



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	6
1.1. Ορισμός του καρκίνου.....	6
1.2. Τα είδη του καρκίνου.....	7
1.3. Δημογραφικές συνθήκες.....	8
1.4. Ερμηνείες του φαινομένου.....	10
1.4.1. Ιστορική προσέγγιση.....	10
1.4.2. Βιολογικοί παράγοντες.....	11
1.4.3. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	12
1.4.4. Κοινωνικοί παράγοντες.....	13
1.5. Διαδικασίες πρόληψης.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.....	19
2.1 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών.....	19
2.2 Η γνώση της ασθένειας από τον πάσχοντα.....	21
2.3 Ποιότητα ζωής του ασθενούς.....	23
2.3.1 Ψυχολογικό επίπεδο.....	24
2.3.2 Κοινωνικό επίπεδο.....	27
2.3.3. Πνευματικό επίπεδο.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	31
3.1. Τα στάδια.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	35
4.1. Η επικοινωνία και οι αντιδράσεις του ασθενή με τους συγγενείς .....	35
4.2. Η Αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από την οικογένεια στο τελευταίο στάδιο.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	44
5.1 Η οικονομική διάσταση της νόσου.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΕΙΔΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	46

6.1. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ -	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	50
7.1. Εισαγωγή .....	50
7.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	53
7.3 Επιλογή δείγματος .....	53
7.4 Περιγραφή ερωτηματολογίου.....	54
7.5 Διαδικασία της έρευνας .....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	98
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	63
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	101

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρόλη την εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης στις μέρες μας και τη συμβολή της στην αύξηση τόσο του όρου επιβίωσης των ανθρώπων, όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση πολλών ασθενειών, ο καρκίνος εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα καίρια προβλήματα στον τομέα της υγείας, σε επίπεδο ιατρικής διαχειρίσεις αλλά και ψυχολογικής αντίδρασης από τον ασθενή και το περιβάλλον του. Η παραδοχή αυτή σε συνδυασμό με την αυξανόμενη πρόοδο στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας μπορεί να συμβάλλει στον σχεδιασμό παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς αυτής της κατηγορίας, το οποίο εξάλλου αποτελεί παράγοντα για την ψυχολογική διαχείριση της ασθένειας.

Καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων, η οποία δημιουργείται από την μετάλλαξη κάποιων γονίδιων. Εκτός, όμως από το οργανικό μέρος της ασθένειας, σημαντική είναι και η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, αφού ο καρκίνος είναι μια ψυχοσωματική ασθένεια.

Τα άτομα που προσβάλλονται από καρκίνο είναι προσωπικότητες που έχουν κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους. Είναι άτομα με πολλές αναστολές και έντονη προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον, συνήθως έχουν καταθλιπτική και ψυχαναγκαστική προσωπικότητα. Συχνό στοιχείο της προσωπικότητάς τους είναι η άρνηση και η καταπίεση των συναισθημάτων τους.

Για την πορεία της ασθένειας σημαντικό ρόλο παίζουν ο κοινωνικός, ο ψυχολογικός και ο εργασιακός τομέας της ζωής του ασθενή, αν υπάρχει επάρκεια σε αυτούς τους τομείς μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά η ασθένεια.

Ο ασθενής κατά την εξέλιξη της ασθένειας περνάει από κάποια στάδια. Αυτά είναι το στάδιο της άρνησης, του θυμού, της διαπραγμάτευσης, της κατάθλιψης και τέλος της ανάπτυξης. Μέσα από αυτά βιώνει πρωτόγνωρα συναισθήματα που τον οδηγούν να δει τη ζωή διαφορετικά. Παράλληλα επηρεάζονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, οι σχέσεις με την οικογένεια του, με τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον. Επίσης από παρόμοια στάδια περνάνε και τα μέλη της οικογένειας του.

Η στάση της οικογένειας συχνά χρειάζεται να είναι διακριτική και συγχρόνως φυσιολογική, πράγμα το οποίο είναι αρκετά δύσκολο γιατί και η ίδια βρίσκεται σε μια ευαίσθητη ψυχολογική κατάσταση που την κάνει να ανισορροπεί. Παρ' όλα αυτά πρέπει να γίνονται προσπάθειες για την αποτελεσματικότερη πορεία

της ασθένειας, αλλά και να βοηθήσουν τον ασθενή να λειτουργήσει φυσιολογικά και να έχει μια αρμονική ζωή.

Όπως προαναφέραμε οι σχέσεις μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή κλονίζονται λόγω εμφάνισης της ασθένειας. Σ'αυτή τη φάση η παρέμβαση ενός κοινωνικού λειτουργού κρίνεται απαραίτητη αφού έχει την ικανότητα να παρέχει την υποστήριξη που χρειάζεται ο ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον του.

Η παρούσα εργασία αποτελείται συνολικά από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται η έννοια του καρκίνου και τα είδη του, κάποια δημογραφικά στοιχεία καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του φαινομένου (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί). Τέλος αναφέρεται η διαδικασία πρόληψης του καρκίνου.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχολογία του ασθενή και πιο συγκεκριμένα σε κάποια κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των καρκινοπαθών, τομείς από τους οποίους επηρεάζεται η ψυχοσύνθεση του ασθενή (ψυχολογικός, κοινωνικός, εργασιακός, πνευματικός). Επίσης γίνεται αναφορά για το εάν ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει για την ασθένεια του, ποιος πρέπει να τον ενημερώσει, με ποιον τρόπο και τι πρέπει να λάβει υποψιών του.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ασθενή και το περιβάλλον του, γίνεται αναφορά στις φάσεις της ασθένειας από τις οποίες περνάει ο ασθενής και πως επηρεάζεται το περιβάλλον του.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στο ρόλο της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος του ασθενή, πιο συγκεκριμένα στο βαθμό επικοινωνίας του ασθενή με την οικογένεια του, καθώς επίσης και το ρόλο που παίζει η οικογένεια στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στην οικονομική διάσταση της νόσου του καρκίνου. Το έκτο στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε αντικαρκινικό νοσοκομείο και σε νοσοκομείο που διαθέτουν μονάδες για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Ενώ στο έβδομο κεφαλαίο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα αυτής. Τέλος τα συμπεράσματα όλης της εργασίας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

## 1.1. Ορισμός του καρκίνου

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.<sup>1</sup>

Ο Willis ορίζει το νεόπλασμα ως «μη φυσιολογική μάζα ιστού, η ανάπτυξη του οποίου υπερβαίνει εκείνη των φυσιολογικών ιστών, δε συμβαδίζει με αυτήν, παραμένει δε υψηλή, και μετά την παύση ου αιτίου που προκάλεσε τη μεταβολή»<sup>2</sup>

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από μια μεγάλη ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Σε κάθε ζεύγος υπάρχει το DNA που αποτελεί το γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA μεταβιβάζει α γενετικά χρωμοσώματα που μεταβιβάζονται από τους γονείς στα παιδιά..

Καθώς τα χρωμοσώματα αναπαράγονται μπορεί να υπάρξει μεταβολή στα αμινοξέα με αποτέλεσμα την μετάλλαξη κάποιων γονιδίων.

Απόρροια αυτής της μετάλλαξης είναι η αποστολή διαφορετικών πληροφοριών για την ανάπτυξη του οργανισμού. Ένα κύτταρο είναι πιθανό να αναπτυχθεί με μεγαλύτερη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα ώσπου να δημιουργηθεί ο λεγόμενος κακοήθης όγκος ή καρκίνος.

Η εξέλιξη στην καρκινογένεση μπορεί να διακριθεί σε 4 φάσεις:

1. Φάση επαγωγής ή έναρξη
2. Προδιηθητική φάση
3. Διηθητική φάση
4. Φάση διασποράς (κλινικές εκδηλώσεις)

Το βασικό στάδιο της καρκινογένεσης είναι το 1<sup>ο</sup> στάδιο γιατί σ' αυτό βρίσκεται η αλληλεπίδρασης των καρκινογόνων παραγόντων<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ. 13.

<sup>2</sup> Βρεττού Ε.- Ζαραμπούκας Θ. –Νενοπούλου Ε., Στοιχεία γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομικής. Θεσ/νίκη 1987, σελ. 4.

<sup>3</sup> Στο ίδιο, σελ. 12.

Η πρόληψη και πρόωμη διάγνωση έχει τεράστια σημασία, αν σκεφτούμε ότι και αν ακόμη έχει αρχίσει η καρκινογένεση, τα στάδια διαρκούν πολλά χρόνια.

Το 1<sup>ο</sup> στάδιο διαρκεί  $20 \pm 5$  χρόνια, το 2<sup>ο</sup> στάδιο  $6 \pm 3$  χρόνια, το 3<sup>ο</sup> στάδιο  $3 \pm 2$  χρόνια και το 4<sup>ο</sup> στάδιο  $3 \pm 2$  χρόνια.

Υπάρχει μια περίοδος μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου, στην οποία δε φαίνεται κάποιο ογκίδιο. Η καρκινική μάζα είναι τόσο μικρή που είναι δύσκολο να εντοπιστεί με οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδο.

Ύστερα από πολλούς μήνες ή χρόνια, το μέγεθος του όγκου γίνεται πλέον ορατό σε ακτινογραφικό έλεγχο και μπορεί να προκαλέσει διάφορα συμπτώματα όπως πόνο ή αιμορραγία ή άλλες δυσλειτουργίες.

Αν ο όγκος είναι μικρότερος από ένα εκατοστό είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατο να εντοπιστεί με ακτινολογικές μεθόδους. Η αξονική και μαγνητική τομογραφία μπορούν να εντοπίσουν τέτοιους μικρούς όγκους.<sup>4</sup>

## 1.2. Τα είδη του καρκίνου.

Υπάρχουν τρεις τύποι κακοηθών όγκων, οι οποίοι είναι οι εξής: Καρκινώματα, σαρκώματα και ο τρίτος τύπος είναι οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα .

Τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους ιστούς που καλύπτουν την εσωτερική μεμβράνη των οργάνων, δηλ. στον επιθηλιακό ιστό. Στο αδενικό επιθήλιο αναπτύσσονται αδenoκαρκινώματα, στο καλυπτήριο πλακώδες επιθήλιο αναπτύσσονται καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο και στα μεταβατικά επιθήλια, καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο.

Τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους μύες, οστά ή νεύρα δηλαδή εκεί όπου υπάρχει μεσεγχυματικός ιστός. Ο ινώδης ιστός δίνει ινοσάρκωμα, ο χονδρικός χονδροσάρκωμα, ο οστίτης οστεοσάρκωμα οι λείες μυϊκές ίνες λειομνοσάρκωμα, οι γραμμωτές μυϊκές ίνες ραβδομυοσάρκωμα.

Τέλος τα λεμφώματα και οι λευχαιμίες αναπτύσσονται στους λεμφαδένες ή στα κύτταρα του αίματος και συγκεκριμένα στα λευκά αιμοσφαίρια.

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι ο καρκίνος είναι μια άτυπη και απρογραμματίστη ανάπτυξη των κυττάρων. Αυτή η ανάπτυξη μπορεί να γίνει από τη γέννηση του ανθρώπου μέχρι το βαθύ γήρας.

<sup>4</sup> Στο ίδιο, σελ. 21.

Οι παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων, είναι η αύξηση της μόλυνσης του περιβάλλοντος που προκαλείται από τον ίδιο τον άνθρωπο και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του ανθρώπου στις ανεπτυγμένες χώρες.

### 1.3. Δημογραφικές συνθήκες.

Στην Ελλάδα η επίπτωση των κακοηθών νεοπλασιών είναι γενικά μικρότερη απ' ό τι στις χώρες της Δυτική Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, με αποτέλεσμα η νεοπλασματική θνησιμότητα να είναι αντίστοιχα μικρότερη. Ελλάδα: Άνδρες 140, Γυναίκες 80, ενώ στην Αγγλία: Άνδρες 190 ενώ Γυναίκες 123.<sup>5</sup>

Η ευνοϊκή αυτή θέση αφορά τους περισσότερους καρκίνους με εξαίρεση κατά πρώτο λόγο τον καρκίνο του ήπατος και κατά δεύτερο λόγο τον καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες νεοπλασίες του αιμοποιητικού ιστού.

Ειδικά ο καρκίνος του ήπατος είναι ο χαρακτηριστικότερος καρκίνος στην Ελλάδα όπου είναι πέντε φορές πιο συχνός απ' ό τι στη Δ.Ευρώπη και Β.Αμερική.

Στους περισσότερους καρκίνους έχουμε μια αυξητική τάση με εξαίρεση τους καρκίνους του στομάχου και του τραχήλου της μήτρας.

Η εμφάνιση διαφορετικών ποσοστών καρκίνου σε διάφορες περιοχές και φυλές εξαρτάται από κλιματολογικούς παράγοντες, την ανθρώπινη παρέμβαση στη φύση, διαιτητικούς παράγοντες, βιολογικούς παράγοντες και από κάποια άγνωστα αίτια.

Η μεσογειακή διατροφή με τις πολλές φυτικές ίνες ενδεχομένων προστατεύει του Έλληνας από τον καρκίνο του παχέως εντέρου.

Οι Ισραηλίτισες εμφανίζουν μειωμένη συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (ίσως λόγω περιτομής που επιβάλλει η θρησκεία στους άνδρες).

Ο καρκίνος του δέρματος εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά σε άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα απ' ό τι σε άτομα με σκούρο δέρμα.

---

<sup>5</sup> Τριχοπούλου Α. – Τριχόπουλος Δ., *Προληπτική ιατρική*, Επιστημονικές Εκδόσεις, Γ.Ρ. Παρισιανός, σελ. 47.

<sup>6</sup> Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ. 31.



Έτσι το καρκίνωμα του δέρματος είναι σπάνιο στους νέγρους και γενικά στις μελαμψές φυλές. Επίσης στην Ελλάδα βλέπουμε ότι είναι αυξημένο στις αγροτικές περιοχές λόγω αυξημένης έκθεσης των ατόμων λόγω εργασία στις ηλιακές ακτίνες.

Το καρκίνωμα του ήπατος είναι συχνό στους άνδρες της φυλής Banlu της Ν.Αφρικής ενώ είναι σπάνιο στους νέγρους της Αμερικής.<sup>7</sup>

Το καρκίνωμα του στομάχου είναι συχνό στους λευκούς και πολύ σπάνιο στους Ιάπωνες ενώ είναι σχετικά σπάνιο στους Αφρικανούς.

Το καρκίνωμα της στοματικής κοιλότητας είναι συχνό στην Ινδία, ενώ του θυρεοειδούς στην Ελβετία.

Η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις αφορά τους περισσότερους καρκίνους.

Λίγοι είναι εκείνοι που δεν εμφανίζουν κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις, ή επιβαρύνουν λιγότερο τις ανώτερες τάξεις (π.χ. καρκίνος του μαστού, λεμφώματα).

Από τις άπειρες πρόσφατες μελέτες της Ευρωπαϊκής κοινότητας, υπολογίζεται ότι το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία θανάτους στην Ε.Ο.Κ. και 30% όλων των θανάτων από καρκίνο. Αυτός είναι επομένως ο λόγος της τόσο έντονης αντικαπνιστικής εκστρατείας που ίσως ενοχλεί κάποιος.

Με ορθή όμως σκέψη και εκτίμηση, βλέπουμε ότι η υγεία αποκτάται με δυσκολία και ίσως με αναγκαστικούς περιορισμούς.

Οι περισσότεροι καρκίνοι που εμφανίζονται τα τελευταία χρόνια στον άνθρωπο, κυρίως στα ανεπτυγμένα κράτη, είναι όγκοι που μπορούν με ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, με μείωση ή εξάλειψη εξωγενών βλαπτικών παραγόντων μπορεί να μειωθούν στο ελάχιστο ή και να εξαφανιστούν με την πάροδο του χρόνου.

Και η σημασία αυτής της αντίληψης είναι ακόμη μεγαλύτερη όταν αντιληφθούμε ότι οι πολύ ταχείς τρόποι ανάπτυξης των χωρών του Τρίτου Κόσμου που ζούσαν μέχρι τώρα με περιορισμένες δυνατότητες, φθάνουν να συμβαδίζουν με τον τρόπο ζωής των ανεπτυγμένων χωρών.

Αυτό σημαίνει ότι πολύ γρήγορα η παιδική θνησιμότητα θα μειωθεί και η παράταση της ζωής θα έχει ως συνέπεια να πάρει ο καρκίνος μια σημαντική θέση στην καθημερινότητα τους δημιουργώντας προβλήματα με τα οποία ταλαιπωρούνται σήμερα πολλά κράτη.

---

<sup>7</sup> Τριχοπούλου Α.- Τριχόπουλος Δ., *Προληπτική Ιατρική*, ο.π., σελ. 41.

Έτσι όλοι εμείς σαν γιατροί και σαν κοινωνικοί λειτουργοί Υγείας, σαν υπεύθυνοι εκπρόσωποι μετάδοσης πληροφοριών και γνώσεων στο μεγάλο κοινό, στον κόσμο που δεν ακούει ιατρικές θεωρίες, αλλά θέλει να ζει καλύτερα με ψυχική ισορροπία πρέπει να μεταδώσουμε το συγκεκριμένο μήνυμα ότι ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί ή και να μειωθεί σημαντικά η εμφάνιση του.

## **1.4. Ερμηνείες του φαινομένου.**

### **1.4.1. Ιστορική προσέγγιση.**

Οι αντιλήψεις από την αρχαιότητα ως σήμερα

Από την αρχαιότητα ακόμη είχαν παρατηρήσει την ανάπτυξη όγκων στο ανθρώπινο σώμα. Οι Μεσοποτάμιοι γνώριζαν τους κακοήθεις όγκους τους οποίους διέκριναν από τους φλεγμονώδεις. Οι Αιγύπτιοι 8 (πάπυρος Smith 3.000 π.Χ.) αλλά και οι αρχαίοι Ινδοί περιέγραφαν όγκους που υποτροπιάζαν μετά την αφαίρεση τους. Κυρίως όμως οι Αρχαίοι Έλληνες είναι εκείνοι που γνώριζαν λεπτομέρειες για τη συμπεριφορά των κακοηθών όγκων και τις βαριές επιπτώσεις τους στον οργανισμό. Ο Ιπποκράτης (460π.Χ.) διέκρινε τον καρκίνο σε επιτολής και εν τω βάθει και τον θεωρούσε νόσο της γεροντικής ηλικίας, ενώ την εμφάνιση του πριν την ήβη την θεωρούσε κληρονομική. Επίσης η γένεση του καρκίνου στα αρχαιοελληνικά χρόνια, αποδιδόταν στην περίσσεια της μέλαινας χολής.<sup>9</sup>

Αυτό που θα μπορούσε να συζητηθεί είναι αν η έννοια της μέλαινας χολής και του μελαγχολικού χυμού έχει την έννοια που έχει και σήμερα η μελαγχολία. Φαίνεται λοιπόν πως οι έννοιες αυτές ταυτίζονται. Οι αντιλήψεις αυτές έχουν περάσει στους Έλληνες γιατρούς και όχι μόνο.

Ο Γαληνός (30-200 μ.Χ.) περιγράφει τον καρκίνο σαν κακοήθη νόσο που μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα και τον διακρίνει σε ελκωτικό και μη ελκωτικό. Ο όρος «καρκίνος» είχε καθιερωθεί από την εποχή εκείνη λόγω της ομοιότητας του μακροσκοπικά και κυρίως του καρκίνου του μαστού με το ζώο καρκίνο (καβούρι).

---

<sup>8</sup> Βρεττού Ε.- Ζαραμπούκας Θ. -Νενοπούλου Ε., *Στοιχεία Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής*, ο.π., σελ. 40.

<sup>9</sup> Ρηγάτος Α. Γεράσιμος. *Εισαγωγή στη ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985, σελ. 17.

Προσομοιάζαν τον κυρίως όγκο με το σώμα του ζώου και τις διογκωμένες φλέβες γύρω από αυτόν με τα πόδια του.

Οι αρχαίοι λοιπόν Έλληνες γνώριζαν όχι μόνο την ύπαρξη του καρκίνου, την επέκτασή του στους γύρω ιστούς την οποία ονόμαζαν «νομή» αλλά και τη μετάδοσή του που ονόμαζαν «συμπάθεια». Εφάρμοζαν επίσης τη ριζική χειρουργική εξαίρεση του και τον καυτηριασμό των γύρω ιστών με πυρακτωμένο σίδηρο.

Τις αντιλήψεις που συνδέουν τον καρκίνο με τη μελαγχολία διατυπώνει και ο Ορειβάσιος.<sup>10</sup> (325-403μ.Χ.). Οι αντιλήψεις αυτές πέρασαν χωρίς εξαίρεση σε όλους τους Έλληνες γιατρούς. Σ' αυτό το συμπέρασμα εύκολα μπορεί να φθάσει ο ενδιαφερόμενος αν μελετήσει τα σχετικά αποσπάσματα από έργα αρχαίων Ελλήνων γιατρών που παραθέτει στην ιστορική μονογραφία του ο Κούζης<sup>11</sup> (1902). Βέβαια το έργο αυτό του Κούζη δεν αναζητά τους ψυχοσωματικούς συντελεστές, αλλά αυτοί εύκολα μπορούν να εντοπιστούν ανάμεσα στα άλλα συμφέροντα σαν πιθανά αίτια του καρκίνου.

Ο Αλέξανδρος ή Τραλλιανός εξακολουθεί να ασπάζεται την ίδια αντίληψη όταν γράφει ότι «ο λεγόμενος μελαγχολικός χυμός και τρυγώδες ρεύμα μόνον και όγκον καρκινώδη».

Ιστορικός συγγραφέας ο Δίων ο Κάσσιος γράφοντας για την Ιουλία, μητέρα του Ταράντου μας διασώζει την πληροφορία ότι η γυναίκα αυτή μαθαίνοντας το θάνατο του γιού της, χτυπά το στήθος της και ο καρκίνος που για καιρό «ησύχαζε» εκεί, ερεθίστηκε και εξελίχθηκε.

Σαν γενικό συμπέρασμα των εργασιών, μπορούμε να θεωρήσουμε την αυξημένη επίπτωση του καρκίνου σε άτομα με έντονη συγκινησιακή φόρτιση.

Τέλος ιδιαίτερη είναι και η επίπτωση του καρκίνου σε άτομα με κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

### **1.4.2. Βιολογικοί παράγοντες**

Στους βιολογικούς παράγοντες ανήκουν διάφορα ζωικά παράσιτα, βακτήρια και ιοί. Στα ζωικά παράσιτα και μάλιστα στους σκώληκες ανήκει το σχιστόσωμα το αιματοβίο που προκαλεί καρκίνωμα της ουροδόχου κύστεως και παρατηρείται πολύ

---

<sup>10</sup> Ρηγάτος Α. Γεράσιμος. *Εισαγωγή στη ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Αθήνα 1985, 19.

<sup>11</sup> Στο ίδιο, σελ. 19.

συχνά στην Αίγυπτο. Το παράσιτο εισδύει στο δέρμα ιδιαίτερα των ποδιών, αυτών που εργάζονται μέσα σε νερά που λιμνάζουν στις φυτείες και εγκαθίσταται στην ουροδόχο κύστη.

Ανάλογη δράση έχει στις τροπικές χώρες, το σχιστόσωμα Manson που εγκαθίσταται στο ήπαρ και προκαλεί καρκίνωμα.

Το μεγαλύτερο όμως ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ογκογόνοι ιοί. Ήδη από το 1903 οι Border και Boss<sup>12</sup> μελετώντας τις ιδιότητες ορισμένων ιών να προκαλούν κυτταρικό πολλαπλασιασμό είχαν εκφράσει την υπόνοια πως μερικά νεοπλάσματα πιθανό να οφείλονται σε ιούς.

Σήμερα είναι γνωστοί πολλοί τύποι ιών που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο και χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: Α) οι DNA ιοί που ανήκουν στην οικογένεια Pap ova, οι ιοί του πολυώματος, οι αδenoϊοι, οι ιοί του έρπητα. Β) οι RNA ιοί ή ρετροϊοί που προκαλούν λευχαιμίες, λεμφώματα ή σαρκώματα. Η δράση γενικά των ογκογόνων ιών μελετάται καλύτερα σε καλλιέργειες κυττάρων που μολύνονται με ογκογόνους ιούς. Έτσι παρατηρείται η μετατροπή των κυττάρων σε καρκινικά που γίνεται είτε με ενσωμάτωση του DNA ενός ογκογόνου ιού σε χρωμόσωμα του ξενιστή είτε με τα ογκογόνα γονίδια που θεωρούνται υπεύθυνα για την καρκινική μεταμόρφωση των κυττάρων.

Από τους DNA ιούς ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ομάδα των ιών του έρπητα. Ο ιός Epstein-Barr π.χ. ενοχοποιείται για την ανάπτυξη λεμφώματος του Burkett και ρινοφαρυγγικού καρκινώματος και ο ιός τύπου II του απλού έρπητα ενοχοποιείται για το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.

Οι RNA ογκογόνοι ιοί θεωρούνται ύποπτοι για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, λευχαιμίας από Τα-κύτταρα και λεμφωμάτων.

### **1.4.3. Ψυχολογικοί παράγοντες**

Όταν γίνεται αναφορά στους ψυχολογικούς παράγοντες και την καρκινογένεση εννοούμε εκείνα τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που αλλάζουν τόσο την συμπεριφορά ενός ατόμου όσο και την κατάσταση του οργανισμού του.

---

<sup>12</sup> Βρετού Ε. – Ζαραμπούκας Θ. – Νενοπούλου Ε., *Στοιχεία Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής*. Θεσ/νίκη 1987, σελ. 53.

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται ανασκόπηση επιλεγμένης βιβλιογραφίας σχετικά με το πώς οι συνθήκες ζωής σε συνδυασμό με το στρες και ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας μπορεί να συμβάλλουν στην έναρξη νεοπλασίας.

Έχει υποστηριχθεί πως η εμφάνιση καρκίνου σε ένα άτομο συνδέεται με μια κατάσταση ανισορροπίας, μερικούς μήνες πριν τη διάγνωση της αρρώστιας. Ο κλονισμός δημιουργείται από ένα παρατεταμένο ή έντονο στρες, με την απώλεια κάποιας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης, ή από καταστάσεις που απειλούν κάποιο ρόλο του ανθρώπου ή από τις οποίες δεν υπάρχει τρόπος διαφυγής.

Το άτομο που πλήττεται συνήθως έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και έκφρασης συγκινήσεων, όπως μειωμένη εκφόρτιση των συναισθημάτων και αδυναμία εξωτερίκευσης, οργής, θυμού, εχθρότητας.

Ο Fox <sup>13</sup>εκτιμά<sup>14</sup> ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες και το στρες συμβάλλουν κατά 10% στην καρκινογένεση. Ο ίδιος ερευνητής ισχυρίζεται πως στις νεοπλασίες της παιδικής ηλικίας και εφηβείας βαρύνει η κληρονομική προδιάθεση, ενώ στις νεοπλασίες της τρίτης ηλικίας βαρύνει η χρόνια έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες, η μεγαλύτερη πιθανότητα τυχαίας μεταλλαγής των υγιών κυττάρων σε καρκινικά και η αλλαγμένη ορμονική ισορροπία.

#### **1.4.4. Κοινωνικοί παράγοντες**

Παρατηρούμε ότι ο τρόπος ζωής επηρεάζει καθοριστικά την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Πριν μερικές δεκαετίες ο καρκίνος θεωρείτο πως είναι μια χρόνια αναπότρεπτη αρρώστια, που έρχεται ως φυσικό επακόλουθο της γήρανσης του οργανισμού. Η αντίληψη αυτή τροποποιήθηκε όταν δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών επισήμαναν πως το κάπνισμα σχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του πνεύμονα και πως άλλοι προσδιορισμένοι παράγοντες συνδέονται με την έναρξη και προαγωγή του καρκίνου.

---

<sup>13</sup> Ρηγάτος Α. Γεράσιμος: *Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Αθήνα 1985, σελ. 43.

<sup>14</sup> Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «*Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου*», Αθήνα 1991, σελ. 27.

Οι περισσότεροι από τους παράγοντες αυτούς ανήκουν στην κατηγορία των «παραγόντων κινδύνου» χαρακτηριστικά δηλαδή του ατόμου που αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου πάνω από το επίπεδο κινδύνου στο γενικό πληθυσμό.

Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει μεγαλύτερη θνησιμότητα στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες. Εμφανίζεται συχνότερα στις αστικές απ' ό τι στις αγροτικές περιοχές και πιο συχνά στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα αλλά επίσης συμβάλλουν οι ιονίζουσες ακτινοβολίες και ο αμίαντος (επαγγελματικός καρκίνος).

Ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνότερος στους άνδρες, στις αγροτικές περιοχές και στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Τα καπνιστά, υπεραλατισμένα συντηρημένα τρόφιμα, η λήψη πυκνών οινοπνευματωδών ποτών, η ομάδα αίματος Α, η ατροφική γαστρίτιδα και η κακοήθης αναιμία σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου του στομάχου.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου. Η συχνότητα του καρκίνου είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές απ' ό τι τις αγροτικές. Είναι επίσης αυξημένη στις υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Η παχυσαρκία, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Επίσης εμφανίζεται πολύ μεγάλη κληρονομική προδιάθεση.

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου εμφανίζεται με ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες. Είναι πολύ συχνότερος στη Β.Αμερική και Δ.Ευρώπη από ό τι στην Ελλάδα. Εμφανίζεται συχνότερα σε αστικές περιοχές και υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Είναι συχνότερος σε πληθυσμούς που καταναλώνουν επεξεργασμένα τρόφιμα, πλούσια σε ζωικές ίνες και φτωχά σε στερεό υπόλειμμα, φρούτα και λαχανικά.

Ο καρκίνος του προστάτη είναι σπανιότερος στην Ελλάδα απ' ό τι στη Β.Αμερική και Δ.Ευρώπη. Είναι συχνότερος στον αστικό πληθυσμό και στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Εμφανίζει τάσεις οικογενούς συρροής. Αναφέρονται συσχετίσεις της νόσου με καλοήγη υπερτροφία του προστάτη γενετήσιες παραμέτρους και επαγγελματική έκθεση σε μόλυβδο και κάδμιο.

Ο καρκίνος της μήτρας χωρίζεται σε καρκίνο του τραχήλου και του ενδομητρίου. Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου μειώνεται ενώ του ενδομητρίου αυξάνεται.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου είναι συχνότερος απ' ότι του ενδομητρίου ενώ στη Β.Αμερική και Δ. Ευρώπη συμβαίνει το αντίθετο.

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι συχνότερος στις αστικές περιοχές και στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Σχετίζεται θετικά με τη συχνότητα, πολλαπλότητα και πρωιμότητα των γενετήσιων σχέσεων. Έχει σχέση με ορισμένους ιούς (HPV και HSV). Αντίθετα ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι συχνότερος σε παχύσαρκες, oligότεκνες γυναίκες και σχετίζεται θετικά με την ηλικία της εμμηνόπαυσης.

Ο καρκίνος <sup>15</sup>του ήπατος<sup>16</sup> αναπτύσσεται<sup>17</sup> συχνά σε έδαφος μεγαλο-οζώδους κίρρωσεως. Ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας φαίνεται πως είναι ο ιός της ηπατίτιδας Β. Άλλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα και τα οινόπνευματώδη.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι τρεις φορές συχνότερος στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Σχετίζεται με το κάπνισμα και την κατανάλωση καφέ.

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι δύο φορές συχνότερος στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Εμφανίζεται λίγο συχνότερα στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Ο καρκίνος της ωοθήκης σχετίζεται θετικά με την oligοτεκνία, ενώ κάποια αντισυλληπτικά δισκία μπορεί να ασκούν προστατευτικό ρόλο.

Οι καρκίνοι του στόματος και του οισοφάγου σχετίζονται με το κάπνισμα και τη λήψη οινόπνευματωδών.

## 1.5. Διαδικασίες πρόληψης

Η υγεία δεν αποτελεί μόνο υγειονομικό φαινόμενο, αλλά έννοια πολυδιάστατη που την επηρεάζουν πλήθος παραγόντων με αποτέλεσμα να απαιτεί η ανάλυσή της διεπιστημονική διερεύνηση. Η υγεία ενός πληθυσμού ή μιας κοινωνικής

---

<sup>15</sup> Τριχοπούλου Α.-Τριχόπουλος Δ., *Προληπτική Ιατρική*, Αθήνα 1986, σελ. 34.

<sup>16</sup> Στο ίδιο, σελ. 51.

<sup>17</sup> Στο ίδιο, σελ. 52.

ομάδας ή κάθε ατόμου δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και από οικονομικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς, πολιτιστικούς, πολιτικούς και άλλους παράγοντες.

Αποτελεί διεθνή παραδοχή, ότι οι υπηρεσίες παροχής ιατρικής περίθαλψης, είναι αναπόσπαστο τμήμα των υπηρεσιών υγείας μα όχι το σύνολό τους.

Η ύπαρξη συστήματος υπηρεσιών υγείας αποτελεί βασικό συντελεστή για την κοινωνική οργάνωση και την ποιότητα ζωής. Αποτελεί κοινή παραδοχή, πως η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει ευρύτερα κοινωνική αναφορά.. το πρόβλημα υγείας δεν αντιμετωπίζεται μόνο με πολυδάπανες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, μα με την αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Έρευνες σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες, έδειξαν ότι σε υψηλό και ανεπτυγμένο σύστημα περίθαλψης, υπάρχουν και σχετικά υψηλοί δείκτες θνησιμότητας. Η οικονομική ανάπτυξη, η οικολογική καταστροφή, η αλλαγή τρόπου ζωής η απομάκρυνση από «υγιεινές συμπεριφορές», η υπερκατανάλωση, η τυποποίηση, η κατάχρηση χημικών προϊόντων, η διαφοροποίηση προσδοκιών, αποτέλεσαν αιτίες για επιστημονικό προβληματισμό και διερεύνηση μέτρων για ανάπτυξη αποτελεσματικής δράσης με στόχο την εξασφάλιση ποιότητας ζωής.

Το έργο της κοινωνικής υπηρεσίας στην Π.Φ.Υ. ενδεικτικά συνοψίζεται στην αφύπνιση κοινοτικού ενδιαφέροντος και υπεύθυνης ατομικής συλλογικής στάσης. Στη διαμόρφωση προγραμμάτων κοινωνικής οργάνωσης και ανάπτυξης. Επίσης συνοψίζεται στη δημιουργία προϋποθέσεων για συναισθηματική προσέγγιση των κατοίκων και την επικοινωνιακή επικοινωνία μεταξύ τους.

Οι δραστηριότητες της κοινωνικής υπηρεσίας στα πλαίσια του κέντρου υγείας, συνοπτικά περιλαμβάνουν: α) μελέτη και διάγνωση δυσμενών κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων β) πρόληψη και θεραπεία των συνθηκών που δημιουργούν κλονισμό της υγείας. Τέλος, περιλαμβάνουν ενημέρωση του πληθυσμού και «ειδικών» ομάδων για θέματα υγείας, ενδοοικογενειακών σχέσεων και κοινωνικών αναγκών και αλληλοεπιδράσεων.

Η έννοια της πρόληψης αναλύεται σε τρία επίπεδα: Πρωτογενής αντίδραση, Δευτερογενής πρόληψη, και Τριτογενής πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγού τελικά στη νόσηση και στο θάνατο.



Αφορά την καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός ρύπανση του αναπνεόμενου αέρα στο χώρο εργασίας) ή την αποφυγή έκθεσης σ' αυτούς (π.χ. διακοπή καπνίσματος) ή την ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β). Για να γίνει αυτό όμως, να αποφευχθούν δηλαδή οι αιτιολογικοί παράγοντες<sup>18</sup>, πρέπει <sup>19</sup> να<sup>20</sup> τους γνωρίζουμε<sup>21</sup>. Άρα προέχει η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων. Αυτό γίνεται με έρευνες σε ανθρώπους, πειραματόζωα και μικροβιακές καλλιέργειες.

Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι οι πιο αξιόπιστες. Έτσι έχουν ανακαλυφθεί τα  $\frac{3}{4}$  των γνωστών καρκινογόνων παραγόντων. Το πρόβλημα είναι ότι κάθε χρόνο εισάγονται στην κατανάλωση πάνω από 10.000 νέες ουσίες και έτσι αυτό καθιστά δύσκολη την παρατήρηση της δράσης αυτών στον άνθρωπο.

Έτσι η μέθοδος που επινοήθηκε από τον Bruce Ames βασίζεται στη συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην καρκινογενετική ικανότητα και στην ικανότητα προκλήσεως μεταλλαγών σε μικρόβια.

Όσον αφορά στην εφαρμογή των μέτρων πρωτογενούς πρόληψης, η αντικαπνιστική εκστρατεία στοχεύει στην διακοπή του καπνίσματος και επομένως στη μείωση των καρκίνων που σχετίζονται μ' αυτό.

Στον τομέα της διατροφής ο περιορισμός της κατανάλωσης κρέατος, ζωικών λιπαρών, καπνιστών και υπεραλατισμένων τροφίμων, οινοπνευματωδών ποτών και καφέ και αντίθετα η αύξηση κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, τροφών με μεγάλο στερεό υπόλειμμα πιστεύεται ότι αποτελεί χρήσιμη στρατηγική.

Τέλος ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β, ο περιορισμός της έκθεσης σε ιονίζουσες και υπεριώδεις ακτινοβολίες, η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης μπορεί να συμβάλλουν σε ποικίλο βαθμό στη μείωση ορισμένων καρκίνων.

Η Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου βασίζεται στην προσυμπτωματική διάγνωση κατά τη διάρκεια της προδιηθητικής φάσης. ,

Κατά την Αμερικανική ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση των καρκίνων του παχέος εντέρου, του τραχήλου της μήτρας και του μαστού.

---

<sup>18</sup> Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδος, Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, σελ. 31.

<sup>19</sup> Στο ίδιο, σελ. 40.

<sup>20</sup> Τριχοπούλου Α.-Τριχόπουλος Δ., *Προληπτική Ιατρική*, Αθήνα 1986, 50.

<sup>21</sup> Στο ίδιο, σελ. 49.

Για τον καρκίνο του π.εντέρου συνίσταται δακτυλική εξέταση του ορθού κάθε έτος μετά το 40ο έτος ζωής, εξέταση κοπράνων και σιγμοειδοσκόπηση μετά το 50ο έτος ζωής.

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας συνίσταται να γίνεται κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου κάθε έτος όπως και γυναικολογική εξέταση κάθε έτος. Για τον καρκίνο του μαστού συνίσταται αυτό-εξέταση κάθε μήνα μετά το 20ο έτος ζωής, εξέταση των μαστών από το γιατρό κάθε τρία έτη μέχρι το 40ο έτος. Επίσης, μια μαστογραφία αναφοράς στο 35ο έτος και κάθε χρόνο μετά το 45ο έτος.

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

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

Ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης, η κοινωνική παρέμβαση είναι καθοριστική για ενημέρωση, εκπαίδευση, συμμετοχή.

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αναντικατάστατο μέλος της ομάδας υγείας γιατί το επιστημονικό του γνωστικό αντικείμενο έχει αυτοτέλεια και δεν επικαλύπτεται.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδος,. Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, σελ. 25.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

### 2.1 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών

Οι καρκινοπαθείς είναι προσωπικότητες που ερευνητικά έχει διαπιστωθεί ότι έχουν κοινά χαρακτηριστικά<sup>24</sup>. Ένα ιδιαίτερα κοινό χαρακτηριστικό που εντοπίζεται στους καρκινοπαθείς είναι η διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων κατά τη παιδική τους ηλικία. Αυτό έχει να κάνει με τη συμπεριφορά και τη στάση των γονέων, οι οποίοι περιγράφονται ως ψυχροί, απόμακροι και απορριπτικοί. Πολλές φορές έχουν ιδιαίτερα υψηλές απαιτήσεις και προσδοκίες από τα παιδιά τους, όπου οι προσδοκίες αυτές φτάνουν να είναι τόσο υψηλές που τα παιδιά από την αδυναμία τους να ανταποκριθούν, εκδηλώνουν έντονο συναίσθημα κατωτερότητας. Επίσης ως συνέπεια όλων των παραπάνω τα παιδιά αυτά αισθάνονται ανασφάλεια με αποτέλεσμα να μην εμπλέκονται βαθιά και ουσιαστικά στις ανθρώπινες σχέσεις αλλά μόνο επιφανειακά διότι φοβούνται την απόρριψη και δεν τολμούν να πληγωθούν ή να πονέσουν μέσα από αυτή.

Έτσι στη προσπάθεια τους να κρατήσουν αυτή την αμυντική θωράκιση, συγκρατούν τα συναισθήματα τους και ποτέ δεν τα εξωτερικεύουν, προσπερνάνε τις συγκρούσεις και τις έντονες καταστάσεις που βιώνουν, αδυνατούν να εκφράσουν την ένταση, το θυμό, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στεναχώρια και όλα αυτά πίσω από μια πρόσοψη ηρεμίας, γαλήνης και ικανοποίησης

Ένα άλλο χαρακτηριστικό στην προσωπικότητα των ατόμων που πρόκειται να νοσήσουν είναι η παρατεινόμενη κατάθλιψη, η συχνή ύπαρξη ψυχικής απομόνωσης και η τάση για αυτοκαταστροφή. Τα άτομα αυτά αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κοινωνικής τους ζωής και δραστηριότητας με αποτέλεσμα να τους πιάνει έντονο συναίσθημα απελπισίας και ανυπαρξίας και να πέφτουν σε κατάθλιψη που πολλές φορές τους κάνει να φτάνουν σε σημείο αυτοκαταστροφής ώστε να γλιτώσουν από τη κατάσταση αυτή.

Πολλές γυναίκες οι οποίες πάσχουν από καρκίνο στο μαστό και στο τράχηλο συνήθως προέρχονται από οικογένειες με μητρική υπερίσχυση, με απόρριψη του γυναικείου ρόλου και με αναστολή των μητρικών αισθημάτων. Επίσης οι πρώιμες

---

<sup>24</sup> Ρηγάτος Γ., *Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική ογκολογία*, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθηνά 1985, σελ. 42

διαταραχές στην οικογενειακή ζωή και οι πρώιμες εμπειρίες σχηματίζουν το έδαφος για τη μεταγενέστερη ψυχολογική και ανοσολογική αδυναμία του ατόμου να αντεπεξέλθει στις απώλειες και το στρες.<sup>25</sup>

Συνοπτικά τα γενικότερα χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των καρκινοπαθών είναι η καταθλιπτική και ψυχαναγκαστική προσωπικότητα τους, είναι άτομα με πολλές αναστολές και έντονη προσαρμογή προς το εξωτερικό περιβάλλον. Πολύ συχνά στοιχείο της προσωπικότητας τους είναι η τάση για άρνηση και καταπίεση των αισθημάτων τους καθώς και η αναστολή στην έκφραση των αισθημάτων τους. Η αδυναμία να εκφράσουν την ένταση, το θυμό ή το άγχος. Επίσης τα άτομα αυτά έχουν αυξημένο ενδιαφέρον για τους άλλους και τα πράγματα που συμβαίνουν γύρω τους παρά για αυτά που συμβαίνουν στους ίδιους, δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες.

---

<sup>24</sup> Στο ίδιο, σελ. 46

## 2.2 Η γνώση της ασθένειας από τον πάσχοντα

Ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που αποτελεί μια από τις πρώτες αιτίες θανάτου. Ο καρκίνος και η θεραπεία του είναι δύσκολη και σε αρκετές περιπτώσεις χρόνια. Η αντιμετώπιση της ασθένειας σε όλη τη φάση της δημιουργεί μεγάλα οικονομικά προβλήματα στον ασθενή, την οικογένεια και το κράτος και συνοδεύει όσους αγγίζει και με αλλά επιπλέον προβλήματα με κοινωνικές προεκτάσεις

Η νόσος αυτή επηρεάζει τόσο το σωματικό όσο και τον ψυχικό κόσμο του ασθενούς. Επίσης ο κοινωνικός αντίκτυπος στο περιβάλλον και γενικότερα στο σύνολο είναι σοβαρός. Οι μεταβολές του ψυχισμού στον καρκινοπαθή είναι σημαντικές και επηρεάζονται άμεσα από το περιβάλλον του.

Οι αντιδράσεις από τις οποίες διέρχεται ο καρκινοπαθής όταν μάθει ότι πάσχει από καρκίνο είναι έντονες και εκδηλωτικές. Τον καρκινοπαθή τον διακατέχει η ανησυχία, ο φόβος, η απελπισία, η κατάθλιψη και το συναίσθημα ότι είναι αβοήθητος. Το συναίσθημα του αβοήθητου είναι εντονότερο γιατί ο άρρωστος πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου συνεπάγεται πάντα με το θάνατο. Έτσι, για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από μέρος του γιατρού και καθοριστικό ρόλο θα παίξει η σχέση που θα αναπτύξει με τον άρρωστο. Η ενημέρωση του ασθενούς είναι βασική προϋπόθεση για μια άρτια συνεργασία με στόχο την καταπολέμηση της νόσου γιατί χωρίς την εμπιστοσύνη του ασθενή δεν μπορεί να υπάρξει επιτυχία στην θεραπεία.

Ο γιατρός όταν δίνει εντολές πρέπει να εξηγεί τη σκοπιμότητα της κάθε εντολής για να αισθάνεται πιο σίγουρος ο ασθενής και να τον εμπιστευτεί, αλλιώς ο ασθενής αρνείται να υποβληθεί στις εντολές του γιατρού. Μόνο όταν οι ασθενείς πεισθούν για τη σκοπιμότητα της θεραπείας, την αποδέχονται ακόμη και όταν αυτή είναι εξαιρετικά επώδυνη. Ο άρρωστος επειδή έχει άμεση ανάγκη από ιατρική βοήθεια, όταν εμπιστευτεί το γιατρό του, βλέπει το γιατρό ως αυθεντία και στηρίζεται ψυχολογικά πάνω του. Η κάθε λέξη του Ιατρού είναι σημαντική για αυτόν και μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίπτωση. Συνήθως ο ασθενής έχει μόνο παθητικό ρόλο και δέχεται μόνο εντολές επίσης μπορεί εύκολα να πιστέψει ότι του υποσχεθούν για θεραπεία προκειμένου να σωθεί.

Από την άλλη πλευρά, η άγνοια της ασθένειας μπορεί να έχει ως συνέπεια να μην εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία. Η τακτοποίηση των ατομικών ζητημάτων και των υποχρεώσεων του αρρώστου παραβλέπεται. Ο ασθενής δεν έχει

γνώμη για το άτομο του, αγνοεί τις άμεσες και τις απώτερες επιπτώσεις στην ζωή του.

Το θέμα βέβαια της πληροφόρησης ή όχι των αρρώστων δεν επιδέχεται γενικεύσεις και κάθε άρρωστος ανάλογα με τις συνθήκες έχει ξεχωριστό τρόπο αντιμετώπισης. Παρ' όλα αυτά οι ακόλουθοι γενικοί κανόνες μπορεί να συντελέσουν σε μια πραγματική και θετική για τον άρρωστο στάση. Έτσι για την πληροφόρηση:

A. Πρέπει να ληφθεί υπόψη το συμφέρον του αρρώστου, δηλαδή η εξασφάλιση της πιο αποτελεσματικής θεραπείας

B. Όταν ο ίδιος ο άρρωστος δεν θέλει να μάθει την αλήθεια να μην προτρέχει ο γιατρός να του την κάνει γνωστή

Γ. Όταν ο άρρωστος απαιτεί την γνώση ο γιατρός να συνεκτιμήσει πολλούς παράγοντες για την αποκάλυψη της φύσης της αρρώστιας<sup>26</sup>. Η γνώση της αλήθειας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως αναφέρονται παρακάτω:

**Η κληρονομικότητα:** Η κληρονομικότητα καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τύπο της προσωπικότητας και τον τρόπο αντίδρασης στα διάφορα γεγονότα της ζωής.

**Η προσωπικότητα :** Η προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζεται από κληρονομικές μεταβολές, ωριμάζει και ολοκληρώνεται στο οικογενειακό και οικείο περιβάλλον. Η ώριμη προσωπικότητα έχει την δυνατότητα να δημιουργεί και να διατηρεί άριστες σχέσεις με τα άλλα άτομα, να αναλαμβάνει ευθύνες, να ακολουθεί επιδιώξεις ή να συνεργάζεται και να δέχεται με φυσιολογική αντίδραση καλά και κακά μαντάτα.

**Περιβάλλον- Οικογένεια:** Το οικογενειακό περιβάλλον επιδρά με ουσιαστικό τρόπο στην απόρριψη του, στην ηθική, υλική και ψυχική στήριξη του ασθενή και κυρίως σε περιόδους έντονης σωματικής ή ψυχοσωματικής διαταραχής όπως ο καρκίνος.

**Μόρφωση- Εκπαίδευση:** Η μόρφωση και η εκπαίδευση είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες όχι μόνο στην εξέλιξη των ατόμων αλλά και στον τρόπο αντιμετώπισης σοβαρών γεγονότων στη ζωή<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Κορδιολή Ν., *Πρέπει να γνωρίζει την αρρώστια του ο καρκινοπαθής*, στο «Μ' ενδιαφέρει», Τεύχος 17, σελ.15

<sup>27</sup> Στο ίδιο, σελ.16

## 2.3 Ποιότητα ζωής του ασθενούς

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εξασφαλίζει την ικανοποιητική λειτουργία του ατόμου σε τέσσερις βασικούς τομείς :τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό και τον οργανικό.

Ο Ψυχολογικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την αντίληψη που έχει ο ασθενής για την αρρώστια και τον ίδιο του τον εαυτό. Όταν οι στρατηγικές που ενεργοποιεί είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προβάλλει η χρόνια αρρώστια, τότε διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του. Όταν βιώνει αυξημένο άγχος και κατάθλιψη εξαιτίας της κατάστασης του, τότε η αυτοεκτίμηση του μειώνεται με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η προσαρμογή του στις διάφορες καταστάσεις που συνδέονται με τη πορεία του.

Ο Κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις κοινωνικές σχέσεις που το άτομο διαμορφώνει με το περιβάλλον. Όταν πάσχει από ασθένεια που συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και προκαταλήψεις, οι φόβοι του αρρώστου μήπως εγκαταλειφθεί ή περιθωριοποιηθεί επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους. Η ποιοτική στήριξη που παρέχουν συγγενείς και φίλοι καθώς και η ικανότητα του άρρωστου να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες , συμβάλλουν θετικά στη ποιότητα της ζωής του. Όμως σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ερωτικές σχέσεις. Άτομα που στερούνται φυσικής επαφής, τρυφερότητας και στενών δεσμών καθώς και εκείνα που ζουν με το διαρκή φόβο της ανικανότητας ή της απόρριψης από τον ερωτικό τους σύντροφο, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην κατάθλιψη<sup>28</sup> .

Ο εργασιακός τομέας είναι πολύ σημαντικός για ένα άτομο και ιδιαίτερα όταν μέσα από αυτόν εκπληρώνονται οι στόχοι και οι φιλοδοξίες ενός ατόμου. Μέσω της εργασίας τα άτομα μένουν ενεργά μέλη στην κοινωνία και νιώθουν ότι μπορούν να προσφέρουν. Όμως με τη πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω ασθένειας, όπου τα άτομα πλέον δεν έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν στην κοινωνία και στην οικογένεια τους διότι παύουν να είναι παραγωγικά, μειώνεται η αυτοεκτίμηση και η

---

<sup>28</sup> Παπαδάτου Δ.- Αναγνωστόπουλος Φ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας* , Ελληνικά Γράμματα γ' έκδοση, Αθήνα 1999, σελ. 122

αυτοπεποίθηση τους, προκαλώντας τους άγχος και κάνοντας τα να νιώθουν περιττά για την οικογένεια τους.

Ο οργανικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη φύση , τη σοβαρότητα και την εξέλιξη της αρρώστιας, αλλά και τις επιπτώσεις της θεραπείας. Όταν μάλιστα ο ασθενής πονά και υποφέρει, επηρεάζεται η ικανότητα του να λειτουργήσει στους υπόλοιπους τομείς, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψη του και να περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις. Επιπλέον, αυξάνονται η δυσφορία και η αδυναμία του, ιδιαίτερα όταν η οικογένεια επικεντρώνεται στα συμπτώματα και ασχολείται αποκλειστικά με τα παράπονα του αρρώστου. Γι'αυτό και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης αρρώστιας και των παρενεργειών της θεραπείας απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό.

### **2.3.1 Ψυχολογικό επίπεδο**

Ο άρρωστος αρχίζει να θρηνεί και συχνά τον πνίγουν αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης τα οποία είναι απόλυτα φυσιολογικά αφού ο ασθενής έχει μπει πλέον σε μια διαδικασία θρήνου, ο οποίος δεν επίκειται μόνο στο άμεσο μέλλον ( π.χ επιδείνωση της υγείας του , τον αποχωρισμό του από αγαπημένα του πρόσωπα) αλλά και στο παρόν (π.χ την αδυναμία του, την απομάκρυνση ατόμων) καθώς και του παρελθόντος ( π.χ ένα Όνειρο που δεν υλοποίησε)

Συχνά ο ψυχικός πόνος του αρρώστου φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει. Τα μέλη του προσωπικού υγείας πρέπει να παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει και να τον αφήνουν να εκφράσει όλα τα συναισθήματα τα οποία νιώθει εκείνη τη στιγμή. Ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του όσο επώδυνο και αν είναι αυτό για το προσωπικό, το οποίο δεν πρέπει να αποφεύγει τέτοιες συζητήσεις επειδή του προκαλεί προσωπική δυσφορία.

Ο ασθενής όταν φθάνει στο τελικό στάδιο , το άγχος του και οι φόβοι του αυξάνονται αφού αντιλαμβάνεται το θάνατο Το αίσθημα του άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ο Lemming και ο Dickinson διακρίνουν δυο κατηγορίες φόβων . Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τη



περίοδο που οδηγεί στο θάνατο ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και τη κατάσταση του νεκρού.<sup>29</sup>

Όσο αφορά τη πρώτη κατηγορία διακρίνουμε πέντε είδη φόβων, τα οποία είναι:

-Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας. ο ασθενής φοβάται μήπως χαλάσει η εξωτερική του εμφάνιση ή υποστεί κάποια αναπηρία η οποία θα επηρεάσει τη λειτουργικότητα του και αυτό θα έχει αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και στον αυτοσεβασμό του.

-Ο φόβος της εξάρτησης. ιδιαίτερα το άτομο το οποίο έχει μάθει να έχει κύριο τον εαυτό του, να είναι αυτόνομο και να μην ζητάει τη βοήθεια των άλλων, φοβάται μην εξαρτηθεί από τους γύρω του αφού δεν είναι σε θέση να το αντιμετωπίσει μόνος του

- Ο φόβος του πόνου. ο ασθενής έχει οργανικές φοβίες διότι φοβάται τον επικείμενο θάνατο με αποτέλεσμα να αυξάνεται η δύσπνοια η οποιαδήποτε άλλη οργανική δυσφορία

- Ο φόβος της απόρριψης, της εγκαταλείψεως και της μοναξιάς. Ο ασθενής φοβάται ότι οι πάντες θα τον εγκαταλείψουν , θα απομακρυνθούν από κοντά του λόγω του επικείμενου θανάτου καθώς επίσης φοβάται ότι και το προσωπικό υγείας δεν μπορεί πλέον να τον βοηθήσει.

- Ο φόβος του αποχωρισμού. εκφράζεται συχνά μέσα από τον προβληματισμό του ασθενή σχετικά με το τι θα γίνουν οι συγγενείς του, τα παιδιά και οι γονείς του, καθώς και πώς θα αντεπεξέλθουν. Ουσιαστικά φοβάται για το τι θα απογίνουν οι υπόλοιποι και ειδικά όταν αυτός αποτελούσε το στήριγμα της οικογένειας.

Στη δεύτερη κατηγορία έχουμε τρία είδη φόβων

-Ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση. Ο ασθενής φοβάται το άγνωστο και το τι θα συναντήσει. Για τον κάθε άνθρωπο είναι διαφορετικές οι αντιλήψεις για το τι θα συναντήσει και διαφορετικά το αντιμετωπίζει ο καθένας

-Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου. Ο ασθενής σε αυτή τη φάση της φοβίας του αρχίζει να βάζει διάφορα ερωτηματικά για το τι θα απογίνουν όλα αυτά που σχεδίαζε, οι προσδοκίες του και οι πεποιθήσεις του.

---

<sup>29</sup> Στο ίδιο, σελ.152

- Ο φόβος για τη τύχη του σώματος του. Ο ασθενής αρχίζει να αναρωτιέται για τη ταφή του, την εικόνα του φέρετρου και γενικότερα ό,τι έχει να κάνει με τα διαδικαστικά της υπόθεσης.

Όλες αυτές οι φοβίες μπορεί να αλλάζουν από άτομο σε άτομο και ο καθένας να τις αντιμετωπίζει διαφορετικά. Σε ό,τι αφορά τώρα την ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του αλλά και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.<sup>210</sup>

Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου, όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον τόσο στον ίδιο όσο και στο άμεσο περιβάλλον του. Παράλληλα θεωρείτε αναγκαίο να προγραμματίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, έτσι ώστε να υπάρχει μια σταθερότητα στη διαδοχή των γεγονότων. Με αυτό το τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον άρρωστο να προβλέψει όσα πρόκειται να συμβούν και να προσαρμοστεί σε συνθήκες που προϋποθέτουν μειωμένες απαιτήσεις.<sup>30</sup>

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με την ενημέρωση του αρρώστου που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και την εξέλιξη της υγείας του καθώς και την αγωγή που του παρέχεται, την προετοιμασία του για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί, την προώθηση της αυτοφροντίδας, τη δυνατότητα να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες τις ζωής του.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Στο ίδιο, σελ.155

<sup>30</sup> Στο ίδιο, σελ.155

<sup>31</sup> Στο ίδιο, σελ.155

### 2.3.2 Κοινωνικό επίπεδο

Ο άρρωστος όταν ο θάνατος είναι κοντά αρχίζει να αποσύρεται από τους γύρους του, να απομακρύνεται σαν να θέλει να διακόψει τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Διακόπτει την επικοινωνία μαζί τους, δεν τους μιλάει, κοιμάται πολλές ώρες για να αποφεύγει συζήτηση και επαφές. Οι σχέσεις που διατηρεί είναι μόνο με τους πολύ στενούς συγγενείς από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, όμως και πάλι η επικοινωνία είναι μηδαμινή. Οι συγγενείς το παρερμηνεύουν αυτό και νομίζουν ότι δεν τους θέλει ή δεν τους αγαπά. Ο άρρωστος όμως κρατάει αυτή τη στάση διότι συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει και προετοιμάζεται για αυτό, ενώ για τον ίδιο είναι άμυνα αυτή η απόσυρση διότι προετοιμάζει τον εαυτό του για το επικείμενο τέλος και την τελική συναισθηματική διακοπή με τα αγαπημένα του πρόσωπα. Προσπαθούν να προετοιμάσουν τον εαυτό τους για αυτό που θα συμβεί και δεν κρύβουν ψευδαισθήσεις, το μόνο που τους απασχολεί είναι το παρόν και επικεντρώνονται σε αυτό.

Πολλές φορές ο άρρωστος ωθείται στην κοινωνική απομόνωση αφού καταλαβαίνει ότι και οι γύρω του αισθάνονται άβολα με αυτή τη κατάσταση και πολλές φορές προσποιούνται ή ότι δεν συμβαίνει τίποτα ή πως όλα θα πάνε καλά και δεν βρίσκονται σε τόσο άσχημη κατάσταση. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται αυτή την αμηχανία και θέλει να τους βγάλει από τη δύσκολη κατάσταση. Όμως σε μερικές περιπτώσεις ο άρρωστος νιώθει εγκαταλελειμμένος από τους συγγενείς του και το προσωπικό υγείας, επειδή καταλαβαίνει το άγχος τους και ενδόμυχα γνωρίζει ότι δεν μπορούν να του προσφέρουν τίποτα ουσιαστικό και ότι όλα αυτά είναι επιφανειακά. Ο φόβος, η αποστροφή και η ανειλικρίνεια από τους συγγενείς περιθωριοποιούν, ασυνείδητα, τον ασθενή, ο οποίος νιώθει ότι τις τελευταίες μέρες της ζωής του δεν έχει κανέναν.

Ο ασθενής στο τελικό στάδιο νιώθει ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις κοινωνικές του υποχρεώσεις και κυρίως όταν ο ρόλος του και η θέση του μέσα στην οικογένεια ή στον εργασιακό χώρο είναι σημαντική. Ο ασθενής προβληματίζεται για το πώς θα αντεπεξέλθει η οικογένεια του, ποιος θα αναλάβει την επιχείρηση(εάν υπάρχει) και γενικότερα ποιος θα εκπληρώσει τις υποχρεώσεις, τις δουλειές και τους στόχους που είχε θέσει. Πολλές φορές ο ασθενής αγχώνεται και προβληματίζεται περισσότερο για αυτές τις καταστάσεις παρά για τον επικείμενο θάνατο του.

### 2.3.3. Πνευματικό επίπεδο

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση. Στην προσπάθεια του να επιλύσει την κρίση και να μειώσει το έντονο άγχος που του προκαλεί αυτή η κατάσταση, επιδιώκει να δώσει νόημα στη ζωή και στο θάνατο του. Αντιμέτωπος με μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη ή δύσκολη, αναρωτιέται διαρκώς γιατί αυτός, γιατί τώρα, γιατί να υποφέρει, γιατί να γεννηθεί

Κάθε “γιατί” αποτελεί έκφραση ενός βαθύτερου εσωτερικού τραύματος, καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου και το νόημα της ύπαρξής του. Ανακινεί μια ψυχική διεργασία θρήνου, παρόμοια με εκείνη που βιώνει κανείς όταν χάνει κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο, όμως στη προκειμένη περίπτωση ο άρρωστος θρηνεί διότι νιώθει ότι χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Ο Stephenson ονομάζει αυτό το θρήνο. “υπαρξιακό θρήνο” που πηγάζει από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο και θνητό. Ταυτόχρονα όμως, με τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φθάνει σε ένα τέλος, αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος. Αυτή την υπέρβαση επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση τριών βασικών πνευματικών αναγκών που βιώνει στο τελικό στάδιο της ζωής του.<sup>32</sup>

Αυτές είναι οι ακόλουθες:

A. Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του.

Σε αυτή τη φάση ο ασθενής προσπαθεί να δει όλα τα σημεία της ζωής του σφαιρικά, να καταγράψει θετικά και αρνητικά σημεία, να τα επισημάνει και να τα ερμηνεύσει διότι για αυτόν ίσως και αυτά να ευθύνονται για το θάνατο του. Ο άρρωστος προσπαθεί να βρει σημεία της ζωής του που τον αναδεικνύουν ως σημαντικό, που η ζωή του είχε αξία, που πρόσφερε στο κοινωνικό σύνολο και γενικότερα που ήταν ικανός και αντάξιος της ζωής που του προσφέρθηκε. Επίσης ο άρρωστος αντλεί δύναμη από τη πίστη του στη θρησκεία και γενικότερα από τις κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές που μπορεί να έχει.. Σημαντικό είναι το συγγενικό περιβάλλον και το προσωπικό υγείας να τον στηρίξουν σε αυτές τις πεποιθήσεις του και να μην προσπαθούν να επιβάλουν τις δικές τους θεωρίες.

---

<sup>32</sup> Στο ίδιο, σελ.158

Η διεργασία της απόδοσης νοήματος της ζωής είναι δυνατό να αποτελέσει πολύ κρίσιμη εμπειρία για μερικούς ασθενείς που βρίσκουν, στα πλαίσια της, μια αίσθηση πληρότητας και εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του επικείμενου θανάτου. Μελέτες επισημαίνουν ότι ο άρρωστος που αποδίδει νόημα και σκοπό στη ζωή του βιώνει λιγότερο άγχος θανάτου.<sup>33</sup>

Όμως κάποιοι άλλοι ασθενείς μπορεί να βλέπουν τη ζωή τους ως κάτι θλιβερό, ως κάτι άσκοπο. Να νιώθουν ότι έχασαν ευκαιρίες, να έχουν μετανιώσει για πράγματα που έχουν κάνει και να ζητούν συγχώρεση από το θεό, να νιώθουν θυμό, οργή και γενικότερα να είναι μια θλιβερή εμπειρία για αυτούς χωρίς αξία και νόημα. Το άτομο δεν είναι σε θέση να δεχθεί τις εμπειρίες και τις καταστάσεις που έχει περάσει με αποτέλεσμα ή να ζητά συγχώρεση από το Θεό ή να τον θεωρεί υπαίτιο για τη ζωή που είχε και ακόμα πιο πολύ για το τέλος που του επιφύλαξε. Αυτά έχουν σαν συνέπεια να βιώνει έντονη κατάθλιψη και απελπισία.

#### **B. Ανάγκη να έχει ένα καλό θάνατο**

Το “καλό” θάνατο τον ορίζει ο ασθενής. Το θάνατο τον προσδιορίζει ο κάθε ασθενής ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις αξίες που έχει ο ίδιος ορίζει. Για μερικούς ασθενείς ο θάνατος είναι αξιοπρεπής όταν έρχεται στο χώρο του σπιτιού του γύρω από ανθρώπους που τον αγαπούν και που έχει ζήσει τα περισσότερα χρόνια της ζωής του

Πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το κάθε άτομο να επιλέγει πως θα ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Ο Nolan υποστηρίζει ότι πολλές φορές οι επιλογές και αποφάσεις του αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες, ανάλογα με τη κλινική και βιολογική πραγματικότητα που διακρίνει την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας.<sup>34</sup>

#### **Γ. Ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο**

Σημαντικό είναι ο κάθε ασθενής στο τελικό στάδιο της ζωής του να ελπίζει ότι υπάρχει μεταθανάτια ζωή καθώς αυτό τον κάνει να ανακουφίζεται και να μειώνεται το άγχος του παρόλο που είναι άγνωστο.

Η ανάγκη όμως για ελπίδα είναι εξίσου σημαντική ακόμα και όταν ο ασθενής δεν πιστεύει στη μετά θάνατο ζωή. Την ελπίδα την αντλούν από την ίδια τη ζωή τους και από τα έργα και τις πράξεις τους

---

<sup>33</sup> Στο ίδιο, σελ. 158

<sup>34</sup> Στο ίδιο, σελ. 159

Σε γενικές γραμμές είναι πολύ σημαντικό να αντιμετωπίζεται κάθε ασθενής μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει, ως άτομο που δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ως άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Στο ίδιο, σελ.160

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

### **3.1. Τα στάδια**

Αυτό που θεωρείται σημαντικό είναι να κατανοήσει κανείς τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία ενός ατόμου που οδηγείται προς το θάνατο. Σύμφωνα με την Elisabeth Kübler-Ross, η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο, καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια: (1) το στάδιο της άρνησης, (2) το στάδιο του θυμού, (3) το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή του παζαρέματος, (4) το στάδιο της κατάθλιψης και (5) το στάδιο της αποδοχής. Η Kübler- Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και οι εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του<sup>36</sup> .

#### **Το στάδιο της Άρνησης**

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι, λοιπόν, αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή και των επιπτώσεων της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει για την πραγματικότητα<sup>37</sup> .

Σ' αυτό το στάδιο το άτομο, αρχικά μπορεί ν' αρνηθεί τα συμπτώματα του, στην προδιαγνωστική φάση με αποτέλεσμα να καθυστερεί ν' αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Μερικές φορές αρνείται τη διάγνωση ακόμα και τις ενδείξεις πιθανής υποτροπής ή αναπηρίας αλλά αρνείται και τις επιπτώσεις. Μπορεί να επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια και η θεραπεία της στη ζωή του<sup>38</sup> . Τέλος ενώ το άτομο

---

<sup>36</sup> Στο ίδιο, σελ. 137

<sup>37</sup> Στο ίδιο, σελ. 137

<sup>38</sup> Στο ίδιο, σελ. 137

συνειδητοποιεί ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και φαντασιώνεται ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γερατειά.

Βέβαια, μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του επιτρέπει, παρ' όλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να προγραμματίζει τη ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις με το περιβάλλον του και ν' αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως λιγότερη απειλητική ενώ η άρνηση σχετικά με το ότι το άτομο δεν δέχεται τα συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον έναν γιατρό στον άλλο, μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου.

### **Το στάδιο του θυμού**

Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από αίσθημα θυμού, αδικίας και έλλειψης ελέγχου. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου που είναι υποχρεωμένο να δεχτεί ότι η ζωή του αλλάζει και να συμβιβαστεί με τον πιθανό θάνατο. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν πικρία γιατί δεν μπορούν να πιστέψουν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός και ευάλωτος και εκδηλώνουν θυμό με τον ίδιο τους τον εαυτό. Κι ενώ εκφράζουν θυμό με το γεγονός της αρρώστιας, συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις όπως προς τους οικείους, τους συγγενείς, και τους φίλους. Άλλοτε πάλι μεταθέτουν τον θυμό τους ενάντια στο Θεό αναθεωρώντας έτσι τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

Πολλές φορές διοχετεύουν τον θυμό τους και στον ίδιο τους τον εαυτό με αποτέλεσμα να υιοθετούν ενοχές. Σύμφωνα με τον Doka διακρίνει τρεις μορφές ενοχών:

(α) Το άτομο αισθάνεται ενοχή επειδή με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του,

(β) Το άτομο νιώθει ένοχο όταν ερμηνεύει την αρρώστια του ως «τιμωρία» για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή/ και μη ηθικές πράξεις του, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά,

(γ) Το άτομο βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του (π.χ. να κάνει παιδιά) και για στόχους που δεν θα προλάβει να ολοκληρώσει κατά τη διάρκεια



του χρόνου που του απομένει. Έτσι οι ενοχές συσχετίζονται με το ότι το άτομο αρρώστησε και με το αίσθημα ότι αποτελεί βάρος για την οικογένεια του.

Ο θυμός αν και είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου που πάσχει με την οικογένειά του, τους συγγενείς του, τους φίλους του και με τα αγαπημένα του πρόσωπα, παρ' όλο που βρίσκεται σε μια φάση που χρειάζεται την κατανόηση και την στήριξη του περιβάλλοντος. Βέβαια αρκετές φορές ο θυμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί εποικοδομητικά από τον άρρωστο ώστε να διεκδικήσει ενημέρωση για την ασθένεια του, τη φροντίδα και να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία του.

### **Το στάδιο της διαπραγμάτευσης**

Η διαπραγμάτευση ή το «παζάρεμα» δίνει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι με το να αποφύγει ή να επιδιώξει κάποιες πράξεις μπορεί να καθυστερήσει ή ακόμα και να αποτρέψει την εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο. Συνήθως οι διαπραγματεύσεις γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το θεό.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές και αρνητικές συνέπειες. Υπάρχει περίπτωση ο άρρωστος να υιοθετήσει συμπεριφορές που προωθούν την υγεία ακόμα και τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Επίσης η διαπραγμάτευση με τον Θεό μπορεί ν' αποτελέσει μια σημαντική πηγή στήριξης από όπου μπορεί να αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη πλευρά όμως ο άρρωστος μπορεί να νιώσει αρνητικά, δυσάρεστα συναισθήματα όπως απογοήτευση, προδοσία και θυμό, για παράδειγμα όταν ο γιατρός ή ο Θεός δεν ανταποκρίνεται σ' αυτά που θέλει ο ίδιος ή αν τον εγκαταλείψουν σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στον θάνατο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η προσπάθεια του να μην έχει νόημα και το πιο πιθανό είναι να σταματήσει να ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού και να βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη.

### **Το στάδιο της Κατάθλιψης**

Ο άρρωστος σ' αυτό το στάδιο αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνεί. Αρχίζει και αναλογίζεται την ζωή του , πως ήταν και πώς έχει καταντήσει. Σε ότι αφορά την εμφάνιση του, την ενεργητικότητα του και κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του που έχουν αλλάξει.

Η κατάθλιψη του αρρώστου εκδηλώνεται με ποικίλα συναισθήματα όπως απαισιοδοξία, θλίψη, έλλειψη κοινωνικότητας, μείωση ενδιαφερόντων κ.λ.π. Οι αντιδράσεις αυτές είναι παροδικές και αν υποστηριχθεί ο άρρωστος, μπορεί αυτό να τον βοηθήσει στην κατανόηση και στην αποδοχή της κατάστασης και των συναισθημάτων του και στη λήψη της υποστήριξης που χρειάζεται. Ουσιαστικά η κατάθλιψη επιτρέπει στον άρρωστο να θρηνήσει την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί σε μια νέα.

### **Το στάδιο της Ανάπτυξης**

Σ' αυτό το στάδιο ο άρρωστος κυριεύεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει πλέον ν' αγωνίζεται και σιγά-σιγά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς βέβαια να παραιτείται από την καθημερινότητα της ζωής. Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος έχει όλο τον χρόνο να τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις. Επίσης, η επικοινωνία με τους δικούς του ανθρώπους περιορίζεται, ακόμα και οι επισκέψεις από συγγενείς και φίλους είναι ανεπιθύμητες. Ο άρρωστος έχει την ανάγκη να μείνει μόνος του και οδηγείται προοδευτικά στον αποχωρισμό από τα αγαπημένα του πρόσωπα γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να δεχτεί ότι δεν θα τους ξαναδεί.

Σ' αυτό το στάδιο ο άρρωστος νιώθει κενός από συναισθήματα. Η θλίψη, ο θυμός και η απογοήτευση δεν υπάρχουν πια και αυτό φαίνεται από το βλέμμα και την συμπεριφορά που εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασής του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

### 4.1. Η επικοινωνία και οι αντιδράσεις του ασθενή με τους συγγενείς

Τα στάδια στα οποία αναπτύσσεται η επικοινωνία μεταξύ του αρρώστου και του περιβάλλοντος, εξαρτώνται από το πλαίσιο επίγνωσης που προσδιορίζεται από το «ποιος» ξέρει «τι» σχετικά με την αρρώστια και τις πιθανότητες θανάτου. Τα πλαίσια αυτά είναι: (α) Το πλαίσιο αποκλεισμένης επίγνωσης, όπου ο άρρωστος δεν γνωρίζει ότι πεθαίνει, ενώ όλοι γύρω του το γνωρίζουν αλλά του κρύβουν τη διάγνωση και πρόγνωση της ασθένειας και συμπεριφέρονται σαν να είναι όλα φυσιολογικά. (β) Το πλαίσιο υποψιαζόμενης επίγνωσης, όπου ο άρρωστος υποψιάζεται αυτό που όλοι γνωρίζουν. Επιδιώκει με κάθε τρόπο να επιβεβαιώσει ή να διαψεύσει τις υποψίες του ενώ κανείς δεν είναι διατεθειμένος να συζητήσει μαζί του ανοιχτά όσα τον απασχολούν. Η επικοινωνία γίνεται πολύ δύσκολη καθώς ο ασθενής ζει διαρκώς σε μια κατάσταση αβεβαιότητας, σύγχυσης ή ανασφάλειας, ενώ το περιβάλλον του βρίσκεται σε συνεχή υπερένταση από φόβο μήπως διαρρεύσει η αλήθεια ή μήπως έρθει σε δύσκολη θέση εξαιτίας των ερωτήσεων του αρρώστου. ( γ) Το πλαίσιο αμοιβαίας προσποίησης, όπου το άτομο γνωρίζει καλά, όπως και όλοι γύρω του, ότι απειλείται άμεσα η ζωή του. Στα πλαίσια όμως μιας σιωπηλής συμφωνίας αποφεύγονται οι συζητήσεις γύρω από το θάνατο και καλλιεργείται η ψευδαίσθηση ότι « όλα θα περάσουν και ο άρρωστος θα γίνει γρήγορα καλά». Δυστυχώς και στα πλαίσια της αμοιβαίας προσποίησης ο ασθενής βρίσκεται συχνά συναισθηματικά απομονωμένος μπρος στο θάνατο του. (δ) Το πλαίσιο επίγνωσης και ανοιχτής επικοινωνίας, όπου το ενδεχόμενο θανάτου αναγνωρίζεται και συζητείται ανοιχτά , χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο άρρωστος και το περιβάλλον του αποδέχονται την πραγματικότητα ούτε ότι η επικοινωνία μεταξύ τους είναι εύκολη υπόθεση. Παρ' όλα αυτά, δίνεται στο άτομο η δυνατότητα να βρει υποστήριξη στο περιβάλλον του, να ολοκληρώσει τα σχέδια του, να τακτοποιήσει τις υποθέσεις του και να αποχαιρετήσει τους αγαπημένους του.

Η επικοινωνία μεταξύ του αρρώστου και όσων βρίσκονται στο αμεσο περιβάλλον του επηρεάζει σημαντικά τις εμπειρίες που βιώνει καθέννας τους στην

τελική φάση της ζωής του άρρωστου. Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει θετικά στην ποιότητα της ζωής που απομένει. Τρεις από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ αρρώστου και περιβάλλοντος περιλαμβάνουν: (α) Τη συχνότητα της επικοινωνίας που εξαρτάται από τη συχνότητα με την οποία συγγενείς και φίλοι επισκέπτονται τον άρρωστο και παραμένουν στο νοσοκομείο. (β) Το περιεχόμενο της επικοινωνίας, που καθορίζεται από την άνεση με την οποία ο άρρωστος και όσοι βρίσκονται κοντά του συζητούν η αποφεύγουν θέματα που αφορούν τον θάνατο, την τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων. Υπάρχουν συνήθως ορισμένοι άτυποι κανόνες που προσδιορίζουν ποιες συζητήσεις θεωρούνται « επικίνδυνες» και ποιες « ανώδυνες». (γ) Τον τρόπο επικοινωνίας και ανταλλαγής μηνυμάτων. Στα τελικά στάδια της ζωής του το άτομο συχνά εκφράζεται έμμεσα και συμβολικά, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαθέτει το προσωπικό υγείας εξειδικευμένες γνώσεις, ώστε να ανταποκρίνεται στα βαθύτερα συναισθήματα και στις ανάγκες του αρρώστου.<sup>39</sup>

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα « σύνολο». Αυτό σημαίνει ότι το κάθε γεγονός, η κάθε εμπειρία που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. Και αντίστροφα όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη της επηρεάζονται από αυτό.

Όταν ο άρρωστος πεθαίνει, μαζί του πεθαίνει σε ένα συμβολικό επίπεδο και η οικογένεια. Το πένθος είναι διπλό. Απαιτείται μια νέα κατανομή ρόλων και ευθυνών ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας που απομένει στη ζωή και που δεν θα είναι ποτέ η ίδια μ' εκείνη που ήταν κάποτε.

Στην τελευταία φάση της ζωής του αρρώστου τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται σε « κρίση» καθώς αντιμετωπίζουν τον επικείμενο θάνατο του αγαπημένου τους. Η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις των συγγενών που προετοιμάζονται ψυχολογικά να δεχθούν τον αναπόφευκτο θάνατο, αποτελούν μέρος μια ψυχολογικής διεργασίας που ονομάζεται « προπαρασκευαστικός θρήνος». Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας που έχουν περιγράψει είναι:

---

<sup>39</sup> Στο ίδιο, σελ.164

Η κατάθλιψη, ο προβληματισμός και η συνεχής απασχόληση με τον άρρωστο που πεθαίνει, οι σκέψεις και το άγχος που αφορούν γενικότερα το θάνατο, ο προβληματισμός σχετικά με τη μελλοντική πορεία της οικογένειας και ο προγραμματισμός για την προσαρμογή στις αναμενόμενες συνθήκες που θα προκύψουν αφού πεθάνει το άτομο.

Αυτή η διεργασία του προπαρασκευαστικού θρήνου επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να αφομοιώσουν και να αποδεχθούν την πραγματικότητα ενώ παράλληλα τους δίνεται η ευκαιρία να αποκαταστήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον άρρωστο πριν πεθάνει, ολοκληρώνοντας τις συναισθηματικές « εκκρεμότητες» που μπορεί να τους χώριζαν στο παρελθόν.

Στην αρχή της διεργασίας του προπαρασκευαστικού θρήνου, ο πόνος και η θλίψη τους μοιάζουν αβάσταχτα και μερικές φορές εκδηλώνονται μέσα από σωματικά συμπτώματα όπως π.χ πόνος στο στήθος και στο στομάχι, ζαλάδες και μουδιάσματα . Σιγά-σιγά όμως αυτός ο έντονος ψυχικός πόνος μετατρέπεται σε μια μελαγχολία και σταδιακή συμφιλίωση με τη σκέψη ότι ο άρρωστος θα πεθάνει. Συχνά απομακρύνονται συναισθηματικά από τον άρρωστο, χωρίς απαραίτητα να στερούν και την παρουσία τους από κοντά του. Ουσιαστικά εγκαταλείπουν τα όνειρα που κάνανε για το άτομο και τη ζωή του ενώ οι σκέψεις επικεντρώνονται στον τρόπο με τον οποίο θέλουν να τον θυμούνται όταν δεν θα υπάρχει πια. Φαντάζονται την ζωή τους χωρίς αυτόν και κάνουν σχέδια για την προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες διαβίωσης που θα ακολουθήσουν μετά το θάνατο του.<sup>40</sup>

Παρότι η διεργασία του θρήνου προετοιμάζει ψυχολογικά τους συγγενείς και φίλους για τον θάνατο του αρρώστου, μερικές φορές μπορεί να έχει και αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό συμβαίνει όταν ο θρήνος εκδηλώνεται πρώιμα ή με μεγάλη ένταση και φόρτιση. Σ' αυτή την περίπτωση, απορροφημένοι από τα δικά τους συναισθήματα , οι συγγενείς απομακρύνονται από τον άρρωστο καθώς δεν είναι σε θέση να τον στηρίξουν και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του.

---

<sup>40</sup> Στο ίδιο, σελ.160

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου, ενώ επίκειται άμεσα ο θάνατος του ατόμου, εκείνο συνέρχεται και συνεχίζει να ζει. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως « σύνδρομο του Λαζάρου». Οι ψυχολογικά προετοιμασμένοι συγγενείς νιώθουν ανίκανοι να επανασυνδεθούν συναισθηματικά μαζί του, ενώ παράλληλα βιώνουν έντονο θυμό, απογοήτευση και ένοχες για τα συναισθήματα τους, που μερικές φορές αναπληρώνουν ασχολούμενοι υπερβολικά με την φροντίδα του αρρώστου.

Άλλες φορές πάλι η έλλειψη της διεργασίας του θρήνου μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής, τόσο κατά την περίοδο της πορείας προς το θάνατο, όσο και κατά την περίοδο του πένθους. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν οι συγγενείς αρνούνται τον επικείμενο θάνατο και προσπαθούν με άσκοπα ιατρικά ταξίδια και μη καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους « να τον σώσουν...». Στην προσπάθεια τους να ξεπεράσουν τη δική τους αίσθηση αδυναμίας ή ενοχής, ανταποκρίνονται μεν στις προσωπικές τους ανάγκες αλλά παραβλέπουν τις ανάγκες του αρρώστου.

Άλλοτε πάλι, θέλοντας να προστατέψουν ορισμένα μέλη της οικογένειας(ιδιαίτερα τα παιδιά), αποφεύγουν να τα ενημερώνουν σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Μ' αυτό τον τρόπο τους στερούν την ευκαιρία να προετοιμαστούν ψυχολογικά και δεν τους δίνουν την δυνατότητα να αποχαιρετήσουν τον αγαπημένο τους ή να νιώσουν ότι συνέβαλαν με οποιαδήποτε τρόπο στη φροντίδα του τις τελευταίες στιγμές.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Στο ίδιο, σελ. 163

## **4.2. Η Αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από την οικογένεια στο τελευταίο στάδιο**

Τα μέλη της οικογένειας περνούν από κάποια στάδια προσαρμογής παρόμοια με αυτά που περνάει και ο άρρωστος. Στην αρχή δεν πιστεύουν ότι μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο στην δική τους οικογένεια, αισθάνονται ένα « μούδιασμα» και μπορεί να αρνηθούν το γεγονός ότι πρόκειται να αντιμετωπίσουν μια τόσο σοβαρή αρρώστια και πολλοί απ' αυτούς μπορεί να επισκεφτούν διάφορους γιατρούς με την ελπίδα πως αυτή η διάγνωση είναι λανθασμένη.

Η οικογένεια περνάει από το στάδιο της άρνησης όπως και ο άρρωστος και μπορεί να τα βάλουν με τον γιατρό που τους έθεσε αντιμετώπους με την θλιβερή πραγματικότητα. όπως επίσης και με το προσωπικό του νοσοκομείου που δεν φροντίζει αρκετά τον άρρωστο. Ακόμα η οικογένεια του αρρώστου μπορεί να νιώσει και κάποιες ενοχές για παλιές συμπεριφορές τους απέναντι στον ασθενή και τύψεις για χαμένες ευκαιρίες. Τα μέλη της οικογένειας χρειάζεται να εκφράσουν τις συγκινήσεις τους πριν το θάνατο του αρρώστου τους και είναι πολύ βοηθητικό και από τις δυο πλευρές να επικοινωνούν και να εκφράζουν αυτά που αισθάνονται και όχι να κρύβονται πίσω από μια μάσκα προσποίησης.

Στην τελική φάση η οικογένεια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο, να τον αποχωριστεί και να αποκόπτεται βαθμιαία από τις πιο σημαντικές σχέσεις της ζωής του. Όταν συμβεί ένας τέτοιος θάνατος μέσα στην οικογένεια δεν δημιουργείται μια ιδιαίτερη κατάσταση αλλά μια αναμενόμενη απώλεια που έρχεται στο τέλος μιας σειράς γεγονότων. Στη διάρκεια του χρόνου όπου διαδραματίστηκαν όλα αυτά τα γεγονότα ο άρρωστος και η οικογένεια του υπέφεραν πολύ και έτσι με τον θάνατο έρχεται μια ανακούφιση που γίνεται αισθητή. Έτσι η οικογένεια χρειάζεται να θρηνησει και να μοιραστεί όλα εκείνα τα συναισθήματα εκείνης της στιγμής με συγγενείς και φίλους.

Πολλές οικογένειες υιοθετούν ότι ο καρκίνος ως επί το πλείστον είναι θανατηφόρα ασθένεια και, έτσι αγνοούν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, την θεραπεία και την αποκατάσταση του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται κοντά στον άρρωστο μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάσταση κατά κάποιο τρόπο ο ασθενής

μπορεί να υποκρίνεται άγνοια ώστε να προστατεύσει την οικογένεια του. Συνέπεια αυτής της συμπεριφοράς είναι η ανάπτυξη ενός πλαισίου αμοιβαίας απάτης καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Επίσης μπορεί να αναπτυχθούν και αισθήματα αμοιβαίας απόρριψης σε περίπτωση που ο ασθενής αντιδράσει με δυσπιστία στην άρνηση της οικογένειας για την αρρώστια του και τις ανησυχίες του και να απομακρυνθεί από αυτούς. Παράλληλα τα μέλη της οικογένειας χρειάζεται να μη βρίσκονται συνέχεια κοντά στον ασθενή αλλά θα πρέπει να βρίσκουν χρόνο μακριά του για να ξεφεύγουν λίγο από την ένταση που δημιουργείται από την αρρώστια, τη φροντίδα του αρρώστου, τις νέες ευθύνες και τους ρόλους.

Πολύ σημαντικό είναι να αναφερθεί η πρώτη αντίδραση των μελών της οικογένειας όταν ενημερωθούν ότι ένα μέλος πάσχει από καρκίνο. Η αντίδραση της οικογένειας είναι πολύ φυσιολογική και εκφράζεται από προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο. Η ανακοίνωση της διάγνωσης στην οικογένεια δημιουργεί αισθήματα χάους και βαθιάς αποδιοργάνωσης τόσο ψυχολογικής όσο και πρακτικής. Αυτό συμβαίνει είτε πρόκειται για τον πατέρα που όχι μόνο έχει συχνά την οικονομική ευθύνη της οικογένειας αλλά εμπνέει σιγουριά και ασφάλεια στα μέλη της οικογένειας, είτε πρόκειται για την μητέρα που μπορεί να έχει μέρος της οικονομικής της ευθύνης αλλά είναι και το άτομο που με την τρυφερότητα, τη ζεστασιά, την αγάπη και τον πλούσιο συναισθηματισμό ισορροπεί την οικογένεια. Όταν η διάγνωση αφορά το παιδί τότε η κατάσταση μπορεί να γίνει ακόμα δυσκολότερη, αφού οι γονείς αισθάνονται ενοχές για την ασθένεια, ανεπαρκείς στο ρόλο τους και κυριεύονται από αισθήματα απελπισίας και διαλυτικής δυστυχίας.

Ακόμη, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να εμφανιστεί υπερενεργητικό μετά το πρώτο σοκ της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία, πράγμα το οποίο αντί να υποστηρίζει τον ασθενή να τον «εξαφανίσει», δηλαδή να τον υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο. Οι συγγενείς κατακλύζουν το δωμάτιο του ασθενή με υπερβολική φροντίδα και πληθώρα παροχών που προβληματίζουν τον άρρωστο. Βέβαια, αυτή η συναισθηματική έκρηξη αργότερα κοπάζει ή στερεύει όταν πραγματικά την έχει ανάγκη ο ασθενής και την αποζητά.



Παράλληλα άλλες πιθανές αντιδράσεις των μελών της οικογένειας μπορεί να είναι η υπερπροστατευτικότητα, όπου η οικογένεια βάζει τον άρρωστο στο περιθώριο και δεν τον αφήνει να ασχολείται με δραστηριότητες που του επιτρέπουν οι δυνάμεις και οι δυνατότητες του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο άρρωστος να χάνει την ενεργητικότητα του και να υιοθετεί τον ρόλο του παθητικού δέκτη των όσων του προσφέρονται απλόχερα. Ο τρόπος αυτός της συμπεριφοράς πέρα από τα κίνητρα της αγάπης μπορεί να περιλαμβάνει « Παθολογικές Καταστάσεις», ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας του και της προσωπικότητας τους, δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση του αρρώστου.

Επίσης, η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία, όταν ο άρρωστος δεν το έχει ανάγκη ξεπερνά τα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα ατελείωτα νυχτοξυμερώματα δίπλα στον άρρωστο χωρίς ουσιαστικά να υπάρχει πραγματική ανάγκη. Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη έκφραση αγάπης με προσωπικό κόστος ή ακόμα να κρύβει αισθήματα ενοχής για κάποια συμπεριφορά και με αυτό τον τρόπο να θέλει κάποιος να εξιλεωθεί. Μπορεί όμως να οφείλεται και σε συναισθηματική ανωριμότητα.

Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι ο θυμός η ή οργή. Ο θυμός σαν συναίσθημα σε μια δύσκολη στιγμή της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί απόλυτα φυσιολογικός και καταλυτικός της όλης έντασης που ακολουθεί τη διάγνωση. Ο θυμός προς στην αρρώστια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει τον άρρωστο και τους συγγενείς. Όταν όμως ο θυμός των οικείων στραφεί κατά του αρρώστου τότε το πρόβλημα εντείνεται. Σ' αυτή την περίπτωση ο άρρωστος κατηγορείται σαν απόλυτα υπεύθυνος της κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση όλων των προβλημάτων που απορρέουν απ' αυτήν.

Όταν η οικογένεια είναι υπερεξαρτημένη από τον άρρωστο η πρώτη αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβονται πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας. Αυτή η αντίδραση στην αρχή μπορεί να χαρακτηριστεί σαν θετική γιατί έτσι αναπτύσσεται ένας μηχανισμός αυτοπροστασίας και άμυνας μέχρι την τελική προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Είναι όμως απαραίτητο η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά στο επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας διότι εάν δεν γίνει αυτό εγκυμονεί ο εξής κίνδυνος: Η απόλυτη εξαρτημένη συναισθηματικά και

πρακτικά οικογένεια να συνεχίσει να έχει απαιτήσεις από τον άρρωστο όπως και στο παρελθόν. Η ικανοποίηση όλων αυτών των απαιτήσεων θα είναι πέρα από τις δυνατότητες του ίδιου να ανταποκριθεί με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα δυσεπικοινωνίας και τα αντίστοιχα ψυχολογικά που δεν βοηθούν την ικανοποιητική πορεία της ασθένειας.<sup>42</sup>

Όσον αφορά τα παιδιά νιώθουν ανασφάλεια όταν κάποιο μέλος της οικογένειας, για παράδειγμα μια μητέρα φαίνεται αδύναμη και θλιμμένη λόγω κάποιας ανίατης ασθένειας όπως είναι ο καρκίνος. Άλλα πάλι τραυματίζονται ψυχικά από τις επισκέψεις στο νοσοκομείο και άλλα αισθάνονται πως φταίνε αυτά που η μητέρα τους αρρώστησε.

Τα παιδιά βρίσκονται σε μια σύγχυση συναισθημάτων και εκφράζουν πολλές απορίες για την εξέλιξη της ασθένειας. Υπάρχει μια μερίδα παιδιών που είναι ανήσυχα και αγχώδη με το να μην κάνουν ερωτήσεις και να εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται αλλά στην πραγματικότητα ενδιαφέρονται, απλά χρειάζονται χρόνο και βοήθεια, ώστε να αρχίσει η επικοινωνία.

Έτσι και οι δυο γονείς χρειάζεται να εξηγήσουν στα παιδιά από την αρχή ποια θα είναι η πορεία της ασθένειας της μητέρας και η περιέργεια τους γύρω από την ασθένεια θα πρέπει να ικανοποιείται ενώ η σιωπή κάποιων άλλων παιδιών πρέπει να γίνει σεβαστή και να δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος για να εκφραστεί γιατί τα παιδιά χρειάζεται να είναι έτοιμα για να δεχτούν την οποιαδήποτε πληροφορία.

Παράλληλα, τα παιδιά που βρίσκονται στην εφηβεία, συνήθως αντιδρούν περίεργα απέναντι σε ένα τέτοιο γεγονός. Μπορεί να αρνηθούν να πάνε στο νοσοκομείο, να μην πειθαρχούνται και να μην βοηθάνε στις μικροδουλειές του σπιτιού. Αυτό συμβαίνει γιατί τη στιγμή που οι έφηβοι αρχίζουν να σπανέ τους γονικούς δεσμούς, προετοιμαζόμενοι να ζήσουν ανεξάρτητοι, τα οικογενειακά αυτά προβλήματα τους καλούν να γυρίσουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί. Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη του καρκίνου στα όργανα που στην εφηβεία είναι ευαίσθητα. Έτσι οι γονείς αποφεύγουν να επιβεβαιώσουν τους φόβους της κόρης τους, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει οπωσδήποτε.

---

<sup>42</sup> Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, « Η Ευρώπη Κατά του Καρκίνου Ψυχοκοινωνική Διάσταση του Καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ.87.

Κάτω από την πίεση όλων αυτών των συναισθηματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων και πριν καταφέρει η οικογένεια να ταξινομήσει τα συναισθήματα της και να ελέγξει τις αντιδράσεις αναγκάζεται να δημιουργήσει ένα πλαίσιο υποκριτικής αισιοδοξίας. Αφήνει τον άρρωστο ανημέρωτο για την πραγματική διάγνωση με σκοπό να επιτύχει μια μορφή ισορροπίας αποκλείοντας κάθε δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων από αυτόν. Η μέθοδος αυτή που επιλέγει η οικογένεια ενέχει τον κίνδυνο της σταδιακής απομάκρυνσης από τον άρρωστο διότι δεν υπάρχει υπόβαθρο ειλικρινούς επικοινωνίας. Τα λεκτικά μηνύματα έρχονται σε πλήρη αντίφαση με τα μη λεκτικά και την πρακτική της συμπεριφοράς.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Στο ίδιο, σελ.92.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

## 5.1 Η οικονομική διάσταση της νόσου

Η υγεία αποτελεί δημόσιο κοινωνικό αγαθό, το οποίο πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη του κράτους και σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών, ανεξάρτητα από το εισόδημα και την κοινωνική τους θέση. Το μεγάλο όμως πρόβλημα που αντιμετωπίζει κάθε ανθρώπινη κοινωνία είναι οι διαθέσιμοι πόροι που παρέχονται για την υγεία σε σχέση με τις ανάγκες των πολιτών.

Ένα θέμα που αφορά την « Οικονομία της Υγείας» είναι η αντιμετώπιση της νόσου του καρκίνου, καθώς οι οικονομικές επιπτώσεις της είναι μεγάλες. Η ιδιαιτερότητα της νόσου του καρκίνου επιτείνει ακόμη περισσότερο το πρόβλημα και μεγιστοποιεί το κόστος της ασθένειας με τις πολλαπλές και δυσμενείς επιπτώσεις της στο κοινωνικό σύνολο εξαιτίας:

- α. της αυξημένης συχνότητας με την οποία εμφανίζεται
- β. της μακρόχρονης θεραπείας που απαιτεί και
- γ. της πρόωρης θνησιμότητας των ατόμων που προσβάλλει

Η ανάγκη αποτελεσματικής αντιμετώπισης της νόσου έχει οδηγήσει στη διάθεση σημαντικών πόρων για την έγκαιρη διάγνωση της, την περίθαλψη των πασχόντων και την αποκατάστασή τους. Οι πόροι αυτοί ίσως απορροφήθηκαν από άλλους τομείς που ίσως ήταν εξίσου σημαντικοί.<sup>44</sup>

Για την αντιμετώπιση της νόσου του καρκίνου, όπως και οποιουδήποτε άλλου προβλήματος υγείας, πραγματοποιούνται κάθε φορά διάφορες ιατρικές πράξεις, όπως κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις (διαγνωστικές), χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή (χημειοθεραπεία), ακτινοθεραπεία, νοσηλεία του αρρώστου. Καθεμία από τις δραστηριότητες αυτές συνεπάγεται συγκεκριμένες δαπάνες που συνιστούν το κόστος πραγματοποίησης της.

---

<sup>44</sup> Σιγάλας Ι., *Οικονομική διάσταση της νόσου του καρκίνου*, Στο «Μάχη και Ελπίδα», Τεύχος 17 (1986), σελ.31

Οι δαπάνες αυτές διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Άμεσες είναι οι δαπάνες που συνεπάγονται όλες οι δραστηριότητες, οι οποίες απευθύνονται στον άρρωστο άμεσα, όπως η αποζημίωση του γιατρού, ενώ οι έμμεσες είναι οι δαπάνες που συνεπάγονται οι δραστηριότητες που αφορούν τον άρρωστο έμμεσα, όπως είναι οι δαπάνες λειτουργίας της διοικητικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

Με όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δίδεται η μια διάσταση του κόστους, η οποία αναφέρεται στο λειτουργικό κόστος της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στην περίθαλψη. Δεν πρέπει όμως να παραγνωρίζεται και το έμμεσο κόστος της ασθένειας, το μέγεθος του οποίου είναι συχνά πολύ μεγαλύτερο, ιδιαίτερα στην περίπτωση αντιμετώπισης του καρκίνου.

Το έμμεσο κόστος μιας ασθένειας περιλαμβάνει τις επιπτώσεις της νόσου στον ίδιο τον άρρωστο, στην παραγωγικότητα του και στις υπηρεσίες του προς το κοινωνικό σύνολο και στην οικονομία γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα:

α) Η απουσία από την εργασία προκαλεί απώλειες κερδών και παραγωγικότητας, στα οποία πρέπει να προστεθεί και το κόστος που δαπανάται για την αναπλήρωση των εργαζομένων που νοσούν ή έγιναν ανίκανοι προς την εργασία. Ακόμη, η απουσία του αρρώστου από την εργασία, όπως είναι ευνόητο έχει ως συνέπεια την απώλεια εισοδήματος τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένειά του.

β) Η αλλαγή των συνθηκών εργασίας, ως αποτέλεσμα μερικής ή ολικής ανικανότητας του εργαζομένου, συνήθως οδηγεί σε αλλαγή εργασίας, με μικρότερη αμοιβή, σε υποαπασχόληση ή και σε πλήρη αδυναμία εργασίας.

γ) Η επίδραση της πρόωρης θνησιμότητας στην παραγωγική διαδικασία και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα, που οπωσδήποτε είναι ανυπολόγιστη<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Στο ίδιο, σελ.28

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΕΙΔΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

## 6.1. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύ σημαντικός σε ένα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο, καθώς δυστυχώς σήμερα υπάρχουν πολλοί συνάνθρωποι μας που πάσχουν από την ανίατη ασθένεια που θερίζει, τον Καρκίνο. Αυτοί οι άνθρωποι χρειάζονται υποστήριξη και κατανόηση για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν όσο ανώδυνα γίνεται την ασθένεια τους.

Έτσι, εδώ κρίνεται απαραίτητη η παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού, ο οποίος έχει την ικανότητα να παρέχει την υποστήριξη που χρειάζεται ο ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς τα πράγματα κλονίζονται.

1) Στην επιστημονική ομάδα: Ο ειδικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο του εξασφαλίζει μια θέση στην επιστημονική ομάδα μεταξύ των ειδικών επαγγελματιών, γιατρών, ψυχολόγων, και του ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Συλλέγει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την ψυχοσύνθεση του ασθενή και προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σε ότι αφορά την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς, όπως η επιλογή του είδους της θεραπείας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός ενημερώνει για το κοινωνικό οικογενειακό υπόβαθρο του αρρώστου και ενημερώνεται για τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης και τις δυσκολίες που αναμένεται να προκύψουν, ώστε να βοηθήσει όσο γίνεται περισσότερο τον ασθενή.

2) Σε σχέση με τον ασθενή: Η εισαγωγή ενός ασθενή στο νοσοκομείο προκαλεί το φόβο και την ανασφάλεια του στην προσπάθεια του να φτάσει στο επίπεδο της αυτόρκειας, της αυτοτέλειας και της αυτοδυναμίας. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό επικεντρώνουν την προσοχή τους, κυρίως στην βιολογική-οργανική αποκατάσταση του ασθενή. Γι' αυτό η φροντίδα για την στήριξη, συμπαράσταση, καθοδήγηση και ψυχολογική βοήθεια ανήκει στον Κοινωνικό Λειτουργό. Έτσι ο ρόλος του με το ρόλο του γιατρού δεν συγκρούονται αλλά αλληλοσυμπληρώνονται. Ειδικότερα, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα προσπαθήσει να

προετοιμάσει τον ασθενή να νιώσει όσο το δυνατό πιο άνετα, βοηθώντας τον να προσαρμοστεί στον χώρο και στο ρυθμό λειτουργίας του νοσοκομείου.

Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός ακούει με προσοχή τους φόβους και τις ανησυχίες του ασθενή, ασχολείται και με άλλες διαστάσεις της ζωής του και προσπαθεί να βρει τρόπους επίλυσης πρακτικών προβλημάτων, όπως η φροντίδα των παιδιών, οικονομικές και εργασιακές δυσκολίες.

Παράλληλα, ο Κοινωνικός Λειτουργός εστιάζει το ενδιαφέρον του και στο θεραπευτικό στάδιο. Η θεραπευτική αγωγή, ως γνωστό είναι μακροχρόνια, κουραστική και επίμονη με αποτέλεσμα να δημιουργεί ανασφάλεια και φόβο και ερωτηματικά στον ασθενή. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός σ' αυτό το στάδιο γιατί πρέπει να συζητήσει τα θέματα αυτά, να ενημερώσει τον ασθενή για το είδος και τον σκοπό της θεραπείας και να τον εμπυχώσει για αυτά που θα αντιμετωπίσει στη συνέχεια.

Έπειτα, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και την προσωρινή διακοπή της θεραπείας ακολουθεί το στάδιο της εξόδου από το νοσοκομείο. Ο ασθενής πολύ συχνά φεύγει με αλλαγές τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές. Μια μαστεκτομή, λαρυγγεκτομή κολοστομία, άλλοι ακρωτηριασμοί, χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες αφήνουν πολλές σωματικές και ψυχολογικές αναπηρίες. Έτσι, μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει να αντιμετωπίσει ένα διαφορετικό άτομο και πρέπει να τον βοηθήσει να ανακτήσει την δύναμη μέσα του, να αποδεχτεί την αλλαγή και να ζήσει με αυτό μια φυσιολογική ζωή. Ο Κοινωνικός Λειτουργός κατευθύνει το άτομο σε νέους δρόμους και τρόπους επαγγελματικής αποκατάστασης, το βοηθάει στην επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον.

Ακόμη, ο Κοινωνικός Λειτουργός εκτός από τις ταλαιπωρίες του ασθενή που προαναφέραμε, έχει να αντιμετωπίσει και το σκληρό γεγονός του τέλους. Σ' αυτό το σημείο χρειάζεται πνευματική, ψυχική και ηθική ωριμότητα, ώστε να μπορέσει ο Κοινωνικός Λειτουργός να προσφέρει ανεξάρτητα από την ίαση και την ψυχική ισορροπία και μια αρμονική σχέση με τους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον.

3) Σε σχέση με τους συγγενείς-περιβάλλον: Οι συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την ιδιαίτερη αδυναμία που νιώθουν απέναντι του. Όταν αντιμετωπίζουν τον άρρωστο με την συγκεκριμένη διάγνωση χρειάζονται συναισθηματική υποστήριξη και με την σειρά τους να στηρίξουν τον άρρωστο. 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 στο στάδιο αυτό χρειάζεται χρόνο να σκεφτεί, να κρίνει, να αξιολογήσει την κατάσταση και τις δυνάμεις του. 2) Η υπερπροστατευτική οικογένεια, όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός χρειάζεται να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση του στην εργασία και την προσωπική του ζωή και από την άλλη να δείξει στους οικείους του τις ικανότητες και τις δυνατότητες που έχει για να ζήσει. 3) Η μαζοχιστική οικογένεια, όπου σ' αυτή την συμπεριφορά ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει να βοηθήσει στην εξάλειψη τυχόν ενοχών, βοηθώντας να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα χρησιμοποιώντας νέους τρόπους έκφρασης της αγάπης. 4) Η θυμωμένη οικογένεια, όπου καθήκον του είναι να δείξει την διαφορά ανάμεσα στο φυσιολογικό θυμό απέναντι στην ασθένεια και στην λαθεμένη κατεύθυνση του στον άρρωστο. 5) Η υπερεξαρτημένη οικογένεια, όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός εδώ οφείλει να τονίσει ότι ο ασθενής δεν είναι μεν απόμαχος, έχει όμως ανάγκη από συμπαράσταση για να ξεπεράσει τη δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

4) Σε σχέση με τις ομάδες των ασθενών: Η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων στη ζωή πολλές φορές δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις, όπως συμβαίνει και με τον καρκίνο. Πολλά είναι τα άτομα που νιώθουν ότι είναι οι μοναδικοί που αντιμετωπίζουν μια τέτοια κατάσταση, με αποτέλεσμα να απογοητεύονται και να νιώθουν απομονωμένοι. Σ' αυτό το στάδιο τα άτομα αυτά καλό είναι να έρθουν σε επαφή και με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Αυτή η θεραπευτική μέθοδος της ομαδικής προσέγγισης είναι αποτελεσματική και εφαρμόζεται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός δημιουργεί συμβουλευτικές ομάδες ασθενών με κοινά προβλήματα.

Μέσα σε αυτές τις ομάδες δίνεται η δυνατότητα στα άτομα να δουν από κοντά τα κοινά προβλήματα τους, να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και τις σκέψεις τους, να ανταλλάξουν εμπειρίες και να γνωρίσουν τον εαυτό τους εντάσσοντας τον μέσα στην ομάδα. Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει την δυνατότητα να δημιουργήσει και ομάδες με τους συγγενείς του ασθενή, ώστε να κατανοήσουν κι αυτοί ότι δεν είναι οι μόνοι που αγωνίζονται και κουράζονται από μια συμβίωση με κάποιον άρρωστο.

5) Σε σχέση με την κοινότητα: Ο καρκίνος για τον άνθρωπο συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο και γι' αυτό αποτελεί " στίγμα". Η κοινότητα που ζούμε γνωρίζει ελάχιστα για την φύση της ασθένειας, τη δυνατότητα ίασης και



κυρίως τον τρόπο πρόληψης. Το πρόβλημα απλουστεύεται αν οι άνθρωποι συνειδητοποιήσουν και επικροτήσουν έμπρακτα τον προληπτικό έλεγχο.

Για την ενημέρωση του κοινού χρειάζεται η συνεργασία μιας ομάδας που θα οργανώσει προγράμματα πρόληψης με ομιλίες, ενημερωτικές συγκεντρώσεις, προληπτικές εξετάσεις. Πρωτεύον ρόλο στην ομάδα παίζει ο γιατρός και ο νοσηλευτής αλλά και ο Κοινωνικός Λειτουργός που επιλέγει την Κοινότητα, διερευνά τις ανάγκες, σχεδιάζει το πρόγραμμα, οργανώνει την προσπάθεια. Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού εκτείνεται και στον τομέα της αποδοχής και της αποκατάστασης του καρκινοπαθούς από την κοινότητα, σαν ολοκληρωμένο άτομο που χρειάζεται την κατανόηση και όχι τον οίκτο.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Δεληαντώνη – Οικονόμου Χρ., *Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε αντικαρκινικό νοσοκομείο*, Ανάτυπο, από το Επιμορφωτικό Συμπόσιο του Α.Ν. «Θεαγένειο» σελ.9.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

## 7.1. Εισαγωγή

Ένα σημαντικό κομμάτι της μελέτης, αποτελεί η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται πως έγινε η επιλογή του δείγματος, οι ενότητες που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας και τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

Η έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, χαρακτηρίζεται ως εφαρμοσμένη- περιγραφική έρευνα. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι μελέτη των φαινομένων όπως εξελίσσονται στο φυσικό τους πλαίσιο με σκοπό την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων και την εφαρμογή τους σε πρακτικές καταστάσεις. Ως προς το είδος των δεδομένων χαρακτηρίζεται ποσοτική, ενώ ως προς τον αριθμό των εξεταζόμενων ατόμων δειγματοληπτικοί. Τέλος, όσο αφορά την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου, ενώ η ανάλυση των στοιχείων είναι στατιστική χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο spss 10, με τη χρήση H/Y.

Γενικά, η έρευνα με ερωτηματολόγιο αποβλέπει συνήθως να συγκεντρώσει τριών ειδών στοιχείων ή δεδομένων<sup>47</sup>:

1. Γεγονότα, τα οποία προκύπτουν από το προσωπικό πεδίο των ατόμων, από το πεδίο του άμεσου περιβάλλοντος τους και από το πεδίο συμπεριφοράς τους.
2. Υποκειμενικές κρίσεις πάνω σε γεγονότα, ιδέες, συμβάντα ή άτομα, είτε πρόκειται για γνώμες, στάσεις( δηλαδή διαθέσεις) ή κίνητρα (προσδοκίες).
3. Γνώσεις, δηλαδή ενδείξεις γύρω από το επίπεδο γνώσεων διάφορων μελετημένων από την έρευνα αντικειμένων.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ακολουθήθηκαν τα επιμέρους στάδια μιας έρευνας με ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

---

<sup>47</sup>Claude Javeau, *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*, Α Έκδοση, Τυπωθείτο από τον Γιώργο Δαρδάνο, Αθήνα 2000, σελ.47

Προσδιορισμός του αντικειμένου έρευνας

Αρχικά προσδιορίσαμε το ακριβές αντικείμενο της έρευνας, δηλαδή σε ποιους συνοδούς ασθενών θα απευθυνθούμε και σε ποιο στάδιο της ασθένειας θα βρίσκετε ο ασθενής.

Προηγούμενες έρευνες – Βιβλιογραφική μελέτη

Στο στάδιο αυτό αναζητήσαμε προγενέστερες έρευνες στο ίδιο ερευνητικό πεδίο, τόσο για να συγκεντρώσουμε ποσοτικά και αριθμητικά στοιχεία, όσο και για να αποφύγουμε την διεξαγωγή μιας έρευνας η οποία έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Επίσης, στο σημείο αυτό ξεκινήσαμε βιβλιογραφική μελέτη γύρω από το ερευνητικό μας πεδίο.

Καθορισμός του αντικειμενικού σκοπού της έρευνας και των υποθέσεων εργασίας.

Κατόπιν της βιβλιογραφικής μελέτης γύρω από το πεδίο της έρευνας, καθορίστηκε ο αντικειμενικός σκοπός της έρευνας, εφόσον η ερευνα χαρακτηρίζεται από μια σειρά αντικειμενικών σκοπών, που έχουν σχέση με τον επιλεγμένο πληθυσμό, τον οποίο επιθυμεί να μελετήσει κανείς. Επίσης, καθορίστηκαν οι υποθέσεις της έρευνας. Για να επιτευχθούν οι καθορισμένοι στόχοι της έρευνας πρέπει να θέσει κάποιος μια σειρά υποθέσεων εργασίας τις οποίες θα επαληθεύσει. Μόνο οι σωστά διατυπωμένες υποθέσεις εργασίας θα επιτρέψουν τη διατύπωση σαφών ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο.

Καθορισμός του πληθυσμού ( βλ. Επιλογή δείγματος)

Σύνταξη του πλάνου του ερωτηματολογίου

Στο στάδιο αυτό έγινε η αρχική προετοιμασία για την κατασκευή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε η έρευνα( επιλογή ερωτήσεων, μορφή, δομή)

Σύνταξη του οριστικού ερωτηματολογίου.

Σε αυτό το στάδιο, επιλέξαμε τις τελικές ερωτήσεις που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο, έγινε η σελιδοποίηση και μια αρχική κωδικοποίηση.

Υλοποίηση της έρευνας

Επόμενο στάδιο ήταν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων

Εφόσον συγκεντρώθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια, έγινε η κωδικοποίηση για την ανάλυση τους, η οποία πραγματοποιήθηκε σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και για το λόγο αυτό δημιουργήσαμε την κατάλληλη βάση δεδομένων.

Ανάλυση δεδομένων

Μετά τη συγκέντρωση των στοιχείων έγινε η ανάλυση αυτών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων εντάσσεται απαραίτητα στις προοπτικές των υποθέσεων εργασίας οι οποίες διατυπώθηκαν στην αρχή.

Τελική σύνταξη

Το τελευταίο αυτό στάδιο περιλαμβάνει την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

## 7.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Βασικός σκοπός μας είναι να διαπιστώσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια των καρκινοπαθών σε πρακτικό αλλά και σε ψυχολογικό επίπεδο, καθώς επίσης να διερευνήσουμε κατά πόσο η γνώση της ασθένειας επηρέασε τις σχέσεις των μελών της οικογένειας

Οι υποθέσεις εργασίας οι οποίες προκύπτουν είναι:

A) Κατά πόσο η εκδήλωση της ασθένειας διατάραξε τη συναισθηματική ισορροπία των μελών της οικογένειας

B) Κατά πόσο η αντιμετώπιση της ασθένειας προκάλεσε οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια.

Γ) Κατά πόσο η ασθένεια επηρέασε τις σχέσεις του ασθενή με την οικογένεια του

Δ) Κατά πόσο ο ασθενής έχει γνώση για την ασθένεια του.

## 7.3 Επιλογή δείγματος

Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτελείται από 100 υποκείμενα, μέλη οικογενειών (όπου ο ασθενής βρίσκεται στο αρχικό στάδιο της ασθένειας) προερχόμενα από κλινικές του ΠΑΓΝΗ όπου αυτές είναι: η δερματολογική, η γαστρεντολογική, η ουρολογική, η αιματολογική, η πνευμονολογική, η ογκολογική και η Ω.Ρ.Λ.

## 7.4 Περιγραφή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν άμεσα συμπληρωμένο και οι ερωτήσεις ήταν όλες κλειστές. Το ερωτηματολόγιο, σύμφωνα με το περιεχόμενο των ερωτήσεων, διακρίνεται σε έξι τομείς. Πιο συγκεκριμένα:

- A) Δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων
- B) Δημογραφικά στοιχεία ασθενή
- Γ) Οικονομική κατάσταση οικογένειας
- Δ) Συναισθηματική κατάσταση οικογένειας
- E) Συναισθηματική κατάσταση ασθενή
- Z) Επίδραση κοινωνικών σχέσεων της οικογένειας
- H) Επίδραση σχέσεων οικογένειας με ασθενή
- Θ) Επίδραση σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας

## 7.5 Διαδικασία της έρευνας

Για την εύρεση του δείγματος και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν διαδικασίες οι οποίες περιλαμβάνουν

A) Επαφή με την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου για την επιλογή των κλινικών όπου θα πραγματοποιηθεί η έρευνα μας

B) Αίτηση προς το Δ.Σ του Νοσοκομείου για την έγκριση της διεξαγωγής της έρευνας στις προεπιλεγμένες κλινικές

Γ) Επαφή με τους Προϊστάμενους των κλινικών για τη γνωστοποίηση της έρευνας καθώς και για τη λήψη στοιχείων των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο.

Δ) Επαφή με τους συνοδούς για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, στο χώρο του Νοσοκομείου

Οι δυσκολίες που προέκυψαν για τη διεξαγωγή της έρευνας είχαν να κάνουν με την επιφυλακτικότητα των προϊσταμένων κάποιων κλινικών όσο αφορά τη διαδικασία της έρευνας, όμως αυτό αντιμετωπίστηκε με τις πλήρης διευκρινήσεις και με τη διασαφήνιση του σκοπού και των στόχων της έρευνας.

Ένα επίσης αρκετά δύσκολο σημείο ήταν ότι δεν βρίσκαμε πάντα τους συνοδούς των ασθενών της συγκεκριμένης κατηγορίας που μας ενδιέφερε, με αποτέλεσμα να χρειαστεί να κάνουμε παρά πολλές επισκέψεις στο Νοσοκομείο

Επιπρόσθετα , οι ερωτώμενοι ήταν δεκτικοί στην πλειοψηφία τους να συμμετέχουν στη διαδικασία της έρευνας. Υπήρχε όμως, και ένα μικρό ποσοστό που ήταν επιφυλακτικοί. Η άρση των επιφυλάξεων και επίτευξη της συνεργασίας πραγματοποιήθηκε ύστερα από τις διευκρινήσεις που δόθηκαν από τους συνεντευκτές

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

---

1. Φύλο

α) Άνδρας

β) Γυναίκα

2. Ηλικία

α) 20-30

β) 31-40

γ) 41 και πάνω

3. Μορφωτικό επίπεδο

α) Δημοτικό

β) Γυμνάσιο- Λύκειο

γ) Α.Τ.Ε.Ι-Α.Ε.Ι

δ) Άλλο

4.Επαγγελμα:



5. Τοπος κατοικίας

α) Ηράκλειο                      β) Χανιά                      γ) Ρέθυμνο

δ) Λασιθί                      ε) Δωδεκάνησα                      ζ) Άλλο

6. Υπηκοότητα: α) Ελληνική                      β) Αλλοδαπή

7. Από πόσα μέλη αποτελείται η οικογένεια:

8. Βαθμός συγγένειας με τον ασθενή

α) Μητέρα                      β) Πατέρας                      γ) Σύζυγος

δ) Παιδί                      ε) Αδελφή

9. Ηλικία ασθενή:

10. Σε ποιο φορέα είναι ασφαλισμένος ο ασθενής;

α) ΙΚΑ                      β) ΤΕΒΕ                      γ) ΟΓΑ                      δ) ΤΑΠΟΤΕ

ε) ΠΡΟΝΟΙΑ                      ζ) ΤΥΔΚΙ                      η) ΔΗΜΟΣΙΟΥ

θ) ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ                      ι) ΑΛΛΟ

11. Ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει το περισσότερο μέρος από τα έξοδα της νοσηλείας;

α) Ναι                      β) Όχι

12. Αν όχι, σε ποιο ποσοστό;

α) Περισσότερο από 20%

β) Λιγότερο από 20%

13. Μετά την εμφάνιση της ασθένειας έχετε αύξηση των οικονομικών σας εξόδων;

α) Ναι

β) Όχι

14. Αν ναι, πως καλύπτετε τα επιπλέον έξοδα;

α) Αποταμίευση

β) Μείωση άλλων εξόδων

γ) Συνεισφορά συγγενών, φίλων

δ) Δάνειο

ε) Άλλα έσοδα

15. Χρειάστηκε να δουλέψετε και σε δεύτερη εργασία για την αντιμετώπιση των εξόδων της ασθένειας;

α) Ναι

β) Όχι

16. Χρειάστηκε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας να εργαστεί;

α) Ναι

β) Όχι

17. Όταν πληροφορηθήκατε για την ασθένεια

α) Νιώσατε μεγάλη λύπη, στεναχώρια

β) Θυμό, οργή

γ) Αρνηθήκατε να το αποδεχτείτε

δ) Σκεφτήκατε ψύχραιμα και λογικά

ε) Άλλο

18. Όταν μάθατε για την ασθένεια εκδηλώθηκαν σε σας ή σε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα;

( Σημειώστε από 1 έως 4)

α) Κλείσιμο στον εαυτό

β) Κλείσιμο στο σπίτι

γ) Ανορεξία

δ) Διαταραχές στον ύπνο

ε) Άλλο

19. Έχει πληροφορηθεί ο ασθενής για την ασθένεια του;

α) Ναι

β) Όχι

20. Αν, ναι ποιος τον πληροφόρησε;

α) Εσείς

β) Άλλο μέλος της οικογένειας

γ) Ο θεράπων ιατρός

δ) Άλλος ασθενής

ε) Άλλο

21. Πως ένιωσε ο ασθενής, όταν πληροφορήθηκε για την ασθένεια;

α) Ένιωσε μεγάλη λύπη, στεναχώρια

β) Θυμό, οργή

γ) Αρνήθηκε να το αποδεχτεί

δ) Σκέφτηκε ψύχραιμα και λογικά

ε) Άλλο

22. Η είδηση για την ασθένεια είχε επίδραση στις κοινωνικές σας σχέσεις;

α) Ναι

β) Όχι

23. Αν, ναι ποια;

α) Τις έκανε πιο συχνές

β) Τις έκανε πιο αραιές

24. Όταν πληροφορηθήκατε για την ασθένεια απευθυνθήκατε σε κάποιον ειδικό για στήριξη;

α) Ναι                      β) Όχι                      γ) Το σκέφτηκα αλλά δεν το έκανα

25. Με την εμφάνιση της ασθένειας, άλλαξαν οι σχέσεις του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας;

α) Ναι                      β) Όχι

26. Αν ναι, έγιναν πιο στενές η απομακρυνθήκατε;

α) Στενές                      β) Απόμακρες

27. Θεωρείται πως η επικοινωνία με τον ασθενή έχει γίνει πιο δύσκολη μετά την εμφάνιση της ασθένειας;

α) Ναι                      β) Όχι

28. Η σχέση της οικογένειας είναι ειλικρινής απέναντι στον ασθενή ως προς την πορεία της ασθένειας;

α) Ναι                      β) Όχι

29. Αν όχι, γιατί;

α) Θέλατε να τον προστατέψετε

β) Πιστεύατε ότι μπορεί να μην το άντεχε

γ) Για να μην τον στεναχωρήσετε

δ) Είναι αδύναμος χαρακτήρας

30. Τι είδους στήριξη προσφέρει η οικογένεια στον ασθενή;

α) Ψυχολογική- Συναισθηματική      β) Οικονομική

γ) Όλα

31. Η εμφάνιση της ασθένειας επηρέασε τη σχέση των μελών της οικογένειας;

α) Ναι      β) Όχι

32. Αν ναι, σας έδεσε σαν οικογένεια η σας αποξένωσε;

α) Σας έδεσε      β) Σας απομάκρυνε

33. Με την εμφάνιση της ασθένειας νομίζετε πως τα συναισθήματα σας

α) Τα εξωτερικεύετε πιο πολύ

β) Τα εξωτερικεύετε λιγότερο

γ) Το ίδιο

34. Θεωρείτε πως η οικογένεια παραμελεί τις ανάγκες των άλλων μελών και ασχολείται αποκλειστικά με τον ασθενή;

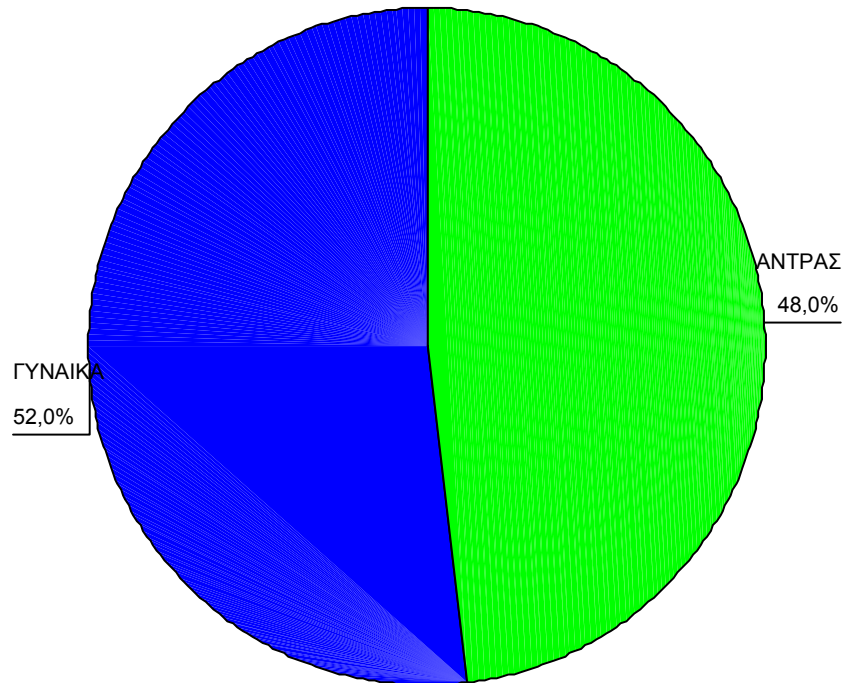
α) Ναι      β) Όχι

# ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

# Επεξεργασία αποτελεσμάτων

## ΕΡΩΤΗΣΗ 1: ΦΥΛΟ

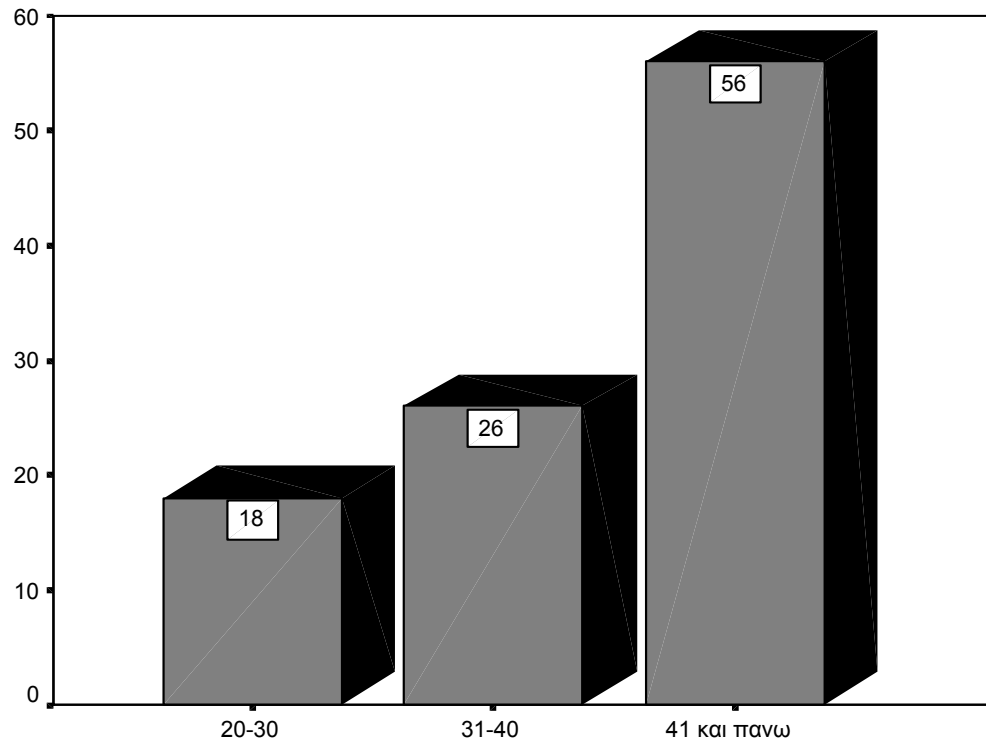
---





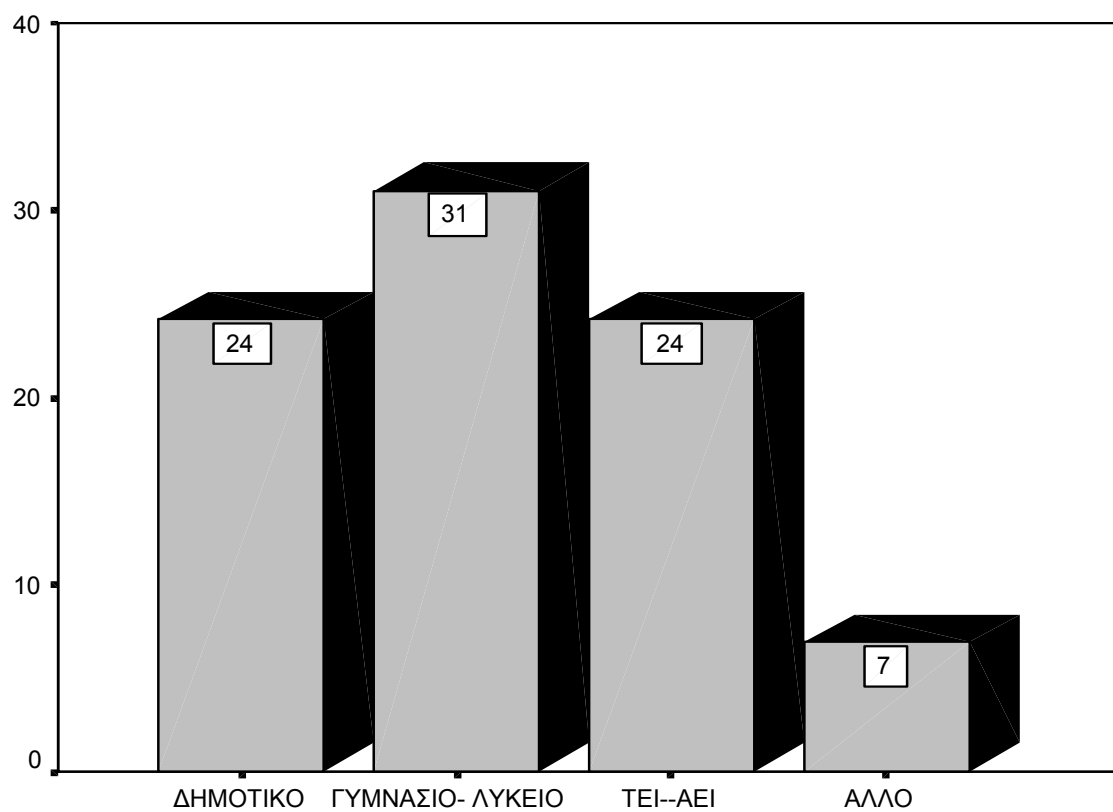
## ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΗΛΙΚΙΑ

---



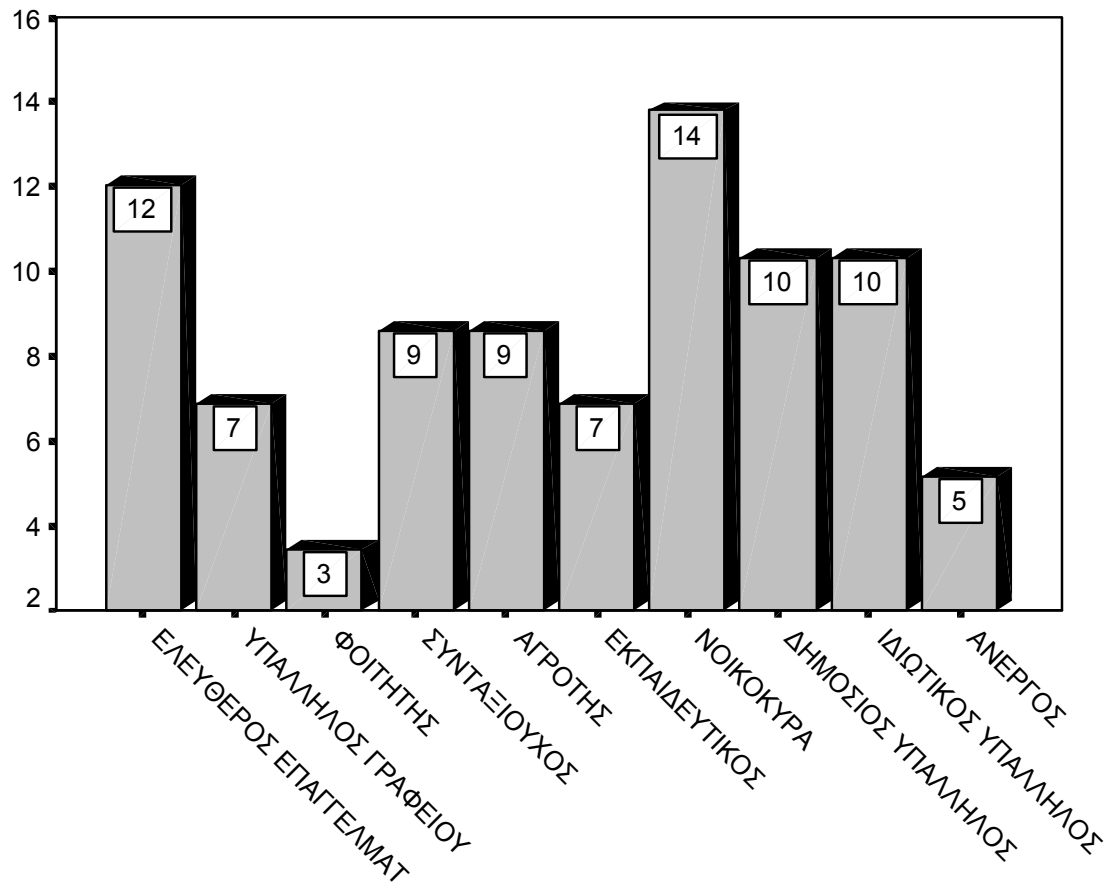
### ΕΡΩΤΗΣΗ 3: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

---



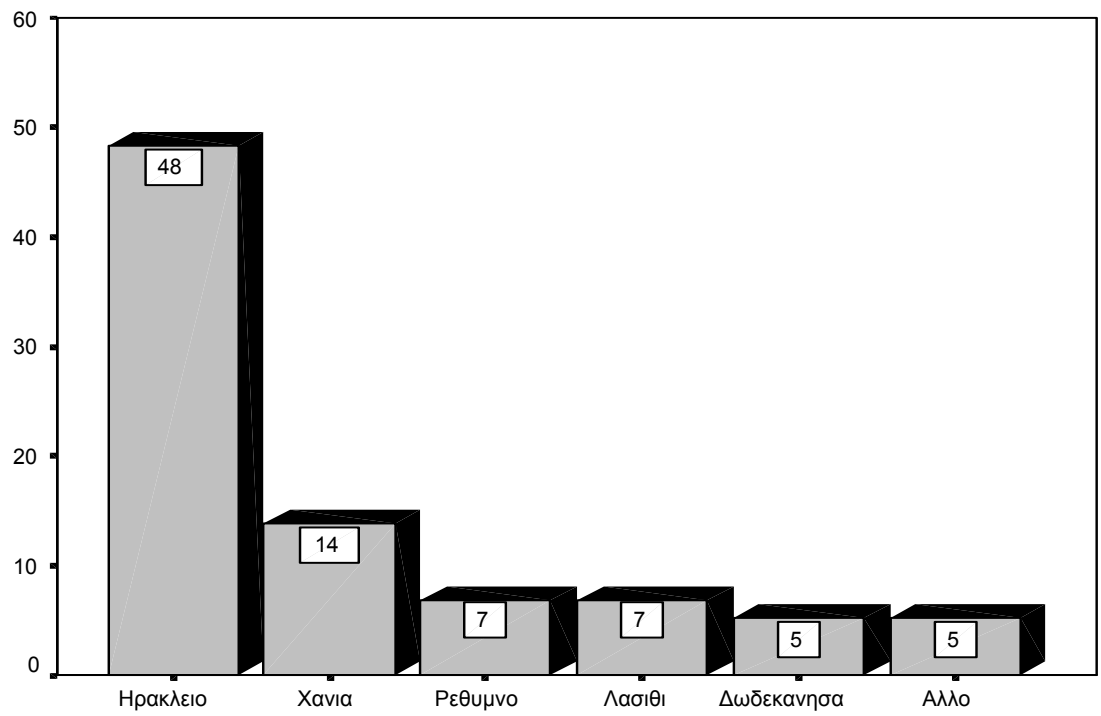
## ΕΡΩΤΗΣΗ 4: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

---



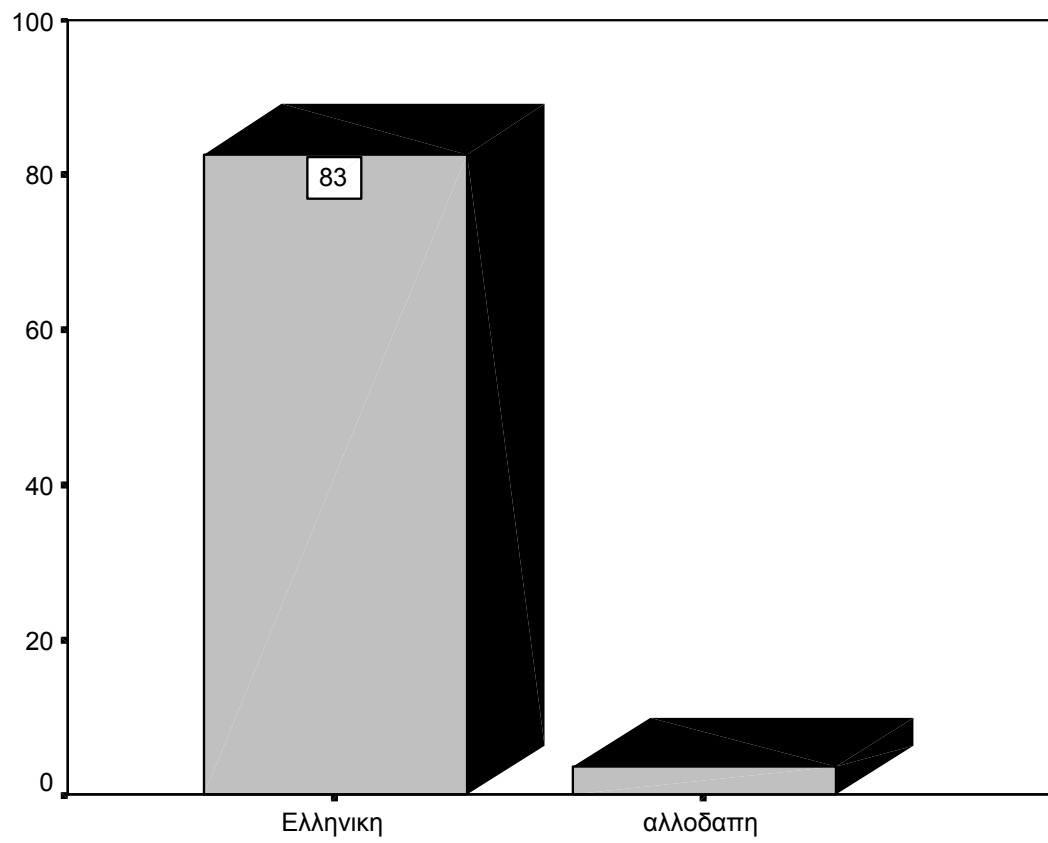
## ΕΡΩΤΗΣΗ 5: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

---



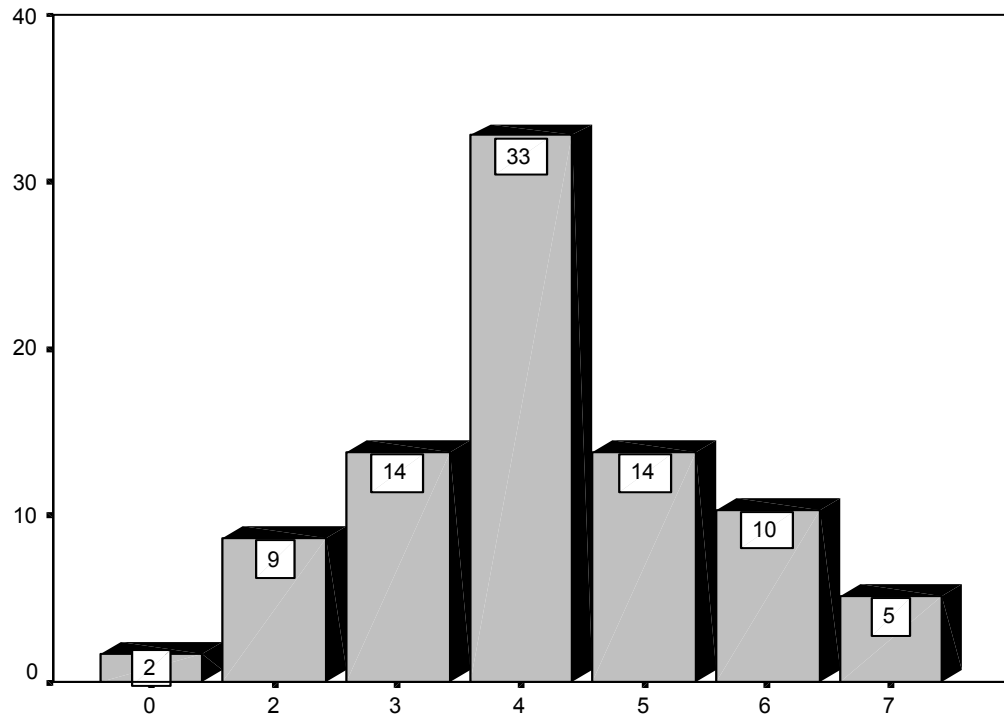
## ΕΡΩΤΗΣΗ 6: ΚΑΤΟΙΚΙΑ

---



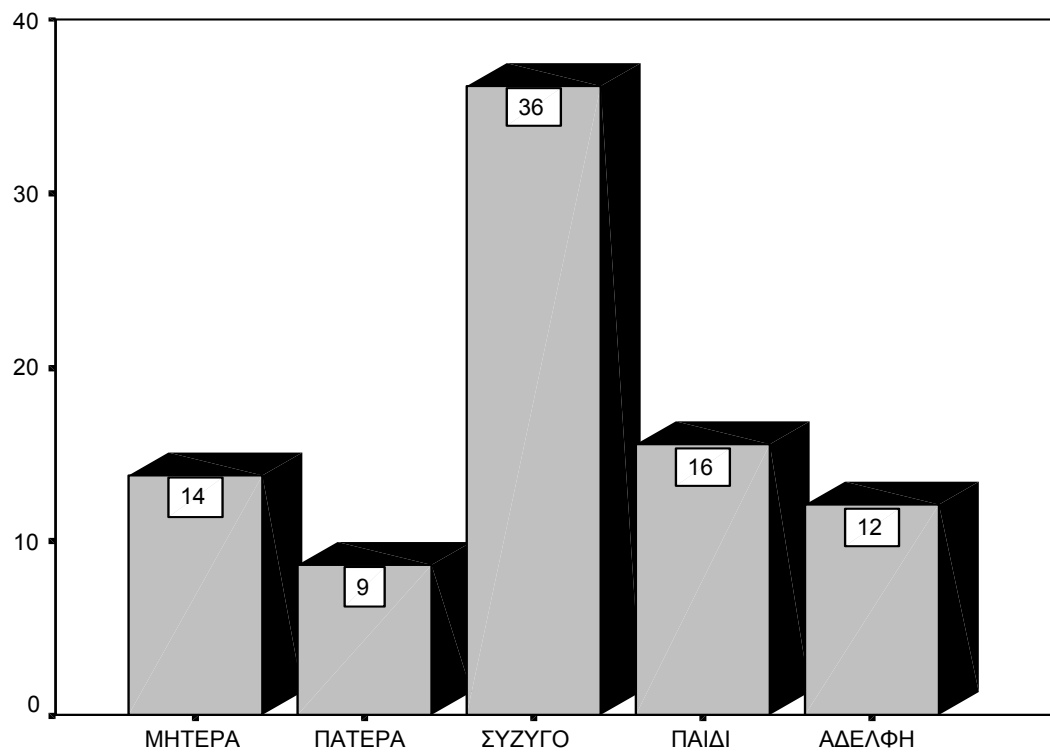
## ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΑΠΟ ΠΟΣΑ ΜΕΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ

---



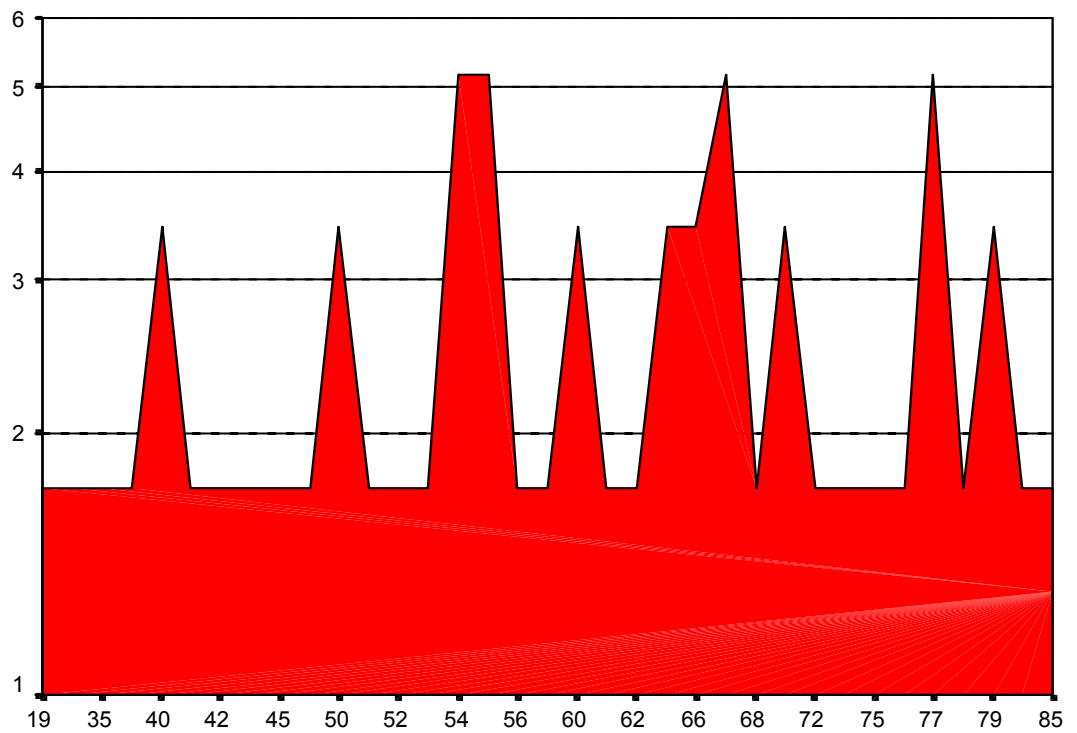
## ΕΡΩΤΗΣΗ 8: ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

---



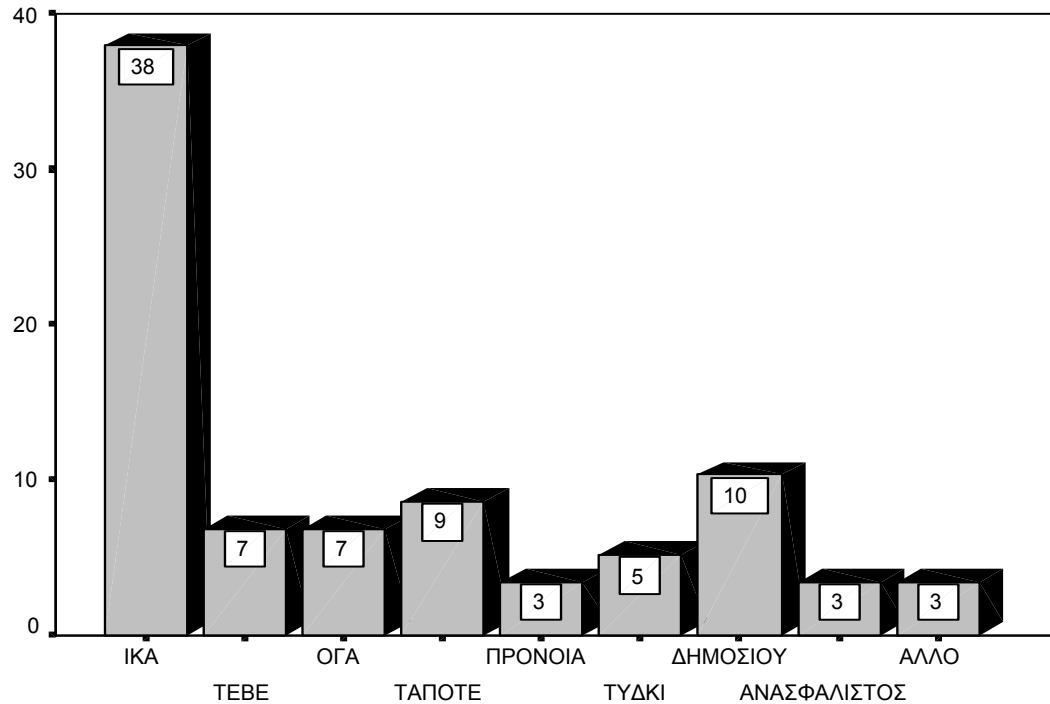
## ΕΡΩΤΗΣΗ 9: ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

---





## ΕΡΩΤΗΣΗ 10: ΣΕ ΠΟΙΟ ΦΟΡΕΑ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ

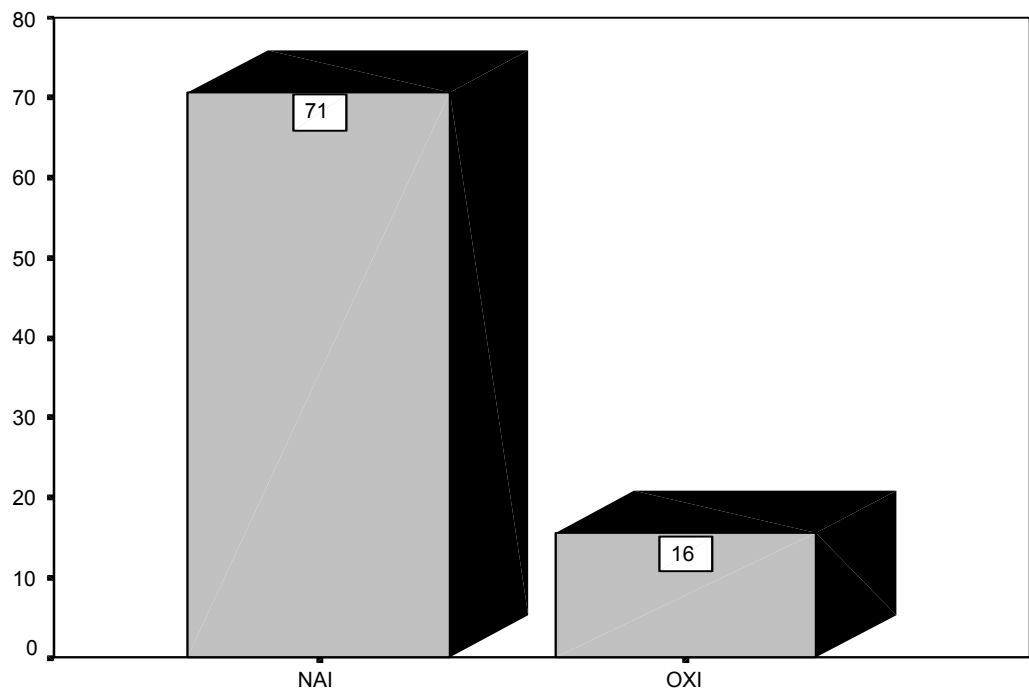


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Σε αυτή την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 38% απάντησε ότι οι ασθενείς τους είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, το 10% είναι ασφαλισμένοι ατού ΔΗΜΟΣΙΟΥ, το 9% είναι στο ΤΑΠΟΤΕ, το 7% στο ΤΕΒΕ και στον ΟΓΑ, το 5% στο ΤΥΔΚΙ και το 3% στην πρόνοια, ανασφάλιστοι και άλλο

## ΕΡΩΤΗΣΗ 11: Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΑΠΟ ΤΑ ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

---

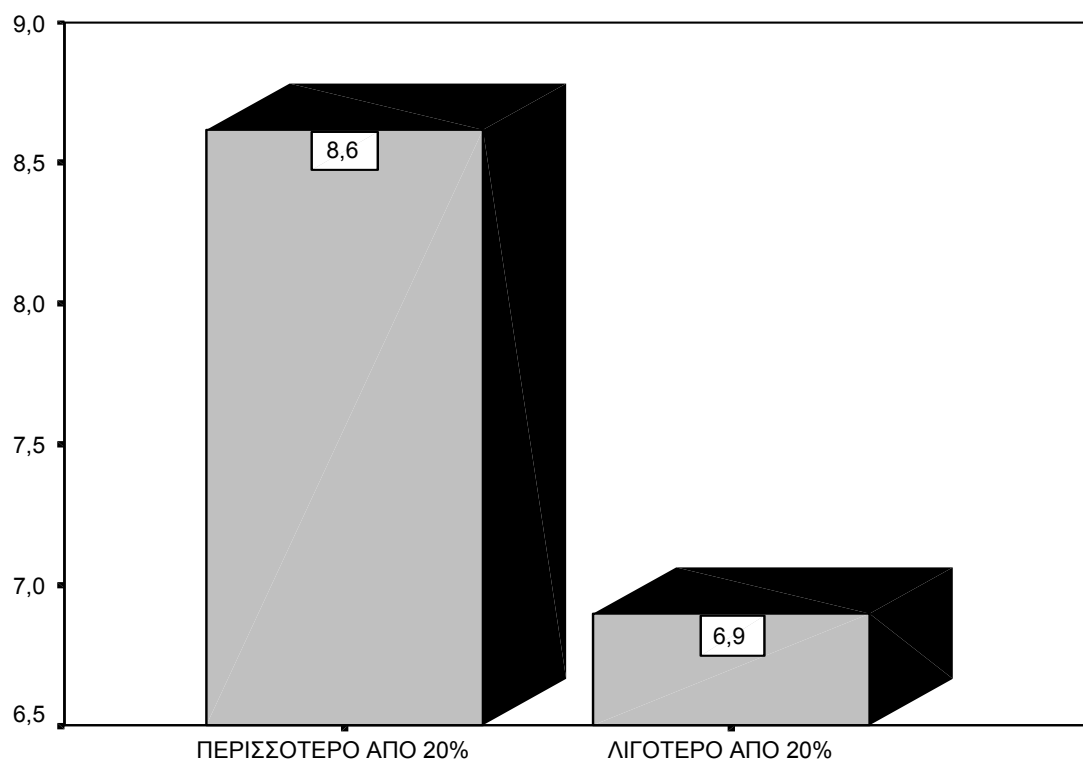


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Από το παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 71% ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει τα έξοδα νοσηλείας των ασθενών, ενώ το 16% των ασφαλιστικών φορέων δεν καλύπτει τα έξοδα νοσηλείας

## ΕΡΩΤΗΣΗ 11: ΑΝ ΟΧΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ

---

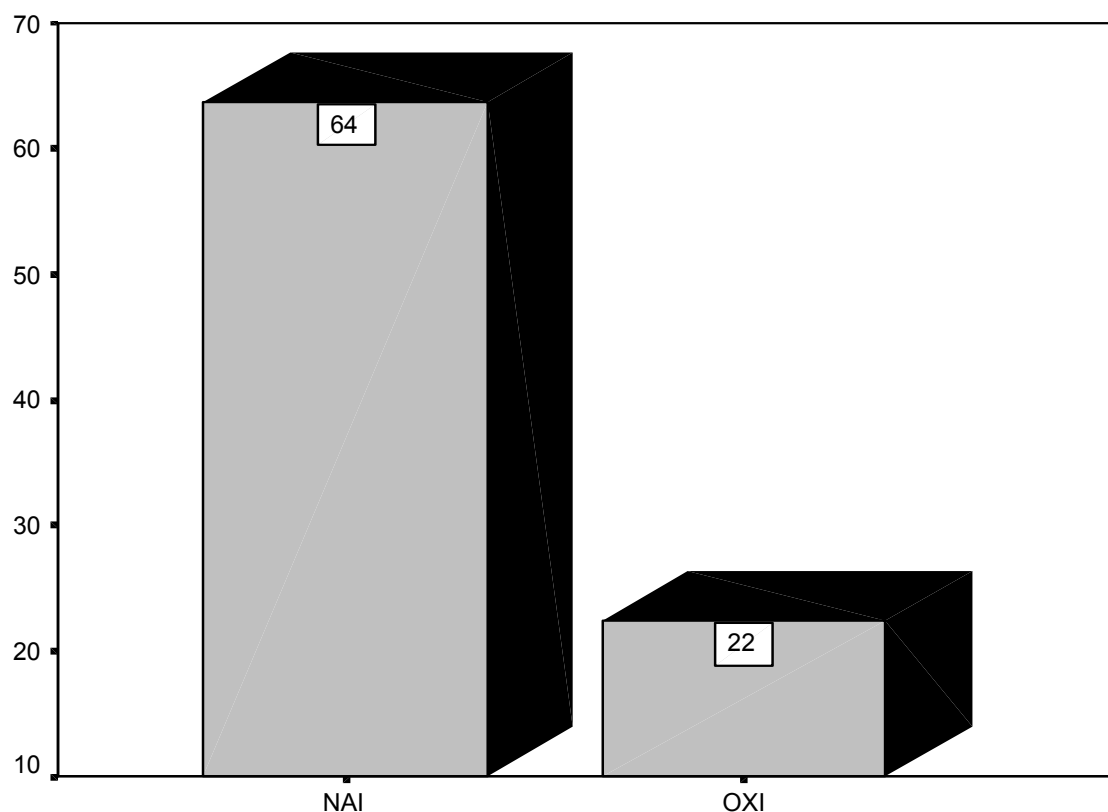


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Με βάση το παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 8,6% των ερωτηθέντων απάντησε ότι ασφαλιστικός τους φορέας τους καλύπτει περισσότερο από 20% ενώ το 6,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τους καλύπτει λιγότερο από 20%

**ΕΡΩΤΗΣΗ 13: ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΕΧΕΤΕ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΣΑΣ ΕΞΟΔΩΝ**

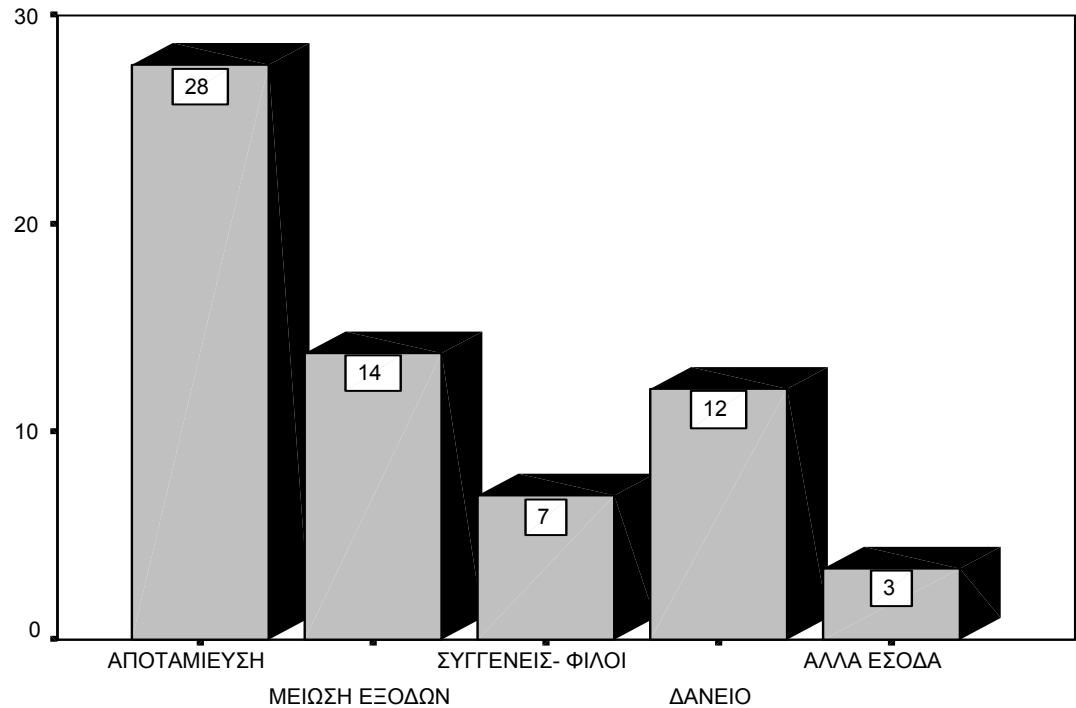
---



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Από τη παραπάνω ερώτηση διαπιστώνουμε ότι η απάντηση στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 64% απάντησε ΝΑΙ ενώ το 22% των ερωτηθέντων απάντησε ΟΧΙ

## ΕΡΩΤΗΣΗ 14: ΑΝ ΝΑΙ, ΠΩΣ ΚΑΛΥΠΤΕΤΕ ΤΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΞΟΔΑ

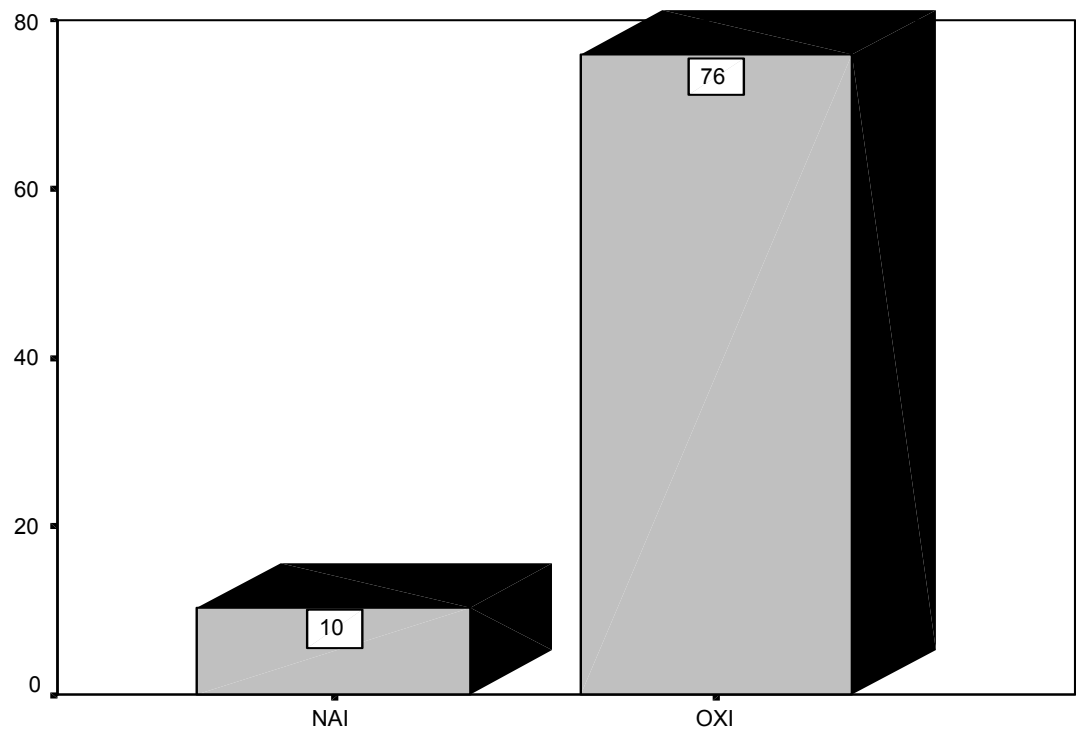


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Από το παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 28% είχε αποταμιεύσει κάποια έσοδα και έτσι κάλυψε κάποιες ανάγκες για τη νοσηλεία, το 14% έκανε μείωση των εξόδων το 12% πήρε κάποιο δάνειο , για το 7% συνεισέφεραν συγγενείς και φίλοι και το 3% από άλλα έσοδα.

**ΕΡΩΤΗΣΗ 15: ΧΡΕΙΑΣΘΗΚΕ ΝΑ ΔΟΥΛΕΨΕΤΕ ΚΑΙ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΟΔΩΝ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

---

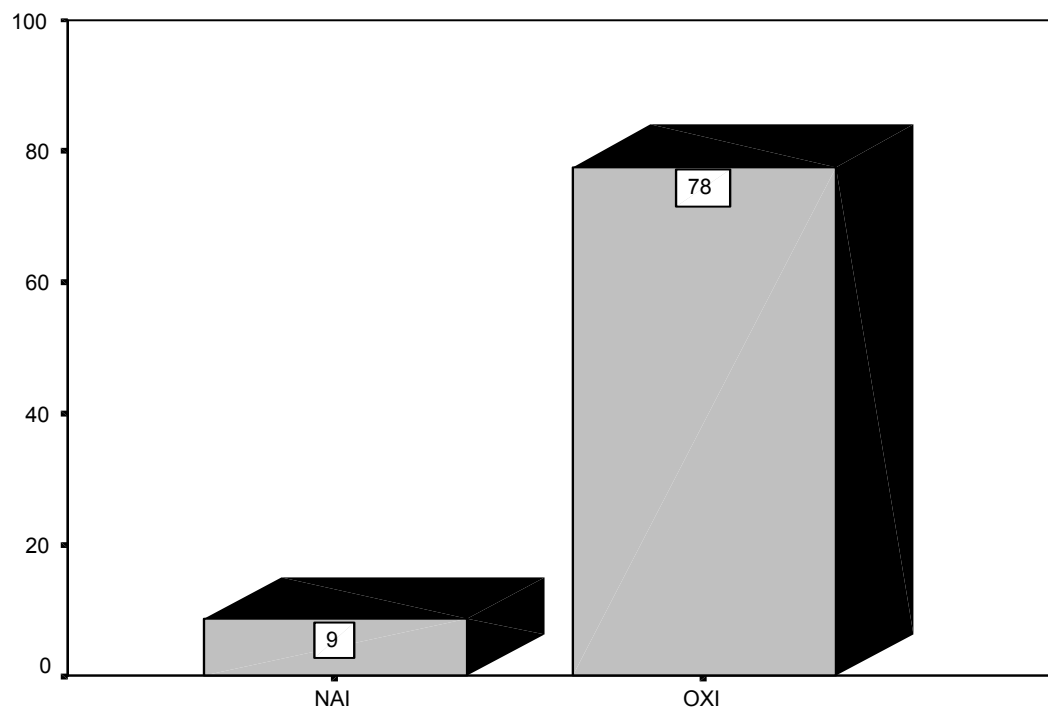


**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Το 76% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν χρειάστηκε να δουλέψει και σε δεύτερη εργασία για την κάλυψη των εξόδων νοσηλείας του ασθενή, ενώ μόνο το 10% χρειάστηκε τον ερωτηθέντων χρειάστηκε να δουλέψει

## ΕΡΩΤΗΣΗ 16: ΧΡΕΙΑΣΘΗΚΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΕΙ

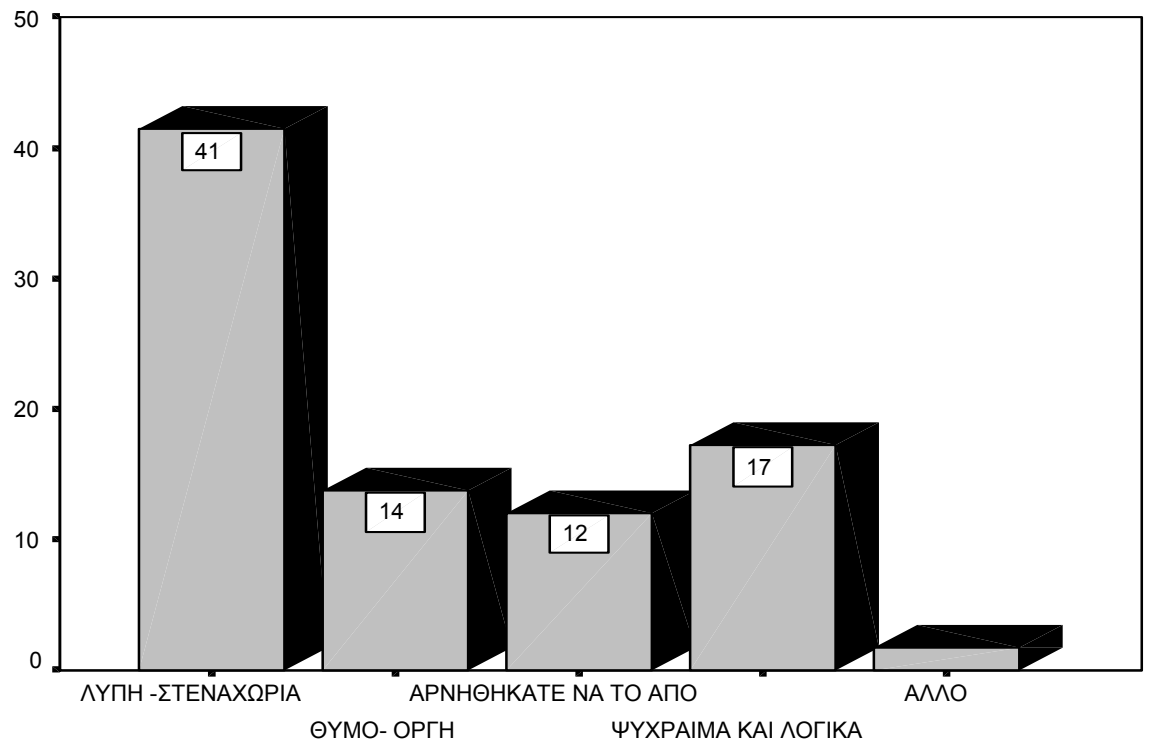
---



### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Σε αυτή την ερώτηση το 78% των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά, δηλαδή ότι δεν χρειάστηκε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας να εργαστεί για την κάλυψη των οικονομικών εξόδων της νοσηλείας. Ενώ το 9% απάντησε θετικά, δηλαδή ότι χρειάστηκε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας να δουλέψει και σε δεύτερη εργασία.

## ΕΡΩΤΗΣΗ 17: ΟΤΑΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΝΙΩΣΑΤΕ



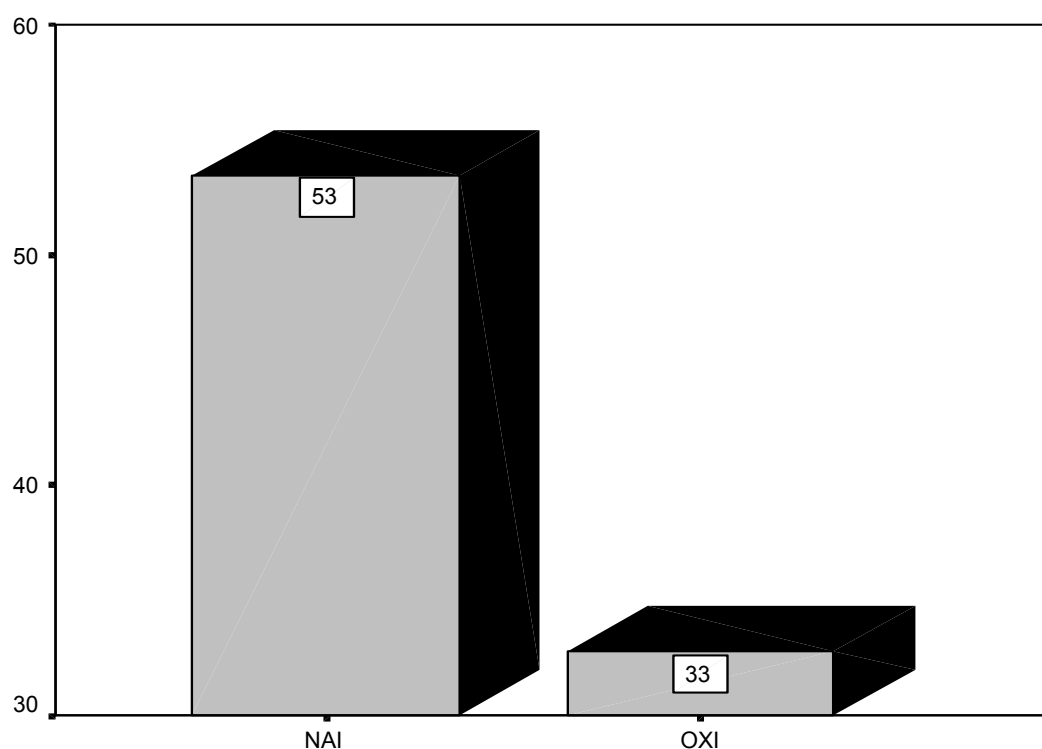
### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 41% του δείγματος ένιωσε λύπη- στεναχώρια όταν πληροφορήθηκε την για την ασθένεια, το 17% σκέφτηκε ψύχραιμα και λογικά, το 14% ένιωσε θυμό και οργή ενώ το 12% αρνήθηκε να το αποδεχτεί



## ΕΡΩΤΗΣΗ 18: ΕΧΕΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

---

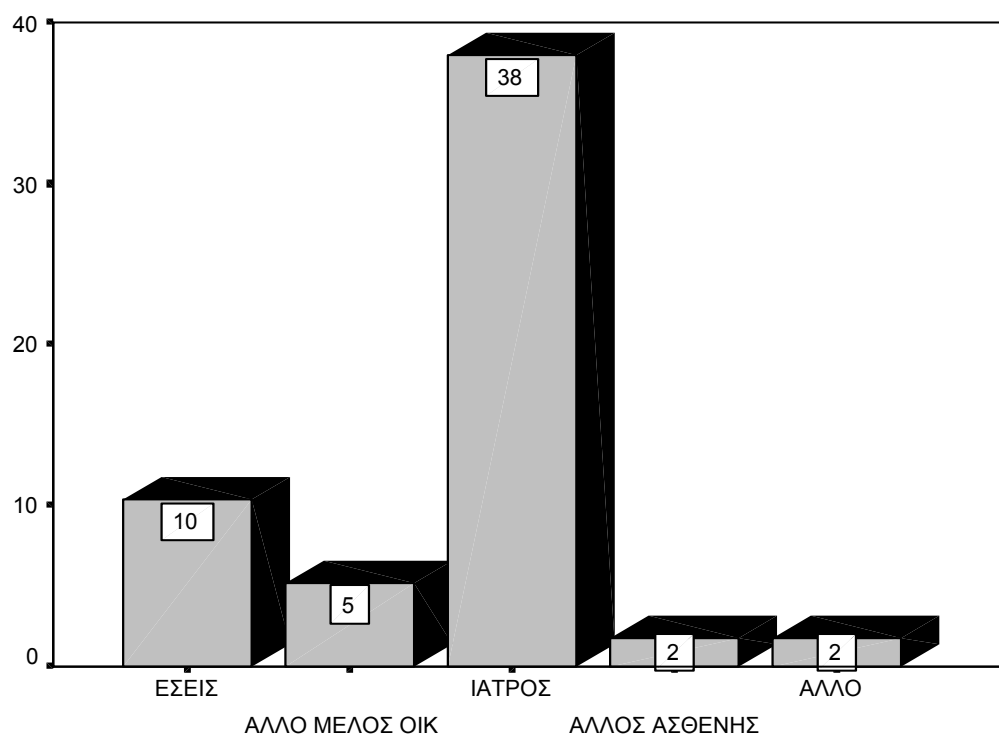


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Με βάση το παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 53% των ερωτηθέντων έχει πληροφορήσει τον ασθενή για την ασθένεια του ενώ το 33% δεν τον έχει ενημερώσει.

## ΕΡΩΤΗΣΗ 19: ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ ΤΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΕ

---

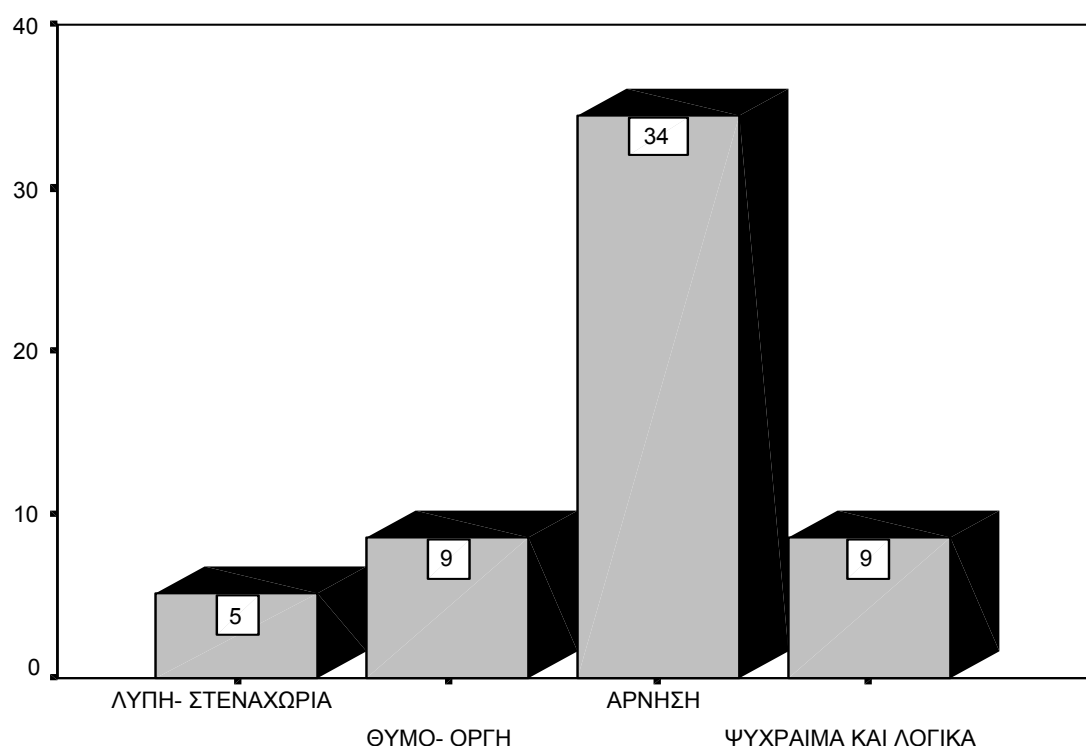


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Στην ερώτηση αυτή το 38% του δείγματος απάντησε ότι τον ασθενή τον πληροφόρησε ο Ιατρός για την ασθένεια του, το 10% ότι ο ίδιος ο ερωτώμενος τον ενημέρωσε, το 5% ένα άλλο μέλος της οικογένειας ενώ το 2% μας απάντησε κάποιος ασθενής και άλλο.

## ΕΡΩΤΗΣΗ 20: ΠΩΣ ΕΝΙΩΣΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΟΤΑΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

---

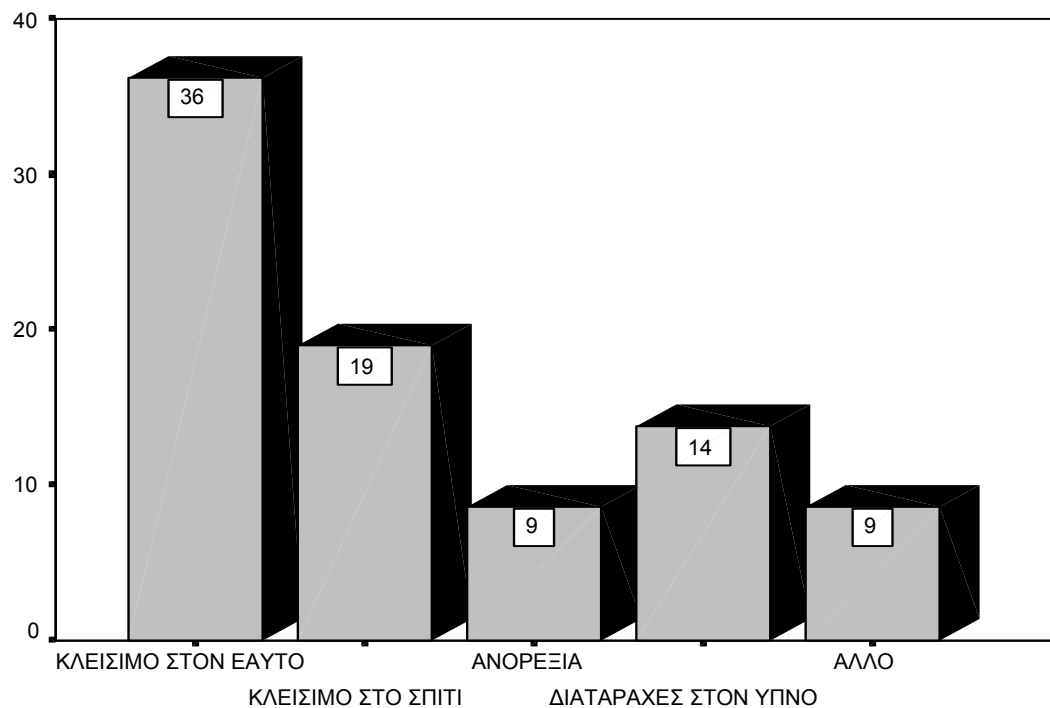


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Στην ερώτηση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 34% απάντησε ότι ο ασθενής όταν πληροφορήθηκε για την ασθένεια αρνήθηκε να το αποδεχτεί, το 9% ένιωσε θυμό και οργή καθώς ψύχραιμα και λογικά, ενώ μόνο το 5% ένιωσε λύπη- στεναχώρια

**ΕΡΩΤΗΣΗ 21: ΟΤΑΝ ΜΑΘΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ  
ΕΚΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΣΕ ΕΣΑΣ Η ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ  
ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ  
ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

---

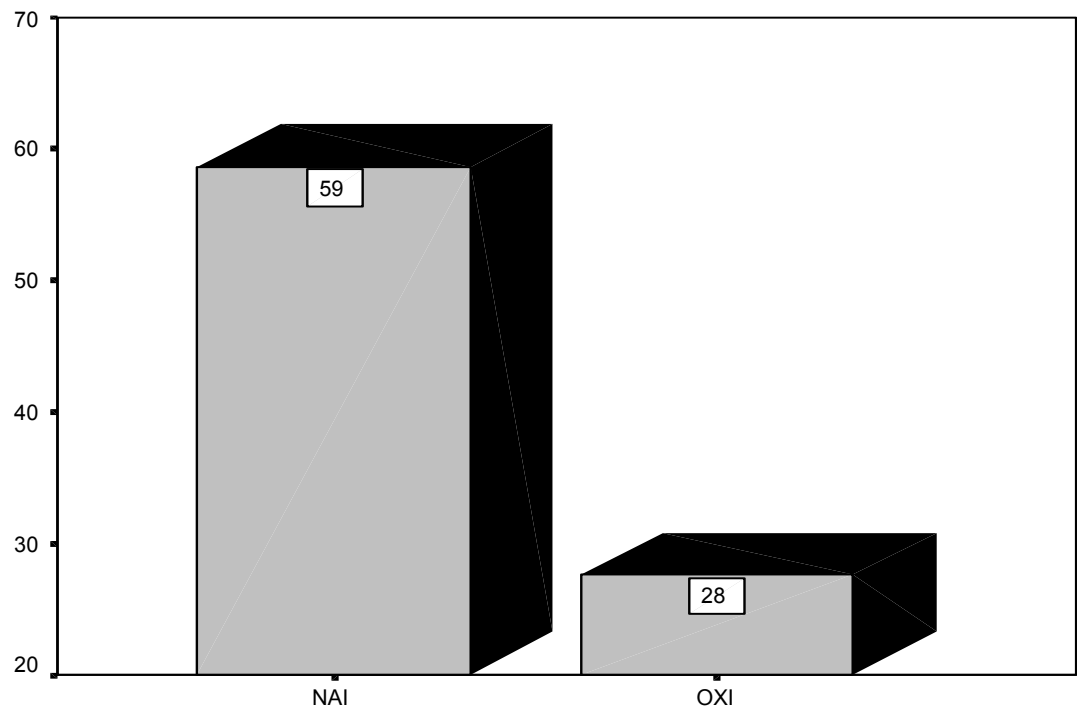


**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Με βάση το παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 36% των ερωτηθέντων κλείστηκε στον εαυτό του, το 19% κλείστηκε στο σπίτι, το 14% έχει διαταραχές στον ύπνο, το 9% ανορεξία και άλλο

## ΕΡΩΤΗΣΗ 22: Η ΕΙΔΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΙΧΕ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΑΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

---

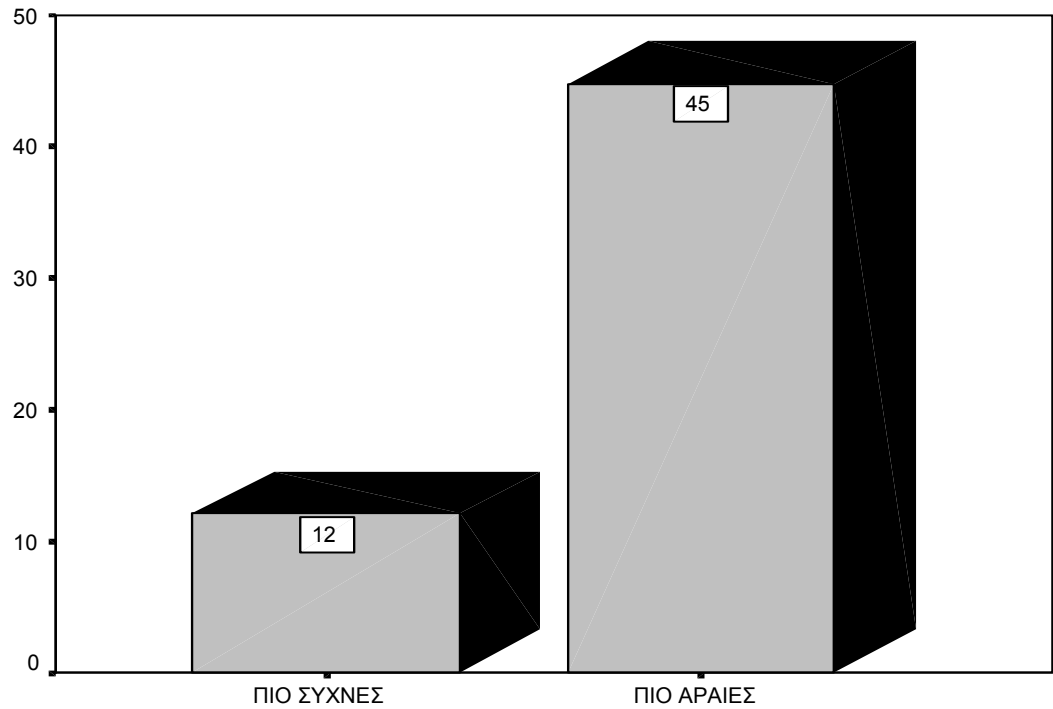


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 59% των ερωτηθέντων απάντησε ότι υπήρχε επίδραση στις κοινωνικές τους σχέσεις, ενώ το 28% απάντησε ότι δεν υπήρχε επίδραση στις κοινωνικές τους σχέσεις με την εκδήλωση της ασθένειας στους συγγενείς τους.

## ΕΡΩΤΗΣΗ 23: ΑΝ ΝΑΙ

---

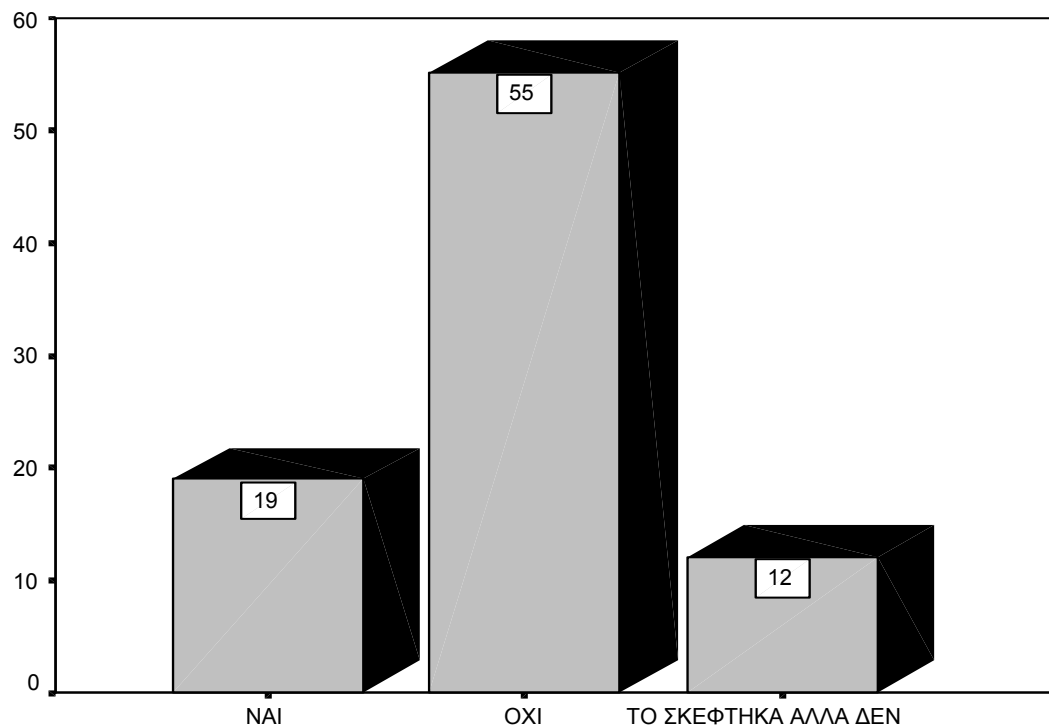


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 45% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τις έκανε πιο αραιές , ενώ το 12% ότι τις έκανε πιο συχνές τις κοινωνικές τους σχέσεις

**ΕΡΩΤΗΣΗ 24: ΟΤΑΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΕΙΔΙΚΟ  
ΓΙΑ ΣΤΗΡΙΞΗ**

---

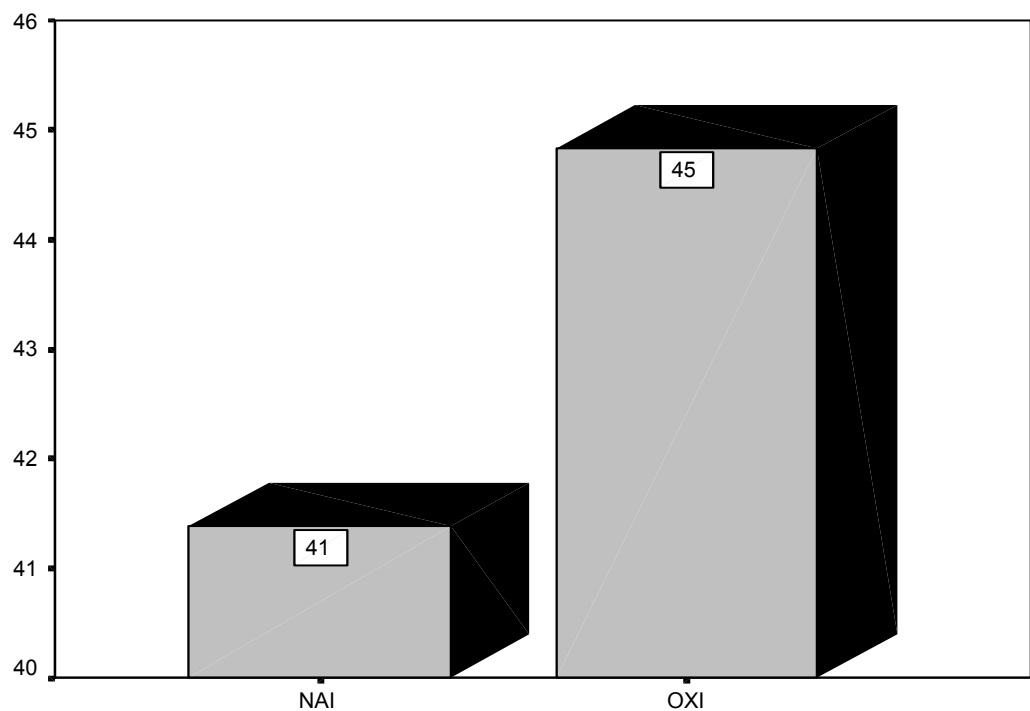


**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Με βάση το παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 55% των ερωτηθέντων δεν απευθύνθηκε σε κάποιο ειδικό για στήριξη, το 19% απευθύνθηκε και το 12% το σκέφτηκε αλλά δεν το έκανε

**ΕΡΩΤΗΣΗ 25: ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ,  
ΑΛΛΑΞΑΝ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΑ  
ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

---



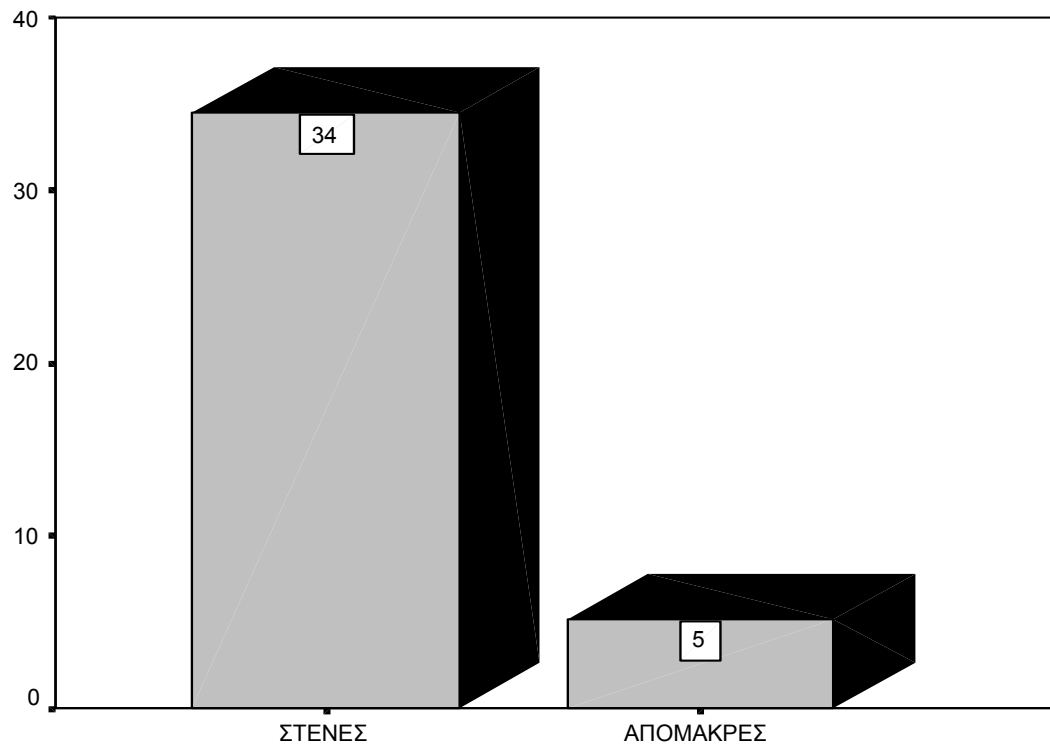
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Στην ερώτηση αυτή το 45% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν άλλαξαν οι σχέσεις του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μετά την εμφάνιση της ασθένειας, ενώ το 41% απάντησε ότι άλλαξαν οι σχέσεις του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.



## ΕΡΩΤΗΣΗ 26: ΑΝ ΝΑΙ, ΕΓΙΝΑΝ ΠΟΙΟ ΣΤΕΝΕΣ Η ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΘΗΚΑΤΕ

---

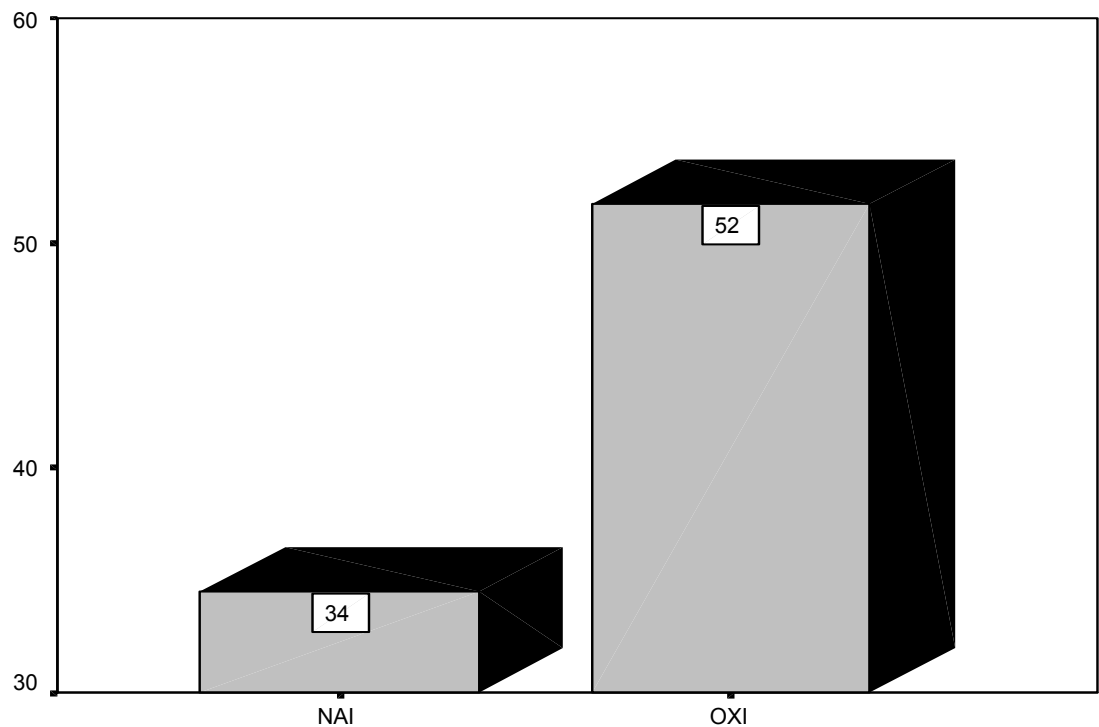


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Με βάση το παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 34% του δείγματος απάντησε ότι έγιναν πιο στενές οι σχέσεις τους, ενώ το 5% ότι έγιναν πιο απόμακρες.

**ΕΡΩΤΗΣΗ 27: ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ  
ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΠΙΟ ΔΥΣΚΟΛΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ  
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

---

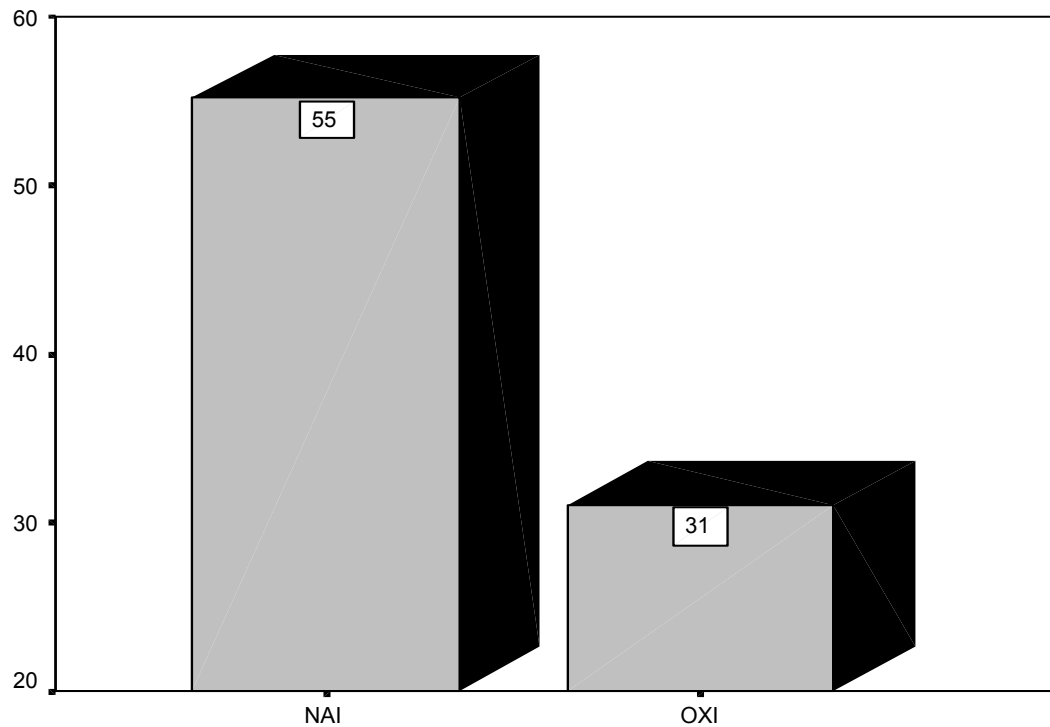


**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Το 52% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η επικοινωνία με τον ασθενή δεν έχει γίνει πιο δύσκολη μετά την εμφάνιση της ασθένειας , ενώ το 34% ότι έχει δυσκολέψει

**ΕΡΩΤΗΣΗ 28: Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ  
ΕΙΛΙΚΡΙΝΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ  
ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

---

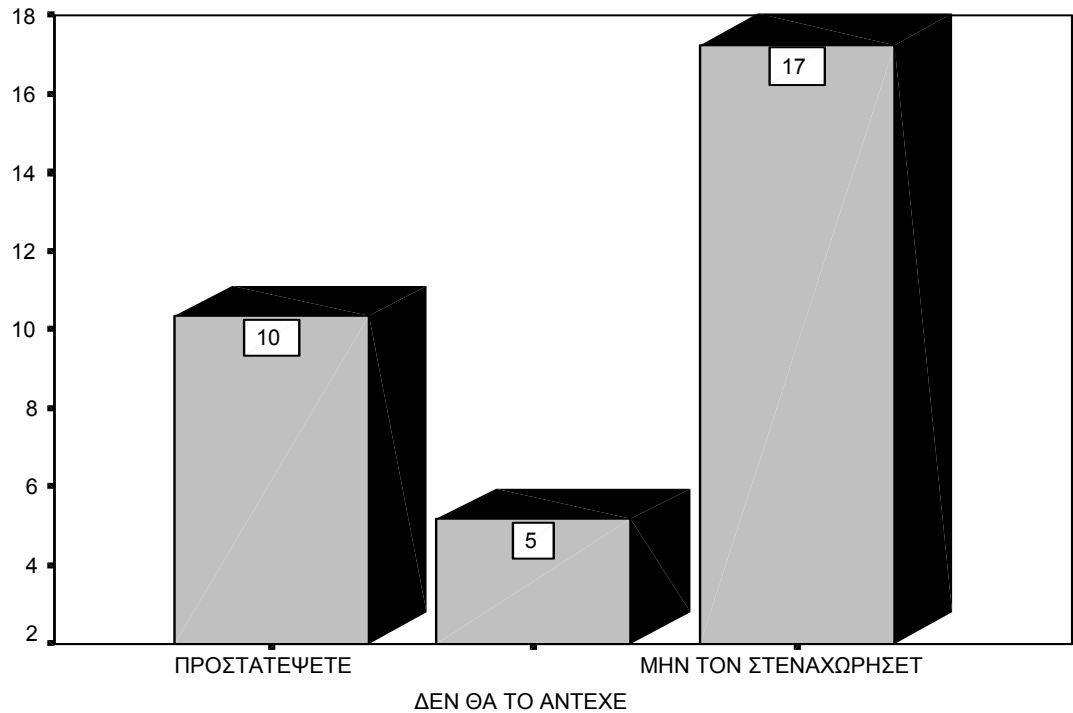


**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Από τους ερωτηθέντες το 55% απαντάει ειλικρινές στον ασθενή όσο αφορά την ασθένεια, ενώ το 31% δεν είναι ειλικρινές στον ασθενή ως προς τη πορεία της ασθένειας του.

## ΕΡΩΤΗΣΗ 29: ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ

---

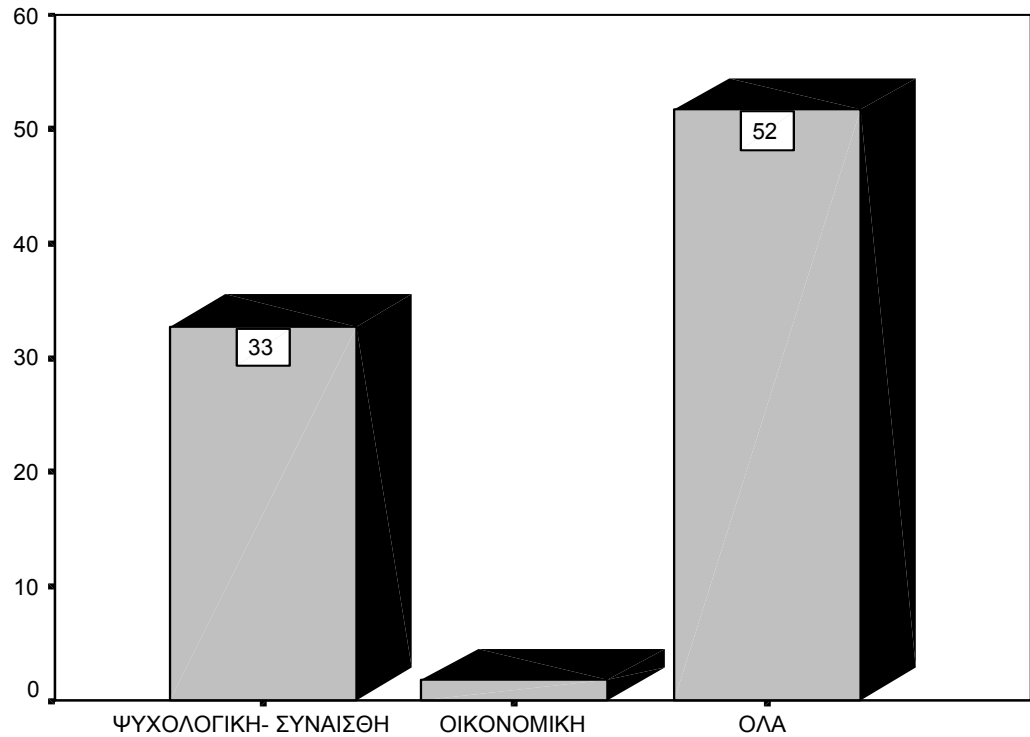


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 17% του δείγματος απάντησε ότι δεν ήθελε να τους στεναχωρήσει, το 10% ότι ήθελε να τους προστατέψει ενώ το 5% γιατί μπορεί να μην το άντεχαν

## ΕΡΩΤΗΣΗ 30: ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΣΤΗΡΙΞΗ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

---

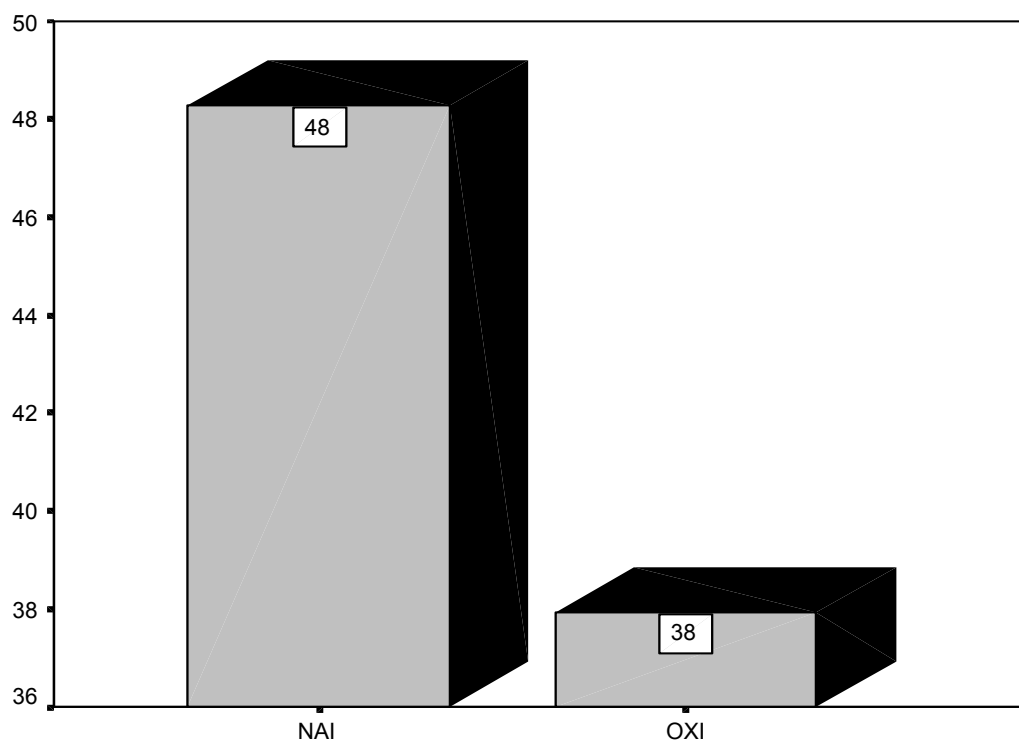


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 52% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τους προσφέρουν και ψυχολογική- συναισθηματική αλλά και οικονομική, το 33% ότι τους προσφέρουν μόνο ψυχολογική- συναισθηματική, ενώ ένα μηδαμινό ποσοστό μόνο οικονομική

**ΕΡΩΤΗΣΗ 31: Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ  
ΕΠΗΡΕΑΣΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

---



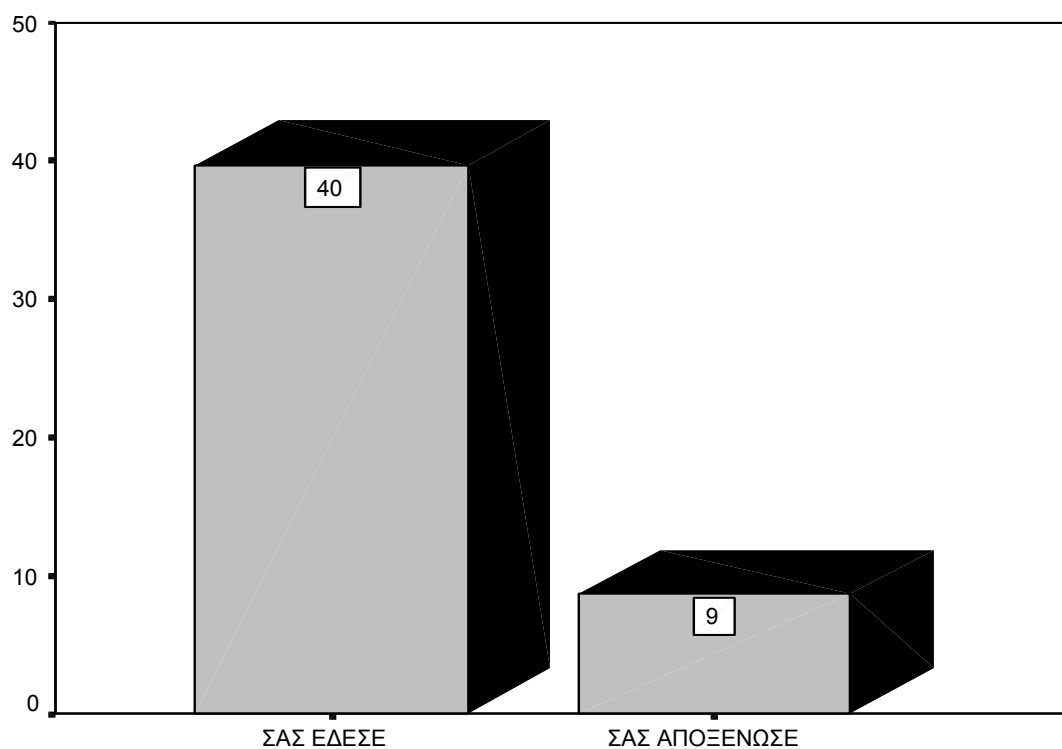
**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Το 48% των ερωτηθέντων απάντησε ότι επηρεάστηκαν οι σχέσεις των μελών της οικογένειας, ενώ το 38% για το 38% δεν επηρεάστηκαν οι σχέσεις τους

## ΕΡΩΤΗΣΗ 32: ΑΝ ΝΑΙ, ΣΑΣ ΕΔΕΞΕ ΣΑΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

### Η ΣΑΣ ΑΠΟΞΕΝΩΣΕ

---

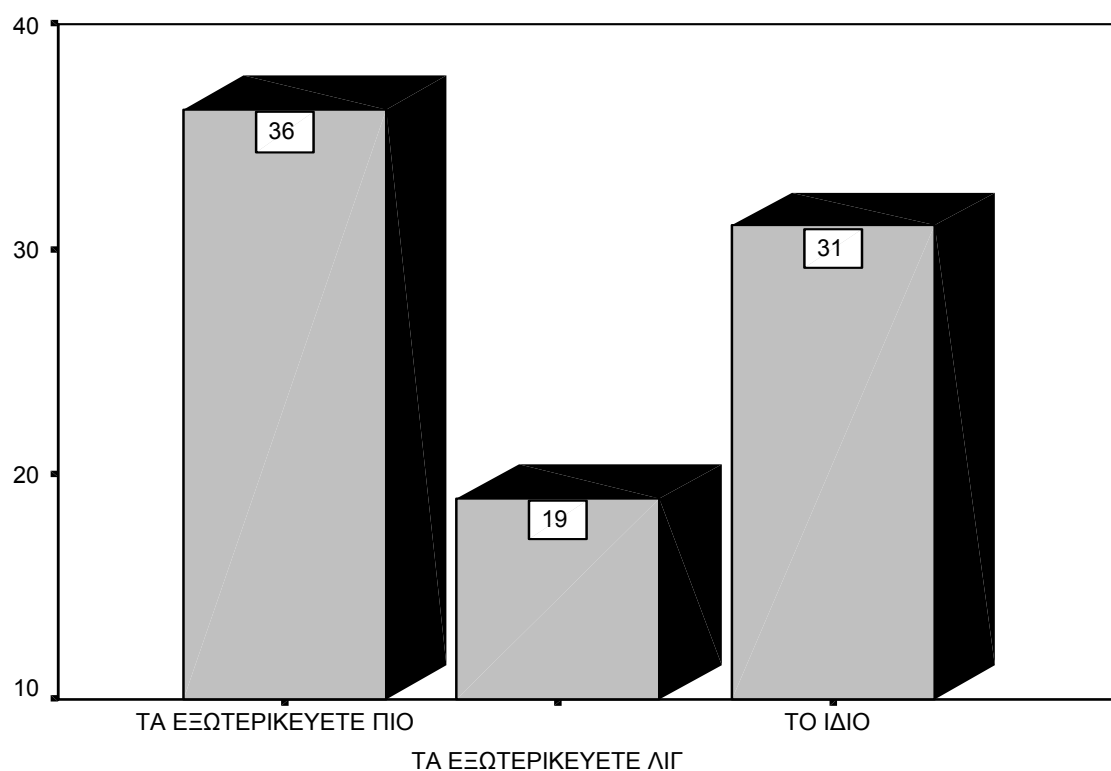


### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Το 40% του δείγματος τους έδεσε σαν οικογένεια, ενώ για το 9% τους αποξένωσε αυτή η κατάσταση

### ΕΡΩΤΗΣΗ 33: ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ

---



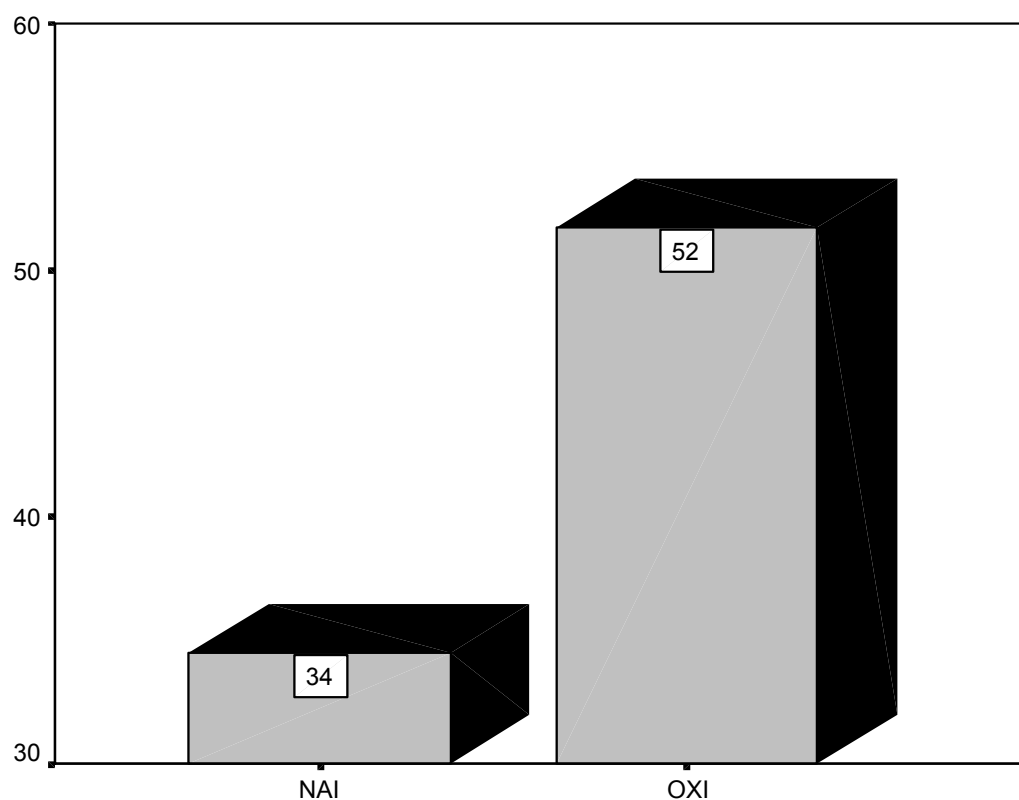
#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Από το πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 36% των ερωτηθέντων εξωτερικεύουν πιο πολύ τα συναισθήματά τους, το 31% το ίδιο και το 19% τα εξωτερικεύουν λιγότερο.



**ΕΡΩΤΗΣΗ 34: ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ  
ΠΑΡΑΜΕΛΕΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΩΝ ΚΑΙ  
ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

---



**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 52% δεν παραμελεί τις ανάγκες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας για τον ασθενή, ενώ το 34% τις παραμελεί.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνθέτοντας τη θεωρία με τα ευρήματα της έρευνας μας μπορούμε να διατυπώσουμε τα παρακάτω γενικά συμπεράσματα αναφορικά με την οικονομική στήριξη που παρέχουν τα μέλη της οικογένειας στον ασθενή και κατά πόσο η οικογένεια μπορεί να ανταποκριθεί οικονομικά. Τη συναισθηματική κατάσταση των συγγενών και του ασθενή, την επίδραση που έχει η ασθένεια στις κοινωνικές τους σχέσεις καθώς και το βαθμό επικοινωνίας του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι πολυδάπανη αφού υπάρχουν διάφορες ιατρικές πράξεις, όπως χειρουργικές επεμβάσεις, φαρμακευτική αγωγή και εργαστηριακές εξετάσεις των οποίων το μεγαλύτερο μέρος το καλύπτουν οι περισσότεροι ασφαλιστικοί φορείς, ενώ είναι μικρό το ποσοστό των ασφαλιστικών φορέων που δεν καλύπτουν τα έξοδα νοσηλείας. Παρ' όλα αυτά τα έξοδα είναι αυξημένα για το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή. Αυτό έχει σαν συνέπεια οι οικογένειες να καταφεύγουν σε άλλες πηγές εσόδων όπου σύμφωνα με την έρευνα μας το μεγαλύτερο ποσοστό των επιπλέον εσόδων προέρχεται από την αποταμίευση που έχουν φροντίσει να κάνουν, αμέσως μετά έρχεται η μείωση των εξόδων και στη συνέχεια τα δάνεια. Μικρότερο είναι το ποσοστό εσόδων που προέρχονται από συγγενείς και φίλους καθώς και από άλλα έσοδα. Επιπρόσθετα το να εργασθεί κάποιο μέλος της οικογένειας σε δεύτερη εργασία, ως επιπρόσθετη πηγή εσόδων, δεν κρίθηκε απαραίτητο σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας.

Τα μέλη της οικογένειας από τη στιγμή που ενημερώνονται για την κατάσταση του ασθενή ζουν έντονα συναισθήματα παρόμοια με αυτά που βιώνει κι ο ασθενής, αυτά οδηγούν σε έντονο άγχος, ένταση καθώς και ανασφάλεια για το μέλλον. Έτσι οι περισσότεροι επιλέγουν την κοινωνική απομόνωση ώστε να συνειδητοποιήσουν την κατάσταση, να δουν τι έχουν να αντιμετωπίσουν και τον τρόπο με τον οποίο θα αντεπεξέλθουν. Από αυτή τη διαδικασία δημιουργείται έντονο στρες και οι περισσότεροι εκδηλώνουν ανορεξία και διαταραχή στον ύπνο. Παρ' όλο που βιώνουν όλη αυτή τη δυσάρεστη κατάσταση δεν επιθυμούν να ζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ειδικού και αυτό γιατί πολλοί άνθρωποι έχουν προκαταλήψεις απέναντι σε αυτήν την ασθένεια και έτσι προτιμούν να το διαφυλάξουν και να αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό, ενώ λίγοι είναι αυτοί οι οποίοι ζητούν τη

βοήθεια από κάποιο ειδικό και ελάχιστοι αυτοί που το σκέφτονται αλλά δεν το κάνουν.

Όσον αφορά την ενημέρωση του ασθενή απέναντι στην ασθένεια του, οι περισσότεροι απ' αυτούς έχουν ενημερωθεί. Η ενημέρωση του γίνεται επί το πλείστον απ' το θεράποντα ιατρό τους, λίγοι έχουν ενημερωθεί από κάποιο μέλος της οικογένειας και ελάχιστοι από κάποιο ασθενή του νοσοκομείου. Επειδή κρίνεται ιδιαίτερης ευαισθησίας η κατάσταση πριν ανακοινωθεί στον ασθενή ότι πάσχει από καρκίνο λαμβάνονται υποψιών πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες, το πώς ερμηνεύει ο ίδιος ο ασθενής τον πόνο και η στάση του απέναντι σ' αυτό, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ασθένεια και οι προσδοκίες του.

Παρ' όλα αυτά η πρώτη αντίδραση που διαπιστώνεται από τους ασθενείς είναι η άρνηση να το αποδεχτούν, στη συνέχεια έρχεται ο θυμός και η οργή γι' αυτό που τους συνέβη και μετά απ' αυτά συνειδητοποιούν την κατάσταση και είναι σε θέση να προσπαθήσουν να σκεφτούν ψύχραιμα και λογικά.

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η επικοινωνία μεταξύ αρρώστου και άμεσου περιβάλλοντος εξαρτάται από το πλαίσιο επίγνωσης δηλαδή από το <<ποιος>> ξέρει το <<τι>> σχετικά με την εξέλιξη της αρρώστιας. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ειλικρίνεια από τα μέλη της οικογένειας αυτό γίνεται για να μην στεναχωρηθεί ο ασθενής και για να τον προστατέψουν από μια ανεπιθύμητη κατάσταση.

Σύμφωνα με την έρευνα οι σχέσεις του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας δεν έχουν επηρεαστεί ενώ στις περιπτώσεις που επηρεάστηκαν έγιναν πιο στενές. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας επηρεάστηκαν, όμως αυτή η κατάσταση τους έδεσε σαν οικογένεια για να την αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά και ο ένας να φροντίζει τον άλλο ώστε να μην παραμελείται κανένα μέλος της οικογένειας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, γ' έκδοση Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
2. Αναγνωστόπουλος Φ. – Παπαδάτου Δ., *Ψυχολογική προσέγγιση Ατόμων με καρκίνο*, Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα 1986.
3. Βρεττού Ε. Ζεραμπούκας Θ., Νενοπούλου Ε., *Στοιχεία Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομίας*, Θεσσαλονίκη 1987.
4. Δεληαντώνη – Οικονόμου Χρ., *Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε Αντικαρκινικό Νοσοκομείο*, Ανάτυπο από Επιμορφωτικό Συμπόσιο Α.Ν. «Θεαγένειο».
5. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου», Αθήνα 1991.
6. Κορδιολή Ν. *Πρέπει να γνωρίζει την αρρώστια του ο καρκινοπαθής*, στο «Μ' ενδιαφέρει», Τεύχος 17.
7. Ρηγάτος Γ., *Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985.
8. Σιγάλας Ι., *Οικονομική διάσταση της νόσου του καρκίνου*, στο «Μάχη και Ελπίδα» Τεύχος 17 (1986).
9. Τριχοπούλου Α. – Τριχόπουλος Δ., *Προληπτική Ιατρική*, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1986.
10. Javeau C., *Η Έρευνα με ερωτηματολόγιο*, Εκδόσεις Γιώργος Δαρδιανός, Αθήνα 2000.
11. Kubler – Ross E., *Θάνατος (το τελικό στάδιο της εξέλιξης)*, Εκδόσεις Τάμασος, Αθήνα 1956.
12. Kubler – Ross E., *Αυτός που πεθαίνει*, Εκδόσεις Τάμασος, Αθήνα 1979.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**