεκάθαρα την αρχή της φυσιολογίας, ότι δηλαδή κάθε αλλαγή στην οργανική κατάσταση συνοδεύεται από μια αντίστοιχη αλλαγή στη νοητική, συναισθηματική κατάσταση-συνειδητή ή ασυνείδητη-και αντίστροφα, κάθε αλλαγή στη νοητική, συναισθηματική κατάσταση-συνειδητή ή ασυνείδητη-συνοδεύεται από μια αντίστοιχη οργανική κατάσταση. Με άλλα λόγια, ο νους, το σώμα και τα συναισθήματα αποτελούν ενιαίο σύστημα και κατά συνέπεια αν επιδράσεις στο ένα, θα επιδράσεις και στα άλλα. (Simonton, Creighton, 1988 :46).

Οι πάσχοντες πιστεύουν ότι η ιατρική πλησιάζει την πραγματική ανακάλυψη των αιτιών του καρκίνου. Οι γιατροί συνηθίζουν να αναζητούν την δημιουργία του σε εξωτερικούς παράγοντες. Σήμερα, οι άνθρωποι γνωρίζουν ότι ο καρκίνος προκαλείται κυρίως από καρκινογόνες ουσίες ή από γενετική προδιάθεση, ακτινοβολία ή πιθανά και από δίαιτα. Ουσιαστικά, τίποτα από τα παραπάνω δεν δίνει από μόνο του μια επαρκή εξήγηση για το ποιος πεθαίνει από καρκίνο και ποιους όχι.

- Καρκινογόνες ουσίες : Βλαβερές ουσίες που μπορούν να προσβάλλουν γενετική πληροφόρηση στα κύτταρα και να παράγουν καρκίνο. Σύμφωνα

με στατιστικά στοιχεία, υπάρχει αύξηση στην συχνότητα του καρκίνου λόγω της έκθεσης των ανθρώπων σε αυτές τις ουσίες, αλλά μεγάλος αριθμός ατόμων που εκτίθενται σε αυτές δεν προσβάλλονται από την ασθένεια, ενώ άλλοι που δεν εκτίθενται σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα επιβλαβών ουσιών προσβάλλονται από την νόσο.

- Γενετική προδιάθεση: Μια μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο της Ουάσινγκτον από τον Δρ. Βέρνον Ράιλι πάνω σε ένα ιδιαίτερο είδος ποντικών που εκτράφηκε ειδικά για την πειραματική έρευνα του καρκίνου, ανέδειξε ότι το 92% των ποντικών που βρισκόταν σε περιβάλλον έντασης ανέπτυξαν πραγματικά καρκίνο, ενώ μόνο το 7% των ποντικών που ήταν ελεύθερα από ένταση έπαθαν το ίδιο. Έτσι, ενώ όλοι οι ποντικοί είχαν γενετική προδιάθεση στον καρκίνο, η ανάπτυξη της ασθένειας ουσιαστικά παρουσιάστηκε περισσότερο στο περιβάλλον με την αυξημένη ένταση.
- Ακτινοβολία : Η ακτινοβολία αποτελεί αίτιο του καρκίνου, διότι μπορεί να προκαλέσει μεταλλάξεις στα κύτταρα που στην συνέχεια αναπαράγονται και δημιουργούν τον καρκίνο. Δεν υπάρχει όμως κάποιος ερευνητής που θα μπορούσε να υποστηρίξει ότι η ακτινοβολία είναι ουσιαστικά ο κύριος παράγοντας της πρόκλησης του καρκίνου, καθώς η λεγόμενη κοσμική ακτινοβολία βομβαρδίζει την γη συνεχώς και όλα τα μέρη του πλανήτη υφίστανται την μορφή αυτή της ακτινοβολίας, κάτι που δεν εξηγεί τις μεγάλες διαφορές σε συχνότητα και τύπο καρκίνου ανάμεσα στις διάφορες χώρες . Αν η ακτινοβολία ήταν σημαντικός παράγοντας της δημιουργίας του καρκίνου, τότε τα αποτελέσματα της θα έπρεπε να ήταν σχετικά παρόμοια σε όλες τις χώρες.
- Διατροφή : Ο καρκίνος μπορεί να δημιουργηθεί ευκολότερα σε κάποιον που υπερτρέφεται. Υπάρχουν ομάδες πληθυσμών πάνω στους οποίους έχει γίνει μελέτη και έχει διαπιστωθεί ότι η τροφή από μόνη της δεν μπορεί να αποτελέσει μια και μοναδική αιτία για τον καρκίνο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη που έγινε ανάμεσα σε παρανοϊκούς και

κατατονικούς ασθενείς. Η συχνότητα του καρκίνου σε αυτούς τους ασθενείς είναι συχνότερη από αυτήν του υπόλοιπου πληθυσμού. Η σχέση που έχει η διατροφή με την συχνότητα του καρκίνου στις παραπάνω περιπτώσεις είναι η ακόλουθη. Στα ιδρύματα που διαμένουν οι δύο τύποι αυτών των ασθενών, έχουν την ίδια διατροφή, εάν και παρουσιάζουν τεράστιες διαφορές στην συχνότητα του καρκίνου. Η διατροφή τους είναι πανομοιότυπη με αυτή των Αμερικάνων, αλλά ο καρκίνος εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά στους δυο τύπους αυτών των ασθενών παρά στον συνολικό πληθυσμό. Η εξήγηση στο πρόβλημα έχει να κάνει μάλλον περισσότερο με την ψυχολογία αυτών των ατόμων και λιγότερο με την φύση της διατροφής τους.

Καμιά από αυτές τις θεωρίες δε μπορεί να ερμηνεύσει εντελώς τα αίτια που προκαλούν τον καρκίνο. Ένα μέρος αυτών των θεωριών σχετίζεται με τις αιτίες της ασθένειας, την καταστολή της φυσιολογικής άμυνας του οργανισμού εναντίον της ασθένειας. (Simonton, Creighton, 1988).

3.7 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι καρκινοπαθείς να συνεχίζουν να εργάζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου, προκειμένου να μην ξεφεύγουν από την καθημερινότητα τους. Η ασθένεια του καρκίνου συμβάλει αρνητικά στην εργασία. Οι άνθρωποι που κάνουν θεραπεία κατά του καρκίνου τις περισσότερες φορές αισθάνονται εξαντλημένοι. Η εξάντληση αποτελεί ένα κοινό χαρακτηριστικό των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία και έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην συγκέντρωσή τους, όσο και στο συναισθηματική και φυσική λειτουργία των ασθενών. Όλη αυτή η εξάντληση που βιώνουν έχει αρνητική επίδραση στην ζωή τους. Μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στην ψυχοκοινωνική, οικονομική ευημερία και στους ίδιους τους πάσχοντες αλλά και στους ανθρώπους γύρω τους. (www.bestrong.org.gr).

Οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο στάδιο της θεραπείας νιώθουν τόσο σωματικά όσο και διανοητικά κουρασμένοι. Η διανοητική κούραση περιλαμβάνει κυρίως την απώλεια μνήμης και την αδυναμία συγκέντρωσης. Σύμφωνα με το Αντικαρκινικό-Ογκολογικό νοσοκομείο Αθηνών Άγιος Σάββας μια αμερικανική έρευνα έδειξε ότι η εξάντληση είναι κοινή μεταξύ των ασθενών που κάνουν χημειοθεραπεία. Η μελέτη έδειξε ότι:

- 76% των ασθενών αποδείχθηκε ότι νιώθουν έντονη εξάντληση, μερικές μέρες κάθε μήνα και κυρίως κατά το διάστημα που κάνουν χημειοθεραπείες.
- 30% νιώθουν κουρασμένοι σε καθημερινή βάση.
- 91% ήταν τα άτομα αυτά που λόγω της έντονης εξάντλησης που νιώθουν, χάνουν την λειτουργικότητά τους στην καθημερινή τους ζωή.
- 88% έδειξε ότι η κούραση που πηγάζει από την ασθένεια προκάλεσε αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή.
- Από τους ασθενείς που δούλευαν το 75% διαφοροποίησε τον τρόπο που εργάζονταν, λόγω της εξάντλησης που ένιωθε.
- 65% των ασθενών έδειξε ότι η εξάντληση που βίωναν τους έκανε να είναι μια μέρα την εβδομάδα εκτός εργασίας, δηλαδή μέσο όρο 4,5 ημέρες τον μήνα.

Αυτά τα αποτελέσματα στηρίζονται σε μια αμερικανικής έρευνας που διαπίστωσε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εξάντλησης ως παρενέργεια μετά τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοβολία και τη χημειοθεραπεία. Σύμφωνα με το Αντικαρκινικό-Ογκολογικό νοσοκομείο Αθηνών Άγιος Σάββας μια έρευνα στην Μεγάλη Βρετανία έδειξε ότι ο καρκίνος έχει επιπτώσεις στην εργασία των ανθρώπων:

Ποιότητα εργασίας

- 41% είπαν ότι η εργασία τους είχε επιδεινωθεί ως αποτέλεσμα του καρκίνου.
- 42% είπαν ότι δεν αντιλήφθηκαν κάποια αλλαγή.
- 12% είπαν ότι η καθημερινή ζωή τους στην εργασία έχει βελτιωθεί από τότε που διαγνώστηκαν με την νόσο του καρκίνου

Ικανότητα & δεξιότητες

- 50% είπαν ότι δεν είχαν καμία αλλαγή στη ικανότητά τους να κάνουν την εργασία τους ως αποτέλεσμα του καρκίνου.
- 5 % είπαν ότι η ικανότητα τους στα εργασιακά τους καθήκοντα είχε καλυτερεύσει.
- 41% είπαν ότι αισθάνονταν λιγότερο ικανοί να ανταπεξέλθουν στα εργασιακά τους καθήκοντα.

Καριέρα

- 37% είπαν ότι η καριέρα τους χειροτέρευσε.
- 54% είπαν ότι δεν υπήρξε κάποια αλλαγή
- 4% είπαν ότι είχε διαφοροποιηθεί προς το καλύτερο

Οικονομικά

- 36% αντιμετώπισαν σημαντικά οικονομικά προβλήματα
- 38% των γυναικών και 31% των ανδρών.

Οι υπάλληλοι που δεν είχαν οι εναλλακτικές ρυθμίσεις εργασίας, κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία του καρκίνου, ήταν μέχρι 15 φορές πιθανότερο να αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες.

Μειονότητα από τις απαντήσεις της έρευνας στην Βρετανία αναφέρθηκαν στην έλλειψη οργάνωσης:

- 2% είπαν ότι βίωσαν διάκριση, ειδικότερα οι γυναίκες ανέφεραν κυρίως μόνο

αυτό.

- 6% είπαν ότι δεν πήραν προαγωγή, εκ των οποίων το 3% ήταν γυναίκες και το 4% άνδρες.
- 7% ότι διαφοροποιήθηκαν οι απαιτήσεις στην εργασία τους χωρίς συμφωνία, εκ των οποίων το 9% ήταν γυναίκες και το 5% άνδρες.
- 2% είχε αισθανθεί έντονη πίεση για να παραιτηθούν, εκ των οποίων το 6% ήταν γυναίκες και το 2% άνδρες.

Τα διαθέσιμα αυστραλιανά ερευνητικά συμπεράσματα είναι σύμφωνα με τις διεθνείς μελέτες. Περίπου 43% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι οι συνθήκες της εργασίας τους χειροτέρεψαν ως αποτέλεσμα του καρκίνου. Εντούτοις, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ανθρώπων που επιστρέφουν στην εργασία (15%) και των φροντιστών (27,8%) ανέφερε ότι αντιμετωπίστηκαν άδικα από τους εργοδότες τους. Μια δυτική αυστραλιανή μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διάκριση σε αυτόν τον τομέα είναι η εξαίρεση παρά ο κανόνας ,αλλά ότι υπάρχει.

(www.bestrong.org.gr).

3.8 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την μη κερδοσκοπική οργάνωση MEINE ΔΥΝΑΤΟΣ, την πενταετία 2000-2005 πέθαναν από τον καρκίνο στην Ελλάδα, 148.712 άνθρωποι, κατά μέσο όρο 29.742 άνθρωποι, όσος ο πληθυσμός μια μικρής πόλης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένας στους τρεις ανθρώπους κατά την διάρκεια της ζωής του θα έρθει αντιμέτωπος με τον καρκίνο. Οι προβλέψεις για το 2010 ήταν ότι ο καρκίνος θα είναι η πρώτη αιτία θανάτου, ξεπερνώντας τις καρδιοπάθειες και τα εγκεφαλικά. Σύμφωνα με την Διεθνή Υπηρεσία Μελέτης του Καρκίνου(IARC)το 85% με 90% των καρκίνων θα ήταν ιάσιμοι, εάν ανιχνεύονταν στο στάδιο I.

Πολλές μορφές καρκίνου μπορούν να θεραπευτούν, παρόλο που η πλειοψηφία των ατόμων θεωρεί τον καρκίνο ως μια ανίατη νόσο που οδηγεί στον θάνατο. Επιστημονικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι περίπου επτά στους δέκα ανθρώπους με καρκίνο ζουν σήμερα φυσιολογικά και για πολλά χρόνια, σε σύγκριση με τους τέσσερις στους δέκα που επιβίωναν από τη νόσο πριν από μερικές δεκαετίες. Παγκοσμίως υπάρχουν 25.000.000 επιζώντες του καρκίνου, εκ των οποίων τα 12.000.000 στην Αμερική.

Μια μεγάλη μερίδα Μ.Μ.Ε παρουσιάζουν τον καρκίνο ως μια "επάρατη νόσο" ή «ανίατη ασθένεια» κάτι που τρομοκρατεί ιδιαίτερα τον κόσμο , τον παραπληροφορεί και στιγματοποιεί τους ασθενείς κάνοντας τους με αυτόν τον τρόπο να έχουν να αντιμετωπίσουν και την κοινωνία πέρα από την μοναχικότητα που τους δημιουργεί η ίδια η αρρώστια. (www.bestrong.org.gr). Μια ασθένεια όπως όλες οι άλλες που έχει κανονικότατο όνομα, αναφέρεται συχνά με μια φράση που κρύβει μέσα της έναν απέραντο τρόμο. Είναι απαραίτητο να αποφεύγονται οι χαρακτηρισμοί όπως « επάρατος νόσος » ή «μάστιγα του αιώνα» διότι λόγω αυτού πολλοί άνθρωποι αποφεύγουν την επίσκεψη τους στον γιατρό, όταν έχουν κάποια έντονη ενόχληση, γιατί τους δημιουργείται ενδόμυχα ο φόβος ότι η διάγνωση μπορεί να δείξει κάτι «επάρατο» ή και οι πάσχοντες αρνούνται να ακολουθήσουν την θεραπεία, κλείνονται στον εαυτό τους θεωρώντας ότι δεν θα μπορούν να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και θα οδηγηθούν στον θάνατο. (www.bestrong.org.gr).

Επειδή ο καρκίνος είναι μια τρομερή ασθένεια, μόλις κάποιος διαγνωστεί με αυτήν η πλειοψηφία του κόσμου αντιμετωπίζει το πάσχων σαν η αρρώστια του να αποτελεί το ιδιάζον χαρακτηριστικό του ατόμου. Το άτομο μπορεί να έχει πολλούς ρόλους στην ζωή του, όπως γονιός, εραστής και αφεντικό και άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά όπως γοητεία, νοημοσύνη, αίσθηση του χιούμορ, αλλά από κείνη την στιγμή και έπειτα αυτός ή αυτή αποκτά την ταυτότητα του «καρκινοπαθή» με τον τρόπο αυτό χάνεται η πλήρης ταυτότητα του ατόμου. Αυτό που συνειδητοποιεί κανείς, συμπεριλαμβανόμενου και του γιατρού είναι ότι η θεραπεία ουσιαστικά του καρκίνου δίνει έμφαση στον σωματικό παράγοντα , δηλαδή στοχεύει στον ασθενή σαν σώμα και όχι σαν άτομο. (www.bestrong.org.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

4.1 ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ξεκινώντας να μελετούμε τον γυναικείο καρκίνο και την ψυχολογία των ασθενών, παρατηρούμε ότι τα βασικά είδη καρκίνου τα οποία εμφανίζονται κατ' αποκλειστικότητα στις γυναίκες, είναι ο γυναικολογικός καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού.

Αναφέροντας τον γυναικολογικό καρκίνο, εννοούμε το είδος εκείνο του καρκίνου που αφορά κυρίως το γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Κάποια βασικά παραδείγματα είναι :

1. Ο καρκίνος του κόλπου, ο οποίος δεν εμφανίζει πόνο και το βασικό του σύμπτωμα είναι η κολπική υπέκριση.
2. Ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας, κατά τον οποίο παρατηρούμε αιμορραγία μετά την επαφή, έντονο πόνο, ενοχλήσεις από το έντερο και δυσσομία στην κολπική υπέκριση.
3. Ο καρκίνος των σαλπίγγων με βασική του αντιμετώπιση η ριζική υστερεκτομή.
4. Ο καρκίνος των ωοθηκών, που λόγω της έλλειψης ενδεικτικών συμπτωμάτων οδηγεί τις ασθενείς σε καθυστερημένη διάγνωση με αποτέλεσμα πολλές φορές οι όγκοι να γίνονται ανεγγείρητοι.
5. Ο καρκίνος του αιδοίου, ο οποίος εμφανίζεται με συμπτώματα όπως αυτά του έντονου κνησμού και πόνου. (B Γυναικολογική κλινική νοσοκομείου « Ο Άγιος Σάββας» , 1979).

Τα είδη του καρκίνου που σχετίζονται με το γεννητικό σύστημα κρύβουν τον κίνδυνο της μη έγκαιρης διάγνωσης, λόγω των περίπλοκων συμπτωμάτων που πολλές φορές δείχνουν φυσιολογικά και λόγω της

αμέλειας των γυναικών για τον καθιερωμένο γυναικολογικό έλεγχο (ΤΕΣΤ Παππανικολάου). Επίσης η επικινδυνότητα των συγκεκριμένων ειδών καρκίνου σχετίζεται με τις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή τους, όπως και με τις εγχειρίσεις μέσω των οποίων μπορεί να προκληθεί, ανεπανόρθωτη βλάβη στο γεννητικό σύστημα με αποτέλεσμα την αδυναμία της ασθενούς να τεκνοποιήσει, κάτι το οποίο πολλές φορές επηρεάζει την ψυχολογία της ίδιας αλλά και τις σχέσεις με τον σύντροφό της. (B Γυναικολογική κλινική νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», 1979).

Ο δημοφιλέστερος γυναικείος καρκίνος όμως, για τον οποίο έχει οργανωθεί ισχυρή κινητοποίηση και ενημέρωση είναι ο καρκίνος του μαστού. Οι μαστοί αναπτύσσονται στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της ήβης, την ίδια περίοδο που αρχίζουν να παράγονται οι γυναικείες ορμόνες από τις ωοθήκες. Ο μαστός αποτελείται από 15-20 λόβια και μικρότερα λαβίδια τα οποία περιέχουν αδένες που παράγουν το μητρικό γάλα. Ο ρόλος του μαστού λοιπόν είναι να παράγουν γάλα και για το λόγο αυτό περιέχουν πολλούς, διαφορετικούς ιστούς και κύτταρα. Ο καρκίνος του μαστού, αναπτύσσεται από τα αδενικά κύτταρα των πόρων, του μαστού και των λαβιδίων. (www.almazois.gr).

Παρά όλα αυτά όμως, κάθε διόγκωση του μαστού δεν σημαίνει απαραίτητα καρκίνο, διότι υπάρχουν εκτός από κακοήθεις και καλοήθεις όγκοι, οι οποίοι δεν επεκτείνονται και ύστερα από την εγχείρηση δεν επανεμφανίζονται. Αντίθετα οι κακοήθεις όγκοι που συνεπάγονται τον καρκίνο του μαστού, μπορούν να δώσουν μεταστάσεις και σε άλλα όργανα με αποτέλεσμα να χρειάζεται χειρουργική επέμβαση ώστε να αφαιρεθεί. Πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκίνος του μαστού στα αρχικά του στάδια δεν είναι ορατός και δεν προκαλεί πόνο. Τα συνήθη του συμπτώματα είναι η διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων, η αλλαγή στο χρώμα του δέρματος του μαστού και σε κάποιες περιπτώσεις εκκρίσεις υγρών από τους μαστούς (www.almazois.gr).

Όσον αφορά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, ο αρχικός στόχος είναι η αφαίρεση των ορατών σημείων της νόσου. Το πρώτο βήμα λοιπόν για την

αντιμετώπιση της νόσου είναι η εγχείρηση. Στη συνέχεια και κατά την μετεγχειρητική φάση, η ασθενής θα χρειαστεί να κάνει μια από τις παρακάτω θεραπείες.

1. **Ακτινοθεραπεία**, που χορηγείται ως συμπλήρωμα των χειρουργικών επεμβάσεων.
2. **Χημειοθεραπεία**, η οποία χορηγείται σχεδόν σε όλους τους τύπους καρκίνου και έχει ως στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.
3. **Ορμονοθεραπεία**, που μπορεί να χορηγηθεί αν οι υποδοχείς των ορμονών είναι θετικοί και συνήθως έχει λιγότερες παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία. (www.almazois.gr).

Τέλος, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο είδος καρκίνου που εμφανίζεται στις γυναίκες του δυτικού κόσμου και υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες έχει προσβληθεί από το συγκεκριμένο είδος καρκίνου. Για το λόγο αυτό, γίνονται συχνά εκστρατείες ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού για τα συμπτώματα και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων όπως και συλλόγων, ιδρυμένων καθαρά για αυτό το σκοπό. Περισσότερες από αυτές γίνονται την ημέρα που έχει οριστεί ως η παγκόσμια ημέρα κατά του καρκίνου του μαστού, η οποία είναι η 25^η Οκτωβρίου. (www.almazois.gr).

4.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Όσον αφορά την ψυχολογία των γυναικών οι οποίες πάσχουν από καρκίνο, μπορούμε να δούμε ότι πρόκειται για μια εξαιρετικά ιδιαίτερη περίπτωση. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο ζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την πρώτη διάγνωση, οι ασθενείς ταλαιπωρούνται αρκετά από τις συνεχείς χημειοθεραπείες και από το στρες που προκαλεί η απρόβλεπτη φύση της ασθένειας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ψυχολογία των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας, το στάδιο της ασθένειας, την εθνικότητα αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο. Πολλές από τις ασθενείς πάντως, έχουν καταφέρει να μετουσιώσουν το στρες της δύσκολης αυτής ασθένειας σε μια σημαντική εμπειρία με θετικό νόημα για τη ζωή τους. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot, 2010).

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις γυναικών οι οποίες λόγω του καρκίνου, βιώνουν ψυχολογική εξάντληση η οποία εκδηλώνεται με καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως η αυπνία, η αδυναμία συγκέντρωσης, η απώλεια της όρεξης, η αυξημένη χρήση αλκοόλ και ηρεμιστικών, οι αυτοκτονικές σκέψεις, η σεξουαλική δυσλειτουργία και η διατάραξη των καθημερινών δραστηριοτήτων (Livine, Brown, rooki, Roberts Browne, 1991). κ Γενικά η κατάθλιψη στις καρκινοπαθείς γυναίκες γίνεται αντιληπτή ως το αποτέλεσμα των παρενεργειών της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου. Μία ακόμα επίδραση της νόσου στην ψυχολογία της γυναίκας, είναι η εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Μια δύσκολη εμπειρία όπως ο καρκίνος, κατά την οποία κινδυνεύει η ίδια η ζωή, μπορεί να δημιουργήσει στην ασθενή αυξημένο στρες, όταν εκτεθεί σε περιβάλλοντα που της θυμίζουν τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Ακόμα ο φόβος του θανάτου μπορεί να εμφανιστεί, μέσω επαναλαμβανόμενων ενοχλητικών αναμνήσεων, ονείρων σχετικών με το φόβο της υποτροπής και σωματικών αντιδράσεων. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot, 2010).

Μελετώντας την σχετική βιβλιογραφία, διαπιστώνουμε επίσης ότι η σημαντικότερη ίσως επίδραση του γυναικολογικού καρκίνου στην ψυχολογία της

ασθενούς αναφέρεται σε προβλήματα της ερωτικής ζωής, σε μεταβολές του ρόλου της στην οικογένεια και σε δυσκολίες στην επαγγελματική ζωή οι οποίες πηγάζουν από τις συνεχείς και επί μακρόν αναρρωτικές άδειες, μέσω των οποίων νιώθει ανεπαρκής στο να εξασκήσει το επάγγελμα της όπως παλιά. Σε σχέση με την ερωτική ζωή μετά τον καρκίνο, έρευνες μας δείχνουν ότι δεν μεταβάλλεται σε μεγάλο βαθμό. Παρ' όλα αυτά, λόγω του άγχους της ασθένειας αλλά και διαφόρων βιολογικών παραγόντων, όπως η παρέμβαση στην ορμονική λειτουργία της γυναίκας. Μπορεί να οδηγηθεί σε μείωση της σεξουαλικής διάθεσης. Ένας εξίσου σημαντικός λόγος που οδηγεί στη μείωση της σεξουαλικότητας της γυναίκας είναι η μαστεκτομή, και τα έντονα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία συνεπάγεται ο ακρωτηριασμός ενός οργάνου που υποδηλώνει έντονα τη γυναικεία φύση. Σύμφωνα με τις κοινωνικές έρευνες που έχουν γίνει πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα της προσαρμογής μετά τον καρκίνο, υπάρχουν αρκετές ομοιότητες σε γυναίκες από διαφορετικά εθνοπολιτιστικά πλαίσια. Ωστόσο διαπιστώνουμε ότι οι Αφρικανές είναι ποιο εναλλακτικές στα πρότυπα ομορφιάς και ελκυστικότητας απ' ό,τι οι λευκές. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot, 2010).

Πάντως, καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος έχει η ανοιχτή επικοινωνία με το σύντροφο με σκοπό την άρση των αναστολών του πάνω στο σεξουαλικό κομμάτι της σχέσης και στη διασφάλιση ικανοποιητικών σχέσεων. Είναι προφανές ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει αρκετά το ζευγάρι και να ασχοληθεί με το φόβο απόρριψης που αντιμετωπίζει η ασθενής σε τέτοιες περιπτώσεις.

4.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ.

Εκτός από την επίδραση που μπορεί να έχει ο καρκίνος στην ψυχολογία της ίδιας της γυναίκας που πάσχει, μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον σύντροφο αλλά και τα παιδιά της.

Σύμφωνα με την ερευνητική βιβλιογραφία η διάγνωση του καρκίνου στη γυναίκα μπορεί να δημιουργήσει έντονο άγχος στο σύντροφο, ο οποίος νιώθοντας πως δεν είναι προετοιμασμένος να βοηθήσει τη γυναίκα του, εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα και δυσκολία προσαρμογής στη νέα κατάσταση. Ακόμη μετά την εγχείρηση της γυναίκας τους, οι σύζυγοι αντιμετωπίζουν έντονη μετεγχειρητική δυσφορία και σεξουαλική απομάκρυνση από τις γυναίκες τους. Οι συνήθεις φόβοι των συζύγων των οποίων η γυναίκα πάσχει είναι κυρίως, η διαχείριση του άγχους τους σε περίπτωση αρνητικής έκβασης του καρκίνου, η προσαρμογή τους στη νέα κατάσταση ύστερα από τη διάγνωση του καρκίνου, ο τρόπος επικοινωνίας με την ασθενή για θέματα που αφορούν την ασθένεια και ο φόβος της έλλειψης βοήθειας στη σύζυγο σε συναισθηματικό επίπεδο. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot, 2010). Φυσικά ο φόβος της υποτροπής είναι κάτι που εκτός από την ασθενή, επηρεάζει και το σύντροφό της, όμως η μακροπρόθεσμη προσαρμογή του στην κατάσταση, δείχνει ότι μπορεί να δέσει το ζευγάρι και να βοηθήσει στο να αποκτήσουν μαζί μια σημαντική εμπειρία για την μετέπειτα ζωή τους. Σύμφωνα πάντως με τις ίδιες τις γυναίκες που έχουν βιώσει την εμπειρία του καρκίνου, καθοριστικό ρόλο στην ομαλή ανάρρωσή τους παίζει η υποστήριξη που λαμβάνουν από το σύντροφο. Η υποστήριξη αυτή αποδεδειγμένα προσφέρει μεγαλύτερη βοήθεια στην ασθενή από την υποστήριξη του οικογενειακού ή φιλικού της περιβάλλοντος. Πρόκειται για τη συναισθηματική υποστήριξη που δέχεται η πάσχουσα, η οποία συνεπάγεται τη συζήτηση και την ενθάρρυνσή της όπως και την πρακτική υποστήριξη, η οποία συνεπάγεται την ανάληψη πρωτοβουλιών από το σύντροφο στο να φέρει εις πέρας ο ίδιος εργασίες της συντρόφου του (πχ. Καθάρισμα του σπιτιού από τον ίδιο κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης). Τη μεγαλύτερη σημασία πάντως για τις γυναίκες έχει το να υπάρχει η ερωτική έλξη από το σύντροφο έπειτα από το μετεγχειρητικό

στάδιο, γεγονός που βελτιώνει την αυτοεκτίμηση της όπως και την επικοινωνία στις σχέσεις του ζευγαριού. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot, 2010).

Αναλύοντας την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού, και τον τρόπο με τον οποίο βιώνει τον καρκίνο της μητέρας, διαπιστώνουμε ότι οι αντιδράσεις των παιδιών ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία τους και το γνωστικό τους υπόβαθρο. Τα παιδιά τα οποία βρίσκονται σε νηπιακή ηλικία, συνήθως δεν καταλαβαίνουν ακριβώς την κατάσταση και επηρεάζονται από την απώλεια διαφόρων καθημερινών ενεργειών τις οποίες έχουν συνηθίσει να βλέπουν να εκτελούνται από τη μητέρα. Τα παιδιά γύρω στα 7 με 8 χρόνια καταβάλλονται από το φόβο του θανάτου της μητέρας και μπορεί να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης ή θυμού και επιθετικότητας. Μεγάλο ρόλο στην ψυχολογία τους, έχει η αλλαγή στην εμφάνιση της μητέρας τους την οποία βιώνουν. Τα παιδιά από 10 έως 13 ετών ενδιαφέρονται κυρίως για τον αντίκτυπο τον οποίο μπορεί να έχει η ασθένεια στα ίδια, όπως στιγματισμός από τον περίγυρο και τις παρέες τους. Για το λόγο αυτό, μια καλή πρακτική θα ήταν τα παιδιά στην ηλικία αυτή, να έχουν κάποια επικοινωνία και ενημέρωση από γιατρούς και νοσηλευτές. Όσον αφορά τους εφήβους, αυτοί βιώνουν το βάρος της φροντίδας της μητέρας τους, καθώς ουσιαστικά «επιστρέφουν» στο σπίτι σε μια περίοδο που θα ήθελαν να ανεξαρτητοποιηθούν. Επίσης τα κορίτσια βιώνουν σε μεγάλο βαθμό το φόβο του δικού τους θανάτου από πιθανή «κληροδότηση» του καρκίνου της μητέρας τους στις ίδιες. Μέσω ερευνών πάντως διαπιστώνουμε ότι οι κόρες οι οποίες με τη θέλησή τους συμπαραστέκονται στη μητέρα, αποκτούν μια καλύτερη σχέση μαζί της και συμβάλλουν στην καλύτερη ψυχολογία της κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αντίθετα τα παιδιά τα οποία βιώνουν τη φροντίδα της μητέρας ως «βάρος» εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη, επιβαρυσμένη ψυχολογία ή και επιθετικότητα. Τα παιδιά τα οποία μπαίνουν στη θέση της μητέρας, συνήθως είναι πολύ πιο εξυπηρετικά από εκείνα που αποφεύγουν την κατάσταση. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot 2010).

Σε περίπτωση που η ασθένεια φτάσει σε καταληκτικό στάδιο, τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα θυμού, κατάθλιψης και αλλαγής στη συμπεριφορά σε μεγάλο βαθμό. Ακόμη οι φάσεις της ασθένειας, όπως οι συχνές υποτροπές είναι δυνατόν να εξαντλήσουν ψυχολογικά το παιδί. Για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει ενημέρωση του από τους γιατρούς και το συγγενικό περιβάλλον για την κατάστασή και συζήτηση και υποστήριξη του παιδιού από ειδικό ψυχικής υγείας

για την αποδοχή του θανάτου της μητέρας. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται μια καλύτερη προσαρμογή του παιδιού στη νέα κατάσταση. Τέλος, πρέπει να αντιμετωπιστεί η προσκόλληση του παιδιού στον εναπομείναντα γονέα, μετά το θάνατο της μητέρας, κάτι που θα γίνει με την υποστήριξη του οικογενειακού δικτύου για την ελάφρυνση του γονέα που φροντίζει το παιδί.

Γενικότερα, για να αντιμετωπίσουν τα παιδιά τον καρκίνο της μητέρας τους, υπάρχουν κάποιες παρεμβάσεις όπως: 1. Η αξιολόγηση της κοινωνικής και συναισθηματικής προσαρμογής του παιδιού στον καρκίνο της μητέρας, 2. Η λήψη πληροφοριών για τα αναπτυξιακά ζητήματα του παιδιού τα οποία μπορεί να διευκολύνουν ή να δυσκολέψουν την προσαρμογή του παιδιού στην ασθένεια, 3. Να βοηθηθεί το ζευγάρι να δει την ασθένεια από την οπτική γωνία του παιδιού και 4. Η υιοθέτηση μιας κοινής προσέγγισης του ζευγαριού απέναντι στους φόβους και στους προβληματισμούς του παιδιού σε σχέση με την ασθένεια. Γενικά, ο καλύτερος τρόπος να διαχειριστεί την ασθένεια το παιδί αλλά και το ζευγάρι, είναι η επικοινωνία. Η γνώση της κατάστασης όπως ακριβώς είναι και η συμπεριφορά που θα δείξει το ζευγάρι ως προς αυτή, είναι καθοριστικές για την ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο γεγονός. (Karen Kayser, Jennifer L. Scot, 2010).

Κλείνοντας και όσον αφορά τη διαχείριση της ασθένειας από το ζευγάρι, καθοριστική σημασία έχει η προσωπικότητα των συντρόφων, όπως και το είδος της σχέσης. Ένας σύντροφος ο οποίος είναι σίγουρος για τον εαυτό του και για τη σχέση του θα προσφέρει μεγαλύτερη φροντίδα και υποστήριξη από έναν σύντροφο ο οποίος, προσκολλημένος στη σχέση του εκδηλώνει αγχώδεις συμπεριφορές προσπαθώντας να κρατήσει το ταίρι του στη ζωή. Σημαντικής σημασίας επίσης, είναι και το γεγονός να μπορούν τα ζευγάρια να συζητούν ευαίσθητα θέματα, όπως τους φόβους τους και να έχουν μια καλή επικοινωνία κατά τη δύσκολη φάση της ασθένειας έτσι ώστε να κατανοούν ο ένας τα συναισθήματα του άλλου.

4.4 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ο καρκίνος σε αυτή την ηλικία παραμένει πρώτη αιτία θανάτου. Παρότι οι γιατροί έχουν στα χέρια τους νέες θεραπευτικές μεθόδους ένα στα τρία παιδιά που προσβάλλονται από καρκίνο ή λευχαιμία δεν καταφέρνουν να επιβιώσουν. Η νόσος εκδηλώνεται συχνότερα σε ηλικίες 3-9 ετών. (<https://medlook.net>). Στη χώρα μας, 280-300 παιδιά προσβάλλονται κάθε χρόνο από καρκίνο, κυρίως από λευχαιμία. Οι κυριότερες μορφές παιδικού καρκίνου είναι οι λευχαιμίες, οι εγκεφαλικοί όγκοι και τα λεμφώματα.

Ασυνήθιστα σημεία ή συμπτώματα.

- Εμφάνιση όγκου σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος.
- Απώλεια ενεργητικότητας του παιδιού.
- Απότομες αλλαγές στη συμπεριφορά του .
- Ανεξήγητη χλωμάδα.
- Ξαφνική εμφάνιση μωλώπων στο παιδί.
- Πυρετός
- Επαναλαμβανόμενες μολύνσεις
- Πρόβλημα στην ισορροπία του παιδιού.

ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Ο πιο συνηθισμένος καρκίνος στην παιδική ηλικία είναι η λευχαιμία, μια νόσος που προσβάλλει τα κύτταρα που παράγονται στον μυελό των οστών. Τα κύτταρα μας ομαδοποιούνται σε 3 κυρίως κατηγορίες: τα ερυθρά αιμοσφαίρια που είναι απαραίτητα για τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς και για την ευεξία του ατόμου, τα λευκά αιμοσφαίρια (πολυμορφοπύρρηνα και λεμφοκύτταρα, απαραίτητα για την άμυνα του οργανισμού και την αντιμετώπιση των λοιμώξεων) και τα αιμοπετάλια που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος. Όταν ένα παιδί διαγνωστεί με λευχαιμία, στο μυελό των οστών του παρατηρείται υπερπαραγωγή παθολογικών λευκών αιμοσφαιρίων που δεν λειτουργούν φυσιολογικά. Αυτά τα κύτταρα στην πορεία κατακλύζουν τον μυελό των οστών και παρεμποδίζουν την παραγωγή των φυσιολογικών κυττάρων που αναφέραμε παραπάνω (ερυθρά αιμοσφαίρια, λευκά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια). Ως αποτέλεσμα, όσο ο αριθμός των φυσιολογικών κυττάρων μειώνεται τόσο κάνουν την εμφάνιση τους διάφορα συμπτώματα

(ωχρότητα, αναιμία, κούραση, πυρετός, λοιμώξεις, αιμορραγικές εκδηλώσεις, πόνος, διόγκωση, λεμφαδένων). Καταρχήν πρέπει να αποσαφηνιστεί ότι η λευχαιμία δεν είναι μία αλλά κατατάσσεται σε πολλές υποκατηγορίες. Το κοινό στοιχείο είναι ότι πρόκειται πάντοτε για λευκά αιμοσφαίρια που έχουν εξαλλαγεί προς κακοήθη κύτταρα και πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Αρχικά διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την οξεία και τη χρόνια. Η Οξεία λευχαιμία- εξελίσσεται γρήγορα, αφορά ανώριμα κύτταρα ("βλάστες") που πολλαπλασιάζονται ταχύτατα, συσσωρεύονται σε όργανα και ιστούς προκαλώντας έντονα συμπτώματα. Αντίθετα, στην χρόνια λευχαιμία τα συμπτώματα γενικά αργούν να εκδηλωθούν, τα ώριμα κύτταρα που εξαλλάσσονται συνεχίζουν να διατηρούν έστω μέρος της λειτουργικότητάς τους και πολλαπλασιάζονται άτακτα μεν αλλά αργά. (<https://medlook.net/>).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Οι εγκεφαλικοί όγκοι είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στα παιδιά μετά από τη λευχαιμία. Κάθε φορά που ένα περιστατικό λευχαιμίας ή καρκίνου συμβαίνει σε ένα παιδί, ένα από τα πιο βασανιστικά ερωτήματα που απασχολεί τους γιατρούς του παιδιού, είναι το τι έχει προκαλέσει τη φοβερή αυτή ασθένεια. (<https://medlook.net>).

Οι αιτίες που έχουν συσχετισθεί με την πρόκληση του παιδικού καρκίνου, περιλαμβάνουν τους κληρονομικούς, γενετικούς, περιβαλλοντικούς και μολυσματικούς παράγοντες. Οι μολυσματικοί παράγοντες, όπως η προσβολή των παιδιών από ιούς έχουν συσχετισθεί με τη γένεση της λευχαιμίας. Νέα δεδομένα που προέκυψαν από πρόσφατες έρευνες, έρχονται να υποστηρίξουν την άποψη ότι η προσβολή των παιδιών από ορισμένους ιούς, όπως ο ιός της γρίπης και της ιλαράς, πιθανόν να προκαλούν σε παιδιά καρκίνους του εγκεφάλου.

Η θεραπεία των εγκεφαλικών όγκων στα παιδιά είναι δύσκολη. Οι κυριότερες θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας στους εγκεφαλικούς όγκους. (<https://medlook.net>).

ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Το λέμφωμα είναι η τρίτη πιο πιθανή μορφή καρκίνου σε παιδιά μετά την λευχαιμία και τους όγκους του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα λεμφώματα διακρίνονται σε Hodgkin και μη- Hodgkin και είναι όγκοι που προσβάλλουν τους περιφερικούς λεμφαδένες, τον λεμφικό ιστό διαφόρων οργάνων όπως είναι οι αμυγδαλές, το έντερο και άλλοι λεμφαδένες του θώρακα και της κοιλιάς.

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Hodgkin

Προσβάλλει κυρίως εφήβους και είναι σπάνια η προσβολή των παιδιών κάτω των 5 ετών. Στην εφηβεία μπορούν να νοσούν το ίδιο αγόρια και κορίτσια. Η συχνότερη κλινική εκδήλωση της νόσου αυτής είναι η ανώδυνη διόγκωση τραχηλικού λεμφαδένα.

Hodgkin ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ

Είναι νόσος που σπάνια εντοπίζεται στην παιδική ηλικία. Είναι υψηλής κακοήθειας και προσβάλλει κυρίως αγόρια σε μη λεμφαδενικές περιοχές.

Σε 40% των περιπτώσεων η νόσος εντοπίζεται στην κοιλιά και εκδηλώνεται με πόνο, διόγκωση, εμετό. (Σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας 1998).

4.5 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΝΟΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μία τέτοια κατάσταση απειλητική για την ζωή τους αντιδρούν σε αυτό έχοντας επιπτώσεις σωματικά και ψυχολογικά. Το είδος της νοσηλείας και της ιατρικής θεραπείας, οι υποτροπές και ο διαρκής φόβος θανάτου μεταβάλλουν τις διαπροσωπικές σχέσεις παιδιού και γονέα έχοντας επιπτώσεις στην κινητική και ψυχική εξέλιξη του παιδιού. Παρόλο που κάθε παιδί είναι μοναδικό παρατηρούνται ομοιότητες προβλημάτων στη νόσο αυτή.

Οι αντιδράσεις του παιδιού και του περιβάλλοντος απέναντι στον καρκίνο θα εξαρτηθούν από την φύση της αρρώστιας, από την στάση της οικογένειας, το επίπεδο συναισθηματικής εξέλιξης του παιδιού, της ηλικίας του, της προσωπικότητας του, την στάση και συμπεριφορά των άλλων- ιατρικού προσωπικού, της κοινωνίας.

Τα παιδιά που πάσχουν από μία απειλητική για την ζωή τους ασθένεια, αντιμετωπίζουν μία κατάσταση κρίσης. Υπάρχει μία διακοπή στη ρουτίνα της καθημερινής ζωής τους, εμφανίζονται επιπλοκές, επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο, συχνοί αποχωρισμοί από σημαντικά πρόσωπα, το κοινωνικό τους περιβάλλον και το σχολείο. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, οι ικανότητες που διαθέτουν τα παιδιά για να ανταπεξέλθουν στις παραπάνω εμπειρίες δεν είναι πάντα αρκετές. Στα παιδιά με καρκίνο πολλές φορές παρατηρείται κατάθλιψη, έλλειψη κινήτρων, δυσκολία στη συγκέντρωση. Αυτές οι αντιδράσεις έχουν σχέση με:

- Την αντίληψη που έχει το παιδί για την αρρώστια του.
- Την στάση και την συμπεριφορά του στην νοσηλεία.
- Τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το παιδί αντιμετωπίζει τις καταστάσεις.

Το παιδί πρέπει να δεχθεί υποχρεωτικά τις μεταβολές που προκαλεί η αρρώστια και η θεραπεία. Συχνά αυτή η υποταγή μεταβάλλει την όλη στάση του ενήλικα απέναντι στο παιδί. Η παρέμβαση του ενήλικα στην σωματική και ψυχική αυτονομία του παιδιού έχει συχνά ως αποτέλεσμα την παλινδρόμηση του μικρού αρρώστου σε προηγούμενα στάδια εξάρτησης

και παθητικότητας. Έτσι συχνά παλινδρομεί απαιτώντας ιδιαίτερη φροντίδα ,αποσύρεται εγκαταλείποντας κάθε δραστηριότητα, αρνείται την νόσο ή αδιαφορεί και εμφανίζεται συναισθηματικά αδιάφορο.(Σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας 1998) .

4.6 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Τα παιδιά που πάσχουν από καρκίνο, λόγω της ίδιας της αρρώστιας και της θεραπείας της, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα γιατί βιώνουν μία σειρά από επώδυνες ψυχολογικές και σωματικές εμπειρίες που πρέπει να αντιμετωπίσουν.

Οι συνηθέστερες για τα παιδιά είναι:

1. Απομόνωση

Ένα δύσκολο πρόβλημα για τα παιδιά που αντιμετωπίζουν καρκίνο, είναι οι περίοδοι απομόνωσης. Ένα μικρό δωμάτιο δεν είναι περιβάλλον που παρέχει επαρκή ερεθίσματα στο παιδί και με το καιρό μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, φοβίες. Η ανησυχία, που διαρκώς αυξάνεται καθώς το παιδί μένει σε ένα τέτοιο δωμάτιο, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στον εκνευρισμό και την μη συνεργασία. Λύση σε αυτό μπορούν να δώσουν κάποιο σύντομοι έξοδοι με ασφάλεια καθώς και η επίσκεψη φίλων ή η επικοινωνία με το τηλέφωνο αυξάνοντας έτσι και την αυτοεκτίμηση του παιδιού.

2. Ναυτία και εμετός

Ένα επίσης σοβαρό συνακόλουθο της χημειοθεραπείας είναι μεταξύ άλλων και η ναυτία που παρουσιάζει προβλήματα προσαρμογής τόσο σοβαρά, όσο και η ίδια η ασθένεια. Μία πολύ σημαντική δυσκολία στην αντιμετώπιση της ναυτίας είναι ο διαχωρισμός των σωματικών και ψυχολογικών διαστάσεων του συμπτώματος. Τα παιδιά πολύ γρήγορα μαθαίνουν πως με το να κάνουν εμετό, δέχονται άμεση βοήθεια και κυρίως προσοχή από τους γονείς και το προσωπικό. Σαν ψυχολογικό σύμπτωμα η ναυτία είναι στενά συνδεδεμένη με θέματα αυτοελέγχου, σχέσεων με τους άλλους και με το προσωπικό, αίσθημα κυριαρχίας ή ικανότητας. (Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας, 1998).

3. Διατροφή

Η διατροφή του παιδιού με καρκίνο επηρεάζεται από τις παρενέργειες της θεραπείας, όπως τη ναυτία, τις χειρουργικές επεμβάσεις και άλλα. Ακόμη επειδή η διατροφή συνδέεται άμεσα με τον αυτοέλεγχο, η αλλαγή στο διαιτολόγιο του παιδιού μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα. Επίσης όταν επιβάλλονται

περιορισμοί στη διαίτα , τα παιδιά συνήθως αισθάνονται διαφορετικά από τα άλλα και πιστεύουν ότι τους γίνονται διακρίσεις σε σχέση με τα αδέρφια ή και τους συνομήλικους τους. Μερικές φορές αισθάνονται πως η ειδική διατροφή είναι ένδειξη απόρριψης. Ως προς την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος ο νοσηλεύτης πρέπει να δώσει προτεραιότητα να βρει στρατηγικές, ώστε να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει ξανά το ενδιαφέρον του για το φαγητό και να δείξει μεγαλύτερο αυτοέλεγχο για την δραστηριότητα αυτή.

4. Σχέσεις παιδιού και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Ένα άλλο συχνό πρόβλημα για το παιδί που νοσηλεύεται με καρκίνο, αφορά τον μεγάλο αριθμό των ειδικών επιστημόνων που καθημερινά συναναστρέφεται. Αυτό είναι φυσικό να αυξήσει τους φόβους αποχωρισμού από τους γονείς του. Η συχνή ενόχληση από μεγάλο αριθμό ειδικού προσωπικού, αποτρέπει το παιδί να δημιουργήσει στενότερη σχέση με επιλεγμένα μέλη που θα μπορούσε να εμπιστευθεί. Η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ του παιδιού και ενός νοσηλευτή μπορεί να είναι σημαντική πηγή δύναμης για το παιδί σε κάποιες στιγμές εκνευρισμού. Η συνεχής και συστηματική φροντίδα από τα ίδια πρόσωπα κατά την διάρκεια της νοσηλείας είναι πολύτιμη. Αυτή η σχέση βέβαια είναι πιο επιβαρυντική καθώς το προσωπικό αποκτά στενότερη σχέση με το παιδί και την οικογένεια.

5. Ενημέρωση

Επίσης μεγάλο πρόβλημα για το παιδί είναι η ανοιχτή συζήτηση της κατάστασης του μεταξύ γονιών και προσωπικού που γίνεται στο δωμάτιο του. Αν και είναι σημαντικό για το παιδί να βλέπει τους γιατρούς και τους γονείς να συζητούν και να έχει και το ίδιο την ευκαιρία να πληροφορηθεί, πολλές φορές τα παιδιά παρερμηνεύουν τις ιατρικές ορολογίες και εφευρίσκουν τρομακτικές εξηγήσεις. Για αυτό λοιπόν οι εξηγήσεις πρέπει να δίνονται με κατάλληλες λέξεις ώστε να αποφευχθούν οι παρεξηγήσεις. Είναι αναγκαίο λοιπόν , να βοηθάμε τα παιδιά να αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα χωρίς να δίνουμε περιθώρια στη φαντασία τους. (Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

5.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ο ρόλος των ιατρών και των άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, διότι μπορεί να βοηθήσει ή και να δυσκολέψει την οικογένεια και τον άρρωστο στην επίτευξη των στόχων τους κατά την διάρκεια της θεραπείας. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο μια έγκαιρη και ακριβής ενημέρωση τόσο του ασθενή όσο και των μελών της οικογένειας. Η ενημέρωση πρέπει να είναι συνεχής και να συνδέεται άμεσα με τις ανάγκες του αρρώστου και της οικογένειας του. Οι θεραπευτές είναι αναγκαίο να παρέχουν ελπίδα και να μην δημιουργούν αυταπάτες. Να είναι διαθέσιμοι στον να έρθουν σε επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια του και να δείχνουν το ενδιαφέρον τους. (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

Για να δουλέψει ο θεραπευτής αποτελεσματικά με την οικογένεια πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει:

- Τις ανάγκες του ασθενούς όσο αφορά την σωματική, κοινωνική και ψυχολογική προσαρμογή και πως αυτές επηρεάζουν τα μέλη της οικογένειας.
- Εάν υπάρχουν οι απαραίτητες δυνάμεις και ποιες είναι αυτές για να στηρίξει η οικογένεια την προσαρμογή του ασθενή.
- Τους οικογενειακούς παράγοντες που είναι δυνατόν να εμποδίσουν τον ασθενή να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές.
- Πως οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν την οικογένεια στην ολοκλήρωση των καθηκόντων της στο συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται.
- Εάν η φροντίδα του ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την παραμέληση των άλλων μελών της οικογένειας

Οι οικογενειακές συγκεντρώσεις όταν πραγματοποιούνται μπορούν να

διορθώσουν λανθασμένες αντιλήψεις και να βοηθηθούν από τους ειδικούς για να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν- αντί να και να μην εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. Επιπλέον, στις κρίσιμες στιγμές του ασθενή μπορούν να αποτρέψουν την απελπισία, τον φόβο και την ανεπαρκή προσαρμογή που είναι αποτέλεσμα της οικογενειακής σιωπής. (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

5.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Η οικογένεια προκειμένου να παρέχει στον ασθενή την απαραίτητη και καλύτερη φροντίδα βρίσκεται σε ετοιμότητα για να αναλάβει νέους ρόλους και να εγκαταλείψει τους παλιούς ρόλους οικογενειακής αλληλεπίδρασης. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί περισσότερη προσοχή τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική, αλλά και πνευματική υγεία των μελών της οικογένειας του καρκινοπαθή. Οι ανάγκες της οικογένειας λόγω της σοβαρής ασθένειας διαφοροποιούνται, γι' αυτό το λόγο κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό η οικογένεια να έχει ικανοποιητική και ολοκληρωμένη επικοινωνία έτσι ώστε να μπορέσει να αποδεχθεί και να ανταπεξέλθει στο άκουσμα της «σοβαρής διάγνωσης». Η ανοιχτή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας χρειάζεται, διότι βοηθάει στον περιορισμό των διαφωνιών και στην ικανή λειτουργία ρόλων.

Οι μελέτες δείχνουν, ότι όταν ο γιατρός είναι συναισθηματικά και χρονικά διαθέσιμος στον άρρωστο και την οικογένειά του και βρίσκεται σε συνεχή ανοιχτή επικοινωνία μαζί τους, τότε επηρεάζεται θετικά η ικανότητα του αρρώστου και της οικογένειας στην αντιμετώπιση του καρκίνου και των μεταθεραπευτικών δυσκολιών. και ενισχύεται η ψυχική ανθεκτικότητα όλων των μελών.

(http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

Σε μια οικογένεια, οποιοδήποτε συμβάν επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό ένα μέλος της, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επίδραση σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα και παράλληλα η επίδραση αυτή της οικογένειας έχει επίπτωση στο άρρωστο μέλος της.

Κατά την διάρκεια της χρόνιας φάσης της αρρώστιας, η οικογένεια προσπαθεί να διατηρήσει μια κατάσταση που να παραπέμπει με την φυσιολογική τους ζωή. Σκεπτόμενοι όμως το ενδεχόμενο της υποτροπής δημιουργούνται αισθήματα αγωνίας. Όπως αναφέρει ο Rolland, όταν πλέον είναι γνωστό ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος μπορεί να κάνει μεταστάσεις, η οικογένεια μπορεί να μπει στην διαδικασία της «αναμενόμενης απώλειας». Συναισθήματα μελαγχολίας, υπαρξιακής μοναξιάς, άρνησης, θυμού, απέχθειας, ενοχής, εξάντλησης, απελπισίας είναι υπαρκτά όχι μόνο στα ενήλικα μέλη, αλλά και στα ανήλικα.

Ακόμη και εάν η πρόγνωση είναι καλή, η αμφιβολία και η αβεβαιότητα μαζί με τα πρακτικά που προκύπτουν στην πορεία, επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την οικογένεια. Πολλές φορές παρουσιάζονται ψυχοσωματικά συμπτώματα στα μέλη της οικογένειας όπως, ανορεξία, αϋπνία, υπερφαγία, πονοκέφαλοι, νευρική κατάσταση, μειωμένη ικανότητα στην εργασία.

Ο Vess το 1985, μελέτησε μέσω ενός μοντέλου οικογενειακών συστημάτων, τις εξής παραμέτρους:

- Τον αντίκτυπο που είχε ο καρκίνος στις οικογένειες των καρκινοπαθών, ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης της οικογένειας
- Την επικοινωνία ανάμεσα στο ζευγάρι
- Ποιοι ήταν οι μέθοδοι με τους οποίους καθιερώθηκαν οι οικογενειακοί ρόλοι πριν και μετά την νόσο του καρκίνου
- Και εκτός οικογένειας ποια ήταν τα στηρίγματα

Προς έκπληξή τους, διαπιστώθηκε ότι οικογένειες με εφήβους είχαν λιγότερες διαμάχες και δεν υπήρχε διαταραχή στην συνοχή τους, ενώ οικογένειες με παιδιά και εφήβους ήταν περισσότερο απαιτητικές.

(http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

Η αντίδραση των εφήβων στην σοβαρή αρρώστια ενός γονέα χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα όπως λύπη, θυμό, φόβο και συχνά ενοχές. Οι ενήλικες της οικογένειας, αποφεύγουν ακόμη και να αναφέρουν την λέξη καρκίνος, θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα προστατεύσουν τα νεότερα μέλη. Η στάση αυτή καλλιεργεί συναισθήματα μοναξιάς, δυσπιστίας και κατάθλιψης. Ο έφηβος αποστασιοποιείται και απομονώνεται για να μην χαρακτηριστεί ανώριμος και δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματα του. Οι αλλαγές στην συμπεριφορά του φανερώνουν με έμμεσο τρόπο το πώς ο ίδιος αισθάνεται. Παραβατική συμπεριφορά, ασυνέπεια στις υποχρεώσεις του απέναντι στο σχολείο είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά που φανερώνουν την δυστυχία που βιώνει. (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

Το «Σύνδρομο Δαμοκλή», είναι το έντονο αίσθημα φόβου του εφήβου που έχει για την επανεμφάνιση της νόσου και το βιώνει ως απειλή. Είναι εξαιρετικά ψυχοφθόρο για όλη την οικογένεια και ιδιαίτερα δύσκολο στην διαχείριση του. Είναι γεγονός ότι η εξέλιξη της οικογένειας επηρεάζεται άμεσα και απειλείται σοβαρά όταν

αρρωστήσει από καρκίνο ένα παιδί ή ένας έφηβος. Και ο τρόπος που οι γονείς βιώνουν αυτό το γεγονός, έχει άμεση επίδραση πάνω στο άρρωστο μέλος.

Οι ενήλικες της οικογένειας έχουν το δυσκολότερο ρόλο, διότι ο ασθενής και τα παιδιά χρειάζονται την προσοχή και το ενδιαφέρον τους. Όταν πλέον ο πάσχων περάσει στο τελικό στάδιο του καρκίνου διαταράσσεται σε μεγάλο βαθμό η διάθεση των μελών της οικογένειας, σε επίπεδα μεγαλύτερα από εκείνα που είχαν καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Στο τελικό στάδιο αυξάνεται η φροντίδα του ασθενή και σε συνδυασμό με την αναμονή του θανάτου αυξάνεται κατά πολύ και η σωματική κόπωση της οικογένειας. Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην σωματική, ψυχική και πνευματική καταπόνηση των μελών της οικογένειας., (http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152).

Το 2002 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, αναφέρει ότι για να αντιληφθούμε το πλήθος των ατόμων που επηρεάζεται αρνητικά συναισθηματικά από το καρκίνο, είναι αναγκαίο να μην στηριζόμαστε μόνο στους αριθμούς. Τα 10 εκατομμύρια νέων περιπτώσεων καρκίνου, δεν απηχούν στην πραγματικότητα και ουσιαστικά δεν αναφέρουν τον ακριβή αριθμό των ατόμων που η ζωή τους διαφοροποιήθηκε, αφού διαγνώστηκαν με καρκίνο. Σύμφωνα με το Π.Ο.Υ, σε πολλές περιπτώσεις οι οικογένειες υποφέρουν περισσότερο από τον άρρωστο.

Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη για το οικογενειακό περιβάλλον του καρκινοπαθή που επωμίζεται την φροντίδα του και τη διεκπεραίωση διαδικαστικών θεμάτων. Σκοπός της παρέμβασης από έναν ειδικό είναι η δημιουργία ενός υποστηρικτικού πλαισίου κατάλληλου να βοηθήσει τους συγγενείς να είναι δυνατοί ώστε να αντιμετωπίσουν τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα που νιώθουν. Μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία οι συγγενείς θα μπορέσουν να εκτονώσουν την ένταση, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κρατούσαν μέσα τους από φόβο ή ενοχές. Ο ψυχολόγος θα τους ενημερώσει για το πώς σκέφτεται και πράττει ένας καρκινοπαθής. Πώς να τον αντιμετωπίσουν και πώς να χειριστούν δύσκολες καταστάσεις όπως το κλάμα, την οργή, την μελαγχολία, τις αυτοκτονικές σκέψεις. Είναι σημαντικό η οικογένεια να αποδεχτεί τόσο τα δικά της συναισθήματα όσο και αυτά του ασθενή και να κατανοήσει ότι είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση πιθανότητας του θανάτου. Η κατανόηση, η αποδοχή και η αντοχή είναι

απαραίτητα. Το ίδιο ισχύει και για το κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά. Όπως μπορεί να αντιληφθεί το πόνο, τον φόβο και τον τρόμο του ατόμου που νοσεί, πρέπει να καταλάβει και τα δικά της συναισθήματα. Πολλές φορές, η οικογένεια που μαθαίνει ότι ένα από τα μέλη της έχει καρκίνο αντιδράει με τον ίδιο τρόπο που είχε αντιμετωπίσει κρίσιμες καταστάσεις στο παρελθόν. Τα άτομα προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα «φανταστικό πρότυπο» μιας οικογένειας, έτσι όπως θα ήταν καταλληλότερο να χειριστεί το θέμα της διάγνωσης του καρκίνου, απέναντι σε ένα αγαπημένο πρόσωπο και νιώθει ένοχη για τον τρόπο που αντιμετώπισε μια προηγούμενη ασθένεια στην οικογένεια. (Simonton, Creighton, 1988).

Οι άνθρωποι που τους γίνεται διάγνωση καρκίνου γίνονται κυκλοθυμικοί. Έχουν την αίσθηση ότι δεν μπορούν να ορίσουν την ζωή τους και συναισθήματα φόβου, οργής, αυτολύπησης. Αυτές οι συναισθηματικές διακυμάνσεις που βιώνουν συνήθως τους τρομοκρατούν. Η οικογένεια συνήθως, αντιδρά με φόβο απέναντι σε αυτές τις συναισθηματικές εναλλαγές του αγαπημένου της προσώπου. Είναι σημαντικό μετά την διάγνωση και στην διάρκεια των πρώτων βδομάδων η οικογένεια να δημιουργήσει μια βάση για τίμια και ανοιχτή επικοινωνία. Είναι απαραίτητο να δοθεί στον ασθενή θάρρος για να εκφράσει τα συναισθήματα του. Επομένως, η οικογένεια πρέπει να είναι πρόθυμη να τον ακούσει ακόμη και εάν κάποιο μέλος της μέσα του αντιδρά. Αν υπάρξει αρνητική διάθεση και αντιμετώπιση απέναντι στον ασθενή για να συζητήσει θέματα που τον προβληματίζουν όπως ο θάνατος, ο πόνος, ο φόβος τότε θα αισθανθεί απομονωμένος. (Simonton, Creighton, 1988).

Για να γίνει ευκολότερη η επικοινωνία της οικογένειας με τον ασθενή, θα πρέπει να είναι ανοιχτή ώστε να τον αφήνει να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα του, να τον ακούει χωρίς να τον κρίνει και να αποδέχεται τόσο τα δικά της συναισθήματα όσο και του αγαπημένου της προσώπου σαν φυσιολογικά και αναγκαία. Η οικογένεια είναι θετικό να προσπαθεί να ερμηνεύσει το πραγματικό νόημα των απαιτήσεων του ασθενή, χωρίς βέβαια αυτών να σημαίνει την παραμέληση των άλλων μελών της οικογένειας ή του ίδιου του εαυτού. Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, θα χρειαστεί ασυνήθιστη υπομονή, ευαισθησία και κατανόηση απ' όλα τα μέλη της οικογένειας.

Ο πάσχων μετά την διάγνωση μπορεί να κλάψει πολύ, να θρηνεί για το ενδεχόμενο του θανάτου και για την απώλεια του συναισθήματος ότι θα ζούσε για πάντα. Θρηνεί για την υγεία του και την εικόνα που ο ίδιος είχε φτιάξει για τον ισχυρό εαυτό του. Η θλίψη είναι φυσιολογική αντίδραση. Ο ρόλος της οικογένειας σε αυτήν την φάση είναι η αποδοχή της θλίψης. Το σπουδαιότερο που μπορεί να προσφέρει η οικογένεια στον ασθενή είναι η προθυμία της να περάσει μαζί του αυτήν την εμπειρία και να διατηρήσει μια στενή επαφή. Η αποδοχή όλων των συναισθημάτων και από την μεριά της οικογένειας, αλλά και από την μεριά του ασθενή είναι απαραίτητη , διότι καθώς τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να γίνουν αποδεχτά και από τις δύο πλευρές με την πάροδο του χρόνου μπορεί να αλλάξουν και να ελευθερωθούν.(Simonton, Creighton, 1988).

Τίποτα δεν μπορεί να βλάψει μια σχέση περισσότερο από την αίσθηση των ανθρώπων ότι δεν μπορούν να είναι ο εαυτός τους. (Simonton, Creighton, 1988 : 259).

Όταν ο ασθενής είναι αναστατωμένος συνήθως η οικογένεια προσπαθεί να κάνει το οτιδήποτε για να τον ηρεμήσει. Η καλύτερη προσέγγιση για αυτόν σε εκείνη την στιγμή είναι να τον ρωτήσει εάν υπάρχει κάτι στο οποίο θα μπορούσε να τον βοηθήσει. Σε αυτήν την φάση, θα πρέπει η οικογένεια να ακούσει προσεχτικά, διότι υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να μην υπάρξει συνεννόηση και να οδηγήσει σε παρανοήσεις. Οι δικοί του άνθρωποι είναι απαραίτητο να προσπαθήσουν να ακούσουν το πραγματικό νόημα της παράκλησης του ασθενή. Άλλες φορές η οικογένεια θα δεχτεί παρακλήσεις που είναι αδύνατο να εκπληρωθούν ή θα βρεθεί σε αδιέξοδο και δεν θα ξέρει πώς να συμπεριφερθεί. Κάποιες αντιδράσεις μπορεί να πληγώσουν ή να θυμώσουν αντίστοιχα τα μέλη της. Πολλές φορές, η οικογένεια αποσύρεται συναισθηματικά σαν μια αντίδραση στο ότι ο ασθενής μπορεί να μην λαμβάνει αυτό που προσπαθεί να του προσφέρει το οικείο περιβάλλον του. Με την σειρά του, αυτό βέβαια θα προκαλέσει περισσότερη θλίψη και πόνο. (Simonton, Creighton, 1988).

Η επικοινωνία πρέπει να παραμείνει ανοιχτή απέναντι στον ασθενή, απλώς η οικογένεια εάν προσφερθεί να βοηθήσει μπορεί να δεχτεί μην λογικά αιτήματα, τότε θα πρέπει να δώσει στον άλλον να καταλάβει τα όρια της. Να δείξει δηλαδή, ότι θέλει να βοηθήσει, αλλά δεν μπορώ να κάνει ότι τη ζητά ο πάσχων. Να τον

ρωτήσει εάν υπάρχει κάποιος άλλο τρόπος που μπορεί να τον βοηθήσει, προκειμένου να κρατήσει ανοιχτή την επικοινωνία και να φανερώσει με τον τρόπο της την αγάπη και την φροντίδα της, βάζοντας όμως όρια στο τι θέλει και τι μπορεί να κάνει. Ένα άλλο πρόβλημα που μπορεί να παρουσιαστεί είναι κάποια επιθυμία του ασθενή που ουσιαστικά θα έπρεπε να θυσιαστούν οι ανάγκες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας για να πραγματοποιηθεί. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να λυθεί εάν υπάρξει προσεχτική επικοινωνία και δουν και οι δυο πλευρές τι συνέπειες έχει η ικανοποίηση του αιτήματος. (Simonton, Creighton, 1988).

Από την μεριά της οικογένειας είναι θετικό να αποφευχθούν φράσεις που απορρίπτουν τα συναισθήματα του ασθενή και τα μέλη της δεν πρέπει να κάνουν τίποτα για τα συναισθήματα του ασθενή, παρά μόνο να τον ακούν προσεχτικά χωρίς να είναι αναγκαίο να τον κατανοούν ή να προσπαθεί να τον κάνει να αλλάξει την στάση του για το πώς βιώνει την ασθένεια. Εάν συμβεί κάτι τέτοιο, ο πάσχων θα νιώσει άσχημα, διότι θα νομίζει ότι με αυτόν τον τρόπο δεν αποδέχεται η οικογένεια του τα συναισθήματα του. (Simonton, Creighton, 1988).

Το σημαντικότερο όλων είναι η αποδοχή και αναγνώριση των όσων αισθάνεται ο ασθενής. Μπορεί τα μέλη της οικογένειας να συνειδητοποιήσουν ότι τα δικά τους συναισθήματα είναι πολύ διαφορετικά απ' αυτά του αγαπημένου τους προσώπου. Αυτό είναι λογικό, διότι η εμπειρία που βιώνει η οικογένεια διαφέρει συγκριτικά με την εμπειρία που βιώνει το άτομο με καρκίνο. Πολλές οικογένειες θεωρούν πως τα ίδια συναισθήματα και η ταυτόσημη αντίδραση σε ένα δύσκολο ζήτημα ή στις εμπειρίες αποτελεί απόδειξη αγάπης και αφοσίωσης. Μια τέτοια άποψη αποδυναμώνει τις σχέσεις και δυσκολεύει την επικοινωνία μεταξύ των ατόμων, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια μεγάλων συναισθηματικών απογοητεύσεων.

Κάθε οικογένεια καρκινοπαθή αισθάνεται την ανάγκη, την επιθυμία και την υπευθυνότητα να στηρίξει όσο το δυνατόν περισσότερο τον ασθενή. Παράλληλα, είναι σημαντικό τα μέλη της οικογένειας να ενδιαφέρονται και για τις δικές τους προσωπικές ανάγκες, ενώ ο ασθενής είναι απαραίτητο να αναλάβει την ευθύνη για την υγεία του. Ο κάθε ασθενής θα πρέπει να συμμετέχει στην δική του ανάρρωση, επομένως οι συγγενείς του θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουν και να του συμπεριφέρονται σαν να απευθύνονται σε έναν υπεύθυνο άνθρωπο και όχι σαν να είναι ανεύθυνο παιδί ή θύμα. (Simonton, Creighton, 1988). Σύμφωνα με τους O. Carl

και Stephanie Simonton και τον James L. Creighton, η οικογένεια θα πρέπει :

- Να υποστηρίζει τον ασθενή χωρίς να τον «νταντεύει» : Είναι σημαντικό οι συζητήσεις μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή να γίνονται σε επίπεδο ενηλίκων, με ειλικρίνεια και ρεαλισμό, αναγνωρίζοντας του κινδύνους που παραμονεύουν και τον πόνο που βιώνει ο καρκινοπαθής.
- Να υποστηρίζει χωρίς να προσπαθεί να διασώσει τον ασθενή : Σύμφωνα με τον Δρ. Έρικ Μπερν , οι άνθρωποι έχουν την τάση να συμπεριφέρονται σαν «σωτήρες» απέναντι στα άτομα εκείνα που ασθενούν είναι αβοήθητα ή αδύναμα ή ανίκανα να πάρουν την ζωή στα χέρια τους. Κάτι τέτοιο μπορεί να μοιάζει βοηθητικό για τον άλλον που βρίσκεται σε μια δύσκολη στιγμή, αλλά στην ουσία κάτι τέτοιο ενισχύει την αδυναμία του.
- Η βοήθεια της οικογένειας προς τον ασθενή και όχι η διάσωση του : Είναι θετικό η οικογένεια να είναι χρήσιμη για τον ασθενή, αλλά αρνητικό να αναλαμβάνει την ευθύνη των ασθενών, βοηθώντας τους μέχρι εκείνο το σημείο όπου δεν χρειάζεται να κάνουν τίποτα οι ίδιοι.
- Να ανταμείβει την υγεία και όχι την ασθένεια : Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να ανεξαρτητοποιηθούν και να κάνουν ότι μπορούν για τον εαυτό τους, ώστε να μπορούν να είναι αυτόνομοι και όχι αδύναμοι. Αν όλες οι ανταμοιβές, πηγάζουν από το γεγονός ότι ένα αγαπημένο της πρόσωπο είναι άρρωστο και αβοήθητο , τότε ο ασθενής θα θεωρήσει ότι είναι καλύτερο να είναι άρρωστος και θα αφήσει κάθε προσπάθεια πίσω του για να γίνει καλά. Αυτό συμβαίνει, όταν η οικογένεια αφήνει πίσω τις δικές της ανάγκες και επικεντρώνεται αποκλειστικά στο τι θέλει ο πάσχων. Αν επικρατήσει μια ατμόσφαιρα που οι ανάγκες όλων είναι απαραίτητες και όχι μόνο του ασθενή , με την σειρά του ο καρκινοπαθής θα χρησιμοποιήσει τις δικές του πηγές για να προχωρήσει στην ανάρρωση.

Είναι σημαντικό να ενθαρρύνει η οικογένεια τον ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του. Πολλά μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν την ευθύνη της ασθένειας του πάσχοντα και του στερούν έμπρακτα την ευκαιρία να

φροντίζει τον εαυτό του. Με αυτόν τον τρόπο η ασθένεια ενισχύεται. Στους καρκινοπαθείς είναι θετικό να δίνεται έναυσμα να κάνουν πολλά πράγματα για τον εαυτό τους. Τα μέλη της οικογένειας είναι επίσης θετικό να τονίζουν την σπουδαιότητα και την δύναμη του αγαπημένου τους προσώπου στην προσπάθεια να φροντίσει τον εαυτό του. Επιπλέον, η βελτίωση του ασθενή είναι απαραίτητο να σχολιάζεται. (Simonton, Creighton, 1988).

Οι άνθρωποι επικεντρώνονται ορισμένες φορές στα συμπτώματα της ασθένειας αδιαφορώντας και αφήνοντας ασχολίαστα τα συμπτώματα βελτίωσης. Η οικογένεια πρέπει να αφιερώνει μέρος του χρόνου της με τον ασθενή σε δραστηριότητες που δεν αφορούν την ασθένεια. Η απασχόληση με τους σωματικούς περιορισμούς, πολλές φορές δεν αφήνουν «χώρο» για άλλες δραστηριότητες που δεν σχετίζονται με την ασθένεια. Αλλά, για να δοθεί έμφαση στη ζωή και στην υγεία είναι αναγκαίο να αφιερώνει η οικογένεια χρόνο στην ενασχόληση με ευχάριστα πράγματα μαζί με τον ασθενή. Επειδή κάποιος έχει καρκίνο αυτό δεν παύει να του παίρνει το δικαίωμα της διασκέδασης. Ακριβώς το αντίθετο. Όσο περισσότερο ευχάριστη και δραστήρια είναι η ζωή ενός καρκινοπαθή, τόσο περισσότερο νοιάζεται στο να κρατηθεί ζωντανός. (Simonton, Creighton, 1988).

Η αφιέρωση χρόνου στον ασθενή είναι πολύ σημαντική μέχρι να γίνει καλά. Πολλές φορές οι οικογένειες προσφέρουν προσοχή και αγάπη στους ασθενείς όσο καιρό είναι άρρωστοι, ενώ αρχίζουν να του αγνοούν ότι αυτοί γίνουν καλά. Είναι απαραίτητο τα μέλη της οικογένειας να δίνουν συνέχεια προσοχή και φροντίδα στην διάρκεια της ανάρρωσης του καρκινοπαθή. (Simonton, Creighton, 1988).

Ο ασθενής πρέπει να αντιληφθεί ότι η οικογένεια του επικεντρώνεται στις συναισθηματικές του καταστάσεις, ότι ανταμείβει δηλαδή την υγεία του και αποφεύγει να παίξει τον ρόλο του «διασώστη». Αν τα μέλη της οικογένειας παραιτηθούν από τις δικές του ανάγκες για να εκπληρώσουν τις επιθυμίες του ασθενή, θα γεννηθούν μέσα τους ασυνείδητα συναισθήματα θυμού και μνησικακίας. Αυτό συμβαίνει, διότι πολλές φορές το οικείο περιβάλλον του καρκινοπαθή υποσυνείδητα περιμένει ότι θα πεθάνει. Αυτή

η στάση έχει δύο σοβαρές συνέπειες μνησικακία και αρνητική προσδοκία.

Η οικογένεια αρχίζει να μνησικακεί για την μη αναγκαία αυτοθυσία, ενώ ο ασθενής μνησικακεί λόγω ανάγκης να αισθάνεται ευγνωμοσύνη για την αυτοθυσία της οικογένειας του. Η ικανότητα της οικογένειας να διατηρεί λίγο πολύ φυσιολογικά ενδιαφέροντα χωρίς να κολακεύει τον ασθενή, θα μειώσει την μνησικακία σε όλους. (Simonton, Creighton, 1988 : 272).

Η οικογένεια παραμελώντας τις δικές της ανάγκες δείχνει την πεποίθηση ότι ο ασθενής θα πεθάνει. Αποφεύγοντας τις συζητήσεις και τις αναφορές στην σοβαρή ασθένεια ή στον θάνατο κάποιου γνωστού, φανερώνει επίσης την προσδοκία του θανάτου. Δείχνοντας ότι προσπαθούν να παραλείψουν όλα τα παραπάνω εκφράζουν τις προσδοκίες της και τον φόβο της για το μέλλον του ασθενή. Επειδή, ο ρόλος που μπορούν να παίξουν οι προσδοκίες είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην εξέλιξη του καρκίνου, οι αρνητικές προσδοκίες της οικογένειας του ασθενή μειώνουν την ικανότητα να διατηρήσει μέσα του την ελπίδα. Γι' αυτό το λόγο η οικογένεια πρέπει να συμπεριφέρεται στον ασθενή σαν να περιμένει να ζήσει. Δεν χρειάζεται να πιστεύει οπωσδήποτε ότι θα αναρρώσει το αγαπημένο της πρόσωπο, αλλά ότι μπορεί να αναρρώσει. (Simonton, Creighton, 1988).

Αυτό που μπορούν να μεταδώσουν οι οικογένειες στους ασθενείς, είτε φανερά είτε με έμμεσο τρόπο, είναι η αξιολόγηση τους για την θεραπεία και την ικανότητα των γιατρών. Η οικογένεια μπορεί να διαφοροποιήσει πολλά από τα πιστεύω της, προκειμένου να στηρίξει στο δύσκολο αυτό κομμάτι και σε όλη την προσπάθεια της ανάρρωσης το αγαπημένο της πρόσωπο, διότι είναι ένα μέρος του «συστήματος υποστήριξης» για τον καρκινοπαθή και γι' αυτό το λόγο πρέπει να του παρέχεται στήριξη τόσο για την υγεία του όσο και για την ανάρρωση του.

Η οικογένεια όταν έχει μια ανειλικρινής στάση απέναντι στην πιθανότητα υποτροπής ή του θανάτου, μπορεί να δημιουργήσει αποστάσεις στην σχέση μεταξύ των μελών της. Όταν η ίδια είναι ανειλικρινής, αυτό με την σειρά του έχει διάφορες επιπλοκές στην σωματική υγεία των μελών της. Είναι απαραίτητο σε μια χρόνια ασθένεια η οικογένεια να αντιμετωπίσει το πρόβλημα ανοιχτά. Η ειλικρίνεια συνεπάγεται πόνο, αλλά η απομόνωση και η απόσταση που μπορεί να

δημιουργηθεί όταν ένας άνθρωπος δεν μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα και να είναι ο εαυτός του είναι συγκριτικά πολύ μεγαλύτερη. Η οικογένεια μπορεί να δυσκολεύεται να υποστηρίξει συναισθηματικά το αγαπημένο της πρόσωπο, λόγω της έντασης που βιώνει από την ασθένεια και επειδή παραμελεί τις δικές της ανάγκες. (Simonton, Creighton, 1988).

Είναι σημαντικό να παρέχεται στον ασθενή και στην οικογένεια του συμβουλευτική για να μπορέσουν ευκολότερα να επιλύσουν δυσκολίες ή να βρουν στήριγμα στην προσπάθεια τους να εκπληρώσουν τις ανάγκες του, κάτι που μπορεί να δημιουργεί στα μέλη της οικογένειας ενοχές. Η οικογενειακή συμβουλευτική είναι χρήσιμη για να διευκολύνει την επικοινωνία και να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα ασφάλειας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ζητήματα που προκαλούν ένταση.

Το οικονομικό βάρος που συνεπάγεται η παρατεταμένη ασθένεια είναι ένα δύσκολο θέμα που απαιτεί ειλικρίνεια. (Simonton, Creighton, 1988 : 274). Τα μέλη της οικογένειας ορισμένες φορές ενοχοποιούν τον εαυτό τους, επειδή μπορεί να ξοδεύουν χρήματα για τις δικές τους ανάγκες. Όμως και ο ασθενής μπορεί να νιώθει άσχημα με την σειρά του, όταν ξοδεύει χρήματα, αφού για την οικονομική στενότητα της οικογένειας του οφείλεται η δική του ασθένεια. Όλα αυτά τα συναισθήματα μεγιστοποιούνται, όταν τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια πιστεύουν ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Ο καρκινοπαθής μπορεί να αισθάνεται άσχημα επειδή η οικογένεια του ξοδεύει χρήματα για χάρη του, ενώ σύμφωνα με εκείνο θα έπρεπε να διοχετεύονται στα μέλη της οικογένειας που θα ζήσουν περισσότερα χρόνια από τον ίδιο. Λίγες είναι οι οικογένειες που κρατούν μια ισορροπία και ενδιαφέρονται τόσο για τις ανάγκες του ασθενή όσο και για τις δικές τους, γιατί κάτι τέτοιο προϋποθέτει ανοιχτή επικοινωνία και δημιουργική επίλυση του προβλήματος.

Η οικογένεια μπορεί να βελτιώσει ή να χειροτερεύσει την αντίδραση τους ασθενούς στην διάγνωση. Η αντίδραση της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει την πορεία της ασθένειας και την επιτυχία της θεραπείας. (Phillip I. Rice, 1998 : 542). Σύμφωνα με την θεωρία του στρες, η οικογένεια και οι φίλοι του ασθενούς μπορεί να παρέχουν ένα δίκτυο κοινωνική υποστήριξης που να είναι δυνατό ή αδύναμο, καλό ή κακό. (Cobb, 1976). Οι συμπεριφορές που βοηθούν περισσότερο

ένα καρκινοπαθή είναι η παροχή συναισθηματικής στήριξης, η συμπάθεια και η φροντίδα. Τα πρότυπα των ρόλων αποτελούν αρνητικές και επιζήμιες μορφές συμπεριφορές, δηλαδή, άλλοι καρκινοπαθείς που συμπεριφέρονται άσχημα ή απότομα.

Αποτέλεσμα προηγούμενων μελετών δείχνει, ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μην βοηθά τον καρκινοπαθή. Στο πλαίσιο μιας μελέτης, οι ασθενείς που δεν ακολουθούσαν χημειοθεραπεία ή τους οποίους η ασθένεια τους περιόριζε σωματικά, παρουσίαζαν μικρότερη προσαρμογή όταν δέχονταν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη. (Revenson, Wollman, & Felton , 1983). Οι ασθενείς αυτοί είχαν μεγαλύτερη άρνηση στο να αποδεχτούν τον επικείμενο θάνατο τους συγκριτικά με τους αποδέχτες μικρότερης κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, παρουσίασαν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα και λιγότερη αυτό-εκτίμηση.

Η οικογένεια του ασθενή προσδιορίζει το ζωτικό του χώρο. Δεν μπορεί να αγνοηθεί, διότι είναι μέρος της πραγματικότητας του. Η θεραπευτική ομάδα του ασθενή πρέπει να υπολογίζει πολύ σε αυτήν την πραγματικότητα. Ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζεται με τα μέλη της οικογένειας (παιδιά, γονείς, σύζυγοι) για πολλούς και διάφορους λόγους. (Simonton, Creighton, 1988).

- Μπορεί από την οικογένεια να ενημερωθεί και να πάρει πληροφορίες που ίσως για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα δεν θα μπορούσε ο ασθενής να του τις δώσει. Και εαν η επιθυμία του ασθενή για να ξαναζήσει, ζωντανέψει σύντομα, αυτό είναι αναγκαίο να γίνει γρήγορα.
- Οποιαδήποτε οικογενειακή πίεση δέχεται ο ασθενής θα πρέπει να ελαττωθεί, διότι κατά αυτόν τον τρόπο ο ασθενής επηρεάζεται αρνητικά. Αρχικά, ο καρκινοπαθής συνειδητοποιεί πως οι δικοί του άνθρωποι επιθυμούν να παραμείνει το ίδιο πρόσωπο που ήταν πάντα, στις διαπροσωπικές του σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Η οικογένεια πρέπει να βοηθηθεί από τον θεραπευτή και να κατανοήσει ότι ο ασθενής, θα πρέπει να αλλάξει προκειμένου να αγωνιστεί για την ζωή του και ότι η ωρίμανση αυτή δεν σημαίνει απώλεια της σχέσης, αλλά ενδυνάμωση και ενίσχυση της. Κρίνεται απαραίτητο για την θετική εξέλιξη της υγείας του ασθενή να μειωθεί σημαντικά η ασυνείδητη πίεση.

Τα μέλη της οικογένειας αποφεύγουν πολλές φορές οποιαδήποτε συζήτηση γύρω από την ασθένεια που βιώνει το άτομο, διότι θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο θα καθυστερούν τους φόβους του ασθενή. Και εάν ακόμη υπάρξουν περιπτώσεις όπου το θέμα συζητηθεί συνήθως προσπαθούν να προσποιηθούν ότι ο ασθενής θα γίνει καλά. Είναι σημαντικό ο ασθενής να 'χει ανοιχτή και ειλικρινή επαφή τόσο με τον ψυχοθεραπευτή όσο και με τα μέλη της οικογένειας του. (Simonton, Creighton, 1988).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

6.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο θεραπευτής πρέπει ν' αποφύγει να δημιουργεί ψεύτικες ελπίδες. Με έναν ασθενή που είναι δύσκολο να θεραπευτεί, η θεραπεία πρέπει να έχει σαν στόχο να τον βοηθήσει να ωριμάσει, να αναπτύξει και να ελευθερώσει τον εαυτό του , και όχι να έχει σαν στόχο την σωματική ανάρρωση. Για τους καρκινοπαθείς έχει μεγάλη σημασία το γεγονός πως ο θεραπευτής ενδιαφέρεται πραγματικά. Για τον ασθενή έχει βαρύτητα το γεγονός πως υπάρχει κάποιος που πιστεύει αρκετά σε αυτόν , ώστε να προσπαθεί να τον βοηθήσει να αποκτήσει μεγαλύτερη κατανόηση για τον εαυτό του και να ωριμάσει μέσα στην καταστροφή του. (Leshan,1999 : 123).

Ο καρκινοπαθής τις περισσότερες φορές έχει χάσει την κεντρική σημαντική σχέση της ζωής του, πριν ακόμα και από την εμφάνιση του καρκίνου του, νιώθει πως ζει σε έναν κόσμο εχθρικό που δεν νοιάζεται γι' αυτόν. Με την παρουσία και το αυθεντικό ενδιαφέρον του, ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να δώσει ένα νόημα στον ασθενή μέσα από την ζεστή, ανθρώπινη επαφή. Καθώς ο ασθενής προχωράει στην αναζήτηση του εαυτού του, η ζωή αρχίζει και αποκτάει γι' αυτόν γνησιότητα και ενδιαφέρον. Δεν υπάρχει πλέον το αίσθημα της έντονης μοναξιάς και απομόνωσης.

Ο ασθενής υποφέρει από μια ασθένεια η οποία βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, αυτό από μόνο του ανοίγει ένα δρόμο για να βοηθηθεί. Και αυτό, διότι απ' την πλευρά του υπάρχει μεγαλύτερη διάθεση να δεχθεί τις δυνατότητες της ψυχοθεραπείας. Εφόσον, ο θάνατος βρίσκεται κοντά έχουν λιγότερα επιχειρήματα για να επιμείνουν στο να αποκρύψουν τον πραγματικό τους εαυτό. Πολλές φορές θεωρούν ότι δεν πρόκειται να ζήσουν για πολύ ακόμη, επομένως αυτή η αποκάλυψη του εαυτού σου δεν θα 'χει κάποια συνέπεια στο μέλλον.

(Leshan ,1999). Μεγάλη σημασία έχει και η εντιμότητα από την πλευρά του ψυχοθεραπευτή. Ένα ψέμα ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή είναι ικανό να

καταστρέψει οποιαδήποτε αξία έχει η θεραπεία. Η τιμιότητα σε όλα τα επίπεδα είναι αναγκαία επίσης. Η εντιμότητα στις συναντήσεις αποκλείει την καλοσύνη. Η καλοσύνη τις περισσότερες φορές, δεν περιλαμβάνει μόνο μια θέση αυτό-προστασίας για τον θεραπευτή, αλλά υπονοεί κατά κάποιον τρόπο και μια θέση ανωτερότητας. Η κατανόηση πρέπει να είναι αμοιβαία για μια επιτυχημένη θεραπεία. Ο ψυχοθεραπευτής είναι αναγκαίο να έχει απόλυτη επαφή με τον ασθενή, πριν ακόμα ο ίδιος ο ασθενής αποδεχτεί την επαφή με τον εαυτό του και την ζωή του.(Leshan, 1999).

6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Είναι σημαντικό τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να αντιληφθούν και να κατανοήσουν τα ψυχιατρικά συμπτώματα και τις ψυχολογικές συγκρούσεις του ασθενή με καρκίνο. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι αυτά που μπορούν να επηρεάσουν τις αντιδράσεις του πάσχοντα ως προς την διάγνωση, την θεραπεία και την ικανότητα για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Είναι απαραίτητο οι θεραπευτές να γνωρίζουν την βιολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής και την θεραπεία που πρόκειται να ακολουθήσει. Η ευέλικτη προσέγγιση είναι αναγκαία προς τον καρκινοπαθή, καθώς και η διερεύνηση μηχανισμών άμυνα που αναπτύσσονται κατά την διάρκεια της νόσου. Οι θεραπευτές είναι θετικό να προβάλλουν τον ενδιαφέρον τους για την ποιότητα ζωής τους ασθενούς.

(<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>). Εκτός αυτών, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη του καρκίνου, στην ποιότητα ζωής και στο χρόνο επιβίωσης των ασθενών. Είναι διαπιστωμένο ότι ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών βελτιώνεται από τις παρακάτω συνθήκες:

1. Ικανότητα συναισθηματικής έκφρασης.
2. Κοινωνική υποστήριξη.
3. Χαμηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες.
4. Αγωνιστικότητα.

Χαρακτηριστικά, σε σύνολο 17 μελετών, οι 12 έδειξαν μια σημαντική μείωση του άγχους μέσω της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Μάλιστα ο Spiegel καθόρισε τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο.

1. Κοινωνική υποστήριξη – ειδικά στην ομαδική ψυχοθεραπεία
2. Συναισθηματική υποστήριξη.
3. Γνωσιακή αναδόμηση.
4. Εκπαίδευση στην ικανότητα να αντιμετωπίζει ο ασθενής τις διάφορες δυσκολίες.

Παράλληλα κατέδειξε με μελέτες την ευνοϊκή επίδραση της ψυχοθεραπείας στην επιμήκυνση της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο.

Ο καρκινοπαθής έχει μεγάλη ανάγκη στο να του δείχνουν κατανόηση όλοι οι υπόλοιποι και να του παρέχουν ενσυναίσθηση ως προς την ψυχική του κατάσταση. Με αυτόν τον τρόπο, η προσέγγιση του γίνεται ευκολότερη. Πολλές φορές, η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του άρρωστου αποφεύγει να κάνει διάλογο μαζί του σχετικά με τις σκέψεις, τις αδυναμίες και του φόβους που έχει μπροστά στην ασθένεια και την απειλή του θανάτου. Στην θεραπευτική σχέση, είναι σημαντική η έκφραση των συναισθημάτων από την πλευρά του πάσχοντα, αλλά και η αποδοχή των προσωπικών συναισθημάτων απέναντι στον πόνο και στον θάνατο. Η επικοινωνία με τον ασθενή αποτελεί κύριο παράγοντα μετάδοσης διαφόρων πληροφοριών και έπειτα στηρίζει το ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωση του. . (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>). Η εγκατάσταση μιας θεραπευτικής σχέσης που χαρακτηρίζεται από την ενσυναίσθηση και την ουσιαστική επικοινωνία που επιτρέπει στον ασθενή να αποκαλύψει φόβους και προβληματισμούς σχετικά με τον καρκίνο, αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ψυχική φροντίδα του αρρώστου. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>).

Όσο η νόσος δεν εξασθενεί και η θεραπεία γίνεται λιγότερο αποτελεσματική, η ανάγκη για παρέμβαση στον άρρωστο και στην οικογένεια του γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη. Είναι απαραίτητο το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή να βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με την διεπιστημονική ομάδα των ειδικών, οι οποίοι θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο και την αναγκαία θεραπεία. Ο πάσχων πρέπει να δίνει πληροφορίες στους θεραπευτές του σχετικά με το πώς νιώθει, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα σε άνετο χώρο και με άνεση χρόνου. Επιπλέον, η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας μετά τον θάνατο του ασθενή είναι απαραίτητη και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών θεωρείται το κύριο συστατικό για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων για να μπορέσουν να ζουν με αξιοπρέπεια και όχι απλώς να επιβιώνουν.

Στόχος των θεραπειών είναι η διευκόλυνση των προβλημάτων των ασθενών, να τους βοηθήσουν στην έκφραση των συναισθημάτων τους, να ενισχύσουν την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων τους και να ενθαρρύνουν τον πάσχοντα να βρει τρόπους επίλυσης όλων αυτών των θεμάτων που τον απασχολούν. (<http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2-GR-2008-124.pdf>).

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι αυτός του μεσολαβητή, ανάμεσα στο άτομο ή την ευπαθούς ομάδας που έχει αναλάβει να συνεργαστεί. Σκοπός του είναι η προστασία και επανένταξη των ατόμων αυτών που αντιμετωπίζουν την νόσο του καρκίνου. Ο κοινωνικός λειτουργός, μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας έχει ως στόχο την συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και την κατανόηση, αλλά και την επεξεργασία των συναισθημάτων του εξυπηρετούμενου. Η αποδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια και στην συνέχεια, η ερμηνεία και η επεξήγηση της, αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την ρεαλιστική αντιμετώπιση της, αλλά και για την κατανόηση απ' την πλευρά του πάσχοντα των επιπτώσεων που θα έχει αυτή στην καθημερινή του ζωή. (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

Ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς. (εαν υπάρχουν). Επιπλέον, μέσω του διαλόγου προσεγγίζει και βοηθά στην συνέχεια το άτομο και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, με παρεμβάσεις αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιόψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης.

Επίσης, συλλέγει τα στοιχεία του κοινωνικού ιστορικού του ίδιου του ασθενή, αλλά και της οικογένειας του που με την σειρά τους θα χρησιμεύσουν ιδιαίτερα στο ιατρικό έργο για την θεραπεία του καρκινοπαθή.

Το να στηριχθεί ο άρρωστος σε συναισθηματικό επίπεδο είναι το κυριότερο και κρίνεται απαραίτητο να έχει γίνει σε πρώτη φάση η σωστή εκτίμηση από την μεριά του κοινωνικού λειτουργού. Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί, ότι γίνεται αξιολόγηση των κοινωνικών προβλημάτων του εξυπηρετούμενου που συνυπάρχουν με την ασθένεια του καρκίνου. Η καλή επικοινωνία που επιτυγχάνεται μέσω του διαλόγου είναι ένα σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του αρρώστου. Ενός διαλόγου που ενθαρρύνει και σέβεται τον ασθενή και του παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη και την απαιτούμενη πληροφόρηση. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι τον να φροντίζει και να παρέχει στήριξη στους

ανθρώπους που βιώνουν προβλήματα σαν την νόσο του καρκίνου. (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

Ως προς τον ασθενή είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να τον βοηθήσει στην προσαρμογή του στο νοσοκομείο. Να τον προετοιμάσει και να τον προσαρμόσει στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Ένας άλλος στόχος του είναι να ρυθμίσει τα συναισθήματα του ασθενή και στην συνέχεια να μειώσει το άγχος που τον κατακλύζει. Το άγχος του πάσχοντα για άλλα θέματα που τον απασχολούν σε προσωπικό επίπεδο, μπορεί να τον οδηγήσει να αρνηθεί ή να αναβάλει την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση. Επιπροσθέτως, είναι απαραίτητο να τον βοηθήσει να αποδεχτεί την προτεινόμενη αγωγή. Κυρίως πριν ή και μετά από μια σοβαρή χειρουργική επέμβαση είναι σημαντικό να παρέχεται στον καρκινοπαθή υποστήριξη και προετοιμασία για το τι θα ακολουθήσει. Να παρέχει στήριξη στο δικαίωμα προσέγγισης όσο αφορά τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για την φύση της ασθένειας του. Επιπλέον, ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του. Ο κοινωνικός λειτουργός μεριμνά για την διασφάλιση των δικαιωμάτων του αρρώστου. Κρίνεται σημαντικό οι ασθενείς να εξασφαλίζουν τα δικαιώματα που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό, ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και στο ιδιωτικό τους περιβάλλον. Το δικαίωμα στο να ενημερώνεται ο ασθενής (πληροφορίες σχετικά με την διάγνωση-θεραπεία-προοπτική), τον απόλυτο σεβασμό στην μοναδικότητα του ασθενούς (διαφύλαξη του απόρρητο, εξατομικευμένη φροντίδα). Το να προάγεται το συμφέρον του πάσχοντα και η άρνηση του στο να γίνει αντικείμενο πειραμάτων. Το να υπάρχει ο κατάλληλος σεβασμός απέναντι στην προσωπική-ιδιωτική ζωή του ασθενούς και της αξιοπρέπειας του, καθώς και η ίση μεταχείριση ανεξάρτητα από την οικονομική , κοινωνική θέση, τις πολιτισμικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις. (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

Ως προς την οικογένεια τους ασθενούς δεν νοείται κοινωνική εργασία δίχως την προσέγγιση της οικογένειας. Η εισαγωγή ενός μέλος της οικογένειας στο νοσοκομείο επηρεάζει άμεσα όλη την οικογένεια. Ο πρώτος στόχος από την πλευρά του κοινωνικού λειτουργού είναι να ανακουφίσει την οικογένεια απ' όλα εκείνα τα αρνητικά συναισθήματα που τους δημιουργήθηκαν απ' την εμφάνιση της

νόσου. Τέτοια συναισθήματα είναι ο φόβος, το άγχος, ο πανικός, ο θυμός, η απογοήτευση και οι ενοχές. Βοηθά την οικογένεια να αποκτήσει και να ανασυντάξει και πάλι τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, προκειμένου να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Προσπαθεί να διευκολύνει την επικοινωνία ανάμεσα στην οικογένεια και τον ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια να μην εγκαταλείψει τον ασθενή και να του συμπαρασταθεί, προωθώντας την δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της και ενθαρρύνει τα μέλη της να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματα τους. Θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς. (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

6.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι μια αρκετά περίπλοκη υπόθεση η οποία εστιάζεται σε δύο παραμέτρους. Στην «αντιμετώπιση που εστιάζεται στο πρόβλημα» και στην «αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα». Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο πρόβλημα, στοχεύει στην ελάφρυνση της στρεσογόνου κατάστασης μέσω της γνώσης πάνω στην ασθένεια από το διαδίκτυο ή από άλλες πηγές. Η αντιμετώπιση που εστιάζεται στο συναίσθημα, αφορά την διαχείριση των στρεσογόνων συναισθημάτων που προκαλεί η ασθένεια, μέσω της αλλαγής τους σε άλλο συναίσθημα ή ακόμα και της αποφυγής του.

Ακόμη υπάρχει διαφορά των φύλων στον τρόπο που αντιμετωπίζουν την ασθένεια καθώς οι γυναίκες τείνουν να βιώνουν μεγαλύτερο στρες αλλά και να καταστρώνουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης από τους άντρες, οι οποίοι φαίνονται πιο ψύχραιμοι αλλά συχνά αποφεύγουν την προσπάθεια. Μεγάλο ρόλο παίζει η σχέση του ζευγαριού, το οποίο μπορεί να ζητήσει βοήθεια από ένα σύμβουλο ζευγαριών σε τέτοιες καταστάσεις κρίσης. Τέλος, στην συμβουλευτική των ζευγαριών από ειδικό, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι κοινωνικοπολιτισμικές παράμετροι όπως η θρησκεία και η κοινωνία από την οποία προέρχεται το ζευγάρι και πολλές φορές μπορεί να δημιουργεί αναστολές σε σχέση με τη συζήτηση ενός θέματος σεξουαλικής φύσεως με τον ειδικό, η ακόμα και με το φύλο του ειδικού ο οποίος αν είναι άντρας θα αποτρέψει για παράδειγμα ένα ζευγάρι από μη δυτικές κοινωνίες να απευθυνθεί και να συζητήσει λεπτά προσωπικά του θέματα. (Kayser, Karen, L. Scott, Jennifer, 2010).

Ο ρόλος του ειδικού στη φάση της θεραπείας είναι η υποστήριξη του ασθενή και των αγαπημένων του προσώπων στην ομαλή ένταξή τους στη ζωή μετά τον καρκίνο, στο μεγαλύτερο συναισθηματικό τους δέσιμο και στις εμπειρίες που θα αποκομίσουν από την κρίση έτσι ώστε να οραματιστούν τη ζωή τους μετά την ασθένεια. Πιθανόν ο θεραπευτής να χρειαστεί να πραγματοποιήσει πολλές συνεδρίες με τα ζευγάρια. Οι συνεδρίες είναι καλύτερο να γίνονται στο σπίτι του ζευγαριού, όμως ο ειδικός πρέπει να προσέχει σε τι κατάσταση θα είναι η οικογένεια, καθώς σε περιπτώσεις υποτροπής το στρες και η ανησυχία

επιδεινώνονται και καλό θα ήταν να μη γίνονται συνεδρίες καθώς οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι λόγω της αναστάτωσης τους μπορεί να μην είναι σε θέση να συγκεντρώσουν τη σκέψη τους το συγκεκριμένο διάστημα. (Kayser, Karen, L. Scott, Jennifer, 2010).

Επίσης, ο ειδικός πρέπει να γνωρίζει ότι ο καρκίνος είναι μια μακροχρόνια κατάσταση, όμως παρ' όλα αυτά αποτελεί ένα κομμάτι στη ζωή της ασθενούς και όχι όλη τη ζωή της. Πρέπει λοιπόν, εκτός από το κομμάτι της ασθένειας να υποστηρίζει την ασθενή και στους άλλους της ρόλους. Τέλος πρέπει να γνωρίζει ότι ανάλογα με την ηλικία του ζευγαριού η συμβουλευτική αλλάζει, καθώς διαφορετική διαχείριση χρειάζεται ένα νέο ζευγάρι που βιώνει το φόβο του αποχωρισμού και της αντίδρασης των παιδιών του στον επικείμενο χαμό της μητέρας και διαφορετική ένα ηλικιωμένο, το οποίο βιώνει την απώλεια και τον αποχωρισμό από τον επί πολλά χρόνια σύντροφό του.

Η συχνή επαφή με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας ,μπορεί να διευκολύνει την ποιότητα της ζωή του ασθενή που πάσχει από την νόσο του καρκίνου και να τον διευκολύνει στην έκφραση των συναισθημάτων του. Τα συναισθήματα του καρκινοπαθή τις περισσότερες φορές πριν εξωτερικευτούν στον επαγγελματία ψυχικής υγείας, δεν είναι αναγνωρίσιμα από το ίδιο το άτομο. Ο ρόλος του θεραπευτή απέναντι στον ασθενή είναι να τον ενθαρρύνει και να τον βοηθήσει να εκφραστεί σε συναισθηματικό επίπεδο, μέσα από τον διάλογο, ο οποίος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου. Επιπλέον, η σεξουαλική ζωή του πάσχων και του συντρόφου του επηρεάζεται πολύ μετά την διάγνωση της νόσου. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας σε αυτό το κομμάτι είναι απαραίτητο να παρέμβει, ώστε να μπορέσει τόσο ο ασθενής , όσο και ο σύντροφος του να μιλήσουν για τα άγχη, τις αναστολές και του φόβους που μπορεί να επηρεάζουν άμεσα αρνητικά την ερωτική διάθεση και συμπεριφορά τους , μετά την διάγνωση. Ο στόχος της παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού, σε αυτό το κομμάτι είναι η απενοχοποίηση του ασθενή και του συντρόφου του. (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

Μια άλλη εξίσου σημαντική παράμετρος είναι η ποιότητα ζωής του αρρώστου. Έρευνες έχουν δείξει το πόσο σημαντικά βελτιώνεται η ζωή του ασθενή, όταν παράλληλα με την ιατρική του αγωγή λαμβάνει και ψυχολογική φροντίδα. Τέλος,

κάποιες έρευνες αναφέρουν το πόσο αυξάνεται ο βαθμός επιβίωσης των καρκινοπαθών, όταν αυτοί ακολουθούν παράλληλα με τις ιατρικές θεραπείες τους και ψυχοθεραπευτική βοήθεια. Παρόλο που τα αποτελέσματα αυτά, δεν επιβεβαιώνονται πάντα κρίνεται σημαντικό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να βοηθήσουν τους πάσχοντες για να ζήσουν περισσότερο και καλύτερα.

Επίσης, σε μια ψυχοθεραπευτική σχέση είναι σημαντικό να δουλευτεί η απώλεια της σωματικής ακεραιότητας του ασθενή, η διάσταση του τι συνέβηκε πριν και μετά την διάγνωση της νόσου, το μέχρι τότε αίσθημα του "άτρωτου" και της παντοδυναμίας, στοιχεία που προϋποθέτουν την έναρξη μιας διεργασίας πένθους, την οποία ο ασθενής καλείται, με τη βοήθεια του ειδικού, να αναγνωρίσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί. Το πένθος για κάποιο άτομο που νοσεί από καρκίνο είναι αναμενόμενο και αποτελεί μια ανθρώπινη φυσιολογική διεργασία για τους ασθενείς που εάν για κάποιο λόγο «μπλοκαριστεί» μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην κατάθλιψη. (www.agsavvas-hosp.gr).

Ο καρκίνος απαιτεί κάποιες θεραπείες που συχνά, επειδή περιβάλλονται από μύθους σχετικά με την διαδικασία τους, μπορεί να προκαλέσουν αντιδράσεις στον ασθενή μια έντονη άρνηση να τις ακολουθήσει, να υποβληθεί σε αυτές ή να μην καταφέρει λόγω προσωπικής του επιλογής να τις ολοκληρώσει. Όταν, οι πάσχοντες δεν ολοκληρώνουν το χημικοθεραπευτικό τους σχήμα, με αυτόν τον τρόπο επιβαρύνουν την πρόγνωση της νόσου. Οι λόγοι που οι ασθενείς παραμελούν τις θεραπείες οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες. Ο καρκίνος αποτελώντας μια μακροχρόνια τις περισσότερες φορές ασθένεια, έχοντας συχνές υποτροπές εξασθενεί την ψυχική υγεία και τις αντοχές των ατόμων αλλά και του περιβάλλοντος τους, οδηγώντας τους πάσχοντες σε συμπεριφορές παραίτησης. Επιπλέον θέτει παράλληλα ζητήματα μεταβολής οικογενειακών ρόλων και επαγγελματικής ταυτότητας.

6.3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η οικογένεια είναι η σημαντικότερη πηγή υποστήριξης του ατόμου. Κάθε αλλαγή που συμβαίνει μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως μια νόσος επηρεάζει όλα τα μέλη σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικό τρόπο και επιπτώσεις. Όλα τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται μετά την διάγνωση της νόσου, δεν επηρεάζουν μόνο και αποκλειστικά τον ασθενή, αλλά και τα συγγενικά του πρόσωπα. Ο καρκίνος είναι μια οικογενειακή ασθένεια, αφού επιβαρύνει όλα τα μέλη σε συναισθηματικό επίπεδο και διαρρηγνύει τις μεταξύ τους σχέσεις. Όταν οι οικογενειακές σχέσεις είναι ικανοποιητικές είναι ευκολότερο για τον πάσχοντα να προσαρμοστεί στην διάγνωση της ασθένειας. Ακόμη και εάν η επικοινωνία της οικογένειας είναι καλή η ίδια χρειάζεται υποστήριξη για να χειριστεί την νόσο, τις επιπτώσεις, αλλά και τον τρόπο που επηρεάζει γενικότερα την ζωή της. Ιδιαίτερη κρίνεται η υποστήριξη της οικογένειας που το συγγενικό τους πρόσωπο βρίσκεται στο τελικό στάδιο του καρκίνου και η αντιμετώπιση από μέρους της του επερχόμενου θανάτου. Σε περιπτώσεις που οι ασθενείς είναι απόλυτα ανίκανοι και ανήμποροι να αναλάβουν οποιαδήποτε ευθύνη, οι αποφάσεις που αφορούν την νόσο λαμβάνονται εξ' ολοκλήρου από την οικογένεια. (www.agsavvas-hosp.gr).

Απαραίτητη είναι η παρουσία της ομάδας ανακουφιστικής και παρηγορητικής αγωγής. Ο ρόλος τους είναι να υποστηρίζουν το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, αφού και αυτοί ουσιαστικά νοσούν μαζί με τον ασθενή που του παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα. Έτσι, τα μέλη της οικογένεια με αυτόν τον τρόπο θα κάνουν ευκολότερη την επικοινωνία με τον ασθενή και να κατανοήσουν το τι είναι καλύτερο για να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής του. Κρίνεται σημαντικό η οικογένεια να αντιληφθεί και να προσπαθήσει να συνειδητοποιήσει το νόημα του καρκίνου μέσω της ομάδας υγείας, για τον ίδιο τον ασθενή, για κάθε μέλος ξεχωριστά και για την οικογένεια ως σύνολο. Καθώς, η ασθένεια εξελίσσεται αρνητικά με επιπτώσεις στην υγεία του πάσχοντα, η οικογένεια αναλαμβάνει νέες ευθύνες και ρόλους. (www.agsavvas-hosp.gr).

Οι συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την ιδιαίτερη αδυναμία που νιώθουν απέναντι του. Υπάρχουν , βέβαια τύποι οικογενειών με διαφορετικό τρόπο συμπεριφοράς :

1) Η υπερενεργητική οικογένεια , όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός χρειάζεται να αποκαταστήσει την συμπεριφορά των οικείων του ασθενή, τονίζοντας ότι σε αυτό το στάδιο χρειάζεται χρόνο και είναι αναγκαίο να σκεφτεί, να κρίνει, να αξιολογήσει τις δυνάμεις και την κατάσταση του.

2) Η υπερπροστατευτική οικογένεια, όπου ο Κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να βοηθήσει τον ασθενή να ξαναποκτήσει την αυτοπεποίθηση του , τόσο στην προσωπική του ζωή, όσο και στην εργασία του και από την άλλη να δείξει στα κοντινά του πρόσωπα τις ικανότητες-δυνατότητες που έχει για να ζήσει. (www.agsavvas-hosp.gr).

3) Η μαζοχιστική οικογένεια , όπου σε αυτήν την περίπτωση ο Κοινωνικός λειτουργός οφείλει να εξαλείψει τυχόν ενοχές από την πλευρά της οικογένειας , βοηθώντας την να έρθει αντιμέτωπη με την πραγματικότητα χρησιμοποιώντας νέους τρόπους έκφρασης και αγάπης.

4) Η θυμωμένη οικογένεια, όπου ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι να κάνει τον διαχωρισμό ανάμεσα στο φυσιολογικό θυμό που μπορεί να έχει η οικογένεια απέναντι στην ασθένεια και στην λανθασμένη κατεύθυνση που μπορεί αυτό να παίρνει ορισμένες φορές και να έχει αντίκτυπο στον άρρωστο. (www.agsavvas-hosp.gr).

5) Η υπερξαρτημένη οικογένεια, όπου ο Κοινωνικός λειτουργός οφείλει να τονίζει ότι ο ασθενής δεν είναι μεν απόμαχος, αλλά έχει ανάγκη από συμπαράσταση για να μπορέσει να ξεπεράσει την δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

81. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί ο ρόλος και οι απόψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (κοινωνικών λειτουργών-ψυχολόγων) σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του καρκινοπαθή και της οικογένειας του. Ακόμη, σκοπός της μελέτης μας είναι η παρατήρηση των ψυχολογικών επιπτώσεων και η διαχείριση των συναισθημάτων των ατόμων που βιώνουν τον καρκίνο, από την πλευρά των ειδικών ψυχικής υγείας. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και έχοντας κατακτήσει το θεωρητικό υπόβαθρο που αφορά τις επιπτώσεις του καρκίνου, τόσο στο άτομο που πάσχει, όσο και στην οικογένεια αποκτούμε πλέον, μια καθολική εικόνα της κατάστασης. Ο ρόλος των ειδικών ψυχικής υγείας και της οικογένειας είναι σημαντικός για την ενδυνάμωση και την ενθάρρυνση των ατόμων που πάσχουν από την ασθένεια του καρκίνου. Τελικός σκοπός μας είναι να μάθουμε, αν υπάρχει επάρκεια υπηρεσιών και δομών από το κράτος για την υποστήριξη της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Οι στόχοι της ερευνητικής μας ανασκόπησης αφορούν την ανακάλυψη: 1) Του τρόπου αντιμετώπισης του καρκινοπαθή, της οικογένειας και την διαχείριση των συναισθημάτων τους. 2) Του ρόλου του ειδικού ψυχικής υγείας όσον αφορά τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. 3) Της σημασία και τους τρόπους συνεργασίας του ιατρικού προσωπικού με τον ειδικό ψυχικής υγείας. 4) Της συνεργασία του θεραπευτή με την οικογένεια και τέλος 5) Της καταλληλότητα και την επάρκεια των υπηρεσιών για καρκινοπαθή άτομα και τις οικογένειες τους στην Ελλάδα.

8.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Τα ερευνητικά ερωτήματα που χρησιμοποιήθηκαν και ως στόχοι της έρευνας αφορούν τις απόψεις των ειδικών ψυχικής υγείας, σχετικά :

1) Με τον τρόπο αντιμετώπισης του καρκινοπαθή, της οικογένειας και την διαχείριση των συναισθημάτων τους. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν την άποψη των ερωτώμενων για τον καρκίνο, τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται, τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή σε τελικό στάδιο και τη συνεργασία του ειδικού ψυχικής υγείας με την οικογένεια του πάσχοντα.

- 1) Το ρόλο του ειδικού ψυχικής υγείας όσον αφορά τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.
- 2) Τη σημασία και τους τρόπους συνεργασίας του με το ιατρικό προσωπικό και την οικογένεια.
- 3) Και τέλος την άποψή του για την επάρκεια και την καταλληλότητα των υπάρχοντων υπηρεσιών καρκινοπαθών στην Ελλάδα.

8.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.

Η μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή δεδομένων της έρευνάς μας ήταν η ποιοτική μέθοδος. Επιδίωξη της ποιοτικής έρευνας είναι «να ανακαλύψει τις απόψεις του ερευνώμενου πληθυσμού, εστιάζοντας στις οπτικές γωνίες υπό τις οποίες τα άτομα βιώνουν και αισθάνονται τα γεγονότα» (Bird, & συν.,1999: 320). Η ποιοτική προσέγγιση είναι μια προσέγγιση σε βάθος, με στόχο την ανάλυση κι ερμηνεία ποιοτικών στοιχείων, αφού πρώτα συλλέξουμε, κατηγοριοποιήσουμε και αξιολογήσουμε τα δεδομένα μας. Την επιλέγουμε όταν μας ενδιαφέρει να κάνουμε βαθύτερη ανάλυση και ερμηνεία καταστάσεων, γεγονότων, συμπεριφορών ή εμπειριών. Σε αυτήν την ποιοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της συνέντευξης , όπου η επιλογή του ερωτώμενων του δείγματος της έρευνας ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι είχαν μελετήσει την πληθυσμιακή ομάδα των καρκινοπαθών, ωστόσο κάποιοι από αυτούς εργάζονταν με διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και κάποιοι με το αντικείμενο που μελετούμε, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα ευρύ φάσμα απόψεων στις απαντήσεις τις οποίες λάβαμε.

8.4 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο έρευνας που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή δεδομένων είναι η ημιδομημένη συνέντευξη. Το συγκεκριμένο είδος συνέντευξης χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία ως προς τη σειρά των ερωτήσεων, την τροποποίηση του περιεχομένου τους ανάλογα με το άτομο που ερωτάται και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση (Ιωσηφίδης, 2003). Η συνέντευξη είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου. Πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζόμενων με το αντικείμενο της έρευνας (Cohen και Manion, 1992: 307-308). Με άλλα λόγια πρόκειται για την μέθοδο που έχει ως αντικείμενο της να σχηματίσει ένα «νοητικό περιεχόμενο» (Mialaret, 1997: 148), να αποκαλύψει πτυχές της προσωπικότητας και να αναγνωρίσει συμπεριφορές. Βασικό εργαλείο της είναι η συνομιλία που λαμβάνει χώρα μεταξύ δύο ή και παραπάνω προσώπων. Για την ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων αξιοποιήθηκαν κυρίως εργαλεία ανάλυσης λόγου και κειμένου με την μορφή ερωτήσεων προς τους συνεντευξιαζόμενους.

Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν αποτελούνταν τόσο από ερωτήσεις κλειστού τύπου, προκειμένου να παρέχουν τις απαραίτητες ειδικές λεπτομέρειες (βλέπε παράρτημα ερωτήσεις 1, 2, 3, 5,7) όσο και από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου για την προσέγγιση των πιο λεπτών θεμάτων για να μπορέσει ο ερωτώμενος να εκφράσει τις προτιμήσεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, οργανώνοντας την απάντηση του όπως εκείνος την εννοεί. (βλέπε παράρτημα ερωτήσεις 4,6, 8,9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Στις ερωτήσεις 1 και 2 (βλέπε παράρτημα) αναφέρεται η ειδικότητα του κάθε επαγγελματία (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) καθώς και η ηλικία των ειδικών

8.5 ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας. Ο πληθυσμός πάνω στον οποίο πραγματοποιήθηκε η δειγματοληψία της έρευνας αποτελείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας με την ειδίκευση του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού. Συγκεκριμένα οι συνεντεύξεις έγιναν σε πέντε κοινωνικούς λειτουργούς (έναν άντρα και τρεις γυναίκες) και σε τέσσερις ψυχολόγους (τρεις γυναίκες και δύο άντρες), ηλικίας από 22 έως και 40 ετών. Τέλος το δείγμα αποτελείται από άτομα τα οποία έχουν ασχοληθεί επαγγελματικά ή εθελοντικά με την πληθυσμιακή ομάδα των καρκινοπαθών, όμως κάποιοι από αυτούς είναι εξειδικευμένοι και σε άλλους τομείς (ψυχική υγεία, παραβατικότητα) με αποτέλεσμα να πραγματοποιηθεί η μελέτη μας πάνω σε ποικίλες, διαφορετικές οπτικές που αναφέρθηκαν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

8.6 ΤΟΠΟΣ – ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Η ερευνά μας διεξάχθηκε στις πόλεις της Πάτρας, της Αθήνας και του Βόλου όπου πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ολοκληρώθηκαν τα συμπεράσματα, οι προτάσεις και τέλος, η τελική δομή του ερευνητικού μέρους. Η διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους διήρκησε συνολικά τρεις μήνες, από τις 10 Νοεμβρίου έως τις 20 Ιανουαρίου. Συγκεκριμένα η δόμηση της συνέντευξης και η εύρεση του δείγματος διήρκησαν ένα μήνα και η τελική δόμηση της έρευνας όπως και η διεξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων διήρκησαν ένα μήνα και 10 μέρες.

8.7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ- ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν αντιμετωπίσαμε κάποιον περιορισμό ή δυσκολία και θεωρούμε ότι ήταν αρκετά εύκολο για εμάς να επικοινωνήσουμε με το δείγμα που μελετούσαμε καθώς, λόγω των σπουδών μας έχουμε άμεση επαφή με ένα μεγάλο κομμάτι της πληθυσμιακής ομάδας των ειδικών ψυχικής υγείας. Οι ερωτώμενοι ήταν πολύ εξυπηρετικοί και συνεργάσιμοι και αφιέρωσαν αρκετό χρόνο για να συμβάλλουν στην έρευνά μας. Στις ελάχιστες περιπτώσεις που δεν καταφέραμε να κλείσουμε ραντεβού με κάποιον επαγγελματία υπήρχε πάντα μια άμεση εναλλακτική λύση για την σωστή και έγκαιρη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Τέλος, η συνεργασία μας ως ομάδα ήταν αρκετά καλή και η επικοινωνία μας εξαιρετική, κάτι που οδήγησε στο να μην αντιμετωπίσουμε ιδιαίτερες δυσκολίες κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μας μελέτης.

8.8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	
	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ
22-26	1	2	2	1
26-30	1	1	1	1
30-35	1	2	2	1
35-40	-	1	-	1

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με τους οποίους συνεργαστήκαμε για την παρούσα έρευνα είναι εργαζόμενοι και άνεργοι που προσφέρουν εθελοντική εργασία στον τομέα των καρκινοπαθών, αλλά και σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Αρχικά, επικοινωνήσαμε με την ψυχολόγο που εργάζεται στον όμιλο «Αγκαλιάζω» Αθηνών, τον τελευταίο ενάμιση χρόνο. Το μεταπτυχιακό της αφορά την ψυχική υγεία και η εκπαίδευση της, την δραματοθεραπεία και την συμπεριφορική γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Στη συνέχεια, συνεργαστήκαμε με τον κοινωνικό λειτουργό του ομίλου «Αγκαλιάζω» Πατρών, ο οποίος έχει εμπειρία τεσσάρων χρόνων στον συγκεκριμένο φορέα. Η επόμενη συνέντευξή μας πραγματοποιήθηκε με τη συμβολή της ψυχολόγου που εργάζεται στο κέντρο ημέρας «Κλίμακα» στον τομέα της πρόληψης αυτοκτονιών. Συγκεκριμένα, η ίδια μας ανέφερε ότι έχει ασχοληθεί με την πληθυσμιακή ομάδα των καρκινοπαθών, είτε λαμβάνοντας τηλεφωνήματα στην 24ωρη γραμμή στήριξης, είτε με επισκέψεις στην ψυχολογική και ψυχιατρική υπηρεσία, σε περιπτώσεις που τα άτομα εμφάνιζαν ταυτόχρονα και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Η επόμενη συνέντευξη μας πραγματοποιήθηκε στο Βόλο όπου συνεργαστήκαμε με τον ψυχολόγο της κλινικής αποκατάστασης του νοσοκομείου «Ολύμπιον», ο οποίος ειδικεύεται στον τομέα της συμβουλευτικής. Επιπλέον, λάβαμε συνεντεύξεις από μία κοινωνική λειτουργό και μία ψυχολόγο οι οποίες ειδικεύονται, επίσης στον συγκεκριμένο τομέα. Όσον αφορά, την επαγγελματική

τους κατάρτιση η ψυχολόγος έχει ασχοληθεί εθελοντικά με τον καρκίνο του παιδιού στο νοσοκομείο Παίδων Θεσσαλονίκης και με την κακοποίηση γυναικών. Η κοινωνική λειτουργός ειδικεύεται επαγγελματικά στην συμβουλευτική με εφήβους και οικογένειες.

Οι τελευταίοι συνεντευξιαζόμενοι της ερευνάς μας ήταν: η κοινωνική λειτουργός του ΣΟΨΥ Πατρών, με ειδίκευση στην ψυχική νόσο και αρκετή μελέτη στα θέματα που αφορούν τον καρκίνο, η κοινωνική λειτουργός των Δικαστηρίων ανηλίκων Αθηνών, με εμπειρία στην παραβατικότητα παιδιών και εφήβων, η οποία έχει ασχοληθεί με την νόσο του καρκίνου μέσω σεμιναρίων και τέλος ο ψυχολόγος που έχει συμμετάσχει εθελοντικά σε σεμινάρια και εθελοντικές δράσεις που αφορούν τον καρκίνο.

Στη συνέχεια, παραθέτουμε λεπτομερώς τα αποτελέσματα της έρευνας μας με βάση τους στόχους τους οποίους έχουμε θέσει:

ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στην ερώτηση για το πώς θα μπορούσε ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας να συνεργαστεί με την οικογένεια του ασθενή κατά την διάρκεια της θεραπείας όλοι οι ψυχολόγοι που συμμετείχαν τόνισαν την σημασία της συμβουλευτικής στην οικογένεια ως προς την καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων του ασθενή και της οικογένειας. Συγκεκριμένα η ψυχολόγος του Αγκαλιάζω ανέφερε: *«Συνήθως υπάρχει αίτημα από την οικογένεια, όσο αφορά την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Οπότε η πρώτη παρέμβαση είναι σε αυτό που ζητάει το αίτημα. Άρα, αν η οικογένεια ζητάει το αίτημα γίνεται μία διερευνητική συνεδρία με τα άτομα που ζητούν την ψυχολογική υποστήριξη για τον συγγενή τους, διερευνούμε φόβους και τα δικά τους δύσκολα συναισθήματα σε αυτό που περνούν»*. Ο ψυχολόγος της κλινικής αποκατάστασης του νοσοκομείου «Ολύμπιον» τόνισε : *« Όσο αναφορά την οικογένεια των ανθρώπων αυτών και αυτοί χρειάζονται υποστήριξη ψυχολογικά, γιατί ένα αγαπημένο τους πρόσωπο απειλείται. Επίσης, ο καρκίνος είναι μια σοβαρή πάθηση και απαιτεί μια άμεση αντιμετώπιση με χημειοθεραπείες για τον ασθενή και*

αυτό έχει αντίκτυπο και στην οικογένεια του. Επιπλέον, και η συμπεριφορά των μελών της οικογένειας έχει αντίκτυπο στον ασθενή πολλές φορές, εάν η οικογένεια δεν μπορεί να το διαχειριστεί σωστά το γεγονός μπορεί να επηρεάσει και τον ίδιο ψυχολογικά και αυτό να έχει αντίκτυπο στην εξέλιξη της θεραπείας του». Τέλος, η ψυχολόγος της «Κλίμακας» ανέφερε: «Πρέπει, η οικογένεια να βοηθηθεί και να επεξεργαστεί αυτό που συμβαίνει. Έτσι κι αλλιώς, αυτό που περιμένουμε από μια οικογένεια που βιώνει κάτι τέτοιο είναι το ότι θα αντιδράσει, όπως συνήθιζε να αντιδρά και σε άλλες δυσκολίες που συνέβησαν. Ίσως αυτή είναι μια πολλή μεγάλη δυσκολία και κατά πάσα πιθανότητα τα ίδια μοτίβα θα αναπαραχθούν. Οπότε, εκεί θα πρέπει να γίνει μια ανάλυση της δυναμικής της οικογένειας, των τρόπων που διαχειρίζονται τις δυσκολίες και μια συναισθηματική επεξεργασία του τι συμβαίνει (δεξιότητες επικοινωνίας, να λάβουμε υπόψη τι χρειάζεται ο άλλος άνθρωπος).

Στην ερώτηση που αφορούσε την γνώμη τους πάνω στην καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση οι επαγγελματίες μίλησαν για την σημασία μιας συνδυαστικής μεθόδου η οποία θα έχει στοιχεία συμβουλευτικής, υποστηρικτικής και οικονομικής παρέμβασης όπως και οικογενειακής θεραπείας και συνειδητοποίησης της κατάστασης, ανάλογα με τις ανάγκες του πάσχοντα. Ο ψυχολόγος της κλινικής αποκατάστασης του Νοσοκομείου «Ολύμπιον» υποστηρίζει ότι : « Νομίζω ότι καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση που θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε αυτούς τους ανθρώπους είναι η συμβουλευτική , η ψυχολογική και η συναισθηματική υποστήριξη και η συναισθηματική έκφραση , όσο αναφορά τις προσεγγίσεις της ψυχολογίας αυτή που θα ταίριαζε περισσότερο νομίζω είναι μια ανθρωπιστική προσέγγιση και μια υπαρξιακή παρέμβαση σε αυτούς τους ανθρώπους». Επίσης, μια από τις κοινωνικές λειτουργούς που ειδικεύεται στον τομέα της συμβουλευτικής μας ανέφερε ότι : « Με ένα συνδυαστικό μοντέλο, γιατί κάθε οικογένεια μπορεί να έχει διαφορετική ανάγκη, πρέπει να τους παρέχουμε όλες αυτές τις μεθοδολογίες, τα εργαλεία, τις υπηρεσίες και εκείνοι ανάλογα με την φάση που περνάει η ασθένεια , διαφορετικά, θα δουλέψουμε με έναν άνθρωπο που είναι στην αποθεραπεία του και διαφορετικά, με έναν άνθρωπο που μόλις έχει λάβει την διάγνωση και την σύνθεση του περιστατικού με τα άλλα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, δηλαδή εάν υπάρχει ένα παιδί στην οικογένεια πρέπει να στηρίζουμε και αυτό και να συνεργαστούμε και με άλλους φορείς εξειδικευμένους, όπως φαντάζομαι είναι η «μέριμνα» σε σχέση με το παιδί.» Τέλος η κοινωνική λειτουργός του Σ.Ο.Ψ.Υ

δήλωσε ότι : « Η παρέμβαση που θα ασκήσεις απέναντι στον ασθενή είναι ανάλογη με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει ότι τόσο στην ατομική ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών όσο και στην ομαδική ψυχολογική υποστήριξη είναι εξίσου καλά τα αποτελέσματα καθώς ο ασθενής αποφορτίζεται, εκφράζει τους φόβους του, τα άγχη του και τη θλίψη του και καταφέρνει να βρίσκεται σε μια καλύτερη ψυχολογική κατάσταση που βοηθάει την κατάσταση του. Σε ότι αναφορά το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, ο συνδυασμός και των δύο θεραπευτικών μεθόδων είναι εξίσου βοηθητικός γιατί αφ ενός σε ατομικό επίπεδο δουλεύει προσωπικούς του φόβους και ανησυχίες καθώς και μια επακόλουθη απώλεια, αφ ετέρου δε σε ομαδικό επίπεδο νιώθει ότι πρόκειται για ένα πρόβλημα που το αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι και μέσα από τη δυναμική της ομάδας, δυναμώνει και ο ίδιος.»

Για το εάν η κάθε μορφή καρκίνου χρειάζεται διαφορετική ψυχολογική αντιμετώπιση οι απόψεις δίστανται. Επτά από τους εννιά ερωτώμενους απάντησαν ότι η κάθε μορφή καρκίνου χρειάζεται διαφορετική ψυχολογική αντιμετώπιση και ότι είναι απαραίτητο να γίνουν αντιληπτές οι διαφορές των πασχόντων , όπως το φύλο, η προσωπικότητα, η ηλικία και το στάδιο της νόσου. Αντίθετα, μια ψυχολόγος και μια κοινωνική λειτουργός απάντησαν ότι έχει περισσότερη σημασία η αντιμετώπιση στα διαφορετικά στάδια του καρκίνου παρά η κάθε μορφή καρκίνου. Σε σχέση με αυτή την διάσταση απόψεων αξίζει να σημειωθούν τρεις απαντήσεις. Την μια μας την έδωσε ο ψυχολόγος κέντρου αποκατάστασης του «Ολύμπιον» ο οποίος δήλωσε : *« Υπάρχουν κάποια πράγματα τα οποία σχετίζονται και με άλλες ψυχολογικές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος του στήθους στις γυναίκες. Εκεί μπορεί να χρειαστεί κάποια επέμβαση που μπορεί να είναι μια μαστεκτομή, οπότε εκεί εμπλέκονται και άλλα πράγματα που έχουν να κάνουν με την ψυχολογία της γυναίκας, την θηλυκότητα της και με την γυναικεία της φύση».* Οι επόμενες δύο ήταν κάποιες διαφορετικές απόψεις. Η πρώτη εκφράστηκε από την κοινωνική λειτουργό του Σ.Ο.Ψ.Υ Πατρών : *«Θεωρώ ότι κάθε μορφή καρκίνου δεν παύει να είναι ένα είδος καρκίνου άρα ο παρανομαστής μένει ο ίδιος. Αυτό που θεωρώ ότι διαφοροποιεί την ψυχολογική αντιμετώπιση από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής, αφού στο πρώτο στάδιο για παράδειγμα έχεις να διαχειριστείς το σοκ και την άρνηση στην οποία μετατίθεται ο ασθενής κατά την αναγγελία του της νόσου, στο δεύτερο στάδιο έχεις να διαχειριστείς τις «παράπλευρες απώλειες» ως αποτέλεσμα της νόσου που αυτές μπορεί να αφορούν από την εξωτερική εμφάνιση έως τη μείωση της λειτουργικότητας του*

ασθενή και τέλος στο τρίτο στάδιο έχεις να διαχειριστείς την προετοιμασία στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής για έναν ενδεχομένως επερχόμενο θάνατο». Η δεύτερη εκφράστηκε από την ψυχολόγο του « Αγκαλιάζω » : «Όχι, δεν χρειάζεται, κάποια είδη καρκίνων που επηρεάζουν την εξωτερική εμφάνιση, μπορεί να επηρεάσουν περισσότερο ότι έχει να κάνει με την αυτοεικόνα και με την αυτοαξία, δηλαδή εάν δίνεις πολύ σημασία στην εξωτερική εμφάνιση ή το άτομο έχει μια αναπηρία, όπως η λαρυγγεκτομή είναι πολύ πιο δύσκολο να προσαρμοστεί σε αυτήν την κατάσταση. Αλλά, άλλη αντιμετώπιση ως προς την διαχείριση των ατόμων που πάσχουν από την νόσο του καρκίνου δεν υπάρχει. Απλώς, είναι μεγάλου βαθμού η επίδραση που έχει η ασθένεια και συμβάλει και η θεραπεία. Κάποια άτομα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην θεραπεία παρά στην διάγνωση της ασθένειας. Όταν, η ασθένεια γίνεται βιώσιμη και υπάρχουν δυσκολίες με την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία, τότε είναι που χρειάζεται ένας ειδικός να βοηθήσει στην προσαρμογή. Είναι σημαντικό να γίνει μια πρώτη εκτίμηση της προσωπικότητας του ασθενή, τι προβλήματα ψυχολογικά έχει αντιμετωπίσει στο παρελθόν και πως αυτά θα επηρεάσουν την αντίδραση του στην ασθένεια».

Ολοκληρώνοντας τον πρώτο στόχο μας με την ερώτηση «Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να αντιμετωπίζεται ο επικείμενος θάνατος από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας» πήραμε αξιοσημείωτες απαντήσεις. Οι περισσότεροι επαγγελματίες μίλησαν για την αντιμετώπιση του θανάτου ως νόημα ζωής και έκφρασης των συναισθημάτων των ασθενών αλλά και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει τους ίδιους γι' αυτό και πρέπει να έχουν λύσει τα δικά τους ερωτηματικά σε σχέση με τον θάνατο. Σημαντική είναι η απάντηση που λάβαμε από τον κοινωνικό λειτουργό του Αγκαλιάζω ο οποίος είπε : «Κατά την γνώμη μου, είναι πολύ κακό αυτό που κάνουν οι γιατροί όταν μοιράζουν μήνες ζωής στους ασθενείς, γιατί ποτέ δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πόσο χρόνο μπορεί να αντέξει ο κάθε ασθενής» ακόμα, η κοινωνική λειτουργός που ασχολείται με τους ανήλικους παραβάτες τόνισε: «Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και κάθε ζωή έχει ξεχωριστή θέση μέσα στον κόσμο που ζούμε. Ωστόσο, στην ασθένεια αυτή ο θάνατος μπορεί να επέλθει ως μια φυσική εξέλιξη της νόσου και να γίνει αποδεκτός από το συγγενικό- οικογενειακό περιβάλλον με λιγότερη ψυχική οδύνη. Αυτό που διαφοροποιεί τον κάθε θάνατο στη κατηγορία αυτή είναι η ηλικία κατά την οποία νοσεί ο ασθενής. Στην περίπτωση που η απώλεια έγκειται στην κατηγορία της απώλειας του πατέρα σίγουρα είναι ένα γεγονός με μεγάλο πόνο και θλίψη αλλά διαφέρει πολύ από έναν αντίστοιχο θάνατο ασθενούς που έγκειται την κατηγορία του παιδιού ή του αδερφού». Τέλος ο ψυχολόγος που

ασχολείται εθελοντικά με τους καρκινοπαθείς μας απάντησε: « Αυτό είναι ένας πολύ ξεχωριστός κλάδος και σίγουρα μπαίνει σε κομμάτια παρηγορητικής φροντίδας για ασθενείς τελικού σταδίου, πιο υπαρξιακά κομμάτια, το τι νόημα δίνει κάποιος στη ζωή που πέρασε. Επιπλέον, μπλέκονται και άλλα νομικά θέματα που έχουν να κάνουν με την ευθανασία. Είχαν συμμετάσχει κάποιοι συνάδελφοί μου σε ένα σεμινάριο στη Γαλλία που είχε γίνει για το νόμο που αφορά την ευθανασία, προσπαθώντας να τον περάσουν τώρα για ασθενείς τελικού σταδίου, ώστε να έχουν το δικαίωμα αυτό. Υπάρχουν πολλές τέτοιες περιπτώσεις που τις ονομάζουμε αυτοκτονία, αλλά πρόκειται για ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και μας ζητούν να τους παρέχουμε κάποια χρήματα για να μεταφερθούν στην Ελβετία για να πεθάνουν αξιοπρεπώς, διότι εκεί επιτρέπεται η ευθανασία. Εκεί πρέπει σχετικά με αυτό που με ρώτησες, με σεβασμό και αξιοπρέπεια, να συνοδεύσεις τον άρρωστο στο πως επιλέγει να πεθάνει, αποδεχόμενος ή μη το γεγονός».

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Ο επόμενος στόχος μας επικεντρώνεται στην ερώτηση η οποία αφορούσε την συνεργασία του επαγγελματία ψυχικής υγείας με το ιατρικό προσωπικό για την καλύτερη ανάρρωση του ασθενή και είχε απαντήσεις, οι οποίες τόνιζαν ότι η συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό πρέπει να υπάρχει, τόσο για την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή, όσο και για να παίζει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας τον ρόλο του διαμεσολαβητή, ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό σε περιπτώσεις συγκρούσεων που προκύπτουν από την ασθένεια. Αυτό σύμφωνα με τους ίδιους, μπορεί να υλοποιηθεί με διεπαγγελματικές συναντήσεις του γιατρού και του ειδικού ψυχικής υγείας, όπου θα αλληλοενημερώνονται για την σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Συγκεκριμένα, η κοινωνική λειτουργός που ειδικεύεται στη συμβουλευτική οικογενειών ανέφερε: «*Παρόλο που το ιατρικό με το ψυχολογικό κομμάτι πρέπει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένο, εν τούτοις δεν υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στον ιατρικό και ανθρωπιστικό τομέα*». Μια από τους

δυο ψυχολόγους που ειδικεύεται στον τομέα της συμβουλευτικής απάντησε: « Είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι θεωρώ ότι έχει να κάνει με διεπιστημονική προσέγγιση του ασθενή και ο ασθενής εκτός από την ανάγκη της θεραπευτικής παρέμβασης από την ιατρική και βιολογική άποψη έχει ανάγκη από ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη κατά την διάρκεια της θεραπείας του, είτε στην αρχή, είτε είναι στην μέση, είτε στο τέλος της θεραπείας και της παραμονής του σε ένα χώρο, όπως είναι το νοσοκομείο ή την κλινική που βρίσκεται και παραμένει και έρχεται σε επαφή με άλλα παρόμοια περιστατικά και πιστεύω σίγουρα στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής προσέγγισης και ως προς το όφελος του ασθενή, θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία του ψυχολόγου, ο οποίος να παρέχει μια ψυχολογική υποστήριξη και αυτό θα βοηθήσει πολύ και την πορεία του όσο αφορά την πορεία της νόσου». Ακόμη, η κοινωνική λειτουργός του Σ.Ο.Ψ.Υ Πατρών τόνισε: «Ο κοινωνικός λειτουργός ως επαγγελματίας ψυχικής υγείας συμμετέχει σε διεπιστημονικές ομάδες ιατρών για την μελέτη της πορείας της νόσου του εκάστοτε ασθενή. Με τη σειρά του αυτός και ως ο πιο πλέον αρμόδιος, αφού έχει αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης και εχεμύθειας και με τον ίδιο τον ασθενή και με την οικογένεια του, ενημερώνει για την κατάσταση και την πορεία του ασθενούς αλλά και για ενδεχόμενες μεταβάσεις που ενδέχεται να εφαρμοστούν κατά την πορεία». Τέλος, η κοινωνική λειτουργός που εργάζονται στα δικαστήρια ανηλίκων δήλωσε: «Με το να έχει μια εξατομικευμένη παρέμβαση που θα είναι στοχευμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή, έτσι ώστε να βοηθήσει το ιατρικό προσωπικό να αντιληφθεί τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή, αλλά και να παίζει τον ρόλο του διαμεσολαβητή ανάμεσα τους σε περίπτωση συγκρούσεων από την ασθένεια».

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΣΟΝ

ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ

ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ.

Στην ερώτηση που αφορούσε τι τους προσεγγίζει ή τους απωθεί στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, εφτά από αυτούς απάντησαν ότι τους προσεγγίζει η δυσκολία της νόσου και η χαρά που νιώθουν στο να βοηθούν και ότι δεν τους απωθεί κάτι. Αντίθετα, ένας κοινωνικός λειτουργός ανέφερε: «Με απωθεί

η δυσκολία της νόσου καθώς με επηρεάζει σε προσωπικό επίπεδο» και η ψυχολόγος από την Κλίμακα χαρακτηριστικά δήλωσε « Είναι κάτι δύσκολο σίγουρα για τον επαγγελματία υγείας, διότι καλείσαι να επεξεργαστείς και δικά σου θέματα που έχουν να κάνουν με τον φόβο του θανάτου ή με αντίστοιχες εμπειρίες στο οικογενειακό περιβάλλον του καθενός και περιπλέκεται ακόμα περισσότερο το ζήτημα όταν ο πρωταρχικός λόγος που απευθύνεται σε εσένα κάποιος εδώ είναι ότι υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός». Τέλος η ψυχολόγος που ειδικεύεται στην συμβουλευτική και έχει ασχοληθεί εθελοντικά με τον παιδικό καρκίνο τόνισε: *Ο λόγος που ήθελα να ασχοληθώ με τον παιδικό καρκίνο έστω εθελοντικά ήταν επειδή θεωρώ ότι λόγω του ότι είναι παιδιά και βρίσκονται σε μία δύσκολη κατάσταση χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη ειδικά το διάστημα που νοσηλεύονται και επειδή έχουν συνηθίσει να τους φέρεται ο κόσμος σαν να είναι άρρωστα και διαφορετικά νομίζω ότι τους κάνει καλό και ότι το θέλουν να πηγαίνει κάποιος απ' έξω και να τους φέρεται απλά σαν παιδιά.»*

Στην ερώτηση η οποία αναφερόταν στο αν θα παρείχαν συμβουλευτική στο τελικό στάδιο της νόσου οι οχτώ από τους επαγγελματίες, απάντησαν ότι θα παρείχαν ή ότι παρέχουν ήδη, δουλεύοντας με τον ασθενή, κυρίως το κομμάτι της αποδοχής, του θανάτου του και της αξιολόγησης της ζωής του. Συγκεκριμένα, η ψυχολόγος της «Κλίμακας» ανέφερε : *« Είναι κάτι δύσκολο σίγουρα και για τον επαγγελματία υγείας και καλείσαι να επεξεργαστείς και δικά σου θέματα που έχουν να κάνουν με τον φόβο του θανάτου ή με αντίστοιχες εμπειρίες στο οικογενειακό περιβάλλον του καθενός και περιπλέκεται ακόμη περισσότερο το ζήτημα, όταν ο πρωταρχικός ρόλος που απευθύνεται σε σένα κάποιος εδώ είναι ότι υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός. Βέβαια, μπορεί ο καρκίνος σαν μια ανίατη ασθένεια πολλές φορές να αποτελεί παράγοντα κινδύνου , δεν αρκεί όμως από μόνο του είναι και άλλοι παράγοντες στην μέση. Έχει να κάνει ένα κομμάτι με τους ηλικιωμένους 65 και άνω ετών. Είναι μια ομάδα που έχει υψηλούς δείχτες θανάτου και αυτοκτονιών και έχει διαπιστωθεί ότι η σωματική ασθένεια-καρκίνος αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τις νεότερες ηλικίες. Από εκεί και πέρα πως θα διαχειριστεί κανείς αυτό το κομμάτι και την έκπτωση της λειτουργικότητας που μπορεί να φέρνει έχει να κάνει και με στοιχεία της προσωπικότητας του. Με το πόσο είχε επενδύσει στην σωματική υγεία και δύναμη τα προηγούμενα χρόνια , με το πόσο ένας άνθρωπος ήταν προσανατολισμένος στην δράση, οπότε χάνει κάποια τέτοια*

κομμάτια, με το κατά πόσο είναι ένας άνθρωπος εξωστρεφής με την έννοια του κατά πόσο μοιράζεται ένα άτομο τα αρνητικά συναισθήματα του με τους δικούς του ανθρώπους και εάν είναι πιο κλειστός απομονώνεται διπλά, με το κατά πόσο το υποστηρικτικό δίκτυο είναι κοντά και κατά πόσο μπορεί να βρει ένα νόημα σε όλο αυτό που βιώνει. Άρα κάπως αλληλοεμπλέκονται όλα αυτά για να φτάσει κάποιος καρκινοπαθής να οδηγηθεί στην αυτοκτονία». Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός του «Αγκαλιάζω» μας είπε: «Φυσικά, καθώς θεωρώ ότι η ατομικότητα και η μοναδικότητα του κάθε ατόμου θα πρέπει να κρατιέται καλά μέχρι τέλους, όποιο και αν είναι το τέλος αυτό. Κάθε άνθρωπος, εφ' όσον είναι επιθυμία του, μπορεί να χρησιμοποιήσει την ιδιότητά μας ως επαγγελματία προκειμένου να αισθανθεί ο ίδιος καλύτερα ».

Όσον αφορά την σημασία της συμβολής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην αποκατάσταση του ασθενή, αναγνωρίστηκε η μεγάλη σημασία της συμβολής των ειδικών ψυχικής υγείας στην ασθένεια, καθώς η θεραπευτική σχέση μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να δει τα πράγματα πιο αισιόδοξα. Μια σημαντική φράση που ακούστηκε για τον ρόλο τους, ήταν από την κοινωνική λειτουργό που ασχολείται με την παραβατικότητα: «Σαφώς και παίζει σημαντικό ρόλο καθώς απορροφούν τους κραδασμούς των εντάσεων που προκαλούνται λόγω της κατάστασης». Επίσης, η ψυχολόγος του ομίλου «Αγκαλιάζω» Αθηνών απάντησε: «Είναι πάρα πολύ σημαντική σαν κύρια βοήθεια που μπορεί να δώσει ένα ψυχολόγος σε αυτήν την φάση. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας παίζει ρόλο στην σταθεροποίηση των αρνητικών συναισθημάτων, στην έκφραση αυτών και στην ενδυνάμωση». Τέλος, η κοινωνική λειτουργός που εργάζεται στο Σ.Ο.Ψ.Υ δήλωσε: «Σαφώς και μάλιστα σημαντικό ρόλο αφού ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας που ασχολείται με τον ασθενή πέραν της ψυχολογικής υποστήριξης κατά την οποία ο ασθενής αποδέχεται και νιώθει πιο δυνατός απέναντι στη νόσο του, αφ' ετέρου δε μεριμνά και για την αποκατάσταση αυτού που θα έχει κοινό χαρακτήρα».

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τον ρόλο του θεραπευτή απέναντι στον ασθενή και την οικογένειά του. Οι πέντε ψυχολόγοι ανέφεραν ότι ο ρόλος τους είναι υποστηρικτικός, βοηθητικός στις δυσκολίες προσαρμογής και συνοδευτικός στα συναισθήματα του ασθενή. Οι κοινωνικοί λειτουργοί υποστήριξαν ότι ο ρόλος τους είναι ενημερωτικός και πρέπει να διακατέχεται από ειλικρίνεια, ενσυναίσθηση και εμπιστοσύνη μεταξύ του ιδίου και του ατόμου. Η ψυχολόγος της «Κλίμακας»

τονίζει: « Να βοηθήσουμε να βρει κάποιο νόημα ο άρρωστος και να δώσουμε έμφαση σε αυτά που μπορεί να κάνει και στους ρόλους που μπορεί να παίξει. Σε αυτό πρέπει να εκπαιδεύσουμε και την οικογένεια, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου». Η ψυχολόγος του ομίλου «Αγκαλιάζω» Αθηνών αναφέρει : « Ο ρόλος είναι το να διερευνηθούν οι τυχόν δυσκολίες προσαρμογής που έχουν στην ασθένεια και κατά βάση ο στόχος είναι η σταθεροποίηση, η συνειδητοποίηση του τι συμβαίνει, να μπορώ να εκφράζομαι, να μπορώ να μιλάω, να μην κρύβομαι , γιατί στην Ελλάδα υπάρχει ένα ταμπού γύρω από τον καρκίνο και υπάρχει μια συνωμοσία της σιωπής ειδικά σε ασθενείς που είναι τελικού σταδίου, οπότε ο ασθενής πολλές φορές μένει μόνος του με τον πόνο του. Ο πότε, ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι το να βοηθήσει στον να εκφράζονται τα συναισθήματα στην οικογένεια, έτσι ώστε κανείς να μην νιώθει μόνος και η συνοδεία.» Ο ψυχολόγος που έχει εργαστεί εθελοντικά με την πληθυσμιακή ομάδα των καρκινοπαθών απάντησε ότι : «Ο βασικός ρόλος του θεραπευτή απέναντι και στα δύο μέρη είναι να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης προκειμένου να πετύχει τους στόχους του. Έτσι λοιπόν πρέπει η επικοινωνία τους να διακατέχεται από ειλικρίνεια, ενσυναίσθηση, αποδοχή και διαχείριση όλων των συναισθημάτων και διαρκής ενημέρωση για κάθε επόμενο στάδιο» .

Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Η ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Στην τελευταία ερώτηση για τον εάν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες για τον καρκινοπαθή και την οικογένεια του στην Ελλάδα, οι οχτώ από τους εννιά επαγγελματίες απάντησαν, ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη υπηρεσιών στην χώρα μας, όπως και προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα ο ψυχολόγος της κλινικής αποκατάστασης «Ολύμπιον» δήλωσε : « Όχι, φυσικά και όχι δεν υπάρχουν οργανωμένα συστήματα , δεν υπάρχουν διεπιστημονικές προσεγγίσεις έτσι όπως θα έπρεπε να υπάρχουν , εκτός και εάν είναι πολύ εξειδικευμένα κέντρα που ασχολούνται μόνο και εκεί έχουν μια παραπάνω υποστήριξη, παρόλα αυτά δεν έχω εμπειρίες ο ίδιος σε αυτά τα κέντρα και δεν γνωρίζω πως λειτουργούν και τι παρεμβάσεις κάνουν. Όμως, από την γενικότερη μου άποψη αυτή η

διεπιστημονικότητα που πρέπει να υπάρχει δεν νομίζω ότι προσφέρεται σε όλους του ανθρώπους οι οποίοι έχουν αυτό το πρόβλημα στην Ελλάδα». Η ψυχολόγος του «Αγκαλιάζω» είπε : « Όσο αφορά την ιατρική κοινότητα εδώ στην Ελλάδα είναι σε πάρα πολύ καλό επίπεδο , οι γιατροί μας είναι ενημερωμένοι για τις καινούργιες θεραπείες, τα νοσοκομεία προσπαθούν με αυτά που έχουν να προσφέρουν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες και το κάνουν. Όσο αναφορά την ψυχολογική υποστήριξη η Ελλάδα είναι πίσω, όχι όμως μόνο για τον καρκινοπαθή είναι γενικά πίσω δεν έχει μπει στην κουλτούρα μας ακόμα και δεν υπάρχει ένα σχέδιο δράσης της υγείας , για αυτό ακόμη και οι ίδιοι οι γιατροί προτιμούν να δώσουν ένα αντικαταθλιπτικό ή ένα αγχολυτικό παρά να παραπέμψουν σε έναν ψυχολόγο. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν πολλοί συνάδελφοι που να μπορούν να προσφέρουν σε δημόσιους φορείς συμβουλευτική δωρεάν , διότι ο καρκίνος είναι μια πολυέξοδη ασθένεια και πολυεπίπεδη και το τελευταίο που μπορεί να κάνει ένας άνθρωπος σε αυτήν την φάση είναι να πηγαίνει σε ιδιωτικό γραφείο και να δίνει τουλάχιστον 50 ευρώ για ψυχοθεραπεία. Έπρεπε να υπάρχει ένα σχέδιο δράσης και να το παρέχει το κράτος, διότι η ψυχολογία είναι το άλφα και το ωμέγα από την στιγμή που αποκτάς καρκίνο. Η στάση που θα έχει ο ασθενής απέναντι στον καρκίνο, μαζί με την διατροφή είναι το σημαντικότερο». Στη συνέχεια έχουμε την απάντηση της κοινωνικής λειτουργού του Σ.Ο.Ψ.Υ Πατρών η οποία τόνισε : «Σαφώς και όχι, και αυτό αποτελεί ένα γεγονός πολύ λυπηρό στη χώρα μας. Κάθε μέρα και όλο και αυξάνονται τα φαινόμενα της ασθένειας του καρκίνου και μάλιστα τα τελευταία στοιχεία της έρευνας της ογκολογικής κλινικής του Νοσοκομείου Αγίου Σάββα Αθηνών, μιλούν για υψηλά ποσοστά σε πιο μικρές ηλικίες της τάξης των 30-50 ετών. Επίσης, η υπο-στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών των νοσοκομείων και η έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας από καίριες θέσεις των νοσοκομείων ή μικρής αναλογικής ισχύς σχετικά με το πλήθος ασθενών που εξυπηρετούν και των επαγγελματιών είναι αξιοσημείωτο, αποδεικνύουν την μηδαμινή μέριμνα που δίνουν απέναντι στην ψυχολογική αντιμετώπιση του καρκίνου των ασθενών τους». Τέλος κλείνουμε με την άποψη του κοινωνικού λειτουργού του ομίλου «Αγκαλιάζω» Πατρών, ο οποίος δήλωσε ότι : « Όχι, ξέρω ότι δεν υπάρχει δυνατότητα, δεν παρέχεται και ειδικά για ασθενείς τελικού σταδίου που η οικογένεια πηγαиноέρχεται στα νοσοκομεία θα έπρεπε να υπάρχει κάτι μέσα στο νοσοκομείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) χρειάζονται εκπαίδευση σε αυτό το κομμάτι. Πολλές φορές,

οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν ένα σκληρό πρόσωπο και μπορεί να μην είναι διαθέσιμοι είτε λόγω του φόρτου εργασίας τους, είτε λόγω δικών τους αμυνών για να προστατευθούν. Γνωρίζω, πάρα πολλές περιπτώσεις του πόσο δραματική μπορεί να είναι η εμπειρία μιας σκληρής μεταχείρισης από τον θεράποντα γιατρό ή του νοσηλευτή προς την οικογένεια. Χρειάζονται και οι ίδιοι οι επαγγελματίες εκπαίδευση και υποστήριξη».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εργασία μας αποτελείται από δύο μέρη, το βιβλιογραφικό και το ερευνητικό. Στο βιβλιογραφικό μέρος κάναμε λόγο για την ψυχολογία του ασθενή και το ρόλο που έχει αυτή στην πορεία της νόσου όπως και για τον ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της οικογένειας. Μέσω της βιβλιογραφικής μας μελέτης συνειδητοποιήσαμε ότι η εξωτερίκευση των συναισθημάτων του ασθενή και η συζήτηση του ζευγαριού για τα θέματα του καρκίνου, καθώς και η ενθάρρυνσή του από το οικογενειακό του περιβάλλον παίζουν σημαντικό ρόλο για τη θετική εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον, ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τη διαχείριση ενός ανθρώπου που βιώνει τη νόσο του καρκίνου. Η ενδυνάμωση και η ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και η συζήτηση του ασθενή για τους φόβους του αποτελεί κομβικό παράγοντα στην βελτίωση της ψυχολογίας του και την ανάπτυξή της αυτοεκτίμησής του. Όσον αφορά το τελικό στάδιο, η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι είναι μια αρκετά δύσκολη κατάσταση και για το άτομο και την οικογένεια αλλά και για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας ο οποίος πρέπει να επεξεργαστεί και τους δικούς του φόβους θανάτου. Ακόμα η υποστήριξη του ασθενή τελικού σταδίου μπορεί να γίνει με ειδική φαρμακευτική αγωγή (αγχολυτικά- αντικαταθλιπτικά) και με ομαδικές και ατομικές συνεδρίες. Τέλος είδαμε την επίδραση του καρκίνου σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες όπως αυτές των γυναικών και των παιδιών και στις οικογένειές τους. Όσον αφορά το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας μας, μάθαμε για το ρόλο του επαγγελματία ψυχικής υγείας, τις διαφορετικές απόψεις των επαγγελματιών, τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούν αλλά και πως οι ίδιοι επηρεάζονται από την δυσκολία της ασθένειας των εξυπηρετούμενων τους όπως και για την άποψή τους για τις δομές καρκινοπαθών στη χώρα μας.

Μελετώντας εξίσου την βιβλιογραφική και την ερευνητική ανασκόπηση, διαπιστώσαμε ότι πολλά από τα στοιχεία συγκλίνουν και άλλα απέχουν. Αρχικά, τόσο στο βιβλιογραφικό όσο και στο ερευνητικό κομμάτι διαπιστώνεται ότι η ψυχολογία αποτελεί ένα από τα κυριότερα σημεία για το πώς ο ασθενής θα επηρεαστεί και στο σωματικό κομμάτι αλλά επηρεάζει άμεσα και όλη τη θεραπευτική διαδικασία. Όσον αφορά τη διαφορετικότητα της νόσου στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και από τη βιβλιογραφία αλλά και από την έρευνα

διαπιστώσαμε ότι πρέπει να υπάρχει μια ξεχωριστή αντιμετώπιση ανάλογα με την ηλικία και το φύλλο του ατόμου. Σημαντικό παράδειγμα που μας δόθηκε τόσο στην έρευνα όσο και στη βιβλιογραφία είναι ο γυναικείος καρκίνος και συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού ο οποίος χρήζει μιας διαφορετικής αντιμετώπισης από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας καθώς πλήττει ένα όργανο που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα και τη θηλυκότητα της γυναίκας και επηρεάζει άμεσα το ρόλο της αλλά και τη σχέση της με τον σύντροφό της.

Μία σημαντική διαφορά της βιβλιογραφίας και της έρευνας αφορά τη διαχείριση του τελικού σταδίου όπου στην βιβλιογραφία αναφέρεται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών φαρμάκων ενώ οι ίδιοι οι επαγγελματίες δεν έκαναν καμία απολύτως αναφορά στον συγκεκριμένο τρόπο παρέμβασης. Αντίθετα μέσα από τη συζήτηση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαπιστώσαμε ότι οι ίδιοι είναι αρνητικοί σε αυτή την παρέμβαση και μας ανέφεραν τρόπους υποστήριξης όπως η ενδυνάμωση, η θεραπεία οικογένειας, η συνοδεία του ασθενή αλλά και κάποιες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.

Στο κομμάτι της συνεργασίας του ιατρικού προσωπικού με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας υπάρχει διαφορά μεταξύ βιβλιογραφίας και έρευνας. Η βιβλιογραφία αναφέρει τη σημασία της συνεργασίας του ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού με το ιατρικό προσωπικό και παρά το γεγονός ότι και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τονίζουν τη σημασία της συνεργασίας του ανθρωπιστικού με το ιατρικό μοντέλο, μέσω των αναφορών τους στις συνεντεύξεις καταλάβαμε την έλλειψη συνεργασίας που υπάρχει σε αυτούς τους δύο τομείς και την διαφορά των απόψεών τους στο θέμα του θανάτου. Συγκεκριμένα στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το ιατρικό προσωπικό και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι απόλυτα ειλικρινείς απέναντι στον ασθενή σε σχέση με την κατάστασή του ενώ από τις συνεντεύξεις ακούσαμε και την άποψη του ότι οι γιατροί δεν πρέπει να δίνουν χρόνο ζωής στον ασθενή γιατί ποτέ δεν είμαστε σίγουροι για το πόσο διάστημα μπορεί να ζήσει ο κάθε άνθρωπος.

Όσον αφορά το ρόλο της οικογένειας, τόσο στο βιβλιογραφικό κομμάτι όσο και στο ερευνητικό αναφέρεται η σημασία του ρόλου της τόσο στην ψυχολογία του ασθενή όσο και στην πορεία της νόσου. Συνήθως η οικογένεια περνάει από τα ίδια

στάδια με τον ασθενή μέχρι να συνειδητοποιήσει την πραγματικότητα της κατάστασης και χρειάζεται και η ίδια ψυχολογική υποστήριξη όπως αναφέρουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπου μας βοήθησαν στην μελέτη μας για τον καρκίνο. Επιπλέον σύμφωνα με την βιβλιογραφία η έκφραση των συναισθημάτων του πάσχοντα προς την οικογένεια του αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της εξέλιξης της θεραπείας, διότι με τον διάλογο ο ασθενής μπορεί να λύσει πολλά θέματα που τον απασχολούν σε προσωπικό επίπεδο σχετικά με την νόσο όπως είναι οι φόβοι, κρίσεις πανικού, άγχος για την εξέλιξη του καρκίνου, ο πόνος που βιώνουν τα άτομα αυτά και στην συνέχεια ο θάνατος. Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από την έρευνα.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι η οικογένεια είναι καλό να εκφράζει και η ίδια τα συναισθήματά της, να υποστηρίζει το μέλος που πάσχει χωρίς να παραμελεί τα υπόλοιπα και να συζητούν τους επιμέρους φόβους τους. Κάποιοι επαγγελματίες θεώρησαν πως λειτουργεί αρνητικά αυτό καθώς σύμφωνα με τους ίδιους η ασθένεια δεν χρειάζεται να συζητιέται στο χώρο του σπιτιού αλλά μαζί με τους επαγγελματίες. Αντίθετα στο σπίτι η οικογένεια πρέπει να συζητά ευχάριστα θέματα και να βελτιώνει τις σχέσεις μεταξύ των μελών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έπειτα από συζήτηση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας και τα συμπεράσματα που λάβαμε, συμφωνήσαμε ότι οι προτάσεις μας θα πρέπει να επικεντρώνονται σε τρεις βασικούς, για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, τομείς. Αρχικά στον κοινωνικό τομέα, στη συνέχεια στον ιατρικό τομέα και τέλος στην εύρεση προτάσεων για τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Εμβαθύνοντας στον κοινωνικό τομέα, μεγάλης σημασίας κρίθηκε η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση της κοινής γνώμης, μέσω συνεδριών, σεμιναρίων και μέσων μαζικής ενημέρωσης, έτσι ώστε να μην υπάρχει άγνοια απέναντι στη νόσο και να εφαρμόζονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψής της για πιο συστηματικό έλεγχο. Ακόμη θεωρήθηκε απαραίτητη η δημιουργία και η λειτουργία περισσότερων υπηρεσιών που θα παρέχουν υποστήριξη και συμβουλευτική στον καρκινοπαθή και την οικογένειά του. Τέλος, προτείνουμε την ενημέρωση για συμπεριφορές που προωθούν την ψυχική και σωματική ανθεκτικότητα, απέναντι στην εμφάνιση του καρκίνου (τρόποι διατροφής, άσκησης, διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων, ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων).

Συνεχίζοντας με το ιατρικό κομμάτι της νόσου θα προτείναμε τη δωρεάν χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών από το κράτος και την πρόσληψη περισσότερου ειδικευμένου προσωπικού στις ογκολογικές κλινικές. Ακόμη, μέγιστης σημασίας θεωρείται η καλύτερη συνεργασία του ιατρικού με το ανθρωπιστικό μοντέλο και η αλληλοενημέρωση του γιατρού με τον ειδικό ψυχικής υγείας για την κατάσταση του εκάστοτε ασθενή, κάτι που θα εξασφάλιζε μια ολοκληρωμένη θεραπεία για τον ίδιο. Ολοκληρώνοντας τον ιατρικό τομέα, προτείνουμε την ενημέρωση για τις ιατρικές εξελίξεις που αφορούν την αντιμετώπισή του καρκίνου και για εναλλακτικές μορφές θεραπείας, όπως και την ανάπτυξη περαιτέρω επιστημονικών ερευνών σχετικά με τον καρκίνο για τον πιθανό προσδιορισμό των παραγόντων που υπεισέρχονται στην αιτιολογία του.

Κλείνοντας με προτάσεις για τη βελτίωση και τη διευκόλυνση της ζωής του ίδιου του καρκινοπαθή και της οικογένειάς του, προτείνουμε απαραίτητα τη σωστή συνεργασία της οικογένειας του πάσχοντα με τον ειδικό ψυχικής υγείας για την καλύτερη ανάρρωση του ασθενή . Στην υποστήριξη της οικογένειας θα μπορούσαμε να προσθέσουμε την κινητοποίησή της, ώστε να διεκδικήσει δικαιώματα και παροχές για τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, εφ'όσον τα ίδια δεν είναι σε θέση να το κάνουν.

Επίσης τονίζουμε την ανάγκη για δημιουργία δομών που θα παρέχουν ευελιξία για κάθε περίπτωση ξεχωριστά ανάλογα με τις ανάγκες (οικονομικές, ψυχολογικές) του κάθε ασθενή και της οικογένειας. Στο ίδιο πλαίσιο, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν ειδικά ημερήσια προγράμματα για τους καρκινοπαθείς που δεν είναι ικανοί να εργαστούν και είναι απαραίτητο να αναπτύξουν περισσότερες ικανότητες για την καθημερινή τους ζωή. Ακόμη, ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στην οργάνωση περισσότερων συλλόγων ατόμων που αντιμετωπίζουν παρόμοιες μορφές καρκίνου με σκοπό την αλληλοϋποστήριξη. Τέλος, προτείνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων που να απευθύνονται σε καρκινοπαθείς και να αποσκοπούν στην αποκατάσταση και την κοινωνική τους επανένταξη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι προφανές ότι δεν είναι εύκολο ούτε για τον καρκινοπαθή, ούτε για την οικογένειά του να αποδεχτεί το γεγονός της ασθένειας και να ζήσει με το φόβο της επικείμενης υποτροπής η και του επικείμενου θανάτου. Όμως η ένταση που μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει στο οικογενειακό σύστημα μπορεί να μειωθεί η και να εξαλειφθεί με τις κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και με την έκφραση του φόβου και των συναισθημάτων όλων των μελών της οικογένειας. Μία ειλικρινής σχέση με το ιατρικό προσωπικό και με την οικογένεια μπορεί να έχει άμεσα θετικά αποτελέσματα στην εξέλιξη της νόσου αλλά και στην αποδοχή της κατάστασης στην περίπτωση του τελικού σταδίου.

Επίσης, διαπιστώνουμε ότι ο ρόλος του ειδικού ψυχικής υγείας σε καρκινοπαθή άτομα είναι πολύπλευρος καθώς πρέπει να ασχοληθεί με το ίδιο το άτομο, με το σύστημα που το περιβάλλει, με γραφειοκρατικές υποθέσεις αλλά και να έχει μια καλή συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό. Παρά τους υπαρξιακούς φόβους που μπορεί να προκύψουν στον θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεργασίας του με καρκινοπαθή άτομα, η σημασία του ρόλου του κρίνεται μέγιστη καθώς μέσω μιας σωστής ψυχολογικής παρακολούθησης και συνοδείας του ασθενή μπορεί να υπάρξει αποδοχή της κατάστασης, έκφραση συναισθημάτων και προετοιμασία για την πιθανή «κατάληξη» του ασθενή.

Κλείνοντας θα θέλαμε να τονίσουμε ότι μέσω μιας δύσκολης εμπειρίας σαν τον καρκίνο, μπορεί να προκύψει νόημα ζωής, νόημα που θα ισχυροποιήσει τους δεσμούς της οικογένειας και θα μετατρέψει την αγωνία σε μια σημαντική εμπειρία για τη ζωή όλων των μελών.

A. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Γκάρετ, Ρις Τζ. Γκ. (2000). *Οικογενειακός Ιατρικός οδηγός*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Kayser, Karen, L. Scott, Jennifer. (2010). *Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο μια επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση για επαγγελματίες υγείας*. Ολλανδία, Πεδίο.

Lawrence, Leshan. (1999). *Ο ρόλος των συγκινήσεων στην θεραπεία του καρκίνου : Μπορείς ν' αγωνιστείς για την ζωή σου*, χ.τ, Θυμάρι.

Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχό-ογκολογίας. (1998). Αθήνα.

Ο γυναικολογικός καρκίνος Β' Γυναικολογική κλινική νοσοκομείου « Ο Άγιος Σάββας». (1979). Αθήνα.

Ρηγάτος, Γεράσιμος. (1979). *Η ψυχολογία του καρκινοπαθούς στο έργο του Μάριου Χάκκα*, Αθήνα, Κέδρος.

Ρηγάτος, Γεράσιμος. (2000). *Ψυχοκοινωνική ογκολογία*, χ.τ, « Εκδόσεις» Ascent.

Ρηγάτος, Γεράσιμος. (2007). *Η ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς και της οικογένειάς του. Στο συλλογικό έργο, Κλινική Ογκολογία (Τόμ. Α)*, Αθήνα, Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ογκολόγων Ελλάδος.

Rice L., Phillip. (2005). *Η ψυχολογία της υγείας*, χ.τ, Έλλην.

Simonton O. Carl, Matthews – Simonton Stephanie, Creighton James L. (1988). *Γίνε ξανά καλά, μια ολιστική θεραπεία του καρκίνου*, χ.τ, Ιάμβλιχος.

B. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Γενικές πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού. Ανακτήθηκε από :

<http://www.almazois.gr/gr/main.php>

Ειδικό ψυχικής υγείας. Ανακτήθηκε από:

<http://www.agsavvas-hosp.gr/%CE%96%CF%8E%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%83%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BE%CE%B7/%CE%95%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%AF%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82.aspx>

Ενοχές και καρκίνος. (2014). Ανακτήθηκε 17 Μαρτίου, 2014, από :

http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/guilties/

Καρκανιάς, Α. Ανακτήθηκε από: Η δυναμική της οικογένειας με ένα μέλος της σοβαρά άρρωστο. Ανακτήθηκε από: http://www.psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=152.

Κονταξάκη, Σ. (2014). Κατάθλιψη και καρκίνος. Ανακτήθηκε 18 Μαρτίου, 2014, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/depressionandcancer/

Κουτάντου, Μ. (2014). Διαταραχές συνείδησης. Ανακτήθηκε 17 Μαρτίου, 2013, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/physical/disturbancesofconscience/

Μουσσάς, Ι., Καρκανιάς, Α.Π, Παπαδοπούλου, Α. (2008). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο. Ανακτήθηκε 19 Φεβρουαρίου, 2008, από : <http://psych.gr/documents/psychiatry/19.2GR-2008-124.pdf>

Όχι στην επάρατη νόσο της άγνοιας. (2014). Ανακτήθηκε 11 Απριλίου, 2014, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/practical/society_and_cancer/ignoranceaboutcancer/

Παναγιωτοπούλου, Α. (2014). Εικόνα του σώματος. Ανακτήθηκε 17 Μαρτίου, 2014, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/bodyimage/

Πατρικαρέας, Μ. (2014). Μοναξιά και απομόνωση. Ανακτήθηκε 18 Μαρτίου, 2014, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/loneliness/

Πατρικαρέας, Μ. (2014) Ψυχική κατάσταση και καρκίνος. Ανακτήθηκε 10 Απριλίου, 2014, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/psychoemotional/mentalsituationandhealth/

Πρακτικές επιπτώσεις του καρκίνου στην εργασία. (2014). Ανακτήθηκε 22 Μαρτίου, 2013, από : http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/practical/work/

Χατζηδημητρίου Α. (2014). Καρκίνος: Πως βοηθά η ψυχολογική υποστήριξη τον ασθενή; Ανακτήθηκε 8 Οκτωβρίου, 2014, από : <http://www.iatronet.gr/ygeia/psyxiki-ygeia/article/28510/karkinos-pws-voitha-i-psyxologiki-ypostirixi-ton-astheni.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Πόσο χρονών είστε;
2. Ποια είναι η ειδικότητά σας;
3. Πόσο διάστημα εργάζεστε, εάν εργάζεστε
4. Ασχολείστε με κάποια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού;
5. Τι σας προσεγγίζει ή σας απωθεί στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα;
6. Θα παρείχατε συμβουλευτική σε κάποιον καρκινοπαθή που θα βρισκόταν στο τελικό στάδιο της νόσου;
7. Πώς νομίζεται ότι θα μπορούσε να συνεργαστεί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας με την οικογένεια του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
8. Πως μπορεί κατά τη γνώμη σας να συνεργαστεί ο κοινωνικός λειτουργός/ ψυχολόγος με το ιατρικό προσωπικό για την καλύτερη ανάρρωση του ασθενή;
9. Ποια πιστεύετε πως είναι η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση απέναντι στο καρκινοπαθή και την οικογένειά του;
10. Πιστεύετε ότι η συμβολή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας παίζουν ρόλο στην ψυχολογία και αποκατάσταση του ασθενή;
11. Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο ρόλος του θεραπευτή απέναντι στον ασθενή και στην οικογένεια του;
12. Πιστεύετε ότι κάθε μορφή καρκίνου χρειάζεται διαφορετική ψυχολογική αντιμετώπιση;
13. Πώς πιστεύετε ότι πρέπει να αντιμετωπίζεται ο επικείμενος θάνατος από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας;
14. Υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες για τον καρκινοπαθή και την οικογένειά του στην Ελλάδα;