



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

ΔΟΞΑΚΗΣ ΑΝΕΣΤΑΚΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2011

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

ΔΟΞΑΚΗΣ ΑΝΕΣΤΑΚΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΛΑΤΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
1 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	12
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	12
1.1 Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας.....	12
1.2 Νεοπλασίες.....	13
1.3 Ο καρκίνος του παχέος εντέρου.....	15
1.4 Ογκογένεση και σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου.....	17
1.5 Θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	18
1.6 Μοντέλα ανάπτυξης ασθένειας.....	18
1.7 Βιοσυμπεριφορικοί παράγοντες και ανάπτυξη νεοπλασιών.....	20
1.8 Η μεταβλητή του άγχους.....	22
1.9 Ογκολογικοί ασθενείς και κατάθλιψη.....	24
2 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	26
ΙΑΤΡΟΙ, ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΑΣΧΗΜΩΝ ΝΕΩΝ.....	26
2.1 Μοντέλα σχέσης Ιατρού – Ασθενή.....	26
2.2 Ανακοίνωση άσχημων νέων.....	30
2.3 Αντιδράσεις του ασθενή μετά την ανακοίνωση άσχημων νέων.....	32
3 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	34
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ...34	
3.1 Ψυχολογικοί - κοινωνικοί παράγοντες.....	34
3.2 Μελέτες ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και καρκινική νόσος.....	35

3.3 Τύποι ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην καρκινική νόσο.....	36
3.4 Παρηγορητική ιατρική και υποστηρικτικές δομές.....	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
4 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	40
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	40
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	40
4.2 Αντικείμενο και πληθυσμός της έρευνας.....	41
4.2.1 Αντικείμενο της έρευνας.....	41
4.2.2 Πληθυσμός της έρευνας.....	41
4.3 Τρόπος διεξαγωγής της έρευνας.....	41
4.3.1 Χρονική διάρκεια.....	41
4.3.2 Τόπος	41
4.3.3 Επιλογή μεθόδου.....	42
4.3.4 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας.....	42
4.4 Ερευνητικά εργαλεία διεξαγωγής της έρευνας.....	43
4.5 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.....	45
5 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	47
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	47
5.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων.....	47
5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της μελέτης.....	47
5.1.1.1 Φύλο του δείγματος της έρευνας.....	47
5.1.1.2 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος της έρευνας.....	48
5.1.1.3 Διαμονή του δείγματος της έρευνας.....	48
5.1.1.4 Επάγγελμα του δείγματος της έρευνας.....	49
5.1.1.5 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος της έρευνας.....	49
5.2 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	49
5.2.1 Κατανομές μεταβλητών.....	49

5.2.2 Γραφήματα κατανομής μεταβλητών.....	51
5.2.3 Στατιστικές διαφοροποιήσεις βάσει ελέγχου Wilcoxon signed rank test...	53
5.2.4 Ανάλυση μεταβλητών STAI State ΠΙΝ * STAI State ΜΕΤΑ.....	54
5.2.5 Ανάλυση μεταβλητών STAI Trait ΠΙΝ * STAI Trait ΜΕΤΑ.....	55
5.2.6 Ανάλυση μεταβλητών BDI ΠΙΝ * BDI ΜΕΤΑ.....	56
5.2.7 Εποπτική παρουσίαση μεταβλητών - θηκογράμματα κατανομών.....	57
5.2.8 Επίδραση δημογραφικών παραγόντων στις βαθμολογίες STAI και BDI...	59
5.3 Περιορισμοί της έρευνας.....	61
6 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	63
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	63
7 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	70
ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	79
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	81
1 ^ο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	82
ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	82
2 ^ο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	97
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ STAI STATE.....	97
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ STAI TRAI.....	98
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ BDI.....	99

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Καθώς αποπερατώθηκε το παρόν ερευνητικό πόνημα θεωρώ καθήκον μου να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη σε όσους συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση της παρούσης διατριβής.

Ευχαριστώ θερμότατα τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Δημήτριο Ζλατάνο για την ανεκτίμητη συνδρομή του καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, ο οποίος με την επιστημονική του καθοδήγηση, την κριτική, τα εποικοδομητικά του σχόλια και την ανεξάντλητη υπομονή του, συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση της διατριβής.

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στη Διευθύντρια του Εργαστηρίου Παθολογικής Ανατομικής κ. Φρειδερίκη Πατακιούτα, της οποίας η συμβολή απέβη σημαντικότερη.

Είναι υποχρέωση μου να εκφράσω τη βαθύτατη ευγνωμοσύνη μου στην Καθηγήτρια Ιατρικής του Α.Π.Θ. κ. Ζαφειρούλα Ιακωβίδου – Κρίση, επιβλέπουσα της διδακτορικής μου διατριβής, για την αμέριστη συμπαράστασή της και για τις τόσο πολύτιμες συμβουλές και επισημάνσεις της.

Ευχαριστώ, επίσης, τον στατιστικολόγο κ. Κωνσταντίνο Τζάνα, για τις παρατηρήσεις και τη βοήθειά του στην στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, το οποίο χορηγώντας την άδεια διενέργειας επέτρεψε τη διεξαγωγή της έρευνας.

Εκφράζω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στους καθηγητές μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, τόσο για το σπουδαίο εκπαιδευτικό τους έργο, όσο και για τις γνώσεις που απεκόμισα από αυτούς.

Όλο αυτό το διάστημα η οικογένειά μου στάθηκε με αμέριστη υπομονή πλάι μου, την ευχαριστώ εκ βάθρων για την έμπρακτη στήριξή της.

Εν τέλει, αποτελεί ιερό μου καθήκον να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους ασθενείς - καρκινοπαθείς του Θεαγενείου Α.Ν.Θ., για την συνεργασία τους, την κατανόησή τους και την πραγματικά πολύτιμη βοήθειά τους. Χωρίς τη συμμετοχή τους, θα ήταν ανέφικτο να εκπονηθεί η παρούσα έρευνα. Ευχαριστώ...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εποχή μας, μία από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Η ιδιομορφία της καρκινικής νόσου και οι δραστικές αλλαγές, που επιφέρει στη ζωή του ασθενούς, διέγειραν ερωτήματα σχετικά με τη σύνδεση των νεοπλασιών με επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και με την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην πορεία της νόσου.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η εμφάνιση αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου, από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης έως και την αποκατάσταση.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν τριάντα ασθενείς του Θεαγένειου Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι κλίμακες μέτρησης άγχους STAI [GR] (State - Trait Anxiety Inventory - STAI) και κατάθλιψης BDI (Beck Depression Inventory - BDI), σταθμισμένες στον ελληνικό πληθυσμό.

Οι κλίμακες χορηγήθηκαν σε δύο χρονικές στιγμές: α) μία εβδομάδα (10 ± 3 ημέρες), μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης καρκίνου παχέος εντέρου, β) μία εβδομάδα (10 ± 3 ημέρες), κατόπιν της χειρουργικής επέμβασης.

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού προγράμματος SPSS ver. 16.

Τα στατιστικά δεδομένα κατέδειξαν ότι στην έρευνα συμμετείχαν 66,7% γυναίκες και 33,3% άντρες.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή ηλικίας εμφάνισης της ασθένειας είναι τα 68,97 έτη· οι ασθενείς μετά τη διάγνωση ανέπτυσαν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία· οι ασθενείς βίωναν περισσότερο άγχος τη στιγμή μετά την αρχική διάγνωση, από ότι μετά τη χειρουργική επέμβαση· οι ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση είχαν γενικά ήπιο άγχος· οι ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση ανέπτυσαν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Συμπερασματικά, εντοπίστηκε διαφοροποίηση κατόπιν της χειρουργικής επέμβασης.

Λέξεις Κλειδιά: καρκίνος παχέος εντέρου, άγχος, κατάθλιψη

ABSTRACT

In our days, one of the most frequent types of cancer is colon cancer. The specificity of cancer disease and the drastic changes that introduces into the life of the patient created questions about the connections among neoplastic diseases and the levels of depression and anxiety, as well as the effect of psychosocial interventions on the development of the disease.

The aim of the present study is to examine the manifestation of depression or/and anxiety symptomatology in patients that suffer from colon cancer, from the initial stage to rehabilitation.

The sample of the research constitutes from thirty patients of Theageneio Anti-cancer Hospital of Thessaloniki who have been diagnosed with colon cancer.

The research tools that have been used are the scale STAI [GR] (State - Trait Anxiety Inventory - STAI) for the measurement of anxiety and BDI (Beck Depression Inventory - BDI) for the measurement of depression levels, adapted and weighted to Greek population.

The scales were given two times, once after a week after the announcement of the colon cancer diagnosis and a second time after the surgical operation.

SPSS ver. 16 was used for the statistical analysis of the data.

Statistical analysis has shown that in the survey took part 66,7% women and 33,3% men.

The results have shown that the average age of the manifestation of the disease is 68, 97years· the patients after the diagnosis have been developing anxious and depressive symptomatology· the patients experienced greater stress the moment after the initial diagnosis than after the surgical operation· the patients after the surgical operation showed generally mild stress and the patients after the surgical operation developed depressive symptomatology.

In conclusion, results show that there has been a differentiation after the surgical operation.

Key words: colon cancer, anxiety, depression

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας ανέκαθεν υπήρξαν ιδιαίτερα σημαντικές. Ο όρος «αρρώστια», ετυμολογικά, αναφέρεται στην έλλειψη της ρώμης και αποτελεί αποκλειστικά ένα βιολογικό φαινόμενο, το οποίο μπορεί να προσδιοριστεί με αντικειμενικά κριτήρια. Κατ' αντιστοιχία διαμορφώνεται και η έννοια της ασθένειας, η οποία ταυτίζεται με τη γενικότερη έλλειψη σθένους - δύναμης, τόσο ψυχικής, όσο και σωματικής (Twaddle, 1981).

Στην σύγχρονη εποχή, ο καρκίνος αποτελεί τη νόσο του μέλλοντος, καθώς ένας στους τρεις ανθρώπους θα αναπτύξει καρκίνο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι μία πολυδιάστατη νόσος, η οποία επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή των ασθενών (Trincheri et al, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί έναν από τους συχνότερα διαγνωσμένους όγκους στις ανεπτυγμένες χώρες (Skrydlewska et al, 2005) και ευθύνεται για περίπου 655.000 θανάτους ανά έτος, παγκοσμίως (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010). Η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι τα 65 έτη και προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα, με ελαφρά υπεροχή των ανδρών για το καρκίνο του ορθού και των γυναικών για τους κεντρικότερους καρκίνους (Hazen et al, 2000).

Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου είναι αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων γενετικών παραγόντων, όπως, η ηλικία και το φύλο, περιβαλλοντικών παραγόντων και καθημερινών συνηθειών ζωής, που σχετίζονται με τη διατροφή, το κάπνισμα και την παχυσαρκία (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010).

Λόγω της ιδιομορφίας της καρκινικής νόσου και των δραστικών αλλαγών, τις οποίες επιφέρει στη ζωή του ασθενούς, ανέκυψαν ερωτήματα σχετικά με τη σύνδεση των νεοπλασιών με επίπεδα κατάθλιψης.

Όπως δείχνουν σχετικές έρευνες, η συσχέτιση του άγχους με την κυτταρική ανοσία συνδέεται με την καταστολή της κυτταρικής ανοσίας και αυτό προκύπτει από την χρόνια διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (Elenkov et al, 2000). Η μελέτη τόσο της κατάθλιψης, όσο και του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, από την ώρα της διάγνωσης, μέχρι και τη φάση της χημειοθεραπείας είναι πάρα πολύ σημαντική, διότι σύμφωνα με την

ψυχονευροανοσολογία ο αρνητικός ψυχισμός καταστέλλει την κυτταρική ανοσία και σχετίζεται με την έναρξη και την εξέλιξη της καρκινογένεσης (Dunn, 1996).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η εμφάνιση αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη στοχεύει να καταδείξει την επίδραση μίας τόσο σοβαρής ασθένειας στον ψυχισμό του ασθενή, σε όλες τις εκφάνσεις της νόσου, από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης έως και την αποκατάσταση.

Πιο αναλυτικά, η παρουσίαση της έρευνας διαχωρίζεται σε δύο ενότητες και επτά υποενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελεί το γενικό μέρος και αναφέρεται, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, σε θέματα και έρευνες σχετιζόμενες με το αντικείμενο της παρούσης μελέτης, περιλαμβάνοντας τρία κεφάλαια.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας. Παρατίθενται επιδημιολογικά στοιχεία για τις νεοπλασίες και τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γίνεται αναφορά στους βιοσυμπεριφορικούς παράγοντες ως προς την ανάπτυξη νεοπλασιών και στην επίδραση της μεταβλητής του άγχους. Στο δεύτερο κεφάλαιο ακολουθεί η περιγραφή της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του ιατρού και του ασθενή και των αντιδράσεων του ασθενή, κατόπιν της ανακοίνωσης των άσχημων νέων. [Με τον όρο «άσχημα νέα» εννοούμε μία πληροφορία, η οποία αλλάζει ριζικά τη ζωή ενός ασθενή (Μπακέ, 2004)]. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η επίδραση και οι τύποι των ψυχολογικών παρεμβάσεων στην πορεία της καρκινικής νόσου και τέλος, γίνεται βραχεία αναφορά στο ρόλο της παρηγορητικής ιατρικής και των υποστηρικτικών δομών.

Έπειτα, ακολουθεί το ειδικό μέρος, στο οποίο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων, περιλαμβάνοντας τα επόμενα τέσσερα κεφάλαια. Έτσι, στο τέταρτο, κατά σειρά, κεφάλαιο περιγράφεται το υλικό και η μεθοδολογία της έρευνας, στο πέμπτο κεφάλαιο η περιγραφική και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και οι περιορισμοί της έρευνας, ενώ στο έκτο και το έβδομο κεφάλαιο παρατίθενται η συζήτηση και τα συμπεράσματα. Εν τέλει, η παρουσίαση της μελέτης ολοκληρώνεται με την καταγραφή της γενικής ξενόγλωσσης και ελληνικής βιβλιογραφίας και του παραρτήματος.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1 Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικές και διαμορφώνονται βάσει των αναπαραστάσεων των ατόμων για τις αντιλήψεις, τις ιδέες και τις γνώσεις τους γύρω από αυτές.

Ο όρος «αρρώστια», ετυμολογικά, αναφέρεται στην έλλειψη της ρώμης και αποτελεί αποκλειστικά ένα βιολογικό φαινόμενο, το οποίο μπορεί να προσδιοριστεί με αντικειμενικά κριτήρια. Κατ' αντιστοιχία διαμορφώνεται και η έννοια της ασθένειας, η οποία ταυτίζεται με τη γενικότερη έλλειψη σθένους - δύναμης, τόσο ψυχικής, όσο και σωματικής. Συχνά, αυτές οι δύο έννοιες αλληλεπικαλύπτονται, σε καμία περίπτωση όμως δεν πρέπει να ταυτίζονται, διότι αρκετές φορές άνθρωποι, οι οποίοι από ιατρικής πλευράς διαγιγνώσκονται ως άρρωστοι, οι ίδιοι δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ασθενείς (Twaddle, 1981).

Ο ορισμός της υγείας βάσει διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων διαχωρίζεται μεταξύ ενός θετικού, ενός αρνητικού, ενός λειτουργικού και ενός βιωματικού ορισμού (Calnan, 1987). Ο λειτουργικός ορισμός εισήχθη από τον Parsons (1979) και ως υγεία ορίζει την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς ρόλους που του αναλογούν. Εκ διαμέτρου αντίθετος είναι ο βιωματικός ορισμός, καθώς αυτός αναφέρεται στις αντιλήψεις του ατόμου για την υγεία, όπως αυτές προκύπτουν από τις προσωπικές του εμπειρίες και τα βιώματά του (Kelman, 1975).

Όσον αφορά τον αρνητικό ορισμό, αντικατοπτρίζει την κρατούσα αντίληψη της ιατρικής κοινότητας, η οποία ορίζει την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων ασθένειας, ενώ μία αντίθετη οπτική υποστηρίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζοντας την υγεία με έναν θετικό ορισμό, δηλαδή ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου (WHO, 2003).

Αναφορικά με την ασθένεια, ο Parsons την ορίζει, όπως ακριβώς και στην περίπτωση της διατύπωσης της υγείας, πάντοτε αναφορικά σε σχέση με το πλαίσιο των κοινωνικών ρόλων του ατόμου και της αδυναμίας του να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στους κοινωνικούς ρόλους που του αναλογούν. Επιπρόσθετα συμπληρώνει, ότι η κοινωνία υποχρεούται να ελέγξει και να καταπολεμήσει την ασθένεια, καθώς το ίδιο το άτομο δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθει κοινωνικά, επιβαρύνοντας με αυτόν τον τρόπο το κοινωνικό σύνολο (Parsons, 1951).

Στο ίδιο πλαίσιο, υπό την οπτική του κοινωνικού πρίσματος, η κοινωνιολόγος Herzlich επισημαίνει ότι οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας επικεντρώνονται, ως επί το πλείστον, στις σχέσεις και στις συναλλαγές του ατόμου με την κοινωνία και δεν αποτελούν μόνο ατομικές εμπειρίες, οι οποίες σχετίζονται αποκλειστικά με την οργανική υγεία του ατόμου (Herzlich, 1973).

1.2 Νεοπλασίες

Στην σύγχρονη εποχή είναι πλέον αδιαμφισβήτητα διαπιστωμένα περισσότερα από 100 είδη νεοπλασιών και αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας. Ο καρκίνος αποτελεί αναμφίβολα τη νόσο του μέλλοντος, καθώς ένας στους τρεις ανθρώπους θα αναπτύξει καρκίνο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι μία πολυδιάστατη νόσος, η οποία επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή των ασθενών (Trincheri et al, 2007).

Απόδειξη ως προς αυτό αποτελεί, μία έρευνα η οποία διενεργήθηκε στις ΗΠΑ και αναφέρει, ότι ο ένας στους δύο άνδρες αναμένεται να αναπτύξει καρκίνο, κάποια στιγμή στη ζωή του, με συνηθέστερους τύπους καρκίνου, τον καρκίνο του προστάτη, του λάρυγγα και του εντέρου (Henderson & Baum, 2002). Αντίστοιχα η ίδια έρευνα, διερευνώντας την παράμετρο του φύλου, υποστηρίζει ότι πιθανότατα μία στις τρεις γυναίκες στην Αμερική, θα εμφανίσει καρκίνο, κάποια στιγμή στη ζωή της, με συχνότερες μορφές, αυτές του καρκίνου του μαστού, του εντέρου και του λάρυγγα. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Ευρώπη καταδεικνύουν, ότι οι κακοήθειες νεοπλασίες ευθύνονται για παραπάνω από το 24% των θανάτων στους άνδρες και περισσότερο από το 20% των θανάτων στις γυναίκες, ενώ οι περισσότεροι από τους θανάτους, που

συμβαίνουν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και σε ηλικιακό εύρος 45 έως 54 ετών, προκαλούνται από τον καρκίνο (WHO, 2003).

Ορισμένες από τις νεοπλασίες χαρακτηρίζονται ως ακίνδυνες, οι επονομαζόμενες καλοήθειες, ενώ οι υπόλοιπες ενδέχεται να καταδειχθούν εξαιρετικά επικίνδυνες καταλήγοντας έως και το θάνατο. Η ογκογένεση επιφέρει βλάβη στους ιστούς, ενώ η μεταστατική εξέλιξη θέτει σε κίνδυνο και άλλα ζωτικά όργανα και ιστούς, με αποτέλεσμα να απειλείται η ζωή των ασθενών στο σύνολό της (Καραδήμας, 2005). Η πρόγνωση κάθε περίπτωσης, ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο και τη σοβαρότητα του τύπου του καρκίνου, ενώ η πλειοψηφία των καρκίνων διακρίνεται σε τέσσερις βασικούς τύπους: τα καρκινώματα (που αφορούν το δέρμα ή κάποια από τα όργανα του ατόμου), τα λεμφώματα (που σχετίζονται με το λεμφικό σύστημα), τα σαρκώματα (που αφορούν το μυϊκό σύστημα, τα οστά ή τους συνδετικούς ιστούς) και τις λευχαιμίες (που αφορούν το αιμοποιητικό σύστημα). Οι πρώιμες ενδείξεις του καρκίνου, συνήθως, δικαιολογούνται με ποικίλους τρόπους και δεν εκλαμβάνονται ως συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας (Petersen & Benishek, 2001). Συμπτώματα όπως, πόνος, υπερβολική κόπωση, οίδημα, αποχρωματισμός, συνήθως, δεν αποδίδονται σε συμπτώματα καρκίνου, με αποτέλεσμα, ενώ είναι εμφανή, να αποκλείεται η έγκαιρη προετοιμασία του ατόμου για πιθανή διάγνωση νεοπλασίας (Petersen & Benishek, 2001). Επιπλέον, αναπόφευκτα, μαζί με όλες τις υπόλοιπες επιδράσεις του καρκίνου στον οργανισμό, επέρχεται και περιορισμός στην ποιότητα ζωής των ασθενών, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι ίδιοι οι ασθενείς, ειδικότερα όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, οπότε, συχνά, είναι έντονο το αίσθημα του πόνου, καθώς το 70%-90% των ασθενών καλούνται να το αντιμετωπίσουν (Καραδήμας, 2005).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι η εμπειρία του καρκίνου αναφέρεται στη φυσική, οργανική αίσθηση, ενώ η αντίληψη του καρκίνου είναι η επονομασία μίας εμπειρίας, της οποίας το νόημα αποδίδεται σε αυτή βάση των κοινωνικών πεποιθήσεων, οι οποίες προϋπάρχουν (Petersen & Benishek, 2001). Ο καρκίνος, στην κοινωνική του διάσταση, ως απόρροια κοινωνικής κατασκευής, αντικατοπτρίζεται ως υπονοούμενη κατάσταση στην καθομιλουμένη γλώσσα, καθώς συχνά αποφεύγεται ακόμη και η αναφορά του ονόματος της ασθένειας, σαν να ξορκίζεται με αυτόν τον τρόπο από την κοινωνική καθημερινότητα. Αρκετά συχνά τα άτομα αποκαλούν τον καρκίνο σαν το

«κακό» ή το «έξω από δω» ή «την κακιά αρρώστια» ή «αυτό», αποφεύγοντας να τον ονομάσουν. Επιπλέον, η απεικόνιση του καρκίνου γίνεται μέσω του αξιοθρήνητου χαρακτήρα των θανάτων, οι οποίοι προκαλούνται από την μη καλή του έκβαση, της ικανότητάς του να «επιτίθεται χωρίς προειδοποίηση» και του απρόβλεπτου χαρακτήρα του, σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας και της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής (Peters - Golden, 1982). Τέλος, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, η διάγνωση του καρκίνου συνοδεύει μεγαλύτερο στίγμα, συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα οι ψυχικές ασθένειες (Patterson, 1987).

Ο ορισμός του στίγματος, στην περίπτωση του καρκίνου, αναφέρεται σε «μία αρνητική εκτίμηση, που συνδέεται με τα χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου, το οποίο (στίγμα) τοποθετεί τον άνθρωπο έξω από κάποια κοινωνικώς αποδεκτά δεδομένα για τις ανθρώπινες ιδιότητες ή απόδοση» (Bloom & Kessler, 1994). Η διάγνωση του καρκίνου ιστορικά ισοδυναμούσε πάντοτε με την απόδοση μίας θανατικής ποινής, καθώς ήταν εμφανείς οι φόβοι μόλυνσης και οι άνθρωποι απέκρυπταν να μιλούν ξεκάθαρα για το θέμα (Apfel et al, 1994, Batt, 1994, Bloom & Kessler, 1994). Μολονότι δεν είναι αναμενόμενο, προκατάληψη παρουσιάζεται ακόμη και στην ιατρική κοινότητα στο σύνολό της, καθώς, όπως αποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, το ιατρικό προσωπικό συνδέει τον καρκίνο με τις πιο αρνητικές εικόνες και εμπειρίες, περισσότερο μάλιστα τους ίδιους τους ασθενείς με καρκίνο (Heuser, 1991).

1.3 Ο καρκίνος του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί έναν από τους συχνότερα διαγνωσμένους όγκους στις ανεπτυγμένες χώρες (Skrydlewska et al, 2005). Είναι μία από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου, συγκεκριμένα η τρίτη πιο συχνή και ευθύνεται για περίπου 655.000 θανάτους ανά έτος, παγκοσμίως (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010). Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βάσει πρόσφατων επιδημιολογικών ερευνών, νοσούν από καρκίνο του παχέος εντέρου περίπου 50.000 άνθρωποι ετησίως (Talieri et al, 2004). Η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι τα 65 έτη και προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα, με ελαφρά υπεροχή των ανδρών για το καρκίνο του ορθού και των γυναικών για τους κεντρικότερους καρκίνους (Hazen et al, 2000). Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου είναι αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων

γενετικών παραγόντων, όπως, η ηλικία και το φύλο, περιβαλλοντικών παραγόντων, και καθημερινών συνηθειών ζωής, που σχετίζονται με τη διατροφή, το κάπνισμα και την παχυσαρκία (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική μείωση στον αριθμό των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου, λόγω της έγκαιρης διάγνωσης, η οποία εφαρμόζεται μέσω ειδικών προγραμμάτων και σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών και εξειδικευμένων εξετάσεων, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες (Τζιλβές, 2007).

Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου, παρατηρείται στην Αμερική, την Αυστραλία και τη Ν. Ζηλανδία, ενώ μέση συχνότητα εμφάνισης παρατηρείται στην Ευρώπη, με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης να διαπιστώνονται στην Ασία, τη Νότια Αμερική και την Αφρική (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα εμφάνισης, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, ενώ κατά τα έτη 1999 και 2000 καταγράφηκαν 13.247 νέες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου, οι οποίες ισοδυναμούν με ένα ποσοστό 8,3% του συνολικού αριθμού των νέων περιπτώσεων καρκίνου (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010).

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η ηλικία, καθώς η πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζουν τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, έχουν ηλικιακό εύρος 60 - 70 ετών (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010). Αναφορικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, έχει αποδειχθεί, ότι η έκθεση σε ακτινοβολία και η έκθεση σε ασβέστιο αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης του συγκεκριμένου τύπου νεοπλασίας (Brotzman & Robertson, 2008). Επιπλέον, σχετική έρευνα τονίζει, ότι οι συνεχείς νυχτερινές βάρδιες που καλούνται μερικοί εργαζόμενοι να διεκπεραιώσουν, συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου (Anestakis et al, 2010).

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μία πολυπαραγοντική και ιδιαίτερα συχνή μορφή νεοπλασίας, τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και μεταξύ των καρκινοπαθών. Ωστόσο, είναι μία μορφή καρκίνου η οποία, τόσο διαμέσου μιας έγκαιρης διάγνωσης, όσο και λόγω αλλαγών στις καθημερινές συνήθειες του ατόμου, μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά και να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης της (Cummins & Bingham, 1998).

1.4 Ογκογένεση και σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου

Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου αναπτύσσεται από ένα προϋπάρχον καλοήθες αδένωμα, στο οποίο σταδιακά αναπτύσσεται δυσπλασία για να εμφανιστούν τελικά εστίες διηθητικού καρκινώματος. Η παραπάνω διαδικασία ορίζεται ως «εξωφυτικό αδένωμα - καρκίνωμα» (Τζιλβές, 2007).

Είναι ιδιαίτερα σπάνιο, οι όγκοι του καρκίνου του παχέος εντέρου να σχηματίζονται σε μη αδενωματώδες επιθήλιο, ενώ τελευταία υποστηρίζεται, ότι η ύπαρξη πρόδρομων εστιακών δυσπλαστικών κρυπτών, προηγείται της εμφάνισης αδενωματώδων στοιχείων και στις δύο οδούς καρκινογένεσης (Itzkovitz & Rochester, 2006).

Επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν, ότι η συχνότητα των αδενωμάτων συνδέεται γεωγραφικά με την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αυτό υποστηρίζεται από έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε μετανάστες και βάσει αυτών των ευρημάτων, διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα των αδενωμάτων παρουσιάζει αύξηση, όταν οι μετανάστες μεταβούν σε περιοχές με υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού του καρκίνου του παχέος εντέρου (Itzkovitz & Rochester, 2006). Ακόμη, τα καλοήθη αδενώματα εμφανίζονται περίπου δέκα με δώδεκα έτη πριν από την εμφάνιση του καρκίνου παχέος εντέρου, αλλά ακόμη και σε περιπτώσεις σποραδικών αδενωμάτων, το διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ του πολύποδα και του καρκίνου, δεν είναι μικρότερο από τα τέσσερα έτη και εξαρτάται και από το βαθμό δυσπλασίας, ο οποίος μπορεί να αυξήσει αυτό το χρονικό διάστημα (Itzkowitz & Kim, 1998).

Όσον αφορά τους γενετικούς και κληρονομικούς παράγοντες καρκινογένεσης, αυτοί είναι ιδιαίτερα σημαντικοί, καθώς οδηγούν σε έκφραση ογκογονιδίων ή σε απρόσφορη έκφραση φυσιολογικών γονιδίων, των οποίων τα παράγωγα περιέχουν τον κακοήθη φαινότυπο (Kountouras et al, 2000, Itzkowitz & Kim, 1998). Ωστόσο, οι μεταλλάξεις των γονιδίων, εκτός από κληρονομικές μπορεί να οφείλονται και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες ή στην αποτυχία των ενδογενών κυτταρικών μηχανισμών του αναδιπλασιασμού και της αναπαραγωγής του γενετικού υλικού (Kountouras et al, 2000, Itzkowitz & Kim, 1998).

Όπως προκύπτει από τις παραπάνω μελέτες, μεσολαβεί ένα σημαντικό χρονικό διάστημα μέχρι να εκδηλωθεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ενώ στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είναι αποτέλεσμα προϋπαρχόντων αδενωμάτων. Τέλος, εμπλέκονται τόσο περιβαλλοντικοί, γεωγραφικοί, όσο και γονιδιακοί-κληρονομικοί παράγοντες στην ογκογένεση και την εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

1.5 Θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η χειρουργική επέμβαση είναι η πιο συχνή θεραπευτική λύση που επιλέγεται. Σαφώς, σε αυτή την επιλογή γίνεται πολύ αυστηρός προεγχειρητικός έλεγχος, ο οποίος διενεργείται με τη διαδικασία της κολonosκόπησης και της αξονικής τομογραφίας και αυτοί οι έλεγχοι επαναλαμβάνονται και μετεγχειρητικά για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν περιπτώσεις υποτροπών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με όγκους του ορθοσιγμοειδούς (Bresalier, 2006).

Εκτός όμως από την επιλογή της χειρουργικής επέμβασης, καθίσταται αναγκαία η εφαρμογή χημειοθεραπείας μετεγχειρητικά και ακτινοθεραπείας, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις έχει ξεκινήσει ακόμη και πριν την εγχείριση. Ωστόσο, η έρευνα για την ανακάλυψη φαρμάκων για την ρύθμιση συγκεκριμένων υποδοχέων και ενδοκυττάρων μηχανισμών είναι ακόμη σε εξέλιξη και αποτελεί στόχο η μελλοντική, πιο εξατομικευμένη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου, βάσει των μοριακών χαρακτηρισμών του όγκου (Dubois et al, 1998).

1.6 Μοντέλα ανάπτυξης ασθένειας

Ιστορικά, και ειδικότερα στη βάση της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης, αναπτύχθηκε ένα σύνολο μοντέλων, τα οποία έχουν διατυπωθεί με στόχο την ερμηνεία και την περιγραφή της ανάπτυξης της ασθένειας. Ως εκ τούτου, δομήθηκε μία εξέλιξη μοντέλων ερμηνείας της ασθένειας, η οποία στοιχειοθετήθηκε από τις πρώτες απόψεις για την ασθένεια, βάσει των οποίων, γενεσιουργή αιτία των ασθενειών αποτελούσε η κατάληψη από κακά πνεύματα, ενώ στην σύγχρονη εποχή η ιατρική κοινότητα προέβη στην αποδοχή εμπειριστατωμένων μοντέλων απόδοσης και

ερμηνείας για την περιγραφή της ασθένειας, μεταξύ των οποίων, το βιοϊατρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, κατέχουν περίοπτη θέση (Καραδήμας, 2005).

Το βιοϊατρικό μοντέλο για πολλές δεκαετίες ήταν το κυρίαρχο μοντέλο, για την ερμηνεία και την περιγραφή της ανάπτυξης της ασθένειας και μολονότι έχει διαπιστωθεί σημαντική εξέλιξη στα ερμηνευτικά μοντέλα της απόδοσης αιτιών της ασθένειας, ακόμη και υπό των συγκεκριμένων συνθηκών, ένα πλήθος λειτουργών της ιατρικής κοινότητας το ενστερνίζεται. Το συγκεκριμένο μοντέλο επηρεάστηκε ιδιαίτερα από τις συνεχείς ιατρικές ανακαλύψεις και την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και οι θιασώτες του υποστηρίζουν την άποψη, ότι οι ασθένειες είναι αποτέλεσμα διαταραχών, αποκλειστικά, των οργανικών διεργασιών. Έτσι, μια πιθανή βιοχημική ανισορροπία, ένας τραυματισμός ή μία ιογενής λοίμωξη αντιμετωπίζονται ως οι πρωταρχικοί παράγοντες αιτιογένειας της εμφάνισης μίας ασθένειας. Παρόλο που την περίοδο, κατά τη διάρκεια της οποίας, μεσουράνησε το βιοϊατρικό μοντέλο, ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην ερμηνεία της ανάπτυξης ασθενειών, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, οι νέες ιατρικές εξελίξεις, η εμφάνιση και ο συχνός επιπολασμός χρόνιων ασθενειών, όπως το AIDS και ο καρκίνος, η παραμέληση του ρόλου των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και τη θεραπεία μιας ασθένειας, χρόνιας ή μη, κατέστησαν αναγκαία τη διατύπωση ενός νέου, πιο ολιστικού μοντέλου (Engel, 1977).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο είναι ολιστικό μοντέλο και υποστηρίζει ότι για να κατανοηθούν καλύτερα οι παράμετροι, οι οποίες συνδέονται με την έναρξη, την εξέλιξη και την τελική έκβαση μίας ασθένειας, πρέπει να ληφθούν υπόψη τρεις διαστάσεις: η βιολογική, η ψυχολογική και η κοινωνική διάσταση. Όσον αφορά τη βιολογική διάσταση, περιλαμβάνει το γενετικό υλικό του ατόμου και τις ενδιάθετες δομές, τις οποίες οργανικά κατέχει, καθώς, και τη λειτουργία του οργανισμού, όπως αυτή διενεργείται από τα κύτταρα, τα όργανα και τα μεγαλύτερα οργανικά συστήματα. Αντίστοιχα η ψυχολογική διάσταση περιλαμβάνει τις σκέψεις και τη συμπεριφορά του ατόμου, καθώς και διαδικασίες, οι οποίες σχετίζονται με τη γνώση, το συναίσθημα και τα κίνητρα, τα οποία κάθε άτομο διαμορφώνει διαμέσου των προσωπικών του εμπειριών και χαρακτηριστικών. Τέλος, η κοινωνική διάσταση, αναφέρεται σε γενικότερες επιδράσεις, τις οποίες δέχεται το άτομο λόγω παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου, όπως είναι η οικογένεια, η κοινότητα και διάφορες άλλες κοινωνικές δομές. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, δεν

μπορεί να ληφθεί μόνο μία και μοναδική διάσταση, ως ο αιτιολογικός παράγοντας ερμηνείας της ανάπτυξης και περιγραφής μίας ασθένειας, καθώς πάντοτε, η ασθένεια προκύπτει ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης όλων των παραπάνω διαστάσεων (Καραδήμας, 2005).

Ωστόσο, σύμφωνα με μία σχετικά πρόσφατη άποψη, η οποία διατυπώθηκε από την πρώην πρόεδρο της American Psychological Association, στις διαστάσεις του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, εισάγει και τη διάσταση του πολιτισμού, τονίζοντας ότι και το πολιτισμικό πλαίσιο διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, στην ανάπτυξη και την ερμηνεία της ασθένειας, μέσω των ποικίλων πολιτισμικών επιδράσεων, τις οποίες βιώνει ο καθένας (Johnson, 2003).

Συμπερασματικά, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αποτελεί ένα πιο ολιστικό και ολοκληρωμένο μοντέλο, το οποίο εξετάζει την ανάπτυξη της ασθένειας, βάσει ενός πολυπαραγοντικού πρίσματος τριών διαστάσεων, χωρίς να μεροληπτεί και να εστιάζει σε κάποια διάσταση περισσότερο εις βάρος κάποιας άλλης. Ωστόσο, παρόλο που το συγκεκριμένο ερμηνευτικό μοντέλο κατέχει εξέχουσα θέση στην επιστήμη της ψυχολογίας και σε κάποιες άλλες επιστήμες υγείας, η πλειοψηφία της ιατρικής κοινότητας, επιμένει να αγνοεί την επίδραση των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων, τονίζοντας αποκλειστικά την επίδραση των βιολογικών παραγόντων και διεργασιών, στο ρόλο που αυτοί διαδραματίζουν στην ανάπτυξη της ασθένειας (Καραδήμας, 2005). Δυστυχώς, ακόμη και σήμερα, οι περισσότερες θεωρίες της ανάπτυξης, της ερμηνείας και της αντιμετώπισης των ασθενειών, βασίζονται σε μία ατομικιστική αντίληψη και προοπτική, παραβλέποντας τη σημασία της επίδρασης ψυχολογικών παραγόντων, κοινωνικών διεργασιών και πλαισίων, όπως αυτά επιδρούν στο άτομο, ως προς τις διαστάσεις της ασθένειας (Marks, 1996).

1.7 Βιοσυμπεριφορικοί παράγοντες και ανάπτυξη νεοπλασιών

Οι προσπάθειες για την εύρεση συσχέτισης των βιοσυμπεριφορικών παραγόντων και της ανάπτυξης των νεοπλασιών, ξεκίνησαν εδώ και πολλές δεκαετίες, χωρίς όμως οι ερευνητές να έχουν καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα. Τούτο συμβαίνει, λόγω του γεγονότος, ότι ο καρκίνος είναι μία ανομοιογενής διαταραχή, καθώς τα διάφορα είδη διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, ενώ η έναρξη, η πορεία και η πρόγνωση της

νόσου, εξαρτώνται από το είδος και την έκταση του όγκου (Καραδήμας, 2005). Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη η επίδραση του φύλου και της ηλικίας, καθώς και η επίδραση άλλων ψυχολογικών παραγόντων, όπως και ο χρόνος της πρώτης εμφάνισης των όγκων, ο οποίος μπορεί να διαφέρει χρονικά από την στιγμή που εκδηλώνονται τα πρώτα συμπτώματα ή να είναι ανιχνεύσιμος με τις σχετικές εξετάσεις (Καραδήμας, 2005).

Οι Henderson και Baum, βάσει μίας μετα-ανάλυσης της σχετικής βιβλιογραφίας, κατέληξαν ότι, προς το παρόν, δεν υπάρχει ασφαλής σύνδεση μεταξύ της προσωπικότητας του ατόμου και της ανάπτυξης καρκίνου ή μεταξύ της σύνδεσης της ύπαρξης κοινωνικής υποστήριξης και της ανάπτυξης της νόσου. Αντίθετα, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οι αγχογόνοι παράγοντες και τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονται σε κάποιο βαθμό με την ανάπτυξη καρκίνου, αλλά και σε αυτή την περίπτωση πρέπει να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες. Ως προς την επίδραση άλλων μεταβλητών, όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η έκθεση στον ήλιο, χωρίς τις απαραίτητες προφυλάξεις, υπάρχουν ασφαλή στοιχεία, τα οποία αποδεικνύουν την σύνδεσή τους με την ανάπτυξη καρκίνου (Henderson & Baum, 2002).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, ότι οι παράγοντες, για τους οποίους έχει αποδειχθεί, ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη των νεοπλασιών, επηρεάζουν σημαντικά και την εξέλιξη και την πρόγνωση της ασθένειας. Αυτή η επίδραση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τους εξής τρόπους: α) άμεσα, μέσω της επίδρασης στο νευρικό, ανοσοποιητικό και ορμονικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, β) έμμεσα, μέσω συγκεκριμένων συμπεριφορών και συνηθειών του ατόμου, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του, όπως είναι το κάπνισμα και γ) μέσω της αντίληψης των συμπτωμάτων και την αντίληψη της ασθένειας, η οποία αντίληψη με τη σειρά της επηρεάζει τον τρόπο, με τον οποίο το άτομο θα επιλέξει να ενεργήσει και να διαχειριστεί την κατάσταση (Καραδήμας, 2005).

Επομένως, καθίσταται σαφές, ότι οι βιοσυμπεριφορικοί παράγοντες, άλλοι σε μικρότερο και άλλοι σε μεγαλύτερο βαθμό, με διαφορετικούς τρόπους επίδρασης, συνδέονται σε αρκετές περιπτώσεις, άμεσα ή έμμεσα με την ανάπτυξη νεοπλασιών. Ωστόσο, η σύνδεση των βιοσυμπεριφορικών παραγόντων με την ανάπτυξη των νεοπλασιών, είναι ένα επιστημονικό πεδίο, το οποίο χρειάζεται περαιτέρω

διερεύνηση, ώστε να είναι δυνατό στο μέλλον, να αποτυπωθούν ασφαλή και αξιόπιστα συμπεράσματα.

1.8 Η μεταβλητή του άγχους

Η συσχέτιση του άγχους με την κυτταρική ανοσία, όπως δείχνουν σχετικές έρευνες, συνδέεται με την καταστολή της κυτταρικής ανοσίας και αυτό προκύπτει από την χρόνια διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (Elenkov et al, 2000). Η μελέτη τόσο της κατάθλιψης, όσο και του άγχους, που βιώνουν οι ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου, από την ώρα της διάγνωσης, μέχρι και τη φάση της χημειοθεραπείας, είναι πάρα πολύ σημαντική, διότι σύμφωνα με την ψυχονευροανοσολογία ο αρνητικός ψυχισμός καταστέλλει την κυτταρική ανοσία και σχετίζεται με την έναρξη και την εξέλιξη της καρκινογένεσης (Dunn, 1996).

Πιο συγκεκριμένα, το χρόνια άγχος συνδέεται θετικά με την εμφάνιση ιογενών και μικροβιακών λοιμώξεων. Έτσι, ιογενείς λοιμώξεις, όπως το απλό κρυολόγημα, μπορεί να έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις, σε άτομα με χρόνια άγχος και αντίστοιχα, το ίδιο υποστηρίζουν και έρευνες, οι οποίες αφορούν μικροβιακές λοιμώξεις, όπως στην περίπτωση της λοίμωξης της φυματίωσης ή το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, σύμφωνα με τις οποίες, προσβάλλουν με περισσότερη συχνότητα άτομα τα οποία υποφέρουν από χρόνια άγχος (Elenkov & Chrousos, 2002, Elenkov et al, 2000, Altare et al, 1998).

Επίσης, σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνια στρες, καταδεικνύεται ότι το στρες θα μπορούσε να θεωρηθεί υπαίτιο, για την πρόιμη επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ατόμου, ακόμη, μάλιστα, και για τα αυξημένα ποσοστά θνητότητας (Cohen et al, 1991).

Πιο συγκεκριμένα, σχετικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι ομάδες ατόμων, τα οποία πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές ή εκτίθενται μακροχρόνια σε στρεσογόνους παράγοντες, εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κορτικοειδών και κατεχολαμινών στο αίμα, μέσα από την τροποποίηση της έκκρισης των κυτταροκινών από τα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος, καταστέλλοντας έτσι, τη δράση της κυτταρικής ανοσίας (Ader et al, 1995, Hass & Schauenstein, 2001, Black, 1994). Παραδείγματα

ευπαθών ομάδων, που εκτίθενται σε χρόνιες καταστάσεις άγχους και εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κορτικοειδών στο αίμα, είναι οι μόνιμοι αξιωματικοί των ειδικών δυνάμεων, διαζευγμένοι σύζυγοι, άτομα τα οποία εργάζονται σε δυσάρεστο και δύσκολο εργασιακό περιβάλλον. Η επίδραση του άγχους στα αυξημένα επίπεδα κορτικοειδών έχει αποδειχθεί πειραματικά, καθώς, παρόλο που έχουν χορηγηθεί κορτικοειδή, δεν ακολουθεί μείωση των σχετικών επιπέδων (Adam & Gunnar, 2001, Baum & Grunberg, 1995, Bourne et al, 1968).

Επιπλέον, ως προς τη σύνδεση των υψηλών επιπέδων κορτικοειδών με την ανάπτυξη των νεοπλασιών, κάποιες έρευνες αποδεικνύουν, ότι τα αυξημένα επίπεδα καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου, καθώς, ουσιαστικά εξασθενούν την αποτελεσματική λειτουργία των λεμφοκυττάρων και μακροφάγων κυττάρων (Munck et al, 1984, Elenkov & Chrousos, 1999, Agarwal & Marshall, 1998).

Επιπρόσθετα, όπως αναφέρθηκε, το άγχος συνδέεται με την εξέλιξη των νεοπλασιών, καθώς έχει αποδειχθεί, ότι το άγχος σχετίζεται με την επιδείνωση της νόσου του καρκίνου και με μικρότερες πιθανότητες επιβίωσης, ωστόσο, ως προς τη συγκεκριμένη διαπίστωση, είναι επιτακτική ανάγκη, να διενεργηθούν περισσότερες, πιο ενδελεχείς και εμπεριστατωμένες έρευνες σε βάθος, καθώς είναι δύσκολο να επιτευχθεί μία ενιαία αξιολόγηση του άγχους, από τους ερευνητές, γεγονός που σε κάποιες περιπτώσεις, οδηγεί σε αντικρουόμενα συμπεράσματα (Vissocki et al, 2004, Kiecolt – Glaser et al, 2002, Holden et al, 1998). Βέβαια, και σε αυτό το σημείο χρειάζεται να τονιστεί, ότι κάθε περίπτωση είναι εξατομικευμένη, εφόσον κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά στο άγχος, ενώ διαχειρίζεται και με διαφορετικό τρόπο τη νόσο του καρκίνου. Ακόμη, η ίδια η επίδραση του άγχους, στην κατάσταση και την εξέλιξη της ασθένειας, κάθε περίπτωσης, δεν είναι η μοναδική, αλλά επιδρά σε σύνδεση με μια σειρά άλλων παραγόντων, όπως, η ηλικία, το στάδιο της νόσου, το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, καθώς επιδρούν και οι βιολογικές παράμετροι, που συνδέονται με τον ιστολογικό τύπο και το οργανικό σύστημα προέλευσης της πρωτοπαθούς εστίας (Vissocki et al, 2004, Kiecolt-Glaser et al, 2002, Holden et al, 1998).

Συμπερασματικά, όπως προκύπτει, το άγχος συνδέεται με την κυτταρική ανοσία και επηρεάζει σημαντικά έναν ασθενή με νεοπλασία. Παρόλο που τα αποτελέσματα της

βιβλιογραφίας είναι αντικρουόμενα, όσον αφορά τη σύνδεση του άγχους με την εμφάνιση του καρκίνου, λόγω των μεθοδολογικών προβλημάτων μέτρησης του άγχους, τα ευρήματα είναι περισσότερο σταθερά με την θετική σύνδεση του άγχους, με την επιδείνωση ή και την υποτροπή της νόσου, αλλά και με την αρνητική συσχέτιση του άγχους με την επιβίωση (Cassileth et al, 1988). Άλλωστε, το ψυχολογικό στρες, προκαλεί τη διέγερση, τόσο του συμπαθητικού συστήματος, όσο και του ανοσιακού συστήματος, στην οξεία φάση, γεγονός που όπως φαίνεται, επιδρά στην ανοσοεπιτήρηση του καρκίνου (Μπαλοσούλης, 2006). Ερευνητικά, έχει αποδειχθεί ότι αυτό δεν συμβαίνει μόνο στην περίπτωση των νεοπλασιών, αλλά και σε περιπτώσεις σοβαρών τραυματισμών ή σε περιπτώσεις υψηλών επιπέδων στρες, τις οποίες το άτομο βιώνει ύστερα από μία επέμβαση.

1.9 Ογκολογικοί ασθενείς και κατάθλιψη

Η ιδιομορφία της καρκινικής νόσου και οι δραστικές αλλαγές, τις οποίες επιφέρει στη ζωή του ασθενούς, διέγειραν ερωτήματα σχετικά με τη σύνδεση των νεοπλασιών με επίπεδα κατάθλιψης.

Σε έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα της Ψυχογκολογίας του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων (Βελίκης και συν., 2008), έλαβαν μέρος 58 ασθενείς, με καρκίνο του παχέος εντέρου, 58 ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από στεφανιαία νόσο και 58 υγιή άτομα. Τα μέλη αυτών των τριών ομάδων δεν διέφεραν ως προς τον τόπο καταγωγής και κατοικίας, την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση, ενώ καλούνταν να συμπληρώσουν την κλίμακα άγχους (STAI), την κλίμακα μέτρησης της αλεξιθυμίας (SSPS-R) και να λάβουν μέρος σε μία ημιδομημένη συνέντευξη, της οποίας κεντρικός άξονας ήταν ερωτήσεις σχετικές με ψυχοπιεστικά γεγονότα, πριν την εκδήλωση της νόσου, καθώς και για την ίδια την εμπειρία της ασθένειάς τους. Επιπλέον, βασικοί στόχοι της έρευνας ήταν να συγκριθούν οι τρεις ομάδες, ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν, όπως και, ως προς τα επίπεδα αλεξιθυμίας, που τους χαρακτηρίζουν (η αλεξιθυμία ορίζεται ως η αδυναμία ορισμένων ανθρώπων να αναγνωρίσουν και να ελέγξουν τα συναισθήματά τους, όταν βρίσκονται σε συναισθηματική φόρτιση, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, δυσκολεύονται ή αρνούνται να τα εκφράσουν σωστά).

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας, οι ογκολογικοί ασθενείς παρουσίασαν σημαντικές στατιστικά διαφορές, εν συγκρίσει με τους καρδιολογικούς ασθενείς, ως προς το συναισθηματικό αντίκτυπο, τον οποίο η ασθένεια επιφέρει σε αυτούς, ενώ οι ογκολογικοί ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και αλεξιθυμίας από τις υπόλοιπες δύο ομάδες (Βελίκης και συν., 2008).

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας βρίσκονται σε συμφωνία με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, βάσει των οποίων έχουν καταγραφεί εκδηλώσεις ήπιας κατάθλιψης σε ασθενείς με νεοπλασίες (Berard et al, 1998). Τα συγκεκριμένα ευρήματα συνδέονται και με μία παλαιότερη υπόθεση, η οποία θεωρούσε, ότι η «καρκινική προσωπικότητα» αποτελείται από τα χαρακτηριστικά: α) της απελπισίας, ως αντίδρασης στην ψυχοκαταπόνηση, συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας και πολλές φορές αποτυχίας αντιμετώπισης της ψυχοπιεστικής κατάστασης αλλά και β) μίας λογικής, μη-συναισθηματικής αντίδρασης απώθησης του αντίκτυπου της συγκεκριμένης κατάστασης, έναντι της βίωσης συναισθημάτων, τα οποία, είναι φυσιολογικό το άτομο να νιώσει ως ογκολογικός ασθενής (Eysenck, 1988, Eysenck et al, 1991). Παρόλο, που τα παραπάνω χαρακτηριστικά δεν περιλαμβάνονται στις κλίμακες μέτρησης της έρευνας, η οποία αναλύθηκε παραπάνω, αποτελούν χαρακτηριστικά της κατάθλιψης αλλά και της αλεξιθυμίας.

Βάσει λοιπόν όλων των παραπάνω, τα άτομα με νεοπλασίες, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως άτομα που εκφράζουν μια αρχική αντίδραση, μέσα από τη βίωση καταθλιπτικών συναισθημάτων, ενώ η αδυναμία τους να εκφράσουν ικανοποιητικά τη συναισθηματική τους φόρτιση, τους οδηγεί σε μία προσπάθεια ελέγχου των αρνητικών τους συναισθημάτων, μέσω της συναισθηματικής απώθησης (Βελίκης και συν., 2008).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΙΑΤΡΟΙ, ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΑΣΧΗΜΩΝ ΝΕΩΝ

2.1 Μοντέλα σχέσης Ιατρού – Ασθενή

Όπως αναφέρθηκε και πρωτότερα, η διάγνωση του καρκίνου επιφέρει έντονη συναισθηματική φόρτιση στον ασθενή, την οποία καλείται να διαχειριστεί (Βελίκης και συν., 2008). Ο ασθενής όμως δεν είναι μόνος του, αλλά σε όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου αλληλεπιδρά σε μία απόλυτα σημαντική σχέση ζωής – ίασης με τον θεράποντα ιατρό. Λόγω της αξίας, της σημαντικότητας και της επίδρασης στην πορεία της νόσου της συγκεκριμένης σχέσης, αναπτύχθηκαν ανέκαθεν, μοντέλα ερμηνείας και περιγραφής της αλληλεπίδρασης των εμπλεκόμενων προσώπων, του ιατρού και του ασθενή.

Έτσι, από κοινωνιολογικής πλευράς, η σχέση ιατρού – ασθενή περιγράφεται, συνήθως, ως άνιση. Από τη μία ο «αδύναμος» ασθενής και από την άλλη ο «ισχυρός» ιατρός, ο οποίος, με τις γνώσεις και την εμπειρία του, επηρεάζει την πορεία της νόσου και την εξέλιξη της υγείας του ασθενή (Μουλόπουλος, 2001).

Αντίστοιχα, ο Talcot Parsons στο έργο του «Κοινωνικό σύστημα» διατυπώνει το πρώτο θεωρητικό μοντέλο για τις σχέσεις ιατρών – ασθενών. Ορίζει τη σχέση ιατρού – ασθενή ως σχέση «κοινής συναίνεσης», η οποία χαρακτηρίζεται από αρμονία, μολονότι ουσιαστικά είναι άνιση (Parsons, 1951). Έτσι, ενώ ο ιατρός βρίσκεται σε θέση υπεροχής και εξουσίας, ταυτόχρονα, η ικανοποίηση των αιτημάτων των ασθενών, οι οποίοι αναγνωρίζουν αυτήν την υπεροχή, λαμβάνεται σοβαρά υπόψη (Μάντη και Τσελέπη, 2000). Πρόκειται, επομένως, για ένα λειτουργικό μοντέλο, το οποίο αναγνωρίζει τους δύο ρόλους ως συμπληρωματικούς, χωρίς να εστιάζει στην ασυμμετρία τους.

Στην αντίπερα όχθη, μεταγενέστερες προσεγγίσεις επικεντρώνονται στις συγκρουσιακές διαστάσεις της σχέσης ιατρού – ασθενή και θέτουν υπό αμφισβήτηση την αλληλοσυμπλήρωση των δύο ρόλων (Freidson, 1970, Waitzkin & Stoeckle, 1976). Έχοντας επηρεαστεί βαθιά από τη θεωρία της «ετικετοποίησης», πρεσβεύουν, ότι η επαγγελματική ισχύς των ιατρών δομείται κυρίως βάσει των ατομικών τους ενδιαφερόντων και δεν είναι «συλλογικά προσανατολισμένη». Έτσι, οι ιατροί,

σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, στοχεύοντας στη διατήρηση της εξαρτητικής σχέσης του ασθενή, προβαίνουν ακόμη και σε ανεπαρκή πληροφόρηση (Freidson, 1970).

Σε άλλες κοινωνιολογικές μελέτες, η σχέση ιατρού – ασθενή προσδιορίζεται ως «σχέση διαπραγμάτευσης». Συγκεκριμένα, εστιάζουν κυρίως στη δυναμική και στα γνωρίσματα της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ των εμπλεκόμενων πλευρών και, μολονότι, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης, ο ιατρός έχει μεγαλύτερη εξουσία και εφαρμόζει συγκεκριμένους τρόπους να την οριοθετήσει (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

Αντίστοιχα, μια άλλη οπτική, προσφέρουν οι Thomas Szasz και Hollender, οι οποίοι διέκριναν τα εξής μοντέλα αλληλεπίδρασης ιατρού – ασθενή ανάλογα με τη νόσο και τις εκδηλώσεις της: α) «ενεργητικότητα – παθητικότητα», σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής είναι παθητικός και παραδομένος εξολοκλήρου στην καθοδήγηση του ιατρού, β) «καθοδήγησης –συνεργασίας», βάσει του οποίου ο ασθενής είναι λιγότερο παθητικός, συγκριτικά με το προηγούμενο μοντέλο, ταυτόχρονα, όμως, υπακούει στις ιατρικές οδηγίες, και γ) το μοντέλο της «ώριμης – αμοιβαίας συμμετοχής», το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλή συμμετοχή του ασθενή στη διαχείριση της ασθένειάς του, κατόπιν βεβαίως, της εκπαίδευσής του από τον ιατρό (Szasz & Hollender, 1956).

Αυτή την προσέγγιση – ερμηνεία ενισχύει και η έρευνα των Savage και Armstrong, η οποία διεξήχθη σε γενικά ιατρικά τμήματα του Λονδίνου, σε 359 ασθενείς και 200 ιατρούς, βάσει της οποίας διαπιστώθηκε, ότι η κατευθυντική προσέγγιση ικανοποιεί όσους πάσχουν από κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας, διότι η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης κρίνεται από τη ταχύτητα της θεραπείας (Savage & Armstrong, 1990).

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι στις παραπάνω ερμηνευτικές προτάσεις κατηγοριοποίησης της σχέσεως ιατρού – ασθενή, ο Friedson άσκησε κριτική, προτείνοντας ένα άλλο μοντέλο, με τους εξής δύο διαφορετικούς τύπους κατηγοριοποίησης της σχέσεως: α) ο ασθενής να καθοδηγεί και ο ιατρός να συνεργάζεται και β) ο ασθενής να είναι ενεργητικός και ο ιατρός παθητικός. Βέβαια, ο Friedson υποστηρίζει, ότι το παρόν μοντέλο συναντάται κυρίως σε συνθήκες ελεύθερης παροχής ιατρικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα, σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα διάγνωσης και περίθαλψης, στα οποία τηρείται πελατειακή σχέση στην παροχή υπηρεσιών στον ασθενή (Friedson, 1970).

Χρειάζεται επίσης να επισημανθεί, ότι οι προτιμήσεις των ασθενών για το είδος της σχέσης με τους θεράποντες ιατρούς διαφοροποιούνται στη διάρκεια της πορείας της νόσου, εφόσον βέβαια, πρόκειται για χρόνια νόσο. Πιο αποδοτική και αποτελεσματική, από όλων των ειδών τις σχέσεις, θεωρείται η συνεργατικού τύπου σχέση, με τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, λόγω του γεγονότος, ότι οι ιατροί κατανοούν καλύτερα τα προβλήματα των ασθενών και οι ασθενείς με τη σειρά τους, επειδή αισθάνονται ικανοποιημένοι από τους ιατρούς, προβαίνουν στην καλύτερη τήρηση των οδηγιών (Tuckett et al, 1985).

Προς την ίδια κατεύθυνση, ο Prat τονίζει, ότι οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες των εμπλεκόμενων μερών είναι αντικείμενο διαρκούς διαπραγμάτευσης μεταξύ ιατρών και ασθενών, έχοντας ως βάση τη λογική της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, από τη μια, η σχέση επαγγελματιών – ασθενών στηρίζεται σε ένα οργανωμένο σύστημα κοινωνικής συμπεριφοράς, για το οποίο οι καταναλωτές, χρειάζεται να είναι ενημερωμένοι, ώστε να επιδιώξουν και να διαπραγματευτούν τις υπηρεσίες, τις οποίες χρειάζονται και από την άλλη, οι καταναλωτές χρειάζεται να προσεγγίσουν τη φροντίδα της υγείας τους, ως μία διαδικασία «επίλυσης προβλημάτων», η οποία απαιτεί ενεργητική στάση και επεξεργασία (Pratt, 1976).

Επιπρόσθετα, στα παραπάνω μοντέλα προτείνεται ακόμη ένα, ορίζοντας τα επικρατέστερα πρότυπα της σχέσης ιατρού – ασθενή ως εξής: α) «πατερναλιστικό», στο οποίο ο ιατρός λειτουργεί ως κηδεμόνας, με βασική αρχή και γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, β) «πληροφορικό», σύμφωνα με το οποίο ο ιατρός είναι τεχνοκράτης και παρέχει τις πιο αξιόπιστες πληροφορίες στον ασθενή, γ) «διερμηνευτικό», στο οποίο ο ιατρός παρέχει μεν πληροφορίες, αλλά εμπλέκει πάντοτε τον ασθενή σε μία αμφίδρομη διαδικασία αμοιβαίας κατανόησης, και δ) «διασκεπτικό», στο οποίο ο ιατρός, σαν δάσκαλος, δεν ασκεί καμία πίεση στον ασθενή να συμφωνήσει με τη γνώμη του και σέβεται τις αξίες του ασθενή (Emanuel & Emanuel, 1992).

Εκτός από τα προαναφερθέντα μοντέλα, έχουν προταθεί και τα ακόλουθα, τα οποία στηρίζονται κατεξοχήν στη σχέση, η οποία αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενή: α) το «πατερναλιστικό» μοντέλο, με τον ιατρό ως καθοδηγητή, β) το «καταναλωτικό», στο οποίο ο πελάτης – καταναλωτής «καταναλώνει» ιατρικές υπηρεσίες, αμείβοντας τον ιατρό, ενώ ο ιατρός από τη μεριά του συναινεί, γ) το

μοντέλο «περιορισμένης σχέσης», κατά το οποίο η σχέση προσδιορίζεται από την παροχή πληροφοριών και την περιορισμένη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων και δ) το «αμοιβαίο» μοντέλο, στο οποίο επικρατεί η συνομιλία, θεμελιώδες στοιχείο κατά το μοντέλο αυτό, στη διαδικασία της ιατρικής φροντίδας και το σημαντικότερο μέσο επίτευξης των θεραπευτικών στόχων, μέσω της αλληλεπίδρασης, της συνεργασίας και της αμοιβαίας συμμετοχής (Roter & Hall, 1992).

Το «πατερναλιστικό» πρότυπο, στην άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος περιγράφεται και από τους Goldman et al, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο ιατρός αποφασίζει για λογαριασμό του ασθενή, ασκώντας με αυτόν τον τρόπο μία μορφή εξουσίας, η οποία απορρέει αυθαίρετα από την αυθεντία (Goldman et al, 1990).

Εκτός από τα προγενέστερα μοντέλα, διατυπώθηκε και το «συνεταιρικό» μοντέλο ή αλλιώς, όπως λέγεται, το «πρότυπο της μοιρασιάς». Σύμφωνα με το παρόν μοντέλο, ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή αναπτύσσεται μία σχέση συνεργασίας, η οποία βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό, στην αναγνώριση των ρόλων, στην διαμοιραζόμενη πληροφόρηση, στην ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη λήψη των αποφάσεων, ταυτόχρονα όμως και στις συνέπειες των επιλογών αυτών (Coulter, 1999). Επιπλέον, ο Lupton πρότεινε την άποψη, ότι τα άτομα ενδέχεται να μην υιοθετούν ένα συγκεκριμένο πρότυπο σχέσης, αλλά να συμπεριφέρονται, συνήθως, ποικιλοτρόπως, ανάλογα με τις διάφορες όψεις της κατάστασης της ιατρικής τους φροντίδας (Lupton, 1997).

Οι Byrne και Long, σε μία από τις πιο γνωστές βιβλιογραφικές τους ανασκοπήσεις, τονίζουν ότι υπάρχουν δύο κυρίαρχοι τύποι επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών. Ο πρώτος τρόπος επικοινωνίας βασίζεται στο «ασθενοκεντρικό» μοντέλο, το οποίο, ως επί το πλείστον, υπολογίζει τα βιώματα του ασθενή και προβαίνει στην προσεκτική ακρόασή τους, συμπεριλαμβάνοντας τεχνικές, οι οποίες εστιάζουν στην καλύτερη έκφραση των συναισθημάτων και στην ενθάρρυνση. Ενώ, από την άλλη μεριά, συναντάται το «ιατροκεντρικό» μοντέλο, το οποίο θεμελιώνεται αποκλειστικά στις γνώσεις και τις δεξιότητες του ιατρού. Όπως προκύπτει, ένα μοντέλο επικοινωνίας, το οποίο παραγκωνίζει τον ασθενή, δεν είναι αποτελεσματικό, ούτε επιδρά θετικά στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών και της φαρμακευτικής αγωγής και ως εκ τούτου, η αυστηρή τήρηση ενός ιατροκεντρικού μοντέλου μετατρέπει τη

θεραπευτική σχέση, σε μία ψυχρή, τυπική διαδικασία, μειώνοντας αισθητά τις δυνατότητες αμιγούς συνεργασίας και αρμονικής αλληλεπίδρασης (Byrne & Long, 1976).

Επομένως, διαπιστώνεται, ότι έχει διαμορφωθεί ένα ευρύ πεδίο ερμηνείας της σχέσεως ιατρού – ασθενή. Ο λόγος, όμως, για τον οποίο έχει διεξαχθεί τόσο εμπειριστατωμένη έρευνα και έχουν διατυπωθεί πληθώρα ερμηνευτικών μοντέλων για τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή, είναι διότι από την πρώτη στιγμή, κατά την οποία γίνεται η ανακοίνωση των νέων της ασθένειας και ειδικότερα νέων για οποιουδήποτε τύπου νεοπλασία, ξεκινά μία στενή σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή, η οποία επιδρά, όπως παρουσιάζεται στην επόμενη ενότητα, στην πορεία και την εξέλιξη της νόσου. Έτσι, η εγκατάσταση μίας στερεής και αυθεντικής συναισθηματικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή, θα διακινήσει στον ασθενή ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς αποκατάστασης και επιθυμία ίασης, από τους οποίους, πολύ συχνά, εξαρτάται η έκβαση της νόσου (Σακελλαρόπουλος, 1999).

2.2 Ανακοίνωση άσχημων νέων

Η σχέση, η οποία αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενή, ξεκινά από την πρώτη στιγμή της ανακοίνωσης της νεοπλασματικής ασθένειας στον ασθενή από τον ιατρό. Τότε και οι δύο καλούνται να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα των ονομαζόμενων, τόσο στην καθομιλουμένη, όσο και βιβλιογραφικά, «άσχημων νέων». Με τον όρο «άσχημα νέα» εννοούμε μία πληροφορία, η οποία αλλάζει ριζικά τη ζωή ενός ασθενή (Μπακέ, 2004).

Επίσης, χρειάζεται να αναφερθεί, ότι κάθε πληροφορία, η οποία επιδρά αρνητικά στις προσδοκίες ενός ατόμου, σχετικά με το παρόν ή το μέλλον του, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «άσχημο νέο» (Fallowfield, 2004). Επιπρόσθετα, οι Ptacek και Eberhardt, προτείνουν να ορίζονται ως άσχημα νέα οι πληροφορίες, οι οποίες επιδρούν αρνητικά σε γνωστικό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο για τον αποδέκτη των πληροφοριών (Ptacek & Eberhardt, 1996).

Η προσωπικότητα και οι επακόλουθες προσωπικές εμπειρίες του κάθε ατόμου, τα θρησκευτικά πιστεύω, η συναισθηματική κατάσταση και το κοινωνικό του υπόβαθρο,

θέτουν το πλαίσιο, ώστε να επέρχεται μία υποκειμενική διαβάθμιση των άσχημων νέων. Έτσι, τα άσχημα νέα συνήθως διακρίνονται σε εκείνα, τα οποία επιφέρουν παροδικές αλλαγές στη ζωή ενός ατόμου και την επηρεάζουν προσωρινά, όπως για παράδειγμα συμβαίνει, εάν χρειαστεί κάποιος να υποβληθεί σε επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου και σε αυτά, τα οποία σχετίζονται με καταστάσεις που επηρεάζουν άμεσα ή και απειλούν ακόμη τη συνέχιση της ύπαρξης ενός ατόμου, όπως συμβαίνει με τη διάγνωση μιας νεοπλασματικής ασθένειας (Ασλάνογλου, 2007).

Σε αυτό το σημείο τίθεται ένα σοβαρό ερώτημα, το οποίο ταλανίζει την ιατρική κοινότητα: άραγε, επιθυμούν τα άτομα, τα οποία πάσχουν από ασθένειες απειλητικές για τη ζωή τους, να ενημερώνονται για την κατάστασή τους; Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του Wilson (1989) προκύπτει, ότι επικρατεί η γενική τάση, οι άνθρωποι να επιθυμούν να ενημερώνονται για την αρνητική έκβαση της υγείας τους, ακόμη και για ενδεχόμενη κατάληξη της ζωής τους, ειδικότερα όσοι πάσχουν από ανίατες ασθένειες. Κατά την ίδια ανασκόπηση, επίσης, προκύπτει ότι, μολονότι οι ασθενείς επιθυμούν να ενημερώνονται, οι ιατροί είναι απρόθυμοι ως προς αυτό (Σηφακάκη,1995).

Ως προς το χώρο της ογκολογίας, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκαν αξιόλογες αλλαγές στις αντιλήψεις των ιατρών, σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών με νεοπλασματικές ασθένειες. Η συγκεκριμένη αλλαγή γίνεται εμφανής βάσει δύο ερευνών, οι οποίες διεξήχθησαν στη Βόρεια Αμερική. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1961 με δείγμα 216 ιατρών και τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 90% των ιατρών δεν θα ανακοίνωνε τη διάγνωση νεοπλασίας στους ασθενείς. Αντίστοιχα, σε άλλη έρευνα, η οποία διεξήχθη το 1979 σε 264 ιατρούς με το ίδιο ερωτηματολόγιο, διαπιστώθηκε ότι 97% των ιατρών θα ενημέρωνε τους ασθενείς σχετικά με διάγνωση νεοπλασίας. Ανάλογες αλλαγές παρατηρούνται και σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης, καθώς και σε αγγλοσαξονικές χώρες, όπου οι περισσότεροι ιατροί πιστεύουν, ότι οι ασθενείς με νεοπλασίες, πρέπει να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους (Ασλάνογλου, 2007).

Η ενημέρωση όμως επιφέρει συσκότιση του μέλλοντος του ατόμου, καθώς και

αναθεώρηση της πεποίθησης, ότι είναι άτρωτο. Έτσι, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση μίας απώλειας, ο ασθενής αρχικά αρνείται να πιστέψει αυτή την εξέλιξη στη ζωή του, στη συνέχεια αμφισβητεί την αξιοπιστία του ιατρού και σταδιακά μπορεί να οδηγηθεί σε κατάθλιψη, ενώ η αποδοχή επέρχεται, όταν έχουν εξαντληθεί πλέον όλα τα μέσα ανατροπής της κατάστασης. Σε όλη αυτή την κατάσταση η συνεργασία και η επικοινωνία ιατρού και ασθενή είναι απαραίτητη (Μπακέ, 2004).

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά και ο Thustan Brewin, η πιο ενδεδειγμένη συμπεριφορά, η οποία στηρίζεται στη διαπροσωπική σχέση ιατρού - ασθενή, είναι η θετική συμπεριφορά, της οποίας κύρια χαρακτηριστικά είναι η ευελιξία, η θετική σκέψη, η συμπαράσταση και ο προγραμματισμός του άμεσου μέλλοντος. Μάλιστα, όλη αυτή η εξέλιξη είναι απαραίτητο να συμβαδίζει με τα άσχημα νέα και να μην μετατίθεται για αργότερα (Brewin, 1991).

2.3 Αντιδράσεις του ασθενή μετά την ανακοίνωση άσχημων νέων

Έπειτα από την ανακοίνωση των άσχημων νέων, σταδιακά ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει αλλαγές στη ζωή και τη λειτουργικότητά του. Έτσι, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ένα οξύ ναρκισσιστικό πλήγμα, μια και ο καρκίνος είναι μία νόσος, η οποία επιφέρει βαθιά ναρκισσιστικά τραύματα (Σταθόπουλος, 2006).

Σύμφωνα με την Parry η αίσθηση ότι ο οργανισμός του ασθενή, λόγω της ασθένειας, «προδίδει» τον ασθενή, αποτελεί βασική αιτία πρόκλησης ψυχολογικής κρίσης. Ταυτόχρονα, αμφισβητείται η πεποίθηση του ασθενούς, ότι το σώμα του είναι υγιές, ελκυστικό και με απεριόριστο μέλλον (Parry, 1993). Επιπλέον, οι επίπονες επεμβάσεις και οι εξαντλητικές για τον οργανισμό θεραπείες, επηρεάζουν την αυτοεικόνα του ασθενή και ως εκ τούτου η αντίληψη του «άτρωτου σώματος» και της «παντοδυναμίας» κλονίζεται (Σταθόπουλος, 2006). Σε αυτό το σημείο, ο ογκολογικός ασθενής καλείται να κατανοήσει τη σχέση που έχει με το σώμα και τη νόσο του, να εκτιμήσει τις δυνατότητές του σε συνάρτηση με την ηλικία του, να αξιολογήσει τη σχέση και το βαθμό ψυχικής εγγύτητας με τους ανθρώπους που πλαισιώνουν τη ζωή του, να εντοπίσει τις ενοχές του και εν τέλει να προσδιορίσει πόσο δεμένος αισθάνεται με τη ζωή (Σακελλαρόπουλος, 1999).

Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα ενισχύουν τις συγκεκριμένες διαπιστώσεις. Βάσει αυτών, τα ποσοστά κατάθλιψης, μετά τη διάγνωση καρκίνου, αγγίζουν το 15% έως

20% (Massie & Holland, 1990). Επίσης, αποδείχτηκε ερευνητικά, ότι στους ασθενείς, μετά τη διάγνωση καρκίνου, εμφανίζονται συμπτώματα οξέος μετατραυματικού στρες και αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής σε ποσοστό περίπου 5% έως 30% (Kangas et al, 2002). Εν κατακλείδι, σε ανασκόπηση των Carlson & Bultz, διαπιστώνεται ότι, μετά από θετική διάγνωση καρκίνου, το 40% έως 45% των ασθενών αναφέρουν σημαντική δυσφορία, ενώ το 20% έως 25% εμφανίζουν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης (Carlson & Bultz, 2003).

Μολονότι όμως, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με μία τόσο δύσκολη και απειλητική για τη ζωή πραγματικότητα, επιτυγχάνουν στην πορεία να τη διαχειριστούν και να προσαρμοστούν ικανοποιητικά. Έτσι, καθώς με το καιρό εφαρμόζονται οι θεραπείες και επέρχεται ύφεση ή αποκατάσταση της υγείας, οι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση και προσαρμογή στις νέες συνθήκες, ενώ ταυτόχρονα εξασθενούν, έως και υποχωρούν, τα ψυχολογικά συμπτώματα (Glanz & Lerman, 1992).

Από τις συγκεκριμένες διαπιστώσεις καθίσταται σαφές, ότι κρίνονται απαραίτητες οι ψυχολογικές παρεμβάσεις και οι στρατηγικές διαχείρισης των ψυχολογικών επιπτώσεων της ασθένειας. Ως εκ τούτου, η συμμετοχή του ασθενή σε προγράμματα παρέμβασης αποβαίνει ωφέλιμη (Helgeson & Cohen, 1996).

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

3.1 Ψυχολογικοί - κοινωνικοί παράγοντες

Κατόπιν της διάγνωσης, η εξέλιξη της νόσου του καρκίνου, σε συνδυασμό με τις εργώδεις θεραπείες, τις οποίες υφίσταται ο ασθενής, αποβαίνει εξαιρετικά πιεστική κατάσταση για τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του. Αυτό γίνεται ακόμη καλύτερα αντιληπτό, από το γεγονός, ότι η ψυχιατρική συμπτωματολογία συναντάται δύο έως τρεις φορές συχνότερα σε ασθενείς, οι οποίοι διαγνώστηκαν με νεοπλασματική ασθένεια, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Dean, 1987, Hughson et al, 1988, Kissane et al, 1998).

Σύμφωνα με τον Wellisch η πορεία της καρκινικής νόσου προκαλεί έντονη συναισθηματική κρίση, τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και στην οικογένειά του. Οι αλλαγές στη λειτουργικότητα του ατόμου, στην εικόνα του σώματός του, στην εργασία του, στην σεξουαλική του λειτουργία και στον οικογενειακό και κοινωνικό του ρόλο επιδρούν άμεσα στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του (Wellisch, 1998).

Σε αυτήν την πορεία, οι ψυχολογικοί παράγοντες διαφαίνεται να διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην εξέλιξη της νόσου. Μελέτες έχουν δείξει ότι, καρκινοπαθείς με μαχητικό πνεύμα επιβίωσαν περισσότερο, συγκριτικά με όσους κατακλύζονταν από αισθήματα ανημποριάς και απελπισίας (Green & Morris, 1975). Εν αντιθέσει, υπάρχουν μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αρνητικών συναισθημάτων του ασθενή και της πορείας της νόσου (Petticrew et al, 2002). Ενώ, άλλες μελέτες καταδεικνύουν, ότι η εξωστρέφεια και η κοινωνική δραστηριότητα συνδυάζονται με μεγαλύτερη επιβίωση (Hislop et al, 1987).

Παράλληλα με τους ψυχολογικούς παράγοντες και οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν εξίσου σημαντική επίδραση στην πορεία της εξέλιξης της καρκινικής νόσου. Διαπιστώθηκε από μελέτες ότι, έγγαμοι καρκινοπαθείς επιβιώνουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συγκριτικά με αντίστοιχους άγαμους, οι οποίοι ζουν μόνοι τους. Η συγκεκριμένη διαπίστωση, ως προς τον παράγοντα φύλο, σχετίζεται περισσότερο με

τους άνδρες, οι οποίοι καταδεικνύεται ότι ωφελούνται από το γάμο, ενώ αντίστοιχα οι γυναίκες, ωφελούνται περισσότερο από την σύναψη φιλικών σχέσεων με άλλες γυναίκες (Goodwin et al, 1987). Επιπρόσθετα, το κοινωνικό δίκτυο συσχετίζεται θετικά με την επιβίωση του ασθενή, επενεργώντας θετικά στη δράση των κυττάρων φονέων, τα οποία αποτελούν βασικά αμυντικά στελέχη του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού (Levy et al, 1990). Επομένως, διαπιστώνεται ότι η κοινωνική υποστήριξη και η βελτίωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, καθιστούν το άτομο ικανότερο, πιο δραστήριο και συνεργάσιμο, ώστε να ακολουθήσει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και επίσης, μέσω της επίδρασης στους ψυχονευροανοσοβιολογικούς μηχανισμούς, βελτιώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί του ανοσοποιητικού συστήματος (Καλλέργης και Μαδιάνος, 2009).

3.2 Μελέτες ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και καρκινική νόσος

Όπως διαπιστώθηκε, οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συσχετίζονται με την καρκινική νόσο και επιδρούν στους ψυχονευροανοσοβιολογικούς μηχανισμούς. Κατόπιν αυτής της διαπίστωσης, εκπονήθηκε πλήθος ερευνών, με σκοπό να προσδιορίσει το βαθμό επίδρασης των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στους ανοσοβιολογικούς δείκτες. Βάσει αυτών των μελετών, απεδείχθη ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βελτιώνουν τους ανοσοβιολογικούς δείκτες, επιδρούν σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης και συνδράμουν ουσιαστικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Καλλέργης και Μαδιάνος, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα των Spiegel et al, η οποία διεξήχθη με δείγμα 86 γυναικών, οι οποίες έπασχαν από καρκίνο του μαστού σε μεταστατικό στάδιο, αποδείχθηκε ότι, όσες ελάμβαναν ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις συμμετέχοντας σε εβδομαδιαία ψυχοθεραπευτική ομάδα, είχαν μέσο όρο επιβίωσης (36,6 μήνες) υψηλότερο από τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου (18,9 μήνες), οι οποίες δεν συμμετείχαν σε ψυχοθεραπευτικά προγράμματα (Spiegel et al, 1981). Αντίστοιχα, σε μελέτη των Richardson et al, με δείγμα 94 ασθενών με αιματολογικό καρκίνο, οι οποίοι υποβάλλονταν σε ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, αποδείχθηκε ότι υπήρξε θετική συσχέτιση ως προς την επιβίωση τους (Richardson et al, 1981). Επίσης, σε

ανασκόπηση οκτώ μεθοδολογικών ερευνών των Edelman et al, διαπιστώθηκε ότι στις τρεις από τις οχτώ μελέτες υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής παρέμβασης και της επιβίωσης των ασθενών (Καραδήμας, 2005). Επιπλέον, σε μελέτη των Fanzly et al, στην οποία συμμετείχαν 68 ασθενείς, πάσχοντες από μελάνωμα, αποδείχτηκε ότι η ομάδα, η οποία λάμβανε ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, υπερείχε σημαντικά ως προς το χρόνο επιβίωσης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Fanzly et al, 1993).

Υπάρχουν επίσης μελέτες, οι οποίες δεν διαπιστώνουν θετική συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών παρεμβάσεων και της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο. Ενδεικτικά, αναφέρεται η έρευνα των Llnyckyj et al, στην οποία μελετήθηκαν 127 ασθενείς, οι οποίοι έπασχαν από καρκίνο όλων των τύπων και των σταδίων και δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών παρεμβάσεων και της επιβίωσης των ασθενών (Llnyckyj et al, 1994). Επίσης, ο Goodwin σε μελέτη του με δείγμα 235 γυναικών, οι οποίες έπασχαν από μεταστατικό καρκίνο του μαστού, διαπίστωσε ότι η ομάδα των ασθενών, η οποία ελάμβανε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, δεν σημείωσε αύξηση της επιβίωσης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Μολαταύτα, διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση στα ψυχολογικά συμπτώματα και στην αντίληψη του πόνου (Goodwin et al, 2001). Τέλος, η Andersen, κατόπιν εκτενούς, εμπειριστατωμένης και κριτικής συζήτησης σχετικά με τα αποτελέσματα των ερευνών, για τη συσχέτιση των ψυχολογικών παρεμβάσεων και της επιβίωσης των ασθενών, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο, διαπίστωσε ότι είναι ανέφικτο να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα και προτείνει να συνεχιστεί εντατικά η διερεύνηση της συγκεκριμένης συσχέτισης (Andersen, 2002).

3.3 Τύποι ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην καρκινική νόσο

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της καρκινικής νόσου, μπορεί να είναι ατομικές, ομαδικές, οικογενειακές, υποστηρικτικές - εκφραστικές, γνωστικές – συμπεριφορικές, τεχνικές χαλάρωσης, βιοανάδρασης, ύπνωσης και ψυχοεκπαίδευσης (Καλλέργης και Μαδιάνος, 2009).

Οι παρεμβάσεις, βάσει της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, οι οποίες εφαρμόζονται συχνότερα, λόγω της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους, είναι συνήθως οι υποστηρικτικές-εκφραστικές. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις στοχεύουν στην

υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του, στη διευκόλυνση έκφρασης των συναισθημάτων του, στον επαναπροσδιορισμό των μελλοντικών του στόχων και την «επαναδιαπραγμάτευση» σε σχέση με την ασθένειά του και τα νέα δεδομένα, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει (Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με τον Tarnower, ο ρόλος της υποστηρικτικής διάστασης της ψυχοθεραπείας, έγκειται στη σχέση, η οποία αναπτύσσεται και παρέχει στον ασθενή ένα αίσθημα άνεσης και ανακούφισης, μια αίσθηση αυτοεκτίμησης και τη συνείδηση ότι είναι σεβαστός, χρήσιμος και επιθυμητός (Σηφακάκη, 1995). Επιπρόσθετα, χρησιμοποιούνται οι γνωστικό-συμπεριφορικές θεραπείες, ώστε να εκπαιδευτεί ο ασθενής στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειάς του και του επακόλουθου από αυτήν άγχους, σε τεχνικές απόσπασης της προσοχής, στην αλλαγή των συμπεριφορών υγείας, στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και των ιατρικών οδηγιών, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή και την, όσο το δυνατό, μακροπρόθεσμη επιβίωσή του (Καραδήμας, 2005).

Ως προς τις τεχνικές ύπνωσης, ο Sachs υποστηρίζει, ότι αποτελούν ένα ξεχωριστό και ιδιαίτερο τρόπο, βάσει του οποίου μπορούν να ωφεληθούν οι ασθενείς και να τροποποιήσουν θετικά τη συμπεριφορά τους. Έτσι, μέσω της εφαρμογής τεχνικών ύπνωσης, οι ασθενείς μπορούν να καταπολεμήσουν το άγχος ή τις καταθλιπτικές αντιδράσεις τους, οι οποίες είναι απόρροια της κατάστασης της υγείας τους (Sachs, 1992). Επίσης, ορισμένες τεχνικές ύπνωσης επιδρούν θετικά στον ασθενή, διότι τον βοηθούν να αποκτήσει έλεγχο στην αντίληψη του πόνου. Τέτοιες τεχνικές είναι: α) η υπνοευσαισθησία, στην οποία εφαρμόζεται ανάκληση αναμνήσεων σωματικής αναισθησίας, β) η επικέντρωση της προσοχής του ασθενή σε κάποιο μέρος του σώματός του, το οποίο δεν πονά, γ) η μετάθεση του πόνου σε άλλο σημείο του σώματός του, στο οποίο ο πόνος είναι πιο υποφερτός, δ) η απόσπαση της προσοχής του ασθενή και ε) η ανάμνηση ευτυχισμένων περιόδων της ζωής του ασθενή (Αναγνωστόπουλος, 1986).

Αντίστοιχα, βάσει των συμπερασμάτων βιβλιογραφικής ανασκόπησης, την οποία διεξήγαγε ο Wilson, σχετικά με τις ομαδικές ψυχοθεραπευτικές επιδράσεις, αποδεικνύεται ότι προσδίδεται έμφαση σε διαδικασίες όπως: α) η αντιμετώπιση ενός προβλήματος, το οποίο επεξεργάζεται συνολικά η ομάδα, β) η έκφραση συναισθημάτων, γ) η ενημέρωση και η επαρκής γνώση σχετικά με την ασθένεια και δ) ο στόχος να αυξηθεί η αίσθηση ελέγχου της ζωής τους από τους ασθενείς, ώστε να

διάγουν την υπόλοιπη ζωή τους με ικανοποίηση και, όσο το δυνατό, πληρέστερα (Wilson, 1989).

Επίσης, ως προς την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, ο Cunnigham και ο Greer προτείνουν ένα συνδυαστικό μοντέλο παρεμβάσεων, το επονομαζόμενο συμπληρωματικό (adjuvant), κατ' αντιστοιχία με την ονομαζόμενη συμπληρωματική χημειοθεραπεία (adjuvant), η οποία εφαρμόζεται στην ογκολογία. Σύμφωνα με το συμπληρωματικό (adjuvant) ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, προτείνεται να εφαρμόζονται συνδυαστικά, σε κάθε ογκολογικό ασθενή, οι ακόλουθες παρεμβάσεις: α) πληροφόρηση, β) εκπαίδευση με βάση τις αρχές της συμπεριφορικής αντιμετώπισης προβλημάτων, γ) συναισθηματική στήριξη, δ) ψυχοθεραπεία διαφόρων τύπων, ε) πνευματική - υπαρξιακή θεραπεία (Cunningham, 1996, Greer & Moore, 1997). Η μελέτη των Grossarth – Maticek et al, σε δείγμα 8059 γυναικών, ενισχύει την συγκεκριμένη πρόταση για την συμπληρωματική (adjuvant) παρέμβαση. Σύμφωνα με τη μελέτη τους, αποδείχτηκε ότι, μολονότι η θνησιμότητα εξαρτάται περισσότερο από οργανικούς παράγοντες, παρά από ψυχολογικούς, οι ψυχολογικοί παράγοντες ενισχύουν την επίδραση των οργανικών παραγόντων (Grossarth – Maticek et al, 2000).

Η εμπειρία καταδεικνύει ότι, όποια παρέμβαση και αν επιλεγθεί να εφαρμοστεί από τον θεραπευτή, εφόσον εφαρμοστεί με απλότητα, με αυθεντικό ενδιαφέρον και διακριτικότητα, επιφέρει ψυχικές ανακατατάξεις αρκετά ωφέλιμες για τον πάσχοντα. Λόγω του ψυχοδυναμικού χαρακτήρα και της πλαστικότητας της κατάθλιψης, οι θεραπευτές συχνά εξεπλάγησαν με το γεγονός, ότι κατόρθωσαν με τη φροντίδα και το διάλογο να βελτιώσουν τη ψυχική διάθεση, τα συναισθήματα αισιοδοξίας και τελικά την αγάπη των ασθενών τους για τη ζωή (Σακελλαρόπουλος, 1999).

3.4 Παρηγορητική ιατρική και υποστηρικτικές δομές

Λόγω των εξελίξεων στο χώρο της ογκολογίας, ως προς τις θεραπείες του καρκίνου και την ανάπτυξη της παρηγορητικής φροντίδας, έχει διευκολυνθεί σημαντικά η επικοινωνία μεταξύ ογκολόγων και ασθενών, σε όλα τα στάδια της πορείας της νόσου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, να αναπτυχθούν υποστηρικτικές δομές, οι οποίες καλούνται να καλύψουν τις συναισθηματικές και πρακτικές ανάγκες ασθενών, σε

χώρες, στις οποίες παλαιότερα δεν προσφέρονταν αντίστοιχες υπηρεσίες (Ασλάνογλου, 2007).

Ως εκ τούτου, εφαρμόζονται προγράμματα παρηγορητικής ιατρικής, με έμφαση κυρίως στην ανακουφιστική φροντίδα, η οποία εφαρμόζεται έγκαιρα και συνδυαστικά, πάντοτε, με άλλες θεραπείες. Όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ανακουφιστική φροντίδα στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων και των οικογενειών τους, τα οποία πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες (Καραδήμας, 2005). Έτσι, οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας εστιάζουν, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αντιμετώπιση του θανάτου, ως φυσιολογική διεργασία, στην ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών και πνευματικών ζητημάτων, σχετικών με τη φροντίδα του ασθενή και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή (Καραδήμας, 2005).

Μολονότι, καταβάλλονται ορισμένες προσπάθειες για την επέκταση προγραμμάτων ανακουφιστικής φροντίδας, καθίσταται απαραίτητο να επεκταθούν οι έρευνες, τόσο σε διεθνές, όσο και σε πανελλαδικό επίπεδο, οι οποίες στοχεύουν στη μελέτη των παραγόντων, οι οποίοι καθιστούν πιο αποτελεσματικό τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων, για την άσκηση συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Πλατσίδου, 2004). Έτσι, ίσως μετά από πολλές μεταρρυθμίσεις και αναθεωρήσεις, να κατορθώσει η σύγχρονη ιατρική μέριμνα να αντιμετωπίσει τους ασθενείς με τη «νοημοσύνη της καρδιάς» (Goleman, 1998).

Υιοθετώντας αυτήν την επιλογή, διεξήχθη και παρουσιάζεται εκτενώς «η μελέτη του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου».

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η εμφάνιση αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη στοχεύει να καταδείξει την επίδραση μίας τόσο σοβαρής ασθένειας στον ψυχισμό του ασθενή, σε όλες τις εκφάνσεις της νόσου, από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης (10 ± 3 ημέρες κατόπιν της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων), έως και την αποκατάσταση (10 ± 3 ημέρες έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση). Συγκεκριμένα, μέσω των δύο χρονικών στιγμών της μέτρησης, επιδιώκεται: α) να διερευνηθούν οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου, υπό το πρίσμα του άγχους και της κατάθλιψης που ενδεχομένως βιώνουν και β) να διερευνηθεί ο βαθμός αλλαγής που επήλθε στην καθημερινότητα των ασθενών, στην ποιότητα της ζωής τους και στα σχέδια τους για το μέλλον.

Ταυτόχρονα, στα πλαίσια της έρευνας, γίνεται απόπειρα να διερευνηθεί: α) η αντίδραση των ασθενών κατόπιν της διάγνωσης, β) η διαπίστωση πιθανών διαφορών μεταξύ των ασθενών που ενημερώθηκαν για την ασθένειά τους, μετά τη διεξαγωγή απλού προληπτικού ελέγχου (check - up) κι αυτών που κατέφυγαν στον ιατρό λόγω εμφανούς συμπτωματολογίας, γ) οι προσδοκίες των ασθενών για την χειρουργική επέμβαση, δ) οι προσδοκίες των ασθενών για τη ζωή τους, έπειτα από την χημειοθεραπεία, ε) η παροχή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε όσους, από τους ασθενείς του δείγματος της μελέτης, εμφανίσουν αγχώδη ή και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος, απώτερος στόχος της μελέτης είναι να διερευνηθεί η ανάγκη για περαιτέρω εφαρμογή παρεμβάσεων ψυχοκοινωνικού τύπου.

4.2 Αντικείμενο και πληθυσμός της έρευνας

4.2.1 Αντικείμενο της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως αντικείμενο διερεύνησης την μελέτη του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου. Πιο συγκεκριμένα, διερευνά τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τα οποία εμφανίζουν ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου: α) μία εβδομάδα κατά προσέγγιση (10 ± 3 ημέρες), μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της πρώτης διάγνωσης και β) έπειτα από μία περίπου εβδομάδα (10 ± 3 ημέρες), κατόπιν της πρώτης θεραπευτικής χειρουργικής επέμβασης.

4.2.2 Πληθυσμός της έρευνας

Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτελούν τριάντα άτομα ($N = 30$). Όλα τα υποκείμενα της έρευνας που επιλέχθηκαν είναι ασθενείς, οι οποίοι έχουν διαγνωστεί ότι ήδη πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου και δεν βρίσκονται σε προκαρκινωματώδη κατάσταση, ούτε εξαιρέθηκε κανείς από το σύνολο του δείγματος. Οι ασθενείς, οι οποίοι επιλέχθηκαν για την συγκεκριμένη έρευνα, αποτελούν και ερευνητικό δείγμα για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής από τον διεξάγοντα την παρούσα έρευνα, με θέμα «Αξιολόγηση της δραστικότητας των καθεσινών σε σχέση με την κλινικοπαθολογοανατομική σταδιοποίηση του καρκίνου του εντέρου», η οποία διενεργείται από το 2009 έως του παρόντος.

4.3 Τρόπος διεξαγωγής έρευνας

4.3.1 Χρονική διάρκεια

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας διήρκησε έξι μήνες και πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο 2010 έως τον Ιούλιο 2010, πάντοτε κατά τις πρωινές ώρες.

4.3.2 Τόπος

Η έρευνα διεξήχθη στο Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, έπειτα από έγκριση, η οποία χορηγήθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του Θεαγένειου

Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, κατόπιν αίτησης του διεξάγοντα την παρούσα έρευνα.

4.3.3 Επιλογή μεθόδου

Η μέθοδος, η οποία επιλέχθηκε για την εκπόνηση της έρευνας, ήταν η χορήγηση ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν τρεις κλίμακες από δύο ερευνητικά εργαλεία μέτρησης άγχους και κατάθλιψης: α) οι δύο κλίμακες μέτρησης άγχους του ερευνητικού εργαλείου STAI (State - Trait Anxiety Inventory - STAI), και β) η κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης BDI (Beck Depression Inventory - BDI).

4.3.4 Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας

Τα ερωτηματολόγια, τόσο οι κλίμακες STAI (State - Trait Anxiety Inventory), όσο και η κλίμακα BDI (Beck Depression Inventory) χορηγήθηκαν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές: α) μία εβδομάδα κατά προσέγγιση (10 ± 3 ημέρες), μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της πρώτης διάγνωσης καρκίνου παχέος εντέρου, η οποία χρονική στιγμή ορίστηκε στην έρευνα ως το 1^ο στάδιο (PIPIN) και χορηγήθηκαν και τα δύο ερευνητικά εργαλεία με τις τρεις στο σύνολο κλίμακες, πιο συγκεκριμένα, αρχικά η κλίμακα STAI – State, έπειτα η STAI – Trait και κατόπιν η κλίμακα BDI και β) έπειτα από μία περίπου εβδομάδα (10 ± 3 ημέρες), κατόπιν της πρώτης θεραπευτικής χειρουργικής επέμβασης, η οποία χρονική στιγμή ορίστηκε στην έρευνα ως το 2^ο στάδιο (META) και επίσης χορηγήθηκαν και τα δύο ερευνητικά εργαλεία με τις τρεις κλίμακες, με την ίδια διαδοχικά σειρά, αρχικά δηλαδή η κλίμακα STAI- State, έπειτα η κλίμακα STAI – Trait και τέλος η κλίμακα BDI.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξαγόταν αποκλειστικά κατόπιν συναίνεσης των ασθενών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, έπειτα από ενημέρωσή τους από τον διεξάγοντα την έρευνα ως προς το σκοπό και τους κανόνες που τη διέπουν. Συγκεκριμένα, πριν την χορήγηση των ερωτηματολογίων καθίστατο σαφές ότι διασφαλιζόταν απόλυτη εχεμύθεια, πλήρης ανωνυμία και ότι η χορήγηση των ερωτηματολογίων αποσκοπούσε αποκλειστικά σε ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς να επηρέαζε, κατά οποιοδήποτε τρόπο την πορεία ή την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής. Τέλος, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν ότι διέθεταν τη δυνατότητα να μην απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση, η οποία έκριναν οι ίδιοι ότι, για οποιοδήποτε

λόγο, ενδεχομένως τους έθετε σε δύσκολη θέση. Είναι χρήσιμο να σημειωθεί ότι κατέστη απόλυτα σεβαστή η επιθυμία όσων ασθενών δεν συνεργάζονταν ή επέλεξαν να μην απαντήσουν στα ερωτηματολόγια, με επακόλουθο για την πορεία της έρευνας, λόγω του υψηλού ποσοστού άρνησης συμμετοχής από μέρος των ασθενών, να χρονοτριβεί η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία: α) η δοκιμασία (test) μέτρησης άγχους STAI [GR] (State - Trait Anxiety Inventory - STAI), με τις δύο κλίμακες, τις οποίες περιλαμβάνει (State και Trait), και β) η δοκιμασία (test) μέτρησης της κατάθλιψης BDI (Beck Depression Inventory - BDI). Και τα δύο εργαλεία τα οποία χορηγήθηκαν είναι σταθμισμένα στον ελληνικό πληθυσμό και χρησιμοποιούνται ευρύτατα από επαγγελματίες της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, η δοκιμασία (test) STAI αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τη μέτρηση του επιπέδου του άγχους στους ενήλικες και στο διαχωρισμό των συναισθημάτων του άγχους από τα συναισθήματα της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, η δοκιμασία (test) STAI διαχωρίζει την προσωρινή κατάσταση άγχους, η οποία εκδηλώνεται σε μια συγκεκριμένη περίπτωση ως σύμπτωμα από την ευρύτερη, γενικευμένη και μακροχρόνια κατάσταση του άγχους ως γενικό γνώρισμα. Αξιολογεί πως ένιωθαν οι ερωτηθέντες σε κάποια χρονική στιγμή του πρόσφατου παρελθόντος και πώς θα αισθανθούν σε κάποια ενδεχόμενη, ειδική κατάσταση την οποία εν δυνάμει θα κλιθούν να αντιμετωπίσουν (Spielberger et al, 1970).

Η δοκιμασία (test) STAI περιλαμβάνει σαράντα ερωτήσεις και διαχωρίζεται σε δύο υποκλίμακες, την STAI State και την STAI Trait. Έκαστη υποκλίμακα περιέχει είκοσι ερωτήσεις, με τέσσερις πιθανές απαντήσεις σε κάθε ερώτηση (www.theaaceonline.com). Οι τέσσερις ενδεχόμενες απαντήσεις σε κάθε ερώτηση ακολουθούν το πρότυπο διαβάθμισης αναλογικής κλίμακας Likert, στην οποία οι ερωτώμενοι προσδιορίζουν το επίπεδο της συμφωνίας τους σε μια δήλωση (en.wikipedia.org). Το άτομο που καλείται να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο της

δοκιμασίας (test) STAI μπορεί να ολοκληρώσει τη διαδικασία συμπλήρωσης της κάθε υποκλίμακας σε δέκα λεπτά κατά προσέγγιση. Το εύρος βαθμολογικής αξιολόγησης των απαντήσεων κυμαίνεται από 20 έως 80 βαθμούς και υψηλότερη βαθμολογία σηματοδοτεί υψηλότερο επίπεδο άγχους (Spielberger et al, 1970).

Ειδικότερα, η κλίμακα STAI State ή αλλιώς Κλίμακα Άγχους S, αποτελείται από είκοσι δηλώσεις, οι οποίες αξιολογούν πως αισθάνονται οι ερωτηθέντες «τώρα, αυτή τη στιγμή», κυρίως όσον αφορά συναισθήματα φόβου, έντασης, νευρικότητας και ανησυχίας. Αντίστοιχα, η κλίμακα STAI Trait ή διαφορετικά Κλίμακα Άγχους T, αποτελείται από είκοσι δηλώσεις, οι οποίες διερευνούν πώς αισθάνονται οι ερωτηθέντες «γενικά» (Spielberger et al, 1970).

Ενδεικτικά, παρουσιάζονται τα ακόλουθα παραδείγματα: α) παράδειγμα υποδείγματος κλίμακας άγχους STAI State: (1. Καθόλου, 2. Κάπως, 3. Αρκετά, 4. Πάρα πολύ): Α. Αισθάνομαι ήρεμος 1 2 3 4, Β. Αισθάνομαι ασφαλής 1 2 3 4, παράδειγμα υποδείγματος κλίμακας άγχους STAI Trait: (1. Σχεδόν ποτέ, 2. Μερικές φορές, 3. Συχνά, 4. Σχεδόν πάντοτε): Α. Αισθάνομαι ευχάριστα 1 2 3 4, Β. Κουράζομαι εύκολα 1 2 3 4. Το σύνολο της δοκιμασίας παρατίθεται αυτούσιο στο παράρτημα της έρευνας (2^ο Παράρτημα).

Αντίστοιχα, η δοκιμασία (test) BDI (Beck Depression Inventory - BDI), η οποία επίσης χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα για τη μέτρηση της κατάθλιψης και είναι σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό, αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για τη μέτρηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο BDI δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1961, απευθύνεται σε άτομα ηλικίας άνω των 13 ετών και αποτελείται από 21 ερωτήσεις, οι οποίες διερευνούν την ύπαρξη και τη σοβαρότητα συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως, για παράδειγμα, η απελπισία, η ευερεθιστότητα ή αντίστοιχα οι αρνητικές γνώσεις, όπως, λόγω χάρη, οι ενοχές ή τα συναισθήματα τιμωρίας. Επίσης, εξετάζει σωματικά συμπτώματα, όπως, παραδείγματος χάρη, η κόπωση, η απώλεια βάρους ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα (en.wikipedia.org).

Όλες οι ερωτήσεις, στο σύνολό τους, σχετίζονται με την αίσθηση, την οποία έχει το άτομο, που εξετάζεται, κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Κάθε μία από τις

21 ερωτήσεις αποτελείται από τέσσερις δηλώσεις κλιμακούμενης έντασης. Το άτομο που εξετάζεται καλείται να επιλέξει σε κάθε ερώτηση μία απάντηση, στην οποία, όταν ολοκληρωθεί η διαδικασία, αποδίδεται από τον εξεταστή μία τιμή από το 0 έως το 3. Η συνολική βαθμολογία συγκρινόμενη με μία προκαθορισμένη κλίμακα αξιολόγησης τιμών, με εύρος τιμών από το 0 έως 26 και άνω, προσδιορίζει την ύπαρξη και τη σοβαρότητα κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, οι τιμές που αποτελούν την προκαθορισμένη κλίμακα αξιολόγησης είναι εξής: 0 – 11: Απουσία κατάθλιψης, 12 – 19: Ελαφρά κατάθλιψη, 20 – 26: Μέτρια κατάθλιψη, 26>: Σοβαρή κατάθλιψη. Όσο υψηλότερη συνολική βαθμολογία συγκεντρώνει ο εξεταζόμενος, τόσες περισσότερες ενδείξεις υπάρχουν για ύπαρξη εντονότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης (en.wikipedia.org).

Ενδεικτικά, παρατίθεται το ακόλουθο παράδειγμα υποδείγματος ερώτησης της δοκιμασίας (test) BDI για τη μέτρηση της κατάθλιψης: (0) Δεν νιώθω θλιμμένος, (1) Νιώθω θλιμμένος, (2) Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό, (3) Είμαι τόσο θλιμμένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντέξω. Το σύνολο της δοκιμασίας (test) παρουσιάζεται αυτούσιο στο παράρτημα της έρευνας (2^ο Παράρτημα).

4.5 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης, η οποία επιλέχθηκε, περιελάμβανε περιγραφική και συμπερασματική στατιστική ανάλυση (διμεταβλητή και πολυμεταβλητή), λόγω του γεγονότος ότι τα δεδομένα της έρευνας ήταν: α) ονομαστικού τύπου (nominal) – ποιοτικά δημογραφικά στοιχεία και β) ποσοτικού τύπου - βαθμολογίες των τριών κλιμάκων STAI – State, STAI - Trait και BDI.

Όσον αφορά την ανάλυση ποιοτικής μεταβλητής, καθώς και τις κατηγοριοποιήσεις των κλιμάκων, υπολογίστηκαν η απόλυτη και η σχετική επί της εκατό (%) κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων. Ως προς τα ποσοτικά δεδομένα (βαθμολογίες των κλιμάκων), υπολογίστηκαν οι στατιστικές παράμετροι θέσης (μέση τιμή, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή) και διασποράς (τυπική απόκλιση). Επίσης, στις ποσοτικές μεταβλητές εφαρμόστηκε αρχικά ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov για να διαπιστωθεί εάν οι καταγραφείσες βαθμολογίες ακολουθούν κανονική κατανομή και προέκυψε ότι

ορισμένες βαθμολογίες στο 1^ο στάδιο (PIPIN) και στο 2^ο στάδιο (META) δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο αντίστοιχο κεφάλαιο (5^ο κεφάλαιο).

Ο έλεγχος του καθορισμού σχέσης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών έγινε με τον χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας. Όσον αφορά τις βαθμολογίες των κλιμάκων, επειδή υπήρχαν ζευγαρωτές παρατηρήσεις (PIPIN – META) ανά υποκείμενο, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon signed rank test.

Ο έλεγχος της επίδρασης δημογραφικών μεταβλητών στις βαθμολογίες πραγματοποιήθηκε με πολυμεταβλητή ανάλυση (multivariate analysis). Πιο συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε για έκαστη κλίμακα ξεχωριστά (τιμές PIN και META, ανά υποκείμενο) η Ανάλυση Διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (Repeated measures ANOVA), με τη βοήθεια του υποδείγματος των Γενικευμένων Γραμμικών μοντέλων.

Το επίπεδο σημαντικότητας, το οποίο ελήφθη σε όλους τους ελέγχους, για την αποδοχή ή μη της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης, ήταν το 5%.

Η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του αδειοδοτημένου στατιστικού λογισμικού προγράμματος για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS ver. 16 (Statistical Package for Social Sciences, version 16).

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Με την ολοκλήρωση της συλλογής των ερωτηματολογίων διαπιστώθηκε ότι συνολικά είχαν συγκεντρωθεί 180 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Αναλυτικότερα, 30 ερωτηματολόγια προέρχονταν από τη δοκιμασία (test) STAI State της μέτρησης του 1^{ου} Σταδίου (PPIN), 30 ερωτηματολόγια από τη δοκιμασία STAI Trait της μέτρησης του 1^{ου} Σταδίου (PPIN), 30 ερωτηματολόγια από τη δοκιμασία (test) BDI της μέτρησης του 1^{ου} Σταδίου (PPIN), 30 ερωτηματολόγια από τη δοκιμασία (test) STAI State της μέτρησης του 2^{ου} Σταδίου (META), 30 ερωτηματολόγια από τη δοκιμασία (test) STAI Trait της μέτρησης του 2^{ου} Σταδίου (META) και τέλος 30 ερωτηματολόγια από τη δοκιμασία (test) BDI της μέτρησης του 2^{ου} Σταδίου (META). Βάσει της περιγραφικής ανάλυσης των δεδομένων, της απόλυτης και της σχετικής επί της εκατό (%) κατανομής συχνοτήτων, διαμορφώθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα.

5.1.1 Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της μελέτης

5.1.1.1 Φύλο του δείγματος της έρευνας

Από το σύνολο των 30 ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 10 ήταν άνδρες, σε ποσοστό 33,3% και οι 20 γυναίκες σε ποσοστό 66,7%, οι οποίες αποτελούν και την πλειοψηφία του δείγματος (Πίνακας 5.1).

Πίνακας 5.1: Κατανομή του δείγματος της έρευνας ως προς το φύλο

	Ασθενείς	%
Άνδρας	10	33,3
Γυναίκα	20	66,7
Σύνολο	30	100,0

5.1.1.2 Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος της έρευνας

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, 19 ασθενείς, που αντιστοιχούν σε ποσοστό 63,3%, η πλειοψηφία δηλαδή των ασθενών, ήταν έγγαμοι. Ενώ, 6 ασθενείς, ποσοστό 20%, ήταν χήροι και 5 ασθενείς, ποσοστό 16,7%, ήταν άγαμοι (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.2: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης του δείγματος της έρευνας

	Ασθενείς	%
Έγγαμος	19	63,3
Χήρος	6	20,0
Άγαμος	5	16,7
Σύνολο	30	100,0

5.1.1.3 Διαμονή του δείγματος της έρευνας

Από το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα, 20 ασθενείς, η πλειοψηφία δηλαδή που αντιστοιχεί σε ποσοστό 66,7%, διέμενε σε μη αστική περιοχή και 10 ασθενείς, ποσοστό 33,3%, διέμενε σε αστικό κέντρο (Πίνακας 5.3).

Πίνακας 5.3: Κατανομή διαμονής του δείγματος της έρευνας

	Ασθενείς	%
Αστική	10	33,3
Μη αστική	20	66,7
Σύνολο	30	100,0

5.1.1.4 Επάγγελμα του δείγματος της έρευνας

Όσον αφορά το επάγγελμα, 17 από τους συμμετέχοντες, η πλειοψηφία δηλαδή που αντιστοιχεί σε ποσοστό 56,7%, ήταν συνταξιούχοι, 7 ασθενείς ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, ποσοστό 23,3% και 6 ασθενείς, ποσοστό 20%, ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (Πίνακας 5.4).

Πίνακας 5.4: Κατανομή επαγγελματικής κατάστασης του δείγματος της έρευνας

	Ασθενείς	%
Συνταξιούχος	17	56,7
Δημ. Υπάλληλος	7	23,3
Ελ. Επαγγελματίας	6	20,0
Σύνολο	30	100,0

5.1.1.5 2 Ηλικιακή κατανομή του δείγματος της έρευνας

Ως προς την ηλικιακή κατανομή του δείγματος της έρευνας, οι ηλικίες κυμαίνονταν μεταξύ 48 και 80 ετών, με την πλειοψηφία των ασθενών, σε ποσοστό 16,7%, να είναι 64 ετών. Ακολουθούν, με ποσοστό 13,3%, όσοι ήταν 63 και 77 ετών αντίστοιχα και έπειτα όλοι οι υπόλοιποι (1^ο Παράρτημα, Πίνακας 5.25).

5.2 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

5.2.1 Κατανομές μεταβλητών

Για να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο οι βαθμολογίες των κλιμάκων STAI State, STAI Trait και BDI ακολουθούν κανονική κατανομή, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έδειξε ότι τουλάχιστον δύο μεταβλητές αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, η STAI State META με τιμή ελέγχου βάσει Kolmogorov-Smirnov 1,916, η BDI – ΠΙΝ με τιμή ελέγχου βάσει Kolmogorov-Smirnov 1,532, ενώ οριακά αποκλίνει και η κατανομή

της κλίμακας BDI – META, με τιμή ελέγχου βάσει Kolmogorov-Smirnov 1,299 (Πίνακας 5.5). Λόγω αυτής της διαπίστωσης, οι έλεγχοι για τις στατιστικές υποθέσεις θα είναι μη παραμετρικοί.

Πίνακας 5.5: Έλεγχος One-Sample Kolmogorov-Smirnov

	N	Φυσιολογικοί Παράμετροι		Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση		
Ηλικία	30	68,97	8,67	1,034	0,235
STAI State ΠΙΠΙΝ	30	54,37	18,42	1,169	0,130
STAI State META	30	45,90	15,38	1,916	0,001
STAI Trait ΠΙΠΙΝ	30	48,67	19,18	0,704	0,704
STAI Trait META	30	36,73	16,30	0,976	0,296
BDI – ΠΙΠΙΝ	30	17,40	8,230	1,532	0,018
BDI – META	30	21,03	9,78	1,299	0,069

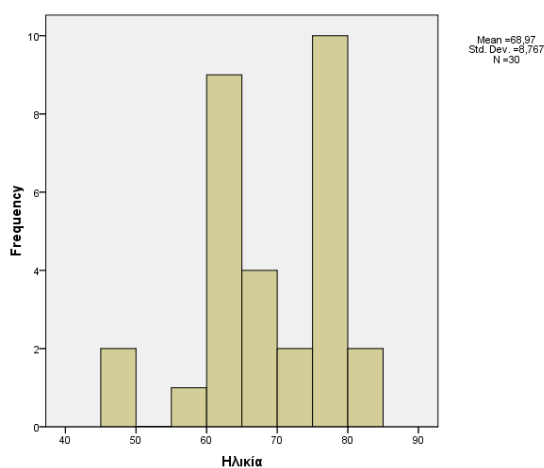
Οι στατιστικές παράμετροι των ποσοτικών μεταβλητών έδειξαν, ότι η μέση τιμή ως προς την ηλικία ήταν 68,97 έτη, ενώ ως προς την μέτρηση των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών, η υψηλότερη τιμή τυπικής απόκλισης 19,18 εντοπίστηκε στη δοκιμασία STAI Trait ΠΙΠΙΝ, ενώ η χαμηλότερη μέση τιμή τυπικής απόκλισης και η χαμηλότερη τιμή διαμέσου της κατανομής διαπιστώθηκε στη δοκιμασία BDI – ΠΙΠΙΝ. Το σύνολο όλων των τιμών παρατίθεται στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 5.6).

Πίνακας 5.6: Στατιστικές Παράμετροι ποσοτικών μεταβλητών

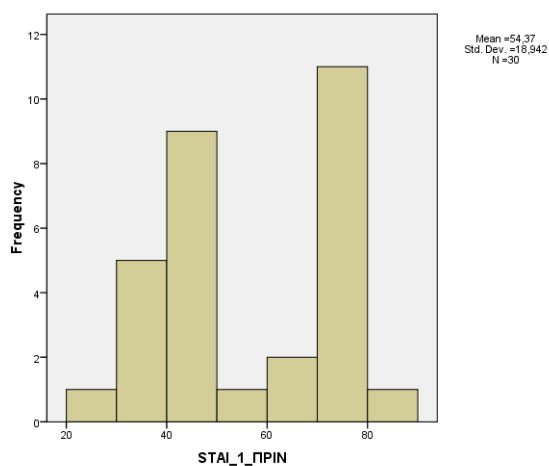
	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ηλικία	30	68,97	8,77	66,00	48	80
STAI State ΠΙΠΙΝ	30	54,37	18,92	49,00	20	80
STAI State META	30	45,90	15,34	40,00	20	80
STAI Trait ΠΙΠΙΝ	30	48,67	19,18	50,50	20	85
STAI Trait META	30	36,73	16,30	35,00	20	80
BDI – ΠΙΠΙΝ	30	17,40	8,30	14,50	7	31
BDI – META	30	21,03	9,78	25,50	8	32

5.2.2 Γραφήματα κατανομής μεταβλητών

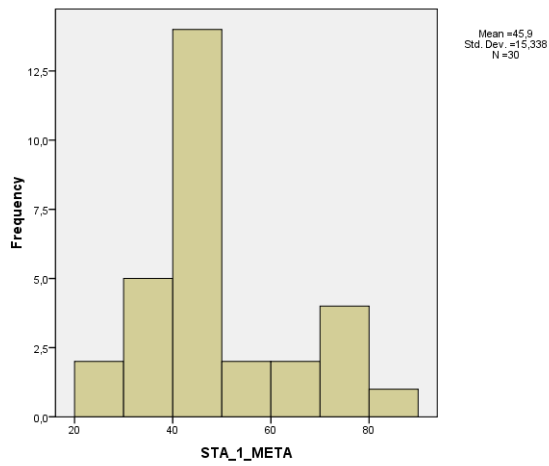
Η κατανομή των μεταβλητών παρουσιάζεται σχηματικά και στα ακόλουθα γραφήματα, όπου καταδεικνύεται εμφανώς ότι οι τιμές της μέτρησης STAI State META (Γράφημα 5.3) και BDI – ΠΡΙΝ (Γράφημα 5.6), αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, καθώς επίσης οριακά αποκλίνει και η κατανομή της κλίμακας BDI – META (Γράφημα 5.7).



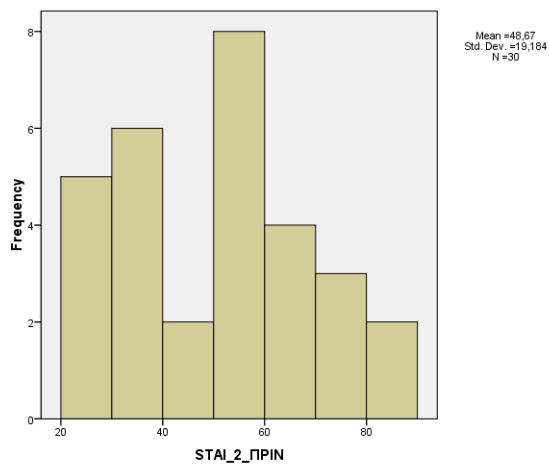
Γράφημα 5.1: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος της έρευνας



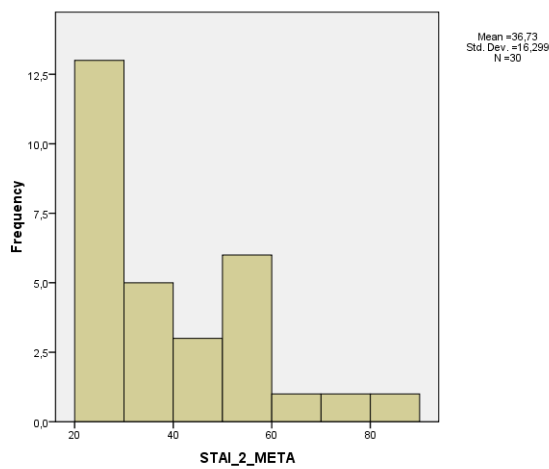
Γράφημα 5.2: Κατανομή κλίμακας STAI State ΠΡΙΝ



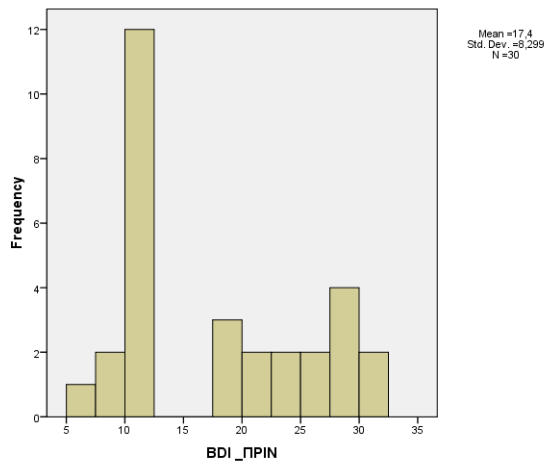
Γράφημα 5.3: Κατανομή κλίμακας STAI State META



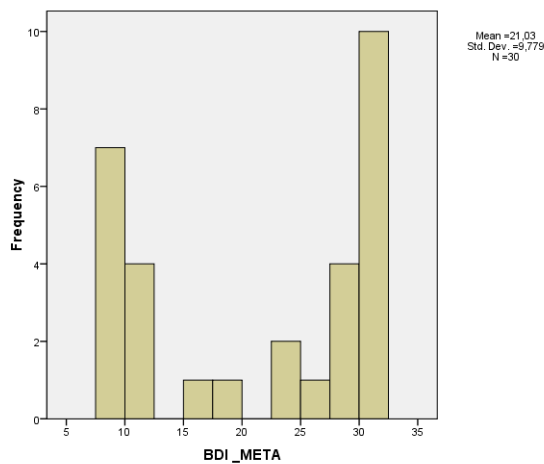
Γράφημα 5.4: Κατανομή κλίμακας STAI Trait ΠΙΠΙΝ



Γράφημα 5.5: Κατανομή κλίμακας STAI Trait META



Γράφημα 5.6: Κατανομή κλίμακας BDI ΠΡΙΝ



Γράφημα 5.7: Κατανομή κλίμακας BDI ΜΕΤΑ

5.2.3 Στατιστικές διαφοροποιήσεις βάσει ελέγχου Wilcoxon signed rank test

Η διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης στη μέση βαθμολογία, όσον αφορά τις μετρήσεις ΠΡΙΝ και ΜΕΤΑ, έγινε με το έλεγχο Wilcoxon signed rank test (μη παραμετρικός έλεγχος για ζευγαρωτές παρατηρήσεις). Τα αποτελέσματα και οι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για όλες τις συγκρίσεις, παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.7: Στατιστικές διαφοροποιήσεις βάσει ελέγχου Wilcoxon signed rank test

	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Τιμή Z p
STAI State ΠΙΠΙΝ	30	54,37	18,94	49	20	80	2,034 0,042
STAI State META	30	45,90	15,34	40	20	80	
STAI Trait ΠΙΠΙΝ	30	48,67	19,18	50,5	20	85	3,050 0,002
STAI Trait META	30	36,73	16,30	35	20	80	
BDI ΠΙΠΙΝ	30	17,40	8,30	14,5	7	31	2,588 0,010
BDI META	30	21,03	9,78	25,5	8	32	

Από τις επεξεργασίες φαίνεται ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική μείωση της μέσης βαθμολογίας και στις 3 κλίμακες στην «μετά» φάση, με την μεγαλύτερη μείωση και στατιστικά σημαντικότερη να εμφανίζεται στην κλίμακα STAI Trait.

5.2.4 Ανάλυση μεταβλητών STAI State ΠΙΠΙΝ * STAI State META

Η ανάλυση των μεταβλητών συγκριτικά των STAI State ΠΙΠΙΝ και STAI State META έδειξε κάποια στατιστική διαφορά ανάμεσά τους. Καταρχάς παρατηρείται, ότι κατόπιν της ανακοίνωσης των άσχημων νέων, το 83,3% των ασθενών εκείνη τη στιγμή βίωσε άγχος, από ήπιο, ποσοστό 30%, έως πολύ έντονο, ποσοστό 43,3%, έναντι του 16,7% των ασθενών, οι οποίοι κυμαίνονταν στα φυσιολογικά πλαίσια άγχους. Αναλυτικότερα, ως προς την σύγκριση, ενώ στο STAI State ΠΙΠΙΝ καταγράφηκαν 5 ασθενείς, ποσοστό 16,7%, οι οποίοι δεν είχαν καθόλου συμπτώματα άγχους και 9 ασθενείς, ποσοστό 30%, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα ήπιου άγχους, στο STAI State META καταγράφηκαν 4 ασθενείς, ποσοστό 13,3%, οι οποίοι παρέμειναν στα φυσιολογικά επίπεδα και 17 ασθενείς, ποσοστό 56,7%, με συμπτώματα ήπιου άγχους. Αντίστοιχα, καταγράφηκε διαφορά ως προς το πολύ έντονο άγχος, εφόσον στο STAI State ΠΙΠΙΝ, 13 ασθενείς, ποσοστό 43,3%, αισθανόταν πολύ έντονο άγχος και στο STAI State META 6 ασθενείς, ποσοστό 20%, είχαν συμπτώματα πολύ έντονου άγχους. Ως προς το μέτριο και το έντονο άγχος τα

ποσοστά παρέμειναν σταθερά και στις δύο μετρήσεις. Όλες οι μεταβλητές παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 5.8) και (1^ο Παράρτημα, Πίνακας 5.21, Πίνακας 5.22).

Πίνακας 5.8: Σύγκριση μεταβλητών STAI State ΠΙΠΙΝ * STAI State ΜΕΤΑ

		STAI State ΜΕΤΑ					
		Φυσιολογικό	Ελαφρύ	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο	Σύνολο
STAI State ΠΙΠΙΝ	Φυσιολογικό	3	1			1	5
		10,0%	3,3%			3,3%	16,7%
	Ελαφρύ		7	1		1	9
			23,3%	3,3%		3,3%	30,0%
	Μέτριο		1	1			2
			3,3%	3,3%			6,7%
	Έντονο				1		1
					3,3%		3,3%
	Πολύ έντονο	1	8			4	13
		3,3%	26,7%			13,3%	43,3%
	Σύνολο	4	17	2	1	6	30
		13,3%	56,7%	6,7%	3,3%	20,0%	100,0%

$$\chi^2 = 50,48 \quad p < 0,000$$

5.2.5 Ανάλυση μεταβλητών STAI Trait ΠΙΠΙΝ * STAI Trait ΜΕΤΑ

Αντίστοιχα με την ανάλυση των μεταβλητών των STAI State ΠΙΠΙΝ και STAI State ΜΕΤΑ και η ανάλυση των μεταβλητών των STAI Trait ΠΙΠΙΝ και STAI Trait ΜΕΤΑ, έδειξε κάποια στατιστική διαφορά ανάμεσά τους. Καταρχάς, παρατηρείται ότι κατόπιν της ανακοίνωσης των άσχημων νέων, το 63,3% των ασθενών βίωσε γενικά άγχος, από ελαφρύ, ποσοστό 6,7%, έως πολύ έντονο, ποσοστό 20%, έναντι του 36,7% των ασθενών, οι οποίοι κυμαίνονταν στα φυσιολογικά πλαίσια άγχους. Αναλυτικότερα, ως προς την σύγκριση, ενώ στη δοκιμασία STAI Trait ΠΙΠΙΝ διαπιστώθηκαν 11 ασθενείς, ποσοστό 36,7%, με φυσιολογικά επίπεδα άγχους, έπειτα στη μέτρηση της δοκιμασίας STAI Trait ΜΕΤΑ αυξήθηκε στο 60% το ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι αξιολογούνταν με φυσιολογικά επίπεδα άγχους και μειώθηκαν από 16,7% σε 6,7% το ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι βίωναν έντονο άγχος. Αντίστοιχα, μειώθηκε από 20% σε 6,7% και το ποσοστό των ασθενών που βίωναν

πολύ έντονο άγχος. Οι τιμές παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.9) και (1^ο Παράρτημα, Πίνακας 5.23 και Πίνακας 5.24).

Πίνακας 5.9: Σύγκριση μεταβλητών STAI Trait ΠΙΠΙΝ * STAI Trait ΜΕΤΑ

		STAI Trait ΜΕΤΑ					
		Φυσιολογικό	Ελαφρύ	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο	Σύνολο
STAI Trait ΠΙΠΙΝ	Φυσιολογικό	11					11
		36,7%					36,7%
	Ελαφρύ		1	1			2
			3,3%	3,3%			6,7%
	Μέτριο	1	1	3	1		6
		3,3%	3,3%	10,0%	3,3%		20,0%
	Έντονο	2	1	1	1		5
		6,7%	3,3%	3,3%	3,3%		16,7%
	Πολύ έντονο	4				2	6
		13,3%				6,7%	20,0%
Σύνολο	18	3	5	2	2	30	
	60,0%	10,0%	16,7%	6,7%	6,7%	100,0%	

$$\chi^2 = 31,75 \quad p = 0,011$$

5.2.6 Ανάλυση μεταβλητών BDI ΠΙΠΙΝ * BDI ΜΕΤΑ

Όπως διαπιστώθηκε, στατιστική διαφορά στην ανάλυση των μεταβλητών των STAI State ΠΙΠΙΝ, STAI State ΜΕΤΑ και STAI Trait ΠΙΠΙΝ, STAI Trait ΜΕΤΑ, αντίστοιχα, διαπιστώθηκε και κάποια στατιστική διαφορά στις μετρήσεις των μεταβλητών, των δοκιμασιών BDI ΠΙΠΙΝ και BDI ΜΕΤΑ. Καταρχάς παρατηρείται, ότι κατόπιν της ανακοίνωσης των άσχημων νέων, το 50% των ασθενών εκδήλωνε καταθλιπτική συμπτωματολογία, από ελαφριά συμπτώματα κατάθλιψης, ποσοστό 10%, έως πολύ σοβαρή κατάθλιψη, ποσοστό 26,7%, ενώ το άλλο 50% των ασθενών κυμαίνονταν στα φυσιολογικά επίπεδα διάθεσης. Αναλυτικότερα, ως προς την σύγκριση, ενώ στην μέτρηση BDI ΠΙΠΙΝ καταγράφηκαν 15 ασθενείς, ποσοστό 50%, με απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, στη μέτρηση BDI ΜΕΤΑ το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 36,7%, δηλαδή στους 11 ασθενείς. Διαφοροποίηση, επίσης, εντοπίστηκε στην καταγραφή συμπτωμάτων σοβαρής κατάθλιψης στη δοκιμασία BDI ΠΙΠΙΝ, εφόσον διαπιστώθηκε ότι 8 ασθενείς, ποσοστό 26,7%, παρουσίασαν σοβαρή καταθλιπτική

συμπτωματολογία κι έπειτα στη δοκιμασία BDI META αυξήθηκαν σε 15 οι ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, ποσοστό δηλαδή 50%. Ως προς την αξιολόγηση συμπτωμάτων ήπιας και μέτριας κατάθλιψης δεν παρατηρήθηκαν έντονες διαφορές στις δύο δοκιμασίες. Έτσι, στην δοκιμασία BDI ΠΙΠΙΝ το 10% των ασθενών παρουσίαζε συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης και το 13,3% των ασθενών εκδήλωνε συμπτώματα μέτριας κατάθλιψης, ενώ στη δοκιμασία BDI META το 6,6% των ασθενών παρουσίαζε ελαφριά κατάθλιψη και αντίστοιχα το 6,6% των ασθενών εκδήλωνε συμπτωματολογία μέτριας κατάθλιψης. Οι τιμές παρατίθενται αναλυτικότερα στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 5.10).

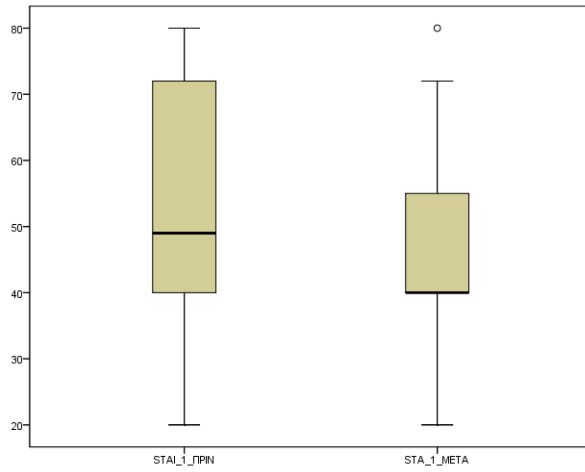
Πίνακας 5.10: Ανάλυση μεταβλητών BDI ΠΙΠΙΝ * BDI META

		BDI META				Σύνολο
		Απουσία	Ελαφριά	Μέτρια	Σοβαρή	
BDI ΠΙΠΙΝ	Απουσία	11	1		3	15
		36,7%	3,3%		10,0%	50,0%
	Ελαφριά		1	1	1	3
			3,3%	3,3%	3,3%	10,0%
	Μέτρια			1	3	4
				3,3%	10,0%	13,3%
	Σοβαρή				8	8
					26,7%	26,7%
	Σύνολο	11	2	2	15	30
		36,7%	6,7%	6,7%	50,0%	100,0%

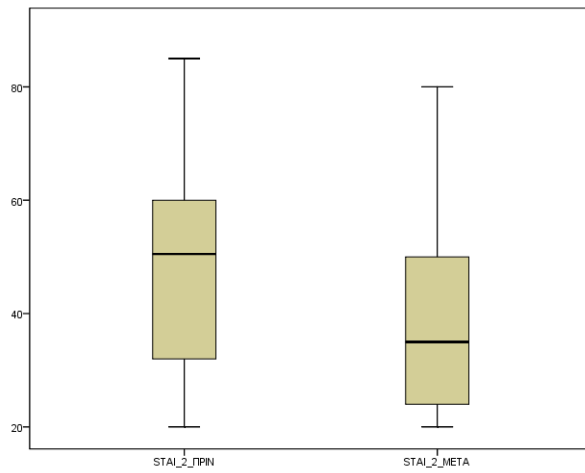
$$\chi^2 = 29,12 \quad p = 0,001$$

5.2.7 Εποπτική παρουσίαση μεταβλητών - θηκογράμματα κατανομών

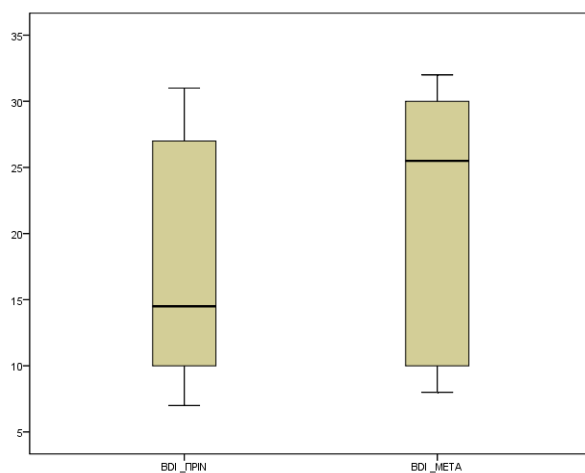
Στα επόμενα γραφήματα παρουσιάζεται εποπτικά η κατανομή των τιμών που καταγράφηκαν. Ειδικότερα, η έντονη γραμμή αντιπροσωπεύει την καταγραφείσα διάμεσο (μέση τάση), οι άκρες του παραλληλογράμμου τις τιμές των 25% και 75% τεταρτημορίων και οι άκρες τις ελάχιστες και μέγιστες καταγραφείσες τιμές, οι οποίες εμπίπτουν εντός του ορίου του εύρους, που καθορίζεται από τον τύπο: $\pm 1,5 * \text{ενδοτεταρτημοριακό εύρος των παρατηρήσεων}$. Εάν διαπιστωθεί ότι κάποια τιμή είναι εκτός αυτού του εύρους, παριστάνεται σαν «ιδιαιτερη τιμή» με κύκλο (outlier).



Γράφημα 5.8: Θηκόγραμμα κατανομών βαθμολογιών σε STAI State ΠΙΠΙΝ και STAI State META



Γράφημα 5.9: Θηκόγραμμα κατανομών βαθμολογιών STAI Trait ΠΙΠΙΝ και STAI Trait META



Γράφημα 5.10: Θηκόγραμμα κατανομών βαθμολογιών BDI ΠΙΠΙΝ και BDI META

5.2.8 Επίδραση δημογραφικών παραγόντων στις βαθμολογίες STAI και BDI

Για να διερευνηθεί τυχούσα επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών που καταγράφηκαν στο δείγμα, ως προς τις βαθμολογίες στα στάδια πριν και μετά, στις κλίμακες των δοκιμασιών STAI και BDI, διενεργήθηκε πολυμεταβλητή Ανάλυση Διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (Repeated measures ANOVA) με τη βοήθεια του υποδείγματος των Γενικευμένων Γραμμικών μοντέλων. Η εφαρμογή της μεθόδου διενεργήθηκε μεμονωμένα για την υποκλίμακα STAI State, μεμονωμένα για την υποκλίμακα STAI Trait και ξεχωριστά για τη δοκιμασία BDI. Οι βαθμολογίες του αρχικού και του τελικού σταδίου ελήφθησαν ως εξαρτημένες μεταβλητές, ενώ το φύλο και η αστικότητα (ποιοτικές μεταβλητές) ελήφθησαν ως ανεξάρτητες. Η οικογενειακή κατάσταση δεν ελήφθη υπόψη, λόγω του μικρού δείγματος στις κατηγορίες του χήρου (6 άτομα) και του άγαμου (5 άτομα). Η ηλικία, ως ποσοτική μεταβλητή, εισήχθη στο υπόδειγμα ως ανεξάρτητη συμμεταβλητή (covariate) για να σταθμίσει (adjustment) τις βαθμολογίες ανάλογα με την ηλικία.

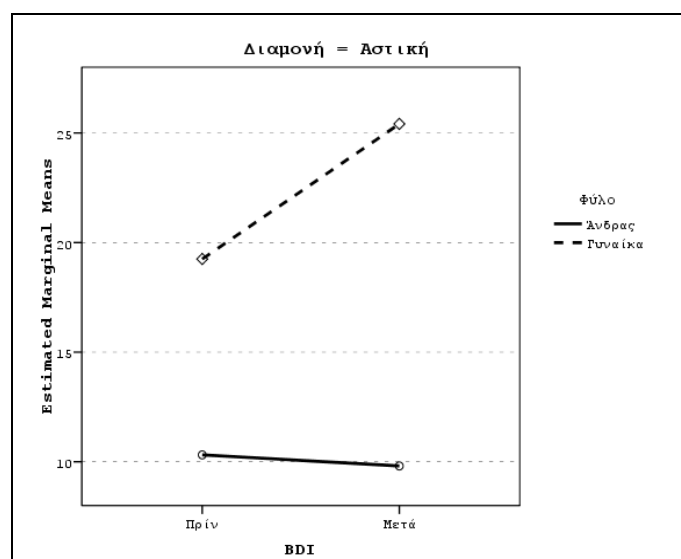
Η ανάλυση και για τις δυο υποκλίμακες του STAI δεν έδειξε κάποια στατιστική εξάρτηση από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές (1^ο Παράρτημα, Πίνακας 5.12, Πίνακας 5.13, Πίνακας 5.14, Πίνακας 5.15, Πίνακας 5.16, Πίνακας 5.17).

Εν αντιθέσει με τις κλίμακες STAI, η κλίμακα BDI παρουσίασε διαφοροποίηση στην αλληλεπίδραση φύλου και αστικότητας μεταξύ των δυο μετρήσεων σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($F=5,844$ $p = 0,023$). Διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες οι οποίοι διαμένουν σε αστική περιοχή έχουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία, τόσο στη μέτρηση πριν, όσο και στη μέτρηση μετά (10,5 και 9,75), σε σχέση με τους άντρες, οι οποίοι διαμένουν σε μη αστική περιοχή (17,0 και 24,83) και έχουν πιο αυξημένη βαθμολογία στο δεύτερο στάδιο. Επίσης, οι γυναίκες των αστικών περιοχών (19,50 και 25,33) έχουν σαφώς πιο υψηλή βαθμολογία και στα δύο στάδια των μετρήσεων, πριν και μετά, από την αντίστοιχη βαθμολογία των ανδρών, τόσο των αστικών, όσο και των μη αστικών περιοχών, ενώ συγκριτικά με τις γυναίκες των μη αστικών περιοχών, μολονότι έχουν την ίδια βαθμολογία στο αρχικό στάδιο (κατά προσέγγιση 19,0, [19,5 και 18,64]), στο στάδιο της μέτρησης μετά έχουν πιο υψηλή βαθμολογία (25,33), έναντι των γυναικών που διαμένουν σε μη αστικά κέντρα (20,79). Οι

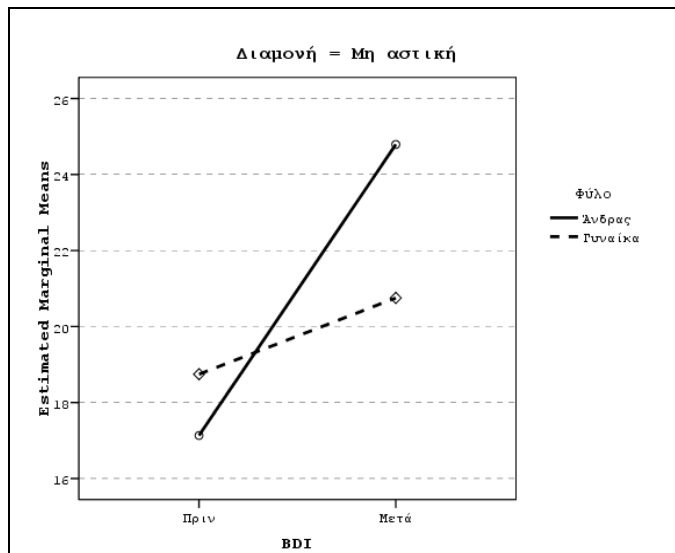
προαναφερθείσες παράμετροι παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.11) και στα επόμενα γραφήματα (Γράφημα 5.11 και Γράφημα 5.12).

Πίνακας 5.11: Παράμετροι BDI ΠΡΙΝ και BDI ΜΕΤΑ κατά διαμονή και φύλο

Διαμονή	Φύλο		Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N
Αστική	Ανδρας	BDI ΠΡΙΝ	10,50	0,58	4
		BDI ΜΕΤΑ	9,75	0,50	4
	Γυναίκα	BDI ΠΡΙΝ	19,50	9,18	6
		BDI ΜΕΤΑ	25,33	8,50	6
Μη αστική	Ανδρας	BDI ΠΡΙΝ	17,00	6,38	6
		BDI ΜΕΤΑ	24,83	6,67	6
	Γυναίκα	BDI ΠΡΙΝ	18,64	9,33	14
		BDI ΜΕΤΑ	20,79	10,67	14



Γράφημα 5.11: Γράφημα μέσης βαθμολογίας BDI ΠΡΙΝ και BDI ΜΕΤΑ ως προς το φύλο και την αστική διαμονή



Γράφημα 5.12: Γραφήμα μέσης βαθμολογίας BDI ΠΡΙΝ και BDI ΜΕΤΑ ως προς το φύλο και τη μη αστική διαμονή

Στα παραπάνω γραφήματα διακρίνεται η επίδραση στην μέση βαθμολογία των δύο ποιοτικών μεταβλητών, του φύλου και της αστικότητας. Οι γυναίκες, οι οποίες διαμένουν σε αστικές περιοχές εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία και στα δύο στάδια των μετρήσεων πριν και μετά, συγκριτικά με τις γυναίκες των μη αστικών περιοχών. Επιπλέον, οι άνδρες, οι οποίοι διαμένουν σε μη αστικές περιοχές, εμφανίζουν στο δεύτερο στάδιο πιο υψηλή μέση βαθμολογία και από τις γυναίκες που επίσης διαμένουν σε μη αστικές περιοχές.

5.3 Περιορισμοί της Έρευνας

1^{ος} Περιορισμός: Λόγω του γεγονότος ότι για τη διεκπεραίωση της έρευνας καθίστατο απαραίτητο, οι ασθενείς να συμμετέχουν στην έρευνα, τόσο τη στιγμή της διάγνωσης, όσο κι έπειτα από τρεις μήνες, κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, προέκυψε το φαινόμενο της διαρροής αρκετών ασθενών σε άλλα νοσοκομειακά ιδρύματα. Ως εκ τούτου, κατέστη εξαιρετικά δυσχερής και χρονοβόρα η συλλογή, έστω και του ελάχιστου αριθμού (N=30), δείγματος ασθενών για την ολοκλήρωση της έρευνας.

2^{ος} Περιορισμός: Επειδή, το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης αποτελεί το μοναδικό ειδικό νοσοκομείο αναφοράς, για την αντιμετώπιση του καρκίνου στη Βόρειο Ελλάδα και αντιμετωπίζει καθημερινά πληθώρα περιστατικών, είναι πάγια

τακτική του νοσοκομείου, κατά τη λήψη του ιστορικού των ασθενών να μην συμπεριλαμβάνονται αρκετά λεπτομερή στοιχεία, όπως για παράδειγμα, η κληρονομικότητα, το ατομικό ιστορικό, οι διατροφικές συνήθειες και άλλες πληροφορίες, με αποκλειστικό σκοπό της μη λήψης αντίστοιχων πληροφοριών, την οικονομία χρόνου.

3^{ος} Περιορισμός: Λόγω του γεγονότος ότι, κατά την εφαρμογή ιατρικών πράξεων, η προστασία των ασθενών αποτελεί το πρώτιστο μέλημα των λειτουργών υγείας, ορισμένα στοιχεία του ιστορικού των ασθενών δεν συμπεριλαμβάνονται, εσκεμμένα, στην επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας, με μοναδικό σκοπό την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Αποτέλεσμα αυτής της τακτικής ήταν η επεξεργασία εξαιρετικά περιορισμένου αριθμού στοιχείων και μεταβλητών.

Επίσης, είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι, λόγω των άνωθεν προαναφερθέντων περιορισμών, κατέστη ανέφικτο στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, να προσδιοριστούν οι διαφορές μεταξύ των ασθενών που ενημερώθηκαν για την ασθένειά τους μετά τη διεξαγωγή απλού προληπτικού ελέγχου (check - up) κι αυτών που κατέφυγαν στον ιατρό λόγω εμφανούς συμπτωματολογίας, ούτε οι προσδοκίες τους για τη χειρουργική επέμβαση και τη ζωή τους έπειτα από τη χημειοθεραπεία, ούτε επίσης η συμβολή των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε αυτούς, μολονότι όλες αυτές οι παράμετροι συμπεριλαμβάνονταν προς διερεύνηση στους αρχικούς σκοπούς της έρευνας.

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το αντικείμενο διερεύνησης της παρούσης έρευνας, όπως ήδη έχει διατυπωθεί, είναι η μελέτη του άγχους και της κατάθλιψης, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν γυναίκες, έναντι μικρότερου ποσοστού των ανδρών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι και οι υπόλοιποι χήροι ή άγαμοι. Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς διέμεναν σε μη αστική περιοχή και οι υπόλοιποι σε αστικά κέντρα. Ως προς το επάγγελμα, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν συνταξιούχοι, κάποιοι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και ορισμένοι ελεύθεροι επαγγελματίες.

Ως προς την ηλικία οι στατιστικές παράμετροι των ποσοτικών μεταβλητών έδειξαν, ότι η μέση τιμή ήταν τα 68,97 έτη. Αυτή η διαπίστωση έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα άλλων ερευνών, στις οποίες διαπιστώνεται ότι μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι τα 65 έτη (Hazen et al, 2000), καθώς και με τη διαπίστωση ότι η ηλικία αποτελεί βασικό παράγοντα, σχετιζόμενο με την εμφάνιση της νόσου, εφόσον η πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζουν τον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, έχουν ηλικιακό εύρος 60 - 70 ετών (Τζιλβές, 2007, Anestakis et al, 2010).

Όπως ήδη έχει λεχθεί, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν, να διερευνηθεί η εμφάνιση αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου και συγκεκριμένα να προσδιοριστεί η επίδραση μίας τόσο σοβαρής ασθένειας στον ψυχισμό του ασθενή, σε όλες τις εκφάνσεις της νόσου, από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης έως και την αποκατάσταση.

Πράγματι, βάσει της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, διαπιστώθηκε αγχώδης συμπτωματολογία και καταθλιπτική διάθεση στους ασθενείς, κατόπιν της διάγνωσης και της ανακοίνωσης των «άσχημων νέων». Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών κατόπιν της ανακοίνωσης των «άσχημων νέων», βίωνε ήπιο έως πολύ έντονο άγχος, τόσο παροδικό όσο και γενικευμένο, καθώς επίσης, καταγράφηκε και υψηλό ποσοστό ασθενών με καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Αυτή η διαπίστωση έρχεται σε συμφωνία με διαπιστώσεις άλλων ερευνών, ότι η ψυχιατρική συμπτωματολογία συναντάται δύο έως τρεις φορές συχνότερα σε ασθενείς, οι οποίοι διαγνώστηκαν με νεοπλασματική ασθένεια, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Dean, 1987, Hughson et al, 1988, Kissane et al, 1998), καθώς επίσης και με την ερευνητικά τεκμηριωμένη διαπίστωση ότι στους ασθενείς, μετά τη διάγνωση καρκίνου, εμφανίζονται συμπτώματα οξέος μετατραυματικού στρες και αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (Kangas et al, 2002). Επιπρόσθετα, η διαπίστωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία, οι ογκολογικοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, από άλλες ομάδες ασθενών και από την ομάδα ελέγχου (Βελίκης και συν., 2008), καθώς και συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης (Berard et al, 1998) και μείζονος κατάθλιψης (Carlson & Bultz, 2003). Εν κατακλείδι, η συγκεκριμένη διαπίστωση συμφωνεί και με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καθώς η αίσθηση ότι ο οργανισμός του ασθενή, λόγω της ασθένειας, «προδίδει» τον ασθενή, αποτελεί βασική αιτία πρόκλησης ψυχολογικής κρίσης (Parry, 1993).

Ένα ακόμη στοιχείο που προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, είναι και η διαφοροποίηση της αγχώδους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ασθενείς, κατόπιν της αποκατάστασης μέσω της χειρουργικής επέμβασης, συγκριτικά με την πρωτότερη κατάσταση πριν την επέμβαση και κατόπιν της διάγνωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι, ως προς το άγχος, τη δεδομένη χρονική στιγμή της μέτρησης κατόπιν της χειρουργικής επέμβασης, μειώθηκε το ποσοστό των ασθενών που βρίσκονταν στα φυσιολογικά επίπεδα άγχους, μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό των ασθενών με συμπτώματα πολύ έντονου άγχους, αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών με συμπτώματα ήπιου άγχους και παρέμεινε αμετάβλητο το ποσοστό των ασθενών με συμπτώματα μέτριου άγχους.

Αντίστοιχα, διαπιστώθηκε διαφοροποίηση μετά την χειρουργική επέμβαση και ως προς την ευρύτερη κατάσταση του άγχους, που βιώνουν οι ασθενείς γενικά. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι αυξήθηκε εξαιρετικά σημαντικά το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα άγχους γενικά και μειώθηκε εμφανώς το ποσοστό των ασθενών που βίωναν πολύ έντονο άγχος γενικά. Ως εκ τούτου, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς βίωναν πολύ περισσότερο άγχος, τη στιγμή στην κατάσταση μετά την αρχική διάγνωση και πριν την χειρουργική επέμβαση

συγκριτικά με τη γενική κατάσταση άγχους, που βίωναν κατόπιν της χειρουργικής επέμβασης. Αυτή η διαπίστωση έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας των Savage και Armstrong, βάσει των οποίων η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης της ασθένειας και της θετικής εξέλιξης του ασθενή, κρίνεται από τη ταχύτητα της θεραπείας (Savage & Armstrong, 1990). Επίσης, η συγκεκριμένη διαπίστωση ενισχύεται και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, βάσει της οποίας οι ασθενείς επιτυγχάνουν στην πορεία της ασθένειας τους να τη διαχειριστούν και να προσαρμοστούν ικανοποιητικά και καθώς εφαρμόζονται οι θεραπείες και επέρχεται ύφεση ή αποκατάσταση της υγείας, οι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση και προσαρμογή στις νέες συνθήκες, ενώ ταυτόχρονα εξασθενούν τα ψυχολογικά συμπτώματα (Glanz & Lerman, 1992).

Ως προς την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, διαπιστώθηκε ότι κατόπιν της χειρουργικής επέμβασης αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι βίωναν συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης, μειώθηκε το ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι κυμαίνονταν στα φυσιολογικά επίπεδα διάθεσης και δεν εντοπίστηκαν διαφορές σε όσους είχαν ήπια και μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αυτή η διαπίστωση συμφωνεί με αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες, ογκολογικοί ασθενείς εκδηλώνουν ήπια κατάθλιψη (Berard et al, 1998) ή μείζονα κατάθλιψη (Carlson & Bultz, 2003). Βιβλιογραφικά, ως προς τη διαπίστωση της έρευνας επισημαίνεται, ότι η πορεία της καρκινικής νόσου προκαλεί έντονη συναισθηματική κρίση (Wellisch, 1998) και ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ένα οξύ ναρκισσιστικό πλήγμα, μια και ο καρκίνος είναι μία νόσος, η οποία επιφέρει βαθιά ναρκισσιστικά τραύματα (Σταθόπουλος, 2006). Έτσι, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση μίας απώλειας, ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε κατάθλιψη (Μπακέ, 2004).

Επιπρόσθετα, από την έρευνα διαπιστώθηκε, ότι οι άνδρες οι οποίοι διέμεναν στις αστικές περιοχές εμφάνιζαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης, έναντι των ανδρών που διέμεναν σε μη αστικές περιοχές, τόσο κατόπιν της ανακοίνωσης της διάγνωσης, όσο κυρίως, έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση. Αντιθέτως, οι γυναίκες οι οποίες διέμεναν σε αστικές περιοχές, έπειτα από τη χειρουργική επέμβαση, εμφάνιζαν σαφώς υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης συγκριτικά με τις γυναίκες των μη αστικών περιοχών και τα ίδια περίπου επίπεδα κατάθλιψης στο στάδιο της διάγνωσης. Επίσης, οι γυναίκες των αστικών περιοχών παρουσίαζαν υψηλότερη καταθλιπτική

συμπτωματολογία στο στάδιο της διάγνωσης και κατόπιν της χειρουργικής επέμβασης, από τους άνδρες τόσο των αστικών, όσο και των μη αστικών περιοχών. Εν τέλει, οι άνδρες, οι οποίοι διέμεναν σε μη αστικές περιοχές, εμφάνιζαν μετά τη χειρουργική επέμβαση υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τις γυναίκες, οι οποίες επίσης διέμεναν σε μη αστικές περιοχές. Όσον αφορά τις παρούσες ερευνητικές διαπιστώσεις, σχετικά με τον τόπο διαμονής, το φύλο και τα επίπεδα κατάθλιψης, κατόπιν της διάγνωσης και της αποκατάστασης σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, καθίσταται απαραίτητη περαιτέρω διεξοδική έρευνα, με τη συλλογή περισσότερων πληροφοριών για τον προσδιορισμό των παραγόντων, οι οποίοι διαμορφώνουν τη συγκεκριμένη κατάσταση.

Συμπερασματικά, από την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται, ότι τόσο κατόπιν της διάγνωσης, όσο κι έπειτα από την αποκατάσταση με τη χειρουργική επέμβαση, οι ασθενείς με καρκίνο παχέος του εντέρου εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Λόγω αυτής της διαπίστωσης, καθώς και του γεγονότος ότι βάσει μελετών έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βελτιώνουν τους ανοσοβιολογικούς δείκτες, επιδρούν σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης και συνδράμουν ουσιαστικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Καλλέργης και Μαδιάνος, 2009) και ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες ενισχύουν την επίδραση των οργανικών παραγόντων (Grossarth – Maticek et al, 2000), καθίσταται σαφές, ότι κρίνονται απαραίτητες οι ψυχολογικές παρεμβάσεις και οι στρατηγικές διαχείρισης των ψυχολογικών επιπτώσεων της ασθένειας (Helgeson & Cohen, 1996).

Με γνώμονα το προαναφερθέν συμπέρασμα, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για την περαιτέρω ανάπτυξη δομών παρηγορητικής – ανακουφιστικής φροντίδας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε λειτουργικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η συγκεκριμένη πρόταση της παρούσης έρευνας συναντάται και στα αποτελέσματα άλλων ερευνών και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Ασλάνογλου, 2007, Καραδήμας, 2005). Πιο συγκεκριμένα, η παρηγορητική – ανακουφιστική φροντίδα, μέσω διαφόρων δομών, όπως για παράδειγμα των ψυχολογικών μονάδων πόνου, θα εφαρμόζεται από την στιγμή της διάγνωσης και θα συνοδεύει τον ασθενή σε όλη την πορεία της ασθένειάς του. Θα συμβαδίζει διαρκώς συνδυαστικά με τις υπόλοιπες θεραπείες, παρέχοντας διευκόλυνση στην επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών,

επιλύοντας λειτουργικά και πρακτικά προβλήματα των ασθενών και προβαίνοντας κυρίως σε ψυχολογικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Επίσης, λόγω του γεγονότος, ότι η συμπεριφορά των λειτουργών υγείας αποβαίνει εξαιρετικά σημαντική, για την ψυχολογική πορεία των ασθενών, στα πλαίσια της παρούσας έρευνας προτείνεται, οι λειτουργοί υγείας να ασκούν το λειτούργημά τους, όπως προείπε και ο Goleman με την «νοημοσύνη της καρδιάς». Αυτή η πρόταση ενισχύεται και βιβλιογραφικά, μια και οι θεράποντες ιατροί με τη φροντίδα και το διάλογο κατόρθωσαν να βελτιώσουν την ψυχική διάθεση των ασθενών τους (Σακελλαρόπουλος, 1999). Για να επιτευχθεί αυτή η προσέγγιση, είναι αναγκαίο οι λειτουργοί υγείας να έχουν εξοπλιστεί, μέσω της εκπαίδευσής τους, με γνώσεις ψυχολογίας, να διαθέτουν ακέραιο ήθος και να εμφορούνται με ανθρωπιά, κατανόηση, υπομονή και ενσυναίσθηση.

Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των δεδομένων, στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, εντοπίστηκαν κάποιες από τις πτυχές του προς διερεύνηση θέματος. Ως εκ τούτου, καθίσταται επιτακτική ανάγκη για περαιτέρω έρευνα.

Επιπρόσθετα, χρειάζεται να επισημανθεί, ότι το θεμελιώδες ζήτημα της υγείας δεν αφορά μόνο ασθενείς, ιατρούς και νοσηλευτές, αλλά και τον ευρύτερο δημόσιο και κοινωνικό σχεδιασμό για θέματα υγείας. Ως προς αυτό, πρόταση της παρούσης μελέτης αποτελεί να ενσκήψει η πολιτεία εντατικότερα και πιο ουσιαστικά στα ζητήματα σχεδιασμού και οργάνωσης συστημάτων υγείας.

Εν κατακλείδι, όλες οι προαναφερθείσες προτάσεις, θα πρέπει να στοιχειοθετηθούν τόσο σε επίπεδο αντιμετώπισης και θεραπείας, όσο και, κυρίως και πρωτίστως, σε επίπεδο πρόληψης.

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνας έγινε απόπειρα διερεύνησης της εμφάνισης αγχώδους ή και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου, από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης έως και την αποκατάσταση.

Γενικά, βάσει της ανάλυσης των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι:

- Η μέση τιμή ηλικίας εμφάνισης της ασθένειας είναι τα 68,97 έτη
- Οι ασθενείς μετά τη διάγνωση ανέπτυσαν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία
- Οι ασθενείς βίωναν περισσότερο άγχος τη στιγμή μετά την αρχική διάγνωση
- Οι ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση είχαν ήπιο άγχος
- Οι ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση ανέπτυσαν καταθλιπτική συμπτωματολογία
- Οι άνδρες των αστικών περιοχών εμφάνιζαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης έναντι των ανδρών των μη αστικών περιοχών
- Οι γυναίκες των αστικών περιοχών εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, έναντι των γυναικών των μη αστικών περιοχών
- Οι γυναίκες των αστικών περιοχών παρουσίαζαν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία έναντι των ανδρών των αστικών και μη αστικών περιοχών
- Οι άνδρες των μη αστικών περιοχών εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τις γυναίκες των μη αστικών περιοχών
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά στα αποτελέσματα ως προς το φύλο των ασθενών
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά στα αποτελέσματα ως προς την ηλικία των ασθενών

Οι προτάσεις της παρούσης έρευνας είναι οι εξής:

- Η ανάπτυξη δομών παρηγορητικής – ανακουφιστικής φροντίδας και η κάλυψη των αναγκών των ασθενών σε λειτουργικό και ψυχολογικό επίπεδο
- Η αναγκαιότητα χρησιμοποίησης ψυχολογικών παρεμβάσεων
- Η κατάλληλη εκπαίδευση των λειτουργών υγείας

- Η εκπόνηση περαιτέρω έρευνας
- Η μέριμνα της πολιτείας για σχεδιασμό και οργάνωσης συστημάτων υγείας
- Η έμφαση στην προληπτική αντιμετώπιση της ασθένειας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Adam, E.K., Gunnar, M.R. (2001), Relationship functioning and home and work demands predict individual differences in diurnal cortisol patterns in women, *Psychoneuroendocrinology*, 26: 189 - 208.

Ader, R., Cohen, N., Felten, D. (1995), Interactions between the nervous system and the immune system, *Psychoneuroimmunology, The Lancet Oncology*, 34: 99 - 103.

Agarwal, S.K., Marshall, G.D. (1998), Glucocorticoid induced type-1/type-2 cytokine alterations in humans - a model for stress-related immune dysfunction, *Journal of Interferon and Cytokine Research*, 18 (12): 1059 - 1068.

Altare, F., Durandy, A., Lammas, D., Emile, J.F. et al. (1998), Impairment of mycobacterial immunity in human interleukin-12 receptor deficiency, *Science, PubMed*, 280: 1432 – 1435.

Andersen, B.L. (2002), Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3): 590 - 610.

Anestakis, D., Dimosiari, A., Tzelepis, D., Dakis, K., Iakovidou-Kritsi, Z. (2010), Colon cancer: An epidemiological study in Northern Greece, *Aristotle University Medical Journal*, 37: 1.

Apfel, R.J., Love, S.M., Kalinowski, B.H. (1994), Keep abreast: women and breast cancer in context, in Mirkin M.P. (ed.), *Women in context: toward a Feminist reconstruction of Psychotherapy*, Guildford Press, New York.

Batt, S. (1994), Patient no more, Scarlett Press, London.

Baum, A., Grunberg, N. (1995), Measurement of stress hormones, in Cohen S., Kessler R.C., Gordon L.U. (eds), *Measuring Stress*, Oxford University Press, New York, pp. 175 – 191.

Berard R.M., Boermeester F., Viljoen G. (1998), Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment, and management, *Psychooncology*, 7: 112 – 120.

Black, P.H. (1994), Central nervous system-immune system interactions: psychoneuroendocrinology of stress and its immune consequences, *Antimicrobiological Agents Chemother*, 38: 106.

Bloom, J. R., Kessler, L. (1994), Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses, *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 118 - 133.

Bourne, P. G., Rose, R.M., Mason, J.W. (1968), 17-OCHS levels in combat: Special forces A-Team under threat of attack, *Archives of General Psychiatry*, 19: 135 – 140.

Brewin, T.B. (1993), How much ethics is needed to make a good doctor , *The Lancet Oncology*, 341: 161 – 163.

Bresalier, R.S. (2006), Malignant neoplasms of the large intestine, in *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, Saunders, Canada, pp. 2759 – 2810.

Brotzman, G., Robertson, R. (2008), Colorectal Cancer Risk Factors: Colorectal Cancer. Available at: <http://www.health.am/cr/colorectal-cancer/>.

Byrne, P.S., Long, B.E.L. (1976), *Doctors talking to patients*, HMSO, London.

Calnan, M. (1987), *Health and illness: The lay perspective*, Tavistock Publications, London.

Carlson, L.E., Bultz, B.D. (2003), Cancer distress screening: Needs, models and methods, *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (5): 403 - 409.

Cassileth, B.R., Walsh, W.P., Lusk, E.J. (1988), Psychosocial correlates of cancer survival: A subsequent report 3 to 8 years after cancer diagnosis, *Journal of Clinical Oncology*, 6: 1753 - 1759.

Cohen, S., Tyrrell, D.A.J., Smith, A.P. (1991), Psychological stress and susceptibility to the common cold, *New England Journal of Medicine*, 25: 606 – 612.

Coulter, A. (1999), Paternalism or Partnership, *BMJ*, 319: 719.

Cummings, J.H., Bingham, S.A. (1998), Diet and the prevention of cancer, *British Medical Journal*, 317: 1636–1640.

Cunninghan, A.J. (1996), Group Psychological Therapy for Cancer Patients: A Point of View and Discussion of the Hierarchy of Options, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26 (1): 51 – 82.

Dean, C. (1987), Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness, *Journal Psychosom Res*, 31: 385 - 392.

Dunn, A.J. (1996), Psychoneuroimmunology: introduction and general perspectives, in Leonard B.E., Miller K. (eds), *Stress, the immune system and psychiatry*, John Wiley and Sons Ltd, Chichester.

Dubois, R.N., Abramson, S.B., Crofford, L. (1998), Cyclooxygenase in biology and disease, *FASEB Journal*, 12: 1063 – 1073.

Elenkov, I.J., Wilder, R.L., Chrousos, G.P., Vizi, E.S. (2000), The sympathetic nerve — an integrative interface between two supersystems: The brain and the immune system, *Pharmacology Review*, 52: 595–638.

Elenkov, I.J., Chrousos, G.P. (2002), Stress Hormones, Proinflammatory and Antiinflammatory Cytokines and Autoimmunity, *Annual N.Y. Academic Science*, 966: 290 – 303.

Emanuel, E.J., Emanuel, L.L. (1992), Four models of the physician – patient relationship, *JAMA*, 267: 221 – 226.

Engel, G. L. (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196: 129 - 136.

Eysenck, H.J. (1988), Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis, *British Journal of Medical Psychology*, 61: 57 – 76.

Eysenck, H.J., Grossarth-Maticek, R., Everitt, B. (1991), Personality, stress, smoking, and genetic predisposition as synergistic risk factors for cancer and coronary heart disease, *Integrative Physiological Behavioral Science*, 26: 309 – 322.

Fallowfield L., Jenkins, V. (2004), Communicating sad, bad and difficult news in medicine, *The Lancet Oncology*, 363: 312 – 319.

Fanzly, F.L., Fanzly N.W., Hyun, C.S. (1993), Malignant melanoma, effects of an early structured psychiatric intervention: Coping and affective state on recurrence and survival 16 years later, *Arch Gen Psychiatry*, 50: 681 – 689.

Friedson, E. (1970), A study of the sociology of applied Knowledge, Dodd – Mead, New York.

Glanz, K., Lerman, C. (1992), Psychosocial impact of breast cancer: A critical review, *Annals of Behavioral Medicine*, 14: 204 – 212.

Goldman, L., Cook, E.F., Orav, J., Epstein, A.M. et al. (1990), Research training in clinical effectiveness: Replacing my experience with rigorous clinical investigation, *Clinical Research*, 38: 689 – 693.

Goodwin, J.S., Hunt, W.C., Key, C.R., Samet, J.M. (1987), The effect of marital status on stage of treatment and survival of cancer patients, *New England Journal of Medicine*, 258: 540 – 545.

Goodwin, P.J., Molynezz, M.D., Margueriteennis, M.D., Jankoopmans, M.S.W. et al. (2001), The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer, *New England Journal Medicine*, 345 (24): 1719 – 1726.

Greer, S., Moore, S. (1997), Adjuvant psychological therapy for cancer patients, *Palliat Medicine*, 11 (3): 240 – 244.

Greer, S., Morris, T. (1975), Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study, *Journal of Psychosomatic Research*, 19 (2): 147 - 153.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Gregory, J., Boyle, J. et al. (2000), The interaction of psychosocial and physical risk factors in the causation of mammary cancer and its prevention through psychological methods of treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 56: 33 - 50.

Haas, H.S., Schauenstein, K. (2001), Immunity, hormones and the brain, *Allergy*, 56: 470.

Hazen, L., Bleeker, F., Lauritzen, B. et al (2000), Comparative localization of cathepsin B protein and activity in colorectal cancer, *Journal Histochem and Cytochem*, 48: 1421 - 1430.

Helgenson, V., Cohen, S. (1996), Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research, *Health Psychology*, 15 (2) : 135 - 148.

Henderson, B.N., Baum, A. (2002), Neoplasms, in Boll, T.S., Johnson, S.B., Perry, N.W., Rozensky, R.H. (eds.), *Handbook of clinical health psychology*, American Psychological Association, Washington, pp. 37 - 64.

Herzlich, C. (1973), Health and illness: A social psychological analysis, Academic Press, London.

Heuser, L. (1991), Perceptions of Women's Emotional Reactions to Breast Cancer, *Sociology and Social Research*, 75: 219 - 226.

Hislop, T.G., Waxler, N.E., Coldman, A.J., Elwood, J.M., Kan, L. (1987), The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer, *Journal Chronic Disease*, 40 (7): 729 - 35.

Holden, R.J., Pakula, I.S., Mooney, P.A. (1998), An immunological model connecting the pathogenesis of stress, depression and carcinoma, *Medical Hypotheses*, 51: 309 – 314.

Hughson A.V.M., Cooper, A.F., McArdle, C.S., Smith, D.C. (1988), Psychosocial consequences of mastectomy: Levels of morbidity and associated factors, *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (4-5): 383 – 391.

Itzkowitz, S.H., Rochester, J. (2006), Colonic polyps and polyposis syndromes, in Feldman, M., Friedman, L.S., Brandt, L.J. (eds), *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease, pathophysiology, diagnosis, management*, Elsevier, Philadelphia, pp. 2741 – 2743.

Itzkowitz, S.H., Kim, Y.S. (1998), Colonic polyps and polyposis syndromes, in *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease*, WB Saunders Company, Philadelphia, pp. 1865- 1905.

Johnson, N.G. (2003), Psychology and health: Research, practice and policy, *American Psychologist*, 58: 670 - 677.

Kangas, M., Henry, J.L., Bryant, R.A. (2002), Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review, *Clinical Psychology Review*, 22 (4): 499 – 524.

Kelman, S. (1975), The social nature of the definition problem in health, *International Journal of Health Services*, 5: 625 – 642.

Kiecolt - Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.R., Glaser, R. (2002), Emotions, morbidity and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology, *Annual Review of Psychology*, 53: 83 – 107.

Kissame, D., Clarke, D., Win, J. et al (1998), Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early stage breast cancer: A cross – sectional survey, *Medical Journal of Australia*, 169: 192 – 196.

Kountouras, J., Boura, P., Lygidakis, N.J. (2000), New concepts of molecular biology for colon carcinogenesis, *Hepatogastroenterology*, 47: 1291 – 1297.

Levy, S., Herberman, R.B., Whiteside, T., Sanzo K., Lee, J., Kirkwood J. (1990), Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients, *Psychosomatic Medicine*, 52 (1): 73 – 85.

Llncyckyj, A., Farber, J., Cheang, M.C., Weirnerman, B.F. (1994), A randomised controlled trial of psychotherapeutic intervention in cancer patients, *Physical Surgery Cancer*, 11 (1): 66 – 69.

Lupton, D. (1997), Consumerism, reflexivity and the medical encounter, *Social Science and Medicine*, 45: 373 – 381.

Marks, D.F. (1996), Health psychology in context, *Journal of Health Psychology*, 1: 7-21.

Massie, M., Holland, J.C., Straker, N. (1990), Psychotherapeutic interventions, in Holland, J.C., Rowald, J.R. (eds), Handbook of Psychooncology, *Psychological Care of Patient with cancer*, Oxford University Press, New York, pp. 455 – 469.

Munck, A., Guyne, P.M., Holbrook, N.J. (1984), Physiological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions, *Endocrinology Review*, 5: 25 - 44.

Parsons, T. (1951), *The social system.*, Free Press, New York.

Parsons, T. (1979), Definitions of health and illness in the light of American values and social structure, in Jaco, E., Gartley, E. (eds.), *Patients, physicians and illness, A source book in behavioural science and health*, Collier - Macmillan, London.

Patterson, J. T. (1987), *The dread disease: Cancer and modern American culture*, Harvard University Press, Cambridge.

Petersen, S., Benishek, L.A. (2001), Social construction of illness: Addressing the impact of cancer on women in therapy, *Women and Therapy*, 23(1): 75.

Peters - Golden, H. (1982), Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience, *Social Scientific Medicine*, 16: 483 - 491.

Petticrew, M., Bell, R., Hunter, D. (2002), Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: Systematic review, *British Medical Journal*, 9: 1066 – 1074.

Pratt, L. (1976), *Family structure and effective health behavior: The energized family*, Houghton – Mifflin, Boston.

Ptacet, J.T., Eberhard, T.L. (1996), Breaking bad news: A review of the literature, *JAMA*, 276: 496 – 502.

Richardson, J.L., Shelton, D.R., Krailo, M., Levine, A.M. (1981), The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies, *Journal of Clinical Oncology*, 8: 356 – 364.

Rotter, D.L., Hall, J.A. (1992), *Doctors talking with patients – patients talking with doctors*, Auburn House, Westport.

Savage, R., Armstrong, D. (1990), Effect of a general practitioner's counselling style on patient's satisfaction: A controlled study, *British Medical Journal*, 301: 968 – 970.

Siegel, B.S. (1986), *Love, medicine and miracles*, Harper and Row, New York.

Skrydlewska E., Sulkowska M., Wincewicz A. et al (2005), Evaluation of serum cathepsin B and D in relation to clinicopathological staging of colorectal cancer, *World Journal Gastroenterol*, 11 (21): 4225-4229.

Spiegel, D., Bloom, J.R., Yalom, I. (1981), Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study, *Archives of General Psychiatry*, 38 (5): 527 - 533.

Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956), A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of a Doctor – Patient Relationship, *Arch International Medicine*, 97: 585 - 184.

Talieri M., Papadopoulou S., Scorilas A., et al (2004), Cathepsin B and cathepsin D expression in the progression of colorectal adenoma to carcinoma, *Cancer Letters*, 205 (1): 97 - 106.

Trincheri N., Nicotra G., Follo C., et al (2007), Resveratrol induces cell death in colorectal cancer cells by a novel pathway involving lysosomal cathepsin D, *Carcinogenesis*, 28 (5): 922 - 931.

Tuckett, D., Boulton, M., Oslon, C., Williams, A. (1985), *Meetings between Experts*, Tavistock Publications, London.

Twaddle, A. C. (1981), *Sickness behavior and the sick role*, Schenkman, Cambridge.

Vissoci, R.E.M., Vargas, O., Nunes, S., Morimoto, K.H. (2004), Stress, depression, the immune system and cancer, *The Lancet Oncology*, 5: 617 - 25.

Waitzkin, H., Stoeckle, J.D. (1976), Informations control and the micropolitics of health care: Summary of an ongoing project, *Social Science and Medicine*, 10: 263 – 276.

Wellisch, D.K. (1998), Editorial introduction: Families and cancer, *Psycho-oncology*, 7: 1 - 2.

Wilson, C. (1989), Terminal care: Using psychological skills with the terminality ill, in Broom A. (ed), *Health Psychology Processes and Applications*, Chapman and Hall, London.

World Health Organization (2003), Strategies to improve and strengthen cancer control programmes in Europe, WHO, Geneva.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Ασλάνογλου, Θ. (2007), Στάσεις ιατρών και νοσηλευτών στην ανακοίνωση άσχημων νέων σε ασθενείς με καρκίνο, *Μεταπτυχιακή Εργασία*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

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.

Goleman, D. (1998), Η συναισθηματική νοημοσύνη, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.

Καλλέργης, Γ., Μαδιανός, Μ. (2009), Η σχέση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ψυχοθεραπειών με την πορεία της καρκινικής νόσου, *Εγκέφαλος*, 46: 111 – 120.

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

Μπακέ, Μ.Φ. (2004), *Πένθος και Υγεία*, Θυμάρι, Αθήνα.

Μαντή, Π., Τσελέπη, Χ. (2000), Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων – Υπηρεσιών Υγείας, *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*, Πάτρα.

Μπαλασούλης, Γ.Α. (2006), Η επίδραση του άγχους στην ανταπόκριση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα στη χημειοθεραπεία, *Μεταπτυχιακή Εργασία*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Μουλόπουλος, Σ.Δ. (2001), *Θεραπευτική εσωτερικών Νόσων*, Παρισιάνος, Αθήνα.

Parry, G. (1993), *Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους*, *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα.

Πλατσίδου, Μ. (2004), Συναισθηματική Νοημοσύνη, Σύγχρονες προσεγγίσεις μιας παλιάς εννοιίας, *Επιστήμες της Αγωγής*, 1: 27 – 39.

Σακελλαρόπουλος, Π. (1999), Συνδέσεις των ψυχολογικών και ψυχαναλυτικών εννοιών με την Ψυχο-Ογκολογία, *3^ο Σεμινάριο Ψυχο-ογκολογίας, Η Ευθανασία στην Ογκολογία*, Ιωάννινα, Μάιος 21 – 23, 1999, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Σηφακάκη, Γ. (1995), Αντιμετωπίζοντας την ανίατη ασθένεια και το θάνατο: Η σκοπιά της Ψυχολογίας, στο Ποταμιάνος Γ.Α. (εκδ), *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Σταθόπουλος, Γ. (2006), Η αναγκαιότητα της ψυχολογικής παρέμβασης στον ογκολογικό ασθενή, Available at: www.psychooncology.gr/Portals/0/necessity.pdf.

Τζιλβές, Δ. (2007), Ο ρόλος της κυκλοξυγενάσης 2 στον καρκίνο του παχέος εντέρου, Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<http://www.health.am/cr/colorectal-cancer/> (Πρόσβαση, Μάρτιος 2011).

<http://www.psychoncology.gr/Portals/0/necessity.pdf> (Πρόσβαση, Μάρτιος 2011)

<http://www.theaaceonline.com/stai.pdf> (Πρόσβαση, Απρίλιος 2011).

http://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory (Πρόσβαση, Απρίλιος 2011)

http://en.wikipedia.org/wiki/Likert_scale (Πρόσβαση, Απρίλιος 2011).

1^ο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αποτελέσματα επεξεργασιών Ανάλυσης Διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.

Πίνακας 5.12: Γενικό Γραμμικό Μοντέλο - Περιγραφική Στατιστική

	Φύλο	Διαμονή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N
STAI State ΠΡΙΝ	Ανδρας	Αστική	40,50	22,531	4
		Μη αστική	65,17	15,753	6
		Σύνολο	55,30	21,664	10
	Γυναίκα	Αστική	59,33	17,131	6
		Μη αστική	51,57	18,496	14
		Σύνολο	53,90	18,017	20
	Σύνολο	Αστική	51,80	20,660	10
		Μη αστική	55,65	18,446	20
		Σύνολο	54,37	18,942	30
STAI State ΜΕΤΑ	Ανδρας	Αστική	36,25	14,930	4
		Μη αστική	53,67	17,963	6
		Σύνολο	46,70	18,288	10
	Γυναίκα	Αστική	50,33	18,938	6
		Μη αστική	43,43	11,798	14
		Σύνολο	45,50	14,148	20
	Σύνολο	Αστική	44,70	18,068	10
		Μη αστική	46,50	14,259	20
		Σύνολο	45,90	15,338	30

Πίνακας 5.13: Δοκιμές πολλαπλών παραλλαγών (b)

Επίδραση	Αξία	F	Υπόθεση df	Σφάλμα df	Sig.
factor1 (STAI 1 & 2)	0,064	1,700 (a)	1,000	25,000	0,204
factor1 * Ηλικία	0,043	1,135 (a)	1,000	25,000	0,297
factor1 * Φύλο	0,000	,004 (a)	1,000	25,000	0,953
factor1 * Διαμονή	0,009	,224 (a)	1,000	25,000	0,640
factor1*Φύλο* Διαμονή	0,008	,194 (a)	1,000	25,000	0,663

a Exact statistic

b Σχεδιασμός: Σημείο τομής +Ηλικία+Φύλο+Διαμονή+Φύλο * Διαμονή

Within Subjects Design: factor1

Πίνακας 5.14: Εκτιμώμενες μέσες τιμές - Φύλο * Διαμονή * factor1

Φύλο	Διαμονή	factor	Μέση Τιμή	Τυπικό Σφάλμα
Ανδρας	Αστική	1	40,139(a)	9,224
		2	36,508(a)	7,617
	Μη αστική	1	65,424(a)	7,529
		2	53,483(a)	6,217
Γυναίκα	Αστική	1	58,848(a)	7,548
		2	50,680(a)	6,233
	Μη αστική	1	51,772(a)	4,931
		2	43,285(a)	4,072

a Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 68,97.

Πίνακας 5.15: Γενικό Γραμμικό Μοντέλο - Περιγραφική Στατιστική

	Φύλο	Διαμονή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N
STAI Trait IPIN	Ανδρας	Αστική	35,25	22,911	4
		Μη αστική	55,50	12,818	6
		Σύνολο	47,40	19,380	10
	Γυναίκα	Αστική	52,33	15,958	6
		Μη αστική	48,00	21,333	14
		Σύνολο	49,30	19,559	20
	Σύνολο	Αστική	45,50	19,856	10
		Μη αστική	50,25	19,158	20
		Σύνολο	48,67	19,184	30
STAI Trait META	Ανδρας	Αστική	26,25	7,500	4
		Μη αστική	46,83	19,702	6
		Σύνολο	38,60	18,638	10
	Γυναίκα	Αστική	42,50	20,452	6
		Μη αστική	32,93	12,554	14
		Σύνολο	35,80	15,433	20
	Σύνολο	Αστική	36,00	17,932	10
		Μη αστική	37,10	15,897	20
		Σύνολο	36,73	16,299	30

Πίνακας 5.16: Δοκιμές πολλαπλών παραλλαγών (b)

Επίδραση	Αξία	F	Hypothesis df	Τυπικό Σφάλμα	Sig.
factor1	0,001	0,013(a)	1,000	25,000	0,911
factor1 * Ηλικία	0,002	0,055(a)	1,000	25,000	0,816
factor1 * Φύλο	0,007	0,188(a)	1,000	25,000	0,668
factor1 * Διαμονή	0,003	0,069(a)	1,000	25,000	0,795
factor1*Φύλο* Διαμονή	0,004	0,109(a)	1,000	25,000	0,745

a Exact statistic

b Σχεδιασμός: Σημείο τομής +Ηλικία+Φύλο+Διαμονή+Φύλο * Διαμονή
Within Subjects Design: factor1

Πίνακας 5.17: Εκτιμώμενες μέσες τιμές - Φύλο * Διαμονή * factor1

Φύλο	Διαμονή	factor 1	Μέση Τιμή	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
Ανδρας	Αστική	1	35,134(a)	9,794	14,964	55,305
		2	26,007(a)	7,861	9,818	42,197
	Μη αστική	1	55,582(a)	7,994	39,119	72,046
		2	47,006(a)	6,416	33,792	60,221
Γυναίκα	Αστική	1	52,178(a)	8,015	35,671	68,685
		2	42,174(a)	6,433	28,925	55,423
	Μη αστική	1	48,064(a)	5,235	37,282	58,847
		2	33,064(a)	4,202	24,409	41,718

Measure: MEASURE_1

a Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 68,97.

Πίνακας 5.18: Γενικό Γραμμικό Μοντέλο - Περιγραφική Στατιστική

	Φύλο	Διαμονή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N
BDI ΠΡΙΝ	Άνδρας	Αστική	10,50	0,577	4
		Μη αστική	17,00	6,387	6
		Σύνολο	14,40	5,835	10
	Γυναίκα	Αστική	19,50	9,182	6
		Μη αστική	18,64	9,328	14
		Σύνολο	18,90	9,049	20
	Σύνολο	Αστική	15,90	8,279	10
		Μη αστική	18,15	8,418	20
		Σύνολο	17,40	8,299	30
BDI ΜΕΤΑ	Άνδρας	Αστική	9,75	0,500	4
		Μη αστική	24,83	6,676	6
		Σύνολο	18,80	9,247	10
	Γυναίκα	Αστική	25,33	8,501	6
		Μη αστική	20,79	10,671	14
		Σύνολο	22,15	10,075	20
	Σύνολο	Αστική	19,10	10,246	10
		Μη αστική	22,00	9,657	20
		Σύνολο	21,03	9,779	30

Πίνακας 5.19: Δοκιμές πολλαπλών παραλλαγών (b)

Επίδραση	Αξία	F	Hypothesis df	Τυπική Απόκλιση	Sig.
factor1	0,044	1,159(a)	1,000	25,000	0,292
factor1 * Ηλικία	0,082	2,234(a)	1,000	25,000	0,148
factor1 * Φύλο	0,002	0,040(a)	1,000	25,000	0,844
factor1 * Διαμονή	0,024	0,611(a)	1,000	25,000	0,442
factor1*Φύλο* Διαμονή	0,189	5,844(a)	1,000	25,000	0,023

a Exact statistic

b Σχεδιασμός: Σημείο τομής +Ηλικία+Φύλο+Διαμονή+Φύλο * Διαμονή

Within Subjects Design: factor1

Πίνακας 5.20: Εκτιμώμενες μέσες τιμές - Φύλο * Διαμονή * factor1

Φύλο	Διαμονή	factor 1	Μέση Τιμή	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
Άνδρας	Αστική	1	10,315(a)	4,137	1,794	18,836
		2	9,810(a)	4,545	0,450	19,170
	Μη αστική	1	17,132(a)	3,377	10,176	24,087
		2	24,791(a)	3,710	17,151	32,431
Γυναίκα	Αστική	1	19,252(a)	3,386	12,279	26,225
		2	25,414(a)	3,719	17,753	33,074
	Μη αστική	1	18,745(a)	2,212	14,190	23,301
		2	20,753(a)	2,430	15,749	25,756

Measure: MEASURE_1

a Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Ηλικία = 68,97

Πίνακας 5.21: Κατανομή μεταβλητών STAI State ΠΡΙΝ

	Ασθενείς	%
Φυσιολογικό	5	16,7
Ελαφρύ	9	30,0
Μέτριο	2	6,7
Έντονο	1	3,3
Πολύ έντονο	13	43,3
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.22: Κατανομή μεταβλητών STAI State ΜΕΤΑ

	Ασθενείς	%
Φυσιολογικό	4	13,3
Ελαφρύ	17	56,7
Μέτριο	2	6,7
Έντονο	1	3,3
Πολύ έντονο	6	20,0
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.23: Κατανομή μεταβλητών STAI Trait ΠΙΠΙΝ

	Ασθενείς	%
Φυσιολογικό	11	36,7
Ελαφρύ	2	6,7
Μέτριο	6	20,0
Έντονο	5	16,7
Πολύ έντονο	6	20,0
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.24: Κατανομή μεταβλητών STAI Trait META

	Ασθενείς	%
Φυσιολογικό	18	60,0
Ελαφρύ	3	10,0
Μέτριο	5	16,7
Έντονο	2	6,7
Πολύ έντονο	2	6,7
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.25: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος της έρευνας

Ηλικία	Ασθενείς	%
48	1	3,3
49	1	3,3
59	1	3,3
63	4	13,3
64	5	16,7
65	3	10,0
67	1	3,3
73	1	3,3
74	1	3,3
76	3	10,0
77	4	13,3
78	1	3,3
79	2	6,7
80	2	6,7
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.26: Κατανομή Συχνοτήτων τιμών STAI State ΠΙΠΙΝ

STAI ΠΙΠΙΝ	State	Ασθενείς	%
20		1	3,3
30		3	10,0
35		1	3,3
37		1	3,3
40		6	20,0
43		1	3,3
45		1	3,3
48		1	3,3
50		1	3,3
60		1	3,3
69		1	3,3
70		3	10,0
72		2	6,7
75		2	6,7
77		2	6,7
78		2	6,7
80		1	3,3
Σύνολο		30	100,0

Πίνακας 5.27: Κατανομή Συχνοτήτων τιμών STAI State META

STAI State META	Ασθενείς	%
20	1	3,3
25	1	3,3
30	2	6,7
37	3	10,0
40	14	46,7
55	2	6,7
60	1	3,3
69	1	3,3
70	3	10,0
72	1	3,3
80	1	3,3
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.28: Κατανομή Συχνοτήτων τιμών STAI Trait ΠΙΠΙΝ

STAI Trait ΠΙΠΙΝ	Ασθενείς	%
20	2	6,7
22	1	3,3
24	1	3,3
26	1	3,3
30	2	6,7
32	1	3,3
35	3	10,0
40	1	3,3
43	1	3,3
50	2	6,7
51	1	3,3
52	1	3,3
54	2	6,7
57	1	3,3
59	1	3,3
60	2	6,7
61	1	3,3
69	1	3,3
70	1	3,3
78	2	6,7
80	1	3,3
85	1	3,3
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.29: Κατανομή Συχνοτήτων τιμών STAI Trait META

STAI Trait META	Ασθενείς	%
20	6	20,0
24	5	16,7
26	2	6,7
30	1	3,3
35	4	13,3
40	3	10,0
50	2	6,7
51	3	10,0
57	1	3,3
60	1	3,3
70	1	3,3
80	1	3,3
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.30: Κατανομή Συχνοτήτων τιμών BDI ΠΡΙΝ

BDI ΠΡΙΝ	Ασθενείς	%
7	1	3,3
8	1	3,3
9	1	3,3
10	7	23,3
11	5	16,7
18	2	6,7
19	1	3,3
20	1	3,3
21	1	3,3
23	1	3,3
24	1	3,3
27	2	6,7
28	1	3,3
29	3	10,0
30	1	3,3
31	1	3,3
Σύνολο	30	100,0

Πίνακας 5.31: Κατανομή Συχνοτήτων τιμών BDI META

BDI META	Ασθενείς	%
8	1	3,3
9	6	20,0
10	4	13,3
15	1	3,3
19	1	3,3
23	1	3,3
24	1	3,3
27	1	3,3
28	1	3,3
29	3	10,0
30	5	16,7
31	4	13,3
32	1	3,3
Σύνολο	30	100,0

2^ο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΙ STATE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΕΩΣ
 ΜΕ Α. ΛΙΑΚΟΥ και C. P. FRIELBERGER
 ΣΤΑΙ - ΟΙ Χ' & Ψ'

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΝ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΟΔΗΓΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν ερωτήσεις που οι άθροισμα συνθέτουν να χρησιμοποιηθούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διανύστε κάθε ερώση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό από 1 έως 4 της ερώσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αύτη τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία ερώση, άλλα βρείτε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε. * * * *

	ΚΑΘΟΥΣ	ΚΑΙΣΕ	ΜΕΤΡΑ	ΠΑΡΑ ΔΙΑΤ
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νοιώθω μίαν εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνατη	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι άναστατωμένος	1	2	3	4
7. Άνησυχώ εύρη τη στιγμή για ένδεξόμενες άδελφές	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι άναπευμένος	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άτυχος	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικός	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι άποικειοίηση	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι ανυριότητα	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι άουτος	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διάγερση	1	2	3	4
15. Είναι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι άκανοποιημένος	1	2	3	4
17. Άνησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι άξηση και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι άπεργίαση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι άχέρηστα	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑΙ ΤΡΑΙΤ

Εκδ. Α. ΛΙΑΚΟΥ και C. D. SPIELBERGER
ΣΤΑΙ ΗGΓ. Χ-2

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΝ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχει ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνήθιζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διανέστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κάθε τον αντίστοιχο αριθμό από 1 μέχρι της φράσης για να δείξετε πως αισθάνεστε σ αυτήν. Δέν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ζαλεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

	1	2	ΕΣΤΙΝ ΠΛΗΡΩΣΤΕ	
			3	4
	1	2	3	4
21. Αισθάνομαι εύχρηστα				
22. Κουράζομαι εύκολα				
23. Βρίσκομαι σε συνεχή άγωνία				
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο εντυχιμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι				
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να απαντήσω άρρατα γρηγορά				
26. Αισθάνομαι άνεταυμένος				
27. Είμαι ήρεμος, εύχρηστος και συγκεντρωμένος				
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες αυξασφρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω				
29. Άγνησθω κατα πολύ γιά κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία				
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερπόνηση				
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα εύκολα				
32. Μας λείπει η αυτοπεποίθηση				
33. Αισθάνομαι ασφαλής				
34. Προσπαθώ να άκοφύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.				
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση				
36. ΎΕίμαι ικανοποιημένος				
37. Κακήια δαήμενη σέψη μου κερνώ από τα κηλά και η εντοχά				
38. Παίρω τις άνοησιεύσεις τόσο καλά στα φάρρα ώστε δεν μπορώ να τις άνώξω από την σέψη μου				
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας				
40. Έβρισμαι σε μια κατάσταση έντάσης ή άνασιώσως όταν σκέτομαι τις τρέζωες άσυχλίες και τα ένόισφρώνια μου				

B D I

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Στα παρακάτω ερωτηματολόγια υπάρχουν ομάδες από προτάσεις (ερω-
τήσεις). Διάβασέ τις προσεκτικά. Διάλεξε από κάθε ομάδα εκείνη τη
μία πρόταση η οποία περιγράφει με τον πιο καλό τρόπο το πώς ένιωθες
την ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΗΜΕ-
ΡΑΣ. Σημάδεψε με έναν σταυρό την πρόταση που διάλεξες. Αν νομίζεις
οτι ισχύουν περισσότερες από μία προτάσεις της ίδιας ομάδας, σημάδε-
ψέ αυτές που νομίζεις ότι ισχύουν. Προτού διαλέξεις, φρόντισε να δια-
βάσεις όλες τις προτάσεις της κάθε ομάδας.

1

- Δεν νιώθω θλιμμένος.
- Νιώθω θλιμμένος.
- Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό.
- Είμαι τόσο θλιμμένος, ή δυστυχισμένος, που δεν μπορώ να το αντέξω.

2

- Δεν νιώθω καμιά ιδιαίτερη αποθάρρυνση όσο αφορά το μέλλον.
- Νιώθω να μην έχω κουράγιο για το μέλλον.
- Νιώθω πως δεν έχω να περιμένω τίποτα από το μέλλον.
- Νιώθω πως δεν υπάρχει καμιά ελπίδα για το μέλλον και πως τα πράγματα δεν πρόκειται να καλύτερέψουν.

3

- Δεν νιώθω αποτυχημένος.
- Νιώθω πως είμαι περισσότερο αποτυχημένος από τον μέσο όρο.
- Όταν σκέφτομαι τη ζωή μου, το μόνο που βλέπω είναι μια σειρά από αποτυχίες.
- Νιώθω ότι είμαι εντελώς αποτυχημένος σαν άτομο.

4

- Παιρνω από τα πράγματα την ίδια ικανοποίηση που έπαιρνα πάντοτε.
- Δεν χαίρομαι με τα πράγματα έτσι όπως τα χαίρομουν.
- Τίποτα πια δεν μου δίνει πραγματική ικανοποίηση.
- Είμαι ανικανοποίητος με τα πάντα ή βαριέμαι τα πάντα.

5

- Δεν νιώθω καμιά ιδιαίτερη ενοχή.
- Νιώθω ένοχος κάμποσες φορές.
- Νιώθω σχετικά ένοχος των περισσότερων καιρών.
- Νιώθω ένοχος συνέχεια.

6

- Δεν έχω την αίσθηση ότι τιμωρούμαι για κάτι.
- Έχω την αίσθηση ότι ίσως να τιμωρούμαι.
- Περιμένα πως θα τιμωρηθώ.
- Νιώθω ότι τιμωρούμαι.

7

- Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.
- Είμαι απογοητευμένος με τον εαυτό μου.
- Ο εαυτός μου μ'απδιάζει.
- Μισώ τον εαυτό μου.

8

- Δεν νιώθω περισσότερο άσχημα απ'ότι ο οποιοσδήποτε άλλος.
- Κριτικάρω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.
- Συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για όσα στραβά έχω.
- Κατηγορώ τον εαυτό μου για καθετί κακό που συμβαίνει.

9

- Δεν μου περνά καμιά σκέψη να σκοτωθώ.
- Μου έρχονται σκέψεις να σκοτωθώ, αλλά δεν τις πραγματοποιώ.
- Θα ήθελα να σκοτωθώ.
- Θα σκοτωνόμουνα αν μου δίνονταν η ευκαιρία.

10

- Δεν κλαίω περισσότερο από τα συνηθισμένα.
- Τώρα κλαίω περισσότερο απ'ότι παλιότερα.
- Τώρα κλαίω συνέχεια.
- Κάποτε μπορούσα κι έκλαιγα, όμως τώρα δεν μπορώ να κλάψω παράλο που το θέλω.

11

- Δεν είμαι τώρα περισσότερο εκνευρισμένος απ'ό,τι είμαι συνήθως.
- Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι πιο εύκολα απ'ό,τι πριν.
- Τώρα συνεχώς νιώθω εκνευρισμένος.
- Δεν με εκνευρίζουν διόλου τα πράγματα που κάποτε με εκνεύριζαν.

12

- Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
- Ενδιαφερόμαι για τους άλλους λιγότερα απ'ό,τι ενδιαφερόμουν πριν.
- Έχω χάσει το περισσότερα ενδιαφέρον μου για τους άλλους.
- Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.

13

- Παίρνω αποφάσεις περίπου το ίδιο καλά όσο πάντοτε.
- Αναβάλλω τις αποφάσεις μου πιο συχνά απ'ό,τι τις ανέβαλλα πριν.
- Δυσκολεύομαι περισσότερο στα να πάρω αποφάσεις σε σύγκριση με παλιότερα.
- Δεν παίρνω πια καμιά απόφαση.

14

- Δεν έχω την αίσθηση ότι έχω χειρότερη εμφάνιση απ'ό,τι παλιότερα.
- Μ'ανησυχεί το ότι δείχνω γερασμένος ή όχι ελκυστικός.
- Έχω την αίσθηση ότι η εμφάνισή μου άλλαξε οριστικά, έτσι που να μη δείχνω ελκυστικός.
- Πιστεύω πως δείχνω άσχημας.

15

- Εργάζομαι το ίδιο καλά όσο πάντοτε.
- Χρειάζεται να καταβάλω επιπλέον προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
- Αναγκάζομαι να πιέσω πάρα πολύ τον εαυτό μου για να κάνω οτιδήποτε.
- Δεν μπορώ να κάνω καμιά απολύτως δουλειά.

16

- Μπορώ να κοιμάμαι το ίδιο καλά όπως συνήθως.
- Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο κοιμόμουνα.
- Ξυπνώ 2-3 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
- Ξυπνώ πολλές ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο μου και μετά δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

17

- Δεν κουράζομαι περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Κουράζομαι ευκολότερα απ'ό,τι κουραζόμουν πριν.
- Κουράζομαι με σχεδόν ό,τι κι αν κάνω.
- Είμαι τόσο κουρασμένος που δεν κάνω τίποτα.

18

- Η άρεξή μου δεν είναι χειρότερη απ'ό,τι συνήθως.
- Η άρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο ήταν πριν.
- Η άρεξή μου τώρα έχει χειροτερέψει.
- Δεν έχω πια καλού άρεξη.

19

- Δεν έχω χάσει καθόλου (ή πολύ) βάρους τελευταία.
- Έχω χάσει περισσότερο από 3 κιλά.
- Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά.
- Έχω χάσει περισσότερο από 8 κιλά.

Επίπλεδες προσπαθώ να χάσω βάρους τρώγοντας λιγότερο: — ναι — όχι

20

- Η υγεία μου δεν μ'ανησυχεί περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα μου όπως πόνος, ή ανακατεμένα σπασμάχι, ή δυσκαλιότητα.
- Μ'ανησυχούν πολύ τα σωματικά προβλήματα και δύσκολα σκέτομαι κάτι άλλο έξω απ'αυτά.
- Μ'ανησυχούν τα σωματικά μου προβλήματα τόσο πολύ που δεν μπορώ να σκετώ τίποτα άλλο.

21

- Δεν έχω παρατηρήσει πρόσφατα καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ.
- Ενδιαφερόμαι για το σεξ λιγότερο απ'όσο ενδιαφερόμουν πριν.
- Τώρα ενδιαφερόμαι πολύ λιγότερο για το σεξ.
- Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για το σεξ.



Μετάφραση και προσαρμογή: Σ. Κώνιας