ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: «ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ» .

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της

Κουντζάκη Στυλιανής

Επιβλέπων καθηγητής

Καραδήμας Ευάγγελος

ΡΕΘΥΜΝΟ

2015-16

Στον μπαμπά μου,

που νόσησε και έφυγε νωρίς…

Σ. Κ.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τη βαθύτατη εκτίμησή μου προς όλους εκείνους που μου έδωσαν τη δυνατότητα να ολοκληρώσω την εν λόγω εργασία . Είμαι ιδιαίτερα ευγνώμων στον επόπτη μου, Αν. Καθηγητή Ψυχολογίας της Υγείας, κ. Ευάγγελο Χ. Καραδήμα, για την πάντα άμεση και πολύτιμη βοήθειά του, την καθοδήγησή, τις συμβουλές του και τη συνεχή εποπτεία, καθώς και για την υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Δράττομαι επίσης της ευκαιρίας να εκφράσω ένα ειλικρινές ευχαριστώ στα μέλη του προσωπικού του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και σε όλους τους Καθηγητές μου ξεχωριστά για την όρεξη και για τη γνώση που μου μετέδωσαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ…….…… 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **1**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ…….……...7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **2**

ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ……...…..…… 9

2.1. Ατομικές διαφορές…….….……. 10

2.2. Ερμηνεία των συμπτωμάτων…….….. 14

2.3. Μοντέλα αντίληψης συμπτωμάτων …… 15

2.4. Αναζήτηση ιατρικής βοήθειας …….....19

2.5. Συμπτώματα και καρκίνος ……..….21

2.6. Καρκίνος- Ατομικά χαρακτηριστικά και προσωπικότητα ……..25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **3**

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ……... 29

3.1. Βιο-ψυχολογικοί παράγοντες του καρκίνου ……..….29

3.2. Η ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο ……..33

3.3. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογένεια του καρκινοπαθούς …..... 39

3.4. Η παρούσα έρευνα…….…...44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **4**

ΜΕΘΟΔΟΣ ……..... 45

4.1. Δείγμα ……..... 45

4.2. Ψυχομετρικά εργαλεία …….. 45

4.3. Ερευνητική διαδικασία ……..……..47

4.4. Στατιστική ανάλυση …….……...48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **5**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ…… 50

5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων……. 50

5.2.α. Η σχέση της ψυχικής υγείας και των αντιλαμβανόμενων συμπτωμάτων, που αναφέρονται στον εαυτό ή σε κάποιον άλλο με την κινητοποίηση του ατόμου……51

5.2.β. Η συσχέτιση του αριθμού και η σχέση της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων με τη ψυχική υγεία του ατόμου…….. 54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **6**

ΣΥΖΗΤΗΣΗ…… 55

ΕΠΙΛΟΓΟΣ……..59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ **7**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ……. 60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ……..……69

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ατομικά χαρακτηριστικά, οι εμπειρίες και οι γνωστικές και ψυχολογικές αναπαραστάσεις του ατόμου για τις ασθένειες, συμμετέχουν στη διαδικασία αντίληψης και ερμηνείας των συμπτωμάτων και στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Σχετικά με τη νόσο του καρκίνου, η αντίληψη συμπτωμάτων διαχωρίζεται στην προγνωστική συμπτωματολογία και στην συμπτωματολογία μετά την έναρξη της θεραπείας. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα και ο φόβος της εξέλιξης επηρεάζουν όλες τις πτυχές της ζωής του καρκινοπαθούς, με αποτέλεσμα συναισθηματικές δυσκολίες που οδηγούν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του, που αντιμετωπίζει τη νόσο από ένα διαφορετικό ρόλο.

Έρευνα: Στην έρευνα εξετάστηκε η αντίληψη και η κινητοποίηση του υγιούς πληθυσμού σχετικά με τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα (π.χ. αναζήτηση ιατρικής βοήθειας) και κάποιοι παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν τη συγκεκριμένη διαδικασία (π.χ. ψυχική υγεία).

Μέθοδος: 292 άτομα, 18-29 ετών, συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια αξιολόγησης των αναπαραστάσεων για τα σωματικά συμπτώματα στον «εαυτό» και σε κάποιον «άλλο» μέσω αυτοσχέδιου εργαλείου. Η ψυχική υγεία αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας και η γνώση για τα συμπτώματα μέσω ατομικής συνέντευξης.

Αποτελέσματα: Τα άτομα κινητοποιούνται ταχύτερα στην ήπια συμπτωματολογία, που αφορά τον εαυτό, ενώ όταν αυτή αναφέρεται σε κάποιον τρίτο ανησυχούν λιγότερο και δρουν ταχύτερα στην εντονότερη συμπτωματολογία. Παράλληλα, η καλύτερη ψυχική υγεία σχετίζεται με την αναβολή κινητοποίησης και εμφανίζεται η τάση, η αναφορά λιγότερων συμπτωμάτων να σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία. Τέλος, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων και της ψυχικής υγείας.

Συμπέρασμα: Δεδομένης της σημαντικότητας της αναγνώρισης των καρκινικών συμπτωμάτων κρίνεται απαραίτητη η μελλοντική έρευνα για καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας αντίληψης συμπτωμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Αντίληψη συμπτωμάτων, καρκίνος, ψυχική υγεία, κινητοποίηση.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ο όρος «χρόνια ασθένεια» αφορά παθήσεις, χαρακτηριστικό γνώρισμα των οποίων είναι η μεγάλη διάρκεια, και η αργή πορεία και εξέλιξη (Καραδήμας, 2005). Οι χρόνιες ασθένειες είναι η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας σε όλο τον κόσμο. Ο ΠΟΥ εκτιμά, ότι οι μη μεταδοτικές χρόνιες νόσοι, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου, του διαβήτη και των καρδιαγγειακών ή αναπνευστικών παθήσεων, ευθύνονται για το 59% των θανάτων σε ετήσια βάση και για το 46% της παγκόσμιας επιβάρυνσης από κάποια νόσο. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με χρόνια νόσο έχουν αυξηθεί θεαματικά σε όλο τον κόσμο. Στην πρόληψη και τη θεραπεία, λοιπόν, των χρόνιων ασθενειών δεν πρέπει να αντιμετωπιστούν μόνο σωματικά προβλήματα. Ο Prince και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στους Petersen, Van den Berg, Janssens, & Van den Bergh, 2011) επισήμαναν πως το άγχος και η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα και καταστρεπτικά για την υγεία στις χρόνιες νόσους συμβάλλοντας στην επιβάρυνση των αντιλαμβανόμενων συμπτωμάτων, στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Έτσι, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία (Petersen et al., 2011).

Σύμφωνα με στατιστικές στην Αγγλία, περισσότεροι από 250.000 άνθρωποι διαγιγνώσκονται ετησίως με καρκίνο και περίπου 1,8 εκατομμύρια ζουν με μια διάγνωση καρκίνου (εκτιμάται πως ο συγκεκριμένος αριθμός το 2030 θα ανέρχεται σε 3.000.000 ανθρώπους) (Jarrett, Scott, Addington-Hall, Amir, Brearley, Hodges, et al., 2013). Ωστόσο η συγκεκριμένη νόσος φαίνεται πως έχει κάνει την εμφάνιση της ήδη από την αρχαιότητα, αφού στοιχεία αποκαλύπτουν πως οι αρχαίοι Αιγύπτιοι έκαναν αναφορά για την συγκεκριμένη ασθένεια σε πάπυρο, ο οποίος υπολογίζεται ότι γράφτηκε το 1600 π. Χ.. Στον συγκεκριμένο πάπυρο αναφέρονται 8 είδη ελκών και όγκων στο στήθος, οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, ωστόσο δεν υπήρχε για την συγκεκριμένη νόσο αποτελεσματική θεραπεία. Τα κείμενα του Ιπποκράτη, όμως, είναι εκείνα που ονομάζουν τη συγκεκριμένη ασθένεια “καρκίνο”. Η αιτιολογία της εμφάνισης του καρκίνου βασίστηκε στη θεωρία που υποστήριξε ο Ιπποκράτης το 460-370 π. Χ. για την ανισορροπία των 4 χυμών (αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή). Πιο συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης υποστήριξε πως όταν για κάποιους ανεξήγητους λόγους η μαύρη χολή συσσωρευτεί σε μεγάλη ποσότητα σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος τότε σε αυτά προκαλείται καρκίνος. Αυτή η θεωρία επικράτησε έως την Ρωμαϊκή εποχή, στη διάρκεια της οποίας την υιοθέτησε και την διέδωσε ο διάσημος ιατρός Γαληνός.

Μετά το τέλος της αυστηρής απαγόρευσης της μελέτης του ανθρώπινου σώματος που είχε επικρατήσει για πολλά χρόνια λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, φτάνουμε στο 1761 και τον Morgagni, ο οποίος εφάρμοσε πρώτος την νεκροψία για να μπορέσει να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την νόσο από την οποία έπασχε ο ασθενής. Κάπως έτσι, λοιπόν, τέθηκαν και τα θεμέλια της ογκολογίας. Μέχρι σήμερα οι υποθέσεις για την πρόκληση του καρκίνου είναι πάρα πολλές, με πιο πρόσφατη την κωνική θεωρία, σύμφωνα με την οποία μια αρχική μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται, προκαλεί τη δημιουργία ενός κλώνου ολόιδιων κυττάρων, τα οποία δημιουργούν την καρκινική μάζα ή αλλιώς τον όγκο. Πέραν αυτών των θεωριών, όμως, η πεποίθηση που επικράτησε όλους αυτούς τους αιώνες, ότι ο καρκίνος είναι μια ανίατη ασθένεια, ενίσχυσε κατά πολύ το φαινόμενο της “καρκινοφοβίας" που επικρατεί ακόμα και σήμερα σε μεγάλο ποσοστό του κοινού νου.

Παρά το γεγονός ότι η επιστήμη έχει καταρρίψει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να δημιουργήσει μια πιο σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα για τη φύση και τα αίτια του καρκίνου (Be Strong, 2015), η ραγδαία αύξηση του αριθμού των διαγνώσεων καρκίνου, αλλά και οι σημαντικές δυσκολίες και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη θεραπεία, πλήττουν την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών (π.χ. Πόνος) και επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής τους, αλλά και της ζωής των οικείων τους προσώπων. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο καρκίνος, σύμφωνα με τους Stewart, Ross και Hartley (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) αφορά 4 πεδία:

1. **Βιολογικό**: αφορά τα συμπτώματα, (όπως είναι ο πόνος, η κούραση κ.α)., τη λειτουργικότητα, τις παρενέργειες της αγωγής και την προσαρμογή στην εξέλιξη της ασθένειας.
2. **Κοινωνικό**: αφορά το στίγμα, την απομόνωση, τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις και τη σχέση με το προσωπικό υγείας.
3. **Συναισθηματικό**: αφορά την αυτό-εικόνα, τους νέους στόχους, τις προσδοκίες, τις ηθικές αξίες, θέματα πνευματικότητας και νοηματοδότησης της συγκεκριμένης εμπειρίας, αλλά και οικονομικά ζητήματα.
4. **Συμπεριφοράς:** αφορά τον ιατρικό έλεγχο, την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, την διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας κ.α..

Όλες οι παραπάνω περιοχές είναι αλληλένδετες και επηρεάζουν η μία την άλλη, γι αυτό το λόγο θα αναλυθούν διεξοδικά και στη συνέχεια (Καραδήμας, 2005).

2. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Οι άνθρωποι στην πορεία της ζωής τους είναι σύνηθες να βιώνουν διαφόρων εντάσεων και βαρύτητας συμπτώματα, στα οποία δίνουν λιγότερη ή περισσότερη προσοχή (Ayers, Baum, McManus, Newman, Wallston, Weinman, et al., 2007). Έρευνες δείχνουν ότι οι πιο κοινές ενοχλήσεις περίπου στο 80% του γενικού πληθυσμού περιλαμβάνουν τον πονοκέφαλο, την κόπωση, τον μυοσκελετικό πόνο, τα προβλήματα ύπνου, τις εντερικές διαταραχές (Baliatsas, Van Kamp, Hooiveld, Yzermans, & Lebret, 2014) και τις ενοχλήσεις στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, 2-3 φορές την εβδομάδα (Ayers et al., 2007). Ωστόσο αυτό δεν προϋποθέτει απαραίτητα την ύπαρξη κάποιας παθολογικής κατάστασης (ανεξήγητα συμπτώματα), αφού ποσοτικά το 30-50% αυτών των συμπτωμάτων είτε είναι ελάσσονος σημασίας είτε δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη αιτιολογική πηγή (Baliatsas et al., 2014).

Η πιο κοινή πεποίθηση για την υγεία είναι ότι όλες σχεδόν οι παθήσεις, συνοδεύονται από κάποιου είδους ενόχληση – σύμπτωμα. Όταν αυτό το σύμπτωμα πάψει να υπάρχει, τότε το άτομο υποθέτει ότι έχει αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του. Αντίθετα η επιμονή του συμπτώματος υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιας ασθένειας λιγότερο ή περισσότερο σοβαρής. Η εμφάνιση και αντίληψη, λοιπόν, των συμπτωμάτων και η ερμηνεία που τους αποδίδεται από το άτομο αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες για την απόφαση αναζήτησης ή όχι ιατρικής βοήθειας.

Οι σωματικές αισθήσεις μέσω των οποίων γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα διακρίνονται σε 3 μορφές: 1) τις μηχανοδεκτικές (αφή, πίεση, δόνηση και θέση σώματος, που διεγείρονται από την μηχανική μετατόπιση των ιστών του σώματος), 2) τις θερμοδεκτικές (ανίχνευση θερμού – ψυχρού) και 3) την αίσθηση του πόνου (παράγοντες που προκαλούν βλάβη στους ιστούς). Παρόλ' αυτά η αντίληψη των συμπτωμάτων δεν είναι ίδια σε όλες τις χρονικές περιόδους (π.χ. όταν ένα χτύπημα είναι ακόμα ζεστό, μπορεί ο πόνος να μην γίνει κατευθείαν αντιληπτός). Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την αντίληψη συμπτωμάτων είναι αυτός των ατομικών διαφορών, οι οποίες θα αναλυθούν στη συνέχεια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

2.1. Ατομικές διαφορές

Αρχικά, ο παράγοντας των ατομικών διαφορών αποτελείται από πολλές και διαφορετικές συνιστώσες, γεγονός που μπορεί να γίνει σαφές αν σκεφτεί κανείς πόσο διαφορετικός μπορεί να είναι ο ένας άνθρωπος από τον άλλο, τόσο στις βιολογικές, όσο και στις γνωστικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προσλαμβάνουσες και προδιαγραφές του.

***Φύλο*:** Το φύλο είναι ένα από τα ατομικά χαρακτηριστικά, τα οποία έχουν διερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό, όσον αφορά την αντίληψη και την αναφορά των συμπτωμάτων (Goodwin, Fairclough, & Poole, 2012). Αναλυτικότερα σύμφωνα με τους Annadale και Hunt (όπως αναφέρεται στους Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996), ευρήματα ερευνών έχουν δείξει ότι οι γυναίκες λαμβάνουν τα πρωτεία στην αναφορά και την αντίληψη συμπτωμάτων σε σχέση με τους άντρες. Οι MC Donough και Walters (όπως αναφέρεται στους Goodwin et al., 2012) βασίζουν τα ευρήματα αυτά στους στρεσογόνους παράγοντες, που βιώνονται περισσότερο από τις γυναίκες («διαφορική υπόθεση») είτε λόγω του κοινωνικού τους ρόλου είτε λόγω του άγχους που προκύπτει από τον εργασιακό χώρο.

Επιπρόσθετα, παράγοντες που συμβάλλουν στην αυξημένη αναφορά συμπτωμάτων από τις γυναίκες είναι: 1) οι περισσότερες σωματικές πληροφορίες λόγω του αναπαραγωγικού τους ρόλου, 2) η χαμηλή πολλές φορές θέση των γυναικών, που σχετίζεται με έλλειψη εξωτερικών πληροφοριών, 3) η θηλυκή ροπή για σωματική επιλεκτική προσοχή και κατ΄ επέκταση για σωματική απόδοση και 4) η μεγαλύτερη προθυμία των γυναικών να αναφέρουν τα συμπτώματα που αντιλαμβάνονται στον εαυτό τους αλλά και στους άλλους, σε σχέση με τους άντρες (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996). Μια ακόμα διαπίστωση που αφορά τη σχέση φύλου και αντίληψης συμπτωμάτων σύμφωνα με τους Roberts και Pennebaker, είναι ότι τα θηλυκά αναφέρουν συχνότερα από τα αρσενικά τα σωματικά συμπτώματα, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν αρκετά σχετικά στοιχεία που να επιβεβαιώνουν αυτή την ένδειξη (όπως αναφέρεται στους Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996).

Ηλικία: Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στατιστικές, όσο η ηλικία του ανθρώπου αυξάνεται, αυξάνονται ο αριθμός και η σοβαρότητα των αντιλαμβανόμενων συμπτωμάτων με την ηλικία των 40 ετών να είναι θεωρητικά η ηλικία έναρξης αναφοράς και αντίληψης περισσότερων ή ισχυρότερων συμπτωμάτων (Apostolidis, Kirana, Chiu, Link, Tsiouprou, & Hatzichristou, 2009). Ακόμα η επίδραση της ηλικίας στα φυσικά συμπτώματα επηρεάζεται και από τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων που έχει βιώσει το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του και από την τάση

του για επιλεκτική παρατήρηση των σωματικών αισθήσεων (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers Van Wijk, 2003). Παράλληλα δεν πρέπει να λησμονηθεί ότι οι νεότεροι άνθρωποι ενδιαφέρονται λιγότερο για την υγεία τους και υιοθετούν περισσότερο ριψοκίνδυνες συμπεριφορές υγείας (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

***Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (ΚΟΕ)*:** Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, επίσης, ή όπως αλλιώς χαρακτηρίζεται από τον Καραδήμα (2005) «Κλίση της υγείας», φαίνεται να σχετίζεται ισχυρότερα απ΄ όλες τις μεταβλητές με την καταγραφή περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers Van Wijk, 2002). Αναλυτικότερα, όσο χαμηλότερο είναι το ΚΟΕ, τόσο χαμηλότερο είναι και το επίπεδο της υγείας. Η ανεργία, η οικονομική και οικογενειακή αστάθεια, η κακή διατροφή, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, οι ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης κ.α. σχετίζονται με την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας που δεν προάγουν την καλή σωματική κατάσταση, αυξάνουν τα επίπεδα στρες, μειώνουν τα εξωτερικά ερεθίσματα, ωθούν την εστίαση της προσοχής στο εσωτερικό του σώματος και κατ΄ επέκταση στην αντίληψη και αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων, καθώς και στην έκπτωση της υγείας (Καραδήμας, 2005).

***Εθνικότητα* :** Επίσης μια σειρά ευρημάτων αποδεικνύει ότι τα επίπεδα υγείας των μειονοτικών ομάδων σε μία χώρα είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Τα επίπεδα υγείας των μεταναστών φαίνονται να περιορίζονται στη χώρα υποδοχής λόγω: 1) του ρατσισμού που σχετίζεται με τις παροχές υγείας, 2) του εθνοκεντρισμού που χαρακτηρίζει τα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης της υγείας, 3) των λανθασμένων ερμηνειών του επιπέδου υγείας που προέρχονται τόσο από το χαμηλό ΚΟΕ, όσο κι από τις διαφορετικές πολιτισμικές προσλαμβάνουσες, 4) των ανθυγιεινών πολλές φορές συνθηκών διαβίωσης και 5) του διαφορετικού DNA του κάθε λαού σχετικά με την υγεία (π.χ. μεσογειακή αναιμία) (Καραδήμας, 2005).

Ανταγωνιζόμενα περιβάλλοντα: Η γνωστική αντίληψη και το περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο αποτελούν, επίσης, δύο καθοριστικούς παράγοντες στην αντίληψη συμπτωμάτων. Ορισμένοι άνθρωποι έχουν την τάση να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις εσωτερικές τους διεργασίες, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνονται ταχύτερα τις αλλαγές στη σωματική τους κατάσταση σε σχέση με άλλους. Τα άτομα που τείνουν να εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στο εξωτερικό περιβάλλον, επεξεργάζονται συνειδητά μόνο ένα μέρος των διαθέσιμων σωματικών πληροφοριών λόγω

περιορισμένης ικανότητας προσοχής. Η ρύθμιση της προσοχής, λοιπόν, αποφασίζει σε ποιο βαθμό θα επεξεργαστούν οι διαθέσιμες πληροφορίες (Kolk et al., 2002).

Σύμφωνα με τον Pennebaker, η υποαπασχόληση (ανεργία, κοινωνική απομόνωση, χαμηλού κύρους εργασία κ.α.) ή ένα μονότονο και προβλέψιμο περιβάλλον, σχετίζεται με αυξημένη αντίληψη και αναφορά σωματικών συμπτωμάτων σε σχέση με ένα υπερφορτωμένο (πολλαπλοί ρόλοι, εργασία με πολλές ευθύνες κ.α.) ή συναρπαστικό περιβάλλον, το οποίο περικλείει πολλές πληροφορίες, εξαιτίας του οποίου η παρατήρηση ενός εσωτερικού μηνύματος είναι μειωμένη (θεωρία του ανταγωνισμού των ερεθισμάτων). Ωστόσο, πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο τάσεων γιατί η επιλεκτική προσοχή τόσο στις εξωτερικές όσο και στις εσωτερικές πληροφορίες μπορεί να οδηγήσει σε παραπλανητικές ερμηνείες των σωματικών αισθήσεων. Σύμφωνα με τους Robbins και Kimayer ακόμα κι εκείνοι που τείνουν να εστιάζουν τη προσοχή τους με υπερβολικό βαθμό στις εσωτερικές καταστάσεις δεν είναι τόσο ακριβείς και αντικειμενικοί με αυτό που αισθάνονται ή ακόμα μπορεί να υπερεκτιμούν τις αποκλίσεις από το συνηθισμένο και φυσιολογικό που παρουσιάζουν οι οργανικές λειτουργίες τους. Από την άλλη πλευρά, εκείνοι που τείνουν να εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στο εξωτερικό περιβάλλον δεν δίνουν την πρέπουσα προσοχή στα μηνύματα που εκπέμπει το σώμα τους (όπως αναφέρεται στους Kolk et al., 2002).

Οικογένεια: Η διαδικασία της μάθησης είναι πολύ σημαντική για την αντίληψη των συμπτωμάτων. Ωστόσο δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι πρόσβαση σε αυτή τη μάθηση. Αρχικά από μικρή ηλικία οι γονείς μαθαίνουν στα παιδιά τους, κυρίως, μέσω των αντιδράσεων τους, ποια συμπτώματα είναι σημαντικά και ποια όχι. Η ανησυχία των γονέων για την αύξηση της θερμοκρασίας και η σχετική αδιαφορία τους για ένα μικρό επιφανειακό κόψιμο παρέχουν στο παιδί ισχυρές ενδείξεις για το ποια συμπτώματα θεωρούνται σοβαρά και ποια απαιτούν προσοχή. Επίσης, η ενασχόληση και η προσοχή της υγείας των ίδιων των γονέων παρέχει ένα ισχυρό μιμητικό πρότυπο για τα παιδιά, τα οποία ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν αναπτύσσουν και αντίστοιχες συμπεριφορές υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012) (π.χ. Μια δυσάρεστη οικογενειακή εμπειρία θα επηρεάσει την αντίληψη σχετικά με την υγεία σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν βιώσει κάτι αντίστοιχο [(Karademas, Karamvakalis, & Zarogiannos, 2009)].

Συναισθηματική κατάσταση: Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση και η πίεση που προκαλούν ποικίλοι στρεσογόνοι παράγοντες, ενισχύουν την εμφάνιση ψυχοσωματικών

εκδηλώσεων και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει, αντιμετωπίζει και δείχνει ανοχή στα συμπτώματα (Petersen et al., 2011). Μια άσχημη συναισθηματικά διάθεση δύναται να δημιουργήσει αρνητικές σκέψεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012), οι οποίες με τη σειρά τους να οδηγήσουν στην αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων (Goodwin et al., 2012). Έρευνα έδειξε ότι άτομα με υψηλά ποσοστά αρνητικής διάθεσης ανέφεραν 2 με 3 φορές περισσότερα συμπτώματα σε σχέση με αυτούς που σκόραραν χαμηλά στα αρνητικά συναισθήματα (Ayers et al., 2007). Μία άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η αρνητική διάθεση ωθεί το άτομο σε ψυχολογικές αποδόσεις των συμπτωμάτων του, με αποτέλεσμα να προκύπτουν λανθασμένες ερμηνείες (Goodwin et al., 2012).

Οι Watson και Pennebaker βρήκαν μια αξιόπιστη σχέση μεταξύ της αρνητικής συναισθηματικότητας και της αναφοράς σωματικών συμπτωμάτων. Αυτό τους ώθησε στο να επεκτείνουν τη θεωρία τους και να αντιλαμβάνονται το αρνητικό συναίσθημα όχι μόνο σαν μια αρνητική διάθεση αλλά σαν ένα γενικό χαρακτηριστικό του ψυχοσωματικού στρες με αποτέλεσμα να υιοθετήσουν την άποψη, σύμφωνα με την οποία η διάκριση ανάμεσα στην σωματική και ψυχική δυσφορία είναι αυθαίρετη και ανεπαρκής, χωρίς ωστόσο αυτό να γίνεται απόλυτα αποδεκτό απ’ όλη την επιστημονική κοινότητα (όπως αναφέρεται στους Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996).

Ωστόσο πέρα από τις ατομικές διαφορές που αποτελούν έναν καθοριστικό παράγοντα στην αντίληψη των συμπτωμάτων, τόσο σε προσωπικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία παρατηρούνται ανεξαρτήτως συνθηκών. Αρχικά, οι άνθρωποι είναι ακριβείς όταν αντιλαμβάνονται ακραία συμπτώματα ή σημαντικές καταστάσεις, οι οποίες χρειάζονται άμεση προσοχή. Για παράδειγμα, τα άτομα αναφέρουν σχεδόν πάντα πότε χρειάζονται ύπνο, φαγητό ή πότε επιθυμούν να εκπληρώσουν κάποια άλλη βιολογική τους ανάγκη, η οποία εκδηλώνεται μέσω συμπτώματος. Ταυτόχρονα διφορούμενα συμπτώματα, όπως είναι ο καρδιακός παλμός ή η πίεση του αίματος, δεν έχουν εξελιχθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιβάλλουν συμπεριφορές (εάν η απορρύθμιση τους δεν λάβει χώρα σε μεγάλο βαθμό). Ένα μέρος της αιτίας που οι άνθρωποι δεν είναι τόσο ακριβείς με τους αντικειμενικούς δείκτες της φυσιολογίας τους μπορεί να οφείλεται απλώς στο γεγονός ότι είναι πιο εύκολο να παρατηρήσουμε μεγάλες αλλαγές απ΄ ότι ηπιότερες και μικρότερες (Ayers et al., 2007).

Εντούτοις τόσο οι ατομικές διαφορές, οι εμπειρίες και η προσωπικότητα όσο και οι προβλεπόμενες συμπεριφορές υγείας συμβάλλουν αρχικά στην ερμηνεία των συμπτωμάτων και στη συνέχεια στο σχηματισμό των νοητικών αναπαραστάσεων της ασθένειας. Με άλλα λόγια η συναισθηματική και η γνωστική επεξεργασία αλλά και οι κοινωνικές καταβολές αλληλεπιδρούν για να μπορέσει το άτομο να ερμηνεύσει αυτό που του συμβαίνει και στη συνέχεια να δημιουργήσει σχήματα για την εκάστοτε ασθένεια (Petersen et al., 2011).

2.2. Ερμηνεία των συμπτωμάτων

Υπάρχουν κάποια στοιχεία τα οποία υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι διατηρούν ένα στυλ απόδοσης συμπτωμάτων ή έχουν την τάση να αποδίδουν τα συμπτώματα που βιώνουν κατά μήκος μιας εκ των τριών διαστάσεων: 1) σωματικά (π.χ. ότι δεν πάει καλά κάτι με το σώμα τους), 2) ψυχολογικά (π.χ. λόγω του ότι είναι αναστατωμένοι) και 3) ομαλοποιημένα (π.χ. το δωμάτιο είναι πάρα πολύ καυτό). Αυτές οι μορφές απόδοσης, σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες της ασθένειας και προβλέπουν την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων (Ayers et al., 2007).

Οι προηγούμενες εμπειρίες, λοιπόν, επηρεάζουν τόσο την ερμηνεία όσο και την απόφαση που παίρνει το άτομο σχετικά με το εάν τα συμπτώματα που βιώνει χρήζουν ή όχι ιατρικής περίθαλψης. Με αυτόν τον τρόπο, το υποκείμενο σχηματίζει μια μορφή γνώσης σχετικά με την ασθένεια. Ωστόσο μερικές από τις προηγούμενες εμπειρίες μπορεί να ωθήσουν το άτομο σε εσφαλμένες ερμηνείες των συμπτωμάτων και κατ επ΄ επέκταση σε λάθος αποφάσεις σχετικά με αυτά. Παραδείγματος χάρη, ένα κοιλιακό άλγος για κάποιον μπορεί να είναι ένδειξη δυσπεψίας και να μην αναζητήσει έγκαιρα κάποια ιατρική συμβουλή και για κάποιον άλλο μπορεί να είναι σύμπτωμα κάποιας σοβαρής αρρώστιας, το οποίο να τον ωθήσει άμεσα σε γιατρό (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Ωστόσο δεν πρέπει να λησμονηθεί ότι οι άνθρωποι ερμηνεύουν τα συμπτώματα και δημιουργούν πρότυπα ασθενειών (γνώση) όχι μόνο βάσει των δικών τους εμπειριών, αλλά και μέσω των εμπειριών τρίτων, των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των σπουδών ή της εργασίας τους ή μέσω άλλων πηγών. Άρα, οι αιτιακές αποδόσεις των συμπτωμάτων μπορεί να έχουν εκτεταμένες συνέπειες στις συμπεριφορές υγείας, την τήρηση των περιορισμών και τις επισκέψεις στο γιατρό. Γι΄ αυτό το λόγο, μια εσφαλμένη ερμηνεία μπορεί να επιβαρύνει ιδιαίτερα την υγεία, καθώς η καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής φροντίδας π.χ. σε παθήσεις της

καρδίας ή στον καρκίνο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πρόγνωση και την αποτελεσματική παρέμβαση (Ayers et al., 2007). Συνάμα, η ερμηνεία των συμπτωμάτων διαφέρει ανάλογα με το πρόσωπο που παρουσιάζει τα συμπτώματα, αφού πολλές φορές οι άνθρωποι ερμηνεύουν διαφορετικά τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ίδιοι με αυτά που παρουσιάζουν άλλα άτομα του περιβάλλοντός τους, ακόμα κι αν αυτά τα συμπτώματα είναι τα ίδια (Petersen et al., 2011).

2.3. Μοντέλα αντίληψης συμπτωμάτων

Παρά την πληθώρα των πληροφοριών που προκύπτουν από την έρευνα σχετικά με την αντίληψη των συμπτωμάτων δεν υπάρχει ένας αποδεδειγμένος και καθολικός ορισμός σχετικά με αυτή την έννοια, ο οποίος να γίνεται αποδεκτός από όλη την επιστημονική κοινότητα. Για τον λόγο αυτό, πολλοί ερευνητές έχουν κάνει διαφορετικές προτάσεις στην προσπάθεια τους να δώσουν μια σαφή εξήγηση στο μηχανισμό που αποκαλείται αντίληψη συμπτωμάτων. Οι διαφορές των μοντέλων εντοπίζονται στον τρόπο αλληλεπίδρασης των γνωστικών, ψυχολογικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων αλλά και στον τρόπο που οι ψυχολογικές αναπαραστάσεις, η σωματική κατάσταση και οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις συνδέονται με κάποιο θεωρητικό υπόβαθρο (Petersen et al., 2011).

Αρχικά, ένα από τα πλέον πρόσφατα μοντέλα σχετικά με τις πεποιθήσεις και την συμπεριφορά υγείας που αναπτύχθηκε από το Howard Leventhal και τους συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) υποστηρίζει πως κάθε άνθρωπος δημιουργεί κάποιες ιδέες σχετικά με τις διάφορες ασθένειες - αρρώστιες βασιζόμενος στις δικές του εμπειρίες, σε όσα ακούει απ΄ τους σημαντικούς άλλους, σε πληροφορίες που λαμβάνει τυχαία από το περιβάλλον του, σε όσα διαβάζει και σε όσα συζητά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τα δεδομένα αυτά τα χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει τις δικές του νοητικές - γνωστικές αναπαραστάσεις (cognitive representations) (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012), προκειμένου να κατανοήσει την κατάσταση και να διαχειριστεί το πιθανό πρόβλημα.

Ωστόσο όλες αυτές οι πληροφορίες αρχίζουν και δημιουργούν 2 επίπεδα στην αναπαράσταση της κατάστασης: την γνωστική και την συναισθηματική αναπαράσταση της ασθένειας. Αυτές οι διεργασίες είναι σε ένα βαθμό ανεξάρτητες μεταξύ τους και μπορεί να ωθήσουν το άτομο να εκδηλώσει ίδιες ή διαφορετικές συμπεριφορές. Η γνωστική αναπαράσταση περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: 1) τα αίτια (οι παράγοντες πρόκλησης της κατάστασης), 2) τις συνέπειες (η επιρροή της κατάστασης της υγείας στην ποιότητα της ζωής και στην λειτουργικότητα του ατόμου), 3)

την ταυτότητα (φύση, όνομα και συμπτώματα της ασθένειας), 4) τη χρονική πορεία (εξέλιξη της ασθένειας) και 5) την ελεγξιμότητα (θεραπεία- ίαση) της ασθένειας (Καραδήμας, 2005).

Εικόνα 1. Η προοπτική χρόνου των πέντε διαστάσεων, σύμφωνα με τον Marks και συν. (Καραδήμας, 2005).

Πέρα από τους γνωστικούς παράγοντες, όμως, τα συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος, το άγχος και η ανησυχία, μπορούν να μορφοποιήσουν τις αντιδράσεις – συμπεριφορές του ατόμου, οι οποίες δύνανται να διατηρηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα π.χ. ένα άτομο με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, ανησυχεί μήπως εμφανίσει και αυτό πρόβλημα (Martínez-Ochoa, Gómez-Acebo, Beunza, Rodríguez-Cundín, Dierssen-Sotos, & Lorca, 2012). Έτσι, προσέχει την παραμικρή αλλαγή στις εντερικές του συνήθειες και με μια ελάχιστη ενόχληση θεωρεί ότι κινδυνεύει (συναισθηματική αναπαράσταση), συνδέει το σύμπτωμα αυτό με την ασθένεια (ταυτότητα), σκέφτεται τα αίτια και τις συνέπειες και έτσι σταδιακά διαμορφώνει μια πλήρη αναπαράσταση της ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Τέλος, το μοντέλο της κοινής λογικής υποστηρίζει, ότι τόσο οι γνωστικές όσο και οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν αφηρημένα εννοιολογικά (π.χ αίσθηση κληρονομικότητας) και συγκεκριμένα αντιληπτικά δεδομένα (π.χ. συμπτώματα) και διεργασίες (π.χ. ανάμνηση ενός οικείου προσώπου στο νοσοκομείο). Επιπρόσθετα, οι αναπαραστάσεις μπορεί να είναι μερικώς ή πλήρως ανεπτυγμένες, παγιωμένες ή μεταβαλλόμενες, χαρακτηριστικά που εξαρτώνται από την μάθηση και την εμπειρία. Επίσης επιδρούν στο γνωστικό σχήμα του εαυτού και την αυτο-εικόνα.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η θεωρία της κοινής λογικής επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό, ωστόσο παρουσιάζει και κάποιους περιορισμούς, με έναν από αυτούς να αναφέρει ότι οι περισσότερες έρευνες σχετικά με το μοντέλο κοινής λογικής αφορούν χρόνιες ασθένειες (π.χ.

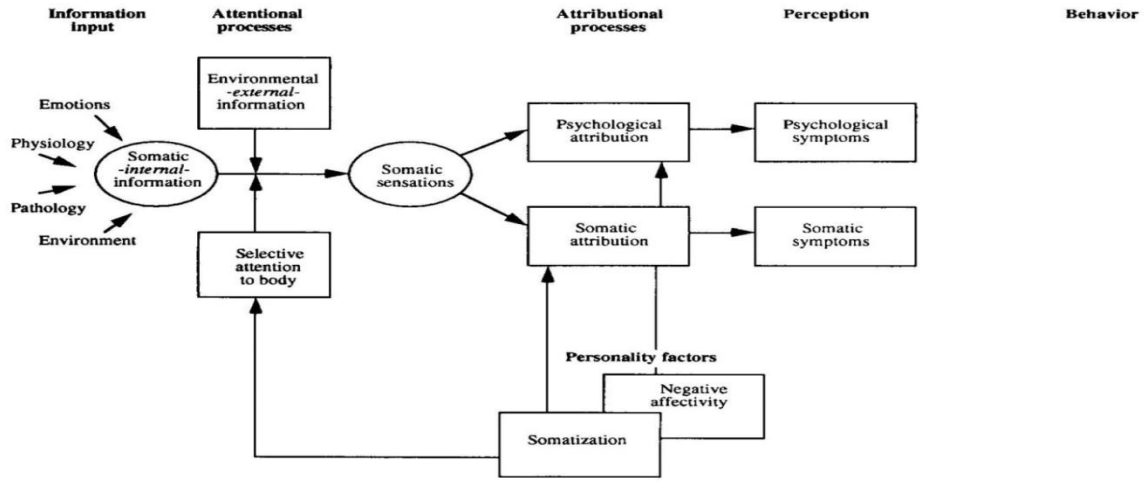
διαβήτης, καρκίνος κ.α.) και όχι οξείες και ότι η σύνδεση γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων θα έπρεπε να έχει εξεταστεί διεξοδικότερα (Καραδήμας, 2005).

Μία ακόμη προσέγγιση που αφορά την αντίληψη συμπτωμάτων είναι το γνωστικό-αντηλιπτικό μοντέλο που αναπτύχθηκε από τον Kolk και τους συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στους Goodwin et al., 2012) και υπογραμμίζει τα αποτελέσματα των αρνητικών επιπτώσεων, της επιλεκτικής προσοχής και των εξωτερικών πιέσεων στην αντίληψη συμπτωμάτων. Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη θεωρία περιλαμβάνει τόσο τις ιατρικές όσο και ψυχοκοινωνικές απόψεις και τονίζει το ρόλο της προσοχής στην επεξεργασία και την εκτίμηση των συμπτωμάτων. Μόλις μια εσωτερική αίσθηση αναγνωρίζεται, η αναζήτηση για μια αιτία αρχίζει. Αν η αλλαγή στην φυσική κατάσταση μπορεί να ερμηνευθεί ως κατάλληλη φυσιολογική απόκριση προς το περιβάλλον, η διεργασία συνεχίζει με την ερμηνεία και τη διατύπωση μιας κατάλληλης συμπεριφορικής απάντησης. Ωστόσο όπου δεν είναι εφικτή η εξήγηση της φυσιολογικής αλλαγής, τότε ένα σωματικό σήμα μπορεί να υποτεθεί ότι είναι παθολογικό.

Η προσοχή είναι εγγενώς επιλεκτική και το άτομο πρέπει να τη στρέψει από το εξωτερικό περιβάλλον στον εσωτερικό του «κόσμο», των αισθητηριακών ερεθισμάτων. Η δυνατότητα να φιλτράρει αισθητηριακές πληροφορίες είναι απαραίτητη επειδή τα ανθρώπινα όντα έχουν περιορισμένη ικανότητα ως επεξεργαστές πληροφοριών. Η υπόθεση του ανταγωνισμού των ερεθισμάτων (Competition of Cues) υποστηρίζει ότι υπάρχει ανταγωνισμός των παρεχόμενων πληροφοριών μεταξύ των εσωτερικών - σωματικών μηνυμάτων και των εξωτερικών ερεθισμάτων. Επιπλέον αναγνωρίζονται οι σημαντικές ψυχολογικές επιδράσεις. Τα αρνητικά συναισθήματα και οι εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες, επηρεάζουν την κατεύθυνση της προσοχής, προκαλώντας αυξημένη ευαισθησία σε εσωτερικά ερεθίσματα και έτσι παρατηρείται μεγαλύτερη αναφορά συμπτωμάτων σε ένα εύρος μελετών (Goodwin et al., 2012).

Επίσης, η θεωρία που ουσιαστικά αντικατέστησε την παραδοσιακή βιοϊατρική εξήγηση των σωματικών συμπτωμάτων, σύμφωνα με την οποία τα συμπτώματα είναι άμεσα και προκαλούνται από παθολογικές διεργασίες στο σώμα (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011), είναι μια γνωστική-ψυχολογική προσέγγιση (Βλ. *Εικόνα 2*). Πιο συγκεκριμένα αυτό το μοντέλο αντίληψης συμπτωμάτων τονίζει την επίδραση των στρατηγικών προσοχής, των διαδικασιών απόδοσης και των ατομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην καθημερινή εμπειρία των σωματικών συμπτωμάτων.

Ως αφετηρία του παρόντος μοντέλου θεωρείται ένα δεδομένο σύνολο συμπτωμάτων (σωματικών πληροφοριών), που προκύπτει από φυσιολογικές σωματικές διεργασίες, περιβαλλοντικές επιρροές, αρρώστια ή ασθένεια, ή ακόμα κι από κάποιο συναίσθημα. Λόγω της περιορισμένης ικανότητας προσοχής μόνο ένα μέρος των διαθέσιμων πληροφοριών από το σώμα ή το περιβάλλον θα επεξεργαστούν συνειδητά. Η σχετική έλλειψη εξωτερικών πληροφοριών μαζί με μια τάση επιλεκτικής προσοχής στα σωματικά μηνύματα, θα ενισχύσει την επεξεργασία των εσωτερικών πληροφοριών και ως εκ τούτου την ανίχνευση σωματικών αισθήσεων. Το εάν αυτές οι σωματικές αισθήσεις, στη συνέχεια θα επισημανθούν ως σωματικά συμπτώματα δηλαδή ως ένδειξη ασθένειας ή ως ψυχολογικά συμπτώματα, εξαρτάται από την ερμηνεία τους. Ιδιαίτερα οι αιτιώδεις αποδόσεις στις σωματικές αισθήσεις επιβεβαιώνουν αν εν τέλει τα σωματικά συμπτώματα, τα ψυχολογικά συμπτώματα ή όχι τα εξ ολοκλήρου συμπτώματα βιώθηκαν και αναφέρθηκαν. Τόσο η προσοχή όσο και οι στρατηγικές απόδοσης επηρεάζονται από παράγοντες προσωπικότητας, όπως είναι η σωματοποίηση (δηλαδή η τάση αναφοράς σωματικών συμπτωμάτων σε απουσία οργανικής παθολογίας) και η αρνητική συναισθηματικότητα (δηλαδή η τάση αναφοράς καταστάσεων αρνητικής διάθεσης).



Εικόνα 2. Σχεδιάγραμμα γνωστικού - ψυχολογικού μοντέλου (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996).

Το συγκεκριμένο μοντέλο προβλέπει ότι με δεδομένο ένα σταθερό ποσό σωματικών πληροφοριών, τα σωματικά συμπτώματα βιώνονται όταν οι εξωτερικές πληροφορίες είναι λίγες σε ποσότητα και ποιότητα και η αντίληψη τείνει να έχει επιλεκτική προσοχή στις σωματικές ενδείξεις ή όταν οι σωματικές αισθήσεις αποδίδονται σε φυσικά αίτια. Τόσο η επιλεκτική

προσοχή στο σώμα όσο και η τάση για σωματική απόδοση ενισχύονται με μια διάθεση σωματοποίησης. Εναλλακτικά, τα ψυχολογικά συμπτώματα ενισχύονται από τις ίδιες διαδικασίες προσοχής, αλλά βιώνονται μόνο όταν οι σωματικές αισθήσεις οφείλονται σε συναισθηματικά αίτια. Η αρνητική συναισθηματικότητα αναμένεται να τονώσει την τάση ψυχολογικής απόδοσης. Για τους παραπάνω λόγους τα υγιή άτομα παρατηρείται ότι εναλλάσσονται μεταξύ των σωματικών και ψυχολογικών αποδόσεων. Αντιθέτως άτομα που έχουν σαφή προτίμηση σε μία από τις δύο αποδόσεις κατατάσσονται στο πληθυσμό ως κλινικά ασθενή (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996).

Ωστόσο δεν πρέπει να λησμονηθεί η άποψη των Banzett, Dempsey, ο' Donnell, και Wamboldt (2000), οι οποίοι υποστηρίζουν πως η αντίληψη συμπτωμάτων είναι μια ενσυνείδητη εκτίμηση του ασθενούς για τη σωματική του αίσθηση, ο οποίος λαμβάνοντας την σωματική πληροφορία θα την επεξεργαστεί στα διάφορα εγκεφαλικά σημεία (παθοφυσιολογικά ερεθίσματα → ενεργοποίηση των προσαγωγών απολήξεων →νευρικές οδοί → ερμηνεία από τον εγκεφαλικό φλοιό), προκειμένου να την ερμηνεύσει. Πολλές φορές, βέβαια, η ερμηνεία μπορεί να μην είναι σωστή, γιατί πολλά άτομα δεν έχουν την ίδια ευχέρεια στην συσχέτιση ερεθισμάτων με άλλα παλαιότερα. Επίσης, σύμφωνα με την κλασσική υπόθεση της αντίληψης συμπτωμάτων υπάρχει μια σύνδεση μιας ποικιλίας αρνητικών συμπτωμάτων με την υπερβολική έκθεση σε φυσικά συμπτώματα. Η αντίληψη ορίζεται ως η συμβατή άποψη της νεύρωσης ή της αρνητικής συναισθηματικότητας, η οποία συσχετίζεται με μια τάση για υπερβολή στη συχνότητα και στη σοβαρότητα των σωματικών ενοχλημάτων (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1996).

2.4. Αναζήτηση ιατρικής βοήθειας

Οι Safer, Tharps, Jackson και Leventhal (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005) υποστηρίζουν ότι ανάμεσα στη διαδικασία συνειδητοποίησης των σωματικών συμπτωμάτων και στη δραστηριοποίηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος διέρχεται ένα χρονικό διάστημα, το οποίο μπορεί να διακριθεί σε 3 επίπεδα :

1. Στο χρόνο που χρειάζεται για να αποφασίσει το άτομο εάν τα συμπτώματα που βιώνει είναι δείγματα κάποιας ασθένειας,
2. στο διάστημα που απαιτείται για να αποφασίσει εάν είναι απαραίτητη ή όχι η ιατρική περίθαλψη ή κάποιου άλλου είδους παρέμβαση και

3. στο χρόνο που μεσολαβεί μέχρι τη δραστηριοποίηση και την εμφάνιση κάποιου αποτελέσματος. Όλος αυτός ο χρόνος που ουσιαστικά χάνεται μέχρι το τελικό στάδιο είναι ιδιαίτερης σημασίας ειδικά σε σοβαρές καταστάσεις (π.χ. καρκίνος).

Όπως γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας σχετίζεται άμεσα με τα αντιλαμβανόμενα συμπτώματα. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι ακόμα κι αν το άτομο κρίνει τα συμπτώματα του ως επικίνδυνα, δεν αναζητά άμεσα κάποια ιατρική βοήθεια λόγω του φόβου της διάγνωσης ή λόγω του ότι δεν θέλει να δημιουργήσει αναστάτωση στα οικεία του πρόσωπα. Ενώ συναντώνται και άλλες περιπτώσεις στις οποίες άνθρωποι αντιλαμβανόμενοι ακόμα και την παραμικρή ενόχληση απευθύνονται κατευθείαν στον γιατρό (Καραδήμας, 2005) (Μόνο το 12-25% των ατόμων που κάνουν χρήση των ιατρικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται με αντικειμενική αναπηρία ή απλή νοσηρότητα και το 40% του πληθυσμού αυτού έχει μία ή περισσότερες διαγνώσεις για χρόνια ασθένεια (π.χ. καρκίνος, διαβήτης κ.α. [(Μελισσά, 2008)].

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 80% των ασθενών απευθύνεται σε υπηρεσίες υγείας μετά από αυτό-διάγνωση. Αναζητούν δηλαδή κάποια ιατρική θεραπεία αφού έχουν ήδη καταλήξει στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και ουσιαστικά η ιατρική τους επίσκεψη έχει σκοπό την επιβεβαίωσή του. Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τη στιγμή αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, είναι η προτίμηση του ασθενούς σε μια μέθοδο θεραπείας π.χ. πολλοί άνθρωποι δεν αναζητούν ιατρική γνώμη, καθώς είναι ενάντιοι των φαρμάκων. Το κίνητρο για επίσκεψη σε κάποιο φορέα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επηρεάζει, επίσης, σε μεγάλο βαθμό την δραστηριοποίηση του ατόμου (π.χ. άδεια από την εργασία του) και, τέλος, η εμπιστοσύνη που έχει το άτομο στις ιατρικές υπηρεσίες διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Μελισσά, 2008) (μόνο το 25% των Ελλήνων εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας [(Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011)].

Ως εκ τούτου, καθίσταται σαφές πως όλα τα παραπάνω έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για την πρόληψη, την προαγωγή και την διατήρηση της υγείας. Σε ότι αφορά τον καρκίνο η πρόληψη περιλαμβάνει τον τακτικό προ-συμπτωματικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωσή του αφού η πρώιμη ανίχνευση αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης. Παρά όμως την συνεχή ενημέρωση από τα ΜΜΕ, οι γυναίκες π.χ. δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια σα μέθοδο πρόληψης για τον καρκίνου του μαστού ακόμα κι αν μόνες τους έχουν ψηλαφίσει κάτι ασύνηθες (η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες) γιατί η διαδικασία εξέτασης τους προκαλεί αμηχανία ή φόβο για άσχημη διάγνωση (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

Είναι άξιο να σημειωθεί ότι την τελευταία δεκαετία παρατηρείται έντονη ιατρικοποίηση των συμπτωμάτων, γεγονός που δημιουργεί άγχος στο άτομο και το απομακρύνει από την ιατρική εκτίμηση. Έτσι, ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων αναγνωρίζει τα συμπτώματα που βιώνει, αλλά αναπτύσσει άρνηση και συνεχίζει την καθημερινότητα του μέχρι αυτά να τον καταβάλουν ουσιαστικά και να γίνουν περισσότερο επώδυνα. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους White και τους συνεργάτες του, το 50% του δείγματός που χρησιμοποίησαν είχε νοσήσει τον τελευταίο μήνα, αλλά μόνο το 20% είχε ζητήσει τη γνώμη κάποιου ειδικού (όπως αναφέρεται στους Fryer, Green, Dovey, Yawn, Philips, & Lanier, 2003). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται, επίσης, το φαινόμενο τα άτομα να αναζητούν ευκολότερα ιατρική γνώμη μόνο όταν δεν μπορούν να αποδώσουν στα συμπτώματά τους ιατρική εξήγηση (ψυχοσωματικά συμπτώματα) (Μελισσά, 2008).

2.5. Συμπτώματα και καρκίνος

Ο Καρκίνος, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, κατέχει υψηλή θέση στις αιτίες θανάτου στις περισσότερες χώρες του Δυτικού Κόσμου. Μαζί με το AIDS ο καρκίνος φαίνεται να είναι η νόσος που δημιουργεί το μεγαλύτερο φόβο στους ανθρώπους, καθώς τα διάφορα στάδια της ασθένειας αλλά και η θεραπεία της επηρεάζουν όλες σχεδόν τις πτυχές της ζωής του ασθενούς, ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει πολλά αρνητικά συναισθήματα, το φόβο της υποτροπής αλλά και πολλά επώδυνα τις περισσότερες φορές συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται από τα πρώτα κιόλας στάδια της νόσου (Μελισσά, 2008).

Αρχικά, όσον αφορά τα συμπτώματα, ο καρκίνος δημιουργεί μια σειρά από έντονα προβλήματα, λόγω των διεργασιών της νόσου ή λόγω της θεραπείας που χορηγείται στον ασθενή. Ως επακόλουθο το άτομο που έχει προσβληθεί από καρκίνο βιώνει πολλές σε αριθμό ενοχλήσεις, οι οποίες διαταράσσουν την ισορροπία της ζωής του. Ωστόσο τα συμπτώματα αυτά, σπάνια εμφανίζονται μεμονωμένα. Οι ασθενείς τις περισσότερες φορές αναφέρουν κατά μέσο όρο 11-13 συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται ταυτόχρονα και είναι γνωστά ως Συμπλέγματα Συμπτωμάτων (Σ.Σ.) (symptoms cluster). Αναλυτικότερα τα Σ.Σ. αναφέρονται σε μια ομάδα 2 ή περισσότερων συμπτωμάτων τα οποία είναι αλληλένδετα, συντίθενται σε συγκεκριμένες ομάδες και εμφανίζουν συγκεκριμένες διαστάσεις συμπτωματολογίας (Τζεναλής & Βεκίλη, 2013).

Ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου ή ακόμα και τη διάγνωσή της τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να γίνονται αισθητά. Επιπροσθέτως, κατά την έναρξη της θεραπείας, στις

ενοχλήσεις αυτές προστίθενται κι άλλες, λόγω της τοξικότητας των φαρμάκων. Γι΄ αυτό το λόγο, μαζί με την κανονική θεραπεία χορηγούνται ναρκωτικά και αναλγητικά φάρμακα, που σκοπό έχουν να περιορίσουν τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής. Συγκεκριμένα, τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που βιώνει ένα άτομο μετά τη διάγνωση του καρκίνου σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία είναι ψυχοσωματικής φύσης: πόνος, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου, απώλεια όρεξης, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, δύσπνοια, ναυτία, έμετος, ξηροστομία, αιμωδίες και πυρετός (Τζεναλής & Βεκίλη, 2013). Τα συμπτώματα που ωθούν τα περισσότερα άτομα στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για τη διαπίστωση ή όχι του καρκίνου έχουν συγκεντρωθεί από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία (όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλο & Ποταμιανό, 2011) και έχουν προσαρμοστεί στα ελληνικά σε ένα ακρωνύμιο, το οποίο λειτουργεί κι ως παρότρυνση προς τον υγιή πληθυσμό να λάβει την ευθύνη απέναντι στην υγεία του, εάν τυχόν τα παρατηρήσει:

¨Πόνος ή πληγή που δεν επουλώνεται

Ροή αίματος έξω από το σώμα, ασυνήθιστη αιμορραγία ή κένωση

Ογκίδιο ή εξόγκωμα στο μαστό ή σε άλλο σημείο του σώματος

Συνήθειες του εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως αλλαγμένες

Οφθαλμοφανής αλλαγή σε σπίλο, κρεατοελιά ή οζίδιο

Χώνεψη δυσχερής, δυσπεψία ή δυσκολία στην κατάποση

Ήχος της φωνής βραχνός, βραχνάδα ή επίμονος βήχας. (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

Η δυσκολία που προκύπτει με τα προγνωστικά συμπτώματα του καρκίνου είναι ότι δεν σηματοδοτούν αμιγώς την ύπαρξη της νόσου, καθώς στα γνωστικά σχήματα του ασθενούς μπορεί τα σημάδια αυτά να αποτελούν ένδειξη κάποιας άλλης πιο ανώδυνης αρρώστιας, με αποτέλεσμα να μην αναζητούν έγκαιρα ιατρική βοήθεια. Δύο παράμετροι που φαίνεται πως ωθούν τα άτομα στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας είναι η διάρκεια (οξεία, χρόνια, διαλείπουσα) και ένταση του συμπτώματος ή η γνώση για την ύπαρξη κάποιου οικογενειακού ιστορικού καρκίνου (Μελισσά, 2008).

Για τους παραπάνω λόγους έχουν αναπτυχθεί κάποια μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση των συμπτωμάτων του καρκίνου. Αυτά τα μοντέλα βασίζονται σε 3 βασικές συνιστώσες: α) την εμπειρία του συμπτώματος, β) τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και γ) τις συνέπειες των συμπτωμάτων στον ασθενή. Το μοντέλο της εμπειρίας

των συμπτωμάτων αναφέρει, πως σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση τους διαδραματίζει η άποψη του ατόμου σχετικά με τη νόσο. Επίσης, η αξιολόγηση και η ανταπόκριση του ασθενούς γενικά σε συμπτώματα που έχει βιώσει στο παρελθόν σε άλλες σωματικές καταστάσεις, επηρεάζει τη στάση του απέναντι στα συμπτώματα που βιώνει και είναι σχετικά με τη νόσο του καρκίνου, καθώς ο ασθενής μπορεί να επηρεαστεί από τα Σ.Σ. σε διάφορες ψυχοσωματικές του λειτουργίες, όπως είναι η σωματική και πνευματική του κατάσταση, η νοσηρότητα, ο θάνατος, το οικονομικό κόστος, η ποιότητα της ζωής του και η αυτοεξυπηρέτησή του.

Από την άλλη πλευρά η θεωρία των δυσάρεστων αποτελεσμάτων περιγράφει μια διαδικασία κατά την οποία τα συμπτώματα που αντιλαμβάνεται το άτομο έχουν μια αλυσιδωτή εξέλιξη. Πιο συγκεκριμένα όταν ο ασθενής αντιλαμβάνεται ένα σύμπτωμα που σχετίζεται με τον καρκίνο αρχίζει και παρουσιάζει κι άλλα συμπτώματα, τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους. Ο χρόνος, η ποιότητα και η διάρκεια, η ένταση και η κόπωση που προκαλούν τα συμπτώματα δύναται να έχουν δυσάρεστες συνέπειες. Παράλληλα τα προϋπάρχοντα συμπτώματα, τα οποία οφείλονται σε άλλες σωματικές καταστάσεις, τα οποία με τον καρκίνο επιβαρύνονται, φαίνεται να επηρεάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων, με τους ασθενείς να τα αναφέρουν ως περισσότερα και ισχυρότερα.

Τέλος στο μοντέλο διαχείρισης των συμπτωμάτων, οι σωματικές ενοχλήσεις θεωρούνται ως υποκειμενικές εμπειρίες, η ανταπόκριση και η αναγνώριση των οποίων εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου (Τζεναλής & Βεκίλη, 2013). Ενδιαφέρουσα είναι, επίσης, και η αναφορά στο πώς τα συμπτώματα που βιώνει ένας ασθενής με καρκίνο γίνονται κατανοητά από τους άμεσους φροντιστές και τους σημαντικούς άλλους. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία με 80 δυάδες, καρκινοπαθών και των φροντιστών τους και στην οποία χρησιμοποιήθηκε η Λίστα Συμπτωμάτων του Ρότερνταμ[1] [The Rotterdam Symptom Checklist (RSC)], έδειξε ότι το σκορ των κύριων φροντιστών στη βαθμολογία των συμπτωμάτων είχε μέτρια συσχέτιση με αυτό των ασθενών.

Στο σπίτι οι φροντιστές, μπορεί να είναι οι πρώτοι που θα αντιληφθούν και θα αξιολογήσουν τα συμπτώματα του ασθενούς και θα τον παροτρύνουν στην άμεση αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, γεγονός που πολλές φορές μπορεί να αποβεί σωτήριο για τους πάσχοντες, αλλά σύμφωνα με τους McMillan και Moody (όπως αναφέρεται στους Yeşilbalkan & Okgün, 2010), βαθμολογούν την ένταση των συμπτωμάτων σημαντικά υψηλότερα απ΄ ότι ο ίδιος ο ασθενής.

[1] Αποτελείται από μία κλίμακα 31 αντικειμένων ειδικά σχεδιασμένων στη μέτρηση συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Οι ασθενείς απαριθμούν τα συμπτώματα τους χρησιμοποιώντας τις περιγραφές: «καθόλου», «λίγο», «αρκετά», «πολύ» . Το RCS καταμετρά την κόπωση από τα συμπτώματα (Τζεναλής & Βεκίλη, 2013).

Εύρημα που επιβεβαιώνεται κι από άλλες μελέτες και υποδηλώνει ότι οι φροντιστές τείνουν να υπερ-αναφέρουν συμπτώματα δυσφορίας σε σχέση με τους πάσχοντες (Yeşilbalkan & Okgün, 2010).

Μια ακόμα σχετική έρευνα, στην οποία, όμως, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα εκτίμησης των συμπτωμάτων κατά τον Έντμοντον[2] [(Edmonton Symptom Assessment Scale(ESAS)] και εντάσσει στη συσχέτιση το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καταλήγει πάλι στο συμπέρασμα ότι οι φροντιστές και τα κοντινά πρόσωπα τείνουν να αναφέρουν περισσότερα και εντονότερα συμπτώματα, όπως η ναυτία, η υπνηλία, οι αλλαγές στο δέρμα, ο πόνος κ.α.. Σε αντίθεση οι νοσηλευτές και οι γιατροί τείνουν να υποτιμούν τα συμπτώματα των ασθενών και δείχνουν περιορισμένη ικανότητα στην αξιολόγηση της αγωνίας και των συμπτωμάτων του ασθενούς τους (Akin & Durna, 2013).

Ένα μεγάλο κεφάλαιο στο θέμα των νεοπλασιών είναι ο ασυμπτωματικός καρκίνος, για τον οποίο δεν έχει γίνει μέχρι τώρα αναφορά. Όλα τα είδη καρκίνου προκαλούν κάποιο τύπο συμπτωμάτων όταν είναι πολύ προχωρημένα ή τελικού σταδίου. Ορισμένοι τύποι καρκίνου ωστόσο, δεν προκαλούν κάποιο σύμπτωμα, μέχρι να εξαπλωθούν αρκετά. Ένας καρκίνος που είναι δύσκολο να εντοπιστεί, θα αυξάνεται ανεξέλεγκτα και μπορεί να προκαλέσει μεταστάσεις ακόμη και πριν τη διάγνωσή του. Η κύρια έμφαση που δίνεται σε αυτούς τους τύπους καρκίνου είναι η πρόληψη για έγκαιρη διάγνωση και η παρατήρηση για την παραμικρή έστω αλλαγή στη φυσιολογική λειτουργία του σώματος, ειδικά όταν υπάρχει κάποιο κληρονομικό ιστορικό. Οι πιο συνηθισμένοι ασυμπτωματικοί καρκίνοι είναι οι ακόλουθοι:

- των ωοθηκών
- της ουράς του παγκρέατος
- του πνεύμονα
- των νεφρών και
- σε αρχικό στάδιο, ο καρκίνος του μαστού και του παχέος εντέρου

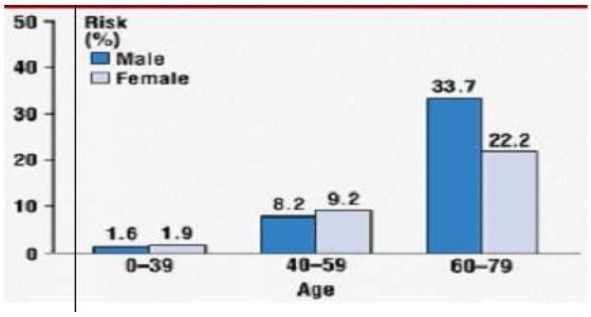
Δεν είναι άλλωστε τυχαίο πως όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα (ο οποίος μελετήθηκε και στην έρευνα που θα αναλυθεί στην παρούσα εργασία) λιγότερο από το 20% των ασθενών

[2] Αποτελείται από 10 οπτικές και αναλογικές κλίμακες οι οποίες καταμετρούν τον πόνο, την κινητικότητα, την ναυτία, την κατάθλιψη, το άγχος, την υπνηλία, την έλλειψη όρεξης, την ευεξία και την αναπνοή. Αποτελεί εργαλείο μέτρησης των συμπτωμάτων σε διάφορα στάδια της ασθένειας. Μειονέκτημά του είναι, ότι οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερη επεξήγηση για να το κατανοήσουν σε σχέση με άλλα εργαλεία.. Υπάρχουν επίσης ανάλογα εργαλεία όπως είναι: Η Κλίμακα Καταγραφής των Συμπτωμάτων κατά τον Άντερσον (M. D. Anderson Symptom Inventory (MDASI)) και η Κλίμακα Εκτίμησης των Συμπτωμάτων κατά το Μεμόριαλ (Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)) (Τζεναλής & Βεκίλη, 2013).

διαγιγνώσκονται έγκαιρα όταν οι πιθανότητες για πλήρη ίαση είναι περισσότερες. Έτσι γίνεται κατανοητό πως είναι απαραίτητες οι τακτικές διενέργειες των σχετικών αυτοεξετάσεων και η προσαρμογή του check up, στα ατομικά χαρακτηριστικά ου ασθενούς (Comprehensive Cancer Symptoms Informations [CCSI], 2012).

2.6. Καρκίνος- ατομικά χαρακτηριστικά και προσωπικότητα

Όπως σε κάθε χρόνια ασθένεια έτσι και στον καρκίνο τα ατομικά χαρακτηριστικά παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση όσο και στην εξέλιξη της νόσου. Αρχικά όσο η ηλικία αυξάνεται - αυξάνονται και οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιας μορφής νεοπλασίας με το εύρος ηλικιών 45-54, να αποτελεί το διάστημα καταγραφής των περισσότερων θανάτων λόγω καρκίνου (Καραδήμας, 2005). Ωστόσο οι νεοπλασίες δεν αποτελούν αποκλειστικά ενήλικη υπόθεση. Κάθε χρόνο περισσότερα από 160.000 παιδιά σε ηλικία 3-9 έτη διαγιγνώσκονται με κάποια μορφή νεοπλασίας, συνήθως, λευχαιμία, λέμφωμα, ή κάποιο εγκεφαλικό όγκο. Στους εφήβους ηλικίας 14-19 ετών, οι νεοπλασίες που καταγράφονται σε μεγαλύτερο αριθμό είναι τα καρκινώματα, τα λεμφώματα και οι όγκοι των γεννητικών κυττάρων (Κουκά, 2008). Ωστόσο αυτό δεν αμφισβητεί το αποτέλεσμα παγκόσμιων μελετών, οι οποίες χαρακτηρίζουν την αύξηση της ηλικίας ως το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου (Βλ. *Γράφημα 1*) και επομένως την τρίτη ηλικία, ως την ομάδα υψηλότερου κινδύνου, με τους καρκίνους του προστάτη (71 έτη), του πνεύμονα (75 έτη), του παχέος εντέρου (85 έτη) και του μαστού (80 έτη), να τη χαρακτηρίζουν (Σταματίου, 2009).



Γράφημα 1. Σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου ανά ηλικιακή ομάδα (Σταματίου, 2009).

Όπως βλέπουμε και στην *Εικόνα 3* δεν παρατηρούνται διαφορές στα ποσοστά ανάπτυξης του καρκίνου μόνο όσον αφορά την ηλικία. Διαφορές εντοπίζονται και στο φύλο του ασθενούς,

με τους άντρες σύμφωνα με τις έρευνες να έχουν ένα ελαφρό προβάδισμα στην καταγραφή περιστατικών και σε βάθος χρόνου στη θνησιμότητα (½ άνδρες ,⅓ γυναίκες, πεθαίνουν στην Αμερική λόγω καρκίνου) (Καραδήμας, 2005). Επιπρόσθετα οι τύποι των νεοπλασιών, που συναντώνται συχνότερα διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία (Βλ. *Εικόνα 3*), οι άντρες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά καρκίνο του προστάτη, ενώ οι γυναίκες του μαστού και στα δύο φύλα έπεται ο καρκίνος του πνεύμονα, του παχέος εντέρου κ.ο.κ. (American Cancer Society [ACS], 2011).

Leading Sites of New Cancer Cases and Deaths – 2011 Estimates

Estimated New Cases*		Estimated Deaths	
Male	**Female**	**Male**	**Female**
Prostate 240,890 (29%)	Breast 230,480 (30%)	Lung & bronchus 85,600 (28%)	Lung & bronchus 71,340 (26%)
Lung & bronchus 115,060 (14%)	Lung & bronchus 106,070 (14%)	Prostate 33,720 (11%)	Breast 39,520 (15%)
Colon & rectum 71,850 (9%)	Colon & rectum 69,360 (9%)	Colon & rectum 25,250 (8%)	Colon & rectum 24,130 (9%)
Urinary bladder 52,020 (6%)	Uterine corpus 46,470 (6%)	Pancreas 19,360 (6%)	Pancreas 18,300 (7%)
Melanoma of the skin 40,010 (5%)	Thyroid 36,550 (5%)	Liver & intrahepatic bile duct 13,260 (4%)	Ovary 15,460 (6%)
Kidney & renal pelvis 37,120 (5%)	Non-Hodgkin lymphoma 30,300 (4%)	Leukemia 12,740 (4%)	Non-Hodgkin lymphoma 9,570 (4%)
Non-Hodgkin lymphoma 36,060 (4%)	Melanoma of the skin 30,220 (4%)	Esophagus 11,910 (4%)	Leukemia 9,040 (3%)
Oral cavity & pharynx 27,710 (3%)	Kidney & renal pelvis 23,800 (3%)	Urinary bladder 10,670 (4%)	Uterine corpus 8,120 (3%)
Leukemia 25,320 (3%)	Ovary 21,990 (3%)	Non-Hodgkin lymphoma 9,750 (3%)	Liver & intrahepatic bile duct 6,330 (2%)
Pancreas 22,050 (3%)	Pancreas 21,980 (3%)	Kidney & renal pelvis 8,270 (3%)	Brain & other nervous system 5,670 (2%)
All sites 822,300 (100%)	All sites 774,370 (100%)	All sites 300,430 (100%)	All sites 271,520 (100%)

*Excludes basal and squamous cell skin cancers and in situ carcinoma except urinary bladder.

©2011, American Cancer Society, Inc., Surveillance Research

Εικόνα 3. Οι συχνότεροι καρκίνοι και οι περισσότερες αιτίες θανάτου λόγω καρκίνου, σύμφωνα με περιστατικά το 2011 (ACS, 2011).

Ένας ακόμα βασικός παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση καρκίνου είναι ο τρόπος ζωής. Αρχικά, το κάπνισμα ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την ανάπτυξη διάφορων τύπων νεοπλασιών (πνεύμονα, λάρυγγα, στοματικής κοιλότητας κ.α.) έπειτα η κατανάλωση αλκοόλ, η έκθεση σε ηλιακή ή ιονίζουσα ακτινοβολία, η κατανάλωση πολλών φαρμάκων, η μειωμένη σωματική άσκηση, το αυξημένο σωματικό βάρος, η κακή διατροφή και η έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες στην εργασία και στο περιβάλλον έχουν ενοχοποιηθεί πολλές φορές για την ανάπτυξη κάποιας μορφής καρκίνου. Επίσης θα ήταν παράληψη να μην γίνει αναφορά στον κληρονομικό παράγοντα και στις πιθανές λοιμώξεις, (π.χ. ιός της ηπατίτιδας Β), που έχει υποστεί το άτομο και αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας νεοπλασίας (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

Και η γεωγραφική τοποθεσία επηρεάζει, όμως, την εμφάνιση νεοπλασιών. Παραδείγματος χάρη στην Ιαπωνία καταγράφονται περισσότερα περιστατικά καρκίνου του στομάχου απ΄ ότι στη Βόρεια Αμερική. Επιπροσθέτως, ο καρκίνος του οισοφάγου παρατηρείται περισσότερο στην Κίνα και στην ανατολική Αφρική σε σύγκριση με την Ιαπωνία και την Πρώην Σοβιετική Ένωση. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε γενετικούς, είτε σε περιβαλλοντικούς είτε σε διατροφικούς παράγοντες, οι οποίοι βρίσκονται ακόμα υπό μελέτη (ACS, 2011).

Τέλος, η προσωπικότητα του ατόμου αποτελεί ένα φλέγον ζήτημα, το οποίο έχει μελετηθεί διεξοδικά, καθώς σύμφωνα με έρευνες σχετίζεται άμεσα με όλες τις πτυχές του καρκίνου. Τις τελευταίες δεκαετίες στόχος της επιστημονικής κοινότητας, ήταν να περιγραφεί διεξοδικά ένας τύπος προσωπικότητας που θεωρείται ευάλωτος στην εμφάνιση καρκίνου, ως εξέλιξη του τύπου της προσωπικότητας Α, ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου (Μελισσά, 2008). Έτσι το 1981 οι Temoshok και Heller (όπως αναφέρει ο Fernandez- Ballesteros, 2001) εντάσσουν την ιδέα της προσωπικότητας τύπου C. Το επίκεντρο αυτής της προσωπικότητας είναι η καταστολή, η παρεμπόδιση ή και η άρνηση των αρνητικών συναισθημάτων και ιδιαίτερα του θυμού, η υπερβολική κοινωνική επιθυμητότητα, η εκλογίκευση, η αλεξιθυμία, η αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων, καθώς και η συμμόρφωση στην εξουσία. Ακόμα, τα άτομα με προσωπικότητα Τύπου C αναπτύσσουν ένα μηχανισμό αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων, ο οποίος βασίζεται στην καταπίεση αναγνωρισμένων συναισθημάτων και βιολογικών αναγκών. Έτσι προκύπτει δυσκολία στη διαχείριση του στρες και κατ΄ επέκταση ανάπτυξη αισθήματος απελπισίας, αβοηθησίας και, εν τέλει, κατάθλιψη.

Δεδομένων των παραπάνω στοιχείων έρευνες έδειξαν ότι η κατάθλιψη είναι μια συχνή πρόδρομος του καρκίνου. Για παράδειγμα, μία διαχρονική μελέτη στη Δυτική Ευρώπη παρακολούθησε 2.020 υπαλλήλους με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ως μέτρο της προσωπικότητας και της προσωπικής και κοινωνικής προσαρμογής, χορηγήθηκε το MMPI test. Στα 17 χρόνια παρακολούθησης, το 4% πέθανε από καρκίνο. Όπως αναφέρθηκε από τους Shekelle και τους συνεργάτες του (σύμφωνα με τον Fernandez- Ballesteros, 2001), υπήρξε μια διπλή αύξηση των πιθανοτήτων θανάτου από καρκίνο σε άνδρες με ψυχολογική κατάθλιψη. Αυτό το αποτέλεσμα ήταν σταθερό σε όλες τις τοποθεσίες και τύπους καρκίνου. Επίσης, η συσχέτιση αυτή παρέμεινε και μετά τις προσαρμογές που έγιναν για την ηλικία, το κάπνισμα, τη χρήση της αλκοόλης, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, καθώς και την επαγγελματικής κατάσταση. Συμπερασματικά, η ανάπτυξη κακοηθών όγκων ενδέχεται

να σχετίζεται με την υπέρμετρη χρήση μηχανισμών απώθησης και άρνησης ή μια γενική αναστολή συναισθηματικών αντιδράσεων, θέμα που θα αναλυθεί διεξοδικότερα σε επόμενη ενότητα (Fernandez- Ballesteros, 2001).

Ωστόσο τελευταίες μελέτες εντάσσουν και τον D τύπο προσωπικότητας (στεναχωρημένος τύπος), ως προγνωστικό παράγοντα καρκίνου, ο ποίος παρουσιάζει ιδιαιτερότητες στην αντίληψη της νόσου. Αναλυτικότερα, ο D τύπος προσωπικότητας φαίνεται να χαρακτηρίζεται από νευρωτικά χαρακτηριστικά, αρνητικά συναισθήματα και κοινωνική αναστολή. Αυτά τα χαρακτηριστικά, λοιπόν, της προσωπικότητας είναι ένας ισχυρός και προγνωστικός παράγοντας για την εξασθένηση της ποιότητας της ζωής και της ψυχικής υγείας, πάνω και πέρα απ΄ τα κλινικά χαρακτηριστικά.

Οι ασθενείς με τύπο προσωπικότητας D πιστεύουν ότι η ασθένεια τους έχει πολύ σοβαρές συνέπειες, ότι θα διαρκέσει πολύ περισσότερο, ότι δεν μπορούν να την ελέγξουν και ότι η θεραπεία θα τους δημιουργήσει πολλά περισσότερα συμπτώματα από αυτά που ήδη έχουν. Ως επακόλουθο αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα από αυτά που βιώνουν αντικειμενικά, θεωρούν λιγότερο κατανοητή την ασθένειά τους, καθώς σε μεγάλα ποσοστά θεωρούν την αιτιολογία της άγνωστη και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, δεν έχουν εμπιστοσύνη στο γιατρό τους και κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, οι καρκινοπαθείς με αυτόν τον τύπο της προσωπικότητας προσαρμόζονται πολύ πιο δύσκολα στις νέες συνθήκες και αναφέρουν ότι η κατάσταση της ασθένειας τους, τους ενοχλεί ιδιαίτερα (Mols, Denollet, Kaptein, Reemst, & Thong, 2012).

3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Στην προηγούμενη ενότητα παρουσιάστηκαν οι διαπιστώσεις του Knight (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005), σύμφωνα με τις οποίες, κατά τη διαδικασία της διάγνωσης και κατ΄ επέκταση κατά τη διάρκεια της αντίληψης των συμπτωμάτων του καρκίνου, οι ασθενείς εμφανίζουν σημαντικό άγχος και συνήθως καθυστερούν να λάβουν ιατρική βοήθεια, λόγω του φόβου της άσχημης διάγνωσης. Στην παρούσα ενότητα λοιπόν, θα γίνει αναφορά στις συναισθηματικές αντιδράσεις αρχικά του καρκινοπαθούς μετά τη διάγνωση της νόσου και στη συνέχεια στις αντιδράσεις των οικείων του προσώπων, που αντιμετωπίζουν τη νόσο από έναν άλλο ρόλο. Πέρα, όμως, από τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους καρκινοπαθούς, στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχουν και συναισθηματικά αίτια στην εμφάνιση του καρκίνου. Ωστόσο δεν είναι ακόμα σαφές και πλήρως αποδεκτό, το πώς η συναισθηματική κατάσταση συμβάλλει στη δημιουργία της νόσου. Αυτά είναι μερικά θέματα τα οποία θα αναλυθούν στην παρούσα ενότητα.

3.1. Βιο-ψυχολογικοί παράγοντες του καρκίνου

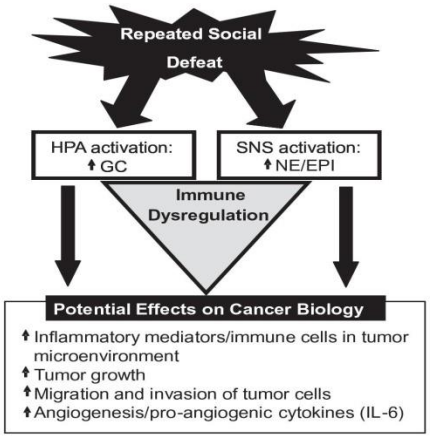
Ο G. Engel το 1977 (όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλο & Ποταμιανό, 2011) διατύπωσε το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο οι παθολογικές δυσλειτουργίες του οργανισμού δεν είναι από μόνες τους επαρκείς για την κατανόηση της ασθένειας. Το παρόν μοντέλο δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και απαιτεί την διερεύνηση της αλληλεπίδρασης ψυχής και σώματος, για να επιτευχθεί η ουσιαστική κατανόηση του ατόμου και της σωματικής του κατάστασης. Αυτή η ταύτιση σώματος - ψυχής εντοπίζεται ήδη από την αρχαιότητα με τον Αριστοτέλη να υποστηρίζει την άρρηκτη σύνδεσή τους (Δαφέρμος, 2010). Πλέον οι συγκεκριμένες θεωρητικές για κάποιους προσεγγίσεις επαληθεύονται από σύγχρονες έρευνες, οι οποίες συσχετίζουν την ανάπτυξη του καρκίνου με την προηγούμενη εμπειρία δυσάρεστων συναισθημάτων, όπως είναι το άγχος ή η θλίψη. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι η συμπεριφορική και ψυχοσωματική ιατρική, αλλά και η ψυχολογία υγείας αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες τον τελευταίο αιώνα, κατά τη διάρκεια του οποίου εμφανίστηκαν πολλές ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011). Πώς, λοιπόν, το στρες και το άγχος επηρεάζουν την ανάπτυξη ενός όγκου; Και πώς μια προϋπάρχουσα ψυχική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση καρκίνου; Αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα τα οποία θα απαντηθούν στην παρούσα υποενότητα.

Ο Fox (όπως αναφέρεται στον Τρίκα, 1997), διατυπώνει το 1978 μία πολυδιάστατη υπόθεση καρκινογένεσης, που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τις στρεσογόνες εμπειρίες ζωής και την ανοσία. Στη συνέχεια πολλαπλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες υποστήριξαν ότι η ανάπτυξη, η εξέλιξη και η μετάσταση ενός όγκου, συσχετίζεται με την έκθεση σε άγχος, στρες, κατάθλιψη, έλλειψη κοινωνικής στήριξης και πολλές άλλες ψυχολογικές και συμπεριφορικές αταξίες. Η πλειονότητα των μελετών που εξετάζουν την επίδραση του στρες στον κακοήθη ιστό, εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στην καταστολή της ανοσοαπόκρισης και στις αλλαγές στο μικροπεριβάλλον του όγκου που προκαλείται από το στρες. Πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι το άγχος προκαλεί ανοσολογική ρύθμιση των λεμφοειδών και μυελοειδών κυττάρων (κυτοκίνες) και δημιουργεί χρόνια φλεγμονή (π.χ. ιντερλευκίνη), η οποία έχει ενοχοποιηθεί για την μετέπειτα ανάπτυξη καρκίνου.

Επιπρόσθετα, μελέτες στις οποίες εφαρμόστηκαν μοντέλα επαναλαμβανόμενης κοινωνικής ήττας σε τρωκτικά, αποκάλυψαν ότι το στρες μπορεί να προκαλέσει από μόνο του την παραγωγή, την έξοδο και την αναπαραγωγή ανώριμων, αδρανών, φλεγμονωδών μυελοειδών γλυκοκορτικοειδών κυττάρων, τα οποία εν συνεχεία παράγουν υψηλά επίπεδα άλλων φλεγμονωδών κυτταροκινών και χημειοκινών. Αυτές οι στρεσογόνες αλλαγές στο κυτταρικό επίπεδο προκαλούν σημαντικές ανοσοποιητικές (αυξημένη φλεγμονώδης απόκριση και ανοσία σε μικρόβια, ιούς κ.α.) και συμπεριφορικές (παρατεταμένη συμπεριφορά) αλλαγές, οι οποίες οδηγούν στην ανάπτυξη νεοπλασιών (Βλ. *Εικόνα 4*) (Το στρες αλλοιώνει το προφίλ της κυτοκίνης κι άλλων ανοσοποιητικών κυττάρων. Με αυτόν τον τρόπο ευνοείται ο πολλαπλασιασμός του ιού και στη συνέχεια προωθείται ο σχηματισμός όγκου) (Powell, Tarr, & Sheridan, 2013).

Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα της αντίδρασης στο στρες ενεργοποιούν το μηχανισμό «μάχης ή φυγής», ο οποίος σχετίζεται με την ενεργοποίηση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος (ΣΝΣ) και του άξονα Υποθαλάμου- Υπόφυσης- Επινεφριδίων (HPA). Είναι διαπιστωμένο ότι οι συγκεκριμένες οδοί του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) δρουν για να μεταφράσουν κοινωνικά ερεθίσματα σε περιφερειακά βιολογικά σήματα που ρυθμίζουν τις φλεγμονώδεις αποκρίσεις. Για παράδειγμα, το στρες ενεργοποιεί νευροενδοκρινικές οδούς και του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ) (π.χ. άξονα HPA) και του ΚΝΣ με αποτέλεσμα την απελευθέρωση κατεχολαμινών (π.χ. επινεφρίνη), καθώς και προ-φλεγμονωδών κυτοκινών. Η απελευθέρωση αυτών των συμπαθητικών, νευροενδοκρινικών και ανοσοποιητικών παραγόντων

έχει μια βαθιά επίδραση στην ανοσία, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογία και στους ανθρώπους και στα τρωκτικά, η οποία προκαλεί περιφερικές βιολογικές απαντήσεις που εκδηλώνονται με την πρωτοβάθμια ανάπτυξη όγκων ή ακόμα τη μετάσταση ήδη υπαρχόντων νεοπλασιών (Powell et al., 2013).



Εικόνα 4. Οι επιπτώσεις του ψυχοκοινωνικού στρες και της φλεγμονής στον καρκίνο (Powell et al., 2013).

Ακόμα, μια άλλη μελέτη ερεύνησε μια υπόθεση, σύμφωνα με την οποία μια αγχωτική κατάσταση θα μπορούσε να περιορίσει ένα μέρος της διαδικασίας αποκατάστασης του DNA. Σε 45 τρωκτικά δόθηκε διμεθυλονιτροδοαμίνη, η οποία αποτελεί μια καρκινογόνο ουσία. Το 50% αυτών των τρωκτικών τέθηκαν υπό καθεστώς άγχους. Οι ερευνητές έπειτα χορήγησαν στα τρωκτικά μεθυλοτρανσφεράση (methyltransferase), ένα ένζυμο το οποίο επισκευάζει το DNA, και χρησιμοποιήθηκε ως αντίδοτο στην καρκινογόνο ουσία. Ωστόσο τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δράση της μειώθηκε δραστικά στα λεμφοκύτταρα των ιδιαίτερα αγχωμένων ζώων που βρίσκονταν υπό καθεστώς άγχους, σε σύγκριση με τη δράση της στα λεμφοκύτταρα που λήφθηκαν από τα τρωκτικά της ομάδας ελέγχου (Πατρικαρέας, 2014).

Δεν πρέπει να λησμονηθεί πάντως, πως τα κυτταροτοξικά Τ- κύτταρα (CTL) και τα φυσικά κύτταρα- φονείς (NK) τα οποία είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την εξέλιξη του όγκου, ρυθμίζονται από το στρες. Η δυνατότητα των NK να εντοπίζουν μολυσμένα κύτταρα του όγκου, είναι ζωτικής σημασίας για την εξέλιξη της νόσου. Έτσι το δημιουργικό και όχι καταστροφικό στρες θα μπορούσε να έχει και ευεργετικές συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου (Powell et al., 2013).

Μία ορμόνη αυτή τη φορά, η οποία έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου, είναι η κορτιζόλη. Η κορτιζόλη, η οποία εκκρίνεται από τον άξονα HPA, όταν διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα έχει αντιφλεγμονώδη δράση. Όταν όμως, τα επίπεδά της αυξάνονται

απότομα λόγω αυξημένου στρες ή μειώνονται λόγω χρόνιου στρες, δημιουργούνται πολυάριθμα προβλήματα στον οργανισμό. Ένα από αυτά τα προβλήματα είναι και η δημιουργία νεοπλασιών, η οποία ευνοείται από αυτή την ανισορροπία. Αναλυτικότερα τα μειωμένα ή αυξημένα επίπεδα της κορτιζόλης προκαλούν επινεφριδιακή κόπωση (adrenal exhaustion), η οποία με τη σειρά της δημιουργεί ανοσοκαταστολή. Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης νεοπλασιών, αφού το ανοσοποιητικό σύστημα είναι αυτό που προλαμβάνει τα καρκινικά κύτταρα από το να σχηματίσουν όγκους (Thaker & Sood, 2008).

Τα παραπάνω ευρήματα επαληθεύονται κι από έρευνες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι ακόμα ένας παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου είναι οι ψυχικές διαταραχές (O'Neill, Posada-Villa, Medina-Mora, Al-Hamzawi, Piazza, Tachimori, et al., 2014). Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών οι ψυχικές διαταραχές ενεργοποιούν αρκετούς μηχανισμούς, μέσω των οποίων διευκολύνεται η εμφάνιση νεοπλασιών. Αναλυτικότερα, άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με μια ψυχική διαταραχή μπορεί να έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου και υιοθετούν πιο ριψοκίνδυνες συμπεριφορές υγείας, απ΄ ότι ο ψυχικά υγιής πληθυσμός. Η διαταραχή πανικού, η ειδική φοβία και η κατάχρηση αλκοόλ συνδέονται με αυξημένη αναφορά καρκίνου ενώ φαίνεται πως το ποσοστό αναφοράς αυξάνεται όταν εντοπίζονται περισσότερες από μία ψυχικές διαταραχές στο ίδιο άτομο. Αυτό το στοιχείο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι συσχετίσεις μεταξύ ψυχικών διαταραχών και κινδύνου εμφάνισης καρκίνου, μπορεί να σχετίζεται με τα κοινά χαρακτηριστικά των διαταραχών και όχι ειδικά με μία συγκεκριμένη διαταραχή. Έτσι, το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στο στρες, αφού αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό των περισσότερων ψυχικών διαταραχών.

Πιο συγκεκριμένα, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής πυροδοτούν συνήθως ψυχικές διαταραχές, η εμπειρία των οποίων αποτελεί από μόνη της μια στρεσογόνο κατάσταση. Οι αγχώδεις διαταραχές και κατ΄ επέκταση το στρες σχετίζονται με τον άξονα HPA, η ενεργοποίηση του οποίου μπορεί να επηρεάσει τις ανοσολογικές αντιδράσεις, με τον τρόπο που αναλύθηκε προηγουμένως, αυξάνοντας έτσι τον καρκινικό κίνδυνο. Μεταβολές στη λειτουργία του άξονα HPA που σχετίζονται με την υπερδιέγερση στη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) μπορούν να εξηγήσουν τις συνδέσεις αυτής της διαταραχής με πρώιμους καρκίνους. Επιπρόσθετα και η κατάθλιψη συνδέθηκε με τον καρκίνο. Ωστόσο αυτό είναι δύσκολο να εξηγηθεί, αφού ο μηχανισμός της δεν συμπίπτει με την άποψη της απορύθμισης HPA. Παρόλ΄ αυτά οι ερευνητές δικαιολογούν αυτή την σύνδεση, υποστηρίζοντας μια παραλλαγή της HPA

απορρύθμισης. Ενώ δεν πρέπει να λησμονηθεί και το γεγονός ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (O'Neill et al., 2014).

Το άγχος υγείας και κατ΄ επέκταση η υποχονδρίαση[3] έχουν συσχετιστεί επίσης με την νόσο του καρκίνου (Miles & Wardle, 2006). Αναλυτικότερα πέρα από τις επιπτώσεις του στρες, που αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού (Weck, Gropalis, Hiller, & Bleichhardt, 2015), οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν αυτά τα άτομα φαίνεται να καθυστερούν τη διάγνωση της νόσου. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες λοιπόν, τα άτομα με υποχονδρίαση ανησυχούν σε πολύ μεγάλο βαθμό μήπως εμφανίσουν καρκίνο. Έτσι λόγω αυτού του μεγάλου τους φόβου εμφανίζονται αρνητικοί στο να πραγματοποιήσουν τον απαραίτητο προσυμπτωματικό έλεγχο, ο οποίος ιδιαίτερα σε κάποιες μορφές καρκίνου αποτελεί βασική προϋπόθεση για μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση (Miles & Wardle, 2006).

Εν κατακλείδι, καθίσταται σαφές ότι τόσο τα στρεσογόνα συμπτώματα όσο και συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η κακή διατροφή, η έλλειψη άσκησης και η κατανάλωση αλκοόλ, δημιουργούν μια αμφίδρομη σχέση ψυχικών διαταραχών και καρκίνου. Παρά το γεγονός ότι τα προαναφερθέντα ευρήματα δεν βρίσκουν σύμφωνη ολόκληρη την επιστημονική κοινότητα γίνεται αντιληπτή η ανάγκη της άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης και της φροντίδας του ψυχικά ασθενούς πληθυσμού και επιπλέον τονίζεται η σημασία της αποτελεσματικής διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων από τον πληθυσμό, προκειμένου να διατηρηθεί η ψυχική και κατ΄ επέκταση η σωματική υγεία του.

3.2. Η ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο

Σύμφωνα με τον Doca (όπως περιγράφεται στον Καραδήμα, 2005), η πορεία μιας χρόνιας και πολλές φορές απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος, συνοδεύεται από μία σειρά «φάσεων», κάθε μία από τις οποίες συνδέεται με συγκεκριμένες προκλήσεις και προσαρμογές σε οργανικό, ψυχοκοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Η πρώτη φάση είναι η προδιαγνωστική, κατά την οποία το άτομο αρχίζει και αντιλαμβάνεται κάποια συμπτώματα, με τον τρόπο που αναλύθηκε στο κεφάλαιο 2 και κινητοποιείται καθυστερημένα ή μη για τη

[3] Σωματόμορφη διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από φόβο για την υγεία και ιδέα ότι το άτομο πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια, παρά τις διαβεβαιώσεις για το αντίθετο (DSM-IV, 2000. Weck et al., 2015).

διευκρίνιση της σωματικής του κατάστασης. Η επόμενη φάση είναι η οξεία, η οποία περιλαμβάνει τη διάγνωση και τις αντιδράσεις του ατόμου σε αυτή και η τελευταία φάση είναι η χρόνια, η οποία εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της νόσου δηλαδή την ίαση ή το θάνατο (Καραδήμας, 2005). Οι ψυχικές διεργασίες και οι επιπτώσεις που συνοδεύουν τις δύο τελευταίες φάσεις είναι τα θέματα που θα αναλυθούν στη συνέχεια.

Ο Shontz (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005), ήταν από τους πρώτους που περιέγραψαν τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών μετά τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος. Αρχικά το άτομο υφίσταται το πρώτο σοκ, αισθάνεται αιφνιδιασμένο και νιώθει σαν παρατηρητής της πραγματικότητας. Αυτό το σοκ διαρκεί συνήθως κάποιες μέρες ή και εβδομάδες, μέχρι το άτομο να περάσει στο στάδιο της αντιπαράθεσης, το οποίο χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένη σκέψη, πένθος, απελπισία και αίσθημα απώλειας. Το τελικό στάδιο είναι η υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο προβάλλει άμυνες, όπως είναι η αποφυγή και η άρνηση προκειμένου να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία εγκαθίσταται προοδευτικά στη ζωή του και το οδηγεί στην αντίληψη των νέων δεδομένων και την προσαρμογή σε αυτά. Παρά το γεγονός ότι αυτές οι αντιδράσεις φαίνεται να είναι κοινές για τους περισσότερους καρκινοπαθείς, δεν εντοπίζονται ίδιες σε όλους (Καραδήμας, 2005).

Επίσης, οι ψυχικές διεργασίες διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο και την πορεία της νόσου. Αναλυτικότερα, σε περιπτώσεις, στις οποίες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις εμφανίζονται αναποτελεσματικές και το άτομο οδηγείται στο τελευταίο στάδιο της νόσου και το θάνατο, προκύπτει η ανάγκη διαχείρισης και αυτού του πολύ δυσάρεστου συναισθήματος. Σύμφωνα με την Kubler- Ross (όπως αναφέρεται στον Πιπερόπουλο, 2007), αναφορικά με το θέμα της αντιμετώπισης του μοιραίου, οι καρκινοπαθείς εμφανίζουν τα παρακάτω στάδια ψυχοσυναισθηματικής αντίδρασης:

1. Άρνηση («αποκλείεται, δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα»)
2. Θυμό («είναι άδικο…», «δεν έχω ζήσει πολύ…»)
3. Διαπραγμάτευση («Θεέ μου τουλάχιστον άσε με να δω τα παιδιά μου να προοδεύουν …»)
4. Κατάθλιψη («απλά περιμένω να πεθάνω…»)
5. Αποδοχή («όλα θα πάνε καλά…»)

Κλινικές εμπειρίες με καρκινοπαθείς τελικού σταδίου δείχνουν ότι τα παραπάνω στάδια δεν εμφανίζονται σε όλους με την ίδια σειρά. Επίσης, πολλοί ασθενείς δεν φτάνουν ποτέ στο τελικό

στάδιο της αποδοχής ενώ άλλοι εμφανίζουν και διαφορετικές αντιδράσεις στο συναισθηματικό τους φάσμα, όπως είναι η απάθεια, ο φόβος, η έντονη διαχυτικότητα, η έκφραση αγάπης προς τους σημαντικούς άλλους κ.α. (Πιπερόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι καρκινοπαθείς αντιμετωπίζουν μια σειρά εμφανών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως είναι η διάγνωση, η θεραπευτική παρέμβαση, η υποτροπή κλπ., τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά ακόμα και πολύ δυνατούς ψυχικά ανθρώπους. Η προσαρμογή στη νόσο του καρκίνου είναι μια ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία, η οποία επηρεάζει και επηρεάζεται από όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Για τους λόγους αυτούς είναι άξιο να αναλυθούν οι ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου στον ασθενή (Καραδήμας, 2005).

Η κατάθλιψη είναι, ίσως, μία από τις καλύτερα μελετημένες ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με καρκίνο με τα αναφερόμενα ποσοστά επικράτησης της να κυμαίνονται από 3% έως 58% (το μεγαλύτερο μέρος αυτού του ποσοστού πληροί τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής) (Janberidze, Jensen Hjermstad, Faksvag Haugen, Ruth Sigurdardottir, Torbjorn Lohre, Lie, et al., 2014). Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, ο καρκίνος του παγκρέατος κατατάσσεται στην πρώτη θέση μεταξύ των τύπων του καρκίνου που είναι πιθανότερο να συσχετιστούν με κατάθλιψη (έπεται ο στοματοφαρυγγικός καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού και του πνεύμονα). Η κατάθλιψη εμφανίζεται, συνήθως, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη διάγνωση, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες (I-III στάδιο), σε σχέση με ασθενείς που βρίσκονται σε άλλα θεραπευτικά στάδια. Οι παρενέργειες των χημειοθεραπειών, που σχετίζονται με τον πόνο, τις διαταραχές του ύπνου, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, την κόπωση και την εμμηνόπαυση στις γυναίκες είναι πιθανό να συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής. Τα συμπτώματα του πόνου, της θλίψης και της κούρασης που παρατηρήθηκαν σε πληθυσμό καρκινοπαθών, μπορεί να σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα προφλεγμονωδών κυτοκινών, οι οποίες απελευθερώνονται μετά από βλάβη ιστού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Επιπρόσθετα, στις γυναίκες η ταχεία μείωση των οιστρογόνων κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς τα οιστρογόνα αυξάνουν στον εγκέφαλο την ευαισθησία στη σεροτονίνη (Reece, Chan, Herbert, Gralow, & Fann, 2013).

Ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην οικογένεια, το άγχος ή η υπερένταση, ο φόβος, η κατάπτωση, οι αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση και κατ΄ επέκταση οι επιπτώσεις στην αυτοεικόνα αλλά και η γνώση του ασθενή για

την αβέβαιη εξέλιξη της νόσου, έχουν άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του, ενισχύοντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Kangas, Milross, & Bryant, 2014. Καραπούλιος, Γκέτσιος, Ρίζου, Τσικλιτάρα, Κωστοπούλου, Μπαλοδήμου, και συν., 2013). Η επιμονή της κατάθλιψης μειώνει την υγεία και την ποιότητα ζωής του ασθενούς, μέσω των δυσμενών επιδράσεων στη γνωστική λειτουργία, την τήρηση της θεραπείας, την λειτουργικότητα αλλά και μέσω των επιπτώσεων της σε άλλες συμπεριφορές υγείας, όπως είναι η διατροφή, η άσκηση, η κατάχρηση αλκοόλ και η χρήση καπνού (Reece et al., 2013). Παράλληλα στοιχεία συσχετίζουν την κατάθλιψη σε ογκολογικούς ασθενείς με την αλεξιθυμία δηλαδή την αδυναμία κατανόησης και έκφρασης των συναισθημάτων τους (Βελίκης, Δαμίγος, & Γκούβα, 2008).

Συνάμα, μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη συνυπάρχει τις περισσότερες φορές με υψηλά επίπεδα άγχους (Reece et al., 2013). Οι αγχώδεις διαταραχές συμπεριλαμβανομένης της PTSD και της διαταραχής πανικού (PD) (Osório, Lima, & Chagas, 2015), είναι διαδεδομένες και συχνά εμφανίζονται ως κύριες διαταραχές ή συνδυαστικά με την κατάθλιψη σε νεοδιαγνωσθέντες καρκινοπαθείς (Kangas et al., 2014). Το άγχος καλύπτει ένα ευρύ φάσμα των συμπτωμάτων που συνδέονται με το φόβο, την ανησυχία και τις αλλαγές στην αυτονομία. Η υψηλότερη επικράτηση των αγχωδών διαταραχών στους καρκινοπαθείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό μπορεί να είναι αποτέλεσμα των ακόλουθων παραγόντων. Αρχικά το άγχος είναι μια φυσιολογική προσαρμοστική απόκριση στη διάγνωση μίας σοβαρής ασθένειας, ωστόσο μπορεί να διογκωθεί ανεξέλεγκτα στην πορεία της νόσου λόγω των πολλών νέων καταστάσεων, τις οποίες καλείται να διαχειριστεί το άτομο. Έπειτα, όπως έχει γίνει ήδη σαφές, υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των νευροβιολογικών μηχανισμών του άγχους και των διαταραχών του ανοσοποιητικού συστήματος. Δεδομένου αυτού του στοιχείου, λοιπόν, ακόμα και η δράση της φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται να προκαλεί αναπόφευκτα συμπτώματα άγχους στους ασθενείς (Osório et al., 2015).

Παράλληλα, τα αποτελέσματα μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τον Kangas και τους συνεργάτες του (2014) σε καρκινοπαθείς, έδειξε ότι το 28% του δείγματός του πληρούσε τα κριτήρια για τη διαταραχή οξέος στρες (ASD) και το 22% τα κριτήρια της PTSD, κατά τη διάρκεια του πρώτου διαστήματος μετά την διάγνωση, ενώ έπειτα από 12 μήνες το ποσοστό της PTSD διαμορφώθηκε στο 14% (Kangas et al., 2014). Επιπροσθέτως, ο επιπολασμός της PD δηλαδή της διαταραχής που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες και αυθόρμητες κρίσεις πανικού και επίμονη ανησυχία σχετικά με επιπλέον επεισόδια αντιστοιχούσε στο 8,75% του

συνόλου των ασθενών με καρκίνο. Ωστόσο η διάγνωσή της είναι δύσκολη, αφού ασθενείς και γιατροί πολλές φορές θεωρούν τις κρίσεις πανικού της PD ως αποτέλεσμα της παθολογικής κατάστασης του σώματος. Παραδείγματος χάρη, τα ευρήματα μίας έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα από τον Shin και τους συνεργάτες του, (όπως αναφέρεται στον Osório et al., 2015) υπογραμμίζουν τη δυσκολία διάκρισης των αιτιών της δύσπνοιας, η οποία στη PD αποτελεί δείγμα πανικού, αλλά παράλληλα αποτελεί και επακόλουθο σύμπτωμα της άσχημης πορείας της νόσου (Osório et al., 2015).

Επίσης, δεν πρέπει να λησμονηθεί, πως το να είναι κάποιος σοβαρά άρρωστος προκαλεί φόβους. Οι καρκινοπαθείς συχνά υποφέρουν από ρεαλιστικούς φόβους που σχετίζονται με την ασθένεια, την θεραπεία και τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες αυτής. Ο φόβος της εξέλιξης εντοπίζεται σε μεγάλο ποσοστό ασθενών και ορίζεται ως ο φόβος ότι η ασθένεια θα προχωρήσει με όλες τις βιοψυχοκοινωνικές συνέπειές της ή ότι η ασθένεια θα επαναληφθεί. Ο φόβος της εξέλιξης της νόσου είναι μια από τις πιο σημαντικές ψυχολογικές επιβαρύνσεις για πολλούς ασθενείς με καρκίνο, αφού το ποσοστό επικράτησής της αγγίζει περίπου το 50% των καρινοπαθών (Dinkel, Kremsreiter, Marten-Mittag, & Lahmann, 2014). Ο φόβος αυτός συσχετίζεται και με τον φόβο του θανάτου, ο οποίος εντοπίζεται κατά κύριο λόγο σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου σε ποσοστό 75% και έχει συσχετιστεί με την αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων και την αίσθηση περισσότερου πόνου και δυσφορίας (Krause, Rydall, Hales, Rodin, & Lo, 2014).

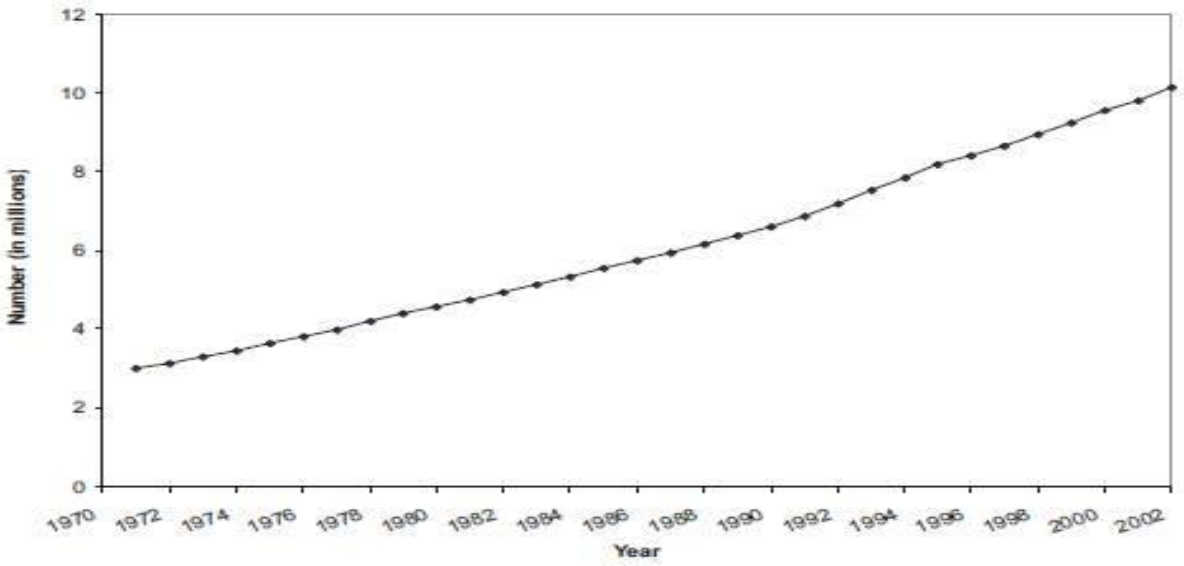
Βάσει των παραπάνω και συνυπολογίζοντας τα ερευνητικά δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να επηρεάσει τη βιολογική δραστικότητα των καρκινικών κυττάρων και να μειώσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του καρκίνου (Reece et al., 2013) και δεδομένης της υψηλής συσχέτισης της ψυχολογικής δυσφορίας με την αναπηρία, την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Parpa, Tsilika, Gennimata, & Mystakidou, 2015), γίνεται έκδηλη η ανάγκη κάποιας θεραπευτικής πα00ρέμβασης και στήριξης στο κομμάτι της ψυχικής υγείας των καρκινοπαθών. Αντίθετα, όμως, διαπιστώνεται ότι τα άτομα με νεοπλασίες δεν λαμβάνουν την απαραίτητη ψυχολογική βοήθεια. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα το 43,8% των ασθενών με καρκίνο δεν λαμβάνει κανενός είδους υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, το 34,4% των ασθενών ανέφερε πως όταν νιώθει κάποιο σύμπτωμα συναισθηματικής δυσφορίας υιοθετεί την στάση «περίμενε και θα δούμε» ή προτιμά την ψυχολογική στήριξη από συγγενείς, φίλους ή από κάποια θρησκευτική κοινότητα και μόνο ένα

μικρό ποσοστό δέχεται ατομική συμβουλευτική ή φαρμακοθεραπεία ή το συνδυασμό και των δύο (Reece et al., 2013).

Τα παραπάνω ποσοστά επαληθεύουν τις έρευνες οι οποίες αναφέρονται στις αυτοκτονίες που σχετίζονται με τη νόσο του καρκίνου (5% του συνόλου των αυτοκτονιών). Ο Farberow και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στους Henriksson, Isometsä, Hietanen, Aro, & Lönnqvist, 1995) μέσω μιας λεπτομερούς ανάλυσης των ιατρικών αρχείων σχετικά με τις αυτοκτονίες καρκινοπαθών κατά τη διάρκεια του 1950-1958, διαπίστωσαν ότι σε 20 από τις 32 περιπτώσεις υπήρχαν ενδείξεις ασυνήθιστων συναισθηματικών διαταραχών, όπως σοβαρή κατάθλιψη, άγχος, απάθεια, και διαταραχές της σκέψης, κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής φροντίδας. Σε μια πιο πρόσφατη σουηδική μελέτη με δεδομένα από 88 αυτοκτονίες που σχετίζονταν με καρκίνο, αναδείχθηκε ότι περίπου το 40 % των περιπτώσεων είχε αναπτύξει κάποια ψυχική διαταραχή μετά τη διάγνωση του καρκίνου, η οποία ώθησε στην αυτοκτονία. Πιο συγκεκριμένα το 47% των ασθενών που αυτοκτόνησαν πληρούσε τα κριτήρια του DSM-III για κάποια ψυχιατρική διαταραχή, με συνηθέστερες τις διαταραχές διάθεσης, την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και τις διαταραχές προσωπικότητας ενώ σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώθηκαν και παραπάνω από μία διαταραχές. Ενδιαφέροντα όμως είναι και τα ευρήματα που δικαιολογούν αυτά τα ποσοστά, αφού βάσει στατιστικών μόνο το 11% των καρκινοπαθών που έθεσαν τέλος στη ζωή τους, είχε δεχθεί προηγουμένως κάποια ψυχιατρική παρέμβαση (Henriksson et al., 1995).

Όπως παρατηρείται, τόσο η διαγνωστική φάση όσο και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση κ.α.), οι οποίες μέσω της δράσης τους δημιουργούν αναπόφευκτα ψυχολογικά συμπτώματα στον ασθενή όπως είναι οι διαταραχές ύπνου και πρόσληψης τροφής, η σεξουαλική δυσλειτουργία η κατάπτωση, η κόπωση κ.α., σε συνδυασμό με την πληθώρα των αναδυόμενων έντονων συναισθημάτων όπως είναι η θλίψη, το άγχος, η αβεβαιότητα, το αίσθημα μοναξιάς και αβοηθησίας που προκύπτουν από την νέα τραυματική κατάσταση, την οποία το άτομο καλείται να διαχειριστεί, μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών, οι οποίες δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την καθημερινότητα των καρκινοπαθών (Μουσσάς, Παπαδοπούλου, Χριστοδουλάκη, & Καρκανιάς, 2012). Στοιχεία δείχνουν ότι αυτή η κατάσταση μπορεί να είναι τόσο τραυματική για το άτομο, με αποτέλεσμα η ψυχολογική δυσφορία ή και ακόμα η διαταραχή να διατηρηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την θεραπευτική παρέμβαση και την ίαση.

Χρόνο με το χρόνο ο αριθμός των καρκινοπαθών αυξάνεται τόσο λόγω των πολυάριθμων καρκινογόνων περιβαλλοντικών, συναισθηματικών και βιολογικών παραγόντων, όσο και λόγω των αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες αυξάνουν σε μεγάλο ποσοστό τον αριθμό των ανθρώπων που ζουν περισσότερα από 5 χρόνια με μια διάγνωση καρκίνου (Βλ. *Γράφημα 2*). Επίσης, οι αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις φαίνεται να αυξάνουν εξίσου τον αριθμό των ανθρώπων που βγαίνουν νικητές από τη μάχη τους με τη νόσο (Mols et al., 2012). Το 1985 ο γιατρός Fitzhugh Mullan, ο οποίος είχε νοσήσει κι ό ίδιος από καρκίνο, εισάγει για πρώτη φορά σε ένα άρθρο του τον όρο «επιζών του καρκίνου» (cancer survivor) (Mullan, 1985). Από τότε υπάρχει μια διχογνωμία σχετικά με τη χρήση του όρου. Σήμερα, επικρατεί η τάση να περιλαμβάνονται τόσο οι άνθρωποι που είχαν μια εμπειρία καρκίνου όσο και οι πάσχοντες που επιθυμούν να αυτοπροσδιορίζονται με αυτό τον τρόπο (Jarrett et al., 2013).



Γράφημα 2. Ο αριθμός των επιζώντων του καρκίνου από το 1971 έως το 2002 (Institute of Medicine [IOM], 2006)

Τα πιο συνηθισμένα και αναγνωρίσιμα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα για τους ανθρώπους που έχουν ξεπεράσει τον καρκίνο είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η αγωνία, ο φόβος της επανάληψης (Bradley, Rose, Lutgendorf, Costanzo, & Anderson, 2006). και οι επιπτώσεις στην

οικογένεια και στην ποιότητα ζωής. Στοιχεία δείχνουν, επίσης, ότι οι επιζώντες του καρκίνου, η θεραπεία του οποίου έχει εμφανή επίπτωση στην εξωτερική εμφάνιση του σώματος, όπως είναι ο καρκίνος των όρχεων, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και υψηλά επίπεδα άγχους κυρίως σε ότι αφορά τις συντροφικές σχέσεις, αφού μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι μετά την επέμβαση που πραγματοποίησε (ορχεκτομή) θα είναι δύσκολο να βρει κάποιον σύντροφο. Ενώ οι ήδη δεσμευμένοι σε ποσοστό 5%-10% των επιζώντων καρκίνου των όρχεων καταλήγουν σε διαζύγιο, με τον καρκίνο ως ένα σημαντικό παράγοντα στην πρόκληση της διάλυσης (Tuinman, Hoekstra, Fleer, Sleijfer, & Hoekstra-Weebers, 2006).

Παρολ΄ αυτά, στοιχεία δείχνουν πως όσο ο χρόνος περνά και τα σωματικά συμπτώματα μειώνονται τόσο αυξάνεται προοδευτικά και η ποιότητα ζωής με τα επίπεδά της να επιστρέφουν σταδιακά στα προ εμφάνισης καρκίνου επίπεδα (συνήθως 5 χρόνια μετά τη τελευταία θεραπεία) (Bradley et al., 2006. Jarrett et al., 2013). Ένα ακόμα αισιόδοξο στοιχείο, το οποίο αναδύεται από τις μαρτυρίες των πρώην καρκινοπαθών είναι ότι μέσω της περιπέτειας της υγεία τους ενισχύθηκαν οι οικογενειακοί δεσμοί με τους ίδιους να αναφέρουν περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση από τις οικογένειες τους (Li et al., 2012). Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι στις ΗΠΑ ο καρκίνος δεν θεωρείται ως μια ατομική προσωπική εμπειρία αλλά ως ένα γεγονός που έχει άμεση επίδραση στο στενό οικογενειακό κύκλο του ασθενούς με αποτέλεσμα στον ορισμό των επιζώντων να συμπεριλαμβάνεται και η οικογένεια του πάσχοντα ή του πρώην ασθενούς (Mullan, 1985)

3.3. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογένεια του καρκινοπαθούς

Σύμφωνα με την Μαλικιώση-Λοΐζου (2012) «Οικογένεια είναι μια ομάδα ατόμων που τα ενώνει ο γάμος, το αίμα ή η υιοθεσία, και τα οποία συγκροτούν ένα νοικοκυριό, αλληλεπιδρούν και επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω των αντίστοιχων ρόλων του πατέρα και της μητέρας, των συζύγων, του γιου και της κόρης, του αδελφού και της αδελφής, και τα οποία δημιουργούν και διατηρούν έναν κοινό πολιτισμό» (σελ. 66). Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, λοιπόν, η οικογένεια αποτελεί ένα σύνολο, στα πλαίσια του οποίου κάθε γεγονός ή εμπειρία που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη της έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια, πόσο μάλλον ένα δυσάρεστο γεγονός, όπως είναι η διάγνωση μίας χρόνιας νόσου σαν τον καρκίνο. Όταν στην οικογένεια γίνεται γνωστή μια τέτοια διάγνωση, πέρα από τις αντιδράσεις του ατόμου που πάσχει και αναλύθηκαν διεξοδικά σε προηγούμενη υποενότητα, η οικογένεια περνάει από ποικίλα

στάδια προσαρμογής πολύ παρόμοια με αυτά του ασθενούς (Καλογιάννη, Παπαδογιάννη, & Σαραγλίδου, 2004).

Ωστόσο, είναι άξιο να αναφερθεί πως οι αντιδράσεις των μελών της οικογένειας σε όλη την διάρκεια της ασθένειας του αγαπημένου τους προσώπου και τα πιθανά προβλήματα, τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν κατά τη διάρκεια αυτής της δυσάρεστης διαδικασίας, εξαρτώνται κι από τη σχέση που έχουν με τον ασθενή (παιδιά, αδέλφια, σύζυγοι κ.ο.κ). Πιο συγκεκριμένα, στο άκουσμα μιας διάγνωσης καρκίνου τα παιδιά αναπτύσσουν ένα αίσθημα χάους, αβοηθησίας και βαθιάς αποδιοργάνωσης τόσο ψυχολογικής όσο και πρακτικής. Αναλυτικότερα, ο πατέρας σε μια οικογένεια αποτελεί το σύμβολο της ασφάλειας και της σιγουριάς και συχνά έχει την οικονομική ευθύνη της ενώ η μητέρα πέρα από την οικονομική της συμβολή, είναι εκείνη που συμβολίζει την τρυφερότητα τη ζεστασιά, την αγάπη και, συνήθως, ισορροπεί συναισθηματικά τα μέλη της οικογένειας. Έτσι, η αναμενόμενη και φυσιολογική ανασφάλεια που δημιουργείται στα παιδιά μετά από μια τέτοια άσχημη διάγνωση, μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες αντιδράσεις.

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μια κατάσταση γονικού καρκίνου ανεξαρτήτως της ηλικία τους, επιβαρύνονται περισσότερο ψυχολογικά σε σύγκριση με τα παιδιά υγιών γονέων. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 223 παιδιά από 136 οικογένειες με γονικό καρκίνο έδειξε ότι τα μισά παιδιά ανέπτυξαν ψυχοκοινωνικά προβλήματα ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Η έρευνα αποκάλυψε επίσης, ότι 38,9% με 52% των παιδιών σε οικογένειες με γονικό καρκίνο εμφανίζουν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα με το 27,9% αυτών παρουσιάζουν σημαντικά κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών (Krattenmacher, Kühne, Halverscheid, Wiegand-Grefe, Bergelt, Romer, et al., 2014).

Επίσης, σε περίπτωση που η διάγνωση αφορά κάποιο από τα αδέλφια ενός παιδιού τότε στις αντιδράσεις αυτές προστίθεται κι ο φόβος- τρόμος που προκαλούν οι σωματικές αλλαγές των αδελφών λόγω της θεραπείας, όπως είναι η απώλεια των μαλλιών, η καχεξία ή η αύξηση του βάρους κ.α. (Βανικιώτη & Δημοπούλου, 2009). Επίσης, σε αυτή την περίπτωση λόγω του ότι οι γονείς δίνουν σχεδόν όλη τους την προσοχή στο άρρωστο παιδί ή φοβούνται ιδιαίτερα γι’ αυτό, τα παιδιά φαίνεται να ζηλεύουν το άρρωστο αδελφάκι τους και συχνά παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι η επιθετικότητα είτε στο σχολείο είτε στο σπίτι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Από την πλευρά των γονέων, τώρα, η διάγνωση καρκίνου σε κάποιο από τα παιδιά της οικογένειας φαίνεται πως προκαλεί μια κατάσταση ψυχολογικού σοκ, το οποίο μπορεί να

εκδηλωθεί είτε μέσω της άρνησης των γονέων να συνειδητοποιήσουν την σοβαρότητα της κατάστασης για κάποιο χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση είτε μέσω αισθημάτων ενοχής για την κατάσταση του παιδιού. Στην τελευταία αντίδραση οι γονείς μπορεί να θεωρούν ότι η ασθένεια οφείλεται σε κάποιο δικό τους λάθος ή στο γεγονός ότι δεν φρόντισαν σωστά το παιδί (Χατήρα, 2000). Η υπερπροστασία, επίσης, είναι μια αντίδραση που παρατηρείται στους γονείς σε καταστάσεις παιδικού καρκίνου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012), αυτός ο φόβος και οι μειωμένες προσδοκίες των γονέων από το παιδί αλλά και το αίσθημα που έχουν ότι το παιδί τους δεν μπορεί να συνεχίσει τις δραστηριότητες που ακολουθούσε πριν τη διάγνωση του καρκίνου δημιουργεί ένα αίσθημα αβοηθησίας και απελπισίας στους γονείς, κατάσταση την οποία συχνά δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν. Ακόμα, παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η υγεία του παιδιού επιδεινώνεται και ο επικείμενος θάνατος πλησιάζει (Χατήρα, 2000).

Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση που η σχέση του ενήλικου με τον καρκινοπαθή είναι συζυγική, η κατάσταση εξακολουθεί να είναι πολύ επώδυνη και να δημιουργεί έντονη ψυχολογική δυσφορία στους εμπλεκόμενους. Πιο συγκεκριμένα, μια πρόσφατη μελέτη του Lambert και των συνεργατών του (όπως αναφέρεται στους Regan, Lambert, Kelly, McElduff, Girgis, Kayser, et al., 2014), αποκαλύπτει ότι το 28,4% των συντρόφων των ανδρών με καρκίνο παρουσίασαν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους. Επίσης, μια άλλη έρευνα αποκάλυψε ότι οι σύντροφοι των καρκινοπαθών έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης (39,8%) και ότι εμφανίζουν σημαντική μείωση της ποιότητας της ζωής τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό υποστηρίζοντας ότι περιορίζεται ό ρόλος τους λόγω της ψυχικής και της σωματικής υγείας των συντρόφων τους, των προβλημάτων ύπνου και της κακής πρόγνωσης της νόσου. Παράλληλα είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μελέτες παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης και άγχους μεταξύ των καρκινοπαθών και των συντρόφων τους, στοιχείο που αποκαλύπτει πως ο βαθμός εγγύτητας με τον καρκινοπαθή αυξάνει και τα ποσοστά της ψυχικής δυσφορίας (Haun, Sklenarova, Villalobos, Thomas, Brechtel, Löwe, et al., 2014).

Επιπρόσθετα, ο Weitzner και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στους Valeberg & Grov, 2013) συσχετίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου στην οικογένεια με το στάδιο εξέλιξης της νόσου του καρκινοπαθούς. Αναλυτικότερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως θεραπευτική φάση το στάδιο που οι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο με πρόθεση θεραπευτικής παρέμβασης ενώ ως παρηγορητική φάση, αυτή της παρηγορητικής φροντίδας.

Έτσι, η έρευνα αναφέρει χαμηλότερη ποιότητα ζωής μεταξύ των φροντιστών των ασθενών με καρκίνο στην παρηγορητική φάση σε σύγκριση με εκείνους που φροντίζουν ασθενείς στην θεραπευτική φάση. Η εξήγηση για τα ευρήματα αυτά μπορεί να σχετίζεται με τις πτυχές της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά των φροντιστών.

Σ΄ αυτό το σημείο θα ήταν άξιο να αναφερθεί ότι ο όρος «κύριος φροντιστής», ο οποίος αναφέρεται σε πολλές μελέτες σχετικά με τον καρκίνο δεν αφορά αποκλειστικά άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του καρκινοπαθούς. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το νορβηγικό νομικό πλαίσιο, ο κύριος φροντιστής είναι ο άνθρωπος που ορίζεται από τον ασθενή ανεξάρτητα της σχέσης που έχει με την οικογένειά του και ο οποίος ενημερώνεται για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς όταν αυτός θέλει να μοιραστεί αυτές τις πληροφορίες με κάποιον (Valeberg & Grov, 2013).

Εν κατακλείδι, στην περίπτωση που η κατάσταση της υγείας του καρκινοπαθούς βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου, τα μέλη της οικογένειας έρχονται κατά πρόσωπο με τον επικείμενο θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου και περνούν σε μια περίοδο κρίσης, η οποία περιλαμβάνει, την κατάθλιψη, τον προβληματισμό, τη συνεχή ενασχόληση με τον άρρωστο, το άγχος για το πώς θα είναι μετά τον θάνατό του, τις αλλαγές των ρόλων των μελών της οικογένειας και την προσαρμογή σε αυτούς. Όλα αυτά τα γνωρίσματα αποτελούν χαρακτηριστικά της ψυχολογικής διεργασίας που ονομάζεται προπαρασκευαστικό πένθος και ουσιαστικά βοηθά τα μέλη της οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα και τις επικείμενες αλλαγές και επίσης, δίνει τη δυνατότητα στα μέλη της οικογένειας να κλείσουν τις συναισθηματικές εκκρεμότητες που πιθανόν έχουν με τον καρκινοπαθή πριν το θάνατό του (Καλογιάννη και συν., 2004).

Όλα τα στοιχεία που παρατέθηκαν σε αυτή την υποενότητα δείχνουν το μέγεθος των επιπτώσεων του καρκίνου στην οικογένεια του καρκινοπαθούς και στα άτομα που το φροντίζουν. Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι όταν μια εκφυλιστική νόσος προσβάλει ένα άτομο της οικογενείας, νοσούν εν μέρει όλα τα μέλη της με έναν διαφορετικό τρόπο που βαραίνει, κυρίως, την συναισθηματική τους κατάσταση. Αφού, λοιπόν, φωτίστηκαν αρκετές πτυχές των ψυχολογικών επιπτώσεων του καρκίνου στην ψυχική υγεία τόσο του ασθενούς όσο και των κοντινών του ανθρώπων και αφού σε προηγούμενη ενότητα έγινε διεξοδική αναφορά στον τρόπο που ο ασθενής αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα της ασθένειάς του και στον τρόπο που ανταποκρίνεται σε αυτά, στη συνέχεια θα αναλυθεί η παρούσα έρευνα.

3.5. Η παρούσα έρευνα

Ο σκοπός της ήταν να διερευνήσει μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων. Αρχικά, εξετάστηκε η σχέση της ψυχικής υγείας και ο αριθμός των αντιλαμβανόμενων σωματικών συμπτωμάτων στον τρόπο αντίδρασης του ατόμου (εάν θα περιμένει ή θα κινητοποιηθεί) μετά την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων τόσο στον εαυτό του όσο και σε κάποιον άλλο. Σε δεύτερο επίπεδο εξετάστηκε κατά πόσο τα συμπτώματα που αναφέρει ένα άτομο και η ορθότητα (ή μη) αυτών σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, σχετίζονται με τη ψυχική του υγεία και την συναισθηματική του κατάσταση. Οι βασικές υποθέσεις της έρευνας μπορούν να εκφραστούν ως εξής:

Υπόθεση 1: Τα άτομα κινητοποιούνται (δίνουν σημασία, μιλούν σε κάποιο γνωστό ή επισκέπτονται κάποιον ειδικό) ταχύτερα όταν η συμπτωματολογία τους παραμένει χαμηλή, ενώ όταν αυξάνεται μειώνεται η ταχύτητα της κινητοποίησής τους.

Υπόθεση 2: Όταν τα συμπτώματα αφορούν κάποιον τρίτο, η χαμηλή συμπτωματολογία καθυστερεί την κινητοποίηση του ατόμου, δηλαδή, κάνει το άτομο που δεν σχετίζεται με τα συγκεκριμένα συμπτώματα να ανησυχεί λιγότερο.

Υπόθεση 3: Οι άνθρωποι με λιγότερα προβλήματα ψυχικής υγείας αργούν λιγότερο να κινητοποιηθούν σχετικά με τα συμπτώματα που αντιλαμβάνονται.

Υπόθεση 4: Η ορθότητα των συμπτωμάτων που αναφέρουν οι συμμετέχοντες δεν σχετίζεται με τη ψυχική τους υγεία.

Υπόθεση 5: Ο αριθμός των συμπτωμάτων που αναφέρουν οι συμμετέχοντες δεν σχετίζεται με τη ψυχική τους υγεία.

4. ΜΕΘΟΔΟΣ

4.1. Δείγμα

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε συμμετείχαν συνολικά 291 άτομα, τα οποία διέμεναν στο Ρέθυμνο Κρήτης. Από το δείγμα αυτό οι 92 (31,6 %) ήταν άνδρες και οι 199 (68,4 %) ήταν γυναίκες. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 18 έως 29 ετών. Η μέση ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν ήταν τα 21 έτη. Σε ποσοστό 90% οι ερωτηθέντες αποτελούσαν υγιή πληθυσμό, ενώ το υπόλοιπο 10% ανέφερε ότι πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια ή κάποιο άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Ακόμα το 30% ανέφερε ότι είχε παρουσιάσει κάποια σοβαρή ασθένεια ή πρόβλημα υγείας στο παρελθόν και τέλος, περίπου το 60% ανέφερε ότι κάποιο κοντινό του πρόσωπο αντιμετώπισε ή αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα υγείας.(π.χ νεοπλασία, καρδιοπάθεια κ.α).

4.2. Ψυχομετρικά εργαλεία

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ελεγχθούν οι αντιλήψεις και οι αντιδράσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παρουσία μιας ασθένειας τόσο στον εαυτό τους όσο και σε κάποιον άλλο, όπως επίσης, και η σχέση της ψυχικής υγείας στην αντίληψη της ασθένειας που στην προκειμένη περίπτωση είναι ο καρκίνος του πνεύμονα. Για τις ανάγκες της έρευνας χορηγήθηκαν 3 ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορούσε τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παρουσία της ασθένειας στον ίδιο τον εαυτό, το δεύτερο αφορούσε τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παρουσία της ασθένειας σε κάποιο τρίτο πρόσωπο και το τρίτο, την ψυχική υγεία και την αντίληψη που έχει ο συμμετέχοντας σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα.

Όσον αφορά το πρώτο και το δεύτερο ερωτηματολόγιο, για να αξιολογηθούν οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα στον «εαυτό» και σε κάποιον «άλλο», δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Πιο Συγκεκριμένα, επινοήθηκαν 5 σενάρια, τα οποία περιέγραφαν πιθανούς συνδυασμούς συμπτωμάτων του καρκίνου του πνεύμονα. Τα σενάρια αυτά παρουσιάστηκαν το ένα μετά το άλλο από τους λιγότερο μέχρι τους περισσότερο δυσάρεστους συνδυασμούς συμπτωμάτων του καρκίνου του πνεύμονα. Το πρώτο σενάριο είχε ως εξής «Ένα άτομο ένιωθε κατά τις δυο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχε ανεβάσει

πυρετό. Παράλληλα, είχε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος», για να φτάσουμε σταδιακά στο πέμπτο σενάριο το περιεχόμενο του οποίου ήταν: «Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος και είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε πολύ έντονο βήχα, δυσκολία στην αναπνοή και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μια ή δύο φορές φάνηκε να χάνει τον ειρμό της σκέψης του».

Μετά την ολοκλήρωση της ανάγνωσης κάθε σεναρίου, οι συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν μια αλληλουχία τριών ερωτήσεων, οι οποίες σχετίζονταν με την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που περιελάμβανε το κάθε σενάριο και, στη συνέχεια, καλούνταν να απαντήσουν μια ερώτηση σχετικά με το ποια ασθένεια θεωρούσαν ότι αφορούσαν τα συγκεκριμένα συμπτώματα και για ποιο λόγο. Έπειτα, υπήρχαν δέκα ίδιες ερωτήσεις για το κάθε σενάριο, οι οποίες εξέταζαν την κινητοποίηση του ατόμου μετά την αντίληψη των συγκεκριμένων συμπτωμάτων του σεναρίου, για τον ίδιο του τον εαυτό ή για κάποιο κοντινό πρόσωπο. Οι ερωτήσεις αυτές, δηλαδή, αξιολογούσαν εάν οι συμμετέχοντες θα έδιναν σημασία, θα μιλούσαν σε κάποιο γνωστό ή θα επισκέπτονταν κάποιο ειδικό. Ο βαθμός συμφωνίας του συμμετέχοντα με τις διατυπωμένες ερωτήσεις καταγράφονταν σε μια επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert υπό την ακόλουθη μορφή: 1 (=καθόλου/ απίθανο) έως 7 (=πάρα πολύ/βέβαιο). Το θετικά στοιχεία της χρήσης της επταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert είναι ότι η μεσαία θέση (η επιλογή 4: «Μέτρια») δίνει στον ερωτώμενο τη δυνατότητα αν θέλει να αποφύγει να απαντήσει ή να πάρει θέση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Επιπρόσθετα, εκατέρωθεν του μεσαίου σημείου δίνει τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να επανεξετάσει τη θέση του και να επιλέξει ανάμεσα σε 3 τοποθεσίες (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Η ψυχική υγεία, η οποία εξετάστηκε και στα 3 ερωτηματολόγια αξιολογήθηκε με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας [General Health Questionnaire(GHQ)] των 12 ερωτήσεων, το οποίο προσαρμόστηκε στα ελληνικά και συμπληρώθηκε από τον ίδιο το συμμετέχοντα. Πιο συγκεκριμένα το GHQ είναι ένα πολύ γνωστό και ευρέως επικυρωμένο εργαλείο ανίχνευσης, το οποίο παρέχει ένα γενικό δείκτη ψυχικής υγείας. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από 12 ερωτήσεις (π.χ. «Νιώθατε δυστυχής και θλιμμένος;», «Νιώθατε συνεχώς ότι είστε κάτω από πίεση;», «Σκεφτόσασταν τον εαυτό σας ως ένα άτομο χωρίς αξίας;» κ.α.), οι οποίες αθροίζονται για να δώσουν μια συνολική βαθμολογία (Cronbach a = .92, στην παρούσα μελέτη). Σε γενικές

γραμμές οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν την παρουσία περισσότερων συμπτωμάτων κακής ψυχικής υγείας (Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos, & Karastergiou, 1990).

Εν συνεχεία, στο τρίτο ερωτηματολόγιο για να αξιολογηθούν οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων και κατ' επέκταση η γνώση και η αντίληψη τους σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν υπό την μορφή συνέντευξης την εξής ανοιχτή ερώτηση: «Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας καρκίνος του πνεύμονα, υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείται σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;». Στη συνέχεια, προκειμένου να διαπιστωθεί η προέλευση των πληροφοριών αυτών, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να σημειώσουν από πού γνωρίζουν τα συμπτώματα τα οποία παρέθεσαν (προσωπική εμπειρία, ασθένεια συγγενούς/ γνωστού, τύπο/ διαδίκτυο, επαγγελματία υγείας ή από κάπου αλλού και τι είναι αυτό).

Στο τέλος και των 2 ερωτηματολογίων ζητείτο από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν κάποια δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία και κατά πόσο θεωρούσαν ότι η υγεία τους σήμερα είναι καλή, σε μια κλίμακα που κυμαινόταν από το 0-100. Ακόμη, τους ζητήθηκε να σημειώσουν εάν αντιμετώπισαν ή αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας ή εάν έχουν ή είχαν κάποια ασθένεια. Καθώς το ίδιο τους ζητήθηκε να αναφέρουν για κάποιο άλλο κοντινό τους πρόσωπο.

4.3. Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Νοεμβρίου - Φεβρουαρίου 2014-2015 στο Ρέθυμνο Κρήτης. Η χορήγηση και των 3 ερωτηματολογίων έγινε την ίδια χρονική περίοδο. Συγκεκριμένα όσον αφορά το πρώτο και δεύτερο ερωτηματολόγιο, οι συμμετέχοντες ήταν φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης, οι οποίοι εντοπίστηκαν εντός του χώρου του Πανεπιστημίου. Αφού οι φοιτητές ολοκλήρωσαν την ώρα της διδασκαλίας ζητήθηκε από όσους επιθυμούν να παραμείνουν για να βοηθήσουν με τη συμμετοχή τους στην έρευνα που πραγματοποιούμε και με αυτόν τον τρόπο έγινε μια μαζική χορήγηση ερωτηματολογίων. Όσον αφορά το τρίτο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχετίζεται με τη ψυχική υγεία και τη γνώση για τον καρκίνο του πνεύμονα, οι συμμετέχοντες εντοπίστηκαν από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον και η συμπλήρωσή τους έγινε, τόσο από τους ίδιους τους συμμετέχοντες αλλά και με την μορφή ατομικής συνέντευξης σε χώρο που όριζε ο συμμετέχων, με μόνο περιορισμό την ηλικία η οποία δεν έπρεπε να υπερβαίνει τα 30 έτη.

Αναλυτικότερα, όσον αναφορά τη διαδικασία χορήγησης και των τριών τύπων ερωτηματολογίων, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, ότι δηλαδή πρόκειται για μια έρευνα η οποία πραγματοποιείται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας και αφορά την αντίληψη συμπτωμάτων. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν ότι οι συμμετοχή τους είναι εθελοντική και ότι όλες οι πληροφορίες που θα δώσουν είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες και θα αξιοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Όσον αφορά τα ερωτηματολόγια για τον "εαυτό" και τον "άλλο", η συμπλήρωση τους έγινε υπό την διακριτική μας παρουσία προκειμένου οι συμμετέχοντες να μπορέσουν να επιλύσουν οποιαδήποτε απορία προέκυπτε κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και για να διασφαλίσουμε, όσο ήταν δυνατό την συγκέντρωση τους. Η διαδικασία της συμπλήρωσης διήρκησε περίπου 20 λεπτά με τους φοιτητές να είναι πολύ πρόθυμοι να συμβάλλουν στην προσπάθεια μας, με αποτέλεσμα να συγκεντρωθούν δεδομένα από 210 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 108 αφορούσαν τον "εαυτό" και 102 τον "άλλο" .

Για το τρίτο ερωτηματολόγιο, το οποίο σε ένα μέρος του είχε τη μορφή προσωπικών συνεντεύξεων, ο συνεντευκτής- ερευνητής επικοινώνησε με τους συμμετέχοντες και όρισαν ένα μέρος συνάντησης, όπου δεν υπήρχε μεγάλη ενόχληση από περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ φασαρία, άλλοι άνθρωποι κλπ). Η συνάντηση οριζόταν, συνήθως, στην κατοικία του συμμετέχοντα ή στην κατοικία του ερευνητή, όπου μπορούσαν να βρεθούν μόνοι τους στο χώρο, προκειμένου να μην υπάρχουν ενδοιασμοί στην έκφραση της σκέψης του ερωτηθέντα. Επιπρόσθετα, από την πλευρά μας επικρατούσε ενθαρρυντικό κλίμα και η καταγραφή των δεδομένων γινόταν με πολύ ακριβή τρόπο, προκειμένου να μην έχουμε στρεβλώσεις και αλλοιωθούν, έτσι, τα αποτελέσματα. Ο συμμετέχων μπορούσε να πάρει το χρόνο του και άμα δεν γνώριζε ή δεν ήθελε να απαντήσει κάποια ερώτηση μπορούσε να ζητήσει να προχωρήσουμε σε επόμενη ερώτηση, πράγμα που γνώριζε εξαρχής. Η διαδικασία της συμπλήρωσης διήρκησε περίπου 20 λεπτά και συγκεντρώθηκαν με αυτόν τον τρόπο δεδομένα από 82 ερωτηματολόγια. Μετά την ολοκλήρωση συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και στις τρεις περιπτώσεις ευχαριστήσαμε τα άτομα για τη συμμετοχή τους και το χρόνο που αφιέρωσαν για να μας βοηθήσουν στην έρευνα.

4.4. Στατιστική ανάλυση

Αρχικά, οι συνεχείς μεταβλητές (ηλικία) που κατανέμονται κανονικά θα παρουσιαστούν ως μέσες τιμές (mean values) ± την τυπική απόκλιση (Std Deviation). Οι ποιοτικές μεταβλητές

(φύλο, ασθένεια τώρα, ασθένεια πριν, ασθένεια κάποιου τρίτου, τα σωστά ή λανθασμένα συμπτώματα και η πηγή των γνώσεων) θα παρουσιαστούν με τη μορφή συχνοτήτων (Frequencies). Προκειμένου να ελέγξουμε αν διαφέρουν οι μέσες τιμές της ποσοτικής μεταβλητής, ανάμεσα στις κατηγορίες της ποιοτικής μεταβλητής, χρησιμοποιήσαμε την Ανάλυση Διασποράς μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA).Ενώ για να εκτιμήσουμε την σχέση μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Όλες οι αναφερόμενες τιμές p βασίζονται σε υποθέσεις διπλής κατεύθυνσης (2-tailed) σε σύγκριση με το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Για τις στατιστικές αναλύσεις θα χρησιμοποιηθεί το λογισμικό πακέτο SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 291 άτομα (από αυτούς οι 108 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, που αξιολογούσε τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παρουσία μιας ασθένειας στον ίδιο τον εαυτό. Οι 102 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, που αφορούσε τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παρουσία της ασθένειας σε κάποιο τρίτο πρόσωπο και οι 81 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, που αξιολογούσε τη ψυχική υγεία και την αντίληψη που έχει ο συμμετέχοντας σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα). Οι 92 (31,6 %) ήταν άνδρες και οι 199 (68,4 %) γυναίκες (Βλ. Πίνακα 2). Η μέση τιμή της ηλικίας των ανδρών και των γυναικών ήταν περίπου 21 χρόνια (Βλ. Πίνακα 1). Από τους συμμετέχοντες το 12,3 % αντιμετώπιζε κάποια ασθένεια την περίοδο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο, ενώ το 30% είχε αντιμετωπίσει κάποια ασθένεια στο παρελθόν (Βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 1

Μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις της ηλικίας των συμμετεχόντων

Συμμετέχοντες	N	M	SD	Min.	Max.
Ερωτηματολόγιο 1-2	210	19,6015	1,937	17,90	28,00
Ερωτηματολόγιο 3	81	22,5309	2,683	18,00	29,00

Πίνακας 2

Περιγραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης

Χαρακτηριστικά	Συχνότητες	Ποσοστά (%)
Γυναίκες	199	68,4
Άνδρες	92	31,6
Ασθένεια τώρα	36	12,3
Ασθένεια πριν	83	30,0

5.2. α. Η σχέση της ψυχικής υγείας και των αντιλαμβανόμενων συμπτωμάτων, που αναφέρονται στον εαυτό ή σε κάποιον άλλο με την κινητοποίηση του ατόμου.

Ένας από τους βασικότερους στόχους της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει τη σχέση της ψυχικής υγείας (ανάλογα με τη διάμεσο υψηλή - χαμηλή) και του αριθμού των αντιλαμβανόμενων συμπτωμάτων [(ήπια συμπτωματολογία (σενάριο 1) / αυξημένη συμπτωματολογία (σενάριο5)] με την κινητοποίηση του ατόμου (θα πάει στο γιατρό; θα το πει σε κάποιον; κ.α.) όταν αναφέρονται στον εαυτό ή σε κάποιον άλλο. Από την ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-wayAnova) προκύπτει ότι τα άτομα κινητοποιούνται πιο γρήγορα όταν η συμπτωματολογία παραμένει ήπια, όσον αφορά τον εαυτό τους, επιβεβαιώνοντας έτσι την *υπόθεση 1*. Ακόμα, σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας, επαληθεύεται η *υπόθεση 3*, αφού φαίνεται πως όταν κάποιος έχει καλύτερη ψυχική υγεία περιμένει περισσότερο και δρα αργότερα, σε σχέση με αυτούς που έχουν χειρότερη ψυχική υγεία, αλλά μόνο όσον αφορά τα ήπια συμπτώματα, καθώς σύμφωνα με τους Μ.Ο δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση όταν η συμπτωματολογία που σχετίζεται με τον εαυτό αυξάνεται (Βλ. Πίνακα 3).

Από την άλλη πλευρά, όταν τα παρατηρούμενα συμπτώματα αφορούν κάποιον τρίτο, η αντίδραση του ατόμου αλλάζει. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-wayAnova), αποδεχόμαστε την *υπόθεση 2* αφού, όταν τα παρατηρούμενα συμπτώματα, που αφορούν κάποιον τρίτο είναι λίγα σε αριθμό, τότε ανησυχούν λιγότερο, ενώ όταν ο αριθμός τους αυξάνεται δρουν ταχύτερα (Βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 3

Η σχέση της ψυχικής υγείας και του αριθμού των συμπτωμάτων, που αφορούν τον εαυτό, με την κινητοποίηση του ατόμου

Τρόπος αντίδρασης ανά σενάριο	Ψυχική υγεία	M	SD	F	P
Σενάριο 1_ αναβολή				4,007	0,048
	Χαμηλή	13,1333	4,02310		
	Υψηλή	14,5745	3,22857		
Σενάριο 2_αναβολή				2,222	0,139
	Χαμηλή	11,3167	3,69834		
	Υψηλή	12,3404	3,29213		
Σενάριο 3_αναβολή				0,297	0,587
	Χαμηλή	9,9322	3,55675		
	Υψηλή	10,3556	4,36492		
Σενάριο 4_αναβολή				0,018	0.895
	Χαμηλή	8,6034	3,73668		
	Υψηλή	8,5000	4,10048		
Σενάριο 5_αναβολή				0,005	0,943
	Χαμηλή	8,0169	4,02360		
	Υψηλή	7,9574	4,43777		
Σενάριο 1_δράση				3,925	0,050
	Χαμηλή	8,8667	3,89030		
	Υψηλή	7,4255	3,52472		
Σενάριο 2_δράση				0,469	0,495
	Χαμηλή	10,2167	3,58004		
	Υψηλή	10,6809	3,34993		
Σενάριο 3_δράση				0,101	0,751
	Χαμηλή	12,1500	2,54335		
	Υψηλή	11,9787	3,03236		
Σενάριο 4_δράση				0,977	0,325
	Χαμηλή	12,9833	1,85483		
	Υψηλή	12,5106	3,05651		
Σενάριο 5_δράση				0,693	0,407
	Χαμηλή	13,3333	1,65362		
	Υψηλή	12,9787	2,72261		

Πίνακας 4

Σχέση του αριθμού των συμπτωμάτων, που παρατηρούνται από κάποιον τρίτο, με την κινητοποίηση του

Τρόπος αντίδρασης ανά σενάριο	Ψυχική υγεία	M	SD	F	P
Σενάριο 1_ αναβολή				0,030	0,862
	Χαμηλή	11,2909	4,06281		
	Υψηλή	11,1556	3,58631		
Σενάριο 2_αναβολή				0,118	0,732
	Χαμηλή.	9,0175	3,55312		
	Υψηλή	9,2727	3,88416		
Σενάριο 3_αναβολή				1,099	0,297
	Χαμηλή	7,3509	3,99773		
	Υψηλή	8,2045	4,13482		
Σενάριο 4_αναβολή				2,008	0,160
	Χαμηλή.	6,4821	3,51098		
	Υψηλή	7,6047	4,57037		
Σενάριο 5_αναβολή				0,245	0,622
	Χαμηλή	5,6964	3,98141		
	Υψηλή	6,0889	3,93020		
Σενάριο 1_δράση				1,272	0,262
	Χαμηλή	11,2982	3,21250		
	Υψηλή	11,9556	2,50414		
Σενάριο 2_δράση				4,872	0,030
	Χαμηλή	12,3158	2,47240		
	Υψηλή	13,2222	1,36330		
Σενάριο 3_δράση				2,300	0,132
	Χαμηλή	12,7719	2,20403		
	Υψηλή	13,3556	1,50990		
Σενάριο 4_δράση				9,153	0,003
	Χαμηλή	12,7544	2,33972		
	Υψηλή	13,8444	0,67270		
Σενάριο 5_δράση				5,545	0,020
	Χαμηλή	13,3158	1,94714		
	Υψηλή	14,0000	0,00000		

5.2.β Η συσχέτιση του αριθμού και η σχέση της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων με τη ψυχική υγεία του ατόμου.

Τέλος, σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης Pearson δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των αναφερόμενων συμπτωμάτων και της ψυχικής υγείας του ατόμου. Ειδικότερα επαληθεύεται η *υπόθεση 5*, αφού εμφανίζεται μόνο μια τάση αρνητικής συσχέτισης, η οποία όμως δεν είναι στατιστικώς σημαντική, όσο λιγότερα συμπτώματα αναφέρουν οι συμμετέχοντες, τόσο καλύτερη ψυχική υγεία να παρουσιάζουν [$r(82)= -0,17$, $p>0,005$]. Επιπρόσθετα, από την ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-way Anova), φαίνεται, επίσης, πως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση ($p= 0,711>0,05$) της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων με τη ψυχική υγεία των συμμετεχόντων, όπως διατυπώθηκε και στην *υπόθεση 4* (Βλ. Πίνακα 5).

Πίνακας 5

Σχέση της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων με την ψυχική υγεία

Αναφερόμενα συμπτώματα	M	SD	F	P
Σωστό	25,47	5,15	0,138	0,711
Λάθος	25,00	6,35		

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι συνδέονται με την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων. Ειδικότερα, ελέγξαμε πότε τα υγιή άτομα διαπιστώνοντας την ύπαρξη κάποιων σωματικών συμπτωμάτων, του καρκίνου του πνεύμονα, κινητοποιούνται, αναφέροντάς αυτό που αισθάνονται κάπου, αναζητώντας την κατάλληλη ιατρική βοήθεια ή αγνοώντας το. Με άλλα λόγια, από την στιγμή που αντιλαμβάνονται τα συγκεκριμένα συμπτώματα, πότε θα δράσουν. Σε αυτή την έρευνα εξετάστηκε, επίσης, η σχέση που έχουν με αυτή την κινητοποίηση η ένταση των συμπτωμάτων (ήπια- ισχυρά), η ψυχική υγεία και το ποιός (το ίδιο το άτομο ή κάποιος άλλος ;) εμφανίζει τα συμπτώματα. Σε τελευταίο επίπεδο εξετάστηκε η σχέση του αριθμού και της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων (αν τα συμπτώματα που ανέφεραν οι συμμετέχοντες ήταν σωστά ή λάθος) με τη ψυχική υγεία του ατόμου. Ως επί τω πλείστων οι υποθέσεις της έρευνας επιβεβαιώνονται, καθώς και ένα μεγάλο μέρος των αποτελεσμάτων συνάδει και με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, οι οποίες εντοπίστηκαν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Η αντίληψη των συμπτωμάτων και η ερμηνεία αυτών από το άτομο αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την κινητοποίηση του ατόμου σχετικά με αυτό που αισθάνεται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Πληθώρα εξίσου παλαιότερων και πρόσφατων ερευνών αποκαλύπτει πως ακόμα κι αν το άτομο αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα του ως επικίνδυνα, δεν κινητοποιείται έγκαιρα για την αναζήτηση κάποιας ιατρικής αξιολόγησης, λόγω του φόβου μιας άσχημης διάγνωσης ή λόγω του ότι δεν επιθυμεί να αναστατώσει τα κοντινά του πρόσωπα (Καραδήμας, 2005). Επεκτείνοντας την προηγούμενη γνώση η παρούσα έρευνα αποκαλύπτει, πως τα άτομα δραστηριοποιούνται πιο γρήγορα όταν η συμπτωματολογία παραμένει ήπια και αφορά τον εαυτό τους. Ενώ η ψυχική κατάσταση σε αυτή την κινητοποίηση φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο, εφόσον όταν κάποιος παρουσιάζει καλύτερη ψυχική υγεία περιμένει περισσότερο και δρα αργότερα σε σχέση με κάποιον που έχει χειρότερη ψυχική υγεία, αλλά μόνο όσον αφορά την ήπια συμπτωματολογία, καθώς δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση όταν η συμπτωματολογία γίνεται πιο έντονη. Αξιοσημείωτο είναι επίσης, το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται έντονη ιατρικοποίηση[4] των συμπτωμάτων, πράγμα που φαίνεται να προκαλεί άγχος στο άτομο και να το καθυστερεί από την αναζήτηση

[4]Η διαδικασία , σύμφωνα με την οποία ανθρώπινες καταστάσεις ή προβλήματα, γίνονται αντιληπτά και αντιμετωπίζονται ως ιατρικές παθήσεις (Kevin, 2002).

ιατρικής βοήθειας. Γι΄ αυτόν το λόγο παρατηρείται το φαινόμενο, μεγάλος αριθμός ατόμων να αναγνωρίζει τα συμπτώματα που βιώνει, αλλά να αναπτύσσει άρνηση με αποτέλεσμα να αφήνει τον καιρό να περάσει, μέχρι τα συμπτώματα να γίνουν επώδυνα και ουσιαστικά να το καταβάλουν (Fryer et al., 2003), πράγμα ιδιαίτερα ριψοκίνδυνο και απαγορευτικό, ειδικά σε περιπτώσεις καρκίνου που η διάγνωση σε πρώιμο επίπεδο, είναι πολύ καλός προγνωστικός παράγοντας για την πλήρη ίαση (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιανός, 2011).

Από την άλλη πλευρά, όταν τα συμπτώματα αναφέρονται σε κάποιον τρίτο, η παρατηρούμενη αντίδραση αλλάζει. Σύμφωνα με τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα της παρούσας έρευνα, όταν η συμπτωματολογία που αφορά κάποιον τρίτο είναι ήπια, τότε τα άτομα ανησυχούν λιγότερο, ενώ όταν η έντασή της αυξάνεται δρουν ταχύτερα. Στην παρούσα έρευνα τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν αναφέρονταν στον καρκίνο του πνεύμονα. Έτσι, είναι ενδιαφέρον να γίνει λόγος στο πώς τα συμπτώματα που βιώνει ένας καρκινοπαθής γίνονται αντιληπτά από τους άμεσους φροντιστές και τα οικεία πρόσωπα. Σύμφωνα με μία έρευνα οι φροντιστές, συνήθως, αντιλαμβάνονται και αξιολογούν πρώτοι τα συμπτώματα του ασθενούς και τον κινητοποιούν για την άμεση αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, γεγονός που τις περισσότερες φορές είναι καταλυτικής σημασίας για την καλή έκβαση τόσο της θεραπείας όσο και της πορείας της ασθένειας. Ωστόσο αξιολογούν την ένταση των συμπτωμάτων σημαντικά υψηλότερα απ΄ ότι ο ίδιος ο ασθενής (Yeşilbalkan & Okgün, 2010).

Όπως διαβάσαμε και στο κεφάλαιο "Αντίληψη συμπτωμάτων", μια άσχημη συναισθηματικά κατάσταση, η οποία δημιουργεί μια στρεσογόνο εμπειρία, συμβάλει στην εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων, η οποία επηρεάζει την αντίληψη, την ερμηνεία, την αντίδραση και την ανοχή του ατόμου, προς τα συμπτώματα τα οποία βιώνει (Petersen et al., 2011). Συγκεκριμένα, μπορεί να δημιουργήσει άσχημες σκέψεις, που δύναται να προκαλέσουν την αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων (Goodwin et al., 2012). Επιπρόσθετα, έρευνα αποκάλυψε, πως δείγμα με υψηλό ποσοστό αρνητικής διάθεσης ανέφερε 2 με 3 φορές περισσότερα συμπτώματα σε σχέση με το δείγμα με χαμηλά ποσοστά στα αρνητικά συναισθήματα (Ayers et al., 2007). Παρολ΄ αυτά η παρούσα έρευνα φαίνεται να επιβεβαιώνει μερικώς τα παραπάνω ευρήματα, αφού σύμφωνα με τα αποτελέσματα της, εμφανίζεται μόνο η τάση, (η οποία δεν είναι στατιστικώς σημαντική), οι συμμετέχοντες με καλύτερη ψυχική υγεία να αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα.

Ακόμα ένα εύρημα το οποίο είναι άξιο συζήτησης, είναι η απουσία στατιστικώς σημαντικής σχέσης μεταξύ της ορθότητας των αναφερόμενων συμπτωμάτων με τη ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Το ενδιαφέρον στο συγκεκριμένο εύρημα έγκειται, όχι τόσο στο αποτέλεσμα αυτό καθ΄ αυτό, αλλά στα επιμέρους δεδομένα που αποκομίσαμε. Αναλυτικότερα, στην ερώτηση "Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας "καρκίνος του πνεύμονα", υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείτε σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Η κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων ", το 42,5 % των συμπτωμάτων που δόθηκαν ως απάντηση, ήταν λανθασμένα, ενώ από την ανάλυση τους προέκυψε πως μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων απάντησε ως πιθανά συμπτώματα, παρενέργειες που παρουσιάζουν οι καρκινοπαθείς, κατά τη διάρκεια των χημειοθεραπειών (π.χ. πτώση μαλλιών), ενώ υπήρχαν και περιπτώσεις που ο συμμετέχων δεν γνώριζε κανένα σύμπτωμα για τον καρκίνο του πνεύμονα. Ως πηγή των συγκεκριμένων πληροφοριών το 17,5% ανέφερε προσωπική εμπειρία, το 39% εμπειρία μέσω γνωστού προσώπου, το 50% ΜΜΕ και το 6% τις σπουδές του. Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες σε μεγάλο ποσοστό είτε είχαν στρεβλή εικόνα για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας είτε δεν γνώριζαν ακριβώς τα συμπτώματα που το νοηματοδοτούν.

Εν κατακλείδι, παρά το μεγάλο όγκο των πληροφοριών που προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αντίληψη συμπτωμάτων δεν υπάρχει ένας ενιαίος και αποδεκτός ορισμός σχετικά με τη συγκεκριμένη έννοια. Τα ατομικά χαρακτηριστικά, οι προηγούμενες εμπειρίες, οι γνωστικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις του ατόμου σχετικά με τις ασθένειες φαίνεται πως επηρεάζουν την διαδικασία της αντίληψης συμπτωμάτων, της ερμηνείας αυτών και της άμεσης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Γι΄ αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν από την επιστημονική κοινότητα, προκειμένου να αναπτυχθούν ορισμένα μοντέλα που σκοπό έχουν να συνδέσουν αυτή την αλληλεπίδραση με κάποιο θεωρητικό υπόβαθρο.

Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση του καρκίνου (μιας ασθένειας που ο αριθμός των διαγνώσεων και των θανάτων λόγω αυτής έχουν αυξηθεί άρδην) η δυσκολία που προκύπτει με τα προγνωστικά συμπτώματα είναι ότι δεν σηματοδοτούν αποκλειστικά την ύπαρξη της νόσου, διότι στα γνωστικά σχήματα του ασθενούς δύναται τα σημάδια αυτά να συμπεριλαμβάνονται ως ένδειξη κάποιας άλλης πιο ήπιας αρρώστιας, με αποτέλεσμα τη μη έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Οι παράμετροι που φαίνεται πως κινητοποιούν τα άτομα για την αναζήτηση βοήθειας

είναι η διάρκεια (οξεία, χρόνια, διαλείπουσα) και η ένταση του συμπτώματος ή η γνώση για την ύπαρξη κάποιου οικογενειακού ιστορικού καρκίνου (Μελισσά, 2008). Ενώ δεν πρέπει να λησμονηθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η νόσος είναι ασυμπτωματική, όταν ακόμα είναι σε πρώιμο στάδιο και τα συμπτώματα εμφανίζονται, όταν είναι πολύ προχωρημένα ή τελικού σταδίου. Πέραν όμως της προγνωστικής συμπτωματολογίας, οι καρκινοπαθείς βιώνουν πληθώρα συμπτωμάτων (Συμπλέγματα Συμπτωμάτων), μετά την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας, τα οποία επηρεάζουν όλους τους τομείς της προσωπικότητας τους και της ζωής τους, με αποτέλεσμα να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στον ψυχισμό τόσο του καρκινοπαθούς όσο και της οικογένειάς του, με την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές ύπνου και πρόσληψης τροφής, την σεξουαλικές διαταραχές κ.α. να έλκουν το ενδιαφέρον των μελετητών.

Δεδομένης, λοιπόν, της σημαντικότητας της αναγνώρισης των συμπτωμάτων του καρκίνου για μια έγκαιρη διάγνωση, η οποία αυξάνει τις πιθανότητες ίασης, τα αποτελέσματα της έρευνας και τα πολύ υψηλά ποσοστά των λανθασμένων συμπτωμάτων, τα οποία αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ως πιθανά του καρκίνου του πνεύμονα, καθίσταται αναγκαία η επινόηση και η δημιουργία πιο αποτελεσματικών και μαζικών τρόπων ενημέρωσης του κόσμου, από τους ψυχολόγους υγείας. Επίσης, ενδιαφέρουσα θα ήταν μελλοντικά στις έρευνες, οι οποίες εξετάζουν την αντίληψη συμπτωμάτων, να προστεθεί νευρωνική απεικόνιση του εγκεφάλου (π.χ. MRI), προκειμένου να εντοπιστούν εκείνες οι εγκεφαλικές δομές που δρουν κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας και με αυτό τον τρόπο να μπορέσουν να ερμηνευθούν πολλές συμπεριφορές υγείας. Τέλος, θα ήταν εποικοδομητικό να εξεταστεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συμπεριφορών υγείας ατόμων που έχουν κληρονομικό ιστορικό καρκινοπάθειας και ατόμων που δεν έχουν, ώστε να εντοπιστεί εάν τελικά ο παράγοντας μιας προηγούμενης γνώσης λειτουργεί ως παράγοντας κινητοποίησης ή φόβου.

Όσον αφορά την παρούσα έρευνα, ένας βασικός περιορισμός του σχεδιασμού της είναι το ηλικιακό φάσμα των συμμετεχόντων (18-30 έτη), καθώς λόγω του νεαρού της ηλικίας τους δεν έχουν δημιουργήσει πολλές νοητικές αναπαραστάσεις ασθενειών λόγω έλλειψης σχετικών εμπειριών, όπως πιθανό να είχε συμβεί σε ένα πιο ευρύ ηλικιακό φάσμα. Επιπρόσθετα, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βασίζονται σε υποθετικές καταστάσεις τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για κάποιο άλλο πρόσωπο, με αποτέλεσμα να απουσιάζει ο ρεαλισμός της παρουσίας της ασθένειας. Ωστόσο τα αποτελέσματα που προέκυψαν ενισχύουν την ήδη υπάρχουσα γνώση,

δημιουργούν περαιτέρω προβληματισμό για αναζήτηση και εξέλιξη στο θέμα της αντίληψης συμπτωμάτων, που αποτελεί ένα πολυσχιδές αντικείμενο μελέτης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά, η κινητοποίηση του ατόμου (π.χ. δίνει σημασία, μιλά σε κάποιο γνωστό ή επισκέπτεται κάποιον ειδικό κ.α.) σχετικά με τα συμπτώματα που παρατηρεί διαφοροποιείται ανάλογα με το αν αφορούν τον εαυτό του ή κάποιον τρίτο. Συγκριμένα όσον αφορά τον εαυτό, τα άτομα κινητοποιούνται πιο γρήγορα στην ήπια συμπτωματολογία, ενώ όταν αυτή παρατηρείται σε κάποιον τρίτο ανησυχούν λιγότερο. Επιπρόσθετα τα άτομα δραστηριοποιούνται ταχύτερα και κατ επέκταση ανησυχούν περισσότερο όταν η συμπτωματολογία, που παρατηρούν σε κάποιον τρίτο γίνεται πιο έντονη, σε αντίθεση με τον εαυτό τους. Επίσης η καλή ψυχική υγεία φαίνεται να δρα ως καθησυχαστικός παράγοντας, αφού συμβάλλει στην καθυστέρηση κινητοποίησης του ατόμου, ενώ δεν έχει διασαφηνιστεί ακόμα εάν μια άσχημη ψυχολογική κατάσταση σχετίζεται με την αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων, θέμα τα οποίο χρήζει εκτενέστερης διερεύνησης. Τέλος ένα πολύ σημαντικό εύρημα τόσο για την πρόληψη του καρκίνου όσο και για την κλινική πρακτική και τη ψυχολογία υγείας είναι το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες φάνηκε να μην γνωρίζουν ουσιαστικά τη συμπτωματολογία που αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα, εύρημα το οποίο μπορεί να λειτουργήσει ως έναυσμα για διαμόρφωση αποτελεσματικότερων μέσων ενημέρωσης του κόσμου για τα συμπτώματα και την πρόληψη του καρκίνου γενικά. Επιπρόσθετα θα ήταν πολύ ενδιαφέρον μελλοντικά να διερευνηθούν οι λόγοι για τους οποίους, τα άτομα διαφοροποιούν τις συμπεριφορές υγείας τους, ανάλογα με το ποιος εμφανίζει τη συμπτωματολογία.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akin, S., & Durna, Z. (2013). A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(1), 30–37. doi:10.1016/j.ejon.2012.02.002

American Cancer Society (2011). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.

American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., text rev.). Washington DC: APA.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Ποταμιάνος, Γ. (Επιμ.). (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.

Apostolidis, A., Kirana, P. S., Chiu, G., Link, C., Tsiouprou, M., & Hatzichristou, D. (2009). Gender and age differences in the perception of bother and health care seeking for lower urinary tract symptoms: Results from the hospitalised and outpatients' profile and expectations study. *European Urology*, *56*, 937–947. doi:10.1016/j.eururo.2009.07.050

Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., et al. (2007). *Psychology, health and medicine* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.

Baliatsas, C., Van Kamp, I., Hooiveld, M., Yzermans, J., & Lebret, E. (2014). Comparing non-specific physical symptoms in environmentally sensitive patients: Prevalence, duration, functional status and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *76*(5), 405–413. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.02.008

Βανικιώτη, Μ., & Δημοπούλου, Α. (2009). *Καρκίνος και οικογένεια του καρκινοπαθούς*. (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα.

Banzett, R. B., Dempsey, J. A., Donnell, D. E. O., & Wamboldt, M. Z. (2000). Workshop summary symptom perception and respiratory sensation in asthma., *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 162*, 1178-1182

Be Strong (2015, January 11). Η ιστορία του καρκίνου. Retrieved from http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/historyofcancer/

Βελίκης, Ι., Δαμίγος, Δ., & Γκούβα, Μ. (2008). Συγκριτική μελέτη γεγονότων ζωής και ψυχολογικών εκδηλώσεων (άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία) σε ασθενείς με καρκίνο εντέρου, ασθενείς με στεφανιαία νόσο και υγιή άτομα. *Νοσηλευτική*, *47*(3), 374–383.

Bradley, S., Rose, S., Lutgendorf, S., Costanzo, E., & Anderson, B. (2006). Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, *100*, 479–486. doi:10.1016/j.ygyno.2005.08.023

Comprehensive Cancer Symptoms Informations. (2012, January 10). Asymptomatic cancer. Retreved from http://www.cancer-symptoms.com/asymptomatic-cancer-2/

Δαφέρμος, Μ. (2010). *Το ιστορικό γίγνεσθαι της ψυχολογίας.* Αθήνα: Gutenberg.

Dinkel, A., Kremsreiter, K., Marten-Mittag, B., & Lahmann, C. (2014). Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, *36*(6), 613–619. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.08.006

Fernandez- Ballesteros, R. (2001). Cancer-prone personality, type c. In J. N. Smelser & B. P. Baltes (Eds), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 1439-1443). Oxford: Pergamon Press.

Fryer, G. E., Green, L. A., Dovey, S. M., Yawn, B. P., Philips, R. L ., & Lanier, D. (2003). Variation in the ecology of medical care. *The Annals of Family Medicine*, *1*(2), 81–89. doi:10.1370/afm.52

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών.* Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Gijsbers van Wijk, C., & Kolk, M. A. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and individual differences, 20,* 55-70.

Goodwin, L., Fairclough, S. H., & Poole, H. M. (2012). A cognitive-perceptual model of symptom perception in males and females: the roles of negative affect, selective attention, health anxiety and psychological job demands. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105312456321

Haun, M. W., Sklenarova, H., Villalobos, M., Thomas, M., Brechtel, A., Löwe, B., et al. (2014). Depression, anxiety and disease-related distress in couples affected by advanced lung cancer. *Lung Cancer*, *86*(2), 274–280. doi:10.1016/j.lungcan.2014.09.009

Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Hietanen, P. S., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal of Affective Disorders*, *36*, 11–20. doi:10.1016/0165-0327(95)00047-X

Institute of Medicine (2006). *Cancer survivorship facts and figures.* Washington: National Academy of Sciences.

Janberidze, E., Hjermstad, M. J., Haugen, D. F., Sigurdardottir, K. R., Lohre, E. T., Lie, H. C., et al. (2014). How are the patient populations characterized in studies investigating depression in advanced cancer? Results from a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *48*(4). doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.11.013

Jarrett, N., Scott, I., Addington-Hall, J., Amir, Z., Brearley, S., Hodges, L. et al. (2013). Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(5), 510–520. doi:10.1016/j.ejon.2013.03.00

Καλογιάννη, Φ., Παπαδογιάννη, Ο., & Σαραγλίδου, Γ. (2004). *Ο Καρκινοπαθής και ο ρόλος της οικογένειας.* (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Ηράκλειο.

Kangas, M., Milros,C., & Bryant, R. A. (2014). A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related ptsd, anxiety, and comorbid depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*(4), 416–431. doi:10.1016/j.cbpra.2014.05.002

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας, θεωρία και κλινική πράξη.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Karademas, E. C., Karamvakalis, N., & Zarogiannos, A. (2009). Life context and the experience of chronic illness: Is the stress of life associated with illness perceptions and coping?. *Stress and Health*, *25*, 405–412. doi:10.1002/smi.1252

Καραπούλιος, Δ., Γκέτσιος, Ι., Ρίζου, Β., Τσικλιτάρα, Α., Κωστοπούλου, Σ., Μπαλοδήμου, Χ., και συν. (2013). Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης HADS. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 12*(4), 428-440.

Kevin, W. (2002). *An introduction to the sociology of health and illness.* London: Stage.

Kolk, A. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijsbers Van Wijk, C. M. T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science and Medicine*, *57*, 2343–2354. doi:10.1016/S0277-9536(02)00451-3

Kolk, A. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijsbers Van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 35–44. doi:10.1016/S0022-3999(01)00307-5

Κουκά, Μ. (2008). *Παιδικός καρκίνος*. (Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Krattenmacher, T., Kühne, F., Halverscheid, S., Wiegand-Grefe, S., Bergelt, C., Romer, G., et al. (2014). A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, *76*(3), 213–220. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.11.020

Krause, S., Rydall, A., Hales, S., Rodin, G., & Lo, C. (2014). Initial validation of the death and dying distress scale for the assessment of death anxiety in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, *49*(1), 126–134. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.04.012

Μαλικιώση- Λοΐζου, Μ. (2012). *Συμβουλευτική Ψυχολογία.* Αθήνα: Πεδίο.

Martínez-Ochoa, E., Gómez-Acebo, I., Beunza, J.J., Rodríguez-Cundín, P., Dierssen-Sotos, T., & Lorca, J. (2012). Influence of family history of colorectal cancer on health behavior and performance of early detection procedures: The sun project. *Annals of Epidemiology*, *22*, 511–519. doi:10.1016/j.annepidem.2012.04.005

Μελισσά Χαλικιοπούλου, Χρ. (2008). *Ψυχολογία της Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Μελισσά.

Miles, A., & Wardle, J. (2006). Adverse psychological outcomes in colorectal cancer screening: Does health anxiety play a role?. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1117–1127. doi:10.1016/j.brat.2005.08.011

Mols, F., Denollet, J., Kaptein, A. A., Reemst, P. H. M., & Thong, M. S. Y. (2012). The association between type d personality and illness perceptions in colorectal cancer survivors: A study from the population-based profiles registry. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(3), 232–239. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.07.004

Μουσσάς, Γ. Ι., Παπαδοπούλου, Α. Γ., Χριστοδουλάκη, Α. Γ., & Καρκανιάς, Α. Π. (2012). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου. *Ψυχιατρική*, *23*(1), 46-60.

Moutzoukis, C., Adamopoulou, A., Garyfallos, G., & Karastergiou, A. (1990). *Handbook of the General Health Questionnaire (GHQ).* Thesallonika: Psychiatric Hospital.

Mullan, F. (1985). Seasons of Survival: Reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, *313*, 270-273. doi: 10.1056/NEJM198507253130421

O'Neill, S., Posada-Villa, J., Medina-Mora, M. E., Al-Hamzawi, A. O., Piazza, M., Tachimori, H., et al. (2014). Associations between dsm-iv mental disorders and subsequent self-reported diagnosis of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *76*(3), 207–212. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.12.012

Osório, F. L., Lima, M. P., & Chagas, M. H. N. (2015). Assessment and screening of panic disorder in cancer patients: Performance of the PHQ-PD. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(1), 91–94. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.09.001

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας* (2η εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Parpa, E., Tsilika, E., Gennimata, V., & Mystakidou, K. (2015). Elderly cancer patients' psychopathology: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *60*(1), 9–15. doi:10.1016/j.archger.2014.09.008

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

Petersen, S., Van den Berg, R., Janssens, T., & Van den Bergh, O. (2011). Illness and symptom perception: a theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 428–439. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.002

Πιπερόπουλος, Γ. (2007). Καρκινοπαθείς του τελικού σταδίου: Οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις ενός βραχύβιου ρόλου. *Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών*, *11*(1993), 789- 811.

Powell, N. D., Tarr, A. J., & Sheridan, J. F. (2013). Psychosocial stress and inflammation in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, *30*, 41–47. doi:10.1016/j.bbi.2012.06.015

Reece, J. C., Chan, Y.F., Herbert, J., Gralow, J., & Fann, J. R. (2013). Course of depression, mental health service utilization and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer. *General Hospital Psychiatry*, *35*(4), 376–81. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.03.017

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., et al. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 120–127. doi:10.1016/j.pec.2014.04.010

Σταματίου, Κ. (2009). Εισαγωγή στη γηριατρική ογκολογία. Στους Κ. Μπόβης & Κ. Σταματίου (Επιμ.), *Η Γηριατρική στην ουρολογία* (σελ. 172-185). Πειραιάς: Medical Graphics.

Thaker, P. H., & Sood, A. K. (2008). The neuroendocrine impact of chronic stress on cancer. *Seminars in Cancer Biology*, *18*(3), 164-170. doi:10.1016/j.semcancer.2007.12.005

Τζενάλης, Α., & Βεκίλη, Ι. (2013). Συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο: Συστηματική ανασκόπηση. *Το Βήμα του Ασκληπιού, 12*(3), 277-302. Ανακτήθηκε από www.vima-asklipiou.gr

Τρίκας, Π. (1997). *Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής, συμπεριφορά κι ανάπτυξη καρκίνου*. (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Tuinman, M., Hoekstra, H. J., Fleer, J., Sleijfer, D. T., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2006). Self-esteem, social support, and mental health in survivors of testicular cancer: a comparison based on relationship status. *Urologic Oncology*, *24*, 279–286. doi:10.1016/j.urolonc.2005.06.023

Valeberg, B. T., & Grov, E. K. (2013). Symptoms in the cancer patient - Of importance for their caregivers' quality of life and mental health?. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(1), 46–51. doi:10.1016/j.ejon.2012.01.009

Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders*, *30*, 1–7. doi:10.1016/j.janxdis.2014.12.012

Χατήρα, Π. Δ. (2000). *Κλινική ψυχολογική παρέμβαση στο παιδί και τον έφηβο με βαρύ και χρόνιο νόσημα,* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Ζήτα.

Yeşilbalkan, Ö. U., & Okgün, A. (2010). Patients' self reports and caregivers' perception of symptoms in Turkish cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, *14*, 119–124. doi:10.1016/j.ejon.2009.08.002

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Γ'

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή/ερευνήτρια

i. *Σημειώστε μια κάθετο (/) το σημείο όπου οι συμμετέχοντες σταματούν να αναφέρουν συμπτώματα, πριν την ενθάρρυνση.*
ii. *Συμπληρώστε το «Συνδυασμό» μόνο αν οι συμμετέχοντες αναφέρουν συμπτώματα συνδυαστικά.*

Ι) Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας **«καρκίνος του πνεύμονα»,** υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείται σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;».

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

Συνδυασμός : _____

_____

_____

Ι β) Από πού προέρχονται οι γνώσις σας για τα συμπτώματα αυτού του προβλήματος υγείας ;

Προσωπική εμπειρία [ ] Ασθένεια συγγενούς/ γνωστού [ ] Τύπο/ διαδίκτυο [ ]

Επαγγελματία υγείας [ ] Άλλο (σημειώστε): _____

Ερωτηματολόγιο Δ'

Παρακαλούμε σημειώστε πόσο ισχύει κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις, υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Θα θέλαμε να αναφερθείτε στα ενοχλήματα που είχατε κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παρακαλούμε, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΚΑΤΑ ΤΙΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ:

1. Μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
2. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε επειδή ανησυχούσατε για κάτι.	Όχι. Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3. Νιώθατε ότι παίζατε χρήσιμο ρόλο στα πράγματα γύρω σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
4. Νιώθατε ότι μπορούσατε να πάρετε αποφάσεις για διάφορα πράγματα.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
5. Νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7. Μπορούσατε να ευχαριστηθείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
8. Μπορούσατε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

Ερωτηματολόγιο Ε'

1) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένιωθε κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχε ανεβάσει πυρετό. Παράλληλα, είχε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι εσείς προσωπικά έχετε τα συμπτώματα που περιγράφονται αμέσως παραπάνω. Αν, λοιπόν, είχατε **εσείς** τα συμπτώματα αυτά…

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου Πιθανό			Μέτρια Πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

3. Αν είχατε **εσείς** τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία [ ]
- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

_____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

_____

_____

_____

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

_____

_____

_____

5. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας έτσι: *νιώθατε κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχατε ανεβάσει πυρετό. Παράλληλα, είχατε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα προβαίνατε σε κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

Αν είχατε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θεωρείτε…	**Απίθανο**			**Μέτρια πιθανό**			**Βέβαιο**
1) να μην δώσετε σημασία;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2) να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή σας;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3) να συγκεντρώσετε πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4) να προσπαθήσετε να ξεκουραστείτε ή ηρεμήσετε για να περάσουν;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5) να αφήσετε να περάσουν από μόνα τους;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6) να αφήσετε να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δείτε πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7) να πάρετε κάποιο φάρμακο από αυτά που έχετε ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8) να αναζητήσετε κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένετε μακριά, δεν έχετε χρόνο, έχετε άλλες δυσκολίες);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που, επίσης, αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αδυναμία, είχε πυρετό και πονούσε στο στήθος. Παράλληλα, είχε βήχα που φαινόταν να χειροτερεύει.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι εσείς προσωπικά έχετε τα συμπτώματα που περιγράφονται αμέσως παραπάνω. Αν, λοιπόν, είχατε **εσείς** τα συμπτώματα αυτά…

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου Πιθανό			Μέτρια Πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

3. Αν είχατε **εσείς** τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία [ ]
- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

_____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

_____

_____

_____

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

_____

_____

5. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας έτσι: *νιώθατε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αδυναμία, είχατε πυρετό και πονούσατε στο στήθος. Παράλληλα, είχατε βήχα που φαινόταν να χειροτερεύει*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα προβαίνατε σε κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

Αν είχατε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θεωρείτε…	**Απίθανο**			**Μέτρια πιθανό**			**Βέβαιο**
1) να μην δώσετε σημασία;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2) να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή σας;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3) να συγκεντρώσετε πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4) να προσπαθήσετε να ξεκουραστείτε ή ηρεμήσετε για να περάσουν;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5) να αφήσετε να περάσουν από μόνα τους;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6) να αφήσετε να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δείτε πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7) να πάρετε κάποιο φάρμακο από αυτά που έχετε ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8) να αναζητήσετε κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένετε μακριά, δεν έχετε χρόνο, έχετε άλλες δυσκολίες);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

3) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αδυναμία και ανορεξία. Πονούσε στο στήθος και είχε πυρετό. Παράλληλα, είχε έντονο βήχα που χειροτέρευε, καθώς και δυσκολία στην αναπνοή.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι εσείς προσωπικά έχετε τα συμπτώματα που περιγράφονται αμέσως παραπάνω. Αν, λοιπόν, είχατε **εσείς** τα συμπτώματα αυτά…

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου Πιθανό			Μέτρια Πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

3. Αν είχατε **εσείς** τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου	Μέτρια	Πάρα πολύ

1	2	3	4	5	6	7

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία [ ]
- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

_____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

_____

_____

_____

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

_____

_____

_____

5. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας έτσι: *νιώθατε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αδυναμία και ανορεξία. Πονούσατε στο στήθος και είχατε πυρετό. Παράλληλα, είχατε έντονο βήχα που χειροτέρευε, καθώς και δυσκολία στην αναπνοή*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα προβαίνατε σε κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

Αν είχατε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θεωρείτε…	**Απίθανο**			**Μέτρια πιθανό**			**Βέβαιο**
1) να μην δώσετε σημασία;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2) να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή σας;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3) να συγκεντρώσετε πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4) να προσπαθήσετε να ξεκουραστείτε ή ηρεμήσετε για να περάσουν;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5) να αφήσετε να περάσουν από μόνα τους;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6) να αφήσετε να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δείτε πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7) να πάρετε κάποιο φάρμακο από αυτά που έχετε ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

	Απίθανο			Μέτρια πιθανό			Βέβαιο
8) να αναζητήσετε κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένετε μακριά, δεν έχετε χρόνο, έχετε άλλες δυσκολίες);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

4) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αδυναμία και ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε στο στήθος και είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε έντονο βήχα που χειροτέρευε, δυσκολία στην αναπνοή, ενώ παρατήρησε και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι εσείς προσωπικά έχετε τα συμπτώματα που περιγράφονται αμέσως παραπάνω. Αν, λοιπόν, είχατε **εσείς** τα συμπτώματα αυτά…

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου Πιθανό			Μέτρια Πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

3. Αν είχατε **εσείς** τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία [ ]

- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

_____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

_____

_____

_____

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

_____

_____

_____

5. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας έτσι: *νιώθατε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες αδυναμία και ανορεξία και χάσατε βάρος. Πονούσατε στο στήθος και είχατε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχατε έντονο βήχα που χειροτέρευε, δυσκολία στην αναπνοή, ενώ παρατηρήσατε και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα προβαίνατε σε κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

Αν είχατε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θεωρείτε…	**Απίθανο**			**Μέτρια πιθανό**			**Βέβαιο**
1) να μην δώσετε σημασία;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2) να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή σας;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3) να συγκεντρώσετε πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4) να προσπαθήσετε να ξεκουραστείτε ή ηρεμήσετε για να περάσουν;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5) να αφήσετε να περάσουν από μόνα τους;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6) να αφήσετε να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δείτε πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7) να πάρετε κάποιο φάρμακο από αυτά που έχετε ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8) να αναζητήσετε κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

9) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένετε μακριά, δεν έχετε χρόνο, έχετε άλλες δυσκολίες);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

5) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος και είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε πολύ έντονο βήχα, δυσκολία στην αναπνοή, και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μία ή δύο φορές φάνηκε να χάνει τον ειρμό της σκέψης του.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι εσείς προσωπικά έχετε τα συμπτώματα που περιγράφονται αμέσως παραπάνω. Αν, λοιπόν, είχατε **εσείς** τα συμπτώματα αυτά…

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου πιθανό			Μέτρια Πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

3. Αν είχατε **εσείς** τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία [ ]
- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

_____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

_____

_____

_____

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

_____

_____

_____

5. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας έτσι: *νιώθατε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και χάσατε βάρος. Πονούσατε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος και είχατε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχατε πολύ έντονο βήχα, δυσκολία στην αναπνοή, και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχατε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μία ή δύο φορές φάνηκε να χάνετε τον ειρμό της σκέψης σας*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα προβαίνατε σε κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

Αν είχατε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θεωρείτε…	**Απίθανο**			**Μέτρια πιθανό**			**Βέβαιο**
1) να μην δώσετε σημασία;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2) να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή σας;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3) να συγκεντρώσετε πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4) να προσπαθήσετε να ξεκουραστείτε ή ηρεμήσετε για να περάσουν;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5) να αφήσετε να περάσουν από μόνα τους;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6) να αφήσετε να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δείτε πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7) να πάρετε κάποιο φάρμακο από αυτά που έχετε ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8) να αναζητήσετε κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένετε μακριά, δεν έχετε χρόνο, έχετε άλλες δυσκολίες);	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας □ Γυναίκα □ , 2. Ηλικία: _____ (σε έτη)

3. Πόσο καλή είναι κατά τη γνώμη σας η υγεία σας σήμερα σε μια κλίμακα από το 0 ως το 100. Το «0» είναι η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε και «100» η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε.

Γράψτε το βαθμό που σας εκφράζει δίπλα: _____ (0 – 100).

4. Έχετε τώρα κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ] Αν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε τη:……

5. Έχετε αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ] Αν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε τη:……

6. Αντιμετωπίζει ή αντιμετώπισε στο παρελθόν κάποιος από την στενή οικογένειά σας (γονείς, αδέλφια) κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα ασθένειας (π.χ., καρδιαγγειακή νόσο, άνοια, νεοπλασία);

ΝΑΙ [ ] ΟΧΙ [ ] Αν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε τη:……