

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καρκίνος του μαστού: Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον στην αποκατάσταση της ασθενούς – Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού»



Ονοματεπώνυμο Φοιτητριών

Λεοπούλου-Λια Λαμπρινή

Γεωργίου Μιχαέλλα

Επιβλέπων καθηγητής

Δρίτσας Ιωάννης

Πάτρα, 2017

TEHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE

WEST GREECE

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

"Breast Cancer: The Family and the Social Environment in Rehabilitation of the
Patient - The Role of the Social Worker"



Name of Students

Leopoulou-Lia Lambrini

Georgiou Michaela

Supervisor

Dritsas Ioannis

Patras, 2017

Ευχαριστίες

Η συγγραφή και η ολοκλήρωση μιας πτυχιακής εργασίας απαιτεί κόπο και χρόνο, συναισθηματική και ηθική υποστήριξη. Για αυτό το λόγο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας και τους φίλους μας που μας στήριξαν από την αρχή μέχρι και το τέλος της συγγραφής της παρούσας πτυχιακής.

Ακόμα πρέπει να πούμε ένα τεράστιο ευχαριστώ στον Όμιλο κατά του καρκίνου «ΑγκαλίαΖΩ» που μας στήριξαν και μας βοήθησαν τόσο στο θεωρητικό κομμάτι όσο και στην έρεση ασθενών για να πραγματοποιήσουμε τις συνεντεύξεις μας με ασθενείς.

Ένα πιο μεγάλο ευχαριστώ πρέπει να πούμε τόσο στους ασθενείς που μας μίλησαν για και μας ανοίχτηκαν ανασύροντας από την μνήμη τους αυτή τους την περιπέτεια, όσο και τους κοινωνικούς λειτουργούς που μας δέχτηκαν με χαρά και μοιράστηκαν μαζί μας τις εμπειρίες τους και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τον επιβλέποντα καθηγητή μας για την καθοδήγηση και την στήριξη που μας έδειξε καθ όλη την διάρκεια της πτυχιακής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	
Περίληψη.....	8
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 2 : Επιδημιολογία και αιτιολογία για τον καρκίνο του μαστού.....	11
2.1 Εισαγωγή	11
2.2 Επιδημιολογία αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού.....	12
2.3 Αιτιολογία του καρκίνου του μαστού	13
2.3.1 Ιογενείς παράγοντες	13
2.3.2 Γενετικοί παράγοντες.....	13
2.3.3 Χημικές ουσίες	14
2.3.4 Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.....	14
2.3.5 Ορμονικοί παράγοντες	14
2.3.6 Εξωγενείς ή Ιατρογενείς παράγοντες	15
2.3.7 Μορφολογικοί παράγοντες.....	16
2.3.8 Περιβαντολλογικοί παράγοντες.....	17
2.3.9 Ατομικές συνήθειες.....	17
2.3.10 Άλλοι παράγοντες	17
2.4 Συμπτώματολογία αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού	18
2.5 Είδη θεραπειών για τον καρκίνο του μαστού	19
2.5.1 Χειρουργική	20
2.5.2 Ακτινοθεραπεία	21
2.5.3 Χημειοθεραπεία.....	22

2.5.4	Ορμονοθεραπεία.....	24
2.6	Ανακεφαλαίωση	25
Κεφάλαιο 3: Πρόληψη ενάντια στον καρκίνο του μαστού		26
3.1	Εισαγωγή	26
3.2	Στρατηγικές πρόληψης	26
3.2.1	Πρωτογενής πρόληψη	26
3.2.2	Δευτερογενής πρόληψη	29
3.3	Μέθοδοι εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου	30
3.3.1	Κινητές μονάδες	31
3.3.2	Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης	31
3.4	Αξιολόγηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου	32
3.5	Η άθληση ως μέσο πρόληψης	32
3.5.1	Η συνύπαρξη της διατροφής με την άθληση	34
3.6	Ανακεφαλαίωση.....	37
Κεφάλαιο 4 : Το σοκ της διάγνωσης : οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθενούς		39
4.1	Εισαγωγή	39
4.2	Η αντίδραση της ασθενούς	39
4.2.1	Το στάδιο της άρνησης και της απομόνωσης	41
4.2.2	Το στάδιο του θυμού	42
4.2.3	Το στάδιο της συνδιαλλαγής	42
4.2.4	Το στάδιο της κατάθλιψης	43

4.2.5 Το στάδιο της αποδοχής.....	43
4.3 Ανακεφαλαίωση	44
Κεφάλαιο 5: Το οικογενειακό περιβάλλον στην αποκατάσταση της ασθενούς ...	45
5.1 Εισαγωγή	45
5.2 Η οικογένεια σε θεραπεία	47
5.2.1 Η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος	50
5.3 Η στάση του συζύγου	53
5.3.1 Ο υποστηρικτικός σύζυγος	55
5.3.2 Ο μη-υποστηρικτικός σύζυγος	56
5.4 Ανακεφαλαίωση	57
Κεφάλαιο 6: Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση της ασθενούς και του οικογενειακού της περίγυρου	58
6.1 Εισαγωγή	58
6.2. Ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας	59
6.2.1 Κοινωνική εργασία με άτομο	61
6.2.2 Κοινωνική εργασία με ομάδα	63
6.2.3 Κοινωνική εργασία με κοινότητα	65
6.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού ως θεραπευτής	67
6.4 Ο ρόλος του θεραπευτή στο ζευγάρι	71
6.5 Στρατηγικές παρέμβασης	72
6.5.1 Δομική θεραπεία οικογένειας	73
6.5.2 Στρατηγική θεραπεία οικογένειας	76
6.5.3 Ομάδες υποστήριξης και συμπαράστασης	77

6.6 Ανακεφαλαίωση80

Κεφάλαιο 7 : Ερευνητική μεθοδολογία..... 82

7.1 Εισαγωγή82

7.2 Θεωρητικό υπόβαθρο μεθοδολογίας που επιλέξαμε.....82

7.3 Γενικός σκοπός και στόχοι της έρευνας83

7.4 Ερευνητικές υποθέσεις84

7.5 Πληθυσμός – Δείγμα..... 85

7.6 Αναμενόμενες δυσκολίες85

Κεφάλαιο 8 : Αποτελέσματα έρευνας και συζήτηση.....86

8.1 Αποτελέσματα έρευνας86

8.2 Συζήτηση.....92

Κεφάλαιο 9 : Συμπεράσματα και Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....94

9.1 Συμπεράσματα.....94

9.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....96

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ερωτήσεις συνεντεύξεων

Περίληψη

Στην παρούσα πτυχιακή αρχικά γίνεται μια βιβλιογραφική αναφορά στην αιτιολογία και συμπτωματολογία , καθώς και τους μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Ένας βασικός παράγοντας για την καταπολέμηση και πρόληψη ενός φαινομένου που κατά τελευταία χρόνια φαίνεται να παίρνει τεράστιες διαστάσεις , ειδικότερα στις δυτικές χώρες , είναι ο προληπτικός έλεγχος, η διατροφή και η άθληση. Έχοντας υπόψη μας τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει ο καρκίνος του μαστού τόσο την ασθενή όσο και τον οικογενειακό της περίγυρο θελήσαμε , να βρούμε τα αίτια τα οποία επηρεάζουν την κατάσταση μέσα στην οικογένεια (συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική) . Τέλος όσο αφορά το βιβλιογραφικό κομμάτι δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε να ερευνήσουμε τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού έχοντας πρώτα υπόψη μας την ανάλυση των βασικών τομέων της κοινωνικής εργασίας , βάση των οποίων ο κοινωνικός λειτουργός οπλίζεται με τα απαραίτητα εφόδια και γνώσεις , ώστε να μπορέσει να βοηθήσει τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια του , ενσερνίζοντας κάθε φορά και ανάλογα με την περίπτωση διαφορετικούς ρόλους . Όσο αφορά το ερευνητικό κομμάτι , εστίασαμε κυρίως στο να ερευνήσουμε τόσο τα προβλήματα που δημιουργούνται στο άτομο όσο και στην οικογένεια, εστιάζοντας σε δομές της Πάτρας . Οι συνεντεύξεις των κοινωνικών λειτουργών είχαν ως βάση εκτός από το να δούμε τον ενεργό τους ρόλο, να ερευνήσουμε τους τρόπου προσέγγισης και την γραμμή που ο κάθε ένας χρησιμοποιεί και να κατανοήσουμε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο .

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : Καρκίνος του μαστού, πρόληψη, συναισθηματική κατάσταση, οικογενειακή θεραπεία, κοινωνικός λειτουργός

Κεφάλαιο 1 : Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία εξετάζουμε τις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού τόσο στο άτομο όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον, καθώς και τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση της ασθενούς και του οικογενειακού περιγύρου. Πριν την εξέταση των επιπτώσεων αυτών όμως καλό θα ήταν να κάνουμε μία σύντομη ιστορική αναδρομή στην προέλευση του λέξης «καρκίνος» και μετέπειτα στον ορισμό του καρκίνου γενικά και του καρκίνου του μαστού ειδικά.

Οι πρώτες αναφορές στον όρο καρκίνο προσδιορίζονται γύρω στο 1.600 π.Χ. στην Αρχαία Αίγυπτο και βρέθηκαν σε αρχαία κείμενα, σε μούμιες και σε απολιθωμένα οστά. Σχετικά με τον καρκίνο του μαστού οι πρώτες αναφορές έγιναν την ίδια περίοδο και με βάση τους πάπυρους της εποχής που βρέθηκαν καταγράφονται 8 περιπτώσεις γυναικών που ενδεχομένως νόσησαν από τον καρκίνο του μαστού και ως χειρουργική μέθοδο χρησιμοποίησαν ακρωτηριασμό και τρυπάνι φωτιάς (Στεφανογιάννης, 2005) .

Ωστόσο, αναφορές για τον καρκίνο υπάρχουν και στην αρχαιότητα. Σύμφωνα με τον Λεξικογράφο Ησύχιο τον Αλεξανδρέα (5ος αιώνας μ.Χ.), αν και αρχικά η λέξη καρκίνος αναφερόταν σε συγκεκριμένη νόσο, είχε και άλλες αιτιολογήσεις, όπως για παράδειγμα ένα είδος υποδημάτων, τον κάβουρα (το ζώο), καθώς και τον αστερισμό του καρκίνου. Παρ όλα αυτά, η έννοια που επικράτησε για τον καρκίνο, ήταν αυτή της νόσου. Δηλαδή η έννοια αυτή που αναφέρεται σε κακοήθεις όγκους και κάθε τύπο νεοπλασίας είτε είναι επιφανειακός είτε βρίσκεται στο εσωτερικό του σώματος (Ρηγάτος, 2000) .

Ο Ιπποκράτης όμως ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο καρκίνο για την περιγραφή διαφόρων περιπτώσεων. Συγκεκριμένα σχετικά με τον όρο που χρησιμοποιεί παραθέτει τα εξής λεγόμενα «... επάνω στους μαστούς είδαμε πολλές φορές όγκο ακριβώς όμοιο με το ζώο καρκίνος. Γιατί όπως ακριβώς πάνω σ εκείνο υπάρχουν πόδια και στις δύο μεριές του σώματος, έτσι και σε αυτή την πάθηση [: τον καρκίνο] οι φλέβες που είναι διατεταμένες διαμορφώνουν το σχήμα του πάρα φύσιν όγκου παραπλήσιο με εκείνο του κάβουρα...» (Ρηγάτος, 2009, σελ 13).

Βάση των σύγχρονων δεδομένων με τον όρο «καρκίνο» περιγράφουμε μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην ανεξέλεγκτη ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού και την μετατροπή τους από φυσιολογικά σε καρκινικά. Ως επί το πλείστον αυτό συνεπάγεται στην ανάπτυξη ανώμαλων κυττάρων και τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Ωστόσο η ανάπτυξη ορισμένες φορές μπερδεύει τους ασθενείς αναφορικά με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού όπως είναι η αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό και η υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

Ο μαστός αποτελείται από τα λόβια (αδένες που παράγουν το γάλα) και τους πόρους (μικρούς σωλήνες που αρχίζουν από τα λόβια και εκβάλλουν στη θηλή του μαστού). Όταν ένα ή περισσότερα κύτταρα από τους πόρους ή τα λόβια του μαστού γίνουν παθολογικά, δηλαδή υπάρξει μία μετάλλαξη αρχίζει ένας γρήγορος και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός. Αρχικά παραμένουν μέσα στους πόρους ενώ στη συνέχεια μπορούν να διασπάσουν το τοίχωμα του πόρου και να σχηματίσουν έναν όγκο έχοντας πλέον τη δυνατότητα να μεταναστεύσουν σε άλλα μέρη του σώματος όπως τα οστά, οι πνεύμονες, το ήπαρ ή αλλού και να αναπτυχθούν τοπικά, τις λεγόμενες μεταστάσεις (www.agaliazo.gr).

Κεφάλαιο 2 : Αιτιολογία και επιδημιολογία για τον καρκίνο του μαστού.

2.1 Εισαγωγή

Η εμφάνιση οποιαδήποτε μορφής καρκίνου προκαλείται από την διαταραχή των γονιδίων και την μετατροπή αυτών από υγιή σε καρκινικά. Ο τρόπος και ο λόγος της μετατροπής αυτής δεν έχει διευκρινιστεί απόλυτα. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι αρκετοί παράγοντες (περιβαλλοντικοί, σύγχρονος τρόπος ζωής, κληρονομικές γονιδιακές διαταραχές, κτλ) συμβάλλουν στην διαταραχή των γονιδίων και μετατρέπουν τα γονίδια, επιτρέποντας την ανάπτυξη καρκίνου (www.agsavvas-hosp.gr).

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου ο καρκίνος του Μαστού (ΚΜ) είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες και αναλογεί σε περισσότερους από το ¼ όλων των καρκίνων. Βάση στατιστικών στοιχείων ο αριθμός των περιπτώσεων στην Ελλάδα είναι μικρότερη (50 ανά 100.000 (1991)) σε σύγκριση με την Σουηδία (113 ανά 100.000 (1995)).

Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Είναι σπάνιος κάτω των 25 ετών, ενώ εμφανίζει συνεχή αύξηση μετά τα 30 χρόνια. Τα τρία τέταρτα των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών.

Η νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 35-54 ετών, την πρώτη αιτία θανάτου από όλους τους καρκίνους της γυναίκας και τη δεύτερη (μετά από τις καρδιοαγγειακές παθήσεις) αιτία θανάτου σε μεγαλύτερες ηλικίες (www.bestrong.org.gr).

Εν κατακλείδι, ο κίνδυνος να αναπτύξει κάποιος άνθρωπος καρκίνο, ορίζεται από την απάντηση στις ερωτήσεις: Ποιός είναι; = γενετική σύνθεση, στοιχεία κληρονομικότητας, Που ζει; = περιβαλλοντικοί παράγοντες, καρκινογόνες ουσίες και Πως ζει; =προσωπικός τρόπος ζωής, καθημερινές συνήθειες. Ο καρκίνος είναι δυνατό να προσβάλλει κάθε άνθρωπο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα ή την ηλικία του. Σήμερα, εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν με τη νόσο ή έχουν θεραπευτεί οριστικά από αυτήν. Όσο νωρίτερα ανιχνεύεται ο καρκίνος και ξεκινάει η θεραπεία του, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για την επιτυχή αντιμετώπιση του (www.agsavvas-hosp.gr).

2.2 Επιδημιολογία αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού

Ο οργανισμός του ανθρώπου αποτελείται από ένα τεράστιο αριθμό κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά κατά την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου πεθαίνουν και αντικαθίστανται από άλλα υγιή κύτταρα. Αν για κάποιο λόγο αυτή η διαδικασία διαταραχθεί τα κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά , με αποτέλεσμα οι ιδιότητές τους να μεταβληθούν από αυτή των «φυσιολογικών» κυττάρων. Βασικό χαρακτηριστικό των καρκινικών κυττάρων είναι ο συνεχής και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός – με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση και δημιουργία όγκων-, όπου πολλές φορές έχουν κακοήθει χαρακτήρες από τα αρχικά κύτταρα (Γκάρετ,2000).

Αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού θεωρείται ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες -100 φορές συχνότερος σε γυναίκες από ότι στους άνδρες-, κυρίως των ανώτερων οικονομικών τάξεων. Σύμφωνα με έρευνες το 2000 εμφανίστηκαν περισσότερες από 1.500.000 περιπτώσεις παγκοσμίως, κάτι που τον καθιστά υπεύθυνο για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες (www.mednet.gr).

Σύμφωνα με την Ευδοξία Κονιάρη (1991) τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν οι γυναίκες θα μπορούσαν να θεωρηθούν τα παρακάτω :

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητικότητα που ισχύει κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες
2. Η προστατευτική επίδραση της πρώτης εγκυμοσύνης, ιδίως όταν αυτή συμβαίνει στην γυναίκα κατά την νεαρή ηλικία.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα αυτής που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στην λειτουργία της ωοθήκης.
5. Η αναμφισβήτητη σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων και τέλος,
6. Η συμβολή των κληρονομικών παραγόντων.

Συμπερασματικά, ωστόσο πρέπει να τονίσουμε ότι η επίπτωση της νόσου αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία, αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που αυξάνει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών αναφορικά με την αιτιολογία της νόσου (www.mednet.gr).

2.3 Αιτιολογία του καρκίνου του μαστού

Κατά τα τελευταία έτη οι θάνατοι από τον καρκίνο έχουν ραγδαία ανάπτυξη. Οι παράγοντες κινδύνου είναι αρκετοί όπως η ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό, ακτινοβολία, ψυχολογικοί παράγοντες, ατομικοί (Σακοράφα, 2000).

2.3.1 Ιογενείς Παράγοντες

Από μελέτες για το καρκίνο του μαστού δόθηκαν υπόνοιες για την ύπαρξη κάποιου ιού που παρουσιάζεται στον οργανισμό σε λάθος κατάσταση και δραστηριοποιείται μέσα από την επίδραση γενετικών και ορμονικών παραγόντων όπου προκαλεί καρκίνο του μαστού (έχουν γίνει έρευνες και πάνω σε μαστούς ποντικών). Επίσης υποστηρίζεται ότι στο ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναίου, οι οποίες βρέθηκαν και σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού (Κονιάρη, 1991).

2.3.2 Γενετικοί Παράγοντες

Οι γυναίκες είναι αυτές που προσβάλλονται συχνότερα με καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τους άντρες όπου το ποσοστό είναι αρκετά μικρότερο (www.almazois.gr). Έχει παρατηρηθεί ότι η κληρονομικότητα είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Με άλλα λόγια, αν η αδελφή ή η μητέρα είχαν προσβληθεί από την νόσο αυτή τότε έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα από το γενικό πληθυσμό (Καρβέλας, 1995).

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες, των οποίων η μητέρα έχει προσβληθεί από την ίδια νόσο, παρά σε γυναίκες χωρίς ιστορικό στην οικογένεια, αυτή τη οικογενειακή συσχέτιση μας δείχνει την σχέση καρκίνου του μαστού σε νέες γυναίκες. Ωστόσο ως παράγοντας κινδύνου εμφανίζεται και η ηλικία, καθώς όσο μεγαλώνει μια γυναίκα τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού αλλά από την άλλη την πλευρά

οι πιο μικρές γυναίκες σε ηλικία έχουν ελλιπής επίγνωση επί του θέματος σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες τους (Εθνικό σχέδιο δράσης , Αθήνα 2008).

2.3.3 Χημικές Ουσίες

Δεν έχουμε πολλά στοιχεία στο ότι κάποια χημική ουσία προκαλεί άμεσα καρκίνο του μαστού αλλά πολλά χημικά σκευάσματα έχουν κατηγορηθεί πως ευθύνονται (Κονιάρη , 1991).

2.3.4. Ιδιοσυστασιακοί Παράγοντες

Άμεση συσχέτιση τείνει να έχει η πρόωμη ρύση και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση με την πιθανότητα προσβολής από την νόσο. Ακόμα παρατηρείται αύξηση της συχνότητας του καρκίνου μαστού σε άγαμες γυναίκες , ενώ μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες . Η γέννα σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προστατεύει από καρκίνο του μαστού . Γυναίκες οι οποίες γέννησαν πριν την ηλικία των 20 έχουν 1/3 της πιθανότητας να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 όπου εδω η πιθανότητα τριπλασιάζεται . Σε άμεση συσχέτιση είναι και ο θηλασμός. Πιο συγκεκριμένα, η υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού απέναντι στο καρκίνο του μαστού βασίστηκε σε ευρήματα των πρώτων κλινικών επιδημιολογικών ερευνών και ενισχύθηκε από την αρνητική σχέση που παρατηρείται στις διεθνείς στατιστικές μεταξύ της συχνότητας και της διάρκειας του θηλασμού από την μια πλευρά και τις επίπτωσης της νόσου (www.karkinosmastou.gr).

2.3.5. Ορμονικοί Παράγοντες

Παρά την λανθασμένη ενημέρωση η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων δεν προκαλεί αύξηση της πιθανότητας προσβολής από καρκίνο, ενώ αντίθετα η χορήγηση οιστρογόνων κατά την κλιμακτήριο περίοδο συνδυάζεται με μικρή αύξηση στην προσβολή από την νόσο. Ειδικότερα, από τις κύριες μορφές οιστρογόνων , η οιστρογόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα , ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή , προστατεύει και αγωνίζεται έναντι των άλλων προαναφερόμενων έτσι βλέπουμε χαμηλή συχνότητα καρκίνου του μαστού. Ακόμα, η προγεστερόνη χαρακτηρίζεται ως ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση,ενώ άλλες την θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης της. Επίσης η αντίληψη που βασίζεται σε πειραματικά δεδομένα ότι η

προγεστερόνη έχει καρκινογόνο δράση δεν συμβιβάζεται με το γεγονός ότι η πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη ασκεί προστατευτική επίδραση (κάθε εγκυμοσύνη συνδυάζεται με μεγάλη αύξηση της εκκρινόμενης προγεστερόνης) . Τέλος, η προλακτίνη είναι μία ορμόνη που επηρεάζει τη γονιμότητα , καθώς αναβάλλει τη δράση των ορμονών FSH και GnRH , που είναι υπεύθυνες για να προκαλεί την ωορρηξία και την ανάπτυξη και ωρίμανση των ωαρίων. Η προλακτίνη επίσης συσχετίζεται με την παραγωγή του μητρικού γάλακτος .Εάν υπάρχουν υψηλά επίπεδα προλακτίνης , το σημαντικότερο είναι να βρεθούν τα αίτια που προκαλούν την αύξηση αυτή . Ο γυναικολόγος βοηθήσει να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί το είδος προβλήματος . Εάν πέσουν τα επίπεδα της προλακτίνης , θα αυξηθούν οι πιθανότητες επιτυχούς σύλληψης. Με επιδημιολογικές έρευνες έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με γυναίκες χωρίς κάποιο ιστορικό στην οικογένεια .Υπάρχουν όμως δυο καταστάσεις στην ζωή της γυναίκας που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης τη προλακτίνης , την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό , αυτό όμως δεν ισχύει γιατί και στις δυο περιπτώσεις δεν έχουμε τέτοια αποτελέσματα (Κονιάρη,1991).

2.3.6. Εξωγενείς ή Ιατρογενείς Παράγοντες

Οφείλονται κυρίως στις μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού , αφού είναι και ένα από τα νοσήματα που έπληξαν τα θύματα ατομικών βομβών στην Ιαπωνία (Κονιάρη , 1991).. Η χρήση της ιοντιούσας ακτινοβολίας για ιατρικούς σκοπούς (πχ μαστογραφία) , καθώς και οι πληθυσμιακές ομάδες των πόλεων Ναγκασάκι και Χιροσίμα , έδωσαν το υλικό για πολλές εργασίες , οι όποιες απέδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που είχαν δεχθεί δόσεις ιοντίζοντας ακτινοβολίας μεγαλύτερες από το όριο . Γυναίκες στην Ιαπωνία που δεχτήκαν ακτινοβολία ίση ή μεγαλύτερη από 90 rad ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού σε συχνότητα τέσσερις φορές μεγαλύτερη από το αναμενόμενο . Όσο μικρότερη είναι μια γυναίκα κατά την έκθεση τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος , η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να είναι στην ηλικία 10 – 19 χρονών , όπου ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας.

Οι πρώτες παρατηρήσεις για την καρκινογόνο επίδραση της έγιναν σε γυναίκες με φυματώση πνευμόνων , όπου μια ομάδα είχε υποστεί θεραπευτική αγωγή πνευμοθώρακα και είχε δεχτεί υψηλές ποσότητες ιοντίζουσας ακτινοβολίας , λόγω των συχνών ακτινοσκοποιών που απαιτούνταν.

Τελευταία πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται για γνωστικούς σκοπούς μπορεί να είναι επικίνδυνες , αυτό όμως δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί (Τζωρακολευθεράκης , 1992).

2.3.7. Μορφολογικοί Παράγοντες

Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι η προηγησθέντα βιοψία στο μαστό είναι ένας παράγοντας αυξημένου κίνδυνου , με εξαίρεση αυτήν που γίνεται για τα ινοαδενώματα. Το 1986 ο Beatson συμβούλεψε την χορήγηση θυροειδικών εκχυλισμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού , αλλά μελέτες έχουν δείξει την σύνδεση υποθυρεοειδισμού και καρκίνου του μαστού . Άλλες μελέτες δεν βρήκαν τέτοια ευρήματα , όμως σε περιοχές της ιωδοπενικής βρογγοκήλης υπάρχει μεγάλη επίπτωση για καρκίνο του μαστού . Ακόμα , βρέθηκαν υψηλά ποσοστά βασηοφιλης υπερτροφίας της υπόφυσης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού , αλλά παράλληλα αναφέρεται η εύρεση υψηλών επίπεδων θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (Κονιάρη , 1991).

Μεταξύ καρκίνου του μαστού και κακοηθών νεοπλασιών υπάρχει μεγάλη συσχέτιση , σε γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου βλέπουμε μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό .

Ο καρκίνος του μαστού σχετίζεται επίσης με τον καρκίνο των ωοθηκών , τον καρκίνο του θυρεοειδούς αδένου , τον καρκίνο του παχέως εντέρου , την οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία και με το σάρκωμα των μαλακών μοριών (Κονιάρη , 1991). Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μετατοπίζεται δηλαδή από τον ένα μαστό στον άλλο , επόμενος γυναίκες που είχαν καρκίνο του μαστού στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και στον δεύτερο , το ποσοστό είναι 20% των περιπτώσεων .

Γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν μεγαλύτερο ποσοστό να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν -ο κίνδυνος υπάρχει αρκετά χρονιά μετά την βιοψία (40 χρονιά περίπου). Η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες με πολλαπλή θηλωμάτωση , αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης κατά μεγάλο ποσοστό . Μια Ελληνίδα με

διαπιστωμένη κυστική νόσο έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο στο μαστό σε σύγκριση με μια ελληνίδα χωρίς κάποια συμπτώματα . Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόιμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής , παράλληλα καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα στο ορμονικό στοιχείο (Κονιάρη , 1991) .

2.3.8. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις αστικές τάξεις , μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο δυτικό κόσμο . Η επίπτωση της νόσου είναι επταπλασία στις Αμερικανίδες από ότι στις Γιαπωνέζες . Γιαπωνέζες που μεταναστεύουν στην Αμερική και στους απογόνους τους η διαφορά αυτή εξαλείφεται πρωτοποριακά , γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντα στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής που μεταβάλλει την συχνότητα νοσησης . Η διατροφή παίζει και αυτή σημαντικό ρολό στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού , υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ του σωματικού βάρους και της νόσου , ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Κονιάρη , 1991) .

2.3.9. Ατομικές Συνήθειες

Βάση των μελετών η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας δηλαδή η καθιστική ζωή , η μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, το συχνό κάπνισμα, αλλά και η ανθυγιεινή ζωή δηλαδή η υπερκατανάλωση των κορεσμένων λιπών είναι παράγοντες εμφάνισης του καρκίνου (Εθνικό σχέδιο δράσης , 2008) .

2.3.10 Άλλοι Παράγοντες

Τα αντιπυρετικά φάρμακα σύμφωνα με μελέτες προκαλούν αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Κάθε άνθρωπος που προσβάλλεται από καρκίνο θα πρέπει να το παλέψει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του . Όλη αυτή η διεξαγωγή/ πορεία γεννά ένα μεγάλο ψυχικό φόρτο στην διεπιστημονική ομάδα η οποία καλείται να χρησιμοποιήσει/ δραστηριοποιήσει όλα τα ψυχικά αποθέματα για την επίτευξη του δύσκολου έργου . Αυτή η διαδικασία έχει σαν αποτέλεσμα να αποδείξει ότι ο κάθε άνθρωπος έχει το

δικαίωμα να απολαμβάνει την ζωή του με αξιοπρέπεια αλλά και ένα ευγενή θάνατο (Λαβδανίτη , 2000).

Τελειώνοντας , τα διάφορα είδη καρκίνου που υπάρχουν, μας δίνουν ορισμούς , οι οποίοι μας βοηθούν στην σωστή και έγκαιρη πρόληψη και την κατάλληλη αντιμετώπισή τους. Χρειάζεται λοιπόν, η κοινωνία που ζούμε να ενημερώνει κατάλληλα τον κόσμο, με σωστό τρόπο για να μπορεί ο κάθε άνθρωπος να γνωρίζει όλα όσα αφορούν την υγεία τους και της οικογένειάς τους .

2.4 Συμπτωματολογία αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού

Η πλειονότητα των καρκίνων βρίσκεται στο εσωτερικό του σώματος μας και για αυτό είναι δύσκολο να γίνουν αντιληπτοί από τον ιατρό ή από τον ίδιο τον ασθενή. Για αυτό το λόγο καρκίνοι, όπως αυτοί του μαστού ή των λεμφαδένων στον λαιμό ή στις μασχάλες, οι οποίοι βρίσκονται πιο κοντά στην επιφάνεια του σώματος γίνονται πιο εύκολα αντιληπτοί από τον ασθενή ή από τον ιατρό, καθώς εμφανίζονται με την μορφή οζιδίου ή αλλιώς μάζας (Γκαρετ, 2000).

Σε διεθνής επίπεδο, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου και ιδιαίτερα στις δυτικές χώρες. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία ένας στους πέντε καρκίνους που αφορούν τον γυναικείο πληθυσμό είναι ο καρκίνος του μαστού. Δηλαδή η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου κατά την διάρκεια της ζωής της γυναίκας υπολογίζεται γύρω στο 13% (Σακοράφα, 2000).

Τα συμπτώματα, ωστόσο δεν είναι πάντα εμφανή και η διάγνωση πραγματοποιείται με την βοήθεια του περιοδικού προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, κάθε γυναίκα μετά τα 50 θα πρέπει να κάνει μαστογραφία μία φορά κάθε τρία χρόνια και μετά τα 65 χρόνια εφόσον χρειάζεται. Κατά την εμμηνόπαυση, η γυναίκα σε περίπτωση εμφάνισης κάποιας μάζας, θα πρέπει να εξεταστεί για τον αποκλεισμό του ενδεχομένου του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο το 70-80% των ψηλαφητών όγκων του μαστού συνήθως δεν είναι καρκίνος.

Παρ όλο που τα συμπτώματα δεν είναι συνήθως εμφανείς τα πιο συνήθης συμπτώματα του καρκίνου του μαστού θεωρούνται : η έκκριση από την θηλή, κάθε φλεγμονώδης εμφάνιση στο δέρμα του μαστού και πιο σπάνια ο πόνος.

Ως σύμπτωμα θεωρείται η έκκριση από την θηλή όταν είναι αυτόματη και ετερόπλευρη, δηλαδή παρατηρείται μόνο από τον ένα μαστό. Ύποπτη θεωρείται και η εμφάνιση μετά την εμμηνόπαυση, καθώς και όταν προέρχεται από τον γαλακτοφόρο πόρο.

Ακόμα, η φλεγμονώδης εμφάνιση του δέρματος στο μαστό της γυναίκας άνω των 40 ετών, καθώς και η ύπαρξη “βαθουλωμάτων” στην επιφάνεια του μαστού, θα πρέπει να εξεταστεί άμεσα για τον αποκλεισμό του καρκίνου του μαστού. Αν και αποτελεί ένα σπάνιο και ασυνήθιστο σύμπτωμα, ο πόνος σε συνδυασμό με μία μάζα στο μαστό ενδεχομένως να προμηνύει καρκίνο του μαστού. Οι παράγοντες, όπως η εμφάνιση του πόνου και στους δύο μαστούς, η συσχέτιση του πόνου με τον καταμήνιο κύκλο, κτλ, πολλές φορές σχετίζονται με ορμονικές μεταβολές και όχι με τον καρκίνο (Σακοράφα,2000).

Συμπερασματικά, πολλά συμπτώματα δεν σχετίζονται με τον καρκίνο, ωστόσο ως γενικότερος κανόνας πρέπει να θεωρείται η διερεύνηση των αιτιών στην εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η επικοινωνία με τον ιατρό και ο έλεγχος με την κλινική εξέταση θα πρέπει να γίνει άμεσα για την διερεύνηση του θέματος από ιατρό που διαθέτει εμπειρία σε θέματα παθήσεων του μαστού (Γκαρετ, 2000).

2.5 Είδη θεραπειών για τον καρκίνο του μαστού

Με την πάροδο του χρόνου η αντιμετώπιση του καρκίνου έχει παρουσιάσει σπουδαία πρόοδο στον τομέα της αντιμετώπισης και έχει μετατρέψει την νόσο αυτή από ανέλπιδη και «συνώνυμο» του θανάτου, σε μία αντιμετωπίσιμη και σχεδόν σε όλες τις μορφές του θεραπεύσιμη νόσο. Η αντιμετώπιση του εκτός από τις κλασικές θεραπευτικές τεχνικές (χημειοθεραπεία και χειρουργική), πλέον αντιμετωπίζεται και με πιο σύγχρονες μεθόδους και θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως για παράδειγμα είναι η ορμονοθεραπεία (Στεφανογιάννης, 2005).

Η θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: την συντηρητική και την χειρουργική θεραπεία. Στην συντηρητική θεραπεία εντάσσονται η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ αντίστοιχα στην χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνονται οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό (π.χ. μαστεκτομή), καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία όμως μπορεί να θεωρηθεί και ως θεραπεία της

συντηρητικής, διότι περιλαμβάνει αρκετά στοιχεία της (π.χ. χορήγηση ορμονών) (Κονιάρη, 1991).

Οι θεραπείες αυτές ενδέχεται να εφαρμόζονται και συνδυαστικά ώστε να επιφέρουν το καλύτερα δυνατό αποτέλεσμα. Κατά βάση η σειρά με την οποία χρησιμοποιούνται είναι πρώτα η χειρουργική και μετά η ακτινοθεραπεία ή/και η συστηματική θεραπεία, με την χρήση της χημειοθεραπείας ή της ορμονοθεραπείας. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι η σειρά αυτή προσαρμόζεται ανάλογα με τια εκάστοτε ανάγκες της ασθενούς και το μέγεθος του προβλήματος (Σακοράφα, 2000).

2.5.1 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί την πιο διαδεδομένη και αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Η επέμβαση αυτή στοχεύει στην ίαση του καρκίνου και την ταυτόχρονη αφαίρεση ιστών και λεμφαδένων, με στόχο την αφαίρεση των καρκινικών κυττάρων και των υπολειμματικών στοιχείων για την αποφυγή μία μετέπειτα μετάστασης (Στεφανογιάννης,2005). Από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα (19^{ος}), όπου ανακαλύφθηκε και η γενική αναισθησία άρχισε η χειρουργική να αποκτά μεγαλύτερο έδαφος στον τομέα της υγείας και στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Την περίοδο εκείνη ο Halsted καθιέρωσε την ριζική μαστεκτομή. Δηλαδή κατά την διάρκεια της επέμβασης, αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός, ενώ παράλληλα γίνετε και λεμφαδενικός καθαρισμός. Αν και επρόκειτο για μια ακρωτηριαστική και επώδυνη μέθοδος, έγινε αμέσως αποδεκτή και παραμένει μέχρι και σήμερα μία πολύ σημαντική τεχνική αντιμετώπισης, όπου με την πάροδο του χρόνου και της τεχνολογίας σημειώνει σημαντική πρόοδο (Καρβέλας, 2006).

Σταδιακά άρχισε να καθιερώνετε η λεγόμενη τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η οποία αν και δεν διέφερε και πολύ από την ριζική μαστεκτομή, αποδείχτηκε μέσω ερευνών ότι επιφέρει τα ίδια αποτελέσματα αλλά με λιγότερο ακρωτηριασμό στις γυναίκες. Το βασικότερο πλεονέκτημα της ήταν ότι αν και αφαιρείται εξ ολοκλήρου ο μαστός, το φυσικό περίγραμμα του θώρακα παραμένει και διατηρείται (Σακοράφα,2000).

Τα αποτελέσματα των ερευνών άρχισαν να δημοσιοποιούνται στις αρχές της δεκαετίας του '80, ενώ το 1894 οι Halsted και Mayer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή ως την μέθοδο εκλογής αρκετών γιατρών (Κονιάρη,1991).

Εν κατακλείδι, η μέθοδος αυτή των επεμβάσεων έχει συνεισφέρει σημαντικά στην εξέλιξη της χειρουργικής όχι μόνο διότι διατηρείται ο μαστός αλλά και γιατί συμβάλλει στην καλή ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα, δεδομένου της σημασίας που έχει ο μαστός για μια γυναίκα (Σακοράφα,2000).

2.5.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί επίσης μία από τις βασικές μεθόδους για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού. Βασικός στόχος της ακτινοθεραπείας είναι η καταστροφή του DNA των καρκινικών κυττάρων, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης ή μετάστασης του καρκίνου (Γκαρετ,2000). Η ακτινοθεραπεία ανακαλύφθηκε το 1896 από τον Γερμανό φυσικό Roentgen, και για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε για την διάγνωση και την θεραπεία του καρκίνου το 1899. Η αποτελεσματική θεραπεία του καρκίνου μέσω αυτής της μεθόδου έγκειται στην παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού του γενετικού υλικού των καρκινικών κυττάρων μέσω της υψηλής ενέργειας ή τις δέσμες ηλεκτρονίων που καταπολεμούν τον όγκο είτε αυτός βρίσκεται στο εσωτερικό είτε στο εξωτερικό μέρος του σώματος (Στεφανογιάννης, 2005).

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδεικτικά ως εξής (Κονιάρη,1991) :

- Ως το κύριο μέσο θεραπείας, αν δεν πραγματοποιηθεί εγχείρηση
- Ως συμπληρωματική θεραπεία εφόσον έχει γίνει εγχείρηση
- Όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της προχωρημένης κατάστασης

Παρ όλα αυτά η ακτινοθεραπεία φιλοδοξεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή. Πιο συγκεκριμένα, επικρατεί η άποψη ότι μετά από μία συντηρητική εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπολειπόμενο μαστό μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση υποτροπής και οι ασθενείς να έχουν την ίδια επιβίωση, όπως ακριβώς και μετά την μαστεκτομή.

Ωστόσο για την επίτευξη αυτή πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις, όπως είναι οι παρακάτω (Κονιάρη,1991):

- Η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια και εφόσον η χειρουργική εκτομή γίνει με μεγάλη σχολαστικότητα.
- Η ακτινοθεραπεία πρέπει να γίνει από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό.
- Εφόσον είναι εφικτό με την βιοψία πρέπει να αφαιρείται όχι μόνο ένα μέρος , αλλά ολόκληρος ο όγκος.
- Εφόσον δεν γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός, πρέπει να γίνει δειγματοληψία της μασχάλης. Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό της συμπληρωματικής θεραπείας, εφόσον αυτή χρειαστεί στην συνέχεια.

Συμπερασματικά, η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν επικουρική μέθοδο θεραπείας σε συνδυασμό με τη χειρουργική ή/και τη συστηματική θεραπεία και συνήθως ακολουθεί μετά την χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως μέσο ανακούφισης του πόνου αλλά και συρρίκνωσης του όγκου και διαφόρων άλλων συμπτωμάτων (Σακοράφα, 2000).

2.5.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες και καταξιωμένες μεθόδους παρέμβασης κατά του καρκίνου του μαστού. Δεν γνωρίζουμε ακριβώς πότε πρωτοεμφανίστηκε αυτή η μέθοδος για την θεραπεία του καρκίνου αλλά υπάρχουν πληροφορίες ότι οι Έλληνες γιατροί της αρχαιότητας χορηγούσαν χημικές ουσίες σε ασθενείς οι οποίοι εμφάνιζαν συμπτώματα του καρκίνου. Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η επιβράδυνση και ο περιορισμός των διαστάσεων που μπορεί να λάβει το νεόπλασμα. Βασικό χαρακτηριστικό πλεονέκτημα της χημειοθεραπείας είναι ότι δρα σε μέρη του σώματος όπου υπάρχουν καρκινικά κύτταρα και δεν μπορούν να προσεγγιστούν από τις άλλες θεραπείες, π.χ. ακτινοθεραπεία και χειρουργική (Στεφανογιάννης, 2005).

Όπως και όλες οι θεραπείες έτσι και αυτή πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις, ώστε να μπορέσει να επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, αυτές είναι (Κονιάρη,1991):

- Η μορφή και η ακριβής εντόπιση της νόσου

- Το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος
- Την κατάσταση της ασθενούς
- Το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
- Την πείρα των γιατρών
- Η τακτική που εφαρμόζει το εκάστοτε νοσοκομείο αναφορικά με την χημειοθεραπεία

Αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία υπάρχει η χημειοθεραπεία αυτή που έχει συμπληρωματικό ρόλο στη θεραπεία, δηλαδή εφαρμόζεται αμέσως μετά την χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει τα υπολείμματα του όγκου. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται προφυλακτική ή επικουρική χημειοθεραπεία. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται στις περισσότερες ασθενείς με ή χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, καθώς έχει την δυνατότητα να καταστρέψει όσα καρκινικά κύτταρα έχουν απομείνει μετά το χειρουργείο, αποφεύγοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης μετάστασης (Σακοράφα, 2000).

Η δεύτερη κατηγορία βασίζεται στην χρήση της χημειοθεραπείας σε ήδη διαπιστωμένες μεταστάσεις, με σκοπό να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Το τελικό αποτέλεσμα, όμως, εξαρτάται από την γενική κατάσταση της ασθενούς και την επέκταση της μεταστατικής νόσου. Δηλαδή, αν η γυναίκα βρίσκεται σε καλή κατάσταση το ποσοστό επιτυχίας είναι 50-70%. Αντιθέτως, αν ο οργανισμός της γυναίκας είναι σε άσχημη κατάσταση τότε το ποσοστό ανέρχεται σε 10-25% (Σακοράφα, 2000).

Ωστόσο, για την σωστή αντιμετώπιση πρέπει να χορηγηθούν κυτταροτοξικά φάρμακα, τα οποία έχουν δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης δράση τους, όμως επεκτείνεται τόσο στα κακοήθη κύτταρα όσο και στα υγιή κύτταρα. Αυτό συμβαίνει διότι τα κακοήθη κύτταρα πολλαπλασιάζονται πιο γρήγορα και πιο δραστήρια από ότι τα υγιή. Παρόλο που είναι σημαντική η δράση της είναι δύσκολο να οριστεί μια συγκεκριμένη δόση φαρμάκου, προκειμένου να μην επηρεάζονται τα φυσιολογικά κύτταρα (Κονιάρη, 1991).

2.5.4 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού καθιερώθηκε ως θεραπεία στα τέλη του προηγούμενου αιώνα από τον Άγγλο ιατρό Thomas Beatson, ο οποίος μελέτησε τη συσχέτιση των επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μέχρι και σήμερα η θεραπεία αυτή έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο και εξέλιξη, που δικαίως αιτιολογούν την σημαντική θέση που έχει στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού (Στεφανογιάννης, 2005).

Η ύπαρξη της ορμονοθεραπείας βασίζεται κυρίως στην θεώρηση ότι κάτω από την επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων- των λεγόμενων υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης- βρίσκονται φυσιολογικά κύτταρα. Η μέτρηση αυτών των υποδοχών αποτελεί σημαντική πληροφορία για τη πρόβλεψη του καρκίνου του μαστού (Σακοράφα, 2000).

Οι καρκίνοι βασίζονται σε θετικούς και αρνητικούς υποδοχείς. Πιο συγκεκριμένα, οι θετικοί υποδοχείς έχουν καλύτερη πρόγνωση και οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται ανάλογα με την ηλικία που βρίσκεται η γυναίκα, δηλαδή οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχουν μεγαλύτερο ποσοστό να έχουν θετικούς υποδοχείς από τις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση.

Ωστόσο, η εφαρμογή της γίνεται σε προχωρημένες περιπτώσεις, οι οποίες πληρούν τα κριτήρια της ορμονοευαισθησίας (οι λεγόμενοι ορμονικοί υποδοχείς, που αναλύσαμε παραπάνω) και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας στην θετική έκβαση της θεραπείας.

Πιο συγκεκριμένα, η ορμονοθεραπεία προτείνεται (Κονιάρη, 1991):

- Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με αργό ρυθμό
- Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μόρια
- Σε πολύ ηλικιωμένους ασθενείς
- Σε ασθενείς, οι οποίοι έχουν εμφανίσει καλή απόκριση.

2.6 Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο μας παρέχει βασικές πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού, δηλαδή την επιδημιολογία, τα συμπτώματα, αλλά και τα είδη της θεραπείας που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε σε περίπτωση εμφάνισης της νόσου. Όπως οι περισσότεροι γνωρίζουμε η εμφάνιση του καρκίνου (οποιοδήποτε είδους) οφείλεται στην μετατροπή των ιδιοτήτων των υγιεινών κυττάρων σε καρκινικά. Ο καρκίνος του μαστού στην προκειμένη περίπτωση μελέτης αποτελεί τον πιο συχνό τύπο καρκίνου στις γυναίκες -100 φορές πιο συχνός από ότι στους άνδρες. Σύμφωνα με την Κονιάρη (1991), υπάρχουν ορισμένα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, αλλά η εμφάνιση της νόσου είναι πιο σύννηθες σε νεαρές ηλικίες ενώ κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης και μετά οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου είναι μειωμένη. Με τον όρο παράγοντες κινδύνου αναφερόμαστε στην ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό (προγενέστερο και μη), την ακτινοβολία, τους ψυχολογικούς παράγοντες, κτλ. Αν και η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί ραγδαία δεν υπάρχουν ορατά συμπτώματα που να μας προδιαθέτουν. Για αυτό το λόγο οποιαδήποτε ανωμαλία που ανακαλύπτει είτε το άτομο είτε ο ιατρός καλό θα ήταν να εξεταστεί και να αξιολογηθεί. Τέλος το παρόν κεφάλαιο κλείνει με την διερεύνηση των ειδών θεραπείας σε περίπτωση εμφάνισης της νόσου, ώστε να έχουμε μια πλήρη και όσο καλά ενημερωμένη άποψη πάνω στο φαινόμενο του καρκίνου του μαστού.

Κεφάλαιο 3 : Πρόληψη ενάντια στον καρκίνο του μαστού

3.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος το μαστού αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως για τις γυναίκες. Ο μέσος όρος διάγνωσης καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα είναι περίπου 4.500 περιπτώσεις το χρόνο. Ωστόσο, η πρόληψη αποτελεί το μεγαλύτερο «όπλο» κατά του καρκίνου του μαστού, καθώς η υποβολή σε προληπτικό έλεγχο οδηγεί στην καλύτερη αντιμετώπιση του. Στην Ελλάδα περίπου το 6% των γυναικών πραγματοποιούν τον έλεγχο αυτό και αντιμετωπίζουν την νόσο με επιτυχία, ενώ το ποσοστό των γυναικών στην Ευρώπη ξεπερνά το 60%.

Οι πιο σύνηθες τρόποι πρόληψης είναι η αυτοεξέταση και μαστογραφία, ο προληπτικός έλεγχος, η διατροφή και η άσκηση. Οι τρόποι με τους οποίους μπορούμε να εντάξουμε σωστά στο πρόγραμμα μας αλλά και τα σημαντικά οφέλη που έχουν θα αναλυθούν παρακάτω (www.ftbc.gr).

3.2 Στρατηγικές πρόληψης

Για την επίτευξη της σωστής πρόληψης με τα κατάλληλα μέσα ανά περίπτωση έχουν δημιουργηθεί δύο (2) κατηγορίες, οι οποίες κατατάσσονται : σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, τα οποία καταλήγουν στη νόσηση-ακόμα και στον θάνατο-, ενώ στην δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχει ήδη κάνει την εμφάνισή της η νόσος και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο πρωιμότερο στάδιο του (π.χ. η μαστογραφία) (Κονιάρη, 1991).

3.2.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η αναζήτηση των καρκινογόνων παραγόντων εστιάζεται κυρίως σε τρεις κατηγορίες: τους ανθρώπους, τα ζώα και τις μικροβιακές καλλιέργειες. Αυτό γίνεται κυρίως γιατί στους ανθρώπους οι έρευνες είναι πιο αποτελεσματικές, καθώς είναι μη πειραματικές ή αλλιώς επιδημιολογικές, ενώ στα ζώα αν και οι έρευνες βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο- κάτι που αποτελεί και το μεγαλύτερο πλεονέκτημα τους- δεν αντανακλούν πλήρως τις σαφείς επιδράσεις τους , διότι δεν έχουν τον ίδιο μεταβολισμό με τον

άνθρωπο, κάτι που αρκετές φορές μπορεί να δημιουργήσει διάφορες καρκινογενετικές επιδράσεις. Από την άλλη, ο εργαστηριακός έλεγχος και οι μικροβιακές καλλιέργειες δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τις επιδημιολογικές ή πειραματικές αξιολόγησης της καρκινογενετικής ικανότητας των ύποπτων ουσιών, γιατί αρκετά συχνά παρέχει εσφαλμένα «θετικά» ή «αρνητικά» ευρήματα (Κονιάρη,1991).

Η εφαρμογή της πρωτογενούς πρόληψης όσο αφορά τον καρκίνο του μαστού ειδικά και τον καρκίνο με την ευρύτερη έννοια, εστιάζεται κυρίως στον εντοπισμό των παραγόντων που είναι επιβλαβείς για τον άνθρωπο και την πρόληψη του πληθυσμού μέσω της αποφυγής έκθεσης σε αυτούς είτε είναι εφικτό (π.χ. διακοπή καπνίσματος) είτε με τον περιορισμό (π.χ. υπεριώδης ηλιακή ακτινοβολία). Για την σωστή εφαρμογή της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δημιουργηθεί ειδικά εστιασμένα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης των καρκινικών παραγόντων (Στεφανογιάννης, 2005).

Ένα από τα υπάρχοντα προγράμματα ασχολείται με τον καρκίνο του μαστού και την σωστή και έγκυρη ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και διαφώτιση τόσο του γυναικείου όσο και του ανδρικού πληθυσμού. Για παράδειγμα, μέσω αυτών μπορεί να γίνει γνωστή η πρόληψη και η σωστή διατροφή. Το φαινόμενο της παχυσαρκίας είναι ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας και είναι προάγγελος διαφόρων τύπου καρκίνου, όπως του μαστού, του παχέως εντέρου και της μήτρας. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού αγνοεί την συνύπαρξη και την πρόληψη του καρκίνου μέσω της διατροφής (Στεφανογιάννης, 2005).

Ακόμα, γυναίκες οι οποίες δουλεύουν σε ακτινολογικά εργαστήρια, συχνά δεν γνωρίζουν ότι μπορούν να παρθούν ειδικά προληπτικά μέτρα, ώστε να αποφύγουν την επαφή με συγκεκριμένους καρκινογόνους παράγοντες. Ωστόσο, αυτό δεν αφορά μόνο γυναίκες που εργάζονται σε παρόμοια εργαστήρια, αλλά και γενικότερα την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ανεξαρτήτου φύλου, που συχνά δεν γνωρίζει τους κινδύνους αλλά και τα μέτρα πρόληψης που μπορεί να χρησιμοποιήσει για την αποφυγή κινδύνων αναφορικά με την υγεία του. Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες, είναι κατοχυρωμένη νομικά από εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς, κάτι που δεν είναι ευρέως γνωστό.

Παρ όλα αυτά για την σωστή εφαρμογή των εν λόγω προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να μεριμνήσει για την λήψη μέτρων που θα βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με την ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών, κατάλληλα ενσωματωμένων στις ανάγκες της κοινωνίας (Κονιάρη,1991).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση κατά του Καρκίνου ο καλύτερος και πιο εύκολος τρόπος πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης είναι ο συστηματικός έλεγχος και οι προληπτικές εξετάσεις. Αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού εστιάζει κυρίως σε τρεις ενέργειες που πρέπει κάθε γυναίκα να προγραμματίζει καθ όλη την διάρκεια της ζωής της, ιδιαίτερα αν ανήκει σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Αρχικά αναφέρεται στην αυτοεξέταση του μαστού, η οποία πρέπει να ξεκινά σε ηλικία άνω των 20 ετών, σε μηνιαία βάση πριν από την έναρξη της έμμηνης ρύσης. Σε γυναίκες ηλικίας 20-40 ετών θα πρέπει να προγραμματίζεται κάθε 3 χρόνια μία κλινική εξέταση μαστού, ενώ τέλος δεν πρέπει να αμελείται και το γενικό check up για τον καρκίνο, το οποίο γίνεται κάθε 3 χρόνια, και στο δύο φύλα εφόσον το άτομο είναι άνω των 20 ετών και κάθε 1 χρόνο εάν είναι άνω των 40 (Στεφανογιάννης, 2005).

Με την ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για την αναγκαία υποχρεωτική προληπτική εξέταση, εφόσον έχουν ολοκληρώσει το 40ο έτος της ηλικίας τους, ο καλύτερος τρόπος για να γίνει αυτό είναι τόσο με την ίδρυση τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο όσο και με την ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών σε όλη τη χώρα, οι οποίοι θα ενημερώνουν για την αντικαρκινική δράση τους και τα μέτρα πρόληψης.

Ακόμα, τόσο η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαιδευτικής και επιμορφωτικής δυνατότητας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού από άτομα που ασχολούνται με την υγεία των πολιτών –για παράδειγμα η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας και η διδασκαλία μέσω αυτών των προγραμμάτων για την ενημέρωση του κοινού- όσο και η διεξαγωγή ερευνών αναφορικά με τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του πληθυσμού , θα αποτελούσαν ισχυρά εργαλεία στην καταπολέμηση και ανίχνευση του καρκίνου του μαστού (Κονιάρη,1991).

3.2.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη εστιάζει κυρίως στην έγκυρη προσπάθεια διάγνωσης της νόσου, δηλαδή πριν την ύπαρξη συμπτωμάτων, με σκοπό την πρόληψη σοβαρών και ανίατων μορφών της νόσου. Συνεπώς η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο (Κονιάρη,1991). Κατά βάση επικεντρώνεται στον μαζικό έλεγχο μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων, με στόχο την προσπάθεια ενημέρωσης και γνωστοποίησης δύο σημαντικών εξετάσεων : το τεστ Παπανικολάου (για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας) και την μαστογραφία (για τον καρκίνο του μαστού). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί πάνω στην δευτερογενή πρόληψη έχουν αποδείξει ότι ο μαζικός έλεγχος σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό, μπορεί να μειώσει αισθητά τα ποσοστά εμφάνισης οποιαδήποτε μορφής καρκίνου (Στεφανογιάννης, 2005).

Η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου ή αλλιώς προσυμπτωματικής πρόληψης, σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, έχει απασχολήσει αρκετές έρευνες. Ωστόσο, λόγω αρκετών δυσκολιών είναι δύσκολο να πραγματοποιείται συνεχής έλεγχος σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και για αυτό περιορίζεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Κονιάρη, 1991).

Παρ όλα αυτά, όπως και στην πρωτογενή πρόληψη έτσι και στην δευτερογενή, υπάρχουν ορισμένα προγράμματα στα οποία μπορούν να απευθυνθούν οι ενδιαφερόμενες για να κάνουν τις εξετάσεις, αλλά και για να λύσουν τυχόν απορίες. Για παράδειγμα, υπάρχει η διαλογή ή αλλιώς screening, η οποία αποτελεί μία φθηνή, εύκολη και γρήγορη εξέταση για την αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, μέσω κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων.

Στα προγράμματα screening μπορούν να απευθυνθούν άτομα που νοσούν από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, με σκοπό να υποβληθούν σε αποτελεσματικές μεθόδους και προληπτικές εξετάσεις, ανεξάρτητα από την φάση στην οποία βρίσκεται ο καρκίνος. Κύριος στόχος του προγράμματος αποτελεί η ενεργή συμμετοχή του κοινού για την αναγνώριση της σημασίας που έχει η πρόληψη του καρκίνου.

Για την συμμετοχή σε αυτά τα προγράμματα, πρέπει πρώτα να αναφερθούν ορισμένα κριτήρια, τα οποία θα μας βοηθήσουν να αξιολογήσουμε την καταλληλότητα του περιοδικού προληπτικού ελέγχου. Ορισμένα από αυτά τα κριτήρια είναι τα εξής :

αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι είναι διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους, είναι ανώδυνα, δεν κοστίζουν ακριβά και είναι εύκολα στην εφαρμογή τους. Τα προγράμματα αυτά έχουν αναγνωρισμένη αξία για την ακριβή πρόωμη εντόπιση της νόσου και την γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων. Τέλος εφαρμόζονται από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παράλληλα μπορεί να συνδυάσει και την προληπτική διδασκαλία (Κονιάρη, 1991).

3.3 Μέθοδοι εφαρμογής του προσυμπτωματικού ελέγχου

Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με την προσυμπτωματική διάγνωση έχει απασχολήσει αρκετές έρευνες. Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες επικεντρώνονται τόσο σε γυναίκες που έχουν ιστορικό της νόσου ή εμφανίζουν ορισμένα συμπτώματα όσο και σε γυναίκες που αν και είναι υγιείς πρέπει να κάνουν τακτικά την εξέταση για προληπτικούς λόγους (Κονιάρη, 1991).

Το σημαντικότερο και δυσκολότερο έργο είναι η προσέλκυση υγιών γυναικών, καθώς οι γυναίκες που ανήκουν στην πρώτη ομάδα πείθονται πιο εύκολα να κάνουν την εξέταση αφού έχουν ήδη εμφανίσει συμπτώματα ή έχουν ιστορικό στην οικογένεια. Αντίθετα οι γυναίκες που ανήκουν στην δεύτερη ομάδα συχνά αμελούν σκόπιμα την εξέταση λόγω του φόβου και την προκατάληψης που επικρατεί γύρω από τον καρκίνο του μαστού. Για αυτό το λόγο οι φορείς προκειμένου να επιτύχει το πρόγραμμα, οφείλουν να δημιουργήσουν ερεθίσματα στις γυναίκες, ώστε όχι μόνο να κάνουν την εξέταση αλλά αν είναι εφικτό να την επιδιώκουν.

Για την υλοποίηση του περιοδικού ελέγχου χρειάζεται η συνεργασία πολλών ατόμων και η χρήση μεθόδων ή μηνυμάτων κατάλληλα ενσωματωμένων στο κοινό.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τον περιοδικό έλεγχο πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο κύριος στόχος της δεν είναι τόσο η διάγνωση της νόσου όσο η ανίχνευση των ανωμαλιών. Για την σωστή ανίχνευση αυτών των ανωμαλιών πρέπει αρχικά να έχει ληφθεί ένα πλήρες ιστορικό της γυναίκας-ατομικό και οικογενειακό- και στην συνέχεια να υποβληθεί σε γενικές εξετάσεις. Για μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα η γυναίκα πρέπει να κάνει κλινικές εξετάσεις όπως είναι η επισκόπηση και η ψηλάφηση και μετέπειτα ανάλογα με τα αποτελέσματα να κάνει αιματολογικές και ακτινολογικές (πχ μαστογραφία) εξετάσεις.

Ακόμα, δεν πρέπει να ξεχνάμε ένα σημαντικό κομμάτι του ελέγχου που περιλαμβάνει την αυτοεξέταση του μαστού ή αλλιώς ΑΕΜ, που είναι πιο εύκολη, πιο διαδεδομένη και περισσότερο εφικτή ως προς την πραγματοποίησή της από τις γυναίκες. Η αυτοεξέταση αποτελεί ένα μεγάλο και σημαντικό κομμάτι, καθώς πραγματοποιείτε από την ίδια την γυναίκα. Σε περίπτωση εμφάνισης κάποιου όγκου η γυναίκα μπορεί να απευθυνθεί στον οικογενειακό γιατρό ή σε ειδικά κέντρα, ώστε να κάνει μαστογραφία (Κονιάρη,1991).

Αν και η μέθοδος της μαστογραφίας μας δείχνει τα ογκίδια που δημιουργούνται, είναι πιο αποτελεσματική όταν η γυναίκα έχει μπει στην εμμηνόπαυση, ενώ πριν την εμμηνόπαυση χρησιμεύει ως πρόληψη στην τυχόν επερχόμενη καρκινογένεση. Όμως ορισμένες φορές μπορεί να αποτύχει, καθώς 3 στις 10 γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν λανθασμένα αποτελέσματα από τον τριετή έλεγχο (Κονιάρη,1991).

3.3.1. Κινητές μονάδες

Οι «κινητές διαγνωστικές μονάδες» αποτελούν ένα μέσο για την διεξαγωγή προληπτικών εξετάσεων κυρίως σε απομακρυσμένα μέρη (όπως είναι τα χωριά και η επαρχία) αλλά και τα μεγάλα αστικά κέντρα. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, κτλ, που μετακινούνται συχνά με ειδικά διαμορφωμένα αυτοκίνητα, ώστε να μπορούν να πραγματοποιούνται οι εξετάσεις. Σκοπός των κινητών μονάδων είναι τόσο η ενημέρωση για τις δυνατότητες πρόληψης και βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων, όσο και η δυνατότητα πραγματοποίησης δωρεάν κλινικών εξετάσεων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Συμπερασματικά, πρέπει να τονίσουμε την ιδιαίτερη δράση τους, ειδικά σε επαρχιακές πόλεις και χωριά, καθώς αρκετές φορές εκτός από ελλιπής ενημέρωση δεν υπάρχουν γιατροί ή εξειδικευμένο προσωπικό για να εξεταστούν ή να ενημερωθούν (Κονιάρη,1991).

3.3.2. Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης

Τα ιατρεία προκλινικής διάγνωσης στηρίζονται κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο σε αρκετές περιπτώσεις ενστερνίζεται το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και μετέπειτα τόσο σε επιστήμονες συμπεριφοράς όσο και σε διάφορους τεχνικούς. Ο ρόλος των γιατρών σε αυτές τις περιπτώσεις είναι καθαρά συμβουλευτικός. Ο

έλεγχος που πραγματοποιείται στα προγράμματα αυτά είναι προκλινικός, δηλαδή ελέγχεται η πιθανότητα εμφάνισης και ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού και όχι αν η εξεταζόμενη πάσχει ήδη από αυτόν (Κονιάρη,1991).

3.4 Αξιολόγηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου

Με την χρήση του περιοδικού ελέγχου το ποσοστό θνησιμότητας έχει μειωθεί αισθητά κατά 30 % σε άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 50-64. Επίσης λόγω της έγκαιρης διάγνωσης, υπάρχουν χαμηλότερα ποσοστά σχετικά με την εξέλιξη της νόσου και ως αποτέλεσμα λιγότερα έξοδα και το πιο βασικά λιγότερο και όχι τόσο επιβαρυντική θεραπεία για το άτομο.

Ωστόσο, λόγω της μη ακριβούς καταγραφής των μακροπρόθεσμων οφελών από τα προγράμματα του περιοδικού ελέγχου είναι αδύνατον να εκτιμηθεί ακριβώς η κατάσταση. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της βραχείας χρονικής διάρκειας των ανιχνευτικών προγραμμάτων και του μειωμένου ποσοστού συμμετοχής. Τέλος, η επιτυχία των προγραμμάτων αυτών εξαρτάται αποκλειστικά από το εξειδικευμένο προσωπικό και την εμπειρία του πάνω σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.

Ως εκ τούτου, τα παραπάνω συντελούν στην δημιουργία μειονεκτημάτων όπως είναι η δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο λόγω της βραχείας χρονικής διάρκειας, η εμφάνιση καρκίνου μετά από την έκθεση σε ακτινοβολία- συνήθως εμφανίζεται μετά τις μαστογραφίες- και τέλος και πολύ σημαντικό τα ψυχολογικά τραύματα που δημιουργούνται στα άτομα είτε έχουν καρκίνο είτε όχι από τις πολλαπλές και επαναλαμβανόμενες εξετάσεις (Κονιάρη,1991).

3.5 Η άθληση ως μέσο πρόληψης

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου στις γυναίκες παγκοσμίως, έχοντας έντονη ανοδική πορεία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει στην Ευρώπη, έχει αποδειχτεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι 60% μεγαλύτερος στην Δυτική Ευρώπη από την Ανατολική Ευρώπη. Μέχρι και το 2000 εκτιμάται ότι υπήρξαν περίπου 350.000 νέα περιστατικά, εκ των οποίων τα 130.000 ήταν καταγεγραμμένοι θάνατοι. Επομένως ο καρκίνος του μαστού είναι υπεύθυνος για το 26,5 % των περιπτώσεων του καρκίνου και το 17,5% των θανάτων στην Ευρώπη (www.cancer-society.gr).

Σύμφωνα με διεθνούς οργανισμούς η καθημερινή φυσική δραστηριότητα διάρκειας 30 έως 60 λεπτά προλαμβάνει τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης του καρκίνου κατά 20% έως και 80%. Τονίζεται επίσης ότι όσο μικρότερος ξεκινήσει κάποιος την φυσική άσκηση, συνεχίζοντας την και στην ενήλικη ζωή, τόσο μεγαλύτερα οφέλη θα αποκομίσει υπέρ της πρόληψης εμφάνισης καρκίνου (www.ftbc.gr).

Πιο συγκεκριμένα, ο καρκίνος του μαστού έχει άμεση συσχέτιση με την πρόωμη έναρξη της έμμηνης ρύσεως, την καθυστερημένη εμμηνόπαυση και την παχυσαρκία (ιδιαίτερα όταν εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση). Ωστόσο, η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να αποτελεί έναν ενθαρρυντικό τρόπο πρόληψης, τα οφέλη της οποίας θα αναπτυχθούν παρακάτω.

Αναφορικά με τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχτεί ότι τα σημαντικότερα είναι τα εξής (www.cancer-society.gr):

α) Μειώνει την έκθεση σε φυλετικές ορμόνες: εάν η φυσική δραστηριότητα ξεκινήσει σε πολύ μικρή ηλικία και συνεχιστεί κατά την ενήλικη ζωή λειτουργεί ως προστασία απέναντι στο καρκίνο του μαστού και αποφεύγονται φαινόμενα όπως είναι η έναρξη της πρόωμης ρύσης. Αυτό με την σειρά του- εφόσον η άσκηση «καίει» τα λίπη- βοηθά στην ύπαρξη φυσιολογικών επιπέδων οιστρογόνων και την αποφυγή αυτών σε ανδρογόνα.

β) Μειώνει το βάρος στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και ελέγχει την επανάκτηση του χαμένου βάρους: οι γυναίκες με καθιστικό τρόπο ζωής έχουν 29% μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε αντίθεση με τις γυναίκες που γυμνάζονται πχ περπατούν έστω και για 1 ώρα ημερησίως, καθώς οι γυναίκες αυτές μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατά 40%. Ακόμα οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση που γυμνάζονται έστω και 30 λεπτά ημερησίως μειώνουν το ποσοστό εμφάνισης κατά 14%, σε αντίθεση με τις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση.

γ) Μειώνει την παχυσαρκία και προστατεύει και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα: ο σωστός τρόπος πρόληψης είναι η χαμηλή έντασης άσκηση για πολλές ώρες την εβδομάδα παρά η έντονη άσκηση για λίγες ώρες την εβδομάδα.

Όπως είναι γνωστό, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός σε γυναίκες που έχουν μπει στην εμμηνόπαυση. Αυτό εν μέρει οφείλεται και στην μείωση της φυσικής δραστηριότητας, λόγω της φαρμακευτικής αγωγής ή της ανάρρωσης ή και των δύο μαζί. Για αυτό το λόγο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συνεχίσουν ή να αρχίσουν την φυσική δραστηριότητα, διότι με αυτό τον τρόπο όχι μόνο μπορούν να βελτιώσουν τον τρόπο ζωής τους γενικότερα αλλά και πιο ειδικά να βελτιώσουν την συγκεκριμένη κρίσιμη περίοδο τη ζωής τους όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχοκοινωνικά (www.cancer-society.gr).

3.5.1 Η συνύπαρξη της διατροφής με την άσκηση

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Μελέτες που έχουν γίνει σε όλο τον κόσμο τα τελευταία χρόνια έχουν αποδείξει ότι ορισμένα τρόφιμα που καταναλώνουμε περιέχουν συστατικά που ενδέχεται να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ και η μεσογειακή διατροφή- αν και δεν έχει εδραιωθεί πλήρως η άποψη για τα οφέλη της, καθώς παρουσιάζει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα- έχουν συσχετιστεί με την πιθανή εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Στον αντίποδα, η κατανάλωση προϊόντων σόγιας φαίνεται ότι ελαχιστοποιεί αισθητά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου και ιδιαίτερα του καρκίνου του μαστού (Μουρούτη, 2015).

Παρ όλα αυτά δεν υπάρχει μόνο ένας υπεύθυνος παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου. Από μία πλούσια διατροφή σε λιπαρά και κόκκινο κρέας μέχρι την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, τα οποία περιέχουν μεγάλες ποσότητες παρασιτοκτόνου που χρησιμοποιούνται για την γρήγορη ανάπτυξη τους, δεν μπορούμε να τα θεωρήσουμε υπεύθυνα για την εμφάνιση της νόσου. Για να μπορέσουμε να αιτιολογήσουμε την θέση αυτήν πρέπει να γνωρίζουμε ότι πρέπει να συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες και μία σειρά από γεγονότα, όπου θα πυροδοτήσουν αυτήν την αλυσιδωτή αντίδραση, με τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση της νόσου (Arnot,2011).

Η πρόληψη και η σωστή διατροφή σε συνδυασμό με την άσκηση μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση του καρκίνου γενικά και του καρκίνου του μαστού ειδικά, εφόσον υπάρχει και βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, αλλά και ανεξαρτήτως αυτού. Παρακάτω θα αναφερθούν 7 απλά βήματα που μπορούμε να ακολουθήσουμε, ώστε αν ενσωματώσουμε στην ζωή μας έναν υγιεινό πρόγραμμα (Ξένος, 2008).

Πιο συγκεκριμένα (Ξένος, 2008) :

1. Μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ

Σύμφωνα με έρευνες η κατανάλωση αλκοόλ στις γυναίκες μπορεί να αποτελεί κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού λόγω της επίδρασης του στα επίπεδα φυλετικών στεροειδών ορμονών. Γι αυτό το λόγο η κατανάλωση του αλκοόλ προτείνεται να περιοριστεί καθημερινά σε 1 μερίδα αλκοόλ = 50ml όπως το ούισκι, η βότκα, το τζίν ή 120 ml κρασί ή 1 κουτάκι μπίρα (330 ml)

2. Μείωση κατανάλωσης κόκκινου κρέατος και των προϊόντων του

Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως η συσχέτιση του κόκκινου κρέατος με τον καρκίνο του μαστού, πολλές έρευνες θεωρούν ότι το κορεσμένο λίπος που εμπεριέχει μπορεί να οδηγήσει σε γυναίκες την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Παρ όλα αυτά σύμφωνα με διεθνούς φορείς η μέση κατανάλωση κόκκινου κρέατος πρέπει να περιοριστεί σε 2-3 φορές το μήνα.

3. Διαμόρφωση αναλογίας μεταξύ των ω6 και ω3 λιπαρών οξέων στη διατροφή σας

Η διατροφή μας περιέχει διάφορους τύπους ακόρεστων λιπαρών, όπως τα ω3 (που βρίσκονται σε σημαντικά ποσά στα ψάρια, στον λιναρόσπορο- flaxseed και στα καρύδια) και τα ω6 (που βρίσκονται κυρίως στο ελαιόλαδο και στο αβοκάντο). Η μεσογειακή διατροφή, που έχει υιοθετηθεί σε πολλές χώρες, συνεπάγεται αναλογία πρόσληψης ω6 προς ω3 ίση με 15 έως και 17 προς 1. Η συγκεκριμένη αναλογία θεωρείται ως μέσο πρόληψης στην εκδήλωση, αλλά και στην εξέλιξη πολλών νοσημάτων φθοράς, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού. Παράλληλα και ανεξάρτητα από την αναλογία πρόσληψης ω6/ω3, αξιόπιστες μελέτες υποδεικνύουν πως τα ω3 λιπαρά σχετίζονται με μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Για την σωστή διαμόρφωση ενός υγιούς και σωστού τρόπου πρόληψης, καλό θα ήταν η συμβουλή ενός διαιτολόγου.

4. Το ελαιόλαδο

Αν και δεν έχει διευκρινιστεί απολύτως που οφείλεται η ευεργετική του δράση, σύγχρονα και επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία θεωρούν το ελαιόλαδο ως ασπίδα προστασίας έναντι του καρκίνου του μαστού. Παράλληλα, στην προσπάθεια

για μείωση της υψηλής κατανάλωσης ω6 λιπαρών, το ελαιόλαδο προβάλλεται ως ενδεδειγμένη εναλλακτική λύση (Ξένος, 2008).

5. Καθημερινή κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων ή λαχανικών

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο (AICR) εκτιμά πως αν η μοναδική διαιτητική παρέμβαση ήταν η αύξηση των φρούτων και των λαχανικών σε 5 μερίδες καθημερινά, θα είχαμε μια μείωση του κινδύνου για εκδήλωση καρκίνου έως και 20%. Η προστατευτική δράση των φρούτων και των λαχανικών οφείλεται σε μια πληθώρα ουσιών (φυτικές ίνες, αντιοξειδωτικά και δεκάδες άλλα βιοενεργά συστατικά) που δρουν είτε μεμονωμένα είτε συνεργατικά. Αν και, ειδικά για τον καρκίνο του μαστού, τα επιστημονικά δεδομένα για την ευεργετική δράση των φρούτων και λαχανικών βρίσκονται σε μια διαρκή αντιπαράθεση, γνωρίζουμε σήμερα πως υπάρχουν φυτοχημικά συστατικά των τροφών με τεκμηριωμένη θετική επίδραση. Οι ουσίες αυτές, που εμπεριέχονται σε σημαντικά ποσά στα σταυρανθή (μπρόκολο, κουνουπίδι, λαχανάκι Βρυξελλών), ακούν προφυλακτική επίδραση μέσω της εμπλοκής τους στον μεταβολισμό των οιστρογόνων και της ενίσχυσης ενδογενών αντιοξειδωτικών μηχανισμών. Για αυτό το λόγο πρέπει να εντάξουμε στο καθημερινό μας πρόγραμμα την κατανάλωση 1 μερίδα φρούτων = 1 μέτριο φρούτο ή 3/4 ποτηριού χυμός φρούτου ή 1 μερίδα λαχανικών = 1 ατομικό μπολ σαλάτα με λαχανικά.

6. Διατήρηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους

Τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα αναδεικνύουν τη σημασία του σωματικού βάρους στους παράγοντες που διαμορφώνουν τον κίνδυνο για την εκδήλωση διαφόρων μορφών καρκίνου. Για παράδειγμα, η υπερινσουλιναίμια, συχνή συνοδός κατάσταση της παχυσαρκίας, πυροδοτεί μια σειρά αλλαγών στα επίπεδα σημαντικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η σωματομεδίνη-1 (insulin growth factor, IGF-1), που εμπλέκεται στον καρκίνο του μαστού. Από την άλλη, τα λιποκύτταρα συμπεριφέρονται ως ενδοκρινή κύτταρα, εκκρίνοντας μια σειρά ορμονών και αυξητικών παραγόντων που επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του καρκίνου του μαστού. Η διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους επιτυγχάνεται όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ της ενέργειας που αποδίδουν οι καταναλισκόμενες τροφές και της ενέργειας που δαπανάται.

7. Συστηματική άσκηση

Επιλέξτε τη δραστηριότητα που σας ψυχαγωγεί (χορός, κολύμβηση, περπάτημα, ποδήλατο, κτλ) και απολαύστε τις μοναδικές ευεργετικές επιδράσεις που έχει η άσκηση σε όλους τους ιστούς του ανθρώπινου σώματος (Ξένος, 2008).

3.6 Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο διαπραγματεύεται την αναγκαιότητα της σωστής ενημέρωσης για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η πρόληψη αποτελεί το μεγαλύτερο «όπλο», καθώς η υποβολή σε προληπτικό έλεγχο οδηγεί στην καλύτερη αντιμετώπιση του. Οι πιο σημαντικοί τρόποι πρόληψης –που αναφέρθηκαν διεξοδικά παραπάνω- είναι η αυτοεξέταση, η μαστογραφία, ο προληπτικός έλεγχος, η διατροφή και η άσκηση.

Οι στρατηγικές πρόληψης χωρίζονται στην πρωτογενή και την δευτερογενή πρόληψη. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι η πρωτογενής πρόληψη χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό των παραγόντων εκείνων που είναι επιβλαβείς για τον άνθρωπο, με σκοπό την αποφυγή έκθεσης σε αυτούς μέσω ειδικά σχεδιασμένων και εστιασμένων προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης των καρκινικών παραγόντων-στόχος η ενημέρωση, διαπαιδαγώγηση και διαφώτιση του πληθυσμού ανεξαρτήτου φύλου. Συμπληρωματικά, η δευτερογενής πρόληψη εστιάζει στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Με λίγα λόγια δηλαδή στην έγκυρη προσπάθεια διάγνωσης της νόσου –πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων- μέσω των μαζικών ελέγχων μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού. Και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν ειδικά προγράμματα, όπου κάποιος μπορεί να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις (πχ. Διαλογή), εφόσον όμως πληρούν ορισμένα κριτήρια. Αν και ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αφού έχει ως στόχο την ανίχνευση ανωμαλιών, παρουσιάζεται μία αυξημένη δυσκολία προσέλκυσης υγιών γυναικών. Βασικό ρόλο έχει εδώ η μαστογραφία και η αυτοεξέταση του μαστού από την ίδια την γυναίκα.

Ακόμα, η άθληση και η σωστή διατροφή –είτε σε συνδυασμό είτε μεμονωμένα- έχουν πλούσια οφέλη, ειδικά όταν ξεκινούν από μικρή ηλικία και σε συστηματική βάση. Πιο συγκεκριμένα, βάση ερευνών και μελετών αποδείχθηκε ότι η καθημερινή φυσική δραστηριότητα διάρκειας 30-60 λεπτών μπορεί να μειώσει την εμφάνιση της νόσου σε ποσοστό 20-80%.

Για την σωστή ενημέρωση, διαφώτιση και εξέταση του πληθυσμού πέρα από τα μεγάλα αστικά κέντρα έχουν δημιουργηθεί οι κινητές μονάδες. Σκοπός τους είναι η

ενημέρωση για τις δυνατότητες πρόληψης και βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και η δυνατότητα πραγματοποίησης κλινικών εξετάσεων για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε απομακρυσμένες περιοχές.

Συμπερασματικά, τα οφέλη όλων των παραπάνω τρόπων αντιμετώπισης έχουν δείξει ότι με την χρήση του περιοδικού ελέγχου το ποσοστό θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού έχει μειωθεί κατά 30%.

Κεφάλαιο 4 : Το σοκ της διάγνωσης : οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθενούς

4.1 Εισαγωγή

Όλες οι ασθένειες φοβίζουν το άτομο όσο αφορά την ζωή του . Για την κοινωνία, γενικότερα, ο καρκίνος θεωρείτε ως μία από τις πιο σοβαρές ασθένειες ,η οποία αλληλεπιδρά σε προσωπικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον, καθώς οι ισορροπίες της ζωής διαφοροποιούνται . Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του μαστού για την γυναίκα έχει διπλό και αντίθετο χαρακτήρα, αφού από την μία ο μαστός συμβολίζει την υγεία και την ομορφιά και από την άλλη η νόσος αυτή είναι αίτιο θανάτου (Κονιάρη,1991).

Στατιστικά στοιχεία μας δείχνουν πως στις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος, με συχνότητα 1 στις 9 γυναίκες να ενδέχεται πως θα νοσήσουν κατά την διάρκεια της ζωής τους. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ραγδαία αύξηση των περιπτώσεων για καρκίνο του μαστού με κυρίαρχους λόγους τον δυτικό τρόπο ζωής, την παχυσαρκία, την καθιστική ζωή, την απομάκρυνση από τη μεσογειακή ή υγιεινή διατροφή αλλά και την καθυστέρηση της μητρότητας (Σακοράφα, 2000).

Οι τρόποι που αντιδρά μια γυναίκα όταν μάθει ότι προσβλήθηκε από αυτή την νόσο θα αναπτυχθούν στην συνέχεια μαζί και τα στάδια τα οποία περνά μέχρι να μπορέσει να αντιληφθεί και να ενσωματώσει την ζωή της στα νέα αυτά δεδομένα.

4.2 Η αντίδραση της ασθενούς

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ο σοβαρότερος και ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Όταν φτάσει η στιγμή για την ανακοίνωση της διάγνωσης δημιουργούνται διάφορα συναισθήματα όπως σοκ, φόβος, άρνηση, θυμός, ψυχολογικές αντιδράσεις ,κατάθλιψη και μοναξιά. Ο καρκίνος του μαστού έχει συνέπειες στην ζωή της γυναίκας όπως για παράδειγμα η ανατάραξη των προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η εργασία, η οικονομική ζωή και ο κοινωνικός αποκλεισμός (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1991).

Σχετικά με τις ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών αναφέρετε πως οι ασθενείς περνούν από τρεις φάσεις μέχρι να αποδεχθούν το γεγονός αυτό. Σε πρώτη

φάση, το άτομο νιώθει ανησυχία σε μεγάλο βαθμό και πανικοβάλλεται, σε δεύτερη φάση ξεκινάει να συνειδητοποιεί το πρόβλημά του και την κατάσταση -εδώ βλέπουμε πως αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα και αντιδράσεις -άρνηση και φόβο πως θα πεθάνει-, ενώ στη τρίτη και τελική φάση το άτομο ενδέχεται να αναπτύξει ψυχιατρικής φύσεως προβλήματα ή να μπορέσει να προσαρμοστεί στην συγκεκριμένη κατάσταση

Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι ανάλογες εκείνων που εμφανίζουν τη νόσο. Η κατεύθυνση προς την οποία θα εξελιχθούν οι μηχανισμοί άμυνας θα εξαρτηθεί από την προσωπικότητα του ασθενούς, από την εξέλιξη της νόσου και τα υποστηρικτικά συστήματα. Οι πιο κοινοί ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας είναι οι ακόλουθοι (Ρηγάτος, 2000) :

1. Άρνηση. Η ασθενής απορρίπτει την διάγνωση. Μέσω του μηχανισμού αυτού η ασθενής υποβαθμίζει τα ενοχλήματά της ή τα ερμηνεύει ως προερχόμενα από άλλες αιτίες. Σε αυτόν τον συχνότερο αμυντικό ψυχολογικό μηχανισμό οφείλονται και οι περισσότερες καθυστερήσεις προέλευσης της ασθενούς σε περιπτώσεις υποτροπής της νόσου.
2. Απώθηση. Με αυτόν τον μηχανισμό η καρκινοπαθής γνωρίζει τα συμπτώματα, αλλά αδιαφορεί για αυτά και δεν ασχολείται μαζί τους, ωθώντας τα στο περιθώριο της συνείδησης της.
3. Υπεραναπλήρωση. Ο ψυχολογικός αυτός μηχανισμός βοηθάει τον ασθενή να ανακτήσει τη χαμένη του αυτοπεποίθηση, στο βαθμό που μπορεί. Με λίγα λόγια αυξάνει την δραστηριότητά του, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια και γενικά εντοπίζετε η προσπάθεια αναπλήρωσης όλων αυτών που ενδεχομένως θα χάσει λόγω της νόσου.
4. Προβολή. Μέσω του μηχανισμού αυτού η ασθενής προβάλλει σε άλλους ασυνείδητα ως δικές του διάφορες μορφές και ιδέες ενοχής και μομφής. Δηλαδή, γίνεται επιθετικός προς το οικογενειακό και οικείο του περιβάλλον, ώστε να μην στρέψει την επιθετικότητά της προς τον εαυτό της.

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού βάζει την γυναίκα να αντιμετωπίσει δυο μεγάλες καταστάσεις/κατηγορίες προβλημάτων. Στην πρώτη κατηγορία υπάρχουν οι ανησυχίες όπου δημιουργούνται μέσω της ίδιας της ασθένειας και τις επιπτώσεις που επιφέρει η θεραπεία, ενώ στην δεύτερη ανήκουν τα προβλήματα που δημιουργούνται

από το πως χειρίζονται τις σχέσεις , οι μετατροπές στο περιβάλλον της εργασίας με επιπτώσεις στην οικονομική της ζωή και ο κοινωνικός αποκλεισμός μέσω της ασθένειας της . Βάση των παραπάνω δημιουργείται ο προβληματισμός , στο πως οι γυναίκες με καρκίνο στο μαστό μπορούν να στηριχτούν στις δικές τους δυνάμεις , ποιες άμυνες υπάρχουν και πως επηρεάζεται το στενό και κοινωνικό της περιβάλλον .

Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου, παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα έχουν διαμορφώσει με το πέρασμα του χρόνου το κοινωνικό στίγμα της νόσου δημιουργώντας μια δυσλειτουργική στάση απέναντι στο θέμα του καρκίνου. Οπότε τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τον καρκίνο ξεκινούν από την «κοινωνική ταυτότητα» της νόσου. Ο τρόπος δε που θα βιώσει ο κάθε ασθενής στην κατάσταση που γεννά ο καρκίνος του, θα εξαρτηθεί άμεσα τόσο από τη δική του αντίληψη περί καρκίνου όσο και του περιβάλλοντός του, οικογενειακού και κοινωνικού.. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γυναίκες που ενημερώθηκαν ότι έχουν νοσήσει από τον καρκίνο του μαστού να διανύουν 5 στάδια- η θεωρία των 5 σταδίων που έχει διατυπώσει και θα αναλυθούν παρακάτω της Kuber Ross- προκειμένου να αποδεχτούν το πρόβλημα για να μπορέσουν να το αντιμετωπίσουν (Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991).

4.2.1 Το στάδιο της άρνησης και της απομόνωσης

Σύμφωνα με την Elisabeth Rubler-Ross (1969) κατά το πρώτο στάδιο η ασθενής απαρνείται τη διάγνωση. Πιστεύει πως κάτι πήγε λάθος, πως δεν γίνεται να της συμβαίνει αυτό. Η άρνησή της λειτουργεί σαν ασπίδα όπου προσπαθεί να αυτοπροστατευτεί , αποτελώντας έναν φυσιολογικό μηχανισμό. Ωστόσο λόγω αυτού του μηχανισμού η ασθενής δεν υπολογίζει τις ενοχλήσεις που νιώθει και αυτό συχνά οδηγεί στην υποτροπή της νόσου ή την μετάσταση της (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

Πιο αναλυτικά σε αυτό το στάδιο η ασθενής απαρνείται την συμπτωματολογία της νόσου στην αρχική φάση της και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αργήσει να ζητήσει ιατρική βοήθεια . Δεν δέχεται πως έχει ενδείξεις υποτροπής ή αναπηρίας και απλά αγνοεί τις επιπτώσεις. Δίνει βάση στην τωρινή αγωγή και αγνοεί τις μελλοντικές επιπτώσεις που θα φέρει μαζί της η ασθένεια και η θεραπεία στην ζωή της. Δεν συνειδητοποιεί πως πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια που απειλεί την ζωή της και σκέφτεται πως θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γεράματα (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

Ταυτόχρονα όμως η άρνηση των επιπτώσεων και η πιθανότητα θανάτου μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή της ασθενούς, καθώς επιτρέπει στον εαυτό της μέσω της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει την εξέλιξη, να βάζει στόχους για το μέλλον, να θέτει ένα πρόγραμμα στην ζωή της, να συνεχίζει να έχει σχέσεις με το περιβάλλον της και γενικότερα να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα ως λιγότερο απειλητική. Η άρνηση όμως των συμπτωμάτων της νόσου και η μη προσφυγή σε κάποιον ειδικό επιφέρει πολλές αρνητικές συνέπειες στην υγεία της (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

4.2.2 Το στάδιο του θυμού.

Στο δεύτερο στάδιο πολλοί ασθενείς συχνά κάνουν την ερώτηση «γιατί εγώ?». Κύριο χαρακτηριστικό είναι ο θυμός που εκδηλώνετε είτε στα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος -στους φαινομενικά «υγιείς» για την ασθενή- είτε προς τους ειδικούς. Τα αισθήματα θυμού , αδικίας και έλλειψης ελέγχου είναι χαρακτηριστικά του σταδίου αυτού. Η έκφραση του θυμού θεωρείτε ως μια φυσιολογική αντίδραση του ατόμου, καθώς καλείτε να αποδεχτεί την αλλαγή στην ζωή του και τον ενδεχόμενο θάνατο (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

Οι ασθενείς σε αυτό το στάδιο νιώθουν πικρία, δεν μπορούν να πιστέψουν πως ο οργανισμός τους είναι ευάλωτος και πως έχουν αδύναμο σημείο. Εκδηλώνουν εξάρσεις θυμού με τον ίδιο τους τον εαυτό και ταυτόχρονα προς τους οικείους τους ,την οικογένεια τους ,τους φίλους τους, ενώ παράλληλα ξεχνούν ή αναθεωρούν τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Αυτός ο θυμός έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία εντάσεων στις προσωπικές του σχέσεις όπως είναι η οικογένεια, οι συγγενείς, οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα. Έστω και αν έχει ανάγκη την κατανόηση και την στήριξη του περιβάλλοντος του γενικότερα. Όμως μπορεί ο θυμός να τον ευνοήσει και να απαιτήσει ή ακόμα και αν διεκδικήσει την έγκαιρη ενημέρωση για την νόσο, την φροντίδα και να είναι ενεργός στο κομμάτι της θεραπείας του (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

4.2.3 Το στάδιο της συνδιαλλαγής.

Στο τρίτο αυτό στάδιο οι ασθενείς πιστεύουν πως αν δείξουν ένα καλό πρόσωπο η νόσος θα εξαφανιστεί. Το τρίτο στάδιο μεταφράζεται και ως μία παύση από την

πλευρά των ασθενών προκειμένου να μπορέσουν να κατανοήσουν τον καρκίνο και τις αλλαγές που θα επιφέρει στην ζωή τους (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

4.2.4 Το στάδιο της κατάθλιψης.

Κατά την Kubler-Ross (1969) υπάρχουν δύο είδη κατάθλιψης. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη, στο οποίο η ασθενής ανοίγει την ψυχή της, δηλαδή εκδηλώνει τα συναισθήματα της, ανταλλάσει απόψεις μαζί με την διεπιστημονική ομάδα που συνήθως αποτελείται από τον γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τον κοινωνικό λειτουργό, κτλ. Αυτό θεωρείται ως μέθοδος που επιδρά θετικά στην ασθενή. Το δεύτερο είδος κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική , δηλαδή η ασθενής προπαρασκευάζεται το τελικό στάδιο. Νιώθει πως θα πεθάνει, έχει ολοκληρωμένη εικόνα για το μέλλον της -δηλαδή πως θα χάσει όσους αγαπάει, με αποτέλεσμα να πέφτει σε κατάθλιψη . Σε αυτό το στάδιο δεν έχει σκοπό την συζήτηση. Το μόνο που μπορούν να κάνουν τα δικά της άτομα είναι να της σταθούν , χωρίς πολλά λόγια και να της δώσουν την ευκαιρία να ανοιχτεί από μόνη της και να εκφράσει την λύπη της .

Η ασθενής ξεκινά να αποδέχεται το ενδεχόμενο πως θα πεθάνει και θρηνεί. Σκέφτεται την ζωή που είχε έως τώρα και πως έχει γίνει. Η εξωτερική της εμφάνιση, η ενέργειά της και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της έχουν διαφοροποιηθεί.

Η απαισιοδοξία , η θλίψη, η έλλειψη κοινωνικότητας, η μείωση ενδιαφερόντων είναι τα κύρια συναισθήματα που διακατέχουν την ασθενή. Η στήριξη σε όλα τα στάδια είναι σημαντική μόνο που εδώ προστίθεται και η κατανόηση καθώς και η αποδοχή της κατάσταση και τα συναισθήματα της, μέσω της κατάλληλης στήριξης που χρειάζεται . Οι αντιδράσεις αυτές είναι παροδικές και ουσιαστικά η κατάθλιψη επιτρέπει στον άρρωστο να θρηνήσει την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί σε μια νέα (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

4.2.5 Το στάδιο της αποδοχής.

Η άρρωστη κατανοεί το επερχόμενο τέλος της . Ξεκινά να περιορίζει τα ενδιαφέροντά της και προσπαθεί όσο το δυνατό να μένει μόνη της . Η τηλεόραση βγαίνει από το πρόγραμμα της και η σχέση της με το οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον σπανίως περιλαμβάνει ομιλία, αλλά κυρίως νοήματα (Elisabeth Kübler-Ross , 1969).

Συμπερασματικά αναφορικά με τα στάδια ο χρόνος που διαρκεί το κάθε στάδιο διαφέρει από ασθενή σε ασθενή . ακόμα δεν είναι λίγες οι φορές που κάποιος ασθενείς μένει σε ένα στάδιο για πολύ καιρό ή μεταπηδά σε στάδια (από το ένα στο άλλο) ακανόνιστα πολλές φορές την ημέρα (Elisabeth Rubler-Ross ,1969).

4.3 Ανακεφαλαίωση

Ο καρκίνος θεωρείται μία από τις πιο σοβαρές ασθένειες και αλληλεπιδρά σε πολλαπλά επίπεδα (προσωπικό, οικογενειακό, εργασιακό,κοινωνικο,κτλ.). Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες είναι 1 στις 9- αρκετά αυξημένος αριθμός ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια λόγω της ποιότητας ζωής-. Για την γυναίκα η διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί μία αναταραχή και ανακατάταξη στην ζωή της. Τα συναισθήματα που την διακατέχουν κατά την περίοδο της ανακοίνωσης θα μπορούσαμε να τα κατατάξουμε σε 3 φάσεις : 1. Ανησυχία 2. Συνειδητοποίηση και τέλος 3. Προσαρμογή ή ανάπτυξη κάποιου προβλήματος ψυχιατρικής φύσεως. Τις φάσεις αυτές τις περπά με την ανάπτυξη ορισμένων μηχανισμών άμυνας. Οι κυριότεροι είναι τέσσερις : 1. Άρνηση 2. Απώθηση 3. Υπεραναπλήρωση και τέλος 4. Προβολή. Συμπερασματικά, όλα τα παραπάνω αποτελούν στοιχεία τα οποία εμφανίζονται σε 5 στάδια μέσω των οποίων η γυναίκα περνά από το αρχικό σοκ και την άρνηση στην αποδοχή του προβλήματος υγείας που έχει και την καταπολέμηση του.

Κεφάλαιο 5 :Το οικογενειακό περιβάλλον στην αποκατάσταση της ασθενούς

5.1 Εισαγωγή

Μέχρι πρότινος, η διάγνωση του καρκίνου θεωρούνταν συνώνυμο με την θανατική καταδίκη. Ωστόσο, στις μέρες μας η περιρρέουσα αυτή εντύπωση έχει αντικατασταθεί από την εξοικείωση με μία χρόνια πάθηση που σε αρκετές περιπτώσεις αντί να είναι θανατηφόρα, χαρακτηρίζεται ως θεραπεύσιμη. Η άποψη αυτή αντικαταστάθηκε λόγω της πρόληψης, της σωστής αντιμετώπισης συμπτωμάτων και των θεραπευτικών αγωγών, που επιτρέπουν στον ασθενή να έχει όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή, μαθαίνοντας να συνυπάρχει με την πάθηση του (Dollinger et al, 1992).

Ακόμη και πριν μερικές δεκαετίες, ο όρος καρκίνος δεν αναφέρονταν- αντί για τον όρο καρκίνο χρησιμοποιούσαν τον όρο πρόβλημα, κακοήθεια ή όγκος- καθώς θεωρούνταν ένα θέμα «ταμπού», μη συζητήσιμο δηλαδή σε δημόσιες ή οικογενειακές συνευρέσεις. Η ενημέρωση της οικογένειας από τον ασθενή θεωρείται αρκετά δύσκολη, καθώς η ίδια η ασθενής πρέπει να βρει τον κατάλληλο τρόπο και τον χρόνο στον οποίο θα νιώθει άνετα προκειμένου να τους ενημερώσει (Dollinger et al,1992).

Η διάγνωση του καρκίνου είναι μία οδυνηρή κατάσταση τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την οικογένεια του. Με την διάγνωση αυτή η οικογένεια κλονίζεται, τροποποιείται και μεταβάλλεται, ιδιαίτερα αν η ασθενής νοσηλεύεται για καιρό. Η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα, καθώς και ψυχολογικά τραύματα (Dollinger et al,1992).

Η γνωστοποίηση του καρκίνου από την ασθενή στην οικογένεια και οι αντιδράσεις αυτής, δεν διαφέρουν πολύ από το σοκ της διάγνωσης στην ίδια την ασθενή. Συγκεκριμένα, τα μέλη της οικογένειας εκτός από την διαχείριση του συναισθηματικού φόρτου, πρέπει να αντιμετωπίσουν και τα καθημερινά προβλήματα, όπως είναι τα ξενύχτια, η αυξανόμενη φροντίδα προς την ασθενή, η παραμέληση της δουλειάς και εφόσον υπάρχουν παιδιά η ειδική μεταχείριση και η φροντίδα τους (Ρηγάτος, 2000).

Όσο αναφορά το ζευγάρι, αλλάζουν οι ρόλοι που υπάρχουν στην οικογένεια, ιδιαίτερα αν υπάρχουν και παιδιά. Αν και αρχικά, δηλαδή όταν γνωστοποιείται στο

ζευγάρι η ασθένεια, πολλά ζευγάρια προσπαθούν είτε να διατηρήσουν το ήδη υπάρχον σύστημα εντός και εκτός σπιτιού είτε αναδιαμορφώνουν το πρόγραμμά τους. Οι συνέπειες και στις δύο περιπτώσεις στην οικογένεια μπορεί να μην είναι άμεσα εμφανείς, αλλά με την πάροδο του χρόνου οι σχέσεις φθείρονται και πολλά ζευγάρια καταφεύγουν στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό προκειμένου να τους βοηθήσει να κατανοήσουν την κατάσταση και να αναθεωρήσουν τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας από εδώ και πέρα (Kayser and Scott, 2010).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η κάθε οικογένεια διαθέτει μία δική της δομή, βασισμένη σε διαφορετικά συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού στην γυναίκα επιφέρει αναταραχές σε αυτό το σύστημα, καθώς πολλές φορές τα μέλη αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την νόσο, αποφεύγοντας τους φόβους της ασθενούς, αρνούμενοι προς υποστήριξη και εκδήλωση ενδιαφέροντος και συμπαράστασης. Αυτό συχνά επιφέρει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, την αμηχανία. Με τον όρο αμηχανία αναφερόμαστε στην μη εκδήλωση συναισθημάτων και στην διαίωνιση του φόβου. Συχνά προσποιούνται ότι δεν γνωρίζουν το πρόβλημα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ασθενής να υποκρίνεται προς αυτούς, οδηγώντας σταδιακά προς την αποξένωση της από την οικογένεια (Κονιάρη, 1991).

Καταλυτικό ρόλο στο να προσέλθει μία οικογένεια για θεραπεία αποτελεί η προσκόλληση ενός συμπτώματος σε κάποιο μέλος της. Το σύμπτωμα αυτό μπορεί να δημιουργηθεί είτε από την έκφραση κάποιας δυσλειτουργίας στην οικογένεια είτε λόγω ενός ιδιαίτερου περιστατικού στη ζωή ενός μέλους που χρειάζεται την υποστήριξη από την οικογένειά του, όπως για παράδειγμα όταν η σύζυγος- μητέρα νοσεί ή έχει νοσήσει από καρκίνο του μαστού (Κονιάρη, 1991).

5.2 Η οικογένεια σε θεραπεία

Σύμφωνα με τον Jay Haley « η οικογένεια είναι ένα σύστημα σχέσεων και εξουσίας, η καθεμία από τις οποίες έχει τη δική της ιστορία. Οι σχέσεις των μελών της δεν χαρακτηρίζονται από γραμμικότητα αλλά από κυκλικότητα.» Εφόσον δεχόμαστε τον παραπάνω ορισμό αντιλαμβανόμαστε ότι κάθε οικογένεια διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία διαμορφώνουν το δικό της στυλ, τη δική της ατμόσφαιρα και την δική της κοινωνική δομή (Ζαφείρης, 1999).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι ο μετασχηματισμός της δομής της οικογένειας , δηλαδή η αλλαγή συμπεριφοράς του ενός έναντι του άλλου, τροποποιώντας τις απαιτήσεις τους. Μονολότι η αλλαγή και ο μετασχηματισμός είναι παρεμφερείς όροι δεν μοιάζουν πάντα. Στην οικογενειακή θεραπεία η αναδόμηση του οικογενειακού συστήματος οδηγεί σε αλλαγή ή τη νέα εμπειρία του ατόμου. Ωστόσο συνήθως ο μετασχηματισμός δεν αλλάζει τη σύνθεση της οικογένειας αλλά τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι άνθρωποι σχετίζονται μεταξύ τους (Minuchin, 2010).

Γενικότερα, η διάγνωση του καρκίνου δημιουργεί ένταση και αναταραχές στην δομή της οικογένειας. Η χρονική περίοδος των πρώτων έξι (6) εβδομάδων είναι κρίσιμη τόσο για την ίδια την ασθενή όσο και για τον σύζυγο, τα παιδιά και γενικότερα το οικογενειακό περιβάλλον, αναφορικά με την διατάραξη και την προσπάθεια εξισορρόπησης της νέας κατάστασης.

Σε αυτό σημαντικό ρόλο κατέχει η δυνατότητα ανοικτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Η επικοινωνία αυτή πρέπει να στηρίζεται στην κατανόηση και συνειδητοποίησης της φάσης που βρίσκεται η ασθένεια της μητέρας-συζύγου. Αυτό μπορεί να γίνει με την ενημέρωση και συζήτηση ανοιχτά πάνω στο θέμα από το στενό συγγενικό περιβάλλον. Ακόμα πρέπει να ενθαρρύνονται μεταξύ τους να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, γνωστοποιώντας ότι είναι φυσιολογικό αρχικά να πάθουν «σοκ» και να διακατέχονται από αντιφατικά συναισθήματα, όπως η άρνηση, θυμός ακόμα και κατάθλιψη, μέχρι να αποδεχτούν την νέα κατάσταση των πραγμάτων (Κονιάρη,1991).

Η συμμετοχή όλης της οικογένειας στην οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς εκτός από την ταχύτερη ανάδειξη του προβλήματος, βοηθάει τον θεραπευτή να συλλέξει διάφορες σημαντικές πληροφορίες για την δομή της

οικογένειας. Ανάμεσα στις πολλές πληροφορίες που μπορεί να συλλέξει οι πιο σημαντικές είναι οι εξής (Ζαφείρης, 1999):

- Η στάση της οικογένειας σχετικά με την χρήση βοήθειας
- Οι προσδοκίες που έχουν τα μέλη μεταξύ τους
- Η ικανότητα του «δούναι και λαβείν» μέσα στη οικογένεια
- Κατά πόσο η οικογένεια μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και οι αποστάσεις που μπορεί να δημιουργηθούν μεταξύ τους.
- Η ικανότητα των μελών να παραδεχτούν τα λάθη τους και να αναλάβουν τις ευθύνες τους.
- Τέλος οι τρόποι συμπεριφοράς και επικοινωνίας γενικότερα , που παρατηρούνται στην οικογένεια.

Πρωταρχικό στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να προσαρμοστούν στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, να αντιληφθούν και να εμπεδώσουν τους τρόπους πρόληψης κρίσεων και επίλυση των κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων στην οικογένεια.

Συγκεκριμένα, με την βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης ο θεραπευτής στοχεύει στην απελευθέρωση των μελών της οικογένειας από την αναστολή τους. Με αυτό τον τρόπο θέτει υπό έλεγχο την επικοινωνία της οικογένειας, βοηθώντας στην δημιουργία νέων τρόπων έκφρασης, όπως είναι ο αυθορμητισμός και η εξάλειψη των στερεοτυπικών αντιδράσεων. Αναλαμβάνοντας τον ρόλο του συντονιστή ο θεραπευτής εμβαθύνει στην κατανόηση και στον μετασχηματισμό των οικογενειακών ρόλων και στην αλληλεπίδραση των μελών μεταξύ τους, αναδεικνύοντας την σημασία της οικογενειακής ενότητας και εξάρτησης των μελών.

Απόρροια των παραπάνω αποτελεί η εξέταση και έκφραση των συναισθημάτων, η επανάκτηση των θετικών δεσμών της οικογένειας και το νόημα που έχουν όλα αυτά στην μετεξέλιξη της (Ζαφείρης,1999).

Όπως είναι όμως γνωστό δεν συμπαραστέκονται όλες οι οικογένειες το ίδιο στην ασθενή. Ο τρόπος διαχείρισης των καταστάσεων διαφέρει. Για παράδειγμα, υπάρχουν

περιπτώσεις όπου η οικογένεια μετά την γνωστοποίηση της νόσου πενθεί, ενώ η ασθενής αρνείται την πραγματικότητα και προσπαθεί να βρει τρόπους και λύσεις ώστε να θεραπευτεί. Με αυτό το παράδειγμα αντιλαμβανόμαστε ότι είναι αναμενόμενο ακόμα και στις πιο στενά συνδεδεμένες οικογένειες λόγω των πιέσεων από την μακροχρόνια ασθένεια, να υποστούν φθορές. Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, τα αδιέξοδα, η συνεχής ανησυχία και φροντίδα εξουθενώνουν και σε μερικές περιπτώσεις απομακρύνουν τα μέλη της οικογένειας. Ο θυμός και η ενοχή μπορούν να εκδηλωθούν με ξαφνικά ξεσπάσματα, κατηγορίες, αδιαφορία ή και με την υπερπροστατευτική συμπεριφορά (Dollinger,1992).

Σε αρκετές περιπτώσεις τα ανάμεικτα συναισθήματα και το φόρτο εργασίας οδηγούν στην εμφάνιση ενοχών είτε πρόκειται για πραγματικές ενέργειες που έχουν γίνει στο παρελθόν είτε για φανταστικές ενέργειες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εξάρσεων θυμού τόσο προς τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και προς την ίδια την ασθενή (Ρηγάτος,2000).

Ακόμα είναι πιθανό μέσω της νόσου να εκδηλωθούν συναισθήματα και εντάσεις, τα οποία ήταν θαμμένα για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και λόγω των πιέσεων που δέχονται τα άτομα- μέλη της οικογένειας την συγκεκριμένη χρονική περίοδο βρίσκουν αφορμή και βγαίνουν στην επιφάνεια.

Παρ όλα αυτά τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να ξεχνούν ότι είναι ανάγκη να αφιερώνουν και στον εαυτό τους λίγο χρόνο, ώστε να αναπαύονται, να χαλαρώνουν και να διατηρούν τη συναισθηματική και ψυχολογική τους ισορροπία. Τόσο η ασθενής όσο και η οικογένειά της νιώθουν αισθήματα ενοχής και κόπωσης. Ωστόσο κανείς από τους δύο δεν πρέπει να αισθάνεται ντροπή για τα αισθήματά του, καθώς η διάγνωση και η αντιμετώπιση ενός τέτοιου φαινομένου υγείας όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, επιφέρει πολλές αλλαγές τόσο στην δομή της οικογένειας όσο και στην ψυχολογική αντιμετώπισή της (Dollinger,1992).

5.2.1 Η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος

Η οικογένεια γενικότερα ορίζεται σαν ένα δυναμικό σύνολο. Δηλαδή όταν ένα μέλος του βιώνει μια κατάσταση την βιώνει και η ίδια, ότι επηρεάζει ένα από τα μέλη επηρεάζει ταυτόχρονα και τα υπόλοιπα. Άρα με αυτό το σκεπτικό οι αντιδράσεις της ασθενούς όταν ενημερώνεται πως προσβλήθηκε από μια ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού είναι παρόμοιες σε όλα τα μέλη της οικογένειας . Οι αντιδράσεις που δημιουργούνται στα συγγενικά και φιλικά πρόσωπα είναι ίδιες με της ασθενούς -σοκ, θυμός , θλίψη , αδυναμία , φόβος για το μέλλον , αγωνία , πόνος- . Η στήριξη και η συμβολή της οικογένειας είναι πάντα απαραίτητη και αποτελεί το υποστηρικτικό σύστημα της ασθενούς (Κονιάρη , 1991).

Η ρουτίνα της οικογένειας διαφοροποιείται σε όλα τα επίπεδα , ότι παλιότερα είχαν σαν δεδομένο ,τώρα δεν υπάρχει . Η οικογένεια της ασθενούς παίρνει μια καινούργια ταυτότητα , μέσω της οποίας προσπαθούν να καταλάβουν τι μπορούν να μάθουν ή πως θα κινητοποιηθούν κάτω από τον νέο τρόπο λειτουργίας αυτής (Ρηγάτος, 1992).

Όταν ενημερωθεί η οικογένεια πως ένα άτομο από αυτήν έχει καρκίνο βιώνει και αυτή αισθήματα βαθιάς ψυχολογικής αλλά και πρακτικής αποδιοργάνωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκύπτουν ποικίλες αντιδράσεις όπως για παράδειγμα η υπερπροστατευτικότητα προς την ασθενή. Ωστόσο το μόνο αποτέλεσμα της αντίδρασης αυτής είναι η περιθωριοποίηση του ατόμου, καθώς δεν του στερείτε η δυνατότητα να πράξει βάση των δυνατοτήτων του και δεν του επιτρέπετε ακόμα και οι δραστηριότητες. Το άτομο μένει καθηλωμένο σε ένα στάδιο με αποτέλεσμα να χάνεται η ενεργητικότητά του και να οδηγείται σε ένα παθητικό ρόλο που θα παίρνει μόνο από την οικογένειά του. Απόρροια των παραπάνω αποτελεί η μετέπειτα εμφάνιση συγγενών καθηλωμένων στο δωμάτιο της ασθενούς παρέχοντας υπερβολική φροντίδα πολλές προβληματίζοντας ακόμα και την ίδια την ασθενή. Αυτή η συναισθηματική έκρηξη της οικογένειας είναι αυθόρμητη και αρκετά εξουθενωτική τόσο για τα μέλη της οικογένειας όσο και για την ίδια την ασθενή. Μία τέτοια προσέγγιση και αντίδραση θα ήταν καλό να μην χρησιμοποιηθεί από την αρχή αλλά στα μετέπειτα στάδια που είναι πιο δύσκολα και χρειάζονται περισσότερη δύναμη και υποστήριξη (Αναγνωστόπουλος– Παπαδάτου, 1997).

Στον αντίποδα της αντίδρασης αυτής έχουν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό συγγενών που αρνούνται την πραγματικότητα και πως ένα δικό τους μέλος ασθενεί, καθώς δεν

μπορούν να συνειδητοποιήσουν πως η ζωή τους θα αλλάξει. Παρ' όλα αυτά η αντίδραση αυτή έχει και ορισμένα θετικά στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να την παρομοιάσουμε ως ένα μηχανισμό αυτοπροστασίας μέχρι την τελική προσαρμογή στα καινούργια δεδομένα, με την προϋπόθεση όμως πως θα κατευθυνθούν προς το επόμενο στάδιο που είναι η αποδοχή της ασθένειας.

Η ικανότητα της οικογένειας στο να κρατά ένα μέλος της σε σωστούς προσωπικούς του στόχους φαίνεται, στην επιτυχία που θα παρέχει ψυχολογικά και αποτελεσματικά στην καρκινοπαθή. Η οικογένεια επικεντρώνεται σε αποθέματα γνώσεων και δυνάμεων, τα οποία διαθέτει στα παρακάτω σημεία (Αναγνωστόπουλος- Παπαδάτου, 1997) :

- 1) Συναισθηματική υποστήριξη. Η οικογένεια επιβεβαιώνει στην ασθενή την αγάπη της και την εκτίμηση της ανεξάρτητα από την κατάσταση που βρίσκεται. Το χαρακτηριστικό αυτό αφορά τη συμπεριφορά της οικογένειας η οποία σκοπό έχει να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι εξακολουθούν οι αγαπημένοι της να τρέφουν αγάπη και εκτίμηση, ανεξάρτητα από την κατάσταση της.
- 2) Κοινωνική σύνδεση. Είναι πολύ σημαντικό η ασθενής να κρατήσει επαφή και επικοινωνία με άλλους ανθρώπους. Θεωρείται σαν ανάγκη της και σε αυτό παίζει σημαντικό ρόλο η οικογένεια, η οποία να την παροτρύνει. Η μεγαλύτερη πηγή δύναμης που δέχεται προέρχεται από φίλους και συγγενείς. Αντιμετωπίζει μια πιεστική κατάσταση και στρέφεται προς άτομα τα οποία μπορούν να την βοηθήσουν και να απαλύνουν τον πόνο της, να διώξουν τα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Άτομα στο περιβάλλον της όπου νοσούν από την ίδια κατάσταση είναι καλό να της δώσουν κάποιες πληροφορίες.
- 3) Διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας της ασθενούς. Η οικογένειά της κάνει προσωπικές θυσίες, διατηρεί προϋπάρχων κοινωνικούς θεσμούς και αποκαθιστά τους πιο χαλαρούς. Η χαλάρωση των θεσμών οδηγεί στην απομόνωση και μοναξιά της ασθενούς με τον κοινωνικό της περίγυρο. Αναφορικά, για την διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας της ασθενούς, οι κοινωνικοί δεσμοί παίζουν σημαντικό ρόλο ειδικά σε μια περίοδο κρίσης όπως αυτή της κακοήθους νεοπλασίας.

- 4) Πληροφόρηση της ασθενούς: Σημαντικό είδος υποστήριξης της γυναίκας με κακοήγη νεοπλασία του μαστού θεωρείται η πληροφόρηση. Η οικογένεια αρχικά μπορεί να αποκρύψει την αλήθεια από την ασθενή και να δηλώσει μια έντονη υπερπροστασία. Τα τελευταία χρόνια όμως βλέπουμε ότι κερδίζει έδαφος η ανοικτή επικοινωνία αφού ήδη άτομα με εξειδίκευση βλέπουν θετικά αποτελέσματα από αυτό. Σε καμία περίπτωση δεν νοείται πως η ανοικτή επικοινωνία είναι εύκολο πράγμα αλλά δεν είναι πάντοτε εφικτή για κάθε οικογένεια που αντιμετωπίζει τον καρκίνο. Η ανάγκη των μελών για πλήρη ενημέρωση και εκπαίδευση υπάρχει σε μεγάλο βαθμό που θα μπορούσαν να αντιμετωπίζουν τις αυξανόμενες ανάγκες της ασθενούς με καρκίνο του μαστού, θα μπορούσαν να της δώσουν και να πάρουν ταυτόχρονα υποστήριξη, ώστε να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στο ψυχοθεραπευτικό ρόλο που ζητείται να συμμετάσχουν. Συναισθήματα πως είναι αβοήθητη είναι έντονο στην ασθενή γιατί πιστεύει πως η διάγνωση και ο θάνατος έχουν μεγάλη σχέση (Αναγνωστόπουλος- Παπαδάτου, 1997).

Από την άλλη πλευρά εκτός από τα μέλη της οικογένειας που έχουν ενηλικιωθεί, υπάρχει το ενδεχόμενο να υπάρχουν και ανήλικα παιδιά στην οικογένεια που και αυτά με την σειρά τους υπόκεινται σε ένα μεγάλο ψυχολογικό και συναισθηματικό σοκ. Η Κονιάρη (1991) αναφέρει πως εάν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια εκδηλώνουν συναισθήματα ανασφάλειας όταν βλέπουν μια διαφορετική μητέρα, πιο αδύναμη και στεναχωρημένη και το στήριγμα και οι απαιτήσεις που ζητούν στο πρόσωπό της δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν πλέον. Υπάρχουν όμως και παιδιά που τραυματίζονται ψυχικά μέσω των επισκέψεων στο νοσοκομείο και έχουν ενοχικά συναισθήματα κατηγορώντας τον εαυτό τους για την κατάστασή της.

Από την άλλη αν τα παιδιά διανύουν την περίοδο της εφηβείας ωθούνται σε μια πρόωγη ωριμότητα, η οποία συνδέεται με λήψη υπευθυνοτήτων και θαρραλέα αντιμετώπιση αυτής της σοβαρής κατάστασης ενώ στην άλλη μεριά βλέπουμε εφήβους που εκδηλώνουν συμπεριφορές αποχώρησης και συχνής χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών (Κονιάρη, 1991).

Στην περίπτωση που ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να βάλει τον εαυτό της σε σκέψεις που να αφορούν την μελλοντική προσβολή από καρκίνο του μαστού. Βλέπουμε πως οι γονείς κυρίως η μητέρα θα νιώσει ενοχές πως θα της μεταδώσει ένα

στίγμα , το στίγμα του καρκίνου του μαστού. Το καλύτερο είναι εάν μπορούν να καταργήσουν αυτούς τους φόβους της κόρης τους να το πράξουν , γιατί το άγνωστο είναι χειρότερο να αντιμετωπιστεί από ότι η αλήθεια που η κόρη έχει την ευκαιρία να ψάξει και να μάθει (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1997).

Οπότε σημαντικό θεωρείται ο τρόπος που θα γίνει η πληροφόρηση των παιδιών για την νόσο . Μέσω της ειλικρίνειας μπορούν να καταπολεμηθούν οι φόβοι που προκύπτουν από την ανακοίνωση της σοβαρής ασθένειας της μητέρας τους (Κονιάρη , 1991).

5.3 Η στάση του συζύγου

Οι αντιδράσεις των γυναικών και των συντρόφων τους στο θέμα της διάγνωσης είναι πολλές σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με την ιδιαίτερη σημασία που δίνουν στην ασθένεια και στις συνέπειες της , στους ρόλους τους ως ερωτικοί σύντροφοι , γονείς και εργαζόμενοι . Ο τρόπος που τα ζευγάρια και η οικογένεια ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις της θεραπείας επίσης ποικίλουν . Ορισμένες γυναίκες και οι άνθρωποι που τις στηρίζουν δέχονται πολύ ομαλά την θεραπεία στην ζωή τους .Αντιθέτως άλλοι το βρίσκουν δύσκολο να προσθέσουν άλλη μία απαίτηση στις ήδη παραφορτωμένες ζωές τους . Το πως οι γυναίκες και οι άνθρωποι που είναι το στήριγμά τους ελέγχουν το στρες του καρκίνου συναρτάται από το προσωπικό ψυχικό σθένος και το κοινωνικό υποστηρικτικό του δίκτυο . Γυναίκες που παλεύουν να επεκτείνουν την ζωή τους για πολλά χρόνια μετά από την πρώτη διάγνωση , που συνεχίζουν να διατηρούν συντροφικές σχέσεις αφοσίωσης και εγκλιματίζονται καλά στην διάγνωση και θεραπεία δηλώνουν πως στον πόλεμο κατά του καρκίνου δεν ήταν μόνες και πως οι σύντροφοι τους υπήρξαν σημαντικοί σύμμαχοι. Παράλληλα άλλοι σύζυγοι αναφέρουν πως οι ίδιες οι ασθενείς τους εμπύχωναν . Στα ζευγάρια που ανταπεξέρχονται καλά στις εμπειρίες τους με τον καρκίνο προτείνεται να αναμειχθούν στην «αντιμετώπιση της ασθένειας ως ζευγάρι» . Μια διαδικασία συνδυαστικής αντιμετώπισης και αμοιβαίας υποστήριξης στα πλαίσια της οποίας διαπλάθεται μια κοινή προσέγγιση στην διαχείριση των στρεσογόνων γεγονότων που αντιμετωπίζει το ζευγάρι (Kayser ,Scott, 2010).

Πέρα από την επιρροή που ασκεί ο καρκίνος στην ψυχολογική κατάσταση μιας γυναίκας , μπορεί επίσης να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το σύντροφο ή σύζυγο της . Η διάγνωση του καρκίνου σε ποικίλες περιπτώσεις μπορεί να προξενήσει στον

σύντροφο της έντονο άγχος , κατάθλιψη , απροετοιμασία για να μπορέσει να την βοηθήσει , φόβος πως θα την χάσει , με αποτέλεσμα να αναδύονται στην επιφάνεια προβλήματα που είχαν μείνει κρυμμένα για χρόνια. Γενικά οι σύζυγοι νιώθουν ανέτοιμοι να τα βγάλουν πέρα με την ίδια τους την συναισθηματική αντίδραση έναντι του καρκίνου της γυναίκας τους και στην θεραπεία έτσι βιώνουν παρόμοια επίπεδα ψυχολογικού στρες με την ασθενή (Στεφανογιάννης, 2005).

Ακόμα και μετά την λήξη της θεραπείας τόσο οι ασθενείς όσο και οι σύντροφοί τους εξακολουθούν να ζουν με τον φόβο και την ανησυχία της υποτροπής . Με βάση την υπάρχουσα αλλά περιορισμένη βιβλιογραφία , οι ασθενείς εκφράζουν ανοικτά τους φόβους τους για τυχόν υποτροπή , ενώ οι σύζυγοι μπορεί να τους κρατήσουν κρυφούς , επιθυμώντας να μην επιβαρύνουν περαιτέρω τις συζύγους τους. Οι σύντροφοι μπορεί να αντιδράσουν με δύο αλληλοσυγκρουόμενους τρόπους , από την μία πλευρά ο φόβος της υποτροπής και από την άλλη η ανάγκη να είναι αισιόδοξοι και πρόσχαροι μπροστά στην ασθενή. Γυναίκες με καρκίνο του μαστού επισημαίνουν πως θα ήθελαν να μάθουν για τους φόβους όπου διακατέχουν τους συντρόφους τους. Τα αποτελέσματα αυτά προβάλλουν την σημασία της ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των συντρόφων που έρχονται αντιμέτωποι με τα σύνθετα ζητήματα του καρκίνου . Γενικά η ερευνητική βιβλιογραφία δηλώνει ότι οι σύντροφοι των γυναικών με καρκίνο έχουν τέσσερις βασικές ανησυχίες : να ελέγξουν το άγχος τους σε σχέση με τα αρνητικά αποτελέσματα από τον καρκίνο , να βοηθήσουν την ασθενή να αντιμετωπίσει τις συνέπειες του σε συναισθηματικό επίπεδο , να μπορέσουν να προσαρμόσουν τα νέα δεδομένα στην καθημερινότητά τους και να αντιμετωπίσουν την αμφιβολία που νιώθουν για την επικοινωνία με την σύντρόφό τους σε θέματα που βασίζονται με την ασθένεια . Οπότε η μακροβιότερη ψυχολογική προσαρμογή των ανδρών στην ασθένεια μπορεί να ακολουθεί παραπλήσια πρότυπα παράκαμψης με αυτά των συζύγων τους (Kayser , Scott, 2010).

5.3.1 Ο υποστηρικτικός σύζυγος

Όταν η ασθενής αισθάνεται πως ο σύντροφός της την υποστηρίζει επαρκώς , προσαρμόζεται καλύτερα στις ψυχολογικές απαιτήσεις της ασθένειας . Επίσης πολλές έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες προσαρμόζονται καλύτερα συναισθηματικά μετά την διάγνωση τους , εάν θεωρούν πως οι σύζυγοί τους τις υποστηρίζουν (Helgeson&Cohen et al, 2003).

Από όλες τις πηγές υποστήριξης , συχνά οι ασθενείς αναγνωρίζουν τους συζύγους τους ως τα πλέον έμπιστα άτομα στον οποίο θα αναζητήσουν την υποστήριξη . Αν και μπορεί να αναζητήσουν υποστήριξη από εναλλακτικές πηγές όπως φίλους , οικογένεια , γείτονες και συνεργάτες , αυτές οι πηγές δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την συζυγική υποστήριξη στην αντιμετώπιση μια ασθένειας που απειλή την ζωή τους. Η υποστήριξη που προσέφεραν οι φίλοι και η οικογένεια δεν θεωρείται από τις γυναίκες όμοια με την υποστήριξη που λάμβαναν από τον σύζυγό τους (Cutrona,1996).

Υπάρχουν τρεις κοινώς αναγνωρισμένοι τύποι κοινωνικής στήριξης Πρώτα από όλα ο πρώτος τύπος ήταν η συναισθηματική στήριξη. Κατά δεύτερων η πληροφοριακή στήριξη και τέλος είναι η χειροπιαστή ή έμπρακτη στήριξη. Οι ασθενείς αξιολογούν την συναισθηματική υποστήριξη ως την πιο ενισχυτική μορφή υποστήριξης).Ο τρόπος συναισθηματικός υποστήριξης είναι η επικοινωνία . Επιπλέον αναφέρεται με τον τρόπο όπου οι ασθενείς κατανοούν την έκφραση του ενδιαφέροντος των συντρόφων τους , τη στοργή, την φροντίδα τους , τη προθυμία τους να ακούσουν τις ανησυχίες τους και να συζητήσουν σημαντικά θέματα . Η συναισθηματική υποστήριξη εξυπηρετεί πιο εύκολα την έκφραση των συναισθημάτων κι έτσι μπορεί να οριοθετεί την ψυχολογική πίεση και να καλυτερεύσουν οι διαπροσωπικές σχέσεις . Οι θετικές αντιδράσεις των συντρόφων εξυπηρετούν τις γυναίκες στην γνωστική επεξεργασία των εμπειριών τους με τον καρκίνο . Παράλληλα για τους ασθενείς με καρκίνο , το να μιλούν για την ασθένεια τους σε κάποιον που θεωρούν πως ανταποκρίνεται με ειλικρίνεια και χωρίς επικριτική διάθεση σχετίζεται με την μείωση των αναπότρεπτων και επίμονων σκέψεων .). Όταν ο ασθενής ικανοποιείται από την συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνει , εμφανίζει μείωση στα καταθλιπτικά χαρακτηριστικά της , μειωμένο άγχος και καλύτερη ποιότητα ζωής. Μια γυναίκα που νιώθει συχνά πως στηρίζεται συναισθηματικά από τον σύντροφο της έχει καλή

διάθεση , θετική αυτοεκτίμηση , σωματική ευεξία και καλή λειτουργικότητα στους ρόλους που επιτελεί (Cordova,Cunningham, et al., 2001).

5.3.2 Ο μη-υποστηρικτικός σύζυγος

Οι γυναίκες με καρκίνο θεωρούν αρνητική την συμπεριφορά των συζυγών τους , όταν δεν της βοηθά ,δηλαδή υπάρχει ανεπαρκής συναισθηματική υποστήριξη . Σε αυτή την συμπεριφορά υπάρχουν οι εξής αντιδράσεις από την πλευρά των συντρόφων τους :Αρχικά όταν αποφεύγουν να εμπλακούν συναισθηματικά με την κατάσταση , όταν αποσύρονται συναισθηματικά , όταν υποτιμούν την ανησυχία τους , όταν δεν κατορθώνουν να αναγνωρίσουν την επίδραση του καρκίνου στην ζωή της γυναίκας , όταν υποκρίνονται πως είναι ευτυχισμένοι και όταν κατακρίνουν τον τρόπο που η γυναίκα αντιμετωπίζει την ασθένεια . Επιπλέον η αποφυγή τους να συζητήσουν για τον καρκίνο με την ασθενή , εκλαμβάνεται ως αρνητική συμπεριφορά . Σε τέτοιες περιπτώσεις θεωρείται δυσκολότερη η μακρόβια προσαρμογή των γυναικών και των συντρόφων τους στις ψυχολογικές απαιτήσεις της ασθένειας (Manne et al.,1997).

Επιπρόσθετα η συναισθηματική υποστήριξη από τις ίδιες γυναίκες με καρκίνο προς τους συντρόφους τους μπορεί επίσης να παίζει κύριο ρολό στην προσαρμογή των συντρόφων . Συμφώνα με μια ερευνα η συζυγική υποστήριξη ήταν ένας σημαντικός προνοητικός δείκτης τόσο της συναισθηματικής όσο και της σωματικής προσαρμογής των συζυγών των ασθενών με καρκίνο του μαστού .Οι σύζυγοι που δεν ήταν ευχαριστημένοι με την συναισθηματική υποστήριξη που λάμβαναν ήταν πολύ περισσότερο γεμάτοι με αρνητικά συναισθήματα όπως ανησυχία , εκνευρισμό και δυσφορία . Αντιθέτως σύζυγοι που ένιωθαν την υποστήριξη της γυναίκας τους ένιωθαν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και επικρατούσε η αίσθηση της ψυχολογικής ευεξίας και έτσι δηλαδή απολάμβαναν συζήτησης , έβρισκαν ενδιαφέρον την δουλειά τους και άλλες δραστηριότητες , και κυρίως ένιωθαν χρήσιμοι και απαραίτητοι . Επιπλέον τα σωματικά συμπτώματα των συντρόφων αφορούσαν ανικανοποίητες ανάγκες για υποστήριξη μέχρι και ένα χρόνο μετά την εγχείρηση (Hoskins , 1996).

Η υποστήριξη των συντρόφων τους φανερώνει ακόμη την διευκολύνει στις γυναίκες να αποδεχτούν την εμφάνιση τους μετά την εγχείρηση. Μέσα στα πλαίσια μιας στενής σχέσης , η αποδοχή που λαμβάνει το άτομο από τον σύντροφο του παίζει πολύ σημαντικό ρολό στην τροποποιήσει της εικόνας του για τον εαυτό του .

Ο αριθμός των ερευνών σε σχέση με την έμπρακτη ή πληροφοριακή υποστήριξη είναι περιορισμένος . Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι οι γυναίκες επιθυμούν να λαμβάνουν έμπρακτη υποστήριξη από τους συντρόφους τους (Manne , 1997) .

5.4 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο μελετήθηκε η σχέση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην αποκατάσταση της ασθενούς. Όπως γνωρίζουμε η ανακοίνωση του καρκίνου είναι κάτι που προκαλεί σύγχυση και αναδόμηση του συστήματος τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένεια. Μερικά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει η οικογένεια, ώστε να γίνει μία ομαλή μετάβαση στον ανασχηματισμό της οικογένειας είναι η συναισθηματική υποστήριξη, η κοινωνική σύνδεση, η διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας της ασθενούς και τέλος η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση της ασθενούς. Σοβαρό και καίριο λόγο όμως εκτός από την οικογένεια στο σύνολό της έχει και ο σύζυγος. Πιο πάνω αναλύσαμε δύο σύνηθες στάσεις του συζύγου (ο υποστηρικτικός σύζυγος και ο μη υποστηρικτικός σύζυγος) και πως αυτές επιδρούν τόσο στην οικογένεια ως σύνολο όσο και μεμονωμένα στην ασθενή, καθώς για την ασθενή ο σύζυγος αποτελεί το σημείο αναφοράς της, το στήριγμά της και ο σύμμαχος της απέναντι στην νέα κατάσταση των πραγμάτων.

Κεφάλαιο 6: Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αποκατάσταση της ασθενούς και του οικογενειακού της περίγυρου

6.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού, καθώς και οποιαδήποτε μορφή καρκίνου αποφέρει αλλαγές τόσο στο άτομο-ασθενή όσο και στον περιβάλλοντα κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο. Για αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, αφού ο καρκίνος αποτελεί ένα ναρκισσιστικό πλήγμα στην ζωή της ασθενούς εξαιτίας των σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου. Αναφορικά με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να τονίσουμε ότι για να λειτουργήσει σωστά αυτή η θεραπευτική σχέση πρέπει να δουλευτούν οι αλλαγές αυτές, δηλαδή η διάσταση του «πριν την νόσο και μετά τη νόσο», καθώς και το αίσθημα του «άτρωτου» και παντοδύναμου ατόμου. Ο ειδικός επαγγελματίας πρέπει να δώσει τα κατάλληλα ερεθίσματα στην ασθενή, ώστε να μπορέσει να συνεργαστεί και να αποδεχτεί την νέα πραγματικότητα. Πρέπει για παράδειγμα να βοηθήσει την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά της (π.χ. ενοχή, φόβο, θυμό) είτε αυτά είναι εμφανή είτε όχι, για την καλύτερη ψυχική ισορροπία της ασθενούς (www.agsavvas-hosp.gr).

Οι ψυχολόγοι μέσω ερευνών έχουν αποδείξει ότι ο καρκίνος επηρεάζει το άτομο σαν ολότητα και ταυτόχρονα το οικογενειακό περιβάλλον του. Για αυτό το λόγο και το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς είναι καλό να επισκεφτούν και να συμβουλευτούν έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, ώστε να μπορέσουν να παρέχουν την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη, αλλά και να για να αντιμετωπίσουν ή να μειώσουν αρνητικά συναισθήματα. Εξάλλου δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η ψυχολογική υποστήριξη είναι κάτι που χρειάζεται όλοι η οικογένεια και όχι μόνο η ασθενής, αφού όλοι αντιμετωπίζουν μία νέα πραγματικότητα και μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης μαθαίνουν να προσαρμόζονται σε αυτή με τον καλύτερο και πιο υγιή τρόπο (www.agsavvas-hosp.gr).

6.2 Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας

Είναι δύσκολο να δώσουμε έναν ακριβή ορισμό για την κοινωνική εργασία. Για πολλούς ο όρος «κοινωνική εργασία» έχει συνδυαστεί με την εργασία που προσφέρεται για το κοινωνικό σύνολο, με κοινωνικά κριτήρια. Ακόμα, προσδιορίζεται ως μία άμισθη απασχόληση με μόνο σκοπό την επίτευξη του κοινού καλού ή την ενασχόληση με μία περιστασιακή, εποχιακή, άτυπη δραστηριότητα. Τόσο με την χρήση του επιθετικού προσδιορισμού «κοινωνική» που της προσδίδει χαρακτηριστικά έργων υποδομής για το κοινωνικό σύνολο, όσο και το ότι από πολλούς αποκαλείται «λειτουργήμα», είναι εν μέρει λογικό πολλοί να μπερδεύονται και να μην την έχουν συνδυάσει με ένα αυτόνομο επάγγελμα (Καλλινικάκη,1998).

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε το τι είναι η κοινωνική εργασία πρέπει να γνωρίζουμε ότι είναι μία επιστημονικά τεκμηριωμένη εργασία, με στόχο την παροχή βοήθειας για την πρόληψη, την αντιμετώπιση και τη λύση των κοινωνικών προβλημάτων. Λανθασμένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν γνωρίζει τα παραπάνω, παρά μόνο τους εκπρόσωπους της κοινωνικής εργασίας, τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι έχουν συνδεθεί με την φροντίδα των φτωχών, των ατόμων με ειδικές ανάγκες, τα εγκαταλελειμμένα και κακοποιημένα παιδιά. Ωστόσο, κοινωνική εργασία ασχολείται και προσπαθεί να προσεγγίσει περίπλοκα και αλληλένδετα προβλήματα (Καλλινικάκη,1998).

Ορισμένοι θεωρούν ότι η κοινωνική εργασία αποτελεί μία επιστήμη. Σύμφωνα με τον Τσαούση όταν μιλούμε για «επιστήμη» αναφερόμαστε «στην πειθαρχημένη και συστηματική συναγωγή και σύνθεση γνώσεων που θεμελιώνονται και ελέγχονται μεθοδικά και αναφέρονται σε ένα σύνολο ομοειδών πραγμάτων ή καταστάσεων, τα οποία αποτελούν το ιδιαίτερο αντικείμενο κάθε επιστήμης.». Επομένως ως μία επιστήμη διαθέτει θεωρητικό, εμπειρικό και εφαρμοσμένο σκέλος.

Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική εργασία ανήκει στις κοινωνικές επιστήμες. Με άλλα λόγια ανήκει στις κοινωνικές επιστήμες που έχουν παγκόσμια εφαρμογή. Συνδυάζει γνώσεις και προβληματισμούς από διαφορετικούς κλάδους και επιστήμες, όπως είναι η φιλοσοφία, η ιατρική, η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, το δίκαιο, η οικονομία και η κοινωνική πολιτική, οι οποίοι βοήθησαν στην διαμόρφωσή της ως ένα αυτόνομο επιστημονικό κλάδο.

Η αρχική ιδέα της δημιουργίας της κοινωνικής εργασίας αποτέλεσε το άτομο. Πιο συγκεκριμένα, με την ιδέα ότι ένα άτομο ανεξαρτήτου φύλου ή ηλικίας ή θρησκείας, μπορεί να έρθει κάποια στιγμή της ζωής του αντιμέτωπο με ορισμένα προβλήματα τα οποία δεν μπορεί να ανταπεξέλθει και να χρειαστεί βοήθεια σε κάποια προσωπική, συναισθηματική ή κοινωνική πτυχή της ζωής του (Καλλινικάκη,1998).

Αν και είναι δύσκολο να ορίσουμε το τι είναι η κοινωνική εργασία, γνωρίζουμε ότι δεν μεταβάλλεται αλλά προσαρμόζεται στις συνθήκες και τις περιστάσεις της εκάστοτε εποχής. Βασικό και κύριο χαρακτηριστικό της αποτελούν οι εκπρόσωποι της, κοινωνικοί λειτουργοί και οι εξυπηρετούμενοι. Ωστόσο, η δυνατότητα άσκησης του επαγγέλματος αποτελεί η οργάνωση των υπηρεσιών και των οργανισμών, οι οικονομικές και διοικητικές δυνατότητες και τεχνικές, που επηρεάζουν εν μέρει την ανάπτυξη των τεχνικών της, βάζοντας της όρια (Payne,2000).

Η κοινωνική εργασία επίσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία επιστήμη δράσης και παρέμβασης, όπου οι εφαρμογές της προσπαθούν να βοηθήσουν το άτομο, την κοινωνία ή την κοινότητα, να ξεπεράσει τα προβλήματα με έναν αποδοτικό και σύγχρονο τρόπο.

Τα πλαίσια εφαρμογής της είναι πολλά και ορισμένες φορές δύσκολο. Όπως έχουν αναφέρει ήδη οι Rein και White , αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία να θυμόμαστε είναι ότι «η γνώση που αναζητά η κοινωνική εργασία δεν μπορεί να φτιαχτεί σε πανεπιστήμια με άτομα που αναζητούν υποθετικά διαχρονικές, απόλυτες αλήθειες για την ανθρώπινη φύση, τις κοινωνίες, τους θεσμούς, την πολιτική. Η γνώση θα πρέπει να αναπτυχθεί μέσα σε ζωντανές καταστάσεις που ανακύπτουν στα πλαίσια των γεγονότων που διαδραματίζονται στο χώρο... είναι απαραίτητο να διευρύνουμε την έννοια του πλαισίου, ώστε να περιλαμβάνει όχι μόνο την κατάσταση του πελάτη, αλλά και την ίδια την οργάνωση και γενικότερα το θεσμικό πλαίσιο που διέπει την πρακτική της κοινωνικής εργασίας» (Payne, 2000).

6.2.1 Κοινωνική Εργασία με άτομα

Ο άνθρωπος ως ένα έλλογο και κοινωνικό ον, έχει την ανάγκη να αναπτύσσεται, να ωριμάζει, να δημιουργεί έχοντας ταυτόχρονα απαιτήσεις αλλά και κανόνες που επιφέρουν τις ευθύνες. Έχοντας αυτό ως αρχική ιδέα δημιουργήθηκε ο πιο διαδεδομένος κλάδος της Κοινωνικής Εργασίας, η Κοινωνική Εργασία με Άτομα (ΚΕΑ), η ελληνική μετάφραση του αγγλικού όρου casework (Καλλινικάκη, 1998).

Η Κοινωνική Εργασία με Άτομα είναι η επιστημονική μέθοδος της κοινωνικής εργασίας, μέσω της οποίας ο κοινωνικός λειτουργός και ο εξυπηρετούμενος έχουν μία καταπρόσωπο συνομιλία/ καθοδήγηση, με στόχο να ξεπεραστούν τα όποια προβλήματα αντιμετωπίζει.

Κατά καιρούς στην κοινωνική εργασία με άτομα έχουν αποδοθεί διάφοροι όροι όπως αυτός της «κοινωνικής εργασίας κατά περίπτωση» ή «κοινωνική εργασία με περίπτωση» και διάφοροι ορισμοί. Ενδεικτικά αναφέρουμε τους εξής ορισμούς: της Mary Richmond «ως κοινωνική εργασία με άτομα ορίζονται οι διεργασίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της προσωπικότητας μέσα από συνειδητές προσπάθειες», η οποία ήταν η πρώτη που απέδωσε τη συστηματική μεθοδολογική διαχείριση της κοινωνικής εργασίας με άτομα και των Specht και Vickery σύμφωνα με τους οποίους «Η κοινωνική εργασία με άτομα είναι μια μοναδική επιχείρηση. Καμία άλλη δεν παίρνει τόσο σοβαρά το άτομο ούτε θεωρεί πρωταρχικό στόχο της την προαγωγή των προσδοκιών του ούτε έχει ως κύρια αρχή της ότι κάθε άτομο έχει αξία και αξιοπρέπεια και πρέπει να τυχαίνει σεβασμού ανεξάρτητα από το αν είναι ένοχος. Όλα αυτά αποτελούν υψηλούς, εύθραυστους και απατηλούς στόχους. Γι αυτό συγχωρείται η κοινωνική εργασία με άτομα για τα εμφανή κενά ανάμεσα στους στόχους και τα αποτελέσματα που συχνά παρουσιάζονται» (Καλλινικάκη, 1998:127).

Στις μέρες μας η κοινωνική εργασία με άτομα εφαρμόζεται σε όλους τους τομείς ανεξαιρέτως με τους οποίους ασχολείται η κοινωνική εργασία, έχοντας δημιουργήσει της δικές της προσεγγίσεις προς το άτομο, με ειδικές συνεντεύξεις, με σκοπό να βοηθήσει την επίλυση των προσωπικών προβλημάτων, διαχωρίζοντας την θέση της από την ψυχανάλυση που πολλοί τείνουν να την συγχέουν.

Ο Goldstein αναφέρει ότι οι στόχοι της κοινωνικής εργασίας με άτομα αφορούν αρχικά το άτομο, το οποίο επιθυμεί και αναζητά την αλλαγή τόσο σε προσωπικό όσο

και σε κοινωνικό επίπεδο (κοινωνικό σύστημα), έχοντας ανάγκη για άμεση αλλαγή της τρέχουσας πραγματικότητας (Παπαϊωάννου,2004). Επομένως βασικός στόχος της κοινωνικής εργασίας με άτομα «είναι να κάνει προσιτές στον εξυπηρετούμενο όλες τις δυνατές λύσεις-διευκολύνσεις. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ανακουφιστεί και να κινητοποιηθεί προκειμένου να αντιμετωπίσει με τον πιο αποτελεσματικό και μόνιμο τρόπο το πρόβλημά του και τις τυχόν επιπτώσεις του προβλήματος.» Αλλά εκτός από το ίδιο το άτομο στόχος της κοινωνικής εργασίας είναι και το περιβάλλον του. Δηλαδή αναφορικά με τους στόχους που βάζει ο εξυπηρετούμενος σε συνάρτηση με τις ικανότητες και την ενίσχυση αυτών. Ακόμα η κοινωνική εργασία με άτομο έχει ως στόχο την πρόληψη και την αποφυγή των κοινωνικών προβλημάτων, καθώς και των επιπτώσεων που απορρέουν αυτές στο ίδιο το άτομο, αλλά και στο περιβάλλον του. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ανάπτυξη των τεχνικών της συμβουλευτικής και υποστήριξης. Μέσω αυτών ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στην αποκατάσταση των αδυναμιών, αλλά και την έκφραση και των χειρισμό τόσο των συναισθηματικών όσο και των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιεί ο εξυπηρετούμενος. Η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη ως προς την χρήση της σε άτομα, οικογένειες και ομάδες προσωπικού υπηρεσιών (Καλλινικάκη, 1998).

Οι βασικές αρχές που διέπουν την κοινωνική εργασία με άτομα είναι ταυτόσημες με αυτές της κοινωνικής εργασίας, αν και ορισμένες προκύπτουν από την εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας με άτομα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι μέσα στις αρχές αυτές συγκαταλέγονται η αρχή του σεβασμού και της εξατομίκευση του εξυπηρετούμενου, με σκοπό την αναγνώριση, μελέτη και κατανόηση των μοναδικών χαρακτηριστικών ατομικών στοιχείων του.

Ακόμα υπάρχει και η αρχή της εχεμύθειας, μέσω της οποίας εδραιώνεται η σχέση μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και εξυπηρετούμενου. Σκοπός της αρχής αυτής είναι η διασφάλιση της προσωπικής ζωής του εξυπηρετούμενου τόσο από την υπηρεσία που εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός όσο και από τις αναφορές του σε άλλες υπηρεσίες.

Εν κατακλείδι, η κοινωνική εργασία με άτομα αποτελεί μία μοναδική σύνθεση των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων, ενεργώντας για το κοινό καλό του εξυπηρετούμενου ως προς την αλληλεπίδραση του με το περιβάλλον (Παπαϊωάννου, 2004).

6.2.2 Κοινωνική εργασία με ομάδες

Η κοινωνική εργασία με ομάδες αποτελεί τη δεύτερη φάση της ανάπτυξης της Κοινωνικής Εργασίας. Με τον όρο «ομάδα» εννοούμε το σύνολο των ατόμων (περισσότερα από δύο) που διατηρούν επαφή μεταξύ τους διαθέτοντας ένα αναγνωρισμένο κοινό στοιχείο/γνώρισμα/ στόχο (Καλλινικάκη,1998).

Η «Κοινωνική Εργασία με Ομάδες» αποτελεί ένα σύστημα και μια διαδικασία παροχής βοήθειας. Η βοήθειά της είναι επικεντρωμένη στην υποστήριξη και τη συμβουλευτική των ατόμων που θέλουν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωή όχι μόνο την δικιά τους αλλά και των υπολοίπων που βρίσκονται σε αυτή την θέση. Σκοπός της επομένως είναι η επίλυση των προβλημάτων που αφορούν τα μέλη της ομάδας σχετικά με την διαπροσωπική επικοινωνία, ώστε να μπορέσουν να βελτιώσουν την συνολική κοινωνική λειτουργικότητά τους , πετυχαίνοντας την δημιουργία της κοινωνικής και προσωπικής ευημερίας.

Επομένως πυρήνας της κοινωνικής εργασίας με ομάδες αποτελεί η θεώρηση ότι το άτομο ως κοινωνικό ον, διαθέτει τα μέσα να συμμετέχει σε ομάδες, προκειμένου να αναπτύσσεται βιολογικά και πνευματικά, με απώτερο σκοπό να διαμορφώσει την προσωπικότητά του και τους τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς του. Η μέθοδος άσκησης της κοινωνικής εργασίας με ομάδες επικεντρώνεται στις ανάγκες, τις ικανότητες, και τους περιορισμούς που έχει ή θέτει η ίδια η ομάδα.

Ωστόσο, η κοινωνική εργασία με ομάδες χωρίζεται με υποομάδες, ανάλογα με τις ιδιότητες και τις απαιτήσεις των ομάδων- μελών. Έτσι ανάλογα με το τι ζητά η κάθε ομάδα κατανέμεται σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες (Καλλινικάκη,1998) :

- Φυσικές ή τεχνικές.
- Πρωταρχικές , αντιπροσωπευτικές ή ομάδες εκπροσώπων
- Ομάδες συζήτησης ή ομάδες με αντικείμενο
- Ομάδες ανάπτυξης ή ομάδες δράσης-έργου.

Έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι να μπορέσει να καθορίσει την φιλοσοφία τόσο των ομάδων όσο και της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται. Ο ρόλος του διαφέρει από ομάδα σε ομάδα, προσαρμόζοντας τον ανάλογα με τις απαιτήσεις.

Ωστόσο οι μορφές μπορεί μεσολαβητικές, υποστηρικτές, συμβουλευτικές ή περιοριστικές. Αντίστοιχα ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να έχει ρόλο ηγετικό, μεσολαβητικό, εμπνευστικό, συμβουλευτικό, κατευθυντικό, διδακτικό, κτλ (Παπαδοπούλου,2004).

Η κοινωνική εργασία με ομάδες όπως και η κοινωνική εργασία διαθέτει κάποιες αρχές και αξίες που την καθορίζουν ως επιστήμη. Η κοινωνική εργασία κατά κανόνα βασίζεται στις αποδεκτές έννοιες της αξίας της ζωής, την ατομική ελευθερία, την δικαιοσύνη, την ατομική και κοινωνική ευθύνη. Στην κοινωνική εργασία με ομάδες ορισμένες από τις έννοιες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς από την φύση τους οι αξίες αυτές «δοκιμάζονται», απορρίπτονται ή ενσωματώνονται στην ομάδα, δημιουργώντας έντονους προβληματισμούς. Η σύζευξη των αξιών αυτών προκαλεί ερωτήματα αναφορικά με την ικανότητα των μελών της ομάδας να της ενσωματώσουν στην προσωπικότητά τους.

Όπως αναφέρει και η H.J. Meyer (1969)«κάθε άτομο είναι μοναδικό και ότι οι άνθρωποι δεν μπορούν να κρίνονται από ένα ή δύο γεγονότα. Αυτή η αξία ταιριασμένη με τη αξία που αποδίδουμε στο ίδιο το άτομο και στην αξιοπρέπεια του, μας δίνει την αρχή της εξατομίκευσης εργασίας, που σημαίνει ότι ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται με το κάθε άτομο χωριστά και με ένα μοναδικό τρόπο και όχι με μια κατηγορία ανθρώπων.»

Σύμφωνα με τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η σχέση του κοινωνικού λειτουργού με την ομάδα και το άτομο μέλος διασφαλίζεται , ενισχύεται και κατευθύνεται από τις αξίες και τις αρχές που τους διέπουν. Η κοινωνική εργασία με ομάδες μέσω της εφαρμογής της καθιστά σαφές ότι οι ομάδες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής του ανθρώπου, έχοντας η κάθε μία διαφορετικά χαρακτηριστικά τα οποία επιφέρουν θετικά και αρνητικά αποτελέσματα, αλλά σε όλες υπάρχει ένα κοινό στοιχείο και κοινά γνωρίσματα. Μέσω αυτών το άτομο μαθαίνει να κοινωνικοποιείται και να συμπεριφέρεται «σωστά» όταν βρίσκεται μεταξύ ίσων ή ατόμων με κοινά ενδιαφέροντα και στόχους. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ορισμένες περιπτώσεις ομάδων μπορεί να θεωρείται σχετικά ασήμαντος, αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αναιρείται το έργο του και η επαγγελματική του παρέμβαση (Παπαδοπούλου,2004).

6.2.3 Κοινωνική εργασία με κοινότητα

Με τον όρο «κοινότητα» αναφερόμαστε σε μια γεωγραφική ενότητα όπως είναι μια γειτονιά, μια συνοικία, κτλ, στην οποία υπάρχει μία ομάδα πληθυσμού ή μία κατηγορία ανθρώπων με κοινά χαρακτηριστικά (Ζωγράφου,2002).

Η Τρίτη και τελευταία κατηγορία της κοινωνικής εργασίας είναι η κοινωνική εργασία με κοινότητα ή αλλιώς για συντομία ΚΕΚ. Η μέθοδος αυτή ασχολείται κυρίως με την κινητοποίηση και την προσφορά βοήθειας στην κοινότητα, ώστε να μπορέσει να κατανοήσει την πραγματική διάσταση των ζητημάτων που την απασχολούν, να τα αξιολογήσει και με την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού να μπορέσει να φτιάξει ένα κατάλληλο σχέδιο παρέμβασης και αντιμετώπισης των προβλημάτων τους.

Σύμφωνα με τον Dunham, η κοινωνική εργασία με κοινότητα ορίζεται ως «μια διαδικασία που επιφέρει και διατηρεί μία εναρμόνιση ανάμεσα στις βοηθητικές πηγές της κοινωνικής πρόνοιας και τις κοινωνικές ανάγκες μέσα σε μία γεωγραφική περιοχή ή έναν ειδικό τομέα εργασίας.» . Ωστόσο σύμφωνα με την Carter ο παραπάνω ορισμός είναι ελλιπής καθώς δεν αποδίδει «την ιδιομορφία των δραστηριοτήτων που επιδρούν στη διαδικασία της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα περιλαμβάνει οργανωτικές, ηγετικές και συντονιστικές δραστηριότητες, δημόσιες σχέσεις, επιμορφωτικές και παιδαγωγικές δραστηριότητες, διοίκηση και γραφική εργασία, έρευνα και συλλογή στοιχείων» (Ζωγράφου,2002).

Η δημιουργία του θεσμού της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα εφάπτεται με την δημιουργία των πρώτων κοινοτικών κέντρων σε γειτονιές με οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες όπως για παράδειγμα παιδιά χωρίς οικογένειες, ηλικιωμένοι, ανάπηροι, κτλ.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στην κοινωνική εργασία με κοινότητα είναι η συνεργασία με τις λεγόμενες «λειτουργικές κοινότητες» ή «κοινότητες ενδιαφερόντων». Ο ρόλος που καλείται τελέσει ο κοινωνικός λειτουργός είναι κυρίως μεσολαβητικός, εμπνευστικός, συμβουλευτικός ή του κοινωνικού σχεδιαστή- ανάλογα με τις απαιτήσεις της κοινότητας προσαρμόζει τον ρόλο του.

Στόχοι της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα είναι η εξάλειψη των προβλημάτων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με δύο τρόπους: είτε χρησιμοποιώντας την τεχνική των

γενικών στόχων, δηλαδή την ενημέρωση της κοινότητας για τις κοινωνικές υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν, τα δικαιώματά τους και τις προτεινόμενες λύσεις στα προβλήματά τους, είτε με τους ειδικούς στόχους που επικεντρώνονται κυρίως στην παρέμβαση της πρωτογενής πρόληψης, δηλαδή στην ευαισθητοποίηση των κατοίκων της κοινότητας.

Στις μέρες μας η κοινωνική εργασία με την κοινότητα επικεντρώνεται κυρίως στην δημιουργία δραστηριοτήτων που να μπορούν να συμμετέχουν όλα τα μέλη της κοινότητας, με στόχο την καλύτερη και πολύπλευρη αντιμετώπιση των προβλημάτων της. Δηλαδή τα προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται μεμονωμένα και ατομικά, αλλά κοινωνικό-οικολογικά έχοντας ως αιτία δημιουργία της οικονομικό-πολιτικές συνθήκες που επικρατούν την στιγμή εκείνη.

Ακόμα κατά κανόνα συνεργάζεται με όλους τους φορείς, με σκοπό την προσπάθεια συνεργασίας αλλά και βελτίωση του δικτύου των κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Με αυτό τον τρόπο η κοινωνική εργασία με κοινότητα καταφέρνει να προωθήσει την πολιτική της «ενεργής μάθησης», συμβάλλοντας στην ευαισθητοποίηση για την συλλογική προβολή και διεκδίκηση των συμφερόντων και των δικαιωμάτων της κοινότητας.

Συμπερασματικά, η κοινωνική εργασία με κοινότητα ασχολείται με την πολύπλευρη αντιμετώπιση των προβλημάτων της κοινότητας. Δηλαδή ταυτόχρονα ενημερώνει και οργανώνει προγράμματα πρόληψης για τα κοινωνικά προβλήματα. Ακόμα φροντίζει για την σωστή οργάνωση ομάδων αυτοβοήθειας με σκοπό την ενεργοποίηση των συλλόγων και την διαφώτιση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, με την διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων σε σημεία κλειδιά της κοινότητας. Απόρροια των παραπάνω αποτελεί η ενεργή συμμετοχή όλων των μελών της κοινότητας, ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας (Ζωγράφου,2002).

6.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού ως θεραπευτής

Για την σωστή εκπαίδευση του κοινωνικού λειτουργού απαιτείται τόσο η εκμάθηση των θεραπευτικών εργαλείων όσο και η κατάρτιση των θεωριών αυτών για την σωστή χρησιμοποίηση τους στο μέλλον. Σύμφωνα με τους παρακάτω υποστηρικτές (Ackerman, Bell, Jackson, Minuchin, Bowen, κτλ), ο παραπάνω τρόπος είναι σημαντικός αλλά πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι για την σωστή κατανόηση του πρέπει να γίνει πρώτα αλλαγή στον τρόπο σκέψης σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Αναφορικά με την οικογενειακή θεραπεία πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός-θεραπευτής να έχει επιτύχει την κλινική του εκπαίδευση. Σκοπός αυτής είναι η ευαισθητοποίηση και η αναθεώρηση των στερεοτυπικών τρόπων σκέψης ανάμεσα στα δύο φύλα και των ρόλων τους, καθώς και στην επαγρύπνηση για το σημαντικό ρόλο που έχουν στους εθνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς και των απόψεών τους. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται πάνω σε αυτήν την εκπαίδευση και κατάρτιση έγκειται κυρίως στην προσπάθεια του εκπαιδευόμενου να αποτελέσει μέρος του οικογενειακού συστήματος, το οποίο επηρεάζεται από μεγαλύτερα κοινωνικά συστήματα όπως είναι το σύστημα εργασίας, το σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας, κτλ. Ακόμα ένα μεγάλο πρόβλημα είναι η μονομερής εκμάθηση τεχνικών παρέμβασης της οικογένειας και ο αποκλεισμός των ζητημάτων που επιφέρουν τις οικογενειακές συγκρούσεις (Goldenberg,2005).

Στόχοι της εκπαίδευσης για να μπορέσει ο εκπαιδευόμενος να επιλύσει τα παραπάνω προβλήματα αποτελούν αρχικά η κατανόηση της λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος, καθώς και η ικανότητα της οικογένειας να αλλάξει. Ωστόσο αυτό δεν είναι πάντα εύκολο διότι οι περισσότερες οικογένειες είναι πρόθυμες να αναγνωρίσουν ένα πρόβλημα που της απασχολεί και να αναζητήσουν βοήθεια, αλλά όχι να αλλάξουν την οικογενειακή τους δομή, καθώς είναι κάτι που τους τρομάζει (Goldenberg,2005).

Όσο αφορά τον ίδιο τον εκπαιδευτή για να μπορέσει να επιτύχει τους στόχους πρέπει από την αρχή να θέσει τον εαυτό του σε θέση ισχύος και όχι απλού βοηθού. Αυτό θα τον βοηθήσει να έχει επίγνωση τόσο των προσωπικών του χαρακτηριστικών ως οικογενειακός θεραπευτής όσο και στην αποτελεσματική παρέμβαση των οικογενειακών αλλαγών που αναζητούν τα μέλη της οικογένειας (Goldenberg,2005).

Εκτός από τα παραπάνω, δηλαδή η εκπαίδευση του κοινωνικού λειτουργού αναφορικά με την οικογενειακή θεραπεία, σημαντικό αποτελεί και η θέση του κοινωνικού λειτουργού στο άτομο. Συγκεκριμένα, για την σωστή συνεργασία και την αποκατάσταση της ασθενούς, πρέπει να επιτευχθεί μία σωστή και εχέμυθη θεραπευτική σχέση (θεραπευτική συμμαχία), ανάμεσα στον θεραπευτή και την θεραπευόμενη. Σύμφωνα με τους Horvath και Greenberg «αυτή η θεραπευτική σχέση δεν παρέχει απλώς στον πελάτη (θεραπευόμενο) ένα ασφαλές περιβάλλον για να εξερευνήσει τον εαυτό του, αλλά και η ίδια η διαδικασία ανάπτυξης αυτής της σχέσης μπορεί να αποτυπώσει τα πιο σημαντικά προβλήματα σχέσεων που αντιμετωπίζει ο πελάτης» (Στάλικας,2004).

Ο όρος «θεραπευτική συμμαχία» προήλθε από τον αγγλικό όρο therapeutic alliance, ή αλλιώς working ή helping alliance. Ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο αυτόν ήταν ο Freud. Ωστόσο και άλλοι χρησιμοποίησαν τον όρο αυτόν όπως για παράδειγμα ο Bordin, σύμφωνα με τον οποίο η θεραπευτική συμμαχία ορίζεται ως μία αντιπροσωπευτική και αρμονική συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Για την καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής συνεργασίας ο Bordin σημείωσε την ύπαρξη τριών παραγόντων: τον δεσμό, τους στόχους και τις θεραπευτικές ιδιότητες. Για την σωστή και αποτελεσματική θεραπεία οι παραπάνω τρεις παράγοντες πρέπει να βρίσκονται σε πλήρη αρμονία τόσο από την πλευρά του θεραπευτή όσο και από την πλευρά του θεραπευόμενου (Στάλικας,2004).

Η θεραπευτική συμμαχία χωρίζεται σε δύο κατηγορίες :την βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία και την βραχεία προσαρμοστική θεραπεία. Στην βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την μεταξύ τους σχέση με σκοπό να επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Το αποτέλεσμα αυτό, ωστόσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και εκτός της συνεδρίας, βοηθώντας τον εξυπηρετούμενο να αλλάξει προς το καλύτερο την ποιότητα των διαπροσωπικών του επαφών και σχέσεων. Αντίθετα, στην βραχεία προσαρμοστική ψυχοθεραπεία, ο θεραπευτής εστιάζει κυρίως στην δημιουργία και την εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος προς τον ασθενή, η οποία συχνά καλείται να διαπράξει ενέργειες που δεν συμβαδίζουν με την προσωπικότητά της, δυσκολεύοντας την να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που δημιουργούνται (Στάλικας,2004).

Σύνηθες στοιχείο στην προέλευση μιας οικογένειας για θεραπεία είναι η αναγνώριση ορισμένων συμπτωμάτων σε κάποιο μέλος της, δηλαδή η προσκόλληση μίας «ταμπέλας» στο άτομο που έχει «πρόβλημα» ή «είναι το πρόβλημα». Είτε πρόκειται για την εμφάνιση μιας οικογενειακής δυσλειτουργίας είτε πρόκειται για την αναγνώριση ορισμένων περιστάσεων που συνέβησαν σε ένα μέλος της, σημαντικό αποτελεί η ομόφωνη παρέμβαση της οικογένειας ότι το άτομο αποτελεί «πρόβλημα». Έχοντας υπόψη μας ότι η οικογένεια αποτελεί ένα ανοικτό κοινωνικό-πολιτισμικό σύστημα το οποίο βρίσκεται αρκετά συχνά αντιμέτωπο για αλλαγή λόγω των πολλαπλών απαιτήσεων του (Minuchin,1974).

Μια δυσλειτουργική οικογένεια διαθέτει ένα σύστημα, το οποίο αντιδρά στις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις για αλλαγή, μετατρέποντας το ήδη υπάρχων για αυτήν λειτουργικό σύστημα.

Το έργο του θεραπευτή και στις δύο περιπτώσεις είναι να διευκολύνει την οικογένεια υποδεικνύοντάς της έναν ομαλό τρόπο μετασχηματισμού της οικογενειακής δομής μέσω τριών απλών αλλά σημαντικών βημάτων. Αρχικά ο θεραπευτής αποκτώντας την θέση του συντονιστή έχει την δυνατότητα να συνδεθεί με την οικογένεια. Στην συνέχεια σκοπός του είναι να εμφανίσει και να αξιολογήσει την εκάστοτε υποκειμενική οικογενειακή δομή. Απόρροια των παραπάνω είναι η δημιουργία συνθηκών που θα επιφέρουν τον μετασχηματισμό της οικογενειακής δομής. Ο ρόλος του θεραπευτή κατά την διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας, αρχικά, είναι να ακούει και να παρατηρεί τόσο το θέμα των συζητήσεων όσο και τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα που περνούν άμεσα ή έμμεσα τα μέλη της οικογένειας στον ίδιο αλλά και μεταξύ τους (Minuchin,1974).

Για να μπορέσει ο θεραπευτής να μετασχηματίσει το οικογενειακό σύστημα πρέπει να προκαλέσει αναταράξεις στην αρχική δομή του. Για παράδειγμα όπως αναφέρει ο Jay Haley «εάν σε μία συγκεκριμένη συνεδρία ο θεραπευτής μετάσχει σε έναν συνασπισμό με τον έναν σύζυγο εναντίον του άλλου, θα πρέπει σύντομα να επαναφέρει και να αποκαταστήσει την ισορροπία δημιουργώντας έναν συνασπισμό ή συμμαχώντας με τον άλλον σύζυγο» (Minuchin,1974).

Επομένως ο ρόλος του θεραπευτή είναι εξαιρετικά σημαντικός όταν αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει άνιση κατανομή των δυναμικών ρόλων μέσα στην οικογένεια. Γι αυτό τον λόγο πρέπει να ελέγχει και να παρακολουθεί τις αντιδράσεις μέσα στην θεραπεία,

γιατί πολλά μέλη της εμφανίζουν στρες και πανικοβάλλονται για την ενδεχόμενη αλλαγή των ρόλων.

Ο θεραπευτής καθ όλη την διάρκεια της θεραπείας πρέπει να έχει στο μυαλό ότι η οικογένεια απευθύνθηκε σε αυτόν όχι μόνο για να επιλύσει τα προβλήματα που έχουν παρουσιαστεί αλλά και για να μπορέσουν να εξομαλύνουν τις εκάστοτε διαφορές τους, καθώς οι εμπειρίες των ανθρώπων αλλάζουν και οι θέσεις που κατέχουν ο ένας με τον άλλον μετασχηματίζονται (Minuchin,1974).

Σε αυτό το σημείο πρέπει αν τονίσουμε ότι η έννοια του μετασχηματισμού εναλλάσσετε από τις κινήσεις του θεραπευτή και των μελών της οικογένειας με την πάροδο του χρόνου. Κεντρικός άξονας για να επιτευχθεί αυτό αποτελεί η ικανότητα του ατόμου να μεταπηδά από την μία κατάσταση στην άλλη έχοντας την κατάλληλη υποστήριξη (Minuchin,1974).

Εν κατακλείδι, πρωταρχικός σκοπός του θεραπευτή αλλά και της οικογενειακής θεραπείας είναι να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να προσαρμοστούν στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, αποτρέποντας την δημιουργία προβλημάτων τόσο μέσω της πρόληψης κρίσεων όσο και μέσω της επίλυσης κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων που μπορεί να προκύψει (Ζαφείρης,1999). Επομένως, καθ όλη την διάρκεια των θεραπειών ο θεραπευτής αναλαμβάνει πολλαπλούς ρόλους, όπως του κριτή, του συμβούλου, του αντιπάλου αλλά και του μεσολαβητή, ανάλογα με το περιεχόμενο της συζήτησης και τις απαιτήσεις των μελών της οικογένειας. Απώτερος στόχος του είναι η ενθάρρυνση των μελών να μιλήσουν ανοιχτά, ώστε να καταλάβει τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις εφαρμόζοντας τον κατάλληλο τρόπο παρέμβασης (Minuchin,1974).

6.4 Ο ρόλος του θεραπευτή στο ζευγάρι

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και η θεραπεία επιφέρει αλλαγές τόσο στην οικογένεια γενικότερα όσο και στο ζευγάρι. Η αλλαγή του τρόπου ζωής υποχρεώνει πολλά ζευγάρια να αναθεωρήσουν τον τρόπο κατανομής των εργασιών στο σπίτι, ώστε να μπορέσουν να εξοικονομήσουν ενέργεια και χρόνο, λόγω των πολλαπλών υποχρεώσεων που φέρει η ασθένεια (Kayser,2010).

Η γυναίκα που έχει διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού έχει να διαχειριστεί ταυτόχρονα το συναισθηματικό φορτίο αλλά και το φορτίο της διάγνωσης και της θεραπείας. Τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν επηρεάζουν τον τρόπο λειτουργίας, σκέψης και γενικότερα την κοινωνική και προσωπική ζωή της ασθενούς και του ζευγαριού. Οι ρόλοι διαταράσσονται τουλάχιστον για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν οι θεραπείες. Ο σύζυγος πλέον αναλαμβάνει περισσότερες ευθύνες τόσο μέσα στην οικογένεια όσο και μέσα στο σπίτι (Λέκα,2008).

Ωστόσο, η όλη εμπειρία είναι κουραστική με αποτέλεσμα ορισμένα ζευγάρια να αναδιανέμουν σχεδόν αμέσως τις δουλειές του σπιτιού ή να προσαρμόζονται ελάχιστα στη νέα κατάσταση. Αν και αρχικά οι συνέπειες από τις αυξανόμενες απαιτήσεις και οι άνιση κατανομή καθηκόντων δεν είναι εμφανείς με την πάροδο του χρόνου υπάρχουν φθορές στη σχέση του ζευγαριού, κάτι που οδηγεί στην αναθεώρηση του υπάρχοντος συστήματος, καταφεύγοντας στην συνδρομή ενός ειδικού για την σωστή ενημέρωσή τους (Kayser,2010).

Τόσο οι απαιτήσεις του σπιτιού όσο και οι απαιτήσεις στον επαγγελματικό τομέα φέρουν ένα μεγάλο βάρος στην ζωή των γυναικών, που έχουν νοσήσει ή νοσούν από καρκίνο του μαστού ή από άλλους γυναικολογικούς καρκίνους. Η ομαλή συνέχιση της οικογενειακής κατάστασης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ευελιξία του προγράμματος εργασίας και της δυνατότητας του συζύγου να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση (Kayser,2010). Σημαντικό εδώ αποτελεί το σύστημα της αναδιοργάνωσης που χρησιμοποιηθεί στην οικογένεια, ώστε η ασθενής- σύζυγος να νιώθει ότι προσφέρει ακόμα, αποφεύγοντας έτσι φαινόμενα παραίτησης και ψυχολογικών και συναισθηματικών επιπτώσεων (Λέκα,2008).

Γνωρίζοντας ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι μία απαιτητική διαδικασία, ο κοινωνικός λειτουργός-θεραπευτής παροτρύνει το ζευγάρι- συντρόφους να

σχεδιάσουν την διαχείριση των εργασιών, μοιράζοντας ισότιμα τα καθήκοντα σε όλα τα μέλη της . Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι να μάθουμε τον τρόπο διαχείρισης των καθηκόντων του ζευγαριού στο παρελθόν, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα της τεχνικής αυτής με το ζευγάρι, ώστε να καταλάβουν και οι ίδιοι τα θετικά και τα αρνητικά της τεχνικής αυτής (Kayser,2010). Εξάλλου δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο καρκίνος, συχνά αποτελεί μία οικογενειακή ασθένεια, αφού κλονίζει και εμφανίζει αδυναμίες που υπάρχουν μέσα στην οικογενειακή δομή (Λέκα,2008).

6.5 Στρατηγικές παρέμβασεις

Η εμφάνιση της οικογενειακής θεραπείας δεν μπορεί να εντοπιστεί σε μία και μοναδική πηγή. Εμφανίστηκε περίπου στο τέλος της δεκαετίας του 1940 με αρχές της δεκαετίας του 1950. Πρωταρχικός σκοπός της οικογενειακής θεραπείας είναι να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να προσαρμοστούν στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, αποτρέποντας την δημιουργία προβλημάτων τόσο μέσω της πρόληψης κρίσεων όσο και με την επίλυση των κοινωνικών-συναισθηματικών προβλημάτων (Ζαφείρης, 1999).

Όπως κάθε θεραπεία-τεχνική αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, έτσι και η οικογενειακή θεραπεία εμφανίζει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία καλείται να γνωρίζει κάθε ειδικός που εργάζεται πάνω στην οικογενειακή θεραπεία. Επιγραμματικά τα πλεονεκτήματα συνοψίζονται στην στάση της οικογένειας σχετικά με την ανάγκη αναζήτησης βοήθειας δείχνοντας έτσι τις αυξημένες και καλύτερες προσδοκίες που επιθυμούν σαν οικογένεια. Επίσης δείχνει την ικανότητα τους να αναλαμβάνουν ευθύνες σε μια προσπάθειά τους να αποκτήσουν υγιείς τρόπους επικοινωνίας. Στον αντίποδα, πολλές φορές δεν υπάρχει ελεύθερη επικοινωνία μεταξύ του θεραπευτή και του πελάτη-εξυπηρετούμενου παρά μόνο στις ατομικές συνεδρίες και αυτό δείχνει την αδυναμία ελέγχου των διεργασιών της ομάδας λόγω των αλληλεπιδράσεων και των αντιδράσεων. Τέλος σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούμε την δημιουργία ενός πλέγματος άμυνας και αντίστασης, ώστε να μπορέσουν να προστατέψουν την ατομική αλλά και την οικογενειακή δομή, καθώς αδυνατούν να εκφράσουν επώδυνα αισθήματα, κυρίως λόγω φόβου αντίδρασης των υπολοίπων μελών (Ζαφείρης, 1999).

Παρ όλα αυτά η καλύτερη και πιο διαδεδομένη στρατηγική αντιμετώπισης αναφορικά με την οικογενειακή θεραπεία είναι η συστημική θεραπεία, η οποία χωρίζεται σε δυο τύπους εκ των οποίων η μία είναι η δομική θεραπεία οικογένειας και η άλλη η στρατηγική θεραπεία οικογένειας (Minuchin , 1974).

6.5.1 Δομική θεραπεία οικογένειας

Η δομική σχολή θεραπείας της οικογένειας αναπτύχθηκε αρχικά από τον Minuchin (1974), έχοντας ως βασική της αρχή πως οι οικογένειες με καλή λειτουργικότητα έχουν μια συγκεκριμένη δομή. Εάν από μια οικογένεια απουσιάζει αυτή η δομή τότε δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στα προβλήματα που προκύπτουν ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από εσωτερικές ή από εξωτερικές πηγές. Ένας τέτοιος τύπος οικογένειας δεν αντιλαμβάνεται πάντα τα προβλήματα και τα μέλη της αδυνατούν να συζητήσουν τα οικογενειακά προβλήματα που υπάρχουν.

Ο «υποδεικνυόμενος ως ασθενής», δηλαδή το άτομο το οποίο χαρακτηρίζεται ως το «προβληματικό μέλος» της οικογένειας και αναζητά βοήθεια, συνήθως εμφανίζει που «συμπτώματά» τα οποία χρειάζονται θεραπεία. Στην πραγματικότητα όμως τα συμπτώματα αυτά αντιπροσωπεύουν στην πραγματικότητα τα προβλήματα του συστήματος και της δομής της οικογένειας. Ο ασθενής θεωρείται το δείγμα μιας τέτοιας οικογένειας όπου δυσλειτουργεί και κατ επέκταση ολόκληρο το οικογενειακό σύμπλεγμα χρήζει βοήθειας. Οι δομές μέσα στην οικογένεια δημιουργούνται για να συντελεσθούν κάποιοι ρόλοι με την χρήση των οικογενειακών κανόνων που διαμορφώνουν την σχέση των μελών της, αυτοί είναι επίσημοι είτε ανεπίσημοι (Minuchin , 1974).

Για να υπάρξει σωστή λειτουργικότητα μέσα στην οικογένεια πρέπει τα όρια που διαμορφώνονται από τους κανόνες να είναι ξεκάθαρα στα υποσυστήματα και να μην επιβάλλονται σε αυτά με λανθασμένο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται τα προβλήματα μέσα στην οικογένεια. Τα υποσυστήματα είναι μικρές μονάδες μέσα στην οικογένεια με ένα κοινό μεταξύ τους στοιχείο: γενιά, φύλο, ενδιαφέροντα κ.λπ. Ανάμεσα στα υποσυστήματα υπάρχουν όρια, όπως υπάρχουν και ανάμεσα στην οικογένεια και τον εξωτερικό κόσμο.

Οι λειτουργικές οικογένειες καθορίζονται από τα κατανοητά όρια , την κατάλληλη ιεραρχία και οι συμμαχίες που ενδεχομένως δημιουργούνται προσαρμόζονται ώστε

να βοηθούν στην ευελιξία ,την αλλαγή και την ανάπτυξη των μελών . Στον αντίποδα είναι οι δυσλειτουργικές οικογένειες όπου τα χαρακτηρίστηκα τους είναι αντίθετα από τις λειτουργικές (Minuchin , 1974).

Η δομική θεραπεία οικογένειας χαρακτηρίζεται ως συμπεριφορική, κατευθυντική και δυναμική. Ο θεραπευτής έχει ενεργό ρόλο στις θεραπευτικές συνεδρίες, μετατοπίζοντας και διαφοροποιώντας τους ρόλους των μελών με σκοπό να αναπλάσει ή να παρεμποδίσει τυχόν συμμαχίες και να αποτρέψει την δημιουργία συμμαχιών μεταξύ των μελών της οικογένειας. Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με την χρήση τριών βασικών στοιχείων (Ζαφείρης, 1999):

- 1.την αμφισβήτηση των αντιλήψεων της οικογένειας.
2. την παροχή εφεδρικών δυνατοτήτων όπου σημαίνει κάτι για την οικογένεια και
- 3.την δημιουργία καινούργιων προτύπων αλληλεπίδρασης και νέων σχέσεων με την ίδια δομή.

Η θεραπευτική διαδικασία ακολουθεί τα παρακάτω συγκεκριμένα στάδια, με σκοπό την άμεση και καταλληλότερη υλοποίηση των στόχων της οικογένειας (Ζαφείρης, 1999) :

1. Γέφυρα με την οικογένεια. Στο αρχικό αυτό στάδιο ο ειδικός θεραπευτής «μπαίνει» μέσα στο σύστημα της οικογένειας και δημιουργεί σχέσεις μαζί της , βάση της κουλτούρας , της διάθεσης , του στυλ και της γλώσσας της. Για να κατορθώσει να εμπλακεί σωστά συνήθως κάθεται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας (Minuchin , 1974).
2. Αξιολόγηση της δομής της οικογένειας. Στο δεύτερο στάδιο μελέτα τα όρια , την ιεραρχία και τις συμμαχίες που υπάρχουν . Η συγκεκριμένη διαδικασία μπορεί να είναι πολύ δυναμική. Σε αυτό το στάδιο ρόλος του θεραπευτή είναι να παρακολουθεί τις αλληλεπιδράσεις των ατόμων ή των συστημάτων μέσω παιχνιδιών με εναλλαγές στους ρόλους . Ακόμα αναπτύσσει συνθήκες, ώστε οι αλληλεπιδράσεις να είναι πραγματικές .
3. Διατάραξη της ισορροπίας του συστήματος. Στο τρίτο στάδιο προκαλεί σκόπιμα την ισορροπία στις δυσλειτουργικές συμπεριφορές, ώστε να δημιουργηθεί μια ανισοροπία στον κύκλο της οικογένειας . Ο θεραπευτής

έχει καθοδηγητικό ρόλο και συμμαχεί με τα διαφορετικά υποσυστήματα ή αναπλάθει διάφορες συμμαχίες .

4. Αναδόμηση της λειτουργίας. Τέλος , μέσω της αναδιαμόρφωσης της ισορροπίας του συστήματος της οικογένειας πραγματοποιούνται κάποιες προσπάθειες για τον καθορισμό της οικογενειακής δομής , που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένους κανόνες .

Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των παρακάτω στρατηγικών(Ζαφείρης, 1999):

- 1) Υλοποίηση προτύπων συνδιαλλαγής της οικογένειας. Αναφέρεται στην δημιουργία «σωστών» προτύπων συνδιαλλαγής, όπως για παράδειγμα το παιχνίδι των ρόλων , η καθοδηγούμενη εξάσκηση και η διαχείριση των μελών , με απώτερο σκοπό την εισαγωγή τους σε κατάλληλα υποσυστήματα . (π.χ. η μητέρα και ο πατέρας κάθονται μαζί και αλληλεπιδρούν με μέλη άλλων συστημάτων) .
- 2) Κλιμάκωση του άγχους. Απευθύνεται στην απόκλιση των ακατάλληλων προτύπων συνδιαλλαγής και της πρόκλησης συγκρούσεων ώστε να ενθαρρυνθεί την ανάπτυξη νέων συμμαχιών μέσα σε πιο κατάλληλα υποσυστήματα .

Οι μετατροπές κατά την διάρκεια της δομικής θεραπείας είναι αμοιβαία ενισχυτικές και η οικογένεια μαθαίνει να συνεχίζει να αναπτύσσεται χωρίς να είναι αναγκαία η παρέμβαση του θεραπευτή. Ωστόσο η θεραπεία θα εξακολουθήσει για κάποιους μήνες μέσω εβδομαδιαίων συναντήσεων. Βασική αρχή για την σωστή και κατάλληλη διαχείριση της οικογένειας αποτελεί από το μέρος του θεραπευτή να κατανοήσει πως η κάθε οικογένεια διαθέτει τα δικά της δεδομένα και πως η επιβολή μιας λύσης που δεν θα στηρίζεται σε αυτά ενδεχομένως να επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα (Minuchin , 1974).

6.5.2 Στρατηγική θεραπεία οικογένειας

Αυτοί που ασχολήθηκαν πρώτα με το στρατηγικό μοντέλο θεραπείας της οικογένειας ήταν ο Watzlawick και οι συνεργάτες του (1974). Μέσω αυτού του μοντέλου προσπάθησαν να δώσουν μεγαλύτερη βαρύτητα στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας . Η προσέγγιση τους ασχολήθηκε με τις στρατηγικές επίλυσης των οικογενειακών προβλημάτων και όχι με την δομή της οικογένεια. Κάθε οικογένεια σε καταστάσεις δύσκολες και κρίσιμες καλείται να λάβει σημαντικές αποφάσεις χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές. Συνήθως χρησιμοποιούν στρατηγικές που έχουν ξαναχρησιμοποιήσει στο παρελθόν για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ένα μέλος της . Αυτές οι στρατηγικές μπορούν να θεωρηθούν είτε επιτυχής εφόσον στο παρελθόν έχουν επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα είτε ανεπιτυχής. Σε αυτή την περίπτωση οι οικογένειες είτε χρησιμοποιούν πρωτότυπες προσεγγίσεις για την επίλυση του προβλήματος είτε επιμένουν στην ίδια ανεπιτυχή στρατηγική θέλοντας να επιτύχουν κάποιο αποτέλεσμα. Απόρροια αυτού είναι οι επιβλαβείς επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Minuchin , 1974).

Στόχος της θεραπείας είναι να εντοπίσει και να διαφοροποιήσει αυτές τις «καταστροφικές» προσπάθειες για την επίλυση του προβλήματος, ώστε η οικογένεια να προσπαθήσει να βρει την αίτια του προβλήματος, χωρίς να στιγματίζει το άτομο που νοσεί, ενώ παράλληλα τους επιτρέπει να αντιληφθούν πως αυτή η στρατηγική μεγιστοποιεί το πρόβλημα από το να το επιλύει. Για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας πρέπει να τηρηθούν τα εξής στάδια (Ζαφείρης, 1999):

1. Η εξέταση και η ερμηνεία των δυσκολιών που πρέπει να αντιμετωπιστούν .
2. Δημιουργία ενός στρατηγικού σχεδίου δράσης για την παρεμπόδιση και τον τερματισμό των αλληλεπιδράσεων που παρατείνουν το πρόβλημα .
3. Πραγματοποίηση στρατηγικών παρεμβάσεων (εργασία για το σπίτι κατά την διάρκεια των συνεδριών), με απώτερο σκοπό την διακοπή των λανθασμένων συμπεριφορών .
4. Ένα φιτμακ για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών.

5. Συνεκτίμηση του θεραπευτικού σχεδίου συμπεριλαμβανόμενων των ασκήσεων που δόθηκαν για το σπίτι και των άλλων παρεμβάσεων όπου χρησιμοποιήθηκαν κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Ο θεραπευτής στην στρατηγική θεραπεία δείχνει έναν συναισθηματικά αποστασιοποιημένο τρόπο συμπεριφοράς έναντι της οικογένειας. Αποτέλεσμα της τεχνικής αυτής είναι η αποφυγή διαμαχών ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και ο διαχωρισμός του ρόλου του, ώστε να μην θεωρηθεί ειδικός και επιβάλλει στα μέλη τις δικές του προτάσεις άμεσα αλλά έμμεσα έπειτα από συζήτηση και αξιολόγηση με όσα από τα μέλη της οικογένειας επιθυμούν αν συμμετέχουν στην στρατηγική αυτή θεραπεία.

Η θεραπεία επικεντρώνεται σε δύο στρατηγικές: στη θετική αναπλαισίωση και στη χρήση της παράδοξης παρέμβασης (Ζαφείρης, 1999) :

1. Η θετική αναπλαισίωση, επιζητά την θετική ερμηνεία συμπεριφορών που συμβάλουν στο πρόβλημα. Βάση των θεραπειών αυτό θεωρείται σχετικά εύκολο, καθώς οι συμπεριφορές αυτές ανταποκρίνονται στις πραγματικές προσπάθειες για να διορθώσουν το πρόβλημα.
2. Η χρήση της παράδοξης παρέμβασης, ζητά από τα μέλη όπου συμμετάσχουν στην θεραπεία να συμμετάσχουν στις δραστηριότητες, οι οποίες είναι παράδοξες ή αντιτίθενται στην κοινή λογική.

6.5.3 Ομάδες υποστήριξης και συμπαράστασης

Οι γυναίκες ασθενείς είναι πιθανότερο να αναζητήσουν πληροφορίες από επαγγελματίες υγείας και μένουν ευχαριστημένες με τις πληροφορίες σχετικά με την διάγνωση και την θεραπεία , απέ ότι από το σύντροφο τους. Η παρέμβαση για γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένεια του καρκίνου μαζί με τον συντρόφους , στοχεύει στο να βοηθήσει το ζευγάρι να καλλιεργήσουν νέες στρατηγικές , να τα διευκολύνει να έχουν σωστή επικοινωνία , να δημιουργεί την υποστήριξη και τις εκδηλώσεις τρυφερότητας , να αντιμετωπίσουν τις αντιδράσεις των παιδιών έναντι του καρκίνου και να δημιουργήσουν ένα κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

Οι συνεδρίες παρέμβασης μπορούν να ξεκινήσουν αμέσως μετά την διάγνωση , ανάλογα κατά ποσό έτοιμο είναι το ζευγάρι , να εμπλακεί σε συζητήσεις που

επικεντρώνονται στα συναισθήματα και στοχευόμενες συζητήσεις για την λύση των προβλημάτων τους .Το πρώτο χρονικό διάστημα μετά την διάγνωση μπορεί να είναι το πιο στρεσογόνο χρονικό διάστημα για την ασθενή και των σύντροφο της , καθώς μαθαίνουν να αποδέχονται την διάγνωση του καρκίνου , περιμένουν την θεραπεία , εγκλιματίζονται στην θεραπευτική αγωγή και τις παρενέργειες της και ζουν με την αβεβαιότητα του καρκίνου . Η οργάνωση των συνεδρίων είναι τέτοια ώστε να γίνεται σταδιακά το πέρασμα από τα λιγότερο προσωπικά , πρακτικά ζητήματα στα πιο προσωπικά και επικεντρωμένα στο συναίσθημα θέματα . Ανάλογα με τις ανάγκες του ζευγαριού η σειρά μπορεί να αλλάξει .Υπάρχει μια ευελιξία στη σειρά των συνεδρίων αλλά είναι προτιμότερο να προγραμματιστούν για αργότερα οι πιο προσωπικές και επικεντρωμένες στο συναίσθημα συνεδρίες , ώστε να έχει ήδη αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαίας συναισθηματικής προσέγγισης ειδικού και ζευγαριού .

Στην πορεία της εργασίας με τα ζευγάρια σχετικά με το θέμα του καρκίνου μπορεί να προκύψει μια κρίση στην σχέση του ζευγαριού και να χρειαστεί επιπλέον συμβουλευτική το ζευγάρι . Το ζευγάρι επίσης , μπορεί να βιώνει στρεσογόνα γεγονότα που να μην συνδέονται με τον καρκίνο αλλά να προκαλούν μεγάλη ένταση στην σχέση τους (Dollinger 1992).

Αναφορικά με την εμφάνιση του φαινομένου του στρές στο ζευγάρι εμφανίζονται οι εξής τύποι που σχετίζονται με τα ιατρικά , κοινωνικά , συναισθηματικά και υπαρξιακά θέματα (Dollinger 1992) :

1. Σχετικά με ιατρικά θέματα . Την περίοδο της διάγνωσης , το ζεύγος πρέπει να έρθει σε συνεννόηση με τα μέλη ενός σύνθετου συστήματος υγείας , να διαβάσει και να επεξεργαστεί μεγάλο όγκο ιατρικών πληροφοριών και να πάρει αποφάσεις σε σχέση με την θεραπεία . Υπάρχουν προβληματισμοί είτε επειδή θα χρειαστεί να παραμεληθούν η οικογένεια και εργασία , για να γίνει κάποια εισαγωγή στο νοσοκομείο , είτε σε σχέση με τις ιατρικές επισκέψεις ή με την αντιμετώπιση των παρενεργειών της θεραπείας .

2. Σχετικά με κοινωνικά θέματα. Στην περίπτωση αυτή τα ζευγάρια να αγχώνονται όταν για παράδειγμα θα πρέπει να ενημερώσουν ην οικογένεια και τους φίλους τους για την διάγνωση του καρκίνου . Πρέπει να αποφασίσουν σε ποιον θα το πουν κι από ποιον θα ζητήσουν βοήθεια . Δεν είναι σπάνιο κάποιες κοινωνικές σχέσεις να αλλάζουν , να γίνονται πιο στενές ή πιο απόμακρες . Κάποιοι φίλοι μπορεί να

νιώσουν άβολα , να αλλάξει η συμπεριφορά τους και να αρχίσουν να αποφεύγουν το ζευγάρι . Οι κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ζευγαριού αλλάζουν , καθώς θα χρειάζεται να περνούν χρόνο περισσότερο στο σπίτι ή θα προτιμούν να μένουν οι δυο τους (Dollinger 1992).

3. Σχετικά με το συναίσθημα. Στα συναισθήματα που συνδέονται με την ψυχολογική πίεση περιλαμβάνονται η κατάθλιψη , η λύπη και η ανησυχία . Οι πιθανές συμπεριφορές εκδηλώσεις αυτών των συναισθημάτων είναι η αϋπνία , η αδυναμία συγκέντρωσης , η απώλεια όρεξης , η αυξημένη χρήση αλκοόλ και ηρεμιστικών , οι αυτοκτονικές σκέψεις , η σεξουαλική δυσλειτουργία και η διατάραξη των καθημερινών δραστηριοτήτων . Συνήθως η κακή ψυχολογική διάθεση χειροτερεύει στο πρώτο χρόνο από την διάγνωση του καρκίνου , όμως στην συνέχεια οι ασθενείς σε πολλές περιπτώσεις επανέρχονται στο προηγούμενη κατάσταση πριν από την εμφάνιση της νόσου επίπεδο συναισθηματικής ευεξίας

Παρομοίως ο ‘υγιής’ σύντροφος μπορεί να βιώνει συναισθηματικό στρες , όπως ανησυχία , κατάθλιψη , συναισθήματα ανεπάρκειας σε σχέση με την ικανότητα του να βοηθήσει τη σύντροφο του να ξεπεράσει την κρίση καθώς και σωματικά συμπτώματα. Πολλοί σύζυγοι αισθάνονται άνετοιμοι να αντιμετωπίσουν την ίδια τους την συναισθηματική αντίδραση απέναντι στο καρκίνο και την θεραπεία του και βιώνουν παρόμοιες δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή με τις άρρωστες συζύγους τους (<http://www.agsavvas-hosp.gr>).

4.Σχετικά με υπαρξιακά ζητήματα. Ενας τελευταίος τύπος στρες που βιώνουν τα ζευγάρια είναι ο υπαρξιακός . Περιλαμβάνει ζητήματα που σχετίζονται με το νόημα και τον σκοπό της ζωής , την αδικία της διάγνωσης της ασθένειας και την πιθανότητα θανάτου . Ωστόσο δεν γνωρίζουμε πολλά για το πως τα ζευγάρια αντιμετωπίζουν τα υπαρξιακά προβλήματα που συνδέονται με την διάγνωση του καρκίνου.

Αναφορικά με τις ομάδες συμπαράστασης οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με τον καρκίνο και έχουν ανάγκη από ειδική βοήθεια μέσω των γιατρών , όπου δεν τους παρέχεται πάντα . Οι ειδικοί ενδιαφέρονται για την ψυχολογική και φυσική κατάσταση των ατόμων , αλλά ο χρόνος τους διασπάται σε συζητήσεις που σχετίζονται με την θεραπεία , τα προβλήματα τις παρενέργειες όπου υπάρχουν . Παραπομπή μέσω των ιατρών γίνεται συχνά , έτσι ώστε κάποιος ειδήμων σε ομάδες συμπαράστασης να αντιμετωπίσει την ανάγκη αντιμετώπισης ψυχολογικών

προβλημάτων του καρκινοπαθή . Οι ομάδες συμπαράστασης προσφέρουν σε ασθενείς με καρκίνο αρωγή . Συγκεκριμένα μόνο ομοιοπαθουντες να τους το παρέχουν (Dollinger 1992).

Στον αντίποδα αλλά και συμπληρωματικά, οι ομάδες υποστήριξης αφορούν κυρίως μια ομάδα από άτομα τα οποία έχουν ζήσει ίδιες καταστάσεις ή συναισθάνονται την κατάσταση του άλλου , του προσφέρουν συντροφία αλλά και την δυνατότητα να συζητήσει ανησυχίες και συναισθήματα που υπάρχουν . Η δομή και το αντικείμενο τέτοιων ομάδων έχουν πολυδιάστατο χαρακτήρα , μα ένα κοινό γνώρισμα , να συγκεντρώσουν άτομα με κοινές εμπειρίες μέσω της νόσου . Σε ομάδες υποστήριξης : τα άτομα έχουν την δυνατότητα να ανοίξουν την καρδιά τους και να μοιραστούν τις εμπειρίες και την επίδραση του καρκίνου σε όλο τους το είναι , με το να ακούσει διηγήσεις και να στήριξη άτομα που πέρασαν κοινές καταστάσεις , φαίνεται μια μείωση των αρνητικών του συναισθημάτων όπως απομόνωση , φόβος και μοναξιά . Σημαντικό κομμάτι θεωρείτε να ανταλλάξει πληροφορίες που θα του προσφέρουν τρόπους αντιμετώπισης ορισμένων προβλημάτων .

Συμπερασματικά οι ομάδες υποστήριξης δουλεύουν με τα θετικά και τα αρνητικά χαρακτηριστικά των ατόμων και των μελών της οικογένειας . Ωστόσο η συμμετοχή στις ομάδες αυτές δεν είναι πάντα εύκολη για τους ασθενείς , καθώς αρνούνται να αποδεχτούν την πραγματικότητα και προτιμούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες μόνοι τους . Στον αντίποδα βεβαία υπάρχουν και άτομα που μέσα από την επαφή τους με αυτές τις ομάδες κατάφεραν να κερδίσουν μια σημαντική για αυτούς συμπαράσταση και αποκατάσταση της νόσου (Dollinger 1992).

6.6 Ανακεφαλαίωση

Στο παρών κεφάλαιο αναλύσαμε τους κύριους τομείς της Κοινωνικής εργασίας (ΚΕΑ, ΚΕΚ, ΚΕΟ) καθώς και τον ρόλο του Κοινωνικού λειτουργού στην οικογένεια, στο άτομο και στο ζευγάρι, μέσω ορισμένων στρατηγικών παρέμβασης. Πιο αναλυτικά, αρχικά πρέπει να τονίσουμε ότι παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει για την διατύπωση ορισμού της Κοινωνικής Εργασίας, δεν έχει υπάρξει ακόμα κάποιος ακριβής ορισμός. Ωστόσο σε αυτό που συγκλίνουν οι περισσότεροι ορισμοί είναι η αναγνώρισή της ως μια επιστημονικά τεκμηριωμένης εργασία με στόχο την παροχή βοήθειας, την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την λύση κοινωνικών προβλημάτων.

Επίσης είναι επικεντρωμένη στο άτομο και προσαρμόζεται ανάλογα με τις περιστάσεις και τις συνθήκες κάθε εποχής.

Όσο αναφορά το έργο του κύριου εκπροσώπου της, τον Κοινωνικό Λειτουργό, σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού αναλύσαμε τον ρόλο του και τους τρόπους βοήθειας των εξυπηρετούμενων σε σχέση με το άτομο, την οικογένεια και το ζευγάρι. Τα κύρια σημεία, τα οποία θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν και ως συνέχεια μεταξύ τους είναι αναφορικά με το άτομο η ανάπτυξη μίας εχέμυθης σχέσης σε ασφαλές περιβάλλον για την δημιουργία μίας θεραπευτικής συμμαχίας. Στην οικογένεια βασικό ρόλο κατέχει η κατανόηση της λειτουργίας της οικογένειας και η ικανότητά της να αλλάξει. Αυτό γίνεται μέσω της ευαισθητοποίησης και των αναθεώρησης των στερεοτυπικών τρόπων σκέψης. Τέλος, αναφορικά με το ζευγάρι η αξιολόγηση του πριν και του μετά, ο επαναπροσδιορισμός των καθηκόντων και οι τρόποι διαχείρισης των καθηκόντων αποτελούν ορισμένα από τα σημεία που θα επιφέρουν την αλλαγή και την προσαρμογή στην νέα πραγματικότητα.

Κεφάλαιο 7 : Ερευνητική μεθοδολογία

7.1 Εισαγωγή

Ξεκινώντας το παρόν κεφάλαιο θα πρέπει αρχικά να τονίσουμε τους βασικούς σκοπούς της κοινωνικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, πρώτα από όλα η κοινωνική έρευνα είναι μερικές φορές ένα όχημα για την διερεύνηση κάποιου προβλήματος, δηλαδή για την χαρτογράφηση ενός θέματος που ίσως αιτιολογήσει τη διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας στο μέλλον. Ακόμα, ορισμένες έρευνες διεξάγονται με σκοπό να περιγράψουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα κοινωνικά ζητήματα. Τέλος, συχνά η κοινωνική έρευνα έχει σκοπό να ερμηνεύσει κάτι-να παράσχει δηλαδή τις αιτίες των φαινομένων βάση των αιτιακών σχέσεών τους. Ορισμένες μελέτες εστιάζουν σε έναν από αυτούς τους σκοπούς, αλλά συνήθως κάθε μελέτη περιέχει στοιχεία από όλους (Babbie, 2011).

Συμπερασματικά, για να υπάρξει και να πραγματοποιηθεί μια έρευνα πρέπει να υπάρξει κάποιος λόγος, όπου ένας από τους συχνότερους λόγους είναι ένα ερευνητικό ερώτημα ή ένας προβληματισμός. Αρχικά ο επιστήμων πρέπει να διαμορφώσει την μεθοδολογία που θα ακολουθήσει βάση του προβληματισμού του και δεύτερον σε σχέση με το εξέταση πεδίο του.

Με βάση τα παραπάνω εργαστήκαμε και εμείς στην παρούσα έρευνα με θέμα « Καρκίνος του μαστού: η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον στην αποκατάσταση του ασθενούς – Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού».

7.2 Θεωρητικό υπόβαθρο μεθοδολογίας που επιλέγουμε

Ο όρος ποιοτική συνέντευξη αναφέρεται συνήθως στις σε βάθος συνεντεύξεις, στις ημιδομημένες ή στις χαλαρά μορφές συνέντευξης. Ο Burgess τις αποκαλεί « συζητήσεις με κάποιο σκοπό» (1984 : 102). Γενικά αυτά τα είδη συνέντευξης χαρακτηρίζονται από 1)Ένα σχετικά ανεπίσημο ύφος που μοιάζει, για παράδειγμα με μια κουβέντα μια συζήτηση παρά με ένα σχήμα ερωτήσεων- απαντήσεων επίσημου χαρακτήρα 2)Μια θεματική, θεματοκεντρική, βιογραφική ή αφηγηματική προσέγγιση όπου ο ερευνητής δεν διαθέτει ένα δομημένο κατάλογο ερωτήσεων, αλλά έχει συνήθως ένα συγκεκριμένο εύρος θεμάτων ή ζητημάτων που επιθυμεί να καλύψει

3) Την υπόθεση ότι τα δεδομένα παράγονται μέσω της διάδρασης επειδή η πηγή των δεδομένων είναι είτε ο ερωτώμενος είτε αυτή καθαυτή η διάδραση. Οι ποιοτικές συνεντεύξεις μπορεί να έχουν την μορφή «πρόσωπο με πρόσωπο» διάδρασης μεταξύ συνεντευκτή και ερωτώμενου ή να περιλαμβάνουν και μεγαλύτερες ομάδες (Mason, 2003).

Ο λόγος που χρησιμοποιήσαμε την ποιοτική μέθοδο είναι γιατί διαθέτει τα παρακάτω χαρακτηριστικά :1ο) οι περισσότεροι ερευνητές σε κάποια στιγμή- στάδιο χρησιμοποιούν κάποιο είδος ποιοτικής συνέντευξης και πολλοί μάλιστα την χρησιμοποιούν ως την κύρια μέθοδο παραγωγής των δεδομένων τους. 2ο)πολλές από τις βασικές αρχές και πολλά από τα ζητήματα που εγείρονται στη συζήτηση της ποιοτικής συνέντευξης αφορούν και άλλες μεθόδους. 3ο) η διεξαγωγή της ποιοτικής συνέντευξης μπορεί πρακτικά να περιλαμβάνει κάποιες τεχνικές που συνήθως σχετίζονται με άλλες μεθόδους όπως είναι για παράδειγμα η παρατήρηση ή η παραγωγή και χρήση γραπτού λόγου (Mason, 2003).

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, η ερευνητική ομάδα σύλλεξε τα στοιχεία από τις συνεντεύξεις, τα οποία αποτελούνται από γραπτές σημειώσεις και απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, έπειτα από αίτημα μας στους ερωτώμενους για πιο εύκολη και ουσιαστική ροή της συνέντευξης. Καθ όλη την διάρκεια τηρήθηκε η εχεμύθεια και το απόρρητο αποκρύπτοντας στην τελική αξιολόγηση των συνεντεύξεων το ονοματεπώνυμο και τον φορέας εργασίας.

7.3 Γενικός σκοπός και στόχοι έρευνας

Κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η εστίαση στην ασθενή και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον που υπάρχει γύρω του, καθώς και στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της έρευνας είναι:

1. Να δούμε ποιους μεθόδους αντιμετώπισης χρησιμοποίησαν οι ασθενείς στην διαχείριση της νέας πραγματικότητας, καθώς και τους τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων τους
2. Την ύπαρξη ή μη υποστηρικτικού περιβάλλοντος

3. Ποιος είναι ο ρόλος του συζύγου και πως αυτός επιδρά στην στη ψυχολογία της γυναίκας.
4. Η εξέταση του χρονικού διαστήματος από την νόσο μέχρι και την παραπομπή σε κάποια υπηρεσία με εξειδικευμένο προσωπικό σε περίπτωση που έχει γίνει αυτό και αν όχι την άποψη τους πάνω στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
5. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού τόσο στην ασθενή όσο και στο οικογενειακό της περιβάλλον
6. Ποιες διαφορές στην αντιμετώπιση της ασθενους προκύπτουν ανάλογα με την δομή που εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός.
7. Ποιες κατευθυντήριες «γραμμές» χρησιμοποιούν ανάλογα με την περίπτωση και την υπηρεσία που εργάζονται.
8. Πώς επιδρούν στους ασθενείς και στην οικογένεια αυτές οι κατευθυντήριες «γραμμές» .

7.4 Ερευνητικές υποθέσεις

Βάση της μελέτης, της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της έρευνάς μας πάνω στο συγκεκριμένο θέμα του καρκίνου του μαστού και πέρα από τους παραπάνω στόχους που θέσαμε για την έρευνα μας καταλήξαμε στις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

1. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κυριότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες στις Δυτικές κυρίως χώρες.
2. Η διάγνωσης επηρεάζει τα συναισθήματά και την ψυχοσύνθεση της γυναίκας-ασθενής περνά από ορισμένα στάδια
3. Η διάγνωσης εκτός από την ασθενή επηρεάζει και το οικογενειακό της περιβάλλον,
4. Ο θετικός ρόλος του ΚΛ στην αντιμετώπιση εντάσεων και καταστάσεων της ασθενούς.
5. Οι παρεμβάσεις του/της κοινωνικού λειτουργού, στις ιδιαιτερότητες κάθε περίπτωσης.

6. Οι δυσκολίες στον τρόπο παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού ανάλογα με τις περιπτώσεις των ασθενών.

7.5 Πληθυσμός – Δείγμα

Η δειγματοληψία είναι μία αρκετά σημαντική πτυχή τόσο της ζωής όσο και της έρευνας. Η ιδέα του « δείγματος» συνδέεται με αυτή του πληθυσμού. Ωστόσο ο όρος πληθυσμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί με την ευρεία έννοια και για αυτό πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτική στην επιλογή του δείγματος κατά τον σχεδιασμό μιας έρευνας, καθώς η αξιοπιστία της επηρεάζεται ουσιαδώς από τις αρχές ή το σύστημα που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή των αποκρινόμενων (Robson, 2010). Για να θεωρηθεί μία δειγματοληψία επιτυχής πρέπει να παράγει θετικά αποτελέσματα, δείκτες και μετρήσεις που είναι γενικεύσιμα και όσο το δυνατόν ακριβέστερα –πιο κοντά στις αντίστοιχες παραμέτρους του ευρύτερου συνόλου δηλαδή του πληθυσμού (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Το δείγμα που επιλέχθηκε για την έρευνα (συνολικά 8 συνεντεύξεις) -4 ασθενείς και 4 κοινωνικοί λειτουργοί- ήταν ασθενείς που έχουν νοσήσει από τον καρκίνο του μαστού και κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν ή είχαν εργαστεί στο παρελθόν με την συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού. Σε επαφή με τους ασθενείς ήρθαμε μέσω του ομίλου κατά του καρκίνου ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ κατά την διάρκεια επίσκεψης μας στον χώρο για να συλλέξουμε ερευνητικό υλικό για την έρευνα μας.

7.6 Αναμενόμενες δυσκολίες

Κατά την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας δεν αντιμετωπίσαμε κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα στην προσέγγιση της συγκεκριμένης ομάδας και σε αυτό νομίζουμε βοήθησαν και οι σπουδές μας και κατ επέκταση οι γνωριμίες που έχουμε κάνει με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο το δείγμα μας είναι περιορισμένο, γιατί οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τέλη Ιουνίου με μέσα Ιουλίου και οι περισσότεροι έλειπαν με άδεια διακοπών.

Κεφάλαιο 8 : Αποτελέσματα έρευνας και συζήτηση

8.1 Αποτελέσματα έρευνας

Με την παρούσα έρευνα που πραγματοποιήσαμε σε ασθενείς και κοινωνικούς λειτουργούς βάση συνεντεύξεων με απομαγνητοφώνηση καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα :

I. Συνεντεύξεις από ασθενείς

i. Ιστορικό και πρώτες αντιδράσεις ασθενούς

Κατά την διάρκεια της έρευνάς μας πραγματοποιήσαμε 4 συνεντεύξεις με ασθενείς που έχουν νοσήσει με καρκίνο του μαστού, με την βοήθεια και την συνδρομή του ομίλου κατά του καρκίνου «ΑγκαλιάΖΩ». Ο μέσος όρος ηλικίας κυμαίνεται από τα 40 έως 70 έτη – αναφερόμαστε στην ηλικία την οποία διαγνώστηκαν από την νόσο. Πιο συγκεκριμένα, στις αρχικές ερωτήσεις-διευκρινίσεις για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισαν τον καρκίνο και οι τέσσερις απάντησαν ότι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, η θεραπεία που ακολούθησαν μετέπειτα διέφερε : 3 στις 4 μετέπειτα πραγματοποίησε ορισμένες θεραπείες ορμονοθεραπείας, ενώ α 1 στις 4 υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία και αντίθετα 1 στις 4 πραγματοποίησε και ορισμένες συνεδρίες χημειοθεραπείας. Ωστόσο 1 στις 4 δεν έκανε καμία θεραπεία, διότι το πρόλαβε στο αρχικό στάδιο. Στην ερώτηση αν υπήρχε κάποιο προγενέστερο κληρονομικό ιστορικό που να της προδιάθετε να προβούν σε τακτικούς ελέγχους 2 στις 4 απάντησαν αρνητικά, ενώ 2 στις 4 απάντησαν θετικά, τονίζοντας ότι υπήρχαν θανατηφόρα περιστατικά μέσα στην οικογένεια σε συγγενικά πρόσωπα. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλήφθηκαν ότι νοσούν διαφέρει. Οι 3 στις 4 μέσω προληπτικών εξετάσεων και μαστογραφίας , ενώ 1 στις 4 τυχαία με αφορμή μία μικρή επέμβαση αφαίρεσης συριγγίου στο στήθος.

Έχοντας υπόψη μας βάση βιβλιογραφίας τα στάδια της Elizabeth Ross σχετικά με τα στάδια που περνά η ασθενής κατά την περίοδο της προσαρμογής (από την στιγμή της διάγνωσης , στην ανακοίνωση και στην αποδοχή του προβλήματος) θελήσαμε να μάθουμε κατά πόσο αυτό ισχύει ρωτώντας τους τέσσερις συνεντευξιζόμενους για την πρώτη αντίδραση και τα συναισθήματα που τις διακατείχαν την περίοδο εκείνη.

Πιο αναλυτικά, 4 στους 4 ένιωσαν αρχικά το συναίσθημα του φόβου, ενώ 1 στις 4 ανέφερε ότι ένιωσε χαοτικά και έχασε την αίσθηση του χρόνου και του χώρου, ενώ 1 στις 4 εκτός από φόβο ήταν και απότομο κάτι που της δημιούργησε έντονο σοκ κυρίως λόγω της κόρης της που ήταν σε μικρή ηλικία. Άλλα συναισθήματα που αναφέρθηκαν ήταν τα εγωιστικά συναισθήματα κυρίως λόγω της άρνησης και του πανικού. Ενδεικτικά ανέφεραν :

«Με φόβο. Ένιωσα χαοτικά έχασα τον χρόνο και τον τόπο σε τέτοιο βαθμό που πήρα την Κορίνθου ανάποδα και με σταμάτησε τροχονόμος και είχα τις εξετάσεις στα χέρια μου και του είπα έχω καρκίνο βγάλε με στον σωστό δρόμο να πάω σπίτι μου. Για εμένα ο θάνατος και πόσο μάλλον ο θάνατος από καρκίνο είναι μια πραγματικότητα λόγω του ιστορικού στην οικογένεια. Δεν αποτελεί ένα κατασκεύασμα της φαντασίας μου , αλλά μία σκληρή πραγματικότητα. Έτσι έχασα τον αδερφό μου και την ξαδέρφη μου. »

«Η πρώτη μου αντίδραση ήταν σοκ και μετά έντονος φόβος γιατί σκέφτηκα την κόρη μου , τι θα απογίνει αν πέθαινα, έκλαιγα όλη μέρα . Όταν όμως έμαθα πως ο καρκίνος του μαστού είναι αντιμετωπίσιμος και δεν θα πεθάνω , μάζεψα τον εαυτό μου και φάνηκα δυνατή , γιατί είμαι δυνατή»

ii. Οικογενειακό περιβάλλον

Βάση των παρά πάνω ερωτήσεων που σχετίζονταν με τις ενέργειες και τα συναισθήματα των ασθενών σε προσωπικό επίπεδο, θελήσαμε να ερευνήσουμε και το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε στην ανακοίνωση της ασθένειας από τους συνεντευξιζόντες στην οικογένεια, τις αντιδράσεις τους και κατά πόσο ήταν υποστηρικτικοί ή όχι. Αναλυτικότερα 3 από τις 4 ανέφερε τα αποτελέσματα των εξετάσεων άμεσα στο οικογενειακό της περιβάλλον, ενώ 1 στις 4 χρειάστηκε την διαμεσολάβηση και συζήτηση με τον αρμόδιο ιατρό της, λόγω άρνησης της πραγματικότητας. Παρ όλο που κατά βάση ενημερώθηκε άμεσα το οικογενειακό περιβάλλον, οι αντιδράσεις βάσει των απαντήσεων που πήραμε ποικίλουν. Τα συναισθήματα και οι καταστάσεις

οι οποίες αναφέρθηκαν ήταν ο θυμός, ο φόβος, η άρνηση και η αδιαφορία, καθώς και σε 1 περίπτωση είχαμε και εγκατάλειψη συζύγου.

Ασθενής 1 « Θύμωσαν γιατί ο θεός/ τύχη μου έδωσε αυτό. Μετά από τόσα που έχω κάνει (από ότι λέγανε) καλά γενικός στον εθελοντισμό, στους φίλους και ήμουν πάντα προστάτης σε όλους τους συγγενείς και τους φίλους, πάντα ήμουν δίπλα τους ότι και αν τους συνέβαινε και θεωρούσαν ότι και αν τους συνέβαινε και θεωρούσαν ότι δεν άξιζα εγώ να πάθω καρκίνο.»

Ασθενής 2 «Το ανακοινώσαμε στα παιδιά και φοβήθηκαν ότι θα χάσουν την μάνα τους η μαμά ήταν το στήριγμά τους καθώς ο μπαμπάς έλειπε όλη την ημέρα λόγω της δουλειάς του ήταν γιατρός ήταν καθηγητής γιατρός»

Ασθενής 3 «Οι κόρες μου το πήραν λίγο αδιάφορα .Ναι μεν ρωτούσαν τι έπαθα, αλλά όχι με αγάπη. Με αδιαφορία και περισσότερο άρνηση αλλά οι σχέσεις είναι καλές μεταξύ μας. Απλά δεν υπάρχει πλέον αυτή η τρυφερότητα»

Ασθενής 4 «Ο σύντροφος μου ο οποίος ήμασταν χρόνια μαζί με εγκατέλειψε , με άφησε μόνη μου να διαχειριστώ αυτήν την κατάσταση, η οικογένεια μου και οι φίλοι ήταν υπερπροστατευτικοί απέναντι μου , δεν μου άφηναν λίγο χώρο για να αναπνεύσω ή να δραστηριοποιηθώ , φοβόντουσαν. Η κόρη μου ήταν το μόνο άτομο που το πήρε ήρεμα και ψύχραιμα όταν ανακοίνωσα πως νοσώ από καρκίνο του μαστού και της είπα πως δεν θα πεθάνω .»

Ωστόσο παρά τις ποικίλες αντιδράσεις που προέκυψαν και οι 4 ανέφεραν ότι είχαν ένα πολύ καλό οικογενειακό και υποστηρικτικό περιβάλλον. Με τον όρο οικογενειακό περιβάλλον αναφερόμαστε στους συζύγους (πλην 1 περίπτωσης), τα παιδιά, την οικογένεια γενικότερα και τους φίλους.

«Τα παιδιά ήταν δίπλα μου αλλά λόγω ηλικίας ο ένας στο πανεπιστήμιο και ο άλλος έδινε πανελλήνιες. Ζητούσαν συνεχώς πράγματα και είχαν απαιτήσεις. Ένιωθα ότι δεν πρόσφερα στα παιδιά μου την απαραίτητη βοήθεια και ότι τα είχα εγκαταλείψει. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι είναι συγκεντρωτική και θέλω να περνάν όλα από το χέρι μου.»

«Το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον μου παρείχε υποστήριξη αλλά τους κρατούσα και σε μια απόσταση. Υπήρχαν πολλές εναλλαγές στην διάθεση μου , κάποιες φορές πετούσα στα ουράνια και άλλες με κατέβαλε μια ατονία. Είχα κι έχω την πεποίθηση ότι είμαι δυνατή και δεν χρειάζομαι βοήθεια. Ωστόσο η αντιμετώπιση του φόβου, το οποίο ήτανε κάτι που με κράτησε πίσω και δεν τους άφηνα να με πλησιάσουν είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο και εξαρτάται καθαρά από το άτομο που τον αντιμετωπίζει. Ίσως αυτός να είναι ο δικός μου τρόπος να τον αντιμετωπίσω. »

« Η οικογένεια και οι φίλοι μου ήταν υπερπροστατευτικοί απέναντι μου , δεν μου άφηναν λίγο χώρο για να αναπνεύσω ή να δραστηριοποιηθώ , γιατί φοβούνταν. Μπορεί να ήταν υπερπροστατευτικοί πολλές φορές αλλά σε γενικά επίπεδα μου συμπεριφερόταν όπως την πριν καρκινική ζωή μου , μέχρι και σήμερα είναι δίπλα μου και με στηρίζουν με όλα τα μέσα που διαθέτουν , δεν με άφησαν μόνη μου .»

Παρ όλα αυτά αυτό δεν αναιρεί το γεγονός ότι η προσαρμογή στην νέα αυτή πραγματικότητα δεν επιφέρει προβλήματα και δυσκολίες στην δομή της οικογένειας γενικότερα, όπως προαναφέρθηκαν στις 3 από τις 4 περιπτώσεις συνέντευξης.

iii. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Εφόσον στους δύο παραπάνω άξονες ερευνήσαμε τα ατομικά στοιχεία, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών θελήσαμε να ερευνήσουμε και τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και λοιπών ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Στην ερώτηση αν επισκεφτήκαν κατά την διάρκεια της ασθένειας κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας η απάντηση ήταν και στις 4 θετική. Ωστόσο 2 από τις 4 επισκέφτηκε Κοινωνικό λειτουργό , ενώ οι άλλες 2 παραπέμφθηκαν σε ψυχολόγο . Σύμφωνα με τις δυο πρώτες συνεντεύξεις αναφορικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού , οι ασθενείς ανέφεραν ότι ήταν βοηθητικός και χρήσιμος , καθώς είχε τις ικανότητες και τις γνώσεις για να τους βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων (συναισθηματικών -οικογενειακών) , σε αντίθεση με τον οικογενειακό τους περίγυρο . Όσο αφορά τις επόμενες 2 συνεντεύξεις όπου παραπέμφθηκαν σε ψυχολόγο , τα αίτια της απόφασης

αυτής ήταν πως ο κύριος λόγος , το επάγγελμα του συζύγου (ψυχιατρικός κλάδος) καθώς και προγενέστερο ιατρικό ιστορικό .

II. Συνεντεύξεις από κοινωνικούς λειτουργούς

Η παρούσα μελέτη εκτός από τα την αξιολόγηση των προσωπικών εμπειριών από άτομα που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού σε σχέση με την εμπειρία τους,-το πως δηλαδή ανταπεξήλθαν οι ίδιοι αλλά και το κοινωνικό τους περιβάλλον σε αυτή την νέα πραγματικότητα- ερωτηθήκαν και για το αν απευθύνθηκα σε κάποιον κοινωνικό λειτουργό. Βάση των απαντήσεων που πήραμε θελήσαμε να ρωτήσουμε ορισμένους κοινωνικούς λειτουργούς (συνολικά 4), οι οποίοι εργάζονται σε δομές στην Πάτρα και ασχολούνται με τον συγκεκριμένο πληθυσμό, αλλά και γενικά με άτομα που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού ή από κάποια άλλη μορφή καρκίνου. Ο μέσος όρος ενασχόλησης με την συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού υπολογίζετε ανάμεσα στα 4 με 32 έτη και οι 3 από τους 4 κοινωνικούς λειτουργούς έχουν εργαστεί σε άλλες δομές και έχουν αποκτήσει εμπειρία και πορτυρησία πέρα από τον αναφερόμενο μέσο όρο ενασχόλησης στην συγκεκριμένη ομάδα. Μέσω της συνέντευξης καταλήξαμε στα παρακάτω συμπεράσματα –βάση των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις μας- :

Αρχικά οι κοινωνικοί λειτουργοί με τους οποίους πραγματοποιήσαμε τις συνεντεύξεις δεν εργάζονται όλοι με άτομα που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού, αλλά και με άλλα είδη, επομένως οι τεχνικές και οι μέθοδοι, καθώς και οι δυσκολίες αναφέρονται σε καταστάσεις που είναι παρόμοιες σε όλων των ειδών καρκίνων. (1 στους 4 κοινωνικούς λειτουργούς έχουν ασχοληθεί με τον καρκίνο του μαστού αποκλειστικά).

Βάση των συνεντεύξεων καταλήξαμε ότι ένας από τους λόγους που ώθησαν τους κοινωνικούς λειτουργούς στο να εργαστούν με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ήταν οι προσωπικοί λόγοι – 2 από τους 4 ανέφεραν ότι υπήρξαν περιστατικά στο οικογενειακό περιβάλλον και εφόσον είχαν περάσει αυτή την εμπειρία θέλησαν να την χρησιμοποιήσουν ώστε να βοηθήσουν άτομα που βρίσκονται σε παρόμοια θέση, ενώ 1 από τους 4 μη έχοντας προσωπική εμπειρία αλλά γνωρίζοντας τα προβλήματα που προκύπτουν θέλησε να εργαστεί σε μία προσπάθεια να βοηθήσει στην επίλυση και την αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τόσο οι ασθενείς όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν ανάλογα με την δομή που εργάζονται οι απαντήσεις ήταν ίδιες. Κατά βάση προτεραιότητα αποτελεί η ψυχοκοινωνική στήριξη της ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Το παράδοξο είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις ψυχοκοινωνικής στήριξης στο αρχικό στάδιο κοινή απαίτηση είναι οι μη πληροφόρηση της ασθενούς ή της οικογένειας αντίστοιχα, κάτι που δυσχεραίνει την δουλειά τόσο του γιατρού όσο και του κοινωνικού λειτουργού. Ωστόσο αυτό παρατηρείται μόνο στο αρχικό στάδιο, καθώς μετέπειτα από συζητήσεις για το καλό του ασθενή και της οικογένειας η απαίτηση αυτή εξασθενεί. Οι περιπτώσεις που γίνεται πιο έντονη αυτή η απαίτηση είναι όταν το άτομο που νοσεί είναι σε προχωρημένη ηλικία και οι λόγοι είναι κυρίως οικονομικοί και συναισθηματικοί. Εκτός όμως από την ψυχοκοινωνική στήριξη παρέχετε και πλήρης ενημέρωση για τα δικαιώματα της ασθενούς και τα επιδόματα που δικαιούται, όπως για παράδειγμα το επίδομα αναπηρίας καθώς δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο καρκίνος μετά από χειρουργική επέμβαση και ακρωτηριασμού κάποιου άκρου αποτελεί μία μορφή αναπηρίας. Ανάλογα την δομή δημόσιο ή ιδιωτικό ενημερώνονται και για άλλες δομές που μπορούν να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες και περισσότερες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες. Κύριο αίτημα αποτελεί η ενημέρωση για τις χρηματικές απολαβές που μπορεί να λάβει το άτομο, καθώς στους δύσκολους καιρούς που ζούμε αυτό είναι και το κυριότερο πρόβλημα που δημιουργείται για την σωστή αντιμετώπιση του καρκίνου, ο οποίος μπορεί να αποβεί μοιραίως οικονομικά για μία οικογένεια. Ωστόσο 1 στις 4 κοινωνικούς λειτουργούς αναφέρει ότι έχει πετύχει σε αρκετές μεμονωμένες περιπτώσεις να βοηθήσει τους ασθενείς με τα οικονομικά προβλήματα κυρίως μέσω της εκκλησίας. Αντίθετα 1 από τις 4 συνεντευξιάζουσες κοινωνικοί λειτουργοί ανέφερε ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα στην δουλειά του δεν είναι οι εξυπηρετούμενοι αλλά η γραμμή της δομής που δεν τον αφήνει να παρέχει περαιτέρω πληροφορίες και υπηρεσίες παρά μόνο αυτά που ορίζει το πρωτόκολλο της δομής, δηλαδή πληροφορίες για επιδόματα, συλλόγους που μπορούν να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες. Σε αυτό μεγάλο ρόλο κατέχει η συνεχής αλλαγή των νόμων και των διατάξεων, όπου η κοινωνική λειτουργός δεν μπορεί να έχει συνεχής ενημέρωση.

Ακόμα μία ακόμα υπηρεσία που προσφέρεται αφορά το ατομικό ή το ομαδικό επίπεδο δουλειάς μεταξύ εξυπηρετούμενου και κοινωνικού λειτουργού. Συγκεκριμένα, 3 στις 4 αναφέρει ότι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες εργάζονται

ατομικά, ενώ 1 στις 4 αναφέρει ότι ανάλογα την περίπτωση και τις απαιτήσεις του εξυπηρετούμενου μπορεί να εφαρμόσει και τις δύο επιλογές.

Καθώς οι περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν στους δημοσίους φορείς είναι αρκετές ένα άτομο δεν είναι εύκολο να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις για αυτό το λόγο χρησιμοποιούν την βοήθεια εξωτερικών παραγόντων όπως είναι οι σύλλογοι που ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού καθώς γνωρίζουν καλύτερα τα πράγματα και τα δικαιώματα των ασθενών. Ωστόσο 1 στις 4 κοινωνικούς λειτουργούς θεωρεί ότι οι σύλλογοι αυτοί δεν παράγουν και τόσο σημαντικό έργο καθώς δεν αποβλέπουν στην άμεση επίλυση των σημαντικών προβλημάτων του ασθενή αλλά στην προσωρινή «ανακούφιση» των συναισθηματικών μεταβολών της.

8.2 Συζήτηση

Κατά την διάρκεια πραγματοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας και πριν πραγματοποιήσουμε τις συνεντεύξεις με τους ασθενείς και τους κοινωνικούς λειτουργούς προβήκαμε στην διατύπωση ορισμένων στόχων και ερευνητικών υποθέσεων που θα θέλαμε να γνωρίσουμε και να αναλύσουμε. Μέσω των συνεντεύξεων μας ήρθαμε να επιβεβαιώσουμε τους στόχους και τις ερευνητικές μας υποθέσεις. Πιο αναλυτικά, τόσο η έρευνα όσο και η βιβλιογραφία μας ανέδειξε ότι από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι και την στιγμή της συνειδητοποίησης και της προσαρμογής οι ασθενείς περνούν από 5 στάδια τα οποία βασίζονται στην συναισθηματική και ψυχολογική τους κατάσταση σύμφωνα και με την Elizabeth Ross, η οποία κατέγραψε τα στάδια αυτά. Ωστόσο δεν είναι πάντα σίγουρο ότι αν η γυναίκα περάσει τα στάδια αυτά (όλα ή μερικά) θα μπορέσει να αποδεχτεί την πραγματικότητα και να συνεχίσει ή αν θα δημιουργηθούν μετέπειτα ψυχολογικά προβλήματα.

Η οικογένεια και γενικότερα το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζεται από την διάγνωση αυτή δημιουργώντας διάφορες συναισθηματικές και ψυχολογικές διακυμάνσεις. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η οικογένεια αποτελεί ένα δίχτυ προστασίας, ένα προστατευτικό περιβάλλον. Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού ή μη περιβάλλοντος παίζει καθοριστικό ρόλο για την εξέλιξη της νόσου στο άτομο και την μετέπειτα πορεία του. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι αντιδράσεις και οι επιλογές του

οικογενειακού περιβάλλοντος επηρεάζουν κατά πολύ την διαδικασία της προσαρμογής της ασθενούς και της μετέπειτα εξέλιξης της ζωής της. Η υποστήριξη ή μη , η άγνοια ή η υπερβολική πληροφόρηση , η εγκατάληψη ή υπερβολική προσοχή της ασθενούς είναι ορισμένες σύνηθες επιλογές που μπορεί και κάνει μία οικογένεια – το οικογενειακό περιβάλλον- και να επηρεάσει το μέλλον και την εξέλιξη της ασθενούς αλλά και της οικογενειακής συνοχής .

Σύμφωνα με τα παραπάνω και εφόσον δημιουργούνται προβλήματα και καταστάσεις που είτε το άτομο είτε η οικογένεια- σε πολλές περιπτώσεις συνυπάρχουν και οι δύο- δεν μπορεί να ανταπεξέλθουν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό-στην παρούσα περίπτωση μελετάμε τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού-. Οι γνώσεις και οι ικανότητες που διαθέτει βοηθούν ώστε να εξομαλύνονται οι καταστάσεις και να υπάρχει μία συναισθηματική και ψυχολογική σταθερότητα. Ωστόσο αν και τα οφέλη ήταν κοινά βάση της έρευνας που κάναμε είδαμε ότι υπάρχουν ορισμένες δυσκολίες στην πραγματοποίηση των παραπάνω. Οι δυσκολίες που διακρίναμε ήταν αρκετές και αφορούσαν τόσο τον κοινωνικό λειτουργό ως υπεύθυνο όσο και την οικογένεια και κατά βάση οι δυσκολίες αυτές εντοπίζονταν στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών στον ιδιωτικό και τον δημόσιο φορέα.

Πιο συγκεκριμένα θα θέλαμε να θίξουμε ορισμένα συμπεράσματα που βγάλαμε ανάμεσα στις διαφορές του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα σε σχέση με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, όπως αυτό προέκυψε βάση της ερευνητικής μας προσπάθειας με την πραγματοποίηση συνεντεύξεων σε κοινωνικούς λειτουργούς. Πιο αναλυτικά, ανάλογα με τον φορέα-δημόσιο ή ιδιωτικό-που εργάζεται ένα κοινωνικός λειτουργός αλλάζει ή προσαρμόζεται ο ρόλος του λόγω των διαφορετικών γραμμών και κατευθύνσεων που πρέπει να ακολουθήσει. Οι υπηρεσίες μειώνονται ή αυξάνονται, λειτουργούν ή υπολειτουργούν δυσχαιρένοντας το έργο τους. Ειδικότητες που έπρεπε να υπάρχουν στις αρμόδιες υπηρεσίες δεν εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό ασθενών ή είναι ειδικότητες «φαντάσματα» , με αποτέλεσμα οι ασθενείς όλοι να παραπέμπονται στους κοινωνικούς λειτουργούς για θέματα τα οποία δεν είναι στην δικαιοδοσία τους και ως εκ τούτου δεν έχουν τις γνώσεις και τα μέσα για να τους εξυπηρετήσουν και να τους βοηθήσουν.

Κεφάλαιο 9 : Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

9.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από δύο σκέλη : το θεωρητικό-βιβλιογραφικό και το ερευνητικό. Βάση του βιβλιογραφικού μέρους διαπιστώσαμε ότι οι πρώτες αναφορές για τον καρκίνο γενικά και τον καρκίνο του μαστού ειδικά υπάρχουν ήδη από την Αρχαία Αίγυπτο και μετέπειτα πάλι στην Αρχαία Ελλάδα όπου χρονολογείται και η επίσημη αναφορά στον ορισμό του καρκίνου. Από αυτό θα μπορούσε να συμπεράνει κανείς ότι ο καρκίνος γενικά αποτελεί ένα θέμα συζήτησης και αποδεκτό από την κοινωνία. Αντί αυτού όμως είδαμε ότι πριν από μερικές δεκαετίες το θέμα του καρκίνου έπαψε να αποτελεί θέμα ταμπού και κοινωνικό στίγμα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μέχρι και σήμερα δεν υπάρχουν ορισμένες εναπομείναντες προκαταλήψεις. Αν σκεφτούμε όλα τα παραπάνω μπορούμε να καταλάβουμε πόσο δύσκολο αποτελεί η αποδοχή του καρκίνου του μαστού από τις ίδιες τις γυναίκες, εφόσον επηρεάζει τον μαστό, ο οποίος αποτελεί σύμβολο ομορφιάς και θηλυκότητας.

Ένας ακόμα παράγοντας που δυσχεραίνει την θέση της γυναίκας είναι και οι χρόνιοι αγώνες για τα δικαιώματά της. Με αυτό εννοούμε ότι αν και αρχικά η δομή της οικογένειας ήταν πατριαρχική, η δομή αυτή έχει αλλάξει θέτοντας την ισότητα των δύο φύλων και βάζοντας και την γυναίκα στην αγορά εργασίας. Με λίγα λόγια αυτό σημαίνει ότι εφόσον μία γυναίκα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού αλλάζει η δομή και η ισορροπία της οικογένειας κάτι που προκαλεί αρκετά προβλήματα και σύγχυση ρόλων.

Ο ρόλος που αναλαμβάνει η οικογένεια είναι αρκετά δύσκολος και αυτό το καταλαβαίνουμε βάση της βιβλιογραφίας και της έρευνας μέσω των συνεντεύξεων σε ασθενείς αλλά και κοινωνικούς λειτουργούς. Εκτός από την διαχείριση και εμπύχωση της ασθενούς, έχουν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, να προσαρμόσουν την ζωή τόσο την δικιά τους όσο και της ασθενούς στην νέα πραγματικότητα, αλλά και να αναλάβουν την διαχείριση των οικονομικών, κάτι που συμπεράναμε μέσω των συνεντεύξεων με τους κοινωνικούς λειτουργούς αφού όπως μας είπαν το κύριο αίτημα των οικογενειών είναι η ανεύρεση οικονομικών πόρων.

Αναφορικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού τα οφέλη που προκύπτουν στους ασθενείς και στις οικογένειες τους ήταν κοινά και στην έρευνα και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση.. Βάση της έρευνας μας είδαμε ότι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον δημόσιο τομέα είναι ουσιαστικά να εξομαλύνει τις καταστάσεις μεταξύ ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό που είναι στο πλευρό της ασθενούς και των νομοθετικών δικαιωμάτων των ασθενών όπως αυτά θεσπίζονται από το κράτος. Ουσιαστικά τρέχει για τα πάντα ακόμα και αν δεν έχει την αρμοδιότητα και σε αρκετές περιπτώσεις όπως αναφέρθηκε σε ορισμένες συνεντεύξεις αναλαμβάνει την δουλειά άλλων ειδικοτήτων είτε αυτές υπάρχουν στον φορέα είτε υπάρχουν στο φορέα και δεν λειτουργούν ή υπολειτουργούν. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα τα πράγματα είναι πιο εύκολα καθώς υπάρχει μια συγκεκριμένη κατευθυντική γραμμή τόσο για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και των λοιπών ειδικοτήτων που μπορεί να υπάρχουν όσο και για τον τρόπο καθοδήγησης των ασθενών και των οικογενειών τους

Όσο αναφορά τελειώνοντας το κομμάτι της πρόληψης θεωρούμε ότι είναι το πιο αν όχι το μόνο σημαντικό κομμάτι το οποίο πρέπει να λάβει μεγαλύτερες διαστάσεις. Πιο συγκεκριμένα, βάση της βιβλιογραφίας ανακαλύψαμε ότι τα οφέλη της σωστής διατροφής και της άθλησης σε συστηματικό ρυθμό αποτελούν παράγοντες στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Σε γενικές γνωρίζαμε ότι η συνύπαρξη αυτών των δύο συμβάλει στην καλή ποιότητα ζωής και στην πρόληψη για πολλές ασθένειες, ωστόσο δεν γνωρίζαμε ότι μπορεί να προλάβει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων στον μαστό. Όμως βάση των βιβλιογραφικών αναφορών είδαμε ότι το κομμάτι της πρόληψης υστερεί στις απομακρυσμένες περιοχές και ως εκ τούτου δεν έχουμε μία ολοκληρωμένη άποψη για την διάσταση του φαινομένου. Παρ όλα αυτά θεωρούμε αρκετά σημαντική την κίνηση και την προσπάθεια ενημέρωσης σε αυτό το κομμάτι του πληθυσμού μέσω των κινητών μονάδων που υπάρχουν σε ορισμένα αστικά κέντρα. Οι κινητές αυτές μονάδες έχουν ως στόχο την ενημέρωση, την πρόληψη αλλά και την διεξαγωγή δωρεάν προληπτικών εξετάσεων.

9.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Βάση της παρούσας πτυχιακής, της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, της έρευνας που πραγματοποιήσαμε και των συμπερασμάτων μας καταλήξαμε σε κάποιες σκέψεις-προτάσεις και τις παραθέτουμε ως «τροφή για σκέψη» για μελλοντικές έρευνες πάνω στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Αρχικά θεωρούμε ότι ένα κομμάτι που δεν έχει ερευνηθεί αρκετά και αποτελεί αρκετά σημαντικό αναφορικά με την οικογένεια είναι η ανακοίνωση της διάγνωσης στο παιδί. Πιο συγκεκριμένα ανάλογα με την ηλικία αλλά και το φύλο του παιδιού θεωρούμε ότι πρέπει να υπάρχει μία κατευθυντήρια γραμμή για το πώς το ανακοινώνουμε και μετέπειτα κάποια ψυχολογική υποστήριξη, ιδιαίτερα αν τα παιδιά βρίσκονται σε μικρή ηλικία- δεν ξέρουμε πως σκέφτονται και τι νιώθουν- ή να είναι κορίτσια και είναι κατά την περίοδο της εφηβείας- μπερδεμένες σκέψεις, αλλαγή σε συμπεριφορά και εμφάνιση- που θεωρείτε μία περίοδος αλλαγής και διαμόρφωσης της προσωπικότητας.

Ακόμα, το κομμάτι της πρόληψης όπως τονίσαμε και παραπάνω θα πρέπει να διερευνηθεί. Με αυτό εννοούμε την ενημέρωση του κοινού σε αστικά και μη κέντρα μέσω σεμιναρίων, συνεδριών και τεχνικών πρόληψης όπως είναι η εξέταση-ψηλάφηση του στήθους από την ίδια την γυναίκα. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ενημέρωση και επαγρύπνηση του κοινού και την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης.

Επιπρόσθετα ο εργασιακός τομέας, τα δικαιώματα και οι παροχές θα ήταν καλό να αξιολογηθούν, ώστε να εξαλειφθούν οι υπολείποντες προκαταλήψεις και να μην στιγματίζεται κοινωνικά η γυναίκα. Μέσω των προαναφερόμενων εννοούμε κυρίως την οικονομική ενίσχυση των ασθενών με επιδόματα και άδειες. Ωστόσο σε αυτό το κομμάτι εμπλέκεται και το κράτος, το οποίο θα ήταν καλό να παρέχει δωρεάν φάρμακα και υποστήριξη στις γυναίκες που έχουν νοσήσει, καθώς και νομική ενημέρωση.

Τέλος η ανάπτυξη περισσότερων δομών θα διευκόλυνε όλα τα παραπάνω καθώς δεν θα υπήρχε άγνοια αλλά σωστή και έγκυρη ενημέρωση του κοινού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ. (1997). *Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
2. Γκάρετ Τζ. Γκ. Ρίς (2000). *Καρκίνος : Οικογενειακός ιατρικός οδηγός*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία (2008). Αθήνα
4. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία (1991)
5. Ζαφείρης Γ. Α., Ζαφείρη Α. Ζαφείρης Χ., (1999). *Οικογενειακή θεραπεία : θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
6. Ζαφειρόπουλος Κ. (2005), *Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*, Αθήνα: Κριτική
7. Ζωγράφου Α. (2002) *Κοινωνική εργασία με κοινότητα: θεωρία-πράξη-προβληματισμός* Αθήνα : ΤΥΠΩΘΗΤΩ
8. Καλλινικάκη Θ., (1998) *Κοινωνική εργασία : εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
9. Καρβέλας Φ., (2006) *Καρκίνος του μαστού: συντηρητικές χειρουργικές τεχνικές- φρουρός λεμφαδένας*, 6ο Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδος
10. Κονιάρη Ε., (1991) *Καρκίνος του Μαστού: νοσηλευτική παρέμβαση*, Αθήνα: Βήτα
11. Μουρούτη Μ. (2015). 10ο συνέδριο κλινικής ογκολογίας δυτικής Ελλάδος, τεύχος 9, Ιανουάριος- Ιούλιος 2015 *Διατροφή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού*
12. Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια , Τόμος 9ος , 2002

13. Παπαδοπούλου- Κατσορίδου Χρυσούλα, 2002 « Κοινωνική Εργασία με Ομάδες: μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση», Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
14. Παπαϊωάννου Κ., 2004 «Κλινική Κοινωνική Εργασία : Κοινωνική Εργασία με Άτομα», Αθήνα :ΕΛΛΗΝ
15. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Άλμα Ζωής» 2008, «Πάνω απ όλα γυναίκα» , Ξένος Κ. άρθρο « Διατροφή και άσκηση», Αθήνα: εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ
16. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Άλμα Ζωής» 2008, «Πάνω απ όλα γυναίκα», Λέκα Ε. άρθρο «Παράγοντες που σχετίζονται με την πρόκληση ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων», Αθήνα: κδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ
17. Ρηγάτος Γ., 2000 «Ψυχοκοινωνική Ογκολογία» , Αθήνα : Ascent
18. Ρηγάτος Γ., 2009 «Η ιστορία του καρκίνου και της ογκολογίας» Αθήνα: ASCENT
19. Σακοράφα Χ. Γ., 2000 « Ο καρκίνος του Μαστού», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
20. Στάλικας Α. και Μερτικά Α., 2004, «Η θεραπευτική συμμαχία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
21. Στεφανογιάννης Γ., 2005, « Διάγνωση Καρκίνος : ένας οδηγός για όλους», Χανιά: εκδόσεις Π.Ε.Β.Ε.
22. Σύγχρονη Εγκυκλοπαίδεια – Ευρώπη Ελλάδα Κόσμος , Θ. Χριστόπουλος & Σια Ο.Ε , Αθήνα , 1989
23. Τζωρακολευθεράκης Ε., 1992, «Χειρουργικές παθήσεις του μαστού», Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
24. Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου 1991

• ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Robert A., 2011 «Καρκίνος του στήθους: πρόληψη και αντιμετώπιση», Αθήνα, Μοντέρνοι Καιροί
2. Goldenberg I. and H., 2005 « Οικογενειακή Θεραπεία : μια επισκόπηση» , Αθήνα, ΕΛΛΗΝ
3. Dollinger Malin et al, 1992 « Ο καρκίνος : Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση : ένας οδηγός για όλους», Αθήνα, Κάτοπτρο
4. Kayser K. and Scott J. L., 2010 « Ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού με καρκίνο». Αθήνα, Πεδίο
5. Minuchin S. , 2010 « Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
6. Payne M., 2000 « Σύγχρονη θεωρία της κοινωνικής εργασίας», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
7. Colin R., 2010 « Η έρευνα του πραγματικού κόσμου : ένα μέσον για κοινωνικού επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές» Αθήνα , Gutenberg
8. Earl B., 2011 «Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα» Αθήνα ,Κριτική
9. Helgeson & Cohen et al, 2003 << Psycho-Oncology , Journal of the Psychological , Social and Behavioral Dimensions of Cancer >>
10. Cutrona, 1996 << Social Support in Couples: Marriage as a Resource in Times of Stress >> Thousand Oaks, California, Sage Pumblicati
11. Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001. Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (4), 706-711
12. Hoskins et al. 1996. Social Support and Patterns of Adjustment to Breast Cancer. Research and Theory for Nursing Practice, 10, 99–123. Κ αfto

13. Manne , 1997. Supportive and Negative Responses in the Partner Relationship: Their Association with Psychological Adjustment Among Individuals with Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (2), 101-125.

- ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

1. www.ftbc.gr Πρόσβαση στις 10-05-2016
2. www.cancer-society.gr Πρόσβαση στις 20-05-2016
3. www.bestrong.org Πρόσβαση στις 4-06- 2017
4. www.almazois.gr Πρόσβαση στις 15-06-2017
5. www.karkinosmastou.gr Πρόσβαση στις 22-07-2017
6. www.mednet.gr/archives/2008-6/pdf/742.pdf Πρόσβαση στις 30-07-2017
7. www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/10_CPR_Optimism.pdf
Πρόσβαση στις 6-3-2017
8. www.agsavvas-hosp.gr Πρόσβαση στις 5-5-2017
9. www.agaliazo.gr Πρόσβαση στις 20-4-2017

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A) Ερωτήσεις προς ασθενής .

Μετά τις αρχικές διευκρινιστικές ερωτήσεις για την ηλικία διάγνωσης και για την οικογενειακή κατάσταση της ασθενούς η συζήτηση εξελίχθηκε με την παρακάτω δομή ερωτήσεων :

1. Ποιές ήταν οι αρχικές σας αντιδράσεις – τα συναισθήματα που βιώσατε κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης;
2. Πως αντιληφθήκατε πως έχετε νοσήσει;
3. Ποιές ενέργειες πραγματοποιήσατε μετά την ανακοίνωση; Ποια ήταν η γραμμή που σας έδωσε ο ιατρός σας; Εννοούμε αν υποβλήθηκατε σε χειρουργική επέμβαση ή σε κάποια θεραπεία.
4. Αναφορικά με την ανακοίνωση στην οικογένεια σας πότε τους το ανακοινώσατε;
5. Ποιες ήταν οι αντιδράσεις τους;
6. Τι είδους υποστήριξη υπήρχε από το οικογενειακό σας περιβάλλον;
7. Ποια προβλήματα δημιουργήθηκαν από αυτή την κατάσταση ; Και αν δημιουργήθηκαν πως ξεπεράστηκαν ;
8. Απευθυνθήκατε σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας για να αντιμετωπίσετε τα ατομικά και οικογενειακά σας προβλήματα; (εφόσον έχουν προκύψει)
9. Κατά πόσο πιστεύετε ότι σας βοήθησε η παρέμβαση του επαγγελματία ψυχικής υγείας;
10. Η ενημέρωση είναι πιο καθησυχαστική εάν είναι από έναν Κοινωνικό Λειτουργό ο οποίος έχει γνώσεις στο θέμα παρά από κάποιον από το ευρύτερο οικογενειακό σας περιβάλλον ?

11. Τι μέτρα πρόληψης έχουν ληφθεί ?
12. Έχουν πραγματοποιηθεί κάποιοι έλεγχοι και αν ναι ποίοι ήταν αυτοί ?
13. Από που λάβατε ενημέρωση?

B) Ερωτήσεις προς κοινωνικούς λειτουργούς

1. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως κοινωνική λειτουργός;
2. Με την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα πόσα χρόνια ασχολείστε;
3. Για ποιούς λόγους επιλέξατε να εργαστείτε με αυτή την πληθυσμιακή ομάδα;
4. Τι είδους περιστατικά συναντάται συνήθως σε σχέση με τον καρκίνο;
5. Τι υπηρεσίες προσφέρονται στον ασθενή αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον;
6. Ποιος είναι ο ρόλος σας στο νοσοκομείο;
7. Συνεργάζεστε με άλλους φορείς εντός και εκτός νοσοκομείου για την καλύτερη υποστήριξη των ασθενών;
8. Πως θα χαρακτηρίζατε τον τρόπο λειτουργίας της δομής στην οποία εργάζεστε ;
9. Ποιές δυσκολίες προκύπτουν σε σχέση με τους ασθενείς και το οικογενειακό περιβάλλον τους;
10. Με ποιόν τρόπο αντιμετωπίζετε τις δυσκολίες αυτές;